

GAZETA LEKARSKA

I. PRZYPADEK TEŻCA NOWORODKÓW, LECZONEGO SUROWICĄ PRZECIWTĘŻCOWĄ.

Podał

Wacław Męczkowski.

Piotr P., 7 dni wieku, wychowaniec Domu Wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Dziecko nieznanymi rodzicami wczoraj zaledwie [5. I. 1898] zostało przyjęte do domu Wychowawczego. Kiedy odpadła pępowina, niewiadomo. Wczoraj rano było zdrowe zupełnie, ssało należycie, po południu miało tylko parę zielonawych wypróżnień. W nocy przestało ssać, albowiem skutkiem zaciśnięcia ust nie mogło obejmować piersi.

St. pr. 6. I. 1898. Dziecko słabo rozwinięte, nędznego odżywiania. Czaszka dość wązka; kość potylicowa zachodzi pod kości ciemieniowe. Oczy zamknięte, źrenice równe, nierozszerzone. Szczęki zaciśnięte tak, że za ledwie przepuszczają koniuszki małego palca. *Opisthotonus*: trzymając za głowę można dziecko postawić prawie na nogi; zresztą niekiedy sztywność karku wolniej. Kończyny górne zgięte w stawie łokciowym i napiętkowym; palce przyciśnięte do dłoni. Kończyny dolne również zgięte w stawach biodrowym i kolanowym i przyciśnięte do tułowia. W kończynach pewna sztywność, jakkolwiek ruchy bierne są możliwe. Zarówno górne jak dolne kończyny są wolne od skurczów przy napadzie.

Mięśnie brzucha silnie napięte, naprężone. Napięcie brzucha występuje napadami: chwilami mięśnie są zupełnie wolne, tak że trzewia brzuszne dają się łatwo wymacać, to znów sprawiają wrażenie twardej deski. Napady takie występują dosyć często: parę [2—4] w ciągu półgodziny. Zrestą napady nie są gwałtowne; w czasie większego prężenia dziecko dość słabo krzyczy.

Pępek nie zagojony, pokryty strupem, z pod którego sączy się ropa w niewielkiej ilości.

W narządach wewnętrznych żadnych wyraźnych zmian nie znaleziono.

Odruchy kolanowe silnie wzmożone. Objawu stopowego nie ma. Odruchy z kończyn górnych żywe. Pobudliwość mięśniowa nie zwiększona.

Czucie bólu nie wydaje się wzmożone.

Tętno 128, oddech 52, ciepłota 36,4° [godzina 1 sza po południu].

Wydzielinę rany pępkowej wzięto na szkiełko. Na preparatach barwionych fuksyną znaleźliśmy co następuje: komórki wielojądrowe, zawierające dyplokoki, także dyplokoki, przypominające swym kształtem gonokoki, znajdując się i zewnątrz komórek; niekiedy układają się one po 2—3 pary w jednej linii. Oprócz tego znajdują się dość liczne laseczniki cieńsze i dłuższe, krótsze i grubsze, lecz bez charakterystycznych [dla lasecznika NICOLAIER'a] zgrubień na końcach. Laseczniki te znajdują się wewnątrz komórek. Jednocześnie przedsięwzięto badanie bakteriologiczne wydzieliny z pępka, które jednak laseczników NICOLAIER'a nie wykryło.

Tęż samą ropę z rany pępkowej zaszczepiono śwince morskiej; lecz i szczepienie dało wynik ujemny i w zachowaniu się świnki nie zauważyliśmy nic, coby wskazywało na rozwijanie się jakiejś sprawy chorobowej. Świnka przez długi czas potem pozostawała zdrową.

Tegoż dnia o godzinie 2-giej po południu, mniej więcej w 12 godzin od czasu zauważenia szczękościsku, wstrzyknięto dziecku 10 ctm. sześc. surowicy przeciwężcowej z Instytutu PASTEUR'a. Tegoż dnia wieczorem o godzinie 7-ej i 11-ej w nocy żadnych zmian nie zauważyłem. Sztywność karku, napięcie mięśni brzucha to znika, to znów się zjawia. Zresztą, jak i przedtem, napady nie są gwałtowne. W przerwach między napadami dziecku wlewają mleko w niewielkich ilościach łyżeczką.

O godzinie 7-ej wieczorem ciepłota ciała podniosła się do 38°. Było to jednak jedyne wzniesienie ciepłoty ciała, później bowiem wahała się stale między 36,8° i 37,4°.

Następnego dnia [7. I. 1898] sztywność karku powiększyła się, nadto wystąpiła sinica twarzy i kończyn; szczękościsk bez zmiany. W czasie napadowego prężenia mięśni brzucha dziecko sinieje całe i toczy z ust pianę w niewielkiej ilości. Nazajutrz rano [8. I. 1898] przy wciąż jednakim stanie nastąpiła śmierć.

Badanie pośmiertne zwłok, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO. nie wykazało żadnych wybitnych zmian ani w układzie nerwowym ani w innych narządach.

Rdzeń kręgowy wziął kol. A. CIĄGLIŃSKI do zbadania metodą NISSL'a. Badanie wykazało zmiany zupełnie takie same, jakie opisali EDWARD FLATAU i GOLDSCHIEDER ¹⁾ w komórkach ruchowych rdzenia, mianowicie: pęcznienie, zwiększenie ciałek NISSL'a, rozpadanie się ich na drobniejsze cząsteczki, skutkiem czego ginie normalna budowa komórki. Wynik taki anatomicznego badania przypadku klinicznego i zgodność jego z rezultatami, jakie wyżej wzmiankowani autorzy otrzymali na drodze doświadczalnej [wstrzykiwanie królikom toksyny tężcowej] posiada wielkie znaczenie, potwierdza bowiem przypuszczenie, że zmiany powyższe w komórkach ruchowych rdzenia są swoiste dla tężca.

Szczegóły przedstawi zapewne kol. A. CIĄGLIŃSKI w innym miejscu.

¹⁾ Prof. GOLDSCHIEDER i S. FLATAU. Tężec, surowica i komórki nerwowe. Kron. Lek. 1897. zes. 14.

Nadmienić nadto należy, że badanie krwi, podjęte przed wstrzykiwaniem surowicy, wykazało 6120000 czerwonych i 9430 białych ciałek krwi.

Przypadek powyższy nasuwa mi parę uwag, które poniżej zaznaczyć pragnę.

Przedewszystkiem chcę powiedzieć słów parę o wynikach badania bakteriologicznego i szczepienia wydzieliny z rany pępkowej zwierzętom.

Faktem w zupełności uznanym i powszechnie przyjętym jest, że tężec noworodków pod względem patogenezy jest zupełnie identycznym z tężcem u dorosłych.

Jeszcze w 1887 roku E. PEIPER ¹⁾ szczepił królikom części tkanek pępkowych 6-dniowego dziecka, zmarłego na tężec, i wywoływał u nich typowy tężec z zejściem śmiertelnem. Taki sam wynik otrzymał BEUMER ²⁾, szczepiąc myszom hodowle z tkanek z okolicy pępka a także same tkanki. W przypadku BAGINSKY'ego ³⁾ KITASATO zdołał otrzymać czyste hodowle tężca z surowicy cieczy, wziętej z okolicy pępka. Szczepiąc te hodowle zwierzętom, otrzymywał typowy obraz tężca. PAPIEWSKI w pracy swej z kliniki prof. ESCHERICH'a w Grazu podaje przypadek, w którym badanie bakteriologiczne wykryło istnienie laseczników NICOLAIER'a. Takie same wyniki otrzymał ESCHERICH ⁴⁾.

Tak więc zakaźny charakter tężca noworodków, zależny od swoistego działania laseczników NICOLAIER'a, podobnie jak to jest w tężcu u dorosłych, nie ulega najmniejszej wątpliwości.

Dlaczego jednak pomimoto badanie bakteriologiczne wydzieliny z rany pępkowej, a także szczepienie zwierzętom, w większej części przypadków zawodzi? Z pięciu przypadków PAPIEWSKIEGO, w których dokonano badania bakteriologicznego, względnie szczepienia zwierzętom, otrzymano wyniki ujemne w czterech. Tak samo było i w naszym przypadku. Zresztą wspominają o tem i inni autorowie ⁵⁾.

PAPIEWSKI tak się wyraża w tej sprawie. „Pochodzi to prawdopodobnie ztąd, że laseczniki tężcowe długo w ranie ostać się nie mogą i giną nieraz bardzo wczesnie po inwazyi, tak, że w chwili wybuchu choroby, a tembardziej w chwili badania chorego dziecka dawno już nie istnieją w ranie pępkowej“.

Tłómaczenie to nie wydaje mi się wystarczającym, bo właśnie cechą charakterystyczną laseczników NICOLAIER'a stanowi niezwykła żywotność, odporność na wszelkie szkodliwe czynniki. Jak fakt ten tłómaczyć, rozstrzygnąć trudno.

Drugim punktem, na który pragnąłbym zwrócić uwagę, jest sprawa rokowania w tężcu noworodków. Sądzę, iż pod tym względem panuje nadmierny

1) Gytow. według PAPIEWSKI WŁAD. O tężcu noworodków. Gaz. Lek. 1893. Nr. 30, 31, 32, 33.

2) BEUMER. Zur aetiologische Bedeutung der Tetanusbacillen. Berl. klin. Woch. 1897. Nr. 30—31.

3) BAGINSKY. Fall von Trismus und Tetanus neonatorum. Berl. klin. Woch. 1891. Nr. 7.

4) Według Traité des Maladies de l'enfance GRANCHER, COMBY et MARFAN. Paris. 1897. T. I. p. 420.

5) GÜNTHER. Einführung in das Studium der Bacteriologie. S. 208. Leipzig. 1893.

pesymizm, jakkolwiek zdawałoby się, że dotychczasowe dane, zresztą bardzo sprzeczne nie upoważniają jeszcze do tego tak stanowczo.

Według HUFELAND'a ilość zejść śmiertelnych i wyzdrowień wyraża się stosunkiem 50:1. PAPIEWSKI na 12 przypadków tężca podaje 2 wyzdrowienia [śmiertelność 84%]. Tymczasem CEJERCHSJOELD ¹⁾ na zasadzie 44 przypadków oblicza cyfrę śmiertelności na 52,3%. FRONZ ²⁾ [z kliniki prof. WIDERHOFER'a] zestawia dane ze szpitala św. Anny w Wiedniu za lat 29 [1865—1894]. W tym czasie dzieci leczonych w szpitalu było 30930, nadto zaś leczonych ambulatoryjnie 450929. Z liczby tej przypadków tężca u noworodków i dzieci starszych było 50, w tem przypadków śmiertelnych było 22 czyli śmiertelności 44%. Z powyższej liczby 50, było przypadków tężca noworodków 14, a z nich śmiertelnych 7 czyli śmiertelność 50%.

Tak więc nie wszystkie dane brzmią tak smutnie. Pessimizm w tej sprawie wynika z uwzględniania danych nielicznych, brak bowiem dotąd należyście zebranej statystyki. Wielu autorów sądzi, że tężec noworodków pod względem natężenia jest daleko cięższy od tężca u dorosłych, a przyczynę tego upatruje w mniejszej odporności na zakażenie ustroju noworodka. Zdaje mi się, że owa zmniejszona odporność noworodka jest przeceniana. Cyfry podane wyżej, CEJERCHSJOELD'a, a nadewszystko dane FRONZ'a, oparte na tak obfitym materiale, niezupełnie godzą się z takim przypuszczeniem.

Następnie faktem jest, który stwierdza wielu autorów, że tężec u noworodków występuje daleko rzadziej, niż u dorosłych, jakkolwiek rana pępkowa stanowi stałe wrota dla zakażenia, tembardziej jeśli uwzględnić brak albo niewłaściwą pomoc położniczą, zwłaszcza na wsi u ludu. Twierdzenie takie wypowiada między innymi i wspomniany wyżej Fronz. Zresztą dość przejrzeć roczniki VIRCHOW'a, aby się przekonać, jak rzadko są notowane przypadki tężca u noworodków. Rzadkie występowanie tężca nie może dowodzić małej odporności ustroju noworodka. Odporność bowiem ustroju polega nie tylko na zwalczaniu zakażenia, lecz i na nieprzyjmowaniu jadu tężcowego.

Sprawa rokowania w tężcu noworodków tembardziej zasługiwałoby na dokładniejsze opracowanie, że u starszych dzieci i u dorosłych przebieg pod względem rokowania wydaje się tem pomyślniejszy, im wiek chorego jest młodszy ³⁾.

Wreszcie dotknąć tu jeszcze pragnę sprawy stosowania surowicy przeciw tężcowej w tężcu noworodków.

Nie wchodząc w szczegóły, o których wspominałem w poprzedniej pracy o tężcu ⁴⁾, zaznaczę tylko, że wypowiedanie jakiegokolwiek sądu o skuteczności leczniczej surowicy w tężcu noworodków jest jeszcze bardziej przedwczesnem, niż to ma miejsce odnośnie do tężca dorosłych. O ile mogłem być ko-

¹⁾ Cytow. według E. FRONZ'a.

²⁾ E. FRONZ. Ueber Tetanus in Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1895. Bd. 40. H. 2 u. 3.

³⁾ Porówn. pracę moją: Kilka słów o tężcu. Gaz. Lek. 1898. Nr. 5, 6, 7.

⁴⁾ BAGINSKY. Fall von Trismus u. Tetanus neonatorum l. cit.

rzystać z dostępnej mi literatury, znalazłem tylko następujące przypadki: 1) jeden przypadek BAGINSKY'ego ¹⁾ — surowica krwi tetanizowanego królika; śmierć na 4-ty dzień od początku choroby; 2) trzy przypadki PAPIEWSKIEGO: Antytoksyna TIZZONI-CATTANI; w 1-ym przypadku wyzdrowienie; w dwóch zaś śmierci na 3-ci względnie na 6-ty dzień; 3) cztery przypadki ESCHERICH'a ²⁾ surowica TIZZONI-CATTANI; w jednym przypadku wyzdrowienie, w trzech—zaś śmierć.

Łatwo sądzię, zgodzić się można, że na takim materiale nie można opierać wniosków co do skuteczności leczniczej surowicy przeciwężcowej. Gdybyśmy na takich liczbach wnioski snuć chcieli, dochodzilibyśmy do najrozmaitszych niespodzianek.

Możność spostrzeżenia powyżej opisanego przypadku zawdzięczam uprzejmości D-rów L. ANDERSA i ST. KAMIENSKIEGO, za co też im składam serdeczne podziękowanie.

Jakkolwiek to nie będzie miało bezpośredniego związku z treścią niniejszej pracy, korzystam jednak ze sposobności i podaję tu dane, nadesłane mi łaskawie przez D-ra DROZDOWSKIEGO, dotyczące tężca w szpitalu Św. Trójcy w Kaliszu.

		Ogólna liczba chorych w szpitalu.
1)	Rok 1883. A. D. lat 9, dziewczynka, <i>tet. traumat. mors,</i>	1234
2)	" 1885. J. S. " 29, mężczyzna	1310
3)	" 1888. S. D. " 40, "	1596
4)	" 1891. B. K. " 30, "	1651
5)	" 1893. T. L. " 59, "	1873
6)	" 1896. W. L. " 11, "	1443
7)	" 1897. L. Z. " 7, chłopiec,	1134
8)	" 1897. W. S. " 12, "	1134
9)	" 1897. M. K. " 45, kobieta,	1134
10)	" 1897. W. M. " 46, mężczyzna	1134
11)	" 1998. K. K. " 54, kobieta,	od 1 stycznia do 1 maja 410
12)	" 1898. M. J. " 42, "	410

Nadto w praktyce prywatnej spostrzegł D-r DROZDÓWSKI w 1892 r. przypadek tężca urazowego, u chłopca lat 15 mającego, z zejściem pomyślnem.

Wszystkie przypadki leczone były metodą dawną, bez stosowania surowicy ²⁾. Jak wskazują powyższe cyfry, śmiertelność była tam niezmiernie wysoka.

¹⁾ Według VIRCHOW'S *Jahresberichte*. 1893.

²⁾ D-r D. w liście prywatnym zaznacza, iż telegrafował kiedyś do Warszawy o surowicę, lecz otrzymał odpowiedź, że surowicy przeciwężcowej niema. Podobne skargi podnosili i lekarze warszawscy. Zapytywałem w tej mierze jednego z właścicieli składów materiałów aptecznych, który objaśnił mnie, że surowica przeciwężcowa należy właściwie do środków, których przywóz do państwa Rosyjskiego nie jest dozwolony. Czy nie należałoby wobec tego poczynić starań w celu uzyskania zezwolenia odpowiedniego o przepisie?

II. O CIAŁACH OBCYCH,

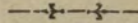
POZOSTAWIONYCH W JAMIE OTRZEWNEJ

PODCZAS CIĘCIA BRZUSZNEGO.

podał

D-r Jakób Rosenthal,

ordynator oddziału chorób kobiecych szpitala Starozakonných w Warszawie.



Nie rzadkimi są przypadki pozostawienia ciał obcych, jak szczypczyków, gąbek, serwetek i tamponów muslinowych, w jamie otrzewnej podczas dokonywania cięcia brzuszno [celiotomii]. D-r MORÉSTIN ¹⁾ w Towarzystwie anatomicznem paryżkiem, opowiedział o podobnym przypadku, który jest bardzo zajmującym pod względem nadzwyczajnych wysileń natury, czynionych celem pozbycia się obcego ciała, znajdującego się w jamie brzusznej. W sierpniu 1894 r. na kobiecie 29-letniej dokonano celiotomii z powodu ropnego zapalenia jajowodu; wycięto obustronnie przydatki maciczne. W kilka dni po operacji otworzył się ropień w okolicy jednego szwu, uważany za ropień w ścianie brzusznej. Po owym ropniu została przetoka, która po wypisaniu się chorej po 6-u tygodniach z zakładu, nie była jeszcze zagojoną. Pomimo bólów w krzyżu i brzuchu, chora oddała się zwykłym swym zajęciom. W grudniu tegoż roku chora wstąpiła do szpitala Nécker, na oddział D-ra LE DENTU, z *phlegmone* w lewym dole biodrowym. Po otworzeniu i przedrenowaniu ropnia ropienie prędko zaczęło się zmniejszać i wszystko zdawało się iść ku dobremu, gdy nagle otworzył się nowy ropień na wysokości blizny po pierwszej operacji. Następstwem jego była nowa przetoka, przez którą niezadługo wydzielac się zaczęły masy kałowe. Ponieważ ropienie przeciągało się, przeto LE DENTU otworzył i przedrenował ropień miedniczy przez pochwę. Po tym ręko-czynnie nastąpiło polepszenie i chora wyjechała na wieś, lecz już po kilku dniach powróciła do szpitala; wytworzyła się bowiem nowa przetoka między pęcherzem moczowym a ogniskiem ropnem miedniczem i mocz wydzielac się przez pochwę. Po pewnym czasie jednakże wypływ moczu przez pochwę zmniejszył się i samowolnie ustał; chora wypisała się ze szpitala w sierpniu 1896 roku. W marcu 1897 roku wstąpiła doń znowu z powodu ponownego pojawienia się wypływu moczu przez pochwę; w kwietniu zaś trzeba było przeciąć nowy ropień jamy biodrowej prawej. Wreszcie w ostatnich dniach chora zjawila się z radością w szpitalu z oznajmieniem, iż od 6-iu tygodni wszystkie przetoki, pozostałe po ropniach, zagoiły się, że nic jej więcej nie dolega i że przed 15-u dniami wyszło przez odbyty *corpus delicti*, które spowodowało wszystkie te cierpienia. Były to zwyczajne szczypczyki hemostatyczne, długości 12 ctm., zupełnie zczerniałe i zardzewiałe, skutkiem wędrówek swych, w ciągu czterech

¹⁾ La médecine moderne Nr. 49. str. 388. 1898.

lat, po jamie brzusznej. Wykład swój zakończył D-r MORÉSTIN przytoczeniem żartobliwego zdania jednego amerykańskiego chirurga, który radzi przed zamknięciem brzucha przeliczyć pomocników, aby którego z nich nie zapomnieć w jamie brzusznej.

Przypadek powyższy nasunął mi myśl przejrzenia podobnych mu i oto co znalazłem w dostępnej mi literaturze:

OLSHAUSEN ¹⁾ opisuje przypadek, w którym zostawione przez operatora w jamie brzusznej szczypczyki, po 10-iu miesiącach wyszły przez odbył, a tylko na 14 dni przedtem wystąpiły u chorej bóle w brzuchu.

Na dorocznem posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Chicago 1884 r. ²⁾ WILSON opowiedział, iż zdarzył mu się przypadek, że w kilka tygodni po operacji kawałki gąbek wydalone zostały z jamy brzusznej na drodze tworzenia się ropni. Ilość tych kawałków, zebranych razem, dochodziła wielkości jaja kurzego; jest on tego przekonania, że kawałki te obrywały się podczas oczyszczania pooperacyjnego jamy brzusznej gąbkami; które były liczone przed i po operacji, bez stwierdzenia braku którejkolwiek.

R. WILSON ³⁾ opisuje przypadek, operowany przez ATLEE'go, w którym pozostawiono gąbkę w jamie otrzewnej. Pomimo ponownego otwarcia jamy brzusznej chora umarła 5-go dnia po owaryotomii. H. C. P. WILSON zebrał 30 przypadków pozostawienia obcych ciał w jamie brzusznej i ogłosił je w protokołach amerykańskiego Towarzystwa ginekologicznego [T. IX str. 94—108].

M. SALIN [z Sztokholmu] ⁴⁾ opisuje z własnej praktyki następujący przypadek: u kobiety 55-letniej dokonał w październiku 1890 r. owaryotomii. W końcu lata 1891 roku chora spostrzegła wypuklenie w lewym podbrzuszu; w końcu października, a więc w rok po operacji, utworzył się w dolnym końcu blizny brzusznej ropień, który w dniu 7 listopada samowolnie przepekał i z którego wylała się znaczna ilość cuchnącej ropy. Przy skutecznym po kilku dniach badaniu znaleziono niebolesne obrzmienie po lewej stronie macicy i w tym kierunku można było przez otwór przetoki w bliznie brzusznej przeprowadzić cienki zgłębnik. Po rozszerzeniu za pomocą gazy otworu przetoki, szczypczykami wyciągnięto kilka cienkich, długich nitok, które pod drobnowidzem okazały się jako bawelniane. Po ostrożnem rozszerzeniu nożem przetoki, schwycono szczypczykami i wydobyto serwetę z gazy. Następnego dnia wypłynęła z przetoki znaczna ilość zawartości cienkich kiszek, odpływ której z dnia na dzień się zmniejszał, tak, że dnia 1-go grudnia był zupełnie nieznaczny.

Niewiadomego nazwiska francuzki operator (*Anonymus*) ⁵⁾ ogłasza kilka prawie nieprawdopodobnych przypadków, dowodzących nadzwyczajnej tole-

¹⁾ HEGAR u. KALTBACH. Operative Gynäkologie. Wyd. III. r. 1886, str. 283.

²⁾ Centralbl. f. Gyn. 1885. Nr. 6, str. 94.

³⁾ Idem. 1891. Nr. 39, str. 794.

⁴⁾ Idem. 1892. Nr. 24, str. 460.

⁵⁾ Revue des maladies des femmes. 1892 Avril.

rancyi ciała ludzkiego dla ciał obcych. W jednym przypadku w 8 miesięcy po cięciu brzuszem, dokonaniem z powodu włókniaka macicy, wyszła przez odbył serwetą z gazy, długości 26 ctm., w czworo złożona. Chora dopiero po upływie 4 miesięcy od operacji doznawać zaczęła dolegliwości; przedziurawienie jednak kiszki przez serwetę odbyło się bez szczególnych, gwałtownych objawów.

W drugim przypadku wyciągnięto z jelita pas gazy jodoformowej czworo-krotnie złożonej, długi 35 ctm. u młodej dziewczyny, u której dokonano cięcia brzuszego z powodu *salpingitis*. Z przyczyny dalej trwających znacznych cierpień, po miesiącu wycięto macicę przez pochwę. Niezadługo potem dawne cierpienia ponowiły się; po kilku więc miesiącach uskutecziono ponownie cięcie brzuszne. Przy usiłowaniu rozłączenia zespolonych z sobą wysiękiem kiszek, przedziurawioną została jedna ich pętla, z której wyciągnięto powyższy pas gazy. Z powodu znacznego uszkodzenia kiszki dokonano wycięcia (*resectio*) tejże na przestrzeni 10—12 ctm.. Pacjentka wyzdrowiała, pomimo pozostałej przez dłuższy czas przetoki kiszkowej.

W trzecim i czwartym przypadku spostrzeżono brak szczypczyków i gąbki zaraz po skończeniu operacji. Po natychmiastowem otworzeniu ściany brzusznej, przedmioty te wydobyto.

A. MAC LAREN ¹⁾ dokonał owaryotomii i hysteropeksyi, po których chora cierpiała na zatkanie stolca; lecz 10-go dnia nastąpiło wypróżnienie, z którym wyszedł tampon z gazy, i chora przeszła w stan zdrowienia. W drugim przypadku MAC LAREN dokonał nadpochwowego wycięcia macicy i operowana prędko wyzdrowiała. Jednakże pozostały bóle i objawy podrażnienia, z gorączką od czasu do czasu. Wreszcie po 2 ch latach utworzył się guz w prawej okolicy lędźwiowej i operator zdecydował się na ponowne otwarcie jamy brzusznej. Przy operacji znaleziono szczypczyki arteryjne, leżące w kiszce grubej, które końcem swym tkwiły w rozszerzonym *apendix*. Po otworzeniu kiszki wydobyto szczypczyki i chora wyzdrowiała. [Przypadek ten nie jest jasnym: z kąd ropień w okolicy lędźwiowej dał wskazanie do celiotomii? Nie wiadomo z opisu w jakiej części kiszki grubej znajdowały się szczypczyki i czy autor pod nazwą *apendix* rozumie wyrostek robaczkowy].

OLSHAUSEN ²⁾ na Kongresie międzynarodowym! lekarskim w Moskwie w r. 1897, w odczycie swoim o cięciu cesarskiem, wspomina iż u jednej z operowanych przez jego asystenta w d. 10 lipca 1894, a zmarłej czwartego dnia po operacji skutkiem zapalenia otrzewnej, znaleziono przy sekcji pośmiertnej w jamie brzusznej dużą serwetę z gazy.

Na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w Dreźnie d. 14 grudnia 1897 r. J. SCHRAMM miał wykład o obcych ciałach w jamie brzusznej ³⁾. Wspomniałszy o niektórych z powyżej przezemnie przytoczonych z literatury przypadkach, a także o przypadku G. BRAUN'a, gdzie przy sekcji znalazio-

¹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1897. Nr. 32, str. 1007.

²⁾ Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. T. XX, VII, str. 539.

³⁾ Centrbl. f. Gyn. 1898. Nr. 18, str. 477.

no gąbkę w jamie brzusznej, jak również o przypadku prof. NUSSBAUM'a, gdzie pozostawione w jamie brzusznej szczypczyki, wyszły po 9-ciu miesiącach przez odbył [zdaje się z opisu, iż przypadek ten jest identycznym z podanym powyżej przez OLSHAUSEN'a], zaznaczył, iż przypadki pozostawienia ciał obcych w jamie brzusznej daleko częściej się zdarzają, lecz nie są ogłaszane.

Na zakończenie przytoczył przypadek, który jemu się wydarzył. Przy wycięciu macicy i obustronnych *pyosalpinges* na drodze pochwowej, tampon z waty zawiniętej w gazę, którym w głębi asystent podtrzymywał wypadające kiszki, z t. zw. *Tampontreger'a*, będąc źle w nim umocowany, wysunął się znikł w jamie brzusznej. Aczkolwiek operator wszedł ręką do jamy brzusznej celem odszukania i wyjęcia tamponu, lecz nie mógł go odnaleźć. Operacji dokończono w zwykły sposób, z tą różnicą, że zostawiono otwartą ranę w sklepieniu pochwy w nadziei, że zaginiony tampon odejdzie na zewnątrz. Nadzieja ta jednak zawiodła. Chora niegorączkowała, 16-go dnia po operacji wstała z łóżka, a po 8 tygodniach się wypisała. Przy badaniu wtedy znaleziono za pęcherzem guz, wielkości małego jabłka, twarde, niebolesny. Za jądro tego guza uważa autor ów zaginiony, otorbiony tampon i jest zdania, że wcześniej czy później, zostanie wydalony na jakiegokolwiek drodze na zewnątrz.

W dyskusji nad tym przedmiotem zabrał głos LEOPOLD, który wspomniawszy przypadki prof. NUSSBAUM'a: pozostawienia w jamie brzusznej rurki drenowej, która następnie podczas tańca wypadła, THIBERSCH'a: śmierci chorej skutkiem pozostawienia gąbki w jamie brzusznej, przyszedł do swych własnych przypadków. W jednym z nich zauważył przed zamknięciem powłok brzusznych brak szczypczyków, które odnalazł na dnie zagłębienia DOUGLAS'a, w drugim — musiał otworzyć powtórnie powłoki brzuszne, celem wyjęcia pozostawionej gąbki, którą odnalazł pod prawym płatem wątroby. W trzecim przypadku, podczas cięcia łonowego (*symphyseotomia*) połączonego z silnym krwawieniem, tampon z gazy wśliznął się z rany spojenia do przestrzeni okołopęcherzowej i dopiero drugiego dnia po operacji wydalony został.

BADÉ po celiotomii, dokonanej z powodu cierpienia gruźliczego, nie umocował rurki gumowej drenowej na zewnątrz. Chora w pierwszych dniach bez pozwolenia wstała i dren wśliznął się do jamy brzusznej. Wydobyto go przez dokonanie po raz wtóry celiotomii. BADÉ wspomina dalej o przypadkach, wydarzonych podczas asystentury jego w drezdeńskim zakładzie położniczym. U chorej, zmarłej po operacji myomotomii, znaleziono przy sekcji gąbkę w jamie otrzewnej; u innej chorej po operacji zauważono brak szczypczyków, które po pewnym czasie wyszły przez ropień w okolicy pachwinowej; znany jest przypadek, ogłoszony przez F. v. WINKEL'a, gdzie znaleziono w zagłębieniu DOUGLAS'a, jako ciało obce, glistę.

BROSIN opowiada o przypadku macicy dwurożnej jednoszyjnej, z krwistkiem w jednym rogu u kobiety, która 3 razy rodziła. Przy wycięciu rogu zajętego krwistkiem, skutkiem utrudnionego tamowania znacznego krwawienia, wszyto kikut w ścianę brzuszną. Rana zagoiła się dopiero po 6-iu miesiącach,

wtedy, gdy wyszedł z niej na zewnątrz kawał gazy, wielkości 20 ctm. kwadratowych, który zapewne podczas operacji pozostał w jamie brzusznej.

KLIEN również podaje kilka przypadków pozostania ciał obcych w jamie brzusznej, a między innymi znany przypadek amerykańczy CUSHING'a, któremu zeslizgnał się pierścień z palca przy operacji w jamie brzusznej, lecz po kilku latach odzyskał go, skuteczniejszy cięcie w zagłębieniu DOUGLAS'a.

Dla uzupełnienia obrazu ciał obcych w jamie otrzewnej, wspomnieć jeszcze muszę o doświadczeniach STRIKLER'a ¹⁾ nad wpływem rozmaitych tworów na otrzewną, które podczas operacji mogą się do jamy jej przedostać. Do jamy brzusznej świnek morskich wprowadzał on ropę, pot, moczu i kału. Zwierzęta przetrzymały to bez podniesienia ciepłoty ciała i bez innych objawów chorobowych. Również wprowadził on do jamy brzusznej u 4-ech świnek morskich po kilka igieł. Troje z nich pozostało zdrowymi a po zabiciu ich okazało się, że wszystkie igły były mocno przyklejone za pomocą wypociny do kiszki lub sieci. Jedno zwierzę zdechło po upływie 24 godzin, z powodu poranienia kiszki podczas operacji; i w tym przypadku miało już miejsce powstanie wypociny limfatycznej. Z doświadczeń tych wypływa, że zdrowa otrzewna nie tak łatwo reaguje na bodźce, jeżeli wraz z nimi nie przedostały się do jamy brzusznej paciorkowce. Obecność tylko tych drobnoustrojów powoduje zapalenie posocznicowe [septyczne] otrzewnej, podczas gdy zapalenie otrzewnej charakteru niezakaźnego powstaje, według БУММ'a, bez współdziałania mikroorganizmów, powodowane przez bodźce chemiczne, mechaniczne i termiczne. Doświadczenia te tłómaczą nam także długie przebywanie i wędrówki po jamie brzusznej dobrze wyjałowionych przedmiotów, pozostałych w niej po operacjach, bez szkody dla ustroju.

Przypadki powyższe stanowią bez wątpienia część tylko ogłoszonych a minimalną część tych, które zatajono i nie opublikowano.

Znam przypadki z opowiadań kolegów, naocznych świadków, które zdarzyły się najznakomitszym operatorom w Wiedniu, Paryżu, Berlinie, Londynie, Petersburgu, Moskwie, Dorpacie, Kijowie, a także kilka u nas w Warszawie, a o których śladu w piśmiennictwie niema. Nie chcę przesądzać, czy zatajenie takie wypływa z wrzekomego wstydu autora, czy też z innych pobudek, ale pewny jestem, iż żaden z uczciwych współkolegów nie potępi operatora, któremu się podobne nieszczęście przytrafiło. Wiem z własnego doświadczenia, w jakim nastroju ducha znajduje się operator, który już nawet setki podobnych rękoczynów dokonał, przy coeliotomii. Pomimo bowiem całej antyseptyki i aseptyki, operacje w jamie brzusznej, same przez się są niebezpieczne i trudne, najwprawniejszy więc nawet operator lekceważyć ich nie będzie i z całym skupieniem do wykonania przystąpi. Wiemy, jak często przy nich zdarzają się niespodzianki, jak operacja, która zdawała się być łatwą, po otwarciu jamy brzusznej okazuje się być jedną z najtrudniejszych; jak prędko należy się

¹⁾ Med. record. 1896. Februar 1, a także Centralbl. f. Gynäk. 1896. Nr. 30, str. 790 i 1898. Nr. 18, str. 478.

orientować w położeniu, jak często należy plan całej operacji zmienić i t. d. I wymagać w takim razie od operatora, aby nie zapomniał wyjąć serwetki, którą osłaniał kiszki, lub zdjął szczypczyki, w które ujął krwawiące miejsce, jest to od jednego osobnika za wiele żądać! Już więc oddawna czynności te powierzone są asystantom, którzy pamiętać powinni, ile szczypczyków użytych zostało, a przed i po operacji, przed zamknięciem powłoki brzusznej policzyć narzędzia, serwetki i tampony, czy którego nie brakuje. Tak wszędzie się dzieje, a jednakże wypadki pozostawienia tych przedmiotów w jamie otrzewnej zdarzały się, zdarzają i zdarzać się będą w dalszym ciągu, o czym jestem głęboko przekonany, pomimo wszelkich liczeń i zachowywania największych ostrożności; tylko więc laicy, nie rozumiejący się na rzeczy, mogą potępić operatora i tylko ci z lekarzy, którymi powoduje zła wola lub też zazdrość zawodowa. Zapominają ci ostatni, że nie są nieomylnymi i że „*quod hodie mihi, cras tibi*“¹⁾.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Tryper u dzieci.

Streszcili

Seweryn Sterling [Łódź].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 33].

Jeśli mówiliśmy, że większość zapaleń sromu i pochwy u dziewcząt zależy od dwoinek NEISSER'a, to tem samem uznaliśmy i inne przyczyny o podobnym objawie głównym: wydzielinie patologicznej z części płciowych. Dlatego rozpoznanie oprócz musimy zawsze na troskliwym badaniu metodami bakteryologii. Pomijając wszystkie dane odnośne, zwrócimy tylko uwagę na fakt w podręcznikach bakteryologii nie uwzględniany, mianowicie na odkrycie HEIMANN'a który wykazał w wydzielinie kataralnej dróg rodnych u małych dziewcząt drobnoustrój morfologicznie do dwoinek NEISSER'a podobny; HEIMANN nazwał go: *diplococcus colpitidis catarrhalis*; rośnie on na zwykłych odżywkach, na których, jak wiadomo, rzeżączkowe dwoinki nie wschodzą. KOPLIK odkrył również w wydzielinie pochwy dziewcząt dwoinki, do pseudo-gonokoków LUSTGARTEN'a

¹⁾ W sprawie, wytoczonej D-rówi ROESGER'owi z Lipska przez pacyentkę o odszkodowanie, wskutek tego, iż w 9 miesięcy po kastracyi, wyszły przez przetokę w ranie brzusznej kawałeczki gąbki w ogólnej ilości, razem złożone, nie przewyższające wielkości wiśni, są opierając się na zdaniu ekspertów, prof. SAENGER'a i prof. LOEHLEIN'a, wydał wyrok uniewinniający. SAENGER wypowiedział między innymi zdanie, na które w zupełności LOEHLEIN się zgodził, że możliwość pozostawienia przedmiotu, użytego podczas operacji w jamie brzusznej, należy do ryzyka, jakie chory na równi z innymi niebezpieczeństwami operacji na siebie przyjmuje, udzielając pozwolenia swego na takową. LOEHLEIN zaś orzekł, że uważałby za błąd, połączony z poważnym niebezpieczeństwem dla operowanej, przeszukiwanie w jamie brzusznej przed jej zamknięciem na mocy jedynie tylko przypuszczenia, możliwości pozostania w niej obcego ciała (*Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.* 1893. Marzec. str. 331).

i MANNABERG'a podobne, lecz te nie odbarwiają się metodą GRAM'a, więc znów łatwo dają się od NEISSER'owskich odróżnić.

Co się tyczy leczenia trypra chłopców, to w tej kwestyi trzymamy się tychże wskazań co i przy leczeniu tego cierpienia u dorosłych, kładąc jednak chorego w okresie ostrym do łóżka.

W okresie ostrym trypra dziewcząt staramy się przede wszystkim zmniejszyć stan zapalny części sromnych, kładąc chorą do łóżka i stosując okłady ochładzające, np. z płynu BUROW'a, lub kąpiele nasiadowe. Jednocześnie przestrzykujemy srom i pochwę rozczytnem np. kwasu bornego.

Dopiero po ustąpieniu okresu ostrego stosować należy przestrzykiwania przy pomocy miękkiego kateteru, takimi środkami jak: salestrzan srebra [0,5—1,0:100,0], sublimat [0,1—0,2:1000,0], nadmaganian potasu [0,5:1000,0]. POTT zaleca czopki z jodoformem, WITTHAUER czopki z 3% alumnolu [długie na 6 cm.]. Jeśli sprawa objęła i cewkę moczową i na nią leczenie, rzecz prosta, skierować należy.

Znając uporczywość rzeżączki kobiecej, stan utajenia tej sprawy, pozornie wyleczonej, sceptycznie oceniać musimy i te dodatnie wyniki, jakie różni autorowie, środki powyższe zalecający, notują.

Środki zapobiegawcze przeciw tryprowi dzieci są same przez się zrozumiałe dla każdego, kto pamięta o etyologii tego cierpienia.

Powikłania. Zarazek rzeżączki szerzyć się może z narządów płciowych trzema drogami: 1) *per continuitatem* na narządy sąsiednie; 2) *per contactum*, kiedy zarazek przeniesiony zostaje zewnątrz na błonę śluzową innych narządów; 3) *per generalisationem infectionis*, t. j. drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych; w przypadku ostatnim Francuzi mówią o „*gonohémie*“.

1) Powikłania *per continuitatem*.

FISCHER w $\frac{1}{3}$ przypadków spostrzeganych widział *bartholinitis*, w jednym zaś ropienie tego gruczołu.

Powikłanie trypra u dzieci, zarówno u chłopców jak i dziewcząt, przez swoiste cierpienie pęcherza zdarza się bardzo rzadko.

Wspominają co prawda niektórzy autorowie o tem powikłaniu. Tak np. MONCORVO powiada, że widział dwa przypadki zapalenia tryprowego w pęcherzu, jeden u dziewczynki 2-letniej, chorej od 6 miesięcy; drugi u chłopca dziesięcioletniego, chorego na trypra od 2 lat.

HAUSHAULTER w przypadku swoim opisuje u ośmioletniej dziewczynki zapalenie pęcherza, ale zależne od zakażenia wtórnego przez lasecznika okrężnicy. Podobnie wypadły i inne badania [HUTINEL, BERGER, ESCHERICH]. Jedyny wogóle niewątpliwy przypadek właściwego rzeżączkowego zapalenia pęcherza dotyczy właśnie dziecka. Opisał go WERTHEIM. Badacz ten wyciął dziewczynce dziesięcioletniej, chorej na *blenorrh. urethro-genital.*, ropne zapalenie pęcherza i ropne zapalenie stawów łokciowych [w wysięku tych ostatnich znaleziono dwoinki NEISSER'a], kawałek błony śluzowej pęcherza. Jedną część włożono do wysokoku, drugą użyto do założenia hodowli. Wzeszły czysto hodowle dwoinek NEISSER'a. Badanie drobnowidzowe wykazało liczne dwoinki w tkance łącznej podnabłonkowej i podśluzowej, przeważnie zewnątrz komórek leżące. Niektóre żyły i naczynka włosowate pełne były dwoinek NEISSER'a.

Zapalenie nerek, jako powikłanie rzeżączki u dzieci, widzimy wspomniane w dwu przypadkach. SEMCZENKO widział u dziecka 10 $\frac{1}{2}$ -miesięcznego z rzeżączkowym zapaleniem łącznicy mięszkowe zapalenie nerek, BERGGRUEN u dziewczynki siedmioletniej, chorej na *gonorrh. urethro-genit.* z powikłaniem przez zapalenie stawu kolanowego, w moczu białko i wateczki szkliste. W obu

przypadkach nie wykazano jednak związku przyczynowego między sprawą rzeżączkową a zapaleniem nerek.

Ciekawą i dla pedyatry kwestyę stanowią powikłania trypra ze strony przydatków macicy i ze strony otrzewnej. Co się samej macicy tyczy to, jak wspomniałem, cierpienia rzeżączkowego tego narządu u dzieci naocznie nie stwierdzono. HOFMEIER jest jednak zdania, zgodnie z NOEGGERATH'em, że niektóre przypadki zapalenia wewnątrzmacicznego kobiet młodych zależą właśnie od *gonorrh. urethro-genital.* dzieciństwa.

Ze znanych dotąd przypadków zapalenia otrzewnej, jako powikłania trypra u dzieci, przytaczamy niektóre:

I. LOVEN opisuje przypadek następujący: Dziecko 5-letnie zapada przy objawach wymiotów silnych. Po 2 dniach zauważono w łóżku plamy, a badanie części płciowych wykazało wydzielinę ropną. Rozwija się zapalenie otrzewnej i bolesność w stawie barkowym. Zgon przy objawach posocznicy. Sekcyja stwierdza rozlane zapalenie otrzewnej. Ściana małej miednicy grubo ropą wyłożone. Błona śluzowa pochwy i powierzchnia wewnętrzna macicy obrzmiała, pulchna, ciemno czerwona. Oba jajowody zawierają gęstą ropę. Jajniki obrzmiałe, w lewym ropień. W wydzielinie pochwowej dwoinki NEISSER'a, w wysięku otrzewnej paciorkowce.

II. SAENGER spostrzegł u dziecka 3½-letniego ostre zapalenie otrzewnej, które przyłączyło się do sprawy rzeżączkowej. Wspomina jednocześnie o przypadkach podobnych, spostrzeganych przez WELANDER'a i SAEXINGER'a.

III. BAGINSKY mówi o przypadku rozlanego zapalenia otrzewnej u dziewczynki 11-to-letniej, cierpiącej na wyptyw z pochwy, w którym znaleziono dwoinki NEISSER'a i gronkowce. Śmierć. Sekcyja wykazała: rozlane zapalenie otrzewnej, ropę w jamie DOULAS'a, w jajowodach i jajnikach.

IV. MFLJA opisuje przypadek ostrego zapalenia otrzewnej u dziecka pięcioletniego, cierpiącego na rzeżączkowe zapalenie sromu i pochwy. Śmierć. Badanie pośmiertne wykazuje ropne zapalenie otrzewnej, *salpingitis*. W ropie otrzewnowej dwoinki NEISSER'a i laseczniki okrężnicy.

V. MARFAN opisuje przypadek następujący: u dziewczynki 11-letniej, która przeszła w szpitalu plonicę, w okresie zdrowienia powraca gorączka, badanie ogólne wykrywa wyptyw z pochwy, w którym znajdują się dwoinki NEISSER'a. Rozwija się obraz bardzo ostrego zapalenia otrzewnej; zejście w wyzdrowienie.

Ale prócz tych ostrych zapaleń otrzewnej, wielu autorów spostrzegало zapalenia przewlekłe, lub raczej widziało ich skutki w postaci wysięków, których powstanie na karb trypra kładą. Czasem sprawa ogranicza się tylko do zapalenia wyłącznie jajowodu, do *pelvi-peritonitis chronica*. Dlatego MARFAN dzieli wszystkie przypadki zapalenia otrzewnej, wikłające tryper dzieci na trzy grupy: 1) przypadki ostre, śmiertelne, zawsze rozlane; 2) przypadki ostre nieśmiertelne, ograniczone lub rozlane, a w ostatnim razie występujące jako *pelvio-peritonitis*; 3) przypadki przewlekłe, *pelvio-peritonitis subacuta, chronica, salpingitis*. Ostatniej grupie szczególne znaczenie przypisuje SAENGER, który pozostałości po zapaleniu ciemnego pochodzenia, jakie często znajdował w miednicy dziewcząt 15—20 letnich, uzależnia od skrycie przebiegających powikłań trypra wieku dziecięcego. Tegoż zdania jest i LANDAU.

2) Powikłania *per contactum*.

Najczęstsze pozapłciowe umiejscowienie rzeżączki stanowi łącznica oka. Mówiąc więc o zakażeniu rzeżączkowym u dzieci, cierpienie oka na równi z cierpieniem dróg płciowych postawić należy. Wszakże opis etyologii, kliniki, profilaktyki i leczenia tego cierpienia należy do oftalmologa, jest

zresztą zbyt dobrze znany, by mu tu potrzeba było udzielać miejsca. Wspomnieć jedynie wypada o zaburzeniach ogólnym stanie dzieci, chorych na rzeżączkowe zapalenie łącznicy. Przedewszystkiem dzieci takie ssą źle i śpią źle; widziano podniesienie się ciepłoty [WOLFF, SOMMER, SCHUETZ] do 38° C., a nawet po nad 39° C., w zależności od tego cierpienia. Oziębienie ciała przez nieustanne zimne okłady, na oczy stosowane, również odbija się ujemnie na rozwoju dziecka. SCHUETZ stwierdził, że dzieci z rzeżączką łącznicy tracą więcej na wadze w pierwszym tygodniu życia i wolniej potem przybierają na wadze, aniżeli dzieci zdrowe. Wszystko to, niezależnie od szkód w oku wyrażanych, czyni rzeżączkę oczu chorobą poważną, szczególnie dla dzieci przedwcześnie urodzonych lub sztucznie odżywianych.

Na tem miejscu wspomnę, że KOBLANCK, GRIFFON i SAMELSOHN opisali przypadki, w których tryper części rodnych powstał dzięki zakażeniu przez wydzielinę swoistą łącznicy. Są to jedyne tego rodzaju spostrzeżenia badaniem bakteriologicznem stwierdzone.

Pomimo bliskości anatomicznego położenia, rzeżączka rzadko z dróg płciowych przechodzi na błonę śluzową odbytnicy. Szczególną musi być odporność tej błony na zarażenie dwóinkami NEISSER'a, jeśli np. w epidemii, spostrzeganej przez WEIL'a i BARJON'a, termometr, wstawiony do odbytu, wywołał *vulvo-vaginitidem*, a nie wywoływał *gonorrhoeae ano-rectalis*. Tem nie mniej przypadki tego powikłania są opisane. HORAND naprzykład, widział 4 przypadki rzeżączki odbytnicy.

Na szczególną uwagę zasługuje umiejscowienie się zarazka na błonie śluzowej jamy ustnej noworodków. Przypadki podobne opisali: ROSIŃSKI [z kliniki DOHRN'a], H. LEYDEN, KAST, SEHLING i AHLFELD. Rzeżączka jamy ustnej noworodków występuje w postaci białych, potem żółtych, plam grubych, nad powierzchnię błony śluzowej wzniesionych; plamy te trwają 2 do 4 tygodni i znikają, nie zostawiając blizn ani pigmentacji. Umiejscowienie ich zależy, jak trafnie powiada LANGE, od sposobu, w jaki nastąpiło zakażenie. Jeśli powstaje ono przy myciu ust, natenczas umiejscawia się w miejscach przy tym rękoźynie najłatwiej uszkodzeniu ulegających, a więc: na grzbiecie języka, na miejscach, na których widzujemy pęcherzyki BEDNAR'a, na dziąsłach.

W przypadku LEYDEN'a istniało tylko jedno ognisko, na wewnętrznej powierzchni wargi górnej; powstało ono widocznie w ten sposób, że dziecko ssало palec, zawalany wydzieliną rzeżączkową oka. Stan ogólny u noworodków nie cierpi przytem wcale. Środkiem leczniczym jest słaby rozczyń saletrzanu srebra.

Ropny ostry nieżyt nosa noworodków zależy podług takich rynologów, jak B. FRAENKEL, VOLTOLINI, ZIEM, SCHECH, RETHI, COZZOLINO [cytowani podług LERMOYEZ'a], STOERK często od zarażenia rzeżączkowego nabytego *intra partum*. Objawy tego cierpienia występują nazajutrz lub trzeciego dnia po urodzeniu. Wydzielina jest śluzo-ropna, kremowa, żółtawa, czasem zawiera żyłki krwi, często cuchnie. Zakażenie rzeżączkowe, po porodzie nabyte, jako przyczynę cierpienia nosa podaje KROENIG. Widział on u dziecka tygodniowego, urodzonego z matki chorej na trypra, mającego rzeżączkowe zapalenie łącznicy, nieżyt nosa i zapalenie ucha środkowego z wydzieliną, zawierającą dwóinki NEISSER'a. Jednocześnie wspomina KROENIG, że przypadek podobny opisał przed nim LIVIN FUERST [nieżyt i ropienie jamy HIGHMORA]. Podobny przypadek opisuje ROSIŃSKI [rzeżączka jamy ustnej i nosa]. O wielu takichże przypadkach mówił STOERK'owi MUELLER.

O rzeżączkowym cierpieniu ucha, prócz KROENIG'a pisał FLESCH, który przypadków tego rodzaju przytacza sześć jako powikłanie rzeżączki oka. W siódmym przypadku jama bębenkowa była jedynym umiejscowieniem zarazka u danego dziecka.

EPSTEIN wspomina i o *gonorrhoea umbilicalis*.

3) Po wikłania *per generalisationem infectionis (gonohaemia?)*.

W kategorii tej na szczególną uwagę zasługuje gościec rzeźączkowy ¹⁾ dzieci. Zaczniemy od przytoczenia kilku odnośnych przypadków.

A. Przypadki trypra dróg płciowych, powikłane gościcem rzeźączkowym.

I. KOPLIK [1890]. Dziewczynka pięcioletnia, dziedzicznie nie obciążona. Przeszła odrę i zapalenie płuc. Od 2 tygodni wypływ z pochwy. Od 8 dni ból w okolicy serca, barku prawego i napiętka. Od 3 dni ból w kolanie prawem. W tym ostatnim stawie wysięk. W wydzielinie pochwy dwoinki NEISSER'a. Zejście w wyzdrowienie.

II. KOPLIK [1890]. Dziewczynka w wieku 3½ lat. Od 3 tygodni wypływ z pochwy. W chwili badania prawe kolano obrzmiałe, skóra napięta i zaczerwieniona; ból. Badanie wydzieliny pochwowej wykazuje dwoinki NEISSER'a. Wyzdrowienie.

III. HENOCH [1892]. Dziewczynka ośmioletnia, cierpiąca na bakteryologicznie stwierdzonego trypra; obrzmienie bolesne łewego stawu nadgarstkowego. Stan bezgorączkowy. Wyzdrowienie po 7 dniach.

IV. GUMON [1893]. Dziewczynka 2½-letnia. Matka przynosi ją do szpitala z powodu spostrzeżonego wypływu ze sromu i bolesnego obrzmienia stopy prawej, trwającego od 10 dni; przedtem dłoń prawa była również obrzmiałą, lecz to minęło. Przy badaniu znaleziono skórę nad obrzmiałą całą powierzchnią grzbietową stopy czerwoną, lśniącą, bardzo gorącą [35,2° zamiast 29,8° stopy prawej]. Żyły skórne rozszerzone. Granice obrzmienia wskazują, że mamy tu do czynienia z zapaleniem stawów, zapaleniem błon maziowych i zapaleniem pochewek ścięgowych. Wypływ z pochwy ma charakter wypływu rzeźączkowego. Sprawa w stawie ustąpiła po miesiącu.

V. RICHARDIÈRE [1893]. Dziecko 7-letnie. Matka cierpi na białe upławy i podmywa się gąbką. Przed 15-u dniami spostrzegła u córeczki wypływ ze sromu; jednocześnie dziecko zaczęło się skarżyć na ból w prawem kolanie. Od czterech dni ból w prawym napiętku, od dwu dni ból w kostce prawej. Przy badaniu znaleziono stawy wymienione obrzmiałe i bolesne. W ropnym wypływie sromu dwoinki NEISSER'a. Błona dziewicza nienaruszona. Ciepłota wieczorem 39,2°. Poruszenia gorączkowe trwają dziewięć dni. Po trzech tygodniach wyzdrowienie.

VI. VIGNANDON [1893]. Dziewczynka 8-letnia. Wypływ ze sromu od 4 miesięcy. Sypia ze starszą siostrą, cierpiącą na białe upławy. Od 15 dni bóle głowy i gorączka, obrzmienie bolesne napiętka prawego: skóra tamże napięta, błyszcząca, czerwona. Błona dziewicza nienaruszona. Obfite dwoinki NEISSER'a w wydzielinie pochwowej. Szybkie wyzdrowienie.

VII. VIGNANDON [1893]. 2½-letnia dziewczynka cierpi na wypływ ze sromu od 8 dni. Błona dziewicza nienaruszona. W wydzielinie nieliczne dwoinki NEISSER'a. Trzeciego dnia pobytu w szpitalu ciepłota 39,5° i ból w kolanie prawem, nie zaczerwienionem i nie obrzmiałem. Po trzech dniach mija ból w kolanie, ciepłota wraca do normy. Nazajutrz obrzmienie i bolesność w lewym napiętku; obrzmienie szerzy się na grzbietową i dłoniową powierzchnie dłoni; ciepłota 38,5°, po dwu dniach wraca do normy. Wyzdrowienie.

VIII. VANUXCEM [1895]. Chłopiec 4-letni przybył do szpitala z powodu obrzmienia prawego kolana, bolesności tamże, gorączki, wymiotów. Przy ba-

¹⁾ Używam terminu *rheumatismus gonorrhoeic.*, ponieważ obejmuje on nie tylko *arthrit gonorrh.* lecz i *periathritis, synovitis, tendovaginitis gonorrh.*

daniu znaleziono zapalenie cewki moczowej; wypływ z cewki zawierał dwoinki NEISSER'a. Wyzdrowienie po upływie trzech tygodni.

IX. SEIFFERT [1896]. Dziecko czteroletnie. Matka ma trypra, cierpiała na objawy gościeca, nie ustępujące przetworom salicylowym. Dziewczynka ma również wypływ ze sromu, zawierający dwoinki NEISSER'a. Przy objawach cierpienia gorączkowego powstaje zapalenie pochewek ścięgnowych na obu powierzchniach grzbietowych obu dłoni. Różna zawartość tych pochewek wykazała obecność dwoinek NEISSER'a; z tejże ropy otrzymano czystą hodowlę tego drobnoustroju. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

105. Adolf Baginsky. O upustach krwi ogólnych i miejscowych w chorobach dzieci.

Upust krwi tak ogólny jak i miejscowy nawet u dorosłych rzadkie ma zastosowanie w obecnych czasach. W praktyce pediatrycznej wykonywa się go tak rzadko z tego powodu, że ustrój dziecka i choroby dziecięce przedstawiają pewne właściwości, z powodu których ta metoda lecznicza może się okazać w skutkach niebezpieczniejszą niż sama choroba. Autor stawia sobie pytanie, czy w pewnych warunkach upust krwi może u dziecka okazać się koniecznym i jakie są do niego wskazania.

Już BRETONNEAU gorąco protestował przeciwko upustowi krwi przy błonicy, wtedy właśnie gdy roztrząsano kwestyę ogólnych i miejscowych upustów przy zapaleniu węgla.

LOUIS potępiał upust krwi przy zapaleniu płuc, róży i t. p.

BAILLY i LEGENDRE uznali upust krwi za szkodliwy przy zapaleniu płuc nieżyłowym u dzieci, dozwalając nań tylko przy zapaleniu płuc włóknikowym.

WALTER, WETZLAR i NATZE potępiali upusty krwi w chorobach dzieci na tej zasadzie, że upadek sił a szczególnie małokrwistość ludząco są podobne do stanów przekrwienia i wodogłowia, i że nietrafnie zastosowany upust krwi ciężką szkodę choremu przynosi.

Przeciwnikiem tych poglądów był sławny w swoim czasie pediatra wiedeński MAUTHNER, który zalecał upust ogólny lub miejscowy przy zapaleniu płuc i w stanach gorączkowych.

W r. 1870 wystąpił JACOBI w New-Yorku przeciwko tej metodzie leczniczej u dzieci; dowodził on, że dzieci skłonniejsze są do wodnistości krwi niż dorośli, trudniej więc znoszą utratę krwi. Im zaś więcej dziecko utraci krwi w czasie choroby, tem cięższą i dłuższą bywa rekonwalescencya, a bardzo często dziecko umiera z wyczerpania i niedokrwistości w okresie zdrowienia. Szczególnie protestuje JACOBI przeciwko upustom krwi przy *meningitis tuberculosa* i przy zapaleniu płuc, i dodaje, że należy się tu obawiać obrzęku obocznego. Oł tego czasu upust krwi ogólny i miejscowy w pedyatryi został zaniebdany tak w klinikach jak i w praktyce miejskiej.

Niekiedy stosowano upust krwi ogólny w niektórych klinikach *experimenti causa*. BAGINSKY potępia to postępowanie, nawet w tych razach, kiedy idzie o badanie krwi na drobnoustroje w celach rozpoznawczych.

Zachodzi teraz pytanie, czy są choroby lub w przebiegu ich naglące chwile, w których należałoby się zdecydować na odciąganie krwi ogólne lub miejscowe dla uratowania życia dziecka. Dla rozstrzygnięcia tego pytania przytacza autor historycę choroby trzech chorych. W jednym przypadku dzie-

cko 7-letnie dotknięte zapaleniem płuc, z wadą serca, przybyło do kliniki w stanie rozpaczliwym, z powodu duszności i sinicy.

Drugi chory 9-letni cierpiał na *pneumonia fibrosa chronica cum bronchiectasia* z napadami astmatycznymi.

Trzeci chory 7-letni, wycieńczony po zapaleniu płuc, przybył z silną dusznością, prawie bez tętna, z oddechem tchawicowym, sinicą i t. p.

Przy jednoczesnem zastosowaniu środków podniecających zrobiono pierwszemu choremu upust 120 ctm. sz. krwi, drugiemu 100 ctm. sz., z żył, a trzeciemu—80 ctm. sz. z tętnicy promieniowej lewej, ponieważ z obu żył pośrodkowych krew płynąć nie chciała; u wszystkich trzech chorych nastąpiło szybkie polepszenie i po pewnym czasie wypisano ich ze szpitala.

Z tych spostrzeżeń, a szczególnie z trzeciego, widocznem jest, że w razie niedostatecznej czynności serca, zmniejszenie ilości krwi przez upust, ułatwia czynność serca i zapobiega uduszeniu. Upust krwi w tych przypadkach można co do efektu porównać z tracheotomią przy zwężeniu dróg oddechowych. Upust krwi, zmieniając mechanicznie objętość krwi w sercu, usuwa przez to jego rozszerzenie; innego działania on nie wywiera, lecz w danej chwili może ocalić życie chorego.

Tak samo w praktyce dziecięcej. Nie wpływa on na samą sprawę chorobową, lecz przez zyskanie na czasie, pozwala siłom ustroju wystąpić do walki z chorobą.

Gdzie tylko znajdujemy wskazanie takie do wypełnienia, powinniśmy upust krwi stosować. Upust krwi nie może jednak zapobiedz innym niebezpieczeństwom, jakie choremu grożą, a szczególnie zatruciu. Przyjmując tylko mechaniczne działanie upustu krwi, możemy go już uznać za dziełny środek leczniczy.

Co do wykonywania wenesekcji u dzieci, to autor zwraca uwagę, że przy wielkiej duszności u dzieci daleko jest trudniej niż u dorosłych otworzyć żyłę lancetem przez skórę; dla tego też radzi żyłę odpreparować, oddzielić i dopiero naciąć. Metoda aseptyczna gwarantuje tu szybkie zagojenie rany.

Następnie przechodzi BAGINSKY do miejscowych upustów krwi i zastanawia się nad pytaniem, czy są one zupełnie niepotrzebne, czy też w pewnych okolicznościach mogą być użyteczne. Lecz i tu ogólnego prawidła postawić nie można. U dzieci możemy stawiać pijawki, a bańki cięte tylko w wyjątkowych razach. Pijawki u dzieci stosują lekarze rzadziej, niż upust krwi, z powodu, że po pijawkach niekiedy trudno bywa zatamować krew, a do rany często się przyłącza róża lub *phlegmone*. Najważniejszym wskazaniem do przystawienia pijawek było dawniej usunięcie bólu zapalnego, np. przy zapaleniu otrzewnej, w której i działanie przeciwzapalne brano w rachubę. Dziś w tych przypadkach używamy raczej lodu i narkotyków, jak morfiny lub kokainy, a jako środek przeciwzapalny stosujemy inne metody niż starzy lekarze. Pomoc chirurgiczna większe tu oddaje usługi, gdyż usuwa i produkty zapalne i bodźce, zapalenie wywołujące.

Istnieją dwie formy chorobowe, przy których może być stosowany miejscowy upust krwi: 1-o zwyczajne drgawki u dzieci, 2-o drgawki mocznicowe.

Przy zwykłych jednak drgawkach możemy użyć innych dziełnych środków, jak: kąpiele, oblewania, chloral, chloroform, brom, lód. Pomagają one w wielu razach, a jednak nie we wszystkich i w tych to ostatnich właśnie autor radzi zastosowanie upustów krwi miejscowych.

Przyczyny eklampsji u dzieci są, jak wiadomo, rozmaite; jakakolwiek jest przyczyna pierwotna, zawsze najbliższą przyczyną będzie małokrwistość, wywołana przez czynne lub bierne stany kongestyjne mózgu. Zawsze też przy

badaniu pośmiertnem znajdował autor u chorych, zmarłych wskutek drgawek, silne przekrwienie naczyń widocznych i zadaje sobie pytanie, czy w tych przypadkach upust krwi miejscowy nie byłby wyrównał zaburzeń w krążeniu w mózgu. Zapewne byłoby to niewątpliwie nastąpiło. Z tych to powodów zaleca BAGINSKY upusty krwi miejscowe przy eklampsji u dzieci, jeżeli tylko środki wewnętrzne nie pomagają. I tu działanie upustu miejscowego jest tylko mechaniczne, gdyż przez zmniejszenie ucisku w czaszce, ułatwia on krążenie. Pod tym względem działanie jego jest bardzo pewne i pożyteczne.

Jeszcze większe oddaje usługi upust krwi miejscowy przy eklampsji mocznicowej. W tej bowiem postaci drgawek mamy do czynienia z zaburzeniami krążenia w mózgu przy napiętych tętnicach, przy zwiększonym ciśnieniu wewnątrz tętnic, a jednocześnie z zatruciem toksynami krwi wodnistej. Łatwo się wtedy możemy przekonać, że upust krwi miejscowy bardzo jest skuteczny, skoro środki uspakajające i kąpiele nie przynoszą pomocy choremu.

Na potwierdzenie tego przytacza autor przypadek drgawek mocznicowych z dłużej trwającą ślepotą, w którym pijawki w stosownej chwili zastosowane wielką oddały usługę.

Z uwag swych wyprowadza autor ogólny wniosek, że upust krwi ogólny wskazanym jest w tych razach, gdy zagraża porażenie serca z powodu przeszkód mechanicznych w krążeniu. Upust krwi miejscowy wskazanym jest tam, gdzie z powodów wyżej przytoczonych mamy do czynienia z zaburzeniami mechanicznymi krążenia w czaszce, tak przy drgawkach zwykłych, jak przy drgawkach mocznicowych.

Przyp. spraw. Podzielając pogląd BAGINSKY'ego w tej ważnej kwestji terapii pedyjatrycznej, pozwolę sobie przypomnieć czytelnikom, że w 1895 roku zwróciłem uwagę na skuteczność ogólnego upustu krwi przy drgawkach mocznicowych u dzieci ¹⁾.

Wenesekeyę pod tym względem uważam nawet za skuteczniejszą, niż pijawki, gdyż pobudza ona i ułatwia krążenie ogólne w czasie stosunkowo znacznie krótszym, niż upust miejscowy za pomocą pijawek. Zawsze przy wenesekeyi szybko siła tętna wzrasta i wzmocnieniem tętna winniśmy się kierować w każdym przypadku przy oznaczeniu ilości krwi, jaką puścić należy. Pijawki, postawione na głowie działają powoli i nigdy ilości ich z góry oznaczyć nie możemy. Trzymając tętno pod palcem łatwo ocenimy jego wzmocnienie w czasie wenesekeyi, i w chwili stosownej, od razu krwawienie możemy powstrzymać.

(*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 21).

Alfons Malinowski.

106. Meissen. Gorączka i hypertermia. Przypadek gorączki hysterycznej.

Autor miał w swej kuracyi 23-letnią kobietę [zameżną bezdzietną], która wykazywała niepomniernie wysokie, nigdy jeszcze nie spostrzegane stopnie ciepłoty do 45,5°, przy tętnie przeważnie 80—60 na minutę. Drugim, godnym uwagi w danym przypadku objawem, był prawie nieustanny, chwilami konwulsyjny kaszel z bardzo skąpą plwociną, już przeszło od roku trwający.

Ponieważ żadnych poważnych zmian organicznych, z wyjątkiem bardzo nieznacznych w obu wierzchołkach płuc, wykryć się nie udawało, a gorączka nieprawidłowego typu sięgała początkowo tylko 38°, rozpoznano *tuberculosis incipiens*. Lecząc wkrótce ciepłota zaczęła się podnosić coraz bardziej aż do wspomnianej wysokości, podczas gdy zmian organicznych, mających ją objaśnić, w dalszym ciągu nie było żadnych. Przytem stan ogólny chorej nie pogarszał się w miarę podnoszenia się ciepłoty, lecz, przeciwnie raził nieraz swym kontrastem.

¹⁾ O zwiastunach i leczeniu mocznic u dzieci. *Gaz. Lek.* 1895.

Wobec tego odstąpiono od pierwotnego rozpoznania i zatrzymano się na rozpoznaniu gorączki hysterycznej. Dalszy przebieg choroby najzupełniej je potwierdził. O ile brak było wszelkich cierpień natury cielesnej, o tyle silnie porażoną była psychika: niepokój, bezsenność, majaczenie, chwilami brak przytomności, a raz jeden wzburzenie, graniczące z formalną psychozą. Pomimo braku snu i apetytu, chora na wadze prawie nie traciła. Osłabienie ogólne, aczkolwiek było wyraźne, lecz z taką nadmierną ciepłotą, według dotychczasowych pojęć, zupełnie nie licujące. Po niespełna miesiącu chora wyzdrowiała zupełnie: wszystkie objawy, nie wyłączając długotrwałego kaszlu, ustąpiły.

Opisany przypadek stanowi, według autora, poważny przyczynek do kwestyi spornej, do dziś dnia wszędzie bardzo sceptycznie traktowanej, t. zw. gorączki nerwowej albo hysterycznej i przemawia za jej istnieniem. Jakkolwiek pozostaje zupełnie nierozwiązanem pytanie, czym jest gorączka i przyczyną jedna drugiej odnośne teorye, wszystkie jednak one zgadzają się pod tym względem, że gorączka jest wyrazem zaburzeń, zachodzących w regulacji ciepłoty. Regulacja zaś ta jest bezwarunkowo zależną od układu nerwowego, bardzo być może, że od specjalnych ośrodków termicznych. Otóż autor żąda ścisłego odgraniczenia tych przypadków, w których centralna regulacja ciepłoty jest nadwyreżoną przez krążące we krwi toksyny, fermenty, produkty rozpadu i t. d. [jednym słowem pewne zmiany organiczne] od tych, w których nic podobnego wykazać nie można. Inaczej mówiąc, dzieli autor podniesienie ciepłoty na organiczne i funkcyjne; dla pierwszego zatrzymuje dotychczasowy termin „gorączka“, drugie proponuje nazywać prosto hypertermią.

Z tego punktu widzenia zapatruje się autor nad nadmierną ciepłotą w opisywanym przez siebie przypadku i przypisuje jej takie same znaczenie, jakie mają bezwłady, skurcze, nieczułości i t. p. objawy właściwe hysterii.

(*Berliner klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 23 i 24).

Zdzisław Markiewicz.

107. Arkövy. Badanie doświadczalne nad gangreną zębiny i gangreną ran.

Cierpienie, znane w patologii jamy ustnej pod nazwą *abscessus alveolaris chronicus*, jest to *caries* dna zębodołu. Leczenie, które ma na celu konserwację chorego zęba, powstrzymanie szerzenia się sprawy na części sąsiednie zdrowe i zapobieganiu ciągłemu połykaniu bakterii ropnych, napotyka ogromne trudności, jako to: mechaniczna niedrożność kanałów korzenia i niemożność zupełnego wyjałowienia tych ostatnich i jamy ropnej na dnie zębodołu, pomimo użycia środków przeciwnilnych nawet w niedozwolonej w chirurgii koncentracji.

Te okoliczności skłoniły autora do bliższego zbadania drobnoustroju, ewentualnie drobnoustrojów, którym przypisać należy tak złośliwą naturę cierpienia. Uporczywość choroby pozwala przypuszczać, że ma się do czynienia z jednym, dwoma, w każdym razie z bardzo niewielką ilością gatunków drobnoustrojów, gdyż większa ich część musi chyba ginąć pod wpływem silnych środków przeciwnilnych. Trzymając się tej myśli przewodniej przez cały szereg lat [od roku 1878], autor leczył omawiane przypadki w sposób następujący. Po możliwie doskonałym usunięciu ropy z kości i rozpadu zgorzelinowego z jamy w zębienie i z kanału korzenia, A. oczyścił otwory 1% roztworem sublimatu i stężonym kwasem karbolowym, a następnie wypełniał je mieszaniną tego ostatniego, kamfory i olejku eukaliptusowego; na to zaś nakładał opatrunek asbestowy i warstwę kauczuku. W takim stanie pozostawały zęby przez 3—6 miesięcy, zanim przystępowano do włożenia plomby stałej. Wiele z tych przypadków wyleczono zupełnie; autor uważa je za kompletnie wyjałowione;

znaczna zaś mniejszość pozostała w stanie *parulis, periostitis alveolaris circumscripta chronica etc.*; te były, według autora, podtrzymywane przez jakiś czynnik chorobotwórczy, w kierunku którego rozpoczęto badania bakteriologiczne. W tym celu poddał A. badaniu wyżej opisane plomby prowizoryczne, z wielką ostrożnością wyjęte. Ponieważ spostrzeżenia kliniczne wykazały, że w przypadkach wyleczonych plomby zachowały wygląd krystaliczny i barwę białą, w niepomyślnych zaś rozplływały się i miały barwę brunatną, więc uważał to autor za charakterystyczne dla gnicia, *resp.* stanu wyjąłowania. Pomimo to podał autor badaniom oba rodzaje plomb. Aby dać odpowiedź możliwie wyczerpującą, badał A. 1) plomby prowizoryczne, 2) trwałe, a mianowicie stare, 3) zębiny zgangrenowane, 4) dentynę, 5) rozpad gangrenowy, 6) ślinę, 7) działanie środków przeciwnilnych. Z punktu widzenia klinicznego uwzględniono następujące cierpienia.

Grupa I. 1) *Abscessus alveol. chronic. a) cum paruli b) sine paruli*, t. zw. ropnie ślepe, złagodzone przez plomby prowizoryczne;

2) *Abscess. alb. chron. et periostitis chronica circumscripta.*

Grupa II. 1) Zgorzel całkowita zębiny [preparaty z wyrwanych zębów];

2) *pulpitis chronica gangraenosa.*

Grupa III. Plomby stare.

Grupa IV. *Abscess. alveol. chron. + necrosis alveolar. circumscripta, periostitis alb. chron. diff., periodontitis unilateralis, periodontitis chron. diff.*

Po całorocznej pracy tego rodzaju, z całej powodzi bakterii wynurzyła się tak dobitnie hodowla czysta jednego lasecznika [pod względem stałości i innych własności], że nie można było nie uznać go za swoistą przyczynę zgorzeli zębiny, jak również za najgłówniejszą, jeżeli nie wyłączną, zgorzeli ran. Autor nazwał go *bacillus gangraenae pulpaee*

Cały wspomniany materiał, który był przedmiotem badań, przenoszono do bulionu, który przechowywano w termostacie w ciągu 24 godzin. Następnie przeszczepiano bulion na płytki żelatynowe i agarowe. Pojedyncze kolonie, które wykiełkowały na płytkach, przenoszono dalej za pomocą nakłucia na żelatynę i na pochyłą płaszczyznę agarową a dla dokładniejszego odróżniania gatunków, jeszcze na kartofle, surowicę krwi, mleko i jaja.

W każdym przypadku rozpatrywano hodowlę w kropli wiszącej. W mowie będący lasecznik jest zmienny co do swej formy: „pleomorfizm“ jest dlań charakterystycznym. Na żelatynie przedstawia się w postaci prostych pałeczek, 4 μ długości mających, z ostro obcięzonymi końcami; pałeczki te leżą pojedynczo lub przerywanym łańcuszkiem, albo [co jest najbardziej typowem] leżą po dwie pod kątem rozwartym; czasami mają wygląd nierozczłonkowanych nitok.

Laseczniki poruszają się w wzór ryb. W środku pałeczek znajdują się czasami błyszczące, silnie światło przelamujące, owalne kulki, zarodniki. Na pochyłych płytkach agarowych po jakimś czasie [10 dniach] pałeczki przemieniają się w koki, które, przeszczepione na żelatynę, powracają znowu do pierwotnej formy pałeczek. Tę własność lasecznika autor wyraźnie podkreśla. Błękit metylenowy barwi koki z trudnością, oddając zaledwie ich kontury; z łatwością barwi się lasecznik metodą Gram'a, nie znosi jednak silnego odbarwiania ani dalszego barwienia, np. faksyną karbolową. Hodowle na żelatynie po 24 godzinach przedstawiają się gołemu oku w postaci pyłu mącznego; pod drobnowidzem mają wygląd drobnych ziarenek, złotawego koloru, okrągłych, z wyrostkami w formie nitok. Po 80 godzinach płytka się rozplływa a na powierzchni widać biały pomarszczony nalot [pleśń]; wtedy traci hodowla cuchnącym serem. Przez nakłucie na żelatynie powstaje po 24 godzinach to samo, co było po 30 na płytkach, a następnie formują się płatki, które osiadają na dnie; po 10—14 dniach pleśń staje się brunatną; a żelatyna w warstwach

powierzchnowych czerwoną, w niższych zaś bezbarwną. Odczyn jest silnie alkaliczny.

Na płytkach agarowych wyrastają po 24-ch godzinach takie same kolonie jak na żelatynie. Na surowicy powstaje brunatny płynny pas; na bulionie nalot z pleśnią; w mleku strąca hodowia kazeinę. Najlepiej hoduje się lasecznik na zębnie i tu daje się odczuwać charakterystyczny odór zgorzeli, który przy hodowaniu na sztucznych podłożach ma trochę inny odcień.

Myszy, którym zaszczepiano hodowlę pod skórę, ginęły po 4—2 dniach przy objawach biegunki. We krwi tych zwierząt znajdowano laseczniki, które zdawały się przynikać do wnętrza ciała krwi. Króliki wykazywały przez dłuższy czas ciepłotę 39,5° C.; część ich ginęła. Tak samo było ze świnkami morskimi, podczas gdy gołębie zwalczały zarazę. Badania termiczne wykazały, że najzgodniejsza dla laseczników ciepłota wynosi 115 — 120° C. Lasecznik zdaje się posiadać bardzo nieznaczną skłonność do formowania zarodników. Najlepiej badać zarodniki na hodowlach wyrosłych na surowicy krwi. Zabarwienie zarodników jest prawie niemożliwe. Doświadczenia, wykonane na dwóch wyrwanych zębach, a mianowicie zaszczepienia hodowli bulionowej do wydrążonego otworu z następnem pokryciem cementem, nie wykazało po 10 dniach żadnych zmian drobnowidzowych prócz nieprzyjemnego odoru. Szczepienia na zębach żywych wywoływały charakterystyczne zmiany zgorzeli w zębnie i typowy odór gangreny. Aby się przekonać, czy lasecznik jest w stanie przedostać się do zdrowej twardej istoty zęba, włożono 3 zdrowe wyrwane zęby nieodwapnione do hodowli na agarze. Po upływie roku znaleziono cement brunatny, rozmiękczony przez sprawę próchnienia. W małych cząsteczkach, które się dawały łatwo zdrapywać, znaleziono pod drobnowidzem niezliczone masy laseczników. Hodowla agarowa była silnie alkaliczna.

Laseczniki przemieniają się w koki, zależnie od poszczególnych odczynników przeciwnych, po upływie rozmaitego czasu. W 1% karbolu po 10 dniach, w roztworze sachariny (1:400) po takim samym przeciągu czasu widać poruszające się koki, a po 19 dniach nieruchome, w 1% sublimatu po 15 minutach niema żadnych ruchów; 2% chlorek cynku wymaga 10 dni. 1% roztwór sublimatu, dodany do bulionu, do którego następnie zaszczepiono hodowlę czystą i który przeniesiono na płytki żelatynowe, jak się okazało po 5 dniach, przeszkodził zupełnie rozwojowi laseczników. Na płytkach żelatynowych, zakwaszonych kwasem solnym lub alkalizowanych przez dodanie sody, a następnie zaszczepionych, nic nie wyrasta. *Bacill. gangr. pulpae*, uważany początkowo przez autora za należący wyłącznie do jamy ustnej, znaleziony był niespodziewanie i w zgorzeli ran [3 razy na 5 przypadków].

Szczegółowa analiza własności morfologicznych i biologicznych, lasecznika pozwala autorowi umieścić go w grupie „*bacill. proteus*“; pod względem jednej tylko cechy formowania zarodników, wykazuje on tendencję w kierunku grupy laseczników obrzęku.

A. rozpatruje szczegółowo własności drobnoustroju, opisanego przez C. JUNG'a pod nazwą O-grzybek, i dochodzi do wniosku, że tożsamość tego ostatniego i *bacill. gangr. pulpae* jest bardzo prawdopodobną. Stałość, z jaką A. znajdował swego lasecznika, [w 95,34%] pozwala stanowczo twierdzić, że jest on samodzielną bakterią chorobotwórczą a nie rzeczą przypadkową. Szczepienie hodowli mieszanych (*bacill. gangr. pulpae* + jakakolwiek bakteria ropna] wykazały, że lasecznik omawiany posiada tylko własności wywoływania gangreny bez ropienia. Szczepieniem lasecznika na zwierzętach nie udało się wywołać sztucznej zgorzeli miejscowej. Powód tego pozostaje nierozstrzygniętym.

(*Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde etc. Bd. XXIII. Nr. 21 i 22*).
Zdzisław Markiewicz.

108. Tuffier i Dujurier. O całkowitem wyluszczeniu pęcherza moczowego z powodu nowotworów.

Powyższy zabieg, wykonany po raz pierwszy w 1887 roku przez BARDENHEUER'a, liczy dotąd zaledwie 13 opisanych przypadków, z tej zaś liczby szczegółowe opisy znajdujemy w dwóch przypadkach u kobiet [PAWLICK, ALBARRAN] i w trzech u mężczyzn [BARDENHEUER, KUESTER i autorowie]. Opierając się na zebranej literaturze i swojemu własnemu spostrzeżeniu, autorowie mniemają, że wskazania do całkowitego wyluszczenia pęcherza z powodu nowotworów są nader rzadkie i sprzeczają się do tych przypadków, w których nowotwór, przy wielkim rozprzestrzenieniu się w ścianach pęcherza, pozostawia nietkniętymi sąsiednie narządy; w których istnieje możliwość wyluszczenia nowotworu lub nawet częściowego wycięcia ściany pęcherza, należy unikać całkowitego wyluszczenia.

Niemniej koniecznym warunkiem pomyślnego wyniku operacji jest pewien zasób sił ze strony chorego; osobniki wyniszczone nie wytrzymują tak długotrwałego i połączonego zazwyczaj ze znacznym krwawieniem zabiegu. Wyjątkowe przypadki gruźlicy pęcherza mogą służyć za wskazanie do całkowitego wyluszczenia [FRENDELENBURG].

Technika operacyjna powinna być szybka, pewna; należy unikać naddarcia i otworzenia otrzewnej. Autorowie podają następujący plan zabiegu, stosowany przez siebie z dobrym wynikiem.

1) Jeżeli uprzednio było stosowane cięcie nadłonowe pęcherza, to należy szybko wyciąć istniejącą przetokę: w podobnych przypadkach zabieg jest mniej czystym; w przypadkach niepowikłanych obecnością przetoki prowadzimy cięcie nadłonowe w linii środkowej.

2) Przeprowadzamy drugie dodatkowe cięcie, łączące otwory kanałów pachwinowych i tworzące z poprzedniem odwróconą literę T, t. j. 1.

3) Separując otrzymane za pomocą powyższych cięć płaty, znajdujemy na dnie rany pęcherz i przystępujemy do odluszczenia otrzewnej. Uchwyconą w szczypczyki przednią ścianę pęcherza unosimy zlekka ku górze i nazewnątrz rany i odklejamy palcem otrzewną, która z wyjątkiem dna pęcherza, gdzie zrost jest ściślejszy oddziela się wogóle dosyć łatwo. W razie zajęcia częściowego otrzewnej pęcherza przez nowotwór należy odpowiednią jej część usunąć. Część krokowa pęcherza separuje się łatwiej; wogóle cały rękoczyn jest o wiele łatwiejszy przy większej ruchomości narządu. Oddzielone części przeglądamy uważnie; jeżeli istnieje otwór w pęcherzu [dawna przetoka], to wprowadzamy do jamy pęcherza palec i na nim kolejno przesuwamy tkanki.

4) Przecięcie moczowodów; autorowie radzą skutecznie cewnikowanie tych ostatnich dopiero po ich przecięciu z powodu łatwości rękoczynu.

5) Przecięcie szyjki pęcherza nad krzywym klampem — ostrożność, konieczna z powodu znacznego krwawienia żylnego, które dopiero można opanować po zupełnem usunięciu pęcherza. Większe naczynia podwiązujemy, pozostałe przyżegamy razem ze słuzówką cewki, aby uniknąć możliwego ztąd zakażenia.

6) Cewnikowanie moczowodów; cewniki wyprowadza się nazewnątrz przez ranę brzuszną. Jeżeli z powodu napotykaných trudności operacja trwała zbyt długo, lub też jeżeli chory jest bardzo osłabiony, na tem kończymy nasz zabieg, w przeciwnym zaś razie staramy się odrazu umocować moczowody w odpowiednim miejscu.

Autorowie mniemają, że u kobiet najlepiej jest wprowadzać moczowody do pochwy [PAWLICK]; u młodych kobiet możnaby pomyśleć o uprzedniem usunięciu jajników w celu zniesienia miesiączki.

U mężczyzn moczowody można przeprowadzić nazewnątrz, mocując je do ściany brzusznej, lub też łączyć je z cewką albo kiszką. Umieszczenie moczowodów

wodów w ścianie brzusznej, stosowane doświadczalnie u zwierząt i przez chirurgów u ludzi z powodu innych cierpień dróg moczowych, jest wysoce niepraktyczne ze względu na ciągle wyciekanie moczu, gdyż niepodobna tu wytworzyć żadnego zwieracza. GLUECL i ZELLER łączyli na trupach moczowody z cewką i obmyslili odpowiedni cewnik. SCHWARTZ, połączywszy u sukki moczowody z cewką, zauważył powstawanie w bardzo krótkim czasie rozszerzenia dolnego ich odcinka, które tworzyło rodzaj nowego pęcherza; na tej zasadzie w przypadkach, w których dałoby się pozostawić niejakię płytę z pęcherza, możnaby spróbować połączenia z ich pomocą moczowodów z cewką.

Na możliwość i właściwość wszycia moczowodów do kiszki wskazują: istnienie kloaki u ptaków i spostrzeżenie RICHARDSON'a, w którym dziecko przez 17 lat miało wrodzoną moczowodowo-kiszkową przetokę.

Doświadczenia, przedsiębrane na zwierzętach, nie dawały przez długi przeciąg czasu dodatnich wyników z powodu następczego zwiężenia się otworów kiszkowych i tworzącego się wodonercza. Dopiero w 1887 r. NOVARO po owalnym przecięciu moczowodów, a MORESTIN po czasowem ich podwiązaniu w celu wywołania rozszerzenia, otrzymali zadawalające wyniki. Nakoniec TUFFIER zaproponował przeszczepianie wpustu pęcherzowego moczowodów [jak MAYDL przy wycisowaniu pęcherza].

Spostrzeżenia kliniczne w zupełności potwierdziły powyższe wnioski doświadczalne. Zachowując ostrożności, zapobiegające zwiężeniu się otworów moczowodowych i operując bezgłownie, otrzymujemy dodatnie wyniki. Chory 3—8 razy dziennie oddaje płynne stolce, nie wywołujące najmniejszego podrażnienia otworu stolcowego. Autorowie zalecają skutecznie wszczepianie nie do prostnicy, ale tuż pod zgięciem esowatym kiszki grubej. Połączenie można skutecznie za pomocą guzików BOARI lub CHALOT'a, albo też za pomocą szwów jedwabnych [KRYŃSKI].

(*Rev. de Chirurgie*, Nr. 4. 1898).

A. Kopczyński.

109. Raymond Tripier. O krwotokach żołądka, ich stosunku do wrzodów żołądka i o ich leczeniu gorącą wodą.

Każdy krwotok żołądka przypisują zwykle owrzodzeniom, które stają się przyczyną uszkodzenia naczyń krwionośnych przez działanie na nie soku żołądkowego; czasami tylko szukają przyczyny krwotoków w zakrzepach lub zatorach.

Pojmowanie to jest błędem, gdyż zawsze pierwotnej przyczyny wrzodów i krwotoków należy szukać w chorobie naczyń krwionośnych.

Nadkwaśność soku żołądkowego nie może grać żadnej roli, gdyż często spotykano wrzody błony śluzowej bez nadkwaśności i odwrotnie. Natomiast badania anatomiczne wykazały, że bardzo często spotyka się na granicy owrzodzenia strup w stanie rozpadu, tkanki zaś, będące z nim w bezpośrednim zetknięciu, w stanie zapalnym, a naczynia krwionośne zupełnie przez sprawę zapalną zamknięte. W takich razach nie może być żadnej wątpliwości, że pierwotną przyczyną wrzodu są zaburzenia w naczyniach krwionośnych.

Prawda, że są często wrzody, w których nie spotyka się żadnego śladu strupa, ani tkanki w stanie zapalnym; są to jednak tylko formy przejściowe, z których strupy już odpadły, a nowe jeszcze się nie potworzyły. Sok żołądkowy jak również i pokarmy mogą być tylko okolicznościami sprzyjającymi w pogłębianiu się owrzodzenia.

Błędem jest także pojmovanie, jakoby wrzody zabliźnione dawały często krwotoki. Blizna wrzodu okrągłego jak również i każda inna blizna nie może stać się przyczyną krwotoku, pomyłka zaś ztąd powstała, że wrzody płaskie o brzegach gładkich brano za wrzody zabliźnione.

Co się tyczy głębokości uszkodzenia ścian żołądka przez wrzody, to należy uważać za bardzo podejrzaną naturę tych owrzodzeń, które przedziurawiają ściany żołądka. Najczęściej są to nowotwory tylko w stanie zupełnego rozpadu; ślady ich zawsze można odszukać na sąsiednich gruczołach. Nowotwory te jednak wyglądem tak silnie wrzód przypominają, że nawet wtenczas, kiedy w tym rzekomym wrzodzie znajdziemy cechy charakterystyczne dla nowotworu, to jeszcze wtenczas mówimy, że jest to wrzód, który zamienił się w nowotwór.

Bez względu na to, czy wrzód jest zwyczajnym, czy też nowotworem, zawsze może on stać się przyczyną krwotoków, jeżeli ciśnienie w naczyniach będzie zbyt silne, a strupy nie będą się tworzyły zbyt powolnie, aby dać czas przed odpadnięciem zabiżnić się uszkodzonym naczyniom. To jest także dowodem przeciw przypisywanej sokowi żołądkowemu roli w otwieraniu naczyń krwionośnych, gdyż w tym ostatnim razie mielibyśmy tyle razy krwotok, ile razy naczynie krwionośne byłoby uszkodzone.

DIEULAFOY w ostatnich czasach zwrócił szczególną uwagę na bardzo powierzchowne owrzodzenia, które były powodem niezwykle silnych krwotoków, i proponuje w takich razach interwencję chirurgiczną, która przy pierwszej próbie okazała się nie tyle bezskuteczną, ile niemożliwą do wykonania, a to wskutek trudności w odnalezieniu miejsca uszkodzenia błony śluzowej żołądka.

Nieznaczne te uszkodzenia DIEULAFOY i CASSANDE przypisywali znalezionym przy sekcji licznym guziczkom limfatycznym, które powiększyły się pod wpływem ogólnego zapalenia, a które mylnie przez nich były wzięte za wrzody. W tym przypadku, jak i we wszystkich innych pierwotnej przyczyny krwotoku należało szukać w chorobie naczyń krwionośnych, tem więcej, że anamneza chorego jak najbardziej to przypuszczenie potwierdzała, gdyż chory był alkoholikiem, oddawna miał malaryę [śledziona jego ważyła 750 grm] i przed 3-ma laty miał już podobne krwotoki. Gdyby więc przyczyną tych krwotoków, jak również i ostatniego, były owrzodzenia, to musiałyby one na badaniu pośmiertnem okazać się nierównie większe, jako od 3-ch lat działające i chory byłby się skarżał na bóle, co absolutnie nie miało miejsca.

Ponieważ doszliśmy do przekonania, że pierwotną przyczyną krwotoków jest zawsze choroba naczyń krwionośnych, skąd wynika, że błona żołądka może być prawie nie uszkodzoną, z łatwością zrozumiemy, jakie trudności może spotkać chirurg, który w tych warunkach zechce robić operację. A nawet wtenczas, kiedy wrzód jest dosyć duży, że można go przy operacji odnaleźć, to ogólny stan chorego po krwotoku jest przeciwskaźnikiem interwencji chirurgicznej. Statystyka tych operacji wykazała 60% śmiertelności.

Leczenie wewnętrzne krwotoków środkami narkotycznymi, lodem i t. d. nie wiele lepsze dało rezultaty. Gorąca woda, stosowana miejscowo lub na drodze odruchowej [np. moczenie rąk w gorącej wodzie] dała bardzo dobre rezultaty w krwotokach macicy hemoroidalnych i t. d.; nie stosowano jej tylko przy krwotokach żołądka. Użycie wewnątrz gorącej wody w tych razach nie odniosłoby dobrych rezultatów.

Prawdziwie dobre rezultaty dają przemywania gorącą wodą, czego dowodem są spostrzeżenia na kilku chorych, z których pierwszy był leczony w 1893 roku z doskonałym rezultatem. Był to człowiek wskutek krwotoków żołądka prawie umierający, którego leczenie gorącą wodą przyprowadziło do zupełnego zdrowia.

Druga obserwacja dotyczy kobiety 39-letniej, u której kilkakrotne krwawe wymioty, czarny stolec, chloroza i bóle niewątpliwie wskazywały na wrzód żołądka. Chora ta pomimo ergotyny, makowca i t. p. miewała ciągle krwotoki, które ją doprowadziły do zupełnego wyczerpania. Krwotoki te po jednorazowym zastosowaniu gorącej wody zostały powstrzymane. ┘

Jeden przypadek krwotoku w tyfusie brzuszny także tym sposobem został wyleczony.

Obserwacje są zbyt nieliczne; aby z nich można wyprowadzić wnioski pewne i stanowcze, w każdym razie użycie wody gorącej w przypadkach wyżej wspomnianych pozwala pokładać w niej wszelkie zaufanie.

Leczenie krwotoków żołądka powinno się odbywać według następującego planu: Przemycanie wodą 48–50° gorącej dwa razy dziennie a nawet częściej, jeżeli krwotok miałby tendencję do powtarzania. Chory powinien leżeć bez najmniejszego poruszenia; dyeta powinna być absolutna. Wszystkie lekarstwa odrzucono. Usta należy zwilżać zimną wodą i tylko w razie wielkiego pragnienia pozwolić choremu wypić jej bardzo nieznaczny ilość.

Odżywianie przez usta odłożyć na możliwie najdalszy termin; odżywiać za pomocą lawatyw z mleka, jajka i soli.

Woda gorąca, jako działająca na drodze odruchowej, może być używana nie tylko przy krwotokach żołądka, ale i przy wszystkich krwotokach wewnętrznych.

(*Semaine médicale*. 1898. Nr. 30).

St. Włodek.

110. Cesare Ghillini Badania nad wpływem przecięcia nerwu na wzrost kości.

Pochop do odnośnych badań doświadczalnych dały autorowi spostrzeżenia Kassowitza o wzmożonym wzroście u królików tej kończyny, której nerw kulszowy uległ przecięciu. Według Kassowitza wydłużenie się kończyny zależy tutaj od porażenia naczynioruchowego, jakie powstaje po przecięciu nerwu.

Ghillini postanowił zbadać, czy ów wzrost kości zależy jedynie od samego przecięcia nerwu, czy też i od pewnych warunków zewnętrznych.

Doświadczenia swe autor przeprowadzał na dwumiesięcznych królikach, dokonywając różnorodnych przecięć oraz resekcji nerwu kulszowego. Połowę operowanych zwierząt pozbawił ruchu, trzymając je przez cały ciąg trwania doświadczeń w małych klatkach, drugą zaś połowę trzymał na swobodzie i zmuszał dwa razy dziennie do skakania.

Po upływie 6 tygodni od operacji zwierzęta zostały zabite. Badania postmortalne wykazały, że u zwierząt, pozostawionych na swobodzie, nie istniały żadne różnice w długości kończyn tylnych, albo też zachodziło nieznaczne skrócenie kończyny operowanej. Natomiast u wszystkich zwierząt, trzymanych w klatkach, spostrzeżono mniejsze lub większe wydłużenie porażonej kończyny.

Podobne wyniki G. otrzymał u dwóch młodych królików, u których porażenie jednej z kończyn tylnych wywołał na drodze uszkodzenia rdzenia.

Odkładając ogłoszenie szczegółów swych ciekawych badań do czasu późniejszego, autor zwraca uwagę na tę okoliczność, że wzmożenie wzrostu kości po przecięciu nerwu zależy nie tylko od samego uszkodzenia, lecz i od pewnych warunków zewnętrznych, którymi w doświadczeniach autora były odmienne warunki statyczne, t. j. spokój i ruch.

Wzmógłony w kierunku osi podłużnej wzrost kończyny, uległej porażeniu, odpowiada według autora tym wydłużeniom kończyny, jakie stwierdzili: VERNÉUIL, RECLUS i KAREWSKI w przypadkach zwicnięć w stawie biodrowym w następstwie porażen dziecięcych, a więc zależy od zmniejszonego ciśnienia.

(*Zeitschr. f. Orthopädi. Chirurgie*. 1897. V Bd. 2 u. 3 H.). W. Lapiński.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych,

Towarzystwo Lekarskie m. Łodzi.

— 3 —
[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 33].

Posiedzenie z d. 16 marca 1898.

1) STANKIEWICZ przedstawił kobietę, u której wykonał cięcie cesarskie zachowawcze [według SAENGER'a] dnia 10 maja 1867 r., przy 4-tym porodzie, z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka.

Miednica ogólnie zwężona, z *conjug. v.* = 7 ctm.. Wskazanie względne. Poprzednie porody [położenie zawsze czaszkowe]: 1-szy — obrót, wymóżdzenie główki następującej; 2-gi — wymóżdzenie, kranioklasia; 3-ci — obrót, oderwanie tułowia od główki, wydobyte tej ostatniej bardzo trudne [4 godziny pod chloroformem]. Pacjentka życzyła sobie mieć dziecko żywe za jakąbądź cenę.

Operację wykonano w szpitalu Ś-go Aleksandra, na oddziale kol. KRUSCHEGO w 5 godz. po odejściu wód płodowych [położenie czaszkowe, główka nad wchodem ruchoma, otwarcie na 5 palców]. Dziecko płci męskiej, wagi 9½ funta; dobrze rozwinięte, wydobyte w stanie lekkiego zamoru. Pó kilku wahaniami dziecko krzyczy mocnym głosem. Połóg powikłany od 3-go do 7-go dnia gorączką [do 39° C.] z powodu *endometritis*, następnie ropniem prawego gruczołu sutkowego. Wypisana ze szpitala w 3 tygodnie po operacji z macicą, przyrośniętą do przedniej ściany brzusznej w okolicy pępka. Na miejscu rany brzusznej, zagojonej doraźnie, pozostały 2 małe przetoki ropiejące, które zarosły dopiero w październiku r. z. po rozcięciu łączącego je mostka i wydobyciu kilku nici jedwabnych, któremi była szyta macica. Obecnie pacjentka jest zupełnie zdrową, pracuje ciężko jako robotnica fabryczna i z góry wypowiada chęć poddania się operacji cięcia cesarskiego w razie ponownej ciąży.

2) PRZEDBORSKI mówił „O zaburzeniach węchowych“.

3) PINKUS zakomunikował dane statystyczne o chorobach zakaźnych w Łodzi za styczeń b. r. Zanotowano 132 przypadki, a mianowicie: 1) *anginae foll.* 6, 2) błonicy 7, 3) krwawej biegunki 2, 4) gorączki połogowej 9, 5) odry 25, 6) krztuśca 24, 7) szkarlatyny 37, 8) gruźlicy 5, 9) tyfusu brzuszego 6, 10) ospy wietrznej 3 i 11) ospy naturalnej 3.

Z powyższej liczby przypadków chorób zakaźnych odnosi się: 1) do wschodniej części miasta 88, a do zachodniej 44; w pierwszej więc było dwa razy tyle przypadków, co w drugiej; 2) do północnej części [względnie do ulic Dzielnej i Zielonej] 66 i tyleż do południowej; 3) do części miasta, odpowiadających mniej więcej cyrkułom policyjnym: do I-ej 14, do II-ej 52, do III-ej 36 i do IV-ej 30.

W porównaniu z miesiącem poprzednim zmniejszyła się liczba przypadków tych chorób, tak ogólna, jak i każdej oddzielnej, wyłączając gorączkę połogową. Stosunek zaś powyższych cyfr do rozległości i liczby zaludnienia miasta pozwala mniemać, że w ciągu stycznia nie szerzyły się w niem choroby zakaźne epidemicznie. Wiele wszakże względów przypuszczać każe, że notowana liczba przypadków ich [132] stanowi tylko część liczby rzeczywistej.

4) KNICHOWIECKI przedstawił kilkadziesiąt nowych środków farmaceutycznych, przyczem wspominał o ich składzie chemicznym i dawkowaniu.

5) MAYBAUM wygłosił 2-gą część swego odczytu: „Stan żołądka przy cierpieniach innych narządów“, mianowicie: przy chorobach zakaźnych, przy gruźlicy, przy chorobach jamy ustnej i nosa, przy chorobach serca, nerek, przy moczówce cukrowej, władzie rdzenia, błonicy i przy chorobach narządów płciowych.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

— * — * —

20. Jodwazogen przeciw arteryosklerozie. Wiadomo powszechnie, jak ważnym środkiem leczniczym jest jod, a mianowicie jodek potasu i jodek sodu, u chorych, dotkniętych arteryosklerozą. Z drugiej zaś strony wiemy, że często właśnie w tych razach natrafiamy na chorych, którzy w żaden sposób nie mogą znieść ani jodku potasu, ani jodku sodu.

Otóż, D-r KLEIST (*Allg. med. Centr. Zeit.* 1897. 29) na mocy licznych spostrzeżeń radzi w przypadkach tego rodzaju stosować jodwazogen (*jodvasogenum*). Wszyscy chorzy podobno bardzo dobrze znoszą wzmiankowany przetwór jodowy, który nawet ma zwiększać łaknienie, ułatwiać trawienie, a w każdym razie — pomimo dłuższego stosowania nie wywołują owych nieprzyjemnych objawów, które często zmuszają nas do zaniechania zwykłej kuracji jodowej.

Nawiasowo wtrącić mi tu wypada słów parę o wazogenie i o jodwazogenie.

Wazogen (*Vasogenum*, s. *Vaselinum oxygenatum*) jest to waselina, przepojona tlenem. Ma ona wogóle tę własność, że daje łatwo emulsyę z rozmaitymi środkami leczniczymi, jak: z jodoformem, kreozotem, mentolem, pyrogallolem, kamforą i t. d. i że owe środki lecznicze z takiej emulsyi ulegają bardzo szybko i dokładnie wessaniu tak przez skórę, jak i z przewodu pokarmowego.

Jodwazogen jest prosto roztworem jodu w wazogenie.

Według zapewnienia KLEIST'a, po 14 dniach przyjmowania jodwazogenu chorzy, dotknięci arteryosklerozą, a zwłaszcza jej przykremi następstwami, ogromnie się poprawiają. Białkomocz, zależny od arteryosklerozy, ma się znacznie zmniejszać a nawet często zupełnie znikać — pod wpływem jodwazogenu.

Chorym, o których mowa, przepisywać należy 6% roztwór jodwazogenu. Chorzy powinni przyjmować przez kilkanaście tygodni trzy razy dziennie po 8—12 kropel owego lekarstwa w kilku łyżkach wody lub wina. Przez pierwszą ośm dni chory przyjmuje rzezone lekarstwo w $\frac{1}{2}$ godziny po jedzeniu, potem wszakże — zawsze na czczy żołądek, t. j. przed jedzeniem.

Zresztą gdyby chory i tego przetworu nie mógł znieść wewnątrznie, to możnaby spróbować zewnętrznego stosowania jodwazogenu w postaci wcierań zupełnie tak, jak to się robi ze systematycznym wcieraniem szarej maści przy leczeniu syfilisu.

LEISTIKOW (*Monatsh. f. Dermat.* 1897. XXIII) używa w takich razach 6% jodwazogenu i każe przez trzy tygodnie codziennie wcierać 3,0 grm. przez 10 minut, aż cała ta ilość wniknie w skórę. Rozumie się, że nie można codziennie wcierać w tę samą okolicę ciała, ale trzeba trzymać się takiej samej kolei, jak przy wcieraniach szarej maści.

Doświadczenie nauczyło, że do pewnego stopnia można w ten sposób zastąpić wewnętrzne podawanie jodku potasu i że przy tym sposobie postępowania niema ani zapalenia skóry (*dermatitis*), ani żadnych objawów jodyzmu.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.

— ARONSON. Przyczynek do biologii laseczników gruźlicy. Autor zapragnął otrzymać w stanie czystym tę substancję z laseczników gruźliczych, którą na zasadzie reakcy mikrochemicznych uznał UNNA za tłuszcz. W tym celu przygotował autor wyciąg wysokowo-eterowy z kilkuset litrów hodowli laseczników na buljonie glicerynowym i po odpowiednich zabiegach laboratoryjnych, otrzymał ciemno-żółtą ciągnącą się masę w ilości 70 gr., której skład chemiczny był następujący: 17% stanowiły wolne kwasy tłuszczowe, które po większej części rozpuszczały się w wysoku; pozostała ilość okazała się nie tłuszczem, jak dotąd mniemano, lecz woskiem, czyli, mówiąc językiem chemicznym, miejsce rzekomej gliceryny zajmowały alkohole wyższych szeregów, nierozpuszczalne w wodzie. Okazało się dalej, że laseczniki omawiane są w stanie produkować wosk, jakkolwiek w mniejszej ilości, i na innych mniej skomplikowanych podłożach odżywczych, jako to: 0,6% mannit, 0,1% siarek ammonu, 1,5% gliceryna i t. p., Autor na zasadzie własnych badań, potwierdza zdanie KLEBS'a, że swoiste barwienie laseczników gruźliczych zależy właśnie od obecności wspomnianego wosku, *resp.* tego, co dotąd za tłuszcz uważano. Badanie drobnowidzowe barwionych hodowli wykazuje, że przeważna część wosku gruźliczego leży nie w ciałkach laseczników, lecz między nimi.

(*Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 22. 1898.*)

Z. M.

— KAPSAMMER. Przyczynek do nauki o zachowaniu się kości po przecięciu nerwu. Autor wykonał na sześciu psach jednostronne przecięcie *nervi mandibul.* i na jednym *n. maxil. infer.*, aby się przekonać, o ile słusznem jest twierdzenie SCHIFF'a, że po przecięciu nerwu przeciwdziałają sobie wzajemnie 2 czynniki: paraliż wazomotorów, powodujący przerost i paraliż mięśni, który jest przyczyną zaniku, i że przerost występuje wtedy, jeżeli czynnik mu przeciwny zostaje wyłączonym. Rezultaty tych doświadczeń były następujące: W 4-ech przypadkach nie okazało się zupełnie żadnej zmiany, ani zgrubienia okostnej, ani jej nawarstwienia, ani wogóle żadnej różnicy pomiędzy szczęką jednej i drugiej strony; w 2-ch była okostna wyrostka zębodołowego nieco zaczerwienioną; wreszcie w jednym znaleziono niewielkie zgrubienie szczęki dolnej w okolicy 4-go zęba trzonowego. Na tej zasadzie twierdzi autor, że po przecięciu nerwu nie rozwija się bynajmniej przerost kości, którego przyczynę miały stanowić paraliż wazomotorów. Zaczerwienienie okostnej tłomaczy autor obecnością niewielkiego ropienia, które w odnośnych przypadkach się rozwinęło; ograniczone zaś jej zgrubienie, wynoszące zaledwie 1,5 mm., uważa za fizyologiczne.

(*Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 23. 1898.*)

Z. M.

Wiadomości bieżące.

— **Prace oryginalne w czasopiśmie lekarskich polskich.** *Nowiny Lekarskie.* Z. 7 i 8. S. p. prof. Alfred Obaliński [wspomnienie pośmiertne]. K. RYCHLIŃSKI. Z kazuistyki psychiatrycznej. — *Przegląd Lekarski.* W. ŁUKASIEWICZ. O związku dermatologii z medycyną. K. LEWKOWICZ. O szerzeniu się zimnicy i możliwości skutecznego zapobiegania jej endemiom. — *Medycyna.* № 33. M. BIRO. O chorobie LANDRY'ego. K. SACIEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. [C. d.]. — *Kronika Lekarska* № 16. H. KUCHARZEWSKI. Czy uraz może wywołać ostre zapalenie nerek? J. SĘDZIAK. Z kazuistyki laryngo-rynologicznej. [C. d.]. — *Zdrowie.* № 155. S. STERLING. Czego nas uczy statystyka śmiertelności z powodu suchot płucnych. St. BULIKOWSKI. Jeszcze słów kilka o potrzebie upaństwowienia przepisów profilaktycznych przeciwko gruźlicy skierowanych.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою Варшава 7 Августа 1898. Друк Ковалевскаго. Warszawa, Mazowiecka 8.