

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYPADEK

zapalenia dyfterytycznego łącznicy

WYLECZONY

SUROWICĄ PRZECIWBŁONICZĄ.

PODAŁ

Wł. Garliński,

Ordynator oddziału ocznego w Warsz. Szpitalu dla dzieci.

Od czasu kiedy w pismach lekarskich zjawily się pierwsze prace, dotyczące stosowania surowicy przeciwbłoniczej w zapaleniach powiek dyfterytycznych, odnośne spostrzeżenia zaczęły się mnożyć i w obecnej chwili literatura okulistyczna posiada przeszło 30 przypadków błonicy oczów, w których stosowaną była metoda *Behring'a*. Będąc w posiadaniu tak szczupłego materiału, musimy się jeszcze wstrzymać od wypowiedania ostatecznych wniosków, a całe zdanie nasze ograniczać się tymczasem powinno do skrzętnego zbierania faktycznych danych, t. j. do notowania oddzielnych przypadków zapalenia dyfterytycznego powiek, w których leczenie polegało wyłącznie na zastrzykiwaniu surowicy.

Dotychczas w Warszawie surowica przeciwbłonicza w chorobach ocznych stosowaną nie była. W literaturze zaś polskiej istnieje jedyny przypadek zapalenia krupowego łącznicy, uleczoney surowicą *Behring'a*, podany przez *Strzemińskiego* z Wilna.¹⁾

¹⁾ Patrz Kronika Lekarska r. b.

W połowie Stycznia roku bieżącego miałem sposobność obserwować przypadek zapalenia dyfterytycznego powiek u 5-cio letniego Eugeniusza W., wychowanka Warszawskiego domu podrzutków. Pełniąc obowiązki konsultanta w Szpitalu Dzieciątka Jezus, poznałem małego pacyenta jeszcze w lecie roku 1895, kiedy wśród wychowanców Domu podrzutków zaczęła grasować choroba powiek, znana pod nazwą ostrych granulacji (*Conjunctivitis granulosa acuta*). Eugeniusz W., dotknięty również tem cierpieniem, był stałym moim pacjentem. W ostatnich czasach sprawa chorobowa zupełnie ucichła i Eugeniusz W. należał już do liczby tych, których lada dzień miałem wypisać. Nagle dnia 13 Stycznia, bez żadnego powodu, zjawił się obrzęk powiek lewego oka i nastrzyknięcie naczyń spojówkowych gałki ocznej; fałda przejściowa przytem zgrubiała, natomiast wydzieliny żadnej prawie nie było. Oko prawe zachowywało się tymczasem prawidłowo. Zaleciłem wówczas zimne okłady i przemywania oczu roztworem sublimatu 1:6000. Na drugi dzień stan chorego znacznie się pogorszył: malec w nocy źle spał, gorączkował, a nad ranem dostał wymiotów i począł się uskarżać na dotkliwy ból w lewym oku. Zauważyłem wtedy, że górna powieka lewego oka jeszcze bardziej obrzmiała i opadła na dolną, skóra, pokrywająca powieki, w najwyższym stopniu rozciągnęła się i nabrała barwy czerwono-fioletowej. Przez szczelinę powiekową sączyła się nieobfita wydzielina o charakterze surowiczym. Rozszerzanie powiek sprawiało choremu ból; odwracanie powiek utrudnione. Błona łączna powiek mocno nacieczona, gładka, blado-różowa; gdzieniegdzie widać na niej wysepki zakłęsłe brudno-żółtego koloru; ilość tych wysepek w kierunku fałdy przejściowej zwiększa się. Na łącznicy gałki ocznej lekko przekrwionej, o wyglądzie zmętniałym, widać kilka małych wynaczynień. Rogówka zupełnie przezroczysta; komora przednia zmian żadnych nie przedstawia. Na zasadzie powyżej opisanych objawów rozpoznałem na oku lewym zapalenie łącznicy dyfterytyczne (*Conjunctivitis diphtheritica oculi sinistri*).

Przy badaniu prawego oka prócz przekrwienia łącznicy zarówno powiek jak i gałki ocznej i miernego obrzęku fałdy przejściowej nie znalazłem nic osobliwego.

Widząc, że na oku lewym sprawa chorobowa szybko postępuje i staje się groźną, zaleciłem odosobnienie chorego i zbadanie błonek pokrywających łącznicę w kierunku bakteryologicznym. Zarząd Szpitala Dz. Jezus uznał jednak za stosowne odesłać chorego do Warszawskiego Szpitala dla dzieci przy ul. Aleksandrya. Tym sposobem Eugeniusz W. został umieszczony na oddziale dyfterytycznym kolegi Władysława Sawickiego. Jeszcze

tego samego dnia wieczorem otrzymałem wiadomość, że wszystkie odpowiednie środki zostały natychmiast przedsięwzięte: przystąpiono do badania bakteryologicznego błon, zdjętych z łącznicy powiek i niezwłocznie (wieczorem o godzinie 7) zastrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą Warszawską z pracowni kolegi Palmirskiego. Odnośnie do stanu ogólnego dowiedziałem się od kol. W. Sawickiego, że wieczorem tego dnia ciepłota ciała wynosiła 38°; wreszcie w przelyku i w innych narządach zmian żadnych nie znaleziono.

Nazajutrz dnia 15 Stycznia w stanie oka lewego nie zauważyłem pogorszenia, natężenie sprawy chorobowej utrzymywało się na tym samym poziomie, co i dnia poprzedniego, natomiast w oku prawem dostrzedz można było wzrastający obrzęk powiek i zmniejszenie się przekrwienia naczyń łącznicowych; błony wprawdzie nie ukazywały się, wszakże stwardnienie powiek przemawiało zatem, że sprawa chorobowa na oku prawem jest w ścisłym związku genetycznym z cierpieniem oka lewego. Rano C. 37,8°; wieczorem 38°.

Dnia 16 Stycznia odwiedziłem chorego o godzinie 3½ po południu, t. j. po upływie 44 godzin od chwili zastrzyknięcia surowicy. Zdumiony byłem poprostu, ujrawszy chorego, swobodnie patrzącego obydwoma oczyma. Skóra powiek była wprawdzie mocno zaczerwieniona, powieki same jeszcze obrzękle, lecz wydzieliny prawie żadnej nie było. Odwróciwszy powieki, przekonałem się, że łącznica powiek jest silnie przekrwioną, nader łatwo krwawiącą, o wyglądzie gąbczastym i jednostajnie nacieczoną. Błon dyfterytycznych śladu już nie było. Tego samego dnia otrzymałem z pracowni bakteryologicznej kol. Palmirskiego wiadomość, że z błony zdjętej z górnej powieki lewego oka Eugeniusza W., wychodowane zostały na odżywcę surowiczej laseczniki Löffler'a (bacilli diphtheritici puri), o czym wreszcie sam się przekonałem, zaszedłszy do pracowni w celu obejrzenia preparatów mikroskopowych, z których jeden zachowałem u siebie. Tym sposobem kliniczne rozpoznanie choroby zostało w zupełności potwierdzone na zasadzie badania bakteryologicznego.

Po tak szczęśliwym zakończeniu okresu włóknikowego nacieczenia nastąpił długi okres ropienia, który w najwyższym swem natężeniu trwał blisko 4 tygodnie, poczem wydzielina ropna stawała się coraz skąpszą i chory po 3-ch miesiącach opuścił szpital zdrów zupełnie.

Dla dokładności winien jestem dodać, że badanie bakteryologiczne powtórzone było jeszcze trzy razy w różnych okresach

czasu. Przy pierwszym i drugim badaniu (w 1 — 2 tygodnie po zastrzyknięciu surowicy) można było jeszcze wykazać obecność laseczników Loeffler'a na równi z drobnoustrojami ropotwórczymi; dopiero po upływie miesiąca czasu od początku choroby badanie bakteriologiczne wydzieliny powiek dało ujemne rezultaty co do obecności laseczników błonicy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

KORESPONDENCYA Z BERLINA.

Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie 27—30 Maja 1896 r.

Esmarch (z Kolonii): **O rezultatach sztucznej bezkrwistości.**

Za dawnych czasów chirurg, przystępując do operacji, musiał walczyć z bólami, występującymi podczas operowania, z niebezpieczeństwem wypływającym z możliwości zakażenia krwi i z krwotokami. Wraz z pojawieniem się sztucznego usypiania i antyseptyki okazała się potrzeba tamowania, a raczej przeciwdziałania wpływom krwi podczas operacji. Metodę bandażowania kończyn przed operacją podał Brünningham w r. 1818. W r. 1873 Esmarch opisał szczegółowo tę metodę, polegającą na owijaniu tour à tour kończyny za pomocą bandaża.

Obecnie metodę tę stosuje E. w sposób następujący: kończyna znajduje się w kierunku pionowym do tułowia; owijamy ją za pomocą taśmy kauczukowej i przepasujemy (niezbyt silnie, aby nie wywołać porażen) na pewnej wysokości za pomocą pasa. Po dokonaniu operacji podwiązać wypada naczynia. Pas nie powinien być zdejmowany, aż po opatrzeniu rany (bandaż). Kończyna powinna pozostać (po operacji) co najmniej 15 minut w postawie pionowej; potem dopiero powrócić może do kierunku poziomego.

Brunns (z Tybingi). **O nowożytnem leczeniu wole.**

Przed 20-stu laty leczono wole za pomocą wstrzykiwań jodowych do mięszu powiększonego gruczołu tarczowego. Wkrótce jednak zaniechano tej metody leczenia wskutek częstych przypadków ostrych otruc i śmierci. W r. 1877 Rose wykonał po raz pierwszy radykalną operację, polegającą na zupełnem usunięciu gruczołu tarczowego. Do r. 1877 wykonano wogóle 150 operacji

z 21% śmiertelności; od r. 1877 do r. 1882 liczba ta wzrosła do 205 z 12% śmiertelności. Wkrótce jednak Reverdin i Kocher zwrócili uwagę lekarzy na szczególne objawy występujące po usunięciu gruczołu tarczowego i polegające głównie na stopniowo rosnącym wycieńczeniu; wycieńczenie to coraz się wzmacnia i chorzy giną przy objawach t. zw. cachexiae strumiprivae. Objawy tego rodzaju zauważył Schiff na zwierzętach już w r. 1856. Bruns sądzi, że operacyi dokonywać wypada tylko w przypadkach tworzenia się torbieli w gruczole tarczowym lub też w razie, gdy powiększony gruczoł zupełnie jest wolny od zrostów z otaczającymi go tkankami.

W ostatnio dokonanych 150 operacyach nie zaszedł żaden przypadek śmierci. Nie bacząc na usunięcie (całkowite lub częściowe) gruczołu, choroba powraca bardzo często. Leczenie za pomocą tyreoidyny okazuje wpływ dodatni przy formach przestostowych wola.

K ö n i g (z Berlina). **Rozwój nauki o gruźlicy miejscowej.**

K. sądzi, że w żadnym przypadku nie mamy do czynienia z zupełnie zlokalizowaną gruźlicą; po największej części występuje ona jako objaw ogólnej choroby. Gruźlica stawów jest również objawem wtórnym. Przeważna część przypadków gruźlicy stawów pochodzi z choroby kości; również często przyczynę stanowi surowiczo-włóknikowe zapalenie m. synovialis stawów (Bonnet). Sądzono, że częściowe usunięcie chorych części kości w początkach choroby powinno okazać wpływ bardzo dodatni. Nadzieja ta się nie ziściła; powrócono wskutek tego do t. zw. konserwatywnej metody, polegającej na ortopedycznym sposobie leczenia. K. zachwala również wstrzykiwania jodoformu i kwasu karbолоwego do stawów; wreszcie zwraca uwagę na ten fakt, że przy dokonywaniu operacyi u dzieci wystarcza często wycięcie torebki stawowej, natomiast u dorosłych usunąć wypada zakończenie stawowe kości (resectio).

W ö l f l e r (z Pragi). **O operacyach żołądka i przełyku.**

Pierwsze operacye dokonane zostały na kiszkiach i to z przyczyny anus praeternaturalis. Rezultat tych pierwszych operacyi był ujemny,

W r. 1879 dokonał po raz pierwszy Czerny operacyi na pylorus ventriculi; operacyę tę wkrótce powtórzył Billroth. W czasie obecnym stosowane są 3 sposoby połączenia rozciętych przy operacyi części kanału pokarmowego 1) szew cyrkularny 2) boczne przykładanie, przy którym boczne ściany dwóch końców stykają się z sobą, 3) boczne przyszycie, przy którym przecięcie poprzeczne jednej kiszki zostaje zeszyte z ścianką boczną drugiej. Tak zwany Murphyknopf ma wiele stron ujemnych, a mianowicie, zbyt wężki otwór tego guzika źle przepuszcza kał i może wywołać podrażnienie jako corpus alienum. Śmiertelność przy resekcyi kiszki wynosiła w r. 1888—45%, w czasie obecnym wynosi o 10% mniej. Najgorszy rezultat operacyi bywa przy nowotworach zło-

śliwych, najlepszy przy anus praeternaturalis. Resekcyja, dokonywana w okolicy pylorus ventriculi, daje wielki % śmiertelności, lecz w każdym razie rezultat tej operacyi jest lepszy, aniżeli przy t. zw. gastroentero-anastomosis.

Sonnenburg (z Berlina). O operacyach na processus vermiformis.

Doświadczenie lat ostatnich dowiodło, że perityphlitis jest chorobą postępową wyrostka robaczkowego. Choroba ta rozwijać się może zwolna i przejść przez wszystkie okresy zapalenia. Nadzwyczaj typowe są t. zw. nawroty tej choroby. S. miał sposobność dokonać operacyi podczas takiego nawrotu choroby i mógł się przekonać, że wyrostek robaczkowy był zaogniony. Ostre i przewlekłe zapalenie proc. vermiformis przyłącza się często do ogólnego nieżytu. W chronicznym nieżyciu tego wyrostka następują zrośnięcia z otaczającymi go tkankami; zrośnięcia te prowadzą do tworzenia się kamieni kałowych, ropienia, zgorzeli, krwotoków, zapalenia gruczołów chłonnych i perforacyi. Typowe recydywy nieżytu wyrostka robaczkowego polegają na silnych bólach (t. zw. colica appendicularis), bieguncie lub zaparciu stolca i wzmożonej ciepłocie. Zdarzyć się również może, że w okolicy wyrostka robaczkowego tworzy się wysięk surowiczy. Leczenie powinno być ściśle indywidualne. W lżejszych formach nieżytu stosować należy środki rozwalniające; w formach przewlekłych małe dawki opium. W ropieniach należy operować, również przy częstych recydywach, jeżeli w wolnych od ataku przerwach wyrostek robaczkowy jest twardy. Operacya jest niezbędną w appendicitis perforativa purulenta,—usunięcie wyrostka robaczkowego przy tej operacyi powinno być całkowite.

Angerer (z Monachium). O rezultacie wrywania nerwów. (Neurexärese von Thiersch).

A. dokonał tej operacyi na 26 chorych, z tych w 25 przypadkach wyrwany został nerw trójdzielny. 16 chorych mógł obserwować w przeciągu conajmniej 4 lat; z tych jeden zmarł wskutek innej choroby, 3 operowano gdzieindziej, u 9 zaś nie dał się zauważyć powrót ataków neuralgicznych.

A. zwraca uwagę na ten ważny fakt, że przy operacyi usuwać należy nietylko tę gałązkę nerwu trójdzielnego, w której odbywa się atak neuralgiczny, lecz wszystkie gałązki tego nerwu. Wyrwać należy powoli, gdyż tylko w ten sposób można wyciągnąć długie kawałki nerwu. Jeżeli, nie bacząc na dokonaną w ten sposób operacyę, ataki się powtórzą, w takim razie pozostaje do wyboru operacya Krause'go, polegająca na wycięciu ganglion n. trigemini.

Credé (z Drezna). O Itrolu.

Autor zwraca uwagę na wielką wartość soli metalowych i czystych metali jako środków antyseptycznych. Müller i Behring pierwsi zauważyli różną siłę antyseptyczną rozmaitych soli meta-

lowych. Najsilniej działa tallium, później następuje srebro, kadmi-um, miedź. C. stosuje w praktyce t. zw. Itrol, stanowiący cytrynową sól srebra. Sól ta rozpuszcza się z łatwością w wodzie (1:3800). Sól działa antyseptycznie w roztworze 1:80000, sublimat zaś przy 1:20000. Itrol nie działa drażniąco na rany. Przy ranach znajdujących się na powierzchni ciała używać można roztworu itrolu, przy ranach leżących głęboko (w jamach) Credé używa gazy, zawierającej bardzo drobno pokrajane listki srebra.

K ü m m e l. O promieniach Röntgen'a.

K. dokonał zdjęć fotograficznych za pomocą promieni Röntgen'a w przeciągu 15 sekund (dla miejsc cieńszych). Odfotografował również staw biodrowy w przypadku wrodzonego zwichnięcia udowego.

Zoege-Manteuffel (z Dorpatu) demonstruje szkielet 67-letniego mężczyzny, który w przeciągu 4—6 lat cierpiał na **Myositis ossificans**.

W przypadku tym nowoutworzone części kostne znajdowały się w pobliżu miejsc, w których zakończenia ścięgien przyczepiają się do kości. Sekcyja wykazała również, że kawałki kości leżały w tkance mięśniowej. Na zasadzie tych faktów Z. sądzi, że przy myositis ossificans źródło tworzenia się nowej kości znajduje się nie w kościach, lecz w mięśniach.

Petersen (z Heidelbergu). Przyczynek kliniczny do terapii bakteryjnej nowotworów złośliwych.

P. wykazuje, że rezultat leczenia nowotworów złośliwych, szczególnie zaś raka, za pomocą metody surowiczej wypadł bardzo niepomyślnie. Oprócz jednego tylko dodatniego przypadku Czerny'ego, nie posiadamy najmniejszych danych, stwierdzających wpływ dodatni surowicy Emmerich'a, Scholl'a i innych. Niebezpieczeństwo, wynikające z tych wstrzykiwań polega nie tylko na możliwości otrucia, lecz i na zwiększaniu się szybkości rozrostu guza po zastosowaniu wstrzykiwań, jak o tem mówca mógł się przekonać na 4—6 przypadkach.

Olshausen (z Berlina). O zasadach usuwania raka macicy przez pochwę.

Bardzo ważną rzeczą jest właściwe określenie czasu, w którym operować trzeba. Operacyjne leczenie raka macicy tylko wtedy powinno mieć miejsce, gdy tkanki otaczające macicę, a głównie gruczoły chłonne są jeszcze wolne od przerzutów nowotworowych. Pod tym względem wielką rolę odgrywają gruczoły, leżące w miejscu podziału art. iliaca communis; gruczoły te bywają bardzo wczesnie wciągnięte w tę w sprawę chorobową. Przed operacją należy wyskrobać macicę i pędzlować T-ra iodi w przeciągu kilku dni. Bezpośrednio przed operacją należy wypalić powierzchowne części za pomocą termokauteru, lub też za pomocą 30% alkohol. ros-

tworu chlorku cynku. Podczas operacji należy mieć zawsze na widoku, że macię trzeba uwalniać od zrostów z tkankami ją otaczającymi z tej strony, z której jest ona wolniejszą. Po operacji chore winny zachować możliwie absolutny spokój. Po upływie kilku dni tampon winien być usunięty.

Baumgärtner. O operowaniu hemoroidów.

Ponieważ przy wypalaniu hemoroidów niszczymy niepotrzebnie zbyt wielką powierzchnię błony śluzowej, radzi więc B. operować w ten sposób, aby rozszerzone żyły odbytnicowe podwiązywać katgutem powyżej miejsca rozszerzenia; w przeciągu 4 — 6 dni chory powinien nosić rurkę gumową owiniętą w gazę jodoformową. Prof. König sądzi, że dawny sposób operowania (termokauteryzacja) jest lepszy od metody Baumgärtner'a.

Lorenz (z Wiednia). O nieoperacyjnym sposobie leczenia wrodzonych zwichnięć stawu biodrowego.

Podczas narkozy główka biodra wprowadzoną zostaje do stawu (właściwie zbliżoną do słabo rozwiniętego dołka stawowego) za pomocą silnego zginania i abdukcji biodra. Dalsze leczenie polega na t. zw. czynnościowym obciążaniu dolnej kończyny (functionelle Belastung). Mianowicie, chory winien wykonywać ruchy, przy których biodro coraz silniej wdraża się w dołek stawowy (rotacja biodra na wewnątrz). Prof. Mikulicz sądzi, że silniejsze wdrażanie się biodra ma miejsce przy rotacji na zewnątrz. Prelegent powstaje przeciwko temu mniemaniu.

Riedel (z Jeny). O zgorzeli fosforowej.

R. sądzi, że liczba tego rodzaju zgorzeli w ostatnich czasach zwiększyła się. Przyczynę stanowi choroba kości, polegająca na tworzeniu się osteofitów, sklerozie i rozrzedzeniu kości. Chorzy bardzo często nie wiedzą przez długie lata o groźnym niebezpieczeństwie; przypadek dopiero zwraca ich uwagę na groźny stan zdrowia. Kruchość kości może być bardzo wielką; wskutek nieznacznych przyczyn powstają złamania kości. R. obserwował chorego, u którego złamania kości nastąpiły 13 razy w najróżnorodniejszych okolicach ciała.

Jürgens (z Berlina): Badania doświadczalne nad przyczyną mięsaka (sarcoma).

Doświadczenia J. doprowadziły go do wniosku, że niektóre formy mięsaków są pochodzenia infekcyjnego i dają się przenieść z ludzi na zwierzęta. Dla badań swych użył J. metody intraperitonealnego szczepienia kawałków sarcomatis globocellularis. U królików powstawały — po dłuższym zwykle upływie czasu — mięsaki w płucach, nerkach i t. d. Mniej wybitne rezultaty otrzymał J. przy szczepieniu sarcoma melanoticum i epithelioma contagiosum.

Czerny (z Heidelbergu) zwraca uwagę na fakt, że najlepszy sposób spajania rozciętych przy operacji kiszki polega na użyciu

guzika Murphy'ego. Byłoby bardzo pożądanem wynalezienie guzika z materiału, który by był stopniowo wchłaniany i wessany.

Ziegler (z Monachium). O mechanice normalnego i chorobliwego ucisku mózgowego.

Z. spostrzegł wraz z d-rem Frank'iem, że ciśnienie mózgowe równa się w normalnych warunkach 8 mm. Hg i jest zupełnie identyczne z ciśnieniem w środkowych sinus venosi. Jeżeli w normalnych warunkach zmniejszyć cokolwiek obszar zajmowany przez mózg (za pomocą wprowadzenia płynów wewnątrz czaszki), w takim razie daje się zauważyć natychmiastowe wzmożenie ciśnienia w sinus venosi i spadek ciśnienia w żyłach odprowadzających krew z mózgu.

Przy podrażnieniu lub przecięciu nerwu błędnego, przy asfiksji i innych zmianach w obiegu krwi, następuje bardzo prędko zmiana w ciśnieniu mózgowem i zarazem w sinus venosi. Ucisk mózgowy wzmaga się również przy zwiężaniu naczyń krwionośnych w całym ciele. Z. zauważył również, że liquor cerebrosppinalis bywa wchłaniany przez żyły, a nie przez naczynia limfatyczne; mianowicie, jeżeli wprowadzić psu pod czaszkę rozczyń żelazocyanku potasu, to już po upływie 10 sekund odnaleźć go można w vena facialis posterior, natomiast nawet po upływie 30 minut wykazać go nie można w większych naczyniach limfatycznych szyjowych.

H a s s e (z Nordhausen) mówił o leczeniu raka za pomocą alkoholu.

Kilka przypadków raka, w których stosował wstrzykiwania z alkoholu, uważa H. za wyleczone, ponieważ u kilku chorych w przeciągu 23 lat nie zauważył powrotu nowotworu. Również otrzymał bardzo dobre rezultaty w kierunku profilaktycznym, mianowicie uchronił chore od powrotu raka po wycięciu carcinomatis mammae. Prof. Bergmann powstaje energicznie przeciwko optymistycznym zapatrywaniom prelegenta.

Hofmeister (z Tybingi). O sterylizacji katgutem za pomocą gotowania.

H. podaje następujący sposób: owijamy katgutem surowym pałeczkę szklaną w ten sposób, aby nitka leżała przy nitce w jednym pokładzie. Pałeczkę tę należy: 1) przełożyć do 2 — 4% roztworu formaliny na 12 — 48 godzin; następnie 2) 12 godzin pozostawić w wodzie płynącej (dla usunięcia formaliny) 3) wreszcie wygotować przez 5—20 minut w wodzie. Pałeczki z katgutem przechowuje się w alk. absolutnym + 5% gliceriny i 4% kwasu karbolowego.

D-r E. Flatau.

248. Köhler. **O najnowszych postępach w dziedzinie techniki chirurgicznej.** (Dokończenie — patrz Nr. 12 „Kron. Lek.” r. b.) *Deut. med. Woch. Nr. 40 i 49.*

4. Brzuch.

Chirurgia jamy brzusznej rozwinęła się w ostatnich dziesiątkach lat do tego stopnia, że śmiało możemy mówić o chirurgii oddzielnych jej narządów (żołądka, kiszek, wątroby, nerek i t. d.); rozumie się, przegląd dokładny wszystkiego, co w tej dziedzinie zdziałano, nie był celem autora; poprzestał on jedynie na zaznaczeniu ciekawszych szczegółów i najnowszych ulepszeń.

Nad udoskonaleniem gastrostomii pracowali rozmaici chirurgowie; zdaje się jednak, że sposób Witzel'a, polegający na utworzeniu kanału ze ściany żołądka, na dnie którego otwiera się przetoka, zasługuje na szczególną uwagę. Hacker, chcąc zapewnić przetoce dobre funkcyonowanie, posiłkował się mięśniem prostym brzucha; Hahn otwierał przetokę w ósmym międzyżebżu; Frank, po otwarciu jamy brzusznej, wyprowadzał część żołądka pod skórą przez drugą ranę ściany brzusznej i, utworzywszy w ten sposób kanał, przyszywał żołądek i otwierał go nazwewnątrz. Linder, Helferich, Pénières podali również mniej lub więcej udatne sposoby.

Rozmaite modyfikacje gastroenterostomii zebrali i opisali krytycznie Haeker i Maydl w roku 1892. Od tej pory pojawiły się nowe ulepszenia. Tak, Kocher łączy wycięcie odźwiernika z gastroduodenostomią i robi w kiszce otwór poprzeczny. W celu szybszego łączenia różnych odcinków jelit Senn zaproponował płytki z odwapnionych kości, Barącz i Butz — z brukwi, a Murphy swój głośny guzik. Szczególniej ten ostatni sposób znalazł zarówno zapalonych obrońców, jak i przeciwników: Zielewicz, König odrzucają go stanowczo, Wiener, Meyer, Barbat, Treres gorąco polecają; Demous, Puénu ogłosili przypadki śmierci po zastosowaniu guzika; Monod miał raz exitum letalem wskutek osłabienia, a dwa razy wyzdrowienie (w jednym z tych przypadków guzik nie wyszedł jeszcze po 2-ch miesiącach).

Należy wspomnieć, że w ostatnich czasach wielu dawniejszych zwolenników łączenia trzewiów za pomocą owych przyrządów porzuciło już ten sposób; do takich należą Davis, Keen, Körte, Sonenburg i inni. Keen przekonał się na sekcji, że już w kilka (7) tygodni po operacji otwór łączący (anastomosis) trzewia uległ znacznemu zwężeniu.

Przy zwężeniu odźwiernika stopniowo uznanie sobie zyskała ostatsimi czasy pyloroplastyka; statystyka operacji według sposobu Heineke-Mikulicza wykazuje 54 przypadki, z odsetką śmiertelności stosunkowo nieznaczną, jeśli wykluczmy przypadki śmierci z powodu ogromnego wyniszczenia chorych lub z powodu rozmaitych powikłań. Köhler zwraca przytem uwagę, że zrosty nie stanowią bynajmniej przeciwwskazania do plastyki, o ile dadzą się rozdzielić po podwójnem podwiązaniu ich. Lecz i gastroentero-

stomia przy zwężeniu bliznowatym odźwiernika posiada wielu zwolenników, a prace traktujących o tym przedmiocie ogłoszono sporą ilość (Dunin, Codivilla, Trognon, Moullin, Doyen). Kramer żąda wprost, by operacją pyloroplastyki znacznie ograniczyć, a opiera się na fakcie, stwierdzonym w dwóch przypadkach, gdzie na starych masach bliznowatych, zwężających odźwiernik, zaczął się rozwijać rak.

Chirurgia wątroby wszechstronnie opracowaną została w monografii Langenbuch'a (Deut. Chir.) przeglądu zaś prac, dotyczących się chirurgii pęcherzyka żółciowego, dokonał Gumprecht (D. med. Woch. 1895), który jednocześnie zestawiał wskazania do różnych zabiegów operacyjnych na tym narządzie. Z nowszych prac i propozycji mamy do zanotowania następujące: Murphy ogłosił 17 przypadków szczęśliwie dokonanej cholecystenterotomii, gdzie użył swego guzika; Kehr usunął kamień uwięziony w przewodzie pęcherzykowym (d. cysticus), przeciąwszy sam przewód. Brockbank działa oliwą bezpośrednio na kamienie żółciowe (wstrzykiwanie do pęcherzyka lub wlewanie oliwy po cystotomii); Block poleca cholecystotomiam extraabdominalem (extracutaneam); Tuffier przerobił na trupach i opisał sposób, nazwany przez niego „choledochotomie par la voie lombaire;” który polega na otwarciu przewodu żółciowego (duct. choledochus) od tyłu, przy pomocy cięcia lędźwiowego; Poirier, Segond, Michaux uznali ten sposób za trudny i bardzo niebezpieczny, tymczasem Reboul, zrobiwszy wskutek mylnego rozpoznania cięcia lędźwiowe, wykonał tę operację z pomyślnym skutkiem.

W innych działach chirurgii brzucha bądź żadnego kroku naprzód nie zrobiono, jak np. w chirurgii śledziony, bądź też posiadamy już źródłowe prace, obejmujące wszystko, cokolwiek odnosi się do chirurgii danego narządu, np. chirurgię nerek opracowali znakomicie Wagner, Israel, Legeaen, Angerer, Hildebrandt i inni. Péan poleca w wielu przypadkach operacji na nerkach cięcie poprzeczne od brzegu mięśnia prostego brzucha do krzyżo-lędźwiowego; przyznaje również zalety metodzie „kawałkowania” (morcellement). Bardeleben przyszywa nerkę wędrującą do 12-go żebra. Cięcie poprzeczne Kocher'a i skośne Bergmann'a coraz bardziej wchodzi w użycie zamiast dawnego cięcia pionowego. Kehr wyłuszczył nerkę sposobem wewnątrztrzewnym i sądzi, że obecnie pod osłoną aseptyki dużo przypadków da się operować w ten sposób.

Kilka prześlicznych prac z dziedziny chirurgii pęcherza moczowego zawdzięczamy w ostatnich latach Smits'owi, który podał ocenę krytycznej rozmaite sposoby otwierania tego narządu i operowania na nim. Co się tyczy dróg, prowadzących do pęcherza moczowego (cystotomia), to kwestyi tej nie można uważać za rozstrzygniętą; i gdy jedni jak Dittel, twierdzą, że sectio alta suprapubica w smudze białej jest najprostszym i najlepszym sposobem, inni szukają dróg nowych lub przynajmniej modyfikują dawniejsze sposoby operowania. Tak, Rydygier poleca sectionem altam intraperitonealem; Kocher, Trendelenburg, Armand i inni, trzymając się zwykłej sectionis altae, prowadzą poprzeczne cięcie skóry,

Multanowski znów i Hanc robią cięcie krzyżowe, wreszcie niektórzy (Helferich, Bramann, Rosenbach) stosują czasową lub stałą rezekcję częściową spojenia łonowego. W poszukiwaniu nowych dróg prowadzących do przedniej ściany pęcherza moczowego przypominano sobie i dawną operację Klein'a—symphyseocystotomiam; zaczęli ją stosować w ostatnich czasach Wickhoff, Koch, Gallet-Duplessis i Albarran; zaś Fenomenow (Sem. med. 1894) podał nowy sposób przecinania spojenia łonowego. Czy wogóle ciężki ten zabieg Klein'a zyska sobie prawo obywatelstwa, czas dopiero pokaże. Langenbuch (1888) wskazał jeszcze jedną drogę do pęcherza, mianowicie za pomocą cięcia poniżej spojenia łonowego, czyli t. zw. *sectio subpubica*; sposób ten jednak nie był dotychczas wypróbowany na ludziach. Na tejże wysokości, co *sectio pubica* zaproponował Nichans swoją „osteoplastyczną czasową rezekcję przedniej części miednicy” (symphyseotomia wraz z wycięciem poziomej i zstępującej kości łonowej), która daje doskonały dostęp nawet do bocznej ściany pęcherza moczowego. Montenovesi dwukrotnie z pożytkiem dokonał *sectionis perinealis* na wstępującej gałęzi kości siedzeniowej. Co się tyczy cięcia na międzykroczu (*sectio mediana*), to nowych pomysłów w ostatnich latach nie ogłoszono; Bureckhardt, jedynie, poleca kombinację cięcia wysokiego z *boutonniere'ą* w celu w celu należytego sączkowania pęcherza. Wreszcie należy wspomnieć, że Bauer radzi w pewnych przypadkach uciekać się do *rectocystotomii*, Ferria zaś użył raz „drogi krzyżowej” (*via sacralis*) polegającej na wyłuszczeniu kości ogonowej i połowy ostatniego kręgu krzyżowego i w ten sposób dostał się do pęcherza moczowego (*cystotomia pararectalis*).

Usuwanie kamieni pęcherzowych drogą niekrwawą, t. j. kruszenie kamieni i wydobywanie ich *per vias naturales* zyskuje z każdym rokiem coraz więcej zwolenników, dzięki dobroczynnym wpływom anty- i aseptyki, dzięki udoskonaleniu narzędzi i wprowadzeniu w użycie cystoskopii. Dittel w 100 ostatnich przypadkach kamieni pęcherzowych użył tego sposobu 67 razy; Forbes Keit radzi zupełnie zarzucić drogę krwawą; a Tompsen powiada, że „*litotritia* stanowi regułę, *litotomia* zaś zaś zawsze będzie stosowana tylko w wyjątkowych przypadkach.”

Dział chirurgii brzucha zamyka autor krótkim rzutem na obecny stan leczenia radykalnego przepuklin; sposobów operacyjnego leczenia ostatnich jest taka masa, że możnaby o nich cały tom napisać; ciekawych odsyła autor do sprawozdań kliniki Bardeleben'a (Charitéannalem) i do pracy Gailleman'a (*La pratique der operations nouvelles en chirurgie*). Wyniki operowania radykalnego przepuklin, dzięki aseptyce i ulepszonym metodom, są tak świetne, że zyskały zaufanie nie tylko lekarzy, lecz i szerokich mas publiczności.

5. Kończyny.

Jedną z większych zdobyczy na polu chirurgii kończyn jest to, że przy obecnych sposobach doglądania ran możemy stawiać daleko lepsze rokowanie w przypadkach ciężkich obrażeń kości

i stawów. Jeżeli nie wszyscy chirurgowie są tak krańcowi, jak Manley, który amputuje doraźnie kończynę wówczas tylko, gdy ta trzyma się literalnie „na skórze,” to jednak przyznać trzeba, że odjęcie kończyny należy obecnie do rzadkich zabiegów.

Z nowych pomysłów odnoszących się do samej techniki operacyjnej, wspomina autor o sposobie amputowania Crédé'go, który to sposób, głównie ze względu na zaoszczędzenie czasu, nieocniony byłby w czasie wojny; dalej, przytacza sposób Bruns'a polegający na tem, że robi się jednocześnie cięcie koliste, następnie dwa boczne cięcia podłużne, wreszcie odłuszcza się wszystkie części miękie wraz z okostną od kości, aż do miejsca w którym mamy odpiłować kość. Wysokie odcinanie nerwów (Witzel) nie zawsze zabezpiecza od możliwych nerwobólów w przyszłości, jak to wykazały prace Hübscher'a i Bardeleben'a. Jedną z lepszych prac, omawiających leczenie poamputacyjne, jest rozprawa Schlesinger'a (Strasburg, 1893).

Manley ostrzega, by nie obmywać rany amputacyjnej płynami przeciwnilnymi, ma to bowiem prowadzić zgorzel brzegów (głównie kości); Jones nie mógł potwierdzić Manley'owskiej obawy. Kwestya wogóle wpływu antyseptyków na rany zakażone nie jest rozstrzygniętą: brak w tej dziedzinie prac doświadczalnych.

Z amputacji stosunkowo najczęściej robi się amputacja goleni i częściowe odjęcie stopy. Do niemiłych następstw odjęcia goleni, zwłaszcza poniżej kolana, w t. zw. „au lieu d'élection” (A. Paré), należy zgorzel wskutek ucisku brzegu pozostałej kości goleniowej; powołało to do życia szereg nowych sposobów operowania, jak sposób Bardeleben'a, Helferich'a, Obalińskiego, Bogdanika, Dudow'a i innych. Ażeby kikut uczynić zdolnym do użytku (opierania się na nim) podał Bier dla niskich amputacji goleni sposób plastycznego wytwarzania stopy, polegający na wycięciu klina w częściach miękich i kości, powyżej miejsca amputacji.

Zakres operacji na stopie (stawie skokowym) wzbogacony został w ostatnich czasach olbrzymim szeregiem nowych sposobów amputowania i wyluszczenia; lecz wszystkie one (sposoby Tauber'a, Rasumowsky'ego, Jaboulay'a, Kratzfeld'a i innych) są tylko waryantami na temat dawniejszych — uznanych za klasyczne. Reetley, Bogdanik, Barącz przedstawili sposoby t. zw. amputacji dermo-plastycznych, których cechą jest pokrywanie braków goleni płatem podeszwowym; Rydygier, Matwejew, Wołkowicz podali sposoby osteoplastycznych amputacji stopy; Kummer chcąc zapobiedz fałdowaniu się skóry po amputacjach nadkostkowych (amp. supramalleolaris) według sposobu Ollier'a z płatem Syme'a, radzi nie zaszywać czasowo rany, aż do chwili, kiedy płat się skróczy.

Przechodząc do stawu kolanowego zaznacza autor, że prócz wyluszczenia kolana, któremu poświęcili ładne prace Ritschl, Lėjars i Habs, prócz osteoplastycznej operacji Gritti'ego i zapomnianej już prawie zupełnie amputationis transcondylicae Carden'a, na uwagę zasługuje dobrze pomyślana amputatio femoris intercondylico-ostoplastica Ssabangejew'a, przy której przedni płat mięśni w sobie kawałek górnego końca kości goleniowej i w ten sposób

tuberositas tibiae służy do oparcia kikuta. Oryginalny sposób wyłuszczenia kolana opisał Polosson pod nazwą „*méthode sous-capsulo-periostée*,” przy niej bowiem zostają zachowane: rzepka, chrząstka półksiężycowa, torebka stawowa i okostna górnego odcinka kości goleniowej.

Dla wyłuszczenia biodra podano rozmaite sposoby: Poppert podwiązywał tętnicę i żyłę biodrową wspólną (w dwóch miejscach) przed wyłuszczeniem, jednak otrzymywał obfite krwawienie; Pfeil-Schneider, postępując tak samo, krwawienia nie miał; Chalot zaleca obnażenie tych naczyń i bezpośredni ucisk ich podczas operacji; Hasslauer radzi czasowe nakładanie podwiązki na tętnicę biodrową wspólną; Wvett — akupresurę. Senn ogłosił całkiem nowy sposób postępowania: cięciem podłużnym od tyłu oswabadza on główkę, szyjkę i krętarz wielki kości udowej, oddziela przyczepy mięśni, luksuje główkę i wówczas dopiero nakłada podwójną podwiązkę elastyczną na części miękkie, poczem te ostatnie przecina.

Co się tyczy amputacyi i wyłuszczeń na górnych kończynach, to żadnych nowych pomysłów autor nie miał do zano-towania.

W. Żurkowski.

II. Ginekologia.

249. Gessner. **Wartość i technika próbnego łyżeczkwania.**
Ueber den Werth und die Technik des Probecurettements. (*Centralblatt für Gynäcologie NN. 18 i 19*).

Jakkolwiek rozpoznanie drobnowidzowe chorób kobiecych już od 20 lat zyskało prawo obywatelstwa, metoda ta nie cieszy się dotąd jeszcze ogólnem uznaniem. W Anglii prawie zupełnie została zarzuconą w ostatnich czasach, a w Niemczech bez wątpienia nie znalazła jeszcze tego uznania, na jakie zasługuje. Zwłaszcza przy cierpieniach złośliwych trzonu macicznego ogół oddaje pierwszeństwo wymacywaniu przed skrobaniem próbnem.

Trzech warunków żądać należy od metody, która ma decydować o złośliwej naturze cierpienia trzonu macicznego: 1) musi być bezpieczna, 2) łatwo wykonalna i 3) przedewszystkiem pewna.

W celu dokonania wymacywania niezbędne jest rozszerzenie szyjki, bądź natychmiastowe (czy to ostre, czy krwawe), bądź powolne (za pomocą gazy jodoformowej lub też środków pęczniących), które jest zawsze połączone z niebezpieczeństwem dla chorej. W ostatnich czasach cytowano kilka przypadków z zejściem śmiertelnem po dokonaniu rozszerzenia. Przeciwnie, skrobanie jest ręko-czynem mniej niebezpiecznym, jakkolwiek może spowodować zakażenie lub też przedziurawienie macicy. Autor tylko 4 razy po

wyskrobaniu miał podwyższenie ciepłoty, lecz nigdy mu się nie przytrafiło, aby macicę przedziurawił.

Dla dokonania rozszerzenia i wymacywania potrzeba dwóch posiedzeń i często nawet podwójnej narkozy, wtedy gdy skrobanie odbywa się tylko na jednym posiedzeniu.

Przy powikłaniach rozmaitych, jako to: przy pochwie starczej, długiej wąskiej szyi macicznej, napiętych sklepieniach, macicy powiększonej przez mięśniak etc., wymacywanie staje się bardzo utrudnionem, a rozpoznanie wprost niemożliwem. Nieprawdą jest, że raki zawsze przedstawiają się w postaci szorstkiej, guzikowatej powierzchni na podstawie infiltrowanej. Tak się przedstawiają tylko przypadki daleko już posunięte. Często raki przedstawiają się w postaci miękkich polipów, które przy wymacywaniu niczem się nie różnią od takichże nowotworów dobrotliwych. Z drugiej zaś strony sprawy zapalne błony śluzowej macicy mogą wystąpić w formie twardych wybujałości.

Znane są przypadki w literaturze, gdzie przez wymacywanie raki przyjęto za ropiejące mięśniaki; również cytowany jest fakt, gdzie niewinny polip przy wymacywaniu przyjęty został za nowotwór złośliwy. W przypadkach, w których wymacywanie daje wątpliwy rezultat, należy zazwyczaj wyskrobać tyle kawałeczków tkanki, aby można było pod drobnowidzem pewne postawić rozpoznanie. Wyskrobywanie nabiera szczególnej wagi w tych przypadkach, w których wymacywanie nigdyby do żadnych nie doprowadziło wniosków, a mianowicie, gdy cierpienie jest bardzo ograniczone.

Od 1 Stycznia 1890 roku w klinice uniwersyteckiej 58 razy dokonano wyłuszczenia macicy wskutek rozpoznania „złośliwego cierpienia trzonu,” a mianowicie: 11 razy przy raku można było bezpośrednio wymacać sam nowotwór, również 3 razy przy mięsakach; 3 razy wyłuszczone polipy okazały się przy badaniu drobnowidzowem mięsakami. W pozostałych 41 przypadkach rozpoznanie postawiono na mocy próbnego skrobania, a więc w ciągu 5 lat wymacywanie w celu rozpoznawczym przy cierpieniach złośliwych nie było całkiem potrzebne. W 4 przypadkach rak, wbrew przypuszczeniu, zajmował nie trzon, lecz szyję. Zwłaszcza dla wczesnego rozpoznania guzków rakowatych w szyi skrobanie (szyi) zasługuje na szczególne uwzględnienie.

Co się tyczy techniki, to należy wyskrobanie robić pod narkozą. Używa się skrobaczki, dla wprowadzenia której można się ewentualnie uciec do nieznacznego rozszerzenia szyi. Całą jamę należy systematycznie wyskrobać, a wszystkie wyskrobane lub wpływające kawałki powinny być zbadane.

Zamroziwszy kawałki w alkoholu, należy robić skrawki ze wszystkich. Do barwienia najlepiej się nadaje karmin alunowy, a dla rozjaśnienia preparatów należy zabarwione skrawki zanurzyć w glicerynie.

Za pomocą tej metody, przy pewnej wprawie i doświadczeniu, można otrzymać najlepsze rezultaty.

Skrobanie więc próbne nie tylko pod względem bezpieczeństwa ma wyższość nad wymacywaniem, lecz daje ten sam wynik

co i wymacywanie i przewyższa ostatnie w przypadkach ograniczonego cierpienia.

Odczyt powyższy (który autor wygłosił w Towarzystwie Ginekologicznem Berlińskim 13 Marca 1896 r.) został uzupełniony przez innych autorów, którzy przyjęli udział w ożywionej bardzo dyskusji. I tak, Veit nie zaprzecza wartości metodzie wymacywania, gdyż w celu rozpoznania niektórych raków szyi, ucisk bezpośredni palca na ujście zewnętrzne oddawał mu znakomite usługi; często bowiem ujście się otwierało pod uciskiem palca, który bezpośrednio wymacywał nowotwór. W. Nagel zapewnia, że w klinice Gusserowa ani jedna macica nie została z powodu złośliwego cierpienia jej trzonu usunięta, dopóki rozpoznanie nie zostało stwierdzone przez mikroskop, chociażby objawy kliniczne najdobitniej przemawiały za cierpieniem złośliwym. Głównem zadaniem skrobienia próbnego jest odnalezienie ewentualnie wykluczenie raka, lub, co się rzadziej zdarza, mięsaka macicy.

Od chwili, kiedy wiadomym się stał fakt, że powiększenie ilości gruczołów samo przez się nie stanowi jeszcze o złośliwości nowotworu, lecz potrzeba do tego bujania, pomnożenia i zmiany kształtu komórek gruczołowych, i że w każdej chwili można w istocie błony śluzowej odnaleźć wielkie komórki, podobne do tych, jakie się napotyka w błonie doczesnej, pomyłki stały się rzadszemi.

Wątpliwe obrazy (mikroskopowe) należy, według rady Hofmeier'a, przyjmować nie za raki. Skrobienie próbne, podług Nagla, w celu rozpoznawczym przedsięwzięte, powinno być skrupulatnie dokonane, aby w razie, jeżeli cierpienie okaże się dobrotliwym, oszczędzić chorej powtórnego cierpienia. Jeżeli zaś skrobienie już w samym początku dostarcza w znacznej ilości znanych nam białych kruchych kawałków, które już przez zewnętrzny wygląd umożliwiają rozpoznanie raka lub też budzą podejrzenie istnienia takowego, to należy skrobienie przerwać, gdyż ono nie stanowi leczenia radykalnego, a wydobyte kawałki poddać badaniu mikroskopowemu.

Co się tyczy samej techniki badania, to Nagel wrzuca wyskrobane kawałki do płynu Flemming'a i po stwardnieniu ich kraje za pomocą mikrotomu (Gefriermikrotom). W ten sposób można otrzymać preparaty w tym samym dniu, kiedy dokonane było wyskrobienie. Rozszerzenie kanału szyjowego i wymacywanie jamy macicznej Nagel zaleca w tych razach, kiedy skrobienie dostarczyło skąpą ilość mała lub wcale nie zmienionej błony śluzowej, a krwawienia w dalszym ciągu trwają. W tych przypadkach można niekiedy wyczuć polip podśluzowy, który dane cierpienia powoduje.

Flaischlen jest zdania, że u panien i mężatek, które nie rodziły, należy dokonywać wyskrobienia pod chloroformem, a u tych kobiet, które już rodziły narkoza często bywa zbytęcną, gdyż wyskrobienie sprawia bóle nieznaczne. Szyję maciczną, podług F. należy rozszerzyć wtedy, jeżeli wyskrobane kawałki nie mają dostatecznego ujścia. Robienie skrawków ze stwardniałych w alkoholu kawałków za pomocą brzytwy uważa F. za najprostsze i najpraktyczniejsze.

Paweł Ruge cytuje przypadek, w którym w Czerwcu 1886 r. z powodu krwawienia robił wyskrobanie macicy. Wyskrobana na pozór zdrowa błona śluzowa była zbadana przez Karola Ruge'go, który orzekł jej złośliwą naturę. Na skutek tego wyroku macica została wyluszczonej. R. znalazł w szyi wyjętej macicy miejsce nieznaczące, w którym błona śluzowa była podejrzana. Jakkolwiek rak był zaledwie w zarodku, jednakowoż pacjentka w Lutym 1887 roku zachorowała na raka wątroby i zmarła w Październiku 1887 r. Przypadek ten ilustruje z jednej strony pewność badania mikroskopowego w okresie zarodkowym choroby, a z drugiej strony, z jaką szybkością mogą się rozwinać wtórne guziki.

Winter wielką przykłada wagę do tego, że skrobie się nie tylko miejsca podejrzone, lecz wyskrobuje się zasadniczo całą macicę i wszystkie wydobyte kawałki bada pod mikroskopem. Dalej, W. wypowiada swoje zadowolenie i z tego powodu, że, podejrzwając raka trzonu, skrobie się zarazem i górną część szyi i odwrotnie. W. żąda, aby mikroskopiją ginekologiczną zajmowali się wyłącznie ginekologowie, aby każda klinika miała swojego zaufanego asystenta, któryby się wyłącznie zajmował badaniem drobnowidzowem, i aby profesorowie na wykładach większą zwracali uwagę na rozpoznanie drobnowidzowe. Podług W. na samych objawach klinicznych nie można budować rozpoznania raka trzonu macicznego. Objawy bowiem budzą tylko podejrzenie, lecz nie są pewnikami. Również nie istnieje nic charakterystycznego przy dwuręcznem badaniu dla raka, gdyż macica twarda, usiana na zewnątrz guziczkami, napotyka się przy chronicznem zapaleniu mięszu (metritis chronica), przy mięśniakach podśluzowych. Rozpoznanie raka jedynie jest możliwem przy badaniu jamy. Jeżeli chora się uskarża na objawy, budzące podejrzenie raka, to należy jamę sondować. Jeżeli zgłębnik wskazuje, że błona śluzowa jest wszędzie gładka, to można wykluczyć cierpienie rakowate błony śluzowej, lecz dla pewności niewprawnemu badaczowi należy we wszystkich przypadkach z objawami podejrzanymi doradzać wyskrobanie próbne. Jeżeli zaś zgłębnik napotyka nierówności, to bezwarunkowo należy przystąpić do wyskrobania i badać pod mikroskopem. Wymacywanie macicy W. robi przy otwartem przypadkowo ujściu, rozszerzenie zaś i następcze wymacywanie wtedy, jeżeli mikroskopowa dyagnoza nic nie daje, czy to z powodu, że skrobanie dostarczyło bardzo mało materiału (jak to raz miało miejsce przy obecności bardzo twardego raka), czy też, gdy mikroskopowa dyagnoza w zupełnej znajduje się sprzeczności z objawami klinicznymi.

Kiefer przytacza przypadek z kliniki A. Martina, gdzie skrobanie próbne bez wątpienia przemawiało za rakiem, a w wyluszczonej macicy nie można było odnaleźć miejsca, rakiem dotkniętego. Są to najwdzięczniejsze, lecz niestety, tak rzadkie przypadki, kiedy już pierwszy zarodek raka sprawia ciężkie zaburzenia i sprwadza uważną pacjentkę do lekarza specjalisty.

Wymacywanie, podług K., ma wtedy tylko rację bytu, gdy przy wtórnych krwawieniach badanie mikroskopowe materiału wyskrobanego nie daje dostatecznego wyjaśnienia, naprzykład przy

małych mięśniakach podśluzowych, siedzących w dniu macicy, lub jeszcze mniejszych polipach, ukrytych w ujściu jajowodów. Ódnośnie techniki mikroskopowej K. uważa za konieczne, aby każdy praktyk ginekolog był w stanie sam badać materiał wyskrobany pod mikroskopem. W celu uproszczenia całej procedury K. radzi wyskrobane kawałki wrzucić na 6—8 godzin do koncentrowanej formaliny, a po osuszeniu na całą noc do wody; następnego dnia rano można robić skrawki. Skrawki nie zwijają się w wodzie i zachowują nawet płaską formę przy zanurzaniu w alkoholu. Po 2—3 minutowem zanurzeniu w 94^o/_o alkoholu postępuje się z nimi jak z preparatami celluloidynowymi; preparaty zachowują się w balsamie kanadyjskim. Kwaśną hematoksylinę Ehrlich'a i następnie barwienie za pomocą kw. pikrynowego lub eozyiny autor górażco poleca.

Bröse demonstruje macicę, pochodzącą od 53 letniej kobiety, która się zgłosiła do niego z powodu krwawych wydzielin z pochwy. B. skonstatował starcze zapalenie pochwy (colpitis senilis), którą w krótkim czasie wyleczył. Ponieważ chora jeszcze od czasu do czasu uskarżała się na lekkie odchody, B. zrobił wyskrobanie próbne, i następcze badanie mikroskopowe wykazało obecność raka gruczolowatego (adenocarcinoma). B. wyłuszczył macicę i znalazł w lewym rogu macicy raka wielkości srebrnej pięciokopiejkówki, któregooby nie mógł nigdy rozpoznać przez wymacywanie.

Dührssen opisuje przypadek, w którym podejrzana erozya, została pod mikroskopem rozpoznana jako rak. W 3 lata po całkowitem wyłuszczeniu macicy chora zmarła wskutek recydywy raka. Mając ten fakt na względzie, D. radzi przy każdym wyskrobaniu, podjętem nawet z powodu zwyczajnego kataru, wyskrobywać i szyję; ma to przy katarze i wartość terapeutyczną. W celu rozpoznania nowotworów złośliwych D. uważa rozszerzenie za rękoczyn zbytuczny a nawet niebezpieczny, ze względu na możliwość infekcyi sztucznie wytworzonych ran.

D. radzi słuchaczom swoim każde krwawienie maciczne dopóty uważać za podejrzanę, dopóki badanie mikroskopowe kategorycznie nie wykaże zmian dobrotliwych; gdyż dobrotliwe polipy gruczolowate zdarzają się w jamie macicznej i podczas menopauzy.

W końcu Gessner oświadczył, że zupełnie nie odrzuca wymacywania, że ono jest zbytuczne w sprawie rozpoznawania złośliwych nowotworów i, przeciwnie, może stać się koniecznem w przypadkach, kiedy badanie mikroskopowe wskazuje na zmiany dobrotliwe, a krwawienia w dalszym ciągu trwają.

Warszawski.

III. Choroby skórne.

250. Pani dr Trachsler. **O różnicach subtelných dwóch przypadków Piedra nostras.** (*Monatsh. f. Prakt. Derm. Nr. 1 1896*).

Pierwszy Osorio w r. 1846 opisał grzybek, wywołujący cierpienie włosów p. n. Piedra nostras, które spotykane były dotychczas w Ameryce południowej (na długich włosach u kobiet i b. rzadko na włosach brody i wąsów u mężczyzn) i w Europie (na włosach brody i wąsów). Grzybek otacza włos, tworząc pochwę o gładkiej powierzchni lub też pierścieniowatą; pierścienie wyczuwają się jako twarde guziczki widoczne gołym okiem. Warstwa otaczająca włos jaśniejsza jest i przezroczystsza od tegoż, skutkiem czego przy słabem powiększeniu kontury włosa są widoczne. Grzybek nie przenika do wnętrza włosa. Autorka, będąc w posiadaniu włosów z przypadku Piedra nostras, opisanego przez Behrend'a, zajęła się porównaniem hodowli grzybków, wziętych stamtąd, z hodowlami otrzymanymi przez Unnę z przypadku przez niego obserwowanego.

Cierpienia w obrazie klinicznym niczem się nie różniły, pod względem zaś bakteryologicznym wykazywały z jednej strony podobieństwo, z drugiej zaś różnicę. Podobieństwo polegało na następujących oznakach: na poprzecznym przecięciu włosa wszędzie, w otaczającej pochwie, wytworzonej przez grzybki, widoczne były zarodniki, mocno do siebie przylegające. W niektórych miejscach były koki i laseczniki. Na odżywkach sztucznych grzybki przenikały zwolna do wnętrza odciętych włosów.

Rozczyn błękitu metylenu Unny zabarwiał grzybki fioletowo na poprzecznym przecięciu, podczas gdy włos przybierał kolor barwnika. Na odżywkach sztucznych kiełkują, wydłużając się w nitki (hyphae), nasamprzód zewnętrzne warstwy zarodników, następnie zaś wewnętrzne; nitki posuwają się promieniowato w tym samym kierunku. Na odżywcę agarowej nitki umiarkowanej grubości rozpadają się na całej przestrzeni na krótkie cylindryczne odłamki, zawierające owalne komórki, przekształcające się w zarodniki. Różnica obydwóch przypadków Piedra nostras pod względem bakteryologicznym była następująca: Zarodniki wewnątrz pochwy zarodnikowej w przypadku B. wykazywały nieprawidłowe kształty, zmieniające się na rozmaitych wysokościach przecięcia włosa, która to nieprawidłowość zależała od ścisłego przylegania do siebie zarodników. W przypadku U. były one prawidłowo owalne i, w przeciwstawieniu do przypadku B., mało różniły się pomiędzy sobą co do wielkości. Hodowla grzybków B. i U. na tej samej płytce agar-peptono-sernikowej — i agar-peptono-cukrowej wykazała następujące dane:

Brzegi hodowli grzybków B. mniej promieniowały, niż hodowli U; prócz tego w przypadku B. były one ostrzej zarysowane, w przypadku zaś U. rozplýwały się. Hodowle B. były zawsze wilgotniejsze, w przypadku zaś U. były mniej wilgotne. Na agarze peptono-słodowym (Pepton-Bierwürze-Agar) hodowla B. rozszerzała się znacznie i promieniowała, hodowla zaś U. nie rozszerzała się i brzegi miała gładkie. W próbkach z żelatyną odżywczą Kocha, występowało w przypadku B. rozplýwanie się odżywki wszędy i w głąb, jak również szybkie promieniowanie miejsc zaszczerpienia; gdy tymczasem w przypadku U. nie rozplýwała się ona i wolniej promieniowała. Różnica pod mikroskopem grzybków B. i U., wziętych z hodowli na odżywe agar-peptono-cukrowej, polegała na tem, że w przypadku pierwszym nitki przy małym rozgałęzieniu posuwały się w odżywe prawie w prostej linii, wówczas gdy w przypadku U. były one faliste i, rozgałęziając się więcej na zakończeniu, splatały się tam z sobą.

Nitki i zarodniki w przypadku B. były grubsze i krótsze, prócz tego miały błony cienkie i obfitą stosunkowo zawartość. W przypadku U. były one cieńsze i dłuższe, błona była grubsza, zawartość zaś skąpa.

H. Uliński.

251. Prof. Petrinidi Galatz. **W kwestyach dotyczących bąblicy.** (*Zur Pemphigusfrage. Monatsh. f. Prakt. Derm. Nr. 6, 1896*).

Większość dermatologów idąc za przykładem Dühring'a, daje nazwę „Dermatitis herpetiformis” typowym przypadkom bąblicy, jak również przypadkom urticariae papulo-bullosae, erythematis multiformis, dermatitidum pustulosarum i hydroae. Autor, wyłączając z powyższej grupy typowe przypadki bąblicy, przyjmuje trzy jej odmiany.

1) Pemphigus vulgaris chronicus ze śmiertelnem po większej części zejściem.

2) Pemphigus foliaceus.

3) Pemphigus vegetans vulgaris, postać prowadząca do charakteractwa i najcięższa, lecz zato najrzadsza. Obok tych trzech typów bąblicy autor podaje grupę cierpień, charakteryzujących się występowaniem bąbli i kończących się wyleczeniem, którą to grupę uważano za pemphigus benignus; autor zalicza ją do Hydroa bullosa Bazin'a i nazywa wprost Hydroa. Pod nazwą dermatitis Dühringa, lecz nie dermatitis herpetiformis, autor grupować radzi: Pemphigus circinatus, Herpes iris, Erythema iris, Erythema bullosum, Urticaria papulosa et bullosa.

H. Uliński.

252. D-r Heus. **Przypadek choroby Dühring'a.** (*Dermatitis herpetiformis. Monatsh. f. Prakt. Derm. Nr. 7, 1896.*)

Autor opisuje cierpienie skórne u 17-to miesięcznego dziecka, które charakteryzowało się wielopostaciowością wysypki: pokrzywką, pryszczykami, pęcherzykami, bąblami, krostkami i plamami barwnikowemi. Wykwity te pokrywały ciało od głowy do stóp; prawie żadna z wyszczególnionych postaci nie miała określonego umiejscowienia. Przy recydywach pewne postaci wysypki przeważały; i tak przy 4-tej recydywie przeważał obraz pryszczykowy, przy 5-tej—bąblowo-krostkowy. Prędkie znikanie wysypek mało na pozór zależało od terapii; nieumotywowane było również występowanie nawrotów.

W ciągu trzech lat dziecko miało 12 napadów, które stopniowo traciły na sile i nareszcie znikły bezpowrotnie.

W przeciwstawieniu do ciężkiego cierpienia skóry poczucie ogólne było stosunkowo dobre. Temperatura była prawidłowa, z wyjątkiem recydywy z wysypką bąblowo-krostkową, wówczas bowiem w te dni, w które wysypka była najobfitsza, stan ogólny pogorszył się, ciepłota zaś doszła do 39°. Podczas napadów wysypki i na krótko przed ich wystąpieniem miało miejsce silne swędzenie. Co się tyczy rozpoznania cierpienia, to autor na mocy wielopostaciowości wysypki, nadczułości i parestezyi, skłonności do nawrotów i stosunkowo dobrego stanu ogólnego uważa je za dermatitis herpetiformis Dühring'a.

Wykluczają się natomiast następujące cierpienia: Bąblica (pemphigus)—na zasadzie łagodności stosunkowej wysypki, obecności swędzenia i braku przewagi bąbli nad innymi postaciami wykwitów. Erythema multiforme bullosum — z powodu braku odpowiedniego umiejscowienia i dla silnego swędzenia. Herpes iris — jako zupełnie łagodne i prędko znikające cierpienie. Za pryszczycę i przymiotem nie przemawiały ani obraz kliniczny, ani przebieg, ani etyologia. Przypadek opisany ciekawy jest ze względu na wiek chorego, gdyż choroba Dühring'a w latach dziecięcych trafia się nadzwyczaj rzadko.

H. Uliński.

253. D-r Heuss. **Keratoma palmare et plantare hereditarium.** (*Monatsh. f. Prakt. Derm. Nr. 8, 1896.*)

U mężczyzny, 34-ro letniego wyrobnika, znaleziono na obydwóch dłoniach i podeszwach łącznie z odpowiednią powierzchnią palców — rozlane zgrubienie warstwy rogowej, suche, twarde, brudno-żółtoszarego koloru.

Ku brzegom zgrubienie się zmniejsza, co pozwala widzieć tam miejscami pod warstwą rogową przekrwienie, które daje się zauważyć i w sąsiedztwie powierzchni, uległej przerostowi, zresztą zupełnie zdrowem. Otwory gruczołów potowych wszędzie są widoczne. Zgrubienie, wynoszące miejscami 5 mm., jest powodem pęknięć głębokich; na miejscach głębszych bródz dłoniowych i na zgęściach palców rąk i nóg; w ostatnich miejscach pęknięcia dochodzą często do warstwy brodawkowej. Pęknięcia mniej głębokie odpowiadają cieńszym powierzchownym bruzdom. Oprócz wyżej opisanego cierpienia chory niedoznaje żadnych innych dolegliwości; siła rąk jest niezmnieszona, system nerwowy prawidłowy, wydzielanie się potu odbywa się prawidłowo. Chory pracuje bez przerwy jako tragarz. Cierpienie opisane datuje się od urodzenia i jest dziedziczne. Co się tycze dyagnozy, to chroniczne otrucie arszenikiem, mogące wywołać powyższe objawy, wyklucza się na mocy wywiadów. Przeciwno zależności cierpienia skóry od zajęcia chorego przemawiają wywiady i obraz kliniczny: rozlane symetryczne umiejscowienie na rękach i stopach. Przeciwno ichthyosis localis (palmarum et plantarum) przemawia, że przy tem cierpieniu spotykamy i na innych miejscach skóry, jeżeli nie zmiany właściwe ichthyosis, to objawy nienormalnego przerostu warstwy rogowej: pityriasis capitis, lichen pilaris, ogólną suchość i łuszczenie się skóry w postaci otrąb; funkcyja potowa jest prócz tego zupełnie lub prawie w zupełności zniesiona, naokoło zaś miejsc zajętych cierpieniem niema przekrwienia. Natomiast przypadek opisany odpowiada pod względem wyglądu klinicznego i wywiadów w zupełności „keratoma hereditarium palmare et plantare” opisanemu przez Unna'ę. Besnier podaje 4 typy zrogowacenia skóry rąk i stóp, z tych 2-gi p. n. „kératodermie symétrique des extrémités congénitale et héréditaire” odpowiada naszemu przypadkowi. Wyleczenie trwałe omawianego cierpienia nie jest możliwe, czasowa zaś poprawa nastąpić może pod wpływem kąpeli ciepłych, mydła szarego, wcierań tłuszczów, do których dodać można kwas salicylowy, rezorecyne i t. d.

H. Uliński.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

Nowe środki lecznicze.

254. **Zincum stearanicum.** Jestto biały proszek, nie rozpuszczający się w zwykłych solventiach. Preparat ten posiada lekko antyseptyczne własności, a zarazem działa silnie ściągająco. B. Miller stosuje ten środek w rzerzączce w połączeniu z mentolem, pod postacią proszku, którym cewkę wypełnia, lub pod postacią

antroforów, co jest o wiele dogodniejsze. Leczenie to, jak zapewnia Miller, daje bardzo dobre wyniki.

Gibb (Pharm. Centralb. 1895) stosuje stearynat cynku w połączeniu z eurofenem w praktyce rynologicznej.

Rp. Zinci stearin. 20,0
Mentholi 0,5 — 1,0
MDS. Externum (gonorrhoea).

Rp. Zinci stearin. 15,0
Europheni
MDS. Ad insufflationem.

(American Med. Surg. Bull. 1895).

H. K.

255. W ostatnich czasach wielu autorów zwracało uwagę, że **pobudliwość błony śluzowej nosa odgrywa ważną rolę w przebiegu narkozy chloroformowej**. I tak Rosenberg radzi pędzlować błonę śluzową nosa roztworem kokainy, de Saitis i Plergili zatykają nos poprostu palcami.

D-r Graefe z Lipska sporządził w tym celu klamrę, którą stosował przy całym szeregu narkoz chloroformowych z bardzo dobrym wynikiem.

(Chirurgische Beiträge 1896).

H. K.

256. **Garnié** (z kliniki Grabe'go) badał bakteryologicznie **rany leczone sposobem bezgnilnym** (aseptycznym); rany wybierał takie tylko, które były zadane chorym na klinice, a więc co do których miał pewność, że są czyste t. j. wolne od zarazków ropotwórczych. Zbadał 87 przypadków i we wszystkich, z wyjątkiem dwóch, wyhodował rozmaite pasożyty: 4 razy ropotwórcze (staphylacoccus p.), a w innych przypadkach micrococcus candidans, microc. flav. liquefaciens, microc. flav. non liquef., microc. vascus, diploc. losens, bac. subtilis, sarc. alba i sarcina lutea.

Wnioski, do jakich autor dochodzi, są mniej więcej te: 1) sądzić o tem, czy rana jest aseptyczna, można jedynie na mocy badania bakteryologicznego szwów i opatrunku (gazy, która leżała na ranie); 2) pasorzyty w ranie nie sprowadzają gorączki i zaczerwienienia brzegów rany, jeśli tylko nie są ropotwórcze i jeżeli wydzielina rany posiada dogodny odpływ; 3) w ranach, traktowanych aseptycznie, pasorzyty znajdują mniej dogodne warunki dla swego rozwoju, aniżeli przy leczeniu antyseptycznym (ściananie się białka tkankowego pod wpływem płynów przeciwnilnych); 4) rany aseptyczne wydzielają mniej przesieków, a blizny po nich są delikatniejsze wskutek braku odczynu zapalnego; 5) przy obecnych sposobach oczyszczania skóry i operowania jest prawie niemożliwym usunąć wszelkie pasorzyty z rany; zawsze pozostaje pewna ilość pasorzytów w głębszych warstwach skóry, których nie jesteśmy w stanie usunąć, a które w przyszłości zanieczyszczają ranę.

(Russk. chir. arch. T. 4; 1895).

W. Ż.

257. Prof. Neumann podaje następujące **zasady leczenia przymiotu** w pierwszych dwóch jego okresach: 1) Owrzodzenie pierwotne wymaga w większości przypadków leczenia miejscowego;

wyjątek stanowią przypadki, gdy niezwykła jego wielkość, twardość lub wreszcie umiejscowienie wywołuje zaburzenia czynnościowe; wskazaniem do wycięcia nie może tu być wszakże nadzieja przerwania choroby, zapobieżenia wybuchowi objawów ogólnych, lub złagodzenia ich napięcia, a wyłącznie usunięcie przeszkody mechanicznej. 2) Wskazaniem do podjęcia ogólnego leczenia zapobiegawczego może być znaczna stulejka przy oedema indurativum i umiejscowienie owrzodzenia w cewce dla zapobieżenia jej zwężeniu. 3) Ogólne leczenie specyficzne należy rozpoczynać z chwilą wystąpienia objawów ogólnych, stosować energicznie i nie przerywać zaraz po zniknięciu wysypki; takie leczenie zapobiega najlepiej szybkim powrotom. 5) Wskazaniem do zastosowania ogólnego leczenia w okresach wolnych od objawów zewnętrznych mogą być specjalne przyczyny, a mianowicie: u osób mających zamiar wstąpić w związki małżeńskie, u ciężarnych, w małżeństwach, w których powtarzają się poronienia, przedczesne lub martwemi płodami porody (w braku innych widocznych przyczyn). 5) Zadaniem leczenia powinno być całkowite usunięcie wszelkich możliwych objawów przymiotu, takie bowiem tylko zakończenie drugiego okresu najpewniej chroni od wystąpienia w przyszłości objawów okresu trzeciego. 6) Nie posiadamy dotąd środka, któryby mógł napewno ochronić chorego od trzeciorzędnych objawów, których wystąpieniu 7) najbardziej sprzyja niedostateczne lub całkiem zaniedbane leczenie. (Przytoczonym tu zasadom hołduje obecnie większość specjalistów. *Przyp. spr.*).

(Sprawozd. z posiedz. w Wiener medicin Doctoren-Collegium. Allgem. Med. Central Zeitung. Nr. 44, 1896).

258. D-r Pispoli opisuje przypadek **przymiotu**, którego pierwsze objawy wystąpiły ze strony **płuc** w miesiąc po ukazaniu się owrzodzenia pierwotnego, w tym już bowiem czasie chorego zaczęły męczyć napady silnego kaszlu i ból piersi w okolicy prawego wierzchołka. Ze względu na występujące jednocześnie poty i stałe podnoszenie się ciepłoty ciała ku wieczorowi, przypuszczono, że u chorego zaczyna się rozwijać gruźlica płuc i pomimo, że badanie w tym kierunku płwociny—nieco krwią zabarwionej—dało wynik ujemny, zastosowano leczenie kreozotem, jodoformem i wdychaniami środków balsamicznych, tudzież starannem odżywianiem. Stan chorego stopniowo się pogarszał, a gdy jednocześnie wystąpiła różyczka przymiotowa i owrzodzenia specyficzne na języku, rozpoznanie i plan leczenia zmieniono. Dzięki zastrzykiwaniom sublimatu i obfitym dawkom jodku sodu, po 8-iu dniach gorączka ustąpiła całkowicie, a po 2½ miesiącach chory opuścił szpital w najlepszym stanie zdrowia, bez żadnych objawów ze strony płuc. (Z referatu z Giornale Medico del Regio Esercito).

Fr. G-yć.

O D C I N E K.

Postępy w kwestyi bliższego poznania i zastosowania promieni Röntgen'a,

(według prof. L. Graetz'a)

STRĘŚCIŁ H. KUCHARZEWSKI.

(Dokończenie).

5. *O płytach fotograficznych, używanych do zdjęć Röntgen'owskich, oraz o czasie ekspozycji.*

Zwykłe płyty bromosrebrnożelatywne dają się wszystkie zastosować do zdjęć fotograficznych sposobem Röntgen'a. Wrażliwość płyt fotograficznych na zwyczajne światło waha się w stosunku od 1:16. W tym samym stosunku waha się ona względem promieni X, zatem najwrażliwsze płyty dla zwykłych celów okażą się i tu najwrażliwszymi, t. j. wymagać będą najkrótszego czasu na ekspozycję. Różne próby przeprowadzone zostały w celu skrócenia czasu zdjęć. Proponowano kłaść na płytę fotograficzną karton fluoryzujący, który pobudzony przez promienie Röntgen'a sam świeci i w ten sposób pobudza pod nim leżącą płytę. Ten sposób nie daje jednakże wyraźnych obrazów. Winkelmann i Straubel zwrócili uwagę na silną fluorescencję flussspatu pod wpływem promieni Röntgen'a, badacze ci wskutek tego chcieli go łączyć z żelatyną. Jednakże i ten sposób wpływa ujemnie na jasność i wyrazistość obrazu. Wszystkie te środki pomocnicze okazują się zupełnie zbytecznymi, gdy rozporządzamy dobrymi rurkami i dobrymi aparatami indukcyjnymi, przy pomocy których już dziś możemy otrzymać odbicie kości ręki w przeciągu 1 sekundy.

6. *O zwyczajnem i stereoskopowem fotografowaniu za pomocą promieni Röntgen'a.*

Obrazy, które otrzymujemy zapomocą promieni Röntgen'a, są w rzeczywistości tylko sylwetkami, szkicami. Obraz wywołują nie promienie, wychodzące z ciała, mającego być fotografowanym, jak to ma miejsce przy zwykłej fotografii, lecz promienie, które wyszły z rurki Crookes'a i przez ciało przeszły. Ponieważ promienie te nie załamują się, nie można ich zatem ześrodkować za pomocą soczewki, wskutek tego odbicie fotograficzne ma zawsze tę samą wielkość, co i fotografowany przedmiot.

Chcąc otrzymać obrazy wyraźne, użyć trzeba rurki z jednym tylko promieniejącym punktem (patrz Nr. 3), lub też w razie braku

takiej właśnie rurki, trzeba rurkę daleko od przedmiotu trzymać. Odległość 25 cm. do 70 cm. pomiędzy rurką (antikatódą) i przedmiotem wystarcza, żeby bez zbyt długiej ekspozycji mózdz fotografować dość duże ciała. Dla wyrazistości obrazu bardzo ważną jest rzeczą, aby przedmiot możliwie blisko się znajdował od płyty fotograficznej, nawet leżał na niej.

Dla celów dyagnostycznych w chirurgii ważne są t. zw. stereoskopowe zdjęcia.

Polegają one na tem, że się przedmiot z dwóch odmiennych punktów fotografuje i otrzymane w ten sposób fotografie w stereoskopie rozpatruje, wskutek czego mamy uplastycznienie obrazu. Pierwszy fotografie takie zdejmował d-r Fomm, następnie Imbert i Bertin Sans.

7. *O przepuszczalności rozmaitych substancji i o przyczynie niewidzialności promieni Röntgen'a.*

Już w pierwszym swem doniesieniu zaznaczył Röntgen, że większość ciał niemetalicznych łatwo przepuszcza promienie X, a nawet metale w cienkich warstwach odznaczają się tą własnością. Doświadczeń w tym kierunku przeprowadzono bardzo wiele. Ograniczymy się tu tylko wskazaniem ważniejszych. D-r Meslans znalazł, że węgiel we wszystkich swych odmianach jest bardzo przejrzystym, diament, grafit, węgiel kamienny, a zarówno związki węgla z wodorem, tlenem i azotem, czy to jako ciała stałe lub płynne, barwne lub bezbarwne. Jeżeli jednak do związku takiego wejdą chlor, brom, jod, fluor, siarka, fosfor lub też inne ciała nieorganiczne wtedy związki te tracą swą przepuszczalność. Na przykład mięśnie, w skład których wchodzi: węgiel, tlen, azot i wodór przepuszczają promienie, natomiast kości, które zawierają wapień, są względnie nieprzepuszczalne.

Doświadczenie z prześwietlaniem oka przeprowadzili Darieu i Rochas; autorowie ci znaleźli, że oko o wiele trudniej przepuszcza promienie od mięśni, najwięcej promieni pochłania soczewka.

Fakt ten uważają za przyczynę niewidzialności promieni Röntgen'a dla oka ludzkiego. Pogląd ten jednakże jest zupełnie fałszywy; ponieważ przy długotrwałym promieniowaniu przechodzą promienie i przez soczewkę, a wtedy powinnyby być widocznymi.

8. *O przypuszczalnej istocie promieni Röntgen'a.*

Jedną z najciekawszych własności promieni Röntgen'a jest to, że nie mają one prawidłowego odbicia, ani widocznego załamania w rozmaitych ciałach. Pewnemu jednakże odbiciu podlegają one, zauważył to już Röntgen w pierwszym swem doniesieniu wspólnie z innymi badaczami. Battelli i Garbasso otrzymali nawet zdjęcia fotograficzne przy pomocy tych odbitych promieni, pozostaje jednakże zawsze wątpliwość, czy rzeczywiście promienie odbiły się od lusterka, czy też nowe się tam wytworzyły.

Winkelman i Straubel dowiedli, że promienie X ulegają i pewnemu załamaniu na metalowych pryzmatach. Współczynnik załamania światła (Brechungsexponent) metali wyniósł $1 - 0,0038$, nieco mniej zatem niż 1. Wogóle powiedzieć można, że wszystkie ciała, współczynnikiem załamania światła dla tych promieni mają 1, lub też cyfrę mało się od jednostki różniącą. Wiadomą jest rzeczą, że dla fal o bardzo małej długości współczynnik załamania światła wszystkich substancji sprowadza się do jednostki. Wychodząc zatem z tej zasady, że promienie X, nie załamują się, możnaby przypuszczać, że fale ich posiadają bardzo małą długość, jeżeli wogóle promienie te należą do ruchu falistego (Wellennatur). Własność promieni X przechodzenia przez wiele ciał zależną jest właśnie od owej krótkości fal, która ułatwia przedostawanie się przez molekuly. Prof. Graetz już w pierwszym swym odczycie w Styczniku r. b. w Towarzystwie Antropologicznem w Monachium zwrócił uwagę, że promienie Röntgen'a odznaczają się bardzo nieznaczną długością fali, są to zatem promienie ultrafioletowe o bardzo małych okresach. Przypuszczenie to nabrało jeszcze większych cech prawdopodobieństwa, gdy inni badacze jak Righi, Benoit, Hurmuzescu, Dufour, Röntgen dowiedli, że promienie X mają własność wspólną z promieniami ultrafioletowymi: rozładowywania ciał elektrycznie naładowanych, które na drodze swej napotykają. Że promienie X należą do ruchu falistego, bezpośrednio dowiedzieć można jedynie na podstawie doświadczeń nad interferencją. Te jednakże nie udało się Röntgen'owi. Przypuszczalnie długość fal promieni X nie wynosi nawet $0,04 \mu$ (μ — Mikron $\frac{1}{1000}$ mm.). Dla porównania podajemy, że światło żółte ma fale długości $0,59 \mu$, widoczne fioletowe $0,38 \mu$, a niewidoczne ultrafioletowe $0,2 \mu$, promienie zatem Röntgen'a w najlepszym razie miały by długość fali pięć razy mniejszą od tej ostatniej cyfry, a może nawet i znacznie mniej. Röntgen postawił hipotezę, że ponieważ promienie X znacznie się różnią od promieni świetlnych być może są to fale podłużne, przypuszczenie to jednakże nie znalazło uznania u fizyków, którzy starają się przede wszystkim wynaleźć dowody dla poprzecznego kierunku tych fal. Znalazły by się one niezawodnie, gdyby się udało promienie X polaryzować. Stoi temu na przeszkodzie brak załamania i odbicia tych promieni. Jeżeli istota promieni X natyle rozwiązana zostanie, że przyjmiemy je za promienie świetlne o bardzo małej długości fal, co nam nie jedną ich własność wyjaśni i wytłumaczy, to pozostanie nam jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie, w jakim stosunku znajdują się one do promieni katodalnych. Röntgen zaraz w pierwszej swej pracy wyraził mniemanie, że promienie katodalne tylko wywołują promienie X, że jednakże istota promieni X jest zupełnie inną aniżeli promieni katodalnych. Dowodem tego było to, że promienie katodalne ulegają odchyleniu pod wpływem magnesu, promienie zaś X własności tej nie posiadają. Becquerel'owi udało się dowiedzieć, że są promienie, które posiadają pewne cechy wspólne z promieniami Röntgen'a, promienie te jednakże nie są wywołane przez promienie katodalne. Autor ten wykazał, że niektóre ciała fosforyzujące wysyłają niewidoczne promienie, które podobnie jak promienie Röntgen'a mają własność

przenikania ciał, nieprzepuszczających zwykłego światła. Są to przeważnie sole uranu szczególnie podwójna sól siarczanna tlenku uranu i potasu (SO_4 , UO_2 + H_2O). Jeżeli oświetlić sól uranu, wtedy świecić będzie ona w ciemności, bardzo krótko jednakże. Gdy ciało to położymy na płytę fotograficzną zawiniętą w czarny papier, wtedy po pewnym czasie spostrzeżemy, że płyta jest oświetloną. Niewidoczne promienie, wychodzące z soli uranu, przenikają również cienkie warstwy glinu, miedzi, mosiądzu. Fosforyzujące promienie te, podobnie jak promienie ultrafioletowe i Röntgen'a, rozładują ciała elektrycznością naładowane natomiast odbijają się, załamują i polaryzują się z łatwością.

Posiadają one też zapewne większą długość fal, aniżeli promienie Röntgen'a. Doświadczenia Becquerel'a przemawiają za tem, że jedynie widoczna fosforescencya szkła, lub też niewidoczna fosforescencya (calorescencya) metalicznej antykathody jest głównym źródłem tworzenia się promieni Röntgen'a. Promienie katodowe mają jedynie za zadanie pobudzanie silniejszej fosforescencyi.

W jednym z ostatnich zeszytów *Compte Rendu Le Bon* podaje, że nawet za pomocą zwyczajnego światła, lub lampy naftowej można nawskroś przez metale fotografować, próby takich fotografii przedstawił *Le Bon* Akademii Francuskiej. Doświadczenia *Le Bon*'a, wymagające bardzo skomplikowanych urządzeń, nie zostały jeszcze należycie sprawdzone i stwierdzone.

L I T E R A T U R A .

- 1) *S. Thompson*. *Compte Rendu de l'Academie française* 1896 (Avril 7).
- 2) *d'Arsonval*. *C. R.* 1896 (9 Mars).
- 3) *Röntgen*. II. *Mittheilung*.
- 4) *Boas*. *Zeitschrift f. Instrumentenkunde* 1896.
- 5) *Winkelmann und Straubel*. *Ienaische Zeitschrift f. Naturwissenschaft*. Bd. 30, 1891.
- 6) *Imbert et Bertin Sans*. *C. R.* 1896 (30 Mars).
- 7) *Meslans*. *C. R.* 1896 (10 Fevrier).
- 8) *Darieu et Rochas*. *C. R.* 1896 (26 Fevr.).
- 9) *Battelli et Garbasso*. *Nuovo Cuvento* (4) III, 1891.
- 10) *Becquerel*. *C. R.* 1896, (2 Mars.).
- 11) *Le Bon*. *C. R.* 1896, (27 Jan.).

Bibliografia.

Wilhelm Erb. Die therapie der Tabes. 1896.

Praca niniejsza jest uzupełnieniem poprzednich prac autora, o wadzie rdzenia i stanowi wraz z niemi wyczerpującą monografię tej choroby. Leczenie wządu rdzenia podzielił autor na cztery

rozdziały; w pierwszym omawia profilaktykę, w drugim wskazania przyczynowe (*indicatio causa*), w trzecim wskazanie chorobowe (*indicatio morbi*), w ostatnim wreszcie wskazanie objawowe (*indicatio symptomatica*). Wszystkie te części opracowane są szczegółowo, czego się nawet w najobszerniejszych podręcznikach nie spotyka. Zarzucić można jednakże autorowi, że zbyt gorąco zaleca kurację rtęciową, utrzymuje on, że w wielu przypadkach leczenie swoiste pomaga, natomiast nigdy nie szkodzi. Większość jednakże autorów jest zdania odmiennego, mianowicie, że kuracja specyficzna częściej szkodzi choremu niż pomaga.

Ciechocinek, zakład zdrojowo-kąpielowy. Opisał d-r med. Henryk Ruppert, Warszawa 1896.

Praca niniejsza pomieszczoną już była w opisie zdrojowisk i zakładów leczniczych, wydanych z okazji Wystawy higienicznej przez H. Dobrzyckiego, obecnie wydał ją autor w oddzielnej broszurce. W pracy swej zaznaja nam autor po kolei z historią, klimatem, roślinnością Ciechocinka, składem chemicznym solanki, oraz jej przetworów, następnie mówi o własnościach działania leczniczego solanek ciechocińskich, podaje niezbędne wiadomości informacyjne (mieszkanie, życie, komunikacja, rozrywki) wreszcie wlicza choroby, w których wskazane jest leczenie wodami ciechocińskimi.

Broszurka ta, mająca na celu informowanie zarówno lekarzy jak i publiczność, celowi swemu w zupełności odpowiada. Dodać jeszcze muszę, że nie nosi ona żadnych cech reklamy, co nie zawsze w podobnych wydawnictwach przestrzeganiem bywa.

H. Kucharzewski.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Na posiedzeniu 30 Czerwca Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przyznało nagrody konkursowe im. Koczorowskiego, kol. Wł. Brunerowi za pracę: Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek i kol. Steinhausowi za pracę na temat: Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka pod wpływem otrucia fosforem.

— W z. m. w Wieluniu obchodził jubileusz swej półwiekowej działalności lekarskiej d-r Stanisław Kontkiewicz.

— Kol. d-r med. **Ludwik Krauze** mianowany został ordynatorem oddziału chirurgicznego w Szpitalu Żydowskim w Warszawie.

— **Cholera.** W Kairze i Aleksandryi nateżenie epidemii słabnie, zato coraz liczniejsze przypadki zasłabnięć i śmierci zdarzają

się w Górnym Egipcie. Od początku epidemii było 4866 przypadków śmiertelnych. Widoki umiejscowienia się epidemii pogarszają się znacznie wskutek jej zawleczenia pomiędzy wojska derwiszów, stojące w Wady-Halfa na granicy południowej Egiptu. Również i w garnizonie indyjskim w Suakimie zaczynają się zdarzać przypadki choleryczne.

W Europie dotąd zanotowano jedyny, podejrzany przypadek w Gdańsku, który ostatecznie okazał się cholera nostras. Zato według ostatnich telegramów, dość duża epidemia cholery wybuchła w Algerze.

— W Prusach od 1 Stycznia r. p. ma obowiązywać **nowa taksa lekarska**. Jest ona bardzo szczegółowo opracowana i zawiera 163 pozycyi. Dla każdej pozycyi podaną jest najwyższa i najniższa cena, ta ostatnia pobieraną będzie od ludzi biednych, oraz w tych wypadkach, kiedy honorarium wypłaca państwo, instytucya dobroczynna, kasa chorych i t. d. Podajemy kilka przykładów. Pierwsza wizyta u chorego od 2—20 mr. Każda następna w tej samej chorobie 1—10 mr.

Konsylium od 5 — 30 mr. Szczepienie ospy wraz ze świa-
dectwem od 3—6 mr. Sekcya trupa na żądanie osoby prywatnej od 10—30 mr. Uśpienie chloroformem 5—15 mr. Mięśnienie 2—5 mr. Zawinięcie hydropatyczne (Koc) 2 — 5 mr. Upust krwi 2 — 6 mr.

Badanie siły wzroku 3—15 mr.

Za rękoczyny chirurgiczne cena jest wyższą nieco. Wycięcie wielkich skomplikowanych guzów od 20—200 mr. Operacya przetoki kiszki grubej, lub jej wypadnięcie lub guzów hemoroidalnych od 10 — 100 mr. Osteostomia 10 — 100 mr: Obrót lub nałożenie kleszczy od 15 — 100 mr. Najwyższa cena do 500 mr. podaną jest za wycięcie krtani, za laparotomię, za litomię lub litotrypsyę (kilka posiedzeń), za cięcie cesarskie na żyjącej, hysterotomię.

— Miasto Koblencya ma zamiar uczcić pamięć znakomitego fizyologa Johanna Müller'a pomnikiem. Uczony ten urodził się w tem mieście 1801 roku, z ojca szewca.

— Znany klinicysta angielski **Sir. J. Russel Reynolds** zmarł w Londynie.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

D-r med. Pawiński: Napady częstego oddechania ze stanowiska klinicznego. (Odbitka z „Gazety Lekarskiej.”)

J. Zawadzki: O trawieniu. Warszawa, 1896.

J. Zawadzki: Ważniejsze zdrojowiska. Warszawa, 1896.

E. Sonnenberg: Miasto Zgierz ze stanowiska sanitarnego. (Odbitka ze „Zdrowia.”)

E. Sonnenberg: Przebieg epidemii cholery azyatyckiej w Królestwie Polskiem w l. 1892 — 1894. (Odbitka ze „Zdrowia.”)

D-r med. M. Flaum: O higienie żywienia. Warszawa, 1896.

D-r med. H. Ruppert: Ciechocinek, zakład zdrojowo kąpielowy. Warszawa 1896.

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

Koledze X w X: W języku polskim: D-ra Flügge: Zasady Hygieny, Warszawa, 1891. (Tłómaczenie i nakład redakcyi „Zdrowia” rs. 2). Fr. Sander: Zarys nauki o publicznej ochronie zdrowia. Tłómaczenie Stanisława Markiewicza, rs. 1 kop. 50.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

Wł. Garliński. Przypadek zapalenia dyfterytycznego łącznicy wyleczony surowicą przeciwbłoniczą, 659.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Chirurgia.** Korespondencya z Berlina, 662. — 248. Köhler. O najnowszym postępie w dziedzinie techniki chirurgicznej (dokończenie), 668.

II. **Ginekologia.** 249. Gessner. Wartość i technika próbnego łyżeczkowania, 672.

III. **Choroby skórne.** 250. Pani d-r Trachsler. O różnicach subtelnym dwóch przypadków Piedra nostras, 677. — 251. Prof. Petrini di Galatz. W kwestjach dotyczących bąblicy, 678. — 252. D-r Heus. Przypadek choroby Dühring'a, 679.—253. D-r Heus. Keratoma palmare et plantare hereditarium, 679.

254 — 258. Wiadomości pomniejsze. Nowe środki lecznicze, 680. — Odcinek, 683.—Bibliografia, 686.—Kronika bieżąca, 687.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Юля 1896 года.