

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Siodełkowate odjęcie części pochwowej macicy

(amputatio partialis sellaeformis portionis vaginalis uteri).

Wykład miany na sekcji ginekologicznej VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Przez D-ra **T. Boryssowicza**.

Nie mając zamiaru pisania wyczerpującej monografii, o odjęciu części pochwowej macicy wogóle, nadmienię tu tylko, że o dokonaniu tej operacji wspomina już w XVI wieku Ambroży Paré, i że aż do 60 roku stolecia bieżącego, — była przedsiębrana przeważnie w wypadkach, gdy część pochwowa macicy uległa zwyrodnieniu rakowemu. Osiander, Récamier, Lisfranc, Siebold i wielu innych znakomitych chirurgów i akušerów, z pierwszej połowy naszego stolecia, uznawało wskazanie to prawie za jedyne, do wykonania odjęcia części pochwowej macicy. Dopiero dzięki Hugnier'owi i C. Braun'owi, wskazania do tej operacji znacznie się pomnożyły, gdyż pierwszy zaczął odcinować część pochwową przy wypadnięciu macicy, spowodowanem przerostem i wydłużeniem jej szyi ¹⁾, drugi zaś, spostrzegłszy znaczne zmniejszenie całej macicy, po odjęciu jej części pochwowej, zalecił tę operację jako jedyne skuteczny środek leczniczy, przy zapaleniu przewlekłem macicy (metritis chronica) ²⁾.

Pomimo tych publikacyi, operację w mowie będącą zaczęto stosować na szerszą skalę, w celu leczenia chorób macicy niezłośliwej natury, dopiero od lat 15-u; a jednocześnie, w miarę postępu techniki operacyjnej na narządach rodnych kobiety wogóle, pierwotne wskazanie do odjęcia części pochwowej znacznie się uszczupliło, tak, że obecnie odcinujemy część pochwową, przy rakowatem jej zwyrodnieniu tylko wówczas, gdy całkowite wyłuszczenie macicy jest już spóźnione, — lub też

¹⁾ Hugnier. Sur les alongements du Col de l'uterus.—Mem. de l'Academic Imper. de Med.—Volum 23, pag. 325, 1860.

²⁾ C. Braun. Ueber die fettige Involution des Uterus bei Bindegewebs Wucherungen (bei chronischem Infaret) des selben auserhalb des Puerperium. Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Vien, 1864.

dla oczyszczenia pola operacyjnego, od rozpadającego się złośliwego nowotworu części pochwowej, przed mającym się dokonać donioślejszym rękoczynem (exstirpatio uteri, amputatio colli uteri supravaginalis).

Oprócz tych wskazań, przy rakowatym zwyrodnieniu części pochwowej, oraz zaleceń Huguier'a i Braun'a, które się cieszą dotąd ogólnym uznaniem, operację tę stosujemy:

Przy przewlekłym niedostatecznym zwinięciu się macicy popołożowej (subinvolutio uteri), po bezskutecznym wypróbowaniu innych sposobów i środków leczniczych.

Przy znacznym przeroście części pochwowej macicy w obu wymiarach, lub też wyłącznie w wymiarze podłużnym, t. j. przy tak zwanej ryjkowatej części pochwowej macicy (collum conicum).

Przy torbielowem, polipowem lub brodawkowem, niezłośliwym zwyrodnieniu części pochwowej (ovula Nabothii, papillomata).

Przy wywinięciu warg macicznych (ectropion), jeżeli stan powierzchni wewnętrznej warg wyklucza możliwość dokonania operacji Emmet'a, t. j. jeżeli ta powierzchnia jest głęboko owrządzoną, albo uległa torbielowemu, polipowemu lub brodawkowemu zwyrodnieniu. Ostatnie to wskazanie jest względne, gdyż przy krótkiej części pochwowej i braku zmian chorobowych na błonie śluzowej kanału szyi macicznej, należy przestać na wycięciu jednej lub obu wywiniętych i zwyrodniałych warg macicznych, podług metody klinowej Kehrer'a ¹⁾, Fritsch'a ²⁾ lub innej, stosownie do danego wypadku.

Gdy te wskazania stopniowo zyskiwały prawo obywatelstwa u ogółu współczesnych ginekologów i odjęcie części pochwowej macicy stało się coraz bardziej popularnym i częściej stosowanym rękoczynem, technika tej operacji jednocześnie poczęła się doskonalić. Wycięcie części pochwowej dokonywane najczęściej in situ, za pomocą nożyczek Siebold'a lub, jeżeli wargi maciczne dały się łatwo zbliżyć do sromu, za pomocą noża, zastąpiono odgniataniem (ecraseur Chassaiguac'a, Maisonneuv'a), a następnie odpalaniem galwanokaustycznym (Middeldorff'a), a to dla uniknięcia obfitych i często niebezpiecznych krwotoków, wstawiających się natychmiast po dokonanej operacji. Skoro się jednak przekonano, że te mechaniczne sposoby, służące do odgniatania lub odpalania części pochwowej, nie zapobiegając bez zawodu wystąpieniu natychmiastowych lub następczych krwotoków, często powodują groźne obrażenia sąsiednich narządów (pęcherz, otrzewna, parametria), zaczęto nakładać szwy, na kikut pozostały po kolistej ampu-

¹⁾ Kehrer. Keilförmige Excision der Muttermundslippen mit Bildung von Seitenlappen. Archiv für Gynaecologie B. 10, 1876.

²⁾ Fritsch. Die Krankheiten der Frauen 1881. Dritte Auflage, pag. 185.

tacyi części pochwowej macicy. Sims ¹⁾ pierwszy wpadł na myśl zatamowania krwotoku z kikuta, przez pokrycie jego powierzchni łatwo przesuwalną błoną pochwową, łącząc jej przedni brzeg z tylnym, za pomocą szwów bocznych i pozostawiając w środku ziejącą szparę, dla utworzenia zewnętrznego otworu macicy. Nie ulega wątpliwości, że zastosowanie szwów do amputacyi części pochwowej, stanowi, że tak powiem epokę, w udoskonaleniu techniki, przy operacyjach wykonywanych na macicy wogólności; zalecony jednak przez Sims'a sposób nakładania szwów nie utrzymał się w praktyce, gdyż się przekonano niejednokrotnie, że pod naciągnięcią na powierzchnię kikuta błoną pochwową, często się gromadzi i następnie rozkłada krew, oraz że w następstwie tej operacyi, prawie zawsze powataje zwężenie nowoutworzonego otworu zewnętrznego macicy. Hegar ²⁾, podczas zjazdu naturalistów i lekarzy w Insbruku w roku 1869, dla uniknięcia tych niepożądanych następstw, zalecił również pokrywać kikut pooperacyjny błoną pochwową, lecz tak, żeby jej brzegi bezpośrednio się łączyły, za pomocą szwów promienisto przebiegających pod powierzchnią rany, z brzegami błony śluzowej kanału szyi macicznej.

Ten sposób postępowania wyklucza możliwość krwawień następczych, oraz zapobiega zwężeniu otworu zewnętrznego macicy, jeżeli się uda dokładne połączenie błony śluzowej pochwowej z kanałową; przy grubej jednak i stwardniałej części pochwowej, nie zawsze jest możliwe takie połączenie, a w każdym razie błona pochwowa ulega przy tej metodzie zbyt silnem napięciu, błona zaś kanałowa, jako krucha i nierozciągliwa, już podczas zaciskania szwów, częstokroć bywa przeciętą. Simon, chcąc temu zaradzić, podał swój sposób odjęcia części pochwowej macicy, opisany przez Marckwald'a w r. 1875 ³⁾, a polegający na oddzieleniu warg macicznych, za pomocą obustronnego przecięcia części pochwowej aż do sklepień bocznych, i następnie na wycięciu z każdej wargi, — czyli płata części pochwowej w ten sposób otrzymanego, — ostrego klina, sięgającego wierzchołkiem swoim, mniej lub więcej głęboko, w miąższ każdej połowy rozciętej części pochwowej macicy. Po wycięciu takich klinów, łatwiej się udaje, za pomocą szwów przebiegających pod powierzchnią rany, zbliżyć i połączyć błonę śluzową kanału szyi macicznej z błoną pochwową.

Modyfikacją metody Simon'a, jest sposób rezekcyjny odjęcia części pochwowej, podany przez Schroeder'a. Przy tej metodzie część pochwowa również się dzieli na dwa płaty, przedni i tylny, lecz zamiast klinów o kącie ostrym, wycina się

1) I. M. Sims. Notes chiniques sur la Chirurgie utérine. Paris, 1866.

2) Hegar und Kaltenbach. Die operative Gynäcologie. Dritte Auflage, 1887, pag. 519 — 520.

3) Marckwald. Ueber die kegelmantelförmige Excision der Vaginalportion. Archiv für Gynäcologie, 1875, B. 8. P. 48.

kliny o kącie prostym, w celu usunięcia większej ilości błony śluzowej kanału szyi macicznej.

Obie te metody obecnie są powszechnie przyjęte i, stosownie do danego wypadku, bywają nawet kombinowane tak, że połowę części pochwowej której błona śluzowa uległa zwyrodnieniu, sięgającemu głęboko w kanał szyi macicznej, odejmują podług metody Schroeder'a, drugą zaś połowę, której wewnętrzna błona jest zdrową, amputują według Simon'a (Martin).

Po tym treściwym opisie metod dawniejszych, oraz tych które obecnie są powszechnie stosowane, przy odjęciu części pochwowej, przechodzę do własnych spostrzeżeń w tym względzie, oraz do przedstawienia Imé Panom mojego sposobu amputowania części pochwowej macicy.

Odejmując część pochwową w ostatnich latach dość często, podług metody klinowej Simon'a lub Schroeder'a, pomagając przy wykonaniu tego rękoczynu innym operatorom, oraz badając chore, którym uskutecznością była ta operacja, przez warszawskich lub zagranicznych operatorów, przyszedłem do następujących wniosków:

1) Że dokonanie tej operacji wymaga stosunkowo dość długiego czasu (3 do 7 kwadransów), szczególnie, gdy część pochwowa jest krótka i nie daje się należyście ściągnąć.

2) Że podczas amputacji, przedsiębranych na częściach pochwowych grubych i przekrwionych, jak przy niedostatecznym zwinięciu się macicy, oraz w pierwszym okresie zapalenia przewlekłego macicy, chore, już przed operacją cierpiące na niedokrwistość, bywają narażone na znaczne utraty krwi w czasie dokonywania amputacji. Obfite krwawienie, trwające przez cały ciąg operacji, pochodzi tu z kątów cięć, uskutecznionych na wstępie operacji. Krwawienie to tamuje się przez założenie głębokich bocznych szwów, dopiero na zakończenie operacji, t. j. po wycięciu klinów i po obszyciu obu nowoutworzonych warg macicznych¹⁾.

3) Po operacji klinowej, w wyjątkowych tylko wypadkach, udaje się rychłozrost błony kanału szyi macicznej z błoną pochwową, gdyż pomimo licznych szwów, łączących obie te błony, pochwowa, będąc w nadmiarze znacznym w stosunku do kanałowej, tworzy fałdy w odstępach pomiędzy szwami i nie ściśle przylega do tej ostatniej. Z tego powodu zupełne wygojenie się kikuta części pochwowej, które się dokonywa

¹⁾ Dla uniknięcia krwotoku, wstawiającego się podczas dokonywania operacji klinowej, proponowano zakładanie głębokich ligatur czasowych na boczne sklepienia pochwy, zaciskanie podstawy części pochwowej za pomocą pętli przyrządu Maisonneuv'a, ligatury, rurki elastycznej (Martin-Emmet), lub też taśmy (Schroeder), założonej po nad igłą karlsbadzką, przebijającą podstawę części pochwowej macicy. Te i tym podobne sposoby tamowania krwotoków przyoperacyjnych już oddawna wyszły z użycia, gdyż zawsze przedłużają i utrudniają operację, często powodują krwotoki następne z ułuc (ligatury, igły), lub też nie dają się zastosować, gdy część pochwowa jest krótka a macica mało ściągalna.

w odstępach między szwami wyłącznie przez ziarninę (per secundam), wymaga od 4 do 6 tygodni czasu, lub nawet więcej.

4) Po operacji klinowej, część pochwowa ulega licznym zniepodobnieniom, a mianowicie:

a) Zawsze bywa walcowatą a nie stożkowatą, oraz za grubą w stosunku do swojej długości, gdyż wycięte kliny z mięszu obu warg macicznych, mało wpływają na jej zcieńczenie.

b) Nowo utworzony otwór zewnętrzny macicy otoczony bywa licznymi, rozmaitej wielkości, twardymi guziczkami i bliznowemi zagłębieniami. Guziczki te wytwarzają się z pofalowanej błony pochwowej, gojącej się przez ziarninę, zagłębienia zaś między guzikami powstają od szwów, zbyt mocno zaciskanych, już to w celu wzajemnego zblżenia błon, już też dla skuteczniejszego zatamowania krwawienia.

c) Nieraz się zdarza zauważyć po klinowej amputacji, wywinętą błonę służową kanału szyi macicznej (ectropion), która w postaci strzępów wystaje z nowo utworzonego otworu zewnętrznego macicy i sprawia wrażenie polipów. Takie wywinęcie błony kanałowej ma miejsce wówczas, jeżeli przy wycinaniu klinów, przytrzymujemy się ściśle metody Simon'a, pozostawiając dla utworzenia przyszych warg macicznych, równej długości płaty z błony kanałowej i pochwowej. Zniepodobnienia tego łatwo się unika, przez wycięcie klinów o kącie prostym, t. j. zbliżając się w tym względzie do metody rezekcyjnej Schroeder'a, przy której więcej się wycina błony kanałowej niż pochwowej ¹⁾.

Operacja, którą proponuję dla częściowego odjęcia pochwowej części macicy, w zamian klinowej metody Simon'a, służącej do tegoż celu, polega na wycięciu z boków części pochwowej trójkątnych, symetrycznych piramid, dla ścięczenia pozostającego po operacji kikuta, oraz dla zmniejszenia nadmiaru błony pochwowej. Po wycięciu dopiero tych piramid i zeszytciu ran, przez te wycięcia utworzonych, odejmuje się część pochwowa za pomocą dwóch cięć, przedniego i tylnego, spotykających się w środku kanału szyi macicznej, pod kątem rozwartym, zwróconym wierzchołkiem swoim ku górze (ku macicy). Operację tę nazwałem siodełkowatą (sellaeformis), gdyż po jej dokonaniu, jeżeliby płaty nie były zeszyte, pozostały

¹⁾ Zupełny brak części pochwowej macicy, który się tak często zdarza konstatować po amputacji, pominąłem umyślnie przy wyliczaniu niepożądanych następstw operacji Simon'a, ponieważ kalectwo to nie zależy od metody którą się posługujemy, lecz od zbytecznego posunięcia ku sklepieniom, linii niezbędnego odjęcia części pochwowej. Racjonalne wskazanie do usunięcia doszczętnego części pochwowej, zdarza się rzadko (całkowite zwyrodnienie torbielowe), niepotrzebnie zaś a tak często narażają swoje pacjentki na utratę części pochwowej ci z operujących, którzy nie uwzględniają fizjologicznego znaczenia części pochwowej, podczas ciąży, porodu i płciowego życia kobiety.

kikut miałby postać siodła, jak to widzimy na załączonym rysunku. (Fig. 1).

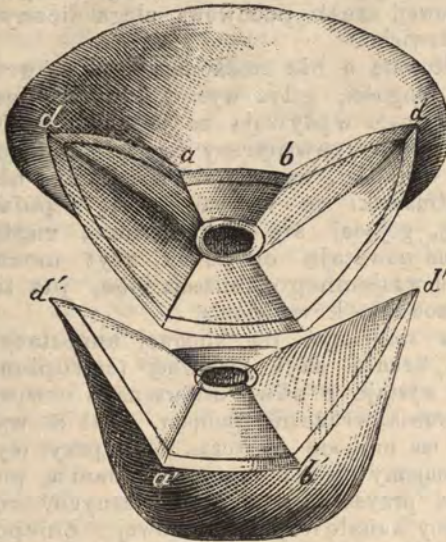


Fig. 1. dabd. Kikut w kształcie siodła.

wa stanie się dostępną, dla dokładnego zbadania (owrzodzenia, zwyrodnienia) i określenia *linii niezbędnego odjęcia*, t. j. ocenienia w jakiej odległości od sklepień, w danym wypadku, część pochwowa ma być odjęta ²⁾, wprowadzamy jedno ramię innych kleszczyków do wnętrza kanału szyi macicznej, drugie zaś ramię posuwamy jednocześnie po przedniej powierzchni części pochwowej ku górze, a gdy haczyk tego ramienia osiągnie postanowioną już *linią niezbędnego odjęcia* (Fig. 2. AB), zamykamy kleszczyki, w równym oddaleniu od boków części pochwowej.

Mając w ten sposób ustalony *punkt niezbędnego odjęcia* (K), na przedniej powierzchni części pochwowej, skuteczniamy to samo na jej tylnej powierzchni, a mianowicie: usuwamy kleszczyki, tymczasowo założone na tylną wargę, wprowadzamy jedno ich ramie do kanału szyi macicznej, posuwamy ku górze i zamykamy na linii niezbędnego odjęcia, w środku tylnej powierzchni części pochwowej.

Po ustaleniu obu punktów niezbędnego odjęcia, w środku przedniej i tylnej powierzchni części pochwowej i w równym

¹⁾ Jeżeli łyżeczkowanie wnętrza macicy jednocześnie jest wskazane, to należy je skutecznie bezpośrednio przed amputacją.

²⁾ Właściwie już przed ściągnięciem macicy, podczas badania dwuręcznego (in situ), należy postanowić jak wysoko część pochwowa ma być odjęta, gdyż tylko w normalnem położeniu macicy można dokładnie ocenić rzeczywistą długość części pochwowej.

Operacyjna ta uskutecznia się w sposób następujący: Chora w krzyżowym położeniu, z pośladkami nieco wysuniętymi po za krawędź stołu operacyjnego. Po dokładnem wyjąłowieniu pochwy, oraz części płciowych zewnętrznych, wprowadza się do pochwy dwie łyżki wziernika, a gdy się uwidocznią wargi maciczne, ujmujemy tylną, za pomocą kleszczyków haczykowatych, i przyciągamy ją do otworu sromowego ¹⁾. Gdy w ten sposób część pochwo-

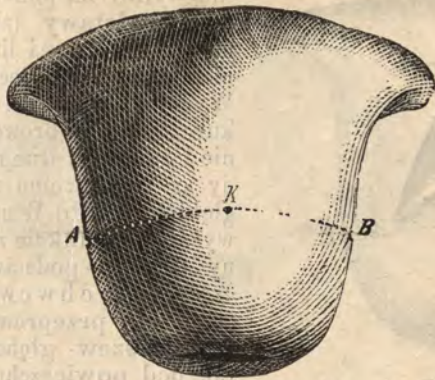


Fig. 2. A B. Linija niezbędnego odjęcia K. Punkt niezbędnego odjęcia ustalony przez kleszczyki, w środku przedniej powierzchni części pochwowej.

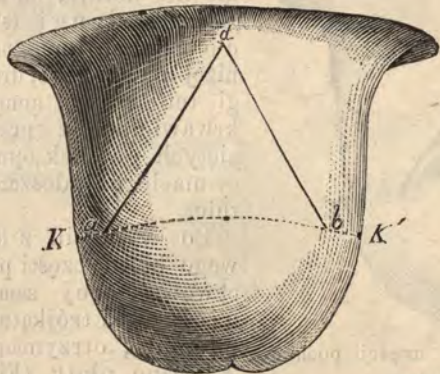


Fig. 3. *d*. Punkt środkowy powierzchni bocznej części pochwowej na sklepieniu. — *da* — *db*. cięcie w kształcie lit. V, sięgające linii niezbędnego odjęcia *KK'*, *aK* — *K'b*. odstęp = 1 cent., od punktów niezbędnego odjęcia, ustalonych przez kleszczyki na przedniej i tylnej powierzchni części pochwowej.

cięcia litery V, idące rozbieżnie ku wierzchołkowi części pochwowej i kończące się na linii niezbędnego odjęcia, w oddaleniu $\frac{3}{4}$ do 1 go centim. na wewnątrz od punktów niezbędnego odjęcia (*aK* — *bK'*), ustalonych przez kleszczyki (*K.K'*). Cięcia te, głęboko przenikając w miąższ części pochwowej, należy prowadzić zbieżnie ku sobie, tak żeby powierzchnie tych cięć mogły się spotkać w głębi bocznej ściany części pochwowej, lecz bez uszkodzenia kanału szyi macicznej. Gdy to spotkanie obu cięć nastąpi (Fig. 4), otrzymamy trójkątną piramidę (*aPb*), wyciętą z prawego boku części pochwowej, i połączoną z tą osta-

oddaleniu od ujścia zewnętrznego macicy, zbliżamy kleszczyki ku sobie, ujmujemy w jedną rękę i pociągając, kierujemy część pochwową ku lewej stronie, ażeby uwidocznić prawy jej bok, wraz z odpowiednim sklepieniem pochwy.

Przy niedostatecznej ściągającej macicy, niezbędnem bywa założenie wąskiej łyżki wziernika, na prawą stronę pochwy, przy łatwo ściągającej, wystarcza usuwanie na zewnątrz wargi sromowej prawej, za pomocą palców, dla udostępnienia odpowiedniego sklepienia pochwy. Gdy w ten sposób zostanie odsłonięta prawa boczna powierzchnia części pochwowej, operator oddaje kleszczyki do trzymania pomocnikowi stojącemu z lewej strony, sam zaś wynajduje, u podstawy części pochwowej, punkt środkowy powierzchni jej bocznej (Fig. 3 — *d*), i od tego punktu prowadzi dwa cięcia głębokie (*da* — *db*), w kształ-

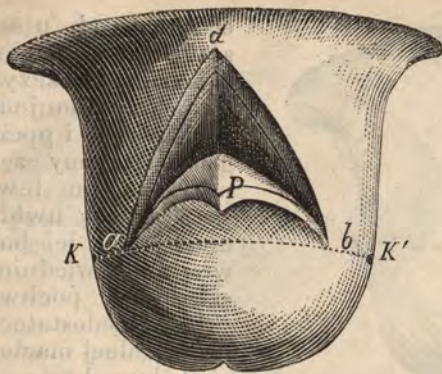


Fig. 4. aPb. Płat, w kształcie piramidy trójkątnej, kurczący się, adb. Dno rany o trójkątnym zagłębieniu.

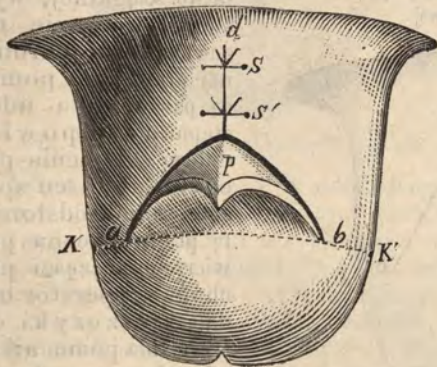


Fig. 5. s. Szew u podstawy części pochwowej. s'. Drugi szew.

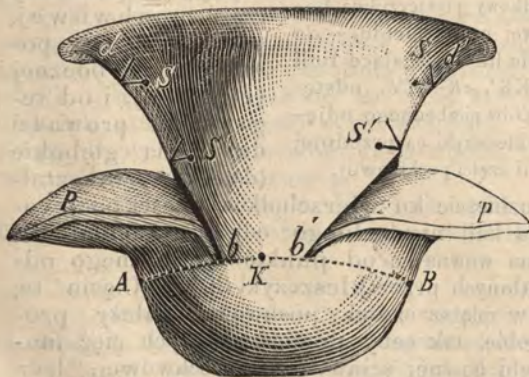


Fig. 6. P.P. Płaty piramidalne wycięte z boków części pochwowej.

tnią tylko za pomocą swej podstawy (ab), na wysokości linii niezbędnego odjęcia. Wycięta piramida kurczy się dobrowolnie i odsłania dno rany o trójkątnym zagłębieniu (adb). W najwyższym punkcie rany (d), u podstawy części pochwowej (Fig. 5), przeprowadza się szew głęboki (s), pod powierzchnią rany, który natychmiast łączy się. Jeżeli po zaciśnięciu tego szwu krwawienie nie ustaje, to się zakłada drugi (s'), o jeden centymetr poniżej pierwszego; drugi ten szew tamuje krwawienie, z przeciętych gałązek tętnicy maciernej, doszczętnie.

Po wycięciu z lewego boku części pochwowej, tej samej wielkości trójkątnej piramidy, otrzymamy 2 boczne płaty (Fig.

6. P.P'), połączone swymi podstawami z tym odcinkiem części pochwowej, który ma być odjętym. Odjęcie tego odcinka, wraz z płatami bocznymi, uskutecznia się, po przeniesieniu kleszczyków do wierzchołka części pochwowej, albo za pomocą 2-ch cięć poprzecz-

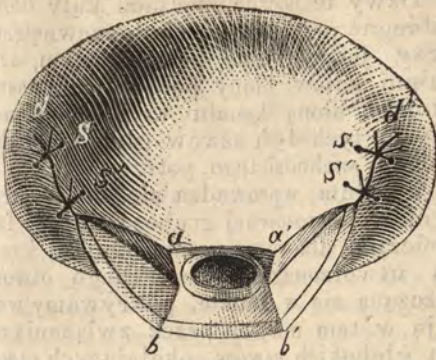


Fig. 7. Kikut po amputacji części pochwowej wraz z płatami.

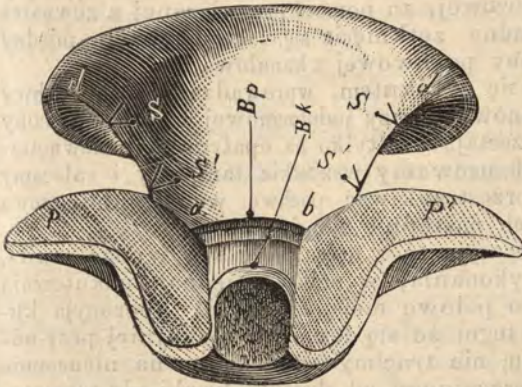


Fig. 8. Odcinek przepołowiony i z przedniego płata wycięto klin Simon'a.

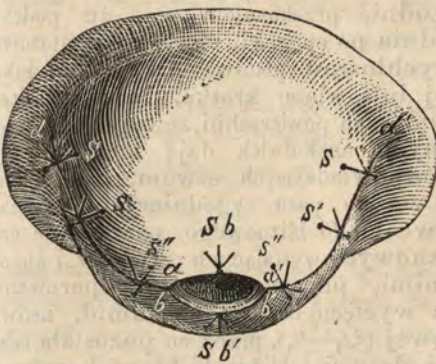


Fig. 9. Kikut po amputacji cz. poch. *pk, p'k'* — szwy łączące błonę pochwową z kanałową *aa'* — *bb'*. Szwy boczne, łączące kąty błony pochwowej i boczne brzozy kanału szyi macicznej.

nych, przebiegających w linii niezbędnego odjęcia, po przedniej i tylnej powierzchni części pochwowej i spotykających się ze sobą, pod kątem rozwartym, w środku kanału szyi macicznej (Fig. 7), lub też odcinek, wraz z płatami bocznymi, dzieli się, za pomocą nożyczek, na 2 płaty, przedni i tylny, i z każdego płata wycina się kliny Simon'a (Fig. 8), dla łatwiejszego zbliżenia błon, w nowo utworzonych wargach macicznych. Wycięcie z warg klinów Simon'a jest korzystne tylko przy bardzo grubej i stwardniałej części pochwowej. Po usunięciu odcinka części pochwowej, czy to podług pierwszego, czy też podług drugiego sposobu, należy obszyć brzozy otworu zewnętrznego macicy. Do tego zwykle wystarcza 4 szwy głębokie, a mianowicie: po jednym na każdą wargę (Fig. 9—*pk—p'k'*), dla połączenia błony pochwowej z błoną kanału szyi macicznej i po jednym bocznym szwie, dla wzajemnego zbliżenia, oddalonych od siebie

kątów błony pochwowej. Szwy te boczne, łączące kąty błony pochwowej, powinny przebiegać przez powierzchnię zewnętrzną kanału szyi macicznej, przy jego otworze zewnętrznym, ażeby jednocześnie ze zbliżeniem kątów błony pochwowej, nastąpiło połączenie tej ostatniej z błoną kanału szyi macicznej. Po umiarkowanym zaciśnięciu tych 4-ch szwów głębokich, dodają się powierzchowne, jeżeli zachodzi tego potrzeba.

Po obmyciu pochwy i kikuta, wprowadza się do wnętrza macicy pasek gazy jodoformowej, stosownej grubości, który fałdujemy w kanale szyi macicznej, dla rozszerzenia kanału i rozciągnięcia brzegów nowo utworzonego zewnętrznego otworu macicy; gazą zaś nie mieszczącą się w kanale, pokrywamy wargi maciczne i utrwalamy ją w tem miejscu przez związanie nitków, pochodzących od 4-ch głębokich szwów, okalających otwór zewnętrzny macicy. Rozciągnięcie brzegów przeciętego kanału szyi macicznej przez tampon wewnętrzny, oraz ucisk wywarty na brzegi błony pochwowej, za pomocą przywiązanej z zewnątrz gazy, zapewnia dokładne zetknięcie się, w odstępach między szwami, brzegów błony pochwowej z kanałową.

Po załatwieniu się z kikutem, wprowadzamy do pochwy kilka luźnych tamponów, z gazy jodoformowej i pozostawiamy chorą w łóżku, poprzestając li tylko na opatrunkach zewnętrznych. Po 6-u dniach usuwamy wszystkie tampony i zalecamy dwa razy na dzień przestrzykiwać pochwę wodą sublimatową ($\frac{1}{4000}$). Po 12 dniach następuje zdjęcie szwów.

Pomimo, że operacyja ta z opisu może się wydać zawiłą, lub też trudną do wykonania, w praktyce jednak skutecznia się łatwo i wymaga o połowę mniej czasu, niż operacyja klinowa, być może dla tego, że się dokonywa spokojniej przy minimalnem krwawieniu; nie tracimy więc czasu na nieustanne oczyszczanie pola operacyjnego od skrzepłej krwi i nie troszczymy się, że chora utraci jej zbyt wiele.

Z 9-ciu wypadków operowanych podług tego sposobu, w ciągu ostatnich 6-u tygodni, przekonałem się, że podczas zdjęcia szwów, już 10-go dnia po operacyi, daje się konstatować na powierzchni kikuta rychłozrost płatów, przy czem kikut przedstawia się jako mniej lub więcej krótka, lecz kształtna, stożkowata część pochwowa. Na powierzchni zewnętrznej nowo utworzonych warg macicznych, aczkolwiek dają się zauważyć zagłębienia w miejscach odpowiadających szwom, zagłębienia te jednak są tak płytkie, że po paru tygodniach wyglądają się, nie przyczyniając się wcale do bliznowego oszpecenia części pochwowej. Brak bliznowych wystających guzków i znacznych zagłębień między nimi, przy tym sposobie operowania, wyjaśnia się tem, że przez wycięcie bocznych piramid, usuwamy nadmiar błony pochwowej ($\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$), przez co pozostała część tej błony ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$), łatwiej daje się zbliżyć do błony kanałowej, nie ulegając fałdowaniu się ¹⁾, ta więc okoliczność wraz z nie-

¹⁾ Tompony odgrywają również pewną rolę, w tem zbliżeniu wzajemnem błon.

znacznem krwawieniem, usuwa potrzebę mocnego zaciskania szwów i wytwarzania przez to niepożądanych zagłębień.

Łatwo i prędko dająca się wykonać operacja, przy nieznacznem krwawieniu i prędkim, doraźnem gojeniu się pozostałej części pochwowej, która przytem nie ulega zniepodobnieniu, dodatnie więc te cechy, otrzymane przy odjęciu części pochwowej podług metody siodełkowej, zachęciły mię podać ten sposób operowania pod bezstronny sąd łmó Panów.

Podczas wykładu posługiwałem się podobiznami części pochwowej wyrobionemi z gliny, dla porównania metody siodełkowej z innymi, używanemi do odjęcia części pochwowej macicy. Podobizny te ułatwiły mi również uplastycznienie przebiegu operacji i posłużyły do zrozumiałego wykazania stosunku wyciętych płatów, tak względem siebie, jako też i względem części pozostałych w kikucie. Wyroby te, na propozycyję prof. Marsa, oddałem do gabinetu Wszechnicy Jagiellońskiej, rysunki zaś podane w tekście, zostały wykonane z innych modelów, po raz drugi urobionych z gliny plastycznej.

O t. zw. Periostitis Albuminosa.

Napisał Dr. **B. Dzierżawski.**

W roku 1874 Poncet, uczeń Ollier'a, ogłosił w „Gazette Hebdomadaire de Med. et de Chirurgie“ ¹⁾ przypadek bardzo rzadkiego cierpienia okostny, charakteryzującego się zebrańiem pod okostną, lub też pomiędzy jej warstwami, wysięku przezroczystego, ciągnącego się w nitki, podobnego do synowji lub białka kurzego. Z powodu tych własności wysięku ochrzcił Ollier tę odmianę zapalenia okostny mianem periostitis albuminosa. Według Ollier'a sprawa ta miewa miejsce na kościach długich, najczęściej w okolicach trzonu przynasadowych, bywa zwykle u osobników młodych, gdzie kości jeszcze rosną i nie zniknęły chrząstki pomiędzy trzonem i nasadą, w takich zatem miejscach kości, które wskutek swoich anatomicznych i fizjologicznych właściwości najskłonniejsze są do spraw zapalnych. Do tego jeszcze, mówi Ollier, najczęściej zdarza się na kościach, które najprędzej rosną, i na tych ich miejscach, które największy we wzroście przyjmują udział, zatem najczęściej w dolnym końcu trzonu kości udowej i górnym ramieniowej. Wysięk bywa czasem z odcieniem czerwonałym lub zielonałym, co zależy od domieszki świeżej lub zmienionej już krwi; główną zaś charakterystykę wysięku stanowi gęstość, czyniąca go podobnym do mazi stawowej lub białka kurzego. Po od-

staniu w wązkim naczyniu płyn dzieli się na dwie, względnie na trzy warstwy: w dolnej pływają strzępy włókniaka, nieliczne białe i czerwone ciała krwi (te po części pochodzą od domieszania się krwi przy przecięciu lub przekłuciu); średnia warstwa, najcharakterystyczniejsza, przypomina białko, w niektórych zaś razach jest jeszcze trzecia warstwa — oczka tłuszczu, pływające na powierzchni płynu, jak tłuszcz na rosole. Ta trzecia warstwa bywa w tych przypadkach gdzie i kość sama przyjmuje udział w zapaleniu, tłuszcz pochodzi z przestrzeni szpikowych kości. W niektórych przypadkach płyn bywa mniej gęsty i lepki, więcej surowiczy, w takich przypadkach podobny jest zupełnie do rosolu. Nagromadza się płyn z początku pod okostną, z biegiem czasu jednak rozciąga ją, rozsuwa jej włókna i w ten sposób przechodzi w niektórych przypadkach na stronę zewnętrzną. Płyn, otrzymany w jednym przypadku (który opisuje Poncet) analizowany był przez chemika prof. Kastus'a; znaleziono obok znacznej zawartości białka dużą ilość fosforanów wapnia; znaczna ilość tych właśnie fosforanów dowodzi kostnego pochodzenia płynu i wyróżnia go od innych wysięków. Ponieważ w niektórych przypadkach sama tkanka kostna przyjmuje udział w zapaleniu, należy się w tych przypadkach spodziewać mniejszych lub większych martwaków. Jako czynniki etyologiczne uważa Ollier zaziębnienie lub uraz. Zaczyna się choroba w sposób ostry lub podostry od bólów, czasami bardzo dokuczliwych, nasilających się w nocy; w dalszym przebiegu pojawia się obrzmienie zapalne i gorączka; bóle i gorączka po pewnym przeciągu czasu przechodzą, pozostaje tylko obrzmienie, a nareszcie pokazuje się i chęłbotanie.

Do tej charakterystyki choroby, podanej ze słyszenia, według wykładów klinicznych Ollier'a, dodaje Poncet jeden przypadek, który sam w klinice Ollier'a miał sposobność obserwować. Sam Ollier obserwował więcej podobnych przypadków.

Następnie Terrier ²⁾ w roku 1878 w paryzkim Towarzystwie chirurgicznym zdawał sprawę z przypadku, spostrzeżanego przez się w klinice Le Fort'a. Wysiłek nazywa Terrier „entièrement analogue à la synovie“. W przypadku jego periostitis albuminosa była na trzonie kości udowej, w czem ten przypadek wyróżnia się od szematu, podanego przez Ponceta. Jako przykład, że kość w pewnych warun-

kach może dawać początek płynowi podobnemu do mazi, wspomina także Terrier o przypadku otwartego złamania kości ramieniowej, gdzie po przejściu objawów zapalnych wydzielał się przez czas pewien płyn zupełnie taki, jak przy periostitis albuminosa, podobny do mazi. Pochodzenie tego płynu ze stawu lub też z jakiegokolwiek torebki maziowej z pewnością można było wykluczyć.

Na tym samym posiedzeniu Lannelongue³⁾ opisał z spostrzegane przez siebie przypadki, zupełnie jednak nie podchodzące pod szemat Ollier'a—Poncet'a. W obu tych przypadkach periostitis albuminosa było w sąsiedztwie stawów, zajętych gruźlicą. Komunikacyi z choremi stawami nie było (w jednym przypadku zbadano kończynę po amputacyi). Czy płyn był lepki, Lannelongue nie akcentuje, w każdym razie nie był podobny do gruźliczej ropy, gdyż nie zawierał charakterystycznego rozpadu. Nazwy „periostitis“ nie uważa Lannelongue za odpowiednią, gdyż z tym terminem połączone jest pojęcie o ropieniu lub nacieczeniu zapalnym, czego w jego przypadkach nie było. Za stosowniejszą uważa nazwę „d'une cyste neogène“. Sposób powstania tych ognisk tłómaczy Lannelongue w sposób następujący: wskutek sąsiedztwa stawów zajętych gruźlicą, czy też wskutek ogólnego skażenia żółzowatego, mogły się rozwinąć czynniki drażniące słabego natężenia (des actes irritatifs sans intensité manifeste), dostateczne jednak do wywołania zmiany patologicznej. Naczynia limfatyczne mogły być drogą, którą te czynniki drażniące dostały się do okostny. Cała zaś sprawa być może jest tylko pierwszym stadyjum procesu, który w dalszym ciągu prawdopodobnie zmieniłby się w ropień zimny.

W dyskusyi wzięli udział Verneuil i Forget. Pierwszy nie uważa za stosowną nazwy „periostitis“, bo nie ma tu objawów zapalnych (dobre to dla przypadków Lannelongue'a, a nie do innych), ani też epitetu „albuminosa“, boć we wszystkich prawie sokach organizmu białko się zawiera (Ollier nazwę tę wybrał nie na podstawie zawartości białka w wysięku, a wskutek zewnętrznego podobieństwa tegoż do białka kurzego). Nie ma też danych do zaliczenia tej sprawy do kategorii torbieli. Forget powiada, że najlepiej jeszcze zaliczyć periostitis albuminosa do tego, co Velpeau nazywa „cavité close accidentelle“.

Dalej ogłoszono kilka jeszcze przypadków (Nicaise⁴⁾;

Albert ⁵⁾, Duplay) ⁶⁾). Periostitis albuminosa służyła za przedmiot też i dySSERTacyi (Takvorian ⁷⁾, Catuffe ⁸⁾, Laurens Magnus) ⁹⁾, przy czem autorowie tych ostatnich, szczególnie francuzi, nie uwzględniając różnorodności przypadków, starali się nakreślić ogólny obraz cierpienia; usiłowali oni zrobić z omawianej sprawy jakąś specjalną postać patologiczną, w czem przeszli samego nawet Ollier'a, który w r. 1885 znowu ją poruszył w „Encyklopedyi“ Ashursta ¹⁰⁾. Z tego, co Ollier tu pisze, widać, że nie uważa on periostitis albuminosa za oddzielną sprawę chorobową, a tylko za odmianę zwykłego, ropnego zapalenia okostny; wysięk przezroczysty, podobny do białka, jest tylko, powiada, pierwszym, najlżejszym stopniem sprawy zapalnej, której wyższe stopnie dają początek najgęściejszej, śmietankowej ropie. Naturalnie są możliwe i wszelkie stopnie przejściowe.

Ostatnim, uważającym periostitis albuminosa za coś odrębnego, specyficznego, jest Riedinger ¹¹⁾. Ten ze względu na chemiczne i morfologiczne podobieństwo wysięku z płynem, zawierającym się zwykle w ganglion, ze względu na brak objawów zapalnych, nazywa swój przypadek „ganglion periostale“, nie usiłuje jednak i innych przypadków pod tę nomenklaturę podciągnąć. Wysięk uważa Riedinger jako pierwotny produkt okostny, dodaje, że i ze względów histogenetycznych jest bardzo prawdopodobne, iż okostna może dać początek takiemu samemu produktowi, jak pochwa ścięgna. Przypadki z wysiękiem surowiczowo-krwawym stanowią według Riedingera zupełnie inną kategorię.

W r. 1887 Schlange ¹²⁾ stawia kwestyję na nowym gruncie badania bakteryjologicznego. Zestawia on 11 przypadków z literatury i opisuje 4 nowe. Uważa on per. albuminosa za modyfikacyję, jakoby lżejszy stopień ostrego zapalenia szpiku; a to na zasadzie obecności w tych przypadkach martwaków i wielkiej analogii w przebiegu. W jednym z przypadków otrzymał Schlange ze ściany jamy hodowlę staph. pyog. aurei. Za charakterystyczne uważa Schlange nie gęstość wysięku, nie zawartość mucyny, a ujemne jego własności—brak prawie zupełny ciałek ropnych; na tej zasadzie proponuje Schlange nazwę „ostitis non purulenta“.

W tym samym roku Roser w krótkiej notatce, umieszczonej w „Centrbl. f. Chirurgie“ ¹³⁾, wypowiada zdanie, że niesłusznie z periost. albuminosa robią tyle hałasu i spe-

cyjną chorobę, gdyż ropnie z zawartością surowiczą lub surowiczo-ropną wcale nie stanowią rzadkości, czy to przy ostrym zapaleniu szpiku, czy też przy gruźliczym cierpieniu kości.

Praca Vollerta ¹⁴⁾ z roku 1890 co do wartości znacznie ustępuje pracy Schlangego. Zdaniem Vollerta, opartym jakoby na doświadczeniu Volkmana, przypadki, opisane jako periostitis albuminosa, są to zwykle „ropnie zimne“, w których ropa podległa śluzowej przemianie. Sprawa ta, powiada Vollert, dobrze znaną była dawniejszym chirurgom (Blasiusowi, Jüngkenowi i innym) pod nazwiskiem abscesu lymfatycznego.

Ostatniemi w dziedzinie nas interesującej są prace Jakscha ¹⁵⁾, Garrégo ¹⁶⁾ i Legiehna ³⁴⁾ (z kliniki Mikulicza w Królewcu). Autorowie ci co do istoty choroby podziwiają najzupełniej pogląd Schlangego, we wszystkich opisanych przez nich przypadkach znaleziono w wysięku ropne drobnoustroje.

Tu dodać jeszcze należy, że i najnowsze podręczniki również bardzo się różnią w poglądach na istotę periostitis albuminosae. I tak Fischer ¹⁷⁾ o periost. album. mówi w paragrafie o „chronische eitrige, skropfulose oder tuberculose Peristitis“; perist. alb. uważa za odmianę takowej i tu zalicza przypadki Ollier'a, Poncet'a i Nicaise'a. Tegoż samego zdania zdaje się być i Wahl ¹⁸⁾. Tillmans ¹⁹⁾ zaś powiada, że przy centralnym, ostrym zapaleniu szpiku okostna cierpi wtórnie w postaci nacieczenia lub obrzmienia zapalnego (seröse serofibrinöse Periostitis), „bei dieser serösen Peristitis ist das Exudat. sehr eiweisshaltig, wesshalb Ollier sie Periostitis albuminosa genann hat“.

Lossen ²⁰⁾ uważa per. alb. za najłżejszą formę osteomyelitis infect. acutae, a Ziegler ²¹⁾ powiada, że to, co opisano pod mianem periost. albuminosa, są to lżejsze formy zapalenia kości, przebiegające bez gorączki, etjologija zaś ich jest nie znana. Jak widzimy zdanie sprzeczne, co pochodzi prawdopodobnie od tego, że każdy autor, stosownie do swego osobistego doświadczenia i wszystkie inne przypadki do tej lub owej kategorii zalicza, co wcale nie jest zgodne z faktami, jak o tem można się przekonać z kazuistyki; zgodne z faktami jest tylko zdanie Rosera, z tem jednak zastrzeżeniem, że co innego jest wysięk surowiczy, a co innego surowiczo-ropny. Z ostatnim każdy chirurg co dzień

ma do czynienia. Co zaś do wysięku czysto surowiczego lub podobnego do białka kurzego, to takowy na okostnej spotyka się bardzo rzadko, na tyle zaś się różni, choćby od surowicz-roznego wysięku, na tyle jest niezwykły i uderzający, że dziwić się nie należy, iż zwrócili nań specjalną uwagę chirurdowie, którym się takowy spostrzegać przytrafiło.

Wszystkich ogłoszonych przypadków periostitidis albuminosae, jakie zdołałem odszukać, jest 27. Z nich można wydzielić 2 jasno zarysowane, choć nie równie liczne grupy, mające z sobą wspólne tylko fizyczne własności wysięku, różniące się zaś pochodzeniem i przebiegiem. Pozostanie kilka jeszcze przypadków luźnych, z których każdy jest do pewnego stopnia w swoim rodzaju odmienny. Przypadki te o wątpliwej etylogii nie dadzą się bez pewnego naciągania zaliczyć do wspomnianych dwóch grup, lecz na miano oddzielnej sprawy chorobowej także nie zasługują. Dla łatwiejszego wyprowadzenia wniosków zestawiam przypadki nie w chronologicznym porządku, ale wprost według tych kategorii, na jakie moim zdaniem periostitis albuminosa podzielić się daje.

Grupa pierwsza, przypadków 19, które przedstawiają niewątpliwie odmianę ostrego, zakaźnego, zapalenia szpiku kostnego.

1) Spostrz. Ponceta ¹⁾, 15-letni zdrowy i nieobciążony dziedzicznie chłopiec, zachorował po zaziębieniu w sposób ostry z bólami, gorączką i opuchnięciem prawego ramienia. Po dniach kilku objawy ostre przechodzą, na prawem ramieniu na przednim brzegu mięśnia deltowego pokazuje się chełbotanie. Przy przekłuciu otrzymano płyn lepki, ciągnący się w nitki, koloru cytrynowego. Kość po opróżnieniu płynu okazuje się nieco zgrubiała. Płyn po odstaniu dziei się na opisane powyżej trzy warstwy. Przekłucie powtarzano potem kilka jeszcze razy, wysięk stał się z biegiem czasu więcej surowiczy, w końcu ropny. Po 2 latach jest jeszcze przetoka, kość zgrubiała, zgębnikiem wyczuwa się obnażone miejsce w okolicy guzika większego.

2) Spostrz. Cazin'a ²⁾. U 19 letniej zdrowej i nie obciążonej dziedzicznie dziewczyny, pojawiły się po zaziębieniu silne bóle i obrzmienie w dolnej części prawego podudzia. Po dniach kilku pojawia się chełbotanie na wewnętrznej stronie piszczeli w miejscu, odpowiadającym połączeniu nasyady z trzonem. Przy przecięciu otrzymał Cazin, ku wielkiemu swemu zdziwieniu, zamiast ropy, wysięk przezroczysty, słabo zabarwiony, podobny do mazi stawowej. Wyzdrowienie bez nekrozy, Cazin przypuszcza exfoliatio insensibilis.

3) Spostrz. Terrier'a ²⁾, 22-letnia dziewczyna bez patologicznej przeszłości, nieco anemiczna. Choroba zaczęła się od bólów w prawem udzie,

obrzemie pojawiło się dopiero później i rozwijało się bardzo powoli. Przy przekłuciu (w 20 miesięcy od początku choroby) otrzymano płyn lekki, ciągliwy, słabo na kolor czerwony zabarwiony. Gubler i Raymond wykazali w tym płynie 2 rodzaje białka; jedno ścinające się przy ogrzewaniu, w przesączu od tego kw. saletrzanym strąca się drugie. Oprócz tego wykryto w tym płynie cukier (?), którego w moczu chorej nie było. Ze składników opostaciowanych były nieliczne białe i czerwone ciątki krwi. Przekłucie trzeba było kilka razy powtarzać; wyzdrowienie nie nastąpiło nawet pomimo wstawienia sączków. Dopiero, gdy zrobiono debridement periostei bóle ustąpiły. Kość okazała się zgrubiałą, nie zbadano jej jednak i teraz dokładnie, gdyż nie otworzono szeroko chorego miejsca, a owe debridement zrobiono przez otwór przetoki wązkim bisturem. Terrier uważa ten przypadek za czystą periostitis albuminosa, ponieważ nie było w wysięku tłuszczu. Siedliskiem choroby były, zdaniem Terrier'a, zewnętrzne warstwy okostny.

4) Spostrz. Takvoriana ⁷⁾ (z kliniki Gosselin'a), 19-letni młody człowiek dostał po zaziębieniu gorączki i bólów w prawym udzie, które silnie w dolnej części opuchło. Po pewnym czasie bóle i gorączka przeszły, na wewnętrznej stronie uda pojawiło się chełbotanie. Przekłucie przyrządem Potain'a. Otrzymano 60 c. sz. płynu surowiczokrwawego „ni filant, ni visqueux, poisseux come le liquide d'hydrocèle“. Pod drobnowidzem znaleziono w płynie kilka leukocytów. Po 10 dniach trzeba było przekłucie powtórzyć. Wysięk taki sam, ale z oczkami tłuszczu. Trwałe wyzdrowienie pod uciskiem.

5) Spostrz. Alberta ⁸⁾, 12-letni zdrowy chłopiec przed 1½ rokiem zachorował przy objawach gorączki i bólów w lewym udzie. Udo spuchło, po kilku miesiącach pękło, przy czym wylał się wodnisty płyn. Po pewnym czasie utworzył się pod mięśniem czworogłowym uda nowy „ropień“. Przecięcie. Zamiast ropy otrzymano około litra lepkiego, podobnego z gęstości do gliceryny, żółtawego płynu. Kość nigdzie nie obnażona. Prędkie wyzdrowienie. Po kilku tygodniach nowe opuchnięcie, które samo pękło. Erysipelas. Trwałe wyzdrowienie.

W płynie analiza chemiczna (dokonana przez Liebermana) wykazała dużą ilość zwyczajnego surowiczego białka, substancję podobną do mucyny, fosfaty, ani śladu glukozy.

6) Spostrz. Rosenbacha ²³⁾, 17-letni chłopiec zachorował raptownie bez wiadomej przyczyny. Wysoka gorączka z objawami szaleń. Skonstatowano obrzemie w okolicy 6 żebra pod sutką, obrzemie i bolesność stawu kolanowego prawego. Gorączka pomału opadła. W 7 tygodni otworzono znajdujący się na żebrze, zupełnie nie bolesny „absces“. Wylał się płyn śluzowy, ciągliwy, dość przezroczysty. Kość nie obnażona. W rok potem na żebrze była jeszcze przetoka, a zatem zapewne i martwak, powiada Rosenbach.

7) Spostrz. Poncet'a ²⁴⁾. Chłopiec 15-letni, dobrze odżywiany i zdrowy. Bez wiadomej przyczyny pojawiły się bóle w lewym kolanie. W stawie nieco wysięku, ale ruchy swobodne, przy obmacywaniu staw nie bolesny. Dolny koniec kości udowej za to bardzo bolesny, szczególnie po stronie wewnętrznej. Części miękkie obrzęknięte, po 6 dniach chełbotanie wyraźne. Przecięcie. Wylewa się płyn surowiczy, żółtawy, którego do bliższego zbadania nie zebrano, ponieważ spodziewając się zwykłej ropy, nie przygotowało odpowiedniego naczynia. Palcem, wprowadzonym do rany, wyczuł Pon-

ret kość udową na tylnej powierzchni obnażoną i chropawą. Chory wyszedł ze szpitala z przetoką.

8) Spostrz. Laurensa Magnusa (z kliniki Czernego). U 6-letniego malca wystąpiło po stłuczeniu silne i bolesne obrzmienie zapalne lewego przedramienia. Wkrótce pojawiło się chęłbotanie, w dolnej części wyczuwa się krepitacja. Rozpoznano osteomyelitis acuta z oddzieleniem nasady. Przy przecięciu znaleziono kość łokciową nie znacznej przestrzeni obnażoną z okostny, na granicy średniej i dolnej części złamanie natury urazowej. Wysiłek przy operacji otrzymano surowiczokrwawy, zupełnie do ropy nie podobny, zawierający czerwone i bardzo nieliczne białe ciała. W dalszym przebiegu wydzielił się prawie cały trzon kości udowej.

9) Spostrz. Bergmana, opisane przez Schlangego ¹²⁾, 16 letni młody człowiek zdrow zawsze i z rodziny zdrowej, zachorował po przygnieceniu prawego uda przy objawach gorączki (40°), wielkiego osłabienia i bólów w zgniecionem miejscu. Przez 4 tygodnie ciepłota wahała się pomiędzy 38° i 39°, bóle zaś i obrzmienie po stronie wewnętrznej prawego uda tuż po nad stawem kolanowym wciąż się powiększały. Operacja. Po przecięciu twardej i grubej ścianki wszedł Bergman do jamy, wypełnionej lepkiem, przezroczystym płynem, podobnym do rozcieńczonej mazi stawowej. Sądzone, że może, wbrew danym przedoperacyjom, istnieje komunikacja ze stawem, bliższe jednak badanie wykazało bezpodstawność tego przypuszczenia. Na dnie jamy kość nieco zgrubiała, pokryta wszędzie okostną, za wyjątkiem małej przestrzeni na tylnej powierzchni; tu znaleziono idącą w głąb kloakę. Po wydtutowaniu znaleziono w kanale szpikowym podługowaty martwak. Ropy ani śladu, prędkie wyzdrowienie.

10) Spostrz. Schlangego (z klin. Bergmana). U zdrowej 10-letniej dziewczyny pojawiło się po stłuczeniu bardzo bolesne obrzmienie w górnej części lewego uda. Pomimo leżenia w łóżku obrzmienie rozprzestrzeniło się aż do stawu kolanowego. W 5 tygodni od początku choroby pierwszy dreszcz, następnie przez dni kilka wysoka gorączka. Operacja. Przez cięcie na stronie zewnętrznej uda dochodzi się przez twarde, infiltrowane tkanki do okostny. Ta silnie zgrubiała, tworzy warstwę na jakie 1½ ct. grubą, bardzo soczystą, od strony zewnętrznej po prostu galaretowatą („wie eine sulzige Masse“). Ropy ani śladu, za to im bliżej kości, tem obficiej wyciek surowicy, lekko na czerwono, zabarwiony płyn. Okostna łatwo się od kości oddziela, kość nieco przekrwiona, nie zgrubiała. Choć kloaki żadnej nie znaleziono, wydtutowano w górnej części kości otwór. W jamie szpikowej znaleziono pośród brunatno-żółtych granulacji z chropawymi martwkami. Ropy i tu nie ma. Z granulacji wspomnianych wyhodowano na żelatynie Kocha staph. pyogen. aur. Prędkie wyzdrowienie, pozostała jednak mała przetoka.

11) Spostrz. Riedel'a, ogłoszone przez Schlangego. U 18 letniego młodzieńca pojawiło się w sposób ostry obrzmienie i bolesność prawego uda. Z początku była i gorączka, ta jednak prędko przeszła. W rok od początku choroby zgłosił się chory do Riedel'a. Operacja. Przeszedłszy przez twarde, zbite, trzeszczące pod nożem bliznowate tkanki, wszedł Riedel do dużej jamy, wypełnionej surowiczą, lekko zabarwioną, zawartością. W głębi tej jamy kość nieco zgrubiała, okostny nigdzie nie pozbawiona. Jama wypełniła się w przeciągu kilku miesięcy, przy czem ku końcowi gojenia wydzielił się podługowaty martwak korowy.

12) Spostrz. Schlangeo (z klin. Bergmana). U zdrowego 34-letniego mężczyzny pojawiły się bóle w dolnej części prawego uda. Powoli utworzyło się tu obrzmienie; ponieważ żadne stosowane środki nie pomagały, w 5 lat od początku choroby zgłasza się chory do kliniki w celu operacyjnego leczenia. Próbné przekłucie daje płyn czerwonawo-surowiczy, zawierający białe i czerwone ciała krwi. Rozpoznano czystosarkomat. Operacja. Po przecięciu mli vasti interni natrafiono na twardą i grubą ścianę guza. Po przecięciu tej okazuje się jama z licznymi uchyłkami, zawierająca około 200 gr. krwawo-surowiczego płynu, w jamie leży 4 cale długi, chropawy martwak. Na dnie jamy kość, pokryta nieco zgrubiałą okostną, za wyjątkiem jednego miejsca od wewnątrz, z kąd prowadzi kloaka w głąb. Tu kość wydłutowano, nowych jednak martwaków nie znaleziono. Ściany jamy, pokryte cienką warstwą łatwo dającej się zeszkobać ziarniny, o ile się dało, wycięto. Drenaż etc. Wyzdrowienie kompletne.

Blizsze badanie płynu wykazało dużą zawartość białka, białe i czerwone zmienione już ciała krwi, kilka komórek olbrzymich; po odstaniu na wierzchu płynu pływają oczka tłuszczu. Hodowli z ziarniny pochodzącej ze ściany „ropnia“ nie otrzymano.

13) Spostrz. Jakscha, 24-letni dobrze zbudowany, nieco anemiczny żołnierz, zachorował przy objawach dreszczów, gorączki, ogólnego osłabienia, przy czem były silne bóle świdrujące, w górnej części prawej piszczeli. Objawy te trwały kilka dni, po czem ustąpiły, pozostała tylko pewna bolesność. Mało po mału zrobił się w tem miejscu chęlboczący guz. Przekłucie wyjałowioną sprycką Pravaza. Otrzymano płyn bezbarwny, przezroczysty, gęstawy, w wodzie rozpuszczalny. Z elementów morfologicznych znaleziono tylko bardzo nieliczne białe ciała krwi. Analiza chemiczna: przy zagotowaniu wysięk daje lekki, strzępiasty osad; w przesączu otrzymuje się od kwasu octowego osad, w nadmiarze odczynnika nierozpuszczalny, a rozpuszczający się w kw. saletrzanym (mucyna—przyp. sprawozdawcy).

14) Spostrz. Nicaise'a, 46-letni mężczyzna przed 23 laty chorował na osteomyelitis acuta w dolnym odcinku lewego uda. Utworzyła się tam przetoka, która wielokrotnie się zamykała i znów otwierała. Wreszcie zachorował przy ciężkich objawach ogólnych, przy czem na wyżej podanem miejscu uformował się guz. Przy przecięciu otrzymano krwawo surowiczy płyn, ale ani kropli ropy. Kość była obnażona. Chory zmarł wkrótce potem na zapalenie płuc.

15) Spostrz. Ollier'a ¹⁰⁾, 15-letni chory. Po stronie wewnętrznej uda tuż po nad stawem kolanowym podługowaty guz, leżący pod mięśniami, chęlbotanie widoczne. Objawy ogólne z początku bardzo niepokojące, po dniach kilku przeszły, uspokoiły się również miejscowe objawy zapalne. Przy przecięciu wysłał się wysięk przezroczysty, ciągnący się w nitki, podobny do synowii. Asystenci pomyśleli, że staw został otwarty, czego jednak nie było, a kropelki tłuszczu, domieszane do wysięku, dowodziły kostnego pochodzenia tegoż. Na kości było małe obnażenie. Rana po przecięciu prędko zarosła, pozostawiając małą przetokę, przez którą później wydzielił się mały martwak.

16) Spostrz. Garré'go ¹⁶⁾, 17-letni chory przed 4 laty przebył osteomyelitis acuta multiplex humeri, tibiae et femoris z oddzieleniem górnej nasady w ostatniem miejscu. Na ramieniu zrobiono wtedy incyzję, na piszczeli nekrotomiję, udo bez operacji, prawda ze skróceniem się wygoiło

W Listopadzie 1888 r. przyszedł chory do kliniki z obrzmieniem na wewnętrznej stronie dolnej trzeciej lewego uda. Przypuszczalny głęboki ropień był nie bolesny, nie bardzo choremu zawadzał, pomału wzrastał. Przy próbnym przekłuciu otrzymano wysięk *surowiczno-ropny*. W Styczniu 1887 r. „ropień” znacznie się powiększył, pojawił się obrzęk w częściach miękkich, ciepłota podgorączkowa. Przy przecięciu wylał się gęsty, śluzowy wysięk, lekko mętny, ropy nie przypominający. Kość nie obnażona, prędkie wyzdrowienie. Analiza chemiczna mucyny nie wykazała. Mikroskopowe badanie wykazało w osadzie ciątka ropne i kuleczki tłuszczu. Badanie bakteriologiczne dało hodowlę *staph. pyog. aurei*.

17) Spoztrz. Garrégo¹⁶⁾, 18 letni chłopiec zachorował w sposób ostry. Przy objawach gorączki i bólów opuchło wtedy silnie prawie całe lewe udo. W 2 miesiące od początku choroby objawy zapalne trwają choć w mniejszym stopniu. Na górnej części lewego uda wyczuwa się przez infiltrowane mięśnie głębokie chełbotanie. Przy próbnym przekłuciu otrzymano jasny, surowiczny, zaledwie lekko mętny płyn. Przy przecięciu w 2 tygodnie potem wylało się 100 ct. sz. krwawo-surowiczego płynu. Kość na pewnym miejscu była obnażona, ale gładka. W przebiegu pooperacyjnym powikłanie różą, wreszcie zupełne wyzdrowienie. W płynie białka dużo, ale mucyny również nie znaleziono. Badanie mikroskopowe osadu wykazało białe ciątka. Otrzymano hodowlę białego i złotawego gronkowca.

18) Przyp. opis. przez Legiehna (z klin. Mikulicza). U 51-letniego chorego rozwinęło się w sposób podostry zapalenie okostny na trzonie lewego uda. Przy przecięciu wylała się znaczna ilość płynu nieco śluzowego, czerwonego płynu, z nielicznymi strzępkami. Kość obnażona, wyzdrowienie nastąpiło bez sekwestracji, z wysięku wyhodowano *staph. pyog. aurens*.

19) Drugie spoztrz. Legiehna. U 14-letniego chorego, z rodziny zdrowej, opuchł w sposób ostry—z gorączką i silnymi bólami, dolny koniec prawego uda. Przy przecięciu wylała się duża ilość prawie zupełnie przezroczystego płynu. W przebiegu pooperacyjnym wydzielił się duży, centralny martwak. Z wysięku wyhod. *staph. pyog. aurens*.

15 z tych chorych było w wieku niższym od lat 25, znaczny się w okresie nie zakończonym jeszcze rozwojem układu kostnego, w którym to okresie i typowe ostre zapalenie szpiku występuje prawie wyłącznie (według Haagi²⁵⁾ na 500 przeszło przypadków *ostemyelitis acutae* tylko 4,61% chorych było starszych nad lat 30). 3 ch tylko z cytowanych chorych było w wieku starszym, mianowicie jeden z chorych Schlangego 34 letni (spoztrz. 12) chory Legiehna 51 (spoztrz. 18) i chory Nicase'a (spoztrz. 14) lat 46; w tym ostatnim przypadku mamy do czynienia właściwie z recydywą, z nowym wybuchem starego osteomyelitycznego ogniska. Właściwy początek choroby należy w tym przypadku odnieść na 23 lat wstecz, a więc również do okresu wzrostu. Z powyższych chorych było 11 w drugim dziesięcioleciu życia. Na to dziesięciolecie według Haagi przypada 59,56% wszystkich przypadków ostrego zapalenia szpiku. Płci męz-

kiej było 16 z naszych chorych, troje tylko żeńskiej, powtarza się więc i tu to samo, co przy osteomylicie (według Haagi mężczyźni stanowią około 77⁰/₀, kobiety około 23⁰/₀ ogólnej liczby przypadków tego cierpienia.

Jako przyczynę choroby w przypadku 1, 2, 3, 4 i 12 odnotowano zaziębienie, w 8 zaś, 9 i 10 uraz. Ollier, Cazin, Takvorian uważali zaziębienie samo przez się za przyczynę choroby, my zaś przy dzisiejszym stanie nauki o etyologii osteomyelitidis uważamy zaziębienie, jak również i uraz, tylko za moment usposabiający, który przez wywołanie miejscowego zaburzenia w krwiobiegu, ułatwia krążącemu we krwi zarazkowi zagnieżdzenie się w dotkniętym miejscu. W pozostałych przypadkach żadnej szczególnej przyczyny nie odnotowano. W 9 przypadkach (1, 2, 3, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16 i 19) siedliskiem choroby była przynasadowa część trzonu, tak zwana pars juxtaepiphysaria albo apophysis. Te właśnie części kości długich przyjmują największy udział we wzroście i wskutek swoich anatomicznych i fizjologicznych właściwości najbardziej są skłonne do zapaleń, o czem powszechnie wiadomo, i o czem nie uważam za właściwe tu się rozprzestrzeniać. W 8 z tych przypadków siedliskiem choroby była dolna apophysis femoris – najulubieńsze umiejscowienie ostrego zapalenia szpiku; 4 razy choroba gnieździła się na przynasadowych częściach innych kości, 5 razy porażony był trzon; jeden raz tylko periostitis albuminosa obrała sobie miejsce nie na kończynie, mianowicie w przyp. Rosenbacha (6) na żebrze.

W 6 przypadkach (8, 6, 10, 11, 12, 15 i 19) znaleziono podczas operacyi martwaki lub oddzielenie się takowych w przebiegu pooperacyjnym odnotowano. W przypadku 2 Cazin przypuszczał exfoliatio insensibilis, w przyp. zaś 1, 3, 6 i 7, gdy chorzy wychodzili z pod obserwacyi lekarskiej sprawa nie była jeszcze skończona. Pozostawały przetoki, wiodące do obnażonej kości, co jest dowodem, że w dalszym przebiegu i tu musiała nastąpić mniej lub więcej rozległa sekwestracja. W 4 tylko przypadkach (4, 5, 13 i 16) nie skonstatowano nie tylko martwaków, ale nawet i obnażenia kości; ponieważ nastąpiło w tych przypadkach prędkie i zupełne wyzdrowienie (nie wiadomo czy trwałe), możliwem jest przypuszczenie, że wcale tu do sekwestracji nie przyszło. Lecz i ta okoliczność nie przeszkadza zakwalifikować tych przypadków do kategorii osteomyelitu, gdyż najprzód

z powodu słabego nateżenia sprawy, z powodu małego nacieczenia szpiku, mogło nie przyjść do nekrozy (według Haagi na 559 przyp. o zap. szpiku, 69 było bez nekrozy), z drugiej znów strony wiadomem jest, że jeżeli nekroza ma miejsce na małej tylko przestrzeni, to mały martwak po przejściu objawów zapalnych zupełnie może uleść wessaniu. Ten słaby jednak stopień zapalenia kości może być dostateczny do wywołania wtórnego podrażnienia i wysięku w okostny (porównaj Tillmans l. c.). Następnie znane są i pierwotne ropne formy zapalenia okostny bez udziału kości i jakiegokolwiek sekwestracji, odpowiadające i równoznaczne zupełnie osteomyelitidi spontanneae. Te więc przypadki czystej jakoby periostitidis albuminosae możemy sobie wytłómaczyć w pierwszy sposób, jako wtórne cierpienie przy pierwotnem słabem porażeniu szpiku, lub też w sposób drugi, możemy przyjąć pierwotne porażenie samej okostny.

W 2 tylko z tych 17 przypadków (3 i 12) początek był chroniczny, w pozostałych zaś mniej lub więcej ostry, w niektórych nawet bardzo ostry (10). Przebieg zaś wszędzie był chroniczny, jak to zwykle bywa w przypadkach osteomyelitu, które się nie zakończą od razu śmiercią lub ropnicą. Początek chroniczny pozornie przemawia przeciw zakwalifikowaniu przypadków 3 i 12-go do osteomyelitis acuta. Brzmi to bardzo paradoksalnie mówić o chronicznym początku i przebiegu przy ostrej chorobie. Ale opisane były przypadki niewątpliwego zapalenia szpiku z sekwestrami, kokkami w rople etc., gdzie przebieg był z samego początku chroniczny. Garré¹⁶⁾ i Trelat²⁶⁾ (osteomyelite chronique d'emblée) opisują podobne przypadki.

Co do wysięku to ten, naturalnie, we wszystkich przypadkach nie był podobny do ropy, co stanowi poniekąd główną charakterystykę tego procesu, wyróżniającego go od zwykłego ostrego zapalenia szpiku. W 11 przypadkach płyn był gęsty, mniej lub więcej lepki, ciągnący się w nitki, z konsystencyi podobny do synowji, gliceryny lub białka kurzego (przypadki 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 15, 16 i 18); w przypadku 5 i 1 na kolor żółty, w 3 na czerwonawy był wysięk zabarwiony, w pozostałych zupełnie prawie bezbarwny. W ośmiu przypadkach wysięk był surowiczny, w niektórych nieco czerwonej barwy (8, 10, 12, 14, 17 i 19). Ze względu na niejednakową gęstość płynu, który raz bywa rzadki, czysto surowiczny, drugi raz gęsty jak białko.

Schlange uważa za właściwsze nazwać tę sprawę „osteoperiostitis“ nie „albuminosa“, a „non purulenta“, co mi się wydaje racjonalnem, gdyż epitet „albuminosa“, jeżeli ma pochodzić od zewnętrznego podobieństwa wysięku do białka, to nie do wszystkich przypadków pasuje, jeżeli zaś od zawartości substancji białkowych w wysięku, to nie zawierałby nic charakterystycznego, gdyż we wszystkich prawie sokach naszego ustroju znajduje się białko. Nazwa zresztą dla nas, ponieważ nie przyjmujemy periostitis albuminosa za jakąś oddzielną sprawę chorobową, gra rolę bardzo podrzędną, dla tego też nie usiłowałem wcale jej spolszczyć.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

283. O. LUBARSCHE. **Badania nad przyczynami wrodzonej i nabytej odporności.**—*Untersuchungen über die Ursachen des angeborenen und erworbenen Imunität. (Zeit. f. Klin. Med. Tom VIII, 1890 i tom XIX, 1891).*

Obszerna praca będąca przedmiotem niniejszego streszczenia składa się z trzech części: historycznej, ogólnej krytyczno-doświadczalnej i szczegółowej, również doświadczalnej.

W pierwszej przytacza autor w krótkości poglądy starożytnych myślicieli i późniejszych badaczy na istotę wrodzonej i nabytej odporności.

W drugiej części rozbiera ważniejsze z nowszych teoryj, poddając je wyczerpującej krytyce, popartej własnymi doświadczeniami, podejmowanemi tu głównie dla sprawdzenia doświadczeń innych autorów. Własne doświadczenia, które autor stosował wyłącznie w celu zbadania odporności względem karbunku—stanowią treść trzeciej części pracy.

Po wstępie historycznym najpierw zastanawia się autor nad teorią „wyczerpania“ (Erchöpfungstheorie), którą Pasteur, a za nim Klebs tłómaczą istotę odporności jako wrodzony brak, albo brak z powodu, iż się wyczerpał materiał odżywczy dla pewnych drobnoustrojów chorobotwórczych, wskutek czego nie mogą one żyć i rozwijać się w danym ustroju zwierzęcym. Przeciw tej hipotezie przemawiają przedewszystkiem doświadczenia Bittera, który wykazał, że o takim wyczerpaniu gruntu odżywczego w ustroju zwierzęcym dla drobnoustrojów wywołujących czarną krostę, biegunkę krwawą świń, oraz cholere kur—nawet i mowy być nie może. Lubarsch powtórzywszy doświadczenia poprzednika i dokonawszy wielokrotnych własnych doświadczeń otrzymał te same wyniki co i tamten. Oto

nawet w żywym ustroju zwierzęcia zakażonego spostrzegano rozwój lasecznika czarnej krosty, mimo, iż choroba nie wybuchła.

Druga z kolei teoria Baumgartena, która znalazła gorących zwolenników w jego uczniach Petruschky'm i Braem'ie, tak zw. „assymilacyjna“ (Assimilationstheorie) uczy, że stan soków ustroju odpornego osobnika jest tego rodzaju, iż nie pozwala drobnoustrojom korzystać z obfitego nawet zasobu materjału odżywczego, znajdującego się zawsze w dostatecznej ilości w ustroju zwierzęcym. Z teorią tą w ogóle nie zgadza się Lubarsch. Jednakowoż szczepienia karbunkułu niektórym bezkręgowcom z rodzaju ascydijów (Ascidium) dały mu wyniki poniekąd przemawiające za rzeczoną teorią. Z drugiej strony sprawdzając doświadczenia Braem'a, który twierdził, że laseczniki czarnej krosty z zarodnikami stosunkowo prędko (w 12 dni) giną w wodzie lub w roztynie soli kuchennej (0,6%) autor nie mógł potwierdzić tych wyników. Nawet po 2½ miesiącach pobytu w czystej wodzie około połowy będących tam zarodników zachowało zdolność do dalszego rozwoju, a w roztynie soli wszystkie ją po tym czasie w całej pełni posiadały.

Dalej przychodzi pod krótki rozbiór teorie: „lokalistyczna“ Buchnera i Wolffberga, „fagocytoza“ Miecznikoff'a i Ribbert'a, teoria „przyswajania“ (Apassungstheorie) Grawitz'a i teorie przypisujące główne działanie zwiększonej przemianie pierwiastków w komórkach wskutek zadrażnienia wydzielinami bakteryj. Teorie te nazywa autor ogólnem mianem „cellulär-chemische Theorien“, do których błędnie zalicza autor i nowszą teorię odporności, która działanie przypisuje tylko surowicy krwi niezawierającej ciałek.

W końcu rozpatruje L. teorię podaną przez Chauveau i Wernicka, t. zw. „retencyjną“ (Retentionstheorie). W ocenie jej zgadza się on na jedno z Flügge'm. Rozpuszczone w sokach ustroju ciała ochraniające, które wytworzyły się dzięki szczepieniu, zdaniem Lubarsch'a i Flügge'go, nie mogą tak długo zatrzymać się w ustroju, jak tego wymaga trwanie działania ochronnych szczepień.

Tak więc dotychczasowe hipotezy i teorie powstawania odporności nie zadawalniają autora.

W celu dokładniejszego zbadania tej kwestyi, Lubarsch dokonywa szeregu doświadczeń odnośnych nad karbunkulem, jako chorobą zakaźną najdokładniej co do swej przyczyny zbadaną. Badania dokonywa na zwierzętach wrażliwych na to zakażenie i na odpornych z natury, albo sztucznie uczynionych takimi. Pojęcie odporności (immunitas) formułuje autor w sposób następujący: „bezwzględnie odpornym jest ten ustrój, w którym nie może się rozmnażać zarazek mimo wniknięcia doń“; zaś „względnie odpornym“ ten, w którym, wprawdzie, możliwym jest miejscem ograniczone rozmnażanie się zarazka, ale nie może przyjść do zakażenia ogólnego“.

W miejscach, które najczęściej odbywa się wtargnięcie

drobnoustrojów do organizmu zwierzęcego, ten ostatni posiada pewne urządzenia, dzięki którym częstokroć skutecznie broni się od inwazyi wroga. Urządzenia te obejmuje autor jednym mianem „miejscowej odporności“ (lokale Immunität). Na powierzchni ciała i w jamach dostępnych powietrzu, oraz pokarmom bezspornie najważniejszą rolę odgrywa nabłonek płaski przytem i wielowarstwowy (jama ust, vagina), a tembardziej zrogowaciały (skóra) jest dzielniejszym stróżem ustroju niż jednowarstwowy, wałeczkowy (płuca, kanał pokarmowy). W jamie ustnej prócz tego, gdzie w normalnym stanie znajduje się dużo drobnoustrojów, a między niemi i chorobotwórcze (stafilokok złoty, streptokoki, a często pneumokok Fränkla), działają i inne czynniki, a mianowicie pewna równowaga w rozwoju bakteryj, które wzajemnie ograniczają swoje rozmnożenie się, równowaga ta w stanie choroby zostaje naruszoną na korzyść mikrobow chorobotwórczych; powtóre wydzielina błony śluzowej i ślinianek, jakkolwiek swem oddziaływaniem raczej sprzyjałaby rozwojowi bakteryj, to jednakże przez ustawiczne zraszanie jamy ustnej nie pozwala drobnoustrojowi w większej ilości na jednym miejscu się rozmnażać; z pokarmami wreszcie dostają się one do żołądka. Bądź co bądź przyznaje autor, iż dostatecznego wyjaśnienia przyczyny miejscowej odporności w jamie ustnej do dziś nie posiadamy.

Z żołądkiem już sprawa stoi jaśniej. Badania Kocha, Löfflera, Gaffky'ego i innych dowiodły, że na cały szereg drobnoustrojów chorobotwórczych sok żołądkowy, a względnie kwas solny w nim zawarty wywiera działanie zabójcze. Szczególnie wykazano to względem wolnych od zarodników laseczników czarnej krosty, laseczników cholery i bezzarodnikowych laseczników gruźliczych. Atoli Baumgarten i Fischer widzieli, że czasami te ostatnie bez szkody dla siebie mogą przejść przez żołądek normalnie trawiący. Być może, że stopień wypełnienia i stadyum trawienia mają tu swe znaczenie. A zatem i odporność miejscowa żołądka nie jest jeszcze zupełnie wyświełoną.

Z kolei przechodzimy do kiszek, sprawa miejscowej odporności których znów mniej jasno się przedstawia. Niedawno Tavel i O. Wyss wykazali, że normalnie znajdująca się tam bacterium coli commune może wywoływać u człowieka ciężkie cierpienie kiszek, czasem nawet kończące się śmiercią. Co temu sprzyja nie wiemy, jak również niewiadomo dlaczego rzadko tylko przychodzi do tego. Korkunoff robiąc doświadczenia na myszach, którym wraz z pokarmem podawał zarodniki lasecznika czarnej krosty, a także lasecznik cholery kur—przyszedł do wniosku, że wtedy działają one szkodliwie dla organizmu jeśli sprowadzają zgorzel przybłonka.

Ciekawą myśl rzucił A. Baginsky przypuściwszy, iż w jelitach dwa rodzaje drobnoustrojów działają na korzyść ustroju w znaczeniu ochraniania go od infekcyi ze strony innych drobnoustrojów. B. zauważył, że Bacterium lactis aërogenes (Ese-

bericha), któremu on daje miano *Bacterium aceticum*, wytwarza w znacznej ilości kwas octowy, a znajdująca się również w normalnym kale *Bacterium coli commune*, posiada własność znów wytwarzania kwasu mrówczanego i mlecznego. Kwasy te, a głównie octowy, zdaniem Baginsky'ego, działają ochraniająco na błonę śluzową jelit broniąc ją od mikrobow chorobotwórczych. Hypotezę swoją B. postawił na podstawie doświadczeń laboratoryjnych. *Bact. aceticum* zabija w probówce niektóre mikroby wyhodowane z kału chorych na biegunkę. Oczywiście nie ma dowodów na to, aby i w jelitach tak samo się działo. Mamy więc przed sobą li tylko hipotezę.

Dość obszernie zajmuje się Lubarsch badaniem zakażenia przez płuca i rogówkę. Po za stwierdzeniem faktu, że tą drogą dość trudno wywołać zakażenie czarną krostą, nie daje nam jednak pewnego wytłomaczenia przyczyny tego zjawiska. Robi tylko przypuszczenie, że przy zastrzyknięciu do dróg oddechowych, a względnie wziewaniu hodowli laseczników czarnej krosty, te ostatnie rozrzucone zostają od razu szybko na wielką przestrzeń powierzchni płucnej, giną nie będąc w stanie, pojedynczo działając, pokonać przeszkód stawianych przez nabłonek dróg oddechowych, a po części dzięki działaniu fagocytów. Dzieje się to analogicznie z tem, jak przy szczepieniu podskórnem szczepionka o niewielkiej ilości drobnoustrojów zostaje bezskuteczna, a one giną.

Co do rogówki, to odporność jej miejscowa zdaje się zależeć od braku w niej naczyń krwionośnych. Doświadczenia autora w celu wyjaśnienia wpływu zapalenia, ropienia i zgorzeli w miejscu zakażenia na sprawę odporności względem czarnej krosty, upoważniają go do następujących wniosków. Zapalenie i nekroza mogą opóźniać uogólnienie się zakażenia drogą mechanicznego zatamowania krążenia w danem miejscu, przez co w zgorzeli brak dowozu pokarmu zgubnie wpływa na rozwój drobnoustrojów, w zapaleniu zaś zwykłym, dzięki zatkaniu przez leukocyty naczyń limfatycznych i krwionośnych, trudniej lasecznikom przedostać się do ogólnego krążenia. Ropienie znów prócz tego samego momentu wpływa jeszcze na opóźnienie wybuchu ogólnej infekcyi drogą działaności samych leukocytów (cellulär oder cellulär-chemisch).

W celu, ostatecznie, postawienia swojej teoryi objaśniającej przyczyny ogólnej odporności ustroju zwierzęcego, autor robi szereg doświadczeń szczepienia karbunkułu różnorodnym zwierzętom, a stawiając ztąd wnioski co do odporności względem tej choroby, zastrzega się stanowczo, iż pośrednio tylko mogą one się odnosić do ogólnej odporności względem innych chorób zakaźnych. Autor szczegółowo opisuje karbunkuł bezkręgowców, ryb, ziemnowodnych, ptaków, szczurów, kotów, psów, ludzi, a wreszcie u bezwzględnie wrażliwych zwierząt (świnek morskich, białych myszy i niektórych królików).

Na podstawie tych opisów podaje autor ogólną teoryję karbunkułu. Objawy choroby tej, oraz śmierć warunkują się

jadem ¹⁾ wydzielanym przez laseczniki czarnej krosty rozmnażające się w ustroju zakażonym. Jad ten u różnych zwierząt różnie działa, u jednych przeważnie działa na rdzeń przedłużony u drugich, prócz tego i na komórki będące przenośnikami par excellence odporności ustroju.

Wobec powyższego względem sprawy odporności można postawić następujące możliwości: 1. „Ponieważ u danego zwierzęcia laseczniki wcale się nie rozmnażają, więc nie ma tu wytwarzania się jadu. 2. Laseczniki rozmnażają się wprawdzie, ale u danego zwierzęcia wydzielają również mało jadu jak w hodowli na żelatynie lub agarze ²⁾. 3. Rozmnażają się w tak małej ilości, iż jad wydziela się w minimalnych dla ustroju nieszkodliwych ilościach. 4. Mimo rozmnażania się ich i wydzielania jadu, zwierzę zostaje przy życiu, ponieważ jad ten nie jest dla niego trującym. Punkt (4) może być objętym przez punkt (2), przeto można go wykluczyć“.

W trzech więc pierwszych kryje się jądro rzeczy. Jakież atoli czynniki tu działają? Fagocytoza, zdaniem autora, małe tylko ma znaczenie dla odporności, wyrażające się dwójako. Leukocyty wywierają pewien wpływ na mikroby po za nimi znajdujące się, mocą którego te ostatnie nie mogą im szkodzić. Z drugiej strony pochłonawszy mikroba komórka działaniem przemiany pierwiastków w swem ciele tamuje rozwój drobnoustroju. Działanie jednak pierwsze i drugie ujawnia się tylko w niewielkim zakresie.

Znaczenie śledziony dla odporności nie jest dotychczas wyjaśnione. Lubarsch przypuszcza, iż odbywa się tu niszczenie drobnoustrojów chorobotwórczych.

Wreszcie przechodzi autor do rozpatrzenia bakteryjobójczych własności krwi pozbawionej ciałek. Najpierw badając krew odwłóknioną, znalazł autor fakt taki, iż surowica nie zawierająca włóknika jest bardziej bakteryjobójczą dla lasecznika czarnej krosty, niż krew tego zwierzęcia krążąca w jego naczyniach. Buchner tłómaczy to zjawisko poprostu obumieraniem krwi odwłóknionej, autor zaś, nieprzyjmując tego tłómaczenia, przypuszcza obecność w żywych naczyniach zwierzęcia pewnych warunków, które wpływają tam ujemnie na własności bakteryjobójcze surowicy. Nie odwłóknione osocze krwi nie zawierające ciałek, jeżeli pochodzi ze zwierzęcia bezwzględnie wrażliwego jak myszy i świnki morskiej, własności bakteryjobójczych względem lasecznika czarnej krosty nie posiada. Zaś zwierzęta okazujące odporność względem czarnej krosty posiadają surowicę zabijającą odnośne mikroby w mniejszym lub większym stopniu, będącym nawet poniekąd miarą tejże odporności. I tu zauważył autor, że su-

1) Fraenkel i Bregier ze zwierzęcia padłego na anthrax otrzymali jadowitą toxalbuminę.

2) Hoffa i Nencki wykazali ten fakt, że na żelatynie i agarze lasecznik czarnej krosty nie wydziela jadu prawie wcale, za to z hodowli na bulionie otrzymał Hoffa alkaloid, który u zwierząt wrażliwych wywołuje obraz karbunkułu.

rowica krążąc w naczyniach, posiada mniejszą zdolność zabijania laseczników karbunkułu niż gdy się znajduje po za ustrojem. Flügge wykazał, a stwierdził potem swemi doświadczeniami i autor, że krew królika zakażonego czarną krostą traci swe własności bakteryjobójcze już wtedy nawet, kiedy laseczniki nie przedostały się jeszcze do wielkich naczyń. A zatem coś już zadziało na nią, tem „czemś“ bezsprzecznie być musi jakaś chemicznie działająca wydzielina tych drobnoustrojów, która najpierw niż one przedostała się do krążenia i zmieniła skład chemiczny krwi.

Dla wyświetlenia wpływu bakteryjobójczej działalności osocza krwi na sprawę odporności, w dalszym ciągu starał się autor sztucznie uczynić zwierzęta odpornymi względem karbunkułu. Zupełnej i trwałej odporności nie udało mu się otrzymać. Bądź co bądź w miarę zwiększania się odporności zwiększała się i własność bakteryjobójcza ich krwi (osocza), szczególnie wyraźnie to występowało, gdy po zastosowaniu szczególnie ochronnych zastosowano wprost jadovitą szczepionkę. Ze zwiększeniem się odporności, a względnie i własności krwi niszczenia laseczników, alkaliczność krwi zwierzęcia (barana) zwiększała się bardzo wyraźnie.

Mimo powyższych faktów świadczących o wielkiem znaczeniu omawianej własności krwi (osocza) w sprawie odporności, Lubarsch waha się z uznaniem jej za istotę samejże odporności.

W ogóle wyniki swej pracy streszcza autor w sposób następujący:

1. „Wrodzona bezwzględna odporność, może polegać na braku odpowiedniego (assimilirbaren) materiału odżywczego (dla bakteryj). [Ascidien].

2. Może jednak być wywołaną reakcyjną działalnością komórek ciała, które wskutek zadrażnienia przez weszle do ustroju mikroby rozwijają wrogą bakteryjom działalność na szerszą skalę (żaby, szare szczury, psy i t. p.).

3. Przy wrodzonej względnej odporności zwiększenie wrogiej bakteryjom działalności komórek może przyjść do skutku dopiero przez znacznego stopnia rozmnożenie się bakteryj w miejscu zakażenia. Między tą odpornością a bezwzględną wrażliwością (Empfänglichkeit) istnieją różne stopnie przejściowe.

4. Nabyta odporność jest wynikiem wspólnego działania wytworów chemicznych przemiany materii bakteryj i komórek ustroju.

5. Dzięki tym wytworom następuje kompletne przeistoczenie się przemiany pierwiastków w grupach tych komórek, które to przeistoczenie dosięga najwyższego stopnia, ilekroć jadowite drobnoustroje tegoż gatunku znowuż nagabują ten ustrój“.

W dodatku do powyższej pracy datowanym o pół roku później, L. przyznaje rację bytu teorii „retencyjnej“, a to dzięki odkryciom Behringa i Kitosato w dziedzinie odporności.

Odkrycia ich nazywa autor „faktem kapitalnym, zdającym się rozstrzygać stanowczo na korzyść teorii retencyjnej“.

Dr Władysław Świątecki.

284. Dr. KRAUS (Karlsbad). **Przyczynek do patologii i terapii kamicy żółciowej (cholelithiasis).** (Berlin 1891, str. 79).

I. Dane statystyczne. Na początku swej pracy autor podaje statystyczne dane odnoszące się do przypadków kamicy żółciowej przez siebie w Karlsbadzie spostrzeganych. Niektóre z tych danych dla etjologii choroby ważne znaczenie posiadających podajemy.

W ciągu 10 lat, t. j. od r. 1871 do 1880 autor spostrzegł kamice żółciową u 253 mężczyzn i 447 kobiet; w ciągu następnych 10 lat, t. j. od 1881 do 1890 u 472 mężczyzn i 1,067 kobiet, razem u 735 mężczyzn i 1,514 kobiet.

Z cyfr powyższych i innych jeszcze pokazuje się:

1) że ilość kobiet cierpiących na kamice żółciową znacznie przewyższa ilość mężczyzn, a stosunek ten jest w przybliżeniu 2:1.

2) że u kobiet największa ilość przypadków (687) przytrafia się między 30 a 50 rokiem życia, u mężczyzn (374) między 40 a 60 rokiem. I podawane przez innych autorów cyfry stanowczo dowodzą, że płeć żeńska przeważa nad męską. Większa część lekarzy francuzkich i angielskich podaje jednak stosunek daleko wyższy (4:1) aniżeli lekarze niemieccy.

I pod tym względem zgadzają się prawie wszyscy autorzy, że cierpienie to jest u dzieci wyjątkowem, a przed 20 rokiem życia bardzo rzadkiem.

Podczas 20 letniej praktyki w Karlsbadzie i przy materiale przeszło 2,000, autor nie widział ani razu kamicy żółciowej przed 20 rokiem życia; w ostatnim dopiero roku widział 5 przypadków u kobiet młodszych, co przypisuje niezwykłemu zbiegowi okoliczności.

II. Morfologija kamieni żółciowych. W rozdziale tym autor opisuje różne formy i zaznacza różny skład chemiczny kamieni żółciowych, jako też różnicę wielkości kamieni, która waha się między ziarnem konopnem a włoskim orzechem; ni rzadkim też jest piasek żółciowy, który wydziela się niekiedy w ogromnej ilości.

III. Etjologija. Momenty przyczynowe kamicy żółciowej podzielić można na bezpośrednie i pośrednie.

Do pierwszych należą wszystkie sprawy patologiczne, spowodzające zбочenia w wydzielaniu lub wydalaniu żółci, zastój żółci w przewodach żółciowych, lub też zmiany chemiczne żółci, a zatem: 1) zmiany anatomiczne w narządzie wydzielniczym (wątrobie, a raczej komórkach wątrobowych), 2) wszelkie cierpienia przewodów żółciowych, 3) częściowe lub całkowite zamknięcie przewodów wyprowadzających, 4) nieżytowe stany narządu trawienia, 5) ciała obce i robaki, które w jakikolwiek sposób do przewodów żółciowych się dostają.

Do momentów pośrednich (przyczyn usposabiających) autor na mocy własnego doświadczenia zalicza: 1) płeć, 2) dzie-

dziczność, 3) pewien okres życia, 4) społeczne stanowisko i sposób życia, 5) wpływy psychiczne, 6) zaparcie nawykowe, 7) ciężę, 8) niektóre ogólne zboczenia odżywiania i przewlekłe wyniszczające choroby.

ad 1. Że kamica żółciowa jest częstszą u kobiet, jest to fakt przez wszystkich stwierdzony. Przyjąć należy, że wpływa na to domowe życie, niedostateczny ruch, pociąg do słodkich i mącznych potraw, mocne sznurowanie, łatwa pobudzalność psychiczna, uporczywe zaparcie stolca i nakoniec czynność płciowa.

ad 2. Każdy lekarz, który miał sposobność spostrzegać znaczną ilość przypadków kamicy żółciowej i zbierał anamnestyczne dane mógł się przekonać, jak często wiele członków jednej rodziny podlega kamicy żółciowej. Autor w 62% swych przypadków przekonał się o istnieniu dziedziczności; szczególnie często leczył autor na kamicej matki i córki często nawet wspólnie.

ad 3. Kamica żółciowa jest najczęstszą, jakieśmy widzieli u mężczyzn między 40 a 60, u kobiet między 30 a 50 rokiem życia. Niektórzy badacze stwierdzili częstsze wystąpienie kamicy w późniejszym wieku.

ad 4. U mężczyzn pozycja społeczna i sposób życia sprzyjają powstaniu kamicy żółciowej. Z 472 przypadków u mężczyzn spostrzeganych przez autora przypadło na: lekarzy 45, urzędników 74, duchownych 60, właścicieli fabryk 19, właścicieli większych posiadłości ziemskich 24, kupców i bankierów 40, gospodarzy wiejskich (mniejszych) 26; oficerów 40, profesorów i nauczycieli 103, kapitalistów 41.

Największy kontyngens około 50% dostarczyli profesoria, nauczyciele, urzędnicy i duchowni, których powołanie wymaga znacznej umysłowej pracy połączonej z przykrościami, jako też pociąga za sobą siedzący sposób życia, a skutkiem tego leniwa czynność kiszek i wątroby.

ad 5. Wielu chorych podaje, że nabyli chorobę skutkiem częstych zmartwień i innych ujemnych wpływów psychicznych; najczęściej jednak tylko pierwszy napad kolki wątrobowej powstaje bezpośrednio lub wkrótce po silnem jakimś pobudzeniu psychicznem. Wiemy jednak z drugiej strony, jak ważny wpływ wywiera gniew, przestrah i t. p. na wydzielanie i wydalanie żółci, ztąd możliwem nawet jest, że pod wpływami tymi mogą powstać kamienie żółciowe.

ad 6. Na związek kamicy żółciowej z nawykowem zaparciem stolca autor już dawniej zwracał uwagę. I w rzeczy samej, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że 80% chorych spostrzeganych przez autora cierpiało na zaparcie, że większa część tych chorych stanowczo utrzymywała, że zaparcie u nich jest o wiele wcześniejszem, aniżeli cierpienie obecne i jeżeli dalej uwzględnimy, że uregulowanie wypróżnień stanowi pierwszy warunek dla usunięcia kamicy nie możemy ani chwili wątpić o związku między zaparciem stolca a kamica żółciową. Wpływ szkodliwy zaparcia zależy w części od ucisku sąsiadującego

z pęcherzykiem żółciowym odcinka przepelnionej kiszki, w części od stanu nieżytego podrażnienia kiszek, które się na przewody żółciowe rozszerza.

ad 7. Już dawniejsi autorzy piszący o kamicy żółciowej niemniej i nowsi z małymi wyjątkami uważają częstą ciążę jako przyczynę tworzenia się kamieni żółciowych; własne doświadczenie autora zmusza go do zgodzenia się na ten pogląd. W znacznej ilości przypadków autora pierwszy napad następował podczas ciąży lub po porodzie ¹⁾. Większe jeszcze podczas ciąży zaparcie stolca, ciśnienie macicy na wątrobę i przewody żółciowe, zmiany w krążeniu i składzie krwi przy ciąży są zdaje się momentami, które sprzyjają powstaniu kamieni żółciowych przy ciąży.

ad 8. Nakoniec otyłość, która sama przez się jest zбочeniem w odżywianiu i następnie wywołuje inne zбочenia w odżywianiu, należy do momentów usposabiających do kamicy żółciowej. Otyłość działa tu z jednej strony mechanicznie przez upośledzenie czynności kiszek, wątroby i krążenia krwi z drugiej strony wywiera wpływ na samą żółć, w której zawartość cholestearyny powiększa.

IV. Objawy i przebieg. A. Okres zwiastunny. Tworzenie się kamieni żółciowych poprzedzają zwykle fizjologiczne i chemiczne zmiany żółci, które same przez się już na pewien czas przed pojawieniem się objawów właściwych dla kamicy żółciowej wywołują wyraźne zбочenia w trawieniu, asymilacji i w ogólnym stanie chorego. Przypadłości towarzyszące tym zбочeniom autor nazywa zwiastunnymi. Pierwsze miejsce zajmują zбочenia w trawieniu szczególnie u kobiet występujące; występują one najpierw i najwyraźniej a mianowicie zaparcie stolca, wzdęcie, zmniejszone, a kapryśne łaknienie, ciśnienie w dołku; skóra szczególnie twarzy staje się blade-żółta, łącznica galkowa przedstawia odcień żółtawy; mocz staje się skąpym, ciemniejszym. Częstym objawem jest połowiczny ból głowy, który zwykle ustępuje z chwilą pojawienia się pierwszego napadu kolki.

W tym okresie nie podobna wykryć w narządach jamy brzusznej żadnych dotykalnych zmian, chociaż już niewątpliwie istnieją zбочenia w czynności wydzielniczej żołądka i kiszek — pewien stan nieżytowy. Z chwilą przejścia sprawy nieżytowej na przewody żółciowe, dawniejsze objawy się wzmagają i dołączają się nowe; chorzy tracą zupełnie łaknienie, język staje się obłożonym; chorzy mają kwaśne odbijanie, brzuch staje się wzdętym i przy ucisku na epigastrium i prawe podżebrze chorzy skarżą się na ból i w niektórych przypadkach występuje gastralogija, którą często mylnie poczytują jako zależącą od wrzodu żołądka, zaparcie stolca jeszcze się powięk-

¹⁾ Od wielu lat obserwuję chorą cierpiącą na kamicy żółciową, u której napady kolki wątrobowej występują, ile razy jest w ciąży; w czasie wolnym od ciąży nigdy nie miała napadu. (Przyp. wł. spr.).

sza, stolce są mniej zabarwione na żółto; w ogóle występują objawy ikteryczne, w mniejszym stopniu niekiedy swędzenie skóry; ogólny stan chorych się pogarsza, stają się rozdrażnieni, źle śpią, chudną. Badanie fizykalne już nieraz wykazuje powiększenie wątroby, a badanie moczu barwniki żółciowe w mniejszej lub większej ilości.

B. Właściwy okres choroby i kolka wątrobowa. W tym okresie choroby występują miejscowe przypadłości; objawiają się one w najrozmaitszy sposób zazwyczaj od zwyczajnego nieprzyjemnego uczucia, uczucia ciśnienia lub szybko przechodzącego bólu aż do nagle, peryjodycznie się powtarzającego gwałtownego napadu tak zwanej kolki wątrobowej.

Napady kolki w mniejszym stopniu mogą już być wywołane przy przejściu zgęszczonej żółci lub piasku żółciowego w znacznej ilości.

Gwałtowne bóle z towarzyszącymi im objawami mogą powstać tylko skutkiem przejścia kamienia przez wązkie przewody, respective drażnienia i gwałtownego tychże rozdęcia.

Główne objawy towarzyszące kolce wątrobowej są podług autora następujące:

1. nagle wystąpienie bólu w 1—3 godzin po wiekszej biesiadzie i najczęściej w nocy.

2. silny kurczowy w postaci napadu występujący ból w okolicy żołądka i wątroby z rozprzestrzenieniem się na prawą połowę klatki piersiowej.

3. duszność, uczucie obawy; nudności i wymioty.

4. zwolnione, twarde tętno i zimne kończyny.

5. nagle lub powolne ustanie napadu.

6. w pewnych okolicznościach żółtaczką.

ad 1. Podług doświadczenia autora nagle pojawienie się bólu jest prawidłem; często jednak napad rozwija się stopniowo przy objawach ogólnego niedomagania, dreszczykach, wzdęciu brzucha, bólu w dołku, częstego ziewania i t. p. Że napady zwykle w 2—3 godzin po jedzeniu występują jest to zależnem od obfitego wydzielania żółci podczas trawienia. Autor też przekonał się, że napady są częstsze w nocy: w sezonie 1889 r. 62 razy był autor niepokojonym w nocy a tylko 16 razy w dzień. Częstsze wystąpienie napadów w nocy autor tłumaczy brakiem ruchu po jedzeniu i kładzeniem się do łóżka zaraz po jedzeniu.

ad 2. Charakterystycznym dla bólu przy kolce wątrobowej jest wystąpienie w postaci napadu, stopniowe wzmaganie się, jako też rozprzestrzenianie się bólu na sąsiednie gałęzie nerwowe. Ból nie jest początkowo jakby się zdawało à priori umiejscowionym w okolicy pęcherzyka, lecz w epigastrium, dołku sercowym i dopiero później objawia się w okolicy wątroby i pęcherzyka, a współcześnie w prawej połowie klatki piersiowej, niekiedy tylko w lewym podżebrzu, a wtedy siedliskiem jego jest żołądek i colon transversum. To właśnie rozprzestrzenianie się bólu jest patognomicznem dla kolki

wątrobowej, szczególnie rozprzestrzenianie się bólu na kąt łopatki.

ad. 3. Nudności i wymioty są odruchami, których rzadko brak przy kolce wątrobowej; po wymiotach często następuje ulga, niekiedy tylko chwilowa.

ad 4. Czynność narządu krążenia jest zawsze przy kolce wątrobowej upośledzoną; autor widywał tętno nie przechodzące 42 na minutę; nawet śmiertelny napad nie jest wykluczony.

ad 5. Nagłe lub powolne ustanie napadu zależy od przewodu, przez który kamień do kiszek przechodzi. Jeżeli kamień z szyi pęcherza cofa się napowrót lub przeszedł już z przewodu pęcherzykowego do kiszek napad ustaje natychmiast; gdy zaś kamień na dłuższy czas lub na zawsze osiedlił się w przewodzie pęcherzykowym lub wspólnym, wtedy napad traci ostry charakter, ból staje się bardziej tępym i trwa tak długo, aż kamień ostatecznie w jakikolwiek sposób nie dostanie się do kiszek.

ad 6. Wykrycie kamienia w wypróżnieniach lub pojawienie się żółtaczki jest jeszcze dotąd dla niektórych lekarzy nieodzownym warunkiem pozwalającym na rozpoznanie kamicy żółciowej. W nowszych jednak czasach obu tym momentom nie przypisują ważnego rozpoznawczego znaczenia, żółtaczka bowiem nie zostaje wywołaną przez napad sam, lecz przez mniej lub więcej zupełne zamknięcie przewodu wątrobowego i wspólnego i zatrzymanie się żółci i jej wessanie, nie występuje zaś żółtaczka, gdy kamień przechodzi lub utkwii w szyjce pęcherza lub przewodzie pęcherzykowym, a nawet wtedy, gdy niewielki kamień przechodzi przez przewód wątrobowy lub wspólny, lub też gdy przewody te skutkiem częstego przechodzenia kamieni są rozszerzone.

Objawy żółtaczki występują już w 8—10 godzin po zamknięciu przewodów żółciowych, t. j. przewodu wątrobowego i wspólnego. Przed wystąpieniem żółtego zabarwienia łącznicy i skóry, wykryć można w moczu barwniki żółciowe w niewielkiej ilości, współcześnie wypróżnienia stają się gliniaste.

Z innych objawów na wzmiankę zasługują: suchość skóry, swędzenie skóry, zwiększone pragnienie, bezsenność. Narzeczcie skutkiem długiego trwania choroby chorzy stają nerwowi.

Nakoniec na zaznaczenie zasługuje, że kamienie żółciowe, których siedliskiem jest wątroba, są częstym powodem ropni w wątrobie; kamienie zaś których siedliskiem są wszelkie przewody i pęcherzyk w pewnych okolicznościach sprzyjają powstawaniu guzów złośliwych i przeciwnie rak pęcherzyka i przewodów—sprzyja powstaniu kamieni tak, że nieraz trudno jest określić które cierpienie jest pierwotnem a które wtórnem.

C. Odejście kamieni. Odejście kamieni żółciowych z przewodów do kiszek następuje, albo na drodze naturalnej przez przewód wspólny, albo przez przedziurawienie tego ostatniego lub wprost pęcherzyka.

O wielkości kamieni, które mogą przejść przez przewód

żółciowy wspólny znajdujemy w literaturze bardzo skąpe a w części sprzeczne wiadomości. Autor na mocy własnego doświadczenia odnośnie drogi, jaką kamienie przechodzą do kiszki i wielkości tychże twierdzi:

1. że większa część kamieni przechodzi do kiszki przez przewód żółciowy wspólny.

2. że wielkość kamieni, jakie przechodzą do kiszki waha się między wielkością małego grochu a orzecha laskowego.

3. że jednak i kamienie wielkości jaja ptasiego (a zatem o średnicy $1\frac{1}{2}$ cm. i więcej) mogą przejść przez diverticulum Vateri, przyczem naturalnie nie jest wykluczoną możność owrzodzenia i przedziurawienia lub rozerwania błony śluzowej.

Za powyższem twierdzeniem przemawia nie tylko doświadczenie autora, lecz znany fakt, że przewód żółciowy wspólny może się nadmiernie rozszerzyć, jako też wyniki oględzin pośmiertnych, szczególnie w jednym przypadku opisanym przez Murchisena.

Bardzo wielkie kamienie na szczęście rzadko się przytrafiające, pozostają zwykle w pęcherzyku, przyczem często bardzo mało sprawiają dolegliwości i tylko za pomocą owrzodzenia mogą dostać się do kiszki lub do worka otrzewnej. Przedziurawienie takie może nastąpić, albo bardzo burzliwie przy objawach zapalenia otrzewnej lub krwotoku, albo też w sposób więcej przewlekły. Przedziurawieniu takiemu sprzyja upadnięcie, skok, uderzenie.

Zdarza się niekiedy, że większe kamienie żółciowe przypadkowo zostają znalezione w kiszkach nie wywoławszy przedtem żadnych przypadłości. Tego rodzaju kamienie mogły odejść tylko drogą owrzodzenia i zrośnięcia się pęcherzyka z kiszką. Podobny przypadek opisał autor jeszcze w r. 1881; drugi taki przypadek widział Ord.

Kamienie żółciowe mogą też dostać się do żołądka i być wymiotowane. Przypadki tego rodzaju znane są w literaturze; autor widział 2 razy kamienie w wymiotach; zdarzają się one częściej aniżeli powszechnie przypuszczają, lecz uchodzą one uwagi, ponieważ na wymioty nie wiele zwracają uwagi.

Przypadki, w których kamienie żółciowe drogą owrzodzenia dostają się do jamy otrzewnej, do żołądka, do worka opłucnej, do płuc do prawego moczowodu i przez ścianę brzuszną na zewnątrz są nadzwyczaj rzadkie.

V. *Rozpoznawanie i rokowanie.* Następujące cierpienia, których objawy są wielce podobne do objawów kamicy żółciowej, są źródłem pomyłek rozpoznawczych a mianowicie. gastralgija, wrzód żołądka lub dwunastnicy, kolka nerwowa prawostronna. nerka wędrująca i nakoniec guzy wątroby, pęcherzyka lub przewodów żółciowych.

Pierwsze napady kolki wątrobowej bywają zawsze przez chorych a niekiedy przez lekarzy brane za tak zwany kurcz żołądkowy, a jednak czyste gastralgije są rzadkie i są zależne, albo od nadmiernej kwasności żołądka, od bliznowatego ścia-

gnięcia żołądka po wrzodach, lub też u kobiet od cierpień narządów płciowych.

Uwzględnienie istniejących lub poprzedzających cierpień żołądkowych, u kobiet szczególne zbadanie narządów płciowych, może łatwo uchronić nas od pomyłki. Gdy kurcz żołądka najczęściej objawia się przed jedzeniem a nawet po przyjęciu pokarmu ustępuje, kolka wątrobowa przeciwnie zwykle występuje co 2—3 godzin po jedzeniu. Przy kurczu żołądka ból rozprzestrzenia się na stronę przeciwległą dołka nie przekracza jednak lewej strony żołądkowego, na okolicę kręgosłupa; wątroba nie bierze udziału, nie jest powiększoną ani bolesną.

Wrzód żołądka lub dwunastnicy bywa niekiedy rozpoznany tam, gdzie istnieją kamienie żółciowe; na wiek, mniej pleć, dziedziczność, dane anamnestyczne zwrócić należy uwagę przy odróżnieniu cierpień tych od kamicy żółciowej. Zresztą wrzody żołądka i dwunastnicy rozwijają się powoli na tle małokrwistości u ludzi wynędzniałych, gdy pierwsze napady kolki objawiają się nagle u osobników dobrze odżywianych. U chorych na kamice mamy przerwy kilkotygodniowe, kilkomiesięczne, co przy wrzodzie żołądka nie ma miejsca.

Pomyłka w rozpoznaniu między kolką wątrobową a nerkową może się przytrafić; trwać to jednak może tak długo, dopóki kamień nerkowy usadowionym jest u wyjścia z miedniczki, gdyż wtedy obok miejscowego bólu chorzy skarżą się na ból od przodu i ku górze. Gdy kamień nerkowy posuwa się ku dołowi ból rozprzestrzenia się na prawe biodro, podbrzusze aż do jądra, a wtedy przypadek staje się jaśniejszym tembardziej, gdy i badanie moczu dostarczy nam punkt oparcia.

Prawostronna nerka wędrująca sprowadza niekiedy bóle podobne do kolki wątrobowej wymioty i t. p. a dająca się wyznaczyć nerka bywa niekiedy brana za rozszerzony pęcherzyk żółciowy. Błąd ten jest jednak tylko możliwym przy powierzchownem badaniu.

Różniczkowe rozpoznanie między guzami a kamcią żółciową nie jest zawsze łatwem a tylko przy dłuższej obserwacji i szczegółowem badaniu można z przybliżoną pewnością uznać cierpienie za jedno lub drugie.

Oprócz tego choć rzadko nerwoból wątrobowy, międzyżebrowy prawy może maskować kamieć żółciową. Rokowanie w większej części wypadków jest względnie pomyślnem, niepomyślne zejścia się stosunkowo rzadkie.

W końcu tego rozdziału znajdujemy krótką wzmiankę o niektórych powikłaniach kamicy żółciowej, a mianowicie o kamicy nerkowej, dnie i cukrzycy. Autor na mocy swego doświadczenia skłonny jest przyjąć, że kamica żółciowa jest ogniwem w łańcuchu owych ogólnych zбоcezeń odżywiania, których punkt wyjścia stanowi otyłość, do której dołączają się następnie zwiększone wydzielanie kwasu moczowego i często oxaluryja, kamica żółciowa a nakoniec jako ostatnie ogniwo cukrzyca.

VI. Leczenie. Leczenie kamicy żółciowej w ogóle ma za zadanie istniejące cierpienie, o ile to jest możliwem, usunąć i powrotowi jego przeszkadzać.

Leczenie napadu kolki wątrobowej jest czysto objawowem.

Ważnem byłoby, zdaniem autora, leczenie zapobiegawcze kolki wątrobowej; autor jest przekonany, że w znacznej części przypadków tworzenia się kamieni żółciowych można z łatwością przeszkodzić przez odpowiednie leczenie w okresie pierwszym choroby, nazwanym przez autora zwiastunym. Staranie o dostateczne wypróżnienia codzienne, uregulowanie dyjety, doatętny ruch na świeżem powietrzu, wewnętrzne użycie alkaliu wystarczają do zniszczenia złego w zarodku.

Gdy istnienie kamieni żółciowych zostało stwierdzonem, starać się winniśmy w pierwszej linii pomódz ich wydaleniu się dopóki są małe, a gdy się to udało, przeszkodzić nowemu ich tworzeniu.

Pomimo mnóstwa środków zalecanych w tym celu, nie posiadamy dotąd ani jednego pewnego środka, któryby w zupełności odpowiadał celowi. Jedynie prawidłowem jest staranie się o obfite wypróżnienia: w wyborze jednak środków należy być ostrożnym i wybierać tylko leki łagodne, nigdy drastyczne. Ciepła woda z dwuwęglanem sody w wielkiej ilości, wlewana do kiszki oliwa, rabarbar, cascade sagraada należą do leków, które w pierwszym rzędzie postawić należy jako sprzyjające odejściu kamieni. Obok nich postawić można podofilinę, kalomel i t. p.

Praktyczne doświadczenia wielu setek lat dowiodły, jakie znaczenie posiadają w tym względzie wody mineralne alkaliczno-słone a szczególnie Karlsbad; z tego powodu autor nie widzi potrzeby dłużej się nad skutecznością Karlsbadu zatrzymywać.

Odpowiednio uregulowana dyjeta jest ważnym czynnikiem przy leczeniu kamicy żółciowej, nie podobna jednak podać ogólnych prawideł; dyjeta bowiem musi być indywidualizowana stosownie do kompleksy, stanu odżywiania chorego i t. p. Ostrzeżeniem przede wszystkim autor przed ulubionem przez chorych na kamicy żółciową głodzeniem się. Ponieważ kolka wątrobowa tak często objawia się po jedzeniu, chorzy z obawy przyjmują zbyt mało pokarmów lub co jeszcze gorsza przyjmują same płynne pokarmy, czem sprzyjają powstaniu rozszerzenia żołądka i tak często towarzyszącego kamicy żółciowej.

Podobna rzecz się ma z ruchem na świeżem powietrzu; i tu zadaniem lekarza jest naglić chorych, by przynajmniej 2 godziny dziennie spacerowali.

Wszelkie ruchy ciała, gimnastyka, pływanie, konna jazda również są bardzo pożyteczne.

Leczenie samej kolki wątrobowej może być tylko objawowem. Dopóki ból jest umiarkowanym, najlepiej zachowywać się wyczekująco i co najwyżej zalecić można lewatywę glicerynową i ciepły okład na brzuch.

Gdy ból jest znacznego natężenia, należy go energicznie

zwalczać. Pogląd, jakoby leki kojące, powstrzymywały przejście kamieni żółciowych jest zupełnie fałszywym. Z pomiędzy leków kojących tylko morfina i chloroform odpowiadają celowi.

Główną rolę przy leczeniu kolki wątrobowej odgrywają jeszcze leki odciągające na kiszki, już to za pomocą leków czyszczących, już to lewatyw i wlewań, wszystkie one jednak są bezpożyteczne, a ostatnie wprost szkodliwe.

Dopóki kolka trwa, brzuch cały jest kureczowo ściągniętym, perysłaltyka kiszek prawie powstrzymana, rozwijające się gazy podnoszą się do góry i rozszerzają żołądek; samo się przez się rozumie, że w tych warunkach działanie lewatyw będzie wątpliwem, wlewań szkodliwe.

O ile jednak nie należy drażnić kiszek podczas napadu, o tyle po ustaniu napadu, gdy chorzy się uspokoją, bardzo właściwe będą leki czyszczące: olej rycynowy lub sól karlsbadzka; w ogóle starać się należy o codzienne wypróżnienie.

W końcu autor mówi o antypirynie przy kolce wątrobowej i nerkowej. Na mocy własnego doświadczenia autor przyszedł do przekonania:

1. że antypiryna jest przy kolce nerkowej absolutnie bezskuteczną.

2. że przy kolce wątrobowej, jeżeli będzie stosowana w początku napadu, niekiedy jest w stanie przerwać takowy.

3. że w przypadkach, w których napad trwa pewien czas (2 do 3 godzin) antypiryna jest źle znoszona, a nawet szkodliwą, skutkiem czego autor ostrzega przed użyciem jej w tym okresie ¹⁾.

Feliks Arnstein. (Kutno).

285. Dr. F. LEGUE. **O nerwobólu nerkowym.** (*Des névralgies renales. Annales des maladies des Organes Génito-urinaires. Août. Septembre 1891.*)

Ciemna kwestyja pochodzenia nerwobólu nerkowego od dawna zajmowała uwagę wybitnych badaczy, tembardziej, że przedsiębrane operacyjne zabiegi, w celu usunięcia przypuszczalnego źródła bólu, kamienia lub piasku nieraz wykazywały błędność przypuszczeń. Kamienia nie znajdowano, a wygląd i konsystencyja operowanej nerki nic nie przedstawiały do życzenia. Już Sydenham w 1769 r. różniczkował bóle pochodzące z obecności kamieni, lub stanu zapalnego tkanki nerkowej i bóle czysto nerwowe — jak je nazywa hysteryczne. Szereg autorów zajmujących się tą kwestyją rozmaicie ją rozstrzyga. Jedni utrzymują, że ów ból jest po prostu lumbago, drudzy,

¹⁾ Wielokrotnie stosowałem podczas napadów kolki wątrobowej antypirynę w dawce 1 gramowej, w połączeniu z taką że dawką salicylanu sodu z doskonałym często skutkiem; nigdy zaś nie widziałem ujemnego wpływu na stan ogólny chorego; z tego powodu uważam ostatni wniosek autora za nieco przesadzony; przez podanie w ogóle antypiryny przy kolce wątrobowej można nieraz uniknąć zastrzykiwań morfiny, a w niektórych przypadkach nie jest to bez znaczenia. (*Przyp. spraw.*).

że bez kamicy nie ma mowy o szczerym bólu nerwowym, ale są i poważne głosy, poparte obserwacjami, które wracają do poglądów Sydenhama. I tak opisany jest przypadek wyleczenia nerwobólu używaniem siarczanu chininy (Mignot). Przy władzie rdzenia (przypadek Raynaud. Arch. gén. de méd., 1876) bóle, mające wielkie podobieństwo do kolki nerkowej były ściśle natury nerwowej, co sprawdzono na sekcji. Wreszcie przypadek obserwowany w roku bieżącym w klinice Guyon'a, potwierdza wyosobnienie cierpienia nerek jako — neuralgia renis. Historia choroby pacjenta Guyon'a w krótkości tak się przedstawia: 26-letni mężczyzna, robotnik, ciężko pracujący, obarczony nerwowo i skłonny do nadużyć alkoholowych, przed 6 u laty po raz pierwszy uczył silny ból w lewej pachwinie i lewym jądrze, jednocześnie z silną chęcią do urynowania. Mocz w obfitej ilości, z początku krwawo zabarwiony, później przezroczysty. Po kilku godzinach bóle ucichły, bolesność atoli powstała od tej pory w pachwinie i jądrze. Następuje okres przerw i paroksyzmów, w różnych odstępach czasu zjawiających się, zawsze jako następstwo jakiegoś zmęczenia fizycznego. Chory wstępując do kliniki cierpi strasznie, stan jego bezgorączkowy, wymiotuje bezustannie, moczu ilość nadzwyczaj mała (w ciągu 3 ch dni 5 grm), ani śladu krwi w moczu. Lewa nerka, lewy moczowód, lewa połowa pęcherza przy obmacywaniu nadzwyczaj bolesne. Objętość pęcherza normalna, niema kamienia, stan ogólny pobudzony. Morfina łagodzi bóle, stan ogólny się poprawia, gdy w tydzień po opisanym ataku następuje drugi; ilość moczu z 24 godzin dochodzi do 4 litrów, zmniejszając się dzień po dniu na trzeci do 250 grm.

Po kilku dniach znowu napad—ilość moczu nie przenosi 500 grm., w trzy dni później oddaje 6 litrów a nazajutrz 3 litry moczu (19,5 grm. mocznika). W przerwach ból nie ustępuje z pachwiny i jądra i chory chodzi trzymając rękę na boku i mocno pochylony na lewo. W moczu żadnych zmian. Po miesięcznej obserwacji w klinice, prof. Guyon przystąpił do zrewidowania nerki na drodze operacyjnej i nic nie znalazł. Bezpośrednio potem bóle w pachwinie i jądrze zniknęły; bolesności przy naciskaniu moczowodu nerki i pęcherza nie było. Chory do chwili wypisania swego nie wiedział, że przy operacji nic nie znaleziono i był przekonany, że usunięto mu kamień, lecz gdy wskutek niedyskrecji otoczenia dowiedział się o prawdzie, na nowo zaczął ucywać bóle i upraszać o morfinę. Guyon utrzymuje stanowczo, że obmacywanie nerki bezpośrednio, daje możność wykluczenia obecności kamienia i czyni zbyt ciężkie cięcie nerki. Objawy obserwowane w klinice, brak krwi w moczu i innych patologicznych składników dowodzi, że przypadek ten jest formą szczerzego nerwobólu nerki. Bóle w nerkach, oprócz towarzyszących kamicy zależą w ogóle, albo od cierpień sąsiednich tkanek i organów, co daje się wykazać, albo jako cierpienie samoistne nerki nie związane z żadnym cierpieniem okolicznem i bez zmian wyraźnych w samej nerce. Dalsze badania w tym kierunku powinny wyjaśnić

ciemną do tej pory sprawę neuralgji nerek i podać środki zaradcze.

W. Stepiński.

286. REMAK. Skrzywienie kręgosłupa boczne naprzemian przy nerwobólu kulszowym. Alternierende Scoliose bei Ischias. (*Deutsch. Medic. Wochenschrift* N. 7).

W ciężkich i długotrwałych przypadkach nerwobólu kulszowego występuje niekiedy przy staniu i chodzeniu boczne skrzywienie części lędźwiowej kręgosłupa.

Wypukłość skrzywienia bywa zwróconą w stronę bolesnej kończyny, tak że na zdrowej stronie brzeg żeber stoi bliżej do grzebienia kości biodrowej; skolioza dolnej części kręgosłupa może trochę wyrównać się przez skrzywienie w odwrotną stronę w części grzbietowej i ramiona stoją już mniej krzywo.

Przyczyną takiej, według Charcot'a patognomicznej postawy, ma być dążenie—uwolnić o ile można bolesną kończynę od ciężaru ciała.

Brissaud na 13 przypadków Scoliosis Ischiadica widział w 10-ciu skrzywienie kręgosłupa zgodnie z prawidłem Ch., w 3-ch zaś wypukłość była zwróconą w zdrową stronę; w ostatnich istniało jednocześnie wzmoczenie odruchów ścięgniastych i bolesność okolicy lędźwiowej. Br. te 3 przypadki przyjmuje za spazmodyczną formę Ischias z udziałem spłotu lędźwiowego i nie normalną postawę uważa za kurcz odruchowy.

Przypadek autora od opisanych przez innych badaczy tem się różni, że chory mógł dowolnie zmieniać zwykłą (przy Ischias) formę skrzywienia na niezwykłą; przy dłuższem chodzeniu korzystał też z tej swojej zdolności.

Według autora i przy niezwykłej formie skrzywienia istnieją mechaniczne warunki, po części uwolniające bolesną kończynę od ciężaru ciała.

Chód chorego (lewostronny nerwoból kulszowy) z wypukłością kręgosłupa na prawo (niezwykła forma) przypomina chód człowieka, niosącego w odprowadzonym lewym ramieniu pełne wiadro, którego zawartości niosący nie chce na siebie wylać.

Do spazmodycznej formy Br. przypadek ten nie może być zaliczonym, autor raczej przypuszcza, że jego chory, były kawalerzysta, zręcznie władał wszystkimi mięśniami kręgosłupa, ta zręczność pozwalała mu przyjmować jedną lub drugą postawę, byle tylko zbyt nie narażał chorej kończyny.

W każdym razie prawidło Ch. co do strony skrzywienia kręgosłupa przy Ischias nie jest bezwzględnem. *R.*

II. Choroby dziecięce.

287. A. CZERNY. Spostrzeżenia nad głębokością snu u dzieci w warunkach fizjologicznych. (*Jahrb. f. Kinderheilk. T. XXXIII. Z. 1 i 2, 1891.*)

Kwestyją powyższą odnośnie do dorosłych zajmowało się w ostatnich czasach niemało badaczy, używających w tym celu

rozmaitych sposobów, niekiedy dość skomplikowanych, żaden z nich atoli ze względu na pewne właściwości organizmu dzieci nie okazał się u takowych praktycznym. Autor, mając na uwadze znaczną pobudliwość skóry u dzieci, zwłaszcza bardzo młodych na rozmaite bodźce, wynalazł i zastosował w tym celu odpowiedni przyrząd elektryczny z prądem przerywanym nader dowcipnie obmyślany (obszerny opis, którego wraz z szematycznym rysunkiem czytelnik znajdzie w oryginale). Pewne modyfikacje w nasileniu prądu wywoływały mniejszą lub większą reakcję ze strony pogrążonego we śnie dziecięcia, począwszy od bolesnego skurczu mięśni twarzy aż do gwałtownego przebudzenia się. Z odnośnej tablicy autora widać, że pobudliwość na prąd przerywany najmniejszą jest u noworodków, wzmagając się z wiekiem.

Co się tycze głębokości snu, to badania autora wykazały, że u starszych dzieci, poczynając od lat trzech największą jest ona w przeciągu pierwszej godziny po zaśnięciu, poczem dość szybko spada aż do godziny siódmej, po której występuje powtórnie w godzinach rannych pomiędzy 7—10, powtórne nasilenie nie takiej jednak siły jak pierwsze. U ssawców typ snu jest nieco odmiennym, mianowicie cały okres jego trwa 3—5 godzin, dosięgając w ciągu pierwszej godziny największej swej głębokości. W godzinę później występuje zwykle drugi okres trwający również około 3—4 godzin z największym nasileniem, w pierwszej godzinie nie tak jednak znacznem jak w poprzednim okresie. Nadmienić należy przytem, iż głębokość snu w nocy u ssawców jest nieco mniejszą w tych przypadkach, gdy dziecię spało w ciągu dnia. Głębokość snu u dzieci zależy również od temperatury pokoju, oraz od rodzaju pościeli, t. j. od mniejszej lub większej jej siły rozgrzewającej. Według spostrzeżeń autora, mniejszy stopień ciepłoty wpływa ujemnie na głębokość snu.

Ciekawem jest zachowanie się ciepłoty ciała śpiącego dziecięcia, największą jest ona przy najgłębszym śnie ($37,0^{\circ}$ do $37,2^{\circ}$), poczem stopniowo spada (o $0,4^{\circ}$ — $0,8^{\circ}$) do godziny siódmej, wreszcie podnosi się znowu pomiędzy ósmą a dziewiątą godziną od $36,9^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$). Spadek temperatury przypisać należy pewnej utracie ciepła wskutek pocenia się, występującego bezpośrednio po acme głębokości snu.

Spostrzeżenia swe autor zakończył badaniem oddechu, oraz tętna śpiących dzieci. W początkach snu oddech powoli staje się dłuższym, głębszym, wydech nieco świszczący, poczem następuje rodzaj pauzy, nader charakteryzującej i trwającej niekiedy 5—10 sekund. Zmianom w oddechaniu odpowiada w zupełności zachowanie się tętna.

Koral.

288. JULIUS CSILLAG. Leczenie wypadnięcia kiszki prostej (prolapsus recti) u dzieci metodą Thure-Brandt'a. (*Arch. f. Kinderheilk. T. XIV, 1891*).

Autor stosował z powodzeniem metodę powyższą u sześciorga dzieci w wieku od 6 miesięcy do 5 lat. Wyleczenie

zupełne nastąpiło po 2—3 posiedzeniach w przeciągu niespełna trzech tygodni, czasami i krócej. Metoda rzezoną składa się z trzech rękoczynów, a mianowicie:

1. Masażu recti i sphincteris ani.
2. Unoszenia okrężnicy i
3. Trzepania krzyża (Kreuzbeinklopfung) wraz z niektórymi dodatkowymi ćwiczeniami.

Pierwsze dwa rękoczyny mają na celu wzmocnienie zwiotczalnych więzów, trzeci zaś podrażnienie odpowiednich nerwów.

Metoda rzezoną, pominiawszy inne okoliczności, posiada jeszcze tę przewagę nad używanymi dotychczas sposobami (przyżeganie środkami kaustycznymi, jak lapisem, termokauterem i t. p.), oraz rozmaitemi zabiegami chirurgicznymi, że jest mniej bolesną i co najważniejsza, nie wywołuje żadnych poważniejszych komplikacyj.

Nadmienić przytem należy, że autor leczył również metodą Thure-Brandt'a enuresis nocturnam z nader dodatnim skutkiem. (Patrz Arch. f. Kinderheilk. T. XII, 1891. Manuelle Behandlung der Enuresis nocturna.) Koral.

289. J. BÓKAI. **O nienormalnie krótkim okresie wylegania w szkarlatynie.** (Arch. f. Kinderheilk. T. XIV. Z. 1 i 2, 1891).

Podczas, gdy dawniejsi autorzy przyjmują przeciętnie 8—14 dni, jako zwykły czas wylegania w szkarlatynie a nowsi redukują go już do 4 dni, spostrzogano w ostatnich czasach wiele przypadków rzezonej choroby, gdzie wyleganie trwało zaledwie 6—36 godzin. Niemalą ilość takich przypadków zebrał Sörensen, wszystkie one jednak dotyczyły osobników operowanych, — najczęściej po tracheotomii, czyli, że spostrzegano tu szkarlatynę następczą t. zw. chirurgiczną, którą autor wbrew mniemaniu niektórych badaczy identyfikuje z szkarlatyną pierwotną, objawy bowiem zarówno w jednej jak i w drugiej postaci w niczem się od siebie nie różnią. W opisanych przezeń dwu przypadkach (chłopiec 4½ lat, dziewczynka 2 lata) wysypka szkarlatynowa ukazała się już nazajutrz po dokonanej tracheotomii, okres więc wylegania trwał tu zaledwie niecałe 24 godzin. Obadwa przypadki zakończyły się śmiercią.

Koral.

290. A. BAGINSKY. **Leczenie błonicy.** (Arch. f. Kinderh. T. XIV, 1891).

Dla zwalczania błonicy, oraz jej następstw, teoretycznie wzięwszy, należy wybrać następujące środki:

1. Środki któreby były w stanie zabić zarazek błonicy w zarodku, nieszkodząc równocześnie otaczającym zdrowym tkankom, oraz całemu organizmowi,

2. Środki, zapobiegające rozprzestrzenieniu się błon na krtań lub też posiadające własność rozpuszczania takowych w celu uniknięcia śmierci dziecka wskutek zaduszenia.

3. Wreszcie środki niszczące działanie zarazka we krwi, naczyniach chłonnych, oraz nerwach.

Niestety, jakkolwiek medycyna współczesna pochwalić się może całym arsenalem rozmaitych leków antibłonicyowych, spe-

cyficznych środków odpowiadających wymaganym warunkom podziśdzien prawie nie posiadamy. Autor w swej wzorowo prowadzonej poliklinice (Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus w Berlinie); używa najczęściej następujących środków: z odpowiadających pierwszemu warunkowi:

Acid. salicylicum 1 - 2 : 1000.

Acid. boricum : 100.

Kali hypermanganicum.

Jodtrichlorid 1 : 2000.

Auro-Natrio Chloratum 1 : 100 do pędzlowania.

Acid. (lacticum) 10% do pędzlowania i 2% do płókania.

Acid. (carbolicum) (roztwór alkoholiczny), 5% do pędzł., 2 - 3% do płókania.

Sublimat 1 : 3000 do przepłókiwań, 1 : 500 do pędzlowań.

Ol. citri—spray.

Ac. aceticum 2 - 3% płókanie i przestrzykiwanie; 5% pędzlowanie.

Ol. therebinthinae do inhalacyj.

Ze środków rozpuszczających (druga kategoria):

Ac. lacticum 2% i aq. Calcis.

Papayotinum 5 - 10%—pędzlowanie.

Przy silnym obrzmieniu gardła lód w kawałkach, przy przewlekłych obrzmiach gardła roztwór tanniny 1 : 80 z 20 gliceryny.

Wreszcie dla zadośćuczynienia trzeciemu warunkowi, autor próbował dwojgu dzieciom zastrzyknąć roztwór glicerynowy produktów rozpadowych lasecznika błonicowego. Zastrzyknięcie dokonane było w ilości 0,001 - 0,002 w tkankę podśluzową migdałków—rezultat jednak okazał się ujemnym. Ze środków wewnętrznych autor używa mocne wina — Sherry, Portwein, Szampańskie, Cognac, podskórne zastrzykiwania roztworu kamfory w alkoholu lub oliwie. Z innych środków decoct. Chinae 10 : 100 z 10 aq. chlori, tinct. ferri chlorati aether., tinct. ferri pomati; przy groźącym paraliżu serca zastrzykiwanie podskórne strychniny, kamfory, kofeiny. Rozmaite komplikacje i choroby następce (nephritis, pneumonia, pleuritis etc.) autor leczy według ogólnie znanych prawideł. *Koral.*

III. Choroby weneryczne i skórne.

291. Prof. R. W. TAYLOR (New-York). **Dlaczego poronne leczenie przymiotu za pomocą zniszczenia lub wycięcia zawczasu pierwotnego stwardnienia jest bezskuteczne?** Why syphilis is not aborted by the early destruction or excision of its initial lesion. (*Medical Record*, 4 lipca, 1891).

Autor stara się faktami uzasadnić przeważające obecnie wśród syfilidologów mniemanie o bezskuteczności poronnego (abortywnego) leczenia przymiotu. W możność przerwania lub złagodzenia przebiegu tej choroby w okresie pierwotnego stwar-

dnienia wierzy dziś już nie wielu, a w ich liczbie dr. Jullien z Paryża.

Na poparcie bronionego poglądu autor przytacza szczegółowy opis kilku przypadków z własnej praktyki, oraz przypadku Berkeley Hilla i Rasori'ego i innych, gdzie pomimo energicznego przypalenia lub wycięcia pierwotnego owrzodzenia objawy syfilityczne wystąpiły w całym komplecie. Niemniej przekonującymi są wyniki badania drobnowidzowego dwóch napletków, zawczasu oddalonych wraz z znajdującymi się na nich owrzodzeniami pierwotnymi. Jeden z nich pochodzi od pacjenta, który zgłosił się do Taylora, prosząc o dokonanie na nim operacji obrzezania. Przy badaniu członka, autor znalazł na wolnym brzegu napletka mały, niewrzodzący brunatny pryszczyk, co go naprowadziło na myśl, że ma do czynienia z twardym szankrem, gdyż nieraz spostrzegał po takim nieznacznym uszkodzeniu stwardnienie przymiotowe. Pacjent ten 20-go grudnia miał stosunek z kobietą podejrzaną. Autor przystąpił do operacji 7 stycznia a więc w 4 dni po ukazaniu się szankra, a 18 po zakażeniu. Wycięto 1½ cala tkanki. Rana zagoiła się po upływie tygodnia, a blizna nie wykazywała żadnego stwardnienia; 17-go nieznaczne obrzmienie, 20-go lutego roseola i inne objawy przymiotu. Wycięty napletek oddany został do zbadania pod mikroskopem. Badanie drobnowidzowe (dokonane przez dra Van Gieson) wykazało (jak uwydatniają załączone przy oryginalne rysunki) przeważnie zmiany w naczyniach krwionośnych, polegające na przepelnieniu przestrzeni około naczyńowych (perivascular spaces) drobnymi okrągłymi komórkami. Prócz tego obserwowano zmiany w komórkach śródbłonna, wyścielającego tętnice i żyły, mianowicie powiększenie i bujanie (proliferaacja) tych komórek. Co do komórek naokoło naczyń można przypuszczać, że pochodzą one od bujania tkanki łącznej w zewnętrznej warstwie ścianki naczyniowej (adventitia) albo tkance łącznej, otaczającej tę ostatnią.

W drugim przypadku, gdzie owrzodzenie trwało dłużej (okres wylegania trwał dni 16, szankier zaś 10 dni przed wycięciem), zauważono podobne zmiany, wszelako nacieczenie komórek w około naczyń rozciągało się dalej od miejsca infekcji niż w pierwszym przypadku. Preparaty zrobione z miejsc na 1—1½ cala od szankra oddalonych, gdzie skóra na oko wydawała się zupełnie normalną, wykazywały wzmiankowane wyżej zmiany komórek naokoło naczyń.

Fakty powyższe dowodzą, że zakażenie syfilityczne nawet w pierwszych dniach nie ogranicza się do miejsca infekcji, ale szybko i daleko szerzy się z biegiem drobnych naczyń krwionośnych, zwłaszcza żył. Wyniki te są zgodne z wynikami Külneffa (?) z Petersburga, który pod kierunkiem prof. Tarnowskiego badał kwestyję t zw. Lymphangitis we wczesnych okresach pierwotnego stwardnienia syfilitycznego. Czy powyższe spostrzeżenia upoważniają do stanowczego twierdzenia, że leczenie przeciw przymiotowe powinno być stosowane zaraz

przy pierwszych pewnych oznakach szankra, o tem autor dziś jeszcze nie decyduje się wyrokować. B. P.

292. BURLUREATX. **Leczenie gruźlicy gruczołów chłonnych wstrzykiwaniami oliwy z kreozotem w dużych ilościach.** (*Annales de dermat et de syphil. N. 4 1897*).

Sposób swój zastosowania kreozotu autor poleca przede wszystkim w tych przypadkach zmian gruźliczych gruczołów chłonnych, gdzie operowane być nie mogą.

Odpowiednią szprycą wstrzykuje się w tkankę pod skórą kreozot z oliwą (zmieszany w stosunku 1:15) w ilościach od 50,0 do 200,0 co dzień.

Wstrzykiwania robią się z zachowaniem następujących ostrożności:

1) Gatunek oliwy powinien być najlepszy.
2) Kreozot otrzymany przy destylaryi w temperaturze 200° do 210°.

3) Przyrząd do wstrzykiwania powinien być dezynfekowany.

4) Wstrzykiwania powinny być robione niezmiernie wolno.

Leczenie trwa od 1-go do 6-ciu miesięcy. Ilość oliwy z kreozotem potrzebna do wyleczenia wynosi od 1-go kilogramma do 4-ch kilogrammów i 200 grammów.

Wstrzykiwania nie sprawiają prawie żadnego bólu, chorzy znoszą je znakomicie.

J. Wojciechowski.

293. BEATTIE. **Półpasiec** (*La semaine Med. N. 10 1891*).

Leczenie polega na użyciu do wewnątrz:

Rp. Extracti Gelsemi
Natri sulphophenil aa 4,0
Aquae destillatae 90,0

M. OS. Co 2 godziny łyżeczkę od kawy.

W tymże czasie chory dostaje co 2 godziny po 5 kropli Tint. belladonnae, aż do zjawienia się lekkiej suchości w gardle.

Zewnętrznie chorzy robią okłady zmieniane co 2 godziny z nast. roztworu:

Rp. Plumbi acetici basici
Aluminis pulv. aa 4,0
Aquae destillatae 20,0

Już po kilku godzinach bóle znikają i znakomicie skraca się przebieg cierpienia.

294. BALZER et SOUPLÉ. **Uwagi nad białkomoczem połączonym z rzerzączką.** (*Annales de dermat et de syphil. N. 4 1891*).

Autor badając mocz 163 chorych z ostrą rzerzączką otrzymał następujące wyniki:

U 50 chorych tylko z rzerzączką było białko w 6 przyp.	
„ 94 „ z zapaleniem przyjądrzu „ 10 „	
„ 19 „ „ obu jąder „ 4 „	

Obecność białka w rzerzączce da się wyjaśnić porażeniem wstępującem moczowodów i miedniczek nerkowych, należy jednak pewną rolę przypisać i zakażeniu ogólnemu, przedewszystkiem jeżeli białka w moczu jest obficie.

295. POWELL. **Epidemia czyraków i wąglików.** An epidemic of boils und carbuncles. (*Brit. med. Journ. 1890 p. 1367*).

Autor opisuje szczegółowo epidemię czyraków (*furnuculus*) i wąglibów (*antrax*), która trwała kilka miesięcy.

Powodem rozszerzenia się choroby był pewien chory przyjęty do szpitala z czyrakami i wąglikiem w okolicy grzebiotowej.

W krótkim czasie u chorych leżących na sąsiednich łóżkach zaczęły zjawiać się czyraki. Epidemia rozszerzyła się na dwie sąsiednie sale, zarażonych zostało 32 chorych. Wykwity formowały niekiedy małe i duże krostki (*pustolae*) i ropnie. Przeważnie epidemia szerzyła się pomiędzy choremi osłabionymi i wycieńczonymi.

Oddzielenie chorych, dyjeta wzmacniająca i surowa antyseptyka wstrzymały szerzenie się epidemii.

296. BESNIER. **Hydrargysie bulleuse.** (*Annales de dermat et de syph. Nr. 4. 1891*).

Petrini w Galatzu obserwował pęcherze powstające u chorej lat 22-cho, która nie znosiła rtęci przy użyciu tak wewnętrznym jak i zewnętrznym, jak również i wstrzykiwań sublimatu. Wykwity były rozmieszczone symetrycznie i trwały blisko miesiąc.

J. Wojciechowski.

297. M. MOREL—LAVALLEE. **Jodek rtęci w zapaleniach stawów rzerzączkowych.** (*Annales de dermat et de syphil. N. 4. 1891*).

Autor otrzymał bardzo dobre wyniki, podając do wewnątrz jodek rtęci w ilości 0,10 dziennie przy porażeniach stawów rzerzączkowych. Cierpienie znikало po upływie sześciu tygodni, gdy tymczasem pod wpływem leczenia klasycznego trwało sześć do ośmiu miesięcy.

298. MADDOX. **Gangrens spontaneés.** (*Med. rec. 1890 p. 349*).

Autor opisuje przypadek gangreny suchej stopy, powstałej bez żadnej przyczyny u dziecka 5-cio letniego, silnie zbudowanego i zupełnie zdrowego. W ciągu kilku dni gangrena rozszerzyła się na całą stopę i spowodowała szybką śmierć.

Przypadki gangreny suchej należą do bardzo rzadkich zjawisk u dzieci przedewszystkiem przed dziesiątym rokiem. Autor jednak sądzi, że gdyby zebrano wszystkie spostrzeżenia tego rodzaju, to statystyka zachwiała by napewno nazwę „gangrena senilis“ nadawaną tak łatwo gangrenie suchej.

J. Wojciechowski.

299. CHAREOT. **Obrzęk siny histeryczek.** *L'edeme bleu des hysteriques.* (*Progr. med. 1890 p. 259 et 275*).

Pod nazwą powyższą prof. Charcot opisuje zaburzenia naczynio-ruchowe skóry u histeryczek, na które on pierwszy zwrócił uwagę i wyróżnia je od obrzęku białego, spostrzeżanego przez Sydenhama. Obrzęk dochodzący do znacznych rozmiarów przyjmuje kolor sinawy, fioletowy, a nawet czarny. Porażona kończyna staje się zimną i skóra traci czucie.

Opisany obrzęk z powodu mylnego rozpoznania, był kilkakrotnie powodem rękoczynów chirurgicznych.

Zmiany występują najczęściej na jednej kończynie, górnej lub dolnej.

Obrzęk siny zazwyczaj występuje nagle, jednocześnie z objawami histerycznymi miejscowymi (porażenia, przykurczenia).

Można go wywołać jednak poddawaniem mysli (suggestion) w czasie uśpiania. Znika jednocześnie z objawami miejscowymi histeryi, którym towarzyszy. *J. Wojciechowski.*

300. ERAUD. 0 nie swoistości gonokokków. (*Annales de dermat et de syph. N. IV. 1891.*)

Autor już dawniej stwierdził, że: 1^o w zapaleniu przyjądrza rzerzęczkowem; 2^o w zapaleniach gruczołu przyprątneho; 3^o w cewce zdrowej dzieci i młodzieńców, istnieją diplokokki i staphylokokki, zawsze jednakowych postaci i jednakowo ugrupowane, dające jednakowy odczyn tak hodowli jak i na zwierzętach. Preparaty barwione sposobem Gram'a zachowywały się zupełnie tak jak gonokokki.

Z tego wynika, że w cewce zdrowej istnieją diplo-staphylokokki, także same jak gonokokki.

Następnie autor starał się przekonać czy ptomainy wyprodukowane przez wspomniane mikroby będą posiadały własności równoznaczne z ptomainami wytwarzanymi przez gonokokki.

Pomiedzy temi ptomainami jest jedna, specyjalnie zbadana przez Hugonnency'ja: jest to diastaza. Diastazę tę autor badał bardzo szczegółowo, przedewszystkiem jaki wywiera wpływ ogólny na organizm niektórych zwierząt (króliki, morskie świnki, psy); następnie zwrócił uwagę na działanie jej na jądra psów. Co do działania ogólnego to diastaza okazała się nie trującą i nie wywoływała zapaleń i ropień, gdy była wstrzykiwana w tkankę podskórną rozmaitym zwierzętom. Wstrzyknięta jednak w jądro młodego psa wywołuje najpierw zapalenie takowego, następnie zropienie, nakoniec zanik narządu. Wyniki tych badań są podobne do otrzymanych przez Ricord'a.

Należy dopuścić, że te różne mikroby (gonokokki i staphylokokki cewkowe) wydzielają pewien ferment—diastazę, działającą wyłącznie na tkankę jądra, tak że można otrzymać zropienie tychże bez udziału samych mikrobów.

Autor będąc dalekim od tworzenia nowych teorii, sądzi jednak, że specyficzność gonokokków jest silnie zachwiana, tym bardziej, że swoistość mikrobów i w wielu innych chorobach jest również wątpliwą. *J. Wojciechowski.*

IV. Wiadomości pomniejsze.

301. Dr. Krogius z Helsingforsu, opisuje 4 chorych (1 kob., 3-ch mężczyzn), którzy w ciągu mniej lub więcej długiego przeciągu czasu symulowali gorączkę. Wywoływali oni wznoszenie się rtęci w termometryczne przez tarcie rezerwaru o faldy koszuli, albo też uderzając końcem palca po górnym końcu ciepłomierza; udawali przytem i inne objawy gorączkowe, jak bredzenie i skarżyli się na różne bóle, osłabienie i t. p. Niektórzy, bywały

szpitalni, robili „krzywe” z rannemi spadkami etc. Ciepłota dochodziła do 41,6 C. Włożenie termometru do odbytnicy nie usuwa możliwości oszukaństwa w powyższy sposób; tylko baczny dozór świadomej rzeczy osoby podczas pomiaru może wyjaśnić podstęp. Nieodpowiednia częstość tętna i zachowanie się ciepłoty skóry na dotyk było, jak się zdaje, punktem wyjścia podejrzenia. (Dr. K. nie podaje nic o stanie psychicznym swych chorych. U histeryczek tego rodzaju oszukaństwo opisywano już dawniej). (The Asclepiad. Wracz, 42). (W podobny sposób symulował gorączkę dochodzącą do 41° pewien znany mi uczeń opieszaly, termometr jednak nagrzewał przy gorącym piecu stojącym tuż około łóżka. Sierp.).

302. Dr. Richardson uważa stan pamięci za dobry znamionujący objaw starości. Jak wiadomo pod starość słabnie pamięć wydarzeń ostatnio przeżytych, a wynurzają się w świadomości wspomnienia b. odległych faktów i to z wielką dokładnością. R. objaśnia to tem, że części mózgu, których czynność stanowi życie psychiczne — podlegają zanikowi, na ich zaś miejsce zaczynają działać cząstki, które od dawna (od dzieciństwa) były nieczynnymi.

Starcy zapominają b. często to o czem słyszeli przed chwilą, nie mogą sobie przypomnieć, kto z nimi mówił dopiero co — a tymczasem ze szczegółami opowiadają o zdarzeniach z przed 50 laty. Pewien chory, umierając, zaczął mówić językiem niezrozumiałym dla otoczenia. Okazało się, że były to modlitwy łacińskie. Chory ten do 5 roku życia był katolikiem, następnie protestantem, a w ciągu ostatnich lat 40 ateistą. Rozumie się, że zapomniał wszystkich tych modlitw, które obecnie pod koniec życia wystąpiły mu znowu w pamięci.

Zjawisko to ma pewne praktyczne znaczenie. Jeżeli człowiek po 50 latach zaczyna spostrzegać słabnięcie pamięci odnośnie faktów świeżych, to powinien, w celu zapobiegania wczesnemu nastąpieniu starości, starać się o odpoczynek, o zmianę zajęcia. W mózgu znajdują się zawsze części mniej używane, które można wyszukać. Harvey pod koniec życia zaczął zajmować się matematyką, a Newton teologią.

(Przytoczony powyżej przypadek owego chorego może też do pewnego stopnia tłómaczyć tak zwane nawracanie się zatwardziałych ateuszów na łożu śmierci. Czyż bezwiedne powtarzanie przez umierającego starca słów modlitwy wrytych w mózg w latach dziecięcych, nie może być tłómaczonem w ten sposób przez nieświadome rzeczy i łatwowieczne otoczenie?).

303. DOEDERLEIN o **mikrobach pochwy**. Lekarze, którzy robili studyja nad antyseptyką przy porodzie dzielą się obecnie na dwa obozy. Jedni, opierając się na klinicznej statystyce, uważają wewnętrzne odkażanie rodzącej nie tylko za niepotrzebne, ale wprost za szkodliwe. Inni, wprowadzając wnioski z bakteriologicznych badań na wydzielinę pochwową, zalecają odkażanie pochwy podczas porodu. Doederlein zajmując się bakteriologiczną analizą wydzieliny pochwowej nie jest jeszcze w możności zakończenia badań w tym kierunku, z powodu nadzwyczaj trudnej kultury mikroorganizmów pochwowych, podaje jednak wnioski, które nie są pozbawione praktycznej wartości. Wydzielinę pochwową, u ciężarnych, przedstawia stale dwa typy, z wybitną cechą pod względem chemicznym, mikroskopowym i bakteriologicznym. Pierwszy typ charakteryzuje się przez wydzielinę z odczynem silnie kwasowym, 0,4% w stosunku do jednego ekwiwalentu kwasu siarczanego. Nadto wydzielinę taką ma wygląd grudkowaty i serowaty. Pod mikroskopem znajdujemy w niej blaszki na-

blonkowe, ciała śluzowe i wyjątkowo bacillusy. Taką wydzielinę Doederlein uważa za normalną, pochodzącą zo zdr.wej pochwy, spotyka się ona także u młodych dziewcząt lub dzieci. Tenże autor sądzi, że kwaśny odczyn wydzielinę przeszkadza rozwojowi bakterij, które jeśli i znajdują się, to odznaczają się słabą żywotnością, wskutek czego odkażanie pochwy w takich wypadkach, podczas porodu, nawet, gdy się odbywa badanie, jest zbytecznem. Drugi typ wydzielinę składa się z ropy mniej, lub więcej gęstej, o odczynie alkalicznym, obojętnym, lub słabo kwaśnym. Pod mikroskopem spotykamy w takiej wydzielinie blaszki nablonka, ciała ropne i masę kokków różnej formy i właściwości. Czysta hodowla tych drobnoustrojów nie udawała się autorowi. Z powyższego wynika, że w takiej wydzielinie, która przedtem mogła być specyficzną, rzerzączkową z czasem, gdy odczyn wydzielinę nabierze odczynu obojętnego lub alkalicznego, mogą rozwijać się stafilokoki i streptokoki i taką wydzielinę można zakazić rodzące podczas badania.

Ze wzmiankowanych badań wynika także, że dla ustanowienia stałych prawideł w kierunku antyseptyki przy porodzie, ściślej, odkażania pochwy podczas porodu należałoby rodzące rozdzielić na dwie grupy; a mianowicie: z wydzieliną pochwową normalną i chorobliwą, a nadto przeprowadzić ściśle obserwację, czy badając pierwszą grupę, bez odkażania pochwy, otrzymamy idealny przebieg porodu, w drugim zaś razie, czy będą w porodu objawy zakażenia, a także, jakie będą rezultaty, gdy rodzące z drugiej grupy podlegą będą uprzedniemu odkażeniu pochwy. K.

304. DELBET. **O działaniu środków odkażających na otrzewną.** (*Annales de Gynécologie 1891 r.*). Środki odkażające przyspieszają prawidłowy rozwój endotelijalnych komórek otrzewnej i powodują przedwczesne obumarcie takowych. Zmiany, jakie powyższe środki wywołują są: 1) skurczenie się komórki kątowne, 2) skurczenie się kątowno-brzeżne, 3) podział komórki na części i 4) złączenie się komórki.

Kwas karbolowy 1.100 wywołuje odraza zmiany drugiego, a nawet i trzeciego stopnia. Ko końcowi czwartego dnia złączenie się komórek ma miejsce w ogromnych rozmiarach. Sublimat, w słabych nawet roztworach 1/5000 wywołuje bardzo silne zmiany, kończące się zniszczeniem komórek. Roztwór jodku rtęci 1/10000 makroskopijnie wywołuje małe zmiany, po trzech dniach jednak, komórki są już podzielone lub zniszczone. Kwas salicylowy 6/100, już po upływie 48-u godzin, wywołuje ogromne zmiany w komórkach, a nawet ich zanik. Kwas borny 3/100, po 48-u godzinach, nie wywołuje zmian dających się ocenić makroskopijnie, zmiany mikroskopijne zaś są 1-go stopnia, mniejsze nawet, jak wywołane solnym roztworem. Woda przekroplona 39° wywołują zmiany 2-go stopnia, po upływie 48-u godzin stan ten pozostaje bez zmiany. Wysoka temperatura 50 - 52° przyspiesza tylko rozwój pewnej ilości komórek, zapewne najstarszych. Woda słona 1/7000, po upływie 48-u godzin, wywołuje zmiany 1-go stopnia. Jodoform, solol nie mają na komórki silnego działania, bo też i działanie odkażające tych związków jest wątpliwe. Powietrze w tym kierunku zdaje się, że pozostaje bez wpływu. K.

305. Dr. L. HEUSNER. **Prawidła dla stosowania chloroformu.** (*Deutsche Medicinische Wochenschrift, Nr. 39, 1891*).

1) Przystępujący do chloroformowania powinien się przedewszystkiem przekonać, czy chory nie ma w ustach sztucznych zębów, tabaki lub innych przedmiotów; nie powinien również zaniedbać auskultacyi serca.

Gorsety i inne uciskające części ubrania powinny być usunięte, dołek sercowy możliwie swobodny, gdyż na nim najlepiej dadzą się obserwować ruchy oddechowe.

Chloroformujący nie powinien się podejmować wykonania żadnej innej pomocy przy operacji, nie powinien się wdawać w żadne rozmowy, lecz całą swą uwagę jedynie skierować na narkozę, za którą całą odpowiedzialność na siebie bierze.

2) Do uspiania powinien być użyty tylko najlepszy chloroform, w buteleczkach, zawierających najwyżej po 20 grm. płynu. Tym bowiem sposobem można w każdej chwili określić zużytą ilość, a w nieszczęśliwych wypadkach dostarczyć zadawalniające dane rzecznikowi państwowemu.

3) Im mniej chloroformu zużyto, tem większa jest sztuka i zasługa chloroformującego. Jeżeli powietrze zawiera więcej niż 10⁰/_o chloroformu, choremu grozi śmierć od zaduszenia. Należy przeto za każdym razem nalewać na maskę nie więcej, jak 10—20 kropli, i wyczekiwać dopóki wilgoć na masce nie przestanie być widzialną. Kto zaś skwapliwie i obfitem skraplaniem maski przyspieszyć chce okres odurzenia, ten łatwo wywołać może niebezpieczne przerwy w oddechaniu. A kto chloroformować nie przestaje nawet wtedy, kiedy znikł już i odruch rogówki, ten ryzykuje że wywoła paraliż serca.

4) Do rozpoczęcia operacji, jak również do oczyszczenia pola operacyjnego należy przystąpić dopiero po nastąpieniu pełnej narkozy. Niepokojenie chorego, nawet częste próbowanie odruchu rogówki lub głośna rozmowa, przewleka tylko nastąpienie narkozy.

5) Narkoza zostaje znacznie utrudniona, a niebezpieczeństwo się powiększa z powodu wzruszenia lub strachu. Wielką zaletą ze strony lekarza będzie dodawać choremu po przyjacielsku otuchy i oddalić od niego wszystko, coby go przestraszyć mogło. Z tego też względu lepiej jest chloroformować nie na sali operacyjnej, lecz w stosownie urządzonej sąsiednim pokoju.

6) Przepelnienie żołądka i kiszek również przewleka i utrudnia narkozę, wymioty zaś pociągają za sobą nawet niebezpieczeństwo zaduszenia. W przeddzień operacji zaleca się chorym środek przeczyszczający, a w dzień operacji nie podaje się żadnych pokarmów. Gdyby jednak w wyjątkowych wypadkach przyszło się operować przy przepelnionym kanale pokarmowym, np. przy zamknięciu światła kiszek, trzeba przynajmniej zawartość żołądka wypompować.

7) U niektórych osób chloroformowanie wywołuje hipersekrecyjną w drogach oddechowych i pokarmowych, co samo przez się zwiększa niebezpieczeństwo zaduszenia. Takich chorych często obracać trzeba na bok dla wydalania mas śluzowych, które się zebrały w gardzieli i drogach oddechowych.

8) Przez narkotyzację i siła serca i ciśnienie krwi zostają osłabione. Nie można absolutnie zatem chloroformować chorych takich, których serce osłabione lub przeciążone zostało pracą wskutek świeżego cierpienia wsierdzia lub osierdzia, wskutek zrostów osierdzia, stłuszczenia mięśnia sercowego, otłuszczenia serca, silnie rozwiniętej rozedmy i t. p. Przeciwnie zaś wady zastawek sercowych, ogólnie osłabienie organizmu, daleko posunięta starość nie służą bezwarunkowo przeciwskazaniem do narkotyzacji.

9) Puls i źrenica ustawicznie powinny być kontrolowane. (Nie na-

leży tylko zapominać, że nudności i bóle mogą być przyczyną rozszerzenia żrenicy i zboczenia pulsu). Najpewniejszym zwiastunem osłabienia mięśnia sercowego jest sinica warg i uszu.

10) Gdy występuje brak oddechu wskutek opadania w tył języka, posuwamy dolną szczękę obydwoją rękoma naprzód, naciskając mocno kóńcami palców tuż pod płakiem usznym na obrócone ku górze gałęzie żuchwowe. Sposób ten jest również pewny, lecz przytem i bardziej oszczędza chorego, aniżeli wyciąganie języka szczypcami. W nader ciężkich wypadkach można kość gnykową pociągnąć do góry za pomocą haczyka, lub nawet przeciągnąć przez język pętelkę nicianą. U niektórych osób trzeba nawet rozszerzyć słabe wargi i skrzydła nosowe, które się przy wdychu zapadają.

306. **Wodę utlenioną 25⁰/₀** zaleca dr. Dickey, jako dzielny środek przy błonicy gardzieli w postaci często powtarzanych zraszań. Błony mają się szybko rozpuszczać (Phil. Med. Jour. VI, 13).

307. **Terpentyna**, według Galtier'a, ma zapobiegać powstawaniu wściekliczyny po ukąszeniu. W tym celu ranę należy dokładnie obmyć nadmiarem terpentyny. (Pharmac. Ztg. 91.55).

308. Według dalszych doświadczeń Hayem'a **kwasy mleczny** nie tylko u dzieci przy rozwolnieniach natury zakaźnej jest skutecznym, o czem niejednokrotnie już donosiliśmy, lecz także i u dorosłych w przypadkach ostrych i chronicznych, nawet uporczywych dyjaryi zadziwiająco dobre daje wyniki. W tym celu należy podawać go do 8 grm. na dobę.

(Gaz. d'hôp. 61).

309. Nowy środek **Aurum tribromatum**; ma być skutecznym przy wszelkiego rodzaju drgawkach, względnie—epilepsyi i jako środek ból kojący. Dawka—dzieciom od 3—6 milligrm.—dorosłym dwa razy tyle. Przy migrenie dwa razy dziennie po 0,003. (Allgem. W. med. Z. 91.37).

310. Nowy środek glistopędny—**Ammonium embelicum** działa pewnie i nieposiada smaku. Podaje się w powidełkach, z miodem, lub syropem. Dawka dla dziecka do 0,18, dla dorosłego podwójna ilość (ibidem).

S.

List otwarty do redakcyi „Kroniki Lekarskiej“.

Szanowny Redaktorze!

Śmiem prosić o pomieszczenie poniższych słów w odpowiedzi na zarzuty, uczynione mi w ostatnim numerze „Kroniki“ przez kol. R. Zdaniem kol. R. do referenta należy tylko streszczenie prac bez opatrywania ich uwagami krytycznemi. Kol. R. wybaczy, że poglądu tego nie podzielę, i że, jak dotychczas, tak i nadal krytykę referowanych przezemnie prac uważać będę za korzystną i potrzebną. Takie, widocznie, było i zapatrywanie redaktora „Pamiętnika Tow. Lek.“, skoro referaty moje bez żadnych zmian przyjął. Że zaś obydwa mieliśmy racyje, tego dowiodło ostatnie posiedzenie redakcyjne, na którym prawie jednogłośnie przyznana została potrzeba krytycznej oceny referowanych w „przeglądzie piśmiennictwa“ prac.

Po rozstrzygnięciu tej kwestyi zasadniczej przechodzę do dalszych wywodów kol. R. Przedewszystkiem pozwolę sobie zwrócić uwagę sprawozdawcy, że, gdy się cytuje czyjeś słowa, nie należy w nich ani jednego,

choćby najmniejszego wyrazu opuścić. Taka drobnostka często zmienia zupełnie myśl. Kol. R. przytacza jeden z referatów moich w tej formie: „Z artykułu tego najbardziej interesować może czytelnika wiadomość, że autor przebywa od 4-ch miesięcy w Londynie“ i nazywa go „złśliwym do-cinkiem, rzucającym niesłusznie cień na autora pracy“. Niech kolega R. doda teraz opuszczony przezeń wyraz „chyba“, a „cień“ zniknie. Zdanie bowiem: „z artykułu tego najbardziej *chyba* interesować może“ i t. d. zna-czy: treść artykułu przedstawia dla czytelnika tak mały interes, że tak obo-jętna wiadomość, jak ta, iż autor przebywa w Londynie, jest już chyba naj-ciekawszą. W ten sposób, imputując mi za pomocą odpowiedniego ma-newru zamiar, o jakim wcale nie myślałem, a jaki uważałbym za wysoce karygodny, kol. R. wyrządza mi krzywdę, podczas, gdy ja wyraziłem swój sąd o wartości nie zasługującej na poważniejszą wzmiankę pracy, a nie o jej autorze.

O innym referacie moim pisze kol. R., że zaznaczywszy odrazu, iż praca nie zawiera nic nowego, krytykują ją aż na 14 wierszach. Czyż kol. R. sądzi, że w pracy, nie zawierającej nic nowego, nie może być poglądów, na które niepodobna się zgodzić?

Wreszcie kol. R. zwraca uwagę na niewłaściwość wzmianki mojej, iż autor pracy „o suchotach krtaniowych“ czerpał materiały przeważnie z referatów. Spodziewam się, że sprawozdawca zgodzi się ze mną, iż referat nie może zastąpić oryginału, a prócz tego zauważę, że ze źle zrobionego referatu można przyjść do zupełnie fałszywych wniosków, i że referent często opuścić może szczegóły, o który autorowi najbardziej właśnie chodziło. Nie ulega zatem wątpliwości, że przy podejmowaniu pracy poważnej, należy możliwie ograniczać czerpanie wiadomości z referatów. W zbieraniu artykułów oryginalnych w istocie mogą zachodzić trudności wielkie: nie łatwo naprzykład jest rzeczą otrzymać pismo, wychodzące, dajmy na to, w Arkanzas. Takie też prace muszą z konieczności być cytowane według referatów. Ale w pracy, o której mowa, podjętej na obszerną skalę, na 150 kilka cytat około 120 przytoczonych jest z referatów. To już trochę za wiele i obniżyć musi wartość pracy. Kol. R. ciekaw jest, z kąd wiem, że autor korzystał przeważnie (nie „jedynie“) z referatów. Ciekawość tę podejrzliwego kolegi zadowolnić mogę prostą odpowiedzią: „z omawianej właśnie pracy, na końcu bowiem każdej stronicy podane jest źródło, z którego cytata została zaczerpnięta“. Taki jest ogólny zwyczaj przy pisaniu. „Archiwy“ i „Centralblaty“ nie zastępują oryginałów prac, jak chce kol. R., lecz służą do informacyi, jakie książki i pisma potrzebne są przy pisa-niu tej lub owej pracy.

Sądząc, że w należytem oświeceniu nie przedstawiam się tak czarno, jak mnie kol. R. był łaskaw odmalować.

Z wysokiem poważaniem

Z. Srebrny.

Warszawa, d. 1 Listopada 1891 r.

W imię bezstronności i chcąc dać pole kol. S. do wytłómaczenia się z uczynionego mu przez nas zarzutu (będącego echem opinii szerszego koła kolegów) złśliwej i niewłaściwej krytyki, podajemy list jego w całej rozciągłości. Nie będziemy tu rozbiierać o ile słówko „chyba“ (nasza cytata: z artykułu tego najbardziej interesować może czytelnika wiadomość, że autor przebywa od 4-ch m. w Londynie; słowa kol. Sr, z artykułu tego najbardziej „chyba“ interesować może czytelnika wiadomość, że autor przebywa od 4-ch m.

w Londynie), zmienia treść i ton zdania w myśl kol. Sr. Konstatujemy tylko dobre chęci. Co się zaś tyczy zdania naszego odnośnie krytyki sprawozdań w rocznym przeglądzie piśmiennictwa, to obstajemy przy niem. Przegląd wychodzi zwykle w rok, albo i później niż prace w nim zawarte, a „Pamiętnik“ nie przedstawia pola do polemik, które powinny być czynione na razie i w pismach lekarskich bieżących. Red.

Kronika miesięczna.

— Przy szpitalu Dzieciątka Jezus otwarte zostało ambulatoryjum dla porady w chorobach wewnętrznych, chirurgicznych, usznych, gardlanych i dziecinnych. Porad udzielają ordynatorzy szpitala, lekarze miejscowi, oraz profesorowie klinik. Zupełnie biednym wydawane będą darmo lekarstwa i opatrunki.

— Zgodnie z postanowieniem VI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie (p. Kr. L. nr. 10, str. 629) przy Towarzystwie Lekars. tutejszem, pod przewodnictwem sekretarza stałego, utworzyła się komisya, złożona z redaktorów warszawskich pism lekarskich i przyrodniczych, oraz kilku członków Towarzystwa, która zajmuje się już od 2-eh miesięcy przeglądaniem „Słownika krakowskiego”, celem uzupełnienia jego braków i wyszukania spornych wyrazów. Zaraz na pierwszym posiedzeniu zaznaczone zostały braki i niedostatki tego wydawnictwa, dotyczące nie tylko treści, ale i formy i układu słownika, który właściwie jest głównie niemiecko— i w części tylko łacińsko i francuzko-polskim słownikiem. Wpływ to niezawodnie szkoły i literatury niemieckiej, który w owe czasy przeważał jeszcze więcej niż obecnie.

Usunięcie tych wszystkich braków nie dałoby się jednak tak łatwo skutecznie, a żadną miarą w tak ograniczonym czasie, t. j. do końca roku bieżącego. To też warszawska komisya ogranicza swą pracę do zaznaczenia wyrazów spornych i dopełnia tylko zbyt rażące braki, powstałe z biegiem ostatniego czasu. Jak się zdaje, członkowie komisyi nie są zwolennikami skrajnego puryzmu językowego i są raczej skłonni pozostawić termin cudzoziemski (łaciński), niż kuć nowe wyrazy.

Naszem zdaniem Towarzystwo lekarskie krakowskie nie powinno się śpieszyć z wydaniem *drugim* Słownika a nawet, jeżeli to jest możebnem, odroczyć termin ukończenia prac komisyi, aby te mogły być uskutecznione bez pośpiechu i gruntu. Wątpimy też, czy zebranie się wszystkich komisyi według § 3 będzie w stanie powziąć jaką stanowczą uchwałę, a to również z braku czasu, przejrzenie bowiem uwag, jakie każda komisya poczyni, nie da się uskutecznić na jednym lub dwóch posiedzeniach.

— W jednym z pism prowincjonalnych spotykamy ogłoszenie, które podajemy w całości bez komentarzy. Dr. Rzadkowski, akuszer, specjalista chronicznych chorób niewieścich i nieplodności (!) w Jędrzejowie, ulica X.

W Inseratach tegoż samego pisma znajdujemy i ogłoszenie jednego z warszawskich specjalistów, ale ograniczone li tylko do wymienienia ulicy i n-ru domu.

— Po dwudziestoletnich staraniach lekarze austriacy doczekali się w tych dniach tak dawno pożądanej instytucji izb lekarskich. Instytucja ta nie wypełnia bynajmniej wszystkich żądań i postulatów, jakich wymaga

należyte uorganizowanie stanu lekarskiego, może być już jednak punktem wyjścia dla przyszłych reform. Główne punkty zadania izb są następujące: Izby powołane są do obrad i wniosków nad wszelkimi sprawami dotyczącymi wspólnych interesów stanu lekarskiego, oraz nad jego zadaniami, celami, rozwojem lecznictwa i instytucji zdrowia. Izby powinny w kwestyjach, dotyczących ich sfery działalności, dawać zdanie i opinię na żądanie władzy, i wspierać ją przy regulowaniu stosunków zdrowotnych, a zwłaszcza w kwestyi udostępnienia ogólnego pomocy lekarskiej przy odpowiednim rozdziale lekarzy w danej miejscowości. Z drugiej strony władze powinny dawać izbom możność wypowiedzania zdania w kwestyjach je obchodzących.

Na obrady krajowej rady zdrowia, dotyczące zakresu działalności izb lekarskich, wyselani będą, w charakterze członków nadzwyczajnych, wybrani przez nie delegaci. Do izb zapisywać się muszą wszyscy praktykujący lekarze; lekarze wojskowi i urzędnicy sanitarni nie podlegają nowemu prawu.

Oprócz tego izba jest sądem honorowym dla członków swego okręgu, którzy we wzajemnych sporach i nieporozumieniach powinni, przed wstąpieniem na drogę sądową, zwracać się przedewszystkiem do izby. Wyrok izba wydaje przy obecności co najmniej $\frac{3}{4}$ członków i większością $\frac{2}{3}$ obecnych. Izba może i czynnie występować przeciw członkom, którzy uwłaczają godności stanu lekarskiego, z napomnieniem, karą pieniężną (do 200 fl.), i wreszcie z groźbą czasowego lub zupełnego wykluczenia z izb.

Zapewne, że każdy lekarz solidaryzujący się z losami swego stanu nie tylko z imienia i patrzący szerzej, po za obręb swej prywatnej praktyki, odczuwa potrzebę podobnej instytucji, dzięki której, nie się odtąd nie będzie postanawiało o lekarzach bez udziału i głosu samych lekarzy. Nie przypuszczamy jednak, aby w naszym grodzie wiadomość o uszczęśliwieniu austriackich kolegów wzbudziła zazdrość, a nawet zainteresowanie się samym faktem. Mamy to wrażenie, że nasze ciało lekarskie nie wyrobiło sobie jeszcze zmysłu na odczuwanie tego rodzaju wrażeń i potrzeb. Za dowód takiego twierdzenia uważamy zupełne milczenie naszych pism w kwestyjach bytowych naszego stanu. Jeżeli odezwie się jaki głos — nie wywoła dyskusyi, — jeżeli uczyni ktoś jakieś usiłowanie (np. kassa d-ra Rogowicza) to nie wzbudzi ono szerszego zainteresowania, nie znajdzie poparcia. Być może, że brak wiary w możność wprowadzenia w życie jakiejś reformy, przeprowadzenia jakiegoś planu powstrzymuje inicjatorów i projektodawców od opracowania i wygłaszania swych myśli. A i to świadczyłoby tylko o wyrzeczonym przed chwilą przekonaniu o apatyi naszej i niechęci do czynu. Do gotowego zapewne pośpiesziliby wszyscy. Nie należy jednak zapominać przysłowia o pieczonych gołąbkach. Wykołatanie instytucji izb lekarskich kosztowało 20 lat zabiegów w Austrii! Musi się rozpocząć jakiś ruch, musi z początku zrodzić się zawiązek. Za takie jądro przyszłej organizacji możnaby uważać Petersburskie stowarzyszenie lekarzy ku wzajemnej pomocy.

Celem jego jest wspieranie swych potrzebujących członków, oraz rodzin po nich pozostałych, ma ono przytem sąd honorowy i do pewnego stopnia posiada w osobie prezesa prawa reprezentacji całego zgromadzenia. Obok tego daje możność członkom zbliżenia się i omawiania kwestyi wspólnych.

Główniejsze paragrafy ustawy wspomnianego towarzystwa podaliśmy

w „Kronice” w roku zeszłym, tu przypominamy tylko, że jeden z paragrafów zezwala na tworzenie filji towarzystwa w innych miastach.

— W oczekiwaniem niecierpliwie nowem odezwaniam się prof. Kocha w „Deut. Med. Woch.” (43), znajdujemy opis poszukiwań sposobu wydzielenia działającego pierwiastku „tuberkuliny” w czystym stanie. Poszukiwania te nie doprowadziły do ostatecznego rezultatu i, jak sam autor uznaje, nie mają praktycznego znaczenia. Oczyszczona tuberkulina działa na człowieka 40 razy silniej niż dawny preparat. Prof. Koch zalicza ją na podstawie całego szeregu reakcyi i rozbioru popiołu, do ciał białkowych, zbliżonych do toksalbuminów i peptonów, stanowiących jednak zapewne odrębną grupę.

Oryginalną jest uwaga autora w końcu artykułu, którą, jak gdyby pragnął wytłómaczyć się z trzymywania w tajemnicy swego środka. Prof. Koch mówi, że toby właśnie powinno być bodźcem dla bakteriologów do poszukiwań w tym kierunku, a *wstydziliby się powinni ci, którzy żądali gotowej recepty!* mogą zrobić nawet lepiej od niego! Zapomina jednak, że w poprzednich artykułach motywował utrzymywanie tajemnicy trudnością otrzymania środka, łatwością zanieczyszczeń i możliwemi ztąd smutnemi następstwami.

— Według ostatnich obliczeń statystycznych, śmiertelność roczna na całej kuli ziemskiej wynosi 33 miliony, co czyni przeciętnie 91,554 śmierci na dzień, 62 na minutę.

Czwarta część ludności umiera przed 7 rokiem, połowa przed 17; na 100,000 osób jedna dochodzi do 100 lat życia. Żonaci żyją dłużej niż kawalerowie. Na 1,000 osób, które dosięgły 70 lat życia, wypada 43 księży i zajmujących się polityką, 40 rolników, 33 rzemieślników, 32 żołnierzy, 29 adwokatów i inżynierów, 27 profesorów i tylko 24 lekarzy.

(L. M. 49).

— Według raportu ministra spraw wewnątrznych, wychodzi obecnie w Paryżu 45 pism poświęconych medycynie, chirurgii etc. i 8 pism farmaceutycznych. Politycznych pism wychodzi 161. (Lyon, 43).

— Rada miejska m. Sewilji postanowiła urządzić dwie apteki, w których ludzie niezamożni, przedstawiający odpowiednią uwagę lekarza na recepcie, otrzymywać będą lekarstwa bezpłatnie. Aptekarze Sewilji zaoponowali przeciw temu projektowi jak jeden mąż! (W. 41).

— Sultan postanowił otworzyć w Konstantynopolu fakultet medyczny (dotąd była tylko szkoła lekarska); w tym celu wysłał do Paryża Nafliam Antona paszę w celu zebrania odpowiednich informacyi i zaproszenia lekarzy francuzkich w charakterze organizatorów nowego fakultetu.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

WRZESIEŃ I PAŹDZIERNIK 1891.

Prof. L. Feigel. Pierwotny rak kości goleniowej wytworzony w jamie kostnej po zapaleniu szpiku. (P. L.).

Dr. Stroynowski. O wpływie cukrzycy na części płciowe kobiety. (P. L.).

Dr. B. Wicherkiewicz. O niezwykłej przypadłości po prawidłowem wydobyciu zaćmy starczej. (P. L.).

Prof. A. Mars. Powikłanie pólgu bębnią skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglasa. (P. L.).

S. Goldflam. Kliniczny przyczynek do etjologii władu rdzeniowego. (G. L.).

B. Sawicki. O nadwichnieniach ku przodowi główki kości promieniowej u dzieci. (G. L.).

L. Lubliner. Sposób ułatwiający wprowadzenie cynowych czopków Schröttera przy zwężonej krtani. (G. L.).

N. Oderfeld. O niedrożności jelit wskutek obecności w jamie brzusznej, t. zw. diverticulum Meckelli. (G. L.).

S. Goldflam. Przyczynek do etjologii obwodowego porażenia nerwu twarzowego. (G. L.).

K. Ciągliński. W kwestyi zakażeń mieszanych. (G. L.).

Puławski. Spostrzeżenia kliniczne nad zastrzykiwaniem soku jądrowego. (P. L.).

Macfadyen, prof. Nencki, Sieberowa. Badania nad zjawiskami chemicznymi w kiszkiach cienkich człowieka. (G. L.).

Prof. Obaliński. O surowicznych torbielach zaotrzewnowych. (G. L.).

J. Sznabl. Silne własności napotne rośliny zwanej bagnem, albo dzikim rozmarynem. (M.).

St. Radziszewski. Czyrak i Wąglik. (M.).

Dr. J. Kramsztyk. Nowe przyrządy do sterylizacji mleka. (Z.).

J. Polak. Wydalanie odpadków i ścieków w Warszawie. (Z.).

P A Ź D Z I E R N I K.

Fr. Sroczyński. O leczeniu jaglicy. (P. L.).

Prof. A. Obrzut. O zwyrodnieniu koloidowem. (P. L.).

Dr. M. Cercha. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu z powodu wodogłowia płodu (wyzdrowienie). (P. L.).

T. Bąkowski. Wielki ropień macicy z przebicciem się do jamy tejże, wyzdrowienie. (P. L.).

Dr. med. K. Rumszewicz. O wrzekomych glejakach siatkówki. (P. L.).

L. Wachholz. Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temiz zatrutych. (P. L.).

Dr. T. Dunin. Kilka słów o t. zw. zakażeniu mieszanem. (G. L.).

Dr. L. Szuman. Kilka słów o użyciu lizolu. (G. L.).

Dr. med. Elsenberg. Zapobieganie szerzenia się syfilisu. (G. L.).

K. Rychliński. Przyczynek do anatomii patologicznej Amencyi (Meynerta). (G. L.).

L. Lubliner. Przypadek zaniku twardzieli nosa po tyfusie wysypkowym. (G. L.).

W. Gajkiewicz. O akromegalii. (G. L.).

J. Rosenthal. Cięcie cesarskie metodą Saenger'a. (G. L.).

Prof. J. Kosiński. Podskórne rozdarcie nerki. Wycięcie tejże. (M.).

K. Wyszomirski. Influenza w 1889/90 w pow. Wągrowskim. (M.).

W. Mallakowski. Wycięcie żyły zaskórnej wielkiej przy żylakach i wrzodach goleni. (N. L.).

B. Wicherkiewicz. Krótki pogląd na operacyjne leczenie jaglicy z szczególnem uwzględnieniem własnego postępowania. (N. L.).

Dr. J. Talko. Wypadek wycięcia nerwu nadoczodołowego. (N. L.).

Odpowiedzi od Redakcyi.

— Kol. G. w Z. Najprzejmiej dziękuję sz. koledze za zwrócenie mi uwagi na spostrzeżenie d-ra Sokołowskiego, podaną w jego cennej pracy: „O skrytych postaciach suchot płucnych”. Wyszło mi ono z pamięci, a przy przeglądaniu literatury tytuł pracy na myśl go nie przywiódł. Pominiecia tego ciekawego spostrzeżenia żałuję tem bardziej, że odpowiada ono zupełnie pierwszemu z podanych przezemnie. I tu, u 12-letniej dziewczynki, gorączkującej od kilkunastu dni, z niewyraźnie powiększoną śledzioną, wystąpiły zmiany w mięszu płucnym, które czyniły przypuszczenie gruźlicy płuc b. prawdopodobnem. Zdumiewający skutek chininy wyjaśnił, że było to umiejscowienie płucne zakażenia bagienniczego, podobnie jak w moich przypadkach.

Proszę przyjąć wyrazy poważania

O. Hewelke.

Nadesłano do Redakcyi.

S. Goldflam. O przymocie rdzenia n-ra 32 i 33 Odczytów klinicznych, wydawanych przez Gaz. Lekarską.

Dr. F. Chlapowski. O nasieniotoku i jego leczeniu. Odb. z Now. Lek.

L. Wolberg. Psychologija dziecka. Warszawa, 1891.

K. E. Wagner. Primienienie sposobu Winter'a k izsledowaniu izmieniений żeludocznego soka u bolnych pod wlianiem wodnoy wytiaczki kory kondurango i spirtnoj nastojki orieszkow czelibuchy (Nux Vomica). Odb. z Wraca.

Dr. med. Higier. Pseudotabess. tabes peripherica. Odb. z Gaz. Lek.

Dr. H. Higier. Experimentelle Prüfung der psychophysischen Methoden im Bereiche d. Raumsinnes d. Netzhaut. Odb. z Wundt. Philosophische Studien. VII Bd. 2 H.

Wołkowicz. O przygotowywaniu i przechowywaniu przekrojów ciała ludzkiego. Odb. z Przgl. Lek.

B. Wicherkiewicz. Krótki pogląd na operacyjne leczenie jaglicy. (Odb. z Nowin Lek.).

B. Wicherkiewicz. O niezwykłej przypadłości po prawidłowem wydobyciu zaćmy starszej.

B. Wicherkiewicz. Sprawozdanie z kongresu Towarzystwa francuzkiego okulistycznego. (Odb. z Now. Lek.).

Puławski. Spostrzeżenia kliniczne nad wstrzykiwaniami soku jądrowego. (Odb. z Gaz. Lek.).

S. Goldflam. Ueber eine eigenthümliche Form v. period. fam. wahrsch. autointoxicatorischer Paralyse. (Odb. z Zeitsch. phl. M.).

S. Goldflam. Kliniczny przyczynek do etylogiji wiądru rdzeniowego. (Odb. z Przgl. Lek.).

J. Polak. Kalendarz Lekarski na r. 1892.

G. Fritsche. Rocznik lekarski na r. 1892.

Maryjan Prawdzic pod kierunkiem Promyka. Uprawa kartofli czyli ziemniaków oraz wybór ich do sadzenia. Warszawa 91.

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 20 Listopada.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiorów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

KALENDARZ LEKARSKI

na r. 1892

pod redakcją **J. POLAKA**

opuścił prasę.

Treść: Kalendarz z oznaczeniem lunacyj i imion słowiańskich, notatnik, tabelka świąt, tabelka posiedzeń warsz. towarzystwa lekarskiego, miary, wagi i monety obce, spis środków lekarskich, ich cena, postać, dawka i użycie (ze zmianami stosownie do wydanego w bieżącym roku okólnika o znizeniu cen niektórych środków). Ta a laborum. Szczegóły nowe o Farmakopei państwowej w bieżącym miesiącu wydanej. Przykłady recept z cenami takowych. (Dział farmaceutyczny opracowany z udziałem ases. farmacyi p. Bukowskiego). Notatki terapeutyczne, porównanie skal ciepłomierza, ilość kropeł różnych leków w stosunku do wagi, dawkowanie wstrzykiwań podskórnych, rozpuszczalność rozmaitych leków. Kąpiele lecznicze. Ratowanie pozornie zmarłych, otrucia, tabelka brzemienności. Prawodawstwa obowiązujące lekarzy (uzupełnione działem o obowiązkach lekarzy szpitalnych). Daty i liczby dotyczące wzrostu w różnych okresach życia, wymiarów i wagi ciała, do składu chemicznego krwi i głównych wydzielin ustroju, do tętna, oddechu i t. p. w rozmaitym wieku, w różnych porach dnia i t. d. (Według Vierordt'a „Daten und Tabellen“). Lista lekarzy warszawskich na nowo skorregowana. Lista lekarzy prowincjonalnych według tegorocznych wiadomości urzędowych.

Cena egzemplarza rs. 1 kop. 20; z przesyłką pocztową rs. 1 kop. 40. Można załączać pieniądze odrazu lub zamawiać za zaliczeniem pocztowem. Adres: **Redakcja „Zdrowia” 25 Ś-to Krzyżka w Warszawie.**

Przedpłatę nadsełać można do redakcyi „Kroniki Lekarskiej“.

Księgarnia E. Wende i S-ka

otrzymała na skład główny:

Sanders Fr. Dr. Zarys nauki o publicznej ochronie zdrowia. Z drugiego wydania z roku 1885 przełożył Dr. Stanisław Markiewicz. Z zapomogi kassy pomocy imienia D-ra J. Miąnowskiego.

Cena 1 rs. 50 kop.

3—1

NAKŁADEM „MEDYCYNY“

wyszedł z druku:

ROCZNIK LEKARSKI

na rok 1892

wydany przez

D-ra G. Fritsche'go

ROK XIII

zawierający: najnowsze lekarstwa i recepty, opis miejscowości leczniczych, listę lekarzy etc. oraz informacje niezbędne dla każdego lekarza.

Cena w Warszawie rs. 1 kop. 20, z przesyłką pocztową rs. 1 kop. 40.

Do nabycia w Administracyi Medycyny, oraz we wszystkich krajowych księgarniach.

DOM ZDROWIA

D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym towarzyszyć mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną być może.

Za ryczałtową, dzienną opłatą, chory otrzymuje: mieszkanie, jedzenie, światło, opał, usługę oraz pomoc felczerską, lekarstwa, opatrunki, kąpiele. Wysokość opłaty, zależną jest w każdym przypadku od rodzaju cierpienia i obszerności zajmowanego pokoju.

O warunkach przyjęcia i pobytu w zakładzie wiadomość u **D-ra K. Dobrskiego**, Królewska 10, od 8 do 9 rano i od 4 do 6 po południu.

Doktor A. Pedolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—10

Dr. LEONARD LESZCZYŃSKI

ordynator klin. chirurg. Czysta N. 6, przyjmuje z chorobami szczęk i zębów od 11 do 5. Gabinet dentystyczny, plombowanie, zęby sztuczne, obturatory i replantacja. 12—10

APTEKA
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D^r T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

SKŁAD
MATERIAŁÓW APTECZNYCH
Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materialy apteczne. — Przetwory chemiczne. — Specjalia zagraniczne. — Specjalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego. — Przedmioty opatrunkowe.

Wody mineralne naturalne i sztuczne.
PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

W WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesjonowane przez
władze lekarskie

Nagrozone na wystawach
hygijeniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI

„LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. Flaszka ekstraktu miodowo-ziółtowo-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

J. RUTKOWSKI

APTEKA i PRACOWNIA

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 155.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki le-
karskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie
przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przy-
rządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykry-
kowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

Wina lecznicze.

20—19



AJENCYJA HANDLOWA

W. TRYNISZEWSKI i S-ka

Warszawa, Senatorska 8, kantor wprost bramy

polecają nowo-wprowadzoną **HERBATĘ CHIŃSKĄ** w cenie po 2 rs. za funt.

Mając bezpośredni stosunek z plantatorami w Chinach, a przytem zadawalniając się skromnym zyskiem, Agencja po-
łożyła główny nacisk na dobroć i taniość towaru, tak że sto-
sunkowo do wysokiego gatunku, herbata naszej firmy jest bez-
zaprzeczenia najtańszą. Wsparci gruntowną znajomością rzeczy
i pojmując zadanie kupca, jako obowiązek obywatelski, mamy
nadzieję zjednać sobie zaufanie i poparcie naszych uczciwych
dążności. Sprzedaż odbywa się w **Kantorze**. Zamówienia z pro-
wincyi uskutecznią się bezzwłocznie, a biorącym od 5 funtów,
opakowanie i porto gratis.

12—10

CHLOROFORMIUM PURISSIMUM

DO OPERACYI

oczyszczony według sposobu prof. N. Mentiena

w laboratoryjum apteki

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie

Funt rs. dwa — pół funta rs. jeden.

Dragées Kreosoti Fagi 0,05.

Dragées Kreosoti fagi c. balsam tolutani \overline{aa} 0,05.

Dragées Kreosoti fagi 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.

Dragées balsam peruviani 0,05.

Dragées balsam peruviani 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.

Dragées jodoformi 0,05.

Dragées ferri lactici 0,05.

Dragées chinini sulfurici 0,05.

Dragées chinini muriatici 0,05.

Dragées chinini ferro-citrici 0,05.

Dragées pepsini 0,05 (c. acid. muriat. dil.).

Dragées ihtyoli 0,05.

Dragées guajacoli 0,05.

Zarobiony środkami zupełnie obojętnymi jak korze-
niem ślazowym i ekstraktem lukrecyi — wszystkie wła-
snego wyrobu

poleca apteka

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej w Warszawie.

Laboratoryjum środków odżywczych

W. HEBDY.

WARSZAWA

Aleja Jerozolimska Nr. 80.

Poleca **odżywcze środki** dla rekonwalescentów dzieci i osób wycieńczonych, mianowicie **sok mięsny świeży** niezawodny środek wzmacniający i lekko strawny, **wyciąg trzuskowy** przepisu d-ra M. Rajchmana, **proszek mięsny** *Rachout des Arabes* nadzwyczaj smaczny i posilny napój, **kawę leczniczą**, **kakao słodowe**, **kaszkę posilną** i **Lipanię**, czyli tran, bez wstrętnego smaku tranu.

Zatwierdzony przez ministra spraw wewnętrznych i nagrodzony najwyższą nagrodą na wystawie higienicznej w r. 1887



PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ



D-rów W. MAĆZEWSKIEGO i K. SIERPIŃSKIEGO

Warszawa, ulica Niecała Nr. 7

(dom Towarzystwa Lekarskiego)

i

Marszałkowska 116.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania.

Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 k. za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach odstępuje się odpowiedni rabat.

Medal srebrny na wystawie Muzeum Przemysłu i Handlu 1891 r.
za udoskonaloną produkcję koniaku wyłącznie z wina
Koniak jako czysty wytwór z wina poleca się na cele medyczne.



Specyjalna fabryka „Impérial”

w Warszawie, Śliska 35.

Sprzedaż hurtowa od 1½ wiadra (24 butelek) w kantorze fabrycznym.
Sprzedaż detaliczna we wszystkich Składach Win w Warszawie,
w sklepach stowarzyszenia „Merkury” i w większych składach prowincjonalnych.

12—5

M. LIPIEC

SKŁAD MATERJAŁÓW APTECZNYCH I FARB

ulica Nalewki Nr. 24, w Warszawie. 12—10

PAMIĘTNIK

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO

Wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcją Fr. Jawdyńskiego, wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących mniej więcej po 10 arkuszy druku, w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami. Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnośzeniem i przesyłką, wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Chłodna 8), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach i agenturach Spółki kolportacyjnej; w Austrii przedpłata wynosi 4 zr.