

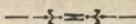
# GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU EWANGELICKIM W WARSZAWIE.

## I. DWANAŚCIE PRZYPADKÓW CIĄŻY ZAMACICZNEJ. UWAGI.

Podał

**D-r Fr. Stepkowski.**



Nauka o ciąży zamacicznej w ostatnich czasach poszła szybkim krokiem naprzód. Operacyjne jej leczenie miało niesłychanie doniosłe znaczenie nie tylko ze względu na radykalne wyleczenie, lecz i dlatego że rozjaśniło wiele kwestyi wątpliwych i spornych, pozwalając na porównanie rezultatów przedmiotowego badania, anamnezy z tem cośmy mieli *ad oculos*. Z tego to powodu wszystkie przypadki operacyjnie leczone, a szczególnie przez cięcie ściany brzusznej, mają ważne znaczenie i zasługują na uwzględnienie. Wszak tylko w ten sposób mogliśmy do pewnego stopnia nauczyć się rozpoznawania ciąży zamacicznej, dać należyte objaśnienie krwotokom, wytłomaczyć sobie powstawanie haematocela, zrozumieć przyczyny długotrwałych zapaleń otrzewnej i t. p.

Pomimo tak szybkiego rozwoju nauki o ciąży zamacicznej, pomimo licznych prac i niektórych bardzo cennych, jest jeszcze w tej nauce wiele kwestyi bardzo mało, lub zupełnie nie wyjaśnionych, jak np. etyologia; symptomatologia zaś daje znaczną różnaitość objawów tak przedmiotowych, jak i podmiotowych, szczególnie wczesnych okresach rozwoju jaja płodowego. Poglądy na leczenie różnią się bardzo i dużo jeszcze czasu upłynie zanim ostatnie słowo w sprawie leczenia będzie wyrzeczone.

W 12-u spostrzeganych na oddziale D-ra NEUGEBAUERA przypadkach ciąży zamacicznej, 4 razy dokonano operacji przez pochwę, a 8 razy przez ścianę brzuszną.

Tu podam tylko te spostrzeżenia, w których wykonano *köliotomiam abdominalem*. Przypadki bowiem, w których dokonano *köliotomiam vagin.* opisał już kol. KRAKÓW w roku zeszłym w *Medycynie* [1896 № 33, 34, 36].

**Spostrzeżenie I.** *Graviditas extrauterina, tubaria, dextra.*

A. R., lat 38, przybyła do szpitala 16 kwietnia 1896 r. Zamężna od 17-u lat. Pierwsza miesiączka bez bólów w 12-ym roku życia. Miesiączki były zawsze prawidłowe i nigdy nie zatrzymywały się. Odbyła jeden tylko wczesny poród przed 15-u laty. W kilka tygodni po porodzie przechodziła jakieś zapalne cierpienie w dole brzucha z prawej strony. Od sześciu tygodni uskarża się na krwawienie z części płciowych i bóle w krzyżu.



Jest to osoba wysokiego wzrostu, średniej budowy i odżywiania. Narządy krążenia i oddechania w porządku. Mocz bez białka.

Badając przez pochwę, wyczuwano w jamie DOUGLAS'a i z prawej strony macicy guz, wielkości jaja gęsiego. Guz ten postaci okrągło-wydłużonej, sprężysty i ograniczenie ruchomy, bezpośredniej łączności z kośćmi miednicy nie miał, z macicą zaś był w połączeniu w okolicy prawego rogu, a także z całą prawą tylną jej powierzchnią. Macica nieco powiększona, miękka, bolesna przy dotykaniu, przesunięta była ku górze i na lewo. W sklepieniu bocznym prawym wyczuć można było tętnienie naczyń. Wejście do pochwy, pochwa i szyja maciczna miały odcień sinawy. Z sutek można było wycisnąć kilka kropel klejkiowatego płynu.

Po otwarciu jamy otrzewnej przez ścianę brzuszną w położeniu TRENDLENBURG'a, doskonale można było widzieć, jak prawy jajowód, niezmieniony na przestrzeni  $1\frac{1}{2}$  ctm. od macicy, rozszerzał się później maczugowato, dochodząc do wielkości nieco mniejszej od gęsiego jaja. Po podwiązaniu jajowodu po obu stronach guza, t. j. od strony macicy i od końca zewnętrznego i przewiązaniu podstawy więzu szerokiego, guz wycięto. Następnie wyjęto tępą łyżeczką dość obfitą ilość uorganizowanych skrzepów krwi z jamy DOUGLAS'a i w końcu ścianę brzuszną zaszyto.

Przy oglądaniu guza wyciętego okazało się, że z tyłu i więcej od góry był otwór, wielkości  $\frac{1}{2}$  kopiejki, o brzegach cienkich dość równych i gładkich, wypełniony skrzepem krwi. Wewnętrzna ściana guza wysłana uorganizowanymi skrzepami krwi, a pośrodku znajdował się worek owodni, w której pływał płód 6-tygodniowy.

Operowano 18. IV. 1896 r.. Następnego dnia chora czuła się dobrze, ciepłota prawidłowa. 7. V. wypisana zdrową z oddziału.

### **Spostrzeżenie II.** *Graviditas extrantera, tubaria, dextra.*

Z. W., lat 29; przybyła na oddział 11. VII. 1896 r.. W 16-ym roku życia wyszła za mąż. Od 15-ego roku miesiączkuje bez bólów  $\frac{4-5}{4}$ . Rodziła troje dzieci na czasie, z tych żyje dwoje. Ostatni poród przed 3-ma laty; ostatnia miesiączka przed 3-ma tygodniami. Miesiączka nigdy nie zatrzymywała się. Przed 7-iu dniami napad bólów w brzuchu i krwawienie.

Kobieta średniego wzrostu, dość wątłej budowy. Narządy wewnętrzne w porządku. Przy zewnętrznym badaniu wyczuwa się guz dość twardy, bolesny, gładki, wielkości pięści dorosłego człowieka, z tyłu i z prawej strony macicy umieszczony. Badanie przez pochwę wykazuje: guz dość ruchomy, dający się przesuwac z góry na dół, bolesny nieco przy dotykaniu, z macicą będący w połączeniu w okolicy prawego rogu; można nawet wysledzić przejście jajowodu do guza; zawartość guza jakby płynna. W prawym i tylnym sklepieniu wyraźne tętnienie naczyń. Macica powiększona, miękka, ku górze i nieco na lewo skierowana. Postawiono na razie rozpoznanie: *tumor tubae dextrae*. Obserwacja jednakże dalsza dowiodła istnienia ciąży zamacicznej i z tego powodu oświadczone chorej o konieczności operacji. Bez zgody męża jednakże chora na operację się nie decydowała i zwlekała, ponieważ mąż jej odsiady-



wał wtedy karę; gdy zaś zgodę męża otrzymała, guz już pękł. We 24 godziny później przystąpiono do operacji. Chora w stanie silnego upadku sił, omdlewa często, tętno 130, ciepłota 40° C. Po przecięciu ściany brzusznej w położeniu TRENDLENBURG'a, w jamie otrzewnej znaleźliśmy około 1½ litra krwi płynnej, wśród której pływały i skrzący. Po wygarnięciu, o ile to było możliwe, krwi serwetkami, zmoczanymi w płynie TAVEL'a, okazało się, że prawy jajowód na przebiegu 5—6 ctm. od macicy prawidłowy, następnie znacznie się rozszerzał w postaci guza, umieszczonego pomiędzy listkami więzów szerokiego; jajnik niezmienny przylegał ściśle do dolnego zewnętrznego końca guza. Oba końce guza podwójnie podwiązano jak również podstawę więzów szerokiego i guz wycięto. Otwór, w który wchodził swobodnie mały palec, był w guzie od góry i z tyłu; ściany otworu poszarpane, nierówne; z otworu tego sączy się powoli krew czarna, płynna. Założono gazę sterylizowaną przez jamę DOUGLAS'a do pochwy; ścianę brzuszną zaszyto.

Przez następnych dni kilka tętno 126—120, ciepłota 39,6° C. — 39,2° C., dość częste wymioty. Następnie wszystkie te niepokojące objawy powoli ustąpiły, tylko ciepłota była zawsze jeszcze nieco podniesiona.

Dnia 27. VII. Ciepłota podskoczyła do 39,6° C., słychać rżenia rozlane wzdłuż całej klatki piersiowej; podano: *digitalis* + *t-ra valer. aether.*

Dnia 7. VIII. Ciepłota prawidłowa; na dolnej kończynie wytworzyła się odleżyna znacznych rozmiarów.

Dnia 13. VIII. Znowu ciepłota podskoczyła do 40° C; stolce krwią zabarwione; przez mały otworek w bliznie smugi białej wychodzi kał.

Dnia 15. VIII. Coraz większa ilość kału wydziela się przez ten otwór. Ciepłota podniesiona wieczorami do 39,5° C.

Dnia 21. VIII. Ilość wydzielanego kału mniejsza; ciepłota prawidłowa.

Dnia 18. IX. Przetoka coraz mniejsza.

Dnia 28. IX. Przetoka zagoiła się sama przez się i chorą wypisano w stanie zupełnie pomyślnym.

### Spostrzeżenie III. *Graviditas extrauterina, tubaria sinistra.*

Ch. Og., lat 24 licząca, przybyła do szpitala 9. V. 1895. Zamężna od 5-iu lat. Pierwsza miesiączka w 15-ym roku bez boleści, zawsze prawidłowa. Rodziła troje dzieci, z których pierwsze w 8-ym miesiącu; drugie dziecko żyło 2½ lat, a trzecie tylko 5 dni. Ostatnia miesiączka przed 4-ema miesiącami, następnie zatrzymała się przez 2 miesiące a od dwóch miesięcy chora krwawi.

Badając przez ścianę brzuszną wyczuwa się z lewej strony macicy guz wielkości pięści dorosłego człowieka. Badanie przez pochwę wykazuje: wejście do pochwy ma odcień sinawy, część pochwowa nie osobliwego nie przedstawia. Macica nieco powiększona, skierowana ku górze i na prawo, miękka. Z lewej strony macicy wyczuwa się guz, wielkości jaja strusiego, powierzchnia jego nierówna; wyczuć można na nim kilka wyniosłości, guz jest dosyć ruchoomy, twardy; przedział między guzem a macicą daje się wymacać i macicznego końca jajowodu wyczuć nie można; na dnie jamy DOUGLAS'a wyczuwa się jako-by nacieczenie niewielkie. Po otworzeniu jamy otrzewnej przez ścianę brzu-



szną przedstawił nam się guz wielkości dużej pomarańczy, dość silnie zrośnięty z kiszkami cienkimi, z *flexura sigmoidea*, pokryty błonami fałszywymi. Po odpowiednim przewiązaniu guz wycięto. Całą zawartością guza okazała się tylko skrzepła krew; w skrzepach płodu nie znaleziono. Założono worek MIKULICZA.

Stan pooperacyjny bez żadnych powikłań. Chora wypisaną została z oddziału uzdrowiona 27. V. 1795.

W liście, otrzymanym 26. IV. 1896 r., chora ta zawiadomiła nas, że jest obecnie w 4-ym miesiącu ciąży i czuje się zupełnie zdrową.

#### **Spostrzeżenie IV.** *Graviditas extrauterina, tubaria, sinistra.*

R. Kl., lat 35 licząca, przybyła do szpitala 28. IV. 1895.

Zamężna od 17-u lat. W 14-ym r. życia pierwsza miesiączka z boleściami po wyjściu za mąż *dysmenorrhoea* ustąpiła. Rodziła 6-ro dzieci szczęśliwie, na czasie, ostatni poród przed 2-ma laty. Przed 7 laty było poronienie. Miesiączka wstrzymała się przed 4-ma miesiącami. Przed 7-iu tygodniami krwotok, omdlewanie i silne bóleści w dole brzucha; przed tygodniem krwotok powtórzył się i trwa do obecnej chwili. Badając przez ścianę brzuszną okazuje się, że na 4 palce poprzeczne powyżej *lig. Pouparti* z lewej strony wyczuwa się guz wielkości główki noworodka, dość ruchomy, napięty, nieco bolesny, widocznie ze wszystkich stron ograniczony, porusza się wraz ze ścianą brzuszną. Badanie przez pochwę wykazuje: macica miękka, powiększona jak w 8-ym tygodniu ciąży, skierowana na prawo, ku górze i przodowi; usta zewnętrzne otwarte, przepuszczają swobodnie koniec wskaziciela. Poza macicą przez tylne i boczne sklepienie lewe wyczuwa się guz ruchomy, dość nieprawidłowego kształtu, dający głębokie chęłbotanie, połączony ściśle z macicą; przy dwuręcznym badaniu można również wyczuć chęłbotanie w guzie. Jama macicy próżna, długość jej wynosi 1. ctm.

Z powodu obfitych krwawień, osłabienia chorej i bezkrwistości przystąpiono niezwłocznie do operacji. Po otworzeniu jamy otrzewnej przez cięcie ściany brzusznej, okazało się, że guz był przyrośnięty do ściany brzusznej i do sieci. Guz był umieszczony pomiędzy listkami więzła szerokiego, które, rozszczepiając się, zakrywały zupełnie dolny odcinek worka płodowego. Po zarzuceniu kilku nawiązek na koniec maciczny jajowodu i głębiej na *lig. lat.*, przystąpiono do odłuszczenia guza palcem od pokrywającego go płaszcza, przyczem guz pękł i zawartość worka oraz krew wylały się do jamy brzusznej, zakrywając całe pole operacyjne. O wydostanie całego worka nie było co się kusić, ponieważ ściana jego przy odłuszczaniu rwała się i obficie krwawiła; z powodu tak żywego krwawienia trudno było orientować się i operować. Wyjęty płód z worka miał długości 10—11 ctm., żył jeszcze; łożysko, zajmujące najniższą część worka, prawie całe pozostawiono. Obszyto miejsca krwawiące, oczyszczono jamę worka i założono worek MIKULICZA z gazy wyjałowionej, a jamę brzuszną zaszyto. Z powodu złego chloroformowania się chorej, część kiszki podczas operacji pozostawała nazewnątrz jamy brzusznej. Stan ogólny po operacji lichy, tętno 140, zaledwie wyczuwalne, kończy-



ny zimne. Wstrzyknięto eter, kofeinę, położono butelki gorące w nogi, wykonano wlewania podskórne roztworu fizyologicznego soli kuchennej i t. d.

Dnia 30. V. Następnego dnia wymioty od czasu do czasu; brzuch nie jest wzdęty, mało bolesny, język wilgotny, tętno 140, słabe; przytomność zupełnie zachowana; ciepłota prawidłowa.

Dnia 31. V. Ciepłota podniosła się do 38,8° C.

Dnia 1. VI. *Collapsus, pulsus filiformis*. Wymioty, bolesność przy dotykaniu ściany brzusznej.

Dnia 3. VI. Chora życie zakończyła.

Badanie pośmiertne na trupie krwotoku ani do jamy brzusznej, ani do worka płodowego nie wykazało. Otrzewna ścienna jak i jelita pokrywająca gładka, dość silnie przekrwiona, ilość wysięku surowiczego-krwawego bardzo nieznaczna.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przyczyną śmierci w tym przypadku była *peritonitis septica*.

#### **Spostrzeżenie V.** *Graviditas extrauterina, tubaria, sinistra.*

R. Roz., lat 42 mająca, przybyła do szpitala 25. VI. 1894. Pierwsza miesiączka w 14-ym r. bez bólów. Z pierwszym mężem żyła lat 16 i miała 4 dzieci czesnych i raz poroniła w 3-cim miesiącu. Po ostatniem dziecku przechodziła jakąś chorobę zapalną w jamie brzusznej. We wdowieństwie pozostawała rok jeden. Z drugim mężem żyje 6 lat i odbyła 2 porody, ostatni przed 2-ma laty. Miesiączkowanie było zawsze prawidłowe. Przed 6-oma miesiącami zatrzymało się miesiączkowanie przez 6 tygodni, a następnie obfity powstał krwotok, po którym, wskutek osłabienia, przez 10 tygodni nie opuszczała łóżka. Po podźwignięciu się z łóżka, miesiączkowanie powróciło prawidłowo, ostatnie przed trzema tygodniami; od tego jednak czasu trwają ciągle krwawienia do obecnej chwili. Przez ścianę brzuszną badająca ręka wyczuwa w małej miednicy guz, mało ruchomy, twardy, dość gładkiej powierzchni. Przez pochwę palec wyczuwa macicę nie powiększoną, twardą, wysoko ponad spojeniem uniesioną i przesuniętą nieco na prawo; przesunięcie to zależy od guza umieszczonego w  $\frac{3}{4}$  w jamie DOUGLAS'a i na lewo od macicy. Guz ten jest połączony z tylną powierzchnią macicy i wypukła się dość znacznie przez tylne sklepienie do pochwy; przez sklepienie to doskonale wyczuć można trzeszczenie „*Schnee-Knittern*“ SCHROEDER'a. Rozpoznano ciążę zamaciczną w jajowodzie lewym. Operację wykonano 29. VI. Po otwarciu jamy otrzewnej okazał się poza macicą, z lewej strony guz twardy, wielkości pięści. Po podwiązaniu lewego jajowodu z obu stron i uwolnieniu od połączenia z sąsiednimi tkankami, udało się cały guz wyjąć; ponieważ prawy jajowód okazał się zwyrodniałym jak również i prawy jajnik, więc i te części po uprzedniem podwiązaniu wycięto. Po przecięciu błony pokrywającej guz, wewnątrz jego okazało się wypełnione czarnymi skrzepami krwi, a w górnej jego części leżało jajo płodowe, w którym znajdował się płód 6-tygodniowy, już w części rozmiękły. Przebieg pooperyacyjny szedł gładko, bez żadnych powikłań.

Chora dnia 8. VII. wypisaną została.

[D. n.]



## II. O PRZEŚWIETLANIU CIAŁA LUDZKIEGO W CELACH ROZPOZNAWCZYCH.

[Drugi odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem d. 3. XI. 1896 r.]

Przez

**D-ra med. Mikołaja Brunnera,**

Naczelnego lekarza Warszawskiego szpitala Ewangelickiego.

— 2 — 3 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 11].

Przechodząc obecnie do demonstracji prześwietlania ciała ludzkiego, z góry zwracam uwagę szanownych Panów, że dla otrzymania obrazów przedstawiających wzajemny stosunek wewnętrznych narządów, koniecznym warunkiem jest umiejętne wzajemne ustawienie lampki, przedmiotu i ekranu, wreszcie wprawa w ocenianiu otrzymanych obrazów, co zresztą dla lekarza nie jest rzeczą zbyt trudną do zdobycia, jakkolwiek wiele wymaga pracy dla osiągnięcia pewnej w tym względzie zręczności. Obecnie, po tem wszystkim com powiedział, możemy przystąpić do samych doświadczeń, prześwietlenie ustroju ludzkiego za cel mających.

Zaczynam tedy od prześwietlania ręki, rurką wymagającą iskry piętnastocentymetrowej. Z całej ręki do samego przedramienia wyłącznie ostro zarysowują się kości, szczególnie pięknie przedstawiają się kostki napięstka. Odsuwając od ręki ekran, widzicie Panowie, że i kości stają się przezroczystymi, a za ręką przesuwany lub stale w jednym miejscu dotykający jej pręciik metalowy widać tak wyraźnie jak gdyby się w samych kościach lub za nimi znajdował.

Toż samo widzicie Panowie możecie i przy prześwietlaniu ramienia. Teraz spróbujemy prześwietlić gołęń obecnego tutaj kolegi, który uległ jej złamaniu w  $\frac{1}{4}$  dolnej części i podobno zrost kości jest nieprawidłowy. Chorego tego pierwszy raz badać będę w obecności szanownych Panów. I oto widzimy, że złamane kości nieodpowiednio są zestawione, pomimo, że dla promieni ROENTGEN'a kostnina miejsce złamania maskuje, widzimy jednak pewne zesunięcie się kości i sterczenie dłuższych brzegów złamania.

Przechodzimy obecnie do prześwietlania klatki piersiowej, zdawałoby się do szczytu marzeń i życzeń ogółu lekarzy. Do tego celu użyjemy rurki silniejszej, t. j. lepiej opróżnionej z powietrza i dopiero przy iskrze 20 do 25 ctm. funkcyonującej. Rurkę przedewszystkiem pokrywam podwójną warstwą gęstej materyi jedwabnej, a to dla uniknienia zbyt silnego i niepotrzebnie męczącego oczu światła. Jak się Panowie przekonywacie, materya ta zabezpiecza nas zupełnie: nie widzimy już światła z fluorescencyi rurki wynikającego, a zarazem przekonywamy się, że promienie ROENTGEN'a są dla oka niewi-



działnemi. A teraz gdy na drodze od rurki ku Panom, stawiam mój ekran fluoryzujący, widzicie Panowie, że jeszcze na odległości dwóch metrów świeci. Doświadczenia moje mnie przekonały, że nawet w odległości 5 metrów i większej jeszcze to działanie widzieć można.

Za przedmiot do badania stawiam przed Panami mego służącego, u którego wymiar przodo-tylny wynosi 27 ctm. od środka mostka do krzyża w kierunku prostopadłym i w tym kierunku przeprowadzam przez niego promienie X i oto Panowie widzicie co następuje. Przedewszystkiem uderza nas słup ciemny około  $2\frac{1}{2}$  cala szerokości, ku dołowi znacznie się rozszerzający; od tego słupa na boki idą ukośnie od środka, nieco ku dołowi czarne pręgi około  $1\frac{1}{2}$  ctm. szerokości. Pierwszy jest to kolumna kręgową a część szersza, od dołu jest sercem, które gdy za chwilę prześwietlę od tyłu ku przodowi, lepiej zobaczymy—drugie t. j. owe pręgi ukośne, są to żebra. Dolna część prześwietlonego ostrokręgu ciemna kulista, podnosząca się co chwila na 5 do 6 ctm. ostro od jaśniejszej części [płuc] odgraniczona, jest przepona brzuszna. Przy tej okazji wspomnę, że jest to jedyna sposobność poznania naocznie czynności tego mięśnia, którą jedynie teoretycznie dotychczas sobie wystawiano.

Obracam badany osobnik, a światło ROENTGEN'a przeprowadzam przez niego od tyłu ku przodowi. Widzimy przedewszystkiem, że poprzednio ostro odgraniczona kolumna kręgową jest obecnie rozlaną, słabo występującą; natomiast uderzają nas swoją ostrością oba obojczyki, mostek żebra. Razem z mostkiem widzimy ciemną plamę nieco skośnego ostrokręgu kształt mającą z niedość wyraźnemi konturami, ruchomą, szczególnie w części na lewo skierowanej trochę spiczastą—jest to serce Panowie, o którego kurczeniu się rytmicznem i izochronicznem z tętnem przekonać się możemy. Cała ta masa ciemna oparta jest nieco ukośnie na owej kulistej przegrodzie brzusznej, podnoszącej się i opuszczającej przy oddechaniu. Więc tak od przodu, jak i od tyłu rozpoznajemy położenie i wzajemny stosunek narządów klatki piersiowej i ocenić możemy ich funkcyonowanie w żywym ustroju.

A teraz jeszcze pragnę szan. Panom pokazać, że ciało obce, dajmy na to pręcik metalowy, położony gdzie bądź z przodu lub z tyłu na klatce piersiowej, z łatwością wykrytym być może, jak o tem sami Panowie naocznie się przekonacie. Tutaj nadmieniam, że przed kilku dniami u chorego, przyprowadzonego mi z kliniki chirurgicznej prof. KOSIŃSKIEGO, postrzelonego tuż poniżej stawu mostko-obojczykowego prawego, wobec kol. JASIŃSKIEGO, KIJEWSKIEGO, HORODYŃSKIEGO, MALISZEWSKIEGO, WITKOWSKIEGO i ROGOZIŃSKIEGO z największą łatwością znalazłem tkwiącą kulę między 2 a 3 żebrzem, tuż przy wyrostku poprzecznym 2-go kręgu piersiowego.

Na zakończenie pójdę krok dalej i pozwolę sobie przedstawić szan. Panom prześwietlenie jamy czaszkowej w wymiarze poprzecznym i przednio tylnym, co mi się udało przed kilku dniami na jednym z obecnych tutaj kolegów dokonać. Przed tą samą rurką stawiam osobnika poprzecznie, i jak Panowie widzicie, głowa jego jedynie jako szkielet kostny nam się przedstawia; włosy zginęły zupełnie, pokrywy czaszki, mięśnie twarzowe, język, stały się



przezroczyste jak gaza, natomiast oprócz jamy czaszkowej z ostrowystępującymi częściami podstawę jej stanowiącymi, widzimy doskonale jamy, czołowe, kości nosowe, oczodoły z tkwiącymi w nich lecz słabo zarysowanymi gałkami ocznymi, wreszcie kości twarzy, szczęki górną i dolną z siedzącymi w nich zębami, a poniżej słabo zarysowaną krtań, podczas łykania unoszącą się ku górze i napowrót opadającą ku dołowi, nakoniec słabo zarysowujące się kręgi szyjowe, z powodu zbytniego oddalenia tychże od ekranu.

Taż głowa, ustawiona względem lampki w wymiarze przednio-tylnym znów jak poprzednio przepuszcza promienie ROENTGEN'a, z taką łatwością, że pręcik metalowy za nią umieszczony z łatwością widzieć się daje <sup>1)</sup>.

Widzicie więc, że prześwietlenia człowieka nie jest już fikcją, lecz faktem dokonany. Jedyłą trudność przedstawia jeszcze prześwietlenie miednicy i stawu biodrowego, lecz mam nadzieję, że i to mi się wkrótce osiągnąć uda.

Przy tej sposobności wspomnieć jeszcze muszę o fałszywym mniemaniu, które za pośrednictwem pism codziennych rozniesiono po świecie, że u ludzi prześwietlanych promieniami X, wypadają włosy lub skóra ulega opaleniu. Są to znowu zupełnie niesłuszne i niemające podstawy pogadanki. Widziałem owego chłopca, u którego włosy z prawej strony głowy nieco się przerzedziły, lecz chłopiec ten był ofiarą nieustających doświadczeń w ciągu kilku miesięcy. Był to ten właśnie, którego po raz pierwszy udało się w Berlinie na wskroś prześwietlić. Miał też i czerwonawą plamę na plecach, nieco swędzącą, którą więcej ciepła lampki niż promieniom X przypisać należało. Za to inny objaw, zasługujący na uwagę, jest niemożność długiego pracowania z promieniami X, albowiem jakkolwiek są one niewidzialne, wywołują jednakże silne zmęczenie oczu i przytępienie wrażliwości na zwykłe światło. Drugim, niemiłym objawem, jest zawrót głowy, który przy prześwietleniu tejże występuje, a długo prześwietlaniem się zajmując i ja go sam doświadczam. Jest to dowód łatwego przenikania promieni X przez kości głowy do mózgu i tym to właśnie promieniom a nie wysokiejtemperaturze promieni słonecznych, przypisałbym objawy t. zw. insolacji. Wiemy bowiem aż nadto dobrze, że tysiące ludzi, pracujących w hutach żelaznych lub szklanych, odlewniach metali i t. d. na wyższą temperaturę są narażeni, a jednak podobnych objawów jak przy insolacji nie miewają. Jedyne więc obecność promieni X w świetle słonecznym może być powodem skutków ich szkodliwego działania.

---

A teraz szanowni Panowie pozwolę sobie dopełnić mój odczyt zestawieniem tego, co dziś wiemy o przypuszczalnej naturze promieni X.

Przypominam to, o czem już mówiłem w pierwszym moim odczycie, że promienie ROENTGEN'a mają wyjątkowe własności, a mianowicie, że

---

<sup>1)</sup> Przed dwoma miesiącami udało mi się przy zastosowaniu promieni X wykryć kulę rewolwerową tkwiącą w głowie dorosłego człowieka od 9-ciu miesięcy [w obecności kilku naszych chirurgów i terapeutów].



nie ulegają prawidłowemu odbijaniu i załamywaniu. Wprawdzie udawało się już wielu uczonym, jak BATELLEMU i GARBASSO otrzymać fotografie jakoby odbitemi promieniami X, lecz dotychczas nie stanowczego powiedzieć nie można czy one przez lustra odbitemi być mogą.

Załamane promieni X chociaż bardzo małe, udało się jednak WINKELMAN'owi i STRAUBL'owi w pryzmach metalowych wywołać, a nawet współczynnik załamania wyznaczyć, [wynosi on 1—0,0038, jest więc nieco mniejszy od jedności]. Ponieważ wszystkie ciała, przez które przepuszczano promienie X, zawsze taki mały współczynnik wykazywały, więc prof. GERZ w Monachium jest zdania, że wszystkie ciała przedstawiają współczynnik załamania dla promieni X równy 1 lub od niej nieco mniejszy, co dowodzi, że mają fale nader małe, dla których współczynnik załamania redukuje się do jedności, co też zdaniem GERZ'a tłumaczy nieprawidłowość odbicia tychże promieni. Przyjęcie fal nader małych ułatwia też zdaniem prof. GERZ'a, pojęcie przechodzenia tychże między cząsteczkami ciał, gdyż fale większe na takowe padając od molekuł się odbijają. GERZ poczytuje promienie X za ultrafioletowe o nader małych peryodach, znajdując na swe przypuszczenie poparcie w pracach RIGHI, BENOIR, HUMERUSCU, DUFOURE'a i ROENTGEN'a; gdy bowiem promienie X padają na ciała naelektryzowane takowe wyładowują, a toż samo czynią i promienie ultrafioletowe.

Bezpośrednie stwierdzenie fal, byłoby możliwe tylko drogą doświadczeń interferencyi, lecz takowe tak ROENTGEN'owi jak i innym dotychczas jeszcze się nieudały. SAGNAC jest zdania, że otrzymałby pewniejsze jak dotychczas zjawiska interferencyi, gdyby długość fal była choćby=0,04 $\mu$ . [ $\mu$ =mikron=.001 mm.] a promienie X zdają się mieć fale znacznie krótsze. [Dodać można że fale żółtego światła mają 0,59 $\mu$ , widzialnego fioletowego 0,38 $\mu$  a niewidzialnego, o ile dotąd udało się zbadać, 0,20 $\mu$ ].

W ostatnich czasach w uniwersyteckiej pracowni fizycznej w Mnichowie miano otrzymać niewątpliwe zjawiska interferencyi i fotograficznie utrwalić. Obliczenie jednak z tych doświadczeń przedstawia wiele trudności. D-r FONN, opierając się na swoich doświadczeniach podaje, że długość fal promieni X wynosi 0,014 $\mu$ , że więc są to 15-ie razy krótsze od najmniejszych znanych fal ultrafioletowego światła.

Prócz określenia długości fal chodzi jeszcze o wykazanie, że są one jak wszelkie inne poprzecznymi, a nie podłużnymi, jak to początkowo przypuszczał ROENTGEN — co też nie znalazło wielkiego uznania. Od razu by się udało udowodnić, gdyby nie trudności spolaryzowania promieni X, ponieważ tylko podwójne odbicie lub podwójne załamanie polaryzację wywołać może — a promienie X zaledwie wprost odbitemi lub załamaniami być mogą. Księciu GOLITZINOWI w Petersburgu zdawało się, że promienie X trudniej przechodzą przez dwa skrzyżowane turmaliny, niż przez leżące—równoległe, co by za polaryzacją przemawiało—fotografie jego jednak nie były wcale udawadniającymi. Prof. GERZ z samego początku otrzymać miał podobny i również wątpliwy rezultat. W każdym razie należy pozostać przy hipotezie fal poprzecznych, aż do nowych i pewnych doświadczeń.



Tajemniczość promieni X przypisać koniecznie i jedynie należy owej niezmiernej krótkości fal poprzecznych, wyjaśniającej wiele faktów.

Inną kwestyę do rozwiązania stanowi wyjaśnienie stosunku promieni X do promieni katodalnych. ROENTGEN uważa promienie katodalne, jako wzbudzające promienie X, poczytując je za zupełnie różne od promieni katodalnych, a dowód upatruje w zachowaniu się ostatniem względem magnezu. Temu jednak doświadczeniu, jako dowodowi, dużo jest do zarzucenia, są bowiem promienie katodalne, które również działaniu magnezu nie podlegają.

M. LEVY chętnie by promienie X za anodalne poczytał, a za dowód słuszności swego przypuszczenia uważa to, że one od anody lub od ciał napięcie anodalne posiadających, wychodzą. BERQUEREL'owi udało się wykazać promienie, które mają pewne własności wspólne z promieniami X, a które bynajmniej przez promienie katodalne nie są wzbudzone; do takich należą jakies promienie niewidzialne, które wychodzą z pewnych substancyi fosforyzujących, jak sole uranu a mianowicie dwusiarczan tlenku uranu i potażu  $[SO_4, UOK + H_2O]$  oraz inne przy odpowiedniem oświetleniu i ułożeniu na zabezpieczonej od światła płytce fotograficznej. Wspomniane promienie przechodzą przez aluminium, miedź i mosiądz, atoli działanie tychże na płytę fotograficzną jest nader powolne. Mają też one, podobnie jak promienie X oraz promienie pozafioletowe, wyładowywać ciała naelektryzowane, lecz dają się jakoby załamywać, odbijać i polaryzować. Są to więc promienie o falach dłuższych.

Z tego wszystkiego com powiedział, można mieć nadzieję, że w niedalekiej przyszłości, natura promieni X zostanie rozjaśnioną, a niezrozumiałe dotychczas dla nas fakty, staną się zupełnie zrozumiałymi.

---

Szanowni Panowie! Demonstracja prześwietlenia ustroju ludzkiego, wielu z Was może jeszcze nie zupełnie zadowolniła, lecz jeżeli Panowie porównacie dzisiejsze moje rezultaty z wynikami otrzymanymi po dzień 19-go maja, to musicie dojść do przekonania, że postęp idzie olbrzymimi naprzód krokami.

Kończąc mój odczyt dodaję, że mam nadzieję, iż za kilka miesięcy, będę w możności uczynić człowieka przezroczystym jak szybę, a to z chwilą wprowadzenia w użycie możliwie szybko drgających przerywaczów dla prądów indukcyjnych, do czego w mojem przekonaniu najbardziej nadaje się przerywacz MAC FARLAW MOORE, który bez żadnych trudności nadawał by się do cew indukcyjnych największych rozmiarów.

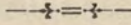
---



### III. Z KAZUISTYKI PÓŹNEGO SYFILISU.

Podał

**Wacław Sterling.**



[Dokończenie. — Patrz Nr. 11].

Kończyna górna lewa. Górna  $\frac{1}{3}$  część ramienia pokryta jest prawie całkowicie owrzodzeniami, bądź w postaci ognisk składających się z pojedynczych owrzodzeń, bądź też zlanych z sobą. Idąc w kierunku ku stawowi łokciowemu, znajdujemy zgrubienie ramienia, stopniowo się zwiększające. Zgrubienie to zależy przede wszystkim od zwiększenia objętości części miękkich, niezależnie jednak od tego wyczuwa się znaczne zgrubienie kości ramieniowej *in toto*, bolesne przy ucisku. Począwszy od połowy ramienia ciągnie się szeroki pas świeżej jeszcze blizny, dochodzący z tyłu do połowy przedramienia, z przodu zaś pokrywa on całe przedramię, ciągnąc się aż do dłoni. Skóra ta, niejednostajnie zabarwiona, miejscami wykazuje zmiany świeższe, miejscami zaś starsze.

Połączenie głębokich zmian części miękkich i kości dziwne spowodowało zniekształcenie lewego przedramienia. Widzimy mianowicie obraz następujący: górna  $\frac{1}{3}$  część, licząc od stawu łokciowego, przedstawia zgrubienie, środkowa tworzy zagłębienie w formie jakby łuku, zwróconego wygięciem ku dołowi i wreszcie ostatnia—blisko stawu napiętkowego, przyjmuje kierunek prawidłowy. Z przodu przedramienia, jak wspomnieliśmy wyżej, ciągnie się pas bliznowatej skóry, na tylnej zaś i bocznych powierzchniach rozrzucone są tu i ówdzie pojedyncze gummaty. Kości przedramienia znaczne przedstawiają zmiany, warunkujące właśnie to jego zniekształcenie, bądź w postaci guzowatości, wygórowań, bądź też w postaci zagłębień, rowków i t. p.

Wymiary obu kończyn górnych przedstawiają się w następujący sposób:

	Prawa.	Lewa.
Dolny obwód ramienia . . . . .	18 ctm.	15 ctm.
Obwód stawu łokciowego . . . . .	21 "	20 "
Nawiększy obwód stawu łokciowego .	29 "	26 "
Górny obwód przedramienia . . . . .	12 "	17 "

Kończyna dolna prawa. Zmiany zaczynają się dopiero w okolicy stawu kolanowego. Przede wszystkim zauważyć musimy zgrubienie kończyny w tej okolicy, zależne, o ile zbadać się dało, od zwiększenia objętości części miękkich. Zgrubienie to pokryte jest skórą czerwonawo-siną, napiętą, niedającą się fałdować i przesuwac. Pod skórą miejscami dają się wyczuć dość obficie rozsiane grupy gummatów—lub też gummaty pojedyncze, przeważnie twar-



dej, elastycznej spoistości, tylko ogniska większe mają spoistość mniej twardą, nieco do ciastowatej zbliżoną. Natomiast dolna granica opisywanej okolicy pokryta jest owrzodzeniami rozmatej wielkości, ciągnącemi się nakształt pasa, gdzieniegdzie przerywanego mostkami ocalałej tkanki, naokoło piszczeli, nieco powyżej kostki. Sam staw jest teraz niebolesny, musiał być jednak przedtem zajęty, gdyż końce stawowe obu kości są zgrubiałe, ich powierzchnie stawowe szersze, przez co ruchy są bardzo ograniczone, a chory, prawie zupełnie nie mogąc zgiąć kończyny, chodzi, powłócząc nogą.

Nieco poniżej kostki wewnętrznej wyczuwamy wzniesienie wielkości jaja gołębiego; jestto grupa gummatów, wychodzących z okostnej kości stopy, nieprzesuwalnych, twardych, elastycznych; pokrywająca je skóra żadnych zmian chorobowych nie przedstawia.

Kończyna dolna lewa. Również i tu zmiany umiejscawiają się w okolicy stawu kolanowego, zajmując jednak większy obszar w dolnym i górnym kierunku. Cała ta okolica pokryta jest skórą bliznowatą, gładką, napiętą, świecąca się, nie dającą się fałdować. Sam staw jest obrzmiały, dają się wyczuć zgrubienia na kłykciach kości udowej i na piszczeli. Na zewnętrznej powierzchni piszczeli, tuż przy rzepce widzimy ognisko, wielkości dłoni, o charakterze rozpadowym, z dnem, obfitą ropną wydzieliną pokrytem. Brzegi tego ogniska stanowią wzniesienia z gummatów bądź świeżych, bądź takich, które rozpadowi uległy, a dno których staje się punktem wyjścia obficie bujającej ziarniny, tworzącej miejscami duże bezkształtne wyrośla. Na wewnętrznej powierzchni, na tym samym mniej więcej poziomie, widzimy zagłębienie około  $1\frac{1}{2}$  ctm. średnicy mające, pokryte blizną, od którego, jak od środka, odchodzą w kształcie promieni pasemka bliznowata.

Na przedniej powierzchni—w górnym odcinku piszczeli—spotykamy obficie rozsiane gummaty, to pojedynczo, to grupami, to świeże, to rozpadające się, to wreszcie w postaci owrzodzeń, pokrytych obficie bujającą ziarniną.

Wreszcie wzdłuż grzebienia piszczeli wyczuwamy liczne guzy kości (*exostoses*).

Ruchy w stawie kolanowym rozleglejsze są nieco, aniżeli po stronie przeciwnej, zupełne jednak zginanie jest niemożliwym.

Wymiary obwodu obu kończyn dolnych w opisywanych okolicach wahają się w granicach od 27—32 ctm.

Narządy wewnętrzne nie przedstawiają zmian żadnych; również i badanie lusterkiem krtaniowem zmian nie wykrywa. Mocz bez białka i wałeczków, bez cukru.

Leczenie swoiste, ogólnie prowadzone, przy odpowiednim karmieniu chorego, stan jego znacznie zmieniło. Odżywianie się poprawiło, tak że chory dużo zyskał na wadze ciała, owrzodzenia się zbliżniły, gummaty wessały, a objętość kolan i łokcia prawego do tego stopnia się zmniejszyła, że ruchy kończyn, aczkolwiek nie są i nie będą już nigdy prawidłowemi [z powodu zmian powierzchni stawowych kości] są jednak o tyle rozległe, że chory może swobodnie chodzić i ręką poruszać może.

\*

\*

\*



Dwa niżej zamieszczone przypadki zasługują na uwagę nie tyle ze względu na ciężkość formy, ile ze względu na jej rzadkość, jako gummaty mięśni. JULLIEN <sup>1)</sup> spotkał je w 6 przypadkach na 214, co stanowi 2,8%. Jest to więc cierpienie względnie rzadkie. Co do umiejscowienia, zanotujemy usposobienie do nich mięśni długich: trzech chorzy J. mieli gummaty w mięśniach udowych, inni w mięśniach przedramienia i goleni; dalej idą mięśnie tułowia. Według ELZENBERGA <sup>2)</sup> najczęściej gummaty bywają w mięśniach języka i warg, dosyć często również bywają gummaty mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, dalej pod względem częstości gummaty bywają w mięśniu żwaczu, skroniowym, w sercu; MURCHISON opisuje je nawet i w przeponie.

MAURIAU <sup>3)</sup>, co do częstości zmian mięśniowych, wypowiada się w następujący sposób: „...zajmują one względnie małoznaczne miejsce w całokształcie patologii syfilitycznej...”. Rozróżnia on <sup>4)</sup>: 1) *myopathies gommeuses précoces*—bardzo rzadkie i 2) *myop. gom. tardives*, które mogą dochodzić do wielkich rozmiarów i nader trudno pod leczeniem ustępują.

**Przypadek V.** *Syphilis (stad. gummosum), gummata musculorum: pectoralis majoris sin. et tricipitis brachii dextri.*

E. G., mężatka, lat 33 licząca, zapisana na oddział d. 21. X. 1896 roku [№ 4770]. Pierwotnego ogniska i wysypki chora nie pamięta. Zameżna od 3 lat; rodziła 1 raz, przeszło rok temu; miesiączkuje bez zaburzeń, nie ronila nigdy. Dziedzicznie nie obciążona.

Mniej więcej przed rokiem, zaraz po porodzie, zauważyła, że w okolicy guza piszczeli i zewnętrznej powierzchni prawego stawu kolanowego wystąpiły guziczki szybko rosnące i rozmnażające się, nieco bolesne, samo zaś kolano w okolicy stawu zaczęło obrzmiewać.

Chora średniego wzrostu, wątłej budowy, wyniszczona. charłacza. Skóra i błony śluzowe widzialne mają żółtawe zabarwienie. We wspomnianych wyżej miejscach okolicy stawu kolanowego prawego, widzimy zmiany następujące: dość liczne guzy wielkości jaja gołębiego i większe, twarde, elastyczne, pokryte są sinawo-czerwonawą skórą; przy ucisku są one niebolesne, ze skórą miejscami zrośnięte, miejscami zaś nie, a wtedy skóra, pokrywająca je, jest niezmienniona, fałduje się i jest przesuwalna. Niektóre gummaty pokryte są skórą zcieńcałą, zlekka luszczącą się. Oba kłyckie uda i piszczeli są zgrubiałe, bolesne przy ucisku. Ruchy w stawie kolanowym są dość swobodne, wysięku żadnego stwierdzić nie można.

Na wewnętrznej powierzchni lewej piszczeli, w środku jej długości, wyczuwamy miejsce zlekka nacieczone, bolesne przy ucisku. Skóra w tem miejscu jest niezmienniona, kość gładka, nieco zgrubiała.

Różnica w obwodzie symetrycznych miejsc obu kończyn waha się w granicach stawu kolanowego od 4—10 ctm..

<sup>1)</sup> *Traité pratique des maladies vénériennes. II édit. Paris, p. 922.*

<sup>2)</sup> Przypadek gum. syfil. mięśni krtani. *Odbitka z Gaz. Lek. 1894.*

<sup>3)</sup> *L. c. p. 468.*

<sup>4)</sup> *L. c. p. 449, 452.*



Na przedniej powierzchni klatki piersiowej, pomiędzy II i IV lewym żebrzem i pomiędzy liniami sutkową i mostkową widzimy wzniesienie, które przy bliższym badaniu przedstawia się jako grupa guzów rozmaitej wielkości [od grochu polnego do orzecha laskowego], twardych, elastycznych. Są one między sobą połączone, dają się dowolnie przesuwac wraz z mięśniami, skóra zaś, pokrywająca to wzniesienie, jest blada, fałdująca się i przesuwalna niezależnie od guzów. Na samej rękojeści mostka wyczuwamy drugą grupę guzów, mniejszą, guzów bardziej miękkich, wychodzących z okostnej, więc nie dających się przesuwac. Pokrywająca je skóra jest koloru ciemno-fioletowego, fałduje się bardzo trudno, jest mało przesuwalna. Żebra w okolicy guzów, znajdujących się w warstwie mięśnia (*m. pectoralis majoris*), są przy ucisku niebolesne, rękojeść zaś mostka jest bolesną i nieco zgrubiałą.

Z prawej strony, około II żebra, znajdujemy guz wielkości śliwki, zrosnięty z żebrzem, nieprzesuwalny, pokryty zaróżowioną, przesuwalną i fałdującą się skórą. Samo zaś żebro jest nieco zgrubiałe, bolesne przy ucisku.

Na tylnej powierzchni prawego ramienia, w jego dolnej  $\frac{1}{3}$ , widzimy zgrubienie formy wrzecionowatej, twarde, przy lekkim ucisku niebolesne, bolesne przy większym, wywieranym w kierunku kości. Zgrubienie to jest grupą oddzielnych, połączonych między sobą guzów, znajdujących się w warstwie mięśnia trójgłowego, dających się wraz z nim przesuwac około kości; guzy te są rozmaitej wielkości, twarde, elastyczne, same przez się niebolesne. Skóra w tem miejscu jest zupełnie prawidłowa. Sama kość, bolesna w okolicy zgrubienia, zresztą bezbolesna, zgrubiała jest tylko w okolicy kłykcia.

Na zewnętrznej stronie przedramienia lewego, w okolicy stawu napięstkowego, jest zgrubienie kości promieniowej, bardzo bolesne przy ucisku.

Różnica w obwodzie symetrycznych miejsc obu kończyn górnych waha się w granicach od 2—8 ctm.

Pomiędzy wyrostkiem barkowym prawym, brzegiem zewnętrznym łopatki i główką ramienia widzimy kilka zlewających się ze sobą owrzodzeń, o brzegach podminowanych, dnie sadłowatem, o charakterze pełzającym. Po starciu sadłowatego nalotu na dnie owrzodzenia widać miejscami atoniczną ziarninę.

W narządach wewnętrznych znajdujemy następujące zmiany, godne zaznaczenia: dolny brzeg wątroby wyczuwa się na 3 palce poprzeczne z pod łuku żebrzowego, twarde, nierówne; na przedniej powierzchni wątroby także spotykamy nierówności. Dolna jej powierzchnia, pod którą również udaje się podejść palcami, jest zupełnie gładka. Śledziona dolnym końcem zachodzi na dłoń z pod łuku żebrzowego, twarda, o powierzchni gładkiej, dość ruchoma, daje się unieść w górę. Wreszcie, w jamie otrzewnej znajdujemy nieco płynu. Mocz bez białka.

Pod wpływem mieszanego leczenia swoistego zmiany syfilityczne dosyć szybko znikły: gummaty uległy wessaniu, owrzodzenia zaś zagoiły się; w mięśniach tylko pozostały na miejscach gummatów niewielkie stwardnienia bliznowate.



**Przypadek VI.** *Syphilis (stad. gummosum). Gummata musculorum anti-brachii.*

T. S., lat 42, krawiec. Zapisany d. 12. XI. 1896 [№ ks. gł. 5129]. W 12 roku życia chory miał około otworu stolcowego jakiś wykwit, który znikł po przypaleniu lapisem. Około 5 lat temu na prawym pośladku zjawiła się mała ranka, która powoli ale stale rozszerzając się, doszła do obecnego stanu. Nieco później w podobny sposób rozwinęły się i inne ogniska chorobowe.

Dzieci i żona zdrowe; żona nie ronila nigdy.

*Status praesens.* Okolica lewego stawu łokciowego po stronie wyprostnej pokryta jest skórą cienką, bliznowatą sino-czerwonawego koloru, mniej więcej na przestrzeni męzkiej dłoni. Skóra ta w środku jest nieco bledsza, niż na obwodzie, brzegi zaś ogniska tego są dość znacznie wzniesione, usiane żółtawymi strupkami. Pomędzy temi strupkami miejscami dają się wyczuć guzy dość twarde, elastyczne, odgraniczone, rozmaitej wielkości: od ziarnka grochu polnego, do orzecha laskowego, dające się *en masse* przesuwac wraz ze skórą; niebolesne przy ucisku. Dzięki temu, że wyżej wspomniana blizna jest dość powierzchowną, ruchy czynne i bierne w stawie są swobodne.

Na prawym pośladku widzimy jedno ognisko, zajmujące dolną jego połowę na całej szerokości. Sprawa chorobowa ma tu, jak wyżej, dążenie do szerzenia się odśrodkowego, wskutek czego w środku ogniska widzimy tu też skórę bliznowatą, lecz bardziej nierówną, chropawą, zbrudzoną, co wskazuje na głębszy charakter zmian, jakie tu miały miejsce; obwód zaś przedstawia się w postaci owrzodzenia, które pasem na 2—4 ctm. szerokim otacza wyżej wspomnianą bliznę. Owrzodzenie to ma dno nierówne, [wskutek tego, że powstało ono z połączenia licznych mniejszych], pokryte nieobftą wydzieliną żółto-sadłowatą lub ropną, brzegi zaś ma podminowane.

W jednym jednak miejscu, nieopodal od otworu stolcowego, blizna, idąca od środka ogniska przechodzi przez wrzodziejący pas jako taka i dochodzi prawie, że do samego zwieracza zewnętrznego, przyczem blizna ta zdradza charakter już zbitej tkanki łącznej. To więc wskazuje, że sprawa chorobowa stąd właśnie się zaczęła — i ztąd też się szerzyła. Zwieracz wolnym jest zupełnie.

Na wewnętrznej stronie przedramienia lewego w górnej i środkowej  $\frac{1}{3}$  zauważyć się daje nieznaczne zgrubienie, w którym wyczuwamy w warstwie mięśni wyrotnego długiego i promieniowego wewnętrznego (*supinator longus et radialis internus*) szereg guzów twardych, elastycznych, ograniczonych, wielkości orzecha laskowego, nieco bolesnych przy ucisku. Skóra, pokrywająca te guzy, jest blada, fałdująca się i z łatwością daje się przesuwac niezależnie od samych guzów, które przesuwają się wraz z mięśniami. Jedne z tych guzów zajmują ścięgniastą część mięśni, inne zaś położone są zdala od przyczepu.

Nieco na zewnątrz i ku przodowi wyczuwamy pojedynczy okrągławy guz, wielkości bobu, pokryty skórą zapalną, zaczerwienioną, połączoną z samym guzem, a więc z nim razem przesuwalną, podczas gdy mięśnie niżej leżące są przytem niezajęte.



W nosie, gardzieli i ktrani badanie nie wykrywa żadnych zmian.

Gruczoły — pachwinowe prawe są znacznie powiększone i dosyć twarde. Narządy wewnętrzne, prócz nieznacznego powiększenia wątroby — żadnych zmian nie przedstawiają. Mocz — bez białka.

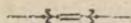
Swoiste mieszane leczenie doprowadziło do wessania się gummatów i zaciągnięcia się owrzodzeń trwałą blizną.

## IV. PRACE PROFESORA NENCKIEGO Z DZIEDZINY CHEMII.

[Według odczytu mianego w sekcji chemicznej d. 6 lutego 1897].

Opracował

W. Trzeński.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 11].

Druga grupa prac Profesora NENCKIEGO z dziedziny chemii fizyologicznej tyczy się normalnych składników ciała zwierzęcego, ich pochodzenia, wzajemnych stosunków i przemian.

Pochodzenie mocznika w moczu było przedmiotem jeszcze studenckiej pracy Profesora, ogłoszonej wspólnie z O. SCHULTZEN'em pod tytułem: „*Ueber die Vorstufen des Harnstoffs im thierischen Organismus*“<sup>1)</sup>. Podają w niej autorzy swe spostrzeżenia, że ilość mocznika, wydzielanego w moczu, zwiększa się widocznie poza życie w pokarmie glykoku, leucyny i tyrozyny, że te ciała zatem są pośrednimi produktami przemiany w ustroju białka na mocznik. Lecz pytanie o najbliższym poprzedniku mocznika rozstrzygniętem zostało przez NENCKIEGO dopiero o wiele później. W doświadczeniach nad przetoką Eck'a między *vena cava inferior* i *vena portae* i jej skutkami dla ustroju, dokonanych wspólnie z V. MASSEN'em, J. PAWŁOW'em i M. HAHN'em<sup>2)</sup>, poczynione zostały spostrzeżenia, dowodzące, że bezpośrednim poprzednikiem mocznika w ustroju jest karbaminian amonu:  $\text{NH}_2 \cdot \text{CO} \cdot \text{ONH}_2$ . Mocz psów z przetoką Eck'a, a zatem takich, u których wątroba została wykluczona z krwiobiegu, według NENCKIEGO i HAHN'a zawiera kwas karbaminowy w dużych ilościach; przejawy zatrucia, jakie występują u psów z przetoką [szczególniej po przyjęciu przez nie pokarmów azotowych] dają się wywołać sztucznie u psów normalnych przez wstrzyknięcie im do żył soli kwasu karbaminowego; zadanie do wewnątrz (*per os*) karbaminianu sodu u psów normalnych nie wywołuje żadnych przypadłości szkodliwych, zaś u psów z przetoką wywołuje przejawy zatrucia; wątroba u psów z przetoką ulega zanikowi, lub też tłuszczowemu przerodzeniu. Zdoświadczeń tych

<sup>1)</sup> Zeitschrift f. Biologie VIII, str. 124—146.

<sup>2)</sup> La fistule d'Eck de la veine cave inférieure et de la veine porte et ses conséquences pour l'organisme I Partie physiologique par M. M. V. MASSEN et J. PAWŁOW II Partie chimique par M. HAHN et M. NENCKI. Arch. des sciences biologiques de St. Petersb. 1892, I, str. 401—497.



wynika wniosek, że u zwierząt normalnych wątroba zobojętnia trujące własności kwasu karbaminowego. Mocz psów z przetoką Eck'a zawiera kwas moczowy w zwiększonej ilości, a także zwiększoną ilość amoniaku w porównaniu z zawartością mocznika i ogólną zawartością azotu; nadto zawiera on kwas karbaminowy, gdy w normalnym moczu psów i ludzkim odnajdują się go ledwie ślady. Uznać więc należy za dowiedziony fakt, że wątroba przerabia karbaminian amonu na mocznik. W jaki sposób ta przeróbka w wątrobie się odbywa, nie jest jeszcze wiadomem. NENCKI przypuszcza, że pod wpływem żywej protoplazmy karbaminian amonu ulega najpierw utlenieniu na hypotetyczny związek  $\text{—NH}_2\text{CO.ONH}_2$ , a ten następnie również pod wpływem żywej protoplazmy traci tlen i przechodzi w mocznik. Czy ta przeróbka jest właściwością wyłącznie wątroby, nie jest rzeczą dowiedzioną. NENCKI przypuszcza, że tak nie jest i, że inne narządy ciała posiadają tę samą zdolność. Narzeczcie co do narządu, wytwarzającego karbaminian amonu z ciał azotowych, NENCKI mniema, że to ciało wytwarzają wszystkie tkanki ustroju. Rzeczywiście poszukiwania NENCKIEGO, dokonane wspólnie z Pp. J. PAWŁOWEM i I. ZALESKIM, nad zawartością amoniaku (*respective* karbaminianu amonu) we krwi i narządach zwierząt <sup>1)</sup> dowodzą wielkiego, ale też i nierównomiernego rozpowszechnienia amoniaku w ustroju. Oznaczoną była metodą NENCKIEGO i ZALESKIEGO <sup>2)</sup> zawartość amoniaku w narządach psa na dyecie mięsnej, psa, karmionego chlebem i mlekiem, psa głodzonego, owcy, królika i konia. Oznaczenia wykazały, że zawartość amoniaku w żyłce wrotnej jest większą, niż we krwi arteryjalnej i żyłce wątrobowej, że zatem wątroba zatrzymuje amoniak i przerabia go na mocznik, a także wykazały dużą zawartość amoniaku (*respective* kwasu karbaminowego) w błonie śluzowej żołądka, niezależną od sposobu odżywiania. Że wątroba wytwarza mocznik, tego, według NENCKIEGO stanowczo dowodzą: 1) doświadczenia SCHROEDER'a i SALOMON'a z transfuzją; 2) fakt, że wątroba zatrzymuje amoniak, dostarczany jej przez *vena portae*; 3) fakt, że ekstyrpacja wątroby zmniejsza zawartość mocznika w moczu. Że jednakże wątroba nie jest wyłącznym narządem ciała, wytwarzającym mocznik, tego dowodzą późniejsze doświadczenia NENCKIEGO i PAWŁOW'a <sup>3)</sup> nad psami, z przetoką Eck'a, którym wątroba została ekstyrpowaną. U psów takich oznaczoną była we krwi i w moczu zawartość ogólna azotu, mocznika i amoniaku przed i po operacji, a z oznaczeń tych wynikło, że ekstyrpacja wątroby nie wpływa na zawartość mocznika we krwi, że natomiast

<sup>1)</sup> M. NENCKI, J. PAWŁOW et I. ZALESKI. Sur la richesse du sang et des organes en ammoniaque et sur la formation de l'urée chez les mammifères. Arch. sc. bl. t. IV, 197. Arch. f. exp. P. u. Ph. XXXVII, str. 26.

<sup>2)</sup> M. NENCKI et I. ZALESKI. Sur le dosage de l'ammoniaque dans les liquides et les organes animaux. Arch. sc. bl. t. IV, 253. Arch. f. exp. P. u. Ph. XXXVI, str. 385.

<sup>3)</sup> M. NENCKI und J. PAWŁOW. Zur Frage über den Ort der Harnstoffbildung bei den Säugethieren. Arch. f. exp. P. u. Ph. XXXVIII, str. 215.



zwiększa ona zawartość amoniaku w moczu i we krwi i zwiększa w moczu zawartość składników azotowych. W doświadczeniach innych, w których zamiast ekstyrpacji wątroby zastosowali podwiązanie arteryi wątroby, obserwowali też zmniejszenie zawartości mocznika w moczu, gdy zawartość mocznika we krwi pozostała bez zmiany. Stąd NENCKI i PAWŁÓW wyprowadzają wniosek, że wątroby nie można uważać za wyłącznego wytwórcę mocznika w ustroju, że też i inne narządy ciała mocznik wytwarzać muszą. Poszukiwania nad zawartością mocznika w mięśniach dały rezultat negatywny [MARCELI NENCKI und A. KOWARSKI <sup>1)</sup>].

Do chemii moczu należą poszukiwania Profesora nad obecnością kwasu mlecznego w moczu chorej na leukemię <sup>2)</sup> i ucznia jego HEUSS'a nad kwasem mlecznym w moczu człowieka zdrowego <sup>3)</sup>. Kwasu mlecznego w obu przypadkach nie wykryto. Urobilinuria <sup>4)</sup>, chyluria <sup>5)</sup> i pentozurya <sup>6)</sup> zyskała też drobne przyczynki w pracach Profesora.

Obszerniejsze poszukiwania przeprowadził NENCKI nad zawartością merkaptanów w moczu. Jak wiadomo, między produktami gnicia białka NENCKI wykrył merkaptan metylowy. Obecność jego zatem w moczu była rzeczą prawdopodobną, i NENCKIEMU udało się odnaleźć go w moczu po spożyciu szparagów <sup>7)</sup>. Pani SIEBER wraz z G. SZUBENKO <sup>8)</sup> dowiodła, że merkaptan metylowy powstaje przy rozczepieniu białek, [białka kurzego, kazeiny, żelatyny i glutenu] nie tylko pod wpływem drobnoustrojów, lecz i pod wpływem topienia białek z gryzącym potażem, a L. REKOWSKI <sup>9)</sup> zbałał trujące własności merkaptanu metylowego na myszach białych, świnkach morskich i królikach.

Te są prace Profesora NENCKIEGO, tyjące się chemii moczu. Lecz po za moczem i inne ciała, wchodzące w skład ustroju zwierzęcego, były przedmiotem jego poszukiwań. W mleku kobiecym i krowiem oznaczał zawartość białka i azotu <sup>10)</sup> i zauważył nieściśłość metod, używanych do bezpośredniego

---

<sup>1)</sup> NENCKI u. KOWARSKI. Ueber das Vorkommen von Harnstoff in Muskeln von Säugethieren. Arch. f. ex. P. u. Ph XXXVI, str. 395—399.

<sup>2)</sup> M. NENCKI u. N. SIEBER. Ueber das Vorkommen von Milchsäure im Harn bei Krankheiten und die Oxydationen in den Geweben von Lenkämischen. J. f. pr. Ch. 26, 1892, str. 41.

<sup>3)</sup> E. HEUSS. Ueber das Vorkommen von Milchsäure im menschlichen Harn. Ar. f. exp. P. u. Ph. XXVI, str. 147—154.

<sup>4)</sup> Ueber den diagnostischen Werth der Urobilinurie für die Gynäkologie R. DICK. Arch. für Gynäk. 23, str. 13.

<sup>5)</sup> O składnikach moczu w przypadku chylurii. B. LACHOWICZ. Akademia umiejętności w Krakowie, t. XIII.

<sup>6)</sup> O pentozurii. Odczyt w Towarzystwie lekarzy rossyjskich d. 11 stycznia 1896 r.

<sup>7)</sup> M. NENCKI. Ueber des Vorkommen von Methylmercaptan im menschlichen Harn nach Spargelgenuss. Arch. f. exp. P. u. Ph. XXVIII, str. 203—209.

<sup>8)</sup> G. SZUBENKO et N. SIEBER. Sur la formation de méthylmercaptan par fusion de l'albumine avec la potasse caustique. Arch. sc. bl. t. I, str. 315.

<sup>9)</sup> L. REKOWSKI. Sur l'action physiologique du méthylmercaptan. Arch. sc. bl. t. II, s. 205.

<sup>10)</sup> M. NENCKI. Ueber den Stickstoff und Eiweißgehalt der Frauen- und Kuhmilch. Ber. d. deut. chem. Gesel. VIII, str. 1046.



oznaczenia białka w mleku kobiecym. W jego pracowni M. BERLINERBLAU <sup>1)</sup> potwierdził fakt, że kwas mleczny jest normalnym składnikiem krwi zarówno tętniczej, jak i żylniej, i wykazał na zwierzętach, wprowadzając zwierzęciu krew z dodatkiem dekstrozy, glikogenu, soli kwasu propionowego i masłowego, że kwas mleczny we krwi wytwarza się z dekstrozy i glikogenu, ewentualnie innych wodorów węgla.

Chemia soku żołądkowego zawdzięcza Profesorowi poważne zdobycze. Wspólnie z panią SZUMOW-SIMANOWSKĄ <sup>2)</sup> — NENCKI odnajduje jako normalny składnik soku żołądkowego psów rodanowódor, który, jak przypuszcza, powstaje w błonie śluzowej żołądka z nitrylów. Następnie obala twierdzenie wielu autorów, jakoby ciała obce ustrojowi, wstrzyknięte pod skórę, lub wprowadzone do wewnątrz w postaci klizmy, przyjmowały udział w krążeniu soków i wydzielane były do żołądka przez gruczoły żołądkowe <sup>3)</sup>. Nie zauważył on tego nigdy w doświadczeniach swoich nad psem z przetoką żołądkową i przełykową, któremu wprowadzał do żołądka mięso z salicylanem sodu; sok żołądkowy takiego psa, po wypłukaniu żołądka, wydzielany w czasie pozornego karmienia, nie zawierał nigdy kwasu salicylowego.

Doświadczenia nad psem z przetoką podwójną przełykową i żołądkową, czynione w pracowni Profesora przez panią KATARZYŃĘ SZUMOW-SIMANOWSKĄ <sup>4)</sup>, dały możność wydzielenia i zanalizowania czystego soku żołądkowego i pepsyny [psa. Sok żołądkowy ma reakcję kwaśną, daje reakcję ksantoproteinową, nie daje reakcji biuretowej, nie zawiera leucyny i tyrozyny, i wydziela przy oziębieniu do 0° osad biały pepsyny, posiadający własność rozszczepiania [trawienia] białka i cukru. Osad podobny powstaje też przy wysalaniu soku żołądkowego siarczanem amonu. Analiza wykazuje w pepsynie obecność chloru, jako składnika normalnego [1,16 i 0,89%]. Mocz psa, wydzielany w czasie odciągania soku żołądkowego przetoką żołądkową nie zawiera chloru; sód i potas występują w nim w postaci węglanów, w ilości bardzo zwiększonej, mniej więcej dziesięć razy, a zamiast kwasu siarczanego występuje kwas podsiarkawy. Wspomniana obecność węglanów w moczu, zamiast chlorków, dowodzi pochodzenia kwasu solnego soku żołądkowego z soli kuchennej, a późniejsze badania NENCKIEGO i p. SZUMOW-SIMANOWSKIEJ <sup>5)</sup> dowodzą, że miejscem wytwarzania kwasu solnego z soli jest błona śluzowa żołądka, która odpowiednio do tego w czasie odpoczynku zawiera więcej soli kuchennej, niż w chwili czynności wydzielania soku żołądkowego.

<sup>1)</sup> M. BERLINERBLAU. Ueber das Vorkommen der Milchsäure im Blut und ihre Entstehung im Organismus. Arch. f. exper. P. u. Ph. XXIII, str. 333—346.

<sup>2)</sup> M. NENCKI. Ueber das Vorkommen von Sulfoeyansäure im Magensaft. Ber. d. deut. chem. Gesel. T. 28, str. 1318—1320.

<sup>3)</sup> M. NENCKI. Eine Bemerkung die Ausscheidung von Organismus fremder Stoffe in den Magen betreffend. Arch. f. exper. P. u. Ph. XXXVI, str. 400.

<sup>4)</sup> C. SCHOUMOW-SIMANOWSKY. Sur le suc stomacal et la pepsine chez les chiens. Arch. sc. bl. T. II, str. 463. Gazeta Lekarska. 1893. N-ra 48 i 49, str. 126 i 1294.

<sup>5)</sup> M. NENCKI et C. SCHOUMOW-SIMANOWSKY. Études sur le chlore et les halogènes dans l'organisme animal. Arch. sc. bl. T. III, str. 191.



W podobny sposób jak względem chlorku sodu zachowuje się błona śluzowa żołądka względem analogu soli kuchennej, bromku sodu, a nie reaguje z jodkiem sodu i siarczanem sodu, t. j. nie wydziela z nich odnośnych wolnych kwasów. Doświadczenia robione były na psach z podwójną przetoką przelykową i żołądkową, którym z pokarmem dawane były bromek i jodek sodu; zawartość bromu i jodu oznaczaną była w soku żołądkowym i w moczu. Doświadczenia te dowiodły, że bromek sodu może zastępować w ustroju sól kuchenną, że po zadaniu bromku sodu w soku żołądkowym występuje bromowódor obok kwasu solnego, że bromowódor zastępuje w soku żołądkowym kwas solny w stosunku ich równoważników i, że wydzielanie z ustroju bromu w moczu trwa kilka miesięcy po chwili zaprzestania przezeń przyjmowania bromków w pokarmie.

To ostatnie spostrzeżenie nasunęło Profesorowi NENCKIEMU pytanie, w jakich narządach brom zostaje zatrzymanym w ustroju, i gdzie się on nagromadza. Dla rozstrzygnięcia tego pytania P. BEREZKIN <sup>1)</sup> oznaczył zawartość chloru w rozmaitych narządach psa normalnego [krwi, żółci, wątrobie, śledzionie, nerkach, płucach, skórze, tkance łącznej podskórnej, błonie śluzowej żołądka i kiszek, mięśniach, trzustce, mózgu, kościach, szpiku kostnym, w rdzeniu przedłużonym i moczu]. Mając te dane, Prof. NENCKI wraz z p. SZUMOWĄ-SIMANOWSKĄ oznaczyli zawartość chloru i bromu w narządach psa, karmionego bromkiem sodu, i odnaleźli wszędzie brom obok chloru, czyli dowiedli, że na skutek przyjęcia bromku do wewnątrz, brom wchodzi w skład organizmu i zastępuje wszędzie chlor, gromadząc się w większych ilościach w tych narządach, którym jest właściwą większa zawartość chloru.

Analogicznych do pracy BEREZKINA poszukiwań nad zawartością chloru w narządach zwierząt chorych dokonał w pracowni Profesora J. W. WYRZYKOWSKI <sup>2)</sup>. Otrzymane przezeń wyniki dadzą się streścić w zdaniach następujących: 1) zawartość procentowa chloru w tkankach w razie głodu chlorowego nie różni się istotnie od zawartości normalnej; 2) w nefrytach możliwą jest zarówno strata chloru, jak i nagromadzenie chloru w organizmie; 3) przy błonicy [dyfteryście] wzrasta zawartość chloru we krwi i w wielu tkankach; 4) rola chloru, zatrzymanego przez organizm w przypadkach gorączkowych, i przyczyna tego zatrzymania jest pytaniem niewyjaśnionem.

Poszukiwania nad sokiem żołądkowym i nad topografią chloru w organizmie doprowadziły Profesora NENCKIEGO do napisania ciekawej rozprawy: O tak zwanych popiołach ciał białkowych <sup>3)</sup>. Opierając się na fakcie, że peptyna zawiera chlor jako część składową integralną, tak samo, jak hemoglobina zawiera żelazo, NENCKI mniema, że tak zwane popioły, t. j. elementy mineralne: potas, sód, wapień, chlor, kwas siarczany i inne uważać należy nie za jakieś przypadkowe domieszki, ale za integralne składniki białek, mające

<sup>1)</sup> P. BEREZKIN. Rozmieszczenie topograficzne chloru w organizmie zwierzęcym [po rosyjsku]. Rozprawa. Petersburg. 1894.

<sup>2)</sup> J. W. WYRZYKOWSKI. Rozmieszczenie chloru we krwi i organach w organizmie zwierzęcym w procesach patologicznych. Rozprawa. Petersburg. 1894.

<sup>3)</sup> Note sur les prétendus cendres des corps albuminoïdes. Arch. sc. bl. T. III, str. 212.



swoje zadania fizyologiczne do spełnienia, dotychczas jeszcze niepoznane. Czynności fizyologiczne białek, według których należy je dzielić, są bardzo rozmaite: jedne z nich służą do budowy szkieletu organizmu [np. białko mięśni], drugie mają zadania czynnościowe [białko rozpuszczalne, hemoglobina, nukleina, globulina i t. d.] inne mają zadania odżywcze i przeznaczone są na rozkład [białko odżywcze], inne, jak białko błony śluzowej żołądka [lecycalbumina LIEBERMANN'a], spełniają zadanie wyboru [rozkład soli kuchennej, pozostawianie bez zmiany jodku i siarczanu sodu i t. d.], inne nareszcie mają zadanie znieczulania i odprowadzania ciał szkodliwych dla organizmu [białko leukocytów i t. d.], a tym różnicom czynnościowym między białkami musi odpowiadać i różnica ich składu i budowy chemicznej.

Do prac nad topograficznym rozmieszczeniem związków chemicznych w organach, ważnych z tego względu, że wyjaśniają miejsce oddziaływania tych związków na organizm, należy praca Suck'a <sup>1)</sup> nad rozmieszczeniem niektórych ciał aromatycznych: badał on w tym kierunku kwas anilidometylosalicylowy,  $\alpha$ -oksywitynowy i eter etylowy tego ostatniego. Kwas anilidometylosalicylowy przechodzi do moczu w postaci eteru siarczanego, a w organach nie dało się go nigdzie wykryć; kwas —  $\alpha$ -oksywitynowy przechodzi bez zmiany do moczu, a wszystkie organy zawierają jego ślady, najwyraźniejszą reakcją dały nerki i mocz; eter etylowy kwasu oksywitynowego przechodzi do moczu jako kwas oksywitynowy i gromadzi się najbardziej w żółci, a mięśnie, śledziona i nerki zawierają tylko jego ślady. Nareszcie dla pełności obrazu wspomniemy, że w pracowni NENCKIEGO IG. GRUNDZACH <sup>2)</sup> badał popioły normalnego kału i znalazł, że kał zawiera ledwie  $\frac{1}{4}$  zasad w postaci związków mineralnych [z kwasami mineralnymi],  $\frac{3}{4}$  zaś zasad kału tworzy związki z kwasami organicznymi i kwasem węglanym.

[D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 28. Mandl. O zapaleniu rzeżączkowym pochwy (*vaginitis gonorrhoeica*).

Jeszcze do niedawna zaprzeczano zupełnie możliwości zapalenia rzeżączkowego pochwy u dorosłych, albowiem BUMM dowodził, że gonokokki nie są zdolne wnikać do nabłonka płaskiego. SAENGER jednak w 1889 roku obalił ten pogląd. Według niego dosyć często się zdarza, że pochwa przyjmuje udział w zapaleniu tryprotem, a mianowicie wtedy, gdy nabłonek jej jest bardzo delikatny i chwilowo albo trwale ulega ścięczeniu, które pozwala na wniknięcie gonokokków. Tak bywa w wieku dziecięcym, u osób młodych, w wieku starczym, u ciężarnych, wreszcie u wielu osób dojrzałych, posiadających skórę i błony śluzowe delikatne [u kobiet rudych].

W 1891 roku BUMM zmienił również swój pogląd. Zapalenie rzeżączkowe pochwy zdarzyć się może i u dorosłych, lecz tylko w razach wyjątkowych i to jedynie w ostrym okresie rzeżączki, w tryprze zaś przewlekłym

<sup>1)</sup> O. ZUK. O losie i rozmieszczeniu topograficznym niektórych ciał aromatycznych w organizmie zwierzęcym. Rozprawa. Petersburg. 1895.

<sup>2)</sup> Gazeta Lekarska. 1892. Nr. 3.



nigdy nie przychodzi do skutku. U pewnych osób dorosłych, powiada B. błona śluzowa pochwy zachowuje delikatność dziecięcą, albo też warstwa zrogowaciała nabłonka ginie znowu w późniejszym okresie życia np. przy *vaginitis atrophica in climacterio*, a wtedy pochwa staje się wrażliwą na zarazek rzeżączkowy. Do przekonania tego przyszedł B. wtedy dopiero, gdy mu się udało wykazać gonokokki w skrawkach, przygotowanych z kawałków tkanki, wyciętej ze ściany pochwy. Wykrył on, że wyjątkowo nabłonek pochwy u dorosłych zatrzymuje delikatność dziecięcą, która pozwala na wnikanie gonokokków do nabłonka. Tylko jednak tam, gdzie warstwa nabłonka jest cienka, gonokokki przenikają ją całą; nie widział jednak nigdy, aby wnikały do tkanki łącznej podnabłonkowej <sup>1)</sup>.

MANDL postanowił zająć się bliżej kwestyą zapalenia rzeżączkowego pochwy i w tym celu zbadał pod drobnowidzem tak wydzielinę, jak i kawałki tkanki, wyciętej z przedniej i tylnej ściany pochwy u 3-ch kobiet, dotkniętych zapaleniem pochwy przy tryprze innych narządów [cewki, szyi macicznej]. Wydzielina pochwy zawierała obficie gonokokki. Celem zbadania tkanek, kawałki wycięte poddał stwardnieniu w alkoholu i zatopił w celloidynie. Następnie możliwe cienkie skrawki zabarwił w wodnym zgęszczonym roztworze błękitu metylenowego i odbarwił 95%-ym alkoholem. Badanie histologiczne wykazało we wszystkich trzech przypadkach wyraźne oznaki zapalenia. Tkanka łączna podnabłonkowa była obficie nacieczona komórkami okrągłymi i ropnymi. Warstwa nabłonka w wielu miejscach była o wiele cieńsza niż prawidłowa, a między oddzielnymi komórkami nabłonkowymi można było widzieć bardzo wiele komórek ropnych; prócz tego znajdowały się miejsca, w których brakowało albo pokładów powierzchniowych nabłonka, albo nawet zupełnie całej warstwy nabłonkowej i widać było tylko obnażone brodawki w stanie zapalenia i nacieczenia. Warstwa nabłonka, tak na powierzchni jak i w całej swej grubości, usiana była gonokokkami, ułożonymi w przetworach międzykomórkowych, już to w kępki już też w szersze lub węższe pasemka. Komórki ropne były także wypełnione gonokokkami. W wielu miejscach gonokokki wniknęły i do tkanki łącznej podnabłonkowej i usadowiły się już to swobodnie już też wewnątrz komórek. W niektórych preparatach dosięgały nawet warstw głębokich tkanki łącznej, zwłaszcza w tych jej częściach, w których wskutek utraty nabłonka, brodawki leżały obnażone lub też gdzie warstwa nabłonka była bardzo cienka.

Z tego więc badania drobnowidzowego skrawków wypływa, że u dorosłych gonokokki mogą wywołać zapalenie swoiste pochwy (*vaginitis gonorrhoeica*) i że nawet jędrny nabłonek płaski nie zabezpiecza przed wniknięciem do tkanki gonokokków. Zdaje się, że w sprawie wnikania gonokokków do tkanek ważniejsze ma znaczenie miękkość i soczystość nabłonka, jakoteż szerokość przestworów międzykomórkowych, aniżeli sam rodzaj nabłonka. W tym względzie rozmięczenie i zmacerowanie nabłonka pochwy przez wydzielinę tryprową, spływającą bezustannie z kanału szyi macicznej, zdaje się nie być bez znaczenia.

Praca MANDL'a dowodnie wykazuje, wbrew twierdzeniu dotychczasowemu, że tryper nie jest jedynie chorobą nabłonka. MANDL dowiódł, że gonokokki często przekraczają granicę nabłonka i rozprzestrzeniają się w tkance

<sup>1)</sup> W ostatnich czasach BUMM i ten swój pogląd zmodyfikował. Przyjmuje on obecnie, że gonokokki mogą wniknąć do nabłonka płaskiego wielowarstwowego, jak również do tkanki łącznej pod nim leżącej i tam wywołać ropienie, twierdzi jednak, że tryper dróg moczopłciowych kobiecych bywa w przeważnej liczbie przypadków sprawą powierzchowną. Zob. Handbuch der Gynäkologie. J. VERT'a. 1896. Tom I. (Przyp. spraw.)



łącznej podnabłonkowej, jakkolwiek zwykle w górnych jej warstwach. Tem się zdaje tłumaczyć uporczywość zapalenia tryprowego pochwy.

(*Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie. 1897, B. V. H. 1.*)

Zweigbaum.

## 29. B. Borneman [Utrecht]. O surowicy przeciw paciorkowcowej Marmorka.

Autor wykonał szereg doświadczeń, zmierzających ku ostatecznemu sprawdzeniu wartości surowicy przeciw paciorkowcowej w celach immunizacyjnych i leczniczych. Głoszone przez MARMORKA swoiste własności ochronne tej surowicy nie znalazły potwierdzenia w szczegółowych pracach ARONSON'a, PETRUSCHKY'ego i innych, co nasunęło autorowi myśl raz jeszcze kwestyę tę poddać szczegółowemu rozbirowi. Zanim stosowne doświadczenia na zwierzętach [królikach] przedsięwzięte być mogły, należało ustalić śmiertelną dawkę hodowli paciorkowców; jak dowodzą spostrzeżenia autora, za taką przeciętnie poczytywać należy 0,0001 ctm. sześć. dwudobowej hodowli na bulionie.

Pierwsze próby dokonane były z surowicą, dostarczoną autorowi przez MARMORKA i stosownie do jego wskazówek wstrzykiwaną na dobę naprzód lub równocześnie z zakażeniem paciorkowcami. Wyniki otrzymano bardzo sprzeczne, jak również nie zauważono pewnej spodziewanej zależności między ilością hodowli i surowicy z jednej strony, a przebiegiem choroby lub ewentualnie czasem śmierci zwierzęcia z drugiej. Tak np. królik, któremu wstrzyknięto 0,0001 ctm. sześć. hodowli paciorkowcowej i 0,02 ctm. sześć. surowicy, padł po 4 dniach, gdy zwierzę, służące do kontroli, któremu, przy tej samej ilości hodowli, surowicy wcale nie wstrzykiwano, przeżyło 10 dni. Króliki, którym szczepiono małe ilości surowicy, padały nieraz później, niż traktowane znacznie większymi dawkami tej ostatniej przy jednakowej ilości hodowli. Trzy razy przy dawkach większych — 1, 2 i 4 ctm. sześć. surowicy udało się zwierzę przy życiu zachować; fakt śmierci zwierząt przy prowadzonych jednocześnie próbach z równie znaczną ilością antydyfterytycznej i normalnej surowicy dowodzi w każdym razie pewnych swoistych własności surowicy MARMORKA, jakich inne surowice nie posiadają.

Praca PFEIFFER'a i GRUBER'a o znanych własnościach surowicy tyfusowej względem swoistego lasecznika, nasunęły badaczom myśl poszukiwania w tym kierunku nad surowicą przeciw paciorkowcową. Wkrótce też DENYS i LECLEFF przekonali się, że surowica, pochodząca od królików, uodpornionych przeciw paciorkowcom, przez pierwsze 12 godzin hamuje rozwój tych ostatnich na hodowli bulionowej i dopiero po upływie tego czasu jesteśmy w stanie obserwować prawidłowy rozwój tych bakteryj. W przeciwieństwie zaś do laseczników tyfusu, pod drobnowidzem przy połączeniu hodowli z surowicą żadnych zmian nie dostrzegamy. Postępując dalej w myśl metody PFEIFFER'a, wstrzykiwano do jamy otrzewnej mieszaninę z surowicy MARMORKA i hodowli paciorkowcowej, przyczem okazało, że wszystkie paciorkowce giną w przeciągu 15 minut do 2 godzin.

W celach porównawczych autor przedsięwziął drugą seryą prób z surowicą, otrzymaną od konia i osła we własnym instytucie; zwierzęta te uodporniane były przez kilka tygodni paciorkowcami, które autor otrzymał od MARMORKA i których stopień jadowitości, jak wyżej wspomnianem było, wynosił 0,0001 ctm. sześć.. Surowica ta w ilościach 0,1 ctm. sześć. [od konia] i 0,2 ctm. sześć. [od osła] wywoływała immunizacyę u królików, o ile wstrzykiwaną była na 24 godziny przed szczepieniem paciorkowców.

Z powyższych doświadczeń autor dochodzi do wniosku, że bierne uodpornienie zwierząt przeciw paciorkowcom jest możliwe, jakkolwiek sprzeczności tu zachodzące nie pozwalają dotychczas nie wnosić o terapeutycznym stosowaniu



surowicy MARMORKA, co w każdym razie powinno być ostatecznym celem wszystkich prac, w tej kwestyi prowadzonych.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 51, 1896).

J. Landstein.

### 30. R. Koch i J. Petruschky. Spostrzeżenia nad szczepieniem paciorkowców u człowieka.

Szereg doświadczeń na chorych [11-u] doprowadził autorów do następujących wniosków:

1) Nawet te odmiany paciorkowców, które przez przeprowadzenie przez ustrój króliczy dosięgły najwyższych stopni jadowitości, są dla człowieka nieszkodliwe,

2) Paciorkowce, wyhodowane z róży u człowieka bynajmniej nie zawsze mogą ją wywoływać u innych ludzi,

3) Paciorkowce, wyhodowane z produktów ropnych [np. *peritonitis*] u jednych ludzi, mogą wywoływać u drugich różę,

4) Ponieważ różni ludzie zachowują się względem tego samego pochodzenia paciorkowca bardzo niejednakowo, wynika stąd, iż tylko doświadczenie w każdym poszczególnym przypadku zdecydować może, który mianowicie paciorkowiec może u danego osobnika wywołać różę,

5) Przebycie lekkiej róży nie sprowadza odporności przeciwko zakażeniu paciorkowcowemu,

6) Odporność ta nie rozwija się też i po leczeniu prewencyjnym za pomocą surowicy paciorkowcowej,

7) Zakażenie paciorkowcami wywiera pewien wpływ na przebieg raka, ale nie można mieć nadziei, by tą drogą chorzy zostali uleczeni z raka, gdyż upadek stanu ogólnego, jest, w porównaniu z miejscową poprawą, zbyt wielki, aby dłużej podobne leczenie stosować.

(*Zeitschr. f. Hyg.* 23. Bd. p. 477. 1896).

Wł. Janowski.

### 31. W. Kolle. O serodyagnostyce tyfusu brzuszego.

Odkrycie VIDAL'a jest bezpośrednim wynikiem prac PFEIFER'a, GRUBER'a i autora, które po raz pierwszy wykazały własności surowicy krwi, jakie ta ostatnia posiada względem *b. typhi abdominalis* i *b. cholerae asiaticae* u zwierząt i ludzi, tyfusowi lub cholery podlegających, lub też przeciwko tym chorobom niedopornionych. Inaczej zachowuje się ona względem wspomnianych chorobotwórczych czynników w ustroju zwierzęcia, inaczej zaś działa w hodowli probówkowej, gdy bowiem w pierwszym przypadku widzimy jakby rozpad lub rozpuszczanie się bakterii, w drugim występuje t. zw. aglutynacja, czyli sklejanie się w grudki większej lub mniejszej ilości laseczników<sup>1)</sup>. To ostatnie zjawisko, jak dowodzą prace PFEIFER'a i autora, zależy od swoistych substancji, jakie się we krwi w tych warunkach wytwarzają.

Powyższe aglutynacyjne własności surowicy służyć także mogą do dokładnego odróżniania bakterii cholery i tyfusu od wielorakich pasorzytów, formą, a nawet sposobem rozwoju im podobnych.

Liczny szereg doświadczeń pozwolił autorowi stwierdzić zależność między wynikami próby VIDAL'a, a stopniem jadowitości hodowli i własnością gruntu, na którym bakterie szczepione zostały, czem tłumaczyć należy brak zgodności w rezultatach, otrzymywanych przez różnych badaczy.

Dwa dokładnie obserwowane przez autora przypadki tyfusu brzuszego dotyczyły chorych w 5-ym i 6-ym dniu stanu gorączkowego; otrzymana w tym okresie surowica krwi nie wywołała reakcji VIDAL'a ani w hodowli bulionowej, ani pod drobnowidzem, podczas gdy rozpoznanie nie ulegało najmniejszej wąt-

<sup>1)</sup> Patrz sprawozdanie. *Gaz. Lek* Nr. 8. 1897.



dliwosci ze względu na wyhodowanie z wysypki u obu chorych typowych la-seczników tyfusowych. Gdy w końcu trzeciego tygodnia próba powyższa powtórzoną została, reakcyja VIDAL'a wystąpiła wyraźnie. Opierając się na tych dwóch spostrzeżeniach, autor widzi w próbie VIDAL'a raczej późniejsze potwierdzenie rozpoznania, niż pewny i stały objaw w pierwszych dniach choroby.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, N. 9. 1897). J. Landstein.

### 32. O. Casagrandi. O jałowosci ropy z ropni wątrobowych w krajach ciepłych.

Jest kwestyą nie tylko teoretyczną, ale czasami i praktycznie ważną, czy ropnie wątrobowe, przy dłuższem ich istnieniu, stają się jałowemi, czy też nie. Zdania o kwestyi tej są już od lat podzielone. Otóż CASAGRANDE podaje opis dwóch przypadków, w których ropa z ropni wątrobowych, powstałych po dysenteryi, badana drobnowidzowo, bakteryologicznie i za pomocą szczepienia kotom do otrzewnej [w ilości 30—65 ctm. sz.] okazała się jałową. Autor przekonał się, że ropa ta posiadała własności bakteryobójcze. Mianowicie, szczepiąc do 5 ctm. sześć ropy gronkowce złociste, niewątpliwie żyjące i złośliwe i badając tę ropę za pomocą hodowli w 10—20 dni później, przekonał się, że jest ona już zupełnie jałową.

(*Gaz. degli ospedali*, 1896. Nr. 137.) Wł. Janowski.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

— 1 — 3 —

Posiedzenie z dnia 23. II. 1897.

1) DOBROWOLSKI przedstawia preparat płuca, pochodzący od dziecka 2-letniego, zmarłego na zapalenie włóknikowe oskrzeli. W grubych i średnich oskrzelach widać tu błony włóknikowe, gdzieśgdzie w kształcie odlewów rozgałęzień oskrzeli. Prócz tego w krtani znajdują się liczne brodawczaki, wychodzące ze strun prawdziwych i dolnej części zatok MORGAGNI'ego. Brodawczaki te, wypełniające głośnię, były powodem wykonania tracheotomii na 10 dni przed śmiercią dziecka. Prócz tego okazał D. preparat krtani, pochodzącej od 5-letniego dziecka, z licznymi brodawczakami strun prawdziwych, zatok i tylnej ściany krtani.

2) REJCHMAN wypowiada odczyt p. n.: O zaburzeniach w czynności ruchowej żołądka wskutek chorób dróg żółcowych“. Odczyt ten będzie drukowany w Gazecie.

W dyskusyi SOKOŁOWSKI przypomina, że przedstawiał w Towarzystwie przypadek, przemawiający za poglądami prelegenta <sup>1)</sup>.

KRAJEWSKI zaznacza ważność komunikatu R. dla chirurgów, co wymownie ilustruje następujący przypadek: chora, której K. wykonał cholecystotomię z powodu kamicy, dostała po operacyi gwałtownych wymiotów, niczem usunąć się nie dających. Gdy prócz tego na 3-i dzień zauważono po lewej stronie pępka guz wyraźnie chęlbocący, przystąpiono do laparotomii, w przypuszczeniu, że powstała niedrożność jelit. Po otwarciu otrzewnej znaleziono tylko znaczne rozszerzenie wypełnionego płynem żołądka oraz zrost sieci z raną po cholecystotomii. Zrost ten zniesiono, brzuch zasztyło. Po tej ostatniej operacyi wymioty wróciły, a ustąpiły dopiero wtedy, kiedy K., przypisując ich

<sup>1)</sup> Przypadek ten, jak to w dyskusyi zaznaczył prof. BRODOWSKI, opisany był w Gazecie Lekarskiej przez BĄCKIEWICZA. [Nr. 17, z r. 1888].



powstawanie uciskowi, jaki powiększona wątroba wywiera na dwunastnicę, zalecił chorej położenie na prawym boku.

CHEŁMOŃSKI jest zdania, że chorzy na kamicy żółciową prócz napadów kolki miewają bóle nie tylko w okolicy żołądka, jak to mówił prelegent, lecz także w podżebrzach, w dolnej części brzucha i w klatce piersiowej. Wobec tego oraz wobec faktu, że zdarzają się przypadki skurczów trzewiów bez bólu, Ch. przypuszcza, że bóle u chorych na kamicy nie zależą od skurczu żołądka, lecz są pochodzenia irradycyjnego.

Ze zdaniem powyższem nie zgadza się REJCHMAN, uważając bóle, o jakich mowa, za zależne od odruchowego skurczu żołądka lub pewnego odcinka kiszki, a to na tej zasadzie, że często zjawiają się one w miejscach odległych od pęcherzyka żółciowego, podczas gdy w okolicy tego ostatniego żadnych bólów niema.

GRUNDZACH wspomina o opisanym przez siebie przypadku kamicy żółciowej z rozszerzeniem żołądka <sup>1)</sup>, a następnie wyraża zdanie, że atonia żołądka po napadzie kolki wątrobowej zależeć może od wstrząsu (*shok*).

SOKOŁOWSKI uważa bóle przy kamicy żółciowej za irradycowane, na podobieństwo bólów gastralgicznych przy kamicy nerkowej.

CIĄGLIŃSKI nie uważa bólów przy kamicy żółciowej za sprawę odruchową, gdyż pod tą ostatnią rozumiemy zjawiska ruchowe, wywołane podrażnieniem nerwów czuciowych przy współdziałaniu rdzenia. *resp.* gałęzi obocznych („*Reflexcollaterale*“) jego włókien czuciowych i komórek rogów przednich. Zjawiska bólu, występujące po za obrębem drażniącego nerwu, tłumaczyć należy sprawą irradycacji, t. j. przeniesieniem pobudzenia przez dany nerw w kierunku dośrodkowym i przesłaniem go na inne najbliższe mu włókna czuciowe drogą zwojów lub splotów: zwoju GASSER'a, splotu słońcowego, a nawet tylnych zwojów rdzenia.

REJCHMAN odpowiada, że bóle w okolicy żołądka przy kamicy żółciowej nie są irradycowane, bo powstają drogą ucisku gałązek nerwów czuciowych żołądka przez kurezacą się odruchowo ścianę tego ostatniego.

ZIELIŃSKI EDW. przy badaniach pośmiertnych w przypadkach kamicy żółciowej znajdował zawsze i enteroptozę. Obecnością tej ostatniej objaśnia on bóle oddalone, towarzyszące kamicy. Współistnienie enteroptozy i kamicy żółciowej nasuwa pytanie, czy rozszerzenie żołądka przy tej ostatniej nie jest objawem gastroptozy, tembardziej, że w podobnych przypadkach obniża się i krzywizna mała. Niższem względnie do dwunastnicy położeniem żołądka w takich razach, objaśnia się łatwość przedostawania się do żołądka żółci i powstawania wskutek tego wymiotów. Gdy chorą KRAJEWSKIEGO ułożono na prawym boku, wymioty ustały może dlatego, że żołądkowi nadano położenie wyższe od dwunastnicy. W przypadkach kolki żółciowej nie może być mowy o spazmie żołądka; przy skurczu wpustu bowiem nie byłoby wymiotów, a przy skurczu odźwiernika żółci nie spływałaby do żołądka.

REJCHMAN zaznacza, że na kamicy chorują przeważnie ludzie otyli, a enteroptozę spotyka się częściej u wychudłych.

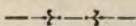
ZIELIŃSKI EDW. widywał enteroptozę na sekcjach ludzi zarówno chudych jak otyłych; u najrozmaitszych również osobników znajdował kamienie żółciowe; do powstawania tych ostatnich nie jest niezbędną żadna diateza, lecz tylko utrudniony odpływ żółci, co właśnie zachodzi przy enteroptozie.

Prof. BRODOWSKI jest zdania, że enteroptoza bywa również często u ludzi obojga płci, a kamienie żółciowe przeważnie u kobiet, a to dzięki uciskowi na pęcherzyk klatki piersiowej, skrepowanej np. gorsetem.

<sup>1)</sup> Gazeta Lekarska, 1889, Nr. 19, str. 402.



## Wiadomości drobne.



— L. KAEMPFER w Werneuchen [Mark] spostrzegł epidemię ospy krowiej. W ciągu 14 dni od jednej krowy zaraziło się 30 sztuk z 90 stojących w oborze. Ospa rozwijała się wyłącznie na wymionach w postaci grudek. Zanim stę te ostatnie przetworzyły na krosty, bywały zgniecione przy dojeniu i zamieniły się na trudno gojące się wrzody. Z 16 dojarek, które były w swoim czasie rewakcywowane, zaraziło się jednak 10. Grudki ospowe [w liczbie 2—8] rozwijały się prawie zawsze na prawej ręce w miejscach, gdzie skóra była uszkodzona. Przebieg był taki, jak przy zwykłym szczepieniu krowianki. W dwóch przypadkach, w których wrotami dla zarazka było uklucie ostem i rana cięta, doszło do ciężkiego zapalenia skóry, naczyń i gruczołów limfatycznych.

(*Deut. Med. Woch. Nr. 50.*)

A. P.

— J. KATZ z polikliniki MENDELSON'a w Berlinie spostrzegł u 32-letniej zrestztą zdrowej kobiety napady typowej astmy oskrzelowej, pojawiające się wyłącznie tylko podczas regularności. Za każdym razem podczas napadu [i tylko wtedy] znajdowano w płwocinie kryształy LEYDEN'a i włókna spiralne. Napady zdarzają się często, zwłaszcza w nocy przez cały czas trwania regularności, poczem znikają razem z regularnością i chora ma się zupełnie dobrze aż do następnego peryodu. Autor porównywa swój przypadek z przypadkiem BRISSAUD'a, w którym u młodego mężczyzny zjawily się napady astmy na nowiu, t. j. miały podobny przebieg cykliczny, jak w przypadku KATZ'a.

(*Deut. Med. Woch. Nr. 50.*)

A. P.

— CASAGRANDI wyhodował pewne blastomycety i szczepił je kogutom w grzebieniu i w brode, przyczem otrzymywał u nich guziki, które okazały przy zbadaniu drobnowidzowem budowę t. zw. *moluscum contagiosum*.

(*La riforma medica. 1896. Nr. 265.*)

Wł. J.

— DUNWODY leczył samego siebie surowicą końską przeciw gruźlicy. Wstrzykując sobie po 10—45 ctm, sześć surowicy końskiej w ciągu 5-iu miesięcy, sprowadził bardzo znaczne zmniejszenie się objawów gruźlicy, włącznie ze zniknięciem laseczników z płwociny. To samo sprawdził na kilku innych chorych. Twierdzi, że jest to najlepszy sposób leczenia gruźlicy.

(*Centr. f. Bact. Nr. 5.*)

Wł. J.

— K. GUMPERTZ opisuje przypadek *diabetes mellitus* [6—8% cukru], który się zjawił u 60-letniego mężczyzny w następstwie silnego wstrząśnienia moralnego. Chory ten prócz tego posiadał wiele cech historycznych [zwięźenie pola widzenia, zmiany w czuciu, napady kurczów, napady niemoty i t. d.]. Autor podaje w swej pracy literaturę cukrzycy pochodzenia nerwowego.

(*Deut. Med. Woch. Nr. 49.*)

A. P.

— CELLI i SANTORI szczepili szereg osobników prewencyjnie surowicą zwierząt z okolic najbardziej nawiedzanych malaryą i następnie szczepili tym osobnikom krew, zawierającą zarazek malaryi [plazmodye]. Udało im się w ten sposób znacznie opóźnić wystąpienie obrazu malaryi po jej zaszczepieniu, czyli przedłużyć okres wylegania. Inny szereg ludzi, zakażonych malaryą w sposób naturalny, również leczyli surowicą wyżej wymienionych zwierząt i doszli przytem do wniosku, że warto jest prowadzić odnośne badania dalej.

(*Centr. f. Bact. Nr. 5.*)

Wł. J.

— Szereg prac doświadczalnych, przerobionych na zwierzętach z paciorkowcami, wyhodowanymi z najrozmaitszych spraw chorobowych, wykazał już dziś z do-



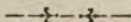
stateczną ścisłością, że niema bynajmniej oddzielnych gatunków tego pasożyta dla róży, ropienia, posocznicy i t. d. Fakt ten nie mógł jednak dotąd być dowiedzionym bezpośrednio za pomocą doświadczeń na człowieku. Dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, brak ten mógł wypełnić PETRUSCHKY, znany badacz własności chorobotwórczych paciorkowców. Udało mu się, mianowicie, stwierdzić na człowieku, że paciorkowce od ludzi, zakażonych sprawami ropnemi, wywołać mogą u innych ludzi różę i odwrotnie.

(*Zeit. f. Hyg.* 1896, Bd. 23, p. 142).

Wł. Janowski.



## Wiadomości bieżące.



— Dotychczasowy docent w Krakowie D-r SZYMONOWICZ mianowany został prof. histologii na uniwersytecie Lwowskim.

— Koledzy ENDELMAN, JANCZEWSKI, MONSIORSKI i WAWELBERG otworzyli w Warszawie przy ulicy Próznej № 3 bezpłatną poliklinikę akuszerską dla niezamożnych rodzących.

— Dziewiątą seryę Odczytów klinicznych [Zeszyt 97 i 98] rozpoczął wykład kol. JANOWSKIEGO o znaczeniu dyagnostycznym i prognostycznym dokładnego badania tętna. Znajdujemy w nim kliniczny i teoretyczny opis wszelkich odmian tętna, badanego na tętnicy promieniowej, ilustrowany przez nader czysto i pięknie wykonane tablice linii sfigmograficznych [zdjętych za pomocą sfigmografu DUDGEON'a]. Uważamy za bardzo szczęśliwy pomysł autora wydanie takiego podręcznika do badania tak ważnego, a w obecnych czasach trochę lekceważonego objawu, jakim jest tętno. Podręcznik kol. JANOWSKIEGO powinien zachęcić lekarzy do ćwiczeń sfigmograficznych, które znakomicie wpływają na możliwość szybkiego nabycia wprawy w rozpoznawaniu szczegółów tętna przez kontrolowanie okiem tego, co czujemy palcem. Odczyt zawiera wiele trafnych uwag i wskazówek praktycznych a bogactwem szczegółów i obfitością tablic [114] przewyższa o wiele znaną pracę RIEGEL'a.

Zaznaczamy przy tej okazji, że z 98 wydanych dotąd odczytów klinicznych, jest to już 39 zeszyt [29 odczyt] oryginalny. Pocięszający fakt ten dowodzi, że skromna zrazu inicjatywa redakcyi Gazety Lekarskiej obznajmiania czytelników z najnowszemi pracami klinicznemi zachodu, pobudziła naszych autorów do prac oryginalnych, często niewątpliwiej wartości naukowej i praktycznej.

— We wrześniu r. b. odbędzie się w Brukseli II międzynarodowy kongres dla higieny dróg żelaznych i okrętów morskich.

— We Wiedniu zaczął wychodzić nowy „*Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik*“ pod redakcją prof. EULENBURG'a i prof. SAMUEL'a. W dziele tem w części III będzie uwzględnioną Histo- i Organoterapia.

— Zaczął wychodzić w Kassel „*Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, unter besonderer Berücksichtigung der Pathologie und Therapie*“.

— VIII kongres francuzkich psychiatrów i neurologów odbędzie się w Tuluzie 2 sierpnia r. b. Porządek dzienny: Rozpoznawanie porażenia ogólnego postępowego [ref. ARNAUD], Hysteria u dzieci [ref. BÉZY], Organizacya służby lekarskiej w zakładach dla obłąkanych [ref. DOUTREBENTE].

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ki za m. Luty.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Д.введено Цензурою Варшава 6 Марта 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.