

GAZETA LEKARSKA.

I. DWA PRZYPADKI STOPY KOŃSKIEJ, SPOWODOWANEJ ZAPALENIEM ŻYŁ.

[Według odczytu, wygłoszonego na V zjeździe chirurgów w Krakowie].

Podał

Bronisław Wilhelm Sawicki.

Na cierpienie, o którym chcę mówić, pierwszy zwrócił uwagę VERNEUIL przed kilku laty. W pracy swej ¹⁾ opisał on trzy przypadki, spostrzegane przez siebie w ciągu niespełna 3-ech lat, a nadto jeden przypadek z obserwacji KIRMISSON'a. Sama choroba polega na tem, że w następstwie zapalenia żył na goleni wytwarza się *pes equinus* lub *equino-varus*; przytem powstała w ten sposób końska stopa tem się odróżnia od tegoż zboczenia, powstałego z innych powodów, że jej palce stają się sztywne, nieruchome, mniej lub więcej zgięte, niekiedy na kształt szpon zakrzywione.

Powstawanie tego rodzaju stopy końskiej VERNEUIL objaśnia zapaleniem żył śródmięśniowych, z których sprawa zapalna łatwo przechodzi na mięśnie, wywołując *myositis*. Sprawa przeważnie umiejscawia się w tylnych głębokich mięśniach goleni, a mianowicie: w *m. flexor digit. com.*, *flexor hallucis long.*, *tibialis posticus*. Natomiast *m. triceps surae* bywa o wiele mniej zajęty. Umiejscowieniem sprawy w głębokich mięśniach goleni tłumaczy się zgięcie i unieruchomienie palców.

Spostrzeżenia VERNEUIL'a w streszczeniu tak się przedstawiają:

1. Kobieta. *Phlebitis varicosa* na jednej, potem na drugiej nodze. *Arthritis acuta femoro-tibialis* i *tibio-tarsalis*. *Albuminuria*. Mocne zgięcie podszwowe obu stóp; zgięcie palców, zwłaszcza pierwszych. Objawy silniej wyrażone na lewej nodze. Pomimo że choroba rozpoczęła się przeszło przed 2-ma laty, dotąd chora nie chodzi.

2. Młoda kobieta, pierwiastka. W 15 dni po porodzie wystąpiła obustronna *phlegmasia alba dolens*. Na oczach chirurga rozwija się, pomimo leczenia, w ciągu trzeciego tygodnia dwustronna *pes equino-varus*. W 4 miesiące po wystąpieniu tego objawu chora była na wyzdrowieniu.

¹⁾ VERNEUIL. *Difformités des pieds et des orteils consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs; pieds bots phlébitiques*. Gazette méd. de Paris. 1890. Nr. 15 [12 Avril].

3. Mężczyzna. Z powodu rany uda podwiązano tętnicę udową; zapalenie towarzyszącej jej żyły na całej kończynie. Mocne zgięcie podszewne stopy i umiarkowane zgięcie obok zupełnej sztywności palców. Cierpienie jednostronne.

4. [Przypadek KIRMISSON'a]. Kobieta. Po porodzie obustronna *phlegmasia alba dolens*. Obustronna *pes equino-varus*. Po upływie roku przecięcie ścięgna ACHILLES'a w celu leczniczym.

Opisane powyżej cierpienie VERNEUIL uważa za bardzo poważne, ponieważ leczenie jego jest trudne, a niekiedy bezskuteczne. W celu leczniczym radził V. stosować: wyprostowywanie stopy raptowne lub stopniowe, nacierania, mięsienie, elektryzację mięśni antagonistów, wreszcie tenotomię. W pierwszym swoim przypadku stosował V. stopniowe wyprostowywanie stóp za pomocą seryi opatrunków gipsowych. Wynik był nieznaczny. W dwóch innych przypadkach najlepszy skutek wywierało mięsienie, które należy jednakże wykonywać ostrożnie z powodu bólu, oraz z powodu możności oderwania skrzepu w żyłę i wywołania zatoru.

Aczkolwiek zapalenie żył na kończynach dolnych należy do cierpień bardzo częstych, powyżej opisana jego odmiana spotyka się rzadko. Przynajmniej poza pracą VERNEUIL'a nie spotkałem w literaturze ani jednego podobnego spostrzeżenia. Wobec tego ośmielałem się podać opis dwóch przypadków, w roku przeszłym spostrzeganych przezemnie w klinice chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus. Oba przypadki dotyczyły młodych robotników, pochodzących ze środkowych gubernii Rosyi i pracujących przy fortyfikacjach. Zapisali się oni do szpitala jednocześnie w dniu 9 czerwca 1892 roku. Według ich opowiadania, w podobny zupełnie sposób zachorował także trzeci robotnik, lecz został pomieszczony w innym szpitalu. Na razie nie miałem czasu, później zaś, pomimo starań, nie mogłem go odszukać. Obraz cierpienia i przebieg tegoż w spostrzeganych przezemnie przypadkach przedstawił się, jak następuje:

Spostrzeżenie I. M. J. lat 30, dobrze zbudowany, przed dwoma tygodniami, pracując w podziemiach fortyfikacji, uczuł ból przy chodzeniu w lewej łydce. Ból ten szybko się wzmagał, chory pomimo to, chociaż z trudnością, chodził. Przed kilkoma dniami dostał dreszczy, ziębienia, poczem zmuszony był się położyć. Przy badaniu znalazłem: ciepłota 38,8° C. Na lewej gołeni na przebiegu obu żył podskórnych czerwone pasy i znaczne nacieczenie zapalne w skórze i tkance podskórnej. Nacieczenie takie, odpowiadające żyłce podskórnej dużej, przechodzi na udo i tu sięga do górnej trzeciej części tegoż. Przy obmacywaniu łydki natrafiamy w tkance podskórnej na liczne bolesne stwardnienia, odpowiadające mniejszym rozgałęzieniom żył podskórnych. Nadto w niektórych miejscach dopiero przy mocniejszym ucisku chory doznaje bólu, jak gdyby miejsca bolesne leżały w głębi mięśni [w *m. gastrocnemius* lub też w głębszej warstwie]. Kończyna umiarkowanie zgięta w kolanie, i wyprostowanie jej bolesne. Stopa ustawiona w zgięciu podszewnym. Palce nieco zgięte, zwrócone są końcami paznogi zupełnie na dół przy pierwszym położeniu nogi. Ruchomość palców ograniczona. Sklepienie podszewy powiększone. Gdy chory na moje żądanie wstaje i próbuje oprzeć się na nodze chorej, dotyka podłogi paznogami palców. Zastosowałem rozgrzewające, wilgotne okłady z kwasu karbolowego, oraz wysokie ułożenie kończyny. Po 2-ech tygodniach, gdy zaczerwienienie skóry znikło i stwardnienia w kierunku żył znacznie się zmniejszyły, począłem robić ostrożnie mięsienie i ruchy bierne stopy, oraz palców. Nadto zaleciłem codziennie ciepłe kąpiele nożne. Po miesiącu palec odzyskały swą ruchomość, chory jednakże dopiero po upływie 6 tygodni zaczął się opierać na główki śródstopia. W dniu 29 lipca, gdy na usilne żądanie opuszczał szpital, chodził już niezłe, lecz przeważnie opierał się na palcach. Mógł wprawdzie stać i na całej podszewie, lecz to go bardzo szybko męczyło.

S, ostrzeżenie II. Cz. A. lat 27, dobrze zbudowany, pracował razem z poprzednim robotnikiem przy podziemnych robotach fortyfikacyjnych, spędzając całe dni, jak mówił, w atmosferze wilgotnej. Przed 8 tygodniami zaczął doznawać bólu w obu goleniach. Ból ten wystąpił najprzód na wewnętrznej powierzchni prawej nogi i w dole podkolanowym lewej, poczem, stopniowo się powiększając, przeniósł się na obie łydki. Od kilku dni chory nie mógł już zupełnie chodzić. Przy badaniu znalazłem ciepłość 38,9° C. Żyłki podskórne na obu kończynach dobrze rozwinięte, w niektórych miejscach tworzą niewielkie żyłaki. Na prawej nodze od stopy prawie do połowy uda żyła podskórna duża i odchodzące od niej mniejsze tworzą bolesne, twarde sznurki. W górnej trzeciej części wewnętrznej powierzchni goleni skóra zaczerwieniona i razem z tkanką podskórną mocno nacieczona. Stopa w stanie znacznie wyraźnego zgięcia podszwowego [stopa końska]. Palec ruchome. Przy obmacywaniu lewej goleni wyczuwamy bolesne stwardnienia wzdłuż obu żył podskórnych i ich bocznych rozgałęzień. Zwłaszcza na miejscu żyłaków znajdujemy twarde guzowatości. W dole podkolanowym skóra zaczerwieniona i przedstawia znaczne nacieczenie, przechodzące na dolno-wewnętrzna powierzchnię uda. Przy mocniejszym uciskaniu łydki, jak w poprzednim przypadku, znajdujemy bolesne miejsca, w mięśniach leżące. Niewielki obrzęk stopy i goleni. Stopa przedstawia znaczne zgięcie podszwowe, palec jej zgięty, bardzo niewiele ruchome. Chodzić, a nawet stać bez pomocy chory nie może. Zastosowałem smarowanie nalewką jodową, a potem rozgrzewające okłady z kwasu karbolowego, oraz wysokie ułożenie kończyn, wreszcie codziennie długotrwałe kąpiele ciepłe na nogi. Po upływie trzech tygodni nacieczenia na prawej nodze znikły, na lewej utrzymywały się jeszcze pod kolanem. Przystąpiłem wówczas do ostrożnego mięsienia. Ponieważ wprędce potem w dolnej części lewej goleni wystąpiło zaczerwienienie i obrzęk skóry na przebiegu żyły podskórnej, zmuszony byłem ograniczyć się na mięsieniu tylko prawej nogi. Ku końcowi 5-go tygodnia pobytu chorego w szpitalu, podszwowe zgięcie prawej stopy zmniejszyło się, palec zaś lewej stopy stały się bardziej ruchomymi. Chory zaczął chodzić na kulach, przyчем sam chód ten był wielce charakterystyczny. Opierając się na dwóch kulach, wystawiał on przedewszystkiem prawą nogę mocno naprzód, tułów zaś odginał ku tyłowi, opierając się jednocześnie na palcach lewej nogi. W tem położeniu unosił się na kulach do góry, przechylał tułów ku przodowi i zlekka tylko dotykając podłogi palcami prawej stopy, zmieniał położenie nóg swoich, t. j. lewą wyciągał mocno naprzód i stawiał całą podszwaw, prawą zaś zatrzymywał z tyłu i opierał na palcach. W ten sposób obie stopy przy chodzeniu zachowywały w stawie golenio-stopowym niernichomość i były w kierunku podszwowym zgięte. Chód taki przedstawiał szczególny rodzaj skakania. W końcu 7-go tygodnia leczenia w szpitalu ruchomość w prawym stawie golenio-stopowym powróciła zupełnie. Natomiast lewa stopa pozostawała w zgięciu podszwowem, aczkolwiek o wiele słabiej wyrażonem; zakres ruchomości palców znacznie się rozszerzył. Gdy chory na własne żądanie wypisywał się 29 lipca, mógł już chodzić przy pomocy kija, opierając się całą prawą stopą i palcami lewej.

Powyżej opisane przypadki nastęrczają mi kilka uwag odnośnie do samego cierpienia. Przedewszystkiem, jak to już VERNEUIL zauważył, spotyka się ono rzadko. Rzeczywiście, chociaż w praktyce swej spostrzegałem wiele przypadków zapalenia żył, powikłanie takie, o ile pomnę, widziałem po raz pierwszy. A przecież powikłania tego przeoczyć trudno, gdyż jest ono tak charakterystyczne, że nawet przy powierzchownem badaniu rzuca się w oczy.

Sądząc z przypadków VERNEUIL'a, a poniekąd i moich, trzeba przypuścić, że opisane cierpienie występuje zawsze w następstwie bardzo ciężkich cierpień układu żylnego. Z czterech przypadków opisanych przez V., w trzech stopa końska wystąpiła w następstwie obrzęku udowego u położnic, w jednym zaś wskutek zapalenia żył głębokich całej kończyny po podwiązaniu tętnicy udowej. Pierwotne cierpienie w moich przypadkach było wprawdzie mniej poważne, wychodziło jednakże poza ramy zwykle spotykanych zapaleń żył podskórnych goleni.

Przedewszystkiem zwraca na siebie uwagę prawie jednoczesne wystąpienie choroby u trzech osobników, w jednakowych warunkach pracujących. Przytem zapalenie żył nie ograniczało się większymi pniami podskórnymi, lecz zajmowało i mniejsze rozgałęzienia. Nacieczenia skóry i tkanki podskórnej były tak znaczne, że jakiś czas przypuszczałem, czy nie mam do czynienia jednocześnie ze sprawą zapalną, dotyczącą kości. Wreszcie bolesne ogniska w mięśniach łydki, wykazujące widocznie przenoszenie się sprawy na żyły mięśniowe i uporeczywy przebieg cierpienia odróżniają je od zwykle spotykanych przypadków.

Porównywając moje przypadki z opisanymi przez VERNEUIL'a, obok cech podobieństwa widzę i różnicę pomiędzy nimi.

W przypadkach VERNEUIL'a obok objawów końskiej stopy bardzo wybitnie występowała sztywność i szponowate zgięcie palców. Cierpienie to uwarunkowane było sprawą zapalną w tylnych głębokich mięśniach goleni, podczas gdy mięśnie łydki były prawie wolne, co V. uważa nawet poniekąd za charakterystyczny objaw dla tegoż cierpienia. Tymczasem inny stosunek zachodził w moich przypadkach. Na pierwszy plan występowało tu podeszwowe zgięcie stopy; sztywność i zgięcie palców były tu słabiej wyrażone i nigdy nie nadawały tymże palcom wyglądu szpon. Na prawej nodze drugiego chorego palce prawie żadnych zmian nie przedstawiały. Szczegół ten, obok opisanych wyżej bolesnych ognisk w łydce, każe przypuścić, że tu przeważnie były zajęte mięśnie łydkowe, w mniejszym zaś stopniu głębokie mięśnie goleni. Różnica taka w objawach mogła zależeć od pierwotnego umiejscowienia sprawy. W przypadkach VERNEUIL'a sprawa zapalna szerzyła się z żył głębokich na mięśnie, tymczasem w moich spostrzeżeniach pierwotna sprawa przeważnie umiejscowiała się w żyłach podskórnych, skąd przechodziła na mięśnie łydki i głębiej. Że jednakże i w moim drugim przypadku na nodze lewej musiały być zajęte żyły głębokie goleni, na to wskazuje obrzęk nogi i znaczne nacieczenie pod kolanem, a nadto wybitniej wyrażona sztywność i zgięcie palców.

Opierając się na opisanych wyżej przypadkach, można przypuścić, że zarówno zapalenie żył głębokich, jakoteż i podskórnych goleni może w pewnych warunkach przechodzić na żyły śródmięśniowe, wywoływać zapalenie mięśni, w następstwie czego występuje stopa końska sama lub w połączeniu ze szponowatem zajęciem palców.

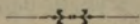
Przebieg cierpienia zawsze bywa mniej lub więcej ciężki, rokowanie zaś głównie zależy od ważności i rozmiarów sprawy, która toż cierpienie wywołała. Przy leczeniu, o ile sam mogłem sprawdzić, najlepiej robiło mięsienie i ciepłe kąpiele nożne, zwłaszcza po ostatnich chorzy zawsze się czuli lepiej. Gdy z powodu odnawiania oddziały chirurgicznego dawanie kąpeli w ciągu dni kilku przerwano, obaj chorzy twierdzili, co poniekąd i ja stwierdziłem, że sztywność stawów znowu była większa. Nie mniej na uwagę zasługują stałe zawijania w antyseptyczne okłady rozgrzewające, co zwłaszcza przy zapaleniu żył podskórnych może mieć duże znaczenie. W lżejszych przypadkach taki sposób postępowania w zupełności wystarcza. Natomiast w cięższych, jak to VERNEUIL wykazał, takie leczenie może być bezskuteczne, a wówczas gdy ostre objawy

zapalne miną, należy się uciekać do opasek gipsowych, a gdy i to nie pomoże, do tenotomii.

II. DWA PRZYPADKI RAN POSTRZAŁOWYCH OCZODOŁU.

Podał

K. Noiszewski [Dźwińsk].



I. Dnia 28 czerwca 1890. Witold Garrysz, lat 18, zamieszkały przy rodzicach w Dźwińsku, patrząc lewem okiem w lufę rewolwera, kręcił bębenek, starając się tak go nastawić, aby jedyna pozostała w nim kula stanęła naprzeciw lufy. W tem padł strzał.

Garrysz nie upadł i przytomności nie stracił. W godzinę po wypadku byłem u chorego: przedewszystkiem rzuca się w oczy obrzęk i sinica powiek oka lewego, części przyległych. Samo oko pozornie normalne, tylko tęcza rozszerzona *ad maximum*. Oderwanie siatkówki całkowite. Lewe nozdrze odcięte od zewnątrz na wysokości 7 milim., brzegi rany czarne. Zgłębnik prowadzi do wewnętrznego kąta oka. Kula 12 milim. kalibru przeszła przez lewe nozdrze i wewnętrzną kąt oka w kierunku pionowym do czaszki.

O k o p r a w e $W = \frac{1}{6}$ SNELL, o k o l e w e $W = 0$. Słuch prawego ucha = 1,5 metr. [chód zegarka kieszonkowego], słuch lewego ucha = 0,04 metr.. Chory leży, ciepłota 36,6°. Silny ból głowy. Na 3-ci dzień utrata świadomości i bredzenie, ciepłota 39,7° rano.

W ciągu następnych 6-ciu dni bez przytomności i w gorączce.

Na 10-ty dzień gorączka ustąpiła i chory wstał.

Stan obecny w czerwcu 1893 r., t. j. 3 lata później: *mydriasis atque amotio retinae oc. sin.*, t. j. toż samo, co i wówczas.

$W = 0$ o k o l e w e. $W = \frac{1}{6}$ SNELL o k o p r a w e. Pamięć i umysł normalne. Niedowładów, znieczuleń i innych nienormalności niema. Chory nawet żartuje, że od czasu, jak nosi w mózgu kawałek ołowiu, zdolności jego się zwiększyły.

II. Dnia 2 maja 1893 r. przywiózł D-r OSKIERKO do stacyi oftalmicznej na Pohulance chorego z raną postrzałową twarzy dla dokonania wyjęcia gałki ocznej (*enucleatio bulbi*).

Chory, p. Antoni Wojciechowicz, sędzia pokoju w Doni, wygląda zupełnie wyczerpanym drogą, bezsennością i bólem. Wciąż głośno narzeka na nieznośne bóle w prawym oku i prawej stronie głowy. Rzuca się w oczy mała ranka, na pół centymetra, w prawo od nosa w *fossa maxillaris* umiejscowiona i bardzo znaczny obrzęk powiek prawego oka, barwy ciemno czerwonej w sinność wpadającej. Zwraca też uwagę nadzwyczajne napięcie powieki górnej i niezwykła twardość. Ucisk na powiekę niebolesny. Szpary powiekowej utworzyć niepodobna. Chory pomimo bólów uskarża się na znieczulenie na czole i powyżej czola aż po ciemię. Chory jest zupełnie przytomny. Niedowładów i znieczuleń niema [oprócz na czole]. Tydzień temu chory wystrzelił z rewolweru i strzał

padł w kierunku ranki na górnej szczęce. W pół godziny potem wezwany lekarz znalazł go leżącego we krwi i nieprzytomnego. Lekarz LUTYŃSKI znalazł, co następuje: rankę w *fossa maxillaris*, którą udało mu się zgłębić w kierunku oczodołu, obrzmienie i sinicę powiek prawego oka, *exophthalmos*. Oprócz tego spojówka na dolnej powiece była porwana, a rogówka zaćmiona. Ze względu na znaczne powierzchowne uszkodzenia dolnej spojówki, braku niedowładów i znieczuleń i zupełnej przytomności chorego D-r LUTYŃSKI sądził, że kula, wszedłszy w *fossa maxillaris*, wyszła pod okiem. Gdy jednak ból oka i głowy co raz wzrastał, gdy wzrastał obrzęk, a chory cierpiał na bezsenność, która go doprowadzała do szału, zdecydowano się poświęcić mocno uszkodzone oko i w tym celu przywiózł go D-r OSKIERKO do zakładu, stawiając mi następujące pytania:

- 1) Czy jest kula w głowie?
- 2) Jeżeli jest, gdzie się znajduje?
- 3) Czy wskazanem jest w danym przypadku wyjęcie oka?

Rozpatrzmy topografię oczodołu w kierunku drogi kuli.

Pierwszą kością, którą kula spotkała, była szczęka górna, mianowicie jej przednia powierzchnia twarzowa przed odkostem jarzmowym. Kierunek kuli odpowiadał w przybliżeniu kierunkowi *cannalis infraorbitalis*, który przez jamę HIGHMOR'a prowadzi do oczodołu tam, gdzie się znajduje *fissura orbitalis inferior* pomiędzy dolnym brzegiem wielkiego skrzydła (*alae magnae*) kości klinowej, a tylnym brzegiem oczodołowej powierzchni kości górno-szczękowej. Nadłamanie brzegów powierzchni oczodołowej górnej szczęki tłómaczy nam, dlaczego spojówka dolnej powieki była porwana. Za tem, że kula mogła się znajdować poza gałką oczną przemawiało i nadzwyczajna twardość zawartości oczodołu i bardzo znaczne wystąpienie gałki ku przodowi, ale w danym przypadku było szczególnie uderzającym znieczulenie czoła, które wskazywało wyraźnie na uszkodzenie, względnie zniszczenie nerwu czołowego, który jak wiadomo przechodzi pod górną ścianą oczodołu. Gałąź oczna nerwu trójdzielnego przed wstąpieniem do szczeliny oczodołowej górnej rozdziela się na trzy gałązki: nerw łzowy (*n. lacrymalis*) unerwia gruczoł łzowy, spojówkę i skórę zewnętrznego kąta oka, nerw nosorzęskowy (*nasociliaris*) unerwia jamę i skórę nosa i nerw czołowy (*n. frontalis*) unerwia skórę czoła aż po ciemię.

Te trzy gałązki leżą poza gałązką w bliskości *fissura sphenoidalis*, t. j. szczeliny klinowej lub inaczej oczodołowej górnej: zniszczenie postrzałowe dotknęło tylko jednej gałązki. Za tem droga kuli została ściśle wytkniętą w oczodole.

Spodziewając się na tej drodze znaleźć kulę, po zachloroformowaniu chorego oddzieliłem cięciem podłużnym górną powiekę od łuku brwiowego i rozsuwając skórę, tkankę łączną i włókna mięśnia okrężnego, posuwałem się pomiędzy górną ścianą oczodołu a gałką, aż natrafiłem na ciało twarde, umiejscowione w szczeliny klinowej (*fissura sphenoidalis*) przy połączeniu kości czołowej z mieczowym odrostem kości klinowej. Wydobyta kula miała dziwnie rozplataną postać i swym odcyłowym końcem była zwrócona ku górze i naprzód; zaś dwoma swymi płacami obejmowała dolny brzeg mieczowego odrostu. Na wewnętrznej powierzchni

większego [górnego] płata kuli znajdował się mały występ wskutek ugrząźnięcia w otworze nerwu wzrokowego (*foramen opticum*). Wewnętrzne powierzchnie płatów kuli posiadały doskonałą gładkość i wyglądy jakby nożem rozcięte.

Kula więc uderzyła po przebicciu kości górnoszczękowej o dolny brzeg wyrostka kości klinowej i rozplatana przezeń obróciła się na nim jak na osi, grzęznąc następnie środkową częścią swego górnego płata w otworze nerwu wzrokowego.

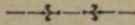
Operacyi dokonałem przy pomocy D-ra OSKIERKI. Przebieg po operacyi bezgorączkowy. Po 3-ch tygodniach chory wystąpił z lecznicy. Gałka oka prawego została zachowaną.

Z PRACOWNI PROF. M. NENCKIEGO I J. PAWŁOWA W INSTYTUCIE MED. DOŚWIAD. W PETERSBURGU.

III. O SOKU ŻOŁĄDKOWYM I PEPSYNIE U PSÓW.

Podał

D-r E. Simanowska.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Zanim przejdę do wyniku rozbiórów, winnam poświęcić słów kilka niektórym własnościom tych osadów. Żółto-biały obfity osad przy wysychaniu znacznie się ściga, a jeżeli był źle przemyty, przybiera zielonkowato-szare lub brunatne zabarwienie; dobrze przemyty alkoholem posiada kolor biały z zielonkowatym odcieniem. Suchy osad koloru zielonkowato-brunatnego daje oddziaływanie GUENZBURG'a na obecność wolnego kwasu solnego. W wodzie i w glicerynie prawie wcale się nie rozpuszcza, rozpuszcza się natomiast dobrze, choć czasami nie całkowicie w 0,6% kwasie solnym przy 36°. Osad, dobrze przemyty alkoholem, w wodzie i glicerynie nie jest rozpuszczalnym, lecz rozpuszcza się [czasem nie całkowicie] w 0,06% kwasie solnym przy ciepłocie hodowlanej. Po dodaniu gliceryny do osadu zauważyć można przy badaniu mikroskopowem, że ziarna tej substancyi rozpuszczają się szybko, pozostawiając grudki nie rozpuszczonemi. Na lodzie w roztworach tego osadu tworzy się męt, który znika przy ciepłocie pokojowej. Wszystkie te roztwory po słabem zakwaszeniu trawiły one białko łatwo, choć w stopniu niejednakowym. Własności te wyraźnie dowodzą, że otrzymana przezemnie materya jest czynnikiem trawiennym soku wstanie nieco zmienionym. Prawdopodobnie pod wpływem wysychania pewna część materyi przechodzi w stan nierozpuszczalny. Obydwa preparaty zawierały ślady popiołu, którego ilość oznaczoną być nie mogła.

Chlor, siarkę i kwas fosforny oznaczaliśmy według sposobu CARIUS'a. Substancję ogrzewano z kwasem azotnym w rurze zatopionej, z początku na kąpeli wodnej, następnie przy 200° do 300° w ciągu kilku godzin. Po usunięciu osadu chlorku srebra, filtrat razem z wodą, użytą do przemycia, odparowano na kąpeli wodnej w celu usunięcia większej ilości kwasu azotnego, a pozostałość

traktowano chlorkiem barytu. Po oddzieleniu siarczanu barytu, przesącz razem z wodą, użytą do przemycia, odparowano do suchości na kąpeli wodnej, następnie rozpuszczono i traktowano na gorąco roztworem molibdenowym. W substancji nie przemytej po 24 godzinach powstała nieznaczna ilość osadu kwasu fosfomolibdenowego, gdy tymczasem osad ten nie tworzył się w roztworze substancji przemytej.

Przy rozbiórce obu osadów otrzymaliśmy liczby następujące:

1) Osad nieprzemity: z 0,2729 grm. otrzymano 0,0288 AgCl i 0,0194 BaSO₄; stąd 2,31% Cl i 0,978% S.

2) Osad przemity alkoholem: z 0,1561 grm. otrzymano 0,2904 grm. CO₂ i 0,1017H₂O; stąd 50,71% C i 7,17% H.

Z 0,2609 grm. substancji otrzymano 0,0123 AgCl, czyli 1,16% Cl.

Z 0,2488 grm. otrzymano 0,0102 AgCl, czyli 1,01% Cl.

Ze względu na to, że przy oziębieniu wydziela się tylko część pepsyny, większa zaś jej część pozostaje w roztworze, można było przypuszczać, że z tych osadów soku przez strącenie solami uda się otrzymać większą jej ilość; w istocie siarczan amonu tworzył w tym soku dość obfity osad, który posiadał do pewnego stopnia wszystkie własności osadu otrzymanego na zimno. Z tego więc powodu część soku, pozostała po usunięciu osadu, otrzymanego przy 0°, zarówno jak i sok świeżo wydobyty, traktowaliśmy świeżo przekrystalizowanym siarczanem amonu. W mieszaninie tej, umieszczonej w miejscu zimnem, powstał biały osad, który z łatwością opadał i mógł być oddzielony przez dłuższe filtrowanie, jeżeli tylko nasycenie było całkowitem. Po usunięciu tego osadu, przesącz nie zawiera ani śladu białka i nie posiada własności trawiennych. Osad całkowity zebrano na sączku, przemyto kilka razy nasyconym roztworem siarczanu amonu i wysuszono w szkiełku zegarkowem nad kwasem siarczanym. W tym stanie osad zawiera niezyczną domieszkę kryształów siarczanu amonu i z tego względu wymaga starannego przemycia, które wpływa oczywiście na stratę części substancji.

Chociaż siarczan amonu rozpuszcza się znacznie łatwiej, aniżeli sucha pepsyna i do przemywania używano możliwie najmniejszej ilości płynu, pomimo to jednak woda, użyta do przemycia, zawsze dobrze trawiła białko [porcye jej ostatnie trzeba było zakwaszać]. Osad, dostatecznie przemity, suszono nad kwasem siarczanym do wagi stałej. W stanie suchym posiadał on zielonkawo-brunatne zabarwienie, dawał zawsze reakcyę GUENZBURG'a, w wodzie się nie rozpuszczał i białka nie trawił; zakwaszony, rozpuszał się z łatwością i trawił białko [w ciągu 17 godzin 5—8—9 mm]. Na lodzie roztwór ten mętnieje. Takiego osadu otrzymaliśmy dwie porcye: jedna zawierała znaczną domieszkę siarczanu amonu, mianowicie: 13,38% oraz 1,132% popiołu, składającego się przeważnie z fosforanu wapnia; druga zawierała 8,1% siarczanu amonu i 0,59% popiołu.

Ponieważ osady te zawierały domieszkę siarczanu amonu, przeto część ich badano oddzielnie na obecność kwasu siarczanego. W tym celu pewną ilość substancji rozpuszczono w 0,6% kwasie solnym, roztwór ogrzano, skrzep białkowy odsączono i przemywano dopóty, dopóki w przesączu nie znikł odczyn

kwaśny; filtrat odparowano na kąpieli wodnej i traktowano, chlorkiem barytu. Osad siarczanu barytu przefiltrowano, przemyto i wysuszono, następnie razem z sączkiem spalono w tyglu platynowym i odważono. Z ilości otrzymanego w ten sposób siarczanu barytu wyliczono ilość siarki, którą następnie odjęto od całej ilości tej substancji, otrzymanej według sposobu *CARIUS*'a; również odjęto od całej ilości azotu i wodoru wykrytej przy rozbiórce pierwiastkowym, ilość tych pierwiastków zawartych w siarczanie amonu. We wszystkich rozbiorach, przezemnie dokonanych, azot oznaczonym był objętościowo według metody *DUMAS*'a. Skład osadów był następujący:

| | Nr. 1. | Nr. 2. |
|---------------------------|--------|--------|
| Popiołu | 1,13% | 0,59% |
| Siarczanu amonu | 13,38% | 8,10% |
| Chloru | 0,89% | 0,89% |
| Siarki | 1,35% | 1,24% |
| Węgla | 50,37% | — |
| Wodoru | 6,88% | — |
| Azotu | 14,55% | 15,0 % |

Z danych powyżej przytoczonych wynika, że tak osad ziarnisty, tworzący się przy oziębianiu, jakoteż osad, otrzymany przez wysolenie, posiadają własność trawienia białka i stąd stanowią razem z wolnym kwasem solnym główną część składową soku żołądkowego, t. j. pepsynę. Rozbiór pierwiastkowy tej substancji okazuje, że pepsyna należy do grupy istotnych ciał białkowych, które tracą się przy ogrzewaniu; zawartość chloru jest cechą charakterystyczną pepsyny. W celu ułatwienia porównania podaję poniżej wyniki rozbiórów obu osadów otrzymanych tak na drodze oziębiania, jakoteż przez wysolenie siarczanem amonu. Pomimo różnicy użytych metod stosunki procentowe części składowych bardzo mało się różnią.

| | Pepsyna otrzymana przez oziębienie za pomocą $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$ | |
|------------------|--|--------------|
| Węgla | 50,71% | 50,37% |
| Wodoru | 7,17 | 6,88 |
| Chloru | 1,16 i 1,01 | 0,89 i 0,89 |
| Siarki | 0,98 | 1,35 i 1,24 |
| Azotu | — | 14,55 i 15,0 |

Ilość chloru, otrzymanego z osadu nieprzemytego, wynosiła 2,31%, oczywiście kwas solny nie był całkowicie usuniętym; niewątpliwie jednak chlor stanowi składnik cząsteczki pepsyny, ponieważ zupełnie czysty preparat zawierał 1,0% chloru. Fakt ten stwierdza zresztą i ta okoliczność, że tak w osadzie otrzymanym przez oziębienie, jakoteż w osadzie otrzymanym przez wysolenie procentowa zawartość chloru była prawie jednakowa. W soku żołądkowym pepsyna nie długo pozostaje w stanie niezmienionym. Tak osad, otrzymany na zimno, jakoteż i świeży sok żołądkowy nie dają reakcji biuretowej, lecz po upływie kilku minut otrzymać ją można przy ciepłocie pokojowej. Gdy jednak reakcja ta wybitniej zaczyna występować, natenczas jednocześnie siła trawienia soku osłabia się, a ilość osadu, otrzymanego przy niskiej ciepłocie, ulega zmniejszeniu. Szybkość tej zmiany zależy od ciepłoty. Pomimo stopniowego

zmniejszania się siły trawiennej, sok żołądkowy psów, nawet przy ciepłocie pokojowej, zachowuje do pewnego stopnia własności trawienne po upływie 8—9 nawet 10 miesięcy i z powodu znacznej kwaśności nie rozkłada się.

Prawdopodobnie błona śluzowa żołądka zawiera ziarna pepsynowe, podobne do tych, jakie wydzielają się przy oziębianiu soku, ponieważ czasami udaje się otrzymać wprost z żołądka sok mętny na początku wydzielania, które to zjawisko niejednokrotnie obserwował prof. PAWŁOW; gdy jednak wydzielanie soku się wzmaga, męt znika, a sok staje się przezroczystym. O ile się zdaje, A. BECHAMP¹⁾ i A. GAUTIER²⁾ już poprzednio otrzymali w postaci ziaren pepsynę, która się zbliżała bardzo do substancji wyosobnionej przezemnie na drodze oziębiania soku. Gdy jednak pierwszy z tych autorów daje ciałkom tym nazwę mikrozymas i twierdzi, że one „*sont donées d'organisation et de vie et ont pour fonction de produire, au sein même des glandes pepsinogènes; la pepsine soluble*“, GAUTIER przeciwnie jest zdania, że „*ces granulations constituent un ferment chimique, une pepsine insoluble sans organisation et sans vie, qui produit lentement, au sein de l'eau la pepsine soluble par une suite de reactions purement chimiques*“.

Wyniki badań moich nie zgadzają się z poglądem GOUTIER'a, który twierdzi, że w ziarnach tych znajduje się jakiś kwas zdolny do wytwarzania kryształów, nierozpuszczalny w eterze, zawierający azot, lecz nie posiadający w swojej cząsteczce ani fosforu, ani siarki. Nie ulega jednak wątpliwości, że miałam do czynienia z substancją czystsza, aniżeli obaj autorzy. Co się zaś tyczy zdania GAUTIER'a, że sok żołądkowy, przefiltrowany przez warstwę gliny, traci prawie połowę swojej własności trawiennej, to zdanie to mogę zupełnie potwierdzić na podstawie kilku zrobionych w tym kierunku doświadczeń; filtr gliniany w istocie zatrzymuje tak pepsynę, jakoteż i część kwasu.

Omówić nam wypada jeszcze te zmiany, którym ulega mocz psów pod wpływem usunięcia znacznych ilości soku żołądkowego. Jakkolwiek badania w tym kierunku nie są ukończone, pozwolę sobie jednak przytoczyć niektóre dane, odnoszące się do tego przedmiotu. Z góry można byłoby przypuścić, że znaczna utrata soku żołądkowego [150--500 ctm. sz. jednorazowo], pozbawiająca ustrój 0,75%—2,5% kwasu solnego, nie może pozostać bez wpływu na przemianę materii w ustroju i wskutek tego na skład moczu. W istocie, mocz mętnieje, ilość jego zmniejsza się [tak w ciągu różnych okresów dnia, jakoteż i w ciągu doby], ciężar właściwy się zwiększa, mocz z łatwością tworzy osad, składający się z $\text{NH}_4 \text{MgPO}_4$, burzy się pod wpływem kwasu octowego przy wydzieleniu znacznej ilości kwasu węglanego, zawiera nie wielką ilość barwników żółciowych, nie zawiera jednak ani cukru, ani białka, ani peptonu lub albumoz, ani chloru [czasami tylko ślady jego]. Odczyn przybiera wyraźnie alkaliczny; po usunięciu znacznych ilości soku alkaliczność dojść może w niektórych porcjach moczu do 0,96‰ i 1,31‰.

Ze względu na zupełny brak chlorku w następstwie odjęcia pewnej ilości soku, nasuwała się kwestya, w jakim stosunku znajdują się w takim moczu sole alkalicz-

¹⁾ Compt. rend. 94, str. 582.

²⁾ Compt. rend. 94, str. 652 i 1192.

ne, sodowe i potasowe. Otóż okazało się, że zawartość tych pierwiastków znacznie była zwiększona; jednocześnie zauważono pewnego stopnia zwiększenie ilości kwasu moczowego po usunięciu soku [np. 0,0077% do 0,014%]. W celu przekonania się, czy w moczu w tych warunkach nie powstają inne jakie zmiany, dokonano kilku bardzo dokładnych jego rozbiorów, tak przed, jakoteż i po zebraniu soku. Pies, użyty do tych doświadczeń, był przyzwyczajony do oddawania moczu w pewnych określonych godzinach; mogliśmy przeto mieć całkowitą dobową ilość moczu. Ponieważ sok zbieraliśmy zawsze pomiędzy 12—2 p. p., to dobę rachowaliśmy od godziny 12. Mocz zbieraliśmy trzykrotnie: 1-sza porcja od godziny 12 do 6 wieczorem [mocz dzienny], 2-ga—od godziny 6 wieczorem do godziny 6 rano [nocy] i wreszcie 3-cia — od godziny 6 rano do 12 popołudniu [ranny]. W ten sposób całą ilość moczu na dobę zebrano o 12 godzinie w południe przed wydobywaniem soku.

Przy takim postępowaniu otrzymaliśmy wyniki, ułożone w tablicy porównawczej oddzielnych porcji moczu, przed i po zebraniu soku [p. Tablica I; *D.* oznacza dzień, *N.* noc, *R.* rano, *K.* kwas, obliczony jako kwas solny, *Al.* alkaliczność, obliczona jako NaOH; *S.* ilość substancji zawarta w danej porcji.

T a b l i c a I.

| Data. | Czas zbierania moczu. | Ilość moczu. | Ciężar właściwy. | Oddziaływanie. | | NH ₃ | | K ₂ O | | Na ₂ O | | Cl | Uwagi. |
|---------|-----------------------|--------------|------------------|----------------------|------|-----------------|------|------------------|-------|-------------------|-------|--------|--|
| | | | | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | | |
| 1. III. | 1 D. | 110 | 1,011 | K. | K. | 0,12 | 0,13 | 0,017 | 0,018 | 0,041 | 0,045 | Złoty. | Sok zebrany 2-go marca pomiędzy godziną 12—1½. |
| | 2 N. | 200 | 1,010 | obojętne | | 0,10 | 0,20 | 0,037 | 0,074 | 0,05 | 0,1 | | |
| 2. III. | 3 R. | | | M o c z w y l a u o. | | | | | | | | | |
| 2. III. | 1 D. | 200 | 1,037 | Al. | Al. | 0,1 | 0,2 | 0,078 | 0,156 | 0,57 | 0,57 | 0 | Ilość = 2×0 ctm. sześciennych. Kwaśność = 0,46%. |
| | 2 N. | 200 | 1,038 | Al. | Al. | — | — | — | — | — | — | 0 | |
| 3. III. | 3 R. | 160 | 1,030 | 0,08 | 0,08 | 0,12 | 0,12 | 0,079 | 0,079 | 0,59 | 0,59 | 0 | |

Z tablicy powyższej wynika, że mocz przez cały ten czas chloru nie zawierał. Ze względu więc na to w obawie o stan zwierzęcia zaczęliśmy codziennie dodawać do pokarmu po 4,0 grm. soli kuchennej, w największej ilości na wieczór. Rozbiór moczu przy tych warunkach przed i po zebraniu soku dał liczby następujące [p. Tablica II].

(Patrz tablicę II-gą na str. 1299).

Nadto dodajemy jeszcze dwa rozbiory wahań dobowych w częściach składowych moczu przed i po zebraniu moczu, gdy zwierzę otrzymywało codziennie po 4 grm. soli kuchennej, [p. Tablica III].

(Patrz tablicę III-cią na str. 1299).

T a b l i c a II.

| Data. | Porcye mleczne. | Ilość moczu. | Ciężar właściwy. | Oddziaływanie. | | NH ₃ | | K ₂ O | | Na ₂ O | | Cl | | C ₅ H ₄ N ₄ O ₂ | | P ₂ O ₅ | | Uwagi. |
|----------|-----------------|--------------|------------------|----------------|---------|-----------------|------|------------------|-------|-------------------|-------|-------|------|---|-------|-------------------------------|------|---|
| | | | | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | |
| 9. III. | 2 N. | 320 | 1,025 | obojętne. | | — | — | — | — | — | — | 0,388 | 1,24 | — | — | — | — | Sok zebrany 10. III. pomiędzy 12—2 godziną. Ilość = 350 ctm. sześć. Kwaśność = 0,54%. |
| 10. III. | 3 R. | 192 | 1,011 | 0,056 | 0,11 | 0,13 | 0,25 | 0,18 | 0,034 | 0,034 | 0,064 | 0,12 | 0,2 | 0,003 | 0,006 | 0,28 | 0,53 | |
| 10. III. | 1 D. | 95 | — | Al. 0,72 | Al. 0,7 | 0,04 | 0,04 | 0,143 | 0,14 | 0,96 | 0,91 | ślady | | 0,015 | 0,015 | 0,54 | 0,51 | |
| | 2 N. | 290 | 1,036 | 0,12 | 0,34 | — | — | 0,55 | 1,59 | 0,62 | 1,79 | 0,13 | 0,34 | 0,09 | 0,021 | 0,38 | 1,13 | |

T a b l i c a III.

| Data. | Porcye. | Ilość moczu. | Ciężar właściwy. | Oddziaływanie | | NH ₃ | | K ₂ O | | Na ₂ O | | CO(NH ₂) ₂ | | C ₅ H ₄ N ₄ O ₃ | | P ₂ O ₅ | | Cl | | Ilość soku. | Kwaśność soku. | |
|----------|---------------------------|--------------|------------------|---------------|-----------|-----------------|-------|------------------|------|-------------------|------|-----------------------------------|-------|---|-------|-------------------------------|------|-------|------|-------------|----------------|------|
| | | | | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | % | S. | | | |
| 23. III. | 24 g. przed zebran. soku. | 650 | 1,022 | K. 0,078 | K. 0,517 | 0,097 | 0,63 | 0,147 | 0,94 | 0,1 | 0,69 | 3,8 | 25,31 | 0,008 | 0,052 | 0,28 | 1,82 | 0,34 | 2,21 | Ct. 400 | 0,54 | 2,16 |
| 24. III. | 24 g. po zebran. soku. | 470 | 1,038 | Al. 0,12 | Al. 0,564 | 0,087 | 0,408 | 0,2 | 0,47 | 0,84 | 3,94 | 6,35 | 29,84 | 0,017 | 0,079 | 0,40 | 1,88 | 0,157 | 0,73 | — | — | — |
| 13. IV. | 24 g. przed zebran. soku. | 650 | 1,027 | K. 0,055 | K. 0,357 | 0,1 | 0,65 | 0,16 | 1,0 | 0,32 | 2,08 | 4,94 | 32,1 | 0,009 | 0,061 | 0,26 | 1,69 | 0,262 | 1,7 | 385 | 0,53 | 2,04 |
| 14. IV. | 24 g. po zebran. soku. | 465 | 1,040 | Al. 0,24 | Al. 1,11 | 0,012 | 0,055 | 0,25 | 1,15 | 0,55 | 2,53 | 6,63 | 30,4 | 0,014 | 0,068 | 0,38 | 1,74 | — | — | — | — | — |

Tablice te są ciekawe pod wieloma względami. Dowodzą one wyraźnie, że ustrój, utraciwszy kwas solny w soku żołądkowym, pokrywa brak jego w moczu kwasem węglanym. Mocz psa zazwyczaj słabo kwaśny lub obojętny przybiera, jak u zwierząt gryzuniów, wyraźnie alkaliczne oddziaływanie wskutek znacznej zawartości węglanów alkali. Ilość kwasu fosforowego nie zwiększa się wyraźnie po zebraniu soku.

Potwierdzić muszę zdanie SALKOWSKIEGO i prof. M. NENCKIEGO i HAHN'a ¹⁾, wypowiedziane w pracy niedawno ogłoszonej, że alkaliczne oddziaływanie moczu u psów idzie w parze ze zwiększonym wydzielaniem kwasu moczowego; zwiększenie to jednak nie pokrywa całego nadmiaru zasady. Z pośród zasad zawartość amoniaku wyraźnej nie ulega zmianie, gdy tymczasem ilość potasu w następstwie usunięcia soku zwiększa się wyraźnie. Otóż np. [p. Tabl. I] ilość potasu zwiększyła się: zamiast 0,027% otrzymano 0,078% i zamiast 0,18%—0,14%, a w moczu nocnym nawet doszła do 0,55% [Tablica II]. Najbardziej zwiększa się zawartość sodu. Na-

¹⁾ Arch. des sc. biologiques. T. I. Nr. 4.

wet przy zwykłym pokarmie bez dodatku soli kuchennej ilość tej substancji podniosła się z 0,045% do 0,58% [cyfra przeciętna w dwóch obserwacji]: w tablicy II z 0,034 do 0,96%. Ten sam fakt uwidocznia tablica III, gdzie mamy do czynienia z mieszaniną moczu z całej doby. Ilość sodu w jednym przypadku zwiększyła się po wydobyciu soku z 0,1% do 0,84%, w drugim zaś 0,32% do 0,55%.

Oczywiście, zasada wydzielona w stanie wolnym wskutek straty przez ustrój kwasu solnego, wydziela się w moczu w postaci węglanu sodu. Fakt ten doprowadza do przypuszczenia, że chlorek sodu w samych gruczołach żołądkowych rozkłada się na potas żrący i kwas solny. Doświadczenia moje stwierdzają w zupełności zdanie, obecnie panujące w nauce na podstawie znanych badań; spodziewać się należy, że przy późniejszych badaniach uda się narreszcie wykryć i sam mechanizm rozkładu soli kuchennej w gruczołach żołądkowych.

NOTATKI LEKARSKIE.

17. O możliwości pomyłek przy rozpoznawaniu przyczyny śmierci noworodków.

Jeżeli przy sekcji noworodków, przedstawiających wszystkie cechy życia zewnątrz-maciecznego, znajdziemy zbiór objawów, charakteryzujący śmierć z uduszenia; jeśli przytem nie znajdziemy innych makroskopowych zmian w organach mogących nam śmierć objaśnić—nie zawahamy się wydać opinii: „dziecko urodzone żywe, pozbawione życia przez uduszenie”. Trafiają się jednak trupy noworodków zmarłych śmiercią naturalną, mogące dać przy sekcji do złudzenia podobny obraz makroskopijny do tego, jaki spotykamy u zaduszonych. Jak smutne następstwa może mieć taka omyłka—zrozumieć łatwo i dziwić się należy, że kwestya ta w specjalnej literaturze sądowo-lekarskiej tak mało bywa uwzględnioną, że wznanym i rozpowszechnionym u nas podręczniku CASPER-LIMANN'a (*Praktisches Handbuch der gerichtlichen Medicin. 5 Auflage Berlin. 1871*) niema o tem najmniejszej wzmianki; w nowszym ED. HOFFMANN'a (*Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 5 Auflage. Wien*) jest tylko luźna wzmianka w rozdziale o śmierci z uduszenia i to nie odnosząca się do noworodków; autor wspomina bowiem o podbiegnięciach krwawych, spotykanych na trupach przy gnilec, krwotoczności (*haemophilia*), posocznicy i otruciu fosforem. Otóż, o gnilec i krwotoczności u noworodków nie wiemy nic, przy posocznicy noworodków spotykamy najczęściej komplikacye ze strony różnych organów, objaśniające sprawę (*pneumonia, pleuritis, peritonitis, phlegmone*) i bardzo często, choć nie zawsze, zmiany w naczyńiach pępkowych; co do otrucia fosforem, rozstrzygającym będzie, rzecz prosta, badanie chemiczne. Na najważniejszą przyczynę możliwych omyłek, a mianowicie chorobę BUHL'a zwraca uwagę RUNGE w swojej doskonałej pracy (*Die Krankheiten der ersten Lebensstage. Stuttgart. 1885*), stąd też czerpałem opis zmian anatomicznych, spotykanych na trupach przy tej chorobie.

Choroba BUHL'a, czyli ostre tłuszczowe zwyrodnienie noworodków charakteryzuje się anatomicznie zapaleniem mięszszowem z zejściem w stłuszczenie różnych narządów wewnętrznych—szczególnie wątroby, serca i nerek, a także nabłonków błon śluzowych i surowicznych; klinicznie zaś—wylewami krwi do przewodu pokarmowego [krwawa biegunka i wymioty], pod skórę, do łącznicy oka, błony śluzowej ust i nosa, krwawieniem z pępka, czasami żółtaczką, sinicą, zapaścią i śmiercią [RUNGE l. c.]. Bywają jednak przypadki—i te pod względem sądowo-lekarskim są najważniejsze—w których powyższe objawy są mało wyraźne,

zewewnętrznych krwawień może wcale nie być, a śmierć przy objawach sinicy następuje prawie nagle; wtedy przyczynę śmierci może wykazać tylko rozbiór zwłok. Dla dobitniejszego wykazania, jak łatwo wtedy omyłkę popełnić można, przytoczę pokrótce pośmiertne objawy znajduwane u uduszonych: sinica trwarzy, przekrwienie płuc, nastryknięcie i punkcikowate podbiegnięcia krwawe na błonie śluzowej tchawicy, piana krwawa wypełniająca światło tchawicy i czasem wypływająca nosem, punkcikowate podbiegnięcia na ściankach opłucnej i osierdziu, szczególnie wyraźnie i obficie występujące u noworodków i mogące doprowadzić do wylewów krwi na powierzchnię, toż samo na błonie śluzowej nosa i oskrzeli, w tkance śródmiąższowej płuc i na błonie śluzowej przewodu pokarmowego.

Porównajmy teraz obraz otrzymany przy rozbiorze zwłok zmarłych z choroby BUHL'a [RUNGE *l. c.* str. 122—123]: trupy cyanotyczne, często wylewy krwawe w skórze i obrzęk; rana pępkowa pokryta krwią lub normalna; w naczyniach pępkowych zmian żadnych, w narządach wewnętrznych podbiegnięcia krwawe, wielkości łebka od szpilki lub większe, przeważnie na ściankach opłucnej i osierdziu, w śródpiersiu, grasicy, otrzewnej i błonach śluzowych, mózg miękki, przekrwiony, przy żółtaczce lekko żółto zabarwiony; w płucach często krwawe zawały, w oskrzelach i tchawicy krwawa piana; mięsień sercowy łatwo rozrywalny, w świeżych przypadkach ciemno czerwony, w starszych bladejszy, wątroba w świeżych przypadkach czerwona, w starszych blada, żółtawa, mało powiększona, śledziona powiększona, miękka; na błonie śluzowej żołądka i kiszek podbiegnięcia lub wylewy krwawe, w miąższu nerek wylewy krwawe lub tylko podbiegnięcia. Widzimy więc, że w pierwszym i w drugim przypadku obraz makroskopowy jest nieledwie identyczny, a kwestyę wyjaśnić może tylko badanie drobnowidzowe, które wykaże u zmarłych z choroby BUHL'a bardzo wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe w mięśniu sercowym, komórkach wątroby, nabłonku kanalików nerkowych, płuc i innych błon śluzowych; w przypadkach mniej wyraźnych znajdziemy w jednych narządach stłuszczenie, w innych przynajmniej „*trübe Schwellung*“.

Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć jeden z protokółów sekcji z RUNGE'go [*l. c.* Str. 126]: trup dziecka 47 ctm. długi, zdrowej matki, zmarły 4-go dnia po porodzie. Skóra lekko żółta, obrzęk w okolicy stawu napięstkowego, krwawy śluz wypływa z nosa i ust; pępek i jego naczynia zdrowe, nieco płynu krwawego w jamie opłucnej; płuco pokryte podbiegnięciami i krwawymi, w znacznej części atelektatyczne, krwawa piana w tchawicy. Serce prawidłowe. śledziona mało powiększona, w nerkach zawał moczowy; wątroba miękka, nieżółtaczkowa, pod jej otrzewną wylew krwawy wielkości soczewicy, w przelyku i żołądku krwawy śluz, błona śluzowa tych narządów nastryknięta, z podbiegnięciami, w prawej *fossa Sylvii* wylew krwawy wielkości orzecha. Pominąwszy ten ostatni objaw, którego przecie mogło brakować, otrzymujemy prawie klasyczny obraz śmierci z uduszenia.

Dla pełniłości obrazu wspomnieć wypada o pokrewnej, być może, z wyżej opisaną chorobie WINCKEL'a, która może dać podobny obraz nekroskopijny, różni się przecie charakterystycznymi zmianami w nerkach: i tu także badanie drobnowidzowe od omyłki nas uchroni.

Wniosek stąd, że, stawiając rozpoznanie śmierci z uduszenia u noworodków, nie powinniśmy zaniedbywać badania drobnowidzowego, co się, jak dotąd, robi bardzo rzadko, lub też wcale nie robi; wyjątek naturalnie stanowią te przypadki, w których okoliczności towarzyszące — jako to: ciało obce w świetle dróg oddechowych, brózda strangulacyjna — stanowczo wątpliwość rozstrzygają.

Sądzę, że tych kilka słów może zainteresować — szczególnie lekarzy powiatowych, którym przypadki sekcyi sądowych często się trafiają.

K. Ciagliński [Siedlce].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 1 —

ALFRED FOURNIER

„LECZENIE SYFILISU“.

Streścił

Antoni Elsenberg.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 48].

III.

Leczenie ogólne syfilisu nie zależy bynajmniej na przepisaniu swoistych środków, zwykle stosowanych. Każdy niemal dotknięty syfilisem miewa jeszcze jakieś naddatki patologiczne: jeden np. jest anemiczny, drugi zolżowaty, inny nerwowy, inny jeszcze dotknięty był, przed zarażeniem się syfilisem, cierpieniem stawów, zakażeniem błotnem i t. p.. Otóż, te różne stany patologiczne, trwające jeszcze lub przebyte [zarówno jak i pewne przyzwyczajenia, sposób życia i t. p.] wpływają na charakter objawów syfilitycznych, przebieg i dlatego też, lecząc syfilityka, o tem pamiętać należy i zadość czynić wszystkim tym pobocznym wskazaniom, by pominięcie ich zgubnie nie oddziało na główne cierpienie. Dlatego też na leczenie syfilisu składają się:

1-o leczenie środkami specyficznymi, zwalczającymi wprost główne cierpienie;

2-o leczenie pomocnicze, mające na celu zmodyfikowanie lub usunięcie różnych usposobień chorobowych, istniejących współcześnie z syfilisem, i

3-o higiena zastosowana do indywidualnych warunków chorego.

Zwróćmy tu uwagę na główne leczenie, t. j. leczenie swoiste, czyli antysyfilityczne, dwoma potężnymi środkami: rtęcią i jodem.

Zbawienny wpływ rtęci na chorobę syfilityczną jest znany od czasu wielkiej epidemii w Europie i pomimo przypisywania temu leкови bardzo szkodliwego działania na organizm, pomimo, iż jemu, a nie syfilisowi, przypisywano wytwarzanie trzeciorzędnych objawów, pomimo tych nawet i wielu innych zarzutów, po dziś dzień rtęć swego znaczenia nie utraciła. Wiele z tych zarzutów było opartych na spostrzeganiu efektów fizyologicznych rtęci, doprowadzanych do potwornych rozmiarów przez jej nadużycie.

Zapoznajmy się z owymi szkodliwymi wpływami rtęci. Może ona spowodować:

1-o Ślinotok lub zapalenie merkuryalne jamy ustnej (*stomatitis, salivatio mercurialis*).

2-o Zaburzenia żołądka lub kiszki.

3-o Zaburzenia w odżywianiu.

4-o Zmiany na skórze (*hydrargyria*).

Co do zmian dziąseł i błony śluzowej jamy ustnej, nadmienić wypada, iż ciężka ich postać należy dziś chyba do wspomnień dawno minionej przeszłości, gdy doprowadzano umyślnie do obfitego ślinotoku, w przekonaniu, iż wraz ze śliną wydalą się z organizmu i zarazek syfilityczny. Była to więc metoda leczenia syfilisu „*per salivationem*“. Przy dzisiejszej zaś metodzie leczenia rtęcią (*par extinction*) łatwo możemy ślinotoku uniknąć, a jeżeli już zdarza się widzieć zapalenie merkuryalne błony śluzowej jamy ustnej, to przeważnie tylko częściowe i to w nieznacznym stopniu. Ciężką postać tego zapalenia napotykamy dziś: jako następstwo stosowania złej metody leczenia, za jaką poczytać należy wstrzykiwania naraz dużych dawek rtęci; w razie przebrania miary w stosowaniu rtęci, co jednak bywa usprawiedliwione groźnymi dla życia chorego objawami, w końcu przez nadużycie rtęci wskutek niedbalstwa, czy nierozwagi lekarza lub chorego.

Zmian jednak merkuryalnych ze strony jamy ustnej możemy uniknąć przez wybór środka i metody leczenia. Wiemy np., iż najcięższe zmiany wywołują wstrzykiwania masywne, gdyż nieraz są przyczyną i zgorzelinowego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej; wcierania znów częściej wystawiają chorego na ślinotok, aniżeli podawanie rtęci do wewnątrz. Ostatni przeto sposób podawania rtęci należałoby stosować w przeważnej większości przypadków syfilisu, by ślinotoku i t. d., o ile możności, uniknąć.

Z drugiej znów strony przy jakiegokolwiek metodzie leczenia rtęcią należy przestrzegać pewnych środków ostrożności, by ograniczyć szkodliwe działanie rtęci na błonę śluzową jamy ustnej. Przedewszystkiem tedy nie należy rozpoczynać leczenia rtęcią, pokud nie przekonamy się, iż stan jamy ustnej może je znieść. Jeżeli więc znajdujemy jakiegokolwiek zmiany zapalne błony śluzowej jamy ust. dziąseł, spróchniałe zęby i t. d., należy przedewszystkiem zalecić choremu udanie się do dentysty, któryby jamę ustną i zęby do należytego stanu doprowadził. Dalej należy przepisać odpowiednie środki do płukania, pędzlowania dziąseł i czyszczenia zębów, obznajmić chorego z mogącymi wystąpić objawami obrzmienia dziąseł i t. p., a w końcu zawiesić leczenie rtęcią, w razie gdy spostrzeżemy choć najlżejsze podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej.

W wielu przypadkach rtęć wywołuje zaburzenia żołądka i kiszek. Jodek rtęci i sublimat wywołują nieraz bóle żołądka i kiszek, albo i biegunkę, nieraz pozabawiają łaknienia i są przyczyną nawet objawów niestrawności [dyspepsya]. Takie same objawy ze strony przewodu pokarmowego bywają i u chorych, którym rtęć stosujemy w postaci wcierań lub wstrzykiwań.

Tych wszakże zaburzeń w przewodzie pokarmowym łatwo możemy uniknąć, gdy nie przebierzemy miary w przepisywanych dawkach rtęci, gdy odpowiednio dawkę zmniejszymy, a dla lepszej tolerancji rtęci dodamy trochę makowca. W końcu pamiętać należy, by nigdy dłużej nad kilka tygodni rtęci nie podawać, w przeciwnym bowiem razie nawet ci chorzy, którzy z początku dobrze pigułki rtęciowe znosili, miewają później zaburzenia ze strony żołądka i kiszek.

Rtęć może spowodować niekiedy i zaburzenia w odżywianiu: występuje wtedy u chorych niedokrwistość, osłabienie, łatwe znużenie, wychudzenie i t. p. Objawy te powstawać mogą z dwu powodów: albo gdy rtęć była podawana do wewnątrz w dużych dawkach, które drażnią żołądek, psują trawienie, a nadto powodują biegunkę, albo też gdy za długo rtęć podawaliśmy; środek ten bowiem możliwy jest do przyjmowania tylko przez czas pewien, po upływie którego następuje nasyćenie nim organizmu, a wtedy albo działać przestaje, albo źle działa. Prowadząc jednak leczenie oględnie, nigdy chorego do takiego stanu nie doprowadzimy; przeciwnie, zauważymy zawsze niemal, że chorzy zyskują na wadze, że ilość ich czerwonych krążków krwi wzrasta. W ostatnich czasach GALLIARD potwierdził znów te fakty, wykazując, iż rtęć w okresie kłykcinowym [wtórnym] wpływa na wzbogacenie krwi w czerwone krążki i w hemoglobinę; do takich

samych wyników doprowadziły i badania osób anemicznych [nie-syflityków], którym rtęć podawał. GALIARD więc przypisuje rtęci takie same znaczenie jak i żelazu i to nie tylko u syflityków lecz i u osób bezkrwistych.

Na skórze rtęć wywołuje wysypki, czy to wskutek miejscowego podrażnienia, czy też już po wessaniu jej do krwi. Wysypki miejscowe są najpospolitsze i widzujemy je często u chorych leczonych wcieraniami. Wysypki zaś pozostałe po wessaniu rtęci zdarzają się tak przy podawaniu różnych jej przetworów do wewnątrz, jak i przy wstrzykiwaniach, wcieraniach, a nawet pędzlowaniach roztworem kwaśnego azotanu rtęci. Jako przyczynę ich nie można nic innego do tychczas podać, jak to tylko, iż są rezultatem pewnego usposobienia indywidualnego, idyosynkrazyi.

Klinicznie wysypki te przedstawiają się jako *erythema polymorph. desquamatum*. W lekkiej swej postaci wysypka ta ogranicza się do pewnych tylko okolic skóry [pachwinowej, udowej, pachowej, dłoni] i przybiera postać już to rumieniową, już to pryszczycy, pokrzywki i t. p.. Jako najczęstsza postać, wysypka merkuryalna zaczyna się od rozsianych wykwitów pryszczycowych, rozlewa się po całej niemal skórze i stosownie do okolicy różny miewa wygląd, to rozlanego rumienia, wysypki podobnej do szkarlatynowej i t. p.. Po kilku dniach zaczyna się łuszczenie od otrębowatego do płatowego i w tej fazie swej przypomina nam *dermatitis exfoliativa*. Wysypkom tym towarzyszy uczucie palenia, swędzenia, a nieraz i lekki stan gorączkowy, ustępujący po dniach kilku. Cały przebieg tej choroby merkuryalnej trwać może od jednego do trzech miesięcy. W ciężkich postaciach wysypee merkuryalnej towarzyszy znaczne podniesienie ciepłoty, wymioty, biegunka, upadek odżywiania, bóle głowy, bezsenność, nawet majaczenie i t. p. i przy tych objawach, przypominających objawy tyfusowe, chory może umrzeć. FOURNIER jednak śmiertelnego zejścia takiej wysypki dotychczas nie widział. W ogóle przypadki idyosynkrazyi do rtęci zaliczają się do bardzo rzadkich.

Rozumie się, iż w takich razach lekarz przedewszystkiem musi zawiesić leczenie rtęcią. Czy jednak powrócić do tego leczenia, po ustąpieniu wysypki, zwłaszcza gdy objawy syfilisu nie ustąpiły, lub nowe powstały? Odpowiedź na to jest bardzo trudną: wiemy bowiem, iż u chorych takich wszelkie próby dalszego leczenia rtęcią wczesnie kończą się wystąpieniem świeżej wysypki merkuryalnej.

Z powyższego widzimy, iż rtęć ma swe wady, niedogodności w użyciu, nawet jej stosowanie może być dla zdrowia i życia groźnem. Ale ta właśnie jej potęga działania czyni ją tak pożytecznym środkiem w leczeniu syfilisu. Takiego środka wyrzec się niepodobna dla prostej tylko obawy, iż ktoś może go nadużyć, lub źle i nieumiejętnie nim dysponować. Umiejmy więc spożytkować zbawienne działanie rtęci, a i unikać szkodliwych jej wpływów.

IV.

Zastanówmy się teraz nad wartością leczniczą rtęci, mianowicie nad tem, czy rtęć leczy objawy syfilisu i czy leczy syfilis?

Co się tyczy wpływu leczniczego rtęci na twory syfilisu, jest to rzeczą tak widoczną codziennie, tak powszechnie znaną, iż możnaby było już pominąć tę kwestyę milczeniem. Odzywają się jednak i dziś jeszcze głosy pojedyncze, iż owo przeceniane działanie rtęci jest iluzją, gdyż to, co przypisują jej wpływowi, jest tylko wpływem czasu i rezultatem naturalnej ewolucyi choroby, której objawy nie są wiecznymi i leczą się same. Nie ulega wątpliwości, iż bywają przypadłości syfilisu, które leczą się same przez się, bez żadnych środków farmaceutycznych, ale nie wszystkie twory i objawy syfilisu bez leczenia przemijają. Przedewszystkiem te przypadłości syfilisu, które same przez się ustąpić mogą

(*syphilis papulosa* etc.), nieporównanie szybciej znikają przy leczeniu rtęcią, a następnie bardzo wiele tworów syfilitycznych, zamiast się leczyć *sponte sua*, doprowadzają organ dany do zniszczenia, do pozbawienia go funkcji jego i dosyć często śmierć chorego powodują. A wiele to razy zdarza nam się widzieć, iż nierozpoznane cierpienie syfilitycznego pochodzenia trwa całe miesiące i lata i dopiero po zastosowaniu leczenia swoistego, ustępuje szybko jakby za dotknięciem różeczki czarnoksięskiej. Zbytecznym byłoby popieranie tych faktów przykładami.

Druga kwestya, jaka się nam tu nasuwa, jest, czy rtęć leczy syfilis, albo inaczej, czy wpływa na zniszczenie zarazka, a więc czy łagodzi lub usuwa zupełnie chorobę syfilityczną, czy łagodzi lub zabezpiecza od ciężkich objawów na przyszłość? Już *a priori* trudnoby zrozumieć, jak rtęć mogłaby wpływać tak skutecznie na usunięcie najróżnorodniejszych objawów w organach i tkankach, nie niszcząc w znacznej części zarazka, wywołującego te objawy. I w samej rzeczy, rtęć wpływa na istotę choroby i wywiera działanie przewencyjne. A oto dowody.

1) Rtęć wywiera niewątpliwie działanie przewencyjne na objawy okresu wtórnego. Przekonywamy się o tem łatwo, porównując okres wtórny u chorych, leczonych od samego początku zarażenia, z takimże okresem osób nieleczonych lub leczących się niedostatecznie, niedbale. U tych ostatnich widzujemy w okresie wtórnym cięższe postaci, jakkolwiek życiu nie zagrażające, obfitsze wysypki, lepieże wszędzie gdzie tylko bywają, zmiany krtani, przypadłości ze strony kości, stawów, mięśni i t. p. Tymczasem u pierwszych okres wtórny syfilisu ogranicza się, jeżeli nie zawsze, to prawie zawsze, do niewielkiej liczby objawów najłagodniejszego typu, często cały okres wtórny kończy się na nieznacznych plamkach różyczki, lub kilku lepieżach płaskich, a nawet bywają i tak szczęśliwe przypadki, że żadnych objawów wtórnych choroby nie miewają. Liczne już dziś obserwacye przemawiają za tem, iż złagodzenie objawów okresu wtórnego na karb leczniczego, przewencyjnego wpływu rtęci położyć należy.

2) Rtęć wywiera niewątpliwie działanie przewencyjne na okres trzeciorzędny. Przemawia za tem ogromna częstość objawów późnych u syfilityków nieleczonych lub leczonych niedostatecznie z jednej strony, a z drugiej znów rzadkość tych objawów u chorych leczonych systematycznie i przez czas dostatecznie długi. Ze statystyki FOURNIER'a wypada, że ze 100 chorych z objawami mózgowymi, 5-ciu tylko było takich, którzy się leczyli starannie i długo, 95 zaś leczyło się niedostatecznie lub wcale się nie leczyli. Taki sam stosunek daje i ogólna statystyka późnych objawów. Wypada więc z tego, iż odpowiednio leczeni syfilitycy 19 razy rzadziej miewają późne objawy, aniżeli nieleczeni lub leczeni nieodpowiednio.

3) Rtęć jest środkiem *par excellence* niedopuszczającym do dziedziczenia syfilisu, o czem już było wspomniane na początku.

Musimy więc przejść do wniosku, iż nietylko rtęć leczy skutki syfilisu, jego objawy, ale i niszczy jego zarazek; wywiera więc wpływ ogólny na chorobę, przez co zapobiega powstawaniu tych objawów, któreby wystąpić mogły. Rozumie się, że to działanie rtęci nie jest tak stałem, jednakowem w każdym przypadku, ale faktem jest, że zwykle działa w ten sposób, jak było wspomniane.

Należy tu uwzględnić ważniejsze zarzuty, jakie robiono rtęci, by ją wyrugować z leczenia syfilisu lub ograniczyć jej zastosowanie.

Utrzymywano, iż rtęć nie zapobiega powrotom. W samej rzeczy, powroty objawów syfilitycznych bywają przy leczeniu rtęcią. Pamiętać wszakże musimy, iż syfilis jest chorobą przewlekłą i jednym zamachem, po jednym leczeniu nie spodziewamy się nawet nigdy chorego z syfilisu wyleczyć, dopiero po całej

seryi leczenia, przez ciąg lat kilku prowadzonego, rtęć w całości swe działanie przewencyjne wykazuje. Powroty więc bywają, pomimo leczenia rtęciowego, ale powroty te są rzadsze, a objawy względnie bardzo łagodne.

Dalej, zarzucają rtęci, iż, pomimo starannego leczenia się nią, bywają u chorych rozmaite objawy, nawet bardzo ciężkie. Nie można zaprzeczyć, iż tak jest w samej rzeczy, ale są to przypadki niezmiernie rzadkie. Z 1703 przypadków późnych objawów syfilisu, 59 tylko dotyczyło chorych leczonych, o ile się zdawało, dostatecznie, a 1644—chorych, którzy się leczyli nieodpowiednio, za krótko, lub wyczekującej metody leczenia się trzymali.

Co się wreszcie tyczy ostatniego zarzutu, iż rtęć nie jest środkiem swoistym, gdyż nie wszystkie postacie syfilisu leczy, to tak nie jest. Rtęć leczy skutecznie chorobę syfilityczną, ale nie jest we wszystkich jej postaciach środkiem niezawodnym i jeżeli w ogóle uznajemy środki swoiste dla pewnych stanów chorobowych, to niema pomiędzy nimi takiego, któryby był niezawodnym w każdym przypadku danej choroby. U chorych syfilitycznych widzimy również przypadki uparte, formy ciężkie, w których rtęć wcale albo bardzo słabo działa; są to jednak przypadki wyjątkowe, które bynajmniej zachwiać nie mogą sławy rtęci, jako najpotężniejszego środka w leczeniu syfilisu.

V.

Znany cztery sposoby wprowadzania rtęci do organizmu, mianowicie:

1. przez żołądek,
2. przez skórę, za pomocą wcierań maści rtęciowej, kąpieli i t. d.,
3. w postaci wstrzykiwań podskórnych, i
4. za pomocą okadzania (*fumigatio*).

Której z tych metod dać pierwszeństwo? Doświadczenie uczy, iż nie możemy tak absolutnie trzymać się tego lub owego sposobu podawania rtęci, gdyż nie ma takiej metody, któraby była odpowiednią w każdym przypadku; najlepszą zawsze będzie ta, którą chory najlepiej znosi i która najzbawienniej na sprawę chorobową wpływa.

Najdawniejszą metodą stosowania rtęci są wcierania w postaci maści. We Francji w powszechnem użyciu jest maść neapolitańska (*onguent mercuriel double*), składająca się z równych części rtęci metalicznej i sadła. Zamiast tej maści, próbowano używać do wcierań różnych innych maści i mydeł. Maść szara na lanolinie, mydło merkuryalne, olejan rtęci, maść kalomelowa [wprowadzona niedawno przez RUATA i BOVERO] i t. p. niedługo były w użyciu, okazały się bowiem niepraktycznymi i niedorównywającymi maści szarej.

Dawka szaruchy na każde wcieranie jest rozmaita, stosownie do wieku, płci, wskazań leczniczych i t. p., średnia jednak dawka dla dorosłych jest 4 grm., którą, w biegu leczenia, gdy chory rtęć dobrze znosi, podnieść można do 6,0, a nawet i 8,0. Roztropniej jest wszakże nie przekraczać średniej dawki, jeżeli wyjątkowe wskazania do tego nas nie zmuszają, gdyż ilość 4,0 dziennie zupełnie wystarcza w zwykłych przypadkach do osiągnięcia pożądanego celu, a nadto nie tak wcześnie doprowadza do obrzmienia dziąseł. U dzieci, nie mających jeszcze ząbków, dawka dzienna maści do wcierania może dojść do 1,0, a nawet 2,0.

Wcierania najlepiej jest robić na noc, gdy chory po nich do łóżka się udaje i maść, pozostała na skórze, wessaniu jeszcze przez noc ulegać może. Co do miejsc wcierania, FOURNIER podaje powszechnie uprzywilejowane okolice skóry, jako najrozleglejsze, w które rtęć względnie łatwo przy wtłaczaniu jej wchodzi; uniikać tylko radzi okolic skóry pokrytej włosami, moszny, pachwiny, pachy, gdzie rtęć bardzo szybko ulega wessaniu, ale też wcześniej podrażnienie skóry powoduje. Sama technika wcierania jest bardzo prostą i szczególnych objaśnień nie

wymaga, zauważyć tylko musimy, iż najlepiej robić wcierania pelotą, pęcherzem pokrytą, albo ostatnimi czasy używaną pelotą szklaną. Składa się ona z grubej, kolistej płytki szklanej, gładkiej i polerowanej z jednej strony [z tej, którą się wciera], a z drugiej opatrzoną mocną rękojeścią. Przyrząd ten jest bardzo wygodny do wcierań ale nie u każdego chorego możliwy do zastosowania, jak np. u osób wychudłych.

Po ukończeniu wcierania, skórę danej okolicy owija się watą lub zwilżonem w ciepłej wodzie płótnem, które pokrywa się ceratą i bandażem umacnia. Na drugi dzień rano, Fournier zaleca zmyć skórę ciepłą wodą i mydłem i posypać proszkiem krochmalowym.

Trwanie leczenia wcieraniami, ilość tych wcierań może być rozmaita, zależnie od tego, jaki skutek osiągnąć pragniemy, od indywidualności chorego i t. p., przy pewnej oględności leczenie takie prowadzić można i dwa do trzech miesięcy bez przerwy. Daleko praktyczniej jednak po pewnej liczbie wcierań, przerwę nie jednodniową, lecz nieco dłuższą ustanowić, a wtedy nie ma obawy, by błona śluzowa jamy ustnej cierpieć zaczęła. Niekiedy nawet zmuszeni jesteśmy przepisywać wcierania co drugi, co trzeci dzień, w ogóle modyfikować cały bieg leczenia, stosownie do okoliczności i wskazań leczniczych.

Wtarta w ten lub inny sposób rtęć wchłanianą jest przez skórę, a dowody na to mamy takie, iż w moczu chorych leczonych wcieraniami rtęć wykryć się daje, iż występują efekty fizyologiczne rtęci i efekty lecznicze, bardzo wybitne, nieraz zadziwiające.

Wchłanianie tedy rtęci metalicznej, przy wcieraniu jej w skórę nie ulega najmniejszej wątpliwości, ale jak to objaśnić? Jedni badacze utrzymują, iż rtęć w postaci najdrobniejszych kulek, mechanicznie wtłaczana, dostaje się do tkanek, skąd jako rtęć metaliczna się wchłania; inni, że ze skóry w postaci pary rtęciowej do organizmu przenika. Najbardziej rozpowszechnione mniemanie jest to, iż rtęć dostaje się do gruczołków łojowych i potowych, gdzie pod wpływem ich wydzieliny przechodzi w związek rozpuszczalny i jako taki wessaniu ulega. Wreszcie podług niektórych badaczy pod żadną postacią rtęć nie przenika przez skórę; ma się ona tylko ulatniać z powierzchni skóry, a wdychana w postaci pary, przenika z płuc do krwiobiegu. Ta ostatnia teoria nie jest jednak w stanie obalić poprzedniej, gdyż doświadczeniami bardzo prostymi na uchu królika [wyciętem po wtarceniu maści rtęciowej] można się przekonać, iż kulki rtęci przenikają do skóry, skąd się wchłaniają do krwiobiegu.

Wracając do strony praktycznej kwestyi, przyznać należy, iż wcierania stanowią leczenie najsilniej działające, najpotężniejsze, i że w znacznej liczbie przypadków wywierają doskonały efekt leczniczy, gdy inne metody leczenia rtęcią okazały się bezsilnymi. Drugą zaletą tej metody jest, że przewodu pokarmowego nie drażni [prócz wyjątkowych tylko przypadków] i gdy do żołądka nie ma potrzeby wprowadzać rtęci, można choremu podawać inne leki, któreby się niezbędnymi okazały, jak: jodek lub bromek potasu, żelazo, *tonica* i t. p.

Mają jednak wcierania i złe strony. Wywołują one, jak to było powyżej wspomniane, *diarrhoea mercurialis*, *hydrargyria*, zjawiska należące do niezmiernie rzadkich podczas leczenia wcieraniami, a właściwe każdej metodzie leczenia rtęcią—częściej są przyczyną zmian merkuryalnych błony śluzowej jamy ustnej, zmian, które podług Fourniera, jakoby się odznaczają większą rozległością i natężeniem, aniżeli te, jakie np. rtęć do wewnątrz przyjmowana wywołuje.

Na mocy powyższych danych Fournier do użycia wcierań następujące znajduje wskazania:

1-o W przypadkach ciężkiego syfilisu gdzie zależy na jaknajenergiczniejszym leczeniu, jak: przy objawach ze strony mózgowia i rdzenia, przy cierpieniach oczu, które wzrokowi zagrażają, w syfilisie trzew i t. p..

2-o W przypadkach uporczywych, lub gdy objawy nie ustępują przy stosowaniu innych metod leczenia.

3-o W razie gdy chorzy z różnych przyczyn [choroby żołądka lub kiszek] mogą przyjmować rżęci do wewnątrz.

4-o W razach, gdy przez żołądek wprowadzać mamy inne środki lekarskie.

5-o W syfilisie u dzieci.

Wcierania, jako zwykłe leczenie syfilisu, FOURNIER odrzuca z tego powodu, iż gdy leczenie syfilisu ma trwać czas dłuższy, należy się liczyć z warunkami społecznymi i wymaganiami życiowymi, które utrudniają, a bardzo często czynią niemożliwym stosowanie tej metody leczenia, metody złudnej, uciążliwej i wymagającej dużo czasu! [C. d. n.]

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dodatkowe dnia 30. V. 1893 r.

JAWDYŃSKI przedstawia przypadek rzadkiej torbieli, dotyczący 27-letniej kobiety, która po przebyciu choroby z objawami zapalenia płuc, przez czas dłuższy odczuwała silny ból w boku lewym. Przy badaniu stwierdzono guz miękki niebolesny, w postaci wałka, bez granic wyraźnych otaczający dolny i wewnętrzny brzeg lewej łopatki i pokryty niezmienną skórą; część jego znajdowała się pod łopatką i mięśniami grzbietu. Zawartość jego półgęstawa dawała się zepchnąć ku dołowi łopatki. W rozpoznaniu tej sprawy, nastęrczającej zresztą znaczne trudności, najwięcej danych było za torbielą skórzastą lub zrośniętą torebką maziową z częściami stałymi, na podobieństwo *hygroma praepatellare*. Przy operacji, dokonanej przed 2-ma tygodniami, przeprowadzono cięcie półkuliste, otaczające łopatkę od wewnątrz i od dołu, przecięto niektóre mięśnie grzbietu i odseparowano guz, luźno zrośnięty z otaczającymi tkankami, a po odsunięciu łopatki można się było przekonać o istnieniu silnego zrostu guza z mięśniem podłopatkowym, oraz z V i VI-mi żebrzem. Przy oddzieleniu od mięśnia torbiel pękła i z niej wylał się płyn z charakterem surowiczym; po wycięciu części V-ego i VI-ego żebra na przestrzeni 6 centymetrów stwierdzono istnienie w klatce piersiowej kawałka guza, wielkości połowy brzoskwini, zrośniętego mocno z płucem i opłucną. Wyrostek ten oddzielono od opłucnej i wycięto z kawałkami mięszu płucnego. Opłucną i ranę zeszyto, przez otwór wprowadzono pod łopatkę pasek gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny.

Prof. BRÓDOWSKI przedstawia guz wydobyty przez JAWDYŃSKIEGO. Guz ten przedstawia się w postaci torbieli znacznej wielkości: powierzchnia jej ściany nierówna, strzępiasta, pofałdowana z resztkami przegrod świadczy o tem, że początkowo była to torbiel złożona. W zawartości torbieli pływała niewielka ilość ciał jakby chrząstkowych, które w pierwszej chwili wydawały się podobnymi do błonek bąblowcowych. Badanie szczegółowe doprowadziło do wniosku, że twory te, które wykryte zostały również w ścianach torbieli i jej przegrodach, były produktami zwyrodnienia szklatego — *degeneratio hyalina*. Guz ten najprawdopodobniej jest opisany przez HAECKEL'a „*prolifere cystoide Bindegewebswucherung*“.

KRYSIŃSKI przedstawia rzadki okaz torbieli łożyska, Torbiel ta wychodzi przy osadzie sznurka pępkowego, na szypule długości 30 ctm.; wielkość jej w czasie porodu dochodziła do wymiarów głowy dorosłego człowieka. Ruchy płodu przestała odczuwać chora na tydzień przed porodem. Przy porodzie bardzo trudnym najpierw wyszła torbiel i jej szypuła, następnie martwy płód niezwykłej wielkości [długość 58 ctm., waga 16 funtów, szerokość ramion złożonych 18,5 ctm.]. Zawartość torbieli, która pękła przed porodem, stanowiły wody płodowe, z odcieniem brunatnym, bez zapachu i pływających części stałych. Trudno orzec, jaka przyczyna wywołała śmierć płodu. Można by było przypuszczać moczówkę cukrową, na którą chora cierpiała od 5-ciu czy 6-ciu lat. Według zdania nielicznych autorów, którzy kwestyę tę poruszają, przy cukrówce moczowej albo do ciąży

nie dochodzi, albo poronienie w pierwszych miesiącach ciąży następuje, ze względu jednak na zupełne wykształcenie i niezwykłą wielkość płodu prawdopodobnie zachodzić musiała inna przyczyna jego śmierci, np. ucisk torbieli na grubą pępowinę.

DUNIN przedstawia chorego po trepanacji czaszki z powodu ropnia mózgowego. Jest to trzeci przypadek obserwowany przez prelegenta wspólnie z KRAJEWSKIM. W pierwszym przypadku była epilepsja częściowa i porażenia, nie ustępujące pod wpływem leczenia antyseptycznego. Rozpoznano ognisko chorobowe w zwoju środkowym. Po dokonaniu trepanacji KRAJEWSKI usunął ognisko wskutek wylewu w zwoju środkowym przednim i tylnym. Jako ślad przebytej choroby pozostał po operacji pewien stopień ataksji w kończynach. Operacja dała wynik ujemny: po dwu miesiącach objawy poprzednie powróciły, a po 9-ciu miesiącach chory zmarł. Na sekcji stwierdzono w miejscu ogniska obszerną bliznę zrosniętą z oponą twardą i skórą; komórka boczna po stronie odpowiedniej była rozszerzoną. Przypadek drugi dotyczył chorego w wieku lat 60-ciu, który przybył na oddział DUNINA nieprzytomnym, z częściową epilepsją kończyny górnej lewej. Charakter cierpienia obok wągrów wykrytych w kilku miejscach pod skórą przemawiał za rozpoznaniem: *cysticereus* części środkowej *lobi centralis ant. et post.*. Po dokonaniu w miejscu wskazanym trepanacji przez KRAJEWSKIEGO, wykryto 3 pęcherzyki wągra, z których jeden leżał pod substancją szarą. W kilka godzin po operacji chory zmarł, a przy badaniu pośmiertnym wykryto w mózgu sto kilkadziesiąt wągrów. Chory przedstawiony na posiedzeniu miał lat 28; przed kilkoma miesiącami przybył na oddział prelegenta, skarżąc się na gorączkę, kaszel i krwioplucie. Przy badaniu w prawym płucu [od II-go żebra aż do dolnej jego granicy] stwierdzono tępość i rżenia. Płwocina cuchnąca, wydzielana w znacznej ilości, zawierała ciała ropne, czerwone krążki krwi, kryształy kwasów tłuszczowych i włókna sprężyste; laseczników gruźliczych nie wykryto. Rozpoznano zgorzel płuca. Po 3-ich tygodniach ciepota ciała spadła i stan chorego znacznie się poprawił, w przeddzień jednak zamierzonego wypisania się ze szpitala, wystąpił nagle wieczorem podobno po raz pierwszy napad epileptyczny. Nazajutrz zauważyć można było tylko wzmoczenie odruchów w kończynach lewej górnej i dolnej. Pomimo tych objawów chory wypisał się, lecz 3-go dnia powrócił znowu na oddział z powodu kilkakrotnego powtórzenia się napadów epileptycznych, skarżąc się na zawroty i bóle głowy. Przy badaniu stwierdzono: stan bezgorączkowy, porażenie lewej połowy ciała, o wiele silniej zaznaczone w kończynie dolnej niż górnej; ze strony układu nerwowego skonstatować można było objawy epilepsji rdzeniowej i wzmoczenie odruchów. Rozpoznano ropień mózgowy w zrazie ciemieniowym, powstały na tle zgorzeli płuca. Wkrótce wystąpił wypływ ropy z ucha prawego, który według opowiadania chorego datował się od 2-go roku życia. Objaw ten, o którym poprzednio nie wiedziano, zachwiał zrazu pierwotne rozpoznanie i skłonił do zwrócenia uwagi na możliwość związku sprawy ropnej z cierpieniem ucha środkowego i umiejscowienie ogniska w zrazie skroniowym mózgowia lub w mózdzku; fakt jednak, że ropień wystąpił odrazu z całą siłą, skłonił prelegenta do trzymania się pierwotnego rozpoznania. Po trepanacji z ropnia otworzonego wypłynęła cuchnąca ropa w ilości około łyżeczki; przy badaniu drobnostką tej ropy, SKŁODOWSKI wykrył obok nieznacznej ilości ciałek ropnych i krążków krwi wielką ilość bakterii, których gatunek na drodze hodowli nie był określony. Po operacji nastąpiło zupełne porażenie połowiczne lewostronne ze zuiesieniem czucia, a po kilku tygodniach przy występującej poprawie chory mógł chodzić. W chwili wygłoszenia tego odczytu chory był zupełnie przytomny, chodził dobrze; przy zachowaniu jednak czucia skórznego pozostał pewien stopień ataksji kończyny górnej. Objawy ze strony płuc nieco się pogorszyły.

Do opisu historii chorobowej podanej przez DUNINA, KRAJEWSKI załącza opis operacji i przebiegu pooperacyjnego. Dnia 30. III. r. b. po ogoleniu i zdezynfekowaniu głowy chorego, oznaczono ze strony prawej położenie rowka ROLAND'a, metodą LUCAS-CHAMPIONIÉRE'a, chorego zachloroformowano i nałożono sznur elastyczny na około czaszki przez czoło i wyniosłość potylicową. Wykrajano płat owalny z podstawą zwróconą ku przodowi, odpreparowano go od kości, zrobiono trepanem cztery otwory, z których dwa przednie odpowiadały górnemu końcowi brzozy ROLAND'a, dwa zaś tylne leżały na miejscu zwoju środkowego tylnego. Most kostny między otworami, mający formę krzyża, wypilowano, wskutek czego utworzył się otwór mający 4 ctm. długości i tyleż szerokości. W oponie twardej, słabo tętniącej, wykrojono także płat, po odechyleniu którego w ranę włóczyla się substancja mózgowia. Obmacywanie tej części mózgowia, jak również próbnę przekłócia szprycą PRAVAZ'a nie dały żadnego rezultatu. Zrobiono cięcie w zwo-

ju środkowym tylnym; istota mózgu o wiele miększa w tem miejscu niż zazwyczaj, zaczęła się wylewać przez ranę, a palec do rany wprowadzony napotkał twór owalny, elastyczny wielkości śliwki, z którego wyciągnięto szpryką suchnącą ropę. Ropień następnie otworzono, a ropę wypuszczono, część mózgu, która przeszkadzała do zasycia opony twardej, obcięto nożyczkami; wprowadzono sączek do jamy ropnia, zaszyto oponę twardą z wyjątkiem miejsca, przez które przechodzi dren, płat z części miękkich rozcięto po środku w miejscu odpowiadającym drenowi, następnie pokryto z wierzchu gazą wyjałowioną i takąż watą i, uciskając ręką, zdjęto sznur elastyczny i nałożono opaskę, wywierając umiarkowany ucisk. Wkrótce po operacji chory odzyskał przytomność i wtedy zauważono zupełne porażenie lewej połowy ciała. Po 5 dniach zdjęto szwy i zmieniono opatrunek; przez sączek wydzielala się ropa; 10-go dnia przy powtórnej zmianie opatrunku zauważono pewną poprawę w kończynach. 16-go dnia chory zaczął chodzić, 31-go zamiast sączka wprowadzono pasek gazy jodoformowej, który dnia 10-go wysunął się. Dalszy przebieg był zupełnie pomyślny: ataksya kończyny górnej lewej stopniowo się zmniejszała. Według zdania KRAJEWSKIEGO, przyczyną ropnia najprawdopodobniej było zapalenie ucha środkowego, grubość otoczki przemawiała za dawnym istnieniem ropnia; fakt, że ściany jamy były gładkie, daje możność przypuszczenia, że ropień był pojedynczym. Z objawów, upoważniających chirurga do poważnej interwencji, nie wystarcza obecność ogniska ropnego w ustroju przy jednoczesnem wystąpieniu objawów ucisku mózgu, jako to: ból głowy, zwolnienie tętna, brodawka zastoinowa (*Stauungspapille*), utrata przytomności. Przystępować do trepanacji można tylko przy istnieniu, oprócz powyższych objawów, ściśle ograniczonego bólu głowy lub jakiegoś objawu ogniskowego [porażenie jednej kończyny, jak w danym przypadku, lub epilepsya JACKSON'a]. Z pomiędzy różnych sposobów określenia na czaszce rowka ROLAND'a [sposób LUCAS-CHAMPIOMIÈRE'a, REIDE'a i innych] za najściślejszą i najodpowiedniejszą jest metoda POIRIER'a. Co się tyczy techniki operacyjnej, to K. zaleca używanie przy trepanacji sznura elastycznego, gdzie chodzi o zmniejszenie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego; usuwa całkowicie wycięte kawałki, rezekując zaś częściową według metody WAGNER'a uważa za odpowiednią tylko przy usuwaniu nowotworów. Próbné przekłucia mózgu nie zawsze dają dodatni rezultat, pewniejszem jest natomiast obmacywanie danej okolicy mózgu, lecz dopiero po przecięciu opony miękkiej. Z powikłań pooperacyjnych na pierwszy plan występuje obrzęk mózgu, któremu zaradzić można przez wywieranie ucisku bezpośredniego na sam mózg, za pomocą tamponów z gazy jodoformowej lub pośredniego przez płat z części miękkich.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI skłania się do przypuszczenia, że w danym przypadku ropień zależnym był od zgorzeli płuc. Gdyby przypuścić, że ropień istniał przez lat przeszło dwadzieścia, to musiałyby się w takim razie powiększać lub w razie otorbienia ściągnąć się, a zawarta w nim ropa powinna uleść zgęszczeniu, zawierać sole wapienne, kryształy cholestearyny i t. d. Przeciwno zależności ropnia od cierpienia ucha środkowego przemawia również jego umiejscowienie; ropni przy zapaleniu ucha środkowego widział mówca 10, żaden z nich nie znajdował się w zwoju środkowym. Złowonny zapach ropy dowodzi, że uległa ona gnicciu, a drobnoustroje prawdopodobnie dostały się doń z płuca.

JAWDYŃSKI jest zdania, że zależność ropnia od cierpienia ucha środkowego jest prawdopodobną; ropniu bowiem przerzutowemu towarzyszą zazwyczaj bardziej burzliwe objawy [gorączka, dreszcze]. Nadmierne rozciąganie się komory bocznej w pierwszym przypadku zależało raczej, według twierdzenia mówcy, od ściągnięcia się blizny, aniżeli od ubytku substancji mózgu, który w takich razach szybko się wyrównywa. Wobec tego, że kureczenie się blizny należy do najmniej pożądaných następstw operacji, przy operacji starać się należy o zapewnienie defektów kostnych przez implantacyę wyciętych kawałków czaszki.

W odpowiedzi prof. BRODOWSKIEMU, KRAJEWSKI zaznacza, że ropa wypuszczona nie była świeża: znaleziono w niej obok małej ilości ciałek ropnych i ciałek krwi przeważnie rozpad i kropelki tłuszczu. Wobec twardości i grubości [$\frac{1}{2}$ mm.] otoczki ropnia K. przypuszcza, że ropień oddawna powstały wskutek zapalenia ucha środkowego, otorbiony istniał długo bez żadnych objawów, a wywołał je dopiero wówczas, gdy bodziec do tego dała mu zgorzel płuca. Zgadając się z JAWDYŃSKIM, że blizna po trepanacyi nie jest pożądaną z powodu możności wywołania objawów epileptycznych, K. nadmieniam, że nie zawsze udaje się implantacya wyciętych kawałków kości, które zresztą nie noszą blizny lecz dzielą ją na dwa piętra.

Ze względu na istnienie w danym przypadku cuchnącej i płynnej ropy, STANKIEWICZ upatruje przyczynę ropnia w zgorzeli płuca.

W odpowiedzi JAWDYŃSKIEMU, prof. BRODOWSKI nadmienia, że pojedynczy ropień przerzutowy może przebiegać bez gorączki; wobec braku ciałek ropnych w zawartości przestrzeni otorbionej, przypuszczać należy, że była to zgorzel przerzutowa; ropień stary, przerzutowy nie wywołałby ostрых objawów.

Według zdania DUNINA, dla chirurga ważniejszem jest umiejscowienie sprawy chorobowej aniżeli jej rodzaj. Rozpoznanie umiejscowienia nowotworów jest łatwiejsze aniżeli samych nowotworów. W razie jednak pomyłki w rozpoznaniu umiejscowienia nowotworów, trepanacja przynieść może ulgę choremu z powodu zmniejszenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Punksya i drenowanie komórek becznych zalecaną jest obecnie w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych, przy którym śmierć następuje często przy bardzo nieznacznej ilości gruzełków tylko wskutek wzmożonego przez wysięk ciśnienia wewnątrz-czaszkowego.

HEJMAN twierdzi, że w przedstawionym przypadku był ropień ucha środkowego. Jakkolwiek trepanacja może niewątpliwie przynieść ulgę choremu, to jednak skierować by należało uwagę na leczenie ucha, które w każdej chwili może być źródłem nowego ropnia.

ROTHE zaznacza, że wobec braku w danym przypadku objawów pozwalających na ścisłe oznaczenie umiejscowienia ropnia, pomyślny wynik operacji przypisać należy tylko doświadczeniu i biegłości chirurga.

Posiedzenie kliniczne dnia 6 VI. 1893.

CIĄGLIŃSKI przedstawia typowy przypadek choroby PARKINSON'a, leczony wstrzykiwaniami podskórnymi *hyoscyni hydrochlorici*. Po 24 wstrzyknięciach [8 po 0,0001 gm., 8 po 0,0002 i 8 po 0,0003 gm.] stan chorej znacznie się poprawił, choć bezpośrednio po każdym wstrzykiwaniu występuje krótkotrwały napad drgawkowy.

M. BRUNER demonstruje przyrząd „Nepton“, zastępujący irygator pomysłu D-ra VORSTÄEDTER'a z Białegostoku. Przyrząd ten, składający się z rurki kauczukowej [górną jej koniec owinięty drutem, dolny kończy się kaniulą] i z ruchomego zaciskacza metalowego, zastępującego kran, posiada tę zaletę, że z łatwością może być przenoszony.

JAWDYŃSKI przedstawia chorego, któremu w marcu 1889 r., z powodu raka krtani, wyciął prawą połowę tego narządu, pozostawiając niecałą lewą połowę chrząstki tarczowej i lewą strunę głosową. Z powodu regeneracji nowotworu na podstawie języka i z prawej strony gardzieli, J. wykonał we wrześniu t. r. *pharyngotomiam subhyoideam* z modyfikacją IVERSEN'a i wyciął część języka i gardzieli z prawym migdałkiem. W 4 lata po operacji chory jest zdrow zupełnie, a nawet dzięki wytworzeniu się blizny, zastępującej wyciętą strunę głosową, mówi, wcale nieźle.

W dopełnieniu do przemówienia JAWDYŃSKIEGO, SĘDZIAK dodaje, że w przypadku tym przy braku nagłośni wytworzona przez bliznę prawa struna głosowa jest pewnego rodzaju *ligam. ary-epiglotticum*; prawa połowa krtani prawie nie różni się od lewej.

A. PRZYBOROWSKI przedstawia chorego, na którym dokonał laparotomii z powodu ran postrzałowych przewodu pokarmowego i narządów moczowych. Chory 24-letni mężczyzna, przywieziony do szpitala Dzieciątka Jezus, miał wymioty krwawe i oddawał mocz zmieszany z krwią. Przy badaniu stwierdzono dwie małe rany postrzałowe w lewej okolicy nadbrzuszej, tuż przy łuku żebrowym, w odległości 2 ctm. jedna od drugiej. Dane powyższe stanowiły wskazanie do laparotomii. Przeprowadzono dwa cięcia: jedno w smudze białej od wyrostka mieczykowego prawie do pępka, drugie prostopadłe do pierwszego przechodziło przez niżej położoną ranę brzucha do łuku żebrowego. Po odchyleniu płotów ściany brzucha zauważono na przedniej ścianie żołądka dwie niewielkie rany o nierównych brzegach, które, po wyrównaniu brzegów, zeszyto jedwabnym szwem dwupiętrowym. Następnie wykryto ranę w poprzecznicę długości 3 ctm., podzieloną wązkim mostkiem na dwie połowy; zawartość nie przechodziła do jamy otrzewnej. Ranę tę zeszyto. Rany nerki nie dostrzeżono; pomiędzy otrzewną i nerką lewą znajdował się niewielki wylew krwawy. Ranę brzuszną zeszyto, kulę rewolwerową wydobyto z pod skóry w okolicy ostatniej przestrzeni międzyżebrowej. Przebieg pooperacyjny pomimo powikłania przez zapalenie płuc był pomyślnym.

CHELCHOWSKI wygłosił odczyt: p. t. „Kilka uwag o raku żołądka“. Rzecz ta wydrukowaną była w Gazecie Lekarskiej r. b. w N-rze 28.

W dyskusji nad tym odczytem Prezes PRZEKOSKI zaznacza doniosłość pracy prelegenta ze względu na uwydatnienie pówikłań. Co do tych ostatnich, to wrzody rakowe rzadko dają początek ropnicy lub posocznicy. Że przy wrzodzących rakach nie bywa zwykle chorób przyrannych, to przypuszczalnie fakt ten możnaby wytłumaczyć rolą komórek rakowych, stanowiących podobnie, jak tkanka granulacyjna, pewien rodzaj pancerza, zabezpieczającego od inwazyi drobnoustrojów.

DUNINA zadziwia mała ilość wrzodów żołądka, notowanych przez CHELCHOWSKIEGO, miewa bowiem na oddziale rocznie 4—5 przypadków tego cierpienia. W praktyce prywatnej wrzód zdarza się częściej od raka. Co się tyczy etyologii wrzodu, to DUNIN jest zdania, że prawdopodobnie najczęściej wrzód rozwija się na tle cierpień żołądka charakteru nerwowego z następującą atonią i hypersekrecją.

Według zdania prof. KOSIŃSKIEGO, wprawdzie w przebiegu raka rzadko bywa ostra posocznica, natomiast zawsze występuje posocznica przewlekła, za którą uważać należy charłactwo rakowe.

REJCHMAN uważa niezbyt napotykaną obok raka za skutek tego ostatniego, a nie za jego przyczynę; raki bowiem powstają najczęściej u osób, które na niezbyt żołądka nigdy nie chorowały. Twierdzenie DUNINA, jakoby wrzód żołądka występował u osób nerwowych, dawniej więcej miało obrońców. Wymioty krwawe u osób nerwowych niezawsze są objawem wrzodu, a zdanie to potwierdza obserwowany przez mówcę wspólnie z PAWIŃSKIM przypadek dotyczący histeryczki, u której z powodu krwotoków przypuszczano obecność wrzodu żołądka; po śmierci jednak tej chorej, inną przyczyną wywołanej, przy badaniu pośmiertnem ani wrzodu, ani blizny nie wykryto.

Posiedzenie kliniczne nadzwyczajne dnia 13. VI. 1893.

PESZKE przedstawił rzadki przypadek bardzo licznych naczynek. Dziecko jednoroczne posiada bardzo wiele angiomatów na skórze czoła, nosa, szyi, grzbietu, bocznych ścian klatki piersiowej, brzucha i kończyn.

BUJWID wypowiedział odczyt: p. t. „Porównawcze działanie różnych filtrów do oczyszczenia wody do picia“.

Najpewniejszym sposobem uwolnienia wody do picia od zarazków jest jej gotowanie. Osadzanie za pomocą ałunu, chlorku żelaza i innych podobnych sposobów daje wodę częściowo tylko uwolnioną od bakteryi. Mechaniczne oczyszczanie za pomocą filtrów miejskich, piaskowych, oraz filtrów domowych, musi być bardzo dobrze wykonywanem, ażeby dało należyte oczyszczenie wody do picia. Filtry działają mechanicznie, zatrzymując zarazek wpośród porów; przepuszczają zaś produkty chemiczne, same przez się nieszkodliwe. Przykład Altony dowodzi, że filtry nawet mniej dobrze zbudowane, otwarte [w Warszawie pokryte] mogą dostarczać wody do picia wolnej od zarazka cholery i tyfusu. W zimie wszakże także filtry nie odpowiadają celowi, skutkiem rysowania się powierzchni filtrującej [zimowa epidemia cholery w Altonie]. Filtry miejskie należy często kontrolować bakteriologicznie pod względem pewności działania. Gdy woda zawiera więcej niż 100 bakteryi w 1-y m ctm. sześć, natenczas oznacza to, że filtr działa dobrze nie na całej powierzchni. Brak kontroli bakteriologicznej dopuszcza możność wielkich błędów, jak to się stało w Nietleben, gdzie wybuchła epidemia cholery w zimie ubiegłej. Z filtrów domowych na wyróżnienie zasługują tylko: filtr CHAMBERLAND'a z glinki i BERKEFELD'a z ziemi okrzemkowej. Pierwszy jest trwalszy, daje mniej wody, ale się wolniej zanieczyszcza, gdyż przez drobne pory jego ścian bakterye nie przedostają się tak łatwo, jak przez grube pory ścianu filtru BERKEFELD'a. Do użytku domowego należy filtr jeden i drugi oczyszczać mechanicznie za pomocą mocnego wycierania powierzchni kawałkiem waty lub płótna w strumieniu wody, aż do zdjęcia szarej warstwy mułu i części warstewki zanieczyszczonej samego filtru. Następnie należy wygotować filtr w wodzie przez godzinę. Filtr CHAMBERLAND'a należy w ten sposób oczyszczać i wyjaławiać co 5—7 dni, zaś BERKEFELD'a co 2—3 dni. Tam, gdzie się znajdują dobre filtry miejskie, nie potrzeba filtrów domowych, jak to ma miejsce w Warszawie. Doskonałą wodę, zupełnie od bakteryi wolną, po wsiach otrzymać można za pomocą studzien w ziemię wkręcanych, tak zwanych abisyjskich. Woda otrzymana

w ten sposób jest wolna od wszelkich szkodliwych zanieczyszczeń, gdyż ścieki przed dostaniem się do wody muszą uprzednio zostać przefiltrowane przez grubą warstwę gruntu. W ten sposób z najgorszego gruntu można otrzymać bakteriologicznie czystą wodę, która do picia i do technicznego użytku może być przydatna, o ile nie jest zbyt twardą i nie zawiera zbyt dużo chlorków i węglanu żelaza. (*Autoreferat*).

Posiedzenie kliniczne z dnia 20, VI. 1893 r.

NEUGEBAUER przedstawił dziecko dwutygodniowe, które urodziło się z dwoma dolnymi ząbkami.

BORSUK przedstawia chorego, u którego po spadnięciu z drzewa wystąpiły objawy przewlekłej niedrożności przewodu pokarmowego w postaci wymiotów, zaparcia stolca, bólów w brzuchu. Przy badaniu stwierdzono: znaczny stopień rozciągnięcia i zgrubienia ścianek jelit, widoczne ich ruchy perystaltyczne; tępość serca i wątroby nie dały się określić, gdyż odgłos bębnowy sięgał na lewej stronie do drugiego żebra, na prawej do czwartego, z tyłu zaś odgłos ten sięgał od dołu do kąta łopatek. Wysokie uniesienie granic odgłosu bębnowego, początek choroby datujący się od czasu spadnięcia, utrudnione przechodzenie zawartości kiszek, odgłos ebrobotania w lewym podżebrzu — dane te przemawiały za przeszkodą w kiszkaach zależną od przepukliny przeponowej ze strony lewej. Przy operacji po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że przepona nie była przedziurawiona, lecz uniesioną bardzo wysoko przez rozdęte кишки cienkie; kiszka gruba była natomiast skurezoną. Kilka pętlów jelita biodrowego w okolicy kiszki ślepej zrosniętych między sobą na przestrzeni około 1/2 łokcia, tworzą rodzaj kłębka, pokrytego bliznami lub błonami fałszywymi. Ponieważ usunięcie przeszkody, *resp.* rozdzielenie pętli zrosniętych okazało się niemożliwym, przeto BORSUK połączył ze sobą części jelita biodrowego powyżej i poniżej przeszkody szwem trzypiętrowym, t. j. wykonał enteroanastomozę w tym celu, aby zawartość kiszkowa mogła ominąć przeszkodę. Przebieg pooperacyjny był doskonały. Po 3 tygodniach chory wstał z łóżka, wymioty ustały, wypróżnienia były prawidłowe, stan ogólny znacznej uległ poprawie.

KORAL przedstawił dziecko 4-letnie dotknięte wrodzonym naczyniakiem wargi dolnej i przedniej części prawej połowy języka.

GAJRIKIEWICZ przedstawił przypadek t. zw. „obrzęku histerycznego” [patrz *Gazeta Lekarska* Nr. 29, str. 1011 z r. b.].

BIERNACKI mówił o wynikach badań przez niego dokonanych nad składem chemicznym krwi w stanach anemicznych i kachektycznych. Praca ta ogłoszona była w *Gazecie Lekarskiej* z r. b. [Nr. 32, 33, 34, 35 i 36; str. 814, 849, 877, 899 i 930].

W dyskusji KRYSIŃSKI, wyrażając prelegentowi uznanie za dokonanie pracy, opartej na własnych sumiennych badaniach, nadmienia, że wyniki badań nad krwią mają dotychczas wartość tylko bardzo cennego materiału naukowego, z którego żadnych praktycznych wniosków wyciągać nie można dopóty, dopóki nie będziemy mieli pewnych danych co do składu białka i osocza, w którym zawieszoną są morfologiczne części krwi.

List otwarty do Redakcyi *Gazety Lekarskiej*.

— 2 —
SZANOWNY KOLEGO REDAKTORZE!

Czytając w Nr. 45 *Gazety Waszej* wielce interesujący artykuł kol. ROSENTHALA p. t. „Wycięcie nowotworu wątroby”, znowu spotkałem się z wypadkiem bardzo pospolitym u nas. Autor cytując skrętnie zebraną literaturę w językach obcych, nie zaś nie wspomina o pracach polskich. A przecież nie dawniej, jak w roku 1890 na zjeździe chirurgów w Krakowie kol. ROSNER, asystent z kliniki prof. RYDYGIERA, przedstawił wyniki swych doświadczeń nad odrastaniem wątroby po jej częściowem podwiązaniu, który to odczyt następnie ogłosił w *Pamiętniku zjazdu*. Jeszcze w roku 1865 REWOLIŃSKI opisał w *Tygodniku Lekarskim* (str. 28) przypadek podwiązania wypadniętej przez ranę części wątroby. Być może, iż, lepiej poszukawszy, udałoby się jeszcze coś w naszej literaturze znaleźć, coby omawianej sprawy dotyczyło. Opuszczanie literatury swojskiej w arty-

kułach naszych praktykuje się na tak szeroką skalę, iż nie myślę nawet z wyżej przytoczonego braku czynić wielkiego zarzutu kol. ROSENTHALOWI. Przytaczam sam fakt dla tego tylko, by wziąć zeń asumpt do poruszenia przyczyn omawianego objawu. Autorowie pomijają prace polskie z dwóch przyczyn: 1) dla braku odpowiedniego wykazu, któryby pozwalał orientować się w naszej literaturze dawnej i bieżącej; 2) dla braku odpowiednich zbiorów, zawierających w sobie komplet przynajmniej ważniejszych lekarskich wydawnictw naszych.

Co się tyczy pierwszego braku, to powinien mu zaradzić skorowidz, który pokrótce wyjdzie z druku. Inna rzecz z księgozbiorami naszymi. W kompletowaniu ich bardzo mało kierujemy się jakimś uprzednio powziętym planem. Zazwyczaj wszystko zależy tu od przypadku, od ofiarności jednostek, od chwilowej inicjatywy zarządu biblioteki lub czytelników i t. p. Wynikiem takiej przypadkowości bywa to, że gdy jedno pisma lub książki znajdują się w dwóch lub trzech egzemplarzach, innych nie ma wcale. O takim stanie rzeczy mogłem się przekonać niedawno, gdym zażądał kompletu „Wiadomości lekarskich“. Napróżno ich szukał w bibliotekach Warszawskich i w bibliotece Jagiellońskiej. Towarzystwo Lwowskie także nie mogło zadość uczynić prośbie mojej. Oczywiście pismo, które zaledwie przed paroma laty przestało wychodzić, zezelo z oblicza ziemi tej, jeżeli nie znalazł się jakiś amator zbieracz bibuły, który je od zagłady uchronił. Przypuszczam, że taki sam los, jaki spotkał „Wiadomości lekarskie“, musiał się stać udziałem wielu innych wydawnictw. Do wniosku takiego upoważnia mnie i to jeszcze, że Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zawierając największy zbiór lekarskich wydawnictw naszych, przedstawia jednakże liczne luki. Nie mówię już o takich starych, lecz niemniej przeto dobrych wydawnictwach, jak: Rocznik wydziału lek. Krak., Rocznik C. K. Towarzystwa Naukowego, Rocznik Towarzystwa paryżkiego lekarzy polskich i inne, z których tylko oderwane części posiadamy. Atoli i dziś wychodzące pisma często nie mają kompletu; do takich, o ilem mógł sprawdzić, należą: Przegląd lekarski, Zdrowie, Medycyna. Pamiętników i Dzienników zjazdów wcale nie posiadamy, a przecież wielu z nich już dziś dostać nie można. Napróżno także dopytywał się o „Odczyty Kliniczne Warszawskie i Krakowskie. Co się tyczy książek, to tu są braki jeszcze wybitniejsze, niż w dziale wydawnictw peryodycznych. Wobec takiego stanu rzeczy uważałbym za odpowiednie za Waszem pośrednictwem, szanowny Redaktorze, zwrócić uwagę zarządzającego biblioteką na konieczność uzupełnienia istniejących już braków, o ile to jest jeszcze możebne, by takich faktów, jaki się stał z „Wiadomościami lekarskimi“, mniej się powtarzało. Z drugiej strony należałoby obmyśleć sposoby, za pomocą których biblioteka mogłaby na przyszłość uzupełniać swoje zbiory naszymi wydawnictwami lekarskimi. Przypuszczam, iż to nie pociągnęłoby nawet wielkich kosztów za sobą, gdyż większość wydawców zgodziłaby się ofiarować swoje wydawnictwa za darmo, jeżeli nie zaraz, ta przynajmniej w jakiś czas po ich wydrukowaniu. Należałoby tylko, by komitet biblioteczny prowadził szczegółowy wykaz wydawnictw i w porę odwoływał się do wydawców. Zresztą w danym liście chcę zwrócić tylko uwagę na samo zło, obmyślenie zaś środków zaradczych pozostawiam komitetowi bibliotecznemu.

Racz przyjąć Szanowny Redaktorze wyrazy najgłębszego szacunku.

B. Sawicki.

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłą niedzielę [3. XII.] liczne grono zaproszonych lekarzy zwiadało budynek, wybudowany przy warszawskim szpitalu ewangelickim z ofiar prywatnych, zebranych dzięki zabiegom i staraniom kuratora tegoż szpitala prof. STRUVEGO i kol. NEUGEBAUERA. Budynek ten mieści na dole poczekalnię na 50 osób i gabinety lekarskie [ginekologiczny, chirurgiczny, lekarski i bakteriologiczny], w których przyjmowani są chorzy leczący się ambulatoryjnie. Pierwsze piętro mieści 2 małe sale i 3 pojedyncze pokoje, przeznaczone wyłącznie dla chorych ginekologicznych, a ordynatorem tego oddziału ginekologicznego jest kol. NEUGEBAUER. Na 2-em piętrze mieści się sala operacyjna zbudowana wedle wymagań nowoczesnej chirurgii, przeznaczona tylko do operacji ginekologicznych, zaopatrzona w bogaty zbiór narzędzi, prywatną własnością kol. NEUGEBAUERA będących. Z radością na tem tu miejscu witamy otwarcie nowego oddziału szpitalnego, który, prócz niesienia pomocy chorym, wzbogaci niezaprzeczenie literaturę naszą w prace naukowe pióra, zasłużonego już w literaturze, kol. F. NEUGEBAUERA lub jego asystentów kol. REUTTA i KRAKOWA.³

— Koledzy GURANOWSKI i KRAUSE mianowani zostali lekarzami ambulatoryjnymi w tutejszym szpitalu żydowskim, pierwszy dla chorób uszów i nosa, drugi — chirurgicznych.

— W połowie listopada r. b. otwartą została w Warszawie [Jeruzolimska 21] czytelnia dzieł i pism naukowych, poważniejszej treści, między którymi znajdują się i pisma lekarskie.

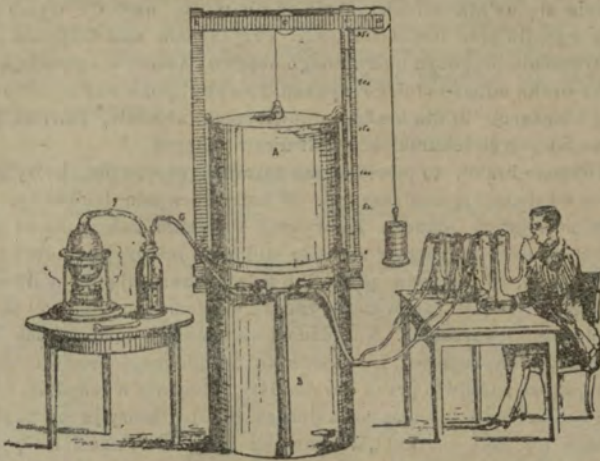
Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою. Варшава 25 Ноября 1893 г. Друк К. Ковалевського, Крѣлевска Nr. 29.

APTEKA

Magistra farmacyi



dawnej Senatorskiej wprost Miodowej.

Miodowa № 4,

H. KUCHARZEWSKIEGO.

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdychania tlenu, które w każdym czasie bywają napełnione szybko i wydawane na miasto. Wdychania tlenu wracają szybko siły ludziom starym jakoteż wyniszczonym wskutek chorób lub zbytniej pracy umysłowej; słowem działają ożywczo i odmładzająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chory ma zalecony pobyt na wsi, lub nad morzem, a nie jest w możności uskutecznienia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczania gazu z ciał obcych przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się wdychając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3 do 4-ch tygodni. Dla P.P. lekarzy lub osób potrzebujących powyższej kuracji na prowincyi, wysyła się kompletne aparaty z mieszaniną służącą do otrzymywania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu

52—41

MYDŁO LECZNICZE TŁUSTE

(HYGIENICZNE).

Zawiera w swym składzie przeszło 5% wolnego tłuszczu. Z tego więc względu jako też dla odpowiedniego doboru innych części składowych, mydło lecznicze przy zmywaniu skóry zajmuje pierwsze miejsce i wyróżnia się ze wszystkich innych w tym celu używanych mydeł. Przy zmywaniu bowiem skóry, nie odbiera takowej w całości naturalnego jej tłuszczu, nie suszy jej ale przeciwnie, czyni ją miękką, świeżą i utrzymuje we właściwym stanie sprężystości i delikatności.

Dla powyższych własności, mydło lecznicze znajduje obszerne zastosowanie nie tylko w utrzymaniu naturalnej czerstwości skóry, ale gra również znakomitą rolę przy leczeniu wielu chorób skórnych.

U osób potrzebujących często zmywać ręce — mydło lecznicze jest cennym środkiem ochronnym, zapobiegającym wysychaniu i nadmiernemu złuszczeniu naskórka. Utrzymując bowiem skórę w należytytm stanie wilgotności, zabezpiecza ją tym sposobem od popekań i upartego nieraz zapalenia, które w następstwie prowadzi do czerwonoci, suchości i zgrubienia skóry rąk.

Dalej u osób małokrwistych, osłabionych, ze skórą suchą, jako też przy wielu cierpieniach organów wewnętrznych, szczególnie u kobiet, gdzie bardzo często z powodu upośledzonego odżywiania skóry, rozwijają się tak zwane „liszaki”, mydło lecznicze jest wyborem środkiem zapobiegającym i usuwającym powyższe nieprawidłowe stany i cierpienia skóry.

Nakoniec mydło lecznicze najobszerniejsze znajduje zastosowanie przy leczeniu chorób skórnych, a mianowicie w tych stanach zapalnych, gdzie mydła łagowe, drażniąc nadmiernie skórę pogorszą samą sprawę cierpienia. A zatem przy zmywaniu maści, plastrów i innych środków lekarskich stosowanych dla usunięcia zapalnego stanu skóry, mydło lecznicze z powodu łagodnego swego działania, wyłącznie tylko tutaj powinno być używane. E. Jarnuszkiewicz