

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija doświadczalna.

232. Dr. ARNOLD SPINA: *Studien über Tuberculose, Wien 1883*; KOCH ROBERT: *Kritische Besprechungen der gegen die Bedeutung der Tuberkelbaccillen gerichteten Publicationen*; oraz pomniejsze artykuły polemicznej treści w *Allgemeine Wiener Med. Ztg.*, Nr. 18—14 i *Wien. Med. Presse* Nr. 11—13, 1883 r.

Praca R. KOCH'a ogłoszona niespełna rok temu (refer. w Kr. Lek. Nr. 10, 1882) wywołała b. szerokie zainteresowanie się kwestyją pasorzytowego pochodzenia gruźlicy. Ważność samego odkrycia, idący za niem przełom w dotychczasowem zapatrywaniu się na przyczynę i naturę suchot, a z drugiej strony łatwość w powtórzeniu, przynajmniej w części, badań autora, stanowią zapewne źródło pojawienia się tak licznych mniejszych i większych prac, dotyczących omawianego przedmiotu.

Autorzy jednych przyjmują bez wahania nową hipotezę, rozwijają ją nawet dalej, nadając nowy kierunek (np. znaczenie rozpoznawcze laseczników gruźliczych), w innych widzimy mniej lub więcej ścisłą krytykę i wnioski zupełnie niezgodne z zapatrywaniem KOCH'a.

Do ostatnich należą praca SCHOTELIUS'A (Kron. Lek. Nr. 7, 1883), DETWEILER'A (Kron. Lek. Nr. 6, 1883), ZIEHL'A i SPINY, asystenta pr. STRICKER'A w Wiedniu. Pozostaje nam zapoznać czytelników z treścią pracy SPINY.

SPINA podaje historyczny rys rozwoju nauki o gruźlicy, poczem z kolei rozbiiera główne punkty KOCH'a.

Po pierwsze, odmawia lasecznikom

gruźliczym charakterystycznych jakoby własności chemicznych—barwienia się tylko alkalicznymi anilinowymi barwnikami i nieodbarwienie się kwasem azotowym.— Pomijając już to, że takie zachowanie się laseczników, stawiałoby je nietylko w odrębnem stanowisku między drobnowidzowymi ustrojami, ale nawet wyłączało niejako z całej biologii.

SPINA, badając pod drobnowidzem cały przebieg barwienia i odbarwienia, przekonał się, że zarówno zasadowe, jak i kwaśne barwiki doprowadzają do jednego wyniku, dalej, że kwas azotowy odbarwia laseczniki zarówno jak i inne twory.

KOCH twierdzi, że odkryte przez niego właściwości barwienia się, cechują tylko laseczniki gruźlicze. SPINA widział to samo przy barwieniu bakterij gnilnych.

Według KOCHA laseczniki gruźlicze odznaczają się oprócz tego swoją wielkością, postacią, brakiem ruchów, jak również całym zachowaniem się ich sztucznych hodowli.

Różnica w zapatrywaniu SPINY na ten punkt, zależy głównie od odmiennego stanowiska obu badaczy. SPINA jest zwolennikiem teorii NÄGELIEGO, KOCH przyjmuje niezmiennosc postaci tych samych drobnowidzowych organizmów. Według SPINY tożsamosc postaci laseczników rozwijających się na różnym gruncie (plwocina, komórki olbrzymie, masy zserowaciałe, wreszcie surowica w sztucznej hodowli), czyni właśnie wątpliwym, czy mamy tu we wszystkich razach zawsze te same twory. Trzebaby dowieść niezmiennosci postaci laseczników. Wreszcie badając plwocinę suchotników, a nawet biorąc ją od samych chorych, można się przekonać, że wielkość laseczników bynajmniej nie

jest stałą. Stosunek długości do grubości waha się dość znacznie 1: 2; 1: 1; 1: 3.

Tak zmienna wielkość, jak i brak właściwości barwienia się—odejmuje wszelką pewność w odróżnianiu laseczników od innych podobnych, drobnowidzowych tworów.

Co do osobliwych jakoby cech sztucznych hodowli: powolnego rozwoju, — wytworzenia się łusk — SPINA nie uważa je również za charakterystyczne, ponieważ w suchej prawie surowicy, hodowane gnilne bakterije również wolno się rozwijają; sposób przeto rozwoju zależy raczej od gruntu rozplodowego—karmi, a nie od hodowanych ustrojów.

Wreszcie autor zaprzecza, jakoby omawiane laseczniki zdarzały się tylko w wytworach gruzliczych, a nigdy na odwrót. W 11 przypadkach gruzlicy u ludzi i jednym u małpy pomimo skrzętnych poszukiwań w preparatach z gruzelków, nie można było ich znaleźć, nie zawsze też w zawartości jam i serowatych nacieczeniach. Często znajduwane laseczniki wielkością i ułożeniem, pomimo właściwego zabarwienia, różniły się od kochockich.

Co się tyczy plwociny suchotników, to wyniki były zmienne; raz widziano duże ilości laseczników, innym razem nie było ich zupełnie.

Niekiedy w przeciągu całego przebiegu gruzlicy, stwierdzonej badaniem pošmiertnem, nie można było wykryć laseczników.

Badanie plwociny 24 chorych niegruzliczych, nie dało dodatnich wyników; w kilku jednak przypadkach, gdzie nie było podejrzenia gruzlicy, laseczniki spotykały się stale.

Badanie gruzelków błon surowicznych, nie zetkniętych z powietrzem, ani w jednym przypadku nie wykryło laseczników; próby sztucznej hodowli z takich gruzelków również nie doprowadziły do dodatnich wyników.

Wniosków ze szczepienia wykonywa-

nego przez KOCH'A z dodatnim wynikiem nie można odnosić do ludzi; wreszcie wiadomo z historyi rozwoju danego przedmiotu, że szczepienie najrozmaitszych ciał, zupełnie nawet obojętnych, doprowadzało do takiego samego rezultatu. KOCH mówi wprawdzie, że, robione dla sprawdzenia, szczepienie zołzowatych gruczołów i t. d. nie wywoływało gruzelków—co jednak znaczy tych kilka ujemnych wyników w obec ogromnej liczby dodatnich, otrzymanych przez jego poprzedników.

Dwie próby szczepienia, wykonane przez SPINĘ, wypadły pomyślnie—i według niego tylko jako dowód przytoczonego wyżej.

Gruzelki były w rozmaitych narządach, autor jednak nie poszukiwał w nich laseczników.

Być może, że szczepienie jakichkolwiek bakterij, jako materiału bardzo zdolnego do rozplenia się, jest w stanie łatwiej wywoływać gruzelki, niż szczepienie ciał martwych.

Spostrzeżeniom KOCHA, że hodowle jego laseczników udają się tylko przy ciepłocie 36—40° C., autor przeciwstawia podobne zachowanie się hodowli gnilnych bakterij. Zależy ono również od przygotowania gruntu, po dodaniu bowiem wody hodowla rozwija się i przy zwykłej ciepłocie.

Autor kończy, odmawiając lasecznikom KOCHA wszelkiego znaczenia dla rozwiązania kwestyi gruzlicy. Ani zewnętrzne cechy, ani własności chemiczne nie przedstawiają żadnych pewnych danych do ich rozpoznania. Przypuszczenie, że dostają się one do plwociny z tkanek jest zupełnie dowolnem, tem bardziej, że w gruzelkach niedostępnych dla powietrza, laseczniki nie znajdują się wcale. Jedyny wniosek, jaki można wyciągnąć z pracy KOCHA jest ten, że drogi oddechowe suchotników, przedstawiają szczególniejszy sprzyjające warunki dla rozwoju grzybków.

Do podobnych wniosków przychodzi

Dr. ZIEHL z Heidelberga (zur Lehre von den Tuberkelbacillen. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 5, 1883).

Będąc zwolennikiem teorii KOCH'A, postanowił zbadać jej znaczenie dla rozpoznania i rokowania. Poszukiwania jego, pomimo, że materiały pochodził od suchotników z bardzo wyraźnymi zmianami, wypadły bardzo często ujemnie, tak, że nie może się zgodzić ze zdaniem BALMER'A i FRAENTZL'A.

ZIEHL podobnie jak SPINA, badał pod drobnowidzem cały przebieg barwienia i przekonał się, że kwas azotny działa na laseczniki tak samo, jak i na inne twory naprzykład ciała ropne, — odbarwiają się one zupełnie już po upływie 15—20 minut (ERLICH twierdził — że po godzinie), z drugiej zaś strony bakterije zupełnie przypominające laseczniki gruźlicze, przy sposobie ERLICHA, przyjmowały i drugi barwnik, używany do tła.

Wreszcie w prosowatych grozelkach i ZIEHL również nigdy nie znajdował laseczników; raz tylko znalazł je obok, ale nigdy wewnątrz gruźliczek.

Na czynione mu zarzuty, KOCH odpowiedział obszernym artykułem w którym z kolei rozbiera prace, niezgodne z jego zapatrywaniem się. Jak w znaniej odpowiedzi PASTEUR'OWI, tak i tutaj KOCH polemizuje w sposób niezupełnie godny poważnego uczonego, nie umiając zachować zimnej krwi i patrzeć zupełnie przedmiotowo. Często na podstawie tylko podchwyczonych wyrazów, nie szczędząc żółciowych uwag i docinków, stara się całą rzecz wystawić na śmiech.

W każdej ocenie spotykamy takie argumenty — jak — nieuctwo, branie się nie do swoich rzeczy etc. Tak np. w pracy SPINY pomijając zupełnie zaprzeczenie lasecznikom właściwych cech chemicznych, które stanowi główny punkt pracy — KOCH zarzuca mu zupełną nieumiejętność w obchodzeniu się z drobnowidzem, w urządzaniu hodowli — rozszerzając przy tem

swoje zdanie i na całą pracownię STRICKER'A.

Takiem traktowaniem niezgodnych z jego zdaniem prac i ich autorów, KOCH wywołał przeciw sobie całą masę odpowiedzi i podobnie uszczypliwych zarzutów, szczególnie w prasie lekarskiej wiedeńskiej, która czuje się dotkniętą tonem, użytym przez KOCH'A w mowie o STRICKERZE i pracowni wiedeńskiej.

Żywy ten spór zajmuje sporo miejsca w ostatnich numerach: Wien. Med. Presse, Allg. med. Ztg. — a rozgorączkowanie się i namiętność polemiki widzieć się daje już z tytułu niektórych artykułów, np.: „Tuberkelbacillen Krieg, Erlich's Rückzug”, etc.

Omawiana kwestyja była niedawno na porządku dziennym posiedzeń dwóch towarzystw lekarskich w Londynie: Medical Society i Pathological Society.

Członkowie: OO. Whipham, Jeo, Richardson, nie mogli wykryć laseczników w tkance płucnej, chociaż płwocina tych samych chorych zawierała ich mnóstwo. Na podstawie zaś doświadczenia klinicznego, wymienieni nie mogą przyjąć zaraźliwości gruźlicy.

Dr. WEST przychodzi do zdania ZIEHL'A i SPINY, że laseczniki wtedy tylko dają się wykryć w płwocinie, gdy zmiany w płucach doszły już znacznych rozmiarów, do wytworzenia jam. Dr. DORAN uważa, że pomiędzy gruźliczką i lasecznikami, zachodzi ten sam stosunek, co między pruchniejącym zębem i znajduwanymi w nim grzybkami.

Widać ztąd, że lekarze angielscy nie są skłonni do przyjęcia teorii KOCH'A, z powodu niezgodności jej ze spostrzeżeniami klinicznymi.

Jakiego zdania trzymać się w obec dzisiejszego stanu omawianego przedmiotu, jeszcze orzec nie można. Przyszłość teorii KOCHA zależeć będzie jedynie od wyników dokładnego, bezstronnego powtórzenia jego doświadczeń, nie zbliżą rozja-

śnienia kwestyi gołosłowne namiętne spory, niepoparte ścisłemi danemi.

O. Hewelke.

233. BOCHFONTAINE. **Działanie fizjologiczne soli sodowych.** (*Bul. de la soc. de Biol. Nr. 4, 1883*).

Doświadczenia na zwierzętach doprowadziły autora do następujących rezultatów: po zastrzyknięciu do żyły psa 25—28 grm. węglanu sodu występuje atak drgawek z tężcowem naprężeniem w ciągu kilku sekund; po każdym ponownem wstrzyknięciu otrzymuje się to samo. Śmierć następuje przy wprowadzeniu do ustroju 7—8 grm. solina jeden funt wagi zwierzęcia. Największa ilość sody, która, wprowadzona do żył psa, nie wywołuje natychmiastowej śmierci, wynosi 4—5 grm.—Zwierzę doznaje duszności, ma kilka ataków drgawek, zdaje się powracać do stanu normalnego i kończy życie po 24 godzinach; w płucach znajdujemy wylewy krwawe.

Dwuwęglan sodu daje podobne, acz mniej wyraźne, objawy.

Azotan sodu oprócz powyższego działania ma jeszcze własności moczopędne. *Octan sodu* powoduje: drgawki, wymioty, przekrwienie kiszek i żołądka, biegunkę. *Mrówczan* i fosforan sodu, sprawiają drgawki tężcowe. *Boran sodu* powoduje wymioty, biegunkę i drgawki.

Chlorek sodu: 2 ctgrm. wywołują u żaby stan paralityczny przez 8—10 minut, poczem żaba powraca do stanu normalnego.—U psa występują małe wstrząśnienia drgawkowe,—zwierzę nie może ani podnieść głowy, ani stanąć na nogach.

Pacanowski.

II. Medycyna wewnętrzna.

234. HIPOLIT MARTIN. **Poszukiwania nad patogenezą zapalenia wsierdza i stwardnień serca.** (*Rev. de Med. Nr. 2, 1883*).

Poprzedziwszy swą pracę wstępem o chorobach serca w ogóle i streściwszy

budowę anatomiczną wsierdza,—autor dzieli cierpienia serca na dwie kategorie: 1) *pochodzenia zastawkowego* i 2) *pochodzenia naczyniowego*.

1) *Zapalenie wsierdza* na zastawkach (*Endocarditis valvularis*) bywa: powierzchownem i proliferacyjnem. Przy powierzchownem tworzą się na wolnym brzegu listków zastawki, brodawkowate wzniesienia, złożone z włókniaka; stan ten napotyka się w ogóle rzadko i nigdy nie przechodzi w przewlekły. Nierównie częściej zapalenie wsierdza bywa *proliferacyjnem*, a typem jego jest ostre cierpienie reumatyczne. Zapalenie to może być ostrem i przewlekłym. W *ostrem* autor między innymi zmianami znalazł większą, niż zazwyczaj, ilość naczyń w zastawce dwudzielnej; tętnice były w stanie zapalenia (*Endoarteritis*), a światła ich znacznie zwężone. Najwyraźniejsze zmiany zapalne dostrzedz można było w sąsiedztwie nowoutworzonych produktów zapalnych na zastawce.

W zapaleniu *przewlekłym* ilość naczyń bywa przeciwnie o wiele mniejszą, skutkiem ich zaniku; leżą one pośród włóknistej tkanki łącznej i noszą na sobie ślady dawnego zapalenia (*Endoarteritis*).

To widoczne zanikanie naczyń, powoduje pojawienie się blaszek ateromatycznych ze złogami wapiennymi.

Jednocześnie z zanikiem naczyń, widziemy bliznowate kurczenie się nowowytworzonej tkanki włóknistej, tém większe, im dalej się obliteracja naczyń posunęła.—Pierścień włóknisty (*annulus fibrosus*), dookoła zastawki jest więcej zbitym, ściągniętym i ubogim w naczynia; tkanka włóknista rozsuwa nawet pęczki mięśniowe, które się do pierścienia przyczepiają i między takowe przenika; najwięcej tkanki włóknistej gromadzi się w sąsiedztwie naczyń. W miarę oddalenia się od zastawki, ilość tkanki włóknistej coraz jest mniejszą. Tym sposobem mamy tu stwardnienie (*sclerosis*), z zapaleniem błony naczyniowej we-

wnętrznój (*Endoarteritis*), a niekiedy i zewnętrznej (*Periarteritis*).

W miarę postępu choroby oprócz wsierdzia zastawkowego, ulega też w lekkim wprawdzie stopniu i wsierdzie przyścienne (*Endocardium parietale*); szerokie smugi tkanki włóknistej zagłębiają się w mięsień serca, który w skutek tego stopniowo zanika. W taki sposób wyczerpanie siły mięśnia sercowego, przypisać należy nie przerostowi, lecz sklerozie. Że tak jest w istocie, przekonywają nas doskonale rozwinięte mięśnie atletów, które przecież nigdy się nie wyczerpują i nie słabną.

O ile z jednej strony przerost serca jest sprawą kompensacyjną, o tyle z drugiej jest niszczącą, im większą bowiem objętość mięśni zajmuje, im jest czynniejszym, tym większego wymaga odżywiania; tymczasem zaś zanikające tętnice zmniejszają dopływ krwi, a zwyrodnienie włókniste niszczy coraz więcej pierwiastków mięśniowych.

Sprawa zwyradniająca zaczyna się od zastawki dwudzielnej i posuwa się coraz dalej, *per continuitatem*; dla tego też w komórce prawej, najwcześniej ulega zmianom ściana, granicząca z zastawką dwudzielną, a dopiero w końcu i zastawka trójdzielna, czyli że proces odbywa się w prawej komórce wprost odwrotnie, niż w lewej. Zapewne i w zastawce aorty rzecz się ma podobnie, jak w dwudzielnej.

Zapalenie tętnic serca, o którym była mowa powyżej, stwierdza [poniekąd zdanie autorów o rozprzestrzenianiu się za pomocą krwi zarazka reumatycznego, opisanego przez Klebsa. Klebs utrzymuje, że listki każdej zastawki, zachodzą nieco jeden za drugi przy zamykaniu otworu i właśnie w miejscu zetknięcia tych powierzchni, tuż obok wolnego brzegu listków, osiadają bakteryje reumatyczne ze krwi i powodują miejscowe zapalenie. Podług KÖSTERA, który także aprobeuje pasorzytną naturę choroby, bakteryje dostają się

wraz z krwią do naczyń włosowatych zastawki i tu powodują zatory, a następnie zapalenie tętniczek. Autor mimo starannych poszukiwań zarówno starych, jakoteż świeżych zapaleń wsierdzia, nie znalazł pasorzytów, lubo nie przeczy możliwości ich istnienia.

W każdym razie, jakimkolwiek będzie czynnik reumatyczny, czy pasorzyt czy nie, wiadomo, że zapalenie wnętrza tętnicy powstaje najłatwiej tam, gdzie krew doznaje większego tarcia, co mianowicie na brzegach zastawki miewa miejsce. — W samej rzeczy, w chwili gdy brzegi te stykają się z sobą, nie tylko zostaje uciśniętą krew, dostająca się między brzegi, lecz i krew w kapillarach wewnątrz zastawkowych.

M. już przed 2 laty opisał t. zw. sklerozę dystroficzną, t. j.: przeistoczenie pierwiastków mięszowych w tkankę włóknistą, coraz bardziej przerastającą pod wpływem zaburzeń odżywczych. Otóż w ten sposób M. objaśnia zjawisko stale spostrzegane, mianowice, że w miarę obliteracyi naczyń, następuje coraz silniejsze ściąganie się tkanki włóknistej nowowytworzonej na zastawkach obok zaniku pierwiastków komórkowych. Można by tu wprawdzie zarzucić, iż rzecz się ma wprost przeciwnie, t. j.: że naczynia zanikają skutkiem ściągania się tkanki łącznej; ale wszak obliteracyja naczyń zaczyna się w samym początku choroby, gdy jeszcze tkanki włóknistej nie ma.

2) *Cierpienia serca pochodzenia naczyniowego*. Są to takie cierpienia, gdzie proces rozpoczyna się w naczyniach, a na serce przechodzi dopiero następczo.

Zapalenie przewlekle bywa najczęściej przy zapaleniu śródmięszowém nerek, a więc jest to t. zw.: „serce nerkowe”.

Teoryja mechaniczna Traubego, znajduje dziś nielicznych tylko zwolenników, natomiast przeważnie przyjęto teoryję GULLA i SUTTONA o tak zwaną: „arterio-capillarofibrosis”. — Najwydatniejszym zjawiskiem jest istotnie przerost serca,

lecz jednocześnie mięsień sercowy posiada odcień białawy, a przy krajanu nożem słyhać chrzęst; drobnowidz wykazuje wszędzie rozrost łącznotkankowy. Źródłem owego przerostu mięśnia i rozrostu tkanki łącznej, jest zapalenie wnętrza tętnic, które powoduje sklerozę dystroficzną, przechodzącą szybko w zapalenie naczyń (*Periarteritis*). Najulubieńszem dlań miejscem są struny ścięgniaste, oraz ściana lewej komórki, na których pod wpływem zapalenia dokoła — i wewnątrznaczyniowego, tworzą się wysepki sklerotyczne coraz liczniejsze, z początku pojedyncze, później zlewające się z sobą.

Jasną jest rzeczą, że przy wadzie zastawkowej, serce ulega przerostowi, lecz co się tyczy serca, o którym obecnie mowa, a które jest siedliskiem rozwoju tkanki włóknistej — pochodzenia wewnątrz — i dokołanaczyniowego, to przyczyna przerostu naczyniowego wedle DEBOVE'A i LETULLE'A, tkwi w powiększeniu pracy serca w skutek marskości, coraz bardziej utrudniającej skurcze mięśniowe. Autor zgadza się na to, lecz zwraca uwagę i na inne czynniki, mianowicie na utrudnione krążenie we wszystkich tętnicach ciała, (nerkach, wątrobie, mózgu, śledzionie), a także w *vasa vasorum* (aorta i naczynia samego serca).

Zarówno w cierpieniach serca, pochodzenia zastawkowego, jak i naczyniowego, ostatecznym zakończeniem jest *asytoliya*.

Wprawdzie, zarzuci niejedyn, iż w tej ostatniej postaci zapalenia wsierdza, rzadko widzimy śmierć w skutek asystolii; pamiętać jednak należy, iż proces posuwa się jednocześnie i w nerkach, niekiedy zaś powodem śmierci bywają krwotoki mózgowe, zakrzepy i t. p.

Cierpienie serca pochodzenia naczyniowego, bywa ostatecznym wynikiem wszelkich zatruc, wszelkich spraw, przy których pierwiastek drażniący krąży we krwi, a więc przy alkoholizmie, zatruciu

ołowiem, artrytyzmie; napotyka się je również u starców.

Ostre zapalenia wsierdza pochodzenia naczyniowego: Autor opisał już przed 2 laty *Endoarteritis acuta obliterans progressiva* przy błonicy i tyfusie; nagła śmierć w tyfusie zależy zapewne od ostrawej niedokrwistości serca; mięsień sercowy w takich razach nie okazuje jeszcze śladów zwyrodnienia mięszonego. Autor badał zmiany w dwóch przypadkach tyfusu:

Pierwszy chory miał przytem niedomykalność zastawki dwudzielnej i tu obok zapalenia wewnątrznaczyniowego w zastawce i mięśniu sercowym, wraz z niezupełnym zanikiem naczyń, znaleziono liczne okrągłe, mocno barwiące się karminem komórki, to jest nacieczenie drobnokomórkowe.

Pacanowski.

235. F. KRONECKER. **O tworzeniu się kwasu hipurowego u człowieka w stanie chorym.** *Ueber die Hippursäurebildungen beim Menschen in Krankheiten.* (*Archiv für experim. Pharmakol. T. 16. Z. 5 i 6, r 1883*).

Przed 50 laty KELLER i WÖHLER dowiedli, że przyjęty do ustroju kwas benzoosowy, zostaje wydzielonym pod postacią kwasu hipurowego. Niedawno BUNGE i SCHMIEDEBERG wykazali, że u psa przetoczenie kwasu benzoosowego w kwas hipurowy, ma miejsce w nerkach.

Powstało pytanie, gdzie się ta zamiana odbywa u człowieka? Jeżeliby nerki również były miejscem tworzenia się kwasu hipurowego, w takim razie kwas benzoosowy powinien z ustroju, cierpiącego na nerki, być wydalony w postaci niezmięnionej.

Doświadczenia STOCKVISA w samęj rzeczy dowiodły, że kwas benzoosowy, wprowadzony do ustroju zupełnie zdrowego, wydziela się tylko pod postacią kwasu hipurowego; zaś przy mięszonej zapaleniu nerek kwas benzoosowy wydziela się w postaci niezmięnionej.

Ponieważ obserwacje STOCKVISA były

robione bardzo niedokładnie, przeto autor powtórzył te doświadczenia.

Przedewszystkiem stwierdził, że w stanie zdrowym mocz nie zawiera ani śludu przyjętego do wewnątrz kwasu benzoosowego, lecz tylko kwas hipurowy. U sześciu chorych, cierpiących na rozliczne choroby nerek, K. stosując wewnętrznie kwas benzoosowy przekonał się, że nie cała jego ilość zamienia się na kwas hipurowy, a tylko pewna część i że, czém znaczniejsze są zmiany w nerkach, tém mniejsza część kwasu benzoosowego przeistacza się w hipurowy, reszta zaś wydziela się w postaci niezmięnionej. Tak więc badania K. stwierdzają wywody STOCKVISA. Ta tylko różnica zachodzi między obu badaczami, że gdy, zdaniem STOCKVISA, śródmiąższowe zapalenie nerek nie przeszkadza zamienieniu się kwasu benzoosowego w hipurowy,— zdaniem KRONECKERA, właśnie przy śródmiąższowem zapaleniu nerek, najmniejsza tylko część kwasu benzoosowego przechodzi w hipurowy.

Badania autora są i z tego jeszcze względu pouczające, że stwierdzają u człowieka możność rozłożenia się kwasu hipurowego na benzoosowy.

SCHMIEDEBERG dowiódł na psach, że wprowadzony do organizmu zwierzęcia kwas hipurowy może się zamienić pod wpływem fermentu (hystozym) na kwas benzoosowy.

Autor choremu cierpiącemu na zanikową nerkę, dając do wewnątrz 0,5 gr. kw. hipurowego, otrzymał w 12 godzin później w moczu 80% kwasu benzoosowego, a resztę kwasu hipurowego.

H. Goldblum.

236. Dr. FRIEDLÄNDER. **O zapaleniu nerek przy szkarlatynie.** *Ueber Scharlach-Nephritis.* (*Wien. Medicin. Presse.* 1883, Nr. 9).

F. odróżnia 3 formy zapalenia nerek przy szkarlatynie: 1) forma początkowa nieżytowa, 2) zapalenie śródmiąższowe i 3) glomerulo-nephritis.

Forma nieżytowa cechuje się obecnością białka i cylindrów w moczu.

Białkomocz trwa bardzo krótko i zanika zupełnie po 8 lub 14 dniach, obrzęk nigdy prawie przy tej formie nie występuje. Nerka znajduje się w stanie przekrwienia, kanaliki skręcone zgrubiałe, nabłonek zmętniały, ilość komórek nabłonkowych otoczki powiększona.

W późniejszym okresie znajdujemy nerkę białą, istota rdzeniowa nieco zmętniała, komórki nabłonkowe stłuszczone, lecz nie są w stanie zwyrodnienia.

Druga forma—*zapalenie śródmiąższowe*, rzadziej się zdarza przy szkarlatynie i klinicznie mało jest znana.

Nerka duża, miękka, czasami nawet rozplywająca się, koloru szaroczerwonego. Z powodu braku białkomoczu i obrzęku, cierpienia tego z początku się nie spostrzega; przy dalszem trwaniu choroby dopiero występuje obrzęk ciała. Zejście po większej części niepomyślne.

Ze wszech miar ciekawą formę przedstawia *glomerulo-nephritis*. Dzieci zapadają na tę chorobę po przebyciu szkarlatyny w drugim lub trzecim tygodniu. — Występuje obrzęk, powiększający się w miarę zmniejszenia się ilości moczu.— Choroba kończy się wyzdrowieniem lub śmiercią, przy objawach mocznicy. Przy sekcji znajdujemy nerkę nieco twardą i w stanie przekrwienia, istota korowa zupełnie normalna, kłębki zaś znacznie zmienione, spostrzegać się dają już gołym okiem i nie zawierają w sobie wcale krwi. Jako stały objaw *glomerulo-nephritis* występuje przerost serca. Wypełnia ono trzecią część klatki piersiowej i waży 40% — 50%, więcej, niż normalnie. Mięsień sercowy żadnych zmian nie przedstawia.

Angielscy autorowie uważają w ogóle przerost serca jako następstwo cierpienia naczyń. Ponieważ zaś u dzieci żadnego cierpienia naczyń nigdy skonstatować nie można, to autor jest zdania, że przerost serca w tym przypadku uważać należy tylko jako następstwo *glomerulo-nephri-*

tis post scarlatinam. Jako przyczynę wywołującą przerost serca autor zgodnie z objaśnieniem Traubego przyjmuje: 1) zapchanie naczyń włoskowatych, 2) zmniejszenie wydzieliny i 3) zatrzymanie części stałych moczu, zwłaszcza mocznika. Jeżeli proces kończy się wyzdrowieniem, to przerost serca nie przedstawia żadnych złych następstw dla zdrowia dzieci, gdyż serce prawdopodobnie powoli wraca do stanu normalnego.

L. Krause.

236. L. SCHULTZ. **O działaniu bezwodnego chloralu na nieuszkodzoną skórę, jako też o ogólnem działaniu środków drażniących skórę.** *Ueber die Wirkung des wasserfreien Chlorals nach Application auf die unverletzte äussere Haut und die Allgemeinwirkung starker Hautreize.* (*Archiv für exper. Pathol. und Pharmakologie. Tomu 16. Z. 5 i 6 — r. 1883*).

BROWN-SÉQUARD opisał rozmaite zaburzenia nerwowe, występujące u niektórych zwierząt po zastosowaniu chloroformu, chloralu i wodanu chloralu na nieuszkodzoną skórę. Te zaburzenia (śpiączka, beczułość, pareza, drgawki, i t. p.) BROWN-SÉQUARD uważa za następstwo podrażnienia ośrodków nerwowych, powstałego na drodze zwrotnej, skutkiem podrażnienia nerwów czuciowych skóry; wyklucza zaś wszelką możliwość powstania tych zjawisk, w skutek rezorbeyi zastosowanych środków przez skórę.

Tak samo C. J. MÜLLER objaśnia najostrejsze formy otrucia karbolowego, powstałego w następstwie miejscowego zastosowania fenolu.

Autor postanowił powtórzyć doświadczenia BR.-SÉQUARDA i sprawdzić, czy też w samej rzeczy można wywołać objawy nerwowe u zwierząt przez zastosowanie na ich skórę odpowiednich środków i w tym ostatnim razie, w jaki sposób objawy te powstają?

W tym celu S. wykonał kilkanaście doświadczeń na psach, królikach i świnkach morskich, skórę których oblewał rozczy-

nem bezwodnego chloralu, lub też wcierał w nią takież rozczyn.

Doświadczenia te pokazały, że zastosowawszy 1—1½ sześć. cent. bezwodnego chloralu na skórę nieuszkodzoną królika, już po 5 minutach, lub nieco później występują objawy mniej więcej głębokiej śpiączki. W miarę powiększania dawki następowało ogólne porażenie; oddychanie i krążenie krwi zwalniały się i w końcu następowała śmierć. Sekcja wykazała, że chloral wywołuje miejscowo silne podrażnienie skóry, powstające skutkiem odciągnięcia z tkanek wody i skutkiem ściśnięcia się białka; w większych żyłach autor nieraz znajdował skrzepy.

Doświadczenia te pokazują, że bezwodny chloral przenika szybko przez skórę, przyjmuje wodę, zamieniając się w ten sposób na wodan chloralu, któremu to ostatniemu należy przypisać działanie na ośrodki nerwowe w wyżej opisany sposób. Ztąd wniosek, że chloral i tym podobne środki, jeżeli wywołują objawy nerwowe, to nie na drodze odruchowej, a raczej skutkiem szybkiego wchłonięcia do ustroju, czego najlepszym dowodem—chloral, który dopiero po zamienieniu się na wodan chloralu powoduje otrucie.

Na dowód słuszności swego twierdzenia, autor przytacza wyniki badania ciśnienia krwi, które przy tych doświadczeniach pozostawało bez zmiany. Oprócz tego liczne analizy moczu tych zwierząt przekonały autora, że mocz zawierał kwas moczochlorałowy (Urochlorał Säure), co również jest dowodem, że chloral bezwodny wywiera działanie na ośrodki nerwowe tylko skutkiem swój rezorbeyi i przez zamienienie się na wodan.

Tak więc pogląd BROWN-SÉQUARDA jest błędnym.

Doświadczenia, które S. przedsięwziął z rozmaitemi kwasami przekonały go również, że nie występują żadne objawy nerwowe, któreby można było kłaść na karb działania zwrotnego.

S. dochodzi do następujących wyników:

1) Zastosowanie chloralu na skórę królika nie wywołuje żadnych objawów na drodze zwrotnej.

2) Zastosowanie na skórę bezwodnego chloralu, wkrótce wywołuje objawy otrucia wodanem chloralu. Tworzenie się kwasu moczochloralowego jest dowodem, że bezwodny chloral zamieniony został na wodan chloralu.

3) Wcieranie roztworu wodanu chloralu w skórę psów, pozostaje bez wpływu.

4) Przyżeganie skóry zwierząt stężonymi kwasami, nie wywołuje żadnych objawów ze strony ośrodków nerwowych, na drodze odruchowej.

5) Ciśnienie krwi przy stosowaniu tych środków na skórę nieuszkodzoną nie zmienia się.

6) Czasami przy wcieraniu chloralu i kwasu mrówczanego w skórę występuje hemoglobinuryja i zapalenie nerek. Zjawisko to tłumaczy się przedostaniem się tych środków do krwi, w skutek czego ciałałka jej ulegają rozpadowi.

H. Goldblum.

237. R. KOBERT. **Przyczynę do nauki o manganie i żelazie.** *Zur Pharmakologie des Mangans und Eisens. (Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie. Tomu 16, Z. 5 i 6, r. 1883).*

Pomimo, że na mangan już od dawna zwrócono uwagę, sposób działania tego środka nie jest jeszcze dokładnie znany.

Zbadaniem działania jego zajmowali się GMELIN, COUPER, a głównie w roku 1864 LASZKIEWICZ. — Wszyscy pisarze przypisują manganowi toksyczne własności.

RICHTET badając działanie różnych metali, doszedł do wniosku, że najmniej trujący jest sod, pośrednie miejsce zajmuje mangan, wreszcie najbardziej trującym metalem jest rtęć.

KOBERT w doświadczeniach dokona-

nych na żabach, świnkach morskich, królikach, psach i kotach, wywoływał otrucia ostre i przewlekłe.

A) Otrucia ostre.

Wstrzykiwania podskórne wykonywane u żab, dowiodły, że *mangan należy do najsilniejszych środków trujących*. Wstrzyknięcie pół miligrm. cytrynianu manganu (halbcitronensaure Manganoxydulnatron), znosi ruchy dowolne; nie wpływa zaś na odruchy, na oddychanie i bicie serca. Nieco większa dawka zwalnia oddychanie i siłę skurczów serca. Przy jeszcze większej dawce *powstaje wstrzymanie odruchów, porażenie ruchów dowolnych, osłabienie i wstrzymanie ruchów serca w okresie rozkurczu*, podczas gdy wrażliwość rdzenia, nerwów ruchowych i mięśni zostaje jeszcze na czas niejaki zachowana, poczem i ona ginie.

Zdaniem autora, mangan i żelazo, stosowane u żab podskórnie, *sprowadzają porażenie zwojów sercowych*.

Na mięśnie metale te nie wywierają żadnego działania.

Przewlekłego otrucia żab manganem, autorowi nie udało się otrzymać.

Daleko bardziej pouczające są doświadczenia na *ciepłokrwistych zwierzętach*.

Zabijająca dawka dla zwierząt, nie jest zależną od ich wzrostu. Najbardziej czułe na jadowitość manganu są psy, i prawie jednakowo z nimi koty. Śmiertelna dawka podskórna dla psa wynosi 6 do 8 milgr. tlenku manganu (MnO) na 1 kilogr. wagi ogólnej zwierzęcia, a dla kota 8 do 10 miligr. na kilogr. Śmierć następuje w 24 godzin.

Ponieważ dawka śmiertelna tlenku żelaza (FeO 23) dla psa, jak to pokazali MEYER i WILLIAMS, wynosi 30 do 70 milgr. na kilogr., przeto *mangan jest 5 razy bardziej jadowity*, aniżeli żelazo.

Gdyby mangan wywierał takie same działanie na organizm człowieka, jak na psów, wówczas wstrzyknięcie podskórne 0.5 grm. MnO, byłoby wystarczające dla zabicia dorosłego człowieka.

Ogólne objawy ostrego otrucia po wstrzyknięciu dość wysokiej dawki są: drgawki charakteru padaczkowego, które mogą spowodować śmierć w 1 lub 2 godziny.

Przy wstrzyknięciu mniejszych ilości, wystąpiło powoli u kotów rozwolnienie, utrata apetytu, osłabienie, powłóczenie kończyn, opadanie ciepłoty, zmniejszenie się odruchów i w końcu *porażenia ruchowe i czuciowe*, które przy zmniejszającej się stale liczbie oddechów, szybko sprowadzały śmierć zwierzęcia.

Przy tym rodzaju mniej ostrego otrucia, drgawki objawiały się rzadziej.

U psów skóra przybierała żółtawe zabarwienie, a w moczu dawały się wykryć ślady manganu. Ta żółtaczka odróżnia ostre otrucie manganem od otruc innejmi ciężkimi metalami, a zbliża je od otrucia fosforowego.

Wstrzyknięcie większej dawki soli manganu pod skórę, dawało objawy w następującym porządku:

Podrażnienie mózgu (drgawki), porażenie mózgu, zaczynające się od powstrzymanie oddychania, a kończące się na porażeniu naczynioruchowego ośrodka; *w końcu porażenie zwojów serca*, wyrażające się coraz mniejszym ciśnieniem krwi i wstrzymaniem ruchów serca w rozkurcu.

W ogóle drgawki u psów występowały rzadziej, natomiast daleko częściej wymioty. W masach wymiotowanych i wypróżnieniach stolcowych, autor zawsze był w stanie odszukać mangan. Sekcja ani razu nie pokazała silniejszego zapalenia błony śluzowej, jak to ma miejsce przy otruciach kobaltem i niklem.

Tak więc przy otruciu manganem u ssących, do objawów napotykanym u żab przylączają się wymioty i drgawki.

2) *Otrucia przewlekłe* manganem i żelazem, mają dla lekarzy daleko większe znaczenie praktyczne, aniżeli otrucia ostre.

Wprowadzenie tych metali do wewnątrz przez jamę ustną, nigdy nie doprowadziło do chronicznego otrucia.

KOBERT się przekonał, że *metale te w przewodzie pokarmowym nie wchłaniają się wcale*. Na tej zasadzie trudno zrozumieć stosowanie żelaza przy blednicy.— Autor zgadza się z BUCHHEIMEM, który utrzymuje, że lecznicze własności podawanego do wewnątrz żelaza polegają na wywołaniu silniejszego przekrwienia błony śluzowej kanału pokarmowego, w skutek czego u anemicznych rozwija się lepszy apetyt, a stąd lepszy stan krwi,

Chroniczne otrucie udało się autorowi wywołać tylko przez wstrzykiwania nadzwyczaj małych ilości soli manganu i żelaza pod skórę.

Objawy: wymioty, rozwolnienie, żółtaczka i chorobliwy stan nerek, zbliżony do zapalenia śródmiąższowego. Takie zapalenie nerek rzadko przechodzi w wyzdrowienie; najczęściej rozwija się forma przewlekła z następczym rozwojem tkanki łącznej (cirrhosis renalis).

Metale te wydzielają się z ustroju po części za pomocą kiszek, a po części przez nerki.

K. znalazł przeważnie mangan w nabłonku krętych kanalików i w ich świetle; nigdy zaś w kłębkach.

Autor ze swjej pracy wyciąga następujące wnioski:

1) Mangan wprowadzony do ustroju przez jamę ustną, jest środkiem zupełnie niewinnym, dostawszy się zaś do ustroju drogą podskórną, jest jednym z najsilniejszych jądów metalicznych.

2) Mangan i większość ciężkich metali (żelazo, rtęć, ołów), wywołują swoje zapalenie nerek.

3) Preparaty żelaza, stosowane do wewnątrz przez jamę ustną, nie są wchłaniane.

H. Goldblum.

239. CHARLES TISNÉ. **Własności lecznicze gliceryny, podawanej do wewnątrz.** *De quelques-uns des effets therapeutiques de la glycerine administree à l'interieur* (Gazette des hopitaux Nr. 32).

JACCOUD. **Sposób podawania gliceryny do wewnątrz.** *Mode d'administra-*

tion et doses de la glycerine pour l'usage interne. (Gazette des hopitaux. Nr. 37).

Gliceryna od czasu pracy Demarquay'a znalazła obszerne zastosowanie w medycynie, lecz używaną była tylko jako środek zewnętrzny. Dopiero Dr. DAVASSE zwrócił uwagę na jej własności przy podawaniu do wewnątrz, i swoją pracą zachęcił wielu lekarzy do podawania tego środka przy suchotach płucnych i niektórych chorobach przewodu pokarmowego, połączonych z charłactwem.

T. podaje w krótkości swoje spostrzeżenia, czynione w szpitalu Laenec'a, które doprowadziły do następujących rezultatów:

a) Gliceryna nie wywiera żadnego wpływu na błonę śluzową przewodu pokarmowego.

b) Usuwa zaparcie stolca.

c) Zmniejsza biegunkę.

d) Powoduje sen spokojny.

e) Przy podawaniu gliceryny polepsza się odżywianie, zwłaszcza u suchotników, i wielu badaczy przekłada takową nad tran rybi, który nie zawsze bywa znoszonym.

f) Równocześnie z poprawą odżywiania zwiększa się waga ciała.

g) Autor nie widział widocznej poprawy stanu patologicznego płuc u suchotników przy podawaniu gliceryny, lecz prawie zawsze uważał polepszenie przypadków podmiotowych: kaszel się zmniejsza, wyksztuszenie czasem staje się łatwiejsze, duszność ustępuje etc.

Gliceryna podawana do wewnątrz, powinna być zupełnie czysta, bez barwy i zapachu, smaku słodkiego. Podawać ją należy w dawkach od 40 do 60 gramów dziennie, gdyż w większych dawkach często wywołuje upojenie, podobnie jak wszystkie alkohole.

Dawkę należy regulować u danego indywidualum odpowiednio do następczego podniesienia się ciepłoty; jeżeli takowe nie przekracza $\frac{1}{10}$ — $\frac{2}{10}$ C., podawać ją

można dalej bezkarnie, nawet przez ciąg kilku miesięcy.

Przeciwnie, należy zmniejszać dawkę, gdy ciepłota podnosi się o $\frac{5}{10}$ C.

Glicerynę można stosować czystą, lub też do 40—60 grm. gliceryny dodać jedną kroplę olejku miętowego i 10 grm. araku, lub koniaku, ta forma jest o wiele przyjemniejszą w użyciu.

BOUCHARDAT stosował glicerynę z dobrym skutkiem przy cukrzycy, podając kilka razy dziennie po łyżeczce w kawie lub herbacie.

Przy chorobach przewodu pokarmowego należy łączyć glicerynę z pepsyną.

Gliceryna podawana w dawce 6—10 grm. dziennie wstrzymuje odpyływ krwi hemoroidalnej.

Nakoniec Dr. SHIDD z Manchester widział dobrze rezultaty przy podawaniu gliceryny w tyfusie brzuszny w dawce 6-ciu grm. dziennie. *C. Stiche.*

III. Chirurgija i Oftalmologija.

240. Prof. Ferdynand PETERSEN. — **O cięciu pęcherza podbrzusznem.** *Ueber sectio alta. (Arch. v. Lang. Bd. 25 str. 752—766, 1880 r.)*

Dr. Karol LANGENBUCH. **Lithotomia i Antyseptyka.** *Lithotomie und Antiseptik (Arch. v. Lang. Bd. 26, str. 28—60, r. 1881.)*

Prof. GUYON. **Uwagi kliniczne nad cięciem podbrzusznem pęcherza.**—*Contribution clinique à l'etude de la taille hypogastrique. (Annales des Maladies des organes génito-urinaires Nr. 1 i 2, 1883).*

Dr. D. ZESAS. **Przyczynę do nauki o cięciu pęcherza podbrzusznem.**—*Zur Frage des hohen Steinschnittes. (Arch. v. Lang. Bd. 28 H. 4, str. 883—894, 1883).*

Dr. Karol MONOD. **Trzy przypadki podbrzusznego cięcia pęcherza.** *Trois observations de la taille hypogastrique. (Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. Séance du 31 Jan. 1883, str. 87—101).*

L. DUCHASTELET. **Cystorrhaphia hypogastrica.** *De la Cystorrhaphie hypogastrique* (*Revue de Chir. Nr. 2, 1883 r. str. 104—117.*)

Cięcie podbrzusne pęcherza wykonał po raz pierwszy PIOTR FRANCO w 1561 r., następnie stosowali z powodzeniem tę operację CHESELDEN, FRÈRE COSME i SOUBERBIELE.

Wkrótce jednak zupełnie zaniechano tej metody i ograniczono się wyłącznie do cięcia bocznego lub na linii środkowej międzykrocza.

LANGENBUCH, w wyżej przytoczonym artykule, słusznie zauważył, iż wynalazcami operacji kamienia przez międzykrocze nie kierowała wcale znajomość stosunków anatomicznych tej okolicy, gdyż w takim razie na pewno nie próbowali dostać się tą drogą do pęcherza; twórcy tej operacji podpatrzyli po prostu fakt, iż wprowadziwszy palce do odbytnicy, można przycisnąć kamień do międzykrocza, zdawało im się więc, że w tem miejscu najłatwiej się dostać do pęcherza i dla tego, tę drogę dla wydalenia kamienia wybrali. Później, gdy poznano dokładnie stosunki anatomiczne perinei, gdy stwierdzono statystyką, jak często u chorych operowanych przez międzykrocze, następuje śmierć w skutek krwotoku pierwotnego, lub następczego, albo też nacieczenia moczowego, jak często operacja pociągała za sobą takie następstwa jak: zwężenie cewki, incontinentiam, impotentiam, przetoki moczowe, przetoki pęcherzo-odbytnicze i t. d., nie odważono się jednak zaniechać tej metody operacyjnej, a to głównie z powodu przesadzonej obawy przed utworzeniem worka otrzewnej, przy cięciu podbrzusznem i łatwości powstania moczowego nacieczenia w tkance łącznej, otaczającej pęcherz. Czy te wygórowane obawy były uzasadnione, lub czy niebezpieczeństwa usunąć nie można, zobaczymy poniżej, tutaj jednak nie możemy nie zwrócić uwagi na pewną nielogiczność w rozumowaniu ówczesnych chirurgów;

ciż sami gorący przeciwnicy Sectionis altae przy wydobywaniu niewielkich kamieni, zalecali ją gorąco dla wydobywania dużych, czyżby przy wydobywaniu wielkich kamieni, mniejsze niebezpieczeństwo groziło otrzewnej niż przy wydobywaniu małych? Oczywiście rzecz się ma wręcz przeciwnie.

Chcąc być konsekwentnym, trzeba było przypuścić, że przy wielkich kamieniach grozi jeszcze większe niebezpieczeństwo i że tem skrzętniej unikać go należy; to właśnie rozumowanie skłoniło niektórych chirurgów, (Civiale, Dolbeau), do połączenia cięcia bocznego z lithotripsią — że taka kombinacja rękoczynów, musi pogorszyć rezultaty operacji przez międzykrocze, nie ulega wątpliwości, a oprócz tego, nie zawsze prowadzi do celu, jak tego dowodzą znane w literaturze przypadki, w których po bezowocnych próbach skruszenia kamienia przez otwór w międzykroczu — przystąpiono do wykonania Sectionis altae.

Główne zarzuty jakie czyniono cięciu pęcherza podbrzusznemu, są następujące: niebezpieczeństwo zranienia fałdy otrzewnej; łatwość powstania nacieczenia moczowego; większa śmiertelność niż przy cięciu bocznem; dłuższy czas trwania gojenia się rany; powstawanie zaburzeń w wydzielaniu moczu — w skutek bliznowatych zrostów ściany pęcherza; częstość przetok moczowych; możliwość powstania przepukliny w bliznie ścian brzusznych, z powodu, iż odporność ich w tem miejscu zmniejszoną została; nakoniec trudność wydobywania odłamów kamienia, jeśli się ten rozkruszył podczas wydobywania.

Oprócz dwóch pierwszych zarzutów, które dokładniej rozpatrzyć musimy, łatwo wykazać, iż pozostałe są zupełnie bezzasadne.

I tak: co się tyczy *śmiertelności*, nie trzeba zapominać, iż nie ma dotąd statystyki przypadków Sectionis altae, którą by można porównywać ze statystyką sectionis lateralis, gdyż przypadki, w któ-

rych dotąd wykonywano Sectionem altam, dotyczyły zawsze ciężkich bardzo chorych, a zatem i statystyka musiała być gorszą.

Czas trwania leczenia po Sectio alta podług obliczeń GÜNTHER'A, wynosi 28½ dni, gdy tymczasem czas trwania gojenia się rany po Sectio perinealis mediana u 20 chorych leczonych w Leicester-Infirmiry wynosił przecięciowo 36 dni.

CHESELDEN wykazał na sekcji, iż *zrostnięcie się blizny pęcherza* z blizną ściany brzusznej w niczem nie przeszkadza normalnej czynności pęcherza, znaleziono go bowiem zupełnie pustym.

Statystyka GÜNTHER'A zaprzecza też twierdzeniu MALGAIGNE'A, jakoby przy Epicystotomia, częścię pozostawały *przetoki moczowe*.

Przepukliny mogłyby powstać chyba przy poprzecznem przecięciu m. recti abdominis et m. pyramidalis, a oprócz tego przeszkadza ich powstaniu zrost blizny pęcherza z blizną ściany brzusznej.

Nakoniec odłamy *kamienia* przy sectio alta, można łatwo wydobyc palcem, lub też przepłukując pęcherz po poprzedniem ułożeniu chorego na brzuchu.

Jak widzimy zarzuty dotychczas rozbieżne, nie mają racji bytu. Pozostają nam 2 najważniejsze zarzuty: niebezpieczeństwo zranienia otrzewnej i nacieczenia moczowego. Oba te niebezpieczeństwa rzeczywiście istnieją, choć nie w takim stopniu jak to dotąd przypuszczano, chodziło więc o wynalezienie metody operacyjnej, któraby je usunęła. Obecnie, dzięki poszukiwaniom prof. PETERSEN'A, stanowiącym istotnie epokę w historii rozwoju sectionis altae, jesteśmy w posiadaniu metody pozwalającej na uniknięcie tych niebezpieczeństw.

I) *Niebezpieczeństwo zranienia otrzewnej.*

Jak wiadomo przy napełnieniu pęcherza moczowego płynem, fałda otrzewnej wznosi się nieco ku górze i w ten sposób pomiędzy spojeniem łonowem, a fałdą po-

wstaje pewna przestrzeń nie pokryta otrzewną. Otóż prof. PETERSEN znalazł, iż przestrzeń tę można znakomicie powiększyć wprowadzając do odbytnicy rozciągliwy balon kauczukowy i napełniając go wodą¹⁾.

P. wykonał 10 doświadczeń na trupach. Oznaczał u nich odległość fałdy otrzewnej od spojenia łonowego, najprzód przy zupełnie pustym pęcherzu i odbytnicy—i przekonał się, iż u jednego tylko trupa dolny koniec fałdy otrzewnej, znajdował się na jednej wysokości z górnym brzegiem spojenia łonowego, w pozostałych 9 przypadkach fałda zstępowała daleko niżej.

Następnie P. wstrzyknął do pęcherza 200 ctm. sześciennych wody i zauważył nieznaczne uniesienie fałdy otrzewnej, jednak u jednego tylko trupa oddalenie jej od spojenia łonowego wynosiło 7 m. m., u innego znowu trupa fałda podnosiła się do wysokości górnego brzegu spojenia łonowego, u pozostałych znajdowała się jeszcze na ½—1—¾ palca, poniżej tego ostatniego.

Daléj, P., przy takim samem napełnieniu pęcherza, wprowadzał do odbytnicy kolpeurynter i wypełnił go różną ilością wody (od 200 do 600 ctm. sz.), wtedy fałda otrzewnej coraz się bardziej unosiła, tak, iż maximum odległości wynosiło 44 mm. W dwóch jednak przypadkach w których pęcherz i odbytnica zawierały razem 700 ctm. sześciennych wody, fałda pozostała na jednej wysokości ze spojeniem łonowem. Dopiero gdy P. dopełnił ilość zawartęj w pęcherzu wody do 600 ctm sześciennych, tak, iż pęcherz wraz z kiszka odchodową zawierały ogółem

¹⁾ *Justitiae causa* zaznaczyć wypada, iż pierwotna myśl jest własnością D-ra Millot, który jeszcze w roku 1875, ogłosił w *Gaz. Med. de Paris* str. 422, artykuł pod tyt: „Méthode opératoire par ballonnement”— w którym wskazuje na możliwość ułatwienia sectionis altae, przez wprowadzenie do odbytnicy elastycznego balonu i nadmuchiwanie takowego.

1200 ctm. sześć. wody, wtedy otrzymał uniesienie fałdy otrzewnej we wszystkich przypadkach, maximum oddalenia wynosiło 65 mm, minimum 15 mm.; średnio 32,25 mm. Prof. PETERSEN wyprowadził ze swych doświadczeń następujący wniosek: wypełniając pęcherz 600 ctm. sześciennymi wody i wprowadzając do odbytnicy kolpeurynter napełniony taką ilością wody, oddalamy fałdę otrzewną na tyle od spojenia łonowego, iż możemy przystąpić bez obawy zranienia otrzewnej do wykonania cięcia podbrzusznego. W 4-ch wykonanych przypadkach cięcia, P. ani razu nie napotkał fałdy otrzewnej na drodze do pęcherza.

Dr. ZESAS powtórzył doświadczenia Petersena i doszedł do tych samych rezultatów.

Prof. P. przyznaje sam, iż wprowadzenie tak wielkiej ilości wody (600 ctm. sz.) do chorego pęcherza, może napotkać niejakie przeszkody, sądzi jednak, iż potrzeba tylko przyzwyczać do tego pęcherz przed operacją, przez kilkakrotne wstrzykiwanie coraz to większej ilości płynu; — przynajmniej we wszystkich operowanych przez siebie przypadkach, P. mógł wprowadzić do pęcherza potrzebną ilość wody.

Prof. GUYON w przytoczonym wyżej artykule nie zmniejszając bynajmniej wielkiego znaczenia, jakie ma dla cięcia podbrzusznego metoda Petersena, twierdzi jednak stanowczo, iż tak wielkich ilości płynu nie można bezkarnie wprowadzać do pęcherza: nadzieja przyzwyczajenia pęcherza do rozszerzania przez kilkakrotne napełnianie takowego przed operacją jest płonna; chloroformowe znieczulenie nic tu nie pomaga, gdyż nawet podczas najzupełniejszej narkozy, pęcherz reaguje na przepełnienie; dla tego też prof. Guyon radzi wstrzykiwać do pęcherza nie więcej jak 250 ctm. sześciennych płynu.

Wprawdzie, przy tak małym napełnieniu pęcherza, fałda otrzewnej nie dosyć się do góry podnosi, lecz łatwo daje się

przez stosowny rękoczyn, który niżej opisujemy, usunąć ku górze.

Dr. Duchastelet, asystent prof. Guyona, podaje w *Revue de Chir.* (Nr. 2, 1883), rezultaty jakie otrzymał przy sprawdzeniu doświadczeń Petersen'a, zmodyfikowanych na tyle, iż do pęcherza nalewano tylko 250 grm., podczas, gdy kolpenrynter mieszczący się w odbytnicy, zawierał 600 grm. płynu. Doświadczenia te przekonały autora:

1) że przy takim napełnieniu pęcherza i odbytnicy, fałda otrzewnej oddaloną jest od spojenia łonowego tylko na 3,5 ctm., a zatem przestrzeń niepokryta otrzewną, nie jest dostateczną do wykonania operacji. Możemy jednak przestrzeń tę znakomicie powiększyć, usuwając otrzewną ku górze w sposób podany przez prof. Guyon'a (methode de refoulement); a polegający na nacięciu nad spojeniem łonowym luźnej tkanki łącznej przedotrzewnej, i na odciągnięciu jej wraz z fałdą otrzewną ku górze. W ten sposób można pozabawić ścianę pęcherza otrzewną na przestrzeni 6 ctm., która zupełnie wystarcza do wykonania cięcia podbrzusznego.

2) Przy jednakowej ilości wstrzykniętego płynu, przestrzeń nie pokryta otrzewną na trupie jest mniejszą niż taż przestrzeń u żywych, co autor objaśnia zupełną utratą kurczliwości warstwy mięśniowej u trupów, pęcherz ich pod wpływem ucisku od strony odbytnicy, trzewiów i ściany brzusznej, zostaje spłaszczonym z przodu ku tyłowi, a rozszerza się na boki, gdy tymczasem u żywych, w skutek kurczliwości ścian pęcherza, przyjmuje kształt zupełnie kulisty.

Że gwałtowne przepełnienie pęcherza nie jest rzeczą bezpieczną, dowodzi przypadek D-ra Monod, w którym podczas napełniania pęcherz pękł —, M. dokończył operacji, przy czem w pęcherzu znalazł dość jeszcze znaczną ilość płynu; chory wbrew wszelkiemu oczekiwaniu wyzdrowiał (fakt ten objaśniają w części

doświadczenia prof. TILLAUX, które wykazały, iż przy nadmiernem powiększeniu ciśnienia pęka zwykle boczna ściana pęcherza na zewnątrz otrzewnej).

Potrzeba rachowania się z położeniem fałdy otrzewnej, przy zastosowaniu metody Petersena, szczególnie przy małym napełnieniu pęcherza, nie zmniejsza w niczem wartości tej metody; zalety jej polegają na ułatwieniu wszystkich aktów operacyjnych, przez zbliżenie ściany pęcherza do ścian brzusznych; dozwala ona wykonywać całą operację pod kontrolą oczu operatora, ułatwia wydobycie kamienia, na koniec, jak to niżej zobaczymy, zmniejsza do pewnego stopnia niebezpieczeństwo powstania nacieczenia moczowego.

II) *Niebezpieczeństwo nacieczenia moczowego*,—uważane było zawsze jako najgroźniejsze i najczęstsze powikłanie cięcia podbrzusznego, to też starano mu się zapobiedz w najrozmaitszy sposób. Luźna tkanka łączna znajdująca się między pęcherzem a spojeniem łonowym, bardzo łatwo podlegała nacieczeniu, zwłaszcza dawniej, gdy dla uniknięcia nizko opuszczonej fałdy otrzewnej, operator zmuszony był odseparowywać przednią ścianę pęcherza od spojenia łonowego i rozrywać tę warstwę luźnej tkanki.

Metoda Petersena zbliżając przednią ścianę pęcherza do powłok brzusznych i unosząc fałdę otrzewnej, umożliwiła dokonanie całej operacji nożem, bez potrzeby rozrywania wzmiankowanej już tkanki łącznej i w ten sposób zmniejszyła niebezpieczeństwo nacieczenia moczowego podczas wykonania samej operacji.

Dla uchronienia chorego od tego powikłania po operacji, podczas gojenia się rany, proponowano wiele różnych, mniej lub więcej przydatnych, sposobów.

I tak:

1) Wykonywano całą operację termokauterem ad hoc zbudowanym (Anger), sądząc, iż strup będzie pancierzem ochraniającym od nacieczenia. Doświad-

czenie nie potwierdziło jednak tych oczekiwań, przekonano się, iż w skutek niejednostajnej odporności wszystkich warstw wchodzących w skład brzegów rany, odporność strupa nie jest jednaką, powstają w nim szczeliny, przez które łatwo mocz w głąb tkanek dostać się może.

2) TRENDELENBURG proponował ułożenie chorego na brzuchu (decubitus abdominalis) podczas pierwszych dni gojenia się rany, aż do wytworzenia się czystych granulacyj; sposób ten jednak okazał się zupełnie niewykonalnym, z powodu, iż chorzy nie są w stanie długo wytrzymać w takim położeniu.

3) Wprowadzano do pęcherza przez cewkę kateter Nelatona i pozostawiano go à demeure, często jednak światło jego zatykało się, a mocz bez przeszkody wylewał się przez ranę.

4) Dr. PÉRIER wprowadzał do pęcherza dwie dosyć grube rurki kauczukowe, nieruchomo z sobą złączone, i dziurkowane jak sączki tylko w tej części, która się znajduje w pęcherzu. Po wprowadzeniu i odpowiednim ustawieniu rurek, przyszywa się je jednym ścięciem katgututu do brzegów rany, aby nie zmieniły położenia, wolne końce obu rurek umieszcza się w szklannym zbiorniku.

Przez takie rurki mocz wydziela się najdokładniej; jeśli do jednej z rurek wstrzykiwać jakikolwiek płyn antyseptyczny, wychodzi on przez drugą rurkę, przy czem rana pozostaje zupełnie suchą. Prof. Guyon zastosował ten sposób u swoich operowanych z bardzo dobrym rezultatem.

I tu jednak, szczególnie podczas pierwszych godzin po operacji, rurki zatykały się skrzepami krwi, lub śluzem, a wtedy znów grozi nacieczenie moczowe.

5) *Szew pęcherza moczowego.*

LOTZBECK i BRUNS pierwsi wykonali szew pęcherza na człowieku, następnie wykonywali go z powodzeniem ULZMANN, ALBERT, DORFWIRTH i inni, w ostatnich

czasach coraz częściej wchodzi on w użycie.

W niektórych przypadkach otrzymano za pomocą szwu primam intentionem rany pęcherza, w innych mocz po dłuższym lub krótszym czasie począł się wydzielać przez ranę, lecz następowało to zwykle wtedy, gdy ziarnina była dostatecznie rozwinięta, aby się już nie potrzebowało obawiać nacieczenia moczem tkanek sąsiednich.

Szew nakładany na pęcherz, jest zupełnie podobny do szwu kiszkowego Lembert'a, jedyną ostrożnością jaką zachować należy, jest staranne unikanie uchwycenia w szew błony śluzowej pęcherza. Szew taki bardzo jest trudno nałożyć po poprzednim otwarciu pęcherza, gdyż raz rozluźnione ściany trudno utrzymać w położeniu, a tem samem i zachować jednokowe odstępki między oddzielnymi ścięgami, co jest jednak bardzo ważne, ze względu na dokładne zamknięcie pęcherza od strony rany.

Dla tego też Dr. Duchastelet, wymyślił osobny przyrząd, nazwany *cystorrhaphé* dla ułatwienia nakładania szwu na pęcherz moczowy.

Szew za pomocą cystorafu nakłada się przed przecięciem pęcherza (*suture prealable*).

Przyrząd niezaprzeczenie znakomicie ułatwia tę część *Epicystotomie* i dla tego podajemy tu jego opis i rysunek:

Cystorrhaphé D-ra Duchastelet składa się:

1) Z ramienia żeńskiego AB (Fig. 1), jest to rodzaj sondy żłobkowanej, która zamiast żłobka, posiada podłużną szparę, obie powierzchnie wewnętrzne sondy zwrócone do szpary, opatrzone są rowkiem, kończącym się w punkcie J wcięciem, przez które można wprowadzić do rowka ramię męskie CC' (Fig. 2), opatrzone dwoma sztyftami (T T) posuwającymi się w rowkach ramienia żeńskiego. Ramię żeńskie posiada na jednym końcu rączkę B, opatrzoną szczeliną D, na dru-

gim końcu tegoż ramienia znajduje się albo ostry haczyk A, służący do zahaczenia przedniej ściany pęcherza w bliskości spojenia łonowego, lub też zamiast haczyka ostry kołec A', który się wbija w spojenie łonowe, aby unieruchomić dolny koniec narzędzia.

Górny koniec instrumentu jest unieruchomiony przez jeden szew FFF' którego nitka przechodzi przez wcięcie E, znajdujące się na ramieniu żeńskim.

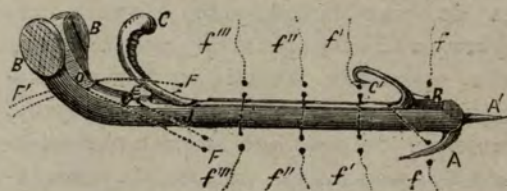


Fig. 1.

ff, f'f', f''f'' — szwy Lemberta. *E* wcięcie gałęzi żeńskiej, w którym spoczywa środkowa część pierwszej nitki FFF', unieruchamiającej instrument od góry, konce tej nitki, przeprowadzone przez szczelinę *D*, utrzymują ku górze faldę otrzewnej. *A* — haczyk, służący do zaczepienia ściany pęcherza przy spojeniu łonowym. *A'* sztyft ostry mogący zastąpić haczyk

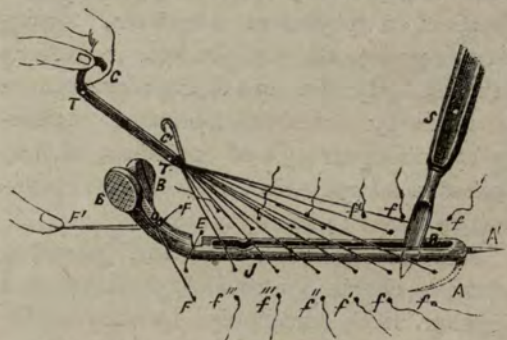


Fig. II.

Cystorrhaphé podczas działania.

Ramię męskie CC' usunięte z ramienia żeńskiego przez uwolnienie obu sztyftów T i T z rowka, znajdującego się na wewnętrznych powierzchniach ramienia żeńskiego, a kończącego się wcięciem J Haczyk ramienia męskiego C' usunął wszystkie pętle nici z drogi, którą ma przebyć nóż S, kierowany przez szparę ramienia żeńskiego R.

2) Ramię męskie CC' opatrzone dwoma sztyftami TT, rączką C i tępym haczykiem C'.

Po wprowadzeniu ramienia męskiego cystoraf jest gotów do użycia.

Obnarzywszy ściankę pęcherza przy-

kładamy przyrząd w miejscu, w którym chcemy otworzyć pęcherz, dolny koniec instrumentu za pomocą haczyka (A) zaczepiony o ścianę pęcherza, lub sztyft (A') wbijamy w spojenie łonowe; górny zaś jego koniec utrzymujemy w miejscu za pomocą szwu FFF', którego nitka przechodzi przez wcięcie E.

Gdyśmy już umocowali instrument, nakładamy pojedyncze ścięgi szwu Lemberta, przy czem środek nitki przechodzi nad instrumentem, pomiędzy rączką (C) i haczykiem (C') ramienia męzkiego.

Kiedy już dostateczna ilość szwów została nałożona, wyciągamy ramię męzkie z ramienia żeńskiego, a wtedy haczyk C' pociąga z sobą wszystkie nitki na nim leżące, w ten sposób szpara ramienia żeńskiego staje się swobodną; wprowadzamy do niej bistur, który rozcina ścianę pęcherza na całym przebiegu szpary. Wtedy usuwamy ramię żeńskie, wydobywamy kamień, po czem uwalniamy nitki od utrzymującego je dotychczas haczyka, a związuąc pojedyncze nitki zamykamy hermetycznie otwór w pęcherzu ¹⁾. Zalety tego przyrządu polegają na tém, iż przecięcie ściany pęcherza odbywa się po linii prostej, naprzód przez szparę ramienia żeńskiego oznaczonej, że szew daleko łatwiej nakładać, i że pęcherz daleko szybciej po otworzeniu zostaje zamknięty.

Prof. Guyon w swym artykule nic jeszcze nie wspomina o tym instrumencie i przekłada drenowanie metodą Périer, nad zszywanie pęcherza; teraz zapewne wynalazek asystenta jego Duchastelet, skłoni go do wypróbowania szwu pęcherza.

Tak więc *ballonnement* Petersena, drenaż Perier, lub szew pęcherza — oto są środki, które nas stawiają w możności

¹⁾ Podczas pobytu mego w Wiedniu widziałem Doc. Wölfler'a, asystenta prof. Billroth'a, nakładającego szew na pęcherz przy *sectio alta*, postępował on zupełnie tak, jak tu opisano, t. j. nakładał tak zwaną *suture préalable*, z tą tylko różnicą, iż zamiast cystorafu używał własnego palca, na który zbierał środek nici, aby oczyścić drogę dla noża.

(Przyp. spraw.)

zwalczenia głównych niebezpieczeństw *sectionis altae*.

Obecnie, pozostaje nam opisać przebieg *całej operacji*, takięj, jak ją obecnie wykonywać należy:

Po ogoleniu włosów na spojeniu łonowem i obmyciu płynem antyseptycznym skóry téj okolicy, chloroformujemy chorego; dopiero po zupełnem znieczuleniu wstrzykujemy do pęcherza 250 do 300 gr. płynu antyseptycznego (najlepiej słabego roztworu kwasu bornego), — następnie wprowadzamy do odbytnicy kolpeurynter i napełniamy go 600 grm. płynu. Wtedy przez ściany brzuszne dokładnie zarysowuje się wypukłość pęcherza.

Prowadzimy z góry na dół cięcie skórne, na linii środkowéj 10—12 ctm. długie, przy czem przecinamy tylko skórę i powięź powierzchowną; doszedłszy do linii białej, lepiej jest prowadzić cięcie z dołu do góry, a to z powodu, iż u dołu przestrzeń rozdzielająca oba mm: *pyramidales* jest większa, łatwiej więc trafić na nią, niż u góry; unikamy w ten sposób przecięcia samego mięśnia. Gdy dojdziemy nareszcie do luźnej tkanki, leżącej po za mięśniami, należy ją naciąć nożem zaraz nad spojeniem łonowem, a następnie zahaczywszy ją palcem, odsunąć ku górze wraz z fałdą otrzewnej.

Wtedy dotarliśmy do przedniej ściany pęcherza; — zwykle napotykamy tu dość szerokie żyły, które przed przecięciem podwiązać należy (pamiętając, iż w tem miejscu nacieczenia krwią, wylewającą się z naczyń, tak samo unikać powinniśmy, jak nacieczenia moczowego).

Po podwiązaniu i przecięciu żył na przedniej ścianie pęcherza, postępujemy rozmaicie, stosownie do tego, czy mamy zamiar założyć system rurek Perier czy też szew na ścianki pęcherza. W pierwszym razie, idąc za radą Guyona wkładamy bistur odrazu do jamy pęcherza i rozcinamy przednią jego ścianę w kierunku z góry na dół, przyczem zaraz za nożem wprowadzamy do pęcherza palec dla pod-

trzymania naprężenia ściany, które znika zaraz jak tylko płyn zawarty w pęcherzu zacznie odpływać przez ranę; po wydobyciu kamienia zakładamy rurki Perier, które przymocowujemy jednym szwem do brzegów rany (przy czem zważać należy, aby igłą nie przekłuć całej grubości ściany rurki); górną część rany skórną zaszywamy i nakładamy ścisły opatrunek Lister'a, umieściwszy poprzednio rurki w szklanym zbiorniku ustawionym między biodrami chorego, i zawierającym trochę płynu antyseptycznego.

W drugim razie, jeżeli chcemy nałożyć szew, nakładamy go zwykle przed przecięciem pęcherza, bez lub przy pomocy cystorafu; rozumie się iż wtedy ranę skórną zupełnie zaszywamy, wprowadziliśmy tylko sączek w dolny kąt rany; w cewce pozostawiamy kateter Nelatona à demeure.

Są jednak kamienie zbyt duże, aby mogły być usunięte przez otwór zrobiony w pęcherzu bez rozdarcia brzegów rany, przy czem znów grozi niebezpieczeństwo otwarcia jamy otrzewnej; jak należy w takim przypadku postąpić?

Guyon radzi skruszyć kamień przed wydobyciem za pomocą wymyślnego przezeń instrumentu nazwanego *tenette à chaîne articulée*, która działa jak piła i rozdziela kamień na 2 części, nie wytwarzając wielkiej ilości odłamów; jest to niezapreczenie najracjonalniejszy sposób postępowania.

LANGENBUCH proponuje tak zwaną „Sectio alta plastica s. peritoneo—plastica”—jest to powrót do dawniej metody Vidala de Cassis—, „Cystotomie en deux temps”—zmodyfikowanej o tyle, ile na to pozwalała śmiałość chirurga, niezachwianie wierzącego w zbawienny wpływ opatrunku przeciwnilnego. L. proponuje mianowicie poprowadzić tuż nad spojeniem łonowem cięcie łukowate, przecinające na poprzek wszystkie warstwy ściany brzusznej, a doszedłszy do fałdy otrzewnej przeciąją również na sondzie żłobko-

wanęj w kierunku cięcia skór nego, otrzymany w ten sposób płat zawinąć do wewnątrz i zszyć otrzewną pokrywającą wierzchołek pęcherza z otrzewną płatu. Po 5—8 dniach, kiedy przez zlepianie się otrzewnej wytworzyło się nowe zamknięcie jamy otrzewnej, przystępuje L. do otworzenia pęcherza i wydobycia kamienia. Niezapreczenie śmiało — ale czy potrzebnie!

Wskazania:

1) *Kamienie moczowe.* Guyon, największa powaga w tym względzie nie twierdzi entuzjastycznie jak Langenbuch, iż *sectio alta*, wykonywana podług dzisiejszych zasad wyda tak znakomite wyniki, iż wyruguje lithotrypsyję z użycia; dla niego lithotrypsyja pozostanie zawsze „*operation de choix*”, nieudanie się której może dopiero zmusić chirurga przystąpić do cięcia podbrzusznego. Tak więc podług G., *sectio alta* przy kamieniach moczowych, jest wskazaną tylko w następujących 3 przypadkach:

a) gdy wielkość kamienia zbliża się lub przewyższa 6 cm.

b) kiedy przerost gruczołu krokowego nie pozwala na wprowadzenie do pęcherza potrzebnych instrumentów.

c) jeśli metodyczna próba skruszenia wykazała, iż kamienia nie można skruszyć lub uchwycić.

2) *Nowotwory pęcherza.*

3) *Zwężenia cewki*, przy których nie udało się wprowadzić sondy, dla wykonania tak zwanego: „*Catheterismus posterior*”.

Na zakończenie przytaczam rezultaty otrzymane przez cytowanych w nagłówku autorów, jako też tych, którzy przyjmowali udział w dyskusji nad kwestyją *Epicystotomiae* w Paryżkiem Towarzystwie chirurgicznym:

PETERSEN	4	operac.	o	śmierci
GUYON	8	„	3	„ (tylko 1 w skutek operacji).
ZESAS	1	„	0	„
MONOD	3	„	1	„

LE DENTU	1	operac.	o	śmierci
PERIER	4	„	1	„
VERNEUIL	1	„	0	„
ANĖER	2	„	1	„

Ogółem 23 operacje 6 śmierci

Śmiertelność więc po sectio alta, wykonanej metodą Petersena wynosiła $26 \frac{2}{23} \%$; jeśli zaś wykluczmy 2 przypadki prof. Guyon, w których śmierć była następstwem zmian w nerkach, a nie samej operacji, to otrzymamy tylko $17,4 \%$ śmiertelności. *W. H. Krajewski.*

241. Dr. SONNENBURG. **O znaczeniu i stosowaniu ciągłych kąpielii w chirurgii.** (*Archiv. f. klinisch. Chirurgie T. 28. Zeszyt IV.*)

Już przed 30 laty LANGENBECK zalecał ciepłe kąpiele dla leczenia ran poamputacyjnych i rezekcyjnych.

HEBRA stosował z bardzo dobrym rezultatem ciągle kąpiele w różnych chorobach skórnych, przy oparzeniach i zgorzeli.

Używano także kąpielii w przypadkach długotrwałego ropienia, a nawet i w przypadkach świeżych ran, lecz jako ogólny środek leczniczy, zostały one wprowadzone dopiero w ostatnich czasach w klinice i w szpitalu żydowskim w Berlinie.

Autor podaje szczegółowy opis urządzenia kąpielowego, jakie się znajduje w klinice berlińskiej i w streszczeniu cały szereg przypadków, leczonych tą metodą. Zdaniem S. ciągle kąpiele mogą być używane bez względu na wiek chorego; można trzymać chorych w takiej kąpielii przez kilka tygodni, a nawet i miesięcy.

Już LANGENBECK zauważył, iż miejscowa ciągła kąpiel zmniejsza ból i gorączkę przyranną, ułatwia odpływ wydzieliny z rany i przyspiesza proces gojenia.

Autor nie tylko może potwierdzić wszystkie te zalety ciągłych kąpielii, lecz nadto sądzi, iż metoda ta w wielu razach jest lepszą od opatrunku przeciwgnilnego, szczególnie jeśli mamy do czynienia z ranami powstałymi po operacjach w okolicy odbytnicy, pęcherza moczowego, męskich i żeńskich organów płciowych, lub

tęż kanału kiszkiowego, gdzie nałożenie opatrunku Listera jest niemożliwe.

Przy długotrwałych ropieniach na gruncie żółtym, ciepłe kąpiele mają być najlepszym środkiem, który może w krótkim czasie zmniejszyć ropienie i poprawić wygląd rany.

Co się zaś tyczy odleżyn i oparzeń na znacznej przestrzeni, to nie ma dla lekarza jak i dla chorego wygodniejszego sposobu leczenia. Wreszcie rozlane zapalenie tkanki łącznej podskórnej, wymagające licznych nacięć, daleko łatwiej leczyć takimi kąpieliami, aniżeli nowymi środkami przeciwgnilnymi. — Chorzy bardzo prędko przyzwyczajają się do ciągłych kąpielii i bardzo są z nich zadowoleni, gdyż znakomicie zmniejszają ból. — Temperatura kąpielii nie powinna przewyższać 30° R., w ogóle jednak jest to zależnem od indywidualności chorego, jedni bowiem lepiej się czują w cieplejszej kąpielii, drudzy przeciwnie, żądają zimniejszej. W pierwszych dniach chorzy uskarżają się na ból w rękach i nogach, który zależy od działania wody na gruby naskórek tych części, bóle te jednak w krótkim czasie przechodzą.

Temperatura ciała podczas kąpielii rzadko bywa podniesioną, i nie wywiera żadnego wpływu na stan ogólny.

Zatrzymywaniu się i rozkładowi wydzieliny z łatwością możemy zapobiedz, dopóki rana znajduje się w wodzie. Jeżeli rana w części była zszytą, to powinniśmy stosować sączki. Autor sądzi, iż powinniśmy o ile możności unikać szwów, gdyż otworki bardzo często w wodzie się zwięzają, wskutek obrzmienia, przez co może nastąpić nagromadzenie ropy w jamie rany. We wszystkich przypadkach powinniśmy stosować sączki i od czasu do czasu dokładnie badać ranę, gdyż w kąpielii może wystąpić obfite ropienie i nie wywoływać znacznego podniesienia temperatury, ani też bólów. Chorób przyrannych autor podczas stosowania ciągłych kąpielii, ani razu nie widział. Nie

uważa też S. za potrzebne dodawać do kąpieli środków przeciwnilnych, nie ma jednak nic przeciw użyciu takowych.— W dalszym ciągu autor cytuje cały szereg przypadków leczonych ciągłymi kąpielami.

1) Sześć przypadków kamieni moczowych usuniętych za pomocą cięcia;— 2) dwa przypadki chorób organów płciowych u kobiet, (torbiel jajnika i rak macicy); 3) jeden przypadek Haematocele— jedna Hernia scrotalis i dwa przypadki raka odbytnicy; 4) dwadzieścia przypadków różnych chorób, na tle gruźliczym powstałych, długotrwałego ropienia po amputacjach i rezekcjach.

Autor wszystkich tych chorych, trzymał w ciągłej kąpieli przez kilka tygodni i otrzymał, jeżeli niezupełne wyleczenie, to w każdym razie znaczną poprawę.

Zastrzega sobie przytem wyraźnie, iż do kąpieli przystępował dopiero wtedy, kiedy inne metody leczenia i nawet stosowanie środków przeciwnilnych, nie prowadziły do celu. Ciągłe kąpiele powinny być częściej stosowane i głównie w tych razach, kiedy okolica rany nie jest dość wygodną dla nałożenia opatrunków przeciwnilnych, lub też warunki w jakich się chory znajduje na to nie pozwalają.

Guranowski.

242. HOLSTEIN. **Antisepsis w oftalmologii.** (*Inaug. Dissert. Berl. Febr. 1883*).

Przytoczywszy poglądy różnych autorów na użycie środków antyseptycznych w chorobach ocznych, HOLSTEIN przychodzi do następujących wniosków:

1) Niebezpieczeństwo ogólnego septycznego zakażenia, jakie grozi np. przy większych operacjach chirurgicznych i wymaga użycia środków antyseptycznych, przy cierpieniach ocznych prawie nie istnieje.

2) Z drugiej zaś strony septyczny charakter niektórych cierpień ocznych— jako to: wrzodu pelzającego rogówki, śluzotoku worka łzowego i specyficznie-za-

każnych śluzotoków łącznicy — wymaga użycia środków antyseptycznych.

3) Ropne zapalenia powstające niekiedy po operacjach ocznych np. po ekstrakcyi katarakty są również nie wątpliwie septycznego pochodzenia; jednakże dokładne wykonanie antyseptycznego opatrunku Listera, jest przy chorobach oczu niemożliwym, z jednej strony z powodu anatomicznego związku worka łącznicy z jamą nosową, z drugiej zaś strony z powodu drażniących własności mocniejszych roztworów kwasu karbolowego.— Również nieodpowiedniem jest użycie sprayu z powodu drażniących jego własności i powstającego zamglenia pola operacyjnego.

Najodpowiedniejszym środkiem antyseptycznym, przy chorobach oczów jest kwas borny, dla dezynfekcyi zaś instrumntów, najlepiej używać absolutnego alkoholu i Natrum benzoicum.

4) Użycie antyseptycznego opatrunku przy operacjach ocznych, dając czasowo dobre rezultaty, nie gwarantuje jednakże pomyślnego zejścia. Wtedy gdy Hoiner liczbę zwykłą zejść niepomyślnych 6% przy ekstrakcyi katarakty za pomocą antyseptycznego opatrunku, zdołał zredukować do 1,10%; GAŁĘZOWSKI, u którego przed tém liczba zejść niepomyślnych wynosiła 2%—3%, przy opatrunku antyseptycznym otrzymał 5 przypadków ropienia przy 93 ekstrakcyach; JUST przy 200 wyżej wspomnianych operacjach, wykonanych bez antyseptycznego opatrunku nie utracił ani jednego oka, następnie przy starannej antisepsis, na 207 operacyi wyjęcia zaciemka, miał 9 przypadków zropienia gałki ocznej; Alfred GRAEFE pewien czas otrzymywał przy antyseptycznym opatrunku nadzwyczaj pomyślne rezultaty—następnie w takich samych warunkach, powstało w kilku przypadkach jeden po drugim ropienie gałki ocznej i t. d.

W ogóle przychodzi autor do wniosku, że przy starannej czystości w aseptycznym zakładzie otrzymują się po operacy-

jach ocznych tak samo dobre rezultaty, jak przy użyciu starannie wykonanego antyseptycznego opatrunku. *J. Przybylski.*

243. CHARPENTIER. **O wrażliwości na barwy obwodowej części siatkówki** (*Archives d'ophthalmologie. I—III. Nr. 1, 1883*).

LANDOLT na zasadzie swych doświadczeń w 1874 r., wbrew przyjętym poglądom, dowodził, że obwodowe części siatkówki, są wrażliwe na barwy; autor na podstawie badań własnych oczu i swojego asystenta BERNHARDA, potwierdza zdanie LANDOLTA i przychodzi do wniosku, że siatkówka wrażliwą jest na wszystkie barwy do samego obwodu—potrzeba tylko żeby dana barwa była mocno natężoną; doświadczenia robiono z barwą czerwoną, niebieską, zieloną i żółtą.

J. Przybylski.

IV. Pediatria.

244. JULES SIMON. **Żelazo w praktyce dziecięcej.** *Le Fer chez les Enfants.* (*Le Progrès Medical Nr. 14 i 15*).

Autor postawił sobie za zadanie wykazać skuteczność niektórych preparatów żelaza w praktyce dziecięcej i wynaleść odpowiednie wskazania dla użycia takowych. W tym celu opisuje wkrótce własności preparatów żelaza, używanych w jego klinice.

I tak:

Z nierozpuszczalnych: żelazne opilki, ferrum hydrogenio reductum i carbonicum oxydulatum; a z rozpuszczalnych: ferrum jodatum w formie syrupus ferri jodati, fer. sesquichloratum, lacticum i wreszcie fer. citricum. Z pomiędzy wód czysto żelaznych wspomina o wodach: Bussang, Luxeuil, Orezza, Condillac, Forges i Spa, téj ostatniej nigdy nie zaleca pić czystej i nie przed 4 lub 5 rokiem życia.

W zdrowym organizmie żelazo zawierają: sok żołądkowy, włosy, naskórek, mleczko, żółć, mleko i mocz, najwięcej je-

dnak żelaza znajduje się we krwi w czerwonych ciałkach (Schmidt); w surowicy zaś tylko z powodu rozpuszczania się w niej tych ciałek. Według ścisłych obliczeń krew ludzka zawiera 0,057 żelaza na 100, czyli 3,07 gramów u człowieka ważącego 70 kilgr. Tej to obecności żelaza zawdzięczają ciałka czerwone znaczenie swe w procesie utleniania, jeden bowiem atom żelaza wiąże dwa atomy tlenu.

Wessanie żelaza ma miejsce w całym przewodzie pokarmowym; według niektórych tylko w żołądku i to w małej ilości, wydziela się zaś powiększej części z wypróżnieniami kiszkowemi.

Mniemanie, jakoby żelazo wchłonięte było zatrzymywane przez niektóre organy, mianowicie przez wątrobę i następnie wydzielało się wraz z żółcią, nie przechodząc do ogólnego krwiobiegu, według autora zdaje się być nieprawdopodobnem. Żelazo wywiera niezaprzeszony wpływ na kanał pokarmowy, system krwionośny i nerwowy.

Zestrony organów pokarmowych przy użyciu rozpuszczalnych preparatów żelaza widzimy przedewszystkiem zabarwienie dziąseł i zębów na kolor czarny, pochodzi to z powodu tworzenia się albuminatów, siarczanów i garbników żelaza, a według niektórych jestto pewnego rodzaju połączenie żelaza z substancją zębową. Następnie żelazo wywołuje podrażnienie błony śluzowej, zależnie od indywidualum, mianowicie u hysteryczek, częstokroć wypada zmieniać preparat z przyczyny nadmiernej drażliwości żołądka, szczególnie przy wielkich dawkach, wskutek czego powstają: nerwoból żołądka, wzdęcie brzucha, zgaga i obłożenie języka. W kiszkiach wywołuje żelazo zaparcie stolca, wyjątkowo tylko rozwolnienie.

W przyrządach krwionośnych i układzie nerwowym działanie żelaza objawia się przez bicie serca—puls przyśpieszony, przyływ krwi do głowy i płuc, skutkiem czego u osobników skłonnych, może być powodem krwioplucia.

Wpływ żelaza na organa płciowe okazuje się przez miesiaczkowanie łatwiejsze i regularniejsze.

Zewnętrzne użycie żelaza ma zastosowanie przy krwotokach, mianowicie ferum sesquichloratum. Tego samego preparatu w słabym roztworze używa autor w postaci wstrzykiwań do nosa, przy chronicznym katarze, jak również do pędzlowania migdałków i gardła przy chronicznym zapaleniu.

Do wewnątrz, z wyjątkiem półtorachlorku żelaza, którego autor używa przy dyfterycie i jodku żelaza przy zółzach, zalecając je nawet dzieciom mającym tylko 2 — 4 lat; autor stanowczo jest przeciwny przepisaniu żelaza, jako środka wzmacniającego, dzieciom młodszym od lat 4 lub 5.

W następujących chorobach zaleca autor użycie żelaza:

W blednicy. Wypada jednak wyróżnić prawdziwą blednicę od téj, która jest pierwszym objawem poczynającej się gruźlicy, tu bowiem stosując żelazo, wywołujemy tem szybszy rozwój gruźlicy i krwotoki płucne. LUTON wraz z innemi sądzi, że zamiast półtorachlorku żelaza, można używać przy blednicy z równie pomyślnym skutkiem wprost kwas solny, wywiązywaniu się którego pomieniony preparat żelaza, zawdzięcza wpływ swój leczniczy przy blednicy. Wiadomo jednak, że przy blednicy krew zamiast 3 grm. żelaza — zawiera tylko 1,50, a nawet 0,75 grm., czyż więc ten deficyt żelaza może być zastąpiony przez kwas solny? Niezgadza się autor również z mniemaniem Dujardin BEAUMETZ'A, według którego wszelkiego rodzaju kuracja wzmacniająca może w zupełności zastąpić preparaty żelaza.

Ze wszystkich preparatów najchętniej autor używa przy blednicy fer. carbonicum oxydulatum, — w proszku, nawpół z pulv. rhei, colombo lub cinnamomi, lub też fer. carbonicum w postaci pigulek Vallet, wreszcie fer. lacticum i fer. sesquichloratum po kilka kropel w wodzie zwy-

czajnej, lub ocukrzonej. Najlepiej używać żelaza — podczas jedzenia. Z wód żelaznych zaleca Bussang i Orezza. Nie należy przytem zaniedbywać kuracyi wodnej i masażu.

Mniej skutecznem okazuje się żelazo przy leczeniu bezkrwistości — będącej wyrazem chorób konstytucjonalnych, np. syfilisu, zółzów, krzywicy i raka. Skutecznie za to działa przy braku krwi, skutkiem nagłej jej utraty, np. przy uszkodzeniach traumatycznych.

Opierając się na dowodzeniu REYNARDA, opartem na doświadczeniu, że żelazo przywraca zdolność utleniania się krwi subjektów dyfterycznych, autor zaleca chorym na dyfteryt, przy użyciu środków odpowiednich, podawać co 2 godziny po kilka kropel fer. sesquichlorati w wodzie podczas picia bulijonu. W podobny sposób postępuje też autor przy leczeniu febris typhoidea u dzieci, a wreszcie przy krwotokach np. skorbutycznych i przy chronicznym niezycie kiszek, jeśli inne odpowiednie środki okazały się bezskutecznymi.

Przy zółzach używa autor fer. jodatum i Natrum pyrophosphoricum fer-ratum.

Kończąc, dodaje autor, że tam gdzie preparaty żelaza nie mogą być użytecznymi — niepotrzebnie tylko przeciążają trawienie i osłabiają organizm, przy wyborze więc środka winniśmy zawsze pamiętać, że „niema chorób, lecz są tylko chorzy”.

K. W. Sierpiński.

Wiadomości bibliograficzne.

— Dr. Gustaw Wolzendorff, — *Handbuch der kleinen Chirurgie.* — Urban und Schwarzenberg 1883 str. 468, cena 12 marek.

Dawno już dawała się czuć potrzeba nowego, zgodnego z postępami tegoczesnej chirurgii, obrobienia podręcznika małej chirurgii. — Brak ten w literaturze niemieckiej wypełniła świeżo wydana książka D-ra Wolzendorfa. Jest to zbiór artykułów tegoż autora pomieszczonych w „Real-Encyclopädie”, wydawanej pod redakcją Eulenburga, dopełniony nowemi dodatkami o tyle, o ile tego całość podręcznika wymagała. Praktycz-

ny lekarz znajdzie w tem dziełku krótko, zwięzle, a dokładnie zebrane wszystkie zdobycze nowoczesnej chirurgii, zastosowane do codziennych jego potrzeb. Autor rozszerzył cokolwiek ramy tej części chirurgii, którą zwykliśmy małą nazywać. Rozbiór każdego pojedynczego rozdziału zaprowadził by nas za daleko, dla tego też ograniczam się tylko wyliczeniem główniejszych działów, aby w ten sposób dać niejakię pojęcie o treści książki. W. opisuje po kolei: sposób stosowania maści, plastrów, przymoczek kąpieli, środków drażniących skórę; dalej idą: masaż, wstrzykiwanie do różnych jam ciała, sposoby nakładania opasek zwyczajnych, opatrunki tężejące z uwzględnieniem niektórych wskazań specjalnych (jako nowsze zaznaczamy opatrunek trypolitowy, parafinowy, filcowy etc.),— aparaty wyciągowe. Następnie autor dosyć obszernie opisuje opatrywanie ran antyseptyczne, przy czem podaje sposób przygotowywania materjałów opatrunkowych. W końcu podaje W. sposoby powstrzymywania krwotoku, opis szwów najczęściej używanych, sposoby rozdzielania tkanek, i opis innych rękoczynów, zaliczanych do małej chirurgii, kończy rozdziałem o znieczulaniu ogólnem.— Tekst jest objaśniony licznymi, gdyż 375 rycinami. Książkę tę, tak lekarzom praktykującym, jak i studjującym medycynę śmiało polecić możemy.

W. H. Krajewski.

MISCELLANEA.

245 Prof. W. F. LEHNE podaje różnice zachodzące pomiędzy kairyną znajdującą się obecnie w handlu, a tak zwaną kairyną M., z którą wykonywał poprzednie doświadczenia. Pierwsza nie wymaga tak ściśłego dozowania jak kairyna M., w ogóle różnice są następujące:

- 1) Dla takiego samego obniżenia ciepłoty trzeba użyć więcej kairiny ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$), niż kairiny M.
- 2) Działanie kairiny jest powolniejsze, obniżenie ciepłoty zaczyna się później ale trwa dłużej.
- 3) W skutek powolniejszego znikania wpływu kairyny na temperaturę, można przy odpowiednim podawaniu nowych dawek zupełnie nie dopuścić do wznesienia ciepłoty.
- 4) Nawet za duże dozy kairyny (np. 2,0), zuosi organizm łatwiej niż takież dozy kairiny M., i nie trzeba tak skrupulatnie obliczać jak długą ma być przerwa pomiędzy dwoma dawkami.

Dla tego też sposób zastosowania tego środka u dorosłych będzie teraz daleko prostszy od poprzednio podanego:

Należy przepisać kairynę w dozach podzielonych, zawierających 0,25 grm., podawać je należy w opłatku, capsul. amylac. lub kapsułkach żelatynowych, zalecić popić dużą ilością wody. Pierwszego dnia należy podawać co godzina po 0,5 grm. kairyny (temperaturę tego dnia trzeba mie-

rzyć przynajmniej co 2 godziny, następnych dni można temperaturę mierzyć rzadziej) i dać takich dawek 4. Jeżeli za pomocą tych 4-ch dawek uda się obniżyć temperaturę do 38° C., to następnie trzeba już tylko podawać po 0,25 grm. co godzina; jeśli się temperatura znowu podniosła lub jeśli chory uczuł chociażby najlżejszy dreszcz, trzeba znowu przejść do dawek 0,5 grm.

Jeżeli czterokrotne podanie 0,5 grm. kairyny nie obniżyło wcale ciepłoty, należy przejść do dawek jednogramowych i dać 4 porcyje w godzinowych odstępach. Jeżeli od dawek półgramowych obniżenie temperatury było widoczne ale nieznaczne, to należy podawać 0,75 grm. Jak tylko przez czterokrotne podanie 1,0, lub 0,75 grm. kairyny, obniżyliśmy temperaturę do 38° C., należy zadawanie zupełnie przerwać, zachowując tylko jedną dozę (1,0—0,75 grm.), na wypadek jeśli chory doznał dreszczów. Nakoniec, jeśli po kilku (2—6) godzinach, ciepłota znowu się znacznie wznośi, należy znowu podawać kairynę jak poprzednio. Doświadczenie dnia pierwszego wskazuje jak mamy postępować dni następnych. Kairyna nie okazuje działania kumulatywnego—chorzy się też do niej przyzwyczajają.

(Berl. klin. Woch. Nr. 16, 1883).

246 Woda chloroformowa otrzymuje się przez skłócenie 3-ch części wody z 1 częścią chloroformu, płyn powinien się odstać, poczem nadmiar chloroformu się zlewa.

Zawiera 9 cz. chloroformu na 100 cz. wody. Dodatek niektórych soli np.: Natrum salicylicum nie przeszkadza rozpuszczeniu chloroformu w wodzie.

Woda chloroformowa ma przyjemny smak chłodzący i dla tego może być z korzyścią użyta jako Vehiculum dla niesmacznych środków.

Dr. BIANCHI zaleca używać wody chloroformowej do przepłukiwania żołądka; w dwóch przypadkach upartego kataru żołądka otrzymał zupełne wyleczenie, a w 1 przypadku carcinomatis pylori znakomitą ulgę.

(Pet. Med. Woch. Nr. 11, 1883).

(Un. med. Nr. 49, 1883).

247 Oftalmiczna narodowa klinika w Paryżu. Do kilku francuzkich czasopism oftalmicznych przybyło nowe — „Bulletin de la Clinique nationale ophthalmologique de l'hospice des Quinzevingts”.

Redaguje go od r. b. Dr FIEUZAL, naczelny lekarz tego zakładu. Pismo to, formatu książkowego, ma wychodzić co 3 miesiące i będzie zawierać jedną pracę oryginalną, artykuł treści krytycznej i bibliografię— z rycinami. (Cena 14 fr.). — Będzie to rodzajem ciągu dalszego: Sprawozdań z „Przytułku 300 ślepych“ jakie Dr F. od r. 1876 ogłaszał. Przytułek nieuleczalnych 300 ślepych, datujący się od czasów Ludwika XVI, ma obecnie pensjonarzy

stałych (300) i eksternów (1750), pobierających rocznie wsparcia od 100—200 fr.

Ponieważ jednak w całej Francji liczy się obecnie 31,631 ślepych, z których do 25,000 ludzi biednych, przeto prawie $\frac{9}{10}$ nie korzysta z dobroczynności instytucji.

Przy przytułku od 1880 r., otwarto klinikę narodową na 25 łóżek, w której udzielono pomoc lekarską 7000 chorym. W klinice wykonano 349 operacji, z nich 155 wydobyc zaćm (keratotomia super., iridectomy).

Do opisu kliniki dodano 3 ryciny, przedstawiające plan gmachu i rozkład pomieszczenia, a także mapkę Francji, podzielonej na departamenta, z której widać jaka ilość ocznych chorych wstąpiła do nacyonalnej oft. kliniki w ciągu 1881 r. z rozmaitych miejsc Rzeczypospolitej.

248 Dr. SCHMIDT w Moskwie **przeszczepił kilka kawałków piszczeli psa pomiędzy dwa odcinki rzepki** (patella) bardzo od siebie oddalone w skutek zastarzałego złamania. Rana zagoiła się per primam intentionem, i między obu odcinkami rzepki wytworzyło się kostne połączenie. Jest to pierwszy przypadek przeszczepiania kości zwierząt na człowieka, uwieńczony powodzeniem, jak wiadomo już MAC CORNAC'OWI w przeszłym roku udało się przeszczepianie kości u człowieka, lecz za materiały do szczerzenia posłużyły mu kawałki kości ludzkich otrzymanych przy wypitowaniu rachitycznych skrzywień piszczeli. (*Wracz Nr. 13, 1883*).

249 Prof. STRICKER zawiadomił towarzystwo lekarskie wiedeńskie, iż Dr. BORYSIKIEWICZ, badając siatkówkę tygrysy i leoparda znalazł w niej **brak zupełny tylnej warstwy pałeczek**; fakt ten zachwiałby hipotezę Müller'a, podług której pałeczki są organami niezbędnymi dla powstania uczucia światła. U lwa pochodzącego z Ameryki, warstwa pałeczek była doskonale rozwinięta.

(*All. Wien. Med. Zeit. Nr. 13, 1883*).

250 Dr. UNNA znalazł, iż **tlenek wodoru** może oddać znakomite usługi w histologii: usuwa on szybko pigmenty z tworów rogowych (np. włosów), a także i z innych tkanek, które się stają bardziej przezroczyste; usuwa też zabarwienie otrzymane za pomocą kwasu osmowego lub chromowego, toż samo zabarwienie hamatoksyliną znosi szybciej niż inne odczynniki. Preparaty poddane działaniu tlenku wodoru, trzeba pogrzążyć do wody i należyście skłócić, żeby wypędzić pęcherzyki powietrza.

(*Monatschrft. f. Dermat. Januar 1883*).

251 Dr. BONATTI zachwala **chlorał** w połączeniu z **senesem**, jako doskonały środek **przeczyszczający** drastyczny, działający w przypadkach, w któ-

rych napróżno uciekano się do jalapy i ol. crotonis. Sposób przepisywania:

Rp Inf. sennae
ex 6,0 pti 800,0
Hydratis chlorali
1,50 (2,0)
Syrupi simpl. 30,0.

(*All. Wien. Med. Zeit. Nr. 12*).

Wiadomości bieżące.

— Dr OBALINSKI w Krakowie, został mianowany nadzwyczajnym profesorem chirurgii na Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Prof. TOMSA stanowczo przenosi się z Kijowa do Pragi, ministerjum austriackie zgodziło się na wybudowanie osobnego instytutu fizjologicznego podług wskazówek profesora.

(*Med. Wiest. Nr. 14, 1883*).

— We Włoszech wydano prawo, mocą którego **zabroniono sprzedaży wszelkich specyfików**, na etykietach których nie ma dokładnie oznaczonego ich składu.

Nekrologija.

— Dr Wiktor v. BRUNS profesor chirurgii na uniwersytecie w Tubindze, — zmarł 19-go marca r. b.

— Dnia 10-go kwietnia umarł w Paryżu Dr. KRISHABER, specjalista laryngolog, na tyfus plamisty.

— Dnia 29 marca zmarł w Palermo profesor ginekologii akademii medycznej w Petersburgu Dr. HORWITZ.

— W Gdańsku zmarł Dr BŁOCK, znany ze swych doświadczeń, czynionych na zwierzętach nad rezekcją płuc, wykonał on też rezekcję płuca u pewnej damy, która jednak umarła, krewni pociągnęli operatora do odpowiedzialności sądowej, śmierć D-ra Błock przerwała bieg sprawy.

(*St. Pet. Med. Woch. Nr. 14, 1888*).

— **Sprostowanie.** W Nr. 8-ym Kroniki na stronnicy 383 w 16-ym wierszu od góry, zamiast: „alkoholowego”—winno być: „wodnego”.

Na str. 382 w Sprawozdaniu z Tow. Lek., mylnie podano nazwisko testatora domu dla Towarzystwa; czytać bowiem należy: zapis D-ra *Koczorowskiego* w Piotrkowie.