

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKOW.

Nr 5.

Warszawa d. 18 (31) Stycznia 1903 r.

T. XXXI.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** O wpływie silnego pocenia się na skład krwi. Podał K. Rzętkowski. — Przyczynę do kazuistyki nosacizny ostrej u ludzi. Podał R. Gutowski. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA I WYCiąGI.** Chirurgia dróg żółciowych. Zestawił A. Leśniowski. Położnictwo. Współczesne metody przerywania ciąży oraz do-  
różnego rozwiązania rodzącej. Choroby wewnętrzne. Stan leczenia zapaleń płucy w ostatnim lat dziesiątku. 17. Bacterium Bristolense i jego podobieństwo do prątka dżumowego. 18. Uczucie strachu w histeryi i neurastenii. 19. 20. Doszczetna operacya wrodzonej przepukliny u dzieci. 21. O badaniu zarazka ospy. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 30 grudnia r. z. — Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Rzętkowski — L'influence des sucurs abondantes sur la composition du sang 2) D-r R. Gutowski — Contribution a la casuistique de la morve chez l'homme.

Redaction Dr M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r K. Rzętkowski — Ueber den Einfluss der starken Schweissabsonderung auf die Bestandtheile des Blutes. 2) D-r R. Gutowski — Ein Beitrag zur Kasuistik des Malleus acutus beim Menschen.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra med. T. DUNINA w szpit. Dzieciątka Jezus.

### O wpływie

silnego pocenia się na skład krwi \*).

Podał

**Kazimierz Rzętkowski.**

asystent oddziału.

W 1892 roku E. GRAWITZ ogłosił wyniki swych badań nad zmianami we krwi, t. j. w jej ciężarze gatunkowym, pod wpływem pocenia się. Autor pomieniony określał ciężar gatunkowy

krwi przy pomocy t. zw. kapilarnego pyknometru SCHMALTZ'a u chorych lub zdrowych, których poddawał mniej lub więcej silnemu poceniu się w kąpielach gorących (32° po 15 min.), poczem owijał ich na 2 godziny wehnianą kółdrą. Wyniki badań swych w tym kierunku autor przedstawił na 2 grupy.

I. Stężenie krwi wzrastało i to w stosunku do ilości wydzielonego potu (w 12 doświadczeniach na 18). Tak np. u chorego O. ciężar gatunkowy krwi całkowitej przed doświadczeniem wynosił 1040, zaraz po kąpielu — 1047, w 15 min. po owinięciu w kółdrę 1047,8, w 30

\*) Odczytane w Towarzystwie Lekarskiem Warsz. d. 30 XII 1902.

min. — 1048, w 1 godzinę — 1049,5, w 2 godziny — 1051. Ilość potu wydzielonego 1180 grm. (c. gat. 1002).

II. W drugiej grupie (pozostałe 6 przyp.), wyniki były zupełnie inne; mianowicie też, zamiast stężenia krwi następowało zmniejszanie się jej ciężaru gatunkowego, lub też krew pozostawała w tym kierunku bez zmiany. Tak np. u chorego Pfl. ciężar gatunkowy krwi przed doświadczeniem = 1060, po 7 min. kąpieli = 1059,1, po 15 min. = 1059, po wypoceniu się (600 ctm. sz. potu) = 1057,5.

Na zasadzie powyższych badań GRAWITZ wypowiada mniemanie, że u większości ludzi po wypoceniu się ciężar gatunkowy krwi wzrasta, rzadziej pozostaje bez zmiany lub nawet zmniejsza się. Ponieważ Gr. otrzymywał zazwyczaj jednakowe wyniki u jednego i tego samego chorego, przeto przypuszcza on, że na tę różnicę zachowania się krwi u rozmaitych chorych wpływają jakieś „indywidualne“ właściwości, nie dodając wszakże nic o tem, co by to za właściwości być miały, i co przez nie rozumieć wogóle należy. W związku z badaniami powyższymi GRAWITZ zwrócił również uwagę na wpływ zmian naczynioruchowych na ciężar gatunkowy krwi. Drażnił on więc układ naczyniowy w najprostszym sposobie, mianowicie też przy pomocy bodźców termicznych — u ludzi i u zwierząt. Doświadczenia wykazały, że pod wpływem ogrzewania powierzchni ciała naczynia (obwodowe) rozluźniają się, ciśnienie krwi obniża się i następuje przechodzenie do krwi cieczy tkankowej — obniżenie ciężaru gatunkowego krwi całkowitej. To samo Gr. obserwował u ludzi pod wpływem amylnitritu. Bodźce termiczne ujemne, t. j. zimne, wywoływały skutek wprost przeciwny, zatem skurcz naczyń, występowanie cieczy ze krwi do tkanek, zgęszczenie krwi <sup>1)</sup>.

Doświadczenia GRAWITZ'a dotyczą nie wątpliwie bardzo ciekawego i ważnego przedmiotu, chodzi tu bowiem o wewnętrzną wymianę cieczy pomiędzy tkankami a układem krwionośnym. W tej postaci jednak, w jakiej GRAWITZ swe doświadczenia robił, do innych wniosków, prócz wyżej wymienionych, trudno było dojść. Zadowolnił się on, jak widzieliśmy, wyłącznie, badaniem ciężaru gatunkowego krwi całkowitej, co, jak zobaczymy, nie daje wcale dokładnego pojęcia o zmianach, zachodzących we krwi zarówno pod wpływem utraty znacznie większych ilości wody, jako też pod wpływem rozszerzania się lub zwężania naczyń krwionośnych. Skutkiem tego GRAWITZ poprzestał na wytłumaczeniu wpływami „właściwości indywidualnych“ wyników niektórych swych doświadczeń niezgodnych z wynikami innych doświadczeń, stwierdzających istotnie zgęszczanie się krwi pod wpływem pocenia się.

Wobec tego że praca GRAWITZ'a w tej formie, w jakiej ją autor wykonał i ogłosił, w bardzo małym stopniu przyczynia się do oświetlenia ważnej kwestyi wymiany wewnętrznej cieczy pomiędzy tkankami a układem krwionośnym, uważałem za pożyteczne podjąć temat, potrącony przez niego. Nie mogłem jednak i nie chciałem poprzestać na badaniu wyłącznie ciężaru gatunkowego krwi całkowitej u ludzi, poddanych poceniu się. Pragnąc jaśniej zdawać sobie sprawę z warunków, jakie przytem zachodzą, starałem się nieco głębiej sięgnąć w nie. Badałem więc prócz ciężaru gatunkowego krwi całkowitej — ciężar gatunkowy surowicy oraz liczbę czerwonych ciałek krwi w 1 mlm. sz., ważąc, rozumie się, osobniki, poddane doświadczeniu, przed i po wypoceniu się, aby zdać sobie sprawę z ilości potu, wydzielonego przez nie.

Zanim przystąpię do zdania sprawy z wyników mych doświadczeń, uważam za konieczne w kilku słowach dać czytelnikowi pojęcie o metodyce, jaką stosowałem.

<sup>1)</sup> Patrz GRAWITZ'a: „Klinisch experimentelle Blutuntersuch“. Zeit. f. klin. Med., 1892. Tu omówiona została również dawniejsza literatura tego przedmiotu.

Brałem więc do doświadczeń ludzi, o ile możliwości, najbardziej zbliżonych do normalnych (reumatyzm chroniczny, *neuritis*, *suspicium neoplasmatis cerebri* z bardzo niejasnymi i lekkimi objawami i t. p.), unikając natomiast ciężkich chorých z obrzękami, u których obecność płynu w tkankach w ilości nadmiernej mogłaby dać wyniki, niezgodne z rzeczywistością normalną. Aby pobudzić badane osobniki do pocenia się, używałem aparatu świetlno-elektrycznego FILLIENIUS'a, mającego postać pół cylindra wydrążonego. Na wewnętrznej powierzchni tego aparatu znajdowało się 30 lampek żarowych o sile 10—16 świec każda. Badanego osobnika kładłem na łóżku, stawiałem nad nim ów aparat, w którym chory mieścił się aż do szyi, będąc z góry i z boków oraz od strony nóg otoczony aparatem. Otwór aparatu od strony głowy pokrywałem grubą wołokową kołdrą, poczem przewodniki aparatu łączyłem z kontaktem, i lampki zapalały się niezwłocznie. Chorzy pozostawali w aparacie 30—45 minut, t. j. nieledwie tak długo, jak tylko mogli wytrzymać. Temperatura wewnątrz aparatu dochodziła szybko do 70°—80° C., skóra chorých czerwieniła się i pokrywała kropelkami potu — jak rosą, które następnie zlewały się ze sobą. Krople potu obfite występowały również na skórze czoła chorých. Po upływie 35—45 minut przerywałem połączenie kontaktu z aparatem, lampki gasły niezwłocznie, a chorego pozostawiałem czas jakiś jeszcze pod aparatem, który dopiero po 10—15 min. zdejmowałem, okrywając chorých dwiema kołdrami. W następstwie — zdejmowałem powoli kołdry, chory przestawał się pocić, wreszcie pozostawiałem go do całkowitego ostygnięcia i zblednięcia skóry pod prześcieradłem. Chorego ważyłem przed doświadczeniem i po zupełnem jego ostygnięciu — zawsze nago. Różnica na wadze przed i po doświadczeniu wykazywała ilość potu, jaką chory wydzielił. Zaznaczyć muszę, że zazwyczaj kładłem chorých na ceracie, w którą nie wsiąkał pot, mogłem więc oznaczyć jego ciężar

gatunkowy, zlewając go z ceraty do szklanki. Zrobiłem to w kilku doświadczeniach, otrzymawszy za każdym razem ciężar gatunkowy potu — 1002.

Co się tyczy badania krwi, to skutecznie użyłem je każdorazowo 3 krotnie: przed doświadczeniem, na wysokości temperatury, bezpośrednio przed zgaszeniem lampek oraz po powtórnem zważeniu, ewentualnie po zupełnem ostygnięciu chorego. Ciężar gatunkowy krwi całkowitej oraz surowicy oznaczałem fenolowo-chloroformową metodą HAMMERSCHLAG'a, co do której zgola nie podzielam uprzedzenia GRAWITZ'a, jakoby miała być kłopotliwsza od metody wagowej. Czerwone ciała krwi liczyłem przy pomocy aparatu HAYEM-NACHET'a, biorąc zawsze krew z palca suchego, najstaranniej wymytego eterem i bez ucisku. Ciśnienie w naczyniach obwodowych oznaczałem przy pomocy tonometru GAERTNER'a, bacząc, iżby ręka badanego w leżącej czy też w siedzącej pozycyi znajdowała się zawsze na wysokości serca.

*A priori* przyjąłem za fakt ustalony już w nauce pogląd, że pod wpływem bodźców cieplnych następuje spadek ciśnienia w naczyniach obwodowych. Spadek ten powstaje wskutek rozluźnienia się tętnic obwodowych i jest wyrazem zwiększenia się pojemności układu krwionośnego (prawdopodobnie zaś obwodowej jego części). Chcąc jednak zdać sobie sprawę, czy fakt ten jest powszechny, i w jakim rozmiarze występuje pod wpływem ciepła rozluźnienie się naczyń krwionośnych, w pierwszej seryi swoich doświadczeń zająłem się przestudyowaniem wpływu ciepła w tym kierunku.

Tablica I poucza o rezultatach moich badań. (Patrz strona 88).

Z tablicy I widzimy, że obniżanie się ciśnienia tonometrycznego na wysokości temperatury jest faktem stałym, występującym bez wyjątku we wszystkich obserwacyach. Ciśnienie w układzie krwionośnym obwodowym spada nieraz — jak się okazuje — dosyć znacznie. Tak np. w

TABLICA I.

Nr. obserwacji	Ilość potu w grm.	Ciśnienie tonometryczne		
		przed	podczas	po
1	1125	11,5 ctm	7,5 ctm.	14 ctm.
2	750	10	6,5	13
3	750	8,5	6,5	9,5
4	1125	11,5	8,5	10
5	1000	11	8,5	10,5
6	875	11	8,5	10,5
7	1000	10,0	8,5	9,5
8	650	10,5	7,5	11,5
9	1100	10,5	8,0	13,0
10	?	9,5	6,5	9,0
11	1000	—	—	—
12	500	12,0	8,0	11,0
13	700	11,5	4,5 (!)	10,5
14	600	4,5	4,0	6,0
15	500	12,0	1,5	11,5

obserwacji 13 ciśnienie spadło z 11,5 do 4,5 ctm. Na ogół — jak widzimy z tabeli — obniżenie ciśnienia wynosi od 1 do 7 ctm., najczęściej zaś waha się w granicach od 2 do 4 ctm. Pierwsze pytanie, jakie się następuje przytem, jest, czy ilość potu wydzielonego znajduje się w jakimś dającym się ująć stosunku do stopnia obniżenia się ciśnienia? Okazuje się z tabeli, że nie. Tak np. w obserwacji Nr. 7 ilość potu wynosiła 1000 grm., ciśnienie zaś spadło o 1,5 ctm., w obserwacji zaś Nr. 2 — ciśnienie spadło o 3,5 ctm. przy ilości potu 750 grm. Lub też w obserwacji Nr. 1 ilość potu = 1125 grm. przy ciśnieniu obniżonym o 4 ctm., w obserwacji zaś Nr. 4 — ta sama ilość potu przy ciśnieniu obniżonym o 3. W obserwacji Nr. 13 przy spadku ciśnienia o 7 ctm. (!) ilość potu wynosiła tylko 750 grm., t. j. tyleż, co w obserwacji Nr. 3 przy spadku ciśnienia o 2 ctm. lub w obserwacji Nr. 2 przy spadku ciśnienia o 3,5 ctm. Ztąd widzimy, że ilość potu wydzielonego nie stoi w żadnym stosunku do stopnia obniżenia się ciśnienia.

Po ostygnięciu osobnika badanego ciśnienie tonometryczne podnosi się w porównaniu do ciśnienia na wysokości temperatury. W porównaniu zaś z ciśnieniem pierwotnym, t. j. przed doświadczeniem, ciśnienie po ostygnięciu okazało

się wyższem w 5 razach (35,8%), niższem w 9 razach (64,2%).

Tablica I w całości poucza nas, że pod wpływem ogrzewania dużej powierzchni ciała następuje rozluźnienie naczyń obwodowych, skutkiem czego krew dopływa do skóry w powiększonej ilości. Wyraża się to już przy powierzchownem badaniu mniejszem lub większem zaczerwienieniem skóry. W wielu razach to obniżenie ciśnienia obwodowego trwa dosyć długo i jeszcze wtedy, kiedy badany osobnik ostygł zupełnie. Wobec tego stosowanie podobnych do naszego doświadczenia „parówek“ z punktu widzenia terapeutycznego jest zupełnie uzasadnione w razach wzmożenia ciśnienia obwodowego (*hypertensio*), jak np. w początkowych okresach miażdżycy tętnic (*angiorigosis* BASCH) i t. p.

(D. n.).

Ze szpitala miejskiego św. Stanisława w Warszawie.

### Przyczynek

#### do kazuistyki nosacizny ostrej u ludzi.

Podał

**ROMAN GUTOWSKI.**

Lekarz miejscowy.

(Dokończenie — Patrz Nr. 4).

Obraz chorobowy nosacizny bywa bardzo rozmaity, w zależności od sposobu zarażenia się lasecznikiem nosacizny. Jeżeli zakażenie nastąpiło za pośrednictwem górnego odcinka dróg oddechowych, powstaje odpływ z nosa, i wtedy mówią o typowej nosaciznie — *malleus*; przy zakażeniu przez skórę tworzą się owrzodzenia w miękkich częściach ciała, w mięśniach, w stawach, i wtedy mówią o tylezaku — *farciminium*, *malleus humidus* v. *farciminosus*. Wszystkie te objawy stanowią właściwie tę samą chorobę, to też odróżnianie tylezaka od nosacizny jest zu-

pełnie nieusprawiedliwione. Jedyne słuszny jest podział choroby na nosacizną ostrą i przewlekłą. Ta ostatnia postać rzadko się spotyka, i w literaturze naliczyłem zaledwie kilka przypadków, dokładnie zbadanych, a w literaturze polskiej tylko dwa przypadki niewątpliwej nosacizny przewlekłej [M. JAKOWSKI (2) i R. BARĄCZ (3)].

Co się tyczy stopnia zaraźliwości nosacizny, to w tym względzie różne panowały i panują poglądy: jedni uważają nosacizną za bardzo zaraźliwą, inni zaś nie tak bardzo się jej obawiają. Zaraźliwość nosacizny uznana już była w IV stuleciu, lecz jeszcze w XVIII i XIX w. długo ścierały się przeciwne poglądy; szczególnie w Francji wielu było zwolenników niezaraźliwości nosacizny<sup>1)</sup>. Z własnego doświadczenia wnioskuję, że zaraźliwość nosacizny jest nieznaczna w porównaniu np. z odrą, płonicą, ospą lub tyfusem wysypkowym.

Żona chorego, o którym wyżej, na usilne swoje żądane pozostała przy mężu, nie odstępowała go ani na chwilę, a pomimo to nie zaraziła się. W szpitalu św. Stanisława nikt z personelu lekarskiego, ani ze służby nie zaraził się nosacizną, jakkolwiek zmarło w tym szpitalu z nosacizny kilkunastu chorych. Pewien chłopiec stajenny, który miał zajęty górny oddeinek dróg oddechowych i płuca, pluł na wszystkie strony, na zbliżających się, opluł twarz siostrze miłosierdzia, a jednak wypadku zarażenia się nie było (rozpoznanie nosacizny u tego chorego sprawdzono doświadczalnie). Rodzina zmarłych na nosacizną w naszym szpitalu, o ile mi wiadomo, nie zapadała na tę samą chorobę. Pewna młoda

panna przekłuwała krosty, masowała nacieczenia bez zachowania środków ostrożności, pomagała lekarzowi w ciągu dwóch tygodni przy opatrywaniu owrzodzeń u swej siostry. Rozpoznanie nosacizny było dokonane w przeddzień śmierci i sprawdzone bakteryologicznie. Tę panią obserwowałem przez dłuższy czas, rok cały już minął, i jest zdrowa. Na wsi w ciasnej izbie leżał fornal, chory na nosacizną, a tuż obok żona z dziećmi, i nikt się nie zaraził. Sam robiłem kilka razy badania pośmiertne zmarłych na nosacizną, zastrzykiwałem hodowle laseczników świnkom, później w okresie otwierania się ropni jąder, kiedy cała sierść bywa zavalana, brałem świnki do rąk, zachowując zwykle przepisy ostrożności, i nie zaraziłem się. Wogóle zauważyć należy, że zarazek nosacizny jest dość wybredny zarówno co do podłoża, jak i warunków fizycznych i chemicznych: nie daje się np. zaszcześcić wołom, szezuirom, myszom białym oraz domowym, z trudnością podlegają zarazkowi stare psy i t. d.; lasecznik nie rośnie przy ciepłocie pokojowej, a przy ciepłocie 39° C. na kartoflu w przeciągu kilku dni ginie doszczętnie (5). Zwrócić trzeba również uwagę na tę okoliczność, że lasecznik nosacizny nie tworzy zarodników. Tem się prawdopodobnie da wytłumaczyć ta okoliczność, że ludzie na nosacizną zapadają stosunkowo rzadko; jest to tembardziej uderzające, że wśród koni, z którymi człowiek ma tak często do czynienia, jest dość dużo sztuk chorych na nosacizną.

Mianowicie, w całym Państwie Rosyjskiem zachorowało na nosaciznę:

w 1893 r. —	4517 koni
1894 —	5280
1895 —	8044
1896 —	8547
1897 —	10596
1898 —	13139

<sup>1)</sup> Zwracam uwagę, że prof. d-r FRIEDRICH V. KORANYI w dziele zbiorowem prof. NOTHNAGEL'a „Specielle Pathologie und Therapie“ Bd. I, 1 Hälfte, 1897, błędnie podaje zarys historyczny, twierdząc, jakoby LAFOSSE ojciec i syn bezpośrednimi doświadczeniami dowiedli zaraźliwości nosacizny i bronili tych poglądów. Przeciwnie, LAFOSSE ojciec i syn twierdzili, że nosacizna jest sprawą zapalną, zgoła niezaraźliwą.

W gub. Warszawskiej (bez Warszawy) <sup>2)</sup>:

w 1892 roku —	54 konie
1893 „ —	69 koni
1894 „ —	39 „
1895 „ —	64 „
1896 „ —	49 „
1897 „ —	59 „
1898 „ —	59 „
1899 „ —	124 „
1900 „ —	66 „
1901 „ —	159 „

W samem mieście Warszawie zabito koni chorych na nosaciznę <sup>3)</sup>:

w r. 1888 —	44	w r. 1895 —	33
„ 1889 —	23	„ 1896 —	38
„ 1890 —	28	„ 1897 —	35
„ 1891 —	44	„ 1898 —	26
„ 1892 —	25	„ 1899 —	36
„ 1893 —	64	„ 1900 —	76
„ 1894 —	58	„ 1901 —	76

Cyfrы powyższe są niewątpliwie mniejsze od rzeczywistych, skoro w roku bieżącym, przy sprężystym nadzorze nad końmi, już w ciągu 11 miesięcy zabito w Warszawie 78 koni chorych na nosaciznę. Jest to tem prawdopodobniejsze, że w Petersburgu zabito w 1898 r. 470, a w 1899 — 585, w 1900 — 562 konie chore na nosaciznę, a liczby te — według SAWWAROWA (6) — wzrosłyby nawet do tysiąca, gdyby nadzór weterynaryjny w Petersburgu był ściślejszy. Z cyfr przytoczonych jedno z pewnością można wywnioskować: że liczba koni, dotkniętych nosacizną w Warszawie, a zapewne i w całym Królestwie jest znaczna. W ostatnich latach wzrasta ona ciągle, czego zresztą nie trzeba kłaść na karb szerzenia się zarazy; raczej przypisać to należy bardziej ścisłemu nadzorowi. W tym względzie dużą rolę odgrywa energia jednostek, którym z urzędu po-

wierzona jest piecza nad zdrowotnością zwierząt. Obecny np. inspektor weterynaryjny m. Warszawy pewnego razu niespodziewanie udał się na pole Skaryszewskie (na Pradze, obok Saskiej Kępy) i znalazł na pastwisku 10 koni chorych na nosaciznę. Podczas nadzwyczajnego przeglądu wszystkich koni w Warszawie, dokonanego 15 maja 1901 r., wykryto 22 konie chore na nosaciznę. Spodziewać się należy, że przy powiększonym w ostatnich czasach personelu weterynaryjnym będziemy mieli ściślejsze dane o zdrowotności zwierząt. Nie zawadzi nadmienić, że na nosaciznę mogą zapadać również kozy, owce, koty, a nawet, jak to się zdarzało w menażeryach, lwy i tygrysy.

W statystyce nosacizny u ludzi uderza ta okoliczność, że ofiary tej choroby rekrutują się prawie wyłącznie z ludzi, mających bezpośrednią styczność z końmi, jak: weterynarze, dorożkarze, stajenni, wojskowi i t. d.; oprócz tego w statystyce spotykamy też lekarzy, pracujących naukowo lub leczących takich chorych. Zdawałoby się, że nosacizna jest chorobą wyłącznie zawodową. Tymczasem tak nie jest. Na nosaciznę mogą zapadać i rzeczywiście zapadają ludzie, którzy bezpośredniego stosunku z końmi nie mają. Jest to bardzo zrozumiałe, jeżeli weźmiemy pod uwagę ogromną liczbę koni, dotkniętych nosacizną. Każdy z nas, przechodząc ulicą między licznymi dorożkami, narażony jest na to, że koń na niego parsknie; na każdym niemal rogu ulicy ocieramy się o głowę konia dorożkarskiego. Ze stacyi dorożkarskich muchy i owady mogą przenosić zarazki od chorego konia do sąsiednich mieszkań i wprost szczepić chorobę ludziom lub ją roznosić. GIUSEPPE CAO (7) dowiódł, że laseczniki nosacizny, przechodząc przez przewód pokarmowy chrabąszczy i żuczków, zachowują swą żywotność i złośliwość. Prątki nosaciznowe wykryto również w mleku kobył, chorych na nosaciznę. To też należy mieć na względzie możliwość zarażenia się i tą drogą. W Samarze przy rewizyi weterynaryjnej stadniny w zakła-

<sup>2)</sup> Danych powyższych łaskawie udzielił mi p. KOTŁUBAJ, insp. weter. gubernii Warszawskiej.

<sup>3)</sup> Powyższych danych łaskawie udzielił mi p. ERIMOW, insp. weterynaryjny m. Warszawy.

dzie leczniczo-kumysowym d-ra POSTNIKOWA znaleziono jedną klacz chorą na nosaciznę i oprócz tego jeszcze dwie sztuki podejrzane (8). Sam miałem następujący wypadek. Podczas przenoszenia laseczników nosacizny z probówki na szkiełko pokrywkowe usiadła na uszku platynowem mucha i uciekła, zabierając na nóżkach czystą hodowlę laseczników. Staralem się ją schwytać, ale daremnie.

Zważywszy tak różnorodne okoliczności, przestaniemy się dziwić nosaciznie u ludzi, nie mających bezpośredniej styczności z końmi; z drugiej strony, pamiętając o biologicznych własnościach prątka nosaciznowego, nie będziemy się znów bardzo dziwili, że tak mało względnie widujemy ludzi, dotkniętych nosacizną.

Zaraźliwość więc nosacizny jest stosunkowo niewielka. Co innego — złośliwość tej choroby. Z chwilą, kiedy zarażenie nastąpiło, mała jest nadzieja uratowania chorego. W szpitalu św. Stanisława nie spostrzegano ani jednego przypadku wyleczenia z nosacizny. Opisywane w literaturze przypadki wyleczenia nosacizny nie zasługują na zaufanie, ponieważ były niezbyt dokładnie badane bakteryologicznie, lub też dalszy los chorych, wypisanych, jako zdrowych, nie był sprawdzony. Dwa przypadki HERTWIG'a wyleczenia z ostrej nosacizny pochodzą z 1836 roku, pomimo to v. KORANYI podaje je bez żadnego zastrzeżenia, nie wskazując na epokę, z której pochodzą. Każdy autor podaje inną odsetkę śmiertelności z nosacizny. Statystyki nosacizny u ludzi nie zamieszczam, gdyż według mnie nie przedstawia ona żadnej wartości naukowej. Wielokrotnie odsyłało do szpitala św. Stanisława chorych, u których rozpoznano tyfus wysypkowy, zakażenie krwi, tyfus nieokreślonej postaci, flegmonę, jakkolwiek już były wystąpiły wyraźne objawy nosacizny, i po jednej lub dwóch dobach niektórzy umierali i figurowaliby z pewnością w statystyce zmarłych na tyfus, zakażenie krwi i t. d. Z drugiej strony często przysyłano jako chorych na nosaciznę ludzi bez za-

dnym danych, któreby pozwalały rozpoznać tę chorobę, np. *lymphosarcomatosis cutis*, *phlegmone nasi*, gruźlica, zwyczajne ropnie, *psoriasis* i t. d. Do zrobienia rozpoznania w tych przypadkach upoważnił lekarzy jedynie zawód chorego, styczność z końmi.

Bądź co bądź, lepiej być zbyt ostrożnym, niż lekceważyć tak straszną chorobę. Ja cytuję przypadek o fornalu, który, będąc chory na ostrą nosaciznę, nie zaraził nikogo ze swej rodziny, BĄTKO zaś opisuje przypadek nosacizny przewlekłej u parobka stajennego, od którego zaraziła się żona i dwoje dzieci (9). Dla tego gotów jestem zrobić zarzut BARĄCZOWI, że leczy swego chorego przez pięć miesięcy, nie badając weale ani ropy, ani odpływu z nosa, że już po sprawdzeniu istoty choroby leczy go ambulatoryjnie, chociaż z nozdrzy kapąla wydzielina ropiasta, wreszcie, że leczy go w domu aż do śmierci.

Szpital św. Stanisława nie posiada jeszcze należytego urządzenia dla chorych na nosaciznę. Tymczasowo umieszczamy takich chorych w oddzielnym pokoju, dajemy mu wszystkie niezbędne rzeczy do wyłącznego użytku; prócz tego stoi miska z sublimatem (1 : 1000), wisi ręcznik oraz fartuch dla służby; która, usługując choremu, wkłada specjalny fartuch, a w końcu myje ręce. Chociaż szpital nie ma prawa zatrzymywać chorych wbrew ich woli, lecz w tych razach, kiedy chory jest stanowczo niebezpieczny dla otoczenia, zatrzymujemy go na zasadzie poszczególnego za każdym razem porozumienia się z władzami administracyjnymi. Umysłowo chorych i trędowatych trzymamy długie lata w specjalnych zakładach. Zdaje mi się, że chory na przewlekłą nosaciznę również powinien być izolowany, dopóki kilkakrotnie nie przekonamy się, że już znikły wszelkie zmiany chorobowe, któreby mogły być powodem szerzenia zarazy, i że wydzieliny fizyologiczne nie zawierają laseczników nosacizny. Prócz tego w każdym wątpliwym przypadku powinno być niezwłocznie dokonane badanie bakteryologiczne, w razie ujemnego wyniku cier-

pliwie powtarzane, gdyż tylko tą drogą możemy zabezpieczyć ogół od fatalnych niespodzianek. Dla rychłego rozwiązania sprawy postępuję w takich razach w następujący sposób: Szezepię ropę podskórną świnkom morskim samcom najmniej  $\frac{1}{2}$  szprycy PRAWAZ'a i prócz tego ściśle (10) po *linea alba* do jamy otrzewny  $\frac{1}{5}$  szprycy. Jednocześnie zakładam hodowle na płytkach agarowych. Materiał szezepienny staram się brać z nacieczeń najświeższych z zachowaniem wszelkich przepisów aseptyki.

Jeszcze nie wypróbowałem zachwalanego przez MARI'ego (11) profesora Akademii W. Lekarskiej w Petersburgu, „rosyjskiego pośpiesznego sposobu rozpoznawania nosacizny“, który polega na szezepieniu młodych kotów, bardzo wrażliwych na nosaciznę. Kocięta, którym zastrzyknięto prątki nosaciznowe pod skórę na grzbiecie, padają względnie bardzo szybko, przeciętnie w ciągu 6—10 dni. Następująca tablica daje dość pochlebne świadectwo o tym nowym sposobie.

Choroba trwała	Liczba kotów.	% śmiertel- ności danej kategorji do ogólnej licz- by szezepio- nych kotów.
od 1 do 5 dni	23	13,0
„ 6 „ 10 „	109	63,0
„ 11 „ 15 „	22	12,0
„ 16 „ 20 „	7	4,0
„ 21 „ 25 „	6	2,0
wyżej po nad 25 „	4	2,0

Prócz tego praktyka wykazała, że nie potrzeba wyczekiwać śmierci szezepionego kota, lecz już po upływie 48 godzin można zabić go i posiać śledzionę na kartoflu na 20—25 probówkach. Tym sposobem—według prof. MARI'ego—można dokonać pewnego rozpoznania nosacizny w ciągu 4 dni: dwa dni od chwili zaszezepienia kota do zabicia go + dwa dni rozwoju hodowli na kartoflu. Zdaje mi się, że ujemną stronę powyższego sposobu stanowi sianie śledziony zabitego kota wprost do probówek z pominięciem

płytek PETRI'ego, gdyż przy mieszanem zakażeniu można napotkać nieprzyjemne powikłania i ewentualnie być wprowadzonym w błąd. Wolalbym więc poczekać jeszcze jeden dzień lub dwa na ostateczne rozpoznanie, siejąc śledzionę na płytkach z agarem glicerynowym, i ztąd dopiero przenieść zarazek na kartofel do probówek.

Ponieważ lekarze prowincjonalni pracują przeważnie w tak nieprzyjaznych warunkach, że nie są w stanie sami zajmować się mozolnem badaniem bakteryologicznem, chciałbym zwrócić ich uwagę, że, przesyłając do Warszawy w wygotowanym naczyniu szklanem z korkiem kawałek wyjałowionej waty, nasyconej podejrzaną wydzieliną, bądź to z nosa, bądź z ropni lub krost, ułatwiają sobie dalsze względem chorego postępowanie. Taki kawałek waty można wprost implantować pod skórę kotowi lub śwince morskiej, albo też rozmoczyć w niewielkiej ilości wody wyjałowionej i otrzymaną w ten sposób emulsyę szezepić zwierzętom oraz siać na podłożach.

Na tem miejscu dziękuję za wskazówki i pomoc przy spostrzeganiu chorego d-rom J. SZWAJCEROWI, WITOSŁAWOWI DĄBROWSKIEMU i PALMIRSKIEMU.

#### LITERATURA.

- 1) GROSTERN W. Nosacizna czy zapalenie posocznico-ropnicowe? Gaz. lek. 1896. str. 271. — Tenże. Odpowiedź d-rowsi Zawadzkiemu ibid. str. 360. — NENCKI L. i PRUSZYŃSKI J. W sprawie zakażenia nosacizną. Gaz. Lek. 1896. str. 219. — ZAWADZKI M. Zakażenie septyczne skryte. ibid. 261. — 2) M. JAKOWSKI. Niezwykły przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka. Gaz. Lek. Nr. 46, 47, 48. 1889. — 3) ROMAN BARĄCZ. Przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka. Gaz. lek. Nr. 23—25. — 4) NOTHNAGEL'S Specielle Pathologie u. Therap. Friedrich v. Korányi. Bd. 1, 1 Hälfte. 1897 r. „Wykłady z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej“. — G. H. ROGER. Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt. Przekład Adama Ciaglińskiego. 1893. — 5) W. K. WYSOKOWICZ. Śluzczaj sapa u człowieka. Wracz. 1892. — 6) N. P. SAWWAITOW. K statystyce, symptomatologii i patologicznej anatomii ostrawo sapa u ludzi. Oddziel. odb. 1901. —



7) Cao Giuseppe. Ueber den Durchtritt von Mikroorganismen durch den Darm einiger Insekten. (L'ufficinale Sanitario Anno XI. 1898), ref. Archiv für Bacter. B. 26. str. 456. — 8) „Wraczu“. 1896. str. 884. — 9) Wł. BIEGAŃSKI. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. T. II.—10) Ber-

lin. klin. Wochensch. 17 marca 1895 r. D-r Levy i Steinmetz. ref. we Wraczu. 1895. str. 337. — 11) Prof. N. N. MARI. Sowremiennoje sostoianie woprosa ob etiologii, razpoznawanii i leczenii sapa u ludiej. Kriticzeskij obzor. Russkij Archiw patoł. Podwysockawo. T. XIV. 1902. 30 września.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

### CHIRURGIA

#### dróg żółciowych.

Zestawił

Antoni Leśniowski.

Porównanie ogromnych statystyk chirurgów zagranicznych, głównie niemieckich, chirurgii dróg żółciowych dotyczących, ze szczerymi statystykami naszych chirurgów, pozwala mylnie wnioskować, że cierpienia owych narządów są zagranicą rozpowszechnione ogromnie, u nas do rzadkich należą. W rzeczywistości i u nas wspomniane cierpienia spotyka się bardzo często. Że rzadko zabiegi chirurgiczne są w chorobach narządów żółciowych przez naszych chirurgów wykonywane, zależy to od tego, że za dużo wierzy się u nas wśród ogółu lekarzy w leczniczą moc wód mineralnych, głównie karlsbadzkiej, że za małym natomiast darzy się zaufaniem celowości i skuteczności przedsięwziętych zabiegów operacyjnych, że wreszcie — i to jest bodaj najważniejsze — nie jest dotychczas ustalony pogląd na to, jaki mianowicie okres cierpienia dróg żółciowych jest najbardziej do stosowania owych zabiegów odpowiedni. By rzucić nieco światła na omawianą sprawę, by wzbudzić nieco większe do chirurgii dróg żółciowych zaufanie, zestawiamy poniżej i mamy zamiar niejednokrotnie w przyszłości zestawiać głosy autorów, którzy na podstawie olbrzymiego częstokroć doświadczenia osobistego pozyskali prawo wypowiedziania decydującego poniekąd twierdzenia.

Na początku przytoczymy parę artykułów,

omawiających stosunki anatomiczne przewodów żółciowych.

P. Fuks w artykule, noszącym tytuł: „Kamienie żółciowe i choroby trzustki“ powiada, że przewód żółciowy wspólny, dotarłszy do dwunastnicy, biegnie po tylnej powierzchni tejże w rynnie trzustki lub nawet zgoła przez tę ostatnią otoczony, spotyka przewód trzustkowy, zdąża równoległe do tegoż dalej, oddzielony odeń zaledwie cieniutką błoną, wreszcie tworzą oba te przewody jeden wspólny, który pod nazwą uchyłka VALER'a (*diverticulum Valeri*) wpada do dwunastnicy.

Rzeczony stosunki anatomiczne pozwalają zrozumieć, że kamień żółciowy, uwięziony w pobliżu wylotu przewodu żółciowego wspólnego, wywołując sprawę zapalną w tym ostatnim i innych drogach żółciowych, bardzo łatwo może wywołać tę samą sprawę w przewodzie trzustkowym i samej trzustce; odwrotnie, złogi przewodu trzustkowego lub obrzmienie głowy trzustki, dzięki sprawie zapalnej lub nowotworowej, powodują uciśnięcie przewodu żółciowego wspólnego, żółtaczkę, sprawy zapalne w narządach żółciowych. Czasami znów otwór, którym uchylek VALER'a otwiera się do dwunastnicy, jest o tyle wąski, że już bardzo nieduży kamień jest w stanie go zatkanąć; wówczas na skutek większego ciśnienia w przewodach żółciowych, niż w przewodzie trzustkowym, żółć zostaje wciśnięta do tego ostatniego, i oto powstają sprawy chorobowe w przewodzie trzustkowym i samej trzustce w postaci ostrego zapalenia lub nawet ropnia.

Dla zdemonstrowania powyższego przytacza F. następujący przypadek: 32-letni mężczy-

zna, pijak, od dłuższego czasu cierpiący na kurcze żołądka, wymioty, dostał naraz niezwykle mocnego napadu tychże. Badanie wykryło: ciepłota 39° C., tętno — 120. Okolica nadbrzusza, szczególnie w lewej połowie, mocno wzdęta, wrażliwa; ściana brzucha napięta. Wgłębi we wskazanem miejscu wyczuwa się miękki guz kulisty, niezmiernie bolesny na dotyk, podczas oddechania nieporuszający się, niezupełnie wyraźnie odgraniczony od lewego płata wątroby. Prawe podżebrze mało napięte, wątroba nieboleśna wyczuwa się na 2' poprzeczne palce poniżej łuku żebrowego. Inne narządy wewnętrzne prawidłowe. Zastosowano morfinę, odżywianie za pomocą wlewań, i chory powoli poprawiał się. Po upływie tygodnia ponowny napad, połączony z dreszczami, gorączką 40° C., żółtaczką, obrzękiem przykostkowym. I na ten raz powoli stan chorego miał się ku lepszemu, wspomniana guzowatość nie wymacywała się, żółtaczką jednak trwała. Atoli po upływie 2 miesięcy raptownie i niespodzianie znów zjawily się kurcze, wymioty, wstrząsające dreszcze, ciepłota 40,8°, utrata przytomności, tętno ledwie wyczuwalne. Przeniesiony do oddziału Körtego, tu narazie nieco poprawił się. Lecz gdy po upływie kilku dni znów stan miał się ku gorszemu, przystąpiono do operacji. Wątroba i pęcherz żółciowy pozrastane z odźwiernikiem. Przewód żółciowy wspólny mocno rozszerzony, ściana zgrubiała. Po otwarciu tegoż przekonano się, że zgłębnik, zdążający ku dwunastnicy, napotyka przeszkodę, usadowioną po za dwunastnicą w głowie trzustki. By dotrzeć do niej, odciągnięto dwunastnicę na bok i wtedy znaleziono i otworzono ropień w głowie trzustki, zawierający łyżkę stołową rópy. Po opróżnieniu ropnia, wprowadzono zgłębnik do przewodu dalej. W samym wylocie do dwunastnicy napotkano zatykający go kamień, dla usunięcia którego otworzono dwunastnicę. Po usunięciu kamienia przekonano się, że kanał stał się zupełnie drożnym. Przewód żółciowy wspólny zaszyto, pozostawiając sącdek w przewodzie wątrobowym, otwór w dwunastnicy zaszyto, do ropnia w głowie trzustki wprowadzono sącdek, jamę brzucha zamknięto. Przebieg gojenia się bardzo pomyślny, wyzdrowienie zupełne.

Oczywiście, w przypadku niniejszym kamień żółciowy, uwieczny w uchyłku Vater'a, spowodował *pancreatitis et peripancrreatitis*, co

w ostrym okresie choroby dało ów wymacalny guz kulisty. Rozważanie przebiegu przypadku powinno dać, zdaniem F., cenne wskazówki na przyszłość co do rozpoznawania wspomnianej sprawy chorobowej, szczególnie obecność owej guzowatości może dużo w tym kierunku dopomóc. W innych przypadkach, szczególnie u osób mocno otyłych, może w tych samych warunkach powstać zapalenie trzustki krwotoczne (*pancreatitis haemorrhagica.*), połączone z równie ostrymi, gwałtownymi objawami, co potwierdzają 23 przytoczone przez autora przypadki, znalezione w piśmiennictwie. Przeglądając następnie rozmaite postacie spraw chorobowych trzustki a więc ostre i przewlekłe zapalne, torbiele retencyjne, przerosty, kamienie, przychodzi autor do wniosku, że w większości przypadków są one następstwem kamieni żółciowych.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift N. 46. 1902.*)

Do nieco odmiennych, niż zwykle ogłaszane, poglądów na stosunki anatomiczne przewodów żółciowego wspólnego i trzustkowego (Wirsungi), doszedł BUNGENER (z Hanau). Badając 58 trupów ludzi dorosłych, stwierdził on, że w 55 przypadkach przewodów żółciowy wspólny przebiegał w samej substancji głowy trzustki, na przestrzeni 2 cm. z tkanką rzeźzonego narządu tak ściśle zrosnięty, że na tępo niepodobna było go odpreparować, zaś tylko w 3 przypadkach zgodnie z podręcznikami leżał na głowie trzustki. W 57 przypadkach oba wspomniane przewody biegły zupełnie osobno, aż do uchyłka Vater'a, na którego dnie wyłoty przewodów były odległe od siebie na 0,2 cm. Przewód trzustkowy bardzo rzadko, bo w 10% przypadków, był rozdwojony i otwierał się do dwunastnicy za pomocą 2 osobnych ujść.

Z faktu, że przewód żółciowy wspólny prawie zawsze przed wstąpieniem do dwunastnicy zdąży przez miąższ trzustki, z tkanką tejże ściśle zrosnięty, wynika, że obnażenie przewodu żółciowego wspólnego udaje się tylko do miejsca, w którym przewód pograża się w miąższ gruczołu. Dalej dla obnażenia przewodu pozostanie naciąg trzustkę.

Staje się również z powyższego zrozumiałem, dla czego wszelkie sprawy, powodujące stan obrzmienia głowy trzustki, powodują zatkanie przewodu żółciowego wspólnego ze wszystkimi takiego zatkania następstwami; jednocze-

śnie jednak spostrzega się objawy zatrzymania się soku trzustkowego.

Z faktu, że przewód żół. wspólny i prz. trzustkowy przebiegają zosobna aż do dna uchyłka VATER'a, staje się oczywistem, że tylko sprawy, umiejscowione w wylocie uchyłka do światła dwunastnicy, jako to uwięzie tu kamienie żółciowe, zapalne zatkanie się dwunastnicowego otworu uchyłka, rozwijającego się raka, powodują zatrzymanie się i żółci i soku trzustkowego.

(*Centralblatt f. Chirurgie Nr. 48. str. 1252*).

Obecnie podamy kilka artykułów, zawierających nowsze poglądy na powstawanie kamicy żółciowej, na jej rozpoznawanie, na dane, znajduwane podczas operacji już po pierwszym napadzie kolki żółciowej, na wskazania do stosowania zabiegów chirurgicznych i wyboru samych sposobów operacyjnych.

Oto OCHSNER z Chicago jest zdania, że pęcherz żółciowy, tak samo jak pęcherz moczowy, miedniczki nerkowe, żołądek, jest dopóty zdrowy, dopóki zawartość jego ma zupełnie swobodny odpływ.

Pęcherz żółciowy i przewody żółciowe często zrastają się z otaczającymi narządami, a więc z żołądkiem na skutek wrzodu tegoż, po przebytym tyfusie, zapaleniu wyrostka. Dzięki pociąganiu przez bliźnię wytwarza się uchyłek, w którym zatrzymuje się żółć; w niej mogą rozwijać się drobnoustroje, głównie lasecznik okrężnicy, i wywoływać zapalenie śluzówki i tworzenie się kamieni.

Kurczenie się żołądka podczas trawienia pociąga natychmiastowe kurczenie się chorego pęcherza żółciowego, dając napad kolki żółciowej. Dla tego też w przypadku, gdzie zastosowanie morfiny nie sprowadza uśmierzenia napadu kolki, przepłukanie i opróżnienie żołądka skutecznia to przeważnie natychmiastowo.

Rozpoznanie kamieni żółciowych często nastęrcza liczne trudności, albowiem może być zupełnie brak objawów zasadniczych, a więc kolki, żółtaczki, odchodzenia kamieni.

O wiele bardziej stałe są następujące objawy: zaburzenia w trawieniu, gniecenie i palenie w okolicy żołądka po spożyciu pokarmów, wzdęcie brzucha; tępy ból w prawem podbrzeżu, od 10 żebra szerzący się do kolea biodrowego górnego przedniego i do łopatki; bolesny na do-

tyk punkt pomiędzy chrząstką 9 żebra i pępkiem, zwiększenie się tępości wątroby rozmaicie duży guz pod 9 żebrzem, wskazówki co do przebytego tyfusu, zapalenia wyrostka robaczkowego.

Operować radzi O., nie czekając, aż zjawią się groźne objawy; wobec ciężkiego stanu — zaleca najpierw uśmierzenie ostrego napadu. Na podstawie swego osobistego doświadczenia dochodzi do wniosków następujących: 1) Rozpoznanie cierpień pęcherza żółciowego i kamieni żółciowych wymaga jeszcze dalszego opracowania; 2) t. zw. objawy klasyczne muszą być dopełnione, by mogły dać pewne wskazówki rozpoznawcze; 3) nie należy operować podczas ostrego napadu zapalenia pęcherza żółciowego; 4) chorzy, będący w silnej zapaści, nie znoszą dłuższych zabiegów na narządach żółciowych; 5) podczas ciężkiej żółtaczki zabieg należy ograniczyć do przesączkowania pęcherza żółciowego.

(Podług referatu w *Centralblatt f. Chirurgie Nr. 48 str. 1242*).

RIEDEL z Jeny na 74 zjeździe niemieckich lekarzy w Karlsbadzie opowiadał, co znalazł podczas operacji w czasie pierwszego napadu kolki żółciowej. O ile można to było stwierdzić, pacjent nigdy dotychczas podobnych napadów nie miał. W jamie otrzewny płyn wysiękowy. Zlepy pomiędzy pęcherzem żółciowym i otaczającymi narządami przesiąknięte cieczą zielonkawą. Tkanka wątroby w pobliżu pęcherza żółciowego wiotka. Pęcherz żółciowy miał kształt ogórka, był niezmiernie napięty, ściany były zgrubiałe, rozpulchnione, śluzówka przeważnie zniszczona. Zawartość pęcherza surowiczopropna, obfitująca w drobnoustroje. Ciecz wolna w jamie otrzewny była jałowa. Oczywiście, w tego rodzaju przypadkach jest wskazana natychmiastowa operacja.

(*Centralblatt f. Chirurgie Nr. 48. str. 1245*).

Na tym samym zjeździe opowiadał KÖRRE z Berlina, że operował 17 chorych na ostre zakaźne zapalenie pęcherza żółciowego w czasie napadu. W 16 przypadkach kamienie były obecne, w 1 kamieni nie znalazł, natomiast znalazł poczynające się zapalenie otrzewny, surowiczy wysięk. W 7 przypadkach tworzenie się kamieni przebiegało skrycie, w 5 przypadkach powodowały przypadłości, objaśniane cierpieniem żołądka, nerek, wyrostka ro-

baczkowego, i tylko w 4 przyp. rozpoznano kamienie żółciowe. Ostre zakaźne zapalenie pęcherza żółciowego rozpoczynało się dreszczami, gorączką; objawy zapalenia otrzewny wkrótce wysuwały się na plan pierwszy. K. sądzi, że najpierw ma miejsce zakażenie zamkniętej skutkiem zatkania się przewodu pęcherzowego przestrzeni, następnie złośliwość drobnoustrojów wzrasta, wzrasta wewnątrzpęcherzowe ciśnienie, wreszcie dochodzi do zgorzeli, zapalenia otrzewny. W 2 przypadkach ostre zakaźne zapalenie pęcherza żół. zjawilo się w przebiegu uwięźnięcia kiszki w przepuklinie. W 2 przypadkach znaleziono ciecz mętną surowiczą, w jednym ropę. Ściany pęcherza żółciowego były w stanie zapalnym, zgrubiałe; śluzówka rozpułchniona, owrzodziła, na błonie surowiczej złożyła się zapalne, czasami ropnie pomiędzy ścianą pęcherza żół. i wątroba. Z obawy posocznicy, ropienia wątroby, zapalenia otrzewny operować należy bez zwłoki. Jeszcze 9 dnia trwania ostrego napadu udawało się zapobiedz ogólnemu zakażeniu otrzewny. Z pośród zabiegów najbardziej zaleca się tu wycięcie pęcherza żółciowego i sączkowanie przewodu żół. wątrobowego.

(*Centralblatt f. Chirurgie Nr. 48 str. 1250*).

Bardzo zajmujące przemówienie miał H. KERR na 74 zjeździe lekarzy niemieckich w Karlsbadzie. Wypowiedział on mianowicie swoje wnioski, wyprowadzone z 720 laparotomii, własnoręcznie wykonanych z powodu cierpień narządów żółciowych. W 90% przypadków kamieni w pęcherzu żółciowym i przewodzie pęcherzowym nie bywa żółtaczki, jak również w 30% przypadków kamieni w przewodzie wspólnym i wątrobowym. Tak samo często brakuje obrzmienia wątroby, tak, iż pomimo ujemnego wyniku obmacywania wątroby i pęcherza żółciowego operacja może być niezbędnie potrzebna. Powstawanie przetoki pomiędzy drogami żółciowymi i кишkami wcale nie jest okolicznością pomyślną i szczególnie pożądaną, bowiem nie warunkuje ono samoistnego wydalania się kamieni z dróg żółciowych. Leki wewnętrzne nie rozpuszczają i nie wypędzają kamieni, conajwyżej przyczyniając się do uspokojenia układu żółciowego, sprzyjają przemianom ostrej sprawy zapalnej. Należy stanowczo zarzucić mięśnienie wibracyjne w ostrych sprawach zapalnych narządów żółciowych.

Dokładne rozpoznanie anatomiczne danego cierpienia układu żółciowego jest możebne tylko na podstawie ogromnego osobistego doświadczenia chirurgicznego; zaś tylko dokładne rozpoznanie anatomiczne pozwala rozstrzygnąć, czy należy stosować leczenie wewnętrzne, czy uciec się do zabiegu chirurgicznego. Dotychczas za rzadko i za późno bywa operowane ostre surowiczo-ropne zapalenie pęcherza żółciowego i przewlekłe zatkanie przewodu żół. wspólnego. Natomiast przedewszystkiem wymaga systematycznego leczenia uśmierzającego (woda Karlsbadzka, gorące okłady, leżenie) — przewlekłe, powtarzające się zapalenie pęcherza żółciowego. Pogląd RIEDEL'a, że kamienie żół. należy usuwać, dopóki pozostają one jeszcze w pęcherzu żółciowym, aczkolwiek w zasadzie słuszny, nie daje się systematycznie w praktyce stosować. Do wewnętrznego leczenia nadają się przypadki, w których napady są lekkie, w przerwach między napadami okolica pęcherza żół. jest niebolesna, również przypadki ostrego zatkania przewodu żół. wspólnego. Dopiero rozpoczynające się *cholangitis*, wzrastające wyniszczenie chorego zmuszają do operacji. Do chirurgów należą przypadki, w których częste napady kolki bez żółtaczki i odchodzenia kamieni prowadzą do podupadania stanu ogólnego, lub w których napady żółtaczki i odchodzenia kamieni są bardzo częste i zbyt niepomysłnie odbijają się na zdrowiu pacjenta, w których mamy do czynienia z *hydrops* lub *empyema* pęcherza żółciowego, z ropieniem dokoła tegoż; przypadki przewlekłego zatkania przewodu żół. wspólnego, skoro należyte leczenie wodą karlsbadzką nie dało pożądanego wyniku, przypadki rozpoczynającego się lub rozwiniętego morfizmu na skutek kamieni żółciowych. Bezwzględne wskazanie do operowania kłmieni żółciowych nie istnieje. Źle znoszą zabieg mężczyźni otyli, dobrze kobiety wieloródki.

Z dołączonych tablic widać, że owych 720 laparotomii dokonano na 655 chorych, z pośród których 536 było kobiet. W liczbie pierwszych 360 laparot. przeważały cystostomie, w tablicy nowszych 360 lap. wybitne miejsce zajmują całkowite wycięcia pęcherza żółciowego i sączkowanie przewodu żół. wątrobowego. Śmiertelność pooperacyjna ogólna wynosiła 15,5%; po potrąceniu zaś przypadków, w których obok zabiegu na drogach żółciowych dokonano jednocześnie

zabiegu na innych narządach jamy brzucha (żółtaczki, kiszki, trzustce, nerce i t. d.), przypadków nieoperacyjnych raka dróg żółciowych, rozlanego *cholangitis*, rozlanego zap. otrzewny—tylko 3,5%. K. zupełnie zarzucił zeszywanie przewodu żół. wspólnego, chętnie posługuje się sączkowaniem przewodu wątrobowego. Na zakończenie zachęca K. lekarzy wewnętrznych do częstego asystowania przy operacjach na narządach żółc., a to w tym celu, by za pomocą dokładnego przestudyowania *in vivo* spraw anatomo-patologicznych tychże, być w możności lepiej je rozpoznawać i robić lepsze wskazania do leczenia operacyjnego.

(*Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 48 str. 1245).

MAYO (Rochester, Minnesota) na podstawie 328 spostrzeganych przez się zabiegów na pęcherzu żółciowym i przewodach żółciowych wypowiada następujące twierdzenia.

Ponieważ w przypadkach zatkania przewodu żółciowego pęcherzowego utworzenie przetoki pęcherza żółciowego rzadko tylko daje wynik zadawalający, przeto należy dokonać zupełnego wycięcia pęcherza żółciowego. W przypadkach żółtaczki na skutek zatkania przewodu żółciowego wspólnego przez kamień pęcherz żółciowy prawie zawsze jest mały, niewymacalny, chyba że sam jest wypełniony kamieniami. Zespolenie pęcherza żółciowego z kiszka grubą daje lepsze wyniki, niż także zespolenie z kiszka cienką.

Znajdując zrosty pęcherza żółciowego z narządami otaczającymi, należy starannie obmacać przewód żółciowy wspólny, zanim uzna się owe zrosty za jedyny powód przykrych przypadłości.

Wreszcie sądzi M., że przecenia się wpływ przebytego tyfusu na powstawanie chorób dróg żółciowych.

(Podług referatu w *Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 48. str. 1256).

Wielce przekonujący i stanowczy jest artykuł LÉJARS'a, noszący tytuł: Wartość i wskazania do zabiegów chirurgicznych w kamicy pęcherza żółciowego. Twierdzi on, że wyniki nowszych spostrzeżeń i doświadczeń, dotyczących powstawania kamieni w pęcherzu żółciowym, dokładna znajomość kolki wątrobowej i dalszego przebiegu kamicy żółciowej, wreszcie dane, otrzymane za pomocą

zabiegów w tego rodzaju cierpieniach, pozwalają dziś ustalić zapatrywania na leczenie kamicy pęcherza żółciowego zgoła odmienne od dawniej wyznawanych.

Najpierw udało się wykryć w ośrodkowych częściach kamieni, znajdujących w pęcherzach żółc. trupów, obecność drobnoustrojów. Następnie, wprowadzając do pęcherza żółc. zwierząt dość złośliwe drobnoustroje i wywołując jednocześnie zatrzymywanie się żółci w pęcherzu, wywołano na drodze doświadczalnej powstawanie w pęcherzu żół. kamieni, złożonych prawie wyłącznie z cholesteryny. Wreszcie i spotrzeżenia, dokonane na ludziach za życia, pozwoliły stwierdzić powstawanie kamieni żółciowych w pęcherzu żółciowym wkrótce po przebyciu cierpień zakaźnych, najczęściej tyfusu brzuszkiego, zaś w samych kamieniach i zawartości pęcherza wykrywano odpowiednie drobnoustroje. Oczywiście, do wywołania choroby jest niezbędne przedostawanie się do pęcherza żółciowego drobnoustrojów, które, znajdując tu odpowiednio podatny grunt, wywołują niezbyt śluzówki pęcherza, wytwarzający kamienie (*steinbildender Katarrh*). Jednocześnie jest również oczywiste, że kamica pęcherza żół. jest sprawą zupełnie miejscową, nie zaś objawem jakiejś skazy, jak to sądzono dawniej, i leczenie jej może i musi być tylko miejscowe, chirurgiczne.

Badanie żółci, w prawidłowych drogach żółciowych zawartej, wykazało, że żółc w przewodzie pęcherzowym, wątrobowym i w górnej połowie przewodu wspólnego jest jałowa, zaś w zewnętrznej połowie ostatniego przewodu zawiera żywe drobnoustroje, przeważnie lasecznika okrężnicy. Natomiast w zawartości pęcherza żółciowego i przewodów w kamicy znaleziono w znacznej liczbie mniej lub bardziej złośliwe drobnoustroje. Jest już rzeczą przypadku, czy pod ich wpływem wybuchnie tylko zakaźna sprawa w pęcherzu żółciowym, w razie niedrożności przewodu pęcherzowego, czy też przeniesie się ona na kanały wątrobowe, skoro zostanie zatkany przewód żół. wspólny. Otrzymujemy znów bodaj najważniejsze wskazanie: należy zapobiedz możliwemu w każdej chwili i następstwach swoich nieobliczonemu wybuchowi sprawy zapalnej już-to tylko pęcherza żółciowego, już-to stokroć groźniejszemu zapaleniu kanałów wątrobowych.

Uznawane dawniej zapatrywanie, że napady kolki żółciowej są sprawą leczniczą, jest sprawiedliwe w bardzo nieznacznym stopniu. Tylko w przypadku bardzo niedużych kamieni kurczenie się ścian pęcherza żółciowego wystarcza do przepchnięcia ich do przewodu wspólnego, skąd łatwo przedostają się do dwunastnicy — taka kolka jest istotnie opróżniająca. Doświadczenie wskazuje, że w olbrzymiej większości przypadków ma się do czynienia z kolką zgoła bezcelową, albowiem przewód pęcherzowy jest zwężony lub całkiem niedrożny, a to dzięki zatkaniu przez kamień, dzięki obrzmieniu ścian zapalnemu, wreszcie dzięki zarosnięciu bliznowemu. Sam pęcherz, zawierający jeden, kilka lub kilkadziesiąt kamieni, rozciągnięty przez wysięk zapalny, kureczy się z wysiłkiem, lecz bezowocnie. Dotychczas jest to okres kamicy pęcherzowej, i ten właśnie okres najbardziej nadaje się do leczenia chirurgicznego, w tym okresie choroba daje się usunąć doszczętnie, nie pozostawiając powikłań.

Lecz jeżeli duży kamień zostaje przepchnięty do przewodu wspólnego, to tu może zatrzymać się w pobliżu lub w samym uchyłku VATER'a i daje znany obraz ciężkiego cierpienia, powikłanego żółtaczką, obrzmieniem wątroby, zapaleniem kanałów wątrobowych i t. p. Wówczas zabieg operacyjny częstokroć nie już pomódz nie zdoła, nie będąc w stanie usunąć niezmiernie poważnych powikłań. Ponieważ leczenie wodami mineralnymi daje albo tylko uspokojenie kolki, co jest zresztą przemijające, albo, co gorsza, pobudza kamienie do wędrówki, zaś wędrówka ta, jak już wiemy, naraża chorego na nie dające się przewidzieć niebezpieczeństwa, przeto za jedynie słuszne i doszczętne uważać należy leczenie operacyjne. Po operacjach opróżniających, a więc po cholecystostomii, po cholecystotomii większość chirurgów nie spostrzegala nawrotów. Do nie odwołalnego operowania pęcherza żółc., dotkniętego kamienią, zmuszają następujące okoliczności: objawy przedziurawienia pęcherza żółciowego, ropienie w pęcherzu lub dookoła tegoż, objawiające się wysoką ciepłotą ciała, dreszczami; szybkie powiększanie się guza podwątrobowego, obrzmienie i zaczerwienienie powłok brzucha, obawa przeniesienia się sprawy zakaźnej na kanały wątrobowe wobec często powtarzających się napadów bolesnych. W przypadkach przewlekłych

wskazania są mniej naglące, i tu należy uwzględnić ból i guz. Ból, powodowany częstymi napadami bezowocnej kolki, obrzydza choremu życie, robi go niedoleźnym do tego stopnia, że chory wreszcie sam pragnie pomocy chirurga. Poza to i duży guz może powodować swoją obecnością rozmaite przypadłości niepożądane w narządach trawienia, które to przypadłości znikają doszczętnie po dokonaniu operacji.

Z zabiegów najbardziej celowe jest wycięcie pęcherza żółciowego: usuwa ono bezpowrotnie ognisko choroby, zaś doświadczenie już nader obfite dowodzi, że usunięcie pęcherza żółciowego chorzy znośzą jaknajlepiej i na razie i następnie. Niektórzy z chirurgów niemieckich ogromnie zalecają sączkowanie przewodu wątrobowego po wycięciu pęcherza żółciowego. Lecz wycięcie tego ostatniego jest tylko wówczas możliwe, gdy przewód wspólny jest zupełnie drożny, i gdy zakażenie pęcherza żółciowego nie jest za daleko posunięte. Skoro niema się pewności, że ów przewód jest drożny, skoro znajdujemy septyczny rozkład w pęcherzu żółciowym, o wiele pewniejsze jest dokonanie cholecystotomii. Dawniej za idealną uważana cholecystostomia mało ma zwolenników. Można wykonać na razie cholecystostomię po należytem oczyszczeniu się dróg żółciowych uzupełnić wycięciem pęcherza. Wogóle zaś, w czasie każdej operacji na drogach żółciowych należy zaczynać od najdokładniejszego rozejrzenia się co do stanu rozmaitych odcinków tychże i wówczas dopiero decydować się na ten lub ów zabieg ostateczny.

Tak tedy, chcąc leczyć kamieć żółciową w odpowiedniej chwili, należy operować w okresie możliwie nie daleko posuniętej kamicy pęcherzowej.

(*La Semaine Medicale* Nr. 47. 1902).

Jest rzeczą ważną, częstokroć decydującą dla chirurga — umieć określić rozpoczynającą się zastoinę żółci. W tym celu badamy moczu na obecność w nim barwników żółciowych. Im prostszy i jednocześnie im czulszy jest sposób, za pomocą którego możemy wykryć obecność barwnika żółciowego w moczu, tem łatwiej da się on stosować w praktyce codziennej.

Taki prosty i bardzo czuły sposób podaje MONSTON. Nalewa się do dwóch probówek wody, wypełniając je do  $\frac{3}{4}$  pojemności. Do jednej probówki dodaje się bardzo małą ilość błękitu

metylenowego, do drugiej 31 kroplę badanego moczu. Gdy następnie zawartość probówki pierwszej zaczniemy wkraplać powoli do probówki drugiej, płyn w tej ostatniej wobec barwnika żółciowego zabarwia się na zielonawo, gdy tymczasem otrzymujemy barwę jasno-niebieską, jeżeli dolańny mocz był prawidłowy.

(*La Semaine Medicale. Nr. 47. 1902.*)

Podobny do podanego jest sposób BAUDOUIN'a. Sporządza on roztwór zasadowej fuksyny (0,5 na 100,0 wody przekroplonej). Bierze się dwie probówki. Do jednej wlewa się  $\frac{1}{4}$  pojemności tejże świeżo przesączonego moczu, do drugiej tyleż wody przekroplonej. Jeżeli mocz jest bardzo stężony, rozprowadza się go wodą. Następnie wlewa się do obu probówek po dwie krople odczynnika — fuksyny. Woda zabarwia się na paśowo, mocz, zawierający barwnik żółciowy, na pomarańczowo-żółto. Fakt ten tłumaczy B. w taki sposób, że bilirubina, jako słaby kwas, łączy się z zasadową fuksyną, dając bilirubinian rozaniliny, które to ostatnie ciało ma barwę pomarańczowo żółtą. Inne barwniki moczu nie dają opisanego wyżej zabarwienia.

(*La Semaine Medicale. Nr. 49. 1902.*)

Lecz w moczu barwnik żółciowy zjawia się względnie dość późno; nieskończenie wcześniej istnieje on w surowicy krwi. Otóż, o wykrywaniu niezmiernie małych ilości jego w tej ostatniej cieczy pisze BOUMA z Utrechtu, w artykule, zatytułowanym „Wczesne rozpoznawanie żółtaczki“. HAMEL radził oglądać surowicę krwi chorych na narządy żółciowe, twierdząc, że jeszcze przed zabarwieniem swoistem skóry i moczu jest już ona zabarwiona przez bilirubinę na żółto. Autor zaś podaje sposób, który pozwala wykrywać barwnik żółci w surowicy krwi wówczas, gdy nie jest ona jeszcze zabarwiona w stopniu, dostrzegalnym dla nieuzbrojonego oka. Miesza się w probówce od centryfugi 2 ctm. sz. surowicy krwi z 6 ctm. sz. wody przekroplonej i z 1 ctm. sz. normalnego roztworu obojętnego fosforanu sodu ( $\text{Na}_2\text{HPO}_4$ ), dodaje się następnie 1 ctm. sz. normalnego roztworu chlorku barytu i centryfuguje. Obfity osad fosforanu barytu porywa na dno całą ilość bilirubiny. Ciecz zlewa się, osad starannie wypłukuje się wodą przekroploną, jeszcze raz centryfuguje się, ponownie odlewa się płyn, zaś do osadu dolewa się 5 ctm. sz. następującego roztworu: 1 ctm. sz. odczynnika OBER-

MAYER'a (2 grm.  $\text{Fe}_2\text{Cl}_6$  w litrze HCl) w 4 ctm. sz. alkoholu bezwodnego, dokładnie wstrząsa się i centryfuguje się ostatecznie. Jeżeli porówna się probówkę naszą z inną probówką, zawierającą sam odczynnik, wówczas wobec najdrobniejszych śladów bilirubiny w badanej surowicy ciecz ponad osadem ma wyraźne zabarwienie niebiesko-zielone.

(*Deutsche Medic. Wochenschrift. Nr. 48. 1902.*)

Na zakończenie dzisiejszego przeglądu podamy „Przypadek guza wątroby o niezwyklej budowie“, jaki opisuje SALVIA, przypadek, który może między innymi przyczynić się do wyświeślenia etiologii nowotworów. Dotyczył on trzyletniego chłopca, u którego już od roku zauważono stopniowe powiększanie się objętości brzucha. Dziecię było blade, licho odżywiane. Skóra bardzo cienka. Oczy wpadnięte. Objętość brzucha ogromnie zwiększona, szczególnie wypukła się nadbrzusze i mianowicie lewa połowa tegoż. Obwód brzucha na wysokości pępka wynosił 55 ctm., zaś w miejscu wspomnianej wyżej największej wydatności 58 ctm. W skórze brzucha mocno rozwinięte żyły. W okolicy nadbrzusza wyczuwa się guz kulisty, o powierzchni prawie gładkiej, twardy, sprężysty, opuszczający się poniżej pępka. Na lewo guz dobiega do linii pachowej, ginąc w podżebrzu, na prawo do linii sutkowej. Odgłos wypukowy na guzie zupełnie tępy, przechodzi w tępy odgłos wątroby. Guz jest nieruchomy. Inne narządy wewnętrzne funkcjonują prawidłowo.

Rozpoznając włókniako-mięsak wątroby, dokonano laparotomii. Znaleziono guz, zrosnięty od dołu z poprzecznicą oraz krezką tejże, zaś od góry guz był przymocowany do lewego płata wątroby. Oddzielono zrosty dolne, następnie sądząc, że guz jest otoczony torbą, probowano wyluszczyć go z tejże. Przekonano się atoli, że guz torby nie posiada, lecz bezpośrednio przechodzi w miąższ wątroby. Usunięto go więc, rezektując lewy płat wątroby, a to za pomocą nałożenia klampów BILLROTH'a i podwiązania następczego kikuta wątroby; nie stracono w ten sposób ani kropli krwi. Jamę brzucha zamknięto całkowicie. Dziecię zmarło po upływie 30 godzin po operacji wśród objawów nader ostrego zakażenia ogólnego, bez zajęcia otrzewny, co potwierdziło badanie zwłok.

Ponieważ na skrawkach, porobionych z usuniętego guza, znaleziono pod mikroskopem w okolicy naczyń krwionośnych, zaś szczególnie w miejscach, gdzie tkanka uległa zgorzeli lub zwyrodnieniu, krótkie laseczki, nie barwiące się sposobem GRAM'a, laseczki, które dostały się tu bez wątplenia jeszcze przed wykonaniem operacji, przeto sądzi S., że na powierzchni przecięcia wątroby rozwinęły się te laseczki po operacji, dzięki tylu sprzyjającym okolicznościom, i spowodowały tak gwałtowne zatrucie ustroju.

Badając guz mikroskopowo, znaleziono, że ma on niezwykłą budowę. Wykryto w nim najpierw prawidłowe komórki wątrobowe, ułożone w taki sposób, że nie tworzą one bynajmniej widywanych zazwyczaj zrazików. Przeciwnie, poprzedzielane odmiennego charakteru elementami, ułożonymi w postaci nieprawidłowych przegródek, leżą one już to zupełnie pojedynczo, już to w niedużych gromadkach. Same komórki są zmienione, są one bowiem o wiele większe, niż zazwyczaj, mają brzegi wyraźnie zarysowane, mocno barwiące się, duże jądra, protoplazmę drobnoziarnistą. Znajdują się pozatem komórki wielojądrowe (3—8), obfitujące w protoplazmę, wreszcie widać komórki o nieprawidłowych zarysach, o 1—2 jądrach, barwiące się o wiele gorzej. Pomiędzy wspomnianymi komórkami widać nieliczne drobne kanały żółciowe.

Lecz widać prócz tego i zgoła inne twory rurkowate; są one mianowicie tak grube, jak wyprowadzające kanały nerkowe, wysłane dużemi, prawie kubicznymi komórkami, o wyraźnych zarysach, o okrągłym, pęcherzykowatym jądrze, barwiącem się bardzo dobrze. W przewodach tych za pomocą odpowiedniego odczynu wykryto substancję koloidalną.

Właściwa stroma guza jest zbudowana z tkanki łącznej rozmaitego typu. Przeważa tkanka zarodkowa, a więc złożona z komórek trójkątnych, wrzecionowatych, rzadziej gwiazdkowatych, łączących się nawzajem za pomocą wyrostków, zawierającą w powstałych przestrzeniach jednolitą masę, dającą odczyn substancji śluzowej. Tu i owdzie w tkance tej widać nieduże ognisko drobnych komórek. Na obwodzie guza i w pobliżu dużych naczyń widać znów tkankę włóknistą. Tu i owdzie znaleziono tkankę, uległą zgorzeli, przepojoną cieczą surowiczą, tu i owdzie widać mniej lub bardziej liczne włókna

elastyczne. Unaczynienie guza znaczne, miejscami widzi się prawdziwe naczyniaki.

Na podstawie powyższego obrazu mikroskopowego, przypominającego budowę wątroby dojrzałej i zarodkowej, wnioskuje S., że miał do czynienia z guzem o budowie mieszanej, ze znaczną przewagą wątroby zarodkowej, nie zaś, jakby to przypuścić można, ze śluzakiem wątroby, albowiem z opisu kilku tego ostatniego rodzaju guzów wypływa, że widywano w nich śród prawidłowo zbudowanej wątroby dojrzałej pojedyncze ogniska tkanki śluzowej.

(*Revue de Chirurgie. Nr. 10. Octobre. 1902.*)

## POŁOŻNICTWO.

### Współczesne metody przerywania ciąży oraz doraźnego rozwiązania rodzącej.

WIKTOR ZIMMERMANN (Greifswald). **O wewnątrmacicznym stosowaniu balonów w położnictwie.**

Dążenie akuszerów do zastąpienia działania pęcherza płodowego na szyję maciczną przez sztukę w celu rozwarcia ujścia macicy zrodziło pomysł, któremu zawdzięczamy balon BRAUN'a (1851 r.) i balon CHAMPETIER de RIBES, nieco zmodyfikowany w Niemczech przez A. MÜLLER'a.

Skuteczny wpływ balonu na rozwarcie ujścia macicznego i wygładzenie szyi wynika ztąd, że balon działa na kanał szyi w sposób podobny, jak pęcherz płodowy. Pęcherz płodowy, opuszczając się do kanału szyi, podrażnia zwoje n. sympatycznego szyi macicznej przez ucisk na nie i rozciąganie szyi macicy. Skutkiem podrażnienia tych zwojów powstają skurcze mięśnia macicznego (KEILMANN).

Działanie przeto balonu zależne jest od ucisku, jaki wywiera na ściany macicy, i o tyle więcej będzie zbliżone do działania fizyologicznego pęcherza płodowego, o ile zostawiony swobodnie w jamie macicy nie będzie pociągany ku dołowi. Pociąganie balonu, nawet energiczne, nie może być utożsamiane z mechanicznym rozszerzaniem ujścia macicznego i szyi. Nie balon bowiem, ale bóle, wzbudzone przez balon, spro-



wadzają wygładzenie szyi i rozwarcie ujścia macicznego.

Gdy chodzi o doraźne rozwiązanie rodzącej, wtedy, oczywiście, bóle grają drugorzędną rolę, a na plan pierwszy występuje mechaniczne rozszerzenie szyi macicy; do tego celu służą balony nieelastyczne, które pociągamy lub obciążamy ciężarami.

Do tych dwóch zadań, jakie spełnia balon, a mianowicie: że wzbudza bóle porodowe i rozszerza mechanicznie ujście maciczne i szyję, dodać należy trzecie, że balon może być stosowany jako zatykadło.

Z tego trojakiemu działaniu balonów wynikają wskazania do stosowania ich, po pierwsze, w celu sztucznego przerwania ciąży, po drugie, w celu rozszerzenia ujścia macicznego przy powikłaniach patologicznych porodu, i po trzecie, przy łożysku przodującym.

Co do wskazania pierwszego nadmienić należy, że użycie balonu do wzbudzenia porodu sztucznego zaleca szybkość i pewność, z jaką występują bóle porodowe, a następnie istotne skrócenie trwania porodu. Wskazaniem do sztucznego porodu, jak wiadomo, bywa miednica ścieśniona lub choroby matki (choroby zakaźne, wady serca, drgawki porodowe).

Co się tyczy wskazania drugiego, t. j. rozwarcia sztucznego ujścia macicznego przy powikłaniach porodowych, balon winien być stosowany wszędzie, gdzie rozwiązanie powinno nastąpić szybciej, aniżeli na to pozwalają warunki porodowe, a przeto w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza, położeniach nieprawidłowych, w przypadkach wypadnięcia drobnych części lub pępowiny, gorączki podczas porodu, wyczerpania rodzącej i t. d. Szczególniej wielkiego znaczenia nabiera stosowanie balonu przy położeniach poprzecznych. Przez użycie balonu w tych ostatnich przypadkach osiągamy całkowite rozwarcie ujścia macicznego, co u pierwiastek ma znaczenie pierwszorzędne, podtrzymujemy pęcherz płodowy, rozszerzamy drogi miękkie kanału rodnego, a po pęknięciu przedwczesnym pęcherza i przy wypadaniu drobnych części i pępowiny ułatwiamy całkowite rozwarcie ujścia macicy i odprowadzamy części wypadające. Oczywiście, przy powikłaniach należy stosować balon nieelastyczny, który po założeniu powinien być mniej lub więcej energicznie pociągany, zależnie od te-

go, czy chodzić będzie o mniej lub więcej szybkie rozwiązanie. To ostatnie przyspieszyć jeszcze będzie można przez użycie rozszerzacza Bossi'ego, gdy groźne powikłania nie pozwolą na zabieg, działający powolniej, jakim jest założenie balonu nieelastycznego.

Co się tyczy wskazania trzeciego, t. j. stosowania balonu przy łożysku przodującym, metoda omawiana daży do obalenia poglądu, że życie dziecka przy łożysku przodującym nie może być brane w rachubę.

Przez wprowadzenie balonu do jamy macicy między błony płodowe a ścianę macicy znosimy krwotok w sposób zupełnie pewny, życia dziecka nie narażamy na niebezpieczeństwo, a w końcu rozszerzamy drogi rodne, dzięki czemu po urodzeniu się balonu dokonywamy operacji, rozwiązującej szybko i pewnie. Dane statystyczne, dotyczące stosowania balonów przy łożysku przodującym, są następujące: na 116 przypadków łożyska przodującego śmiertelność matek wynosiła 6,03%, częstość zachorowań matek 14,67%, dzieci żywych 62,07%, w dwóch przypadkach balon nie usunął krwotoku.

Zakładanie balonu do jamy macicy winno się odbywać pod kierunkiem palca, po staranem wymyciu zewnętrznych części płciowych, pochwy, wyjałowieniu balonu (najlepiej wygotowaniu lub wymyciu w podobny sposób, jak ręce). Balon powinien być zwinięty, jak cygaro, osadzony w kleszczyki DOYEN'a lub krzywe, a następnie wprowadzony po za ujście wewnętrzne tak, by nie więcej, aniżeli  $\frac{1}{3}$  jego wystawała po nad ujściem wewnętrznym. Balon po wprowadzeniu podtrzymuje się dwoma palcami jednej ręki i następnie wypełnia wodą wyjałowioną lub lekkim płynem dezynfekcyjnym. Dla poronień wystarczy 400 ctm. sz. do całkowitego rozwarcia ujścia macicznego, w innych przypadkach 700 ctm. sz. płynu. Jeżeli skutkiem zbyt wielkiego ucisku, jaki balon wywiera, występują bóle w dole brzucha, należy nieco wody wypuścić, toż samo zawsze czynić należy po 7—9 godzinach od czasu założenia balonu, a to w celu wzmocnienia bólów porodowych. Balon należy zakładać przy całych błonach płodowych, a przerwanie pęcherza płodowego jest wskazane jedynie przy wielkiej ilości wód (*hydramnios*).

(Monat. f. G. und G. Bd. XVI. Zeszyt I).

### H. PAPE. O przedwczesnym porodzie sztucznym przy miednicy ścieśnionej.

Jeżeli użycie balonów staje się w ostatnich czasach więcej rozpowszechnione, przypisać to należy skuteczności balonów, jako środka wzbudzającego bóle, i prawie fizyologicznemu rozszerzaniu się ujścia macicy, jakie balon, założony do wnętrza macicy, sprowadza. Atoli pamiętać należy, że istnieje różnica w działaniu balonów elastycznych i nieelastycznych, a następnie między działaniem balonów, wprowadzonych do pochwy i do macicy.

Kiedy balon nieelastyczny wprowadzamy do macicy, aby sprowadzić szybkie zakończenie porodu, a elastyczny do pochwy li tylko w celu wzmocnienia słabych bólów, to przy miednicy ścieśnionej stosować będziemy stale, za wyłączeniem przypadków, powikłanych groźnymi dla życia matki sprawami, balon elastyczny, mając na względzie możliwie fizyologiczny przebieg porodu, sztuką wywołanego.

W klinice w Giessen w celu określenia wskazania do porodu sztucznego posiłowano się zawsze wywiadami i badaniem przedmiotowym. U pierwiastek wzbudzano poród przedwczesny tylko w przypadkach wysokiego zwężenia miednicy (C. v. 6,75—7,5); u wieloródek o miednicy średnio ścieśnionej, które miały bóle silne przy poprzednich porodach, dzieci niezbyt wielkie, ściany brzucha sprężyste, trzymano się leczenia wyczekującego. Miednicę mierzono za pomocą miednicomierza MARTIN'a i COLLIN'a; inne instrumenty nie były używane. Natomiast rozwój dziecka, wielkość i twardość główki płodu były określane możliwie ściśle i starannie. Po określeniu pojemności miednicy, obwodu główki, budowy płodu, zebraniu i rozważeniu wywiadów, ustalano wskazania lekarskie co do przedwczesnego wzbudzenia porodu. Przed wprowadzeniem balonu chora była kąpana, a pochwa wielokrotnie przepłukiwana. Po ujęciu wargi przedniej szyi macicy za pomocą kleszczyków kulowych, wprowadzono do szyi macicy zwinięty w kształcie cygara balon BRAUN'a za pomocą wygiętych kleszczyków tępych tak, aby połowa balonu sterczała ponad ujściem wewnętrznym macicy. Ujście zewnętrzne rzadko było rozszerzane (pierwiastki), narkozy nie stosowano, a pęcherza płodowego nie przerywano. Balon przed użyciem starannie był myty wodą ciepłą i my-

dłem, wyskokiem i sublimatem; w tym ostatnim był trzymany aż do użycia. Do wypełnienia balonu służyła woda przegotowana lub lekki środek przeciwnilny.

Ważny jest bardzo sposób napełniania balonu. W celu wzbudzenia bólów balon wypełniamy 500—600 ctm. sz. płynu. Zwykle po 5—45 minutach zjawiają się bóle; gdy praca porodowa trwa 2—4 godziny, zawieszamy na rurce balonu ciężar 1—2 funtowy. Jeżeli następnie bóle powtarzają się co 5 minut, co bywa po 3—5 godzinach od czasu wprowadzenia balonu, należy szybko wypuścić 100—200 ctm. sz. wody. Następstwa tego zabiegu są zdumiewające: bóle stają się częstsze i silniejsze, podobne do tych, jakie spostrzegamy w okresie wyrzynania. Przeciętna długość okresu przygotowawczego aż do zupełnego rozwarcia ujścia macicznego trwa 17,3 godziny, a wtedy balon się rodzi, i objętość jego wynosi 29—31 ctm.

Jako ujemną stronę działania balonów podają zwykle zmianę położenia główkowego na poprzeczne lub skośne. Gdy jednak zważymy, że przy miednicy ścieśnionej mogą często powstawać powikłania niezależnie od położenia, które zmuszają do obrotu zachowawczego przy metodzie wyczekującej, wymieniona wada nie może być brana w rachubę. Jeżeli więc dzięki działaniu balonu osiągamy nadzwyczaj dogodne warunki dla wykonania obrotu zapobiegawczego, ten ostatni powinien być dokonany natychmiast po urodzeniu się balonu i po uspieniu chorej; wyciąganie zaś płodu powinno być dokonane w położeniu WALCHER'a. Postępując w ten sposób, otrzymano w klinice w Giessen 91,3% żywych dzieci, wypisano zaś w pomyślnym stanie 86,9%, kiedy odsetka żywych i wypisanych w pomyślnym stanie dzieci w innych klinikach, w których postępowano odmiennie, waha się między 44,8%—71,7%.

Porodu przedwczesnego dokonywano między 34—36 tygodniem ciąży, a *conj. v.* wynosiła od 9,5—7 ctm. Dzieci przedwcześnie urodzone, pielęgnowano starannie, utrzymując je stale w aparacie (*couveuse*) ROMMEL'a i ciepłej wanience. Z 30 dzieci, w ten sposób pielęgnowanych, zmarło przed pierwszym rokiem życia 2, co daje 6,6% śmiertelności. Odsetka ta jest prawie taka sama, jak dla noworodków donoszonych. W okręgu Giessen wynosi 7%.

Co się tyczy matek: śmiertelność była 0, odsetka zachorowań wynosiła 4,2%, 6 chorych gorączkowało z powodu chorób, nie mających związku z położeniem. Ogółem więc 83,7% ciężarnych przeszły połóg bez gorączki.

Gdy uwzględnimy wszystkie te pomyślne strony stosowania balonów do wnętrza macicy, a mianowicie: łatwość zabiegu bez użycia uspienia, pewność działania, łatwość odkażenia, powinniśmy uznać szczególną korzyść balonów dla lekarza praktycznego.

Ostateczne wnioski streszczonej pracy P. są następujące:

1) Wzbudzenie porodu przedwczesnego za pomocą sztuki nie powinno być dokonane gwałtownie, lecz odpowiadać warunkom fizyologicznym porodu.

2) Balon działa najpewniej wtedy, jeżeli wypuszczamy szybko nieco wody w celu wzmocnienia bólów.

3) Urodzenie się balonu jest najwłaściwszą chwilą dla dokonania obrotu i wyciągnięcia następczego płodu.

(*Beitraege f. G. u. G. Bd. VI. H. 1. 1902*).

#### F. AHLFELD. O stosowaniu balonów do wnętrza macicy w celu wzbudzenia sztucznego porodu przedwczesnego.

W klinice AHLFELD'a poród przedwczesny był sztuką wywołany w 230 przypadkach. Przypadki te podzielić należy na dwie serye: w pierwszej seryi wzbudzano poród za pomocą metody KRAUSE'go (zakładano do jamy macicy świeczkę), w drugiej seryi w tym samym celu używano balonów i wprowadzano je do jamy i szyi macicy.

Różnica rezultatów, otrzymanych w jednym i drugim szeregu przypadków, okazuje się istotnie wybitną, szczególnie co do dzieci. Kiedy bowiem w pierwszej seryi przypadków wypisano z kliniki 60,4% dzieci zdrowych i żywych, po wprowadzeniu stosowania balonów odsetka ta spadła do 44,8%. Z drugiej strony charakterystyczne jest to, że liczba położzeń miedniczych i poprzecznych wzmożła się w drugiej seryi przypadków i dosięgła 63,4%, kiedy poprzednio wynosiła 39,7%. Oprócz tego druga serya przypadków obfitowała pod względem częstości wtórnego zwężenia szyi macicy, a miednice co do stopnia ścieśnienia wykazywały pewną zwyżkę. Kiedy *conj. v.* poprzednio wynosiła 7,96 ctm. przecię-

tnie, w drugiej seryi przypadków wynosiła 7,5 ctm. Wzrost ciężarnych był średnio mniejszy (146,3 ctm.), aniżeli w poprzednich przypadkach (147,5), a waga dzieci spadła z 2674 g, na 2527, długość z 47,3 na 46,6 ctm.

Oczywistą jest rzeczą, że nie wszystkie dane, wynikające z zestawienia tych dwóch seryi mają jednakowe znaczenie dla określenia przyczyny podniesienia się śmiertelności dzieci.

Położenie poprzeczne i skośne, aczkolwiek powstanie swe może zawdzięczać balonom, wprowadzonym do jamy macicy, nie stanowi zbyt wiele na niekorzyść balonów. Wiemy bowiem, że główka następująca daje się łatwiej wywiązać przy miednicy płaskiej ścieśnionej, aniżeli główka przodująca. Nie to więc jest groźne dla życia dziecka, że balon spycha przodującą główkę na boki macicy, ale to, że główka nie może być wywiązaną łatwo i szybko pomimo zastosowania położenia WALCHER'a dla chorej, uciskania na główkę płodu od strony brzucha, względnie pociągania za nóżki płodu. Trudność wywiązania główki zależna więc być może od większego ścieśnienia miednic, jak to wykazały wymiary w drugiej seryi przypadków, ale również od wtórnego skurczu szyi macicy, co przypisać należy nadmiernemu rozciągnięciu elastycznej tkanki szyi macicy, która kurezy się natychmiast po opróżnieniu i usunięciu balonu. Skurecz ten sprawia, że szyja macicy obejmuje główkę płodu po wywiązaniu tułowia i barków, niby pierścieniem żelaznym aż pod bródkę, i wprowadzenie palców do jamy ustnej staje się niemożliwym. Stan ten, o którym mowa, t. j. skurecz szyi macicy jest wywołany przez forsowne rozszerzanie kanału szyi za pomocą balonu, różniące się wielce, wedle AHLFELD'a, od wygładzenia szyi, jakie się dokonywa za sprawą bólów porodowych.

Z tych wyżej wymienionych i omówionych względów A. dochodzi do następujących wniosków:

1) Należy poddać ograniczeniu zasadę: „poród przedwczesny winien być dokonany możliwie późno“. Poród przedwczesny należy wzbudzać wcześniej, a skutkiem tego musimy dążyć do ulepszenia aparatów, do pielęgnowania niedonoszonych płodów służących.

2) Należy dążyć do tego, aby poród płodu, o ile to jest możliwe, odbywał się w położeniu czaszkowem. Wobec szkodliwości balo-

nów, silnie wypełnionych, można będzie używać ich tylko do początkowego rozwarcia szyi i metodę tę wogóle ograniczyć. Dla pobudzenia bólów w dalszym przebiegu porodu można mieć na względzie albo przedwczesne przerwanie pęcherza płodowego, albo wprowadzenie świeczki do jamy macicy.

W końcu obrót zapobiegawczy będzie na miejscu wszędzie, gdzie chodzi o szybkie ukończenie porodu.

(*Beitrag z. G. u. G. Bd. IV. Heft 1*).

P. BAUMM (Wrocław). **O stosowaniu pęcherzy zwierzęcych w położnictwie.**

Balony w położnictwie znajdują zastosowanie w trzech przypadkach, a mianowicie: w celu wzbudzenia bólów porodowych, w celu sztucznego rozszerzenia ujścia macicy i kanału szyi, a w końcu, w celu podtrzymania pęcherza płodowego i jako zatykadło przy krwotokach, a szczególnie przy łożysku przodującym.

Ze względu na skuteczność działania balonów we wszystkich wyżej wymienionych wskazaniach balony rozpowszechniły się w praktyce położniczej, a najczęściej używanymi są balony BRAUN'a i CHAMPETIER'a.

Lekarz jednak, praktykujący na prowincyi może się niekiedy znaleźć w trudnym położeniu, nie będąc w stanie nabyć balonu, lub może unikać metody zbyt kosztownej, aczkolwiek niezmiernie pożytecznej.

Dla tych względów wypróbowanie balonów z pęcherzy zwierząt może mieć doniosłe znaczenie: otrzymać je wszędzie łatwo, a przygotować do użycia można samemu.

Dwa rodzaje pęcherzy mogą być zastosowane: pęcherze rybne i pęcherze moczowe świń i cieląt.

Pęcherze rybne okazują się użytecznymi w celu wzbudzenia bólów porodowych przy porodzie przedwczesnym i jako takie mogą być stosowane znajdujące się w handlu zwykle kondomy.

Kondomy przed użyciem należy odpowiednio wyjałowić, a w tym celu na pewien czas (do dwóch godzin) włożyć do eteru, a następnie trzymać przez czas dłuższy w roztworze wysokowym sublimatu (subl. cz. 1, wyskoku 80, wody 20); w ten sposób wyjałowione kondomy przechowuje się w wyskoku.

Oczywistą jest rzeczą, że tego rodzaju pęcherze mogą być zakładane li tylko do macicy

po umocowaniu na końcu cewnika elastycznego za pomocą wyjałowionego jedwabiu. Przed wprowadzeniem pęcherza pochwa winna być dostatecznie odkażona, samo zaś założenie pęcherza powinno się odbywać we wzierniku po uchwyceniu i ustaleniu za pomocą kleszczyków kulowych części pochwowej macicy.

Następnie wprowadzony w ten sposób balonik wypełnia się gliceryną, wstrzykniętą w ilości 100 ctm. sz. za pomocą odpowiedniej strzykawki.

Działanie tego rodzaju balonów, wypełnionych gliceryną, jak pouczają przypadki SCHNEIDER'a i autora (razem 100 przypadków), okazuje się nadzwyczaj dobrem. Bóle rozwijają się w ciągu 10 minut, a najpóźniej w dwie godziny od czasu założeniu balonów.

Szybkie i pewne działanie balonów da się wytłumaczyć, po pierwsze, przez to, że balonik, wprowadzony do pochwy, powiększa się w dwójnasób, a niekiedy i trójnasób dzięki wchłanianiu wody; po drugie, błony płodowe zostają uniesione dostatecznie wysoko i na pewną odległość od ścian macicy; a po trzecie, gliceryna przesącza się przez ściany balonika i sprowadza swoiste podrażnienie mięśnia macicy. Jeżeli przytem ujemne strony wpływu gliceryny na strój nie były spostrzegane (*haemoglobinuria, coma, icterus*), przypisać to należy tej okoliczności, że gliceryna, wstrzyknięta do balonika, przedostaje się do jamy macicy w stanie rozcieńczonym, i pewien jej nadmiar zawsze swobodnie może ściekać przez kateter.

Posiadając tak ważną zaletę, jak wyżej wymieniona, balonik dzięki swej niewielkiej objętości z łatwością daje się wprowadzić do jamy macicy, nie spycha części przodującej płodu ku górze i na boki (np. główkę) i założyć się daje nawet przy niedostatecznym rozwarciu ujścia macicznego do jamy macicy po za główkę, jedynie w celu wzbudzenia bólów, co mówi o wyższości baloników przed balonami BRAUN'a.

Jeżeli balonik posiada jaką wadę, to podziela ją wraz z innymi balonami, a mianowicie, że zdarzyć się mogą przypadki, w których skutku pożądanego nie sprowadza i bólów nie wzbudza. W każdym razie liczba tych ostatnich przypadków jest mała przy stosowaniu baloników glicerynowych. Co się tyczy balonów z pęcherzy cieląt lub świń, te mogą zastąpić pomyślnie ba-

lony nieelastyczne, a przeto powinny być stosowane wszędzie, gdzie chodzi o szybkie zakończenie porodu. Łatwość otrzymania, wyjałowienia, przechowania, a następnie taniłość czyni je bardzo pożądanymi w rękach lekarza praktyka.

Wyjałowienie odbywa się w sposób nieco odmienny. Świeże pęcherze zdrowych bydła wysusza się na powietrzu, po uprzednim umiarkowanym wydeciu. Następnie balony rozmięcza się w ciepłej wodzie, poczem dłuższy czas przechowuje się w 1% roztworze wysokokowym sublimatu, a następnie w 80% wysokoku. W ten sposób pęcherze stają się bezwzględnie czyste i odkażone. Tak przygotowany balon zakłada się na metalową rurkę długości 20 cm. (kankę) lub szklaną kankę stołową, jeżeli chodzi o wprowadzenie balonu do pochwy, i umocowuje wyjałowioną tasiemką. Jeżeli pęcherz jest zbyt twardy po wyjęciu z roztworu wysokokowego, należy go rozmięczyć przez zanurzenie na parę minut w ciepłym roztworze lizolu. Pęcherz wprowadza się do jamy macicy za pomocą kleszczyków w sposób taki, jak i poprzednie baloniki rybie. Po wprowadzeniu do jamy macicy balon wypełnia się wodą przegotowaną.

W tych przypadkach, w których szybkie ukończenie porodu jest pożądane lub konieczne, pociąganie może być bardzo mocne i silne, a to ze względu na to, że pęcherz jest osadzony na metalowej rurce, która pękać nie może w ten sposób, jak rurka balonów gumowych.

W końcu zaznaczyć należy, że balony omawiane pękać mogą po wprowadzeniu do jamy macicy. Chociaż wypadki tego rodzaju nie są zbyt częste, lekarz posiadać powinien pewien zapas wyjałowionych pęcherzy.

(*Graefe's Samml. zungl. Abhandl. aus dem Gebiete der Frauenheilk. u. Geburtsh. Bd IV. H. 7*).

Bronisław Szymański.

#### A. MUELLER (Monachium). Przyczynę do szybkiego rozszerzenia ujścia macicy za pomocą rozszerzaczy metalowych.

W celu szybkiego rozszerzenia ujścia macicznego i przerwania ciąży M. używa ulepszonego przez siebie balonu nieelastycznego CHAMPE-TIER des RIBES, który po założeniu do jamy macicy należy pociągać za pomocą ręki. W jednym przypadku autor osiągnął dostateczne rozwarcie ujścia macicy w ciągu 10 minut u pierwiastki po przedwczesnem odejściu wód przy rozwar-

ciu ujścia macicznego na 1 palec. Balon autora posiada tą zaletę, że nie zużywa się nawet po 20 — 30-krotnem stosowaniu i może być zalecany wszędzie, gdzie chodzi o szybkie ukończenie porodu przy niezbyt niepomyślnych warunkach porodowych. Kiedy jednak rodząca czy ciężarna natychmiast rozwiązana być winna, M. zaleca wynaleziony przez siebie metalowy rozwieracz, zbudowany na wzór maszynki do rozciągania rękawiczek. Za pomocą tego małego instrumentu można otrzymać w ciągu 8 — 12 minut otwarcie ujścia macicznego dostateczne do wykonania obrotu. Rozwieracz posiada tę zaletę, że może być użyty przy wąskim ujściu macicznym i przy niewyglądzonej szyi macicy. Zakładając go w różnych promieniach i stopniowo posuwając ku górze i pociągając ku sobie, rozciągamy jednocześnie i ujście maciczne i cały dolny odcinek, a w końcu przy pomocy palca, wprowadzonego pomiędzy ramiona rozwieracza, możemy kontrolować skutek i następstwa zabiegu. Autor stosował swój rozwieracz w następujących przypadkach: po pierwsze, u pierwiastki w 8-ym miesiącu ciąży przy drgawkach porodowych, trwających całą dobę. Pomimo niewyglądzonej szyi macicznej w ciągu pół godziny dokonano rozszerzenia ujścia macicy i wymóżdżenia. Po drugie, u 37-letniej pierwiastki z niepodatną i niewyglądną szyją, po przedwczesnem odejściu wód i przy omdlałym płodzie, w ciągu 12 minut rozszerzono ujście maciczne i za pomocą kleszczy wydobyto płód, który został następnie docucony. W trzecim przypadku 7-iego miesięczna ciąża powikłana nieustającymi wymiotami przy raku *S-romani*, a w czwartym przypadku z powodu całkowitej przodułającego łożyska została przerwana ciąża; cały zabieg w obydwóch przypadkach aż do zupełnego ukończenia porodu i założenia zatykadła do jamy macicy trwał 12 minut.

(*Centralblatt für Gyn. 1902. Nr. 47*).

Henryk Jastrzębski.

#### G. LEOPOLD. O szybkim rozwarciu ujścia macicy za pomocą rozszerzacza Bossi'ego.

(*Archiv. f. G. Bd. 66 H. 1. str. 198*).

G. LEOPOLD. Przyczynę do szybkiego i całkowitego rozwarcia ujścia macicy za pomocą rozszerzacza Bossi'ego przy drgawkach porodowych.

(*Centr. f. G. N. 19. 1902 r.*)

Rozszerzacz Bossi'ego jest to czteroramien-ny przyrząd, w którym śruba, umieszczona u dołu, odchyła ramiona na odległość 8 — 10 ctm. Tarcza ze wskaźnikiem, umieszczona przy śrubie, określa wielkość odchylenia ramion. Przeznaczeniem tego instrumentu jest zastąpić balon elastyczny lub nieelastyczny w przypadkach ciąży i porodu, które wymagają doraźnego rozwiązania (drgawki porodowe, łożysko przodujące), szczególnie, kiedy ujście maciczne jest zupełnie nierozwarte, nie przepuszcza palca, a wprowadzenie balonu jest niezmiernie trudne lub prawie niemożliwe.

L., zachęcony pomysłem działaniem instrumentu, jakie spostrzegał w klinice wynalazcy (Genua), sprawdził skuteczność instrumentu w swej klinice drezdeńskiej w 17 przypadkach, między którymi było 12 przypadków drgawek porodowych, dwa przypadki wysoko ścieśnionej miednicy, jeden przypadek ciężkiej postaci gruźlicy, w jednym przypadku chodziło o ciężarną ze stałymi bólami skurczowymi macicy niezmiernie dotkliwymi, a w końcu w jednym przypadku wskazaniem do zabiegu była wysoka ciepłota rodzącej.

We wszstkich wymienionych przypadkach ujście maciczne zostało całkowicie rozwarte już po 20—30 minutach od czasu założenia instrumentu, pomimo że rozwarcie macicy w chwili zakładania rozszerzacza Bossi'ego nigdy nie było większe, aniżeli 5-cio kopiejkowa srebrna lub miedziana moneta. Wybitnych uszkodzeń nie zauważono i tylko w dwóch przypadkach zaszła konieczność zeszywania niewielkich pęknięć szyi. Natomiast, dzięki rozwarceniu ujścia macicznego, następcze operacje mogły być dokonane pomyślnie, i zawsze wkrótce po założeniu instrumentu rozpoczynały się bóle porodowe, które, rozwijając się stopniowo, przechodziły w okres łożyskowy.

Wybitną korzyść, wynikającą ze stosowania instrumentu Bossi'ego, wykazały przede wszystkim przypadki drgawek porodowych, wszystkie bowiem zakończyły się pomysłem zejściem dla matek, a dzieci żywych wydobyto 7.

Tego rodzaju rezultaty czynią, zdaniem L., rozwieracz Bossi'ego nadzwyczaj cennym narzędziem w rękach akuszera-praktyka, a prócz tego

rodzi się słuszną podstawą do mniemania, że drgawki porodowe, jako wskazanie do cięcia cesarskiego, będą nadzwyczaj rzadko uwzględniane.

*Brónisław Szymański.*

WAGNER. **Doświadczenia z rozszerzaczem Bossi'ego.**

Aczkolwiek przyrząd Bossi'ego rozszerza kanał szyi szybko, bez uszkodzeń, posiada jednakże jedną słabą stronę, mianowicie — rozszerzenie nie odpowiada zupełnie tym warunkom fizyologicznym, w jakich powstaje rozszerzenie kanału szyi podczas porodu prawidłowego. W tym bowiem ostatnim wypadku rozszerzanie odbywa się powoli pod wpływem bólów porodowych, które okolicę ujścia wewnętrznego podnoszą do góry, przez co dolny odcinek macicy wraz z szyją maciczną ulega rozciągnięciu, staje się więcej elastycznym, a pociągany przez mięsień macicy ku górze, łatwiej przepuszcza dążącą w kierunku wprost przeciwnym część przodującą płodu; prócz tego podczas takiego rozciągania się szyi w kierunku ku górze unoszą się do góry warstwy średnie ściany szyi macicznej, obfitujące w naczynia krwionośne, dzięki czemu ścieńczała ściana szyi nawet w razie rozdarcia niewielkie wywołuje krwawienie. Zupełnie inne stosunki zachodzą podczas szybkiego mechanicznego rozszerzania szyi: tutaj okolica ujścia wewnętrznego wraz z unaczynionymi warstwami szyi nie podnosi się w górę, lecz pozostaje na miejscu podczas przechodzenia przez kanał szyi części przodującej płodu i zamiast przesuwać się po niej ku górze ścisną ją nakształt obręczy, tamując dalszy ruch ku dołowi, a w razie gwałtownego pociągania może pęknąć, dając już wtedy z powodu obecności znacznej liczby naczyń krwionośnych obfite krwawienie. Pomimo to wszystko przepowiada W. rozszerzaczowi Bossi'ego przyszłość, zwłaszcza przy drgawkach porodowych, przy których zabieg Bossi'ego uważa za odpowiedniejszy od cięcia cesarskiego. Natomiast w celu szybkiego rozwiązania kobiety umierającej uważa za stosowniejsze cięcie cesarskie wbrew zdaniu KNAPP'a, który woli w danym wypadku stosowanie przyrządu Bossi'ego.

(*Centrlbt. f. Gyn. 1902 r. N. 47*).

### L. KNAPP. W sprawie *accouchement forcé* za pomocą rozszerzaczy metalowych.

Autor opisuje na wstępie własną modyfikację przyrządu Bossi'ego, polegającą na uproszczeniu mechanizmu rozszerzającego, utrzymaniu krzywizny miedniczej i zaopatrzeniu przyrządu w rodzaj kołpaczka, złożonego z 24-ch krzyżujących się sztabek; kołpak ten podczas działania przyrządu rozszerza się naksztalt obrączki metalowej, używanej do zwiniętych serwetek stołowych, dzięki czemu działanie na ściany szyi macicznej jest więcej równomierne. Wogóle przyrząd rozszerzający w modyfikacji KNAPP'a jest lżejszy, krótszy i, co najważniejsza, o połowę tańszy od przyrządu Bossi'ego. Jako wskazania do stosowania przyrządu rozszerzającego uważa autor przede wszystkim drgawki porodowe, następnie pewne przypadki łożyska przodującego, również — operację sztucznego porodu przedwczesnego, gdzie rozszerzacz należy stosować przede wszystkim jako środek, wzbudzający bóle porodowe, gdy w dalszym ciągu w razie potrzeby może on być użyty i do szybkiego rozszerzenia kanału szyi.

Wiele korzyści przypisuje K. stosowaniu przyrządu w razie przedwczesnego odejścia wód płodowych i jednoczesnej niepodatności części miękkich, gdzie nieraz uciekać się trzeba do wymóżdżenia na dziecku żywym w celu uratowania matki; w tych wypadkach ma rozszerzacz działać znakomicie, ułatwiając w znacznym stopniu następczy zabieg operacyjny, jak nałożenie kleszczy, wykonanie obrotu, wyciągnięcie za koniec miedniczy, wreszcie i samo wymóżdżenie i rozkawalenie, które to zabiegi wymagają dostatecznego rozwarcia kanału szyi. W takich przypadkach, zdaniem autora, rozszerzenie za pomocą przyrządu omawianego znacznie przewyższa nacięcia szyi według DÜNBESSEN'a, które z konieczności muszą pociągać za sobą znaczne krwawienie, gdy rozszerzanie wywołuje je tylko niekiedy.

(*Centrabll. f. G. 1902 r. N. 47*).

### L. KNAPP. Przyczynek do kazuistyki *accouchement forcé* przy stosowaniu rozszerzacza Bossi'ego.

K. omawia przypadek ciężkiej gruźlicy płuc u ciężarnej, w którym z powodu groźnych objawów niedomogi serea należało szybko ukończyć rozpoczęty poród. Zastosowawszy w tym

celu rozszerzacz Bossi'ego, autor w ciągu 7 minut rozszerzył całkowicie ujście macicy, rozwarł początkowo na 3 palce, a w ciągu 3-ch następnych wydobyl płód za pomocą kleszczy, poczem groźne objawy niedomogi ustąpiły.

Autor przychodzi do wniosku, że stosowanie przyrządu Bossi'ego może walczyć o pierwszeństwo z cięciem cesarskim w tych przypadkach, gdzie chodzi o szybkie ukończenie porodu u ciężarnych umierających lub uległych śmierci nagłej; w ten sposób rozszerzacz on zasadę LEOPOLD'a, uważającego tylko drgawki porodowe za wskazanie do stosowania przyrządu Bossi'ego zamiast dotąd używanego cięcia cesarskiego.

### BISCHOFF. Przyczynek do stosowania rozszerzacza Bossi'ego.

B., opierając się na pięciu własnych obserwacjach, utrzymuje, że przyrząd Bossi'ego ze wszystkich dotąd używanych przyrządów działa najszybciej. Ma on jednak tę ujemną stronę, że wywołuje rozdarcia szyi. Dlatego też proponuje autor uciekać się doń tylko w przypadkach ostatecznych, gdy od szybkiego rozwarcia kanału szyi i ukończenia porodu zależy życie kobiety. Przy wywoływaniu porodu przedwczesnego radzi się trzymać dawnej dobrej metody rozszerzania za pomocą zwykłych rozszerzadeł (bougie) i kolpeuryntera.

Przyrząd Bossi'ego, zdaniem B., nadaje się tylko do zakładów położniczych, w praktyce prywatnej z powodu swej wysokiej ceny i wywoływanych przezeń naddarć nie ma on przyszłości. Modyfikacja przyrządu powinna polegać na uczynieniu go prostszym i tańszym oraz na zaopatrzeniu w krzywiznę miedniczą.

(*Centrabll. f. Gynäk. 1902 r. 47*).

Stefan Rechniowski.

### W. FROMMER. Nowy rozwieracz maciczny.

Rozwieracz FROMMER'a składa się z 8-iu ramion, osadzonych na pierścieniu metalowym, posuwającym się ku górze za pomocą śruby. Ramiona są zagięte na końcu do wewnątrz, na zewnętrznej zaś stronie posiadają guziczki, zapobiegające ześlizgiwaniu się instrumentu z ujścia macicznego. Ramiona odchylają się równomiernie przy obrotach śruby i opisują koło, wzdłuż zaś tworzą powierzchnię stożka i są dostatecznie długie, aby jednocześnie rozszerzać pochwę i srom. Instrument łatwo rozbiera się na części składowe, a skutkiem tego łatwo daje się

oczyszczyć i nie jest ciężki. W dolnej części instrumentu znajduje się przyrząd, wskazujący stopień rozwarcia ujścia macicznego. W ciągu 15—20 min. można rozszerzyć ujście maciczne do 12 ctm. szerokości. Próby działania instrumentu były dokonane w wielu klinikach i w żadnym przypadku nie zauważono obrażeń części miękkich. Autor opisuje następujący przypadek, w którym stosował swój rozwieracz: pierwiastka 28 lat; położenie II twarzyczkowe; przy otwarciu ujścia na palec, przy całym pęcherzu ustały bóle, tętno płodu było słabe i przyspieszone, ciepłota 38,2°. W ciągu 18 minut otrzymano całkowite otwarcie, a po przerwaniu pęcherza płód został wywiązany za pomocą kleszczy, przytem obrażeń żadnych nie skonstatowano, stan zaś matki i dziecka zupełnie był dobry, a połów prawidłowy.

(*Centblt. f. Gyn. 1902 r. N. 47*).

**M. MIRONOW. Sztuczne przerwanie ciąży za pomocą elektryczności.**

M., stosując elektryczność według metody APOSTOLI'ego w różnych patologicznych zmianach macicy, zauważył, że przy wprowadzeniu elektrodu do szyi macicznej i nieco wyżej po za ujście wewnętrzne, wywołujemy daleko silniejsze skurcze mięśnia macicznego, aniżeli przy wprowadzeniu tegoż do jamy macicznej, dla tego że w okolicy szyi i ujścia wewnętrznego koncentruje się przeważna ilość splotów nerwowych. Spostrzeżenia te skłoniły autora do prób w celu przerywania ciąży za pomocą stałego prądu elektrycznego. Po ułożeniu ciężarnej na fotelu, dokładnem obmyciu roztworem formaliny lub lizolu z mydłem narządów płciowych zewnętrznych i pochwy, po założeniu wzierników i usunięciu śluzu z kanału szyi za pomocą waty, zmoczonej w 2% roztworze lizolu, wprowadzamy do kanału szyi dwubiegunowy elektrod, pozwalający na przepuszczanie prądu stałego na przestrzeni od ujścia wewnętrznego do zewnętrznego. Prąd siły 50 — 75 M. A. do 100 M. A. przepuszczamy w ciągu 15-tu minut. Seansów takich bywa 2—3 i więcej, co drugi dzień.

Autor opisuje 3 przypadki, w których stosował prąd elektryczny w celu przerywania ciąży, i wszystkie zakończyły się pomyślnie dla matki i płodu.

(*Żurn. akusz. i żeńsk. bol. T. XV*).

*Henryk Jastrzębski.*

## CHOROBY WEWNĘTRZNE.

### Stan leczenia zapaleń opłucny w ostatnim lat dziesiątku.

„Leczenie zapalenia opłucny wysiękowego w ostatnim stuleciu uczyniło olbrzymie postępy, głównie dzięki temu, że, usuwając płyn z jamy opłucny za pomocą przekłucia, zapobiegamy skutecznie niepożądanym następstwom ucisku płuca, jak np. zgrubieniu opłucny, skurczeniu się płuca i uciskowi na narządy sąsiednie. A chociaż zauważyć się daje zbyt pohańbność do wypuszczenia płynu, to jednak sam zabieg chirurgiczny, wykonany na zasadzie ścisłych wskazań, poczytywać należy za prawdziwie błogosławioną zdobycz czasów naszych, co zresztą potwierdzają liczne doniesienia i dane statystyczne, dostarczone przez TULSCHEK'a, KUSMAUL'a, BARTELS'a, EWALD'a, KOENIG'a i innych“. Temi mniej więcej słowy, zaczerpniętymi z encyklopedyi EULENBURG'a, zaczyna prof. ROSENBACH wstęp do leczenia zapalenia opłucny, a następnie dodaje od siebie, że omawiana sprawa znajduje się na pewnej drodze, zwłaszcza od chwili, kiedy zapal początkowy osiągnął miarę właściwą, i od kiedy nauczono się czynić ścisłe wskazania do wypuszczenia płynu. Według tego autora wyniki są o tyle pomyślniejsze, im bardziej unikać będziemy polipragmazji i wczesnego, a zatem zbyt częstego przekłuwania opłucny lub częstego przemywania jej worka za pomocą płynów przeciwnylnych.

Zobaczmy więc, o ile sprawdziły się życzenia i nadzieje wymienionego autora w ostatnim lat dziesiątku, i na jakie tory weszła zajmująca nas sprawa.

Praca prof. ROSENBACH'a wyszła w roku 1894, a już w roku następnym dają się słyszeć głosy, ostrzegające przed stosowaniem zbyt szeroko rzeczonyj metody leczniczej. Tak DUJARDIN-BEAUMETZ i STINZING, aczkolwiek nie zarzucają przekłucia, lecz radzą przedewszystkiem rozpoczynać leczenie od dużych dawek salicylanu sodu i wyczekać, dopóki gorączka nie opadnie, a dopiero, jeżeli pod wpływem takiego wyczekującego leczenia ilość płynu nie będzie się zmniejszała, radzą usunąć płyn za pomocą aspi-



racyi. Zdaje się, że takie postępowanie znalazło najliczniejszych zwolenników, (GLAESER, VOLLAND, HECHT, MOLLARD), przynajmniej wszystkie następne doniesienia potwierdzają dobre wyniki, otrzymane dzięki metodzie wyczekującej. W większej mierze tyczy się to wysięków pochodzenia gruźliczego, zwłaszcza zaś w tych przypadkach, gdzie zajęcie płuc nie ulegało żadnej wątpliwości. W tych razach daje się zauważyć wielką powściągliwość w stosowaniu przekucia opłucny i wypuszczenia płynu i to do tego stopnia, że autorowie francuscy wprost (GALLIARD, MOLLARD) przestrzegają przed stosowaniem rzeczzonego zabiegu. Są oni zdania, że ucisk płuca przez płyn, nagromadzony w opłucnie wpływa wprost niekorzystnie na rozwój sprawy gruźliczej w płucu, i dla tego chełiliby wypuszczać płyn tylko wtedy, jeżeli obecność jego zagraża życiu chorego. Wszyscy jednak zalecają już w samym początku choroby stosować nakłucie próbne w celu przekonania się o rodzaju płynu, następnie zaś w przypadkach wysięku ropnego zalecają natychmiastowe opróżnienie jamy opłucny. Nie dziwnego, że pod wpływem tych głosów stosowanie strzykawki PRAWATZ'a w celach rozpoznawczych znalazło szerokie zastosowanie, a zabieg ten niewinny sam przez się (o ile, naturalnie jest wykonany z zachowaniem przepisów aseptyki) i posiadający znaczenie tylko rozpoznawcze, z czasem nabrał znaczenia metody leczniczej. Oto w końcu zeszłego lat dziesiątka naprzód THOMAS, a za nim ZINN ogłosili spostrzeżenia, z których wynika, że aspiracja ilości bardzo nieznacznych, bo około kilku ctm. sz. płynu z jamy opłucny, wpływa w sposób bardzo dodatni na wsysanie się tegoż. Utrzymują oni, że usunięcie nawet małej ilości płynu o tyle zmniejsza ucisk, wywierany przez płyn na naczynia chłonne, że wessanie się płynu odbywa się następnie względnie szybko. Te spostrzeżenia zostały później potwierdzone przez NAUNY'na, PEL'a i JORDAN'a, lecz dwaj ostatni ten wpływ dodatni chcą przypisywać podrażnieniu opłucny nakłuciem igłą strzykawki.

Trudno jest orzec, po czyjej stronie jest słuszność, lecz fakt pozostaje faktem, i dziś przekonano się dostatecznie, że takie częste nakłucia, zwłaszcza w obec niewielkich ilości płynu, znakomicie przyspieszają wsysanie się jego, jak o zresztą widać i z doniesienia DZIEMBOWSKIEGO.

Co się tyczy ilości płynu, jaką usunąć należy od razu po nakłuciu klatki piersiowej, to i pod tym względem zdania są podzielone. Jedni radzą opróżniać doszczętnie jamę opłucny, a przynajmniej wypuścić płynu tyle, ile się da, z tem jedynie zastrzeżeniem, żeby wypuszczać płyn powoli i przerwać zabieg, jak tylko chory zacznie kaszlać, drudzy natomiast przestrzegają przed wypuszczaniem dużych ilości płynu, zwłaszcza u osobników ze zmianami mięśnia sercowego lub w wieku późniejszym, i dodają, że 1½ litra płynu, wypuszczone na jednym posiedzeniu, należy uważać za ilość najwyższą, chociaż znów nie brak spostrzeżeń, które pouczają, że po wypuszczeniu nawet mniejszych ilości płynu następowała śmierć wśród objawów ostrego obrzęku płuc. Sądzę, że pod tym względem będą miarodajne poglądy, wypowiedziane w roku 1901 przez DZIEMBOWSKIEGO. Według jego zdania, „w leczeniu operacyjnym wysięków surowicznych nie chodzi o to, by wypuścić tę lub ową ilość płynu, oznaczoną w gramach, lecz o to, by zmniejszyć nadmierne ciśnienie w klatce piersiowej, wskutek którego uciśnięte zostają naczynia krwionośne i limfatyczne, co obniża energię serca, a zmniejszając przy tem zdolność rozszerzania się płuca, utrudnia wchłanianie wysięku. Dla tego też nie można dokładnie oznaczyć, ile płynu należy wypuścić, by usunąć przeszkodę, tamującą wchłanianie, zależy to zupełnie od warunków w poszczególnym przypadku. W przypadkach, w których wysięk jest bardzo wielki, można trzymać się przepisów GERHARDT'a i wypuścić 1500 grm., badając chorego podczas operacji kilkakrotnie pod koniec i wystrzegając się przyrządów, aspirujących zbyt gwałtownie. Przy wysiękach średniej miary wystarczałoby wypuścić mniejszą jeszcze ilość płynu i nie forsować odpływu zbyt silną aspiracją. Największą ostrożność zachować należy przy wysiękach drobnych. Zdarza się bowiem, że i te wysięki nieraz bardzo długo nie zostają wessane. Ponieważ wypuszczenie bardzo małego wysięku przez aspirację mogłoby tylko podrażnić opłucną i wywołać zwiększenie się zapalenia, ewentualnie wytworzenie się większego wysięku, przeto wystarczy wywołać jego wchłonięcie przez nakłucie próbne i wydobyć kilku ctm. sz. płynu“.

Z kolei przejść nam wypada do przejrzenia innych metod leczniczych, które zyskały mniej-

szą lub większą liczbę zwolenników. W roku 1894 d-r GILBERT w leczeniu zapalenia opłucny gruźliczego z wysiękiem surowicznym, względnie surowiezo-włóknikowym, zaczął stosować zastrzykiwania podskórne płynu wysiękowego. Tę metodę stosował GILBERT w 35 przypadkach z wynikiem pomyślnym: płyn wessał się w ciągu 6—10 dni, a stan ogólny chorych polepszył się znakomicie. Po zastrzykiwaniach następował zwykle odczyn ogólny ze strony ustroju z podniesieniem się ciepłoty, zupełnie jak po tuberkulinie, natomiast odczyn miejscowego lub jakiegokolwiek bądź powikłań nigdy nie spostrzegano. Wsysanie się płynu postępowało tem szybciej, im wcześniej zaczynało się stosować zastrzykiwania i tylko w przypadkach zaniedbanych przeciągało się ono do dwóch tygodni.

Zastrzykiwań dokonywano w ten sposób, że jeden ctm.sz. płynu, wydobytego z worka opłucny, wstrzykiwano natychmiast choremu pod skórę klatki piersiowej na linii pachowej. W przypadkach wysięków pochodzenia niegruźliczego otrzymano wyniki ujemne. W przeciągu lat dwóch następnych ogłoszono jeszcze 15 spostrzeżeń podobnych — we wszystkich leczenie rzezone było bardzo skuteczne, ilość zaś zastrzykiwanego płynu dochodziła do 10 ctm. sz., nadto zastrzykiwania powtarzano kilkakrotnie.

Aliści przed dwoma laty MONGOUR i GENÈS ogłosili 19 przypadków leczenia zapalenia wysiękowego opłucny według metody GILBERT'a, z pośród których gruźliczego pochodzenia było 15, i we wszystkich wynik leczenia był ujemny, natomiast w 4 przypadkach, w których napewno można było wyłączyć gruźlicę, wynik leczenia był pomyślny. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy nie zaszły tu jakie pomyłki rozpoznawcze, zwłaszcza, że BOURGET, MAILLARD i inni potwierdzili spostrzeżenia GILBERT'a. W końcu roku zeszłego d-r CZYGAJEW ogłosił jeszcze 8 spostrzeżeń, leczonych za pomocą tej samej metody. U żadnego chorego nie wykryto łaseczników KOCH'a, lecz w trzech przypadkach „przebieg choroby nakazywał podejrzewać gruźlicę”. Zastrzykiwań robiono od 2 — 4 (w przypadkach zastarzanych), powtarzając je co kilka dni; odczynu ogólnego nie spostrzegano nigdy. W przypadkach niegruźliczych ciepłota zwykle opadała na drugi dzień po wstrzyknięciu, lecz następnie z rów podnosiła się i ostatecznie opadała zupeł-

nie po drugim lub czwartym zastrzyknięciu. Tam, gdzie podejrzewano gruźlicę, ciepłota na drugi i trzeci dzień po zastrzyknięciu bywała zwykle nieco wyższa, lecz następnie szybko opadała. Wysięk wysał się szybko, co można było stwierdzić już na drugi lub trzeci dzień po pierwszym zastrzyknięciu, stan ogólny chorych polepszał się stale: ginęły poty, duszność, bóle, a ilość dobową moczu dochodziła do 1800—2000 ctm. sz. Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń własnych i zebranych z literatury CZYGAJEW twierdzi, że metoda GILBERT'a zasługuje na zalecenie, jako zabieg zupełnie nieszkodliwy, cechujący się wielką łatwością wykonania i wpływający dodatnio na szybkość wssania się wysięku, gdyż wyleczenie następuje w ciągu dwóch tygodni, a wogóle tem prędzej, im wcześniej rozpoczęto zastrzykiwania.

Znacznie więcej trudności w wykonaniu nastęcza metoda, zalecona jeszcze w roku 1890 przez prof. LEWASZOWA. Polega ona, jak wiadomo, na wypuszczeniu z jamy opłucny pewnej ilości (około 300 — 500 ctm. sz.) płynu i następczem przemyciu opłucny wyjałowionym fizyologicznym (7‰) roztworem soli kuchennej. Dotąd istnieją doniesienia o 60 przypadkach zapalenia opłucny wysiękowego, leczonych za pomocą rzezonej metody. Twórca tej metody stosował ją zarówno w przypadkach wysięków surowicznych, jak i surowiezo-ropnych, a nawet i w ropnych bez względu na etiologię i, jak sam twierdzi, otrzymywał wyniki dobre. Natomiast zdania innych autorów, którzy uciekali się do sposobu LEWASZOWA, są bardzo podzielone, a bliższe rozpatrzenie materiału literackiego nasuwa nam wnioski następujące: wykonanie samo jest dosyć kłopotliwe i możliwe tylko w dobrze urządzonych szpitalach. Sama procedura trwa długo, bo do 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> godz., i wymaga wielkiej ostrożności ze strony lekarza, a cierpliwości i spokoju ze strony chorego. Dobre wyniki otrzymano tylko w przypadkach wysięków surowicznych, ropne zaś nie nadają się do leczenia za pomocą przemiywania, z wyjątkiem chyba tych, które rozwijają się po zapaleniu płuc (*pleuritis purulenta metapneumonica*). Zwykle po zabiegu występuje podniesienie ciepłoty, które u chorych gorączkujących wynosiło czasami 2° C., u gorączkujących zaś 0,5° — 1° C. Stan taki trwał czasem do czterech dni, a następnie ciepłota opadała powoli.

Jeżeli w końcu dodam, że czas trwania choroby był dosyć długi, bo czasem leczenie przeciągało się do czterech tygodni, to okaże się, że rzeczona metoda słusznie posiada mało zwolenników, którzy, nawet zalecając ją i podnosząc jej wpływ dobroczynny w przypadkach wysięków surowicznych zastarzałych, skarżą się, że jest dosyć kłopotliwa.

Metodę, zbliżoną do zalecanej przez LEWASZOWA, zaproponował w początkach roku zeszłego CASTAIGNE. Wychodząc z założenia, że zapalenie wysiękowe opłucny stanowi sprawę zupełnie analogiczną do zapaleń otrzewny tego samego pochodzenia, radzi on wstrzykiwać do opróżnionej jamy opłucny wodę gorącą wyjałowioną, ponieważ ten sposób postępowania dał znakomite wyniki w przypadkach gruźliczego zapalenia otrzewny. Zdaje się, że wyniki autora, oparte na statystyce doświadczeń z praktyki własnej, przemawiają na korzyść jego wniosków. CASTAIGNE kładzie nacisk na ściśle aseptyczne postępowanie w całym znaczeniu tego wyrazu. Postępuje on w sposób następujący: za pomocą przyrządu POTAIN'a usuwa płyn z jamy opłucny i następnie wstrzykuje nastychmiast około jednego litra wody sterylizowanej o ciepłocie od 45° do 50° C. Po dokonaniu wstrzyknięcia płynu radzi kierować się stanem i tolerancją chorego. Jeżeli chory zniósł zabieg dobrze, to lepiej jest pozostawić płyn wstrzyknięty w worku opłucny; jeżeli zaś chory doznaje duszności, to płyn pozostawić mniej więcej przez pół godziny, a później wypuścić go. Strzedz się jednak należy zbyt szybkiego wypuszczania płynu, gdyż może nastąpić napad silnego kaszlu, połączony wprost z duszeniem się chorego i upośledzeniem czynności serca. Co do wody, pozostawianej w jamie opłucny, to kłopotać się o nią niema potrzeby, gdyż ulega ona szybko wessaniu. W czterech przypadkach wysięków wielkich postępowanie takie dało wyniki bardzo pomyślne.

Pozostaje mi jeszcze przytoczyć metody lecznicze, polegające na wpuszczaniu powietrza do jamy opłucny po uprzednim uwolnieniu jej od płynu wysiękowego.

Lekarz japoński KAWAHARA zauważył, że po wypuszczeniu płynu z jamy opłucny często następują napady kaszlu, połączone z bólami u podstawy klatki piersiowej, płwocina staje się krwawą, a chorzy skarżą się na ściskanie w pier-

siach. Zjawisko to autor przypisuje szybkiemu rozprostowywaniu się płuca, a dla zapobieżenia mu próbował napełniać opłucną powietrzem. Pierwotnie KAWAHARA filtrował wpuszczone powietrze przez watę, lecz obecnie zmienił postępowanie i wpuszcza powietrze niefiltrowane. W tym celu używa rurki tego samego trójgrańca, którym przekłwa klatkę piersiową, pozostawiając ją na miejscu, a w celu dokładnego wypełnienia jamy opłucny powietrzem zaleca chorym oddychać głęboko. Spostrzeżenia KAWAHARA'ya obejmują przeszło 70 przypadków, w których nigdy nie stwierdził żadnych objawów niepożądanых.

Dalej jeszcze poszedł drugi lekarz japoński d-r KAWAI, który opróżnia jamę opłucny częściowo i po każdym wypuszczeniu około 200 ctm. sz. płynu napełnia worek opłucny powietrzem; w ten sposób skutecznia on jakoby przemycie powietrzem jamy opłucny i przy takim postępowaniu otrzymywał wyleczenie zupełne nawet w przypadkach zastarzałych. Dodać należy, że wysięki ropne nie nadają się do leczenia za pomocą tego sposobu, najlepsze zaś wyniki daje leczenie świeżych wysięków surowicznych i surowiezo-włóknikowych. Niezależnie od powyższych dwóch lekarzy japońskich tej samej metody użył w Paryżu d-r VAGUEZ w długotrwałych wysiękach pochodzenia gruźliczego, które po aspiracji odnawiają się. Autor rzeczony wpuszczał do jamy opłucny po pół litra (?) przepuszczonego przez watę powietrza i przy takim postępowaniu nigdy nie miał nawrotu cierpienia, zabieg zaś chorzy znosili doskonale. Doniesienie VAGUEZ'a spotkało się z ostrą krytyką GALLIARD'a, dla którego wysięki pochodzenia gruźliczego stanowią dziedzinę, w której wszelkie rękoczyny uważać należy wprost za niebezpieczne, usuwanie zaś płynu, jak to już miałem sposobność nadmienić wyżej, uważa on za przeciwwskazane, jako zabieg, który pociągnąć może za sobą szybkie rozszerzenie się sprawy gruźliczej na całe płuco.

Z powyższego przeglądu stosowanych dotąd metod leczniczych można wysnuć wniosek, że każda z nich obok pewnych braków posiada niewątpliwe zalety. Rzecz prosta, że stosowanie szablonowe tego lub innego sposobu nigdy nie da wyników bezwzględnie pomyślnych, natomiast przy ścisłym indywidualizowaniu przypad-

ków każdy z zabiegów rzeczonych może przynieść korzyść niezaprzeczoną.

O leczeniu wysięków ropnych pozostaje mi powiedzieć bardzo niewiele, nie dla tego jednak, że w tym kierunku czyniono zbyt mało prób, lecz że wszystkie one pod względem wartości leczniczej ustępują powszechnie dziś przyjętemu stosowaniu zabiegu operacyjnego, który, jak wiadomo, polega na szerokiem otwarciu jamy opłucny. Jedyne zastrzeżenie możnaby tylko zrobić co do leczenia wysięków ropnych pochodzenia gruźliczego.

W tych przypadkach wielu autorów radzi uciekać się do przekucia z następczem wypuszczeniem płynu i przemyciem jamy opłucny.

Przechodząc z kolei do środków farmaceutycznych, zalecanych w leczeniu wysięków opłucny zaznaczyć muszę, że najpierwsze miejsce wśród nich zajmuje salicylan sodu. AUFRECHT, FIEDLER, WILDE i inni gorący zwolennicy tego środka utrzymują wraz z ROSENBAUGH'em, że podawany w dużych dawkach (4 — 8 grm. dziennie) w samym początku choroby, oddaje usługi niezaprzeczone, natomiast w okresach późniejszych cierpienia, zwłaszcza o przebiegu długotrwałym, okazał się ten przetwór mało skutecznym. W tych właśnie okresach większe zastosowanie znalazły przetwory jodu (nalewka jodowa, jodoform, jodek sodu i potasu), chociaż skuteczność ich działania podlegała częstym i ostrym zarzutom. To samo powiedzieć można o środkach moczopędnych i napotnych. Nadzieje, pokładane w tych środkach, zawiodły tak samo, jak i usiłowania, skierowane do przyspieszenia wysiania się wysięku za pomocą diety, zaleconej przez SCHROTH'a, która polega na zupełnem usunięciu płynów, ewentualnie wielkiem ich ograniczeniu. To samo powiedzieć można o próbach, czynionych przez ROBINSON'a, który, podając chorym większe ilości soli kuchennej i potęgując przez to uczucie pragnienia, przypuszczał, że uda się w ten sposób wywołać żywszą diosmozę płynu do krwi. Wszelkie t. zw. *antiphlogistica* wogóle mało wpływają na przebieg cierpienia. Użycie ich jednak pomaga często do usunięcia dotkliwych bólów.

Zwrócono natomiast baczną uwagę na przestrzeganie ogólnych, higienicznych warunków. Nawet wobec podejrzenia co do poczynającego się zapalenia opłucny chorym zalecają spokoj-

ne leżenie w łóżku; zwracają uwagę na obfity dopływ świeżego powietrza, co nie jest bez znaczenia dla chorych, którzy poeą się i gorączkują. Uregulowanie diety i lekkie zabiegi hidropatyczne, stosowane pod postacią wycierań lub obmywań, dopełniają wskazań higienicznych.

K. Z.

#### 17. E. KLEIN (z Londynu). *Bacterium Bristolense* i jego podobieństwo do prątka dżumowego.

Na parowcu handlowym, wiozącym ładunek z Bristolu w Azji Mniejszej, znaleziono pewną liczbę zdechłych szczurów. Ponieważ Azja Mniejsza jest uznana za dotkniętą przez dżumę, słuszne więc poniekąd było podejrzenie, czy szczury nie zdechły z dżumy, chociaż w pośród załogi wszyscy byli zdrowi.

Szczury zostały zbadane bakteriologicznie co do dżumy, lecz hodowle i doświadczenia na zwierzętach nie wykazały prątków dżumowych, wzamian za to wykryto nowy, jeszcze nie znany prątek, który co do swych właściwości zajmuje miejsce pośrednie między *Bacillus coli* i *Bacterium lactis aërogenes*. Nowy ten drobnoustrój otrzymał nazwę *Bacterium Bristolense* ze względu na miasto, skąd został wywieziony.

Przy badaniu padłych szczurów znaleziono: znaczne przekrwienie płuc, w licznych miejscach rozsianą hepatyzację; śledziona powiększona przekrwiona, miękka; przewód pokarmowy, przeważnie jelita cienkie — przekrwione z krwawym śluzem; powiększenia gruczołów chłonnych nie było.

Z płuc oraz ze śledziona zrobiono hodowle na płytkach i zaszczerpiono świnki morskie oraz szczury podskórnie i wcieraniem w skórę skaryfikowaną. Wynik był następujący: na płytkach wyhodowano nieruchome, owalne lub cylindryczne prątki, które w preparatach suchych barwionych przypominały prątki dżumowe swoją długością, wybitną własnością zabarwiania się biegunów i odbarwianiem się sposobem GRAMA, lecz były nieco grubsze. Hodowle na różnych podłożach zupełnie są podobne do *bac. coli*, jedynie tylko mleko pozostaje niezmiennione, płynne; hodowle na kartoflu różnią się od *bac. coli*, bę-

dać zupełnie podobne do hodowli *bact. lactis aërogenes*.

*Bacterium bristolense* jest zabójcze dla świnek morskich, które po zastrzyknięciu nawet bardzo małej ilości do jamy otrzewny padają w ciągu doby, zaś przy podskórnem szczepieniu w ciągu kilku dni. W podobny również sposób zachowują się względem zarazka szczury i myszy. Króliki są odporne. Wecieranie *bact. bristolense* w skaryfikowaną skórę pozostaje wogóle bez skutku.

(*Centralblatt f. Bakt. Nr. 10. 5 November. 1902.*)

R. Gutowski.

### 18. DIEHL Aug. Uczucie strachu w hysterii i neurastenii.

Zaznaczywszy trudności różniczkowania hysterii od neurastenii, zmuszające nas do wciągania często nieokreślonych przypadków chorobowych pod rubrykę histero-neurastenii, autor kładzie nacisk na objaw, dotychczas lekceważony przez badaczy, mianowicie na uczucie strachu. Dowodzi on, że to uczucie w tych dwóch chorobach jest inne, i jako przykład przytacza szczegółowo dwie historie choroby, jedną, dotyczącą neurastenika, skarżącego się na strach przed pewnymi określonymi faktami lub stanami (lękał się, że ma wadę serca, że dostanie obłądu, że rzuci się kiedy z okna i t. p.), i drugą, dotyczącą wybitnej histeryczki, która co pewien czas doznawała napadów niewypowiedzianego lęku przed czemś zupełnie nieokreślonym. Ten lęk sprawiał jej niesłychany ból, wobec którego śmierć zdawała jej się wprost wybawieniem. Chora ta skądinąd żadnych pospolitych obaw (fobii) nigdy nie miała. Autor podkreśla te stany wewnętrznego lęku u histeryczek i przyłącza je do obszernej grupy stanów, polegających na lekkim zamroczeniu świadomości (t. zw. *Dämmerzustände*). Ten nieokreślony lęk wobec obawy przed czemś nieznanym ma według autora stanowić cechę różniczkowo-rozpoznawczą pomiędzy hysteryą a neurastenią.

(*Neurologisches Centralblatt. 1902. N. 18 i 19.*)

St. Kopczyński.

### 19. P. KRUMM. Doszczętna operacja wrodzonej przepukliny u dzieci.

Przepuklina pachwinowa u dzieci powstaje wskutek przedostawania się narządów jamy brzucha do niezarośniętego uchyłka otrzewny (*proctus vaginalis peritonei*), zaś u dorosłych tworzy

się worek przepuklinowy obok zarośniętego uchyłka. Dzięki temu, stosunki anatomiczne, napotymane podczas operowania wspomnianej przepukliny u dzieci i osób dorosłych są rozmaite, stąd rozmaite są i napotymane trudności. Worek przepuklinowy dziecięcy jest ściśle zespolony z otaczającą ze wszech stron t. zw. właściwą powięzią przepukliny (*fascia herniae propria*), złożoną z *m. cremaster* i powięzi poprzecznej (*fascia transversa*), u dorosłych przebija worek przepuklinowy ową powięź i leży wśród tkanek luźnych. I dla tego wyseparowanie worka przepuklinowego u dziecka jest zabiegiem zgoła niewykonalnym. Poza to, pomiędzy workiem przepuklinowym i powięzią poprzeczną przebiegają części składowe powrózka nasiennego: tętnica, żyła, powrózek odprowadzający; u dzieci są one rozproszone po całej powierzchni przepukliny, wachlarzykowato, i dopiero w pobliżu pierścienia przepuklinowego zbiegają się, tworząc właściwy powrózek nasienny. Ze względu na powyższe okoliczności K. operuje w sposób następujący: Podłużnym cięciem obnaża worek przepukliny, otoczony powięzią właściwą (*fascia herniae prop.*). Po otworzeniu worka odprowadza zawartość tegoż do jamy otrzewny, i za pomocą szwu kaptuchowego, możliwie jaknajwyżej nałożonego, zamyka pierścień przepuklinowy. Wywraca następnie rozszczepiony podłużnie aż do górnego odcinka jądra worek przepuklinowy, tak, iż otrzewna zjawia się na powierzchni zewnętrznej, zaś *m. cremaster* i powięź poprzeczna stanowią rdzeń powstałego wałka. Stykające się brzegi otrzewny łączy tu i owdzie szwami. W dalszym ciągu wykonywa wytwórczą operację BASSINI'ego.

Podany zabieg, łatwo wykonalny, zapobiega, zdaniem R., miażdżeniu tkanek, obrażeniu części składowych powrózka nasiennego, następczemu krwawieniu, wreszcie — nawrotowi cierpienia.

(*Centralblatt f. Chirurgie Nr. 46. 1902.*)

Antoni Leśniowski

### 20. KEISUKE TANAKA (z Japonii). O badaniu zarazka ospy.

Autor, badając materiał szczepienny i wartość pęcherzyków oraz krost ospy ochronnej, otrzymał wynik ujemny — nie znalazł zarazka ospy. Leczący przypadek pomógł mu dorzucić nieco światła w tej sprawie. T. wypuścił pewnemu

choremu, dobrze zbudowanemu 30-letniemu mężczyźnie, płyn surowicy z opłucny, porozlewał go w kolby wyjałowione, w których utworzyła się w środku galaretowata masa, pływająca w przezroczystej cieczy. Po upływie 5 dni T. wpuścił do kolby 0,06 materiału szczepiennego ospy ochronnej i w ciągu kilku dni wokół ścięła się masa galaretowata, zbielała, jakby przegotowana, i nie rozdzielała się nawet przy silnem wstrząśnieniu; płyn zaś pozostał bez zmiany. T. wytłomaczył sobie ten dziwny objaw okolicznością, że chory w dzieciństwie przechodził ciężką ospę; surowica z ludzi, którzy na ospę nie choro-

wali, nie posiadała takiej własności. T. uważa więc powyższy objaw za analogiczny z próbą WIDAL'a.

Na zasadzie wyników dotychczasowych badań różnych uczonych TANAKA przypuszcza, że zarazek ospy nie został jeszcze zbadany, gdyż posiada cechy pierwotniaków, moner HAECKEL'a, łatwo rozpada się na drobne homogenne cząstki, które, choć niespostrzegalne, mają własność odradzania się i rozwoju w odpowiednich warunkach.

(*Centralblatt f. Bact. Nr. 10. 5 November. 1902 r.*)

R. Gutowski.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 grudnia r. z.

TREŚĆ: 1) W. MĘCZKOWSKI przedstawienie dwóch chorych z porażeniem obwodowym nerwu podjęzykowego. 2) LUBLINER i ODERFELD — przedstawienie chłopca po dokonanej operacji wycięcia nowotworu złośliwego z jamy nosogardzielowej. 3) K. RZĘTKOWSKI — „O wpływie silnego pocenia się na skład krwi“.

1) Kol. W. MĘCZKOWSKI przedstawił dwóch chorych, dotkniętych obwodowym porażeniem nerwu podjęzykowego.

U pierwszego chorego sprawa powstała na tle przynajmniej dziedzicznego i dotyczyła lewej połowy języka. Lewa połowa języka ścięczała, pomarszczona, w ciągłym drżeniu włókienkowym; koniuszeczek zbacza ku stronie prawej; lewy boczny brzeg języka wypukłony ku stronie lewej. Po wysunięciu języka z jamy ustnej koniuszeczek zbacza ku stronie lewej; lewy boczny brzeg nieco wklęsły. Badanie prądem elektrycznym wykazało niewielkie zmiany ilościowe. U drugiego chorego objawy podobne, a jako przyczynę mowca podaje przypuszczalne próchnienie kości.

W dyskusji prezes DUNIN podnosi możliwość jądrowego pochodzenia tych porażień.

2) Koledzy LUBLINER i ODERFELD przedstawili chłopca, któremu z jamy nosogardzielowej

usunięto nowotwór złośliwy. Najpierw nowotwór ten wielkości jaja kurzego, wypełniający szczelnie jamę nosogardzielową, L. usunął za pomocą pętli galwanokanetycznej, kiedy po 2-tygodniach nastąpił nawrót, L. odesłał chłopca do kol. ODERFELDA, który wykonał operację metodą KOCHER'a, przecinając wargę górną oraz podniebienie miękkie i twarde pionowo w linii środkowej. Następnie odpilowano wyrostek zębodobowy (*processus alveolaris*) górnej szczęki pod postacią dwóch klinów. Dostęp do guza był łatwy. Usunięto go doszczętnie. Kostne płyty przymocowano za pomocą szwów kostnych. Wszystkie części przyrosły dokładnie. Po dwóch miesiącach niema nawrotu.

Kol. K. RZĘTKOWSKI wygłosił odczyt p. t. „O wpływie silnego pocenia się na skład krwi“ (Rzecz ta drukuje się w „Medycynie“)

W dyskusji Kol. Józef PIOTROWSKI podnosi, że pewniejszą i dokładniejszą metodą oznaczania ciężaru gatunkowego krwi jest metoda wagowa. P. odrzuca zupełnie możliwość zgęszczenia krwi w doświadczeniach mowcy. Na to potrzeba daleko większej utraty z ustroju wody.

Kol. LUXENBURG zaznacza, że doświadczenia innych badaczy (LAQUER'a, LÖWENTHAL'a), nie doprowadziły do ściślejszych wniosków. L. także uważa metodę wagową za najodpowiedniejszą i przypomina o własnych pracach w tym kierunku, w których wyraził pogląd, że hyperglobulia może być objawem nerwowym natury czynnościowej.

Kol. St. KOPCZYŃSKI podnosi możliwość wpływu światła na wynik badań.

W odpowiedzi mówca zaznacza, że w podobnych doświadczeniach metoda HAMERSCHLAG'a okazała się praktyczniejszą, że przypuszcza raczej w swych przypadkach wylugowywanie się gotowych krążków z narządów krwiotwórczych, że w jednej ze swych obserwacji wpływ światła wyłączył, owijając chorego w ceratę i koldrę wołkową, różnicy jednak żadnej w wynikach nie zauważył.

*St. Kopczyński.*

## Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi.

Wyborną myśl miało łódzkie Pogotowie ratunkowe, urządzając na dochód swój wystawę higieniczno-spożywcza, zasililo bowiem fundusze swoje bez uciekania się do miłosierdzia publicznego i dało możność mieszkańcom Łodzi zapoznania się z wielu sprawami natury zdrowotnej w sposób nader pouczający. Nie wiem atoli, czy nagła potrzeba pieniędzy skłoniła Pogotowie do otwarcia wystawy już teraz, czy też inne względy na to wpłynęły, zdaje mi się jednak, że wystawa zyskałaby bardzo dużo pod względem zewnętrznym, gdyby ją zaprezentowano latem na jakimś obszernym placu, gdzie gustownie urządzone pawilony i wytwornie przybrane kioski tem ponętniejszy przedstawiałyby widok. Jeżeli zwłoka kilkomiesięczna w otwarciu wystawy była niemożliwa, to w każdym razie należało postarać się dla niej o pomieszczenie, bardziej odpowiadające celowi, a zwłaszcza warunkom bezpieczeństwa, aniżeli lokal obecny: wążutkie klatki schodowe, na których spotyka się falą schodzących z górnego piętra z falą, dążącą ku górze, ciasne przejścia w drzwiach i w samych pawilonach sprawiają, że tłumy zwiedzających wystawę formalnie duszą się wzajemnie, o dokładnem zaś obejrzeniu eksponatów w tych

warunkach nie ma co mówić. A jest, zaiste, co widzieć, jest czego się nauczyć tembardziej, że organizatorowie widocznie przystąpili do dzieła ze ściśle z góry powziętym planem: nie czekano na to, co kto na wystawę przyśle, lecz starano się, aby wszystko, co ma związek z higieną odżywiania, znalazło się na wystawie.

Całość podzielono na 5 sekcji: 1) naukową, 2) produktów spożywczych w stanie surowym, 3) przetworów, 4) urządzeń kuchennych i przynależności technicznych oraz 5) zastaw i naczyń stołowych, ozdób artystycznych i t. d.

Sekcya naukowa rozpoczyna się od higieny zębów i jamy ustnej, gdzie wystawiono model zdrowego i chorego uzębienia, pierwszego i drugiego ząbkowania, tablice chorób zębów i jamy ustnej z uwzględnieniem przyczyn tychże chorób oraz środków zapobiegawczych: rozmaite typy szczotek do zębów, racjonalne sposoby ich czyszczenia, środki do czyszczenia zębów, ich wartość odkażająca i t. d.

Następny dział informuje o składzie chemicznym i znaczeniu pokarmów oraz o fizjologii trawienia. Znajdujemy tu tablice, wykazujące zawartość procentową białka, tłuszczu i węglowodanów w rozmaitych pokarmach, a pod tabli-

cami rurki, odpowiednio zabarwione, w których tenże skład pokarmów jeszcze raz został przedstawiony. Dalej mamy modele narządów trawienia oraz tablicę, objaśniającą czynność tychże narządów. W celu poglądowego przedstawienia sprawy normalnych i zafalszowanych produktów spożywczych przedstawiono rozmaite gatunki mięsa zdrowego i zakażonego, pasorzyty, znajduwane w mięsie, herbatę oraz kawę i ich falsyfikaty, makarony farbowane, mleko, kartofle, sposoby badania produktów spożywczych (demonstrowane zwiedzającym wystawę), mikrofotografie produktów spożywczych i znajdujących się w nich pasorzytów, dalej modele grzybów jadalnych i trujących. Wpływ alkoholu na narządy ustroju przedstawiony został na bardzo pouczającej tablicy. Nie pominięto też ważnej sprawy dostarczania dobrej wody, kanalizacji miast i wodociągów; a więc wystawiono: tablicę graficzną składu chemicznego wód rozmaitego pochodzenia, przyrząd do usuwania mętów i bakterii z wód rzecznych, stawowych i studziennych za pomocą koagulacji i filtrowania przez bibułkę szwedzką, rozmaite filtry do wody, okazy znajdujących się w niej bakterii, tablice i plany, dotyczące kanalizacji i wodociągów warszawskich. Wyniki żywienia się robotników fabrycznych, stołowników tanich kuchni, dzieci, wysyłanych na kolonie letnie, chorych szpitalnych i t. d. przedstawiono na odpowiednich tablicach. Plany i fotografie uzdrowisk krajowych jako też ochron i szkół elementarnych oraz domów robotniczych w Łodzi, w Warszawie i Wilnie mają także niepoślednią wartość.

Sprawa odżywiania niemowląt przedstawiona została na tablicach graficznych, wykazujących skład mleka kobiecego i zwierzęcego jako też wzrost i wagę dziecka, normalnie i sztucznie karmionego. Wyniki obu rodzajów karmienia uzmysławiają odpowiednie typy dzieci. Dalej znajdujemy naczynia, przeznaczone do wyjaławiania oraz do przechowywania wyjałowionego mleka, surogaty tegoż oraz przetwory, służące do karmienia dzieci, flaszki, smoczki i t. d. Jako sprawdzian odżywiania się dziecka, wystawiono preparaty normalnego i chorobliwego wypróżnienia dziecka.

Wszystko, cośmy tu w krótkości przytoczyli, nie stanowi martwego materiału, obok którego zwiedzający wystawę przechodzi, nie rozu-

miejąc jego znaczenia: każdy szczegół znajduje wymowną ilustrację w objaśnieniach dyżurujących na wystawie lekarzy.

W sekcji II i III, gdzie wystawione zostały produkty spożywcze surowe i przetwory spożywcze, na szczególną uwagę zasługuje parowa produkcja masarska w biegu: ustawiono tu bardzo pomysłowo zbudowaną maszynę do siekania mięsa, której wielka zaleta polega na tem, że do mięsa dostaje się minimalna cząstka drzewa z deski, na której siekanie się odbywa. Doskonałym też pomysłem jest umieszczenie nad deską wentylatora, nie pozwalającego muchom osiadać na mięsie. Dostarczanie konsumentom wędlin w opakowaniach ze szkła uważamy za nowość bardzo praktyczną i estetyczną.

W dziale fabrykacji wód mineralnych widzimy maszyny udoskonalone do wyrobu płynnego kwasu węglowego, zwracają też uwagę syfony z odkręcanymi szyjkami, których praktyczność polega na bezpieczeństwie zachowania czystości: nie mówiąc już o zwyczaju picia wody wprost z syfonu, wspomniano nam o wypadkach, w których syfon zastępował miejsce..... urygatora.

Sekcja IV i V obejmują urządzenie kuchni, spiżarni wraz z rozmaitemi przynależnościami technicznymi oraz zastawy i naczynia stołowe. Widzimy tutaj kredensy kuchenne, lodownie pokojowe, maszyny do robienia masła, lodów, maszyny do owoców, cukru i t. p. Bardzo pięknie wyglądają płytki metalowe emaliowane do wyłożenia ścian zamiast kafli, szkoda tylko, że stosunkowo wysoka cena tego wyrobu staje na przeszkodzie jego rozpowszechnieniu. Rzeczą niemałej wartości jest też ogniotrwały materiał izolacyjny „sterolit“ do obijania ścian, pułapów, i pokrywania dachów. Najbardziej jednak interesującym eksponatem w tym dziale są wyroby z „dermatoidu“, t. j. tkaniny bawełnianej, naśladowującej do złudzenia skórę, a bez porównania tańszej od tej ostatniej. Prócz tego „dermatoid“ ma jeszcze i tę wyższość nad skórą, że nie pozostawia na sobie żadnych plam, które z łatwością dają się zeń zmywać. Tenże „dermatoid“ polakierowany daje zupełne złudzenie ceraty. Materiał ten doskonale nadaje się do obicia mebli i ścian, na fartuchy, materace, poduszki, oprawę książek, na walizy, pugilaresy i t. d., przyczem odznacza się dużą elegancją. Jeżeli trwałość



„dermatoidu“ dorównywa jego stronie zewnętrznej, to wobec swej tanioci zasługuje on na jaknajszersze rozpowszechnienie.

Oto w krótkim zarysie obraz wystawy.

Zmuszony liczyć się z ramami tej skromnej notatki, z konieczności pominąłem wiele jeszcze godnych widzenia rzeczy. Wogólności rzecz mo-

żna, że wystawa łódzka zaszczyt przynosi swoim organizatorom, że przedstawia się bardzo okazale i z pewnością nie przejdzie bez korzyści dla tłumnie zwiedzających ją mieszkańców miejscowych i zamiejscowych.

Z. Srebrny.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= U kobiety 27-letniej, która po przebytem z apaleniu gardzieli zachorowała na bardzo ciężkie posocznicze zapalenie wsierdzia, Klotz zastosował — jako środek ostateczny w stanie prawie beznadziejnym — wewnątrzylne zastrzyknięcie collargol'u. W ciągu trzech dni wprowadzał 7 — 9 cgrm. w 1% roztworze do żyły ramiennej. Za każdym razem następował dreszcz wstrząsający, poczem spadek gorączki i sen. Po trzecim zastrzyknięciu rozpoczęła się stała poprawa, a po 8 dniach powrót do zdrowia. Autor przekonał się wielokrotnie o pomyślnem działaniu wcierań maści Credé'go w posocznicy i utrzymuje, że w danym przypadku kollargol wywołał odtrucie krwi oraz zagojenie sprawy rozpadowej we wsierdziu.

(D. Med. Woch. 29. 1902).

= Pewien 37-letni chory EICHHORST'a skarżył się na ucisk w żołądku, krztuszenie naczeczko i ślady krwi w wykrztuszonej płwocinie; po okresie polepszenia uczuł pewnego razu palenie w brzuchu, nudności i miał wrażenie jakby ciała obcego; wprowadziwszy palec do gardzieli, wydobyl podłużny spłaszczony twór 4 ctm. długi i ½ ctm. gruby, którego bliższe zbadanie wykazało istnienie śluzaka, wyrosłego zapewne na błonie śluzowej żołądka. (D. Arch. für kl. Med. T. 74).

= Dotąd niewiadomo było dokładnie, w jakim czasie zaczyna się wsysanie tłuszczu wprowadzonego do odbytnicy. Obecnie

można to określić dzięki użyciu tłuszczów jodowych, np. jodipiny (olej sezamowy + jod). Przy utlenianiu wsyanego do komór przetworu jod wyswabza się i zjawia się w wydzielinach. BAUM i WINTERNITZ postępowali, jak następuje: po lawatynie opróżniającej wprowadzono do kiszki 20 grm. 10% jodipiny, zmieszanej z 10 grm. gumy arabskiej i 170 ctm sz. wody przekropionej przy 37°. Chorzy oddawali mocz co 2 godziny celem próbowania tegoż za pomocą odczynu chloroformowego i skrobiowego. Odczyn następował po 6 aż do 30 godzin, przeciętnie po 15 godzinach. Jajo i soda działały jako *emulgens*, tak samo jak guma. Przy użyciu roztworu trzustkowego odczyn zjawiał się w moczu już po 4 — 5 godzinach. Również przyśpieszały wchłanianie dodatek 0,6% NaCl oraz zmniejszenie ilości płynu w zawieszynie. Autorowie przekonali się, że stosowanie lawatyn tłuszczowych dla celów odżywiania nie posiada wartości praktycznej. (Ther. d. Gegenw. 9 — 1902).

= LUTHJE zwraca uwagę na fakt częstego znikania odruchu kolanowego po zapaleniu płuc; objaw występuje nie nagle, lecz zwolna, z dnia na dzień wzmagając się. Związek z siłą zakażenia, okresem choroby jest dość luźny. Również niema jeszcze dostatecznych danych dla określenia ośrodkowego lub obwodowego pochodzenia tego objawu. (Münch. Med. Woch. 32. 1902).

= Le GORF zauważył, że, jeśli pograżyć preparat krwi dyabetyka, utrwalony ogrzewa-

niem w mieszaninie eozyiny i błękitu metylinowego, to czerwone krążki barwią się tylko błękitem; natomiast krążki krwi normalnej, przeciwnie, barwią się tylko eozyną. Taki sam odczyn barwny otrzymywał autor z krwią normalną, do której dodawał glikozę, lewulozę, ksylozę, aldehyd lub aceton, jak również u królików, u których za pomocą wewnątrzżylnego wstrzykiwania glikozy wywoływano czasowy cukromocz. (Acad. des Sciences. 12/5 1902).

— GORDON, badając wpływ położenia ciała na szmery sercowe, znalazł, iż w położeniu leżącym wznagają się szmery, zależne od niedomykalności zastawki dwu- i trójdzielnej, od zwężenia aorty, oraz szmery anemiczne w obrębie aorty, tętnicy płucnej i u wierzchołka; zmniejszają się szmery, zależne od zwężenia otworu żylnego lewego. Smer zależny od niedomykalności zastawek aorty nie ulega zmianie. (Brit. med. Jour. kwiec. 1902).

— ICARD podał nowy sposób odróżnia-

nia śmierci istotnej od pozornej za pomocą wstrzyknięcia do żył fluorescyny. Jest to środek obojętny, którego jeden gram zabarwia 45,000 litrów wody. W razie, jeśli krwiobieg jeszcze istnieje, to ciało w dwie minuty po wstrzyknięciu nabiera barwy trawiasto-zielonej. Po upływie godziny zabarwienie to znika bez szkodliwych dla ustroju następstw. (Philad. med. Jour. 5/4 1902).

RATHERY w jednym przypadku zapalenia płuc spostrzegł w drugim tygodniu choroby trzykrotny krwotok kiszkowy, skutkiem którego chory zmarł. Badanie zwłok wykryło obustronne zapalenie płuc oraz wybroczyny na całej okrzężnicy jakoteż owrzodzenia w miejscu połączenia okrzężnicy poprzecznej z stępującą i w odbytnicy. Autor znalazł pneumokoki we krwi, mózgu, płucach i kiszkach. Opisane powikłanie należy do wyjątkowo rzadkich. (Med. News. kwiec. 1902).

P.

## Wiadomości bieżące.

— Komitet polski XIV międzynarodowego zjazdu lekarskiego ogłasza: Komitet organizacyjny w Madrycie wzywa członków Zjazdu do jaknajprędszego przysyłania streszczeń zgłoszonych wykładów, o ile możliwości w formie ostatecznych wywodów w języku francuskim wyłącznie i napisanych bardzo wyraźnie. Pośpiech ten jest wskazany z tego powodu, że rozpoczęto już druk streszczeń. Przesyłać należy wprost do sekretaryatu.

Odczyty mogą być wygłoszone w jednym z języków urzędowych Zjazdu i w tym też języku drukowane będą w „Roczniku Zjazdu”.

Wskutek starań Komitetu polskiego o zapewnienie uczestnikom Zjazdu polakom mieszkania bez utrzymania całodziennego, Komitet organizacyjny zapewnia, że biuro kwaterekowe, do którego należy się wprost zwracać, chętnie pośredniczyć będzie w wyszukaniu samych tylko

mieszkań. Cena pokoju wynosiłaby 5 franków. Wskutek postanowienia niektórych towarzystw kolejowych uczestnicy Zjazdu będą mogli przyjechać do Madrytu jedną, a wracać inną drogą ze zniżką 50% . Komitet organizacyjny poda później do wiadomości, które towarzystwa udziela zniżek.

Wszelkie dalsze zgłoszenia odczytów winny być przesyłane odąd wprost do sekretaryatu generalnego (Secrétariat général du XIV Congrès international de médecine à Madrid Facultad de Medicina).

— W Towarzystwie Lekarskim Lwowskim na rok 1903 na prezesa wybrano d-ra WŁ. ŁUKASIEWICZA, na wiceprezesa d-ra G. ZIEMBICKIEGO, na sekretarza zaś d-ra ŚWIĄTKIEWICZA.

— Międzynarodowy Zjazd dla walki z alkoholizmem odbędzie się w roku bieżącym w Bremie od 14 do 19 kwietnia.