

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

wiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

ae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Dotychczasowe poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedno nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi woda tlenku żelaza, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi $\frac{1}{2}$ grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbita potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencji z podobnemi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

STARANIEM I NAKŁADEM
Wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich
w KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) D-ra Pawła GUTMANN. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. KREMERa i Docenta D-ra St. PAREŃSKIEGO. Warszawa 1877. Cena złr. 75 c. 2 rs. 50 kop.

2) D-ra Jana STEINERA. Rys Nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr.—3 Rs. 70 kop.

3) D-ra Antoniego JURASZA. Profesora z Heidelberga. Laryngoskopija, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

4) D-ra Oskara WIDMANN, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. Choroby serca i tętnic. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **pathologia Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do prawa w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskim i Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) D-ra H. JORDANA Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Nauka położnictwa u uczniów i lekarzy. Dział 1-szy fizylogija i dyetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

7) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. rady sanitarnego we Lwowie **Syfilidologii** oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Złr. wa.

8) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. **Hydrologia** dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Złr. 85 kr.

9) D-ra A. OBALIŃSKIEGO, profesora Wydz. lek. Krak. **Wykłady z zakresu chorób moczowych męskich**. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 80 kr.

10) D-ra T. ŻULIŃSKIEGO. **Hygijena szkolna**, wydanie pośmiertne dokonane przez Doc. D-ra Gzabowskiego. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 60 kr.

11. D-ra P. PIENIAŻKA. **Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. Choroby krtani i tchawicy**, y, Kraków) 1887. Cena 50 kr. (Cena niższa dzieła pierwotnego p. t. Choroby krtani i tchawicy y wynosi Złr. 4.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w **Redakcyi Medycyny** oraz w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolfa w Warszawie.

0—10

D-r TYMOWSKI

jak zwykle tak i tej zimy praktykować będzie

w SAN REMO

20—13

Wyszło z druku dzieło p. t.

Podręcznik Medycyny Praktycznej

C. F. Kunze'go

Przekład z ostatniego (9-go), znacznie przerobionego wydania niemieckiego z r. 1887.

Dzieło powyższe, obejmujące 46 ark. druku, zawiera działy następujące: **Choroby zakaźne, weneryczne, skórne, ustrojowe, choroby narządów oddzielnych, choroby kobiece i otrucia**. Oprócz tego na końcu książki umieszczone jest spis recept, zebranych z całej książki wraz z odnośnikami do odpowiednich rozdziałów.

Obecnie wyszedł z druku zeszyt I i II. Zeszyt ostatni jest na ukończeniu.

Cena całego dzieła wynosi Rs. 3 kop. 50 (a zatem jest niższą od oryginału niemieckiego), z przesyłką, Rs. 4.

Zamówienia z prowincyi nadsyłać można do wszystkich redakcyj warszawskich pism lekarskich. Nabywać również można i u **Tomaczy (Al. Fruchtman, Plac Muranowski Nr. 10; St. Klejn, Dzika Nr. 30)**. Przedpłata powinna być z góry uiszczoną za całe dzieło.

0—9

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. O. BUJWID. Odczyn chemiczny na bakteryje cholery azyjatyckiej [czerwień cholery]. — II. W. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia [Ciąg dalszy]. — III. M. JAKOWSKI i MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*) [Ciąg dalszy]. — *Dział sprawozdawczy.* §33. E. PINS. O działaniu nasion *Strophanti* w ogólności, a zwłaszcza w chorobach serca i nerek. — Nekrologija. — Od Wydawcy. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. ODCZYN CHEMICZNY NA BAKTERYJE CHOLERY AZYJATYCKIEJ (czerwień cholery).

Podał

O. Bujwid.

Nie będę się rozwodził nad rzeczywistym znaczeniem bakteryj przez R. KOCH'a odkrytych w cholery, gdyż zdaje się ono nie ulegać wątpliwości. Wszystkie nowsze badania potwierdzają fakt, że w przypadkach cholery bakteryje przecinkowe znajdujemy zawsze. Zgadza się na to nawet CUNINGHAM, do niedawna najzaciętszy KOCH'a przeciwnik.

Bakteryje przecinkowe, jak wiadomo, tworzą na żelatynie odżywczej charakterystyczne kolonije, z początku w postaci drobnych kuleczek, które stopniowo przybierają wygląd okrągłych grudek igielkowatych kryształów [po 1—2 dobach], potem zaczynają powoli rozrzedzać żelatynę od powierzchni w głąb, otaczając się obwódką widzialną pod drobnowidzem, która jest wyrazem rozrzedzenia żelatynowej warstewki.

Wygląd ten, jaki już przy 50—100 krotnem powiększeniu kolonij spostrzegamy, nie wystarcza jednak do zupełnej ich charakterystyki. Potrzeba cząstkę kolonii dobrze już rozwiniętej obejrzeć przy znaczniejszem powiększeniu i stosownem oświetleniu [HARTN. olejna imersyja Nr. 2 i soczewka ABBE'go]; wtedy widzimy oddzielne bakteryje w postaci zgiętych łukowato laseczników. Całkowite postępowanie wymaga 4—8 dni; przed tym czasem kolonije nie posiadają dość charakterystycznego wyglądu, same zaś bakteryje kształtem prawie się nie różnią od bakteryj FINKLER'a, DENEKE'go, MILLER'a.

Tym więc sposobem nie możemy rozpoznać bakteryj cholery wcześniej jak w 4—8 dni, posilkując się przytem sporym zapasem techniki drobnowidzowej i silnemi powiększeniami.

Przed kilkoma miesiącami podałem sposób ¹⁾, w pewnych razach mogący dać bardzo ściśle wyniki w prędszym czasie, bez silnych powiększeń. Zasada się on na nieznanym dotąd odczynie chemicznym, jaki występuje w ośrodkach zawierających bakteryje cholery pod działaniem kwasów mineralnych, a mianowicie solnego.

Jeżeli więc do próbówki, zawierającej rozwiniętą hodowlę bakteryj cholery w buljonie, dodamy 5—10% kwasu solnego dymiącego, to po upływie kilkunastu sekund pojawia się różowo-ametystowe zabarwienie, które się wzmacnia przez pierwsze 5—10 minut i zachowuje bez zmiany w ciągu długiego czasu. Odczyn ten występuje już po 6 godzinach hodowania w buljonie przy ciepłocie 37° C.; w hodowlach starszych, mających 24 godzin lub więcej, występuje najsilniej. Pojawia się nawet w hodowlach mających po parę miesięcy i więcej.

W hodowlach żelatynowych zabarwienie pod wpływem kwasu solnego występuje dopiero po 1—2 dobach hodowania, gdyż w tym ośrodku bakteryje przecinkowe rosną znacznie wolniej, nawet przy podwyższonej ciepłocie [37° C.].

Takież zabarwienie występuje pod działaniem innych kwasów mineralnych, jak siarczany i azotny; łatwiej w hodowlach jeszcze ciepłych. Zagotowanie zmienia nieco zabarwienie, mianowicie w obecności kwasu azotnego.

Podany odczyn jest charakterystyczny dla bakteryj cholery i im tylko właściwy. Występuje w czystych hodowlach, lub przy nieznacznej domieszce obcych bakteryj, w hodowlach mocno zanieczyszczonych, nie pojawia się. Inne bakteryje hodowane w podobny sposób w buljonie nic podobnego nie objawiają. Z nich wymieniam:

Bakteryje FINKLER'a, po dłuższem hodowaniu i zagotowaniu z większą ilością kwasu solnego, dają żółtawe zabarwienie; na zimno lub przy 37° C., w warunkach występowania zabarwienia w hodowlach bakteryj przecinkowych, nie się nie objawia. Bakteryje kałowe przy ostrym niezycie kiszek, przypominającym objawy cholery, dają także po zagotowaniu zabarwienie żółtawego odcienia $\frac{1}{2}$ [również przy zwiększonej ilości kwasu].

Bakteryje MILLER'a, DENECKE'go, EMMERICH'a, mniej lub więcej podobne do przecinkowych lub jak ostatnie przy cholery znajdowane, żadnego zabarwienia nawet po zagotowaniu nie dają. Podobnież nic nie znajdujemy próbując: bakteryje karbunkułowe, bakteryje sianowe, bakteryje posocznicy myszy, różne rodzaje bakteryj powietrza.

Podany odczyn występuje również pod działaniem kwasów organicznych, mianowicie krystalicznego kwasu szczawiowego. Octowy wywołuje bardzo słabe zabarwienie. Posiłkując się więc odczynem powyższym, możemy w pewnych razach stawiać rozpoznanie cholery bez uciekania się do drobnowidzu, lub używając słabych powiększeń. Postępowanie bez drobnowidzu zasada się na znanym fakcie, że w rozwiniętej cholery znikają z kału inne bakteryje, pozostają zaś tylko choleryczne. Jeżeli więc kropelkę tego kału z zachowaniem zwykłych ostrożności przeniesiemy do próbówki z buljionem i postawimy

¹⁾ Zeitschrift für Hygiene. T. II. str. 52. Wszechświat. Nr. 23.

przy ciepłocie 37° C. na 12 godzin, to już po tym czasie możemy odczyn wykonać i orzec na pewno czy mamy do czynienia z cholera lub nie. Nie potrzeba tutaj ani hodowli na płytce, ani też drobnowidzu.

W razach niepewnych musimy uciec się do drogi pośredniej, mianowicie dokonać hodowli na płytce, nie czekamy jednak rozwinięcia się charakterystycznych zagłębień z obwódką, lecz już poprzestajemy na drobnych zaledwo widzialnych punkcikowatych kolonijach, które formują się po 20—30 godzinach. Kilka lub kilkanaście takich punkcików przenosimy do probówek z buljonem i hodujemy w ciągu 12 godzin przy ciepłocie 37° C.. W probówkach zawierających bakteryje cholery otrzymujemy charakterystyczny odczyn — w innych nie.

Hodowlę na płytce wykonywamy w sposób następujący: do probówki zawierającej 5—8 ctm. sześciennych żelatyny odżywezej z peptonem, wpuszczamy na platynowym drucie, zgiętym na końcu w małe kółeczko, kropelkę kału badanego. Upřednio żelatynę rozpuszczamy w ciepłej wodzie. Po dokładnem zamieszaniu, z tej żelatyny przenosimy cząstkę do innej [2—3 kółeczka] i znów dokładnie mieszamy. Teraz wylewamy obie probówki na wyjałowione płytki i umieszczamy w szklanych kloszach ¹⁾ płaskich, jakich zwykle dla hodowli używamy. Po 20—30 godzinach formują się drobne punkciki, pomiędzy którymi znajdują się i bakteryje cholery. Punkciki owe dostrzegamy przy 50—100-krotnem powiększeniu i przenosimy jak wyżej powiedziano do probówki z buljonem.

W sposób powyższy mogłem oddzielać bakteryje cholery od innych i po wyhodowaniu otrzymywałem z kwasem solnym pomieniony odczyn.

Nie obeznanym z wyglądem bakteryj cholery i ich kolonij, podaję sposób ten jako jedną więcej możność sprawdzenia drobnowidzowych obrazów drogą chemiczną. Prosty ten odczyn jest najlepszym dowodem właściwości bakteryj cholery.

Zamiast buljonu zawierającego pepton, możemy użyć do hodowania 1—2% roztwór handlowego peptonu z dodatkiem $\frac{1}{2}$ % soli kuchennej i nieco sody do wyraźnie alkalicznego odczynu. W roztworze takim otrzymujemy również charakterystyczne zabarwienie, które zależy od peptonu. W płynie nie zawierającym peptonu, bakteryje cholery dają z kwasem niezmiernie słaby odczyn, lub nie dają żadnego. Czem mocniejszy roztwór peptonu, tem więcej otrzymujemy barwnika, przytem prawie cała ilość peptonu zostaje przez bakteryje rozłożoną, jak nas o tem przekonywa próba wykonana z siarcznem miedzi w alkalicznym roztworze: występuje zaledwo ślad różowego zabarwienia. Ażeby się o tem przekonać, należy przedtem usunąć barwnik zapomocą alkoholu amyłowego, który zabiera go całkowicie, dając silnie różowo zabarwioną warstwę ustającą się na powierzchni płynu.

Różni badacze, pracując nad odczynem wymienionym, doszli do jednakowych mniej więcej wyników i uznali go za charakterystyczny dla bakteryj cholery.

Jednym z najpierwszych, który ów odczyn spostrzegał jest A. POEHL ¹⁾, który badał go niezależnie odemnie, nie nadawał mu jednak znaczenia rozpo-

¹⁾ Szczegółowy opis hodowli na płytce p. „Z pracowni prof. Koch'a“ Gaz. Lek. z 1885.

²⁾ Berichte d. deutsch. Chem. Ges. T. 19. str. 1162.

znawczego. BRIEGER ¹⁾ otrzymał barwnik w stanie czystym i określił go jako pochodny indolu. DUNHAM ²⁾ sądzi, że zamiast kwasu solnego korzystniej jest używać kwasu siarczanego, że przytem odczyn staje się widocznym już po 3 godzinach, że roztwór peptonu lepszym jest niż bulijon z peptonem, że w hodowlach żelatynowych wtedy tylko odczyn występuje, gdy bakteryje w zupełności żelatynę rozpuściły. Twierdzi on dalej, że odczyn ów w słabszym stopniu daje się otrzymać w hodowlach bakteryj: FINKLER'a i DENECKE'go, po dodaniu mianowicie kropli kwasu azotnego, przyznaje jednak, że żaden nie jest tak charakterystycznym jak odczyn bakteryj cholery.

Z wszystkich podanych okoliczności zgodzić się mogą na to tylko, że roztwór peptonu w zupełności zastępuje bulijon [peptonizowany. Niedawno miałem sposobność pokazywać prof. HOYEROWI i ŁUKJANOWOWI odczyn występujący w hodowli klutej na żelatynie, gdzie zaledwo drobna górna część lejka była rozpuszczoną. Po dodaniu kwasu solnego lub siarczanego otrzymaliśmy zabarwienie różowe, które stopniowo rozszerzyło się na całą pozostałą nierozpuszczoną żelatynę; wskazuje to, że materyja dająca barwnik przenika stopniowo do masy nienaruszonej jeszcze żelatyny.

Zauważę dalej, że kwas siarczany jest mało odpowiednim z powodu zbyt- niego stężenia: gdy go w kroplach opuścimy na dno probówki z hodowlą bakteryj cholery, otrzymujemy dość szybko zbrunatnienie. Następnie nadmienić muszę, że podobne zabarwienie w hodowlach bakteryj FINKLER'a i DENECKE'go otrzymujemy z kwasem siarczanym i bez uprzedniego dodania kropli kwasu azotnego, odczyn ten pojawia się w 4-dniowej hodowli tych drobnoustrojów, zabarwienie jest jednak zaledwo dostrzegalne. Jeżeli zaś dodamy kroplę kwasu azotnego do hodowli 4-dniowej bakteryj EMMERICH'a (*b. Neapolitanus*), otrzymamy barwnik identyczny z czerwienią cholery, który tak samo możemy wylugować za pomocą alkoholu amyłowego. Naturalnie ilość barwnika jest co najmniej 50 razy mniejszą.

Jednym z autorów, którzy najlepiej opracowali odczyn pomieniony jest JADASSOHN ³⁾. Wyniki jego są zgodne z mojami, z wyjątkiem tylko tego, że mojem zdaniem, nawet zanieczyszczone hodowle mogą po kilku godzinach dać odczyn wiadomy, nie dający się otrzymać, *resp.* znikający po 24 godzinach hodowania w ciepłocie 37° C.. Podobne wyniki otrzymał i ZAESLEIN ⁴⁾.

Zupełnie inaczej zapatruje się na rzecz całą ALI COHEN ⁵⁾. Zdaniem jego zabarwienie różowe w bakteryjach cholery występuje jedynie skutkiem domieszki HNO₂ [kwasu azotawego]. Jeżeli kwas siarczany jest tej domieszki pozbawiony, odczyn miejsca mieć nie może. Ponieważ zaś kilka innych gatunków bakteryj pod wpływem kwasu azotawego [jak to zauważył DUNHAM] dają podobne różowe zabarwienie, odczyn więc nie przedstawia nic szczególnego i charakterystycznego dla cholery.

¹⁾ Deutsche Med. Woch. 1887. str. 305. str. 469.

²⁾ Zeitschr. f. Hygiene. T. II. str. 337.

³⁾ Breslauer ärztliche Zeitschr. Nr. 16 i 17. 1887.

⁴⁾ Deutsche Medicinal Zeitung. Nr. 72. 1887.

⁵⁾ Fortschritte der Medicin. Nr. 17. 1887.

Ażeby odeprzeć ten zarzut, postarałem się o kwas, którego czystość zawsze łatwo sprawdzić można. Jest nim krystaliczny kwas szczawiowy. Uprzednio już nadmienilem, że kwas ten wywołuje odczyn podobnie jak i kwas solny. Jeżeli teraz nieco zupełnie czystego krystalicznego kwasu szczawiowego dodamy do 24 godzinowej hodowli bakteryj cholery [w 2% alkalizowanym roztworze peptonu i $\frac{1}{2}$ % soli kuchennej], otrzymamy mocny fioletowo czerwony odczyn. W hodowlach innych bakteryj odczyn ten miejsca nie ma.

Tak więc widzimy raz jeszcze, że odczyn jest najzupełniej dla bakteryj cholery charakterystycznym. Toż samo zauważył SALKOWSKI ¹⁾ na innej drodze. Użył on kwasu siarczanego, który był absolutnie wolny od domieszki HNO_2 i pomimo to odczyn z bakteryjami cholery otrzymał. Inne bakteryje nie podobnego nie dały. SALKOWSKI tłómaczy powstawanie odczynu w następujący sposób:

Odczyn bakteryj cholery jest to właściwie odczyn, jaki daje indol wobec kwasu azotawego [HNO_2]. Nie tylko bakteryje cholery wytwarzają indol i skutkiem tego nie tylko hodowle bakteryj cholery pod działaniem silnego kwasu mineralnego w obecności kwasu azotawego odczyn podobny dać mogą. Charakterystyką bakteryj cholery jest jedynie wytwarzanie, obok indolu, jeszcze pewnej ilości soli kwasu azotawego, dla tego więc właściwie hodowla bakteryj cholery daje odczyn z kwasami zupełnie czystymi, podczas gdy hodowle niektórych innych bakteryj, ażeby podobny odczyn wydać mogły, muszą być traktowane kwasem mineralnym z dodatkiem kwasu azotawego, ponieważ wytwarzają tylko indol bez śladów HNO_2 .

Mojem zdaniem SALKOWSKI niezupełnie ma słuszość, gdyż jak się mogłem w ostatnich czasach przekonać, bakteryje FINKLER'a, MULLER'a, DENEKE'go, a nawet zwykłe kałowe, oraz bakteryje EMMERICH'a i *bac. pyogenes foetidus*, mogą dać odczyn nieco podobny z kwasami mineralnymi, słabszy kolorymetrycznie od 20—50 razy i w czasiedaleko dłuższym, mianowicie 3—4 doby wynoszącym. Odczyn bakteryj cholery jest przytem tak charakterystycznym, że pomyłka żadną miarą miejsca mieć nie może.

Bardzo ciekawą jest notatką prof. SCHUCHARDT'a ²⁾, że VIRCHOW, badając przed 40 laty płyn otrzymany po przefiltrowaniu wypróżnień cholerycznych, otrzymał z kwasem azotnym różowy odczyn; szkoda tylko, że nie użył kwasu solnego.

Dowodzi to w sposób wymowny, że odczyn przez nas podany posiada znaczenie rozpoznawcze i że bakteryje przecinkowe są choleryze właściwe.

¹⁾ VIRCHOW's Archiv. T. 110. Z. 2. str. 366.

²⁾ VIRCHOW's Archiv. T. 110. Z. 2. str. 373.

II. ZESTAWIENIE 25 PRZYPADKÓW OTWARCIA JAMY OTRZEWNEJ PRZY CHOROBAH NARZĄDÓW RODZAJNYCH KOBIECYCH NIEZAPALNEGO POCHODZENIA.

Podał

Władysław Matlakowski.

Ordynator tego oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 49].

Tyle co do wskazań w najgrubszych zarysach; możnaby również napisać sporą monografię o rodzajach i odmianach zastosowanych operacji i o wskazaniach dla każdej, lecz i tu dla braku miejsca musimy ograniczyć się do suchego szkicu. O ile znaną mi jest odnośna literatura, podział stosowanych operacji nigdzie nie jest właściwie oznaczony; np. w gruntownej pracy ŻMIGRODZKIEGO, znajdujemy ustęp: Laparotomija §§) i tu wyliczone trzy kategoryje: a) otwarcie jamy brzusznej i usunięcie płodu bez wydalenia worka płodowego; b) z usunięciem tego ostatniego; c) laparotomija w przypadkach, gdzie już nastąpiło zropienie ściany worka płodowego i rozpoczęła się samoistna eliminacja płodu; tu należą przypadki, w których nastąpiło przedziurawienie do kiszki, pęcherza, pochwy, przypadki, gdzie utworzyła się przetoka na ścianie brzusznej i cięcie operacyjne wychodzi za granice przetoki i przypadki, gdzie ograniczono się tylko do prostego rozszerzenia przetoki. Przeciw temu należy nadmienić, co następuje. Wyraz laparotomija powinien być stosowany tylko do tych przypadków, gdzie się otwiera otrzewną, bez względu na to, czy worek jest cały, czy też już rozpoczęło się samodzielne wydzielanie obumarłego płodu. Następnie należy stanowczo oddzielić przypadki operacji, w których przy całym worku płodowym, zawierającym martwy płód, znaleziono szeroki zrost worka ze ścianą brzuszną, *resp.* z pochwą rozcięto ten ostatni, nie otwierając wcale otrzewnej poczem płód wydobyto, a worek pozostawiono. Przypadki te, przy zastosowaniu antyseptyki dają najlepsze rokowanie i operację tę bardzo doradza SCHROEDER w swoim klasycznym podręczniku. Dalej również najściślej należy oddzielić przypadki, w których nastąpiła eliminacja obumarłego płodu; pomoc lekarska częstokroć ograniczała się do przecięcia ropnia, lub wyciągania kosteczek; co do rokowania są to przypadki pomyślne, a operacji nawet obok stawiać nie można z takim wycięciem worka *via laparotomia*.

Otóż opuściwszy zupełnie te ostatnie kategoryje operacji, jako nietypowe, wszystkie inne podzielimy na dwie grupy:

I. Przecięcie ściany brzusznej i worka przy istniejącym zroście, z pozostawieniem worka płodowego, bez rozerwaniu zrostu, a z usunięciem płodu. Tu należą dwie odmiany

§§) L. c. str. 228.

a) *colpomotia*, cięcie przez pochwę, b) przez ścianę brzuszną; w każdej z nich liczne modyfikacje stosownie do potrzeb indywidualnych przypadku, a więc: z pozostawieniem, lub odklejeniem łożyska, z przedrenowaniem do pochwy i t. d. Nieprzyrosły worek można zamienić na przyrosły za pomocą laparotomii na 2 tempa: najprzód otwarcie otrzewnej nad workiem, potem przez wyłożenie rany opatrunkiem, przez przesyćcie i t. d., podobnie jak przy bąblowcu wątroby, gastrostomii i t. p., wywołanie zrostu, poczem dopiero opróżnienie worka płodowego.

II. Drugą grupę stanowi zupełne wycięcie worka płodowego jak przy owaryjotomii. Jestto operacja bardzo ciężka, a trudności operacyjne mogą przedstawiać całą gamę, której niepodobna tu wyszczególniać. Stosunkowo łatwą operacja ta będzie przy ciąży jajowodowej, np. z zupełnie nieprzyrosłym workiem płodowym, a najstraszniejszą przy ciąży brzusznej i zrostach worka ze wszystkich stron. W najnowszych dopiero czasach odważono się na ten najśmielszy w całej dziedzinie chirurgii rękoczyn, lecz brak jeszcze odpowiedniej kazuistyki, przy niewyczerpanej różnaitości zachodzących warunków, do ocenienia jego wskazań. Tu odróżnić można następujące odmiany;

1-o wolny lub przyrosły worek płodowy, wycięcie zupełne, opuszczenie szypuły do jamy otrzewnej jak przy owaryjotomii.

2-o wolny lub przyrosły worek płodowy, wycięcie zupełne umieszczenie szypuły w dolnym kącie rany jak przy starym sposobie owaryjotomii.

3 o wolny lub przyrosły worek płodowy, częściowe wycięcie, przedrenowanie do pochwy, a zaszyćcie worka od strony jamy otrzewnej, wreszcie zaszyćcie rany w ścianie brzusznej; tak sobie postąpił MARTIN z dobrym skutkiem.

Rozumie się samo przez się, o ile przy wolnym worku każda z tych operacyj jest łatwiejszą. Według LITZMANN'a wycięcie wskazanem jest przy ciąży jajowodowej.

Laparotomija z wycięciem worka, t. zw. przez SŁAWIAŃSKIEGO *laparokelyphoectomia*, wedle zestawienia ZMIGRODZKIEGO była wykonaną 18 razy z zadziwiająco małą śmiertelnością, bo 2. Obszerne rozlane zrosty były w 4 przypadkach, lecz i w pozostałych przypadkach nie brakło większych lub mniejszych zrostów. Wyliczam tu ważniejsze z tych przypadków:

MARTIN: ciąża kilka lat; podstawa podwiązana i zostawiona *in situ*. BILLROTH: ciąża 3 lata; szypuła podwiązana i zostawiona. LITZMANN: 9 miesięcy po śmierci płodu; szeroka szypuła podwiązana i wpuszczona. KNOWSLEY-THORNTON: ciąża 9 miesięcy; podstawa podwiązana i zostawiona *in situ*. FORT: płód dobrze wykształcony; szypuła umieszczona w ranie brzusznej. DOENITZ: ciąża 16 miesięcy, drenaż. KUŹNIECKI: ciąża 6 lat; szypuła wszyta w ranę brzuszną. KUŹNIECKI: ciąża 1 rok; szypuła tak samo wszyta. SUTUGIN: ciąża 1½ roku; szypuła podwiązana i wpuszczona, dren do pochwy z dołu DOUGLAS'a. MURATOW: ciąża po terminie; szypuła wpuszczona. MARTIN: ciąża przenoszona; wyluszczenie guza z *lig. latum*, odcięcie z prawym rogiem macicy; dren do pochwy, rana w ścianie brzusznej zaszyta. Wszystkie te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Zmarły zaś chore: SCHROEDER'a: płód donoszony; szypuła wpuszczona i WAITZ'a, ciąża 15 lat.

Według tego mój przypadek należy do tej samej grupy. Cięża w nim trwała 12—13 miesięcy, śmierć płodu nastąpiła blisko terminu jego donoszenia na 4 miesiące przed operacją; zrosty były ze wszystkich stron kolosalne, jednak, tak od ściany brzusznej, jak i od jelit, co najważniejsza, dały się rozerwać; szypułkę utworzyłem z najgłębszej części worka; z obawy krwotoku ze ścian worka i łożyska ująłem je w odgniatacz KOEBERLE'go i umieściłem ekstrape-rytonealnie, przez przszycie otrzewnej ściennej do ścian worka poniżej pętlicy zaciskającej, jak to robią przy ekstraperytonealnej metodzie myotomii. Przy zachowaniu przepisów przeciwnylnych udało się uniknąć zapalenia otrzewnej, lecz śmierć nastąpiła z zamknięcia jelita 8-go dnia po operacji.

6. PIĘĆ WYCIĘĆ MACICY PRZĘZ POCHWĘ.

Spostrzeżenie XXI. *Prolapsus uteri et vaginae completus; exstirpatio uteri totalis; sanatio.*

Trzcionka Barbara, służąca, 24 l., wstąpiła do oddziału d. 6. II. 1886 r. opowiada ona, że przed 6 laty dźwignęła i przeniosła po schodach ciężki fotel i zaraz wtedy poczuła, że jakby się coś w niej oberwało. Nigdy w ciężę nie zachodziła. Od 5 miesięcy macica wypada zupełnie na zewnątrz, a od 3-ch nie może jej wcale chora odprowadzić.

St. praesens. Kobieta niska, bardzo blada, kredowo biała; tkanki tłuszczowej podskórnej pokład umiarkowany; głowa stosunkowo duża, golenie krzywe, wysokiego stopnia *scoliosis* z wypukłością części grzbietowej na prawo, części łądz-wiowej na lewo; ogromne skrócenie klatki piersiowej; łopatka prawa podniesiona do góry i odstająca, lewa płaska, miednica krzywo ustawiona; zęby sieczne rowkowane. Ze sromu zwiesza się ogromny guz, kształtu łódkowatego; długość jego licząc po powierzchni górnej [chora leży na plecach], lekko wklęsłej wynosi 12½ ctm., po dolnej wypukłej 20 ctm., obwód w równiku 28 ctm.. Na swobodnym końcu widać czerwone usta maciczne, otoczone nadzartą błoną śluzową; powierzchnia blado-różowa, sucha, skórzasta, pokryta łuszczącym się nabłonkiem. Kanał maciczny ma na długość 7½ ctm.. Wywinięcie pochwy rozpoczyna się z przodu od samego otworu cewki z tyłu od samej skóry kroczka. Przy macaniu guza łatwo w nim wyczuć twardy, gruby trzon macicy i dno; macica w silnym stopniu zgięta ku tyłowi pod kątem prostym, zatem raczej złamana, a nie zgięta łukowato; po odprostowaniu natychmiast się przelamuje. Tuż obok dna wyczuwa się powrózki, jajowody, oraz jajniki. Cewnik wprowadzony do cewki zaraz tuż za wylotem kieruje się nie pod spojenie, lecz ku dołowi w guz, gdzie tym sposobem mieści się cały pęcherz; ztąd opróżnianie tego ostatniego niezupełne, odbytница w guz nie jest wypukłona.

Dnia 25. II. 1886 r., bez chloroformu, po odpowiednim przygotowaniu chorej, wyciąwszy ogromny trójkąt na tylnej powierzchni guza, uskuteczniłem *colporrhaphiam posteriorem*, nałożyłem 17 szwów, dolne z wykluwaniem nitki w środku rany. Krwawienie, które tej operacji zawsze towarzyszy, pociągnęło jeszcze większe osłabienie chorej, która mładła, wraże gdy ją posadzono na łóżku. Zwolna przychodziła poprawa, lecz gdy chora w kilka miesięcy potem zaczęła chodzić, w krótko macica zaczęła wypadać ponownie, tak, że w niedługim czasie powrócił *status quo ante*.

Wobec tego stanu rzeczy uważałem, iż istnieje wskazanie do wycięcia macicy, a to dla następujących względów: chora dotknięta jest wypadnięciem macicy najwyższego stopnia, które powróciło pomimo zeszyca pochwy z wycięciem ogromnego płatu; z powodu zmniejszonej objętości brzucha skutkiem skrzywienia kręgosłupa i wadliwego ustawienia miednicy trzewa mają dążność do wypadania;

ciągle pozostawanie macicy na zewnątrz części pleciowych wraz z jajnikami pociąga wielkie zaburzenia w miesiączkowaniu, powodujące wysokiego stopnia niedokrwiłość i brak sił; wreszcie wynikająca ztąd niezdolność do pracy. Sądziłem też, że przy tak znacznej krzywicy, pozbawienie chorej organu rodzajnego nie przyniesie krzywdy społeczeństwu, czyniąc ją niezdolną do poczęcia.

Dnia 10. VII. 1886 r. po gruntownem oczyszczeniu pola operacyjnego przystąpiłem do operacji, starając się wykonać ją jak najszybciej, by chorą jak najkrócej trzymać w narkozie, oraz z jak najmniejszą utratą krwi. Dlatego też tu wykonałem obklucie sklepienia przedniego i tylnego sposobem MARTIN'a *), poczem zrobiłem w nich cięcia; mimo obklucia z cięć żywo krwawiło. Otworzywszy DOUGLAS'a, ująłem otrzewną w kleszczyki, poczem przesyłem najniższe odcinki sklepień bocznych i zawiązałem wraz z błoną śluzową. Teraz wywinąłem macicę bardzo powiększoną przez ranę w sklepieniu tylnym, zrobiłem nacięcie w *excavatio vesico-uterina* i starałem się oddzielić pęcherz od macicy, lecz z obawy zranienia pierwszego zanadto wkroczyłem w tkankę tej drugiej, skutkiem czego nie byłem w stanie oddzielić tych dwóch narządów z tej strony, tak, że wróciłem do cięcia w sklepieniu przednim i ztąd na tępo palcem odłuszczyłem pęcherz od macicy, poczem podwiązałem grubym jedwabiem i obciąłem oba więzy szerokie wraz z jajowodami, więzem jajnikowym i obłym przy samej macicy. Z powodu żywego krwawienia z powierzchni cięcia sklepienia tylnego, zmuszonym byłem jeszcze raz je obkluć, poczem połączyłem: 1-o jednym szwem otrzewną na kielbicy więzu szerokiego prawego z lewym, 2-o drugim zaś szwem nakrzyż otrzewną dołu DOUGLAS'a z otrzewną zagłębienia pęcherzo-macicznego. Oczyszcziwszy dokładnie pochwę, odprowadziłem ją, wypełniłem gazą jodoformową, poczem chora przeniesioną została do łóżka. W kilka jednak minut podczas wymiotów cała pochwa wynicowała się, a tampony wypadły. Odprowadziwszy nanowu obmyty narząd do środka, wypełniłem go gazą jodoformową, na srom położyłem gąbkę, na nią serwetkę, te zaś umocowałem opaską T-ową.

Przebieg był burzliwy z początku z powodu osłabienia i niespokojności chorej, długotrwałych i uporczywych wymiotów, później z powodu objawów zamknięcia kiszek, powstałych po objedzeniu się pokarmami nieodpowiednimi. Mimo to wszystko przy wielkiem staraniu o antyseptyczne zachowanie rany, zwłaszcza przy wypuszczaniu moczu, udało się chorą wyprowadzić na drogę ku wyzdrowieniu, które z wolna miesiącami przychodziło do skutku. Chora ostatecznie opuściła szpital wyleczoną ze swego kalectwa, lecz ze znaczną niedokrwiłością.

Chociaż wycięcie macicy jest operacją bardzo ciężką, to jednak w wyjątkowych razach bywa stosowaną w przypadkach ciężkiego wypadnięcia macicy i pochwy. MARTIN do 1885 r. wykonał je 3 razy **) u starych kobiet, które przez następne zeszyte pochwy zostały zupełnie i trwale uleczone. Świeżo znowu LEOPOLD ***) wspomina o 4 wycięciach z tej samej przyczyny.

Spostrzeżenie XXII. *Carcinoma portionis vaginalis uteri; extirpatio totalis uteri et adnexorum; sanatio.*

Bieńkowska Maryjanna, żona stolarza z Warszawy, 37 l., przybyła do oddziału d. 31. VII. 1885 r. skarżąc się na bóle w krzyżu i udach, oraz w podbrzuszu. Chora urodziła szczęśliwie 5-ro dzieci, ostatnie przed 1½ rokiem; początku swojej choroby dobrze oznaczyć nie umie; od pewnego czasu do bó-

*) AUGUST MARTIN. Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 1885, str. 292.

**) L. c. str. 304.

***) Archiv für Gynaekologie. T. XXX. str. 401.

łów przyłączyły się obfite utraty krwi podczas miesiączkowania, chora zaczęła bardzo chudnąć. Zaparcie stolca; oddawanie moczu nie zakłócone.

St. praesens. Średniego wzrostu, dobrej budowy; wychudnienie średniego stopnia; blado-żółtawe cera; na kończynach dolnych zwłaszcza prawej *ichtyosis* z bardzo obfitą siatką żył podskórnych. Brzuch duży; ścianka wiotka, dna macicy nie wyczuwa się ponad spojeniem; gruczoły pachwinowe nie powiększone. Warunki techniczne do operacji łatwe, a mianowicie dostęp do macicy łatwy wejście do pochwy obszerne, pochwa podatna, duża; macica znajduje się dość wysoko, ale ruchoma i daje się nieźle ściągnąć ku dołowi; sklepienia miękkie i wolne; część pochwowa duża, twarda zwłaszcza, wargę przednią, w której wyczuwa się guz nierówny, twardy, krwawiący przy badaniu go palcem; macica powiększona. Badanie przez odbytnicę nie dorzuca żadnego szczegółu do tylko co podanego rezultatu. Inne narządy nie przedstawiają żadnych ważniejszych zaburzeń.

Operacja. Chora ogolona, wykąpana, wymyta, z opróżnionym kanałem pokarmowym, została zachloroformowaną d. 19. Września 1885 r.; rozszerzywszy pochwę wziernikiem Sims'a, ściągnąłem macicę szczypcami Museux i idąc za radą HELLBRONN'a obkrawałem macicę nożem dookoła, a w miarę tego przecięte naczynia były chwywane i podwiązywane. Z przodu operując nożem wszedłem w tkankę szyi macicznej z obawy przed zranieniem pęcherza, lecz spostrzegłszy błąd, pozostawioną część tkanki macicy wyciąłem. W ten sposób posuwając się coraz wyżej wyluszczyłem macicę, a pociągając za nią, ściągnąłem do wysokości dostępu dla palców jajowody wraz z ich wylotami i jajniki i takowe po obu stronach podwiązałem i nad podwiązkami poobcinałem. Operacja była mozolną, wiele bowiem naczyń z powodu zesłizgnięcia się podwiązek wypadło podwiązywać powtórnie, długą, trwała bowiem około 2 1/2 godziny, męczącą dla operujących i w końcu bolesną dla chorej, której obawialiśmy się tak długo trzymać w głębszej narkozie. Odprowadziwszy wypadłą sieć do jamy brzusznej, połączyłem sklepienie tylne z przednim jednym szwem, poczem nie wprowadzając drenu do otrzewnej, obciążwszy krótko ligatury, wypełniłem jamę pochwy szczerlnie gazą jodoformową.

Przebieg prawie bezgorączkowy, ale bardzo burzliwy, z powodu, że chora zaczęła się skarżyć na trudny do wytrzymania ból w prawym dole biodrowym, rozchodzący się ku okolicy lędźwiowej, pozbawiający ją snu i wypoczynku. Z początku miałem obawę, czy nie wziętym został w podwiązkę prawy moczowód, gdy jednak mocz co do ilości nie przedstawiał żadnego zakłócenia, odnieść musiałem ból do podwiązki nałożonej na jajnik, którego elementy w części być może zostały zaciśnięte. Ten ból był powodem, że powrót chorej do zdrowia był bardzo powolny, wszelako bez żadnych objawów zapalnych ze strony otrzewnej. B. wyszła zdrową d. 2. I. 1886 r. z kilku podwiązkami, które tak mocno trzymały się w bliźnie, iż trudno było je wydobyć. Od tej pory widziałem chorą kilkakrotnie: poprawiła się do niepoznania, dotychczas nie ma ani śladu odrosnięcia nowotworu.

Spostrzeżenie XXIII. *Carcinoma portionis et partim vaginae; extirpatio uteri; sanatio.*

Dębska Rozalija, właścicielka drobnej posiadłości zpod Mławy, przysłana przez kol. BAJERA, wstąpiła do oddziału d. 21. III. 1886 r.; początek choroby datuje jakoby od 4 miesięcy, mianowicie jak zaczęły pokazywać się „plamy“ to brudno szare, to krwawe; od miesiąca typ miesiączki, która była zawsze prawidłową, zmienił się; krew pokazywała się co 2 tygodnie, jednocześnie zaczęła chora doznawać bólów około pępka i w krzyżu. Chora odbyła pomyślnie 14 porodów i 3 poronienia, z których dwa wypadła na ostatnie ciążę; ostatni raz brzemienną była przed 3-ma laty.

Chora średniego wzrostu, nieco upośledzonego odżywiania, blada z żółtawym odcieniem skóry, brzuch duży; gruczoły chłonne pachwinowe powiększone. Z części płciowych obrzydliwy cuchnący wpływ charakterystycznej woni, krwawo zabarwiony. Pochwa obszerna wypełniona guzem kałafiorowatym, nierównym, bardzo łatwo krwawiącym, wielkości prawie pięści, wyrastającym z części pochwowej, która w całości jest zajęta przez nowotwór. Macica niepowiększona, jest wraz z guzem bardzo ruchomą; sklepienia wolne, nienacieczone, lecz granica nowotworu od strony sklepień nie zupełnie wyraźna. Zaburzeń w oddawaniu moczu nie ma.

Chora była najprzód gruntownie do operacji przygotowywana; codziennie przestrzykiwano jej pochwę roztworem sublimatu, lub chlorku cynku, tamponowano gazą jodoformową. d. 24 i 26. III. przypalono nowotwór żegadłem PACQUELIN'a, wskutek czego udało się zatrzymać ustawiczne krwawienie, oraz cuchnący odpływ. Dnia 30. III. za pomocą drucianej pętlicy odgnieciono guz sterzący do pochwy, poczem dwa razy na dobę przepłukiwano pochwę mocnym roztworem kwasu karbolowego. Dopiero mając chorą należycie oczyszczoną i przygotowaną d. 5. IV. przystąpiliśmy do operacji.

Po zachloroformowaniu i rozszerzeniu pochwy wzornikiem SIMS'a, przy ciągłym polewaniu pola operacyjnego, wyłuszczyłem macicę sposobem szczegółowo opisanym przez BENNECKE'go, o czem zbiorowo powiem niżej. Ściągnąwszy macicę wolną już, lecz jeszcze trzymającą się na więzach okrągłych i jajowodach, takowe *in situ uteri*, bez przekręcania jej podwiązałem i przeciąłem. Rany w dnie pochwy nie zaszywałem wcale, tylko grube podwiązki nałożone na jajowody i więzy jajnikowe okrągłe związałem ze sobą, skutkiem czego rana prowadząca z pochwy do jamy brzusznej znacznie się zmniejszyła, poczem pochwę wypełniłem gazą jodoformową.

Przebieg idealny; najwyższa ciepłota 38° C., tętno od 78 [po operacji] do 100; oddech od 16—20; wymioty, czkawka, lub odbijanie nie pojawiły się; brzuch pozostał małym, płaskim, miękkim i niebolesnym. Przez kilka pierwszych dni zastrzykiwano po 1/8 morfiny pod skórę; przez kilka pierwszych dni obfity krwisty wpływ z pochwy; 7-go dnia wyjęto pierwszy tampon, a założono świeży. 8-go dnia po oleju rycynowym nastąpiło pierwsze wypróżnienie. D. 2. V. wydobyto ostatnie podwiązki ze sklepienia pochwy. D. 8 V. Chora wyszła zdrową ze szpitala z bardzo znaczną poprawą w stanie ogólnym. Wkrótce atoli nastąpiło odrośnięcie nowotworu i chora zmarła w kilka miesięcy po wyjściu ze szpitala.

Spostrzeżenie XXIV. *Carcinoma portionis vaginalis uteri; extirpatio totalis uteri; sanatio.*

Iwanof Helena, służąca, z Radomia, 37-letnia, przybyła do oddziału dnia 6. IV. 1886 r.; chora blisko rok przeleżała w szpitalu Radomskim, gdzie jej robili przyżeganie części pochwowej. Początku choroby ściśle określić nie jest w stanie; mniej więcej z góra rok ma wpływ z części płciowych, niekiedy z krwią, miesiączka obfitsza niż dawniej; bóle niewielkie w okolicy krzyżowej.

Chora średniego wzrostu, dobrego odżywiania, skóra biało-różowa; mięśnie dobrze rozwinięte; narządy wewnętrzne prawidłowe. Dostęp do pochwy wygodny; wejście obszerne; pochwa obszerna, ściany jej podatne; macica nie wysoko; część pochwowa powiększona, twarda, chropawa około ust macicznych, gładka po obwodzie; palec wyczuwa niewielkie owrzodzenie kraterowate z miękkim dnem; oba sklepienia przednie i tylne oraz prawe miękkie, swobodne, natomiast lewe krótsze i nie głębokie, przechodzi w brzeg owrzodzenia; przy badaniu obu rękami macica okazuje się dość ruchoma. Badanie za pomocą wzornika potwierdza obecność na miejscu ust macicznych owrzodzenia łatwo krwawiącego; badanie cewnikiem przez pęcherz i palcem przez pochwę nie wykazuje

bliższego stosunku nowotworu do pęcherza; oddawanie moczu zupełnie swobodne i prawidłowe, niekiedy raz na dobę. Brzuch mały, ściana jego miękka; gruczoły pachwinowe nie powiększone.

Po odpowiednim przygotowaniu chorej d. 14. IV. 1886 r. pod chloroformem wyciąłem macicę całkowicie, w sposób zwykły, bez przekręcania jej; tampon jodoformowy. Operacja trwała blisko dwie godziny i z początku była bardzo trudną, gdyż nie było za co uchwycić macicy, kulociąg zaś wprowadzony na wywrót do jamy pochwy wrywał się i nie dawał możliwości ściągnięcia macicy. Przebieg wysmienity; ciepłota najwyższa 37,8° C., najniższa po operacji 37° C., tętno od 94—70—80; bez czkawki, odbijania lub wymiotów, bez bóleści; oddawanie moczu prawidłowe, trzeciego dnia pobudzenia do stolca i do wymiotów; gdy wieczorem niepokój w brzuchu wzmógł się, pojawiło się odbijanie, dano wlewanie HEGAR'a, po którym nastąpiły obfite wypróżnienia; od tej pory przebieg bez zaburzeń, wpływ z pochwy nieznaczny; d. 28. IV. wyjęto najgłębszą i ostatnią część tamponu. Dnia 7. V. chora zaczęła chodzić, a skoro obumarłe części wraz z podwiązkami oddzieliły się, chora opuściła szpital zdrową d. 24. V. 1886 roku.

Spostrzeżenie XXV. *Carcinoma portionis vaginalis uteri; extirpatio totalis; sanatio.*

K...ńska Zofija, żona urzędnika, 27-letnia; wstąpiła do oddziału d. 23. III. 1887 r. od 9-ciu lat zamężna, powiła szczęśliwie troje dzieci, ostatnie przed 5 u laty; miesiączkowanie od 17 roku życia, prawidłowe; upławy od 8 lat; leczy się od kilku lat, na obecną chorobę chorą jest od ½ roku, gdyż wtedy upławy zmieniły się na krwiste; przed kilku miesiącami krwotok; bóle w podbrzuszu zwłaszcza z lewej strony i w krzyżu; chora schudła nieco; oddawanie moczu niezakłócone 3 razy na dobę.

Chora niskiego wzrostu, bardzo szczupła i drobnej budowy, chuda, niezmiernie wytrzymała i za pomoc wdzięczna, narządy wewnętrzne prawidłowe. Brzuch mały, ściana nienapreżona. Pochwa średnio obszerna, długa; część pochwowa wysoka; wargę przednią od strony sklepienia odpowiedniego gładka, elastyczna, na powierzchni zwróconej do ust twarda; tylnej wargi wcale nie ma, a na jej miejscu obszerne owrzodzenie, przechodzące w części na boczne, ale szczególniej na tylne sklepienie. Sklepienie przednie zupełnie normalne, przez boczne prawe palec schodzi się z palcem drugiej ręki na brzuchu i tu nie wyczuwa się nacieczenia w tkance około szyi macicznej, natomiast przez lewe sklepienie wyczuwa się stwardnienie w lewej *textus paracervicalis*, które jeszcze lepiej wyczuwa się palcem wprowadzonym do odbytnicy, a które przy ujęciu macicy w szczypcy i usiłowaniu ściągnięcia jej stanowi przeszkodę tak znaczną, że macicę udaje się obniżyć bardzo niedostatecznie; macica niepowiększona.

Na tydzień przed operacją kol. BORYSOWICZ skutecznie gruntowne wyskrobanie owrzodzenia dopóki tylko łyżeczka miała się tkanki, skutkiem czego powstało kraterowate owrzodzenie, brzegi którego zostały obróbnane gilotynką. Po odpowiednim przygotowaniu d. 28. III. przy pomocy kol. ORŁOWSKIEGO, BORYSOWICZA, GULIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO i OBRĘBSKIEGO chora została zachloroformowaną, poczem obkroiwszy część pochwową zdała od nacieczenia, na tępo odłuszczyłem pęcherz i otwarłem *excavatio vesicouterina*, potem dół DOUGLAS'a, następnie podwiązałem masy boczne na każdej stronie 3 podwiązkami, macicę wyluszczyłem *in situ* bez przekręcania; odprowadziwszy sieć wypadłą, związałem podwiązki od obu więzów szerokich; tampon z gazy jodoformowej. Operacja trwała 1½ godziny.

Przebieg wyborny, wieczorem chora się uśmiecha, ciepłota 37,2° C., tętno 76; mocz prawidłowy; obfity krwawy przesiek z pochwy. Najwyższa ciepłota 37,7° C., najniższa 8-go dnia po operacji 36,6° C., tętno od 108—90. Je-

dyne zaburzenie, które sprawiło dużo obaw, była niemożność wywołania wypróżnień około 10 dnia po operacji: pomimo wlewań i środków przeczyszczających wystąpiły objawy zamknięcia kiszki z bólem, upadkiem tętna, utratą łaknienia i t. d., lecz wszystko to przeszło z chwilą oddania pierwszego stolca. Tampon wyjęto 8-go dnia. Chora wyszła ze szpitala d. 20. IV. 1887 r.. Gdy widziałem ją d. 3. IV. znalazłem ją w kwitnącym stanie co do stanu ogólnego; przy badaniu pochwy palcem sklepienia są zupełnie miękkie, wziernikiem zaś widzi się jeszcze czerwoną ziarninę. [D. n.].

III. O TWARDZIELI NOSA.

(*Rhinoscleroma Hebrae*).

Podali

Maryjan Jakowski

zarządzający pracownią bakteriologiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus

i **Władysław Matlakowski**

ordynator tegoż szpitala.

[Ciąg dalszy — Patrz. Nr. 48].

Wiek natomiast ma ważny wpływ na rozwój twardzieli. Według Kaposi'ego jego chorzy w liczbie 13-tu [5] byli w wieku od 25—40 lat. Na tej podstawie autor ten, a zanim Mikulicz, uważali twardziel za chorobę wieku średniego. Gdy jednak przypadek Geber'a dotyczył chorego 15-letniego, pierwsza zaznaczonych wyżej granic przesunęła się znacznie na wiek młody i już Schmiedicke, a zanim Pellizzari, uważają twardziel za chorobę wieku dojrzewania. I rzeczywiście zważywszy, iż w wielu przypadkach choroba rozpoczęła się przed latami, należy początek jej odnieść do okresu dojrzewania, chociaż chorzy przedstawili się lekarzowi w średnim wieku. Najmłodsze osobniki dotknięte twardzielią widzieli Cornil i Alvarez [chorzy: 11, 12, 13 i 16-letni], oraz Brujew [13-letni chłopiec]. Najpóźniejszego wieku dożył chory z twardzielią o ile dotychczas wiadomo w przypadku Mikulicza, miał bowiem 52 lata.

Co do innych momentów etjologicznych, można zatrzymać się nad jednym punktem, a mianowicie nad stosunkiem urazu do twardzieli. W tym względzie udało mi się odnaleźć następujące spostrzeżenia, w których jest wzmianka o stłuczeniu; 1) w przypadku Geber'a 22-letni chory opowiada, że przed 8-laty otrzymał uderzenie w nos, a w 6 miesięcy potem zauważył guziki w jamie nosowej, przeszkadzające swobodnemu przepływowi powietrza. 2) W przypadku Zeissl'a 35 letni chory zauważył przytępienie węchu oraz pewną trudność przy oddechaniu przez nos; szukając przyczyny tych zaburzeń, przypomniał sobie upadnięcie na nos podczas ćwiczeń gimnastycznych. 3) W przypadku Pellizzari'ego chora opowiedziała, że choroba nosa rozpoczęła się wkrótce potem jak pewien dentysta, wyjmując jej zęb sieczny, odłamał kawałek żelaza w zębodole i gwałtem go z tamąd wydobyl. 4) W przypadku Lang'a cierpienie rozpoczęło się na skutek uderzenia, jakiemu chory uległ przy wywróceniu się wozu, który go

przygniótł; nos wtedy obrzmiał i był bolesny; w 6 miesięcy później zauważył chory, że powietrze przechodzi przez lewą jamę nosową z pewną trudnością. 5) W przypadku MASSEI i MELLE'go u 34-letniej chorej na skutek niejednokrotnego traumatyzmu [pobicia], zwolna wystąpiła coraz wzmagająca się trudność w oddechaniu przez nos. 6) W przypadku, rozpoznanym przez TANTURRI'ego, a ogłoszonym w pracy MASSEI i MELLE'go, 45-letni chory zauważył częste krwawienie z nosa i trudność w oddechaniu przez nos; na pewien czas przed tem przyjaciel jego ścisnął go za nos, tak mocno, że poczuł bardzo mocny ból. 7) W przypadku STUKOWIENKOWA chory na 27 lat przed obserwacją uderzył się w nos drewnianą kłódką, na 20 lat uderzył go koń w skroń; na 15 lat spadł z konia, lecz nie uszkodził sobie przy tem nosa; choroba rozpoczęła się przed 5 laty od kataru i uczucia zatkania nosa. 8) W naszym przypadku wreszcie chora wspomina, że zauważyła guzik w nosie w tem samym miejscu, w które poprzednio uderzyła się żerdzią. Faktycznie trudno jest ocenić, o ile zaznaczone powyżej uszkodzenia istotnie przyczyniły się do powstania choroby, anamneza bowiem zawsze szwankuje co do swej ściśłości, zwłaszcza przy tak skrytej w samym początku chorobie, nic jednak nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że uszkodzenie nosa może otworzyć wrota wejścia dla pasorzytów, o których będzie rzecz niżej.

Leczenie twardzieli można zawrzeć w krótkich słowach; dotychczas pomimo wielu proponowanych środków okazało się ono prawie bezskutecznem. Przedewszystkiem zaznaczyć należy ważny fakt, osiągnięty z wielolicznych spostrzeżeń, iż leczenie przeciwprzymiotowe wszelakiego rodzaju okazało się zupełnie bez wpływu na twardziel. Przytoczyć tu możemy dwa najjaskrawsze przykłady ze spostrzeżenia ZEISSL'a, któreśmy streścili powyżej, oraz STUKOWIENKOWA, gdzie chorej dano 300 wtarę bez skutku. W przypadku MIKULICZA zrobiono 43 wstrzyknięcia podskórne sublimatu 1:100. Pozostałe środki lecznicze podzielić można na dwie grupy: mechaniczną i farmaceutyczną. Wycinanie nożem, wyskrobywanie łyżką VOLKMANN'a, wypalanie zegadłem PACQUELIN'a, środkami chemicznymi stosowane było dla przywrócenia drożności kanałów nosowych, które później wkładaniem tamponów, laminaryj, świeczek i t. p. starano się albo rozszerzyć, albo utrzymać w osiągniętych rozmiarach; drogą tą oczywiście dochodzi się do pewnego celu, lecz skoro tylko chory z poprawą osiągniętą długiem i bolesnem leczeniem wracał do swoich zajęć i przestawał się leczyć, na nowo rozrastały się guziki twardzieli i wracało zwężenie. W ogóle biorąc za wyjątkiem tracheotomii, ratującej życie chorego, oraz stomatoplastyki w ciężkich, ale na szczęście wyjątkowych przypadkach zwężenia ust, przeciw leczeniu chirurgicznemu można podnieść uzasadniony zarzut, że naraża ono chorego na nie-małe bóle, że przeciąga się długo, a wcale nie jest w stanie usunąć wszystkiego, co jest chore, skutkiem czego łatwy jest powrót cierpienia.

Bardziej racjonalnem wydaje się wstrzykiwanie mięszkowe rozmaitych środków przeciwpasorzytnych; stosował je już BILLROTH, wstrzykując nalewkę jodową, *sol. ars. Fowleri*; lecz nabrało ono jeszcze większego znaczenia od czasu, gdy okazało się, że twardziel jest formą zapalną i że jest natury pasorzytnej. Celem bliższego podziałania na chorą tkankę wstrzykiwał w nią LANG kwas salicylowy 1%, później 2% salicylan sodu, wcieranie maści salicylowej 3%, oraz

kwas salicylowy do wewnątrz po 2 grm. codziennie przez dwa miesiące. Dalej autor ten wstrzykiwał kwas karbolowy. Pod wpływem tego leczenia nacieki; zmiękły, a kształt nosa znacznie się poprawił. SIMON [praca SCHMIEDICKE'go] stosował *acid. pyrogallicum* w maści 1 : 5 wciągu 5 miesięcy, oraz dawał *sol. ars. Fowleri*. twardość skrzydeł nosa zupełnie ustąpiła, a nos prawie powrócił do normy. Niedawno DOUTRELEPONT stosował wcieranie maści sublimatowo-lanolinowej 1%, przyczem zwolna zgrubienie się zmniejszyło, części zajęte zmiękły. Być bardzo może, iż ta widoczna poprawa okaże się również mało trwałą, jak po innych środkach leczniczych, co dłuższe spostrzeganie takich chorych wykazać będzie w stanie. CORNIL i ALVAREZ stosowali leezenie skombinowane, na które składały się: wycinanie lub wypalanie guzów i nacieków, jodek potasu do środka, wstrzykiwanie eteru z jodoformem i widzieli przy tem na 23 chorych, pięciu wyleczonych, a u 10-ciu poprawę, przyczem pod słowem wyleczenie rozumieją stan chorych taki, że sprawa powstrzymała się zupełnie i że pozostały na jej miejscu tylko blizny.

2-o Część anatomo-patologiczna i doświadczalna.

W rozwoju nauki o istocie cierpienia, noszącego nazwę twardzieli nosa (*rhinoscleroma*), aż do ukazania się prac FRISCH'a [1882 r.] i PELLIZARI'EGO [1883 r.], którzy pierwsi przypuścili, że przyczyną choroby są pasorzyty pochodzenia roślinnego, ściśle rozróżnić można dwa kierunki. KAPOSI [5.] [1872] uważa nowowytworzoną tkankę, przy twardzieli nosa, za nowotwór bardzo bliski do mięsaków gliomatycznych lub ziarninowych, a TANTURRI chce widzieć w niej gruczolak lub epiteliomat [nabłoniak]. Jeszcze i w ostatnich czasach, już po ogłoszeniu prac autorów przyjmujących pasorzytnicze pochodzenie twardzieli nosa, CHIARI i RIEHL [41 i 44] [1885] określają ją jako nowotwór, złożony z tkanki ziarninowej. Z drugiej znów strony, w dwa lata po ukazaniu się pierwszego opisu tej choroby przez HEBRĘ, a więc w r. 1872, GEBER [8] wypowiedział zdanie, że nowowytworzona tkanka jest produktem zapalnym, pochodzącym z nacieczenia i bujania tkanki śluzowej i podśluzowej, pod wpływem jakiegoś stale działającego czynnika drażniącego. Zdanie to uzasadnił jednak ściślej dopiero MIKULICZ, który szczegółowo zbadał twardziel nosa co do budowy jej histologicznej; następnie SCHMIEDECKE i GANGHOFER podzielili poglądy GEBER'a i MIKULICZA, uważając twardziel nosa za sprawę pochodzenia zapalnego.

Według opisu MIKULICZA [12] zarówno w błonie śluzowej i podśluzowej nosa, jak w skórze i innych otaczających częściach widać wszędzie bardzo obfite nacieczenie komórek wędrujących. Komórki stanowiące to nacieczenie przez czas bardzo długi pozostawać mogą bez zmiany, zanim zginą lub przekształcą się w komórki tkanki łącznej; ta ich stałość i żywotność stanowi w danym razie bardzo charakterystyczną cechę w porównaniu z innymi przewlekłymi sprawami zapalnymi. Oprócz komórek wędrujących, na skrawkach widzieć można rozrzucone komórki wrzecionowate tkanki łącznej, a także duże komórki, blade, o jednolitej, nieziarnistej protoplazmie, najczęściej niezawierające widocznego

jądra; komórki te okrągłe, lub nieprawidłowych obrysów, są 2—3—4 razy większe od okrągłych komórek wędrujących. Co do innych tkanek, to gruczoly łojowe i potowe bardzo prędko zanikają, włosy wypadają, naskórek powoli grubieje i sięga głębiej między brodawki skórne; niekiedy zaś następuje spłaszczenie tych ostatnich i czopków międzybrodawkowych samego naskórka. Włókna mięsne również podlegają nacieczeniu i po dłuższym czasie stopniowo przekształcają się w tkankę łączną; włókna nerwowe początkowo nie podlegają zmianom następnie zaś powoli zanikają; tkanka chrzęstna i kostna, o ile znajduje się w miejscach zajętych sprawą chorobową, nie ulegają, zdaje się, żadnym zmianom. W tej postaci cierpienia, które klinicznie charakteryzują się jako rozlane, proste stwardnienie skóry, ze zmianą barwy takowej, nacieczenie ciałek wędrujących jest jednostajnem na całej przestrzeni; w postaci zaś, która klinicznie przedstawia się jako różnej wielkości guzy, nacieczenie grupuje się w postaci smug, wzdłuż naczyń krwionośnych. Tuż koło naczyń nacieczenia składają się z samych jednostajnych komórek wędrujących, które obficie zalegają wśród ścian naczyń, w miarę zaś oddalania się od nich, spotyka się dość liczne komórki wrzecionowate i wyżej opisane duże komórki o jednolitej protoplazmie; pierwsze są wyrazem zmian progressywnych, przekształcania się w komórki tkanki łącznej i wytwarzania w końcu tkanki bliznowatej, drugie — zmian regressywnych i te ostatnie powoli giną.

Najpierwsze i jak dotychczas najszczegółowsze badanie zmian, zachodzących w krtani i tchawicy dał GANGHOFNER. Znalazł on przy sekcji, że błona śluzowa górnej części krtani od wierzchołka nagłośni do strun dolnych była gładką i bladą; dopiero poniżej strun prawdziwych rozpoczynało się zwężenie lejkwate, największe na wysokości 1-go pierścienia tchawicy; błona śluzowa na powierzchni chropawa, drobnobrodawkowata, mocno zaczerwieniona. Poniżej tchawica zwężona na całej rozciągłości, lecz tuż nad podziałem jej zwężenie znowu jest największe. Błona śluzowa pokryta była ciągnącym się śluzem, po zdjęciu którego okazała się powierzchnia nieprawidłowo brodawkowata, usiana czarnawymi plamkami, zlekka nadżarta; powierzchowna warstwa łatwo odłuszcza się. Przy krajaniu nożem ścian tchawicy takowe okazują się bardzo zgrubiałe, a nóż natrafia w błonie śluzowej na cząsteczki twarde jak kość lub jak chrząstka. Pod drobnowidzem okazało się, że warstwa nabłonka składa się z pokładu powierzchownego komórek płaskich w wiele warstw ułożonych i z głębszego komórek okrągłych; nabłonka cylindrycznego ani śladu. W warstwie podnabłonkowej znajduje się obfite nagromadzenie okrągłych komórek. Powierzchnia błony śluzowej jest nierówna, falista; na wielu miejscach wyniosłości kolbkowate lub brodawkowate; na wielu częściach nabłonek zagłębia się w kształcie ząbków (*Zapfen*) lub szerokich pasków. Pod tem niżej idzie bardzo potężna warstwa, składająca się z komórek wrzecionowatych, z młodej tkanki łącznej, lub ze smug włóknistej tkanki. Tu i ówdzie w masie tej tkanki leżą wielkie, nieregularne ogniska komórek okrągłych, naprzemian z licznymi w części tworzącymi się w części zupełnie już wykształconymi komórkami chrzęstnymi. Na skrawkach, wziętych z dolnego odcinka krtani i zponad rozdziału tchawicy, znajduje się nadto ogromne nagromadzenie komórek okrągłych i wrzecionowatych

nietylko w warstwie podnabłonkowej, lecz w całej grubości błonie śluzowej; to nacieczenie sięga w odstępach między gruczołami aż do ochrzęstnej pierścieni; tu i ówdzie widać wychodzącą z ochrzęstnej tkankę złożoną z komórek wrzecionowatych, a w niej duże gromadki komórek chrzęstnych umieszczone między warstwą gruczołową i ochrzęstną. Skutkiem nacieczenia drobnokomórkowego błony śluzowej, oraz bujania tkanki łącznej i chrząstek, błona śluzowa okazuje się w 4—5 kroć zgrubiałą, gruczoły ściśnięte i zanikające.

Całą sprawę GANGHOFNER objaśnia jako rozlane przewlekłe zapalenie błony śluzowej i podśluzowej. Godnym uwagi jest rozwój tkanki chrzęstnej i nawet kostnej w nowowytworzonej tkance, na co już BILLROTH i MIKULICZ przy badaniu części wyciętych z wargi zwrócili baczną uwagę. Nigdzie GANGHOFNER nie znalazł rozpadu komórek, nigdzie owrzodzenia, tylko tu i ówdzie złuszczenie nabłonka. O. CHIARI w istotnych rysach potwierdza w zupełności dane tylko co przedstawione.

FRISCH [22] [1882] a niezależnie od niego PELLIZARI [1883] wprowadzili kwestyę twardzieli nosa na grunt nowy; przyjmując, że jest ona bardzo przewlekłą sprawą zapalną, jako czynnik powodujący toż zapalenie podają odkryte przez się bakteryje. Według FRISCH'a są to krótkie laseczniki, półtora raza dłuższe niż szerokie, nieruchome; laseczniki te leżą w tkankach między komórkami i w takowych, zwłaszcza zaś w dużych komórkach, opisanych przez MIKULICZA jako wytwory wsteczne. PELLIZARI [23.] zaznacza, że leżą one niekiedy po parze, przeważnie tuż w powierzchni komórek. Ani jeden jednakże, ani drugi z tych badaczy laseczników wyhodować nie zdołali, jakkolwiek FRISCH powiada, że w cieczy wodnistej oka, wśród ciepłoty 35—40° C, mnożą się szybko na szkiełku wyżłobionem. FRISCH odkrył je za pomocą barwienia w 1% roztworze błękitu metylenowego i odbarwiania [2—3 minut] w 0,5% węglanie potasu. Rezultaty FRISCH'a i PELLIZARI'ego potwierdza BARDUZZI [1885].

W roku 1885 zjawiała się praca CORNIL'a i ALVAREZA [32], która jakkolwiek nie posunęła istotnie naprzód nauki o pasorzytniczem pochodzeniu twardzieli nosa, gdyż hodowli i szczepień wcale nie uskutecznilo, dodała jednak parę szczegółów co do budowy histologicznej i morfologii pasorzytów. Autorowie ci, zapomocą barwienia w 2,5% roztworze fioletu metylenowego przez 48 godzin, a następnie odbarwiania przez takiż czas w wysokoku, wykazali, że laseczniki twardzieli nosa są otoczone błoną, zabarwioną na lekko fioletowo, gdy same bakteryje przyjmują mocną takąż barwę. Niekiedy jedna wspólna błona otacza kilka laseczników; istota takowej ma być różną chemicznie od istoty błon na pasorzytach zapalenia płuc. Same laseczniki są albo jednolite, lub też składają się z szeregu mocno zabarwionych ziarn, które autorowie są skłonni uważać za zarodniki. Laseczniki, według pomiarów CORNIL'a i ALVAREZA mają 2,5—3 μ . długości i są 0,4—0,5 μ . szerokie, leżą już to w komórkach, głównie dużych komórkach regresywnych, już też wśród tkanek i w przestworach chłonnych, przeważnie wzdłuż ścian a niekiedy widać je liczne wzdłuż naczyń krwionośnych. W pracy tej równie jak w dziele CORNIL'a i BABES'a „*Les bactéries etc.*“ [42], którzy korzystali z tegoż samego materiału, prócz szczegółów co do morfologii laseczników twardzieli nosa, znajdujemy jeszcze ważny

szczegól, że komórki MIKULICZA oprócz bakteryj zawierają ogniska zwyrodnionej szklisto protoplazmy; ogniska te istnieć mogą obok bakteryj i bez takowych. Czy istnieje i jaki mianowicie związek między bakteryjami i komórkami MIKULICZA, a zwłaszcza leżącymi wśród nich ogniskami szklistymi, autorowie na podstawie dotychczasowych prac zdecydować się nie mogą. ALVAREZ *) w roku ubiegłym [1886] ogłosił dalszy ciąg swych badań nad twardziłą nosa, w którym wypowiada odmienne od pierwszych swych zdań poglądy. Twierdzi on mianowicie, że twory, przyjmowane za duże komórki wsteczne MIKULICZA, są poprzecznymi przekrojami naczyń chłonnych i że swoiste pasorzyty twardzieli znaleźć można tylko w tychże naczyniach chłonnych lub swobodnie leżące wśród tkanki; przytem na bakteryjach, znajdujących się w przestworach chłonnych, otoczki wykazać nie można. Podaje również w kwestyi barwienia bakteryj szczegól, że potraktowanie skrawków, przed barwieniem, słabym roztworem kwasu osmowego przyczyniać się ma do uwidocznienia otoczki; jeśli wówczas preparaty, barwione według sposobu GRAM'a, przed sprzezroczyśzczeniem ich w olejku goździkowym, zanurzyć na 20—25 m. w stężonym roztworze wodnym safraniny, to daje się otrzymać zabarwienie podwójne, a mianowicie fioletowe laseczniki na różowawem tle otoczki.

Dopiero jednak w końcu roku, zeszłego dzięki badaniom PALTAUF'a i EISELSBERG'a [35] sprawa znacznie naprzód posuniętą została. Badacze ci w 6 przypadkach twardzieli nosa znaleźli bakteryje, pod postacią przeważnie krótkich [2—3 μ .] laseczników, lecz i w kształcie owalnych a nawet okrągłych niekiedy [0,4—0,5 μ . w średnicy] koków i diplokoków występujące, otoczone wyraźną błoną; błonę wykazać mogli najlepiej za pomocą barwienia w fioletcie gencyjanowym z wodą anilinową, odbarwienia następnie w słabym kwasie octowym lub wysokku, albo też za pomocą barwienia w płynie NEELSENA; barwienie błękitem metelenowym nigdy błon nie wykazało. Bakteryje znajdowali przeważnie w komórkach MIKULICZA, w przestworach chłonnych, a także między oddzielnymi komórkami, zawsze przytem pośród więcej powierzchniowych, mniej twardych części nowowytworzonej tkanki, rzadziej zaś znacznie w głębszych i twardszych jej warstwach. W jednym z badanych przez się przypadków autorowie znaleźli też pasorzyty w wydzielinie nosa.

Najważniejszą przeciw częścią badań PALTAUF'a i EISELSBERG'a są hodowle bakteryj twardzieli nosa, a poczęści wyniki i wnioski, do jakich doszli na zasadzie szczepień czystych hodowli zwierzętom.

Ze wszystkich badanych przypadków autorowie otrzymali czyste hodowle bakteryj na żelatynie, na płytkach i w probówce, na *agar-agar*, surowicy i kartoflu. Hodowle te co do swego wyglądu, zachowania się względem gruntów odżywczych i t. p., najzupełniej odpowiadają hodowlom pasorzytów zapalenia płuc, opisanych przez FRIEDLAENDER'a, rosną tylko nieco wolniej i według autorów, stare hodowle na żelatynie nie wywołują zbrunatnienia tejże, jak to ma miejsce w hodowlach bakteryj FRIEDLAENDER'owskich. Wyhodowane bakteryje, laseczniki i koki, są nieruchome i niekiedy wyrastają w długie nitki. Zarodników

*) Z pracy tej ALVAREZ'a w oryginale korzystać nie mogłem i szczegóły są przytoczone z *Jahresbericht'u BAUMGARTEN'a* za rok 1886. [45].

autorowie nie spostrzegali, a to, co biorą za takowe CORNIL i ALVAREZ, PALTAUF i EISELSBERG uważają za postacie rozwoju wstecznego.

Co do szczepień czystych hodowli zwierzętom, to takowe zaszczone pod skórę myszom wywołują, jakkolwiek niezawsze, na miejscu szczepienia ropień; ropa z tych ognisk daje czyste hodowle bakterij twardzieli nosa; szczepienie pod skórę królikom i świnkom morskim pozostaje bez skutku, nie wywołując ani ropni, ani też żadnych zmian podobnych do nowowytworzonej przy twardzieli nosa tkanki. Ponieważ jednak autorowie spostrzegli widoczne podobieństwo i rzec można prawie identyczność, między czystymi hodowlami badanych przez się pasorzytów i takimiż hodowlami pasorzytów FRIEDLAENDER'a, rozpoczęli więc doświadczenia w tym kierunku, t. j. spróbowali oprócz szczepienia pod skórę i w tkankę mięśniową, szczepić do jamy opłucnej i za pomocą wzięwań, przeprowadzając równocześnie badania uboczne ze szczepieniem hodowli bakterij FRIEDLAENDER'a. Okazało się, że wyniki doświadczeń były całkiem identyczne z tą tylko nieznaczną różnicą, że przy szczepieniu bakterij twardzieli nosa otrzymywali wyniki mniej wydatne, zmiany mniej rozległe i wolniej występujące. Zmiany te poległy w jednym i drugim razie na zapaleniu opłucnej, rozrzuconych ogniskach zapalnych w płucach, powiększeniu śledziony i na ropniach w tkance mięśniowej i pod skórą; myszy zdychały wszystkie, z czterech zaś użytych do doświadczeń swinek morskich zdechła tylko jedna; co do królików, to takowe okazały się całkiem odpornymi przy wszelkich próbach zaszczone im bakterij twardzieli nosa. I hodowle więc i szczepienia wykazały, że bakteryje wyhodowane przez PALTAUF'a i EISELSBERG'a, jeżeli nie są całkiem identyczne z bakteryjami FRIEDLAENDER'a, to co najmniej niezmiernie są do nich podobne.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

33. D-r Emil Pins. O działaniu nasion *Strophanti* w ogólności, a zwłaszcza w chorobach serca i nerek.

Prawie jednocześnie, kiedy we Francyi prof. G. SEÉ zwrócił uwagę klinicystów na nowy środek, działający na serce, w Szkocyi D-r FRASER ogłosił swoje spostrzeżenia nad znakomitym wpływem na serce nalewki z nasion *Strophanti*, której działanie zbliża się bardzo do działania naparstnicy, a nawet pod pewnymi względami ma ją przewyższać. Do użytku lekarskiego nadają się głównie przetwory z nasion rośliny *Strophantus* [rosnącej w południowej i wschodniej Afryce, *strophantus hispidus*, według OLIVERA STR. KOMBÉ], a mianowicie nalewka, *t-ra strophanti*, jak również alkaloid *strophantina*. Dzikim służy roślina ta do zatruwania strzał. *Strophantina* ze względu na swój skład chemiczny jest glikozydem; przedstawia się w postaci bezbarwnych kryształów, łatwo rozpuszczalnych w wodzie i wyskoku, nierozpuszczalnych w eterze i oddziaływających kwaśno.

Do badań nad chorem FRASER używał nalewki wyskokowej, zawierającej 1 część nasion *strophanti* na 8 części wyskoku, i roztworu wodnego *strophantiny*. Nalewkę wyskokową podawał on od 2 do 20 kropli 2 do 4 razy dziennie, roztwór zaś wodny wstrzykiwał podskórnie aż do 1 milligr. *pro dosi*. *T-ra strophanti*, jaka się obecnie w handlu znajduje, jest słabsza aniżeli dawna, za-

wiera bowiem, 1 część nasion na 20 części wyskoku; jest ona jasnożółtego winnego koloru, smak posiada właściwy sobie gorzki i palący, chorzy jednak przyjmują ją chętnie. D-r PINS podawał ją chorym 3 razy dziennie po 5 kropli, zwiększając stopniowo dawkę aż do 10 kropli *pro dosi*. Okazała się ona bardzo skuteczną w chorobach serca w okresie upośledzonego wyrównania, zależnego bądź to od wad zastawek, bądź od zmian chorobowych w samym mięśniu serca, lub w wielkich naczyaniach, podobnież w zaburzeniach czynności serca, mających swe źródło w przewlekłym zapaleniu nerek. Pomyślny wpływ leku zasadza się na tem, iż nie tylko zmniejszają się podmiotowe dolegliwości chorego, lecz i energija serca wzmacnia się, niemiarowość ruchów zmniejsza się lub znika, tętno staje się pełniejszym, silniejszym, rzadszem, niekiedy 12 do 40 uderzeń na minutę.

Jednocześnie ze wzmocnieniem siły serca zwiększa się ilość moczu, a znaczne nieraz obrzęki i uremiczne objawy ustępują. Prócz tego lek ten wywiera także ważny, dodatni wpływ na oddychanie: duszność, dochodząca niekiedy do bardzo wysokiego stopnia zmniejsza się, lub znika, napady astmatyczne zjawiają się rzadziej lub ustępują zupełnie.

Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że *t-ra strophanti* ze względu na swój potężny wpływ na napięcie t. z. *tonus* serca, już przewyższa wszystkie dotychczas znane leki tonizujące, włączając do nich nawet naparstnicę, za czem przemawia najlepiej szybkie ustępowanie różnych zaburzeń w oddychaniu, osnutych na tle niedowładu, wyczerpania mięśnia sercowego. Co do działania moczopędnego, to *t-ra strophanti* ustępuje pierszeństwa naparstnicy, przewyższając jednak konwalię, gorzykwiat wiosenny, cebulę morską, kofeinę i t. d.. W wodnej puchlinie, zależnej od zastojów w krążeniu żyły wrotnej i naczyń miednicy, jak również w nerwicach odruchowych serca, lek w mowie będący nie okazał się skutecznym. Tym sposobem wskazany on jest: we wszystkich przypadkach wad zastawek, w chorobach mięśnia sercowego, we wszystkich okresach przewlekłego, miąższowego zapalenia nerek i wreszcie w innych chorobach, w których występuje osłabienie serca. Przeciwwskazanie stanowią: czynne napływy krwi, krwotoki w wewnętrznych organach, lub skłonność do takowych, jak również i tętniaki.

Działania zbiorowego, jakie właściwe jest naparstnicy, autor nie zauważył, niektórzy bowiem chorzy brali *t-ram strophanti* w przeciągu 6, 8 do 10 tygodni bez najmniejszego szkodliwego wpływu na czynność serca, jak również na kanał pokarmowy.

(*Therapeutische Monatshefte* 1887. Heft 6—7).

J. Pawiński.

NEKROLOGIJA.

W d. 30 b. m. i r. zmarł JAN BUDZYŃSKI, lekarz, pozostawiając po sobie szczery żal wśród bliższego koła ludzi, którzy go znali. Zmarły odznaczał się pracowitością, niezmordowaną dążnością do nauczania się oraz niezwykłą skromnością. W czasach dzisiejszych chęć rozgłosu i imponowania ponad miarę zdolności i rozporządzałnej wiedzy z pewnością graniczącą nieraz z zarozumieniem nie rzadkiem jest zjawiskiem. Zmarły stanowił jaskrawe przeciwieństwo z tym typem ludzi; tak dalece chciał się on uczyć, poznawać i badać, że jego skromność posiadała w sobie jakiś niezwykle pierwiastek nieufności w siebie cechujący jego umysłowość, że wszystkimi konsekwencyjami ujemnymi dla śp. B. w życiu praktycznym. Patrząc na niego, jak po kilku latach pracy na nowo ze skwapliwością uczęszczał do szpitala, śledził za badaniem chorych, przyglądał się rękoczynom, pomimowoli uderzał ten rys jego charakteru. Zmarły odznaczał się prawością, uczynnością i bezinteresownością w życiu, które tak wcześnie zagasło.

Dnia 2 Lipca r. b. zeszedł ze świata tego lekarz, pełen gruntownej wiedzy, najzaśniejszy człowiek i kolega śp. DYMITER JEWDOKIMOW w 70 r. życia. Śp. DYMITER urodzony w 1817 roku

w Mińsku Gubernijalnym, uczęszczał do Gimnazyjum w rodzinie mieście, wydział zaś lekarski rozpoczął w Akademii Wileńskiej, a ukończył w Moskwie w 1842 r. z odznaczeniem. Po ukończeniu Uniwersytetu szlachetny ten człowiek pełen zdolności i nauki, mogący zająć wybitne stanowisko na polu lekarskiem i zdobyć dobrobyt materyjalny, powodowany chęcią poświęcenia dla społeczeństwa, osiedlił się w głębokiem Polesiu na granicy Mozyrskiego i Bobrujskiego i wierny swojej idei, całe życie spędził służąc najgorliwiej bezinteresowną radą bogatszej i niełatwo zapracowanym groszem biedniejszej braci — słowem, była to prawdziwa opatrność dla strony niebogatej i odludnej, gdzie pomoc lekarska przystępna była tylko dla możniejszych; śp. Dymitr zaś oddawał zawsze pierwszeństwo biednym, z bezprzykładnem poświęceniem i troskliwością przesiadując nie raz miesiące całe przy łożu chorego, stawał się niemal człowiekiem rodziny, darzył słowem pociechy, umacniał na duchu, a wróciwszy zdrowie i spokój w rodzinie nie potrzebował w zamian nic dla siebie. Wybitną cechą Jego charakteru była niepokalana prawość i szlachetność uczuć, nadzwyczajna delikatność i skromność, gotowość służenia każdej dobrej sprawie; posiadał przytem wielką umiejętność postępowania z chorymi i kolegami, bystry pogląd, zamiłowanie pracy, szedł bowiem z postępem nauki do ostatniej chwili, wszystko to zjednało Mu nieograniczoną ufność, powszechną miłość i uwielbienie, które najbardziej uwydatniły się szczerym żalem licznych zgromadzenia ludu wszelkiego stanu i powołania umyślnie na smutny obrzęd pogrzebowy z dalszych stron nawet przybyłego. Dla biednej rodziny swojej funduszu prawie żadnego nie zostawił; pogrzeb odbył się kosztem przyjaciół, również złożono się wedle możności na pomnik.

Zaprawdę iza szczerego żalu i wdzięczności, która spada na mogiłę Jego, jest najpiękniejszym pomnikiem na jaki człowiek zasłużył tu zdoła! Strony, w których przemieszkiwał śp. Dymitr, straciły w nim dzielnego lekarza i prawego męża, a społeczeństwo, jednego z członków z zaparciem siebie dla dobra współbraci pracującego. Szczytając się przez życie całe niezmierną przyjaźnią śp. DYMITRA i doświadczając Jego pomocy w każdej potrzebie, niniejsze wspomnienie, jako hołd Jemu przynależny, do wiadomości Szanownych Kolegów podaję.

Niech ziemia będzie Ci lekką cichy pracowniku, chlubo naszego powołania, nieodżałowany przyjacielu i kolego! Ziemia zniszczy Twe znikome szczątki, ale pamięć Twych zasług wiecznie żyć będzie!

A. Klecki.

Posiedzenie kliniczne nadzwyczajne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 13 Grudnia 1887 o godzinie 6½ wieczorem.

- 1) FUNK. Demonstracyja chorego z „*Sarcoma cutis nasi*“.
- 2) Dyskusyja nad odczytem kolegi KRAMSZTYKA JULIANA „Chroniczne zapalenie otrzewnej u dzieci“.
- 3) JAWDYŃSKI. Dwa przypadki zapalenia ropnego otrzewnej, uleczonego na drodze operacyjnej.

OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1888 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt na „Dziennik dla Wszystkich“ na r. 1888, oraz dla prenumeratorów prowincjonalnych prospekt na „Przegląd Tygodniowy“ na rok 1888.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

W W A R S Z A W I E W Y R O B U W Ó D

N A J W I E K S Z Y P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y C H N A B U T E L K I I S Y F O N Y.

A P T E K A

MAGISTRA FARMACJI

W I N C E N T E G O K A R P I Ń S K I E G O



W W A R S Z A W I E,



ulica Elektoralna N. 39.

Poleca następujące **wina lecznicze**, wyrabiane na maladze wyborowej:**Wino Rabarbarowe** czyste pół butelki 2 rsr.**Wino Rabarbarowe** z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.**Wino Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.**Wino Chinowe z żelazem**, pół butelki 1 rs. 50 kop.**Wino z Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop.—100 kop. i po 120 kop.**Wino Pepsynowe**, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina.—Pół butelki 2 rs.**Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwasami daktylami.

Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie; pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.

Tran lekarski oczyszczony, cena względna do cen handlowych**Tran** lekarski zwyczajny,**Tran z żelazem**, z jodkiem żelaza, z bendżwinianem żelaza, butelka po 1 rs.**Olum ricini koussinatum comp.** Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkanu trzew brzusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską rachityczną cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

W. Karpiński.

10—7

T I C A M I R O W O I T U

K E F I R

naszego wyrobu, nagrodzony **listem pochwalnym I klasy** na tegorocznej wystawie higienicznej dostać można w następujących aptekach:

Biehlera ul. Nalewki
 Borowskiego ul. Przejazd
 D-r Heinricha plac Teatralny
 Karpińskiego ul. Elektoralna
 Kucharzewskiego ul. Miodowa

Lilopa ul. Nowy-Swiat
 Rutkowskiego ul. Długa
 Sobolewskiego ul. Dzika
 Turskiego ul. Karmelička
 Ziemńskiego ul. Marszałkowska

BIERTÜMPFEL i GESSNER

Właściciele Apteki, Jerozolimska 27.

12—7