

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 35.

Warszawa d. 2 Września (20 Sierpnia) 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 39. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Kilka uwag o teoriach odporności. Podał W. Mutermilch. (Ciąg dalszy). — Statystyka szczepień ochronnych przeciw wścieklicznie w r. 1903. Podał W. Orłowski. — Streszczenia i wyciągi. 64. Spirochaete pallida w przymiocie. 65. Pokrzywka miesięczkowa. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 30 czerwca r. b. (Ciąg dalszy). — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (26 — 29 kwietnia r. b.). Skreślił A. J. Goldman (Łódź). (Ciąg dalszy). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. MUTERMILCH — Quelques remarques sur les théories de l'immunité. 2) D-r W. ORŁOWSKI — La statistique des inoculations préventives contre la rage en 1903.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. MUTERMILCH — Einige Bemerkungen über die Immunitätstheorien. 2) D-r W. ORŁOWSKI — Statistik der Schutzimpfungen gegen Tollwuth im Jahre 1903.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

KILKA UWAG O TEORIACH ODPORNOŚCI.

Podał

Wacław Mutermilch.

Kand. n. przyr.

(Ciąg dalszy — Patrz Nr. 34).

Walkę z obcą komórką prowadzi organizm przy łącznym działaniu 2 odrębnych czynników, z których jeden nazywa E. komplementem

(odpowiadającym cytazie), drugi zaś, odpowiadający fiksatorowi, nazywa się w terminologii E. amboceptorem. Przez uodparnianie następuje tworzenie tylko amboceptorów, podczas gdy ilość komplementu powiększeniu nie ulega; charakter swoistości posiada także jedynie amboceptor.

Rola amboceptoru polega na tem, że jest on ogniwem pośredniczącym pomiędzy komplementem a komórką, na którą ten ostatni działa; jest on ciałem złożonym, posiadającym 2 grupy

czynne, a mianowicie grupę cytofilową, przy pomocy której łączy się z grupą haptoforową czyli receptorem bakterii lub innej komórki, użytej do szczepienia, oraz grupę komplementofilową, za pośrednictwem której wiąże się z komplemtem, mianowicie z jej grupą haptoforową. Wskutek takiego połączenia zostaje umożliwione działanie niszczące (trawienne) komplementu na daną komórkę, mianowicie przy pomocy drugiej czynnej grupy komplementu, zwanej zymotoksyczną. Komplement, jak widzimy z powyższego, jest zbudowany analogicznie do toksyny; jego grupy: haptoforowa i zymotoksyczna odpowiadają grupom: haptoforowej i toksyforowej toksyn.

Ażeby wytłumaczyć tworzenie się amboceptorów, czyni EHRlich przypuszczenie dodatkowe, że w protoplazmie znajdują się prócz receptorów prostych, które poznaliśmy wyżej, gdy była mowa o powstawaniu antytoksyn, jeszcze inne, bardziej złożone ogniwa boczne, posiadające oprócz kompleksu chwytanego, służącego do przytrzymania obcej komórki, jeszcze drugą grupę, posiadającą zdolność przyciągania odpowiednich substancji o działaniu fermentacyjnym; tego rodzaju kombinację uważa E. za konieczną, gdy idzie o asymilację bardziej złożonych substancji pokarmowych; połączenie się protoplazmy z taką substancją stanowi bowiem dopiero pierwszy krok w akcji odżywiania, dla dalszej zaś asymilacji musi substancja ta uleść jeszcze rozpadowi na związki prostsze, do czego służą enzymy; w ten sposób dochodzi E. do pojęcia swych receptorów drugiego rzędu; amboceptory, zjawiające się we krwi zwierząt, szczepionych bakteriami, krwinkami i in. komórkami, są niezem innym, jak takimi receptorami drugiego rzędu, powstałymi, na podobieństwo antytoksyn, na drodze nadprodukcji i orderwania od komórki macierzystej oraz przeniesienia w stanie wolnym do krwi.

Tego rodzaju budowa amboceptorów czyni zrozumiałym nie tylko sposób ich działania, ja-

ko pośrednika, przenoszącego działanie komplementu na komórkę, lecz także i ich charakter specyficzny, uwarunkowany powinowactwem ich grupy haptoforowej do odpowiadającego im kompleksu komórki obcej, której wprowadzenie było bodźcem do ich wytworzenia.

Ponieważ zarówno amboceptor, jak i komplement zawierają w składzie swym grupy haptoforowe, więc w myśl hipotezy E. staje się zrozumiałym, że obie te substancje, jak wspomnieliśmy już wyżej, zdolne są wywoływać tworzenie się swoistych przeciwciał, mianowicie antykomplementów (antyctaz) oraz antyamboceptorów (antyfiksatorów).

W uwagach powyższych pozostawiliśmy rozmyślnie na boku całą niezmiernie bogatą stronę faktyczną nauki o odporności oraz dowody doświadczalne, przemawiające za słusznością tych lub innych poglądów; zamiarem naszym było bowiem jedynie przedstawienie w jaknajbardziej szkieletowej i najogólniejszej formie teorii, splatających w organiczną całość całokształt różnorodnych zjawisk, obejmowanych wspólnym mianem odporności. Z kolei rzeczy pragnąłbym dorzucić od siebie kilka uwag krytycznych w sprawie wyluszczonej powyżej poglądów teoretycznych oraz zastanowić się nad tem, czy nie byłoby racjonalniej — zamiast tworzyć nowe zupełnie teorie, nie mające — jak teoria EHRlich'a — nic wspólnego z całym dotychczasowym dorobkiem wiadomości chemicznych — zrobić próbę sprowadzenia będących w mowie objawów do kategorii znanych już nam skądinąd i w znacznym przynajmniej stopniu pozbawionych znamienia tajemniczości zjawisk chemicznych.

Gdy jest mowa o teoriach odporności, to rzecz bywa zwykle przedstawiana w ten sposób, że teorie EHRlich'a i MIECZNIKOW'a znajdują się w zupełnej ze sobą sprzeczności. Prawda, że szkoła E. nie przypisuje fagocytom tej roli dominującej, jaką wyznacza im M., i że uważa bakteryo-, hemolizyny i t.d. za fermenty *par excellen-*

ce humoralne, podczas gdy M. charakter ten przypisuje tylko fiksatorom, cytazy zaś uważa za fermenty wewnątrzkomórkowe i dostające się do krwi tylko w szczególnym wypadku fagolizy; co się tyczy wszakże samego mechanizmu powstawania przeciwciał i sposobu ich działania, to w tym względzie M. bynajmniej nie staje w sprzeczności z teorią ogniw bocznych E., przeciwnie, przyznaje on jej wielkie zasługi, wyraża tylko przekonanie, że przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości pragnienie dokładnego wejścia w szczegóły powstawania i mechanizmu działania przeciwciał jest jeszcze niejako przedwczesne. Pogląd ten uważam za zupełnie racjonalny i w dalszym ciągu postaram się uzasadnić go z punktu widzenia chemicznego, opierając się na wynikach badań ostatniej doby z dziedziny enzymochemii i katalizy.

Bynajmniej nie jest zamiarem moim obniżyć znaczenie genialnej teorii E., której olbrzymie zasługi w znaczeniu heurystycznym i klasyfikacyjnym są bezsprzeczne; pragnąłbym tylko zwrócić uwagę na niektóre punkty, budzące pewne wątpliwości ze strony chemii teoretycznej.

Przedewszystkiem w samym założeniu teorii E. spostrzegamy pewną niekonsekwencję; pragnąc w tłumaczeniu zjawisk odporności jak najbardziej uwolnić się od czynników witalistycznych i dane zjawiska sprowadzić do dziedziny przeobrażeń i reakcji chemicznych, jednocześnie wprowadza E. do teorii swej czynnik fikcyjny, leżący poza obrębem wszystkiego, co jest nam w chemii znane, mianowicie, własność cząsteczek żywej materii regenerowania i nadprodukcowania zużytych ogniw bocznych; atoli, jakkolwiek zawilą wyobrazilibyśmy sobie budowę jądra cząsteczki żywej materii, nie moglibyśmy zrozumieć, jakiego to rodzaju są siły, które zniewalają cząsteczkę do odtwarzania i nadprodukcowania ogniw bocznych, zużytych przez nasycenie ich powinowactwa do wprowadzonego ciała obcego; nie znamy w chemii ani jednego faktu, choćby w najmniejszym stopniu analogicznego,

któryby uprawniał nas do uznania takiej możliwości; a więc zmuszeni byśmy byli własność tę przypisać działaniu jakichś sił tajemniczych, nadprzyrodzonych, *par excellence* witalistycznych; godząc się zaś na taką ewentualność, raczej — jak mi się zdaje — oddalilibyśmy się, aniżeli zbliżali do poznania istotnej natury badanego zjawiska.

Drugim nadającym się do krytyki punktem teorii E. jest postulat, potwierdzony, co prawda, pozornie licznymi badaniami eksperymentalnymi, dotyczący mechanizmu działania toksyna i przeciwciał; widzieliśmy wyżej, że toksynom i analogicznym do nich komplementom przypisuje E. posiadanie specjalnej grupy czynnej, (toksoforowej, ewent. zymotoksycznej) działającej niszcząco na daną komórkę; przyczem sądzi, że działanie to substancje powyższe mogą objawić tylko wówczas, gdy zostały uprzednio przyłączone do protoplazmy komórki, już to bezpośrednio, jak w toksynach przy pomocy grupy haptoforowej, już to za pośrednictwem specjalnego ciała, obdarzonego dwiema grupami chwytными, jak w cytotoksynach, gdzie rolę takiego ogniw pośredniczącego, łączącego się z jednej strony z komplementem, z drugiej zaś z komórką, ulegającą zniszczeniu, odgrywa amboceptor.

Otóż, co się tyczy tej strony teorii E., to pozwolę sobie zwrócić uwagę na okoliczności następujące.

Przedewszystkiem, jeśli zwrócimy się do innych jądów, aniżeli toksyny, np. alkaloidów, to okazuje się, że jady te, pomimo silnego działania trującego na tkanki, nie wstępują bynajmniej w połączenie chemiczne z protoplazmą komórki; dowiedli tego eksperymentalnie — dla innych zresztą celów — sami zwolennicy teorii E.; wynika z tego, że trucizna może zabijać komórkę żywą niekoniecznie na drodze uprzedniego przyłączenia cząsteczki substancji trującej do protoplazmy.

Konieczność łączenia się jadu z komórką tembardziej wydaje się wątpliwą, jeśli zwrócić uwagę na to, że jady toksyczne wywierają działanie swe, jak wiadomo, w niesłychanie drobnych dawkach; dla jadu tężcowego np. wyliczono, że dawkę śmiertelną dla jednej myszy stanowi jedna 40-milionowa część grama; 1 grm. rycyny wystarcza do zabicia 1½ miliona świnek morskich (przez wstrzyknięcie podskórne). Dysproporcya powyższa nasuwa mimowoli analogię z reakcyami katalitycznymi, gdzie również mamy do czynienia ze zjawiskiem, że mała ilość katalizatora zdolna jest wywołać w jednostce czasu przekształcenie olbrzymich ilości ciał reagujących. A zresztą i cały szereg innych danych, których tu przytaczać nie będę, przemawia za tem, że w działaniu toksyn, cytotoxyn i t. d. mamy do czynienia z reakcyami enzymatycznymi; wiadomo zaś, że zjawiska fermentacji zostały w całej ich rozciągłości sprowadzone do reakcyi katalitycznych.

Ani czas, ani miejsce nie pozwalają mi na to, ażeby wyłożyć tutaj główne choćby dowody, na których oparte jest stwierdzone w sposób zupełnie pewny przeświadczenie, że reakcyje enzymatyczne są istotnie niczem innym, jak reakcyami katalitycznymi, t. j. że enzymy działają w sposób zupełnie analogiczny do zwykłych katalizatorów. Pogląd ten w ostatnich dopiero czasach i po długich walkach zdobył prawo obywatelstwa w nauce, zanim uporał się z poglądami dawniejszymi, nie mogącymi zdecydować się na zerwanie ostateczne z czynnikami witalistycznymi w chemii fizyologicznej. Niedawne to jeszcze wcale czasy, gdy w fermentach widziano „ułamki protoplazmy”, obdarzone resztkami sił życiowych; niektórzy (np. GAUTIER) upatrywali w enzymach coś w rodzaju komórek rozpuszczonych, w których zachowała się jeszcze spora dora sił życiowych; byli i tacy, (jak np. ARTHUS), którzy pozbawiali fermenty natury materjalnej

i uważali je nie za substancye chemiczne, lecz za szczególnego rodzaju postaci energii.

Ale i wówczas nawet, gdy pozbyto się już w chemii enzymowej zabarwienia witalistyczno-mistycznego, nie chciano się pogodzić z tem, żeby rola enzymów była identyczna z rolą zwykłych katalizatorów; przytaczano szereg dowodów, mających wykazać, że rozmaite strony działania fermentów różnią się zasadniczo od prostych reakcyi katalitycznych. Walka ta wyszła jednakże tylko na dobre nauce, stanowiła bowiem bodziec do dokładniejszego zbadania zjawiska katalizy, w czem największe bez kwestyi zasługi położyli OSTWALD, BREDIG i ich współpracownicy; później zaś, gdy wypracowane zostały metody, zaczerpnięte z cynetyki chemicznej, ścisłego badania reakcyi katalitycznych, zdołano bez wielkiego już trudu zastosować je do reakcyi enzymowych, przyczem okazała się zupełna pod każdym względem analogia obu tych kategorii zjawisk. Przedewszystkiem trzeba było zdefiniować ściśle istotę katalizy. Katalizator został przez OSTWALD'a określony jako substancya, która obecnością swoją wpływa na zmianę szybkości reakcyi, zachodzącej, co prawda, i bez pomocy katalizatora, choć w takim razie przebieg reakcyi bywa często tak leniwy, że, praktycznie rzeczy biorąc, szybkość jej uważana być może za zero; katalizator, przyspieszający reakcyę, usuwa w niewiadomy dla nas sposób bierny opór, jaki znajdują ciała reagujące, i z tego punktu widzenia najzupełniej jest usprawiedliwione porównywanie roli katalizatora do roli smarów w mechanice. Jednym z najważniejszych wyników zastosowania ścisłych metod badania do reakcyi katalitycznych było skonstatowanie faktu, że katalizator, w myśl powyższej definicyi OSTWALD'owskiej, zmienia tylko szybkość reakcyi, natomiast, o ile sam nie ulega jakiejś modyfikacyi fizycznej lub chemicznej, nie przesuwuwa zupełnie stanu równowa-

gi reakcyi; wynika to z pracy KOELICHEN'a nad polimeryzacją acetonu pod wpływem katalitycznym zasad ¹¹⁾ oraz z pracy TURBAB'y nad polimeryzacją aldehydu pod wpływem różnych katalizatorów ¹²⁾.

(C. d. n.).

Z Pracowni Bakteryologicznej w Wilnie

Statystyka szczepień ochronnych przeciw wścieklicznie w r. 1903.

Podał

Wacław Orłowski.

Do zakładu mego w Wilnie zgłosiło się w roku 1903 ogółem 583 osoby, pokąsane przez zwierzęta wściekle lub o wściekliczną podejrzaną. Z tej liczby jednak nie leczyły się zupełnie 132 osoby, ponieważ w przypadkach tych mogłem z całą pewnością wyłączyć możliwość zakażenia; przerwało leczenie z własnej woli 14 osób; leczyły się 2 osoby, pokąsane przez zdrowe zwierzęta, co dopiero później odpowiednie doświadczenia wykazały, wreszcie 1 osoba kończyła tylko w moim zakładzie leczenie, w innym zakładzie rozpoczęte, pozostaje zatem 431 osoba, która cały kurs leczenia podług metody PASTEUR'a przeszła i do niniejszej statystyki zaliczona została:

1) Ruch miesięczny chorych:

w styczniu	leczyło się 33 osoby
" lutym	" 40 "
" marcu	" 28 "
" kwietniu	" 46 "
" maju	" 22 "
" czerwcu	" 41 "

¹¹⁾ Koelichen. Zeitschr. für Physik. Chem. 33. 149 (1900).

¹²⁾ Z. f. Physik. Chem. 38. 505. 1901.

" lipcu	" 67 "
" sierpniu	" 66 "
" wrześniu	" 34 "
" październiku	" 18 "
" listopadzie	" 11 "
" grudniu	" 25 "

2) Płeć chorych:

mężczyzn	leczyło się 281
kobiet	" " 151

3) Wiek chorych:

do lat 5	było 44 osób
od lat 5 do lat 10	było 79 "
" 10 " 15	" 54 "
" 15 " 20	" 40 "
" 20 " 30	" 75 "
" 30 " 40	" 68 "
" 40 " 50	" 34 "
" 50 " 60	" 26 "
" 60 " 70	" 6 "
" 70 " 80	" 2 "
" 80 " 90	" 3 "

4) Miejscowości, skąd chorzy pochodzili:

z gub. Wileńskiej	leczyło się 106 osób
" Mińskiej	" 158 "
" Kowieńskiej	" 117 "
" Grodzieńskiej	" 21 "
" Suwalskiej	" 11 "
" Mohylońskiej	" 3 "
" Witebskiej	" 7 "
" Czernihowskiej	" 7 "
" Orłowskiej	" 2 "
" Irkuckiej	" 1 "

Z samego m. Wilna i okolic podmiejskich leczyły się 23 osoby.

5) Przebieg czasu, jaki upłynął od chwili ukąszenia do chwili rozpoczęcia leczenia:

upłynęło mniej niż 1 dzień	w 3 przypadkach
" 1 lub 2 dni	" 67 "
" 3 do 5 "	" 157 "
" 5 " 10 "	" 120 "
" 10 " 20 "	" 67 "
" 20 " 30 "	" 12 "
" 30 " 40 "	" 4 "
" więcej niż 40 "	" 1 "

6) Rodzaj zwierząt kąsających:

psy	pokąsały	365	osób
koty	"	39	"
konie	"	1	"
krowy	"	10	"
świnie	"	3	"
wilki	"	10	"
ludzie	"	3	"

7) Umiejscowienie ukąszeń:

ukąszonych w głowę i twarz	było	15	osób
"	ręce	"	" 264 "
"	tułów	"	" 6 "
"	nogi	"	" 105 "
"	rozmaite części ciała	41	"

8) Liczba ukąszeń:

ukąszeń pojedynczych	było	163
"	licznych	" 268

9) Przypalania:

wystarczające stosowane	były w	0	przypadk.
niewystarczające	"	31	"
nie były	"	400	"

10) Ukąszonych przez ubranie było 137 osób

"	w nagie ciało	" 294 "
---	---------------	---------

11) Kategorie: A, B, C:

w grupie A	było	31	osób
"	B	" 115 "	
"	C	" 285 "	

12) Śmiertelność w roku 1903, obliczona na zasadzie dokumentów urzędowych o stanie zdrowia osób, które się w moim zakładzie leczęły, po upływie co najmniej 6 miesięcy od chwili ukończenia leczenia = 0%, śmiertelność od roku 1897 do r. 1903 włącznie = 0,45%.

Przy obliczaniu tych odsetek uwzględniłem, jak zwykle tylko te przypadki, w których śmierć nastąpiła później, niż we 2 tygodnie po ukończeniu leczenia.

W roku 1903 przypadków takich nie miałem; dwie osoby jednak zmarły w ciągu pierwszych dwóch tygodni po ukończeniu leczenia, a mianowicie:

1) Kalenik Wasyl lat 10, ze wsi Kukolówka, pow. Ihumeńskiego, gub. Mińskiej, pokąsany przez wilka, podejrzanego na zasadzie sekcji o wściekliznę, 5 marca 1903 roku *). Rany wprost straszne: cała głowa zorana zębami wilczymi do kości. Naliczyłem: 7 ogromnych ran na głowie, 1 głęboką ranę na podbródku, 1 głęboką i szeroką ranę na dolnej wardze, 1 głęboką ranę na prawem ramieniu. Leczenie rozpocząłem 7 marca; zrazu szczepiłem 3 razy dziennie po 3,0, poczynając od 7-dniowych rdzeni, potem po dwa razy dziennie po 5,0 na dawkę, aż do 1-dniowych rdzeni włącznie. Ogółem w ciągu 23 dni chorey otrzymał 206,0 szczepionki. Leczenie ukończyłem 29 marca 1903 r.; Kalenik zachorował 4 kwietnia, zmarł 5 kwietnia na wściekliznę.

2) Awramienko Jan, lat 37 ze wsi Klewa, pow. Borysowskiego, gub. Mińskiej, pokąsany przez wilka 21 grudnia 1903 roku. Wilk — podejrzan o wściekliznę na zasadzie objawów. U chorego znalazłem 5 ran na lewym przedramieniu poprzez koszulę i 1 ranę na wskazicielu prawej ręki, w nagie ciało zadaną. Leczenie rozpocząłem 27 grudnia 1903 roku, ukończyłem 13 stycznia 1904 roku. W ciągu tych 18 dni chorey otrzymał 66,0 szczepionki po 2,0 na dawkę; zmarł na wściekliznę 26 stycznia 1904 roku.

Prócz wymienionych zmarły jeszcze dwie osoby podczas samego leczenia:

3) Statkiewicz Józef lat 19, ze wsi Brzeżki, pow. Bobrujskiego, gub. Mińskiej, pokąsany przez wilka, podejrzanego na zasadzie objawów o wściekliznę, 5 kwietnia 1903 roku. Przy badaniu znalazłem 5 ran na obu policzkach i 1 ranę na górnej wardze. Leczenie rozpocząłem 18 kwietnia 1903 roku, szczepiąc chorego zrazu 3 razy dziennie po 3,0, potem 2 razy dziennie po 5,0, lecz skończyć leczenia nie mogłem, gdyż S. zachorował 28 kwietnia i zmarł 1 maja 1903 roku na wściekliznę.

*) Wszystkie daty w moich sprawozdaniach podaję według starego stylu.

4) Koledo Mateusz, lat 65, ze wsi Przywałki, pow. i gub. Grodzieńskiej, pokąsany 14 września 1903 r. przez wilka, podejrzanego o wściekliwość na zasadzie objawów. Przy badaniu chorego znalazłem: 1 ranę na 15 ctm. długo na głowie, 1 ranę pod prawym okiem, 1 ranę na plecach, 2 rany na lewej ręce, 1 ranę na prawym kolanie. Leczenie rozpocząłem 16 września, szczepiąc dwa razy dziennie po 5,0 na dawkę od 7-dniowych do 1-dniowych rdzeni włącznie. Leczenia jednak nie skończyłem, gdyż chory zachorował 29 września i zmarł 1 października 1903 r. na wściekliwość.

W sprawozdaniu z roku 1902 zwróciłem uwagę na konieczność energiczniejszego leczenia ciężko pokąsanych chorych i na wyniki, jakie otrzymałem przy szczepieniu takich chorych za pomocą silniejszych (nawet 1-dniowych) rdzeni i większych (5-gramowych) dawek. Obiecałem wtedy wrócić jeszcze do tego przedmiotu w następnym sprawozdaniu i opisać ciekawsze przypadki, które dzięki tej metodzie pomyślnie się zakończyły. Obecnie wywiązuję się z tego przyrzeczenia:

1) Andronik Wasyl, lat 10, pokąsany przez tego samego wilka, co i Kalenik (patrz wyżej przypadek 1) 5 marca 1903 r.: 3 rany głębokie na głowie, kilkanaście ran na lewym przedramieniu i na lewej ręce. Leczenie rozpocząłem 7 marca, ukończyłem 27 marca; w ciągu tych 21 dni 10-letni chłopiec otrzymał 160,0 szczepionki bardzo silnej, zniósł leczenie bardzo dobrze i do dziś dnia jest zupełnie zdrow.

Pięciu ludzi, pokąsanych przez tego samego wilka, co i Koledo (patrz wyżej przypadek 4) dnia 14 września 1903 r., a mianowicie:

2) Kurłowicz Jerzy lat 65: jedna rana (20 ctm.) na czole, 3 rany na głowie, 3 rany na prawym uchu, 3 rany na lewym przedramieniu, 4 rany na dłoni.

3) Kurłowicz Łukasz, lat 34: jedna rana (5 ctm.) na prawym ciemieniu, 9 ran na twarzy, 8 ran na prawej ręce i przedramieniu, jedna (7

ctm.) rana na lewej ręce, 7 ran na lewej ręce, 2 rany na prawej nodze.

4) Sorowiec Rozalia lat 72: jedna rana (10 ctm.) na czole, 3 rany na głowie (20 ctm., 10 ctm. i jedna drobniejsza), 1 rana (5 ctm.) na lewej ręce, 5 ran na lewej ręce, 4 rany na prawej ręce, 1 rana na *nates*.

5) Hajdoczko Piotr lat 52: trzy draśnięcia na twarzy, 1 głęboka rana na twarzy około ucha, 1 draśnięcie na piersiach, 3 rany na tylnej powierzchni lewej ręki, 5 ran na lewej dłoni, 3 rany na lewym przedramieniu.

Wszystkich tych chorych szczepiłem po 20 dni od 16 września do 5 października 1903 roku włącznie, dwa razy dziennie po 5,0 na dawkę; tym sposobem każdy z nich otrzymał po 200,0 szczepionki do 1-dniowych rdzeni włącznie. Wszyscy pozostali zdrowi.

6) Szawelski Adam lat 30: siedm ran na lewej ręce, szczepiony jak wyżej, w ciągu 18 dni otrzymał 180,0 szczepionki; zdrow.

W niniejszym sprawozdaniu opisałem 10 najcięższych przypadków, jakie miałem w roku 1903; wszystkie przypadki pokąsania przez wilki. Z tych przypadków 4 były śmiertelne: 1) Kalenik — to przypadek, według mego zdania, beznadziejny; 10-letni chłopiec, bardzo anemiczny i słaby wskutek dużej utraty krwi, rany okropne, silnie ropiejące, wstrząśnienie nerwowe duże; możnaby go, przypuścemy, szczepić po 20,0 na dobę lub więcej, ale czy taki słaby organizm może wytrzymać takie uodparnianie? 2) Awramienko — leczenie rozpoczęte w 6 dni po pokąsaniu, a więc spóźnione; prócz tego chory był szczepiony za słabo: wszystkie przypadki wilecze należałoby szczepić podwójnymi dawkami. 3) Statkiewicz — przypadek bardzo ciężki i bardzo spóźniony, gdyż chory zjawił się do zakładu we 2 tygodnie po pokąsaniu; nie dziwnego, że chory zmarł. 4) Koledo — przypadek nie gorszy od tych sześciu, które się pomyślnie zakończyły i nie spóźniony, a jednak zakończył się śmiercią. Właściwie tylko ten przypadek dowo-

dzi, że metoda szczepień dużemi (5-gramowemi) dawkami nie jest absolutnie pewna. Ale też dotychczas nie nas nie upoważnia do twierdzenia, że dawka 5-gramowa stanowi *maximum*, po za które już dalej pójść nie możemy. Mam tutaj naturalnie na myśli tylko zupełnie zdrowe organizmy i na poparcie tego twierdzenia przytoczyłem cały szereg przykładów, gdzie chorzy znosili zupełnie dobrze, bez żadnych zaburzeń ogromne dawki szczepionki.

Czy jednak szczepionki Pasteur'owskie są zupełnie niewinne, i czy w każdym przypadku możemy nimi bez miary szafować? Jest to sprawa również bardzo ważna, choćby tylko dlatego, że w bardzo licznych przypadkach nie można stwierdzić, czy zwierzę, które pokąsało ludzi, było naprawdę wściekle, i że nie każda rana, zadana nawet przez wściekle zwierzę, jest zakażona jadem wścieklizny.

Instytut Pasteur'owski w Konstantynopolu rozesłał w końcu zeszłego roku kwestyonaryusz w tej sprawie, kwestyonaryusz, zdaje mi się, nieco jednostronny, bo dotyczy tylko zjawisk paralitycznych, obserwowanych w następstwie szczepień ochronnych przeciw wściekliznie. Tymczasem skala tych zjawisk musi być, według mego zdania, znacznie obszerniejsza. Porażeń nie widziałem sam nigdy, ale czytałem i słyszałem o nich. Natomiast obserwowałem niejednokrotnie w czasie szczepienia (zwyklemi 2-gramowemi dawkami i nie silniejszymi niż 2-dniowymi rdzeniami) obrzmienie i niewielką bolesność gruczołów, przedewszystkiem pachwinowych, brak apetytu, ból głowy, przejściowe, 1 lub 2 dni trwające podniesienie ciepłoty, u dzieci nawet dość znaczne. U pewnej chorej obserwowałem po skończonem szczepieniu silne bóle w okolicy karku i łopatek, u innego chorego — bardzo silne bóle w dolnej części krzyża. Bóle te nie były ściśle umiejscowione, i chorzy nie mogli dokładnie wskazać ani miejsca bólu, ani głębokości bólu. Objawy te minęły po upływie kilku dni.

Wreszcie w r. 1903 miałem następujący przypadek: O. S. mężczyzna lat 55 z m. Nowoaleksandrowska, gub. Kowieńskiej, lecząc psa swego, jak się później na sekcji okazało, wściekłego, wsunął mu rękę do gardła i zadrasnął sobie o zęby palec. Fakt ten miał miejsce 21 stycznia 1903 r. Pomimo to S. zjawił się u mnie dopiero 30 stycznia bardzo przestraszony i podniecony tym wypadkiem. Dowiedziałem się później, że S. zawsze dużo pił wódki, a w ciągu tych 9 dni nadużywał trunków jeszcze więcej. Szczepienie rozpocząłem niezwłocznie 30 stycznia, ukończyłem 7 lutego i w ciągu tych 9 dni wprowadziłem S. owi pod skórę 35,0 szczepionki, ostatnia szczepionka była z rdzenia 2-dniowego. W czasie leczenia S. czuł się zupełnie dobrze, uspokoił się i, jak mnie się zdawało, w zupełnie dobrem zdrowiu wyjechał do domu. Tymczasem już 12 lutego otrzymałem od kol. LAUNE z Nowoaleksandrowska list, że S. jest chory: ogólny upadek sił, działalność serca osłabiona, niepokój, bezsenność, palce u rąk i nóg drętwieją, bóle w mięśniach i skórze (gdzie?), brak apetytu, język obłożony. W ciągu ostatnich trzech dni ciepłota była normalna, ale przedtem podobno była podniesiona. Już 14 lutego otrzymałem depeszę: stan chorego gorszy, oddech przerywany. Tegoż dnia, jak się później dowiedziałem, chory zmarł. Wskutek czego śmierć nastąpiła? Czy wskutek wścieklizny, czy szczepień ochronnych, czy jakiej innej sprawy? Kol. L. w liście swoim przyznaje się, że nie rozumie, z jaką sprawą chorobową ma do czynienia, mnie to na wściekliznę nie wygląda, wobec braku wielu charakterystycznych objawów, których kol. L. nie mógł przeoczyć.

Dawka szczepionki była wcale nie duża, raczej za mała; nawet roczne dzieci znoszą dobrze dawkę o wiele większą, a jednak nie mogą opędzić się od myśli, że właśnie ta szczepionka ochronna wywołała w organizmie zaburzenia, z którymi ten osłabiony przez alkohol organizm

nie mógł się uporać. Jest to moje przypuszczenie, oparte nie tylko na tym, ale i na innym przypadku z roku 1904, który w swoim czasie opiszę.

Na zakończenie podaję listę osób, które się zupełnie nie leczęły i wskutek wścieklizny zmarły:

1) Tarasiewicz Kajetan, lat 40 z Wilna, ukąszony na ulicy przez niewiadomego psa w rękę 6 stycznia 1903 r.: jedna ranka na dłoni i jedna ranka na wskazicielu prawej ręki. Zachorował 11 kwietnia 1903 r.; wezwany lekarz rozpoznał zapalenie mózgu. Choroba rozpoczęła się od bólu w ręce ukąszonej. 13 kwietnia przyszedł do mnie i skarżył się na silny szum w głowie; zmarł na wściekliznę 17 kwietnia.

2) Tumiłowicz Semen, lat 35 z Borysowa, gub. Mińskiej, ukąszony w obie ręce (2 ranki) 17 kwietnia 1903 r., zachorował 25 maja 1903 r., zmarł 27 maja na wściekliznę.

3) Filip X. lat 17 ze wsi Niegonicze, pow. Ihumeńskiego, gub. Mińskiej. 1 czerwca 1903 r. pokąsał w ręce 2 osoby, które go pielęgnowały. Innych szczegółów dowiedzieć się o nim nie mogłem.

4) Tomkus Antoni, lat 38, z m. Szawel, gub. Kowieńskiej, pokąsany przez psa 4 marca 1903 r.: jedna ranka na lewej ręce. Zachorował na wściekliznę 9 sierpnia 1903 r., 13 sierpnia podczas napadu uciekł w pole, 14 nie było go w domu, 20 podobno jeszcze żył (list kol. MACIEJEWSKIEGO). Co się z nim stało, nie wiem.

5) Gawrylezyk Mikołaj lat 19, ze wsi Kisielewicze, pow. Bobrujskiego, gub. Mińskiej, pokąsany przez psa 4 września 1903 r.: na wskazicielu prawej ręki 1 ranka poprzez paznokcie i 1 ranka na lewej goleni; zachorował 21 października 1903 r., zmarł na wściekliznę 24 października.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

64. C. FRAENKEL. *Spirochaete pallida* w przymiocie.

Wkrótce po odkryciu przez SCHAUDIN'a i HOFFMANN'a w wytworach przymiotowych spirochetów, o których patogenetycznej roli w przymiocie wyrażali się oni początkowo jeszcze z pewnym zastrzeżeniem, skądinąd odzywać się zaczęły poważne głosy, doniosłość odkrycia tego stwierdzające. Stwierdza więc obecność ich w sprawie przymiotowej PASCHEN, MIECZNIKOW na posiedzeniu Paryskiej akademii lekarskiej wykazuje obecność ich u 4 dotkniętych przymiotem ludzi oraz u 4 małp, którym przymiot zaszczerpiono, także na korzyść odkrycia tego wypowiedzają się BUSCHKE, PIELICKE, WECHSEL-

MANN, LOEWENTHAL, RECKZEHL, później jeszcze sam HOFFMANN a wraz z nim LEVADITI, BUSCHKE i FISCHER wykazują drobnoustrój ten w *syphilis congenita*; wreszcie w Towarzystwie lekarskim wiedeńskim KRAUS na zasadzie swoich obserwacji wypowiada zdanie, na które piszą się również PALTAUF, VOLK, LIPSCHÜTZ i OPPENHEIM, że *spirochaete pallida* najprawdopodobniej jest przyczyną przymiotu.

Tak więc — zdaniem autora — o ile przymiot, jak dotychczas, sędzić można z faktu, że drobnoustroje te stwierdzić się dają jedynie w sprawie syfilitycznej, i to nie tylko w zakresie skóry, lecz także, jak w przymiocie dziedzicznym, nawet w narządach wewnętrznych, zdaje

się być rzeczą niewątpliwą, że one to właśnie stanowią patogenetyczną przyczynę syfilisu. Na poparcie wniosku takiego przytacza kilka własnych spostrzeżeń.

Jako materiał do badań posłużyły mu często wyciętych pierwotnych wykwitów przymiotowych, sok z obrzmiałych gruczołów limfatycznych osobników, przymiotem dotkniętych, oraz z lepiej płaskich, w okolicy ani usadowionych. W dokonanych, jak dotąd, badaniach wykazał on spiryle w sześciu przypadkach, w jednym zaś przypadku lepiej ostrych (*condylomata accuminata*) wynik badania, jak to przewidywać należało, był ujemny.

Względnie nie wielka dotychczasowa liczba uwiecznionych dodatnim wynikiem badań objaśnia się trudnością, z jaką delikatne te drobnoustroje dostrzedz i wynaleźć się dają — że więc często godziny całe tracić trzeba na przeszukiwanie preparatu drobnowidzowego, zanim usiłowania takie do pożądanego doprowadzą celu. Tem właśnie oraz innymi trudnościami technicznymi tłumaczy się też i to, że autor kilka dni z rzędu nieraz musiał poświęcać na drobnowidzowe zbadanie preparatów, do jednego tylko odnoszących się przypadku.

Według SCHAUDIN'a i HOFFMANN'a preparat na szkiełku wystawia się przez 10 minut na działanie alkoholu, osusza się i następnie pogrąża się na 16—18 godzin w płynie GIEMS'a; po opłukaniu w wodzie, znów się osusza i utrwala balsamem kanadyjskim. Dla badania autor zaleca posługiwać się silnem powiększeniem, resp. okularzem N. 8 i immersją olejową. Wprawdzie nieraz udaje się już odnaleźć spirochety przy użyciu okularu N. 6 a nawet N. 4, lecz to tylko wtedy, gdy te są lepiej rozwinięte i silniej zabarwione — w razie przeciwnym łatwo mogą one być przeoczone. Bywają one rozmaitej długości i różnią się też ilością skrętów, których najczęściej bywa 8—10, nieraz 12—14, a niekiedy nawet ledwie tylko 4—6. Rozmieszczenie ich w danym preparacie bywa nierównomierne; czasem godzinami całemi trzeba ich się doszukiwać, zanim w którymś miejscu w obszarze szkiełka pokrywkiowego je się zobaczy. Czasem znajdują się tylko pojedyncze ich okazy, czasem bywają więcej liczne, 5—6 w jednym polu drobnowidzowym. Zdaje się jednak, że takie rezultaty badania nie zależą od sposobu zabar-

wiania, albowiem przy użyciu w tym celu tylko płynu GIEMS'a albo roztworu fuksyny lub gentianioletu w wodzie anilinowej wyniki nie okazały się lepszymi.

W zakończeniu pracy swej autor, opierając się na tem, że w sześciu przypadkach przymiotu w odpowiednich preparatach drobnoustroje te stale znajdował, że w przypadkach lepiej ostrych (*condyl. accuminat.*) oraz innych przypadkach przyrody niesyfilitycznej nigdy obecności ich wykazać nie mógł, nadto opierając się na wynikach otrzymanych przez innych poważnych badaczy, wyraża przekonanie, że omawiane spirochety stanowią niewątpliwie patogenetyczną przyczynę syfilisu i dziwi się zarazem, że już uprzednio, pomimo tak licznych badań w tym kierunku, syfilidologom i dermatologom drobnoustroju tego odkryć się nie udało

(Münch. med. Wochenschr. N. 24. 1905 r.).

F. Gr.

65 J. M. MILLER. Pokrzywka miesięczkowa.

Autor zaznacza, że w literaturze lekarskiej niejednokrotnie spotykamy się z opisami pojawiania się u kobiet pokrzywki w przebiegu rozmaitych spraw, ich narządów rodnych się dotyczących. CROCKER spostrzegł ją u niektórych kobiet bądź to przed każdą miesiączką, bądź to podczas ciąży, bądź też wreszcie podczas okresu karmienia. LINGER podaje, że u pewnej 16-letniej dziewczyny na 1—2 dni przed każdym odpływem miesięcznym pojawiała się wysypka w postaci okrągłych, czerwonych, swędzących wykwitów (*papulae*), która po 2—3 dniach przybierała wygląd *purpurae haemorrhagicae*, nadto w moczu pojawiały się u niej wtedy obok białka wałeczki ziarniste; w razie braku (zatrzymania się) miesiączki — i wysypki i zmian w moczu też nie było. SCHRAM podaje przypadek *erythematis exudativae*, pojawiającej się wraz z miesiączką, i podobny przypadek pojawienia się takiej wysypki z chwilą ukończenia się odpływu miesięcznego; w innym przypadku pokrzywka pojawiała się po przystawieniu pijawek *ad partem vaginalem uteri*; w innym znów po każdorazowym badaniu palcem lub wziernikiem. Wszystkie te chore (SCHRAMM'a) dotknięte były przewlekłymi cierpieniami macicznymi. SCANZONI opisuje przypadki obrzęków skóry przyrody angioneurotycznej, pojawiających się jednocze-

śnie z każdą miesiączką. W przypadku LUDWIG'a u młodej kobiety na 2—3 dni przed pojawieniem się odpływu miesięcznego stwierdzić się dawała wysypka o charakterze wybroczynowym (*ecchymotic*).

STILLER opisuje przypadek pokrzywki zastępczej — pojawiającej się w czasie braku spodziewanej miesiączki i znikającej z chwilą ukazania się jej — wreszcie inny u 45-cioletniej kobiety, u której silnie swędząca i do *acne* podobna wysypka pojawiała się przed każdym okresem miesiączkowym.

Wogóle wszystkie tego rodzaju wysypki, stojące w związku z miesiączkowaniem, uważane są powszechnie za objawy zwrotne (*reflex phenomena*). Przypadek autora tyczy się dziewczyny piętnastoletniej, która poczęła już miesiączkować w 12 roku życia. Początkowo miesiączka pojawiała się u niej nieregularnie, lecz w ostatnich dwóch latach prawidłowo ukazywała się co 4 tygodnie i każdorazowo trwała 3—4 dni. Wraz z ustaleniem się tej prawidłowości i pokrzywka zaczęła również pojawiać się okresowo. Ukazuje się ona na 7—8 dni przed i ustępuje na 2—3 dni przed każdą miesiączką; niekiedy utrzymuje się aż do pojawienia odpływu,

a niekiedy trwa jeszcze przez jeden lub dwa pierwsze dni tegoż; w innym czasie nigdy się nie pojawia, że zaś jest ona zależna od miesiączkowania, najlepszym dowodem tego jest to, że, gdy miesiączka zatrzymała się u niej przez dwa miesiące — co przypisaćby można w pewnej mierze zmianie klimatu (przesiedlenie się z Anglii do Ameryki) — to i pokrzywka również w czasie owym się nie pojawiała. Wraz z ponownym ukazaniem się miesiączki ponownie, też okresowo, zaczęła się pojawiać i pokrzywka. Po za pewną nerwowością dziewczyna ta jest zupełnie zdrowa; ani u matki jej, ani u sióstr, ani u kogokolwiek z żeńskich członków jej rodziny objawu podobnego stwierdzić się nie daje. Pokrzywka, u niej spostrzegana, jest typu zwykłego: mniejsze lub obszerniejsze swędzące i piekące wykwity, ograniczające się do skóry, niekiedy jednak szerzące się aż na błonę śluzową ust. Pojawieniu się ich nigdy nie towarzyszyły bóle lub inne przypadłości ze strony żołądka lub kiszek — co stanowczo każe wyłączyć wszelki moment przyczynowy ze strony przewodu pokarmowego.

(Medical Record, N. 1801, 1905 r.).

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie sekcji ginekologicznej

d. 30 czerwca 1905 roku.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 34).

5) A. NATANSON przedstawia torbiel jajnika wielkości 1½ pięści, usuniętą w 5-ym miesiącu ciąży z powodu silnych bólów, które wywoływała. Macica uniesiona była *in toto* ku górze, tak że część pochwowa znajdowała się na wysokości wejścia do miednicy. Guz ruchomy, przy poruszaniu nader bolesny. Przy przesuwaniu ku stronie lewej napinała się mocno sze-

roka szypuła; przesuwanie na prawo swobodne. Rozpoznano torbiel prawostronną. Przy operacji okazało się, że torbiel była lewostronna przy szypule długości około 20 cm.; natomiast prawe przydatki zrosnięte były z torbielą tak, że po wydobyciu guza na zewnątrz ukazały się oba jajowody, przebiegające do guza. Przebieg pooperacyjny bez reakcji. Cięża nie uległa przerwaniu. Bóle znikły bezpośrednio po operacji.

6) A. KARCZEWSKI opisał dwa spostrzeżenia z praktyki. Pierwsze spostrzeżenie doty-

czy kobiety 26-letniej, która przed dwoma laty urodziła na czasie żywe dziecko. Miesiączkowała zawsze prawidłowo. Ostatni peryod miała w marcu r. b. W d. 22 maja jakoby spadła z kilku stopni wschodów. Nazajutrz dostała mocnych bólów w dole brzucha, wymiotów i umiarkowanego krwawienia z organów płciowych; wkrótce zjawilo się częste i bolesne urynowanie. Brzuch bolesny, szczególnie w prawym dole biodrowym i prawej okolicy lędźwiowej. Prawą kończynę dolną chora utrzymuje stale zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym. Rozginanie wywołuje ból w okolicy prawego dołu biodrowego. *Per vaginam* wyczuwa się macicę miękką, powiększoną; w prawem sklepieniu wzmocniona odporność i wybitna wrażliwość przy ucisku. Uryna barwy ciemno-żółto-czerwonawej. Mając na względzie uraz, podawany przez chorą za przyczynę jej cierpienia, i zaburzenia w oddawaniu uryny tudzież umiejscowienie bólu, K. sądził, że ma do czynienia z uszkodzeniem prawej nerki. 26 maja białka oczu oraz skóra przybrały wybitne zabarwienie żółtaczkowe; brzuch wzdęty, pomimo to z prawej strony wyczuwa się w dole biodrowym wyraźne nacieczenie w postaci wału, ułożonego ukośnie, sięgającego ku górze do okolicy lędźwiowej, a z dołu wyraźnie dającego się wyczuć przez prawe i przednie sklepienie pochwy. 28 maja ciepłota w południe 38°, tętno 120; z pochwy wydziela się ciecz krwawa, cuchnąca. Wypływ tej cieczy nasunął podejrzenie co do sztucznego przerwania ciąży; chora jednak, pytana w tym kierunku, przeczy i stale utrzymuje, że spadła ze wschodów. 29 maja wobec tego, że na miejscu nacieczenia w dole biodrowym wyczuwa się niewyraźne cherbotanie, postanowiono wykonać próbne nakłucie. Podczas mycia chorej zauważono wydzielający się z pochwy obficie płyn cuchnący ciemny. Na kategoryczne zapytanie *quoad abortum artificialem* chora tym razem dała odpowiedź potwierdzającą, odmawiając podania jakichkolwiek szczegółów. Wobec tego przystąpiono przedewszystkiem do oczyszczenia macicy. Część pochwowa zgrubiała, rozpulchniona; na przedniej wardze z prawej strony plama szaro-żółtawa, wielkości fasoli. Gdy po ujęciu wargi kleszczykami wprowadzono do ujścia zewnętrznego tępą łyżkę, z otworu tego odrazu wypłynęła duża ilość płynu ciemno-burego z do-

mieszką gazów. Łyżka wpadła do jamy, w której od tyłu wyczuwało się jakieś ciało twarde. Ponieważ łyżką udało się wydobyć tylko kilka strzępów tkanki zgorzelinowej i trudno było zdać sobie sprawę, co za ciało leży od tyłu, wprowadzono palec do ujścia zewnętrznego i przekonano się, że w przedniej ścianie szyi istnieje otwór, łatwo przepuszczający palec i prowadzący do jamy zewnątrzotrzewnowej pozapęcherzowej; wyczuwalne zaś od tyłu ciało było przednią ścianą macicy, z której powłoka otrzewnowa odsunęła się ku górze. Przy naciskaniu na prawy dół biodrowy przez zewnętrzne ujście macicy wylewał się płyn cuchnący z gazami. Wobec tego nie było wątpliwości, że sprawa posokowa zajęła luźną tkankę łączną prawego przymaciecza, dołu biodrowego i przynercza. Zaniechawszy dalszych manipulacji w jamie pozapęcherzowej, wykonano cięcie na ścianie brzusznej nad przednim końcem grzebienia kości biodrowej. Po przecięciu skóry, tkanki tłuszczowej i mięśni, odrazu natrafiono na jamę, zawierającą taką samą ciecz, jaka wypływała przez ujście maciczne. Palcem stwierdzono, że jama sięga ku górze aż do okolicy nerkowej. Po wprowadzeniu przeto klampu i wypukleniu tkanki w okolicy lędźwiowej wykonano poniżej 12 żebra przeciw-otwór, przez który wprowadzono gruby dren. Drugi zaś dren przeprowadzono tak, że górny jego koniec leżał w dolnym brzegu rany brzusznej, a dolny sterczał w pochwie, przeprowadzony przez otwór w przedniej ścianie szyi i przez ujście zewnętrzne. Po tym zabiegu stan chorej znacznie się poprawił. Parę dni tylko ciepłota była podwyższona, a od 12-go czerwca stała się normalną. W dniu 11 czerwca dreny zastąpiono paskami gazy; w dniu 26 zaprzestano przeciągania pasków. Obecnie chora chodzi; rany ziarninują doskonale.

Mieliśmy zatem w danym przypadku przedziurawienie macicy, które spowodowało septyczne zapalenie luźnej tkanki łącznej. Rozpoznanie to jednak było początkowo trudne z powodu świadomego wprowadzenia w błąd przez chorą, podającą za przyczynę cierpienia uraz. Na zasadzie danych, znalezionych podczas operacji, KARCZEWSKI odtwarza prawdopodobne szczegóły tej sprawy w sposób następujący: do wywołania poronienia był użyty przedmiot twardy (może nawet przez samą chorą). Szarawa pla-

ma na wardze jako powierzchowne uszkodzenie tkanek dowodzi, że przedmiot ten był wprowadzony poomacku i najprzód oparł się o wargę, zanim trafił do ujścia. Skoro nareszcie koniec przedmiotu dostał się do kanału szyi, dalsze popychanie odbywało się nie ku górze, lecz ku przodowi, i wskutek tego nastąpiło przedziurawienie ściany szyi.

W danym przypadku zakażenie przybrało postać sprawy gnilno - zgorzelinowej, a nie zapalno - ropnej, jak to najczęściej bywa. Otrzewna nie wzięła prawie żadnego udziału w całej tej sprawie, która odbyła się zupełnie zewnątrz - otrzewnowo. Tej okoliczności jak również odpowiedniej i dość jeszcze wcześniej wykonanej operacji, chora zawdzięcza swe ocalenie.

Drugie spostrzeżenie dotyczy 31 - letniej kobiety, która 2 razy rodziła. Pierwszy poród trwał dwa dni i skończył się siłami natury, drugi zaś został ukończony za pomocą kleszczy po trzech dniach. Po pierwszym porodzie leżała dwa miesiące w łóżku z powodu gorączki. Po ostatnim porodzie miesiączkowała prawidłowo. Ostatni peryod miała w początku maja r. b.; trwał on, jak zwykle, 3 dni. W kilka dni potem zjawił się krwotok, który trwał jeden dzień i był połączony z mocnymi bólami w dole brzucha. W końcu maja drugi krwotok, który trwał kilka godzin; bólów nie było tym razem. W początkach czerwca krwawienie, trwające 3 dni bez bólów, od tego czasu niewielkie krwawienia co kilka dni.

23 czerwca uczuła w całym brzuchu ból umiarkowanego napięcia; cały dzień jednak chodziła. Nazajutrz wstała o 6 rano, czując się dobrze. W kilka godzin uczuła mocne klucie w dole brzucha, wkrótce straciła przytomność i upadła na ziemię. W czasie tym były kilkakrotne wymioty. Chora bardzo blada, wargi sinawe, oczy zapadnięte, rysy zaostrome, tętno 140 drobne. Brzuch umiarkowanie wzdęty, wrażliwy na ucisk na całym obszarze, lecz przeważnie z lewej strony. Odgłos wypukowy u dołu aż do pępka i z lewej strony do łuku żeberowego wyraźnie stłumiony; z prawej strony i u góry bębnowy. *Per vaginam*: część pochwowa dość twarda z głębokimi karbami i wyniosłościami. Przez prawe sklepienie wyczuwa się ciało twarde wielkości jajka; lewe sklepienie znacznie

płytsze i odporniejsze; nie wyraźnego przez nie wyczuć nie można. Badanie dwuręczne z powodu bolesności i napinania powłok brzusznych nie dało wyników pozytywnych.

Na mocy powyższych danych rozpoznano krwotok wewnętrzny, prawdopodobnie spowodowany pęknięciem ciężarnego jajowodu. O g. 9 wieczorem KARCZEWSKI przy pomocy kol. A. ZIELIŃSKIEJ i siostry miłosierdzia (chloroform) przystąpił do operacji. Po nacięciu otrzewny wylało się dużo krwi ciemnej, płynnej, oprócz tego usunięto dużo skrzepów. Gdy wprowadzono rękę do jamy brzusznej w celu uchwycenia jajowodu, nie znaleziono macicy w linii pośrodkowej; natomiast po bokach wyczuwało się twarde jajowate ciała. Skoro uprzęstępniono dla oka dno miednicy małej, przekonano się, że macica jest dwurożna, rozdwojona aż do szyi. U wierzchołka lewego rogu leżał wśród starych zrostów lewy jajnik wraz z jajowodem, tworząc jedną masę; w jajniku istniała torbiel wielkości orzecha włoskiego, która podczas manipulowania w małej miednicy po omacku pękła — przyczem płyn był surowiczny. Prawy jajowód był zupełnie wolny. Wychodził on z wierzchołka prawego rogu macicy i w pobliżu końca brzuszego miał zgrubienie w postaci guzika wielkości śliwki. W chwili, gdy jajowód ten wydobywano nazewnątrz, ze zgrubienia wypadł i pozostał w ręku twór miękkawy, czerwony, wielkości jaja gołębiego, w jajowodzie zaś pozostało miseczkowate rozszerzenie. Szypułę jajowodu podwiązano struną i jajowód odjęto (pokaz preparatu). Jamę brzuszną zamknięto szwem trzypiętrowym. Podczas operacji zastrzyknięto chorej pod skórę 1000 grm. fizjologicznego roztworu soli. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Przypadek ten, już zasługujący na uwagę z powodu dwurożnej macicy (*uterus bicornis unicollis*), nastęrcza kilka uwag.

Przedewszystkiem ciekawą jest rzeczą, który z rogów macicy był siedliskiem poprzednich ciąży.

Ponieważ stan położowy po pierwszym porodzie był gorączkowy i trzymał chorą dwa miesiące w łóżku, należy przypuścić, że wtedy właśnie było owo cierpienie, które spowodowało wyżej wymienione zmiany w lewym jajniku i jajowodzie. Prawie więc z pewnością możemy twierdzić, że siedliskiem drugiej ciąży był pra-

wy róg, o ile, naturalnie, wyłączymy wewnętrzne wędrowanie jaja, t.j. możliwość przedostania się jaja zapłodnionego przez jajowód prawostronny i przez prawy róg macicy do rogu lewego. Następnie wchodzi tu w grę i inna okoliczność. Rozwój obu rogów macicy dwurożnej nie zawsze bywa równomierny. Różnica w rozwoju rogów nie może pozostać bez wpływu na ich siłę mięśniową czyli sprawność porodową. A zatem przebieg porodu z pewnemi zastrzeżeniami może być poczytywany za wykładnik rozwoju danego rogu macicy dwurożnej. Ponieważ w danym przypadku pierwszy poród trwał 2 dni i skończył się siłami natury, a drugi trwał 3 dni i był ukończony za pomocą kleszczy — możnaby więc wnioskować, że nie ten sam róg macicy był ciężarny w ciążach poprzednich, czyli że siedliskiem pierwszej ciąży był lewy róg.

W trzeciej zaś ciąży jajo nie dosięgło rogu prawego, lecz usadowiło się w jajowodzie i spowodowało jego pęknięcie. Trudno określić, jak długo rozwijało się jajo w jajowodzie. Sądzić jednak należy, że pęknięcie nastąpiło w bardzo wczesnym okresie. Wczesne to pęknięcie można wytłumaczyć pewnym niedorozwojem jajowodu; podczas operacji bowiem już jajowód w swoim wolnym końcu wydawał się cieńszym od normalnego. W końcu KARCZEWSKI zaznacza, że nie usunął lewostronnych przydat-

ków pomimo istniejących w nich zmian chorobowych dlatego, aby nie przedłużać operacji u chorej, będącej w takich warunkach. Sądzi jednak, że zmiany te były tego rodzaju, że chorej nie sprawiały wielkich dolegliwości, i przypuszcza, że i nadal zaburzeń poważnych nie będą wywoływały.

W dyskusji SAWICKI Br. zaznacza, że pozostawienie lewostronnych przydatków może mieć znaczenie ze względu na ciążę. Przypomina bowiem sobie przypadek, gdzie, usuwając torbiel z jednej strony i stwierdziwszy zmiany w przydatkach drugiej strony, upewnił chorą, że wcale już nie zajdzie w ciążę, tymczasem w bardzo krótkim stosunkowo czasie stało się przeciwnie.

BORYSSOWICZOWI nasuwa się pewien cień wątpliwości, czy tutaj mamy do czynienia z ciążą jajowodową sensu *strictiori*, gdyż mu się przypomina przypadek z przed kilku lat, w którym operował chorą z powodu olbzymiego wylewu krwi do jamy brzusznej i zamiast spodziewanej ciąży znalazł niewielką utratę substancji na powierzchni jajowodu. Badanie drobnowidzowe wykazało *chorioepithelioma*

KARCZEWSKI odpowiada, że badania mikroskopowe są w biegu i prawdopodobnie wyświetlą sprawę.

(D. n.)

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Dwa wykłady HOCHHAUS'a wypełniły posiedzenie towarzystwa lekarskiego w Kolonii. W wykładzie pierwszym „o chorobie BANTI'ego” prelegent daje rys historyczno-kliniczny rozwoju poglądów o tej sprawie chorobowej, którą po raz pierwszy opisał BANTI w roku 1894. W początkach cierpienia objaw główny stanowi wybitne powiększenie śledziony i małokrwio-

stość; po upływie pewnego czasu, częstokroć nawet lat paru, przyłącza się marskość wątroby i przesiłek do jamy otrzewnej. Objaw najważniejszy — to cierpienie śledziony, bo reszta ztąd prawdopodobnie wypływa. Przyczyna choroby pozostała dotąd nie wykrytą, można jednak przypuszczać, że zimnica gra tu pewną rolę, przymiot zaś należy stanowczo wyłączyć. Se-

NATOR, który spostrzegł przypadek tego cierpienia, pod względem objawów głównych zgadza się zupełnie z BANTI'm, lecz kładzie mocny nacisk na zmiany we krwi, które można stwierdzić często w bardzo wczesnych okresach cierpienia. Kiedy po odczycie SENATOR'a rozwinęły się ożywione rozprawy, to zdania mówców były bardzo podzielone: jedni zgadzali się z poglądem SENATOR'a, drudzy zaś byli przekonani, że cierpienie to posiada wszelkie cechy zwykłej marskości wątroby o dosyć szczególnym przebiegu. Zupełnie inny pogląd wygłosił MARCHAND, który, opierając się na swych licznych doświadczeniach, wykonanych na psach, utrzymuje, że chodzi tu jedynie o cierpienie wątroby i śledziony, które rozwija się na tle przymiotu dziedzicznego. Przypadek podobny spostrzegali i prelegent. 25-letni chory podaje, że z dziesięciorga rodzeństwa troje urodziło się nieżywych, a pięcioro zmarło w pierwszych miesiącach życia; żyje tylko brat najstarszy. Ojciec zmarł w 66-ym roku życia na paraliż serea, matka — miała obrzęki przez czas dłuższy i zmarła, mając lat 55. W dzieciństwie pacjent przebył odrę i płonicę, a mając lat 9, cierpiał na oczy i z tego powodu wcierano mu szaruchę. Przed trzema laty miewał częste krwawienia z nosa, nieco zaś później doznawał klucia w okolicy wątroby i śledziony, a prócz tego miewał wymioty i nudności. Przez dwoma laty znów zjawily się krwawienia z nosa, i miał lekką żółtaczkę. Wtedy przebył kurację arsenikową, a wkrótce potem dostał kilkakrotnych wymiotów krwawych. W tym samym prawie czasie wstąpił do szpitala z powodu bardzo bolesnych obrzmień na nogach i na głowie, które zginęły pod wpływem jodku potasu, lecz zjawilo się „obrzemie” brzucha. Za pomocą przekłucia wypuszczono z jamy otrzewny dużą ilość płynu, lecz to „obrzemie” pozostało, i w takim stanie chory przebył cały rok bez żadnego leczenia. Na 6 tygodni przed obecnem wstąpieniem do szpitala zaraził się rzeżączką. Badanie wykazało, co następuje: chory bledy, odżywiany średnio, na białkówkach ślady żółtaczki; w płucach żadnych zmian nie wykryto; serce nieco powiększone w wymiarze poprzecznym; tony serea czyste; tętno dobrze napięte, prawidłowe. Brzuch znacznie powiększony; stępienie tonu wypukowego sięga od dołu aż do pępka; wyraźne chę-

botanie. Śledziona bardzo duża i sięga aż do grzebienia biodrowego. Wątroba również powiększona. Krew zawiera 78% Hglb.; ciałek czerwonych 4200000, białych 2400. W ciągu dwumiesięcznego pobytu w szpitalu stan chorego nie polepszał się bez względu na leczenie jodkiem potasu i arsenikiem; liczba ciałek czerwonych pozostała ta sama, Hglb. było 80%, a ciałek białych 1500. Ponieważ zaś choremu poprzednio jeszcze radzono wykonanie zabiegu operacyjnego, zresztą BANTI i inni zaznaczali, że usunięcie śledziony daje wyniki dobre w omawianem cierpieniu, więc postanowiono wykonać ten zabieg. Po otworzeniu jamy brzusznej okazało się, że śledziona jest w wielu miejscach zrosnięta z narządami sąsiednimi, skutkiem czego wycięcie jej było bardzo trudne i połączone z obfitą utratą krwi. Chory zmarł na drugidzień po operacji. Śledziona była bardzo duża i zbita i na przekroju posiadała kilka ognisk ograniczonych białawo-żółtych. Wątroba była również duża; na powierzchni narządu widać było w rozmaitych miejscach głębokie bliznowate zagłębienia. Badanie drobnowidzowe obydwóch narządów wykazało rozległe zmiany przymiotowe. Nie ulega wątpliwości, że w danym przypadku istniały typowe objawy choroby BANTI'ego: naprzód krwawienia z nosa, następnie wymioty krwawe, potem objawy ze strony wątroby i śledziony, dalej płyn w jamie otrzewny, nakoniec mała ilość ciałek białych, co zaznaczył SENATOR, — wszystko przemawia za zrobionem rozpoznaniem. Aczkolwiek SENATOR i MARCHAND przyczynę cierpienia upatrywali w przymiocie dziedzicznym, nie we wszystkich jednak przypadkach czynnik ten posiada znaczenie niezaprzeczone. Polegając na danych, zaczerpniętych z literatury, możnaby sądzić, że w wielu przypadkach sprawę zasadniczą stanowi marskość wątroby o przebiegu niezwykle, połączonym z bardzo wczesnem powiększeniem śledziony, która dochodzi do znacznych rozmiarów. W Niemczech takie przypadki spotykają się rzadko, natomiast w miejscowościach malarycznych muszą być znacznie częstsze.

Drugi wykład był poświęcony dosyć rzadkiemu spostrzeżeniu, które dotyczyło powiększenia śledziony ze znacznem powiększeniem liczby czerwonych krążków krwi (*Tumor lienis et hyperglobulia*). Chora odnośna, mająca około

43 lat, już przed 5 laty doznawała bólów w okolicy śledziony, które trwały przez 2 tygodnie. Bóle te powtórzyły się znowu przed 1½ rokiem jakoby na skutek „podźwigania się” i były bardzo dojmujące. Wtedy zjawiały się kilkakrotnie wymioty; chora była bardzo osłabiona, na skutek czego leżała przez czas dłuższy, a jednocześnie spostrzegła guz, wychodzący z podżebrza lewego. Od tego czasu stale doznaje uczucia gniecienia i pełności w okolicy śledziony, a potem i w całym brzuchu, który widocznie powiększył się. Badanie wykazało: osobnik dosyć dobrze odżywiony. Zabarwienie skóry na twarzy, na dłoniach, stopach błękitnawe z odcieniem czerwonawym; płuca bez zmian; w sercu ton drugi nad aortą wzmocniony, klapiący; tętno dobrze napięte i prawidłowe. Brzuch nieco wzdęty, płynu wolnego nie zawiera. Śledziona duża, twarda; wymiary jej: 27,5 : 17 ctm. Wątroba również duża i twarda. We krwi znaleziono 170% Hgbl. (według SAHLI'ego); liczba krążków czerwonych znacznie powiększona (liczb dokładnych autor nie podaje, ponieważ zapomniano wpisać je do karty szpitalnej). Chorą leczono jodem i arsenem, lecz stan jej nie uległ zmianie, jedynie tylko białko znikło z moczu; chora opuściła nieuleczona szpital po parotygodniowym pobycie. W przypadku powyższym istniały objawy następujące: powiększenie śledziony, wątroby i zawartości Hgbl. we krwi, zarówno jak i liczby krążków czerwonych, nareszcie swoiste zabarwienie skóry. Przyczyny jakiegokolwiek, która mogłaby wyjaśnić powstanie tych objawów, nie wykryto. Powstanie więc i związek wzajemny objawów poszczególnych pozostały nie wyjaśnione. Nieco więcej światła rzuciła na tę sprawę praca ROSENHART'a, który zdołał zebrać istniejącą dziś, bardzo skąpą zresztą, literaturę, dotyczącą tego przedmiotu. Wnosząc z tych danych, które udało się zdobyć za pomocą badania zwłok, możnaby utrzymywać, że istotę sprawy chorobowej stanowi gruźlica śledziony. W jaki sposób na tem tle rozwijają się inne objawy, pozostaje dotychczas nie wyjaśnionem. Dla leczenia jednak zdobylibyśmy przyczynek bardzo poważny, gdyby spróbowano zastosować wycięcie śledziony. Obecnie pozostaje tylko pragnąć, żeby zbierać starannie wszelkie spostrzeżenia odnośnie, chorych zaś badać jaknaj-

skrupulatniej, ażeby w ten sposób zebrać materiał odpowiedni do ugruntowania teorii o istocie tej ciekawej sprawy chorobowej.

Zasługuje na uwagę odczyt, wygłoszony przez NAUNYN'a w towarzystwie lekarskiem al-zackiem pod tytułem: „Działanie lecznicze naparstnicy i wartość jej dla lecznictwa”. Według prelegenta, żaden lekarz nie może obejść się bez naparstnicy, lecz działanie tego środka jest ograniczone, ponieważ istnieją przypadki, w których podawać jej niepodobna. Zdarza się, że chory nie znosi tego leku, brać go więc nie może, co bywa najczęściej wtedy, kiedy brał go w dawkach zbyt dużych, co doprowadziło do wystąpienia objawów zatrucia. Bywa jednak i tak, że chory odrazu nie znosi nawet małych dawek naparstnicy, podanej po raz pierwszy. Otóż w tych razach albo też wtedy, kiedy środek nie działa, powstaje potrzeba obejrzenia się za surogatami. Niestety, po wypróbowaniu wszystkich środków sercowych, przychodzi się do wniosku, że nie zastąpi naparstnicy ani strofant, ani konwalia. Z kolei przechodzi autor do przejścia działania digitoksyny, którą stosował albo przez usta, albo w ławatywach. Należy przyznać, że digitoksyna częstokroć działa skutecznie, nawet w tych przypadkach, w których zawodził napar z liści naparstnicy. Lecz przy dłuższym użyciu daje się zwykle spostrzedz bardzo niepożądane działanie zbiorowe; w ławatywach nie można stosować dłużej digitoksyny dla jej działania drażniącego. Wogóle NAUNYN nie jest entuzjastą pod względem tego środka, który nawet podskórnie zadawany wywołuje dreszcze i bywa źle znoszony. W ostatnich czasach NAUNYN zaczął stosować podskórną przygotowaną przez CLOËTT'a *digitoxinum solubile*. Sposób przygotowania stanowi jeszcze tajemnicę wynalazcy, roztwór zaś, zawierający 0,3 mlgrm. na centymetr sześcienny płynu, jest bardzo trwały. Należy dodać, że przygotowana w ten sposób digitoksyna posiadała działanie wybitne i bardzo dodatnie w przypadkach bardzo ciężkich. Zwłaszcza zasługuje na przytoczenie przebieg choroby u jednego chorego z daleko posuniętem zwyrodnieniem mięśnia sercowego. Następstwa tego cierpienia, jak niemiarowość tętna i przesięki do jam obudwu opłucnych, pozwalały na rokowanie bardzo złe. Stan chorego był rozpaczli-

wy, naparstnica nie działała wcale i w ciągu 5—6 miesięcy udawało się utrzymać chorego przy życiu tylko dzięki bardzo troskliwej opiece. W tym przypadku digitoksyna, zadawana podskórnie, dała wyniki wprost znakomite, ilość moczu zaczęła powiększać się bardzo szybko, a obrzęki i przesięki zmniejszały się prawie w oczach. Słowem, otrzymano takie wyniki, jakich nigdy nie można było oczekiwać od naparstnicy. W dodatku chory, utrzymywany w pewnej stałej równowadze, zaczął znosić dobrze i naparstnicę, czego poprzednio nie udawało się osiągnąć. Od tego czasu autor miał sposobność stosować digitoksynę Cloëtt'a w bardzo wielu przypadkach i zawsze ze skutkiem pożądanym, zwłaszcza w tych razach, kiedy naparstnica zawodził. W dodatku naparstnica często działa zbyt wolno, co jest nie zawsze pożądane, z tego powodu lekarz bywa zmuszony przepisywać zbyt duże dawki, a nawet takie, które mogą wywołać zatrucie, jeżeli np. w ciągu dwóch dni chce otrzymać wyraźne działanie leku, na co w warunkach zwykłych trzeba czekać od 3 do 5 dni. Ten okres działania ukrytego naparstnicy można znacznie skrócić za pomocą digitoksyny Cloëtt'a. Po dawce 0,3 mgm., podawanej 1—3 razy dziennie, skutek, t. j. działanie moczoepędne, spostrzegamy już po upływie doby. Tak szybkie działanie digitoksyny posiada znaczenie wielkiej wagi dla chorych na ostre osłabienie czynności serca w przebiegu chorób zakaźnych.

Nową metodę leczenia gośca za pomocą wstrzykiwań dożylnych przetworów kwasu salicylowego poruszył F. MENDEL na posiedzeniu tow. lekarsk. reńsko-westfalskiego. Nie ulega wątpliwości, że wstrzykiwanie środków lekarskich do żył przy należytym wyborze leku i zachowaniu drobiazgowym wszelkich wymagań techniki lekarskiej powinno być poczytywane za najbardziej racjonalne i celowe. Postępując w ten sposób, można nie tylko uniknąć wszelkich miejscowych powikłań niepożądanych, lecz i osiągnąć *maximum* działania farmakologicznego. Nadzieje, pokładane we wstrzykiwaniach do żył przetworów rtęci i chininy, sprawdziły się w zupełności i, zdaje się, upoważniły do przedsięwzięcia prób odnośnych z solami kwasu salicylowego, aczkolwiek teoretycznie wydawały się one niezupełnie racjonalnymi, ze względu na

wielkie dozy, podawane wewnątrz, niezbędne do osiągnięcia wyniku pożądanego. Z drugiej jednak strony skuteczne stosowanie zewnętrzne pewnych związków kwasu salicylowego (Mesotan, Rheumasan) poucza, że nawet stosunkowo małe dawki salicylanów wywierają działanie niezaprzeczone, prawdopodobnie na skutek tego, że dostają się one bezpośrednio do krwi. Idąc dalej w tym kierunku, zatrzymano się na wstrzykiwaniach podskórnych małych dawek salicylu; istotnie, wyniki otrzymano nader zachęcające, lecz wobec wielkiej bolesności tych zastrzykiwań, trzeba było zaniechać stosowania tej metody leczniczej na większą skalę. Wtedy podjęto szereg doświadczeń, skierowanych do wyjaśnienia pytania, czy salicylan sodu należy do tego szeregu leków, które bez żadnej szkody dla chorego mogą być zastrzykiwane do żył. Okazało się, że przy zachowaniu pewnych ostrożności (niezbyt wąskie żyły, szybkie zdejmowanie przewiązki) wstrzykiwanie do żył 20% roztworu salicylanu sodowego we wszystkich przypadkach nie wywoływało żadnych niepożądanych objawów ubocznych, ani miejscowych, ani ogólnych. Przez dodanie małej ilości kofeiny można uniknąć nawet małego bólu, zależnego od wstrzyknięcia. Najbardziej odpowiednią do wstrzykiwań okazała się mieszanina następująca: *Natr. salicylic.* 8,0, *Coffein. natrio-salicyl.* 2,0, *Aq. destill. ad* 50,0. Roztwór ten wstrzykiwano w przerwach 12-to godzinnych, aż do 8-io dniowych, zależnie od przypadku, w ilościach od 1½ — 2 ctm. sz. Wszelkie bóle, zależne od gośca, bez względu na to, czy były one umiejscowione w stawach, czy w mięśniach lub nerwach, znikły natychmiast po wstrzyknięciu, a wysięki w stawach stare i świeże zmniejszały się w oczach (! przyp. refer.). W ten sposób leczono więcej niż 150 przypadków najrozmaitszych cierpień reumatycznych, jako to: gościec jedno i wielostawowy, zapalenie stawów zniepodobniające, rwa kulszowa, zapalenie opłucny i t. p. W przypadkach świeżych, przebiegających bez gorączki lub z małą gorączką, często wystarczało jedno wstrzyknięcie do zupełnego lub długotrwałego usunięcia bólów; czasami wystarczały dwa lub nieco więcej zastrzyknięć do zupełnego wyleczenia. U chorych gorączkujących po każdym wstrzyknięciu bóle znikły na kilka godzin, lecz go-

rażka nie ustawała; wogóle u tego rodzaju chorych dotychczasowe wewnętrzne stosowanie salicylu wydaje się bardziej skutecznem. Najwłaściwsze jednak i najbardziej wdzięczne pole do zastosowania tej metody przedstawiają choroby, u których wewnętrzne i zewnętrzne stosowanie salicylanów pozostaje bez skutku, u których po całych miesiącach trwają obostrzenia pod postacią bólów to w tym, to w owym stawie, nareszcie wysięki w stawach bez gorączki. U tych chorych kilka wstrzyknięć dożylnych zwykle prowadziło do zupełnego i trwałego wyleczenia. Co do zapalenia stawów zniepodobniającego, to najłatwiej ulegały wyleczeniu te przypadki, w których cierpienie powstało na tle cierpienia ostrego. Zwykle po każdym wstrzyknięciu bóle ginęły na 10—15 godzin we wszystkich chorych stawach, wysięki świeże zmniejszały się szybko i same stawy stawały się podatniejsze na wszelkie zabiegi wodolecznicze, mechaniczne i t. p. W zapaleniu opłucny bóle

znikały po każdym zastrzyknięciu, lecz gorączka pozostawała bez zmiany. Co do działania tych tak małych ilości salicylanów, to zdaje się, że nie jest ono przeciwpasorzytnicze, lecz przeciwtoksyczne i dałoby się objaśnić w ten sposób, że salicylany tworzą z toksynami związki objętne, które łatwo ulegają wehłonięciu i wydaleniu. Wychodząc z tego założenia, należy przyjść do wniosku, że kwas salicylowy weale nie działa na wszelkie zmiany chorobowe, powstałe w narządach na skutek działania drobnoustrojów (zapalenie wsierdza, gorączka). Bezpośrednie wstrzykiwanie tego środka do żył potęguje działanie jego elektywne i stanowi dowód wielkiej skuteczności metody rzeczony, dzięki której nie tylko działanie leku staje się energicznijszem, lecz wywiera on wpływ skuteczny nawet i w tych razach, kiedy podawanie wewnętrzne nie przynosiło żadnego polepszenia.

K. Z.

XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(26 — 29 kwietnia r. b.)

Skreślił **A. J. GOLDMAN** (Łódź).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 30).

PERTHES (Lipsk). „Przyczynek do choroboznawstwa i lecznictwa choroby HIRSZSPRUNG'a (wrodzona rozstrzeń okrężnicy) z przedstawieniem preparatu z przypadku, wyleczonego na drodze operacyjnej”.

Omówiwszy wszystkie *pro* i *contra* w sprawie operacyjnego leczenia choroby HIRSZSPRUNG'a, kończącej się zwykle zejściem śmiertelnem, P. zaznacza konieczność interwencji czynnej w przypadkach, gdzie występują owrzodzenia wskutek napięcia ścian jelita (Dehnungsgeschwü-

re). Na preparatach, *ad hoc* przedstawionych, widać, że rozstrzeń nie zostaje wywołaną uprzednim zwężeniem jelita — tem nie mniej należy przypuścić, że istnieje jakaś nieznaną mechaniczną przeszkodą w obiegu zawartości kiszek, gdyż sama niedomoga mięśnia w ścianach jelita nie wystarcza, zdaniem P., do wywołania omawianych zmian patologicznych. W przypadku mowy (przedstawia preparat) wzdęcie brzucha było tak znaczne, że przepona brzuszna sięgała do 3 międzyżebra; wykonano uprzednio sztu-

czny odbył, przyczem okazało się, że woda, wlewana przez otwór kiszki stolecowej, wychodziła przez odbył sztuczny, lecz odwrotnie zjawisko to nie miało miejsca. Po 3 cięciach brzusznych, a mianowicie przyszyciu zgięcia okrężnicy, wycięciu klina i skróceniu kiszki, udało się przy 4 cięciu usunąć przegiętą część jelita i sprowadzić w ten sposób wyleczenie; wobec takich faktów łatwo sobie wyobrazić, że wewnętrzne leczenie choroby H. jest zupełnie bezcelowe.

Dyskusya.

BORELIUS - LUND (Szwecya). Wykonał w jednym przypadku początkowo boczne połączenie zgięcia okrężnicy — bez pożądanego wyniku i osiągnął wyleczenie dopiero po usunięciu tej części jelita.

BRAUN (Gettynga) przedstawia preparat, otrzymany u dziecka, operowanego z powodu wrodzonej rozstrzeni okrężnicy, i zgadza się z PERTHES'em co do konieczności uprzedniego wykonania odbytu sztucznego w celu usunięcia niezmiernie dużej ilości nagromadzonego kału.

BERTELSMANN (Kassel) przytacza kilka odpowiednich przypadków.

KREDEL (Hannover) sądzi, że operacyjne leczenie winno być możliwie rzadko wskazane, gdyż chorzy żyją dość długo bez rękoczynu; jeśli już wykonywamy zabieg z powodu ciężkich powikłań — nie należy wycinać jelita w formie klina, lecz ograniczyć się wytworzeniem fałd lub wycięciem owalu.

SCHLANGE (Hannover) wykonał w jednym przypadku odbył sztuczny i następnie stosował płukanie jelita; w 2 lata po zamknięciu odbytu wystąpił nawrót cierpienia.

FRANKE (Brunświk) widział w jednym przypadku brak poprawy pomimo rękoczynu.

PAYR (Graz). „Rzadkie postacie przewlekłego zwężenia okrężnicy”.

W przypadku mówcy chodziło o nader znaczne przegięcie okrężnicy w okolicy śledziony (*flexura lienalis*), przyczem rzucały się w oczy nader znaczne zrosty sieci; wykonano połączenie zgięcia esowatego z poprzecznicą, ułożoną nader głęboko — wynik rękoczynu pomyślny.

W 5 zebranych przez P. przypadkach przyczyny omawianego cierpienia były różne: zapalenie wyrostka robaczkowego, wrzód żołądka, tłuszczak sieci i nieznaczny rak opony

trzustki; klinicznie cierpienie przebiega, jako przewlekłe zwężenie okrężnicy. Francuscy autorzy wspominają o danej formie dość często i są zdania, że przyczyny należy tu szukać w skróceniu więzu śledziony przepono-okrężnicowego. Leczenie polega na usunięciu zrostów lub też na wykonaniu połączenia między poprzecznicą i zstępującą częścią okrężnicy.

SPRENGEL (Brunświk). „Zakrzep naczyń kreskowych”. Na przedstawionym preparacie widać zawał krwotoczny części cienkich jelit i zgorzel ślepej kiszki — a więc skutek zatkania tętnicy i żyły.

HABERER (Wiedeń). „Przyczynki doświadczenia w sprawie przewiązywania tętnicy wątrobowej”. Badania mówcy wykazały, że tętnicę wątrobową można przewiązywać bez obawy, gdyż zawsze krążenie wraca przez boczne rozgałęzienia; jednak w celu wykonania bezkrwawego zabiegu na wątrobie nie można polecić przewiązywania tętnicy wątrobowej w miejscu jej wyjścia.

WILMS (Lipsk) — w 2 przypadkach rozległego rozerwania wątroby zastosował z dobrym wynikiem tamponowanie rany.

VII posiedzenie (dn. 29 kwietnia).

Wobec nader znacznej liczby pozostałych odczytów i krótkości czasu, prezydujący proponuje do omówienia tylko trzy następujące tematy: 1) Złamania rzepki; 2) Znieczulenie rdzeniowe; 3) Chirurgia pęcherza. Następuje zgoda obecnych.

THIEM (Kottbus). „Rozmiary ograniczeń czynnościowych po krwawem i bezkrwawem leczeniu złamań rzepki”.

Po historycznem omówieniu dotychczas znanych sposobów leczenia złamań rzepki, których w r. 1888 LOSSEN naliczył 25, THIEM zaznacza ustalony fakt, że dolny więz rzepki nie jest *conditio sine qua non* prawidłowej czynności stawu kolanowego, i że rzepka może wcale nie istnieć, jak to się zdarza często od urodzenia, a ruchy kolana są prawidłowe. Poświęciwszy dalej kilka słów dziś już wyszłym z użycia sposobom leczenia i doniosłości otwartego leczenia za pomocą szwu — mówca zdaje sprawę z obecnego stanu omawianej kwestyi co do jakości używanego szwu: materiał do szycia, jakość

szwu, szew kostny i jego modyfikacje, podskórne metody, cerelage i t. d. znajdują tu szczegółowe omówienie. Z 12 przypadków, gdzie zastosowano szew przed-i okolorzepakowy, osiągnięto kostny zrost; metodę podskórną THIEM uważa za nieodpowiednią — gdyż *primo* — nie jest ona podskórna w ścisłym słowa znaczeniu, a *secundo* — przy użyciu tego sposobu nie jesteśmy w stanie uwolnić stawu i powierzchni odłamków od skrząpów i resztek rozerwanych mięśni.

Wczesny masaż jest bezwarunkowo wskazany, nie wywołuje on jednak sam przez się kostnego zrostu; za dobry prognostyk należy uważać, jeśli poszkodowany jest w stanie podnieść wyprostowaną w kolanie kończynę — oddziaływa tu często bardzo dobrze (aczkolwiek drogą sugestyi) podtrzymywanie dużego palca.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że z 321 przypadków, leczonych na drodze operacyjnej, zejście śmiertelne nastąpiło w 3 przypadkach, a z 223 chorych, leczonych na drodze nie krwawej, zmarło 6 (róża, zapalenie płuc opadowe, przerzutowe zapalenie opłucny, gruźlica płuc), łatwo wyciągnąć wniosek, że otwarte leczenie złamań rzepki jest mniej niebezpieczne, niż zamknięte, gdyż chorzy mogą wcześniej wstać z łóżka; nader ważne jest osiągnięcie kostnego zrostu, ponieważ łącznotkankowy uniemożliwia klęczenie i warunkuje niepewność ruchów poszkodowanego, i prócz tego łącznotkankowy zrost nader łatwo pęka przy najlżejszym urazie. Co się tyczy rozmiarów wynagrodzenia, to w przypadkach, leczonych bez szwu, straty instytucji ubezpieczeniowej są 2 razy większe co do czasu i pieniędzy, niż przy krwawym leczeniu.

W dyskusji zabierali głos: BOCKENHEIMER, KÖRTE, TRENDELENBURG, KOCHER (nie szyje w każdym przypadku złamania), KÖNIG sen., MAYER, RIESE, ROLOFF, LAUENSTEIN, WÖLFLEK, (przez asystenta — *Satura parapatellaris*).

BIER (Bonn). „Dzisiejszy stan nauki o znieczuleniu rdzeniowym, racya bytu tej metody, jej zalety i wady w porównaniu z innymi sposobami ogólnego znieczulania”.

Z długiego przemówienia BIER'a uwydatnić należy następujące wytyczne punkty. Przykre uboczne działanie znieczulenia rdzeniowego, zależne od stosowania kokainy, obecnie nie wchodzi w rachubę od czasu wprowadzenia w

użycie stowainy. Ze 103 przypadków stosowania stowainy tylko w 8 miało miejsce nieznaczne uboczne działanie, a w 10 następcze nieznaczne powikłania. Przez kombinację z preparatami nadnercza (*paranephrinum* RIESER'a) można uniknąć zapaści; z 305 przypadków, gdzie stosowano kokainę i paranefrynę nie zdarzyło się żadne poważniejsze powikłanie, lecz u 70% — miało miejsce uboczne działanie. Najodpowiedniejszą obecnie jest mieszanina stowainy z adrenaliną. Zalety znieczulenia rdzeniowego uwydatniają się najwięcej u osobników starszych, dla których ogólne uspienie jest bezwarunkowo zgubniejsze. Kilka tat temu liczba złych wyników wynosiła 10%, obecnie równa się 4%, z ulepszeniem techniki możemy dojść do 2 — 2½%; zupełnie nieszkodliwe znieczulenie to nigdy nie będzie, gdyż każde uspienie jest czasowem zatruciem organizmu; dzieci nie nadają się zupełnie do omawianego znieczulenia — które również nie może być porównane, co do swej doniosłości, ze znieczuleniem miejscowem.

DÖNITZ (Bonn). „Technika, działanie, i specjalne wskazania do znieczulenia rdzeniowego”.

Stowaina, zdaniem mówcy, jest mniej szkodliwa, niż kokaina, lecz działanie jej jest krótsze; dodanie adrenaliny wpływa na przedłużenie znieczulającego działania. Niezupełne znieczulenie zależy od wad techniki; w 8 przypadkach połowicznego znieczulenia (zdrowej strony) — wkłuto igłę z boku, przy środkowym ułkciu nie może to mieć miejsca; zamiast między 4 i 5 kręgiem lędźwiowym, wkłwa D. igłę między 1 i 2 kręgiem; wysokie ułożenie miednicy jest nader pomocne przy wywołaniu tą drogą znieczulenia; uboczne działanie ustępuje szybciej po zastosowaniu oleju rącznikowego.

Dyskusya.

CZERNY (Heidelberg) miał bardzo dobre wyniki przy stosowaniu 10% roztworu stowainy; znieczulenie zwoju krzyżowego udaje się bardzo dobrze, natomiast znieczulenie zwoju lędźwiowego jest niedokładne.

HERMES (Berlin) na 90 przypadków 4 razy nie otrzymał znieczulenia (3 razy na dolnej kończynie, 1 raz przy raku odbytnicy); uboczne działanie najeczęściej występowało przy operacjach brzusznych, lecz szybko mijało; w następczym przebiegu często występował ból gło-

wy, trwający 2—3 dni, a w jednym przypadku po cięciu brzuszem trwał on 8 tygodni. W wielu przypadkach znieczulenie rdzeniowe stoi wyżej od znieczulenia ogólnego.

SILBERMARK (Wiedeń) na zasadzie 30 przypadków znieczulenia rdzeniowego uznaje tylko jedno przeciwwskazanie dla tej metody, a mianowicie — wiek dziecięcy i młodzieńczy; miał on w 2 przypadkach ciężką zapaść, a w 3 lekką. Przez wypuszczenie w znaczniejszej ilości płynu mózgo-rdzeniowego otrzymuje on obniżenie ciśnienia w kanale pachymionowym i szybszy dopływ środka znieczulającego do mleczka przedłużonego.

NEUGEBAUER (Ostrau) na 480 przypadków nie miał nigdy niepokojących powikłań, najlepsze wyniki, zdaniem N., otrzymać można przy stosowaniu tropakokainy w żelatynie według KLAPPS'a.

PREINDLSBEGER (Serajewo) — zgadza się z poprzednim mówcą; widział często powikłania w formie podniesienia ciepłoty do 40°.

GÖBEL (Wrocław) — nie miał dobrych wyników przy stosowaniu znieczulenia rdzeniowego u Fellachów w Aleksandryi.

Reasumując dyskusję — BIER zwraca jeszcze raz uwagę na drobne techniczne usterki, jako na przyczynę niepowodzeń, wkuwa on igłę pośrodku i tylko wtedy wstrzykuje płyn, kiedy płyn mózgo-rdzeniowy przestaje szybko spływać; kto wykonywa cięcia brzuszne przy znieczuleniu rdzeniowym, ten tylko dyskredytuje metodę — Bier jest stanowczo zwolennikiem dodawania prepatów nadnereza i stosowania omawianego znieczulenia tylko u osobników starych i podupadłych na zdrowiu.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.


— W r. 1899 BRAUN pierwszy opisał przypadek wrzodu kiszki czezej po gastroenterostomii. Od owego czasu spostrzegano 22 przypadki, pośród których TIEGEL opisał 6 z kliniki chirurgicznej wrocławskiej. Wszyscy chorzy prawie byli to mężczyźni, tylko jedna kobieta oraz jedno dziecko płci żeńskiej; wiek chorych od 4 miesięcy do 59 lat. TIEGEL podaje fakty następujące: 1) Wrzód peptyczny spostrzegano zawsze tylko po gastroenterostomiach wskutek cierpień żołądka łagodnych. 2) W przebiegu klinicznym odróżniać trzeba 2 grupy: przypadki, przebiegające bez objawów i prowadzące nagle do przedziurawienia kiszek; dalej przypadki o przebiegu przewlekłym, z gwałtownymi bólami i zrostami z narządami są-

siednimi. 3) Leczenie powinno być wewnętrzne, podobnie jak zwykłego wrzodu żołądka. 4) Przyczyną choroby jest zapewne działanie peptyczne soku żołądkowego, któremu sprzyja miażdżyca tętnic, drobne nadzarcia błony śluzowej i, być może, usposobienie indywidualne. 5) Mnożenie się liczby tego rodzaju wrzodów nakazuje ograniczyć stosowanie gastroenterostomii w chorobach łagodnych żołądka i zastąpić ją, o ile można, piloroplastyką lub gastroduodenostomią. 6) Autor przypisuje wielką wagę leczeniu wewnętrznemu i radzi po każdej gastroenterostomii stosować czas dłuższy wody alkaliczne i ścisłą dietę.

(Mitth. a. d. Grenzgeb. T. 13).

ALFONS MANN
Fabryka Narzędzi Chirurgicznych
 Tłomackie 3.—Telefon 1025.
 Egzystuje od roku 1819.

Poleca w największym wyborze: Narzędzia chirurgiczne, akuszeryjne, ginekologiczne, denty-
 styczne. Sterylizatory ulepszone; stoły opera-
 cyjne i nosze. Maszyny elektryczne. Szpryki
 Pravaza nowego systemu „Record“. Wyroby gu-
 mowe fabryki Porgès. Bandaże rupturowe.
 Cennik ilustrowany franko.

<p>Tannigen Trional Salophen.</p>	<p>M a r e t i n Nowe Antipyreticum w gorączkach wszelkiego rodzaju, w gorączce suchotników I i II okresu. Powolny spadek ciepłoty. Nie wpływa na apetyt. Dawka: 0.25 g. 1—2 razy dziennie.</p>	<p>Helmitol Creosotal Duotal.</p>
<p>Aspirin Najlepiej zastępuje salicylaty, smak przyjemny—kwaśny, prawie wolny od działania ubocznego. Dawka: 0,5—1 g. 3—5 razy dziennie. Antirheumatica: MEZOTAN zewnątrznie. ASPIRIN wewnątrznie.</p>		<p>Veronal Nowe Hypnoticum. Odznacza się siłą i pewnością działania, wolne od ubocznych szkodliwych działań. Bezwonne i prawie bez smaku. Średnia dawka: 0,5 — 0,75 — 1 g. przyjmować w gorących płynach.</p>
<p>Aristochin Heroin hydrochloro. Theocin</p>	<p>Citarin Derywat Formaldehydu, rozpuszczający kwas moczowy Nowy środek przeciw podagrze. Dawka: 2 g. 3 — 4 razy dziennie (pierwszego dnia 5 razy) Tabletki citariny a 1 i 2 g. Nr. X „Originalne opakowanie Bayer“.</p>	<p>Hedonal Żelazo- Somatoza. Agurin</p>

SANATOGEN BAUERA

wskazany w

**ANEMII, KRZYWICY, CHARŁAC-
 TWIE, NEURASTENII,**

i wszelkich stanach
 osłabienia, jako

**ŚRODEK WZMACNIAJĄCY
 i TONIZUJĄCY SYSTEM
 NERWOWY**

**== ZUPEŁNIE NIE DRAŻNI. ==
 CHĘTNIE JEST PRZYJMOWANY
 PRZYSWAJA SIĘ WYŚMIENICIE**

**== Broszury, próby i odnośną ==
 literaturę wysyła pp. Lekarzom**

S. KARCZEWSKI
 Nowo-Senatorska № 4.
 w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.