

GAZETA LEKARSKA

I. Przypadek kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym (ductus choledochus)

KILKA SŁÓW O ROZPOZNANIU, ZABIEGACH OPERACYJNYCH
I POWIKŁANIACH ZE STRONY TRZUSTKI.

Podał

A. Gabszewicz.

W pierwszej połowie grudnia 1905 roku przybyła do szpitala Św. Rocha na oddział wewnętrzny kol. HEWELKEGO 44-letnia kobieta z powodu żółtaczki i bólów w prawym podżebrzu. W ogóle cieszyła się dobrem zdrowiem i po raz pierwszy zachorowała poważnie dopiero na 7 tygodni przed przybyciem do szpitala; mianowicie, dostała gwałtownych bólów w prawym podżebrzu, gorączki, a na 2-gi dzień wystąpić miały objawy żółtaczki; po kilku dniach nastąpiła wyraźna poprawa; bóle samoistne i gorączka ustąpiły, zabarwienie żółtawe zniknęło, stolce były żółte; w parę tygodni potem znowuż wystąpiły powyższe objawy i po parodniowym trwaniu minęły; chora w przerwach między napadami pracowała, a kiedy po raz trzeci wystąpiły te same objawy, chora zdecydowała się na leczenie w szpitalu. Przy badaniu obiektywnem widocznem jest bardzo mocne żółte zabarwienie powłok zewnętrznych; granica dolna wątroby nieco obniżona; przy omacywaniu brzucha nie nieprawidłowego nie można wyczuć; badanie to jednak jest utrudnione ze względu na silny skurcz mięśni, wywołany bólami, które występują nie tylko przy naciskaniu powłok brzusznych, ale i samoistnie. Gorączka pierwszego dnia pobytu jej w szpitalu dosięgła wieczorem do 40°, z rana na drugi dzień do 38,5°. Tętno 90. Mocz zawiera barwiki żółci w znacznej ilości; białka ani cukru w moczu nie wykrywa się. Stolec bładny, pozbawiony barwików żółciowych. Po kilku dniach gorączka ustąpiła, bóle w prawym podżebrzu samoistnie się nie zjawia-

ły; przy badaniu i naciskaniu prawej okolicy podżebrza chora doznaje tylko uczucia obolenia; nic nieprawidłowego nie można wykazać. Żółtaczka jednak tym razem nie ustępuje, stolce codzienne, zupełnie pozbawione barwików żółci. Ze względu na poprzednie objawy i na obecny stan chorej w szpitalu, jasnym było, że mamy do czynienia z kamcią żółciową i że najprawdopodobniej, na zasadzie przebiegu choroby, kamień żółciowy znajduje się w przewodzie żółciowym wspólnym; chorej zaproponowano operację, na którą nie zgodziła się na razie ze względu na poprawę ponowną swego stanu zdrowia. Żółtaczka jednak tym razem nie tylko nie ustępowała, jak to było po paru pierwszych napadach, przeciwnie, kolor żółtawy przybierał odcień oliwkowy; stolce zawsze blade. Od chwili przybycia do szpitala aż do 10-go stycznia miała trzykrotnie znaczne podwyższenie ciepłoty ciała, trwające jeden do 2-ech dni, po którym następował powolny spadek do normy; podczas podwyższania się gorączki chora przy ostatnich napadach doznawała bólów o wiele słabszych w porównaniu z tymi, jakie miała przy pierwszych napadach. Przy każdym pogorszeniu chora gotowa była zgodzić się na operację; z chwilą jednak poprawy przestawała o niej myśleć. Pomimo względnie stosunkowo krótko trwających okresów gorączkowych, u chorej dało się zauważyć dość znaczne wychudzenie; w ciągu 4-tygodniowego pobytu w szpitalu straciła 12 kilogramów wagi ciała. W styczniu zaczęła się skarżyć na znaczne swędzenie skóry. Meczcu oddaje od 1000 do 1200 ctm. Kiedy w dniu 9 stycznia chora doznała napadu gorączki, sięgającej do $39,5^{\circ}$ z stosunkowo nie wielkimi bólami w prawym podżebrzu, zdecydowała się na operację; 10-go stycznia była przeniesiona na oddział chirurgiczny; wieczorem tego dnia ciepłota spadła do $37,5^{\circ}$, na drugi dzień z rana do 37° ; chora znowuż nie zgadzała się na operację, na którą nalegałem ze względu na znaczny upadek sił i na nieustępującą żółtaczkę; łaknienie chorej upośledzone. Parę dni trwał okres bezgorączkowy; chora chciała nawet opuścić szpital. 14-go stycznia wieczorem ciepłota dosięgła znowuż $39,8^{\circ}$, co stanowczo już skłoniło chorą do zgodzenia się na operację, do której przystąpiłem 15-go stycznia; z rana tego dnia ciepłota spadła do $37,8^{\circ}$.

Cięcie poprowadziłem podłużne, na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego od łuku żebrowego aż poniżej pępka; po otworzeniu jamy otrzewnej okazało się, że do brzegu wątroby na znacznej przestrzeni sieć jest mocno przyrośnięta tak, że zupełnie zasłaniała pole, odpowiadające anatomicznemu położeniu pęcherzyka i przewodów żółciowych; oddzielić na tępo przyrośniętej sieci od wątroby nie udało się; wtedy, po uprzednim założeniu dużych pasków gazy do jamy otrzewnej, spróbowałem poprowadzić zaciskadła pod sieć poniżej wątroby i pomiędzy nimi przeciąć sieć; przy oddzielaniu sieci od wklęsłej powierzchni wątroby, naderwał się wierzchołek pęcherzyka żółciowego, o czym świadczyło wylewanie się brudnawej ciemnej żółci; oddzieliwszy z wielką trudnością sieć od pęcherzyka, przekonałem się, że pęcherzyk jest mocno skurczony, a ściany jego są bardzo zgrubiałe, żółci zawierał niewiele; kamieni w pęcherzyku wcale nie było. Wskutek zrostów, jakie istniały pomiędzy pęcherzykiem a dwunastnicą, wzrokiem nie podobna było ocenić, w jakim stanie znajduje się przewód pęcherzykowy i przewód żółciowy wspólny; przy

omacywaniu jednak tej okolicy, nie twardego nie dało się wyczuć. Mając jednak na względzie pierwotne rozpoznanie, które przemawiało za obecnością kamienia w przewodzie wspólnym, prowadziłem badanie i w okolicy trzustkowej; tutaj, rzeczywiście, poza dwunastnicą wyczuwaliśmy z kol. CIECHOMSKIM dość stosunkowo twardego guzik, o którym na razie trudno było stanowczo orzec, czy jest to kamień, czy gruczoł powiększony, lub też ograniczone stwardnienie trzustki; wprowadzenie zgłębnika od strony pęcherzyka nie dało żadnych wyników tem więcej, że w obec istniejących zrostów wprowadzenie to napotykało wielkie trudności. Postanowiłem wtedy, po uprzednim wprowadzeniu palca lewej ręki, rozciąć ścianę pęcherzyka, a nawet i przewodu pęcherzykowego; w tych warunkach udało mi się nareszcie osiągnąć końcem wskaźnika lewej ręki do twardego kamienia, umieszczonego poza dwunastnicą; wydobycie kleszczykami wygiętymi w tem położeniu kamienia zupełnie się nie udawało tak, że palcami starałem się go naciskać od dołu po za dwunastnicą, aby go obruszyć i ewentualnie odsunąć od miejsca wklinowania; manipulacja ta jednak przedstawiała dość duże trudności, a przytem podczas nagniatania, naderwała się nieco ściana dwunastnicy, co wymagało nałożenia paru szwów LEMBERT'a; po długo trwających wysiłkach udało mi się nareszcie na tyle odsunąć kamień, że można go już było wyciągnąć kleszczykami; kamień ten ważył $6\frac{1}{2}$ grm. Po usunięciu kamienia okazało się, że główka trzustki jednolicie jest stwardniała.

Następnie ściany rozciętego pęcherzyka usunąłem, pozostawiając tylko część przyległą do wątroby z racyi znacznego krwawienia, czego należało unikać w obec długo trwającej już operacji. Do przewodu założyłem długi pasek gazy, otaczając nią także całe pole operacyjne po usunięciu pierwotnie założonych pasków gazy. Przebieg pooperacyjny przedstawiał się w ten sposób: chora po operacji wcale nie gorączkowała; tętno przez dłuższy czas około 80-u uderzeń, słabe; bólów chora nie doznaje, łaknienie niezłe; pierwszy opatrunek należało zmienić na 3-i dzień po operacji z racyi nasiąknięcia żółcią; założony sączonek do przewodu niewiele przyniósł pożytku, gdyż obok niego żołąć się wylewała tak, że codziennie trzeba było zmieniać opatrunek; swędzenie ustąło; żółte zabarwienie skóry zaczęło się zmniejszać. Mocz, badany w tydzień po operacji, nie zawiera barwików żółciowych; stolce jednak zupełnie są blade, szare, jak i przed operacją. Po 8-u dniach usunięto wszystkie paski gazy założone do jamy otrzewnej; chora nie uskarża się na bóle; po 2-ch tygodniach widoczna jest poprawa; stan stale bezgorączkowy; w końcu 3-go tygodnia daje się jednak zauważyć większe osłabienie u chorej, łaknienie się zmniejsza; stolce miewa co parę dni po użyciu ławatywy, zawsze blade-szare; żółtaczką dużo się zmniejszyła, ale ogólne wychudnięcie coraz jaskrawiej występuje, 24-go dnia po operacji chora zmarła.

Na sekcji okazało się, że wątroba nie była powiększona wyraźnie; przewód wspólny żółciowy był w części trzustkowej znacznie rozszerzony w miejscu, w którym się znajdował kamień; najcieńszym jednak zgłębnikiem nie można było przejść od strony przewodu do światła dwunastnicy, główka trzustki moc-

no stwardniała; badanie drobnowidzowe kawałków wyciętych z trzustki wykazuje postać sklerotyczną trzustki międzyzrakową.

Kał, znajdujący się w jelitach, był zupełnie blady, szary. Zmianami więc w trzustce należy objaśnić sobie ucisk na koniec odprowadzający przewodu wspólnego, a co za tem idzie i niemożność odpływania żółci i soku trzustkowego do jelit.

Pozwoliłem sobie obszerniej opisać ten przypadek ze względu na trudności operacyjne, ze względu na rozpoznawanie kamieni żółciowych, usadowionych w przewodzie wspólnym żółciowym i na powikłanie ze strony trzustki.

KEHR, którego liczba laparotomii w chorobach dróg żółciowych przekroczyła już cały tysiąc, uważa wszelakie zabiegi na przewodzie wspólnym żółciowym za najtrudniejsze; trudności te naturalnie o wiele wzmagają się, jeżeli istnieją zrosty, które wprost czynią niemożliwym prawie zorientowanie się w stosunkach anatomicznych; dobrze jeszcze, jeżeli część przewodu powyżej dwunastnicy jest dostępną; wtedy można naciąć tę część i przez otwór wydobyć kamień; jeżeli kamień znajduje się głębiej w części trzustkowo-dwunastnicowej przewodu (*ampulla Vateri*), wtedy również wprowadziwszy palec lewej ręki przez otwór w przewodzie, można wydobyć kamień, naciskając prawą ręką od strony brzusznej; tam, gdzie warunki nie pozwalają na utworzenie przewodu powyżej dwunastnicy, a kamień znajduje się głęboko w części trzustkowej, KOCHER zalecił operację tak zwaną choledochoduodenostomię, która polega na tem, że przecina się poprzecznie najpierw przednią ścianę dwunastnicy, później tylną aż po przez przewód wspólny do miejsca, w którym jest usadowiony kamień; po usunięciu kamienia, łączy się przewód wspólny z tylną ścianą dwunastnicy, a przednią ścianę się zeszywa; w jednym i tym samym roku, t. j. 1894, KEHR wykonał taką samą operację w podobnym przypadku. W tych przypadkach, w których zrosty są bardzo mocne z dwunastnicą, LANGENBUCH radził posuwać się od odźwiernika, *resp.* dwunastnicy, do przewodu wspólnego. KÖRTE w jednym przypadku naciął główkę trzustki i doszedł do kamienia w *ductus choledochus*. TUFFIER w r. 1895 na posiedzeniu chirurgicznym w Paryżu zalecał dla wydobywania kamieni z przewodu wspólnego żółciowego drogę lędźwiową, jako mniej niebezpieczną, gdyż pozaotrzewną; opierał się jednak tylko na jednym przypadku, w którym przystąpił do operacji z racyi rozpoznanego guza nerki; nerka okazała się w okresie początkowego wodonercza, ale jednocześnie TUFFIER wymacał w głębi dużo twardych guzików, które okazały się kamieniami żółciowymi, wypełniającymi przewód wspólny i pęcherzyk żółciowy. Według POIRIER'a, który robił doświadczenia na trupach, droga ta byłaby bardzo trudna i niebezpieczna o wiele więcej, niż od jamy otrzewnej.

Rozgniatanie kamienia w przewodzie wspólnym po przez ściany jego było dokonywane wielokrotnie; pierwszy LANGENBUCH w r. 1886 próbował rozgnieść kamień, znajdujący się w przewodzie wspólnym, zapomocą odpowiedniego uciskadła; przypadek prędko zakończył się niepomyślnie; LANGENBUCH jako pierwotnego autora tego rodzaju rękoczynu uważał LAWSON-TAIT'a, który na 2 lata przedtem skruszył kamień znajdujący się w przewodzie pęcherzykowym. Idea jednak rozgniatania kamieni była o wiele wcześniejsza, gdyż

PANTALONI w swej „Chirurgii wątroby i dróg żółciowych“, wydanej w r. 1899 w Paryżu, wspomina, że spotkał się z nią w pracy SANTOPADRE z roku 1858 i w pracy O. WYSS'a z r. 1872.

OMBREDANNE w artykule, drukowanym w listopadowym zeszycie *Revue de Chir.* roku zeszłego, zebrał 53 spostrzeżeń ogłoszonych, w których usiłowano rozgnieść kamień znajdujący się w przewodzie wspólnym; w 10-u przypadkach usiłowania skruszenia kamienia spelzły na niczem i należało wykonać inny zabieg; w 43-ch zaś przypadkach udało się rozgnieść kamień; z tych w 37-u żółć przed zabiegiem swobodnie odpływała do dwunastnicy, nie wywołując żółtaczk; do rozgniecenia jednak nadawać się mogą tylko kamienie miękkie i mniejsze; większe o wiele trudniej; łatwiej się rozgniatają również te, które się znajdują powyżej dwunastnicy, trudniej leżące poza dwunastnicą w części trzustkowej.

Rozgniatanie było dokonywane palcami lub zapomocą uciskadła. THORNTON w r. 1899 zastosował akupunkturę, wprowadzając igłę przez ścianę przewodu i rozłupał w ten sposób kamień na dwie części; później uciskadłem rozgniótł oba odłamy w przewodzie wspólnym; przy rozgniataciu kamieni znajdujących się w pęcherzyku w tym samym przypadku, ściany pęcherzyka uległy tak znacznemu obrażeniu, że musiał on usunąć pęcherzyk; operowana wyzdrowiała; następnie akupunktura stosowana jeszcze była w 3-ch przypadkach przez TEALF'a z jednym wynikiem pomyślnym i raz przez CABOT'a z wynikiem ujemnym. Tym sposobem akupunktura z jednej strony nie jest wcale niewinnym zabiegiem, z drugiej strony o tyle zawodzi, że nie znalazła naśladowców.

Tam gdzie kamienia nie podobna wydobyć, t. j. gdzie rozgniatanie zawodzi, a innych zabiegów nie można zastosować bez wielkiego niebezpieczeństwa, tam pozostawałaby jedna droga—dokonać zespolenia jelita cienkiego z pęcherzykiem żółciowym; w naszym przypadku trudno było skutecznie ten zabieg wskutek tego, że pęcherzyk był skurczony, a co najważniejsza, wskutek zrostów ściany jego były nadzwyczaj zmienione, łatwo się rwące; powikłanie to, co prawda, często towarzyszy kamieniom w *ductus choled.*; z tej racji raz upewniwszy się o obecności kamienia, rozcinałem ścianę pęcherzyka i przewodu pęcherzykowego dotąd, dopóki stosunki anatomiczne można jeszcze było ocenić wzrokiem; rozcięcie to pozwoliło na to, że wprowadzonym palcem lewej ręki można było z jednej strony poruszyć zaklinowany kamień, nagniatając na niego od tyłu po przez dwunastnicę; ten przypadek jednak poucza, że przy zmianach w ścianach jelita i dróg żółciowych wskutek zrostów, rozgniatanie nie jest tak bezpieczną rzeczą, jeżeli przy dłuższem naciskaniu palcami naderwała się ściana dwunastnicy; cóż dopiero mówić, jeżeli do tego zabiegu użyje się uciskadeł.

Przystępując do rozpoznania kamicy żółciowej, to rozpoznanie wogóle kamicy nie przedstawia dzisiaj zbyt wielkich trudności, jeżeli należycie uwzględni się wywiady, przebieg choroby i zbada dokładnie chorego; nie wystarczy jednak właściwie zadowalać się ogólnem rozpoznaniem kamicy, ale należałoby w każdym poszczególnym przypadku określić siedlisko kamienia i zmiany chorobowe, towarzyszące tej chorobie. KEHR, opierając się na licznych materyale własnym, pragnął niejako zadośćuczynić tym wymaganom;

w tym celu ułożył nawet tablicę chorób dróg żółciowych, podzieloną na 12 działów, z których każdemu miały odpowiadać pewne objawy, mianowicie:

- 1) Kamień w pęcherzyku żółciowym niezmienionym i z wolnym przewodem pęcherzykowym.
- 2) Kamień w pęcherzyku, którego ściany są zmienione.
- 3) Kamień w pęcherzyku, w którym jednocześnie istnieje zapalenie okołopęcherzykowe przewlekłe.
- 4) Kamień w pęcherzyku z jednoczesnym ostrem zapaleniem pęcherzyka.
- 5) Ostre zapalenie pęcherzyka ze skurczonym pęcherzykiem i jednoczesnym zatkaniem przez kamień przewodu pęcherzykowego.
- 6) *Hydrops* pęcherzyka żółciowego; kamień w przewodzie pęcherzykowym.
- 7) *Empyema* pęcherzyka żółciowego; kamień w przewodzie pęcherzykowym.
- 8) Rak pęcherzyka żółciowego powikłany kamieniami.
- 9) Ostre zamknięcie *ductus choledochi* przez kamień.
- 10) Przewlekłe zamknięcie przewodu wspólnego przez kamień w części ponaddwunastniczej.
- 11) Przewlekłe zamknięcie przez kamień w części dwunastniczej i
- 12) Przewlekłe zamknięcie przez guz trzustki lub dwunastnicy.

Należy cenić dobre usiłowania KEHR'a, który pragnął w ten sposób ułatwić szczegółową dyagnostykę kamieni żółciowych z towarzyszącymi im zmianami; ale niestety, praktyka wykazuje, że wnioski jego w tym kierunku są jak na teraz jeszcze przedwczesne, gdyż nie dały stałych podstaw dla różniczkowego rozpoznania. Słusznie NAUNYN, doświadczony klinicysta na polu chorób dróg żółciowych, w pracy swej, wydanej w roku zeszłym, mówi, że specjalna dyagnostyka pojedynczych, a tak rozmaitych obrazów chorobnych, jakie się ukazują w przebiegu kamicy żółciowej, jest dotychczas za mało doskonała, gdyż przeważnie opiera się na osobistym doświadczeniu i na własnym wrażeniu; nie rzadko też raczej na drodze intuicyjnej uczynione rozpoznania okazują się podczas operacji lub na sekcji zupełnie fałszywymi; wreszcie takie sprawy, jak zapalenia okołopęcherzykowe lub zapalenia naokoło przewodów nie podobna rozpoznać tak, że zasady, na jakich KEHR usiłował przeprowadzić specjalną dyagnostykę, mogą być tylko pomocne przy ocenie tych lub innych objawów, ale nie mogą przedstawiać zasadniczych podstaw do przeprowadzenia ścisłego różniczkowego rozpoznania, które tylko możliwym jest w nieznacznej mniejszości przypadków.

[D. n.].

II. Przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, sposzrzegany w szpitalu Św. Stanisława w r. b. w Warszawie.

Podał

A. M. Zapasiewicz,

lekarz miejscowy.

Sposzrzenie, które tu podaję w krótkości, dotyczy jednego z pierwszych przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, jakie się zdarzyły w r. b. w Warszawie.

A. Bł., kawaler, lat 22, mieszkaniec wsi Czyste pod Warszawą, robotnik w garbarni, zapisany został do szpitala Św. Stanisława na oddział ordynatora S. KADZISZEWSKIEGO 24-go kwietnia r. b. w stanie nawpół przytomnym.

W y w i a d y. Przed 6-ma dniami zachorował nagle: silne bóle głowy i karku, trudność wykonywania ruchów głową, uczucie sztywności w kregostupie i odrętwienia tułowia i kończyn, napady dreszczów przy podniesionej ciepłocie. Stałych pokarmów chory nie przyjmował, pił niewiele, moczu oddawał mało; wypróżnień nie było od 3-ch dni.

S t a n o b e c n y. Chory wzrostu więcej niż średniego, budowy zupełnie prawidłowej. Odżywienie bardzo dobre. Powieki nawpół przymknięte, białkówki i spojówki znacznie nastrzyknięte. Na obu policzkach stały rumieniec, który chwilami zjawia się także na czole. Na podbródku, więcej ku stronie prawej, wyprysk (*herpes*), zajmujący sporą przestrzeń; na górnej wardze również parę podsychających pęcherzyków wielkości fasoli; poza tem powłoki na całym ciele nie nieprawidłowego nie wykazują.

Świadomość przyćmiona: na żądanie chory pokazuje język, opowiada o bólu głowy i grzbietu, wkrótce zaś potem wypowiada bez związku słowa lub zdania, dotyczące poprzedzających okoliczności, w których się znajdował. Głos chrapliwy. Oczy chory nieustannie przymyka, jakby co chwila zasypiał i budził się. Na ogół stale pobudzony w większym lub w mniejszym stopniu, a czasami nawet, jakby męczony bólem czy myślami, zrywa się z łóżka i chce uciekać.

Mięśnie wogóle rozwinięte dobrze. Ruchów czynnych celowych chory wykonywać nie jest w stanie lub też wykonywa je z wielką trudnością; przy pomocy może usiąść na łóżku z wyciągniętymi nogami, łatwiej mu jednak siedzieć ze spuszczoneymi nogami. Rękami bardzo często wykonywa bezcelowe ruchy lub trzyma ręce między biodrami, dotykając części płciowych. Ruchy oka, nosowe, połykowe zachowane. Skrzydła nosa znacznie rozchylone, nozdrza rozszerzone, z prawego otworu nosowego chory nieraz wyciąga kawałki skrzepów krwi.

Sztywność karku, grzbietu i krzyża znaczna. Mięśnie szyjne tylne i boczne, a także oba sutkowo - obojęzyczne silnie naprężone, twarde, przy lekkim nawet dotyku bolesne i od czasu do czasu ulegają dość gwałtownym skurczom. Wogóle chory nie pozwala się dotykać i oddziaływa fizycznie lub psychicznie na najmniejszy czynnik zewnętrzny.

Mięśnie kończyn na ucisk bardzo bolesne.

W okolicach kręgosłupa i wyrostków ciernistych naczulność i silna bolesność.

Znaczne osłabienie słuchu z obu stron.

Żrenice prawidłowe, oddziaływają na światło żywo.

Odruchy ścięgnowe [kolanowe, łokciowe, Achillesa] zniesione, skórne na brzuchu silnie wzmożone, na kończynach dolnych mniej silne, a na górnych całkowicie zniesione. Odruchy jądrowe bardzo żywe.

Przy badaniu klatki piersiowej zmian wypukowych nie zauważono; oddech na całej przestrzeni osłabiony.

Granice serca prawidłowe. Uderzenie wierzchołka serca widzialne i we właściwym miejscu. Tętno serca czyste, nieco osłabione. Tętno twarde, średnio wypełnione i zmienne, od 92-ch do 110-u.

Brzuch umiarkowanie rozdęty, powłoki znacznie napięte, śledziona nie wyczuwa się. Zaparcie.

Ciepłota wieczorem 39,0°, z rana 39,2° C.

Moczu chory oddaje mało. Zalecono: lód na głowę, pijawki do przegrody nosowej, dytetę płynną, kalomel, a potem chloral. Późnym wieczorem wypuszczono około 1000 ctm³ moczu.

26.IV. Ciepłota wieczorem 38,6°, z rana 39,0°. T. 100 — 130, napięte, średnio wypełnione. Język obłożony przeważnie na brzegach, w całości mocno czerwony. Zatrzymanie moczu, który został cewnikiem wypuszczony w ilości 1100 ctm³. Stolec obfity. Z powodu podniecenia i niepokoju chorego, zalecono chloral.

27.V. Ciepłota wieczorem 38,8°, z rana 37,8°. Tętno 92—120, zmienne. Wypróżnienia rzadkie chory oddaje pod siebie. Bredzi znacznie częściej, w nocy chory zrywa się. Moczu wypuszczono około 1200 ctm³.

Odruchy ścięgnowe zniesione, skórne na brzuchu znacznie podniesione, w innych okolicach zniesione. Odruchu BABIŃSKIEGO brak.

Na podstawie powyższego obrazu klinicznego i przebiegu przypadku, rozpoznano drętwicę nagminną. Skutkiem opinii naczelnego lekarza dra SOMMERA i ordynatorów DĄBROWSKIEGO i RADZISZEWSKIEGO zdecydowano wypuszczenie płynu mózgowo-rdzeniowego w celach terapeutycznych i dyagnostycznych.

Przekłucie lędźwiowe wykonane zostało przez dra KIJEWSKIEGO i dało 48 ctm³ płynu bladawo-żółtego, wyraźnie mętnego, opalizującego o c. g. 1,010. W płynie po paru godzinach stania tworzy się osad żółtawo-zielonawy, płyn zaś po nad osadem staje się przezroczystym. W preparacie drobnowidzowym z osadu tego widać mnóstwo ciałek białych krwi wielojądrowych, przeważnie

bez ziarnistości. Po zabarwieniu preparatu mieszaniną boraksu z błękitem metylenowym uwydatniają się przeważnie wewnątrz komórek znajdujące się dwinki bez otoczki [meningokoki], nieco większe niż dwinki rzeżączkowe. Na zewnątrz komórek zdarzają się pojedyncze tego samego typu koki. Metodą GRAM'a dwinki te nie barwią się. Zaszczepione na pożywkach z surowicy LÖFFLER'a, dają po 12-u godzinach bardzo liczne kolonie, zaokrąglone, połyskujące, pod światło wybitnie odróżniające się od matowej powierzchni pożywki. Nadmienić muszę, że wyniki otrzymane przeze mnie wypadły zupełnie zgodnie z badaniem bakteryologicznem tego samego płynu rdzeniowego, dokonaniem przez kol. ŻEBROWSKIEGO w pracowni dra PALMIRSKIEGO.

Po wypuszczeniu płynu chory przez kilka godzin czuł się spokojniejszym, mniej bredził, więcej pił.

28.IV. Ciepłota wiecz rem 38,0°, z rana 38,2°. T. 110 — 140, zmienne. Mocz wypuszczono 1300 ctm³. Zaparcie. Zalecono środki pobudzające.

29.IV. Ciepłota wieczorem 38,8°, z rana 38,0°. T. 100 — 144. Chory nieprzytomny.

Na krzyżu tworzy się odleżyna. Mocz wypuszczono 800 ctm³. Tegoż dnia chory zmarł. Przy sekcji po otwarciu czaszki znaleziono: silne przekrwienie opon mózgowych, a w okolicach brózd i naczyń mózgu mniejsze lub większe nacieczenia ropne. Przekrojów mózgu i rdzenia nie robiono, a cały preparat zachowano w płynie utrwalającym.

Przypadek tu opisany zasługuje na uwagę ze względu na typowy obraz kliniczny oraz dodatni wynik badania drobnowidzowego i bakteryologicznego.

Z klinicznych objawów zasługuje na zaznaczenie, nie w każdym bynajmniej przypadku stwierdzana, a tu bardzo wyraźnie występująca, zmienność tętna.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

169. G. Meyer. O gojeniu się i leczeniu ran.

Powikłania w przebiegu ran zależą przedewszystkiem od zagrzeźdzenia się i rozmnażania pasorzytów, najczęściej gronkowców i paciorkowców. Zarówno w ranach t. zw. czystych, jak zakażonych, spotykamy zarazki chorobotwórcze; różnica między nimi polega na tem, że w ranach czystych zarazki nie rozwijają się dalej i giną pod wpływem odczynu otaczających tkanek.

Siedliskiem bakterji jest zwykle uboga w komórki tkanka łączna; ubóstwo to czyni ją podatną dla rozwoju pasorzytów; nie spotykając oporu ze strony komórek, bakterje odżywiają się kosztem istoty międzykomórkowej, a prąd limfy sprzyja ich przenoszeniu się.

Zjawiska, objęte nazwą zapalenia i ropienia, zależą oł działalności pasorzytów i odczynu organizmu. Pasorzyty działają przez swoje toksyny, wywołując obumarcie tkanek: obumarcie szerzy się promieniowato od ogniska zakażenia. W ranie pożywieniem dla pasorzytów jest przedewszystkiem włóknik ściętej krwi; potem dopiero przychodzi kolej na substancję międzykomórkową tkanki łącznej.

Wyrazem odczynu organizmu jest leukocytoza chemotaktyczna, dzięki której powstaje jakby otorbienie ogniska zapalnego. Białe ciała krwi tworzą wał ochronny dokoła ogniska, najbliższe nlegają i giną, dalsze jednak zapobiegają szerzeniu się sprawy. Otaczająca tkanka łączna, przepełniona białymi ciałkami krwi, traci swą elastyczność, i w ten sposób powstaje zapalne obrzmienie i stwardnienie. Ropa składa się z resztek tkanki łącznej, masy zwyrodniałych leukocytów, cieczy międzykomórkowej i bakteryi; stare ropnie są otoczone zazwyczaj otoczką, powstałą dzięki bujaniu komórek tkanki łącznej. Przy ropieniu ran otwartych rolę otoczki gra ziarnina.

W rzeczywistości zakażenie spotykano daleko częściej, niż przypuszczamy. Szczególniej mało odpornemi są na zakażenie tkanki słabo unaczynione, mianowicie kości, chrząstki, ścięgna i otoczki mięśniowe.

Przy szerzeniu się zakażenia wielką rolę grają szczeliny międzykomórkowe, dalej przestrzenie, jak np. między mięśniem a otoczką, dokoła ścięgna, i t. d., wreszcie jamy, jak np. stawowe, opłucna i otrzewna. W takich jamach otorbienie ogniska jest trudniejsze, gdyż każdy ruch sprzyja przeniesieniu się zarazka. Nieprawdą jest, jakoby otrzewna była bardzo skłonna do zakażeń; przeciwnie, przy zapaleniu otrzewnej widzimy potężną leukocytozę i wczesnie występujące wzdęcie kiszek, które utrudnia ruchy robaczkowe, sprzyjając zarazem otorbieniu ogniska. Dopiero przy rozlanem zapaleniu otrzewnej organizm nie może sprostać zadaniu i ginie.

Uznany ogólnie podział zapaleń na włóknikowe, surowicze i ropne nie ma właściwie racyi bytu, gdyż każde zapalenie powstać może dzięki działalności tych samych drobnoustrojów, różnice zaś wysięku zależą tylko od natężenia sprawy. Tak np. wysięk surowiczy jest wynikiem obrzku obocznego [kollateralnego]; włóknik wydziela się również w mniejszej lub większej ilości przy wszelkiej działalności pasorzytów, ropienie zaś powstaje dzięki toksynom. Ropienie poprzedza leukocytoza, w której biorą udział tkanki otaczające, to też tam, gdzie sprawa rozwija się powoli, zapalny stan narządu dowodzi jego częściowego uodpornienia.

Gorączka, zmiana tętna, samopoczucie chorego, i t. d., słowem—wszystkie objawy, towarzyszące zapaleniu, są wynikiem zatrucia ustroju. Dopóki dzięki leukocytozie nie wytworzy się wał ochronny dokoła ogniska, toksyny przedostają się bezpośrednio do naczyń chłonnych i do krwi; lecz i potem, gdy ropień zostaje otorbiony dzieje się to samo, choć w słabszym stopniu. W gruczołach chłonnych pod wpływem toksyn powstają wolne komórki, limfocyty i leukocyty, które zwalczają zapalenie. Gdy gruczoły są bolesne przy dotyku, dowodzi to, że mamy do czynienia już z zakażeniem samych gruczołów. Zwykle jednak pasorzyty giną w tkance gruczołu, a tymczasem ognisko ropne zostaje opanowane.

Zakażenie ustroju zależy od charakteru zarazka, jak również od charakteru rany i liczby napastujących pasorzytów, zdolnych do natychmiastowego rozwoju. Wylew krwawy stanowi dobre podłoże dla drobnoustrojów, to też niekiedy bakterye lub zarodki ich pozostają bez szkody w organizmie, dopóki nie nastąpi wylew krwi. Takim samem podłożem są ciała obce, szczególnie porowate, np. szwy jedwabne. Wiek i stan ogólny chorego ma również znaczenie dla przebiegu rany. Przy zakażeniu żył, zwłaszcza stojących otworem, np. w twardej oponie mózgu, obawa ogólnego zakażenia staje się większą,

choć wogóle w żyłach leukocytoza jest silniejszą, niż w tkankach. Zalecane wysokie położenie kończyny przy zapaleniach nie wpływa na ognisko zapalne, lecz chroni od zakażenia żył.

Do czasu zupełnego zabliznienia rana nie jest aseptyczną. Przy ranach otwartych poprzez ziarninę działa leukocytoza, dzięki której wszelkie próby zakażenia z zewnątrz są w zarodku niweczone; to też powierzchnia każdej ziarninującej rany jest względnie odporną dla zakażenia. Gojenie *per primam* i *secundam* różni się tylko ilościowo: w obu razach blizna powstaje z komórek stałych tkanki łącznej, a leukocyty stanowią wał ochronny i bronią rany od zakażenia.

Leukocytoza bywa dwójakiego rodzaju: przejściowa i stała. Pierwsza pochodzi z naczyń krwionośnych, w których leukocyty są niczem innym jak zmienionymi limfocytami gruczołów chłonnych. Stałą leukocytozę spotykamy przy chronicznych zakażeniach, gdzie tkanki ulegają nacieczeniu limfocytami pochodzenia miejscowego. Sprawę poprzedza nacieczenie komórkami plazmatycznymi WALDEYER'a; takie stałe zmiany warstwy podnabłonkowej i degeneracja nabłonka stoi prawdopodobnie w związku z powstawaniem raka.

Na zasadzie przytoczonych danych o gojeniu się i leczeniu ran możemy wyprowadzić następujące wnioski.

Przedewszystkiem starać się należy o aseptrykę narzędzi, rąk i materiału opatrunkowego. Ponieważ jednak niema bezwzględnie aseptycznej rany, należy możliwie utrudnić vegetację bakterii; w tym celu niedopuszczamy do wylewów krwawych, wystrzegamy się ciał porowatych, używając zamiast jedwabiu katgut lub nitki metalowej, a zamiast gazy, pozostawiającej w ranie strzępy, kawałków płótna, unikamy sekwestracji, i gdzie tylko można stosujemy plastikę. Nie zaniedbujemy, na koniec, unieruchomienia kończyny, szczególnie przy ranach ścięgien, stawów i w powikłanych złamaniach.

Środki przeciwnie nie są w stanie powstrzymać rozwoju drobnoustrojów. Na rany silnie ropiejące należy stosować okłady ze spirytusu, octanu glinu i t. d., gdyż potęgują odczyn zapalny i nie pozwalają powstać skorupie, jaka tworzy się przy suchym opatrunku, dzięki czemu rana otwarta staje się podobną do ropnia. Stosowanie lodu, mającego powstrzymać odczyn zapalny, jest przeciwwskazane. Stosowanie jodiny ma rację bytu, lecz w pewnej odległości od rany i w ciągu trzech dni w celu wytworzenia wału ochronnego dzięki przekrwieniu i leukocytozie. Przy ranach głębokich z obfitem ropieniem jedynym punktem wyjścia jest dokładne tamponowanie. Nie przeciwdziałamy również gorączce, gdyż nigdy nie grozi wprost życiu chorego, tembardziej, że ciepłota 39° mniej sprzyja rozwojowi zarazków, niż 36° — 37°.

Wobec tego, że rany zawczasu uodpornione goją się pomyślniej, być może, że wkrótce zaczniemy stosować sztucznie wywołaną leukocytozę przed wykonaniem zabiegu chirurgicznego, używając w tym celu sterylizowanych toksyn lub innych podobnych substancji.

(*Vollmann's Sammlung klinischer Vorträge*, Nr 416). H. Goldberg.

170. Moll. O technice przekrwienia metodą Bier'a w leczeniu zapalenia sutek oraz kilka uwag o stosowaniu tejże metody w celu pobudzenia wydzielania mleka.

Autor nie wdając się, wobec nielicznych do tej pory prób, w ocenę leczenia zapalenia gruczołu sutkowego metodą BIER'a, podaje technikę postępowania w zapaleniu sutki oraz w celu pobudzenia wydzielania mleka podług stosowanego przez siebie sposobu. Zaleca on do opróżniania bańki używać małych pomp powietrznych, zamiast używanych do tej pory szpryc. Pompa ta zapomocą dosyć długiej rurki, na której znajdują się 2 krany — górny

wodny i dolny powietrzny—połączona jest z bańką. Po nałożeniu bańki na sutkę otwiera on cokolwiek tylko, aby zapobiedz zbyt szybkiemu opróżnianiu bańki, z początku kran górny, a następnie dolny. Jeśli sutka dostatecznie została wciągnięta i chora nie uskarża się na ból, zamyka się najpierw kran dolny, a potem dopiero górny. Jeżeli zaś chora uczuwa ból i zbyt silne napięcie, to niezacznie tylko otworzenie kranu dolnego przynosi ulgę.

MOLL zaleca jedynie ten sposób opróżniania bańki, gdyż schorzała i bolesna sutka równomiernie i nadzwyczaj lekko wciągana zostaje do bańki, a wtedy tylko przy znacznie zmniejszonej bolesności wywołać można silniejsze i dłuższe przekrwienie.

Metodę BIER'a MOLL podług opisanego powyżej sposobu stosował w klinice nie tylko przeciw zapaleniu sutki, lecz też przeciw zmniejszonej wydzielinie mleka, opierając się na tej zasadzie, że wzmożony przyływ krwi może pobudzić czynność gruczołów mlecznych. Pierwsze próby dały wyniki dodatnie. MOLL postępował w ten sposób, że nakładał bańkę na sutkę 2 lub 3 razy dziennie, za każdym razem w ciągu jednej godziny.

(*Wiener klinische Woch.* 1906. N. 17).

E. Braun.

171. Döderlein. Przyczynek do osiągnięcia bezgnilnych ran operacyjnych.

Długi szereg badań klinicznych i laboratoryjnych upoważnia autora do postawienia następujących wniosków:

1) tylko badania bakteryologiczne są w stanie udowodnić należyte działanie aparatu bezgnilnego;

2) zaleca się każdemu operatorowi, aby od czasu do czasu badał swą aseptykę zapomocą prób na hodowle bakteryologiczne z materiału, otrzymanego z rany podczas operacji;

3) można mówić o osiągnięciu aseptyki dopiero wówczas, gdy próby hodowlane, otrzymane z pola operacyjnego, ujawnią brak zarazków. Takie próby hodowlane stanowią najlepsze świadectwo dla aseptyki operacyjnej;

4) obecny stan postępowania bezgnilnego jest niezadowolający. Wprawdzie posiada on możność przy właściwem zastosowaniu usunięcia wszelkich czynników zakaźnych, przychodzących z zewnątrz, ale nie może usunąć zarazków skórnych, które w końcu stanowią źródło zakażenia wszelkich naszych ran operacyjnych;

5) pomimo wykluczenia skóry rąk operujących i ramion przez użycie rękawiczek bezgnilnych i mankietów gumowych, należy też koniecznie zabezpieczyć się od przenikania zarazków z pola operacyjnego do rany, co można skutecznie przez utworzenie na tem miejscu błonki gumowej [rozczyn *paragummi* w formalin-benzynie i formalin-eterze];

6) przestrzeganie tych prawideł zapewnia aseptykę ran operacyjnych.

(*Deutsch. med. Woch.* 1906. N. 15).

W. Dobrowolski.

172. Droba i Kučera. Wnioski, tyżące się zapobiegania nagminnemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.

1) W badanej przez autorów epidemii tego cierpienia w Galicyi 1905 r. przyczyną choroby był wyłącznie ziarenkowiec nagminnego zapalenia opon, występujący zawsze jako jedna i ta sama odmiana, o cechach podanych przez WEICHELBAUM'a.

2) Gatunek ten sam, bez domieszek innych mikrobów, spostrzegano w płynie mózgowo-rdzeniowym w 62 na 64 zbadanych przypadków, co czyni 96,8% dodatnich wyników. Reszta, t. j. dwie próbki płynu mózgowo-rdzeniowego, była jałowa.

3) Na zasadzie wyników badania płynów mózgowo-rdzeniowych, uwzględniającego ich makroskopowe wejrzenie, ich obrazy cytologiczne wraz ze stosunkiem ilościowym i lepszym lub gorszym utrzymaniem kształtów swojego zarazka, dadzą się badane przypadki zestawić w 3 grupy: pierwsza grupa przypadków, przebiegających piorunująco, odznacza się płynem stosunkowo mało mętnym, znacznieszą odsetką nabłonków, małą liczbą mikrobów i bardzo niską odsetką ciałek ropnych, zajętych przez mikroby; druga grupa przypadków ostrych [2 dni do mniej więcej 2 tygodni] odznacza się płynem wyraźnie mętnym lub ropnym, wysoką odsetką ciałek wielojądrazstych, niską odsetką limfocytów, znaczną liczbą mikrobów wśród - i zewnątrzkomórkowych, z 2 — 51% leukocytów, zajętych przez mikroby; grupa trzecia przypadków przewlekłych lub przedstawiających jedynie zmiany następowe po przebytej chorobie, odznacza się płynem lekko mętnym, opalizującym lub zupełnie jasnym [jedynie w ostatnim przypadku], niższą odsetką ciałek wielojądrazstych, znaczną liczbą limfocytów i małą liczbą ciałek ropnych, zajętych przez mikroby [5—1/4%].

Obok tych grup, niezależnie od czasu trwania choroby, zarysowuje się lekko obraz mikroskopowy płynu mózgowo-rdzeniowego przypadków lekkich i poronnych, którego głównym rysem jest nader mała odsetka zajętych leukocytów i zwyrodniałe kształty mikrobów. Szczegół ten nie da się wyzyskać bezwzględnie dla rokowania, gdyż spotykano obrazy podobne w przypadku, który się zakończył niepomyślnie.

4) Z makroskopowego wejrzenia płynu mózgowo-rdzeniowego nie można wnosić o nasileniu i dalszym przebiegu choroby, podobnie jak nie można wysnuwać podobnych wniosków na podstawie większej lub mniejszej liczby znalezionych mikrobów, zwłaszcza, gdy one są dobrze utrzymywane.

5) Między okresem choroby z jednej, a liczbą mikrobów i odsetką zajętych przez nie leukocytów z drugiej strony, ścisłego związku nie stwierdzono.

6) Ziarenkowiec nagminnego zapalenia opon utrzymuje się w płynie mózgowo rdzeniowym od 2—3-ch miesięcy.

7) Poza płynem mózgowo-rdzeniowym stwierdzono obecność swojego zarazka tylko w wydzielinie nosa osób chorych, osób zdrowych z otoczenia chorego i osób zdrowych, przybyłych z ognisk epidemicznych. Źródłem zakażenia, wchodzącym w rachubę, jest więc według naszych badań wydzieliną nosa osób chorych i osób zdrowych z ich otoczenia lub też osób przybyłych z ognisk epidemicznych.

8) Swoisty zarazek utrzymuje się przy życiu na błonie śluzowej nosa chorych przez 2—6 u dni od chwili zachorowania, u osób zdrowych przez 2—8-u dni, licząc od chwili wybuchu choroby w rodzinie, od 20 — 79-u dni, licząc od chwili, w której istniała widoczna sposobność zakażenia.

9) Opony mózgowo-rdzeniowe stanowią nie tylko swoiste miejsce działania, ale przedstawiać muszą wraz z płynem mózgowo-rdzeniowym najlepsze warunki, jakie mikrob ten w ustroju ludzkim znajduje, skoro tu najdłużej przy życiu się utrzymuje [do trzech miesięcy].

10) Swoisty zarazek dostaje się z nosa przez błonę śluzową, pokrytą nabłonkiem wielowarstwowym wałeczkowatym, drogą naczyń limfatycznych nosa wprost do opon mózgowych. Błona śluzowa nosa jest, jeżeli nie jedyną, to w każdym razie jedną z najważniejszych bram zakażenia.

11) W odporności ustroju na nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych odgrywa rolę—obok odporności ogólnej—odporność miejscowa, odnosząca się do bramy zakażenia, a więc do zachowania się tkanek, w szczególności błony śluzowej jamy nosowej.

12) Obok ziarenkowca nagminnego zapalenia opon znajdowano w badanym materiale następujące gatunki ziarenkowca, odbarwiające się sposobem

GRAM'a i mogące, ze względu na postaciowe podobieństwo, jeżeli się bada tylko zapomocą preparatów mikroskopowych, być przyczyną pomyłek: 1) *Micrococcus meningitidis spurius*, 2) *Micrococcus catarrhalis* i 3) *Micrococcus vulgaris*.

13) Metody badania, używane przez nas, zdolne były wykryć przez hodowlę swoiste zarazki w wydzielinie nosa, gdy one znajdowały się w liczbie siedmiu komórek w $\frac{1}{10}$ ctm³ wydzieliny.

14) Swoisty zarazek nie żyje stale na błonie śluzowej nosa ludzi, skoro go nie znaleziono ani w wydzielinie nosa osób zdrowych, w okolicach, niedotkniętych wcale epidemią, ani w wydzielinie nosa osób zdrowych we wsi, gdzie epidemia od dłuższego czasu wygasa.

15) Swoisty zarazek utrzymuje swój gatunek przez wyszukiwanie sobie nowych gospodarzy, jakimi są nie tylko sporadycznie chorzy, ale także osoby z otoczenia chorego, nim zakażone, ale jeszcze nie zarażone [nie chore].

16) W Galicyi daje się wykazać ciągłość przypadków sporadycznych tej choroby, poczynszy od roku 1867 do tej pory i to głównie w tych okolicach, które były w roku 1905 siedliskiem głównych ognisk epidemicznych.

17) Szereg spostrzeżeń, zebranych w czterech badanych powiatach, a także w innych powiatach Galicyi, z których niektóre przez dodatni wynik badania bakteriologicznego zyskały znaczenie pierwszorzędnych dowodów, stwierdza, że choroba ta przenosi się na osobniki zdrowe nie tyle za pośrednictwem samych chorych, ile za pośrednictwem zakażonych osób zdrowych z otoczenia chorego.

18) Tymi pośrednikami byli w zeszłorocznej epidemii w Galicyi w wielkiej części robotnicy, wracający z pracy ze Śląska pruskiego, wielkiego ogniska epidemicznego w tym roku.

19) Ruch tychże robotników z ognisk endemicznych w Galicyi na Śląsk pruski przyczynił się prawdopodobnie naodwrot przez gęste skupienie ludności fabrycznej, mogącej pochodzić z różnych ognisk endemicznych innych krajów, do wytworzenia się tamże wielkiego ogniska epidemicznego.

20) Ziarenkowiec nagminnego zapalenia opon może żyć na martwych przedmiotach w ciepocie pokojowej w stanie wilgotnym od 2—5-u dni, zależnie od podłoża, w jakim się znajduje; w stanie wyschniętym—nie dłużej nadobę.

21) Z dróg zakażenia, jakie tu wchodzi w grę, wymienić należy przedewszystkiem powietrze, zakażone bądźto kropelkami płwociny i wydzieliny nosa, zawierającymi swoiste ziarenkowce i wytwarzającymi się przy siąkaniu nosa, kaszlu itd, bądź też pyłem wyrzuconej na ziemię i zaschniętej płwociny, zawierającej żywe ziarenkowce nagminnego zapalenia opon mózgowo rdzeniowych, co jest możliwe jedynie w ograniczonym okresie czasu, wynoszącym około 24 godziny po zaschnięciu wyrzuconej na ziemię lub podłogę wydzieliny nosa, lub płwociny z nią zmieszanej. Obok tego za drogi zakażenia uważać należy przedmioty, powalane wydzieliną nosa, zawierającą żywe zarazki, co jest możliwe najdłużej przez 2—5 dni, bo tyle dni żyć one mogą w tej wydzielinie w naturalnych warunkach.

22) Z powikłań nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, stwierdzonych na stole sekcyjnym, podnieść należy zapalenie osierdzia i zapalenie stawu kolanowego, które odnieść należy do działania swoistego zarazka, a obok tego gruźlicę prosówkową i zapalenie płuc zrazikowe.

23) Zwierzęta, używane do doświadczeń (jak psy, koty, króliki, świnki morskie, małpa *macacus*), okazały się odpornymi na działanie ziarenkowca nagminnego zapalenia opon, mimo iż używano przeważnie zwierząt bardzo młodych i mimo wyboru różnych miejsc zakażenia.

24) Sposób leczenia tej choroby zapomocą okresowego nakłucia lędźwiowego ma znaczenie leczenia objawowego.

Z badań powyższych wylaniają się same przez się, wnioski, tyżące się sposobu zapobiegania szerzeniu się tej choroby, które w krótkości przedstawiamy.

Pierwszem i bardzo ważnem zadaniem powinno być staranie o wytepienie ognisk endemicznych tej choroby i dlatego potrzebnym jest nakaz dokładnych wykazów przypadków tej choroby nie tylko w czasie panującej epidemii, ale także przypadków odosobnionych [sporadycznych].

Sposób postępowania tak wobec przypadków odosobnionych, jakoteż podczas epidemii powinien być ten sam, a da on się ująć w następujące punkta:

1) Ponieważ źródłem ognisk epidemicznych mogą być tak sami chorzy, jak i osoby zdrowe z ich otoczenia, ale tylko o tyle, o ile ich wydzielina nosa zawiera swoisty zarazek, przeto główna czynność skierowana być musi do uczynienia nieszkodliwym źródła zakażenia.

Możnaby myśleć o odkażeniu nosa. Że jednak postępowanie to nie jest pewnem, a w dodatku, naszym zdaniem, i nieobojętnem ze względu na drażnienie błony śluzowej nosa, które może pociągnąć za sobą zmniejszenie miejscowej odporności, otwarcie bramy zakażenia i, co za tem idzie, przyspieszyć wybuch choroby u osób zakażonych, ale jeszcze zdrowych, przeto za jedyne i właściwe postępowanie uważać trzeba odkażanie wydzieliny nosa i płwociny po ich wydaleniu do sopluczek, czyteż do chustek do nosa, które powinny być również zaraz wrzucane do naczyń ze środkami przeciwnilnymi, albo wygotowane w wodzie czystej lub z dodatkiem sody. Tak samo postępować należy z innymi przedmiotami, świeżo wydzieloną tą powalany, czyniąc w ten sposób nieszkodliwemi drogi zakażenia. Ponieważ do dróg zakażenia w pierwszym rzędzie zaliczyć należy ręce, które stykały się nie tylko z wydzieliną osób chorych, ale i z wydzieliną nosa osób zdrowych, zawierającą zarazki swoiste, przeto ręce należy myć i odkażać po każdej czynności, która do zakażenia ich dawała sposobność. Z tych samych względów powinno być zakazane całowanie się nie tylko z chorymi, ale także z osobami, pochodzącymi z rodzin zakażonych [i z osobami pochodzącymi z ognisk epidemicznych].

2) Powinno się żądać odosobnienia chorych.

3) Ponieważ nie tyle chorzy sami, ile raczej osoby z ich otoczenia i osoby z ognisk epidemicznych są pośrednikami w przenoszeniu choroby, — przeto wychodząc z teoretycznego punktu widzenia, powinno się je odosobniać dopóty, dopóki są zakażone, t. zn. dopóki w ich nosie znajduje się swoisty zarazek.

4) Że w praktyce takie odosobnianie [internowanie] osób z otoczenia chorego, a także osób, przybywających z ognisk epidemicznych, jest trudne, przeto zmierzać należy jak najusilniej do pouczenia osób z otoczenia chorych, osób z ognisk epidemicznych i wogóle całego społeczeństwa, gdzie leży właściwie źródło niebezpieczeństwa tej choroby.

5) Ponieważ zarazek w stanie zaschniętym żyje bardzo krótko, dobę, przeto odkażanie mieszkań parami formaliny jest niepotrzebne, a powinno się, co najwyżej, polewać ziemię mlekiem wapiennem, a podłogę myć sodą, mydłem, kwasem karbolowym, gdy na nich znajduje się świeża płwocina lub wydzielina nosa, zwłaszcza pochodząca od osób podejrzanych.

6) Powinno się też pouczyć, zwłaszcza mieszkańców wsi, aby przyjmując u siebie osoby, powracające z ognisk epidemicznych, nie dozwolali im wyrzucać wydzieliny nosa, i płwociny na ziemię lub podłogę, a gdy to nastąpiło, aby te miejsca, natychmiast myto i odkażano.

7) Dodać należy, że, zwłaszcza w czasie panującej epidemii tej choroby, trzeba się strzedz wszystkiego, co może obniżyć odporność miejscową tkanek, będących zwy. lą bramą zakażenia, czyli, innymi słowy, unikać wszystkiego, co może wywołać zaburzenie błony śluzowej nosa i wogóle błony śluzowej dróg oddechowych.

(*Rocznik Lekarski. 1906. T. I. Z. I.*)

173. Spiess. O znaczeniu znieczulania w leczeniu stanów zapalnych.

Podczas leczenia rozmaitych cierpień górnych dróg oddechowych autor niejednokrotnie spostrzegał, iż różnego rodzaju stany zapalne przebiegają daleko łagodniej i szybciej zostają uleczone pod wpływem miejscowego stosowania środków znieczulających; twierdzi on nawet, iż zmniejszając, o ile możliwości, zapomocą miejscowego znieczulenia spotykane przy powyższych cierpieniach bóle, można zapobiedz występowaniu objawów zapalnych.

Jednym z najlepszych środków znieczulających w leczeniu górnych dróg oddechowych, zdaniem Spiess'a, jest ortoform zarówno ze względu na własności znieczulające, jak i na brak trującego działania. Obok ortoformu autor stosuje również nirwaninę, anestezyne, subkutynę i nowokainę; tę ostatnią zwłaszcza tam, gdzie chodzi o stosowanie podskórne lub podśluzowe.

Pierwsze spostrzeżenia autora dotyczą zabiegów operacyjnych na migdałach. Przekonał się on mianowicie, iż przebieg pooperacyjny po wycięciu migdałów jest daleko łagodniejszy wówczas, gdy obok znieczulenia przed zabiegiem rana po wykonaniu zabiegu zostanie obficie zasypiana ortoformem, lub wypenzlowana roztworem nowokainy. W przebiegu pooperacyjnym nie występują wówczas żadne znaczniejsze objawy zapalne. Rana pokrywa się cienkim szarej barwy wysiękiem, jednakże ani jej brzegi, ani najbliższe okolice nie wykazują silniejszego zaczerwienienia, ani obrzęku. Nieprzyjemne objawy podmiotowe [bóle, zwłaszcza przy połykaniu] są bardzo nieznaczne. Ogólny stan chorego również nie pozostawia nic do życzenia.

Zupełnie analogiczne [ze względu na łagodny przebieg pooperacyjny] spostrzeżenia Spiess poczynił również przy zabiegach operacyjnych na szyi, języku, policzkach, błonie śluzowej warg i krtani; we wszystkich przypadkach, w których autor stosował po zabiegu operacyjnym metodę znieczulającą, zauważyć się dał wybitnie dodatni wpływ tej metody: objawy zapalne nie występowały wcale lub w bardzo nieznacznym stopniu; ustępowały bóle, stan ogólny był zupełnie dobry.

Jak objaśnić takie działanie znieczulenia?

Czy odgrywa tu rolę działanie przeciwnie, czy też być może usunięcie podrażnienia nerwów czuciowych? Spiess główne znaczenie przypisuje wyjącznie temu ostatniemu czynnikowi.

Wzajemna zależność pomiędzy bólem z jednej strony a występowaniem zapalenia ze wszystkimi właściwymi mu objawami — z drugiej, zlaniam autora, najlepiej uwydatnia się na przykładzie całego szeregu chorych na wilka (*lupus*), leczonych zapomocą przyżegania gorącym powietrzem. Przyżeganie takie z powodu swej bolesności zwykle robi się podczas snienia. Działanie gorącego powietrza powinno sięgać tak głęboko, aby zupełnie spalić zakończenia nerwów czuciowych i uczynić je niezdolnymi do przewodnictwa wszelkich drażniących bodźców zewnętrznych. Chorzy w większości przypadków po przebudzeniu się nie uskarżają się wcale na ból. Niekiedy jednakże po kilku dniach występują bóle: wówczas można rozpoznać miejsca bolesne po wyraźnym zaczerwienieniu. Oczywiście jest to zapalenie ze wszystkimi właściwymi mu objawami, zajmujące jednakże niewielką ograniczoną przestrzeń. To występowanie objawów zapalnych w niektórych tylko przypadkach i na

ściśle ograniczonej przestrzeni, zdaniem SPIESS'a, da się objaśnić tylko przypuszczeniem, iż w pewnych miejscach działanie gorącego powietrza nie sięgało dostatecznie głęboko, ażeby zniszczyć przewodnictwo nerwów.

Na zasadzie swych spostrzeżeń SPIESS sądzi, iż, przerywając zapomocą miejscowego znieczulania łańcuch odruchowy, przebiegający po dośrodkowych nerwach czuciowych, można zapobiedz dalszemu rozwojowi objawów zapalnych. Co więcej, znieczulając ogniska już rozwiniętego zapalenia, powodujemy szybkie ustąpienie tegoż.

(Münch. med. Woch. 1906. Nr 8).

W. Breszel.

174. Hartenberg. Migrena artrytyków.

Uważając migrenę nie za samodzielny obraz chorobny, lecz jedynie za zbiór objawów [syndrom], zależny raz od tej, drugi raz od innej przyczyny ogólnej, autor opisuje typ migreny, powstającej na tle dny lub gościca.

Jak gdzieindziej, tak i tu po klasycznym napadzie migreny następuje mniej lub więcej długotrwały okres spokoju, który, zdaniem autora, jest tylko pozornym spokojem, przynajmniej u bardzo wielu, których to cierpienie niewiedza, a mianowicie: istnieje często stała przeczulica, wskutek której staje się nieznośnem wszelkie światło jaśniejsze, wszelki dźwięk, ruch; męczy wszelkie położenie ciała, wiatr, ciepło, chłód, stosunek płciowy, prąd faryadyczny. Poza tem większość chorych w okresach wolnych od napadu ujawnia pewien niernormalny stan umysłowy, polegający na skłonności do smutku, myśli czarnych, pesymistycznym tłómaczeniu wydarzeń, niesłychanej drażliwości, jednym słowem — charakterem swym przypominają epileptyków, do czego dołącza się wstręt do jakiejkolwiek pracy fizycznej lub umysłowej.

Podczas samego napadu migreny łatwo możemy stwierdzić, zgodnie z teorią DUBOIS-REYMOND'a, kurcz tętnic na stronie chorej. Otóż, wszystkie objawy naczyniowo-kurczowe można wywołać doświadczalnie przez podrażnienie nerwu współczulnego w okolicy szyjnej: stąd już łatwo wywnioskować, że omawiana migrena stoi w związku z tym mechanizmem nerwowym. Co zaś się tyczy rodzaju tego podrażnienia i jego genezy, to autor, na podstawie własnych spostrzeżeń, przypisuje je u artrytyków gościcowemu nacieczeniu tkanek, a głównie mięśni szyjnych — okazuje się bowiem, iż wszystkie one lub część ich tylko jest obrzęknięta i bolesna na ucisk. Bolesność istnieje bądź na wysokości przyczepów ścięgowych — linia potylicowa, wyrostki kręgow, wyrostek sutkowy, łopatka, obojczyk, — bądź w samej masie mięśni. Jeżeli zapalenie mięśni jest w okresie podostrym, obrzęk pęczków mięśniowych jest elastyczny; jeżeli zaś toż zapalenie jest przewlekłe i istnieje już od dawna, wówczas czuje się pod palcami twarde, wklinowane w masę mięśni, guziki. Zresztą, w różnych mięśniach szyjnych jednego osobnika, a nawet w jednym i tym samym mięśniu [np. w m. mostko-obojczyko-sutkowym] można jednocześnie stwierdzić stare stwardniałe jądra i świeże zbrzęknięcia, ponieważ zapalenie mięśni rozwija się napadami stopniowymi, pod różnymi wpływami, jak zmęczenie, szarpanie mięśni (*tiraillement*), wilgoć atmosferyczna, miejscowe oziębienie i t. d.

Obok ognisk zapalnych, często można wyczuć na karku obecność przerosłych twardych zwojów, które przesuwają się pod palcami.

Nakoniec, można stwierdzić nacieczenie i zgrubienie skóry. Dalej, autor zastanawia się nad pytaniem, w jaki sposób działa gościce szyjny, aby wywołać podrażnienie nerwu współczulnego, co stanowi *agent provocateur* kurczu naczyń: drogą odruchu, czy też przez podrażnienie okolicy sąsiedniej? Odpowiedzi na to pytanie autor nie daje, stwierdzając jedynie, że zawsze górny

zwój szyjny [a niekiedy nawet środkowy i dolny] jest przerosły i bolesny na ucisk.

Otóż, być może, tam właśnie tkwi źródło pobudzenia naczyniowo-kurczowego, *ergo*—migrena artrytyków stanowi nerwicę odruchową, zbliżoną do pewnych postaci padaczki odruchowej. Na korzyść tego poglądu autor przytacza cały szereg objawów gośćcowych umiejscowionych w mięśniach szyi.

Ponieważ prąd stały ułatwia pewnym ciałom, umieszczonym na elektrodach, przenikanie poprzez skórę, przeto autor do leczenia migreny artrytyków stosuje naokoło szyi elektrodę ujemną, nasyconą 20% roztworem salicylanu sodu, gdy dodatnia spoczywa na brzuchu, plecach lub łądźwiach. Siła prądu waha się w granicach 15 — 50 milliamperów, zależnie od obszaru zajętej powierzchni, posiedzenie trwa $\frac{1}{2}$ godziny. Wskutek dwojakiego działania prądu galwanicznego (1) wzmacnia odżywianie i 2) wprowadza lek swoisty] gościec szyjny szybko ustępuje. Po 20-u posiedzeniach nie było znaku po świeżych obrzękach: można było bezkarnie gnieść pod palcami mięśnie, niegdyś tak bolesne. Stare stwardnienia wymagają dłuższego czasu, lecz w końcu giną na równi ze zwzjami i naciekiem skóry. Dodatkowo wyniki leczenia ujawniają się stopniowo: od pierwszego miesiąca [po rozpoczęciu leczenia] napad migreny staje się mniej dokuczliwym; następnie, powoli przerwy stają coraz dłuższe, a napady coraz słabsze, aż znikną zupełnie. Wobec jednak tego, że gościec szyjny i zapalenie mięśni posiadają skłonność do nawrotu, koniecznym jest dla trwałego wyleczenia powtórzenie od czasu do czasu kilku posiedzeń galwanizacji.

W ciągu 2-u lat autor zebrał pewną liczbę przypadków, leczonych tą metodą, i czuje się uprawnionym do zalecania jej w tych razach.

(*La Presse médicale*. Nr. 5, 1906).

W. Dobrowolski.

175. Neumann. O znieczuleniu miejscowym w chirurgii uszu.

Autor opisuje metodę znieczulania miejscowego, stosowaną na klinice chorób usznych prof. POLITZER'a w Wiedniu. Aby osiągnąć znieczulenie zupełne, wkłwa się igłę strzykawki aż pod okostną w górną ścianę części chrząstkowej przewodu słuchowego, w odległości 0,5 — 1 ctm. sz. od początku części kostnej. Odnalezienie miejsca dla ukłucia jest ułatwione przez to, że przy podnoszeniu i opuszczaniu muszli usznej ruchoma, chrząstkowo-błoniasta część wyraźnie się odcina od nieruchomej, kostnej zapomocą pewnego rodzaju fałdy, odpowiadającej granicy pomiędzy obu pomienionymi częściami. Następną cechą, stanowiącą o granicy pomiędzy obu odcinkami przewodu usznego, jest matowy połysk części chrząstkowej w przeciwstawieniu do błyszczącej powierzchni części kostnej. Igłę wkłwa się skośnie ku górze aż do górnej kostnej ściany przewodu usznego i zastrzykuje się pod umiarkowanym ciśnieniem płynu znieczulającego, ogrzany do 45° C.

Dane anatomiczne i doświadczenie obalają, zdaniem autora, przypuszczenie EICKENS'a, iż zupełne znieczulenie błony bębenkowej jest niemożliwe, ponieważ jakoby powierzchnia, unerwiona przez splot szyjno-bębenkowy (*plexus caroticotympanicus*), nie podlega działaniu zastrzykniętego płynu.

Przy operacjach na wyrostku sutkowym wkłwa się igłę prostopadle do powierzchni wyrostka aż do kości i pod nieznanym ciśnieniem 3-ch — 4 ch ctm. sz. wstrzykuje się płyn, ogrzany do 50° C. Takie znieczulenie posiada tę wyższość nad metodą infiltacyjną SCHLEICH'a, że po ukończeniu zastrzykiwania operację można doprowadzić do końca bez przerwy, t. j. bez konieczności powtarzania znieczulenia.

Przy całkowitem wydlótowywaniu środkowego ucha należy połączyć obie przytoczone metody znieczulania. W żadnym przypadku autor nie spostrzegł jakichkolwiek niepożądanych objawów następnych.

Jakkolwiek na klinice próbowano wszelkiego rodzaju środków znieczulających [nowokaina, tropakokaina, stowaina, alipina i t. d.], dotychczas jednak najpewniejszym okazała się adrenalina w połączeniu z kokainą.

(*Deutsche med. Woch. 1906. N. 15*).

W. Dobrowolski.

176. Lévai. W sprawie etyologii dziurawiącego wrzodu stopy.

Z ogólnej liczby 14-u przypadków tego cierpienia autor w 12-u miał możliwość stwierdzenia obecności bądź ogólnej miażdżycy tętnic, bądź też ograniczonej miażdżycy tętnic stopy, a to na podstawie badania klinicznego, a nawet w jednym z nich—histologicznie. W żadnym zaś przypadku nie było jakichkolwiek danych po temu, aby powstanie wrzodu mógł autor przypisywać jakim—bądź innym czynnikom, np. neuropatii. *Mal perforant du pied*, jego zdaniem, zajmuje miejsce pośrednie między odleżyną a zgorzelą starczą oraz podobnemi do tej ostatniej postaciami zgorzeli. W pierwszym przypadku sprawa zależy od następstw zamknięcia naczyń włosowatych, w ostatnich [zgorzeli]—od rozległej zgorzeli wskutek jednoczesnego zamknięcia licznych, i, co najważniejsza, większych naczyń, zaś przy *mal perforant*—od ograniczonej martwicy wskutek zamknięcia pojedynczych mniejszych tętnic.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir. T. 81, Z. 5 — 6*).

W. D.

177. Liebl. O miejscowym znieczuleniu zapomocą nowokainy z dodatkiem suprareniny.

Autor zaleca mieszaninę nowokainy z suprareniną do wstrzykiwań wewnątrztkankowych. Nowokaina — jest to biały proszek krystaliczny, łatwo rozpuszczający się w wodzie; roztwór nowokainy nie ulega rozkładowi pod wpływem wysokiej ciepłoty. Znaczenie suprareniny, jako dodatku do środków miejscowo znieczulających, prawdopodobnie polega na tem, iż wskutek miejscowego skurczu naczyń wchłanianie środka znieczulającego następuje powolniej, a przez to samo okres znieczulenia trwa dłużej. Co się tyczy dawkowania, najlepiej stosować jeden z czterech stopni roztworów, podanych przez BRAUN'a.

Roztwór № 1— $\frac{1}{4}\%$ -owy roztwór nowokainy z dodatkiem 5-u kropeł suprareniny (1 : 1000) na 200 ctm. sz. roztworu 0,9% NaCl.

„ № 2— $\frac{1}{2}\%$ -owy roztwór nowokainy z dodatkiem 5 u kropeł suprareniny na 50 ctm. sz. roztworu 0,9% NaCl.

„ № 3—1%-owy roztwór nowokainy z dodatkiem 5-u—10-u kropeł suprareniny na 10 ctm. sz. roztworu 0,9% NaCl.

„ № 4—2%-owy roztwór nowokainy z dodatkiem 5 u kropeł suprareniny na 5 ctm. sz. roztworu 0,9% NaCl.

Spostrzeżenia LIEBL'a obejmują przeszło 200 przypadków, w których ani razu nie zauważył szkodliwego działania.

(*Münch. med. Woch. 1906. N. 5*).

W. Breszel.

178. H. Lohrisch. Nowa metoda leczenia przewlekłego wrodzonego zaparcia stolca.

Według badań, przeprowadzonych przez SCHMIDT'a, w wielu przypadkach przewlekłego wrodzonego zaparcia stolca odbywa się nadzwyczaj dobre wchłanianie części składowych pożywienia, o wiele lepsze niż u ludzi z normalną

czynnością kiszek i przez to wytwarza się bardzo mało twardego kału z jednoczesnym zmniejszeniem się liczby bakterii i spraw rozkładowych w kiszkiach. Jak następstwo takiego stanu występuje upośledzona czynność ruchowa grubych kiszek. Zadaniem zatem terapii winno być wynalezienie środka, któryby wpłynął na zwiększenie objętości oraz rozmiękczenie kału. Tym dwóm zadaniom odpowiada, według SCHMIDT'a, agar-agar (*Gelatina japonica*); zastosowany *per os*, agar-agar przechodzi przez kanał pokarmowy nie tylko niezmięiony, lecz jednocześnie wpływa jeszcze ujemnie na trawienie i wysysanie się części składowych pożywienia wogóle, a przede wszystkim zawierających drzewnik [cellulozę]. Działanie agar-agaru jest tutaj li tylko mechaniczne i w większości przypadków wystarczające do sprowadzenia regularnych wypróżnień. W ciężkich zaś przypadkach przewlekłego zaparcia stolca, gdy mamy przeważnie do czynienia z mało wrażliwą błoną śluzową kiszki, autor, idąc za wskazówkami SCHMIDT'a, radzi dodawać do agaru niewielką ilość [25%] wodnego wyciągu kaskary. W takiej niewielkiej ilości kaskara nie działa przeczyszczająco, a tylko zlekka drażniąc na kiszki. Próby z kaskaraagarem w pełni ziściły nadzieje. Środek ten, według LOHRISCH'a, znakomicie działa zarówno w lekich, jak w ciężkich, atonicznych i spastycznych postaciach cierpienia. Nie ma on prawie wcale smaku i jest przez chorych chętnie przyjmowany. Podaje się go w powidłach lub kartoflane, albo też z wodą. Dawka wynosi łyżeczkę od herbaty do 2-eh łyżek [= 1,5 — 8,0]. Ponieważ kaskaraagar nie jest właściwie środkiem przeczyszczającym, można go więc podawać codziennie przez czas długi.

Próbowano też agar zastąpić inną substancją, któraby również wpływała na zwiększenie objętości oraz rozmiękczenie kału. Najwięcej zwolenników poza agarem zyskała parafina (*Paraffinum liquidum*). Parafina, przyjęta nawet w większych dawkach [30,0], nie jest szkodliwą. Działanie jej w przewodzie kiszkowym jest takie samo, jak i agaru. Dlatego też SCHMIDT dodaje do parafiny niewielkie ilości wyciągu kaskary [10%]. Wogóle kaskaraparafina działa cokolwiek słabiej niż kaskaraagar i należy ją dawać w większych dawkach [20,0 — 25,0]. Oba środki są już w handlu: kaskaraagar pod nazwą reguliny, kaskaraparafina pod nazwą parareguliny.

(*Medizin. Klinik. 1906. Nr 11*).

T. Wretowski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

36. Pyocyanaza, jako środek leczniczy w nagminnej grypie u niemowląt oraz w nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych

Wszelkie dotychczasowe próby, mające na celu zniszczenie chorobotwórczych drobnoustrojów we krwi lub tkankach, w drogach oddechowych lub w kiszkiach nie dały pożądaných wyników, stosowane bowiem związki chemiczne w celu dezynfekcji organizmu niszczyły nie tylko drobnoustroje, lecz i same tkanki. Szło więc o to, aby, opierając się na najnowszych zdobyczach nauko-

wych, wynaleźć takie środki, któreby przy silnej zdolności bakterycydy nie wywierały jednocześnie szkodliwego wpływu na organizm. EMMERICH i LÖW zwrócili pierwsi uwagę na bakterycydy, otrzymane drogą autolizy z drobnoustrojów, nazywając je proteolitycznymi czynnikami, nukleazami. Substancje te mają własność rozpuszczania zarodki [protoplazmy] tych właśnie bakterii, przez które same powstały. Są jednak nukleazy, jak np. proteolityczny czynnik *bac. pyocyaneus*, które mogą rozpuszczać rozmaite drobnoustroje.

EMMERICH zbadał na szeregu drobnoustrojów chorobotwórczych bakterycydy działanie pyocyany oraz stwierdził zupełny brak jadowitości tej substancji. Ostatnio CONRADI i KURPJUWEIT przypisali tej substancji ważną rolę, jaką ona odgrywa przy niszczeniu samostannych bakterii w zawartości kiszki.

Na zasadzie wyżej przytoczonych danych ESCHERICH (*Wiener klin. Woch.* 1906. Nr. 25) zdecydował się wypróbować klinicznie pyocyanazę i w tym celu wybrał 2 cierpienia, dla których nie posiadamy swoistego leku: grypę i nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Dzieciom w przebiegu grypy, panującej nagminnie w szpitalu, wkraplał do nosa po 5 kropel pyocyany i otrzymał szybsze wyzdrowienie i zupełne ustanie epidemii. Mikrokokki PFEIFFER'a znikły zupełnie z zawartości nosowej. Badania bakteriologiczne, przeprowadzone przez autora nad wpływem pyocyany na czyste hodowle ziarników, wykazały przytem, że pyocyanaza najsilniej działa na *micrococcus catarrhalis* i *meningococcus*, hamując ich rozwój, a nawet je zabijając, gdy tymczasem dwoinki zapalenia płuc, paciorkowce i gronkowce silniej opierają się jej działaniu.

Dodatnie wyniki lecznicze, otrzymane w przebiegu grypy, zachęciły autora do zastosowania tego środka w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Aby ograniczyć, ewentualnie zupełnie powstrzymać rozwój meningokoków, w celach leczniczych i zapobiegawczych wkraplał chorým pyocyanazę do nosa oraz robił intraduralne zastrzyknięcia pyocyany w ilości 3 — 5 ctm. sz. na jedną dawkę. Zastrzyknięcia takie chorzy z małymi wyjątkami znosili zupełnie dobrze. W większości przypadków po tym zabiegu następował spadek ciepłoty i zmniejszenie się objawów nerwowych, w niektórych jednak nie można było dopatrzeć się jakiegokolwiek poprawy i nieraz nawet pomimo wczesnego i energicznego leczenia następowało zejście śmiertelne.

Badania bakteriologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, branego po zastrzyknięciu pyocyany w rozmaitych okresach czasu, wykazały w większości przypadków wydatne zmniejszenie się liczby meningokoków, w niektórych nawet zupełny ich brak. Jeszcze więcej zachęcające wyniki otrzymał ESCHERICH przy odkazaniu jam gardzieliowych, gdyż po jednorazowym ich przemyciu 5 u do 20-u kroplami nierozcieńczonej pyocyany u dzieci, a 1 do 2-ch ctm. sz. u dorosłych, posiewy zawartości nosowo-gardzieliowej otrzymywał pod względem zawartości meningokoków jałowe.

Reasumując otrzymane wyniki badań, autor zachęca do dalszych prób leczenia pyocyanazą, oraz do stosowania jej w celach zapobiegawczych w postaci przemywań nosowo-gardzieliowych w nagminnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Cena pyocyany nie jest wysoka. Wyrabia ją drezdeńska pracownia bakteriologiczna LINGNER'a.

T. Wretowski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 6-go marca r. b.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

RZĘTKOWSKI mniema, że chcąc leczyć gruźlicę, należy postępować tą drogą, jaką postępuje natura, która z tkanki łącznej wokoło ognisk tworzy zapory dla dalszego rozszerzania się sprawy. Tuberkulina KOCH'a [stara] właśnie pobudza tkankę łączną do bujania wokoło ognisk *tbc.* i przez to sprowadza zmiany zupełnie analogiczne do zmian samoistnego leczenia się — gojenia gruźlicy. Surowice dotychczasowe tego nie powodują. Surowice antytoksyczne w gruźlicy mogą mieć bardzo niewielkie znaczenie, toksemia bowiem gruźlicza często bywa nieznaczna [np. *lupus*, gruźlica kości, niektóre przypadki gruźlicy płuc]. Surowica antytoksyczna mogłaby mieć znaczenie w tych przypadkach *tbc.* gdzie toksemia jest nader wybitnie zaznaczona i dominuje w obrazie chorobowym (*tuberculosis miliaris, meningitis tbc.*). A w tym kierunku nie pomyślnego dotychczas nie zrobiono. Jądro niebezpieczeństwa gruźlicy zdaje się tkwić przeważnie w miejscowym działaniu protein bakteryjnych lasecznika KOCH'a.

POLANSKI w odpowiedzi RZĘTKOWSKIEMU zaznacza, że nawet w gruźlicy t. zw. chirurgicznej, gdy sprawa zdaje się mieć charakter miejscowy, gdy może nawet nie być objawów t. zw. toksemii, chorzy mają tak charakterystyczny wygląd i zazwyczaj noszą na sobie więcej lub mniej fizycznych cech zwyrodnienia osobników usposobionych do gruźlicy, że to nam jaskrawo wskazuje, iż w danych przypadkach leczenie miejscowe nie może być wystarczające. Na pierwszym planie należy postawić leczenie stanu ogólnego i dlatego surowica swoista może mieć zastosowanie w najszerszym zakresie i w postaciach gruźlicy „chirurgicznej”.

BIROWI odpowiada KARWACKI, że dodatni wpływ surowicy przeciwpałkowcowej w jego przypadku jako dowód, że chodziło tu o gruźlicę, jest zupełnie nieprzekonywający. Można by przypuszczać raczej, że było to zakażenie pałkowcowe.

RZĘTKOWSKIEMU robi uwagę, że ujemną stronę surowic przeciwgruźliczych stanowią ich cechy bakteryolityczne, co zwięża ich wskazanie, gdyż przyspieszają one tempo zatrucia. Surowicy antytoksycznej przeciwgruźliczej dotąd nie posiadamy, zarówno jak wielu innych surowic przeciwparazyticznych. Jak dotąd, dylematu leczenia swoistego zapomocą surowic bakteriologia poza błonicą i tężcem nie rozwiązała.

ZURAKOWSKI A., zważywszy na przemówienia poprzedników, wąpiących w możność lub pożytek leczenia gruźlicy surowicą swoistą, przytacza stare doświadczenie KOCH'a, nieznane może ogółowi, lecz znane bakteriologom. Jeśli świnkom zakażonym gruźlicą, u których zakażenie już się uogólniło, zastrzyknąć gruźlicę na nowo, np. pod skórę, wówczas w miejscu nowego zakażenia powstaje ogromne owrzodzenie, gojące się bardzo powoli, czego nigdy nie bywa u świnek świeżych, gdzie owrzodzenie jest małe i goi się szybko. Natomiast w pierwszym przypadku gruczolę chłonne okoliczne nie ulegają zajęciu, gdy w drugim szybko ulegają obrzękowi. Z doświadczenia tego wynika najoczy-

wiściej, że o prawdziwej toksynie gruźliczej, jak np. toksyna błonicza, lub tęzczowa, nie może być żadnej mowy, trudno bowiem sobie wyobrazić, by u zwierzęcia, u którego zakażenie stało się ogólnem, nie wytworzyły się choć drobne ilości antytoksyny, znoszące działanie jadu nowo wprowadzonych laseczek. Dzieje się właśnie przeciwnie: zjawia się u świnki nie antytoksyna, a związek bakteryobójczy; laseczki zostają zabite, to też nie dostają się do gruczołów, ale uwolniony jad wywiera tem łacniej swe niszczące działanie. To też Ż. jest przekonany, że się nigdy nie uda wytworzyć gruźliczej surowicy antytoksycznej.

DOBRYCKI powiada, że w przemówieniu prelegenta trudno nie zauważyć, że wyniki badań nad działaniem wymienionych surowic są bardzo niezgodne. Ta niezgodność w otrzymanych wynikach, jaka się tak dobitnie ujawniła, odejmuje doświadczeniom, dokonywanym nad działaniem surowic przeciwgruźliczych, cechę naukowego eksperymentu. Jeżeli bowiem dwa lub więcej eksperymentów dokonywa się w jednych i tychże samych warunkach, to i wyniki doświadczeń powinny być jednakowe, a przynajmniej nie być ze sobą w sprzeczności. Przypuścić zatem należy, że badacze dokonywali swych poszukiwań w warunkach różnych i albo operowali z surowicami nie ściśle jednakowemi, albo też używali do swych badań materiału obserwacyjnego znaczne różnice przedstawiającego, albo też technika była wadliwa; stąd wniosek, że spostrzeżenia, o których mowa, do porównawczych wywodów się nie nadają, i wogóle z punktu naukowego mogą być zakwestyonowane. Niezależnie od strony doświadczalnej w danej sprawie, należy też zwrócić uwagę na wielką pochopność ze strony badaczy do uogólniania wniosków i przedstawienia ich w liczbach statystycznych. Przyjętym zostało zwyczajem, że kilka lub kilkanaście spostrzeżeń już się uważa za dostateczne, aby wynik z nich otrzymany uogólnić i w odsetkach przedstawić, co jest z gruntu błędnem, gdyż nie wolno jest wyprowadzać prawa z liczby mniejszej dla większej, lecz odwrotnie. Jeśli zatem mamy liczbę spostrzeżeń daleko mniejszą niż sto, to przeciwnem jest prostej logice obliczanie wyników, sprowadzając liczbę tę do setki i przeciwnem jest elementarnym wymogom statystyki. Nawet liczba 100-u spostrzeżeń nie daje nam stanowczego kryterium do ocenienia częstości danego zjawiska, gdyż w dwóch, trzech lub nawet więcej setkach dane zjawiska w różny mogą się układać sposób, i dopiero liczby wielkie mogą nam dać mniej lub więcej przybliżone pojęcie o istotnej częstości danego zjawiska, t. j. dać nam wynik prawdopodobny.

Ign. L.

Posiedzenie kliniczne d. 20-go marca r. b.

J. BEŁKOWSKI przedstawił przypadek *endoarteriitidis syphilit.* Chory J., lat 33, przybył do szpitala z powodu gwałtownych bólów w lewej stopie, zmniejszających się w pozycji siedzącej z nogą na dół opuszczoną. Dolna część goleni i stopa obrzękła, zaczerwieniona, na dotyk chłodna. Na paluchu brak paznokcia; na 3-ch następnych palcach przy paznokciach oraz na grzbiecie stopy — niewielkie owrzodzenia. Stwierdzono osłabienie czucia (*hypoesthesia et hypalgesia*) na dolnych $\frac{2}{3}$ cz. goleni i stopie oraz brak tętna w tętnicach kończyny dolnej i w tętnicach przedramienia z obu stron; dopiero w tętnicach ramieniowych powyżej przegubu łokciowego wyczuwa się tętno. Przed 10-u laty choremu amputowano prawe udo z powodu stopniowo posuwającej się zgorzeli. W 3 lata potem w lewej nodze wystąpiły objawy podobne do obecnych, tylko bez owrzodzeń i kończyny górne nie były zajęte; stosowano wtedy kurację antysyfilityczną i noga powróciła do stanu normalnego. Chory pochodzi z rodziny zdrowej; *lues et alcoholismus* neguje. Zastosowano energiczną kurację antysyfilityczną.

Obecnie po 26-u wcieraniach tętno w przegubie łokciowym wróciło; wyczuwa się słabe tętno w tętnicach przedramienia. Owrzodzenia nie zagojone, lecz bóle prawie ustąpiły.

ŻURAKOWSKI A. przedstawił preparaty ropy rzeźączkowej, barwione mieszaniną GIEMSY. Gonokoki barwią się niemal czarno, jądra komórek jasnoniebiesko, protoplazma szaro-różowo lub szaro; inne ziarniki barwią się jaśniej od gonokoków, wreszcie laseczki blado-niebiesko. W całym szeregu sposobów barwienia gonokoków jest to sposób co najmniej nie gorszy od innych, do pewnego stopnia różniczkowy.

KARWACKI pokazał preparaty pasorzytów przymiotu i krętka zwykłego (*spirochaete refringens*), barwione według własnej metody. Wydzielinę ropną, zeszkobinę lub zawartość wykwitów jednym oczkiem platynowym przenosi na szereg kropeł, położonych na szkiełko przedmiotowe. Po wysuszeniu, preparat utrwała się na ogniu, traktuje bejcą PEPLER'a przez 10 minut, zmywa wodą i barwi fuksyną karbolową lub gencyanofioletem przez 2 — 5 minut. Formy krętkowe odznaczają się przy tem barwieniu nadzwyczajną wyrazistością.

GURANOWSKI wypowiedział odczyt pod tytułem: „Obecny stan wiedzy o tak zwanej otosklerozie“.

Na podstawie badań mikroskopowych, dokonanych przez POLITZER'a, BEZOLD'a, SIEBENMANN'a, EDWARDA HARTMANN'a i KATZ'a, prelegent wyodrębnił zgodnie z powyższymi autorami otosklerozę, jako samodzielną postać chorobową, której istota polega na wytworzeniu się w kości skalistej, w miejscach odpowiadających pierwotnej chrząstce, mas gąbczastych przeważnie umiejscowionych w okolicy okienka owalnego.

Na zasadzie zmian anatomo-patologicznych i przebiegu klinicznego otoskleroza obecnie nazywamy sprawę chorobową warunkującą postępującą głuchotę, nie wykazującą klinicznie zmian chorobowych na błonie bębenkowej i w jamie bębenkowej przy zupełnie drożnej trąbce EUSTACHIUSZA. Zmiany anatomo-patologiczne, spotykane w otosklerozie, polegają na zrostach kostnych strzemiączka (*ankylosis*) w okienku owalnym i na tak zwanem z w y r o d n i e n i u g ą b c z a s t e m k o ś c i a b ł ę d n i k o w e g o (*Sponliosierung der Labyrinthkapsel* SIEBENMANN'a). W przypadkach świeżych znajdujemy tylko w kośćcu błędnikowym ogniska *ostitidis vasculosae*. Nowo wytworzone naczynia włosowate w pierwotnym ognisku zapalnym wywołują zanik kości i warunkują nienormalne przestrzenie szpikowe [ogniska gąbczaste]. Wessanie kości przede wszystkim wywołują osteoklasty, wypełnienie zaś przestrzeni szpikowych nową tkanką kostną—osteoblasty.

Statystyki, zestawione przez BEZOLD'a, DEUKER'a, EDW. HARTMANN'a, jak również statystyczne dane, zebrane przez prelegenta, stwierdzają: 1) że otoskleroza znacznie częściej spotyka się u kobiet niż u mężczyzn i 2) że otoskleroza w pewnych rodzinach występuje dziedzicznie.

Streściwszy pokrótce najnowsze prace o dziedziczności w patologii, prelegent w streszczeniu podaje teorię dziedziczności WEISSMANN'a.

Odnośnie do dziedziczności otosklerozy, to ta na zasadzie praw dziedziczności w ogóle, nie dziedziczy się jako taka, lecz dziedziczą się determinanty otosklerozy, znajdujące się w plazmie zarodkowej przodków danego osobnika. Doświadczenie kliniczne wykazało, że okres dojrzewania stanowi potężny nowy bodziec do wzrostu kości, jak również że i okres płodowy, który wywołuje zmiany w kościach wogóle, może stanowić czynnik pobudzający do wzrostu. W przypadkach, w których nie da się wykazać u najbliższych przodków otosklerozy, należy przyjąć, że mamy do czynienia z dziedzicznością utajoną.

Wszelkie inne sprawy chorobowe, uważane za momenty etyologiczne w powstawaniu otosklerozy, odgrywają jedynie rolę bodźców, *resp.* momentów, sprzyjających rozwojowi otosklerozy.

Do takich momentów sprzyjających zaliczamy: zaziębienia, kataru nosa i gardzieli, kataru ucha średniego i t. p.

Często rozwój otosklerozy zależny jest od przebycia ostrych chorób zakaźnych, jak tyfus, influenza i t. p. Artrytyzm, reumatyzm, skrofuloza i syfilis uważane są za główne przyczyny otosklerozy. Co się tyczy stosunku syfilisu do otosklerozy, to prelegent kwestyonuje pogląd HABERMANN'a jakoby wszystkie przypadki otosklerozy były pochodzenia syfilitycznego, i przyjmuje syfilis jako jeden z momentów sprzyjających rozwojowi otosklerozy.

Odnosnie do klinicznego przebiegu G. zastanawia się nad powstawaniem szumów, zawrotów głowy, postępującej głuchoty i „*paracusis Wallisii*”, występujących w przebiegu otosklerozy. W dalszym ciągu prelegent zwraca uwagę na przekrwienie błony śluzowej wzgórka, jako na objaw bardzo wczesnie występujący i bardzo charakterystyczny dla otosklerozy.

[D. n.]

Ign. L.

Wiadomości bieżące.

— W Warszawskiej Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej odbywają się obecnie narady nad ułożeniem przepisów dla osób odwiedzających chorych w szpitalach. Na pozór błaża ta kwestya, nie małej jednak jest wagi, jeśli się weźmie pod uwagę, iż podczas takich odwiedzin sale są przepełnione obcymi osobami, a przez to cierpią i warunki higieniczne szpitala. Najlepiej byłoby, aby dla chorych chronicznych urządzone były poza obrębem sal specjalne miejsca dla widzenia się z odwiedzającymi; aby odwiedzanie chorych obłożnych było ograniczone i dozwolone tylko najbliższej rodzinie, a do zakaźnych wstęp osobom obcym był zabroniony. Wówczas również łatwiej byłoby przeprowadzić dozór nad jedzeniem i napojami, przynoszonymi chorym i łatwiej dałoby się zapobiedz nadużyciom tak często na tym punkcie popełnianym.

— Z powodu trudności zebrania prawomocnej liczby członków celem odbycia wyborów, w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem zgodzono się wybrać czasowo pełniącego obowiązki wiceprezesa i na tę godność większością głosów powołano kol. ANTONIEGO GABSZEWIOZA.

— Jak czyny mijają się nieraz ze słowami, mieliśmy dowód na kilku czasopismach polskich, które — mimo ogólnego nawoływania aby lekarze wysyłali o ile możliwości chorych do miejsc leczniczych krajowych polskich, — dołączyły i rozesłały prenumeratom prospekt zakładu przyrodoleczniczego GOSSMANN'a w Wilhelmshöhe pod Kasslem. Właściciel zakładu zdobył się na wydatek znaczny przetłómaczenia prospektu na język polski, ozdobienia go 5 ilustracyami w nadziei, iż hojnie mu się ten nakład wróci, jeśli zwabi przy pomocy prasy polskiej choć kilku polaków, stale zapominających, iż podobne zakłady przyrodolecznicze mają tuż pod nosem, wprawdzie nie tak wspaniale wykwapowane, lecz zato tańsze, a przedewszystkiem zapominających, iż zawsze, a zwłaszcza w czasach obecnych, tylko w wypadkach wyjątkowych dozwolonym być powinno wywożenie pieniędzy do obcych.

— Z wydanego świeżo „Sprawozdania z działalności Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych za rok 1905“ dowiadujemy się, iż Kasa z końcem roku 1905 miała członków 904-ch, iż z przychodu funduszu obrotowego wraz z remanentem z r. 1904, wynoszącego rb. 10012 kop. 31, udzieliła wsparcia 108-u osobom w sumie rb. 6533 kop. 54. Majątek Kasy wynosi rb. 83158 kop. 20.

— Dr WALERYAN JAWORSKI mianowany został profesorem zwyczajnym i dyrektorem kliniki chorób wewnętrznych na uniwersytecie Jagiellońskim.

— We Lwowie 24-go czerwca r. b. lekarze galicyjscy, a przede wszystkim szpitalni, żegnali uroczystie dra JANA STELLĘ-SAWICKIEGO, który, jako inspektor szpitali galicyjskich, zdaniem ogólnie przyjętem, położył wielkie zasługi na polu szpitalnictwa w Galicyi. Posadę tę objął on w r. 1873 po DOBIESZEWSKIM, który na tem polu nieszczęśliwie zostawił wspomnienie. Dr SAWICKI przechodził ciekawe koleje życia. Urodził się w Szawlach w r. 1830, po skończeniu szkół średnich obrał sobie zawód wojskowy. Jako oficer w wojsku rosyjskiem odbył kampanię węgierską r. 1848; w r. 1860 dosłużył się rangi pułkownika. W r. 1863 należał do powstania polskiego i jako pułkownik „Strus“ z ramienia rządu narodowego był organizatorem wojennym na Galicyę. Po upadku powstania i kilku latach tułaczki zapisał się na wydział lekarski w Strasburgu, który ukończył w r. 1870. Przez czas oblężenia Strasburga podczas wojny prusko-francuskiej pełnił służbę lekarską ambulansową. Po krótkiej p. aktyce w Szwajcaryi, w r. 1871 wrócił do Krakowa. Dr SAWICKI pracował także dużo na polu literackiem.

— Rząd Konga wyznaczył 200000 franków nagrody za wykrycie środka przeciw chorobie śpiączce afrykańskiej (*trypanosomiasis*). Nadto wstawił on do budżetu 300000 fr. na badanie tej choroby.

— Greifswald będzie obchodziło 3-go i 4-go sierpnia r. b. 450-letni jubileusz założenia uniwersytetu.

— Kilku wybitnych neurologów niemieckich [OPPENHEIM, BRUNS, SAENGER, MOEBIUS, EDINGER, MONAKOW, FRANKL - HOCHWART] pomieściło w kilku czasopismach lekarskich niemieckich odezwę do specjalistów neurologów, zapraszającą do utworzenia „*Gesellschaft deutscher Nervenärzte*“.

— Z m a r t i: w Londynie w 101-ym r. życia GARCIA, twórca laryngoskopu; w Hamburgu w 36-ym r. życia z zakażenia po *periproclitidis* SCHAUDINN, zoolog, kierownik oddziału badania wiciowców (*protozoa*) w Instytucie higieny podzwrotnikowej i okrętów. S., znany specjalista na polu badań wiciowców, w r. 1896 wykazał, iż *Leydenia gemmipara*, wiciowiec wykryty przez LEYDEN'a w cieczy *ascites* osób dotkniętych rakiem, nie jest nowym organizmem, lecz że jest to *Chlamydothryx stercorea*, znany od dawna w kale, tylko nieznaną była możliwość przedostawania się jego przez ściany kiszek; w latach 1901 — 1904 ogłosił ciekawe prace nad wiciowcami malaryi; dalej wykazał, iż odróżnić należy niewinną amebę kiszek (*Entamoeba coli*) od ameby dyzenteryi (*E. histolytica*), najwięcej jednak wslawił się wykryciem w r. 1905 wiciowca, krętka bladego (*Spirochaete pallida*), jako przyczyny syfilisu.