

GAZETA LEKARSKA

TRESĆ. I. Z. SŁAWIŃSKI. O znieczuleniu miejscowem. [Str. 1109] II. WŁADYSŁAW JANOWSKI. O nerce ruchomej i wędrującej. (C. d.). Str. 1101. III. ADAM CHOJKO. Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego. (C. d.). Str. 1105. Streszczenie zbiorowe. STANISŁAW SASKI. O odczynie meostagminowym ASCOLI'EGO. Str. 1109. Dr. WACŁAW DOBROWOLSKI. Sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie. Str. 1114. Odcinek. JÓZEF JAWORSKI. V Międzynarodowy Kongres ginekologiczno-akuszerski w Petersburgu. Str. 1118. Wiadomości bieżące. Str. 1123. Nekrologia. Str. 1124. Ogłoszenia.

I. O ZNIECZULANIU MIEJSCOWEM.

Podał

Z. Sławiński,

ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Rocha.

Operowanie w znieczuleniu miejscowem nie rozpowszechniło się u nas jeszcze w stopniu, na jaki, zdaniem mojem, zasługuje, i to przeświadczenie skłania mię do zajęcia uwagi Sz. panów w nadziei, iż zapoznanie się z tą sprawą zmniejszyć winno panujące w tym kierunku uprzedzenia.

Przy pierwszych próbach przed 7-u laty, operowałem tylko przepukliny pachwinowe i udowe (wolne i uwięzłe) w znieczuleniu miejscowem, posilkując się sposobem CUSHING'a: po rozcięciu powłok, nacieczonych płynem SCHLEICH'a, zastrzykuje się 1%-owy roztwór kokainy w nerwy, przebiegające w kanale pachwinowym. Pomyślne wyniki w następnych zwłaszcza operacjach, zachęciły mię do rozleglejszego stosowania znieczulenia miejscowego wogóle. Obecnie posilkuję się wyłącznie 1/2%-owym roztworem nowokainy z suprareniną ściśle według przepisów H. BRAUNA. Zastrzykuje się ten płyn bezpośrednio w pole operacyjne (*die Lokalanæsthesie*, właściwe lub bezpośrednio znieczulenie miejscowe) lub też znieczula się nerwy danej okolicy, do czego wypada je niekiedy obnażać (*die Leitungsanæsthesie*, co można nazwać znieczuleniem przestaniem). Ten drugi rodzaj znieczulenia umożliwia wykonanie nawet większych zabiegów, lecz tylko na kończynach (rezekeye, amputacye), na

tułowiu zaś i głowie daje się zastosować wyjątkowo (np. dla nerwów międzybrownych lub krtaniowych), wogóle zaś trzeba się tam posiłkować znieczuleniem miejscowym bezpośrednim. Ponadto użyłem raz jeden dotychczas sposobu znieczulania kończyn, podanego przez GOYANES'a i RANSOHOFF'a i podaję go do dalszego wypróbowania ze względu na wynik pomyślny: jest to sposób znieczulania wewnątrzżętniczego. W moim przypadku chodziło o wykonanie amputacji ramienia 80-letniej kobiecie, wyniszczonej długotrwałą gorączką oraz rozległą sprawą ropną. Na poziomie zamierzonego cięcia kolistego zastrzyknąłem pod skórę 20 ctm. sz. roztworu nowokainy, po obnażeniu tętnicy pachowej pod pachą w temże znieczuleniu wstrzyknąłem do niej w kierunku obwodowym 2 ctm. sz. tegoż roztworu przez cieniutką igielkę; miejsce nakłucia nie krwawiło wcale. Po dwu minutach nastąpiło zupełne znieczulenie powłok i amputacja odbyła się bezboleśnie; chora nie odczuła nawet przecięcia i odsuwania okostnej, ani piłowania kości, które zresztą wyraźnie słyszała; bez bólu również odbyło się podwiązanie naczyń, wycięcie nerwów oraz zeszcycie warstwowe powłok.

Wracając do znieczulenia miejscowego, podkreślić trzeba, że w miarę nabywanej wprawy wywołuje się znieczulenie coraz pewniejsze. Oprócz systematyczności i dokładności w tym względzie niezbędnym jest jeden nadto warunek, a mianowicie—operowanie delikatne i szybkie. Liczyć się tu wypada z każdym dotknięciem wrażliwej tkanki, unikać miażdżenia i rozciągania, na czem niewątpliwie zyskuje samo gojenie się rany. Pomimo pośpiechu zabieg w znieczuleniu trwa wogóle dłużej niż w uśpieniu ogólnem. Wpływa na to powolne występowanie znieczulenia miejscowego, potrzeba dodatkowych nieraz zastrzyknięć, wreszcie i konieczność podwiązania drobnych nawet naczyń. Skurczone pod wpływem suprareniny [lub adrenaliny] naczynka łatwo potem krwawią, co stanowi niepożądane powikłanie. Nie zdarzyło mi się dotychczas spostrzedz żadnych objawów następczych otrucia nowokainą, jakkolwiek wstrzykiwałem niejednokrotnie do 150-u ctm. sz. roztworu na raz. U pewnych ludzi po większej ilości płynu [powyżej 100-u ctm. sz.] zjawia się niekiedy bladeść, osłabienie oraz występują obfite poty, mija to wszakże szybko po czarnej kawie lub alkoholu. Tabletki nowokainowe, sprzedawane jako wyjałowione, trzeba jednak wyjałowić ponownie; nie należy również zapominać o tem, że soda rozkłada nowokainę i że dlatego nie można gotować igieł i strzykawki wraz z innymi narzędziami w roztworze sody. Morfinowanie chorego przed znieczuleniem uważam za niepotrzebny dodatek.

Co się tyczy zastosowania, nie nadają się do operowania w znieczuleniu miejscowym wogóle dzieci oraz osobniki zbyt wrażliwe i bojaźliwe; nie podobna się nieraz obyć bez dodatkowego odurzenia [np. eterem] lub uśpienia. Zaznaczyć muszę jednak, że zdobyta wprawa rozszerza stale i wskazania, i wyniki. Dają się w ten sposób usuwać guzy warg, języka, śluzówki jamy ustnej i gardzieli; otwierać można zatoki szcękowe, tchawicę i krtani oraz częściowo lub całkowicie ją usuwać, jak również wole; wykonalne jest cięcie brzuszne nie tylko rozpoznawcze, lecz i w celu wytworzenia przetoki lub zespolenia jelit, a nawet usunięcie zrostów i wyrostka robaczkowego przy po-

wierzchownem jego położeniu; następnie: cięcie nadłonowe, rozmaite zabiegi na jądrach i członku, usuwanie guzów krwawnicowych, rozpadlina odbytu. Najważniejsze pole zastosowania stanowią przepukliny brzuszne, zwłaszcza pępkowe i pachwinowe u osobników otyłych i w wieku podeszłym; dzięki znieczuleniu miejscowemu wzrosła bezsprzecznie operacyjność przepuklin wogóle. Bez obawy o stan ogólny usuwać możemy doszczętnie takie np. przepukliny, które ruszaliśmy tylko wskutek uwięźnięcia. Tu leży, zdaniem mojem, największa zdobycz i zaleta tej metody, usuwa ona bowiem ów nieobliczalny dotychczas czynnik w rokowaniu, a mianowicie usypianie ogólne i jego przebieg.

II. O NERCE RUCHOMEJ I WĘDRUJĄCEJ.

Podał

Władysław Janowski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 44].

Czwarty, podstawowy warunek utrzymywania się nerki w jej prawidłowym położeniu stanowi prawidłowe ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej. To ostatnie warunkuje się prawidłowem napięciem wszystkich tkanek i narządów, otaczających i wypełniających jamę brzuszną. Dlatego też nerki posiadają skłonność do opuszczania się przy zmniejszeniu napięcia powłok brzucha, czy to wskutek ogólnego wychudnięcia ustroju, czy też wskutek szybkiego opróżnienia jamy brzusznej [z płynu, płodu, nowotworu i t. d.]. Poza tem wpływ zmniejszenia ciśnienia wewnątrzotrzewnego dowiedziony został w r. 1890 zapomocą doświadczeń, wykonanych na zwłokach przez KOBANYI'ego, który przekonał się, iż w postawie stojącej trupa nerki obniżają się dopiero po otwarciu jamy brzusznej; WOŁKOW i DIELICYN doszli prócz tego do przekonania, że dla obniżenia się nerek u stojącego trupa wystarcza wycięcie mięśni z powłok brzusznych.

Już samo rozpatrzenie wyżej przytoczonych 4-ch warunków, niezbędnych do prawidłowego umocowania nerek, przesądza sprawę pochodzenia nerki ruchomej i wędrującej. Do powstawania stanu tego usposabia wszystko, cokolwiek wpływa w znaczeniu najogólniejszem na zmianę kształtu i napięcia łózyska nerkowego oraz na zmniejszenie ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej.

Wszyscy autorowie zgadzają się obecnie na to, że ruchomość chorobowa nerek powstaje wyłącznie u osób specjalnie do tego usposobionych i że potrzebne jest przytem zadziaływanie jednego z poniżej wyszczególnionych czynników.

Na takie specjalne usposobienie pewnych osobników do ruchomości nerek wska zywali już dawniej LITTEN, DUNIN, EWALD, GUETTERBROTE, a w cza-

sach ostatnich ALBARRAN, WALSCH i COMBY. Wszyscy ci autorowie dowodzili jednak słuszności swego zdania, opierając się jedynie na analogiach. Wiadomo również, iż u osobników takich spostrzega się często wychodzenie naczyń z punktów nieprawidłowych [GLOUTENAY i GOSSET]. HEVERAL opisał nieprawidłowy rozwój przedniej połowy nerki patologicznie ruchomej; ALBARRAN spotykał kilkakrotnie u rzezonych osobników płatową budowę nerki, swoistą dla płodu. HARVEY REED znalazł w pewnych zwłokach, iż nerka lewa, z nieprawidłowo odchodzącymi naczyniami, znajdowała się w miednicy małej wskutek wrodzonego przemieszczenia jej, gdy nerka prawa stała się nagle chorobowo ruchomą po nieznacznym urazie. PASTEAU znalazł w przypadku nerki ruchomej brak lewego płatu wątroby. Wiadomo, iż nerkę ruchomą spostrzega się szczególnie często u chorych z przepuklinami. Niektórzy autorowie opisywali nawet przypadki nerki ruchomej dziedzicznej. Np. ALBARRAN operował z powodu nerki ruchomej 2 siostry, a STAFFER — matkę z jedną nerką ruchomą i córkę jej — z obydwoma.

Fakty powyższe rzeczywiście kazały się domyślać, iż nerka chorobowo ruchoma powstaje u osobników z pewnymi zбочeniami w rozwoju trzew. Dopiero jednak WOŁKOW i DIELICYN pierwsi rozwiązali dla danej kwestyi to nieuchwytnie X, które odpowiada ogólnemu, niestety, przeważnie mglistemu określeniu dziedziczności. Wykazali oni mianowicie, jak już było zaznaczone, że w odnośnych przypadkach większe lub mniejsze usposobienie do powstawania nerki ruchomej, względnie wędrującej, polega na tem, iż u jednych osobników łożyska nerkowe są krótsze i szersze, u innych zaś — dłuższe i ku dołowi zwężone. Słowem, WOŁKOW i DIELICYN wyjaśnili, na czem polega, że tak powiem, typ budowy człowieka z usposobieniem do nadmiernej ruchomości nerki i przytem wyjaśnili to w sposób bardziej rzeczowy, niż tego zdołali dopiąć BECKER oraz LENNHOF, którzy twierdzą, że patologiczna ruchomość nerki jest swoistą dla osób o pewnym określonym typie budowy ciała. Według ich zdania dla każdej miejscowości istnieje t. zw. „współczynnik ruchomości nerki“, obliczany zapomocą stokrotnego powiększenia ilorazu, otrzymanego od dzielenia odległości między więciem jarzmowem mostka a spojeniem łonowem przez najmniejszy obwód brzucha. Dla berlińczyków współczynnik ten wynosi 77. Wszystko to stanowi, oczywiście, próbę przyżyciowego zgadywania tego, co zostało już ściśle ustalone przez WOŁKOWA i DIELICYNĄ na zwłokach.

Starałem się tu wyjaśnić, na czem polega usposobienie anatomiczne do powstawania chorobowej ruchomości samych tylko nerek. Zdarza się jednak, że nerka wędrująca powstaje u osobników, posiadających wrodzoną wadę rozwojową wszystkich wogóle narządów wewnętrznych. W tych przypadkach nerka ruchoma (*nephroptosis*) stanowi jedynie jeden z objawów ogólnego opadnięcia trzew. Jakkolwiek GUTTMANN, SENATOR, EWALD i ALBARRAN twierdzą stanowczo, że opadnięcie trzew (*enteroptosis*) rzadko towarzyszy opadnięciu nerki (*nephroptosis*), mimo to na podstawie własnego doświadczenia muszę stwierdzić nie mniej stanowczo, że opadnięcie nerki spotyka się niezbyt rzadko jako objaw ogólnego opadnięcia trzew. Ta rozbieżność zdań zależy, prawdo-

podobnie, od różnie w warunkach miejscowych. Uważam jednak za przesadny pogląd, w obronie którego występuje GLENARD, a u nas autor pięknej monografii o opadnięciu trzew, E. ZIELIŃSKI, pogląd, podług którego nerkę ruchomą spotyka się jedynie u ludzi z opadnięciem trzew. Jakkolwiek bowiem z jednej strony jest oczywistem, że przy ogólnem opadnięciu trzew oraz wiotkości powłok brzusznych istnieją wszystkie warunki dla powstania nawet nerki wędrującej [a nie tylko ruchomej], to z drugiej strony każdy klinicysta miejscowy przypomni sobie niemało przypadków nerki patologicznie ruchomej, w których nie było najmniejszej podstawy do podejrywania ogólnego opadnięcia trzew. Innemi słowy, opadnięcie trzew prawie bez wyjątku prowadzi do nadmiernej ruchomości nerki, natomiast nerka ruchoma spotyka się często przy braku ogólnego opadnięcia trzew. Gdyby ktokolwiek miał pod tym względem pewne wątpliwości, powinnyby się one rozwiać chociażby dlatego, iż znaną jest w piśmiennictwie niemała liczba przypadków, w których wszystkie dolegliwości, wywołane przez nerkę ruchomą, ustępowały po jej przyszcyciu (*nephropexia*), t. j. po zabiegu, który, oczywiście, przy ogólnem opadnięciu trzew pomocnym być nie może. Na okoliczność tę powinni zwracać uwagę chirurdzy przy wyborze przypadków do leczenia operacyjnego. Dla poglądu mego, opartego na doświadczeniu, znajduje trwałą podstawę naukową znowu w wynikach badań WOŁKOWA i DIELICYNA, którzy wytłómaczyli w wyżej wymieniony sposób możliwość istnienia nerki ruchomej bez ogólnego opadnięcia trzew.

Omówiliśmy powyżej warunki anatomiczne, usposabiające do powstawania nerki ruchomej. Jak już jednak zaznaczyłem, na równi z budową anatomiczną łożyska nerkowego, znaczenie dla utrzymywania ruchomości nerki w granicach normy posiada prawidłowe ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej. Stąd łatwo wywnioskować, że drugą grupę warunków, usposabiających do chorobowej ruchomości nerek, stanowią będą te, które prowadzą do zmniejszenia ciśnienia, panującego w jamie brzusznej. Wpływy obu powyższych warunków usposabiających [anatomicznego i statycznego] w rzeczywistości sumują się najczęściej, przyczem zaburzenia w warunkach statycznych potęgują w znacznym stopniu wrodzone usposobienie do ruchomości nerki, wynikające ze stosunków anatomicznych.

Do stanów, usposabiających do powstawania nerki chorobowo ruchomej, względnie wędrującej, wskutek zmian w ciśnieniu wewnątrz jamy brzusznej, należy w 1 szym rzędzie ciąża, ściślej mówiąc, okres połogu. Jakkolwiek bowiem nerka ruchoma spotyka się bez wątpienia i u dziewic, nie mniej przeto znaczna większość przypadków nerki ruchomej dotyczy wieloródek. Wiadomo, iż ciąża w bardzo znacznym stopniu sprzyja zwiótczeniu wszystkich wogóle tkanek, szczególnie zaś aparatu więzadłowego, znajdującego się w jamie brzusznej. Wskutek następującego potem porodu zmniejsza się nagle i w stopniu bardzo znacznym ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej. W ten sposób stwarzają się warunki anatomiczne i dynamiczne, dzięki którym położnice, posiadające pewne, choćby nieznaczące usposobienie anatomiczne, stają się szczególnie podatne do rozwinięcia się u nich nerki ruchomej bądź samoist-

nej, bądź też łącznie z ogólnem opadnięciem trzew. Do powstawania tych stanów chorobnych u położnic przychodzi tem łatwiej, im wcześniej wstają one z łóżka i im częściej wykonywają wysiłki fizyczne. Zaznaczam przy sposobności, że następna ciąża, zwiększając znów ciśnienie w jamie brzusznej, w znacznym stopniu przyczynić się może do powrotu prawidłowych stosunków anatomicznych, pod warunkiem jednak prawidłowego zachowania się w położu.

Z tego samego względu następujące czynniki w wysokim stopniu wzmagają istniejące już usposobienie do ruchomości nerki; należą tu: szybkie chudnięcie, np. w okresie utajonej gruźlicy, prowadzące do zmniejszenia ciśnienia w jamie brzusznej wskutek znikania tłuszczu w samej jamie brzusznej oraz w jej otoczeniu, wielokrotne wypuszczanie obfitych wysięków i przesieków z jamy brzusznej, usunięcie z niej znacznych guzów, oraz t. zw. brzuch obwisły, przy którym ciśnienie w jego wnętrzu staje się niższem od prawidłowego. Dalej, nie ulega dla mnie wątpliwości, że do omawianego stanu chorobnego usposabiają również i dużych rozmiarów guzy wątroby, spychające stopnicwo prawą nerkę ku dołowi i w ten sposób rozszerzające jej łożysko. Należą tu również duże guzy nadnerczy i trzustki oraz przepukliny kątnicy, wogóle jelita grubego, które zmniejszają ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej i przyczyniają się do zmiany prawidłowego kształtu łożysk nerkowych.

Prócz warunków usposabiających do powstawania nerki ruchomej, niezbędne są jeszcze czynniki wywołujące ten stan chorobowy u osobników ku temu skłonnych. Uogólniając wszystkie rodzaje tych czynników wywołujących, możemy je określić wspólną nazwą urazu, którego istota działania polega na wyprowadzeniu nerek z ich prawidłowego położenia. DUNIN twierdził, iż nagły uraz nie może być przyczyną chorobowej ruchomości nerki. Pogląd ten możnaby uważać za trafny jedynie w stosunku do osobników, bezwzględnie nie usposobionych do ruchomości nerki. U osobników zaś z odpowiedniem usposobieniem wpływ urazu nieda się zaprzeczyć. HENOCH, mianowicie, opisał przypadek, dotyczący oficera, który spadł z konia na nogi i u którego powstało natychmiast obustronne opadnięcie nerek.

TUFFIER przytacza przypadek, w którym chłopiec, po zeskoczeniu na nogi z niewysokiego ganeczku, poczuł natychmiast silny ból, pochodzący od obniżenia się prawej nerki, przyczem ból ten dolegał mu od owej chwili w sposób tak dotkliwy, iż musiano wykonać przyszcycie nerki.

A zatem niema podstaw do nieuznawania wpływu pojedynczego ostrego urazu. Nie ulega jednak wątpliwości, że chorobową ruchomość nerki wywołują o wiele częściej wielokrotne, choćby i nieznaczne, urazy ostre, jako przykład których może służyć podnoszenie ciężarów wkrótce po odbytych porodzie. Dlatego też nerkę ruchomą spotykamy znacznie częściej u kobiet klas niższych, zmuszonych do opuszczania łóżka w krótkim czasie po porodzie i do brania się natychmiast do ciężkiej pracy fizycznej.

[D. c. n.].

III. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz
przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego.

Podał

Adam Chojko.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 44].

ZWIĄZEK CHOROBY CUKROWEJ Z NIEKTÓREMI
INNEMI CHOROBAMI.

Dawniej podejrzywano syfilis, że bywa sprawcą cukrzycy, a SCHNEE ¹⁾ nawet uważał go za najczęstszą przyczynę tej choroby. Autorowie, którzy podtrzymywali to twierdzenie, opierali się na spostrzeżeniach, iż wśród chorych cukrzycowych znajduje się dużo syfilityków. Tłómaczy się to jednak tem, że syfilis jest częstą chorobą wśród tych klas, które podlegają cukrzycy. W rzeczywistości wyjątkowo tylko spostrzegano przypadki, w których leczenie swoiste usuwało cukromocz. Podają je LEUDET, FRERICHS i inni, cytowani przez LÉPINE'a ²⁾. Łatwo można zrozumieć, że kilaki mózgu, syfilis trzustki mogą wywoływać cukrzycę i zniknąć wraz z nią po leczeniu swoistem. Na ogół jednak wyraźnego związku przyczynowego syfilisu z cukrzycą dopatrzeć nie można i leczenie swoiste pozostaje bez żadnego skutku. Zwracano uwagę, że chorzy dotknięci cukrzycą rzadko się zarażają syfilisem, co zresztą można tłómaczyć częstą u tych chorych niemocą płciową. Jeden z naszych chorych, 30-letni, ze znaczną ilością cukru w moczu, zaraził się w 10 miesięcy po stwierdzeniu cukrzycy. Przebieg syfilisu nie miał w sobie nic szczególnego, o czem wspominam ze względu, że twierdzono, iż wrzód syfilityczny u cukrzycowych przybiera charakter żrący [fagedeniczny], a objawy wtórne występują niezmiernie wczesnie.

Parę zaledwie znajdujemy w literaturze opisanych przypadków, w których gruźlica płuc niewątpliwie poprzedzała cukrzycę [LÉPINE, OEDER, THORSPECKEN], natomiast często jest notowaną w następstwie cukrzycy, szczególnie w praktyce szpitalnej. I wśród naszych chorych szpitalnych znajdujemy gruźlicę płuc u 40³/_o, zawsze w następstwie cukrzycy. Gruźlica często miała

¹⁾ Cyt. LÉPINE, str. 398.

²⁾ Str. 399.

przebieg ostry, ilość moczu dobową stopniowo się zmniejszała, tak samo i odsetka cukru, który parę razy zniżał zupełnie; często występował przed śmiercią białkomocz. Znacznie rzadziej spotykamy gruźlicę płuc w praktyce prywatnej [u 5-u osób na 46].

Rak, podług wielu autorów, nierzadko zdarza się w cukrzycy, szczególnie rak wątroby, jak twierdzi BOUCHARD. TUFFIER stara się objaśnić względną częstość raka przy cukrzycy tem, iż pośród chorych cukrzycowych znajdujemy wielu artrytyków, artretyzm zaś usposabia i do jednej i do drugiej choroby. Jakkolwiek u naszych chorych z praktyki prywatnej znajdujemy dużą odsetkę artrytyków, rak [żołądka?, trzustki?] notowany był tylko w jednym przypadku. Na kilkanaście przypadków raków wątroby i kilka trzustki, stwierdzonych sekcyjnie u naszych chorych szpitalnych, ani razu nie spostrzeżono cukrzycy za życia.

Zdaniem wielu klinicyстів w przebiegu cukrzycy rzadko się widuje wady serca organiczne, reumatyzm stawowy i cierpienia błon surowiczych, szczególnie opłucnej. W naszych przypadkach znajdujemy u jednego chorego zwężenie lewego ujścia żylnego, stwierdzone przy badaniu pośmiertnym, w jednym przypadku ostry reumatyzm stawowy, raz zapalenie błony brzusznej surowiczo-ropne w następstwie ropnia w okolicy kiszki ślepej, również stwierdzone sekcyjnie; aż w 3-ch przypadkach znajdujemy zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym, dwa stwierdzone i po śmierci, a jeden za życia przy próbnym przekłuciu¹⁾. NOORDEN zaznacza, że chorzy na cukrzycę z wadami serca nie dostają puchliny; nasz chory miał nogi silnie spuchnięte; podczas pobytu w szpitalu puchlina nóg zniknęła. Przypadek reumatyzmu stawowego dotyczył 69-letniego chorego otyłego, artrytyka [kolka żółciowa i nerkowa, napady podagryczne]. Po 13-u latach cukrzycy średniego natężenia chory ten zapadł w roku bieżącym w początku kwietnia na reumatyzm stawowy ostry, który trwał przez 5 tygodni prawie bez gorączki prócz pierwszych 2-u dni stanu podgorączkowego; bardzo liczne stawy, zwłaszcza drobne rąk i nóg, były obrzmiałe, a powłoki nad nimi zaczerwienione. Cierpienie szybko przeskakiwało z jednych stawów na drugie i bardzo powoli ustępowało mimo wielkich dawek salicylanu sodu i środków przeciwbolowych.

L U Ż N E U W A G I.

Jak wiadomo u ludzi zdrowych zużywanie wodań węgla odbywa się normalnie tylko do pewnej granicy, przejście tej granicy może spowodować czasowy cukromocz; być może, że jeżeli granica ta stale bywa przekraczana przez czas dłuższy, to cukromocz może przejść w trwały i występują wszystkie objawy moczówki cukrowej. Dwa takie przypadki cukrzycy pokarmowej były

¹⁾ O wysiękach w opłucnych znajduję wzmianki w kilku pracach z naszego piśmiennictwa.

sposzregane na oddziale. W jednym 24-letni pracownik cukierniczy niezadługo po objęciu obowiązków w cukierni, gdzie stale jadał dużo słodczy, zapadł na ciężką cukrzycę [cukru 12,5%], z którą przybył na oddział. W drugim przypadku 19-letni wieśniak po wstąpieniu na służbę do piekarni, gdzie odżywiał się przeważnie pieczywem, po pewnym czasie zapadł na ciężką cukrzycę. U wielu chorych z praktyki prywatnej zwłaszcza kobiet podawano w wywiadach, że chore te przez bardzo długi czas zjadały bardzo dużo słodczy [jedna z chorych, na przykład, całemi latami co najmniej po funcie cukierków dziennie]. Na wzmiankę zasługuje następujący przypadek: chora 39-letnia, już przed 9-u laty miała cukier w moczu; odsetka cukru nawet przy pewnej dyecie wynosiła 5,9% do 4%. Wskutek moralnych przykrości chora ta postanowiła prędzej umrzeć; w tym celu przez dwa tygodnie odżywała się tylko cukierkami i cukrem; nastąpiła zapaść i śmierć.

62-letnia chora szpitalna z ciężką cukrzycą przebyła cholerynę bezpośrednio przed wystąpieniem objawów cukrzycy. W dwu przypadkach na rok przed cukrzycą notowano krwawą biegunkę ¹⁾. U 48-letniego chorego szpitalnego z ciężką cukrzycą pierwsze objawy chorobne zjawily się niezwłocznie po napadzie kolki [trzustkowej?]: gwałtowne bole w dołku, jednorazowe wymioty, silna biegunka, utrata przytomności; napady takie, acz słabsze [bez wymiotów i omdlenia] powtarzały się jeszcze parę razy w przebiegu cukrzycy.

Znanym jest powszechnie fakt częstego występowania wrzodziarek i wąglika (*anthrax*) u chorych na cukrzycę. Z materiału mego mógłbym przytoczyć parę odwrotnych przypadków; w których na szereg lat przed pierwszymi objawami cukrzycy chorzy cierpieli na wrzodziarki i wąglik, podlegali z tego powodu operacji, a cukru w moczu wtedy jeszcze nie okazywali.

Przypadków, które wskazywałyby na zajęcie przysadki mózgowej lub nadnerczy w materiale swoim nie odnalazłem ²⁾; co do trzustki, to zanik jej notowano w 3-ch sekcyach na 7.

Z nerwobólów za najczęstszy poczytują w cukrzycy nerwoból n. kulszowego (*ischias*). W moim materiale pierwszym objawem cukrzycy był w jednym przypadku nerwoból splotu ramieniowego, w drugim—międzyżebrowy, w innym jeszcze napady duszniczy bolesnej rzekomej.

¹⁾ W dawniejszem piśmiennictwie naszym cholera w wywiadach u chorych cukrzyco-
wych nieraz się powtarza.

²⁾ W 3-ch przypadkach choroby ADISONA, jakie na oddziale spostrzegano, cukru w moczu nie znaleziono; w jednym z tych przypadków nie udało się wywołać cukromoczu pokarmowego. Jedna z chorych po kilkoletniem trwaniu cukrzycy obudziła się nagle rano z pewnem oszołomieniem głowy i z hemianopsją obustronną prawą. O ile hemianopsya obustronna skroniowa (*bitemporalis*) przemawiała by wprost za cierpieniem przysadki mózgowej, o tyle hemianopsya prawa pozwala tylko wnosić o cierpieniu prawego szlaku wzrokowego lub też jego dróg wewnątrzmożgowych. Na sekcyach chorych szpitalnych z naszego oddziału wielokrotnie znajdowano zmiany w okolicy dna czwartej komory mózgowej: nowotwory, jamy w rdzeniu przedłużonym (*syringomyelia*), wągry (*cysticercus*), zapalenie przewlekle opon dokoła rdzenia przedłużonego. Cukrzycy za życia u tych chorych nie było ani razu.

Jedyny przypadek u dziecka [chłopiec 14-letni] miał przebieg złośliwy, trwał niespełna dwa lata, ciężar właściwy moczu dochodził 1042, a nawet 1050.

W jednym przypadku zgorzeli płuc chora przez długi czas (parę miesięcy) w bezwonnej płwocinie wykrztuszała cząsteczki tkanki płucnej, dające się dostrzedz już gołym okiem. Na krótko przed śmiercią zaczęła odpluwać olbrzymie ilości (przeszło kufel) bardzo cuchnącej płwociny. Wspominam o tem, bo zwykle podają, że płwocina w zgorzeli płuc u cukrzycowych nie cuchnie.

Wobec ogromnych ilości moczu, oddawanych przez chorych na cukrzycę, możnaby oczekiwać, że choroba ta będzie wyłączała piasek i kamienie nerkowe, ile, że te zostaną wypłukane, zanim zdołają się utworzyć; fakty jednakże stwierdzają co innego. Jedna z naszych chorych wydalala kamienie już podczas rozwiniętej cukrzycy; drugi chory miał podczas cukrzycy napady kolki nerkowej.

Co do leczenia chciałbym wspomnieć o wpływie diety owsianej stosowanej na naszym oddziale u dwu chorych cukrzycowych. W pierwszym przypadku, u 34-letniego wieśniaka, chorego od 8-u miesięcy, otrzymaliśmy następujące liczby przeciętne, dotyczące moczu:

Przy 13-dniowej dyecie mieszanej i mlecznej: przeciętna dobowo ilość moczu 3310 ctm. sz., ciężar właściwy 1031,7, cukru 6% (3-krotne określanie % cukru).

Przy 9-dniowej dyecie przeważnie białkowej i tłuszczowej: dobowo ilość moczu 2277 ctm. sz., ciężar właściwy 1031,7, cukru 4,7% [4-krotne określanie % cukru].

Przy 13-dniowej dyecie owsianej [chory dostawał na dobę $\frac{1}{2}$ funta kaszki owsianej i tyleż masła]:

dobowo ilość moczu 2267 ctm. sz., ciężar właściwy 1034, cukru 6,8% [5-krotne określanie % cukru].

W następnym 5-dniowym okresie przy dyecie mieszanej:

ilość dobowo moczu 2012 ctm. sz., ciężar właściwy 1037,4, cukru nie określano.

Przez cały czas pobytu chorego na oddziale próba GERHARDA (półtora chłonek żelaza) na kwas aceto-octowy wypadala zawsze ujemnie.

Drugi przypadek dotyczył 55-letniego technika, dotkniętego iście wilczym głodem, chorego od lat dwu. Przy 6-tygodniowej dyecie mieszanej, otrzymano następujące przeciętne liczby dotyczące moczu:

dobowo ilość moczu od 5-u do 6-u litrów., ciężar właściwy wahał się od 1028 do 1037, cukru 4,66% [2-krotne określanie]. Próba LIEBEN'a na aceton i GERHARDA na kwas aceto-octowy wypadaly zawsze dodatnio. W pokoju chorego, a nawet w sąsiednim korytarzu stale dawał się czuć silny zapach acetonu.

W czasie następnych 12-u dni przy dyecie mieszanej z dodaniem na dobę pół funta kaszy owsianej chory wykazywał przeciętnie:

dobową ilość moczu 8950 ctm. sz., ciężar właściwy 1026,8, cukru 0,6% (4-krotne określanie % cukru). Drugiego już dnia zniknął zapach jabłkowy w otoczeniu chorego, a po dwu dniach próby LIEBEN'a i GERHARDA wypadały zawsze ujemnie.

Przez następne 11 dni chory otrzymywał zwykle pożywienie mieszane, bez owsianki. W czasie tym zanotowano przeciętnie:

dobową ilość moczu 11295 ctm. sz., ciężar właściwy 1025,6, cukru 5,6% (dwukrotne określanie % cukru). Od drugiego już dnia w moczu znajdowano aceton (próba LIEBEN'a i LEGALA), a po 5-u dniach i kwas aceto-octowy (próba GERHARDA, z początku bardzo słaba, później coraz wybitniejsza).

Przez następnych 6 dni chory dostawał obok diety mieszanej santoninę po $0,05 \times 3$ na dobę. Otrzymano w tym czasie przeciętnie:

dobową ilość moczu 10090 ctm. sz. o ciężar ze właściwym 1026,1, cukru 6,16% (jednorazowe określanie cukru).

Chory ten znajduje się jeszcze pod naszą obserwacją.

[D. c. n.]

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O odczynie meiotagminowym Ascoli'ego.

Podał

Stanisław Sasaki.

Jakkolwiek w dziedzinie odporności sprawy natury fizyczno-chemicznej odgrywają bezsprzecznie rolę wybitną, nie mniej przeto ta strona spraw odpornościowych była dotychczas prawie zupełnie nie wyzyskana do badania odczynu ustroju na zakażenie i poza metodami biologicznymi do rzeczonych badań nie stosowano prawie zupełnie ściślejszych sposobów badania fizyczno-chemicznego. Okoliczność ta skłoniła prof. M. ASCOLI'ego do zajęcia się zmianami natury fizyczno-chemicznej, zachodzącymi w ustroju w związku z mechanizmem uodpornienia.

Pewne zjawiska w dziedzinie odporności nasuwają przypuszczenie, iż pozostają one w związku z powstawaniem ciał, łatwo ulegających osmozie. Ponieważ zaś, z drugiej strony, między własnościami osmotycznymi płynów a ich napięciem powierzchniowym istnieje ścisła zależność, przeto wydawało się napięciem powierzchniowym poddać szczegółowemu zbadaniu zachowanie się napięcia powierzchniowego w płynach, zawierających pierwiastki odporności, a mianowicie zachowanie się tego napięcia w surowicy krwi, posiadającej substancje ochronne, przy zetknięciu się jej z antygenami swoistymi.

Do określenia napięcia powierzchniowego badanych płynów stosował

ASCOLI sposób kropłowy, posiłkując się przy tem stalagmometrem¹⁾ TRAUBEGO. Przyrząd ten daje przy pewnej wprawie badającego wyniki dość ściśle, przyczem błąd w liczbie kropel wynosi zazwyczaj nie więcej nad drobny ułamek [$\frac{1}{9}$ — $\frac{2}{9}$] kropli.

W doświadczeniach swych postępował ASCOLI w sposób następujący: do 9-u ctm. sz. surowicy osobników zdrowych lub chorych, rozcieńczonej fizyologicznym rozczyntem soli, dodawał 1 ctm. sz. odpowiedniego antygeny, rozcieńczonego również fizyologicznym rozczyntem soli i natychmiast określał liczbę kropel zapomocą stalagmometru. Następnie mieszaninę umieszczał w cieplarni w ciepłocie 37° na przeciąg 2-u godzin, poczem powtórnie określał liczbę kropel, po uprzednim ochłodzeniu płynu do ciepłoty pokojowej.

W biegu doświadczeń stwierdził ASCOLI, iż przy połączeniu surowicy osobników chorych na dur brzuszny ze swoistym antygenem, w danym razie z wyciągiem, otrzymanym z hodowli laseczników durowych, liczba kropel po dwugodzinnem przebywaniu mieszaniny w cieplarni zwiększa się, t. j. następuje obniżenie napięcia powierzchniowego cieczy. Przyrost liczby kropel bywa niewielki. Wynosi on mianowicie 1—3—5 kropel, powtarza się jednak stale przy połączeniu antygeny z surowicą swoistą. Natomiast przy użyciu surowicy prawidłowej lub przy zastąpieniu antygeny rozczyntem fizyologicznym soli liczba kropel pozostaje niezmienną, lub też przyrost wynosi drobne części kropli, nie przewyższając 1 kropli.

Wyniki pierwotne, otrzymane przez ASCOLI'ego dla połączeń surowicy durowych ze swoistym antygenem, znalazły potwierdzenie w całej rozciągłości w dalszych badaniach tegoż autora oraz współpracownika jego, G. IZARA, przyczem okazało się, iż obniżenie napięcia powierzchniowego cieczy występuje również przy połączeniu odpowiednio przyrządzonych antygenów z surowicami osobników gruźliczych, syfilitycznych oraz dotkniętych nowotworami złośliwymi. Z badań zarówno wyżej wymienionych autorów, jak również wszystkich innych, którzy się dotychczas tą sprawą zajmowali, wynika niezbicie, iż omawiany odczyn, nazwany przez ASCOLI'ego meiostagminowym²⁾ (*Meiostagminreaktion*), posiada wszystkie cechy odczynu ściśle swoistego dla chorób zakaźnych [dur brzuszny, gruźlica, syfilis], ewent. pasorzytnicznych [bąblowiec, choroba tęgoryjcową] oraz dla nowotworów złośliwych [rak, mięsak].

Strona techniczna wykonania odczynu meiostagminowego podług wyżej przytoczonego przepisu, podanego przez twórcę tego sposobu badania, nie nasuwa żadnych trudności i, według zgodnej opinii wszystkich autorów, może być z łatwością opanowaną. Samo liczenie kropel płynu zostało jeszcze ułatwione dzięki zastosowaniu przez DE AGOSTINIEGO i STABILINIEGO specjalnego przyrządu, zaznaczającego automatycznie liczbę spadłych kropel oraz dającego zapomocą dzwonka sygnał, zwiastujący koniec wyciekania płynu.

Najważniejszym, a zarazem najtrudniejszym momentem w technice odczynu meiostagminowego,—momentem, od którego w całości zależy prawidłowy wynik odczynu,—jest przyrządzenie odpowiedniego antygeny. Jako antygeny durowe używali ASCOLI i IZAR, a za nimi i VIGANÒ, wyciągu z laseczników durowych, przyrządzonego według sposobu NEISSER'a i SHIGA'y,

1) Stalagmometr jest to przyrząd, zapomocą którego napięcie powierzchniowe cieczy oznacza się według liczby kropel, którą daje określona objętość danej cieczy, kapiącej z określonej powierzchni przy pewnej stałej temperaturze cieczy. Oczywiście, im mniejszą jest objętość każdej kropli, a co za tem idzie, im większą ich liczba w danej objętości cieczy, tem mniejsze jest jej napięcie powierzchniowe.

2) Od greckiego: μειων — mniejszy i σταλα — kroplę.

z tą jedynie różnicą, iż zawieszina laseczników nie była ogrzewana do 60°, gdyż z takiej zawiesziny nie można było otrzymać antygeny czynnego. Spособy otrzymywania wszelkich innych antygenów, a więc gruźliczego, syfilitycznego, bąblowcowego, tęgoryjcowego oraz nowotworowego opracowane zostały przez ASCOLI'ego i IZARA. Nie będziemy się tu zatrzymywać nad szczegółami dość skomplikowanych sposobów przyrządzania tych antygenów, zauważymy jedynie, iż są to nagół, z pewnemi tylko odmianami, stężone eterowe [dla nowotworów] lub wyskokowe [wszelkie inne] rozczyzny suchej pozostałości, otrzymanej przez odparowanie wyciągów wyskokowo-eterowych, przyrządzonych z odpowiedniego materiału, a więc z laseczników gruźliczych, z ciał tęgoryjców, z pęcherza bąblowca, roztartej śledziony płodów syfilitycznych lub wreszcie z rozdrobnionych części nowotworów złośliwych. Te rozczyzny stężone, stanowiące t. zw. antygeny podstawowe (*Stammantigen*), nie mogą być używane do właściwego odczynu z surowicami. Nadają się do tego jedynie antygeny rozcieńczone zapomocą fizyologicznego rozczynu soli, przyczem dla każdego antygeny podstawowego należy nprzednio określić stopień rozcieńczenia, w jakim może on być używany do odczynu. Za takie należyte rozcieńczenie antygeny uważa się to najsłabsze rozcieńczenie, przy którym 1 ctm. sz. antygeny, dodany do 9-u ctm. sz. 20-krotnie rozcieńczonej surowicy prawdziwej, po 2-u godzinach przebywania w cieplarni powoduje obniżenie napięcia powierzchniowego, wyrażające się przyrostem nie więcej nad jedną kroplę dla stalagmometru TRAUBEGO o pojemności 56 kropel. Antygeny odznaczają się na ogół wielką nietrwałością: psują się one już pod wpływem dłuższego stania, od dodatku minimalnej ilości wody, wreszcie, jako wynika z doświadczeń de AGOSTINIEGO, tracą one na wartości pod wpływem wstrząsania mechanicznego. O istocie oraz własnościach chemicznych pierwiastków czynnych w antygenach, wiadomo dotychczas nie wiele. Pod względem rozpuszczalności w różnych płynach zachowują się antygeny nie jednakowo. Np. antygen durowy rozpuszcza się w wyskoku, nie rozpuszcza się w eterze, acetonie, benzolu; antygeny syfilityczny i nowotworowy rozpuszczają się w eterze, pozatem nowotworowy rozpuszcza się w toluolu, chloroformie, ligroinie, siarczku węgla i w eterze naftowym, nie rozpuszcza się natomiast w wyskoku, acetonie i benzolu.

Odczyn meiostragminowy zyskać sobie może prawo obywatelstwa w nauce w tym tylko, oczywiście, wypadku, jeżeli na wielkim materiale dowiedziona zostanie bez wszelkiej wątpliwości swoistość jego dla spraw zakaźnych oraz nowotworowych. Wyniki badań dotychczasowych, przeprowadzonych, nawiasem mówiąc, prawie wyłącznie przez badaczy włoskich, zdają się zachęcać do dalszych prób w tym kierunku.

Odczyn meiostragminowy z surowicą krwi osobników chorych na dur brzuszny wykonany został dotychczas, jak widać z odnośnego piśmiennictwa, zaledwie w 15-u przypadkach. Z 9-u przypadków IZARA wszystkie dały wynik dodatni z antygenem durowym. 18 przypadków innych chorób dało z tymże antygenem wynik ujemny. VIGANÒ otrzymał w 6-u przypadkach duru wynik dodatni z antygenem durowym i ujemny z antygenem paratyfusu A i B. Surowice osobników zdrowych, służące do kontroli, dały bez wyjątku odczyn ujemny.

W gruźlicy płuc stosował IZAR odczyn meiostragminowy w 40-u przypadkach; z nich 39 dało z antygenem gruźliczym odczyn dodatni, a jeden tylko dał odczyn ujemny. Z innymi antygenami dały wszystkie te przypadki odczyn ujemny. 74 surowice, wzięte od osobników wolnych od gruźlicy, reagowały z antygenem gruźliczym ujemnie. D'ESTE wypróbował odczyn meiostragminowy w 15-u przypadkach gruźlicy chirurgicznej (*lymphadenitis, osteomyelitis, otitis, periostitis*) oraz w 5-u przypadkach gruźlicy płuc, otrzy-

mując stale wyniki dodatnie. Z pośród 11-u przypadków innych chorób 10 razy surowica dała z antygenem gruźliczym odczyn ujemny i raz (*hydrocele*) dodatni. Przypadki IZARA i d'ESTRE dotyczyły gruźlicy daleko posuniętej, nie można przeto na ich podstawie wyprowadzać żadnych wniosków co do wartości rozpoznawczej odczynu meiostagminowego w początkowych okresach gruźlicy. Prócz wyżej wymienionych autorów zajmował się klinicznym zastosowaniem odczynu meiostagminowego w gruźlicy jeszcze ABBO. GAS-HARRINI szczepił świnki morskie gruźlicą ludzką oraz zwierzęcą, a króliki gruźlicą ptaków. Surowica krwi tych zwierząt dawała przed zaszczepieniem odczyn meiostagminowy ujemny z antygenami gruźliczymi, po zaszczepieniu zaś gruźlicy, niekiedy już po 4—5-u dniach, odczyn meiostagminowy wypadł dodatnio, przytem, co nader ważne, wyłącznie z antygenem homologicznym, t. j. otrzymanym z tej odmiany gruźlicy, którą dane zwierzę zostało zaszczepione.

Z antygenem syfilitycznym otrzymał IZAR w 12-u przypadkach pewnego syfilisu odczyn dodatni. Te same surowice z antygenem nieswoistym dawały odczyny ujemne. Takież odczyny wypadły z antygenem syfilitycznym dla surowic pochodzących od osobników niezarażonych syfilisem. Poza tem IZAR i USUELLI mieli możność porównania w przeszło 200-u przypadkach wyników odczynu WASSERMANN'a i meiostagminowego. W przypadkach syfilisu wyniki obu tych odczynów były przeważnie, lecz nie we wszystkich przypadkach, jednoznaczne. Na 104 przypadki, służące do kontroli, odczyn meiostagminowy wypadł 1 raz w sposób wątpliwy i 1 raz (*erythemą nodosum*) dodatnio.

Jak zaznaczono wyżej, przyrządzał IZAR antygen i z ciał *Ankylostoma duodenale*. W 6-u przypadkach niedokrwistości, spowodowanej przez tęgorycja, otrzymał on z tym antygenem odczyn dodatni, gdy 23 przypadki innych chorób dały wynik ujemny.

Jako antygenu w przypadkach bąblowca używał IZAR płynu z pęcherza tego pasorzyta lub wyciągu wyskokowego ze ściany pęcherza. Ten ostatni antygen okazał się czulszym. W 10-u przypadkach bąblowca [7 świń i 3 krowy] wszystkie surowice dały ze swoistym antygenem odczyn dodatni. Surowice 5-u zwierząt zdrowych reagowały ujemnie.

Sądząc z liczby przypadków, poddanych badaniu w kierunku odczynu meiostagminowego, największe zainteresowanie obudził stwierdzony przez ASCOLI'ego i IZARA fakt, iż w przypadkach nowotworów złośliwych surowica krwi daje z antygenem nowotworowym odczyn dodatni. Należy zauważyć, iż A. i I. pracowali pierwotnie z surowicami szczurów, u których rozwijał się mięsak, używając antygeny, przygotowanego z mięsaka, wziętego ze szczura. W następstwie wyjaśniło się, że z tym samym antygenem dawały odczyn dodatni surowice ludzi, dotkniętych nowotworami złośliwymi, i to zarówno rakiem, jak mięsakiem. Poniżej zestawione są wyniki, otrzymane przez poszczególnych autorów przy zastosowaniu antygeny nowotworowego w przypadkach nowotworów złośliwych oraz innych cierpień, do których należą również przypadki nowotworów dobrotliwych [patrz tabl. na str. nast.].

Z powyższego zestawienia wynika, iż na 226 przypadków nowotworów złośliwych, zbadanych na odczyn meiostagminowy, w 210 odczyn ten wypadł dodatnio, co stanowi przeszło 92% ogółu przypadków. Co do przyczyny ujemnego wyniku odczynu meiostagminowego w przypadkach niewątpliwych nowotworów, dziś jeszcze, oczywiście, nic powiedzieć nie można. W każdym razie wszyscy autorowie zgadzają się na to, iż odczyn meiostagminowy, wykonany w sposób, podany przez ASCOLI'ego i IZARA, jest dla nowotworów złośliwych swoistym.

We wszystkich przypadkach chorób zakaźnych i nowotworów, o których była mowa dotychczas, odczyn meiostagminowy wykonywany był z surowi-

cami krwi osobników chorych. Że jednak pierwiastki, obniżające napięcie powierzchniowe cieczy przy zetknięciu się z antygenem swoistym, mogą znajdować się również w płynach surowicznych pochodzenia wysiękowego i przesiękowego, o tem świadczą wyniki badań GASHARRINIEGO. Otrzymał on mianowicie odczyn dodatni z antygenem gruźliczym i płynami surowiczymi, pochodzącymi z 4-ch przyp. gruźliczego zapalenia opłucnej i z 2-u przyp. takiegoż zapalenia otrzewnej. Natomiast odczyn wypadł ujemnie w 6-u przypadkach samoistnego zapalenia opłucnej i przewlekłego zapalenia otrzewnej pochodzenia niewiadomego, oraz w 4-ch przypadkach, w których płyn przesiękowy z opłucnej lub otrzewnej był pochodzenia zastoinowego. Prócz tego w 8-u przypadkach nowotworów złośliwych płyny surowicze, pochodzące z opłucnej, otrzewnej lub z worka osierdznego, dały odczyn dodatni z antygenem nowotworowym. We wszystkich tych przypadkach surowica chorych również dawała odczyn dodatni z odpowiednimi antygenami.

Autor	Nowotwory złośliwe				Inne cierpienia			
	Ogólna liczba przypadków.	Odczyn dodatni.	Odczyn ujemny.	Odczyn wątpliwy.	Ogólna liczba przypadków.	Odczyn dodatni.	Odczyn ujemny.	Odczyn wątpliwy.
1. Ascoli i Izar.	100	93	7	—	103	1	102	—
2. d'Este.	12	12	—	—	18	—	18	—
3. Micheli i Cattoretti.	18	16	2	—	19	—	19	—
4. Tedesko.	29	28	1	—	33	2	29	2
5. de Agostini.	27	23	1	3	27	—	27	—
6. Stabiliini.	32	20	2	—	27	—	27	—
7. Gasharrini.	8	8	—	—	—	—	—	—

O istocie i mechanizmie odczynu meiotagminowego nie posiadamy dotychczas prawie żadnych wiadomości. ASCOLI w pierwszym swym komunikacie wyraża przypuszczenie, iż, być może, przy wzajemnem oddziaływaniu między niwecznikami a antygenem [lipoidy lub ciała białkowe] wywiązują się, względnie stają się czynnikami istniejącymi już substancje, posiadające własność obniżania napięcia powierzchniowego cieczy. Z późniejszego określenia IZARA wynika, iż przy odczynie meiotagminowym mają jakoby zachodzić w antygenie pod wpływem ciał swoistych, zwanych meiotagminami, pewne przemiany, natury prawdopodobnie fermentacyjnej, które prowadzą do powstawania, czy też wyzwalania się połączeń już istniejących, lecz dotychczas niezczynnnych, pewnych substancji, obniżających napięcie powierzchniowe wody.

Nie uzyskano wogóle dotychczas dostatecznych danych do stwierdzenia, czy odczyn meiostagminowy jest rzeczywiście odczynem odporności, t. j. czy wchodzi tu w grę antygeny i niweczniki w ogólnie przyjętem znaczeniu. ASCOLI i IZAR skłonni są do przyjęcia, iż sprawa ma się tak w rzeczywistości z odczynem meiostagminowym w durze i gruźlicy. Co się zaś tyczy odczynu meiostagminowego w nowotworach złośliwych, to powstrzymują się oni od zajęcia jakiegokolwiek stanowiska w tej kwestyi. Inni autorowie, jak MICHELI i CATTORETTI oraz TEDESKO, podają w wątpliwosc znaczenie odczynu meiostagminowego w nowotworach, jako odczynu odporności.

PIŚMIENNICTWO.

1. ABBO. Pathologica 1910, Nr. 39. Cyt. podług Gasharriniego, patrz Nr. 9.
2. De AGOSTINI. Klinische Erfahrungen mit der Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Medizinische Klinik 1910, Nr. 29.
3. De AGOSTINI i STABILINI. Ein elektrischer, automatischer Tropfenzähler für die Meiostagminreaktion. Berl. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 23.
4. ASCOLI. Die spezifische Meiostagminreaktion. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 2, oraz Nr. 7 Korrespondenz.
5. ASCOLI u. IZAR. Die Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 8. — 6. Idem. Die spezifische Meiostagminreaktion. II Mitteilung. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 18.
7. Idem. Die Serodiagnose bösartiger Geschwülste mittels der Meiostagminreaktion. Muench. med. Wochenschr. 1910, Nr. 22.
8. D'ESTE. Die Meiostagminreaktion in der Chirurgie. Berl. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 18.
9. GASHARRINI. Die Meiostagminreaktion bei der experimentellen Tuberkulose. Muench. med. Wochenschr. 1910, Nr. 32.
10. GASHARRINI. Ueber die Meiostagminreaktion in serösen Ergüssen. Wiener klin. Wochenschr. 1910, Nr. 33.
11. IZAR. Ueber eine spezifische Eigenschaftluetischer Blutsera. Muench. med. Wochenschr. 1910, Nr. 4.
12. IZAR. Klinische Erfahrungen mit der Meiostagminreaktion bei Typhus, Tuberkulose, Echinokokkus und Ankylostomkrankheit. Muench. med. Wochenschr. 1910, Nr. 16.
13. IZAR u. USUELLI. Die Meiostagminreaktion bei der Syphilis. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. t. 6. z. 1. p. 101. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 35.
14. MICHELI u. CATTORETTI. Die Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwulsten. Muench. med. Woch. 1910, Nr. 21.
15. STABILINI. Beitrag zum Studium der Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwulsten. Berl. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 32.
16. TEDESKO. Ueber Meiostagminreaktion. Wiener. med. Wochenschr. 1910, Nr. 26. Ref. Berl. kl. Woch. 1910, Nr. 31.
17. VIGANÒ. Spezifität der Meiostagminreaktion bei Typhus. Muench. med. Wochenschr. 1910, Nr. 32.

Sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie

od 6-go do 8-go października.

Opracował

Dr Wacław Dobrowolski.

POSIEDZENIE III.

Przewodniczący prof. RYDYGIER.

Prof. CYBULSKI [Kraków] mówi „O elektrokardyogramach w rozmaitych rodzajach narkozy”. We wszelkiej żywej tkance odbywają się dwa procesy: 1) synteza, czyli ciągłe odtwarzanie nowej żywej substancji, resp. zwiększanie energii w tkance — jest to t. zw. proces anaboliczny, 2) rozkład czą-

steczki żywej materji i wyładowanie energii, zawartej w żywej tkance — proces kataboliczny. Przy każdym z tych procesów powstają nowe substancje, których poprzednio w danej tkance nie było, a które, będąc zjonizowane, podlegają dyfuzji i powodują różnicę potencjałów elektrycznych, a zatem — powstawanie prądu. Jeżeli mięsień odpoczywa, a więc odbywa się w nim proces asymilacji, prąd ma kierunek od dołu ku górze, zawsze od obwodu ku środkowi; jeżeli zaś mięsień pracuje, kierunek prądu jest odwrotny: od góry ku dołowi. Otóż, na podstawie kierunku prądu możemy wnioskować, co się dzieje w samym mięśniu, w cząsteczkach jego żywej materji. Metoda ta posiada niezmiernie doniosłe znaczenie dla badania serca [elektrokardiografia].

Koreferent tejże sprawy, dr EIGER [Kraków] opisuje galvanometr strunowy EINTHOVEN'a i wyjaśnia poszczególne punkty krzywej kardiograficznej u człowieka i kręgowców. Omawiana metoda, jego zdaniem, pozwala nam stwierdzać nie tylko wszelkiego rodzaju zбочenia, jak *arhythmia*, *dissociatio* etc., lecz również rzuca światło na te zmiany, jakie zachodzą we włókienku mięśniowym pod działaniem jakichkolwiek czynników szkodliwych. W rzeczy samej, badania, dokonane w pracowni prof. CYBUŁSKIEGO nad działaniem środków usypiających [chloroform, eter], wykazały, jak pod wpływem tych substancji zmienia się charakter kardiogramu, a mianowicie krzywa w okresie mechanicznego skurczu komór z dodatniej staje się ujemną, a pozatem dają się zauważyć zmiany w rytmie. Na dowód tego prelegent demonstruje cały szereg kardiogramów z własnych doświadczeń. Wstrzymując się na razie od szerszych uogólnień, E. stwierdza, że bądź co bądź krzywa elektrokardiograficzna może być sprawdzianem stanu serca zarówno przed, jako też i w czasie całego przebiegu uśpienia.

Prof. KRYŃSKI referuje II temat programowy obecnego Zjazdu: „Współczesne sposoby znieczulania“. Jako zasadniczy postulat wszelkiego rodzaju znieczulania, prelegent stawia tezę: przy minimalnej dawce — maximum efektu. Do pierwszej, najważniejszej grupy środków usypiających zaliczają się, oczywiście, eter i chloroform, które od lat 60-u konkurują ze sobą w codziennej praktyce chirurgicznej. Dawniejsza statystyka przypadków śmierci od środków usypiających przedstawia się w liczbach następujących:

dla chloroformu:	1	śmierć	na	2075	uśpięć
dla eteru:	1	„	„	5112	„
Chloroform + eter:	1	„	„	7610	„

Najbezpieczniejszą zatem okazuje się mieszanka chloroformu z eterem. Dla ścisłości należy zaznaczyć, że przytoczona statystyka zapewne obejmuje tylko przypadki wczesnej śmierci z narkozy, a w najlepszym razie — tylko nieliczne śmierci późne.

Analogiczna statystyka z ostatniego 10-lecia wykazuje:

dla chloroformu	1 : 2060
dla eteru	1 : 5900
dla chlorof. + eter.	1 : 3400, zatem liczba śmierci po

mieszance znacznie się zwiększyła w porównaniu ze statystyką poprzednią. Względnie niedawno wprowadzona w użycie skopolamina z morfiną daje liczbę 1 : 4762.

Jednym z najnowszych rodzajów narkozy jest sposób BORCHARDT'a: wstrzykiwanie do *v. mediana* 600,0—1000,0 roztworu zawierającego 50,0 eteru na 1 litr fizjologicznego roztworu soli kuchennej. Wspomniawszy pokrótce o znieczulaniu lędźwiowym, o usypianiu przy sztucznie zmniejszonym krwotoku [wykluczeniu kończyn], prelegent zaznacza, że przy narkotyzowaniu

przez drogi oddechowe należy narkotyk zawsze nalewać kroplami na maskę, a nigdy nie polewać strumieniem, jakkolwiek przerywanym, a następnie zaleca stosować chloroform ogrzany do 38°.

Prof. KADER mówi „O znieczuleniu lędźwiowym”. Będąc gorącym zwolennikiem tej metody znieczulania, musi jednakże przyznać, że powoduje ona cały szereg zgoła niepożądanych objawów ubocznych, jak: uporeczywe i nieraz niezmiernie przykre bóle głowy, bóle krzyża, ogólne osłabienie mięśni i t. p. Przypadki, w których środek nie spowodował znieczulenia, a trzeba było następnie podawać chloroform, są dosyć rzadkie. W klinice stosuje 2%-wą tropakokainę. W zakresie techniki stawia wymagania bezwzględnej aseptyki, nakłucie wykonywa w pozycji siedzącej chorego, między 12-m kręgiem piersiowym a 4-m lędźwiowym w linii środkowej, wypuszczając cieczy mózgowo-rdzeniowej dwa razy tyle, ile wstrzykuje roztworu tropakokainy. Dalej prelegent przedstawia na tablicach graficznie obserwacje z własnych przypadków oraz demonstruje strzykawkę własnego pomysłu i cały przyrząd do przygotowywania roztworu tropakokainy [na wodzie przekroplonej], oraz przenośny przyrząd do sterylizacji roztworu. W dalszym ciągu prof. KADER mówi „O postępowaniu w razie *syncope* serca podczas uspiania“ z racy przypadku, jaki mu się zdarzył po wstrzyknięciu nieco za wielkiej dawki tropakokainy [0,11 zamiast normalnej 0,06—0,08] podczas operacji ginekologicznej. Ponieważ zwykle w tych razach zabiegi nie osiągnęły pożądanego wyniku, przeto zastosował masaż serca *par laparotomiam*, poczem serce znów zaczęło się kurczyć, powróciły ruchy oddechowe, tak iż operację mógł dokończyć spokojnie.

Dr KACZURBA [Przemyśl] wygłasza odczyt: „O znieczuleniu lędźwiowym“ na podstawie własnych 160-u przypadków, w czym było znieczuleń: stowainą—62, nowokainą—7, tropakokainą—85. Następczych porażeń nie było, prócz 1—2-dniowych zaburzeń w oddawaniu moczu, raz ból głowy trwał dwa tygodnie. Operował w tem znieczuleniu tylko jamę brzuszną. Okolicę przekłucia dezynfekowano jodyną sposobem GROSSICHA.

Dr GOLDBERG [Łódź] komunikuje swe „Spostrzeżenia nad znieczuleniem lędźwiowym“ w 218-u przypadkach, w czym 70% było dobrych wyników. Zwraca w swem przemówieniu uwagę na konieczność dobrej techniki. Wyniki ujemne częściej zdarzają się u kobiet, lepsze—u dzieci. Operacji powyżej klatki piersiowej w tem znieczuleniu nie wykonywał. Nakłucie zwykle robi między 3-m a 4-m kręgiem lędźwiowym i wstrzykuje 0,05—0,06 tropakokainy. Wypadków śmierci, ani porażeń nie miał.

Dr SŁAWIŃSKI mówi „O znieczuleniu miejscowym“. Stosuje bardzo chętnie 2%-ową nowokainę. Przy miejscowym znieczuleniu operuje na błonach śluzowych, usuwa gruczoły, operuje na krtani. Szczególnie wdzięczne pole dla znieczulenia miejscowego stanowią operacje przepuklin, zwłaszcza u osób otyłych i starszych.

Dyskusya w sprawie znieczulania.

Prof. ROSNER [Kraków] występuje w obronie aparatu DRAEGER'a, o którym potępiając odezwał się prof. KRYŃSKI. Jest wielkim zwolennikiem znieczulania lędźwiowego, które w klinice wykonał 332 razy, w tym 287 przypadków dotyczyło laparotomii. Tropakokainy używa w ilości 0,03—0,10 (*maximum!*). Śmiertelnych powikłań, zależnych od tego znieczulenia, niewidział; jedna chora doznała obustronnego porażenia *n. abducentis*, które trwało pół roku. Dwa razy musiał wykonywać sztuczne oddychanie z wynikiem pomyślnym. Wogóle zaś znieczulanie rdzeniowe z najrozmaitszych względów zastępuje na pierwszeństwo przed chloroformem.

Dr RZĘTKOWSKI uważa, że elektrokardjografia wyświełli mechanizm wewnętrzny zatrucia chloroformowego. Prawdopodobnie narkoza sprowadza

dezorganizację szkieletu lipidowego komórki i niemożność asymilacji. Osobiste badania Rz. stwierdziły, że niedomoga mięśnia polega na utraceniu przez siebie zdolności przerabiania materiału energetycznego na pracę pożyteczną. Wczesna śmierć z chloroformu jest zupełnie nieprzewidywaną i zależy od wstrząsu psychicznego w związku z zatruciem chloroformowem. Dlatego też konieczną jest pewna psychoterapia przed operacją. Czy dany osobnik przemieści narkozę i w jakiej ilości, tego nie może przewidzieć, ani chirurg ani internista.

Dr SZUMAN widział bardzo ciężkie powikłanie po zastrzyknięciu zwykłej dawki nowokainy z suprareniną w wielki palec u nogi metodą OBERSTA: mianowicie nastąpiła zgorzel nie tylko palca, ale i całej stopy—chory osobnik był nałogowym alkoholikiem i palaczem. Sz. zaleca do znieczulenia miejscowego alypinę $\frac{1}{2}$ —2%, która nie wywiera ujemnego wpływu na naczynia krwionośne.

Dr A. LANDAU podkreśla trudność, a nawet niemożliwość rozstrzygnięcia problemu, czy dany osobnik może być chloroformowany, czy też nie. Przeciwwskazania do stosowania chloroformu nie zostały dotąd ściśle i jasno sformułowane. Z codziennej praktyki widzimy, że nieraz chorzy z daleko posuniętymi wadami serca, ze znacznymi zmianami w mięśniu sercowym znoszą narkozę dobrze. Chorzy z *angina pectoris* bardzo źle znoszą narkozę głównie z powodu wzruszenia, a także osobniki z t. zw. *status lymphaticus*.

Dr SPIELREIN stosował znieczulenie miejscowe w 100-u przypadkach u osobników powyżej 45-go roku życia, najpierw kokainą, później stowainą, obecnie zaś używa tropakokainy. Znieczulenie występowało wcześniej u osobników starszych [po 2-u—5-u minutach]. Z niewielu ubocznych objawów raz jeden nastąpiło zaprzestanie oddychania przy nadaniu choremu pozycji TRENDELENBURGA—położenie poziome przerwało natychmiast tę komplikację. Wogóle uważa tę metodę za bardzo dobrą.

Dr CIECHOMSKI przypisuje bardzo ważne znaczenie płukaniu ust przed i po operacji w celu zapobieżenia następczym zachłystowym zapaleniom płuc. Chloroform lub eter nie przedstawiają, jego zdaniem, większego niebezpieczeństwa, niż znieczulenie rdzeniowe. Zgadza się z tem, że nigdy nie można przewidzieć, czy dany osobnik znieśli narkozę. Oględziny pośmiertne przy wczesnej śmierci chloroformowej najczęściej dają wynik ujemny. Znieczulenie lędźwiowe uważa za niebezpieczne wobec znacznej śmiertelności. Jest wielkim zwolennikiem znieczulania miejscowego zapomocą nowokainy, które stosuje przy operacjach przepukliny, otoku ropnego opłucnej, guzów na powierzchni ciała i t. d.

Dr ZAREMBA do operacji na głowie i szyi używa wyłącznie narkozy eterowej. Przy operacjach poniżej szyi stosuje wyłącznie znieczulenie lędźwiowe [0,08 tropakokainy], z którego jest wogóle zadowolony. Przeciw bolom głowy daje zapobiegawczo każdemu operowanemu piramidon w roztworze 2:200 co 2 godziny łyżkę.

Dr KRAUZE zwraca uwagę na konieczność oddziaływania na psychikę chorego przed operacją. Znieczulenie lędźwiowe stosował w stu kilkudziesięciu przypadkach i nie miał żadnych komplikacji. Ból głowy następuje zawsze i niema środka na zwalczenie tej dolegliwości. Rozluźnienia zwieracza odbytnicy nigdy nie spostrzegal.

Dr A. ZAWADZKI demonstruje przyrządy do usypiania HARCOURT'a, ALCOOK'a, CRILE'a i przyrząd BURCKHARD'a do wewnątrzżylnego usypiania.

Dr B. SAWICKI mniema, że u nas śmiertelność od chloroformu jest nieco mniejsza, niż w Niemczech, mniej więcej 1:3 tysiące paręset usypiań. Je-

żeli chory w początku narkozy zrywa się, sinieje i zaczyna źle oddychać, należy natychmiast odstawić chloroform, dopóki nie powrócą prawidłowe ruchy oddechowe. Należy bardzo poważnie liczyć się z psychiką chorego przed operacją i w chwili przystępowania do samej operacji.

Doc. PRUSZYŃSKI twierdzi, że liczba śmierci od chloroformu jest na pewno większą, niż wykazuje statystyka, ta ostatnia bowiem nie uwzględnia przypadków późnej śmierci chloroformowej. Dlatego też dla tropakokainy dokładna statystyka okazałaby się korzystniejszą, niż dla chloroformu. Do wstrzykiwań, zamiast fizyologicznego roztworu soli kuchennej, radzi stosować płyn LOCKE'go, zawierający sole wapniowe.

Prof. ZIEMACKI w zupełności przyznaje, że znieczulanie lędźwiowe stanowi wielki postęp w dziedzinie chirurgii, ze względu jednak na nadzwyczaj przykre i ciężkie objawy uboczne, jak np. bole głowy, jest zdania, że nigdy znieczulanie lędźwiowe nie wytrzyma konkurencji z narkozą ogólną.

ODCINEK.

V Międzynarodowy Kongres ginekologiczno-akuszeryjny w Petersburgu.

Podał

Józef Jaworski.

III.

Pewnego rodzaju osobliwościami pod względem postępowania i sposobu prowadzenia porodu oraz operowania w Instytucie, są następujące zasady. Rodzące są kąpane wyłącznie pod tuszem, a nie w wannie. Odkazanie rodzących polega na wygoleniu włosów, myciu zewnętrznych narządów płciowych i okolic sąsiednich według FUERBRINGER'a [dwie szczotki] i energicznym myciu pochwy mydłem, a następnie sublimatem 1:2000. Szerokie zastosowanie badania, przez uczących się, zarówno zewnętrznego jak wewnętrznego. Szerokie zastosowanie profilaktycznej perineotomii według metody prof. OTTA. Terapia czynna we wszystkich przypadkach poronień. Szerokie zastosowanie morfiny i chloralu przy drgawkach porodowych. Szerokie zastosowanie przy zapaleniach poporodowych septycznych śluzówki macicznej terapii wewnątrzmacicznej zapomocą przemywań spirytusem z następczem tamponowaniem gazą. Zastosowanie w celach dyagnostycznych oświetlenia jamy macicy po porodzie.

W oddziale ginekologicznym bardzo szeroko stosowaną bywa metoda operowania drogą pochwową z zastosowaniem oświetlenia jamy brzusznej, oraz oświetlenie według metody prof. OTTA w celach dyagnostycznych i leczniczych pęcherza moczowego i odbytnicy.

Otóż, sprawa tego oświetlania najwięcej zainteresowała członków Kongresu, którzy przeważnie znali ją tylko z artykułów i prac prof. OTTA, pragnęli zaś naocznie poznać metodę tę i w zastosowaniu ocenić. Istotnie, prof. OTT przygotował kilka chorych, które codziennie, w godzinach rannych, wobec członków Kongresu, operował. Pierwszym przypadkiem były włókniki macicy, wydobyte zapomocą *morcellement*; następnie torbiel międzywieszadłowa; wreszcie *colpotomia posterior* z powodu zapalenia przydatków. Przy każdej z operacji tych obecni mieli możność dokładnego obejrzenia zawartości miednicy i jamy brzusznej. Przy wyluszczeniu przez pochwę torbieli, operujący po oświetleniu jamy brzusznej stwierdził zmiany w wyrostku robaczkowym i wskutek tego wykonał apendektomię; istotnie okazało się, że zawartość wyrostka stanowiła ropa. Dodam, że prof. OTT po kolpotomiach jamy brzusznej nie zamyka, lecz sączkuje gazą, zmieniając ją w miarę potrzeby.

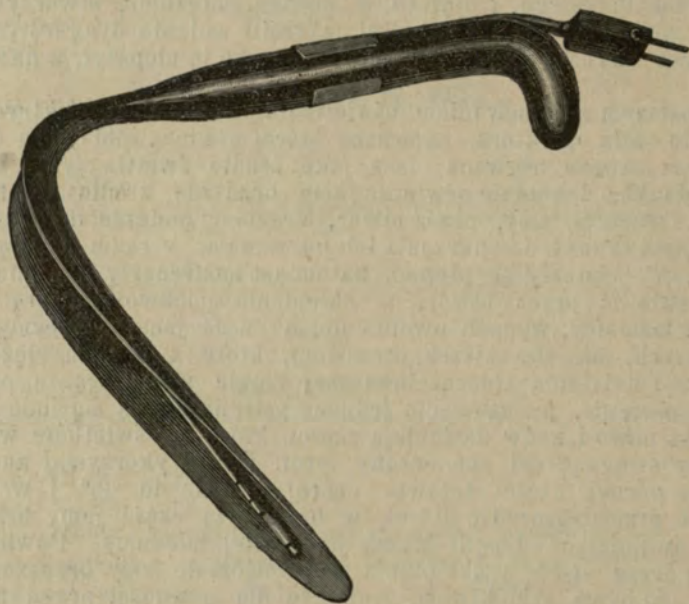
Wprawdzie t. zw. *ventroscopia* była już dawniej w pewnych razach stosowana, lecz zasługą istotną jest prof. OTTA, że jeszcze przed laty 9-u poczynił bardzo celowe kombinacje oddzielnych sposobów oświetlania wogóle jam ciała ludzkiego, i ujął to w pewien całościowy, stworzywszy w ten sposób już metodę oświetlania, której nakreślił zadania dyagnostyczne i lecznicze, a przez szerokie jej stosowanie stopniowo ją ulepszył, a nawet udoskonalił.

Najprostszym zastosowaniem oświetlania jest lampka elektryczna, przymocowana do czoła operatora, zapomocą której oświetla sobie pole operacyjne. Jest też ona zawsze używana, lecz jako źródło światła tylko pomocnicze. Pragnąc jednakże dokładnie oświetlić jamę brzuszną, źródło światła wypadło przenieść do wnętrza jamy, przez otwór, zrobiony podczas operacji, naturalnie ochraniając tkanki od oparzenia lub poranienia, w razie pęknięcia lampki. Te dwie obawy okazały się płonne, natomiast nastęrczyły się inne trudności. Pragnąc oświetlić przez otwór, w sklepieniu pochwowem zrobiony, jamę otrzewnej i miednicy, wypada uwolnić dolną część jamy brzusznej od narządów ruchomych, jak oto: kiszek, otrzewnej, które z powodu ciężaru swego, perystaltyki i działania tłoczni brzusznej ciągle zasłaniają tę część, którą pragniemy oświetlić, po usunięciu jednej pętli nasuwają się inne równoległe z niemi i na nowo i znów zasłaniają części, które są oświetlone w celu oglądania. Aby osiągnąć cel zamierzony, prof. OTT wykorzystał znany sposób opuszczania górnej części tułowia chorej, prawie do 45°, i w ten sposób spowodował przemieszczenie kiszek w najwyższą część jamy brzusznej, do przepony, uwalniając od pętli kiszek jamę całej miednicy. Powietrze, zaniem dostaje się przez otwór w sklepieniu pochwowem do jamy brzusznej, zdaniem prof. OTTA, nie bywa szkodliwym, jednakże dla pewności przed nachyleniem chorej pod 45° operator wypełnia otwór gazą. Uwolniwszy jamę brzuszną w sposób opisany od pętli kiszek, przeszkadzających dokładnemu jej obejrzeniu, wprowadza lampkę elektryczną o sile 5—8 świec, przymocowaną do końca, we wgłobieniu, zwierciadła łyżkowego pochwowego [patrz rys.]. Lampka, jak się okazało, wytwarza mało ciepła, oparzenia zatem są wykluczone, pęknięcie zaś jej powoduje zgaśnięcie i nie jest szkodliwe [jak to bywa, gdy lampki zanurzone są w płynach przy niektórych cystoskopach]. Metoda wspomniana usuwa zatem zarzut, że drogą pochwową operuje się pociemku. Przez zastosowanie oświetlania takiego osiągnięta jest możność wykonywania operacji ginekologicznych pod kontrolą oka w najdrobniejszych szczegółach, lecz bodaj, co ważniejsza, że prawie cała jama brzuszna, przez otwarte sklepienie pochwowę, dowolnie być może oglądaną, a większość jej narządów staje się dostępną dla oka, a nawet dotyku.

Tak oddalone narządy, jak wątroba z pęcherzykiem żółciowym, żołądek, poprzecznicą, okolica wyrostka mieczykowatego, nie mówiąc już o wyrostku

robaczkowym, a tem bardziej, narządy, bliżej leżące, jajniki, jajowody, mogą być dokładnie widziane i szczegółowo oglądane. Metodę tę samą prof. Orr zastosował do oświetlania pęcherza, odbytnicy, a nawet jamy macicy. Rzeczywiście, z wyjątkiem jamy macicy mieliśmy możność parokrotnie podziwiać obraz niezwykle, bo w warunkach oświetlenia wyjątkowy, jaki przedstawia jama brzuszna (szczególniej przy uniesieniu skóry brzucha ręką, lub pensetą), zalana blaskiem przyjemnego, a nader jasnego światła.

Pragnąc skutecznie stosować metodę tę przy operacjach w jamie brzusznej, przy oświetlaniu jamy pęcherza, odbytnicy, wreszcie macicy, okazuje się koniecznem korzystanie z pewnych ułatwień technicznych. Nasamprzód trzeba posiadać możność zmieniania łatwo i szybko położenia chorej z poziomego na skośne, nawet prawie pionowe i odwrotnie i to w taki sposób, aby operator podczas tej zmiany położenia mógł wzrokiem objąć całe pole operacyjne. Najłatwiej osiągnąć się to daje, gdy się jest w możności szybko



i bez trudu, wedle życzenia, podnosić i opuszczać poziom stołu wraz z chorą, a także siedzenie operatora.

Jest rzeczą niezbędną, aby operator zachować mógł pole operacyjne w granicach kąta swego widzenia. Stół, na którym, przy oświetlaniu takim, w Instytucie operują, jest zbudowany na wzór stołu SCHUCHARDT'a, przez firmę STILLEGO w Sztokholmie. Chora leży na stole z nogami przyciągniętymi do brzucha zapomocą trzymadła ORTA, nadto, są osobne przyrządy na okolice przegubów pachwinowych i drugie—podtrzymujące plecy. Odpowiednia maszynerya stołu pozwala łatwo i prędko nie tylko opuszczać i podnosić górną część tułowia chorej, lecz także podwyższać i zniżać poziom całego stołu razem z chorą.

Długa łyżka zwierciadła pochwowego, [patrz rys.] zaopatrzona w lampkę elektryczną, wprowadza się przez przecięcie w sklepieniu, zwykle od góry do jamy brzusznej, a ponieważ koniec łyżki zwierciadła zazwyczaj nieco unosi się

ku górze, to lampka zostaje niejako schowaną od wzroku operatora i patrzących, tem samem nie razi wzroku ich, a całe pole operacyjne, *resp.* całą jamę brzuszna, wprost zalewa światło równomiernie. Przy oświetlaniu jamy brzusznej prof. Orr posilkuje się dwoma typami zwierciadeł, względnie do tego, czy wykonywaną bywa kolpotomia z usunięciem macicy, czy bez tego. Jeżeli macica nie zostaje usuniętą i dokonane jest tylko otwarcie sklepienia tylnego pochwy, to operator używa łyżek-zwierciadeł więcej płaskich, ponieważ za pomocą nich udaje się unieść macicę, głównie przy przemieszczeniach ku tyłowi, a w ten sposób odsunąć ją z pola operacyjnego. W innych przypadkach więcej przydatne są zwierciadła łyżkowe zwykłego typu, różnej wielkości. Gdy robi się operację głęboko, potrzebne są narzędzia specjalne: pensety, klampy, nożyczki i t. d., długie od 35—40 ctm. Następnie, konieczną jest głęboka narkoza, w przeciwnym razie pętle kiszek wpuklają się w otwór.

Rzeczywiście, gdy chore, które w obecności naszej operował prof. Orr, głęboko zachloroformowano i nadano im *maximum* położenia TRENDLENBURGA po otwarciu jamy brzusznej od pochwy i oświetleniu jej, a nadto uniesieniu od zewnątrz powłok brzucha, mieliśmy możność wszyscy, podchodząc kolejno, szczegółowo oglądać narządy jamy brzusznej, nie wyłączając nawet brzoju wątroby.

Wspomnę przynajmniej pokrótce, w jakich przypadkach zastosowuje prof. Orr metodę swoją:

1) Najczęściej, aby po wycięciu macicy, przekonać się, czy niema krwawienia następczego, szczególnie, gdy operacja wymagała usunięcia dużych zrostów, a także dla stwierdzenia, w jakim stanie znajdują się przydatki macicy.

2) Przy kolpotomii, mającej na celu uwolnienie macicy od zrostów i zlepów. W pewnych przypadkach tą drogą usuwane były rozległe zrosty, powyżej pępka powstałe i pozostałe po poprzednich laparotomiach.

Wobec tego, że zrosty takie dostępne są dla wzroku, to w przypadkach odpowiednich i, jak zapewnia prof. Orr, bez ryzyka, można je przypalać termokauterem, co też w obecności naszej wykonał.

3) Przy wszystkich operacjach na przydatkach, a więc: a) przy cierpieniach jajników w [torbiele, nawet duże, guzy, raki, mięsaki]; b) przy cierpieniach trąbek, np. przy zapaleniach ropnych, po wycięciu jajowodu, w razie krwotoku udaje się wykonać obklęcie pod kontrolą wzroku; przy ciąży trąbkowej udawało się, jak zapewnia prof. Orr, usuwać tylko jaje płodowe, pozostawiając sam jajowód. Przy otwieraniu *haematocele* stosowane bywało oświetlanie samego worka *haematocele*; c) przy torbielach między więzadłowych. Operacji takiej dokonał prof. Orr w obecności naszej, nb. nie otwierając jamy brzusznej. Oświetlając następnie i po operacji powstałą jamę, mogliśmy widzieć dobrze, przez otrzewną cienką, a nie naruszoną, pętle kiszek, jajowody i t. d.

4) Przy operacjach na macicy, mianowicie przy wyluszczeniu włókników od pochwy.

5) W celach rozpoznawczych, jako zamiana t. zw. laparotomii próbnej. Ponieważ w tych razach często spotyka się nagromadzenie wolnego płynu w jamie brzusznej, przeto dla usunięcia go, przecięcie w najniższej części jamy otrzewnej, jaką jest dno zatoki DOUGLAS'a, słusznie uważane być może za *locus electionis*.

Oświetlanie odbytnicy i zstępującej części kiszki grubej, t. j. *recto-et colonoscopia*, stosowane jest na szeroką skalę w Instytucie i było demonstro-

wane uczestnikom Kongresu. Prof. Ort oświetlał w obecności naszej długi przebieg zstępującej kiszki grubej, a zapewniał nas, że czasami ulaje się obejrzeć całą część zstępującą kiszki grubej, aż do *flexura colici sinistra*, a w razie potrzeby można wprowadzić zglębnik lub inny instrument do części poprzecznej kiszki grubej (*colon transversum*).

Oświetlenie pęcherza moczowego — *cystoscopia*, w sposób dokonywany w obecności naszej, różni się zasadniczo od powszechnie znanego cystoskopowania. Do celu tego używa prof. Ort dwu żłobkowanych łyżek-zwierciadeł z rękojeściami połączonemi na wzór Cusco. Szerokość każdego zwierciadła żłobkowego wynosi 0,5 ctm., długość, nieco większa od długości cewki kobiecej; jeżeli złożyć obie łyżki-zwierciadła, to grubość ich jest nieco większa od cewnika zwykłego. Na zwierciadle-łyżce górnej przytwierdzona jest mała lampka elektryczna. Po opróżnieniu pęcherza i ułożeniu chorej w pozycji *TRENDELENBURGA* oba zwierciadła, nasamprzód górne, potem dolne, wprowadza się przez cewkę do pęcherza, dzięki temu pęcherz napełnia się powietrzem, a ściany jego napinają się. Gdy lampka zapłonie, otrzymuje się jasne oświetlenie wewnętrznej powierzchni ścian pęcherza. Taki sposób usuwa potrzebę napełniania pęcherza płynem, który szybko się nagrzewa i mętnieje, co nieraz zmusza do przerwy w badaniu; niema także łamania się światła przez przyzmaty. Po badaniu powietrze wytłacza się z pęcherza—przez ucisk powłok podbrzusza i przy jednoczesnej zmianie położenia chorej na — poziome.

Oświetlanie jamy macicy—*hysteroscopia* bywa również tutaj stosowane. W tym razie usiłowania natrafiają na przeszkody z powodu niezdolności mięśnia macicy do rozszerzania się. Stosowano je przy rozdarciach macicy podczas porodu. Szersze zastosowanie histeroskopia znalazła po porodzie zarówno w przypadkach czystych, jak i przy zakażeniu poporodowym. Wyniki stosowania metody tej dają się w najgłówniejszych punktach w ten sposób zszeregować. Ściany macicy przy oświetlaniu rozchylają się i jama jej staje się dostępną dla wzroku; widzialne są wszystkie zagłębienia i stan śluzówki. Udaje się z jamy macicy usuwać skrzepy, błony, kawałki łożyska i t. p. pod kontrolą oka. Przy zastosowaniu zwierciadeł prof. ORTA udaje się leczyć zainfekowaną jamę macicy, jak otwartą, dostępną ranę. Przy rozdarciach macicy oświetlenie dopomaga do orzeczenia, jaki sposób leczenia w danym przypadku okazać się może najlepszym.

W końcu, nie mogę, chociażby w paru słowach, nie wspomnieć o rentgenogramach doc. dra A. REDLICHA [z kliniki prof. REINA] na wystawie naukowej. Jest to próba zastosowania X promieni do badań nad układem naczyniowym macicy i jej przydatków. Materiałem do badań były 73 preparaty iniekowane macicy. REDLICH używał masę iniekcyjną *TRICHMAN'a* [żelatyna z siarkiem rtęci i tlenek ołowiu z gipsem] zmodyfikowaną, którą wstrzykiwał: do *art. femoralis*, do *aorta abdominalis*, do *art. spermatica interna*. Toż samo na wyciętym preparacie. Rentgenogramy z preparatów tych dają niezwykle wyraźny obraz budowy anatomicznej naczyń, nawet w najdrobniejszych, włosowatych rozgałęzieniach, nie mówiąc już o sylwetkach macicy, pęcherza, jajowodów i t. d. Zarówno oddzielne narządy, jak i cały układ naczyniowy jest nadzwyczaj uwypuklony, a w perspektywie sprawia wrażenie wypukło-rzeźby.

W sprawozdaniu mojem z Kongresu pragnąłem nasamprzód podnieść do wszystko, co dotyczyło nas, lekarzy Polaków, powtóre, chciałem obszerniej naszkicować warunki, w jakich tam pracują i środki, jakimi tam rozporządzają—co, zarówno pierwsze, jak i drugie, jest u nas bardzo mało znane. Zaznaczyć także postanowiłem bądź pomysły, czy metody odmienne, odrębne, bądź zasady i postępowanie lecznicze, jakim głównie tam hołdują.

Nie podawałem streszczeń, referatów, odczytów, rozpraw, bo wszystko to znajdzie się niezadługo w lekarskiej prasie zagranicznej, głównie niemieckiej, która posiadała na Kongresie kilku sprawozdawców [nawet pism codziennych], a także znajdzie się w *Comptes-rendus*, które zapewne wkrótce się ukazą.

Wiadomości bieżące.

— W ciągu najbliższych tygodni nastąpić ma, z decyzji wydziału szpitalnego magistratu, otwarcie szpitalika przy ul. Złotej, jako filii szpitala Dzieciątka Jezus. Zarządzającym szpitalem mianowano kol. W. MĘCZKOWSKIEGO.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 2-go do 8-go października r. b. do szpitali warszawskich przybyło 141 chorych dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 1, odrą 2, płonicą 35, błonicą 10, różą 14, tyfusem plamistym 7, tyfusem brzuszny 13, grypą 6, zapaleniem płuc 51, kokluszem 1 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 22 osoby, mianowicie: na ospę 1, płonicę 1, błonicę 3, różę 1, tyfus brzuszny 4, zapalenie płuc 10. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 53 osób, mianowicie: na ospę 2 osoby, na odrę 4, płonicę 35, błonicę 7, różę 1, tyfus brzuszny 3 i biegunkę krwawą 1.

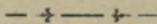
W ciągu tygodnia od 9-go do 15-go października przybyło do szpitali warszawskich 140 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 4, odrę 5, płonicę 35, błonicę 4, różę 14, tyfus plamisty 3, tyfus brzuszny 24, grypę 5, zapalenie płuc 44 i biegunkę krwawą 2.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 21 osób, mianowicie: na płonicę 7, różę 3, tyfus brzuszny 1, zapalenie płuc 10. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 57 osób, mianowicie: na ospę zmarły 2 osoby, odrę 5, płonicę 33, błonicę 3, różę 2, tyfus brzuszny 7, koklusz 4 i biegunkę krwawą 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 8-m października 2624, w dniu 15-m tegoż miesiąca 2659.

— Drugi Zjazd oto-laryngologów rosyjskich odbędzie się w Moskwie od 8-go do 12-go stycznia r. 1911. Jako tematy programowe zaproponowano; 1) Wyrośle adenoidalne [prof. NIKITIN]. 2) Ciężkie uszu we wczesnym dziecięctwie [doc. pryw. SPENGLER]. Jedno posiedzenie poświęcone będzie głuchoniemocie i odbędzie się łącznie z nauczycielami instytutów głuchoniemych. Podczas Zjazdu będzie urządzona wystawa narzędzi, preparatów i środków pomocniczych, dotyczących oto-laryngologii. Biuro organizacyjne Zjazdu znajduje się w Moskwie [ul. Szeremietewskaja Nr. 2 m. 57].

NEKROLOGIA.



7-go października r. b. zmarł znakomity klinicysta niemiecki prof. ERNEST V. LEYDEN. Urodzony w Gdańsku w r. 1832, medycynę studyował w Berlinie, mając za przewodników JOHANNA MÜLLER'a, SCHÖNLEIN'a, VIRCHOW'a i TRAUBEGG, którego był asystentem. Rozpocząwszy karyerę swoją jako lekarz wojskowy, w r. 1865 został profesorem i dyrektorem kliniki wewnętrznej w Królewcu. Stąd w r. 1872 przeniósł się do Strasburga, a w r. 1876 do Berlina, gdzie w r. 1885 objął klinikę po śmierci FRIEDRICHSA. Z imieniem LEYDEN'a łączy się wiele doniosłych prac na polu medycyny wewnętrznej. Niema prawie działu, w którymby nie pozostawił wybitnych śladów swojej działalności. W neurologii poświęcił wiele prac wiodowi rdzenia, wykazał udział korzonków tylnych w tej chorobie, wyjaśnił powstawanie bezładu przez wpływ zaburzeń czucia na sferę ruchową, był właściwym twórcą tak zw. kompensacyjnej metody leczenia bezładu, udoskonalonej następnie przez FRENKLA. Jego zasługą jest wyodrębnienie *polyneuritidis*, jako oddzielnej jednostki chorobowej. Razem z GOLDSCHIEDER'em wydał znane powszechnie „Choroby rdzenia“ w wydawnictwie NOTHNAGEL'a [1895]. Znaczną liczbę prac poświęcił LEYDEN studjom nad zapaleniem nerek, zwłaszcza ich marskości i zmianom podczas ciąży. Z dziedziny chorób serca wydał niezliczony szereg spostrzeżeń i studyów, z których najważniejsze dotyczą stłuszczenia mięśnia sercowego, *endocarditidis gonorrhoeae*, hemisystolii, działaniu narparsnicy i t. d. Z chorób trawienia wiele uwagi poświęcił niestrawności nerwowej i ropniom podprzenowym. Jednocześnie z CHARCOT'em wykrył kryształowy charakterystyczne w płwocinie astmatyków. LEYDEN stał zawsze na wysokości wiedzy współczesnej, dbając bardzo o stosowanie nowych zdobyczy do celów praktycznych. Był założycielem pisma *Zeitschr. f. klin. Med.*, inicjatorem zjazdów lekarskich, redaktorem cennego dzieła „*Die Ernährungstherapie*“.

Z kliniki jego wyszło wielu najznakomitszych klinicystów współczesnych, jak: NOTHNAGEL, EICHHORST, BRIEGER, KLEMPERER, JAKSCH i inni. LEYDEN cieszył się olbrzymią praktyką i osiągnął wszelkie możliwe dla lekarza zaszczyty i odznaczenia.

Od Administracyi.

Upraszamy o nadsyłanie prenumeraty za półrocze drugie, oraz zaległej prenumeraty za czas ubiegły.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Stale łatwo wchłaniające się, niedrażniące

MASČIE

otrzytać można przez stosowanie nowej

Podstawy dla maści „MITIN” prof. Jessnera

odpowiedniej do wyrobu wszelkich maści i past.

Bardzo łatwo daje się mieszać z ciałami stałymi i płynem.

MITIN-CRÈME

zastępuje Cold-Creme
doskonała maść chłodząca.

MITIN-PASTE

zastępuje Pastę cynkową
Wyborna maść ochronna.

MITINUM HYDRARGYRI

Nadzwyczaj łatwo dająca się wcierać 33 $\frac{1}{3}$ %-wa maść rtęciowa.

Do kuracyi zapomocą wcierań

W jaskrach szklanych z korkiem z podziałką.

MITIN-

MYDŁO

PUDER DLA DZIEC

PUDER

dla celów leczniczych i kosmetycznych.

Licht-Mitin od piegów

Frost-Mitin od odmrożenia

KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem

Kanter chemicznych preparatów St. Peter-burg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6, tel. 128-6.

Dr. BIESIEKIERSKI

Leczenie mechaniczne i termiczne chorób stanów; porażen, newralgii; ischias w Zakładzie.

S-to Krzyska 28; tel. 159-82.

BOROVERTIN

niedrażniący, szybko działający

środek odkażający mocz i pęcherz

ponownie polecany w

tyfusie i rzeżączce

Tabletki po 20 tabletek à 0,5 g. borovertiny.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie

ACTIEN - GESELLSCHAFT FÜR ANILIN - FABRIKATION.

PHARMAEUT. ABTEILUNG.

BERLIN S. O. 36.

ZAKŁAD LECZNICZY „ZDROWIE”

D-rów: Belżyńskiego, Józefa Czarkowskiego, Ehrlicha, Horodyńskiego, Jakimowicza, prof. Kryńskiego, Mincera, Monsiorskiego, Rudzińskiego, Czesława Stankiewicza.

CHIRURGIA, GINEKOLOGIA, UROLOGIA, POŁOŻNICTWO.

Urządzenia aseptyczne. Dwie sale operacyjne i sala porodowa. Instytut Rentgenowski. Urządzenia do cystoskopii (cewnikowanie moczowodów), galwanizacji, faradyzacji. Pracownia chemiczno - drobnowidzowa. Wylęgarka. Winda. Oświetlenie elektryczne.

Cena pobytu od 2½ do 8 rb. dziennie.

Informacje na miejscu i listownie.

Warszawa, Złota 3, telef. 18-46.

Lekarze całego świata zalecają stale

Idealny środek
przeczyszczający
dla dorosłych
i dzieci

PURGEN

Przyjemny,
łagodny,
skuteczny.

Cena pudełka 65 kop. Dostać można we wszystkich aptekach. Dr. Bayer és-Társ, Budapeszt.

UWAGA!! Oryginalne pudełka opatrzone są niebieską banderolą z rosyjskim napisem

ARHOVIN

Preparat doskonały do kuracji wewnętrznej i zewnętrznej

== Rzeźączki ==

PROPHYLACTICUM przeciw rzeźączkowym zapaleniom stawów.

Użyt. wewn. Capsulae [Arhovini] po 0,25, od 1—2 kaps., 3 do 6 razy dziennie. Do użytku zewnątrz: Arhovini 1.0—5,0, ol. oliv. 100,0 do iniekcji i tamponów, również w postaci bacilli i globuli. Arhovin jest do nabycia we wszystkich aptekach, w kapsułkach po 30 i 50 szt. oraz w słoikach oryginalnych.

PYRENOL

Środek wybitny

Środek obniżający gorączkę i przeciwśrodekowy, przeciw Pertussis, Asthma bronchiale i Influenzy.

Sposób użycia: od 0,1—0,5 dla dzieci, od 0,5—1,0 dla dorosłych, 3 do 4 razy dziennie w proszkach, z mlekiem, a wmksturze z Sir. rubi Idaei lub Aq. Menthae lub w postaci tabletek. Do nabycia w aptekach.

Literaturę prosimy żądać o przedstaw.

E. Koch W. Borman, w Warszawie
Chmielna 18.

Goddecke S-ka, Fabr. Chem.
w Lipsku.