

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 44.

Warszawa d. 18 (31) Października 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 Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. † Ś. p. Włodzimierz Brodowski. — PRACE ORYGINALNE. Pleśniawki u zdrowych ludzi dorosłych. Podał Z. Srebrny. — Przypadek nephritis haemorrhagicae chronicae leczony operacyjnie. Podał d-r med. Szcześnie-Bronowski. — WYKŁADY KLINICZNE. Wegetaryanizm jako dyeta lecznicza. Streścił J. Sunderland. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. Choroby narządów trawienia. — Ginekologia. Przyczynek do krytyki nowoczesnych operacji ginekologicznych. Streścił Fr. Neugebauer. — Z posiedzeń laryngologiczno-otytrycznych. Protokoły z d. 30 kwietnia i 28 maja 1902 r. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny“. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 września do 14 października r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Z. Srebrny — Le Muguet chez les individus sains. 2) D-r Szcześnie-Bronowski — Un cas de Néphrite hémorragique chronique traité par l'opération.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Z. Srebrny — Soor bei gesunden Erwachsenen. 2) D-r Szcześnie-Bronowski — Ein Fall von Nephritis haemorrhagica chronica, chirurgisch behandelt.

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

Ś. P. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI

Doktor medycyny, b. prof. b. Szkoły Głównej w Warszawie, b. prof. oraz dziekan wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, b. Sekretarz Stały Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zmarł w 80 roku życia w dniu 27 października r. b.

Obszerny życiorys zmarłego męża nauki i znakomitego nauczyciela podamy w jednym z następnych numerów naszego czasopisma.

PRACE ORYGINALNE.

PLEŚNIAWKI

u zdrowych ludzi dorosłych.

Podał

ZYGMUNT SREBRNY.

Pleśniawki (*soor*) są przeważnie chorobą wieku dziecięcego. Wskutek złego pielęgnowania jamy ustnej niemowląt na tle kwaśnej fermentacji ukazują się u nich na podniebieniu, łukach podniebiennych, migdałkach, policzkach rzadziej na tylnej ścianie gardzieli białe plamki, zlewające się później w cienkie błonki. Cierpienie to nawiedza zarówno osłabionych, chorowitych, jak i zupełnie zdrowych ssawców i po większej części samo przez się poważnego znaczenia dla tego rodzaju chorych nie posiada.

Inaczej zwykliśmy zapatrywać się na pleśniawki, napotykaną u dorosłych. Widzimy je tutaj zwykle u ludzi, wycieńczonych chorobami przewlekłymi: rakiem, suchotami, moczówką cukrową i t. d., oraz w przebiegu chorób gorączkowych, przy ciężkim stanie ogólnym dotkniętych niemi osobników. Zjawienie się w jamie ustnej i gardzieli pleśniawek u ludzi dorosłych jest prawie zawsze *signum mali ominis*, dowodzi upadku sił, a nieraz jest zwiastunem zbliżającej się śmierci.

Z pomiędzy chorób gorączkowych częściej spotykamy pleśniawki w przypadkach z dłuższym przebiegiem: w ropnicy, posocznicy, durze, znacznie rzadziej — w krótkotrwałych cierpie-

niach. Löri¹⁾ pisze wprawdzie, że miał sposobność wielokrotnie widzieć pleśniawki w chorobach gorączkowych z bardzo ostrym przebiegiem, inni autorzy wszelako uważają to powikłanie ostrych chorób gorączkowych za względną rzadkość. Sam także nie przypominam sobie większej liczby takich spostrzeżeń. W pracy Löriego zresztą podany jest tylko jeden tego rodzaju przypadek zapalenia płuc włóknikowego, w którym 7 dnia, natychmiast po nastąpieniu przełomu, rozwinęły się pleśniawki w ustach, gardzieli i krtani chorego z taką szybkością, że już następnego dnia tworzyły błony więcej niż milimetrowej grubości. Chory wkrótce zdrowiał.

Podobne do powyższego spostrzeżenie podaje ALTMANN²⁾: u 60 letniej kobiety, dotkniętej zapaleniem płuc włóknikowym, trzeciego dnia po spadku gorączki wystąpiły pleśniawki w ustach, gardzieli, na podniebieniu i migdałkach aż do wejścia do krtani; powikłanie to trwało 8 dni. Ciekawa w przypadku tym jest okoliczność, że chora już dwa razy przed tem podobną sprawę przechodziła.

W przebiegu ciężkiej grypy spostrzegali pleśniawki u dorosłych THORNER³⁾ i ROSENBERG⁴⁾.

¹⁾ Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes u. d. Luft-röhre. 1885. Str. 68.

²⁾ Ein Fall von Soor bei einer 60 jährigen Frau. Internat. klin. Rundschau. 1892. N. 34.

³⁾ Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen, als Begleiterscheinung der Influenza. New York, med. Monatschr. 1892, Luty.

⁴⁾ Die Krankh. der Mundhöhle, des Rachens und d. Kehlkopfes. 1893. str. 151.

Wreszcie w okresie zdrowienia po ciężkiej błonicy u wyniszczonej i bladej 15-letniej dziewczyny stwierdził pleśniawki w jamie ustnej, nosogardzielowej i krtani SĘDZIAK⁵⁾.

Przytoczone przypadki wyczerpują szereg spostrzeżeń, w których pleśniawki towarzyszyły krótkotrwałym sprawom gorączkowym u dorosłych. Liczba ich jest tak mała, że, gdyby nie wyżej przytoczone zdanie Lörr'ego o wielokrotnem (mehrfach) spotykaniu pleśniawek w przebiegu chorób ostrych (bei sehr acut verlaufenden Krankheiten), możnaby przypadki powyższe uważać niemal za unikaty.

Na granicy pomiędzy chorobą a zdrowiem stoją przypadki pleśniawek, spostrzegane u ludzi, uległych przypadkowemu obrażeniu bez udziału w chorobie stanu ogólnego, oraz u osobników z cierpieniem przewlekłym, nie wywierającym szczególnego wpływu na stan ich sił i odżywiania.

Do kategorii tej należy spostrzeżenie TEIS-SIER'a⁶⁾, dotyczące syfilityczki, w 6 miesiącu ciąży będącej, u której autor znalazł w ustach 2 plamy białe (na jakich częściach — w referacie nie podano). Badanie mikroskopowe i hodowla wykazały grzybek pleśniawek. Błona śluzowa jamy ustnej pacjentki nie odznaczała się suchością, oddziaływanie zawartości nie było kwaśne, sama chora nie zdradzała bynajmniej charłactwa. Że ani ciąża, ani przymiot w danym przypadku nie mogły stanowić czynnika, sprzyjającego powstaniu pleśniawek, nie ulega chyba wątpliwości, wypadnie je zatem uznać za chorobę samodzielną.

Taki sam charakter miały pleśniawki w spostrzeżeniu MONNIER'a⁷⁾: u 35-letniego popa-

zonego mężczyzny na 20 dzień pobytu w szpitalu wystąpiło bez żadnej widocznej przyczyny rzekomo-błoniaste zapalenie gardzieli z gorączką i obrzękiem gruczołów podszczękowych. W usuniętej z gardzieli błonie znaleziono oprócz koków grzybek pleśniawek.

Jeżeli wiek podeszły uważać można za stan, graniczący z chorobą, to do powyższych dwóch spostrzeżeń dołączyć wypadnie 2 przypadki MERTENHEIMER'a⁸⁾, dotyczące kobiet 92 — i 80-letniej, które zachorowały na pleśniawki przy lekkich objawach nieżytowych. Autor zwraca uwagę na to, że pielęgnowanie jamy ustnej u bardzo starych, napół zdziecinniałych osób, często napotyka na większe trudności, niż u małych dzieci.

Wszystkie przytoczone wyżej przypadki pleśniawek u ludzi dorosłych dotyczyły zatem osobników, dotkniętych krótkotrwałą chorobą ostrą albo względnie tylko zdrowych. U pierwszych zapatrywać się będziemy na pleśniawki, jako na powikłanie choroby zasadniczej, u drugich zaś wypadnie uznać je za cierpienie mniej więcej samodzielne. Sam fakt ogłaszania tego rodzaju spostrzeżeń dowodzi ich rzadkości. Pierwszeństwo jednak pod tym względem mieć będą pleśniawki, występujące u ludzi dorosłych zupełnie zdrowych.

W artykule o „chorobach gardzieli“ wyraża się w tej sprawie prof. B. FRAENKEL⁹⁾ w sposób następujący: „Co się tyczy pleśniawek, to zauważyć muszę, że, jakkolwiek rzadko, zdarzają się one u ludzi dorosłych, jako choroba samodzielna. W przypadkach, widzianych przeze mnie, występowały objawy dosyć silnego zapalenia gardła. MLINIK w rozprawie swojej (Berlin 1877) opisał przypadek pleśniawek idiopatycznych u człowieka dorosłego, spostrzegany w mojej poliklinice“.

⁵⁾ Ein ungewöhnlicher Fall, von Soor der Mundhöhle i t. d. Arch. f. Laryngol. Bd IV. H. 3. Str. 421.

⁶⁾ Sur un cas d'angine pseudomembraneuse observée chez une syphilitique avec présence exclusive dans l'exsudat des formes levures de muguet. Arch. de méd. expériment. VII. 2. 1895. Ref. w Centralblatt f. Laryngol. XI. Str. 829.

⁷⁾ A propos d'un cas d'angine pseudo-membraneuse due au muguet. Gaz. méd. de Nantes. 1896. 12 września. Ref. w Centralbl. f. Laryngol. XIII. Str. 250.

⁸⁾ Soor im höheren Alter. Allgem. Wien. med. Zeitung. 1894. N. 6.

⁹⁾ Schlundkrankheiten. EULENBURG's Realencyklopaedie. 1882. T. XII. Str. 212.

EICHHORST¹⁰⁾ ogłosił przypadek pleśniawek u 20 letniej zupełnie zdrowej panny, a LÖRR¹¹⁾ widział grzybicę tę, jako chorobę samodzielną, u 50 letniej kobiety. Spostrzeżenie to, ze względu na uporeczywość cierpienia, jakoteż na zejście śmiertelne, zasługuje na szczególną uwagę. Pleśniawki tutaj zajmowały błonę śluzową jamy ust, gardzieli, przetyku, przedniej i tylnej powierzchni nagłośni w postaci dużych błon oraz, jako mniejsze plamy, pokrywały więzy nagłośnio-nalewkowe, struny rzekome i tylną ścianę krtani. Chora cierpiała dotkliwie z powodu bólu przy łykaniu oraz duszności. Stan ten, pomimo kilkakrotnego codziennie mechanicznego usuwania błon oraz stosowania wszystkich przeciw pleśniawkom zalecanych środków, trwał 6 miesięcy i doprowadził w końcu do śmierci z powodu wyczerpania. Najbardziej szczegółowe badanie narządów wewnętrznych oraz wydzielin, dokonane przez wielu lekarzy, nie wykryło żadnych zmian. Sekcyi nie robiono.

W kilka lat później opisał FREUDENBERG¹²⁾ dwa przypadki pleśniawek u zdrowych ludzi dorosłych. Pierwszy z nich dotyczył nauczyciela 24 letniego, u którego po obu stronach języczka jakoteż na wolnym brzegu podniebienia miękkiego do migdałków znajdowały się mleczno-białe blaszki. Błona śluzowa policzków i języka zdrowa. Badanie drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie pleśniawek.

W drugim przypadku błonki nie były zbadane drobnowidzowo, niewątpliwie jednak i tutaj miał autor do czynienia z pleśniawkami. Przypadek ten dotyczył 60 letniego zdrowego i silnego mężczyzny, którego żona, dotknięta oddawną charłactwem rakowem, chorowała w tym samym czasie na pleśniawki.

SEIFERT¹³⁾ wspomina o 36 letnim cyruliku, który często podlegał zapaleniu migdałków,

¹⁰⁾ Cyt. u LÖRR'ego l. c. Str. 67.

¹¹⁾ L. c. Str. 67 i 68.

¹²⁾ Ueber Soor beim gesunden Erwachsenen. Centralblatt f. klin. Med. 1886. N. 48.

¹³⁾ Du Muguet chez les individus sains. Revue de Laryngol., d'otologie et de rhinol. 1889. N. 5.

a w chwili zgłoszenia się do niego skarżył się na silne bóle gardła, trwające od dwóch dni. Badanie wykryło obrzęk języczka, a na brzegu jego pasek lśniaco-biały. Na powierzchni tylnej języczka widać było oddzielne punkciki białe na czerwonym tle. Takież białe punkciki pokrywały przednią powierzchnię łuku podniebiennego przedniego lewego. Nasada języka i przednia część nagłośni były usiane małemi blaszkami białymi. Badanie drobnowidzowe wykryło pleśnicę białawą (*oidium albicans*). Rodzina owego cyrulika była zdrowa, w szczególności zaś ani jedno z czworga dzieci nie było dotknięte jakąkolwiek chorobą jamy ust lub gardła. Mieszkanie pacjenta było czyste i zdrowe.

Drugi przypadek SEIFERT'a¹⁴⁾ dotyczył 31 letniego kupca, dotkniętego od 5 lat niestrawnością nerwową. Po zatem był on zdrowy i dobrze odżywiany, a w ostatnich czasach nie skarżył się na żadne dolegliwości ze strony żołądka. Badanie ust i gardzieli chorego wykryło na podniebieniu miękkim, języczku, nasadzie języka i przedniej powierzchni nagłośni białe punkciki, wielkości główki od szpilki, na przekrwionej błonie śluzowej usadowione. Pod drobnowidzem znalazł S. w zdjętych błonkach grzybek pleśniawek. Przyczyny powstania cierpienia nie mógł autor odnaleźć.

BENTZEN¹⁵⁾ opisał 3 przypadki pleśniawek u dorosłych. Czy jednak byli to ludzie zdrowi, w referacie nie wspomniano. 2 razy cierpienie było mylnie wzięte za błonicę.

SCHECH¹⁶⁾ w 3 wydaniu swego podręcznika chorób jamy ustnej, gardzieli i nosa wspomina o 2 przypadkach pleśniawek u zdrowych ludzi dorosłych.

W ostatnich czasach RAOULT i FINCK¹⁷⁾ opisali 2 przypadki zapalenia gardła, wywołane-

¹⁴⁾ Die Pathologie der Zungentonsille. Arch. f. Laryngol. Bd. L. H. 1. Str. 69.

¹⁵⁾ Nogle Bemaerkninger over Tröske. Tidskrift för Praktisk Medicin. Ref. w Centralblatt für Laryngol. VII. Str. 249.

¹⁶⁾ Cyt. według SĘDZIĄKA l. c. Str. 422. 1899.

¹⁷⁾ Deux cas d'angine dues au muguet. Archives de Laryngol. Wrzesień-październik. 1899.

go przez grzybek pleśniawek, a GAGE¹⁸⁾—jeden u mężczyzny, cierpiącego na niezbyt żołądka wskutek nadużyć alkoholu.

Do niezbyt licznego szeregu spostrzeżeń nad pleśniawkami u zdrowych ludzi dorosłych dodać mogę 2 własne.

Pierwszy przypadek, widziany przeze mnie w roku 1889, dotyczył mężczyzny lat 28, zupełnie zdrowego i dobrze odżywianego, który na 3 dzień po jakiejś obfitej libacji, połączonej z kilkukrotnymi wymiotami, zgłosił się do mnie z powodu bólu gardła. Znalazłem błonę śluzową jamy ustnej mocno zaczerwienioną, a całe podniebienie miękkie, łuki podniebienne, migdałki i gdzieś tam błonę śluzową policzków usianą drobnymi plamkami koloru mleczno-białego. Stan ogólny chorego nie przedstawiał nic do życzenia, gorączki nie było. Już sam obraz cierpienia był tak charakterystyczny, że bez wahania rozpoznałem pleśniawki, a badanie drobnowidzowe rozpoznanie to w zupełności potwierdziło. Pod wpływem płukania boraksem i pendzlowania sublimatem cierpienie w przeciągu dwóch dni zostało usunięte.

Dopiero po latach 14, bo w lipcu r. b., zdarzyło mi się po raz drugi widzieć pleśniawki u zdrowego osobnika dorosłego. 33 letnia kobieta opowiedziała mi, że w ostatnich trzech tygodniach miała kilkakrotnie chrypkę, która za każdym razem trwała 1--2 dni. Przez cały pierwszy tydzień choroby miała ból gardła, w ostatnich dwóch tygodniach czuła palenie w gardle. Znajduje się w 6 miesiącu ciąży, czuje się zupełnie dobrze, wymiotów nie ma. Radziła się już z powodu stanu swego dwóch lekarzy, z których jeden uznał chorobę za poważną i radził wyjazd na wieś, drugi wypytywał o coś tajemniczo męża. Odżywianie dobre, zmian w narządach wewnętrznych nie ma. Błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli ukrwiona prawidłowo. Na lewym mig-

dałku i w lewym dołku nagłośnio-językowym (*vallecula*) widać biało-żółty, dosyć gruby, dający się łatwo zetrzeć nalot. Błona śluzowa pod nim lekko zaczerwieniona, nie krwawi. Cierpienie w tym przypadku było ograniczone do niewielkiej przestrzeni i, jakkolwiek nie przedstawiało charakterystycznego obrazu pleśniawek, jednak wyglądało mi niewątpliwie na grzybicę. Zbadawszy pod drobnowidzem część startego nalotu, znalazłem w nim pleśnicę białawą (*oidium albicans*). Rozpytywałem chorą, czy w jej otoczeniu nie jest kto chory na gardło, w szczególności zaś, czy dzieci są zdrowe, ale okazało się, że o podobnym cierpieniu w rodzinie chorej nie ma mowy.

Pomimo pendzlowania pioktaniną i płukania wodą utlenioną nalot w ciągu kilku dni uporczywie się odnawiał, dopiero zastosowanie nalewki jodowej okazało się skutecznym: ku końcowi tygodnia pleśniawki znikły.

Jakie czynniki wpływają na rozwijanie się pleśniawek w ustach zdrowych ludzi dorosłych, sprawy tej przytoczone wyżej spostrzeżenia nie wyjaśniają w zupełności. Jedyne 3 razy można było z dużym prawdopodobieństwem wysledzić genezę choroby. W 2 przypadkach FREUDENBERG'a pleśniawki powstały na tle zarażenia bezpośredniego od osobnika charłaczego, w przypadku GAGE'a niezbyt żołądka, a w pierwszym moim niestrawność i wymioty po nadużyciu alkoholu mogły przyczynić się do powstania pleśniawek. U pierwszego swego chorego, nauczyciela, FREUDENBERG upatruje przyczynę wtargnięcia grzybka w nadużyciu mowy. Ale gdyby pogląd ten był trafny, powinniśmy częściej napotykać pleśniawki u ludzi, zmuszonych zawodowo do nadużywania narządu mowy. W innych spostrzeżeniach nawet domyślać się przyczyny nie można. U ludzi starych METTENHEIMER widzi czynnik, sprzyjający rozwinięciu się pleśniawek, w niedostatecznym żuciu pokarmów.

Przebieg idiopatycznych pleśniawek u zdrowych ludzi dorosłych, jak wogóle tego cierpie-

¹⁸⁾ A case of *Oidium albicans* in the Adult. Laryngoscope. Kwiecień. 1902. Ref. w Centralbl. f. Laryngolog. XIX. Str. 183.

nia, jest prawie zawsze pomyślny. Jedyne nie zupełnie jasny przypadek Lörr'ego zakończył się śmiercią. W ostatnich czasach HEUBNER¹⁹⁾ ogłosił bardzo ciekawe spostrzeżenie ogólnego zakażenia grzybkami pleśniawek u małego dziecka. Czy jednak w przypadku tym pleśniawki były chorobą samodzielną, czy tylko powikłaniem innego cierpienia, autor nie rozstrzyga. W każdym razie spostrzeżenie HEUBNER'a jest pierwszym dowodem klinicznym możliwości ogólnego zakażenia ustroju przez pleśnię białawą. Anatomico-patologowie atoli wspominają o przypadkach, w których grzybki pleśniawek przenikały przez tkanki aż do wnętrza naczyń krwionośnych, a ZENKER²⁰⁾ znalazł liczne ropnie mózgu, zawierające grzybki, które dostały się tu zapewne na drodze zatorowej z chorej błony śluzowej.

Stopień zapalenia błony śluzowej, usianej pleśniawkami może być bardzo rozmaity: od bardzo intensywnego do zaledwie dostrzegalnego przekrwienia, jak to było w drugim moim przypadku. W przypadkach cięższych nabłonek złuszcza się całkowicie, wskutek czego powstają nadżarcia, t. zw. owrzodzenia pleśniawkowe.

Rozległość sprawy chorobowej jest zwykle dosyć znaczna: zajęte bywają zazwyczaj podniebienie, łuki, migdałki, często i policzki, tylna ściana gardzieli, nasada języka, nagłośnia, nieraz sprawa szerzy się i na krtań i na przelyk. Rzadziej pleśniawki zajmują ograniczone pole, jak to było w drugim moim przypadku.

Rozpoznanie po większej części nie przedstawia trudności, jedynie w przypadkach, gdzie plamki pleśniawkowe zlewają się w duże błony, można mylnie wziąć sprawę za błonicę. Sam takich, podobnych do błonicy przypadków nie widziałem. GUIMBRATIÈRE²¹⁾ utrzymuje, iż objawy w tych razach są tak mało charakterysty-

¹⁹⁾ Ueber einen Fall von Soor-Allgemeinfection. Deutsch. med. Woch. Nr. 33 i 34. 1903.

²⁰⁾ ORTH, Lehrb. der speciellen pathol. Anat. Bd. I. Str. 615.

²¹⁾ Essai sur l'angine pseudomembraneuse due au muguet. Thèse de Toulouse. 1896. Ref. w Centralbl. f. Laryngol. XIII. Str. 250.

czne, że tylko drobnowidz i hodowla mogą rozstrzygnąć rozpoznanie. Do tych samych środków rozpoznawczych uciec się wypadnie i tam, gdzie pleśniawki zajmować będą bardzo ograniczoną przestrzeń, występując przytem pod postacią nalotu, jak to w drugim moim spostrzeżeniu się zdarzyło.

Leczenie pleśniawek jest tak powszechnie znane, że rozpisywać się o niem uważam za zbyteczne.

Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Praskim.

Przypadek

nephritidis haemorrhagicae chronicae

leczonej operacyjnie.

Podał

D-r med. Szczęsny Bronowski.

(Rzecz czytana na posiedzeniu lekarzy szpitala Praskiego dnia 10 stycznia 1903 r.).

Terapię chirurgiczną zapaleń nerkowych zaproponował pierwszy Reginal HARRISON, który skutkiem fałszywego rozpoznania naciął nerkę raz *in nephritide rheumatica*, raz *in n. scarlatino-sa* i raz *in n. subacuta post influenzam*. We wszystkich trzech przypadkach nastąpiło wyleczenie. W kilka lat później, mianowicie w roku 1899-ym, J. ISRAEL ogłosił 14 przypadków i wtenczas wypowiedział twierdzenie, że nefrotomia w pewnych przypadkach zapaleń nerkowych może działać leczniczo.

EDEBOHLS od r. 1892 do 1897 r. operował 5 chorych z powodu nerki wędrującej, cierpiących jednocześnie na przewlekłe zapalenie nerek, i 3 operowani zostali zupełnie i trwale wyleczeni z tej ostatniej choroby. Od owego czasu powyższy autor już często operuje na nerkach, uległych chorobie BRIGHT'a, i na podstawie 18 własnych spostrzeżeń zachęca do stosowania w tem cierpieniu leczenia operacyjnego. Z liczby 18 przypadków autora 5 razy było prawostronne śródmiąższowe zapalenie nerki, 4—prze-

wlekłe śródmiąższowe zapalenie lewej nerki, 4 — obustronne śródmiąższowe zapalenie nerki, 2 — obustronne przewlekłe miąższowe i 3 — obustronne rozlane zapalenie nerki. W 8 przypadkach autor otrzymał stanowcze wyleczenie choroby BRIGHT'a, w 9 nastąpiła ogromna poprawa, ale z powodu zbyt krótkiego czasu obserwacji autor nie decyduje się jeszcze uważać ich za wyleczone, i tylko w jednym przypadku choroba BRIGHT'a nie została uleczona.

Następnie POUSSON opisuje 23 przypadki ostrej sprawy zapalnej zakaźnej w nerkach, leczonych operacyjnie. Z tych 5 zmarło, a 18 pozostało przy życiu, i z tych ostatnich 17 wyzdrowiało zupełnie, co zostało stwierdzone dłuższą obserwacją. Przy przewlekłym stanie zapalnym nerek autor ostatni operował 8 razy na 6 chorych, i z tych 4 pozostało przy życiu, wolno zupełnie albo w znacznej mierze od poprzednich bardzo uciążliwych dolegliwości.

Gorąco i zachęcająco również w sprawie operacyjnego leczenia choroby BRIGHT'a przemawiali NAUNYN i KÜMMEL. Jako przeciwnicy zaś metody operacyjnej ostro wystąpili SENATOR i PEL. Pierwszy nie zgadza się z zapatrywaniem ISRAEL'a, jakoby cięcie sekeyjne nerki działało lecząco, usuwając wywołane obrzękiem nerki napięcie torebki, i przypomina między innymi, że na 14 przypadków, przez I. opisanych, w 11 nerka nie była ani powiększona, ani bolesna. PEL zaś zarzuca ISRAELOW'owi niedokładną obserwację operowanych przypadków i twierdzi, że we wszystkich przypadkach nie chodziło o zwykłą w internistycznym pojęciu *nephritis*. Sprzeciwiają się temu objawy po jednej tylko stronie (kolka, krwawienie), gwałtowna kolka, silne krwotoki, znaczny obrzęk nerki i gorączka. Ten obraz chorobowy zbliża się bardziej wedle PEL'a do t. zw. „Surgical Kidney“.

Zdaniem P. chirurg mógłby interweniować w przypadkach zapaleń nerkowych tylko w razie bezmoczności, spowodowanego zaburzeniami w krążeniu nerkowym („congestion rénale“).

Co zaś się tyczy samego zabiegu operacyjnego na chorych nerkach, to jedni autorowie radzą cięcie sekeyjne na obu nerkach lub na jednej aż do samej miedniczki, inni — tylko nacięcie samej pochewki nerkowej, a inni znowu tak zwaną *decapsulationem* lub *decorticationem renis*, lub *excisionem capsulae propriae renis*, t. j. doszczętne usunięcie włóknistej torebki nerkowej. W jaki sposób wływa operacja na pomyślny przebieg choroby? EDEBOHLS sądzi, że nerka zrasta się z otaczającą tkanką mocnymi zrostami, w zrostach tych przebiegają liczne naczynia krwionośne, zdążające do chorej nerki, i między nimi przeważają tętnice. To wszystko wpływa na nasilenie czynnego przekrwienia nerki iżywienie w tym narządzie krążenia, które sprzyja prawdopodobnie powolnemu wchłanianiu się nacieczeń śródmiąższowych i śródkanałowych i odnawianiu się uszkodzonego nabłonka nerkowego. LEPINE jest zdania, że zerwanie torebki nerkowej powoduje w stanach chorobowych zmniejszenie napięcia narządu, znosi zastoinę żylną, przez co zwiększa się dopływ krwi tętniczej. Następnie zerwanie torebki powoduje rozległe wynaczynienie, które, jako środek odciągający, działają również pomyślnie. ISRAEL twierdzi, że po rozcięciu nerki lub li tylko samej torebki nerkowej działamy przeciwzapalnie, zmniejszamy napięcie i ucisk śródtorebkowy.

Z tego wszystkiego, co dotąd przytoczyłem, widać, że metoda leczenia operacyjnego zapaleń nerkowych jest jeszcze zbyt młoda, aby ścisły krytycyzm lekarski mógł ją zalecać lub potępiać, to też jakiś czas trzeba się ograniczyć tylko ścisłym obserwowaniem odpowiednich przypadków.

Mój przypadek w krótkim zarysie przedstawia się, jak następuje. Panna P. lat 15, po spadnięciu na wznak z osiołka, oddaje w ciągu 5 miesięcy mocz krwawy w ilości do 1800 ctm. sz. na dobę; białka od 3,0—4,0 p. m., ciężar gatunkowy 1018—1023; w osadzie dużo wałeczków nabłonkowych i ziarnistych. Kilka razy w ciągu

okresu powyższego choroby przebywała bardzo ciężkie napady mocznicy. Wyniszczenie, upadek sił w stopniu bardzo znacznym. Badanie odpowiednie, wykonane po uprzednim doszczętnem przemyciu pęcherza, za pomocą uciskania zewnętrznego na obie nerki wykazało, że krwawią obie nerki, a nie pęcherz moczowy. Wskutek bezskutecznej terapii wewnętrznej i rozpaczliwej utraty sił, po naradzie z kol. E. ZIELIŃSKIM i RAUMEM, postanowiliśmy chorą poddać chirurgicznemu leczeniu. Operował kol. RAUM pod narkozą chloroformową, i znaleziono podczas operacji prawą nerkę, powiększoną przynajmniej o połowę, torebka nerkowa silnie napięta, i na jej powierzchni widoczne są liczne krwawe wybroczyny; lewa zaś nerka — wielkości orzecha włoskiego cała torbielowato zwyrodniała. Na obydwóch nerkach zostało wykonane cięcie sekcyjne aż do miedniczek, następnie narządy zostały przyszyte do otaczających mięśni, i ranę operacyjną wytamponowano gazą aseptyczną. Chora, która w stanie rozpaczliwym prawie co do sił została oddana w ręce chirurga, jednakże tak ciężki zabieg operacyjny zniosła nadspodziewanie pomyślnie. Nazajutrz po operacji chora zaczęła oddawać mocz bezkrwawy prawie, białka w moczu o połowę mniej, stan bezgorączkowy. Z każdym niemal dniem chorej sił przybywało, mocz stał się bezkrwawym, białka tylko ślady, wałeczków w moczu — znacznie mniej.

Nadspodziewanie, zdawało się, można było oczekiwać poprawy tak ciężkiego stanu. Jednakże po 10 dniach przyłączyło się ropienie w ranie operacyjnej, chora zaczęła silnie gorączkować i w ciągu tygodnia zakończyła życie przy objawach stopniowego upadku sił. Przypadek powyższy, aczkolwiek zakończył się niepomyślnie, jednakże w przebiegu pooperacyjnym, zdaje się, przemawia zachęcająco co do wpływu pomyślnego cięcia sekcyjnego na sprawę zapalną w nerkach.

Jeden przypadek, ma się rozumieć, nie wystarczy, aby wydać własny sąd o nowej metodzie operacyjnego leczenia zapaleń nerkowych. Ale logiczne lekarskie rozumowanie zdaje się zupełnie przemawiać na korzyść tej metody. Jeżeli przyjmiemy aż nadto już ustalone ostatnimi czasy przeświadczenie, że wszystkie stany zapalne nerkowe są pochodzenia infekcyjnego, toksycznego lub autointoksykacyjnego, to zabieg, który, usuwając zastoiny, w następstwie sprawia przekrwienie czynne organu i w czasie późniejszym prowadzi do obfitszego ukrwienia i szybszego krwiobiegu w nerkach wskutek nowych wchodzących w nie naczyń tętnicznych, musi pomyślny wpływ wywierać w kierunku wygaśnięcia zarazka infekcyjnego, usunięcia toksyn i produktów zapalnych mięszszowych i śródmięszowych. Z tego punktu widzenia wychodząc, musimy operować tylko na nerkach, dających jeszcze widoki regeneracji; i to jest najogólniejsze wskazanie. Poszczególne zaś wskazania przedstawiają się, jak następuje: 1) ostre stany zapalne — anuria, mocznica, niezem nie dająca się usunąć, silna i czysta kolka nerkowa, wyczerpujące krwawienia; 2) chroniczne stany zapalne — pozostają w sile poprzednie wskazania, i nadto takie stany chorobowe powinny naszą myśl kierować ku zabiegom operacyjnym, kiedy w ciągu miesięcy lub lat leczenie internistyczne nie daje żadnego lub prawie żadnego pomyślnego wyniku; ma się rozumieć, przypadki w silnym stopniu śródmięszowego przewlekłego zapalenia nerek lub daleko posuniętego mieszanego wcale do operacji się nie nadają. Nie potrzebuję chyba dodawać, że sam zabieg operacyjny, szczególnie na chorych wyczerpanych, jest dosyć poważny, to też uważany być musi bezwarunkowo jako *ultimum refugium* po wyczerpaniu wszystkich nam dotąd znanych środków ratunku i pomocy.

LITERATURA.

- PEL. Mitteilungen aus d. Grenzgeb. T. VIII.
Z. 4 i 5.
- SENATOR. Deut. m. Wochenschr. 1902. Nr.
8 i 9.

- EDEBOHLS. Monatsbericht f. Urologie. Bd.
7. 1902.
- LEPINE. La Semaine Medicale. 1902 r.
- POUSSON. Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1902 rok. Maj, Czerwiec, Lipiec.

WYKŁADY KLINICZNE.

Albert ALBU.

WEGETARYANIZM

jako dyeta lecznicza.

Streścił

J. Sunderland.

(Dokończenie.— Patrz Nr 43).

Przechodzimy obecnie do wskazań leczniczych, do zszeregowania tych postaci chorobowych, w których dyeta wyłącznie roślinna lub mleczno-roślinna wykazuje niewątpliwy skutek leczniczy, na wiarogodnych spostrzeżeniach lekarzy naukowych oparty. Należą tutaj przede wszystkim neurozy funkcjonalne, neurastenia we wszelkich postaciach i przejściach stopniowanych ku histeryi.

W przepisach kuracyjnych dotyczących się tych chorób, o dyecie dokładniej niewiele się wspomina.

Uwzględnia się ogólnikowo obfitsze żywienie, dla zadosyć uczynienia któremu polecają pokarmy przeważnie mięsne, niektórzy zaznaczają przytem użycie mięsa białego. Aczkolwiek nie wiele dotąd posiadamy wiadomości ściślejszych o przyczynach i istocie neurastenii i histeryi — jedno konstatować możemy, że choroby te jaknajmniej stanowią skutek niedostatecznego odżywiania. Wadliwe odżywianie, o ile neurastenię poprzedza, nie przedstawia się, jako czynnik ilościowy, pręcej jakościowy. Rodzaj poży-

wienia, poprzedzający neurastenię, zwykle grzeszy jednostronnym wyborem pokarmów, w ogóle w białkowych, w szczególności mięsnych. Ograniczenie nadmiaru tych pokarmów już wpływa dodatnio. W daleko zaś posuniętych przypadkach usunięcie mięsa z pożywienia okazuje najlepsze lecznicze usługi, jeżeli jednocześnie zwracamy uwagę należytą na pokarmy dodatkowe w celu utrzymania odpowiedniego ciężaru ciała. Wytrawni neuropatolodzy dawnych i obecnych czasów czynią z diety roślinnej obszerny użytek w neurastenii i stanach pochodnych.

Następny obszerny dział wskazań dla diety mleczno-roślinnej stanowią nerwowe zaburzenia żołądka i kiszek. Cierpienia te obejmują w szczególności w dużych miastach wszystkie stany od najbogatszych, najobficiej jadających do najuboższych. Podzielić je możemy na następujące grupy ze strony żołądka: 1) Nerwowe odbijanie powietrzem i innymi gazami. 2) Nerwowe wymioty, w szczególności naczeczko, często spostrzegane u nadużywających alkoholu, lecz również w błednicy i w fazie rozwojowej u młodych dziewcząt i histeryków. 3) Nadkwaśność nerwowa z uciążliwym objawem zgagi. 4) Sokotok nerwowy z kwaśnym odbijaniem, wymiotami kwaśnymi, często z bólami kurezowymi w okolicy żołądka. 5) Tak zwana *neurastenia gastrica* — neuroza czuciowa żołądka ze zmiennym całokształtem objawów u tego samego osobnika. 6) Dyspepsya nerwowa (LEUBE), w której zaburzenia trawienia jakiegokolwiek rodzaju występują po przyjęciu pokarmów (a więc nie

w nocy i nie naczczo). 7) Atonia żołądka, jako następstwo osłabienia nerwów ruchowych, co stanowi objaw częściowy ogólnego osłabienia i zwiótczenia tkanek.

Wspólną cechą tych podziałów stanowi brak uszkodzeń anatomicznych, podstawą ich są zaburzenia funkcyjne ruchowe, czuciowe lub wydzielnicze. Z jednej więc strony bez obawy polecać możemy mniej delikatny pokarm roślinny, z drugiej zmiana diety stanowić może zmianę bodźca dla nerwów. Szczegółowej analizy działania pokarmów roślinnych w tych cierpieniach nie posiadamy. Nerwowe zaburzenia leczą się przy każdej dyecie. Być może więc, że w zasadzie idzie o to, aby zmienić pożywienie, ewentualnie zmienić bodźce dla nerwów. W tym celu pokarm roślinny w połączeniu z mlekiem wydaje się najodpowiedniejszym. W pewnych nerwowych stanach żołądka posiadamy możność bliżej działania wyjaśnić. Mianowicie, w nadkwasności nerwowej dotąd podają zwykle mięso i obfitujące w białko pokarmy w większej ilości. Wiążą one nadmiar kwasów, ale jednocześnie pobudzają mocniej wydzielanie, niż węglowodany. Według ostatnich badań i pokarm roślinny w odpowiedniej postaci tak samo wiązać może nadmiar wydzielanych kwasów żołądkowych. W tem znaczeniu na uwagę zasługują w szczególności cerealia, dobrze zgotowane, w postaci miazgi podane.

Liczne pokarmy roślinne mogą służyć w tejże sprawie chorobowej, jako środek zapobiegawczy, jeżeli podawane są w odpowiedniej postaci i w małych ilościach, lecz często, np. chleb biały, kleik jęczmienny, mleko z ryżem, papka z ryżu, kasza, zupy z ryżem, sago, tapioką, makaronem, omlety, puddingi. Wzmiankowana zasada: małe częste porcje w odpowiednio skoncentrowanej postaci, nadaje się również w zastosowaniu pokarmu roślinnego przy atonii żołądkowej, gdzie głównie powinno się mieć na celu, aby osłabionej muskulatury żołądka zbyt nie obciążać pracą — łatwiej wtedy pokarm do kiszek przechodzi. Koncentrowane zupy i papki lepiej w tym razie zadaniu odpowiadają, niż mięso. W ten sposób można nawet stosować parmięsiczne kuracje tuczające, wprowadzając w późniejszych tygodniach większe ilości soli do ustroju przez obfity dodatek jarzyn i owoców w tartej postaci.

Nerwowe cierpienia kiszek zdarzają się przeważnie, jako niestrawność kiszkiwa nerwowa, nerwowa kolka śluzowa, skurcze kiszek, zaparcie spastyczne, nerwowe rozwolnienie. Zmiana pokarmu wraz ze zmianą trybu życia sprowadza poprawę. Do zmiany pokarmu nadają się pokarmy roślinne. W rozwolnieniu nerwowym należy ostrożnie indywidualizować. W tych razach nadają się najlepiej gęste zupy o znacznej pożywności (dodatek roboratu, dekstrynowanej mąki, masła, cukru) lub papki z ziarn zbożowych, mleko, w stadyach późniejszych zaś tarte jarzyny i kompoty.

Zaparcie stolca chroniczne, zależne od atonii kiszkiwej, poddaje się leczeniu przy użyciu pokarmów roślinnych w postaci mniej delikatnej lub surowej.

W cierpieniach przewodu żołądkowo-kiszkiwego ze zmianami anatomicznymi, w stanach kataralnych również usługi oddaje dyeta mleczno-roślinna, zastosowana w postaci delikatnych, dokładnie przyrządzonych papek (z ziarn zbożowych, z owoców strączkowych, jarzyn). Papki podobne drażnią błonę śluzową nie więcej, a nawet mniej, niż mięso, nie pobudzają zanadto sekrecyi, nie wzmagają zbyt perystaltyki, są posilne, bo zawierają białko, które przez sposób przygotowania pożytkuje się lepiej, niż białko innych zwykłych pokarmów, łatwo również przyjmują dodatki kuchenne (masło, cukier, mąkę). Tego rodzaju dyeta w cierpieniach na tle anatomicznym mało jeszcze bywa stosowana — znoszą ją doskonale żołądki przy osłabieniu mięśniowym lub stanach kataralnych. DUJARDIN-BEAUMETZ poleca papki roślinne w chronicznym rozwolnieniu, ostrym i chronicznym katarze żołądka i jego rozszerzeniu, ROSENHEIM we wrzodzie żołądka po przejściu pierwszych burzliwych objawów, ALBU zaś w szczególności przy opadaniu trzew (*gastro-enteroptosis*), nadając nawet formę diety tuczającej. Niezbędny jednak warunek stanowi częste podawanie małych na raz porcji.

Dalsze wskazania stanowią nerwobóle, w szczególności rwa kulszowa, również neuralgie podagryków i artrytyków. Większość nerwobólów zależna bywa od bodźca drażniącego, pochodzącego z nieprawidłowych produktów w przeróbce materii (np. ischias diabetyków). Być może więc, że zmiana odżywiania

wywołuje taką zmianę w składzie chemicznym krwi, iż podnieta dla nerwów nadmierna maleje lub ginie.

Więcej jasne wytłomaczenie leczniczego wpływu roślinnej diety na neuralgie znajdujemy w nerwobólach, zależnych od cierpień żołądkowo-kiszczkowych, w szczególności od chronicznego zaparcia. Usunięcie zaparcia przy pomocy diety usuwa i neuralgie, powstałe na drodze odruchowej lub toksycznej.

Nerwice serca, astma nerwowa często zmniejszają się w swem natężeniu po zastosowaniu diety roślinnej.

Bóle głowy, nastroje hipochondryczne, nawet zaburzenia psychiczne często ustępują przy uregulowaniu wypróżnień przy pomocy środków dyetetycznych roślinnych.

W epilepsji zauważono zmniejszanie się częstości napadów i mniejsze natężenie napadów pojedynczych. Według ostatnich badań coraz częściej zwracają uwagę na pośrednią lub bezpośrednią rolę samozatrucia, jako momentu etiologicznego w napadach epileptycznych. Być może więc, że pokarm roślinny stanowi rodzaj odtrutki albo działa przez małą zawartość chloru.

Właściwe zboczenia przeróbki materii, jako to podagra i dyateza moczanowa. W tych stanach chorobowych dieta roślinna najbardziej odpowiada hipotezom etiologicznym. Mięso, jako pokarm bogaty w nukleinę, powodować może wytwarzanie i nagromadzenie się kwasu moczowego. Wprawdzie znajdujemy wiele pokarmów roślinnych, zasobnych w nukleinę (kawa, herbata i t. d.), lecz w skład zwykłej diety roślinnej prawie one nie wchodzi. Zwykła dieta roślinna wpływa na zmniejszone wytwarzanie się kwasu moczowego, być może, z tego powodu, że leukocytoza trawienia po pokarmach roślinnych zachodzi w mniejszym stopniu, a więc i rozpad leukocytów jest mniejszy. Co się zaś tyczy mleka, stanowi ono w tym kierunku napój nie szkodliwy, nuklein nie zawiera, tylko paranukleiny, z których kwas moczowy nie wytwarza się.

W otyłości polecają dietę roślinną HOFFMANN, KOLISCH i inni w tem przypuszczeniu, że wada fizyologiczna pokarmu roślinnego stanowi tutaj stronę kuracyjną dodatnią, mianowicie, upośledzone wchłanianie tego rodzaju pokarmu przy dużej jego objętości, szczególnie, jeżeli kulinar-

nie nie bywa przygotowany. Wywołuje łatwo uczucie nasyceń i stanowi dietę głodzącą. Nie pokrywając wskutek tego potrzeb kalorymetrycznych otyły zużywa własny tłuszcz i chudnie. Dowodzenia te pozbawione są słuszności. Przy wywoływaniu pewnego stopnia odżywiania niedostatecznego i w pokarmach roślinnych musimy uwzględnić ilość przyjmowaną. Bez kontroli tej ilości i tutaj występować mogą czynniki odżywiania nadmiernego. Niektóre pokarmy roślinne np. groch tarty, wchłaniając się w zupełności — dostarczyć mogą otyłemu ilości materii odżywczych dla niego nie pożądane. Osobniki tego rodzaju musieliby poprzestać przeważnie na spożywaniu jarzyn, sałat, owoców, co stanowi znowu pokarm zbyt jednostajny.

Moczówka cukrowa *a priori* nie nadaje się do diety wyłącznie roślinnej. Naturalnie, w tym stanie chorobowym mowy być nie może o podawaniu zasobnych w węglowodany roślin zbożowych i strączkowych. Jednakże, jako dodatek dyetetyczny, niektóre pokarmy roślinne grają tu ważną rolę, mianowicie, ubogie w węglowodany jarzyny, niektóre gatunki owoców, grzyby. Zawarte w nich węglowodany albo stanowią imulin, inosit, mannit zupełnie dla chorych na moczówkę cukrową obojętne, albo pozwalają się doprowadzić do ilości minimalnych przy pomocy wygotowania w obfitej ilości wody. BOUCHARDAT poleca w szczególności świeże, zielone pokarmy roślinne, zaznaczając, że pożywność ich podniesiona być może przez dodatek tłuszczów, przy przyprawie kuchennej. Taki pokarm zapobiega w odpowiednich przypadkach nadmiernemu podawaniu mięsa. V. NOORDEN wprowadza do diety dyabetyków częste dni jarzynowe. Wyłączna jednak dieta roślinna w leczeniu diabetyku, jaką propaguje KOLISCH, grozi niedostatecznym pokryciem potrzeb cieplikowych i krytyki nie wytrzyma.

Z innych postaci zaburzeń w przeróbce materii spostrzegano pewien stopień dodatni od zastosowania diety roślinnej w chorobie BASEDOW'a (ZIEMSEN, RUMPF) — w *chlorosis* (ALBU, WINTERNITZ, STRASSER).

W chronicznym zapaleniu nerek poleca dietę wyłącznie roślinną DUJARDIN-BEAUMETZ. I rzeczywiście, czasowo stosowana w tem cierpieniu wywiera poprawę, przemijającą wprawdzie, bądź co bądź, na uwzględnienie

i wypróbowanie zasługuje. Panujące obecnie poglądy na dyetetyczne leczenie zapalenia nerek, w szczególności zapalenia ostre infekcyjne (szkarlatynowe), zbliżone są do diety roślinnej (stosowanie diety nie drażniącej, mlecznej).

Mnożą się głosy, polecające przeważną dietę roślinną w chorobach skóry, szczególnie stojących w związku z anomaliami krwi, z nieprawidłowościami przeróbki, z zaburzeniami przewodzenia pokarmowego. Tutaj należą: *pruritus*, *psoriasis*, *urticaria*, *furunculosis*, *erythema exsudativum multiforme et nodosum*.

W końcu oddawna wiadomo, że użycie świeżych jarzyn i owoców leczy szkorbut, a obecnie polecane bywa w chorobie BARLOW'a. Skuteczność leczenia w ostatniej chorobie objaśniamy dowodem pewnych soli, w pokarmie roślinnym zawartych, a których brak stanowi jakoby przyczynę choroby.

Obok przytoczonych wskazań należy uwzględnić i przeciwwskazania. Dla diety roślinnej surowej, mniej delikatnej przeciwwskazaniem będą uszkodzenia błony śluzowej żołądka i kiszki i znaczniejsze osłabienie mięśni żołądka (*atonía*, *gastroectasia*, *gastroptosis*). Wielu lekarzy niechętnie stosuje wyłączną dietę roślinną, twierdząc ogólnikowo, że dieta taka wywołuje zaburzenia w trawieniu. Zdarza się na początku stosowania, iż chorzy narzekają na uczucie ciężkości i pełności w żołądku, lecz objaw podobny albo prędko znika, albo nie zjawia się wcale, jeżeli tylko zwrócono należytą uwagę na umiejętne przygotowanie pokarmów i na niepodawanie naraz za dużych porcji. W każdym razie objaw wzmiankowany nie zależy od wytworzonej dyspepsji. Jedno tylko następstwo przykre zauważyć się daje, mianowicie wzmożone wytwarzanie gazów w kiszki i ich oddawanie. Lecz objaw niepożądany wkrótce przechodzi, czemu dopomódz możemy przez podawanie *carminativa* (herbata z anyżu, mięty), znika zaś zupełnie z uregulowaniem się stolców.

RUMPF i WINKLER zaznaczają jako następstwo szkodliwe przyjmowania pokarmu roślinnego występowanie małokrwistości i zwapnienia naczyń. ALBU nie potwierdza tych spostrzeżeń. Z teoretycznych jednak motywów strzedz się należy u starszych osób, a więc przy skłonności do zwapnienia naczyń, pokarmów więcej w wapno zasobnych (mleko, szpinak, ka-

pusta, groch, *etc.*), również u osób ze skłonnością do wytwarzania się kamieni w pęcherzu lub nerkach unikać należy pokarmów, obfitujących w kwas szczawiowy (szpinak, szparagi, kwaśna kapusta, kakao, herbata). W przypadkach znacznej fosfaturyi zabraniać należy zielonych jarzyn i owoców.

Istnieją w końcu przeciwwskazania indywidualne idiosynkratyczne — u osobników ogólnie osłabionych, z osłabioną czynnością serca lub psychicznie przygnębionych, czasami u osobników otyłych. Zastosowanie diety roślinnej w takich razach pogarsza objawy i osłabienie, sprowadza wychudnięcie i potęguje depresję psychiczną. Lecz mały dodatek mięsa umożliwia i w stanach podanych zastosowanie diety mleczno-roślinnej. Zwykle wystarczają dwa dni mięsne w tygodniu, aby kuracya stosowana być mogła przez dwa i trzy miesiące.

Kuchnia jarska liczny posiada wybór potraw. Oto głównejsze działy:

1) Zupy, których główne tworzywo stanowią: makaron, groch, mąka owsiana, mąka razowa, chleb, ryż, krupa, sago, tapioka, kartofle; dodatki owoców i jarzyn, dodatki środków odżywczych sztucznych (*roborat*, *hygiama*, *nutrosa* i t. d.). Zupy gotowane być mogą na mleku z różną konsystencją przypraw.

2) Potrawy mączne, mleczne, z kartofli i t. d. np. papka owsiana z mlekiem, owocami lub miodem, ryż z sokiem owocowym, ryż przypiekany z owocami, kasze z sokiem owocowym, kasza perłowa z dodatkami, kluski z suszonymi owocami, z masłem, potrawy z kartofli, pudding, kremy i t. d.

3) Jarzyny zielone i strączkowe: szpinak, zielony groszek, szparagi, marchew, buraczki, groszek z marchewką, biały groch z jabłkami, grzyby w różnych postaciach kuchennych, miazgi z grochu i t. d.

4) Owoce surowe, salaty, kompoty.

5) Pieczywo, ciastka owocowe.

6) Napoje: mleko, śmietanka, kefir, kумыs, kwaśne mleko, limoniady, wina owocowe, kawa ze ślodu, kakao, czekolada, herbata lekka.

Kombinując potrawy, należy zestawiać je indywidualnie. Np. zaparcie stolca chroniczne pozwala obficie wybrać potrawy, niż nerwica

żołądka. Wobec nieuszkodzonej błony śluzowej żołądka i kiszek wybór potraw może być różnorodniejszy. W podanych warunkach, indywidualizując, nie należy zabraniać potraw jakoby trudniej strawnych, np. miazgi z kartofli, soczewicy, kremu pomarańczowego. Spostrzegano, że chorzy (np. z nerwicami serca, podagrycy) podobne potrawy znosili dobrze, o ile im się doda-

wało odwagi do pierwszych spotrzebowań. Strach przed użyciem pokarmów roślinnych polega na wyobrażeniu, że w każdej prawie chorobie, nawet nie połączonej z zaburzeniami żołądka i kiszek, wskazana bywa dyeta delikatna, lekka. Wyobrażenie niesłuszne, pod warunkiem, aby nie sam chory, lecz lekarz rodzaj potraw dobierał i ilość ich oznaczał.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

CHOROBY NARZĄDÓW TRAWIENIA.

I. O leczeniu wewnętrznem kamicy żółciowej.

Badania doświadczalne ostatnich czasów i spostrzeżenia na stole operacyjnym zmieniły nasze poglądy na istotę, patogenezę i anatomię patologiczną kamicy żółciowej. Rzecz prosta, że i terapia tego cierpienia zyskała dzięki temu racjonalniejsze podstawy. „O leczeniu wewnętrznem kamicy żółciowej“ pisze właśnie lekarz zdrojowy w Karlsbadzie, von ALDOR (Archiv f. Verd. Tom VIII zes. 6).

Na wstępie zwraca autor uwagę, że, wbrew dawnym poglądom, żółtaczka występuje w początkowych okresach kamicy żółciowej nader rzadko, a zatem nie stanowi wcale objawu charakterystycznego dla tego cierpienia. KEHR np. przy swym olbrzymim materiale spostrzegł żółtaczkę zaledwie w 20% przypadkach, v. ALDOR zaś na 230 chorych z kamicą żółciową, obserwowanych w ciągu 3 — 4, a nawet czasem 10 tygodni, widział żółtaczkę tylko w 10% przypadków. Przyczyna tak rzadkiego powstawania żółtaczki tkwi w tem, że najczęściej sprawa chorobowa umiejscawia się wyłącznie w pęcherzyku żółciowym, żółtaczka zaś występuje dopiero wówczas, gdy proces chorobowy przechodzi z pęcherzyka na przewody i drogi żółciowe. Do wyjątków zaś zalicza KEHR przypadki zapalenia pęcherzyka żółciowego, przebiegające z żółtaczką.

Na mechanizm powstawania żółtaczki w przyp. zamknięcia światła przewodu żółciowego rzucają światło ciekawe spostrzeżenia KEHR'a i autora: po usunięciu drogą operacyjną kamieni z przewodu żółciowego i wydrenowaniu przewodu wątrobowego, żółtaczka nie tylko nie zmniejszała się, lecz owszem wzmagala się; ALDOR spostrzegł u tego rodzaju chorych zupełnie prawidłowe zabarwienie kału przy bardzo silnej żółtaczce. Fakty powyższe dowodzą, że żółtaczka nie jest tu następstwem czysto mechanicznej przeszkody w wydzielaniu żółci, lecz powstaje wskutek zaburzeń czynnościowych w komórkach wątrobowych, nosi przeto powinna nazwę, podaną przez LIEBERMEISTER'a, „*Icterus acatheticticus v. per diffusionem*“.

Co się tyczy terapii kamicy żółciowej, to wynika ona z nowoczesnych poglądów na istotę kamicy żółciowej. Jak wiadomo, obecnie uważamy kamicę żółciową, jako następstwo sprawy zapalnej pęcherzyka żółciowego pochodzenia infekcyjnego. Napad „kolki żółciowej“ nie jest następstwem wędrowki kamienia z pęcherzyka po przewodach żółciowych, lecz w przeważającej liczbie przypadków powstaje jedynie wskutek zapalenia pęcherzyka żółciowego (*cholecystitis*) i nie ma nic wspólnego z utkwieniem kamienia w przewodzie żółciowym. Do powyższych wniosków doprowadziły autorów liczne badania i spostrzeżenia, które dowiodły, że kamienie żółciowe latami całymi mogą przebywać

w pęcherzyku żółciowym, nie wywołując najmniejszych objawów, dopóty, dopóki nie powstaje sprawa zapalna w pęcherzyku żółciowym. RIEDEL obliczył, że w Niemczech u 2 milionów ludzi znajdują się kamienie w pęcherzyku żółciowym, cierpi zaś z powodu tychże kamieni tylko 100,000 ludzi.

Wobec tego nowoczesna terapia kamicy żółciowej dąży, rzecz prosta, nie ku usunięciu kamieni żółciowych, lecz jedynie ku wyleczeniu miejscowej sprawy zapalnej. Spostrzegano przypadki, w których pomimo odchodzenia kamieni bóle trwały, jak również przypadki, w których napady bólów ustawały na długi przeciąg czasu pomimo iż systematyczne poszukiwania nie wykrywały w kale kamieni. Nie należy zatem już obecnie uważać zachowywania się kamieni za probierz skuteczności terapii kamicy żółciowej, jak również należy zarzucić podany przez RIEDEL'a podział napadów kolki żółciowej na „skuteczne“ i „bezszytne“, jako nie odpowiadający obecnym naszym poglądom.

Lepszy jest, zdaniem autora, podział KOLOMANA-MÜLLER'a: dzieli on przypadki kamicy żółciowej na „zwykłe“ i „powikłane“; do zwykłych zalicza te, w których sprawa chorobowa umiejscowiła się bądź w pęcherzyku żółciowym, bądź też w dużych przewodach żółciowych, i w których zmiany anatomiczne nie są jeszcze głębokie, do powikłanych zaś — przypadki z głębokimi zmianami anatomicznymi pęcherzyka lub dróg żółciowych, jako to: *empyema vesicae felleae*, *cholangitis purulenta*, *pericholecystitis*, *perityloritis*, *ileus*, *stenosis duodeni*, *abscessus hepatis*, *perforationes*, *peritonitis*. Zabiegi chirurgiczne wskazane są w przypadkach powikłanych i w tych z przypadków „zwykłych“, w których długotrwałe i systematyczne leczenie pożądanego nie odniosło skutku.

Leczenie wewnętrzne kamicy żółciowej polega przedewszystkiem na zastosowaniu wody Karlsbadzkiej. Inne środki wewnętrzne, przeciwko kamicy żółciowej zalecane, jako to antypiryna, salicylan sodu, oliwa, eunatrol i t. d., pod względem skuteczności nie wytrzymują porównania z wodą Karlsbadzką.

Lecz woda Karlsbadzka bardzo często bywa stosowana błędnie, przygodnie i wskutek tego nie wywiera zbawiennego wpływu na cierpienie. ALDOR sądzi, że tajemnica skuteczności

kuracyi Karlsbadzkiej tkwi nie w przeprowadzeniu jej koniecznie w Karlsbadzie, lecz w racjonalnem jej zastosowaniu. Autor podaje sposób postępowania według NAUNYN'a: chory musi w ciągu całej 3 — 4 tygodniowej kuracyi 2 razy dziennie leżeć po 3 — 4 godziny i kłaść gorące kataplazmy na okolicę pęcherzyka żółciowego; w ciągu pierwszej godziny leżenia musi wypijać, co 10 — 15 minut, 100 grm. wody Karlsbadzkiej o ciepłocie 45°C., w ciągu następnych godzin tę samą ilość w większych odstępach czasu; dziennie ilość wypijanej wody wynosić powinna 1 litr.

Powyższy sposób leczenia kamicy żółciowej wypływa bezpośrednio z obecnego naszego zapatrywania się na istotę tego cierpienia: za pomocą spokoju, okładów i wody Karlsbadzkiej staramy się uspokoić sprawę zapalną w drogach żółciowych.

Tymczasem powszechnie przyjęte jest zupełnie inne stosowanie wody Karlsbadzkiej. Nawet w Karlsbadzie zalecają choremu wypijać rano naczem kilka szklanek wody Karlsbadzkiej, przytem dużo chodzić, a i po skończeniu picia wody jeszcze odbyć dłuższą przechadzkę. Podobny sposób leczenia miał na celu zgodnie z dawnymi poglądami na istotę kamicy powiększenie odpływu żółci i ułatwienie przejścia kamienia do kiszki, woda Karlsbadzka bowiem ma jakoby posiadać własności żółciopędne, a nawet rozpuszczać kamienie żółciowe. Obecnie podobne leczenie rozwiniętej już kamicy żółciowej jest nieracjonalne i mogłoby być jeszcze wskazane jedynie jako leczenie zapobiegawcze u osobników, którzy poprzednio przechodzili napady kolki żółciowej, ale u których obecnie sprawa zupełnie ucichła.

ALDOR stosuje wodę Karlsbadzką w następujący sposób: od 7 rano do 12 w południe i od 2 do 7 popoł. chory leżą w łóżku i kładą gorące kataplazmy na okolicę wątroby, przyczem wypijają co 2 godziny 100 — 150 — 200 ctm. sz. wody Karlsbadzkiej ze źródła Sprudel o ciepłocie 50 — 55°C.; dzienna ilość wody wynosi 700 ctm. sz. — 1½ litra; dyeta musi być przytem pożywna, mieszana, z wyłączeniem pokarmów ostrych, pieprznych; leczenie stosować należy dopóty, dopóki nie miną wszelkie objawy zarówno podmiotowe, jak i przedmiotowe. W większości przypadków ALDOR osiągał w ten spo-

sób zupełne wyleczenie, w małej liczbie przypadków zmuszony był stosować toż samo leczenie w ciągu 8 — 10 tygodni, a w bardzo nielicznych przypadkach — skierować chorych do chirurgów.

Nie dziwnego, że przy picciu wód karlsbadzkich tak często chorzy doznawają silnych bólów: używają wszak dużo ruchu i odbywają wycieczki z pęcherzykiem żółciowym, znajdującym się w stanie zapalnym, a nawet nieraz z ostrym ograniczonym zapaleniem otrzewny naokoło pęcherzyka żółciowego (*pericholecystitis*).

II. O Bismutozie.

Niedawno pokazało się w handlu nowe połączenie bismutu z białkiem, nazwane „bismutozą“. Zdanie autorów (KUCK, MANASSET) o tym leku jast na ogół dość pochlebne. U nas stosowali bismutozę w cierpieniach żołądkowo-kiszkowych BRUDZIŃSKI i MAYBAUM. Autorzy ci doszli do wniosku, że, jakkolwiek bismutoza nie stanowi wielkiego nabytku dla terapii chorób przewodu pokarmowego, tem nie mniej zasługuje na uwzględnienie obok innych preparatów bismutu. W 8 tomie „Archiv f. Verdaungskr.“ podaje H. ELSNER „kilka uwag o bismutozie“ na podstawie prób, czynionych w poliklinice BOAS'a.

Bismutoza zawiera 21% bismutu. Za wprowadzeniem jej do terapii przemawiają następujące teoretyczne rozważania: 1) wskutek znacznej zawartości białka wiązuje więcej HCl, niż czysty bismut; 2) jest trudniej rozpuszczalna od bismutu, ściągające jej działanie jest przeto silniejsze i 3) wobec słabej rezorpcyi tego środka niebezpieczeństwo zatrucia jest minimalne. Według ELSNER'a ostatnia cecha bismutozy nie daje jej wcale przewagi nad bismutem, gdyż ten ostatni również nie przedstawia prawie żadnego niebezpieczeństwa dla ustroju, nawet przy stosowaniu olbrzymich dawek. Dla sprawdzenia zdolności bismutozy wiązania HCl autor podawał chorym, dotkniętym nadkwaśnością, śniadania próbne z bismutozą i bez niej. Otóż okazało się, że po zażyciu bismutozy w większej części przypadków istotnie zmniejszała się cyfra wolnego HCl.

W przypadkach wrzodu żołądka bismutoza wywierała pomyślny wpływ na przebieg sprawy

chorobowej: wrzód goił się szybko, i bóle mijały. Należy tylko pamiętać o ściągającym jej działaniu i zwalczać powstające przytem zaparcie stolca.

Wreszcie autor stosował bismutozę w kilku przypadkach niezytu kiszek z biegunką i tu również był z wyników zadowolony: biegunka bowiem szybko ustawała.

Wobec powyższych danych ELSNER sądzi, że jak tannalbina wyparła poniekąd w terapii chorób kiszek tanninę, tak obecnie bismutoza powinna z czasem zastąpić bismut.

Wreszcie w N. 31 „Deutsch. Med. Woch.“ z r. b. znajdujemy artykuł „o bismutozie we wrzodzie żołądka“ z oddziału d-ra PAGENSTECHER'a w Wiesbaden. Autor podaje 7 historii chorób, w których stosował bismutozę z mniej lub więcej pomyślnym wynikiem i zaleca ją we wszystkich tych przypadkach, w których wskazany jest bismut. Leczenie polegało na podawaniu codzień rano naczczo pełnej łyżeczki od kawy bismutozy w ciągu 14 — 21 dni.

III. O stosowaniu soku żołądkowego zwierząt w cierpieniach żołądka i kiszek.

PAWŁOW podał w r. 1889 metodę, przy pomocy której można otrzymać znaczne ilości czystego soku żołądkowego zwierząt. Metoda ta polega na t. zw. pozornem karmieniu zwierzęcia: pokarmy, wprowadzone *per os*, wypadają nazewnątrż przez otwór w przełyku (*oesophagotomia*), a jednocześnie w żołądku następuje obfite wydzielanie soku żołądkowego, który zbieramy przez wykonaną uprzednio przetokę żołądkową (*gastrostomia*). FRÉMONT podał następnie nieco odmienny sposób postępowania: mianowicie łączy on przełyk zwierzęcia wprost z dwunastnicą, izolując w ten sposób żołądek; pokarmy przechodzą tedy z przełyku do dwunastnicy i omijają żołądek, w którym jednakże wydziela się czysty sok żołądkowy. Przez przetokę żołądkową FRÉMONT wydobywał w ten sposób z żołądka psa wagi 12 kilo 800 ctm. sz. soku żołądkowego w ciągu 24 godzin.

Otóż otrzymany tym sposobem czysty sok żołądkowy psa zalecony został przez PAWŁOWA i innych autorów do celów leczniczych, zwłaszcza w przypadkach upośledzonego lub zniesio-

nego wydzielania soku żołądkowego. Pierwsi zastosowali sok żołądkowy psa u różnych chorych autorzy francuscy (LAUNOIS, BARTH, Le GENDRE) i byli z wyników zadowoleni. W klinice LEYDEN'a stosował następnie MAYER sok żołądkowy psa w przypadku biegunki, trwającej od 4 lat i zależnej od *achylia gastrica*, i otrzymał wyniki uderzające: biegunka bowiem natychmiast ustała, i chory po 3 dniach miał dobrze sformowane wypróżnienia; dawka soku wynosiła 200,0 dziennie. Wreszcie FINKELSTEIN na mocy licznych swych doświadczeń doszedł do wniosku, że w niezycie żołądka sok żołądkowy psa stanowi potężny środek leczniczy, usuwa bowiem szybko niemal wszystkie objawy podmiotowe, pobudza czynność wydzielniczą i ruchową żołądka i wpływa na poprawę stanu ogólnego.

Opis spostrzeżeń autorów o wynikach leczenia za pomocą soku żołądkowego psa podaliśmy w „Medycynie“ w N. 47 z r. 1900.

Pomimo jednakże owych zachęcających prób terapeutycznego stosowania soku żołądkowego psa znajdujemy od tego czasu w literaturze bardzo skąpe wzmianki o tym nowym leku, i sok żołądkowy psa dotąd w powszechne użycie nie wszedł. W N. 62 „Gazette des Hôpitaux“ z r. b. znajdujemy artykuł M HEPP'a „o stosowaniu w cierpieniach żołądka soku żołądkowego świni“; w artykule tym autor tłumaczy brak powodzenia soku żołądkowego psa wyłącznie jego nieprzyjemną wonią, nietrwałością i zbyt wysoką kwaśnością. Aby usunąć powyższe wady soku psiego HEPP od 3 lat czyni doświadczenia z sokiem żołądkowym świni.

Świnia wydawała się autorowi odpowiedniejszą od psa z różnych względów: 1) jest wszystkożerna; 2) posiada rozwiniętą w wysokim stopniu zdolność przyswajania pokarmów, zależną prawdopodobnie od odrębnych własności jej soków trawiennych; 3) należy do zwierząt, których mięsa chętnie używamy, jako pokarmu codziennego i 4) z błony śluzowej żołądka świni oddawna otrzymujemy najczystsza pepsynę. Sok żołądkowy świni okazał się istotnie bardziej zbliżonym do soku żołądkowego ludzkiego, nie posiada zapachu, jest mniej kwaśny, nie jest nieprzyjemny w smaku, wreszcie zachowuje w ciągu długiego czasu swoje własności.

HEPP dawał początkowo chorym duże dawki soku (po 80, 100 i 200 ctm. sz. *pro dosi*), pragnąc za pomocą soku sztucznego zastąpić upośledzone lub zupełnie zniesione wydzielanie soku w żołądku chorego. Wkrótce jednak H. porzucił ten sposób podawania soku, chorzy bowiem z trudnością znosili podobne dawki, a zresztą po mniejszych dawkach wyniki okazały się równie pomyślne jak przy dużych. Obecnie przeto autor stosuje sok żołądkowy świni w dawce 1 — 2 — 3 — łyżek stołowych *pro dosi* w ciągu jakiegoś czasu, a potem zmniejsza dawkę do 1 łyżki *pro dosi* na czas dłuższy.

Duże znaczenie posiada sposób przyjmowania soku sztucznego; najlepsze wyniki autor otrzymywał, gdy zalecał chorym przyjmować sok w czasie jedzenia; po jedzeniu bowiem powoduje niesmak w ustach i kwaśne zwracania, a przyjęty na czczy żołądek okazuje działanie czyszczące.

Dla zamaskowania smaku autor poleca podawać sok świni z piwem, które nie zmienia jego własności nawet w ciągu dłuższego czasu; sok, zmieszany z piwem, można zachowywać w ciągu dni 15.

W licznych przypadkach cierpień żołądka autor stosował sok żołądkowy świni i bardzo często otrzymywał wyniki dodatnie. Sztuczny sok usuwał przedewszystkiem bóle żołądka, zależne od niestrawności przewlekłej na tle nerwowem. Lekarz C. cierpiął od dłuższego czasu na niedowład żołądka i kiszek, połączony z bólami żołądka, wzdęciami i zaparciem stolca; po zastosowaniu soku żołądkowego świni kilkakrotnie stwierdził szybką poprawę.

Dalej sok sztuczny ułatwia trawienie i pozwala, według autora, przyjmować pokarmy, dotąd nie znoszone. Łaknienie wzmaga się w krótkim czasie wskutek poprawy czynności żołądka. Sok sztuczny usuwa następnie objawy odruchowe, zależne od ukrytego cierpienia żołądka, jakoto: przyływ krwi do głowy, kołatanie serca, bezsenność i t. p.

W przypadkach zaparcia stolca przewlekłego sok żołądkowy sztuczny oddaje niezawodne usługi, podany na $\frac{1}{2}$ godziny przed przyjęciem pożywienia.

W przypadkach biegunki, zależnej od niedomogi wydzielniczej żołądka, sok sztuczny u-

suwa ją szybko, ale należy podawać go tylko podczas jedzenia.

IV. O goryczkach.

Oddawna stosowane są goryczki w celu pobudzenia łaknienia; zwłaszcza u ludu cieszą się wielką sławą t. zw. „krople na apetyt“. Dotąd jednak nie wiemy dokładnie, czy działanie goryczek wogóle istnieje, i jaką drogą następuje wzmoczenie łaknienia. W N. 32 „Wracza“ z r. b. prof. BORISOW w artykule: „O znaczeniu goryczek dla trawienia“ podaje wyniki swych doświadczeń nad wpływem goryczek na wydzielanie soku żołądkowego u zwierząt. Autor posługiwał się metodą t. zw. „karmienia pozornego“, t. j. dawał psom pokarmy, które wypadały napowrót z przeciętego uprzednio przelyku.

W jednym szeregu doświadczeń B. karmił psy (po doszczętnem przepłukaniu żołądka) „pozornie“ w ciągu 1 minuty, w drugim szeregu dawał psom naprzód kawałek waty, zmoczonej w *t-ra gentianae*, i dopiero po ustaniu ślinotoku urządził karmienie pozorne. Co 10 minut wydobywał następnie z przetoki żołądkowej sok, który poddawał ilościowemu i jakościowemu badaniu.

Otóż okazało się, że wogóle znacznie więcej soku żołądkowego wydzielano się w drugim szeregu doświadczeń, t. j. gdy psy przed karmieniem otrzymywały goryczkę. Przeciętnie wydzielano się w ciągu 2 godzin przy samem tylko karmieniu 101 ctm. sz. soku żołądkowego, przy poprzedzającym zaś podawaniu goryczki — 130,1 ctm. sz. soku.

Wzmoczenie wydzielania soku żołądkowego po podaniu psom goryczki jest tu oczywiście następstwem jedynie podrażnienia smaku, gdyż goryczka nie dostawała się do żołądka, lecz natychmiast wypadała z przelyku.

Ciekawe jest dalej spostrzeżenie autora, że, gdy podawał psu goryczkę na 15 — 30 minut przed karmieniem, wydzielanie soku żołądkowego nie wzmagało się wcale, t. j. goryczka żadnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego nie wywierała. Podanie samej tylko goryczki bez następczego karmienia również nie potęgowało wydzielania soku żołądkowego, lecz owszem nawet w niektórych razach je zmniejszało. Kwaśność i sprawność trawienna soku żołądkowego okazały się niemal zupełnie jed-

nakowe tak przy podawaniu goryczek, jak i przy bezpośredniem karmieniu.

Na mocy powyższych danych autor dochodzi do wniosku: 1) że stosowanie goryczek jest zupełnie racjonalne, gdyż powoduje wzmoczenie wydzielania soku żołądkowego; 2) że nie należy podawać goryczek w ilości dużej, w postaci pigulek lub na długo przed przyjęciem pożywienia; 3) że najwłaściwiej jest podawać goryczki w postaci kropeł (po 10 — 20 kropeł w kieliszku wody, bezpośrednio przed jedzeniem).

W. Robin.

GINEKOLOGIA.

Prof. Henryk FRITSCHE.

Przyczynek do krytyki nowoczesnych operacji ginekologicznych.

Streścił

Franciszek Neugobauer.

Najważniejszym pytaniem operacyjnej ginekologii w dobie obecnej jest, czy wewnętrzne narządy płciowe mamy atakować drogą pochwową, czy też na drodze cięcia brzuszego? Pytanie to jest bardzo dawne. FREUND pierwszy ekstyrpował zrakowaciałą macię na drodze cięcia brzuszego, później BAUM, CZERNY i nieskończony szereg innych operatorów dokonywali ekstyrpacji macicy przez pochwę. Wszystkich uderzył ogromny awantaż operacji pochwowej co do rokowania dla chorej.

Już ś. p. BAUM w Gdańsku, jako jeden z pierwszych, którzy macię *per vaginam* usuwali, powiedział, że pacjentka po takiej operacji nie robi gorszego wrażenia, niż po normalnym porodzie.

Nie może być zadaniem mojem wyliczać tutaj wszystkie argumenty i objaśnienia faktu, ogólnie uznanego, że operacje, dokonane drogą pochwową, dają lepsze rokowanie, niż cięcia brzuszne.

Lecz stanowczo śmiem twierdzić, że tak jedna metoda, jak i druga nieraz posiadają równie dodatnie cechy — w każdym razie radzę nie przesadzać w jednostronnym entuzjazmie

niebezpieczeństwa laparotomii. Właśnie w przypadkach, gdzie operacja pochwowa jest bardzo łatwą i gładką operacją, operacja drogą górną daje tak samo dobre rokowanie. Przy upartej dyskusji zasadniczej nigdy kwestyi nie wyjaśnimy, musimy przyznać, że istnieją przypadki, które można operować tylko drogą pochwową, że istnieją przypadki, gdzie operować można, tylko drogą górną, czyli stosując cięcie brzuszne, i że istnieją przypadki, gdzie rokowanie będzie takie same, czy operować *per vaginam*, czy *per laparotomiam*, że istnieją przypadki, gdzie jest rzeczą upodobania i gustu, jaką drogę operacyjną wybierze operator.

Bardzo często jedna, jak i druga droga prowadzą równie dobrze do celu i dają równie dobre rokowanie. W tych przypadkach o wyborze drogi operacyjnej decyduje indywidualna technika operatora. Żadną miarą tutaj nie można powiedzieć, że tylko ta droga jest racjonalna, a druga nie; w tych przypadkach operator operuje nie drogą górną, ale dolną i na odwrót, lecz jedną lub drugą drogą.

Statystyka tutaj nie ma żadnego znaczenia. Na 500 laparotomii od roku 1883, naprzykład, miałem osobiście 12% śmiertelnych zejść, młodszy operatorzy, korzystający już z naszych doświadczeń, ma się rozumieć, będą mieli lepsze wyniki. Lecz kto zna statystykę do roku 1880, chyba lepszych wyników nie znajdzie. Przy miomotomiach, *per vaginam* dokonanych, nie mam na sto przypadków więcej, niż 3% śmiertelnych zejść. Cyfry te niezego nie dowodzą co do stopnia niebezpieczeństwa tej lub innej drogi operacyjnej. Do cięć brzusznych należą wszystkie wielkie miomaty, operacje ciężkie, dokonane u osób anemicznych, ze sercem, już źle działającym, po długich kuracjach ergotynowych. Do pochwowych miomotomii należą wszelkie przypadki łatwe, gdzie guzy są małe. Jakżeż można porównać jedne i drugie operacje ze sobą?

Każdemu operatorowi pójdzie, jak mnie. Ile razy ogłoszona będzie jaka nowa metoda postępowania, czujemy obowiązek krytycznego wypróbowania tej nowej metody. Będziemy nawet musieli wypróbować metodę z góry dla nas niesympatyczną, aby stworzyć sobie zdanie własne o jej wartości i nie polegać przy dyskusji na sędzię apryorystycznym. Stanowisko, że posiadamy gruntownie tę i tę metodę, nie ma-

my co próbować nowej, że nie chcemy płacić fryćówki, ma się rozumieć, nie odpowiada stanowisku nauczyciela ginekologii.

Tak, naprzykład, przez długi przeciąg czasu operowałem drogą pochwową nawet aż powyżej pępka sięgające miomaty, przy szerokiej lub przy ciasnej, dziewiczej pochwie, z dobrym skutkiem. Również usuwałem inne nowotwory, zropiałe przydatki maciczne, jak i raki i cięższe pozamaciczne drogą pochwową, przez kolpotomię przednią lub tylną.

Niechaj mi będzie pozwolonem dziś wypowiedzieć się z tego, czego przy tem się nauczyłem i jakie sobie zdanie o pojedynczych sposobach operowania stworzyłem.

I. Mięśniaki.

Tutaj głównym warunkiem dla wyboru drogi pochwowej, zdaje mi się być to, aby dostęp od dołu był wygodny, pochwa szeroka, nie chodzi o wielkość guza, lecz o to, czy kobieta rodziła, czy pochwa jest szeroka i rozciągalna.

Przy wielkich miomatach wycinamy z guza, co się da, do 20 kawałków w jednym, 4 czy 5 kawałków w drugim przypadku, i nawet duże guzy maleją doskonale przy tunelizacji i zapadają się same przez się. Wprawdzie trwa operacja dłużej, chora traci więcej krwi oraz naragoza trwa dłużej. Lecz niedogodności te kompensują się przez to, że jama brzuszna nie została od góry otwarta, że stosunki organów jamy brzusznej pozostały fizyologicznymi.

Jeśli zaś przy operacji pochwowej wypadnie zrobić wielkie cięcie SCHUCHARD'a, sięgające aż do *portio vaginalis uteri* u góry i aż do kroczu u dołu, albo jeszcze po za otwór odbytnicy, to pomimo wszelkich ostrożności, chora straci dużo krwi. Gdy pacjentka jest już wiekowa, i pochwa mało rozciągalna, wypada do cięcia poprzecznego w sklepieniu pochwy dodać jeszcze cięcie podłużne lub nawet kilka nacięć ścian pochwy, powstają wtedy coraz to nowe rany pochwove krwawiące. Pęcherz traci podporę swoją i nawet przez ucisk wziernika może być rozdarty. Nie jest to bieda wielka, ponieważ przetokę moczową łatwo można zamknąć, pokrywając ją później otrzewną i zakładając kateter à demeure. Ściana pęcherza w obrębie kureczącej się stale rany pochwowej

prędko się zamyka. Lecz pozostaje nieraz katar pęcherza, komplikujący konwalescencyę a nawet zapalenie miedniczek nerkowych, wymagające później ekstyrpacji nerki.

Nie zawsze udaje się uniknąć krwawień arterialnych z małych tętniczek pochwowych. Powstają wielkie twarde blizny, unieruchamiające odbytnicę, wywołujące bóle przy każdym wypróżnieniu przez długie nawet lata.

Utratę krwi organizm stosunkowo dobrze znosi. Aby zamknąć jamę brzuszną, aby kiszki i otrzewna pozostały w warunkach fizyologicznych, to rezorpcya przy stosowaniu hipodermoklizy, enteroklizy, dostatecznym picciu wody, przy stałem ogrzewaniu elektrycznem jest doskonała. Anemia, zaraz po operacji przestraszająca, zwalcza się bardzo szybko.

W większości przypadków jednak wypada usunąć całą macicę, ponieważ za nadto jest rozkawałkowana, poszarpana, porozcinana, aby ją pozostawić na miejscu. Blizny na dnie jamy brzusznej również tyle dolegliwości wywołać mogą, jak gdyby były na podstawie miednicy. Czyli, już nie mówiąc o trudnej technice, długo-trwałości operacji, chirurgicznie nie pięknej, również i następstwa pooperacyjne ujemne bynajmniej nie są idealne. Swobodna ruchomość guza macicznego, którą Veit cechuje tem, że macicę można wcisnąć do małej miednicy, jest bardzo pożądana, lecz nie niezbędna. Morcellement jest o tyle trudniejsze, iż wypada go dokonać o jedno piętro wyżej. Jednak udaje się dotrzeć do więzów rogów macicznych. Gdy więzy te okażą się nierozciągalnymi, kruchymi, to się łatwo dra, albo też nitki jedwabne je przecinają, wtedy potrzeba wielkiej zręczności technicznej, aby nieszczęściu zapobiedz, aby opanować krwawienie. Osobiście kilka razy nie dałem rady inaczej przy takich niespodziewanych krwawieniach, jak nakładając pincety à demeure, aby zatrzymać krwawienie z rozdartych więzów. Zatrzymanie krwawienia przy pomocy pincet à demeure nie zasługuje na miano rękoczynu chirurgicznego, jest to raczej ratunkiem w położeniu bez wyjścia, postępowaniem nie chirurgicznym. Pacjentka musi leżeć spokojnie na grzbiecie, nie wolno jej ruszać się. Trzeba katetyzować ją, czego wypada unikać przy wszelkich operacjach wogóle. U pacjentek, wycieńczonych przez utratę krwi, wskutek

pincet, à demeure pozostawionych, łatwo powstają odleżyny, gangrena kiszki, pomimo że pincety dobrze gazą były owinięte. Zdejmowanie pincet wywołuje bóle, gaza wkrótce już cuchnie; wielu autorów spostrzegalo olbrzymie krwawienia następcze po zdjęciu klampów à demeure. W każdym razie laparotomia w tych przypadkach, gdzie pochwa jest ciasna, gdzie guz rozwinął się międzywiązadłowo, gdzie włókniak nie przedstawia się jako równomierne powiększenie macicy, jest operacyą o wiele łatwiejszą, prędszą, technicznie doskonalszą i dla późniejszej konwalescencji lepszą, korzystniejszą.

CHROBAK nie bez racji powiedział: *Portio vaginalis uteri* jest raczej częścią pochwy, niż macicy. Skoro zachowujemy szyję maciczną i amputujemy na wysokości dwóch centymetrów powyżej sklepień pochwowych, tuż poniżej wewnętrznego ujścia macicy sposobem CHROBAK'a, to przymacieza i podstawamiednicy pozostają nienaruszone. Usuwamy ruchome *corpus uteri* razem z guzem. Całe zaś *diaphragma pelvis*, moczowody, kiszki i pęcherz pozostają *in situ*, nienaruszone, w wiazku wzajemnym fizyologicznym i anatomicznym.

Gdy wszystko pójdzie pomyślnie bez komplikacji, później znajdujemy szyję umaciczną swobodnie ruchomą, można ją zarówno dwoma palcami unieść ku górze, jak i ściągnąć na dół przy pomocy kleszczyków MUZEUX. Pochwa zachowuje normalną szerokość i rozciągalność. Funkcye pęcherza pozostają normalnymi. Spółkowanie nieraz utrudnione wskutek całkowitej ekstyrpacji, wskutek bolesności, pozostaje normalnem, jak dawniej.

Kto zaś woli dokonać tylko enukleacji mięśniaka ryzykując drugą operacyę za lat kilka, ten przy postępowaniu *per vaginam* przy większych miomatach będzie musiał skwitować z enukleacji i dokonać ekstyrpacji całkowitej macicy, skoro guzy okażą się wielkimi. Albowiem macica po enukleacji większych guzów jest tak pokiereszowana, pokaleczona, że nie sposób jako tako doprowadzić jej do stanu poprzedniego — czyli, że repozycya tak pokiereszowanego organu do jamy brzusznej jest niebezpieczna.

Z pewnością istnieją przypadki, gdzie zupełnie wszystko jedno dla chorej, czy będzie stosowana droga górna, czy dolna, lecz wogóle

ustanowić należy, jako regułę, że tylko małe i ruchome mięśniaki maciczne powinny być usuwane przez pochwę, i to jeśli pochwa jest szeroka — głównie droga ta kwalifikuje się dla miomatów, ogólnie macię powiększających.

Kto z zasady będzie wolał operować drogą górną, temu mniej się zdarzy przypadków nieszczęśliwych, niż temu, kto z zasady operuje miomaty *per vaginam*.

II. Operacje na przydatkach macicznych.

Przy wszelkich zrostach i sprawach ropnych na przydatkach macicznych z wielką stanowczością twierdzę, że cięcie brzuszne jest najodpowiedniejsze. Otwarcia przedniego sklepienia otrzewny *per vaginam* czyli *kolpotomiae anterioris*, ca prawda, nie nadając tej pomocniczej operacji żadnej nazwy specjalnej, dokonałem około 600 razy. Od roku 1883 wszelkie ekstyrpacje macicy, czy z powodu raka, czy guzów, zawsze wykonywałem w ten sposób, że naprzód robiłem *colpotomiam anteriorem*, następnie odsuwałem pęcherz moczowy ku górze, a macię wylaniałem przez przednie sklepienie pochwy. Za najlepszy dowód, że postępowanie takie nie jest trudne, służyć może to, że przez 20 z górą lat pozostałem wierny tej metodzie.

Macica niepowiększona bardzo łatwo wypada przez otwór otrzewny, gdy uchwycić ją kleszczykami, zwykle jajniki wnet za macicą wypadają. Z łatwością przewiązujemy rozciągalne więzy szerokie i przyszywamy je do ścian pochwy. Sposób ten jest tak łatwy, że bardzo wielu operatorów stosuje go. Gdy zaś mamy do czynienia ze zgrubiałym jajowodem, z powiększonym jajnikiem, ze sprawą zapalną w przydatkach macicznych, to więzy szerokie nie są tak podatne, rozciągalne: łatwo można je przerwać, urwać, albo też ligatura je przecina. Doświadczony operator spostrzeże to, polapie się w sytuacji, i zanim ta się jeszcze bardziej pogorszy, uda mu się uchwycić *ligamentum latum* powyżej miejsca urwania lub przerwania i podwiązać lub przewiązać, jak się należy, dla zaspokojenia potrzeb kikutu. Lecz nie tylko mnie, ale i innym operatorom zdarzały się krwawienia nieprzyjemne i takie nawet, gdzie trzeba było pozostawić *in situ* klampy hemostazy. Nawet trzeba było uciekać się nieraz

do dodatkowego cięcia brzusznego, aby uchwycić zgubiony w głębi rany, jeszcze nie podwiązany kikut przydatków macicznych. Gdy więzy w głębi zostaną zmiażdżone, rozerwane, a fakt taki nie zostanie spostrzeżony przez operatora, to zdarzają się najróżniejsze przypadki nieszczęśliwe.

Osobiście jeszcze nigdy, jak DUEHRSEN i inni, nie byłem zmuszony do ekstyrpowania macicy z powodu krwawienia, aby tylko krwawienie zatrzymać.

We wszystkich tych przypadkach, przy dokonaniu cięcia brzusznego usunięcie przydatków, usunięcie zrostów byłoby poszło łatwo i gładko. Wszelkie zrosty byłyby widoczne i dostępne dla operatora pod kontrolą oka, operacja byłaby gładka, piękna, chirurgiczna, co się zowie, obyły się bez wszelkich rozdzierań gwałtownych w głębi rany. Gdyby DUEHRSEN w przypadku, który mu tyle nieprzyjemności przysporzył, był operował drogą cięcia brzusznego, nie powstałaby przetoka kiszki, nie byłoby tego krwotoku, który zmusił go do ekstyrpacji macicy, kobieta byłaby zachowała swoją macię.

Każdy chętnie przyzna, że nawet wielką torbiel jajnika można na drodze *kolpotomiae anterioris* wyciągnąć pomiędzy pęcherzem a macicą, przecież nieraz wydobywano kolosalne jednokomorowe torbiele jajnika przez cięcie brzuszne, nie przekraczające 5 ctm. długości! Dlaczegożby nie dało się zrobić tego samego *per vaginam*? Lecz nie można wiedzieć o zrostach, o pęknięciu torbieli i wylaniu się części zawartości do jamy brzusznej. Osobiście nieraz takie zdarzenia widziałem. Gdy rozleje się w jamie brzusznej zawartość torbieli, zachodzi niebezpieczeństwo przerzutów implantacyjnych; gdy chodzi o tłuszcz i włosy z dermoidu jajnikowego, to usunięcie radykalne tego, co się do jamy brzusznej dostało, jest wyłączone. Jajnik leży za macicą, z jakiej racyi więc wyciągać go przez sklepienie przednie? A gdy dermoid, jak się często zdarza, leży przed macicą, to z pewnością ma długą szypułkę, i można guz ten wcisnąć do zatkni DOUGLAS'a.

Zawartość dermoidalna może osiąść gdziekolwiek w innem miejscu i wywołać potrzebę wtórnej laparotomii. Tak np. przy laparotomii raz znalazłem zawartość dermoidalną jako guz,

na otrzewnie ściennej powyżej pępka osadzone. Sądziłem na razie, że chodzi o guz metastatyczny, lecz znalazłem tylko zawartość dermoidalną, otoczoną twardymi złogami wtórnymi. Jest to poniekąd dowód, że tłuszcz pływa na górze, i że przyczyną, dla czego dermoidy leżą przed macicą, jest ich zawartość tłuszczowa, jak to już dawniej zresztą przypuszczano.

Gdy zaś zawartość torbieli jest ropna, ściana jej bywa zwykle krucha, rwie się, pęka przy ucisku palcem lub gdy ją uchwycić kleszczykami. Ropa rozlewa się dokoła macicy i wcieka do zatoki DOUGLAS'a, nie dostępczej od strony rany *colpotomiae anterioris*. W takim przypadku widziałem septyczne zapalenie otrzewny, które po dwóch dniach chora przyplaciła życiem. Przy cięciu brzuszkiem wszystko można widzieć, ocenić warunki miejscowe dokładnie i można wszystko ostrożnie i w całości usunąć. Przypadki nieszczęśliwe, jak powyżej wzmiankowane, nie zdarzają się.

Chętnie przyznaję, że osobiście miałem wiele bardzo przypadków o przebiegu pooperacyjnym wysmienitym, nieraz usuwałem torbiel przez *colpotomia anterior*, ranę w całości zaszywałem, i po trzech lub czterech dniach chora mogłaby była już łóżko opuścić, tak dobrze się czuła. Prawie, że chora nie chciała dać wiary, iż operacji jakiegokolwiek dokonano. Lecz są to przypadki szczególnie łatwe i pomyślne, na których nie sposób oprzeć zasady uogólniającej.

Nawet swobodna ruchomość okrągłego guza nie daje rękami pomyślnego zejścia operacyi. Nie dawno temu operowałem w przypadku, gdzie po prawej stronie macicy leżała torbiel wielkości główki noworodka, którą można było we wszelkich kierunkach przesunąć co najmniej na 15 ctm. ku górze i ku dołowi aż do głębi zatoki DOUGLAS'a. Przy cięciu brzuszkiem jednak znalazłem zrost z kiszka, a w tym zroście komunikację grubości ołówka *cum flexura sigmoidea*. Torbiel o kruchych ścianach można było przez ucisk opróżnić do kiszki pośród szmerów charakterystycznych. Torbiel odciałem, dziurę w kiszce zaszyłem, chora wyzdrowiała. Gdybym, na przykład, był w tym przypadku dokonał kolpotomii, byłbym musiał zaraz dodać cięcie brzuszne. Może nawet podczas wyciągania torbieli byłaby ona pękła i zawartość jej zgangrenowana byłaby się wylała do jamy brzusznej, albo też

zrost z kiszka byłby się przerwał, i następstwa byłyby również straszne.

Wobec tego nawet przy małych tylko torbielach jajników, a nawet przy najmniejszych uważałbym zawsze cięcie brzuszne za najodpowiedniejsze, a szczególnie odpowiednie od *colpotomiae anterioris*. Kolpotomię nazywam hazardem. Z pewnością często szczęście nam będzie służyło, lecz stanowczo i nieszczęśliwe przypadki będą nieuniknione. A gdy zajdzie taki przypadek nieszczęśliwy śmiertelny, a powstanie pytanie, dlaczego nie dokonaliśmy cięcia brzuszkiego, co tu odpowiedzieć? Co nam po 100 szczęśliwych operacjach wobec chociażby tylko jednego jedyne nieszczęścia, którego można by było uniknąć, operując nie *per vaginam*, lecz przez cięcie brzuszne?

Wiadomem przecież jest, że rokowanie laparotomii przy małych torbielach jajników jest wyborne. Mało mamy statystyk stu owaryotomii, z rzędu robionych przez tegoż operatora bez jednej śmierci? Z raną brzuszną dziś tak umiemy się obchodzić, aby nie było przepukliny następczej.

Może być, że inni operatorzy zrobili odmienne doświadczenia. Uważałbym się za lekkomyślnego, jeśli bym wobec doświadczeń ostatnich lat śmiało twierdził, że wszystkie owaryotomie wypada dokonywać *per vaginam*, jeśli bym zalecał takie postępowanie jako zasadnicze. W porównaniu z pomyślnymi przypadkami kolpotomii przeciwstawić należy tysiące przypadków pomyślnych owaryotomii na drodze cięcia brzuszkiego z ostatnich 50 lat.

Przy *colpotomia posterior* jeszcze raz muszę powrócić do spraw ropnych przydatków macicznych. Obie operacje tak wiele się różnią od siebie, to jest *colpotomia anterior* i *colpotomia posterior*, że o tej ostatniej wypada mi pomówić oddzielnie. Gdy tylko podejrzujemy sprawę ropną, to bezwarunkowo *colpotomia posterior* zdaje mi się więcej wskazaną, niż *colpotomia anterior*. Naumyślnie powtarzam przy podejrzeniu sprawy ropnej, ponieważ nie zawsze możebne jest rozpoznanie, czy trafimy na ropę, lub nie. Wywiady nieraz w błąd wprowadzają albo niczego nie dowodzą. Czy istnieje operator, który jeszcze nigdy nie wziął *pyosalpinx* za ciążę pozamaciczną i naodwrot? Gdy zaś guz leży w zatoce DOUGLAS'a, posiadamy wyborne środki dla uła-

twienia rozpoznania w punkcyi dyagnostycznej. Jest to oczywiście mądrość dawna. Gdy natrafimy na ropę — nacinamy, pionowe cięcie, rozpoczęte od szyi macicznej, możemy przedłużyć pod kontrolą palca w kiszce aż na 8 do 10 ctm. Gdy wtedy wprowadzimy długie *speculum per vaginam* do samej rany, możemy doskonale rozejrzeć się. Widzimy zwoje *pyosalpingis* i możemy je w całości wyciąć lub naciąć. Ponieważ teren operacyjny jest odgraniczony od jamy brzusznej przez inkapsulację, nawet śmiało płukać możemy, ranę tamponujemy gazą, zostawiamy ją otwartą, obciążamy dla ucisku ścianę brzuszną i otrzymujemy wyzdrowienie bez usunięcia jakiegokolwiek kawałka tkanki, traktując sprawę zupełnie jak ropień. Są to operacje łatwe, nie niebezpieczne i bardzo racjonalne, ponieważ usuwamy wszystko, co chore, mianowicie całą ropę, zawartość ropnia, a pozostawiamy wszystko to, co może powrócić do stanu normalnego na drodze wstecznych zmian pooperacyjnych. Otwór leży w miejscu najgłębszem, i nawet przy przebiegu gorączkowym leczenie pooperacyjne jest łatwe. Czynności pęcherza pozostają nietknięte. W tem miejscu ostrzegam przed próbą wycięcia tędy *pyosalpingis*, wysoko leżącej, pomimo że dostęp przy dużem cięciu i wprowadzeniu wziernika do rany jest dobry. Przyznaję, że przy postępowaniu dwuręcznem można i wysoko leżący jajowód ścisnąć ku dołowi, uwolnić ze zrostów i usunąć go po uruchomieniu; przyznaję również stosunkowo dobre rokowanie, gdy tamponować gazą jodoformową, pozostawić ranę pochwową otwartą. Przebieg pooperacyjny po większej części bywa bezgorączkowy. Gdy chodzi o przypadek aseptyczny, zwykłą torbiel jajnika lub skórzastą torbiel, nawet można w całości zaszyć ranę po *colpotomia posterior*, przebieg jest nadzwyczaj pomyślny.

Lecz nieszczęśliwych przypadków nikt nie uniknie, jajowód może przerwać się, nawet przy stosowaniu minimalnej tylko siły. Raz widziałem, że jajowód opadł ku dołowi przy lekkim tylko ucisku palca, poza jajowód wprowadzonego haczykowato. Nie krwawiło bynajmniej, ponieważ sprawa ropna doprowadziła już do zakrzepu naczyń. Gdy chodzi o zapobieżenie oderwaniu się jajowodu, wypada przegiąć macicę ku tyłowi. Przytem łatwo kleszczykami, hakami i t. d.

możemy pokaleczyć macicę w tych przypadkach kruchą i przekrwioną.

Pewnikiem jest, że w tych przypadkach łatwiej jest usunąć macicę od przodu i bezpiecznie, chyba że istnieje *retroflexio uteri*.

W każdym razie wtedy peryferycznie od ligatury pozostaje kawał nie aseptycznej tkanki, i po za tem kawał jajowodu, napelniony ropą, przy macicy. Ktokolwiek dokonywał takich operacji, widział, że później chora cierpi na gryzące upławy, które ciągle dają jej świadomość tego, że zupełnie zdrową nie jest pomimo dokonanej operacji.

Gdy w takim przypadku zdecydować się na cięcie brzuszne, to można jaknajdokładniej ekstyrpować całe jajowody, pozostawiając *in situ* jajniki, jeśli nie zechce operator za moim przykładem dokonać nadpochwowej amputacji macicy. Osobiście w taki sposób operowałem cały szereg przypadków i twierdzić śmiało mogę, że ekstyrpacja przydatków macicznych wraz z amputacją ciała macicy jest operacją łatwą, nie połączoną z obfitem krwawieniem i prognostycznie doskonałą. Przy tej operacji wypada używać wyłącznie katgut, niektóre albowiem koki zawsze pozostaną, a koki, te leżące w jedwabnej nitce, prowadzą do arcyniemilych długotrwałych przetok brzusznych pooperacyjnych.

Rokowanie co do późniejszej zdolności do pracy podług mego doświadczenia przy cięciu brzuszem, usunięciu jednego jajowodu lub też obu przydatków wraz z macicą jest o wiele lepsze, niż przy pochwowej ekstyrpacji całkowitej narządów płciowych wewnętrznych lub przy pochwowej ekstyrpacji jajowodu.

Jedynie wtedy zalecam *colpotomia posterior*, jeśli przy pociąganiu za pomocą kleszczyków Muzeux za szyję maciczną guz nie pozostaje *in cav.* DOUGLASI: nieruchomy, lecz ściąga się równocześnie z macicą ku dołowi. Wtedy można spodziewać się, że natrafimy na ropień, że usuniemy ropę, i że drogą postępowania zachowawczego chora odzyska zdrowie. Ogólnie chyba uznanem jest, że metoda taka leczenia ropni pozamacicznych jest doskonałą.

Gdy zaś guz, czy to jajowód, czy też konglomerat aneksyalny leży przy boku macicy tuż poniżej *lineae innominatae*, gdy guz ten przy pociąganiu za szyję maciczną pozostaje u góry,

wtedy uważam cięcie brzuszne za bezwarunkowo lepsze od kolpotomii tylnej i to nie apriorystycznie, lecz według mego osobistego przeświadczenia.

Usuwanie torbieli jajników przez *copollomia posterior* dokonywałem już 20 lat temu, często z wynikiem dobrym, lecz wyrzekłem się tego sposobu po jednym przypadku rażąco niefortunnym. Miałem nieszczęście, że krucha torbiel, leżąca bardzo nisko, pękła; razem ze ścianami torbieli wyciągnąłem na zewnątrz i kiszki. Torbiel okazała się pozrastaną z sąsiedztwem, musiałem dodać cięcie brzuszne i — chora zmarła!

Przy małych torbielach jajników przecież laparotomia jest operacją tak łatwą i daje tak znakomite rokowanie! Czy zresztą chora przeleży tydzień dłużej w łóżku, czy nie, wszak to jest bez znaczenia. Dlaczego ryzykować? Dla czego nie wybrać lepiej dawnej drogi pewnej? Przepukliny w bliźnie brzusznej wszak już się nie obawiamy, tem bardziej, że możemy tutaj doskonale zastosować cięcie poprzeczne PFANNENSTIEL'a. A gdybyśmy chcieli skłonić chorą do operacji tem, że jej się powie, iż wszystko się wymieni na drodze naturalnej bez cięcia brzuszego, to postępowanie takie może być jest chytre, lecz nie rzetelne.

Głównie sprzeciwiam się operowaniu *per vaginam* świeżych ciąży pozamacicznych. Operacje takie nieraz są strasznie krwawe. Nieraz tylko przez szybkie wprowadzenie całej ręki do rany, objęcie i wyciągnięcie guza i prędkie podwiązanie zwalczałem kolosalne krwawienie. Przy padku śmierci przy tem nie miałem, lecz znam zejścia śmiertelne u innych operatorów. Stosując cięcie brzuszne, zwykle potrafimy i świeże cięższe pozamaciczne operować bez utraty krwi; przy podwazywaniach odpowiednich przygotowanych na obu stronach zwykle operować możemy zupełnie bez krwawienia.

I tutaj tylko wtedy radzę operować *per vaginam* i to przez tylne sklepienie, jeśli guz leży nisko w zatoce DOUGLAS'a, i jajo oddawna obumarło.

Wtedy z łatwością można wypuścić i skrzepłą krew i płynną. Często udaje się wycisnąć całe stwardniałe jajo, a *adnexa* pozostawić *in situ*. Jest to ta operacja *haematococles*, którą robiliśmy już 30 lat temu.

Bardzo słuszne jest wynajdywanie nowych sposobów. Pionierzy wiedzy, często nawet cokolwiek lekkomyślni, czynią nam tę usługę, że poznajemy pomyłki, że, próbując nowozalecanych sposobów, dopiero teraz uczymy się cenić dokładnie zalety dawnych sposobów. Nowości wprowadzać nie mamy dla samej ich nowości, lecz postępując krytycznie wobec tych nowości, wprowadzanych przez innych, po doświadczeniach niekorzystnych mamy tem bardziej cenić zalety sposobów dawnych i bronić ich.

Pierwszą zasadą zawsze powinno być w postępowaniu: *Nil nocere!* najważniejszą zasadą naszą powinno być postępowanie humanitarne!

III. Rak.

O raku macicznym kilka słów tylko. Kwestya stoi tak: Jak możemy poprawić rokowanie na przyszłość chorej po operacji? Mojem zdaniem tylko w taki sposób, że nie będziemy wcale operowali przypadków, które napewno grożą recydywą. Jest to stanowisko moje, jakie zajmuję od dawien dawna.

Nie wierzę, pomimo entuzjazmu innych, że rozszerzenie wskazań do operacji da lepsze wyniki.

Nie widoczne, lecz niewidoczne przerzuty są niebezpieczne. Dostyc często już słyszeliśmy, że gruczoly powiększone, podejrzane o raka makroskopowo, nie zawierały raka, i że tam, gdzie nie było widać nic podejrzanego, nastąpiła recydywa.

Jeżeli rezekujemy rakowate przymacie, to z pewnością nie usuwamy wszystkiego co chore, a gdy uwzględnić kolosalne narażenie życia chorej przy nowoczesnych operacjach brzusznych przy raku macicy, to każdy przyznać musi, że przeciętnie dłuższe życie chorych będzie widział ten, kto nie będzie puszczał się na owe nowsze operacje radykalne brzuszne.

Statystyka kwestyę rozstrzygnie. Podziwiam odwagę i technikę takich MACKENRODT'ów i WERTHEIM'ów, cenię dążenie poprawienia rokowania w ten lub ów sposób.

Lecz wierzę i spodziewam się, że tak się stanie, iż za kilka lat dawny sposób pochwowego operowania w raku macicy, ograniczony do przypadków „dobrych“, znów uzyska prawa swoje.

Nieemożebnych rzeczy dokonać nie możemy. Pozostawmy na uboczu wszelkie spory, a czekajmy, co wypowie statystyka po kilku latach. Pierwszy osobiście przyznam chętnie, że omyliłem się, jeśli rezultaty nowoczesnych postępowań radykalnych operacji brzusznych przy raku będą przemawiały za rozszerzeniem wskazań.

IV. Retroflexio.

Co do operacji przy *retroflexio uteri*, głównie dwa punkty widzenia zdają mi się wchodzić w rachubę. Po pierwsze, operacja ma być bez niebezpieczeństwa dokonana, a powtórę, chodzi o pewność co do wyłączenia możności recydywy.

Pod tym względem zdaje mi się najwięcej obiecuje wentrofiksyacja macicy. Przy wentrofiksyacjach moich nigdy nie miałem przypadku śmiertelnego zejścia. Raz jeden tylko miałem do czynienia później z recydywą, ponieważ użyłem do operacji katgut. Już po czterech tygodniach macica odczepiła się od ściany brzusznej, pomimo że pierwotny wynik pooperacyjny był bardzo zadawalający. Zatem muszę wyraźnie podkreślić, że błędne jest użycie do wentrofiksyacji materiału do szwów, który wsysa się. Nigdy nie widziałem tak nieszczęśliwych następstw, jakie widział GNADENWITZ. W niektórych przypadkach dokonywam wentrofiksyacji i przy ruchomej *retroflexio uteri*, szczególnie u niezamożnych osób starszego wieku. Musimy osiągnąć i pragniemy osiągnąć rezultaty trwałe i pewne.

Nigdy nie widziałem, aby sznurek ciągnący się od macicy do ściany brzusznej, później nawet przy lub po porodzie jakim prowadził do niedrożności kiszki.

Naturalnie, dokonywamy wentrofiksyacji wtedy, jeśli istnieją zrosty macicy z otrzewną. Często w uspieniu udaje się repozycja macicy, lecz jak tylko odjąć rękę, macica w tej chwili powraca do wadliwego położenia: może to być skutkiem poprostu zmarszczenia się przedniej ściany pochwy nawet bez uprzedniego stanu zapalnego. Uważam za błąd separować tego rodzaju zrosty *per vaginam*. Już nie mówiąc o procesie DÜHRSEN'a w Berlinie, znam jeszcze inne przypadki, gdzie zjawily się silne krwawienia, gdzie skaleczono kiszki, gdzie tylko natychmiastowa

laparotomia, którą uważam w tych przypadkach za lepszą od dodania pochwowej całkowitej ekstirpacji macicy, uratowała chorą przez zatrzymanie krwawienia i rezekcję skaleczonej kiszki.

Cheiałbym jeszcze raz powtórzyć to, co już w tym artykule powiedziałem, że laparotomia, przy której można się dokładnie rozejrzeć, odseparowanie wszelkich zrostów pod kontrolą oka i palców jest operacją czystą, pewną, chirurgicznie się zapatrując, jedynie uprawnioną, podczas gdy niepewne na oślep odrywanie, odciskanie i t. d. jest postępowaniem niepewnym nie chirurgicznym i niebezpiecznym.

Waginofiksyacja dziś uchodzi u wielu operatorów za sposób ujemny. Osobiście tylko trzy razy miałem do czynienia z nieprzyjemnym krwawieniem następczym, które zresztą opanowałem z dobrym skutkiem, lecz znane są przypadki krwotoków śmiertelnych. Ma się rozumieć, krwawienia takie nie powinny się zdarzać przy starannem podwiązaniu bocznych gałązek tętnie.

Możebnem jednak jest, że ligaturka się obsunie, jak mnie się to raz zdarzyło. Po waginofiksyacji częściej zdarzają się przeszkody w oddawaniu moczu, niż po innych operacjach, dla usunięcia *retroflexio uteri* dokonywanych. Już nie mówiąc o przetokach pęcherzowo-pochwowych które powstały i po operacjach, przez pierwszorzędnym operatorów dokonanych, często pozostają na zawsze skargi co do oddawania moczu. Lekarze zdrojowi, do których nareszcie odsyła się takie pacjentki, zapewniali mnie, że obserwowali całe szeregi takich chorych. Osobiście dwa razy znów odseparowałem pęcherz od macicy, ściągnąłem otrzewną ku dołowi, jamę drenowałem i tak usunąłem dolegliwości. Nieraz usuwałem i nitki, które do pęcherza się dostały. Widziałem, niestety, przypadki, gdzie na całe życie oddawanie moczu pozostało bolesne, cystoskop ujawnił kształt klepsydrowy pęcherza moczowego. Nie mam osobiście na tem polu rozległego doświadczenia i uznać muszę zarzut, że mże operowałem fałszywie we wszystkich tych przypadkach, że nie dokonałem czystej wesikofiksyacji. Jest to możebne. Z drugiej zaś strony powiedzieć muszę, że zgłaszają się do mnie pacjentki, operowane przez najróżnorodniejszych operatorów, i że liczba tych pacjentek, które stale narzekają na nieład w oddawaniu moczu jest bardzo wielka.

Przy wentrofikсации rzadko kiedy napotykałem w następstwie jakakolwiek skargę co do oddawania moczu.

Od 10 lat, idąc za radą WERTH'a i KUESTNER'a, w klinice mojej przede wszystkim dokonujemy operacji ALEKSANDER'a i ADAMS'a. Ja osobiście oraz asystenci moi doszliśmy do wielkiej wprawy w tej operacji, tak że cała operacja trwa zaledwie kilka minut. Oczywiście lepiej jest zrobić dwa małe cięcia skórne, niż otworzyć jamę brzuszną. Zawsze mieliśmy rychłozrost ran. Nigdy nie widziałem powstania krwiaka następczego.

Lecz nie sposób zagwarantować tak pewnego rezultatu, jak po wentrofikсации. D-r REIFFERSCHIED opisze przypadki z kliniki mojej szczegółowo.

Mniej więcej w 4% przypadków zdarzyły się recydywy, jeszcze nie wiem z jakiej przyczyny. Może być, wskutek warunków indywidualnych, że więzy były mniej odpowiednie dla takiej operacji, że macica od samego początku leżała zbyt nisko, może być, wskutek przepełnienia odbytnicy podczas rekonwalescencji, może być,

nie założono *pessarium*, któreby w pierwszych dniach po operacji macicę *in situ* utrzymało. W każdym razie pomimo wybornego rychłozrostu widziałem nieraz recydywy.

Lecz ostatecznie, czy istnieje jaka operacja, która nigdy nie dała recydywy? Wogóle mówiąc, wypada przyznać zalety tej prostej i niewinnej operacji.

Reasumując wszystko, powyżej powiedziane co do tej operacji, powiedziałbym: Wentrofikсация jest najpewniejszą operacją; w *retroflexio uteri* przydatna jest dla wszystkich przypadków, nadaje się do wszystkich przypadków; operacja ALEKSANDER'a i ADAMS'a jest najmniej niebezpieczna i przy ruchomej macicy prawie tak samo pewną, co do wyniku operacją, jak wentrofikсация. *Vaginaefixatio* lub *vesicofixatio* nie ma żadnych zalet przed temi dwiema operacjami, lecz zawiera cały szereg niebezpieczeństw, które zmuszają nas do ograniczenia tych operacji do tych na przykład, przypadków, gdzie chodzi o osiągnięcie celów ubocznych, na przykład, sterylizacji kobiety.

Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych.

Protokół z dnia 30 kwietnia 1902 r.

1) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił preparat mikroskopowy guza krtani, usuniętego choremu, przedstawionemu na poprzednim posiedzeniu. Drobnowidz wykazał raka. Kol. ŁOGUCKI dodaje, że po usunięciu guza ukazał się naciek pod struną.

Kol. WRÓBLEWSKI wspomina o przypadku, dotyczącym człowieka starego, z naciekiem obu strun lewych, zgrubieniem chrząstki nalewkowej lewej i ograniczeniem ruchomości lewej

połowy krtani; na tylnym końcu lewej struny prawdziwej rozrosty podobne do brodawczaków. W płucach zmian gruźliczych nie było. Sprawa w krtani wyglądała na raka. Drobnowidz wykazał gruźlicę.

Kol. SOKOŁOWSKI przytacza przypadek analogiczny u mężczyzny starego, kachektycznego, skarżącego się na chrypkę i krwioplucie, bez wyraźnych zmian w płucach. znaleziono na strunie prawej guz wielkości małej wiśni bez nacieku; tylna ściana z prawej strony obrzmiała. Podejrzewano nowotwór złośliwy. Po upływie miesiąca wystąpiły wyraźne zmiany w płucach.

2) Kol. ŁOGUCKI przedstawił chorego, który zgłosił się do niego z powodu chrypki. Znalaziono pomiędzy strunami w przednim kącie guz, wielkości małej wiśni. W płucach zmian nie ma. Przy operowaniu kleszczami guz okazał się tak twardym, że tylko kawałek można było wydobyć. Sądząc z konsystencyi guza, kol. Ł. uważa go za *osteoma* lub *osteochondroma*.

Kol. SOKOŁOWSKI dodaje, że guz wyglądał, jak brodawczak.

Kol. SREBRNY zwraca uwagę, że można było uniknąć pomyłki, badając guz zgłębnikiem.

3) Kol. SZLEIFSTEIN przedstawił chorą, której z powodu nosa siodełkowatego zastrzyknął pod skórę nosa parafinę z wynikiem dodatnim: zakłęśnięcie wyrównało się znakomicie. Kol. S. zastrzyknął 3 ctm. sz. mieszaniny parafiny twardej i płynnej, wysterylizowanej przy 100 kilkudziesięciu stopniach. Mieszanina zastrzyknięta krzepnie przy 40°. Strzykawka powinna być gorąca, aby igła się nie zatkała, powietrze należy przed zastrzyknięciem wypuścić. Parafina ma dążność do rozlewania się po sąsiednich tkankach, i, aby uniknąć tego, należy uciskać nasadę nosa. Kol. S. w tym celu posługiwał się drenem, którym druga osoba mocno uciskała nasadę nosa. Ból przy wstrzykiwaniu jest nieznaczny. Zaraz po iniekcji należy nos odpowiednio uformować. Odczyn nazajutrz po operacji był minimalny. Wobec obfitości żył w skórze nosa aseptyka powinna być ścisła. Stosowanie opisanego rękoczynu zaleca kol. S. tylko w przypadkach dużego zniekształcenia.

Kol. SINOŁĘCKI zapytuje, jaki był w mieszaninie stosunek parafiny twardej do płynnej.

Kol. SZLEIFSTEIN odpowiada, że to zależy od topliwości parafiny, którą za każdym razem określać należy.

Kol. WRÓBLEWSKI uważa wynik dokonanego rękoczynu za bardzo dobry, zwraca tylko uwagę na dwa czarne punkty na nosie, które dowodzą, że igła nie była dostatecznie wyczyszczona. W analogicznym przypadku, operowanym przez kol. SINOŁĘCKIEGO, widział kol. WRÓBLEWSKI obrzęk powiek. Ucisk nasady nosa wywołuje za pomocą palców.

Kol. SREBRNY zapytuje, czy wstrzykiwania robione były z góry na dół, czy z dołu do góry.

Kol. SZLEIFSTEIN odpowiada, że z dołu do góry.

Kol. SREBRNY sądzi, że przy wstrzykiwaniu z góry nadół udałoby się uniknąć wspomnianego obrzęku powiek.

Kol. SZLEIFSTEIN odpowiada, że przy wstrzykiwaniu z góry na dół nie dałoby się wykonać ucisku nasady nosa.

Kol. SREBRNY sądzi, że przy tym kierunku wstrzykiwania ucisk byłby zbyt słaby.

Kol. KRYŃSKI przypomina, że pierwszy robił owe wstrzykiwania GERSUNY. Sądzi, że lepiej brać parafinę twardą, niż mieszaninę.

Kol. SZLEIFSTEIN przeciwnie mniema, że dla uniknięcia zbyt twardości protezy właściwsza jest mieszanina parafiny twardej z płynną.

Kol. SINOŁĘCKI powiada, że ECKSTEIN i BROECKART podają, iż przy stosowaniu mieszaniny parafina płynna wysysała się, wskutek czego kształt nosa może ucierpieć.

Kol. SOKOŁOWSKI robi uwagę, że należało przed rękoczynem chorą odfotografować, i że byłoby pożądane przedstawienie jej za kilka miesięcy.

Kol. SZLEIFSTEIN dodaje, że na posiedzeniu towarzystwa laryngologicznego londyńskiego pokazywano osobnika z takim nosem w 8 miesięcy po dokonaniu zastrzyknięcia parafiny. Wynik był dobry.

4) Kol. DUDREWICZ (syn) przedstawił dren, usunięty z prawego oskrzela chorej, której po dokonaniu rozszczerzenia krtani wprowadzono pomiędzy struny dren i przyszyto do skóry. Po kilku dniach dren znikł. Chora z początku na nic się nie skarżyła. Przed 6 tygodniami wystąpił ból w prawym drugim międzyżebżu. Oddech z prawej strony był osłabiony. Wprowadziwszy lusterko przez otwór w tchawicy, kol. D dostrzegł dren i wydobyl go za pomocą przyrządu, służącego do usuwania ciał obcych z cewki moczowej.

Zapytujących o cel wprowadzenia drenu do krtani objaśnia kol. SINOŁĘCKI, że czyni się to w celu przyciśnięciem płata skóry, przeniesionego do krtani po jej rozłupaniu. Z początku używano do tego celu tamponów z gazy, gdy te jednak okazały się niedogodnymi, zastąpiono je drenem. Kol. S. miał podobny przypadek, ale dren ześlizgnął się tylko do tchawicy.

Kol. SZLEIFSZTEIN wyraża wątpliwość co do tego, czy dren rzeczywiście znajdował się w oskrzeli, a nie w tchawicy.

Kol. SOKOŁOWSKI, dzieląc zdanie kol. SZLEIFSZTEIN'a, radzi przekonać się na trupie, czy dany dren dałby się usunąć z oskrzela narzędziem, użytym przez kol. DUDREWICZA. Dren w oskrzeli musiałby uleść szybko zatkanemu śluzem, a wtedy wystąpiłyby objawy zwężenia oskrzela.

Kol. DUDREWICZ odpowiada, że widział z całą pewnością ujście lewego oskrzela i górny koniec drenu, oblepiony śluzem, sterczący z prawego oskrzela. Chwilami występowała sinica rąk i twarzy chorej, były więc i objawy zwężenia oskrzela.

Kol. DOBROWOLSKI wspomina o przypadku śmierci wskutek zatkania się śluzem drenu, który wpadł do tchawicy.

Kol. LUBLINER przypomina metodę VOLTOLINI'ego, polegającą na badaniu laryngoskopem w ciemni, po przystawieniu poniżej głośni lampki, używanej do prześwietlań; w przypadkach takich, jak kol. DUDREWICZA, metoda ta mogłaby zapewne być przydatna.

W dalszym ciągu dyskusji z powodu komunikatu kol. SOKOŁOWSKIEGO o powikłaniach tonsillotomii kol. DOBROWOLSKI przytacza swoją statystykę ropni okołomigdałkowych po tonsillotomiach: na 200 operacji ropnie takie wystąpiły w 3 przypadkach w kilka dni po operacji. Kol. D. przypuszcza, że w przypadkach tych operował w trakcie wytwarzania się ropnia.

Kol. WRÓBLEWSKI ropni nie spostrzegał ani razu, ale też nie operuje migdałków w stanie zapalnym, ani wkrótce po zapaleniu. Inni, jak PIENIAŻEK, przeciwwskazania do operacji nie znajdują nawet w dyfteryście, z czem niepodobna się zgodzić.

Kol. LUBLINER na sto kilkadziesiąt tonsillotomii nie widział ropnia; nie operuje nawet przy podejrzeniu sprawy zapalnej w migdałku; po operacji nie robi żadnych tuszowań.

Kol. SOKOŁOWSKI tuszuje ranę po tonsillotomii 5% chlorkiem cynku i na sto kilkadziesiąt operacji miał jeden ropień.

Kol. HEIMAN robił około stu tonsillotomii i ropnia ani razu nie spostrzegał.

Kuczynski.

Protokół z dnia 28 maja 1902 r.

1) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił chłopca 11-letniego, nie obciążonego dziedzicznie; czy przechodził płonicę, nie wiadomo. Od roku osłabienie słuchu, od pół roku głuchota. Z początku choroby uskarżał się na szum w uszach, czy go teraz ma, nie wiadomo. Zaburzeń w równowadze nie ma. Dwa lata temu nagle zaniewidział. Przy badaniu nie znalazł kol. D. wybitnych zmian ani na bębenkach, ani w jamach bębenkowych, trąbka EUSTACHIUSZ'a wolna. Przewodnictwo kostne z prawej strony jakoby trochę zachowane, z lewej, zdaje się, stracone. Próby słuchowe nie dają rezultatów. Widzi nieźle, ma jednak siłę widzenia zmniejszoną o połowę. Przed 2 laty, według rozpoznania kol. DOBRZAŃSKIEGO, miał *keratitis* i *iritis syphilitica*. Zmiany te przy leczeniu przeciwprzymiotowem znikły w przeciągu miesiąca. Obecnie widać plamy na rogówce i nierówność źrenice.

Idzie o to, czy sprawa uszna zależy od przymiotu, czy od sklerozy. Od tygodnia dostaje wcieerania szaruchy i jodek potasu, jak dotąd, bez skutku.

2) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił chłopca 12 letniego, który przed rokiem zjawił się z nosem rozszerzonym, z prawego nozdrza sterczał guz wielkości orzecha laskowego, za nim znajdowały się dwa drugie. Guzy te były ziarniste, łatwo krwawiące, zrosnięte z przegrodą. Przegroda chrzęstna była zwyrodniała. W okolicy kości nosowej lewej znajdowała się przetoka, której otwór był pokryty ziarniną. W jamie nosogardzielowej na wolnym brzegu przegrody nosa małe guziczki. Pod podbródkiem gruczoły były powiększone; po wyłuszczeniu okazały się one serowato zwyrodniałymi. Skóra nosa prawidłowa. Rozpoznanie wahało się między mięsakiem a gruźlicą. Badanie drobnowidzowe wykazało gruźlicę. Obecnie widać guziczki na skórze pod nosem, przegroda chrzęstna i część przegrody kostnej zniszczone. Przetoka prowadzi do prawej jamy nosowej. W jamie nosogardzielowej widać brak części przegrody nosa.

Kol. HEIMAN rozpoznaje w pierwszym przedstawionym przez kol. DOBROWOLSKIEGO przypadku — cierpienie błędnika przymiotowe; czy wrodzone, czy też nabyte, trudno rozstrzy-

gnać, prawdopodobnie jednak nabyte. Słuch zapewne już oddawna szwankuje. Rokowanie złe.

Kol. SREBRNY zapytuje, dlaczego prawdopodobieństwo nabytego przymiotu jest większe.

Kol. HEIMAN odpowiada, że przymiot wrodzony daje prawie bezwarunkową śmiertelność, z czem kol. SREBRNY się nie zgadza.

Kol. DOBROWOLSKI powiada, że chłopiec dawniej musiał dobrze słyszeć, gdyż chodził do szkoły i dobrze się uczył. Co się tyczy rozpoznania przymiotu, to opieramy je na zmianach w oczach. Ale mógłby być przymiot swoją drogą, a skleroza swoją.

Kol. HEIMAN na sklerozę się nie zgadza, gdyż u małych dzieci zdarza się to chyba bardzo rzadko, a oprócz tego dominują zmiany ze strony błędnika.

Kol. DOBROWOLSKI sądzi, że rzadkość cierpienia nie wyłącza jego możliwości.

W dyskusji nad drugim przypadkiem kol. DOBROWOLSKIEGO prof. KRYŃSKI wspomina o różnicy klinicznej pomiędzy wilkiem a gruźlicą. W przedstawionym przypadku mamy gruźlicę niewątpliwą, świadczą o tem gruczoly.

Kol. SINOŁĘCKI zapytuje, czy dla plastyki można tu co zrobić.

Prof. KRYŃSKI odpowiada, że można, ale trzeba czekać i mieć pewność, że nawrotu nie będzie.

Kol. DOBROWOLSKI dodaje, że w płucach zmian nie znalazł, uważa więc swój przypadek za pierwotną gruźlicę błony śluzowej nosa.

Kol. SOKOŁOWSKI uważa przypadek ten za gruźlicę o postaci guzowatej (*tuberculosis tuberosa*), są to zwykle przypadki pierwotne.

Kol. WRÓBLEWSKI w ostatnich czasach widział dużo przypadków gruźlicy nosa, z których dwa w krótkości przytacza: 1) Chłopiec 12 letni dotknięty, zarówno jak i ojciec, przymiotem, obecnie nie może oddychać nosem. Leczony poprzednio wcieraniami szaruchy; po 10 wcieraniach zaczął słabnąć. Kol. WRÓBLEWSKI znalazł w lewej jamie nosowej jakoby przerost dolnej muszli i odciał 3 duże kawały pętla galwanokaustyczną. Badanie drobnowidzowe wykazało typową gruźlicę; 2) owrzodzenia i ziarnina w nosie, na skórze twarzy guzy, po części owrzodziła.

3) Kol. SINOŁĘCKI przedstawił dwa nowotwory, usunięte z jamy nosogardzielowej dziewczyny lat 18: jeden wychodził z lewego nozdrza

tylnego, drugi z lewiesza. Przy operacji posługiwał się kol. S. ligaturą jedwabną, którą przerzuca przez pętlę drucianą celem ułatwienia sobie nasunięcia pętli na guz. Przypadkiem znalazł kol. S. w podręczniku chirurgii wzmiankę, że sposób ten był już dawniej używany.

4) Kol. HEIMAN opowiada, że wezwany został do Częstochowy celem wykonania operacji na wyrostku sutkowym z powodu, jak mu pisanano, *thrombophlebitis* u dziecka chorego na ucho. Dziecko to 2 miesiące przedtem miało czyraki na brzuchu i wysoko gorączkowało przez 6 tygodni. W ostatnich dwóch tygodniach gorączka miała charakter ropniczy. Lekarz w Częstochowie otworzył wyrostek sutkowy bez wpływu na przebieg choroby. Dziecko, widziane przez kol. HEIMANA, miało wyrostek sutkowy zmartwiały (przy otwieraniu jakoby znaleziono kroplę ropy), w obu uszach ropienie. Dziecko wycieńczone. Przy operacji kol. H. otworzył *antrum mastoid.* i jamę czaszkową. Twarda opona nie przedstawiała zmian, zatoka poprzeczna pozornie prawidłowa, nakłucie jej jednak strzykawką PRAWATZ'a nie dało krwi. Wobec tego kol. H. zatokę poprzeczną przeciął, wydobyl z niej zakrzep i wyciął zgrubiałą przednią ścianę zatoki, żyły szyjowej wobec złego stanu dziecka nie przewiązał. Dziecko po operacji miało ciepotę 38,1°, tętno 110 pełne i mocne. Przed tygodniem dowiedział się kol. H. z listu, że po 10 dniach wystąpiła *pleuritis purulenta*, z powodu której zrobiono torakotomię; jednocześnie powstał ropień na pośladku. Pomimo to wszystko dziecko ma się względnie dobrze, nie gorączkuje, rana pokrywa się zdrową ziarniną.

Drugi przypadek, zakomunikowany przez kol. HEIMANA, dotyczył chłopca 10-letniego, dotkniętego od dzieciństwa ropieniem z ucha. W błonie bębenkowej znalazł kol. H. mały brak, przez który wydostawała się ziarnina. Po przypaleniu kwasem mlecznym ziarnina znikła, ropienie ustało. W 8 dni po uwolnieniu z kuracji dziecko zaczęło gorączkować, dostawszy przedtem bólu ucha i głowy. Po dwóch dniach stan septyczny, później *opisthotonus*. Kol. H. otworzył wyrostek sutkowy i jamę czaszkową: twarda opona w okolicy zatoki poprzecznej przedstawiała czarnoszarawy strup, który został zdjęty, zatoka została przecięta, zakrzep z niej wydobyty. Po otwarciu jamy czaszkowej wylała się duża ilość ro-

py z ropnia zewnątrzoponowego. 6 dnia wystąpiły objawy ucisku mózgowego. Przypuszczając ropień mózdzku, kol. H. wklął nóż do mózdzku, ale ropy nie otrzymał. 8 dnia nastąpiła śmierć.

Trzeci przypadek dotyczył człowieka 60 letniego z bólem głowy i ropieniem w uchu od 3 tygodni. W przewodzie zewnętrznym dużo ziarniny. Uważając ból głowy za objaw zatrzymania ropy, kol. H. usunął ziarninę. Nastąpiła ulga. W głębi ucha kol. H. zauważył coś jakby masy cholesteatomatyczne. Po 4 dniach znowu wytworzyła się ziarnina, po usunięciu której kol. H. wydobyl z głębi ucha kawałek papieru, po czem chory wyzdrowiał.

Prof. KRYŃSKI uważa, że tam, gdzie jest wyjęty zakrzep, podwiązanie żyły szyjowej chyba jest zbyt bezużyteczne.

Kol. SOKOŁOWSKI zapytuje, czy pod względem rokowania w ropniach usznych nie miałyby znaczenia badanie bakteryologiczne.

Kol. HEIMAN odpowiada prof. KRYŃSKIEMU, że żyłę szyjową podwiązuje się ze względu na niepewność, czy w *bulbus venae jugul.* nie ma zakrzepu ściennego, kol. SOKOŁOWSKIEMU zaś —, że badanie bakteryologiczne pod względem rokowania nie ma znaczenia. Ważniejsze w tym względzie znaczenie ma sprawa, czy jest ropnica z zakrzepami, czy bez nich: te przypadki, w których zakrzepów nie ma, często ulegają wyzdrowieniu.

Kol. SREBENY przypomina pracą JÜRGENS'a, który na zasadzie badania bakteryologicznego starał się wyprowadzić wnioski dla rokowania i znalazł, że obecność łańcuszkowców pod tym względem ma znaczenie gorsze, obecność zaś gronkowców pomyślniejsze.

Zygmunt Srebrny.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Szanowny Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe umieszczenie w „Medycynie“ uwag moich, dotyczących pracy d-ra Bohdana KORYBUTA DASZKIEWICZA pod tytułem: „Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci“, wydrukowanej w N. 37 i 38 „Medycyny“.

Do najwcześniejszych objawów przymiotu dziedzicznego należy pęcherzyca (*pemphigus*), z którą rodzi się dziecko, obarczone przymiotem. Pęcherzyca jest częstym objawem. MILLER na podstawie tysiąca spostrzeganych przypadków określa częstość pęcherzycy na 24%.

Drugim z kolei objawem przymiotu dziedzicznego do rzędu najwcześniejszych należy zajęcie błony śluzowej nosa, które zwykle zaczyna się rozwijać w pierwszych tygodniach życia. Ob-

jaw ten jest bardzo częsty. Tenże MILLER określa częstość tego objawu na 58%. Ja w trzystu przypadkach dziedzicznego wczesnego przymiotu, przez siebie spostrzeganych, spotykałem go 149 razy, a więc prawie 50%. Występująca przy tem „sapka“ jest objawem nadzwyczaj charakterystycznym.

Dopiero trzecie z kolei miejsce pomiędzy najwcześniejszymi objawami przymiotu dziedzicznego zajmują inne objawy na skórze.

Opisywane przez autora błyszczące, polakierowane podeszewki stanowią objaw przymiotu niewątpliwy, który występuje tylko w przypadkach najwybitniejszych. Objaw ten stosownie do swej ważności stoi w jednym rzędzie z takimi objawami przymiotu, jak pęcherzyca lub łepieże płaskie. Do postawienia właściwego rozpoznania w przypadkach, naj-

częściej spotykanych, zwykle wystarcza — obok innych objawów — swoisty wygląd skóry na kończynach i tułowi, mianowicie taki, jak gdyby była nawoskowana. Zabarwienie brunatne posiada skóra wtedy, gdy wysypki, na niej usadowione, są silnie rozwinięte. Zabarwienie to trwa czas jakiś i po zniknięciu wysypki.

Przyjm, Szanowny Redaktorze, wyrazy wysokiego szacunku i poważania.

Ludwik Rabek.

Ordyn. War. Szpit. dla dzieci.

18.X. 1903.

Odpowiedź kol. Rabkowi.

W odpowiedzi na uwagi, dotyczące mej pracy, a poczynione przez kol. RABKA, zaznaczyć muszę, że:

1) nie miałem wcale zamiaru wyliczać w mej pracy wszystkich typowych objawów przymiotu dziedzicznego u dzieci, ani też przytaczać danych statystycznych, dotyczących częstości pewnego objawu w porównaniu z innymi, boć dla interesujących się tą sprawą są to zanadto dobrze znane rzeczy; przeciwnie, celem mej pracy było: a) zwrócenie uwagi na te „nietypowe“ objawy, które zwykle bywają pomijane lub lekceważone i b) „zaznaczenie pewnych różnic w poglądach moich na symptomatologię przymiotu dziedzicznego od panujących i utartych przekonań“ (Medycyna N. 37 str. 830).

2) O tem, że pęcherzyca, o ile tylko posiada wszystkie cechy klasyczne, jest objawem typowym dla przymiotu dziedzicznego, że dzieci nieraz rodzą się z pęcherzycą — wiem aż nadto dobrze: tylko..... nie mogę się zgodzić na zdanie kol. RABKA, że jest ona objawem „częstym“. Zdanie MILLER'a, że zdarza się ona w 24% przypadków przymiotu dziedzicznego, na które się kol. R. powołuje, zdaje się, że najlepiej Szanowny mój Oponent obalił, jeśli w swojej pracy o przymiocie dziedzicznym (Kronika Lekarska 1897) wspomina (strona 11), że odnotował ją w 5 przypadkach na 300 obserwowanych, co by nie wynosiło nawet 2% (*sic!*) Sam spotykałem pęcherzycę względnie rzadko, a jeśli jej w pracy swej naczelnego miejsca nie udzieliłem, to dla tego, że jest ona aż zanadto typowym objawem, a mnie właśnie te „mniej typowe“ obchodziły.

3) Co się tyczy „sapki“, to zupełnie wyraźnie zaznaczyłem, że, chociaż większość autorów „uważa ją za obowiązkowy niemal objaw przymiotu dziedzicznego, ja zaliczam sapkę tylko do rzędu nierzadkich objawów“. Nie mogę na razie przytoczyć moich danych liczbowych, zapewne jednak zgodziłbym się na 2% między 50 i 60.

Przypomnieć jednak muszę, że w 5 przypadkach, gdzie nastąpiło zarażenie się mamki (str. 848) od dziecka, tylko raz jeden zanotowałem: „bardzo mało wydatny katar“, a wtedy istniały już owe „lakierowane stopki“, które szczegółowiej w pracy mej opisałem.

W każdym razie raz jeszcze zaznaczam, że moje obserwacje przemawiają za większą częstością owych lakierowanych stopek i błyszczących nacieczeń na pośladkach (str. 831), niż za „sapką“.Nie moja w tem wina, że mój materiał obserwacyjny do takich, a nie innych doprowadził mnie wniosków.

4) Absolutnie już nie mogę się zgodzić na zdanie Szanownego mego Oponenta, że: „opisywane przez autora (t. j. przezemnie) błyszczące, polakierowane podeszewki stanowią objaw przymiotu niewątpliwy, występujący tylko w przypadkach najwybitniejszych“.

O objawie tym i ja sam wyraziłem się z pewną ostrożnością, a mianowicie: „że uważać go należy, jeśli nie za zupełnie patognomiczny, to przynajmniej za wielce *quo ad tuem* podejrzany objaw“ i t. d. Zaznaczyłem wprawdzie, że przy pewnej wprawie w obserwacji można już na podstawie jednego z wyliczonych przezemnie objawów, a między innymi i owych „lakierowanych stopek“ — pozwolić sobie na zrobienie poważnego podejrzenia co do istnienia u danego niemowlęcia przymiotu dziedzicznego. Powiedziałem w ten sposób dlatego, że wogóle błyszczące, jakby polakierowane stopki, zdarzają się dość często u dzieci zupełnie zdrowych, ale istnieje pewien typ takich piątek lub stopek, typ, nie dający się zupełnie dokładnie opisać, który niemal za swoisty uważam. Jeśli się dużą liczbę takich dzieci codzien przez czas dłuższy obserwuje, można nabrać wprawdy w odróżnianiu tych właśnie mocno podejrzanych piątek, że się tak wyrażę, od tych, które i zdrowe dzieci posiadać mogą.

Że owe błyszczące, polakierowane piętki nie „występują tylko w przypadkach najwybitniejszych“, jak utrzymuje kol. RABEK, setki razy o tem przekonać się mogłem i tam, gdzie dopiero z biegiem czasu inne objawy przymiotu występowały i w tych, wreszcie, chociażby smutnych przypadkach, przytoczonych w mej pracy, gdzie nastąpiło zarażenie się mamek.

5) Co się tyczy zabarwienia skóry, to zaznaczyłem właśnie ową wielką rzadkość we wczesnych okresach przymiotu dziedzicznego tego jakoby typowego objawu (str. 846).

Trudno mi przeto robić zarzut z tego, że materiał, którym ja rozporządzałem (zresztą i obfity bardzo i dający się obserwować dokładniej, niż ambulatoryjny, boć siałe w szpitalu przebywający), do takich właśnie, a nie innych doprowadził mnie wniosków.

W pracy mej zaznaczyłem już przypuszczalne powody, dla których obserwacye moje, robione przeważnie w szpitalu, doprowadziły mnie do wielu odmiennych wniosków, niżli te, które były oparte na materiale wyłącznie ambulatoryjnym. Jak jedne, tak i drugie obserwacye są ciekawe, wszakże, jeślibym był doszedł do wniosków identycznych z wiadomymi już poglądami na sprawę omawianą, nie uważałbym za właściwe podawać ich do wiadomości Kolegów, Czytelników „Medycyny“.

Czy ktoś, powtarzający obserwacye podobne do moich w warunkach takich, w jakich się ja znajdowałem, dojdzie do tych samych wniosków — nie wiem.

Dziś mniemam, że... tak.

D-r B. Korybut Daszkiewicz.

Ordyn. Domu Wychowaw.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 września do 14 października r. b.

Miesiąc sprawozdawczy nie wiele różnił się od poprzedniego pod względem liczby chorych, jak również co do jakości epidemii: płonica o przebiegu ciężkim nadal zajmuje przodujące miejsce i najwięcej zabiera ofiar. Drugie miejsce zajął tyfus brzuszny (22 chorych), lecz przebieg był względnie łagodniejszy, i tylko jeden przypadek zakończył się śmiertelnie. Liczba chorych często przewyższała liczbę łóżek, lecz szpital nikomu nie odmówił przyjęcia, gdyż dostawiano łóżka zapasowe.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 109 (m. 41, k. 68), przybyło 152 (69 m. 83 k.), w tej liczbie 26 osób z okolic podmiejskich; wyzdrowiało 115 (47 m. 68 k.), wypisano z polepszeniem 3 chorych, zmarło 21 (m. 9, k. 12), pozostało na miesiąc następny 117 (m. 52, k. 65).

Płonica, której mieliśmy przypadków 32 (m. 14, k. 18), pokazywała się w różnych punktach miasta. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Erywańska 7, Trębacka 7 (cztery przypadki), Niecała 12, Ś-to Krzyska, Nowo-Wolska 2 (dwa przypadki) i 12, Stawki 75, Nowolipie 6 (trzy przypadki), Smocza 37 (dwa przypadki), Ś-tej Barbary 10, Marienstadt 20,

Czerniakowska 93, Szeroki Dunaj 5, Chłodna 40, Elektoralna 10, Kawęczyńska 8, Kazimiery 50, Ogrodowa 34, Ciepła 32, Ptasia 8 i z Mokotowa (2 przypadki). Przebieg był ciężki, 8 chorych zmarło.

Ospy przybyło przypadków 13, z tych trzy zakończyły się niepomyślnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Wolska 38, Targowa 5, Pawia 45, Ciepła 17, Okopowa 4, Gęsia 45, Ś-to Jerska 28, Koszykowa 36, Aleksandrya 10, Stawki 49 oraz ze wsi Czyste, Szczęśliwice i Mokotów.

O dry przybyło 10 przypadków, z których dwa zakończyły się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z ulic: Bednarska 17, Ogrodowa 54, Plac Grzybowski 6, Chłodna 32, Wronia 2, Pawia 38, Pańska 86, Górczewska 8, wieś Brudno i Janów.

Tyfus brzuszny, którego w miesiącu poprzednim mieliśmy 19 przypadków, obecnie dał nam 22 chorych przeważnie z okolic podmiejskich lub z dzielnic biedniejszych. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Nowo-Wolska 12, Furmańska 10, Źródłowa 12, Wronia 51, Ząbkowska 30, Olszowa 12, Podwale 22, Aleksandrya 8, Chłodna 22, Nowogrodzka 10,

Krochmalna 75, Twarda 23, Smocza 18, Przemysłowa 25, wieś Kolo, Wola, z Grodziska (dwa przypadki) i przyjezdny z Austrii. Jeden mężczyzna zmarł.

Tyfu su wysypkowego było tylko dwa przypadki.

Róża, jak zwykle, występowała dość licznie: przybyło chorych 31, i przypadku śmierci nie było. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Marszałkowska 56, Chmielna 9, Złota 75, Wileza 46, Ogrodowa 56, Grzybowska 57 (dwa przypadki), Żelazna 21 i 50, Solna 6, Chmielna 78, Smolna 25, Dzielna 38 i 50, Warecka 1, Wolność 16, Wspólna 24, Jasna 6, Marienstadt 20, Dzika 34, Pańska 44, Krochmalna 23, Żelazna 39, Fabryczna 18, Wołomińska 48, Śliwicka 6, Miedziana 7 i 16, Górczewska 11, ze wsi Czyste, Górne i Krystyna pow. Garwolińskiego.

Biegunki krwawej przybyło 9 przypadków o przebiegu ciężkim. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Chmielna 85, Śliska 14, Łomżyńska 17, Browarna 26, Wileń-

ska 23, Piaskowa 8, Górna 10, wieś Brudno. Czterech chorych zmarło.

Błonicy gardła przybyło 3 przypadki, zakończone pomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Gęsia 27, Towarowa 50, Radzyńska 32. Zapalenia gardła (*angina follicularis*) przybyło 9 przypadków, które również pomyślnie się zakończyły. Mianowicie chorzy przybyli z ulic i domów: Żórawia 47, Szeroki Dunaj 6, Wolska 35 (dwa przypadki), Tarczyńska 16, Ogrodowa 46, Krucza 9, Towarowa 42 i z Rudy Guzowskiej.

Z innych chorób zakaźnych spostrzegliśmy: karbunkułu złośliwego (*anthrax sibiricus*) 4 przypadki wyłącznie u mężczyzn ze wsi Mrokowa, z których jeden zmarł, a trzech pozostają jeszcze w szpitalu.

Odsetek śmiertelności wynosi 8.04.

Badań pośmiertnych dokonano w 5 przypadkach.

Chorzy przebyli w szpitalu dni szpitalnych 3454 (m. 1469, k. 1985).

Roman Gutowski

Wiadomości bieżące.

— W uniwersytecie w Krakowie otworzono klinikę dentystyczną.

— „Objawszyszy dział sprawozdawczy z piśmiennictwa polskiego w „Monatshefte f. pract. Dermatologie“, proszę Kolegów, którzy życzą sobie, aby prace ich z zakresu chorób skórnych i moczopłciowych były streszczane w wymienionem czasopiśmie, o przysyłanie mi odbitek pod adresem: Lwów, Kręta 3 (względnie — od maja do października — Bad Hall w górnej Austrii).

D-r Leon Feuerstein.

— Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. (Dopełnienie do sprawozdania z posiedzenia z dnia 15 września r. b.).

Kol. ODERFELD uważa proponowane przez kol. BORZYMOWSKIEHO drenowanie osierdzia do zdrowej opłucny za nie wytrzymałe krytyki. Nie wolno bezkarnie zakazać tak ważnego organu, jak opłucna w celu drenowania osierdzia, równa się to wywoływaniu bardzo poważnej komplikacji. Jeśli nie jesteśmy pewni aseptycznego stanu osierdzia, to nie wolno go zeszywać, lecz dre-

— Akademia lekarska w Turynie przyznała nagrodę RIBERI, wynoszącą 2000 lirów prof. SCLAVO za jego pracę o surowicy przeciw karbunkułowi.

— W Paryżu otworzono Instytut medycyny kolonialnej. Instytut ten stanowi część fakultetu lekarskiego.

— Pod redakcją d-rów FÜRST'a i JAFFE'go zaczęło wychodzić w Berlinie nowe czasopismo p. t. „Monatsschrift für sociale Medicin“.

nować na zewnątrz, w razie stanu aseptycznego możemy je zeszyć.

O. byłby raczej skłonny po rezeceji zebra drenować osierdzie przez opłucną na zewnątrz, niż do opłucny. W dalszym ciągu O. zaznacza, że przy ranach serca nie należy zadawać się wymacywaniem rany palcem, lecz należy starać się obejrzeć serce, czego dowodem jest drugi przypadek kol. B., w którym zeszyto jedną wymacaną ranę, a chory zmarł z powodu przeoczenia drugiej.