

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Od Redakcyi. — **Rozprawy.** Przyczynek do nauki o leczeniu złamań rzepki i wyrostka łokciowego za pomocą szwu kostnego. Przez D-ra W. Stankiewicza Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki, Przez doc. W. Jaworskiego. — **Streszczenia i wyciągi.** 1. Leczenie ropni zimnych za pomocą wstrzykiwań roztworu jodoformu w eterze. 2. Gruźlica pierwotna moszny. — **Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.** — **Przegląd bibliograficzny.** Dr. W. Nicati i M. Rietch. Poszukiwania nad cholera. Sprawozdawca dr. F. Arnstein. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Warszawa dnia 1 Stycznia 1887 roku.

W obec wzrastającego materiału naukowego i olbrzymiego postępu nauk lekarskich w ostatnich szczególnież latach, oraz wobec koniecznego skutkiem tego rozspecjalizowania wielu działów medycyny praktycznej, już od pewnego czasu czuliśmy potrzebę zwiększenia rozmiarów naszego pisma. Gdy z początkiem roku bieżącego liczba stałych współpracowników „Medycyny” przeszło w dwójnasób wzrosła, a mamy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości jeszcze bardziej się zwiększy, i gdy tym sposobem rozszerzenie działów sprawozdawczych mających za zadanie zaznajamiać czytelników z współczesnym stanem wiedzy łatwiej da się osiągnąć, zwiększenie objętości pisma okazało się bezwzględnie koniecznem. Nie podnosząc ceny prenumeracyjnej, ze zmianą formatu zwiększamy objętość pisma w stosunku o 4 do 5 numerów rocznie, nadmienając, iż niezależnie od tego, tak jak dawniej, robić będziemy w miarę potrzeby odpowiednie dodatki.

Zastrzegając sobie słów kilka na przyszłość w przedmiocie tylko co wspomnianego zwiększenia liczby współpracowników „Medycyny” i nieobiecując na wstępie za wiele, możemy zapewnić czytelników, iż miejsce jakie skutkiem zwiększenia formatu zyskamy, będziemy się starali w sposób możliwie dla nich najodpowiedniejszy spożytkować.

Również za właściwe uważamy zwrócić uwagę czytelników, iż pomimo liczebnego zwiększenia redakcyi, cel i kierunek pisma pozostaje ten sam t. j. że jego zadaniem będzie i nadal utrzymanie lekarzy-praktyków na stanowisku współczesnej nauki, i szczególniejsze uwzględnianie ich potrzeb pod względem praktycznym.

Redakcyą.

PRZYCZYNEK DO NAUKI
o leczeniu złamań Rzepki (*Fractura patellae*) i Wyrostka łokciowego
(*Olecranon*) za pomocą szwu kostnego.

Przez D-ra Władysława Stankiewicza

Chirurga Szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 7 Grudnia r. z.)

Szanowni Kolledzy!

Wobec poruszonej od pewnego czasu sprawy leczenia złamań rzepki szwem kostnym mniemam, iż dorzucenie choćby jednego spostrzeżenia do zebranego dotąd materiału może być pożytecznym, zwłaszcza ze względu trudności w danym przypadku napotkanych, jak również pomyślnego wyniku operacyi, przywracającej choremu kończynę zdolną do wszelkich prawidłowych czynności. Złamania rzepki trafiają się rzadko w stosunku do złamań innych kości, dostają się one do rąk nie tylko chirurga ale i niespecjalisty; leczenie ich przedstawia znaczne trudności i wymaga nie tylko wielkiej staranności ze strony chirurga, ale i wytrwałości pacyenta, nie przeto dziwnego, że w takich okolicznościach nieraz wynik leczenia jest połowiczny lub ujemny, a pacjent jeśli nie zostaje kaleką, zachowuje kończynę słabą, niezdolną do dłuższego chodzenia i narażającą go nieraz na utratę zdobytego pracą stanowiska. Otóż w takich przypadkach, uważanych dotąd za stracone, mamy dziś ratunek dzięki postępowi nowoczesnej chirurgii; mamy metodę pewną, przywracającą chorej kończynie siłę i wszelkie ruchy prawidłowe, czego wymownym dowodem jest poniżej przytoczone spostrzeżenie.

Gross Adolf, lat 31, piekarz, silnego ciała, przybył na kurację do oddziału chirurgicznego w szpitalu Ewangelickim z powodu złamanej rzepki d. 15 Kwietnia r. z. Opowiada, iż d. 10 Września r. z. przy schodzeniu ze wschodów pośliznęła mu się noga lewa, prawą zaś zawadził o zagłębienie w stopniu i wtedy uczuł gwałtowne trzaśnięcie w kolanie prawem, poczem zaraz upadł i podnieść się już nie był w stanie. Zaraz po wypadku zawieszony był do szpitala w Łomży, z kąd wyszedł po 7 tygodniach z opatrunkiem gipsowym i w domu leżał przez 10 tygodni. Po zdjęciu tegoż nie mógł stąpać prawą nogą, upadł i pogorszył stan kolana. W tym stanie przybył do Warszawy na kurację, tu znowu upadł i wstąpił do szpitala Ś-go Rocha 17 Grudnia 1885 z kąd wypisał się 1 Lutego r. b.

Wypisawszy się ze szpitala chodził z trudnością przy pomocy kija, nie mogąc podnosić kończyny ani jej prostować w kolanie; wkrótce potem upadł na ulicy, przyczem uczuł znów trzaśnięcie i mocny ból w chorem kolanie, które znacznie spuchło, zasiniało i zmusiło go do leżenia w łóżku. Gdy po ustaniu bólu i zmniejszeniu obrzmienia spróbował powstać, przekonał się, iż władzę prawie zupełnie stracił w kolanie a kończyna stała mu się ciężarem, który ledwo przy pomocy kuli i kija jako tako był w stanie dźwigać. W tym stanie postanowił szukać ratunku w naszym szpitalu.

Badając kończynę chorą znalazłem obrzęk stopy, goleni, oraz kolana i dol-

nej części uda; skóra pokrywająca kolano zgrubiała, twarda, niedająca się ująć w fałdę skutkiem znacznego obrzęku, żółto i zielonawo zabarwiona skutkiem wynaczynionej krwi po niedawnym upadnięciu; objętość kolana znacznie powiększona; pociągając palcem po przedniej powierzchni stawu w miejscu rzepki znajdujemy zagłębienie i wyczuwamy poprzeczne brzegi złamanej rzepki, której odlamek górny stanowi $\frac{2}{3}$ całej kości, odstęp zaś pomiędzy odlamkami wynosi przeszło 6 centymetrów przy dobrowolnie wyprostowanej kończynie. Wyprostowanie i podniesienie kończyny niemożliwe, próby zgięcia kolana trudne i bolesne. Ogólny stan chorego zupełnie zadawalający. Zważywszy na znaczny obrzęk kończyny i kolana, ułożyliśmy ją na zwyczajnej łupce wyprostnej z dodatkiem poduszeczki unoszącej piętę a na kolano zalecono okłady z wody gulardowej. Po kilku dniach obrzęk kończyny prawie zupełnie ustąpił, atoli skóra kolana pozostała grubsza i nieprzusuwalna; w tym stanie próbowałem o ile odlamki dadzą się zbliżyć do siebie i przekonałem się, iż przy mocnem naciąganiu odlamka górnego odstęp między odlamkami zaledwie o 1 centm. mógł być skrócony. W takim stanie rzeczy nie można się było ludzić nadzieją wprowadzenia jakiegokolwiek zrostu odlamków ani wyleczania takiego kończyny, któreby przywróciło pacjentowi członek dostatecznie silny, niezbędny do oddania się pracy, połączonej z jego zawodem piekarskim. Nieulega wątpliwości, że pozostawała nam jeszcze droga zwyczajnego leczenia, polegająca na ułożeniu kończyny w jaknajmocniej wyprostnem położeniu, i zbliżaniu ku sobie odlamków wszelkimi możebnymi sposobami, ale była to droga bardzo długa i w skutkach niepewna, gdyż w najlepszym razie po upływie 2 lub 3 miesięcy takiego leczenia nieosiągnęlibyśmy istotnego zrostu odlamków ale tylko pozorne, skutkiem zgrubienia bocznych części tak torebki stawowej jak i powięzi podskórnej. Przekonany bowiem byłem, że po tak długim przeciągu czasu powierzchownie złamane odlamków zarosły tkanką włóknistą, co też zupełnie stwierdziło się przy operacyi. W takim stanie kończyna byłaby słabą, pozbawioną najważniejszych ruchów i pacjent musiałby używać przez długi czas kuli przy chodzeniu, w połączeniu z przyrządem utrzymującym kończynę w położeniu wyprostnem. Wprawdzie przytaczane są spostrzeżenia wyjątkowe, gdzie przy bardzo znacznem oddaleniu odlamków, dotknięci tem złamaniem, po pewnym czasie nie tylko chodzili ale biegali z łatwością. KIRKBRIDE ¹⁾ opisuje przypadek, gdzie po złamaniu rzepki odlamki złączone były więzem $2\frac{1}{2}$ cali długim tylko na brzegu wewnętrznym, a pacjent mógł szybko biegać bez utykania. WATSON ²⁾ wspomina o podobnym przypadku gdzie przestrzeń między odlamkami wynosiła $3\frac{1}{2}$ cali; HAMILTON przypuszcza, że w tego rodzaju przypadkach musiało nastąpić rozciągnięcie lub też rozerwanie świeżego zrostu odlamków skutkiem zbyt wczesnie rozpoczętych ruchów. Niezapominajmy jednak, że tak dobre funkcyonowanie kończyny w podobnych warunkach jest wyjątkiem, a mając do czynienia w moim przypadku z człowiekiem młodym, potrzebującym do swego zajęcia kończyny zupełnie zdrowej i silnej, zwłaszcza przy cią-

¹⁾ KIRKBRIDE. Amer. Journ. of Med. Sci., vol. XVI, p. 32.

²⁾ WATSON. N. Y. Journ. of Med. and Surgery, vol. III, first. ser. p. 366.

głem chodzeniu po wschodach, w obec tak bezwładnego stanu nogi po 7-miu miesiącach i znacznem pogorszeniu miejscowem po ostatnim upadku, niemogłem narażać go na niepewny rezultat leczenia zwykłą metodą, ale postanowiłem uciec się do metody radykalnej spojenia odłamków za pomocą szwu metalowego. Objasniwszy chorego o naturze operacyi i uzyskawszy nań zgodzenie się jego, wykonałem ją d. 20 Kwietnia r. b. przy łaskawej pomocy kolegów D-rów KRUSZEWSKIEGO, PERKOWSKIEGO, STOCKMANNA i RAUMA, asystenta oddziału.

Po uspianiu chorego poprowadziłem cięcie w linii środkowej, poczynając na 5 centm. po nad górnym brzegiem odłamka górnego, idące przez oba odłamki i odstęp między nimi aż do więzła rzepkowego. Cięciem tem doszedłem odrazu do powierzchni odłamków i otworzyłem staw. Ponieważ skóra nacieczona złana była z tkankami wewnętrznymi i zupełnie nieprzesuwalna, zmuszony byłem oddzielać ją nożem na całej przestrzeni odłamków, aby przekonać się w jakim stanie znajduje się jama stawu i powierzchnie złamane odłamków. Jama stawu wypełnioną skrzepami krwi przylegającymi wespół z produktami świeżo przebytego zapalenia do powierzchni stawu szczególny przedstawiała widok. Po usunięciu bowiem gąbką przylegających skrzepów włóknistych, cała wewnętrzna powierzchnia stawu przedstawiała się jako błona gruba, usiana nadzwyczaj gęsto drobnymi granulacyami, rdzawej barwy, bez wszelkiego połysku, bardzo podobna do materyi utrechttem zwanej. Przemyszy staw roztworem 1‰ sublimatu, przystąpiłem do zbadania odłamków. Powierzchnia złamania tak jednego jak drugiego zarośnięta była zupełnie tkanką włóknistą, która pokrywszy samą kość grubą warstwą, ścięczała się coraz bardziej tworząc wolny brzeg nierówny, poszarpany, widocznie powstały z resztek oddartej okostnej i torebki włóknistej. Odlamki podobnie jak skóra, unieruchomione były zupełnie w niezwykle zgrubiałych i niepodatnych błonach włóknistych stawu. Z tego powodu zmuszony byłem porobić nacięcia w przyczepach bocznych a następnie oba zarośnięte brzegi odpiłować dla uzyskania świeżych, obszernych powierzchni kostnych. Za pomocą igły, przyrządem świdrowym poruszanej, zrobiłem w każdym odłamku po 2 kanały, poczynając się na 1½ ctm. od brzegu przedniego i wychodzące ukośnie na granicy kości i chrząstki, nie tykając tej ostatniej. Następnie przeprowadziłem gruby drut srebrny (1/16 cala średnicy) przez odpowiadające sobie kanały obu odłamków, usiłując je zbliżyć ku sobie. Pomimo użycia znacznej siły w tym celu zdołałem tylko do połowy zmniejszyć odstęp między odławkami i zmuszony byłem uciec się do przecięcia ścięgna mięśnia prostego uda (*m. rectus femoris*) o kilka centymetrów powyżej przyczepu jego do torebki stawowej. I to okazało się jeszcze niedostatecznem, gdyż pomimo przecięcia mięśnia do samej kości, ściągnięciu odłamka górnego opierały się zgrubiałe błony na całym górnym obwodzie torebki stawowej wytworzone. Dopiero po przecięciu tych zgrubień włóknistych do samej kości i odpreparowaniu niemal na całym obwodzie torebki stawowej udało mi się zbliżyć oba odłamki. Podwiązawszy kilka naczyń obficie krwawiących, począłem skręcać druty łączące odłamki, utrzymując kończynę o ile można w położeniu wyprostnem. Zbliżenie szczelne obu powierzchni okazało się bardzo trudnem tak, że zmuszony byłem jeszcze naciąć więz rzepki; wreszcie przy skręcaniu drutu

zewnętrznego wiąz rzepkowy w połowie swego przyczepu oddzielił się od dolnego odłamka rzepki. Pomimo tak silnego oporu odłamki zostały dokładnie zbliżone, drut skręcony i obcięty na długość 1 ctm., następnie młotkiem przybity do powierzchni rzepki. Przez staw kolonowy przeprowadziłem na poprzek dren 6'' średnicy, drugi zaś znacznie grubszy po nad stawem przez lukę po przeciętym mięśniu prostym powstałą. Przemyszy całe pole operacyjne roztworem sublimatu, przystąpiłem do zaszycia rany, co w górnej połowie poszło z łatwością, ale zbliżając się do górnego brzegu rzepki natrafiłem na przeszkodę wynikającą ze ściągniętego tu przyczepu mięśnia prostego uda, który objętością swoją udaremniał wszelkie próby zbliżenia brzegów rany, wystając po nad ich powierzchnię. Dla zaradzenia temu musiałem wystającą część mięśnia odciąć, po czym dopiero pozostały kawał dał się pod brzegi wprowadzić i zdołałem na nim parę szwów ze znacznym napięciem założyć. O zszyciu rany na samej rzepce niemożna było myśleć nawet, skutkiem bowiem nacieczenia i zgrubienia skóry, brzegi rany stały się zupełnie niepodatnymi i tylko poniżej rzepki dały się należycie do siebie zbliżyć. Tym sposobem cała powierzchnia rzepki pozostała odkrytą wraz z końcami drutów spajających odłamki. Przemyszy ostatecznie sam staw i ranę w udzie zapomocą drenów, założyłem na otwory drenów osłonkę (*Silk-protective*) a na to zwykły opatrunek z gazy i waty świeżo w roztworze 1‰ sublimatu zanurzonej. Kończynę ułożyłem na zwykłej deszczulce, nadając jej położenie ile możności wyprostne przez podłożenie grubej poduszeczki pod dolną część goleni po nad piętą, i unieruchomiłem za pomoca opaski otaczającej całą kończynę wraz z miednicą. Operacja dokonana była bez *spraju*, przy użyciu roztworu 1‰ sublimatu, którego to środka prawie wyłącznie w klinice mojej obecnie używam i trwała półtorej godziny.

Przebieg pooperacyjny w stosunku do tak ciężkiego obrażenia (*trauma*) okazał się nadspodziewanie łagodnym. Ciepłota ciała tylko nazajutrz rano po operacji podniosła się do 38,2 C., w ciągu zaś całej kuracji utrzymała się w granicach prawidłowych nie dochodząc do 38° C. Chory czuł ból tylko przez kilka godzin po operacji, tej samej bowiem nocy spał już dobrze i odtąd wcale na ból się nie skarżył. Unieruchomienie dokładne kończyny i łatwe podnoszenie jej na bloku ponad łóżkiem utwierdzonym, dozwalało na wykonanie wszelkich poruszeń tak kończyny jak i chorego bez najmniejszego wpływu szkodliwego na okolicę operowaną. Pierwszy opatrunek zrobiony został 8-go dnia po operacji; gaza i wata były zupełnie suche i tylko rdzawo zabarwione, nietylko ropy bowiem ale nawet wydzieliny wilgotnej śladu nie było. W ciągu dwóch miesięcy do czasu zupełnego zagojenia rany, opatrunek zmieniony był 7 razy; przy drugim opatrunku wyjęto oba dreny, poczem natychmiast otwory skórne zabliźniły się a tylko niepokryta skóra powierzchnia rzepki wymagała dłuższego czasu do zagojenia się. Drut ze strony wewnętrznej od początku pokryty został ziarniną, część zaś zewnętrznego, wystającą po nad ranę po miesiącu odjąłem przez skręcenie szczypcykami przy samej kości. Deszczulkę odjąłem po dwóch miesiącach i badając staw przekonałem się, o braku wszelkiej ankylozy; jedyną przyczynę sztywności stanowiła blizna zrosnięta z całą powierzchnią rzepki, w której ani śladu skręconych końców drutu wyczuć nie było można. Przy ligo-

dnym ruchach biernych zginanie i prostowanie w stawie nie sprawiało pacjentowi żadnego bólu, świadcząc o zupełnem *restitutio ad integrum* całego stawu kolanowego. Żadnych zgrubień nieprawidłowych po bokach rzepki ani w miejscu przeciętego mięśnia prostego niewyczuwałem. Odłamki zrosły się doskonale, bez wszelkich nierówności na powierzchni rzepki lub jej obwodzie.

Aby nieosłabiać pacyenta dłuższem leżeniem w łóżku pozwoliłem mu wstać i chodzić trochę przy pomocy kul, dla ostrożności jednak na kończynę chorą założyłem bandaż gipsowy od połowy uda do połowy goleni z okienkiem na okolicę rzepki. W tym stanie pacjent zaczął stąpać i opierać się stopniowo na kończynie operowanej, a następnie podnosić ją coraz wyżej; po paru tygodniach bandaż gipsowy zdjąłem i przekonawszy się o zupełnie prawidłowym stanie kolana, pozwoliłem pacjentowi chodzić przy pomocy laski i powoli przyswajać się do zginania kolana. Przy kąpielach ciepłych postęp w tym kierunku widoczny był z każdym dniem tak, że z upływem 3 miesięcy od czasu operacji chodził bez utykania po sali i był w stanie zginać kończynę pod kątem 45° . W chwili opuszczenia szpitala 5 Sierpnia stwierdziłem że: kończyna silna pozwala swobodnie chodzić bez zmęczenia i pomocy laski; podnoszenie kończyny swobodne, wyprostowanie (*extensio*) niezupełne, zginanie kolana dochodzi do 60° . Blizna miękka, wyjąwszy na powierzchni rzepki gdzie zrana jest z kością, tworząc powierzchnię równą, gładką. Wymiar podłużny rzepki operowanej $4\frac{1}{2}$ ctm., lewej $5\frac{1}{2}$ ctm., różnica zatem wynosi 1 ctm. skutkiem odpływania zarośniętych brzegów.

Staw kolanowy w stanie prawidłowym; obwód jego przez środek rzepki wynosi 35 ctm.; obwód lewego 34 ctm. Zatem kolano operowane grubsze jest o 1 ctm. w porównaniu z drugostronnem. Obwód uda po nad stawem prawym=34 ctm., na 7 ctm. powyżej górnego brzegu rzepki; obwód uda zdrowego na tej samej wysokości=39 ctm., zatem udo po stronie operowanej cieńsze o 5 ctm., skutkiem przecięcia mięśnia; jednak powyżej dobrze rozwinięte co świadczy o powrocie normalnych ruchów mięśniowych.

Obecnie po upływie 8-miu miesięcy od wykonania operacji, jak Szanowni Kolledzy widziecie, pacjent chodzi bez najmniejszego utykania, podnosi nogę łatwo chociaż położenie wyprostne jest niekompletne, zgina ją również łatwo a kąt zgięcia dochodzi do 90° ; przy chodzeniu dłuższem nieczuje znużenia i pełni swoje obowiązki bez przeszkody. Doznaje tylko pewnej trudności przy chodzeniu po wschodach, która stale z czasem się zmniejsza i wkrótce niewątpliwie ustanie. Również niemoże kłęzczyć, chociaż stopień zgięcia w kolanie nieustannie się zwiększa. Blizna na rzepce jest zupełnie gładka a całe kolano wyjąwszy ową bliznę zachowuje kształt prawidłowy. (d. c. n.)

KILKA NOWYCH SPOSTRZEŻEŃ

DZIAŁANIA KWASÓW NA ŻOŁĄDEK LUDZKI.

Rzecz wykonana w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie.

Przez doc. **W. Jaworskiego.**

Jeszcze w r. 1882 wykazałem pierwszy na żołądku ludzkim, że kw. węglowy wprowadzony do żołądka przyspiesza chłonicie soli, jako też znikanie

wód mineralnych z tegoż, a równocześnie podnieca wydzielanie soku żołądkowego. Co się dotyczy kw. solnego, to pierwszy LEUBE badał wpływ tegoż na trawienie w samym żołądku ludzkim w ten sposób, że z pokarmami podawał chorym kw. solny, a następnie badał sondą, czyli treść żołądek opuściła, czyli też nie. Przypuszczał bowiem, że szybsze wydalenie treści ze żołądka odbywa się wskutek działania kw. solnego. Lecz doświadczenia przekonały go, że kw. solny na wydalenie treści z żołądka wpływu nie wywiera. Wielu klinicystów poszło za zdaniem LEUBEGO, że w niezżytach żołądka jest brak kw. solnego, i poczęło w chorobach żołądka stosować kw. solny; nawet jeszcze niedawno ogłosił TALMA cały szereg przypadków, leczonych przez podawanie wody zakwaszonej kw. solnym. Że w chorobach żołądka niema braku kw. solnego, ale przeciwnie istnieje nadmiarowe wydzielanie tegoż w przeważnej części przypadków i że leczenie ryczałtowe kw. solnym niema racjonalnej podstawy, podnieśliśmy my pierwsi (GLUZIŃSKI i JAWORSKI) w r. 1884 na IV Zjeździe w Poznaniu. Do tego przekonania na podstawie klinicznych doświadczeń doszedł RIEGEL w r. 1886, twierdząc, że w tym względzie są to pierwsze spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne. Zachowanie się innych kwasów w żołądku ludzkim dotąd, o ile mnie wiadomo, badaniem nie było. W moich doświadczeniach używałem 3 kwasów rozmaitego rozcieńczenia, jako to kw. solnego, mlekowego i octowego. Doświadczenia wykonywano w ten sposób na ludziach, że najprzód przekonywano się doświadczeniami próbnymi o stanie żołądka czczego i podczas trawienia. W tym celu aspirowano żołądek czezy, a jeżeli niezdolano niczego wydobyć, wlewano 100 cm. sz. aq. d. przez sondę. Następnym dni przeprowadzano badania metodą białkową i lodową. Po tych próbach wlewano do żołądka czczego, albo wprzód wypłókanego, albo i niewypłókanego różne ilości rozcieńczonych kwasów, czekano 15—30 minut poczem aspirowano aspiratorem JAWORSKIEGO znajdującą się jeszcze w żołądku treść. Przesącz badano odczynnikami, na kw. solny barwnikiem metylofiolkowym, na kw. mlekowy, odczynnikiem Uffelmana (rozcieńczony roczyn karbolu i chlorku żelazowego), na śluz kw. octowym zgęszczonym, na białko żelaznikiem potasowym, na pepton ługiem sodowym i siarkanem miedziowym. Następnie przez miareczkowanie oznaczono kwasotę, używając do tego 10 (niekiedy 5) cm. sz. przesączu, a ilość cm. sz. zużytego dziesiętnonormalnego ługu sodowego obliczona na 100 cm. przesączu, została tu ustanowioną jako stopień kwasoty, bez przeliczenia teje na właściwy kw. solny, a to z powodu, że wartość obliczona byłaby w razie gdy sok żołądkowy zawiera obok kw. solnego jeszcze inny kwas, jak to najczęściej bywa, z prawdą niezgodna, a otrzymane liczby ułamkowe trudniej do zapamiętania. Kwasota np. 50 znaczy że 100 cm. sz. kwaśnego soku żołądkowego potrzebuje 50 cm. sz. ługu sodowego dziesiętnonormalnego do zobojętnienia, co odpowiadałoby, według oznaczeń innych autorów, zawartości 0.182% HCl. Ostatecznie badano na sztuczne trawienie, kładąc, jeżeli wystarczyło treści, do 25 cm. sz. przesączu tak niezakwaszonego, jako też zakwaszonego jedną, przy małej kwasocie dwiema kroplami kw. solnego zgęszczonego, krążek gotowanego białka kurzego ważący 5—6 cg.; poczem tak przyrządzoną ciecz we fiaszeczce wstawiono do łaźni powietrznej przy ciepłocie 40°

C. i obserwowano, kiedy krążek białka zniknie zupełnie. Po ukończeniu trawienia badano jeszcze oddziaływanie na pepton. Osady pozostałe po przesączeniu soku żołądkowego badano zaraz pod mikroskopem tak bez zabarwienia, jako też i po zabarwieniu barwikiem metylofioletkowym.

Doświadczenia w celu bliższego zorientowania się w badaniu wykazały, że przy doświadczeniach z kwasami na żołądkach wydzielających nieco większą ilość kw. solnego, a takich mamy tu w klinice przeważną ilość, do pewnych wyników przyjść nie można; natomiast ciekawe wyniki można otrzymać na indywiduach ze zmniejszonym lub zniesionem wydzielaniem kw. solnego i pepsyny, t. j. takich, które ja zaliczam do stanu chorobowego przecemnie opisanego jako *insufficiencia secretionis acidae* i *catarrhus mucosus*.

I. Przyp. *Catarrhus mucosus*. (Wydzielanie kw. solnego i pepsynowego trwale zniesione). G. S. 68-letni wieśniak, wejrzenia bladego, przedstawia odżywienie dobre, uskarża się na dolegliwości gastryczne wrzekomo od dwóch lat trwające, które okazały się w następstwie jako zmyślone. Chory oświadczył bowiem po pierwszym wewnętrznym badaniu żołądka, że mu już zupełnie dobrze i stał się nadspodziewanie żarłocznym. Przedmiotowo żadnych zboczeń wy badać nie można. Nieżytu nosa, krtani, oskrzeli, przełyku ani śladu. Na nowotwór rakowy żołądka podejrzenia niema. Pacjent jeszcze po pół roku obserwowany przedstawia stan zdrowia zupełnie dobry.

Doświadczenia wstępne. Badanie żołądka czczego, jako też podczas zadrażnienia wodą lodową i białkiem, wydaje treść żołądkową stale obojętną lub alkaliczną, zachowującą się względem odczynników w następujący sposób: z kw. octowym zgęszczonym opalizacja znaczna (śluz), a po dodaniu K_4Cfy (żelazo-cyjanek potasu) często staje się jeszcze większą (białko); $CnSO_4 + KHO$ daje zabarwienie niebieskie lub fioletkowo-niebieskie (słaby ślad białka); żółci lub też strzępów śluzowych żółtych, nawet po forsownem poruszaniu sondy ze żołądka nigdy wydobyć nie można było. Po zakwaszeniu przesączu kwasem solnym, tenże opalizuje lub męci się, a krążka białka wcale nie trawi, pomimo to otrzymano w kilku doświadczeniach w cieczy po trawieniu 24 godzinnem oddziaływanie różowawe na pepton. Mechanizm trawienia prawidłowy, białko bowiem po 6 kwadransach znika z żołądka. W przypadku tym niema przeto nawet podczas trawienia białka ani śladu kw. solnego, ani pepsyny przy utrzymanym mechanizmie trawienia. Pod mikroskopem zasługują na uwagę następujące szczegóły: liczne komórki śluzowe, a na szczycie trawienia gdzieśgdzie komórki podobne z wejrzenia do wypocinowych, o jednym lub więcej jądrach połyskujących, od pierwszeczy dobrze odgraniczonych. Na błonek płaski obłożony koloniami kokków okrągłych ciemno-zabarwionych. Obok tego liczne krótsze i dłuższe laseczniki, śladu pokarmów w żołądku czczem niema. Po zabarwieniu barwikiem metylofioletkowym jeden rodzaj komórek zabarwia się jednostajnie ciemno-niebiesko, a w drugim dadzą się odróżnić jądra ciemniej od pierwszeczy ubarwione. Przypadek ten zaliczam, według podziału zboczeń chorobowych w błonie śluzowej, do nieżytu śluzowego (*catarrhus mucosus*). *Wiener med. Wochenschr.* 1886. Nr. 32).

Przy właściwych, tu niżej opisanych badaniach, postępowano stale w ten spo-

sób, że na czezo rano aspirowano treść po wlaniu 100 cm. sz. aq. d., gdyż bez teje niczego z żołądka czezego wydobyć nie można było. Z treścią tą przeprowadzono powyższe próby mikroskopowe i chemiczne. Po tej aspiracyi wlewano zaraz rozczyzny kwasów do żołądka, a po pewnym czasie, aspirowano treść i znów chemicznie i mikroskopowo badano. Dla ułatwienia porównania stanu treści czezej, a otrzymanej po zadaniu kwasów nadmieniam, że treść czeza była zawsze opalizująca i bezbarwna ze strzępami tylko białymi, powoli się sączyła, oddziaływania alkalicznego, niekiedy obojętnego, przesącz dawał z kw. octowym zmaczenie (śluz), które się zwiększało po dodaniu kufy; po zakwaszeniu kw. solnym przesącz się mącił i nie trawił wcale białka. Po wprowadzeniu kwasów do żołądka, przedstawiała treść zupełnie odmienne własności, jak to z następujących doświadczeń się okazuje.

1 Dośw. Po wyciągnięciu treści z czezego żołądka. wiano 50 cm. sz. $\frac{1}{10}$ norm. HCl. (0,365%) i czekano 1 kwadrans, poczem niczego aspirować nie można było; wiano przeto 100 cm. sz. aq. d. do żołądka i wyciągnięto 110 cm. sz. cieczy bladej, nie opalizującej ze strzępami cytrynowo-żółtymi, podczas gdy ciecz czeza była stale bezbarwna opalizująca ze strzępami białymi. Przesącz treści żołądkowej bladej-żółtawej, wodojasny bezbarwny, kwasota 2,5, oddziaływanie na kw. solny zapomocą barwika metylofiolkowego wątpliwe, kw. mlekowego odczynnikami UFFELMAN'A wykazać nie można, również śluzu i białka niema zupełnie, oddziaływanie na pepton siarkanem miedziowym fiolkowoczerwone (śląd peptonu); 25 cm. sz. przesączu trawi krążek białka kurzego gotowanego o ciężarze 5 cgm. w łaźni powietrznej przy 40° C., dopiero po zakwaszeniu kroplą kw. solnego, w przeciągu 24 godzin zupełnie; oddziaływanie na pepton po ukończeniu trawienia wyraźne. W strzępach białych pod mikroskopem jądro komórkowe drobne charakterystycznie ułożone, których przedtem w żadnej treści u tego pacjenta dostrzedz nie można było. Jądra te są to szczątki ciałek wypocinowych (Gaz. lek. Nr. 49, 1886).

2 Dośw. Wlano po wypłókaniu zupełnem czezego żołądka 100 cm. sz. aq. d. zakwaszonej jednym cm. sz. kw. solnego zg. Po 1 kwadransie aspirowano bez wlewania wody 70 cm. sz. cieczy gęstawej, cytrynowo-żółtej, ze strzępami żółtymi i białymi. Przesącz zupełnie wodojasny, bezbarwny, kw. solny bardzo wyraźny (oddziaływanie prawie zielonkowate), kw. mlekowego niema, kwasota 100,0, śluzu i białka niema, peptonu wyraźny śład, trawi po 6 godzinach. Pod mikroskopem liczne jądra komórek wypocinowych i to w strzępkach białych na dół opadających, podczas gdy strzępy żółte wykazały masę jednostajnie ziarnistą cytrynowo-żółto zabarwioną.

3 Dośw. Wlano po dłuższem przepłókiwaniu żołądka czezego wodą jeden cm. sz. kw. solnego zg. rozpuszczonego w 200 aq. d., po 15 min. wyciągnięto 170 cm. cieczy żółtej mętnawej, ze strzępami żółtymi i białawymi. Przesącz zupełnie wodojasny bezbarwny, kwas solny bardzo wyraźny, kw. mlekowego, śluzu i białka niema zupełnie, kwasota 75,0, pepton bardzo wyraźny; trawi zupełnie. Pod mikroskopem, jądra komórek wypocinowych, oprócz tego, całe kolonie koków drobnych, okrągławych, jasnych, pokrywających nabłonek płaski.

4 Dośw. Wlano 400 cm. sz. kw. solnego $\frac{1}{10}$ norm. Po 2 kwadransach zdołano wyciągnąć 280 cm. cieczy zupełnie cytrynowo-żółtej ze strzępami żółtymi i białymi. Przesącz z początku bezbarwny, potem przechodzi jako zielonkawo-niebieskawy, kw. solny bardzo wyraźny, kwasu mlekowego i białka niema, pepton wyraźny, kwasota 73,0; trawi za ledwie po 24 g. Pod mikroskopem znaczna ilość jąder komórek wypocinowych, szczególnie w postaci zgiętych biszkoptów. Po wlaniu kwasu oświadcza chory, że czuje gorąco w żołądku jak gdyby lekkie palenie.

5 Dośw. Wlano naczczo 7,5 cm. sz. kw. solnego rozcieńczonego na 500 aq. d. Po 2 kwadransach zdołano wyciągnąć 335 cm. sz. cieczy blade-zielonkawo-żółtej, ze strzępami żółtymi i białymi. Przesącz blade zielonkawo-niebieski nie wykazuje kw. mlekowego ani śluzu, ani białka, tylko wyraźny kw. solny i pepton. Kwasota 43,0, trawi po 12 godzinach. Chory doznaje po wlaniu kwasu do żołądka gorzkiego smaku i odbijania.

6 Dośw. Wlano po aspiracji treści czezej jeden cm. sz. kw. mlekowego zg. rozpuszczonego w 100 cm. sz. aq. d. Po jednym kwadransie zdołano wyciągnąć 150 cm. sz. cieczy zupełnie bezbarwnej, mało co opalizującej ze strzępami białymi i gdzieniegdzie żółtymi. Przesącz bezbarwny wodojasny, peptonu, śluzu, białka jako też kw. solnego nie zawiera wcale, natomiast daje oddziaływanie na kw. mlekowy wyraźne; kwasota 15,0; nie trawi po 24 godzinach, dopiero po zakwaszeniu kw. solnym; oddziaływanie na pepton wyraźne. Pod mikroskopem dość liczne jądra, prawdopodobnie z ciałek wypocinowych, charakterystycznie po 2, 3, 4 ułożone; są one jednak większe, mniej okrągłe niż pod działaniem kw. solnego powstałe. Nadto są one wewnątrz ziarniste, po zabarwieniu jednak barwikiem metylofioletkowym, wejrzenie ziarniste znika, a one stają się jednostajnie ciemno-fioletkowo zabarwione.

7 Dośw. Wlano na czezo po aspiracji treści czezej 1 cm. sz. kw. octowego zg. rozpuszczonego w 100 cm. sz. aq. d. Po jednym kwadransie zdołano wyciągnąć 50 cm. cieczy żółtej ze strzępami żółtymi. Przesącz bezbarwny wodojasny. Śluzu, kw. mlekowego, kw. solnego i peptonu niema; z K_4 Cfy opalizacja, kwasota 13,0. Nie trawi po 24 g., dopiero po zakwaszeniu kw. solnym peptonizuje zupełnie krążek białka, poczem oddziaływanie na pepton wyraźnie powstaje. Pod mikroskopem jądra większe kuliste, prawdopodobnie z ciałek śluzowych powstałe, a tylko gdzieniegdzie jądra ciałek wypocinowych charakterystycznie ułożone; wewnątrz mocno ziarniste, a barwikiem metylofioletkowym jednostajnie cisawo się barwiące.

W następnych dwóch doświadczeniach badano zachowania się soku żołądkowego kwasnego, otrzymanego z innych indywidualów przez podrażnienie wodą lodową, a wprowadzonego do żołądka obecnemu pacjentowi.

8 Dośw. Wlano po aspiracji treści czezej 100 cm. sz. soku żołądkowego ludzkiego o kwasocie 12,0 i dobrze trawiącego. Po jednym kwadransie wlano 50 aq. d. do żołądka i zdołano aspirować 150 cm. sz. cieczy bezbarwnej ze strzępami tylko białymi. Przesącz zupełnie bezbarwny, nie zawiera

kw. mlekowego, śluzu, białka ani wyraźnych śladów kw. solnego, kwasota 1,0, oddziaływanie na pepton wyraźne, trawi po zakwaszeniu kw. solnym wyraźnie.

9 Dośw. Postąpiono jak pod 8 z tą różnicą, że wlany sok żołądkowy, wzięty z innego indywiduum miał kwasotę 25,0. Po kwadransie aspirowana treść okazała się bezbarwną. daje oddziaływanie na kw. solny, kwasota 7,5 i trawi zupełnie.

Wyniki z tych doświadczeń przytoczę poniżej wspólnie z następnymi, w których podobne zachowanie się kwasów dostrzeżono. Ze systematycznie badanych przypadków przytoczę jeszcze następujące:

II Przep. Dwudziestoletnia dziewczyna W. M. skarży się na przypadłości żołądkowe miernego stopnia. Badanie wewnętrzne żołądka tak czego jako też przy badaniu białka lub wody lodowej, prawie z a w s z e w y d a j e t r e ś ć j e d n o s t a j n i e ż ó ł t o z a b a r w i o n ą b e z s t r z ę p ó w ż ó ł t y c h . Przesącz wybitnie żółty. Tak np. z żołądka szarego tylko kilka cm. sz. cieczy żółtej się wydobywa, wlano przeto 100 aq. d., poczem można było wyciągnąć 100 cm. sz. cieczy jednostajnie żółtej bez strzępów żółtych, przesącz zupełnie żółty, oddziaływanie kwaśne, kwasota 1,0, kw. octowy daje zmaczenie, które po dodaniu K_1 Cfy przechodzi na osad. Przy zakwaszeniu kwasem solnym przesącz mąci się, tworzy osad zielony i nie trawi białka. Pod mikroskopem jąder komórek wyciętych dostrzedz nie można.

1 Dośw. Po aspiracyi treści czezej wlano 2 cm. sz. k w . m l e k o w e g o rozpuszczonego w 200 cm. sz. aq. d. (90 cm. sz. $\frac{1}{10}$ norm. Na HO na 100). Po 15 min. zdołano wyciągnąć 180 cm. sz. cieczy, cytrynowo-żółtej, lecz o wiele jaśniejszej niż czeza, zawierającej strzępy żółte. Przesącz słabo cytrynowy opalizuje, oddziaływa na kw. solny dość wyraźnie, na kwas mlekowy silnie, na peptony słabo, śluzu i białka niema, kwasota 54,0; trawi nawet bez z a k w a s z e n i a k w . s o l n y m , poczem występuje wyraźne oddziaływanie na pepton. Pod mikroskopem, okazują się większe okrągłe jądra ziarniste bez pierwszocy, gdzieś gdzieś zaś jądra polyskujące ziarnisto dostrzedz się dają.

2 Dośw. Po aspiracyi czezej treści wlano 200 cm. sz. $\frac{1}{10}$ norm. HCl; po 15 min. zdołano wyciągnąć 160 cm. sz. cieczy miernie zielonkowato-żółtej, ze strzępami zielonkowatemi, p r z e s ą c z p r a w i e b e z b a r w n y ; k w . s o l n y bardzo wyraźny, śluzu, białka i kw. mlekowego niema, peptonu ślad, kwasota 66,0. Trawi dokładnie. Pod mikroskopem liczne jądra polyskujące komórek wyciętych, jako też kolonie drobnych kokków jasnych. (dok. nast.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

1. Leczenie ropni zimnych za pomocą wstrzykiwań roztworu jodoformu w eterze. (F. VERCHÈRE, *Revue de Chirurgie* 1886. Nr. 6). Z chwilą przyznania jodoformowi własności swoistych przeciwko gruźlicy, zaczęto leczyć ropnie zimne za pomocą wstrzykiwań roztworów jodoformu. Zważywszy z jednej strony na rozmaitą pojemność i nieprawidłowość kształtu jam ropni zimnych, a z drugiej strony na potrzebę zetknięcia jodoformu z całą powierzchnią ścian wewnętrznego ropnia, wypadało znaleźć taką mieszaninę, aby zawarty w niej jodoform mógł przedostać się do najodleglejszych zaułków i dokładnie pokryć równą warstwą całą wewnętrzną ścianę ropnia. Powyższym warunkom zupeł-

nie odpowiada roztwór jodoformu w eterze, oprócz tego eter dokładnie rozpuszcza jodoform i nie posiada własności trujących. Wszystkie te względy, poparte doświadczeniami, skłoniły profesora VERNEUILA do stosowania wstrzykiwań eteru jodoformowego w celu leczenia ropni zimnych. W *Revue de Chirurgie* (1885 p. 428) Verneuil opisuje tę nową metodę leczniczą, lecz wskutek zbyt małej liczby spostrzeżeń, ogranicza się do przytoczenia teoretycznych dowodów, świadczących o zaletach podanej metody. Obecnie Verchère podaje 23 spostrzeżenia dotyczące leczenia ropni zimnych zapomocą wstrzykiwań eteru jodoformowego. Sposób prof. Verneuil'a jest następujący: Opróżniwszy ropień grubym trójgranicem za pomocą przyrządu Dieulafoya lub Pottain'a, wstrzykuje się roztwór jodoformu. Ilość jednorazowo zastrzykniętego jodoformu niepowinna być większą nad 3 do 4 gramów, łatwo bowiem przy użyciu większej ilości występują objawy zatrucia; wogóle, jeżeli jama ropnia jest znaczna, wtedy zastrzykuje się 50 gramów roztworu 5%, czyli jednorazowo 2,5 gram., jeżeli jama ropnia jest mała, wtedy można użyć roztwór 10% i wstrzyknąć tylko 25 gramów, wreszcie przy bardzo małych podskórnych ropniach wystarcza jedna strzykawka Pravaza mocniejszym roztworem jodoformu napełniona. Po zastrzyknięciu, w miarę przechodzenia eteru w stan lotny, ściany ropnia naprężają się i dają przy opukiwaniu odgłos bębnowy, przyczem ciśnienie wewnętrzne może być bardzo znacznem. Żeby uniknąć ulatniania się eteru na zewnątrz, trzeba starannie zamknąć otwór po przekłóceniu, ponieważ jednak użycie kleiny (*collodium*) etc. nie wystarcza, proponuje Verchère, żeby przy grubych powłokach ropnia wkłówać trójgranicę ukośnie, wtedy bowiem powstanie kanał, który będzie dokładnie zamknięty przez samo tylko naprężenie ścian, jeżeli zaś powłoki są cienkie, wtedy należy naprzód wkłócić igłę od strzykawki Pravaza, następnie w innym miejscu za pośrednictwem grubego trójgranicza wypuścić ropę i szczelnie zatknąć pozostały po ułóceniu otwór, a następnie przez wkłóta już igielkę wstrzyknąć eter jodoformowy. Wskutek naprężenia ścian ropnia bóle zwykle nie są zbyt znaczne, czasami jednak bolesność bywa silna, a nadto występują różne następstwa objawy odpowiednio do miejsca zastrzyknięcia. Tak np. po zastrzyknięciu eteru jodoformowego do ropnia na szyi powstały objawy ciężkiego zaduszenia, po wstrzyknięciu do ropnia w okolicy dołu skroniowego wystąpiło obrzmienie całej głowy wskutek odluszczenia okostnej; w takich przypadkach, jak również zawsze, gdy bóle i naprężenie są znaczne, a obawiać się można ucisku na ważne narządy, należy wkłócić w rozdęty ropień kilka igiełek Pravaza, wówczas nadmiar eteru ulotni się i zależne od nich objawy znikną. Zastrzyknięty eter, ulatniając się, dostaje się do wszystkich zaulków jamy ropnia, rozszerza je, i cała wewnętrzna ściana ropnia pokrywa się jednolitą, równą warstwą jodoformu, o czem Verneuil przekonał się w jednym przypadku przy pośmiertnem badaniu (chory umarł wskutek gruźlicy płuc i wyniszczenia). Takiej równej i rozległej powłoki jodoformowej nie bywa nigdy przy używaniu roztworu jodoformu w glicerynie. Jodoform wprowadzony do jamy ropnia powoli ulega wessaniu. Miejscowe i ogólne jego działanie ujawnia się często ustąpieniem gorączki, łaknienie przyciem powraca, wyludnienie zmniejsza się, i stan chorego znacznie się poprawia. Powolne wchłanianie jodoformu pozwala zastrzykiwać bez obawy jednorazowo 2 do 3 gr. tego jodoformu rozp. w eterze. W jednym tylko przypadku wystąpiły objawy zatrucia po zastrz. 200 gr. 10% roz. Wyleczenie następuje w trojaki sposób: I^o w niektórych przypadkach po jednym zastrzyknięciu powstały obrzęk stopniowo się zmniejsza i w miejscu gdzie był ropień znajdujemy tylko stwardnienie, będące pozostałością po skurczeniu się i zabliźnieniu opony włóknistej ropnia; II^o wyleczenie następuje po kilku zastrzyknięciach, powtarzanych co 3 lub 4 tygodnie; i III^o w przypadkach, gdzie skóra jest cienka i porażona gruźlicą, lub też naprężenie jest znaczne, powstaje częstokroć owrzodzenie, pę-

knięcie ropnia, i wylanie jego zawartości na zewnątrz, wtedy, albo pod wpływem jodoformu, ziarnina przekształca się z grzybowatej, gruzliczej, w zdrową i ściany ropnia zrastają się z sobą, albo też ściana ropnia stopniowo obumiera, odluszcza się i wydalana na zewnątrz w formie strzępków, poczem następuje zagojenie bez przetok. Ten drugi sposób gojenia się prędzej daleko przebiega niż pierwszy i wyleczenie jest pewniejsze, bo chore części wydalone zostają zupełnie z ustroju, to też Verchère zapytuje, czyby nie było odpowiedniem otwierać zwykle ropień w parę dni po zastrzyknięciu eteru jodoformowego. Po zagojeniu powstaje blizna foremniejsza niż po wyłyżeczkowaniu. Z innych zalet metody Verneuil'a autor przytacza, że zastrzykiwanie eteru jodoformowego może być stosowanem pomyślnie w wielu takich przypadkach, gdzie wyłyżeczkowanie dokładne byłoby niemożliwem, lub niebezpiecznem, a wreszcie, że chory w parę dni po zastrzyknięciu może wrócić do swych zajęć i być leczonym ambulatoryjnie. W obecnej chwili zresztą trudno zdać sobie dokładnie sprawę z rzeczywistego znaczenia i doniosłości nowej metody, zbyt mała bowiem liczba odnośnych spostrzeżeń nie upoważnia do stanowczych wywodów, których wagę osłabia jeszcze jednostronność, jaka z wniosków autora nieraz przeglądać się zdaje.

T. Sobnan.

2. **Gruźlica pierwotna moszny.** E. J. ROCHETTE. *Essai sur la tuberculose primitive du scrotum.* W zajmującej pracy ogłoszonej pod powyższym nagłówkiem, autor dochodzi do następujących wniosków: I. Niezależnie od znanej już gruźlicy pierwotnej jąder i przyjadrzy, istnieje gruźlica pierwotna moszny, stanowiąca niekiedy jedyny chorobowy objaw tego cierpienia u danego osobnika. II. Gruźelki pierwotne moszny powstają prawdopodobnie wskutek bezpośredniego zaszczeplenia, naruszenie więc całości skóry moszny występuje jako przyczyna usposabiająca, torując drogę wniknięcia laseczników gruźliczych do ustroju. III. Zmiany anatomo-patologiczne przy gruźlicy moszny napotykanne, niezem się nie różnią od zmian znajdujących wogóle przy gruźlicy skórnej pierwotnej. IV. Pod względem postaci klinicznej, gruźlica pierwotna moszny występuje jako gruzełek pierwotny, jako ropień gruźliczy i jako owrzodzenie gruźlicze. Dwie ostatnie postacie stanowią następczy okres rozwoju pierwszego. V. Niekiedy następuje wyleczenie samoistne, w innych przypadkach cierpienie ogarnia następczo przyjadrze i jądro. VII. Pod względem rozpoznawczym pierwotną gruźlicę moszny, odróżnić trzeba od gruźlicy moszny rozwijającej się następczo przy zajęciu pierwotnem jądra lub przyjadrza. Należy nadto mieć na uwadze, że gruźlica pierwotna moszny występuje niekiedy u osobników, u których przebyte dawniej zapalne sprawy pozostawiły stwardnienie lub obrzmiałość, jądra lub przyjadrza. Wzgląd ten jest wielkiej doniosłości praktycznej. W przypadku takim, GUYON, z którego kliniki autor czerpie swoje spostrzeżenia, wyciął części gruźlicą dotknięte, unikając starannie naruszenia całości jądra i jego powłok. VII. Rokowanie i wskazówki lecznicze pozostają tu takie same jak rokowanie i leczenie gruźlicy pierwotnej skóry w ogólności, to ostatnie więc polega głównie na wycięciu lub wyłyżeczkowaniu miejscowego uszkodzenia. (*Annales des maladies des organes genito-urinaires.* Août 1886). K. Zagórski.

Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Na posiedzeniu klinicznem dnia 21 b. m. kol. REICHMANN odczytał rzecz o sokotoku żołądkowym (*gastrosuccorrhoea*). Jeszcze w r. 1882 i 1883 kol. R. opisał 2 przypadki nadmiernego wydzielania się soku żołądkowego. Obecnie zastanowiwszy się nad najodpowiedniejszą nazwą, na podstawie tak własnego materiału, jak i prac innych autorów, skreślił obraz tej choroby której rozróżniają 2 postacie: sokotok żołądkowy peryodyczny i ciągły. Pierwszy spostrze-

gał w histeryi, w wiaździe pod postacią t. zw. *crises gastriques*, a w 2 przypadkach u ludzi zupełnie zresztą zdrowych. Cechuje się ta postać tem, że nagle, najczęściej wśród nocy, lub nad ranem, chory dostaje gwałtownych bólów w okolicy żołądka i bardzo obfitych wymiotów, przenoszących o wiele niewielką ilość płynu, jaki chorzy przyjąć mogą. Wymiociny stanowią czysty sok żołądkowy z dodatkiem śluzu, czasem żółci, o średnim lub zwiększonym stopniu kwaśności, zależnym od kwasu solnego, jak sztuczne trawienie wykazuje. Wymioty, gastralgia, zgaga, pragnienie, niekiedy ból głowy trwają najczęściej do bę, chorzy dochodzą do znacznego stopnia wyczerpania sił, po czem wszystko wraca do stanu prawidłowego, w szczególności apetyt i trawienie żołądkowe. Napady takie powtarzają się w mniejszych lub większych odstępach czasu, a na występowanie ich wpływają czynniki psychiczne. Napotyka się ta postać najczęściej u ludzi dotkniętych cierpieniem układu nerwowego, nawet dziedzi- czność zdaje się odgrywać pewną rolę. Do tej postaci kol. R. zalicza gastroxynsis Rossbacha, odznaczającą się silnemi bólami głowy i peryodyczne wymioty Lejdena. Kol. R. uważa sokotok peryodyczny za nerwicę wydzielniczą żołądka, a więc nie mającą zmian strukturalnych (w *crises gastriques* wiądu znaleziono zmiany w jądrze nerwu błędnego i we wschodzącym korzeniu nerwu przydatkowego; Leyden zaś spostrzegal swoje peryodyczne wymioty przy cierpieniach rdzenia. *Spr.*), widział dobre działanie azotanu srebra, zaleca ogólne leczenie, zastosowane do konstytucyi nerwowej chorych.

W sokotoku ciągłym, inaczej przewlekłym, sok żołądkowy wydziela się bezustannie, znajdujemy go więc także w żołądku na czczo. Chorzy tacy cierpią na zwiększone uczucie głodu, który w częstych odstępach zaspakajać muszą, zwłaszcza do pokarmów białkowych, mają silne pragnienie, zgagę, pieczenie, wymioty, czasem rozwolnienie. W skutek ciągłej obecności kwaśnego soku w żołądku, substancye krochmalowe tylko w jamie ustnej i przelyku pozostają w styczności z zasadową sliną i nie zamieniają się należycie na cukier. Wymiociny są charakterystyczne i układają się, według Riegela, w 2 warstwy, dolną brudno-szarą, przeważnie z ziaren krochmalowych się składającą i górną prawie czystego soku żołądkowego, o wysokim nieraz stopniu kwasności, w której są rozpuszczone peptony, ale nie ma ani jednego włókna mięsnego. Kol. R. zauważył, że w sokotoku cukier nie przechodzi w kwas mleczny. W następstwie sprawa prowadzi do rozszerzenia żołądka. Kol. R. przypuszcza dla sokotoku przewlekłego zmiany materyalne żołądka, których jednak nie udało się dotąd stwierdzić. Pierwotnem tu ma być nadmierna wrażliwość zakończeń nerwowych żołądka i słabość warstwy mięśniowej, w skutek czego sok żołądkowy wydziela się bezustannie, a miazga pokarmowa nie opuszcza żołądka w właściwym czasie. Tylko przypadki wczesne są, zdaje się uleczalne, w rozwiniętych możemy przynieść ulgę. Przemawia za przepłókiwaniami żołądka z roztworem azotanu srebra 1 do 2 na 1000, piciem wód alkalicznych, białkową dietą.

Dyskusyi nad tym odczytem nie było. Posiedzenie na tem zamknięto.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Recherches sur le Cholera par W. NICATI et M. RETCH. Paris 1886 str. 169.
(Poszukiwania nad cholera).

Sprawozdawca Dr. Feliks Arnstein lekarz w Kutnie.

Pod powyższym tytułem pojawiła się w ostatnich miesiącach bieżącego roku książka zawierająca sprawozdanie z interessujących prac podjętych w ciągu roku 1884 i 1885 przez autorów w Marsylii, a dotyczących się cholery. Cała praca podzieloną została na 7 rozdziałów.

ROZDZIAŁ I.

Charakterystyczne cechy lasecznika przecinkowego cholery.

Po szczegółowym opisie sposobów przygotowania preparatów dla badania laseczników, autorowie kreslą morfologiczne własności lasecznika przecinkowego. W preparatach otrzymanych jużto z wypróżnień, jużto z kiszek chorych cholerycznych, już z hodowli laseczniki choleryczne przedstawiają się w postaci laseczek lekko zakrzywionych. Zakrzywienie to bywa różne, jużto w postaci większego lub mniejszego łuku już półkola. I długość laseczek nie jest jednakową; w hodowlach są one bardzo krótkie nie przechodzą 0,5 do 0,7 milim., możnaby je wziąć za koki, gdyby nie to, że po większej części wyraźne jest ich zakrzywienie; niekiedy jednak szczególnie w ośrodkach wysuszonych zakrzywienie jest więcej lub mniej zatarte, wtedy istotnie trudno jest odróżnić laseczniki od koków. Średnia długość laseczek wynosi około 1,50 milim.; w ośrodkach płynnych laseczniki skupiają się ze sobą po 2 tworząc postać łuku lub podkowy długości 2 i więcej milim. Grubość laseczników jest bardziej stałą, a jednak laseczniki przechowane od kilku tygodni w wodzie słonej okazały się cieńszymi, a laseczniki z kiszek grubszymi.

W ogólności laseczniki tak pojedyncze jak i skupione mogą się przedstawiać różnie pod względem morfologicznym, zawsze jednak ich postacią zasadniczą jest zakrzywiona laseczka.

Zachodzi teraz pytanie, czy nie istnieją u człowieka zdrowego lub też dotkniętego różnemi cierpieniami drobnoustroje mające podobne lub nawet wspólne z nim rysy? Liczne poszukiwania były podjęte w tym kierunku. Autorowie robili poszukiwania nad kiszkami trzech samobójców i nad wypróżnieniami 12 chorych dotkniętych zwyczajną biegunką, przyczem ani razu nie znaleźli drobnoustroju któryby postacią i rozmiarami mógł być wziętym za lasecznika przecinkowego.

I wielu innych badaczy otrzymało podobne wyniki. KOCH podczas pobytu swego w Indyach badał wypróżnienia chorych na krwawą i zwyczajną biegunkę, następnie razem ze STAHEM badał wypróżnienia chorych dzieci dotkniętych biegunką, niemniej ślinę i błonę śluzową jamy ustnej. Nigdy i nigdzie nie znalazł on lasecznika przecinkowego.

STRAUSS znalazł w wypływie z pochwy laseczniki zakrzywione, z czego wnosił, że zakrzywienie nie jest wcale charakterystyczną cechą lasecznika cholerycznego. Przeciwnicy KOCHA skorzystali z tego odkrycia odmawiając lasecznikowi przecinkowemu wszelkiej specyficzności. Lecz tak badania drobnowidzowe, jak i inne sposoby badania stanowczo wykazały, że laseczniki STRAUSSA znacznie się różnią od laseczników Kocha.

LEWIS twierdził, że znaleziony przez niego już dawniej w ślinie lasecznik zakrzywiony jest identycznym z lasecznikiem Kocha. Lecz nie może on być, jak to wykazały doświadczenia, hodowanym w żelatynie; różni się też postacią od lasecznika Kocha, jest większymi, z obu końców cieńszymi.

NICATI i RIETSCH znaleźli też laseczniki zakrzywione w wypróżnieniach zdrowych ludzi i różnych zwierząt wielkie przedstawiające podobieństwo do l. Kocha. Szczegółowe jednak badanie ich wykryło, że pod wielu względami różnią się one od lasecznika przecinkowego. Hericourt znalazł w wodzie kanałowej w Lille lasecznik zakrzywiony podobny do l. Kocha; wodę tę badali autorowie i już pod względem morfologicznym znaleźli zawarte w niej laseczniki różnemi od laseczników przecinkowych.

KLEBS znalazł laseczniki zakrzywione w wypróżnieniach chorego na zapalenie płuc, lecz wszelkie próby hodowania okazały się bezskutecznymi. Część wypróżnień przesłaną została Kochowi, który nie znalazł w nich nic takiego, co by je łączyło z lasecznikami przecinkowemi właściwemi cholerze.

Największą sensację zrobiło odkrycie FINKLERA i PRIORA. Badacze ci znaleźli w wypróżnieniach kilku chorych dotkniętych cholera swoją laseczniki, które tak pod względem postaci, jakoteż hodowania na żelatynie miały być identycznymi z lasecznikami KOCHA. Hodowle tego lasecznika przesłane zostały Kochowi i von Ermengenowi. Tak jeden jak i drugi stwierdzili, że hodowle te były nieczyste, w skład ich wchodziły różne drobnoustroje. Laseczniki Finklera i Piora nie tylko, że nie okazały się identycznymi z lasecznikami KOCHA, lecz wątpliwem jest, by one były przyczyną cholery swojskiej; ilość ujemnych wyników otrzymanych przez innych badaczy przy poszukiwaniu wypróżnień chorych dotkniętych cholera swoją jest znacznie większą, aniżeli niewielka ilość dodatnich wyników otrzymanych przez Finklera i Piora (autorowie ci znaleźli owe laseczniki tylko w 5 przypadkach cholery swojskiej).

Charakterystyczne różnice między lasecznikami Finklera a KOCHA są:

1. W preparatach przygotowanych w tych samych ośrodkach i przy tych samych warunkach laseczniki Finklera są zawsze mniej zakrzywione, dłuższe, a szczególnie grubsze, słabiej zabarwione aniżeli laseczniki KOCHA.

2. W ciepłocie w której mnożenie się lasecznika przecinkowego jest prawie żadnem (ciepłota niżej 17 do 18°), laseczniki Finklera rozmnażają się szybko, a ciepłocie wyżej 17 do 18 stopni mnożenie się ostatnich jest daleko znaczniejsze.

3. Lasecznik FINKLERA rozpuszcza żelatynę daleko szybciej; a hodowle w próbkach i na kartoflu zupełnie inny mają wygląd niż laseczniki KOCHA.

4. Właściści chorobotwórcze lasecznika Finklera są daleko słabsze aniżeli lasecznika KOCHA, co sami po licznych próbach przyznają FINKLER i PRIOR.

Ze wszystkiego co było wyżej powiedzianem autorowie wyprowadzają następujący wniosek: *Dotychczas pomimo licznych poszukiwań nie wykryto nigdzie żadnego lasecznika, któryby mógł być poczytywanym za identyczny z lasecznikiem KOCHA.*

(d. c. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Posiedzenie wyborcze Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 4 Stycznia 1887 r. o godz. 6^{1/2} wieczorem.

I. Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1887.

II. Wybory na Członków do różnych Komitetów.

III. Wybory na Członków Towarzystwa: Kandydaci: na Członków czynnych: HEWELKE OTTON, HOENE JAN, STZESZEWSKI Józef i ZWEIGBAUM Maksymilian; na Członka korespondenta: SZADEK Karol z Kijowa.

Zagraniczne. Dr. H. MARTIN został zaproszony na Vice-prezesa sekcji ginekologicznej międzynarodowego kongresu lekarskiego w Washingtonie. M. zaproszenie to przyjął.

— W Japonii, jak donosi *British med. Journal* otwartą została zskoła dla siostr miłośniczek.

— W Anglii ustanowione będzie wkrótce Ministerium zprowia publicznego. Pierwszym Ministrem zostanie prawdopodobnie Dr. RITCHIE.

— Angielskie pismo lekarskie *British med. Journal* miało w roku bieżącym 1330 abonentów.

— Z Włoch nadchodzi wiadomość oficjalna, że cholera w obrębie państwa w zupełności ustała i że skutkiem tego wszelkie przedsiębrane przedtem środki ostrożności zostały zaniechane.

Zmarli. D. 9 Grudnia umarł w Wrocławiu zaszczytnie znany okulista Dr. JANY przeżywszy lat 54.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCH. Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.