

GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

[Z ODDZIAŁU CHEMICZNEGO DRA MED. J. PRUSZYŃSKIEGO].

Badania nad składem żółci ludzkiej.

Napisali

J. Pruszyński i J. Siemieński.

[Według wykładu na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego
w d. 6.II. 1906 r.]

Pomimo cennych badań NAUNYN'a, istota kamicy żółciowej rozwiązana nie została. Według teorii humoralnej istnieje do tworzenia się kamieni żółciowych pewne usposobienie, podobnie, jak to się dzieje przy odkładaniu się stężyn moczanowych. „Aby mieć kamień w pęcherzyku żółciowym, trzeba mieć zakażenie żółciowe; na to mogę się zgodzić”, powiada BOUCHARD, „choć nie jestem tego zupełnie pewien, lecz twierdzić mogę na pewno, że trzeba być artrytykiem, t. j. trzeba należeć do grupy ludzi, którym przeznaczony jest cierpienie artrytyczne w szerokim znaczeniu tego słowa”.

Na ostatnim Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie jeden z nas ¹⁾ wypowiedział zdanie, że „według wszelkiego prawdopodobieństwa przed powstawaniem kamieni cierpią komórki wątrobowe zupełnie tak samo, jak zboczenie czynności utleniających wątroby jest przyczyną, dlaczego przy podagrze kwas moczowy nie spala się dostatecznie”.

Jednym niewątpliwie z ważnych czynników w wyjaśnieniu istoty kamicy żółciowej byłoby oznaczenie składu i własności żółci, tak w stanie normalnym, jak i patologicznym wątroby.

¹⁾ J. PRUSZYŃSKI. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych. Gaz. Lek. 1903.

Skład żółci, otrzymanej z przetoki u człowieka, którą sztucznie wytwarza się w celu usunięcia kamieni z dróg żółciowych, znacznym ulega wahaniom, bo też operacja na pęcherzyku żółciowym dokonywana bywa już w daleko posuniętej sprawie chorobowej, której towarzyszą poważne nieraz zmiany komórek wątrobowych. To też przedstawienie składu chemicznego normalnej żółci u człowieka napotyka na znaczne trudności.

Istnieją w wątrobie i w drogach żółciowych pewne czynniki regulujące, dzięki którym stężenie cząsteczkowe żółci, jak to okazały badania STRAUSS'a ¹⁾, BONNANI'ego ²⁾, BRAND'a ³⁾ jest zawsze stałe i odpowiada stężeniu krwi [$\Delta = -0,55^\circ$ do $-0,56^\circ$]. Żółć z większą zawartością części stałych zawiera więcej substancji organicznych o wielkich cząsteczkach, mniej zaś soli nieorganicznych, żółć rozcieńczona zawiera natomiast znaczną ilość soli. Tem się objaśnia fakt, że żółć z przewodu żółciowego wspólnego i prawie 10 razy gęstsza żółć z pęcherzyka zamarzają przy jednakiej ciepłocie.

W miarę rozcieńczenia żółci według BRAND'a zwiększa się zawartość chlorków, przez co depressya żółci równa się depressyi krwi, aczkolwiek przewodnictwo elektryczne, które wynosi dla krwi $10,1 \times 10^{-7}$ przy 18°C , jest większe w żółci [$14,1 \times 10^{-7}$].

Skład żółci cechuje się, jak wiadomo, trzema substancjami: barwikiem żółciowym, kwasami żółciowymi i cholestearyną, a właściwie dwiema pierwszymi, gdyż cholestearyna jest produktem rozpadu komórek wyściełających drogi żółciowe. Jak okazały badania BROWICZA ⁴⁾, barwik żółci wytwarza się z barwika krwi w samej komórce wątrobowej; w tejsze komórce, według doświadczeń KALLMAYER'a ⁵⁾, dokonanych w pracowni AL. SCHMIDT'a, powstają również kwasy żółciowe, sposób jednak, który prowadzi do tych przeobrażeń, jest prawdopodobnie różny: bilirubina tworzy się pod wpływem enzymu hydrolytycznego, kwasy żółciowe pod wpływem swoistej oksydazy.

Tem się tłómaczy fakt, że istnieją stany acholii barwikowej (*acholia pigmentaria*) i acholii kwaso-żółciowej (*acholia acido-cholica*). Brak barwików

¹⁾ STRAUSS. Ueber den osmotischen Druck der menschlichen Galle. Berl. klin. Woch. 1903. N. 12, p. 261—264.

²⁾ BONNANI A. Contributo alla cognoscenza della bile humana. Archivio di Farmacologia sperimentale. I, 1902, p. 511 [według Biochem. Centrbl. I. p. 193].

³⁾ J. BRAND. Beitrag zur Kenntnis der menschlichen Galle. Pflüg. Arch. 96, 491—522.

⁴⁾ BROWICZ. Poehłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobową i stąd powstać mogące obrazy w tej komórce. — Drogi odżywcze w komórce wątrobowej oraz zestawienie wyniku badań nad komórką wątrobową od r. 1887 przezeń dokonanych i w publikacjach Akademii ogłoszonych. Biuletyn Akademii Umiejętności w Krakowie. Lipiec. 1899. — Budowa przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunek do krwionośnych włosowatych. Tamże, styczeń 1900.—O budowie naczyń włosowatych i ich stosunku do komórek wątrobowych. Tamże, maj 1900. — Kilka uwag o komórce wątrobowej. Przegl. lek. 1903. N. 12, str. 173. O funkeyi wydzielniczej jądra komórki wątrobowej. Przegl. lek. 1905, N. 15, str. 203.

⁵⁾ B. KALLMAYER. Ueber die Entstehung der Gallensäuren und die Betheiligung der Leberzellen bei diesem Process. Inaug. Diss. Dorpat. 1889.

żółciowych stwierdzili RITTER ¹⁾ i ROBIN ²⁾ w żółci, wydzielającej się przez przetokę w przypadkach zwyrodnienia tłuszczowego wątroby, brak kwasów żółciowych w żółci pęcherzykowej wykazał HOPPE-SEYLER ³⁾ w przypadku zwyrodnienia skrobiowatego wątroby.

Sądzić należy, że pomiędzy temi postaciami acholii muszą istnieć fazy przejściowe. W przebiegu żółtaczkii długotrwałej zmniejsza się ilość kwasów żółciowych, jak tego dowodzi rozbiór żółci z przetoki w przypadku YEO i HERROUN'a ⁴⁾; żółć ta zawierała 2,2‰ kwasów żółciowych zamiast przynajmniej 20‰. Żółtaczką, według STADELMANN'a ⁵⁾, odbija się najpierw na zmniejszeniu ilości kwasów żółciowych; w pierwszych tylko dniach choroby współzrędnie z objawami zwolnienia tętna i swędzenia skóry ukazują się kwasy żółciowe w moczu, następnie znikają, przyczem zwiększa się ilość siarki obojętniej, której kosztem wytwarza się tauryna.

Według BROWICZA może przyjmować udział w przemianie barwika krwi na barwik żółci tylko prawidłowo funkcjonująca komórka wątrobowa. Ta też komórka wytwarza barwik, nie tylko w wątrobie, lecz przy transplantacji do jamy otrzewnej [CARNOT ⁶⁾], a nawet przy mieszanii krwi z miazgą wątrobową w obecności glikogenu [ANTHEN ⁷⁾].

Ale chora komórka wątrobowa w mniejszym lub większym stopniu jest pozbawiona możności przemieniania barwika krwi na bilirubinę. Wtedy mamy do czynienia z t. zw. *ictère hémaplétique* GUBLER'a, która oznacza stan wątroby, przy którym barwik krwi przeobraża się na urobilinę i bliżej nieokreślony chemicznie barwik różowy.

Musimy też uwzględnić pewne postaci paracholii, przy których nie cała ilość barwika krwi przeobraża się na bilirubinę; również możliwem jest, że istnieją w żółci patologicznej przejściowe produkty do kwasów żółciowych, aczkolwiek źródło ich powstawania jest dotychczas nieznanem.

Oprócz składników organicznych, wytwarzających się w wątrobie i w drogach żółciowych, z żółcią wydziela się znaczna ilość soli; to też w sprawie oczyszczania ustroju żółć niewątpliwie ważną musi odgrywać rolę.

¹⁾ RITTER. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. 1872, p. 181.

²⁾ ROBIN. Jahresber. f. Thierch. T. 14, 1884, p. 471.

³⁾ HOPPE-SEYLER. Physiol. Chemie. T. L, 1887, p. 317.

⁴⁾ G. F. YEO u. E. F. HERROUN. Journ. of Physiol. V, 116. Ref. Maly's Jahresber. 1884.

⁵⁾ STADELMANN. Der Icterus. Stuttgart. 1891.

⁶⁾ Według A. GILBERT i P. CARNOT. Les fonctions hépatiques. Paris. 1903.

⁷⁾ E. ANTHER. Ueber die Wirkung der Leberzelle auf das Hämoglobin. Dorpat. 1889.

Dotychczas wykonane badania żółci [RANKE ¹⁾, COPEMAN i WINSTON ²⁾, YEO i HERBOUN ³⁾, JAKOBSEN ⁴⁾ MAYO ROBSON ⁵⁾, WITTICH ⁶⁾, HAMMARSTEN ⁷⁾, NOËL PATON i BALFOUR ⁸⁾, ZEYNEK ⁹⁾], nie uwzględnia dostatecznie ani stanu wątroby ani ogólnych zaburzeń ustrojowych.

Stosunek żółci do stanu wątroby od lat 4-ch stanowił przedmiot badań, przeprowadzanych w naszej pracowni. Praca taka może dać poważniejsze wyniki o ile opiera się na znacznej liczbie przypadków i o ile w niej większa liczba pracowników może przyjąć udział, gdyż ilościowe oznaczenie składników żółci wymaga wiele czasu i zachodu.

W r. 1901 pierwszy z polskich badaczy, B. ŻEBROWSKI ¹⁰⁾, przeprowadził w naszej pracowni dokładne badanie żółci ludzkiej. Żółć otrzymana była z przetoki pęcherzykowej, dokonanej przez dra CIECHOMSKIEGO z powodu uwięźnięcia kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym. W przypadku tym, który zakończył się śmiercią w $\frac{1}{2}$ roku po operacji, badanie mikroskopowe wątroby, dokonane przez jednego z nas ¹¹⁾, okazało zwyrodnienie tłuszczowe komórek wątrobowych w znacznym stopniu oraz nagromadzenie gronkowców w kanalikach żółciowych.

W żółci tej, wydzielającej się w znacznej ilości [1 litr] o ciężarze właściwym 1,0075, ilość części stałych wynosiła 11,219‰, w tem soli nieorganicznych 6,133‰, kwasów żółciowych 3,434‰.

Zestawiając te liczby z innymi rozbiorami, okazuje się, że żółć, badana przez ŻEBROWSKIEGO, zbliżała się pod względem składu chemicznego do żółci, zbadanej przez NOËL PATON'a i BALFOUR'a [ilość części stałych 11,92‰, kwasów żółciowych 4,05‰].

Była to żółć niewątpliwie znacznie zmieniona; zboczenie polegało na znacznem rozwodnieniu, na zmniejszeniu głównie substancji organicznych

¹⁾ JOH. RANKE. Die Blutvertheilung und der Thätigkeitswechsel der Organe. Cap. VIII. Leipzig. 1871. Ref. w Maly's Jahresh. 1871.

²⁾ COPEMAN i WINSTON. Journal of Physiol. X. 213 podług podręcznika HALLIBURTON'a. 1893.

³⁾ YEO i HERROUN. Journ. of Physiol. V. 116. Ref. w Maly's J. 1884.

⁴⁾ JACOBSEN. Untersuchung der menschlichen Galle. Berichte de deutsch. Chemisch. Gesell. 1873. T. VI, str. 1026.

⁵⁾ MAYO ROBSON. Proc. of Roy. Soc. T. 47. 1890. Ref. w Maly's J. 1890.

⁶⁾ WITTICH. Zur Physiologie der menschlichen Galle. Pflügers Arch III, str. 781.

⁷⁾ HAMMARSTEN. Zur Kenntniss d. Lebergalle d. Menschen (Nova Acta Reg. Soc. Scient. Upsala, Ser. III, Vol 16. 1893). Ref. w Maly's J. 1893.

⁸⁾ NOËL PATON D. and BALFOUR J. M. On the composition, flow and physiological actions of the bile in man. Labor. Reports of Edinb. III, p. 191, cyt. według Physiol. Chemie v. BOTTAZZI. 1902, p. 284. NOËL PATON D. Further observations on the composition and flow of the bile in man. Labri. Reports Edinb. IV, według Maly's Jahresh. 1893, p. 318.

⁹⁾ ZEYNEK. Zur Kenntniss der Lebergalle d. Menschen. W. klin. W. 1899, str 568—569. Ref. w M. J. 1899.

¹⁰⁾ B. ŻEBROWSKI. Rozbiór żółci, otrzymanej z przetoki u człowieka. Gazeta Lek. 1901.

¹¹⁾ PRUSZYŃSKIEGO.

i nadmiernie małej ilości kwasów żółciowych. Skład żółci wiąże się tu z ciężkim zakażeniem i obrażeniem komórek wątrobowych.

Drugi całkowity rozbiór żółci wykonali w naszej pracowni F. MAJEWSKI i B. ŻEBROWSKI ¹⁾. W przypadku tym żółć częściowo tylko wydzielala się przez przetokę [75 — 245 c. sz. na dobę], większa zaś jej ilość przechodziła do jelit. Chora zapisała się na oddział dra KIJEWSKIEGO w kilka lat po dokonanej operacji przez innego chirurga w celu zamknięcia otwierającej się od czasu do czasu przetoki. Staranne badanie narządów wewnętrznych żadnych zbroczeń nie okazało.

Żółć o ciężarze właściwym 1,012 zawierała 32,52⁰/₁₀₀ części stałych, w tem składników nieorganicznych 8,798⁰/₁₀₀, a przeszło połowę kwasów żółciowych [16,759⁰/₁₀₀]. Żółć tę należy uważać za zupełnie prawidłową; skład jej zbliża się do składu żółci, oznaczonego w przypadkach HAMMARSTEN'a [zrost pęcherzyka z narządami sąsiednimi], RANKE'go [przetoka żółciowo-oskrzelowa], wreszcie ZEYNEK'a. W przypadkach tych jednak żółć była badana wkrótce po utworzonej przetoce, przez którą większa część jej się wydzielala, przez co t. zw. krążenie oboczne żółci SCHIFF'a odbywać się mogło tylko w stopniu nieznacznym, a komórki wątrobowe nie otrzymywały dostatecznej podniety do wytwarzania głównych składników żółci. Przeciwnie żółć, badaną przez MAJEWSKIEGO i ŻEBROWSKIEGO, jako wydzielającą się w warunkach prawidłowych przy zupełnie dobrym stanie badanego osobnika, można uważać za wzór żółci normalnej.

W ostatnich czasach dokonaliśmy rozbioru żółci znacznie zmienionej w 2-ch przypadkach przetoki, założonej przez prof. KRYŃSKIEGO z powodu kamieni żółciowych; w obu operacja była dokonana z konieczności, wynikającej z ciężkiego zakażenia.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety lat 45, dotkniętej od lat kilku kolką wątrobową. Wskazaniem do zabiegu chirurgicznego były bóle, często powtarzające się, nadzwyczaj dokuczliwe, którym towarzyszyła podniesiona ciepłota [do 40°] oraz żółtaczka. Przy braku zbroczeń ze strony narządów klatki piersiowej, stwierdzono bolesność w okolicy pęcherzyka żółciowego, który dawał się wyczuć przy badaniu oburącz. Mocz oprócz barwików żółciowych zawierał ślady białka.

Przy operacji, dokonanej w uspieniu morfinowo-eterowem, wyjęty został jeden kamień wielkości orzecha włoskiego z pęcherzyka żółciowego, drugi z przewodu pęcherzykowego. Z rany wylała się ciemna gęstawa żółć w ilości około 200 ctm. sz. Założono przetokę, z której po 2-ch tygodniach otrzymaliśmy pierwszą dobową porcję żółci do badania w ilości 650 ctm. sz. Żółć ta lepka, ciągnąca się, o zabarwieniu brunatno-zielonkawem, o zapachu mdłym, posiadała odczyn zasadowy; nagrzana nie dawała strątu, pod wpływem alkoholu tworzyła się osad, unoszący ze sobą barwik.

¹⁾ F. MAJEWSKI i B. ŻEBROWSKI. Przyczynek do składu chemicznego żółci. Rozprawy i Gaz. Lek. 1902.

Ciężar właściwy wynosił 1,0111, stężenie cząsteczkowe $\Delta = - 0,55^\circ \text{C}$, ilość części stałych 12,99‰, w tem składników nieorganicznych 6,617, organicznych 6,373‰.

Szczegółowy rozbiór tej żółci według metod, opisanych w pracy ŻEBROWSKIEGO dał liczby następujące:

Mucyny i barwika	2,4000
Kwasów żółciowych:	
kwasu taurocholowego	0,3295
" glikocholowego	0,7674
	1,0969
Kwasów tłuszczowych i kwasu oleinowego	0,2700
Tłuszczów, cholestearyny i lecytyny	0,3975
Mydła	2,2410
	6,4054‰

obok 6,3730‰, liczby otrzymanej przez odjęcie popiołów od pozostałości suchej [różnica + 0,0224].

Z 6,6170 grm. składników nieorganicznych w 1 litrze żółci przypada: na chlorki 6,2608 grm., w tem 0,2088 grm. KCl; na inne składniki 0,3562, w tem SO_3 0,0974, P_2O_5 0,0838, CaO 0,0759, F_2O_3 0,0513, MgO 0,0150.

Ilość składników nieorganicznych w badanej żółci wynosi 59% części stałych, a popioły składają się prawie wyłącznie z chlorków, gdyż na inne składniki przypada zaledwie 5‰.

W rozbiórce tym uderza nadto nadzwyczaj mała zawartość kwasów żółciowych, wynosząca prawie 6-ą część składników organicznych. Jest to najniższa zawartość kwasów żółciowych, jaką dotychczas stwierdzono w żółci ludzkiej, niższa nawet aniżeli okazuje rozbiór w przypadku YEO i HERROUN'a [2,2 grm. ‰].

Wydzielanie kwasów żółciowych zmniejszyło się przynajmniej 16-krotnie. Była więc to *hypocholia acido-cholica* w wielkim stopniu, zależna od zбоceń w czynności komórki wątrobowej, wywołanej długotrwałą sprawą chorobową.

W przypadku tym przebieg poopercyjny był zupełnie pomyślny. Przetoka utrzymywała się prawidłowo, lecz w dalszym ciągu wystąpiły objawy zamknięcia przewodu żółciowego tak, iż cała ilość żółci wylewała się na zewnątrz przez przetokę przy całkowitem odbarwieniu kału. Wskutek tego prof. KRYŃSKI w 6 miesięcy po pierwszej wykonał drugą operację, polegającą na zespoleniu pęcherzyka żółciowego z jelitem czczem (*cholecystenterostomia*), poczem objawy chorobowe znikły, a stan chorej poprawił się zupełnie.

Również chorobowe zmiany stwierdziliśmy w żółci, otrzymanej z przetoki w innym przypadku, operowanym przez prof. KRYŃSKIEGO. Przypadek ten dotyczył mężatki, lat 35, matki sześciorga dzieci, u której w kilka tygodni po 6-y porodzie wystąpiły bóle w prawem podżebrzu i żółtaczka w połączeniu z gorączką. Stan chorej przy leczeniu środkami wewnętrznymi poprawił się, lecz po roku nastąpiło znaczne pogorszenie, cechujące się bardzo silnymi bólami, mocną żółtączką, wysoką gorączką [39 — 40,5°] i dreszczami.

Przy badaniu stwierdzono: u kobiety wątłej budowy, znacznie wyniszczonej, skóra i błony śluzowe miały zabarwienie mocno żółte. Płuca i serce zmian nie okazywały. Wątroba powiększona, o brzegu okrągłym, na dotyk bolesna, występowała na szerokość 2-ch palców z pod łuku żeberkowego. Pęcherzyk żółciowy nie wymacał się; śledziona była powiększona. Zabarwienie kału było zmienne przy częstych rozwolnieniach. Mocz zawierał białko i barwiki żółciowe. Rozpoznano: *Cholangitis et cholecystitis calculosa suppurativa*.

Przy operacji, dokonanej w uspieniu morfinowo-eterowem, okazało się, że wątroba duża pokrywała zupełnie niewielki pęcherzyk o ścianie dość grubej, zawierającej kamień. Przecięto pęcherzyk i przewód pęcherzykowy; wydobyto jeden kamień z pęcherza, drugi znacznie mniejszy udało się wysunąć na tępo z przewodu żółciowego wspólnego. W pęcherzyku żółciowym obok kamienia znajdowała się niewielka ilość bardzo zmienionej żółci śluzowo ropnej. Przebieg pooperacyjny był pomyślny; żółć dość szybko zaczęła się oczyszczać. Po 2½ miesiącach po operacji pacjentka z zagojoną zupełnie przetoką powróciła do domu.

Rozbiór żółci, otrzymanej w tydzień po operacji, dał liczby następujące.

Ilość dobową 650, ciężar właściwy 1,00746, stężenie cząsteczkowe $\Delta = -0,57^\circ \text{C}$. Wody wzmiankowana żółć zawierała 986,07, części stałych 13,93‰, w tem części organicznych 7,6646, t. j. 56‰ części stałych, składników nieorganicznych 6,2654, t. j. 44‰ części stałych.

Ilość kwasów żółciowych wynosiła: kwasu taurocholowego 0,4947, kwasu glikocholowego 1,4561, razem 1,9508 gr. ‰. Liczba ta również bardzo niska [wynosi 24‰ cz. org.] niewątpliwie jest w związku z ciężkością sprawy chorobowej. W żółci tej ilość chloru 2,7354 pokrywa się całkowicie ilością K 0,1314 i Na 2,2831 z nadmiarem zasad, pozostałych na połączenie z innymi grupami kwaśnymi. Nadto żółć ta zawierała 0,1460 SO_2 , 0,1020 P_2O_5 , 0,0567 CaO , 0,159 Fe_2O_3 , 0,0077 MgO . W drugiej porcji żółci, zebranej w ciągu doby, w ilości 570 ctm. sz. [cięż. wł. 1,0070, $\Delta = -0,58^\circ$] zawartość chloru była większa i wynosiła 3,59 na 9,230‰ składników nieorganicznych.

Dotychczasowe badania okazują, że żółć normalna zawiera 30 — 35‰ części stałych, z których $\frac{1}{4}$ przypada na popioły, $\frac{1}{2}$ na kwasy żółciowe, $\frac{1}{4}$ na inne składniki organiczne.

Przy braku dokładnych metod oznaczenia barwików żółciowych, które alkohol strąca wspólnie z mucyną, w rozbiórach składniki te uwzględniane być nie mogły. Stąd też zboczenia w tej czynności wątroby przedstawiają jeszcze bardzo owocne pole do badań.

Natomiast wiele danych przemawia za tem, że obrażenia komórek wątrobowych wyrażają się upośledzonym wytwarzaniem kwasów żółciowych, prawdopodobnie wskutek braku odpowiednich oksydaz.

Sądzić należy, że ułatwienie odpływu żółci, *resp.* zmniejszenie zastojów w drogach żółciowych, po założeniu przetoki, w znacznym stopniu sprzyja nie

tylko wydzieleniu się czynnika zakaźnego, ale i przywróceniu sprawności komórek wątrobowych.

W przebiegu pooperacyjnym poprawa czynności wątroby może znaleźć wyraz we wzmożonym wydzielaniu kwasów żółciowych w żółci. W klinice da się prawdopodobnie zużytkować oznaczenie ilości tej substancji, jako jeden z czynników, wskazujących na potrzebę zamknięcia lub dalszego podtrzymywania przetoki.

II. Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ „SZPITALNEJ“ [PROF. DJAKONOWA]
W MOSKWIIE.

Operacja doszczętna przepuklin pachwinowych na podstawie rozwoju i budowy okolicy pachwinowej.

Podał

Dr med. Romuald Węglowski,

Docent chirurgii w Uniwersytecie Moskiewskim.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 9].

Przejsie przez okolice pachwinową jądrovodu razem z jądrem, a także pewien brak części mięśni brzusznych wpływa na ogólne osłabienie budowy okolicy pachwinowej.

Ścięgno zewnętrzne mięśnia skośnego [w okolicy pachwinowej], szczególnie u osobników młodych, zbudowane w ogóle dość słabo. Ta osłabiona część ścięgna posiada w większości pewną określoną formę — wyciągniętego trójkąta, leżącego między nóżkami ścięgna.

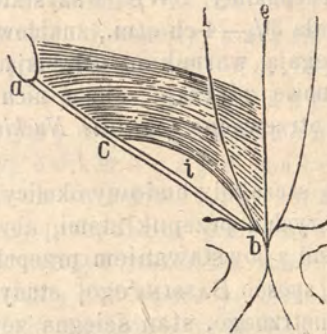
U osobników starych ścięgno zewnętrzne mięśnia skośnego daleko jest już mocniejsze.

Zewnętrzny otwór pachwinowy ma u różnych osobników w długości od 1,0 do 5,0 ctm. Rozmiar i kształt otworu nie gra znacznej roli w usposobieniu do przepuklin pachwinowych, osobniki z małymi otworami pachwinowymi często posiadają przepukliny, a osobniki z wielkimi otworami często ich nie mają wcale.

Po odpreparowaniu mięśnia skośnego zewnętrznego odkrywamy mięsień skośny wewnętrzny, spojony w dolnej części z mięśniem poprzecznym. Owe mięśnie, rozpoczynając się od [zewnątrznej] bocznej połowy więzu pachwino-

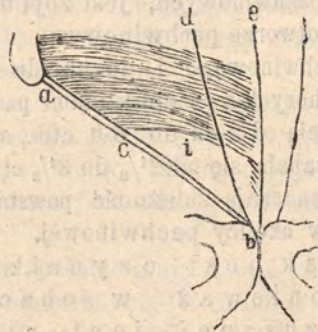
wego [POUPART'a], kierują swoje włókna ku linii środkowej lub w kierunku poprzecznym, lub też lejkowato ku dołowi (patrz rys. 10). Okolica pachwinowa nie jest pokryta szczelnie tymi mięśniami: dolna część jej, gdzie przechodzi powrózek nasienny, nie posiada mięśni wcale, prócz dźwigacza jądra (*cremaster*), więc formuje się b r a k niejednakowych rozmiarów i kształtu. Granice tego braku są następujące: z dołu — więz pachwinowy [POUPART'a], z góry—dolny brzeg mięśni wewnętrznych (*obliq. abd. int. et transv.*) i z wewnętrznej strony—boczny brzeg mięśni prostych brzucha.

Brak pachwinowy bywa dwojakiego kształtu: o w a l n e g o lub t r ó j k ą t n e g o, co zależy całkowicie od kierunku, w jakim idzie dolny brzeg mięśni wewnętrznych. Jeśli idzie lejkowato ku dołowi, prawie równoległe do więzu pachwinowego [POUPART'a] i wewnętrzna część tego brzegu ginie w pobliżu spojenia łonowego, to forma b r a k u (*i*) będzie podłużno-owalna (rys. 11)



Rys. 11.

[*ab*—więz pachwinowy [POUPART'a], *be*—smuga biała, *bd*—boczny brzeg mięśnia prostego, *ci*—dolny brzeg mięśni wewnętrznych (*obliq. int. et transv.*); mięsień skośny zewnętrzny nie narysowany]. Taki kształt braku jest normalny i spotykamy go przeszło u 85% mężczyzn.



Rys. 12.

Jeśli zaś dolny brzeg wewnętrznych mięśni kieruje się nie ku dołowi, a prostopadle do linii środkowej (rys. 12), to kształt braku (*i*) będzie trójkąt-

ny. Okolice pachwinowa wtedy bywa zwykle więcej osłabioną, ponieważ na dość znacznej przestrzeni wcale nie posiada mięśni. Trójkątny kształt braku spostrzegamy niemal w 15%; forma ta jest patologiczną, ponieważ najbardziej usposabia do powstawania przepuklin pachwinowych. Istotnie $\frac{1}{3}$ część trupów, posiadających taki kształt braku miała przepukliny pachwinowe.

Oprócz kształtu braku pachwinowego ogromne znaczenie dla powstawania przepuklin ma jeszcze wysokość tego braku. W brakach trójkątnych zdejmowałem wymiary tej wysokości wedle [zewnątrznego] bocznego brzegu mięśnia prostego, w brakach zaś owalnych za wysokość liczyłem największy rozmiar pomiędzy więzem pachwinowym [POUPART'a] a dolnym brzegiem mięśni wewnętrznych. W owalnych brakach wysokość wahała się od 1-go do $2\frac{1}{2}$ ctm., w trójkątnych zaś od 2-ch do 4-ch ctm., a czasem i więcej. Naturalnie, iż im większa jest wysokość, tem więcej jest osłabiona okolica pachwinowa i tem łatwiej wytwarzają się przepukliny. We wszystkich brakach trójkątnych, w których wysokość dosięgała $3\frac{1}{2}$ —4-ch ctm., znajdowałem zawsze przepukliny.

K o b i e t y nie ulegają warunkom osłabiającym okolicę pachwinową, więc i przepukliny pachwinowe zdarzają się u nich dość rzadko, najczęściej przy utworzeniu wyrostka otrzewnego (*canalis Nuckii*).

Zaznaczywszy pewne szczegóły budowy okolicy pachwinowej, zająłem się bezpośrednio badaniem chorych z przepuklinami, aby udowodnić pewien związek pomiędzy układem mięśni a powstawaniem przepuklin pachwinowych. Podczas operacji doszczętej [sposób BASSINI'ego] studyowałem kształt i rozmiar otworu pachwinowego zewnętrznego, stan ścięгна zewnętrznego mięśnia skośnego, a również kształt i wysokość braku pachwinowego. Wymiary tego ostatniego wykonywałem zawsze p r z e d oddzieleniem worka przepuklinowego.

Ogólne wnioski z tych badań są następujące:

Wytrzymałość ścięгна zewnętrznego mięśnia skośnego w okolicy pachwinowej zależy w większości przypadków od wieku: u ludzi młodych ścięгно jest osłabione, u ludzi starszych—mocniejsze. Rola ścięгна, jako czynnika przy powstawaniu przepuklin pachwinowych, jest zbyt mała. To samo można powiedzieć i o zewnętrznym otworze pachwinowym.

Co zaś do braku pachwinowego i do układu mięśni wewnętrznych, to okazało się, że blisko 90% chorych z przepuklinami pachwinowymi miało kształt braku trójkątny z wysokością od 2-ch do 6-u ctm., a niemal 10% chorych miało brak owalny i wysokość wahała się od $2\frac{1}{2}$ do $3\frac{1}{2}$ ctm.

Te dane wyraźnie zaznaczają zależność powstawania przepuklin pachwinowych od układu mięśni w okolicy pachwinowej.

Trójkątny brak jest czynnikiem bardziej usposabiającym, ponieważ w obec niego znaczna część ściany brzusznej jest niezdolna do stawiania czynnego oporu ciśnieniu wewnątrzbrzuszemu. Przy skurczu mięśni brzusznych ten brak nie zmniejsza swoich rozmiarów, gdyż wszystkie 3 punkta trójkąta umocowane są nieruchomo.

Brak zaś ówalny przedstawia dostateczną obronę okolicy pachwinowej przeciw wewnątrzbrzuszemu ciśnieniu. Przy skurczu mięśni dolny brzeg mięśni wewnętrznych wyprostowuje się, zbliża się do więzów pachwinowych [POUPART'a], zmniejsza powierzchnię braku i doszczętnie zakrywa mięśniami okolice pachwinową. W tym jedynie przypadku, gdy wysokość braku jest bardzo znaczna [$3\frac{1}{2}$ — 5 ctm.], możliwe jest powstawanie przepuklin.

Teraz możemy się zająć kwestyą doszczętnego leczenia przepuklin pachwinowych na podstawie wszystkiego wyżej wymienionego.

Tu z góry należy nadmienić, że we wszystkich naszych rękoczynach musimy się trzymać tej ogólnej zasady, którą się zwykle powodujemy w chirurgii: zastosowywać się do organizmu, unikać utworzenia wszelkich nieprawidłowości, i we wszystkich operacyjnych dążeniach dokładać wszelkich starań, by odtworzyć całość normalną i prawidłową z punktu widzenia anatomii. Inaczej mówiąc, przy operacji doszczętniej przepukliny pachwinowej, pomimo usunięcia samej przepukliny, powinniśmy dołożyć wszelkich starań, by stworzyć normalną okolice pachwinową. Za idealną zaś operację można uważać li tylko taką, która wcale nie zmieni układu narządów w okolicy pachwinowej, lecz tylko nie-normalny trójkątny brak zmieni na owalny, czyli brak usposabiający do przepuklin pachwinowych zmieni na tamujący ich rozwój.

Ze wszystkich najbardziej przyjętych sposobów operacji doszczętniej, żaden prawie nie odpowiada wyżej wymienionym warunkom.

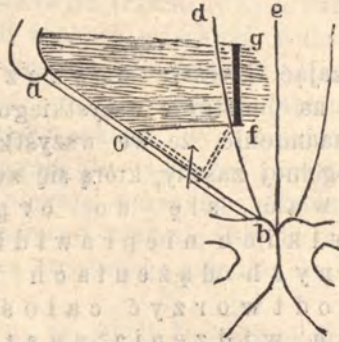
Sposoby, polegające na umocnieniu okolicy pachwinowej zapomocą ścięgni zewnętrznego mięśnia skośnego, lub zapomocą worka przepuklinowego, lub w ogóle zapomocą otrzewnej, nie mogą być uważane za doszczętne, ponieważ te części, jako łącznotkankowe nie mogą stawiać czynnego oporu wytwarzającej się stopniowo przepuklinie.

Więcej racjonalnymi są sposoby, polegające na zasadzie wzmocnienia okolicy pachwinowej mięśniami wewnętrznymi (*obliq. abdom. int. et transv.*), ponieważ mięsień jest jedyną tkanką, zdolną nie tylko stawić czynny opór ciśnieniu wewnątrzbrzuszemu, lecz zdolną wzmacniać się stopniowo przy zwiększeniu się tego ciśnienia.

Jednak wszystkie te sposoby mają tę wadę, że po zastosowaniu ich szew dolnego brzegu mięśni wewnętrznych (*oblit. int. et transv.*) z więzmem pachwinowym [POUPART'a] stopniowo się rozluźnia. Z biegiem czasu mięśnie te odrywają się od więzów pachwinowych i zajmują pierwotne swoje miejsce, w jakim były przed operacją. Nie zależy to wcale ani od gatunku szwów, ani od przebiegu pooperacyjnego. Przyczyna cała leży w tem, że przyszyty do więzów pachwinowych swobodny dolny brzeg mięśni wewnętrznych, przymoco-

wany do 2-ch nieruchomych punktów [wiąz pachwinowy i mięsień prosty], musi przyjąć kształt lejkowaty. Przy każdym skurczu mięśni lejek powinien wyprostowywać się i stopniowo odrywać się od więzu pachwinowego [PART'a].

Wyświetla się to wszystko dokładniej ze schematycznego rys. 13, na którym *ab* — jest więz pachwinowy, *be* — smuga biała, *bd* — boczny [zewnątrzny] brzeg mięśnia prostego i *cf* — dolny brzeg mięśni wewnętrznych (*obliq. int. et transv.*) (*m. obliq. exter.* nie przedstawiony).



Rys. 13.

Podczas operacji doszczętnej [BASSINI, L. CHAMPIONERE, JONNESCO i t. d.] dolny brzeg mięśni wewnętrznych *cf* musi być przyszyty do więzu pachwinowego *cb*; ale ponieważ punkty *c* i *f* są nieruchome [lub mało ruchome], więc brzeg mięśni *cf* przyjmie kształt lejkowaty [odznaczony punktikami]. Podczas skurczu mięśnia ten lejek musi się wyprostowywać w kierunku, odznaczonym na rys. 13 strzałką i z biegiem czasu oderwać się od więzu pachwinowego.

Tak musi być zawsze, gdy mamy do czynienia z trójkątnym brakiem pachwinowym, zwykle towarzyszącym przepuklinie pachwinowej. Nawrót cierpienia [przepukliny] nastąpi tem prędzej, im większa była wysokość trójkąta pachwinowego, a także im większy lejek [oznaczony punktikami].

W tych niezbyt częstych przypadkach, w których przepuklina pachwinowa jest wrodzona i gdy kształt braku pachwinowego jest owalny, zwykle jedno usunięcie worka pachwinowego zabezpiecza już od powrotu przepukliny, ponieważ okolica pachwinowa jest dobrze obronioną przez mięśnie.

Oprócz wymienionych już wad, sposób BASSINI'ego posiada jeszcze jedną i to bardzo ważną: przenosi powróżek nasienny z jego normalnego położenia i umieszcza go pomiędzy dwiema warstwami mięśni; w takich warunkach czynność przewodu nasiennego nie może się odbywać prawidłowo i dość często przy nawrotach znajdujemy w powróżku ogromne zmiany.

Nareszcie pozostaje jeszcze jedna ogromna wada, dotycząca w ogóle wszystkich sposobów operacji doszczętnej; właśnie zbyt wielkie uszkodzenie

części składkowych powrózka nasiennego, a szczególnie przewodu nasiennego, podczas oddzielania worka przepuklinowego. Zwykle worek przepuklinowy bywa tak szczelnie zrosnięty z powrózkiem nasiennym, iż często potrzeba wielkich usiłowań, by go oddzielić, co bezwątpienia nie może być obojętne dla przewodu nasiennego. Niejednokrotnie też spostrzegałem z a n i k jądra po operacji doszczętej na podstawie bliznowatego zwyrodnienia przewodu nasiennego.

Trzeba jeszcze zaznaczyć, iż im dokładniej staramy się oddzielić worek przepuklinowy, tem więcej stwarzamy warunków dla niepomyślnego przebiegu pooperacyjnego.

W obec tych wszystkich niedokładności uważałbym za najbardziej skuteczną następujący sposób operacji doszczętej:

1) Cięcie „pachwinowe“ skóry i warstwy łączno-tkankowej 15 ctm. długości.

2) Cięcie na tejże przestrzeni ścięgną zewnętrznego mięśnia skośnego w kierunku jego włókien; rozcina się także zewnętrzny pierścień pachwinowy; utworzone 2 płaty ścięgną odpreparowuje się i odchyła ku dołowi i ku górze, by lepiej wyświetlić kierunek *m. cremasteris* i mięśni wewnętrznych (*obliq. int. et transv.*).

3) Odnajduje się granicę pomiędzy dolnym brzegiem mięśni wewnętrznych (*obl. int. et transv.*) a dźwigaczem jądra (*cremaster*), która we wszystkich przypadkach przedstawia się pod postacią mniej lub więcej szerokiego pasma, włóknisto - tńszczowego. Zwykleimi szczypcykami tę granicę rozszerzamy i [przy przepuklinach skośnych] tuż bezpośrednio znajdujemy szyjkę worka przepuklinowego.

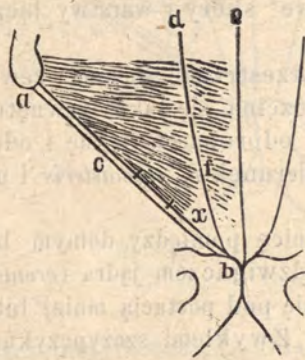
4) Szyjkę worka chwytam szczypcykami KOCHER'a i stopniowo oddzielam naokolo, tak, żeby można było pod nią podłożyć palec. Teraz worek przecinam i na część odśrodkową nakładam szew kapecinchowy. By nie zostawiać ligatur w ranie, końce ich staram się wyciągnąć na zewnątrz w następujący sposób: podsuwam palec lewej ręki pod dolny brzeg mięśni wewnętrznych—między otrzewną a poprzecznym mięśniem, i staram się po palcu wyklucić igłę z obydwoma końcami nitki z wewnętrznej strony ściany brzusznej na zewnętrzną i—jak najdalej od brzegów rany skórnej. Końce nitki podciągam i zawiązuję nad wałeczką z gazy wyjąłowanej. Szew ten usuwam 4 go lub 5-go dnia, kiedy otrzewna już jest sklejoną.

Dolną część worka przepuklinowego albo rozcinam na niewielkiej przestrzeni wzdłuż, lub w ogóle nie zwracam na nią żadnej uwagi. Z biegiem czasu ta część worka, pomimo znacznych rozmiarów, zanika.

5) Skończywszy z workiem pachwinowym, staram się wyświetlić kształt braku pachwinowego. Jeżeli brak ma kształt owalny, co zdarza się rzadko, wtedy przyszywam dolny brzeg mięśni wewnętrznych (*obliq. int. et transv.*) do brzegu więzów pachwinowego [POUPART'a]. Gdy zaś brak pachwinowy ma kształt trójkątny, staram się przenieść punkty umocnienia mięśni wewnętrznych nieco niżej tak, by włókna

tych mięśni szły równoległe do więzów pachwinowego [POUPART'a]. Osiągnąć to można nacięciem środkowego brzegu mięśni wewnętrznych w tem miejscu, gdzie one przechodzą ponad mięśniami prostym (ig rys. 13). Po tem nacięciu na większej lub mniejszej przestrzeni mięśnie wewnętrzne rozpościera się nad brakiem pachwinowym i przyszywa do więzów pachwinowego. Kilka szwów nakładam jeszcze na rozcięty brzeg mięśni, by umocować go w nowej pozycji. W tej pozycji wewnętrzne mięśnie przyrastają i podczas skurczu nigdy nie będą dążyć do powrotu na swe dawne miejsce, lecz będą tylko szczelniej zakrywać brak pachwinowy.

Przyszywam mięśnie wewnętrzne do więzów pachwinowego [POUPART'a] zawsze nad powrózkiem nasiernym (rys. 14) tak, iż ten ostatni nie zmienia



Rys. 14.

swojego położenia i działa tak prawidłowo, jak i u ludzi zupełnie zdrowych. Usuwam szwy 7-go—8-go dnia.

- 6) Kilka szwów nakładam na ścięgno mięśnia zewnętrznego skośnego.
- 7) Szew na skórę.

Zaletę wyżej wymienionego sposobu stanowi głównie to, że w tych razach dążymy do utworzenia normalnej, dobrze umocowanej okolicy pachwinowej i staramy się zachować prawidłową anatomiczną budowę tej okolicy. Inne dodatnie strony polegają na łatwości operacji i na niemożliwości prawie żadnych powikłań ze strony jądra, a także i w przebiegu pooperacyjnym.

Sposób ten stosuję od lat 3-ch; na 30 przypadków operowanych tym sposobem dotychczas nie spostrzegalem jeszcze nawrotu przepukliny i nie miałem żadnych powikłań w przebiegu pooperacyjnym.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Metoda Bier'a w obecnej fazie swojego rozwoju.

Podał

Wacław Dobrowolski ¹⁾.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 9].

Drugą dziedziną patologii, w której przekrwienie oddaje wielkie usługi, jest ostre zapalenie i ostre ropnie. W tych razach zabieg stosuje się przez 20—22-u godzin dziennie, podczas zaś 4—2-godzinnej przerwy kończynę układa się na wzniesieniu w celu zmniejszenia obrzęku zastoinowego. Współrzędnie z ukojeniem bólów po nałożeniu opaski wzmagają się inne objawy zapalne aż do miejsca, gdzie ona leży; z chwilą zaś usunięcia podniety zapalnej, wszystkie te objawy stopniowo nikną — w przeciwnym razie w pierwotnym ognisku już wytworzył się ropień, który należy otworzyć. Wraz z osłabieniem objawów zapalnych, opaskę nakłada się na krótszy przeciąg czasu, aż do jednej godziny dziennie. Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że tętno powinno być zawsze wycywalne obwodowo od opaski, że opaska nie powinna nigdy leżeć na jednym miejscu dłużej nad 10 — 11 godzin.

Początkującym radzi BIER zapoznać się z tą metodą 1) na zupełnie świeżych ostrych zapaleniach wszelkiego rodzaju, 2) na podostrych i łagodnych zapaleniach, choćby one trwały nawet czas dłuższy i 3) na rzeźączkowych, ropniowych i ostro zropiałych stawach, o ile tu sprawa nie doszła do daleko posuniętej ropowicy pochewek ścięgien i zapalenia szpiku kostnego.

Najlepszą oznaką umiejętnego nałożenia opaski jest zazwyczaj szybko następujące uspokojenie bólów; czasami jednak, pomimo najściślejzego wykonania warunków technicznych, bóle, przeciwnie, w pierwszej chwili wzmagają się, co względnie często daje się zauważyć w rzeźączkowych zapaleniach stawów [w których też zazwyczaj można zauważyć zjawisko wprost odwrotne]. Przy ostrem zapaleniu stawów i ropowicy pochewek ścięgien należy rozpoczynać ruchy natychmiast po ustaniu bólów.

Jak widzimy, pomiędzy leczeniem gruźlicy a leczeniem ostrego zapalenia zachodzi wybitna różnica: w pierwszym przypadku zastój jest krótkotrwały i bez obrzęku, w drugim zaś zastój jest długotrwały z wywołaniem możliwie większego obrzęku. W wyniku zastosowania swej metody, BIER przerywał rozpoczynające się ropienie, przekształcał ropnie gorące w zimne, a nawet doprowadzał do zanikania ropni bez ich otwierania. Obnażone powierzchnie ropiejące pod wpływem przekrwienia zachowują się rozmaicie, zazwyczaj jednak ropienie wzmaga się. Zato ogólny przebieg trwa daleko krócej, niż przy dotychczasowym systemie leczenia, a, co najważniejsza, pozostają przy życiu te tkanki, które w innych warunkach napewno uległyby zgorzeli.

Ropnie, oczywiście, otwiera się, poczem w 2 — 3 godziny znów nakłada się opaskę. Drenowanie stosuje się wyjątkowo, lecz nigdy tamponów — ranę zakrywa się po prostu obfitym opatrunkiem, wchłaniającym wydzielinę, któ-

¹⁾ W N. 9-ym Gazety w tem miejscu zamiast Wacław podano przez omyłkę Władysław (Red.).

ry codzien jest zmieniany, przyczem rana zostaje przemyta fizyologicznym rozczynek soli kuchennej lub wodą wyjąłowaną. W wielu przypadkach ciężkiego zakażenia BIER widział bezpośrednio po zastosowaniu przekrwienia, znaczny spadek ciepłoty, niekiedy od razu do normy co nie było bynajmniej zjawiskiem krótkotrwałem; jest to, według autora, następstwo bezpośredniego oddziaływania na przyczynę choroby. Niekiedy atoli spadek ciepłoty trwa tylko przez czas stosowania zabiegu.

Z pośród wszelkich ostrych zapaleń stawów żadne zdaniem BIER'a, nie dają tak znakomitego wyniku po leczeniu przekrwieniem zastoinowem, jak zapalenie rzeżączkowe we wszelkich jego postaciach, nie wykluczając najcięższych; przewlekłe zaś przypadki tychże zapaleń, a szczególnie powstałe po nich zeszytwnienia nadają się do leczenia gorącym powietrzem. Jakkolwiek HIRSCH w tej kategorii cierpień [ostrych] nie przypisuje metodzie BIER'a wyższości nad innymi zabiegami, jednak zdanie BIER'a stwierdzili na własnych obserwacjach: HABS, LUXEMBOURG, BUM, TILLMANS, TILLING, LAQUEUR — wszyscy z naciskiem zwracają uwagę na nadzwyczaj wybitne uspokojenie bólów po zastosowaniu przekrwienia. To samo spostrzegali BIER w 10-u przypadkach ostrego gośćca stawowego, zarówno jak przy wszelkich innych ostrych, a szczególnie podostrych cierpieniach stawów, up. w 2-u przypadkach ciężkiego pologowego zapalenia stawu kolanowego bez zropienia, w którym przekrwienie zastoinowe dało wyleczenie z zupełnie zadowolającą czynnością. I przy dużych zropiałych stawach [lokieć i kolano], nawet w bardzo ciężkim stanie, przekrwienie zastoinowe wraz z wczesnymi ruchami dało w rezultacie całkowite zachowanie czynności.

Prawdziwym jednak probierzem leczniczej wartości przekrwienia zastoinowego jest ropowica pochewek ścięgien. W okresie początkowym tej sprawy należy się uciec do silnego zastoinu krwi, aby stłumić chorobę w zarodku. O ile się to nie uda, lub też przypadek nie był zupełnie świeży, to należy jednym większem, lub wieloma małymi nacięciami otworzyć ropień i wycisnąć zawartość. Dalszy przebieg leczenia taki sam, jak i w innych ostrych zapaleniach; ruchy rozpoczyna się wczesnie, w przerwach pomiędzy nakładaniem opaski. Zupelne wyleczenie z zachowaniem anatomicznej budowy, resp. fizyologicznej czynności ścięgna udaje się tylko w przypadkach dosyć świeżych, ponieważ obumarłego ścięgna nie już do życia nie przywróci. Pomimo to jednak częstokroć BIER'owi udawało się zachować ścięgna przy życiu nawet po dłuższem trwaniu ropowicy. Z ogólnej liczby 22-u przypadków BIER'a w 14-u nastąpiło zupełne wyleczenie, w 8-u — obumarcie ścięgna. O wiele mniej pomyślne wyniki otrzymał tenże autor w leczeniu ostrego zapalenia szpiku kostnego w różnych okresach rozwoju i różnego natężenia. Z 14-u przypadków *osteomyelitis purulentae acutae* wyzdrowiało bez martwiny (*necrosis*) 6, z nieznaną martwiną 5, z rozległą 2, wreszcie jeden zmarł wskutek ropnicy. Co innego w przypadkach t. zw. nawrotnego zapalenia szpiku kostnego, w których zazwyczaj niema martwaków, a tylko ropnie lub jamy ziarninowe — wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie.

Oprócz wymienionych postaci, BIER z powodzeniem leczył zastoinem krwi rozmaite zastrzały, świeżo zakażone rany, węglik i czyraki, zapalenia naczyń chłonnych, różę, ostrą swędzącą pryszczycę i t. d. Nawiasem mówiąc, co do róży, to BIER, na równi z SIEK'iem i SICH'em, nie doszedł do konkretnego wniosku, czy róża nadaje się do leczenia przekrwieniem zastoinowem, które znów okazuje się skutecznem nawet w takich przypadkach, jak bolesne ukąszenia much i napady dny.

RANZI, który stosował metodę BIER'a w postaci opaski i przyrządów ssących mniej więcej w 100-u przypadkach (*panaritium, phlegmone, lymphadenitis,*

furunculus, mastitis, abscessus), otrzymał wyniki bardzo zachęcające, tak, iż niekiedy obywał się bez wszelkich nawet nakłuć. Metoda owa, jego zdaniem, skraca czas leczenia, zachowuje normalną czynność, wymaga małych i nieszpęcających nacięć, z rzadka tylko dopuszcza do martwiny ścięgien, wreszcie często przerywa ropienie.

Z niemińszem powodzeniem stosowali ją w analogicznych przypadkach VOLK, STEMPER i MOSERIC.

Przy czyrakach rozsianych (*furunculosis*) kończyn DANIELSEN nie osiągnął osobliwych wyników przez działanie zastojem, dobrze zato i szybko przebiegały ropowice, a w przypadkach zapalenia naczyń chłonnych wyniki były po prostu efektowne. Z ogólnej liczby 105 przypadków ostrych spraw ropnych, leczonych przez DANIELSEN'a metodą BIER'a, w 101 osiągnięto zupełne wyzdrowienie w krótkim czasie. Niepowodzenie dotknęło go tylko w 4-ch przypadkach, co stanowi 3,9%. COLLEY przy zastosowaniu metody BIER'a w ostrych sprawach ropnych otrzymał tak pomyślne wyniki, że uważa ten zabieg za potężny czynnik leczniczy. Szczególnie dobre wyniki osiągnął ten autor w leczeniu połogowego zapalenia sutki i dymienic (*bubo*) [ogółem 12 przypadków]; wielką też wartość posiada ta metoda w ropowicy pochewek ścięgien, ponieważ ścięгна te po wyleczeniu nie tracą na swej sprawności. 3 przypadki ostrego zapalenia szpiku kostnego pod wpływem zastaju zastały wyleczone bez wszelkiej martwiny. Czyraki zwykle i rozwijające się na tle usposobienia dnawego, wágliki goją się bardzo szybko. W jednym przypadku otorbionego ropnia wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego autor powstrzymał się od wykonania operacji, zamiast której zastosował duży przyrząd ssący pomiędzy dolnym brzegiem żeber a grzebieniem kości biodrowej przy wysokim ułożeniu miednicy. Już trzeciego dnia ustały wstrząsające dreszcze, 2-go zaś dnia znikła odporność, która poprzednio jasno dawała się wyczuć w punkcie Mc BURNEY'a, nie było ropienia, ani też odchodzenia ropy *per vias naturales*. W kilka miesięcy później autor usunął wyrostek, którego światło aż do kiszki ślepej było bliznowato zwężone—pacyent obecnie jest zupełnie zdrow. Przy wysiękach omacicznych i rzeżączkowych zapaleniach jajowodów bardzo dobre wyniki otrzymał autor przez stosowanie takiegoż przyrządu nad spojeniem łonowym, to bardziej w prawo, to bardziej w lewo, zależnie od umiejscowienia, w połączeniu z mięsieniem. I kilka przypadków przyszczyca dzięki tej metodzie skutecznie wyleczono. Metoda przekrwienia biernego zyskuje na swej wartości leczniczej, zdaniem COLLEY'a, przez połączenie z kąpielami; co do tych ostatnich, to całkowita 12 — 15-minutowa kąpiel 36° — 37° C działa jakoby silniej, niż kąpiel miejscowa. Przed kąpielą opaska uciskająca zostaje zdjęta. Wreszcie autor na zasadzie własnych doświadczeń nad zwierzętami twierdzi, iż członek, poddany sztucznemu przekrwieniu zastoinowemu staje się narządem, w którym mniej więcej niezależnie od reszty ciała odbywają się swoiste sprawy biologiczne, dzięki którym w cieczy obrzękowej wytwarzają się ciała przeciwbakteryjne, wywierające zabójcze działanie na drobnoustroje, które tu sobie obrały siedlisko. HERHOLD leczył przekrwieniem zastoinowem ogółem 35 przypadków ostrego i podostrego ropienia: zastrzały [14], ropowice pochewek ścięgien [5], czyraki [15], ropowicę goleni [1]. Zastrzały i zapalenia pochewek ulegały przekrwieniu przez nałożenie opaski, czyraki leczył bańkami. Z wyjątkiem 2-ch przypadków zastrzału, na które to leczenie nie działało zupełnie, w pozostałych leczenie wynosiło 11 dni. Z czyraków zawiódł tylko jeden, reszta została wyleczona przeciętnie po upływie 9,2 dnia. Z 5-u przypadków ropowicy pochewek ścięgien w 2-ch metoda BIER'a zawiódła, zaś ropowica goleni zakończyła się bardzo szybko i pomyślnie. Ogólne wrażenie, otrzymane na tej drodze przez HERHOLD'a, można określić mianem wiaćce dodatniego w stosunku do zastrzałów i czyraków; nie można atoli uważać tego

zabiegu za jakieś *panaceum* [dla spraw ropnych], ponieważ niekiedy zawodzi, że nareszcie przy ciężkich ropowicach można go stosować z zachowaniem wielkiej ostrożności i sumiennej kontroli.

W ostrych zapaleniach i ropieniach głowy nakłada się na szyję poniżej krtani bawelniano-gumową opaskę, szerokości 3 ctm., na 18 — 22 godzin na dobę; jeżeli zjawia się zbyt silny obrzęk, albo też chory w początkach leczenia doznaje przykrego uczucia, opaska pozostaje na miejscu przez czas krótszy. Opaska została nałożoną prawidłowo, jeżeli cała twarz nabrzmiała od niej nieco; na miejscach zapalnych i w ich blizkiem sąsiedztwie powstaje czerwony piekący obrzęk, nie dochodzący jednak, oprócz przypadków z obszernem jednocześnie zapaleniem gruczołów szyjowych, w t a k i e j p o s t a c i do opaski, co znów zwykle dzieje się na kończynach. Wraz z osłabieniem cierpienia skracają się okresy zastoju, nie można jednak rozpoczynać zabiegów zbyt wcześnie z obawy nawrotu. I przy cierpieniach głowy następują pod działaniem zastoju też same dobroczynne objawy, co i na kończynach, a w pierwszym rzędzie uspokojenie bólów.

Z pośród odnoszących się tutaj cierpień BIER zwrócił największą uwagę na ropienia ucha średniego wraz z jego powikłaniami. Jednym z zasadniczych punktów leczenia jest przekłucie błony bębenkowej, o ile ropa zbiera się poza nią, a sama nie otwiera sobie wkrótce ujścia na zewnątrz; również w razie uzasadnionego przypuszczenia, że ropienie odbywa się w wyrostku sutkowym, należy natychmiast wykonać właściwe cięcie, a potem dopiero zastosować przekrwienie. Znane są jednak dwa przypadki ostrego *mastoiditis*, w których samo przekrwienie bez nacięcia doprowadziło do wyleczenia.

Ogólna liczba przypadków ropnego zapalenia ucha średniego, leczonych przez KEPLER'a [we wszystkich zajętych był jednocześnie wyrostek sutkowy], wynosi 22 — z nich 12 w ostrym okresie, 10 przewlekłym. Pierwsze 12 wyzdrowiały po 3 ch tygodniach leczenia, i w jednym tylko pozostało pewne zmniejszenie całkowitej czynności słuchowej, zależne, zresztą, od zadawnionego cierpienia błędnika. Z liczby przewlekłych 2 wyzdrowiały z zupełnem zachowaniem słuchu bez wszelkich zabiegów operacyjnych; wogóle jednak KEPLER doradza stosowanie metody BIER'a tylko w tych przypadkach przewlego zapalenia wyrostka sutkowego, kiedy niema żadnego martwaka, a jest tylko ropień lub jamy wypełnione ziarniną wewnątrz kości.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

66. L. Cheinisse. Sinica pochodzenia kiszkowego.

Stokvis pierwszy ogłosił przypadek sinicy pochodzenia kiszkowego. Przypadek dotyczył rezerwisty armii holenderskiej, który od 3-ch — 4-ch lat, od czasu służby swojej w pułku, konsystującym w Indyach, cierpiał na rozwolnienie. Żadne środki nie mogły powstrzymać rozwolnienia. Pewnego dnia zauważono u niego sinicę całego ciała i widocznych błon śluzowych. W płucach i sercu chorego Stokvis żadnych zmian nie znalazł; tylko w kale były *Flagellata*, a w moczu jakaś substancja, która przy podziałaniu na nią kwasem fosfornym dawała czerwono-rubinowe zabarwienie moczu i przeprowadzała oksy-

hemoglobinę w methemoglobinę. STOKVIS zmieszał 25 cctm. moczu chorego [moczen po kilku godzinach stania był odczynu zasadowego] z 1 cc. świeżej krwi byka i zauważył, że po 10-u minutach krew stała się zupełnie czarną i przy spektroskopowym badaniu dawała w spektrze smugę, odpowiadającą methemoglobinie. Oprócz tego przy badaniu spektroskopowym skóry i widocznych błon śluzowych chorego STOKVIS zauważył oprócz dwóch smug oksyhemoglobiny smugę odpowiadającą methemoglobinie. Ponieważ płuca i serce były zdrowe, STOKVIS był zdania, że sinica powstała w danym przypadku skutkiem samozatrucia organizmu jakimiś substancjami, które na początku rozwinęły się w kiszczkach, później przeszły w krew i były w stanie przeprowadzać część oksyhemoglobiny w methemoglobinę.

W 1889 roku TORDENS opisał 2 przypadki sinicy. Pierwszy przypadek dotyczył dziewczynki jednomiesięcznej, drugi ssawca siedmioletniego. Oboje mieli rozwolnienie, wymioty, bóle brzucha. Po upływie jakiegoś czasu całe ciało i widoczne błony śluzowe u tych chorych były sino-czarnawe. W płucach i sercu żadnych zmian nie zauważył. TORDENS był zdania, że w tych przypadkach przyczyną sinicy była obecność w przewodzie pokarmowym produktów źle strawionych. Przy zmianie diety sinica od razu ustąpiła.

W 1889 roku TORTI i NAZARI opisali przypadek robaków u 7-letniego chłopczyka, u którego później rozwinęły się obrzęki i sinica. Autorzy objaśniali sobie powstanie sinicy w danym przypadku jakimiś zaburzeniami w krążeniu krwi, STOKVIS jednakże, rozważając ten przypadek i powołując się na to, że chory miał zupełnie zdrowe płuca i serce, jest zdania, że i w tym przypadku sinica była pochodzenia kiszczkowego.

Może być, że i przypadek sinicy FALLOTA, opisany jeszcze w 1842 roku, był pochodzenia kiszczkowego. Przypadek dotyczył 28-letniego mężczyzny, który wkrótce po przybyciu do Afryki, gdzie miał służyć w wojsku, zachorował na zimnicę i krwawą biegunkę. W jakiś czas potem wystąpiła u niego sinica i obrzęki. W sercu i płucach żadnych zmian nie było. Ani chinina, dawana ze skutkiem przeciwko zimnicy, ani żelazo, dawane również z dobrym skutkiem przeciwko małokrwistości, nie wywarły żadnego wpływu na sinicę.

W 1902 roku TALMA opisał 3 przypadki sinicy, z których 2 były spostrzegane przez niego jeszcze przed obserwacją STOKVIS'a.

Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny 45-letniego z sinicą. Chory miał wolne i silnie cuchnące stolce. W moczu było bardzo dużo indolu i skatolu. W czerwonych krążkach krwi—methemoglobina. Methemoglobinemia była w tym przypadku, podług zdania TALMY, pochodzenia kiszczkowego.

Drugi przypadek dotyczył 28-letniego mężczyzny, który zachorował w Indyach na zimnicę, a później w ciągu 1½ miesiąca miał rozwolnienie; w stolcach była krew. Po ustaniu rozwolnienia od czasu do czasu pokazywała się krew w stolcach. W jakiś czas potem pokazała się sinica całego ciała i widocznych błon śluzowych. Kończyny były sino-czerwonego koloru, zimne. Przy badaniu spektroskopowym krwi, wziętej z ucha chorego, zauważono w spektrze smugi, odpowiadające oksyhemoglobinie i methemoglobinie. Mocz był odczynu słabo-zasadowego; białka i cukru nie zawierał; dużo było w nim indolu [do 0,148 grm. w 48 godzin] i skatolu. Pod wpływem mlecznej diety ilość indolu i skatolu się zmniejszyła, czerwone krążki krwi stały się mniej bogatymi w methemoglobinę i stan chorego zaczął się polepszać. Po upływie 2-ech miesięcy zupełnie wyzdrowiał.

Trzeci przypadek TALMY dotyczy chorego, który przebył w szpitalu 4 dni. Miał on sinicę całego ciała i widocznych błon śluzowych, stolce cuchnące, w moczu dużo indolu i skatolu, methemoglobinę w czerwonych krążkach krwi.

Podobnie, jak w przypadku Stokvis'a, mocz był i w tym przypadku w stanie przeprowadzać oksyhemoglobinę w methemoglobinę.

W 1905 roku HIJMANS VAN DEN BERGH ogłosił 2 przypadki sinicy. Pierwszy przypadek dotyczył 9-letniego chłopczyka, który przyszedł na świat z *atresia ani*, skutkiem czego zrobiono mu operację w 2 dni po urodzeniu. W jakiś czas potem matka dziecka zauważyła, że od czasu do czasu kał wychodzi u niego przez kanał moczowy. Po upływie 3-ch — 4-ch lat znowu zauważono, że część moczu wychodzi u chłopca przez cewkę moczową, część zaś przez odbytnicę. Wkrótce pokazała się sinica ciała. Z początku sinica występowała tylko od czasu do czasu, po silnem wzruszeniu, lub po wysilkach cielesnych, po jakimś czasie stała się już stałym objawem. Chory miał rozwolnienie. Stolce były odczynu alkalicznego, płynne, z silnym zapachem amoniaku. Przy badaniu odbytnicy znaleziono: *atresia ani* i *fistula urethro-rectalis*. HIJMANS VAN DEN BERGH nie umiał sobie wytłómaczyć przyczyny sinicy. Serce i płuca były bez zmian. Badanie krwi ilościowe nie rozstrzygnęło kwestyi. Dopiero badając krew spektroskopem, VAN DEN BERGH był zdziwiony, znalazłszy oprócz dwóch charakterystycznych smug oksyhemoglobiny jeszcze jedną smugę, odpowiadającą methemoglobinie. W przeciwieństwie jednak do zdania STEENSON'a VAN DEN BERGH nie sądził, aby methemoglobinemia była skutkiem znajdowania się w moczu soli azotowych, a to z tego powodu, że i w normalnym i w patologicznym moczu znajdował sole kwasu azotawego [nitryty]. HIJMANS VAN DEN BERGH, szukając dalej przyczyny sinicy, zajął się badaniem kału. Po długich badaniach zauważył, że 3 spektry, z których w jednym była krew, w drugim mieszanina oksyhemoglobiny z moczem chorego, a w trzecim mieszanina oksyhemoglobiny z kałem chorego, były zupełnie różne. Mieszanina krwi z moczem dawała w spektrze smugę, odpowiadającą methemoglobinie; dwa zaś inne spektry dawały smugę, odpowiadającą sulfo-hemoglobinie. Badanie chemiczne krwi wykazało również obecność w niej sulfo-hemoglobiny. HIJMANS VAN DEN BERGH, badając dalej kał, doszedł do wniosku, że w kale rozwijają się bakterye, wywiązujące siarkowodor, że siarkowodor, który się rozwijał w kiszkiach, przedostawał się do krwi, czemu wielce sprzyjał przewlekły niezbyt kiszki i ciągłe tworzenie się H_2S , wskutek zwięzienia odbytnicy, zastoju kału i rozciągnięcia kiszki. Obecność siarkowodoru we krwi była więc przyczyną przejścia oksyhemoglobiny w sulfo-hemoglobinę. Dalej VAN DEN BERGH zrobił następujące doświadczenie: wprowadzał kateter do połowy cewki moczowej, żeby w ten sposób wyprowadzić mocz i nie pozwolić mu wyjść przez odbytnicę, systematycznie rozszerzał odbytnicę i przepisał choremu dietę białkową. Pod wpływem tych wszystkich okoliczności stan chorego zaczął się poprawiać i po upływie kilku tygodni sinica prawie zupełnie znikła. Jednakże zaraz na nowo się zjawiała, gdy tylko HIJMANS VAN DEN BERGH nie stosował powyższego środka. Drugi przypadek autora dotyczył 25-letniego mężczyzny, mającego od 7-u lat sinicę skutkiem methemoglobinemii. Ze strony kiszki ważnych objawów nie było, tylko dzieńnie 2—3 na wpół płynne stolce. Zmian w sercu i płucach nie było. Chory był dotknięty mięszowem zapaleniem nerek. Charakterystycznym w tym przypadku było to, że przy podawaniu choremu mlecznych pokarmów sinica w przeciągu 48-u godzin znikła; gdy zaś chory był na mieszanej dyecie, to po upływie kilku godzin od przyjęcia pokarmu sinica znowu się pokazywała.

Z tych wszystkich opisów widzimy, że zdarzają się przypadki sinicy pochodzenia kiszkowego: 1) wskutek methemoglobinemii, 2) wskutek sulfo-hemoglobinemii.

(La Semaine médicale. 1905. N. 49.)

A. Papierny.

67. A. A. Hijmans van den Bergh i A. Grutterink. Sinica pochodzenia kiszkowego.

STOKVIS, a po nim TALMA, pierwsi ogłosili przypadki sinicy pochodzenia kiszkowego, a w 1905 roku HIJMANS VAN DEN BERGH. Autor dowiódł wtedy: 1) że sinica ciała i widocznych błon śluzowych wystąpiła u tych chorych nie wskutek nagromadzenia się we krwi kwasu węglanego, lecz z powodu zmian barwika krwi, powstałych skutkiem działania ciał trujących, wytworzonych w kiszkiach i wchłoniętych do krwi; 2) że są dwie różne postaci sinicy pochodzenia kiszkowego: w jednej krew ma chemiczno spektroskopowe własności sulfohemoglobiny, w drugiej—methemoglobiny; 3) że sulfohemoglobinemia zjawia się dzięki przejściu do krwi siarkowodoru lub jego związków, wytworzonych w ogromnej ilości w kiszkiach.

Obecnie autorowie, mając kilka nowych przypadków sinicy pochodzenia kiszkowego, starają się dowieść, dzięki jakiej substancji, powstałej w kiszkiach i wchłoniętej do krwi, część hemoglobiny przechodzi w methemoglobinę.

Przypadki sulfohemoglobinemii. Pierwszy przypadek dotyczył 9-letniego chłopczyka z *atresia ani* i *fistula urethro-rectalis*, o którym jest wzmianka w referacie, zamieszczonym powyżej. U chorego tego chłopczyka dokonano radykalnej operacji, skutkiem której mocz nie dostaje się już do odbytnicy, lecz wypływa przez cewkę moczową. Wnet po operacji sinica znikła, a we krwi spektrum wykazuje tylko oksyhemoglobinę.

Inne 3 przypadki sinicy pochodzenia kiszkowego dotyczyły chorych z długotrwałym zaparciem stolca. Sinica u tych chorych była szczególnie widoczną na wargach. Krew ich dawała typowy spektrum sulfo-hemoglobiny.

Poprzednie przypuszczenie autora, że siarkowodor lub jego związki, powstałe w kiszkiach i wchłonięte w ogromnej ilości do krwi, są przyczyną sulfohemoglobinemii, znalazło potwierdzenie w tym fakcie, że we wszystkich 3-ch ostatnich przypadkach sulfo-hemoglobinemia znikła, gdy tylko chorzy zaczęli mieć codziennie wypróżnienia.

Jak widzimy, we wszystkich 4-ch przypadkach przyczyną sulfo-hemoglobinemii było zatrzymywanie się kału w kiszkiach.

Niezrozumiałem jest jednakże, dlaczego w niezliczonych innych przypadkach długotrwałego zaparcia stolca albo w przypadkach zwężenia kiszki wskutek raka odbytnicy, przy badaniu spektroskopowem krwi nie znajdowano sulfohemoglobinemii.

Przypadki methemoglobinemii pochodzenia kiszkowego. Pierwszy przypadek dotyczył marynarza, u którego jednak nie udało się wykryć substancji, skutkiem działania której powstaje methemoglobina.

Drugi przypadek dotyczył 51-letniego mężczyzny, cierpiącego w ciągu długiego czasu na przewlekły nieżyt kiszki. Od czasu do czasu miewał on napady silnego rozwolnienia, podobne do cholery. Przed takim napadem rozwolnienia miewał dreszcze, ból głowy i objawy osłabienia kończyn. Podczas napadów były bóle brzucha i sinica całego ciała i widocznych błon śluzowych. Przy badaniu tego chorego żadnych zmian w płucach i w sercu nie znaleziono. Kał nie przedstawiał nic szczególnego. Mocz był odczynu kwaśnego; nie zawierał ani białka, ani cukru, ani soli kwasu azotawego. Przy dodaniu do świeżo wypuszczonego moczu HCl, nie występowało czerwone zabarwienie, co zachodziło tylko wtedy, gdy HCl dodano do tegoż moczu, który uległ rozkładowi, lub gdy w świeżym moczu rozpuszczono przedtem NaNO_2 . Zwykłe badanie krwi nic szczególnego nie wykazało; dopiero przy spektroskopowem badaniu krwi znaleziono smugę, odpowiadającą methemoglobinie. Im silniej była wyrażoną sinica, tem widoczniejszą była smuga methemoglobiny.

Trzeci przypadek siniicy, spostrzegany w tym samym czasie co i drugi, dotyczył 31-letniego mężczyzny, od 9-u lat cierpiącego na przewlekły niezbyt kiszek. Od czasu do czasu miewał on bardzo silne rozwolnienie z bólami brzucha, a wtedy występowała u niego i sinica całego ciała i widocznych błon śluzowych. Podczas takiego rozwolnienia miewał bóle głowy i uczucie, jak gdyby kończyny były sparaliżowane. Przy badaniu chorego żadnych zmian w sercu i w płucach nie znaleziono. Kał cuchnący, z silnym zapachem kwasu masłowego. Mocz odczynu kwaśnego, nie zawierał ani białka, ani cukru, ani soli kwasu azotawego. Przy dodaniu do świeżo wypuszczonego moczu HCl, nie zabarwia się on na czerwono. Takie zabarwienie występuje tylko przy dodaniu HCl do rozkładającego się moczu, albo przy dodaniu ClH do świeżego moczu, w którym przedtem rozpuszczono kilka kropel 0,5%-owego roztworu NaNO_2 .

Zwykle badanie krwi nic szczególnego nie wykazało; dopiero przy spektroskopowym badaniu krwi i przy badaniu ucha, oświetlonego lampką, znajdowano smugę, odpowiadającą methemoglobinie.

Obu tym chorym zalecono dietę mleczną; sinica i methemoglobinemia wówczas zniknęły. Gdy po kilku dniach zaczęto im dawać w południe pokarmy mieszane, to około godziny 4-ej—5-ej po południu zaczynała występować sinica, a wraz z nią i methemoglobinemia, a około godz. 10-ej wieczorem były te zmiany najsilniej wyrażone.

Autorowie starali się wykryć w tych dwóch przypadkach substancję, przeprowadzając oksyhemoglobinę w methemoglobinę. Badając kał owych chorych zauważyli, że był on w stanie, zmieszany z krwią byka, przeprowadzać oksyhemoglobinę w methemoglobinę. Tę samą jednak właściwość posiada i kał płynny osób, nie mających methemoglobinemii.

Po tych nieudatnych próbach przeszli do zbadania przypuszczenia STEENSON'a, jakoby sole kwasu azotawego były przyczyną methemoglobinemii.

Badanie moczu tych chorych żadnych wskazówek w tym względzie nie dało. Przy badaniu śliny tych chorych zauważyli, że zawiera ona dużo soli kwasu azotawego, co jednakże również często się spotyka w ślinie osób zupełnie zdrowych.

Zwrócili się wtedy do dokładnego zbadania krwi. Po długotrwałych poszukiwaniach odczynnika na sole kwasu azotawego we krwi udało im się znaleźć ten odczynnik w płynie, znanym pod nazwą odczynnika GRIES'a, składającym się z dwóch roztworów: I 0,5 kwasu sulfanilowego, rozpuszczonego w 150 g. rozcieńczonego kwasu octowego; II 0,1 g. a — Naftylaminy, gotowanej z 20 cctm. wody; poczem bezbarwny płyn zlewa się i miesza z 150 cctm. rozcieńczonego kwasu octowego. Przed użyciem oba te roztwory trzeba zmieszać. Do 10-u cctm. badanego płynu dodaje się 2 ccm. odczynnika. W obecności soli kwasu azotawego występuje po upływie kilku minut zabarwienie różowe do czerwonego, polegające na utworzeniu się soli Benzol-Azonaftylaminy, bardzo silnego i wrażliwego barwika.

Przy badaniu krwi na sole kwasu azotawego usuwali autorowie przede wszystkim hemoglobinę ze krwi a później do 5-iej części krwi zmieszanej z 20-a częściami wody przekroplonej dodawali, powoli mieszając; 50 części absolutnego alkoholu. Tworzył się wtedy osad grubowłóknisty, opadający zupełnie na dno po upływie $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Płyn nad osadem centrifugowali, i tym sposobem otrzymywali czystą jasnożółtą ciecz, którą wlewali do próbówki. Przy podziałaniu na taki płyn, jeśli zawierał on sole kwasu azotawego, odczynnikiem GRIES'a, po kilku minutach występowało zabarwienie różowe do czerwonego.

Im więcej soli kwasu azotawego zawierał płyn, tem prędzej występowało zabarwienie.

Użyta do doświadczenia woda, papier filtracyjny i t. d. nie powinny naturalnie zawierać soli kwasu azotawego; jeżeli je zawierają, to trzeba je usunąć.

W przypadkach autorów odczynnik GRIES'a bardzo prędko dawał zabarwienie otrzymanego ze krwi płynu. Dla kontroli badano jeszcze zapomocą innych odczynników krew na sole kwasu azotawego i wszystkie odczynniki okazały obecność tych soli. Ponieważ krew w doświadczeniu była 15 razy rozcieńczoną, przeto próby pokazały, że znajdują się te sole w ogromnej ilości we krwi chorych dotkniętych methemoglobinemią.

Jednocześnie z badaniami krwi chorych dotkniętych methemoglobinemią, autorzy badali krew ludzi zdrowych. U tych ostatnich krew nie dawała żadnego zabarwienia przy podziałaniu na nią odczynnikami GRIES'a.

Z dalszych badań autorów nad krwią chorych dotkniętych methemoglobinemią wynika, że sole kwasu azotawego znajdują się u nich w czerwonych krążkach krwi. Ten ostatni fakt zgadza się z wynikami badań TALMY.

Z tych wszystkich doświadczeń okazuje się, że u chorych dotkniętych sińicą pochodzenia kiszkowego, polegającą na methemoglobinemii, przyczyną przejścia normalnego barwika krwi w methemoglobinę, są sole kwasu azotawego.

Pytanie, od czego zależy obecność soli kwasu azotawego we krwi, nie zostało przez autorów rozstrzygniętem. Co do tego, to mogą być 3 przypuszczenia: 1) zwiększona produkcja soli kwasu azotawego (może być nawet dzięki jakiemuś specyficznemu mikrobowi), 2) wzmożone wchłanianie soli kwasu azotawego dzięki chorobie błony śluzowej kiszek i 3) pewne czynniki, które w zwykłych warunkach robią nieszkodliwymi sole kwasu azotawego w zdrowym organizmie, odmawiają swej pomocy w stanie chorobowym. Zdaje się, że pierwsze przypuszczenie jest najbliższem prawdy.

(Berl. klin. Woch. 1906. N. 1).

A. Papierny.

68. Senator. Kilka słów o dyetetycznem łączeniu wrzodu żołądka (*ulcus ventriculi*).

Kwestya odżywiania chorego w przebiegu wrzodu żołądka, szczególnie w początkowym okresie, gdy musimy walczyć z krwawieniem, nie przestaje zajmować umysłów wielu lekarzy. Obecnie najwięcej stosowaną w tym okresie jest metoda LEUBE'go-ZIEMSEN'a, polegająca na zaleceniu choremu zupełnego spokoju oraz ochranianiu żołądka od najłżejszego podrażnienia; chory zatem z początku nie otrzymuje wcale pożywienia, następnie zaś tylko najlżej strawny pokarm.

LENHARTZ w 1904 r. (*Deutsch. med. Woch. Nr. 11*) zwrócił uwagę, że ten sposób leczenia, przy którym chory po całych dniach, a nawet tygodniach otrzymuje niedostateczną ilość pożywienia, osłabiając siły chorego, może tylko ujemnie wpływać na przebieg gojenia się wrzodu. Wiadomo bowiem, że niedokrwistość, upośledzone odżywianie, same przez się usposabiają nieraz do powstania wrzodu żołądka, dlatego też LENHARTZ zaleca dyetę, któraby przy możliwie ograniczonej ilości [w celu uniknięcia mechanicznego obciążenia żołądka], była możliwie posilną, a więc bogatą w białko, wiążące nadmiernie wydzielający się i drażniący kwas solny. Na nią składają się przedewszystkiem jajka w stopniowo zwiększającej się ilości, dalej mleko, cukier i już w końcu pierwszego tygodnia mięso skrobane po 70,0 dziennie. Poza tem zaleca on naturalnie jak największy spokój i pęcherz z lodem na okolicę żołądka. LENHARTZ zapewnia, że przy stosowaniu swej metody miał bardzo zachęcające wyniki ze względu na szybkie gojenie się owrzodzeń i prędką ogólną poprawę.

Metoda LENHARTZ'a szybko znalazła zwolenników. Między innymi stosowali ją WIRSING i MINKOWSKI. Ten ostatni (*Medizin. Klin. 1905. N. 52*) wprowadził jednak pewną zmianę, gdyż pierwszego dnia po krwotoku, bojąc się choćby najłżejszego podrażnienia owrzodzenia, zaleca zupełne powstrzyma

nie się od przyjmowania pokarmów. Atoli KLIENEBERGER (*Therapie der Gegenwart. 1904. s. 193*) na zasadzie przeprowadzonych badań przyszedł do wniosku, że przy obu tych kuracjach organizm, nie otrzymując dostatecznej ilości pożywienia, zachowuje się tak, jak przy głodzeniu się, t. j. waga ciała, ciśnienie krwi i wysokość tętna spadają, liczba zaś czerwonych ciałek krwi pozostaje bez zmiany, a nawet zwiększa się.

Pytanie zatem, która z wyżej przytoczonych metod leczenia dyetetycznego wrzodu żołądka jest lepsza, rozstrzygnąć mogłyby sumiennie zebrane dane statystyczne. Autor jednak z wielu względów uważa tego rodzaju statystykę za niedostateczne kryterium.

SENATOR sądzi, że obie te metody można pogodzić z sobą, wybrawszy taki sposób odżywiania chorego, do którego weszłyby korzyści, jakie nam daje każda metoda, a przytem chorey otrzymywałby dostateczną ilość pożywienia. Od diety przy wrzodzie żołądka słusznie zatem żądać należy: 1) aby żołądek nie był nią przeciążony co do objętości i wagi pożywienia, 2) aby wpływała kojąco na podrażnienie, a przede wszystkim nie sprowadzała krwotoków, 3) żeby przeciwdziałała stale występującej nadkwaśności, 4) nakoniec, aby była lekko strawną, a dostatecznie pożywną. Na taką dyetę, odpowiadającą wszystkim powyższym warunkom i która w dodatku nie tylko nie powoduje krwotoków, lecz nawet wpływa na krew do pewnego stopnia tamującą, składają się według autora: glutyna [klej, żelatyna], tłuszcz i cukier, poza niewielką ilością białka. Glutyna, jak to wykazały badania licznych autorów [VOIT, OERUM, MUNK, BRAT] jest bardzo lekko strawną i wysoce pożywną, gdyż wpływa w organizmie na zaoszczędzenie białka, posiada krzepliwość i własności tamujące krew. Działanie tłuszczu i cukru, jako środków odżywczych, jest znane. SENATOR zwraca tylko uwagę, że one zmniejszają kwaśność soku żołądkowego, przytem tłuszcz działa jeszcze na owrzodzenia kojąco. Autor przy świeżym krwawiącym wrzodzie żołądka zapisuje żelatynę w formie *Decoct. Gelatinae alb. purissim.* [z 15,0 — 20,0 na 150,0 — 200,0 i *Elaeos. Citri.* 50,0 M. D. S. przed użyciem nagrzać] i każe pić co 1 — 2 godziny łyżkę, a w nagłych przypadkach co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godz. Poza tem chorey otrzymują świeże masło i śmietankę [lub śmietanę] w małych ilościach, lecz często, tak aby w ciągu doby przyjęli 30,0 masła i $\frac{1}{4}$ litra śmietanki. O ile chorey nie lubi masła, to autor zaleca połykać je w formie małych zamrożonych kulek; w ten sam sposób można przyjmować zamrożoną śmietankę. Taka dieta, zastosowana od chwili krwotoku, zawiera 900 — 1000 kaloryi a więc 2 razy więcej kaloryi niż zaleca LENHARTZ [żelatyna z cukrem 200, masło 235, śmietanka bez cukru 480 — 500 kaloryi]. Pożywienie to zawiera białka 1,0, t. j. mniej więcej tyle co i u LENHARTZ'a. Ponieważ zaś klej prawie w połowie może zastąpić białko, to 15,0 — 20,0 kleju, przyjętych pierwszego dnia, równać się będzie 7,0 — 10,0 białka. Do tego dodać jeszcze trzeba, według MINKOWSKIEGO, białko pochodzące ze krwi krwawiących owrzodzeń, które też następnie wsysa się. Organizm zatem już pierwszego dnia otrzymuje zupełnie dostateczną ilość azotu.

O ile nie powtórzą się wymioty krwawe, SENATOR stopniowo powiększa ilość i rodzaj pożywienia, dodając mleko, jajka na miękko i t. d., następnie skrobane mięso [według wskazówek LENHARTZ'a]. Dekoct żelatynowy, który się wielu chorym przy dłuższem użyciu przykryzy i działa cokolwiek zatwardzająco, autor stosuje w dalszym przebiegu cierpienia rzadziej lub wcale, a powtarza przy ponownych krwawych wymiotach. W dalszym jeszcze okresie poprawy autor zaleca galaretę z cielęcych nówek lub kur, galaretki mleczne owocowe i t. p.; zamiast masła autor stosował nieraz zawiesinę z migdałów (*Emulsio amygdalarum dulc.*) lub mleko migdałowe, które jest bardzo smaczne, a co do wartości odżywczej zbliżone jest do śmietanki [zawiera więcej azotu]. Naturalnie, poza wyżej opisaną dyetą, autor stosował w razie potrzeby mor-

finę, lód, lawatywy odżywcze i t. p. Wyniki, otrzymane przy stosowaniu swej metody, SENATOR uważa za zupełnie zadowolające.

(*Deutsch med. Woch.* 1906. Nr. 3.)

T. Wretowski.

69. Bergmann. Przyczynę do leczenia wrzodu żołądka.

MINKOWSKI w swoim odczycie: „O leczeniu wrzodu żołądka“ (*Med. Klinik.* 1905. N. 52) wypowiedział zdanie, że leczenie wewnętrzne tego cierpienia wymaga bardzo długiego czasu. Otóż BERGMANN zwraca uwagę, na zasadzie spostrzeżeń własnych i wielu innych lekarzy, że w tak zwanych pastylkach do żucia (*Tabletæ masticandæ contra superaciditatem*) posiadamy środek, znakomicie skracający okres leczenia *ulcus ventriculi*. Mianowicie długie żucie tych tabletek sprowadza obfite wydzielanie się śliny alkalicznej oddziaływującej. Przez połykanie takiej śliny zbytek kwasu solnego w soku żołądkowym zostaje związany i w ten sposób powstają pomyślnie warunki do zagojenia się owrzodzenia. Takich warunków nie możemy wytworzyć przez podawanie sody, magnezyi lub innych alkaliów. Poza tem pastylki do żucia powodują jeszcze to, że jama ustna i przelyk są stale wilgotne, chorzy więc nie odczuwają pragnienia, a zatem ograniczenie ilości wody do picia nie sprawia im przykrości. Dodatni wpływ pastylek wyraża się jeszcze w tem, że nieznośny ból w dołku często szybko znika.

(*Medizinische Klinik.* 1906. Nr. 3.)

T. Wretowski.

70. Kaliski. Próba desmoidalna Sahli'ego.

Badanie żołądka według metody EWALD'a-BOAS'a nastęrcza nam nieraz pewne trudności. Przy wprowadzaniu zgębnika żołądkowego u osób nerwowych można się spotkać z silną opozycją; dalej pewne cierpienia, jak wrzód okrągły żołądka, tętniaki, wady serca i t. p., są wprost przeciwwskazaniem do zastosowania tej metody. Dlatego też wielu badaczy starało się znaleźć inny, dogodniejszy sposób badania zawartości żołądka. Między innymi SAHLI przed parą miesiącami ogłosił nową metodę badania żołądka, nazwawszy ją próbą desmoidalną [patrz *Gazeta Lekarska* № 4. z r. b.]. Niebawem zjawilo się kilka prac, przeprowadzonych w celach sprawdzenia wartości tej próby. KALISKI również przeprowadził w interesującej nas kwestyi szereg doświadczeń naprzód laboratoryjnych, a następnie na ludziach zdrowych i chorych, przyczem jednocześnie okr. ślał dane liczbowe co do ilości wolnego kwasu solnego i ogólnej kwaśności. Z chorób do badań wybrał: nadkwaśność żołądka, niedokwaśność i brak zupełny kwasu solnego, ten ostatni przy podejrzeniu na raka i przy wyraźnym raku żołądka. Na zasadzie swych badań autor przychodzi do następujących wniosków: 1) Za nadkwaśnością przemawia ciemno niebieskie zabarwienie moczu, występujące po upływie 4 — 7-u godzin po przyjęciu woręczka z metylenblauem. 2) Przy normalnej kwasności żołądka odczyn występuje po upływie 7 — 12-u godzin. Wcześniej wypuszczony mocz bywa zabarwiony blade niebiesko. 3) Za niedokwaśnością, resp. niedostatecznością ruchową przemawia wystąpienie odczynu dopiero następnego dnia. 4) We wszystkich [8] przypadkach raka żołądka próba wypadła ujemnie, [mocz nie dał zabarwienia niebieskiego].

(*Deutsche med. Woch.* 1096. Nr. 5.)

T. Wretowski.

71. L. K. Hirshberg. Trawienie żołądkowe u osób dotkniętych pokrzywką.

Autor badał trawienie u 4 ch chorych z ostrą pokrzywką i u 4-ch z przewlekłą. Takich badań wykonał 14. Prawie we wszystkich przypadkach znalazł nadkwaśność, zwłaszcza w postaci przewlekłej. Na mocy tych badań autor przyszedł do przekonania, że nadkwaśność ma pewien wpływ na powsta-

wanie choroby, i radzi, w celu zwalczania pokrzywki, systematycznie podawać takim chorym środki alkaliczne.

(*Americ. Medicine*, 2 Września 1905 r.).

A. Papierny.

72. A. Calmette et C. Guérin. Zakażenie przewodu pokarmowego, jako źródło gruźlicy płuc.

BEHRING, jak wiadomo, wystąpił z twierdzeniem, że gruźlica płuc jest w latach dziecięcych prawie zawsze skutkiem zarażenia przewodu pokarmowego. Sprawdzeniem tego twierdzenia zajęli się CALMETTE i GUÉRIN. Do badań używali oni kozłat, zrodzonych z kóz, których wymiona zarażano w ostatnich miesiącach ciąży kulturą gruźlicy bydłowej, ludzkiej, ptasiej i gruźlicy wrzekomej (*Timothee-Bacillus Moelleri*).

Kozłeta, zrodzone z zarażonych matek, były żywione mlekiem matki, w którym badania wykazały obecność laseczników gruźliczych. Po jakimś czasie kozłeta były zabijane. U kozłat, zrodzonych z kóz, zarażonych gruźlicą bydłową, znaleziono zapalenie gruczołów kręzkowych i gruzelki w płucach. U kozłat, zrodzonych z kóz, zarażonych gruźlicą ludzką, znaleziono zapalenie gruczołów kręzkowych z gruzelkami. U kozłat zrodzonych z kóz, zarażonych gruźlicą ptasią, znaleziono zapalenie gruczołów kręzkowych bez gruzelków i, prócz tego, zmiany gruźlicze w stawach. U kozłat zaś, zrodzonych z matek, zarażonych gruźlicą wrzekomą, znajdowano tylko zapalenie gruczołów kręzkowych bez gruzelków.

W drugiej seryi doświadczeń CALMETTE i GUÉRIN wprowadzali zapomocą sondy do żołądka kozłat kultury gruźlicy bydłowej, ludzkiej, ptasiej i gruźlicy wrzekomej. Tylko u kozłat, zakażonych gruźlicą bydłową, powstawały zmiany, a mianowicie: zapalenie gruczołów kręzkowych z gruzelkami i gruzelki w płucach. Co się tyczy kozłat, którym tym sposobem wprowadzono kultury innych rodzajów gruźlicy, to żadnych zmian gruźliczych w nich nie znaleziono; nadto zwierzęta te nie były później odporne na zakażenie gruźlicą bydłową.

Z tych doświadczeń widzimy, że gruźlica płuc w tych razach była następstwem zarażenia gruźlicą przewodu pokarmowego.

Dorośle zwierzęta można było również zarazić gruźlicą przez wprowadzenie zapomocą sondy kultury gruźliczej do żołądka. Zmiany w gruczołach były nieznaczne, lecz zato we wszystkich przypadkach, i to w krótkim czasie, powstawały zmiany gruźlicze w płucach.

Opierając się na swoich doświadczeniach, CALMETTE i GUÉRIN twierdzą, że połykanie, a nie wdychanie, gra najważniejszą rolę w powstawaniu gruźlicy płuc. Z tem twierdzeniem zgadza się teoria BEHRING'a. W przeciwieństwie zaś do teorii BEHRING'a utrzymują, że, po zarażeniu przewodu pokarmowego gruźlicą, daleko łatwiej u dorosłych, niż u dzieci, występuje gruźlica płuc.

(*Ann. de l'Inst. Pasteur*, octobre 1905).

A. Papierny.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

9. O trującym działaniu kamfory.

Jeśli kamfora, podana wewnątrznie lub w zastrzyknięciu podskórnym, nie wywołuje otrucia, to dlatego tylko, że znaczniejsza jej część ulega zobojętnie-

niu, łącząc się natychmiast w ustroju z kwasem glukuronowym w obojętny kwas kamfoglukuronowy. Z mniejszej zaś jej części, która pozostaje niezmienną i wydziela się z ustroju przez płuca, tylko cząstka zaledwie działa na układ naczyniowy w pożądanym kierunku. Ponieważ kwas glukuronowy powstaje w ustroju jako pośredni wytwór spalania się cukru gronowego z tlenem, to kamfora o tyle prędzej i silniej podziała trująco na ludzi i zwierzęta, o ile w ustroju znajduje się mało lub też wcale niema jednej z części składowych, potrzebnych przy tworzeniu się kwasu glukuronowego, mianowicie cukru gronowego lub tlenu.

HAPPICH (*Zentralblatt f. Gynäk.* 1905. N. 52) potwierdził to przez doświadczenia na zwierzętach: Jeśli królika głodził przez 6 — 9 dni, a więc pozbawił go cukru gronowego, to dawka 0,08 kamfory, zastrzyknięta do żyły, a w zwykłych warunkach dobrze przez tegoż królika znoszona, tym razem zabijała go natychmiast. Również jeśli z organizmu królika wykluczył tlen, trując lekko zwierzę kwasem węglanym, to królik po zastrzyknięciu mu do żyły kamfory, natychmiast zdychał. W obu tych razach już nie tylko zwykła dawka kamfory [0,08], lecz połowa, a nawet czwarta część tej dawki zabijała królika.

Ponieważ już nieraz spostrzegano i u ludzi przypadki nagłej śmierci po zastrzyknięciu kamfory pod skórę, np. u chorych na eklampsję, to H., opierając się na wyżej przytoczonych doświadczeniach, ostrzega, aby kamfory nie dawać wcale: 1) chorym z niedostateczną przeróbką wodorów węgla, a więc kachektycznym, wygłodzonym, ewent. ciężkim diabetykom i zatrutym chloralhydratem; 2) chorym z niedostatecznym utlenianiem ustroju, a więc zatrutym kwasem węglanym, chorym na ciężką wadę serca, na obustronne zapalenie płuc, na eklampsję i dotkniętym ciężkim zakażeniem septycznym.

Zweygbaum.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcji chirurgicznej z d. 12.XII. 1905 r.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 9].

SAWICKI przedstawia po 3): preparaty drobnowidzowe z guza lewej sutki 58-letniej kobiety. Podczas operacji guz był wielkości jaja gęsiego, prócz tego pod pachą istniały 2 gruczoly powiększone. Usunięto całą sutkę oraz oczyszczono dół pachowy. Na przecięciu guz przedstawiał torbiel, wielkości orzecha włoskiego i drugą mniejszą ze ścianami częściowo zwapniałymi. Obok tego guz zawierał i kilka mniejszych torbieli. Badanie drobnowidzowe wykazało, że torbiele wszędzie były pokryte nabłonkiem stożkowatym jednowarstwowym. Z powyższego widać, że guz torbielowaty musiał istnieć długo i dopiero w ostatnich czasach począł przybierać cechy nowotworu złośliwego. Złośliwe zwyrodnienie polega na tworzeniu się brodawek na ścianach torbieli z cechami znamionem, które widać pod mikroskopem. S. przypomina, że do rzędu cech, wskazujących b. wcześnie na możliwość rozwinięcia się złośliwego nowotworu w sutce należy dłużej trwające u starszych kobiet wydzielanie się z brodawek krwi lub cieczy podobnej do siary.

KARCZEWSKI opisuje przypadek rany kłutej serca. Mężczyzna 18-letni otrzymał w czerwcu 1904 r. ranę kłutą piersi podczas bójki z towarzyszami. Z rogu ul. Nowogrodzkiej i Teodory, gdzie fakt zaszedł, chory o własnej sile przybiegł do szpitala Dz. Jezus i mianowicie, wprost do pawilonu I, odległego mniej więcej na 200 kroków od miejsca bójki. W przedsiönku pawilonu upadł i stracił przytomność. KARCZEWSKI osobiście udzielił najpierwszej pomocy rannemu i wówczas stwierdził, co następuje: na lewo od mostka na wysokości chrząstki V-go żebra znajdowała się rana długości około 2½ ctm. przebiegająca w kierunku poprzecznym i bardzo mało krwawiąca. Chory pozbawiony był zupełnie przytomności i nie oddziaływał na podrażnienia zewnętrzne. Twarz blada, sinica ust, tętno znacznie przyspieszone, bardzo słabe — dopełniały obrazu. Przystąpiono jak najspieszniej do operacji, t. j. w ciągu około 5-iu minut, czyli mniej więcej po 15—20 minutach od chwili wypadku. Zabieg operacyjny wykonano bez narkozy. KARCZEWSKI ranę skórną rozszerzył ku wewnątrz, t. j. na mostek, i ku zewnątrz. Chrząstka V-go żebra okazała się przeciętą, połączenie pomiędzy chrząstką V-ą a VI-ą było rozdzielone, a chrząstka VI-go żebra nadcięta. Po usunięciu podochrzęstnem V-iej chrząstki, okazała się rana w osierdziu, przebiegająca w kierunku poprzecznym długości około 3-ch ctm. Z rany tej tryskała ciemna krew, zmieszana z pianą. K. rozszerzył ranę w osierdziu do 6 iu ctm. i wprowadził do worka sercowego palec, którym jednak rany w sercu wyczuć nie był w stanie. Wówczas operujący ujął kleszczykami brzegi osierdzia i rozciągnął je, poczem podczas wybierania krwi wacikami wysunął się z głębi rany płaski skrzep wielkości dłoni. Tętno, które tymczasem było zupełnie niewyczuwalnem, po oczyszczeniu worka sercowego z krwi od razu się poprawiło. Okazało się dalej przy oględzinach, że na przedniej powierzchni komory prawej istniała rana długości 1—1½ ctm, z której sączyła się krew. KARCZEWSKI uważał za stosowne rany tej nie badać zgłębnikiem, lecz od razu przystąpił do nałożenia szwu. W tym celu serce, które wykonywało żywe ruchy, K. przeszył od przodu powyżej rany jedną podwiązką jedwabną, którą udało mu się, jak lejcami, przyciągnąć serce ku przodowi. Ranę serca zeszyto 3-ma szwami węzełkowymi strunowymi. Brzegi rozciągniętego osierdzia u góry i u dołu przszyto jednym szwem węzełkowym do brzegów skórnych, a do worka wprowadzono paski gazy. Wreszcie pod skórę wstrzyknięto 600 ctm. sz. rozczynu fizyologicznego soli. Chory przez cały czas operacji leżał bezwładnie, całkowicie nieprzytomny.

Po przebyciu prawostronnego zapalenia wysiękowego opłucnej, chory wyzdrowiał zupełnie.

KARCZEWSKI przedstawia opisanego osobnika.

[C.d. n.]
L. Zembrzuski.

Wiadomości bieżące.

— Na pożywienie chorych w szpitalach warszawskich przeznaczona jest suma 20 kopiejek dziennie. Że ona jest niedostateczną w ogóle i naraża interesowanych na skargi, o tem aż nadto dobrze wiedzą lekarze szpitalni, którzy z tego powodu — nie mając innego sposobu — muszą pobłażliwym okiem patrzeć na to, iż osoby odwiedzające chorych w szpitalach, przynoszą im nie tylko artykuły zbytku, jak: ciastka, pomarańcze, owoce i t. d., lecz nadto i artykuły pierwszej potrzeby [mleko, mięso i t. d.].

Za szczęśliwych uważają się chorzy na takich salach, w których dużo leży chorych z cierpieniami ostremi, gorączkowemi, będących na t. zw. „ścislej dyecie“, wówczas bowiem z oszczędności na ich dyecie zrobionej, korzystają inni, dotknięci cierpieniami przewlekłemi, wyniszczającemi, wymagającemi intensywnego ich żywienia. Lecz nie często, a na wielu salach nawet rzadko zdarza się sposobność cieszyć się, czy korzystać z nieszczęścia sąsiadów! Obecnie wskutek drożyzny, panującej w Warszawie, za te same 20 kop. chorzy mogą dostawać jeszcze skromniejsze ilościowo pożywienie. Dla zapobieżenia złym następstwom głodu pod względem fizycznym i moralnym [bo głód jest złym doradcą], lekarze szpitala Dzieciątka Jezus wyrazili na ręce naczelnego lekarza szpitala życzenie, aby postarał się, by Rada Miejska Dobroczynności Publicznej nie narażała chorych szpitalnych na głód, lecz zwiększyła—choćby na czas trwania drożyzny—sumę, potrzebną na wyżywienie dzienne chorego w szpitalu, przynajmniej do 25-u kopiejek.

— Wśród ubogiej naszej literatury ludowej z dziedziny higieny wyróżnia się dodatnio wydana na początku roku bieżącego książeczka, traktująca o tem, „jak kobieta ma postępować w stanie z wyklęmi i odmiennym, aby od cierpień się uchronić“. Na 13-u stronicach potrafił bezimienny pisarz zebrać sporo pożytecznych wiadomości i wskazówek, dotyczących higieny ciąży, porodu i położu. Nauka wyłożona przystępnie, jasno i poprawnie, nadawać się może bardzo, jako temat do odczytów ludowych i przyczynić skutecznie do sprostowania i usunięcia wielu błędnych i bałamutnych pojęć ludu naszego, opartych na przesądzie i partactwie lekarskiem. Książeczka ta polecona została przez Wydział położniczy Warsz. Tow. Lek. i kosztuje tylko 6 groszy.

— Wydział wschodnio-galicyjski Izby lekarskiej z inicjatywy dra MIKOŁAJSKIEGO postanowił utworzyć biuro informacyjne o wakujących posadach lekarskich w Galicyi. U nas myśl podobną, niezmiernie pożyteczną i potrzebną, niezawodnie w czyn zamieni „Stowarzyszenie lekarzy polskich“ po zupełnem zorganizowaniu się. Biuro takie oddałoby ogromne usługi zwłaszcza obecnie, gdy mnóstwo wracających z wojny kolegów stara się o posady stałe.

— W sprawie założenia zakładu obłąkanych w Zachodniej Galicyi, osobna komisya w tym celu wydelegowana, prócz powzięcia szeregu uchwał szczegółowych co do wyboru gruntu, typu zakładu i t. d., zaleciła wysłać specjalną komisję [dra HALBANA, dra KOHLBERGERA i inżyniera] celem zwiedzenia zakładów obłąkanych w Wiedniu i w Bawaryi.

— W styczniu r. b. grono lekarzy pedyatrów we Lwowie założyło „Kółko pedyatrów lwowskich“ i wybrało na prezesa dra SZYDŁOWSKIEGO, na wiceprezesa dra WACHTELA, a na sekretarza dra HORNUNGA.

— W sekcji jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrano na r. b. na prezesa dra CZYŻEWICZA, na zastępcę jego dra DIETZUSA, na sekretarza naukowego dr FECHTERA, na administracyjnego dr PUZONĄ, na wydziałowego dr SAWICKIEGO.

— Mianowani zostali dr BOCHENEK, profesorem nadzwyczajnym anatomii w Krakowie, a dr GODLEWSKI, profesorem nadzwyczajnym embriologii tamże.

— Słuchaczów medycyny liczy w r. b. Kraków 298, a Lwów 146.

— Uroczyste otwarcie XV-go Kongresu międzynarodowego lekarskiego w Lizbonie odbędzie się 19-go kwietnia r. b. o godz. 2-ej.

— W dniu 1 marca r. b. otwarty został uroczystie w Berlinie gmach, zbudowany z ofiary zmarłej cesarzowej Fryderykowej i prywatnych składek, przeznaczony dla dalszego kształcenia się lekarzy, nazwany „domem cesarzowej Fryderykowej“. W gmachu 3-piętrowym na 1-em piętrze mieści się amfiteatr na 240 miejsc i zbiór wszystkich zdobyczy leczniczo-technicznych, a więc: wystawa narzędzi lekarskich, elektrycznych, optycznych, farmaceutycznych, balneologicznych i t. d.; na 2-em piętrze zbiór preparatów anatomicznych, anatomo-patologicznych, mikroskopowych i odlewy, a na 3-em piętrze pracownie: chemiczna, mikroskopowa, bakteryologiczna, terapii doświadczalnej, rentgenograficzna, fotografii lekarskiej.

— Cesarz niemiecki nakazał, aby broszurka „*Alkohol und Wehrkraft*“, wydana przez niemieckie Towarzystwo antyalkoholowe, była darmo rozdawana wszystkim rekrutom, a treść jej objaśniana im przez oficerów.

— W Giessen odbędzie się od 2-go do 7-go kwietnia r. b. kurs psychologii lekarskiej w zastosowaniu do leczenia i wychowywania umysłowo zacofanych dzieci, w którym zapowiedziano udział 30-u lekarzy i nauczycieli.

— Uniwersytet w Jena obchodzić będzie 1-go sierpnia 1908 r. 350 rocznicę założenia.

— Kierownictwo znanego zakładu LAHMANN'a (*Weisser Hirsch* pod Ureznem), obejmuje DÜRING, prof. dermatologii i syfilidologii w Kielu.

— Z polecenia Rady państwa w Niemczech, sprzedaż lysolu, kresolu, lysosolweolu i t. d. została ograniczoną tak, że zwykłym osobom [prócz dzieci] mogą być wydawane tylko roztwory 1%-owe.

— XV-y Zjazd niemieckich otologów odbędzie się 1-go i 2-go czerwca r. b. w Wiedniu pod przewodnictwem prof. HARTMANN'a z Berlina. Na porządku dziennym postawiono kwestyę ropienia labiryntu [ref. prof. HINSBERG z Wrocławia].

— Kasino lekarskie w Budapeszcie postanowiło obstałować u miejscowego artysty pamiątkowy puhar, nazwać go puharem SEMMELWEISS'a i zużytkować go po raz pierwszy podczas bankietu, urządzonego na pamiątkę S., twórcy teorii o przyczynie gorączki połogowej. Koszta puharu będą pokryte drogą składek.

— GOLDMANN zawiadomił w Towarzystwie Lekarskim Wiedeńskim, iż szczeniąc w r. 1904 i 1905 wielkiej liczbie dzieci ospę w pokoju oświetlonym czerwono i opatrując ranki bandażem zabarwionym na czerwono 10%-owym roztworem eozyny, przekonał się, iż przebieg ospy był łagodniejszy, miejscowe zaczerwienienie mniejsze, ciepłota nie była podniesiona, brak odczynu ogólnego, gruczoły pachowe nie były obrzękle.

— Według wydanego przez MURPHY'ego sprawozdania o stanie zdrowia Londynu za r. 1904, w mieście tem, liczącem 4648950 mieszkańców, śmiertelność wynosiła 16,1 na 1000; przypadków śmierci było 74555, urodzeń 129335, śmiertelność noworodków wynosiła 144 na 1000, a zależnie od sposobu ich karmienia: piersią — 69,8 na 1000, mlekiem krowim 177 na 1000, mlekiem zgęszczonym 255 na 1000, różnemi mączkami 202 na 1000. Śmiertelność z suchot 1,62 na 1000; z raka umarło 4278.

— Gazety zagraniczne podnoszą kwestyę złych warunków higienicznych w wagonach sypialnych, a mianowicie: niedostateczną wentylację, wysoką ciepłotę i wstrzymanie dostępu świeżego powietrza przez firanki, wskutek czego wagon sypialny jest wybórną wylęgarką laseczników chorobotwórczych. Gazety żądają, aby był osobny przedział dla każdego podróżnego, gdyż w obec dużej liczby suchotników i wymiennych warunków w wagonie sypialnym, bardzo łatwa jest sposobność zarażenia się w nich gruźlicą.

— RECKLINGHAUSEN, profesor anatomii patologicznej w Strasburgu, podał się do emerytury.