

# GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I. B. KRAJOWEGO SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE.

## I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O TĘTNIAKU AORTY

podał

Prymaryusz **Dr Antoni Krokiewicz.**

Tętniaki najczęściej wydarzają się w zakresie części piersiowej tętnicy głównej (*aorta thoracica*). Według odnośnej statystyki CRISP'a <sup>1)</sup> na 551 przypadków tętniaków—175 razy, t. j. 86,3%, siedzibę stanowiła tętnica główna w części piersiowej (*a. thoracica*) i to: 58,8% w części wstępującej (*a. ascendens*), 28,7% w części łukowej (*arcus aortae*), 12,5% w części zstępującej (*a. descendens*). Tętniaki aorty spotykamy zazwyczaj w miejscach, w których prąd krwi szczególnie napiera, t. j. wzdłuż linii spiralnej RINDFLEISCH'a t. zw. linii łamania się fali krwi (*Brandungslinie*), która poczyna się z przodu na części opuszkowej aorty (*p. bulbosa aortae*) i przechodzi w części wstępującej aorty zwolna na prawo a w dalszym ciągu na tył i tylną część aorty zstępującej (*p. descendens*). Tętniaki, ułożone w części opuszkowej aorty wśród blaszek osierdzia, uciskają na tętnicę płucną, prawy przedsionek i prawą komorę serca; wyżej położone tętniaki wywierają ucisk na mostek i żebra a względnie, przechodząc na prawą część klatki piersiowej, ugniatają płuco prawe; uwzględniając pojawienie się tętniaka w dalszej części linii RINDFLEISCH'a, tętniaki zwracają się swym szczytem ku tchawicy, przelykowi, pniom głównym oskrzelowym, uciskają na nerwy (*n. laryngeus recurrens*), kręgosłup i t. d.

Rozpoznanie kliniczne tętniaka w części wstępującej (*p. ascendens*) i łukowej aorty (*arcus aortae*) zazwyczaj nie napotyka na żadne trudności. Przy

<sup>1)</sup> BIRCH-HIRSCHFELD. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 2. T. 1894.



umiejscowieniu się tętniaka w części wstępującej tętnicy głównej, zauważyć możemy: 1) stłumienie na prawo od rękojęści mostka, począwszy od II przestworu międzyżebrowego w górę, 2) tętnienie w I i II przestworze międzyżebrowym prawym, 3) przesunięcie uderzenia koniuszkowego serca na dół i na lewo, 4) opóźnienie tętna na obwodowych tętnicach ze względu na uderzenie koniuszkowe serca, 5) objawy ucisku w zakresie *v. cava super.*, *a. pulmonalis* tudzież rozstrzeń i przerost prawego przedsionka, 6) dusznicę.

Za usadowieniem się tętniaka w zakresie łuku aorty przemawia: 1) tętnienie w *fossa jugularis*, 2) stłumienie ponad rękojęścią mostka (*manubrium sterni*) i w I lewym przestworze międzyżebrowym, 3) przesunięcie i skręcenie tętnic, wychodzących z łuku aorty jak: tętn. bezimiennej (*a. anonyma*), dogłowej (*carotis*), podobojczykowej (*subclavia sin.*), a łącznie z tem i nierówność co do napięcia i wielkości fali tętna na tętnicach głowowych, ramieniowych jednej i drugiej połowy ciała, 4) objawy ucisku na lewej żyłce bezimiennej (*v. anonyma sin.*), a tem samym zastojowi i obrzękowi po lewej stronie szyi i głowy, 5) objawy porażenia nerwu błędnego lewego (*n. vagus*), krtaniowego zwrotnego (*n. laryngus recurrens*), 6) objawy zwężenia głównego pnia oskrzelowego lewego i tchawicy.

Przy wielkich tętniakach aorty zwykle spotykamy przerost serca a potem znaczną rozstrzeń, przyczem w końcu przychodzi do zupełnej niedomogi mięśnia sercowego i mięśni ściany aorty. Jeśli tętniak tuż ponad zastawkami się znajduje, to częstokroć powoduje ich funkcjonalną niedomogę (*insufficiencia*), przez co serce tem bardziej jest zaatakowane, gdyż do zmian w ścianie aorty i niedomoga zastawek się dołącza.

Jeśli tętniak leży bliżej ściany przedniej klatki piersiowej, to stłumienie zajmuje górną lub środkową część mostka, sięga na prawo lub lewo w przestwory międzyżebrowe i tamże [rzadko w dolnej części mostka] można zauważyć mruk koci przy skurczu, mniej przy rozkurczu.

W roku 1900 miałem sposobność spostrzegania klinicznego na moim oddziale u mężczyzny tętniaka aorty, który ze stanowiska klinicznego i anatomicznego zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie.

G. K..., lat 47 liczący, nadstrażnik skarbowy, został przyjęty na oddział chorób wewnętrznych [I. b.], dnia 12. X. 1900, z powodu silnej dusznicy i bólów w okolicy serca. Według wywiadów miał przebyć syfilis przed 22-łaty, a przed kilku laty silny gościec stawowy. Zresztą był zupełnie zdrów i dopiero przed 3-ma laty zauważył bóle w okolicy serca a równocześnie wypuklanie się ponad brodawką sutkową lewą, które z razu było nieznaczne a od 3-ch miesięcy ma się znacznie powiększać. Ponieważ w ostatnim czasie bóle sercowe i dusznica sercowa się wzmagaly a stosowane środki lecznicze zawodziły, postanowił chory szukać porady lekarskiej w szpitalu.

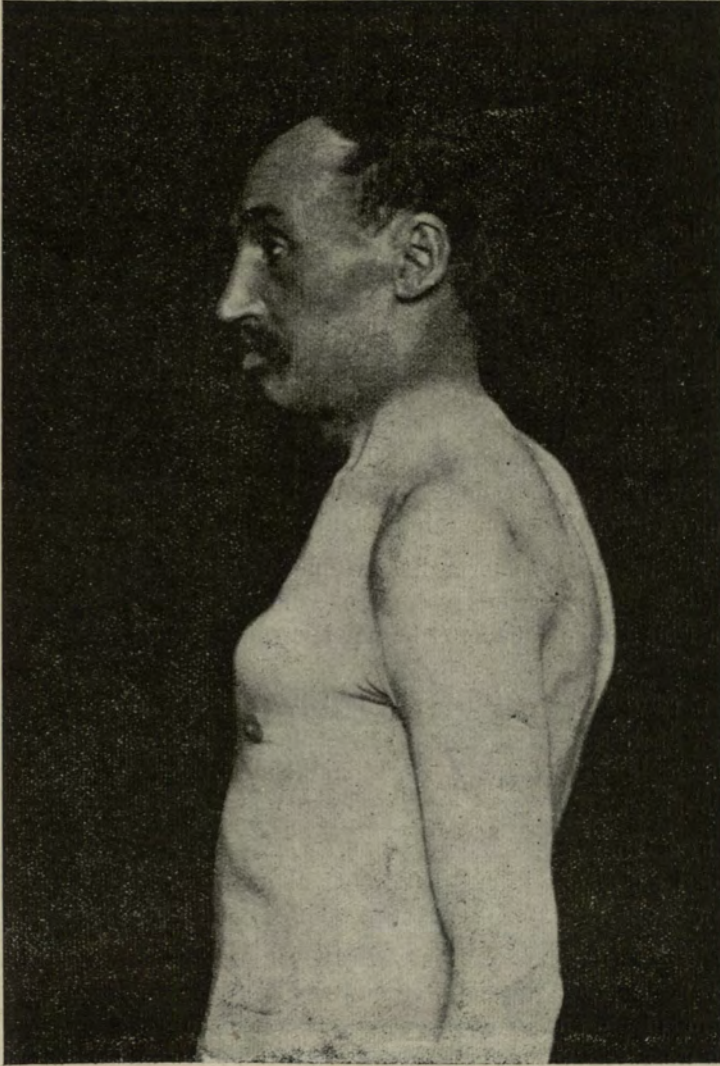
Stan chorego w dniu przyjęcia do szpitala był następujący:

Osobnik wzrostu średniego, dość dobrze odżywiony, silnie zbudowany. Skóra blada, sina; błona śluzowa warg nieco sina. W tkance podskórnej na



stopach nieznaczny obrzęk. Ciężota ciała w pasze 37,2° C. Gruczoły limfaticzne na szyi i w pachwinach nieznacznie powiększone, twarde.

Klatka piersiowa wdechowo ustawiona; niezupełnie symetryczna. Prawa połowa klatki piersiowej mniej wysklepiona, o równej powierzchni; na lewej



połowie klatki piersiowej, znacznie wysklepionej, tuż ponad brodawką sutkową, widoczny guz tętniący, wielkości pięści dziecka. Guz ten bezpośrednio przechodzi w słupienie podstawowe serca; wysokość jego wynosi 5 ctm., wymiar podłużny 12 $\frac{1}{3}$  ctm. a poprzeczny 7 $\frac{1}{2}$  ctm.; poczyna się na 3-em lewym żebrze,



sięga na prawo na 3 ctm. przed linią przymostkową lewą a na lewo na 1 1/2 ctm. na wewnątrz od linii pachowej przedniej; leży tuż pod skórą z powodu zaniku żeber lewych: 4-ego, 5-ego, 6-ego. Granica dolna płuca prawego w linii sutkowej sięga do dolnego brzegu 7-go żebra; z tyłu w linii przykręgowej do 12-go żebra; bardzo mało ruchoma. Wypuk na klatce piersiowej po stronie prawej wszędzie jawny; wdech i wydech zaostrzony, dość licznymi świstami i fūrzeniami pokryty. Po stronie lewej z przodu dolna granica sięga do górnego brzegu 3-go żebra, do owego guza tętniącego, a z tyłu do 12-go żebra w linii przykręgowej. Wypuk z przodu przytłumiony i tamże przewodnictwo głosu nieco osłabione; z tyłu wypuk na całej powierzchni jawny a wdech i wydech na całej powierzchni silniej zaostrzony, pokryty świstami i fūrzeniami.

Krtań, tchawica, główne pnie oskrzelowe bez zmian. Serce powiększone w obu wymiarach, zwłaszcza w podłużnym. Uderzenie koniuszki serca w linii pachowej przedniej w 8-ym przestworze międzyżebrowym lewym. W górze granica serca łączy się bezpośrednio z guzem tętniącym; prawy brzeg serca sięga do linii środkowej mostkowej. Nad obu ujściami tętniczemi silne szmery skurczowe i przedskurczowe; nad ujściami żylnymi 2 szmery, ale znacznie słabsze. Szmery te utrzymują się i w oddaleniu od ujść żylnych. Tętno 90, regularne, dobrze napięte, zmienne co do częstości i napięcia w czasie badania; zazwyczaj jednak różnoczasowe na obu tętnicach sprychowych i różnoczasowe z uderzeniem serca. Tętnienie tętnic dogłowych i innych obwodowych wyraźne, opóźnione względem uderzenia koniuszkowego serca; zresztą tętnice obwodowe zmian nie okazują. Nad guzem tętniącym 2 szmery.

W jamie brzusznej mierna ilość wolnego płynu. Język lekko obłożony. Żołądek i jelita zmian ważniejszych nie okazują; trawienie prawidłowe, apetyt dobry. Wątroba i śledziona miernie powiększona, twarda, przy ucisku nieco bolesna.

Mocz barwy żółtej jak wino, oddziaływania kwaśnego; c. g. 1,024; okazuje osad w ilości zwiększonej, zawierający pojedyncze wałeczki BELLINI'ego, liczne leukocyty, skąpe komórki nabłonka płaskiego. W moczu ślad białka [0,003%], zresztą wszystkie składniki w prawidłowej ilości.

Odruchy kolanowe nie podwyższone. Chód upośledzony; chory przy chodzeniu szybko się męczy i doznaje silnych napadów duszniczy, sinieje. Żrenice prawidłowo rozszerzone, prawidłowo oddziałują na bodziec światła.

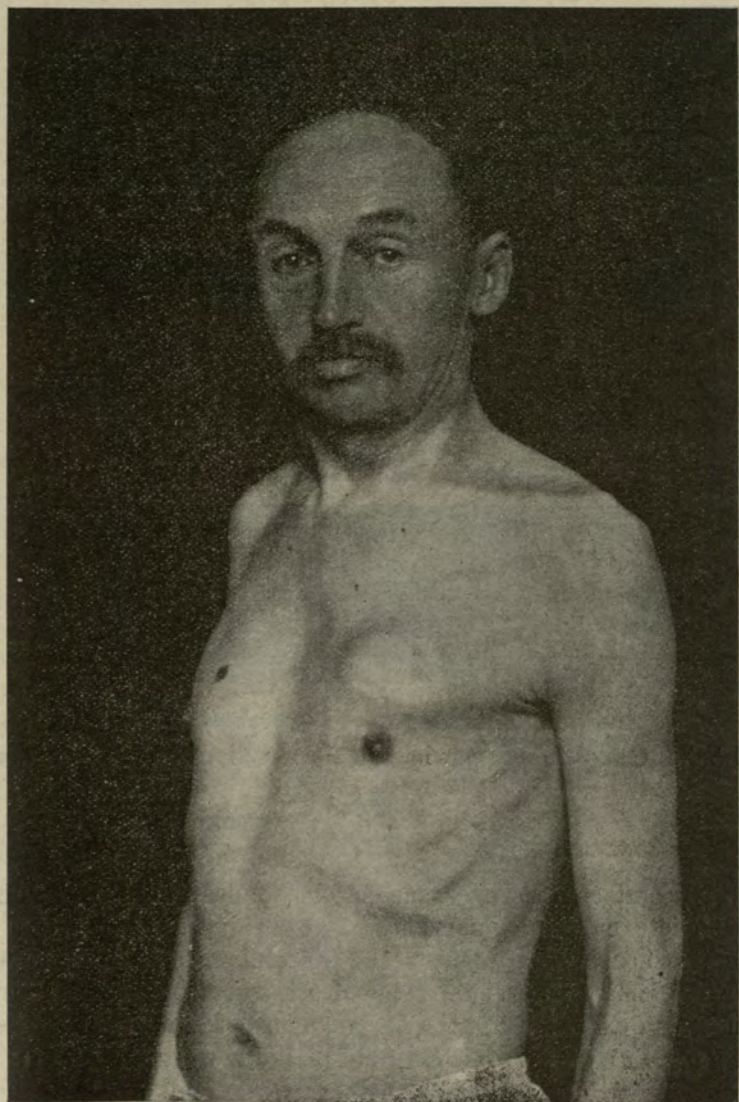
Chory przez cały czas pobytu w szpitalu nie gorączkował; doznawał tylko bardzo silnych napadów duszniczy sercowej i bólów w okolicy guza tętniącego po wykonaniu nieco silniejszych ruchów w dzień a nawet i w nocy, w czasie snu. Tylko wstrzykiwania podskórne morfiny i podawanie do wewnątrz nitrogliceryny zmniejszyły napady duszności i powodowały sen; wszelkie inne środki nasenne działały ujemnie.

Dnia 20. X. zarządono zdjęcie fotograficzne guza tętniącego.

Dnia 30. X. chorego poddano badaniu laryngoskopijnemu i promieniami RÖNTGEN'a na oddziale prof. PIENIĄŻKA. Badanie wziernikiem krtaniowym,



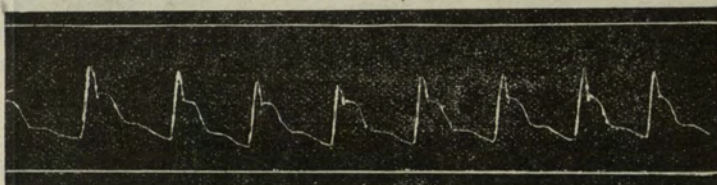
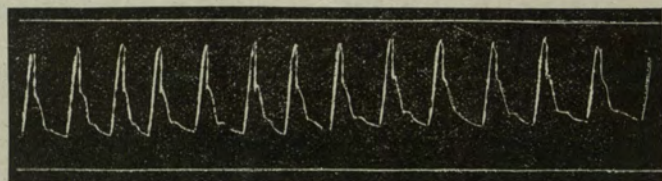
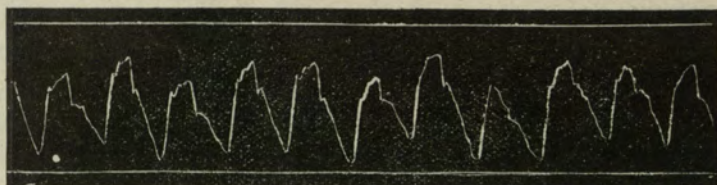
którego dokonał prof. PIENIAŻEK, dało wynik zupełnie ujemny; brak wszelkiego wypuklania się ściany [symptom OLIVIER'a, CARDARELLI'ego] i brak wszelkiego zwężenia przewodu oddechowego; więzadła głosowe prawidłowo ustawione i prawidłowo oddziałują. Promieniami RÖNTGEN'a można było



stwierdzić, iż ów guz tętniący stoi w ścisłym związku ze sercem i równocześnie ze sercem odbywa ruchy pulsacyjne tak, iż otrzymywało się wrażenie, jakoby guzów tętniący, na zewnątrz widoczny, stanowił odcinek serca. Tętno 90, równoczesne na obu tętnicach sprychowych, tylko na lewej słabiej napięte, niż



na prawej; nierównoczesne z guzem tętniącym i uderzeniem koniuszkowym serca. Tętnienie tętnic dogłowych równoczesne z tętnieniem guza; tętnienie naczyń udowych nierównoczesne, opóźnione. Guz tętni równocześnie z uderzeniem koniuszkowym serca. Dołączone sfigmogramy rzecz bliżej ilustrują:



Dnia 12. XI. Guz tętniący powiększa się: wymiar podłużny wynosi 14 ctm.  
"           poprzeczny   "   10 "  
wysokość               "   4,5 "  
obwód u podstawy   "   33 "

Tętno 90, regularne, równoczesne na obu tętnicach sprychowych; silniejsze i więcej napięte na tętnicy sprychowej prawej. Uderzenie guza tętniącego z sercem równoczesne a różnoczesne z tętnieniem naczyń obwodowych. Szmary nad ujściami tętniczymi i żylnymi tak samo się zachowują. Przy wykonaniu ruchu uderzenie koniuszkowe serca a guza tętniącego różnoczesne. Ślad białka w moczu. [D. n.]

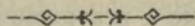


## II. DALSZY TRZY PRZYPADKI ROPNIA PODPRZEPONOWEGO

(*Abscessus subphrenicus*) <sup>1)</sup>.

Podał

Dr A. Grünbaum.



Wprawdzie ropnie podprzeponowe zarówno co do istoty swojej, jak i co do przyczyn, je wywołujących, w niczem się nie różnią od ropni, dających się spoznać w innych częściach ustroju, jednakże w niektórych przypadkach przyczyny te są tak niezwykle i tak nieokreślone, że zasługują na szczególne zaznaczenie.

Szczególnej ciekawym pod względem przyczynowym jest pierwszy przypadek, dosyć zaś nieokreślonym ostatni, t. j. 3-i.

**Przypadek I.** Dnia 4. X. 1896 r. Dr PAWIŃSKI przysłał do mojej lecznicy [chłopczyka G. A., u którego podobno przed dziesięciu tygodniami dokonano cięcia piersiowego (*pleurotomia*) z powodu ropotoku lewej jamy opłucnej.

Chłopiec 4-letni, bardzo wynędzniały. Ciepłota ciała 39. 8. Tętno drobne 136; szmery oddechowe w obu płucach prawidłowe. Kaszlu nie ma. Kurza pierś; innych zmian w kośćcu, właściwych krzywicy niema. Z lewej strony od przodu między 7 a 8 żebrzem, nie dochodząc do linii pachowej, rana poprzeczna liniowa, długości około 4 ctm., z której sączy się obficie rzadka, cuchnąca ropa. Brzegi rany pokrywa bujna i mocno krwawiąca ziarnina; brzegi żeber nierówne, wygryzione. W jamie brzusznej żadnych niema zmian. Brak łaknienia. Język pokryty grubym nalotem. Rozwolnienie.

Dane wywiadowe, niezbyt zresztą dokładne: G. zapadł ciężko przed 14 tygodniami, przyczem ciepłota ciała znacznie się podniosła. Kaszlu nie było. Przed 10 tygodniami wykonano powyżej opisane cięcie części miękkich w miejscu najwyraźniejszego chełbotania; żeber nie tknięto. Rana się nie goi, ropa sączy się bezustannie i obficie. Gorączka i w dalszym okresie choroby utrzymywała się na znacznej wysokości; chłopiec chudł i stawał się coraz bardziej osłabionym.

Z początku sądziłem że mam do czynienia z otorbionym ropniem nadprzeponowym, mieszczącym się pod dolnym zrazem lewego płuca. Cierpienie, jak się wydawało, już od początku miało cechy ograniczonego zapalenia ropnego opłucnej. Zapewnieniom rodziców, iż chłopiec nigdy nie kaszlał, nie bardzo wie-

<sup>1)</sup> Patrz: „Medycyna“. T. XX. 1892 r.



rzyłem, przypuszczając, iż ci mało inteligentni ludzie zrazu żadnej na kaszel nie zwracali uwagi.

Aczkolwiek zagadkowemi zostawały i źródło i umiejscowienie ropnia, istniały wszakże wskazania : 1) do opróżnienia jamy, zawierającej ropę i 2) do usunięcia chorobowo zmienionych części żeber. Tu nadmienić muszę jeszcze, że przy badaniu zgłębnikiem uspiętego chorego, przekonałem się, że ropień kierował się od przodu ku dołowi, od góry zaś był całkowicie zasklepiiony.

Wyciąwszy spore kawałki ze 7 i 8 żebra i rozszerzywszy istniejący już otwór, wprowadziłem palce i oto, com stwierdził : 1) ropień znajdował się pod przeponą; 2) na 2 lub 3 ctm. od żebrowego przyczepu przepony, tuż ponad brzegiem śledziony, znajdowała się w przeponie podłużna szczelina; 3) w szczelinie tej mieścił się spory kawał sieci, zrośniętej gdzieś z otrzewną, pokrywająca przeponę; 4) zaciśnięty ten kawał sieci uległ zupełnej zgorzeli. Odłączony sieć od przepony, wycięłem zmartwiałą cząstkę i starannie wyskrobałem pozostałą w przeponie jamę. Torebka, jaką utworzył wzmiankowany dopiero co uchyłek (*saccus herniosus diaphragmatis*), była całkowicie zewsząd zamknięta. Rana zagoiła się przez ropienie.

Przebieg pooperacyjny niezupełnie był pomyślny, gdyż 20. XI. chory zaczął ponownie gorączkować, a 30. XI. zmuszony byłem otworzyć zatokę ropną, jaka się utworzyła przy tylnym kącie rany ponad śledzioną. Dalszego atoli przebiegu nie zakłóciła już gorączka i mały pacjent został wypisany z lecznicy 27. XII. z raną zupełnie zabliznioną.

W opisanym tedy powyżej przypadku przyczynę ropnia podprzeponowego stanowiło zaciśnienie sieci we wrodzonej przepuklinowej szczelinie przepony (*hernia diaphragmatico-omentica*).

**Przypadek II-gi.** Dnia 20. XI. 1897 r. przywieziono do mojej lecznicy w stanie bardzo ciężkim 17-letniego G. D. z Pińska.

**Wywiady.** Chory zapadł przed 4 tygodniami na zapalenie wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). Przed tygodniem stwierdzono wysięk w prawej opłucnej, a przekłucie próbne, które wykonał lekarz w domu, wykazało ropę. Chory mocno gorączkował i skarżył się na dotkliwe bóle prawego boku, trwające niemal bez przerwy od początku choroby.

**Stan obecny.** Ciepłota ciała 39, 9°; tętno 140; oddech powierzchowny, 44. Chory uskarża się na silny ból prawego boku, częsty, suchy, męczący, kaszel i na zupełny brak łaknienia. Dolna część prawej połowy klatki piersiowej, tudzież prawe podżebrze wypięte są wybitnie ku przodowi i nie przyjmują żadnego prawie udziału w ruchach oddechowych. Szmer pęcherzykowy słychać od przodu aż do dolnego brzegu 5-go żebra, z tyłu zaś zaledwie do kąta łopatki.

Stąpienie odgłosu opukowego zaczyna się, licząc od góry, na linii sutkowej od 5-go, a na pachowej od dolnego brzegu 4-go żebra; z tyłu zaś prawie od środka łopatki. W lewej połowie klatki piersiowej ani szmer oddechowy, ani granice opukowe żadnych nie zdradzają nieprawidłowości. Wątroba wyczuwa



się na szerokość dwóch palców poniżej łuku żebrowego. W okolicy kiszki ślepej daje się jeszcze wyczuć wybitne stwardnienie, lecz już bez śladu bolesności. Stolce prawidłowe. Nakłucia próbne, wykonane przeze mnie w kilku miejscach raz tylko dodatni dały wynik, a mianowicie: przy nakłuciu na linii łopatkowej w 7-em międzyżebżu wydobyłem z pod przepony cuchnącą, rzadką ropę.

Operację wykonano 21. XI. Wyciąwszy we wskazanem powyżej miejscu odpowiedniej wielkości kawałki 6-go i 7-go żebra, otworzyłem worek opłucnej, i, przyszywszy do brzegów rany przeponę, przeciąłem ją w tem miejscu i wypuściłem 1250 ctm. sz. mocno cuchnącej ropy. Do opróżnionej w ten sposób jamy wprowadziłem dwa grube sączki.

Ogólny stan chorego począł się po operacji szybko poprawiać: ciepłota już po upływie dwóch dni spadła do poziomu prawidłowego, duszność i kaszel ustały zupełnie, tętno i oddechanie przybrały postać normalną. Zdrowienie szybkim postępowało krokiem, i już 18. XII. pacjent wypisał się z lecznicy, 14-go zaś stycznia wrócił do domu w stanie pełnego zdrowia.

**Przypadek III-ci.** Dnia 17. IX. 1900 r. o godzinie 11 w nocy przywieziono do lecznicy chorą D. Ch. [ze Słonima], w bardzo groźnym stanie.

Wywiad. D. Ch., kobieta lat 43 rodziła 11 razy, a ronila dwa razy. Ostatnie poronienie było przed 4-ema laty. Chora miesiączkuje dotychczas jeszcze zupełnie prawidłowo. Ze strony narządu rozrodczego nigdy żadnych nie doznawała cierpień.

Przed dwoma laty chorowała ciężko przez kilka tygodni podobno na zapalenie kiszki ślepej. W zeszłym roku zapadła na kolkę wątrobową, której towarzyszyła nieznaczna żółtaczką. Kamieni żółciowych w kale nigdy nie zauważono. Przed 6-iu tygodniami zaczęła się skarżyć na bardzo dotkliwe bóle w okolicy prawej łopatki, a od 3-ch tygodni, po napadzie dreszczu wstrząsającego i silnej gorączki [40,2], cierpi na duszność, suchy, męczący kaszel, silne bóle w prawym boku, wreszcie osłabienie i brak łaknienia.

Stan obecny. Zbadawszy chorą tego samego jeszcze wieczoru, znalazłem, co następuje: Kobieta dobrze zbudowana z obfitym pokładem tłuszczowym, jest nadzwyczaj osłabiona i bardzo blada. Ciepłota ciała 39,8. Tętno nikle, 146. Oddech powierzchowny i częsty: 50. Prawa połowa klatki piersiowej najmniejszego nie przyjmuje udziału w ruchach oddechowych. Przestrzenie międzyżebrowe znacznie wypięte. Z przodu ponad obojczykiem i w dole pod obojczykowym, a z tyłu *in fossa supraspinata* szmer pęcherzykowy zaostroszony. Poniżej wzmiankowanych okolic oddechu pęcherzykowego zupełnie nie słyhać. Z przodu, poczynając od dolnego brzegu trzeciego żebra, z tyłu zaś od ości łopatkowej aż do samego dołu najzupełniejsze stłumienie odgłosu opukowego. Wątroba wystaje z pod prawego podżebrza na szerokość, co najmniej, 4-ech palców. Pęcherz żółciowy niewymacalny. Przy ruchach oddechowych granice wątroby nie ulegają zmianie. W lewej połowie klatki piersiowej objawy wysłuchowe i opukowe normalne.

Oslabione uderzenie wierzchołkowe wyczuwa się mniej więcej na 2½ ctm. na zewnątrz od linii sutkowej w 5-tem międzyżebżu. Śledziona niewyczuwalna. W okolicy kiszki ślepej żadnego niema stwardnienia.



Wykonane przeze mnie nazajutrz rano w kilku miejscach prawego boku nakłucia próbne, wykazały tylko płyn surowiczny. Tego samego jeszcze dnia, t. j. 18. IX. wypompowałem z prawej jamy opłucnej 3000 grm. płynu surowiczego.

Dalsze jednak spostrzeganie okazało, że objawy termiczne, zarówno jak i ogólny stan chorej, pomimo znacznej poprawy ze strony objawów opukowych i wysłuchowych w prawej połowie klatki piersiowej, w niczem się nie zmieniły. Gorączka dalej wahała się między  $40^{\circ}$  —  $38,3^{\circ}$ . Tętno pozostawało miękkim, nikłym, około 140. Oddech 48. Granice wątroby bez zmiany. Stan ten ogólny w nocy z 22 na 23. IX. tak się pogorszył, że zmuszony byłem kilkakrotnie zastrzyknąć pod skórę kamforę z eterem i w dosyć znacznych dawkach stosować środki pobudzające. Dokonane następnego dnia w dolnym odcinku prawej połowy klatki piersiowej nakłucia próbne, dały wynik ujemny. Sprawa ta trwała z nieznacznymi wahaniami w jednakowym stanie do 10. X. 1900 r. Dnia tego przy badaniu pacjentki spostrzegłem nad górnym brzegiem 9-go żebra na przestrzeni między linią pachową a linią łopatkową nieznaczny, niebolesny obrzęk skóry, którego wymiar podłużny wynosił około 4 ctm., poprzeczny zaś stanowił szerokość jednego palca.

Wykonawszy w tem miejscu nakłucie próbne, wy dobyłem pełną szprykę gęstawej i nader cuchnącej ropy.

Dnia 11. X. operacja. Wyrezekowawszy kawał dziewiątego żebra, długości około 6 ctm. i przeciawszy opłucną żebrową, przekonałem się, że ściśle zlepiona jest w tem miejscu opłucna ścienna z opłucną przeponową i że ropień mieści się pod przeponą. Po przekłuciu tej ostatniej za pomocą igły Prawaz'a, zaczęła się natychmiast wydobywać na zewnątrz ropa w znacznej ilości. Cała ilość ropy, jaka wydzielila się po przecięciu przepony, wynosiła około 250 centymetrów sześciennych. Ropa ta była gęstawa i nader cuchnąca. Objętość jamy ropnia równała się mniej więcej pięści dorosłego człowieka; jama ta ze wszystkich stron całkowicie była zaniknięta przez zlepy, łączące przeponę z górną powierzchnią wątroby. Jama opłucnej, jakiem już wspomniał, była szczelnie zamknięta przez nowo-wytworzone błony wrzekome. Nie mając bezwzględnej pewności, czy poza otworzoną jamą nie istnieje jeszcze inny ropień—bądź pod przeponą, bądź w samej wątrobie—wprowadziłem do niej grubą sączkę i wytamponowałem ją za pomocą wyjałowionej gazy.

Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny; objawy termiczne przyjęły wkrótce po operacji charakter zupełnie normalny; oddech stał się głębszym i rzadszym; tętno tylko wahało się przez dłuższy jeszcze czas między 120—100 i granice wątroby pozostały przez cały czas pobytu w lecznicy bez zmiany. Wydzielina ropna, tak obfita zaraz po operacji, że trzeba było przez kilka dni dwa razy dziennie zmieniać opatrunek, od 19. X. zaczęła się wydzielać w bardzo małej ilości, a jednocześnie brzegi rany zaczęły pokrywać się zdrową ziarniną.

Dnia 25. XI. Chora wypisała się z lecznicy w stanie zupełnego zdrowia. Pacjentkę tę widziałem po raz wtóry przed dwoma tygodniami, przy-



czem stwierdziłem, że wątroba wystaje jeszcze z pod prawego podżebrza na szerokość jednego palca.

Jak więc widzimy z podanych w niniejszym artykule przypadków, pierwszy i trzeci, szczególnie zaś pierwszy, są arcyciekawe pod względem przyczynowym. W dostępnej bowiem dla mnie literaturze omawianej kwestyi, nie znalazłem analogicznego spostrzeżenia, w któremby tworzenie się ropnia podprzeponowego wywołała zgorzel zaciśniętego kawałka sieci we wrodzonym worku przepuklinowym przepony.

Dosyć niejasną jest przyczyna powstania ropnia w trzecim, podanym tu przypadku. Opierając się jednak na danych wywiadowych, mianowicie, że pacjentka cierpiała przed dwoma laty na zapalenie kiszki ślepej, że w zeszłym roku chorowała na kolkę wątrobową z niezbyt wyraźną żółtaczką, możnaby przypuścić, że wszystkie wyżej wspomniane przejawy chorobowe zależały od obostrzenia się istniejącego zdawna przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, sięgającego może ślepyim swoim końcem do dolnej powierzchni wątroby.

---

Z ODDZIAŁU CHEMICZNEGO INSTYTUTU MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

---

### III. PRZYCZYNEK

## DO NAUKI O SOKU ŻOŁĄDKOWYM I SKŁADZIE CHEMICZNYM ENZYM.

Podał

**M. Nencki i N. Sieberowa.**

— † — † —  
[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 18].

Dalej, porównywając te trzy tablice, widzimy co następuje:

Gdy weźmiemy pod uwagę stosunek fosforu do żelaza, jaki znajduje się w fosforanie żelaza [ $\text{PO}_4\text{Fe}=31:56$ ], to [patrz tabl. I.] sok żołądkowy zawiera wybitnie więcej kwasu fosforowego, niż go potrzeba do związania wszystkiego żelaza. Przeciwnie tablica II pokazuje, że tu stosunek fosforu do żelaza jest prawie ekwiwalentny. Przeciętnie na 1 część fosforu znaleźliśmy 1,6 części żelaza, gdy ekwiwalent  $31:56=1:1,8$ . Rozumie się, że pojedyncze określenia wahają się w dalekich granicach, czego zresztą można się było spodziewać wobec tak nieznacznej ilości tych pierwiastków. Tablica III pokazuje nam, że przez mycie alkoholem pepsyna traci wraz z lecytyną prawie połowę fosforu, utrata natomiast żelaza jest nieznaczna.

Porównywając następnie pomiędzy sobą tablice I i II, widzimy również, że przy dyalizie znaczna część żelaza i kwasu fosforowego przechodzi do wody zewnętrznej. Z 0,42% spada zawartość żelaza na 0,16%, fosforu zaś z 0,41% na 0,10%.



Ekwiwalentny pozornie stosunek fosforu do żelaza oraz stała obecność chloru w osadzie z centryfugi czyniły na nas wrażenie, iż mamy przed sobą jakieś indywidualium chemiczne. Wobec tego określiliśmy pozostałe również pierwiastki w preparacie, zarejestrowanym pod № 4 w tablicy II i otrzymaliśmy następujące liczby:

0,5024 grm., spalone w tygielku porcelanowym, pozostawiły 0,0029 grm. popiołu = 0, 57%.

0,2522 grm. = 0,2508 wolnej od popiołu substancji, dały 0,4714 grm. CO<sub>2</sub> i 0,1520 grm. H<sub>2</sub>O=51,26% C i 6,74% H.

0,2610 grm. dały 19,8 ctm. sz. N przy 759 mm. barometru i przy temperaturze 16,8° nad 30% KOH, czyli 14,33% N bez popiołu.

0,7784 grm. dały 0,0865 grm. SO<sub>4</sub>Ba czyli 1,5% S.

Liczby te tylko nieznacznie zbaczają od znalezionych przez panią SZUMOW-SIMANOWSKĄ dla pepsyny, straconej za pomocą zimna, albo też siarczanu amonu, zwłaszcza jeżeli zwrócić uwagę na to, że analizy swoje obliczała ona bez potrącenia popiołu. Największa różnica dotyczy chloru, którego myśmy znaleźli w pepsynie, otrzymanej za pomocą centryfugi, ledwie połowę tego, co pani S. Znaczną atoli jest różnica co do ilości fosforu pomiędzy naszą pepsyną a przyrządzoną przez PEKELHARING'a: jego pepsyna zawiera 1% fosforu, nasza—dziesiątą część tej ilości.

Z tablicy III wynika, że wskutek mycia alkoholem, osad pepsynowy stracił bardzo dużo chloru i fosforu. Po dłuższem myciu alkoholem substancja ta straciła również swoje własności fermentowe. Nie trawi ona białka, nie ścina mleka i nie przeprowadza albumoz w plasteinę. Gdy jednak osad z centryfugi przemyjemy alkoholem szybko, lecz tak, aby w rozcieńczonym wodą przesączu saletrzan srebra nie dawał zmętnienia, to osad, szybko zdjęty z sączka, rozpuszcza się w 0,5% HCl i jest czynny jako trojako działający ferment, chociaż może nieco słabiej niż osad z centryfugi, nie przemywany alkoholem. Swoją charakter nukleoproteidowy substancja ta zachowała do tego stopnia, iż gotowana, po przemyciu alkoholem, z rozcieńczonym kwasem siarczanym, wykazuje odczyn zasad aloksurowych oraz pentoz.

W celach dowiedzenia się, ile traci na wadze wskutek przemywania alkoholem pepsyna, otrzymana za pomocą centryfugi, traktowaliśmy 0,7741 grm. substancji, suszonej przy 110°, w specjalnym aparacie alkoholem gorącym tak długo, dopóki ostatni przestał odbierać. Roztwór alkoholowy odparowano następnie w kąpeli wodnej, a pozostałość wysuszono *in vacuo* nad SO<sub>4</sub>H<sub>2</sub>. Waga równała się 0,0772 grm. czyli 9,97%. W pepsynie, po zupełnem wymyciu alkoholem, określono jeszcze chlor, fosfor i żelazo. Z pierwszych 2-ch pierwiastków znaleziono tylko minimalne ilości. Zawartość żelaza nie wydawała się natomiast zmniejszoną. Znaleźliśmy mianowicie 0,10% Cl, 0,08% P i 0,185% Fe odnośnie do wagi suchej pepsyny, wyciągniętej za pomocą alkoholu.

Już PEKELHARING zauważył, iż przy przemywaniu osadu z centryfugi alkoholem, wymytą zostaje rozpuszczalna w tym ostatnim substancja, zawierająca fosfor. Nie określił on jej jednak bliżej. Podług naszych spostrzeżeń,



po odparowaniu alkoholu zostaje podobna do wosku amorfna masa, które na platynie spala się czerniejąc [jak to ma miejsce z tłuszczem] i która rozpuszcza się, chociaż mniej łatwo, w eterze. Pozostały po odparowaniu eteru osad, rozpuszczony, po uprzednim stopieniu z potasem, w niewielkiej ilości wody i zakwaszony, daje w roztworze molybdenowym charakterystyczny żółty osad kwasu fosforowo-molybdenowego. W wodzie ta substancja woskowa rozpuszcza się tylko w części, w części zaś pływają w tem krople olejowe, które pod mikroskopem wykazują znane, charakterystyczne dla lecytyny postaci myelinowe. Wszystko to przemawia za tem, iż otrzymana za pomocą centrifugi pepsyna, zawiera lecytynę, która odłącza się od pepsyny przez samo mycie alkoholem. Niestety ilość tej substancji lecytynowej była zbyt mała, aby, prócz odczynów jakościowych, mógł jeszcze ustanowić skład jej przez dokładniejsze zbadanie pierwiastków. Spodziewamy się niezadługo otrzymać potrzebne do tego ilości i zastrzegamy sobie dalsze podanie wiadomości o tej rzeczy. Tu tylko zauważymy, że ilość lecytyny w pepsynie, która podług powyższych obliczeń wynosi koło 10%, w rzeczywistości musi być większa. Przy dyalizowaniu zupełnie przezroczystego soku żołądkowego zebraliśmy również wodę zewnętrzną i zbadaliśmy ją dokładniej. Po zobojętnieniu jej sodą do bardzo słabego odczynu kwaśnego, zgęściliśmy ją w kąpeli wodnej do niewielkiej objętości i wypróbowaliśmy ją jakościowo, a w części i ilościowo, na składniki, które przeszły z soku do wody zewnętrznej. W ten sposób przerobiliśmy wodę zewnętrzną z więcej niż 10 litrów soku żołądkowego i wykryliśmy tam substancje, których wprost w soku wykazać nie mogliśmy. Tak jeden z nas <sup>1)</sup> już wcześniej zauważył, iż sok żołądkowy zawiera kwas sulfocyanowy; często, lecz nie zawsze, zawartość kwasu tego w soku była tak duża, iż po dodaniu paru kropeł chlorku żelaza do niewielkiej ilości centymetrów sześciennych soku, otrzymywano żółto-czerwone, a nawet czerwone zabarwienie. Z drugiej strony, spostrzegaliśmy brak kwasu sulfocyanowego w soku żołądkowym innych psów również wtedy, gdyśmy zobojętnili 100 do 300 ctm. sz. soku za pomocą ługu sodowego, odparowali to do sucha w kąpeli wodnej, pozostałość wyciągnęli alkoholem i po zakwaszeniu próbowali chlorkiem żelaza na kwas sulfocyanowy. Zgadza się to z niedawno ogłoszonym wynikiem FROUIN'a, który po przerobieniu 500 ctm. sz. soku żołądkowego, nie mógł wykryć w tym ostatnim kwasu sulfocyanowego. W soku psa, który służy nam obecnie do większej części doświadczeń, również, po przerobieniu całych 300 ctm. sz. nie wykryliśmy kwasu tego, gdyśmy jednak poddali dyalizie 6 litrów soku od tegoż psa, to w wodzie zewnętrznej, zgęszczonej do małej objętości, kwas sulfocyanowy znajdował się niewątpliwie, gdyż wszelkie odnośne odczyny wypadły pozytywnie. Godnem zaznaczenia jest, iż drugi pies, używany do doświadczeń i karmiony przez nas tak samo, jak pierwszy, posiadał w soku swym tyle kwasu sulfocyanowego, iż dodanie chlorku żelaza dało natychmiast czerwono-żółte zabarwienie. Wnosimy stąd, że kwas sulfocyanowy, chociaż jest stałym składnikiem soku żołądkowego, jednakże najczęściej

<sup>1)</sup> Berl. chem. Ber., T. 28, str. 1318.



występuje w ostatnim w tak małej ilości, że, pomimo posiadania nań czułych odczynników, czasami zmaszeni jesteśmy przerobić większe ilości soku do wykazania tego kwasu.

Gdyśmy wodę zewnętrzną z 10. litrów soku żołądkowego zgęścili do 100 ctm. prawie i zakwasili roztwór kwasem solnym, to, wbrew naszym oczekiwaniom, wydzielila się podobna do oleju warstwa tłuszczu, która przy staniu w zimnie nawpół stężała, i w której pod mikroskopem znaleźliśmy, oprócz kropli oleju, kryształy tłuszczowe (oboje rozpuszczały się w eterze). Cały płyn skłóciłiśmy teraz z eterem, a wyciąg eterowy odparowaliśmy w kąpeli wodnej. Pozostałość z owego nawpół twardego tłuszczu, stopiona z potażem i saletrą, wykazała z amonem molybdenowym bardzo silny odczyn na kwas fosforowy. Zrobiliśmy ztąd wniosek, iż już przez mycie wodą, *resp.* przez dyalizę, część lecytyny zostaje wydalona z pepsyny.

Prócz kwasu sulfocyjankowego i lecytyny, woda zewnętrzna zawiera w znacznej stosunkowo ilości żelazo i kwas fosforowy. Na przykład w wodzie zewnętrznej, otrzymanej przy dyalizie 1 litra soku żołądkowego do 10 litrów wody, a następnie zgęszczonej, znaleźliśmy 0,0052 grm. P i 0,0035 grm. Fe. Trudno rozstrzygnąć, czy obydwie te pierwiastki odpadają wskutek disocjacji od cząsteczki pepsynowej, czy też znajdują się w soku żołądkowym jako sole. Nam wydaje się prawdopodobniejszem przypuszczenie pierwsze.

Wszystkie nasze spostrzeżenia przemawiają za tem, iż działająca jako ferment cząsteczka pepsynowa, jest w sposób bardzo skomplikowany zbudowana. W nukleoproteidzie tym cząsteczka [molekuła] białkowa jest związana, nie mówiąc już o żelazie, kwasie fosforowym i pentozie, jeszcze z lecytyną i chlorem.

Odnośnie do chloru już wyżej wskazaliśmy, że określanie punktu zamarzania nie dać nie może w sprawie rozstrzygnięcia pytania, czy chlor występuje w soku żołądkowym tylko jako wolny kwas solny, czy też po części jako związany z pepsyną. Widzieliśmy jednak, że nawet po najzupełniejszym przemyciu pepsyny alkoholem, który nie wykazywał najsłabszej chociażby reakcyi na chlor, pepsyna zawiera stale chlor, co prawda, w ilościach minimalnych, jednakże zbyt dużych, aby je zaliczyć na karb niezupełnie odmytych chlorków alkalicznych. Podobne zachowanie się możemy przytoczyć z własnego doświadczenia: mówimy tu o wiele trwalszym związku, zawierającym chlor, mianowicie o heminie.

Przez długotrwałe przemywanie kryształów heminy wodą zimną, zawartość chloru spada w nich z 5,4% na mniej niż 1%. W kryształach heminy chlor nie znajduje się w postaci kwasu solnego, ale, co jest bardzo prawdopodobne, w związku z żelazem. Jeżeli rozpuścimy kryształy heminy w alkaliach, to przy wytwarzaniu się chlorków alkali, chlor zostaje zastąpiony przez grupę hydroksylową. Hemina przechodzi w hematynę. Lecz nawet przez nadmiar alkali i przez długie mycie, zmydlenie nie staje się zupełnem i hematyna zawiera 0,1—0,4% chloru.



Odnosnie do lecytyny to, jak wiadomo, F. HOPPE-SEYLER pierwszy wyraził przypuszczenie, że znajdujące się w żółtku od jaja ciało, zawierające fosfor, — w i t e l l i n a, jest związkiem lecytynowym — l e c y t a l b u m i n a. Później LEO LIEBERMANN <sup>1)</sup> otrzymał takie l e c y t a l b u m i n y z różnych narządów gruczołowych, a specyalnie z błony śluzowej żołądka i wykazał stosunek ich do n u k l e i n. Stwierdził on, że l e c y t a l b u m i n y te, posiadające kwaśny odczyn, tracą znaczną część lecytyny, jeżeli nie całą, przez długie traktowanie ich alkoholem. Oczywiście LIEBERMANN miał już w ręku tę samą substancję (niewątpliwie w stanie zmienionym), którą później PEKELHARING otrzymał z błony śluzowej żołądka, a my za pomocą dyalizy z soku żołądkowego. H. J. BING badaniami swemi stwierdził, że j e k o r y n a DRECHSEL'a przedstawia związek tak zw. dodawany (*additionelle Verbindung*), składający się z l e c y t y n y i cukru. Podobne cząsteczkowe twory dodawane otrzymał tenże autor z połączenia l e c y t y n y z najrozmaitszymi substancjami, jak: solą kuchenną, mleczanem sodu, morfiną, salicyną i t. d. Zachowują się wszystkie one podobnie do jekoryny, tworząc związki rozpuszczalne w eterze, które alkohol strąca. Nadmiar alkoholu nanowo je rozpuszcza w zupełności, albo też częściowo. Coraz więcej nauka przekonywa, że w istotach organizowanych obecność takich niestałych, już przez wodę lub alkohol rozkładających się związków dodawanych, jest rozpowszechniona dla rozmaitych celów przemiany materii. Że lecytyna nie jest bynajmniej mechanicznie domieszana do pepsyny, wynika to i ztąd, iż sok może być w próżni zgęszczony do małej objętości, przyczem tak samo, jak przy ochładzaniu lub dyalizie, wypada czynna, związana z lecytyną pepsyna. Przy dostatecznym więc usunięciu kwasu solnego nie wypada najpierw lecytyna, tylko, związana z nią w jedno całe, cząsteczka białkowa. Gdy przy przedłużonej dyalizie zawartość worka traci jeszcze więcej kwasu, to powstały osad znowu całkowicie przechodzi w roztwór, a lecytyna przytem nie odrywa się bynajmniej od cząsteczki białkowej.

Sądząc obiektywnie, nie możemy nie wpaść na myśl, że pepsyna, otrzymana czy to przez PEKELHARING'a z błony śluzowej różnych zwierząt [psa, świni, konia], czy też z soku żołądkowego przez ochładzanie, dyalizę, wreszcie przez wysalanie siarczanem amonu, że pepsyna ta robi wrażenie substancji jednakiej i że zawsze, pomimo różnych metod otrzymania, dostajemy ten sam produkt, w części tylko zmieniony przez mniej lub więcej silnie działające nań postępowanie. [D. n.]

---

<sup>1)</sup> PFLÜGERS Archiv. T. 50, str. 25—56 i T. 54 str. 573 n. oraz MALY's Jahresber. 1891 str. 240 i 167; 1892, str. 260; 1893 str. 32 i 239.



## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### Dyagnostyka bakteryologiczna tyfusu brzuszego.

Podał

**Kazimierz Rzętkowski.**

Lasecznik tyfusowy, znaleziony po raz pierwszy przez EBERTH'a w narządach ludzi, zmarłych na tyfus i wyhodowany przez GAFFKY'ego (1880—1884), przedstawia się w postaci krótkiej pałeczki, posiadającej znaczną ruchliwość i opatrzonej biczycowatymi wyrostkami.

Lasecznik ten nie tworzy zarodników i rozwija się na zwykłych podłożach przy ciepłocie ciała ludzkiego, a nawet przy zwykłej ciepłocie pokojowej.

Hodowle jego na żelatynie — nie przedstawiające nic specyficznego — są bardzo podobne do hodowli wielu innych drobnoustrojów, które nazwano „podobnymi do tyfusu“ bakteriami. Z tych, na czele postawić należy lasecznika okrężnicy (*bact. coli commune*), spotykanego — jako stałego mieszkańca kanału kiszkowego człowieka — niejednokrotnie w kale ludzkim razem z lasecznikiem EBERTH'a.

Nie mam zamiaru podawać na tem miejscu licznych metod bakteryologicznych, które pozwalają nam odróżnić lasecznika EBERTH'a od lasecznika okrężnicy. Znajdzie je czytelnik w podręczniku bakteryologii C. GÜNTHER'a <sup>1)</sup>. Z wielu prób, podawanych w tym celu, autorowie najbardziej zalecają próbę indolową KITASATO, próbę fermentacyjną z cukrem gronowym, oraz próbę z mlekiem sterylizowanym [CURSCHMANN. *Der Unterleibstypus* w *Spec. Path. u. Ther. Nothmagel'a 1898 str. 400*]. Atoli żadna z tych prób, nie będąc zresztą sama przez się decydującą różniczkowo, nie znalazła dotychczas zastosowania przy łóżku chorego. Rozpoznanie tyfusu nie należy wcale do łatwych wobec ogólnie znanej różnorodności klinicznej tej choroby. To też autorowie od dawna pracują wytrwale nad obmyśleniem metody, któraby dawała nam przy łóżku chorego możliwość rozpoznania tyfusu tam, gdzie z tych lub owych względów dyagnoza trafia na przeszkody. Ostatecznie można wyhodować z kału tyfusowych chorych lasecznika tyfusowego, można go przy pomocy całego szeregu prób wyróżniczkować od wielu innych — podobnych. Gdzie jednak chodzi o szybkie rozpoznanie, tam zwykle, zabierające wiele czasu i dające ostatecznie nie pewne rezultaty metody bakteryologiczne nie mają żadnej wartości klinicznej.

To też usiłowania znalezienia metody bakteryologicznej dyagnostyki tyfusu, któraby zadawała w zupełności klinicystę, są zupełnie usprawniedliwione i publikacje na tem polu witane z radością, ale — jak dotychczas — i z pewnem niedowierzaniem. Zł tych metod dotychczas największe prawo obywatelstwa zyskała metoda WIDAL'a, a jak chcą Niemcy — GRUBER - WIDAL'a. Od tej metody zaczniemy też streszczenie nasze.

<sup>1)</sup> Einführung in das Studium der Bakteriologie V. Wyd. Lipsk u Thiemege 1898, str. 289—404.



I.

Dnia 26 czerwca 1896 r. na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu F. WIDAL, który przez czas dłuższy wraz z CHANTEMESSE'm pracował nad uodpornianiem zwierząt przeciw tyfusowi, zakomunikował zebranym rezultaty swych badań nad wpływem surowicy chorych na tyfus brzuszny na bulionowe hodowle lasecznika tyfusowego. Zauważył on mianowicie, że dodana do hodowli surowica tyfusowych unieruchamia i zlepia laseczniki, skutkiem czego hodowla, zrazu mętna, po upływie 24 godzin robi się przezroczystą, a na dnie próbówki osadza się masa drobnoustrojów. Surowice innych chorych nie działały wtem sposób na laseczniki EBERTH'a, jak również surowica tyfusowych nie działała na hodowle lasecznika okrężnicy. WIDAL od razu ocenił ważność tego zjawiska jako metody rozpoznawczej i metodę tę ochrzcił mianem „serodyagnostyki”. W ten sposób zrobiono pierwszy krok na polu serodyagnostyki tyfusu brzuszego.

Wkrótce potem WIDAL zakomunikował bliższe szczegóły swej metody. Wykonywał on ją mikroskopowo w ten sposób, że do 10 kropli 1 — 2 dniewej hodowli lasecznika EBERTH'a w bulionie dodawał kroplę surowicy krwi, otrzymanej z palca przez ukłucie. Kroplę z tej mieszaniny obserwował pod drobnowidzem, i sklejanie występowało już w  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny. Obraz preparatu takiego porównywał z obrazem preparatu z hodowli czystej. Robił on również próbę makroskopowo, biorąc 1 część surowicy z krwi *v. medianae* na 10—15 części hodowli i stawiając preparat do termostatu przy 37°. WIDAL i SICARD znaleźli wkrótce, że zjawisko sklejania wywoływał również płyn wyzycatoryjny od chorych tyfusowych, krew suszona, moczu oraz łzy. Mianowicie brali oni pipetką łzę z wewnętrznego kąta oka chorych i otrzymywali z nią reakcyę stosunku 1:10,15 hodowli. Łzy, wywołane drażnieniem przez amoniak, nie dawały reakcyi. Zdaniem WIDAL'a, zlepianie się laseczników tyfusu w hodowli bulionowej pod wpływem surowicy tyfusowych, jest zjawiskiem stałym i mającym wielką wartość rozpoznawczą. Na 127 przypadków, badanych przez niego samego i jego asystentów, reakcyja ta nie zawiodła ani razu.

Ostrzega on jednak, aby nie przypisywać znaczenia ujemnemu wynikowi badania jednorazowego, ale — aby wykonać reakcyę wielokrotnie, ponieważ — dziś niudana — jutro może dać wynik dodatni.

Atoli wcześniej już PFEIFFER i KOLLE zauważyli, że surowica zwierząt, uodpornionych przeciw tyfusowi, wprowadzona do jamy brzusznej zwierząt zdrowych razem z zabójczą ilością hodowli tyfusowej, rozpuszcza laseczniki EBERTH'a, zamieniając je poprzednio w rozpad drobnoustrojowy. Próbowano bezskutecznie zastosować ten fakt do celów dyagnostyki tyfusu. Na kilka miesięcy przed pierwszym komunikatem WIDAL'a, GRUBER ogłosił, że surowica rekonwalescentów po tyfusie, dolana do hodowli tyfusowej w bulionie, unieruchamia laseczniki EBERTH'a i osadza je na dnie próbówki w postaci strzępiastego osadu. Zjawisko to GRUBER ochrzcił mianem *aglutynacji*. Przypisywał on je działaniu ciała „anti” („*Antikörper*“), powstających w ustroju chorych na tyfus i powodujących pęcznienie otoczek drobnoustrojów, które robią się lepkie i skutkiem tego skleją się ze sobą i opadają na dno hodowli. Te ciała, obdarzone specyficzną własnością sklejania drobnoustrojów, nazwał GRUBER „*Agglutinine*”.

Z powyższego widzimy, że Niemcy nie bez pewnej słuszności próbę aglutynacyjną przy tyfusie nazywają reakcyą GRUBER-WIDAL'a. GRUBER atoli nie przypisywał swej próbie, ściśle mówiąc, dyagnostycznego znaczenia: wskazywała mu ona, czy zwierzę jest odporne przeciw tyfusowi czy człowiek dany jest rekonwalescentem po tyfusie. WIDAL zaś od razu ocenił dyagnostyczną wartość zjawiska aglutynacji, robionego w samej chorobie a nawet w początko-



wym jej okresie. Dlatego też uważamy za rzecz najzupełniej uzasadnioną nazywać omawianą metodę „próbą WIDAL'a”, co też poniżej czynić będziemy.

Wkrótce po ogłoszeniu pierwotnego komunikatu WIDAL'a, badacze francuzcy zabrali się do sprawdzania jego metody. DIEULAFOY powtarzał ją z rezultatami dodatnimi. COURMONT u 9 chorych na tyfus stwierdził próbę WIDAL'a. Surowica chorych na zapalenie płuc, na gruźlicze ostre zapalenie opłucnej, surowica koni, nodpornionych przeciw błonicy i streptokokom, nie dawała aglutynacji. Później COURMONT powtarzał te badania na 240 chorych z rezultatem w ogromnej większości przypadków dodatnim. Z tych u 116 próba WIDAL'a wypadła już na 6-y dzień choroby. ACHARD i BENSAUDE odzywają się z dużym uznaniem o próbie WIDAL'a, zwracając jednocześnie uwagę na to, że niektóre hodowle laseczników EBERTH'a aglutynują lepiej niż inne. BENSAUDE potwierdza próbę WIDAL'a na zasadzie badanych przez siebie 83 przypadków tyfusu, w których bez wyjątku otrzymywał reakcyę. W niektórych przypadkach BENSAUDE nie znajdował aglutynacji podczas choroby, znajdował zaś ją w okresie zdrowienia [por. GRUBER]. To samo komunikuje i ACHARD. HAUSHALTER znajdował zawsze aglutynacyę u dzieci tyfusowych, ETIENNE zaś i CHARRIERE nie znajdowali jej u płodów i noworodków matek tyfusowych, skąd wniosek, że łożysko nie przepuszcza aglutyninów z krwi matki do krwi płodu.

CATRIN potwierdza próby WIDAL'a na zasadzie 40 przypadków, z tych u 4-ch chorych dzieci znajdował reakcyę. SABRAZÉS i HUGON badali 13 przypadków tyfusu i znaleźli aglutynacyę we wszystkich. Prócz tego znaleźli oni aglutynacyę w 3 przypadkach z 4-ech, badanego przez siebie t. zw. „*embarras gastrique febrile (febris gastrica)*”. FONTANA na 25 takich przypadków znajdował aglutynacyę w 12. Wszyscy oni robili według podanej wyżej metody WIDAL'a.

FIOCCA zmienił nieco metodykę WIDAL'a. Rozpościerał on na szkiełku pokrywkiem kroplę świeżej hodowli bulionowej lasecznika tyfusowego, wziętą przy pomocy uszka igły platynowej. Potem kłuł palec chorego i koniuszkiem igły brał nieco krwi, którą mieszał z kroplą hodowli na szkiełku przykrywkowem. Przy tej procedurze FIOCCA brał wogóle niezmiernie mało krwi, skutkiem czego czerwone jej ciała nie przeszkadzały w rozpatrywaniu obrazu. Wkrótce [10--25 min.] bakterye zbijają się w nieruchome kupki, które WIDAL porównywa z „archipelagiem”; pomiędzy kupkami znajduje się nieco zupełnie nieruchomych laseczników. FIOCCA uważa próbę za niendamą, jeśli aglutynacya występuje dopiero po upływie 30 minut.

Inny badacz włoski MENELLA znajdował typową próbę WIDAL'a w 8 przypadkach bardzo ciężkiego zakażenia zimniczego (*malaria*) z objawami ze strony kanału kiszkiowego. Wszyscy ci chorzy byli wyleczeni wewnątrzmięśniowemi wstrzykiwaniami chlorku chininy w ilości 1 gram. Na zasadzie tego MENELLA nie przypisuje próbie WIDAL'a żadnego patognomicznego znaczenia.

MASIUS [Bruksela] zwraca uwagę na to, że rozmaite poszczególne hodowle laseczników EBERTH'a rozmaicie zachowują się wobec surowicy tyfusowych. Istnieją pomiędzy niemi specjalnie czule na próbę aglutynacyjną. W tem widzi MASIUS przyczynę, dla czego niektórzy badacze nie znajdowali aglutynacji w typowych przypadkach tyfusu [porównaj ACHARD i BENSAUDE [Sem. Med. 1896 str. 480].

WARBURG [od LEICHTENSTERN'a] brał do próby WIDAL'a krew za pomocą strzykawki PRAVAZ'a z *v. mediana*. Używał hodowli tyfusu w bulionie 6--9 godzinnych. Krew zdrowych nie aglutynowała takich hodowli nawet w stężeniu 1:10. Autor u wszystkich tyfusowych znajdował typową reakcyę WIDAL'a. Określał on również t. zw. „*Grenzwerth*” aglutynacyjnych własności krwi ty-



fusowych i znalazł, że waha się ona w granicach rozcieńczenia od 1:30 do 1:150 i wyżej. Otrzymał on aglutynację u człowieka, który przed 4½ laty przechodził tyfus. Makroskopowo robił próbę WIDAL'a w rozcieńczeniu 1:30, mikroskopowo—rozmaicie, w granicach powyżej 1:30, nie czekając dłużej nad 10 minut na wystąpienie zjawiska. Autor przypisuje próbie WIDAL'a doniosłe znaczenie rozpoznawcze, atoli w tych razach kiedy: 1) dowiedziono, że chory przedtem nie przechodził tyfusu, 2) kiedy użyta do reakcyi hodowla laseczników nie daje aglutynacyi ze zdrową krwią 1:25.

W celu ułatwienia badania chorych zdala od pracowni [np. w praktyce prywatnej], BABUCKE wymyślił aparat do robienia próby WIDAL'a, który składa się z naczyń miareczkowanych i pipet do brania krwi. Aparat ten atoli nie znalazł wielkiego rozpowszechnienia, ponieważ zwykła rurka z hemoglobinometru GOVERS'a i próbówka odpowiedniej wielkości wystarczają zupełnie.

Dotądnie wyniki w omawianej sprawie otrzymywał również SCHUBERT [od LICHTHEIM'a] i E. LEVY, który znajdował aglutynację w mleku mamki już od 8-go dnia tyfusu.

SCHOLTZ odzywa się na ogół bardzo pochlebnie o próbie WIDAL'a. Zdaniem jego, osłabiają jej znacznie rozpoznawcze następujące okoliczności: 1) występuje ona często u chorych dopiero w 3—4 tygodniu choroby; 2) daje ją krew rekonwalescentów i ludzi, którzy przed miesiącami i latami przechodzili tyfus; 3) zjawisko aglutynacyi w rzadkich przypadkach występuje i z krwią normalną. Autor zaczyna badanie krwi tyfusowych od rozcieńczenia 1:45 i nie radzi brać suchej krwi do badania. Podobne zarzuty stawiają próbie WIDAL'a KASEL i MANN. Dochodzą oni do wniosków następujących: 1) nie zawsze udaje się postawić wczesne rozpoznanie tyfusu przy pomocy próby WIDAL'a, ponieważ aglutynacja nie występuje zwykle w 1-ym i często nawet w 2-m tygodniu choroby; 2) jej występowanie i natężenie zależy od ilości aglutyninów, jakie dany organizm podczas tyfusu wytwarza, skutkiem czego u dzieci reakcja występuje niezbyt jasno; 3) krew chorych zachowuje własności aglutynacyjne całemi latami nawet po wyzdrowieniu. Tak np. z 31 osób, które przed rokiem przechodziły tyfus, autorowie znaleźli aglutynację u 20; z 11-u którzy przechodzili tyfus przed 1—5 laty—48; 28-u, którzy przechodzili tyfus przed 10—21 laty—utrzech.

LEUTE przypisuje próbie WIDAL'a, robionej w odpowiednim rozcieńczeniu, poważne znaczenie rozpoznawcze. Osłabia jej znaczenie, zdaniem L., ta okoliczność, że występuje ona w wiele lat po przebyciu tyfusu, co wobec istnienia takich faktów klinicznych jak *typhus levissimus*, *typhus ambulatoriumis*, kiedy chorzy nawet nie wiedzą, że przechodzili tyfus, może dać powód do przykrych pomyłek.

CURSCHMANN [loc. cit. str. 404] odzywa się pochlebnie o próbie WIDAL'a. Metoda, jakiej CURSCHMANN używa na swojej klinice, jest następująca. Krew otrzymuje przy pomocy punkcyi *v. medianae*, przy pomocy baniek ciętych lub ułknięcia palca. Stawia on ją w rurce prostopadłe, tak, że wkrótce czerwone ciała osadzają się mniej lub więcej całkowicie, a ponad niemi zbiera się warstwa surowicy. Do próby makroskopowej używa hodowle nie starsze nad 12-godzinne. Do kilku centymetrów sześciennych takiej hodowli dodaje przy pomocy uszka igły platynowej nieco surowicy i preparat stawia do termostatu przy 37°. Już po 3—7 godzinach w bulionie zaczynają się tworzyć grudki, które opadają na dno, tak, że po 14 godzinach bulion oczyszcza się, a na dnie tworzy się osad z martwych, sklejonych laseczników. Do próby mikroskopowej C. używa kultury 10°—18° godzinnej i twierdzi, że takie rozcieńczenie jak 1:20—1:40 bardzo rzadko dają aglutynację z surowicami innych chorób zakaźnych, są przeto zupełnie wystarczające [str. 407].



CURSCHMANN podaje rezultaty badań SKLOWER'a nad zdolnością aglutynacyjną krwi zdrowych resp. nie tyfusowych osobników. Na 100 tych przypadków SKLOWER znalazł aglutynację w 38, mianowicie: w 25 przy rozcieńczeniu 1:10; w 10 przy rozcieńczeniu 1:20; w 2 przy rozcieńczeniu 1:30 i w 1-ym tylko przy rozcieńczeniu 1:40. Stąd CURSCHMANN wyprowadza wniosek, że rozpoznanie tyfusu tem jest pewniejsze, im mniej surowicy danego chorego aglutynuje świeżą kulturę laseczników EBERTH'a. [Str. 407] [porówn. KÖHLER].

J. LANDSTEIN [od JAKOWSKIEGO] dochodzi do wniosku, że „aglutynacja pod drobnowidzem nie jest własnością swoistą surowicy tyfusowej i jako taka dyagnostycznego znaczenia mieć nie może“. Większe znaczenie autor przypisuje próbie z hodowlą [makroskopowo]. Co się dotyczy rozcieńczenia, jakiego autor używał pod mikroskopem, to w przybliżeniu wynosiło ono 1:10. STERN znalazł, że i zdrowa surowica, zarówno jak i surowica krwi chorych na inne choroby zakaźne, daje reakcję WIDAL'a. Okazało się atoli, że bywa to tylko wówczas, kiedy dodajemy do hodowli zbyt wielkie ilości surowicy [CURSCHMANN].

W wybornej pracy swej p. t. „Źródła błędów w serodyagnostyce“, STERN uważa za możliwe używać suchej krwi w celach serodyagnostyki. Radzi on mianowicie brać od chorych ściśle odmierzoną przy pomocy pipety GOWERS'a ilość krwi, suszyć na szkle lub bibule i w takim stanie przenosić lub przesyłać do pracowni. Tu rozpuszcza się tę krew w odpowiedniej ilości roztworu fizyologicznego soli kuchennej i bada się jak zwykłą krew. Jednym ze źródeł błędów serodyagnostyki jest okoliczność, że aglutynacja zaczyna się pojawiać czasem bardzo późno, np. w 3-cim lub 4-ym tygodniu, a nawet podczas recydywy. Krew tyfusowych zachowuje zdolność aglutynacyjną bardzo długo potem, kiedy choroba już przeminie. To stanowi również ważne źródło pomyłek, którego często, pomimo najszczegółowszych wywiadów, uniknąć nie możemy. Atoli badając często i przy różnych rozcieńczeniach krew podczas świeżego zakażenia, znajdujemy znaczne nieraz wahania w aglutynacyjnej sprawności krwi, których nie znajdujemy u osób, które przed laty na tyfus chorowały.

HOFFMANN z kliniki EICHHORST'a poddawał badaniu krew osób, które przed laty przechodziły tyfus. Z tych 4 osoby posiadały wybitną zdolność aglutynacyjną po upływie 3, 5, 7 i 12 lat po tyfusie.

Co się dotyczy używania do reakcyi suchej krwi, to tu mniemania autorów nie są dotychczas jednoznaczne. BIGGS i PARK opisują zwyczaj, używany w Nowo-Yorskim urzędzie zdrowia, że lekarze przesyłają tam krew chorych, suszoną na szkiełkach przedmiotowych. Ze względów praktycznych godzą się oni z podanym powyżej sposobem STERN'a.

JOHNSTON również zaleca posilkowanie się suszonymi preparatami, które można przesyłać na dalsze odległości lub przechowywać przez czas dłuższy, skutkiem czego krew nawet po kilku tygodniach nie traci swych aglutynujących własności. VIVALDI potwierdza zapatrywania JOHNSTON'a; mniej pomyślnie brzmią w tej kwestyi poglądy ANTONY'ego i FERRÉ'ego oraz THOMAS'a.

PFUHL, chcąc uniknąć kłopotliwego wydzielenia surowicy krwi, radzi rozwadniać krew wodą destylowaną, przyczem czerwone ciała krwi rozpuszczają się i nie przeszkadzają przy rozpatrywaniu obrazu. BORMANS, na zasadzie 22-ch przypadków, zaleca wykonywanie próby WIDAL'a z moczem chorych na tyfus, co również upraszcza kłopotliwą procedurę z krwią i czyni zbytecznym wydzielenie z niej surowicy. Autor dodaje zupełnie czysty moczu [u kobiet otrzymany drogą kateteryzacji] do równej ilości 24-godzinnej hodowli tyfusowej i stawia mieszaninę na 12—24 godzin do termostatu przy 27°. Aby uniknąć kłopotliwego badania aglutynacji w kropli wiszącej, BORMANS bierze nieco osadu z dna powyższej hodowli, rozprowadza na szkiełku pokrywkowym, suszy



i barwi alkoholowo-wodnym roztworem *gentianaviole*t'u, skutkiem czego bardzo łatwo uwidaczniają się kupki sklejoných lasieczników.

Czy można ze sprawności aglutynacyjnej krwi wyciągać wnioski co do prognozy w każdym poszczególnym przypadku? Na to pytanie odpowiada potwierdzająco COURMONT. Autor ten wykreślał krzywe, które uwidaczniały wahania sprawności aglutynacyjnej krwi u jego chorych podczas rozmaitych okresów choroby. Tę sprawność aglutynacyjną („*le pouvoir agglutinant*“) oznaczał on stopniem największego rozcieńczenia, przy którym jeszcze otrzymywał aglutynację. Brał więc szereg próbek, w które nalewał 5, 10, 20, 30, 40, 50 kropli świeżej hodowli. Osobno zaś robił mieszaninę z 10 kropli hodowli +1 kropla krwi; biorąc z tej mieszaniny kroplę i wlewając do każdej z przygotowanych próbek, otrzymywał rozcieńczenia 1 : 50, 1 : 100, 1 : 200 i t. d.

Tą metodą dosyć szybko i z dużą ścisłością oznaczał najwyższą granicę sprawności aglutynacyjnej krwi. W ten sposób dla każdego z badanych przypadków wykreślał krzywą sprawności aglutynacyjnej krwi i porównywał ją z krzywą ciepłoty. COURMONT wychodzi z tego założenia, że tworzenie się substancji aglutynującej we krwi tyfusowych jest obronnym odczynem ustroju w okresie zakażenia. Krzywa ciepłoty przy tyfusie maluje nam przebieg, ewentualnie natężenie zakażenia w danym przypadku. Krzywa zaś sprawności aglutynacyjnej uwidacznia rozwój samoobrony ustroju. To też porównywanie obu tych krzywych daje bardzo ważny punkt oparcia dla rokowania, ponieważ jest doskonałym obrazem walki ustroju chorego z zakażeniem. Ogólnie biorąc, wysoka sprawność aglutynacyjna krwi jest objawem pomyślnym. Znaczne podwyższenie się krzywej sprawności aglutynacyjnej przedtem, zanim ciepłota zacznie opadać, jest objawem, który każe się spodziewać rychłego przesilenia i poprawy. Im bardziej obniża się krzywa sprawności aglutynacyjnej, podczas kiedy ciepłota pozostaje wysoką lub wznosi się, tem rokowanie jest gorsze.

Z powyższego szkicu, który wyczerpuje zaledwie niewielką część bogatej literatury w kwestyi serodyagnostyki tyfusu brzuszego, możemy wyciągnąć co do wartości odczynu WIDAL'a następujące wnioski:

1) próba WIDAL'a, wykonywana odpowiednio, ma niewątpliwie bardzo poważne znaczenie dyagnostyczne;

2) wykonywać ją należy ze świeżą, najpóźniej 18—24-godzinną hodowlą lasieczników tyfusowych, wypróbowanych uprzednio na zdolność aglutynacyjną za pomocą surowicy notorycznych chorych tyfusowych;

3) zaczynać należy od rozcieńczenia 1 : 30, 1 : 40 i powyżej, zwracając jednocześnie uwagę na szybkość, z jaką występuje odczyn zwłaszcza pod mikroskopem;

4) badać jednocześnie, czy użyta do odczynu hodowla składa się z żywych, nie sklejoných już i poruszających się lasieczników i czy w równym rozcieńczeniu nie daje aglutynacji z surowicą nietyfusową;

5) za pomocą szczegółowych wywiadów ustanowić fakt, że chory nigdy przedtem na tyfus nie chorował.

Próba WIDAL'a, robiona w warunkach, odpowiadających tym 5-u zasadniczym wymaganiom, niewątpliwie rozstrzyga rozpoznanie, pouczając również o rokowaniu, jakie wobec danego przypadku stawiać możemy. [D. n.].



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 45. O. Walcker. O ranach kłutych serca i szwie sercowym.

W. opisuje dwa przypadki szwu sercowego przy ranach kłutych. W pierwszym przy 20-tu ranach w okolicy serca, były zranione, oprócz samego serca, cztery tętnice międzyżebrowe i lewa opłucna. Po wyrezekowaniu 4-go żebra na przestrzeni 5 ctm. i przecięciu trzeciego żebra, okazało się, że mięsień lewej komory serca był zraniony w 8-miu miejscach. Sondowanie wykazało 2 rany drażące serca. Nałożono 11 szwów węzełkowych. Krwawienie ustało natychmiast. Worek sercowy przszyto do brzegów zewnętrznej rany i założono tampon jodoformowy. Śmierć nastąpiła po 34 godzinach.

Sekcja wykazała zrosty lewej opłucnej, atelektazę lewego płuca, włóknikowo-krwawe złogi w osierdziu, zakrzepy wewnątrz serca, w miejscach odpowiadających zranieniom.

W drugim przypadku chory otrzymał pchnięcie nożem pod lewym łukiem żebrowym *in linea parasternali*. Palec, wprowadzony w ranę, wyczuwał dokładnie worek sercowy, pełen krwi i serce.

Wyrezekowano chrząstki 4-go, 5-go, 6-go i 7-go żeber przyczem zraniona została opłucna lewa. Po przecięciu osierdzia okazało się, że zranieniu uległa prawa komora. Pierwsze dwa szwy przecięły zwioteczały mięsień, wskutek tego trzeba było zabrać w szew brzegi *pericardium* i wszyć tampon z gazy. Krwawienie ustało dopiero po nałożeniu wielu szeroko sięgających szwów. Tamponada jamy opłucnej i brzusznej.

Śmierć po  $\frac{3}{4}$  godziny.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1900 r. Grudzień).

B. Bartkiewicz.

### 46. Bar i Texier. Guźlica nosa.

Guźlica nosa występuje w trojakiiej postaci: 1-o w postaci naciaczenia, 2-o w formie guzów (*tuberculomata*) i 3-o w postaci owrzodzeń. Względnie rzadziej występuje w postaci tworów, które na pierwszy rzut oka robią wrażenie typowych polipów śluzowych z umiejscowieniem na przedniej części przegrody i dnie nosa. Pierwsze dwie formy na drodze zwyrodnienia serowatego przechodzą z biegiem czasu w mniej lub więcej głębokie owrzodzenia, pokryte śluzo-ropną wydzieliną i otoczone nacieczeniami, zawierającymi guziczki prosówkowe.

Pierwotna guźlica nosa należy do rzędu cierpień względnie rzadkich; zazwyczaj występuje wtórnie przy guźliczem zajęciu innych narządów [płuca, krtań]. Rozpoznawanie guźlicy nosa, zwłaszcza jej pierwotnej formy, nie należy do rzędu łatwych; bardzo zbliżone obrazy występują w nosie przy przymocie w trzeciorzędnym okresie, przy wilku i mięsakach nosa.

Dla odróżnienia od przymiotu kierujemy się typowym wyglądem owrzodzeń, powstałych wskutek rozpadu gumatów, ich wstrętnym zapachem, jednoczesnym niebolesnym obrzmieniem gruczołów, a w razach wątpliwych—dotatnim wynikiem po użuciu jodku potasu.

Pierwotny wilk błony śluzowej nosa należy do rzadkości, to też obecność guzików wilkowych na zewnętrznej powłoce nosa, łącznie z wyglądem owrzodzeń wilkowych, pokrytych grubymi, szaro-żółtymi, cuchnącymi strupami, pozwala nam odróżnić to cierpienie od guźlicy nosa.

Co się tyczy wreszcie mięsaków nosa—to tu sprawę wątpliwych przypadkach rozstrzyga badanie drobnowidzowe.

Rokowanie przy guźlicy nosa jest zazwyczaj niepomyślne; najgorszą prognozę daje wrzodziejąca postać guźlicy nosa, zresztą ogólny stan całego organizmu gra w rokowaniu bardzo ważną rolę.



Leczenie gruźlicy nosa polega na możliwie dokładnem wyłuszczeniu zmienionych tkanek z następczem wtarciem kwasu mlecznego; przeciw bólowi zalecamy zasypywanie ortoformu. Jak wogóle przy wszystkich cierpieniach konstytucjonalnych, tak i tu ogólne, wzmacniające leczenie całego organizmu gra pierwszorzędą rolę.

(*Revue hebdomadaire de Laryngologie etc.* 1900. Nr. 39). A. Zięciakiewicz.

## Wiadomości bieżące.

— p — Wyszedł z druku Nr. 145 „Odczytów Klinicznych“ zawierający pracę prof. LUDWIKA RYDYGIERA p. t. „Zasady leczenia chirurgicznego chorób żołądka“ według wykładu, wygłoszonego na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników Polskich w Krakowie oraz na Zjeździe międzynarodowym lekarzy w Paryżu. W odczycie tym wypowiada prof. R. zdanie swoje co do zabiegów chirurgicznych na żołądku na podstawie 100 operowanych przez siebie przypadków przy tej okazji. Na zaznaczenie zasługuje fakt, że pierwszej operacji wycięcia odźwiernika dokonał PŁAN w r. 1879, drugiej prof. RYDYGIER w r. 1880, a w r. 1881 trzeciej BILLROTH, który zastosował tym razem sposób RYDYGIERA. Cena Odczytu w odrębnej sprzedaży wynosi kop. 30.

— p — Otrzymałmy dwudzieste ósme sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie wraz ze sprawozdaniami Szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie i Kolonii leczniczej dla dzieci skrofulicznych w Rabce z r. 1900. Ze sprawozdania tego okazuje się, że w Szpitalu św. Ludwika leczono stale dzieci starszych od 1 do 12 lat 1019, dzieci karmionych piersią 280, porady lekarskiej udzieliło 4712 dzieciom. Do karmienia 280 dzieci utrzymywano 136 niewiast z liczbą 4844 dni żywienia, czyli każda niewiasta karmiła w szpitalu dzieci w przecięciu przez dni 35,5. Śmiertelność roczna dzieci starszych wynosiła 15,4%, ssawców 35%, dodać jednak należy, że na 280 dzieci, karmionych piersią, 63 było zdrowych, reszta (217) była chora. Koszt utrzymania szpitala wyniósł w roku sprawozdawczym kor. 45685 hal. 80. Personel lekarski stanowią: profesor pediatrii a zarazem dyrektor szpitala prof. dr MACIEJ JAKUBOWSKI, prymaryusz dr FRAŃCISZEK MURDZIĘŃSKI, operator honorowy doc. dr ALEKSANDER BOSSOWSKI, asystent kliniki pediatricznej dr KSAWERY LEWKOWICZ, elew kliniki dr ADRYAN BACZYŃSKI i sekundaryusze: dr EDWARD GRAŻYŃSKI i dr ADAM GETTLICH.

Kolonia lecznicza w Rabce w roku 1900 pomieściła 94 dzieci, podzielonych na dwa sezony 6 tygodniowe. Koszt utrzymania wynosił kor. 3436 hal. 43. Kuratorem kolonii jest prof. JAKUBOWSKI, zastępcą dr MURDZIĘŃSKI, lekarzem ordynującym dr LANG.

Szczupłość pomieszczenia skłoniła Towarzystwo do przeniesienia kolonii w inne miejsce i wzniesienia nowych budynków, co w roku bieżącym ma być uskutecznione.

— Z powodów łatwo zrozumiałych i na które piszemy się w zupełności, „Nowiny Lekarskie“ w zeszycie 5-ym na samym końcu podały spis lekarzy polaków, praktykujących w różnych krajowych i zagranicznych zdrojowiskach. W spisie tym, prócz wielu braków i to lekarzy już dawno w pewnych miejscowościach praktykujących, jak np. kol. CHRAMCA w Zakopanem i t. d., spotykamy i kilku nieboszczyków jak: PRZESMYCKI, CHMIELEWSKI, PAJEWski, LEWENSTAM i t. d.

— W Nr. 18 „Przeglądu Lekarskiego“ czytamy, iż w Kijowie pod przewodnictwem prof. TRYCZLA zawiązało się stowarzyszenie dla walki z gruźlicą na Wołyniu, Podolu i Ukrainie, które zamierza zakładać sanatoria dla suchotników, pouczać o istocie gruźlicy słowem i piórem, drogą prawodawczą zapobiegać szerzeniu się zarazka i t. d.

— W Paryżu w „małym pałacu na polach Elyzejskich“ w początkach maja otwartą została wystawa przedmiotów, służących do ochrony i opieki dzieci. Znalazło tam pomieszczenie wszystko, co kiedykolwiek służyło do wychowania, nauczania i higieny niemowląt i dzieci.



— Rada higieny i zdrowotności departamentu Sekwany wybrała komisję, mającą obmyślić najskuteczniejsze i najpraktyczniejsze sposoby i środki do wytepienia komarów w Paryżu.

— z — Pracownia dermatologiczna prof. UNNY w Hamburgu została od 1-go stycznia r. b. znacznie rozszerzona. Prawidłowe wykłady z pokazami prowadzą: ABEL, COHN, DELBAUO, HERZ, LEISTIKOW, SMIŁOWSKI, TROPŁOWITZ i UNNA. Wykładane są: anatomia, fizjologia i technika histologiczna skóry, patologia ogólna i doświadczalna skóry, anatomia patologiczna i mykopatologia skóry, makrofotografia, mikrofotografia, higiena skóry, badanie kliniczne i dyagnostyka, terapia ogólna i szczegółowa chorób skórnych, farmakologia i farmakotechnika, historia dermatologii. W ciągu roku odbywać się będą dwa kursy, a mianowicie: od początku lutego do połowy marca i od początku października do połowy listopada. Samodzielnie można w pracowni zajmować się przez rok cały. Laboratorium chemicznem zarządza dr. fil. TROPŁOWITZ. Słuchacze i pracownicy mają wstęp wolny na klinikę i do biblioteki prof. UNNY.

(Čas. lék. čes. № 8).

— z — Prace przygotowawcze. III-go Zjazdu przyrodników i lekarzy czeskich w Pradze. W Krakowie organizuje się komitet polski 3-go Zjazdu Czeskich przyrodników i lekarzy pod przewodnictwem prof. WIERKIEWICZA.

Sekcja medycyny wewnętrznej przyszłego Zjazdu podała następujące tematy ogólne: 1) O ucisku w jamie mózgo-rdzeniowej; 2) O opiece przy ostrych i przejściowych psychozach; 3) O rokowaniu przy wadach serca; 4) O rokowaniu przy gruźlicy; 5) O przyczynach nagłej śmierci; 6) O wynikach seroterapii przy dyfteryście w Czechach; 7) O stosunku między gruźlicą a zółzami; 8) O zapobieganiu chorobom w wieku dziecięcym; 9) O hypoplazjach wrodzonych.

Sekcja chirurgiczna zaproponowała między innymi następujące tematy: 1) Badanie nad rozszerzeniem się nowotworów złośliwych oka na tkankę tłuszczową oczodołu; 2) Obecny stan nauki o tryprze, jego patologii i leczeniu; 3) O autointoksykacjach przy zamknięciu kiszki. Wogóle do chwili obecnej zapowiedziano już odczytów 225. Rozesłano zaś 550 zaproszeń na Zjazd.

Podczas Zjazdu wydawany będzie dziennik zjazdu [Věstnik třetího sjezdu] pod redakcją prof. THOMAYERA i SCHRUTZA. Wyjdzie w miarę potrzeby 5 do 7 numerów.

(Čas. lék. česk. Nr. 14, 15, 16).

— Zmarł w Warszawie w 62 r. życia Dr FRAŃCISZEK ŚLIWICKI były lekarz naczelny drogi żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej i były zarządzący kasą wsparcia wdów i sierot po lekarzach, istniejącej przy Warsz. Tow. Lek. Zmarły, ceniony praktyk, był autorem kilku prac klinicznych, pomieszczonych w „Klinice“ i w „Pamiętniku T. L. W“.

**Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarskich.* № 12. J. KRZYSZKOWSKI. Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mieszany. (*Sarcoma hydropicum polyposum colli uteri embryoides*). W. STANKIEWICZ. Nowsze metody w leczeniu zachowawczem spraw zapalnych przy- i okołomaciczych [Dk]. — *Medycyna* № 11. J. KRAMSZYTK. O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. S. GASZYŃSKI. O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku [C. d]. — № 12 S. GASZYŃSKI. O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku [C. d]. J. KRAMSZYTK. O zatruciu ługiem sodowym u dzieci [Dk]. — Nr. 13. H. DOBRZYCKI. Puch i pierze, jako roznosiciele chorób zakaźnych, oraz aparat LORCH'a do racjonalnej ich dezynfekcji. S. GASZYŃSKI. O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku [C. d].

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów opis „Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Szczawnicy“.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 27 Апрелья 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8



**Príessnicowski Zakład Wodoleczniczy** 12—2  
**w Gräfenbergu, Szlązk Austryacki,**  
 położony na wysokości 630 metrów w górach Altvater. Stacya D. Ż. Hydro-  
 terapia, Kąpiele z kwasu węglan. i elektryczne, Gimnastyka lecznicza etc.  
 Kierownik lekarski **Dr. R. Hatschek**, drugi lekarz **Dr. A. Richter**.

**Lecznica Chirurgiczna**  
**D-ra A. GRÜNBAUMA.**

WARSZAWA

12—12

25, Nowolipki, 25

Przyjmuje pacjentów, kwalifikujących się do operacji, na stałe pomieszczenia.

Cena 2—4 rb. dziennie.

**P E R T U S S I N**

Extract. Thymi saccarat. Taeschner.

26—15

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.  
 Literatura: Therapeut. Beilage № 7, Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898).  
 № 56 Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. (1899) i № 17 Wiener med. B. (1900).

**Skład główny: Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16**

**Składy: Mag. farm. E. van Bellen, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga Kalkstrasse 26.**

**Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią**

**Aptekarz H. Bierthümpfel, Warszawa, Marszałkowska 133.**

**KROWIANKA** oспа  
 ochronna

w Instytucie szczepienia ospy, **Daniłowiczowska 8.**

**D-ra Tchórznickiego.** 6—3



**Dr. W. MALESZEWSKI**

0-8

b. asystent kliniki lekarskiej Uniw. Jag. ordynuje jak lat dawnych w sezonie od 20 kwietnia do 1 października.

**w Karlsbadzie.**  
„Drei Staffeln“ Alte Wiese.

# MARYENBAD

Zdrowisko wszechświatowe  
(Czechy).

Ekspedycja: Marienbad w Czechach

Skiady  
we wszystkich aptekach i składach wód  
mineralnych i materyatów aptecznych.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, najsilniejsze wody w Europie, zawierające sól glauberską (5 grm. soli glauberskiej w litrze). Wskazania: otyłość, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca, peluskrwistość.

12-1

Ambrosiusbrunn, najsilniejsza szeczawa żelazista w Europie (0,77 grm. dwuwęglanu żelaza w litrze). Wskazania: niedokrwistość, blednica.

Rudolfsquelle, źródło wyróżniające się znaczną zawartością kwasu węglanego wapnia i magnezyi. Wskazania: chroniczne katary narządów moczowych, kamienie nerkowe, moczówka cukrowa, *arthritis*.

**Dr. BOLESŁAW KOSTECKI**

stałe przebywający w Abbazyi ordynować będzie od Maja do Września

**w Karlsbadzie**

Schwarze Rache, Sprudestr., Nr. 100.

6-4

**Dr Karol Zaleski**

w nadchodzącym sezonie będzie ordynował w Druskienikach.

Choroby wewnętrzne i nerwowe.

4-2



**Sanatorium D-ra RÖMPLERA**  
 6—4 dla chorych piersiowych  
**Görbersdorf na Szląsku**  
 Kuracya letnia i zimowa.

**K E M M E R N.**

4—3

**Wody siarczane i borowina**

Miejscowość oddalona o 40 wiorst od Rygi, Droga Żelazną Rygsko-Tokkumską. Sezon r. 1900 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września.— Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igłiwowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno - solne, alkaliczno-igłiwowe, błotne, błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 3000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznemi, skrofulicznemi, skórnemi i kobiecemi.

Nowa łaźienka dla kąpeli błotnych, których może wydać dziennie do 250.



Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzony, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 140 do 150 rubli za 6 tygodni. Pensyonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 kop. tygodniowo,

Komunikacya z morzem za pomocą dylizansów po 20 kop. tam i z powrotem. Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 30 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby, pragnące mieć szczegółowe wiadomości, raczą się zwracać pod następującym adresem:

**K E M M E R N**, powiat Rygski.

Dyrektor Zakładu **D-r. Med. A. Sotin**.

**Schlesischer Obersalzbrunnen**  

**Oberbrunnen**
  
 SCHÜTZ-MARKE

Pierwszorządne źródło alkaliczne, skutecznie działające od roku 1601.

Analizy i szczegółły o źródle wysła pocztą bezpłatnie

Kantor ekspedycyi wód mineralnych książęcych w Obersalzbrunn.

**Furbach i Striebold**, Salzbrunn na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i handlach materyałów aptecznych.



5 godz. od Warszawy,  
godzina od Lublina,  
5 wiorst od stacyi kolei  
Nadwiślańskiej.

# NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf  
na miejscu. Powozy na  
zamówienie.  
W lecie omnibus.

*Zdrowisko szczawy żelazistej do picia i do kąpiel. Kąpiele błotne.  
Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dycetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi, wygodnie urządzone na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczeni chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

0—1 Dyrektor D-r **A. PUŁAWSKI**, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

## SZCZAWNICA

7—1

### Zakład zdrojowo - kąpielowy

*Pierwszorzędna stacya klimatyczna*

Sezon od 20-go maja do 30-go września.

Urządzenia postępowe. Desinfekcyja mieszkań troskliwa. Wody ze znanych ze skuteczności zdrojów Józefiny i Magdaleny we wszystkich znaczniejszych handlach i aptekach. Zamówienia na mieszkania przyjmuje Dyrekcyja Zakładu górnego.

**F. Wiśniewski.**

Wody mineralne, pochodzące ze źródła de l'ÉTAT

# VICHY CÉLESTINS

## GRANDE-GRILLE, HOPITAL

22—4

Uprasza się o wymienianie źródła.

**Dr. OSKAR KAUFMANN**

10—7

ordynuje jak dawniej

**w Karlsbadzie**

w domu „Pascha“ Sprudelstrasse.