

GAZETA LEKARSKA

I. PIĘĆ PRZYPADKÓW WYCIECIA KISZKI Z NATYCHMIASTOWEM, DORAŻNEM ZESZYCIEM JEJ (*enterectomia et enterorrhaphia*),

- z powodu: a) w dwóch przypadkach przewlekłego zwężenia nowotworowego i zamknięcia;
b) w jednym przypadku przerwania jelita;
c) w dwóch przypadkach kiszki uwięzłej i zgorzałej w przepuklinie.

Opisał

D-r Władysław Matlakowski.

Jeśli ośmielam się ogłosić, te pięć tak luźnych i różnorodnych spostrzeżeń, to tylko dlatego, że jako jednostki może kiedy przydadzą się komuś na co; wszak *Lancet* i *Britisch Med. Journal* są przeładowane kazuistyką, choć to dzieje się u narodu, któremu przecież nie zbywa na postrzeżeniach; a nadto może znajdzie ta notatka usprawiedliwienie z nieobrobienia swego w tem, iż autor znajduje się w niezwykłych warunkach.

Spostrzeżenie I. *Zwężenie rakowate kiszki grubej zstępującej; zapalenie otrzewnej; wycięcie części kiszki; śmierć.*

M . . . , 40-kilkoletnia kobieta, zachorowała w sposób ostry d. 1. XI. 1889 r., a mianowicie: dostała silnych boleści w brzuchu i zaparcia stolca. Wezwany kol. SZREMBARTH, za pomocą środków przeczyszczających [oleju rycynowego, kalomelu], po kilkodniowem zatrzymaniu, zdołał wywołać wypróżnienia, stan jednak chorej przedstawiał wiele do życzenia, a mianowicie: doznawała ona w dalszym ciągu boleści, z powodu czego wezwano kol. DUNINA, który rozpoznał zwężenie jelita, nie oznaczając atoli bliżej miejsca zwężonego. Pierwszy raz widziałem chorą wspólnie z obu kolegami dnia 6. XI. i znalazłem stan następujący:

Dobrze odżywiana kobieta; wyraz twarzy bolesny, oczy błyszczące, nieco zapadłe, rysy twarzy nie zdradzają zmiany właściwej zapalenia otrzewnej i niedrożności (*occlusio*); tętno 112, ciepłota prawidłowa i nigdy nie było gorączki; kończyny i nos ciepłe; język wilgotny, obłożony; *soor* w gardzieli. Brzuch bardzo duży, wzdęty, ale nie twardy, napięty jak przy zapaleniu otrzewnej, wszędzie jednakowo elastyczny, a nadto wszędzie daje jasny, pełny, niski ton bębniasty, jedynie w okolicy nad grzebieniem biodrowym i *spin. ant.*

sup. sin. istnieje pasek szerokości dwóch palców, tonu tympanicznego wysokiego. Nigdzie guza, lub stwardnienia, ani chelbotania wyczuć nie można. Od czasu do czasu chorą chwytają przejmujący ból w prawej połowie brzucha i około pępka i wtedy zdaleka słysząc mocne przelewanie się i bulgotanie, które trwa czas jakiś; wtedy wyraźnie ręka czuje naprężanie się jelit z prawej strony brzucha u dołu. Przyłożywszy ucho do brzucha, jeszcze lepiej słysząc to przelewanie oraz syczący szmer, jakby gazu przeciskającego się przez wązki otwór.

Wymiotów i czkawki niema [jak i nie było]; wypróżnień 2—3 co dzień po lawatywach HEGAR'a. Badanie przez odbytnicę i pochwę nic nie wykrywa.

Płuca, serce i nerki zdrowe.

W ciągu następnych dni 7, 8, 9 i 10 listopada, w które widziałem chorą wraz z kol. DUNINEM, dociekając siedliska zwężenia, przekonaliśmy się, że jeżeli chorą umieścić na prawym boku, to w nim wypukać się dało pewne stłumienie i *vice versa*; jeżeli ustawić w rączka, to stłumienie zjawiało się w okolicy pępkowej, a natomiast w obu okolicach lędźwiowych jasny, pełny, niski ton — a co najciekawsze: przy potrząsaniu chorą i przyłożeniu ucha do brzucha słyszało się wyraźnie szmery metaliczne i pluskanie (*succussio*), jak w jamie opłucnej przy *pyopneumothorax*. Mniemając, iż może się znajduje swobodny guz i płyn, w jamie otrzewnej zrobiłem nakłucie igłą POTAIN'a w okolicy pępka, ale wynik był ujemny.

Rozpoznanie: niewątpliwie mieliśmy przed sobą zwężenie [wypróżnienia bowiem odbywały się codziennie]. Wnosząc z jedностajnego rozdęcia brzucha, należało przypuszczać, że zwężenie znajduje się w kiszce grubej zstępującej, lecz ten fakt anatomiczny, że olbrzymia większość spraw, zamykających i zwężających kanał kiszkowy, odbywa się w końcu *ilei* i około *coecum*, dalej że chora doznaje boleści i bulgotania głównie z prawej strony, podtrzymała w nas przypuszczenie, że siedlisko zwężenia jest w tym punkcie. Chorej tymczasem zrobiło się lepiej: brzuch zmalał, zmiękł, straszne bóle zmniejszyły się do stopnia nieznacznych i rzadziej się zjawiających, przelewanie zdała słyszalne zmniejszyło się ogromnie, tak, że na naradzie wspólnej dnia 10. XI. z kol. DUNINEM i REJCHMANEM, postanowiliśmy czekać, stosując kąpiele, okłady i wlewania HEGAR'a, lecz powiedzieliśmy rodzinie o możliwości operacji.

W dniach 11, 12, 13 chorej nie widziałem; było jej tak dobrze, iż kol. DUNIN mógł miękki brzuch zbadać i nie zdołał nigdzie wymacać guzowatości, lub stwardnienia. Tętno spadło do 84. Nagle atoli z 14-go na 15-go nastąpiło pogorszenie; 16-go znowu chorą widziałem: tętno 120, zmiana w rysach twarzy, brzuch ogromny, podniesione i rozdęte okolice dolne klatki piersiowej; tępość wątroby zginęła! przelewanie słabe, bóle niewielkie, lecz bolesność przy macaniu znaczna; przypisaliśmy to zapaleniu otrzewnej i parciu kiszek, wypróżnienia płynne, cuchnące, szarawe, mimo to odbywają się. Wtedy oświadczyliśmy, że jedyna rzecz, jaka pozostała, jest operacja. Rodzina jednak nie zgodziła się, a czekając na przybycie męża chorej, zwlokła aż do 18 listopada. W dniu tym o godzinie 2½ przystąpiliśmy [DUNIN, JASIŃSKI, CIECHOMSKI] do operacji, lecz bez wiary

w możność ocalenia chorej, z powodu marnego tętna, *resp.* czynności serca, oraz zapalenia otrzewnej.

Po zachloroformowaniu chorej, wykonałem cięcie w smudze białej, poczem wyszedł z sykiem gaz bezwonny z jamy otrzewnej; pętllice kiszek ukazały się potwornie rozdęte, zaczerwienione, pozlepiane wysiękiem włóknikowym, powleczone matową otrzewną; w jamie swobodny, mętny płyn. Mając na uwadze przypuszczalne siedlisko zwężenia około zastawki BAUHIN'a, zapuściłem rękę w tym kierunku, lecz tam *coecum* nie znalazłem, wtedy, nie tracąc czasu, ująłem w pierwszą pętllicę rozdętą i szedłem po niej póty, aż doszedłem do *jejunum*; poznawszy omyłkę, wróciłem się i po jelicie cienkiem odnalazłem *coecum* olbrzymio rozdęte, wielkości głowy, znajdujące się w podżebrzu prawem; rozdętą okazała się poprzecznicą, oraz kiszka gruba zstępująca. Dopiero na granicy tej ostatniej z *fleaura sigmoidea* natrafiłem na obrączkowe zwężenie, ograniczone do bardzo nieznacznego odcinka кишки, poniżej którego już kiszka była prawidłową, skłapniętą, niezaczerwienioną. W krezce na prost tego zwężenia kilka gruczołów limfatycznych wielkości bobu. Po pewnem wahaniu co robić wobec osłabienia czynności serca, przystąpiliśmy do resekcji i szwu; w tym celu zrobiwszy cięcie poprzecze w ścianie brzusznej, nałożyłem podwiązki czasowe na jelito powyżej i poniżej zwężenia, wyciąłem między niemi część zwężoną, poczem zespoilem oba odcinki szwem kuśmierskim, zajmującym całą grubość ściany kiszkowej; potem drugi rząd szwu kuśmierskiego przez *serosa* + *muscularis*; wreszcie tu i owdzie trzeci rząd węzłkowych szwów dla zabezpieczenia miejsc podejrzanych; przystosowanie obu odcinków trudne z powodu, że obwód górnego rozdętego odcinka dwa razy większy od obwodu dolnego pustego. Krezkę obciąłem przy kiszce, czyli nie wycinałem z niej klina; podwiązałem w niej naczynia i brzeg, przyszyłem do zespolonej кишки. Wymyć jamy brzusznej roztworem tymolu; szew rany w ścianie brzusznej.

Operacja była mozolną, męczącą, zwłaszcza trzymanie odcinków кишки, z której spelży podwiązki w palcach i szycie przy oświetleniu dwiema świecami; trwała 3 godziny. Chorą docuciliśmy się wprawdzie, lecz z tętnem niepodobnem do policzenia. Zmarła w 14 godzin po operacji. Jeszcze podczas operacji na stole nastąpiło obfite wypróżnienie. Brzuch znakomicie się zmiejszył i zmiękł.

Autopsyi nie można było zrobić.

Część wycięta кишки, po bliższem i starannem zbadaniu, okazała się nadzwyczaj interesującą: przedewszystkiem zwężone miejsce zajmuje na szerokość najwyżej $\frac{1}{2}$ ctm. кишки, która na zewnętrznej, t. j. surowiczej powierzchni swej posiada w tem miejscu rowek, jakby od ściśnięcia sznurkiem; ściśnięcie to pochodzi od bliznowatych zmian w *serosa* i głębszych warstwach na $\frac{5}{6}$ obwodu кишки; tylko na przestrzeni $\frac{1}{6}$ pozostaje smuga niezmiętej błony surowiczej. Od wewnątrz światło кишки w tem miejscu przepuszcza zaledwie czubek palca; kiszka jest tu owrzodzona na całym obwodzie (*ulcus cingens*); brzeg owrzodzenia jest gruby, pulchny, zarówno jak dno wrzodu, miękki, nigdzie ani śladu pod palcem nacieczenia twardego [jakie bywa przy raku]. W spulchnionej, czerwono-sinej błonie śluzowej кишки powyżej pierścienia zwężającego widać liczne

owrzodzenia, wielkości ziarnka prosa i więcej, z niewyraźnym brzegiem; jedno grubsze i większe dochodzi do *muscularis*, tak, że obnażone są pęczki mięsne okrężne. Podobne wrzody, tylko bez porównania mniejsze i w mniejszej ilości, znajdują się poniżej miejsca zwężonego.

Natura tego zwężenia jest trudna do oznaczenia: chora przed obecną chorobą cieszyła się zupełnem zdrowiem; nie przebywała rozwolnienia, dysenteryi; na skórze, kościach, w gardle, nie było śladów przebytego przymiotu; sądząc z makroskopijnego wyglądu, charakter owrzodzenia kazałby wykluczyć raka — tak dalece niema nacieczenia w dnie i po brzegach owrzodzenia. Dopiero przy drobnowidzowem badaniu prof. Brodowski znalazł raka na tak strasznie małej przestrzeni wszcz, iż udało mu się postawić to rozpoznanie po bardzo zmuǳnem, długim, wielokrotnem badaniu, za które mu serdecznie ǳiękuję: z początku na skrawkach znajdował tylko tkankę bliznowatą, tak mała i niska była warstwa pierścienia rakowatego.

Z tego spostrzeżenia płynie wielka nauka: w tak ciężkim stanie chorego nie kuś się o leczenie doszczętnie; poprzestań z r a z u na samej rzyci sztucznej, lub — co lepiej — na spojeniu jelit (*entero-anastomosis*).

Spostrzeżenie II. *Peritonitis fibrinosa—purulenta generalis e perforatione intestini tenuis compressi a synechia fibrosa; resectio intestini; mors e peritonitide.*

Raj . . . Józefa, 42 lat, służąca, przybyła do oddziału dnia 27. XII. 1889 r. Anamneza bardzo niedokładna: chora opowiada, że, będąc zupełnie zdrową przed 5 dniami, po błęǳie w jedzeniu dostała wǳęcia, boleści w brzuchu i zatrzymania stolca; wymiotów, mdłości nie było; dopiero po oleju rycynowym dostała wymiotów. Rodziła dwa razy; ostatni raz przed 16 laty; miesiączkowanie prawidłowe. Przy najstaranniejszem rozpytywaniu tyle tylko dowiedzieć się można, że zawsze była zdrową, że oddawna miewa zaparcie po tygodniu, że przed dwu laty miała ciężkie zaparcie stolca, które przeszło samo i wtedy wymiotów nie było.

Status praesens: Chora dobrze odżywiana i zbudowana, wygląd twarzy nie zdradza ciężkiego cierpienia, tętno 80; stan bezgorączkowy. Serce, płuca i nerki zdrowe. Brzuch średniej objętości; pokład tłuszczowy gruby, przeto wybadanie szczegółowsze narządów wewnątrz brzusznych trudne; brzuch bolesny przy mocniejszym macaniu wszęǳie jednakowo; samoistne bóle ześrodkowują się głównie około pępka; przy opukiwaniu otrzymuje się odgłos kiszkowy nieco przytłumiony. Nigǳie nie można wysledzić guza, zgrubienia, lub większej odporności. Przy wysłuchiwaniu: przelewanie płynów i gazów. Badanie przez pochwę, dokonane przez kol. BORSUKA, wykazuje sklepienie tylne odporniejsze niż w stosunkach prawidłowych.

Dnia 29. XII. po zadaniu kalomelu jedno wypróżnienie; wymiotów niema; brzuch miększy i niebolesny; tętno 84. Dnia 30. XII. po lauwatywie HEGAR'a dwa wypróżnienia; bóle mniejsze, wygląd dobry; tętno 80; łaknienie. Dnia 2. I. 1890 r. po dwóch dobach wskutek lauwatyw 4 wypróżnienia; chora skarży się, że gazy nie odchodzą 3, 4, 5 i 6 codziennie wypróżnienie, chora chce wyjść ze szpitala, choć doznaje jeszcze boleści; wygląd dobry, język czysty, wilgotny; tętno

80; chora chodzi. Dopiero wieczorem dnia 7. I. nagle tętno 120, *collapsus*, wymioty, bóle w brzuchu, który stał się wzdętym.

Wobec tego stanu, świadczącym o pęknięciu kiszki, zupełnie znajdując się w niepewności co do miejsca i przyczyny zwężenia jelita, dnia 8. I. 1890 r. przystąpiłem do operacji, z góry przewidując złe zejście; chorą bowiem znaleźliśmy zrana w takim stanie upadku sił, że tętna w tętnicach promieniowych zliczyć nie można było. Wstrzyknąwszy kilka strzykawek eteru, obłożywszy chorą kamionkami z gorącą wodą i okrywszy koldrami, znieczuliśmy chloroformem, poczem w obecności kolegów: BORSUKA, GULIŃSKIEGO, JAMIOŁKOWSKIEGO, KUNIEWICZA i WITKOWSKIEGO otworzyłem jamę otrzewnej w smudze poniżej pępka; wnet wylało się około kwarty płynu śmierzącego, ropiasto-śluzowatego, rzadkiego z gazami, a wtedy okazały się pętlice, miernie rozdęte, okryte szarym nalotem włóknika, pozlepiane zosobna. Porozdzielawszy je, zapuściłem rękę do jamy miednicy małej i tu natrafiłem na stan nienormalny, objaśniający przyczynę całej sprawy. Jamę miednicy małej, wraz z dołem DOUGLAS'a wypełniała ropa, wśród której wyczuć można było dwa powrózkowate zrosty, rozciągające się od prawego rogu macicy do prawego chrząstkozrostu krzyżobiodrowego, gdzie przytwierdzały się, przyciskając pod sobą pętlicę jelita, do którego również przysłysły. Przeciąwszy je nożycami, na tępo naprowadzonemi po palcu, przekonałem się, że pętlicę przyciśniętą trzeba było jeszcze odluszczyć i dopiero wtedy udało mi się wydobyć ją ku ranie, wraz ze sklejonemi z nią innymi pętlicami; natenczas obaczyliśmy, że na miejscu przyciśniętem przez zrost znajduje się znaczne zwężenie kiszki, ścieńczenie jej ściany, oraz mały otvorek perforacyjny, z którego wydobywać się zaczęła potroszczku zawartość kiszkowa. Obłożywszy tę część kiszki gazą jodoformową, dałem ją do trzymania pomocnikowi, a sam zajęłem się rozklejaniem pętlic, rozdzieraniem na tępo zrostów lub rozcinaniem ich nożyczkami, poczem, trzymając się jelita, doszedłem do *coecum* i wyrostka robaczkowego. Okazało się, że miejsce zwężone było w odległości 1—1½ stopy od zastawki BAUHIN'a. Sklejenia pętlic w drugą stronę [t. j. od zwężenia ku żołądkowi] były coraz świeższe i słabsze. Uwolniwszy w ten sposób kiszki, przepłukałem jamę otrzewnej wodą ciepłą z dodaniem soli kuchennej, poczem zamknąwszy brzuch przez zbliżenie brzegów rany, dokonałem wycięcia zwężonego odcinka jelita, co poszło prędko z powodu niezwyklej grubości ściany; szew na błonę śluzową dałem kuśmierski, w dwóch punktach przerwany węzełkowym; 2 inne piętra stanowił szew węzełkowy z cieniutkiego jedwabiu. Cała manipulacja odbyła się zewnątrz jamy brzusznej. Wtedy nastąpiło ponowne wymycie jamy otrzewnej, zaszycie prawie zupełne jamy, z pozostawieniem nieznacznego otworu, przez który wprowadziłem zwitek gazy do jamy brzusznej dla wysączenia reszty pozostałej cieczy. Przy wycinaniu jelita i szyciu zauważyłem już, że ściana kiszki w odcinku odśrodkowym była bardzo gruba i bardzo krucha, jakby nacieczona i owrzodzona w pewnych punktach.

Chora wyżyła minimalną ilość chloroformu, odcuconą została łatwo; przeniesiono ją do ogrzanego łóżka. Zmarła w 4 godziny po operacji.

Wycięty kawałek długości 10 ctm. składał się z odcinka obwodowego zdrowo wyglądającej, różowej, skurczonej kiszki cienkiej, o grubej ścianie, z odcinka

odśrodkowego kiszki przekrwionej, kruchej, z nacieczoną bardzo grubą ścianą; na błonie śluzowej liczne owrzodzenia, wreszcie z obrączki zwężenia, w której ściana kiszki ścięczała do grubości namoczonej bibuły, tak, że zdaje się, jakby w granicach tej obrączki wcale nie zawierała włókien mięsnych; w tej to obrączce widać otwór od przedziurawienia, wielkości ziarna grochu, powstały skutkiem nacisku przez powróżek zrostu (*necrosis e compressione*).

W 30 godzin po skonie dr. PRZEWOSKI dokonał badania zwłok. Oprócz śladów ropnego zapalenia otrzewnej, znaleziono w kiszce cienkiej zmiany, które w najwyższym stopniu zainteresowały p. dziekana BRODOWSKIEGO i dra PRZEWOSKIEGO. Na całej przestrzeni kiszki cienkiej, od miejsca resekcji aż do dwunastnicy, wszystkie kępki PEYER'a są nacieczone, zgrubiałe, lub owrzodzone; gruczoly odosobnione są niezajęte; nadto błona śluzowa kiszek przedstawia zmiany właściwe przewlekłemu nieżyłtowi; gruczoly chłonne kiszek nie powiększone. Badaniem drobnowidzowem jelita zajął się dr. KLEIN w pracowni dra BRODOWSKIEGO, które jednak prowadzone było tak długo, że ja tymczasem opuściłem Warszawę.

To spostrzeżenie poucza, że z operacją zwłóczyć nie należy, gdy się raz doszło do tego przekonania, że jest wskazana.

Oba te przypadki, choć skończyły się śmiercią, mnie jedynie utwierdziły w przekonaniu, iż w odpowiednich stanach, przy pewnej ilości sił u chorego z przepukliną zgorzelinową, robić należy wycięcie z zeszyciem kiszki doraźnem, a nie rzyć sztuczną. Winą zejścia nieszczęśliwego była wada w szwie; należy jednak pozostawiać ranę w ścianie brzusznej niezaszytą i do kiszki zeszytej a odprowadzonej do jamy otrzewnej, wprowadzać pasek gazy jodoformowej, dla zapewnienia sobie ratunku w razie zawodu ze strony szwów.

Spostrzeżenie III. *Ruptura intestini tenuis; hernia inguinalis, omentalis, irreponibilis dextra; peritonitis septica: enterectomia, enterorrhaphia; mors.*

Kl. . ., l. 40, przybył do oddziału mojego d. 28 lipca 1889; poprzedniego dnia w sprzeczce został w szynku kopnięty w brzuch; nie upadł i nie zemdlął, owszem poszedł sam do domu, lecz z powodu bólu zdjął sobie pasek przepuklinowy, który zawsze nosił z powodu przepukliny pachwinowej, istniejącej od 20 lat. Przepuklina ta nie sprawiała mu szczególnych przypadłości, czy zaś ją mógł zupełnie odprowadzić, tego od osłabionego chorego dowiedzieć się na pewno nie mogliśmy. Kol. CIECHOMSKI w d. 28 lipca znalazł chorego dość spokojnego, przy tętnie 80, z ciepłotą 38°, skarżącego się na ból w brzuchu, zrzadka przychodzące wymioty i brak stolca. Wobec istniejącej przepukliny objawy te położono na karb tej ostatniej, poczem kol. SAWICKI usiłował odprowadzić trzewa, to jednak nie udało się; po usunięciu ich bowiem łatwo na nowo wychodziły. Wstrzyknięto $\frac{1}{4}$ grana morfiny, dano ławatywę i, mając na oku niezły stan chorego, postanowiono czekać.

D. 29 lipca zrana znalazłem, co następuje: sam chory chodzić nie może; twarz i kończyny sine; na czole i goleniach obszerne blizny po owrzodzeniach przymiotowych. Przedewszystkiem uderza oddech chorego powierzchowny, częsty, ze stękaniami, jak przy złamaniu żeber lub ostrem zapaleniu opłucnej. Cho-

ry jest tak osłabiony, że z trudnością odpowiada; tętno niewyczuwalne; bicie serca wysłuchać nie można z powodu stęku. Brzuch mały, płaski, twardy i strasznie bolesny w dolnej części. Natomiast przepuklina nie jest naprężona, niebolesna; skóra na niej prawidłowa; oba jądra w mosznach. Rozpoznanie nie łatwe; prawdopodobieństwo pęknięcia kiszki na pierwszym planie, chociaż niema klasycznych objawów. Przedewszystkiem przystąpiłem do herniotomii. Po otwarciu worka znalazłem w nim sieć zmienioną, twardą, grubą, przyrosłą do worka; podwiązano ją i obciążwszy część maczugowato zgrubiałą, resztę odprowadzono przez bardzo ciasny otwór do brzucha; wtedy przez tenże otwór ukazał się płyn cuchnący kałem, żółtawo-szary. Pęknięcie kiszki stało się pewnem. Natychmiast zrobiłem cięcie w smudze; już w mięśniach brzusznych prostych, a jeszcze bardziej w tkance podotrzewnowej uderza nas o b r z ę k p ł y n e m żółtawym, tak, że tkanka łączna wygląda jak galareta. Po otwarciu jamy otrzewnej znajdujemy w niej obfity wysięk surowiczy, żółty, cuchnący, pętllice czerwone, słabo rozdęte, pozlepiane słabo wysiękiem włóknikowym; ująwszy pierwszą z nich od dołu i w kierunku ku cięciu pachwinowemu, z celem, żeby szukać miejsca przerwania, zaledwie przesunąłem między palcami około 12 ctm., natrafiłem na miejsce przerwane; otwór duży, wielkości piątki; brzeg gruby, błona śluzowa wywinięta; w płynie dookoła czarne skrzepki krwi; od razu widać, że rozerwanie traumatycznego pochodzenia, gdyż niema na widocznej błonie śluzowej nacieczeń, owrzodzeń, zajęcia kępek PEYER'a. Brzeg otworu wycięto i obranione brzegi kiszki spojono szwem CZERNY'ego [na błonę śluzową szew kuśmierski]. Wtedy przepłukano jamę otrzewnej ciepłym roztworem soli, poczem rany zmniejszono szwami, wprowadzono paski gazy jodoformowej, opatrunek z gazy i waty. Operacja trwała godzinę. Chorego odniesiono przytomnego na łóżko, lecz strasznie osłabionego; w dwie godziny potem zmarł. Sekcja sądowa.

Spostrzeżenie IV. *Hernia cruralis dextra: incarcerationio, gangraena intestini; enterectomia; enterorrhaphia; mors.*

Br... Anna, żona urzędnika z Lublina, l. 26. Przybyła do szpitala d. 23 lipca 1889, przeniesiona przez kol. KRASZEWSKIEGO d. 24 lipca do mojego oddziału. Od 5 dni dostała silnych boleści w brzuchu, od których felczer nie omieszkiał postawić jej kilkanaście pijawek; od tegoż czasu trwają wymioty i niema stolca.

Średniego wzrostu, dobrej budowy, zdrowego wyglądu, nie zdradza wcale ciężkiego cierpienia, twarz biała i spokojna; chora chodzi, porusza się swobodnie. Brzuch dość duży, rozdęty, bolesny przy macaniu. W prawej pachwinie mały, płaski, twardy, nierówny, bardzo bolesny guz, o którym chora nie wspomina wcale, a który ma istnieć od roku. Badanie przez pochwę nie odkrywa nic nieprawidłowego. Tętno 100. Chorej natychmiast przedłożono konieczność operacji i niebezpieczeństwo zwłoki; mimo to nie zgodziła się na nią. Dopiero po zobaczeniu się z mężem zdecydowała się i d. 25 o godzinie 11-ej przystąpiłem do operacji przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, ŚLUPECKIEGO, ODERFELDA oraz Naczelnego Lekarza KOBYLAŃSKIEGO, OBREBSKIEGO, SIEDLEWSKIEGO, WINIAR-

SKIEGO. Cięcie równoległe do więzu POUPART'a, zmiany zapalne w tkankach naokoło worka; w worku szarym i zmienionym nieco płynu szarego, śmierzącego. Uwięziona cała pętlica kiszki cienkiej, bez krezki; zaciśnięcie niesłychanie silne; nie można przesunąć nawet zgłębnika około kiszki, więc *débridement* zrobiono nazewnątrz od szyi worka ku górze, idąc warstwami. Kiszka przedstawia dwie wyspy nekrotyczne, szaro-białe, wielkie, ostro odgraniczone od reszty żywej ściany, gotowe pęknąć za lada pociągnięciem. Wyciągnąwszy z brzucha dalsze ciągi pętlicy zaciśniętej wraz z jej krezką, przystąpiłem bez wahania do wycięcia. Kiszka doprowadzająca jest grubsza, ciemniejsza; odprowadzająca — pusta, różowa. Obie świadczą, że niema jeszcze zapalenia septycznego otrzewnej. Koniec doprowadzający przewiązano lekko jedwabiem dla zamknięcia światła, tak jednak delikatnie ściągnięto podwiązkę, aby zamknąć drogę dla zawartości, a mimo to nie przerznąć ściany nabręklej nieco kiszki i nie zawiesić w niej krążenia. Koniec odprowadzający wziął pomocnik w palce. Wtedy wycięto 18 centymetrów jelita, obciąwszy je przy samej krezce, poczem szwem kuśmierskim, łączącym obie powierzchnie surowicze krezki, zatamowano krwawienie z niej, a następnie zeszyto oba końce jelita szwem trzypiętrowym: najprzód kuśmierskim, zajmującym, o ile można, samą błonę śluzową; potem węzłkowym mięsną i surowiczą, i po trzecie węzłkowym mięsną i surowiczą w odstępach między ścięgami szwu drugiego piętra. Obmywszy kiszkę, zdjęto podwiązkę czasową, odprowadzono jelito do jamy otrzewnej; poczem z tej ostatniej wypłynęło z pół litra płynu surowiczego; wyciąwszy worek przepuklinowy, wprowadziłem zwitek gazy jodoformowej do brzucha do zeszytej kiszki, zeszyłem oba kąty rany; opatrunek z gazy i waty. Operacya trwała 1½ godziny.

Chora wieczorem ma się wybornie, nie wymiotuje, bóle znacznie mniejsze; ciepłota prawidłowa, brzuch miękki, tętno 104.

26. Zmieniono opatrunek z powodu przesiąknięcia płynem z otrzewnej. Brzuch miękki, stan bezgorączkowy, wygląd wyborny. Lawatywa wieczorem, wypróżnienia.

27. Stan doskonały, tętno 104. Chora dwa razy wymiotowała w nocy. Wieczorem nagle dostała bólesci i bardzo osłabła, a zrana 28 zmarła. Sekcyja nie mogła być uskutecznioną.

Wątpliwości nie ulega, że musiał któryś szew puścić i śmierć nastąpiła skutkiem zapalenia otrzewnej, które przebiegało piorunująco, gdyż zaszło u osobnika już wysoce upośledzonego na siłach skutkiem przepukliny uwięzionej, oraz przebytej ciężkiej operacyi.

Sposółrzeżenie V. *Hernia cruralis sinistra incarcerata, gangraena intestini, enterectomia et enterorrhaphia; mors e peritonitide.*

Kop. . . Ludwika, l. 37, wyrobница, przybyła do szpitala rano o godz. 9-iej d. 9 sierpnia 1889 r., na jednej z sal wewnętrznych przeleżała 9, 10 sierpnia, poczem przeniesiona o godzinie 12-iej, t. j. po wizycie d. 11 sierpnia do mnie. Od 11 lat ma przepuklinę, która niejednokrotnie była powodem przypadłości podobnych, ale sama wchodziła do jamy brzusznej; roku zeszłego już była w szpitalu, ale się na operacyę proponowaną nie zgodziła; na początku r. b. przepuklina stale

pozostawała nieodprowadzoną. Przed dwoma tygodniami chora dostała boleści w brzuchu i wymiotów, które bardzo się wzmogły od dni dziesięciu; od pięciu dni niema wypróżnień. *St. praes.* d. 12 sierpnia: chuda, wybiedzona, znacznie starszej wyglądająca kobieta, wymiotująca żółciowo żabarwioną masą, krzycząca, że sobie operacyi zrobić nie da. Na twarzy niema zmian w rysach, właściwych upadkowi sił; tętno 96 [poprzedniego dnia miała tylko 80], kończyny i nos ciepłe. W lewej pachwinie ogromny, jak pień, tylko płaski guz, skóra na nim czerwona i nacieczona, jak przy *phlegmone*; odgłos jasny bębniasty, jakby gazy były tuż pod skórą. Brzuch duży, rozdęty, bolesny, widać kontury pętlic.

O 10½ przy pomocy kol. SŁUPECKIEGO, ODERFELDA, CIECHOMSKIEGO wykonałem operacyę. Po przecięciu skóry niemiła woń od szarobrudnego, zgorzeli-nowego worka, do powierzchni wewnętrznej którego przylega bezpośrednio zlepiona skrzepami cała pętlica kiszki, rozdęta, ciemna, brudnoszara. Zrobiwszy malutki otworek nożem, wypuściłem gazy i zawartość, aby pętlicę zmniejszyć, poczem wnet otworek zamknąłem szwem, a oczyściwszy gruntownie worek i pętlicę, rozszerzyłem kanał, wiodący do brzucha, cięciem; wyciągnąłem zdrową kiszkę: doprowadzająca rozdęta, naczynia nastrożone, ale różowa, jędrna, bez wynaczynień; odprowadzająca pusta, cienka; brózdki inkarceracyjne słabo wyrażone, gdyż w szyi worka i w obręczy nie czułem ostrej krawędzi, na której mogłaby się odcisnąć owa brózda. Podwiązawszy nitką już w zdrowym miejscu kiszki odprowadzającą i nałożywszy na doprowadzającą cienki dren w charakterze ligatury zaciskającej tymczasowo światło, odciąłem jelito od strony kiszki odprowadzającej, poczem obciąłem je od krezki, ranę w takowej zamykając wraz z krwawiącymi naczyniami szwem kuśmierskim, wreszcie odciąłem od strony jelita doprowadzającego. W końcu szew kiszkowy trzypiętrowy i na błonę śluzową kuśmierski, a potem dwa piętra węzłkowego. Obmytą kiszkę wpuszczono do jamy brzusznej; poczem obumarły worek oddarto i wycięto. Już mieliśmy ranę opatrzyć, gdy przez kanał, wiodący do brzucha, zauważyliśmy krwawienie; podejrzewając, że źródłem jego jest krezka, rozcięliśmy ścianę brzuszną, idąc od rany ku górze, wyciągnęliśmy na nowo zeszyte jelito z jego krezką, z której tryskała krew z jednego punktu. Obkluliśmy krwawiącą tętnicę, dodaliśmy z każdej strony przy krezkowym brzegu kiszki po szwie dla pewności i wtedy, odprowadziwszy jelito i wygarnąwszy skrzepki, zaszyliśmy ranę brzuszną, zostawiając niezaszytą ranę przepuklinową; do jamy brzusznej wprowadziliśmy dla bezpieczeństwa w rodzaju drenu pasek gazy jodoformowej. Opatrunek. Operacya trwała 2¼ godziny. Chorą obudzono z łatwością; tętno miała 84, pomimo że wyżyła 90 gramów chloroformu—ilość, jak przy moich operacych, wyjątkowo dużą.

Wycięty kawał jelita ma na długość 30 ctm.; od brózdki strangulacyjnej obwodowej do miejsca wycięcia na gałęzi zstępującej 10 ctm., od brózdki strangulacyjnej dośrodkowej do miejsca przecięcia po gałęzi wstępującej 7 ctm., pętlica uwięziona, czyli między brózdami zawarta 13 ctm.. Kiszka odprowadzająca różowa, prawidłowa, pusta; pętlica doprowadzająca rozszerzona, różowa, ale z nastrożeniem naczyń, bez wynaczynień. Część obumarła zupełnie straciła jędrność (*turgor*), szarowisniowa, bez plam, gładka; łatwo rozrywa się na niej

pokrowiec surowiczy; nadto w pętlicy uwieżonej po obu stronach kawałka zgorzałego są dwa odcinki żywe, lecz głęboko zmienione skutkiem zmian zapalnych; są one maczugowato zgrubiałe, jędrne, mięsiste, czerwone, a zmiany te są tem wybitniejsze, im bliżej linii demarkacyjnej.

Przebieg. Po operacji wystąpiło wyjątkowo mocne zabarwienie żółtaczkowe od chloroformu; brzuch większy, wieczorem odeszły wiatry; ustały zupełnie wymioty, tętno stale 80, ciepłota normalna, tylko chora skarży się na bóle i dokuczającą jej objawy zapalenia pęcherza. 15/VIII wyjęto pasek gazy z brzucha i zmieniono opatrunek, choć był zupełnie nieprzesiąkły, a to dlatego, aby sprwadzić *primam intentionem*. Chora niespokojna, żali się na boleści w brzuchu: w nocy z 15 na 16 kilkanaście wypróżnień, z początku twardych, potem płynnych; znaczne osłabienie, niepokój, chora leży z przymkniętymi oczyma, tętno 104. Od tej pory stan coraz gorszy i 18-go zrana śmierć przy objawach niezbyt ostrego zapalenia otrzewnej [rozwołnienie, czasami wymioty, bóle brzucha, upadek sił].

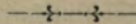
D. 19 badanie zwłok, dokonane przez dra PRZEWOSKIEGO, przy którym okazało się, że odcinki zeszyte trzymają się dobrze, lecz w linii szwu zarówno od strony otrzewnej, jak i od błony śluzowej oboczne owrzodzenia szare; na błonie śluzowej liczne owrzodzenia odpowiadające grzbietom marszczek; *peritonitis septica*, ograniczone do dołu biodrowego lewego i części pętlic otaczających zeszyte jelito. W nerkach stare zapalenie.

II. DWA PRZYPADKI ZAPALENIA ROPNEGO DRÓG ŻÓŁCIOWYCH,

WYWOŁANEGO PRZEZ BACTERIUM COLI COMMUNE.

— PODALI

Zdzisław Dmochowski i Władysław Janowski,
pom. pros. anat. patologicznej, asyst. oddz. chor. wewnętrznych.



Wykryty przez ESCHERICH'a w normalnym kale lasecznik, zwany *bact. coli commune*, przestał już od lat kilku być uważanym za pasożyt niewinny. Badania naszych czasów przypisują mu coraz to rozleglejsze pole działania, tak, że obecnie jest już on posądzany o możność wywołania bardzo wielu spraw chorobowych. Nas dotyczą tu właściwie bezpośrednio tylko prace, wykazujące *b. coli* przy sprawach ropnych w drogach żółciowych. Podamy tu jednak dla całości krótki przegląd tych prac, które stwierdzają własności chorobotwórcze *b. coli* wogóle.

WYSOKOWICZ ¹⁾ wskazał pierwszy, że hodowie *b. coli*, zarówno żywe, jak i wyjałowione, są w stanie wywołać ropienie po wprowadzeniu pod skórę lub w same mięśnie. Następnie RODET i ROUX ²⁾ wyhodowali *bact. coli* w czystych

¹⁾ WYSOKOWICZ. O przyczynach ropienia. Wracz. 1887. Nr. 35—39 (po rosyjsku).

²⁾ RODET et ROUX. Bul. de la soc. méd. des sciences de Lyon. 1889. Novembre.

hodowlach z pewnego przypadku zapalenia ropnego otrzewnej. Otrzymane hodowle szczepili pod skórę białym szczurom i otrzymywali u nich ropnie. Analogiczny był wynik doświadczeń KNÜPPEL'a ¹⁾, który szczepił zwierzętom wyjąłową bełtankę wodną tego pasożyta, otrzymaną przez dodanie 5 ctm. sześć. wody do zeskrobanej hodowli kartoflowej lub 3 ctm. sześć. wody do hodowli agarowej. Ropienie powstawało w ciągu 2 lub 3 dni po dokonaniem szczepienia.

Wkrótce potem WYSS ²⁾ znalazł w osadzie mleka lasecznika podobnego do *b. coli* i otrzymał przy szczepieniu jego wewnątrzotrzewnowem zapalenie otrzewnej z zejściem śmiertelnem w ciągu 24-ch godzin.

A. FRAENKEL ³⁾ znalazł w 9-iu przypadkach *peritonitidis* bez przedziurawienia czyste hodowle *b. coli*. Szczepienie ich zwierzętom do jamy otrzewnej wywoływało w niej zapalenie ropne. Uważa on w wymienionych przypadkach *b. coli* za przyczynę powstania ropnego *peritonitis*.

MUSCATELLO ⁴⁾ zbadał bakteriologicznie ropień, powstały u pewnej 23-letniej kobiety po sprawach hemoroidalnych, i wyhodował z niego tylko *b. coli*, którego tożsamość stwierdził dokładnie. Ropę zaraz po wypuszczeniu zaszczylił pod skórę dwóm świnkom morskim. Powstały przytem na miejscu szczepienia ropnie, które zawierały znowu tylko czyste hodowle *b. coli*, działające również ropotwórczo na inne zwierzęta.

FISCHER ⁵⁾ badał drogi chłonne u chorych z ciężkim ropieniem. Znajdywał przytem zawsze rozmaite rodzaje zwykłych pasożytów ropotwórczych, ale raz znalazł tylko *b. coli*.

WELCH ⁶⁾ wykrył *b. coli* w 15-u przypadkach ropienia, mianowicie w 4-ch przypadkach *peritonitidis post perforationem*, w 2-ch przypadkach zapalenia otrzewnej bez przedziurawienia, w 3 ch przypadkach ropni ograniczonych i w 6-ciu przypadkach ran po laparotomii.

W drogach moczowych stwierdzono dotąd kilkakrotnie znaczenie chorobotwórcze *b. coli*. ACHARD i RENAULT ⁷⁾ dowodzą na zasadzie własnego przypadku zupełnego podobieństwa, zachodzącego między *b. coli* i *b. pyogenes*, uważanym za sprawcę przypadków zapalenia nerek pochodzenia zakaźnego. Widzą oni w tem przyczynę analogii, zachodzącej między zakażeniami, mającemi swój początek w drogach moczowych i żółciowych. ALI KROGIUS ⁸⁾ znalazł *b. coli*

¹⁾ KNÜPPEL. Ein experimenteller Beitrag zur Aetiologie der Eiterung. Inaug. Dissert. München. 1890.

²⁾ WYSS. Ueber den Milchschlamm. Tageblatt der 62 Versam. deutscher Naturf. u. Aertzte in Heidelberg 1889. Heidelberg. 1890.

³⁾ A. FRÄNKEL. Ueber peritoneale Infection. Wiener Klin. Woch. 1891. Nr. 13, 14 i 15.

⁴⁾ MUSCATELLO G. Sopra un caso di suppurazione prodotta dal bac. coli com. La riforma med. 1891. Nr. 163, p. 145.

⁵⁾ FISCHER. Bacteriologische u. anatom. Untersuchungen über Lymphangioitis der Extremitäten. Centr. f. Bact. u. Parasitenkunde. Bd. X. Nr. 5. 1891.

⁶⁾ WELCH. Conditions underlying in the Infection of Wounds. Amer. Journ. of med. sciences. 1891. Now. Według BAUMGARTEN'a.

⁷⁾ ACHARD et RENAULT. Sur les rapports du bact. coli commune et du bact. pyogenes. des infections urinaires. Le bul. méd. 1891. Nr. 100, p. 1155.

⁸⁾ ALI KROGIUS. Note sur le rôle du bact. coli commune dans l'infection urinaire. Arch. de méd. expér. et d'an. path. 1892. Nr. 1. p. 66—74.

w 11-u przypadkach różnego rodzaju zapaleń pęcherza moczowego. Wyhodowawszy go z tych przypadków, przekonał się, że otrzymane hodowle wywołują przy szczepieniu podskórnem zwierzętom ropnie, przy szczepieniu zaś do żył — śmierć. Ten sam autor znalazł czyste hodowle *b. coli* w 6-ciu przypadkach *pyelonephritidis*. Wreszcie RODET ¹⁾ badał pewien przypadek *nephrolithiasis* z zejściem w ropienie. Okazało się przytem, że szczepienie tej ropy zwierzętom [2 świnki i 1 królik] prowadzić u nich może do śmierci; przeciwnie, otrzymane z niej hodowle *b. coli* tracą, w miarę przeszczepiania, własności swoje chorobotwórcze, *resp.* ropotwórcze.

C. BRUNNER ²⁾ opisał przypadek bardzo ostro przebiegającego zapalenia ropnego wola. Po otwarciu powstałego przytem ropnia wypuszczono z niego sporą ilość ropy czekoladowo zabarwionej i dającej przy badaniu na płytkach bardzo liczne kolonie *bact. coli com.*. Badanie wydzieliny z rany po operacyi przy jej opatrywaniu wykazało, że zawierała ona w ciągu kilku tygodni żyjące jeszcze *b. coli*, chociaż w coraz to mniejszej ilości. Analogiczny był wynik badania w przypadku TAVEL'a ³⁾, w którym *strumitis* powstało po *proctitis*.

SEVESTRE i GASTON ⁴⁾ opisali przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych, z którego wyhodowali również tylko *b. coli*. Przypadek ten uważany jest jednak przez następnych autorów za wątpliwy. Do wątpliwych też zaliczyć wypada 2 przypadki BLUMENAU ⁵⁾, w których autor znalazł w ropniach wątroby *b. coli* tylko mikroskopowo, oraz przypadek ARNAUD'a ⁶⁾, w którym sam autor, znalazłszy czyste tylko hodowle *b. coli* w ropniu wątroby w tkance okołowątrobowej, przypuszcza, że miał do czynienia z zakażeniem ropy pośmiertnem.

Oprócz powyższego szeregu prac, opartych na pojedynczych przypadkach, ogłoszono ostatnimi czasy jeszcze dwie obszerniejsze, mające na celu usystematyzowanie naszych wiadomości o *b. coli*. Pierwszą z nich ogłosili LESAGE i MACAIGNE ⁷⁾, drugą zaś WURTZ ⁸⁾. Pierwsi z nich wykazali, że *b. coli*, wyhodowany z przewodu pokarmowego zdrowego człowieka, nie jest dla zwierząt szkodliwym, jeżeli szczepić go im w zwykłej dawce, t. j. po jednym uchu platynowem hodowli bulionowej na królika lub świnkę morską. Ta sama ilość hodowli *b. coli*, otrzymanej z wypróżnień osobnika, cierpiącego na biegunkę, zabija zwierzęta już po kilku dniach. Wyhodowany z przypadków ciężkich rozwołnień *b. coli* zachowu-

¹⁾ RODET. Analyse bactériologique d'un rein suppuré. Lyon méd. 1892. Nr. 6. p. 195.

²⁾ C. BRUNNER. Ein Fall von acut eiteriger strumitis, verursacht durch das bact. col. com. Corresp. f. Schweizer Aerzte. 1892. Nr. 10. p. 298.

³⁾ TAVEL. Ueber die Aetiologie der Strumitis. Basel. 1892.

⁴⁾ SEVESTRE et GASTON. Według VAUDREMER'a (Des meningites suppurées non tuberculeuses. Paris. 1893).

⁵⁾ BLUMENAU. Przyczynek do etyologii ropni wątroby. Wracz. 1893. Nr. 28 i 29. (po rosyjsku).

⁶⁾ ARNAUD. Périhépatite suppurée et abcès du foie. Marseille médicale. 1893. 15 Avril. p. 217.

⁷⁾ LESAGE et MACAIGNE. Contribution à l'étude de la virulence du bacterium coli commune. Arch. de méd. expér. 1892. t. 4. Nr. 3.

⁸⁾ WURTZ. Le bacterium coli commune. Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1893. T. V Nr. 1.

je swą jadowitość przez wiele pokoleń i wywołuje przy szczepieniu zwierzętom posocznicę. Dopiero później, gdy jadowitość jego słabnie, staje się on tylko ropotwórczym. Ostatniego rodzaju własności posiadają od razu hodowle *b. coli*, wyhodowane z przypadków zapalenia ropnego dróg żółciowych lub z *peritonitis perforativa*. Wtedy własności ich chorobotwórcze trwać mogą do 7-iu miesięcy.

Z pouczającej monografii WURZ'a, do której odsyłamy chcących zapoznać się z morfologią i biologią *b. coli*, zanotujemy tu tylko tyle, że autor ten stwierdza wszystkie poglądy powyższych autorów, a nadto wykazał, że jadowitość *b. coli* może być sztucznie podniesioną. Mianowicie przekonał się on, że przeszczepianiem do jamy opłucnej hodowli *b. coli* niejadowitych można własności ich chorobotwórcze stworzyć i podnieść do tego stopnia, że wywoływać one będą następnie u myszy posocznicę z zapaleniem ropnym wielu stawów.

Pomijając kilka innych prac, które przypisują *b. coli* własność wywoływania innych jeszcze spraw chorobowych (*cholera nostras*, *cholera infantum*, dysenterya, kamienie żółciowe i t. d.), przechodzimy wprost do streszczenia tych z pomiędzy nich, które zaznaczyły rolę jego w powstawaniu spraw ropnych w drogach żółciowych. Wspomnimy tu tylko mimochodem, że już w najostatniejszych czasach CHIARI¹⁾ opisał przypadek septycznego emfizematu u pewnej 63-letniej chorej, w którym wyhodował z pęcherzów na skórze i z organów wewnętrznych tylko *b. coli*. Nadto BARBACCI²⁾ zaznaczył, zdaniem naszym słusznie, że wiele przypadków zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu kiszek, zawdzięczać może swoje powstawanie nie *b. coli*, pomimo iż następne badanie bakteriologiczne wykrywa w powstałym po przedziurawieniu kiszek wysięku tylko te pasożyty; tego rodzaju sprawy wywołują inne pasożyty, w kale zawarte, które jednak, nie mogąc rozwijać się równoległe z *b. coli*, giną w nim, tak, że następnie w hodowlach otrzymuje się tylko tego ostatniego.

Pierwsze wskazówki o roli, jaką odgrywać może *b. coli* w powstawaniu spraw ropnych w drogach żółciowych, podali GILBERT i GIRODE³⁾. Zbadali oni dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych. Jeden z nich zakończył się pomyślnie po wycięciu pęcherzyka żółciowego, drugi zaś śmiercią chorego. Znalezione przytem na seceji ropę nie tylko w pęcherzyku żółciowym, ale i we wszystkich drogach żółciowych. Badanie bakteriologiczne wykryło w tej zawartości tylko *b. coli*. Autorowie sądzą, że przenikanie tego pasożyta do dróg żółciowych możliwem jest przy wszystkich warunkach, zmniejszających kurczliwość dróg żółciowych lub zmniejszających ilość wydzielanej żółci, albo wreszcie możność odpływu jej, jak to miewa miejsce przy kamieniach żółciowych. Nie zawsze jednak obecność *b. coli* w drogach żółciowych nawet przy *cholelithiasis* prowadzi do ropienia w nich.

Z okazji powyższego doniesienia, obecny na tem samem posiedzeniu towarzystwa biologicznego w Paryżu BOUCHARD⁴⁾ zakomunikował również swój

¹⁾ CHIARI. Zur Bacteriologie des septischen Emphysems. Prager med. Woch. 1893. Nr. 1.

²⁾ O. BARBACCI. Ueber Aetiologie und Pathogenese der Peritonitis durch Perforation. Centr. f. allg. Path. u. path. Anatomie. 1893. Nr. 19.

³⁾ GILBERT et GIRODE. Contribution à l'étude bactériologique des voies biliaires. Comptes rendus de la soc. de biologie. 1890. Nr. 39.

⁴⁾ BOUCHARD. Angiocholite suppurée d'origine microbienne. Ibidem.

przypadek, w którym znaleziono na secey *angiocholitis suppurativa* i w którym otrzymano z ropy pasożyt podobny do *b. coli*, ale różniący się od niego nieco barwą hodowli na kartoflu. Hodowle tego pasożyta CHARRIN i ROYER wstrzykiwali zwierzętom z dodatnim skutkiem do *d.choledochus*. NAUNYN ¹⁾ wyhodował z pęcherzyka żółciowego pewnego osobnika, cierpiącego na kamienie żółciowe, pasożyta, podobnego do *b. coli*, którego szczepienie wywołało u psa zapalenie ropne dróg żółciowych.

CHARRIN i ROYER ²⁾ wyhodowali z jednego przypadku zapalenia ropnego dróg żółciowych *b. coli* i wstrzykiwali go do takichże dróg królikom. Stosownie do tego, czy szczepili oni pierwsze pokolenie, czy też dopiero następne, otrzymali wyniki doświadczeń zmienne. W pierwszym razie zwierzę padło po dwóch dniach, w drugim zaś pozostawało przy życiu i było zabijane w różnym czasie po dokonaniu szczepienia. Otóż, zabijając króliki po 8 iu dniach, autorowie znajdowali zmiany, najbardziej zbliżone do tych, jakie znaleźli na trupie człowieka, z którego pasożyta swego pierwotnie wyhodowali. Mianowicie, pęcherzyk żółciowy i drogi żółciowe wypełnione były ropą, tkanka naokoło nich znajdowała się w stanie silnego zapalenia, w wątrobie zaś było dużo drobniutkich ropni. W środku niektórych z pomiędzy nich widać było resztki dróg żółciowych, od których zapalenie widocznie się zaczęło. Ten sam pasożyt, szczepiony świnkom pod skórę, wywoływał u nich tworzenie się strupów z silnym obrzękiem naokoło i następczem silnem ropieniem przy odpadaniu strupa. Szczepienie hodowli tego samego pasożyta do jamy otrzewnej wywoływało w niej zapalenie krwawe z zejściem śmiertelnem po 15-u dniach.

Wkrótce potem BASTIANELLI ³⁾ ogłosił również jeden przypadek *angiocholitis suppurativae*, z którego wyhodował czyste hodowle *b. coli*. Upomina się on o pierwszeństwo co do tego spostrzeżenia w porównaniu z powyżej przytoczonymi przypadkami GILBERT'a i GIRODE'a oraz CHARRIN'a i ROYER'a.

W ciągu tego samego roku ogłosili analogiczne spostrzeżenia RODET ⁴⁾, BIGNAMI ⁵⁾ FRAENKEL ⁶⁾ i DUPRÉ ⁷⁾ [dwa przypadki], GIRODE ⁸⁾ zaś opisał przypadek, w którym ropa wypełniała rozszerzone do grubości palca przewody żółciowe, przewody trzustkowe, oraz rodzaj jamy, powstałej dzięki zrostom otrze-

1) NAUNYN. Société de médecine de Strassbourg. 16. I. 1891 oraz Klinik der Cholelithiasis. Leipzig. Vogel. 1892.

2) CHARRIN et ROYER. Angiocholite microbienne expérimentale. Semaine médicale. 1891. Nr. 10. p. 71.

3) BASTIANELLI. Bakteriologischer Befund bei angiocholitis suppurativa Steinkranker. Bul. della R. Ac. med. di Roma. Anno VII. f. 7. Według Centr. f. allg. Path. 1892. Nr. 12. p. 518.

4) RODET. Comptes rendus de soc. de biol. 1891. 19 XII.

5) BIGNAMI. Ueber die Aetiologie der Angiocholitis suppurativa. Według Centr. f. allg. Path. 1892. Nr. 2. p. 82.

6) A. FRAENKEL. Ein Fall von Leberabscessen in Gefolge von Cholelithiasis. Deutsche med. Woch. 1891. Nr. 48.

7) DUPRÉ. Les infections biliaires. Paris. 1891.

8) GIRODE. Cholelithiasis à accidents spéciaux; infection biliaire, pancréatique et péritonéale par le *b. coli* commune. Semaine méd. 1892 Nr. 13. p. 98.

wnej z wątrołą. W ropie ze wszystkich trzech tych źródeł wykrył on tylko *b. coli commune* w czystej hodowli.

Jak zaznaczyliśmy w tytule niniejszej pracy, chcemy tu podać opis dwóch przypadków zapalenia ropnego dróg żółciowych.

Przypadek pierwszy dotyczy chorej, zmarłej na oddziale kol. CHEŁMOŃSKIEGO, którego uprzejmości zawdzięczamy dokładne dane kliniczne. Przytoczymy tu z nich tylko, co następuje. Chora na kilka miesięcy przed przybyciem do szpitala zaczęła dostawać napadów bólów w dołku. Trwały one 1—3 dni; po ustąpieniu ich zjawiała się czasem nieznaczna żółtaczka, towarzyszyły zaś im zwykle dreszcze. Ostatni napad bólu miał miejsce na 4 dni przed zapisaniem się chorej do szpitala. Przybywszy do niego, chora uskarżała się na ból w dołku, w plecach i w lewej ręce. Ciężota 39° C. Mocz zawiera barwniki żółciowe. Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na 2—3 poprzeczne palce. Skóra i białka oczów lekko na żółto zabarwione. W ciągu następnych 3-ch tygodni wahania gorączkowe trwały ciągle, przyczem ciężota dochodziła do 39,6° C. wieczorami. Bolesność w okolicy wątroby trwała ciągle, a nadto wystąpiły objawy nagromadzenia się płynu w opłucnej i zapalenia otrzewnej, tak, że chorą przysła na stół sekcyjny z rozpoznaniem klinicznym: *Cholangiitis purulenta e lithiasi; peritonitis acuta circumscripta; pleuritis serosa duplex*. Sekcja [25. II 1893] rozpoznanie powyższe w zupełności potwierdziła. Notujemy tu z niej to tylko, co nas bezpośrednio dotyczy; mianowicie: wątroba była dwa razy większa, dość miękka, koloru jasno-żółtego, z brzegami zaokrąglonymi. Na powierzchni jej widać dużo żółtych i żółto-zielonych plam rozmaitej wielkości — od ziarna konopi do orzecha tureckiego. Rozcinając wątrobę w tych miejscach, można się było przekonać, że plamki na powierzchni wątroby odpowiadały zawartym w niej ropniom rozmaitej wielkości. Okazało się nadto na powierzchni rozkroju, że wszystkie przewody żółciowe, nie wyłączając nawet najmniejszych, wypełnione były zawartością ropną. Błona śluzowa *d. choledochi* i *d. hepatici* pokryta jest błonami krupowemi, prawie zupełnie zamykającemi ich światło. W przewodzie pęcherzykowym leży niewielki uwięziony kamień żółciowy.

Badanie mikroskopowe kawałków, wyciętych z tej wątroby, stwardzonych w alkoholu i zatopionych w parafinie, wykazało, co następuje. Tkanka łączna międzyzrazikowa jest w wielu miejscach rozrosła w postaci mniej lub więcej szerokich beleczek. Budowa jej włóknista jest miejscami wyraźna, miejscami zaś mało jeszcze wydatna. Odpowiednio do tego, w pierwszym razie ilość komórek wrzecionowatych w niej jest mniejsza, w drugim zaś większa. W wielu miejscach widać w tkance łącznej nacieczenie drobnokomórkowe, które miejscami w cienkich przestworach międzyzrazikowych jest rozlane, w większych zaś ma charakter ogniskowy i stoi w związku z przewodami żółciowymi. Ilość tych ostatnich jest w niektórych miejscach wątroby dość znacznie powiększona. Dotyczy to mianowicie drobnych przewodów żółciowych, wysłanych jednak jeszcze nabłonkiem stożkowatym. Ten ostatni zachowany jest w stosunkowo niewielu tylko przewodach żółciowych. W większości zaś jest złuszczone i leży w pośrodku światła przewodu, zmieszany z jego zawartością, którą stanowią prawie same białe ciała krwi i czasami tylko nieco żółtawej masy, czasami zaś niema

z niego nigdzie ani śladu. Słowem, większość przewodów żółciowych zawiera w świetle swoim ropę. Dotyczy to zarówno drobnych z pomiędzy nich, jak i większych, a nawet zupełnie dużych pni. Pośród tej ropnej ich zawartości zauważyć można, przy badaniu za pomocą systemu olejnego, zawsze jednakowego kształtu pasożyty. Przedstawiają się one mianowicie w postaci pałeczek, 2—3 μ długości mających, z zaokrąglonymi końcami. Ilość ich w niektórych przewodach żółciowych jest nieznaczna, w innych zaś—liczniejszych— jest bardzo wielka. Pasożyty te widzieć można tylko na preparatach, zabarwionych zwyczajnym wodnym roztworem błękitu metylowego i podbarwionych eozyną, albo na zabarwionych płynem LOEFFLER'a i również eozyną podbarwionych. W preparatach zaś barwionych według sposobu GRAM'a i WEIGERT'a pasożytów tych nie widywaliśmy wcale. Jak zaznaczyliśmy, pasożyty te leżały przeważnie w samym świetle zarówno mniejszych, jak i większych przewodów. Miejscami jednak stwierdzić można było obecność ich w samych ściankach przewodów; miało to mianowicie miejsce w tych razach, kiedy nacieczenie tych ostatnich było mniej lub więcej znaczne, co stwierdzić mogliśmy w większości dużych przewodów żółciowych. Zdarzało się nam wtedy nieraz widzieć, jak nacieczenie przechodziło w ten sposób ze ścianki przewodu na tkankę łączną międzyzrazikową lub nawet na same zraziki wątrobowe. Nieraz widywaliśmy przytem zupełnie zatartą na pewnej przestrzeni budowę ścianek przewodu, które się jakby rozpuściły. W ten sposób ropienie przechodziło ze ścianki przewodu bezpośrednio *per contiguum* na tkankę wątrobową. W takich razach można było nieraz widzieć brak poprostu części zrazika wątrobowego, mianowicie części jego bliżej przewodu żółciowego leżącej. Tu widywaliśmy tylko znaczne bardzo nacieczenie drobnokomórkowe, po za którym następował mniej lub więcej znaczny pas komórek wątrobowych, spłaszczonych, źle się barwiących, wcale się niebarwiących, lub przynajmniej bez barwiącego się jądra, a dalej dopiero, w miarę zmniejszenia się nacieczenia drobnokomórkowego, następowały komórki wątrobowe, barwiące się normalnie. Kształt ich był jednak w niewielu tylko miejscach prawidłowy. Zwykle zaś były one wszystkie znacznie spłaszczone, wydłużone. Zależało to od tego, że kapilary krwionośne, jak również i drobne żyły międzyzrazikowe, były prawie wszędzie znacznie rozszerzone, a miejscami nawet krwią wypełnione. W niektórych miejscach można było widzieć całe sieci kapilarów krwionośnych, zawierających bardzo znaczne ilości wyżej opisanych laseczników. Czasami zaś te ostatnie leżały rozsypane po kilka między dwoma szeregami komórek wątrobowych. Naokoło takich właśnie miejsc spotykaliśmy, również jak i naokoło wyżej wspomnianych ropni, szerzących się na tkankę wątrobową bezpośrednio z samych przewodów, dość dużą ilość komórek wątrobowych, uciśniętych, źle się barwiących, prawie wcale się nie barwiących lub nawet jakby odłamki komórek wątrobowych. W większych żyłach pasożytów nie znajdowaliśmy. W dość licznych miejscach badanego preparatu udawało się nam widzieć nacieczenie drobnokomórkowe w tych częściach wątroby, pośród których widzieliśmy wspomniane masy laseczników.

Badanie więc mikroskopowe wątroby w danym przypadku doprowadziło nas do wniosku, że mamy do czynienia z niewielkim stopniem marskości jej, stojącej,

zdaje się, niewątpliwie w związku z cierpieniem dróg żółciowych i z ropnem cierpieniem tych ostatnich. Z uwagi, że znajdowaliśmy pasożyty zarówno w największych, jak i w najdrobniejszych przewodach żółciowych, sądzimy, że zakażenie ich zaczęło się od pierwszych i ztąd dopiero posunęło się dalej, na coraz to drobniejsze rozgałęzienia. Tę więc sprawę, mianowicie *cholangioitidem purulentam*, uważać musimy za pierwotną. Ropnie wątroby były tu sprawą wtórną. Powstanie ich tłómaczy nam wyżej podany opis preparatów. A mianowicie powstawały one w jednych miejscach dzięki przejściu sprawy ropnej z przewodów żółciowych bezpośrednio *per contiguum* na tkankę wątrobową, w drugich zaś — dzięki działaniu pasożytów, które przedostały się do kapilarów krwionośnych wtórnie, wskutek prawdopodobnie rozsunięcia komórek wątrobowych przez przepelnione zawartością ropną najdrobniejsze drogi żółciowe. Takie tłómaczenie faktów zgadza się z obecnością licznych pasożytów w kapilarach krwionośnych między komórkami wątrobowymi, z brakiem ich w znaczniejszych żyłach, oraz z obecnością drobnutkich, a czasem nieco większych ropni wątroby naokoło nastrzykniętych pasożytami kapilarów.

Takim jest mechanizm powstawania sprawy ropnej w omawianym przypadku. Pozostaje jeszcze odpowiedzieć na pytanie, co jest jej przyczyną. Obecność pasożytów pośród wypełnionych ropą przewodów żółciowych, obecność ich pośród ropni samej wątroby i poczynające się ucieczenie, *resp.* tworzenie w niej ropni tam, gdzie kapilary krwionośne pasożyty te zawierały, przemawiają najzupełniej za tem, że przyczyną powstania sprawy ropnej w naszym przypadku są właśnie owe pasożyty.

Przechodzimy teraz do omówienia ich natury.

W celu określenia jej, rozleliśmy zawartość ropną przewodów i ropni *lege artis* na płytki żelatynowe. Po dwu dobach otrzymaliśmy na nich zupełnie czystą hodowlę pasożyta, który przy dalszem sprawdzaniu jego natury okazał się *bacterium coli commune*. Otrzymaliśmy mianowicie typowo wyglądające kolonie, nie rozpuszczające żelatyny na płytkach z niej, na płaszczyźnie i w ukłóciu, typowe hodowle na płaszczyźnie agaru i na kartoflu; przekonaliśmy się nadto, że pasożyt nasz ścinał mleko, że wytwarzał on gazy w bulionie, do którego dodaliśmy przedtem nieco zwyczajnego cukru, że ocukrzona zwyczajnym cukrem i podbarwiona lakmusem żelatyna czerwieńiała po zaszczepieniu na nią naszego pasożyta, że plyn PARIETTI'ego nie zabijał go, że nie barwi się on ani metodą GRAM'a, ani WEIGERT'a i że w kropli wiszącej porusza się bardzo powoli. Pod drobnowidzem przedstawiał się w kształcie pałeczek w zupełności podobnych do tych, jakie widzieliśmy na preparatach z badanej przez nas wątroby. Wobec tego uznaliśmy otrzymane przez siebie hodowle za *bact. coli* i zmuszeni byliśmy przyjąć, że te tylko pasożyty, jako jedynie wyhodować się dające, były przyczyną sprawy chorobowej w drogach żółciowych, wklajającej zwykły przebieg kamieni żółciowych, *resp.* sprowadzoną już przez często wywoływane zastoje chwilowe żółci, marskość żółciową (*cirrhosis biliaris*).

Dla zupełnej ścisłości dowodów potrzebne nam były jeszcze tylko szczepienia na zwierzętach. Z przyczyn od nas niezależnych zmuszeni byliśmy odłożyć je na czas pewien, przechowując do czasu otrzymane przez nas hodowle w bulio-

nie i na żelatynie. Tymczasem w maju r. b. zdarzył się drugi przypadek prawie w zupełności do powyższego podobny. Opiszemy więc doświadczenia, wykonane z otrzymanymi z obu przypadków pasożytami, razem.

Przypadek 2-gi. Przebiegał on klinicznie zupełnie nie rozpoznany. Wzmianki więc o odpowiednich objawach na karcie nie znaleźliśmy. Z odnośnej zaś sekcji pozwolimy sobie przytoczyć co następuje. Wątroba w objętości swej prawie o $\frac{1}{3}$ powiększona, powierzchnia jej gładka, brzeg okrągły. Na powierzchni jej widać jasno-żółte plamki, wielkości od ziarna konopi do małego orzecha laskowego. Po przecięciu wątroby w tych miejscach okazuje się, że plamki odpowiadają małym ropniom, przylegającym do jej powierzchni. Na powierzchni rozkroju budowa zrazikowa wątroby jest wyraźna. Nadto widać na niej liczne przewody żółciowe rozszerzone do kilku milimetrów średnicy i wypełnione jasno-żółtą zawartością—ropą. W pęcherzyku żółciowym znajduje się, obok powyższej zawartości, kilka niewielkich kamieni żółciowych.

Badanie drobnowidzowe wątroby w tym przypadku wykazało pewną różnicę od poprzedniego, mianowicie: ilość ropni w samej tkance wątrobowej była większa, wielkość ich zato była mniejsza. Pośrodku prawie wszystkich z pomiędzy nich leżą niewielkie przewody żółciowe, których światło wypełnione jest ropą, nabłonek jest złuszczone i prawie wszędzie zupełnie zniszczony, całe zaś ścianki mocno nacieczone. Z nich właśnie nacieczenie szerzy się bezpośrednio na tkankę wątrobową i wywołuje w niej, w sposób analogiczny do pierwszego przypadku, tworzenie się ropni. Spotyka się jednak dość często przewody żółciowe, wypełnione ropą, z których zapalenie na samą wątrobę jeszcze nie przeszło. We wszystkich zajętych przewodach spotykamy przy badaniu za pomocą systemu immersyjnego laseczniki zupełnie podobne do opisanych w pierwszym przypadku. Opisu ich powtarzać więc tu nie będziemy. Nadmienimy tylko, że i w tym przypadku nie barwiły się one ani metodą GRAM'a, ani WEIGERT'a. Żadnych innych pasożytów badanie drobnowidzowe nie wykryło. W wielu przewodach ze ścianami bardzo słabo nacieczonymi, z zawartością nie mającą żadnych cech ropy, spotykaliśmy równie wielką ilość tych samych pasożytów. Rozszerzenie naczyń krwionośnych było w tym przypadku nierównie mniejsze, niż w poprzednim. Pasożytów w kapilarach krwionośnych i w tym przypadku spotykaliśmy dość dużo. Ilość tkanki łącznej między zrazikami wątrobowymi była w tym przypadku daleko mniej, niż w poprzednim powiększoną; włóknistość jej była też mniej wyraźną. Nacieczenie drobnokomórkowe było w niej widoczne tylko tam, gdzie leżały pośród niej wypełnione ropą przewody żółciowe.

Badanie więc mikroskopowe doprowadziło nas do wniosku, że mamy do czynienia ze sprawą ropną dróg żółciowych, która szerzyła się oczywiście z większych na mniejsze *per continuum*, a nadto *per contiguum* na samą tkankę wątrobową. W ten sposób doszło do zajęcia sprawą ropną najdrobniejszych przewodów żółciowych i do wytworzenia się ropni w samej wątrobie. Za przyczynę ropienia musimy i w tym razie przyjąć pasożyty, gdyż spotykaliśmy je prawie we wszystkich wypełnionych ropą przewodach i pośród drobniutkich i znacznie-szych ropni wątroby. Co do natury ich, to, przeprowadziwszy badanie bakteriologiczne zupełnie w taki sam sposób, jak i w przypadku pierwszym, zmusze-

ni byliśmy dla tych samych, co i tam, powodów uznać, że mieliśmy do czynienia z *bacterium coli commune*. Stała i wyłączna ich obecność we wszystkich ogniskach ropnych badanego przypadku kazała nam przypuszczać, że one to właśnie są przyczyną ich powstawania. Chcąc dowieść tego w zupełności, podjęliśmy z otrzymanymi pasożytami szereg doświadczeń na zwierzętach. Wyniki tych doświadczeń w krótkości podajemy. [D. n.]

Z PRACOWNI PROF. M. NENCKIEGO W INSTYTUCIE MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU.

III. O SKŁADZIE CHEMICZNYM DZIEGCIA SOSNOWEGO

I O JEGO WŁASNOŚCIACH DEZYNFEKCYJNYCH.

Podali

Prof. M. Nencki i D-r Sieber.

— 3 —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 50].

Za dobry środek dezynfekcyjny służyć może także jeden z ubocznych produktów przy otrzymywaniu dziegcia: jest to ocet drzewny. Substancja ta, która przedstawia nasycony wodny roztwór fenolów dziegciowych i zawiera 5—6% kwasu octowego, znaną jest w farmacyi pod nazwą *acetum pyroliginosum officinale*. Takież sam produkt, odpowiadający t. zw. *aqua picis*, otrzymać można przy gotowaniu dziegcia z wodą. Ocet drzewny pod względem działania dezynfekcyjnego równa się lub nawet przewyższa 5% roztwór kwasu karbolowego, ponieważ zabija bardzo odporne zarodniki karbunkułowe w ciągu 4—6 dni [patrz tablicę VI i VII].

Z innych wypróbowanych przez nas produktów zastanowiliśmy się jeszcze nad alkalicznym roztworem dziegcia, który przygotowaliśmy w sposób następujący: jedną część dziegcia rozpuszczono przy ogrzewaniu w 20 częściach 1% lugu sodowego, lub potasowego i roztworu otrzymanego użyto natychmiast lub pozostawiono go przez 24 godziny w dobrze zatkanem naczyniu i następnie filtrowano w celu usunięcia nieznacznego osadu materyi żywicowatych. Tablica VIII i IX okazuje, że roztwór taki posiada silne działanie dezynfekcyjne, lecz poddany przez czas dłuższy działaniu powietrza siłę tę traci. Można zresztą przygotować go w stanie więcej zgęszczonym. Zamiast lugu sodowego i potasowego używaliśmy również mleka wapiennego [na jedną część wagową dziegcia 20 części 2—5% mleka wapiennego]. Działanie dezynfekcyjne tego roztworu zbliżało się do takiegoż działania roztworów alkalicznych [patrz tablicę X]; roztwór ten jednak nie zabija zarodników karbunkułowych.

Słabsze działanie dezynfekcyjne posiada dziegieć, rozpuszczony w wodzie lub popiele drzewnym. Biorąc jednak pod uwagę tę okoliczność, że w najbardziej oddalonych okolicach Rosyji z dziegcia i popiołu drzewnego każdy włóścianin przygotować sobie może ten roztwór, przeprowadzaliśmy również i w tym kierunku doświadczenia.

Działanie dezynfekcyjne różnych gatunków dziegcia brzozonego, osiczynowego i sosnowego, różnych gatunków dziegcia sosnowego, jego rozтворów alkalicznych i octu drzewnego (*Acetum pyrolignosum*) w równaniu z 5% rozтворem krystalicznego i surowego kwasu karbолоowego.

Przedmiotem do badań były bardzo odporne zarodniki wąglikowe na nitkach papierowych i linańcyh; nitki te przez czas pewien poddano działaniu środka antyseptycznego, następnie przemyto alkoholem absolutnym. Czas działania środka dezynfekcyjnego w pierwszych 2-oh rubrykach oznaczono w godzinach, zaś w pozostałych w dobach.

Płyn dezynfekcyjny.	Czas działania (godziny/dob)																																		
	5	16	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
1. Dziegieć brzozy	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
2. Dziegieć osiczynowy	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
3. Dziegieć sosnowy N 1	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
4. " " " N 2	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
5. " " " N 3	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
6. " " " N 4	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
7. " " " N 5	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
8. " " " N 6	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
9. " " " N 7	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++		
10. " " " N 8	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
11. " " " N 9	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Roztwór alkaliczny dziegcia sosnowego.																																			
12. Roztwór alkaliczny dzieg. sosnow. N 1 (9 grm. dzieg., 10 KOH, 100 grm. wody)	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
13. Tenże roztwór przy ciepłocie 37° C.	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
14. Roztwór alkaliczny dziegcia sosnowego N 3	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
15. Roztwór alkaliczny dziegcia sosnowego N 3 przy ciepłocie 37° C.	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
16. Roztwór alkaliczny dziegcia sosnowego N 1, ogrzany do 45° C.	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
17. 5 razy sędzony alkaliczny roztwór dziegcia sosnowego N 3	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
18. Tenże roztwór przy ciepłocie 37° C.	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
19. Ocet drzewny nieoczyszczony	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
20. 5% roztwór surowego [50%] kwasu karbолоowego	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
21. 5% roztwór octowego [100%] nasjadłowego się w handlu kwasu karbолоowego.	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
22. 5% roztwór octu krystalicznego	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
23. 5% roztwór surowego [50%] kwasu karbолоowego w 1% rozтворze KOH	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
24. 5% roztwór octu krystalicznego w 1% KOH	1)++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++

Stąd wynika, że najpewniej i najprędzej gina laseczniki wąglikowe pod wpływem rozтворu dziegcia ogrzanego do ciepłoty 45°—50.

T a b l i c a IX.

Dziegieć sosnowy z mlekiem wapiennem.

Hodowle bulionowe mieszano z równą objętością płynu dezynfekcyjnego. Znak + oznacza rozwój bakteryi, znak — brak rozwoju, znak +* rozwój słaby. Cyframi rzymskimi oznaczono różne gatunki bakteryi, mianowicie: I przecinkowiec Koch'a, II przecinkowiec choleryczny z Massanuah, III lasecznik tyfusowy.

Czas działania.	Minuty.						Godziny.								
	2	5	10	12	15	20	30	45	1	2	3	4	5	6	7
100 części wody, 5 części dziegcia i 2 części wapna.															
I	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
100 części wody, 5 części dziegcia i 5 części wapna.															
I	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Dziegieć sosnowy w roztworze amoniakalnym [5 grm. dziegcia w 100 grm. 5% amoniaku] zabija w czystej hodowli zmieszanej z innymi bakteryami w ciągu 30—40 minut. Dziegieć brzożowy przy tym samym stopniu stężenia zabija czystą hodowlę spiryllów Koch'a w ciągu 30—40 minut, hodowlę mieszaną z innymi bakteryami w ciągu 2 godzin.

Roztwór dziegcia z popiołem najdogodniej przygotować w sposób następujący. Jedną część popiołu zmieszać należy 10 z częściami wody gorącej. Gdy popiół opadnie, płyn odlewa się i dodaje 5--10 wagowych części dziegcia na 100 wagowych części lugu. Mieszaninę tę klócić należy dopóty, dopóki nie utworzy się jednostajna zawiesina i następnie użyć natychmiast do dezynfekcyi [patrz tablicę XI].

Staraliśmy się również przygotować środek antyseptyczny z oleju lnianego, potasu żrącego i dziegcia drzewnego, podobny do lizolu. Po 4-godzinnem gotowaniu w kolbie z chłodnikiem odwrótnie postawionym 22 wagowych części dziegcia, 6,3 części KOH i 33 części oleju lnianego lub przy gotowaniu w ciągu 3 godzin 29,5 części dziegcia, 5,5 części KOH i 24,5 części oleju, otrzymano gęsty, brunatny roztwór, który we wszelkich stosunkach mieszał się z wodą; działanie jego dezynfekcyjne było jednak słabem.

T a b l i c a X.

Dziegieć sosnowy z sodą.

Hodowle bulionowe mieszano z równą objętością płynu dezynfekcyjnego. Znak + oznacza rozwój bakterji, znak — brak rozwoju.

Czas trwania.	M i n u t y.										Godziny.				
	2	4	6	8	10	12	15	20	30	45	1	2	3	4	5
Skład płynu dezynfekcyjnego.	<i>Spirillum cholerae asiaticae</i> Koch.														
24 części wag. dziegcia, 6 części sody i 1000 części wody															
a) roztwór przygotowany przy 80°	+	+	+	+	+										
b) roztw. przygotowany przy ciepłocie pokojowej .	+	+	+	+	+										
24 części wag. dziegcia, 10 części sody i 100 części wody															
a) roztwór przygotowany przy 80°	+	+	+	+	+										
b) roztw. przygotowany przy ciepłocie pokojowej .	+	+	+	+	+										
5 części dziegcia, 0,5 części sody i 100 części wody .															
5 części dziegcia, 5 części sody i 100 części wody .															
	<i>Bacillus cholerae</i> z Massaouah.														
Toż samo	+	+	+	+	+										
	<i>Bacillus typhi abdominalis.</i>														
Toż samo	+	+	+	+	+										
	<i>Bacillus pyocyaneus.</i>														
Toż samo	+	+	+	+	+										

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



ALFRED FOURNIER

„LECZENIE SYFILISU“.

Streścił

Antoni Elsenberg.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 50].

Działanie więc obu tych środków, ich wpływ na objawy syfliczne jest mniej więcej jednaki, a jeżeli są jakie różnice, to tylko we wskazaniach lekarskich. Jodek rtęci np. jest bardziej, niż sublimat, wskazany w tych przypadkach, w których nam zależy na wywarciu silniejszego działania, a to z tej tylko przyczyny, iż żo-

Łądek może go tolerować w dużych dawkach [0,15—0,20], podczas gdy dawka 0,03—0,04 sublimatu ze strony żołądka wywołuje takie objawy, które zmuszają do zawieszenia na czas jakiś kuracyi. Następnie, jodek rtęci bardziej nadaje się we wczesnych okresach syfilisu, podczas gdy sublimat lepiej działa w formach późnych, za czem przemawia doświadczenie. W każdym jednak razie, gdzie niema szczególnych wskazań dla sublimatu, należałoby przepisywać jodek rtęci, jako środek o wiele łagodniejszy.

Jeszcze słów kilka o niektórych szczegółach praktycznych.

Najdogodniejszą postacią, w jakiej te środki przepisujemy — są pigułki, z których przetwórcy rtęciowy dosyć łatwo ulega wchłonięciu, zwłaszcza jeżeli są dobrze przyrządzone; dobrze zaś przygotowane pigułki powinny być dosyć miękkie, a nie twarde — w ostatnim bowiem razie trudno lub wcale nie zostają wchłonięte, miękkimi zaś je uczynić bardzo łatwo przez dodanie niewielkiej ilości gliceryny.

Przyjmować pigułki należy bezpośrednio przed lub podczas jedzenia.

Dawka obus rodków jest rozmaita, stosownie do płci, wieku, objawów i t. p.: średnią dawkę dzienną sublimatu możnaby oznaczyć: dla mężczyzn 0,03, dla kobiet 0,02. Taką dawkę jodku rtęci jest: dla mężczyzn 0,10—0,12, dla kobiet 0,07—0,08.

Ta jednak średnia dawka nie zawsze skuteczny wpływ wywiera na objawy. Wiemy, iż wykwitły skórne rozsiane dosyć szybko ustępują już przy zwykłych dawkach, podczas gdy twory ograniczające się do pewnej tylko okolicy, twory miejscowe, formy ciężkie, wymagają bardzo dużych dawek, czyli, że dawka przyjmowanej rtęci powinna być zastosowaną i do objawów (*dose du symptôme*). Prócz tego w dozowaniu rtęci musimy i indywidualność chorego mieć na względzie (*dose du malade*); bywają bowiem chorzy, którzy bardzo dobrze rtęć znoszą w większych dawkach, bez żadnych objawów ze strony żołądka, jamy ustnej i w takich tylko dawkach ją podając, możemy oczekiwać pożądanego skutku leczniczego, w mniejszych rtęć u nich pozostaje bez żadnego wpływu.

VIII.

Jodek potasu jest drugim ważnym środkiem przeciwsyfilitycznym. W r. 1836 WALLACE pierwszy zwrócił nań uwagę i zaznaczył energiczne działanie jodku potasu w chorobie syfilitycznej, a następnie dopiero RICORD wskazał, iż najlepiej środek ten działa w okresie trzeciorzędnym.

Jodek potasu, łatwo rozpuszczalny w wodzie, wchłania się niezmiernie szybko, wchodzi do krwiobiegu i już po upływie 20 minut daje się wykryć w moczu, później nieco we wszystkich wydzielinach, jak: w ślinie, żółci, we łzach, w mleku, a nawet w moczu dziecka, karmionego przez mamkę, jod przyjmującą.

Wskutek tak szybkiego wchłaniania się jodku potasu i możności podawania go często i w dużych dawkach, działanie jego antysyfilityczne jest potężne i wcześniej już się uwydatnia, przeważnie w późnych objawach. Z niepojętą szybkością usuwa on lub zmniejsza bóle neuralgiczne niektórych narostów kostnych, a gumaty i narosty kostne bardzo szybko ulegają wessaniu, tak, że niejeden chory temu szybkiemu działaniu jodku potasu zawdzięcza to, iż skrzydła nosa, które były usiane guziczkami syfilitycznymi, są nietknięte, iż przegroda nosowa lub podniebienie miękkie, na których gumaty siedziały, nie są przedziurawionemi i t. p., a nieraz i to, że żyje! Takie jest jego główne działanie, które mu niesłychaną popularność w leczeniu syfilisu zjednało.

Poboczne jego działania są dosyć liczne i różnorodne, bardzo rzadko jednak dochodzą do takiego stopnia, by środek mógł się stać groźnym i niemożliwym do podawania choremu. Zwykle zaś, poboczne działania jodku potasu można zaledwie nazwać niemiłemi, niedogodnemi. Do takich należy:

S m a k j o d o w y, który chorzy określają jako słony, metaliczny, najwięcej zrana, po przebudzeniu dający się we znaki. Nieżyt nosa mniej lub więcej silny, zawsze niemal bywa przy przyjmowaniu jodku potasu; nie różni się w objawach niczem od zwykłego nieżyty, tylko że wydzielina jest bardziej surowiczą przy katarze jodowym. Trwanie jego jest różne. Niekiedy ustaje po dniach kilku, w innych razach trwa przez cały czas przyjmowania jodu, tracąc jednak swój pierwotny charakter ostrego nieżyty. Trądzik jodowy jest również dosyć zwykłym objawem; podobny do zwykłej krosty trądzika, bywa on wielkości główki od szpilki do ziarnka grochu polnego, a nieraz i znacznie większy, jak duża wrzodzonka. Wysypka ta, umiejscowiona najczęściej na policzkach, czole, nosie, rzadziej bywa na szyi, tułowiu i kończynach; występuje zwykle jako nieliczne wykwity, które po dniach kilku znikają, a natomiast świeże się tworzą.

Druga grupa objawów jodowych bywa daleko rzadziej. Nieżyt nosa i trądzik jodowy dochodzą wtedy do bardzo znacznego natężenia, a nadto bywają jeszcze inne objawy:

G r y p a j o d o w a jest to zbiór objawów przypominających po części influencę. Objawy te występują niespodzianie, zwykle w kilka godzin po pierwszej łyżce jodku potasu. Twarz chorego jest mocno nabrzmiąta, czerwona, powieki obrzękłe, wskutek czego nieraz chory oczu otworzyć nie może, *conjunctivitis, coryza*, nos czerwony, nabrzmiąty, tak, że na pierwszy rzut oka cały ten obraz robi wrażenie róży lub pokrzywki z obrzękami połączonej. Z objawów ogólnych temu stanowi towarzyszą: gorączka, łamanie, jakiś niepokój, bezsenność i szalone bóle głowy. Do tego przyłącza się nieraz nieokreślony ból gardła, którego błona śluzowa jest zaczerwieniona, obrzmiąta, a nieraz i języczek bywa obrzękły; głos jest zmieniony, ostry, duszność, zależąca prawdopodobnie od obrzmienia błony śluzowej oskrzeli. O ile szybko te objawy powstają i dochodzą do *acme*, o tyle i szybko ustępują, jak w ogóle ostre otrucie; już następnego dnia wszystkie objawy bardzo znacznie słabną, a na trzeci lub czwarty dzień cały ten obraz grypy jodowej żadnego już śladu po sobie nie pozostawia.

B ó l e n e u r a l g i e z n e, mianowicie bóle szczęki lub zębowe należą już do mniej uciążliwych objawów; bywają one najczęściej u kobiet i to przy zupełnie dobrym stanie szczęk i zębów. Ślinotok nie bywa nigdy tak znacznym jak przy użyciu rtęci, przypomina on bardzo ślinotok u ciężarnych. Nieżyt łączniowy nie bywa zbyt silnym, rzadko tylko doprowadza do obrzęku łącznicy gałkowej (*chemosis*).

W końcu u niektórych chorych jodek potasu powoduje wysypkę krwawą petecyową, t. zw. p u r p u r ę j o d o w ą. Zajmuje ona zwykle przednią powierchnię goleni, rzadziej bywa na tułowiu, jest niebolesną, nie swędzi i dlatego chorzy rzadko na nią zwracają uwagę.

Trzecia grupa obejmuje objawy, wyjątkowo tylko się zdarzające przy przyjmowaniu jodku potasu, jakoto: nudności, wymioty, biegunkę w tak znacznym stopniu, że zmuszeni jesteśmy do zaprzestania kuracji jodowej; dalej, *epistaxis*, obrzmienie ślinianek, obrzęki ograniczone twarzy, lekki kataralny stan cewki z nieznacznym wyciekami śluzowym, nieco mętnym. Bywają również przy zatruciu jodowym i wysypki bardzo poważne, prowadzące nieraz do śmierci, a z pośród nich wyróżniamy: wysypkę pęcherzową, opisaną pod nazwą p ę c h e r z y c y j o d o w e j, wysypkę w postaci ognisk zapalnych, podobnych do wrzodzonek i wąglików i wysypkę krostowatą, wrzodziejącą. W końcu najbardziej wyjątkowym zjawiskiem, spowodowanym przez jodek potasu, jest obrzęk głośni i obrzęk płuc. Przypadłości w jednym i drugim razie są takie, jakie zwykle w tych stanach widzujemy, a śmierć chorego i tu bywa częstym zejściem, zwłaszcza przy obrzęku głośni, jeśli w porę tracheotomia nie bywa wykonaną.

Od czego zależą te burzliwe objawy jodowe, jasnego pojęcia nie mamy dotąd. Przypisywano je domieszkom jodku potasu, mianowicie, jodanom, dalej stanom patologicznym nerek, które, wydzielając niedostateczne ilości moczu, nie mogą wraz z nim wydaląć z organizmu całych ilości przyjętego jodku potasu, a wskutek tego przetwór ten we krwi się nagromadza i owe ciężkie i groźne objawy jodowe wywołuje; wreszcie zdawało się, iż nadmierna dawka przetworu jest tego przyczyną. Okazało się jednak, iż chemicznie czysty jodek potasu, przy zdrowych zupełnie nerkach, normalnie mocz wydzielających i przy dawkach bardzo małych [0,20 nawet] jest w stanie wywołać tak groźny nawet objaw, jakim jest obrzęk głośni. Pozostawało więc uciec się do zwykłych w takich razach objaśnień, iż przyczyną owych groźnych objawów jodowych jest jakieś indywidualne usposobienie, idyosynkrazia, za czem przemawiają następujące fakty: że objawy powyższe nie bywają u wszystkich przyjmujących jodek potasu, lecz tylko u niewielu chorych, że chorzy, mający idyosynkrazję do jodków, mają ją zawsze, że idyosynkrazia ta zawsze w jednaki objawia się sposób, tak np. iż chory, który raz miał wskutek jodu jakąś postać wysypki, będzie ją miał i drugi i trzeci i dziesiąty raz, gdy kurację jodową rozpocznie.

Jodek potasu przepisujemy do wewnątrz, w postaci ławatyw i w podskórnych wstrzykiwaniach. Te ostatnie nigdy rozleglejszego zastosowania nie miały i mieć nie mogą, gdyż są bardzo bolesne i niewielką ilość przetworu w ten sposób do organizmu wprowadzić możemy; mogą one mieć zastosowanie tylko w wyjątkowych przypadkach, gdy porażenie zwieraczy uniemożliwia przyjmowanie leku do wewnątrz lub w ławatywach.

W ławatywach zalecamy jodek potasu w tych tylko razach, gdy żołądek go znieść nie jest w stanie; przepisujemy wtedy 2,0—4,0 jodku rozpuszczonego w 200,0—250,0 wody, z dodatkiem kilku kropel nalewki makowcowej.

Najpospolitszem i najdogodniejszym jest podawanie jodku do wewnątrz w roztworze wodnym, a dla łatwiejszego jeszcze wchłaniania leku i uczynienia go znośnym dla żołądka, dobrze jest rozcieńczyć każdą dawkę obfitą ilością płynu. W tym celu łyżkę roztworu zalecamy wlać do pół szklanki wody, mleka, piwa lub wody z jakimkolwiek ulepkim, winem, likierem i t. p.. Najlepiej jest przyjmować jodek potasu bezpośrednio przed jedzeniem lub też podczas jedzenia.

Jodek potasu przepisują w najrozmaitszych dawkach, od najmniejszych do niezmiernie dużych. Nie ulega wszakże wątpliwości, iż zaczyna on działać i działa już dobrze przy podawaniu dziennie 2,0—3,0. Po upływie pewnego czasu, np. tygodnia, chcąc to działanie podtrzymać w jednakowej sile, musimy dawkę powiększyć i t. d.. Do nieskończoności jednak powiększać jej nie należy, nie dlatego, by większa ilość jodu miała być szkodliwą dla chorego, ale dlatego, że czego nie zdziała największa używana dawka jodku, 10 gramów, tego żadną inną dawką już nie osiągniemy, choćby ją podnieść do 50,0. W zwykłych tedy przypadkach wystarcza najzupełniej 3,0—4,0 dla mężczyzn i 2,0—3,0 dla kobiet; zaczniemy np. u mężczyzn od 2,0 dziennie, po upływie tygodnia podniesiemy dawkę do 3,0, którą to ilość przez dwa tygodnie przyjmować zalecamy, a przez następne 2—3 tygodnie 4,0 dziennie są wystarczającą ilością. Tylko w przypadkach uporczywych, ciężkich od razu większe dawki zalecamy i do 10,0 doprowadzić je można.

Co do kwestyi stopniowego przyzwyczajania chorego do jodku potasu [dla uniknięcia objawów zatrucia jodowego], środka, którego tenże nigdy jeszcze nie przyjmował, to FOURNIER nie jest wcale za tem, by zaczynać od minimalnych dawek, gdyż właśnie takie ilości najczęściej objawy zatrucia jodowego wywołują; dla wypróbowania zaś chorego, jak na jod oddziałują, radzi podawać z początku ulepek GIBERR'a [mieszanka jodo-merkuryalna], który nigdy nie wywołuje ciężkich objawów jodowych. Jeżeli więc po użyciu tej mieszanki,

chory ma już różne objawy, jak powyżej w drugiej grupie, należy się mieć na baczności i lepiej jodku potasu nie podawać, w przeciwnym zaś razie śmiało jod w dużych nawet dawkach przepisywać możemy.

IX.

Mamy więc dwa środki przeciwsyfilityczne. Któremu z nich dać pierwszeństwo w leczeniu syfilisu?

Wiemy, że rtęć sama wystarcza do usunięcia objawów syfilisu i zabezpieczenia na przyszłość od ciężkich przypadłości, że bywają chorzy, którzy jodu nie znoszą, wyłącznie rtęcią się leczą i całe dziesiątki lat pozostają wolnymi od wszelkich objawów syfilisu, że wreszcie przodkowie nasi, nie znając wcale jodu, rtęcią z syfilisu wyleczyć się mogli, chociaż, co prawda, wielce uciążliwe i niebezpieczne było to leczenie. Musimy więc przyjść do wniosku, że dla leczenia syfilisu jodek potasu nie jest niezbędnym.

Nasuwa się nam teraz inna kwestya, mianowicie: czy jodek potasu może zastąpić rtęć w leczeniu syfilisu, albo innemi słowy, czy jod sam wystarcza do leczenia tej choroby? W początkach wprowadzenia jodu do terapii syfilisu zdawało się wielu lekarzom, iż jod w zupełności wystarczyć może, a nawet i dziś jeszcze niektórzy są tego zdania. FOURNIER w początkach swego zawodu lekarskiego pewną ilość chorych leczył samym tylko jodkiem potasu, ale, jak powiada, dziś jeszcze wyrzuca sobie ten grzech młodości, leczenie bowiem jodowe poczytywać musi za niedostateczne, niebezpieczne z różnych względów, jednym słowem za złe leczenie. Powody ku temu są następujące:

- 1) jodek potasu bardzo słaby lub żadnego nie okazuje wpływu na objawy okresu wtórnego;
- 2) wskutek leczenia jodowego twory okresu wtórnego trwają ciągle, a że twory te są wielce zaraźliwe, stanowią przez czas długi niewyczerpane ognisko, które zarazę w społeczeństwie szerzy;
- 3) a w końcu, nie niszczy zarazka syfilitycznego, gdyż u chorych pozostaje duża skłonność do tercyaryzmu, czyli nie zabezpiecza od ciężkich objawów w przyszłości.

Z tych tedy względów, wypływających z doświadczenia, należy bezwarunkowo potępić leczenie wyłącznie jodowe.

Jak rtęć poczytujemy za specyficzny środek w okresie wtórnym, tak jodek potasu specyficznie działa w okresie późnym, mało lub wcale nie działając w okresie kłykcinowym. Jednakże nie jest to tak absolutnem. W okresie wtórnym właśnie bywają objawy, na które jodek potasu już w małych dawkach zbawienny wpływ wywiera i to w niezmiernie krótkim przeciągu czasu. Objawami tymi są: bóle głowy wieczorne i nocne, różne bóle neuralgiczne w pierwszych miesiącach po infekcji, *periostitis*, bóle stawowe i mięśniowe; dalej wszystkie postaci złośliwego syfilisu wczesnego, w których przeważają nasięki gumatyczne i owrzodzenia, dobrze się leczą jodkiem potasu.

O ile jednak jod ma ograniczone zasosowanie w okresie wtórnym, o tyle rozległem jest ono dla rtęci [specyfiku okresu wtórnego] w okresie trzeciorzędnym. W okresie tym rtęć ma znaczenie najczęściej środka pomocniczego, rzadziej środka głównego, a zawsze środka prewencyjnego. [D. n.]

Wiadomości bieżące.

— Z okazji i dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin prof. WŁODZIMIERZA BRODOWSKIEGO, grono Jego uczniów i asystentów, wydało książkę pod tytułem: „Przyczynki do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej“. Dzieło to ozdobnie wydane [in 4-to, str. 218], opatrzone chromo i litografiami, zawiera następujące prace: E. PRZEWOSKI, *Gastritis tuberculosa*. Z. DMOCHOWSKI. O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników. T. DUNIN. Kilka uwag

o przyczynach t zw. rozklejania się komórek mięśnia sercowego. K. CHEŁCHOWSKI. Kilka uwag o wydzielnianiu z moczem jodu i kwasu salicylowego w sprawach chorobowych. F. KIJEWSKI. O ropniach podprzeponowych. A. ELSENBERG. Choroba BRIGHT'a pochodzenia syfilitycznego. T. HERYNG. Przyczynek doświadczenia do kwestyi lokalizacyi płynów, wstrzykniętych zwierzętom za życia do dróg oddechowych, oraz kilka uwag co do możności wnikania płynów do kawern i mięszazu płuc gruźlicze zwyrrodnionych. A. ROSENAL. Przyczynek do anatomii patologicznej chorób umysłowych. H. RUPPERT. Przyczynek do anatomii patologicznej wątroby przy marskości zwykłej. A. CIĄGLIŃSKI. Przypadek t. zw. choroby LITTLE'a. L. KRYŃSKI. O chłoniakach. W. JANOWSKI. Przypadek porażenia kończyny dolnej pochodzenia rdzeniowego. Z. DMOCHOWSKI i W. JANOWSKI. Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych, wywołanego przez *bacterium coli commune*. S. KLEJN. Własności regeneracyjne ustroju w stosunku do rozmaitych stanów niedokrewności złośliwej. J. LUXENBURG. Przypadek jam w rdzeniu kręgowym, oraz kilka uwag w kwestyi barwienia rdzenia i nerwów obwodowych.

Jakkolwiek nie wątpimy, iż zasługi naukowe i społeczne Szanownego Jubilata są liczny Jego uczniom dobrze znane, to jednak chcących je przypomnieć sobie, odsyłamy do obszernej pracy kol. E. PRZEWSKIEGO, jaką pomieściliśmy w Gazecie Lekarskiej 1887. Nr. 52, dla uczczenia 25-lecia zawodu profesorskiego jubilata

— 17 grudnia r. b. upłynęło 400 lat od czasu, jak urodził się w Einsiedelu [słynnej odpnstowej szwajcarskiej miejscowości, w kantonie Schwyz], jeden z najwybitniejszych lekarzy wieków średnich, który považył się powstać przeciw zasadom GALENA i AVICENNY — *Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus Paracelsus ab Hohenheim* [HELVETIUS EREMITA]. Był to pierwszy lekarz, który pisał i nauczał w języku niemieckim.

— W Paryżu odbyć się ma w r. 1894 międzynarodowa konferencja sanitarna, dla ponownego obradowania nad środkami ochronnymi przeciw cholery.

— V kongres ruskich lekarzy odbędzie się w Petersburgu między 8—16 stycznia 1894 r.

— W Londynie zmarł D-r CLAY, który w r. 1842 zrobił pierwszą owaryotomię

— W Paryżu otwarto szpital międzynarodowy (*Poli-clinique française*), zbudowany przy ulicy *de la Santé*, 2, z funduszu dostarczonego przez znanego chirurga PÉAN'a. Celem jego, prócz leczenia chorych, jest dostarczenie materiału naukowego dla uczących się.

— W początkach listopada r. b. odsłonięto w Paryżu pomnik, wystawiony dla słynnego syfilidologa RICORD'a, przed szpitalem du Midi.

— Katedrę kliniki chorób wewnętrznych po śmierci PETER'a objął HAYEM, a wykładającym patologię i terapię szeregółową teoretyczną został LANDOUZY.

— Prof. kliniki chirurgicznej w szpitalu paryzkim *De la Pitié* po śmierci LE FORT'a został TERRIER.

— W Konstantynopolu otwarto Instytut bakteryologiczny, a dyrektorem jego mianowany został D-r NICOLLE, wychowawiec fakultetu paryzkiego.

— Towarzystwo „*Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*“ powiększyło zastęp swoich członków przez przybranie do swego grona laryngologów zagranicznych w charakterze członków korespondentów. Z polskich lekarzy otrzymali dyplomy prof. JURASZ z Heidelberga i kol. SĘDZIAK z Warszawy.

— XVI kongres balneologiczny odbędzie się w końcu Lutego 1894 r. w Berlinie.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1894 według tego samego programu i na tych samych warunkach co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1894 będą wychodzić w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 9 Декабря 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.