

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z oddziału d-ra Chełmońskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

PRZYCZYNEK

do kazuistyki promienicy klatki piersiowej.

Podał

d-r W. Miklaszewski,
asystent oddziału.

Promienica narządów klatki piersiowej, zwłaszcza pierwotna, należy do chorób, spotykanych i rozpoznawanych u człowieka nader rzadko. Częściej już zdarzają się postaci wtórne tego cierpienia, które upodobało sobie jamę ustną, z kąd szerzy się zazwyczaj na sąsiednie narządy i w późniejszym przebiegu przedostaje się między innymi i do klatki piersiowej. Jeżeli rozpatrzemy krytycznie podane do chwili obecnej przypadki promienicy płuc, opłucny, śródpiersia, osierdzia i t. d., to tylko w niewielu razach spotkamy się z pierwotną promienicą tych narządów; i tu jedyną drogą przedostania się grzybka są drogi oddechowe: pasorzyt, wciągnięty z powietrzem (jak to miało miejsce niewątpliwie w przypadku Buzzi¹⁾), umiejscawia się na błonie śluzowej oskrzeli

¹⁾ U polowego, który długi czas pozostawał w szopie z suchym sianem, przepelnionem pyłem, rozwinęła się promienica oskrzeli i płuc. (Przyt. p. d-ra Choux w pracy. „Etude clinique et therapeutique de l'actinomycose” w Arch. géner de med. Nr. 5, 1895).

i oskrzelików i wywołuje ich zapalenie, które może przejść w stan *przewlekły* (jak w przypadku *Casali* 1)); *lub też sprawa postępuje naprzód* i przechodzi z jednej strony z oskrzelików na pęcherzyki płucne i z drugiej — przez ściany szerszych przewodów oddechowych na miąższ płuca, opłucną, żebra, kręgosłup i t. d. Szerzenie się sprawy z powierzchni oskrzela przez jego ściankę w głąb' tkanek jest najczęstszą postacią promienicy pierwotnej, która jak w innych miejscach, tak i tu, zdradza dążność do wciągania w proces chorobowy sąsiednich tkanek, bez względu na ich anatomiczno-fizjologiczne własności. Dzieje się to w ten sposób: pasorzyt wywołuje bujanie tkanek, w których się osiedlił; lecz nim tkanki zdołają go należycie umiejscowić, rozseła on w różne strony kolonistów, którzy znowu pobudzają twórczość tkanek, do których się dostały i znów rozchodzą się w sąsiedztwo.

Mamy tu zatem do czynienia z wieloogniskowem zapaleniem wytwórczem (produkcyjnym), którego wynikiem są obfite gruźelki, podobne do tuberkulicznych. Twory te często skupiają się w znaczne bryłki, dochodzące do wielkości orzecha, jaja, pomarańczy.

Skutkiem nadmiernego nagromadzenia komórek (rozmnożonych i naciekłych), odżywianie tych nowotworów zapalnych jest upośledzone i prędzej czy później podlegają one przemianom wstecznym, lub też ropieniu i gniciu, jeśli dojdzie do zakażenia wtórnego odpowiednimi drobnoustrojami. Rozmiękczone czy też zropiałe masy torują sobie drogę na zewnątrz w rozmaitych kierunkach, pozostawiając po sobie nie gojące się, kręte przetoki, o ścianach twardych i modzelowatych i prowadzące do istnego labiryntu przegródek łączno-tkankowych, które oparły się rozpadowi.

Przebieg sprawy promienicznej w płucu bywa zazwyczaj przewlekły, chociaż zdarzają się i postaci ostre 2). Najczęstszem siedliskiem pierwotnej sprawy zapalnej w płucach są dolne płaty; zdarzają się jednak przypadki, gdzie zajęte są tylko górne płaty 3). Zależnie od umiejscowienia i rozciągłości sprawy przypuszczamy w takich razach, że mamy do czynienia z zapaleniem płuc niezbytowem, gruźliczem, nowotworem płuca i t. p., i bynajmniej nie

1) 15-o letnia dziewczyna chorowała 8 lat na gnilne zapalenie oskrzeli, rozpoznane wreszcie jako promienica i wyleczone przez wdechowanie karbolu i terpentyny (Ibid. Nr. 5).

2) Sokoloff. Fall v. Aktinomyose der Lungen. (Anal. in Centralb. f. Bakt. Bd. V 1889).

3) Halban przedstawił w wiedeńskim klubie lekarskim przypadek ostrej promienicy górnego płata prawego płuca z wtórnem zajęciem opłucny i ropniem pod łopatką. (Wien. med. Presse Nr. 7 i 8 1896). Tamże literatura.

myślimy o promienicy. Zwłaszcza za rozpoznaniem gruźlicy przemawia krwioplucie, zdarzające się dość często, poty nocne, znaczne zwolnienie ciepłoty (w okresie rozpadu i ropienia ognisk), zły ogólny stan chorego, szybkie wychudzenie i t. d. ¹⁾ Zdziwi się też lekarz, nie znalazłszy w płwocinie laseczników gruźliczych; zato niebrak tam grudek promienicy, które mogą *łatwo ująć naszej uwagi*.

Ponieważ sprawa szerzy się ustawicznie na sąsiednie tkanki, przeto prędzej czy później może przejść na opłucną, tkankę śródpiersia, wielkie naczynia, osierdzie, serce, kręgosłup, rdzeń kręgowy, żebra, powłoki klatki piersiowej i t. d. Samo się przez się rozumie, że każdy z zajętych narządów da pewne objawy kliniczne, które zwrócą naszą uwagę i każą przypuszczać inną sprawę, a nie gruźlicę. Sprawę rozstrzygnie utworzenie się przetoki w ścianach klatki piersiowej, z której wycieka ropa z grudkami pasorzyta ²⁾. Wogóle niezwykłość przebiegu sprawy płucnej w danym przypadku, zajęcie sąsiednich narządów, nie pozostających w anatomicznym związku z płucem, powinny wzbudzić w nas podejrzenie i skłonić do szukania grudek w płwocinie.

Tyle w ogólnych zarysach możemy powiedzieć o pierwotnej promienicy dróg oddechowych. Łatwo zrozumieć, że z innych narządów klatki piersiowej mogą być dotknięte pierwotnem cierpieniem powłoki, sutki, żebra, i że np. przypadek Wolff'a ³⁾ był wtórną promienicą opłucny, a pierwotne ognisko musiało znajdować się zapewne w ścianach klatki piersiowej. Czasem, co prawda, trudno wskazać punkt wyjścia choroby; lecz nie może to nas upoważniać do wytwarzania postaci, które są niemożliwe z natury rzeczy.

Dlatego też przechodzimy do wtórnych postaci promienicy płuc. Przedstawiają one jeszcze większą rozmaitość, lecz są też łatwiejsze do rozpoznania, o ile pierwotne ognisko nie uszło naszej uwagi. Najczęściej znajdujemy je w jamie ustnej, w zepsutym zębie, gdzie grzybek zagnieżdża się i zkąd przechodzi na szczękę, błonę śluzową języka i policzków, które uszkadza ostry brzeg zęba; również migdałki bywają pierwotnem ogniskiem promienicy, zkąd szerzy się nowotworzenie zapalne, pełzące na tkanki sąsiednie.

¹⁾ Przypadki Moosbrugger'a, Potroff'a, Lacker'a i innych.

²⁾ Np. przypadek Kijewskiego, gdzie cała ściana klatki piersiowej z lewej strony pomiędzy 6 i 9 żebrami usiana była ropniami i przetokami. Patrz: „Promienica u człowieka.” — Odczyty kliniczne. Serya III, Nr. 30 i 31, str. 251.

³⁾ „Ueber einen Fall von Actinomycose.” Breslauer ärzt. Zeit. 1884, Nr. 23.

Gdy przyłączy się rozmiękczenie guzów z ropieniem, to ropień może opuścić się do klatki piersiowej pomiędzy mięśniami i wywoła tam sprawę wtórną w śródpiersiu, opłucnie i innych narządach, z których dopiero może przejść na płuca.

Prócz tego z pierwotnych ognisk w jamie ustnej mogą tworzyć się przerzuty do płuc przy pomocy naczyń krwionośnych, które zostały wciągnięte w sprawę nowotworzenia ¹⁾; najczęściej ma to miejsce w migdałkach. Również pasorzyt może przedostać się przez krtań ²⁾ albo przelyk, w którego ścianach uwięźnie z jaką kruszyną pokarmu.

Przelyk może być również pierwotnem ogniskiem promienicy, jak to miało miejsce w przypadku *Soltman*'a ³⁾, gdzie chłopu uwięzła słomka w przelyku i w tem miejscu utworzył się potem guz i ropień promieniczny, lub w przypadku *Berth*'a ⁴⁾.

Również punktem wyjścia promienicy mogą być sutki ⁵⁾, ściany klatki piersiowej ⁶⁾, skóra i t. d. Nakoniec nieraz trudno powiedzieć, gdzie jest pierwotne ognisko; w takich razach autorowie często zwracają uwagę na spróchniałe zęby, w których zagnieżdżony pasorzyt może nie wywoływać żadnych miejscowych przypadłości chorobowych, a tymczasem znajdziemy je w daleko położonych narządach.

Wobec tego, że pierwotne ognisko chorobowe bywa często ukryte, rozpoznanie nawet wtórnych postaci promienicy płuc i narządów klatki piersiowej napotyka istotne trudności. Dlatego też uważamy za stosowne podać nasz przypadek, w którym promienica została rozpoznana stosunkowo dość wcześnie dzięki paru objawom, które przy opisie podkreślimy.

A. Dąb., lat 24 służąca przybyła do szpitala d. 27 Grudnia 1895 r. ze skargami na kaszel, bóle w piersiach i bokach, duszność, ogólne osłabienie, dreszcze, gorączkę i poty nocne. Choroba zaczęła się przed 3-ma miesiącami od kaszlu, bólów między łopatkami, gorączki i potów. Po miesiącu chora bardzo osłabła i zauważyła obrzęki na nogach, twarzy i szyi. W tym czasie miesiączkowanie

¹⁾ Roussel. De l'actinomycose chez l'homme en France (Thèse de Paris 1891).

²⁾ Przypadek *Israëla*, gdzie znaleziono na sekcji kawałek zęba w ognisku promieniczem w płucu.

³⁾ Przytoczony w „Traité de Medecine” *Charcot*'a — przekład polski str. 946.

⁴⁾ Ibid.

⁵⁾ Przypadek *Snow*'a (Choux p. 417).

⁶⁾ *Winiwarter* ibid.

ustało. Po upływie jeszcze jednego miesiąca chora zauważyła domieszkę krwi w płwocinie, przy nieustannym, silnym kaszlu; ilość krwi była początkowo bardzo nieznaczna, potem zdarzały się trochę większe domieszki, lecz nigdy nie było krwotoku. Przed 3-ma miesiącami A. D. była zupełnie zdrowa, nigdy nie przechodziła cięższych chorób, nie była obciążona dziedzicznie.

Przy badaniu w dniu wstąpienia na oddział znaleźliśmy co następuje:

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej i nędznego odżywiania. Waga 51 kilo. Skóra i widoczne błony śluzowe—blade z zielonkawym odcieniem; tkanki podskórnej mało. Kończyny dolne trochę obrzękłe.

Klatka piersiowa prawidłowa. Granice płuc obniżone; odgłos pudełkowy. U wierzchołków płuc stępienie, znaczniejsze w prawym wierzchołku z tyłu, zwłaszcza na poziomie grzebienia łopatki, pomiędzy nią i kręgosłupem. W omawianem miejscu, na wysokości 2-go i 3-go kręgu piersiowego zauważyliśmy pewną wyniosłość, porównyując to miejsce z odpowiedniemi—z lewej strony. Drżenie głosowe w tem miejscu wzmożone. Co prawda—różnica była tak nieznaczna, że przy tych pierwszych oględzinach skłonni byliśmy położyć ją raczej na karb silniejszego rozwoju mięśni z prawej strony, niż dopatrywać w tem wzniesieniu czegoś chorobowego. W obu wierzchołkach, zwłaszcza w prawym, wydech wydłużony i trochę rzężeń trzeszczących, w płwocinie śluzo-ropnej trochę krwi.

Tępość serca podniesiona ku górze (powyżej 3-go żebra) i dochodzi do prawej mostkowej i lewej sutkowej linii.

Ictus cordis dość silny w 4-em i 5-em międzyżebrzu na linii sutkowej. Na miejscu wysłuchiwania aorty 1-y szmer, drugi ton wzmożony. Reszta tonów serca czysta. Tętno 96 na minutę, dość pełne. W prawej tętnicy szyjowej i nadobojczykowej bardzo silne tętnienie, widoczne przez cienką skórę. Również z prawej strony szyi w okolicy gruczołu tarczowego pewne rozlane wzniesienie, które robiło początkowo wrażenie rozwijającego się wola.

Narządy trawienia w należytych porządku.

Dobowa ilość moczu 1000,0, odczyn kwaśny, moczu przezroczysty, ciężar 1,021; nie zawiera białka ani cukru.

Ogólny stan niezły; ciepłota 37°8.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

296. Dr Arthur Barth. **O wytworzeniu sztucznem tkanki kostnej i celu osteoplastyki.** (*Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 1 1896*).

Dla wypełnienia powstałych chorobowo braków w kości, używano dotąd sposobów różnych, które dawały wynik albo zupełnie ujemny, lub też stosowane być mogły w pewnej ograniczonej tylko liczbie przypadków. Tu więc np. zaliczyć wypadnie metodę przemieszczenia płatów uszypulonych okostno-kostnych, zabieg obmyślany dobrze, lecz nie nadający się wcale wobec uszkodzeń kości rurkowatych, oraz wywołujący pokrzywdzenie kośćca gdzieindziej; dalej, homoplastykę w znaczeniu Mac Ewen'a i Poncet'a, przeszczepiających wypilowane klinowo odcinki kostne z dziecka, chorego na krzywicę lub noworodka zmarłego, chirurg, z natury rzeczy, może przedsięwziąć w razach wyjątkowych. Bardziej już praktyczne są te zabiegi, które zadawalniają się przemieszczeniem kawałka kości zwierzęcej; a lubo na zbytek łaski, jak użycie w tym celu kośćca małpiego, co Ollier gorąco zaleca, nie zawsze można sobie pozwolić, to jednak spostrzeżenia odnośnie Ricard'a, Jaksch'a i innych stwierdziły, że ową skalę wymagań z równym dla wyniku pożytkiem obniżyć można do rasy zwierząt podlegszej, jak: pies, jagnię, gęś i t. p., gdyż w utworzeniu się nowej kości inny, niż rodzaj zwierzęcia, czynnik gra rolę, a mianowicie — obecność soli wapiennych, brak których w płytkach celluloidowych, kawałkach odwapnionej kości słoniowej i przeróżnych t. zw. „plombach” niejednokrotnie stawał się przyczyną pośrednią rozległego ropienia lub zgorzeli wraz z ich smutnymi nietylko dla przeszczepionego ciała obcego, lecz — i samego członka następstwami.

By sprawę przeszczepienia kości posunąć naprzód, autor przedsięwziął szereg doświadczeń na zwierzętach, używając przy implantacji przepalonych w ogniu kawałków kości, poczem ta ostatnia, dosyć krucha, zawierała w swem wnętrzu ilość dużą niespalonego czarnego węgla, który do wytworzenia kostniny nowej bardziej był użyteczny, niżli kość wymoczona lub wzięta na świeżo. Tak np. u psa z brakiem w części górnej piszczeli, długim na 3 ctm. i wypełnionym odpowiednim zwęglonej kości kawałkiem, stwierdzono po upływie 85 dni tak zupełne przez kość nowowytworzoną pokrycie braku, że z zewnętrznego wyglądu preparatu nie można

było rozpoznać miejsca operowanego i dopiero po przepiłowaniu kości, rozróżniało się na jej powierzchni wewnętrznej nowopowstałą masę kostną, dzięki zabarwieniu białemu i spoistości tejże, oraz powstałym gdzieś niegdzie szczątkom czarnego węgla, przyjmującego od haematoksyliny i eozyny barwę szaro-błękitną. Początek kostnienia, zgodnie z wynikiem badań, stwierdza się już w ciągu 3-go tygodnia po operacji, po upływie zaś tygodni sześciu części zwęglone, o ile ropienie nie opóźni sprawy, pokryte są zewsząd warstwami kości świeżej. Nigdy nie otrzymano wyników takich po użyciu do implantacji istoty kostnej odwapnionej, która wywołuje pokrycie braku jedynie przez tkankę łączną, co dowodzi niezbicie, że niezbędnym do wytworzenia się nowej kostniny warunkiem, jest pozostawienie w kawałkach przeszczepionej kości, soli mineralnych i soli wapnia w szczególności. Twierdzenie to stoi też w zgodzie zupełnej z wynikiem badań Stachow'a, który przekonał się, że i gips, nalany do jamy kostnej i tamże skamieniały, ulega, lubo znacznie wolniej, wessaniu i zastąpieniu przez tkankę kostną, która w jednobrzmiącym przypadku Martin'a po upływie 12½ miesięcy wypełniła brak w końcu górnym piszczeli operowanego zwierzęcia. Z drugiej znów strony słuszność poglądu co do tego rodzaju własności soli wapiennych uwydatnia się w wynikach, otrzymanych z implantacji kawałeczków kości zwęglonej w częściach miękkich a więc pod skórą, w tkance mięsnej i t. d. W jednym z takich doświadczeń, gdzie w sieci starego kota zaszczerpiono większy kawałek węgla kostnego, pod drobnowidzem wykryto już po 6 tygodniach wytwarzanie się w owym narzędziu młodej tkanki kostnej, której warstwy przylegały bezpośrednio do owej istoty zwęglonej; gdzie-niegdzie znowu komórki tkanki łącznej, która szerzyła się dokoła ognisk szczepienia, okolone młodą istotą kostną, wrastały w środek masy zwęglonej, lub ustawiały się po jej brzegach również w pobliżu kostniny świeżej, przechodzącej bez granic wydalnych w tkankę łączną, co przekonywa, że ta ostatnia po przyjęciu soli wapiennych może ulegać skostnieniu.

W przepalonej zatem kości posiadamy podatny ku przeszczepianiu materiał, łatwy do wyjąłowania, łatwy do wessania, który posiada nadto dwie inne, nie mniej ważne zalety, mianowicie: kruchość, uprzystępniającą jego przystosowanie do postaci i wymiarów braku oraz dziurkowatość, która sprzyja szybkiemu przez tkankę łączną przerostowi masy zwęglonej i, co idzie zatem, wytworzeniu się nowej tkanki kostnej. W omawianym celu użyty być może kawałek jakiegobądź kości żywej, lub martwej nawet, lecz wyjąłowanej i niepoddanej odwapnieniu, z wyjątkiem chyba kości tak ścisłych jak u słonia, dających wyniki późne i niepewne; co do zabiegu wreszcie samego, ten ostatni teoretycznie wskazanym być winien zarówno przy brakach kości drażących, jak i powierzchownych, tu jednak z warunkiem utrzymania się okostny w obrębie braku, oraz w przypadkach stawu rzekomego dla wywołania wzrostu kostniny (callus), a lubo, dzięki doświadczeniom powyższym, osteoplastyka ujętą została w ramy dość ciasne, dużo pozostaje jeszcze do wykonania na tem polu doświadczeń, nim, zdobywszy środki wytworzenia podłoża bezgnilnego wobec ropiejących nawet

jam kostnych, będziemy mogli zdobyć kosztowno-wytwórcze stosować w praktyce.

K. Niedzielski.

297. H. Tillmanns. **O gojeniu braków większych, powstałych na powierzchni długich rurkowatych kości.** (*Chirurgische Beiträge. März 1896*).

Stosowana za przykładem Nussbaum'a i Hahn'a autoplastyka w razie powstałego na kości rurkowatej braku z wypełnieniem tego ostatniego odcinkiem wyrezekowanej kości sąsiedniej, np. kawałkiem strzałki przy braku w piszczeli, nie jest, z toku rzeczy, możliwą wobec uszkodzeń większych. Użycie zaś w tym celu martwej kości słoniowej, zalecane przez Gluck'a, lub plombowanie za pomocą rozmaitych mas twardniejących, ze względu na opisywane nieraz w przypadkach tego rodzaju następcze sprawy zapalne w przyległej do tkanek implantowanych kości, uważać należy jako zabieg bezcelowy zupełnie; to też jedynie tylko właściwym być tu może szczepienie luźne kawałeczków małych wyjąłowanej kości gębczastej wraz z jej okostną i rdzeniem, zapożyczonych bądź od osobników młodych, bądź z kośćca świeżo zabitego młodego zwierzęcia.

Na mocy doświadczeń Barth'a, z równą słusznością używającego w tym celu kości zwęglonej, przekonano się, że owe, wypełniające brak, kawałeczki kości nie wgajają się, jako takie, lecz, tworząc materiał wypełniający przelotny, ulegają wessaniu, dzięki zaś działaniu pobudzającemu, co znów zależy od ich okostny i rdzenia, oraz zawartości soli wapiennych, wchłanianych przez powstałą w braku tkankę kostnozarodnikową (osteoplastyczną), sprzyjają wytworzeniu się na przestrzeni, przez ten ostatni zajętej, nowej zupełnie kości. Niezbędnym jednak warunkiem dla osiągnięcia takiego wyniku jest brak ropienia w okresie kooperacyjnym.

Na poparcie poglądów powyższych autor przytacza dwa własne w 1893 r. operowane przezeń przypadki. W spostrzeżeniu pierwszym leczono 9-letniego chłopca, chorego od dwóch miesięcy na ostre zapalenie ropne szpiku kostnego piszczeli lewej; po wykonaniu cięcia wzdłuż całego podudzia stwierdzono prócz znacznej ilości ropy posokowatej i cuchnącej, zgorzel całego niemal trzonu omawianej kości oraz — obecność zacieków ropnych po obu stronach stawu kolanowego, w kierunku do uda, i w jamie podkolanowej, dokąd też przeprowadzono sączki. Po upływie 8 tygodni, gdy zatoki były już na dogojeniu, wyluszczone sięgający 7 ctm. w największym swym obwodzie martwak piszczelowy, na 17½ ctm. długi, a po wyskrobaniu jamy martwakowej (w dolnej ¼ piszczeli) i wyrównaniu jej brzegów, usunięto miękie tkanki zmienione, okrwawiono zdrowe, ranę wymyło i wytamponowano

na sucho, po wyjęciu zaś wacików wypełniono wielki brak kostny wyjąłowionemi długimi na $\frac{1}{2}$ —1 ctm. oraz $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ctm. grubości mającemi kawałeczkami kości, których sto blisko wzięto z obu kończyn świeżo zabitego 10-dniowego królika. Okrwawione na świeżo brzeży rany skórnej zaszyto prawie doszczętnie z pozostawieniem tylko kąta górnego i dolnego rany, poczem nałożono opatrunek bezgnilny, unieruchamiający. Rana, szwem spojona, zagoiła się doraźnie, oba zaś niezaszyte otwory, przez które w ciągu pierwszego tygodnia wyrugowało się na zewnątrz 25 — 30 kosteczek, lubo zwolna, pokryły się ziarniną zupełnie; 99-go dnia stwierdzono przy zmianie opatrunku, że podudzie lewe tyle zyskało na mocy, iż chory w stawie kolanowym poruszał niem samoistnie. Po upływie miesięcy czterech rana zagoiła się i ostatecznie przy wypisywaniu operowanego, 150-go dnia po zabiegu, przekonano się, iż chłopiec chodzi dobrze bez podpórki, kolano zgina prawie pod kątem prostym, wreszcie—że ma nieznaczne, bo niedochodzące do 2 ctm., skrócenie lewej kończyny dolnej o puszczeli nierównej nieco. Skrócenie to już po miesiącu w następstwie wzmożonego wzrostu wyrównało się zupełnie, puszczel zaś z biegiem czasu, odzyskała zarysy właściwe, tak że operowany, którego autor przedstawił po dwóch latach na jednym z posiedzeń Tow. Lek. w Lipsku miał już podówczas podudzie lewe, całkiem prawidłowe.

Przypadek drugi dotyczył 10-letniego chorego, dotkniętego z tejże, co i w pierwszym przyczyny zgorzelą trzonu puszczeli prawej. Wydobyty na zewnątrz martwak, 16 ctm. długi, 6 ctm. gruby miał postać nieprawidłową, puszczel bowiem w środku, t. j. na przestrzeni 9 ctm. była zmartwiałą całkowicie, w pobliżu zaś nasady górnej i dolnej, razem na przestrzeni 7 ctm. zgorzel szerzyła się częściowo tylko. Po wydłutowaniu z obu końców puszczeli, otaczających ognisko zgorzelinowe, bogatych w rdzeń, dziurkowatych warstw kostnych, te ostatnie zanurzono na kwadrans w 1:5000 roztworze ogrzanego do 40° C. sublimatu, a po oczyszczeniu, jak wyżej, rany i jam martwakowych wypełniono je połupanemi kawałeczkami wyjętych z sublimatu kości, poczem ranę zaszyto i opatrzone. Wobec nader pomyślnego gojenia się i przyjęcia się wszystkich przeszczepionych kosteczek, operowany już po 79 dniach wstał z łóżka, po 110 — wypisany został z raną zagojoną zupełnie, oraz wyborną władzą w chorej przedtem kończynie, zachowującej wygląd niemal zupełnie prawidłowy.

K. Niedzielski.

298. D-r Sigmund Erdheim. **Przyczynek do rezekcji stawu łokciowego i kolanowego.** *Ein Beitrag zur Kasuistik der Ellbogen und Kniegelenks-resectionen (Therapeutische Wochschr. Nr. 16, 1896).*

Autor podaje rezultaty z 48 rezekcyj stawu łokciowego i 40 stawu kolanowego wykonanych w klinice prof. v. Mosetig Moor-

hof'a. Wskazaniem do operacyi była w przeważającej liczbie przypadków gruźlica. W celach ortopedycznych 8 razy zrobiono rezekcję stawu łokciowego (3 razy wskutek wadliwego zrośnięcia się złamanych kości, 2 razy wskutek ankilozy niewiadomego pochodzenia i 3 razy wskutek zastarzałego zwichnięcia) i tyleż razy stawu kolanowego (6 razy ankiloza, raz *subluxatio tibiae inveterata* i raz w celu zniesienia „*schottergelenk*,” powstałego po *paralysis infantilis*). Po rezekcjach stawu łokciowego we wszystkich prawie przypadkach otrzymano mniej lub więcej rozległe ruchy.

Staw ten otwierano zwykle od tyłu cięciem poprzecznym według Bruns'a. Staw kolanowy otwierano według Testor'a, a tylko przy artrektomiach zadawalniano się 2 podłużnymi bocznymi cięciami. Autor rekomenduje wyprobowany w klinice sposób odpilowywania stawowych końców kości według Helferich'a — łukowy. Przy nim otrzymuje się jedną powierzchnię rozpiłu wklęsłą, drugą wypukłą, wskutek czego powierzchnie te lepiej dopasowują się do siebie, a, co najważniejsza, udaje się zaoszczędzić więcej chrząstki nasadowej, co dla ludzi młodych ma poważne znaczenie. Rezultaty po rezekcjach kolana otrzymano wogóle bardzo dobre, przynajmniej w tych przypadkach, o których autor zebrał dokładne wiadomości po pewnym przeciągu czasu od chwili opuszczenia przez nich szpitala.

M. K.

299. Prof. dr A. v. Eiselsberg. **Przyczynę do rezekcji tchawicy i szwu na nią.** (*Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22, 1896*).

Pomimo znacznej stosunkowo ilości przypadków, w których rezekcya tchawicy i nałożenie nań szwu ma swe wskazanie wyraźne, zabieg ten wykonywano dotąd niezmiernie rzadko i, bodaj, jedyne spostrzeżenie odnośne, uwieńczone wynikiem pomyślnym, przez Küster'a ogłoszonym zostało jeszcze w roku 1885. Operację tę jednak w razie a) skaleczenia lub przecięcia tchawicy wraz z następczem zmieszczeniem odcinków tejże, dalej: b) w całym szeregu związków tej ostatniej, zależnych bądź od sprawy błoniczej, gruźliczej, luetycznej, a także w skutek oparzenia, albo ucisku od zewnątrz przez guzy (wole), wreszcie c) w przypadkach długo nie gojących się przetok, pozostałych po tracheotomii, uważać się winno za nader skuteczną i przedstawiającą, zwłaszcza wobec zwężenia tchawicy, wyższość niezaprzeczoną nad stopniowem tego narządu rozszerzaniem za pomocą zgłębników, co nieraz jest bardzo mozolnem i nie broni od nawrotu zwężenia. Na poparcie swego poglądu autor przytacza spostrzeżenie, w którym 36 letni mężczyzna, w napadzie obłądzenia poderznął sobie gardło brzytwą, a lubo, dzięki ratunkowi wczesnemu, zamach ten nie zakończył się śmiercią, chory jednak zmuszony był nosić rurkę tracheotomiczną, nie mógł bowiem od-

dechać bez niej zupełnie. Gdy po 9 miesiącach od przypadku miano sposobność po raz pierwszy oglądać chorego, stwierdzono wówczas, że tenże nie jest w możności zaczerpnąć odrobiny powietrza nosem lub ustami i że po wyjęciu rurki występowały nader wybitne objawy duszenia się. Wobec całkowitej zatem powyżej przetoki niedrożności tchawicy, tę ostatnią cięciem płatowem obnażono pomiędzy obfitującą w bujną ziarninę przetoką i chrząstką tarczową, po odsunięciu zaś na bok płatu i rozcięciu blizny przekonano się, że pomiędzy dolnym a górnym odcinkiem tchawicy nie było łączności żadnej i że odcinek ów stopniowo zwężał się ku dołowi, kończąc się, niby zalutowana rurka szklana, w tkance bliznowatej na ślepo. Po ostrożnem uwolnieniu tchawicy od jej przyrostu do skóry i wycięciu części, pokrytych ziarniną, wyrezekowano koniec dolny odcinka górnego, (krążek bliznowaty na 2 ctm. długi), pochyliwszy głowę operowanego ku przodowi, spojono powierzchownie cięcia poprzecznego tchawicy, dobrze przylegające ku sobie szwem kolistym, odtważając w ten sposób całkowicie drożność i światło omawianego narządu; nadto z uwagi na znaczne, poniżej szwu, obrzmienie błony śluzowej, wykonano na wysokości więzu tarczy-obrączkowego środkowego laryngotomię i założono rurkę, którą, wobec pomyślnego przebiegu pooperacyjnego, usunięto po upływie dni czterech. Płat skórny, do którego powierzchni wewnętrznej przymocowano kilkoma szwami tchawicę, przymocowano w miejscu właściwem, wreszcie nałożono opatrunek, utrzymujący głowę w przodopochyleniu. Po upływie 5-tygodni stwierdzono zagojenie doszczętne, we dwa miesiące zaś operowany, który teraz bez rurki oddechał swobodnie i mówił wyraźnie, wypisany został ze szpitala.

Dla uniknięcia niedrożności tchawicy w przypadkach, opisanemu podobnych, należy, zdaniem autora, w ciągu 1-go lub 2-go tygodnia, t. j. gdy niebezpieczeństwo krwotoku, zapalenia płuc lub obrzęku błony śluzowej przeminie, zaszyć ranę tchawicy doszczętnie; jeżeli zaś nie uda się otrzymać rychłozrostu — nałożyć szew wtórny; bądź co bądź, zwięzienie następcze światła narządu, jak dowiodły doświadczenia Colley'a na psach, przy postępowaniu takim jest daleko mniej znaczne, niż po zagojeniu się rany samostatnem; w razie niedrożności wybitnej — wskazaną być musi tylko rezekcya tchawicy, którą wykonywać należy z opuszczoną ku dołowi głową chorego i pod chloroformem. Po starannem wyosobnieniu z tkanek bliznowatych światła obu odcinków i przystosowaniu ich należytem, nakłada się, unikając napięcia, szew zrazu na obwód rany tylny, potem — przedni, rurkę zaś, którą dla usunięcia objawów możliwej zrazu duszności zawsze założyć wypada na dni kilka, umieszcza się w otworze świeżo poprowadzonego cięcia i najlepiej poniżej linii szwu. Tam wreszcie, gdzie to jest możliwem, nakłada się szew na nerw wsteczny.

K. Niedzielski.

300. Dr Ihle Otto. **Nowa metoda przygotowania absolutnie aseptycznego materiału do szwicia.** *Eine neue Methode zur Herstellung absoluten Aseptis des Nahtmaterials.* Münch. Med. Wochenschr. Nr 12, 1896).

Dotychczasowy sposób przygotowywania aseptycznych ligatur za pomocą gotowania ich w wodzie nawet przy dodaniu do wody sublimatu lub kwasu karbolowego, autor uważa za niedostateczny. Przyczyną zaś tego, według jego zdania, jest wszędzie przyjęty sposób nawijania nitki na szpulki; nitki bowiem na szpulce układają się w kilkanaście warstw. Wskutek tego wrząca woda działa tylko na powierzchniowe warstwy, gdy zaś dojdzie do warstw głębiej położonych temperatura jej jest już niższą, a tem samem nie spełniającą swego zadania. Zamiast szpułek autor rekomenduje przyrząd swego pomysłu. Przyrząd ten składa się z podłużnej sztabki metalowej dowolnej długości, zagiętej na obydwóch końcach pod kątem prostym. Powstają przez to zagięcie—krótkie poprzeczne ramiona, służące do nawijania na nie nitki, które układają się nie warstwowo, lecz nitka obok nitki. Każde ramię opatrzone jest na końcach dwoma prostopadłymi małymi metalowymi wyrostkami, które zapobiegają zsuwaniu się nitki z przyrządu. Koniec nitki umocowuje się za pomocą śrubki, wkręcanej w wolny koniec poprzecznego ramienia.

M. K.

II. Choroby kobiece.

301. E. Wertheim. **Nowe sposoby umocowania macicy ku przodowi przez pochwę.** (*Neue Methoden der vaginalen Antefixatio uteri.* Centralblatt, 1896, Nr. 10).

Wszystkie dotychczasowe sposoby umocowania macicy ku przodowi wywołują zaburzenia podczas ciąży i powodują ciężkie porody. Dość przejrzeć statystykę Miländera (*Zeitschrift f. G. und G.*, Bd 33, Hft 3), aby się przekonać, że na 54 czasowe porody, po dokonanej ventrofixacji, przypada 11 porodów sztucznych (4 razy kleszcze, 2 cięcia cesarskie, 4 razy obroty i 1 ekstrakcja). Wertheim utrzymuje, że w tych tylko przypadkach porody musiały być sztucznie zakończone, w których sam trzon macicy był umocowany ku przodowi; w innych przypadkach, w których nie macica, lecz sąsiednie jej części: więzy obłe i szerokie były umocowane, i ciąża i poród przeszły bez żadnego zaburzenia. Na mocy

tęgo ostatniego faktu w pracy swojej: Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vaginofixirtem Uterus (Centralblatt f. Gynäc., 1896, Nr. 2) proponował przyszycie do przedniej ściany pochwy więzów obłych macicy w miejsce trzonu. Prof. Schauta dokonał tej operacji w 4 przypadkach: w 2 przypadkach opuszczenia macicy i pochwy, a w 2 drugich, po jednostronnem usunięciu więzów bocznych, wskutek obecności torbieli:

Technika operacji składa się z następujących momentów:

I) *Udostępnienie i możliwie szerokie otwarcie w poprzek fałdy maciczno-pęcherzowej.*

II) *Nachylenie ku przodowi macicy, obnażenie i uchwycenie więzów obłych, najpierw z jednej, a potem z drugiej strony.*

Po odepchnięciu części pochwowej ku tyłowi, trzon wstawia się w otwór poprzeczny, w fałdzie zrobiony. Palcem, wprowadzonym przez rzeczony otwór, można osiągnąć tylnej powierzchni macicy i więzów szerokich; te ostatnie wyciągamy na zewnątrz do pochwy. Można sobie przy tej manipulacji ręką dopomóc i od strony ścian brzusnych. W celu udostępnienia sobie więzów obłych niekoniecznym jest sprowadzenie macicy do pochwy. Uchwyconych za pomocą ligatury więzów nie wiąże się od razu na supeł.

III. *Przyszycie podwiązanych więzów i zamknięcie rany.*

Jeżeli się ograniczyć do przyszycia więzów wyłącznie do otrzewny, to przy zamknięciu fałdy przez szwy w kierunku, ma się rozumieć, poprzecznym, końcowe szwy boczne przejdą i przez więzy obłe. Ligatury, poprzednio nałożone w celu uchwycenia więzów, zostają usunięte. Wtedy pęcherz może wrócić na właściwe miejsce i zostaje przszyty do szyi, poczem pochwa zostaje zamknięta przez szwy. Lecz przyszycie więzów obłych wyłącznie do otrzewny nie ochroni od nawrotu; w celu uniknięcia ostatniego należy zespolone za pomocą szwów brzezi fałdy (otrzewny) jeszcze zeszyć ze ścianą pochwy. Wprawdzie przez to pęcherz nie może wrócić na pierwotne swoje miejsce, za to przyszycie więzów jest pewniejsze (mocniejsze), bo zespolone zostały pośrednio ze ścianą pochwy.

Jeżeli nam chodzi o bardzo mocne przyszycie więzów, to należy końcowe szwy przeprowadzić przez ścianę pochwy i więzy obłe; wtedy więzy będą bezpośrednio przymocowane po pochwy. Jeżeli cięcie pochwy było przeprowadzone w kierunku poprzecznym, to przymocowujące szwy powinny znajdować się w kątach cięcia poprzecznego i tam zostają w supeł związane. Jeżeli zaś cięcie pochwy było podłużne, lub też w celu dokonania kolporafii owalnej formy, to należy ścianę pochwy w obie strony odłuszczyć, aby można było przeprowadzić przymocowujące szwy na zewnątrz do linii środkowej pochwy. W obu przypadkach opuszczenia macicy więzy obłe zostały przymocowane bezpośrednio do ściany pochwy, a w dwóch drugich — pośrednio. Skutek tej operacji ten sam, jak gdyby sama macica była przszyta: trzon macicy leżał na przedniej ścianie pochwy, a część pochwowa sterczała ku tyłowi. Żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu nie zauważono. Pęcherz moczowy był daleko mniej przemieszczony, niż

po przyszyciu samej macicy. I w tych razach pęcherz jeździ na więzach obłych (nie na trzonie) i może się rozciągnąć między nimi przed trzonem macicy w kierunku zatoki pęcherzowo-maciczej. Przy tej operacji niema obawy zetknięcia się z moczowodami nawet przy odłuszczeniu w obu kierunkach ściany pochwowej.

O wartości tego sposobu sądzić będzie można z przebiegu ciąży i porodu. Jeżeli ciąża i poród przebiegną bez zawikań, a więzy przyszyte nie obluźnią się—wtedy będziemy w stanie wydać sąd właściwy o tym nowym sposobie operacji. W każdym razie należy bacznie zwrócić uwagę, aby więzy obłe nie były uchwycone w miejscu ich powstania z macicy, lecz na jakie $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. poniżej ich ujścia. Im dalej od ujścia będą więzy uchwycone w szew, tem mniej przeszkód dozna macica ciężarna w swoim wzroście. W. przekonał się na trupach, że można przymocować więzy nawet w 7—8—9 ctm. poniżej ujścia, gdyż na tej wysokości dają się jeszcze wciągnąć do pochwy; w tych razach, naturalnie, nachylenie macicy ku przodowi będzie słabsze. Najwłaściwsze miejsce przyczepu leży w 2 ctm. poniżej rogu macicznego.

Możliwość odstonięcia więzów obłych na przestrzeni 7—8—9 ctm. przez otwór, w fałdzie maciczno-pęcherzowej zrobiony, nasunęła Wertheim'owi myśl skrócenia tych więzów od strony pochwy. Jest to rodzaj operacji Alexander-Adams'a, dokonanej przez pochwę. Myśl ta daje się z łatwością urzeczywistnić. Należy tylko w celu powyższym część więzu obłego, znajdującą się bezpośrednio w punkcie wyjścia z macicy, połączyć z częścią jego, oddaloną na 7—8—9 ctm. od ujścia i wyciąć sfaldowany odcinek, leżący między tymi punktami. W ten sposób możemy na tyleż skrócić więz obły, na ile się to daje uskutecznić przy stosowaniu Alexander-Adams'a operacji. I przy tym sposobie operacyjnym więzy obłe nie tylko nachylają macicę ku przodowi, lecz unoszą ją jednocześnie ku górze. Skróciwszy więzy zaszywa się fałdę, pęcherz przyszywa się w miejscu pierwotnem do szyi macicy, a wreszcie zamyka się ścianę pochwową. Oddalone na 7—8—9 ctm. końce więzu łączą się za pomocą szwu jedwabnego lub silkwormgut'u.

Przyszycie więzów obłych przez pochwę ma tę wyższość przed innymi tego rodzaju operacjami, że 1) pęcherz moczowy po operacji zostaje na swoim miejscu, 2) podczas ciąży więzy obłe mogą na całą długość się rozciągnąć i 3) macica nie tylko znajduje się w stanie przodonachylenia (antewersyi), lecz uniesioną jest jednocześnie ku górze.

Jako zaś operacja Alexander-Adams'a, ten sposób operacji przez pochwę posiada następujące zalety: 1) cała operacja dokonuje się przez jeden otwór (jedną ranę) w pochwie zrobiony, 2) rana ta nie pozostawia dla oka widocznej blizny, 3) więzy obłe w punkcie wyjścia z macicy przedstawiają się w postaci typowych powrozów (sznurków), które z wielką łatwością dają się odnaleźć i 4) operacja ta może być stosowaną w przypadkach złączenia macicy ze zrostami.

Ten sposób operacji Alexander-Adams'a przez pochwę, był raz jeden wykonany w klinice prof. Schauta. Wynik tej operacji

zadawalniający; chodziło o usunięcie ruchomego tylopochylenia macicy z nieznacznem jej opuszczeniem. Jednocześnie zrobiono kolporafię tylną i operacyę plastyczną na kroczu.

M. Warszawski.

302 D-r Turazza. O mało znanej przyczynie haemorrhagiae post partum. (*La Sem. méd.* Nr. 23).

Wiadomo, że małe uszkodzenia szyjki macicznej, które powstają przy każdym porodzie, powodują tylko nieznaczne krwawienie, które nie wymaga żadnego specjalnego leczenia. Jedynie głębsze pęknięcia szyi mogą czasami być źródłem obfitego krwawienia i w tym razie najlepszym środkiem zatrzymania upływu krwi jest złączenie brzegów rany szwami.

D-r Turazza, chirurg szpitala w Monselice (w pobliżu Padwy), przekonał się, że małe uszkodzenia same przez się mogą stać się źródłem krwotoku niepokojącego, kiedy brzegi ich są rozszerzone przez tamponowanie pochwy, albo przez nagromadzenie się skrzepów krwi w pochwie.

Pierwszy przypadek, w którym d-r T. zauważył tę przyczynę krwotoku post partum, dotyczył kobiety, u której dwa lata przedtem wyskrobywano błonę śluzową macicy i amputowano szyjkę maciczną.

W ósmym miesiącu powtórnej ciąży nastąpił u niej krwotok maciczny z powodu oderwania się częściowego łożyska. Ponieważ skurcze macicy były słabe i krwotok nie ustawał, d-r T. wyjął płód i łożysko. Macica skurczyła się szybko i w całości. Powstało małe, zaledwie widoczne pęknięcie w kikucie szyi. Zrobiono obfite przemycie pochwy roztworem sublimatu, następnie wodą borną, ogrzaną do 40°, poczem upewniono się co do braku jakiegobądź wypływu krwi.

Po czterech godzinach d-r T. był przywołany do tej samej chorej z powodu ogromnego krwotoku, który trwał już od pół godziny.

Pochwa była bardzo rozszerzona z przyczyny wielkiej ilości skrzepów krwi, po wyjęciu których i przemyciu pochwy, krwotok zatrzymał się i nie powtórzył się więcej.

Wkrótce potem d-r T. obserwował przypadek analogiczny, również u powtórnie rodzącej, u której w pół godziny po porodzie najnormalniejszym nastąpił ogromny krwotok. Pochwa wypełniona była znaczną ilością skrzepów krwi, których wyjęcie powstrzymało krwotok. Nakoniec u trzeciej chorej tamponatio haemostatica wywołała krwotok post partum, co jest rzeczą dziwną. Tutaj miano do czynienia z placenta praevia; po dwudniowem tamponowaniu pochwy można było nakoniec wydobyć dziecko, które było

w położeniu poprzecznem; następnie wyjęto łożysko. Ponieważ krew ciągle płynęła w pewnej ilości, przystąpiono do zatamponowania.

Po upływie pół godziny zauważono, że krwotok trwa dalej. Gdy po dwóch godzinach krew nie przestawała wypływać, d-r T. postanowił wykonać silniejszą tamponację, lecz gdy wyciągnął pierwszy tampon, ze zdziwieniem zauważył zupełne zatrzymanie się krwotoku.

Z tych faktów wynika, że akuszer powinien zawsze starać się przeszkodzić nagromadzeniu skrzepów krwi w pochwie po porodzie i z drugiej strony, wobec krwotoku post partum natury niepewnej, trzeba pamiętać, że może on być zależnym od skrzepów krwi, o których była mowa.

Nakoniec będąc zmuszonym do tamponowania, akuszer powinien wypełnić kompletnie kanał szyi i uchyłki (*cul-de-sac*) pochwy tak, ażeby nie mogło powstać żadne bierne rozszerzenie tych części. Jeżeli krwotok trwa pomimo tego, powinien pośpiesznie wyjąć tampon i przemyć wodą 40° lub 50°, i, jeżeli krwotok zależy od rozerwania szyjki, podtrzymywany zaś jest obecnością tamponu, wtedy zauważy że upływ krwi ustaje, i niema potrzeby użycia ponownego tamponowania. (*La semaine médicale* Nr. 23).

A. K.

III. Choroby weneryczne i skórne.

303. H. Albers-Schönberg. **Przymiot płodu.** (*Münchener Medizinische Wochenschrift* Nr. 19, 1896).

Rozpoznanie, czy poród macerowanym płodem nastąpił wskutek jakichś okoliczności przypadkowych, czy też wskutek przymiotu jest rzeczą niezmiernieją wagi, o ile bowiem okolicznościom przypadkowym przeciwdziałać nie możemy, o tyle znów energiczne leczenie przeciwprzymiotowe obojga rodziców wpłynie dodatnio na następne porody. Wiemy, jak trudno jest wyprowadzić pewne wnioski z danych wywiadowych, niema bowiem mowy tutaj o tych przypadkach, gdzie rozpoznanie przymiotu nie przedstawia trudności. Musimy więc starać się o pozyskanie danych anatomo-patologicznych, na zasadzie których moglibyśmy stawiać niewątpliwie pewne rozpoznanie o przymiocie płodu. Prace Nägela, Demman'a, d'Outrepont'a, Hohl'a, Scanzoni'ego, Dubois, E. Martin'a a głównie klasyczne prace Wegner'a i Ruge'go kwestyę tę jasno postawiły. Ważąc wątrobę i śledzionę płodów macerowanych przymiotowych i nieprzymiotowych, jak również płodów niemacerowanych i porównawszy otrzymane wyniki z otrzymanym ciężarem danego płodu, Ruge przychodzi do następujących wniosków, że: 1) u płodu ma-

cerowanego wątroba i śledziona są prawie o połowę lżejsze, niż u płodu nie macerowanego 2) że pomimo to u płodów przymiotowych macerowanych, śledziona jest daleko większą i cięższą, niż u płodów zdrowych macerowanych, a wątroba prawie dwa razy cięższą i 3) jeżeli stosunek wagowy śledziony do ogólnego ciężaru ma się jak 1:170, to, bezwarunkowo, przypuszczać musimy zakazanie przymiotowe.

Do tych samych wyników przyszedł Birch-Hirsfeld.

Dalej Ruge wyraża przypuszczenie, że taki sam stosunek wienien być odnośnie innych organów wewnętrznych. Tą właśnie kwestyą zajął się autor, którego pracę streszczamy.

Zebrał on 51 spostrzeżeń, które nader sumiennie i starannie opracował. Ważył łożysko i cały płód, a następnie poszczególne narządy: serce, prawe i lewe płuco, wątrobę, śledzionę, nerki, nadnercza, trzustkę i grasicę (gl. thymus). Płody, podług wzoru podanego przez Ruge'go, ze względu na ich wagę podzielił autor na 4 klasy: I) płody o wadze niżej 1000 grm. II) niżej 2000 grm. III) niżej 2500 i IV) wyżej 2500 grm., a następnie rozpatrywał oddzielnie płody nie macerowane i nie przymiotowe, płody macerowane, ale nie przymiotowe, płody macerowane przymiotowe i płody przymiotowe nie macerowane. Nie będę tutaj przytaczał danych liczbowych, a przytoczę wprost wnioski, do jakich autor doszedł na zasadzie swoich spostrzeżeń. Otóż, co się tyczy płodów nie macerowanych i nie przymiotowych, to tylko waga wątroby zmniejsza się w miarę wzrastania wagi płodu, podczas kiedy waga innych narządów wewnętrznych pozostanie z bardzo małymi wahaniami niezmienną. Tylko 5 przypadków przytacza autor, gdzie u płodów macerowanych, przymiot można było wykluczyć.

Maceracya, jak wiemy, powinna wpływać na zmniejszenie wagi narządów wewnętrznych. Fakt ten stwierdził i autor, ale tylko odnośnie wątroby, której waga zmniejszała się prawie o połowę, na innych zaś narządach, a zwłaszcza na śledzionie, autor nie zauważył tak dużych różnic w wadze, aby mogły być wzięte pod uwagę. U płodów przymiotowych, pomimo maceracyi, występowało stale zwiększenie wagi narządów wewnętrznych.

Szczególniej dotyczyło to śledziony i wątroby, a następnie nerek, płuc i serca. Mniej więcej taki sam stosunek wagowy był u płodów przymiotowych nie macerowanych.

Najcięższą tutaj była wątroba, potem śledziona, a następnie płuca, serce, trzustka i nerki. Powyższe dane pozwalają na wyprowadzenie następujących ogólnych wniosków: 1) Sprawie przymiotowej ulegają wszystkie wewnętrzne narządy płodu, najwięcej jednak bywa zajęta wątroba i śledziona. 2) Maceracya wywiera bardzo mały wpływ na przymiotowo zmienione narządy tak, że gdy ciężar wątroby pod wpływem maceracyi u płodu nie przymiotowego spada z 4,94 grm. na 2,3 grm., a śledziona z 0,32 grm. na 0,2 grm., to u płodu przymiotowego macerowanego spada tylko z 5,28 grm. na 4,5 (wątroba), a śledziona z 0,8 grm. na 0,5 grm. Cyfry te są przeciętne wszystkich czterech klas płodu. 3) Największą wartość rozpoznawczą, przedstawia wątroba, tak że jeżeli

ciężar wątroby u płodu macerowanego wynosi tylko 2,3 grm., to z wszelkiem prawdopodobieństwem możemy wykluczyć przymiot. Dane te pozwalają w przypadkach wątpliwych postawić właściwe rozpoznanie, a jako środki pomocnicze ku temu służą zmiany w łożysku i jego waga oraz badanie szczegółowe matki.

Pierwszy E. Fraenkel zwrócił uwagę na to, że część łożyska do płodu przymiotowego należąca, bywa chorobowo zmieniona, a mianowicie, że kosmki łożyskowe ulegają zwyrodnieniu, naczynia zaś w nich przebiegające zanikają z powodu komórkowego nacieku w łożysku złożonego. Wskutek tego właśnie komórkowego nacieku naczynia kosmków, leżące tuż pod nabłonkiem, zostają odsunięte w głąb i uciśnięte, i dla tego krążenie krwi w łożysku odbywa się nieprawidłowo, łożysko ma wygląd bezkrwisty, jest powiększone, jakby obrzękle i cięższe, niż normalne.

Waga łożyska przymiotowo zmienionego płodów I klasy t. j. ważących mniej, niż 1000 grm. jest średnio o 75% większą, jak łożyska normalnego, płodów II klasy o 68,7%, a płodów III i IV klasy, t. j. ważących mniej niż 2500 grm. i więcej niż 2500 grm. o 100%.

Co zaś tyczy się matki, to jeśli nie mamy wyraźnych objawów przymiotu, poszukiwać winniśmy śladów przebytej choroby na dużych i małych wargach, około otworu stolcowego, w okolicy pachwino-udowej i na wżgórku łonowym. Prawie zawsze na tych miejscach uda się nam wykryć jedną lub kilka odbarwionych blizn, jako ślad pierwotnego przymiotowego stwardnienia, lub przymiotowych grudek resp. lepieży płaskich.

Zestawiając wszystkie dane rozpoznawcze, przedstawione przez autora, widzimy, że w trudnych przypadkach, nawet lekarz, mniej obeznany z subtelnymi zmianami przymiotowemi, właściwie rozpoznanie postawić będzie umiał.

Edmund Kurella.

IV. Choroby oczu.

304. D-r L. Demischeri. **Episcleritis multiplex podczas napadu ostrego goścca stawowego.** (*Le Progrès Médical. 3 série T. III, Nr. 15, 1896.*)

Autor wskazuje na stosunek, jaki istnieje wogóle między różnorodnymi postaciami goścca a cierpieniem oka, w szczególności zaś chce zwrócić uwagę na jednoczesne występowanie zmian w narządzie wzroku i napadów ostrego goścca stawowego; rzecz tę po przytoczeniu odpowiednich danych z literatury ilustruje obserwowanym wspólnie z d-rem Destrem przypadkiem.

Podobne przypadki podali Barth, Dolbeau, Noyes, Terrier i inni. W przypadku Dolbeau chodzi o pierwotną postać iridochorioiditis, która ustąpiła z chwilą zjawienia się bólów w stawach; przypadek Noyes'a dotyczy scleritis powikłanej iridochorioiditide, gdzie wybuch powstał jednocześnie z napadem bardzo prawdopodobnym, sądząc z opisu, ostrego gościa stawowego; przypadek Terrier'a to zapalenie łącznicy gościcowe podczas napadu klasycznego ostrego gościa stawowego, powikłane następnie zapaleniem tęczy (iritis), obu oczu i nawet iridocyclitide oka prawego i to wówczas, gdy oko prawe było już całkiem zdrowe.

W ostatnich czasach z dziedziny okulistyki dużo jest danych o powikłaniach ocznych na tle gościa, jednakże niema wzmianki o tych, które towarzyszą napadom ostrego gościa stawowego. Z chronicznym gościcem wiążą etyologicznie conjunctivitis, capsulitis, iritis, iridochorioiditis, neuritis etc. rheumatica; nawet prace Berger'a i Knies'a nie pod tym względem nie dodają do prac poprzedników. Interpelowany w tej mierze przez autora, a ucznia swego, Wecker oto, co orzekł:

Sam miałem trzy bardzo dotkliwe napady ostrego gościa stawowego, w żadnym jednakże nie doznałem dolegliwości ze strony oczu, a podczas swej długoletniej praktyki, chociaż bacznie na rzecz patrzyłem, miałem możność raz jeden tylko spostrzegać powikłanie ze strony oczu, powstałe bez wątpienia podczas napadu ostrego gościa.

W roku 1879 zgłosił się do Wecker'a dwudziestoletni mężczyzna anemiczny i bardzo osłabiony, który przebył atak ostrego gościa, trwający cztery tygodnie bez widocznych jakichś zmian ze strony serca; w trzecim tygodniu nagle zaniewidział na prawe oko; ponieważ nie opuszczał jeszcze łóżka, badanie oka opóźnił na jakie 15 dni. Zmian zewnętrznych w oku nie zauważono żadnych; wziernik wykazał zator środkowej tętnicy siatkówki, wraz z obrzękiem naokoło tarczy nerwu wzrokowego i plamki żółtej, brak uczucia światła w oku. Rokowanie, rozumie się, było postawione złe, na skutek czego, zdaje się, chory więcej się nie pokazał. Leczenie było skierowane głównie wobec braku zmian ze strony serca na stan ogólny. Był to jedyny przypadek widziany przez Wecker'a, wywołany bezpośrednio przez napad ostrego gościa stawowego, powikłanego jednakże, niezależnie od niedających się na razie wykryć zmian w sercu, zapaleniem wsierdza, jednakże Wecker dodaje ze swej strony, iż mnóstwo widział przypadków, bądź to jednostronnego, bądź obustronnego zaniku nerwu wzrokowego, których powodem, wedle słów chorych, był napad ostrego gościa; również należy brać zawsze pod uwagę w przypadkach zatoru środkowej tętnicy siatkówki powikłania ze strony serca, tak często będące następstwem ostrego gościa.

Przypadek, spostrzegany przez Demischeri wspólnie z d-rem Destrem—episcleritis multiplex w przebiegu napadu ostrego gościa stawowego, która to postać była w bliskim związku z napadem gościa, był następujący.

L. N. 45 lat, właściciel składu wina, człowiek dobrze zbudowany i odżywiony, bez dziedzicznego usposobienia do jakichś cier-

pień—w roku 1884 przebył pierwszy napad ostrego gośćca, w następstwie czego co dwa lata dostawał ostrego napadu gośćca, który go zmuszał do leżenia w łóżku pięć do sześciu tygodni.

W Maju 1894 r. dostał piątego napadu nadzwyczaj ciężkiego, co zmusiło go do zasięgnięcia porady u d-ra Destrem'a; stawy biodrowo-goleniowy, golenio-stopowy, łopatkobarkowy obu stron, łokciowy lewy i oba piąstkowe były porażone.

Temperatura wahała się między 39°—40°. Na skutek podawania salicylanu sodu i antipiryny, stan się znacznie poprawił, jednakże po kilku dniach przerwy, zjawily się ostre bóle w okolicy kolana, ramion i stawów palców rąk. W tym samym czasie począł chory się uskarżać na silne bóle głowy w okolicy czołowej i w oczach, w których spostrzeżono nastrzyknięcie łącznicowe bez żadnej wydzieliny worka spojówkowego. Badanie oczu wykazało istnienie czterech guziczków, charakterystycznych dla episcleritis, u wewnętrznego i zewnętrznego kąta jednego i drugiego oka. Guziczki miały wygląd czerwonawo-sinich plam, wystających ponad powierzchnię i zależnych głównie od głębszego około-rogówkowego nastrzyknięcia. Guziczki owe z jednej strony sięgały rąbka rogówkowo-twardówkowego z drugiej nieznacznie przechodziły w łącznicę i zdrową tkankę podłącznicową.

Zresztą nie było żadnej wydzieliny, żadnych zmian ze strony błony rogowej i tęczowej, jak również i na dnie oka. Ruchy oczu normalne. Chory wspominał, iż już w roku 1892 podczas napadu ostrego gośćca stawowego miał podobne, również bolesne zacerwienie oczu bez żadnej wydzieliny.

Z chwilą zmniejszania się bólów w stawach, skonstatowano zajęcie osierdzia i prawej opłucny. Episcleritis na oku lewym trwała 19 dni, w tym czasie guziczki na oku prawym, jakkolwiek zmniejszyły się znacznie, były jednakże jeszcze widoczne, gdy nagle w 22-im dniu—zjawił się silny ból prawej strony głowy, wywołany pojawieniem się nowego guzika w dolnym odcinku gałki ocznej, przed przyczepem prawego dolnego mięśnia prostego.

Świeży ów guzik nie trwał dłużej nad 5—6 dni i ustąpił jednocześnie z chwilą poprawy ze strony gośćca trzewiowego. Stosunek ścisły, jaki istnieje między ostrym gośćcem stawowym, a episcleritis w opisanym przypadku jest nazbyt widoczny. Episcleritis poczyna się ostrym napadem, również ostro się kończy. Nie ulega wątpliwości, iż umiejscowienie cierpienia w stawach, trzewiach i oczach jest wywołane przez jedną i tę samą przyczynę.

Nacieczenie episkleralne w tym przypadku przyjmuje naszą postać nadzwyczaj ostrą, w daleko większym stopniu ostrą, aniżeli to się zwykle dzieje; toż samo odnosi się i do szybkiego przebiegu; wyleczenie lewego oka otrzymano w 19 dni i mniej, niż w ciągu miesiąca, oka prawego, nie licząc ostatniego guzika, który zniknął po tygodniu.

Wogóle zaś wiemy, iż episcleritis rozwija się powoli, nawet w niektórych razach bardzo powoli i ciągnie się całe miesiące. Należy również zaznaczyć w opisanym powyżej przypadku nadzwyczaj silne bóle, prawie takie co do swego nasilenia, jak bóle w stawach i które, prawdopodobnie, właściwe są tylko episcleritis zja-

wiającej się podczas napadu ostrego gośćca stawowego. Episcleritis wogóle rzadko jest tak bolesną i, chociaż istnieje różnorodność postaci samego cierpienia, począwszy od episcleritis fugax Fuchs'a, skończywszy na postaciach więcej upartych i cięższych, wiadomą jest rzeczą, iż tylko wówczas i to nie nazbyt silny można wywołać ból, jeżeli gałkę oczną naciska się w okolicy guziczka.

S. Cetnarowicz.

V. SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

KORESPONDENCYA Z PARYŻA.

Lipiec 1896.

Treść: **Société des hôpitaux.** Nowy sposób rozpoznawania tyfusu brzuszego. Porażenie arsenowe. **Académie de médecine.** Leczenie przepukliny pachwinowej wstrzykiwaniami 10% roztworu chlorku cynku. **Société de biologie.** Badania Arsonval'a i Charrin'a nad wpływem elektryczności w moczówce cukrowej. Kodeks etyki lekarskiej w Paryżu.

Vidal, oddawna już pracujący nad tyfusem brzuszny, opierając się na głośnych świeżych poszukiwaniach Pfeiffer'a i Koll'a, przedstawił tutejszemu towarzystwu lekarzy szpitalnych niezmiernie wagi komunikat o rozpoznawaniu tyfusu brzuszego. Akademia medyczna, zazwyczaj sceptycznie zapatrująca się na badania i odkrycia młodych, jak tego mieliśmy niedawno przykład z powodu dyskusji nad zastrzykiwaniem sztucznej surowicy, przypisuje wielkie znaczenie nowej metodzie Vidal'a, właściwie zaś Pfeiffer'a-Vidal'a. Prof. Dieulafoy, sprawdzwszy ją kilkakrotnie w swej klinice, na ostatnim posiedzeniu Akademii wysoko ją podnosił, podobnie o niej się odzywał Rendu w Towarzystwie lekarskiem. Metoda ta, jak ją Vidal nazywa serodiagnostyka, może oddać wielkie usługi, gdyż, według słów jego, jest to „sposób prośy, prędkiej, niemal natychmiastowej, nie wymagający ani pracowni, ani nawet barwników; dość mieć gotową hodowlę (w bulionie) laseczników Eberth'a, mikroskop i kilka kropeł krwi, lepiej surowicy chorego.” Jeżeli bowiem rozpatrujemy pod mikroskopem czystą hodowlę w buljonie laseczników duru brzuszego, to widzimy owe laseczniki zwawo poruszające się i izolowane jedne od drugich. Jeżeli zaś, pomieszawszy w próbówce np. dziesięć kropeł hodowli bulionowej laseczników Ebertha z kroplą surowicy, pochodzącej od tyfusowego, rozpatrywać będziemy tę mieszaninę pod mikroskopem, to przedstawi się nam widok całkiem odmienny: laseczniki zatracają swą ruchliwość i przestają być izolowane, przekształcają się, grubieją, łączą się w gromadki i formują niby wysepki, pomiędzy którymi

jeszcze tu i owdzie wędrują samotne laseczniki, ale wprędce i one znikają, lgnąc do uformowanych już wysepek. Charakterystyczną więc cechą surowicy w tyfusie brzuszny jest jej unieruchomianie i skupianie laseczników Ebertha w bulionowej hodowli. Vidal, a za nim Dieulafoy i Rendu skonstatowali tę własność w licznych przypadkach i w różnych okresach duru brzuszno. W żadnej innej chorobie surowica krwi chorego po domieszczeniu jej do hodowli laseczników Ebertha nie wywierała na nich żadnego wpływu, jak również surowica tyfusowych nie sprowadzała żadnych zmian w hodowli bacterium coli commune.

Pouczający komunikat przedstawił znany specjalista chorób dzieciennych Comby o porażeniu arsenowem u siedmioletniej dziewczynki. Dotkniętą ona była ciężką płasawicą; Comby przepisał jej arsen pod postacią liq. Boudin (acid. arsenicosum aqua solutum) w dawkach stopniowo wzrastających: pierwszego dnia 10 gramów tego płynu czyli 1 centigram acidi arsenicos, a następnych dni dawkę codziennie powiększał o 5 grm. czyli o pół centigrama arsenu, aż doszedł do dawki 35 gramów, poczem dawki stopniowo zmniejszał. Tym sposobem dziecko wzięło ogółem w ciągu 11 dni 235 grm. liq. Boudin czyli 23½ centigr. acid arsenicosi. Ruchy płasawicze całkowicie ustąpiły piątego dnia, ale nazajutrz dziecko miało język obłożony, ślinienie, kilkakrotne wymioty; zaburzenia żołądkowe, choć później w mniejszym stopniu, trwały przez 10 dni; Comby bez względu na nie dawał jeszcze arsen. Po trzech tygodniach pobytu w szpitalu dziewczynka wyszła w zupełnie dobrym stanie. W kilka tygodni, a mianowicie w 46 dni po zażyciu ostatniej dawki arsenu przyniesiono ją powtórnie do szpitala. Wyglądała doskonale, ani śladu dawnej chudości, ani objawów płasawicy,—ale było dwustronne poprzeczne porażenie oraz brak odruchu rzepkowego i stopowego. Pomimo zastosowania przetworów strychniny, elektryzacji oraz kąpeli siarczanych, porażenie posuwało się wyżej, objęło tułów i górne kończyny, a wreszcie wystąpiło porażenie zwieracza pęcherzowego i stolcowego. Po dziesięciu dniach mimowolne wypróżnienia ustały, oraz zaczęły powracać ruchy najpierw kończyn górnych, a następnie dolnych. Po upływie pięciu tygodni dziewczynka mogła już chodzić, stać na jednej nodze i t. p. Comby sądzi, że powolne otrucie arsenem sprowadziło w danym przypadku zapalenie rdzenia kręgowego—myelitis arsenicalis. Nie przestaje on jednak uważać arsenu w dużych dawkach za najlepszy środek leczniczy w ciężkich przypadkach płasawicy, radzi jedynie, aby natychmiast zaprzestawać, skoro występują zaburzenia w narządach trawienia.

Ceniony chirurg prof. Lannelongue przedstawił w Akademii lekarskiej czterech chłopców, u których *przepuklinę pachwinową* leczył swą ulubioną metodą—*wstrzykiwaniem 10% roztworu chlorku cynku*. Wiadomem jest, że metoda ta dała doskonale rezultaty w zapaleniu gruzliczem kości i stawów,—czy będzie ona uwieńczoną równie pomyślnymi wynikami w przepuklinach pachwinowych, czas dopiero pokaże. Przedstawieni chorzy byli zaledwie od dni 18-u uleczeni; zastrzyknięto im 30—40 kropeł roztworu

chlorku cynku głęboko na około kanału pachwinowego, — na razie występowało twarde obrzmienie moszny i kanału pachwinowego.

Arsonval i Charrin oddawna już badają wpływ elektryczności na toksyny droboustrojów i, jak wiadomo, utrzymują, że strumienie t. zw. à haute fréquence 450 miliamperów osłabiają toksyny o połowę, a czasem nawet w stosunku 1 do 4. Na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa biologicznego podali oni rezultaty swych badań nad *działaniem strumieni à haute fréquence w moczówce cukrowej*. Wprawdzie badania te dotychczas ograniczyły się tylko do dwóch chorych, ale były prowadzone z całą sumiennością w ciągu dwóch miesięcy. Stosowali oni strumień natężenia 350 — 450 miliamperów, za każdym razem w ciągu 10 minut i prąd przechodził od rąk do nóg pogrążonych w wodzie. Obydwa przypadki dały pomyślne rezultaty, zważywszy, że leczenie ograniczało się na wyłącznem stosowaniu elektryczności. U pierwszego chorego po dwóch miesiącach leczenia, objętość moczu spadła z 12-u litrów do 7-u, ilość cukru z 622 gramów dziennie — na 184 gr., a ilość toksyn w moczu (t. zw. toxicité) znacznie wzrosła.

Z początku 250-u gramami moczu nie można było uśmierzyć królika, należało brać co najmniej 122 gr. na kilogram wagi, a już po 18-u dniach leczenia wystarczało 98 gr. na kilogram, po miesiącu zaś 60 gr. na kilogram. U drugiego chorego podobnie ilość cukru znacznie się zmniejszyła ze 147 gr. na 58 gr. Ogólny stan obu chorych wyraźnego doznał polepszenia.

Rada jeneralna towarzystw lekarskich okręgu Sekwany, chcąc choć w części przeciwdziałać podupadaniu *etyki lekarskiej*, przyjęła następujący kodeks:

§ 1. Lekarz wezwany po raz pierwszy do chorego, skoro tylko zauważy, że sprowadzono go z powodu choroby lub wyjazdu kolegi w pierw leczącego, winien leczyć jedynie podczas jego nieobecności.

§ 2. Jeżeli chory stanowczo żąda, aby nowo wezwany lekarz prowadził dalej kurację, to ten ostatni podjąć się jej może, ale obowiązkiem jego jest *zawiadomić o tem kolegę*.

§ 3. Każdy lekarz, sprowadzony do chorego, leczonego przez innego doktora, powinien ograniczyć się na przepisaniu lekarstw niezbędnych w danej chwili i nie zjawiać się doń ponownie, chyba gdyby był wezwany na naradę przez stałego lekarza.

§ 4. Zadaniem nowoprzybyłego doktora jest skłonić chorego, aby nie porzucał dawnego lekarza, a gdy mu się to nie uda winien *bezzwłocznie zawiadomić kolegę*, którego miejsce zajął.

§ 5. Lekarz, wezwany na naradę, obowiązany jest powstrzymać się od wypowiedzania swej opinii przed chorym lub jego otoczeniem; naradę należy odbywać na stronie, a kurację wspólnie zdecydowaną ma prowadzić stały doktor.

§ 6. Lekarz, sprowadzony na naradę, nie powinien powtórnie odwiedzać chorego, chyba że jest do tego upoważniony przez stałego doktora.

§ 7. Obowiązkiem koleżeńskim jest przyjąć na konsylium lekarza proponowanego przez rodzinę, bez względu na wiek, sto-

pień naukowy i stanowisko, byleby jego honorowość osobista i fachowa nie podlegała zarzutom.

§ 8. Gabinet lekarski jest miejscem neutralnem, gdzie doktor może dawać swe rady wszystkim szukającym jego pomocy bez względu na to, czy mają lub nie stałego lekarza.

Jak widzimy kodeks etyki lekarskiej w Paryżu, jest króciutki i nie uciążliwy, a jednak można być pewnym, że pozostanie on martwą literą. Publiczność nadto przyzwyczaiła się do zmiany lekarzy w ciągu choroby, aptekarze nazbyt ją do tego skłaniają, a, co ważniejsze, mało się znajduje lekarzy, którzyby zechcieli stosować się do powyższych prawideł.

D-r Józef Zieliński.

VI. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

305. **Chlorofil i hemoglobina.** Według Schunka i Marchlewskiego, stosunek chlorofilu do barwnika krwi jest jasny. Otrzymane przez Tsircha kryształy filoporfiryny i chloru, są blizkie hematoporfiryny: oba mają w roztworze wysokowym barwę czerwoną i jednakowe widmo. Podobieństwo co do widma, według tegoż Tsircha, zachodzi między kwasem filocyjaninowym, chlorofilem i hemoglobina. Największe jest podobieństwo w pasie ultrafioletowym. Kwas filocyjaninowy jest proszkiem czarnym z niebieskawym odcieniem składu $C_{24} H_{28} N_2 O_4$. Niektóre związki tego kwasu są podobne do chlorofilu pod względem widma, być więc może, że chlorofil jest związkiem wzmiankowanego kwasu. Jeżeli wobec tego przypomnimy sobie, że związek barwników żółciowych z barwnikami krwi, których są pochodniami, nie ulega wątpliwości, że znów barwnik moczu urobilina barwnikom żółci zawdzięcza swe powstanie, że utleniona urobilina daje barwnik urozoinę (M. Nencki i J. Zawadzki), zbliżony widmem do fuksyny—widzimy że tworzy się łańcuch barwników, dziś jeszcze nie kompletnie ustalonych, ale dający przejście od barwników świata mineralnego do roślinnego i zwierzęcego. (Naturwissensch. Woch. 18, 1896).

J. Z.

306. **Nowa teoria o pasorzytach zimnicy.** W jednym z ostatnich zeszytów British medical Journal, d-r E. Lawrie jeden z wyższych lekarzy wojskowych w Hyderabad, ogłasza nową teorię o powstawaniu t. zw. plazmodyj zimniczych. Te ostatnie uważa on za zwykłe białe ciała krwi, na rozmaitych stadyach rozwoju będące, w różny sposób zmienione pod wpływem nieznacznego dotąd zarazka zimniczego. Nowy ten pogląd opiera się na swoistej teorii powstawania białych ciałek krwi. Autor utrzymuje, że u żaby białe ciała krwi powstają z pierwotnych ciałek nerwowych, zawie-

rających jądra. Podobna rzecz ma mieć miejsce u człowieka. Ten proces uwalniania się jądra i przemiana na białe ciała krwi, odbywa się w śledzionie. Gdy narząd ten zachoruje pod wpływem jadu malarycznego, wtedy następuje zaburzenie w tworzeniu się białych ciałek, wskutek czego do obiegu krwi dostają się ciała czerwone z jądrami resp. niedojrzałe jeszcze białe ciała. Teorya E. Lawrie przyjętą została z niedowierzaniem przez Anglików.

H. K.

307. D-r O. Pospischil. **Zabiegi wodolecznicze przy polyneuritis.** D-r P. w przypadku polyneurit'u rekomenduje leczenie wodą, które między innymi ma tę dobrą stronę, że może być użyte od samego początku cierpienia, to jest w ostrym peryodzie, w czasie którego trzymamy się zwykle metody wyczekującej z wielką krzywdą chorego. Leczenie zasadza się na pokryciu cierpiących członków płóciennym bandażem, zmoczonym w bardzo zimnej wodzie; na to idzie z wierzchu pokład waty suchej, którą przytwierdza się bandażem z perkalu. Powtarza się ten zabieg dwa lub trzy razy na dobę. Do wody dodaje się niewielką ilość sublimatu (0,01 pro mille) lub essencji aromatycznej.

Pod wpływem tego leczenia bóle polyneurytyczne łagodzą się tak prędko, że wkrótce chory może wyprostować dolne kończyny, dotąd zgięte w stawach biodrowym i kolanowym i zapobiega się kontrakturom. Naostatek zmniejszenie się bólu i wyprostowanie kończyn dolnych pozwala pod koniec dwóch lub trzech tygodni, t. j. jeszcze w ostrym peryodzie choroby przejść do całkowitych mokrych zawijań, poczem okręcamy chorego w wełnianą kołdrę i przykrywamy pierzyną. Otrzymujemy takim sposobem silne pocenie się chorego, które wpływa na wydalenie z organizmu toksyn—przyczyny choroby i ma wogóle znakomicie dodatni wpływ na przebieg choroby.

A. K.

308. D-r J. Hofbauer. **Nukleina w zakażeniach septycznych położnic.** Nukleina, której przypisują własność wstrzymywania produkcji leukocytów w organizmie, była używana we Francji przez G. Sée w dawkach 2 lub 3 gramów w zapaleniu płuc. D-r Hofbauer, pod kierunkiem profesora ginekologii na fakultecie medycznym w Wiedniu—d-ra Schauta'y robił z nią doświadczenia w siedmiu przypadkach zakażeń septycznych pochodzenia porodowego.

Dwie chore były tak silnie zakażone, że prognoza była fatalna, umarły też wkrótce, jednakże i u nich nukleina okazywała wpływ na polepszenie, chociaż przejściowo. W pięciu innych przypadkach, które skończyły się wyzdrowieniem, działanie dodatnie leku było bardzo jawne. Stan ogólny chorych poprawiał się szybko, owrzodzenia części rodnych oczyściły się i zablizniły, jako też znikł zapach wydzielin macicznych.

A. K.

309. D-r Majocchi podaje następujący przepis leczenia szankra.

Rp. Jodoli
Calomel. aa 5.00
MDS. Externe.

Proszek ten używać się powinien po oczyszczeniu, dezynfekcyi i zupełnem osuszeniu owrzodzenia. Otrzymujemy względnie szybkie zabliznianie się wrzodu miękkiego, jak również i syfilitycznego.

A. K.

ODCINEK.

DRUGA WYSTAWA HYGIENICZNA W WARSZAWIE.

Aczkolwiek pismo nasze nie jest poświęcone higienie i jej zagadnieniom, uważamy za konieczne zająć się szczegółowym opisem krytycznym wystawy, zasługuje bowiem ona ze względu na pracę, jaką w nią włożono, na baczną uwagę.

W naszych warunkach wystawa higieniczna jest dla ogółu lekarzy faktem niezmiernie ważnym, przypuszczamy więc, że wszyscy koledzy zwiedzili już ją dokładnie, mimo to krytyczny jej przegląd za konieczny uważać należy z uwagi choćby na to, żeby w piśmiennictwie trwały po niej ślad pozostał i aby praca nagromadzona tam nie zginęła.

Czy i kiedy uda się nam stworzyć trzecią wystawę, nie wiemy, dobrze więc, aby obecna utrwaliła się w pamięci, choćby jako obraz, co i jak dziać można z nader organiczonymi środkami.

Bo kiedy w r. 1894 kol. Józef Polak otrzymał koncesyę na otwarcie wystawy, nie było ani miejsca, ani pieniędzy, ani organizacyi; po 2-ch latach znalazło się wszystko na placu, wystawa była gotowa i godna uwagi. Stało się to dzięki niezmordowanej energii kol. Polaka i garstki ludzi, którzy się od początku koło niego skupili.

Plac otrzymano od zarządu miasta, który splantował go, ogroził i postawił część pawilonu głównego. Wprawdzie miasto uczyniło to w celu stworzenia stałego placu na wszelkie wystawy raz na zawsze, ale wystawa higieniczna miała być pierwszą, miała przyzwyczaić publiczność do zwiedzania placu, jednym słowem, szła na pierwszy ogień. I dopięło miasto celu: w chwili, kiedy kreślimy te słowa, 96,000 osób za biletami płatnymi, a z pewnością drugie tyle za biletami bezpłatnymi zwiedziło wystawę — miejsce spopularyzowało się.

Drugą kwestyą palącą była kwestya funduszu gwarancyjnego. Tego nie otrzymano, a kilkuset-rublową zapomogę, w celu zapłaćenia kosztów biura, dali sami członkowie wystawy. Stworzyło to konieczność zmonopolizowania pewnych przedsiębiorstw, ze szkodą niewątpliwą dla wystawy, konkurencya bowiem w tych razach zawsze jest pożądaną. Ta konieczność zrodziła też po-

trzebę przyjmowania takich okazów na wystawę, bez których mogłaby się obyć z korzyścią.

Trzecia kwestya — organizacya. Urządzono ją w sposób następujący:

Na czele stanął zarząd z prezesem, prof. Brodowskim, sekretarzem Józefem Polakiem, 4-ma wiceprezesami, oraz członkami, rekrutującymi się z redakcyi Zdrowia oraz z prezesów, wiceprezesów i sekretarzy różnych komitetów. Komitety te były następujące: antropologiczno-statystyczny, fizyko-chemiczny, leczniczy, przemysłowy, farmaceutyczny, bakteryologiczny, higieny ludowej i higieny wychowawczej. Należą do nich najwybitniejsi przedstawiciele świata lekarskiego i przyrodniczego naszego miasta, ożywieni jednym pragnieniem powodzenia wystawy i rozlania światła nauki o zdrowiu po całym kraju.

Ale jakkolwiek na pozór organizacya ta jest dobra, w praktyce wykazała wiele braków, których ujawnienie dla przyszłych wystaw może być z korzyścią. Nie mówię już o złej organizacyi gospodarki, że się tak wyrażę zewnętrznej, o braku dostatecznego rozpowszechniania wiadomości o wystawie etc., co powinno było być udziałem sprężystych i mających duże stosunki osób, ale o organizacyi naukowej.

Zaletą każdej wystawy jest jednolitość; jako par excellence dydaktyczna, wystawa higieniczna winna była tę jednolitość doprowadzić do doskonałości, a jednak jednym z rażących braków jest właśnie brak jednolitości: zwiedzający wystawę musi szukać w kilku miejscach odpowiednich okazów, aby zebrać odpowiednie dane. Zamiast, jakby to zdawało się najprawidłowszem, rozdzielić część dydaktyczną na działy, odpowiadające działom higieny, a więc na higienę publiczną i prywatną, tę ostatnią na oświetlenie, powietrze, odżywianie etc. pierwszą na higienę miast, domów, fabryk etc., pomieszano to wszystko razem, stworzono komitety oddzielne, sztuczne, obarczono je zbyt wielką ilością działów, inne prawie że pozbawiono okazów, na czem stracili nie tylko zwiedzający, ale i kasa wystawy, zmuszona w rozmaitych komitetach dawać zapomogi na jedną i tę samą treść.

Z tego wynikało, że większość referentów szła samopas. stwarzała wystawę na swoją rękę, a kto dobremi był ożywiony chęciami, komu dobro wystawy leżało na sercu, ten stworzył dobre okazy; inni wykazali tylko karygodne lekceważenie, lub co gorsza nieudolność zupełną.

Programy, jakie zatwierdzono w komitetach, nie zostały wykonane, a ponieważ w sekcjach, które duży miały materiał niepodobna było śledzić za wszystkim — o jednolitości mowy być nie mogło.

I właśnie, skutkiem tego podziału taka sekcya fizyko-chemiczna tyle miała roboty, że jej poddać nie mogła. Skutkiem rozbicia się wystawy na sztuczne działy, przeglądając np. powietrze, znajdujemy uwzględnioną tylko część fizyko-chemiczną, brak natomiast tego, co istotnie powinno być przedmiotem wystawy, mianowicie botaniki powietrza, oraz graficznego przedsta-

wienia, ile go potrzeba dla mieszkań prywatnych, instytucji publicznych, fabryk etc.; toż samo w oświetleniu, gdzie dobrze przedstawiono przyrządy, gdzie obliczono kosztą, a nie wykazano, o ile i jakie światło jest najlepsze. A w dziale odżywiania ten system chodzenia referentów samopas dał takie wyniki, że np. piwo, produkt najmniej może ważny na wystawie higienicznej, uwzględniono z drobiazgowością zbytnią, ale zato inne rodzaje pożywienia, jak mięso, wykluczono i pomieszczono w budynku higieny ludowej. Zato sery, masło, warzywa potraktowano po macoszemu, nie mówiąc już o tem, że brak wszelkich danych o naczyniach kuchennych. A dalej, chemia żywienia. Na właściwym miejscu znajdujemy jedną grupę tablic, w budynkach higieny ludowej dwie inne, przytem autorzy odmiennych trzymają się zasad, przez co na zwiedzającym czyni to wrażenie chaosu. I również, dzięki niefortunnemu podziałowi, higiena odzieży nie została wcale uwzględnioną, klimatologia powstała dzięki zdrojowiskom, które zresztą poza reklamą nic w tym względzie nie uczyniły etc.

Trudno wyliczać opuszczeń, jakie z wyżej wspomnianego błędu powstały; każdemu zwiedzającemu rzucają się one w oczy. Lepszą już nadano organizację przy tworzeniu grup sądzących i wielka szkoda, iż, miasto dawnej, tej właśnie nie przyjęto za punkt wyjścia.

Te słowa ostrej krytyki organizacyi zdają mi się, nader pożądanemi ze względu na przyszłe wystawy, ale nie znaczą, aby wystawa, tak jak jest była złą, owszem wiele w niej godnych zaznaczenia okazów; zyskałaby jednak więcej poklasku, gdyby była urządzona inaczej.

Plac wystawy mieści się w końcu miasta tuż koło pola wyścigowego i wynosi około 200,000 łokci kwadratowych. Urządzono 2 bramy—główną od ulicy Kaliksta, boczną od Leopoldyny.

Pośrodku na 2 części przecina plac pawilon główny, kończy plac estrada koncertowa, naokół placu budynki bądź prywatne, bądź przez wystawę budowane.

Na prawo od głównej bramy widzimy stację ratunkową hr. K. i G. Przeździeckich, dalej pawilon bakteriologiczny, budynki Spiessa, tow. Vesta, Riese i Piotrowskiego, Wróblewskiego, restaurację wystawową, halę gimnastyczną. Po stronie lewej mleczarnię, miodosytnię, cukiernię, budynki komitetu ludowego, barak szpitalny, urządzenia kąpielowe, wychodki etc. Ogółem budynków 42.

W pawilonie głównym znajdują się działy następujące: powietrze, koleje żelazne, oświetlenie, dezynfekcyja, odżywianie, woda, okazy farmaceutyczne, zarząd wojskowo lekarski, statystyka i antropologia, okazy kom. leczniczego, którego ciąg dalszy w baraku; w pawilonie gimnastycznym—okazy, dotyczące higieny wychowawczej.

Oto pokrótce plan wystawy.

J. Z.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Lecznice warszawskie.

Począwszy od zeszłego miesiąca we wszystkich lecznicach warszawskich podniesiono cenę z 25 kop. na 30. Mała ta podwyżka wobec podrożenia cen lokali, nikogo zapewne dziwić nie będzie, tembardziej, że i publiczność przeciw tej inowacyi nic niema i również licznie z lecznic korzysta.

Nie rozumiemy natomiast celu otwierania nowych bezpłatnych ambulansów prywatnych. Co o nich sądzić rok temu zaznaczyliśmy na tem miejscu i zdawało się na chwilę, że ustala mania nowych ambulatoryów, zwanych, w celu reklamy, szumnie poliklinikami.

Taką „poliklinikę” bezpłatną otworzył niedawno jeden z lekarzy warszawskich.

Cui bono?

— **Słownik lekarski polski.** Jak donosi Przegl. Lek. komisya słownika Tow. Lek. Krak. doprowadziła swą pracę do lit O, podstawowa część słownika ma być ukończona w r. b.

— Na uniwersytecie w Würzburgu utworzono **katedrę historii medycyny, geografii lekarskiej oraz statystyki**, profesorem mianowano d-ra Fr. Helffericha. Jest to jedyna katedra tych przedmiotów w Niemczech. W dawnej Szkole Głównej, a czas jakiś i w uniwersytecie warszawskim katedra ta istniała, od lat jednak 12 zwinęto ją ku wielkiej szkodzi lekarzy, którzy, niestety, zbyt szybko i często zapominają o zasługach dawniejszych badaczy i zbyt wielką rolę przypisują terażniejszym poglądom, uważanym, jak każda panująca w danym okresie czasu teorya, za niezwruszone.

— **O nowej własności promieni Röntgen'a** ogłasza inżynier Leppin. Własność ta polega na tem, że promienie te, podobnie jak promienie słoneczne palą skórę. Leppin bardzo wiele pracował nad promieniami Röntgen'a i, jako przedmiot dla próby, stale używał swej lewej ręki. Po kilku dniach na ręce tej można było spostrzedz swoiste zaczerwienienie, ręka przedstawiała się jakby nabrzmiała, na palcu środkowym i obrączkowym utworzył się pęcherz, zupełnie jak po oparzeniu. Białą pozostała ręka jedynie w tem miejscu, gdzie obrączka rękę zakrywała. Po zastosowaniu okładów z wody ołowianej zaczerwienienie ustąpiło, dotąd jednakże po 5 tygodniach spostrzedz można wyraźną różnicę pomiędzy prawą a lewą ręką. Gdy bowiem ręka prawa gładką jest i białą, lewa jest zaczerwienioną i pomarszczoną, wskutek czego wydaje się o wiele lat starszą od drugiej.

-- **Bicykl w szkołach.**

Kurator okręgu naukowego kazańskiego wystosował pytanie do miejscowego wydziału lekarskiego, o ile jazda na welocypedzie jest pod względem zdrowia pożądaną dla uczniów gimnazjum. Odpowiedź wydziału była następująca. Jazdę na welocypedzie od 16 roku życia uważać należy za pewnego rodzaju ćwiczenie gimnastyczne, z zastrzeżeniem, że używać jej będą zdrowe zupełnie osobniki.

— Jak przyjął się pogląd na uogólnianie zarazy rzeżączkowej, dowodzi temat świeżo przez Ak. lek. w Petersburgu wyznaczony dla otrzymania nagrody Matoryna. Temat opiewa: „rzeżączka i choroby serca.”

— Ministerium sprawiedliwości rozpatruje projekt utworzenia **stypendyów dla kształcenia lekarzy sądowych.**

— W Amsterdamie zaczęło wychodzić **nowe pismo Janus**, poświęcone historii i geografii lekarskiej. Pismo wychodzi raz na 2 miesiące i pośród współpracowników liczy pierwszorzędne siły.

— **Index medicus**, znakomite wydawnictwo bibliograficzne, po 2 letniej przerwie zaczęło znowu wychodzić.

— W Wal otworzono nowy uniwersytet.

— Na manewrach niemieckich po raz pierwszy mają być użyte, do wyszukiwania rannych, psy specjalnie tresowane.

— W dniu 8 z. m. położono kamień węgielny pod gmach nowego instytutu dla kobiet.

Nekrologia.

— W początkach z. m. zmarł w Siedlcach d-r **Józef Szawelski** na tyfus płamisty. Zmarły kolega był wychowawcą Uniwersytetu warszawskiego, studia lekarskie ukończył w 1889 roku, poczem osiadł w Siedlcach. Ś. p. Józef cieszył się wielką sympatyą kolegów, oraz był ceniony przez tych wszystkich, którzy bliżej go znali. Poległ na stanowisku, niosąc pomoc i ulgę cierpiącym.

— Prof. d r **Ignazio Cantalametta** dyrektor kliniki wewnętrznej w Bolognii.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

W. Miklaszewski. Przyczynek do kazuistyki klatki piersiowej, 735.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia. 296. D-r Arthur Barth. O wytworzeniu sztucznem tkanki kostnej i celu osteoplastyki, 740. — 297. H. Tillmanns. O gojeniu braków większych, powstałych na powierzchni długich rurkowatych kości, 742. — 298. D-r Sigmus Erdheim. Przyczynek do rezekcyi stawu łokciowego i kolanowego, 743 — 299. Prof. d-r A. v. Eiselsberg. Przyczynek do rezekcyi tchawicy i szwu na nią, 744.—300. D-r Ihle Otto. Nowa metoda przygotowania absolutnie aseptycznego materiału do szycia, 746.

II. Choroby kobiece. 301. E. Wertheim. Nowe sposoby umocowania macicy ku przodowi przez pochwę, 746. — 302. D-r Turazza. O mało znanej przyczynie haemorrhagiae post partum, 749.

III. Choroby weneryczne. 303. H. Albers-Schönberg. Przymiot płodu, 750.

IV. Choroby oczu. 304. D-r L. Demischeri. Episcleritis multiplex podczas napadu ostrego gośca stawowego, 752.

V. Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Korespondencya z Paryża, 755.

305 — 309. Wiadomości pomniejszych, 758. — Odcinek, 760. — Kronika bieżąca, 763. — Nekrologia, 765.

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

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

Дозволено Целзурою. Варшава, 1 Августа 1896 года.