

GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI CHEMICZNO-BAKTERYOLOGICZNEJ DRA MED. ST. SERKOW-
SKIEGO W WARSZAWIE.

Hodowanie dvoinek Neisser'a w pożywkach stałych.

Skreślił

Dr J. Wiśniewski,

ordynator szpitala Ewangelickiego.

(Dokończenie — Patrz Nr. 51).

Podłoże, zalecane przeze mnie, na równi z pożywkami KIEFER'a lub WERTHEIM'a—ma tę własność, że rozwój gonokoków odbywa się o tyle szybko [20 do 24-ch godzin], iż pozwala na wyodrębnienie i otrzymanie czystej hodowli nawet wtedy, gdy prócz gonokoków mamy współrzędnie *micrococcus tetragenus*, *subflavus*, *diplococcus albicans tardissimus*, *staphylococcus* i t. p. Do otrzymania „czystej“ hodowli gonokoków zalecać mogą następujący sposób. Przedewszystkiem starać się trzeba sposobami opisanymi poniżej o usunięcie warstwy powierzchniowej wydzieliny z cewki i zbierać materiał tylko z warstw głębszych. Następnie po otrzymaniu wzrostu w postaci drobnych śluzowatych szarych ziarenek, należy możliwie wcześniej przeszczerpić kolonie na nowe podłoża lub też przynajmniej wykonać postępowe szczepienie na tej samej pożywce, polegające na tem, że pierwotny materiał z cewki szczepi się tylko na jednej połowie białka oblanego surowicą, a po 20-u godzinach zbiera się igiełką niektóre śluzowate kolonijki i każdą po kolei szczepi się rysą na drugiej połowie podłoża; stąd po 20—24-ch godzinach czystą hodowlę przenieść można na now pożywkę.

O ile przekonać się mogłem z dotychczasowych doświadczeń, wykonanych w pracowni kol. SERKOWSKIEGO—za co składam Mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie,—w hodowaniu gonokoków na opisaney pożywce niema żadnych trudności. Natomiast często napotyka się na trudności przy wyosobnieniu wyhodowanych gonokoków w postaci „czystej kultury“, zróżniczkowaniu ich od gatunków mniej lub więcej zbliżonych.

Pierwszym do tego celu warunkiem jest zbieranie materiału z cewki tylko z warstw głębokich.

Przy ostrym przebiegu trypra zauważyć możemy prawie zawsze wczesne zachorowanie lakun, gruczołów i tkanki łącznej kanału moczowego. V. CRIPPA po przemyciu przedniej części cewki w wydzielinie lakun, otrzymanej zapomocą *bougie à boule*, bardzo wczesnie już zauważył gonokoki. Przytem w stanie podostrym i przewlekłym nawet wtedy znajdują się gonokoki w wydzielinie lakun i gruczołów, gdy w nitkach z powierzchniowych warstw kanału gonokoków znaleźć nie można. Stoimy więc wobec pytania, w jaki sposób otrzymać czystą hodowlę dwoinek z głębokich warstw kanału moczowego? Sposób *bougie à boule*, wspomniany wyżej i zalecany przez V. CRIPPA'ę, wymaga jeszcze, co zresztą podaje i sam ten badacz, dobrego przemycia samej cewki.

Do przemywania cewki możemy się posługiwać oprócz wody destylowanej jeszcze samym moczem. Oprócz przemywania cewki wodą destylowaną lub wypuszczenia moczu w celu przemycia cewki, starałem się jeszcze utrzymać w czystości ujście cewki i okolice główki człoka zapomocą mechanicznego wytarcia środkami obojętnymi. Lecz pomimo zabezpieczenia tak ujścia cewki, jak i samego kanału cewki czyto zapomocą przemywań wodą destylowaną, czy też wypuszczenia moczu, a następnie starannego przemycia ujścia cewki, nie zawsze udawało mi się otrzymać czystą kulturę dwoinek NEISSEIDA. Otrzymanie zatem czystej hodowli dwoinek bez donieszki obcej flory jest dosyć trudne w praktyce. Dlatego też zawsze musimy: 1) badanie skutecznie wyłącznie po dokładnem obmyciu ujścia cewki i przemyciu samej cewki, a w przypadkach przewlekłych po zastosowaniu *bougie à boule*; natomiast ropienie prowokacyjne zapomocą lapisu może ułatwić wprawdzie usunięcie obcej flory, nie ułatwia zato zgoła wyosobnienia gonokoków; 2) badanie posiewów dokonywać nie później, jak po 24-ch godzinach, w tym celu, aby kolonie gonokokowe jak na prędzej można było przenieść na świeżą pożywkę, zanim wyrosną i przerosną bakterye obce; 3) dopiero przy zachowaniu powyższych ostrożności wykonywać kontrolę przy ciepocie pokojowej, z tem jednak przeświadczeniem, że obecność w kontroli obcych bakteryi nie wyłącza wcale gonokoków na pożywce specjalnej. Również dla kontroli musimy robić preparaty mikroskopowe, barwione kilkoma metodami, jak np. GRAMA, PICK'a, lub błękitem LOEFFLER'a.

Muszę dodać, że kol. SERKOWSKI zaleca przemycie preparatu błękitem LOEFFLER'a przed właściwem barwieniem metodą PICK'a, i że preparaty wychodzą nadszyczej jasne, a zabarwienie kontrastowe bardzo wyraźne.

Różniczkowanie wyosobionych gonokoków wymaga dużej wprawy i znajomości szczegółów drobnowidzowych tak różnego typu dwoinek, jak i wyglądu i własności ich. Nowo opisana pożywka jest dostępniejsza dla lekarza praktyka i nie ustępuje wcale podłożom WERTHEIM'a i KIEFER'a, będąc w stanie wyjałowionym zupełnie przezroczystą, co pozwala na zbadanie drobnowidzowe kolonii bakterii. Co prawda, cechy kolonii gonokoków na wszelkich podłożach są zbyt mało wydatne, nie wyłączając podłóż KIEFER'a i WERTHEIM'a: zbliżony wygląd do wielu innych gatunków. Przy różniczkowaniu gonokoków należy mieć na uwadze nie tyle *diplococcus meningitidis* Weichselbaumi, pomimo wielkiego podobieństwa obydwu gatunków [dotychczas bowiem nikt nie stwierdził obecności meningokoków w cewce moczowej], ile raczej barwiące się metodą GRAMA i często saprofitujące w cewce lub jako objaw zakażenia wtórnego, gronkowce, *micrococcus tetragenus*, *diplococcus subflavus*, *diplococcus albicans tardissimus*, rzadziej odbarwiające się metodą GRAMA *diplococcus Nogués*, *sarcina Nagano*, *diplococcus colpitis catarrhalis*. W praktyce często spotykać można mylną nazwę „*pseudogonococcus*”, jako nazwę jednego z powyższych gatunków, pomimo że ta nazwa odpowiadać winna tylko określonymu gatunkowi.

Zakończenie. Jak ważnem jest badanie mikroskopowe i bakteriologiczne na gonokoki w wątpliwych przypadkach, nie będę wspominał, gdyż nawet sami chorzy dobrze o tem wiedzą. Zupełnie byłbym się zgodził z kol. BORZĘCKIM, który, mając w pamięci: że strumień moczu zaai-ra z błony śluzowej cewki to, co leży na jej powierzchni, nie ogranicza badania tylko do tego materiału, który przedstawia czyto wydzielina, z ujścia cewki otrzymana, czy pływające w moczu nitki i strzępki, lecz z drugiej strony, wiedząc, że błona śluzowa cewki jest zaopatrzona w liczny narząd gruczołowy, i że gonokoki przenikają do światła i ścian gruczołów błony śluzowej cewki, wywołując w nich stany zapalne, nieżytowe, stanowiące ogniska najtrudniej przystępne leczeniu, stawia następujące żądania do kompletnego zbadania: 1) aby badać wydzielinę z ujścia cewki; 2) wydzielinę pod postacią nitek i strzępków w moczu pływających; 3) wydzielinę z gruczołów LITRÉ'go i zatok MORGANA, otrzymaną według sposobu opisanego przez v. CRIPPA'ę i PEZZOLI'ego; 4) wydzielinę z gruczołu krokowego [podług wskazówek NEISSER'a]. [NEISSER. *Zur Behandlung der gonorrh. Prostatitis. IV Derm. Congress*]. Lecz bywają zuchorzenia cewki takie, że gonokoków zauważyć nie możemy, pomimo wielokrotnych i w różnym kierunku prowadzonych badań. Otóż zachodzi pytanie, czy w takim wypadku wolno nam lekarzom pozwolić na wstąpienie w związek małżeński. BORZĘCKI zaleca przeprowadzić w takim razie jeszcze nadprogramowe energiczne leczenie przeciwrzeżączkowe i dodaje, że, gdyby wbrew naszemu rokowaniu nastąpiło przeniesienie rzeżączki, to nie obciążylibyśmy naszego sumienia. Lecz i tutaj stajemy przed zagadką. Podług mnie tylko wtenczas możemy pozwolić wstąpić w związki małżeńskie, gdy 1) żadnej wydzieliny z cewki ani z nocy ani podczas dnia niema; 2) gdy nocny moczn jest klarowny w pierwszej i drugiej połowie.

Gonokokom towarzyszą ciała ropne; ostatnie prawie zawsze możemy znaleźć w wydzielinie cewki nawet wtenczas, gdy gonokoków zauważyć nie możemy. Otóż zachodzi pytanie, czy znalezione ciała białe stanowią o obecności gonokoków. Zdania są różne. Gdy FINGER i KOPP z obecności ciałek ropnych podejrzewają istnienie gonokoków, LEWEN idzie dalej i twierdzi, że ciała ropne dowodzą bezwątpienia ukrytych w błonie śluzowej gonokoków.

Gdy zaś w moczu spotykamy tylko nitki, a wycieku już niema, to najlepiej, podług FINGERA, zaprzestać leczenia, a wtedy nitki zwykle znikają, gdy są następstwem samego leczenia i leczenie jest dalej niepotrzebne. Przeciwnie, jeśli nitki w moczu w jakiś czas po zaprzestaniu leczenia nie zginą, to leczenie jeszcze jest potrzebne. Wogóle, wtenczas wolno nam choremu pozwolić się żenić, gdy kilkakrotny *excessus in Baccho* i *coitus condomnatus* nie wywołują podrażnienia w cewce, a kilkakrotne bakteryologiczne badania ściśle wykażą stały brak drobnoustrojów. Otóż, na mocy wielu badań przekonałem się, że metoda szczepień po uprzednim przemyciu cewki na podłożach białkowo-surowiczych, jak opisano wyżej, ma tę zaletę, że umożliwia badanie nawet lekarzom praktykom, dla których niezawsze jest dostępna pomoc laboratoryjna.

Wogóle, dochodzę do następujących wniosków:

1. Pozwolić na małżeństwo rekwalescentom po tryprze ostrym lub przewlekłym możemy jedynie wtedy, kiedy kilkakrotny *excessus in Baccho* i *coitus condomnatus* nie wywołują podrażnienia cewki i kiedy kilkakrotne bakteryologiczne badanie wydzieliny z gruczołu krokowego, z lakun cewki, także moczu [nitki] wykaże nieobecność drobnoustrojów.

2. Przed przystąpieniem do badania bakteryologicznego należy przede wszystkim usunąć obcą florę, przeszkadzającą w dalszem różniczkowaniu oraz utrudniającą kontrolę przy niskiej ciepłocie.

3. Usunięcie obcej flory dokonywa się przez obmycie zewnętrznej części cewki, przemycie kanału moczowego płynami lekko odkażającymi, oraz przez wypuszczenie moczu. Nawet nitki w moczu należy przed szczepieniem uprzednio doskonale opłukać w wodzie wyjałowionej.

4. Prócz podłoż KIEFEE'a i WERTHEIM'a zalecam opisaną powyżej nową pożywkę, stale obecnie używaną z dobrym skutkiem w pracowni dra SERKOWSKIEGO.

5. Byłoby sprawą niezmiernie praktycznej doniosłości utworzenie w większych miastach [przedewszystkiem w Warszawie] stacyi badania bakteryologicznego i drobnowidzowego z wydzielin narządów moczopłciowych [dla ludzi obojga płci, specjalnie dla prostytutek] w tej myśli, że obecnie praktykowane oględziny zewnętrzne nie są zgodne z lekarskiem traktowaniem sprawy i wcale nieodpowiadające celowi.

II. O pneumokokowym zapaleniu otrzewnej u dzieci.

Podał

Dr Antoni Nowiński.

(Olezyt wygłoszony w Tow. Lekarzy Polskich w Kijowie dnia 10-go września 1908 r.).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 51).

Co do zakażenia przez przewód pokarmowy, to zdania autorów są tu podzielone. Jedni, jak np. MICHAUT, zupełnie odrzucają tę drogę, motywując tem, że pneumokoki dla rozwoju swego potrzebują alkalicznego środowiska, a więc stykając się w żołądku ze środowiskiem kwaśnym, tracą zupełnie swą jadowitość. Drudzy znowu, jak STOOS i STEBLIN-KAMINSKI uważają zakażenie tą drogą za możebne, zwłaszcza przy stanach nieżytych żołądka i kiszek.

Przedostawanie się zarazka drogą limfy przez przeponę, należy uważać za rzecz zupełnie możliwą, ponieważ układy limfatyczne opłucnej i otrzewnej łączą się między sobą za pośrednictwem maleńkich kanalików, przechodzących przez przeponę, jak to udowodnili REKLINGHAUSEN i RANVIER. Prócz tego badania bakteriologiczne [NETTER] przy sekcjach trupów, zmarłych na zapalenie płuc, prawie zawsze wykazywały w jamie brzusznej pneumokoka. Na tej podstawie NETTER wypowiedział nawet zdanie, że „*la péritonite ne s'observe que dans le cas ou existent déjà une pleurésie et une péri-cardite*”. A więc zakażenie tą drogą należy uznać za najczęstsze, przynajmniej przy wtórnych zapaleniach otrzewnej. Jednak MICHAUT i dla wtórnych zapaleń odrzuca tę drogę, motywując tem, że wszystkie wtórne pneumokokowe zapalenia otrzewnej lokalizują się w dolnej części brzucha. Niezrozumiałem więc jest, dlaczego zarazek, przeszedłszy przez przeponę, miał się okazać nieszkodliwym dla górnej części otrzewnej, a wywołać zapalenie w dolnej.

Co do powstawania tą drogą zapaleń pierwotnych, t. j. przypuszczenia, że jadowity pneumokok przeszedł przez płuca i opłucną, nie uszkodziwszy ich, a wywołał tylko zapalenie otrzewnej—to, opierając się na analogii z tem, co wiemy o innych chorobach zakaźnych, przy których zarazek przechodzi przez jedne narządy, nie wywołując w nich zmian żadnych, gdy dla drugich staje się chorobotwórczym, należy, przypuszczam, uwzględnić i możliwość zakażenia tą drogą dla pierwotnych zapaleń.

Pozostaje nam jeszcze rozpatrzyć zakażenie przez krew. Ta droga, rzeczywiście jest dziś przyjętą przez większość autorów francuskich i najlepiej tłumaczy powstawanie zapaleń pierwotnych. Punktem wyjścia autorów, uznających przy pneumokokowych zapaleniach otrzewnej li tylko zaka-

żenie drogą krwi, jest zmiana poglądu na istotę pneumokokowych zachorowań wogóle. Cały szereg badaczy we wszystkich przejawach pneumokokowych zachorowań widzi zakażenie pneumokokowe krwi (*pneumococcia*) z umiejscowieniem się tylko w tym lub innym narządzie. Jednakże kwestyi tej nie można przyjąć bez zastrzeżeń, ponieważ nie wszyscy autorowie są co do tego jednego zdania. Tak, POUCHON, badając krew w jednym przypadku pneumokokowego zapalenia otrzewnej, nie znalazł w niej pneumokoka, gdy tymczasem wykrył go w ropie, wydzielającej się z pochwy po przerwaniu się do niej ropnia. Również i przy zapaleniu płuc nie wszyscy badacze znajdowali pneumokoki we krwi, a te przypadki, w których były znajdowane, należały do bardzo ciężkich—septycznych. Jednakże badania lat ostatnich przeważają szalę w stronę zdania, że *pneumonia* jest tylko umiejscowieniem *pneumococciae*. Tak np., BORISOW, badając krew chorych na zapalenie płuc, na 25 przypadków w 22-u wyhodował zupełnie jadowitego pneumokoka, przyczem znajdował go nie tylko w czasie gorączki, lecz w 8 u przypadkach i na 5-ty dzień po kryzysie. Zauważył on przytem, że im ciężej przebiegała choroba, tem dłużej po kryzysie znajdowały się we krwi pneumokoki. Tenże sam autor badał krew z serca dwu chorych, zmarłych na zapalenie płuc i w obydwu przypadkach otrzymał czystą hodowlę pneumokoka.

Słowem, chociaż trudno bez zastrzeżeń przyjąć zdanie MICHAUT'a, że zakażenie otrzewnej jak przy pierwotnych, tak i przy wtórnych zapaleniach następuje li tylko drogą naczyń krwionośnych, to w każdym razie należy przyznać, że zakażenie tą drogą, nie wykluczając i innych wrót wejściowych dla zakażenia otrzewnej, jest prawdopodobnie najczęstszem.

Jakąż drogą zakażenie nastąpiło w naszym przypadku? Myślę, że na podstawie klinicznego rozumowania możemy różniczkować tylko między zakażeniem przez przewód pokarmowy i zakażeniem przez krew. Na korzyść pierwszego przemawiają anamnestyczne dane, z których widać, że dziecko często zapadało na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i wogóle miało „słaby“ żołądek. Mógł więc istnieć stan kataralny żołądka i kiszek, co też posłużyło za powód do zakażenia otrzewnej. Jednak, jeżeli uwzględnimy, że w pierwszych dniach choroby nastąpiło powikłanie w formie zapalenia prawej ślinianki przyusznej, to przypuściwszy, że jak zapalenie otrzewnej, tak i zapalenie ślinianki było jednej i tej samej natury, będziemy zmuszeni przyznać, że mieliśmy do czynienia z „pneumokokeyą“, a więc zakażeniem krwi. [Niestety, są to tylko przypuszczenia, ponieważ krew nie była badana bakteryologicznie].

Rozpatrzywszy drogi, któremi zarazek dostaje się do otrzewnej, należy uwzględnić jeszcze tę okoliczność, że samo przez się dostanie się zarazka do otrzewnej nie jest jeszcze wystarczającym do wywołania jej zapalenia. Tak, NETTER, jak już wyżej wspominałem, przy badaniu pośmiertnem ciał chorych, zmarłych na zapalenie płuc, prawie zawsze znajdował pneumokoka w otrzewnej, gdy tymczasem za życia nie było z jej strony żadnych objawów. Fakt, że samego tylko przedostania się zarazka do otrzewnej jeszcze nie dosyć dla

wywołania jej zapalenia, został wykazany także i doświadczalnie [GRAWITZ, PAWŁOWSKI, WEICHELBAUM i inni]. A więc dla wywołania zapalenia otrzewnej, prócz dostania się zarazka, należy uwzględnić jeszcze i inne okoliczności, jak zmniejszoną wskutek tych lub innych przyczyn odporność samej otrzewnej, zwiększoną jadowitość zarazka i idiosynkrazję osobnika.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego, pneumokokowe zapalenia otrzewnej dzielą się na ograniczone i rozlane. Przy pierwszych ropny wysięk zbiera się najczęściej w okolicy i poniżej pępka i odgranicza się zrostami włóknikowymi. Taki wysięk może być bardzo obfity, zajmować prawie całą jamę brzuszną i jednocześnie być otorbionym. W innych znowu przypadkach ropa może się zebrać w kilku miejscach jamy brzusznej, zupełnie między sobą nie łączących się. Ta ograniczona forma—*enkystée* francuskich autorów—spotyka się u dzieci najczęściej [w 22-u przypadkach na 33, zebrane przez MICHAUT'a].

O wiele rzadszą i cięższą jest druga postać pneumokokowych zapaleń otrzewnej—rozlana. Tę postać z punktu widzenia anatomo-patologicznego MICHAUT dzieli na dwie formy: pierwszą, septyczną—*péritonite séptique diffus* i drugą, ropną—*péritonite purulente généralisée*. Przy pierwszej, najcięższej formie, zawsze śmiertelnej, wysięk ropny bywa bardzo nieznaczny, natomiast włóknik odkłada się w dużej ilości, lecz jest miękki i bez skłonności do formowania zrostów. Przy drugiej, znowu łagodniejszej w swym przebiegu, pierwsze miejsce zajmuje wysięk ropny, rozprzestrzeniający się na całą jamę brzuszną, przyczem włóknika jest bardzo mało.

Co do innych narządów, to z punktu anatomo-patologicznego nie przedstawiają one nic charakterystycznego i zmiany w nich są zależne od tych lub innych powikłań (*pneumonia, pleuritis, pericarditis, myocarditis* i t. d.).

Dlaczego w jednym przypadku rozwija się zapalenie otrzewnej ograniczone, a w drugim rozlane—należy objaśnić większą lub mniejszą odpornością otrzewnej.

Cztery objawy, zjawiające się prawie jednocześnie wśród zupełnego zdrowia dziecka, charakteryzują początek choroby, a mianowicie: ból brzucha, wymioty, biegunka i wysoka ciepłota.

Ból brzucha zjawia się najpierw i jest bardzo silny „*veritable point de côté abdominale*” jak mówi DIEULAFOY. Ból ten rozprzestrzenia się po całym brzuchu, najczęściej bez żadnego umiejscowienia. Jednocześnie zjawia się wzdęcie dość znaczne, które przy silnej bolesności bardzo utrudnia badanie. Wymioty resztkami pokarmów, a następnie żółcią mogą być mniej lub więcej uporczywe, zwykle trwają dni kilka, chociaż mogą ustać do doby. Biegunka też zjawia się w pierwszych godzinach po zachorowaniu, wypróżnienia są częste, obfite, cuchnące; trwa taka biegunka zwykle dni kilka, a nawet i kilkanaście. Gorączka od razu dochodzi do wysokich stopni [39°—40°]. Ogólny stan jest ciężki; czasem bywa majaczenie. Tętno przyspieszone. Taki jest początek i pierwszy okres choroby. Po 7—15-u dniach ciepłota trochę się zniża, pojawiają się ranne zwolnienia, bolesność brzucha na ogół staje się mniejszą, chociaż od czasu do czasu zja-

wiają się silne ataki bólów. Brzuch pozostaje wzdętym i przy palpacji udaje się już czasem wyczuć chęłbotanie. Ogólny stan staje się lepszym. Jest to drugi okres choroby—okres zbierania się ropy. W dalszym przebiegu ciepłota opada litycznie, dochodząc czasem do normy, wysięk i objętość brzucha, szczególnie w okolicy pępka zwiększają się; bolesność przy dotyku ustaje prawie zupełnie, lecz bole, napadami dość silne, niezależne od wymacywania, trwają w dalszym ciągu. Chory coraz więcej niszczeje i pozostaje w tym stanie, dopóki zabieg operacyjny, albo samoistne przerwanie się nie usunie ropy z jamy brzusznej. Jest to 3-ci okres choroby, który można uważać za okres wycieńczenia.

Wysięk pozostawiony sam sobie najczęściej przerywa się przez pępek, chociaż może też przerwać się i do pochwy lub moszny. Po wydaleniu się ropy bądź drogą operacyjną, bądź przez samoistne przerwanie się, najczęściej następuje wyzdrowienie, chociaż, jeżeli wydalenie ropy tą lub inną drogą nastąpiło zbyt późno, chory może umrzeć z wycieńczenia, lub wskutek powikłań.

Takim jest typowy przebieg otorbionych zapaleń otrzewnej, lecz jeżeli uwzględnimy opisane dotąd przypadki, to zauważymy, że poszczególne objawy mogą ulegać pewnym wahaniom i tylko zgrupowanie wszystkich, objawów składa się na pewien, dość charakterystyczny obraz choroby.

Co do przebiegu rozlanych zapaleń otrzewnej, to różnica polega tylko na większem natężeniu wszystkich objawów i szybszym przebiegu, kończącym się najczęściej śmiercią.

Na tem miejscu zostaje nam jeszcze powiedzieć słów kilka o przebiegu wtórnych pneumokokowych zapaleń otrzewnej i na pierwszym miejscu rozwiązać pytanie, dlaczego przy tak często zdarzającym się zapaleniu płuc, zapalenie otrzewnej, jako powikłanie, spotyka się tak rzadko?. MICHAUT tłumaczy to tem, że złośliwość pneumokoka, który wywołał już zapalenie płuc, znacznie słabnie, a bracia KLEMPEREROWIE u pneumoników w stadium przełomu znajdowali surowicę krwi już uodpornioną. A więc i w tych nielicznych przypadkach, w których pneumokokowe zapalenie otrzewnej było obserwowane jako powikłanie zapalenia płuc, zjawiska zapalenia otrzewnej były o wiele łagodniejsze; a w niektórych przypadkach zapalenie otrzewnej przebiegało prawie zupełnie skrycie.

Jak widzieliśmy z opisu historii choroby mego przypadku, rozpoznanie wahało się między trzema chorobami: zapaleniem wyrostka, tyfusem brzuszny i gruźliczem zapaleniem otrzewnej. To są właśnie choroby, z którymi najtrudniej różniczkować zapalenie otrzewnej. Że rozpoznanie kliniczne jest możebne, o tem świadczą przypadki, w których rozpoznanie było postawione przed operacją [SEWESTRE, BROCA i inni], a BRUN mówi nawet, że *„chez l'enfant cette forme spéciale de péritonite se présente avec des caractères anatomiques et cliniques absolument particuliers, qui rendent son diagnostic possible et même relativement facile“*. Duże znaczenie w rozpoznaniu odgrywa stadium choroby, w którym lekarz pierwszy raz bada chorego. Na początku najczęściej przychodzi na myśl „*appendicitis*“, lecz brak lokalizacji bólu, biegunka,

absolutnie ujemne dane anamnestyczne nie pozwalają bardzo stanowczo zatrzymywać się na tej chorobie. Prócz tego przychodzi tu jeszcze z pomocą zgrupowanie czterech wyżej przytoczonych objawów, jakiego zdałem DIELAFOY „*on ne retrouve en complet dans aucune autre maladie abdomino-péritonéale*“.

Jeżeli znowu widzimy chorego w późniejszej fazie choroby, kiedy ból brzucha znacznie się zmniejszył, ciepłota ma charakter „*continua*“ i nie można wyraźnie wyczuć płynu w jamie brzusznej, a nie mamy ścisłych danych anamnestycznych, to można myśleć o tyfusie brzuszny i tylko brak różyczki, zwiększonej śledziny i ujemny wynik odczynu WIDAŁA przemawiają przeciw takiemu rozpoznaniu. Jeżeli, mianowicie, obserwujemy chorego już w fazie, kiedy wyraźnie wyczuwa się wysięk, bolesność brzucha jest nieznaczna, ciepłota nie wysoka i silne wycieńczenie, to możemy wtedy mylnie rozpoznać ostre gruźlicze zapalenie otrzewnej. Lecz i tu wywiady o początku choroby i absolutnie dobry stan zdrowia przed zachorowaniem pozwalają na przyjęcie rozpoznania gruźlicy z wielkimi tylko zastrzeżeniami, lub nawet i na zupełne jej wykluczenie.

To są główne choroby, z którymi prawie zawsze zmuszeni jesteśmy różniczkować pneumokokowe zapalenie otrzewnej, nie mówiąc o tem, że w każdym poszczególnym przypadku mogą jeszcze wystąpić te lub inne trudności dyagnostyczne.

Tyle co do rozpoznawania pierwotnych otorbionych zapaleń otrzewnej. Rozpoznanie zaś rozlanych i wtórnych jest jeszcze o wiele trudniejsze z powodu ich rzadkości, oraz ze względu na bardzo ciężki i szybki przebieg pierwszych, a łagodny i skryty drugich.

Rokowanie dla otorbionych zapaleń jest względnie dobre. MICHAUT na 22 przypadki znalazł tylko 2 przypadki śmierci, co stanowi 9,9%. Według statystyki JENSEN'a z 58-u chorych dzieci wyzdrowiało 37, t. j. 63,79%, z nich operowanych 36; umarło 71, t. j. 36,21%, z nich operowanych 12. Z 48-u operowanych wyzdrowiało 36, t. j. 75%. Według danych STEBLIN-KAMINSKIEGO, z 58-u chorych wyzdrowiało 42, t. j. 72,42%. Należy przypuszczać, że w miarę tego, jak nauczymy się wcześniej rozpoznać pneumokokowe zapalenia otrzewnej i odsetka śmiertelności powinna jeszcze się zmniejszyć i może wtedy sprawdzi się zdanie MICHAUT'a, że ograniczone pneumokokowe zapalenia otrzewnej nie powinny wcale dawać śmiertelności.

Również dobre, a nawet jeszcze lepsze będzie rokowanie dla wtórnych zapaleń, gdy dla rozlanych jest ono znacznie gorsze [88,31% śmiertelności].

Leczenie wszystkich form pneumokokowych zapaleń otrzewnej powinno być tylko operacyjne i chociaż są pojedyncze spostrzeżenia [BROCA], jakoby wysięk sam się przez się wchłaniał, lub wyzdrowienie następowało po przerwaniu przez pępek, lub do innych narządów, jednak polegać na tem nie można i skoro tylko rozpoznanie zostało zrobione, należy operować.

L I T E R A T U R A.

- 1) MICHAUT. Contribution a l'etude de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant. Thèse de Paris 1901.
- 2) Prof. M. STOOSS. Die Pneumokokkenperitonitis in Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde 1902.
- 3) M. PERBISS. De la péritonite à pneumocoques chez les enfants, et en particulier dans la première enfance. Revue des maladies de l'enfance 1903.
- 4) STEBLIN-KAMINSKIJ. O pnejmokokowych peritonitach. Russkij Wracz 1907, Nr. 33.
- 5) SOKOŁOWSKI. Wykłady kliniczne dróg oddechowych, t. II.
- 6) DIEULAFOY. Manuel de pathologie interne, t. III, tłumaczenie rosyjskie.
- 7) EGIS. K kazuistice pnejmokokowych peritonitow. Dietskaja med. 1901, Nr. 6.
- 8) GORJACZKIN. Gnojnyj dptokokowyj peritonit u dietiej. Chirurgiczeskaja letopiś, 1894, Nr. 2.
- 9) JENSEN. Archiv. für klinische Chirurgie t. 70, według ref. w Russkom Wraczie 1903, Nr. 43.
- 10) BRUNN. Beiträge zur klinischen Chirurgie, t. XXXIX, według ref. w Russkom Wraczie, 1903, Nr. 50.
- 11) M. ŁAPIN. O pnejmokokowych peritonitach. Dietskaja med. 1902.
- 12) Ł. BORISOW. Bakteriologiczeskoje izsledowanie krwi, kak rannij sposob rozpoznawania wospalenia logkich. Russkij Wracz, 1908, Nr. 18.
- 13) COMBY. Péritonites algües. Traité des maladies de l'enfance 1904.
- 14) NETTER. Pneumonie. Traité de med. Charcot-Bouchard t. IV.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

108. Desjardins. Technika wycinania trzustki (pancreatctomia).

Panujące obecnie pojęcia o fizyologicznej wartości trzustki, nie pozwalają na całkowite usuwanie tego narządu. Często podnoszone w prasie usunięcie całej główki, przy czem zwykle bywają podwiązywane *aa. pancreatico-duodenales*, odżywiający dwunastnicę, wywołuje zgorzel dwunastnicy i dlatego nie może być wykonywane bez jej wycięcia. A właśnie wycięcia dwunastnicy nie można uniknąć przy wielu jej cierpieniach, zwłaszcza przy raku, ponieważ w sprawę chorobną są wciągnięte gruczoły chłonne, leżące poza dwunastnicą.

Dla jednoczesnego wycięcia dwunastnicy i trzustki wypracował autor ze wszelkimi szczegółami metodę, którą wielokrotnie wypróbował na trupie, objaśniając różne jej fazy odpowiednimi rysunkami woryginalie.

Po nacięciu otrzewnej w odległości 2-u ctm. od prawego brzegu dwunastnicy zstępującej i równoległe do tegoż brzegu, odłuszczaamy dwunastnicę i trzustkę na tępo od podłoża (*v. portae et cava!*) aż do linii środkowej, dzięki czemu oba narządy można wciągnąć do rany brzusznej i dokładnie zbadać.

Zakleszczoną w dwu miejscach dwunastnicę wycinamy od odźwiernika aż do początkowej części jelita czczego, a przewód żółciowy, o ile jest rozszerzony—głęboko u dołu, nawet przy przewodzie pęcherzykowym. Trzustkę przecinamy w trzonie [nie w szyjce], nieco na prawo od środka, aby tem pewniej zaoszczędzić odłuszczone od trzustki i dwunastnicy naczynia kręzkowe wyższe i środkową tętnicę okrężnicy (*vasa mesenterica sup. et art. colica media*). Dla zatamowania krwotoku z trzustki wystarczają—po uprzednim podwiązaniu głównych naczyń: *art. pancreatico-duodenalis sup. et infer.*, gałęzie *art. splenica et gastroepiploica dextra*,—podwiązki *en masse*, a jeśli zachodzi potrzeba—to po nałożeniu kleszczy miażdżących. Przecięte światło jelita czczego łączymy terminalnie z żołądkiem anastomozą zapomocą guzika; nieco poniżej tego zespolenia bocznie włączamy w jelito czeze przewód trzustkowy i żółciowy, oba na jednym poziomie, zapomocą guzików BOARRI'ego, o ile światła przewodów posiadają dostateczną średnicę. Jeżeli przewód odprowadzający trzustki jest za wązki dla wytworzenia anastomozy, wtedy DESJARDINS przecina jelito czeze po raz drugi, o 30 ctm. poniżej pierwszego cięcia. Prawy koniec wyłączonego w ten sposób odcinka jelita łączy z pęcherzykiem żółciowym, lewy zaś przyciąga do kikuta trzustki i przymocowuje do jego brzegu szwemciąglym, gdy tymczasem koniec analny 2-go cięcia jelita czczego zostaje terminalnie połączony z żołądkiem i bocznie ze środkiem wykluczonego odcinka. W ten sposób sok trzustkowy i żółć zostają zmieszane, zanim dostaną się do jelita. Czasami dobrze jest zrobić najpierw *Y—gastrojejunosomiam*, a pozostałą część tej długotrwałej operacji wykonać innym razem, czyli wykonać całą operację dwuczaso-

(*Revue de Chirurgie, rok XXVII, Nr 6*).

W. Dobrowolski.

109. Meissner. Odkazanie skóry wyłącznie alkoholem.

Na klinice BRUNS'a autor przeprowadził liczne badania bakteryologiczne w sprawie odkazania pola operacyjnego i skóry rąk jedynie alkoholem, przy czem z pola operacyjnego robiono szczepionki przed operacją, po przecięciu skóry i przy końcu operacji, a ze skóry rąk—przed rozpoczęciem i po skończeniu operacji po zdjęciu rękawiczek gumowych. Dla porównania prowadzone były analogiczne doświadczenia z metodą AHLFELD'a. W rezultacie okazało się, iż wprawdzie przy stosowaniu wysokoprocentowego alkoholu zdolność skóry do przenoszenia zarazków nie zmniejsza się w tym stopniu, co przy metodach, które po odkazaniu pozostawiają na skórze powłoczkę, jednakże działanie jego jest na tyle silne i pewne na czas trwania operacji, że najzupełniej czyni zadosyć wymaganiom praktyki. Ze wszystkich metod dezynfekcyjnych, które się zasadzają na działaniu fizyko-chemicznym, wyłączne odkazanie alkoholem (96%) pod względem bakteryologicznym jest najlepsze, a to dlatego: 1) że do odkazania wystarcza jeden środek; 2) że nawet wielokrotne odkazanie nie wywołuje żadnego podrażnienia skóry i 3) że trwa tylko 5 minut, a zatem najprędzej daje się wykonać. Praktyczne wykonanie przedstawia się w ten sposób, że nacieramy w ciągu 5-u minut ręce lub pole operacyjne kałkami gazy wjałowionej, zmoczonej w alkoholu, unikając wszelkiego używania wody, mydła, środków dezynfekujących i t. d. Oczywiście, gdy ręce są mocno zanieczyszczone, należy je uprzednio wymyć w zwykłej wodzie i wysuszyć. Raz użyty 96%-owy alkohol może być użyty po raz drugi po osadzeniu i destylacji; zresztą, nadaje się do tegoż celu zwykły spirytus do palenia, o wiele tańszy od poprzedniego.

(*Beitr. z. klin. Chir., t. 58, str. 191*).

W. Dobrow.

110. F. Staffel. O skręceniu kolana.

Autor pragnie zwrócić uwagę na objaw, który jeszcze nie był opisany przy skręceniu kolana. Mianowicie w przypadkach, w których już minęło najmniej dwa miesiące od chwili uszkodzenia, stale występuje zanik mięśnia czterogłowego uda, nb. jeżeli sprawa nie jest wyleczona. I bez względu na to, czy zanik jest spowodowany przez bezczynność nogi, czy też wywołany jest przez inne przyczyny, sprowadza jednak za sobą rozluźnienie stawu kolanowego, co ze swej strony może posłużyć za przyczynę częstych nawrotów skręcenia, przebiegających podobnie jak i świeże skręcenia, to jest z obrzękiem stawu i bolesnością. Zanik ten zauważyć się daje nawet przez ubranie, gdy pacjent usiadzie i podniesie wyprostowane kończyny dolne; autor nawet mierzy stopień zaniku siły mięśniowej, naturalnie w stosunku do zdrowej kończyny na przyrządzie ZANDERA B10. Pomiary zaś obwodu obu ud na wysokości fałdy pośladowej wykazują różnicę 2—6 ctm.

Nie wdając się ani w przyczyny zaniku, ani też w to, które mięśnie uległy zanikowi, przechodzi autor do twierdzenia, że zupełne wyleczenie rozluźnienia stawu, a co za tem idzie, stałej skłonności do nawrotów skręcenia, może nastąpić dopiero wtedy, kiedy mięsień czterogłowy powróci do dawnej objętości.

W tym celu podaje autor następujący przepis leczenia: 1) kąpiel ciepła o 35°—38° C. przez 20—30 minut w połączeniu z zimnemi oblewaniem, a następnie 1/2—1-godzinny wypoczynek; 2) faradyzacja; 3) ręczny masaż kolana i muskulatury; 4) ćwiczenia leczniczo-mechaniczne.

Omawiając punkty trzeci i czwarty, autor pozwala mięsień staw i muskulaturę uda tylko przez doświadczonych osobników, tam zaś, gdzie o nich trudno lub ich brak, zezwala na masaż tylko mięśni uda, a właściwie tylko na ich ugniatanie. Przy obecności wysięku w torebce stawowej zabieg na kolanie ogranicza się tylko do gładzenia kolana w kierunku dośrodkowym. Najważniejszym jednak czynnikiem leczniczym są według autora systematyczne ćwiczenia na przyrządach ZANDERA, przyczem czas i siłę zabiegów należy stopniować.

(*Zeitschr. f. ortop. Chir.* 1908).

St. Mierostawski.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXIII. Posiedzenie naukowe z dnia 4-go grudnia 1908 r.

Prym. OPOLSKI wygłasza odczyt „O odrębnej postaci skazy krwotocznej”.

Po ogólnym wstępie, w którym skreślił prelegent stan naszych dotychczasowych wiadomości o skazie krwotocznej, omawia O- przypadek obserwowany na swym oddziale, który mimo typowych cech skazy krwotocznej, do żadnej z jej odmian nie da się zaliczyć.

Choroba dotyczyła 42-letniego mężczyzny, przedtem zawsze zdrowego, u którego wystąpiło przed rokiem cierpienie kończyn górnych. Wkrótce po-

tem zaczęły pojawiać się na ciele plamy krwawe, które za najmniejszym nawet urazem występowały obficie.

Z chwilą, gdy zgłosił się do szpitala, całe ciało pokryte było licznymi podbiegnięciami krwawymi, w których zakresie niejednokrotnie brakowało przyskrórka, tak, że krew nawet kropelkami wydobywała się na powierzchnię. Objawy dermatografii bardzo wybitne. Inne narządy zmian nie wykazywały. Mocz prawidłowy. Krew: ciałek czerwonych 4,250000, białych 8200., Hgl. 97, neutrofilów 60%. Inne ciałka w stosunku prawidłowym. Dopiero pod koniec życia wystąpiły zmiany w składzie krwi, mianowicie: ciałek czerwonych 3,200000, białych 20400, Hgl. 100, ciałek wielojądrowych 20%, limfocytów małych 16%.

Badanie kału wykazało duże ilości węgorka. Badania bakteryologicznego krwi nie zdążono wykonać, chory bowiem, poprawiając się w zdrowiu z każdym dniem, uległ nagle ropnicy, z powodu której zmarł w ciągu 5-u dni.

Na podstawie obrazu klinicznego i przy uwzględnieniu badania patologiczno-histologicznego rozpoznał prelegent dermatozę krwotoczną na tle zwyrodnienia woskowego naczyń krwionośnych. Nie rozstrzygając, co było pierwotne, czy schorzenie naczyń krwionośnych, czy inna sprawa ogólniejszej przyrody z następowem zwyrodnieniem naczyń, podnosi specjalną w danym przypadku skłonność do zmian woskowych w mięśniach gładkich, bezotoczkowych, a więc i w sercu.

Dyskusya. Dr ZIEMBICKI W., który badał krew omawianego przypadku, podnosi tę wprost niezwykłą łatwość występowania krwawienia po najmniejszym nawet urazie. Palcem można było pisać krwawymi smugami po skórze chorego. Zabarwienie ciemne krwi kazało myśleć o methemoglobinie, której jednak nie wykazano. Obecności węgorka nie chce wprowadzać w jakiś etyologiczny związek z chorobą samą. Prof. RENCKI podnosi niestosunek między wskaźnikiem hemoglobiny a liczbą czerwonych ciałek. Sądzi, że w przypadku tym miało się do czynienia z jakimś stanem septycznym, t. j. nie bakteryjnym, ale toksycznym, który przedewszystkiem oddziaływał szkodliwie na krew.

Dr HOENOWSKI na podstawie najstarszych i najrozleglejszych zmian w przewodzie pokarmowym sądzi, że z niego wyrasta przyczyna owych zmian naczyniowych. Skazę zaś krwotoczną sprawdza do określonego szeregu procesów, gdzie brak wyraźnej przyczyny łączy się z obecnością zmian naczyniowych.

Prof. GŁUZIŃSKI zaznacza, że skaza krwotoczna nie może być, ściśle biorąc, jednostką chorobną, ale towarzyszyć może szeregowi innych procesów [posocznica, białaczka i t. d.]. W przypadku przedstawionym nie znamy przyczyny. Wspominając o pewnych sprawach skórnych, a także o *dermatomyositis*, sądzi, że w przypadku tym ma się do czynienia z cierpieniem skórny. Podkreśla brak krwawień na błonach śluzowych, np. w jelitach, co jest rzeczą b. ważną. Węgorkowi nie przypisuje tu znaczenia.

Dr FEUERSTEIN przypomina, że przy *polymyositis* zmiany krwotoczne są bardzo rzadkie. Prym. PISEK uważa za punkt wyjścia choroby zmiany w jelitach, wywołane obecnością węgorka. A całą sprawę nazwałby *angiohyalinosis diff. septica*.

Witold Nowicki.

AKADEMIA UMIEJĘTNOŚCI W KRAKOWIE.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 2-go listopada 1908 r.

Przewodniczący: Dyrektor E. JANCZEWSKI.

Czł. K. KOSTANECKI przedstawia pracę STEFANA KOPCIA p. t.: „*Badania doświadczalne nad rozwojem cech płciowych u motyli*“ [wykonaną w pracowni zoologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierunkiem prof. dra GARBOWSKIEGO].

Czł. MARCHLEWSKI przedstawia pracę G. G. WILENKI i Z. MOTYLEWSKIEGO p. t.: „*O działaniu sodu na cholesterynę w wyskoku amyłowym*“, wykonaną w Zakładzie Chemii lekarskiej Uniwersytetu Lwowskiego, pod kierunkiem prof. dra BĄDZYŃSKIEGO.

Przeprowadzając działanie sodu na cholesterynę w sposób podany przez DIELS'a i ABDERHALDEN'a oraz NEUBERG'a, autorowie otrzymali [oprócz ciała, które topiło się w temp. 115—125° C i okazywało także w innych względach zupełne podobieństwo do związku, opisanego przez wyżej wymienionych uczonych pod nazwą α -cholesterolu, względnie dwuhydrocholesteryny] jako produkty odczynu dwa nieznanne dotychczas związki cholesterynowe, mianowicie: związek, który krystalizował w igły i topił się w temp. 86°—88° C, oraz inny, który krystalizował w blaszki i topił się w temp. 130°—133° C. Pierwszy z tych związków, *l-koprosteryna*, był bogatszy w wodór od cholesteryny, a ponieważ okazywał równocześnie nadzwyczaj wiele podobieństwa do koprosteryny, od której różnił się prawie tylko tem, iż skręcał płaszczyznę polaryzacji w lewo, a nie jak koprosteryna w prawo, jest więc prawdopodobnie optycznym izomerem koprosteryny. Drugi związek, będąc optycznie nieczynny, był zresztą tak podobny do cholesteryny, iż autorowie uważają go za izomer cholesteryny i dają mu nazwę γ -cholesteryny. Ponieważ rzekomy α -cholesterol DIELS'a i ABDERHALDEN'a, względnie dwuhydrocholesteryna NEUBERG'a, o której ten autor przypuszczał, iż jest identyczna z wykrytą przez BĄDZYŃSKIEGO koprosteryną, okazała się w badaniu WILLSTAETTER'a izomerem cholesteryny, otrzymanie przeto przez autorów tej pracy związku pierwiej wymienionego zbliża nas po raz pierwszy do syntezy koprosteryny.

Czł. CYBULSKI przedstawia pracę WITOLDA GAWIŃSKIEGO p. t.: „*O wydzieleniu kwasów proteinowych w moczu osób zdrowych oraz w przypadkach chorób*“, wykonaną w Zakładzie Chemii lekarskiej Uniwersytetu Lwowskiego, pod kierunkiem prof. dra BĄDZYŃSKIEGO.

Wykrycie kwasów proteinowych przez St. BĄDZYŃSKIEGO i współpracowników jego: GOTTLIEB'a, K. PANKA i STEF. DĄBROWSKIEGO; okoliczność, że związki te, jak można było wnosić z wydatków przy ich otrzymywaniu, wydzielają się w moczu w ilościach niemałych; ich charakter jako pierwszych przetworów białka w ustroju zwierzęcym i oparte na tem przewidywania, iż w wydzieleniu ich wyrażać się będzie cała ruchomość drobin żywego białka w komórce zwierzęcej i zdradzać się będą rozmaite wpływy na

proces przemiany materii białkowej, których dotychczasowe badania moczu wykazać nie zdołały,—uczyniły poznanie stosunków ilościowych wydzielania kwasów proteinowych jednym z najpilniejszych zadań nauki o przemianie materii zwierzęcej.

Za podstawę ilościowych określeń przyjęto w tej pracy całkowitą nierozpuszczalność soli borowych kwasów proteinowych w wysoku absolutnym. Celem zamiany na sole barowe soli potasowcowych, mocz, zagęszczony w próżni, zaprawiono rozcieńczonym kwasem siarkowym [unikając nadmiaru kwasu] i zadawano większą ilością wysoku. Ciecz wysokową, odsączoną od straconych siarkanów potasowcowych, po znacznym rozcieńczeniu wodą, strącono barytą; po usunięciu nadmiaru baryty kwasem węglowym, plyn odparowywano w próżni do gęstości syropu, który następnie dla wydzielania mocznika wyciągano mieszaniną wysoku i eteru [2:1].—Ilość syropu, która odpowiadała 100 ctm. sz. pierwotnego moczu, odparowywano na szalce HORMEISTER'a z piaskiem morskim. Piasek utarty wraz z szalką wyciągano absolutnym wysokiem w przyrządzie SOXHLETA przez 3—5-u godzin, poczem wyługowywano ciepłą wodą i po przesączeniu rozcieńczano do 100 ctm. sz. Rozczyn ten, który autor nazywa syropem barowym, nie zawierał ani mocznika ani kwasu hippurowego, a kreatyniny, względnie kreatyny, jak wykazały w tym celu przeprowadzone badania ilościowe, tylko ślady. Ponieważ całą ilość azotu, zawartą w tym syropie, znaleźć można było w osadzie straconym zeń octanem rtęci, azot więc tego syropu należał w całości do kwasów proteinowych. Azot oznaczono w nim metodą KJELDAHL'a.

Oznaczenia azotu w takich syropach barowych wykazały:

1° iż w moczu wydzielonym po mieszanej dyecie azot kwasów proteinowych stanowił 4.5—6.8% całej ilości azotu w moczu, t. j. większy odsetek tego azotu niż przypada na kwas moczowy z kreatyniną łącznie;

2° iż kwasy te wydzielają się w znacznie, bo prawie o połowę mniejszej ilości po dyecie mlecznej [N : 2.9% całej ilości N];

3° w przypadkach [6] tyfusu brzuszego ilość azotu kwasów proteinowych jest tak dalece zwiększona, że rzadko wynosi mniej niż 7.5%, a osiąga 9—14% całej ilości azotu, zawartego w moczu.

Obok oznaczeń azotu w wymienionych syropach barowych oznaczono także siarkę t. zw. „obojętną“ i porównywano jej ilość z zawartością siarki obojętnej, znalezionej w moczu samym. Dostyc blizka zgodność tych dwu wartości potwierdza dobitnie przewidywania, wyrażone dawniej przez BĄDZIŃSKIEGO i współpracowników, iż cała albo prawie cała ilość siarki obojętnej należy do kwasów proteinowych, a zarazem stanowi sprawdzian metody, gdyż stwierdza, że cała lub prawie cała ilość kwasów proteinowych zostaje w syropie barowym.

Stosunek zawartości azotu w syropie barowym do zawartości siarki obojętnej $\frac{N}{S}$ w prawidłowym moczu po dyecie mieszanej lub [przeważnie] mięsnej jest prawie stały, albowiem wahał się w szczyplych granicach 5—7.29, co pozwala wnosić, iż określeń siarki obojętnej można będzie prawdopodobnie użyć także za podstawę oznaczeń ilościowych kwasów proteinowych.

Czł. J. NUSBAUM przesyła rozprawę A. W. JAKUBSKIEGO p. t.: „Badania nad tkanką głową układu nerwowego pijawek na przednim i tylnym końcu ciała“, wykonaną w Instytucie Zoologicznym Uniwersytetu Lwowskiego, pod kierunkiem czł. NUSBAUMA.

W zwojach końcowych łańcucha nerwowego pijawek liczba komórek gliowych nie ulega zmianie; stąd istnieje możność oznaczenia liczby zwojów, wchodzących w skład zwoju podpołykowego jak i odbytowego. Zwój podpołykowy składa się z 5-u zwojów, z których tylne są silniej rozwinięte i w budowie swej nie wiele się różnią od zwojów brzusznych, natomiast przednie są częściowo zredukowane w długiej osi ciała, a rozrastając się znacznie na boki, biorą udział w utworzeniu t. zw. spoidła okołoprzelykowego. Spoidło to nie posiada wcale własnych elementów gliowych, lecz tylko włókna gliowe, które wrastają do niego jużto z mózgu, jużto ze zwojów podpołykowych. Rozmieszczenie i wygląd tkanki gliowej w mózgu przemawia przeciwko hemologii mózgu ze zwojami brzuszными. W zwojach odbytowych rozmieszczenie elementów gliowych przypomina w ogólnych zarysach stosunki, panujące w zwojach podpołykowych.

Czł. M. SIEDLECKI przedstawia pracę p. ROMUALDA MINKIEWICZA p. t.: „*Studia doświadczalne nad synchronizmem (mimetyzmem) Hippolyte varians Leach*“.

Sekretarz zawiadamia, że dnia 26-go października 1908 r. odbyło się dziesiąte zwykłe posiedzenie administracyjne Komisji Bibliograficznej Wydziału mat.-przyrodniczego Akademii Umiejętności.

W sprawozdaniu za rok ubiegły Sekretarz zawiadomił zebranych, że w druku znajduje się Katalog Literatury Naukowej Polskiej za 2-gie półrocze r. 1907, oraz za 1-sze półrocze r. 1908. W ciągu listopada b. r. druk będzie ukończony.

Na podstawie komunikatu, wydanego przez Biuro Centralne w lipcu 1907 r., Sekretarz zdał sprawę z działalności całego wydawnictwa Katalogu Międzynarodowego Literatury Naukowej. Do października roku 1907 wyszły już wszystkie tomy roku piątego [za rok kalendarzowy 1905]. Szybkość i punktualność wychodzenia tomów stale się poprawia.

Co się tyczy objętości poszczególnych tomów—co jest pewną miarą rozpowszechnienia rozmaitych nauk—naczelnie miejsce zajmuje zoologia, fizjologia, chemia i botanika. W piątym roczniku Katalogi tych nauk zajmują od 1900 do 1000 stronic. Najmniejszą objętość okazują katalogi: mechaniki [200 str.], biologii [140 str., astronomii, meteorologii, mineralogii, geologii, matematyki [około 300 str. każdy]. Podobne rozmieszczenie nauk okazuje również Katalog Literatury Naukowej Polskiej, gdzie również przeważa zawsze fizjologia, chemia i zoologia.

Zajmujące są dane o udziale rozmaitych krajów w ruchu naukowym, którego miarą może być liczba tytułów nadesłanych w ciągu roku do Biura Centralnego. Od 1-go marca do 28-go lutego 1907 r. nadesłano do Katalogu Międzynarodowego tytułów [liczby zaokrąglone w tysiącach]:

Niemcy	117.000	Holandya	2.100
Wielka Brytania	27.000	Szwecya	2.100
Stany Zjednoczone	25.000	Szwajcarya	1.600
Francya	21.000	Polska	1.400
Rosya	20.000	Dania	900
Austria	6.000	Japonia	1.100
Włochy	4.200		

Po wyczerpaniu części sprawozdawczej dokonano wyborów stosownie do regulaminu. Pzewodniczącym na r. 1909 obrany został ponownie prof.

dr WŁ. NATANSON, Sekretarzem na dwulecie 1909—1910 ponownie prof. dr L. BRUNER. Na współpracownika Komisji wybrano dra K. WÓJCIKA z Krakowa.

Na posiedzeniu ściślejszem Wydział mat.-przyrodniczy, pomiędzy innymi, zatwierdził wybór dra K. WÓJCIKA na współpracownika Komisji Bibliograficznej.

Przegląd bibliograficzny.

HEINRICH BAYER. *Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe*. Strassburg. Verlag von Schlesier und Schweikhardt. 1908.

Strassburski prof. HENRYK BAYER, dawniej asystent profesora FREUND'a, zbogacił piśmiennictwo położnicze cennem dziełem, obejmującym wykład teoretyczny położnictwa ogólnego, oparty na własnych jego, przeszło 25-letnich studiach. Nie jest to podręcznik dla studentów lub lekarzy praktyków; jest to dzieło naukowe, przeznaczone dla tych lekarzy, dla których położnictwo nie jest jedynie rzemiosłem, któremu chleb codzienny zawdzięczają, ale i prawdziwą nauką. Dzieło składać się będzie z 7-u zeszytów, z których 3 już ukazały się z druku. Obejmują one 20 lekcji, objaśnionych 40-u tablicami i 150-u rysunkami w tekście. Każdy zeszyt stanowi całość, monograficznie opracowaną. W pierwszym zeszycie mieści się rozwój embryologiczny organów płciowych kobiecych w 5-iu lekcjach: jaje i rozwój listków zarodkowych, rozwój prączy, rozwój gruczołów zarodkowych i kanałów wyprowadzających, rozwój dalszy i dyferencyację organów płciowych w życiu zarodkowym, ustrój narządu płciowego u noworodka, oraz późniejsze zmiany jego.

Drugi zeszyt obejmuje miednicę normalną oraz patologiczną, onto- i filogenetyczny rozwój miednicy, miednicę noworodka, zmiany miednicy poza zarodkowe, statykę i dynamikę miednicy kostnej, odmiany miednicy patologiczne: idyo- i deuteropatyczne.

Trzeci zeszyt zawiera anatomie organów płciowych kobiecych, części miękkie miednicy oraz ścianę brzuszną, kanały pachinowe, otrzewną i topografię organów miednicy, tkankę łączną miednicy i organy w niej umieszczone, *parametrium*, więzy, naczynia krwionośne i limfatyczne; układ nerwowy; anatomie narządów *partis copulationis*, *partis gestationis* i *partis generationis*; naukę o miesiączce i wreszcie naukę o wtórnych cechach płciowych oraz problemat o warunkach i przyczynach decydujących płeć zarodka.

Książka BAYER'a to nie podręcznik, podający w formie apodyktycznej fakty w nauce ustalone; to raczej studium o zabarwieniu subiektywnem, powstałe z badań, refleksji, oraz krytyki autora i do badań, refleksji i krytyki innym służyć mające.

Autor przewiduje, że poglądy jego osobiste może w wielu razach wywołają spór wśród badaczy, że niektóre z nich może nawet okażą się mylnymi; jednakże dumnym czuć się będzie, jeśli dzieło jego, chociażby na drodze sporów tych i zaprzeczeń, przyczyni się do postępu nauki naszej i podziała zapładniająco na myśl ludzką, pobudzając ją do nowych, bliższych prawdy odkryć.

Gdy się zastanowimy nad ogromem pracy w dzieło to włożonej, nad wielką znajomością przedmiotu i piśmiennictwa, nad tem, że wszelkie dochodzenia oparł autor na własnych badaniach drobnovidzowych, oraz gruntownej znajomości anatomii i fizjologii porównawczej, jeśli dodamy, że dzieło, traktujące nieraz o przedmiocie bardzo zawilym, jak np. o embryologicznym rozwoju organów płciowych w świetle anatomii i embryologii porównawczej, nie jest bynajmniej napisane sucho i monotownie na wzór podręczników embryologii, ale barwnie, językiem żywym, a badania przeplatane są często uwagami filozoficznymi, to każdy przyznać musi, że autor nazbyt już skromnie ocenia wartość swego dzieła.

Sprawozdawca zalicza dzieło BAYER'a do najcenniejszych zdobyczy naukowych nowoczesnych w dziedzinie nauki położniczej. To też już dziś dzieło to doczekało się całego szeregu ocen krytycznych, nader dla autora pochlebnych.

Wydanie tych trzech zeszytów jest pod każdym względem wzorowe: papier, druk oraz świetnie wykonane tablice litograficzne, po części wielobarwne, podające obrazy z własnych preparatów drobnovidzowych autora w znacznym powiększeniu, bogactwo rysunków w tekście—wszystko to przyczynia się do podniesienia wartości dzieła, o którym FRANKL w Wiedniu w ocenie swojej tak się wyraził: „Rzadko kiedy się zdarza, aby dzieło jakie już na początku tak potrafiło wzbudzić w czytelniku chęć poznania części następnych, jak to czyni pierwszy tom dzieła BAYER'a.” Sprawozdawca najzupełniej pod zdaniem tem się podpisuje.

Fr. Neugebauer.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 20-ym grudnia Towarzystwo Przeciwgruźlicze otworzyło pierwszą Przychodnię (*dispensaire*) przy szpitalu Św. Ducha w Warszawie. Celem Przychodni, która jest założona na wzór tego rodzaju instytucji we Francji i Belgii, jest szerzenie zasad profilaktyki w walce z gruźlicą i niesienie pomocy materialnej biednym chorym, znajdującym się w początkowych okresach gruźlicy.

Na posiedzeniu, na które przybyło kilkadziesiąt osób z radą Towarzystwa Przeciwgruźliczego na czele, prezes Tow. dr ALFRED SOKOŁOWSKI wyraził podziękowanie wydziałowi szpitalnemu Magistratu, kuratorowi szpitala p. F. KARPIŃSKIEMU i lekarzowi naczelnemu drowi M. BRUNNEROWI za poparcie i pomoc w sprawie pomieszczenia Przychodni. Następnie dr OTTO HEWELKE wyjaśniał cele i zadania Przychodni, a ordynator Przychodni dr BOLESŁAW DĘBIŃSKI zapoznał zebranych, jak jest zorganizowana i jak będzie funkcjonowała nowa instytucja. Na zakończenie dr ALFRED SOKOŁOWSKI zwrócił uwagę na nowoczesne urządzenie ambulatorium szpitalnego, w którym otrzymuje bezpłatną poradę około 50000 chorych i na duże zasługi lekarza naczelnego dra M. BRUNNERA przy urządzaniu tego ambulatorium.

— „Czasopismo Lekarskie“ w Łodzi przestaje wychodzić z d. 1-go stycznia r. 1909 i łączy się z redakcją „Przeglądu Lekarskiego“.

— Prof. dr TADEUSZ BROWICZ i prof. Akademii Weterynaryi dr JÓZEF SZPILMAN otrzymali tytuł i charakter radcy dworu.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Lwowskiego mianował dra WITOLDA NOWICKIEGO docentem anatomii patologicznej.

— Towarzystwo Lekarskie Krakowskie odbyło dnia 16-go grudnia doroczne posiedzenie wyborcze. Wybrani zostali na rok: prezesem prof. dr DOBROWOLSKI, wiceprezesem doc. dr MIĘSOWICZ, sekretarzem dorocznym dr MORAWSKI, redaktorem „Przeglądu Lekarskiego“ prof. dr CIECHANOWSKI; na trzy lata sekretarzem stałym prof. dr BOCHENEK, bibliotekarzem dr BLASSBERG; na dwa lata [do końca kadencji] skarbnikiem dr AKERMAN. Do komisji redakcyjnej weszli: prof. KRZYSZTAŁOWICZ, prof. LEWKOWICZ, doc. RUTKOWSKI, dr WOJCIECHOWSKI; do komisji kontrolującej: dr BIELAŃSKI i dr CERCHA; delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrani: prof. dr BYLICKI i dr J. ŁUSZCZAKIEWICZ, a na Walne Zgromadzenie tego Towarzystwa prof. CIECHANOWSKI i prof. KOSTAŃECKI, zastępcą prof. DOBROWOLSKI. Prof. CIECHANOWSKI zawiadomił zebranych o połączeniu „Czasopisma Lekarskiego“ z „Przeglądem Lekarskim“. Wiadomość tę powitano żywym oklaskiem. [Przegl. Lek. Nr. 51].

— Dr MOTZ [w Paryżu] otrzymał nagrodę od Akademii Lekarskiej, wynoszącą 7500 fr. za pracę nad anatomią patologiczną gruczołu krokowego.

— Dla uczczenia pamięci prof. ZACHARINA jego żona i córki własnym kosztem fundują w Moskwie szpital, którego budowa wyniesie przeszło milion rubli; nadto ofiarodawczynie składają drugi milion rubli, z którego odsetki pójdą na utrzymanie szpitala.

Do numeru bieżącego dołącza się Sprawozdanie z posiedzeń ginekologicznych w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1909 na tych samych warunkach, co i poprzednio.

Pp. prenumeratorów, uprasza się o wczesne nadsyłanie przedpłaty, pod adresem Administracji „Gazety Lekarskiej“ [Zielna 11], zaległą zaś prenumeratę pod adresem redaktora [Marszałkowska 113].

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez dra Waleńtego Koczorowskiego.

1) Badania chemiczne płynu mózgodzeniowego w stanie normalnym i chorobowym.

2) O znaczeniu rozpoznawczem niweczników (Antikörper) w cieczy mózgodzeniowej dla dyagnozy metasyfilitycznych chorób nerwowych.

3) O wpływie alkoholu na funkcyę nerek.

4) Doświadczenia psychofizyologiczne nad znużeniem uczniów w szkołach.

5) Pomiary antropometryczne na uczniach szkół.

6) Grzybek liszaja strzygącego (Trichophyton tonsurans i Microsporon Audouin'a), jego stanowisko biologiczne i patologiczne.

7) Związek anatomiczny i fizyologiczny pomiędzy przysadką mózgową, gruczołem tarczowym, nadnerczem i grasicą (część literacka). Zbadać, o ile stan chorobowy jednego z tych narządów wywołuje zmiany anatomiczne i fizyologiczne w narządach pozostałych.

8) Włókna Dürck'a w ścianach naczyń krwionośnych, ich rola i zmiany, jakim ulegają w miażdżycy naczyń.

9) Sprawdzić, o ile surowica krwi zwierząt, u których sztucznie został wywołany zastępczy przerost nerki, wpływa na powstawanie przerostu nerek u innych zwierząt.

10) Sprawdzić doświadczalnie jakie ma znaczenie dla wątroby i dróg żółciowych łączenie jelita z przewodem wspólnym (cholechoenterostomia) i z miąższem samej wątroby (hepatocholechoenterostomia).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1909 r. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z tematów z liczby wyżej wymienionych, wyznaczona jest nagroda 300 rub.

Rozprawa nagrodzona wydrukowana będzie nakładem Tow. Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Sekretarz Stały, dr. med. *A. Sokolowski*.

Redaktor i Wydawca, **Doc. Dr Jan Pruszyński.**

Druk. **K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.**

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor
ŻELAZO FOSFOR! (Acidoalbumina)

Jersan

około 90% subst. białkowych rozpuszczalnych w wodzie, zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.



Przeciw chronicznemu i nawykowemu zaparciu, przeciw zaburzeniom żołądka, przy otłuszczeniu i hemoroidalnych cierpieniach pp. lekarze polecają:

Sagrada Barber

łagodnie działający regulujący wypróżnienia, skuteczny środek przeczyszczający

Sagrada Barber odświeża krew, wzmacnia żołądek i organy trawienia.

Sagrada Barber zawiera wszystkie działające składniki kory cascarae sagradae.

Dawka: 1—3 sztuk wewnątrz: Działanie w ciągu 10—12 godzin
 Dla uniknięcia przykrych nieporozumień żądać wyraźnie „Sagrada Barber” w oryginalnych pudełkach po 40 lub 50 sztuk.

Nabyć można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Xeroform

Proszek do przysypywania ran, zupełnie nietrujący i działający łatwo wyjąłwiać. Stosowany na rany, zatrzymaniu wydzielini, ropieniu i t. d.; przy ranach po oparzeniach łagodzi bóle i sprzyja nawarsiwieniu naskórka przy nadzwyczaj małej wydzielinie, pozostawiając gładkie i delikatne blizny.

Creosotal

Creosotal „Heyden” jest cennym środkiem przeciwgruźliczym, wybitnym lekiem przeciw łzowym przy zadawaniu do wewnątrz. W dawkach dużych działa również skutecznie i szybko w ostrych chorobach dróg oddechowych (zapalenie płuc i t. d.)

Sulfidal

Siarka (koloidalna) w wodzie rozpuszczalna. Działa skuteczniej, niż siarka, w łzoku, łzadziku i t. d.; we wszelkiego rodzaju postaciach przez isywania zapachu nie posiada, i daje się zmyć z łatwością przy stosowaniu na owłosioną część głowy.

Acidum acetylosalicylicum w postaci proszku i pastylek, łatwo w wodzie rozpuszczalnych.

Prób i literatury dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heydena, Radebeul - Dreźnie,
lub przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa. Leszno 60.

Bordighera (Włoska Riviera)

15 Września—Maj

Hotel i Kurhaus Cap Ampeglio



Właściciel
J. K ü n z l e r.

dla chorych dotkniętych cierpieniami żołądka i kiszek, nerek, serca, nerwowymi i zaburzeniami, w przemianie materji.

Postępowanie indywidualne, leczenie dyetetyczne, elektroterapia, hydroterapia we wszelkich postaciach w nowowybudowanym zakładzie wodoleczniczym. Prospekty.

Kierownicy zakładu:

Radaea dworu Dr. Schwoerer Bedenweiler
Dr. M. Dapper-Bad Neuenahr

b. wieloletni asystent prof. von Noorden'a w Wiedniu.

Gruźlica i inne choroby zakaźne są wykluczone.

Zakład dezynfekcyjny parowy JANA ZAWADZKIEGO

istniejący od roku 1902-go

Warszawa—Mokotów ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08. Zarząd: Mokotowska Nr. 43
telef. 2700.

Wykonywa dezynfekcję mieszkań po bardzo dostępnej cenie nawet dla średnio zamożnych; dla biednych z polecenia p. p. Lekarzy darmo; za dezynfekcję rzeczy ceny niższe.

W PRZEWLEKŁYCH ZAPALENIACH OSKRZELI LUB Z OSTRYM PRZEBIEGIEM,
 ŚLIZOTOKU, ROZSZERZENIU OSKRZELI, BRONCHO-PNEUMONII
KAPSUŁKI COGNET
 z czystym EUCALYPTOLEM JOLOFORMO-KREZOTOWYM
 zmniejszają wydzielanie i sprządzają szybkie wyleczenie
 * W GRUŻLICY *
 Kapsułki powyższe powstrzymują rozwój choroby wzmacniają odżywianie, leczą gorączkę i
 mogą spowodować zagojenie uszkodzeń wewnętrznych.
 PARYŻ. Rue de Saintonge 43 i we wszystkich aptekach.

Ażeby
LECZYĆ
 i UCHRONIĆ się
 OD
 Katarów, Kaszli,
 Kataru oskrzeli,
 Przebiegów Inneazy, Asmy, Suchot, Tuberkulozy,
 WZMOCNIĆ OSKRZELĘ, ŻOŁĄDEK I PŁUCA
 wystarczy przyjmować po każdym jedzeniu po dwie
GOUTTES LIVONIENNES (Kapsułki
 Trouette Perret. Liflandzkie)
 KTÓRE SĄ DO NABYCIA WE WSZYSTKICH WIĘKSZYCH APTEKACH

Rhumes, Toux Bronchites, Catarrhes
 Affections de la poitrine en général,
 Maladies des Voies respiratoires, Phtisie, etc.etc.
GOUTTES LIVONIENNES
 de TROUETTE PERRET
 au Goudron créosoté
 et au Baume de Tolu
 TROUETTE: 15 Rue des Immeubles Industriels.PARIS.

LECZNIA DLA CHOROBY NA OCZY
 D^{RA} S. KACZKOWSKIEGO
 Bracka 20, tel. 37-38.

Dr. med. Ludwik Braun
 z Wiednia
 praktykuje
 w Rapallo

(zimowy kurort włoskiej Riwieri).

Od 8-go Września do 15-go Maja

45 minut koleją od Genui.

Adres dla listów: Rapallo koło Genui.

TUSSOL

Syrop o bardzo przyjemnym smaku, w zupełności zastępujący przykrą w użyciu
 SIROLINE.

Dawka 3 -- 4 łyżeczki dziennie.

Cena flakonu Rb. jeden.

poleca Apteka Magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.

STOVAÏNE

Najskuteczniejszy, najmniej trujący i najtańszy ze wszystkich środków znieczulających miejscowo.

ATOXYL

Najskuteczniejszy, najmniej trujący z organicznych przetworów arsenowych.

TUBERCULIN TEST

Z Instytutu Pasteur'a w Lille w celu rozpoznania gruźlicy za pomocą reakcji ocznej.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Reconstituens; neurastenia, anemia mózgu, zmęczenie, rekonwalescencya.

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** - PARIS**APTEKA K. WENDY**


45 Krakowskie-Przedmieście 45

w WARSZAWIE.

SUROWICE LECZNICZE**Inst. D-ra W. Palmirskiego
i instytutów zagranicznych**

STAŁE ŚWIEŻE NA SKŁADZIE.

W osadzie **Rachowie**, Ziemi Lubelskiej, potrzebny jest lekarz. Miasto na ten cel przeznaczą 350 rubli stałej pensyi. Bliższych wiadomości udziela miejscowa apteka.


Dr. Ig. Baranowski
