

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Przyczynę do etjologii powstawania owrzodzeń rogówki w przebiegu cholery.

Podał

Dr. W. Garliński,

Ordynator kliniki ocznej w Instytucie Oftalmicznym w Warszawie.

20-go Listopada 1893 roku wezwany zostałem na salę XXIV szpitala Dzieciątka Jezus (Infirmeryi wychowañców) do chorego Jana Króla, lat 4 liczącego. Od pierwszego wejrzenia łatwo było osądzić, że mam do czynienia z chorym bardzo ciężko. Wycieńczony i wynędzniały nad wyraz, o ziemistej barwy skórze, z rzucającą się w oczy sinicą, chłopczyzna zdawał się nie widzieć i nie słyszeć, co się w koło niego dzieje. Pokładu tłuszczowego niema prawie wcale; mięśnie wiotkie, brzuch zapadnięty. Kończyny dolne, zgięte w stawach biodrowym i kolanowym, nie zmieniają swego położenia, gdy tymczasem górne, wzniesione ponad głowę, wykonywują ciągłe ruchy. Przez otwarte usta widzimy bezustannie ruchy języka w kierunku poziomym, od strony prawej ku lewej. Tętno z trudnością daje się wyczuć. Z udzielonych mi łaskawie przez kol. Kamińskiego szczegółów dowiaduję się, że chory przybył dnia poprzedniego z oddziału dla cholerycznych, w którym pozostawał 25 dni. Badania bakteryjologicznego dokonał kol. Świątecki i, na zasadzie dodatnich wyników poszukiwań przecinkowców Koch'a, rozpoznał cholere azyjatycką. Po ustąpieniu objawów ze strony przewodu pokarmowego, gdy przebieg choroby zaczął się przedłużać i gdy nastąpiły ciężkie objawy porażenia mózgowego, postanowiono przenieść chorego na oddział kol. Andersa (sala XXIV).

O stanie poprzednim oczu wskazówki były mniej dokładne.

W dniu, w którym chorego pierwszy raz widziałem, znalazłem co następuje. Granice oczodołów mocno zarysowane. Brwi, rzęsy i punkta łzowe nie przedstawiają nic godnego uwagi; szczelina po

wiekowa rozwartą (*lagophthalmus cholericus*). Największa odległość pomiędzy brzegami powiek w oku prawem wynosi 5 mm., w oku lewym 6 mm. Gałki oczne głęboko zapadły w jamę oczodołową. Źrenice zlekka zatoczone są ku górze, wskutek czego w szczelinie powiekowej widocznym jest zaledwie dolny odcinek rogówki o wysokości wynoszącej 2,5 mm. Najmniejsza odległość dolnego łuku rogówkowego od wolnego brzegu dolnej powieki w obydwu oczach nie przechodzi 2,5 mm. Spojówki gałki ocznej okazują słabe nastrzyknięcie około-rogówkowe w części położonej poniżej lamówki rogówkowej.

Błona rogowa prawa jest niewrażliwą na bodźce mechaniczne; dolny jej wycinek jest opalizująco zmętniały, pozostała zaś część, jakkolwiek również nie daje odczynu w chwili drażnienia jej kawałeczkiem suchej waty, zachowuje jednak zupełną przezroczystość. Część rogówki, odpowiadająca zmętnieniu, jest wygórowana, rozpulchniona, nierówna i pozbawiona nabłonka, ewentualnie owrzodzona. Owrzodzenie ma postać niezbyt wydłużonej elipsy, o największym wymiarze 5,5 mm. i najmniejszym 4 mm. Ku górze zmętnienie zakrywa całkowicie otwór źrenicowy, ku dołowi granica owrzodzenia dochodzi do rąbka spojówkowego. Po środku owrzodzonej części rogówki znajduje się przepuklina błony Descemet'a. Wolny brzeg górnej powieki promieniem łuku nie odpowiada granicy pomiędzy owrzodzoną, a przezroczystą częścią rogówki i zakrywa część, podległą zmętnieniu, resp. owrzodzeniu, na przestrzeni o wysokości 3 mm.

Komora przednia płytsza, niż w stanie prawidłowym; w miejscu odpowiadającym przepuklinie błony Descemet'a, tęczęwka wolnym swym brzegiem dotyka do tylnej powierzchni rogówki. Prócz tego błona tęczęwowa w kilku miejscach tworzy tylne przyczepy z przednią częścią torebki soczewkowej. W otworze źrenicznym, słabo rozszerzonym pod wpływem atropiny, widać soczewkę koloru białoszarawego, na tle którego widać kreski i blaszki, ku środkowo się zbiegające, Ciśnienie wewnętrzne w oku prawem zmniejszone (T—n).

Lewa rogówka w okolicy dolnego wycinka swego utraciła również swą przezroczystość; nabłonek na przestrzeni, odpowiadającej zmętnieniu, nie istnieje. Pomimo, że owrzodzenie sięga głębszych warstw błony rogowej przepukliny błony Descemet'a niema. Na komorze przedniej, tęczęwce i soczewce żadnych zmian patologicznych nie widać. Źrenica i tu jest zwężona i na bodźce świetlne prawie nie odpowiada.

Rozpoznawszy obustronne owrzodzenie błony rogowej, powikłane na oku prawem przepukliną błony Descemeta, zrostami tęczy

i zaćmą soczewkową, poddałem chorego leczeniu miejscowemu, które polegało na codziennem wkraplaniu 1⁰/₀ rozczyну siarczanu atropiny, zakładaniu żółtej maści rtęciowej (Hydrarg. praecip. flavi 0,05, Vaselini albi 10,00) do woreczka spojówkowego i na nałożeniu opaski hydropatycznej z 1⁰/₀₀₀ rozczyну sublimatu. Równolegle z poprawą ogólnego stanu następowała poprawa sprawy chorobowej w oczach i po upływie trzech tygodni na obydwóch rogówkach pozostały za ledwie w dolnym odcinku małe podługowate plamki, leżące poniżej otworu źrenicznego, Ponieważ na prawem oku prócz plamki na rogówce pozostała jeszcze zaćma soczewki i przyczepy przednie i tylne błony tęczowej, wskazaną więc była operacyja, którą też wykonałem w dniu 2 kwietnia 1894 roku przy łaskawej pomocy kol. Andersa i kol. Korzeniowskiego. W tym celu, po uprzednim zachloroformowaniu chorego do stanu głębokiej narkozy, przeprowadziłem nożem Graefe'go cięcie górnego płatu rogówkowego, i wyciąwszy uchwyconą w szczypczyki tęczę, rozciąłem torebkę soczewkową, uwalniając tym sposobem zmętniałe masy korowe, których część wypuściłem z komory przedniej.

Zanim przejdę do rozpatrywania przyczyn odnośnych spraw chorobowych, postaram się w kilku słowach objaśnić, jakie powody skłoniły mnie do poruszenia niniejszego tematu.

Związek chorób narządu wzrokowego z chorobami wewnętrznymi zdaje się być aksjomatem, nie wymagającym przytaczania przykładów na poparcie. Pomimo to jednak, niewiadomo z jakiej przyczyny, czy to wskutek ujemnych stron ścisłej specjalizacyi, czy też mniejszego zainteresowania się patologią oka lekarzy-internistów, przyznać należy, że dział ogólnej patologii, poświęcony stosunkowi chorób wewnętrznych do chorób ocznych jest najmniej wyczerpany. Nieliczne dzieła [Foerster ¹⁾, Berger ²⁾, Knies ³⁾, Gowers ⁴⁾], pojawiające się od czasu

1) Foerster. Handbuch der gesammten Augenheilkunde redigirt von A. Graefe u. Th. Saemisch Band VII.

2) Berger Emile. Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale. Paris, 1892.

3) Knies Max. Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe. Wiesbaden, 1893.

4) Gowers W. R. Die Ophthalmoskopie in der inneren Medizin. Aus dem Englischen übersetzt von Karl Grube. Leipzig u. Wien, 1893.

do czasu, świadczą o wysiłkach okulistów w rzeczonym kierunku, braki wszakże są jeszcze znaczne. Przyczyną tego jest pomiędzy innymi i ta okoliczność, że chorzy ze sprawami ocznymi w przebiegu innych chorób bardzo rzadko mogą być obserwowani przez okulistę, a lekarze wewnętrzni trzymają się tej zasady, że gdzie idzie o utrzymanie chorego przy życiu, tam choroba oczu jest rzeczą drugorzędną. Tymczasem nieraz zagrażająca życiu choroba wewnętrzna przechodzi bez śladu, a chory, zawdzięczając swemu lekarzowi życie, zawdzięcza mu również i to, że przez całe życie jest kaleką, lub, co najmniej, niezdolnym do całego szeregu zajęć, wymagających nieupośledzonego wzroku. Toż samo da się zastosować i do chorób ocznych w przebiegu cholery

W obszerniejszych podręcznikach patologii szczegółowej znajdujemy krótkie wzmianki, zacytowane z prac okulistycznych, a w dziełach i czasopismach specjalnych, o ile sądzić mogę, niema ani jednego, skrzętnie notowanego, kazuistycznego przypadku z dziedziny zmian rogówkowych, pochodzenia cholerycznego. W nielicznej literaturze [Joseph ¹⁾, Schneller ²⁾, Graefe ³⁾, Kramsztyk ⁴⁾, Downar-Zapolski ⁵⁾] górują po dziś dzień poglądy, wyrażone jeszcze w roku 1866 przez prof. A. von Graefe.

A jednak przez 30-letni blisko okres czasu w dziedzinie patologii ogólnej powstały znaczne zmiany: dawniejsze teoryje okazały się niedostatecznymi, a w wielu razach wprost mylnymi. Medycyna doświadczalna odkryła przed naszymi oczyma zupełnie nowy widok i rzuciła odmienne światło na ciemną strefę etyologii powstawania chorób zakaźnych. Niepodobniestwem byłoby przypuszczać, żeby tak wielkie zmiany, jakie zaszły w po-

¹⁾ Joseph. Bemerkungen über krankhafte Vorgänge an den Augen von Cholera-kranken. Günburgs Zeitschrift 1856. Bd. VII, pp. 370—377.

²⁾ Schneller. Einigs über die Choleraepidemie an dem Weichsel-Durchbrüchen. Deutsche Klinik 1856. Nr. 5, 6.

³⁾ Graefe. Ophthalmologische Beobachtungen bei Cholera. Archiv für Ophthalmologie. Bd. XII 2, 1866, p. 198—211.

⁴⁾ Kramsztyk Z. Zmiany w oczach w przebiegu cholery. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1873. T. 69, 319—327.

⁵⁾ Downar-Zapolski. O porażeniu rogówki u cholerycznych. Gaz. Lek. Rok 1892.

jęciach dzisiejszych uczonych, nie wywarły żadnego wpływu na zapatrywania ich na sprawę powstawania chorób ocznych w przebiegu ogólnych chorób infekcyjnych.

Chcąc bliżej się rozejrzeć w ciemnej dziedzinie etjologii cierpień ocznych, obserwowanych u chorych na cholere i chcąc zdać sobie sprawę z przytoczonego na wstępie przypadku, muszę przede wszystkim zestawić zdania okulistów w interesującej nas sprawie i przytoczyć odnośne spostrzeżenia z fizjologii doświadczalnej, które w ten lub inny sposób wpłynęły na wygłoszenie wniosków, będących w pewnym związku z teorią powstawania owrzodzeń rogówkowych w przebiegu cholery.

Przeglądając najwięcej znane podręczniki okulistyki [Desmarres ¹⁾, Wharton-Jones ²⁾, Schauenburg ³⁾, Szokalski ⁴⁾, Meyer ⁵⁾, de Wecker et Landolt ⁶⁾, Gałęzowski ⁷⁾, Hersing ⁸⁾, Schmidt-Rimpler ⁹⁾, Knies ¹⁰⁾, Michel ¹¹⁾], przekonywamy się, że autorowie ich poświęcają cholere zaledwie kilka słów i mniej więcej zgadzają się w swych zapatrywaniach. Rzecz o zmianach na rogówce, towarzyszących cholere, zdaje mi się, jest

¹⁾ Desmarres L. A. *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*. II édition. Paris, 1858. T. 1—3.

²⁾ Wharton-Jones. *Traité pratique des maladies des yeux*. Paris, 1862.

³⁾ Schauenburg C. H. *Ophthalmiatrik*. III Auflage, Lahr, 1862.

⁴⁾ Szokalski W. F. *Wykład chorób przyrzędu wzrokowego u człowieka*. T. 1—2. Warszawa 1869.

⁵⁾ Meyer E. *Wykład chorób oczu*. Przekład S. Kościńskiego. Warszawa, 1875.

⁶⁾ De Wecker L. et Landott E. *Traité complet d'ophtalmologie*. T. 1—4. Paris, 1886.

⁷⁾ Gałęzowski X. *Traité des maladies des yeux* III edition. Paris, 1888.

⁸⁾ Hersing Fr. *Compendium der Augenheilkunde* VII Auflage. Stuttgart, 1891.

⁹⁾ Schmidt-Rimpler H. *Augenheilkunde und Ophthalmoskopie*. V Auflage. Berlin, 1891.

¹⁰⁾ Knies M. *Grundriss der Augenheilkunde*. III Auflage, Wiesbaden, 1892.

¹¹⁾ Michel J. *Lehrbuch der Augenheilkunde*. II Auflage. Wiesbaden, 1892.

najlepiej zredagowaną w podręczniku Graefe u. Saemisch ¹⁾. Według Förstera ²⁾ w ciężkich przypadkach cholery, pod koniec okresu zamartwiczego, na dolnych częściach rogówki rozwija się sprawa, która może być uważaną za częściową zgorzel. Błona rogowa w odpowiednim miejscu staje się suchą, brunatną i tworzy strup, który po 1—2 dniach odpada, pozostawiając wrzód o zmętniałych brzożkach. A. von Graefe takie częściowe rozmięknienie rogówki zalicza do zapaleń neuroparalitycznych.

Z pomiędzy autorów, którzy sprawom 'ocznym w cholery poświęcili specjalne prace, wyróżnić należy A. von Graefe'go ³⁾ i Z. Kramsztyka ⁴⁾.

Słynny okulista berliński w rozdziale: „badanie oftalmologiczne podczas cholery“, rozpatruje następujące zmiany w oczach: a) niedomykalność powiek (*Lagophthalmus cholericus*); b) zmiany na spojówce i na twardówce; c) zmiany w źrenicy i d) zmiany na dnie oka. O rogówce A. von Graefe wspomina pobieżnie, twierdząc, że cierpienia rogówkowe w ciężkich przypadkach cholery nie zdarzają się, a, obserwowane w późniejszym jej okresie, przebiegają pod postacią zapalenia neuroparalitycznego. Daleko obszerniej traktuje cierpienia błony rogowej Z. Kramsztyk. Według tego autora ważniejsze zmiany na rogówce napotyka się daleko rzadziej i występują w powierzchownych jej warstwach; do przedziurawienia rogówki w żadnym przypadku, obserwowanym przez Z. Kramsztyka, nie doszło; wrzody były podługowate, siedlisko ich znajdowało się wyłącznie w miejscach, odpowiadających otwartej szczelinie powiekowej. Zastanawiając się nad przyczyną powyższych zmian na błonie rogowej oka, Z. Kramsztyk, na zasadzie umiejscowienia wrzodu, braku odczynu zapalnego i ze względu na ogólny stan chorego dochodzi do wniosku, że w danym razie mamy do czynienia z zapaleniem neuroparalitycznym rogówki (Graefe), spowodowanym zmniejszoną odpornością ostatniej (paraliż nerwu trójdzielnego) na szkodliwe wpływy zewnętrzne, mające łatwy dostęp do oka wobec rozwartej szczeliny powiekowej.

¹⁾ Prof. A. Graefe u. prof. Th. Saemisch. *Handbuch der gesammten Augenheilkunde* redigirt von... Bd. T. VII.

²⁾ Foerster vide graefe u. Saemisch. Bd. VII, p. 178.

³⁾ A. von Graefe. *Loc. cit.*

⁴⁾ Z. Kramsztyk. *Loc. cit.*

Zapoznawszy się w zarysach z zapatrywaniami uczonych na sprawę chorobową rogówki w przebiegu cholery, będziemy mogli teraz zastanowić się nad tem, o ile przytoczone wyżej poglądy odpowiadają dzisiejszym wymaganiom nauki i do jakiego stopnia zgadzają się one z doświadczeniami, wykonywanymi na zwierzętach w pracowniach medycyny doświadczalnej; czy istotnie, najbliższej przyczyny odnośnych spraw chorobowych szukać należy w zewnętrznych szkodliwościach, które w normalnym stanie nerwu trójdzielnego, żadnego wpływu mieć nie mogą, a przy porażeniu jego są dostateczne, ażeby wywołać zapalenie (Graefe) lub owrzodzenie (Z. Kramsztyk ¹⁾ rogówki neuroparalityczne?...

Doświadczenia, wykonywane w laboratoryjach fizyologicznych uczą, że przecięcie nerwu trójdzielnego [Foedera ²⁾, Magendie ³⁾, Claude Bernard ⁴⁾, Laborde ⁵⁾ i inni] przed zwojem Gassera (Longet ⁶⁾ rzeczywiście sprowadza zapalenie rogówki o charakterze neuroparalitycznym z objawami zmętnienia i nastrojenia okołorogówkowego (Graefe ⁷⁾. W niektórych przypadkach znajdowano ropę w komorze przedniej; przedziurawienia zaś rogówki nie obserwowano nigdy (Graefe ⁸⁾. Graefe ⁹⁾ uważa za przyczynę owrzodzenia znieczulenie rogówki pochodzenia troficznego [Hutchinson ¹⁰⁾, Merkel ¹¹⁾] i nie podziela zdania, jakoby wysychanie i wpływy zewnętrzne były dostateczne do wytworzenia tak znacznych zmian w błonie rogowej oka. Mniej więcej

¹⁾ Z. Kramsztyk. O paralitycznym wrzodzie rogówki. *Medycyna*. T. IX. 1881. Str. 49 i 65.

²⁾ Foedera. *Journal de Physiol. expériment.* 1822 vol III, p. 207.

³⁾ Magendie. *Ibid.* 1823, vol. IX. p. 172.

⁴⁾ Claude Bernard. *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux.* Paris 1858. T. II, p. 56.

⁵⁾ Laborde. *Bulletin de l'Académie de med.* 4 mai 1880.

⁶⁾ Longet. *Anatomie et Physiologie du syst. nerv.* Paris, vol. II, p. 163.

⁷⁾ Graefe. *Archiv für Ophthalmologie.* Bd. I, 1 p. 309.

⁸⁾ Graefe. *Loc. cit.*

⁹⁾ Graefe. *Loc. cit.*

¹⁰⁾ Hutchinson. *What are the trophic nerves of the eyeball.* *Ophth. Hosp. Rep.* VIII p. 7, vide Wecker et Landolt T. II p. 156.

¹¹⁾ Merkel. *Die trophische Wurzel des Trigemini.* *Untersuchungen aus dem path. Institute zu Rostock* 1874.

tego samego zdania trzymają się Schiff ¹⁾, Samuel ²⁾, Büttner ³⁾ i Meissner ⁴⁾. Inni znów, jak Snellen ⁵⁾ i uczeń Cohnheima Senftleben ⁶⁾ nie przyznają bezpośredniego wpływu nerwom i zaliczają zmiany, powstałe w rogówce po przecięciu V pary, do działu zapaleń urazowych (keratitis traumatica), a nie neuroparalitycznych. Znaczenie nerwu trójdzielnego w sprawie owrzodzeń rogówkowych będziemy musieli jeszcze bardziej ograniczyć, jeżeli dodamy, że przy doświadczeniach z zasłonięciem odpowiedniego oka (Büttner ⁷⁾, nawet siatką o stosunkowo dużych oczkach (Senftleben ⁸⁾ nie udawało się nigdy po przecięciu nerwu trójdzielnego otrzymać jakichkolwiek zmian w oku.

Przecinając zwój szyjowy górny nerwu współczulnego (Senftleben ⁹⁾, nerw twarzowy i nerw uszny (Snellen) ¹⁰⁾ jednocześnie z nerwem trójdzielnym, lub każdy z nich osobno, przekonywamy się, że wszystkie inne nerwy, prócz V pary, nie wpływają wcale na rogówkę w znaczenia utworzenia zmian w postaci wrzodu paralitycznego.

Z powyższych danych dochodzimy do mniemania, że byłoby zbyt śmiało stawiać owrzodzenie rogówkowe o cechach zapalenia neuroparalitycznego w wyłącznej zależności od zmian, zachodzących w nerwie trójdzielnym. Takiego mniej więcej zdania zdają się być A. Graefe ¹¹⁾ i Z. Kramsztyk ¹²⁾. Skoro więc nerwom nie możemy przypisać dominującej roli w sprawie pow-

¹⁾ Schiff. *Untersuch. z. Physiol. des Nerv. Sys.* 1865, p. 62, 84.

²⁾ Samuel. *Ueber trophische Nerven* 1860, vide Decker, Ch. *Contribution à l'étude de la keratite nevro-paralytique.* Genève 1876.

³⁾ Büttner. *Zeitschrift f. ration. Med.* 3 Reihe Bd. XV p. 255,

⁴⁾ Meissner. *Ibid.* Bd. XXIX p. 97.

⁵⁾ Snellen. *Traitement et guérison de la kerato-conjonctivite consecutive à la paralysie du nerf trijumeau chez l'homme* *Annales d'oculistique* 1865 janvier et février.

⁶⁾ Senftleben. *Virchow's Archiv.* Bd. LXV p. 69.

⁷⁾ Büttner. *Loc. cit.*

⁸⁾ Senftleben. *Loc. cit.*

⁹⁾ Senftleben. *Loc. cit.*

¹⁰⁾ Snellen. *Loc. cit.*

¹¹⁾ Graefe. *Loc. cit.*

¹²⁾ Kramsztyk. *Loc. cit.*

stawiania wrzodów na rogówce przy ogólnym stanie paralitycznym organizmu pod wpływem wyniszczającej choroby zakaźnej, to zatrzymajmy naszą uwagę nad temi szkodliwościami zewnętrznymi, które wobec zniesionej odporności oka mają być przyczyną zmian, napotykanych na błonie rogowej u chorych na cholereę. Niestety, szkodliwe wpływy zewnętrzne również nie są w stanie dać nam dostatecznych objaśnień; gdybyśmy bowiem całą przyczynę cierpień ocznych upatrywali po za obrębem organizmu, przedstawiającego choćby najpodatniejszy grunt do ulegania czynnikom zewnętrznym, to i wtedy pozostałby jeszcze cały szereg pytań, na które nie umielibyśmy odpowiedzieć. Dla czego, na przykład, w doświadczeniach Senfleben'a ¹⁾ z przecięciem nerwu trójdzielnego oko, uzbrojone siatką, opiera się wytworzeniu wrzodu? Wprawdzie interesujące nas zmiany na rogówce umiejscawiają się zwykle w dolnym jej odcinku, t. j. w tej jej części, która, wskutek niedomykalności powiek, pozostaje odkrytą dla dostępu zewnętrznych wpływów, lecz przy doświadczeniach z obciętymi powiekami, kiedy cała rogówka podlega jednakim wpływom, owrzodzenie po przecięciu V pary umiejscawia się także, przynajmniej w większości przypadków, w dolnym jej odcinku.

Niektórzy [Böhm ²⁾, Z. Kramsztyk ³⁾] twierdzą, że w cholercie ma miejsce wysychanie tkanek i powyższą okoliczność stawiają za przyczynę zachodzących zmian w oczach. Według mego zdania podobne przypuszczenie ma najmniej racji bytu, ponieważ, według panujących w patologii ogólnej poglądów, wysychanie tkanek żadną miarą nie może być uważane za punkt wyjścia w sprawach powstawania zmian patologicznych. Komórka nie może podlegać prawom fizycznym wysychania wprzód nim ulegnie śmierci, t. j. wprzód, nim przestanie podlegać prawom biologicznym. Wysychanie więc jest własnością ciał martwych, jest zjawiskiem wtórnem i jako takie za pierwotną przyczynę zmian chorobowych uważanem być nie może. Wobec tego zdawałoby się, że daleko większą słuszość przyznać na-

¹⁾ Senfleben. Loc. cit.

²⁾ Böhm. Vide Romberg's Bericht über Cholera-Epidemie des Jahres 1837, pag. 7.

³⁾ Kramsztyk. Loc. cit.

leży A. von Graefe'emu ¹⁾, który mniema, że podczas cholery ma miejsce utrata płynów mięszszowych, mogąca do pewnego stopnia przyczynić się do powstawania na rogówce owrzodzeń.

Mając na uwadze dopiero co wygłoszone myśli, widzimy, że ani wpływy zewnętrzne, ani utrata płynów mięszszowych, lub, jak inni chcą, wysychanie tkanek, nie są w stanie objaśnić nam należycie sposobu powstawania zmian, zachodzących w rogówce oka w przebiegu cholery.

Nie mam zamiaru tworzyć nowej hipotezy, również nie mam zamiaru usuwać z widowni względów etyologicznych wpływu nerwu trójdzielnego, jestem nawet gotów przyznać możliwość uczestniczenia przyczyn zewnętrznych obok utraty płynów mięszszowych, nie mogę wszakże odmawiać wszelkiego znaczenia dla cierpień ocznych, rozwijających się na gruncie cholerycznym, względem swoistej przyrody, zależnym od szkodliwej działalności życiowej przecinkowców Koch'a.

Według najnowszych poglądów naukowych, wyrażonych w znakomitem dziele Bouchard'a: „Leçons sur les autointoxications dans les maladies“, sprawa chorobowa, powstająca pod wpływem zarazka cholerycznego, prócz infekcyi daje nam przykład podwójnego otrucia, spowodowanego nagromadzeniem się produktów nienormalnych, co stanowi właściwe otrucie choleryczne (intoxicatio), i normalnych, będących przyczyną otrucia, o cechach nieco odmiennych od tych, jakię widzimy przy uremii (antointoxicatio).

Odnośnie do zmian patologicznych, zachodzących w oczach w przebiegu cholery, można sądzić, że infekcyja nie gra tu żadnej roli, dowodzi tego pomiędzy innymi i ta okoliczność, że sprawy oczne rozwijają się w późniejszym okresie cholery, t. j. wtedy, gdy przewaga jest po stronie działania szkodliwych produktów, nagromadzających się w ustroju (Bouchard). Dla braku więcej przekonywających danych, nie jesteśmy jeszcze w stanie związać etyologicznie otrucia i samootrucia cholerycznego z cierpieniami oczu, jednakże pewne doświadczenia Bouchard'a (za-

¹⁾ Graefe. Loc. cit.

TABLICA

do artykułu D-ra Sędziaka „Przyczynek do kazuistyki guzów w jamie nosogardzielowej“, pomieszczonego w zeszy-
cie 6-ym „Kroniki Lekarskiej“ r. b. na str. 365.

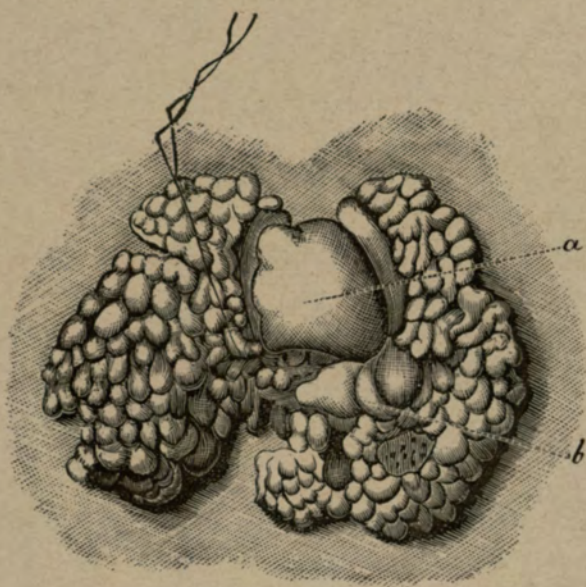


Fig. 1.



Fig. 2.

strzykiwania alkaloidów moczu) pozwalają nam przypuszczać, że w tym kierunku możemy prędzej spodziewać się wyjaśnienia zajmującej nas sprawy, niż błędząc ciągle w fantastycznym kole teorii neuroparalitycznej i szukając przyczyn powstawania cierpień ocznych po za obrębem organizmu, dotkniętego cholera.

Przyczynę do kazuistyki guzów w jamie nosogardzielowej.

NAPISAŁ

Dr. Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych
w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

W., lat 52, wyrobnik, przybył do lecznicy dnia 6 grudnia 1893 roku, skarżąc się na ustawiczny katar nosa oraz zupełną niemożność oddechania z zamkniętymi ustami, trwające od lat dwóch. Przytem chory w ostatnich czasach sypia coraz niespokojniej, zjawiają się od czasu do czasu w nocy napady silnej duszności. Od kilku miesięcy niepokoi również chorego szum w lewem uchu.

Przed rokiem dotknięty był prawostronnem ropieniem usznem, które ustąpiło po usunięciu kilku polipów nosowych. Po za tem zdrów; o żadnych nadużyciach ani in Baccho, ani in Venere nie wspomina.

Przy badaniu chorego znalazłem co następuje: budowa prawidłowa, odżywianie dość liche, w narządach wewnętrznych żadnych zmian się nie wykrywa. W lewem uchu wciągnięcie błony bębenkowej; prawe zdrowe. Chory ma usta stale otwarte, oddechanie przez nos absolutnie niemożliwe, mowa mocno nosowa. Badając nos od przodu wziernikiem, znalazłem obie jamy nosowe wypełnione prawie zupełnie masą polipów zwykłych, śluzowych.

Badając jamę ustną, zauważyłem, iż miękie podniebienie niezwykle silnie jest ku przodowi wypukłone i że wejście do jamy nosogardzielowej się przedstawia niezwykle obszernem. Po odchyleniu podniebienia miękkiego można było dostrzedz zwłaszcza wyraźnie od strony lewej część guza, wypełniającego, jak się to później okazało, całą jamę nosogardzielową.

Guz miał wygląd dość bladawy, o nierównej brodawkowatej, przypominającej malinę powierzchni. Przy dotknięciu sonda, jakoteż palcem mało krwawi, mięki. Ani za pomocą tylnej rhinoscopii, ani palcem nie byłem w stanie określić miejsca przyczepu guza, nie ulegało jednak wątpliwości, że strop gardzieli nie był zajęty.

Na usilne prośby chorego postanowiłem guz bezwzględnie

usunąć i to za pomocą zimnej pętli w braku pod ręką galwanokaustycznej, jaką zwykle w tych razach używam. Zresztą guz nie wydawał mi się zbyt unaczynionym (był dość bładny, przytem mało krwawił przy dotykaniu), w każdym jednak razie miałem zapewnioną pomoc w osobie przyjmującego w sąsiednim pokoju chirurga, oraz felezera lecznicowego, który mi przy operacji asystował.

Przedewszystkiem postarałem się o możliwą dezynfekcję jamy nosogardzielowej, co z wielką tylko trudnością dokonać byłem w stanie, gdyż płyn antyseptyczny (1% roztwór kreoliny) zupełnie przez jamy nosowe nie przechodził do jamy nosogardzielowej, dopiero przy silnem nachyleniu głowy chorego ku tyłowi nieco płynu dostało się, i to jedynie przez prawe nozdrze do jamy nosogardzielowej. Również i od strony jamy ust dezynfekcyja była tylko częściowo możliwą do wykonania. Naturalnie, iż o znieczuleniu w obec podobnego stanu rzeczy mowy być nie mogło.

Operację wykonałem w sposób następujący: pętlę poziomo ku przodowi uszykowaną, w aparacie specjalnem dla jamy nosogardzielowej Hartmann'a wprowadziłem przez jamę ustną (przez jamy nosowe przystęp był niemożliwy, uprzedniego zaś wycięcia polipów nosowych w celu utworzenia sobie drogi do guza nosogardzielowego, nie uważałem za rękoczyn prowadzący do celu), z łatwością po odchyleniu miękkiego podniebienia udało mi się ją nałożyć na widzialną wówczas dolną część guza, za pomocą zaś wskaziciela lewej ręki możliwie wysoko, aż ku przyczepowi guza, pętlę ową podsunąć, następnie powoli ściągając pętlę, przy wykonywaniu jednoczesnem lekkich trakecyj guz w całości byłem w stanie wyciągnąć. Ból przytem był prawie żaden, krwawienie zaś bardzo umiarkowane. Efekt po operacji był kolosalny, chory, według słów własnych, czuł się jakby nowonarodzony, utrzymując, że po raz pierwszy od lat dwóch może swobodnie oddechać nosem. Przeszprycowanie jam nosowych, bezpośrednio po operacji wykonane, tymże samym roztworem kreoliny dało tym razem wynik dodatni: płyn najzupełniej swobodnie przechodził przez prawe nozdrze, w lewej nieznaczna jeszcze napotykał przeszkodę. Podczas wyszprycowania chory wykształcił jeszcze jeden kawałek (prawdopodobnie część głównego guza odciętą podczas operacji. Badanie nosa od tyłu lusterkiem krtańniowem dało się obecnie najzupełniej dokładnie wykonać: strop, jakoteż górne części choan były niezajęte, natomiast na tylnym końcu muszli dolnej lewej (mocno przerosłej), można było wyraźnie dostrzedz ślad przyczepu (bardzo szerokiego, zachodzącego na tylny-dolny odcinek vomeris) guza, co również jeszcze raz w dniu następnym stwierdzić byłem w stanie. Nazajutrz również zająłem się usunięciem w zwykły sposób (pętlą zimną) polipów nosowych, przytem krwawienie było bardzo nieznaczne, ból na-

tomiast o wiele był dokuczliwszym, niż podczas wyjmowania guza z jamy nosogardzielowej. Chory wkrótce potem zmuszony był opuścić Warszawę, przez co uniemożliwił mi dokonanie radykalnego wypalenia resztek resp. przyczepu guza w jamie nosogardzielowej.

Wyjęty guz z jamy nosogardzielowej, jak to najlepiej wiadać z dołączonego rysunku *), przedstawia się kolosalnych rozmiarów (w wymiarze podłużnym przeszło 6 ctm., w poprzecznym 5 ctm., grubości zaś $2\frac{1}{2}$ ctm.), na pierwszy rzut oka robi wrażenie kawałka mózgu, guz bładawy, o kształcie nieprawidłowym, nieco owalnym, miękkim, składający się z większych oraz mniejszych zrazików, (jeden z większych zrazików, przedstawiony w postaci mniej więcej kwadratowej, wynosi w wymiarze większym $3\frac{1}{2}$ ctm., w prostopadłym zaś do poprzedniego przeszło 2 ctm.). Każdy zrazik składa się znowu z drobnych brodawek, przypominających raczej zwoje mózgowe. Taki charakter ma większa część obu guzów, prócz tego w większym z nich wyodrębniają się dwa, odmiennej natury, guziki. Większy, wielkości dużego migdała, drugi pod nim leżący o połowę mniejszy, więcej podłużny, oba gładkie, blade, miękkie, na przekroju jednolite, robią wrażenie zwykłych polipów śluzowych. Badanie drobnowidzowe zarówno guza z nosogardzieli, jakoteż polipów nosowych, dokonane przezemnie w zwykły sposób (zatonienie metodą parafinową prof. Przewoskiego, barwienie skrawków haematoxyliną+eozyną, a także haematoxyliną+mięszaniną z kwaśnej fuksyny i kwasu pikrynowego), dało następujący rezultat:

1) główna massa guza z jamy nosogardzielowej przedstawia wszystkie cechy typowego brodawczaka (papilloma) z niewielką ilością naczyń krwionośnych.

2) oddzielne guziki, wchodzące w skład powyższego guza, przedstawiają się jako włókniaki miękkie (fibromata mollia), również mało unaczynione, nie zawierające wcale gruczołów śluzowych, wreszcie

3) polipy śluzowe nosa również dały zwykły obraz fibromata mollia.

Powyższe preparaty łaskawie przejrżeli: dziekan Brodowski, oraz prof. Przewoski.

*) Przedstawia on w górnej części guz wraz z odciętą pętlą, za pomocą której został zoperowany, poniżej zaś drugi mniejszy, prawdopodobnie część poprzedniego. Guz ten był demonstrowany na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 16/I 89.

Rysunek podany będzie w przyszłym Zeszytcie.

Powyższy przypadek pod wielu względami zasługuje na uwagę: 1) Co się przedewszystkiem tyczy rozmiarów guza, to takowy o wiele przewyższa zwykle w jamie nosogardzielowej spostrzegane guzy, jakkolwiek w ogóle te ostatnie dochodzą do znacznych rozmiarów (jeden z takich guzów, mający 5 cm. długości, oraz 3 cm. szerokości, $1\frac{1}{2}$ cm. zaś grubości w przy-czepie, jest opisany w pracy mojej: „Kilka uwag o stosowaniu galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów“ (Kro-nika Lekarska 1892). 2) O wiele ważniejszy jest sam charak-ter guza. Jak wiadomo guzy w jamie nosogardzielowej dzielą się na łagodne i złośliwe: z pierwszych do najczęstszych należą włókniaki (takim się również okazał przy zbadaniu pod drobno-widzem wyżej wymieniony pod Nr. 1 guz). Natomiast brodawczaki i to takich rozmiarów, jak w naszym przypadku, należą do wielkich rzadkości. Bensch np., autor doskonałej mono-grafii o guzach w jamie nosogardzielowej (w Voltolinie'go „Die Krankheiten der Nase 1888), na 120 przyp. takich guzów, ani razu nie wspomina o brodawczakach. Wprawdzie brodawko-wate zmiany na muszlach, przeważnie dolnych (mianowicie ich przednich, jakoteż tylnych końców) zdarzają się względnie czę-sto. Ja sam nieszczęśliwie rzadko miałem sposobność takowe spostrze-gać, oraz operować za pomocą pętli galwanokaustycznej. U Schecha również (Die Krankheiten der Mund und Rachenhöhle, 3-cie wyd. 1890), jakoteż w najnowszym atlasie chorób nosa i gar-dła (Grünwald 1894) znajdujemy rysunki podobnych zwyrodnień brodawkowych na muszlach dolnych. Jednak o prawdzi-wych papilomatach, mających punkt wyjścia z tylnego odcinka muszli dolnej, jak to miało miejsce w naszym przypadku (naj-częściej guzy w jamie nosogardzielowej biorą początek ze stropu gardzieli) i to tak kolosalnych rozmiarów, nie przypominam so-bie, bym gdziekolwiek w literaturze znajdował wzmiankę. Jeden jedyny Jurasz, w swoim podręczniku (Die Krankheiten des Ra-chens, II tom 1891) na str. 211 opisuje i ilustruje jednocześnie bardzo ciekawy i dość do naszego zbliżony przypadek guza jamy nosogardzielowej. Dotyczył on 13-letniego chłopca, u którego autor wyjął guz (niema wzmianki jaką drogą, czy przez jamę ustną? oraz gdzie był jego przyczep), składający się z 3-ch czę-ści górnej, włóknistej, oraz od niej odchodzących dwóch części, mających wygląd malin, te ostatnie przy zbadaniu pod drobno-widzem, okazały typową budowę brodawczaka (papilloma).

Rozmiary jednak guza nie były tak znaczne, jak to np. w naszym przypadku miało miejsce. (Jedna część mianowicie wynosiła 3 ctm. długości, oraz $1\frac{1}{4}$ szerokości, druga zaś $1\frac{1}{4}$ ctm. długości i 2 ctm. szerokości). W nosie również były jednocześnie zwykle śluzaki. Po usunięciu guza w przypadku tym ustąpiła bezpowrotnie astma.

3) Wreszcie słów parę o samym sposobie operowania. Zwykle guzy w jamie nosogardzielowej usuwam za pomocą pętli galwanokaustycznej i tę metodę uważam za najodpowiedniejszą ze względu na niebezpieczeństwo krwotoku. Wspominałem już powyżej, dla czego tym razem odstąpiłem od zasady.

Również za najodpowiedniejszą uważam metodę operowania takich guzów, przez jamę ustną, sposobem, który kilkakrotnie z powodzeniem zastosowałem (vide powyższą pracę moją o stosowaniu galwanokaustyki etc.), między innymi w tenże sposób, t. j. z horyzontalną ku przodowi skierowaną pętlą, był żoperowany powyżej wspomniany przezemnie olbrzymi włókniak jamy nosogardzielowej.

Jakie też rokowanie można postawić w powyższym przypadku? Że recydywa w obec niewykonania (co nie odemnie zresztą zależało) doszczętnego wypalenia resztek guzu, nastąpi i to prawdopodobnie w niezbyt odległym terminie, to zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości. Kwestya tylko, czy i wtedy badanie drobnowidzowe wykaże ten sam łagodny charakter guza czyli też, co jest prawdopodobniejszem, że względu na wiek podeszły chorego, guz wówczas będzie miał już charakter złośliwy.

Przypadek spóźnionej wysypki grypowej.

Podał

F. Grodecki.

Znajomość influenzy, zwłaszcza zaś towarzyszących jej powikłań, pomimo zajęcia, jakie w każdym lekarzu wzbudza owa choroba, pozostawia wiele jeszcze luk, i dla tego to właśnie przypuszczam, że opis przypadku, jaki spostrzegłem na samym

sobie, mieć może pewną wartość, a to tem więcej, że ani w dostępnem mi piśmiennictwie bieżącym, ani w posiadanych podręcznikach patologji szczegółowej opisu podobnego przypadku nie znalazłem.

10 Listopada r. z. podczas panującej w całej okolicy epidemii grypy, ku wieczorowi poczułem się niezdrów: po krótkotrwałych dreszczykach wystąpiło uczucie znużenia, rozłamaniem całego ciała i ból głowy, ciepłota o godz. 6 doszła do 38.5, puls 96. Śledziona, o ile ją sam zbadać mogłem, wyraźnie powiększona. Ku północy objawy powyższe znacznie się wzmogły, ciepłota zaś doszła do 39.5. Nad ranem wystąpił obfity pot, ciepłota zaś spadła do 38.5. Cały dzień następny, oprócz wielkiego zmęczenia i niechęci do pracy nie uczuwałem żadnych innych dolegliwości, ku wieczorowi znowu wystąpiły objawy opisane wyżej, a cały obraz chorobowy powtórzył się z najdrobniejszymi szczegółami.

Nazajutrz t. j. 12 Listopada czułem się zupełnie zdrów, tylko mocno osłabiony. Badając dnia tego śledzionę, znalazłem ją w granicach normalnych. Leczenie polegało na przyjmowaniu dużych ilości wina czerwonego.

Ponieważ w tym czasie z powodu znacznej ilości chorych na influencję i tyfus miałem sporo roboty, zmuszony więc byłem wbrew wszelkim wymaganiom terapii całe dni spędzać na bryczce podczas zimnej i dżdżystej pogody, skutkiem czego nabawiłem się mocnego zapalenia oskrzeli, które mnie blisko przez miesiąc nie opuszczało.

17 Listopada t. j. w 6 dni po skończeniu gorączkowego okresu influenzy, ubierając się rano ku wielkiemu zdziwieniu swemu ujrzałem całe ciało pokryte jasno-czerwoną wysypką. Nie zajęte były: ręce, twarz, szyja, dolne części podudzia i stopy. Ogólny stan zdrowia mego, oprócz bronchitis, był wcale zadawalniający, ciepłota normalna, śledziona niepowiększona. Z wyglądu wysypka była najbardziej do odry podobna: oprócz atoli plamek odrowych zauważyłem na piersiach kilka zlekka swędzących bąbli, łudząco przypominających pokrzywkę.

Wracając do wysypki odrowej, dodać winienem, że i ona zlekka swędziała, od ucisku palcem znikała niezupełnie; gładząc delikatnie ręką zajęta skórę, można było wyczuwać lekką nierówność takowej. Najobficiej pokryta wysypką była przednia i boczne powierzchnie tułowia, a także wewnętrzne powierzchnie kończyn górnych i dolnych. Gęstość wysypki była b. znaczna.

5-go dnia wysypka zaczęła blednąć, świąd zaś nieco się zwiększył; 7-go dnia wysypka stała się zaledwie dostrzegalna, świerzbienie za to stało się bardziej dolegliwem. Jednocześnie zjawilo się nieznaczne łuszczenie się naskórka, trwające dni kilka.

Zastanawiając się nad opisanym przypadkiem, sędzę, że była to wysypka grypowa spóźniona. Prof. Teissier w ciekawej pracy swej „Le grippe influenza“ (Paris 1893) mimochodem za ledwie wspomina o podobnym zjawisku i uważa je za powikłanie influenzy, nie mówi jednak nic ani o tem, kiedy to powikłanie występuje, ani jak przebiega.

O ile mogę sądzić z własnej praktyki powikłanie to spotyka się dosyć rzadko, na 300 bowiem z górą chorych na influenzę, jakich miałem sposobność spotrzegać, widziałem je tylko raz jeden, mianowicie u siebie *).

Że w danym razie nie była to odra, dowodzi tego brak innych, charakterystycznych dla odry objawów, nieobecność chorych odrowych, oraz ta okoliczność, że odrę raz przebyłem. To samo się stosuje do rubeola i roseola febrilis.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija i Medycyna wewnętrzna.

138 PIERE MARIE. O istocie choroby Basedowa. (*Mercredi Medic. 1894 N. 9*).

Stosując w celach leczniczych wyciąg z gruczołu tarczowego, Marie przekonał się, iż pod wpływem takiej kuracji występuje cały szereg objawów charakteryzujących chorobę Basedowa, a mianowicie: tachycardia, hyperthermia, hyperhydrosis, hyperexcitabilitas universalis, insomnia, paraplegiae incompletae i t. d.

Jedynie tylko wysadzenia gałek ocznych i objawu Graefe'go drogą tą utrzymać nie możemy. Nie przechylając się więc stanowczo ku rozpowszechnionej teorii (Gauthier, Moebius, Renant, Joffroy), która zmiany w gruczole tarczowym przy chorobie Basedowa uważa nie za skutek, lecz za istotną przyczynę choroby, autor patrzy na większość objawów charakterystycznych dla choroby Basedowa, jako na następstwo przesylenia ustroju produktami zwiększonej działalności gruczołu tarczowego.

Na potwierdzenie tego poglądu przytacza spostrzeżenie,

*) Mówił mi wprawdzie jeden z moich pacjentów, że sam miał taką wysypkę. Nie widziałem jej jednak, więc nic pewnego o tym powiedzieć nie mogę.

stwierdzone i przez innych autorów (Horsley, Canter), że o ile zadawalające wyniki otrzymać się dają przy leczeniu obrzęku śluzowego za pomocą wyciągu z gruczołu tarczowego, o tyle przy chorobie Basedowa rzecz się ma zupełnie odwrotnie. Metoda ta wprost potęguje objawy chorobowe.

Wobec tego, przypuszczając, iż pierwotną przyczyną choroby są zmiany w układzie nerwowym¹⁾, od których zależy zwiększenie czynności gruczołu tarczowego, Marie wszystkie prawie objawy choroby Basedowa uważa jako następstwo przesylenia ustroju ciałami przez gruczoł ten wydzielanymi. W prostym związku z tą teorią stoi i terapia przez niego zalecana. Za jedyną racjonalną metodę leczenia choroby Basedowa uważa on drogę chirurgiczną, bądź to jako thyreoidectomię (Fillaux), bądź też exothyropeksyją (Prof. Poncet), polegającą na wyciągnięciu na zewnątrz części lub całego gruczołu, w celu otrzymania zaniku lub częściowego zniszczenia (przyżeganiem). *K. Wisłocki.*

139. Dr. SITTMANN i Dr. BARLOW. **Spostrzeżenia nad Bacterium coli commune we krwi osobnika żyjącego.** (*Deutsches Arch. für Klin. Medicin. Bd. 52. Heft 5 und 4, 1894.*)

Do etylogologii spraw ropnych i zakaźnych, wywoływanych przez *Bact. coli commune* przybywa jeszcze jeden fakt, mianowicie znalezienie go we krwi.

Dotychczas znane są w literaturze dwa podobne przypadki: jeden opisany przez Hartmann'a i de Gennes'a, którzy znaleźli omawianego pasożyta we krwi podczas gorączki moczowej w napadzie dreszczy; drugi przypadek opisał Albarran, który znalazł we krwi chorego po skruszeniu kamieni pęcherzowych na 16 godzin przed śmiercią *Bact. coli* i paciorkowce.

W przypadku autora punktem wyjścia ogólnego zakażenia było również cierpienie organów moczopłciowych z zejściem śmiertelnym.

Dokonana sekcja stwierdziła: cystitis purulenta, paranephritis et nephritis parenchymatosa purulenta; endocarditis veru-posa, Secsis.

Badanie drobnowidzowe przeprowadzono tylko na nerce, w której znaleziono mnóstwo drobniotkich ropni, zawierających ogromną ilość pasożytów; przypominających formą *Bact. coli* i nie barwiących się sposobem Gramm'a.

Ze krwi wydobytej z Vena mediana na 11 godzin przed śmiercią chorego wyhodowano na płytkach agarowych i żelatynowych pasożyta, którego własności morfologiczne były zupełnie identyczne z *Bact coli* Escherich'a. Z moczu tego chorego otrzy-

¹⁾ Według badań Müllera (*Revue de medic. 1894. N. 1*), przeważnie w rdzeniu przedłużonym. (*dop. sprawoz.*)

mano również czyste hodowle tego pasożyta, dokładnie według nowszych tego rodzaju wymagań stwierdzone.

Szczepienia u zwierząt dały różne wyniki; w ogóle można powiedzieć, że tylko hodowle zaszczepione bezpośrednio do krwi zwierzęcia dały rezultat dodatni, wszystkie inne ujemny. Szczególniej zadziwiającym jest brak cierpienia organów moczowych po zastrzyknięciu królikowi hodowli ze krwi i moczu do pęcherza moczowego po podwiązaniu moczowodu; zdawałoby się, że po podwiązaniu moczowodu zakażenia organów moczowych przez *Bact. coli*, wyhodowany ze sprawy zapalnej w organach moczowych ludzkich bardzo łatwo nastąpić powinno. Należy położyć to na karb rozmaitych, dotąd jeszcze nieznanymi, warunków jadowitości tego pasożyta. Taka niestałość w stopniu jadowitości *Bact. coli* upoważnia autorów do nieliczenia się bezwzględnego z wynikami doświadczeń na zwierzętach i do uważania wyhodowanego przez siebie ze krwi pasożyta za sprawcę całego obrazu chorobowego i zejścia śmiertelnego. Autorowie kładą nacisk na to, żeby badać bakteryjologicznie krew przy sprawach zakaźnych w ogóle, a przy sprawach zakaźnych, zależnych od cierpienia organów moczopłciowych w szczególności.

J. Salberg.

140. Dr. SIEGEL. I. Stomatitis epidemica u ludzi, jej tożsamość z zarazą pyska i racie zwierząt domowych i wspólny obum czynnik chorobotwórczy. (*Die Mundseuche des Menschen (Stomat. epid.) deren Identität mit der Maul und Klauenseuche der Haustiere und beider gemeinsamer Erreger. Deutsch. Med. Woch. Nr. 49, 1891.*)

141. II. Stomat. epid. ludzi i zaraza pyska i racie bydła rogatego. (*Die Mundseuche des Menschen und Maul und Klauenseuche der Rinder.*) *D. Med. Woch. Nr. 18 i 19, 1894.*

Siegel, praktykujący w Britz, jednej z podmiejskich gmin Berlina, gdzie na potrzeby wielkowiejskie utrzymuje się dużo bydła, a warunki higieniczne dużo pozostawiają do życzenia (zła woda gruntowa, wodociągów niema) miał sposobność podczas epizootji zarazy pyskowej w latach ostatnich obserwować kilkaset wypadków podobnych zachorowań i u ludzi (w tem około 10% śmiertelności) ¹⁾.

¹⁾ O zarazie pyska i racie zwierząt domowych, o jej przebiegu, złośliwości, przepisach policyjnych co do zapobiegania zarazie etc. Patrz u Piotra Seifmana „Choroby pasożytnicze, a w szczególności choroby zakaźne zwierząt domowych.“ Warszawa. 1891. Odbitka z Encyklopedyi Rolniczej, a także tegoż autora „Wykład chorób pomorkowych (Epizootjologia)“ w bibl. uniej. lekarskich, wydaw. przez Gaz. Lek. Warszawa, 1874.

Uważamy stąd za stosowne zreformować powyżej zacytowane prace Siegel'a, tembardziej, że objawy opisywanej choroby mają tak wielką różnorodność, tyle mogą dotyczyć poszczególnych narządów, mogą dać powód do zmieszania z tyłu innemi chorobami, że muszą być interesującymi nie tylko dla lekarzy ogólnych, ale i dla różnorodnych specjalistów.

Przebieg choroby u ludzi opisuje Siegel w sposób następujący: inkubacja trwa od 8—10 dni. Po upływie tego czasu występują prodromy w postaci mniej lub więcej silnego dreszczu, bólów w krzyżu, ogólnego rozbicia, zawrotu głowy, a nawet drgawek. Do tego dołączają się czasami mdłości i bolesność okolicy żołądka i wątroby, dalej uporczywe zatwardzenie, uczucie ciężaru a nawet parestezyje w kończynach dolnych. Gorączka lekka, rzadko przechodzi 39.5. W tym stadium spostrzega się często i katar gardzieli z chrypką; twarz przyjmuje charakterystyczny wygląd i oczy z sino-żółtymi obwódkami. Skóra twarzy szaro-żółta i sucha, często żółtaczka. Większość chorych w tym stadium jeszcze chodzi i oddaje się zwykłej pracy, nie wszystkich natężenie objawów do łóżka przykuwa. Śród takich objawów po upływie 3—8 dni występuje charakterystyczne zapalenie błony śluzowej jamy ust, obrzęk języka, poczem pojawiają się na nim charakterystyczne odciski zębów i żółty, często nawet czarny, mocno siedzący nalot. Dziaśła, szczególnie papillae intentionales opuchają, barwę przejmują sino-czerwoną. Foetor ex ore. Zęby poczynają się chwiać i kaleczą obrzękłą bł. śluzową policzków, puchną również i szczęki, głównie dolna, i są bolesne na ucisk. Do tego przyłącza się kłócie w uszach i uczucie swoistego naprężenia w mięśniach żwaczach i stawie żuchwowym, co szczególnie dolega przy jedzeniu. W większości przypadków pojawia się w ustach wysypka w postaci małych pęcherzyków na brzegach języka i wargach, głównie w kątach ust; pęcherzyki te niebawem pękają i pozostawiają małe, zlewające się owrzodzenia. Jednocześnie ze stomatitis w większości przypadków, szczególnie u kobiet i dzieci, pojawia się wysypka na gołeniach i przedramionach w postaci petoci lub pęcherzyków surowiczą lub krwistą wypełnionych zawartością. U dzieci wysypka ta całe czasem pokrywa ciało; w niektórych przypadkach wysypka zarówno w ustach jak i na kończynach i twarzy ogranicza się tylko do jednej połowy ciała. Z pojawieniem się wysypki ogólnej, do której zresztą w lekkich przypadkach wcale nie przychodzi, znika zwykle gorączka, zjawia się apetyt; a przy racjonalnem leczeniu znika w przeciągu 1 do 2 tygodni i stomatitis, pozostaje tylko uczucie osłabienia i reumatyczne bóle w członkach, które zaledwie po 4—8 tyg. przemijają.

Większość wypadków przebiega tak, jak wyżej opisano, jednakże nie wszystkie. U czwartej blisko części chorych zjawiają się w różnych zajętych organach takie komplikacje, które

chorobie dają bardzo ciężki charakter, w innych zaś przypadkach wyżej opisane objawy wciąż się powtarzają, tak, że choroba trwać może do roku, a nawet i dłużej.

Rozpoczynając wymienianie tych komplikacji od jamy ustnej nadmienić należy, że język czasem tak silnie puchnie, że nie mieści się w jamie ustnej, przyczem część, przed zębami wystająca, ulega zgorzeli i eliminacji. Zapalenie dziąseł również czasem przyjmuje charakter nekrotyczny, szczególnie przy zaniedbaniu starań o czystość jamy ustnej zjawiają się na nich rozległe owrzodzenia, oraz silne cuchnienie. Po silnych zapaleniach dziąsła ulegają później takiej retrakcyi, że przyjąć może do zupełnego obnażenia korzeni zębów. Owrzodzone dziąsła mają wielką skłonność do krwotoków, w jednym przypadku uporczywe krwotoki z dziąseł były przyczyną śmiertelnego zejścia. Pęcherzyki i owrzodzenia pojawiają się czasem i w nosie, i tu również dając okazyję do silnych krwotoków. Ślinianki także często ulegają zapaleniu, wysypka i owrzodzenia rozprzestrzeniają się również na przetyk, co czyni bolesnem połykanie. W letnich miesiącach nie brak i groźnych żołądkowo-kiszczkowych krwotoków, w zimowych zaś nie raz obserwowano kataralne zapalenie płuc.

U wielu chorych spostrzegano in. st. prodr. zachorzenie serca: szmery, arytmiczne tętno; objawy te jednak z wystąpieniem zapalenia bł. śl. ust zwykle znikają. Powiększenie wątroby jest jednym z więcej stałych objawów, bóle w krzyżu wskazują na zajęcie nerek, śledziona nigdy zmian nie przedstawia. Wysypka na skórze przyjmuje wygląd najrozmaitszy: od petoci i pęcherzyków dochodzi nie raz do rozległych podskórnych wybroczeń i to nie tylko na kończynach, a nawet i na tułowiu; na stopach i dłoniach widywał Siegel pęcherze, podobne do bąblicy; paznogiowe falangi palców rąk ulegają czasami nekrotycznemu powierzchownemu zapaleniu.

W kilku śmiertelnych przypadkach wysypka pokryła całe ciało; zawartość pęcherzyków z początku surowicza, później ropna, w czem zachodzi pewne podobieństwo z ospą.

Objawy ze strony systematu nerwowego polegały, nie mówiąc o prodromalnych zawrotach i drgawkach, na mniej lub więcej trwałych ograniczonych porażeniach; spostrzegamy również lekką sztywność w karku, w kilku przypadkach były objawy podobne do tężca, z tych 4 śmiertelne. Kilka razy spostrzegano orchitis; zatrzymanie miesiączki jest u kobiet prawidłem, ciężarne często ronią, białkomocz skonstatowano tylko 2 razy, choć moczu w wielu wypadkach badano. We krwi znajdowano powiększenie ilości ciałek białych. W wielu wypadkach po zniknięciu objawów chorobowych występowało długotrwałe charłactwo, które niejednokrotnie doprowadziło do śmierci.

Do powyższych objawów, opisanych w r. 1891, dodaje autor obecnie jeszcze nowy, jakoto pęcherzykową wysypkę na

piersiach karmiących kobiet, jako też na praeputium i wargach sromnych u dorosłych i dzieci. Ponieważ pęcherzyki przechodzą później zwykle w owrzodzenia, to jest okazyja do zmieszania z owrzodzeniami syfilitycznemi; kilka razy obserwowano wysypkę na łącznicy i rogówce, co zwykle się bardzo źle dla oka kończyło. Owrzodzenia na migdałkach i podniebieniu symulowały dyfteryt, dyfterytycznych bakteryi nie znajdowano jednak nigdy. Rozległe owrzodzenie w jamie ust daje okazyję do zakażeń wtórnych, w kilku przypadkach przyszło do ropienia w grucz. limf. szyi; zkad wyhodowano kilka gatunków streptokoków. U zwierząt powyższe komplikacje nie należą do rzadkości, co za idenycznością spraw tych u ludzi i zwierząt przemawia.

Przy rozprzestrzenieniu wysypki po całym ciele otrzymujemy czasami obraz poniekąd do szkarlatyny, plamistego tyfusu lub odry podobny, zachowanie się gorączki pozwala jednak zawsze postawić prawdziwe rozpoznanie.

W ogóle główne objawy tej choroby można podzielić na trzy grupy: jelitowe, skórne i piersiowe. Pierwsze co do ilości przeważają; cała choroba czasem ma pozór długotrwałego kataru żołądka, przebiegającego z wielką prostracją, przypadkowo tylko w pierwszych dniach odkrywa się charakterystyczną stomatitis. Siegel przypuszcza, że wiele przypadków zarazy pyskowej u ludzi w innych miejscowościach, rozpoznawano niewątpliwie jako tyfus, influenzę, katar żołądka, lub skrytą posocznicę. Niewątpliwie wiele epidemii, opisywanych jako gnilec, było opisaną przez autora chorobą, za czem przemawia idenyczność objawów, jak również ta okoliczność, że nawiedzane przez gnilec miejscowości są gniazdem zarazy pyskowej bydłowej (południowa Rosyja, Rumunija). Również i okrętowe epidemie gnilca najczęściej występowały na okrętach płynących z deszczowych stron Afryki, gdzie, jak brzmią relacje podróżników, zaraza pyskowa nieustannie grasuje wśród bydła.

Idenyczności opisanej przez Siegel'a epidemii w Britz z zarazą pyskową najlepiej dowodzi to, że udało mu się wyhodować z organów wewnętrznych 7 ludzi zmarłych na tę chorobę, głównie zaś z ich wątrób i nerek, swoiste bakteryje, których częste hodowle, szczepione świniom, cielećtom i krowom dały typowy obraz zarazy pyskowej, stwierdzony przez kompetentnych weterynarzy. Też same bakteryje wyhodowano następnie z org. wewnętrznych szczepionych zwierząt; idenyczne bakteryje znalazł następnie u zdechłego w ostrym stadium zarazy wołu Dr. Christman, jako też i sam autor u zdechłej w podobnych warunkach krowy. Z jednej chorej Siegel'a te same bakteryje wyhodował prosektor szpitala am. Urban Dr. Troje. Ponieważ przytacza Siegel protokół sekcji tej chorej, to dla uzupełnienia powyżej opisanego obrazu choroby, dodamy z tego protokołu, że w sercu, nerkach i śledzionie wybitnych zmian nie znaleziono, wą-

troba zaś była powiększona i zmieniona. W kiszkach znaleziono powiększenie i owrzodzenie solitarnych gruczołów i kępek Peyera, dalej powiększenie mezenterjalnych gruczołów chłonnych (nie wspominamy tu o tych objawach, które poprzednio w opisie przebiegu choroby były wymienione).

Wychodowane przez siebie bakteryje opisuje Siegel jako krótkie pałeczki lub podługowate koki 0,5 — 0,7 M. długości, barwiące się słabo pośrodku, a mocno na biegunach (to zachowanie się przy barwienia wyróżnia je od innych bakteryi). Bakteryje są nieruchome, czasem wyrastają w pozorne nici. Hodują się na żelatynie nie rozrzedzając takowej, na płytkach w postaci małych, ostro-ograniczonych, sinawo-białych, a później nieco żółtawych kolonij; przy ukłóciu również żelatyny nie rozrzedzają; na powierzchni mają delikatny, sinawy nalot. Oprócz tego hodują się te bakteryje na agarze, surowicy krwi, kartoflu i buljonie. Barwią się powoli, sposobem Grama się nie barwią. Znaleźć można bakteryje w org. wewnętrznych, przeważnie w wątrobie i nerkach ludzi, jak również zwierząt zmarłych podczas pierwszych 10 dni zachorowania; później wynalezienie bakteryi jest mniej pewne. Szczepić się dają te bakteryje zarazy pyskowej gołębiom, krowom, świniom i kurom, ale szczepienie się udaje tylko w razie użycia dużej ilości hodowli.

Dodać nam jeszcze należy, że zarażenie się człowieka bezpośrednio od zwierząt zarówno według obserwacji Siegela jak również poprzednich obserwatorów prowadzi zwykle tylko do łagodnych zachorzeń miejscowej natury. Ciężkie przypadki powstają wskutek zarażenia się człowieka od człowieka. Zachodzi więc tu stosunek do pewnego stopnia taki, jak pomiędzy ospą ludzi i krowianką.

Dzierżawski.

142. M. J. JERUSALIMSKI. **Przyczynek do anatomii patologicznej gruczołów potowych przy cholercie azyjatyckiej.** (*Wracz. 1894. Nr. 3.*)

Zmiany anatomiczne w skórze, specjalnie zaś w zawartych w niej gruczołach potowych są przy rozmaitych stanach chorobowych mało zbadane, pomimo iż czynność jej stoi w pewnym związku z wydzieleniem nerek, gdyż, oprócz wody, skóra wydziela w pewnych stanach patologicznych inne produkty przemiany materyi.

O ile więc baczną zwracamy uwagę na nerki tam, gdzie chodzi o nieprawidłową przemianę materyi, o tyle też powinniśmy nie lekceważyć i czynności tego drugiego wydzielniczego organu—skóry. Zajmując się tą ostatnią, zwrócić należy przede wszystkim uwagę na zmiany w niej przy cholercie azyjatyckiej, przy której czynność skóry, jak wiadomo, jest upośledzoną.

Autor zbadał 15 przypadków cholery azyjatyckiej, z których 10 zakończyło się śmiercią w okresie zamartwiczym, a 5

w tyfoidalnym. Preparaty drobnowidzowe badane były w stanie świeżym i stwardzonym. Pochodziły one z główniejszych części ciała, mianowicie z głowy, tułowia (przednia część klatki piersiowej, pacha) i kończyn (dłoń i przednia powierzchnia biodra).

Zmiany anatomo-patologiczne, spostrzegane w gruczołach potowych i innych częściach skóry, polegają na nagromadzeniu się białych ciałek w *corium*, co jest dowodem zapalenia, oraz na szeregu zwyrodnień; główne części składowe skóry, mianowicie: komórki nabłonkowe gruczołów oraz warstwy Malpighi'ego podlegają zwyrodnieniu wodnicowemu.

Do innych zmian komórek nabłonkowych gruczołów należy zwyrodnienie skrobiowate oraz ich zmetnienie (trübe Schwellung).

Zauważyć należy, iż zmiany, spostrzegane w nabłonku gruczołów potowych, nie są w tak wysokim stopniu wyrażone, jak to ma miejsce w kanalikach moczowych. Nadto w 3-ch z pomiędzy 14-tu przypadków, autor znalazł zwyrodnienie tłuszczowe.

Należy przypuścić, iż zarazek swoisty cholery, krążący we krwi, działa tak samo jak w każdej innej chorobie zakaźnej, mianowicie, drażniąc tutaj tkanki skóry, przyczem tylko w warstwach powierzchownych skóry nagromadza się większa ilość wody, a upośledzone w swej funkcji gruczoły potowe nie są w możności przygotować się do wymagań organizmu i wydalic z niego wytworzonego jadu.

Jeżeli zatem przy cholery zmiany anatomiczne w skórze sięgają tak wysokiego stopnia, być może, iż w odnalezieniu środka, któryby ułatwił i pobudził jej wydzielanie, zyskalibyśmy w ogóle wiele przy leczeniu cholery.

J. Salberg.

143. POTAIN. O nerwobólach serca odruchowego pochodzenia. (*Gazette hebdom. 1894, Nr. 11*).

Autor opisuje szereg wypadków, gdzie cierpienie spłotu barokowego lub podrażnienie nerwów kończyny górnej lewej (neuro-mat, corpus alienum, trauma, neuritis, rheumatismus etc.) było powodem silnych bólów w okolicy serca, połączonych z napadami naśladującymi dusznicę bolesną. Dla odróżnienia od tej ostatniej służyć mogą, zdaniem autora, następujące dane:

1. Napadom takim towarzyszą zawsze silne kołatanie serca, czego przy angina vera nie bywa.

2. Znaczenie fizyczne, wstrząśnienia moralne, które bywają powodem do wystąpienia napadu anginae verae, tu nie odgrywają najmniejszej roli. Napad przychodzi zwykle na skutek podrażnienia bólowego kończyny górnej lewej, lub przy silniejszych ruchach tej ostatniej.

3. Napad taki nie grozi życiu chorego, gdy przy angina vera chory często umiera w czasie ataku.

4. Usunięcie przyczyny, wywołującej podrażnienie bólowe nerwów kończyny górnej lewej, usuwa i same napady.

W dalszym ciągu swej pracy autor podaje krytyce teoryje powstawania podobnych ataków, a przede wszystkim najwięcej rozpowszechnioną teoryję Verneuil'a.

Według tego ostatniego sprawa polega na neuritis ascensus posuwającym się od miejsca cierpiącego na obwodzie w kierunku dośrodkowym do rdzenia, a z tamtąd drogami odśrodkowymi do serca *). Wobec takiej jednak teorii niezrozumiałem pozostaje ustawianie napadów po usunięciu nerwiaka (neuromatu) lub rezekcyi kawałka nerwu obwodowego, co przecież na powstałe już w układzie ośrodkowym zmiany wpływu wywrzeć nie może. Za jedyną przeto możliwą uważa autor teoryję odruchową Vulpiana. Głosi ona, że nie sam proces choroby, lecz wywołane przezeń podrażnienie nerwu obwodowego przenosi się drogą odruchową do serca, dla tego też z usunięciem podrażnienia na obwodzie ustają i napady sercowe. Jest to sprawa podobna do promieniowania bólu przy rwach.

Rozbierając w dalszym ciągu symptomatologię choroby, Potain zwraca szczególną uwagę na zwiększenie tępości serca, dochodzące często do 11 ctm. w podłuższym, a do 12 ctm. w poprzecznym wymiarze. Nie jest to jednak rozszerzenie serca, mające za punkt wyjścia komórkę prawą, jak to bywa przy zastojach w jamie brzusznej, ani też rozrost taki, jaki bywa przy chronicznych cierpieniach nerek, jako skutek zwiększonego ciśnienia tętniczego. Lassegue starał się tłomaczyć objaw ten jako następstwo przyspieszenia czynności serca. Teoryi jego jednak przeczy z jednej strony badania F. Franck'a i Cyon'a, dowodzące, że serce o rytmie przyspieszonym w danym okresie czasu wcale nie więcej przepycha krwi, niż w warunkach normalnych i że zwiększenie częstości uderzeń pociąga za sobą obniżenie ciśnienia tętniczego; z drugiej zaś strony powszechnie znany klinicystom fakt, że tak zwane „palpitationes idiopathicae“ bez zmian w zastawkach nigdy nie powodują zwiększenia wymiarów serca. Potain, chcąc wyjaśnić przyczynę zwiększenia wymiarów serca przy nerwobólach natury odruchowej, przypuszcza, że podrażnienie obwodowe drogą inhibicyi (prawdopodobnie przez pneumo-gastricus) wywołuje sercu stan, wyrażający się większem niż normalnie rozszerzeniem się serca w rozkurczu i mniej zupełnem opróżnieniem komórek przy skurczu. Stwarzają się więc warunki zbliżone do tych, jakie mamy przy wadach zastawkowych.

*) Według Hucharda (Maladies du coeur et de vaisseaux. Paris, 1881, str. 612) cierpienie zależy od neuritis-vago-phrenica. (Przyp. sprawozd.)

Co się tyczy wyraźnego związku opisanych napadów z cierpieniami kończyny górnej lewej, a nie prawej, autor powstrzymuje się od wszelkich hipotez, zwraca tylko uwagę na to, że już i dawniejsi pisarze (J. Franck, Odier, Zecchielli) stwierdzili większy wpływ na czynniki serca nerwów kończyny górnej lewej, niż prawej.

Ma się rozumieć, że jedynem racjonalnem leczeniem takich napadów będzie usunięcie przyczyny, wywołującej podrażnienie nerwów kończyny górnej lewej. Jako paljatywę zaleca autor środki, zmniejszające pobudliwość odruchową. *K. Wisłocki.*

II. Chirurgija.

144. Prof. G. PHORAS (Lille). **Zastosowanie wysokiej ciepłoty w chirurgii.** (*De l'emploi des températures élevées en chirurgie*). *G. de Hôp. Nr. 23. 1894.*

W swoim czasie donosiliśmy o zastosowaniu płomienia gazowego i wrzącej wody (ob. Félizet i Jeanel. Kr. L. z r. 92 str. 557) do dezynfekcyi ran po operacjach na tkankach dotkniętych gruźlicą. Obecnie prof. Phoras z Lille przyznając, że te sposoby są w stanie zdezynfekować ranę daleko lepiej od wszelkich agentów chemicznych, postanowił zbadać tę rzecz eksperymentalnie, aby się przekonać o ile i w jakich granicach możliwe jest zetknięcie żywych tkanek z wrzącymi płynami bez szkody dla ich żywotności. Pracę tę poruczył asystentowi swemu Hennecart'owi. Hennecart studjował tę kwestyję w sposób następujący: 1) za pomocą termokauteru nagrzewał ziemną oliwę, nalaną do rany ¹⁾, 2) wrzącą oliwę wlewał do ran, 3) robił toż samo z wrzącą wodą.

Oliwa wlewa się do rany w ilości np. 50 c. sz., za pomocą termokauteru nagrzewa się do tego stopnia, że po upływie 9 sekund otrzymujemy wszędzie w ranie 105 C. Po 14 sek. ciepłota dochodzi do 120. Czas potrzebny do uzyskania takiej ciepłoty zależy naturalnie od pojemności rany i ilości oliwy. Chcąc nagrząć oliwę do 80—90° trzeba trzymać termokauter w ranie średniej wielkości od 4—5 sekund.

Jeżeli oliwę nagrzaną uprzednio do 120 wlać w ranę, to po 5 sekundach ciepłota wynosi 70 stopni, poczem opada naturalnie niżej.

Jeżeli porównywać uszkodzenia od wrzącej wody z taką od oliwy (w ranę na udzie psa po jednej stronie stosował Hennecart

¹⁾ Sposób ten polecił pierwszy Dreesman do dezynfekcyi jam w kościach przed ich plombowaniem. (C. f. Chir. 1893 p. 55).

wodę i po drugiej oliwę) to okazuje się, że obnażona uprzednio w ranie tętnica (femoralis) w oliwie ucierpiała wielkie zmiany, w wodzie zaś bardzo nieznaczne. Toż samo ma się z żyłą i nerwem. Trzeba dodać, że kipiąca woda po wlianiu do rany po 5 sek. ma ciepłość nie wyższą nad 70°. Ze zwierząt użytych do eksperymentu żadne nie zdechło, i pomimo pewnych zmian w nerwie, żadne nie uległo porażeniu.

Wynika ztąd, że wlawszy wrzącą wodę do rany mamy w niej przez czas od 0—5 sekund ciepłość od 100—70° C., i że zabieg ten możemy stosować bezkarnie wszędzie, gdzie na dnie rany nie ma wielkiej tętnicy lub pnia nerwowego.

Uzbrojony tem doświadczeniem zaczął Phoras stosować wrzącą wodę do dezynfekcyi ran po artrektomjach i otrzymał tak dobre wyniki, że zabieg swój uważa obecnie wprost za obowiązujący w każdej porządnej artrektomji. Instrumenty dezynfekują teraz wszyscy przez gotowanie, a nie chemikaljami, tak samo i w dezynfekcyi ran wyparzenie powinno zastąpić chemikalja. Wykonywa to na chorym tak: po skończonem wyskrobaniu, wypiłowaniu, oczyszczeniu rany, przed zdjęciem opaski Esmarcha, wkłada w ranę tampony z waty wprost z wrzącej wody, naczynie z którą trzymać należy w najbliższem rany sąsiedztwie. Brzegów skóry kompresami zimnemi nie pokrywa, a każe tylko dobrze ranę rozszerzać. Zabieg gotującemi się tamponami powtarza po kilka razy (3—4), stosownie do rozległości rany i stopnia zmian patologicznych.

Ażeby opisać ściśle sposoby postępowania w poszczególnym przypadku, należało by obmówić po kolei artrektomje wszystkich stawów. To Phoras pomija, robiąc tylko uwagę, że w sąsiedztwie pni naczyniowych i nerwowych zabieg swój stosuje bardzo oględnie, choćby one nie leżały wprost w ranie, a oddzielone były od niej bardzo cienką warstwą tkanek: tak np. przy rezekcyi stawu łokciowego wszystkie zakątki rany wyparza śmiało, bo naczynia są tu dosyć daleko, trzyma się jednak z tamponem zdala od okolicy epicondyli, aby nie sparzyć nerwu łokciowego. Po rezekcyi stawu biodrowego przez cięcie Langenbecka można wyparzać ranę, ile się podoba. Przy rezekcyi stawu kolanowego, jeżeli po oczyszczeniu rany z granulacyi, strzępów etc. okazuje się zachowane *lig. posterieur* (tylna ścianka torebki stawowej wraz z *lig. poplit. obliqu. przyp. sp.*) wyparza ranę śmiało. W przeciwnym zaś razie, gdy *lig. posterior* nie wychodzi z operacyi cało, to tylnej ścianek rany nie wyparza. Sześć ostatnich przypadków arthrectomii st. kolanowego traktowanych w ten sposób zagoiło się idealnie per primam bez kropli ropy, pod jednym długotrwałym opatrunkiem. Wogóle wyparzeniem traktował już Phoras 15 wyrezekowanych stawów zawsze z najlepszym rezultatem, bez porównania lepszym co do prędkości i stałości wyleczenia niż metody stosowane poprzednio. Stoso-

wał co prawda w każdym przypadku i zabiegi antyseptyczne. Dla zupełnego wypróbowania metody należałoby wykonać całą seryję resekcji tylko z aseptyką i wyparzeniem, bez antyseptyków, na to jednak Phoras nie odważył się, będąc tego zdania, że dwa zabiegi, dwie ostrożności zawsze są więcej warte od jednej, szczególnie gdy chodzi o leczenie ran gruźliczych. ¹⁾

Dzierżawski.

145. A. BIER. Leczenie gruźlicy chirurgicznej członków za pomocą zastój żylnego. (*Festschrift für Fr. v. EsMarch. Kiel und Leipzig. 1893 str. 55 do 85*).

Na myśl leczenia gruźlicy członków za pomocą zastój żylnego naprowadził Biera nie przypadek, nie eksperyment, a od dawna znane i wielokrotnie już sprawdzone analogicznie fakty kliniczne. Mianowicie już w początkach wieku bieżącego Farre, Travers i Louis zrobili spostrzeżenie, że wady zastawek i zwężenia tętnicy płucnej, powodujące niedokrewność płuc, zawsze prawie komplikowane są suchotami, które chorych tego rodzaju zwykle do śmierci prowadzą. Spostrzeżenie te wielokrotnie potwierdzono; jako przykład przytacza Bier zestawienie Schulzego z instytutu anatomopatologicznego w Kielu, gdzie na 6 przypadków zwężeń tętnicy płucnej w 5 jednocześnie znaleziono gruźlicę płuc. Rzecz zupełnie przeciwną skonstatował Rokitański dla takich wad serca, którym towarzyszą przekrwienie i zastój w płucach. Tacy chorzy są jakby indemnizowani od suchot. Rokitański sam na 143 takich przypadków w 15 zaledwie znalazł ślady gruźlicy, ale już zupełnie wygasłej, w pozostałych zaś ze 143 nie znalazł w płucach ani jednego gruzełka. Ztąd wyprowadził wniosek, że stany te t. j. przekrwienie; zastoinowe w płucach i gruźlica wzajemnie się wykluczają. Podobne dają wyniki zestawienia Fromelta, Schultza i innych. Zastawiając odnośne statystyki specjalnie dla Kielu okazuje się, że przy sekcjach ludzi dorosłych znajduje się w 23,6⁰/₀ gruźlicę płuc, tymczasem pomiędzy dotkniętymi wadami valv. mitralis znajduje się gruźlicę płuc zaledwie w 4,76⁰/₀. Należy przy tem mieć na uwadze, że pojęcie wady serca w sensie anatomopatologicznym jest inne, aniżeli w klinicznym. Na stole sekcyjnym znajduje się wady serca u ludzi takich, którzy nigdy na serce nie narzekali, stosunek ten więc powyższy, wyprowadzony z wyników sekcyjnych jest za wysoki.

Jeżeli zaś chory sercowy zgłasza się do lekarza jako taki, to zwykle ma już jakiegokolwiek zaburzenia w kompensacji; pomiędzy takimi dotkniętymi jednocześnie suchotami płuc jest

¹⁾ Wyparzenie jest chyba jednym z środków dezynfekcyjnych stosowanych empirycznie od najdawniejszych wieków, wspomnimy tylko o wyparzeniu różnych statków w gospodarstwie domowym.

znacznie mniej. Tak w zestawieniu Eymana z dwóch największych szpitali wiedeńskich za lata od 1872 do 1882 na 4138 chorych sercowych znajdujemy zaledwie 69 dotkniętych jednocześnie gruźlicą płuc, co czyni 1,7⁰/. Następnie gruźlica płuc należy również do rzadkości u ludzi dotkniętych skrzywieniami kręgosłupa, nawet wtedy, jeżeli i samo skrzywienie było tutaj skutkiem miejscowej gruźlicy. Rokitański na 5 przyp. skrzywienia kręgosłupa znalazł gruźlicę płuc zaledwie w 3 przypadkach w których zresztą dyformacja klatki piersiowej była bardzo nieznaczna. W zestawieniu zaś specjalnem materiału instytutu anatomopatologicznego w Kielu, zrobionem przez Stalhorna znajdujemy na 61 przypadków kyfozy 5 przypadków suchot, co czyni 8,2⁰/.

Jak wiadomo u ludzi ze skrzywionym kręgosłupem zastój krwi w płucach jest zjawiskiem stałym. Jednym słowem nie ulega wątpliwości fakt, że *płuca anemiczne* (wady zast. tętnicy płucnej) są w wysokim stopniu skłonne do suchot, *płuca zaś przekrwione* (wady serca lewego, od skrzywienia kręgosłupa) skłonność tę posiadają w stopniu bez porównania mniejszym niż *płuca nawet normalnych* *zkrędinąd* ludzi. Ten wpływ immunizujący zastój krwi żyłnej tłómaczą powszechnie nadmiarem odżywiania, że ono to właśnie czyni tkankę płuc odporną na zachcianki laseczników. Przekrwienie „żyłne“ w płucach jest właściwie „arteryjalne“ dla tego też Bier przypuszczał z początku, że arteryjalna hyperaemia w tkankach, dotkniętych gruźlicą dobre powinna by mieć skutki; w tym celu pakował zajete gruźlicą członki do pudełka, urządzanego na sposób Quincego łóżka napotnego. Za pomocą lampki spirytusowej udawało się temperaturę w tem pudełku podnosić od 70—100⁰ C., chore członki pozostawały w nim całemi tygodniami przynajmniej po 8—10 godzin. Działanie pożądane co do krążenia krwi osiągało się do zupełności. Członki czerwieniały silnie, następnie nawet i brzękły. Po dłuższem użyciu obrzęk nie ustępował nawet przez noc, a na noc nigdy członków w pudełku nie zostawiano. Leczenie takie stosowano z wielką ścisłością i konsekwencyją w 8 przypadkach, ale w jednym zaledwie odniosło ono skutek pożądany. W przypadku tym była bardzo uporczywa, 2 razy po operacji powracająca gruźlica pochw ścięgien mięśni łydkowych (perronei). Gdy po drugiej operacji miało się na zupełną recydywę, wpakowano kończynę do pudełka i przez 22 dni w podany sposób nagrzewano. Skutek był znakomity, jednak przypadek ten jest nieczysty, gdyż chory cierpiał także i na lues; w pozostałych 7 przypadkach, również tym sposobem leczonych, skutku żadnego nie było. Należy zwrócić uwagę na to, że pomimo wysokiej temperatury w pudełku ciepłota wewnątrz tkanek bardzo mało się powiększała. Termometr, wprowadzony do przetok, pokazywał podniesienie zaledwie od $\frac{1}{10}$ do $\frac{3}{10}$ ⁰.

Wtedy to Bier zwrócił się do przekrwienia biernego, do wywoływania w chorych częściach zastoju. Postępowanie takie zalecał jeszcze Dumreicher przy opieszalej konsolidacji złamań, co opublikował Nicoladoni jeszcze w r. 1875, a później z powodzeniem stosował Helferich. *Przekrwienie zastoinowe* urządził Bier w sposób następujący: chory członek od końca do miejsca tuż poniżej części zajętej gruźlicą starannie bandażuje; tuż powyżej części zajętej nakłada *węza gumowego* tak silnie, aby poniżej tegoż wystąpił silny zastój żylny. Ponieważ wąż silnie uciska, trzeba więc podeń podłożyć waty, lub kilka turów bandaża, w tym samym celu trzeba miejsce ściskania zmienić przynajmniej 2 razy dziennie.

Węza nie trzeba zawiązywać, bo węzeł ciśnie, a ustalać go na miejscu szczypczykami; gdzie z powodu kostnych lub ściągających występów ucisk byłby nierówny, np. na goleni powyżej pięty, tam zagłębienia trzeba wypełnić watą. U dzieci, których delikatna skórka niedobrze znosi ucisk, lepiej zamiast węza używać gumowego bandaża. Granice do jakich można ucisk podnosić, różne są u różnych chorych. Chory rozumny sam to najlepiej miarkuje i sam może sobie miejsce ściskania zmieniać, ewent. innej osobie—w razie cierpienia kończyny górnej—polecić. Wąż (constrictor) nigdy nie powinien wywoływać bólów, pęcherzy, ani odleżyn. Takie ściskanie stosował Bier dzień i noc przez miesiące całe, starał się zawsze o porządy zastój i obrzęk, złych skutków nie obserwował nigdy, jeżeli tylko baczył pilnie na wyżej wskazane ostrożności. Wielka wygoda leczenia tego polega i w tym jeszcze, że chory najzupełniej może przy nim ze swych członków korzystać. Imobilizacyi ani leżenia w łóżku wcale nie potrzeba, jeżeli tylko inne względy (ból, przykurczenia) na to pozwolą. Wogóle temu leczeniu najwięcej sprzyja położenie kończyny wiszące, bo to wzmaga zastój. Łóżko więc tu jest zbyteczne; nawet przy cierpieniu ręki niepotrzeba mitelli, lepiej niech ręka swobodnie obwisa.

Taki sposób leczenia stosował Bier w 43 wypadkach,—w 27 wyłączenie ten tylko sposób; w pozostałych stosowano poprzednio wstrzykiwania jodoformu, albo też paljatywne mniej lub więcej doszczętne chirurgiczne operacje. Jak pokazują historyje chorób, wyniki po stosowaniu tego leczenia przez całe tygodnie i miesiące były bardzo zadawalniające, a nawet wspaniałe, ostatnie szczególnie przy chorobach kości i stawów. Przyp. 1: rozpoczynające się zapalenie gruźlicze stawu łokciowego. Ściskanie ciągłe od 15/III do 26/IV—polepszenie znakomite. Od 26/IV do 26/VI ściskanie tylko w nocy. Wyzdrowienie zupełne. Przyp. 2: Zapalenie stawu łokciowego, które doprowadziło kończynę do zupełnej bezużyteczności. Po 2¹/₂ mies. kończyna funkcjonuje prawidłowo. Przyp. 3 i 4: Olenitis tuberculosa—polepszenie. Przyp. 5: Toż samo, leczenie trwało dłużej 3 miesięcy.

Wyzdrowienie. Następnie opisuje Bier 4 przyp. wyleczeń arthrit. radiocarp, 4 przyp. gruźlicy palców, 9 wypadków gonitis, 2 wypadki orchitis et epididymitis tuberc. etc. etc. etc.

Najlepsze rezultaty dawały zapalenia stawów jeszcze nieotwarte, choć i przy fistułach rezultaty były niezłe. Wiek żaden nie jest przeciwwskazaniem. Przy wilku nie otrzymał dobrych rezultatów.

Trzeba tu mieć na uwadze, że przy leczeniu ściskaniem chore miejsce puchnie więcej jeszcze, jak przed leczeniem. Stopnia opuchnienia nie można tu brać za miarę postępu leczenia. Bóle, zaburzenia czynności przechodzą po mniej lub więcej dłuższym czasie, opuchnięcie zaś pozostaje; znika ono dopiero później, po zaprzestaniu ściskania, do czego pomaga umiejętne leczenie następcze za pomocą masażu, ruchów biernych etc. Co do sposobu, w jaki działa zastój, to Bier sądzi, że może tu do wyleczenia pomaga rozwój tkanki łącznej, podobnie jak to się obserwuje w zastoinowych płucach, śledzionie, nerce lub wątrobie, jak to bywa na brzegach pochodzących od zastojów wrzodów goleni; może zatrzymanie na miejscu produktów przemiany materii bakterii wpływa na nie zabójczo, może wreszcie wchodzi tu w grę antibakteryjne działanie surowicy krwi w myśl Buchnera.

B. Dzierżawski.

146. Dr. LUDWIG HEKTOEN. (Chicago.) **Rak przewodu piersiowego.** (*Virch. Arch. t. 135. Z. 2.*)

W ciekawym artykule o raku przewodu piersiowego, zamieszczonym przez O. Leydeckera wzmiankowano, że dotychczas istnieje 5 obserwacji tego cierpienia (przyp. Weigert'a, gdzie rak pierwotny znajdował się w rectum, przyp. Virchow'a—rak pierwotny w przełyku, dwa przyp. Enzmann'a i Andral'a—raki pierwotne w macicy i przyp. Cooper'a—rak pierwotny w jądrze). Przypadek Leydecker'a jest jakoby pierwszym, gdzie ognisko nowotworowe mieściło się pierwotnie w żołądku, a jednocześnie notowano ascites chylosus. Autor prostuje ten komunikat, oświadczając, że jeszcze w roku 1890 opisał w Cook County Hospital Reports, wydanym w Chicago, przypadek analogiczny którego szczegóły załącza do wiadomości europejskich czytelników, dla których wyżej wspomniane amerykańskie czasopismo jest niedostępne.

Pacjent 50-letni, dziedzicznie nieobciążony, przybył 29 Września 1889 r. do szpitala, skarżąc się na bóle żołądkowe po jedzeniu, trwające już od roku. Przed trzema tygodniami brzuch i dolne kończyny zaczęły obrzmiewać. Chory jest bardzo wychudzony; serce jego i płuca prawidłowe. Troakarem wydobyto z jamy brzusznej 4 litry mleczno-białego płynu, poczem stwierdzono, że wątroba nie jest zmniejszona, guzowatości na niej się nie wyczuwa. 3 października wypuszczono 5 litrów mle-

czno-białego płynu, którego odczyn był obojętny, ciężar gat. 1010; pod drobnowidzem widać było ziarniste komórki i bezkształtne masy. 29 października trzecia punkcja—wydobyto 5 litrów zielonawo-żółtego opalizującego płynu, zawierającego liczne ziarniste twory z kulkami tłuszczowymi i nieliczne krążki krwi. 1-go listopada notowano znaczne rozszerzenie żył brzusznych; 17-go zaś listopada chory zmarł.

Przy badaniu zwłok znaleziono w odźwierniku żołądka dużych rozmiarów raka (scirrhus); przewód piersiowy rozszerzony i węzowaty (geschlängelt); na całym przebiegu przewodu piersiowego aż do cysterna chyli widać liczne rozrzucone ogniska nowotworowe. Przerzutów w innych narządach nie było.

Witold Żurkowski.

147. Dr. Prof. WREDEN. **Przyczynę do etiologii zapaleń pęcherza.** (*C. f. Chir.* 27. 1893).

Z badań bakteriologicznych Doyen'a, Clado, Albawana, Rowsinga i wielu innych wiadomo, że wiele zapaleń pęcherza powodowanych jest przez bakteryje kiszkowe, resp. *Bacterium coli comune*. Ścisłe przyleganie na dość znacznej przestrzeni pęcherza do kiszki prostej u osobników męzkich, jakoteż bogata sieć anastomozujących ze sobą naczyń limfatycznych i żylnych tych dwóch organów, naprowadzały Wredena na myśl, że infekcja pęcherza *Pasożytami kiszkowemi*, następuje nie przez embolię, a drogą bezpośredniego przechodzenia. Dla sprawdzenia tego przypuszczenia wykonał Wreden w laboratorium prof. Nenckiego w Instytucie Med. Doświad. szereg doświadczeń na królikach (samcach, gdyż u samic nie ma tak ścisłego związku pomiędzy kiszką prostą i pęcherzem); wyniki tych doświadczeń są następujące:

1) Obrażenia błony śluzowej samego tylko odbytu nie mają żadnego wpływu na pęcherz.

2) Każde mechaniczne uszkodzenie nabłonka kiszki prostej na poziomie lub powyżej gruczołu krokowego pociąga za sobą cystitis.

3) Charakter i przebieg zapalenia pęcherza zależą w zupełności od stopnia uszkodzenia błony śluzowej kiszki i od charakteru użytego do eksperymentu bodźca zapalnego.

4) W przypadkach eksperymentalnego zapalenia pęcherza odnajdują się w moczu zwykłe bakteryje kiszkowe królików lub te same, które były wprowadzone do kiszki prostej.

5) Jeżeli po uszkodzeniu błony śluzowej wprowadzić do kiszki materyje tłuste (waselinę, olej i inne), to można wykryć później obecność ciał tych w pęcherzu (nie makroskopowo).

Wreden posiada również i analogiczne obserwacyje kliniczne, które zamierza opublikować obszerniej. *Dzierżawski.*

III. Akuszeryja i Choroby kobiece.

148. L. PROCHOWNICK. **Przyczynek do nauki o workach jajowodowych.** (*Ein Beitrag zur Kenntniss der Eileitersäcke. Deutsche Med. Woch. Nr. 21. 1893 r.*)

Opierając się na wynikach osobistego doświadczenia, autor wypowiada szereg cennych uwag w sprawie powstawania objawów i leczenia guzów jajowodowych pochodzenia zapalnego.

Do Lutego r. 1892 P. wykonał 80 salpingotomji. W 45-iu przypadkach przyczyną cierpienia jajowodów było zakażenie tryprowe; u 30 chorych można było wykazać związek przyczynowy pomiędzy cierpieniem jajowodów i zakażeniem połogowem, w pozostałych zaś 2 przypadkach jajowody uległy cierpieniu, prawdopodobnie, wskutek zakażenia podczas operacji lub chorób zakaźnych (tyfus, płonica). Ponieważ nie wszystkie chore autor miał możność poddać ścisłej obserwacji, zdaje więc sprawę z następujących przypadków:

10 chorych, dotkniętych trypretem autor miał możność spostrzegać od chwili zakażenia aż do operacji, nie stosując u nich ani razu badania wewnątrzmacicznego lub wewnątrzmacicznej terapii. U 8 z nich w ciągu kilku tygodni można było wykazać obecność gonokokków w cewce, pochwie i kanale szyi. Zwykle po upływie 7—8 tygodni przy leczeniu obojętnem, gonokokki zniknęły, wydzielina stawała się skąpą i słabo ropną. U wszystkich tych kobiet po upływie kilku tygodni resp. miesięcy wystąpiło ostre, połączone z gorączką, zapalenie jałowodów i otrzewny miednicy. W jednym przypadku powodem wystąpienia powyższych cierpień było poronienie, w pozostałych zaś nie można było odnaleźć innej przyczyny nad powrót do stosunków płciowych (dodać należy, że mężowie tych chorych byli zupełnie wyleczeni z rzeżączki). Na zasadzie powyższych spostrzeżeń autor twierdzi, że niesłusznym jest mniemanie, jakoby przy niezakłóconym przebiegu rzeżączki, cierpienie to ograniczało się do kanału szyi; przeciwnie tryper rozszerza się na całą błonę śluzową narządów płciowych i pod wpływem drobnych czynników szkodliwych (np. coitus) następują objawy ostrego cierpienia. Przy operacji u jednej zaledwie z tych kobiet znaleziono gonokokki w worku jajowodowym, z pozostałych zaś siedmiu u trzech badanie bakteriologiczne dało wynik zupełnie ujemny, u 4-ch zaś znaleziono stafilocoki. Ponieważ chore, u których stwierdzono obecność stafilocoków, nigdy nie podlegały leczeniu wewnątrzmacicznemu, a dwie z nich nawet nie rodziły, jest to więc dowodem, że po czystym zakażeniu tryprowe w zawartości wyciętych jajowodów mogą się znajdować mikroby ropotwórcze.

U drugiej grupy chorych, obejmującej 19 przypadków, pierwsze objawy cierpienia przydatków macicznych datowały się od chwili zastosowania leczenia wewnątrzmacicznego w celu usunięcia ostrego lub podostrowego trypra (możliwość zakażenia mięszanego). Cierpienie występowało w postaci zapalenia jajowodów i jajników lub zapalenia okołomacicznego. Wysiękowych spraw w tkance łącznej miednicy lub ogólnego zapalenia otrzewny, jako powikłań trypra, nie spostrzegali autor ani razu. Po wykonaniu salpingektomji w 15 przypadkach dokonane badanie bakteryjologiczne dało wynik ujemny, w pozostałych 4-ch znaleziono stafilakoki i streptokoki. We wszystkich tych przypadkach, w których badanie bakteryjologiczne dało wynik dodatni, od ostatniego zaostrzenia sprawy zapalnej okołomaciczej do chwili wycięcia przydatków upłynęło nie więcej niż 3 miesiące czasu.

Dwom wyżej przytoczonym kategoriom autor przeciwstawia trzecią grupą, obejmującą 11 przypadków, w których niewątpliwie miało miejsce zakażenie mieszane. Autor miał możliwość spostrzegać wpływ zakażenia trypranego na istniejące już oddawna, po większej części poporodowe zapalenia jajowodów, jak również wpływ zakażenia podczas porodu lub operacji na jajowody uległe od dłuższego czasu zapaleniu tryproowemu. We wszystkich tych przypadkach cierpienie przydatków macicznych było poważne (ciężkie charłactwo, ciągłe bóle i gorączka). Podczas operacji napotkano znaczne zrosty z kiszka i musiano zwalczać obfite krwotoki mięszowe. W 6 przypadkach znaleziono stafilokoki, w jednym streptokoki, w jednym oprócz tego świeże gonokoki. W trzech tylko przypadkach zawartość worków jajowodowych była wolną od drobnoustrojów i te to właśnie chore nie miały w ciągu 6-u miesięcy przed operacją świeżego napadu zapalenia otrzewnej miednicowej.

Czwartą wreszcie grupę chorych stanowi 28 przypadków, w których zakażenie tryproowe było stanowczo wyłączone, zaś cierpienie przydatków macicznych powstało dzięki zakażeniu porogowemu. Zawartość worków jajowodowych w połowie przypadków tego rodzaju była surowiczą lub krwistą (podczas gdy przy tryproowem cierpieniu bywa ona prawie zawsze ropną) we wszystkich przypadkach cierpienie było obustronne. Badanie bakteryjologiczne wykonał autor w 19-u przypadkach, z tych w 8-u otrzymał wynik ujemny, w pozostałych zaś stwierdził obecność streptokoków i stafilokoków. We wszystkich przypadkach, które dały pod względem bakteryjologicznym wynik dodatni, ostatni napad gorączkowy miał miejsce nie dawniej, niż przed 4-ma miesiącami.

Na zasadzie powyżej przytoczonych danych, autor wypowiada wniosek następujący: im dawniej miało miejsce ostatnie zaostrzenie sprawy zapalnej, tem pewniej możemy liczyć na brak

drobnoustrojów w workach jajowodowych bez względu na ich zawartość i przyczynę powstania. Wniosek ten ma nie tylko teoretyczne, lecz również praktyczne znaczenie, stwierdził bowiem autor, że zupełnie pomyślny przebieg pooperacyjny miał miejsce u tych tylko chorych, u których worki jajowodowe były wolne od zarazków. Nawet przy poważnych trudnościach podczas operacji (rozdarcie guzów i wylanie płynu ropnego do jamy brzusznej) u tego rodzaju chorych następował przebieg bezgorączkowy bez późniejszych wysięków i ropienia w kanałach nakłód. Przeciwnie przy istnieniu drobnoustrojów w zawartości worków po łatwych operacjach, bez pęknięcia guzów z resztek kikutu, przeważnie w drugim lub trzecim tygodniu po operacji brały początek drugotrwałe sprawy chorobowe. W powyższym fakcie znajduje potwierdzenie dawno znane prawidło, według którego do operacji należy przystępować jak można najpóźniej od chwili ostatniego ostrego napadu cierpienia, nigdy zaś nie można przedsiębrać operacji u chorych gorączkujących.

Jak widać z porównania wyników poszukiwań autora, stan kobiet, które uległy zakażeniu połogowemu jest mniej pomyślny niż dotkniętych tryprem: u pierwszych daleko częściej znajdują się ropne drobnoustroje w workach jajowodowych. Zakażenie połogowe wobec stanu naczyń krwionośnych i chłonnych macicy połogowej szerzy się szybciej, posuwając się nietylko drogą błony śluzowej macicy lecz również i tkanki łącznej. Przeciwnie zakażenie tryprowe dotyka zwykle macicy normalnej, rozszerza się w większości przypadków drogą błony śluzowej, wywołując zapalenie więcej ograniczone i łagodniejsze, niż zapalenie, spowodowane przez inne drobnoustroje ropotwórcze. Gonokoki są mniej żywotne i jadowite i zachowują powyższe właściwości nawet wtedy, gdy dostaną się do jamy otrzewny. Te różnice we własnościach drobnoustrojów wpływają na różnaitość zmian anatomicznych i przebiegu chorobowego.

Otok ropny jajowodu pochodzenia tryprowego (pyosalpinx gonorrhoeica) daje charakterystyczny obraz chorobowy. Rozszerzony jajowód kształtu rogu, ma mało skrętów, ściany zgrubiałe, warstwę mięśniową przerosłą, błonę śluzową aczkolwiek zmienioną, lecz zachowaną nawet w kolbowato rozszerzonym końcu. Zrosty otaczające jajowody są niezbyt liczne, łatwo rozrywalne, skutkiem czego jajowód łatwo się wyłuszcza. W początkach cierpienia bardzo często daje się spostrzegać zajęcie jajowodu z jednej tylko strony. W mniejszości przypadków w cierpieniu przyjmuje udział jajnik, tworząc z jajowodem jedną całość (guz jajowodowo-jajnikowy); w przegrodzie pomiędzy zmienionym jajowodem (pyosalpinx) a jajnikiem (pyovarium) zwykle istnieje połączenie. Częściej jednak jajnik pozostaje wewnątrz zdrowym i leży pod jajowodem, otoczony delikatnymi błonami; podczas operacji można go wtedy bez szkody pozostawić. Im dłużej ist-

nieje cierpienie i im częściej zdarzają się zaostrzenia tem wyraźniej występują wyżej opisane zmiany jajowodu; zachowuje on jednak pierwotny kształt rogu; znaczniejsze zajęcia i skręty trafiają się rzadko; połączenie z macicą zostaje zachowane często w postaci cienkiej przetoki. Jajowody, uległe cierpieniu w skutek zakażenia podczas porodu, wyglądają zupełnie inaczej. U kobiet, zmarłych wkrótce po zakażeniu, jajowód zamknięty na swym brzuszny końcu, jest mocno obrzmiały, lecz nie posiada zgrubienia muskulatury; błona śluzowa na znacznej rozciągliwości jest zniszczona—owrzodzona, warstwa mięśniowa i łącznotkankowa ulega również zniszczeniu. Jajnik ma postać t. zw. pyovarium, lub też istnieją w nim liczne oddzielne ropnie. W razie gdy zapalenie ogranicza się i chora pozostaje przy życiu, tworzą się liczne mocne zrosty pomiędzy jajowodem a siecią i kiszkami (zwłaszcza dolnym odcinkiem kiszek grubych). Zrosty te wywierają wpływ na późniejsze ukształtowanie worka jajowodowego. Oprócz tego ukształtowanie worka znajduje się w zależności od zbliżowacenia owrzodzeń, kurczenia się tkanki łącznej miednicowej i inwolucji macicy. W skutek tego przy operacji znajdujemy tak różnorodne ukształtowanie worków jajowodowych. Zmiany mogą być tak znaczne, iż często trudno jest wyjaśnić sprawę nawet na sekyi.

W różnorodnym stanie narządów płciowych w chwili zakażenia i w rozmaitych biologicznych własności drobnoustrojów chorobotwórczych znajduje również wyjaśnienie dalszy przebieg cierpienia.

W zakażeniu połogowym, po przebyciu niebezpieczeństwa stanu ostrego, wsteczny rozwój narządów płciowych wpływa pomyślnie na wyleczenie. Wysięki połogowe znikają szybko, tworzące się czasem ropnie otwierają się dobrowolnie, lub też łatwo są dostępne dla noża. U małej tylko ilości kobiet wyleczenie nie następuje i wtedy rozwija się poważne, przewlekłe charłactwo.

Zakażenie tryprowe rzadko zagraża życiu, lecz za to worek o grubych ścianach z cienkim kanałem wewnątrz opiera się bardzo często wszelkim usiłowaniom leczniczemu. Zawodność prostych zabiegów leczniczych, stałość pewnych objawów chorobowych, zwłaszcza bólów i kolek jajowodowych, zmniejszenie zdolności do pracy i korzystania z przyjemności życia zmusza wiele kobiet do szukania pomocy na drodze operacyjnej.

Rodzaj pierwotnego zakażenia ma poważne znaczenie pod względem rokowania i wyboru postępowania lekarskiego. W połogowych postaciach cierpienia jajowodów wyleczenie często następuje dobrowolnie lub też po zastosowaniu prostych zabiegów leczniczych. Te zaś przypadki, w których nie następuje wyleczenie, są prawie zawsze ciężkie, powikłane; cierpienie zwykle bywa obustronne, operacja jest trudną. Przeciwnie, przy zakażeniu tryprowem rzadko następuje wyleczenie dobrowolne, lecz

za to cierpienie często bywa jednostronne i przypadki tego rodzaju są łatwe do operowania. Przy zakażeniu płożowym w zawartości worków, nawet wtedy, gdy nie jest ona ropną, częściej znajdują się drobnoustroje jadowite (virulent) w workach tryptowych przeciwnie trafiają się one rzadziej.

Co do leczenia poleca autor następującą modłę postępowania, wspólną dla obydwóch postaci cierpienia jajowodów: jeżeli przekonamy się, że zwykle sposoby leczenia nie doprowadzają do celu i worek jajowodowy pozostaje cierpieniem stałym, należy go usunąć; im dłużej będziemy zwlekać z operacją, tem staje się ona trudniejszą i gorszem będzie rokowanie tak co do bezpośredniego, jak również i co do ostatecznego wyniku. Prawdło powyższe stosuje się przedewszystkiem do jednostronnych otoków tryptowych. Na zasadzie długoletniego spostrzegania poszególnych przypadków autor zdobył przekonanie, że długie wyczekiwanie sprzyja zajęciu drugiego jajowodu, podczas gdy wczesne wdanie się daje wyniki pomyślne, przedewszystkiem zaś sprwadza szybkie wyleczenie towarzyszącego niezytu macicy, poczem łatwo następuje poczęcie. Nie należy jednak być zbyt popohopnym do przedsiębrania operacyi, lecz zawsze trzeba mieć na względzie możliwość wyleczenia dobrowolnego, jak również i to, że pod wpływem leczenia chore doznają ulgi i czują się znośnie. Wdanie się czynne jest usprawiedliwione w tych przypadkach, w których po upływie kilku tygodni resp. miesięcy leczenie okazuje się zgoła bezskutecznem, lub po chwilowem polepszeniu powstają ciężkie zaostżenia sprawy zapalnej. W tych przypadkach operacyję należy odłożyć tylko na pewien przeciąg czasu po ostatnim ostrym napadzie, aby uniknąć niebezpieczeństwa, wynikającego z obecności w worku drobnoustrojów jadowitych.

M. Korzeniowski.

149. Dr. FRIEDEBERG. **Białkomocz zależny od czynności porodowej.** (*Berl. Klin. Woch. N. 4, 1894.*)

Zapatrywania autorów na przyczynę białkomoczu występującego wskutek aktu porodu, są jeszcze wielce niezgodne.

Kaltenbach odróżnia dwie postaci albuminuryi w okresie płożowym: 1) wywołana zastojem w naczyniach nerkowych, a więc nieróżniącą się od takowej po za ciążą i 2) zależną od zmian anatomicznych w nerkach i cechującą się puchliną, drgawkami i obecnością wałeczków w moczu.

Olivier wyprowadza omawiany białkomocz od wzmożonego wskutek czynności porodowej dopływu krwi do nerek.

Do podobnych wyników doszedł Ingerslev, który każdy białkomocz prodem powodowany uważa za objaw niezytowego zapalenia nerek. Białkomocz atoli rzucawce towarzyszący stawia w zależności od zaburzeń naczyniowych w nerkach wskutek nerwicy odruchowo powstałej.

Inni wreszcie autorzy, na czele których stoją Leyden i Halbertsma, upatrują przyczynę rzezonego cierpienia w ucisku wywieranym przez macicę ciężarną na moczowody.

Nie dając wraz z Lohlein'em uciskowi moczowodów tak uogólnionego patogenetycznego znaczenia w danej kwestyi, autor najbardziej uwzględnia na mocy swoich spostrzeżeń pogląd Aufrecht'a, który białkomocz post partum występujący uważa wprost za skutek czynności bólów porodowych (Wehentätigkeit).

Przypatrzmy się bliżej, w jaki sposób to, podług autora, się dzieje. Otóż współdziałł tłoczni brzusznej w czynności porodowej pociąga za sobą pracę wydechową (muskulatury klatki piersiowej), która przy zamkniętej głośni warunkuje zastój w układzie żylnym całego ustroju, względnie i nerek, wskutek czego białko przechodzi do kanalików moczowych.

Zdanie powyższe podzielają także Leccoché i Talamon.

Niemniej sprzeczne są dane różnych autorów, co do procentowej ilości stwierdzonego bezpośrednio po porodzie białkomoczu. Podczas gdy Pettit skonstatował go w 15⁰/₀, Fleischlen 17⁰/₀, Winckel w 20⁰/₀, Meyer w 25⁰/₀, Ingerslev w 32⁰/₀, Litzman w 40⁰/₀ i Lantos w 59⁰/₀, autor na 130 przypadków znalazł białkomocz tylko w 58 (44,6⁰/₀). Jeśli zaś wykluczyć 7 przypadków, w których już podczas ciąży stwierdzono białko w moczu, odsetka ta spadnie do 32,2⁰/₀.

We wszystkich prawie przypadkach autora białkomocz porodowy zazwyczaj znikał po 24—48 godzinach.

Fakt, ustalony w nauce, że poważniejsze cierpienia nerek, jako też eklampsja daleko częściej występują u pierwiastek, niż u mnogorodzących, łatwo daje się objaśnić poglądem autora na powstawanie poporodowego białkomoczu. Wiadomo, że rozwiązanie mnogorodzących przy braku nieprawidłowości następuje daleko szybciej, przy stosunkowo słabszej i krótszej czynności tłoczni brzusznej, wskutek czego staza w żyłach nerek jest mniej wybitną, niż u pierwiastek. Siła tedy bólów i ich długotrwałość najbardziej sprzyjają powstawaniu białkomoczu.

Korzystniej również wypadły dla mnogorodzących ściśle poszukiwania L. Meyer'a odnośnie ilości białka. O ile zaś przedwczesny poród i wiek rodzących wpływa na ilość białka, jako też na powtarzanie białkomoczu wogóle dotychczas nie stwierdzono.

W końcu autor zbija mniemanie, jakoby obecność wałeczków i białka w moczu bezsprzecznie przemawiała za chorobą nerek, przez akt porodu spotęgowaną. Śmiało swoje twierdzenie popiera z jednej strony poszukiwaniami Cornil'a i Aufrecht'a, podług których wałeczki hyalinowe są produktem wydzielniczego nabłonka nerkowego; z drugiej najnowszą obserwacją Penzoldta, który stwierdził obecność cylindrów i białka w moczu po cięśnynych wysiłkach u żołnierzy, jako też poglądem Senator'a, że

dła powstania białkomoczu, przy jednoczesnem tworzeniu się walczków moczowych wystarcza przekrwienie nerek bez zmian anatomicznych w nich.

L. Wilk.

150. ULEZKO-STROGONOWA. **Przyczynę do patologii torbieli błony dziewiczej i pochwy.** (*K patologii kist dziewstwieńnoji plewy i włagaliszczaja. Zurn. akusz. i żeńsk. bol. Nr. 2, 1894.*)

Torbiele błony dziewiczej należą do wielkich rzadkości, opisano dotąd 7 przypadków tego cierpienia, z tych 6 u nowonarodzonych dziewczynek, jeden tylko u dorosłej i zamężnej kobiety, która już rodziła. Wszyscy autorowie widzą źródło torbieli w zagłębieniach pomiędzy fałdami błony śluzowej, które ze sobą się zrosły, ztąd wewnętrzna powierzchnia torbieli przedstawia wielowarstwowy płaski (brukowy) nabłonek, zawartość zaś—zrogowaciały nabłonek płaski i rozpad. Autorka opisuje przypadek jednocześnie torbieli błony dziewiczej i pochwy u 18-letniej od 2-ch lat zamężnej kobiety, która dotychczas nie rodziła. Operował prof. Ott. Przy badaniu tych torbieli znaleziono: zawartość płynna, ciemno zabarwiona, pod drobnowidzem przedstawia białe i czerwone ciała krwi, włóknik i kule ziarniste. Budowa wewnętrznej powierzchni pierwszego torbiela: jednowarstwowy nabłonek, w niektórych miejscach wyraźnie migawkowy, warstwy mięsnej w błonie dziewiczej niema. Budowa wyklucza jako źródło powstania torbieli kanał Mueller'a, a za najprawdopodobniejsze źródło uważa autorka gruczoł pochwy z zamkniętym przewodem (torbiel retencyjna). Badanie torbieli pochowej wykazało również podobną budowę, naprowadzającą na pochodzenie torbieli z gruczołów pochwy przez zamknięcie światła ich przewodów.

Wł. Staniszewski.

151. F. MARTIN. **Stosowanie prądu stałego w ginekologii.** (*Galvanismus in der Gynekologie. Centr. f. Gynak. 5. G.*)

Autor stosuje elektryczność w następującej formie:

1) Przy chronicznym przeroście endometrium z granulacjami (*endometritis chronica granulosa*) założył autor elektrodę wewnątrz maciczną ujemną (negativ), siła prądu powinna powoli dojść do 100 miliamperów; od 2—3 posiedzeń na tydzień; tego samego dnia przemycie pochwy roztworem sublimatu 1:1000; oprócz tego codzienne gorące pochwowe irygacje.

2) Przy chronicznym katarze szyjki macicznej (*endometr. cervicalis chronica*), wprowadza autor metalową elektrodę dodatnią do kanału; platynowa elektroda lub aluminjowa); siła prądu przynajmniej 100 Mil. pięciominutowe posiedzenie; potem przypalenie kanału chlorkiem cynku.

3) Przy chronicznym katarze całego endometrium z mleczną wydzieliną stosuje autor wewnątrzmacicznie metalową elektro-

dę ujemną (negativ) przez 5 minut; posiedzenie 3 razy tygodniowo; siła prądu tylko do 30 Mit. oprócz tego tonika, gorące irygacje i ruch na świeżem powietrzu.

4) Przy subinvolutio uteri stosuje autor bardzo silny prąd do 150 milit. w przeciągu 5 minut codziennie; po zmniejszeniu się macicy siła prądu też zmniejsza.

5) Znakomite działanie prądu autor widział przy wysiękach w jamie miednicy; wprowadzając wtedy dodatnią elektrodę lub do pochwy, lub do stolcowej kiszki, lub do jamy macicy, stosowane do miejsca wysięku.

Za nieodpowiednie uważa autor stosowanie prądu przy włókniakach (fibroma subserosum) z cienką szypułą lub przy małych głąbiastych guzach z nierówną powierzchnią, przy których są nieregularne peryjody i od czasu do czasu silne bóle. Tutaj autor radzi rozszerzyć macicę i wprowadzać ergotynę. W przypadkach, w których do jamy macicy nie można wprowadzić elektrody, radzi autor galwanopunkturę, lecz bardzo ostrożnie.

St. Kurtz.

152. WECHSELMAN. **Organes genitaux externes.** (*Annales de Gynecologie. Tome XXXVII.*)

1. *Hydrocele de la femme.*

Z powodu dwóch przypadków, operowanych przez Madlung'a, autor przejrzał wszystkie prace drukowane dawniej o hydrocele kobiecem, którego tworzenie się objaśniali—zebraniem się płynu w niezupełnie zarośniętym kanale Nuck'a. Sam autor zebrał 61 przypadków i pokazał — pomimo twierdzenia S. Drulay'a, że kanał Nuck'a nie istnieje, bo nowsze poszukiwania anatomiczne tego nie potwierdziły. I z tego powodu najlepszem leczeniem jest kompletna ekstyrykacja.

2. *Haemorrhagie mortele par varies vulvaires* (Nalhmacher).

Kobieta lat 35, szósty raz w ciąży, w ostatnim miesiącu piorąc bieliznę upadła i w niespełną godzinę umarła z powodu krwotoku z organów rodnych. Autor myślał, że krwotok pochodzi z placenta praevia; chora po jego przybyciu w 6 minut zmarła, wtedy autor wykonał cesarskie cięcie, lecz dziecko było nieżywe; mógł teraz poszukać źródła krwotoku i znalazł ranę w dużem węzle (varix) wargi; twierdzi, że rana wytworzyła się w chwili upadku jej prawdopodobnie na kołek.

3. *Deux cas d'hematome vulvo-vaginal* (Ducio).

Pierwsza kobieta pierwiastkę rodziła główką i poród był bardzo szybki; druga również pierwiastka rodziła pośladkami i półóg trwał bardzo długo. W obu przypadkach wytworzyły się worki krwawe (hematoma). W żadnym z tych przypadków nie było śladu rozszerzenia naczyń (varices). Autor twierdzi, że żylaki nie odgrywają w takich razach ważnej roli, a powstawanie

krwistków w tych dwóch przypadkach objaśnia tak: w pierwszym z powodu szybkiego położu i raptownego ucisku na krocze mogło pęknąć jedno z jego naczyń, w drugim przypadku z powodu długotrwałego położu nastąpiło utrudnienie cyrkulacji w zewnętrznych częściach rodnym i mogło też pęknąć jedno z naczyń. Podobne przypadki opisali: Hervieux, Perset, Dubois i Laborie.

4. *Lupus hypertrophique et perforant de la vulve* (Haeberlin).

U młodej 27-letniej kobiety zjawił się guz na wardze, który szybko przeszedł na krocze i kiszkę stolcową. Część guza była wyjęta i oddana badaniu histologicznemu. Znalaziono tkankę podobną do gumatu syfistycznego, bakterii ani gruzelków tuberkulicznych wcale nie znaleziono. Przebieg tej choroby jest bardzo długi. Wyleczenie b. niepewne. Jedyną radykalną terapią jest ablatio, albo wypalenie całego guza, ale to nie zawsze da się zastosować.

5. *Recherches chiniques et histologiques sur le lupus de la vulve* (Viatte).

Autor opisuje dwa przypadki wilka warg sromnych. W pierwszym przypadku znajdowały się na powierzchni wargi 3 owrzodzenia, zagłębiające się w sąsiednią tkankę i mające skłonność do tworzenia kanałów. Na peryterii owrzodzeń i w bardziej oddalonych punktach widoczną była polipowata hipertrofia skóry. Dyagnozowanie wilka było oparte na badaniu mikroskopowym: narośle (polipes) były uformowane z tkanki złanej w jedną całość z powodu obrzmienia (oedeme), bogate w naczynia z proliferacją komórek przynaczyniowych; lecz nie było ani komórek olbrzymich, ani ognisk serowatych, ani też bakterii gruźliczych; przeciwnie, w owrzodzeniach znaleziono bakterie patognomiczne.

Drugi przypadek był prawie identyczny z poprzednim. Syfilisu w żadnym przypadku nie było. W obu przypadkach leczenie było jednakowe: powtarzające się kilka razy operacje—skrobanie, przypalanie, wyluszczenie, nacięcia; zawsze występowała recydywa. Iniekcje tuberkuliny Kocha były robione w jednym przypadku lecz one też nie spowodowały wyzdrowienia.

6. *Proposition d'une modification opératoire à la perineoraphie a lambeaux* (H. Strasz).

Sposób Tait'a wykonywania perineorafji płatowej jest najlepszym lecz i on ma też pewne braki, które pochodzą według autora wskutek tego, że operator operuje prawie nie widząc. Autor postępuje w ten sposób: jeżeli jest rozdarcie obszerne, lecz niezupełne, robi — zaczynając od punktów, których zetknięcie się w przyszłości musi odpowiadać tylnemu punktowi zetknięcia—dwa cięcia, które łączą się pod kątem na środkowej linii niedaleko od anus; potem odkleja błonę śluzową pochwy

palcem tak wysoko, jak tego wymaga potrzeba; następnie bierze w duże długie pincety odklejoną błonę śluzową pochwy i przecina ją pośrodku; tym sposobem otrzymuje dwa płaty tylne, które okręca naokoło pincet i wtedy to otrzymuje otwarte pole operacyjne; wykonanie tego nie pociąga za sobą żadnych krwotoków. W wielu razach cul-de-sac Douglasa'a wytwarza okrągłe wypuklenie przy oddaleniu się płatów, wtedy albo można go odsunąć w tył, jeśli zaś jest bardzo obszerny (cul-de-sac) i istnieje tyłopochylenie macicy, to najlepiej albo go resekować lub też nałożyć parę szwów dla wywołania zaniku. W końcu odwija się ostrożnie płaty z pincetu i można je albo złączyć, albo uciąć według wskazania. W razach zupełnego pęknięcia, zasady metody są te same; tylko zaczyna się od cięcia brzegów błonicy śluzowej kiszki stolcowej; później z dwóch punktów końcowych przeprowadza się dwa cięcia naprzód i nazwewnątrz, które się łączą w punkcie stanowiącym złączenie tylne. Dalsze postępowanie jak poprzednio.

7. *Obliteration du vagin, pathologie et traitement* (Madden).

Wspomniawszy główne spostrzeżenia zarośnięcia pochwy, któremu zawsze prawie towarzyszy zatrzymanie regularności, autor dochodzi do następujących wniosków, podanych też przez Graily Hewit:

1) jeżeli są symptomata zatrzymania regularności, wtedy trzeba operować i cięcie prowadzić wzdłuż linii oddzielającej stolcową kiszkę od pęcherza,—operacja ta jest dość trudną.

2) jeżeli niema objawów zatrzymywania się regularności, chociażby badanie przez pęcherz, stolcową kiszkę i przednią ściankę brzuszną wykazywało na istnienie macicy, wtedy nie operować, gdyż do żadnego rezultatu nie dojdziemy. Macica i jej przydatki mogą być źle sformowane i wywołują przez to brak regularności. Autor jest przeciwnego zdania, jak Edis, który przy każdym braku pochwy każe operować i tworzyć pochwę.

8. *Contribution à l'histoire chimique des déchurures du vagin durant le coït* (Himelfarb).

Wogóle nie bardzo dowierzano możliwości rozdarcia pochwy podczas stosunku u kobiet, których organy rodne są normalnie zbudowane; a po większej części przypuszczano, że zostały spowodowane okolicznościami, o których chora wołała zamilczeć. W ostatnich czasach było parę opisów, świadczących o tem, że istnieją podobne fakta (Frank, Zeiss). Autor podaje opis bardzo ciekawego przypadku.

Kobieta lat 24, od niedawna mężatka, po pierwszym stosunku dostała silnego krwotoku z bardzo silnymi bólami w dolnej części brzucha. Pomimo nieustającego krwotoku i towarzyszących bóli mąż nie dawał żonie spokoju. To powiększało bóle i inne przypadłości. Chora poszła do szpitala; pomimo silnej budowy ciągle mdlała; silna gorączka, uskarżała się na

nieustające bóle w brzuchu i bóle przy urynowaniu; okolica cewki moczowej w stanie zapalnym; z moczem wyszedł brudny cuchnący płyn; na granicy jednej trzeciej części górnej pochwy w punkcie, gdzie ścianka tylna łączy się ze ścianką lewą; zauważono brak tkanki z równymi brzegami a dnem podartym, to samo było w zagłębieniu tylnym, wszystkie zagłębienia bardzo bolesne, część pochwowa trudna do poznania. Pomimo przemyczeń antyseptycznych, tamponady pochwy gazą jodoformową 11-go dnia w objawach kollapsu nastąpiła śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało: utratę tkanki pochwy, która stanowiła przerwę, prowadzącą wprost do lewego parametrium; parametria i silnie infiltrowane; obecność na przedniej ściance portionis supravaginalis coli. ropnia, wielkości orzecha; zgrubienie przedniej ścianki pęcherza, w jamie opłucnej pewna ilość cuchnącego płynu, oba płuca były usiane mnóstwem małych abscessów; śledziona o $\frac{1}{2}$ powiększona, ciemna. (Ruptura vaginae, parametritis et perimetritis acutae, pyëmia).

9. *Emphyseme vaginal* (Er. Herman). Xy, 28 lat mająca, zamężna od lat 9, nierodząca wcale, przechodziła 6 m. temu rozszerzenie szyjki macicznej z powodu bolesnej miesiączki; od 3-ch tygodni uskarża się na różowe upławy. Przy badaniu ściany pochwy przedstawiają się nierównymi, jakby usianymi twardymi guziczkami, przeważnie od tyłu; badane przez lustro przedstawiają się koloru szaro-czerwonego—są to pęcherzyki wielkości ziarnka konopi lub grochu. Po przekłuciu takiego pęcherzyka, ten się zapada, wydając mały dźwięk, lecz żaden płyn z niego nie wypływa. Jeżeli nalać wody do jamy pochwy przez lustro i wtedy przekłuć pęcherzyk, to mała bańka gazowa zjawia się na powierzchni wody. Wszystkie pęcherzyki przekłuto w ten sposób—na szyjce macicy wcale ich nie było. Po 8-u dniach badano chorą i nie znaleziono nowych pęcherzyków, a równocześnie ustały odchody różowe. Mąż starannie badany nie przedstawiał żadnych cierpień organów moczopłciowych.

W literaturze angielskiej podobny fakt nie znajduje się opisanym. M. Gorvis w towarzystwie akuszerjnym angielskim opisał pęcherzyki powietrzne ale na szyjce macicy, a nie na pochwie. W literaturze zaś niemieckiej Braun pierwszy opisał pęcherzyki powietrzne na pochwie u kobiety, będącej w ciąży, lecz była przytem i blenorhoea. W 1871 r. Wenchel opisał 3 takie przypadki i nazwał to: „colpo-hyperplasiae cystica“, wszystkie były u kobiet ciężarnych, niektóre z pęcherzyków zawierały płyn krwisty.

Naeche opisuje też 3 przypadki i uważa to za szczeliny (fissurae) pochwy, do których powietrze dostaje się, potem brzegi ich łączą się i zrastają, tworząc pęcherzyki. Eppinger i Meneiré przyjmują tę teorię i nazywają to emphysematem. Zweifel opisuje też 3 przypadki u kobiet w ciąży, lecz powątpiewa o związku tej choroby z rzeżączką. Badania kliniczne zawartości tych

pęcherzyków przekonały go, że jest to trimetylaminy gaz, normalnie wydzielany przez gruczoły pochłonne, i kiedy otwory tych gruczołów się zamkną, wtedy tworzą się pęcherzyki. Schweder zaś przypuszcza, że pęcherzyki tworzą się wskutek przekrwienia podczas ciąży, wydzielina gruczołów się rozkłada i tworzy gaz.

H. Kurtz.

IV. Choroby wieku dziecięcego.

153. Prosector Dr. BEUCHE (Braunschweig). **Znaczenie przerostu grasicy w przypadkach nagłej śmierci u dzieci.** (*Berliner Klinische Wochenschrift* Nr. 9, 1894).

Nagła śmierć u dzieci powstać może wskutek zaduszenia warunkowego, bądź przez zamknięcie dróg oddechowych z powodu ciał obcych, obrzęku błony śluzowej, wydzielin oskrzelowych, ucisku ze strony organów sąsiednich, (thymus, thyroidea) skurczu błony śluzowej, bądź też wskutek centralnego lub peryferycznego pochodzenia porażenia ośrodka oddechowego lub serca.

Co zaś do ucisku ze strony grasicy, to organ ten nawet nie będąc bardzo przerostowym w pewnych warunkach i okolicznościach wywierać może ucisk na tchawicę, a mianowicie wówczas, gdy przestrzeń między rękonością mostka i kręgami będzie wąską.

Autor przytacza własną kazuistykę sekcyjną, dotyczącą udziału tchawicy w powstawaniu nagłej śmierci u dzieci. Pierwszy przypadek dotyczył 8-miesięcznego dziecka, napozór zupełnie zdrowego, które miało tylko nieco rzeżeń (chrapanie). Matka położywszy dziecko do łóżeczka, po godzinie znalazła je nieżywe. Sekcja u dziecka tłustego wykazała: znaczny przerost grasicy. Oskrzela, poczynając od podziału aż do najdrobniejszych rozgałęzień, wybitnie małe. Oskrzela główne spłaszczone silnie, ich błona śluzowa zaczerwieniona, obrzmiała, zmętniała; drobne oskrzela prawie zupełnie, grubsze zaś niezupełnie zatknięte śluzem. W danym przypadku ze względu na pomyślny stan ogólny dziecka mało rodzice zwracali uwagi na objawy kataru oskrzeli. Tymczasem przerost grasicy uciskała na oskrzela, spowodowała ich spłaszczenie, niedostateczny rozwój i utrudnione wykrztuszenie. Dziecko pozostawione samo sobie z powodu większego nagromadzenia się wydzieliny oskrzelowej—udusiło się.

Paltauf zwrócił uwagę, że na trupach dzieci przy mocnym odchyleniu głowy w tył, tchawica może zupełnie być zaciśnięta wskutek podających się ku przodowi kręgów szyjowych.

Przypadek następujący autor zalicza do tej właśnie kategorii.

8-dniowe dziecko dotknięte żółtaczką nagle zmarło. Sekcja wykazała: u dziecka z pokładem tłuszczowym dobrze rozwiniętym, znaczny przerost grasicy, której część górna szczelnie między mostkiem i tchawicą była ułożona. Tchawica wyraźnie spłaszczona, przy odchyleniu główki ku tyłowi może być zupełnie zaciśniętą.

Do tejże kategorii należy obserwacja trzecia:

Dziecko 7-miesięczne, dotąd zdrowe, pod wieczór gorączka bez wysypki, bez objawów mózgowych, dziecko jednak dąży do odchylania główki ku tyłowi. Podczas mocnego odchylenia takowej nastąpiła nagle śmierć.

Sekcja wykazała: dziecko duże, dobrze rozwinięte, tłuste, głowa duża, ciężka, czaszka przedstawia zmiany właściwe chor. angielskiej. Tchawica nie spłaszczona. Grasica duża (80:60 i 15 mm. 26,5 grm. wagi), między tchawicę i mostek wciska się wyrostek grasicy. Przestrzeń między mostkiem i kręgami wynosi w najwęższym miejscu 1,5 ctm.

Autor dochodzi do wniosku, że należy matki przestrzegać, aby dzieci chroniły od przechylenia mocnego główki w tył, szczególnie gdy dzieci są tłuste, gdy podejrzewać można u nich przerost grasicy, nadto gdy dotknięte są chorobą angielską i mają dużą, ciężką głowę.

J. Bączkiewicz.

154. SEMET. **O obrzęku noworodków.** (*Thèse de Paris 1893. Revue mens. des malad. de l'enf. 1894. IV.*)

Obrzęk noworodków w opisach niestłusznie bywa mieszany z twardzielą noworodków, gdy bowiem pierwsze cierpienie, choć ciężkie, może być uleczalne, drugie prawie zawsze bywa śmiertelne.

Obrzęk noworodków zjawia się u dzieci słabych, przedwczesnie urodzonych, znajdujących się w złych warunkach higienicznych i oziębionych; główną zdaje się rolę odgrywa tu osłabienie prawego serca i niedostateczność skurczów mięśniowych, co przedewszystkiem przejawia się na organach oddechowych. Ztąd wynika, że aspiracyja piersiowa nie następuje z pełną siłą wskutek czego jest mniejsze ukrwienie (*diminution de l'hématose*) z następczem przepełnieniem jam serca i naczyń, a przedewszystkiem żył. Obrzęk występuje 6-go lub 4-go dnia po urodzeniu, chociaż niekiedy bywa i później, w trzecim tygodniu, a nawet w 3 miesiące. We wszystkich tych wypadkach, nim jeszcze wystąpią objawy obrzęku, noworodki źle ssą, bezustannie krzyczą. Z chwilą zjawienia się obrzęku skóra staje się bladą, twardą, ucisk palcem pozostawia ślad w postaci zagłębienia. Choroba może się powstrzymać i przejść w wyzdrowienie lub też postępuje dalej i obrzęk staje się ogólnym. Najczęściej zjawia się on przedewszystkiem na kończynach dolnych, rzadziej na górnych i na twarzy. Obrzęk głównie powstaje w częściach, najniżej

położonych i bogatszych w tkankę łączną podskórną, a więc na tylnej powierzchni łydek, później na tylnej powierzchni ud, na sromie, na stopach, następnie dopiero na tylnej powierzchni kończyn górnych, na twarzy, na powiekach, w końcu na grzbiecie, b. rzadko obrzęk bywa ogólny.

Skóra z bladej staje się różową lub fioletową na twarzy i kończynach zjawia się sinica, jednocześnie skóra twardnieje i zagłębienia przy ucisku palcem wywołać się dają, gdy zaś obrzęk jest nieznaczny, ucisk nie pozostawia śladu. Jeżeli obrzęk rozwija się znacznie, wówczas zjawia się trudność ruchów, i wyraźna twardość skóry, nigdy jednak nie występuje ta zupełna nieruchomość w stawach, jak to ma miejsce w twardzieli. Skóra jest zimna, ciepłomierz wykazuje 34° do 35° , w niektórych wypadkach notowano zadziwiająco niską temperaturę: Henning obserwował $22^{\circ}/_{10}$, Letourneau wspomina o $20^{\circ}/_{10}$. Robieau zwrócił uwagę, że ciepłota pod pachą jest zawsze równą, jeżeli nie wyższą od ciepłoty w odbytnicy.

Obrzęk, gdy nie jest bardzo rozległy może ustąpić, obrzęk zaś ogólny kończy się śmiertelnie; zdrowienie następuje po 4—5 dniach, niekiedy i więcej, jak to Henning widział po 17 dniach.

Wchłanianie następuje powoli, krążenie i oddech ożywiają się, ciało się rozgrzewa, zdrowienie stopniowo przychodzi, lecz liczyć się należy z powikłaniami płucnymi, oraz ze strony przewodu pokarmowego, które są częste.

Rozpoznanie wogóle jest łatwe, często jednak choroba ta bywa uważana jako twardziel noworodków. Dwie te choroby mają pewne cechy wspólne, a mianowicie: słabość ogólna, małe tętno, niekiedy ledwie wyczuwalne, upadek ciepłoty i w pewnych okresach twardość skóry.

W twardzieli skóra jest tęga, naprężona nie daje się ująć w fałdę, przy obrzęku zaś można ująć skórę pomiędzy dwa palce, gdyż nacieczenie ma miejsce nie w skórze, a w tkance podskórnej.

Twardziel zajmuje przedewszystkiem grzbiet, później barki, a na końcu uda; obrzęk znów zajmuje tylne powierzchni kończyn, genitalia i dolną część brzucha. Twardziel łatwo się rozprze-strzenia, twardość skóry sprowadza bezwładność zupełną, obok lekkich ruchów oddechowych i niekiedy w mięśniach twarzy chory leży bezwładnie, jest jakby w stanie odrętwienia śmiertelnego. Naprężenie istnieć może w twarzy, wargach i ta sztywność mięśni może przeszkadzać ssaniu. Nic podobnego nie bywa w obrzęku, nacieczenie może tu ograniczać ruchy stawowe, nie wywołuje nigdy stanu naprężenia tężcowego.

Atrepsia w obrzęku stanowi powikłanie rzadkie podczas, gdy w twardzieli bywa prawie zawsze.

Leczenie polega na zachowaniu warunków higienicznych, pożywieniu, a przedewszystkiem na chronieniu dziecka od wpływów zimna.

J. Bączkiewicz.

155. C. RASCH. O częstości i znaczeniu zapaleń ucha średniego u małych dzieci. (*Jahrbuch. f. Kinderheilk. Bd. 37. 3 und 4 Heft.*)

Autor w ciągu jednego roku w sali sekcyjnej szpitala powszechnego w Kopenhadze wykonał 70 sekcij na trupach dzieci w wieku do 2 lat, z tych w 61 wypadkach dokonał badania ucha średniego. Tylko u 5 trupów znalazł normalny stan ucha średniego, zaś w 32 wypadkach wykrył dwustronne ropne zapalenie, w 7 wypadkach ropne zapalenie jednostronne, w drugim zaś uchu jednocześnie znajdował wysięk śluzowy lub mętny, w 7 wypadkach tylko jednostronne ropne zapalenie, następnie w 8 wypadkach śluzowy różowawy wysięk w obydwu uszach, w jednym tylko wypadku znalazł dwustronne gruźlicze zapalenie z próchnieniem kości skroniowej. Zatem w $75\frac{1}{2}\%$ wypadków ucho średnie było siedliskiem spraw ropnych, a w $\frac{1}{2}\%$ spraw kataralnych, w 8% wykryto stan normalny. Już dawniej podobne wyniki otrzymali i inni badacze. Trölsch (1862) badał 49 kości skroniowych, pochodzących od 25 dzieci, tylko u 9 dzieci znalazł stan ucha normalny, w pozostałych przypadkach miał miejsce bądź śluzowy, bądź ropny katar, w jednym przypadku było próchnienie kości.

Robert Wreden (Petersburg) podjął poszukiwania na trupach 80 dzieci i w $83\frac{3}{4}\%$ znalazł uszy w stanie patologicznym; na podstawie własnych spostrzeżeń robi przypuszczenie, że zapalenie ucha średniego powstaje w skutek powstrzymanej i osłabionej czynności organów oddechowych. Podobny związek z zapaleniem płuc kataralnym przypuszczał i Parrot na podstawie własnych poszukiwań.

Kutscharianz w instytucie patologicznym w Moskwie robił poszukiwania na 300 trupach dzieci; z tych w 70 przyp. znalazł normalne warunki, w 30 przekrwienie i wydzielinę śluzową, w 20 lekkie kataralne zapalenie, w 30 zapalenie mocniejsze, w 150 ropne zapalenie ucha średniego. Netter badał uszy 20 dzieci, u wszystkich znalazł stany patologiczne. Badania bakteryjologiczne wykazały 13 razy streptococcus pyogenes, 6 razy staphylococcus pyogenes aureus, 5 razy pneumocci. Kölliker, Zaufal, Rinecker byli przekonania, że ropa w średnim uchu u małych dzieci ma podstawę fizjologiczną, [przeistoczenie warstwy śluzowej (Schleimpolster) składającej się z tkanki embrionalnej i znikającej w 24 godzin po urodzeniu lub przed takowem]. Politzer jest jeszcze dziś tegoż przekonania.

Autor zaś, na podstawie poszukiwań anatomo-patologicznych, badań mikroskopowych i przebiegu klinicznego w końcu swej pracy dochodzi do następujących wniosków:

1) Zapalne cierpienia ucha średniego szczególnie często (75%) spotykają się u małych dzieci, zmarłych w tym samym szpitalu.

2) U dzieci, dotkniętych zapaleniem płuc zrazikowem zapalenia ucha spotykają się prawie stale (99⁰/₀).

3) Ponieważ zapalenia ucha tak często spotykają się u dzieci, zmarłych na zapalenia płuc, można przypuścić, że też zapalenia ucha również często mają miejsce u tych dzieci, które zapalenie płuc pomyślnie przechodzą i że te „pneumoniczne“ zapalenia ucha odgrywają ważną, a dotychczas pomijaną rolę w powstawaniu głuchoniemoty.

4) Te zapalenia ucha bardzo rzadko wywołują przedziurawienie błony bębenkowej i dla tego kliniczne dotąd mało są znane.

5) Tego rodzaju zapalne sprawy w uchu w przebiegu klinicznym przedstawiać się mogą jako zapalenie opon mózgowych.

J. Bączkiewicz.

156. B. S. SCHULTZE (syn). **Czy złamanie obojczyka jest przeciwskazaniem do cucenia noworodka wedle metody Schultzego w omdleniu.** (*Centralblatt f. Ginekol. 1894 N. 8*).

W r. 1890 Heydrick ogłosił w *Centr. f. Gyn. N. 7* przypadek, w którym dziecko rodzące się w położeniu pośladkowym było wydobyte ze złamaniem obojczyka i ucone metodą Schultzego. Dziecko umarło w 2 godziny po urodzeniu i oględziny pośmiertne wykazały, że obojczyk był złamany w trzeciej wewnętrznej części, że złamany koniec przebił oponę w 1-em międzyżebżu i przedziurawił płuco. Wskutek tego wywiązał się pneumothorax, Emphysema przedniego i tylnego Mediastini przechodząca na szyję i w tkankę podskórną klatki piersiowej, Heydrich, a za nim L. Meyer (*Centralblatt f. Gyn. 1890, N. 10*) i Korher (*Petersburger. med. Wochenschr. 1892, N. 51*) uważają złamanie obojczyka za przeciwskazanie do stosowania metody Schultzego. Schultze opisuje przypadek w którym stosował swoją metodę cucenia przy złamaniu obojczyka i żadnych uszkodzeń nie wywołał. Upatruje przyczynę przedziurawienia płuca przez złamany obojczyk w wadliwym wykonaniu metody. Przy silnem ujęciu klatki piersiowej w okolicy łopatki i obojczyka mógł z wielką łatwością złamany koniec obojczyka przedziurawić płuco, metoda zaś Schultzego wymaga, by nie wywierać ucisku rękami, na górną część klatki piersiowej, bo taki ucisk przeszkadza unoszeniu się żeber i rozszerzaniu się płuc. Autor każe zwracać wielką uwagę na to, aby przy unoszeniu dziecięcia podczas ruchu wydechowego klatka piersiowa opierała się na paluchach lekarza w okolicy 4, 5, 6 żebra a przy opuszczaniu dziecka ku dołowi podczas ruchu wdechowego paluchy mają tylko zlekka dotykać klatki piersiowej, dziecko zaś całym ciężarem powinno zawisnąć na palcach umieszczonych w jamie pachowej. Autor przyznaje, że przy złamaniu obojczyka metoda jego straci nieco na wartości wskutek tego, że przy opuszczaniu dziecka

ku dołowi złamany obojczyk nie unosi żeber z normalną siłą, a przez to ruchy wdechowe żeber są słabsze.

Grzankowski.

157. L. PROCHOWNICK **Cucenie noworodków w omdleniu**
(*Centralblatt f. Ginekol. 1894 r. N. 10*).

Autor nie mógł stosować metody Szultzego, polegającej na bujaniu dziecka, z powodu niskiego mieszkania i wpadł na pomysł rytmicznego uciskania klatki piersiowej przy nieruchomej pozycji dziecka, zwróconego głową ku dołowi.

Szczegóły metody są następujące:

Lekarz (lub osoba służąca mu do pomocy) obejmuje lewą ręką nóżki dziecka unosi je ku górze i zawiesza dziecko głową na dół po nad stołem, tak, ażeby szyjka była wyciągnięta, a główka zlekka dotykała powierzchni stołu. W takiej pozycji dziecka wykonywa lekarz uciskanie rytmiczne klatki piersiowej ręką prawą, jeżeli sam unosi nóżki, lub obydwoma rękami, jeżeli je unosi osoba pomagająca. Ręce uciskające umieszcza na klatce piersiowej w ten sposób, że duże palce obu rąk kładzie obok siebie na mostku, pozostałe zaś palce, zwraca ku tyłowi, kładąc je w kierunku żeber. Przy rytmicznym uciskaniu w pozycji pionowej dziecka, można stosować jednoczesne oblewania wodą gorącą i zimną lub też po 8—10 uciśnięciach kłaść dziecko do kąpieli.

Prochownick stosuje stale tę metodę od lat 6-ciu i poleca ją akuszerom.

Grzankowski.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

158. Wernicke przekonał się że karmienie psów mięsem owiec padłych na błonicę lub uodpornionych na nią, prowadzi do uodpornienia ich na ten zarazek. Można otrzymać na psach odporność taką, że surowica ich, szczepiona świnkom, robi te ostatnie zupełnie odpornymi na jad błonicowy. Autor widział też kilka wypadków, w których ludzie zostali wyleczeni z błonicy szczepieniem im surowicy odpowiednio traktowanych psów. (C. f. B. XV).

W. J.

159. Według Escherich'a zakażenie błonicowe samo przez się warunkuje znane objawy miejscowe i pewien obraz ogólny, zależny od stopnia jadowitości zakażających ustroj pasożytów; jeżeli lasecznikom błonicy towarzyszą paciorkowce, odporność organizmu zostaje znacznie osłabiona. Ztąd ciężki obraz kliniczny choroby. Wyleczenie z niej następować ma przez wyrobienie się odporności na laseczniki błonicowe. Odporność ta trwa jednak krótko. Ztąd możność powtórnego zachorowania. (C. f. B. XV, 23).

W. J.

160. Escherich obserwował w ciągu lat trzech 7 wypadków zapalenia pęcherza moczowego, powstałego wskutek zakażenia *bact. coli*. Wszystkie wypadki tyczyły się dziewcząt, sądzi, że zarazek dostał się do pęcherza przez krótką cewkę ze sromu, na którym laseczniki te znalazł. Wszystkie wypadki (szło tu o dzieci od 6 miesięcy do 9 lat) wyleczył szybko za pomocą przemywań kryoliną i salolu do wewnątrz. Raz nastąpiło wyleczenie samowolne. (C. f. K. XV, 23). W. J.

161. Przed używaniem bromatylu do narkozy przestrzega Dr. Grubowier na posiedz. Berlińskiego Tow. Laryngologów, a to na zasadzie rezultatów doświadczeń, jakie w Berlińskim Ins. Fیزیjol. dokonał Dr. Löhers. U królików po pierwszych już wdechach występuje najprzód silne przyśpieszenie, następnie arytmia i nierówność pulsu, przyczem ciśnienie krwi silnie opada, i nie powraca do normy nawet po zaprzestaniu narkozy. Po kilku wdechach więcej, po arytmii i nierówności serce bić przestaje. Podczas arytmii ruchy oddechowe pozostają normalne, co jest najzdradliwsze i w błąd wprowadzać może (Berl. klin. Woch. Nr. 1, 1894). Jakkolwiek wyników doświadczeń na królikach nie można bezpośrednio przenosić na ludzi, szczególnież co do narkotyków i chloroformu który znoszą bardzo źle, to jednakże nie możemy pominąć mileżeniem wielkiej analogii, między doświadczeniem Löhersa i podanym przez nas (w Nr. 2) przypadkiem Köhlera.

D. Z.

162. Dr. F. Schmidt wypróbował na sobie i 4-ch chorych działania *tlenku miedzi przeciw tasiemcowi*

Rp. Cupri oxydati nigri	6,0
Cretae prapaer.	2,0
Argyllae	12,0
Glycerini	10,0

Mfpil. N. 120.

W pierwszym tygodniu należy brać dziennie 4 razy po 2 pig. W drugim 4 razy po 3; po wyżyciu całej dozy, dobrą dawkę oleju rybcinowego. Należy unikać kwaśnych pokarmów i napojów. W pierwszych dwóch dniach S. miewał bóle w okolicy pachwinowej. H.

163. Prof. Mose-tig-Moorhof przedstawił w wiedeńskim towarzystwie lekarskiem chorą, której dokonał operacji cholecystotomii, z powodu rozpoznanej kamicy żółciowej, oraz przypuszczalnego złośliwego nowotworu pęcherzyka żółciowego. Badanie drobnowidzowe mas wydobytych z pęcherzyka potwierdziło rozpoznanie, okazał się bowiem rak (carcinoma villosum). Ranę po operacji wypełniono przez pewien czas gazą jodoformową; kiedy zaś odpływ żółci zmniejszył się, zaczął M. stosować miejscowo pałeczki (czopki) z Methylviolettu, które zakładano w ranę co 3—4 dni, wewnątrz zaś przepisał proszki Methylenblau w kapsułkach żelatynowych—0.6 pro die. Rana szybko się zablizniła; stan ogólny znakomicie się poprawił, pomimo tego, że przed operacją resp. przed leczeniem anilinowemi barwnikami istniały wyraźne oznaki charłactwa rakowego. Zbawienny wpływ barwników anilinowych na chorych, dotkniętych charłactwem rakowem, stwierdzali

prócz M. jeszcze Bachmayer, Boldt, Tipjakoff, Schulze i inni. (W kl. W. 19). W. Z.

164. Dr. Plicque. Leczenie kamicy żółciowej. Interwencyja lekarza w kamicy żółciowej bywa dwojakiego rodzaju: 1-o leczenie napadów kolki wątrobianej, 2-o leczenie choroby w okresach pomiędzy napadami. Stosownie do tego praca D-ra Plicque rozpada się na dwie części; w pierwszej podaje sposoby zadosyćuczynienia wskazaniam, jakie ma medycyna wobec chorego cierpiącego na kolkę wątrobianą, by usunąć ból i dopomóc do wydalenia uwięźniętego kamienia. Pragnąc usunąć ból musimy przedewszystkiem brać na uwagę częstość i nasilenie napadów. Przy rzadko powtarzających się lecz nader bolesnych napadach największą usługę oddają nam narkotyki. Na pierwszym planie stawia tu autor opium w lauwatywach lub do wewnątrz razem z extr. belladonae; morfiny radzi unikać, gdyż często zwiększa ona nudności i wymioty. Prócz tego wielką ulgę sprawiają kąpiele letnie i kompresy. Przy częstych lecz umiarkowanej sily napadach przeciwny jest narkotykom; zaleca bańki suche, lub cięte, przyżeganie okolicy wątroby, kąpiele letnie, w ostateczności antypyrynę. W celu ułatwienia wyjścia uwięźniętego kamienia stosuje oliwę i glicerynę w dużych dawkach, ostrzega przed środkami przeczyszczającymi, które tylko pogorszą sprawę. Jeśli napad komplikuje się uporczywymi wymiotami daje lód, szampańskie wino lub przepłókuje żołądek. Przy upadku serca kofeinę, etc. przy przekrwieniu płuc—bańki, zmiana częsta pozycyi ciała.

Co się tyczy leczenia samej kamicy żółciowej to tu mamy 2 zadania: 1) usunąć wytworzone już w pęcherzyku żółciowym kamienie, 2) zapobiegać tworzeniu się nowych. Pierwszemu wskazaniu trzeba się starać zadosyćuczynić za pomocą bądź to środków lekarskich (oliwa, woda chloformowa, salicylan sodu, alkalia), bądźto noża chirurga (cholecystomia, cholecystektomia, cholecystenterostomia). W celu zaś zapobiegania wytwarzaniu się kamieni mamy do rozporządzenia następujące środki. I) Odpowiednie higieniczne warunki, a mianowicie: używanie ruchu na świeżem powietrzu, hydrotarapia, masaż, kąpiele alkaliczne, słońce, wszystko co pobudza przemianę materyi.

II) Dyjete: a) mało tłuszczów, alkoholu, ciężkiego mięsa, jaj, pokarmów zostawiających dużo kału, słodczy, a jaknajwięcej mleka, owoców, lekkostrawnych zielenin.

III) Leki apteczne: wody alkaliczne (Vichy).

Gaz. d. Hop. Nr. 14.

K. Wisłocki.

165. Bourget z Luzanny na zasadzie 140 badań żołądka u mężczyzn i kobiet dochodzi do wniosku, że u mężczyzn przeważna ilość cierpień żołądka polega na rozszerzeniu z zaburzeniami chemicznymi; u kobiet częściej spotykamy opadnięcie żołądka z rozszerzeniem lub bez. (C. f. Inn. Med. 20). J. Z.

166. Cantu, badając zawartość żołądka w błednicy, znajdował często nieprawidłowe położenie żołądka oraz zwykle nadmierną kwaśność soku żołądkowego, który za objaw specyficzny dla błednicy poczytuje,

w późnych okresach blednicy objaw ten ustępować może. (C. f. Inn. Med. 20) J. Z.

167. Borgerini opisuje słyszany przez siebie szmer pęcherzykowy w raku żołądka umiejscowionym w pobliżu wielkich naczyń. Szmer ten jest współczesny ze skurczem serca, rzadziej szmer podobny słyszymy we wrzodzie żołądka. W 2 wypadkach wrzodu, jakie autor przytacza, ten ostatni był umiejscowiony na krzywiznie małej nieopodal wyjścia tętnicy; wrzód był stary z silnym zgrubieniem ścian.

Podobny szmer zauważył autor niekiedy w rozszerzeniu żołądka przy obfitem napełnieniu płynami. W szeregu badań w tym ostatnim przedsięwziętych kierunku autor zawsze otrzymywał szmer systoliczny po napełnieniu żołądka $2\frac{1}{2}$ litrami wody. Najwyraźniejszy był szmer w okolicy krzywizny małej w dołku, o 3—4 cm. od lewego brzegu żebrowego, znika on po usunięciu płynu. W raku szmer niezawsze zależy od bliskości art. coronariae, w jednym z wypadków przez autora sekowanych zależał on od art. hepatica, gdyż rak potworzył zrosty z wątrobą. (C. f. In. M. 20). J. Z.

168. Wobec raka w górnej części przełyku i niedrożności wskutek tegoż, dokonał Zeller w szpitalu Moabit oesophagotomii, z lewej strony szyi, tuż ponad obojczykiem, poczem założył rurkę podobną do tej, jaka się używa przy przecięciach tchawicy. Rurka—aluminjowa lub srebrna—służyć ma do wprowadzania przez nią pokarmów płynnych, przy pomocy jeszcze rurki gumowej i lejka szklanego. Po nakarmieniu chorego rurką zatyka się korkiem. Chcąc oczyścić rurkę aluminjową, czy też srebrną, należy zawsze zakładać drugą rurkę, zapasową, gdyż, jak to wykazał przykład z chorym, w powyższy sposób operowanym, przetoka przełykowa pośe szybko się zwęża i ściga, tak że po pewnym czasie otwór przetoki może nie przypuścić rurki i wówczas trzeba go sztucznie rozszerzać. (B. kl. W. 22, 1894). W. Z.

169. Ucke z Warszawy opisał pierwszy, zdaje się, wypadek przejścia róży na wpustową część żołądka. Rozpoznanie oparte jest na typowym wyglądzie mikroskopowym i wyniku badania mikroskopowego (obrząk, nacieczenie, przekrwienie, mnóstwo paciorkowców). (C. f. allg. Pat. V, 11).

W. J.

170. Docent Lwów w odczycie klinicznym porusza ciekawy temat o uszkodzeniach narządów płciowych kobiecych podczas stosunku płciowego. Coitus primae noctis wywołuje pęknięcie błony dziewiczej, któremu nieraz może towarzyszyć nadzwyczaj żywe krwawienie, co nawet wskutek znacznej utraty krwi sprowadzało śmierć. Pęknięcie hymenis zwykle w ciągu 3 dni się zagaja, jeżeli jednakże niezachowane są warunki czystości lub też coitus odbywa się zbyt czysto, zjawia się stan nazwany przez autora hymenitis acuta, coitus staje się bardzo bolesnym; spokój i ciepłe irygacje sprowadzają wkrótce wyzdrowienie. Obfite krwawienie przy pęknięciu błony dziewiczej ma miejsce w razie krwawiączki (haemofilia) i znajduje uzasadnienie w ukrwieniu błony dziewiczej, jako dalszego ciągu pochwy. Zatrzymanie krwawienia

osiąga się przez obszycie pękniętego miejsca. W starszym wieku błona dziewicza robi się twardszą i nieraz bywa ona taką już u młodych kobiet, dla naprężonego członka przedstawia się zagroda nie do przezwyciężenia, uleż więc pod parciem musi nieraz locus minoris resistentiae—przegroda odbytnico-pochwowa—i w rezultacie otrzymujemy przetokę; rozumie się stan ten mogą poprzedzać jeszcze przejściowe okresy, naprzykład oderwanie błony dziewiczej na obwodzie. Co się tyczy możliwości przerwania przedniej ściany pochwy sub coitu, to autor nie przyjmuje jej; coitus do cewki moczowej jest możliwy wraze wrodzonego zarośnięcia wejścia do pochwy lub zupełnego braku tejże. Przerwanie pochwy sub coitu na pewnej odległości od miejsca lub też oderwanie cz. pochwy od sklepienia w warunkach prawidłowych, to jest przy prawidłowej sprężystości pochwy, jest niemożliwe, nawet przy nadmiernej wielkości członka, gdyż sprężysta pochwa umie się w każdym wypadku przystosować, członek zaś przy zwykłym coitus nie wchodzi cały. Uszkodzenie pochwy może mieć miejsce przy chorobliwym stanie ścian: w clymax i w tylnym sklepieniu przy tak zwanym parametritis atroficans Freundi; po wprowadzeniu członka zjawia się silny ból i następuje krwawienie. W wyjątkowym wypadku pęknięcie zdrowej pochwy może się zdarzyć przy coitus w nieprawidłowym położeniu naprzykład na pół siedzącym, macica wtedy i sklepienia znajdują się nisko, a naprężony członek napiera ku tyłowi. Autor przytacza 2 wypadki pęknięcia pochwy w sklepieniu, ciepłe irygacje odkażające i tamponowanie gazą jodoformową po tygodniu sprowadziły wyleczenie. (Żurn. akusz. i žen. bol. Nr. 4, 1894).

Wł. Staniszewski.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Według wiadomości z ostatniego czasu, przypadki cholery zdarzają się w następujących guberniach: Płockiej, Warszawskiej, Radomskiej, Piotrkowskiej, Kowieńskiej, Podolskiej.

— Dnia 3 b. m. kol. M. Sadowski po obronie rozprawy: Przyczynę do kwestyi o zniszczeniu odporności żaby względem węgliku, uzyskał stopień dra med. Warszawskiego Uniwersytetu. Oponentami z urzędu byli profesorowie: Brodowski, Łukjanow i Przewoski.

— Na miejsce dyrektora Instytutu dla medycyny doświadczalnej, osierocone przez śmierć D-ra Sperka, naznaczony został profesor patologii ogólnej Warszawskiego Uniwersytetu Dr. Łukjanow. Prof. Ł. opuścił już nasze miasto, żegnany solennie przez swych uczniów, asystentów i kolegów.

— Następcą prof. R. Thoma na katedrze ogólnej Patologii i patologicznej anatomii w Jurjewie (Dorpacie) mianowany został prywatdocent akademii St. Petersburgskiej i prosektor Mikołajewskiego szpitala Dr. Wiaczesław Afansjew.

— Nakładem St. Petersburskiej firmy F. v. Szczepański, wyszedł „Almanach po otieczestwiennym wodom” — napisany przez Dr. med. Iwanowa. Dziełko to objętości przeszło 300 str. in 8-o, zawiera w połowie uwagi z ogólnej i specjalnej balneoterapii, oraz w drugich podaje w porządku alfabetycznym wykaz miejsc kuracyjnych wszelkiego rodzaju w Cesarstwie Rosyjskiem. Sądząc z informacji podanych o Busku, Solcu, Nałęczowie i t. d., pracę autora uważać należy za bardzo sumienną i pilną. Oprócz danych co do składu wód, znajdujemy ceny kuracji, ceny pobytu, liczbę lekarzy (nie zawsze dość starannie np. co do Druskiennik) środki komunikacji. Nie znaleźliśmy Nowego-Miasta („avis” do kogo należy), za to źródła Godzikowskie w gub. Radomskiej pod względem lekarskim nie wyzyskiwane. Do dziełka dodaną jest mapa z oznaczeniem położenia wszystkich pomieszczeń w niem miejscowości.

— Wydział lekarski w Wiedniu ma otrzymać wkrótce cały szereg nowych instytutów i pracowni: Instytut higieniczny wraz z pracownią miejską do badania materiałów spożywczych, instytut anatomo-patologiczny i bakteryjologiczny, dwa instytuty fizyologiczne, instytut histologiczny, instytut embriologiczny, instytut dla patologii doświadczalnej, oraz instytut dentystryczny.

— Czasopismo chirurgiczne p. t. „Deutsche Chirurgie”, którego redaktorowie Billroth i Lücke prawie jednocześnie zmarli, nadal wychodzić będzie pod redakcją Bergmann'a i Bruns'a.

— Nakładem Bailliere et fils w Paryżu wyszedł katalog bibliograficzny, zestawiający dokładnie całą literaturę z zakresu chorób wieku dziecięcego według poszczególnych działów.

— W rozprawie doktorskiej „badania krwi u starców” Dr. A. J. Sokołow wykazuje, że wogóle zmiany we krwi dają się zauważyć dopiero w bardzo późnym wieku. Między 60 i 75 liczbą czerwonych ciałek w 1 c. sz. wynosi średnio 4,735,000, białych ciałek jest nieco mniej: 1:651. Wyżej 90 lat liczba ciałek krwi zmniejsza się; czerwonych 4,294,000 białych 1:720. Liczba ciałek eozynofilowych wzrasta. Występują oznaki niedostatecznego wytwarzania młodych elementów, zwolnienie przechodzenia pierwocin dojrzałych w przejrzyste oraz zwolniony rozpad tych ostatnich.

— W czerwcu roku przeszłego odra pierwszy raz została zaniesioną na wyspy Samoa. W końcu grudnia zmarła $\frac{1}{34}$ ogólnej liczby mieszkańców ($\frac{1}{2}$ z tego byli ludzie dorośli). Przyczyną śmierci były powikłania a nie właściwa odra.

— Marynarze, oddychający ciągle świeżem powietrzem nie są pomimo to zabezpieczeni od suchot płucnych. Według wykazów statystycznych angielskich szpitali morskich rocznie ginie więcej majtków od suchot, niż od innych chorób i nieszczęśliwych wypadków razem. Przyczyna tego jest ta sama, co i w miastach: ciasne nieczyste mieszkania (kajuty), za mało powietrza na zamieszkujące je liczbę osób.

— Profesor E. Ludwig (Pharm. Post. 17. 1864) badał, jakim zmianom ulegają wody mineralne przesyłane i przechowywane przez

dłuższy czas w butelkach. Otóż niektóre wody już ze względu na ich skład chemiczny mające niejako zadatek rozkładu w sobie, nie mogą być przechowywane przez czas dłuższy; w innych, zawierających mało domieszek organicznych, trwałość wody zależy od sposobu napełniania, zatykania i opakowania butelek. Niedosć ścisły korek, pozwalający ulatniać się kw. węglowemu, sprowadza osiadanie się tlenków żelaza, węglanów ziem alkalicznych; siarczany redukują się do siarków, te zaś łączą się z żelazem, tworząc czarny osad. Autor badał wodę Giesshübler Mattoniego, Sauerbrun, w butelkach (opakowanych, jak zwykle), pozostałych z dwuletniej wyprawy morskiej Arcyksięcia Ferdynanda Este. Pomimo dwukrotnego przejścia równika, ciągłego kołysania okrętu, woda przedstawiała się bez zapachu, o smaku zupełnie świeżym, obok zupełnej przezroczystości i niezmiennego składu chemicznego.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Maja 1894 r.

1. *A. Puławski*. Poliomyelitis ant. czy Neuritis multiplex. *Gaz. Lek.* 18.
2. *A. Leśniowski*. Przypadek jęczmienia zakończony śmiercią. *Gaz. Lek.* Nr. 18.
3. *Dr. med. H. Higier*. Polyneuritis et polioencephalites anterior. (*Gaz. Lek.* 17, 18 i 20).
4. *Z. Dmochowski*. Hydrops Antri Highmori. (*Gaz. Lek.* N. 20).
5. *Dr. St. Ronthaler*. Porównawcze bakteriologiczno-chemiczne badania nad stosunkiem cholery Warszawskiej do wibryona ptasiego Miecznikowa i przecinkowca Kocha. (*Gaz. Lek.* 19, 20 i 21) w przyszł. Nr.
6. *K. Niedzielski*. Przypadek posokowatego zapalenia szpiku pierszelci, powikł. zgorz. kości i ropnicą. (*Gaz. Lek.* 19).
7. *K. Noiszewski*. Metoda badania dyfferencyonalnego i integralnego widzenia. (*Gaz. Lek.* 19).
8. *Dr. med. A. Sokolowski*. Przyczynek do patologji i terapii przewlekłego zapalenia przerostowego krtani. (*Gaz. Lek.* 21).
9. *J. Szmurło*. Przypadek mięsaka gruczołów pozaotrzewnowych z przerzutami w wątrobie i śledzionie. (*Gaz. Lek.* 21).
10. *E. Biernacki*. Typhus exanthematicus sine exanthemate. (*Gaz. Lek.* 21).
11. *S. Lachowicz*. O bakteryjach w worku spojówkowym oka zdrowego. (*Przegl. Lek.* 18, 19, 20 i 21).

12. *T. Mayzel*. Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego. (Przeł. Lek. 16, 17, 18, 19, 20).
13. *R. Barącz*. Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego — zastosowanie płytek z brukwi w ileocolostomii sposobem Senna; wyleczenie. (P. Lek. 17, 18, 20).
14. *Rościszewski*. Plastyka pochwy z warg sromych mniejszych. (Prz. Lek. 20).
15. *L. Wacholz*. O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kw. karbolowym. (P. Lek. 2) (niesk.).
16. *F. Kościński*. Przypadek cięcia cesarskiego z powodu guza miednicy małej. (P. Lek. 21).
17. *T. Solman*. Cięcie cesarskie sposobem Porro z pomyslnem zejściem dla matki i dziecka (Med. 18, 19, 20).
18. *F. Arnstein*. Przyczynek do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej zapomocą zabiegów rynologicznych. (Med. 18, 19).
19. *A. Wojnicz*. Przyczyn. do kazuistyki chorób powikłanych, zakażeniem krwotocznem. (Med. 20).
20. *A. Kosiński*. O wartości leczniczej antinerwiny. (Med 21)
21. *A. Jaruntowski*. O gruźlicy dziąseł. (Now. Lek. V)
22. *B. Broeklie*. O powikłaniach influenzy w chorobach chirurgicznych. (N. Lek. V).

2. Antoni Leśniowski. Przypadek jęczmienia zakończony śmiercią. U chorego z jęczmieniem na dolnej powiece prawego oka zjawily się na raz wstrząsające dreszcze i znaczne obrzmienie czoła i ciemienia. Wkrótce wystąpiła silna gorączka z majaczeniem i chory począł się skarżyć na ból głowy i kłócie w boku. Badanie chorego na oddziale chirurgicznym D-ra Jawdyńskiego wykazało, prócz zaostrenia szmeru oddechowego i nielicznych rzeżeń w obu płucach, objawy właściwe zapalenia żył czoła i czaszki z następującą ropnicą. Chory pomimo interwencji chirurgicznej, zmarł w 2 dni po operacji. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono ropę w zatokach jamistych, i w żyłach ocznej. W płucach rozsiane ropnie. Autor przypuszcza, że w danym razie zapalenie żył, biorące początek od jęczmienia, szerzyło się w 2 kierunkach: 1) wzdłuż żył powłok czaszki i 2) po żyłach ocznej bezpośrednio w zatokę jamistą. Wreszcie L. sądzi, że w każdym (pred.) przypadku jęczmienia możemy się obawiać powyższych powikłań.

W. Garliński.

4. Dmochowski. Hydrops antri Highmori pochodzenia zapalnego. Na trupie u 32-letniej kobiety znaleziono po lewej stronie zarośnięcie foraminis maxillaris. Punkcya wykazała zawartość surowiczą w zatoce Highmora. Na podstawie szczegółowego badania drobnowidzowego, autor przychodzi do przekonania, że miał do czynienia z „hydrops zatoki szczękowej górnej” pochodzenia zapalnego, co dotąd uważanemu było za niemożliwe.

J. S.

7. Kazimierz Noiszewski. **Metoda badania dyferencyjnego i integralnego.** 17-letnia chora uskarża się, że nie może grać z nut, ponieważ nie widzi, czy litera znajduje się nad linią, czy pod linią. przy badaniu przedmiotowym okazuje się, że chora ma normalną bystrość wzroku, mianowicie $\frac{6}{6}$ Snellen'a i czyta z łatwością N. 1 Jaeger'a, tymczasem punktów tablicy Bouchard'a policzyć nie jest w stanie i to tak dalece, że dla punktów siła widzenia jest mniejszą, niż $\frac{1}{60}$ Bouchard'a. Przyrząd okoruchowy zachowuje się zupełnie prawidłowo, pole widzenia nieznacznie zwężone. Na zasadzie powyższych danych autor rozpoznaje u swej pacjentki niezdolność mierzenia mniejszych przestrzeni pomiędzy punktami wskutek zmniejszonego kąta odczuwania dwóch jedno po drugim następujących spojrzeń; odnośnie cierpienie nazywa gonoanopsją, to jest niewidzeniem przestrzeni pomiędzy dwoma utkwieniami osi wzrokowej. Tym sposobem należy odróżniać dwie metody badania bystrości wzroku: całkowitą i różniczkową (integralną i dyferencyjną). Dla badania całkowitego służą tablice Snellen'a, dla badania zaś dyferencyjnego widzenia autor ułożył osobne tablice, w których główną uwagę zwrócił nie na znaki, a na przestrzenie pomiędzy nimi (porównaj badanie czucia skóry, przez Webera). Prawidłowy wzrok odróżnia przestrzeń 1 milimetr., pomiędzy punktami z odległości 3-ch metrów $W. \text{ diff.} = \frac{3}{3} = 1 \text{ mm.}$

W. Garliński.

9. Jan Szmurło. **Wypadek mięsaka gruczołów pozaotrzewnowych z przerzutami w wątrobie i śledzionie.** Wypadek powyższy interesował autora ze stanowiska klinicznego, ze względu na szybki przebieg (3 tygodnie) i ze względu na stałe bóle, przechodzące kolejno z krzyża do brzucha; lekki stopień żółtaczki przy znacznem powiększeniu wątroby stawał trudności djagnostyczne, budząc podejrzenie kolki wątrobowej; 2) z punktu widzenia anatomo-patologicznego—przerzut mięsaka w śledzionie, dość rzadko się zdarza. Wypadek pozabawiony jest obserwacji klinicznej (chorego obserwowano autor przez 2 dni); również traci on na znaczeniu wobec braku niektórych niezbędnych danych, jak nap. wieku chorego. Badanie anatomo-patologiczne opisuje autor szczegółowo.

J. W.

10. E. Biernacki. **Typhus exanthematicus sine exanthemate.** Autor opisuje wypadek duru plamistego bez wysypki. Rozpoznanie swe oparł na nagłym początku choroby z silnemi dreszczami, na obrzmieniu śledziony, stanie tyfusowym, szybkim krytycznym opadku ciepłoty przy obfitych potach; poczem zdrowienie prędko naprzód postępowano. Podobne wypadki znane są w literaturze, podobnie jak wypadki szkarlatyny bez wysypki.

H. K.

12. Dr. Tadeusz Mayzel. **Przyczynę do leczenia kity wstrzykiwaniami oleju szarego.** Na zasadzie 39 wypadków (w oryginale kazui-styka szczegółowa) przymiotu, leczonego wstrzykiwaniami oleju szarego, autor przychodzi do następujących wniosków co do wartości tego preparatu: 1) Łagodne formy przymiotu ustępują szybko, również zmiany specyficzne na błonach śluzowych; cięższe formy wymagają dłuższego

leczenia, chociaż i w tych razach olej szary ma pierwszeństwo przed żółtym tlenkiem lub chlorkiem rtęci. 2) Wstrzykiwania oleju szarego nie wywołują żadnych cięższych objawów ubocznych, zależnych od swoistego działania rtęci, natomiast wypadki lekkiego zatrucia są—wbrew twierdzeniu prof. Langa, (który wprowadził ten preparat do terapii)—dosyć częste. 3) Dawki oleju szarego, potrzebne do usunięcia zmian przymiotowych powrotnych, wynoszą przeciętnie 0,4 ol. cinerei mitis., w wypadkach jeszcze nie leczonych wystarcza zwykle 1,10 (Lang podaje 1,50—2,0). 4) Co do czasu, w jakim występują powroty i co do ich natężenia z powodu krótkiego czasu doświadczeń autor nie może jeszcze wypowiedzieć swego zdania. 5) Co do wartości technicznej, wyniki otrzymane przez autora stanowczo się nie zgadzają z twierdzeniem Langa: przy podskórnych zastrzykiwaniach tworzyły się prawie zawsze głębokie i bolesne nacieki, które ulegały wessaniu bardzo powoli, a kilkakrotnie przeszły nawet w ropienie. Dla uniknięcia tej niedogodności autor zaczął wstrzykiwać olej szary głęboko w mięśnie pośladków, czego Lang nie radzi robić, i na 200 zastrzyknięć w ten sposób dokonanych nigdy nie miał ani wybitniejszego nacieku, ani też bólu. 6) W wypadkach tworzenia się znaczniejszych nacieków leczenie należy przerwać przynajmniej do czasu dopóki nie ulegną one wessaniu w znacznej swej części.

Fr. G—yć.

14. Rościszewski. *Plastyka pochwy z warg sromnych mniejszych.* Zwężenia pochwy nie dają się usunąć przez wycięcie blizn z następczem zeszyciem, w tym celu różni autorzy przeszczepiali do pochwy skórę, błonę śluzową z jelita ludzkiego lub królika. Ponieważ ten materiał przeszczepialny pozostawia wiele do życzenia, R. użył w jednym przypadku zwężenia pochwy małe wargi sromne, rozszczepione na tępo, z pozostawieniem mostka odżywiającego. Wynik pomyślny.

Wł. Stan.

16. Kościński. *Przypadek cięcia cesarskiego z powodu guza miednicy małej.* K. opisuje przypadek zachowawczego cięcia cesarskiego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka. Wskazaniem do zabiegu był nowotwór (fibro-sarcoma), wychodzący z kości (ramus ascendens ossis ischii) małej miednicy i w znacznym stopniu zwężający jej próżnię. Wymiary miednicy zewnętrzne prawidłowe. Chora 28-letnia rodziła 4 razy, z których dwa ostatnie porody ukończono przez operację.

Wł.

17. T. Solman. *Cięcie cesarskie sposobem Porro z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka.* S. opisuje przypadek cięcia cesarskiego u 32-letniej typowej karlicy z nader silnym wrodzonym zarośnięciem i zwężeniem pochwy w dolnym jej odcinku, poród trwał od 2-ch dni i powikłany był eklampsyją. Wymiary miednicy: kolcowy 21 ctm., grzebieniowy 24, prosty zewnętrzny 17, pr. wewnętrzny około 8 ctm., miednica równomiernie zwężona nierachityczna. Sposób Porro zastosowany, aby odchodzić połogowe, mając utrudniony odpływ, nie uległy sposoczeniu i nie wywołały ogólnego zakażenia, powtórnie w celu uniknięcia na

przyszłość niebezpieczeństwa przy nowej ciąży i porodach. Szypuła ustalona zewnątrzotrzewnowo. Okres pooperacyjny bez poważniejszych powikłań, po 2-ch miesiącach chora wypisana do domu, dziecko zdrowe. W moczu po operacji znaleziono białko i wałeczki nerkowe, drobnoziarniste; 4-go dnia znikły wałeczki, po 4-ch tygodniach białko. W końcu pracy autor rozpatruje wskazania do zachowawczego cięcia cesarskiego podług Saengera i do sposobu Porro, zalety i wady tych sposobów, wreszcie sposoby ustalenia szypuły po wyciętej sposobem Porro macicy.

Wł. Stan.

18. Arnstein. Przyczynek do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej za pomocą zabiegów rylogicznych. Autor na podstawie 10 przypadków dychawicy oskrzelowej, obserwowanych przez czas dłuższy a leczonych, po większej części bezskutecznie, przez specjalistów chorób nosa (zabiegi operacyjne), przychodzi do przekonania, że związek przyczynowy pomiędzy astmą a zmianami w nosie nie istnieje, gdyż inaczey wyleczenie na drodze operacyjnej tych zmian powinno jednocześnie usuwać i ataki dychawicy oskrzelowej, co jednak w praktyce się nie sprawdza. Autor uważa astmę za nerwicę órodkową, na tle ogólnego neurapatycznego usposobienia występującą. Wychodząc zaś z tego punktu widzenia przedewszystkiem zaleca leczenie ogólne *J. S.*

19. A. Wojnicz. Przyczynek do kazuistyki chorób powikłanych zakażeniem krwotocznem. Autor opisuje w swym artykule przypadek żółtaczki w połączeniu z objawami niezytu żołądka i dwunastnicy, w przebiegu której to choroby wystąpiła naprzód peliosis rheumatica, a potem i objawy choroby Werlhofa. *H. K.*

20. A. Kosiński. O wartości leczniczej antinerwiny. Środek ten, składający się, według F. de Filippi, z jednej części bromku amonu, jednej części kwasu salicylowego i 2 cz. acetanilidu, polecano jako lek przeciwgorączkowy i przeciwnilny, w gościecu stawowym, influenzy, nawet w choleryze i katarze kiszki. Autor podawał antinerwinę jako środek przeciwgorączkowy w dawkach po 0,5 kilka razy dziennie bez ubocznego wpływu. Szczególnie zaś skutecznym okazywał się ten środek w gościecu stawowym ostrym, w którym ma nawet przewyższać Natr. salicyl. Dawki 1,0 dochodzą do 5,0 — 6,0 pro die. Przy przewlekłym gościecu widział autor wpływ kojący, wreszcie przy surowicznem zapaleniu opłucnej wynik był również dodatni. *H.*

21. A. Jaruntowski. O gruźlicy dziąsła. Opisuje tu J. przypadek gruźlicy dziąsła, na około karjetycznego dolnego zęba mądrości u osobnika poprzednio już gruźlicą płuc wyniszczonego. W dalszym przebiegu owrządzenie rozszerzyło się na łuki i boczne części podniebienia miękkiego, ból przy jedzeniu był niemałą przeszkodą w odżywianiu wyniszczonego chorego. W karjetycznej jamce wyrwanego zęby, jak również w wyskrobinach z owrządzeń znalazł J. laseczniki Kocha; w pierwszym miejscu ilość laseczników była bardzo obfita. Na zasadzie danych z literatury podaje J., że gruźlica jamy ustnej występuje zwykle wtórnie, (o wilku autor nie wspomina), jest komplikacją w ogóle dość rzadką; z narządów j. ustnej najczęściej bywa

porażony język, dziąsła najrzadziej. Punktem wyjścia gruźlicy dziąseł były kilkakrotnie rany po wyrwaniu zębów. Zęby karjetyczne u chorych gruźlicznych należy starannie leczyć, ponieważ i one mogą dać powód do miejscowej infekcyi przy istniejącej już gruźlicy płuc lub krtani. Zarazek gruźlicy z pokarmów może również w dziąsłach znaleźć wrota do przedostania się do ustroju (owrzodzenie, ranki). Leczenie gruźlicy dziąseł polega na wyskrobaniu, wypalaniu i wciernianiu kwasów żrących; kokainą należy łagodzić ból, powstający przy jedzeniu.

Dz.

Nadesłano do Redakcyi.

— *J. Bączkiewicz*: Leczenie dyfterytu gardzieli u dzieci (Odcz. klin. Ser. VI. Z. 3).

— *H. Aronson*: Podstawy leczenia surowicą krwi. (Odcz. klin. Ser. VI. Z. 3).

— *A. J. Sokołow*: Izsliedowanie krwi u starików. (Dysser. na stop. Dr. med. St. Petersburg 1894).

— *A. Wołkowicz*: Ozon ze stanowiska systemu peryjodycznego. (Odb. z Wiad. Farmaceut.).

— *Z. Dmochowski i W. Janowski*: O działaniu ropotwórczem oleju krotonowego. (Odb. z Pam. Tow. Lek. Warsz.).

— *Dr. med. N. P. Iwanow*: Russkij Almanach po otieczestwiennym wodom, morskim kupanijam i dr. leczebnym miestam Rossii. (Izd. F. W. Szczepańskiego. St. Petersburg 1894).

— *Dr. Józef Zawadzki*: Ein Fall von akuter Vergiftung mit Heildosen des Kreosots. (Odb. z Cent. f. Klin. Med. № 18).

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.
Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Ogłoszenia.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

I. Nowe tematy.

1) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem niezbadanych bakteryi chorobotwórczych.

- 2) Grunt warszawski pod względem bakteryologicznym.
- 3) Historia szkół lekarskich w Polsce w ciągu ostatniego wieku.
- 4) Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich, ogłoszonych drukiem od roku 1830 do 1890.
- 5) Tak zwany ropień okołomigdałowy z punktu widzenia klinicznego i bakteryjologicznego.
- 6) Zbadać chemiczne produkty wypróżnień cholerycznych.
- 7) Krytyczny pogląd na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny, w myśl prof. Horbaczewskiego.
- 8) Gruźlica wygasała płuc (tuberculosis obsoleta pulmonum), jakość zmian anatomicznych i warunki powstawania.
- 9) Zmiany anatomiczne przy chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych (lub jednego z jego odcinków).
- 10) Zapalenie kataralne płuc (pneumonia catarrhalis) z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteryjologicznego.
- 11) Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (retina) pod wpływem otrucia fosforem.
- 12) Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek: stosunek pomiędzy jakościowem i ilościowem wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, *resp.* surowicy krwi w tej chorobie.
- 13) Gazy krwi żyłnej w stanach chorobowych, w szczególności w stanach anemicznych i autointoksykacyjnych (uraemia); absorbcyją tlenu w stosunku do zawartości hemoglobiny we krwi patologicznej.
- 14) Zbadać na zasadzie spostrzeżeń własnych rozwój mowy u dziecka i wykazać stosunek tego rozwoju do rozwoju inteligencji u dziecka.
- 15) Opracować źródłowo historję jednego z większych szpitali od czasu założenia aż do chwili bieżącej.
- 16) Stosunek anatomo-topograficzny moczowodów do macicy i pęcherza u kowięty.
- 17) Badania z dziedziny antropologii krajowej, oparte na poszukiwaniach anatomicznych, fizyjologicznych oraz na zestawieniach statystycznych.
- 18) Histologia portionis vaginalis uteri z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego a skończywszy na uwładzie płciowym.

II. Tematy, pozostawione z roku zeszłego.

- 19) Przeprowadzić badania bakteryjologiczne krwi u suchotników.
- 20) Jakość i ilość bakterji chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1895 roku.

Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 20-tu tematów, wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 189⁴/₅ jest pięć. Rozprawy nagrodzone, wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąć będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała № 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 189⁴/₅ zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. **D-ra Walentego Koczorowskiego** dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicji zamieszkali, c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojcekim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kaeprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyje nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Zyczący ubiegać się o rzecone stypendyja, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectw Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr. Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 189⁴/₅ wakować będzie stypendyjum w kwocie rs. 250 rocznie z legatu ś. p. **Ignacego Gołębiowskiego**, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Zyczący ubiegać się o rzecone stypendyjum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 3) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwo ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *Dr. Brodowski*.