

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. Albert Rosental. Spostrzeżenia neuropatologiczne. — II. Stanisław Jerzykowski. przyczynek do nauki o polipach włóknistych szyjki macicznej. *Przegląd Literatury: Zasady Balneologii* Hermana Rundo. — *Handbuch der allgemeine Therapie* Dr. H. v. Ziemsen. — *Dział Sprawozdawczy:* 44. M. Neneki. W kwestyi utleniania się ciał w organizmie zwierzęcym. — 45. Prześwidrowanie zwojów cewki moczowej. — Zwojenie miednicy. — Pęknięcie macicy bez przedarcia otrzewnej. — Cięcie cesarskie i wycięcie macicy i jajników. — Zejście pomyślne i dla matki i dla dziecka. — 47. Działanie lewatyw ze krwi pozbawionej włókien. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości zagraniczne. — Zmarli. — Nadesłane do Redakcyi. — Ogłoszenia.

## I. Spostrzeżenia neuropatologiczne.

Podał Dr. **Albert Rosental.**

### I. Dwa przypadki sclerosis lateralis amyotrophicae.

Przypadki tej choroby należą w ogóle do rzadkości, a o ile mi wiadomo, dotąd u nas nie były opisywane; nie od rzeczy przeto będzie, przedstawić tu dwa spostrzegane przezemnie przed niedawnym czasem przypadki, w celu zapoznania z niemi szerszego koła publiczności lekarskiej.

Spostrzeżenie 1-sze. W., wyrobnik, lat 39 liczący, przybył dnia 1-go Listopada 1880 r. do kliniki terapeutycznej szpitalnej. Choroba jego rozpoczęła się przed półtora rokiem bólami w krzyżu, oraz drżeniem kończyn dolnych, do czego w kilka tygodni przyłączyło się osłabienie oraz wychudnięcie nóg, wraz z bólami w tychże. W ciągu pół roku mógł on jeszcze zajmować się robotą, przyjmować pokarmy i odziewać się bez pomocy, lecz w tymże czasie siły wciąż zmniejszały się, i to najprzód w nogach, później w rękach. W dalszym ciągu przejawiać się poczęły zaburzenia w mowie i jednocześnie trudność przy polykaniu, polegająca na tem, iż pokarmy stałe długo pozostawały w przełyku, zaś woda wpływała przez otwór nosowy. Od roku chory uskarża się na bóle w rękach i nogach, nie jest w stanie chodzić, zaledwie kilka kroków zrobić może o własnych siłach; od tego też czasu nie jest w stanie sam przyjmować pokarmów. Przed 17 laty uderzeniem obucha, zraniony został w okolicę ciemieniową lewą; w miejscu tem pozostała blizna niebolesna; niekiedy tylko doznaje chory bólu głowy, który rozprzestrzenia się niejako od blizny; w skutek wspomnianego zranienia nastąpiła głuchota, oraz wpływ z lewego ucha. Zaburzeń nerwowych po otrzymanej ranie nie było. Dziedziczne usposobienie do chorób nerwowych w rodzinie jego nie istnieje. W 20-tym roku życia przebył nieokreśloną chorobę gorączkową. Przymiotu nie przebywał; nadużycia płciowe ani opilstwo nie miały miejsca. Jedynie ciężką pracę uważa za przyczynę choroby.

*St. praesens* 23-go Listopada. Chory wzrostu średniego, budowy ciała mocnej, odżywianie umiarkowane. Stan bezgorączkowy. Skóra blada, zimna; tkanka tłuszczowa podskórna zanikła; na dłoniach występuje obfity, zimny pot. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają jakichkolwiek uwagi godnych zbroczeń. Na głowie, w okolicy ciemieniowej lewej, znajduje się poprzeczna, z kością zrosnięta, blizna, mająca w wymiarze podłużnym 6, a w poprzecznym 4 ctm., głęboka na 2 ctm. Przy opukiwaniu głowy, chory nie doznaje żadnego bólu. Wyraz twarzy cierpiący, czoło i brwi zmarszczone, oczy błyszczące. Powieki kurczą się prawidłowo. Żrenice umiarkowanie rozszerzone, pod wpływem światła oddziałują dobrze. Ostrość widzenia nie zmniejszona, przed oczami pojawiają się często iskry, zaciemnienia nie bywa. Czucie skóry twarzy okazuje się zupełnie prawidłowym.

Czoło składa się w zmarszczki prawidłowe. Usta leżą w środku twarzy, przy otwieraniu ich prawy kąt ust podnosi się ku górze; prawa bruzda nosowo-wargowa wyraźniejsza, aniżeli lewa. Wargi zcieńczone; pokryte bladą błoną śluzową. Język przy wysuwaniu zbacza w stronę lewą; mięśnie języka wychudłe, zwiotczałe, ulegają silnemu drżeniu. Zasłona podniebienna podnosi się podczas fonacji, oraz w skutek podrażnienia pędzelkiem i t. p., jej błona śluzowa mocno przekrwiona. Połykanie pokarmów stałych odbywa się z trudnością wprawdzie lecz skutecznie; woda zaś zalewa jamę nosogardzielową i po pewnym czasie dopiero spływa do przełyku. Smak i powonienie nie przedstawiają żadnych zbroczeń. Mowa powolna, przerywana w skutek zatrzymywania się na każdej oddzielnej zgłosce, o silnym odcieniu nosowym, niewyraźna, zaledwie zrozumiała. Na lewe ucho chory nie słyszy od czasu zranienia głowy i powstałego ropienia z ucha. Kręgosłup nie przedstawia widocznych zbroczeń. Przy uderzaniu młotkiem okazuje się bolesność jego części grzbietowej od 4-go do 12-go kręgu. Na tułowiu czucie skóry zachowane. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej widać włókienkowe skurcze mięśni piersiowych z obu stron. Oddech przyspieszony 24—30 na minutę, odbywa się przy widocznym udziale mięśni szyjowych.

Kończyny górne zwieszane są ku dołowi. Ręce wyprostowane w stawie promienio-napięstkowym, zgięte zaś w pozostałych stawach, przedstawiają się jako *mains en griffe*. Skóra na nich wiotka, tkanki tłuszczowej podskórnej ilość zmniejszona. Mięśnie w wysokim stopniu zanikłe; zanik dotyczy mięśni kłębu palca wielkiego i małego (*thenar et hypothenar*), mięśni międzykostnych i wyprostnych ręki, najmniej zaś zginaczy. Na ramieniu mięśnie mniej zanikłe. Lewy mięsień naramienny (*deltoideus*) bardziej zanikły aniżeli prawy. Czucie skóry nietknięte. Mięśnie: dwugłowy ramienia i ramieniowy przedni z obu stron znajdują się w ciągłym włókienkowym drganiu. Prawą kończynę chory jest w stanie podnieść do położenia jej pionowego, lewą zaś zgina w łokciu, lecz nie może jej wyżej podnieść. Zginanie i wyprostowywanie w łokciu ograniczone. Palce u ręki zgięte, zginanie ich łatwiej przychodzi do skutku, aniżeli wyprostowanie. Odruchowa pobudzalność mięśni znacznie wzmocniona, odruchy otrzymujemy przy uderzaniu ścięgien mięśni: *triceps brachii*, *abductor et extensor pollicis*, *flexor digitorum communis*, również przy uderzaniu kości. Pobudzalność mechaniczna mięśni również wzmocniona. Ruchy bierne wykonywają się z łatwością.

Kończyny dolne nie przedstawiają widocznego zaniku mięśni. Czucie skóry zachowane. Ruchy bierne napotykają opór w stawach. Ruchy dowolne ograniczone; w położeniu leżącym chory w stanie jest podnieść je do wysokości 3 stóp. Odruchy ścięgliste znacznie wzmocnione. Przy zgięciu grzbietowem otrzymuje się kloniczny skurcz stopy (*Fussphänomen*) z obu stron. Skurcze kloniczne kończyn następują już przy odsłonięciu koldry. Drgania włóknikowe widać w mięśniu czworogłowym uda z obu stron.

Pobudzalność elektryczna nerwów i mięśni, przedstawia się jak następuje:

<i>Farad.</i>	<i>Facialis dex.</i>	15 O. C. <sup>1)</sup> .
	<i>Facialis sin.</i>	13 O. C.
	<i>Muscul. faciei</i>	18 O. C.
<i>Galvan.</i>	<i>Facialis dex.</i>	12 E. S. Z. K. <i>Fac. sin.</i>
	---	14 E. S. Z. K. — skurcze powiek.
	—	16 E. S. Z. K. — silny—S. Z. K. słaby. ( <i>contractio m. levatoris anguli oris</i> ).
	<i>Mm. menti</i>	18 E. S. Z. K. S. Z. An. jednakowy z obu stron.
<i>Farad.</i>	<i>N. Mediani</i>	18 O. C. <i>Ulnares</i> 16 O. C. <i>Rudiales</i> 14 O. C.

Pobudzalność mięśni ramienia i przedramienia zachowana.

Oddziaływanie na prądy indukcyjne i galwaniczne:

*Mm. thenaris et hypothearis* = 0.

*Mm. extensores manus* 12 E. S. Z. > An. S. Z. K.

— 18 E. S. Z. > An. S. K. — skurcz powolniejszy,

dłużej trwający, odczyn zwyrodnienia.

Pobudzalność *Mm. bicipitis et tricipitis brachii* prawidłowa 12 E. = S. Z. K. > S. Z. An. Pobudzalność *Mm. supra et infraspinati* zmniejszona (20 E. S. Z. K. skurcz słaby).

Wymiary objętości kończyn górnych:

Ponad <i>proc. styloid. antibrachii</i>	prawa	16½	lewa	16½	ctm.
12 ctm. wyżej od poprzedniego	—	18½	--	12½	—
Poniżej <i>epicondylu et epitrochleae</i>	—	22	—	21½	—
6 ctm. nad <i>plica cubiti</i>	—	20	—	20	—
16 ctm. poniżej <i>acromion</i>	—	23	—	22	—

Zanik mięśni dotyczy przeważnie następujących mięśni: na prawej kończynie mięśni 1 i 5-tej, na lewej 1, 4 i 5-tej przestrzeni międzykostnych dłoniowych; z obu stron zanikły mięśnie kłębów palca dużego i małego. Mięśnie-zginacze ręki zanikły bez różnicy po obu stronach. Mięśnie wyprostne ręki mocno zanikły również bez różnicy. Prawy mięsień trójgłowy zarówno jak dwugłowy i naramienny mocniej rozwinięte aniżeli ze strony lewej. Mięsień kapturowy i mostko-obojęzykowy dobrze rozwinięte po obu stronach. Mięśnie nad- i podgrzebieniowe z obu stron zanikłe, szczególnie nadgrzebieniowy lewy.

30-go Listopada zanotowano co następuje: Na dłoniach i podszwach zauważyć się daje obfity pot zimny, ręce wciąż wilgotne. Bardziej szczegółowe badanie

<sup>1)</sup> Pierwsze oddziaływanie mięśnia występuje przy O(dległości), C(ewek) przyrządu indukcyjnego równej 15 centym. i t. d. E(lementów), S(kurcz) przy Z(amknięciu), K(atody), An(odny).

położenia kończyn pokazało: prawe przedramię znajduje się w położeniu nawrotnem, ręka i drugie członki palców zgięte, pierwsze wyprostowane. Co do ruchów czynnych kończyn skonstatowano, na p r a w e j: ręka w stawie promieniowo-napięstkowym może być zgiętą, pierwsze członki palców również, pozostałe zaś są ciągle zgięte. Wyprostowanie ręki, zarówno jak i 3 i 4-go palca zachowane. Paluch znajduje się w położeniu ksobnem i zgięciu, od- i doprowadzenie (*ab- et adductio*) jego są niemożliwe. Siła nawrotna przedramienia zachowana, wyrotna (*supinatio*) zaś słaba, połączona z podniesieniem i wyprostowaniem łokcia. Zgięcie i wyprostowanie przedramienia prawidłowe. Podniesienie, od- i doprowadzenie ramienia zachowane, choć w niewielkim stopniu. Kończyna l e w a: Zginanie palców zarówno jak i ręki może być wykonywane. Wyprostowanie palców 3, 4 i 5-go możliwe (2-go niewielkie). Wyprostowanie ręki nie może być wykonywanem, zarówno od- i doprowadzenie. Przeciwwstawienie (*oppositio*) i doprowadzenie dużego palca niewielkie. Siła wyrotna przedramienia ograniczona, nawrotna zachowana. Podnoszenie, od- i doprowadzenie ramienia znacznie zmniejszone. Co zaś do kończyn d o l n y c h, zauważono co następuje: odżywianie mięśni zadawalniające. W niektórych mięśniach widać drgania włókienkowe, mianowicie w czworogłowym uda, w mięśniach ksobnych (*adductores*) i łydkowym. Czucie skóry prawidłowe. Ruchy bierne wykonywują się z łatwością, tylko w stawach kolanowych, napotyka się na nieznaczny opór. Przy zgięciu grzbietowym stóp, spostrzega się w nich mocny skurcz kloniczny (*Dorsalclonus*), szczególnie po lewej stronie. Ruchy czynne: chory podnieść jest w stanie kończyny do wysokości 40 ctm. od powierzchni łóżka. W stawie biodrowym zgina je pod kątem bardzo ostrym (30°); w kolanie zginanie i wyprostowanie odbywa się dobrze; toż samo odnosi się do stóp i do palców. Przy wykonywaniu ruchów nie spostrzega się najmniejszej inkoordynacji (*ataxia*) nawet przy zamkniętych oczach. Chory jest w stanie podnieść się z łóżka bez pomocy, stanąć na podłodze, lecz z trudnością tylko przejść może kilka kroków; chód przytem jest czysto paretyczny, kroki małe, nogi posuwają się nie zginane w kolanach. Odruchy skórne nie zmniejszone; pobudzalność mechaniczna mięśni podniesiona. Odruchy ścięgniste znacznie podniesione, szczególnie w kończynie lewej. Przy podnoszeniu (czynnem lub biernem) kończyny następuje mocne drganie.

Opisane zjawiska pozostawały bez zmiany w ciągu czterotygodniowego pobytu chorego w klinice i w tym też stanie chory opuścił szpital.

Streszczając spostrzegane u chorego zjawiska, mamy: mniejsze lub większe porażenie kończyn, rozlany zanik mięśni (*thenar, hypothenar, mm. interossei, extensores manus, deltoidei, supraspinati* i t. p.), wzmocnienie odruchów ścięgnistych, skurcze drgawkawe w kończynach dolnych, drżenie stóp (*epilepsia spinalis*), zachowaną pobudzalność elektryczną nerwów, utratę pobudzalności galwanicznej, lub odczyn zwyrodnienia (*Entartungsreaction*) w mięśniach zanikłych.

Co do rozpoznania cierpienia, możnaby tu przedewszystkiem pomyśleć o postępowym zaniku mięśni (*atrophia muscularis progressiva*), lecz z przypuszczeniem tem nie zgadza się, wystąpienie porażenia przed zanikiem mięśni, zanik mięśni nie ograniczony do pewnych grup, lecz rozlany po kończynie jednej i drugiej, wreszcie wzmocnienie odruchów i skurcze drgawkawe. Drugą z rzędu

chorobą, o której możnaby w danym razie pomyśleć, jest t. z. zanikowe porażenie dorosłych (*atrophische Spinallähmung Erwachsener*), którego postać anatomiczna znana jest pod nazwą: *poliomyelitis anterior chronica*, t. j. przewlekłego zapalenia przednich rogów szarej istoty rdzenia. W samej rzeczy, z przypuszczeniem tem zgadza się porażenie pierwotne, po którym dopiero rozwinął się zanik mięśni rozlany, choć przy *poliomyelitis* zazwyczaj porażenie i zanik dotyczą wprawdzie jednej kończyny, a po pewnym czasie porażoną zostaje kończyna druga, w naszym zaś przypadku po zajęciu kończyn dolnych, nastąpiło porażenie obu kończyn górnych. Prócz tej formalnej różnicy występują jeszcze inne ważniejsze. Przy *poliomyelitis* zmiany anatomiczne nie ograniczają się do przednich rogów rdzenia, lecz mamy przy niem też zwyrodnienie pni nerwowych i mięśni do tego stopnia, iż Leyden<sup>1)</sup>, w ostatnim czasie, na zasadzie swych klinicznych i anatomicznych badań, postawił teorię, według której zapalenie pni nerwowych przy *poliomyelitis* jest sprawą pierwotną, kardynalną, zaś zmiany w szarej istocie rdzenia są wtórnymi i drugorzędniemi.

Zachowana w naszym przypadku pobudzalność elektryczna nerwów, zarówno jak i wzmocnienie odruchów ścięgniętych oczywiście nie pozwalają na przypuszczenie *poliomyelitis chronicae*. Natomiast wszystkie spostrzegane u chorego zjawiska podciągają się pod obraz kliniczny, stworzony przez Charcot'a, pod nazwą: *sclérose latérale amyotrophique*. Anatomiczną podstawę tego cierpienia stanowi kombinacja zwyrodnienia pęczków tylnobocznych (dróg piramidalnych) wraz z zanikiem przednich rogów rdzenia. Wyniki badań Flechsig'a<sup>2)</sup>, Moeli'ego<sup>3)</sup> i Strümpell'a<sup>4)</sup>, stwierdziły prawdziwość tego przypuszczenia. Jeśli dodamy, że przy tem cierpieniu pnie nerwowe nie ulegają zwyrodnieniu, a tylko zależnie od cierpienia rogów rdzenia, ulegają zanikowi i zwyrodnieniu mięśnie, wtedy będziemy mogli wytłumaczyć zależność obrazu klinicznego od podanych wyżej zmian anatomicznych. Porażenie kończyn wyczerpujące najspierwszodnie jest od rozwijającego się zwyrodnienia odnóg piramidalnych, zanik mięśniowy—od przylączających się zmian w przednich rogach rdzenia, wzmocnienie odruchów dałoby się wytłumaczyć zmniejszeniem oporu przewodnictwa w zwyrodniałym rdzeniu lub utratą hamującego wpływu mózgu, wreszcie samowolne drgawkowe skurcze w kończynach dolnych—podrażnieniem cierpieniu uległych lecz pobudliwych włókien dróg piramidalnych, przy zachowanej pobudliwości nerwów obwodowych.

Wspomnieć jeszcze należy o całym zbiorze opisanych wyżej zjawisk, cechujących porażenie opuszkowe. Należy tu: zaburzenie w mowie, trudność w połykaniu, porażenie lewego mięśnia twarzowego, drżenie języka, porażenie zasłony

<sup>1)</sup> Leyden. Ueber Poliomyelitis und Neuritis. *Zeitschr. f. klin. Medicin.* 1880.

<sup>2)</sup> Flechsig. Ueber Systemerkrankungen im Rückenmarke. (Primäre Degeneration der Pyramidenbahnen). *Archiv der Heilkunde. B.* XIX, pag. 53.

<sup>3)</sup> Moeli. Ein Fall von amyotrophischer Lateralsklerose. *Archiv f. Psych. u. Nervenkr.* Bd. X. Heft 3.

<sup>4)</sup> Strümpell. Beiträge zur Pathologie des Rückenmarkes. *Arch. f. Psych. u. Nervenkr.* Bd. XI. Heft 1.

podniebiennej, wyraźny zanik języka i warg, zwiększona wydzielina śliny i śluzu w ustach. Jest-to obraz choroby, nazwanej przez Duchenne'a: *Paralysie progressive de la langue des lèvres et du voile du palais*, zaś Leyden<sup>1)</sup>, uwzględniając zmiany anatomiczne w rdzeniu przedłużonym, oraz przyłączający się zawsze zanik mięśniowy, nazwał to cierpienie: *amyotroficznym porażeniem opuszkowym postępującym* (*progressive amyotrophische Bulbärparalyse*). Przyłączenie się w naszym przypadku porażenia opuszkowego jest charakterystycznym dla *sclerosis lateralis amyotrophica* i wyjaśnić się daje zmianami na dnie komórki 4-tej w obrębie jąder nerwu podjęzykowego, błędnego, języko-gardzielowego i twarzowego, zmianami tejże natury co i zmiany w szarej istocie rdzenia. Dodać jeszcze należy, iż Leyden, zestawiając przypadki amyotroficznego porażenia opuszkowego, wywnioskował że zwyrodnienie dróg piramidalnych stale towarzyszy zanikowi jąder rdzenia przedłużonego. Widzimy więc, że i z tej strony przypadek nasz może być zadawalniająco wyjaśnionym i że cały obraz chorobowy może być określony jednolitą sprawą chorobową: *Sclerosis lateralis amyotrophica cum paralyssi bulbari amyotrophica*.

Postawiwszy tym sposobem rozpoznanie opisanego przypadku, powrócę jeszcze do niego dla wyjaśnienia niektórych wątpliwych punktów, lecz najprzód opiszę drugi spostrzegany przezemnie analogiczny przypadek. W celu uniknięcia powtarzań, ograniczę się na zwięzłym przedstawieniu głównych danych.

(D. n.)

## II. PRZYCZYNEK DO NAUKI O POLIPACH WŁÓKNISTYCH SZYJKI MACICZNEJ.

Podał Dr. **Stanisław Jerzykowski** z Poznania.

Polipy włókniste macicy zdarzają się w ogóle często a najczęstszym ich punktem wyjścia bywa, jak wiadomo, dno macicy oraz górna część ciała macicy; rzadziej już spotykamy je w niższej części ciała macicznego, a najrzadziej w szyjce. Spostrzegane przezemnie w ostatnim czasie sześć przypadków polipów macicznych, budzą już z tego powodu pewną ciekawość, że wszystkie wychodziły z szyjki, *resp.* ujścia macicznego; nadto, objawy przez nie wywołane były tak różnorodne, że znajomość takowych nie może nie zająć lekarza praktyka, i dla tego przytaczam je tu w krótkości.

1) Maryjanna K., żona urzędnika, od zameżenia swego przed trzema laty cierpiała na bardzo obfitą miesiączkę, która początkowo, prócz znacznego osłabienia, żadnych innych nie sprawiała dolegliwości. Później przy obfitem miesiączkowaniu występowały boleści, tak, iż chora, stanem swym zaniepokojona, przybyła do mnie po radę. Badając palcem, łatwo było wysledzić guz dość znaczny, twardej spistości, który tak dalece rozszerzył ujście maciczne, iż palcem można było namacać jego szypułę, przyczepiającą się do przedniej ściany szyjki ma-

1) *Archiv f. Psych. u. Nervenkr. Bd. VIII. pag 641.*

nicznej. Założywszy wziernik, stwierdziłem obecność polipa włóknistego, wielkości orzecha włoskiego, za pomocą haczyka dawał się on łatwo ściągnąć ku dołowi, lecz krwawił przy tem znacznie. Operacji dokonałem przez proste wycięcie nożycami Siebold'a, przyczem nie było ani znaczniejszego krwawienia, ani też żadnych dolegliwości większych. Chora już następny peryjód przebyła prawidłowo, a nadto, dotąd bezdzietna, po 3 — 4 miesiącach zaszła w ciążę.

2) E. R., około 40 lat licząca, po ostatnim peryjodzie, który przed 1½ rokiem nastąpił, zaczęła się skarżyć na coraz większe osłabienie i upławy białe w znacznym stopniu. Przy badaniu przez pochwę, nie znalazłszy nic nieprawidłowego, sądziłem, że powodem całego cierpienia był niedostateczny powrót macicy do stanu przedciążowego i poleciłem, prócz posilnej diety oraz przetworów żelaza, letnie przestrzykiwania z roztworu kwasu karbolowego. Środki te jednakże nie sprawiały widocznego polepszenia i w krótko wystąpiły podczas czasu miesięczkowego silne krwotoki, połączone z takimi boleściami, że chora 2 do 3 dni w łóżku przeleżyć musiała. W Maju r. z. wśród takich boleści i krwotoku badałem po raz pierwszy chorą wziernikiem i ku mojemu zdziwieniu spostrzegłem w ustach macicznych dość wielki nowotwór, który znaczną objętością wystawał z zewnętrznego ujścia macicznego. Z powodu znacznej bolesności macicy oraz czasu miesięczkowego wstrzymałem się od dalszego badania guza, oraz od natychmiastowej operacji. Po skończeniu regularności, która trwała dni 12, ponownie wziernikiem badając chorą, znalazłem, że się guz znacznie zmniejszył i cofnął w głąb szyjki macicznej; ujście zaś zewnętrzne było tak rozszerzone, że palcem można było dojść aż do szypuły guza, wychodzącego z wewnętrznego ujścia macicy. Tego samego dnia wyciąłem go nożycami, poczem chora po kilku dniach wstała i nie tylko odzyskała dawne zdrowie, lecz nadto regularność przychodziła prawidłowo.

3) W innych przypadkach w obrazie choroby nie przeważają tak widoczne krwotoki i silne boleści, jak w dopiero co opisanych, lecz występuje za to szereg innych przypadłości, będących już to skutkiem utraty krwi, już to skutkiem usiłowania macicy do wydalenia polipa, już też skutkiem drażnienia, jakie polip na macię wywiera. Do rzędu takich przypadłości należą: ociężałość, ból głowy prawie ustawiczny, bicie serca tak mocne, że się chore nieraz ze snu budzą, ciągle nudności, wielka skłonność do wymiotów i znaczne rozdrażnienie. Przypadek tego rodzaju spostrzegłem u zaręcznej Ż., 44 lat liczącej, matki czworga dzieci, która od kilku miesięcy cierpiała na śluzowo-ropiasty odpływ z pochwy i na dłuższe wprawdzie, zwykle do 8 dni trwające miesięczkowanie, lecz występujące w odstępach prawidłowych; za to wystąpiły już wcześniej opisane powyżej objawy hysteryczne. Nie mogąc zbadać chorej wziernikiem, ponieważ na to zezwolić nie chciała, poleciłem wzmacniające pożywienie, przetwory żelaziste oraz przestrzykiwania pochwy roztworem kwasu karbolowego. Gdy jednakże przy tego rodzaju leczeniu stan chorej się nie polepszał, nadto wypływ ropiasty zaczął mocniej cuchnąć i odżywianie chorej coraz widoczniej upadało, chora zdecydowała się wreszcie na bliższe zbadanie przez pochwę. Wprowadziwszy wziernik znalazłem guz wielkości orzecha laskowego, który znaczną częścią wychodził z ujścia macicznego. Palcem, wprowadzonym do ujścia macicznego, choć takowe było

dość rozszerzone, nie mogłem obejść naokoło nowotworu; było więc widocznem, że takowy wychodził albo z szyjki, albo z wewnętrznego ujścia macicy. Dnia następnego, wspólnie z kolegą Gr o d z k i m, szczypczykami guz zachwyciwszy, ściągnęliśmy go mocno ku dołowi i nożycami S i e b o l d'a wycięli z niego tyle, ile się nożycami zachwycić dało; krwotoki i boleści były nieznaczne; guz wycięty był wielkości dobrego orzecha laskowego. Po zatrzymaniu się krwotoku przekonaliśmy się, że w głębi szyjki tkwi jeszcze dość znaczna część guza, również twardej spistości. Chcąc go uczynić więcej dostępnym, wprowadziłem skrobaczkę aż do wewnętrznego ujścia macicy i naciskając nią mocno na miejsce przyczepu guza, oraz pociągając ku dołowi, udało mi się guz tak sprowadzić ku ujściu macicznemu, że można go było zachwycić szczypczykami i ściągnąwszy silnie ku dołowi wyciąć część, co do objętości równą pierwszej części nowotworu. I teraz krwotok był nie wielki i po zastrzyknięciu gorącego rozczywnu kwasu karbolowego w krótkce ustał całkowicie. Chora nieco osłabiona więcej wrażeniem operacji, jak operacją samą, nie narzekała na żadne dolegliwości i dopiero dnia następnego zaczęła się skarżyć na małe bóle w podbrzuszu. Tegoż dnia badając palcem można było namacać, że od górnej części szyjki aż do ujścia wewnętrznego ciągnie się twardy pokład — szypuła polipa. Wyskrobawszy takowy dość mocno skrobaczką, włożyłem gąbkę prasowaną, którą następnie (co drugi dzień) trzy razy jeszcze założyłem. Rękoczyn ten znosiła chora dobrze, z wyjątkiem ostatniej gąbki, która mocne sprawiła boleści, lecz po usunięciu jej ustąpiły takowe w przeciągu 24 godzin. Odtąd stan chorej z dnia na dzień widocznie się poprawiał, owe objawy hysteryczne ustępowały również, odżywianie ciała polepszyło się znacznie, tak, iż chora prawie dawne swe odzyskała siły.

4) Zupełne przeciwieństwo do opisanego co dopiero przypadku, stanowi przypadek następujący, który przebiegał prawie bez wszelkich objawów właściwych polipom. A. Mł., panna 42 lat licząca, nie rodziła nigdy i regularność miała zawsze w prawidłowym czasie; dopiero przed rokiem straciła takową całkowicie i prócz śluzowego odpływu nie skarżyła się na żadne dolegliwości. Tak wczesną utratą miesiączki zaniepokojona, udała się po radę lekarską. Przy badaniu bliższem wykazało się, że całe ujście maciczne było zapchane naroślą, twardej spistości, która za dotknięciem haczykiem krwawiła dość znacznie i dochodziła do wielkości małego orzecha laskowego. Haczykiem dało mi się narośl ściągnąć dobrze ku dołowi, przyczem się wykazało, że polip włóknisty dość grubą szypułą przyczepiał się do lewej ściany szyjki macicznej. Zaraz przy tem pierwszym badaniu usunąłem narośl za pomocą prostego nacięcia nożycami S i e b o l d'a, bez znacniejszego krwotoku i założywszy tampon chorą odesłałem do domu. Od chwili wyjęcia polipa odpływ śluzowy ustał zupełnie, nadto, w miesiąc po operacji pojawiła się regularność. Czy ów brak odpływu miesiączkowego należy klasę jedynie na karb narośli, trudno na pewno rozstrzygać; być bowiem może, że i lata przechodowe, w tym razie nieco wczesne, odgrywają tutaj pewną rolę, a być może, że nieszczęśliwe odżywienie pacjentki było w tej mierze także nie bez znaczenia.

5) Również bez znacniejszych objawów przebiegał przypadek, który niedawno temu obserwowałem z kolegą K a p u ś c i ń s k i m, a w którym polip



wielkości orzecha włoskiego wychodził tuż z poza zewnętrznego ujścia macicznego. W razie tym, jedynym objawem było znaczniejsze nieco krwawienie miesięczkowe, a i ten objaw ustąpił w krótkce po wycięciu polipa. Podczas operacji nie było żadnego większego krwotoku.

6) Szósty przypadek spostrzegalem u niezamężnej Z. K., lat około 20 liczącej, która zawsze miesięczkowała regularnie i nigdy żadnem cierpieniem macicznym dotkniętą nie była. Dopiero w 2 — 3 miesiące po porodzie, który nastąpił mniej więcej przed rokiem, zaczęła się skarżyć na odpływ śluzowo-ropiasty, a regularność o tyle odmienny przybrała charakter, że krew w dość wielkich wydzielala się skrzepach; zresztą trwała prawidłowo długo. Przy badaniu uderzyło mię, że po lewej stronie nie dało się zgłębnika żadną miarą wprowadzić do jamy macicznej, lecz tylko wtenczas, gdy się takowy silnie ku stronie prawej naciskało. Ponieważ położenie macicy było prawidłowem, przeto przypuszczałem zaraz z góry, że ową zaporą musi być jakaś narośl w górnej części szyjki. Rozszerzywszy z wielką trudnością usta maciczne rozszerzaczem Ellingera, wprowadziłem następnie gąbkę prasowaną także z niemalym trudem, poczem wystąpiły tak silne bóleści, że już po trzech godzinach gąbkę wyjąć musiałem. Pod wpływem skurczów, przez gąbkę spowodowanych, polip opuścił się o tyle ku dołowi, że się dość znaczna część tegoż dała wyciąć nożycami; krwotok ustał niebawem po zastrzyknięciu gorącej wody. Po dwóch dniach wprowadziłem gąbkę już daleko łatwiej, co następnie pięć razy jeszcze powtórzyłem; gąbki maczałem w roztworze garbniku w glicerynie (15,0 na 50,0). Po trzech tygodniach odpływ ropiasty znikł całkowicie i regularność przybrała dawną prawidłową cechę.

Co do anatomicznego rozpoznania polipów, o których powyżej była mowa, to nadmienić tu muszę, iż nie badałem ich pod drobnowidzem, lecz o naturze ich orzekłem tylko z cech, dostrzeżonych gołem okiem.

Z tej małej liczby przypadków niepodobna żadnych ogólnych wyciągać wniosków, wszakżeż na jedno chciałbym zwrócić uwagę, t. j. na sposób operowania tego rodzaju nowotworów. Bez wątpienia, najstosowniejszą ze wszystkich metod operowania, dla polipów włóknistych szyjki macicznej, jest metoda wycięcia. Używa się zaś głównie prostych długich nożyczek Cooper'a, nożyczek Siebold'a, albo też nożyczek podanych przez Charriera z odśrodkową śrubką. Wycinając nożycami możemy najwygodniej i najpewniej przeciąć szypułę; ułatwia się zaś to postępowanie, jeżeli się polipa ujmuje szczypcykami i ściąga o ile można ku dołowi. Krwotok przy tego rodzaju operowaniu jest nie wielki i łatwo da się zatrzymać (Lisfranc na 165, a Dupuytren na 200 operacji mieli tylko dwa przypadki silnego krwotoku). W każdym razie należy zawsze być przygotowanym na mierny krwotok i mieć w pogotowiu środki do zatamowania służące, jak: *liq. ferr. sesquichl.*, żegadło, tampon. Nawet po skończonej operacji ostrożność wymaga, ażeby operowanych pilnie doglądać, gdyż krwotok następczy może się pojawić nawet po kilku godzinach. To też dla zapobieżenia takowemu zaleca się zawsze tamponowanie pochwy.

Dalej, bóleści przy wycinaniu są daleko mniejsze, aniżeli przy podwiązywaniu, miażdżeniu, stosowaniu odgniatacza i t. d. Do znaczniejszego stopnia do-

chodzą dolegliwości tylko wtenczas, jeśli polipa z trudnością przychodzi ściągnąć ku dołowi, a i te dadzą się usunąć przez zachloroformowanie.

Nadto, operacja trwa stosunkowo krócej i operowaną zaraz po wycięciu można uważać za wyleczoną, ponieważ pozostała reszta szypuły oddziela się sama, przy zastrzykiwaniach robionych do pochwy.

Wreszcie zapalenia macicy i jej otoczenia przychodzą daleko rzadziej, aniżeli przy innych sposobach operowania, naturalnie jeśli podczas operacji nie obrażono części przyległych, lub przy ściągnięciu narośli nie nadwyrężono zanadto organów płciowych. Przy miażdżeniu zaś i wyrywaniu, jak wiadomo, zachodzi bardzo często silny krwotok i gwałtowne przypadłości nerwowe. Przyżeganie z następczem ropieniem działa niepewno i wolno, a nadto jest niebezpiecznem, z powodu długotrwałego ropienia i posoczenia. Wykręcenie da się zastosować tylko dla bardzo małych polipów, o bardzo cienkiej szypule i jest przeciw wskazane w razie obecności chociażby tylko nieznacznego zapalenia macicy, ponieważ łatwo powiększa stan zapalny. Tak samo odgniatanie i podwiązywanie jest niebezpieczne, wywołuje dokuczliwe bóleści, gwałtowne zapalenie macicy, zapalenie otrzewnej, macicę powlekającą i gwałtowne przypadłości nerwowe. To też na pierwszym miejscu stawić winniśmy wycięcie, a dopiero wtenczas, gdyby takowe było niemożliwem, zastosowanie pętli galwano-kaustycznej, lub jedną z wyżej wspomnianych metod operowania.

---

## PRZEGLĄD LITERATURY.

---

*Zasady Balneologii podług dzieł D-ra J. Braun'a i Lehman'a, ułożył Hermann Rundo,  
Lekarz. Warszawa 1880. Cena Rs. 1.*

Autor podług wyżej przytoczonych autorów zestawił bardzo treściwie, bo na 43 stronach, główne grupy wód mineralnych, podając pokrótce wskazania dla każdej z nich. Zestawienie takie może być pożytecznem dla lekarza praktyka, który doraźnie chce się poinformować o danem zdrojowisku. Szkoda tylko, że autor zapomniał dodać w końcu spisu alfabetycznego zdrojowisk, bo ten właśnie ułatwiłby owó szybkie oryjentowanie się, a wreszcie sądzę że autor, który pisał dla publiki polskiej, powinien zrobić chociaż nieco obszerniejszą wzmiankę o zdrojowiskach polskich, a nie kłaść ich na równi ze zdrojowiskami bardzo małemi i nieznanemi, daleko od nas leżącemi. Potrzebne do tego szczegóły z łatwością autor mógłby odnaleźć w Balneologii Zieleniewskiego. A. S.

---

*Handbuch der allgemeinen Therapie. Herausgegeben von Dr. H. v. Ziemssen.  
Leipzig. 1880.*

Prof. Z i e m s s e n z Monachijum, po ukończeniu znanego powszechnie olbrzymiego zbiorowego dzieła patologii i terapii szczegółowej, rozpoczął w końcu roku zeszłego publikację również zbiorowo opracować się mającego podręcznika patologii ogólnej. Dotychczas ukazały się 3 zeszyty, t. j. tomu 1-go, zeszyt 1-y

obejmujący metody przeciwgorączkowe i przeciwzapalne, obrobione przez prof. Liebermeister'a i Jürgensena, oraz wykład o naskórnem i podskórnem stosowaniu leków przez prof. Eulenburg'a. Z tomu II-go ukazały się dotychczas 2 zeszyty, t.j.: klimatoterapija, ogólna balneoterapija, oraz hydrotepija. Sprawozdanie nasze rozpoczynamy od tomu II-go, wydana bowiem jego część przedstawia pewną zaokrągloną całość.

Tom II-gi rozpoczyna wykład klimatoterapii; autorem jego jest Dr. Hermann Weber z Londynu, autor, który szczególnie w Anglii znany jest zaszczytnie z wielu prac z dziedziny suchot płucnych i klimatoterapii. Napisać dzisiaj wykład klimatoterapii, i to zwięzły, bo zaledwie na 200 stronach pomieszczony, a przytem podać krytyczny pogląd w tyłu różnorodnych i sprzecznych kwestyjach panujących na tem polu, najnowszej niemal galezi medycyny wewnętrznej, zaiste nie było łatwym zadaniem, z tego też względu jeśli i w dziele wyżej wzmiankowanem natrafiamy na różnorodne sprzeczności i usterki, dziwić się i za złe brać autorowi nie należy, nie trzeba bowiem zapominać o chaotyczności przedmiotu, a z drugiej strony pamiętać należy, że nawet w tak monumentalnem dziele, jakim jest wykład klimatologii i klimatoterapii Lombord'a (4 olbrzymie tomy po 1000 stronic przeszło), wiele kwestyj, szczególnie odnoszących się do klimatoterapii właściwej, jest dość pobieżnie traktowanych. Zdaniem naszym autor z zadania swego wywiązał się wcale nieźle, przedstawił bowiem w krótkości ogólny zarys klimatologii, zasadnicze poglądy na klimatoterapiję, a wreszcie podał pokrótce opis główniejszych stacyj klimatycznych. Wykład ów zapewne niezadowolni specjaliści, lekarz jednakże praktyk, nie mający czasu ani na czytanie kilkotomowych wykładów, ani możności wyszukiwania różnorodnych, na setki liczących się broszur i monografij, znajdzie w dziele Weber'a treściwe zestawienie klimatoterapii, przedstawiające mu w zupełności najnowszy pogląd nauki na w mowie będący nader ważny dział terapii ogólnej, dotychczas po macoszemu traktowany.

W rozdziale I, autor rozbiera potroszę ogólne własności i czynniki składowe klimatu, a więc powietrze, ciepłotę, wilgoć, wzniesienie nad poziom morza i t. d.; w rozdziale 2, po krótkim wstępie, traktującym o podziale klimatów, przystępuje do opisu treściwego stacyj klimatycznych, dzieląc je na stacje wilgotne, przymorskie i nadbrzeżne (ze zwykłemi poddziałami), stacje z klimatem przeważnie suchym i ciepłym, a wreszcie stacje górskie; szczególnie ten ostatni rozdział jest, zdaniem naszym, bardzo dobrze opracowanym, widać w nim obiektywność sądu dzielnego lekarza praktyka, czerpiącego swe poglądy głównie z przypadków osobiście długo obserwowanych i kontrolowanych, a chociaż na pewne poglądy podane w owym rozdziale, a szczególnie na wskazania do klimatu górskiego sprawozdawca w wielu punktach nie zgodziłby się z autorem, jest to jednakże rzecz indywidualnego zapatrywania się, zwłaszcza że w tej materji panuje w nauce jeszcze obecnie niesłychany chaos.

W rozdziale 3 autor podaje niejako streszczenie poprzednich działów, rozbiera pojedyncze grupy chorobowe, podając w zarysie ogólnym wskazania do leczenia klimatoterapeutycznego. Wreszcie rozdział 4 zawiera tak zwaną „*Climatoterapia nostras*“, t.j. kwestyję, o ile każdy klimat daje się zastosować w celu klimatoterapeutycznym. Jestto, zdaniem naszym, pytanie niesłychanie ważne, i wielce żalować należy iż autor poświęcił mu zaledwie 2 stronicie. Kwestyja owa oddawna zajmuje szczegółowo sprawozdawcę, który, zastrzegając sobie wypowiedzenie własnego pod tym względem przekonania, ogranicza się obecnie na przytoczeniu 3 podanych w tej w kwestyi przez Webera punktów, z którymi w zasadzie zgadza się w zupełności.

1) Przez umiejętne użytkowanie danych klimatycznych warunków krajowych w wielu przypadkach da się również tyle osiągnąć jak i przez pobyt w oddalonych miejscach leczniczych zagranicznych.

2) Przez pewne modyfikacje w urządzeniu mieszkań (przewietrzanie i t. p.) i sposobie życia, warunki klimatyczne ojezyste wielce poprawionemi być mogą.

3) W zakładach leczniczych, w odpowiednich miejscowościach kraju urządzonych i stosownie prowadzonych, dadzą się osiągnąć też same wyniki co i w zakładach klimatycznych zagranicznych.

---

Część 2 tomu II obejmuje wykład ogólnej Balneologii (*Allgemeine Balneotherapie*), opracowany p. D-ra Leichtensterna z Kolonii. Dotychczas znaleźmy D-ra L. jako dzielnego badacza na polu dyagnostyki fizykalnej chorób przyrzędów oddechania, dla tego powątpiewaliśmy z góry czy autor podoła tak ciężkiemu zadaniu, jakim jest napisanie treściwego wykładu ogólnej balneologii, która mimo olbrzymiej literatury przedstawia się obecnie jeszcze w chaotycznym stanie. I w rzeczy samej wczytawszy się bliżej w powyższą pracę, wyznać musimy że pozostawia ona bardzo wiele do życzenia. Jako przeznaczona dla lekarzy praktyków winna odznaczać się jasnością, nie wdawaniem się w zbyteczną polemikę krytyczną i przedstawiać w ogóle kierunek praktyczny. Tymczasem mamy coś zupełnie przeciwnego. Wykład bowiem Balneologii D-ra L. jest bardzo sumiennem zebraniem najróżnorodniejszych zdań, prac, poglądów, zbijaniem tychże, a wreszcie zestawieniem ogromnej ilości wniosków autora pod postacią paragrafów najczęściej długich bardzo i niejasnych i w większości negatywnej natury. Z całej pierwszej części ogólnej Balneologii lekarz praktyk, zdaniem naszym, nie wyniesie niemal żadnej korzyści.

W dziale drugim autor po kolei rozbiera oddzielne grupy wód, jakoto. cieplice obojętne, szczawy i t. d., zastanawia się nad ich ogólnem działaniem, rozbiera krytycznie wskazania i przeciwwskazania, a wreszcie zestawia pokrótce główne źródła, należące do każdej grupy. Dział ów jest obrobiony jaśniej i może w istocie być z korzyścią przez praktyków czytany, chociaż z drugiej strony brak w nim tego, co praktyka najbardziej obchodzić może, t. j. chociaż pobieżnego opisu najważniejszych zdrojowisk. Praktyk bowiem jedynie wykładem owym nie będzie się mógł zadowolnić i koniecznie potrzebować będzie jeszcze specjalnego wykładu Balneologii, w których zazwyczaj i część ogólna jest traktowaną. Wreszcie w dziale ostatnim autor rozbiera gruppami stany chorobowe, wskazując w każdym z nich empiryczne wskazania użycia różnorodnych kuracyj balneologicznych.

Kończąc owo sprawozdanie, mimowoli sprawozdawcy nasuwają się dwa wnioski: 1) jak trudno jest dzisiaj, nawet zdolnym ludziom jak D-r L., napisać wykład treściwy Balneologii i 2) że w skutek tego długo jeszcze w literaturze niemieckiej wykład Balneologii Braun'a pozostanie brylantem pierwszej wody; — szkoda tylko, nawiasem mówiąc, że dalsze opracowania dzieła, po przedwczesnej śmierci autora, dostały się w ręce niezbyt odpowiednie, które z łatwością nieocenionej wartości spuściznę tylko zepsuć mogą.

Część 3 Tomu II stanowi wykład Hydroterapii Winternitza. O tym wybornym podręczniku szczegółową ocenę podamy później.

A. Sokolowski.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

## 44. W KWESTYI UTLENIANIA SIĘ CIAŁ W ORGANIZMIE ZWIERZĘCYM.

przez prof. M. Nenckiego.

W czasopiśmie dla chemii fizyologicznej (*Zeitschrift für physiol. Chemie*, S. 455, 1880) panowie Baumann i C. Preusse wystąpili z pracą, zatytułowaną: przyczynek do historii utleniania się ciał w organizmie zwierzęcym, w której głównie mają wykazać, że ważne prace, odnoszące się do powyższej kwestyi, pr. M. Nenckiego i jego uczniów są niczem innym jak tylko objaśnieniem lub nawet niezrozumieniem odnośnych prac Hoppe-Seyler'a, i że prof. Nencki niesłusznie przypisuje rodakowi swojemu prof. Radziszewskiemu odkrycia w tej kwestyi, co do których jakoby pierwszeństwo należało się Hoppe-Seyler'owi.

Z tego powodu prof. Nencki w dzienniku (*Zeit. für praktische Chemie* 1880) streszcza w kilku słowach genezę najnowszych pojęć o fizyologicznem gorzeniu ciał, dla wyjaśnienia rzeczywistego stanu rzeczy. Z powodu wielkiej ważności tej kwestyi, która dla każdego myślącego lekarza nie może być obojętną, tem bardziej że chodzi tu o poważne prace dwóch znakomitych naszych rodaków, chcemy Czytelnikom naszym rzecz tę zakomunikować.

Pierwsze usiłowanie wyjaśnienia dla czego tlen, przyjęty przez płuca do krwi w stanie obojętnym, wywołuje w organizmie zwierzęcym gorzenie ciał, zawdzięczamy Aleks. Schmidt. Schmidt pierwszy zauważył, iż czerwone ciała krwi zaniebieszczają nalewkę gwajakową (*tinctura guajaci*), z czego wniósł o obecności ozonu we krwi—hypotezę tę w rok potem potwierdził Schönbein. Wiadomości jednak nasze o naturze ozonu nabierają poważniejszego znaczenia, dopiero dzięki poszukiwaniom Soret'a, który wykazał, iż cząsteczka ozonu nie jest, jak cząsteczka tlenu, złożoną z dwóch atomów =  $O_2$ , ale że jest większą i prawdopodobnie =  $O_3$ . Łatwo zresztą tu już nasuwające się objaśnienie, dla czego ozon posiada tak silne własności utleniające, podał Clausius. Wszystkie sprawy, mówi on, które tlen ozonizują, rozszczepiają molekuł tlenu na pojedyncze jego atomy, które naturalnie mają daleko większą skłonność utleniania ciał. Wszakże w danej ilości tlenu tylko mała jego ilość rozkłada się na  $O + O$ , większa zaś jego część pozostaje nierozłożoną jako cząsteczka  $O_2$ , otóż z temi cząsteczkami łączą się rozszczepione atomy i tworzą z niemi cząsteczki  $O_3$ . Ponieważ połączenie to jest bardzo luźne, przeto nowo utworzony molekuł  $O_3$  posiada dwa silniej spojone atomy i jeden słabiej, ten ostatni może więc działać chemicznie prawie tak silnie jak atom swobodny.

Prace Huizinga i Nasse'go zbijają twierdzenie Aleks. Schmidt'a jakoby we krwi znajdował się ozon; Huizinga poddaje przedewszystkiem w wątpliwość wartość oddziaływania nalewki gwajakowej, a Nasse twierdzi: że „tak zwane odczynniki na ozon są ciałami rozszczepiającemi cząsteczkę ozonu na cząsteczkę zwykłego tlenu i na atom wolnego tlenu, ( $O_3 = O_2 + O$ ), który też swój wpływ na ciała te wywiera. Mamy zatem do czynienia tylko z tlenem *in statu nascendi*. Reakcja ozonowa we krwi i tkankach zwierzęcych pochodzi zatem nie od ozonu, a od tlenu, będącego w stanie czynnym =  $O_3$ . Ze cząsteczka tlenu =  $O_2$  w organizmie zwierzęcym rozszczepioną zostaje na swoje atomy, że utlenienie w organizmie dokonywa się przez te rozszczepione atomy i że wszystkie takie reakcje tlenu, jak np. zaniebieszczenie żywicy gwajakowej zależą od owego czynnego tlenu =  $O_3$ , wygłosił to już Rinz w 1872 r.

Skoro następnie prace Hoppe-Seyler'a i jego uczniów, jak również prace Preyer'a wykazały, iż związany z hemoglobina tlen nie działa utleniająco i że oksyhemoglobina prawdopodobnie jest związkiem jednej cząsteczki hemoglobiny z jedną cząsteczką tlenu ( $Hb + O_2$ ), późniejsze zaś prace Pflüger'a i jego uczniów, Hoppe-Seyler'a, Schützenberger'a i innych dowio-

dły iż utlenianie się ciał w bardzo nieznacznej tylko części odbywa się we krwi, przeważnie zaś w tkankach, cały tedy obraz fizyologicznego spalania jaki moglibyśmy sobie nakreślić jest następujący: przyjęty przez płuca do krwi z powietrza tlen łączy się z hemoglobina i tworzy z nią łatwo rozszczepiający się związek oksyhemoglobiny =  $Hb + O_2$ . W naczyniach włosowatych następuje rozszczepienie się oksyhemoglobiny, tlen jako  $O_2$  przenika przez ścianki naczyń do otaczającej tkanki, przechodzi tam w stan czynny, t. j. rozkłada się na atomy =  $O$ , i w ten sposób wywołuje utlenienie palnych składników tkanek.

Jak wiadomo, w 1879 roku Hoppe-Seyler zauważył iż blaszka *palladii*, nasycona wodorem i wprowadzona do gazu tlenowego, nietylko szybko tworzy wodę  $H_2O$ , ale zdolną jest powodować energiczne utlenienia. Sprawę tę objaśnia Hoppe-Seyler tak: wodór, zabierając z cząsteczki  $O_2$  jeden atom  $O$ , łączy się z nim i tworzy wodę  $H_2O$ , drugi zaś atom  $O$  uwalnia, przeprowadza go *in statu nascendi*, zatem w stan czynny. Dalej twierdzi Hoppe-Seyler: że wodór, będący *in statu nascendi*, rozumie się tylko tam, gdzie jako atom występuje ze związku, zawsze i we wszelkich warunkach posiada zdolność przeprowadzenia tlenu w stan czynny, skłonny jest nawet przyjąć, nie wypowiada jednak tego wprost, że nawet tkanki żyjącego organizmu wywiązują wodór *in statu nascendi* i że wodór ten jest źródłem czynnego tlenu w organizmie. Dopiero panowie Baumann i Preusse wypowiadają myśl tę zupełnie twierdząco.

Otóż M. Nencki, opierając się na własnych samodzielnych pracach, dowodzi, iż zasada na której Hoppe-Seyler oparł swoją teorię o gorzeniu ciał jest zupełnie fałszywą. Hoppe-Seyler utrzymuje: Przyjmując konieczność istnienia wewnątrz organizmu zwierzęcego warunków przeprowadzenia tlenu w stan czynny, starałem się znaleźć wyjaśnienie tej kwestyi, najpierw w okolicznościach mniej zawikłanych, jak to ma miejsce przy gniciu, niebawem też przekonałem się, iż swobodny gaz wodorodny tylko w nieobecności tlenu powstawać może i że przeciwnie, przy dostępie tlenu do gnijących płynów nietylko wodór w chwili powstawania się utlenia, ale w ogóle energiczne utlenianie ciał następuje.“ M. Nencki dowodzi tedy, że twierdzenie Hoppe-Seyler'a, iż przy gniciu swobodny gaz wodorodny tylko w nieobecności tlenu się wytwarza, jest po prostu błędem. Każdy może się o tem łatwo przekonać iż przy gniciu np. trzustyki w obecności, choćby bardzo znacznej ilości tlenu, wodór się wywiązuje i to bardzo obficie.

Przy gniciu białka wodór zarówno w czystym tlenie wywiązuje się jak i przy zupełnym braku tlenu. Że mała ilość wywiązująca się wodoru łączy się z tlenem, temu M. Nencki nie chce przeczyć, chociaż na to dowodów nie ma, w każdym razie jest zdania, iż przy gniciu utlenianie wywiązującego się wodoru na wodę jest rzeczą podrzędną, dla życia bakterij gnilnych zjawiskiem zupełnie pobocznem

Podobnie jak przy fermentacji alkoholowej cukru, wytworzony alkohol jest produktem procesów życiowych drożdży, taką też przy fermentacjach gnilnych gra rolę wodór, wobec grzybków rozkładowych (*Schizomycety*). Jeżeli kwas mleczny przy fermentacji masłowej wytwarza wolny wodór obok kwasu węglanego i masłowego, to wodór ten jest właśnie produktem procesu życia grzybków, które powodują fermentację masłową.

Że wodór, wywiązujący się przy fermentacji, posiada siłę odtleniającą to nie ulega żadnej wątpliwości, wszakże stanowczo nie przypisuje mu M. Nencki takiej siły odtleniania, jak to twierdzą zwolennicy Hoppe-Seyler'a.

Prawda że Hoppe-Seyler utrzymuje, iż nietylko wodór *in statu nascendi* posiada własność w obec wszelkich warunków przeprowadzania tlenu w stan czynny, lecz i inne ciała jak fosfor, alkaliczny roztwór pyrogallusowy i sodowy (*natrum*). Baumann dodaje, że następcy Hoppe-Seyler'a znajdują na tem

polu wiele innych jeszcze ciał, tę własność posiadających. M. Nencki zwraca uwagę, że już i poprzednicy H o p p e-S e y l e r'a (S c h ö n b e i n, L ö n, S c h ä r, F u d a k o w s k i, B e r t h e l o t i inni) dowiedli, że istnieje dużo ciał organicznych, posiadających własność przy powolnym utlenianiu się, rozszczepiania cząstek tlenu na atomy.

Ponieważ jednakże ani fosfor ani alkaliczny roztwór pyrogallusowy, ani sod, w ustroju zwierzęcym nie znajdują się, ponieważ z drugiej strony, tworzenie się wodoru *in statu nascendi* w żywych tkankach jest co najmniej problematycznym, przeto M. Nencki zawsze jest tego zdania, że w obec pytania: w jaki to sposób, w tkankach żyjących, tlen przechodzi w stan czynny, głównie o to chodziło aby właśnie wykazać to ciało, które w ustroju zamienia tlen na tlen czynny.

Zagadkę tę rozwiązały prace prof. R a d z i s z e w s k i e g o. Naprzód dowiódł R a d z i s z e w s k i stanowczo, że tak w czasie fosforescencji jak w ogóle czy to podczas bardzo powolnego czy też gwałtownego procesu utleniania, następuje zawsze rozszczepianie cząstek tlenu na atomy, sama zaś fosforescencja polega na powolnym utlenianiu przez tlen, w stanie czynnym będący. Dalej okazał R a d z i s z e w s k i, że tak często w żyjących ustrojach napotykanne ciała jak: leucytina, tłuszcze, protagon, cholesteryna, spermacetum, wosk, kwasy żółciowe, cukier gronowy i wiele innych, w obecności swobodnych alkaliów, przeprowadzają tlen w stan czynny. Ponieważ zaś nieorganiczne zasady, jak potaż, soda, wapno, baryta, magnezycja a nawet węglan potażu nie znajdują się w większej ilości, ani w żywych ani w martwych organizmach, przeto wziął sobie za zadanie R a d z i s z e w s k i wynaleźć takie zasady, które albo stałe w organizmie żywym istnieją, albo przynajmniej w niektórych razach powstawać w nim mogą. Znalazł też neurynę jak i zasady ogólnego wzoru  $R_4 N OH$ , które w stanie są w zupełności wspomniane powyżej zasady nieorganiczne zastąpić.

Dzięki poszukiwaniom R a d z i s z e w s k i e g o, powiada M. Nencki, wiemy, że ogólną własnością związków organicznych zdolnych do utleniania, jest to, że w obecności zasady rozszczepiają one cząstkę obojętnego atmosferycznego tlenu na jej atomy, czyli przeprowadzają tlen w stan czynny. Odkrywa to całą nową dziedzinę poszukiwań chemiczno-fizjologicznych i czyni prawdopodobnym przypuszczenie, że zdolni będziemy na zewnątrz organizmu powtórzyć te wszystkie fazy fizjologicznego procesu utleniania które mają miejsce w żywym organizmie.

W prawdzie, jak wiadomo, niektóre aromatyczne węglowodory inaczej się utleniają wewnątrz organizmu, inaczej też gdy zwykłym utleniającym odczynnikiem są poddane, ale wedle listownych objaśnień, które M. Nencki od R a d z i s z e w s k i e g o otrzymał, dowiadujemy się, że benzol, kłucony z tlenkiem wodanu sodu i powietrzem, daje fenol, w tych samych warunkach powstaje kwas bezoesowy z toluolu lub etylbenzolu, kwas mesitylenowy z mesitylenu. Trimetylbenezol (*Camphercymol*), kłucony na powietrzu z wodaniem sodu lub z wodaniem tlenku tetrametylamonu utlenia się na kwas kuminowy. Wszystkie te przemiany, polegające na sztucznej utlenieniu, zupełnie są także same, jak utlenienie ich wewnątrz organizmu.

D-r H. Nussbaum.

#### 45 Prześwidrowywanie zwężeń cewki moczowej.

*Die schrittweise Tunnelirung der Stricturen von Dr. M. Hirschberg. Archiv f. klin. Chirurg. B. XXVI. Heft 1. pag. 22.*

Na IX-tym zjeździe niemieckiego towarzystwa chirurgicznego w Berlinie, Dr. Hirschberg z Frankfurtu nad Menem twierdził, że od lat jedenastu leczy w następujący sposób niedrożne zwężenia cewki moczowej (*impermeable callöse Stricturen*). Wprowadza do cewki, aż do zwężenia, tępo zakończony ostrokągowy b a r d z o m o c n y zglębnik, o zwyczajnej krzywiznie i o grubości odpowia-

dającej wymiarom przedniej części danej cewki. Po dojściu do zwięzienia, zaczyna wiercić takim cewnikiem tkankę, zwięzienie powodującą, na długość 1, 2, do 3 milimetrów, odpowiednio do twardości tejże tkanki. Przy takim wierceniu słychać trzeszczenie i rozrywanych części, a koniec cewnika więźnie w nich tak, że go trudno wyciągnąć. Postępowanie to powtarza Hirschberg co drugi lub co czwarty dzień, stosownie do natężenia odczynu, t. j. krwotoku, bólu, gorączki i t. p. Za każdym razem przewierca coraz to nowy kawałek zwięzienia, aż wreszcie pewnego pięknego poranku cewnik wpada do pęcherza.

W jednym przypadku, 25 lat trwającego zwięzienia, potrzebował do tego pięciu tygodni, gdyż nie mógł nieraz przez 5 lub 6 dni operować z powodu krwotoków i dreszczy wstrząsających, które mu przeskadzały widocznie. Ponieważ narzędzia zawsze dezynfekuje, powiada więc, że tego rodzaju dreszcze, krwotoki i ropnie (*sic*) nie pociągają za sobą złych następstw. Większej liczbie swych chorych wprowadzał potem przez miesiące, lub 1 a t a c a ł e, świeczki albo cewniki i uważał, że im z tem bardzo dobrze było.

Dziwił się jednak, że niektóre zwięzienia były niezmiernie długie. Przecież był w stanie określić, jak długą przestrzeń musiał przeswidrować, a tu z rachunku wypada, że zwięzienie ma 5 do 7 centymetrów. Powiada więc, niezmiernie logicznie, że albo istotnie zwięzienie jest tak długie, albo też on fałszywą przebija drogę. Zdaje się, że każdy z nas podobnie by zaczął rozumować, ale w obec bólu, krwotoku i tworzenia się ropni, przy wstrząsających dreszczach, chyba byśmy przestali myśleć o miłowych zwięzieniach, a pewność utworzenia *fausse route* wpłynęła by nieco drażniąco na nasze sumienie. Dr. Hirschberg jednak z Frankfurtu nad Menem inaczej widać reaguje na tego rodzaju wrażenia, tłumaczy sobie bowiem całe to zajście niezmierną długością zwięzienia, gdyż chorzy jego całe lata dobrze urynowali i moc z pęcherzu zatrzymywali (pocóż im cewnik zakładał?), niemieli też żadnych ciężkich powikłań (krwotoki z cewki, dreszcze wstrząsające i ropnie, toć to przecież nie ciężkiego), „*und war auf den jeweiligen Erfolg ganz stolz.*“ — Winszuję. Dopiero preparat, który zjazdowi przedstawia, wprowadził go z błędu.

W Listopadzie 1872 roku, chory został uderzony w międzykrocze, w skutek czego prawdopodobnie miał przedartą cewkę. Niepowołane ręce turbowały (*misshandelten*) mu przez jakiś czas cewkę (pan Hirschberg cewki nie turbuje tylko świdruje), nastąpiły zacieki moczowe i prawie zupełna niemożność oddawania moczu, i wtedy domowy lekarz zaproponował mu uretrotomię. Chory nie mógł się zdecydować i dopiero w Maju 1873 roku, udał się o poradę do Heidelbergu do prof. Simona (Dziwna rzecz, że tak długo wytrwał z prawie zupełną niemożliwością oddawania moczu). Simon odesłał go do pana Hirschberga, który też energicznie wziął się do wykopania tunelu w nieszcześliwej owej cewce. Potrzebował na to pięciu tygodni czasu, gdyż robota była zmusna i ciężka, zanim cewnik wleciał do pęcherza. Przy każdym posiedzeniu bywały krwotoki, a dwa razy bardzo niepokojące dreszcze wstrząsające i silna gorączka; wszystko jednak skończyło się dobrze i od tego czasu nie było już nigdy trudności w oddawaniu moczu. Z początku co drugi dzień, a potem w dłuższych odstępach czasu, wprowadzał choremu cewniki, aż do Nr. 24-go, i trwało to 1 a t s z e ś ć, t. j. aż do chwili, kiedy chory umarł na gruźlicę płuc, po to, żeby preparatem swej cewki delikatnie objaśnić pana Hirschberga, co też on mu właściwie przez sześć lat zdążył zrobić.

Przez cały ten czas cewnik zawsze zatrzymywał się u zwięzienia i dopiero po nakierowaniu go na prawo wchodził do pęcherza.

Po nocach, szczególnie jeśli chory wieczorem dużo pił, moc bezwiednie wyciekał z pęcherza.

Otóż ten nieszcześliwy preparat przekonał Dra Hirschberga, że przebił zwięzienie, ale tak, że wazki otworek dalszego ciągu cewki leżał nieco z boku



tunelu, z taką pracą świdrowanego przez lat sześć. Tunel długości siedmiu centymetrów „wie mir scheint mit Epithel bekleidet“, przebiegał z prawej strony równoległej do niego, normalnej już cewki, i nawet nie do niej, lecz wprost do pęcherza moczowego prowadził. Przez ten wytwór sztuki chory był przeszło 200 razy katetyeryzowany. Prawdopodobnie mocz wydobywał się i przez zwężenie, gdyż mały otworek tego ostatniego zarósłby w przeciwnym razie.

Ten interesujący preparat naprowadza na myśl szanowego autora, że i inni jego chorzy temuż samemu podlegali losowi. Chciałby się też autor dowiedzieć, czy znane są komu preparaty cewek, w ten sposób od zwężeń leczonych (*sic!* pag. 26, l. c.).

Bardzo się ta metoda autorowi podobała, ale nie śmie jej polecić (co za skromność!), gdyż trzeba wielkiej wprawy w katetyeryzowaniu, żeby się niezbyt oddalić od cewki i żeby wpaść do pęcherza zawsze jeszcze w obrębie zwieracza (!). Twierdzi on, że chory, o którym mówił, przez lat 6 cieszył się dokładnem zamknięciem pęcherza (a cóż znaczą te nocne, bezwiedne urynowania?).

Że autor o tych przez siebie wyświdrowanych tunelach w cewce mówił na zjeździe, to mogłoby mu być za zasługę poczytanem, gdyż mało kto dziś do błędów swych przyznać się umie; to mu jednak za złe wzięść trzeba, że swe postępowanie za istotną metodę uważa. Francuzi by powiedzieli: *qu'il fait bonne mine à mauvais jeu*, my zaś powiemy, że złe zrobił, drukując swą pracę w archiwie *Langenbeck's*, bo *verba volant, scripta manent*.

Zadziwiająca jest też wprawa w katetyeryzowaniu i niezwykła znajomość topografii cewki moczowej w chirurgu, który nie wiedząc wcale, że fałszywą drogą przebija, umiał jednakże cały czas iść równoległe do tejże cewki i wejść do pęcherza w obrębie mięśnia zwieracza.

Cała metoda wreszcie podoba nam się bardzo, choćby z tego względu, że pozwala nam istotnie leczyć „*tuto, cito et jucunde*.“

R. Jasiński.

**46. Halbertsma (Utrecht). Zwężenie miednicy—Pęknięcie macicy bez przedarcia otrzewnej. Cięcie cesarskie i wycięcie macicy i jajników—Zejście pomysłne i dla matki i dla dziecka.** U pewnej 20 letniej wątłej pierwiastki, z ogólnie zwężoną, płaską, krzywicową miednicą (*conjugata vera* = 8 cm.), podczas prób wykonania obrotu na nóżki nastąpiło pęknięcie macicy. Do wykonania obrotu przystąpiono po zaehloroformowaniu rodzącej, przy stojącym pęcherzu i ujściu macieznem dostatecznie rozszerzonym. Po przerwaniu pęcherza, i wprowadzeniu lewej ręki starano się sprowadzić kolanko, by zmienić położenie płodu, wszelkie usiłowania w tym względzie okazały się bezskuteczne, a przytem nagle z lewej strony macicy i nieco od przodu, w okolicy podbrzusnej wyczuł guz, który pod palcami trzeszczał. Wyrażnem było że nastąpiło pęknięcie macicy, przeniknięcie powietrza do tkanki okołomacieznej i że wytworzyła się rozedma okołomaciezna (*emphysema antecuterinum*), stanowiąca patognomoniczny objaw niezupełnego pęknięcia macicy; jednocześnie przytem wypłynęła z pochwy dość znaczna ilość krwi.

W takim rzeczy położeniu zaniechano obrotu i natychmiast przystąpiono do cięcia cesarskiego. Zastosowanie sposobu Müller'a okazało się niemożliwem, z powodu wielkiej objętości macicy i małej rozciągliwości ścianek brzusznych. W celu uniknięcia jednak silnego krwotoku, H. wykonał przekłucie próbne dla uprzedniego przekonania się o położeniu łożyska; okazało się iż przyczepiało się właśnie do ścianki przedniej. Przesunięto więc macię o ile możności ku stronie prawej, aby cięcie na macicy wypadło bardziej na lewo. Krwotok był nieznaczny. Dziecię wydobyto z pewną trudnością — było z początku w stanie pozornej śmierci, ale łatwo je dotrzeźwiono. Waga dziecka = 4500 grammów, płeć—mężka. Natychmiast po wydostaniu dziecka, wydobyto macię na zewnątrz jamy brzusznej, przyczem przekonano się że w istocie otrzewna była w całości. Nałożono, wtedy na dolną część macicy, najniżej jak tylko było można, ligaturę metaliczną, którą zaciśnięto, a bezpośrednio poniżej tej ligatury podwiązano dwiema pętłami drucianymi oddzielnie każdą połowę macicy, którą zaraz też i odejęto wraz z obydwojma jajnikami. Ponieważ z pieńka poamputaacyjnego sączyło się jeszcze nieco krwi, przeto nałożono jeszcze jedną ligaturę drucianą, tak, że razem było ich cztery. Przez pieńkę przeprowadzono dużą igłę, w kierunku prostopadłym do rany i ustalono

go na zewnątrz jamy brzusznej. Otrzewnę oczyszczono, do jamy Douglasa przeprowadzono rurkę drenową, którą ustalono w dolnym kącie rany, powyżej szypuły, poczem ranę zaszyto.

Całą operację wykonano przy zachowaniu przepisów Listera (ze *spray'em*), i nałożono opatrunek Listera. Przebieg pogoju był bardzo pomyślny; najwyższa ciepota była + 38°C. Ósmego dnia nastąpiło pierwsze wypróżnienie; 9-o dnia usunięto dren; 10 dnia oddzieliła się szypuła, którą z początku smarowano roztworem chlorku cynku, a następnie *liquore styptico*. W 3½ tygodni po operacji chora opuściła łóżko a niedługo potem i szpital. W uwagach nad przypadkiem autor zachwala skuteczność operacji Porro przy pęknięciu macicy, szczególnie jeżeli miednica jest zwężoną a płód żywy. Dalej zaleca przekłuć próbnie macicy, gdyż w ten sposób można dokładnie oznaczyć położenie łożyska, oraz wypuścić wodę płodową, która szczególnie przy położeniach główkowych zawsze pozostaje w macicy, pomimo pęknięcia pęcherza, a działa bardzo szkodliwie, jeśli ulegnie rozkładowi.

(*Weckblat v. h. Nederl. Tydschrift voor Geneesk. 1880. Nr 36, D-r St. Kondratowicz.*  
*Ref. in Centr. f. Gyn. 1881. Nr 3).*

**47. Działanie lewatyw ze krwi pozbawionej włóknika.** D-r Andrzej Smith, w pracy ogłoszonej w *New-York Medical Journal*, podaje następujące wyniki ze swych doświadczeń nad działaniem lewatywy ze krwi włóknika pozbawionej:

1. Krew odwłókniona jest drogocennym środkiem odżywczym, a zadawana przez odbytnicę nie sprawia zwykle drażnienia;
2. W dawkach od 60 do 200 grammów jest przez chorych dobrze znoszona i z łatwością bywa wchłaniana.
3. Stosowana 2 do 3-ech razy na dzień wywołuje zwykle w pewnym stopniu zatwardzenie.
4. Wstrzymanie wypróżnień u wielu chorych przy lewatywach, o których mowa, jest zjawiskiem stałym, przez cały czas ich stosowania utrzymującym się.
5. U niektórych chorych występowało podrażnienie błony śluzowej kiszki.
6. Jeżeli odżywianie żołądkowe jest niewystarczającym dla podtrzymania organizmu—krew odwłókniona w lewatywach przynosi znakomite korzyści.
7. Lewatywy takie są wskazane tam, gdzie kiszki grube są zdrowe i gdzie jest wskazanie do stosowania środków tonicznych, a takowe dla odpowiednich przyczyn przez żołądek stosowanemi być nie mogą.

8. W pewnych razach krew przez odbytnicę wprowadzona staje się bodźcem pobudzającym ogólne odżywianie pewniej i energiczniej od wszystkich innych środków działającym.

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale Nr 3. 1881.* Józef Wigura. (Suchedniów).

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

*Posiedzenie 25 Stycznia.* Prof. Hoyer, zaznajomiwszy słuchaczy ze zdobyczami Häckela, dokonaniem na polu embriologii najniższych ustrojów, okazuje, że można je zastosować do wszystkich istot żyjących, które bez wyjątku powstawałyby z 2 pierwotnych listków zarodkowych (*endodermia*).

*Posiedzenie 1 Lutego.* Hering, zdemontrowawszy chorego dotkniętego cierpieniem adenoidalnym migłalką gardzielową (*tonsilla pharyngea*), zajmuje się opisem samego cierpienia, którego tu nie przytaczamy, gdyż będzie drukowanym *in extenso*.

*Posiedzenie 15 Lutego.* Matlakowski odczytał pracę „O zatruciu kwasem karbолоwym, której treść znajną czytelnicy z NN-ów 9 i 10 naszego pisma.

*Posiedzenie 22 Lutego i 1 Marca* wypełnił głównie Markiewicz, odczytaniem ciekawej pracy: O sztucznem karmieniu niemowląt mlekiem krowim, z której przytaczamy najważniejsze dane. Tak dawne jak i najświeższe spostrzeżenia uczą, iż dziecko może być wykarmione bez mleka kobyiego. Żywienie to, nazwane sztucznem, może być rozpoczętem już od 1 dnia życia. Najlepszym surrogatem mleka kobyiego jest mleko krowie, przy podawaniu go jednak, należy pamiętać o pewnych prawidłach, tak co do jakości, jak i ilości. Odnośnie jakości, większość lekarzy nakazuje rozcieńczać mleko, a powody do tego znajdują w każdej z jego części składowych. I tak, co do sernika, to opierając się na tem, iż sernik mleka krowiego ścina się prędko, a w nadmiarze sztucznego soku żołądkowego rozpuszcza się niezupełnie, gdy tymczasem sernik mleka kobyiego ścina się powoli i rozpuszcza się w nadmiarze soku żołądkowego zupełnie, utrzymywano iż mleko krowie jest trudniej strawne, ztąd je trzeba rozcieńczać wodą. Zarzuty te jednak nie wytrzymują ścisłej krytyki. Jeśli ze

względem na sernik rozcieńczamy mleko krowie przy żywieniu noworodków, to tylko dla tego iż go w niem jest więcej niż w mleku kobiecem, a tak dużej ilości sernika niezupełnie wykształcony żołądek dzieci w pierwszych miesiącach ich życia, strawić nie może. Co do tłuszczu, to są także lekarze, którzy z obawy zbyt tłustego mleka krowiego, każą je rozcieńczać. Zdanie to jednak nie ma żadnej podstawy, gdyż ilość tłuszczu znajdująca się w mleku kobiecem i krowiem jest prawie jednakowa, Tłuszcz przyczynia się dużo do odżywienia dziecka i ułatwia stolec. Mleko krowie może być niestrawne przez swój tłuszcz, jeśli ilość jego względna do sernika jest nieprawidłowa. Dalej rozcieńczenia mleka krowiego nie usprawiedliwia różność chemiczna tłuszczu w mleku kobiecem i krowiem, gdyż takowa nie istnieje. Tłuszcze w 2 tych rodzajach mleka różnią się od siebie tylko własnościami fizycznymi: mleko kobiece na zimno nie przechodzi przez filtr a krowie łatwo, co zależy — zdaniem B i e d e r t a — od tego, iż to ostatnie ma kulki tłuszczu mniejsze, czyli że jest lepiej zemulsyjonowanym. Najlepiej za strawnością tłuszczu w mleku krowiem mówią rozbiory chemiczne kału, oddawanego przez dzieci, sztucznie żywione mlekiem nierozcieńczonym. Rozbiory te okazują iż 96% podane tłuszczu ulega wessaniu. Badacze nie uwzględniali dotychczas różnie ilości soli w mleku kobiecem i krowiem, a chociaż te mogą usprawiedliwić zwyczaj rozcieńczania mleka krowiego. W litrze mleka kobiecego jest tylko 6 gran soli, gdy tymczasem w mleku krowiem jest ich 26 — 34 gran. Opierając się na przytoczonych danych, M a r k i e w i c z jest zdania iż w pierwszych 3 miesiącach życia niemowlęcia, należy rozcieńczać mleko krowie, używane do sztucznego karmienia. W 1 miesiącu stosunek dodawanej wody do mleka winien być jak 1: 2; w 2 miesiącu jak 1: 3; w 3 miesiącu jak 1: 4. Od 4 miesiąca życia należy podawać mleko nie rozbiowane wodą. Do rozcieńczenia należy brać wodę przegotowaną. Przytem należy dodawać cukru w stosunku 20:1000. Wielu lekarzy do rozcieńczania zaleca klejek, zwłaszcza gdy isnieją objawy zaburzeń kiszkowych. Dodawanie takie klejku jedni nie motywują niczem, inni zaś utrzymują iż czyni on skrzepy sernika mniejszymi, a więc samo mleko strawniejszym. M a r k i e w i c z utrzymuje, iż rozcieńczenie mleka krowiego klejkiem jest nieracjonalnem, gdyż w takowym znajduje się dużo nączki niezmięnionej, a jak wiadomo ślina noworodka dopiero w 3 miesiącu nabywa własności zmieniania nączki w cukier. Przy sztucznem karmieniu podawane mleko krowie winno mieć ciepłość 28°. Ogrzanie to jednak nie powinno następować przez zagotowanie, lecz przez dolanie ciepłej wody lub zanurzenie w naczynie z ciepłą wodą; zauważono bowiem iż mleko gotowane trudniej się trawi, powoduje często zatrzymanie stoła. W celu zapobieżenia kwaśnieniu i wytwarzaniu się w mleku istot organicznych, należy je trzymać w miejscu mającem 15°, naturalnie przypuszczając iż mleko krowie, używane do sztucznego karmienia, bywa dostawianem 2 razy na dobę. Nadto, trzeba je trzymać w naczyniu szklanem lub porcelanowem i dobrze skłueać przy każdym podawaniu. Co do zastrzeżeń, czynionych nie tylko przez matki ale i przez wielu lekarzy, aby mleko pochodziło zawsze od jednej i tej samej krowy, to nie mają one żadnych podstaw naukowych. Owszem wszystko przemawia za tem, aby mleko dobrane z różnych krów, było wlewane we wspólne naczynie. Przez to mianowicie unika się różnorodności mleka, zależnej bądź od cierpienia krowy, bądź od tego że nawet w stanie zdrowia krowy, ilość części pożywnych w pojedynczych udojach może się wahać między 1,63—17,0%. Do sztucznego żywienia niemowląt najodpowiedniejszym jest mleko krów rassy górskiej, zdrowych i karmionych paszą suchą, gdyż takowe—zdaniem specjalistów—dają mleko doskonale zemulsyjonowane, mające odpowiedni stosunek tłuszczu do sernika i pozbawione wytworów fermentacyjnych. Co do ilości mleka, jaką należy podawać przy sztucznem karmieniu, to za podstawę należy przyjąć wagę ciała. Ztąd nie może być mowy o racjonalnem sztucznem karmieniu bez użycia wagi. Ilość mleka krowiego jaką dajemy dziennie, winna odpowiadać 1/6 wagi ciała w początku każdego miesiąca. Co do liczby karmień, to w 1 i 2 miesiącu należy karmić 8 razy na dobę, w dzień co 2 godziny, w nocy co 3 — 5; w 3—5 miesiącu 6 razy na dobę, w dzień co 3 godziny, w nocy co 5—6; w 6—10 miesiącu 5 razy na dobę, w dzień co 3—4 godzin, w nocy 1 raz. Ilość mleka w każdej porcy ma być jednakową.

Na posiedzeniu 1 Marca kol. B e n n i przedstawił chorego z nabytem, prawie zupełnem zarośnięciem przewodu słuchowego zewnętrznego, kol. zaś O r ł o w s k i, chorego, u którego po operacyi uwięźnionej przepuchliny pachwinowej lewej (*hernia incarcerata inguino-scrotalis sinistra*) dokonanej w Kaliszu 24 Marca 1880 r. powstał *anus praeternaturalis*. Dla pozbawienia się takowego chorego wszedł do szpitala Dzieciątka Jezus 2 Sierpnia 1880 r. O r ł o w s k i założył 3 razy enterotom D u p u y t r e n ' a (11 Sierpnia, 26 Sierpnia i 18 Września). Po trzeciem nalożeniu kał zaczął

dochodzić drogą naturalną. 8 Stycznia r. b. Orłowski zeszył kiszkę katgutem, a na skórę nałożył szew metalowy i trzymał go przez dni kilkanaście. 30 Stycz. r. b. nastąpiło zupełne wyleczenie chorego.

### WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— Przed paru tygodniami podaliśmy wiadomość o wycięciu zrakowaciałego odźwiernika żołądka, jakie z pomyślnym skutkiem wykonał Billroth; operowana dziś już wypisała się ze szpitala i stan jej zdrowia coraz się poprawia. Łatwo było przewidzieć, że po tej, tak świetnej operacji, w krótko nastąpią i inne. Jakoż, dnia 28 Lutego r. b. wykonał ją Billroth po raz drugi. Opis tego wypadku podajemy według krótkiego wykładu, jaki o nim miał sławny operator w Wiedeńskim Towarzystwie Lekarzy. Kobieta 30-letnia, przysłaną została do oddziału Billrotha przez prof. Bambergera. Rozpoznanie przedstawiało w tym razie znaczne trudności, z powodu że guz był nieruchomy, chora nie wymiotowała wcale, a tylko nie mogła znieść żadnego pokarmu i była mocno wychudzona. Przypuszczano obecność raka żołądka lub sieci wielkiej (*omentum*), a nawet poprzeczniej (*colon transversum*). Po zrobieniu cięcia skórznego nad guzem, B. natychmiast natrafił na infiltrowaną powięź, a następnie jak się pokazało i otrzewnę, która prócz tego zlepiąca była z guzem. Po wycięciu zwyrodnionych części, B. wyciął całą zrakowaciałą część, t. j. odźwiernik żołądka, kawalek dwunastnicy i część sieci. Rana żołądka mocno krwawiła, tak, że wypadło podwiązać 12 naczyń. Według planu naprzód powziętego, B. najpierw zacieśnił zrobiony przez siebie otwór żołądka, założył szwy, a następnie dopiero przeciął dwunastnicę i ściągnął ją z żołądkiem. Szwów założono 58, operacja trwała 2 $\frac{3}{4}$  godziny. Operacja w tym przypadku o wiele trudniejsza była do wykonania aniżeli w pierwszym. Jakoż, pomijając już przyrośnięcie guza do ścian brzusznych i zwyrodnienie tych ostatnich, rak zajął daleko większą część dwunastnicy, tak, że wypadło jej wyciąć daleko większą część, tem bardziej, że B., zachęcony pierwszym przypadkiem, ciął daleko śmielej. Drugie utrudnienie polegało na tem, że żołądek z powodu ogromnego rozszerzenia nie mógł być należycie przed operacją wypłukany, skutkiem czego jeszcze podczas operacji wypadło go oczyszczać gąbkami.

Po operacji chora płynnych pokarmów przyjmować nie mogła i natychmiast je oddawała, zdaniem B. pochodzi to stąd, że dno żołądka jest rozszerzone jak worek, skutkiem czego pokarm tam się zbiera i do dwunastnicy nie przechodzi. Gorączki jednak nie było. Dopiero na drugi dzień chora nie tylko nie mogła przyjmować, ale nadto wymiotowała więcej płynu niż go przyjęła B. doszedł do wniosku że musi istnieć jakaś przeszkoda (przegięcie dwunastnicy?), którą usunąć niezbędnie należy. W tym celu na powrót rozprół już zarastający otwór ścian brzusznych, przeciął dwunastnicę i wprowadziwszy w otwór elastyczny kateter tą drogą próbował odżywiać chorą. Silny upadek sił, gorączka, jaka wystąpiła po tej drugiej manipulacji, budziły od razu poważne obawy, czy druga resekcja żołądka równie pomyślnie się zakończy jak pierwsza. Otoż obawy te ziściły się, gdyż chora zmarła 8-go dnia po operacji, w skutek zupełnego wyczerpania sił. Sprawdzone przy sekcji że rak w całości został wycięty. Żołądek był niezwykle rozciągnięty ku dołowi i to stanowiło przeszkodę dla przechodzenia pożywienia do kiszki.

— Towarzystwo antropologiczne w Paryżu ustanowiło komitet do zbierania składek na wystawienie pomnika zmarłemu niedawno znakomitemu antropologowi Pawłowi Broca. Prezesem tego komitetu jest p. Ploix, sekretarzem — p. Samuel Pozzi.

### Zmarli:

D. 10 Marca D-r Maksymilian Majewski lekarz powiatu Ciechanowskiego w m. *Ciechanowie* gub. Łomżyńskiej, w 53 roku życia. W *Paryżu*: D-r Canquoin, wynalazca ciasta żrącego (Pasta Canquoini) w 79 roku życia. E. Salouze, znany chemik, d. 4 Marca r. b. W *Londonie*: M-r James Tenuant, profesor Geologii w Kings-College, w 72 roku życia. We *Florencji*: D-r Ferdinand Zanetti, znany chirurg, d. 4 Marca r. b. we *Wrocławu*: D-r Benno Gabriel, Prywat-Dozent anatomii, w 52 r. życia. W *Heidelbergu*: D-r v. Lange b. prof. akuszerki. W *Getyndze*: D-r prof. W. Himly, w 80 r. życia.

### NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D-r C. Stiehe. Davos am Platz i inne znaczniejsze stacyje klimatyczne Szwajcaryi, ze względu na leczenie chorób płucnych pod wpływem górskiego klimatu. Warszawa, 1881.

D-r A. Rosenthal. Ueber einen Fall von metastatischen Tumoren an der Basis cranii.