

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych. Podał L. Rydygier. — O zewnętrznem badaniu rodzących. Podał J. Saks. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 61. Małokrwistość złośliwa. 62. 5 rzadszych spostrzeżeń mechanicznego uszkodzenia ciężarnej sub tentamine abortus illiciti. 63. Nowy sposób określania kwasu solnego w soku żołądkowym. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Odporność w świetle badań współczesnych. Streścił L. Karwacki. (Ciąg dalszy). — Sprawozdanie z XII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie. (Dokończenie). — Z posiedzeń laryngologiczno-otytrycznych. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. L. Rydygier — Truskawiec dans les maladies des voies urinaires. 2) D-r J. Saks — Sur l'exploration externe dans l'accouchement.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. L. Rydygier — Truskawiec bei Krankheiten der Harnwege. 2) D-r J. Saks — Ueber die äussere Untersuchung der Gebärenden.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

TRUSKAWIEC W CIERPIENIACH DRÓG MOCZOWYCH.

Podał

Prof. L. Rydygier

C. K. Radea Dworu.

Według wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich.

W dzisiejszych czasach może więcej, niż kiedyindziej, wskazane jest zajmować się naszymi kąpielami, coraz dokładniej poznać ich działalność i coraz częściej i energiczniej zalecać ich odwiedzenie.

Jedno z pierwszych miejsc pomiędzy naszymi zakładami kąpielowymi zajmuje niezaprzeczenie Truskawiec, tak co do mnogich swych wskazań i skuteczności działania, jak też dobrych urządzeń i wygody dla gości.

Nie może być zadaniem chirurga, a więc też i nie mojem, żeby omawiać znany skład chemiczny kilku źródeł Truskawca; nie zamyślam też wyliczać różnych chorób, jakie dają wskazanie do używania źródeł w Truskawcu, a chcę tylko zwrócić uwagę Sz. Kolegów na Truskawiec wogóle pod względem jego skuteczności w cierpieniach chirurgicznych, a w szczególności pod-

nieść z większym naciskiem dodatnie jego działanie w cierpieniach dróg moczowych.

Sklania mię do tego w pierwszym rzędzie osobista wdzięczność, bo doznałem sam na sobie błogich skutków działania „naftusi“, którą dzięki uprzejmości zarządu Truskawca mogłem pić nawet w domu, mimo że to jest połączone z pewnymi trudnościami. Dla tego poczuwam się do obowiązku na tem miejscu złożyć podziękę całemu zarządowi Truskawca, a specjalną p. Dyrektorowi Mizerskiemu za jego niezwykłą uprzejmość. Na żądanie przesłano nam też bezpłatnie większą ilość naftusi do badań klinicznych. Z góry zaznaczam, że badania te na chorych klinicznych nie są jeszcze ukończone, a sprawę z nich zda dopiero jeden z asystentów klinicznych. Dotychczasowe nasze doświadczenie zachęca jednak w wysokim stopniu do dalszych prób z naftusią w cierpieniach dróg moczowych, i to właśnie jest celem mego wykładu.

W wielu szczegółach będę musiał się opierać na bogatym doświadczeniu kol. PELCZARA, lekarza ordynującego w Truskawcu, który był łaskaw nie tylko broszurkę swą mi przesłać, ale na piśmie dał cenne wyjaśnienia, za co mu również serdecznie dziękuję.

Źródło, którego specjalnie w chorobach dróg moczowych się używa, jest źródło „nafty“ lub „naftusią“ zwane.

Rozbiór jego według prof. RADZISZEWSKIEGO wykazuje, że zawiera w 10,000 częściach wody przy temperaturze 14,3° C. i ciężarze gatunkowym 1,003:

Chlorku magnowego	0.2804
Siarkanu wapniowego	0.2802
„ magnowego	1.1617
Bezwodnika krzemowego	0.1139
Dwuwęglanu żelazowego	0.0371
„ wapniowego	3.8890
„ magnowego	0.2050
„ sodowego	1.4488
Soli litowych (azotanów)	ślady
Bezwodnika węglowego	0.7423
Ciał żywicznych	0.3779

Razem. 8.4733

Woda, wprost ze źródła czerpana, odznacza się bezwzględną przezroczystością i orzeźwiającym smakiem tak, że nawet w większej ilości można ją bez wstrętu pić bez obciążenia żołądka.

Najwybitniejszym działaniem „Naftusi“ jest, że zwiększa w nadzwyczaj krótkim czasie i w znacznym stopniu diurezę. Zwykle już w kwadrans po wypiciu wody pojawia się potrzeba oddania moczu. Ilość moczu przewyższa znacznie ilość wypitej wody. Mocz odchodzi łatwo, co przedewszystkiem z przyjemnością odczuwają chorzy z przerostem prostaty.

Mimo tak wybitnego działania na nerki i my w klinice naszej przy dotychczas małej ilości obserwacyi i kol. PELCZAR w długoletniej swej praktyce na miejscu nigdy nie widzieliśmy żadnego szkodliwego działania na nerki. Natomiast zaręcza kol. PELCZAR, że widział „wprost cudowny skutek“ w pewnych formach podrażnienia nerek na tle skazy moczanowej.

Silne działanie moczopędne „naftusi“ tłomaczy zbawienny jej wpływ na rozmaite cierpienia nerek i pęcherza.

Przedewszystkiem wyprowadza w ten sposób przeważnie mechanicznie złogi i piasek, nagromadzony czy to w nerkach, czy też w pęcherzu. Rozpuszczając śluz może i w ten sposób znakomicie się przyczynić do łatwiejszego wydalenia. Nie zadziwia więc wcale, że nieraz już po krótkim leczeniu w Truskawcu chorzy wydzielają wielkie ilości piasku, i bóle przytem często bywają mniejsze, niż dawniej. Rozumie się, że w dalszym ciągu ustąpić mogą i ustępują też objawy zapalnego podrażnienia nerek i miedniczek nerkowych, nie mniej i pęcherza. Takie działanie „naftusi“ na miejscu poparte jest współdziałaniem innych środków leczniczych w Truskawcu, jak kąpieli i diety.

Kol. PELCZAR przytoczył mi z pominięciem bardzo licznych innych przypadków przykład hr. FALKENHAYN'a (znanego twórcy *lex FALK.*) Pacjent był 17 razy operowany z powodu kamieni pęcherzowych. Przez całą zimę 1899 r. pił ze znakomitym skutkiem naftusię, czując się zupełnie wolnym od dolegliwości.

W chirurgii może nam więc oddać Truskawiec znakomite usługi po operacyi kamieni: przyczyni się do szybszego ustąpienia niezytu pęcherza ew. zapalenia miedniczek nerkowych i tym sposobem zapobiegnie wczesnym recydywom.

Główne więc zastosowanie w cierpieniach dróg moczowych miałyby ze stanowiska chirurgicznego źródło „nafty“ przedewszystkiem w *diathesis urica*, żeby zapobiegać tworzeniu się większych złogów *resp.* powstawaniu kamieni w miedniczkach nerek i pęcherzu, a po operacyi kamienia, żeby zapobiegać recydywom.

W równej mierze dobrze działać będzie we wszelkich następczych chorobach, powstających na podstawie tego pierwotnego cierpienia, a więc *pyelitis* i *cystitis*.

Dzięki swemu działaniu moczopędnemu dobrze też działa naftusia na inne postaci zapalenia pęcherza.

W mojem własnem cierpieniu pokazało się ostatecznie, że głównie miałem do czynienia z bakteryouryą, a kol. KUCERA wykazał, że chodzi o *bacterium lactis aerogenes*, które znalazł prawie w czystych kulturach. Tak salol, jak i urotropina dobrze robiły, ale trzeba było tych środków ciągle używać, i zawsze pozostawało pewne podrażnienie chociaż nieznaczne prostaty i wielka skłonność do nawrotów. Podnoszę z wdzięcznością, że i to zapalenie szyi pęcherza zupełnie ustąpiło po dłuższem używaniu naftusi. Kol. PELCZAR w piśmie swem do mnie donosi, że na podstawie licznych przypadków obserwowanych twierdzić może, że i w innych formach *cystitis*, a mianowicie *gonorrhoeica* i *cystitis*, występującej nieraz przy *hypertrophia prostaticae*, bardzo dobrze działa naftusia. My w klinice rozpoczęliśmy zaledwie badania w tym kierunku i dla tego nic stanowczego powiedzieć nie możemy, chociaż, jak już powiedziałem — i nasze doświadczenia przemawiają za dalszą próbą. Przedewszystkiem chodziłoby nam o to, aby przekonać się, czy w przypadkach *cystitis tuberculosa*, tak uporczywego cierpienia, naftusia sama, czy razem z innymi środkami stosowana zdoła korzystnie wpłynąć na przebieg choroby.

Nie chcę mówić o dobrym wpływie Truskawca na rozmaite choroby stawowe, mianowicie z wysiękami, jako i na wysięki najrozmaitsze wogóle,

ale z tego, co powiedziałem, wynika jaknajdosadniej, że i w cierpieniach innych chirurgicznych ma Truskawiec najrozmaitsze wskazania.

Szkoda tylko wielka, że wysyłanie naftusi sprawia tak wielkie trudności, gdyż szybko się psuje, może dałoby się temu jakim ze znanych sposobów zapobiedz.

Do życzenia pozostaje, żeby ściśle naukowym badaniem na miejscu wykazano, w jaki sposób różne źródła w Truskawcu działają, i którym z ich składników błogie ich skutki przypisać należy; — nie może to być mojem zadaniem.

Podjąłem się tego wykładu mianowicie w tych czasach, żeby zachęcić wszystkich Kolegów do zwrócenia uwagi swej na tak zakomite źródło u nas w kraju, a nie zalecania obcych badań.

Nie rozwodzę się nad tem, że inne źródła Truskawca są tak skuteczne, że słusznie kol. KORCZYŃSKI mógł Truskawiec nazwać polskim Marienbadem.

O zewnętrznem badaniu rodzących.

75 PORODÓW PRZY POMOCY WYŁĄCZNIE BADANIA ZEWNĘTRZNEGO PRZEPROWADZONYCH.

Podał

Józef Saks (Łódź).

(Ze szpitala im. małżonków Poznańskich).

Śród wielu niebezpieczeństw, grożących życiu i zdrowiu rodzącej, niepoślednie miejsce odgrywa ręka badającego lub badającej, jako źródło zakażenia rodzącej. Usilne starania w celu wyszukania pewnej metody odkażenia rąk nie zostały uwieńczone po dziś dzień skutkiem pomyślnym; wprowadzenie przeto rękawiczek gumowych do położnictwa należy uważać za krok naprzód; nie rozstrzyga jednak używanie rękawiczek w zupełności kwestyi omawianej: osłabiają one bowiem po pierwsze dotyk, a po drugie, obserwacye, w klinice lipskiej czynione, przekonały, że badania położnicze przy pomocy rękawiczek powiększyły odsetkę zachorowań.

Niepewność wyników przy istniejących metodach odkażania rąk musiała skłonić akuszerów do ograniczenia badania wewnętrznego rodzących, a nawet do zaniechania tego rękoczynu w przypadkach porodów, normalnie przebiegających, i zadawalniania się badaniem zewnętrznem.

Drezdeńska szkoła z LEOPOLD'em na czele położyła ogromne zasługi przez wyrobienie metody badania zewnętrznego ciężarnych i rodzących na podstawie kilku tysięcy porodów, przeprowadzonych przy stosowaniu metody omawianej.

W literaturze naszej kwestya badania zewnętrznego odbiła się bardzo słabem echem. Jedyńą pracą, omawiającą kwestyę badania zewnętrznego rodzących, jest artykuł d-ra MONSIORSKIEGO*), nie wyczerpujący jednak kwestyi.

*) „O zewnętrznem badaniu akuszerzyjnem i o obrocie zewnętrznym“ d-r Zygmunt MONSIORSKI. Gaz. Lekarska. r. 1898 Nr. 41.

Zasady, których trzymać się należy przy badaniu zewnętrznem, są następujące. Kiszki i pęcherz ciężarnej lub rodzącej winny być opróżnione; ciężarna leży na łóżku nawznak, w głowie umieszcza się małą poduszkę. Ręce ciężarnej swobodnie leżą wzdłuż tułowia, dolne zaś kończyny winny być wyciągnięte i zlekka rozciągnięte; brzuch winien być obnażony; ręce badającego — ciepłe lub ewentualnie ogrzane (w przeciwnym bowiem razie występuje skurcz mięśni, utrudniający badanie).

Aby badanie zewnętrzne wykonać dokładnie, należy zastosować cztery następujące rękoczyny i to w porządku, niżej podanym *). Przy wszystkich tych rękoczynach używa się jednocześnie obydwóch rąk, które nakłada się całą ich powierzchnią, delikatnie, ale jednak mocno, aby bliżej określić przedewszystkiem obwód i napięcie brzucha, wielkość, kształt i napięcie macicy i ilość wody płodowej. Przy wykonywaniu trzech pierwszych rękoczynów należy twarzą być zwróconym ku badanej.

Pierwszy rękoczyn. Obiedwie ręce układamy poprzecznie na brzuchu badanej wzdłuż ciężarnej macicy, poczem powierzchnie dłoniowe delikatnie przesuwamy wzdłuż ciężarnej macicy ku górze, aż do jej dna i określamy tym sposobem położenie macicy w stosunku do pępka i dołka podsercowego. Za pomocą tego rękoczynu wyczuwamy jednocześnie, czy płód leży prosto, czy dno macicy zajmuje główka, czy pośladki, jak duży jest płód i jak daleko jest posunięta ciąża.

Drugi rękoczyn. Obiedwie wyciągnięte ręce przesuwa się, począwszy od dołka podsercowego, na boki brzucha i układa się je wzdłuż boków macicy. Pod jedną ręką wyczuwamy wtedy drobne części, pod drugą podłużny walec, odpowiadający grzbietowi płodu. Przy tym rękoczynie ułatwia się rozpoznanie grzbietu dziecka w następujący sposób: przez ułożenie ręki w linii środkowej brzucha i delikatny ucisk macicy ku tyłowi wypiera się wodę płodową w jedną, a grzbiet dziecka w drugą stronę, bliżej ku ścianom brzuszyn, a wtedy można go pod temi ostatnimi drugą ręką bardzo łatwo wyczuć.

Trzeci rękoczyn. Wielkim palcem i końcem wskaziciela prawej lub lewej ręki, o ile można najwięcej od siebie oddalonymi, obejmuje się poprzedzającą część płodu przez ściany brzuszne, tuż nad spojeniem łonowem. Aby u pierwiastki można było dobrze objąć głowę, już utwierdzoną w wejściu miednicy, należy końce wielkiego palca i wskaziciela skierować w kierunku ku jamie miednicy, gdy tymczasem dla objęcia głowy, wysoko stojącej u wieloródek, należy rękę i końce palców umieścić więcej poziomo. Dla ułatwienia tego rękoczynu u wieloródek, wywieramy ucisk drugą ręką na dno macicy, przez co obniżamy część poprzedzającą. Jeżeli wyczuwana część jest twarda i okrągła, to może to być tylko główka, która daje się objąć, jak kula, i przesuwać z miejsca na miejsce. Pośladki wyczuwają się więcej miękkimi i nierównymi. Trzeci ten rękoczyn jest bardzo ważny we wszystkich przypadkach, w których poprzedzająca część płodu, główka lub pośladki, znajduje się jeszcze w wejściu miednicy lub nad niem. Jeżeli zaś część poprzedzająca znajduje się w próżni, lub w wyjściu miednicy, jak to często się zdarza u pierwiastek w ostatnich tygodniach ciąży albo

*) Opis rękoczynów podajemy z „Badania położniczego“ przez prof. CREDÉ i LEOPOLD'a, tłum. d-r H. RUNDO. Warszawa. 1893. Nakład Łódzkiego Tow. Lek.

w dalszym przebiegu porodu, wtenczas daje się jeszcze zastosować czwarty rękoczyn lub badanie przez krocze.

Czwarty rękoczyn. Dla wykonania tego rękoczynu stajemy z boku rodzącej tak, żeby być zwróconym do niej plecami. Wciskamy nad pachwinami powoli i delikatnie końce palców obydwóch rąk wgląb, wzdłuż bocznych ścian miednicy. Jeżeli naprężenie ścian brzusznych utrudnia zagłębianie się końców palców, to rodząca może zmniejszyć napięcie, przybliżając nieco uda do brzucha, rozsuwając przytem nogi. Przy nisko stojącej główce czujemy, że twarda okrągła część płodu wypełnia miednicę, przy czem udaje się odróżnić bardziej wypukłe czoło z jednej strony od więcej płaskiej potylicy z drugiej strony.

Bardzo ważnym środkiem pomocniczym przy badaniu zewnętrznym jest badanie przez krocze przednie i tylne (przestrzeń między otworem stolcowym a kością ogonową nosi miano krocza tylnego): przez te miejsca z łatwością daje się określić wysokość części przodującej na wypadek obecności jej w próżni miednicy i doskonale śledzić można za stopniowem opuszczaniem się części przodującej.

W celu uniknięcia zarzutów dodać muszę, że wszelkie zboczenia w przebiegu porodu, uwydatniające się czy to w położeniu płodu, czy to w postaci wydzieliny nienormalnej (krwawienia), czy to w charakterze bólów porodowych (zbyt silne bóle lub brak ich), czy to w nienależytem ustawieniu części przodującej, czy to w zaburzeniu sapomopoczucia chorej (drgawki) i t. d. — zawsze skłonić nas winny do zbadania wewnętrznego rodzącej w celu wyświeślenia sprawy.

W znakomitej liczbie przypadków już przy badaniu zewnętrznym udaje się stwierdzić różne zboczenia, na przebieg porodu wpływ mieć mogące. O sposobie rozpoznawania niektórych zboczeń słów kilka powiemy.

Nieznaczone zwężenia miednicy, jak wiadomo, najczęstsze w wymiarze prostym wejścia do miednicy, uwydatnia się ruchomością części przodującej u pierwiastek; u wielorodek, oprócz nieustalania się części przodującej, wywiady co do przebiegu poprzednich porodów poprowadzą nas na właściwą drogę.

Postępowanie porodu doskonale śledzić się daje badaniem zewnętrznym, najlepiej przez krocze.

Przodowanie łożyska uwydatnia się przez krwawienie, wyjątkową twardość błon płodowych — przez nieodchodzenie wód pomimo bólów silnych i wypadnięcie części drobnej obok wielkiej przodującej, uwydatnia się przez niepostępowanie porodu lub wysokie ustawienie części przodującej pomimo bólów porodowych; położenie twarzyczkowe rozpoznaje się dzięki temu, że w tym razie część główki najbardziej dostępna, którą w tym razie jest potylicy płodu, znajduje się z tej samej strony, co i plecy.

Widzimy zatem, że większość zboczeń, w przebiegu porodu zdarzyć się mogących, uwydatnia się przy badaniu zewnętrznym; stwierdzenie zaś jakiegokolwiek zboczenia skłonić nas zawsze winno do badania wewnętrznego w celu wyświeślenia stanu rzeczy i odpowiedniego postępowania leczniczego.

Istnieje jednak pewne zboczenie, mianowicie wypadnięcie pępowiny obok części przodującej przy położeniach podłużnych płodu, które przy badaniu zewnętrznym rozpoznać się nie daje. Jeżeli jednak przyjąć pod uwą-

gę, że zboczenie to, na ogół biorąc, rzadkie bywa, należy przyznać słusność twierdzeniu SPERLING'a, że wobec rzadkości wspomnianego zboczenia niesprawiedliwione byłoby badanie wewnętrzne wszystkich rodzących, połączone w wielu przypadkach z niebezpieczeństwem zakażenia rodzącej. Jeżeli jeszcze przyjąć pod uwagę, że często pępowina wypada aż przed narządy rodzajne zewnętrzne, że często akuszerka pomimo badania nie rozpoznaje tego zboczenia, w innych znów przypadkach lekarz za późno przychodzi lub bez skutku pomyślnego dla dziecka operuje, i jeżeli dalej wspomnieć, że niekiedy przy wypadnięciu pępowiny tony płodu bardzo szybko słabną, innym znów razem poród tak szybko przebiega, że zboczenie omawiane żadnej szkody dziecku nie przynosi, zgodzić się musimy, że pozostaje bardzo nieznaną liczbą przypadków, w których zaniechanie badania pochwowego spowodowałoby śmierć płodu. Za to kategorycznie twierdzić można, że przy częstym badaniu przez akuszerki, unoszenie główki przy badaniu, nieostrożne i niedozwolone rozrywanie pęcherza niejednokrotnie spowoduje wypadnięcie pępowiny.

Od czasu wprowadzenia badania zewnętrznego w oddziale moim, odbyło się porodów czasowych lub bardzo zbliżonych do czasowych (poronienia i porody przedwczesne zostały wyłączone ze statystyki niniejszej, położenie bowiem płodu przy porodzie przedwczesnym bardzo mało wpływa w tych razach na przebieg porodu) 120; z tej liczby w 75 przypadkach stosowano wyłącznie badanie zewnętrzne, zatem w przeszło 60%. Cyfra ta jest niska, tłumaczy się zaś to tem, że metoda omawiana była dla nas względnie nowa, i że do szpitala przybywały rodzące, badane wewnątrznie w domu.

Na 75 porodów, w których stosowano wyłącznie badanie zewnętrzne, w 18 przypadkach mieliśmy do czynienia z t. zw. Sturzgeburt (porodem nagłym) lub z przerwającą się już częścią przodującą, badanie wewnętrzne było przeto w tych przypadkach zbyteczne.

W 57 przypadkach zadowolniliśmy się badaniem zewnętrznym — wśród rodzących przeważały pierwiastki, były jednak po raz drugi, trzeci rodzące, aż do rodzących po raz dziesiąty, były rodzące, dotknięte znacznymi obrzękami, cierpieniami płuc, co bynajmniej nie przeszkodziło, aby obejść się bez badania wewnętrznego. W znakomitej liczbie przypadków mieliśmy do czynienia z położeniami czaszkowemi, bo 54 razy; w 3 przypadkach było położenie pośladkowe, zewnętrznym rozpoznane.

W następujących przypadkach posiłkowaliśmy się badaniem wewnętrznym: W 17 przypadkach porodów, wymagających najrozmaitszych zabiegów (kleszcze, wymóżdżenie, obroty i t. d.); w jednym przypadku bardzo obszerne oparzenie całego ciała i powłok brzusznych, w innym przypadku wejście do pochwy było rozdzielone błoną, która, jak się okazało, dzieliła pochwę na dwie części (*vagina septa*). W 3 przypadkach porodów normalnych rodzące przybyły do szpitala badane już uprzednio w domu; w 8 przypadkach pozwolono akuszerce nowej badać wewnątrznie w celach dydaktycznych. W 5 przypadkach badano wewnątrznie bez ścisłego wskazania; w 8 nakoniec przypadkach badanie zewnętrzne nie wyjaśniło należycie położenia rzeczy, okazało się przeto koniecznym badanie wewnętrzne; w jednym przypadku nie rozpoznano położenia nóżkowego, w dwóch przypadkach grube powłoki brzuszne przeszkodziły zorientowaniu się w położeniu płodu; w dwóch in-

nych przypadkach przy badaniu zewnętrznem nie udało się określić, czy poród już się rozpoczął, innym znów razem znaczna obfitość wód przeszkodziła należytemu zorientowaniu się.

Niniejszem zakończę mą pracą, której celem jest zwrócenie uwagi kolegów, położnictwem się zajmujących, na metodę badania zewnętrznego i wykazanie, że badanie wewnętrzne wymaga ścisłego wskazania.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

61. P. RECKZEH. **Małokrwistość złośliwa.** Autor na mocy ogłoszonych przez się 5 przypadków małokrwistości złośliwej przedstawia obraz kliniczny tej choroby i zastanawia się nad kilku spornymi i wiele w ostatnich czasach dyskutowanymi kwestyami z dziedziny etiologii i rozpoznania różniczkowego. Pod niektórymi względami spostrzeżenia autora zasługują na uwagę, gdyż okazują niejako zboczenia od zwykłego, znanego obrazu choroby BIERMER'a.

Pomimo wielu prac, dotyczących różnych stron małokrwistości złośliwej, dotychczas jeszcze nie można uważać tej choroby za ściśle określoną jednostkę patologiczną. Jedni, jak GRAWITZ, największe znaczenie przy rozpoznawaniu przypisują objawom klinicznym, zaburzeniom ogólnym, zmianom na dnie oka, zaburzeniom żołądkowo-kiszkowym, ciężkości przebiegu i t. d., ze zmian zaś, dotyczących składu krwi, za najcharakterystyczniejszą cechę uważają znacznie zmniejszoną liczbę krążków czerwonych oraz silnie wyrażone zmiany ich kształtu obok znacznie obniżonego ciężaru właściwego krwi (przy małych zmianach ze strony surowicy); występowaniu megaloblastów nie przypisują ci autorzy żadnego rozstrzygającego znaczenia. Druga grupa autorów z EHRlich'em na czele wymaga dla rozpoznania małokrwistości złośliwej obecności makrocytów (dużych czerwonych krążków) i megaloblastów (dużych czerwonych krążków z jednym lub kilku jądrami). Obie grupy autorów przyjmują zboczenie w wytwarzaniu krwi.

Małokrwistość złośliwa nie należy bynajmniej do rzadkich chorób. Kobiety częściej bywają napastowane, niż mężczyźni, choć wszystkie 5 przypadków autora dotyczą mężczyzn. Najczęściej choroba rozwija się w wieku 40—50 lat, jakkolwiek zdarza się także w późniejszym wieku (w 1 przypadku autora chory miał 59, w drugim 62 lata).

Etiologia małokrwistości złośliwej jest w wielu przypadkach ciemna. Bródzdogłowiec szerokocłonki (*bothriocephalus latus*) już oddawna uważany jest za winowajcę tej choroby. Lecz nie jestto jedyny pasorzyt, mogący wywołać małokrwistość złośliwą w naszej strefie. LEICHTENSTERN, RUNEBERG, REYNER i inni sądzą, że i inne gatunki tasiemca mogą być przyczyną tej choroby. Wspomnieć tu należy o przypadku NONNE'go oraz o 3 przypadkach MINNICK'a, w których ciężką małokrwistość wywołał tasiemiec. Do tej kategorii zaliczyć można także jeden przypadek autora, w którym obwiniać można było *taeniam saginata*m. Dodać jednak należy, że znaczenie etiologiczne tasiemca dla małokrwistości złośliwej nie jest klinicznie tak ustalone, jak rola chorobotwórcza bródzdogłowca. W jednym przypadku autor uważa przymiot za jeden z czynników wywołujących. Że przymiot wywołać może małokrwistość złośliwą, dowodzą między innymi 4 spostrzeżenia Fr. MUELLER'a. Wobec względnej rzadkości *anaemiae*

perniciosa nie można prócz wzmiankowanych i innych czynników, obejść się dla wytłomaczenia powstawania tej choroby bez przyjęcia pewnej skłonności do niej. Zgodnie z tem tłumaczy sobie np. ROSENQUIST powstawanie małokrwistości złośliwej współdziałaniem zmiennych skłonności chorobowych, zmiennych bodźców chorobotwórczych oraz rozmaitych szkodliwości zewnętrznych.

Co się tyczy wyników badania krwi w przypadkach autora, to podnieść należy dane następujące: obok znacznego zmniejszenia liczby czerwonych krążków krwi oraz ich zniekształcenia (*poikilocytosis*) przy znacznym zubożeniu krwi w hemoglobinę we wszystkich przypadkach obecne były mikrocyty i megalocyty, jak również normoblasty, niezupełnie okrągłe, z jednym do trzech jąder. Megaloblasty znaleziono również we wszystkich przypadkach, choć nie w każdym czasie i często bardzo nieliczne. Bywają jednak przypadki niewątpliwej małokrwistości złośliwej bez megaloblastów (SCHAUMANN). Zaródź megaloblastów była niekiedy, w przeciwieństwie do normoblastów, uderzająco słabo zabarwiona. Co się tyczy znaczenia megaloblastów, to zauważyć należy, że podczas gdy EHRLICH tłumaczy ich powstawanie zwyrodnieniem megaloblastycznym szpiku kostnego i ściśle odróżnia megaloblasty od normoblastów, GRAWITZ nie robi takiego rozgraniczenia; zdaniem jego, megaloblasty powstają wskutek pęcznienia zarodki normoblastów. Zwyrodnienie ziarniste czerwonych krążków, t. zw. przez LAZARUS'a „punktirte Erythrocyten”, znalazł autor w 2 przypadkach, zwyrodnienie wielobarwnikowe (*polychromatophile Degeneration*) również w 2 przypadkach. Na uwagę zasługuje dalej szybkie marszczenie się czerwonych krążków. Często, a zwłaszcza wówczas, gdy czerwone krążki okazywały ziarnistość bazo-filową, znajdowane były kryształki i ziarenka hemosyderyny. T. zw. cienie czerwonych krążków oraz cienie megalocytów obecne były prawie we wszystkich preparatach pomimo nieznacznego zubożenia w hemoglobinę oddzielnych krążków. Liczba blaszek we krwi (*Blutplättchen*) nie była określana; zazwyczaj jest ona w małokrwistości złośliwej obniżona. Liczba białych ciałek krwi jest zmniejszona, w stosunku zaś do czerwonych krążków powiększona. Wielkie znaczenie rozpoznawcze autor przypisuje stosunkowi wzajemnemu rozmaitych postaci białych ciałek krwi: zmniejszenie ilości wielojądrowych neutrofilowych leukocytów obok zwiększenia ilościowego limfocytów ma być zjawiskiem stałym. Leukocytozę znalazł autor jeden raz. Jest to objaw pomyślny, występujący jednocześnie z ogólną poprawą chorego, przyczem zjawisku temu towarzyszy zwykle eozynofilia.

Co się tyczy objawów klinicznych, to obok takich zaburzeń, jak zawroty głowy, ból w okolicy mostka, zaburzenia ze strony serca i oddechu, brak łaknienia, osłabienie, uczucie zimna i inne, na uwagę zasługuje powolność ruchów i mowy, rzucający się w oczy objaw, który od razu budzi podejrzenie małokrwistości złośliwej. Obrazu klinicznego dopełniają: bladeść pokryw z żółtaczkowym odcieniem, obrzęki, charakterystyczne wybroczyny krwi w skórze. W moczu w 2 przypadkach znaleziono białko, w jednym — ślady barwników żółciowych.

Jako wielką rzadkość zanotować należy krwimocz, spostrzegany przez autora w jednym przypadku, przyczem oględziny pośmiertne wykazały, że miejscem krwawienia była błona śluzowa pęcherza. W obrazie klinicznym często na pierwszy plan występują objawy ze strony przewodu pokarmowego, tak że często powstaje podejrzenie raka narządów trawiennych. W 2 przypadkach autora istniała *stomatitis*. Śledzona bywa w małokrwistości złośliwej prawie zawsze prawidłowej wielkości, niekiedy zaś zmniejszona. W 2 przypadkach autora śledzona była wyraźnie powiększona, co stwierdziła także sekcyja. Powię-

kszenie wątroby bywa częściej spostrzegane. Ważne jest pod względem rozpoznawania i leczenia badanie wypróżnień na jaja i członeczki pasorzytów kiszkowych. W 2 przypadkach wypróżnienia i wymiociny zawierały dużo krwi (na sekcji znaleziono liczne krwawiące miejsca na błonie śluzowej). Ze strony układu nerwowego istniało w jednym przypadku lewostronne porażenie nerwu twarzowego, któremu odpowiadało małe ognisko krwotoczne w prawej torebce wewnętrznej. Jeden przypadek autora przebiegał pod postacią psychozy ze znacznym podnieceniem, co należy do rzadkości, gdyż zazwyczaj spostrzega się w małokrwistości złośliwej tylko melancholię. Prawdziwe objawy paranoiczne nie były tu dotychczas spostrzegane. Charakterystyczne dla małokrwistości złośliwej wybroczyny krwawe na siatkówce występowały w 3 przypadkach. Poruszenia gorączkowe zdarzają się dość często w przebiegu choroby. Za przyczynę ich uważać należy (LAZARUS, SILBERMANN) zatrucie fermentem, powstającym przy wzmożonym rozpadzie czerwonych krążków.

Ze strony anatomo-patologicznej na uwagę zasługuje przede wszystkim zachowanie się szpiku kostnego. W jednym przypadku, który po krótkim czasie zakończył się śmiercią, szpik kostny okazywał — rzecz dziwna — mniejsze zmiany, niż w pozostałych przypadkach, mianowicie tylko miejscami występowało przeobrażenie (*metaplasia*) w czerwony szpik. Również drobnowidz wykazywał w pozostałych przypadkach o przebiegu bardziej przewlekłym o wiele cięższe zmiany, nadzwyczajnie liczne megaloblasty, normoblasty, komórki eozynochłonne, a między nimi dużo małych, jednojądrowych. Co się tyczy innych zmian anatomicznych, to te nie różniły się one od zwykle występujących w małokrwistości złośliwej: zwyrodnienie tłuszczowe serca w jednym przypadku, krwawienia z błon śluzowych w drugim i t. d.

Z rokowaniem należy być ostrożnym. W przebiegu choroby zdarzają się długie remisje, jak np. w jednym przypadku autora, w którym okres zwolnienia trwał przeszło rok.

Według LAZARUS'a, nie wolno mówić o wyzdrowieniu przed upływem 5 lat. GRAWITZ jest zdania, że rokowanie zależy głównie od stosunków materialnych, i opowiada o 13 przypadkach wyleczenia na 19 spostrzeganych przez siebie (dyeta, przemywania żołądka, arsen). Także RONEBERG na 19 przypadków małokrwistości złośliwej, z których 12 wywołał bródzdogłowiec, miał 18 wyzdrowień. Odróżniać należy przypadki ze znaną etiologią od przypadków bez dającej się stwierdzić przyczyny. Pierwsze dają rokowanie o wiele lepsze. Niekiedy jednak pomimo usunięcia przyczyny (*bothriocephalus*) choroba w dalszym ciągu przebiega fatalnie i kończy się śmiercią.

Co się tyczy leczenia, to obok znanych środków dyetetycznych i fizycznych autor widział korzyść od stosowania żelaza i arsenu. Przelewania krwi nie stosował; wlewania podskórne fizyologicznego roztworu soli kuchennej dawały mu tylko wyniki przemijające. Samo się przez się rozumie, że przede wszystkim uwzględnić należy leczenie przyczynowe, a wobec częstotliwości, z jaką bródzdogłowiec wywołuje małokrwistość złośliwą, należy w każdym przypadku badać wypróżnienia.

(*Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 29 i 30. 1902.*)

S. P.

62. 5 rzadszych spostrzeżeń mechanicznego uszkodzenia ciężarnej sub *tentamine abortus illiciti*. Wobec przedstawionego niedawno Warszawskiemu Towarzystwu Lekarskiemu przez kolegę ZABOROWSKIEGO spostrzeżenia wydobywania ciała obcego — obsadki od pióra — z jamy brzusznej, wprowadzonej w pier-

wszycy miesiącach ciąży przez ciężarną przez srom w celu wywołania poronienia, na miejscu będzie zreferowanie kilku nowszych spostrzeżeń analogicznych.

WORRALL w Sydney opisał spostrzeżenie następujące. Kobieta, która już kilkoro dzieci rodziła, w 6 tygodniu nowej ciąży, w celu wywołania poronienia, wsunęła sobie przez pochwę do macicy haczyk kostny 6 cali długości. Podczas tej manipulacji ciało obce wyslizgnęło się jej z palców. Po dwóch dniach nastąpiło poronienie bez jakichkolwiek zaburzeń nadzwyczajnych. Po tygodniu można było wymacać ciało obce w poprzek lewej połowy wielkiej miednicy leżące. Przy ponownym badaniu w kilka dni później już ciała obcego nie wymacano. Przy cięciu brzuszkiem na macicy znaleziono plamę czerwoną w samym dnie jako ślad perforacji ściany macicy. Po uniesieniu sieci ku górze znaleziono ciało obce, tkwiące jednym końcem w lewym brzegu sieci. Haczyk kostny był zupełnie inkapsulowany złogami włóknistymi. WORRALL zwraca uwagę na to, że jego własne spostrzeżenia zupełnie potwierdzają twierdzenie prof. WATSON'a o hemostatycznych funkcjach sieci wielkiej, oraz że prądy wewnątrz-otrzewnowe mają kierunek od małej miednicy ku przeponie brzuszopiersiowej. (Referent potwierdza z własnego doświadczenia podczas cięć brzusznych przy pęknięciu ciężarnej trąbki i t. d. hemostatyczną działalność sieci, która pokrywa miejsce pęknięcia jajowodu, zlepią się z niem, z wylewem krwi i t. d. i zapobiega temu, aby krew nie rozlała się po całej jamie brzusznej. Tak bywa w większości przypadków, o ile operacja jest dokonana już po wessaniu się krwi, do jamy brzusznej wylanej. Przy operacjach, dokonanych zaraz po pęknięciu, referent takich zlepiń sieci z okolicą katastrofy perytonealnej nie widział).

CHAMBERS w Londynie referował spostrzeżenie następujące: Kobieta ciężarna 5 miesięcy temu w celu wywołania poronienia wsunęła sobie do macicy świeczkę elastyczną Nr. 8 gumową z otoczką jedwabną. Świeczkę później na drodze cięcia brzuszkiem usunięto: chora wyzdrowiała. Jeden koniec świeczki leżał w okolicy spojenia łonowego, drugi przebił doszczętnie *colon transversum*, na którym znaleziono odpowiednie dwa otwory, i spoczywał na *fossa iliaca dextra*. Na macicy nie znaleziono żadnych śladów perforacji — może więc świeczka weszła do jamy brzusznej przez sklepienie pochwy(?). CHAMBERS wspomina o spostrzeżeniu SIMS'a, który po przecięciu sklepienia pochwy wydobyl z prawego więzusa szerokiego srebrny cewnik kobiecy, wbity w celu wywołania poronienia, a dalej o śmiertelnie zakończonym spostrzeżeniu GAILLARD'a THOMAS'a: Ciężarna w celu wywołania poronienia wbiła sobie do pochwy ramię stalowe parasolki: ciało obce było wprowadzone z takim impetem, że przebiło diafragmę i na długości dwóch cali tkwiło w tkance płuca jednego. Operacji odmówiono, i chora zmarła na dwunasty dzień po wprowadzeniu ciała obcego. (Referat podług *British Gyn. Journal*. February 1902. pg. 204).

Usiłowanie wywołania poronienia przy ciąży pozamacicznej opisał W. D. SWAN: 25-letnia mężatka, sądząc, że jest ciężarna od 20 grudnia, dnia 7 lutego roku następnego udała się do kobiety lekarza. Dama ta ciężarnej wsunęła do macicy jakieś ciało obce, aby ciążę przerwać. Dnia 9 lutego wystąpiły silne bóle, i tegoż dnia wieczorem dokonano wyskrobania jamy macicznej. Operacji dokonali dwaj lekarze. Chora w 24 godziny później zmarła, i na sekcji stwierdzono rozerwanie ciężarnego jajowodu jednego. Nie można było dochodzić sprawy sądowo z powodu, że wyskrobanie jamy macicznej zatrzeć wszelkie ślady manipulacji owej kobiety lekarza.

(*Boston Med. and Surgical Journal*. 9. I. 1902).

Fr. Neugebauer.

63 RIEGLER. Nowy sposób określania kwasu solnego w soku żołądkowym. Z różnych metod określania kwasu solnego w soku żołądkowym metoda SJÖQVIST'a jest bezsprzecznie najlepsza. Jak wiadomo, polega ona na suszeniu i spalaniu soku żołądkowego z węglanem barytu, przyczem kwasy organiczne dają nierozpuszczalną sól, a kwas solny — rozpuszczalny chlorek barytu, z ilości tego ostatniego obliczamy ilość kwasu solnego. Autor podaje sposób objętościowego oznaczania chlorku barytu, co znakomicie przyczynia się do uproszczenia całej metody.

Modyfikację swoją autor opiera na zasadzie następującej.

Chlorek barytu z kwasem jodowym daje kwas solny i nierozpuszczalny jodek barytu, według wzoru: $BaCl_2 + 2HJO_3 = Ba(JO_3)_2 + 2HCl$.

Jodek barytu wydziela z siarczanu hydrazyny azot w stanie wolnym, według wzoru: $Ba(JO_3)_2 + 3N_2H_4.H_2SO_4 = BaSO_4 + 2HJ + 6H_2O + 6N$.

Przytem 1 ctm.³ azotu wolnego przy 0° i 760 m. m ciśnienia słupa rtęci odpowiada 1.083 mg. kwasu solnego. Określenie prowadzimy w aparacie KNOR-WAGNER'a. Oto metodyka. 10 ctm. sz. treści żołądkowej wraz z 0,5 węglanu barytu mieszamy w tyglu platynowym zapomocą pałeczki szklanej, suszymy na kąpieli wodnej i spalamy do szarego koloru. Popiół wyciągamy kilkakrotnie niewielką ilością wody wrzącej, (ogółem nie więcej nad 40 ctm sz.). Wyciąg zlewamy do kolbki, dodajemy doń 5 ctm. sz. roztworu 6% kwasu jodowego, wstrząsamy i stawiamy na kwadrans. Po tym przeciągu czasu opada na dno osad jodku barytu, który zbieramy na sączku i przemywamy, po odsączeniu, wodą dopóty, dopóki ilość przesączu i wody, użytej do przemywania, nie wyniosą ogółem 100 ctm. sz. Po tem wszystkim sączek wkładamy do aparatu, do którego wlewamy około 40 ctm. sz. roztworu 2% siarczanu hydrazyny. Po pewnym czasie obliczamy objętość wolnego N, przeliczamy ją na kwas solny i do cyfry tego ostatniego, wyrażonej w miligramach, dodajemy poprawkę 3,2 mg. HCl (część jodku barytu rozpuszcza się w wodzie).

R. podaje tablicę, znakomicie ułatwiającą obliczenie otrzymanych cyfr.

Nowa metoda pozwala również określić ilościowo kwas mleczny.

W tym celu 10 ctm. sz. treści żołądkowej destylujemy ze 100 ctm. sz. wody, ażeby oddzielić wolne kwasy tłuszczowe. Z pozostałego po destylacji płynu wyciągamy kwas mleczny zapomocą eteru. Ten ostatni odparowujemy na kąpieli wodnej. Osad rozpuszczamy w 10 ctm. sz. wody i dodajemy 0,5 węglanu barytu. Dalszy ciąg analizy jest ten sam, co i przy określaniu kwasu solnego, 1 ctm. sz. N wolnego odpowiada 2.6747 mg. kwasu mlecznego. Jako poprawkę dodajemy 7.9 mg. HCl.

(*Deutsche m. Woch* Nr. 25 r. 1902).

Bolesław Żebrowski.

Streszczenia zbiorowe.

ODPORNOŚĆ W ŚWIETLE BADAŃ WSPÓŁCZESNYCH,

Streścił

LEON KARWACKI.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 35).

Fakt ten nasuwa przypuszczenie, czy zapobiegawcze własności surowic nie stoją w związku z istotami ustalającymi, wytwarzającymi się przy odporności sztucznej. Jak wiadomo, istoty te znoszą temperaturę 56°. PFEIFFER i MARX wy-

konali bardzo ciekawe poszukiwania dla wykrycia istoty ciał zapobiegawczych. Uodparniali króliki hodowlą choleryczną, wyjalowioną przez działanie temperatury 70°, później je zabijali i określali własności zapobiegawcze nie tylko płynów ustroju, lecz i narządów. Okazało się, że ciała zapobiegawcze powstają znacznie wcześniej w śledzionie, niż we krwi; również zawiesiny ze szpiku kostnego i gruczołów chłonnych przetwarzały prątki choleryczne w kulki, podczas gdy surowica tych własności jeszcze nie posiadała. Żeby określić wyraźniej rolę śledziony, wycinali ją królikom i następnie uodparniali — króliki równie dobrze znosiły ten zabieg, jak i normalne. Kwestya więc stanowiska narządów krwiotwórczych w tej sprawie nie została wyjaśniona. DEUTSCH robił doświadczenia podobne z królikami i świnkami, uodparniając je przeciw lasecznikom durowym. Doświadczenia jego potwierdziły wartość spostrzeżeń PFEIFFER'a i MARX'a i dorzuciły do nich nowy fakt: oto zwierzęta nie znosiły wycięcia śledziony, dokonanego po zastrzyknięciu hodowli drobnoustrojowej. Jeżeli zestawić ten fakt z doświadczeniem PFEIFFER'a i MARX'a, okaże się, że działa tu najwidoczniej nie sam brak śledziony, lecz jakiś inny czynnik. Prace uczniów MIECZNIKOWA wyjaśniły tę sprawę. Po zastrzyknięciu mikrobow te fagocyty, które je pochłonęły, skupiają się w narządach krwiotwórczych, a przeważnie w śledzionie. Jeżeli zabić zwierzę wkrótce po zastrzyknięciu hodowli drobnoustrojowej i zbadać jego śledzionę, to okaże się, że zawiera ona mnóstwo leukocytów wielojądrowych, pierwiastków obcych swej normalnej budowie, a więc napływowych. Ponieważ pochłonięte mikroby bardzo prędko przestają się różniczkować z protoplazmą leukocytów, IWANOW dla doświadczeń bardziej przekonujących wybrał laseczniki trądu. Zawiesinę z ognisk trądowych zastrzykiwał świnkom do otrzewny, leukocyty szybko pochłaniały laseczniki trądu, i, ponieważ drobnoustroje te długo zachowują swe własności barwnikowe, łatwo było się przekonać na ten raz, że fagocyty z lasecznikami w protoplazmie w dużej ilości skupiły się w śledzionie. Podobnych spostrzeżeń dostarcza patologia gorączki powrotnej. CARTER szczepił małpy krwią, zawierającą spirochety OBERMEIER'a, i wywoływał typowy napad gorączki. Kiedy spirochety zniknęły z krwi, zabijał małpy i badał śledzionę: śledziona zawierała w dużej liczbie mikrofagi ze spirochetami w protoplazmie. Podczas gdy krew takiej małpy nie wywoływała nowego zakażenia, istota śledziony, zaszczerpiona innej małpie, wywoływała gorączkę powrotną. Fakty te sprowadzają rolę śledziony w zakażeniach do etapu, dokąd dążą fagocyty, obciążone zdobyczą, jest więc zupełnie zrozumiałem, że w pewnych okresach zakażenia śledziona i gruczoły chłonne zawierają znacznie więcej fagocytów, niż surowica, ewentualnie i ciała zapobiegawczych. Równoległość więc fagocytozy do własności zapobiegawczych z jednej strony, stosunek zaś ciał zapobiegawczych do temperatury z drugiej strony, pozwala z dużym prawdopodobieństwem uzależnić czynność zapobiegawczą surowicy od mikrofagów, dzięki wydzielaniu istot ustalających. Pod wpływem toksyn fagocyty potęgują swoją normalną czynność wydzielania ciał ustalających; czynność ta, trwając czas pewien, wytwarza w fagocytach przyzwyczajenie w tym kierunku.

Ciała zapobiegawcze drogą wydzielania przechodzą w roztwór; istnienie ich w znaczniejszej ilości w roztworze decyduje o zapobiegawczych własnościach płynów ustrojowych. Dla wywołania własności zapobiegawczych niezbędny jest pewien nadmiar ciał ustalających w płynach ustrojowych, podczas gdy dla trwania odporności nabytej wystarczają mniejsze ilości ciał ustalających. Stanie się to bardziej zrozumiałem przy zastosowaniu rozumowania matematycznego: przypuśćmy, że dla zobojętnienia *a* ilości określonej siły mikrobow potrzeba w ustro-

ju minimalnej ilości b ciał zapobiegawczych, pewna ilość jego surowicy — $1/c$ ogólnej ilości płynów zawierających ciała zapobiegawcze — będzie posiadała tylko b/c ciał zapobiegawczych, a więc nie będzie w stanie zniszczyć działania a ilości mikrobów; dla powstania w niej własności zapobiegawczych trzeba, żeby ustroj posiadał nie minimalną ilość b , lecz bc ciał zapobiegawczych. Ztąd wynika, że zdolność zapobiegawcza, chociaż bardzo częsta, nie może być uważana za stałą cechę surowicy w odporności nabytej. Pierwszy WERNICKE otrzymał u świni i barana w odporności sztucznej przeciw lasecznikom węglika surowicę, pozbawioną działania zapobiegawczego. SOBERNHHEIM jest zdania, że odporność powstaje o wiele łatwiej, niż własność zapobiegawcza, jest to zupełnie zrozumiałe z wyżej wyluszczonej powodów.

W dziele niszczenia mikroba ustalanie jest tylko pierwszym aktem, nie wystarczającym wcale. Często bardzo zjawiskiem przy uodparnianiu jest to, że zwierzę ginie, chociaż płyny jego posiadają w wysokim stopniu własności zapobiegawcze. Alteracja, zachodząca w ciele mikroba przy działaniu istot ustalających, jest równie nieznaczna i prawie nieuchwytna, jak i u erytrocytów. Mikrob, który pozostawał przez czas pewien w płynach ustroju uodpornionego i podlegał działaniu ciał ustalających, przeniesiony do nowego organizmu, wykazuje jadowitość wcale nie zmniejszoną (SAWCZENKO). Z doświadczeń CANTACUZENE'a wypływa, że nawet w samym uodpornionym ustroju mikroby przed pochłonięciem przez fagocyty nie tracą swej jadowitości: jeżeli u dobrze uodpornionych zwierząt znieśliemy czynność fagocytów przez zastrzyknięcie nalewki makowcowej i wtedy zarazimy je prątkami cholerycznymi, zwierzęta giną, mimo to że surowica przedstawia wyraźne własności zapobiegawcze. Fakty te dają pewną charakterystykę, chociaż negatywną, działania ciał zapobiegawczych (*substances fixatrices*, lub *immunisines* SAWCZENKI). Ich udział w powstawaniu fagocytozy wyjaśniają do pewnego stopnia poszukiwania SAWCZENKI. Jak wiadomo, wszystkie saprofity z łatwością ulegają fagocytozie, drobnoustroje zaś chorobotwórcze, przebywając w organizmie, nabierają nowych własności — opierania się fagocytozie, jest to przystosowanie się do nowych warunków istnienia, wytworzenie nowej funkcji pod wpływem walki o byt. Można przypuszczać, że nowa ta czynność jako podstawę ma zjawisko chemiczne — przepojenie otoczki toksynami, wywołującymi odczyn chemiotaktyczny, negatywny w fagocytach, — lub zjawisko fizyczne — modyfikację otoczki.

Te własności nabyte w okresie pasorzytniczym giną ze śmiercią mikroba — wszystkie nieżywe bakterie chorobotwórcze łatwo ulegają fagocytozie —, lub mogą być zobjętniane u żywych mikrobów przez ciała zapobiegawcze (ustalające). Na tem więc polega działanie ciał ustalających. Leukocyty zaś takie zlagodzone drobnoustroje z łatwością fagocytują i asymilują za pomocą mikrocytazy, jak i w odporności wrodzonej.

Całokształt przytoczonych faktów co do mechanizmu odporności sztucznej lub nabytej wobec mikrobów da się zreasumować w ten sposób:

Chemiotaktyczne negatywne oddziaływanie pewnych drobnoustrojów na fagocyty organizmu zmienia się na pozytywne (wskutek wprowadzenia do ustroju ciał odnośnych mikrobów lub żywych hodowli w niewielkich ilościach). Jako wynik tego powstaje znaczna leukocytoza miejscowa lub ogólna.

Fagocyty przyzwyczajają się do wydzielania ciał ustalających (zapobiegawczych), a także aglutynin, w ilości dostatecznej do wywołania w mikrobach, znajdujących się w ustroju, zwiększonej wrażliwości na oddziaływanie cytazy.

Wskutek tego skombinowanego mechanizmu obronnego drobnoustroje giną wewnątrz fagocytów wyjątkowo w płynach ustrojowych (objaw PFEIFFER'a), i są zasymilowane przez fagocyty.

Wyżej przytoczone były przykłady, że odporność wobec mikrobów nie idzie w parze z odpornością wobec toksyn. W czasie ostatniej epidemii cholery skonstatowane było nieraz, że surowica ozdowieńców, wybitnie zapobiegawcza wobec mikrobów, nie posiadała wcale własności antytoksycznych. Odporność wrodzona wobec toksyn spotyka się nierównie rzadziej, niż odporność wobec mikrobów. Można tu zacytować odporność kury wobec toksyn tężcowych i odporność szczura wobec toksyn dyfterytycznych. BEHRING i KITASATO przypuszczali, że naturalna odporność wobec toksyn, analogicznie do odporności sztucznej, polega na istnieniu w płynach ustrojowych ciał antagonistycznych w stosunku do toksyn-antytoksyn. Dokładniejsze badania obaliły to przypuszczenie.

Daleko częstszym zjawiskiem jest odporność nabyta wobec toksyn. W odporności nabytej surowica zawiera antytoksyny. Zdawało się na razie, że ten fakt wytłomaczy należycie cały mechanizm odporności: powstawanie antytoksyn świadczy o powstawaniu odporności, ilość antytoksyn daje miarę intensywności otrzymanego zjawiska, jak również zapobiegawczej własności surowicy. Tymczasem spostrzeżono paradoksalny fakt, że surowica, najsilniej uodparniająca wobec toksyn, nie zawsze zawiera dużo antytoksyn, a zatem ilość antytoksyn nie może być sprawdzianem jej własności zapobiegawczych. Pierwszy BRIEGER, następnie i inni badacze zaobserwowali, że w czasie uodparniania wobec toksyn zwierzęta, dające surowicę bardzo czynną w kierunku zapobiegawczym, giną czasem od nowego zastrzyknięcia toksyny w zwykłej dawce. Jak objaśnić ten fakt, że koza, której surowica zobojętnia określoną ilość toksyny tężcowej, jeżeli ją zastrzykną innemu zwierzęciu, nie jest w stanie zobojętnić tej samej ilości toksyny we własnym organizmie?

Oczywiście, teoria antytoksyn sprawy tej nie wyjaśnia. ROUX i VAILLARD łączyli toksynę tężcową z surowicą antytoksyczną i zastrzykiwali świnkom morskim: zdrowe znosiły ten zabieg bezkarnie, posiadające przeszłość patologiczną (uodpornione przeciw prątkom MASSAUOH) ginęły. Ztąd wynika, że dla sprawy tej nie są rzeczą obojętną pewne właściwości ustroju, co wypływa także z doświadczeń BUCHNER'a, który przyrządzał mieszaninę toksyny tężcowej i surowicy przeciwtoksycznej, nie działającą na myszy; ta sama jednak ilość mieszaniny wywoływała tężec u świnek. BEHRING i EHRLICH początkowo sprowadzali zjawisko sztucznej odporności przeciw toksynom do zwykłego oddziaływania chemicznego antytoksyny na toksynę, na podobieństwo tego jak zasady w określonej ilości zobojętniają kwasy. Do doświadczeń swych BEHRING używał ryciny: trucizna ta aglutynuje czerwone ciała krwi. Jeżeli zastrzykiwać zwierzęciu przez czas pewien rycynę, w płynach jego powstaje antytoksyna. Surowica antyrycinowa dodana do ryciny wstrzymuje kompletnie aglutynację. Doświadczenie to było wykonane w próbowce nie z osoczem, lecz z surowicą, a więc zupełnie w odmiennych warunkach, niż to się dzieje w organizmie. W następstwie sam EHRLICH dodał pewne restrykcyje do swej teorii chemicznej, stawiając za warunek dla pomyślnego wyniku doświadczenia brak w przeszłości zwierzęcia cierpień wyniszczających, jak gruźlica, na przykład, które wywołują nadwrażliwość na toksyny. A więc gdyby w mieszaninie toksyna była zupełnie zobojętniona przez antytoksynę przed zastrzyknięciem, wynik zastrzykiwań byłby stale jeden — brak odczynu ze strony zwierzęcia. Najwidoczniej jednak toksyna przez

działanie antytoksyny traci tylko część swych własności, a dla zupełnego jej zobojętnienia potrzebna jest rola czynna organizmu. Gdy czynność ustroju wskutek poprzednich oddziaływań chorobowych jest niedostateczna, zwierzę, mimo dostatecznej ilości antytoksyn, ginie.

Mimowoli nasuwa się szereg analogii z mechanizmem odporności wobec mikrobów; dla zobojętnienia toksyny potrzeba współdziałania kilku ciał — współdziałanie istot ustalających i cytazy wobec mikrobów; preformowane antytoksyny znajdują się w stanie wolnym w płynach ustroju na podobieństwo ciał ustalających; stosunek antytoksyn do działania podwyższonej ciepłoty jest ten sam, co i ciał ustalających.

Dotąd jednak wobec nadzwyczajnego spomplikowania zjawiska i ztąd braku przekonywających danych doświadczalnych trudno iść dalej po za zwykłą analogię.

EHRLICH zbudował bardzo pomysłową teorię odporności przeciw toksynom, wywodom jego jednak brak podstaw faktycznych. Według niego odporność powstaje dzięki antytoksynom, a antytoksyny wyprodukowują się przez komórki ustrojowe, na które działa toksyna, w tętcu naprzykład komórki nerwowe. Dzieje się to za pomocą hipotetycznych ogniw bocznych, istniejących jakoby w protoplazmie i mających powinowactwo chemiczne do toksyn. Jeżeli wprowadzimy do organizmu zwierzęcego małą dawkę toksyny tętcowej, łatwo się przekonać, że ustala ją ustrój nerwowy, prawdopodobnie komórki ruchowe spłotów, i że molekuly toksyny są w połączeniu bardzo trwałem z istotą mózgową. Dzięki powinowactwu ogniw bocznych do toksyny protoplazma komórek nerwowych podlega długotrwałemu oddziaływaniu jadu. Ogniw boczne, połączone z molekulami toksyny nie są w stanie pełnić swej czynności normalnej, wskutek tego następuje tworzenie się nowych ogniw.

Ponieważ odczyn bywa zwykle silniejszy, niż czynność normalna, powstaje nadprodukcya ogniw w komórce, komórka uwalnia się od nadmiaru, wydzielając je do krwi. Ogniw boczne, krążąc w osoczu, nie tracą swego powinowactwa do toksyny tętcowej, posiadają je nawet w większym stopniu, gdyż są wolne. Wskutek istnienia tych ciał krew ustala część toksyn, wprowadzonych do ustroju i chroni w ten sposób komórki nerwowe. A więc według tej teorii, antytoksyny tętcowe są to ogniw boczne komórek nerwowych, znajdujące się także w postaci wolnej w osoczu. W myśl tej teorii antytoksyna tętcowa powinna znajdować się normalnie w istocie mózgowej i we krwi.

Istotnie, gorący zwolennik tej teorii WASSERMANN wspólnie z TAKAKIM dowiódł, że istota mózgowia i rdzeniowa, roztrąta z toksyną, czyni tę ostatnią nieszkodliwą dla ustroju zwierzęcego, ewentualnie, normalna istota mózgowia posiada antytoksyny, wchodzące w połączenie z toksyną.

(D. n.).

SPRAWOZDANIE Z XII ZJAZDU CHIRURGÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(Dokończenie—Zob. Nr. 35).

Na posiedzeniu popołudniowym dnia 15 lipca po RYDYGIERZE (junior) przemawiał d-r Aleksander ZAWADZKI (Warszawa): „Aseptyka wstrzykiwań i prze-mywań“ (z przedstawieniem przyrządów własnego pomysłu).

W chwili gdy aseptyka wszechwładnie króluje w chirurgii, i każdy błąd przeciwko niej uważać należy za karygodny, aseptyka takich zabiegów chirurgicznych, jak przemywania i wstrzykiwania, szczególnie tam, gdzie zachodzi potrzeba użycia większych ilości płynów, nie stoi na wysokości wymagań nauki; możliwą okazuje się tylko we wzorowo urządzonych klinikach, pełna jest usterek w praktyce prywatnej. Dzieje się to wskutek braku tanich, przenośnych i aseptycznych przyrządów, które samą budową swoją ułatwiałyby przestrzeganie aseptyki. Proponowane przyrządy, opisane w „Gazecie Lekarskiej” w N. 33, 1901 r. w „Medycynie” w N. 7, 1902 r., pierwotnie opatentowane i wyrabiane w Niemczech, obecnie w znacznie lepszym gatunku i znacznie dokładniej wyrabiane są w Warszawie przez firmę A. Mann również na zasadzie patentu. Przyrząd, opisany w „Medycynie” w N. 7, 1902 r., uzupełniony jest przez niewielką butelkę o dwu otworach, jednym bocznym i drugim górnym, przyczem od bocznego w środku butelki biegnie do dna tejże butelki szklana rurka, zgięta łukowato, i kończy się na odstępnie 1 cm. od tegoż dna. Butelka ta, połączona z aspirującą częścią przyrządu i cewnikiem za pomocą gumowych rurek, zastępuje w zupełności drogi i nieaseptyczny przyrząd BIEGELOW’a. Pęcherz przemywa się z iniektora aseptycznym płynem, płyn ten natychmiast zostaje wraz z pokruszonymi kamieniami wciągnięty przez aspirator, przyczem kamyki pozostają na dnie wyżej wspomnianej butelki. Płyn, raz już użyty do przemycia, do pęcherza nie wraca, gdyż mamy możliwość obfitego ponownego czerpania z iniektora. Cały przyrząd, który zastępuje aparat POTIN’a, daje możliwość wykonywania aseptycznych przemywań jam bez zmiany ciśnienia w nich (przez jednorazowo wkłuty trójgraniec), zastępuje drogi przyrząd BIEGELOW’a, kosztuje mniej więcej od 11 – 12 rubli.

Strzykawka do znieczuleń sposobem SCHLEICH’a i do aseptycznych wstrzykiwań roztworu fizyologicznego soli, wyrabiana w Warszawie, różni się tem od niemieckiej, że ma wentyle kulkowe z metalu lub szkła — nie ulega zepsuciu, działa znacznie dokładniej. Odpowiednie przyrządy i próby z nimi były demonstrowane na posiedzeniu. (Autoreferat).

Posiedzenie z dnia 16 lipca. D-r Aleksander ZAWADZKI (Warszawa) „Trzy przypadki całkowitego wycięcia zwoju GASSER’a”. Podczas gdy w obcej literaturze ostatnio TÜRK liczy 201 przypadków całkowitego wycięcia zwoju GASSER’a wskutek nerwobólu nerwu trójdzielnego, w polskiej literaturze dziwnym zbiegiem okoliczności znaleźć można tylko wzmiankę o przypadku prof. KADER’a i o przypadku prof. OBALIŃSKIEGO. Operacja ta daje wyniki bardzo dobre, należy tylko wyrobić sobie technikę, opisaną bardzo szczegółowo przez Teodora KRAUSE’go i HARTLEY’a (zmienione nieco sposoby podali DOYEN, MUGNAI, DEPAGE, KEEN i SPILLER, COELHO, FRIEDRICH, JACOB, LEXER, DOLLINGER, SAPIEŻKO, CUSHING HARVEY). Trzy przypadki, operowane przez d-ra J. RAUMA w Warszawie w szpitalu na Pradze, zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem.

1) N. S. lat 54, operowany w 1897 roku sposobem KRAUSE-HARTLEY’a; poprzednio operowany był w ciągu 10 lat 7 razy na obwodzie, nie mógł pracować morfinizował się; od 1897 r. t. j. po wycięciu zwoju GASSER’a oddaje się zwykłym zajęciom, zupełnie zdrow.

2) B H., operowana w 1899 roku wskutek nerwobólu, trwającego od lat 14, również wielokrotnie poprzednio operowana na obwodzie; od 1899 r. t. j. po usunięciu zwoju GASSER’a zupełnie zdrowa.

3) S. P. operowana 6 miesięcy temu wskutek nerwobólu, trwającego od lat 8; poprzednio operowana wielokrotnie na obwodzie. Od czasu wycięcia zwoju GASSER’a zupełnie zdrowa.

Szczegółowego opisu historii chorób, wskazań do operacji, opisu rozmaitych przypadłości podczas operacji i w pooperacyjnym okresie nie podaje, gdyż odczyt ten *in extenso* drukowany będzie w „Medycynie“. (Autoreferat).

W dyskusji zabierali głos RUTKOWSKI, KADER, KLECKI.

D-r Aleksander ZAWADZKI (Warszawa) „Dwa przypadki wypadnięcia odbytnicy, operowane sposobem THIERSCH'a“. Wśród wielkiej liczby podawanych sposobów operowania wypadnięcia odbytnicy, sposobów, których nieraz stosować nie można wobec ciężkiego stanu chorych, tem bardziej, że zabiegi te należą do poważnych, nie od rzeczy będzie przypomnieć sposób, opisany przez THIERSCH'a w 1891 roku. Dwa ciężkie przypadki, operowane tym sposobem przez d-ra J. RAUMA w szpitalu na Pradze, zakończyły się wyzdrowieniem. Sposób ten niezmiernie łatwy, w Niemczech lubiany bardzo i wykonywany nawet ambulatoryjnie, polega na wprowadzeniu podskórnym grubego srebrnego drutu w ten sposób, że obejmuje on obrączkowo zewnętrzny pierścień odbytu. Drut pozostaje czas dłuższy; w razie, gdy ulegnie wessaniu (co zdarza się po roku), niewinny ten zabieg można i należy powtórzyć; od pierwszego dnia należy zwracać uwagę na to, by stolce chorych miały konsystencję miękką (podawać np. *cascara sagrada* lub t. p.). (Autoreferat).

W dyskusji zabierał głos BOSSOWSKI, operuje on tym sposobem dzieci, z wyników jest zadowolony.

Prof. RYDYGIER zaznacza, że sposób ten należy stosować częściej, niż się go u nas do tej pory stosuje, szczególnie w ciężkich przypadkach, gdzie większy zabieg z innych powodów jest utrudniony, i u dzieci.

Odczyt ten *in extenso* będzie drukowany w „Medycynie“.

D-r A. Zawadzki.

Z POSIEDZEŃ LARYNGOLOGICZNO-OTYATRYCZNYCH.

Posiedzenie z dnia 30 października 1901 r.

1) Kol. GURANOWSKI demonstruje chłopca kilkonastoletniego po operacji odłuszczenia muszli w celu wydobycia ciała obcego (pestka chleba świętojańskiego), wklinowanego poza *isthmus* przewodu słuchowego zewnętrznego. Wklinowanie nastąpiło wskutek prób wydobycia ciała obcego przez lekarzy prowincjonalnych. Do kol. G. chory przybył z ropieniem z ucha; przy badaniu znaleziono w przewodzie ziarninę, otaczającą ciało obce. Ponieważ ciała tego przez przewód nie można było wydobyć, odłuszczono muszlę i po usunięciu pestki ranę całkowicie zaszyto. Nazajutrz, z powodu gorączki, usunięto szwy; rana zagoiła się *per secundam*; chory wyjechał do domu, wkrótce jednak powrócił z przewodem, wypełnionym ziarniną. Obecnie przewód jest wolny, pacjent jednak pozostaje jeszcze w kuracji.

Operację odłuszczenia muszli z powodu ciał obcych ucha wykonał kol. G. sześć razy. We wszystkich przypadkach ciało obce było wklinowane przez lekarzy. W jednym przypadku usunięcie ciała obcego było bardzo trudne, gdyż ciało to znajdowało się w *aditus ad antrum*, a przed niem leżało zwichnięte kowadełko.

2) Kol. GURANOWSKI przedstawia chorą, która przed 10 dniami przybyła z Kielc z wytamponowanym przewodem słuchowym zewnętrznym, opowiadając, że miała na kilka dni przed przyjazdem bardzo obfity krwotok z ucha. Po usu-

nięciu tamponów przez kol. G. w celu zbadania ucha, nastąpił krwotok, jakby, z wielkiej tętnicy; ucisk na *art. carotis* krwawienia nie powstrzymywał. W przewodzie znalazł kol. G. znaczną ilość ziarniny, którą wyskrobał łyżeczką ostrą nie mogąc z powodu krwawienia użyć pętli. Przewód wytamponowano gazą jodoformową. Kiedy po godzinie wyjęto tampon, krwotok się znowu powtórzył. Przewód przestrzyknięto wtedy wodą gorącą (40° C.) i ponownie wytamponowano. Po paru godzinach krwawienia nie było; nie powtórzyło się ono i w ciągu dalszego leczenia chorej.

W dyskusji kol. HEIMAN sen. zaznacza, że dotąd w swej praktyce nie robił operacji odluszczenia muszli z powodu ciał obcych.

Kol. KUCZYŃSKI przedstawia kamyk, który przed kilku miesiącami usunął z jamy bębenkowej chłopca 3-letniego, po odluszczeniu muszli i oddłutowaniu ściany górno-tylnej przewodu kostnego. Podobnie, jak w przypadkach kol. GURANOWSKIEGO, i tutaj ciało obce zostało wtłoczone wgłąb przez lekarza, który próbował je wydostać szczypczykami. Rozpoznanie ciała obcego w jamie bębenkowej było w danym przypadku dość trudne; rentgenoskopia i rentgenografia nie dały żadnych wyników.

Kol. MEYERSON poleca do wydobywania ciał obcych z przewodu zewnętrznego — łopatkę, lekko wygiętą; chorych przytem należy zawsze chloroformować.

Kol. SREBRNY chloroformu zmuszony był użyć tylko w jednym przypadku.

Kol. GURANOWSKI odpowiada, że w przypadkach operowanych wszystkie próby usunięcia ciała obcego przez przewód były bezowocne. Tam, gdzie ciało obce zostało wklonowane do jamy bębenkowej, nie należy nawet prób takich robić, lecz przystępować odrazu do odluszczenia muszli.

3) Kol. HEIMAN opisuje przypadek choroby MÉNIÈRE'a, powstałej bezpośrednio po przestkach.

4) Kol. SOKOŁOWSKI uzupełnia historję chorego, którego przedstawiał w d. 1. V. 1901.

Pacjentowi dokonano rozszczepienia krtani (*laryngofissura*) i usunięto rozrosty. Badanie bakteriologiczne wyciętych kawałków (hodowle) nie wykazało twardzieli. Po kilku tygodniach rozwinęła się gruźlica płuc i chory zmarł. Badanie pośmiertne nie było dokonane; z tego jednak faktu, że chory zmarł na gruźlicę płuc, wnosi kol. S., iż zmiany w krtani były również natury gruźliczej.

W dyskusji kol. WRÓBLEWSKI wypowiada zdanie, że i obecnie po stwierdzeniu gruźlicy płuc, rozpoznania pierwotnego nie uważa za obalone. Błona, wytworzona w krtani, była gładka, perłowa, przypominała zmiany syfilityczne. Gruźlica płuc mógł się chory nabawić w szpitalu.

Według kol. LUBLINERA zmiany w krtani podczas pierwszej bytności chorego w Warszawie nie były gruźlicze; była to jakaś inna sprawa zapalna przewłękła: syfilis, twardziel lub t. p. Gruźlica przyłączyć się mogła dopiero w następstwie.

Kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że chory zaraz po przybyciu do szpitala kaszlał i płuł, można więc przypuszczać, że pomimo braku wtedy w płwocinie laseczników gruźliczych już była rozwinięta gruźlica płuc.

Kol. HEIMAN wyraża przypuszczenie, że może operacja w danym przypadku przyspieszyła rozwój gruźlicy płuc, przebiegającej dotąd skrycie.

Kol. SOKOŁOWSKI przypomina, że gruźlica szerzy się przez naczynia chłonne; stąd po operacjach w tkankach, gruźlicą dotkniętych, kiedy do naczyń lim-

fatycznych przedostają się zarazki swoiste w znacznej liczbie, łatwo może się rozwinąć gruźlica ogólna.

Kol. LUBLINER zaznacza, że jednym z zarzutów, stawianych w swoim czasie metodzie HERYNGA leczenia gruźlicy krtani, był ten, iż operacja ułatwia wybuch gruźlicy prosówkowej. Tymczasem statystyka, zebrana przez SREBRNEGO, nie wykazuje ani jednego przypadku gruźlicy prosówkowej u chorych operowanych.

Kol. WRÓBLEWSKI przypomina, że laryngofissura w przypadkach gruźlicy daje zawsze wyniki ujemne.

Kuczyński.

Posiedzenie z dnia 27 listopada 1901 r.

1) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił chorego lat około 48, któremu przed 3 tygodniami wyjęto drugi siekacz górny lewy, poczem chory zaczął doznawać bólu w okolicy podniebienia twardego i zauważył tamże pryszczyki. Z biegiem czasu z pryszczyków tych powstało głębokie owrzodzenie, które było często przypalane lapisem. Bólu obecnie niema. Od lat kilku chory ma uporczywe katary nosa, lewa jama nosowa zwykle zatkana, kilkakrotnie zdarzyły się krwotoki płucne.

Przy badaniu znalazł kol. DOBROWOLSKI po lewej stronie podniebienia twardego głębokie owrzodzenie, dochodzące do obnażonej kości, w nosie poważniejszych zmian niema. Objawów przymiotu brak zupełny, chory też przeczy, aby kiedykolwiek przymiotem był dotknięty. Pomimo to kol. D. uważa przymiot za najprawdopodobniejsze rozpoznanie. Dla rozstrzygnięcia wyciął kol. D. kawałek tkanki do zbadania drobnowidzowego, które jeszcze skończone nie zostało. Chory dostaje jodek potasu w małych dawkach.

Kol. SREBRNY przyznaje, że pierwsze wrażenie, jakie się otrzymuje przy badaniu przedstawionego chorego jest—przymiot, zwraca jednak uwagę, że w danym przypadku owrzodzenie i otaczająca je błona śluzowa wyglądają jakoś szczególnie, nie tak jak w przypadkach rozpadłego gummatu jesteśmy przyzwyczajeni widzieć. Może być zresztą, że zależy to od przypalania lapisem, które niedawno miało miejsce. Po za tem należy się liczyć i z krwotokami płucnymi, o których chory wspomina. Jeżeli leczenie jodem miało dać wskazówki rozpoznawcze, to należało go dać w dużych dawkach.

Kol. WRÓBLEWSKI uważa, że mało jest podstaw do prawidłowego wnioskania: nie ma anamnezy dokładnej, a obraz zmian jakie widzimy, jest zaciemniony skutkiem stosowanego przypalania lapisem. Wobec krwotoków płucnych należałoby zbadać płwocinę. Nie można wyłączyć gruźlicy. Do chwili ostatecznego zbadania wyciętego kawałka tkanki wstrzymałby się od zabiegów energiczniejszych.

2) Kol. SREBRNY przedstawił pęcherz kostny nosa, nie dawno usunięty u chorej, która przed 5 miesiącami zaczęła doznawać bardzo silnych jednostronnych bólów głowy. Pod wpływem przepisanych leków bóle po kilku tygodniach trwania ustąpiły. Pozostało wszelako obfite „kapanie“ z nosa, tak że chora jest zmuszona ciągle trzymać chustkę przy nosie. Kol. SREBRNY znalazł odpowiednią jamę nosową tak szczelnie wypełnioną guzem twardym, sięgającym do dna nosa, że obejście guza zgłębnikiem było niemożliwe. Rozpoznał pęcherz kostny, to jest rozszerzoną muszlę średnią. Po nałożeniu pętli zimnej na sam szczyt guza i odcięciu części miękkich, udało się następnie nasunąć pętlę wyżej i znaczną część guza usunąć. Zarówno usunięta część, jak i pozostała w nosie wypełniona była obfitemi mocno cuchnącemi masami serowato-ropnemi. Masy te były po części usunięte łyżeczką, a po części przestrzykiwaniem, pozostałe ściany guza

wycięte kleszczami, tak, że ze średniej muszli pozostała zaledwie tylna trzecia część.

W innych pęcherzach kostnych nosa, z których jeden jeszcze był przedstawiony, zawartość była płynna, skąpa, śluzowa lub śluzo-ropna. Przypadek opowiedziany służy także za przyczynek do sprawy „*rhinitis caseosa*“, której wyodrębnianie w postać samodzielną jest błędne: *rhinitis caseosa* jest tylko następstwem ropienia w zatokach nosa i polega na zgęszczeniu, „zserowaceniu“ mas ropnych.

Kol. MEYERSON przypomina, że pierwszy u nas ogłosił przypadek pęcherza kostnego w nosie i nazwę tę wprowadził. Co się tyczy sprawy „*rhinitis caseosa*“, to przytacza przypadek następujący: u kobiety z polipami nosa wyczuł przy badaniu coś twardego w nosie — był to, jak się okazało, kawałek spróchniałej kości; po usunięciu polipów znalazł masy serowate. Jakie zatoki są zajęte, nie może określić, gdyż chora jest jeszcze w obserwacji.

Posiedzenie z dnia 18 grudnia 1901 r.

1) Kol. DOBROWOLSKI uzupełnił historię choroby przypadku, przedstawionego na poprzednim posiedzeniu: w płwocinie brak laseczników; w płucach zaostrzenie oddechu i stłumienie w prawym szczycie; w tkance wyciętej drobnowidnic charakterystycznego nie wykrył.

2) Kol. MEYERSON odczytał historię choroby następującego przypadku: 12-letnia dziewczynka zgłosiła się do niego z ropieniem z ucha lewego, trwającym od 3 lat; przed 5 dniami wystąpił ból w uchu, silny ból głowy oraz dreszcze i gorączka, przyczem odpływ z ucha zmniejszył się.

Status praesens. Ciepłota 39^o, ból głowy, głowa przechylona na lewo, oddziaływanie źrenic prawidłowe; błona bębenkowa przedziurawiona na dużej przestrzeni; okolica wyrostka sutkowego bolesna przy ucisku; obrzmienia nie ma. Rozpoznano ropień zewnątrzoponowy, *resp.* zakrzep zatoki poprzecznej. Nazajutrz wykonano operację, przy czem znaleziono ropień na oponie twardej, zgorzel małej części opony twardej oraz zakrzep zatoki poprzecznej, który został wyjęty. Przebieg pooperacyjny w pierwszych dniach był niezły. 7 dnia po operacji wystąpiły znowu dreszcze, gorączka i poty. 10 dnia zauważył M. w górnym odcinku rany tkankę nekrotyczną, którą usunął. Po nad tą tkanką znajdował się otworek, z którego sączyła się ropa. Po tem poprawa znakomita. Ażeby jednak dotrzeć do źródła ropienia, wytrepanowano kość w górnym odcinku rany, ale znaleziono twardą oponę zdrową. Od tej chwili nastąpiło pogorszenie: silne bóle głowy w potylicy, jednak bez gorączki i wymiotów. Wkrótce potem zwolnienie tętna, rozszerzenie oraz leniwe oddziaływanie źrenic i skurcz mięśni karku ze zwracaniem głowy i oczu na lewo i ku górze. Z lewej strony *neuritis optica*. Następnego dnia widział kol. GRUENBAUM (w którego zakładzie chora się znajdowała) kurcze mięśni twarzy z lewej strony oraz kończyny górnej lewej. Ból głowy w potylicy ciągły. Przypuszczano ropień w mózdzku i proponowano operację, na co rodzina się nie zgodziła. Chorą przeniesiono do szpitala dla dzieci na Aleksandryi, gdzie 4 dnia zmarła. Badanie zwłok wykryło ropień mózdzku wielkości jaja kurzego i zakrzep prawie wszystkich zatok mózgu.

Kol. DOBROWOLSKI, który w przypadku tym dokonał badania zwłok, podaje szczegółowy opis zmian, znalezionych w mózgowiu.

Kol. HEIMAN zwraca uwagę na dziwny fakt istnienia drgawek w górnej kończynie lewej, a nie prawej. Z przebiegu choroby nie można było rozpoznać ropnia mózdzku, lecz tylko ropień w jamie czaszkowej. Charakterystycznych objawów: nie ustających wymiotów i zawrotów głowy nie było. Ropień mózdz-

ku był tu następstwem zajęcia zatoki poprzecznej. W przypadku tym należało wykonać operację, gdyż wskazanie do niej było, a przeciwwskazania nie było; tylko rozlane zapalenie opon stanowi przeciwwskazanie do operacji. Dziwne jest tak liczne zajęcie zatok. W protokóle sekcji opuszczone są dwa momenty, ważne dla charakteru ropnia, mianowicie: czy była w ropniu torebka, i jaki był stosunek opony twardej do kości skalistej. Ponieważ na dnie jamy czaszkowej ropy nie było, a więc zawartość ropnia się nie przerwała, a zatem był tu ropień oddzielony od opony twardej tkanką mózgową, a opona była przyrośnięta do kości.

Kol. MEYERSON przypomina, że o potrzebie operacji mówił rodzicom, ale nie uzyskał ich zgody. Szkoda, że w szpitalu nie zrobiona została operacja, która mogłaby dać dobrą szansę pomimo zakrzepu zatok, w których ropy przeważnie nie znaleziono.

Kol. DOBROWOLSKI dodaje, że o istnieniu torebki nie można nic stanowczo powiedzieć, gdyż, według słów prof. PRZEWOSKIEGO, bez badania drobnowidzowego rozstrzygnąć tego nie można. Torebka ma znaczenie dla sprawy, czy ropień jest stary, czy świeży.

Kol. HEIMAN nadmienia, że w przyszłości, jeżeli znajdzie zakrzep zatoki poprzecznej i zgorzel opony twardej, to będzie szukał ropnia w mózdzku *resp.* w mózgu.

3) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił okaz krtani z brodawczakami.

Z. Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= MAZZOTTI stosuje już od 6 lat iniekcje tuberkuliny w celach rozpoznawczych (2—5 mgrm., rzadko 10 mgrm.) i wyraża swoje uznanie dla tej metody dyagnostycznej. Jednak autor przyznaje, że i zdrowiejący po tyfusie brzuszny częstokroć reagują silnie na iniekcje tuberkuliny, i że dotychczas pozostaje nierozstrzygniętą kwestya, czy wszystkie przypadki blednicy, reagujące na iniekcje, mają podłoże gruźlicze. Z drugiej zaś strony w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy możemy nie spotkać reakcyi, a to z powodu że dany ustrój przywykł do jadu. Na zasadzie z operowanych przypadków autor radzi chirurgom stosować iniekcje tuberkuliny po dokonanej operacji, w celu przekonania się, czy wszystkie ogniska gruźlicze zostały usunięte. Wreszcie autor ostrzega, że dodatni wynik próby oraz stopień odczynu nie pozwalają nam robić wniosków co do wielkości zmian anatomicznych ani co do dalszego przebiegu cierpienia. (*Clin. med. italiana* 9. 1901.)

= FIBICH badał doświadczalnie na psach wpływ złamań podskórnych na tętno i na ciepłotę ciała i doszedł do wyników następujących: 1) po złamaniu prawie stale występuje wzniesienie ciepłoty ciała; 2) jednocześnie zjawia się przyspieszenie pulsu, trwające bardzo krótko i ustępujące miejsca zwolnieniu; ciśnienie krwi się wzmacnia; 3) czasami na krótko przed wzniesieniem temperatury występuje spadek ciepłoty ciała; 4) wszystkie zmiany w temperaturze i krążeniu krwi zjawiają się tak szybko po uszkodzeniu, że można je objaśnić jedynie działaniem nerwów na drodze odruchowej. (*Wien. klin. Woch.* 4. 1902.)

= SARONI opisuje 2 przypadki *purpurae haemorrhagicae*, leczone z dobrym skutkiem za pomocą ławatyw z 6% roztworu żelatyny w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Autor dawał naprzód ławatywę czyszczącą, następnie ławatywę z 50 ctm. sz. roztworu żelatyny (w I przypadku co 6 godzin, w II dwie ławatywy na dzień) (*Policlinico* 46/1901.) *Z.*

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU!

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2^oo).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zołżów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicznych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców**—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju), Dla **dzieci**—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla **dorosłych**—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂ uncyi) 1 r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

- 1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk
2) Ligatury

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

Składy Główny materiałów opatrunkowych Sterylizowanych z Pracowni D-ra Bo- rzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia Sterylizacyjna
2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar. Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr. 24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).
w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.
w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.
w Kielcach: Apteka W-go Wierzbickiego.
w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

- 6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5 i 1 m. 7) Bandaże 5-10-20 ctm. sześć. 6 m. dług.

3) wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) taca hyposkopijna po 0, 5 i 1 m.

Pracownia analityczno - lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytrycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY D-ra L. Guranowskiego Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3-5. Ambulatoryum codziennie od 11-1.
Cena biletu kop. 50.

5 wiorst od stacyi kolei
Nadwiślańskiej 5 god
od Warszawy, godzinę
od Lublina.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf
na miejscu. Powozy na
zamówienie.
W lecie omnibus.

Źródło szczywy żelazistej do picia i do kąpeli. Zakład leczniczy cały rok otwarty.
Hydroterapia, kąpiele borowinowe, elektryczne i mineralne sztuczne. Elektroterapia. Masaż. Gimnastyka. Własna kuchnia dyetetyczna. Kumys. Ścisły nadzór lekarski. Powiększona ilość mieszkań. Naokoło zakładu przeszło 40 umeblowanych willi. Pensjonaty prywatne. Hotel. Dwoch stałych lekarzy, w lecie konsultanci i asystenci. Utrzymanie całodzienne w internacie zakładowym wraz z leczeniem od 4 rb. dziennie. Prospekty gratis i franco.

Dyrektor zakładu Dr. A. PUŁAWSKI. Lekarz zakładu Dr. B. MALEWSKI.

WIKTOR WALIGÓRSKI

w Warszawie - Nowy-Świat Nr. 38.

Ma zaszczyt polecić:

materiały apteczne, Przetwory chemiczne, Mydła lecznicze, Irrygatory, Inhalatory, szpryce gumowe i szklane, szprycki Prawatza, Termometry minutowe i maksymalne, Worki do lodu i t. p. przedmioty opatrunkowe, jako to: Bandaże, Ceratkę szelakową, Katgut, Ligatury, Gazę hygroskopijną karbolową, sublimatową, jodoformową; Papier gumowy i pargaminowy, Watę hygroskopijną karbolową, salicylową, jodoformową, hemostatyczną i t. d.

Do Meranu

powróciłem i ordynuje od lat 8 jako jedyny lekarz polski przy ul. habsburgskiej. l. 58.

Dr. Rom. Binder.

UWAGA: Koledzy, którym na tem zależy by pacyenci ich rzeczywiście się u poleconego im lekarza leczyli, zechcą zwrócić uwagę stronom, żeby się do tegoż przed wyborem pensjonatu zgłaszały, w kilku bowiem domach pacjent wolności wyboru lekarza nie ma.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9-10 r. i od 3-5 pp.
Chorych na uszy od 12-2 pp.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.