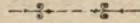


GAZETA LEKARSKA.

I. O KREPITACYACH (TRZESZCZENIACH) PRZY OBECNOŚCI PŁYNU W JAMIE OPŁUCNEJ.

Podał

Władysław Janowski,
ordynator szpitala Dz. Jezus.



Pobudką do zwrócenia uwagi na zaznaczony w tytule objaw jest dla mnie częstość, z jaką go ostatnimi czasy spotykałem, oraz ta okoliczność, że jest wogóle bardzo mało znany. Całokształt objawów płynu w jamie opłucnej wydaje się być takim, że obecności krepitacyi, t. j. rzężeń trzeszczących, równo-pęcherzykowych, słyszalnych tylko przy wdechu, pozornie przeczy. A jednak zdarzają się przypadki, w których tak nie jest. Pamiętam dobrze, że wyraźne, obfite krepitacje przy obecności płynu w jamie opłucnej [lewej] usłyszałem po raz pierwszy lat temu siedm u pewnego chorego, który leżał z powodu gościa stawowego na oddziale byłego mego szefa D-ra DUNINA i dostał pod koniec przebiegu swej choroby zapalenia wysiękowego opłucnej. Rozpoznanie natury powikłania ze strony narządów oddechowych przedstawiało u tego chorego początkowo pewne trudności, gdyż jedne objawy pozornie przeczyły drugim, a znaczna ilość dobrze słyszalnych krepitacyi w dolnej połowie lewego płuca zdawała się przemawiać za rozpoznaniem zapalenia płuc, któremu całość obrazu klinicznego nie dość stanowczo przeczyła. Wykonane wtedy przez D-ra DUNINA przekłucie próbne, a następnie wypuszczenie wysięku z lewej opłucnej, po którym owe krepitacje wkrótce znikły, przekonały wtedy nas wszystkich, że stały one w związku z obecnością płynu w jamie opłucnej. Podczas dalszego mego pobytu na oddziale D-ra DUNINA słyszałem owe krepitacje przy zapaleniu opłucnej, co najmniej, w 10-ciu przypadkach, co na przeciąg czasu z górą 6-o-letni musi być uważane za ilość niewielką. Jakkolwiek zawsze bardzo mnie one interesowały, jednakże szereg powodów składał się na to, iż bliżej objawem tym zająć się nie mogłem. Skłoniły mnie do tego dopiero obecne obserwacje na prowadzonym przezemnie oddziale.

Z biegiem bowiem okoliczności widuję teraz tak często przypadki zapalenia opłucnej z obecnością różnej ilości krepitacyi, że naprzykład w ciągu ostatniego tygodnia widziałem ich aż cztery, a nawet w chwili pisania tego artykułu trzy z tych mam jeszcze na oddziale. Rzecz prosta, iż we wszyst-

kich branych tu pod uwagę przypadkach obecność płynu stwierdzałem, a właściwie sprawdzałem za pomocą przekłucia próbnego. Celem niniejszego artykułu jest właśnie zestawienie całego mego doświadczenia, dotyczącego krepitacyi w przebiegu zapalenia opłucnej.

Idzie mianowicie o to, że krepitacye słyszeć można w przypadkach obecności, w jamie opłucnej rozmaitej ilości płynu i że, w związku z tem, znaczenie ich rozpoznawcze jest różne. Zdaniem mojem, to ostatnie jest największe przy obecności w jamie opłucnej bardzo nieznacznej ilości płynu, kiedy objawy fizykalne otrzymywane przy mniej uważnem badaniu, są jeszcze takie, że mogą być przeoczone. Widziałem kilka takich przypadków, w których stłumienie w części dolnej odnośnej połowy klatki piersiowej było jeszcze bardzo nieznaczne, a oddech pęcherzykowy słychać było do samego dołu płuca prawie tak samo wyraźnie, jak po stronie drugiej, w których jednak słychać było bardzo dobrze typowe krepitacye, t. j. rżenia równo-pęcherzykowe, występujące tylko przy wdechu. Od zwykłych krepitacyi, słyszalnych przy zapaleniu płuc, różnią się one niewątpliwie swoim charakterem: mają, mianowicie jakieś brzmienie wilgotne, podobne do tego, jakie mają zwyczajne tak zwane rżenia wilgotne, powstające, jak wiadomo, w drobnutkich oskrzelach. Od tych ostatnich różnią się wszakże tem, że słychać je jakby powierzchowniej, są, przy całej swojej wyraźności, daleko drobniejsze, oddzielne ich banieczki są nadzwyczaj równe, a nadto występują one wyłącznie podczas wdechu. Są to więc typowe drobne krepitacye. Od krepitacyi, które słyszymy w różnej ilości w początkowych okresach zapalenia płuc krupowego, różnią się one tylko tym swoim jakimś „wilgotnym“ charakterem, być może, trudnym do zrozumienia przy opisie, ale tak znamienym, że kto raz dobrze się takim krepitacyom przysłuchał, ten pozna je zawsze z łatwością. Ta wilgotność czyni krepitacye te podobniejszymi do t. zw. *crepitatione redux* w okresie końcowym zapalenia płuc, niż do trzeszczeń w początkach tej sprawy. Ale i od owej *crepitatione redux* odróżnia je zupełna równość i najczęściej subtelna drobność oddzielnych banieczek, maskowana w mniejszym lub większym stopniu w okresie końcowym zapalenia płuc przez występujące wtedy zazwyczaj mniej lub więcej liczne rżenia wilgotne. Ile razy więc słyseż takie typowe jakby „wilgotne“ krepitacye w dolnej części klatki piersiowej, tyle razy zwracam już baczna uwagę na dalsze badanie tej okolicy. Oprócz nieznacznego stłumienia odgłosu opukowego i osłabienia oddechu, daje się wtedy zazwyczaj stwierdzić głos zaledwie nieznacznie osłabiony lub z tak nieznacznym przydźwiękiem nosowym, że mógłby łatwo ujsć uwagi, gdyby się dokładniej w niego nie wsłuchiwać, oraz drżenie klatki piersiowej (*fremitus pectoralis*) osłabione tylko nieznacznie, najczęściej w takim stopniu, że osłabienie to jest jeszcze wątpliwem. Słowem, całość objawów w takich przypadkach jest tego rodzaju, że może albo zgoła ujsć uwagi, albo być przyjętą za wynik starego zgrubienia opłucnej.

W podobnych przypadkach wyżej przytoczone krepitacye skłaniały mnie już nieraz do zrobienia przekłucia próbnego, przyczem zazwyczaj wydobywałem strzykawką płyn poszukiwany.

Znaczenie więc rozpoznawcze krepitacyi uważam za największe dla pewnej części tych właśnie przypadków obecności w jamie opłucnej nieznacznej ilości płynu. O ile bowiem występują, czynią nas one czujnymi przy dalszem poszukiwaniu objawów fizykalnych płynu i pobudzają do zrobienia przekłucia próbnego, którego byśmy bez tego zaniechali z powodu, iż podejrzenie na obecność płynu jest jeszcze zbyt małe. Rzecz prosta, że brak tych krepitacyi niczemu nie przeczy, ani niczego nie dowodzi, jak to zresztą miewa miejsce z ogromną większością objawów t. zw. ujemnych w medycynie.

Ale krepitacye te słyhać i w niektórych przypadkach zapalenia opłucnej, w których stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie oddechu, głosu i drżenia klatki piersiowej są już zupełnie wyraźne, aczkolwiek występują na nieznacznej jeszcze przestrzeni. Znaczenie rozpoznawcze, dodatnie krepitacyi można wtedy uważać za niewielkie, bo rozpoznanie jest wtedy i tak jasnem. Należy jednak pamiętać o możliwości ich występowania przy takim czystym, niepowikłanem zapaleniu wysiękowym opłucnej, którego rozpoznaniu bynajmniej nie powinny przeszkadzać, jeżeli inne objawy [jak np. powyżej przytoczone] miejscowe i ogólne za tem przemawiają. Szczególniej zaś nie należy uważać takich krepitacyi za okoliczność, przeczącą rozpoznaniu zapalenia opłucnej, jeżeli, pomimo przytoczonych wyżej objawów miejscowych, objawy ogólne, jako to: względnie ostry początek choroby, wysoka ciepłota i ogólne rozbicie chorego, pozornie rozpoznamu temu przeczą i każą nam przez chwilę myśleć, czy nie mamy czasem do czynienia z zapaleniem płuc, którego objawy miejscowe grupują się w sposób powyższy z powodu okoliczności pobocznych, zbyt znanych, aby je na tem miejscu powtarzać. Od błędu tego uchroni nas zawsze przyjęcie pod uwagę odmiennego, „wilgotnego“ charakteru owych krepitacyi, trudnego do przeoczenia, jeżeli się im ktoś kilka razy dobrze przysłuchał. Naturalnie, w podobnych przypadkach przekłucie próbne jest zawsze pożądanem, a w szpitalu nawet wprost niezbędnem potwierdzeniem rozpoznania zapalenia opłucnej. Jednakże tylko pamięć o fakcie względnie częstego występowania krepitacyi w tym okresie zapalenia opłucnej skłoni nas do wsłuchiwania się w podobnych przypadkach w ich charakter, ewentualnie do natychmiastowego przekłucia próbnego u chorego w szpitalu; u chorych zaś po za szpitalem skierowana w tę stronę uwaga może skłonić nas do tem większego zastrzeżenia się na razie co do właściwego rozpoznania, lub rokowania, w podobnych wątpliwych przypadkach. Samej bowiem obecności krepitacyi, chociażby dość licznych i stałych, nadaje się i dziś jeszcze zbyt często i niesłusznie znaczenie decydujące, jako objawowi, stanowczo przemawiającemu za zapaleniem płuc. W niektórych mianowicie przypadkach, przy obecności płynu w jamie opłucnej, z objawami podobnymi do powyższych, słyzałem krepitacye w obfitej ilości przez kilka dni, tydzień i więcej z rzędu. Naturalnie, że jeden, najwyżej parę dni obserwacyi całego obrazu klinicznego, lekarza myślącego zawsze od błędu ustrzeże. Idzie jednak o to, aby nie dać się uwieść krepitacyom na razie, co przecież przy jednorazowym widzeniu chorego, jak to się czasami po za szpitalem zdarza, może mieć dla lekarza i dla chorego znaczenie poważne.

Jeszcze bardziej należy się wystrzegać nadawania krepiacyom znaczenia rozpoznawczego, przemawiającego stanowczo za zapaleniem płuc, w tych przypadkach, w których słyszymy przy osłuchiwanu płuc t. zw. *bruit de souffle*, t. j. wysoki oddech oskrzelowy, dochodzący, jakby podmuch, zdaleka. Faktem jest, że kombinacya „oddech oskrzelowy i krepiacye“ jest i dziś jeszcze często powodem szematycznego stawiania rozpoznania zapalenia płuc. Nie ma chyba lekarza, który by nie spotkał przynajmniej kilka razy opartych na tym szemacie poważnych pomyłek rozpoznawczych. Sam widziałem już sporą liczbę przypadków surowiczego lub nawet ciężkiego ropnego zapalenia opłucnej, skierowanych do szpitala z rozpoznaniem zapalenia płuc z powodu stwierdzonego na mieście jedynie tylko oddechu oskrzelowego, lub tego ostatniego i pewnej ilości krepiacyi. To też nigdy dość gorąco przeciwko temu błędowi oponować nie można. Należy mianowicie zawsze pamiętać, że, z jednej strony, oddech oskrzelowy czysty, lub w połączeniu z niewątpliwymi krepiacyami, nie może jeszcze wogóle sam przez się upoważnić krytycznego lekarza do rozpoznania zapalenia lub wogóle nacieczenia płuc, bez przyjęcia pod uwagę całości obrazu chorobowego; z drugiej zaś — że niezbędnem jest zawsze pilne zwrócenie uwagi w każdym przypadku na charakter krepiacyi. Trzeba bowiem odróżniać rozmaite stopnie *bruit de souffle* od zwykłego, typowego oddechu oskrzelowego, tak, jak koniecznem jest odczuć natychmiast „wilgotny“ charakter krepiacyi przy takim *bruit de souffle*. Kto zwróci uwagę na ten odmienny charakter krepiacyi, ten przez dopełnienie dalszego, prostego zresztą, badania fizykalnego dojdzie zawsze do właściwego rozpoznania. Głos zachowuje się wtedy bardzo różnie: najczęściej słyhać w tych przypadkach różne stopnie i kombinacye egofonii z bronchofonią; może więc on nie być pomocnym przy rozpoznaniu. Ale badanie drżenia głosowego klatki piersiowej uchronia od błędu w znakomitej większości przypadków. Gdzie zaś i to kwestyi nie rozstrzyga, co, z powodu ilości płynu w opłucnej, zdarza się w podobnych przypadkach wyjątkowo rzadko, tam należy uciec się bezwarunkowo do przekłucia próbnego. Widywałem już przypadki zapalenia opłucnej, w których wypuszczałem litr i więcej płynu, a w których słyszałem, obok *bruit de souffle* w rozmaitym stopniu, krepiacye w rozmaitej ilości.

Powtarzam więc, iż i w podobnych przypadkach obecności krepiacyi nie należy nadawać znaczenia objawu, przemawiającego stanowczo przeciwko obecności znaczniejszej ilości płynu w jamie opłucnej, bo i w tym ostatnim przypadku mogą one czasami występować wyraźnie, w dość znacznej ilości i utrzymywać się przez kilka dni z rzędu i dłużej. Wreszcie przy nowoczesnych metodach leczenia dłuższą obserwacyę pod tym względem przerywa zazwyczaj wypuszczenie płynu z jamy opłucnej, po którym krepiacye te zwykle znikają.

Sumując wszystko, co dotąd powiedziałem, powtarzam, iż przy niewyraźnych objawach płynu w jamie opłucnej drobniutkie, „wilgotne“ krepiacye mają znaczenie rozpoznawcze, poważnie za tą obecnością płynu przemawiające; przy wyraźnych objawach płynu w jamie opłucnej od rozpoznania *pleuritis* lekarza odwozić nie powinny; w przypadkach zaś wątpliwych między za-

paleniem płuc i zapaleniem opłucnej same tylko te krepitacye nie mogą być uważane za dostateczny powód do przechylenia się na stronę pierwszego rozpoznania.

Czasami omawiane krepitacye występują dopiero po wypuszczeniu znaczniejszej ilości płynu u chorych z obfitym wysiękiem opłucnej. Ilość ich bywa wtedy niekiedy bardzo znaczna, a utrzymywać się mogą od kilku godzin do paru dni i więcej, prawdopodobnie w zależności od stopnia i trwania ucisku, jakiemu przedtem płuco ulegało, oraz od tego, czy i ile płynu w jamie opłucnej jeszcze pozostało. Rzecz jasna, iż w podobnych przypadkach krepitacye te nie mają już znaczenia ściśle rozpoznawczego, gdyż rozpoznanie było już przedtem jasnem. Należy jednak pamiętać o występowaniu ich i w tych razach, aby nie powziąć na zasadzie ich obecności podejrzenia, że w odnośnem płucu mamy do czynienia z nacieczeniem jego tkanki, jeżeli inne objawy fizykalne i całość obrazu klinicznego do tego podejrzenia nas nie upoważniają, co wreszcie zdarza się w tych razach rzadko. W tych bowiem przypadkach powstałe po wypuszczeniu płynu krepitacye, o ile są typowe, bardzo drobne, jednakowej wielkości, dowodzą, że pewna część płynu w jamie opłucnej jeszcze pozostała; jeżeli zaś są one grubsze, niezupełnie jednakowej wielkości i z dodatkiem pewnej ilości rzężeń wilgotnych [subkrepitacyi], to świadczą o nieznacznym obrzęku tkanki płucnej pod wpływem długiego ucisku na nią przez wielki wysięk. Powiadam „nieznacznym“, gdyż przy znacznym obrzęku słychać zazwyczaj, oprócz krepitacyi, jeszcze wielką ilość drobnych rzężeń wilgotnych, które swoją nierównością i występowaniem przy wdechu i wydechu pokrywają w znacznym stopniu krepitacye i przeszkadzają niezawodnemu ich stwierdzeniu.

Wyżej zazaczyliśmy, czem różnią się krepitacye przy zapaleniu opłucnej od krepitacyi w pierwszych okresach zapalenia krupowego płuc. Na tej zasadzie, nie mówiąc już o innych objawach, można je też odróżnić od krepitacyi, jakie słyszymy w rzadkich zresztą przypadkach zrazowego zapalenia płuc gruźliczego, oraz od tych, jakie występują przy pierwszych kilku ruchach wdechowych przy wysłuchiwaniu u chorych wycieńczonych lub bardzo osłabionych z niedodmą płuc. Wreszcie w tych ostatnich, i skądinąd bardzo prostych, przypadkach, krepitacye występują i znikają jednocześnie w obu płucach.

Krepitacye z charakterem wilgotnym zdarzają się, oprócz zapalenia opłucnej, jeszcze przy zawale krwawym, zapaleniu płuc kataralnym i przy obrzęku płuc. Ale przy pierwszych dwóch z tych stanów mamy szereg innych objawów klinicznych, a nadto towarzyszące krepitacyom rżenia wilgotne różnej wielkości, słyszalne przy wdechu i przy wydechu; w przypadkach zaś obrzęku płuc krepitacye oraz tylko co wymienione objawy dodatkowe słychać po obu stronach klatki piersiowej. Zresztą krepitacye, występujące przy obrzęku płuc, choć są też wyraźnie wilgotne, różnią się jednak, zdaniem mojem, od tych, jakie słyszymy przy obecności płynu w jamie opłucnej, swoją znacznie grubszą i niezawsze zupełnie jednostajną wielością. Przez porównywanie ze sobą jednych i drugich krepitacyi dochodzi się łatwo do ich odróżniania, jak się o tem sam przekonałem i kilku kolegom na swoim oddziale

to pokazywałem. Niemożliwem wydawało mi się odróżnienie krepitacyi, zależnych od płynu w jamie opłucnej od krepitacyi, spowodowanych obrzękiem płuc, tylko w przypadkach jednoczesnego występowania obu tych spraw, przy niewielkim natężeniu pierwszej z nich. Zdanie to wytworzyłem sobie apriorystycznie, gdyż sam podobnego przypadku do ostatniej chwili nie spostrzegalem. Jednakże już po napisaniu tego artykułu widziałem chorą na zapalenie nerek z objawami dyskompensacyi serca, u której usłyszałem w dolnej ćwierci obu płuc dość grube krepitacye, zależne od obrzęku płuc, a nadto w najdolniejszej części prawego płuca stwierdziłem drobniutkie i zupełnie równej wielkości krepitacye, podobne do interesujących nas tutaj. Inne objawy prześięku były bardzo nieznaczne; jednakże, usłyszawszy te tak charakterystyczne krepitacye, rozpoznałem obecność płynu w prawej jamie opłucnej, co też przekłucie próbne natychmiast potwierdziło. Chorą tę, jak i kilka innych odnoszonych, pokazywałem kol. PUŁAWSKIEMU, który zgodził się ze mną, że oba rodzaje krepitacyi można było w tym przypadku odróżnić. Kol. PUŁAWSKI usłyszał nawet sam te krepitacye, obok obrzękowych, w najdolniejszej części lewego płuca, w której przekłucie próbne też obecność płynu wykazało.

[D. n.]

II. LISTY Z PARYŻA.

4. Poglądy Bilhaut'a na operacyjne leczenie garbów.

Szanowni Panowie! Wybaczcie mi, że w tym czwartym liście powracam znowu do sprawy leczenia choroby POTT'a. Sądzę że sprawa ta jest właśnie „na dobie“, że jest nader ważną, że stoimy teraz wobec gorącego sporu naukowego, w którym obie strony walczą bronią poważną i którego ostateczny wynik będzie zdobyczą niepospolitej wartości dla chirurgii kręgosłupa. Ważą się przyszłe losy tych niezliczonych tłumów nieszczęśliwych dzieci, nad ratowaniem których chirurdzy męczą się od wieków szeregu.

Za mojej pamięci ta gałąź chirurgii zubożoną została mnóstwem zdobyczy nowych: w ciągu dwudziestu kilku lat co raz to głębiej, co raz to skuteczniej mogłem występować w walce z tą może najoporniejszą w leczeniu postacią gruźlicy kostnej. Doskonalenie się metod unieruchomienia kręgosłupa, poczynawszy od gipsowych panczerzy SAYRE'a, aż do filców plastycznych, gorsetów HESSING'a i redressyjnych gorsecików sprężynowych, najpierw przez mechanika KOCH'a do Warszawy wprowadzonych, a obecnie ogólnie używanych u nas, pozwoliły nam już dzisiaj bardzo wiele przypadków leczyć bez konieczności trzymania chorego przez kilka lat w łóżku. Łóżka MENARD'a, CHIPAULT'a, LORENZ'a i innych dają nam możność unieruchomienie to wykonywać z daleko większą, niż dawniej, dokładnością tam, gdzie warunki zewne-

trzne pozwalają na dłuższe trzymanie dziecka w pozycji leżącej; MIKULICZ wskazał drogę, prowadzącą do zwycięstw pewnych w walce z ropniami opadowymi, a TRÈVES, BOECKEL, QUENU z HARTMANN'em, SCHOEFFER, VINCENT, AUFRET, MENARD, BURCKHARDT, BOUDOT, CHIENE i inni nauczyli nas, w jaki sposób możemy dostać się z boku do samego trzonu kręgowego, we wszystkich oddziałach kręgosłupa, jak trzon ten oczyścić, kawernę w razie potrzeby przedrenować, martwaki usuwać i t. d. Nie mówię o wpływie doskonalenia się antyseptyki na śmiałe operowanie ropni opadowych już pękniętych, ciekących, oraz dostawanie się tą drogą aż do ogniska pierwotnego.

HORSLEY, LANE, OLLIER, DAVIS COLLEY, TILLAUX i wielu innych dali nam możliwość dotarcia do mlecza paciierzowego i uwolnienia go od mechanicznego ucisku przez martwak, ziarninę lub ropień zewnątrz lub wewnątrzoponowy, za pomocą wycięcia stanowczego lub czasowego łuków kręgowych (*laminectomia*).

Wreszcie SAYRE, DELORE, LANNELONGUE, CHIPAULT zwrócili uwagę na to, że prawie każdy garb świeży da się bardzo znacznie zmniejszyć przez jednorazowe lub wielokrotne odprostowanie krzywizn kompensacyjnych [lordoza nad i pod garbem], oraz przez zniesienie tej części zjawiska, która zależy od odruchowego przykurczenia mięśni. Chodziło nam tedy głównie o to, w jaki sposób na czas dłuższy utrzymać wynik, otrzymany czy to w zawieszeniu, czy też w pozycji poziomej, przy wyciąganiu za głowę i kończyny i jednoczesnej delikatnej, ostrożnej, korekcyi ręcznej. Znane środki desmurgiczne i ortopedyczne nie dawały pewności wystarczającej, chodziło więc o wzmocnienie ich działania przez przyspieszenie mogącej nastąpić, lub sztuczne zastąpienie nie pojawiającej się w danym razie ankilozy łuków. Jak wiecie, CHIPAULT wprowadził w tym celu związywanie wyrostków ciernistych i zdaje się, że tym pomysłem swoim cennym obdarzył nas nabytkiem. Nie potrzebuję tu dodawać, że wszystkie nowe, racjonalne, z teorią ściśle naukową zgodne, czasem wyprzedzające ją, lecz zawsze logiczne tylko, chociażby najśmielsze pomysły znajdowały rychło odgłos w mojem postępowaniu. Nie potrzebuję przytaczać dowodów na to, żeśmy nie pozostali w tyle w pochodzie do postępu i nie czepiali się stronnie pewnych ulubionych lub przez nas samych obmyślanych sposobów postępowania, lecz zmieniali bieżące metody natychmiast po ukazaniu się pomysłu lepszego. Obfity materiał, który się przez ręce moje przez te dwadzieścia parę lat nieprzerwanej pracy przewinął, pozwolił mi obserwować przez czas dłuższy moich własnych chorych i wyrobił odpowiednią wprawę krytyczną w ocenianiu wartości każdej nowej propozycyi leczniczej. Co za tem idzie, poczułem się w obowiązku, wobec przewrotu nagłego, wywołanego przez zadziwiająco i niezwykle rozgłośny pomysł D-ra CALOT'a, zaznaczyć stanowisko moje wyraźnie i wypowiedzieć szczerze motywy, które powstrzymały mnie od wprowadzenia w Warszawskim szpitalu dla dzieci metody gwałtownego wyprostowywania garbów w narkozie chloroformowej.

Zastrzegłem z góry, że siła faktów i moc wyników osiągniętych drogą doświadczalną, anatomo-patologiczną i t. d. może mnie w końcu przekonać, że się mylił, krytykując opornie nową metodę. Zastrzegłem także, iż do-

piero wówczas złożę broń, zmienię zdanie i chętnie zabiorę się do stosowania sposobu CALOT'a, gdy to nastąpi, że jednak przedtem tego nie uczynię, gdyż postępowałbym wbrew własnemu przekonaniu, którego dotąd nikt nie zdołał w tej sprawie pokonać. Zmiana tego przekonania, jeśli nastąpi, weale mi ujmy nie przyniesie; na tego rodzaju zmianach zdania własnego najczęściej polega prawdziwy postęp, wyróżniając się wtedy od bezkrytycznego entuzjazmu. Żeby poznać ludzi, z bliska na metodę CALOT'a od jej początku patrzących, pojechałem umyślnie do Francji. Widziałem jej obrońców oraz jej przeciwników: 1) BILHAUT'a i 2) CHIPAULT w Paryżu oraz szkołę MENARD'a w Berk sur Mer. CALOT'a, niestety, nie zastałem, muszę więc powstrzymać się od osobistych uwag, dotyczących tego, com widział w zakładzie Rothschilda i ograniczyć się tem, co kolega GEJNING [który przed moim przyjazdem był u CALOT'a] opisał we Wraczu w początkach maja. Ale o tem potem.

BILHAUT, chirurg, ordynujący w Peanowskim prywatnym domu zdrowia na rue de Santé w Paryżu, w zakładzie zwanym obecnie: *Hôpital international* zapytywany przezemnie poprzednio listownie, odpisał mi w kwietniu, wyrażając jasno swoje zapatrywanie się na metodę CALOT'a. Z listu tego widać, że to zapatrywanie różni się w wielu punktach od poglądów zasadniczych, wygłoszonych przez autora. BILHAUT powiada, że w nowej metodzie najważniejszą rzeczą jest: możliwość wyprostowania przy garbie POTT'a nieankilozowanym. Tego zastrzeżenia, zgodnego po części ze zdaniem CHIPAULT'a, CALOT nie robi, gdyż prostuje garby niepozrastane na równi z ankilozowanymi, czego dowodem są jego 2 przypadki operowane przez resekcję klinową garbu. Dalej powiada BILHAUT, na co my niezupełnie zgodzić się możemy, iż dotąd uważano garb za konieczny wynik wyleczenia choroby POTT'a (*une consequence obligée de la guérison*) i że dopiero prace CALOT'a i obserwacje BILHAUT'a wykazały, iż choroba POTT'a i *coxalgia* są to dwie choroby, które powinniśmy koniecznie leczyć z zachowaniem normalnej pozycji. Ponieważ zapalenie stawu biodrowego o tyle pewniej i szybciej da się wyleczyć, o ile staw utrzymamy w położeniu prawidłowem, więc i przy cierpieniu kręgow powinnyśmy poprawić garb szczególnie przy początku choroby. Co się tyczy resekcji klinowej, to zdaniem BILHAUT'a przynosi ona zaszczyt CALOT'owi, który miał odwagę zabrać się do tak zuchwałej (*très hardie*), hazardownej i trudnej operacji, wątpi jednak, czy ją będzie nadal wykonywał, gdyż jest zbyt trudną i ciężką. Radził mi więc BILHAUT odprostowywać garby tylko w przypadkach lekkich, poczynających się, których przecie nie brak; on sam tak postępuje i na 25 przypadków nie miał ani jednego nieszczęścia. Zapowiedział wreszcie pracę, którą w istocie ogłosił w *Revue médicale* z 16-go czerwca i z 7-go lipca b. r..

Uważam za rzecz konieczną wspomnieć o zawartości tych dwóch jego artykułów, o ile można najtreściwiej.

W pierwszym artykule powiada BILHAUT, że, przyjmując bez zastrzeżeń, iż obietnice D-ra CALOT co do wyleczalności garbów, nawet zastarzałych, ziszcza się w przyszłości, śmiało poszedł drogą przez niego wskazaną i 9-go lutego 1897 [a więc przed $\frac{1}{2}$ rokiem] pierwszą wykonał operację, trzymając

się najzupełniej ściśle przepisów, które CALOT osobiście wygłosił w Akademii. Rozpoczął tedy od cięcia wzdłuż wyrostków ciernistych, odciął masy mięśniowe i oddzielił je z rynien okołociernistych i odciął czuby wyrostków ciernistych [od $\frac{1}{2}$ do 1-go centymetra].

Uwaga 1. Przypominam czytelnikowi, że to jest słowo w słowo metoda dawniejsza od CALOT'a i należy do CHIPAULT'a, a różni się tem, że CHIPAULT liczy na ankilozę wyrostków i łuków, żeby dać solidną podstawę tylnej części kręgosłupa, a CALOT każe właśnie te wyrostki obcinać, co daje rezultat pozorny, bo nie dla czego innego obcina je, jak tylko dla zmienienia konturów garbu.

Uwaga 2. Jeżeliby CALOT rozpoczynał każdą operację w ten sposób, to nie miałby prawa nazywać ją metodą bezkrwawą. Podobno teraz zaniechał tego pierwszego aktu operacji. Tu nadmienię, że uwagi, wplecione w niniejsze streszczenie, są wyrazem zdań moich osobistych, a nie cytowanych autorów.

Po zaszcyciu rany katgutem następuje odprostowanie garbu, a potem nałożenie gipsowego gorsetu. Potrzeba do tego CALOT'owi i BILHAUT'owi 8-iu pomocników. Jeden pociąga chorego za głowę, dwóch ciągnie za ramiona jedną ręką, a drugą ustala obojczyk, czwarty i piąty ciągną za kończyny dolne, szósty chloroformuje, siódmy podtrzymuje dłońmi brzuch chorego, a ósmy nakłada opatrunek, gdy sam operator, stojąc na wzniesieniu, całą siłą wgniata garb, odprostowuje go, czyli znosi zupełnie, oraz cisnąc ciągle na to miejsce, utrzymuje kręgi w nowem położeniu.

Uwaga 3. Widziałem u BILHAUT'a metodę chloroformowania nieco inną niż znane u nas. Leje się z flaszki pewną ilość chloroformu na płócienny kompresik, złożony jak chustka i przykładą się go do nosa choremu. Powtarza się to od czasu do czasu, lejąc chloroform na chustkę, odjętą od nosa, żeby nie nakapać na twarz.

Przy zakładaniu gorsetu gipsowego kończyny dolne i miednicę chorego [plecami do góry] opiera BILHAUT na stole, a tułów z głową i kończynami górnymi spoczywa wtenczas w powietrzu na rękach pomocników. BILHAUT kapitalną wagę przywiązuje do tego, żeby opatrunek ten nakładać bandażami tarlatanowymi, natartymi mączką gipsową i moczonymi w wodzie letniej. Gorset obejmuje miednicę, lędźwie i brzuch, klatkę piersiową, szyję i głowę, tak, że tylko twarz chorego widać; BILHAUT jednak powiada, że przy garbach w okolicy lędźwiowej nie potrzeba nakładać minerwy, czyli opatrunku na głowę.

Uwaga 4. Nawet przy garbach grzbietowych nie zawsze nakładają u BILHAUT'a ową minerwę.

Ponieważ przy tem ścisłem stosowaniu metody CALOT'a pomocnikom mogą zemdlec ręce od ciągłego naprężenia mięśni w jednakowem położeniu, przeto, zdaniem BILHAUT'a, opatrunek może wypaść pofalowany, nierówny, i nie spełnia wówczas dobrze swego zadania. W tym celu proponuje on po prostu zawieszenie chorego za nogi, głowę na dół i nakładanie w ten sposób opatrunku na tułów i głowę w uspieniu chloroformem. Chorzy podobno nie

gorzej znoszą tę pozycję, niż położenie ze zwieszoną ze stołu głową. Trzeba najpierw na obie nogi nałożyć opatrunki gipsowe do pół łydki i po wykonaniu pierwszego aktu operacji, podciągnąć za nogi za pomocą dwóch rzemieńnych pasów, przepuszczonych przez bloki do góry. Wówczas jeden pomocnik ciągnie za głowę ku dołowi, bo sam ciężar ciała nie wystarcza [zdaniem BILHAUT'a], drugi przeszkadza bujaniu się i skręcaniu chorego, trzeci oblewa chusteczkę chloroformem i przytyka mu ją do twarzy, a BILHAUT ciśnie jedną ręką na garb, a drugą ustala klatkę piersiową.

Uwaga 5. Tej metody, aczkolwiek podobno upraszczającej nakładanie gipsu, przy mnie BILHAUT nie stosował, pomimo że bardzo wiele gorsetów zmieniał i nowymi zastępował, szczególnie przy skoliozach, przy których redressę robił rękami u chorych, zawieszonych za szyję na przyrządzie SAYRE'a i trzymających się wzniesionymi rękami za szczeble statywy. Tę redressę robił bardzo silnie, naciskając na wypukłości żebrów rękami. Efekt był równie małoznaczny, jak zwykle i, zdaniem mojem, więcej zależał od wyciągania ciężarem ciała, niż od dłoniowego nacisku na wypukłe kąty żeber. Przecie tą drogą nikt nie odkręci wichrowato skręconego kręgosłupa od razu!

Dwadzieścia cztery przypadki garbu POTT'a operował w ten sposób BILHAUT bez żadnych powikłań i cieszył się, że w każdym widział polepszenie. Jedni z chorych przestali cierpieć i nabrali łaknienia, u drugich ginęły objawy paraplegii¹⁾. BILHAUT już zaczął wierzyć w zupełną nieszkodliwość metody [patrz: *Revue medicale* № 154 z 16 czerwca 1897 str. 235, kolumna 1-sza od 4-go wiersza od dołu]. Przy dwudziestym piątym przypadku doznał porażki (*j'eus à constater un echec*).

„Chora przechodziła w styczniu 1897 roku zapalenie płuc i oskrzeli (*bronchopneumonia*), obecnie ma objawy nerwowe ze strony zwieraczy (*prise d'accidents nerveux portant sur les sphincters. sic*) i paraplegię“. BILHAUT operował ją podług metody CALOT'a dnia 13 kwietnia 1896. Tego samego dnia wymioty. Nazajutrz duszność (*oppression*), bredzenia. Trzeciego dnia śmierć.

Uwaga 6. Sekcyi widocznie nie było, czego musimy bardzo żałować; możeby ona stępiła nieco ostrze ironii, którem BILHAUT błyska, krytykując MÈNARD'a. BILHAUT wyprowadza z tego przypadku wniosek, który poniżej dosłownie w tłumaczeniu powtarzam, gdyż daje on ściśle pojęcie o sposobie, w jaki autor ten zapatruje się wogóle na tego rodzaju sprawy.

„Spostrzeżenie to stanowi potwierdzenie takiego wniosku: nie trzeba operować dzieci ze złym stanem ogólnym, których narządy oddechowe działają źle i u których objawy nie ograniczają się do paraplegii, lecz polegają na zaburzeniach ze strony zbiorników“.

Drugi chory, dotknięty ogromnym garbem, zajmującym jedenaście wy-

¹⁾ Zdejmował BILHAUT przy mnie, dla zmiany, gorset chłopczykowi dwunastoletniemu, któremu co kilka tygodni coraz więcej odprostowywa garb. Pierwsze odprostowywanie zrebil metodą CALOT'a pod chloroformem i wyciął mu przytem naturalnie wyrostki cierniste. Pokazywał mi dla porównania fotografię tego chorego przed operacją. Jażci przyznać muszę, że garb nieco inaczej wygląda, ale chyba dla tego, że usunięto wyrostki cierniste. Chłopiec ma paraliż kończyny dolnych i straszne odleżyny na plecach koło garbu.

rostków ciernistych, poddany został niezbyt silnym rękoczynom, mającym na celu odprostowanie, więcej może za pomocą rozciągania, niż gniecienia na garb. Zniekształcenie klatki piersiowej powodowało widoczne utrudnienie oddechu.

Operacja, wykonana 16-go kwietnia, dała wynik bardzo niezupełny (*la reduction.. ait été très incomplete*) i pomimo że nie otrzymano żadnego trzaśnięcia (*aucun craquement*) w kręgosłupie, gdyż kręgi były mocno ustalone (*fortement fixées*), to jednak zbyt ściśle nałożony opatrunek gipsowy spowodował ucisk bolesny na kolce biodrowe przednio górne. BILHAUT wyjął z opatrunku gipsowego płat bandaży, pokrywający brzuch. Czwartego dnia wieczorem $+39,5^{\circ}$ C. Piątego dnia rano $+38^{\circ}$ C., wieczorem $39,1^{\circ}$, duszność się wzmacnia, kaszel częsty się pojawił. Dnia siódmego zdeklarowało się zapalenie płuc i oskrzeli; opatrunek cały zdjęto. 8-go dnia śmierć, sekcyi nie było.

Wniosek BILHAUT'a brzmi tak:

„Ucisk powinien być wywarty na jeden punkt: na garb; bandaż gipsowany, dobrze zastosowany na tem miejscu, powinien luźno biedz po bokach klatki piersiowej i nie wywoływać tu zbyt mocnego ucisku. [Nie umiałbym ściśle wykonać tego polecenia. *Przyp. Jasin.*]. Łatwem jest do zrozumienia, że płuca, których objętość już została zmniejszoną przez niewłaściwe wymiary klatki piersiowej, nie mogą zapewnić dostatecznej odnowy krwi (*une hématose suffisante*), jeżeli ucisk jeszcze więcej ograniczy przestrzeń dla nich przeznaczoną. Serce może uleść także skutkom tego ucisku. Więcej nie potrzeba, żeby spowodować zastój krwi ze strony narządów oddechania, a ztąd zjawiska zapalne, mogące stać się śmiertelnymi“.

Uwaga 7. Znowu musimy wyrazić żal, że w takim przypadku nie dało się sekcyi zrobić.

Trzeci przypadek dotyczy dziesięcioletniego dziecka z chorobą Port'a w łędźwiach i zbezkształceniem dolnej części klatki piersiowej oraz z ropniem na średniej części powierzchni wewnętrznej prawego uda. BILHAUT zoperował ten ropień w następujący sposób: dnia 1-go maja wbił w dwa przeciwległe bieguny guza dwa trójgrance i przemył opróżniony ropień wodą ciepłą wyjałowioną z dodatkiem czystego chlorku sodu. Gdy przy takim myciu zaczęła przeciekać woda czysta, nie mętna, wówczas oba otwory zamknął kolodionem.

Uwaga 8. My byśmy przekłuli ten ropień jednym tylko trójgrancem dla tego, żeby płyn wstrzykiwany nie wyciekał wprost na drugą stronę powierzchownego ropnia, lecz żeby się pod pewnem ciśnieniem dostał do wszystkich zaułków ropnia opadowego oraz do ogniska pierwotnego, jeżeli z nim jeszcze bezpośrednio jest w łączności. Następnie napełnilibyśmy ropień zawiesiną jodoformową, lub naftolem kamforowym.

W sześć dni po tej operacyi BILHAUT przedsięwziął w dniu szóstym maja operacyę wyprostowania garbu pod chloroformem i otrzymał bardzo zadawalającą korekcyę; obiecał rodzinie, że przedsięweźmie wkrótce korekcyę zupełną. Ropień zebrał się na nowo. „Dnia 11 maja“ powiada BILHAUT „wykonałem operacyę CALOT'a, incyzyę, odprostowanie i założenie gorsetu głową na dół“. Chory na trzeci dzień zaczął gorączkować i majaczyć. Ropień zupeł-

nemu uległ wessaniu (*sic!*) „*Son abcès s'était totalement resorbé*“. Siódmego dnia chory umarł przy objawach podobnych do zapalenia opon mózgowych. Nie było sekcji.

Wnioski BILHAUT'a:

„Czy u tego chorego zdarzyło się jedno z tych zjawisk, o których mówi i które podkreśla VERNEUIL, jako skutek wdania się chirurgicznego przy gruźlicy kostnej? Czy należy ustanowić, jaki związek pomiędzy nagłym zniknięciem zbiorowiska [ropnego], będącego na drodze do odtworzenia się, a objawami mózgowymi? Czy powrót ropnia, jego wessanie po odprostowaniu, wskazują, że szeroko komunikował z ogniskiem choroby i że położenie nadane choremu ułatwiło wylanie się zawartości ropnia zimnego do kanału kręgowego lub do przerwy, zrobionej przez odprostowanie. Brak nam w tym przypadku kontroli oględzin pośmiertnych, ale ponieważ to ostatnie przypuszczenie znajduje swe usprawiedliwienie w badaniach D-ra MENARD'a, to opieramy się na tem niepowodzeniu, aby odradzać odprostowywanie w przypadku ropnia opadowego. W takim przypadku, należy zająć się przedewszystkiem ropniem i otrzymać jego wyleczenie za pomocą środków zwykle używanych“.

Powtarzając swe wnioski przy końcu pracy, BILHAUT dochodzi do przekonania, że nie powinno się operować metodą CALOT'a: 1-o przypadków z ciężkimi objawami porażen, 2-o dużych garbów, 3-o garbów ustalonych [a więc wręcz przeciwnie niż CALOT, który w tych razach każe tem energiczniej operować, resekować i t. d.], 4-o przy dużych ropniach.

„Wycięcie wyrostków ciernistych, wystających“ powiada BILHAUT „jest bardzo pożyteczne dla uniknięcia odleżyn“. Cobyście, szanowni czytelnicy, powiedzieli o mnie, gdybym Wam poradził, żebyście przy złamaniu goleni wycinali brzeg przedni kości goleniowej i kostki wewnętrzną oraz zewnętrzną, w celu uniknięcia odleżyn, powstających w opatrunku gipsowym, który macie zamiar nałożyć?

Najciekawszem dla mnie jest jedno z końcowych zdań w tej, że tak powiem, spowiedzi BILHAUT'a, który zawsze i wszędzie występuje, jako gorący adept nowej metody CALOT'a. Zdanie to wypowiada on dla podniesienia wartości pomysłu własnego, polegającego na przecinaniu gipsowego opatrunku wzdłuż, z pod jednej i z pod drugiej pachy aż do końca dolnego, co mu pozwala na otrzymanie dwóch rynien dających się jeszcze raz użyć. Brzmi ono tak ¹⁾.

„Sprowadzoné do tych wskazań, leczenie garbu w chorobie POTT'a zasługuje raczej na nazwę wyprostowywania metodycznego lub chirurgicznego, niż wyprostowania nagłego (*redressement brusque*). Każdy rękoczyn gwałtowny powinien być zakazany (*toute manoeuvre brusque doit être proscrite*), a chirurg powinien się starać o to, aby otrzymać *maximum* korekcji przy *minimum* zaburzeń (*avec le minimum de desordres*). Za pomocą dobrego zastosowania chloroformu otrzyma zupełne zniknięcie przykurceń mięśniowych oraz prze-

¹⁾ L. c. str. 236. kolumna 1-a u dołu.

kona się o bezużyteczności ucisków gwałtownych i rozrywań, które mogą się stać przyczyną ciężkich uszkodzeń dla chorego“.

Jakże wobec tego znowu zdania wygląda głośno wypowiedziany aplauz dla metody CALOT'a. Czy CALOT doszedł już także do takiego przekonania? Nie wiem, ale nie zdziwi mnie wcale, jeżeli prędkiej, czy później złoży broń. Jest to rzecz daleko możliwsza, niż to, że ja zmienię dzisiejsze moje zapatrywanie.

W jakiś czas po tym pierwszym artykule, napisał BILHAUT do *Revue médicale* drugi, który wydrukowano w numerze 157 z dnia 7 lipca 1837 r.. Gniewa się tam autor na zgromadzenia naukowe w ogóle, na Akademię, na specjalne komisje, wypowiadające ostrożne, bezbarwne wyroki, aby się ustrzedz od możliwości popełnienia pomyłki, którą przyszłość wykaże ku ośmieszeniu sędziów i t. d. i wreszcie zwalcza zwycięzko MENARD'a, który w Towarzystwie chirurgicznym przedstawił wyniki prac swych w omawianym tu przedmiocie.

Ponieważ MENARD dowodził, że gwałtowne prostowanie próchniejącego kręgosłupa na nic się nie zda i twierdzenie swoje opierał na doświadczeniach, robionych na trupach spondylityków, a doświadczenia te nazwał rodzajem fizjologii pośmiertnej, przeto BILHAUT powiada, że nazwa ta jest, co najmniej, dziwaczną, a o doświadczeniach MENARD'a, że wcale nie przekonywają nikogo. „Gdyby się chciało dowieść doświadczeniami na trupie, że niepodobna jest wyleczyć koksalgii z nadwichnięciem za pomocą odprowadzenia, to możnaby było twierdzić tak, jak MENARD, że odtworzenie tkanek jest niemożliwe ze względu na ważność uszkodzeń. A czyż praktyka nie wykazuje nam, że nie tylko redukcja jest możliwą, ale nawet potrzebną? Sprawa odrodzenia niemożliwa na trupie, u chorego odbywa się zupełnie naturalnie i często, bo w przeważnej liczbie przypadków pozwala ona na tem dokładniejsze wynagrodzenie strat, gdy się odbywa przy nadanej miejscu choremu pozycji zbliżonej do położenia zwykłego, czyli normalnego.

Nieprawdaż Czytelniku, że wraz ze mną zapytasz BILHAUT'a w tem miejscu, gdzie też ma dowody na poparcie tego apodyktycznego zdania, którem ośmiela się zwalczać wyniki doświadczeń i badań anatomo-patologicznych. Powiada BILHAUT dalej, że nie może powstrzymać się od zaznaczenia „teorii, stworzonej przez MENARD'a“ dla objaśnienia, czemu trzony nie mogą się odrodzić przy chorobie POTT'a. MENARD twierdzi, że luka jest za wielka [szczególniej po operacji CALOT'a], aby się mogła zapełnić czem innym, niż tkanką łączną, włóknistą, która nigdy nie dostarczy utraconej solidności szkieletu. I na poparcie zdania powołuje się MENARD na preparaty z muzeów. „Czyż to są preparaty z chorych, którzy podlegali przez czas dłuższy odprostowywaniu? Nie! wszak prawda? A więc cóż się stanie z argumentem? Upada sam przez się“. Tak to BILHAUT dyskutuje.

Zaraz potem odkrywa on rzeczy dawno znane, nie wspomniawszy ani słowa o CHIPAULT'cie, którego nazwisko ani razu nie figuruje w tych dwóch wielkich artykułach o sprawie, w której CHIPAULT już od tak dawna i tyle razy, decydująco niemal, głos zabierał. „Jest pewna rzecz“, powiada BILHAUT, „której MENARD na cytowanych przez się preparatach muzealnych nie

dostrzegł, niestety, a mianowicie fakt, że ankiloza tam, gdzie istnieje, nie tylko przez wytworzenie tkanki włóknistej w trzonie powstała, ale przez kostny wzrost wyrostków stawowych się wytworzyła. Dla czegoż, powiada, my, zwolennicy wyprostowywania garbów, nie mielibyśmy starać się o otrzymanie w dobrem położeniu ankilozy tylnych łuków kręgowych. Przyszłość okaże, czy nasze nadzieje są uzasadnione“!

Czytaliście mój pierwszy list, wiecie więc o pracy REGNAULT'a, wiecie o metodzie CHIPAULT'a, wiecie też, że już w Warszawie związywał łuki tylne kręgow dla otrzymania ankilozy kostnej. BILHAUT o tem wszystkim, jak gdyby nie wiedział.

W liście następnym opowiem Wam, com widział w *Hôpital maritime* w *Berck sur Mer* u MENARD'a.

Roman Jasiński,
chirurg Warszawskiego szpitala dla dzieci.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

144. Prof. C. Flügge. Najnowsze badania nad wyjaśnieniem sposobu rozpowszechniania się suchot płucnych.

Większość lekarzy mniema, że sposoby rozpowszechniania się gruźlicy płuc są już dziś dokładnie znane i opierają się na trwałych, naukowych podstawach. Pozostawiając na boku dziedziczenie suchot i przypadkowe zarażenie się niemi, sądzimy zazwyczaj, że rozpowszechnianie się suchot warunkowane jest przez wdechanie suchego pyłu, zawierającego znaczną ilość zaschniętej płwociny chorych. Badania CORNET'a wykazały, że znajdujący się w szparach podłogi i chustkach do nosa pył z suchej płwociny gruźliczej jest jakoby przez całe miesiące źródłem niebezpieczeństwa, mogąc dać powód w danym razie do powstania u zdrowych gruźlicy płuc inhalacyjnej. Na powyższych mniemaniach opierają się nasze dotychczasowe środki zapobiegawcze, stosowane w szpitalach i uzdrowiskach i polegające przedewszystkiem na zapobieganiu wysychaniu płwociny, na odkażaniu pokoi i pościeli po zmarłych suchotnikami i t. p.

Czy jednak zapatrywania takie są słuszne i czy podstawy naukowe, na jakich opierają się powyższe sposoby zapobiegawcze, są rzeczywiście wolne od zarzutów? Bynajmniej. Nie mamy żadnego dowodu na to, aby wdechanie suchej płwociny gruźliczej mogło wywołać u zdrowego człowieka gruźlicę płuc. Zarażenie się suchotami może nastąpić albo drogą bezpośredniego zetknięcia się z chorym, lub też drogą inhalacji, ale nie suchej płwociny, lecz, jak to zobaczymy dalej, osobniutkich kropelek świeżej płwociny, jakie chorzy w znacznej ilości wydzielają przy kaszlu. Tylko zapominając o tej okoliczności, możemy twierdzić, że wyłącznie wdechanie suchej płwociny powodować może zakażenie. CORNET wywoływał u zwierząt gruźlicę, wstrzykując im do jamy otrzewnej pył z chustek suchotników, z podłóg pokoiów, w których suchotnicy leżeli i t. p.. Ztąd jednak wcale nie wynika, aby ludzie zarażali się suchotami, wdechając ten pył. Badanie SIREN'a i PERNICE, de TOMA, CADÉAC i MALETT'a, CELL'ego i QUARNIERI'ego nie doprowadziły do żadnych pewnych wniosków.

Jednym nie udawały się one wcale, innym tylko wówczas, kiedy wywoływali uprzednio u zwierząt sztuczne obrażenie błony śluzowej dróg oddechowych, np. parą bromu. TAPPEINER, poddając 4 króliki wdechaniu sproszkowanej płwociny gruźliczej, ani razu nie wywołał gruźlicy. Wysokowiczowi udało się to tylko raz na 4 poddane doświadczeniu świnki morskie. Niejednokrotnie podawano w literaturze, jakoby KOCH otrzymywał zakażenie zwierząt przy pomocy rozpylonej płwociny gruźliczej. Tymczasem z wielu doświadczeń, jakie KOCH przerabiał z suchą płwociną, nie udało mu się żadne; przeciwnie, wdechanie płynnej, rozpylonej płwociny powodowało u zwierząt zawsze gruźlicę płuc.

Tak więc zakażenie zwierząt przy pomocy płynnej, rozpylonej płwociny gruźliczej udaje się zawsze. Chociażby nawet udało się drogą sztucznego wdmuchiwania suchej płwociny wywołać gruźlicę płuc u zwierząt, to okoliczność ta zgoła nie przemawiałaby za tem, aby w warunkach prawidłowych u ludzi zdrowych mogło powstać tą drogą zakażenie. Pamiętajmy, że tym sposobem możemy przy pomocy mieszka wdmuchiwać do płuc zwierzęcych daleko większe cząsteczki płwociny, niż to ma miejsce w prawidłowych warunkach wdechania, dla tego też, chcąc drogą doświadczalną sprawdzić szkodliwość suchej płwociny, należałoby te doświadczenia wykonywać zupełnie analogicznie do warunków prawidłowych. Wątpliwem jest, czy rzeczywiście żywe laseczniki gruźlicze mogą być unoszone w powietrze przez takie nieznaczne stosunkowo podmuchy i prądy powietrzne, jakie zdarzają się zazwyczaj w zamieszkałych miejscach. Z doświadczeń asystenta F. D-ra NEISSER'a wynika raczej to, że laseczniki gruźlicze nie tak łatwo mogą unosić się w powietrzu w postaci pyłu, jak inne drobnoustroje, np. kokki ropotwórcze, które przy prądach powietrznych o szybkości 1—2 mm. na sekundę już unoszone są w powietrze. Być może, że wynika to stąd, iż laseczniki gruźlicze nie mogą bez szkody dla swoich własności życiowych zamieniać się w zupełnie suchy drobnutki pyłek, lub też, że, oblepione śluzem, stają się stosunkowo znacznie cięższe.

Tak więc dotychczasowe badania nie tylko nie dowodzą, że możliwe jest rozpowszechnianie się suchot drogą wdechania przez zdrowych suchej płwociny gruźliczej, ale nawet czynią to zgoła nieprawdopodobnem.

Badania D-ra LASCHTSCHENKO w laboratorium FLUEGGE'go wykazały, że przy kaszlu, kichaniu, głośnem mówieniu suchotników tworzy się z wyrzucanej przytem płynnej zawartości jamy ustnej „spray“ z drobnutkich kropelek, zawierających laseczniki gruźlicze. Doświadczenia polegały między innymi na tem, że suchotnicy kasłali w małą szklaną kasetkę, w której powietrzu wykrywano następnie swoiste, gruźlicze prątki. Zresztą, domieszawszy do zawartości jamy ustnej człowieka jakichbądź charakterystycznych drobnoustrojów, np. *bac. prodigiosus* i kazać mu następnie kasłać, możemy na płytkach agarowych, nadstawionych na odległości 10 metrów od kaszlącego, otrzymać po niejakiem czasie hodowle użytych do doświadczenia drobnoustrojów. Z powyższego wynika, że powietrze, otaczające kaszlącego suchotnika, zanieczyszczone jest drobnutkami kropelkami płynnej płwociny, zawierającymi laseczniki gruźlicze. Te kropelki mogą pozostawać w zawieszeniu w powietrzu nawet na znacznej od chorego odległości przez czas jakiś, co da się uwidocznić bez pomocy mikroskopu na szklanych płytkach. Te właśnie kropelki są istotnem źródłem niebezpieczeństwa, co stwierdzają również badania KOCH'a, CADEAC'a i MALET'a, TAPPEINER'a i innych, którzy wywoływali w ten sposób gruźlicę u zwierząt, nie ulegających zakażeniu pod wpływem wdechania wysuszonej płwociny. Ważnym dowodem na korzyść powyższych twierdzeń jest fakt zarażania się gruźlicą krów jedna od drugiej. Wątpliwem jest, aby w tych razach mogło nastąpić zarażenie się drogą wdechania przez krowy zdrowe su-

chej wydzieliny krów gruźliczych, które przecież płwociny nie odpluwają. Na człowieku stwierdzono również [TAPPEINER] zakażenie się tą drogą. Uległ temu mianowicie posługacz laboratoryjny, który, rozpryskując płwocinę przy doświadczeniach na zwierzętach, nie zachowywał koniecznych ostrożności i padł ofiarą ostrej gruźlicy płuc.

Wobec powyższych danych, które nie pozwalają wątpić o rozpowszechnianiu się suchot przy pomocy owych kropelek płynnej, gruźliczej płwociny, zachodzi pytanie: od czego zależy rozmiar niebezpieczeństwa zakażenia w każdym poszczególnym przypadku? Przedewszystkiem należy tu mieć na uwadze częstotliwość i sposób kasłania chorych. Najniebezpieczniejszą dla otoczenia jest kategoria chorych, którzy kaszlą wiele i pełną pierśią i których płwocina zawiera dużo laseczników. Jeżeli zaś suchotnik kaszle mało, z zamkniętymi ustami lub w chustkę wówczas niebezpieczeństwo jest znacznie mniejsze. LASCHTSCHENKO wystawiał naprzeciw ust kaszlących suchotników szkiełka przedmiotowe w odległości 0,5—1 metra i następnie barwił je. Często nie ndawało się w taki sposób wykryć laseczników; znajdowano zaś je wtedy, kiedy chorzy kasłali dużo, z otwartymi ustami i silnie, i gdy zawartość jamy ustnej zawierała laseczniki. Z tego wnosić można, że niebezpieczeństwo dla otoczenia chorego nie zawsze jest tak wielkie, jakby się to na pozór zdawać mogło i że zachowanie zwykłych ostrożności i zalecanie chorym ostrożnego kasłania może je do *minimum* zmniejszyć.

W każdym razie badania powyższe zasługują na to, aby przedsięwzięto nad nimi pracę w wielu kierunkach. Należałoby więc przeprowadzać doświadczenia z wystawianiem szkiełek przedmiotowych przy kaszlu chorych przeciw prądowi, wychodzącemu wówczas z ich ust, przy różnych modyfikacjach co do pory dnia, odległości szkiełek, czasu trwania ich ekspozycji i t. p.. W ten sposób możnaby rozstrzygnąć ważną kwestyą co do najróżniejszych okoliczności, które w ten lub inny sposób sprzyjają rozprzestrzenianiu się w sąsiedztwie chorego kropelek płwociny, a także dojść do pewnych wskazań, zapobiegających niebezpieczeństwu zarażenia się.

Wyjaśnić również należy ostatecznie właściwe znaczenie zaschniętej płwociny, której niebezpieczeństwo nie jest znowu tak nieznaczne, żeby pozwalało lekceważyć odkażanie pokoi i bielizny suchotników.

(*D. med. Woch. Nr. 12. 1897.*)

K. Rzetkowski.

145. H. J. Hamburger [z Utrechtu]. O wpływie leczniczem zastoju żylnego i zapalenia w walce ustroju z pasożytami.

Wiadomo, iż w ciągu ostatnich lat kilku BIER opracował metodę leczenia gruźlicy stawów i kości za pomocą umiarkowanego zastoju żylnego. Punktem wyjścia dla podjęcia, *resp.* dalszego rozwinięcia, tej metody leczenia był dla BIER'a znany fakt empiryczny, że u chorych z wadą lewego ujścia żylnego gruźlica płuc rozwija się stosunkowo bardzo rzadko. Naukowego jednak objaśnienia tego faktu dotąd brakowało. Dostarczyły do niego materiały badania autora. Wiązanka zdobytych i zestawionych przez niego faktów jest następująca. Krew zwierząt szczepionych toksynami jest kwaśniejszą od normalnej; przeciwnie, surowica krwi zwierząt szczepionych antytoksynami jest bardziej zasadowa, niż normalna. Doświadczalnie przekonano się, że krew, albo jej surowica, działa tembardziej zabójczo na bakterye, im więcej zasadowym jest jej odczyn. Zasadowość zaś krwi jest tem większą, im więcej zawiera kwasu węglanego. Odnośnie doświadczenia autora wykazały, że przy dodaniu kwasu węglanego do krwi następuje pęcznienie czerwonych i białych ciałek krwi, oraz wydzielenie z białkanów wolnych zasad, które działają szkodliwie na bakterye. Najbardziej więc zasadową, a więc

bakteryobójczą jest krew, przez którą przepuszczono strumień kwasu węglanego, mniej—krew żylna zwykła, a najmniej—krew tętnicza. Przez porównawcze obliczenie stopnia rozwoju jednakowych hodowli gronkowca złocistego i laseczników węglików w wymienionych trzech rodzajach krwi autor doszedł do powyższego wniosku w sposób stanowczy. Ale nie tylko krew, przesycona kwasem węglanym, posiada zwiększone własności bakteryobójcze. Autorowi udało się wykazać to samo dla limfy oraz wysięków zapalnych. Własność bakteryobójcza tych ostatnich pod wpływem strumienia CO₂, zwiększała się tembardziej, im więcej zawierały czerwonych, a szczególnie białych ciałek krwi. To samo okazało się i z sokiem, wyciśniętym z gruczołów limfatycznych, jako siedliskiem leukocytów. Tem tłómaczą się też zwiększone własności bakteryobójcze tych ostatnich w ogniskach zapalnych ostrych, w których występuje mniej lub więcej znaczny zastój żylny.

Okazuje się więc, że kwas węglany przez wydzielenie z białkanów surowicy krwi dobrze dyfundujących wolnych zasad i przez sprowadzenie narzmiewania czerwonych i białych ciałek krwi stwarza w organizmie nieznaną dotąd, a potężny środek pomocniczy do walki jego z pasożytami. W tem też tkwi przyczyna skuteczności leczenia gruźlicy zastojem żylnym: zbierający się tu kwas węglany wywołuje wyżej wyłożone spotęgowanie własności bakteryobójczych nie tylko we krwi odpowiednio uciśniętej części ciała, ale i w jej limfie oraz w elementach morfologicznych wysięku zapalnego, albo rozrostów patologicznych.

(*Centr. f. Bact.* 1897. XXII, Nr. 14—15).

Wł. Janowski.

146. H. W. Freund. Rozdarcie macicy i pochwy przy hydramnion.

Pęknięcie macicy, a nawet i pochwy podczas porodu wcale do rzadkości nie należą, lecz poniżej opisany przypadek, ze względu na etyologię, a także jako przyczynek do orzeczeń sądowo-lekarskich, godzien jest zanotowania.

Wyrobnica, 31-letnia, która 3 razy prawidłowo rodziła, a raz poroniła w II miesiącu ciąży, dostała przy V-ej ciąży bóle porodowe w czasie właściwym. Kobieta silnej budowy ciała, nigdy żadnych chorób nie przechodziła; w końcu ostatniej ciąży, przy znacznem powiększeniu brzucha, wystąpił dosyć silny obrzęk nóg. Przez pierwszą dobę bóle porodowe były słabe i rzadkie. Przy badaniu akuszerka znalazła dosyć znaczne rozszerzenie ujścia macicy i pęcherz płodowy, w którym wyczuła główkę. Z powodu jakoby osłabienia działalności serca u płodu, a także gwoli powiększeniu bólów porodowych próbowała przebić pęcherz palcem, lecz z powodu grubości ściany pęcherza nie mogła tego uskuteczyć, prosiła więc o drut, którego zrazu nie użyła, lecz chciała jakoby mieć coś w razie potrzeby na pogotowiu. Mąż i siostra rodzącej byli zajęci w sąsiednim pokoju. Po kilku minutach usłyszeli rozdzierający krzyk, wpadli więc do pokoju rodzącej, w którym ją zastali zgiętą w kabłąk i opierającą się o stolik; lamentowała przytem, że akuszerka ją zgubiła, gdyż drutem przebiła jej „brzuch“. Wody płodowej była na podłodze znaczna ilość. Akuszerka stanowczo zaprzeczała użyciu drutu, a twierdziła, że pęcherz sam pękł. Od owej chwili bóle zupełnie ustały i rodząca bardzo się zmieniła. Po kilkunastu godzinach chora się trochę uspokoiła, a główka miała się niżej opuścić. Potem jeszcze 12 godzin upłynęło, a gdy akuszerka żadnego postępu w przebiegu porodu nie zauważyła, zgodziła się wreszcie na zawezwanie lekarza, aby poród kleszczami ukończył. Lekarz miał znaleźć rodzącą w stanie względnie dobrym: tętno było trochę przyspieszone, lecz zupełne miarowe, ciepłota podniesiona [cieplomierzem nie oznaczona], pod powłokami brzuszными wyraźnie wyczuł dwa obok siebie leżące twory, z prawej strony skurczoną macicę, z lewej — płód, którego główka miała się wtenczas znajdo-

wać w sromie. Nałożył kleszcze i łatwo wydobyl płód, poczem z części rodných wylała się dosyć znaczna ilość płynnej i skrzeplęj krwi; następnie wydobyl z jamy brzusznej łożysko, zatamponował pochwę gazą i opuścił chorą, która w pięć godzin później umarła.

W trzy dni po pogrzebie zwłoki zostały na żądanie władzy sądowej z ziemi wydobyte wskutek zaskarżenia akuszerki o rozdarcie macicy przez nieumiejętny rękoczyn. Protokół sekcji stwierdził: silne wzdęcie brzucha, znaczną ilość mętnej, kłaczkowatej czerwonawo-brunatnej cieczy w jamie brzusznej, świeże naloty na pętlicach kiszek, znaczne rozdarcie ściany macicy przez cały trzon, szyję aż do górnej trzeciej części tylnego sklepienia pochwy, strzępiaste brzegi rozdarcia, prawidłową grubość ściany dna macicy, ściany zaś trzonu i szyi nadzwyczaj cienkie, żadnych zmian patologicznych, ani uszkodzeń na macicy w rodzaju dziury lub przetok nie znaleziono.

Na zasadzie danych, otrzymanych przy sekcji, biegli postawili rozpoznanie: *ruptura uteri, peritonitis*; rozdarcie zaś macicy poczytali za następstwo niewłaściwego użycia przez akuszerkę drutu przy przebijaniu pęcherza płodowego. Z powodu takiego orzeczenia akuszerce wytoczono sprawę karną. Jako rzeczoznawcę wezwano autora, który zupełnie inaczej zapytuje się na całą tę sprawę. Po ostrem skrytykowaniu zeznania ordynującego lekarza i akuszerki twierdzi: 1) ilość wody płodowej była znaczna, co najmniej nie ulega wątpliwości, t. j. miano do czynienia z *hydramnion*; 2) nagły krzyk rodzącej, zmiana w jej wyglądzie, ustanie bólów porodowych odpowiadają chwili pęknięcia macicy, przyczem autor stawia przypuszczenie, że pęcherz płodowy po nadaremnych próbach przebicia go palcem, został przez akuszerkę przebity owym zawczasu przygotowanym drutem; 3) nagłe pęknięcie pęcherza płodowego i macicy nastąpiło prawie jednocześnie. Przebite drutem ściany macicy, a zwłaszcza dna, autor uważa za niemożliwe, już chociażby z powodu krótkości narzędzia i niezalezienia żadnego otworu w ścianie przy najskrupulatniejszym poszukiwaniu. Gdyby nawet na chwilę przypuścić, że ściana macicy została przebita, to mały otwór, w ten sposób powstały, nie spowodowałby jeszcze tak rozległego rozdarcia. [Tu autor przytacza przypadek z prywatnej swej praktyki, w którym z powodu nadmiernej objętości brzucha dwaj lekarze włączyli ciężę, a przyjąwszy stan ten za *ascites*, przebili dosyć grubym trójgranicem ścianę brzucha: silny krwotok zniewolił ich do niezwłocznego wyciągnięcia trójgranca. Jak się następnie okazało, przebili ścianę brzemiennej macicy wraz z łożyskiem. Po kilkunastu godzinach autor przebił pęcherz i przez obrót wydobyl żywe bliźnięta; przy obmacywaniu wnętrza macicy żadnego otworu w ścianie nie znalazł, pęknięcia nie było, a przebieg pogoju był zupełnie prawidłowy].

Autor więc jest zdania, że nagłe pęknięcie pęcherza płodowego spowodowało pęknięcie macicy, skoro bowiem ściany macicy przez ogromną ilość wody płodowej zostają bardzo naprężone, grube zaś i niepodatne błony płodowe wytwarzają przy ich naciskaniu znaczny opór, powiększający jeszcze więcej napięcie ścian macicy, to, wskutek ścisłego związku ścięnczałych ścian macicy z błonami płodowymi, może wtedy nastąpić jednoczesne pęknięcie błon i macicy. Woda płodowa w podobnych razach wypływa z nadzwyczajną szybkością, ściany zaś macicy, postawione w danej chwili w zupełnie odmiennych warunkach wewnętrznego ciśnienia, doznają pewnego rodzaju wstrząsu i pękają. Przebite więc pęcherza z następczem nagłem wylaniem się wody płodowej było przyczyną katastrofy, lecz w podobnych przypadkach i doświadczony lekarz nie postąpiłby inaczej. Sąd podzielił zdanie autora i akuszerkę od odpowiedzialności uwolnił. Godnem jest zanotowania w danym przypadku, że przy tak znacznem pęknięciu macicy płód nie wystąpił do jamy brzusznej, lecz się niżej do miednicy opuścił. Objaw ten da się, podług autora, wytłoma-

czyć silnym prądem wody płodowej przy pęknięciu pęcherza, co spowodowało wtłoczenie do miednicy główki, znajdującej się w prawidłowym stosunku do części kostnych miednicy.

Wyżej opisany przypadek został skrytykowany przez A. NEUMANN'a, który nie chce przyjąć pęknięcia macicy za następstwo nagłego wylania się wód płodowych; jego zdaniem, pęknięcie macicy nastąpiło jeszcze przed pęknięciem pęcherza płodowego; objaśnia zaś to w następujący sposób: przy hydramnion ściany macicy zostają rozciągnięte *ad maximum*, zwłaszcza zaś przy grubych błonach płodowych, a więc ciśnienie wewnątrz-maciczne dosięga najwyższego stopnia; jeżeli przy takim stanie nacisnąć palcem, lub nawet tępym drutem na naprężoną ścianę pęcherza płodowego to następuje pewnego rodzaju wpuklenie (*Einstülpung*) ściany pęcherza, przez co powiększa się jeszcze bardziej ciśnienie wewnątrz-maciczne i wtenczas właśnie przychodzi do skutku pęknięcie macicy, płód zaś nie wpada do jamy brzusznej, ponieważ pęcherz płodowy jeszcze jest cały. Z takiego objaśnienia wynika praktyczna wskazówka, aby przy *hydramnion* nigdy nie przekłuwać pęcherza innym narzędziem, jak tylko ostrym skalpelem, od którego ślup wody płodowej żadnemu nie ulega ciśnieniu; ciśnienie wewnątrz-maciczne nie zostaje powiększone.

(*Deutsche Med. Wochenschrift. Nr. 35. 43.*) M. Zucker [Kalisz].

147. Lennander [Upsala]. O leczeniu pęknięć tylnej części cewki moczowej.

Urazy tylnej części cewki powstają wskutek upadnięcia okraciem na przedmiot twardy, lub też wskutek uderzenia krocza. Kiedyśiła, działająca na krocze, ma kierunek od przodu ku tyłowi, uszkodzeniu podlega zazwyczaj część opuszkowa cewki, przy przeciwnym zaś kierunku siły — część błoniasta. Stopień otrzymanego w ten lub inny sposób uszkodzenia bywa bardzo rozmaity: od zupełnego rozerwania tej ostatniej. Pęknięcia te najczęściej są poprzeczne i ukośne, ale spostrzegano i podłużne. Autor mniema, że przyczyną znacznej liczby zwężeń urazowych jest pęknięcie cewki. Uszkodzenie zazwyczaj zajmuje dolny obwód cewki, gdy górny, znajdujący się bliżej dolnego brzegu kości łonowej, zachowuje swoją ciągłość. Pęknięcia cewki często wklajają się z uszkodzeniami krocza i sąsiednich części miękkich, jak również ze złamaniami kości miednicy; powstający przy tem ostatniem uszkodzeniu bezmocz nie wskazuje koniecznie na pęknięcie cewki, może bowiem pochodzić od ucisku odłamu kości na cewkę. Objawy pęknięcia cewki są następujące: ból i obrzmienie w okolicy krokowej, krwawienie z cewki, trudność lub zupełna niemożność oddawania moczu. Przy rokowaniach należy zawsze pamiętać, że najmniejsza szczelina w cewce może być punktem wyjścia nacieczenia moczowego i ogólnego zakażenia, niemniej może stanowić podstawę późniejszego zwężenia cewki.

Jeżeli po urazie okolicy krokowej zjawia się krwawienie z cewki bez obecności innych objawów, zalecamy choremu spokój; jeżeli zaś dołącza się do tego trudność lub niemożność oddawania moczu, staramy się ostrożnie wprowadzić cewnik NELATON'a. Kiedy cewnika wprowadzić nie można, lub gdy od początku objawy wskazują na ciężki przypadek, przystępujemy natychmiast do zabiegu operacyjnego, gdyż przy wczesnym zabiegu łatwiej jest rozpoznać oddzielne części uległe uszkodzeniu i zbliżyć je do siebie, a tem samem otrzymać pomyślniejszy wynik leczenia, t. j. rychłozrost. Na kroczu prowadzimy cięcie podłużne, zagłębiając się warstwami do cewki, w którą uprzednio wprowadzamy metalowy cewnik. Przy zupełnem przerwaniu cewki bardzo często natrafiamy na trudność odnalezienia jej dośrodkowego końca. W tych więc przypadkach, ażeby zyskać na miejscu, dodajemy cięcie poprze-

czne przed otworem odbytu i, wprowadziwszy palec lewej ręki do odbytnicy, unosimy kolejno rozmaite części miękkie na dnie rany; prawa ręka uciska tymczasem pęcherz w okolicy nadłonowej; wypływający mocz wskazuje na dośrodkowy koniec cewki. W ostatecznym razie uciekamy się do cięcia nadłonowego pęcherza i wstecznego wprowadzenia cewnika. Odnalazłszy oba końce cewki, wprowadzamy na stałe do pęcherza cewnik NELATON'a № 14—17 i przystępujemy do zbliżenia i zeszcycia końców cewki, opierając się na załączonym opisie przypadku zupełnego pęknięcia części błonistej cewki, spowodowanego upadkiem na tylne koło roweru, gdzie autor otrzymał rychłozrost po zeszcyciu cewki; nakreśla on następujący plan podobnego zabiegu. Jednym szwem przytwierdzamy dośrodkowy koniec cewki do więzów łukowego dolnego (*lig. arcuatum pubis inf.*), wprowadzamy miękki cewnik i na nim nakładamy szwy katgutowe, starając się, o ile możliwości, uniknąć przekłucia błony śluzowej i możliwie dokładnie zbliżyć do siebie brzoży przerwanej cewki. Następnie dwoma piętarami szwów zbliżamy części miękkie krocza nie pozostawiając pomiędzy nimi wolnych przestrzeni; ranę skórną albo zaszywamy zupełnie, albo też zakładamy sączek, co jest zależne od stopnia zmiążdżenia miękkich części i możliwości otrzymania rychłozrostu. Autor w swoim przypadku nie zamykał krocza, a pomimo to otrzymał rychłozrost zupełny cewki. Ten idealny wynik połączenia końców przerwanej cewki, w rzeczywistości rzadko bywa osiągnięty, jednakże należy go mieć na uwadze. Cewnik, o ile nie powoduje podrażnienia pęcherza, pozostawiamy przez dni kilkanaście bez zmiany; korzystnym jest również połączenie cewnika z aparatem ssącym.

W większości przypadków zabieg podobny nie może mieć zastosowania z powodu silnego zmiążdżenia brzegów cewki lub też znacznej odległości od siebie przerwanych końców, których zbliżyć niepodobna bez wielkiego napięcia. W takim razie należy przystąpić do wytworzenia cewki z miękkich części krocza lub też zastosować przeszczipienie skóry lub błony śluzowej. Oba rodzaje zabiegów mają swoich gorących zwolenników.

Kiedy wszystkie zabiegi, skierowane do wytworzenia cewki, nie uwienczą się pomyślnym wynikiem, autor radzi uciec się do wytworzenia przetoki nadłonowej, jako mniej przykrej dla chorego, niż przetoka krokowa, lub pomyśleć o zastosowaniu nowego zabiegu PONCET'a *urethrostomia perinealis* [połączenie dośrodkowe odcinka cewki ze skórą krocza]. Ten ostatni zabieg pozwala na zupełne opróżnianie pęcherza, lecz do jego zastosowania potrzeba, aby przeskoda znajdowała się w części opuszkowej lub przed nią, w przeciwnym bowiem razie nie można liczyć na działanie zwieracza. Przez utrzymaną w ten sposób cewkę krokową wychodzi i nasienie, przez co osobnik traci możliwość zapładniania. Wobec tych trudności i stron ujemnych autor przekłada cięcie nadłone i zastosowanie następcze wtórnego zabiegu na kroczu.

(*Archiv f. klin. Chir.* 1897).

A. Kopczyński.

148. Borchard. Przyczynek do rozpoznania i leczenia uda szpotawego.

Jedną dotychczas stosowaną metodą leczenia uda szpotawego była operacja. Udo szpotawe nie jest wrodzonym zniekształceniem szkieletu, lecz pochodzi od zbytowego obciążenia lub natężenia pewnych grup mięśni i więzów. Wielki wpływ na pogorszenie choroby wywiera nadmierny ruch lub uderzenie, tak dalece, że nieznaczna dolegliwość może stać się nagle ciężkim cierpieniem. Na dowód tego autor przytacza ciekawy opis przypadku z własnej praktyki, nie twierdzi jednak bezwzględnie, aby pogorszenie, spowodowane uszkodzeniem [np. upadkiem], miało stałe następstwa. Sposób leczenia uda szpotawego polega na nakładaniu podczas nocy opaski wyciągowej w położeniu odśrodkowym; w dzień pacjenci powinni używać umiarkowanego ruchu, mając pod

zdrową nogą grubą podszwę; następnie należy stosować masaż, poczem chory poruszają się zupełnie swobodnie; pozostają zaś tylko niewielkie zmiany w położeniu i ruchach krętarza.

Metodę swoją poleca autor bezwzględnie w tych przypadkach, w których zboczeniu podlegają jedynie części miękkie, t. j. mięśnie i więzy. Przy skrzywieniach kości wywołuje ona również wielką zmianę na lepsze, pomimo to jednak w przypadkach najcięższych operacja jest niezbędną. Ponieważ jednak zbadanie pochodzenia cierpienia jest niezmiernie trudnem, należy przedewszystkiem stosować wyciąganie i masaż, a tylko w razie ostatecznym uciekać się do resekcji.

Autor zwraca uwagę na pewien szczególny objaw, a mianowicie, że przy zginaniu noga chora krzyżuje udo lub goleń nogi zdrowej, co nie mogłoby mieć miejsca bez udziału części miękkich; wobec tego niejaki polepszenie można otrzymać, stosując powyższą metodę w każdym, bodaj najcięższym, przypadku.

Na zakończenie autor dochodzi do wniosku, że tak, jak wzmożone obciążenie, zbytne napięcie lub uszkodzenie części miękkich uda wywołuje stan zapalny, tak zachowanie ostrożne, używanie bardzo umiarkowanego ruchu, wyciąganie w kierunku odsiebny i mięsienie wywierają wpływ dodatni, ułatwiając stwardnienie kości oraz wzmocnienie mięśni i więzów.

(*Centralblatt für Chirurgie*. 1897. Nr. 25).

A. Ciechomski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 5. X. 1897.

1) NEUGEBAUER przedstawił kobietę, 33-letnią, ciężarną, która przed 5½ miesiącami powinna była rodzić. Przyczyny zatrzymania płodu obumarłego N. podać nie jest w stanie; niepodobna nawet rozstrzygnąć, czy płód ten znajduje się w prawidłowo rozwiniętej macicy, czy w jednym rogu macicy dwurożnej, czy też może poza macicą.

2) KOZERSKI przedstawił mężczyznę 33-letniego, który w grudniu 1896 r. zasięgał jego rady z powodu wysypki swędzącej na skórze. Stwierdzono wtedy naczulność skóry, szczególnie na górnej części tułowia, wzmożenie odruchów kolanowych oraz wysypkę w postaci plam różowych kształtu nieregularnego, wielkości ziarna fasoli, lub pęcherzyków z zawartością przezroczystą lub mętną. Od tego czasu co kilka tygodni lub miesięcy zjawia się podobna wysypka, której towarzyszy uczucie ściskania w pasie, drętwienia palców, mrowienia łydek. Pierwotne rozpoznanie K. brzmiało: „*urticaria chronica*“. Następnie zajęto się szczegółowszem badaniem chorego, pasożytów jednak w pęcherzykach nie znaleziono, zaburzeń trawienia nie spostrzegano; zmian w narządach wewnętrznych nie wykryto. Wywiady tylko świadczą o tem, że chory, ślusarz fabryczny, narażony jest na ciągłe wstrząśnienia, powodowane młotem parowym. Obecnie rozpoznanie waha się między *dermatitis herpetiformis* DUEHRING'a i *urticaria bullosa*. W celach leczniczych K. wstrzykuje choremu pod skórę *natrium arsenicosum*, do wewnątrz podaje strychninę, wreszcie stosuje prąd stały wzdłuż kręgosłupa. W przerwach, wolnych od wstrzykiwań arseniku, wysypka występuje obficie.

3) CIECHOMSKI przedstawił 29-letniego mężczyznę, któremu po otrzymaniu w końcu września r. b. rany klutej w okolicy stawu żuchwowego prawego, na miejscu wcięcia półksiężycowego żuchwy utworzył się tętniak tętnicy

szczękowej, wewnętrznej. W tydzień po wypadku CIECHOMSKI znalazł obrzmienie tętniące w okolicy prawej ślinianki przyusznej i pod żuchwą aż do kości gnykowej, zwichnięcie żuchwy, przekrwienie łącznicy prawej, skrzywienie ust na lewo. W gardzieli stwierdzono znaczne wypuklenie łuków i migdałka po stronie prawej oraz tętnienie tej okolicy, w krtani zaś bezwład struny głosowej prawej. Łykanie pokarmów było prawie niemożliwe. Dnia 20. VIII. r. b. C. podwiązał choremu tętnicę szyjową, wspólną, prawą, na wysokości chrząstki obrączkowej. Tętnienie guza natychmiast po operacji ustąpiło, wszystkie zaś inne objawy stopniowo zmniejszać się zaczęły. Obecnie chory łyka dobrze; zwichnięcia szczęki prawie niema; struna głosowa prawa w stanie nieznacznego niedowładu.

4) KRAMSZTYK JULIAN przedstawia dziecko 3-letnie z przypuszczalnym wylewem krwawym w mózgu, który powstał w czasie napadu krztusćca i którego pierwszym objawem były drgawki ogólne; po nich dopiero wystąpił bezwład połowiczny. Ruchy kończyny dolnej obecnie już wróciły; kończyną górną dziecko zaledwie zaczyna poruszać.

5) KRAMSZTYK JULIAN podaje opis przypadku wylewu krwi do mózgu u dziecka 6-letniego. Dziecko to w grudniu r. z. dostało nagle wymiotów, gorączki z utratą przytomności i drgawek, które trwały z małymi przerwami 6 dni. W ciągu następnych 9 tygodni drgawki występowały tylko od czasu do czasu, wymioty co kilka dni, przytomność niekiedy na pewien czas wracała. W ciągu całej choroby spostrzegano przykurczenie kończyn, drżenie głowy, rąk i palców. Skurczenia karku nie było. Już w początku choroby stwierdzono zapalenie obu nerwów wzrokowych; w ostatnich tygodniach wystąpił zez zbieżny. Trzykrotnie w czasie choroby występował wyprysk wargowy. W lutym r. b. dziecko zmarło wśród objawów porażenia nerwu twarzowego prawego, wymiotów, drgawek, przy ciepłocie ciała 40° C.

CIĄGLIŃSKI przedstawia preparaty drobnowidzowe mózgu dziecka, o którym mówił KRAMSZTYK. Według C., przyczyną wylewu krwawego w mózgu był nowotwór, usadowiony w korze i substancji białej lewej półkuli między oponą miękką i ciałem VIEUSSEN'a — *gliosarcoma telangiectodes*, a w niektórych miejscach *angiosarcoma*. Tętnice opony miękkiej nie tylko w sąsiedztwie guza, lecz i dalej uległy *endoarteritis obliterans*, która powstała w danym przypadk u, według C., pod wpływem bodźców toksycznych, zależnych od nowotworu.

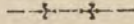
W dyskusji prof. BRODOWSKI dodaje, że na preparatach C. stwierdzić się daje niezwykle rozrost komórek śródbłonkowych naczyń włosowatych. Na pytanie KRYSIŃSKIEGO B. odpowiada, że w naczyniach na podstawie mózgu zmian nie było, a wylew nastąpił z naczyń samego nowotworu.

Według GAJKIEWICZA, objawy u dziecka zmarłego zależały nie od wylewu krwi, lecz od nowotworu, gdyż były tu typowe objawy uciskowe [ból głowy, wymioty, drgawki, brodawka zastoinowa], prócz zwolnienia tętna, które zresztą rzadko się spotyka w nowotworach mózgu.

RYCHLIŃSKIEMU zmiany w przedstawionym mózgu wydają się podobnymi do zmian w mózgu paralityków. Przebieg choroby i wyniki badania anatomicopatologicznego w danym przypadku pozwalałyby przypuszczać jakieś cierpienie zakaźne.

Tego ostatniego zdania nie podziela CIĄGLIŃSKI na tej zasadzie, że zmiany ograniczały się do jednego tylko odcinka mózgu.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



14. Orthoformium. Orthoform, nowy środek znieczulający. Prof. EINHORN i D-r HEINZ (*Münch. med. Woch.* 1897. 37) na mocy bardzo licznych doświadczeń przekonali się, że wszystkie amido-oksy-etry aromatyczne posiadają własności znieczulające: jedne w mniejszym, inne w większym stopniu.

Wszelako ze wszystkich tych eterów złożonych dwa tylko odpowiadają wszystkim warunkom, jakie wymagamy od dobrego środka miejscowo-znieczulającego, a mianowicie: aby był nieszkodliwym, i aby tylko powoli się rozpuszczał i przez to dłużej działał znieczulając wywierał.

Z owych zaś dwóch eterów złożonych wybrano silniej działający, a mianowicie eter para-amido-meta-oksy-benzo-metylowy, który nazwano ortoformem.

Orthoform przedstawia się pod postacią białego, lekkiego proszku krystalicznego, bez smaku i zapachu. Rozpuszcza się z trudnością w wodzie i to bardzo wolno: na tej-to własności opiera się wyższość orthoformu nad innymi znanymi dotąd środkami znieczulającymi. W pewnej jednostce czasu rozpuszcza się w każdym razie tylko tyle wzmiankowanego środka, że następuje zupełne znieczulenie miejscowe, a ponieważ rozpuszczanie się orthoformu przychodzi do skutku tak wolno i stopniowo, że bezustannie tylko niewielkie ilości środka znikają przez wessanie, a większa część pozostaje, przeto działanie owego nowego przetworu leczniczego może trwać, względnie do użytej ilości, bardzo długo: godziny, a nawet dni całe.

Orthoform tworzy z kwasem solnym związek krystaliczny: chlorowodań orthoformu, czyli chlorek orthoformu.

Chlorek orthoformu bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie i posiada własności znieczulające zupełnie takie same, jak sam orthoform. Roztwór wodny chlorku orthoformu posiada oddziaływanie kwaśne i z tego powodu, pomimo swych własności znieczulających, nie może być wszędzie stosowanym, a mianowicie: nie można go stosować na błonach śluzowych bardzo czułych, np. na łącznicy oka, ani w postaci wstrzykiwań do tkanek, gdyż te mają oddziaływanie alkaliczne.

Wpływ znieczulający orthoformu występuje jasno na błonach śluzowych, albo na powierzchni rany, jednym słowem tam, gdzie wzmiankowany środek leczniczy może wywierać działanie wprost na zakończenia nerwów czuciowych.

Jeżeli nasypiemy nieco orthoformu na język, to z początku nie nie pocujemy z powodu trudnej rozpuszczalności rzeczzonego środka. Po kilku wszakże minutach zaczyna występować coraz wyraźniejsze odrętwienie danego miejsca, które wreszcie staje się zupełnie nieczułym, niebolesnym.

Dla wywołania znieczulenia używamy orthoformu w postaci proszku do zasypywania, albo też w postaci maści [10%], np. na rany, na owrzodzenia.

Pierwsze doświadczenie nad działaniem orthoformu u człowieka zrobiono przy transplantacji z powodu wilka. Pierwsze cztery razy zrobiono transplantację bez użycia orthoformu; chory godzinami całemi narzekał na straszne bóle w miejscach, w których wycięto płyty skóry. Z piątym razem zdjęto z lewej strony klatki piersiowej płat skóry wielkości dłoni pod chloroformem i następnie, gdy chory jeszcze był uspiętym, nałożono na ranę maść 10% orthoformu: ani zaraz po operacji, ani potem chory nie czuwał żadnego bólu. Po dwóch dniach zmieniono opatrunek: nie zauważono żadnego podrażnienia ani

samej rany, ani części otaczającej, wydzieliną z rany była bardzo nie obfita, a zabliznienie szło zupełnie prawidłowo.

Też same wyniki otrzymano w innych przypadkach transplantacyi.

Tak samo pomyślnie działa ortoform, albo w proszku, albo jako maść, w oparzeniach trzeciego stopnia: w wielu bardzo ciężkich oparzeniach bóle najgwałtowniejsze uspokajały się w ciągu kilku minut po zastosowaniu ortoformu. A ponieważ jednocześnie pod wpływem ortoformu i wydzielinie z owrzodzenia stawało się bardzo nieznacznem, więc i zabliznianie przychodziło do skutku dość szybko.

Niezmiernie pouczającymi w tym względzie były spostrzeżenia porównawcze: jedno oparzone ramię opatrzone maścią ortoformową, a drugie inną maścią, np. z kwasu bornego; wyższość ortoformu była niezmiernie wydatną.

Wielką skuteczność ortoformu zaznaczyć również należy w owrzodzeniach bolesnych. Jako przykład można przytoczyć chorego z owrzodzeniem rakowatym twarzy. Chory ten tak gwałtowne i bezustanne miewał bóle, że wcale sypiać nie mógł. Zасыpywanie owrzodzenia proszkiem ortoformu uspokajało bóle tak, że chory mógł dobrze sypiać. W ciągu tygodnia wyżyto do zasypywania — 50 gramów ortoformu, bez wywołania żadnych szkodliwych następstw, co jest najlepszym dowodem, że ortoform nie posiada własności trujących. Zresztą wstępne doświadczenia na zwierzętach już przedtem jasno dowiodły, że ortoform jest przetworem nieszkodliwym.

Ortoform posiada nie tylko własności znieczulające; jest on zarazem i doskonałym środkiem antyseptycznym: powstrzymuje zupełnie gnicie i fermentacyę. To też okazał się bardzo dobrym środkiem opatrunkowym przy owrzodzeniach stopy, goleni, przy szczelinach i owrzodzeniach warg i języka.

Środek wzmiankowany okazuje się szczególnie użytecznym w gruzliczych owrzodzeniach krtaniowych u suchotników, którzy z tego powodu zupełnie prawie przestają jadać. Po zasypaniu ortoformem ból na 24 godziny znika zupełnie, łykanie staje się możliwym: jest to więc względnie bardzo duża korzyść

I wewnątrznie można stosować ortoform dla uspokojenia bólów żołądkowych właśnie w tych przypadkach, w których może wprost zetknąć się z zakończeniami nerwów czuciowych, a więc przy owrzodzeniu rokowatym żołądka, przy wrzodzie okrągłym żołądka. Mało za to spodziewać się należy od tego środka w innych stanach chorobowych żołądka, a mianowicie w katarze i w rozszerzeniu żołądka.

Przy stosowaniu zewnętrznem zawsze lepiej używać czystego ortoformu; przy wewnątrznie zaś można używać i jego soli rozpuszczalnej, a mianowicie chlorku ortoformu.

Co się tyczy dawek, to ze względu na to, że ortoform jest zupełnie nieszkodliwym, można nawet na bardzo obszerne owrzodzenie sypać dowolną ilość proszku. Do użytku wewnątrznie dajemy po 0,5—1,0 albo samego ortoformu, albo chlorku ortoformu kilka razy dziennie.

15. Oxycamphora. Oksykamfora. Jest to kamfora, w której jeden atom wodoru [H] został zastąpiony przez hydroksyl [HO].

Oksykamfora przedstawia się pod postacią białego proszku krystalicznego. Rozpuszcza się w wodzie zimnej w stosunku 1 na 50.

Według doświadczeń HEINZ'a i MANASSE'go, oksykamfora ma zmniejszać pobudliwość ośrodka oddechowego i z tego powodu nadaje się bardzo dobrze do zwalczania duszności, zupełnie tak samo jak morfina.

Dawka wynosi 1,0 gram. na dobę—na raz, albo dwa razy po 0,5. Można dawkę zwiększyć do 2,0, a nawet do 3,0.

16. Alkaloidy Wymiotnicy—Ipecacuanha. Dotąd przyjmowano, że w korzeniu Wymiotnicy istnieje jeden alkaloid, wywierający odpowiednie działanie na organizm, a mianowicie: **emetyna** (*emetinum*). Obecnie PAUL i COWNLEY wydzielili z korzenia Wymiotnicy inny alkaloid, różniący się od emetyny pewnymi własnościami, i nazwali go **cefaeliną**, *cephaelinum*.

Przedewszystkiem różni się cefaelina od emetyny swą rozpuszczalnością w alkaliach żrących, w których emetyna zupełnie się nie rozpuszcza.

D-r WILD (*Allg. med. Centralzeit.* 1996. 59) przeprowadził szereg doświadczeń porównawczych ze wspomnianymi alkaloidami, a mianowicie z ich związkami chlorowodornymi, t. j. z chlorkiem emetyny i z chlorkiem cefaeliny.

Oba alkaloidy posiadają bardzo silne własności wymiotne. Różnią się wszakże w tym względzie dawką: dla wywołania wymiotów dawka emetyny musi być dwa razy większą od dawki cefaeliny.

Przy stosowaniu dawek, nie wywołujących wymiotów, stopień nudności (*nausea*) jest daleko większym po cefaelinie, aniżeli po emetynie, to znaczy, że natężenie i czas trwania mdłości po zażyciu 5 miligramów cefaeliny są takie same, jak po zażyciu 10 miligramów emetyny.

Oba alkaloidy obniżają ciśnienie tętnicze, wszelako cefaelina w daleko znacniejszym stopniu, aniżeli emetyna. Dla tego też w przyszłości cefaelina okaże się daleko odpowiedniejszą w tych przypadkach, w których unikać musimy deprymującego działania na układ naczyniowy.

Oba alkaloidy w jednakowym stopniu osłabiają czynność serca.

Oba alkaloidy w odpowiednich dawkach są truciznami dla mięśni: cefaelina w wyższym stopniu, aniżeli emetyna.

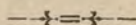
Pod wpływem emetyny w pełnej dawce zwiększa się wydzielanie błony śluzowej nosa, na czem polega wykrztuśne działanie Wymiotnicy. Cefaelina tej własności nie posiada.

Co się tyczy zastosowania leczniczego, to prawdopodobnie cefaelina, w dawce od 5 miligramów do 10 miligramów, okaże się dobrym i niezawodnym środkiem wymiotnym, wolnym od wszelkiego ubocznego działania depresyjnego. Emetyna w dawce 10 miligr. do 20 miligramów jest wskazaną, jako środek wymiotny, w tych przypadkach, w których nam idzie o działanie depresyjne, a więc w stanach znacznego przekrwienia lub w stanach zapalnych.

Z doświadczenia wiadomo, że przetwory Wymiotnicy bardzo często wielce się różnią w swem działaniu. Otóż, owa różnaitość własności przetworów Wymiotnicy zależy najpewniej od niestałego stosunku obu wzmiankowanych alkaloidów w korzeniu Wymiotnicy. Dla tego też prawdopodobnie w przyszłości stosować będziemy nie korzeń Wymiotnicy, ale wzmiankowane alkaloidy stosownie do danego wskazania.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.



— Zapalenie nerwów obwodowych (*polineuritis*) pochodzenia malarycznego spostrzeżaniem było dotychczas bardzo rzadko. REGNAULT podaje opis kilku takich przypadków, obserwowanych przez niego u chorych, pochodzących z Madagaskaru i Senegalu. Pod względem objawów, rozwoju, przebiegu i rokowania zapalenie nerwów obwodowych pochodzenia malarycznego nie wyróżnia się niczem od zapalenia

nerwów innego pochodzenia. Rozpoznanie autor opierał na wywiadach [poprzednie napady malaryi] i obecności powiększonej śledziny i wątroby. Krwi autor nie badał.

(*Rev. de Méd. Septembre, 1897.*)

K. S.

— TUFFIER z Paryża powraca do dawnej metody podwiązywania naczyń w celu wywołania zaniku nowotworu i twierdzi, że przy aseptycznym postępowaniu metoda ta daje, zwłaszcza dla guzów na szypule, wyniki zupełnie zadawalające.

(*Sem. méd. 1897. Nr. 49.*)

Wł. J.

— LONDON wykazał doświadczalnie, że własności bakteryoobójcze krwi zmniejszają się pod wpływem podrażnienia bólowego [nerwu kulszowego w doświadczeniach autora], wycieńczenia, zależnego od głodzenia, oraz asfyksyi.

(*C. f. allg. P. 1897. Nr. 19—20.*)

Wł. J.

— Najnowsze badania EGGER'a, KARCHER'a S. VEILLON'a i SUTER'a nad zmianą w składzie krwi pod wpływem klimatu górskiego wykazały znowu, że zarówno u ludzi, jak i zwierząt, przechodzących ze zwykłych poziomów w góry, występuje pewne jakby zagęszczenie krwi, mianowicie zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi oraz procentowego stosunku hemoglobiny. Zdaje się, iż zależy to od występującego w tych razach szybszego mnożenia się czerwonych ciałek krwi. Omawiane zmiany we krwi występowały w wysokim stopniu przy przeniesieniu ludzi, albo zwierząt z wysokości 266 metrów nad poziomem morza na wysokość 1052, lub 986 metrów, ale były już wyraźne i przy zmianie wysokości poziomu o 434 metry.

(*C. f. allg. P. 1897. Nr. 19—20.*)

Wł. J.

Węgier ANGUAN stosował wstrzykiwania podskórne sublimatu przy leczeniu zapalenia nagminnego opon mózgowych i twierdzi, że skracało i łagodziło to bardzo znacznie przebieg całej choroby. Na 27 odnośnie leczonych chorych 19 wyzdrowiało. Autor wstrzykiwał im codziennie sublimat w okolicy kręgosłupa, przyczem dawka jednorazowa wynosiła, stosownie do wieku chorego [3—30 lat], od 0,00005 do 0,005 u dzieci i 0,01 u dorosłych.

(*Sem. méd. 1897. Nr. 48.*)

Wł. J.

— Ostatnimi czasy LANCEBEAUX wyraził w Akademii Lekarskiej w Paryżu przypuszczenie, że ludzie, pijący dużo wina, dostają cyrrozy wątroby nie wskutek zawartego w nim wysokoku, lecz wskutek soli potasowych, jak wiadomo, znajdujących się w winie. Wyloniła się ztąd dyskusya, z której się okazało, że przypadki marskości wątroby, przynajmniej według dotychczasowych danych, spotyka się najczęściej w tych krajach [Normandya, Bretania, Ameryka północna (a chyba i Rossya, *Ref.*)], w których ludność nie pija wina, lecz wódkę.

(*Sem. méd. 1897. Nr. 48.*)

Wł. J.

— JONNESCO wykonał ostatnimi czasy operację dwustronnego wycięcia górnego zwoju współczulnego u 3-ch chorych na jaskrę i otrzymał wynik pomyślny: ciśnienie wewnętrzne w oczach spadło, a chorzy, którzy przedtem już zupełnie nic nie widzieli [z nich jeden od lat dwóch], odzyskali wzrok o tyle, że rozpoznawali palce na odległości 1—2 metrów i mogli sami chodzić.

(*Sem. méd. 1897. Nr. 48.*)

Wł. J.

— Wynikiem dyskusyi, prowadzonej na konferencyi berlińskiej nad trądem jest 1) iż przyczyną trądu jest lasecznik, wykryty przez HANSEN'a; 2) iż lasecznik ten atakuje tylko człowieka; 3) iż trąd jest chorobą zaraźliwą, lecz nie dziedziczącą się 4) iż odosobnienie trędowatych jest użytecznem, a w pewnych warunkach koniecznem.

(*Therap. Woch. 1897. Nr. 43.*)

W. G.

— DEVEL z Petersburga podaje następujący wynik swoich badań nad wrażliwością żab na zarazek dżumy. Żaby są zarówno zimą, jak i latem wrażliwe na zarazek dżumy. Zakażenie dżumą daje się u żab wywołać przez wszczepienie im do worków limfatycznych hodowli laseczników dżumy lub organów zwierząt padłych na dżumę. Zarazek dżumy działa na żaby tem silniej, im więcej razy został przez ustrój przeprowadzony. Zwykła hodowla [zabijająca myszy po 2—2 $\frac{1}{2}$ dniach] zabija żaby po 13—19 dniach; po przeprowadzeniu jednorazowem przez ustrój żabi zabija je w ciągu 12—14 dni, po 3-krotnem—w ciągu 7—8 dni, a po jeszcze kilku przeszczepieniach—nawet w ciągu 5-u dni.

(C. f. B. XXII. Nr. 14. 15).

Wł. J.

— A. GRIGORJEW [z Warszawy] podaje następujące wyniki swoich badań nad naturą zarazka wścieklizny. Sprawcami wścieklizny nie są bakterye, lecz pierwotniaki (*protozoa*), które mogą się rozwijać tylko w tkance nerwowej ustroju i nie dają się wyhodować. Doświadczalnie można za pomocą tego zarazka wywołać u królików wściekliznę nie przez szczepienie go pod oponę twardą, ale i przez wprowadzenie go do oka, przyczem korzyść z takiego postępowania jest podwójna: 1) operację tę jest nierównie łatwiej wykonać, 2) udaje się przytem z łatwością wykryć domieszkę do zarazka wścieklizny innych jadowitych pasożytów.

(C. f. B. XXII. Nr. 14. 15).

Wł. J.

— Chcąc uniknąć utrwalania krwi lub ropy za pomocą ognia, WERMEL proponuje używanie następujących płynów, które służą jednocześnie do utrwalania i barwienia: 1) *Metyleoblau-formalinę*, t. j. mieszaninę 30 ctm. sześć. stężonego roztworu wysokowego błękitu metylenowego z 100 ctm. sześć. 2 $\frac{1}{2}$ %-go roztworu wodnego formaliny. 2) *Eozyno-formalinę*, t. j. mieszaninę 100 ctm. sześć. 1%-go roztworu eozyny w 60%-ym wyskoku z 20 ctm. sześć. 10%-go roztworu wodnego formaliny. 3) *Metyleoblau-formalinę*, t. j. mieszaninę równych części stężonego roztworu wodnego błękitu metylenowego z 4%-ym roztworem wodnym formaliny. W celu otrzymania dobrze zabarwionego preparatu należy krew, *resp.* ropę, wysuszyć na powietrzu, barwić przez 2 minuty mieszaninę Nr. 2, nadmiar barwnika spłókać, a potem barwić również przez 2 minuty mieszaninę Nr. 3 i dalej wykończyć preparat zwykłym sposobem. Do barwienia metodą GRAM'a używa się mieszaniny 10 ctm. sześć. 10% go roztworu wysokowego gencyany z 100 ctm. sześć. 2 $\frac{1}{2}$ %-go roztworu wodnego formaliny.

(C. f. B. XXII. Nr. 14—15).

Wł. J.

— FRASER przekonał się, że żółć jadowitych węzów zawiera odtrutkę przeciwko ich jadowi, odpowiadającą swoją siłą najsilniejszym antytoksynom i surowicy krwi, otrzymanej z uodpornionych na odnośne jady zwierząt.

(C. f. B. XXII. Nr. 14. 15).

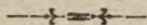
Wł. J.

— Badając systematycznie krew w pewnym przypadku włośnicy (*trichinosis*), BROWN znalazł dość znaczną leukocytozę, przyczem ilość komórek eozynofilowych wynosiła aż 68,2% wszystkich leukocytów, a ilość komórek neutrofilowych stanowiła zaledwie 6,6% wszystkich białych ciałek krwi. W okresie zdrowienia ilość komórek eozynofilowych stopniowo się zmniejszała, tak, że przy wypisywaniu się chorego wynosiła zaledwie 16,8% wszystkich białych ciałek krwi. Krew tu zawierała nadto na wysokości choroby komórki z bardzo delikatną ziarnistością, mającą jednak dużo powinowactwa do kwaśnych barwników [eozyny, fuksyny...]. BROWN sądził, iż z czasem powyższe własności krwi, być może, zaważą i w rozpoznaniu włośnicy.

(C. f. B. XXII. Nr. 14. 15).

Wł. J.

Wiadomości bieżące.



— Dnia 16 października b. r. zmarł w Kielcach na zakażenie ropne (*pyaemia*) ś. p. JAN ANTONI ANDRZEJOWSKI, lekarz powiatu kieleckiego. Nazwisko to od kilku, rzecz można, pokoleń dobrze zapisało się w sercach Kielczan. Ojciec świeżo zgasałego lekarza, ANTONI, zmarły w podeszłym wieku w 1893 roku, był w Kielcach lekarzem miejskim i na tem stanowisku przez długie lata niósł gorliwą pomoc cierpiącym, zwłaszcza uboższym klasom ludności. Przeniknięci do głębi zasadami chrześcijańskimi i miłością bliźniego w najszerszym tego słowa znaczeniu, miłośnicy wszystkiego, co dobre i wzniosłe, rodzice, ANDRZEJOWSCY, jeden tylko mieli cel: wprowadzać te zasady w czyn na wszelkiem polu, jakie przed nimi stawało życie. To też skromny a gościnny dom ich był przytulkiem i oparciem dla wielu. Z dziewięciorga ich dzieci najstarszym był JAN ANTONI. Urodzony w 1839 roku w Miedzianej górze, ukończył szkoły w Kielcach i wstąpił w 1857 r. do akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie; kształcił się następnie w Krakowie przy boku DIETLA, wreszcie, zdobywszy egzaminy w Warszawie w 1866 r., przybył do Kielc i tam już pracował do śmierci, jako lekarz miejski, potem więzienny, dalej przy seminaryum, a nakoniec przez ostatnie lat kilkanaście jako lekarz powiatu. W życiu i czynach swoich był wierny zasadom i przykładom czcigodnych rodziców swoich. Ceniąc przede wszystkim to, co stanowi istotną wartość człowieka, czeząc prawdę i dobro bez względu na to, w kim i pod jaką formą je spotykał, ś. p. ANDRZEJOWSKI dalekim był od wszelkiego pozowania, od wszelkiego udawania. Zyczyliwy dla wszystkich, w najbiedniejszym człowieka uszanować potrafił. Miłował prostotę i żył też po prostu, po dawnemu. Zawód lekarski był dla ś. p. ANDRZEJOWSKIEGO okazją do czynienia bliźnim dobrze. Oddany rodzinie, wylany dla przyjaciół, skory do zaparcia się siebie, nie oglądał się na jutro, ani na siły swoje, ilekroć dobro bliźnich tego wymagało; nikogo też z miłości swojej nie wyłączał. Obok rzadkiej dobroci i wyrozumiałości, posiadał cywilną odwagę mówienia każdemu prawdy w oczy. Stojąc zawsze i wszędzie, z całą szczerością, jako chrześcijanin i Polak, pozyskał miłość i szacunek u bliższych i dalszych, u swoich i obcych, u potrzebujących pomocy i u zwierzchników. Korespondencya z Kielc, zamieszczona w Kurjerze Warszawskim [z 23 października r. b.] mówi o nim: „Ś. p. ANDRZEJOWSKI nie szukał rozgłosu, nie dbał o majątek. Pracował niezmiernie, śpiesząc od jednego chorego do drugiego, wchodząc do suterenu i wspinając się po drabinie na poddasza, wszędzie niósł słowo pociechy i pomoc nie tylko lekarską, ale często i materyalną, więc też szanowanym był przez zamożnych, kochanym przez maluczkich“. Łatwo odgadnąć, że, tak żyjąc, majątku nie zgromadził, ale zostawił dzieciom nieskażone imię i skarb życzliwości ludzkiej. Tłumny i serdeczny udział, jaki w pogrzebie Jego wzięła ludność wszelkich stanów i wyznań, zacząwszy od dostojników kościoła i przedstawicieli władz rządowych, a skończywszy na włościanach i ubogich żydach, powszechny i nieklamany żal, jaki się wtedy ujawnił, wymowne słowa kolegów i przerywane płaczem błogosławieństwa prostych, a głęboko czujących biedaków, świadczą wymownie o zasługach zmarłego lekarza-obywatela.

„Vale anima pia, candida!“

A. Ch.

Zmarli: w Kaliszu D-r ALEKSANDER HINDEMITH, lekarz powiatu i szpitala Ś-tej Trójcy;
w Petersburgu D-r STANISŁAW DANIEŁO, specjalista chorób umysłowych i nerwowych.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 27 Октября 1897. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8