

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z pracowni patologicznej uniwersytetu Warszawskiego.

MORFOLOGIJA WYDZIELANIA SIĘ MLEKA.

NAPISAL

Dr. Julijan Steinhaus,

Ordynator kliniki oftalmologicznej, b. asystent przy katedrze patologii ogólnej w Warszawie.

Badania Nussbaum'a, Langley'a, Ehrlich'a, a w szczególności Altmann'a zwróciły w ostatnich czasach uwagę histologów na nową część składową komórek zwierzęcych, na tak zwane ziarenka (granula). Altmann¹⁾ i jego uczniowie, Metzner i Krehl, dowiedli wielkiej doniosłości fizjologicznej ziarenek dla komórek gruczołowych. Sprawdzenie tych badań i rozszerzenie ich przez porównanie jaknajrozmaitszych gruczołów jest więc bezwątpienia pracą pożyteczną.

Kierując się tem przekonaniem, zająłem się w pracowni prof. S. Łukjana w a badaniem gruczołu mlecznego. Wybór ten uczyniłem dla tego, że miałem nadzieję, korzystając z nowszych metod histologicznych, rozstrzygnąć niektóre sprzeczności, istniejące dotychczas w kwestyi morfologicznych zmian, zachodzących w czasie czynności gruczołu mlecznego, a zarazem, określając udział ziarenek przy tworzeniu się tłuszczu w mleku, posunąć naprzód kwestyję morfologii zwyrodnienia tłuszczowego wogóle.

Ponieważ nie mam zamiaru pisać monografii, lecz pragnę jedynie zdać sprawę z wyników własnych spostrzeżeń, nie będę więc przytaczał obszernej literatury danego przedmiotu.

Zastanowię się jedynie nad kilkoma nowszemi pracami, które się pojawiły już po ogłoszeniu obszernej mono-

¹⁾ Altmann. Die Elementar-organismen. Leipzig, 1890.

grafii *Heidenhain'a*, stanowiącej część znanej powszechnie fizjologii, wydanej staraniem *L. Hermann'a*.

Przedewszystkiem wymienić muszę krótką pracę *Nissen'a* ¹⁾.

Nissen opisuje swoje spostrzeżenia nad gruczołem mlecznym psa, kota i królika, utrwalonym w płynie *Flemmington'a* i barwionym według metody *Gram'a*, i twierdzi, że jądra komórek gruczołowych rozmnażają się amitotycznie i że w ten sposób powstają wielojądrowe komórki. Jądra, najbliższej światła gruczołu położone, otaczają się paskiem protoplazmy i oddzielają się od komórek. W tych zawierających jądra odłączonych częściach komórek, a niekiedy nawet jeszcze przed odłączeniem, odbywa się w jądrach szczególnie proces rozpadowy, polegający na tem, że chromatyna jądrowa skupia się w postaci kilku segmentów na obwodzie jądra, poczem segmenty oddzielają się od siebie i rozpuszczają się. W ten sposób *nukleina*, składowa część jąder komórkowych, przechodzi do wydzieliny i przyjmuje udział w tworzeniu się *sernika*. W dopisku, dołączonym już przy korekcie artykułu zwraca *Nissen* jeszcze uwagę na to, że *Flemming* obserwował i opisał pod nazwą *chromatolizy* taki sam rozpad jąder w komórkach *membranae granulosae*.

W rok później ogłosił *Coën* ²⁾ swoje przyczynki do histologii gruczołu mlecznego. W gruczole nieczynnym znajdował *Coën* karyjokinezę nader rzadko; komórki, wyściełające ścianki pęcherzyków gruczołowych, są prawidłowo sześciokątne. W tkance łącznej spotkać można liczne komórki tuczne (*Mastzellen*) i białe ciała krwi. Ku końcowi ciąży znaleźć można w komórkach nabłonkowych liczne krople tłuszczu, wypełniające je częściowo lub też całkowicie, tak iż jądro zostaje zupełnie odsunięte na bok. W świetle gruczołu leżą duże krople tłuszczu obok jąder komórkowych, otoczonych zewsząd małemi kropelkami tłuszczu. Nabłonek bywa często dwuwarstwowy, jądra zawierają dużo chromatyny, często dzielą się karyjokinetycznie. Pomiedzy zrazikami w tkance łącznej obficie leżą komórki tuczne i białe ciała krwi. U zwierząt w okresie karmienia nabłonek gruczołów staje się często wielowarstwowym; pojedyncze pęcherzyki wypełniają się zupełnie komórkami, tak, iż światło gruczołu znika. Komórki zawierają 1 lub 2 jądra. Karyjokinezę obserwuje się często. Zaróż komórek zawiera liczne krople tłuszczu; niekiedy granice pomiędzy komórkami są tak niejasne, że pojedyncze komórki zlewają się w bekształtną masę ziarnistą zarodzi.

W ważkim pasku tkanki łącznej, oddzielającym od siebie pęcherzyki gruczołowe, znajdował *Coën* u zwierząt karmiących dość częste figury karyjokinetyczne, komórki tuczne i leukocyty.

Altman ³⁾, który w swojej książce omawia prawie wszystkie tkanki i organy, o gruczole mlecznym mówi, co następuje: „W ko-

¹⁾ *Nissen*. Ueber das Verhalten der Kerne in den Milchdrüsenzellen; Archiv f. mikrosk. Anatomie, T. 27, 1886,

²⁾ *Coën*. Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Milchdrüse. *Ziegler's* Beiträge, 1886. T. 2.

³⁾ *Altman*, l. c., p. 93.

mórkach gruczołów mlecznych znajdujemy często po jednym ziarenku tłuszczem przesiąkniętem; ziarenko to powiększa się, przyczem nie wiadać jednak, żeby inne, małe krople tłuszczowe miały dostarczać materiału dla jego wzrostu. Musimy więc przypuścić, iż wzrost jego warunkuje się stałą czynnością assimilacyjną... Nienaruszone, barwiące się specyficznie ziarenka komórki grupują się wokół ziarna tłuszczowego i otaczają je zewsząd. Być może, że, kiedy kropla tłuszczowa jest już zupełnie gotowa i leży u wierzchołka komórki, u jej podstawy powstaje druga, może nawet i trzecia kropla tłuszczu; przeznaczeniem tych ostatnich jest wszakże, oczywiście, tylko zastąpienie pierwszej po jej wydzieleniu z komórki. Istotnie wieloziarenkowe formy tłuszczu („multipel granuläre Formen des Fettes“) należą w komórkach gruczołu mlecznego do zjawisk wyjątkowych i znajdują się jedynie u niektórych zwierząt we wczesnych okresach, przed rozpoczęciem karmienia. U karmiących zwierząt nie spotykałem ich wcale“...

Na innym miejscu mówi A l t m a n n ¹⁾ jeszcze, że u ciężarnych świnek morskich widział w świetle gruczołu specyficznie zabarwione ziarenka, u karmiących zaś nigdy. „Ziarenka te, które należy uważać jako podścielisko dla wydzielania białka (Unterlage der Eiweissecretion), rozpuszczają się przy ożywionej czynności gruczołu natychmiast po wystąpieniu z komórek i stają się wskutek tego niedostrzegalnymi“.

Na tych uwagach A l t m a n n 'a ogranicza się wszystko, co dotychczas za pomocą metody ziarenkowej dla gruczołu mlecznego zrobiono.

Własne moje badania dokonane zostały na morskich świnkach. Poświęciłem w tym celu 17 samiczek różnego wieku, począwszy od zupełnie młodych, a kończąc na takich, które już wielokrotnie rodziły; miałem w ten sposób gruczoły, które jeszcze nigdy nie były czynne, gruczoły ciężarnych zwierząt, gotujące się do pracy, gruczoły karmiących świnek i wreszcie gruczoły świnek, odpoczywających po karmieniu.

A żeby możliwie na jednym i tym samym obiekcie badać działanie zwykłych płynów utrwalających i płynu A l t m a n n 'a, utrwaliałem zwykle jednocześnie część gruczołu w sublimacie (5% roztwór w 0,6% roztworze wodnym soli kuchennej) lub w alkoholu, część zaś w płynie A l t m a n n 'a (2% wodny roztwór kwasu nadosmowego zmieszany z równą ilością 5% roztworu wodnego dwuchromianu potasu) ²⁾. Ponieważ pierwszy szereg preparatów pozostawił jedno pytanie pierwszorzędnej wagi (p. niżej) nierozstrzygniętem, i rozstrzygnięcie go możliwe było jedynie przy

¹⁾ L. c., p. 120.

²⁾ Bliższe szczegóły o tej metodzie znajdzie czytelnik w języku polskim u R a u m a (Pamiętnik Tow. lekarsk., 1892. II) i Janowskiego (Kronika lekarska, 1892).

równoczesnem zaczernieniu tłuszczu i utrwaleniu budowy jąder, w następnych szeregach preparatów używałem, prócz wyżej wymienionych środków utrwalających, jeszcze mocniejszej mieszaniny F l e m m i n g'a.

Zatopione w parafinie preparaty krajałem na mikrotomie L e i t z'a. Dobrze zatopione preparaty można rozkładać na skrawki 2 μ . grube.

Dla umocowania skrawków na szkiełku przedmiotowem stosowałem, jeżeli preparaty były utrwalone w alkoholu albo w sublimacie, prostą metodę przyklejania za pomocą wody destylowanej, jeżeli zaś były utrwalone w płynach A l t m a n n'a lub F l e m m i n g'a, bardziej złożoną, ale pewniejszą metodę A l t m a n n'a ¹⁾.

Powszechnie znanych metod barwienia na szkiełku przedmiotowem i konserwowania w żywicy kanadyjskiej przytaczać tu nie będę, wspomnę tylko, że używałem przeważnie równie pięknego, jak pożytecznego barwienia potrójnego za pomocą hematoksyliny, eozyiny i safraniny, do preparatów zaś utrwalonych w płynie A l t m a n n'a stosowałem fuksynę według przepisu tego samego autora ²⁾.

Ponieważ żywica kanadyjska, w której konserwują się barwione preparaty, wyciąga zaczernienie, wywołane przez kwas nadosmowy, a mianowicie rozpuszcza substancyje, na których strąca się odtlenione *osmium* (A l t m a n n, l. c., str. 34), należy więc stosować ją do preparatów barwionych metodą A l t m a n n'a z wielką ostrożnością. Roztwór żywicy w ksylole powinien być bardzo stężony, w przeciwnym bowiem razie zaczernienie już po 2—3 dniach znikać zaczyna. Dla uniknięcia niebezpieczeństwa zupełnego zniszczenia preparatów radzi A l t m a n n zastąpić żywicę parafiną płynną (*Paraffinum liquidum*); R a u m ³⁾ z powodzeniem używa nierozcieńczonej przez ksyłol żywicy, którą przeprowadza w stan płyn za pomocą lekkiego nagrzewania.

Na zakończenie tych metodologicznych uwag dodam jeszcze, że do badań używałem mikroskopu Z e i s s'a, a mianowicie soczewki o pogrążeniu olejnym (Ap. 1,30, aeq. Br. 2,0).

¹⁾ Por. u R a u m a l. c.

²⁾ Por. u R a u m a i J a n o w s k i e g o (II. cc.).

³⁾ R a u m. Przyczynek do metodyki badania ziarnistości komórkowych. Pamiętnik Tow. lek. 1892, II).

Gruzoł mleczny zazwyczaj bywa zaliczany do rzędu: *glandulae acinosae*, chociaż niezupełnie słusznie, jak to już wykazał był H e i d e n h a i n (l. c., str. 380). W gruczole beczynnym nabłonek pęcherzyków, które są prostymi boczniemi lub końcowemi rozszerzeniami rozgałęzionych dróg wyprowadzających, w niczem się nie różni od nabłonka owych dróg wyprowadzających (*ductus lactiferi*): w obydwóch jest on niski walcowaty i zawiera duże jądra.

Dopiero podczas wydzielania mleka zaczyna się zarysowywać różnica pomiędzy wydzielającemi komórkami, a komórkami dróg wyprowadzających—pierwsze podlegają całemu szeregowi przeobrażeń, podczas, gdy ostatnie żadnym zmianom budowy lub formy nie ulegają.

Badając gruczoł mleczny młodej świnki morskiej, która jeszcze nigdy nie była ciężarną, widzimy (po utrwaleniu w wysokoku lub sublimacie), że wewnętrzna powierzchnia pęcherzyków jest pokryta jedną warstwą niskich walcowatych komórek (w optycznym przecięciu). Komórki zawierają po jednym dużem jądrze, które prawie całkowicie je wypełnia. Światło gruczołu jest, stosunkowo, dość duże i w części, rzadko całkowicie, wypełnione skrzepami. Gdzieś, choć wogóle nie zbyt często, spotkać można jądra w stanie karyokinezy, przyczem oś podziału jest prostopadłą względem podłużnej osi komórki, tak, iż po dokonany podziale komórki siostrzane leżą obok siebie.

Jądra komórek nabłonkowych posiadają wyraźną sieć chromatynową, doskonale barwiącą się hematoksyliną i 1—2 jąderka (plazmozomy), znakomicie występujące po zabarwieniu safraniną. Granice komórek są zarysowane bardzo wyraźnie, zaródź ich barwi się dobrze nigrozyną, eozyną, fuksyną, błękitem anilinowym i t. p.

Powyższy opis komórek gruczołowych w beczynnym gruczole może we wszystkich szczegółach być zastosowany do komórek dróg wyprowadzających.

Przyjrzyjmy się obecnie skrawkom, z tego samego gruczołu wziętym, lecz utrwalonym i zabarwionym według metody A l t m a n n'a; jądra komórek występują tutaj jako żółto-brunatne kule bez śladu budowy wewnętrznej, zaś zaródź całą wypełniają maleńkie kuliste, na czerwono zabarwione ziarenka, szczególnie prawidłowo pierścieniem wokół jądra ułożone. Metoda A l t m a n n'a umożliwia więc uwidocznienie elementów morfologicznych w zarodki ko-

mórek, których innemi metodami odkryć nie można. Jednocześnie, dzięki zawartości kwasu nadosmowego w płynie A l t m a n'a tłuszcz w preparacie jest zaczerniony: kulki tłuszczowe znajdują się w komórkach w ilości nieznacznej — jedna, dwie najwyżej. Co się tyczy ich wielkości, to średnica ich jest 3—4 razy większą od średnicy czerwonych (fuksynowych) ziarenek.

Podczas pierwszej połowy ciąży naszkicowany powyżej obraz bardzo mało się zmienia. Ilość figur karyjokine tycznych (oś podziału taka sama, jak wyżej) zwiększa się; bujanie komórek prowadzi z jednej strony do powiększenia rozmiarów pojedynczych pęcherzyków gruczołowych, z drugiej zaś do powiększenia ich ilości. Tkanka łączna pomiędzy pęcherzykami nie rozrasta się przytem prawie wcale, tak, iż względna jej ilość się zmniejsza; zamiast szerokich pasm łącznotkankowych znajdujących w nieczynnym gruczole, w końcu ciąży widzimy już tylko bardzo mało włókien pomiędzy pęcherzykami.

W tkance łącznej, niekiedy w komórkach gruczołowych lub w świetle gruczołu, napotyka się liczne leukocyty; czasami również i komórki tuczne.

Monotonny obraz, skreślony powyżej, nie zmienia się wcale prawie aż do chwili, kiedy gruczoł przechodzi ze stanu spoczynku w stan czynny. Z chwilą, gdy w nim zaczyna wytwarzać się wydzielina, w komórkach nabłonkowych odgrywają się procesy, których poznanie pozwala przynajmniej w części przeniknąć tajemnicę tworzenia się mleka.

Jako punkt wyjścia do opisu morfologicznych przeobrażeń, jakim podlegają komórki gruczołowe przy tworzeniu się mleka, musimy przyjąć ten stan ich, w jakim znajdujemy je przed samem rozpoczęciem czynności, więc (w alkoholowych lub sublimatowych preparatach) kształt walcowaty, wielkie jądro z wyraźną siecią chromatynową i z jąderkami, mała ilość zarodki, wyraźna równa granica po stronie, zwróconej do światła gruczołu.

Pierwsze zmiany czynnościowe polegają na tem, że przednia część komórki (zwrócona do jego światła) zwiększa się, rośnie w górę, przez co stosunek ilościowy masy zarodki i jądra zwiększa się na korzyść pierwszej i przedni kontur zaokrągla się.

Jednocześnie zauważyć można znaczny przyrost figur

karykinetycznych, różniących się jednak od karyjokinezy okresu ciąży tem, że ich oś podziału jest równoległa z osią podłużną komórki. Wskutek tej karyjokinezy powstają dwujądrowe komórki, w których siostrzane jądra leżą nie obok siebie, lecz jedno nad drugim. Jednocześnie wyrasta przednia część komórek coraz bardziej w górę, a światło gruczołu zmniejsza się prawie aż do zupełnego zniknięcia.

Coën (l. c.) opisuje i rysuje w gruczole mlecznym w okresie wydzielania mleka nawarstwienie nabłonka. Ja nie zdołałem ani razu zauważyć więcej, niż jedną warstwę komórek nabłonkowych w pęcherzykach. Pod tym względem zgadzam się zupełnie z Heidenhainem, Partsch'em, Nissen'em i innymi. „Nabłonek w pęcherzykach jest zawsze tylko jednowarstwowy“, mówi Heidenhain (l. c., p. 381), Jakże objaśnić taką rażącą różnicę zdań w kwestyi niewątpliwie doniosłej. Sądzę, że Coën, jak już przed 14 laty Kolesnikow¹⁾ odrysował obrazy, widziane na grubych skrawkach, które prztem nie przeszły przez środek pęcherzyków. Na pierwszy rzut oka w takim przypadku istotnie zdawać się może, że nabłonek jest wielowarstwowy. Dokładne wszakże badanie cienkich skrawków pozwala stanowczo sprostować to mylne mniemanie.

Podczas, kiedy przednia część komórek gruczołowych rośnie w górę i zwęża w ten sposób światło gruczołu, w wielu jądrach odbywają się szczególne sprawy, dotychczas w gruczole mlecznym przez nikogo nie zauważone. Pojawiają się, mianowicie, wakuole w jądrach, zwykle pojedynczo, rzadko kiedy w większej liczbie. Wakuole te powiększają się kosztem właściwej substancji jądrowej, tak, iż w końcu na miejscu dawnego jądra pozostaje jedynie ściana jądrowa z niewielką ilością przysścienną chromatyny—resztę miejsca w jądrze zajęła wakuola. Dodać tutaj jeszcze należy, że w dwujądrowych komórkach zwykle przednie tylko jądro zawiera wakuolę.

Jakkolwiek wyraz „wakuola“ zupełnie trafnie oddaje wrażenie, jakie czynią wyżej opisane śródjądrowe twory w preparatach utrwalonych sublimatem lub wyskokiem, jednakże nie jest on zupełnie odpowiedni. Niżej zobaczymy,

¹⁾ Kolesnikow. Archiv Virchowa. T. LXX, 1877, str. 531.

jaka jest właściwie przyroda owych tworów, i wtedy nadamy im też odpowiedniejszą nazwę.

Przechodzimy obecnie do obrazów, jakie widzimy w czynnym gruczole, utrwalonym i barwionym, według ziarenkowej metody *Altmanna*.

W beczynnym gruczole fuksynowe ziarenka, ułożone są przeważnie w formie pierścienia wokół jądra. Kiedy gruczoł przechodzi w stan czynny, ilość zarodki w komórkach się zwiększa, a wraz z nią i ilość ziarenek, które tutaj już nietylko leżą wokół jądra, lecz obejmują coraz to szersze terytoryja. Czy zwiększanie się ilości ziarenek jest skutkiem rozmnażania się już istniejących, czy też skutkiem nowotworzenia się, nie jestem w stanie ostatecznie rozstrzygnąć; zdaje mi się wszakże, że prawdopodobniejsze jest rozmnażanie się ziarenek.

Nietylko ilość ziarenek, również i kształt ich zmienia się pod wpływem czynności; w beczynnym gruczole wszystkie ziarenka są prawidłowo kuliste, przy przejściu do stanu czynnego stają się one jajowate, elipsoidalne. Im wyżej wyrasta przednia część komórek, im więcej obszaru znajduje się w rozporządzeniu śródkomórkowych ziarenek, tem bardziej wzrasta ich liczba i tem znaczniejszym zmianom podlega ich kształt. Elipsoidalne ziarenka wydłużają się stopniowo, przyjmują kształt laseczek; te znów zakrzywiają się przecinkowato lub zakręcają grajczarkowato.

Z chwilą, kiedy przednia część komórki wyrosła *ad maximum*, wszystkie prawie ziarenka są już grajczarkowato zakręcone.

Przy określeniu przyrody wyżej już opisanych wakuol śródjądrowych metoda sublimatowa nie na wiele nam się przydała; daleko więcej pomocną okazuje się w tym przypadku metoda *Altmanna*. W skrawkach z gruczołów, utrwalonych i barwionych według tej metody, znajdujemy w jądrach dość często wyraźnie zaczernione krople tłuszczu.

Możnaby wyrazić wątpliwość, czy istotnie owe krople tłuszczu w jądrach się znajdują, albowiem płyn *Altmanna* nie zachowuje z dostateczną jasnością budowy jąder. Żeby ostatecznie zadecydować w tej kwestyi uciekłem się do płynu *Flemminga*, który jednocześnie zaczernia tłuszcz i utrwala znakomicie budowę jąder. Otóż, preparaty z płynu *Flemminga* pozwalają mi z zupełną pe-

wnością orzec, że kwestjonowane krople tłuszczowe leżą w jądrach komórkowych.

W ostatniej chwili znalazłem i w preparatach z płynu A l t m a n n'a niewątpliwe dowody śródjądrowego położenia tłuszczu. Kiedy mianowicie przechowywałem preparaty w rozcieńczonej ksylolom żywicy dla określenia szybkości, z jaką ksylol wyciąga zaczernienie osmowe, zauważyłem, że po dwóch dniach czarne krople w jądrach stały się szaremi, a po trzech zupełnie się odbarwiły. Wielkie krople tłuszczowe w świetle gruczołu też jednocześnie się odbarwiły, podczas kiedy małe śródkomórkowe i zewnątrzkomórkowe krople tłuszczu daleko dłużej walczyły z odbarwiająca mocą ksylolu. Po odbarwieniu śródjądrowego tłuszczu pozostały w jądrach wakuole, jakie już w sublimatowych preparatach widzieliśmy. Możemy więc twierdzić, że w gruczole mlecznym tłuszcz powstaje też i w jądrach komórek. Czy przytem ma miejsce stłuszczenie uprzednio już istniejących morfologicznych jednostek, czy też zupełne nowotworzenie kul tłuszczowych, tego ostatecznie zdecydować nie potrafię. Pewna okoliczność zdaje się przemawiać na korzyść pierwszego przypuszczenia, mianowicie na korzyść stłuszczenia jąderek; zauważyłem mianowicie, że jądra, zawierające tłuszczową wakuolę, są zazwyczaj jednojąderkowe, podczas kiedy normalne jądra posiadają ich dwa lub trzy; nic stanowczego wszakże na tej podstawie orzec nie można.

Chemiczne różnice muszą też zachodzić pomiędzy tłuszczem, wytwarzanym w jądrach, a tłuszczem śródkomórkowym—dowodzi tego znaczna różnica w szybkości odbarwiania ksylolom zaczernionego śródjądrowego i śródkomórkowego tłuszczu.

Co się wreszcie tyczy pochodzenia śródkomórkowego tłuszczu, to i ta kwestyja pozostaje chwilowo jeszcze nierozstrzygniętą: nie wiadomo, czy ma tutaj miejsce stłuszczenie fuksynowych ziarenek zarodzi, czy też nowotworzenie kul tłuszczowych. A l t m a n n, który w różnych organach wykazał niewątpliwe stłuszczenie ziarenek fuksynowych, przypuszcza, że i w gruczole mlecznym rzecz się ma tak samo; przypuszczenie to wydaje mi się bardzo prawdopodobnem.

Zanim przejdziemy do opisu dalszych zmian czynnościowych w gruczole mlecznym, pragnęlibyśmy zwrócić uwa-

gę czytelników na następującą, niepozbawioną głębszego znaczenia okoliczność. Altman n opisuje w swoich „elementarnych ustrojach“ morfologiczne przekształcenia, jakim ulegają ziarenka w wątrobie żaby jadalnej (*Rana esculenta*). W wątrobie głodzonego zwierzęcia — bez względu na to, czy głodzenie jest sztuczne, czy też jest naturalnym, zimowym stanem zwierzęcia—wszystkie ziarenka są kuliste, zaś w wątrobie tuczonego zwierzęcia—ziarenka mają kształt falistych pasemek. Przy badaniu wątroby w fazach pośrednich znaleźć można wszelkiego rodzaju formy przejściowe, jajowate, elipsoidalne, pałeczkowate i t. p.

To samo, co Altman n zauważył w rocznym cyklu życiowym wątroby żaby jadalnej, i co za pomocą tuczenia i głodzenia sztucznie u niej wytwarzał, to samo miałem sposobność widzieć w gruczole mlecznym. Stan bezczynności gruczołu przed rozpoczęciem wydzielania i analogiczny stan spoczynku po każdym wydzieleniu odpowiadają okresowi głodzenia w wątrobie—tutaj, jak i tam, kuliste ziarenka; wzrost przedniej części komórek podczas pracy, ich przerost odpowiada przerostowi komórek wątrobianych tuczonej żaby -- tutaj, jak i tam, przekształcenie się ziarenek w długie faliste lub zakręcone pasma. Wewnętrzny związek pomiędzy temi dwoma szeregami zjawisk jest tymczasem jeszcze dla nas niepochwytny.

W opisie zmian czynnościowych komórek gruczołu mlecznego zatrzymaliśmy się na tem miejscu, kiedy komórki *ad maximum* w górę wyrosły. wypełniły się grajcarkowato zakręconymi fuksynowemi pasmami i zawierają pojedyncze krople tłuszczu, i kiedy liczne jądra komórkowe podlegają zwyrodnieniu tłuszczowemu.

Otóż, po tym okresie następuje wyrzucenie wydzieliny do światła gruczołu; chwila ta najtrudniejszą jest do pochwycenia, to też wszystkich szczegółów jej wyjaśnić nie zdołałem. To tylko z pewnością powiedzieć mogę, że wybijająca przednia część komórek z ziarenkami, kroplami tłuszczu i stłuszczonemi jądrami oddziela się od podstawy i leży swobodnie w świetle gruczołu. Zaznaczyć przytem należy, że w świetle gruczołu nigdy nie można zauważyć pasemkowatych ziarenek, lecz zawsze tylko kuliste; w chwili występowania z komórki powracają one widocznie do pierwotnego kulistego stanu, by wkrótce potem rozpuścić się w wydzielinie i zniknąć zupełnie; w komórkach gruczołowych po-

zostaje wtedy bardzo niewielka ilość ziarenek (NB. też kulistych), niestłuszczone jądra, a niekiedy nawet które ze stłuszczonych. Ponieważ jądra podlegają stłuszczeniu nie tylko w przedniej części dwujądrowych komórek, lecz dość często również i w jednojądrowych, zdarza się więc, że ta lub owa komórka w pęcherzyku ginie zupełnie, utraciwszy swoje jądro. Straty te zostają powetowane, jak się to z preparatów sublimatowych okazuje, karyjokinetycznym podziałem pozostałych komórek. Tutaj znów oś podziału jąder jest prostopadłą do osi podłużnej komórki, tak samo jak podczas rozwoju gruczołu; młode komórki leżą obok siebie i wypełniają braki, spowodowane śmiercią towarzyszek.

Co się tyczy kształtu komórek w tym okresie, to są one niskie, walcowate, niekiedy nawet prawie zupełnie płaskie. Powoli zaczynają wracać do normy (stan spoczynku) po wycieńczeniu czynnościowym, ziarenka stają się liczniejsze i znów tworzą prawidłowe pierścienie wokoło jądra.

Zanotować jeszcze należy; że i jądra komórkowe z chwilą wystąpienia wydzieliny z komórek zmniejszają się, by potem stopniowo powrócić do pierwotnej wielkości.

Gdy we wszystkich badanych przezemnie gruczołach, obserwowałem, jako zjawisko stałe i normalne, przejście ziarenek fuksynowych wraz z kroplami tłuszczu do wydzieliny, jedna świnka morska, karmiąca od 14 dni, przedstawiała dziwne odstępstwo od tego prawidła; znalazłem, mianowicie, w jej gruczole mlecznym na dość długim szeregu skrawków zamiast fuksynowych ziarenek, jedynie i wyłącznie kropelki tłuszczu w zarodki; obraz ten tłómaczę sobie w taki sposób, że wszystkie fuksynowe ziarenka przekształciły się w tłuszczowe, jakkolwiek w danym przypadku nie zdołałem zauważyć opisywanych przez Altmanna „Ringelkornern“, mających być przejściowem stadyjum pomiędzy fuksynowemi i tłuszczowemi ziarenkami.

Jakież znaczenie mieć może takie stłuszczenie wszystkich ziarenek? Nasuwa się przypuszczenie, że ono jest objawem wysokiego natężenia czynności gruczołu, przy którym całe pęcherzyki ulegają stłuszczeniu, giną i na ich miejsce powstają nowe przez regeneracyjny rozrost sąsiednich. Czy tłómaczenie to jest słuszne, czy nie, w każdym razie obrazy powyższe dowodzą, iż „wieloziarenkowe formy tłuszczu“ istnieją w komórkach mlecznych nawet i podczas kar-

mienia, jakkolwiek Altmann zaprzecza ich pojawianiu się w tym okresie (str. 93).

Prześledziliśmy więc przejście komórek gruczołu mlecznego z stanu spoczynku do czynności, do maksymalnego wypełnienia wydzieliną; widzieliśmy, jak się odbywa wyrzucenie z komórek wytworzonej wydzieliny, jak komórki po tym akcie są wycieńczone i jak powracają do stanu normalnego—jednym słowem poznaliśmy całkowity cykl zmian czynnościowych.

Przejście ze stanu spokoju do czynności gruczołu nie jest nagłe. Wydzielina, wytwarzana podczas karmienia, a więc właściwe mleko, różni się zarówno od wydzieliny ostatnich dni ciąży, jak i od wydzieliny pierwszych dni porodowych.

Chemicznych różnic omawiać tutaj nie będziemy; co się tyczy morfologicznych, to polegają one na tem, że *collostrum* zawiera liczne komórki, t. zw. ciała kollostrowe, twory okrągłe, wypełnione kropelkami tłuszczu; ilość ich stopniowo się zmniejsza, tak, iż w mleku już należą do rzadkości. O ile się zdaje, ciała kollostrowe są to po prostu komórki tuczne, których ziarenka eozynochłonne podległy stłuszczeniu. W gruczole nieczynnym komórek tucznych nie wiele w tkance łącznej, a prawie wcale ich nie ma pomiędzy komórkami gruczołowymi i w świetle gruczołu, podczas kiedy w okresie tworzenia się kollostrum jest ich wszędzie bardzo dużo. Z chwilą, kiedy zaczyna się wydzielanie mleka, ilość ich znów maleje, nadto nie podlegają one już stłuszczeniu.

Żeby zakończyć przegląd wszystkich okresów życia gruczołu mlecznego musimy jeszcze rozpatrzyć stan jego po skończonem karmieniu i powrót do stanu bezczynności. O ile wnosić mogę z moich preparatów, wydzielina wytwarza się jeszcze przez pewien czas *post lactationem*; pęcherzyki gruczołowe jednakże bardzo leniwie i nie zupełnie wracają po wycieńczeniu wydzielinowem do stanu spokoju. W wielu pęcherzykach takiego powrotu wcale nie ma; komórki umierają, całe pęcherzyki przekształcają się w masę rozpadową, która zostaje wessana. W ten sposób gruczoł się zmniejsza i pozostaje w tym stanie, dopóki nowa ciąża nie ożywi go i nie pobudzi do ponownej czynności, albo też dopóki starość nie doprowadzi go do zupełnego zaniku.

(Streszczając ostateczne wyniki naszych spostrzeżeń mo-

żemy powiedzieć co następuje. Przy tworzeniu się mleka komórki gruczołowe powiększają się i wypełniają się fuksynowemi ziarenkami. Ziarenka te podlegają cyklicznym przeobrażeniom. Z początku są kuliste, później stają się jajowate, pałeczkowate, wreszcie zakręcają się grajcarkowato. Po wystąpieniu z komórek wracają one jednak do pierwotnej kulistej postaci. Jednocześnie jądra komórek rozmnażają się, tak, iż liczne komórki stają się dwujądrowemi. W jądrach zjawiają się częstokroć krople tłuszczowe, zwiększające się kosztem substancji jądrowej, wreszcie wypełniające całe jądro, które w ten sposób ginie. W zarodki również powstają kulki tłuszczowe, prawdopodobnie, że przez stłuszczenie fuksynowych ziarenek. Wszystkie wyżej wymienione jednostki morfologiczne—ziarenka, stłuszczone jądra, kulki tłuszczowe—występują z komórek, przechodzą do wydzieliny i w niej podlegają jeszcze dalszym przeobrażeniom. Pozostałe części komórek, o ile zawierają jądra, regenerują i cykl wydzielinowy rozpoczyna się na nowo.

PRZEGLĄD KRYTYCZNY METOD LECZENIA DYSENTERYI.

PODAŁ

W. J a n o w s k i.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. Warsz. d. 15/XI. 1892 r.).

Dążeniem wszystkich pokoleń lekarzy było zawsze postępować przy leczeniu tak, aby chory na tem najlepiej wyszedł, ale pogląd na to, co należy uważać dla chorego za najlepsze, zależał zawsze od panujących w danym okresie poglądów teoretycznych w medycynie, czyli, mówiąc innemi słowy, leczenie starano się zawsze przeznaczać przy każdej chorobie takiej, aby było ono w zgodzie z poglądami naszymi na przyczynę jej powstawania i istotę towarzyszących jej ewentualnie zmian anatomicznych. To też, chcąc przedstawić krótki przegląd metod leczniczych, stosowanych przeciwko dysenterji, muszę w kilku wyrazach wspomnieć o tem, co uważane było w różnych czasach za jej przyczynę i co stanowi jej istotę.

Jeżeli pominąć milczeniem bardzo już stare poglądy na dysenterję, jako na flegmazyję, na wynik zaburzeń gastrycznych lub w wydzielaniu żółci, to wspomnieć tu będziemy musieli o teorii pochodzenia jej mechanicznego, toksycznego i pasorzytniczego. Z pomiędzy ostatnich poglądów pierwsze dwa znajdowały do niedawnych czasów jeszcze sporą ilość zwolenn-

ników. Wspomnę tu dla przykładu Heubnera, który jeszcze w r. 1871 twierdził, że samo tylko zaparcie, jako bodziec czysto mechaniczny, bez udziału swoistego zakażenia może wywołać dysenterję i to epidemiczną, np. w wojsku, Jacobi'ego, który jeszcze w r. 1877 twierdził, że zbroczenia w dyjecie mogą prowadzić do dysenterji bez udziału swoistego miazmatu, oraz Kelsch'a i Kienera, którzy wywoływali dysenterję sztuczne za pomocą amonijaku i sądzili, że może ona powstawać pod wpływem bodźców czysto chemicznej natury. Dziś jednak już oba te poglądy można zapisać na karty historii, i wszyscy autorowie zgadzają się na to, że sprawcą dysenterji zarówno epidemicznej, jak endemicznej i sporadycznej, są pasorzyty, a zapalenia, wywoływane w kiszce grubej przez bodźce mechaniczne i chemiczne, jak amonijak i rtęć wogóle, kalomel zaś w szczególności, jakkolwiek anatomicznie do dysenterji podobne, nie mają z nią właściwie nic wspólnego.

Gdyby jednak ktoś sądził, że jest dziś zdecydowaną już rzeczą, jaki mianowicie pasorzyt wywołuje wszystkie dysenterje, byłby w błędzie. Pasorzytów tych, ogólnie biorąc, jest dwa rodzaje: bakteryje i ameby. Basch pierwszy (1869) zauważył pasorzyty, znajdujące się przy dysenterji w kosmkach kiszek cienkich oraz w błonie śluzowej i podśluzowej kiszki grubej. Doniesienie to jednak mało na siebie zwróciło uwagi z powodu niedokładności w opisie pasorzyta.

Z więcej współczesnych nam autorów Prior (1883) a wkrótce po nim Petrone opisali, jako sprawców dysenterji, pewne koki, których zastrzyknięcie do kiszki grubej rzeczywiście wywoływało zmiany nakształt towarzyszących tej choroby. Besser doszedł po części do tych samych wyników swoich badań. Chantemesse i Vidal (1888) uważają za sprawcę dysenterji pewnego lasecznika z końcami zaostreniemi i środkiem zgrubiałym. Ogata również uważa za sprawców dysenterji swoiste laseczniki, różniące się jednak dość znacznie od tylko co wspomnianych. Z innych autorów wspomnimy tu Babes'a, który opisał raz za sprawców epidemii dysenterji (1884) koki, drugi raz (1887) pałeczki i mniema, że choroba ta może być wywoływana przez rozmaite gatunki bakteryj. Ziegler twierdzi również, że pod miano dysenterji podciągamy często anatomicznie podobne do siebie, ale teleologicznie różne od siebie sprawy. Zdaniem jego inne pasorzyty wywołują dysenterję w Egipcie, a inne u nas, gdzie znowu jedne pasorzyty są sprawcami dysenterji epidemicznej, inne zaś—endemicznej. W epidemijach niemieckich widział drobne pałeczki, ułożone pojedynczo lub grudkami w gruczolach pod nabłonkiem, w błonie śluzowej i w tkance łącznej kiszki grubej. Obecność ich wywołuje w zajętej przez nich tkance zapalenie, zwyrodnienie i nekrozę. Tyle co do bakteryj.

Ameby w przewodzie pokarmowym opisywali już dość dawno Lambi, Loesch, Grassi i Cunningham

Pierwszym jednak, który je znalazł przy dysenterji w czterech sekowanych przypadkach był Koch. Widział on je na dnie owrzodzeń i w kapilarach wątrobowych. Wkrótce potem zajął się badaniem dysenterji w Egipcie Kartulis, i jemu to zawdzięczamy najstaranniejsze opracowanie kwestji ameb przy tej chorobie. W ciągu pięciu lat (1886—1891) wydał on szereg prac odnośnych. W jednej z nich mówi, że znalazł ameby w 150 przypadkach dysenterji w kale, że wielkość ich jest 12—30 μ , że ciało ich naokoło jądra barwi się zwykłemi barwnikami, że widział ich dużo, zabarwionych gencyjaną lub błękitem metylowym, w skrawkach z kiszki na dnie i na brzęgach owrzodzeń, w błonie podsluzowej i mięsnej. W drugiej oświadcza, że znalazł je kilkakrotnie w ściankach ropni wątrobowych po dysenterji, a raz w samej ropie obok gronkowca białego. W innej opisuje otrzymane hodowle swoich ameb oraz wyniki szczepienia ich zwierzętom, a w jeszcze innej wypowiada zdanie, że ropnie, powstające przy dysenterji w wątrobie, wywołują nie jego ameby, lecz przyniesione przez nie do jej naczyń włosowatych koki ropotwórcze. Widział bowiem dużo razy ameby literalnie zapchane przez rozmaite pasorzyty.

W przerwach między badaniami Kartulis'a wychodziły prace Hlav'y, Grassi i Fenoglio, potwierdzające jego zdanie, a w ostatniej chwili zrobili to samo Cahen, Lutz i Nasse. Znaleziono więc je już w Egipcie, Grecji i Włoszech. Niezależnie od tego potwierdził odkrycie Kartulis'a cały szereg autorów amerykańskich. Mam tu na myśli badania Osler'a, który znalazł ameby w kale chorych na dysenterję i w ropie z ropnia wątroby, Lefleu'r'a, który znalazł je w płwocinie chorego, któremu się ropień wątroby otworzył do płuc, Eichberg'a, który widział je w ropie empyematu, powstałego w sposób do powyższego podobny, wreszcie Simon'a, Musser'a, Stengel'a, Councilmann'a i Lafleur'a i innych.

Zestawiając więc materiał powyższy bezstronnie, dojsć musimy do wniosku, że widocznie jedne przypadki dysenterji, mianowicie epidemiczne, wywołują pewne dotąd bliżej stanowczo nieokreślone bakteryje, być może kilka ich gatunków, drugie zaś—endemiczne—warunkują opisane przez Kartulis'a ameby. W esener sędzi, że te ameby wywołują tylko początek choroby, są więc rzeczywiście jej istotną przyczyną, że jednak dalsze zmiany w kiszki wywołują już bakteryje, bądź samodzielnie do nich się przedostawszy, bądź też przez ameby tam wciągnięte. Dodać tu należy, że jakkolwiek zarazek jest sprawcą dysenterji, posiada on widocznie stosunkowo znaczną odporność, skoro się z taką łatwością i czasem bardzo długo szerzy, i że widocznie siła jego, jak i innych zarazków, jest bardzo zmienna, skoro raz wywołana przez niego epidemija jest bardzo lekka, drugi—tak ciężka, że, jak mówią niektórzy bardzo doświadczeni i poważni autorowie, zabiera ona nieraz na wojnie więcej żołnierza, niż kula nieprzyjacielska, a podczas pokoju czasami prawie tyle, co cholera.

Jakikolwiek jest zarazek chorobotwórczy dysenterji, umiejscawia się on zawsze w kiszce grubej i wywołuje tu sprawę zapalną, szerzącą się prawie zawsze z dołu ku górze. Wskutek tego występuje na powierzchnię błony śluzowej wysięk surowiczo-krwawy, w samej zaś jej istocie, oraz w błonie podśluzowej, a nawet mięsnej rozwija się silne przepojenie surowicze i nacieczenie drobnokomórkowe, prowadzące już dalej do rozpadu i owrzodzeń. Tak podrażniona kiszka wywołuje na drodze odruchowej chęć wydalania na zewnątrz swojej, choćby bardzo nieobfitej zawartości. Ztąd tak częste wypróżnienia. Że zaś są one bolesne, chory nie może nigdy oddać od razu tego, co ma w kiszce nagromadzone. Zbieranie się więc produktów zapalnych w kiszce, łącznie z powiększającym się ciągle zapaleniem całej jej grubości prowadzi do coraz częstszych skurczów odruchowych, bardzo bolesnych, ale nieskutecznych, czyli do t. zw. wydymań. Występuje w końcu rodzaj skurczu tonicznego kiszki grubej, dzięki któremu wydalanie mas kałowych z części nad nią położonych staje się niemożliwym. Słup więc kału napiera na kiszkę grubą coraz mocniej i przez to coraz bardziej jeszcze powiększa stan jej zapalny i t. d., błędne to koło ciągle się powtarza.

Z powyżej wyłożonych faktów wynika, że przy dzisiejszych naszych wiadomościach teoretycznych o istocie dysenterji wskazania lecznicze są niezmiernie jasne. Ponieważ wiemy, że mamy do czynienia z chorobą zakaźną, musimy więc zaraz przyjąć pod uwagę środki zapobiegawcze względem otoczenia chorego i starać się, jeżeliby to było możliwe, stosować antyseptykę nawet przy leczeniu samego chorego; ponieważ zaś wiemy, że siedliskiem choroby tej zakaźnej jest kiszka gruba, w której rozwija się w silnym stopniu zapalenie, musimy więc sprzyjać łagodzeniu jego w niej. Innego wskazania głównego dziś być nie może, ale czynienie mu zadość może być pojęte z różnych stron. Jedni starają się zrobić to, stosując metody leczenia miejscowego w celu bezpośredniego wpływania na ogniska zapalne, drudzy sądzą, że łagodzeniem zapalenia nie będzie staranie się o zmniejszenie go, o co się nie kuszą, lecz usuwanie materiae peccantis, t. j. zwiększającego go przez swoją obecność kału, inni wreszcie mniemają, — że najlepiej jest sprawę zapalną pozostawić przebiegowi naturalnemu, łagodząc tylko jej objawy. To właśnie jest przyczyną, dla której metod leczenia dysenterji, wychodzących napozór z jednego punktu widzenia, namnożyło się dość wiele; to jest przyczyną, dla której z góry powiedzieć można, że wszystkie te metody będą jeszcze długo używane. Chociaż bowiem, jak się rzekło, cel wytknięty jest jeden, dróg, prowadzących do niego, będzie zawsze wiele, tyle, ile tylko umysł i wola ludzka potrafią stworzyć kombinacyj z metody ściągającej, czyszczącej i kojącej, z których każda będzie miała kilku swoich przedstawicieli w postaci specyjalnie zachwalanych leków lub rękoczynów.—Tyle w myśl rozumowań współczesnych. Ale utrzymują się nadto niektóre metody lecznicze zupełnie z naszymi pojęciami sprzecz-

ne, a jednak zachwalane, jako empirycznie wypróbowane, skuteczne lub niby skuteczne. Z tego więc powodu przybywają nam do rozpatrzenia metody leczenia poronnego, przeciwzapalnego, oraz wymiotnego.

Rozpatrzmy więc te metody po kolei.

Metody poronne takie, jakie dawniej stosowano, dziś muszą być chyba uważane za błędne. Metody poronnego leczenia dysenteryi miałyby, według naszych pojęć, tylko wtedy racyję bytu, gdybyśmy znali środek, działający zgubnie na wywołującą ją przyczynę, resp. pasorzyty. Znajomość samego pasorzyta nie jest w tym celu niezbędną tak samo, jak nie była potrzebną dla malaryi i syfilisu, od których jednak specyfik dawno posiadamy. Tylko posiadając specyfik na zarazek chorobotwórczy, możnaby liczyć na to, że, zabijając go, usuniemy szkodliwość, podtrzymującą sprawę zapalną w kiszce grubej przy dysenteryi, i w ten sposób wpływać będziemy od najpierwszej chwili naszej interwencji lekarskiej na gojenie się w niej owrzodzeń, a przez to na skrócenie przebiegu samej choroby. Dokład takiego środka nie posiadamy, i pasorzyt, wywołujący dysenteryję, ma możność przeżycia w kiszce grubej wszystkich faz swego rozwoju, dotąd leczenie jej poronne jest i będzie niemożliwem. Przy żyjącym bowiem pasorzycie, wywołującym tę chorobę, sprawa zapalna musi się rozwinąć i dojść do swego acme, a potem dopiero może nastąpić okres gojenia się wytworzonych przez nią strat w ciągłości błony śluzowej kiszki grubej. Od złośliwości zarazka w każdym poszczególnym przypadku i od odpowiedniego usposobienia danego osobnika zależeć będzie stopień zmian w kiszce, powstałych pod jego wpływem, a więc i długość trwania całej sprawy, gdyż rozumiemy dziś dobrze, że to, co się już stało, odrazu odstać się nie może, że możemy tylko wpływać na to, aby sprawy odbudowujące organy przebiegały możliwie szybciej.—Inaczej sądzono dawniej, gdy uważano dysenteryję za wynik zaburzeń gastrycznych, albo żółciowych, na które, jako na funkcjonalne, zdawało się, wpłynąć można odrazu.

Stosowano więc w celu przerwania choroby metody wymiotne, czyszczące i napotne. Z pomiędzy pierwszych stosowano ze szczególnym upodobaniem Ipekakuanę. Wielu bardzo lekarzy twierdziło, że przerywa ona chorobę w ciągu jednego do kilku dni: „uno tantum emetico non raro jugulavi simplicem et mitem dysenteriam tempore viginti quatuor horarum“, mawiał S c h m i d t m a n, jeden z więcej znanych lekarzy zeszłego stulecia. Przekonano się jednak z biegiem czasu, że takie „przerwanie“ choroby ma miejsce w nieznacznej tylko ilości przypadków, których z góry odgadnąć niepodobna (V o g t). Pomimo to, pozostała do tego środka pewna słabość u starszych lekarzy. V o g t, np., powiada, że wymiotnica pomaga bardzo rzadko, że jednak stosuje ją przy dysenteryi ze względu, iż przy innych zapaleniach krupowych (właściwy krup, pneumonia krupowa) pomaga. Łatwo chyba zrozumieć nielogiczność tego rodzaju rozumowania.

Ze środków czyszczących działać miały w kierunku przerwania choroby rozmaite sole, manna, rycyna i kalomel w dawkach po gr. V—XX. Tego rodzaju postępowanie *Vogt* pochwała, mówiąc, że udało mu się przerwać chorobę przez stosowania środków czyszczących (kalomel z paloną magnezją, a następnie ol. rycinowy) w przypadkach, którym towarzyszyły *cardialgiae* i skłonności do wymiot.

Haspel łączył w Algeryi obie te metody leczenia. Dawał on 2—3 razy dziennie po 16—32 gran wymiotnicy i kalomelu aż do zupełnego skutku tych środków górą i dołem, poczem podawał je w dawkach mniejszych, aż do zmniejszenia się objawów dysenteryi. Takie leczenie trwało przynajmniej kilka dni i było właściwie nie metodą poronną, lecz kombinacją leczenia wymiotnego i czyszczącego wogóle.

W celu wywołania potów używano gorących kąpiei, owijań w gorące kołdry, gorącego wina, kamfory i t. p., uważając dysenterję za wynik zaziębnienia. Posądzić ten sposób leczenia o własność przerywania dysenteryi dziś nie miałby chyba nikt odwagi. Idzie jednak o to, czy jest on szkodliwy, czy nie. Wprawdzie niektórzy poważni bardzo lekarze (*Bamberger*) twierdzą, że metoda ta szkody nie przynosi, jednak znakomita większość ich sądzi, że taka obfita, bezcelowa utrata płynu z organizmu osłabionego, oddającego go i tak dużo przez czas dłuższy *per anum*, nie może być dla chorego obojętną.

Metody przeciwapalne. Stosowano metody przeciwapalne ogólne i miejscowe. Do ogólnych zaliczyć należy upusty krwi. Stosowano je dawniej na tej jedynie zasadzie, że dysenterya jest sprawą zapalną, i kruszono kopiję o ich racyjonalność. *Vogt*, naprzykład, broniąc ich, powiada, że niestudnie zarzucano im bezskuteczność. Sądzi on, że należy tylko umieć je, na równi z innymi środkami dawkować, stosunkowo do wysokości temperatury, natężenia objawów przekrwienia miejscowego i ogólnego stanu zdrowia. W takim razie, odpowiednio umiejętnie zastosowane, mają one niby wpływać leczniczo przez nadanie krwi prawidłowego krążenia, przez odciążenie jej z ogniska zapalnego do właściwego jej koryta. Radzono robić upusty krwi podczas nasileni wieczornych, więcej obfite u osób zdrowych, nieobfite u słabych, szczególnie skroficznych i wychwalano skutki takiego postępowania. Wątpimy jednak, czy zapisałby się dziś ktoś na listę zwolenników tego leczenia. Nie mówiąc już o nowszych autorach, jak: *Jacob*, *Heubner*, *Jaccoud*, *Ejchhorst*, *Strümpell* i inni, zauważyć tu musimy, że już niektórzy starsi autorzy, wychowani początkowo jeszcze w zasadach krazologii byli jemu przeciwni, o ile tylko umieli jaśniej patrzeć na rzeczy. *Bamberger*, np., już 36 lat temu powstawał przeciwko upustowi krwi, mówiąc, że osłabiają one niepotrzebnie chorych i prowadzą do następczego charłactwa. Wyznaje on otwarcie, że nie miał nigdy odwagi spróbować skuteczności tego leczenia.

Miejscowe upusty krwi nie mają również sprzymierzeń-

ców między poważniejszymi autorami. Starsi nie stosowali ich, uważając za zbyt słabe, nowsi zaś z wielu innych powodów. B a m b e r g e r, np., powiada, że trudno jest liczyć na to, żeby upust krwi za pomocą baniek, postawionych czy to na brzuch, czy też około odbytu, mógł działać uspokajająco na objawy zapalne, jak ból, wydymania i t. p. Sądzi, że to bardzo wątpliwe ich działanie mogą z górá wynagrodzić środki kojące. Stosuje więc miejscowe upusty krwi tylko przy silnie wyrażonych objawach zapalnych ze strony otrzewnej. J a c o b i sądzi słusznie, że kusić się o deplecyję z samego siedliska choroby przy dysenteryi przez stawianie baniek na brzuch jest po prostu dziwnem wobec tak małego związku, jaki istnieje pomiędzy naczyniami skóry i kiszki. Już lepsze byłyby pijawki u odbytu. Ale tu znowu występuje niebezpieczeństwo zawałania ran po nich ciągle oddawanym płynnym kałem, mogące mieć nieraz poważne następstwa. Mniej więcej w ten sam sposób, albo jeszcze surowiej wyrażają się wszyscy nowocześni klinicyści, a nawet J a c c o u d, który lubi czasem deplecyję, powiada, że cięte banki można stosować przy dysenteryi chyba tylko u bardzo silnych chorych. Sądzimy więc, że miejscowe upusty krwi wkrótce zejđą zupełnie ze spisu środków, stosowanych przeciwko dysenteryi. Być może tylko towarzyszące jej podrażnienie otrzewnej będzie rzadkiem wskazaniem do ich stosowania, gdyż zdarza się nie często.

Z innych metod przeciwwzapalnych zalecano wielokrotnie zimno, bądź jako okłady, zmieniane często, bądź też, jako pęcherz lodowy. Stosowanie go przy dysenteryi jest jednak bardzo niedogodnem, gdyż chorzy, zarówno dorośli, jak i dzieci (J a c o b i), znoszą je zupełnie źle, z powodu przykrości, jaką im sprawia, i często rzucają się i zupełnie zrucają z siebie odpowiednie okłady. Ponieważ zaś stosowanie zimna miałoby racyję bytu właśnie wtedy tylko, gdyby było długotrwałem, trzeba by więc, chcąc postawić na swoim, ciągle je kontrolować. Zachód więc byłby zanadto uciążliwy dla chorego, otoczenia jego i dla lekarza. Wreszcie nie wiadomo jeszcze, czy zimno, stosowane na kiszkę prostą, zzewnątrz przez brzuch, może mieć, nawet przy dobrem znoszeniu go jakiś poważniejszy wpływ na odbywającą się w niej sprawę zapalną. Możliwe jest jeszcze przypuszczać, że idzie tu o działanie porażające zimna na ruchy robaczkowe chorego organu. Byłoby to bardzo pożądanem, gdyż, dając mu spokój, już przez to wpływalibyśmy na łagodniejszy przebieg w nim sprawy zapalnej. Dowiadczczenia jednak H o r v a t h'a wykazały, że perystaltyka kiszki grubej ustaje dopiero przy oziębieniu jej niżej 19° C., a przecież zimne okłady, stosowane zzewnątrz, nie podobnego nawet w przybliżeniu dać nie mogą. O postępowaniu przeciwwzapalnem, działając bezpośrednio na kiszkę, pomówimy niżej przy streszczeniu metody leczenia miejscowego.

Metoda w y m i o t n a leczenia dysenteryi należy do najbardziej zachwalanych. Dziś systematycznie, wyłącznie tym sposobem nikt dysenteryi nie leczy, jednakże niewielu tyl-

ko klinicyŝtów zupełnie metody tej nie uŝywa. Nie myŝlę tu o emetyku. Wprawdzie i ten ŝrodek był do drugiej połowy bieŝącego stulecia ŝtosowany i to w dawkach bardzo duŝych i częŝto powtarzanych, ale dziś, na ŝczęŝcie dla chorych, juŝ zwolenników międy myŝlącymi lekarzami zupełnie niema. Mam tu na uwadze głównie wymiotnicę (Ipecacuahna), uŝytą po raz pierwszy przy dysenteryi w XVII wieku. ŝrodek ten ŝprowadził z Brazylii kupczyk Grenier w roku 1686 i dał go dla ŝ Sprawdzenia jego działania Helvetius'owi. Ten leczył nim chorych na dysenteryję z poczátku w klasie prostej, potem w wyŝszej (noblesse, jak powiada Troussaeu), a wreszcie samego nawet francuzkiego delfina. Leczone przez niego przypadki kończyły się pomyŝlnie i wyzdrowiał teŝ i delfin, za co Helvetius otrzymał 1,000 liwrów nagrody i wyłaczne prawo ŝtosowania swego cudownego korzenia. Ŝe jednak zbyt zacny charakter wspomnianego Helvetius'a nie pozwolił mu wydać z sekretu Grenier'a, jako wynalazcę sławnego korzenia, rozgniewany kupczyzna zaskarŝył nieuczciwego syna Eskulapa do sądu, gdy zaŝ proces przegrał, zemŝcił się, chcąc Helvetius'owi klucz od złotej ŝyły odebrać, i ogłosił nazwę i pochodzenie swego ŝrodka.—Odtąd zaczęło się straszne naduŝywanie wymiotnicy przy wielu chorobach, a międy innymi moŝe największe przy dysenteryi. Wszystkie teoryje, jakie panowały o pochodzeniu tej choroby, lub wogóle nawet w patologii, umiano uznać za nowe wskazanie do przepisania choremu wymiotnicy. Gdy widziano w dysenteryi wynik zaburzeń gastyrycznych lub w wydzielaniu ŝółci, wymiotnica była ŝwietnym ŝrodkiem od niej, gdyż usuwała nieczystoŝci ŝołądkowe i buntującą się ŝółć. Gdy uznano, ŝe choroba ta jest wynikiem podraŝnienia dolnej częŝci przewodu pokarmowego, umiano dopatrzeć się w wymiotnicy najlepszego revulgens na częŝć górną. Gdy wreszcie zaczęto uważać zmiany w kiszce grubej przy dysenteryi za wynik złego zmieŝzania się soków, prowadŝącego do odkładania się na jej błonie ŝluzowej włóknika, jedna tylko wymiotnica, wraz z upustami krwi umiały owe soki równomiernie rozdzielić i usunąć z organizmu tę właŝnie częŝć ich, która miałaby chęć dać stały wysięk na błonie ŝluzowej proŝtnicy. ŝtosowano więc wymiotnicę na szeroką skalę; dawano ją po kilka razy dziennie w duŝych dawkach samą, lub teŝ równocześnie, albo naprzemian z innymi ŝrodkami; ŝłowem zrobiono z niej coŝ w rodzaju specificum od dysenteryi. Powstały ŝpecyjalne metody leczenia nią. Nie mówilibyŝmy tu o nich tyle, gdyby metody te przbrzmiały, ale tak nie jest. Kilku bardzo znanych klinicyŝtów uŝywa ich dotąd w najlepszej wierze.

Do starszych metod leczenia wymiotnicą naleŝą rekomendowane przez L e a n'a, W o o d h u l l'a, F o r s t e r'a i innych. Poŝtępowanie jest przy tem następujące. Choremu daje się w pierw gorącą kąpiel, następnie podaje się mu 25 kropli nalewki makowcowej w moŝliwie najmniejszej iloŝci wody i kaŝe mu się łykać tylko lód przez 2—4 godzin. W 20 minut po

podaniu opium daje mu się 1,5—2 gramy wymiotnicy. Po 8—10 godzinach powtarza się to samo. Polepszenie miało następować przytem bardzo szybko, jeżeli zaś to nie miało miejsca, chory dostawał znowu około 1 grm. wymiotnicy. *Lea* n twierdził, że ten sposób leczenia dawał wyniki nierównie lepsze od innych. Z nowszych autorów *Fiebig* zaleca dawać 2—3,75 grm. wymiotnicy w $\frac{1}{2}$ godziny po opium. *Charcot*, *Bouchar*d i *Bris*sau*d* w swoim najnowszym (1891) dotąd nieukończonem „*Traité de médecine*“ również zalecają jeden ze sposobów leczenia wymiotnicą, skombinowany przez *Du*ja*rd*i*n*-*Be*au*me*t*z*. Jest on następujący. Robi się inf. Ipec. z 8,0 na 200 wody i wypija się ten płyn w ciągu 1-szego dnia. Na pozostałość nalewa się taką samą ilość wody i wypija się ją w ciągu drugiego dnia; trzeciego dnia nalewa się na pozostałość wody wrzącej, i tak przygotowane decoctum wypija się łyżkami wraz z kawałkami korzenia. Jeżeli to nie prowadzi do stolców żółciowych odrazu, całą tę manipulację powtarza się od początku, aż do skutku. Łatwo pojąć, że w ten sposób raz przecież musi się rzecz skończyć na tem, że chory odda stolce kałowe. Jednak, pomimo to, autorowie ci utrzymują, że wymiotnica jest zupełnie tem dla dysenterji, czem chinina dla malaryi. *Trou*ss*e*au, który sam przyznaje, że wymiotnicy nadużywano, lubił jednak również ten środek i dawał przy dysenterji 3 grm. jego w 4 proszkach przed zachwalanemi przez siebie solami neutralnemi. Wielu innych autorów również stosuje wymiotnicę. Że wspomnę tu *Jac*co*ud*'a, *He*ub*ner*'a, *He*no*cha* i *Ej*ch*h*o*rs*t*a*. Nie używają już oni tego środka *larga manu*, w pełnej dawce, ale zawsze siłą jakiejś tradycyi widzą w nim coś specyficznego właściwego, odpowiedniego przy leczeniu dysenterji. Siła owej suggestyi jest taka, że niektórzy z nich, zapisując opium z wymiotnicą razem, mówią, że „w tej kombinacyi“ wymiotnica ma dodatnie działanie, gdyż zatrzymuje wypróżnienia, zapominając, że przecież należałoby przedtem wykluczyć działanie opium, zanim twierdzić, że własności jego ma wymiotnica. Inni, np. *Ej*ch*h*o*rs*t przepisują wymiotnicę w kombinacyi z kałomelem i uważają, że działa ona przytem ściągająco. Kilku tylko autorów stawia wskazania dla użycia wymiotnicy przy dysenterji takie, jakie się stawia przy innych chorobach wogóle. Mam tu na myśli *Ni*me*yer*'a, który daje wymiotnicę tylko przy wyraźnie przeładowanym żołądku, oraz *Jac*o*bi* i *Ba*m*ber*ger'a, którzy również te same tylko wskazanie dla niej uznają. Słusznie też twierdzi *Jac*o*bi*, że jeżeli dawniej chciano mieć w wymiotnicy środek napotny, to można było z tak samo dobrym skutkiem, a nierównie mniejszem zmęceniem chorego, zastąpić ją gorącemi kąpielami. O tem zaś, jakoby obfite wymioty mogły przynosić choremu na dysenterję ogólną ulgę mowy też być nie powinno. Najlepszym tego dowodem są, jak powiada *Ba*m*ber*ger, te przypadki, w których chorzy wymiotują sami w początku choroby: doznają oni tylko chwilowej ulgi. Kusić się więc o nią

drogą tak zkadnąd męczącą nie należy. Ponieważ zaś małych dawek wymiotnicy w celu zatrzymania stolca razem z opium dawać nie warto, gdyż to ostatnie samo w tym celu wystarczy (na co również wskazuje B a m b e r g e r), znika więc ostatnie wskazanie dla wymiotnicy, gdyż chyba o niepewnym działaniu jej przeciwzapalnym przy dysenterji, dawniej podnoszonym, mowy dziś być nie może.

Musimy więc zgodzić się na to, że środek ten nie powinien być nadal przy dysenterji stosowany, te bowiem dodatnie jego strony, na jakie empirycy wskazywać chcieli, są tylko wynikiem niedokładnych spostrzeżeń. Niewątpliwie znaczna część chorych, którym wymiotnicę w jakiegokolwiek postaci przy dysenterji podano, wyzdrowiałaby i bez niej i pewnieby prędzej odzyskała swoje siły pierwotne, gdyby jej tak z początku choroby gorliwie wymiotnicą nie częstowano. Nie znaczy to bynajmniej, że nie chcę widzieć w wymiotnicy środka dobrze działającego, dlatego, że go zrozumieć nie można, — powiada B a m b e r g e r, — empiryja bowiem często przejść może wszystko, czegośmy się a priori spodziewać mogli, tylko, że nie należy przy empirycznym stosowaniu danego leku się upierać, tam, gdzie nic na korzyść jego nie przemawia, a wiele mówi przeciwko jemu, gdyż upór ten przy odpowiednich warunkach mógłby zawieli chorych wpędzić do grobu. Trudno chyba o trafniejsze w tej sprawie zdanie.

Środki czyszczące uważane są przez bardzo znaczną ilość autorów z różnych epok za bardzo właściwe przy dysenterji. Dawniej stosowano je dla tego, że cały proces tlómaczono sobie, jako powstały wskutek zatrzymania stolca, policholii lub wogóle zanieczyszczenia przewodu pokarmowego. Oczyszczając więc go, działano wprost na materia peccans. Dziś, stosując metody leczenia środkami czyszczącymi, nikt nie myśli już, że działa na przyczynę choroby. Idzie tylko o usunięcie z przewodu pokarmowego nagromadzonego w nim kału, który, napierając z góry na podrażnioną kiszkę prostą lub wogóle grubą, powiększa jeszcze stan ich zapalny. To jest założeniem tej metody leczenia. Ale ma ona i swoje łatwo dostrzegalne strony ujemne. Gdy kiszka gruba znajduje się w stanie rozdrażnienia, i ruchy robaczkowe są już w niej bardzo wzmożone, każda dawka środka czyszczącego, wzmagając swe ruchy robaczkowe, powiększając skurcz gładkich włókien mięsnych, zwiększa natężenie zapalenia w pierwotnem jego siedlisku, a nadto może doprowadzić do zapalenia kataralnego w odcinkach przewodu pokarmowego, leżących powyżej kiszki grubej.

Postępowanie więc rozważne w tym kierunku polegać winno na zręcznem lawirowaniu między temi dwiema okolicznościami i wymaga oceny dla każdego danego przypadku, co w nim jest ważniejsze: czy oczyszczenie kiszki z zawartości, czy unikanie zbytznego podrażnienia. Zarysowuje się ztąd od razu racjonalne wykazanie dla stosowania środków czyszczących. Istnieje ono z początku choroby w tych przypadkach, w których wyczuwamy twardej kał w części wstępującej kiszki gru-

bej lub w okrężnicy, a w późniejszym jej przebiegu w tych, w których, pomimo częstych bolesnych wydymań, chorzy kału nie oddają wcale. Że zaś, jak to zaraz poniżej omówimy, stosowane bywają przy dysenterji środki kojące, wstrzymujące wypróżnienia, a więc prowadzące do nagromadzenia kału powyżej kiszki prostej, wynika stąd, że w miarę, jak się, dzięki leczeniu środkami zatrzymującemi wypróżnienia, nagromadzi kał w kiszkach, należy je z tej zawartości oczyszczać. Właściwie mówiąc, tylko po środkach kojących, kiedy błona śluzowa kiszki prostej jest trochę znieczulona, a gwałtowne ruchy robaczkowe i skurcz prawie toniczny jej błony mięsnej zostają znakomicie osłabione, środki czyszczące mogą działać odrazu dobrze, dzięki temu, że droga dla wydalania kału staje się swobodniejszą. Tak też bywa w rzeczywistości. Podczas, gdy podawanie choremu samych tylko środków czyszczących nawet w dużych dawkach często zwiększa tylko ilość bolesnych wydymań, przy których nie się, prócz produktów zapalnych—śluzu, krwi i nieco ropy—nie wydziela, znacznie mniejsza ich ilość, podana po opium prowadzi do obfitych, nieraz bardzo obfitych wypróżnień kałowych, po których chory doznaje znacznej ulgi. Oczyszczanie przewodu pokarmowego z zawartości, często rozkładającej się, musi wyjść na pożytek choremu, ale tylko wtedy, gdy nie jest nadużywane, gdy jest w porę co pewien okres czasu powtarzane.

Wielu jednak autorów uważa, że środki czyszczące same przez się stanowić powinny wyłączny sposób leczenia dysenterji. Oprócz wielu innych środków (a stosowano literalnie wszystkie, nie wyłączając nawet krotonu) czyszczących, trzy wyrobiły sobie szczególne uznanie, mianowicie: sole neutralne, kalomel i olej rycynowy. Pierwsze dwa środki zachwalane są specjalnie przez francuzów.

Mianowicie, sole neutralne wprowadził w użycie wielki T r o u s s e a u. Znakomity ten klinicysta, który sam obserwował cztery ciężkie epidemie dysenterji w różnych miejscowościach Francji (1823, 1826, 1842, 1859) leczył wszystkie przypadki solami neutralnemi (Na_2SO_4 , MgSO_4 , Sal Segneti...) i zalecał je z zapalem, powołując się i na swoich kolegów P e r r i e r, F o l l e t i G o d a r d, którzy przyjmowali czynny udział podczas silnej epidemii dysenterji w Versaille w 1842 r. Według T r o u s s e a u, kalomel przy dysenterji wprowadził A m i e l podczas epidemii w Gibraltarze w r. 1812. Dawał on rano i wieczór po 1 grm. tego środka aż do zniknięcia stolców krwawo-śluzowych i wystąpienia ciemno-zielonych. Inni jednak autorowie powiadają, że kalomel wprowadzili Angliacy (C h e y n, W r i g h t, C o p l a n d, J o h n s o n, A n n e s l e y i inni). Z niemieckich autorów też pewna ilość stosowała go metodycznie (B e r n d t, S i e b e r t, C a n s t a t t i inni). Czy tak, czy inaczej, obie metody leczenia — solami neutralnemi i kalomelem — uprawiane są dotąd we Francji, jako systematyczny sposób leczenia. Zalecają je, np. J a c c o u d i C o u r t o i s - S u f f i t w wspomnianym wyżej „Traité de

médecine". Pierwszy z nich stosuje sole neutralne w dawkach 15—25 grm., kalomel zaś przeważnie w dwóch dawkach po gr. XXIV, albo też dzieli gr. XXV na 10 proszków i daje je co godzinę. Twierdzi on, że skutek takiego leczenia jest świetny.

Systematycznie też stosuje kalomel B a e l z z Tokio. Postępowanie jego jest następujące. Możliwie najprędzej po początku choroby chory dostaje 3 lub 4 proszki po 0,5 — 0,75 grm. kalomelu co 2 godziny i po ostatniej dawce 15—20 grm. oleju rącznikowego. Choremu zaleca się spokojne leżenie. W pół dnia potem następować ma znaczna poprawa: stolce stają się ciemno-zielone, wydymania ustępują. Jeżeli przystąpić do takiego leczenia wcześniej, objawy dysenterji mają po 24 godzinach zniknąć zupełnie. Twierdzi, że przynajmniej połowę przypadków dysenterji można nawet zupełnie przerwać tą drogą i przypuszcza, że kalomel ma jakieś swoiste działanie na dysenterję, gdyż za pomocą innych środków czyszczących podobnych skutków osiągnąć nie można. W przypadkach, zaśszych dalej środek ten działać ma daleko słabiej, ale lepiej od innych, szczególnie, gdy stosować po nim po 6—10 razy dziennie po 1,0 bismutu.

Przeciwić swoistemu działaniu kalomelu przy dysenterji w zasadzie nie można, bo nieby dziwnego nie było, gdyby się takowy środek znalazł. Gdyby jednak działanie to istniało rzeczywiście, wtedy zauważyliby go wszyscy. Tymczasem tak nie jest, i ci, np., z pomiędzy niemieckich autorów, którzy kalomel stosują, podają go wprost tylko, jako środek objawowy i zbyt wielkiego mu znaczenia nie przypisują. B a m b e r g e r, np., stosował go w niewielkich dawkach i widział skutki niezłe, ale bynajmniej nie lepsze, niż przy innych metodach postępowania. E j c h h o r s t zaleca kalomel w początku choroby, jako skuteczne evacuaans, później zaś podaje go tylko z opium. To samo robi N i e m e y e r. Co do stosowania kalomelu u dzieci, H e n o c h zaleca go na początku choroby gr. II, a potem przez kilka dni z rzędu po go. $\frac{1}{20}$ — gr. $\frac{1}{12}$ co 2 godziny. Przeciwnie J a c o b i — autor doskonałego rysu dysenterji i jej leczenia w podręczniku chorób dziecinnych G e r h a r d t'a — stosuje go tylko w dużej dawce (0,2 - 0,5 grm.) z początku choroby u dzieci; później zaś radzi środków czyszczących wogóle, a szczególnie drastycznych (kalomel i inne) unikać.

Olej rycynowy jest jedynym środkiem, na którego użycie przy dysenterji wszyscy się mniej lub więcej chętnie zgadzają. Wszyscy zalecają go przeważnie w początku choroby. Środek ten, dzięki delikatności swego działania, ma najwięcej szans być zawsze przy dysenterji stosowanym. Po opium działa on, jak to wspomnieliśmy, bardzo dobrze i dla tego, zdaje się, powinien być najlepiej 1—3 razy w przerwach 2—3 dniowych po opium stosowany.

O innych środkach czyszczących mówić tu nie będziemy, gdyż na to nie zasługują. Wspomniemy tylko, że wszyscy zgadzają się na to, iż, z powodu poważnych i głęboko drażących

zmian w kiszkaach przy dysenterji, środki t. zw. drastyczne są przeciwwskazane.

Środki kojące. Ze wszystkich środków kojących wewnętrznych, stosowanych przeciwko dysenterji, jedno tylko opium, wyrobiło sobie prawo obywatelstwa. Inne, jak chloral, Belladonna Hyoscyamus, kwas pruski, używane są wyjątkowo rzadko. Morfina nawet znajduje rzadko zastosowanie przy tej chorobie. Ponieważ zaś opium, obok działania czysto kojącego, ma jeszcze własność tamowania ruchów robaczkowych kiszek, wypada więc nam streścić jednocześnie, jak się autorowie wogóle na działaniu tego środka zapatrują.

We Francji Trousseau potrafił zaszczerpić wstręt do stosowania tego środka przy dysenterji. Zezwalał on na jego użycie tylko przy silnych bólach i to w bardzo małych dawkach—po 1 kropli co godzinę. Twierdził on, że większe dawki dać mogą zjawiska tyfoidalne. Mniej więcej to samo powtarza Jaccoud, a Courtois-Suffit (1891) posuwa się jeszcze dalej i twierdzi wprost, że używanie opium przy dysenterji jest co najmniej zbytęcznym, jeżeli nie szkodliwym.

Niemieccy autorowie są dla opium daleko lepiej usposobieni. Niektórzy z nich zalecali go tylko w cięższych przypadkach, jak np. Niemeyer, inni podają go stale, samo lub w połączeniu z innymi lekarstwami. Vogt radzi, w razach, gdy idzie tylko o zatrzymanie stolca, dawać co 2 godziny po gr. $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$, gdy zaś idzie o uspokojenie chorego, należy, zdaniem jego dać gr. II—IV. Twierdzi, że jest to często środek bardzo cenny, gdyż nawet w najcięższych przypadkach pozwała chorym spać 3—7 godzin, co po silnym zmęczeniu z powodu ciągłych wydymań stanowi dla nich znaczne pokrzepienie. Zdaniem jego, tylko tak zwani homines gastrici et biliosi mogą się bać stosowania opium. Nie żąda on jednak od nikogo, aby leczenie tym środkiem prowadził wyłącznie, metodycznie. Jest to dla niego tylko cenny środek objawowy. Heubner nie jest również zwolennikiem metodycznego leczenia za pomocą opium. Przeciwnie sądzi, że nadużywanie go doprowadza chorych do nieprzyjemnego stanu ogłuszenia i rozgrzania. Pomimo to powiada on, że środek ten ma zbawienny wpływ na przebieg choroby, gdyż, uspokajając ruchy kiszek, wpływa pośrednio na samą sprawę zapalną. Mianowicie, znosi on skurcz błony mięsnej, a przez to wpływa na zmniejszenie zastoiny w błonie śluzowej i podśluzowej chorej kiszki, co znowu zmniejsza do pewnego stopnia sprawę wysiękową i emigrację białych ciałek krwi. Bambergertwierdzi, że niema w leczeniu dysenterji środka, którego stosowanie dawałoby chociaż w przybliżeniu tak świetne wyniki, jak opium. Zwalniając ruch robaczkowy kiszek, środek ten znosi również skurcz kiszki grubej, zmniejsza ilość stolców, kolki, wydymania i bezsenność, a przez to znakomicie poprawia stan ogólny chorego. Dla tego też stosuje Bambergertwierdzi, że niema w leczeniu dysenterji od samego początku, z wyjątkiem tych, w których wskazane jest przeczyszczenie (scybala w kiszkaach).

Jacobi również uważa opium za środek niezbędny przy leczeniu dysenterji u dzieci. Zdaniem jego, dysenterja wymaga opium tak samo, jak zapalenie otrzewnej. Zaleca stosowanie go najlepiej zaraz w początku choroby z powodów tych samych, co Heubner. Opisy przypadków nieszczęśliwych u dzieci są, zdaniem jego, przesadzone. Zależały one tylko od zbyt wielkiej dawki tego środka lub też były skutkiem nieuwzględnienia indywidualności chorego.

Wszyscy chorzy, z wyjątkiem tych, u których występuje odrazu z początku choroby zapaść, znoszą opium dobrze. Unikanie używania go jest poprostu krzywdą dla chorego. Nie idzie za tem, aby był to jedyny środek, stosowany przy dysenterji. Przeciwnie, podając go, mamy na myśli nie tylko działanie jego kojące, ale i ułatwienie sobie oczyszczenia kanału pokarmowego z kału, jak to wyżej wytłómaczyliśmy, a nadto umożliwienie stosowania lawatyw, o których pomówimy poniżej. Faktem jest bowiem, że chorzy, którzy brali opium, znoszą lawatywy daleko łatwiej od tych, którzy go nie dostawali. Ponieważ zaś oczyszczanie kanału pokarmowego w sposób, najmniej dla chorego przykry, i działanie na niego, o ile tego potrzeba, miejscowe jest naszym celem, w opium więc mamy niezastąpionego sprzymierzeńca w wykonywaniu swoich planów. Zanim zaś do tego przystąpimy, musimy w opium samem, jako takim, widzieć również racjonalny środek, gdyż dawanie spokoju organowi zapalnemu należy przecież do kardynalnych zasad lecznictwa.

Z innych zabiegów, mających na celu kojenie, musimy wspomnieć o zimnych i gorących okładach na brzuch. Mówiliśmy już jednak o pierwszych wyżej, że ich nikt prawie nie zaleca z przyczyn, że chorzy znoszą je bardzo źle. Przeciwnie, drugie znoszą wszyscy chorzy bardzo dobrze. Ztąd też stosują je wszyscy na szeroką skalę. Pomysłne działanie ich polega na łagodzeniu bólu i uspakajaniu chorego.

Środki ściągające i antyseptyczne. Leczenie właściwe środkami temi rozpatrzemy dokładniej zaraz poniżej przy omawianiu leczenia miejscowego. Tutaj wspomnimy tylko o podawaniu ich wewnątrz.—Pomimo, że sprawa zapalna przy dysenterji ma swoje siedlisko u samego końca przewodu pokarmowego, jednakże niektórzy bardzo poważni klinicyści radzą wpływać na nią i za pomocą środków ściągających, podawanych per os. Sądzą oni, że chociaż część ich przejdzie w stanie niezmiennym całą długość kanału pokarmowego i wywrze miejscowe działanie ściągające na kiszkę prostą. Stosowano w tym celu środki roślinne, jak cascarilla, Colombo, Tormentilla, Monesia, Kubeba, Gummi kino, Taninum, Cortex chinae, Arnica, Serpentaria i wiele innych, oraz mineralne, jak alun, saetrzan srebra, octan ołowiu, siarczany cynku, żelaza i miedzi, bismut i t. p. Środki roślinne działają znacznie słabiej od mineralnych. Największym między nimi uznaniem cieszy się tanina. Ze środków zaś mineralnych najwięcej zalecanemi były: alun, lapis i ołów. Ostatnie dwa środki zalecane były w najcięż-

szych przypadkach. Tanię podawano po 0,5—1,0 grm. dziennie, octan ołowiu 5—6 razy dziennie po gr. I—II na dawkę, lapis zaś po gr. $\frac{1}{6}$ —1 na dawkę. Jedni zalecają podawanie tych środków w początku choroby (J a c o b i), drudzy w końcu, gdy ropienie błony śluzowej staje się obfitem (V o g t), inni wreszcie w ciągu całego czasu trwania choroby (B a m b e r g e r), ale wszyscy prawie radzą dodawać do nich zawsze opium. Rodzi się więc znów pytanie, co przy takiej kombinacji środków działa zatrzymująco na wypróżnienia; opium, czy środek ściągający. Jakkolwiek niewątpliwie działanie pierwsze z nich jest przeważającym, nie można jednak zaprzeczyć, że w odpowiedniej chwili użyty środek ściągający działaniu jego sprzyja. Dowodem spostrzegane chyba przez każdego przypadki cięższe, w których czasami samym makowcem, nieraz w ciągu kilku dni podawanym, nie zrobić nie można, podczas, gdy dodanie do niego gr. $\frac{1}{2}$ —1 na dawkę octanu ołowiu bardzo często prędko stolec zatrzymuje. Unikać jednak trzeba za dużych dawek środków ściągających, jako prowadzących do wymiot. Chcąc tej właśnie ewentualności uniknąć, B a m b e r g e r nalega na to, aby je zawsze z opium przepisywano. Z innych środków ściągających zalecano również, jak mówiliśmy, bismut. Ten jednak radzą wszyscy podawać właśnie w dużych dawkach. J a c o b i, naprzykład, daje go dzieciom po 4—8 grm. dziennie, V o g t zaś dorosłym kilka razy dziennie po drachmie. Zważywszy, iż działanie tego środka wytlómaczyć sobie możemy tylko w ten sposób, że pokrywa on niejako powłoką błonę śluzową kiszek, i uchronia w ten sposób chore jej części od stykania się z kałem, przyznać trzeba, że rzeczywiście tylko wielkie dawki jego mają racyję bytu. To też niektórzy (J a c o b i, V o g t) bardzo gorąco je polecają. Z innych środków ściągających wspomnimy tylko zalecany przez L o u t o n a z Reims sporysz, jako mało używany, do którego stosowania zachęca J a c c o u d, oraz Kali chloricum, rekomendowane przez K u n z e'g o.

Ze środków antyseptycznych podawano wewnątrz związki kwasu salicylowego mineralne oraz salol. Słusznie jednak dopatrywano lepszego ich działania przy stosowaniu ich miejscowem.

Ponieważ przy dysenterji siedliskiem zmian anatomicznych jest kiszka prosta, do której dostęp jest łatwy, oddawna więc klinicyści powzięli myśl działania na nią bezpośredniego za pomocą ławatyw. Dawniej stawiano tej, tak zwanej metodzie leczenia miejscowego rozmaite zarzuty, gdyż starano się wogóle o wyłącznie ogólne leczenie, a nadto sądzono, że nie podobna wprowadzić do kiszek tyle płynu odrazu, żeby można było liczyć na działanie jego na całą chorą jej powierzchnię (V o g t i inni). Dziś, kiedy znamy ławatywy Hegarowskie ostatni zarzut upadł, wrogów jednak leczenia miejscowego nie brak. Wychodzą oni jednak prawie wszyscy tylko z tego założenia, że stosowanie ławatyw przy dysenterji, przy której w kiszce prostej odbywa się tak silna sprawa zapalna, jest niepożądanem ze względu na ból, jaki sprawia chorým. Przeci-

wnie inni twierdzą, że jest to jedyna właściwa metoda leczenia dysenteryi. Zalecają ją między innymi Berthold, Mackenzie, Post, Scriven, Trouseau, Bamberger, Jacobi, Ejchhorst, Jaccoud, Paoletti i wielu innych.

Nie należy chcieć widzieć w nich panaceum lub nawet środka niezbędnego przy leczeniu dysenteryi. Lekkie jej postaci leczą się niewątpliwie zupełnie bez ich udziału przy rozumnym stosowaniu naprzemian opium i środków czyszczących, przeważnie oleju rycynowego; przeciwnie, im przebieg dysenteryi jest cięższy, tem więcej nadają się do użycia środki miejscowe. Jeżeli bowiem wyobrazimy sobie nawet — co byłoby chyba zbyt sceptycyzmu — że wprowadzane za pomocą ławatyw środki, czy to kojące, czy to ściągające, działają chemicznie bardzo słabo, lub wcale nie działają, to jednak przyznać będziemy musieli, że już samo przemycie kiszki grubej z kału i wydalenie z niej produktów zapalnych, powinno wpływać dodatnio na sprawę gojenia się owrzodzeń, gdyż usuwamy z nich rzeczy, które je drażnią i stan zapalny w nich podtrzymują. Cała sztuka stosowania lekarstwa miejscowego powinna w tych ciężkich przypadkach polegać na tem, aby nie miały one własności zbyt drażniących, a przez to, usuwając produkty zapalne z jednej strony, nie przyczyniały się z drugiej do podtrzymywania samej sprawy zapalnej. Łatwo jest jednak tego uniknąć, zmniejszywszy przed podaniem ławatywy nadmierną pobudliwość prostonicy za pomocą podanego do wewnątrz opium i nie stosując ławatyw zbyt zimnych, lub zawierających środki lekarskie w zbyt wielkim stężeniu.

Rozpatrzmy więc z początku z metod miejscowych ławatywy. — Mogą one mieć własności tylko czyszczące, albo też nadto ściągające i antyseptyczne. Zależy to od ich ciepłoty i składu chemicznego.

Jeżeli idzie tylko o wydalenie z kiszki grubej zawartości, można stosować ławatywę dowolnego składu, naprzykład z czystej nawet wody lub z dodatkiem soli kuchennej w stosunku 1:100. Co do temperatury jej, to bardzo niewiele tylko zgadza się na stosowanie ławatyw zimnych, jako zbyt silnie drażniących i przez to niedobrze znoszonych. Wszyscy prawie zalecają wodę temperatury pokojowej lub nieco cieplejszą. Ilość wody powinna być dość znaczna: $\frac{1}{2}$ —2 litrów, gdyż w przeciwnym razie wypłukaną będzie sama tylko prostonica, jak to miało miejsce dawniej, kiedy stosowano ławatywy tylko za pomocą syreg. Wynika ztąd również, że należy zawsze dawać ławatywy z irygatora.

Uwagi o ilości i temperaturze wody, użytej na ławatywę, mają swą siłę dla tych również przypadków, w których stosujemy za pomocą nich środki ściągające. Powinniśmy się bowiem starać o to, aby te ostatnie mogły działać na błonę śluzową kiszek jaknajrozleglej, czemu sprzyja znaczna ilość wody, i jaknajdłużej, czemu sprzyja ciepłota jej, możliwie najobojętniejsza. W ostatnim też celu wszyscy słusznie zalecają, aby

przed podaniem lawatywy, działającej leczniczo, np. ściągająco, stosować zwyczajną czyszczącą, składu zupełnie obojętnego, a dopiero po jej oddaniu — właściwie leczącą. W ten sposób środki ściągające mogą najdokładniej na chorą błonę śluzową działać, gdyż jest ona splukana i chorzy mogą lawatywę stosunkowo długo zatrzymać.

Nie będziemy tu wyliczać wszystkich środków ściągających, jakie stosowane były miejscowo, gdyż zajęłoby to za wiele czasu i miejsca a przytem bardzo wiele z pomiędzy nich, zarówno organicznych, jak i mineralnych (np. kwas borny) działa chemicznie bardzo słabo, albo i wcale. Wspomniemy tu tylko o tych środkach, których działanie chemiczne i własności ściągające wątpliwości nie ulegają. Należą do nich: tanina, kwas salicylowy, siarczany miedzi i cynku, alun, ołów, oraz lapis. Ze spisu ich widać, że dobre środki ściągające działają również i antyseptycznie. W ten sposób użycie wyliczonych leków staje się jeszcze bardziej pożądanem, gdyż nie tylko zmniejsza stopień zapalenia, ale, w myśl naszych pojęć teoretycznych, działa nadto na podtrzymującą je przyczynę.

Ze wspomnianych środków niektóre, jak alun i siarczany ciężkich metali, zalecane są przez wszystkich autorów, ale bez szczególnego nacisku. Pozostałe mają swoich specjalnych zwolenników między poważnemi klinicystami. Taninę zalecają H e n o c h i J a c o b i przy dysenterji u dzieci. Kwas salicylowy zalecają E j c h h o r s t, J a c c o u d, S t e p h a n i d e s i H e u b n e r; używają go w stężeniu $\frac{1}{4}\%$ — $\frac{1}{2}\%$. H e n o c h stosuje go u dzieci w roztworze $1\frac{3}{4}\%$. Bardzo licznych i nadto niezmiernie gorliwych zwolenników ma też saletrzan srebra; znajdują się między nimi T r o u s s e a u, B a m b e r g e r, J a c o b i i H e u b n e r. B a m b e r g e r powiada wprost, że w postaciach ciężkich i długotrwałych dysenterji AgNO_3 niczem zastąpić się nie da. Nawet V o g t, który nie bardzo lubi leczenie miejscowe, twierdzi, że widział dodatnie działanie lawatyw z AgNO_3 . Stosują go wszyscy w roztworze $\frac{1}{4}\%$ — $\frac{1}{2}\%$. J a c o b i używa u dzieci roztwór $\frac{1}{4}\%$ i radzi zaraz po nim wprowadzić do kiszki roztwór soli, aby lapis nie mógł działać za silnie. Ołów zaleca dość chętnie T r o u s s e a u, który używał go w roztworze 3% — 6% .

Nie ulega wątpliwości, że wymienione środki, stosowane po uprzednim przemyciu kiszki, pewne działanie dodatnie, jako ściągające i antyseptyczne, wyrzec muszą, jeżeli stosować je z powyżej wymienionemi ostrożnościami.

Oprócz nich, zasługują na uwagę jeszcze jod i bismut. Wszyscy jednak autorowie powiadają, że jod działa pomysłnie dopiero w 1% roztworze, który znów zbyt mocno drażni kiszkę. Bismut zaleca kilku poważnych autorów. Nie można go jednak podawać zwykłym sposobem, to jest w znacznej ilości wody, gdyż idzie tu o to, aby pozostał on w kiszce możliwie najdłużej i powlekał sobą owrzdodzone jej części. Najlepiej więc stosować go w ten sposób, że, zmieszawszy go z 6—10-o krotną ilością wody, wprowadza się 30—100 grm. takiej bełtanki je-

dnorazowo do prostnicy. Nie obfite też bardzo muszą być lawatwy z krochmalem.

Kończąc z lawatwami ściągającymi i antyseptycznymi, zaznaczyć muszę dla ścisłości, że stosuje się zawsze po 2—3 razy dziennie.

Niektórzy autorowie sądzą, że można środki ściągające podawać w postaci świeczek. Nigdy jednak, zdaje się, przy tem tak równomiernego działania środka, jak przy lawatwach, być nie może, chociażbyśmy użyli vehiculum jak najmniejszego. Przytem użycie świeczek ściągających jest często bolesne. Trzeba więc do nich dodać opium. Ponieważ zaś to ostatnie, aby mózdz działać, musi być wchłonięte, a przy znacznej ilości owrzodzeń w kiszce grubej wchłanianie jest bardzo upośledzone, opium więc w świeczkach nie działa, i pozostaje tylko przykre działanie zbierające się w danym miejscu w zbyt silnym stężeniu środka ściągającego (J a c o b i).

Ze środków, które mają działanie wyłącznie tylko antyseptyczne, zalecano kilkakrotnie kwas karbolowy i sublimat. Środki te jednak są podobno źle znoszone i prowadzić mogą do zatrucia. Sądziłibyśmy, że jest to nieco przesadzona obawa, jeżeli nie używać zbyt mocnych roztworów. Jeżeli więc włączyć te środki, można będzie powiedzieć, że przy leczeniu dysenterji stosują się, i słusznie, miejscowo wszystkie środki antyseptyczne, tembardziej, że ostatnimi czasy mówią już o stosowaniu w tym celu nawet najnowszych, jak kreolina, solutol i inne.

Ostatnią metodą leczenia miejscowego dysenterji jest stosowanie środków kojących. Ma ona na celu złagodzenie bolesnych wydymań i wogóle bólów w kiszce prostej. Stosuje się w tym celu świeczki z opium, morfiny lub kokainy, które, jak to wyżej powiedzieliśmy, w cięższych przypadkach z powodu upośledzonego chłonięcia kojąco działać nie mogą. Do miejscowego też kojenia można zaliczyć kładzenie bezpośrednio na odbytnicę tamponów, zmoczonych w nalewce makowcowej lub roztworze morfiny, oraz ciepłe kąpiele nasiadowe.

Z innych metod leczenia stosowano przy dysenterji t. zw. środki chłodzące, jako to saletra i im podobne. C a s p a r i zaleca nawet metodyczne leczenie dysenterji saletrą. Nie sądzimy jednak, aby mogła wrócić epoka stosowania ich. To samo odnosi się do środków balsamicznych i t. zw. śluzowych, które, podane bądź wewnątrz, bez przez lawatwę, miały mieć własność powlekania ran w kiszce i ułatwienia im w ten sposób gojenia się.

Skończyliśmy więc przegląd metod leczenia używanych przy dysenterji. Czy wiele z nich ma dziś racyję bytu? Niektóre należy dziś prawie ryczałtowo odrzucić. Odnosi się to mianowicie do leczenia poronnego, przeciwwzapalnego na szerszą skalę i wymiotnego. Wniosek ten nie stanowi bynajmniej ujmy dla empirycznych metod leczenia wogóle, gdyż, jak zaznaczyliśmy, leczenie empiryczne ma racyję bytu tam, gdzie się dopiero działanie środka bada lub gdzie się już o jego właściwości przekonano. Gdzie zaś długi szereg lat nie pokazał niezawodnie,

że te lub owe grupy środków mają wpływ dodatni na przebieg choroby, należy próby z nimi przerwać i grupy te raz ostatecznie z użycia wyrugować. Wszystko zaś przemawia za tem, że opisywane dobre skutki leczenia dysenterji wymienionemi trzema metodami były tylko wynikiem niedokładnej obserwacji. Popelniono zwykły błąd lekarski: przyjmowano za „propter hoc” to, co było „post hoc.”

Rzecz zaś w rzeczywistości miała się tak, że niektóre epidemie miały widocznie tak lekki charakter, że chorzy, pomimo wyniszczania ich wspomnianemi metodami leczenia, zdrowieli. Gdy zaś epidemija była cięższa i chorzy umierali, kładło się wszystkie zejścia śmiertelne na karb jej złośliwości, chociaż część ich mogła niewątpliwie zależeć od tak heroicznego leczenia. Nikt bowiem w owych czasach nie mógł nawet pomyśleć o tem, żeby nadużywanie środków wymiotnych lub przeciwzapalnych mogło przynieść szkodę choremu.

Z pozostałych metod również nie wszystkie będą w każdej epidemii lub wogóle w każdym przypadku stosowane. Metodyczne stosowanie środków czyszczących, kojących lub leczenia miejscowego, stosownie do zapatrywania osobistego ordynującego lekarza, może być potrzebne chyba tylko w cięższych przypadkach. Najracjonalniejszym jest, zdaje się, możliwie małe kuszenie się o wpłynięcie stanowcze na samą sprawę zapalną w tym lub owym kierunku. Bezstronna bowiem ocena summy wszystkich metod leczenia, zalecanych przeciwko dysenterji sprawia poprostu takie wrażenie, że w przypadkach lekkich działa wszystko, nawet czysta woda w ławatywie, w ciężkich zaś prawie nie, albo bardzo mało środków i to w nieznacznym stopniu. Gdy taka pogoń za jakąś metodą swoistą ustanie, pozostanie tylko z tego wszystkiego rozumne leczenie objawowe według ogólnych zasad medycyny. Rzecz więc jasna, że gdy chory stolca długo przed chorobą nie oddawał, dostanie środek czyszczący, możliwie łagodny, aby zapalenia w kiszce grubej nie powiększać; gdy będzie miał bardzo częste stolce lub bolesne wydymania, dostanie środki kojące, gdy wreszcie będzie oddawał zbyt dużo stolca śluzo-ropnego, cuchnącego, rozkładającego się, będzie, oprócz opium, dostawał środki ściągające lub antyseptyczne wewnątrz lub miejscowo i t. d. Żadnych innych specjalnych rozumowań, uznanych przez bezstronną empiryję za słuszne, przy dysenterji stosować nie mamy zasady. O lekkich postaciach jej wszyscy bez wyjątku nowocześni autorowie powiadają, że wymaga mało leczenia środkami farmaceutycznymi, niemjny więc nadzieję, że wkrótce wszyscy będą trzymać się możliwie tej samej zasady i przy leczeniu średnich i cięższych jej postaci.

Główna za to uwaga skierowaną być winna na leczenie ogólnodyjetetyczne i na profilaktykę. Pod tym względem wszyscy autorowie zgadzają się ze sobą. Ponieważ choroba ta trwać może długo i prowadzić do wycieńczenia wskutek obfitego oddawania płynów ze stolcami, należy więc od pierwszej chwili pamiętać o dobrym odżywianiu chorego. Jedzenie po-

winno być, naturalnie, możliwie delikatne. Zalecamy więc chorym mleko, rosół, polewkę z wina, wzbraniamy wszystkiego co daje dużo kału, każemy zażywać pokarmy często, ale w niewielkiej ilości, dbamy o to, aby napoje nie były zbyt zimne i nie pobudzały przez to do skurczów okrężnicy, leżącej tuż pod żołądkiem. Nie zaszkodzi też nigdy choremu kilka kieliszków dobrego wina, białego lub czerwonego. Niektórzy autorowie zalecają nawet specjalne zupy dobrze odżywiające (Trousseau, Jaccoud, Vogt), że wspomnę tu dla przykładu biały odwar Sydenhama¹⁾. Zdaje się jednak, że mleko jest chyba najłagodniejszym i najpożywniejszym odżywianiem dla chorego. Wszyscy również zgadzają się na to, że nawet w przypadkach najłżejszych chory powinien leżeć w łóżku, być trzymany ciepło i t. d. według ogólnych prawideł. Tu dodać tylko musimy, że ponieważ dysenterya jest chorobą niewątpliwie zakaźną, należy więc wypróżnienia chorego mięszać natychmiast po ich oddaniu z roztworem karbolu, obmywać nim od czasu do czasu odbyt, dezynfekować nocniki, baseiny, bieliznę, oraz myć sobie ręce po każdym bliższym zetknięciu się z chorym, a szczególnie z jego kałem, w którym, jak wiemy, znajduje się zarazek chorobotwórczy. Należy też jako środek zapobiegawczy, zalecać unikania surowych owoców obranych, gdyż na ich powierzchni, zdaje się, często znajduje się zarazek chorobotwórczy.

W przypadkach rozpaczliwych stosować należy, według większości autorów, obok omówionego regime'u, tylko nieco środków czyszczących i kojących, głównie zaś pobudzać chorego według ogólnych prawideł.

Komplikacyje dysenteryi leczą się według ogólnych prawideł, następcze zaś wyniszczenia, obrzęki i stany charłaczce pożywną dyjetą, środkami tonizującymi, jak arsenik, tran, żelazo, świeżem powietrzem i t. p.

Zdarza się czasami, że dysenterya nie znika w zupełności, lecz ze stanu ostrego przechodzi w przewlekły. Leczenie jej należy do rzeczy bardzo trudnych. Jednak prawie wszyscy autorowie zgadzają się na stosowanie przy niej jednych metod leczniczych. Należy do nich głównie leczenie ogólnodijetyczne. Chorzy powinni unikać zaziębień, trzymać się ciepło, używać wyłącznie tylko lekko strawnego pożywienia, brać ciepłe kąpiele, ewentualnie zaś zmienić miejsce pobytu. Znanych jest sporo przypadków, w których dopiero to ostatnie doprowadziło do wyleczenia. Maurel zachwala przy chronicznej dysenteryi dyjetę wyłącznie mleczną przez czas dłuższy. Po niej dopiero zaleca kolejno jaja, pieczeń, mleko z winem, mięso gotowane i t. d. Obok wybornego odżywiania zalecają też wszyscy żelazo, a niekiedy i chininę w postaci odwaru.

Ze środków farmaceutycznych zalecają wszyscy przeważnie

¹⁾ Recepta na niego jest następująca: Cornu cervi rasp., Micae panis aa $\mathfrak{z}\beta$. Coque cum aq. \mathcal{U} jjj ad colat. \mathcal{U} jj. Adde Gummi mim. \mathfrak{z} jj, Sacchari albi $\mathfrak{z}\beta$. S. Napój.

ściągające per os et per anum. Stosują więc do wewnątrz bismut, ołów, tanię w znaczniejszych dawkach, w ławatywach zaś głównie ołów i lapis. Wogóle leczenie miejscowe gra przy dysenteryi przewlekłej bardzo ważną rolę, a z pomiędzy używanych przy nim środków największą sławę ma właśnie saletrzan srebra. Bamberger, Post, Mackenzie, Trouseau, Scriven, Ejchhorst, Jaccoud i wielu, wielu innych autorów sądzą, że tą tylko drogą można osiągnąć wyleczenia w cięższych i długo trwających przypadkach. Niektórzy z nich tłómaczą to w ten sposób, że lapis działa na rany w kiszkiach w sposób pobudzający je do granulacyi. Z tego też względu można uważać za zrozumiały przypadek, opisany dość dawno przez G. Thomas'a, w którym udało mu się u pewnej damy, chorej na dysenterję od lat kilku, zagoić uporczywie utrzymujące się niedaleko nad odbytnicą owrzodzenie za pomocą kwasu saletrzanego, zastosowanego na nie przez lustro.

WAŻNIEJSZA LITERATURA.

1. Kartulis. Virch. Arch. Bd. 99, 1885.—2. Kartulis. Centr. f. Bacter. u. Paras. Bd. VII, nr. 25.—3. Hlava. Centralbl. f. Bact. u. Paras. Bd. II, nr. 25.—4. Wesener. Cent. f. allg. Path. u. path. Anat. nr. 11 i 12, 1892.—5. Ziegler. Handbuch der Speciellen path. Anat. VII, Auflage, 1892.—6. Eulenbura'a. Realencyklopedie. T. XVII, 1889. Artykuł. Ejchhorsta p. t. Ruhr.—7. Henoch. Choroby dzieci. Przekład ruski 1882.—8. C. Gerhardt. Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. II. Artykuł Jacobi Dysenterie.—9. Heubner. Dysenterie. Ziemmsens Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie. Bd. II. H. 3. Trzecie wydanie, 1886.—10. Vogt. Monographie der Ruhr. Giessen, 1856.—11. Ejchhorst. Patol. i terapija szczegółowa, 3 wydanie. Tom 4. Przekład ruski.—12. Jaccoud. Wykład patologii szczegółowej. Tom 2, wydanie polskie.—13. Kunze. Podręcznik medycyny praktycznej. Wyd. polskie, 1887.—14. F. Niemeyer. Patol. i ter. szczegółowa, 1872. Wyd. ruskie.—15. Trouseau. Med. klinik de l'Hôtel Dieu in Paris. Tłóm. niem. Niemeyera. Bd. III, str. 132—146, 1868.—16. Bamberger. Krankheiten des Chylopoetischen Systems. Virchow's Handbuch der spec. Path. u. Ther. Bd. VI, str. 184—428, 1855.—17. Maurel. Du traitement de la diarrhée et de la dysenterie par le régime lacté et le régime mixte gradué. Bul. gen. de therap., 1881, 1 5/III.—18. St. Mackenzie. Lancet, 1882, Kwiecień 29. Według roczników Hirsch'a i Virchow'a.—19. Post. Ibi em. Grudzień 2. Według roczników Hirsch'a i Virchow'a.—20. Scriven. Ibid. Sierpień 19. Według roczników Hirsch'a i Virchow'a.—21. Fiebig. Zur Behandlung der Ruhr. B. kl. Woch., 1880, nr. 35.—22. Caspari. Zur Therapie der Dysenterie. Deut. klinik, 1878, nr. 5 i 6.—23. J. Schwalbe.

Grundriss der spec. Pathol. u. Therapie, 1892, str. 678—680.—
24. Charcot, Bouchard et Brissaud. *Traité de médecine*, 1891. T. 2. Artykuł Courtois-Suffit.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

267. Dr. HAMPELN. **O Bradykardyi.** (Ueber Bradycardie).
(*St. Petersburg. Med. Woch. Nr. 42. 1892.*)

Rozróżniamy dwa rodzaje bradykardyi: fizjologiczną i patologiczną. Do pierwszej grupy zaliczamy bradykardję u zdrowiejących i poporodową; druga grupa rozpada się na dwie podgrupy na bradykardję przemijającą i stałą.

Bradykardya przemijająca należy do nierzadkich objawów w przebiegu rozmaitych cierpień ostrych i przewlekłych: spotykamy się z nią w gorączkowym okresie duru brzuszno, przy zapaleniu opon mózgowych gruźliczego pochodzenia, przy cierpieniach mózgowia i rdzenia, niekiedy przy chorobach żołądka i kiszki, przy glistach i t. d. Tu zaliczyć nam wypada także toksyczne formy bradykardyi, wywołane przez naparstnicę lub też środki pokrewne, przez nadużycie wysokoku i tytoniu, przy żółtaczce i mocznicy, wreszcie bradykardję, jako skutek mechanicznego drażnienia nerwów obwodowych. Do bradykardyj stałych zaliczamy przedewszystkiem te formy tego cierpienia, które za nerwice czynnościowe serca uważane bywają.

Spotykają się one najczęściej u ludzi młodych z dziedzicznym lub też nabytem usposobieniem nerwowem, lecz nie dotkniętych żadnem organicznem cierpieniem. Bradykardya występuje tu bądź jako nerwica samodzielna, bądź jako objaw nerwicy ogólnej. Przeciwstawić jej by można nerwową tachycardję. Zależną jest ona zapewne od osłabionej pobudliwości ruchowego ośrodka serca.

Pozostaje jeszcze najważniejsza grupa patologicznej bradykardyi przy organicznych cierpieniach serca mianowicie: 1) przy wadach zastawek (szczególniej przy zwężeniu ujścia tętnicy głównej) 2) przy stwardnieniu tętnic wieńcowych serca, 3) przy zapaleniu mięśnia sercowego i tłuszczowem zwyrodnieniu serca.

Bradykardya, towarzysząca zwężeniu ujścia tętnicy głównej ma czysto czynnościowo-zastępcze znaczenie. Serce kurczy się wolno i nie często, ponieważ w ten sposób najłatwiej mu zwalczyć przeszkodę przy najmniejszej stracie siły. Przy szybszych skrócach serca komórki nie opróżniały by się całkowicie, a w najlepszym razie nie obeszłoby się bez znacznego bardzo wysiłku, natomiast powolne kurczenie się serca wywołuje pożądany skutek przy minimum wysiłku. Zupełnie w ten sam sposób tłómaczymy sobie bradykardję przy chorobach mięśnia sercowego.

Bradykardję przy stwardnieniu tętnic wieńcowych stawia autor w zależności od materyjalnych zmian w samym sercu.

Ta ostatnia forma bradykardii spotyka się najczęściej przy innych cierpieniach serca autor rzadko bradykardję widywał; wskutek czego przypisuje bradykardji dużą wartość rozpoznawczą, tembardziej, że jest to najczęściej jedyny objaw stwardnienia tętnic wieńcowych.

Każda forma bradykardii bez względu na przyczyny powstawania, na podstawie warunków fizycznych wywołuje w mniejszym lub większym stopniu rozszerzenie serca.

Co do leczenia bradykardii to najwięcej zastosowania znajdują tu środki podniecające. Dehio zaleca atropinę, autor widział w jednym przypadku dobry skutek po użyciu naparstnicy.

H. Kucharzewski.

268. Dr. L. PIZINNI. **Laseczniki gruźlicze w gruczołach chłonnych osób niegruźliczych.** (Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen Nichttuberkulöser). (*Zeitschr. f. kl. Med.*, XXI).

Kwestyja możności przebywania laseczników gruźliczych w gruczołach chłonnych osób napozór zupełnie zdrowych, w stanie utajonym, była niejednokrotnie poruszana i tą drogą objaśniano wybuchanie ostrej gruźlicy bez wszelkiej widocznej przyczyny. Powszechne zdanie przyjmowało istnienie takiej pierwotnej gruźlicy gruczołów chłonnych tylko u dzieci. W ostatnich czasach jednak w sprawozdaniach towarzystw patologicznych, w Londynie i New-Jorsku, oraz w poszukiwaniach Loomisa znalazły się dane, przemawiające przeciw temu pogładowi. Dla rozstrzygnięcia stanowczego kwestyi autor przedsięwziął szereg następujących doświadczeń. Od osób zmarłych wskutek przyczyn gwałtownych i chorób ostrych, u których ani wywiady, ani badanie zwłok nie wykazywało gruźlicy — brał gruczoły chłonne z różnych okolic ciała (oskrzelowe, kreskowe, szyjowe) i zaszczeniał świnkom morskim, oczekując, czy u zwierząt tych rozwinie się gruźlica. Przypadków takich autor zbadał 30, w każdym szczepiono trzy świnki i jedną pozostawiono dla kontroli w tych samych warunkach istnienia.

Okazało się, że laseczniki gruźlicze mogą się zdarzać w gruczołach chłonnych osób zmarłych z chorób ostrych zakaźnych lub w przypadkach gwałtownej śmierci (otrucie, samobójstwo, upadek) i to nie w małej proporcji — bo w 42%. Najczęściej dodatni wynik szczepień dawały gruczoły okołoskrzelowe, co się zgadza z powszechnem zdaniem, że wdychane powietrze jest najczęstszym źródłem gruźliczego zakażenia. Samem już anatomicznem położeniem tych gruczołów tłumaczy się możność przenikania omawianych laseczników łatwiej do nich, niż do miąższu płucnego.

Autor sądzi, że wyniki jego poszukiwań pozwalają mu postawić wniosek (sprzeciwiający się zdaniom współczesnych higienistów), że nie należy przypisywać zbyt wielkiej wagi przyjmowanym powszechnie źródłom zakażenia się gruźlicą (szczególniej przez przewód pokarmowy), gdyż zawsze najważniejszym czynnikiem w możności zarażenia się będzie stopień odporności.

Według Williama przypadki gruźlicy u posługi szpital.

nej, personelu lekarskiego i u innych chorych w Brompton nie są częstsze, jak po za obrębem tego szpitala, pomimo nagromadzenia się materjału zakaźnego i nieszczególnych warunków zdrowotnych.

Autor sądzi, że w sprawie patologii i profilaktyki gruźlicy większą rolę gra skład krwi i soków (krazy), niż możność zarażenia się. Dopiero przy zmianie krazy krwi laseczniki, utajone w gruczołach, znajdują warunki dla swego rozwoju i zakażenia ustroju. Tą drogą autor tłumaczy wybuchanie ostrej gruźlicy pod koniec takich niegruźliczych przewlekłych chorób jak—blednica, cukrówka.

O. Hewelke.

269. Dr. GOLDSCHIEDER. **Bakteryjologija ostrego zapalenia opłucnej.** (*Zur Bakteriologie der acuten Pleuritis. Zeitschr. f. kl. Med. XXI.*)

Autor przytacza niezbyt obfitą literaturę przedmiotu (praca Jakowskiego nie jest mu znana) głównie zaś wyniki Levy'ego nad badaniem bakteryjologicznem 37 przypadków surowiczego zapalenia opłucny. Levy jest zdania, że w większości przypadków surowiczowłóknikowego zapalenia opłucny wysięk nie zawiera drobnoustrojów. Obecność *Staphylococcus pyogenes* w wysiękach surowicznych nie dowodzi konieczności przemiany wysięku takiego na ropny; przeciwnie wysięk może uleść re-zorbeyi, jak to L. widział w 4 przypadkach.

Goldscheider badał bakteryjologicznie 4 przypadki surowiczego wysięku do opłucny, które obszernie opisuje i znalazł w 3 streptokokki a w jednym stafilocokki. Wysięki nie przeszły w ropne. Znalezione streptokokki nie różniły się od *Streptococcus pyogenes* ani hodowlami, ani zachowaniem się względem ustroju zwierzęcego.

Spostrzeżenia te dowodzą, że pasorzyt ten nie zawsze prowadzi do ropienia, że ten wynik zależy nie tylko od właściwości pasorzyta, ale i od warunków ustroju, w którym ten się rozwija; warunki te są bardzo mało znane. Już sama ilość dużo znaczy. Tak np. Hermann w pracowni Pasteura określił, że należy wprowadzić najmniej 500 milionów stafilocokków pod skórę, aby wywołać ropień u królika. Dalej wiadomo, że jadowitość pasorzytów może się zarówno potęgować wewnątrz ustroju, jak i słabnąć. Nasuwa się tu zresztą pytanie, czy streptokokki są pierwotną przyczyną wysięku: Pewności co do tego nie ma. Nie można nigdy na pewno odrzucić istnienia zapalenia płuc, przebiegającego bez fizykalnych objawów, które mogło być właściwą przyczyną wysięku; podobnież mogą tu grać rolę i czynniki, jeszcze nieznanne, powodujące cierpienia charakteru goścowego.

O. Hewelke.

270. Dr. E. GRUED. **O leczeniu dysenterji siarczanem sodu i antyseptykami kiszgowymi.** (*Bull. gén. de thérap., nr. 28.*)

Autor zaleca stosowanie siarczanu sodu w połączeniu z podawaniem antyseptyków kiszgowych w dysenterji; nawet w bardzo ciężkich przypadkach tego cierpienia widział on przy tym sposobie leczenia szybką poprawę. W tym celu rozpuszcza się 10 grm. siarczanu sodu w 200,0 wody, i ilość tę poda-

je choremu w 4 dawkach co 3 godziny; prócz tego również co 3 godziny po 1,0—5,0 naftolu.

Leczenie to stosuje się tak długo, dopóki stolce nie nabiorą normalnego swego skupienia i wyglądu. Autor radzi po każdym prozku naftolu podać choremu nieco mleka, ponieważ w ten sposób łatwiej się naftol znosi; w pewnych pojedynczych przypadkach można naftol zastąpić salolem.

Jednocześnie z podawaniem pomienionych środków do wewnątrz stosuje autor przepłukiwanie kiszki 2% roztworem kwasu bornego, naftolem lub też kwasem karbolowym; przepłukiwania te przez czas pewien nawet po ustaniu już objawów dysenterji stosowane być powinny.

Lekkie przypadki w ten sposób leczone trwały od 4 do 5 dni, częstsze od tygodnia do dwóch. Autor na 109 chorych miał przy tej terapii tylko jedno zejście śmiertelne.

H. Kucharzewski.

Wiadomości pomniejsze.

271. **Camphoid.** Jako surrogat kolodium Martindale poleca użycie roztworu kamfory Rudini'ego, otrzymywanego przez rozpuszczenie kamfory w równej ilości na wagę absolutnego alkoholu; roztwór ten posiada własność rozpuszczania rozmaitych leków, np. 10% jodoformu. Bawełna strzelnicza (pyroksylina) również rozpuszcza się w tej mieszaninie, a roztwór, zawierający jedną część pyroksyliny na 40 plynu Rudini'ego, pozostawia po wyparowaniu na skórze błonkę cienką, elastyczną, nie schodzącą przy zmywaniu. Ten roztwór Martindale nazwał camphoidą. Camphoida rozpuszcza z łatwością phenol, jod, kwas salicylowy, jodoform i t. d. i roztwory te łatwo przylegają do skóry, mogą więc być użyte dla leczenia różnorodnych cierpień skóry. (Journ. des malad. cut. et syphilitiques, nr. 5, 1892). *W. Kop.*

272. **Epidermina.** Rothziegel z Wiednia poleca nowe vehiculum, które zdaje się być lepszem od wielu innych, poleconych w ostatnich czasach; skład jego: woda, gliceryna, wosk pszczelny; przedstawia się pod postacią masy konsystencyi śmietany, wysychającej na powietrzu. Dodając do epiderminy rozmaite środki, używane do leczenia chorób skóry, otrzymujemy odpowiednie leki, wysychające na jej powierzchni. (Journal des malad. cut. et syphilit., nr. 5, 1892). *W. Kop.*

273. **Frykcyje maści kalomelowej przy przymiocie.** Dr. Bovers leczył 180 chorych syfilitycznych frykcyjami, przygotowanymi z kalomelu, w następujący sposób: Rp. Colomelanos vapore parati od 0,5—0,1. Lanolini 3,0 Butyr. cacao 1,0. M. f. unguentum d. t. dos N. VIII. Wcierania były robione co 5—8 dni kolejno w rozmaite części ciała. Po 5—7 frykcyjach przerywał wcieranie, a podawał w ciągu 2—3 tyg. jodek potasu w dawce dzieennej 0,5—1,5. Następnie znowu powracał do frykcyj i t. d. Leczenie ciągnie się 5—6 miesięcy. Z podanej liczby chorych miał mieć jakoby tylko jeden przypadek nawrotu choroby. (Journal des malad. cut. et syphilit., nr. 6, 1892). *W. Kop.*

274. **Leczenie wilka zastrzykiwaniami chlorku cynku** Doświadczenia Lanelogue'a, przeprowadzone nad leczeniem gruźlicy stawów roztworem chlorku cynku w iniekcjach, służyły za punkt wyjścia dla dra Fedorowa, który zastosował je przy gruźlicy skóry—wilku. Po oczyszczeniu owrzodzeń wilka i miejscowem znieczuleniu kokainą, autor robił około każdego owrzodzenia od 2 — 4 iniekcji 10^o/₁₀₀ wodnego roztworu chlorku cynku, wpuszczając na miejscu ukłócia $\frac{1}{20}$ część szpryczki Pravatz'a, co odpowiada 0,005 chlorku cynku. Podczas posiedzenia robił najwyżej 10 ukłóć. W pierwsze dwa dni nie zauważył zmian w owrzodzeniach, następnie jednak, zwykle na dzień trzeci, brzegi owrzodzeń się czerwieniły i brzękły; dno ich pokrywały się niekiedy powierzchownym strupem, który lekko odpadał, pozostawiając dno z czystą ziarniną. Ogólnego podniecenia Fedorow nigdy nie zauważył. Następnie owrzodzenia łatwo się goją pod zwykłym opatrunkiem. Autor leczył dwóch chorych z pomyślnym skutkiem; jeden otrzymał 27 iniekcji w czterech razach w ciągu czterech tygodni, drugi 30 wstrzyknięć w ciągu 32 dni, również w czterech posiedzeniach. (Journal des malad. cut. et syphilit., nr. 8, 1892).

W. Kop.

275. **Przeciw seborrhoea capitis** poleca dr. Jessner zmywać głowę dwa razy tygodniowo spirito saponato kalino Hebrae i oplukiwać ją następnie ciepłą, dalej chłodną wodą; po wysuszeniu skóry poleca wcierać masę następującego składu: recorcini albisimi, sulf. depurati aa. 10,0 ung pomadini 100,0. Wcierania tej masy poleca robić codziennie, najlepiej wieczorem. Chorzy w nocy mają poleczone użycie flanelowego lub gumowego czepka. (Med. Neuigkeit für praktische Aerzte, nr. 39, 1892).

W. Kop.

276. **Przy rózty** poleca von Cavazzani chore miejsca pędzlować co 3 — 4 godziny roztworem taniny i kamfory aa. 2.0 na 15,0 eteru siarczanego. Wyleczenie ma następować w ciągu 2 — 3 dni. (Therap. Monatsh. nr. 8, 1892).

W. Kop.

277. Dr. L. Lewin zwraca uwagę, jak mało poczyniono dotąd spostrzeżeń nad **podobieństwem, jakie zachodzi przy chorobach powłok zewnętrznych u roślin i ludzi**.

Na ostatnim Zjeździe dermatologów w Wiedniu, przedstawił autor liście rośliny *Mabae abyssynicae*, — zmiany chorobowe na ich powierzchni, układem swym i sposobem szerzenia się, zbliżone są bardzo do tych, jakie spotykamy przy herpes tonsurans na skórze ludzi. Mikroskop wykrywa grzybek pleśniowy *Acidium rhytismoideum*. Na powierzchni liści *Lactuceae muralis* wskazuje Lewin na zygzakowate, różnej szerokości lekko wypukłe linije, jako produkt diphtere z rodzaju *phytomosa*, który wnikając w liść — szerzy się w nim i rozmnaża — budując galeryje i naśladując zmiany, jakie wywołuje świerzba (*Scabies*) u ludzi. (Wien. Med. Press., nr. 43, 1892 r.).

Mazaraki.

Czwarty Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w r. 1892.

(Dokończenie p. Z. 10).

XII. Bogdanik (Biała). „O martwinie fosforowej”. Streszczenie z tej pracy patrz „Kronika Lekarska”. nr. 11, str. 768,

Prof. Obaliński (Kraków). Necrosis phosphorica w Galicyi jest cierpieniem dość częstem; na oddziale mówcy rocznie bywa po kilka przypadków. Pod względem leczenia zmienił obecnie zupełnie dawniejsze postępowanie, którego trzymał się od czasów Bryka—czekać na oddzielenie się części znekrotyzowanych; przeciwnie teraz zgodnie ze zdaniem Rydygiera stara się operować jaknajwcześniej. Sprawa chorobowa rozpoczyna się zawsze od okostnej, która ulega zapaleniu i odłuszcza się od kości; wtedy dopiero w kości, pozbawionej odżywienia powstaje martwina. Po operacji regeneracja kości następuje szybko.

Szymkiewicz (Kraków) żąda, aby chirurgowie dozwolali dentystom robić odcisk ze szczęki do zrobienia protezy przed operacją, gdyż potem części miękie wskutek zabliźniania ściągają się i uniemożliwiają założenie.

Prof. Obaliński robi uwagę, że wobec wielkiego częstokroć zniekształcenia szczęki odlew, zrobiony z niej przed operacją, na nicby się potem nie zdał: dla tego też należałoby odcisk zdejmować nie przed, lecz jak najwcześniej po operacji, póki części miękie są jeszcze podatne.

Prof. Rydygier miał za czasów pobytu swego w Jenie bardzo obfity materyjał martwiny fosforowej. Cięcie do rezekcyi szczęki pionowe przez brodę od wargi na dół, jakiego użył Bogdanik, uważa za nieodpowiednie, gdyż powoduje po wycięciu kości znaczne zeszcpecenie: warga dolna ryjkowato opuszcza się i ciągle wypływa ślina z ust. Mówca używa najchętniej cięcia dolnego pod szczęką lub też, pomijając cięcia zewnętrzne, operuje od wewnątrz przez usta. Postępowanie Bogdanika w tym przypadku, gdzie przy zajęciu jednej tylko połowy, wyciął całą szczękę, uważa mówca za niepotrzebny radykalizm. Nawet w bardzo posuniętych przypadkach stara się mówca nie wyjmować całej szczęki odrazu, lecz rezekuje jedną połowę i dopiero później w kilka tygodni—drugą, kiedy już w miejscu pierwszej zaczął wytwarzać się callus, aby tym sposobem nie pozbawiać części miękich na całej przestrzeni odrazu podpory kostnej. Protezę zakłada najlepiej zaraz po operacji, jak to robi Sauer z dobrym wynikiem.

Po odpowiedzi prelegenta Bogdanika poranne posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie popołudniowe rozpoczął przewodniczący prof. Rydygier otwarciem dyskusyi nad sprawą dalszego wydawnictwa Pamiętnika Zjazdu, poczem rozpoczął wykład

XIII. Prof. Obaliński (Kraków). „*O chirurgicznem leczeniu eksudatów parametrycznych*“. Wysięki koło i przy maciczne są następstwem zapalnych spraw pńogowych. Tworząc się raz ostro, to znów przewlekłe, mogą one rozszerzać się szeroko, sięgając do fossa iliaca lub fossa renalis, a nawet niekiedy przebić przepońę i dostać się do klatki piersiowej. W leczeniu tych wysięków trzyma się mówca wskazówek Bardenheuera, który dostaje się do ropnia przez cięcie pod spojeniem łonowem, w razie zaś daleko posuniętej sprawy otwiera ognisko cięciem nad pachwinowem. Należy wystrzegać się uszkodzenia otrzewny i dla tego bardzo ostrożnie odłuszczać ją, poczem opróżnia się ognisko ropne i zakłada sączek. Bardenheuer operuje w ten sposób nawet wtedy, jeżeli niema jeszcze zebranego ropnia, tylko na-

ciek zapalny. Pod tym względem mówca nie zgadza się z nim i w początkowych okresach zapalenia zachowuje się wyczekująco; dopiero, gdy można badaniem oburęcznym naciek wykazać, przystępuje do operacji. W jednym przypadku, gdzie wskutek długotrwałego zapalenia wytworzył się twardy jak kamień naciek w m. psoas z dużym przykurczeniem uda, cięcie Bardenheuera dało dobry wynik, gdyż można było dojść do miejsca chorego, przeciąć mięsień i wyprostować kończynę.

Prof. M a r s (Kraków). Sprawy zapalne okołomaciczne są nader częste, ogromna jednak większość ich ustępuje, a tylko bardzo drobna część przechodzi w ropienie i te właśnie dostają się w ręce chirurgów. Dla tego też radzi mówca w przypadkach, gdzie niema wyraźnie utworzonego ropnia, operacji nie wykonywać, lecz usiłować usunąć sprawę chorobową na drodze bezkrwawej.

S c h r a m m (Lwów). Podobnie, jak przy pectylphitis, operować należałoby wtedy, kiedy można przysięść tworzenie się ropnia, pomimo, że niema jeszcze wyraźnej fluktuacji. Jeżeli po nacięciu ropy nie znajdziemy, to i tak otwarcie wpłynie dobrze na przebieg sprawy zapalnej, znacznie ją skracając. W chronicznych wysiękach radzi mówca użyć cięcia Bardenheuera, a tylko już w przypadkach rozpaczliwych, gdzie to cięcie nie prowadzi do skutku, należy zrobić operację Peana amputacji macicy.

S a w i c k i (Warszawa) zaznacza okoliczność utrudniającą operowanie, a mianowicie kruchość otrzewnej, która przy oddzielaniu drze się z łatwością, jak to przekonał się mówca w jednym przypadku.

S t e u e r m a r k (Kołomyja) radzi operować wysięki jak najwcześniej z punktu widzenia terapii ogólnochirurgicznej, aby przez nacięcie zmniejszyć napięcie tkanek i dać odpływ produktom zapalnym.

Prof. O b a l i Ń s k i. Co do wskazań do operacji istnieje nie zgoda pomiędzy chirurgami. Sam Bardenheuer określa je w sposób bardzo nie jasny. Nacięcie samo czasem nie wystarcza i sprawa nie chce się goić; dla tego prelegent po zrobieniu cięcia wprowadzonym palcem bada wewnątrz ropnia, czy niema dalszych zatok i dróg. W jednym przypadku znalazł połączenie z nerką i macicą.

XIV. B a r a c z (Lwów). „O wartości płytek z brukwi przy enteroanastomozie sposobem Senna“. Omówiwszy technikę metody Senna i jej zalety dla chirurgii przewodu pokarmowego, demonstrował mówca własną modyfikację tej metody i sposób przygotowania płytek z brukwi, wreszcie preparaty z psów w ten sposób operowanych. Zachęcany dobrymi wynikami doświadczeń na zwierzętach, próbował mówca w dwóch przypadkach operacji tej u ludzi: w jednym po gastroenterostomii wobec raka odźwiernika wynik był bardzo dobry, w drugim (hernia gangracuosa, resctio intestini) chora 73-letnia zmarła wskutek wyciężenia, lecz szwy trzymały zupełnie.

W e h r (Lwów) przyznaje znaczne zalety metodzie Senna, która skracca znacznie czas trwania operacji gastro lub enteroanastomozy, uważa jednak za nieodpowiednie stosowanie jej przy herniach, jeżeli nie robi się od razu laparotomii. W takich bowiem razach odprowadzenie pętli jelita przedstawia znaczne trudności, mogące grozić pęknięciem ściany lub rozejściem się szwów. W zamianie odwapnionych płytek Senna na płytki z brukwi nie widzi żadnej wygranej, tembardziej, że brukwi nie zawsze i nie wszędzie dostać można.

Z i e m b i c k i (Lwów) powstaje także przeciw użyciu płytek po herniotomijach, jakkolwiek uznaje ich zalety przy innych enteroanastomozach; w dalszym ciągu krytykuje postępowanie prelegenta w opisanym przezeń przypadku herniotomii.

Prof. O b a l i ń s k i (Kraków) zgodnie z dawniej wypowiedzianem zdaniem uważa szew płytkowy Senna za zabawkę, na stosowanie której u żywych ludzi nigdy nie pozwoliłby sobie. Modyfikacja Barącza jest zdaniem jego bardzo sprytna.

B a r ą c z zbija ocenę Obalińskiego, podnosząc to uznanie, jakim metoda Senna cieszy się u chirurgów angielskich i amerykańskich, którzy obecnie zupełnie już prawie zarzucili dawne metody operacyjne. Jak świadczy kazuistyka, od czasu rozpowszechnienia sposobu Senna śmiertelność po tego rodzaju operacjach znacznie się zmniejszyła.

Na tem zakończyło się posiedzenie środowe. Wieczorem tego samego dnia uczestnicy zjazdu podejmowani byli przez profesora Rydygiera w Mydlnikach pod Krakowem. Następnego dnia we czwartek dnia 14 Lipca przed rozpoczęciem posiedzenia wykonał Barącz (Lwów) na psie enteroanastomozę metodą Senna za pomocą swoich płytek z brukwi. Wykłady rozpoczął

XV. G a b r y s z e w s k i (Kraków). „*O znieczulaniu kokainą*“. Prelegent podnosi zalety kokainy, jako środka, który nie pozbawiając chorego przytomności, czego wielu chorych się lęka, znieczuliła miejscowo dokładnie i pewnie. Z pomiędzy różnych sposobów stosowania kokainy najpewniejsze jest wstrzykiwanie strzykawką Pravaza. Najpewniej znieczulić się dają tkanki miękkie i stosunkowo zdrowe, przeciwnie zaś tkanki bardzo zbite lub też zapalne znacznie są pod tym względem odporniejsze; w tych razach należy robić iniekcycje w bliższych odstępach a w mniejszych ilościach. Największa dawka użytej kokainy była 0,10; zwykle jednak prelegent nie przekracza 0,05 na kończynach i 0,03 na głowie. U dzieci i osób niedokrwistych dawkę odpowiednio się zmniejsza. Ogromne usługi oddaje kokaina w dentyście; dziwić się należy, że tak mało dotychczas jest używana. Prelegent stosował iniekcycje kokainy, oprócz paruset drobnych operacyj w kilku poważniejszych, jak laparotomija próbna, operatio radicalis herniae, struma, nawet rezekycje drobniejszych kości. Do znieczulania zębów używa strzykawki odpowiednio zbudowanej.

XVI. Prof. R y d y g i e r. „*O ranach przepony*“.

W niezbyt bogatej literaturze, dotyczącej ran przepony, wybitne miejsce zajmują prace chirurgów polskich (Kosiński, Sawicki, Matlakowski, Postempski). Większość autorów stara się dojść do miejsca obrażenia przepony od dołu, t. j. przez laparotomiję, co jest dobrem dla tych przypadków, gdzie zranienie nastąpiło od strony brzucha lub uszkodzone są organy jamy brzusznej. Prelegent podaje swoją metodę, nadającą się głównie w tych razach, gdzie rana znajduje się na klatce piersiowej, i przedstawiającą się w sposób następujący: prowadzi się jedno cięcie poziome na piątym żebrze od linii bocznej ku mostkowi, drugie zaś od początku tego cięcia prostopadle ku dołowi; w cięciu tem przecina się 5, 6 i 7 żebro i utworzony w ten sposób prostokątny płat odchyła na zewnątrz, przez co otrzymuje się dogodny dostęp do powierzchni górnej przepony, jak to przekonał się prelegent na trupach

i w doświadczeniach na psach. Metoda ta zdaniem mówcy ma jeszcze i tę dogodność, że pozwala z łatwością odprowadzić do jamy brzusznej pętlę jelita, któraby wypadła do *cavum pleurae*, co przy całości klatki piersiowej, z powodu ujemnego w niej ciśnienia, duże przedstawia trudności.

S a w i c k i (Warszawa). Zarówno każdy z tych sposobów operowania, t. j. per laparotomiam, jak i per thoracotomiam ma swoje wskazania. Laparotomija daje możliwość obejrzenia jelit i organów brzusznych; oprócz tego przez odcięcie w paru miejscach przyczepów przepony do żeber, zmniejsza się napięcie i ułatwia zrost zeszytej rany w przeponie. Jednak przez laparotomiję nie można odsłonić sobie tylnej połowy przepony, w razie więc rany tej części lepiej wykonać torakotomiję, dla ran zaś od przodu i boku dogodniej od strony jamy brzusznej.

Prof. O b a l i ń s k i wyraża wątpliwość, czy każdą ranę przepony należy starać się zeszyć. Rany postrzałowe, jak to obserwował mówca w jednym przypadku, mogą być tak małe, że z trudnością można je odszukać i wtedy szyć ich niema potrzeby. W przypadku tym dostęp do rany od strony jamy brzusznej był łatwy.

S a w i c k i (Warszawa) podkreśla potrzebę zszycia tych ran wobec trudności zrastania się ich, dzięki ciągłemu szarpaniu wskutek ruchów przepony. Rany nie zeszyte łatwo mogą się znacznie powiększać, jak to wykazał Przewoski.

Prof. R y d y g i e r. Laparotomiję wykonać niewątpliwie należy tam, gdzie nastąpiło obrażenie jelit lub krwotok do jamy brzusznej. Co do przypadków, gdzie otwór jest bardzo mały, mówca zgadza się ze zdaniem **Obalińskiego**.

XVII. B o g d a n i k (Biała). *Przedstawienie chorego po resekcji kości piętowej według własnej metody.*

Metoda ta polega na cięciu półkolistem, prowadzonym od jednej kostki goleni do drugiej przez największą wypukłość kości piętowej, poczem w linii cięcia przepiłowuje się *calcaneus*, dochodząc do kości skokowej.

Prof. O b a l i ń s k i. Sposób ten, bardzo podobny do sposobu **Buscha**, nie daje dostępu do stawu skokowego, nadawać się więc może chyba tylko do wyłęczkowania lub wycięcia kości piętowej. Dla dojścia do stawu o wiele lepsze jest cięcie mówcy podłużne przez grzbietową i podeszwową powierzchnię stopy.

B a r ą c z (Lwów) i **D r o b n i k** (Poznań) występują przeciw wszelkiemu typowemu operowaniu i rezekcjom kości stopy; daleko odpowiedniejsze jest skrobanie miejsc chorych, gdyż i tak niepodobieństwem jest usunąć wszystko, co chore.

B o g d a n i k zaznacza jako zaletę swego cięcia to, że nie uszkadza ono naczyń, ścięgien, ani nerwów i daje bliźnę w miejscu obojętnem.

XVIII. K r a s o w s k i (Kraków) przedstawił chorą z kliniki **prof. Rydygiera**, u której dokonano z powodzeniem *operacji osteoplastycznej na czaszce*. Chora ta, dziewczyna, 22-letnia, miała osteo-sarcoma kości czołowej; guz wycięto wraz z kością aż do lamina interna, przyczem otwarto jamę czołową. Dla zakrycia ubytku przeniesiono tu płat z kości ciemieniowej, składający się ze skóry, okostnej i po

wierzchovej warstwy kości na szypule w części skroniowej. Kiedy płat wrósł, w miejscu ubytku i wytworzyła się kostna ściana przednia sinus frontalis, odpreparowano pokrywającą ją skórę wraz z włosami i przeniesiono ją na dawne miejsce, brak zaś skóry na czole pokryto jednym płatem z brzucha.

XIX. G a b r y s z e w s k i (Kraków). „*Osteoplastyczna operacja po wypilowaniu szczęki dolnej*”.

Znaczny ubytek, powstały w szczęcie dolnej u mężczyzny 50-letniego z kliniki prof. Rydygiera, wskutek operacji raka, wyrównano płatem kostnym z obojczyka. W tym celu po wykrojeniu płata skór nego ze szyi, przechodzącego na 2 palce poniżej obojczyka, przepilowa no ten ostatni na płask na 2 części i jedną z nich, nieoddzielając od skóry, owinięto od spodu w zwieszający się płat skórny. Kiedy kość ta zgoiła się ze skórą, cały ten płat przesunięto ku górze i wstawiono w brakujące miejsce w szczęcie, łącząc odpowiednio szwami.

XX. O b f i d o w i c z (Kraków) przedstawia chorego z kliniki prof. Rydygiera z *guzem żuchwy*. Chory lat 55-ciu, cierpienie od 6 lat. Prawa połowa twarzy monstrualnie powiększona od guza, wielkości głowy noworodka, szczęki dolnej, która od łuku jarzmowego prawego aż do 1 zęba trzonowego strony lewej jest rozdęta. Na powierzchni guza lekkie wypuklenia; konsystencja twarda, miejscami wyczuwa się chęłbotanie, miejscami trzeszczenie. Język odsunięty jest ku górze i tyłowi aż do gardzieli, na powierzchni przedniej nieco owrzodziały. Gruczoły szyjne nie powiększone. Mowa bardzo niewyraźna. Rozpoznanie: torbiel zębowa wielokomorowa (cystoma proliferum folliculare). Guzy takie opisał pierwszy Bryk, nazwę zaś dał Falkson; później opisane są przypadki Bajera, Trzebieckiego i Nassego; ten więc przypadek jest 6-ym w literaturze. Oprócz tego, jak wykazało badanie mikroskopo we, część górna guza zajęta jest przez raka, którego powstanie uważa mówca za rzecz wtórną.

XXI. S z y m k i e w i c z (Kraków). „*Demonstracja obturatora Suersena*” w przypadku wrodzonego rozszczepu podniebienia. U chłopca 11-letniego, dotkniętego faux lupina w wysokim stopniu, u którego zoperowano tylko dwustronną wargę zajęczą, zastosował mówca obturator Suersena własnej roboty, dzięki czemu po odpowiedniej wprawie w używaniu go, mowa chorego poprawiła się znakomicie. Obturatorom tego pomysłu oddaje mówca stanowcze pierwszeństwo przed innymi, jak Wolffa, Brandta i innych, które łatwo ulegają zepsuciu i nie poprawiają wymowy.

XXII. Ł u c k i (Oświęcim). „*Ciekawy przypadek wgłobienia jelit*”.

Prelegent opisuje przypadek z praktyki swojej, dotyczący kobiety 50-letniej, u której przez 5 miesięcy przeszło trwałe zaburzenia kiszko we (wymioty, bóleści, biegunka), to wzmagając się, to słabnąc, przy czem utworzył się w brzuchu guz podłużny, ciągle się powiększający. Wezwany do chorej prelegent znalazł w brzuchu wielki kiełbasowaty guz poprzeczny, odpowiadający położeniem swoim colon transversum. Na podstawie danych anamnestycznych i dokładnego badania, mówca rozpoznał wgłobienie jelita, którego żadnymi środkami nie udało się odprowadzić. Wobec tego przysłał chorą do kliniki chirurgicznej, gdzie prof. Rydygier, potwierdziwszy rozpoznanie, wykonał laparotomię i wykazał ogromnego stopnia wgłobienie: znaczna część intestini

ilei i coli ascendentis wraz z coecum znajdowały się wewnątrz colon transversum. Pomimo tak długotrwałego stanu patologicznego udało się w zupełności wgłobione jelita odprowadzić i w parę tygodni potem chora zupełnie zdrowa wróciła do domu.

Posiedzenie ostatnie popołudniowe rozpoczął wykładem swym XXIII. Klecki (Kraków). „*O nowych środkach antyseptycznych*“.

Mówca przedstawił wyniki badań swoich, dokonanych w pracowni doświadczalnej kliniki chirurgicznej, nad własnościami przeciwnośnymi diaphteziny: Wyniki nie są tak pomyślne jak u Emmericha, który badał pierwszy, jednakże—są wcale dodatnie. Rozczyny 1^o/₀ i 2^o/₀ zabijają hodowle staphylococcus pyogenes aureus już po upływie 6 minut; nie mają wcale własności trujących, gdyż nawet znaczne ilości tych rozczyńców można bezkarnie wlewać świnkom morskim do otrzewny; obojętne są dla naskórka rąk, nigdy nie wywołują wyprysku. W stosunku do narzędzi mają tę wadę, że narzędzia nieniklowane szybko czernieją w nich, niklowane można trzymać długo bez zmiany.

XXIV. Wehr (Lwów). „*O promienicy brzusznej*“.

Przypadek, operowany przez prelegenta, dotyczy mężczyzny 50-letniego, który trudnił się dozorowaniem bydła. W ścianie brzusznej na przestrzeni od pępka do spojenia łonowego utworzył się u niego guz i w nim pięć długich przetok, prowadzących do wewnątrz do jamy brzusznej. Prelegent wykonał laparotomię i wyciął część jelita wraz z częścią powłok brzusznych zajętych promieniłą. Chory w parę dni potem umarł.

Najczęstszym, zdaniem mówcy, punktem wyjścia promienicy brzusznej jest kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy (około $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków). Sprawa rozpoczyna się zwykle pod postacią typhlitis lub paratyphlitis i dla tego w tych razach radzi mówca wcześniej przystępować do operacji, gdyż później stosunki wskutek postępowania procesu zapalnego komplikują się i prognoza pogarsza się znacznie.

Barącz (Lwów). Rokowanie w promienicy brzusznej nie jest bynajmniej tak złe, jak przypuszczają. Ognisko grzybka przebywać może w organizmie czas dłuższy, nie powodując poważniejszych zmian. W paru przypadkach mówca ograniczył się tylko do nacięcia i wypuszczenia ropy, pomimo to w ciągu 3 ch lat nie było recydywy. Zarówno przypadki z literatury świadczą, że wszelkie zabiegi energiczniejsze zwykle zły mają wynik, podczas, gdy leczenie patijatywne za pomocą skrobania, przypalania częstokroć prowadzi do wyleczenia zupełnego. W klinice Bilrotha wstrzykują z dobrym skutkiem tuberkulinę Kocha.

Sztyjner (Warszawa) opisuje 2 przypadki promienicy brzusznej z kliniki prof. Kosińskiego. W jednym z nich chory był operowany 2 razy z powodu promienicy powłok brzusznych; kiedy 3-ci raz wystąpiła recydywa, okazało się, że przetoka sięga do jelita; prof. Kosiński zrobił laparotomię i wyciął cały guz promienicowy z кишки cienkiej wychodzący; chory wyzdrowiał.

Wehr odpowiedziawszy na niektóre zarzuty, zwraca uwagę na trudność rozpoznania promienicy brzusznej tak, iż jak wykazuje kazuistyka, trzecia część wszystkich znanych przypadków nie była rozpoznana za życia.

XXV. Obfidowicz (Kraków). „*O wolu kostniejącym*“.

U mężczyzny 25-letniego wycięto w ambulatoryjum kliniki prof. Rydygiera pod kokainą wole powstałe z części środkowej gruczołu tarczowego. Po przecięciu wyjętego guza, który był wielkości jaja kurzego, znaleziono wewnątrz jądro twarde; badanie mikroskopowe wykazało w nim prawidłową tkaninę kostną. W literaturze znalazł mówca trzy przypadki strumae osseae: 2 Lückego i 1 Förstera. Wölfler nie widział nigdy kości w wolu.

XXVI. Gabryszewski (Kraków). „*Przypadek tętniaka tętnicy podkolanowej*“.

W przypadku tym z kliniki prof. Rydygiera po wycięciu tętniaka stan kończyny zdawał się grozić możliwością powstania gangreny. Przy pomocy jednak odpowiedniego ułożenia nogi i mięsienia w kierunku odśrodkowym udało się wyrównać krążenie.

XXVII. Sawicki (Warszawa). „*O operacyjnym leczeniu żyłaków podudzia*“.

W przypadkach bardziej posuniętych jedynie wskazanem jest leczenie operacyjne. Prelegent operował 14 przypadków żyłaków, z nich w 7-miu wykonał podwiązanie, w 7-miu wyluszczenie żył; z wyjątkiem jednego we wszystkich przypadkach były też mniej lub więcej rozległe wrzody na podudziu.

Podwijał vena saphena maj. przeważnie w pobliżu złączenia się jej z żyłą udową; oprócz tego nakładał często także podwiązki na przebiegu tej żyły i na żyłach pobocznych. Na 7 przypadków w 4-ch wynik był dodatni, w 3-ch zaś ujemny. U chorych, leczonych przez wyluszczenie, prelegent wycinał żyłę podskórną wielką na całym podudziu a często i na udzie. W jednym przypadku musiał trzykrotnie powtarzać operację, ponieważ po usunięciu jednych żyłaków wkrótce zjawiały się nowe w żyłach pobocznych, z 7-miu operowanych chorych 6-ciu wyleczyło się zupełnie. Oceniając obadwa sposoby, daje mówca pierwszeństwo wyluszczeniu vena saphenae, zwłaszcza w przypadkach cięższych ze znacznym rozszerzeniem żył pobocznych; obok wyluszczenia należy jednocześnie wyciąć zupełnie dno wrzodu, które częstokroć przedstawia sobą cały splot żyłaków drobniejszych tworzących, rodzaj gąbki.

Barącz (Lwów) podaje przypadek swój, w którym, pomimo podwizania, żyłaki nie ustąpiły, choć zniknął towarzyszący im wyprysk; wtedy mówca wykonał resekcyję żyły saphenae, na teraz już z dobrym skutkiem.

Drobniak (Poznań) przypomina objaw, który podaje Trendelenburg dla orientowania się przy wyborze metody leczniczej. Jeżeli po podniesieniu kończyny przy jednoczesnym uciśnięciu vena saphenae magna krew z żyłaków ustąpi, dowodzi to, że dostatecznie jest rozwinięte krążenie w żyłach obocznych i w takich razach podwiązanie czy resekcyja żyły są wskazane; w przeciwnym przypadku podwiązanie może być wprost szkodliwe.

XXVIII. Sawicki (Warszawa). „*Przyczynek do plastyki twarzy za pomocą płatów wędrujących*“.

Do pokrycia większych ubytków części miękkich na twarzy używa prelegent płatów wędrujących, wykrojonych z szyi; za pomocą dwóch cięć pionowych i jednego poziomego wykrawa płat prostokątny o pod-

stawie na dolnym brzegu żuchwy. Obróciwszy następnie płat powierzchnią okrwawioną na zewnątrz, zeszywa jego brzeg wolny z dolnym brzegiem braku. Po zrośnięciu się odcina podstawę płata i przyszywa ją, po odwróceniu całego płata, do drugiego brzegu ubytku.

Ponieważ w jednym przypadku płat taki częściowo obumarł, przeto wprowadził mówca modyfikację, polegającą na tem, że po odwróceniu płata i przyszyciu do dolnego brzegu ubytku wykrawa drugi mniejszy na samym brzegu braku i nim przykrywa okrwawioną powierzchnię pierwszego płata. Jak się przekonał mówca, sprzyja to odżywianiu i szybszemu zrastaniu się brzegów.

XXIX. B a r ą c z (Lwów). „*Plastyka błony śluzowej jamy ust sposobem Obersta*“.

Trzy są główne metody pokrycia ubytków błony śluzowej jamy ustnej: 1) za pomocą płatów skórnych z policzka lub szyi, odwróconych naskórkciem do wewnątrz (Hahn, Gussenbauer etc.), 2) za pomocą przeszczepienia błony śluzowej z innych miejsc lub też heteroplastyki a nawet zooplastyki (skóra żabia), 3) według sposobu Obersta, polegającego na tem, że odpreparowuje się 2 płaty czworoboczne z obydwóch warg, o podstawach zwróconych w przeciwnie strony (do góry i do dołu) i przesuwa się je na środek ubytku, gdzie zostają przyszyte catgutem. Pozostałe części braku wypełniają się przez granulację. Metoda ta możliwą jest tylko przy całości skóry policzka. Prelegent zastosował sposób ten z powodzeniem u młodej kobiety, dotkniętej mięsakiem policzka od strony ust.

XXX. S a w i c k i (Warszawa). „*Przyczynek do nauki o przepuklinach mózgowych*“.

Pierwszy z dwóch przez prelegenta operowanych przypadków dotyczy dziewczynki 3-miesięcznej z guzem wielkości kartofla na małym ciemieniu, przeświecającym, nie zmniejszającym się od ucisku. Po odpreparowaniu skóry szypułę podwiązano i po nad podwiązką — guz odcięto. Obecnie dziecko to liczy 2 lata i żadnych zbroceń nie przedstawia z wyjątkiem braku kości w miejscu podwiązanej szypułki. Guz składał się z tkanki galaretowatej, mocno obrzęklej, wewnątrz której znajdował się wąski pasek tkanki białawej.

Drugi przypadek dotyczył chłopca 3-tygodniowego, urodzonego z guzem na nasadzie nosa, zwieszającym się ku dołowi; obwód guza 23 cm. Rozpoznano hydrencephalocèle. Po podwiązaniu szypułki guz odcięto. Przedstawiał on worek, wewnątrz którego na ścianie siedziały wyrosłe z tkanki, podobnej do tkanki mózgowej. Badanie mikroskopowe wykazało, że są to neurogliomata. Dziecko opuściło szpital z objawami zwiększającego się wodogłowia, jakoż w cztery miesiące później trzeba było robić punkcję, w 3 tygodnie zaś po niej — drugą, po której dziecko zmarło. Mózg przedstawiał następujące zmiany: wszystkie komórki i otwory prawidłowe mocno rozszerzone i wypełnione płynem; corpus callosum i fornix stanowią cienkie pasmo; ependyma zgrubiała i usiana guziczkami. Istota mózgowa zanikła, asymetryja półkul mózgu wskutek zaniku lewego płata czołowego i ciemieniowego. Na powierzchni dolnej lewego płata czołowego znajduje się guz, ku przodowi przechodzący w odciętą szypułę na czole, ku tyłowi ciągnący się do podstawy mózgu. Drugi guz błoniasty ciągnie się od pod-

stawy na lewo i pokrywa sobą insulam Reilli. Badanie ścian tego guza wykazało budowę neurogliomatyczną.

Wywody prelegenta są następujące. Przepukliny mózgowe najlepiej operować za pomocą podwiązania en masse szypuły i odcięcia guza. Przepukliny, opisywane pod nazwą hydrencephalocoele, nie zawsze zawierają istotę mózgową, lecz mogą być też pochodzenia nowotworowego (neuroglioma). Przekłucie i drenowanie mózgu w wodogłowie wrodzonym nie prowadzi do celu.

XXXI. K l e c k i. (Kraków) przedstawił dziewczynę wiejską 20-letnią z kliniki prof. Rydygiera, dotkniętą cierpieniem *dystrophia musculorum lipomatoso*; z punktu chirurgicznego przypadek ten jest o tyle ciekawy, że na pierwszy rzut oka przy staniu i chodzeniu chorej, przedstawia on podobieństwo z obustronnem zwichnieniem wrodzonym w stawie biodrowym.

XXXII. B a r a ń c z (Lwów) okazał fotografie 2-ch przypadków fibromata mollusca, umiejscowionych głównie na głowie i twarzy: pomimo kilkakrotnych operacji plastycznych, wynik nie był zadawalniający.

XXXIII. S t e u e r m a r k (Kołomyja). „Przypadek operacji anus praeternaturalis nowym sposobem plastycznym za pomocą szwu poprzecznego”.

Przed dwoma i pół laty operował mówca anus praeternaturalis powstały z uwięźniętej przepuklinie pachwinowej w następujący sposób. Laparotomija; odpreparowanie od wewnątrz wrośniętej pętli jelita. Po oczyszczeniu brzegów rany w jelicie powstał w niem ubytek, wynoszący $\frac{2}{3}$ całego obwodu.

Aby uniknąć resekcji kiszki, zeszył mówca wolne brzegi obydwóch odcinków poprzecznie do osi ich; w ten sposób w miejscu zeszywania powstało nie zwężenie, lecz rozszerzenie światła jelita. Chory wyzdrowiał.

Tym samym sposobem operował później jelito, dotknięte częściową gangreną wskutek uwięźniętej przepukliny, zarówno z dobrym wynikiem.

XXXIV. T r z e b i c k y (Kraków). „W sprawie podwiązania żyły udowej”.

Celem przekonania się, o ile podwiązanie żyły udowej po podwiązaniu Pouparta jest zabiegiem dozwolonym, wykonał prelegent wspólnie z d-r'em Karpińskim szereg doświadczeń na trupie. Po usunięciu skrzepów z naczyń kończyny dolnej, wlewano do tętnicy udowej terpentynę lub naftę pod ciśnieniem, dokładnie oznaczonem, zbliżonem do ciśnienia krwi, normalnie będącego w tej tętnicy. Jednocześnie mierzono ilość płynu, wylewającego się z vena cava w ciągu 1 sekundy przed i po podwiązaniu żyły udowej. Wyniki dadzą się streścić, jak następuje:

1. Przez podwiązanie żyły udowej dopływ krwi do kończyny wyjątkowo tylko bywa upośledzony.
2. Ilość odpływającego płynu po podwiązaniu w niektórych przypadkach nie różni się od ilości przed podwiązaniem, w większości jednak przypadków odpływ ten wskutek podwiązki jest utrudniony i powoduje zastój, który nie bywa zbyt groźny i powoli się wyrównywa.
3. Pionowa suspensyjka kończyny po podwiązaniu nie jest odpowiednia, gdyż, ułatwiając odpływ, jednocze-

śnie utrudnia dopływ, przez co krążenie zanadto się upośledza. 4. Masaż po podwiązaniu wybitnego wpływu na krążenie nie wywiera. Na podstawie tych wyników autor przemawia za podwiązywaniem żyły udowej w razie krwotoku z niej, jeżeli inne sposoby nie osiągną skutku.

XXXV. D e m b o w s k i (Wilno). „Przypadek błędu rozwojowego organów płciowych u dziewczyny“.

Dziewczyna 19-letnia nie miała dotąd ani razu miesiączki, lecz w odstępach 4-tygodniowych miewa molimina menstrualia w postaci bólów w okolicy podbrzusza; fizyczny jej rozwój zupełnie dobry, badanie pochwy okazuje atresia vaginae completa, per rectum zaś wyczuwa się guz wielkości jaja gęsiego. Po zrobieniu laparotomii okazał się brak narządów płciowych, z których istniał jeden tylko jajnik, guz zaś wyczuwalny przez odbytnicę był nerką. W drugim przypadku błędu rozwojowego—uterus infantilis, atresia et polapsus vaginae — mówca rozciął pochwę, reponował i przyszył płaty do macicy, tworząc w ten sposób sztuczną pochwę.

XXXVI. D e m b o w s k i — przedstawił przyrząd ekstenzyjny własnego pomysłu do leczenia złamań kości ramieniowej.

Przyrząd ten za pomocą kombinacji prętów żelaznych, utrzymując kończynę zgiętą w łokciu pod kątem prostym, rozciąga i unieruchamia kość ramieniową, mając dwa punkty oparcia: jamę pachową i przegub łokciowy.

XXXVII. D r o b n i k (Poznań). „Kilka słów o symetrycznej gruźlicy kości“.

Mówca obserwował w praktyce swej 2 przypadki, gdzie gruźlica umiejscowiona była symetrycznie: raz w radiusach obu przedramion, drugi raz w kościach wszystkich czterech kończyn. Mówca nie uważa tego za rzecz przypadkową i twierdzi, że, gdyby badać uważnie lokalizację gruźlicy, możeby udało się wyjaśnić przyczyny takiego umiejscowienia.

XXXVIII. S t e u e r m a r k (Kołomyja). „Przypadek rany postrzałowej mózgu pociskiem z broni Manlichera“.

Żołnierz strzelił do siebie z karabinu: kula weszła pod brodę, przebiła język, podstawę czaszki, prawy płac mózgu i wyszła przez sklepienie czaszki, rozerwawszy szwy kostne. Rany opatrzone gazą jodoformową, opatrunek jednak z powodu niespokoju chorego trzeba było często zmieniać, przyczem za każdym razem wydzielały się kawałki kości i istoty mózgowej. Pomimo to po 3-ch miesiącach chory wyszedł uleczony, zaniewidziawszy tylko na oko prawe wskutek rozdarcia n. optici. Ogólny stan fizyczny i intelektualny zupełnie prawidłowy.

Odczytem tym zakończyły się posiedzenia zjazdowe. Przewodniczący prof. Rydygier w serdecznych wyrazach podziękował uczestnikom za wytrwały udział w trzydniowych pracach i, zaprosiwszy na rok przyszły, ogłosił zamknięcie IV-go Zjazdu chirurgów polskich.

Lecn Kryński (Kraków).

List otwarty do Redakcyi „Kroniki Lekarskiej“.

Szanowny Redaktorze!

Z powodu odpowiedzi d-ra Herynga, umieszczonej w n-rze 48 „Gazety Lekarskiej”, czuję się w obowiązku jeszcze raz zabrać głos—jedynie w celu wyświetlenia strony naukowej danej kwestyi.

Przedewszystkiem co się tyczy kwestyi zranienia art. car. int. przy operacyi wycięcia migdałków, uważam ją za wyczerpaną. Jakie stanowisko w tej kwestyi zajmowałem i zajmuję, wyraźnie zaznaczyłem w mojej odpowiedzi i dla tego powtarzać tu ponownie nie widzę potrzeby.

Pierwszy mój zarzut, dotyczący niejasnego określenia anatomicznej budowy migdałków, dr. H. tłómaczy błędem drukarskim.

Niech i tak będzie. Dla czego jednak w takim razie dr. H. umieścił nie pozbawiony humoru ustęp, dotyczący zmienionych rzekomo przezemnie nazwisk—nie rozumiem. Jeżeli bowiem zecer w pracy d-ra H. mógł zamiast „rozgałęzionemi” podać „nieraz z rozgałęzienia-mi”, to chyba o wiele prawdopodobniejszem jest przez zecera dokonana przemiana jednego nazwiska na dwa, jako też Béclard’a na Bidord’a. Że to ostatnie nieraz się zdarza, o tem wie doskonale każdy z piszących—a więc i dr. H. Stało się to tak powszechnem, że autorzy po większej części nie zadają sobie nawet trudu z sprostowaniem tych nazwisk.

Drugi zarzut, dotyczący błędnego umiejscowienia gruczołów śluzowych w migdale. Dr. H. odpiera najpoważniej. Cytuje najprzód zdanie Kölliker’a (z podręcznika, pisanego mniej więcej z przed laty 30), dalej B. Fraenkl’a—laryngologa (z encyklopedyi), a wreszcie mówi, że ma preparaty mikroskopowe, potwierdzające jego pogląd.

Cytaty nie mi właściwie nie mówią. Wiemy doskonale, że przed laty 30-u histologija migdałków była traktowaną bardzo po macosze-mu, do dziś dnia są tam jeszcze kwestyje nie wyjaśnione. Co się tyczy preparatów mikroskopowych, to z tem liczyć się trzeba. Otrzyma-mane z migdałków 4-miesięcznego płodu, również jak cytaty—nie nie mówią. O zupełnie odmiennym stosunku tkanki adenoidalnej do gruczołów śluzowych u zarodka, wiem doskonale i wie o tem każdy, kto się tą kwestyją zajmował. Zresztą dr. H. nie opisuje budowy migdałków u płodu. Ale za to dużo dają mi do myślenia preparaty, otrzymane przez d-ra H. z migdałków dorosłego człowieka. Przyznaję się, że pomimo licznych stosunkowo badań ani razu nie widziałem gruczołów śluzowych, leżących pośród tkanki adenoidalnej i ani razu nie widziałem przewodów, otwierających się do krypt. Niewątpliwie jest tak, jak mówi dr. H., zdarzają się widocznie pojedyncze przypadki, ale musi się dr. H. zgodzić, że to tylko pojedyncze. Nulla est regula sine exceptione. Czy jednak w tak krótkim i pobieżnym opisie budowy migdałków, jaki podaje dr. H. w swej pracy należy, jako regułę, przedstawiać wyjątki, to już rzecz autora.

Dalej w pracy swej dr. H. mówi o kurczeniu się migdałków przy krztuszeniu się chorego. Zarzuciłem mu, że na jednej i tej samej stronie migdał, będąc podług autora w zupełnie analogicznych warunkach, raz się rozciąga, to znów kurczy. Dr. H. w swej odpowiedzi zaznacza,

że ja nie rozumiem, co się kurczy łuki, czy migdał i to mi łaskawie tłumaczy. Bardzo wdzięczny jestem za to objaśnienie, lecz mi wcale o to nie chodziło. Mnie chodziło o tę rażącą sprzeczność, której dr. H. nawet nie próbuje wyjaśnić.

W dziale, dotyczącym fizjologii migdałków dr. H., holdując jedynie fagocytozie—tłumaczy nią emigrację białych ciałek. Zarzuciłem mu jednostronność tego poglądu. Na swą obronę dr. H. mówi, że ja żądam od niego wytłumaczenia całej fizjologii danych organów. Nie rościłem i nie roszczę do tego najmniejszej pretensyi. Ja po prostu nasunąłem d-rowsi H. kilka uwag, kilka pominiętych myśli, chcąc wskazać, że nie należy poprzestawać na jednej jakiejś teorii, bardzo możliwe, że błędnej. Również nie prosiłem wcale o wyjaśnienie zdania Stöhr'a, dotyczącego jego spostrzeżenia, że przy pyo-pneumothorax ilość emigrujących ciałek w migdałach się zmniejsza. Ja chciałem tylko zaznaczyć, że w obu tych faktach trudno się dopatrzeć jakiegoś logicznego związku. Powstałem przytem również na niemożliwość niszczenia bakteryj jamy ustnej przez wyemigrowane ciała. Dr. H., odpowiadając na to, mówi, że pisząc o jamie ustnej, myślał o migdałkach. Ha—niech i tak będzie.

Krytykując dalej dział fizjologii, zwracam uwagę autora na drugą sprzeczność. Holdując fagocytozie, widząc w niej czynność ochronną organizmu, autor jednocześnie utrzymuje, że wędrujące ciała limfatyczne niszczą nabłonek „by ułatwić” dostęp rozmaitym zarazkom do organizmu. O te malutkie „by” mi chodzi... Na swą obronę autor mówi, że jednak ciała limfatyczne przechodzą przez nabłonek. Ale o tem nikt nie wątpi i nie o to mi chodzi.

W odpowiedzi na moje twierdzenie, że nikt nie widział zniszczonego przez emigrujące ciała limfatyczne nabłonka, autor odpowiada trzema cytatami i jednym rysunkiem. Dr. H. wie prawdopodobnie, co my pojmujemy pod wyrazem „niszczyć” w anatomicznem tego słowa znaczeniu. Z tym wyrazem łączy się pojęcie śmierci komórki. Jeżeli mówimy, że coś niszczy nabłonek, to pojmujemy, że jego komórki zostały zabitemi, że tworzy się owrzodziła powierzchnia. Tego dr. H., a nawet Stöhr nie widział w danym przypadku. Zdanie Stöhr'a, na którym opiera się dr. H. znaczy, że całkowitość, ciągłość nabłonka bywają przerywaną, nie znaczy zaś ono wcale, jak sądzi dr. H., że nabłonek zostaje zniszczony i że otwierają się podwoje dla zarazków. Pomimo, że nabłonek zostanie przzerwany, nie będzie tam żadnych braków, przestrzenie pomiędzy komórkami nabłonkowemi są szczelnie wypełnione przez ciała limfatyczne, które do pewnego stopnia, tak jak sam nabłonek będą chroniły tkankę. Jeżeli znajdują się przerwy pomiędzy komórkami nabłonkowemi, wypełnione ciałkami limfatycznymi, to nie wskutek zniszczenia komórek nabłonkowych, lecz wskutek ich rozsunięcia. Ale na obronę swego twierdzenia dr. H. podaje jeszcze jedną myśl. Przytacza on dwie cytaty, w których mówi, że w lepiężach syfilitycznych również nabłonek zostaje zniszczony i przypisuje to zniszczenie znajdującym się tam ciałkom limfatycznym.

No, że już dr. H., nie widzi różnicy pomiędzy sprawami, odbywającymi się w lepiężach syfilitycznych, a tkance normalnej, to już nie moja wina. Co wreszcie znaczyć ma ten rysunek—specyjalnie jakoby dla mnie przeznaczony? Chyba, że o efekt tu chodziło. Bo wła-

śnie przeczy on twierdzeniu d-ra H. Na tym rysunku powierzchnia nabłonka jest przecież zupełnie całkowitą i przez nią prawdopodobnie żaden pasożyt przedostać się nie będzie w stanie. Gdyby dr. H. był wybrał z tej samej tablicy rysunek nr. 14 a nie 16, gdzie ciała limfatyczne dochodzą prawie do powierzchni, to jeszcze bym zrozumiał.

Na moje powątpiewanie, że krypty migdałów bywają wysłane przez nabłonek rzędkowy, autor odpowiada, że Stöhr widział go w gruczołach „otwierających się do krypt t. zw. Balgdrüsen”. Autor zapomniał jednak dodać, że te Balgdrüsen leżą na podstawie języka. Mnie o nie zupełnie nie chodziło. Chodziło mi natomiast o migdały, na co dr. H. znów nie chciał odpowiedzieć

Za przyczynę utraty wody zawartości krypt, autor najprzód podaje liczne mikroby, jak i przemiany chemiczne. Jako dowód między innymi popierający jego zdanie ma służyć analogija, jaką dr. H. widzi w zserowaceni ropy u zwierząt. Dla czego u zwierząt, kiedy podobna sprawa ma miejsce i u ludzi—nie wiem, a że tam obok tego zserowacenia i wchłaniania był kiedyś jakiś proces zapalny, tego dr. H. nie bierze w rachubę.

Na tem kończę moje uwagi. Jeszcze raz zaznaczam, że wysoco nieprzyjemna ta prawdopodobnie dla obu stron polemika — nie była wywołaną przezemnie, lecz przez d-ra H., jak to już wyraźnie zaznaczyłem na wstępie mej pierwszej odpowiedzi, a o czem dr. H. zdaje się zapominać.

Ostatnie zdanie d-ra H. z przyjemnością odczytałem i skłania mnie ono również do dania przyrzeczenia, że więcej z nim w tej kwestyi polemizować nie będę.

Jan Sędziak.

Kronika miesięczna.

Bieżący zeszyt kończy 13-ty rok istnienia naszego pisma. W ciągu tego czasu nie tylko zdołało ono uzyskać prawo obywatelstwa, ale stało się niezbędnym uzupełnieniem pism innych dla każdego, kto pragnie śledzić za postępami wiedzy lekarskiej. W roku ubiegłym rozszerzyliśmy znacznie dział prac oryginalnych, a od dwóch lat pomieszczone spostrzeżenia kazuistyczne rozwijają się coraz bardziej i rodzą coraz szersze zainteresowanie. Dział sprawozdawczy nie uległ i nie ulegnie zmianie, stanowi on bowiem nieodzowną część naszego pisma, na niego też w dalszym ciągu będziemy zwracać baczną uwagę i w miarę sił ulepszać. Do działu sprawozdawczego zaliczyć możemy i przegląd polskiego piśmiennictwa, gdzie streszczamy wszystkie prace, jakie się w naszych pismach lekarskich zjawiają. Sądzymy, iż nasi czytelnicy ocenili doniosłość tych streszczeń, obrazujących cały ruch piśmienniczy u nas, tembardziej iż liczneliśmy, nadsyłane do nas, utwierdzają nas w przekonaniu, iż streszczenia te są nader pożyteczną innowacją. Ilustracja chwili obecnej, podawanie wiadomości, które na razie mogą przydać się czytelnikowi były również naszym zadaniem, a wydana przez nas „Cholera” rozszedłszy się w półtora tysiąca egzemplarzach dowodzi, iż usiłowania takie zawsze znajdują chętnie wśród kolegów poparcie. Obok tego nieustan-

nie, staramy się śledzić za przejawami życia lekarzy zarówno na prowincyi jak i Warszawie, a notując fakty bliżej nas obchodzące, kierując się li tylko dobrem i godnością naszego stanu, staramy się piętnować wykroczenia, które stanowi naszemu uwłaczać mogą w czemkolwiek. Jeśli choć w części udało nam się pismo na odpowiedniej postawić stopie zawdzięczamy to poparciu stałych członków naszej redakcyi i licznych łaskawych współpracowników. Nazwiska ich znane są naszym czytelnikom. Dla zarejestrowania zaznaczamy nazwiska członków stałych naszej redakcyi: B. Dzierżawski, W. Janowski, J. Jaworski, A. Karczewski, H. Kucharzewski, W. Kopytowski, St. Kurtz, E. Kurella, K. Mazaraki, A. Natanson, E. Orłowski, B. Polikier, Rabek, Rychliński, Rzeczniowski, J. Sędziak, W. Świątecki, J. Steinhaus, W. Szumlański, M. Waśkiewicz, K. Wisłocki, J. Witkowski, J. Wojciechowski, i Br. Ziemiński. Kolegom tym redakcyja składa z tego powodu najserdeczniejsze dzięki, licząc, iż i dalej zechcą ją obdarzać swem współpracownictwem.

— Cholera wygasła już prawie w całym Królestwie, w oddzielnych miejscowościach, a między innymi w Warszawie, występują jeszcze niekiedy sporadyczne przypadki; za to w ostatnim miesiącu w Warszawie grasowała epidemicznie *szkarlatyna*, *odra*, *oraz błonica*. Ta ostatnia przynajmniej w Warszawie więcej niewątpliwie zabrała ofiar, niż cholera, należałoby więc zwrócić na nią bacniejszą, niż dotąd uwagę i przedsięwziąć energiczne środki zaradcze tembar dziej, że panuje ona z mniejszem lub większem natężeniem bezustannie.

— Zarówno w pośród publiczności jak i w prasie spotykamy się obecnie z obawami, wyrażanemi z mniejszą lub większą pewnością, co do przypuszczalnego wybuchu eholery z wiosną roku przyszłego. Jedni pamiętają, że dawniej cholera nie ograniczała się na pojedynczej wizycie, inni, których fantazyja, rozbujana przesadzonemi często opowieściami z przeszłości, nie znalazła zaspokojenia w obrazie obecnej słabej epidemii, porównyują cholere z jakąś apokaliptyczną bestyją, która się tylko przyczaiła, aby tem straszniejsze ciosy zadać na wiosnę bezpieczną już czującej się ludności.

Dobrze by było, aby obawy te, nie posuwane do przesady, były bodźcem do utrzymywania nadal pewnych zasad i reguł higieny. Są one w samej rzeczy do pewnego stopnia uzasadnione, ponieważ historia minionych epidemii wykazuje rzeczywiście możność utrwalania się zarazy w pewnych miejscowościach lub też powtórnego występowania choroby w ciągu tej samej pandemii. Pogląd ten panuje i w sferach rządowych, które zamysłają na podstawie nabytego świeżo doświadczenia opracować plan walki ze spodziewaną epidemiją. Jako źródło potrzebnych informacji mają służyć sprawozdania, według danego szematu, osób, które uczestniczyły w walce z epidemiją, a oprócz tego ustne komunikaty i obrady lekarzy, po jednym lub dwóch z gubernii, w których panowała cholera, na zjeździe w St.-Petersburgu w końcu bieżącego miesiąca. (Zaznaczamy mimochodem, że wolny przejazd i 5 rs. dyjet—jako wynagrodzenie dla uczestników wydaje się nam za niskiem).

Pomiędzy projektami, które pośrednio lub bezpośrednio wejść mają jakoby w program przyszłej walki z cholera, spotkaliśmy propozycję skrócenia roku szkolnego bieżącego do połowy Maja roku przyszłego. Projektu tego można bronić z teoretycznego punktu widzenia, ale można też i wiele postawić contra niego. Przedewszystkiem byłby zbyt ogólnym, jeżeliby miał dotyczyć całego ogromnego państwa; przypuszcza bowiem ukazanie się epidemii jednocześnie we wszystkich guberniach i to ani wcześniej, ani później, jak w Maju, t. j. w chwili ocieplenia się, podczas, gdy klimatyczne warunki tak olbrzymich obszarów nie pozwalają na takie ujednostajnienie daty.

Zresztą np. w Warszawie dane z poprzednich epidemii bynajmniej nie przemawiają za omawianym terminem. I tak w r. 1831 cholera zaczęła się pokazywać w Królestwie w początku roku w Kwietniu była w Warszawie, a w Maju wygasła. W roku 1847 były pojedyncze przypadki na prowincyi, w Warszawie zaś dopiero w Lipcu, następnego zaś roku w Maju; w 1852 zjawiała się cholera w Warszawie w Lipcu, w 1867 w Kwietniu, w 1872 w Październiku.

Z tych kilku dat widzimy, że wprawdzie cholera sroży się głównie w cieplej porze roku—ale nie dają one żadnej rękojmi do stawiania horoskopów, kiedy (i czy wogóle?) będzie w Warszawie w roku przyszłym, a więc i o ile ewentualne skrócenie roku szkolnego odpowie zamierzonemu celowi.

Podczas poprzednich epidemii nie uciekano się do tego środka, istniejące zaś z tego czasu dane statystyczne nie wykazują bynajmniej jakichś znaczniejszych liczb zachorowania lub śmierci pomiędzy uczącą się młodzieżą.

Wreszcie w roku bieżącym szkoły wszakże były otwarte pomimo istnienia w mieście cholery, a jednak nie notowano przypadków zasnębienia pomiędzy uczącymi się. Wprawdzie cholera była bardzo lekka, zkądże jednak pewność, że ma być cięższą w roku przyszłym?

Chociaż w medycynie musimy czasem działać według aforyzmu „*melius remedium dubium quam nullum*“, to jednak nie może to mieć miejsca w profilaktyce higieny ogólnej. Tymczasem, podczas, gdy powątpiewanie co do skuteczności proponowanego środka zdają się dość jasnymi względnie do zamierzonego celu, uboczne jego złe skutki dają się odczuwać już dzisiaj.

Samo opóźnienie otwarcia szkół przy konieczności przejścia naczynego kursu sprowadza już teraz pewne przeciążenie umysłowe uczących się, i, zapewne, wielu z kolegów spotykało się już z odnośnemi skargami i wyrzekaniami rodziców i opiekunów. Tembardziej dałoby się ono we znaki przy jeszcze znacznie szerszym skróceniu roku szkolnego. Pomijamy już stratę czasu i względy pedagogicznej natury.

Wreszcie, czy młodzież, wyzwolona na przeciąg paru miesięcy więcej z rygoru szkolnego i z pod łatwej kontroli co do zdrowia, znajdzie się w warunkach bezpieczniejszych, co do możliwości zarażenia się—wydaje się nam wątpliwem. H.

— Kol. J. Wojciechowski, współpracownik nasz, zatwierdzony został na następne trzechlecie jako ordynator kliniki chorób skórnych i wenerycznych Warsz. Ces. Uniw.

— W miesiącu zeszłym mieliśmy sposobność zwiedzenia prywatnego Zakładu ginekologicznego przy ulicy Marszałkowskiej nr. 45,

prowadzonego przez Spółkę tutejszych specjalistów. Zakład ten, tak co do miejsca, jako też i całkowitego urządzenia wewnętrznego, odpowiada w zupełności swemu celowi.

— Tych z p. kolegów, którzy nie odpowiedzieli jeszcze na nasz kwestjonaryjusz, umieszczony w n-rze 3 „Kroniki”, prosimy o łaskawe nadesłanie odpowiedzi w jaknajkrótszym czasie, ponieważ z początkiem roku przyszłego przystąpimy do opracowania nadesłanych odpowiedzi.

— W n-rze 49 „Gazety Lekarskiej” znajdujemy odezwę od Redakcyi, donoszącą o podwyższeniu opłaty za to pismo o 2 rs. rocznie, t. j. do rs. 7 w Warszawie i 8 po za jej obrębem. Zdawałoby się, że wiadomości tej, nadającej się do inseratów, nie ma co poruszać w tym dziale naszego pisma. W wyjątkowych jednak warunkach bytu piśmiennictwa lekarskiego u nas, odezwa ta ze względu na ton jej godną jest głębszego zastanowienia i, sądzymy, że dla szperacza lat przyszłych, badającego rozwój naszego życia umysłowego, będzie ona stanowiła wymowny przyczynek. Bo oto redakcyja pisma, nie będącego przedsiębiorstwem wydawniczym, w sprawiedliwym poczuciu swej naukowej wartości, musi, donosząc o konieczności nieznacznego podniesienia przedpłaty, przemawiać do najszlachetniejszych uczuć swych czytelników: porusza wielkie hasła społeczne, kiedy proste „dwa razy dwa” powinny tym czytelnikom wykazać, że pomimo owej podwyżki będą zawsze jeszcze otrzymywali dwa razy więcej, niż za co płacą. Ale tak jest niestety! To coby zagranicą wydało się zwiedłym dawno sentymentalizmem, u nas pozostaje jeszcze „in odore sanctitatis”. Trzeba jeszcze ciągle przemawiać do serca, bo głowy jeszcze nie umieją słuchać!

Potrzeba czytania, poczucie ważnego zadania tych pism dla naszego umysłowego życia i bytu fachowego, chociaż zwolna rozwijają się dzięki właśnie usiłowaniom tych pism, bardzo jednak są słabe. Wielu z prenumeratorów, choć pisma biorą za pół darmo i mają z nich pożytek, uważa się jednak za mecenasów piśmiennictwa, sądząc przytem, że wyrządzą osobistą łaskę redaktorowi lub wydawcy! chociaż każdy wie dobrze, że pisma lekarskie dochodów nie przynoszą, a możliwe przeżytki budżetowe idą na dalsze tych wydawnictw ulepszenia.

Przez te kilkanaście lat, odkąd piśmiennictwo nasze lekarskie bije żywsem tętnem—ile włożono w nie dobrej woli, szlachetnych chęci, bezinteresownej pracy i wysiłków! Wielu lekarzy wyszło w tym czasie wśród tych nawoływań i hasel, a jednak, pomimo, iż ta część społeczeństwa, dla której bezpośrednio pracujemy, jest, jakby się zdawało, najpodatniejszym żywiołem—mamy ciągle jeszcze przed sobą „inertem molem“.

Jeżeli w słowach tych czuć może gorycz i żółć poruszoną, to jednak, niestety, nie są one przesadzone. Oto np. jakby fałszywe echo tak do serca płynącej odezwy Redakcyi „Gazety Lekarskiej” możemy zacytować następną fakt autentyczny z omawianych stosunków. Kilkunastu lekarzy, grupujących się koło pewnego przemysłowo-lekarskiego interesu uchwaliło na walnej naradzie, aby zaprzestać prenumeraty pism z osobna, a ograniczyć się do pojedynczego egzemplarza trzymanego wspólnie dla całego grona tych „mecenasów piśmiennictwa“!

Czyż taki ma być owoc naszych starań i mozołów?! Czyż fakt

taki nie może poruszyć żólei! Przebolejemy jednak to ukłócie ciernia na drodze do dobrego celu, spodziewając się, że coś podobnego chyba się nie powtórzy, i że odezwa „Gazety Lekarskiej“ takiego echa w żadnym chyba więcej sercu lekarza polskiego nie wzbudzi.

— 4/16 Listopada otwartą została w Moskwie nowa klinika oczna o 34 łózkach. (Wr. 46).

— Rada zdrowia przy Radzie miejskiej m. Kijowa wniosła projekt, aby w czasie panowania epidemii życie lekarzy familijnych było asekurowane na koszt miasta, żeby w razie śmiercilekarza, rodzina jego znalazła dostateczne zabezpieczenie. (Wr. 46).

— Paryczki szewcy wkładają w podeszwy butów cienką blaszkę aluminium. Obuwie takie jest nieprzemakalne, podeszwa zaś nie traci przytem na giętkości.

— W Londynie założono Towarzystwo asekurowujące od bliźniąt, trojaków etc. W razie urodzenia się bliźniąt Towarzystwo wypłaca 50 funtów szterlingów, w razie trojaków 75 f. sztr. (Wr. 47).

— Jako najlepszy środek przeciw odmrożeniu podają rozcieranie chorego miejsca surową cebulą. (Wr. 47).

— W Wiedniu otwartą została Kuchnia dla studentów „Mensa Academica“, mająca za zadanie dostarczać uczącej się młodzieży zdrowych śniadań, objadów etc. za możliwie niską cenę. Stołownia może od razu pomieścić 2,000 objadających. W dzień otwarcia zapisało się 1,000 studentów.

— Amerykanin prof. Jahson przeprowadził szereg spostrzeżeń nad studentem od urodzenia pozbawionym węchu, zresztą zdrowym. Okazało się, że węch gra ogromną rolę we wrażeniach smakowych. Tak np. badany nie odróżniał herbaty i kawy od gorącej wody. Wodę migdałową 3 razy na 5 odróżniał od zwyczajnej. Syropy różne brał za osłodzoną wodę. Musztarda wywoływała palenie w ustach, nie różniące się od pieprzu. Goździki i cynamon odróżniał, podobnież amonijak od eteru. (Wr. 47).

— Niedawno hamburskie fabryki tytoniu zwróciły się z zapytaniem do Berlińskiego Hygienicznego Instytutu, czy możebnem jest przenoszenie zarazy cholery za pośrednictwem tytoniu i cygar. Instytut, po przeprowadzeniu odpowiednich ścisłych badań, odpowiedział, że na liściach tytoniowych suchych, jak również i mokrych, bakteryje choleryczne giną nader szybko (na suchych liściach już po godzinie), przy czem na rozwój przecinkowca cholery szkodliwy wpływ wywierają te niezbędne procesy fermentacyi i wysychanie, którym podlegają liście tytoniu przy ich przeróbce na odpowiedni materyjał do palenia. Dym tytoniowy również źle wpływa na produkcję życiową przecinkowca. (D. M. Z. 1892, nr. 83)-

— Według „Tabakszeitung“ gazeta „Deutsch. Med. Woch.“ przytacza, że tytoń posiada pewne zdolności przeciwocholeryczne. Z pośród 5,000—6,000 pracujących w fabrykach tytoniu w Hamburgu zachorowało 8 a umarło 2.

— Jedną z pierwszych konkursowych nagród „Pharmaceutical Era“, nagrodzone następujące dwa środki: 1) Płukanie do ust: Thymoli 15,0. Glicerini 60,0. Spir. 80,0. Sapon. venet 8,0. Acidi carb. gutt. 5. Olei sasrafr. 8,0. Olei geranii 8,0. Olei eucalipti 3,0. Olei cale 5,0. Olei pini pumil. 20,0. Aq. dest. q. sat. ad 500,0. M.D.S.

przefiltrować nad siarczanem potasu i zabarwić lakmusem. 2) proszek do zębów: Kali carbonici 250,0. Pulv. sapon. 30,0. Os. saep. pulver. 15,0. Rad. irid. flor. pulv, 15,0. Ol. Gaulther. 1,75. M.D.S. zabarwić karminem. (Zahnaerztel Wochenb. l. 92, nr. 279).

— Cena chininy nigdy tak niską nie była jak obecnie, dzięki bowiem konkurencji nowo w użycie wprowadzonych środków przeciw gorączkowych (antipyrina, antifebryna, fenacetyna i t. d.) kilogram chininy obecnie kosztuje 24 marek.

— „La Semaine médicale“, która obecnie, prócz francuzkiego wychodzi i w hiszpańskim języku z końcem Grudnia wychodzić będzie jeszcze i po angielsku.

— W ciągu ostatnich lat 14 (1877—1890) w Bengalii wskutek cholery zmarło 1,000,826 ludzi.

— Podczas jarmarku w Hurdwar (Indyje Wschodnie) woda w miejscu, gdzie pątnicy obmywają się i myją swą bieliznę, a zkąd ją także biorą do picia, zawiera wiele przecinków cholerycznych. Niektórzy przybysze niewątpliwie bowiem byli chorzy na cholereę. Tymczasem z 70,000 osób, które używały tej wody nie zmarła ani jedna. (Lancet, Listopad).

NEKROLOGIJA.

— 27-go Października zmarł w Symferopolu dr. *Adolf Trachtenberg*, urodzony w Żytomierzu, od 1885 r. prezes miejscowego Towarzystwa Lekarskiego. Zmarły zaletami serca i umysłu zjednał sobie szerokie uznanie we wszystkich kołach—jako lekarz i obywatel. Wiadomość tę czerpiemy z Przeglądu Lekarskiego krakowskiego, który ś. p. dr. T. poświęca kilka słów głęboko odczuty.

— *S. J. Bischoff*, prof. położnictwa i chorób kobiecych w Bazylei.

— *J. Henriette*, prof. chorób dziecięcych w Brukselli.

— *A. Garcia Cabrera*, prof. anatomii w Grenadzie.

Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich w miesiącu LISTOPADZIE 1892 r.

1) *E. Biernacki*. O uciskowem porażeniu czucia. (G. L. 44, 46).

2) *L. Czarkowski*. O podniecającem działaniu kofeiny na mózg u alkoholików. (G. L. 45).

3) *Z. Kramsztyk*. Pomyłki w leczeniu jaskry. (G. L. 45),

4) *Dr. med. Pawiński*. O tak zw. ostrem i ostrawem zapaleniu aorty. (G. L. 46, 47).

5) *Dr. med. Elsenberg*. Czy bywa samoistne zapalenie przyjądrza i jądra. (G. L. 47).

6) *Zapolski - Downar*. Owrzodzenia rogówki w tyfoidzie cholerycznej. (G. L. 47).

- 7) *W. Gajkiewicz*. O spazmie skaczącym. (G. L. 48).
- 8) *S. Iwanicki*. Przypadek zatoru tętnicy płucnej o przebiegu długotrwałym. (Gaz. Lek. 48).
- 9) *J. Rosenthal*. Rak okrężnicy, Laparotomija. Wycięcie kiszki, wyzdrowienie. (Med. 45).
- 10) *A. Karczewski*. O wlewaniach roztworu soli przy cholercze. (Med. 44, 45).
- 11) *H. Świącicki*. Na czem polega korzystny wpływ wyskoku w zakażeniu pęłogowem. (Med. 47).
- 12) *W. Biegański*. Kilka uwag o bieguncie pochodzenia nerwowego. (Med. 46).
- 13) *W. Palmirski*. Notatki z obecnej epidemii cholery w Odessie i jej okolicach. (Med. 46, 47).
- 14) *S. Grossglik*. Przyczynę do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu. (Med. 48).
- 15) *J. Szwajcer*. Opiaty, czy środki czyszczące w leczeniu dysenterji? (Med. 48).
- 16) *Prof. Cybulski*. Mleko wapienne jako środek dezynfekcyjny. (P. L. 43—45).
- 17) *B. Skalkowski*. Przypadek t. zw. „morcellement“ macicy według metody Péana. (Przeg. L. 46).
- 18) *Dr. med. K. Rumszewicz*. Drugi przypadek mięsaka w samej rogówce powstałego. (Prz. Lek. 46).
- 19) *M. Cercha*. O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy cięzarnej. (Prz. Lek. 47, 48) (niedok.).
- 20) *M. Piętkowski*. O działaniu leczniczem benzosolu w moczówce cukrowej. (Prz. Lek. 45—47).
- 21) *S. Iwanicki*. Kilka uwag o epidemii włóknikowego zapalenia płuc—na podstawie 50 obserwowanych przypadków. (Now. Lek. 11).
- 22) *H. Świącicki*. O postępowaniu z szypułką przy wycięciu przez brzuch mięśniakowej macicy. (N. L. 11).
- 23) *Boł. Wicherkiewicz*. Zgubny wpływ słońca na oko a zwłaszcza skutki udaru słonecznego na wzrok. (N. L. 11).
- W Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego, 1892, z. IV *).
- 24) *W. Janowski*. Przyczynę do anatomii patologicznej marskości wątroby u człowieka, powstałej pod wpływem zastojów żółci (z tabl. N. 5).
- 25) *Z. Dobrowolski*. Guziczki limfatyczne (foliculi lymphatici) błony śluzowej przełyku, żołądka, krtani, tchawicy i pochwy u ludzi i zwierząt.
- 26) *A. Rothe*. Rys dziejów Psychjatrii w Polsce.
- 27) *W. Kamocki*. Badania anatomo-patologiczne nad szklistem z wyrodnieniem łącznicy.
- 28) *M. Jakowski*. Przyczynę do badań nad sprawami chemicznymi w kiszkaeh u człowieka.

*) Z powodu braku miejsca nie możemy streszczać tych prac, ograniczamy się więc na podaniu ich tytułów.

1) Biernacki. **0 uciskowem porażeniu czucia.**

Autor uciskając palcem nerw łokciowy otrzymywał zaburzenia czucia, które różnią się od typu syringomyelicznego osłabieniem czucia ucisku i zachowaniem czucia farado-bólowego, przy niezmienionem czuciu prostego dotyku. Taki typ nazywa się „uciskowem porażeniem czucia”.

Taki typ powstawać może w patologii przez ucisk obrzmiałego peri i endoneurium na włókna nerwowe lub ucisk np. zgrubiałych opon na drogi czuciowe w rdzeniu. W 6 przypadkach klinicznych cytowanych przez autora, prócz neuritów jest i tabes i meningitis spinalis. Wartość rozpoznawczą dla natury procesu patologicznego kontrolować musi jednak przebieg, obraz zaburzeń czucia zmodyfikować się może łatwo przez naruszenie całości włókien nerwowych. *Rz.*

2) Ludwik Czarkowski. **0 podniecającem działaniu kofeiny na mózg u alkoholików.** Objawy zatrucia występowały pod postacią podniecenia mózgowego: chorych ogarniał przestrasz, trwoga, lub też wprost przeciwnie—wesołość; zjawiały się one dopiero po użyciu kilku dawek kofeiny, i po odstawieniu jej szybko mijały. Innych objawów przy otruciu kofeiną autor nie spostrzegał.

Wszystkie trzy przypadki dotyczyły alkoholików, wobec tego zaleca autor ostrożność w stosowaniu kofeiny u osobników, nadużywających napojów. *H. K.*

3) Zygmunt Kramsztyk. **Pomyłki w leczeniu jaskry.**

Autor w artykule swoim, przeznaczonym dla nieokulistów, jak o tem w tytule powiada, wskazuje na dwa grube błędy, popełniane często przez nieokulistów przy leczeniu jaskry, mianowicie, stosowanie atropiny i zwłokę, t. j. wyczekiwanie. Atropina nie tylko, że nie pomaga przy jaskrze, lecz przeciwnie dużą szkodę przynieść może choremu; wyczekiwanie również jest zgubnem, jaskra może być wyleczoną, jeżeli w porę odpowiednie środki przedsięwzięte zostaną a temi są ezeryna i irydektomija. *H. K.*

4) J. Pawiński. **0 tak zwanem ostrem i ostrawem zapaleniu aorty.**

Autor opisuje dokładnie dwa przypadki, z których w jednym rozpoznał za życia endoarteritis, ectasia aortae descendens, w drugim zaś—insuf. v. aortae, insuf. v. mitralis relativa a na sekcji znalazł zmiany na błonie wewnętrznej aorty, niewątpliwie stosunkowo świeże. Po ciekawe szczegóły odsyłamy do oryginału. Tu zaś zaznaczymy, że autor jest zdania, że zapalenie t. zw. ostre aorty autorów francuzkich jest właściwie zapaleniem ostrawem jej błony wewnętrznej, przebiegającym bez gorączki i będącem tylko pierwszym okresem ogólnej sprawy miażdżycowej. Rozpoznanie tego cierpienia jest trudnem, gdyż nie często zdradzają je objawy, zależne od odpowiedniego umiejscowienia zmian w aorcie, któreby klinicystę na właściwą drogę naprowadziły. *W. J.*

5) A. Elsenberg. **Czy bywa samoistne zapalenie przyjądra i jądra?** Autor odpowiada twierdząco, przytaczając trzy odnośne spostrzeżenia, w których, pomimo starannego badania żadnej przyczyny wykryć nie mógł. Dalej, przytacza autor inne trzy przypadki obrzmienia jąder i przyjądrzy, z których jeden był w związku z zapaleniem gruczołów przyusznych, drugi zaś wskazywał na prawdopodobieństwo powstania orchitidis et epididymitidis w przebiegu odry, czego dotychczas

nikt jeszcze nie obserwował; nakoniec, w trzecim przypadku obrzmienie jąder i przyjądrzy autor skłonny jest przypisać wpływowi zarazka influenzy.

E. K.

9) Dr. J. Rozenthal. **Rak okrężnicy wstępującej. Laparotomija etc.**

Opisany przypadek dotyczy chorej; u której na zasadzie obiektywnych i subiektywnych danych autor rozpoznał neoplasma malignum ovarii dex., gdy laparotomija stwierdziła, iż miano do czynienia z carcinoma coli ascendentis. Dokonano resectio coli. Przebieg pooperacyjny idealny. 12 dnia po operacji chora wstała z łóżka i jadła stałe pokarmy, a 30 opuściła szpital zdrowa.

J. Wi.

10) A. Karczewski. **o wlewaniach roztworu soli przy cholercie.**

Zaznaczywszy zdania rozmaitych autorów o skuteczności powyższej metody, autor opisuje 3 sposoby wlewania roztworu soli do ustroju (pod skórę, do żył i do tętnic), uwzględniając głównie techniczną stronę tych zabiegów. W końcu autor przytacza opis dwóch przypadków w szpitalu Dzieciątka Jezus, w których kol. W. Krajewski zastosował wlewania do naczyń. W jednym z powyższych przypadków nastąpiła krótkotrwała poprawa, obydwa jednak zakończyły się śmiercią.

K.

11) H. Święcicki. **Na czym polega korzystny wpływ wysokości w zakażeniu połogowym?**

A. przytacza dane z literatury o stosowaniu wysokości przy zakażeniu połogowym i zestawia poglądy rozmaitych autorów, odnośnie do fizjologicznego działania wysokości na ustrój. Jakkolwiek z zestawienia tych poglądów wypływa wniosek, że działanie wysokości na ustrój nie jest jeszcze dotychczas dostatecznie wyjaśnionem, nie mniej przeto autor, opierając się na badaniach Glasera i Jakscha, wypowiada zdanie, że „wysokość dla tego tak korzystnie oddziaływała w zakażeniu połogowym na przebieg choroby, ponieważ zwiększa w krwiobiegach ilość białych ciałek krwi, które zawierając może w swym wnętrzu drobnoustroje, wydzielane bywają następnie z organizmu”.

A. K.

12) Wł. Biegański. **Kilka uwag o bieguncie pochodzenia nerwowego.**

U kilkunastu chorych z klasy inteligentnej, nadużywających palenia tytoniu, a po części stosunków płciowych, autor zauważył szczególnie w ostatnich czasach (panika choleryczna) od czasu do czasu bez powodów pojawiające się rozwolnienie z objawami rznięcia w brzuchu, po których następowało zaparcie stolca. Błędów dyjetycznych, jako przyczyny, dopatrzeć nie było można. Że zaś przeważnie trafia się to u ludzi nerwowych, nadużywających, jak wyżej, palenia tytoniu i stosunków płciowych, autor, wykluczając niezbyt kiszek, takiego rodzaju zaburzenia uważa za pewnego rodzaju nerwicę ruchową kiszek, to też i terapija polega, według autora, na usunięciu przyczyny i wzmocnieniu układu nerwowego przez higieniczne życie i leczenie zimną wodą. To ostatnie, jak się przekonał, okazuje zbawienny wpływ na wszystkie w ogóle nerwice brzuszne.

K. W. S.

13) Wł. Palmirski. **Ze stacyi bakteryjologicznej w Odessie. Notatki z obecnej epidemii cholery w Odessie i jej okolicach.** Autor opisuje swe badania nad przecinkowcem, otrzymanym z wypróżnień chorych, zapadłych w Odessie i jej okolicach. Przychodzi do wniosku, że znajdujący przez niego przecinkowiec w głównych zarysach swoich różni się od typowego przecinkowca Koch'a. Obraz kliniczny obserwowanych przypadków w Odessie był typowy, oględziny pośmiertne

wykazywały bardzo nieznaczne zmiany anatomiczne, głównie w dolnym odcinku kiszki cienkiej po nad zastawką Bauhin'a. Natężenie epidemii w Odesie było słabe, w okolicach bardzo ciężkie. Środki zaradcze energiczne, czystość miasta, izolacja chorych, palenie ich rzeczy (kupionych przez lekarza na koszt miasta) i dezynfekcja mieszkań. Zwracano również baczną uwagę na przypadki gastroenteritidis, w jednym bowiem znaleziono przecinkowca; chora ta względnie czuła się dobrze.

K. W. S.

16) Prof. Cybulski. **Mleko wapienne jako środek dezynfekcyjny.**

W pracy tej autor rozbiera krytyczne prace, przemawiające za uznaniem mleka wapiennego, jako środka dezynfekcyjnego, wykazując dowodnie jak słabemi są dane, na których opiera się przekonanie o wartości dezynfekcyjnej wodanu wapnia. W końcu przytacza autor własne badania bakteryjologiczne nad błotem dezynfekowanym za pomocą mleka wapiennego i nad błotem zwykłym i dochodzi do wniosku, iż niema między niemi co do jakości i ilości bakterij żadnej różnicy. Dezynfekcja tą drogą możliwa jest tylko przy dokładnem zmieszaniu, co przy dezynfekcyi rynszteków jest niemożliwe. Zdaniem autora dezynfekcyj ścieków najlepiej dokonywać przez częste ich wymywanie, a przy bezpośredniem niebezpieczeństwie lepiej uciec się do zwykłych antyseptyków, których wartość dowodnie została stwierdzoną. J. Z.

17) B. Skalkowski. **Przypadek t. zw. „morcellement“ macicy według metody Péana przy extirpatio uteri totalis per vaginam.** Chora cierpiała od 9 miesięcy na obfite krwotoki maciczne, które sprowadziły znaczną niedokrwistość ogólną. Rozpoznano neoplasma corporis uteri malignum i postanowiono wykonać całkowite wycięcie macicy. Po skutecznieniu zwykłych początkowych rękoczynów autor przekonał się, że macica nie daje się usunąć, czemu na przeszkodzie stał włókniak (nie zaś carcinoma, jak pierwotnie rozpoznano), wychodzący z dna macicy i powiększający jej objętość do tego stopnia, że nie można było osiągnąć do górnego brzegu więzów szerokich. Wtedy to dr. Ziembicki, asystujący przy operacyi, zdecydował wykonać t. zw. „morcellement“; szyję macicy rozcięto po bokach, o i e się dało najgłębiej; utrzymując mocno tylną ścianę rozciętej szyi hakowatemi kleszczami, odcięto poprzecznie przednią ścianę szyi i część trzonu, jak można było najwyżej; przed zupełnem jednak oddzieleniem tej części uchwycono powyżej przednią ścianę macicy hakowatemi kleszczami. Po ściągnięciu jej ku dołowi poprowadzono na przedniej powierzchni macicy cięcie łukowate, wypukłością skierowane ku górze. W chwili odcinania zakreślonego tem cięciem kawałka ściągano macicę ku dołowi i gdy ukazała się część wyżej położona schwycono ją kleszczami. Powyższy rękoczyn powtórzono czterokrotnie. Przez wycięcie czterech kawałków z przedniej ściany macicy, grubość jej i szerokość zmniejszyła się do tego stopnia, że wreszcie macica wysunęła się na zewnątrz, wisząc na skręconych więzach szerokich, które zostały podwiązane i przecięte. W dalszym ciągu operacyi usunięto jajniki, zeszyto przedni listek otrzewnej z tylnym, w kątach umieszczono kikuty podwiązanych więzów szerokich i wytamponowano pochwę gazą jodoformową. Preparat ważył 400 grm., największy obwód wynosił 27 cm.

W końcu swej pracy autor zaznacza, że sposób Péana, rozpowszechniony we Francyi, nie znalazł dotychczas w Niemczech ani je-

dnego naśladowcy, oraz zastanawia się nad zaletami powyższej metody.

A. K.

18) Rumszewicz K. **Drugi przypadek mięsaka w samej rogówce powstałego.** Autor opisuje przypadek mięsaka w samej rogówce u 14-letniej dziewczyny powstałego. Przypadek powyższy i opisany przez tego samego autora dwa lata temu (Przegl. lek. 1890, nr. 39—41) analogiczny przypadek mięsaka rogówki są jedynymi dotychczas, w których udział spojówki niewątpliwie był wykluczony.

J. St.

20) M. Piątkowski. **O działaniu lecniczem benzosolu w moczwóce cukrowej.** Autor podaje 8 spostrzeżeń klinicznych nad benzosolem w moczwóce, gdzie stosował ten środek jako czysty składnik kreozotu, opierając się na dawniejszych spostrzeżeniach nad kreozotem stosowanym w tem cierpieniu. Ze spostrzeżeń swych autor wysnuwa wniosek, iż benzosol jest środkiem przy moczwóce skutecznym, szczególnie przy dyjecie mięsnej. Nie wywołując ubocznego działania podnosi on odżywianie chorych i zmniejsza ilość cukru w moczu. Działanie to trwa czas jakiś po usunięciu środka, jak długo jednak z powodu krótkości obserwacji trudno ocenić.

J. Z.

21) St. Iwanicki. **Kilka uwag o epidemii włóknikowego zapalenia płuc w roku 1891 na podstawie 50 obserwowanych przypadków.** Pomijając mniej ciekawe dane, wspomniemy, że z pomiędzy wzmiankowanych 50 przypadków zapalenia płuc 31 było prawostronnego, 18 lewostronnego i 1 dwustronnego. W 6 przypadkach zajęty był szczyt płuc. Spadek temperatury był zupełnie krytyczny w 12 przypadkach, zupełnie lityczny w 15 przypadkach; w 9 była crisis protracta, w 2 crisis incompleta. Najwyższa spostrzegana ciepłota była 41° C. Plwocina była typową w 39 przypadkach. Związku ilości przypadków z ilością spostrzeganych przypadków grypy nie było. W końcu autor opisuje, jako osobliwsze, 2 przypadki zapalenia płuc pochodzenia urazowego i 1 przypadek z zejściem w zgorzel, oraz wspomina, że pomiędzy wchodzącymi w jego statystykę 50 przypadkami były dwa pneumonii malarycznej, które będą oddzielnie opisane, i 1 powikłany chorobą Werlhofa (opisany już przez kol. Jaworskiego w n-rze 10 z r. b. „Kroniki Lekarskiej”).

W. J.

22) Dr. H. Święcicki. **O postępowaniu z szypułką przy wycięciu przez brzuch mięśniakowej macicy** Przy wycięciu mięśniakowo zwyrodniałej macicy per coeliotomiam (według R. P. Harrisa i Saengera nazywa filologicznie prawidłowsza niż laparotomija), kwestyja traktowania pozostałej szypułki (szyjki macicznej) nie jest zadawalniająco rozstrzygniętą. Obecnie mamy 3 główne metody traktowania szypułki: zewnątrz, wewnątrz i pod, czyli za—otrzewnową. Każda z nich ma swych zwolenników i przeciwników. W treściwej pracy nasz autor, zestawiając zdania w tej sprawie wszystkich bardziej renomowanych operatorów, piszących w tej kwestyi aż do ostatnich czasów, zatrzymuje się cokolwiek dłużej nad metodami Schrödera, Martin'a, Zweifel'a, Kocher'a i Albert'a. W dalszym ciągu opisuje autor dokładnie sposób, w jaki w ostatnich czasach wykonał wycięcie per coeliotomiam mięśniakowo zwyrodniałej macicy z wyborym przebiegiem i zejściem. Zastosowano w danym razie metodę Kocher'a zmodyfikowaną przez autora. 17 dnia po operacji chora wstała po raz pierwszy, a 21-go—opuściła zdrowa za-

kład. W końcu autor wyraża zdanie, że najlepszą, najracjonalniejszą i najprostszą metodą postępowania z szypułką przy coelohysteromyometomii jest zwyczajne, lecz silne podwiązanie szypułki en masse, posmarowanie jej powierzchni ichtyolową kleiną i zapuszczenie następnie szypułki w jamę brzuszłą. Zeszywanie otrzewnej na szypułce jest zupełnie zbyteczne. *Jul. W*

23) Bol. Wicherkiewicz. **Zgubny wpływ słońca na oko, a zwłaszcza skutki udaru słonecznego na wzrok.** Ujemny wpływ słońca na oko występuje zarówno przy bezpośrednim jako też i przy pośrednim (przez czaszkę) działaniu promieni słonecznych. We widmie słonecznym mamy promienie, leżące po za czerwonymi t. zw. ciepłe i po za fioletowe czyli chemiczne; ostatnie właśnie t. j. chemiczne promienie mają dzielną współdziałalność przy powstawaniu rozlicznych zbroceń skóry. Skoro słońce jaskrawe działa na twarz, wytworzyć się może rumień (erythema) twarzy, powiek, oparzenie pierwszego stopnia, które daje się weznaki i głębszym częściom, t. j. łącznicy; nawet siatkówka może (przez ściany gałki) doznać podrażnienia. Gorsze następstwa wynikają, gdyby ktoś zwrócił otwarte oko i to najwrażliwszą na światło jego część t. j. plamkę żółtą na silne promienie światła słonecznego (np. przy obserwacji — bez szkielek ochronnych częściowego zaćmienia słońca) w tym razie dojść może do prawdziwego spalania warstw siatkówkowych i wysięku płynu białkowego (Czerny Deutschmann).

Autor, zaznaczywszy znany ogólnie i często opisywany zgubny wpływ bezpośredniego działania słońca na oko, stara się, na podstawie dwóch w niniejszej pracy podanych spostrzeżeń własnych, wzbogacić stan dotychczasowych wiadomości, dotyczących wpływu promieni słonecznych na przyrząd wzrokowy przez czaszkę. Autor wnioskuje, iż w następstwie udaru słonecznego występują podmiotowe dolegliwości, objawiające się miganiem, nieomogą mięśniową i utrudnionem orjentowaniem się, polegającym na obniżeniu pola widzenia, wzrok naosiowy nie tyle zostaje upośledzonym, ile pole widzenia, prawdopodobnie towarzyszy temu upośledzenie poczucia barw, a do pewnego stopnia i zmysłu światła (Lichtsinn). Ograniczenie pola, jeżeli wolno tak wnioskować z jedyne, t. j. ostatniego przypadku, we wyższym względnie stopniu odnosi do przedmiotów białych aniżeli barwnych. *Br. Z.*

Nadesłano do Redakcyi.

H. Higier. Kilka słów o jąkanii historycznym, odb. z Gaz. Lek.

A. P. Syniczyn. O zubowraczebnoj pomocy w szkołach. St. Petersburg. 1892.

J. Sędziak. A second case of so-called angina ulcerosa benigna.

J. Sędziak. Contrib. to the question of so called croup of the nose; odbitki z Jour. of Laryngology Rhnology.

J. Sędziak. Ein Fall d. sogenannten Angina Ulcerosa benigna — odb. z Monat. f. Ohrenheilk.

J. Sędziak. Sarcoma multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae; odb. z Monatsh. f. Ohrenheilk. Też same prace w języku polskim.

Dr. med. Wolberg. Nowy przypadek szkarlatyny i ospy jednocześnie przebiegające u tegoż dziecka; odb. z *Gaz. Lek.*

Dr. med. Wolberg. Przyczynę kliniczną do etjologii i trwania okresu wylegania się nieżyty zapalenia migdałków odb. z *Gaz. Lek.*

Dr. med. Wolberg. Erythema nodosum u dzieci, odb. *Gaz. Lek.*

W. Janowski. Badanie bakteryjologiczne pierwszych dwóch przypadków cholery w Warszawie; odb. z *Gaz. Lek.*

A. P. Artemjew. Rukowoditel Powiwalnoj Babki; wydanie „Akuszerki” Briańsk. 1892.

Dr. dr. Rudolf Trzebicki. O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucnej.

Doc. dr. E. Finger. O dziedziczeniu kły (rozprawy wyd. dzieł lek. w Krakowie).

M. Flam. Ueber d. Einfluss niedriger. Temperature auf d. Functionen d. Magen, odb. z *Zeitschr. f. Biologie.*

B. Wicherkiewicz. Przyczynę do zranienia ścian oczodołowych

S P R O S T O W A N I E.

Na str. 745—w tytule—ma być: J. Sierzpowski.

Str. 761 wiersz 16 od dołu: zamiast powierzchni, powinno być powierzchni.

Str. 761 wiersz 13 od dołu: zamiast *valvula Bauhin'a*, powinno być *valvula Bauhini*.

OD WYDAWCY.

„Kronika lekarska” i w następnym 1893 roku wychodzić będzie w tej samej formie i objętości i na tych samych warunkach jak i dotychczas.

Szanownych P.P. Prenumeratorów zaległych w opłacie upraszamy uprzejmie o szybkie uregulowanie rachunków, gdyż tym, którzy do końca roku bieżącego nie uiszcili się z należności, nadal „Kroniki” wysyłać nie będziemy.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Doktor A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—23

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 19 Grudnia.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.

Dr. Ig. Barano wski

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.



Okulary, Binokle najcelniejszych fabryk w najnowszych fasonach, Lornetki, Termometry wszelkiego rodzaju, Irygatory, Inhalatory, Suspensoryja, Bandaże rupturowe, Woreczki higieniczne, Gąbki ochronne oraz wszelkie narzędzia optyczno-hirurgiczne, poleca najtaniej optyk

JULJAN DREHER Szpitalna Nr. 6.

Biednym według uznania WW. pp. doktorów po cenie kosztu. Przyjmuje wszelkie reperacje.

12—7