

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Przyczynek do leczenia zapalenia stawów surowiczego (*hydrops articuli v. hydarthros*). Podał Dr *Kazimierz Gurbcki*, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku. Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz. (w szpitalu Ś-go Ducha). Mięsak barwi-kowy kości łokciowej i kolana (*osteosarcoma melanodes ulnae et genu*). Spostrzeżenie Dra *Girsztowta*, Profesora kliniki. (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O chronieniu śród-krocza według *Ritgena*. Przez Dra *Ahlfelda*. Podał w streszczeniu Dr *St. Jerzykowski*, lekarz w Poznaniu. O patologicznych utratach białka przez organizm. Przez Prof. Dra *F. W. Beneke*'go. Podał Dr *W. Kosmowski*. — Wiadomości bieżące. Śmiertelność w Bo-stonie. — Dodatek. Anatomii opisowej T. II. ark. 8. Akuszeryi T. III. ark. 19, 20 i 21. Medycyny Sądowej T. II. ark. 3. Choroby zaraźliwe ostre ark. 10.

Przyczynek do leczenia zapalenia stawów surowiczego.

(*hydrops articuli v. hydarthros*).

Podał Dr *Kazimierz Gurbcki*, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku.

Puchlina wodna stawów należy do spraw chorobowych, z ktoremi dosyć często się spotykamy w praktyce, i zdaniem mojem powinniśmy baczniejszą na nią zwrócić uwagę, ile że wypadki niewłaściwie lub wcale nie leczone, zaniedbane, a czasami i same przez się dążą nieraz do większych lub mniejszych zwyrodnień tkanek, w skład stawu wchodzących. Niejednokrotnie też, jako następstwa wodunki stawowej, postrzegamy zgrubienie torebki stawowej, zwiotczenie więzów, skostnienie stawu. U niektórych osobników możemy nawet zauważyć wyraźną skłonność do powrotów wodunki za podziałaniem na-

wet niezbyt silnego bodźca, wtedy to możemy się spotykać z wybujałościami w stawie, a nawet może przyjść do zapalenia stawu zniepodobniającego (*arthroxerosis*), lub powoli rozwija się cały szereg objawów, zwanych wspólną nazwą guza białego (*tumor albus*). Gdyby statystyka chorób chirurgicznych dokładniej była prowadzona (co u nas obecnie wątpię czy jest możliwem), przemawiałaby wymownie za powyższem mojem twierdzeniem, przez wypełnienie rubryki chorób końców stawowych kości, będących następstwem rozmaitych spraw chorobowych tak ostrych jak i przewlekłych, umiejscowionych pierwotnie w błonach surowiczych stawu.

Przyczyną wodunki stawowej może być upadek, uderzenie, obrażenia wszelkiego rodzaju, stłuczenie, dystorsya stawu; dalej przyczyną może być gościec, zwykle ostry. Ponieważ najczęstszymi przyczynami sprawy, o której mowa, są rozmaitego rodzaju obrażenia, dla tego to i najczęściej siedliskiem wodunki są staw kolanowy, łokciowy, staw ręki i stopy.

Choroba zaczyna się albo od razu ostro w połączeniu z gorączką, szybkim obrzękiem stawu (w przeciągu 1—2 dni), utrudnieniem ruchów, bólami— lub też przewlekłe, bez gorączki, z powolnym gromadzeniem się wysięku, który tak, jak i w wypadkach ostrych, dochodzi nieraz do znacznych rozmiarów. Zapalenie przewlekłe daje gorsze rokowanie, gdyż nierzadko prowadzi za sobą następstwa, o których wyżej mówiliśmy. W celu uniknienia owych następstw, trzeba się starać o wessanie (*resorptio*) płynu, jamę stawową wypełniającego. W tym celu zalecają wcieranie maści szarej, z jodku potasu, obwiniecie stawu kawałkiem płótna, pomazaniem żywicą amoniacką, nałożenie opatrunku gipsowego.

Opatrunek gipsowy wyrugował dzisiaj liczne dawniej używane środki, bez względu na to, czy jest od nich korzystniejszym i lepszym w użyciu i skutkach, czy nie. Dzisiaj przy każdym cierpieniu stawu zaraz zakładają w mowie będący opatrunek; dzisiaj stał on się jakimś *arcanum*, jak naparstnica w chorobach serca.

Miałem sposobność postrzegać w ostatnich czasach cztery wypadki zapalenia surowiczego stawów z przebiegiem przewlekłym (trzy wypadki zap. sur. stawu kolanowego, jeden stawu łokciowego) u osobników dorosłych, którzy nie przechodzili przymiotu i byli zupełnie wolni od sprawy żółzowej. Kolega Ehrlich poradził mi, bym użył opatrunku z kolofonii i pakuł, twierdząc, że w swój licznej praktyce od lat wielu posługuje się tym środkiem z pomyślnym skutkiem; dodał przytém, że w klinice dorpackiej środka tego, dzisiaj zapomnianego, używał obszernie prof. Oettingen, i że opatrunek, o którym mowa, w prowincjach nadbałtyckich należy do środków ludowych.

Zastosowałem opatrunek wspomniany wedle opisu Korzeniowskiego¹⁾: „stupa lini in tabula vel mensa collocata, tali modo expunditur, ut inde ef-

¹⁾ Desmurgia s. chirurgiae pars de variis adminiculis deligatoriis. Vindobae 1837. pag. 38.

formetur stratum crassitudine pollicis, amplitudine vero ad fungum amplectendum sufficienti. Superior hujus strati superficies, digitis aliquantum complanata, conspergitur pulvere colophonii, qui dein, ad obtinendam massam aequalem ac semispissam, irrigatur spiritu vini rectificatissimo. Stupa hic ratione preparata, atque digitis sublevata, fungo articuli superimponitur, ibique per nychthemeron relinquitur.“ Podobny sposób postępowania zalecają J. L. Petit¹⁾, Hafner²⁾, Boyer³⁾, Plenck⁴⁾ i Rust⁵⁾. Reil⁶⁾ pakułami, posypa-
nemi proszkiem kolofonii, otaczał członek i dopiero polewał spirytusem, oble-
wanie codziennie powtarzał, dopokąd rozpuszczona kolofonia nie utworzyła w o-
koło członka grubiej i ściśle otaczającej warstwy.

W tych czterech wypadkach zastosowany opatrunek z pakuł i kolofonii dał bardzo dobre rezultaty, w przeciągu 10—12 dni nastąpiło zupełne wesy-
sanie. Chrych od chwili wyleczenia nie widziałem; czy u nich do tej pory
powrót choroby miał miejsce lub nie, tego powiedzieć nie umiem. Bądź co
bądź jednak opatrunkowi, o którym mówię, należy się prawo obywatelstwa,
raz dla tego że daje dobre rezultaty (o ile dotąd mogłem się przekonać), a po-
wtóre, że jest daleko lżejszym i tańszym od opatrunku gipsowego, a z tego
ostatniego względu odpowiedniejszy w praktyce szpitalnej i u biednych. Ni-
niejsze moje spostrzeżenie ogłaszam dla użytku Szanownych Kolegów, którzy
będą mogli je sprawdzić i poddać kontroli; obszerniejsze bowiem zastosowanie
i zestawienie rezultatów da dopiero możność ocenienia wartości opatrunku
w mowie będącego.

Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz. (w szpitalu Ś-go Ducha).

Mięsak barwikowy kości łokciowej i kolana (*osteosarcoma melanodes ulnae et genu*).

Spostrzeżenie Dra Girsztowta, Professora kliniki.

(Ciąg dalszy)*).

W tym czasie, kiedy sprawa zablizniania się rany po wypłowaniu ko-
ści łokciowej tak pomyślnie się odbywała, w kolanie występować zaczęły

1) Traité sur les maladies des os. Vol. II. pg. 359. Paris 1749.

2) Von der Gelenkwassersucht. Freiburg. 8 i u Waiz'a Neue Anzüge. Bd. V. pag. 129.

3) Traité des maladies chirurgicales. T. IV. pg. 456.

4) H e c k e r. Kunst die Krankheiten der Menschen zu heilen. IV. Th. Prakti-
sche Arzneimittellehre. 1815. II. Th. pg. 227.

5) Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie. Bd. II. Berlin, Wien 1833, pg. 155.

6) P h o e b u s. Handbuch der Arzneiverordnungslehre. Berlin 1836. pg. 125 II. Ausgabe.

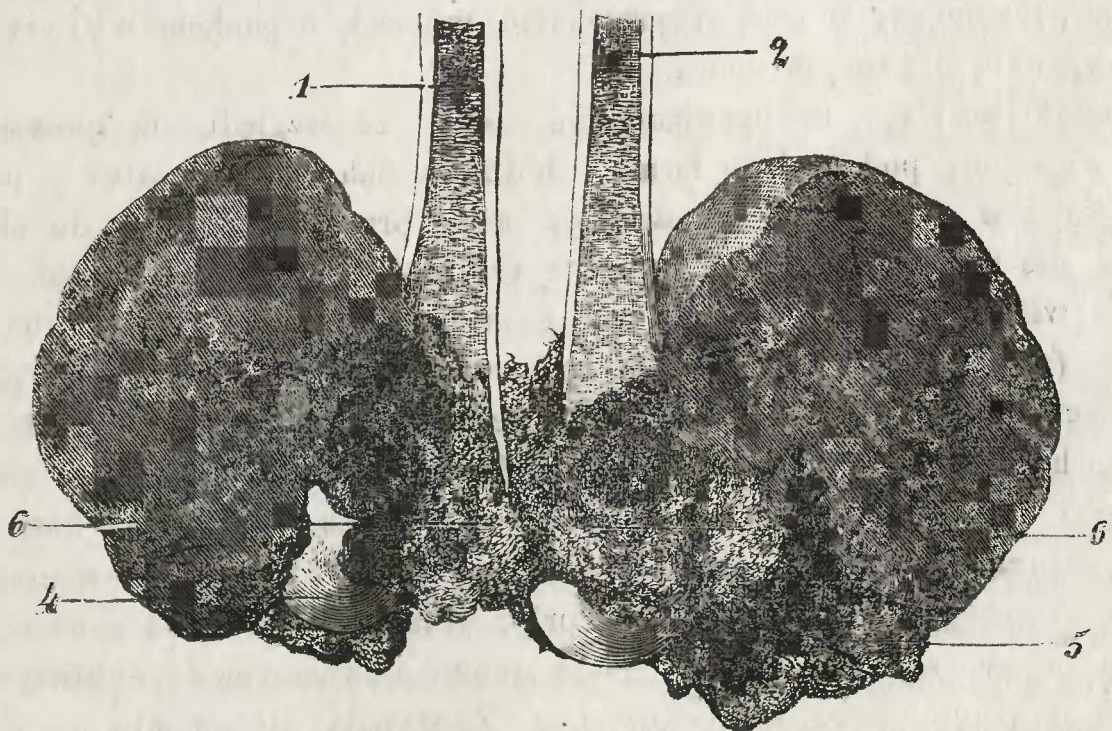
*) Zob. Nr 13 Gaz. Lek. T. XVI.

częstsze bóle i objętość jego stopniowo, ale stale zwiększała się. Chora obecnie oświadczyła, że po raz pierwszy, o ile pamięta, mały ból wystąpił w kolanie jeszcze w grudniu 1872 r., ponieważ jednak nie przeszkadzał chodzeniu, nie zwracała nań prawie uwagi; dopiero w miesiącu kwietniu 1873 r. stał się on dotkliwym i zmuszał nieraz chorą do szukania wypoczynku w łóżku, po czém znikał prawie zupełnie. Gdy podczas pobytu chorą w klinice, bez żadnej widocznej przyczyny, (chora wciąż leżała w łóżku) ból i współcześnie objętość kolana zwiększyły się, zwróciliśmy na tę okoliczność baczniejszą uwagę. Przy badaniu zdawało się pierwiastkowo, że punktem wyjścia cierpienia jest okostna zewnętrzznego kłykcia uda i chorobę przyjęliśmy za *osteo-periostitis condyli interni femoris*. Rzeczywiście po zastosowaniu przeciwzapalnych miejscowych środków (*t-ra jodi*, *unguentum ex nitrato argenti* 3j na 3j) bóle znakomicie z początku zmniejszyły się, gdy jednak pomimo to obrzękłość kolana z każdym prawie dniem stawała się znacniejszą i zajęła całą okolicę stawową, zastosowaliśmy na miejsce chore opatrunek z gipsu. Żadnej nie odnieśliśmy ztąd korzyści: bóle gwałtowne zmusiły nas do zdjęcia opaski i zastosowania kolejnego wezykatoryum i pędzlowania nastojką jodową, po czém ból prawie znikł zupełnie, objętość zaś kolana była większą i ruchy trudniejsze, barwa skóry pozostawała normalną.

W obec takiego stanu rzeczy zmuszeni byliśmy zmienić pierwotne rozpoznanie choroby (*osteo-periostitis*) i postawić dwie alternatywy: 1) albo mamy do czynienia z zapaleniem wnętrza stawu (*endogonitis granulosa*), albo 2) z ostrym rozwojem mięsaka (*sarcoma acutum*). Zmiana zarysów stawu (*physiognomia*), niezmieniona barwa skóry, konsystencya guza elastyczna, niedostatek chełbotania, brak zupełny gorączki (ciepłota wynosiła 37—38° C.), utrudnione ruchy w stawie w równej mierze przemawiały tak za pierwszym, jak również i za drugim przypuszczeniem. Nieznaczne przykurczenie (*flexio genu, curvatura*), które w oczach naszych rozwijać się zaczęło, było wprawdzie z jednej strony poniekąd pewnym objawem zapalenia stawu, ale znowu z drugiej brak zupełny bólu przy naciskaniu górnym końcem *tibiae* o dolny kości udowej obalał to przypuszczenie. Obecność ruchów bocznych w kolanie, jako następstwo zniszczenia lub przeistoczenia więzadeł wspólną być mogła obydwom cierpieniom w mowie będącym; możebność stąpania i chodzenia, jakkolwiek ograniczonego, chorą kończyną świadczyć zdawała się za nowotworem; ale mamy sami z własnej praktyki liczne przypadki, gdzie pomimo ziarnistego zapalenia wnętrza stawu, a nawet próchnienia końców stawowych kości (*caries granulosa sicca*) chodzenie poniekąd jest możebnem. W obec tak trudnego rozpoznania, dla rozjaśnienia sprawy zrobiliśmy próbieczerze przekłócie, które stanowczo rozstrzygnęło rzecz na korzyść nowotworu: gdy bowiem koniec trójgrańca jakkolwiek nie spotykając oporu pograżył się w guzie, z pochwy jego wydobyło się zaledwie kilka kropel ciemno zabarwionej krwi. Tym sposobem natura guza stała się jasna, ale przy określeniu siedliska jego napotkaliśmy nową trudność. Zkąd mianowicie guz brał początek? czy z wnętrza stawu, lub też rozwinął się na rozciągłości kości udowej? Stanowcza od-

powiedz była potrzebna, od niej przecież zależała dalsza pomoc chorej, mianowicie musieliśmy być przeświadczeni, czy mamy zrobić wypiłowanie stawu kolanowego, co uważaliśmy za wskazane gdyby nowotwór wychodził z chrząstek stawowych, lub też wykonać odjęcie uda jeżeliby jego punktem wyjścia było wewnątrz kości na rozciągłości, albo wreszcie czynność naszą operacyjną ograniczyć bylibyśmy obowiązani na prostem jego wyluszczeniu, gdyby się on rozrastał około okostnej po za obrębem stawu. Odpowiedź na to pytanie, przy całości skóry pokrywającej okolice stawu, była nie możebną, żadnych bowiem danych stanowczo przemawiających za którymś z powyższych przypuszczeń mieć nie mogliśmy. Przystępując przeto do operacji cięcia w skórze zrobiliśmy na wewnętrznej stronie stawu podłużne, to jest takie, które w równej mierze przydatnem być może do każdej z przytoczonych wyżej operacji; następnie przekonawszy się dotykalnie, że nowotwór bierze początek na granicy *diaphysis cum epiphysi femoris* i że spójność ich do tego już stopnia jest zniszczoną, że przy małym stosunkowo nacisku nastąpiło ich rozejście się (*disjunctio spontanea*). Wykonaliśmy odjęcie uda (*amputatio femoris*) w dolnej trzeciej części. Odjęcie zrobiliśmy sposobem bezkrwawym przy zastosowaniu przyrządu Esmarcha, przy czém literalnie ani kropli krwi nie straciliśmy.

Po opatrzeniu rany przystąpiliśmy natychmiast do badania nowotworu, którego kształt był eliptyczny, prawie okrągły, wielkości głowy dziecięcej, konsystencji sprężystej, powierzchni prawie gładkiej; zajmował on dolny ko-



Rysował z natury Rumbowicz.

Objaśnienie rysunku: Cięcie kości i nowotworu dokonane w kierunku przednio-tylnym i obie połowy rozłożone na bok. 1) Połowa kości wewnętrzna. 2) Połowa kości zewnętrzna. 3) 3' Powierzchnia rozkroju nowotworu. 4) Kłykiec wewnętrzny, 5) Kłykiec zewnętrzny, zniszczone. 6) 6' Części kostne w stanie rozdrobnienia i nasiąknięcia masą nowotworu.

niec kości udowej i wyraźnie zachodził na górny koniec piszczeli, (*tibia*). Dla jaśniejszego uwydatnienia stosunków nowotworu do kości, zrobiliśmy cięcie guza, oraz kości (udowej i goleniowej) w kierunku przednio-tylnym, przepołowiając je tym sposobem i zarazem otwierając próżnię stawu. Załączony rysunek przedstawia właśnie części w mowie będące w rozwoju. Powierzchnia rozkroju nowotworu na obu jego połowach (3,3') przedstawia się barwy czarnej, gładką, na dotykaniu odporną, prawie twardawą; kłykcie kości udowej tak wewnętrzny (4) jak i zewnętrzny (4') zupełnie prawie zniszczone, dolny koniec uda (6,6) w stanie rozdrobnienia, nasiąknięty masą nowotworu, którego cząstki wdrażając do próżni stawu, przylegają do końca stawowego piszczeli. Od zewnątrz stawu nowotwór za biegiem mięśni przechodzi na górny koniec kości goleniowej i ze wszech stron otacza go od zewnątrz bynajmniej go nie przeistaczając. Badana pod mikroskopem budowa guza przedstawia się złożoną z komórek wrzecionowatych, okrągłych i substancji międzykomórkowej zbitej; tak w tej ostatniej jak i w pierwszych znajduje się barwik w znacznej ilości.

Z tego cośmy powiedzieli tak o objawach klinicznych, jak i anatomicznej budowie guza przekonywamy się, że to jest mięsak barwikowy dolnego końca kości udowej; ale zkad on wziął początek czy z okostnej, czy z kości i jakie ma znaczenie kliniczne obecność barwika w nowotworze? Dla rozstrzygnięcia tych pytań musimy choć w kilku słowach opisać formy kliniczne mięsaków kostnych, jakie w ogóle spotykaliśmy w naszej praktyce klinicznej, i z zestawienia główniejszych cech wyprowadzić wnioski o punkcie wyjścia mięsaka w wypadku, o którym mowa.

Mięsaki kostne, ile doświadczenie uczy, ze względu na powstawanie (*origo*) występują pod trójką formą. Jedne z nich biorą początek z przyczepów mięśni i w rozwoju swoim otaczają kość przylegając tylko do okostnej, zkadinaś nie zmienionej, od której bez trudności dają się oddzielić. Nowotwory te właściwie zasługują na nazwę mięsaków nadkostnych, albo okołokostnych (*sarcoma parosteale*). Obserwowaliśmy je w dwóch przypadkach; przeważnie złożone były z komórek wrzecionowatych; po wycięciu w jednym z nich prędko nastąpiła recydywa. Nierównie częściej jednak rozwijają się mięsaki kostne z okostnej i to z warstw jej głębszych; rosną one ku zewnątrz, tworząc przez czas długi ograniczone guzy, pokryte powierzchnią warstwą okostnej, która je otacza, otorbia (*incapsulatio*) i od części przylegających odgranicza. Mięsaki te noszą nazwę obwodowych (peryferycznych) czyli nad okostnych (*sarcoma periosteale*). Zaczynając się zwykle na trzonach (*diaphyses*) kości długich jak udo, ramię, kości goleni, rosną wzdłuż kości ku ich końcom, przez co otrzymują formę wrzeciona, następnie przechodzą na kości przylegające np. z uda na kość goleniową, lub z piszczeli na strzałkę. Torebka otaczająca guz długo zostaje zachowaną w całości, później jednak w miarę wzrostu zostaje zniszczoną (*ruptura*) i nowotwór wrasta w części miękkie, naczynia jednak, nerwy, a nawet i ścięgna przebiegające na powierzchni guza zostają nietknięte; tak samo przez pewien czas zachowuje się

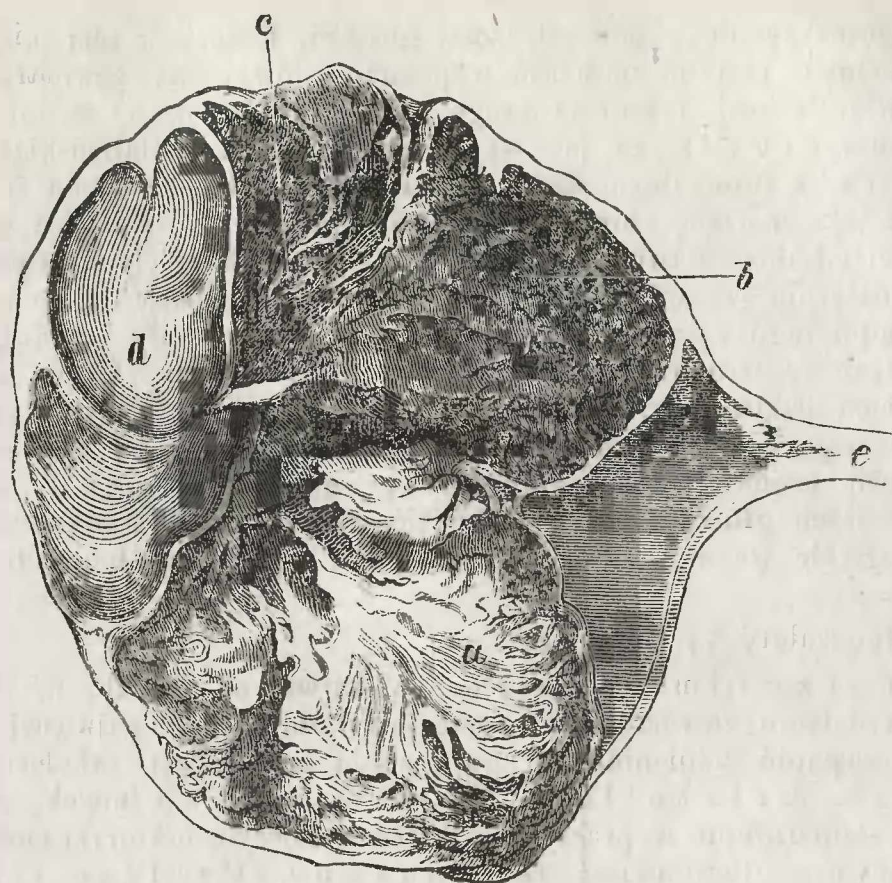
i skóra, aż nareszcie skutkiem napięcia ścięcza się i pęka. Kości tym czasem częstokroć w ciągu długiego nawet czasu zostają nietknięte, później jednak nowotwór je nadziera (*erosio ossis*) lub też w zupełności niszczy; mamy jednak przypadki, w których kość pod wpływem otaczającego ją nowotworu traci swą prawidłową budowę, kanały Ha wers'a jak również kanał szpikowy kości zapełniają się złogami wapiennymi (*osteosclerosis, obliteratio canalis medullaris*).

W budowie mięsaków, o których mowa, spotykamy wszystkie formy powyżej opisanych komórek, najrzadziej jednak komórki olbrzymie (*Riesenzellen*) z większą lub mniejszą ilością substancji międzykomórkowej, od zbitości której zależy twardsza lub miększa konsystencya nowotworu; przy tem zaznaczamy, że w mięsakach obwodowych najczęściej, względnie do drugich, rozwija się zwapnienie, a nawet i kostnienie, (zład nazywają się jeszcze *Osteoid-Sarcome*), prócz tego znajdujemy w nich nieraz masy włókniste i chrzęstne. Rosnięcie mięsaków nadkostnych bywa już to powolne, już to ostre; cechują się one stale występującą recydywą miejscową, a częstokroć i ogólnem zakażeniem organizmu, zajęcie gruczołów limfatycznych, występowanie następnych guzów w płucach, wątrobie nie należy do rzadkości, zład rokowanie w obec tej formy nowotworu zawsze niepomyślne; wprzód nim nie nastąpi ogólne zakażenie częstokroć rozwija się w guzie stłuszczenie, albo przeistoczenie serowate, zład rozmięczenie, powstawanie jam w ich wnętrzu, które wypełniają się surowicą i skrzepami krwi, prowadząc ostatecznie do spoczenia (rozpadu) całej masy nowotworu; posoka ta albo wydziela się na zewnątrz, lub też toruje sobie drogę do jam stawowych. Z tego cośmy powiedzieli, łatwo się przekonać, że mięsaki obwodowe kości stanowią najzłośliwszą formę, jaką właśnie mieliśmy w naszym przypadku, którego opis podajemy.

Oprócz okostnej punktem wyjścia dla mięsaków kostnych służy nadto wnętrze kości, mianowicie szpik kostny; noszą one nazwę mięsaków kostnych środkowych (*osteosarcoma centrale, sarcoma myelogeneum, Myeloidgeschwulst*). Przed kilkunastu laty Eug. Nélaton i Ch. Robin mięsaki te opisali jako oddzielny niby gatunek nowotworów w kościach pod nazwą *tumeurs à myéloplaxes, tumeurs à médullocellules*, przy czem zwrócili uwagę lekarzy na względną ich łagodność (*benignitas*). Najczęstszem siedliskiem ich są końce (*epiphyses*) długich kości i brzeg zębodołowy szczęk (*epulis sarcomatosa*). Rozwijając się ze szpiku kostnego i rosnąc od wnętrza ku zewnątrz rozpychają kość, niszczą ją stopniowo, która jednak nim dojdzie do zupełnego zaniku, pokrywa guz od zewnątrz, tworząc dlań cienką powłokę (*capsula*), dającą przy naciśnięciu palcami uczucie trzeszczenia, podobne do tego, jakiego doświadczamy przy gnieceniu pargaminu. Do budowy ich przeważnie wchodzi komórki olbrzymie, rzadziej nierównie napotyka się wrzecionowate i okrągłe, substancji międzykomórkowej częstokroć brak zupełny, albo występuje ona bardzo skąpo, co i jest powodem, że konsystencya tych guzów najczęściej jest miękka; natomiast nadmiernie rozwinięte w nich są naczynia krwionośne, skutkiem czego w guzach tych wyczuwamy tętnienie (*tumor pulsans*), a przy wysłu-

chiwaniu—rodzaj szmeru aneuryzmatycznego, który bez zaprzeczenia był przyczyną, że guzy te dawniej opisywano jako tętniaki kostne (*aneurysma ossium*) i jako krwawe narosłe grzybowate (*fungus haematodes ossium*); dawano im też nazwę torbieli kostnych (*cystae ossium*), które rzeczywiście tutaj powstają skutkiem stłuszczenia komórek nowotworu, i wysiękiem lub nawet krwią wypełnionymi bywają. O ile gatunek ten mięsaków na końcach kości długich bywa napotykanym rzadko (w klinice mieliśmy tylko jeden wypadek), o tyle w szczękach bywa tak często, że go do codziennych prawie chorób zaliczyć musimy. Szczęściem dla chorych nowotwory tego gatunku po dokładnym wycięciu rzadko się odnawiają, a ich rozpowszechnianie się (*generalisatio*) do rzadkości należy.

Z podanego obrazu rozwoju klicznego mięsaków kostnych łatwo wyprowadzić wniosek, że punktem wyjścia nowotworu w naszym wypadku była okostna. Nowotwór rozrastał się współcześnie ku obwodowi i ku środkowi, przez co z jednej strony kość nie tylko została nadżartą, ale i zupełnie zniszczoną, z drugiej zaś dosięgnął skóry i rozwijając się za biegiem mięśni przeszedł aż na górny koniec piszczeli. W naszym wypadku zasługuje na uwagę jeszcze i ta okoliczność, że kiedy chrząstki stawowe zwykle przez mięsaki zostają nie tknięte, u naszej chorej takowe w znacznej części były zniszczone. Obecność barwika w guzie, o którym mowa, stanowi również nie zwykłe powikłanie. Prawie do ostatnich czasów mniemano, że barwik napotykanym bywa tylko w raku (*carcinoma melanodes*), następnie przekonano się, że mięsaki skóry i oczu nie są czasem od niego wolne; w końcu dowiedzionem zostało, że i mięsaki kostne bywają nimi powikłane, co niewątpliwie jest cechą większej ich złośliwości, czego właśnie najwybitniejszym przykładem jest nasza pacjentka. Po usunięciu bowiem guza za pomocą odjęcia uda, kiedy rana przez bezpośrednie sklejenie w większej części zagojoną została, a reszta jej przez brodawkowanie przy dobrem ropieniu zablizniała się, w parę tygodni po operacji w rozmaitych okolicach ciała ukazywać się zaczęły guzy w skórze i zarazem obrzękły gruczoły chłonne w pachwinach, a w części i pod pachą, chora zaczęła kaszlać, dostawała napadów duszności, siły gwałtownie ją opuszczały, w końcu przyłączyły się majaczenie, drgawki i chora we cztery tygodnie po operacji zmarła. Po otwarciu zwłok znaleźliśmy obecność mięsaków barwиковych w mózgu, płucach, wątrobie, w gruczołach limfatycznych i w prawym jajniku, a nadto liczne kamyki wypełniały pęcherz żółciowy. We wszystkich wyliczonych organach mięsak był świeżego powstania bez żadnych przemian wstecznych prócz jajnika, gdzie jakkolwiek nie dosięgnął on wielkich rozmiarów, przedstawiał jednak w różnych częściach wszystkie okresy życia nowotworu, mianowicie obok w całym rozwoju będącego nowotworu w jednych miejscach, w drugich widoczny był rozpad (*detritus*) i utworzenie się torbieli, napełnionych krwią (*cystis haemorrhagica*), jak to jasno na załączonym rysunku widzimy.



Sarcoma melanodes ovarii.

Rysował z natury prof. Lambl.

Objaśnienie rysunku: a. Sarc. fuscum; b. Sarc. melanodes; c. detritus; d. Cystis haemorrhagica; e. pedunculus.

W obec takiego przypadku, jak powyżej podany, nasuwa się pytanie, czém się różni mięsak od raka? Jeżeli uwzględnimy przebieg, stałą zawsze recydywę w miejscu, szerzenie się na tkanki otaczające, występowanie następczych guzów w rozmaitych organach, zakażenie całego ustroju (*infectio*).—objawy wspólne rakom i mięsakom, to przyznać musimy, że klinicznie te dwa rodzaje nowotworów niczém prawie między sobą się nie różnią i że w równej mierze jak rak, tak i mięsak do najzłośliwszych nowotorów zaliczone być winny. Cała różnica polega tylko na histologicznej budowie, t. j., że nowotwory rakami dzisiaj zwane, pochodzą i złożone są z komórek nabłonkowych, których nie znajdujemy w mięsakach: zwróćmy przytém uwagę, że dołeczkowata budowa (*structura alveolaris*), którą za charakterystyczną dla raków wyłącznie podawano, bardzo często się napotyka i w układzie komórek mięsaków, chociaż takowe nie z nabłonkowych komórek są złożone.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O chronieniu śródkrocza według Ritgena.

Przez Dra Ahlfelda.

Podał w streszczeniu Dr St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

Aby wydobyć szybko główkę dziecięcą, która nie zstąpiła jeszcze głęboko do pochwy, zaleca Ritgen¹⁾ wprowadzić wysoko do odbytnicy jeden lub dwa palce

(dobrze oliwą posmarowane), powyżej części główki, leżącej w tem miejscu, naciskać ku dolowi i przodowi i tym sposobem wypchnąć główkę na zewnątrz. Już przed Ritgenem zwracali inni autorowie uwagę na ten rękoczyn, a w nowszych czasach przytacza O l s h a u s e n²⁾, że już od kilku lat używa w Halleńskiej klinice rękoczynu R i t g e n a z pomyślnym skutkiem, już to w celu chronienia śródkrocza, już też równocześnie jako środka, który zastępuje bóle porodowe. Również w klinice Lipskiej zastosowano od dość dawna ten rękoczyn i H a a k e były asystent tężże kliniki, opisuje go obszernie w swęj rozprawie³⁾. Autor sam, mając często sposobność dochodzić skuteczności tego rękoczynu zaleca⁴⁾ go jak najgoręcięj, zgadzając się co do rezultatów pod tym względem zupełnie z O l s h a u s e n e m. Używa go zaś nie tylko celem chronienia śródkrocza, ale także w tych wypadkach, w których chodzi z jakiegokolwiek przyczyny o skrócenie ostatniego okresu porodowego, a nałożenie kleszczy nie jest pożądaniem; prócz tego stosowuje autor rękoczyn R i t g e n a u tych wszystkich kobiet, u których główka musi przechodzić przez wąskie śródkrocze. Ten rękoczyn posiada wszystkie warunki, których R i t g e n żąda, dla odpowiedniego chronienia śródkrocza.

Jego główne zalety są następujące:

D z i a ł a p r z y n i m v i s a t e r g o: W nowszych czasach, jak wiadomo, starano się przy wydaleniu zawartości z macicy naśladować jak najwięcej naturę i dla tego pociąganie zastąpić ciśnieniem. Tęgo dążenia najlepszem świadectwem są rękoczyny C r e d é g o, K r i s t e l l e r a, F a s s b e n d e r a i innych, które się okazały nadzwyczaj skutecznymi w praktyce. Także rękoczyn, o którym mowa, okazał się bardzo praktycznym z doświadczeń O l s h a u s e n a, C r e d é g o i jego uczeń; A h l f e l d używa go przy każdym porodzie płodu w położeniu czaszkowem.

Zastosowanie tęj v i s a t e r g o nie zaburza bynajmniej prawidłowego mechanizmu porodowego. Potylicą przeszedłszy przez łuk łonowy robi znany obrót, szyjka wydłuża się, usta i brodka zsuwają się po kości krzyżowej i ogonowej na śródkrocze. Rękoczyn przyspiesza to poruszenie się główki, wszakże nie należy go prędczej zastosować, dopóki palcami nie można dojść do ust płodu. Wspierać obrót w czasie, w którym można osiągnąć tylko czoła, jest niestosownem; gdy bowiem czoło jeszcze stoi w wyłobieniu krzyżowem, potylicą nie zstąpiła jeszcze tak głęboko, aby ją przed łukiem łonowym można było unieść znowu ku górze.

Przez rękoczyn można zupełniej zużytkować kąt łuku łonowego. Główka zstępując na śródkrocze w położeniu rodzącej na grzbiecie bywa wypieraną ku odbytnicy tak przez kierunek wydalających się, jak przez własną ciężkość. Tym sposobem musi się śródkrocze rozszerzać znacznie, gdy tymczasem w kącie łuku łonowego pozostaje jeszcze nie zajęta przestrzeń, przez którą po największej części można wygodnie przeprowadzić palec. Przez rękoczyn nasz korzystamy z tęj przestrzeni, umniejszamy napięcie w śródkroczu. Jak zaś silną przytęm jest v i s a t e r g o, możemy się łatwo przekonać, jeśli po ustąpieniu bólu porodowego włożymy palec w ów kąt i potem wykonamy rękoczyn.

Rękoczyn nie wstrzymuje zastoju żylnego w śródkroczu, raczej ułatwia takowy. Przez dotąd głównie używany sposób podpierania śródkrocza, t. j. przez wypieranie główki opuszką dłoni ku łukowi łonowemu staje się śródkrocze niedokrwestem, działa się więc zupełnie przeciw zmięczeniu śródkrocza. Inaczej zupełnie wpływa rękoczyn R i t g e n a. Podczas gdy przy naturalnym przebiegu porodowym śródkrocze przez powolne zsuwanie się główki staje się pulehniejszem podczas bólu porodowego, sprawia rękoczyn, że nacisk może trwać także w przestanku bólów porodowych, przez co się osiąga spiesniejsze zmięczenie śródkrocza. Jest to

1) Monatsschrift für Geburtskunde, tom 8 str. 234.

2) Ueber Dammverletzung und Dammschutzverfahren. Sammlung klin. Vortr. N. 44.

3) Zur Diagnose der Nabelschmürumschlingung. Zeitschrift für med. Chir. u. Geb. von K ü c h e n m e i s t e r u. P l o s s; Neue Folge. Tom 4, zeszyt 3, strona 193.

4) Archiv für Gynäkologie 1874, tom VI zeszyt 2.

bardzo ważna zaleta rękoczynu, ponieważ akuszer może według upodobania sprawić, iż śródkrocze miękceje w dłuższym lub krótszym czasie.

Rękoczyn umożliwia przejście główki w chwili od bólów porodowych wolnej i dozwala przytrzymywać główkę podczas bólu porodowego. Aby wykazać korzyści jakie pod tym względem daje nam rękoczyn, musimy sobie tutaj uprzytomnić sposób ręcznego wykonania tej operacji. *O l s h a u s e n* zauważa bardzo słusznie, że najkorzystniejszym jest wykonanie tego rękoczynu w położeniu poziomem kobiety na grzbiecie, że się jednakże da wykonać także w położeniu na boku. Lekarz siedzi na łóżku albo przykłękuje obok niego. Przedramię spoczywa pomiędzy udami kobiety i opiera się o łóżko; palec wskazujący i średni odpowiedniej ręki wprowadza się do odbytnicy, a palec wielki przykładają się na widoczną część główki. Tym sposobem można regulować wypychanie i powstrzymywanie główki. Oba palce zakrzywione ciągną główkę za usta lub bródkę ku przodowi i ku górze, palec zaś wielki i ręka wolne przytrzymują główkę, gdyby miało być zbyt silnem działaniem tłoczni brzusznej, lub bólów porodowych. Wolnej ręki używamy nadto do wypychania główki ku łukowi łonowemu i po przerznięciu się jej największego obwodu, do unoszenia czoła ku górze, aby się śródkrocze szybko zsunęło po górnej szczęce i po bródce.

W niektórych jednakże wypadkach należy wolnej ręki w innym jeszcze użyć celu. W wypadkach, w których ręką znajdującą się w odbytnicy nie podobna dosięgnąć ust dziecka, a pożądanem jest szybkie ukończenie porodu, naciska autor wolną ręką podczas bólu porodowego na koniec miedniczy płodu ku dołowi i przodowi; gdy nacisk ten jest silnym i zręcznie wykonanym, spuszcza się nieco głębiej główka w wyźłobieniu krzyżowem i śródkroczoem. W tej samej chwili posuwa się jak najwyżej palce leżące w odbytnicy i stara się wyszukać usta, a jeśli się to nie uda podczas pierwszego bólu porodowego, to powtarzamy tego rodzaju postępowanie przy następnym bólu.

Zahaczywszy palce o górną szczękę, trudno nam niekiedy utrzymać palce w tém położeniu, ponieważ ze zmęczenia tracą one władzę, tak iż nawet zmuszeni jesteśmy odmienić rękę. W tym celu spychamy poprzecznie pośladki wolną ręką jak najwięcej ku dołowi, każemy je w tém stawieniu przytrzymać akuszerce tak długo, aż nie odmienimy ręki.

Używając tego rękoczynu akuszer ubezpieczony jest od wszelkich zaburzeń mogących pochodzić ze strony rodzącej. Wśród najboleśniejszych chwil porodu stara się często rodząca obronić przeciwko manipulacyom asystującej osoby, jużto odpychając gwałtownie rękę, wstrzymującą główkę, już też starając się przez szybkie poruszenie pośladków usunąć nacisk przyłożonej ręki. Przy rękoczynie *R i t g e n a* rzecz ta nie uda jej się tak łatwo, bo palce raz zahaczone nie popuszczają tak szybko. Nadto znajduje się przytem akuszer tak daleko od rąk rodzącej, że trudno jej przeszkadzać mu w niesieniu pomocy potrzebnej.

Rękoczyn można również łatwo wykonać wtenczas, kiedy główka zachwycona kleszczami przechodzi przez części miękkie. Łatwą rzeczą jest dowieść, że największa część rozdaré pochodzi od operacyj kleszczowych u pierwiastek. W takich razach właśnie zaleca się odłożyć kleszcze i główkę wypchnąć ze strony odbytnicy. W tym celu, skoro rękojeści kleszczy zbliżają się już do brzucha i część główki ukazuje się w szparze sromowej, zahacza się palce o usta i ręką wolną otworzywszy zamek u kleszczy odejmuje się takowe. W wielu wypadkach pozostawiał nawet autor kleszcze i doszedł do zadowalniających rezultatów, mimo tego, że się przez kleszcze zwiększał obwód rodzącej się części dziecka.

W rzadkich razach zachodzą okoliczności, w których mimo przeryniającej się już główki trzeba odłożyć kleszcze, ponieważ żadnej nie przynoszą korzyści. Do takich okoliczności należy np. zbyt mała pochyłość miednicy, przyczem szpara sromowa leży nieprawidłowo ku przodowi. Autor sam miał takie dwa wypadki, w których rękojeście kleszczy leżały już na brzuchu kobiety, a główka nie zaczynała się jeszcze przerynać. W takich więc razach należy wyjąć kleszcze i główkę wydobyć przez wypychanie z odbytnicy.

Rękoczyn dozwala, że oczyma można dokładnie dostrzedz, jak postępuje rozszerzenie się śródkrocza. Pole

operacyjne zakrywa tylko wielki palec, który w razie potrzeby możemy na czas niejaki odsunąć ku dołowi. Przy takiej dokładnej kontroli śródkrocza wiemy dobrze, kiedy się uciec do innych środków chroniących takowe (do jego nacięć), a szczególnie nie potrzebujemy się chwycić ich przedwcześnie. — Nadto uczucie oporu, jakiego doznaje palec wielki opierający się o główkę, poucza nas także, w jakim się stanie znajduje śródkroczce.

Rękococzyn chroni więcej, aniżeli każdy inny, od tego, że się części przypadkiem rozdarte nie stykają z rękoma lekarza lub akuszerki, z mniejszą się więc niebezpieczeństwem zarażenia. Z praktyki znana jest rzecz, jak często ręka lekarza lub akuszerki, niekiedy zanieczyszczone masami kałowymi, dotykają brzegu śródkrocza, przez co w razie rozdarcia się jego, rana podlega zanieczyszczeniu. Wszystkich tych niedogodności nie masz przy rękocyzynie Ritgena i przy pęknięciu śródkrocza rana przedstawia się zupełnie czystą.

Z tego, co się dotąd powiedziało widoczną jest rzeczą, jak wielkie są korzyści rękocyzynu Ritgena, jako środka chroniącego śródkroczce. Prócz tego jednakże posiada on jeszcze inną zaletę, można go bowiem zastosować dobrze jako środek który bóle porodowe zastępuje w wielu wypadkach. Bóle porodowe mogą być bardzo silne i działać znakomicie, lecz z innej jakiej przyczyny nie pozwalają nam ukończyć szybko porodu. Jeśli w takich razach główka stoi już w śródkroczu, to rękocyzyn powyższy jest zupełnie stosownym środkiem pomocniczym. Głównie zaś zaleca go autor zastosować wtenczas, kiedy przy głęboko stojącej główce musimy poród tak szybko ukończyć, że nie mamy nawet czasu do założenia kleszczy, a więc przy wypadnięciu powiny, gdy ta nie tętni już, przy silnych krwotokach, przy śródpochwowych wdychaniach płodu. Autor przytacza tu trzy ostatniego rodzaju wypadki, w których rękocyzynem tym uratował życie trojga dzieciom.

Przy tym rękocyzynie może tak matka, jak dziecko podlegać skaleczeniom. Obrażenia matki mogą dotyczyć tylko ściany odbytnicy i nie mają żadnego wielkiego znaczenia. Innych skaleczeń nie podobna prawie wcale przypuszczać. Inaczej ma się rzecz z skaleczeniami dziecka. Głównie należy tutaj na to uważać, aby nie za wcześnie palec skrzywić, ponieważ przez to można łatwo uszkodzić oczy; rękocyzyn jednakże nie traci przez to wcale na swą wartość. Skaleczeń języka, dolnej szczęki albo szyjki skutkiem zbytniego jej rozciągnięcia nie widział autor nigdy.

W końcu wyraża autor życzenie, ażeby tego rękocyzynu uczono po zakładach wszystkie akuszerki i jest tego przekonania, że wiele akuserek, które widziały w jego klinice ten rękocyzyn i jego błogie skutki, bez wątpienia już dawno używają go w swjej praktyce.

O patologicznych utratkach białka przez organizm.

Przez Prof. Dra F. W. Beneke'go.

Podał Dr W. Kosmowski ¹⁾.

Mamy zamiar mówienia tutaj tylko o tych wydzielinach substancji azotowych, które odłączają się od organizmu w stanach jego patologicznych, nigdy zaś, lub chyba w stopniu bardzo nieznacznym, odchodzą od niego w stanie jego prawidłowym.

Na pierwszym miejscu musimy postawić pod tym względem utraty patologiczne białka, które skuteczniają się na drogach bardzo różnorodnych

¹⁾ W ciągu bieżącego roku wyszło w Berlinie ważne i bardzo nauczające dzieło Dra Beneke'go, pod tytułem „Grundlinien der Pathologie des Stoffwechsels.“ Przedstawia w niem autor patologię ogólną przemiany materii. Podany tutaj przez nas rozdział przedstawia niejedną cenną wskazówkę do racjonalnego leczenia, i dla tego z korzyścią przeczytanym być może przez czytelników niniejszego pisma. Dzieło to winno się znajdować w ręku każdego myślącego lekarza.

i przedstawiają odnośnie ilości wielką różnicę, a ztąd w pewnych razach mogą grozić wielkiem niebezpieczeństwem dla egzystencji organizmu.

Cztery są główne drogi, któremi organizm traci białko, a mianowicie: błona śluzowa narzędzi oddechowych, błona śluzowa przewodu trawienia, błona śluzowa przyrządu płciowego i w końcu nerek i przewodów moczowych. Ilość białka wydzielanego na wszystkich tych drogach podlega bardzo wielkim wahaniom.

Co się tyczy błony śluzowej narzędzi oddechania, to wiemy, że wszelki nieżyt oskrzeli, krtani lub nosa spowoduje nieprawidłowe utraty białka, i bardzo zbliżonej do niego mucyny. W płwocinie śluzowej, jak to ma miejsce przy zwykłych nieżytach, przeważa głównie ilość mucyny. W miarę jednak jak płwocina staje się bogatszą w komórki i robi się ropną — bogatszą jest także w białko. U suchotników z jamami w płucach i rozszerzeniami oskrzeli, jakoteż przy przewlekłych nieżytach oskrzelowych ilość komórek ropnych dochodzi do bardzo wielkiego stopnia, i straty, jakie ztąd organizm codziennie ponosi, są często tak wielkie, iż istotnie prowadzą chorych do suchot (*phthisis*).

Ilość stałych składników płwociny jest bardzo różnaito, jak to zresztą łatwo się domysleć, podawaną. Podania wahają się między 4,4 p. c. (Nasse) i 11,29 p. c. (Scherrer). Autor znalazł u jednego suchotnika z jamami w płucach przez ciąg 4 dni 612,9 grm. świeżej płwociny, która zawierała 6,48 p. c. składników stałych. Wynosi to w sumie 39,76 grm. składników stałych w ciągu 4 dni, czyli 9,9 grm. w 24 godzinach. Płwocina ta zawierała 13,4 grm. substancji rozpuszczalnej w alkoholu i eterze, przyczem znajdowały się znaczne ilości cholestearyny, tak, że w przybliżeniu ilość białka i mucyny można oznaczyć na 6 grm. *pro die*. Niewątpliwie i daleko większe utraty następować mogą. Fakty te jednakże są dostateczne do wykazania wysokości strat, jakie organizm na tej drodze ponosić może, i do dania wskazówki, o jakiej przy wyszukiwaniu wskazań terapeutycznych pamiętać należy.

Nie mniej znaczne straty ponosi organizm za pośrednictwem błony śluzowej przewodu kiszowego. Prosta biegunka nieżytowa, biegunki przy zaniku dzieciennym, tyfusie, gruźlicy kiszkowej, owrzodzeniach torebkowatych kiszek, wypróżnienia choleryczne i dyzenteryczne pozbawiają organizm pewnej ilości białka. Bardzo ważne poszukiwania pod tym względem zawdzięczamy Karolowi i Schmidtowi. Według niego, ilości białka w przesięku kiszkowym, wywołanym użyciem senesu, należą do najmniejszych, podobnie jak i ilości białka w wypróżnieniach przy prostej biegunce nieżytowej (3 grm. na 24 godzin). Przy choleryze ilość procentowa białka w masach, wyrzuconych przez wymioty i stolce, i podobnych do wody ryżowej, nie jest większa, jak przy działaniu zwykłych środków przeczyszczających; lecz ogólna ilość w ciągu doby podnosi się często (przy 5000 CC. ilości płynu) do 5 grm. *pro die*. Inaczej się dzieje w dyzenteryi, przy której wypróżnienia kiszkowe posiadają 24 p. M. białka; na 10 spostrzeżeń, średnio 50,5 grm. białkanów wychodziło z organizmu *pro die*. Ztąd słuszną robi uwagę C. Schmidt, że tak nadzwyczajne utraty białka, nie rzadko dosięgające do 1/6 całej ilości białka we krwi, muszą bardzo szybko spowodować upadek sił.

Odnosnie utrat białka drogą przyrządu płciowego żeńskiego w formie białych upławów (nieżyt pochwy i macicy) brakuje nam bliższych spostrzeżeń. Jednakże z opowiadań samych chorych, jakoteż ze skutków długotrwałych podobnych odpływów wnosić możemy, że takowe często nie są także obojętne dla organizmu. To samo się stosuje do chorobliwych utrat nasienia u mężczyzn, które pozbawiają organizm nie tylko pewnej ilości białka, ale także lecytyny i cholestearyny.

Nieco więcej pewnego wiemy o tak często występujących przesiękach nerkowych i białkowatych wydzielinach dróg moczowych, stanowiących tak zwany białkomocz (*albuminuria*), który powstaje przy miąższowem zapaleniu nerek, przy srodniąższowem bujaniu tkanki łącznej w nerkach, przy mączkowatym zwyrodnieniu naczyń, jako też przy jakichkolwiek zaburzeniach ciśnienia krwi w nerkach, lub przy nieżycie dróg moczowych, szczególnie pęcherza. Ilości białka, wydzielanego w ciągu 24 godzin, wahają się tutaj między śladami i 30—35 grm. Największe ilości znajdujemy przy zapaleniu nerek rozlanem lub miąższowem ostrem (według Dickinsona aż do 35 grm. na dobę); najmniejsze przy prostych i czasowych powiększeniach ciśnienia w systemacie krwionośnym. Przytem ilości te przy

ostrem zapaleniu rozlanem nerek odrazu występują w stopniu bardzo wysokim (przy zmniejszonej ilości moczu), przy innych zaś formach cierpień nerkowych widzi-
my powolny wzrost, tak iż z początku mogą się pokazywać tylko ślady, a dopiero
w okresach późniejszych znaczniejsze ilości białka w moczu.

Oprócz tych form, utraty białka przez organizm mogą następować jeszcze w rzad-
szych wypadkach, za pośrednictwem skóry, i bardzo często drogą ran ropie-
jących wszelkiego rodzaju. Przy rozległej łuszczycy (*eczema*), liczne
odpadające strupy i wielka ilość płynu, oddzielającego się z miejsca zajętego, wy-
stawiają także organizm na wielką stratę białka. W ranach zaś ropiejących, obok
białka, wydziela się jednocześnie obfita ilość tłuszczów lecytyny i cholestearyny.
Autor znalazł raz w ropie z ropnia kręgowego na 84,7 części wody 15,3 cz.
substancji stałych, te ostatnie zaś zawierały na 100 części 20,56 cz. wyciągu wy-
skołowego i eterycznego, z którego 0,440 grm. czystej cholestearyny otrzymać się
dało. Jeżeli zaś ilości ropy dosięgają w ciągu doby do 200—300 grm. wówczas ła-
two wniesić możemy jak wielkie ztąd straty organizm ponosi.

Jakkolwiek nie znamy stosunków, które przeszkadzają w stanie prawidłowym
przechodzeniu białka przez pewne części systemu naczyniowego, to jednakże od-
nośnie przyczyn patologicznego wydzielania się białka, możemy podać pewien
ich szereg.

Należy tu najprzód podniesienie ciśnienia krwi na większej
lub mniejszej przestrzeni systemu krwionośnego, dające powód do nieprawidłowe-
go występowania surowicy krwi z naczyń. Przez podwiązanie lub ucisk naczyń żył-
nych łatwo można sztucznie wywołać podobne wystąpienie. Obrzęk i białkomocz,
występujące przy pewnych chorobach serca, jakoteż przesięki surowicze w opłucnej,
otrzewnej i t. d., występujące skutkiem zastojów krwi, po większej części do tegoż
szeregu należą.

Na drugim miejscu stoją cierpienia i zaburzenia inervacji
samych ścian naczyń, jako momenty przyczynowe. Przedewszyst-
kiem proces zapalny sprowadza podobnego rodzaju zmiany w ścianach drobnych na-
czyń, przez które mogą w nadmiernej ilości przechodzić ciałka krwi czerwone i bia-
łe, jak również surowica krwi. Naczynia włosowate nerek, które w stanie prawid-
łowym nie przepuszczają białka, w stanie zapalnym tracą tę własność. Zapalny wy-
sięk, zawierający białko, przy zapaleniu płuc, oskrzeli, opłucnej, przesięk kiszkowy
w pierwszym okresie dyzenteryi, przedewszystkiem zaś zapalenie rozlane nerek ostre
z białkomoczem mają tę właśnie przyczynę. Między innymi zmianami ścian naczy-
niowych możemy tutaj przytoczyć przeistoczenie naczkowate naczyń, doprowadzające
w nerkach do białkomoczu, w kiszkaach do wypróżnień biegunkowych i białkowatych.
Nakoniec możemy tutaj także podciągnąć rozszerzenia patologiczne i nowotwory na-
czyń, a mianowicie przy białkomoczu, powstającym skutkiem rozmaitych cierpień pę-
cherza, narośli brodawkowatych, raka, podrażnienia skutkiem kamieni moczowych i t. d.

Po trzecie, wydzielanie białka może następować skutkiem wprowadze-
nia do organizmu pewnych substancji lekarskich. Po więk-
szych dawkach senesu, aloesu, kolocytyd i t. d. następują wypróżnienia kiszkowe,
zawierające nieco białka (p. w.); po użyciu kantaryd, nawet po zastosowaniu ich ze-
wnętrznym, łatwo znaleźć możemy białko w moczu. To samo ma miejsce, według
Waldenström'a po użyciu wewnętrznym i zewnętrznym kwasu karbolowego,
i według Mayerhofer'a, po dłuższem używaniu emetyku. Jod u wielu osób
sprowadza niezbyt na błonie śluzowej organów oddechowych, czyli tak zwany katar
jodowy. Wszystkie te substancje, jak się zdaje wpływają na inervację naczyń. Cho-
ciaż Bright i inni utrzymywali, że balsam kopaiwy i kubeby nie rzadko biał-
komocz sprowadzały, to jednak według poszukiwań Owena Reesa zdaje się, że
zdarza się to rzadko. Jeśli bowiem będziemy traktować mocz pacjenta, używające-
go kopaiwę lub kubeby, kwasem azotowym, wówczas tworzy się wprawdzie mniej
lub więcej silne zmętnienie moczu, bardzo podobne jak przy strąceniu białka. Lecz
substancja, sprowadzająca to zmętnienie, nie jest tu jednakże białkiem, i różni się
łatwo od niego tem, iż nawet przy dłuższem staniu nie osiada w kłaczkach. Nawet
osocze krwi, które szybko strąca białko z moczu lekko zakwaszonego kwasem oc-
towym, pozostaje bez wpływu na substancję, pojawiającą się po użyciu kopaiwy
i kubeb.

Jako czwartą przyczynę nieprawidłowych wydzielin białka, szczególnie przez nerki, możemy podać pewne stany chorobowe ostre lub przewlekłe. Istotną przyczyną utrat białka nie we wszystkich wypadkach da się tutaj wytłómaczyć. Czasem, jak w razie ważnych cierpień płucnych nieprawidłowe powiększenie ciśnienia w zakresie żył nerkowych lub żyły wrotnej zdaje się wywoływać białkomocz lub biegunkę kiszgową. W innych wypadkach przeciwnie, jak np. przy tyfusie brzuszny, przyczyna zdaje się raczej spoczywać w zaburzeniach inercy naczyń krwionośnych. Z poszukiwań H. Nasse'go wiemy już, że różnice ciepłoty mają wielki wpływ na dyfuzję. Zachodzi ztąd pytanie, jak dalece wspomniany białkomocz zależy od podwyższenia ciepłoty. Z drugiej strony wiemy, że nawet przy wysokiej atonii ścian naczyń, jak np. przy konaniu, następuje często białkomocz i jest możebnym, że wspomniane zaburzenia dyfuzyjne muszą być spowodowane jedynie tylko do zaburzeń w obrębie nerwów naczynioruchowych.

Jako piąty moment przyczynowy musimy w końcu podać pewne zmiany w samym składzie krwi, jakie następują także w części w wspomnianych już stanach chorobowych ostrych lub przewlekłych. J. L. Vogel podaje, że przy tak zwanej Hypalbuminozie lub hydremii, białko „bardzo często“ w moczu występuje. Parkes podaje ten fakt w wątpliwość. Dalsze poszukiwania mogą kwestję tę rozstrzygnąć. Według poszukiwań Nasse'go nie ulega wątpliwości, że nie tylko większa ilość wody, lecz także jednoczesne powiększenie ilości soli kuchennej we krwi, sprzyja przechodzeniu surowicy krwi przez błony zwierzęce, i możliwość powstawania białkomoczu na tej drodze staje się bardzo prawdopodobną. Ale na drugi, będący tu w związku punkt, chciałbym zwrócić szczególną uwagę. Gdy w jakikolwiek sposób powstał białkomocz, wówczas skutkiem poprzednio już wspomnianej statyki dyfuzyjnej krwi, takowa nie tylko staje się uboższą w białko, lecz też bogatszą w sól kuchenną i wodę. Następstwem tego musi być, iż utraty białka, właśnie skutkiem tej zmiany w mieszaninie krwi i przy działaniu głównej jej przyczyny, znacznie się powiększają, i powiększenia takie, jakto obserwujemy przy łóżku chorych, nieraz nie zależą wcale od powiększenia się cierpienia jakiegoś narzędzia, lecz często jedynie pochodzą skutkiem zmiany mieszaniny krwi. Oczymujemy ztąd bardzo pewne wskazówki odnośnie diety dla chorych na nerki z białkomoczem (podwyższenie substancji białkowatych w pokarmach przy zmniejszeniu ilości soli). I działanie wód zawierających sól zwyczajną na rozpuszczanie i oddzielanie lepkich wydzielin oskrzelowych może uważać należy jako dalsze potwierdzenie poszukiwań Nasse'go. Przyjęcie jej do krwi podnosi, podług doświadczeń, przechodzenie surowicy rozcieńczonej i bogatszej w sól przez ścianę naczyń, i chory czuje rozpuszczające jej działanie na męczące go wydzieliny oskrzelowe. Lecz i przeciwny stan krwi, t. z. Hyperalbuminoza, zdaje się mieć wpływ na nieprawidłowe wydzieliny białka. I tak Becquerel wspomina, że Barreswil po użyciu 10 jaj w ciągu 24 godzin oddawał mocz zawierający białko, a Hammond to samo postrzeżenie robił na sobie samym. Autor na sobie samym mógł stwierdzić, iż po obfitych potrawach mięsnych odchodziło u niego z moczu kilkakrotnie niewielkie ilości białka. Stokvis także obserwował, iż po zjedzeniu jajek na miękko stale przechodziło białko do moczu. Lecz zdanie Wundt'a, że dłuższe powstrzymanie soli zwyczajnej może spowodować białkomocz, zdaje się być nieprawdziwym. Przynajmniej Stokvis zdaniu temu całkowicie zaprzecza.

Ponieważ, mówiąc o nieprawidłowych utratkach białka przez organizm, przyzwyczajaliśmy się myśleć prawie wyłącznie o białkomoczu, przeto uważałem za konieczne zwrócić uwagę na rozmaite drogi, w których utraty te następują. Strata, jaką suchotnik ponosi drogą płwociny białkowatej, może w pewnych okolicznościach zupełnie równoważyć utraty przy białkomoczu, a nawet je przewyższać; z tego więc powodu równą na pierwszą, jak i na drugą okoliczność zwracać należy uwagę przy leczeniu. W każdym razie białkomocz odgrywa bardzo wybitną rolę w zaburzeniach przemiany materii, i dla tego musimy jeszcze bliżej nad nim się zastanowić.

Przyczyny, głównie prowadzające białkomocz, są już wyliczone poprzednio. Z nich już *a priori* możemy dojść do tego wniosku praktycznego, iż białkomocz musi być stały lub przechodni, gdyż i przyczyny, jak zmiany w utkaniu nerek, są stałe, inne zaś, jak ostre procesy chorobowe, tyfus, zapalenie płuc i t. d.

są tylko przechodnie. Z tego powodu niezmierniej wagi dla praktyka jest nie poprzestawać na jedno lub dwurazowem zbadaniu moczu, lecz powtarzać je codziennie przez czas dłuższy, przy jednoczesnem badaniu mikroskopowem moczu. Poszukiwania E. A. Parkesa są bardzo pod tym względem ważne. Znalazł on w University College Hospital

	białkomocz przechodni.	białkomocz stały.
na 100 mężczyzn	12,35	14,71
na 100 kobiet	12,03	10,53

Pomiędzy wypadkami stałego białkomoczu zdarzały się bardzo rzadko takie, w którychby nie było wcale choroby nerek. Na 36 wypadków było 32 wypadki chorób nerkowych. W pozostałych 4 wypadkach była choroba serca. Białkomocz zaś przechodni był spostrzegany przy zapaleniu płuc, tyfusie, zapaleniu opłucnej, gruźlicy płucnej, porażeniu obustronnem, jednostronnem, zapaleniu oskrzeli ostrém, chorobie serca, ostrém zapaleniu nerek, szkarlatynie, gościecu ostrym, purpurze krwotocznej i róży; a co do częstości występowania białkomoczu przechodniego w rozmaitych formach chorobowych możemy podać spisy Fingera, robione na klinice wiedeńskiej Oppolzera. Według nich białkomocz przechodni występuje:

w 186 wypadkach gruźlicy płucnej	46 razy	= 24,7 p. c.
„ 88 „ tyfusu brzuszego	29 „	= 32,9 „ „
„ 46 „ gorączki płożowej	32 „	= 69,5 „ „
„ 10 „ zimnicy	1 „	= 10 „ „
„ 33 „ zapalenia płuc	15 „	= 45,4 „ „
„ 16 „ zapalenia oskrzeli	3 „	= 18,7 „ „
„ 14 „ zapalenia opłucnej	2 „	= 14,3 „ „
„ 6 „ zapalenia otrzewnej	2 „	= 33,3 „ „
„ 65 „ niezytu kiszkiwego	8 „	= 12,3 „ „
„ 16 „ ostrego gościeca	2 „	= 12,5 „ „
„ 6 „ blednicy	2 „	= 33,3 „ „
„ 18 „ choroby serca	7 „	= 38,8 „ „

Do spostrzeżeń tych możemy dodać, że także niezyt przewlekły żołądka (*dyspepsia*) występuje razem z białkomoczem, a podobne obserwacye były robione przez Clemensa, Rayera i Solonia. Wiadomą dalej jest rzeczą, iż przy ciąży, skutkiem mechanicznego ciśnienia macicy, spostrzegamy często białkomocz. Jako rzadszych przyczyn białkomoczu nie możemy także pominąć rozwoju nowotworów w nerkach i drogach moczowych (rak, gruzelek i t. d.), jakoteż obecności w nich kamieni moczowych. *(Dokończenie nastąpi).*

Wiadomości bieżące.

— Śmiertelność w Bostonie mianowicie między dziećmi jest olbrzymia. Chociaż miasto liczy tylko 250000 mieszkańców, mimo to od 4 stycznia 1873 r. do 25 kwietnia 1874 r. przeszło 10000 osób zmarło, z której to liczby czwarta część przypada na dzieci w wieku do jednego roku. Jako przyczynę śmiertelności takiej podają niedbałość matek względem własnych dzieci, niedokładne odświeżanie powietrza w szkołach, pokarm niezdrowy, zaprawiony szkodliwymi substancjami. Nadużycie napojów wysokowych, lubo sprzedaż prawnie jest wzbronioną, daje również znaczny procent śmiertelności, gdyż w przeciągu 15-stu miesięcy, 62 osób wskutek opilstwa zmarło

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Przyczynek do leczenia zapalenia stawów surowiczego (*hydrops articuli v. hydarthros*). Podał Dr *Kazimierz Gurbki*, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku. Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz. (w szpitalu Ś-go Ducha). Mięsak barwi-kowy kości łokciowej i kolana (*osteosarcoma melanodes ulnae et genu*). Spostrzeżenie Dra *Girsztowta*, Profesora kliniki. (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O chronieniu śród-krocza według *Ritgena*. Przez Dra *Ahlfelda*. Podał w streszczeniu Dr *St. Jerzykowski*, lekarz w Poznaniu. O patologicznych utratach białka przez organizm. Przez Prof. Dra *F. W. Beneke*'go. Podał Dr *W. Kosmowski*. — Wiadomości bieżące. Śmiertelność w Bo-stonie. — Dodatek. Anatomii opisowej T. II. ark. 8. Akuszeryi T. III. ark. 19, 20 i 21. Medycyny Sądowej T. II. ark. 3. Choroby zaraźliwe ostre ark. 10.

Przyczynek do leczenia zapalenia stawów surowiczego.

(*hydrops articuli v. hydarthros*).

Podał Dr *Kazimierz Gurbki*, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku.

Puchlina wodna stawów należy do spraw chorobowych, z ktoremi dosyć często się spotykamy w praktyce, i zdaniem mojem powinniśmy baczniejszą na nią zwrócić uwagę, ile że wypadki niewłaściwie lub wcale nie leczone, zaniedbane, a czasami i same przez się dążą nieraz do większych lub mniejszych zwyrodnień tkanek, w skład stawu wchodzących. Niejednokrotnie też, jako następstwa wodunki stawowej, postrzegamy zgrubienie torebki stawowej, zwiotczenie więzów, skostnienie stawu. U niektórych osobników możemy nawet zauważyć wyraźną skłonność do powrotów wodunki za podziałaniem na-

wet niezbyt silnego bodźca, wtedy to możemy się spotykać z wybujałościami w stawie, a nawet może przyjść do zapalenia stawu zniepodobniającego (*arthroxerosis*), lub powoli rozwija się cały szereg objawów, zwanych wspólną nazwą guza białego (*tumor albus*). Gdyby statystyka chorób chirurgicznych dokładniej była prowadzoną (co u nas obecnie wątpię czy jest możliwym), przemawiałaby wymownie za powyższem mojem twierdzeniem, przez wypełnienie rubryki chorób końców stawowych kości, będących następstwem rozmaitych spraw chorobowych tak ostrych jak i przewlekłych, umiejscowionych pierwotnie w błonach surowiczych stawu.

Przyczyną wodunki stawowej może być upadek, uderzenie, obrażenia wszelkiego rodzaju, stłuczenie, dystorsya stawu; dalej przyczyną może być gościec, zwykle ostry. Ponieważ najczęstszymi przyczynami sprawy, o której mowa, są rozmaitego rodzaju obrażenia, dla tego to i najczęściej siedliskiem wodunki są staw kolanowy, łokciowy, staw ręki i stopy.

Choroba zaczyna się albo od razu ostro w połączeniu z gorączką, szybkim obrzękiem stawu (w przeciągu 1—2 dni), utrudnieniem ruchów, bólami—lub też przewlekłe, bez gorączki, z powolnym gromadzeniem się wysięku, który tak, jak i w wypadkach ostrych, dochodzi nieraz do znacznych rozmiarów. Zapalenie przewlekłe daje gorsze rokowanie, gdyż nierzadko prowadzi za sobą następstwa, o których wyżej mówiliśmy. W celu uniknienia owych następstw, trzeba się starać o wessanie (*resorptio*) płynu, jamę stawową wypełniającego. W tym celu zalecają wcieranie maści szarej, z jodku potasu, obwiniecie stawu kawałkiem płótna, pomazaniem żywicą amoniacką, nałożenie opatrunku gipsowego.

Opatrunek gipsowy wyrugował dzisiaj liczne dawniej używane środki, bez względu na to, czy jest od nich korzystniejszym i lepszym w użyciu i skutkach, czy nie. Dzisiaj przy każdym cierpieniu stawu zaraz zakładają w mowie będący opatrunek; dzisiaj stał on się jakimś *arcanum*, jak naparstnica w chorobach serca.

Miałem sposobność postrzegać w ostatnich czasach cztery wypadki zapalenia surowiczego stawów z przebiegiem przewlekłym (trzy wypadki zap. sur. stawu kolanowego, jeden stawu łokciowego) u osobników dorosłych, którzy nie przechodzili przymiotu i byli zupełnie wolni od sprawy żółzowej. Kolega Ehrlich poradził mi, bym użył opatrunku z kolofonii i pakuł, twierdząc, że w swój licznej praktyce od lat wielu posługuje się tym środkiem z pomyślnym skutkiem; dodał przytém, że w klinice dorpackiej środka tego, dzisiaj zapomnianego, używał obszernie prof. Oettingen, i że opatrunek, o którym mowa, w prowincjach nadbałtyckich należy do środków ludowych.

Zastosowałem opatrunek wspomniany wedle opisu Korzeniowskiego¹⁾: „stupa lini in tabula vel mensa collocata, tali modo expunditur, ut inde ef-

¹⁾ Desmurgia s. chirurgiae pars de variis adminiculis deligatoriis. Vindobae 1837. pag. 38.

formetur stratum crassitudine pollicis, amplitudine vero ad fungum amplectendum sufficienti. Superior hujus strati superficies, digitis aliquantum complanata, conspergitur pulvere colophonii, qui dein, ad obtinendam massam aequalem ac semispissam, irrigatur spiritu vini rectificatissimo. Stupa hic ratione preparata, atque digitis sublevata, fungo articuli superimponitur, ibique per nychthemeron relinquitur.“ Podobny sposób postępowania zalecają J. L. Petit¹⁾, Hafner²⁾, Boyer³⁾, Plenck⁴⁾ i Rust⁵⁾. Reil⁶⁾ pakułami, posypa-
nemi proszkiem kolofonii, otaczał członek i dopiero polewał spirytusem, oble-
wanie codziennie powtarzał, dopokąd rozpuszczona kolofonia nie utworzyła w o-
koło członka grubiej i ściślej otaczającej warstwy.

W tych czterech wypadkach zastosowany opatrunek z pakuł i kolofonii dał bardzo dobre rezultaty, w przeciągu 10—12 dni nastąpiło zupełne wesy-
sanie. Chrych od chwili wyleczenia nie widziałem; czy u nich do tej pory
powrót choroby miał miejsce lub nie, tego powiedzieć nie umiem. Bądź co
bądź jednak opatrunkowi, o którym mówię, należy się prawo obywatelstwa,
raz dla tego że daje dobre rezultaty (o ile dotąd mogłem się przekonać), a po-
wtóre, że jest daleko lżejszym i tańszym od opatrunku gipsowego, a z tego
ostatniego względu odpowiedniejszy w praktyce szpitalnej i u biednych. Ni-
niejsze moje spostrzeżenie ogłaszam dla użytku Szanownych Kolegów, którzy
będą mogli je sprawdzić i poddać kontroli; obszerniejsze bowiem zastosowanie
i zestawienie rezultatów da dopiero możność ocenienia wartości opatrunku
w mowie będącego.

Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz. (w szpitalu Ś-go Ducha).

Mięsak barwikowy kości łokciowej i kolana (*osteosarcoma melanodes ulnae et genu*).

Spostrzeżenie Dra Girsztowta, Professora kliniki.

(Ciąg dalszy)*).

W tym czasie, kiedy sprawa zablizniania się rany po wypięwowaniu ko-
ści łokciowej tak pomyślnie się odbywała, w kolanie występować zaczęły

1) Traité sur les maladies des os. Vol. II. pg. 359. Paris 1749.

2) Von der Gelenkwassersucht. Freiburg. 8 i u Waiz'a Neue Anzüge. Bd. V. pag. 129.

3) Traité des maladies chirurgicales. T. IV. pg. 456.

4) H e c k e r. Kunst die Krankheiten der Menschen zu heilen. IV. Th. Prakti-
sche Arzneimittellehre. 1815. II. Th. pg. 227.

5) Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie. Bd. II. Berlin, Wien 1833, pg. 155.

6) P h o e b u s. Handbuch der Arzneiverordnungslehre. Berlin 1836. pg. 125
II. Ausgabe.

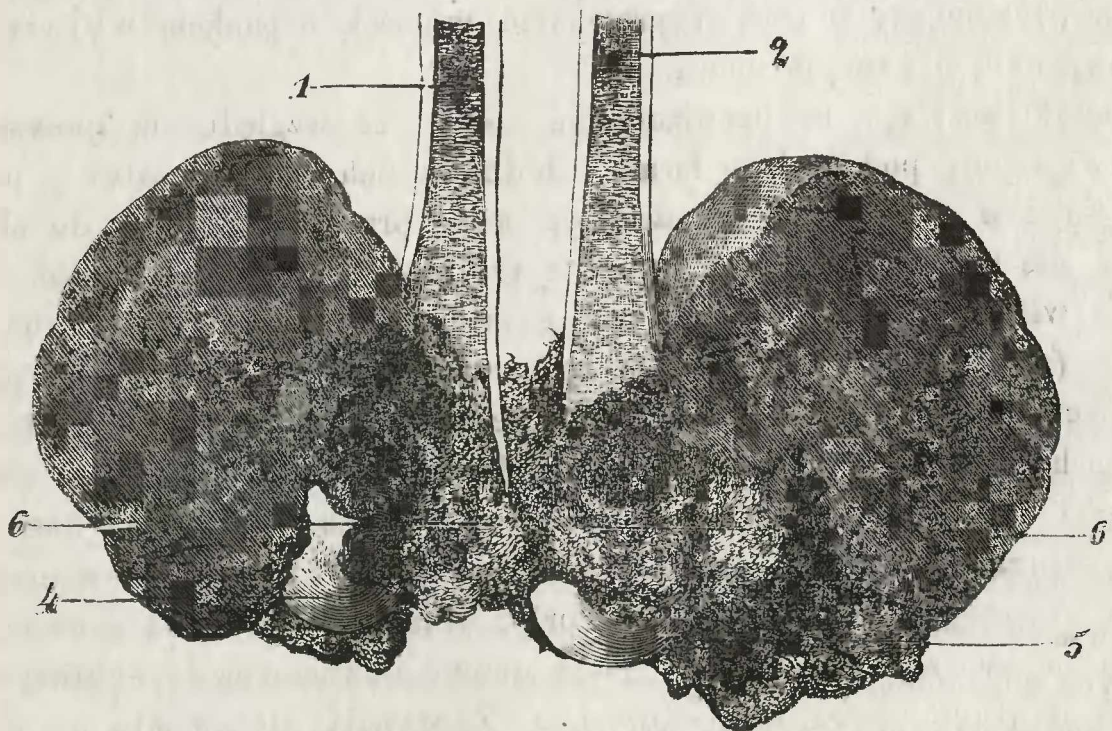
*) Zob. Nr 13 Gaz. Lek. T. XVI.

częstsze bóle i objętość jego stopniowo, ale stale zwiększała się. Chora obecnie oświadczyła, że po raz pierwszy, o ile pamięta, mały ból wystąpił w kolanie jeszcze w grudniu 1872 r., ponieważ jednak nie przeszkadzał chodzeniu, nie zwracała nań prawie uwagi; dopiero w miesiącu kwietniu 1873 r. stał się on dotkliwym i zmuszał nieraz chorą do szukania wypoczynku w łóżku, po czem znikał prawie zupełnie. Gdy podczas pobytu chorą w klinice, bez żadnej widocznej przyczyny, (chora wciąż leżała w łóżku) ból i współcześnie objętość kolana zwiększyły się, zwróciliśmy na tę okoliczność baczniejszą uwagę. Przy badaniu zdawało się pierwiastkowo, że punktem wyjścia cierpienia jest okostna zewnętrzznego kłykcia uda i chorobę przyjęliśmy za *osteo-periostitis condyli interni femoris*. Rzeczywiście po zastosowaniu przeciwzapalnych miejscowych środków (*t-ra jodi*, *unguentum ex nitrato argenti* 3j na 3j) bóle znakomicie z początku zmniejszyły się, gdy jednak pomimo to obrzękłość kolana z każdym prawie dniem stawała się znacniejszą i zajęła całą okolicę stawową, zastosowaliśmy na miejsce chore opatrunek z gipsu. Żadnej nie odnieśliśmy ztąd korzyści: bóle gwałtowne zmusiły nas do zdjęcia opaski i zastosowania kolejnego wezykatoryum i pędzlowania nastojką jodową, po czem ból prawie znikł zupełnie, objętość zaś kolana była większą i ruchy trudniejsze, barwa skóry pozostawała normalną.

W obec takiego stanu rzeczy zmuszeni byliśmy zmienić pierwotne rozpoznanie choroby (*osteo-periostitis*) i postawić dwie alternatywy: 1) albo mamy do czynienia z zapaleniem wnętrza stawu (*endogonitis granulosa*), albo 2) z ostrym rozwojem mięsaka (*sarcoma acutum*). Zmiana zarysów stawu (*physiognomia*), niezmieniona barwa skóry, konsystencya guza elastyczna, niedostatek chełbotania, brak zupełny gorączki (ciepłota wynosiła 37—38° C.), utrudnione ruchy w stawie w równej mierze przemawiały tak za pierwszym, jak również i za drugim przypuszczeniem. Nieznaczne przykurczenie (*flexio genu, curvatura*), które w oczach naszych rozwijać się zaczęło, było wprawdzie z jednej strony poniekąd pewnym objawem zapalenia stawu, ale znowu z drugiej brak zupełny bólu przy naciskaniu górnym końcem *tibiae* o dolny kości udowej obalał to przypuszczenie. Obecność ruchów bocznych w kolanie, jako następstwo zniszczenia lub przeistoczenia więzadeł wspólną być mogła obydwom cierpieniom w mowie będącym; możebność stąpania i chodzenia, jakkolwiek ograniczonego, chorą kończyną świadczyć zdawała się za nowotworem; ale mamy sami z własnej praktyki liczne przypadki, gdzie pomimo ziar-nistego zapalenia wnętrza stawu, a nawet próchnienia końców stawowych kości (*caries granulosa sicca*) chodzenie poniekąd jest możebnem. W obec tak trudnego rozpoznania, dla rozjaśnienia sprawy zrobiliśmy próbieczerze przekłó-cie, które stanowczo rozstrzygnęło rzecz na korzyść nowotworu: gdy bowiem koniec trójgrańca jakkolwiek nie spotykając oporu pograżył się w guzie, z pochwy jego wydobyło się zaledwie kilka kropel ciemno zabarwionej krwi. Tym sposobem natura guza stała się jasna, ale przy określeniu siedliska jego napotkaliśmy nową trudność. Zkąd mianowicie guz brał początek? czy z wnętrza stawu, lub też rozwinął się na rozciągłości kości udowej? Stanowcza od-

powiedz była potrzebna, od niej przecież zależała dalsza pomoc chorej, mianowicie musieliśmy być przeświadczeni, czy mamy zrobić wypiłowanie stawu kolanowego, co uważaliśmy za wskazane gdyby nowotwór wychodził z chrząstek stawowych, lub też wykonać odjęcie uda jeżeliby jego punktem wyjścia było wewnątrz kości na rozciągłości, albo wreszcie czynność naszą operacyjną ograniczyć bylibyśmy obowiązani na prostem jego wyluszczeniu, gdyby się on rozrastał około okostnej po za obrębem stawu. Odpowiedź na to pytanie, przy całości skóry pokrywającej okolice stawu, była nie możebną, żadnych bowiem danych stanowczo przemawiających za którymś z powyższych przypuszczeń mieć nie mogliśmy. Przystępując przeto do operacji cięcia w skórze zrobiliśmy na wewnętrznej stronie stawu podłużne, to jest takie, które w równej mierze przydatnem być może do każdej z przytoczonych wyżej operacji; następnie przekonawszy się dotykalnie, że nowotwór bierze początek na granicy *diaphysis cum epiphysi femoris* i że spójność ich do tego już stopnia jest zniszczona, że przy małym stosunkowo nacisku nastąpiło ich rozejście się (*disjunctio spontanea*). Wykonaliśmy odjęcie uda (*amputatio femoris*) w dolnej trzeciej części. Odjęcie zrobiliśmy sposobem bezkrwawym przy zastosowaniu przyrządu Esmarcha, przy czém literalnie ani kropli krwi nie straciliśmy.

Po opatrzeniu rany przystąpiliśmy natychmiast do badania nowotworu, którego kształt był eliptyczny, prawie okrągły, wielkości głowy dziecięcej, konsystencji sprężystej, powierzchni prawie gładkiej; zajmował on dolny ko-



Rysował z natury Rumbowicz.

Objaśnienie rysunku: Cięcie kości i nowotworu dokonane w kierunku przednio-tylnym i obie połowy rozłożone na bok. 1) Połowa kości wewnętrzna. 2) Połowa kości zewnętrzna. 3) 3' Powierzchnia rozkroju nowotworu. 4) Kłykiec wewnętrzny, 5) Kłykiec zewnętrzny, zniszczone. 6) 6' Części kostne w stanie rozdrobnienia i nasiąknięcia masą nowotworu.

niec kości udowej i wyraźnie zachodził na górny koniec piszczeli, (*tibia*). Dla jaśniejszego uwydatnienia stosunków nowotworu do kości, zrobiliśmy cięcie guza, oraz kości (udowej i goleniowej) w kierunku przednio-tylnym, przepołowiając je tym sposobem i zarazem otwierając próżnię stawu. Załączony rysunek przedstawia właśnie części w mowie będące w rozwoju. Powierzchnia rozkroju nowotworu na obu jego połowach (3,3') przedstawia się barwy czarnej, gładką, na dotykaniu odporną, prawie twardawą; kłykcie kości udowej tak wewnętrzny (4) jak i zewnętrzny (4') zupełnie prawie zniszczone, dolny koniec uda (6,6) w stanie rozdrobnienia, nasiąknięty masą nowotworu, którego cząstki wdrażając do próżni stawu, przylegają do końca stawowego piszczeli. Od zewnątrz stawu nowotwór za biegiem mięśni przechodzi na górny koniec kości goleniowej i ze wszech stron otacza go od zewnątrz bynajmniej go nie przeistaczając. Badana pod mikroskopem budowa guza przedstawia się złożoną z komórek wrzecionowatych, okrągłych i substancji międzykomórkowej zbitęj; tak w tej ostatniej jak i w pierwszych znajduje się barwik w znacznej ilości.

Z tego cośmy powiedzieli tak o objawach klinicznych, jak i anatomicznej budowie guza przekonywamy się, że to jest mięsak barwikowy dolnego końca kości udowej; ale z kąd on wziął początek czy z okostnej, czy z kości i jakie ma znaczenie kliniczne obecność barwika w nowotworze? Dla rozstrzygnięcia tych pytań musimy choć w kilku słowach opisać formy kliniczne mięsaków kostnych, jakie w ogóle spotykaliśmy w naszej praktyce klinicznej, i z zestawienia główniejszych cech wyprowadzić wnioski o punkcie wyjścia mięsaka w wypadku, o którym mowa.

Mięsaki kostne, ile doświadczenie uczy, ze względu na powstawanie (*origo*) występują pod trójką formą. Jedne z nich biorą początek z przyczepów mięśni i w rozwoju swoim otaczają kość przylegając tylko do okostnej, z kądinąd nie zmienionej, od której bez trudności dają się oddzielić. Nowotwory te właściwie zasługują na nazwę mięsaków nadkostnych, albo okołokostnych (*sarcoma parosteale*). Obserwowaliśmy je w dwóch przypadkach; przeważnie złożone były z komórek wrzecionowatych; po wycięciu w jednym z nich prędko nastąpiła recydywa. Nierównie częściej jednak rozwijają się mięsaki kostne z okostnej i to z warstw jej głębszych; rosną one ku zewnątrz, tworząc przez czas długi ograniczone guzy, pokryte powierzchnią warstwą okostnej, która je otacza, otorbia (*incapsulatio*) i od części przylegających odgranicza. Mięsaki te noszą nazwę obwodowych (peryferycznych) czyli nad okostnych (*sarcoma periosteale*). Zaczynając się zwykle na trzonach (*diaphyses*) kości długich jak udo, ramię, kości goleni, rosną wzdłuż kości ku ich końcom, przez co otrzymują formę wrzeciona, następnie przechodzą na kości przylegające np. z uda na kość goleniową, lub z piszczeli na strzałkę. Torebka otaczająca guz długo zostaje zachowaną w całości, później jednak w miarę wzrostu zostaje zniszczoną (*ruptura*) i nowotwór wrasta w części miękkie, naczynia jednak, nerwy, a nawet i ścięgna przebiegające na powierzchni guza zostają nietknięte; tak samo przez pewien czas zachowuje się

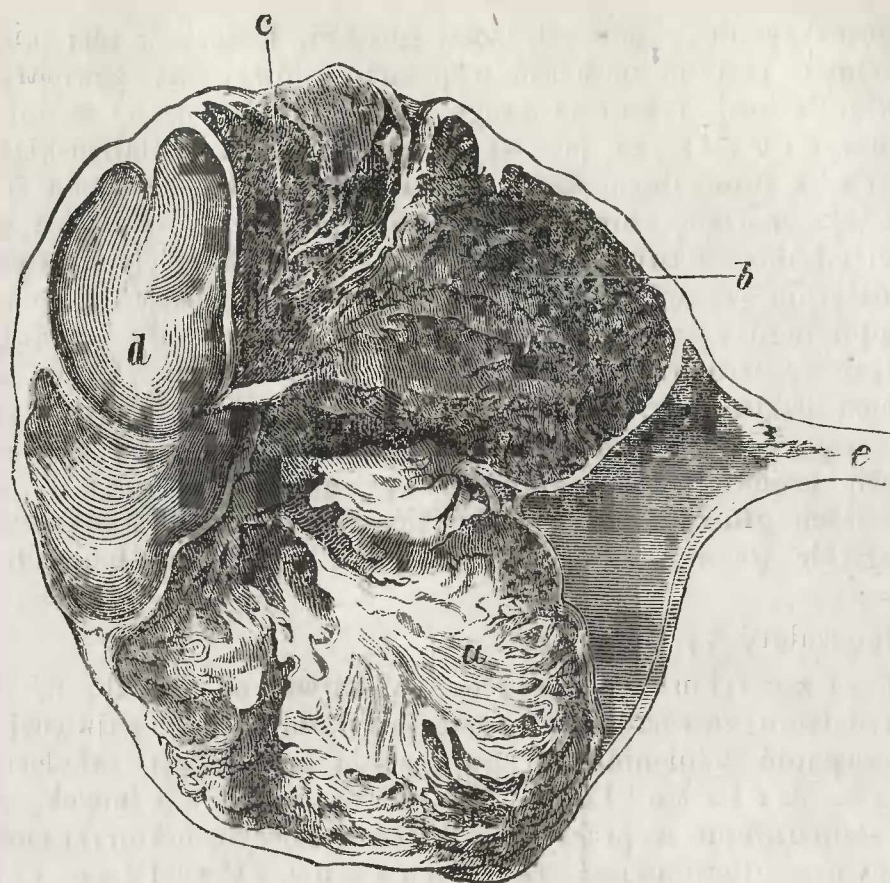
i skóra, aż nareszcie skutkiem napięcia ścięcza się i pęka. Kości tym czasem częstokroć w ciągu długiego nawet czasu zostają nietknięte, później jednak nowotwór je nadziera (*erosio ossis*) lub też w zupełności niszczy; mamy jednak przypadki, w których kość pod wpływem otaczającego ją nowotworu traci swą prawidłową budowę, kanały Ha wers'a jak również kanał szpikowy kości zapełniają się złogami wapiennymi (*osteosclerosis, obliteratio canalis medullaris*).

W budowie mięsaków, o których mowa, spotykamy wszystkie formy powyżej opisanych komórek, najrzadziej jednak komórki olbrzymie (*Riesenzellen*) z większą lub mniejszą ilością substancji międzykomórkowej, od zbitości której zależy twardsza lub miększa konsystencya nowotworu; przy tem zaznaczamy, że w mięsakach obwodowych najczęściej, względnie do drugich, rozwija się zwapnienie, a nawet i kostnienie, (zład nazywają się jeszcze *Osteoid-Sarcome*), prócz tego znajdujemy w nich nieraz masy włókniste i chrzęstne. Rosnięcie mięsaków nadkostnych bywa już to powolne, już to ostre; cechują się one stale występującą recydywą miejscową, a częstokroć i ogólnem zakażeniem organizmu, zajęcie gruczołów limfatycznych, występowanie następnych guzów w płucach, wątrobie nie należy do rzadkości, zład rokowanie w obec tej formy nowotworu zawsze niepomyślne; wprzód nim nie nastąpi ogólne zakażenie częstokroć rozwija się w guzie stłuszczenie, albo przeistoczenie serowate, zład rozmiękczenie, powstawanie jam w ich wnętrzu, które wypełniają się surowicą i skrzepami krwi, prowadząc ostatecznie do spoczenia (rozpadu) całej masy nowotworu; posoka ta albo wydziela się na zewnątrz, lub też toruje sobie drogę do jam stawowych. Z tego cośmy powiedzieli, łatwo się przekonać, że mięsaki obwodowe kości stanowią najzłośliwszą formę, jaką właśnie mieliśmy w naszym przypadku, którego opis podajemy.

Oprócz okostnej punktem wyjścia dla mięsaków kostnych służy nadto wnętrze kości, mianowicie szpik kostny; noszą one nazwę mięsaków kostnych środkowych (*osteosarcoma centrale, sarcoma myelogeneum, Myeloidgeschwulst*). Przed kilkunastu laty Eug. Nélaton i Ch. Robin mięsaki te opisali jako oddzielny niby gatunek nowotworów w kościach pod nazwą *tumeurs à myéloplaxes, tumeurs à médullocellules*, przy czem zwrócili uwagę lekarzy na względną ich łagodność (*benignitas*). Najczęstszym siedliskiem ich są końce (*epiphyses*) długich kości i brzeg zębodołowy szczęk (*epulis sarcomatosa*). Rozwijając się ze szpiku kostnego i rosnąc od wnętrza ku zewnątrz rozpychają kość, niszczą ją stopniowo, która jednak nim dojdzie do zupełnego zaniku, pokrywa guz od zewnątrz, tworząc dlań cienką powłokę (*capsula*), dającą przy naciśnięciu palcami uczucie trzeszczenia, podobne do tego, jakiego doświadczamy przy gnieceniu pargaminu. Do budowy ich przeważnie wchodzi komórki olbrzymie, rzadziej nierównie napotykają się wrzecionowate i okrągłe, substancji międzykomórkowej częstokroć brak zupełny, albo występuje ona bardzo skąpo, co i jest powodem, że konsystencya tych guzów najczęściej jest miękka; natomiast nadmiernie rozwinięte w nich są naczynia krwionośne, skutkiem czego w guzach tych wyczuwamy tętnienie (*tumor pulsans*), a przy wysłu-

chiwaniu—rodzaj szmeru aneuryzmatycznego, który bez zaprzeczenia był przyczyną, że guzy te dawniej opisywano jako tętniaki kostne (*aneurysma ossium*) i jako krwawe narosłe grzybowate (*fungus haematodes ossium*); dawano im też nazwę torbieli kostnych (*cystae ossium*), które rzeczywiście tutaj powstają skutkiem stłuszczenia komórek nowotworu, i wysiękiem lub nawet krwią wypełnionymi bywają. O ile gatunek ten mięsaków na końcach kości długich bywa napotykanym rzadko (w klinice mieliśmy tylko jeden wypadek), o tyle w szczękach bywa tak często, że go do codziennych prawie chorób zaliczyć musimy. Szczęściem dla chorych nowotwory tego gatunku po dokładnym wycięciu rzadko się odnawiają, a ich rozpowszechnianie się (*generalisatio*) do rzadkości należy.

Z podanego obrazu rozwoju klicznego mięsaków kostnych łatwo wyprowadzić wniosek, że punktem wyjścia nowotworu w naszym wypadku była okostna. Nowotwór rozrastał się współcześnie ku obwodowi i ku środkowi, przez co z jednej strony kość nie tylko została nadzarta, ale i zupełnie zniszczoną, z drugiej zaś dosięgnął skóry i rozwijając się za biegiem mięśni przeszedł aż na górny koniec piszczeli. W naszym wypadku zasługuje na uwagę jeszcze i ta okoliczność, że kiedy chrząstki stawowe zwykle przez mięsaki zostają nie tknięte, u naszej chorej takowe w znacznej części były zniszczone. Obecność barwika w guzie, o którym mowa, stanowi również nie zwykłe powikłanie. Prawie do ostatnich czasów mniemano, że barwik napotykanym bywa tylko w raku (*carcinoma melanodes*), następnie przekonano się, że mięsaki skóry i oczu nie są czasem od niego wolne; w końcu dowiedzionem zostało, że i mięsaki kostne bywają nimi powikłane, co niewątpliwie jest cechą większej ich złośliwości, czego właśnie najwybitniejszym przykładem jest nasza pacjentka. Po usunięciu bowiem guza za pomocą odjęcia uda, kiedy rana przez bezpośrednie sklejenie w większej części zagojoną została, a reszta jej przez brodawkowanie przy dobrem ropyeniu zablizniała się, w parę tygodni po operacji w rozmaitych okolicach ciała ukazywać się zaczęły guzy w skórze i zarazem obrzękły gruczoły chłonne w pachwinach, a w części i pod pachą, chora zaczęła kaszlać, dostawała napadów duszności, siły gwałtownie ją opuszczały, w końcu przyłączyły się majaczenie, drgawki i chora we cztery tygodnie po operacji zmarła. Po otwarciu zwłok znaleźliśmy obecność mięsaków barwиковych w mózgu, płucach, wątrobie, w gruczołach limfatycznych i w prawym jajniku, a nadto liczne kamyki wypełniały pęcherz żółciowy. We wszystkich wyliczonych organach mięsak był świeżego powstania bez żadnych przemian wstecznych prócz jajnika, gdzie jakkolwiek nie dosięgnął on wielkich rozmiarów, przedstawiał jednak w różnych częściach wszystkie okresy życia nowotworu, mianowicie obok w całym rozwoju będącego nowotworu w jednych miejscach, w drugich widoczny był rozpad (*detritus*) i utworzenie się torbieli, napełnionych krwią (*cystis haemorrhagica*), jak to jasno na załączonym rysunku widzimy.



Sarcoma melanodes ovarii.

Rysował z natury prof. Lambl.

Objaśnienie rysunku: *a.* Sarc. fuscum; *b.* Sarc. melanodes; *c.* detritus; *d.* Cystis haemorrhagica; *e.* pedunculus.

W obec takiego przypadku, jak powyżej podany, nasuwa się pytanie, czém się różni mięsak od raka? Jeżeli uwzględnimy przebieg, stałą zawsze recydywę w miejscu, szerzenie się na tkanki otaczające, występowanie następczych guzów w rozmaitych organach, zakażenie całego ustroju (*infectio*).—objawy wspólne rakom i mięsakom, to przyznać musimy, że klinicznie te dwa rodzaje nowotworów niczém prawie między sobą się nie różnią i że w równej mierze jak rak, tak i mięsak do najzłośliwszych nowotorów zaliczone być winny. Cała różnica polega tylko na histologicznej budowie, t. j., że nowotwory rakami dzisiaj zwane, pochodzą i złożone są z komórek nabłonkowych, których nie znajdujemy w mięsakach: zwróćmy przytém uwagę, że dołeczkowata budowa (*structura alveolaris*), którą za charakterystyczną dla raków wyłącznie podawano, bardzo często się napotyka i w układzie komórek mięsaków, chociaż takowe nie z nabłonkowych komórek są złożone.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O chronieniu śródkrocza według Ritgena.

Przez Dra Ahlfelda.

Podał w streszczeniu Dr St. Jerzykowski, lekarz w Poznaniu.

Aby wydobyć szybko główkę dziecięcą, która nie zstąpiła jeszcze głęboko do pochwy, zaleca Ritgen¹⁾ wprowadzić wysoko do odbytnicy jeden lub dwa palce

(dobrze oliwą posmarowane), powyżej części główki, leżącej w tem miejscu, naciskać ku dolowi i przodowi i tym sposobem wypchnąć główkę na zewnątrz. Już przed Ritgenem zwracali inni autorowie uwagę na ten rękoczyn, a w nowszych czasach przytacza O l s h a u s e n²⁾, że już od kilku lat używa w Halleńskiej klinice rękoczynu R i t g e n a z pomyślnym skutkiem, już to w celu chronienia śródkrocza, już też równocześnie jako środka, który zastępuje bóle porodowe. Również w klinice Lipskiej zastosowano od dość dawna ten rękoczyn i H a a k e były asystent tejże kliniki, opisuje go obszernie w swej rozprawie³⁾. Autor sam, mając często sposobność dochodzić skuteczności tego rękoczynu zaleca⁴⁾ go jak najgoręciój, zgadzając się co do rezultatów pod tym względem zupełnie z O l s h a u s e n e m. Używa go zaś nie tylko celem chronienia śródkrocza, ale także w tych wypadkach, w których chodzi z jakiegokolwiek przyczyny o skrócenie ostatniego okresu porodowego, a nałożenie kleszczy nie jest pożądanem; prócz tego stosowuje autor rękoczyn R i t g e n a u tych wszystkich kobiet, u których główka musi przechodzić przez wąskie śródkrocze. Ten rękoczyn posiada wszystkie warunki, których R i t g e n żąda, dla odpowiedniego chronienia śródkrocza.

Jego główne zalety są następujące:

D z i a ł a p r z y n i m v i s a t e r g o: W nowszych czasach, jak wiadomo, starano się przy wydaleniu zawartości z macicy naśladować jak najwięcej naturę i dla tego pociąganie zastąpić ciśnieniem. Tego dążenia najlepszym świadectwem są rękoczyny C r e d é g o, K r i s t e l l e r a, F a s s b e n d e r a i innych, które się okazały nadzwyczaj skutecznymi w praktyce. Także rękoczyn, o którym mowa, okazał się bardzo praktycznym z doświadczeń O l s h a u s e n a, C r e d é g o i jego uczyńców; A h l f e l d używa go przy każdym porodzie płodu w położeniu czaszkowym.

Z a s t o s o w a n i e t e j v i s a t e r g o nie zaburza bynajmniej prawidłowego mechanizmu porodowego. Potylicą przeszedłszy przez łuk łonowy robi znany obrót, szyjka wydłuża się, usta i brodka zsuwają się po kości krzyżowej i ogonowej na śródkrocze. Rękoczyn przyspiesza to poruszenie się główki, wszakże nie należy go przedź zastosować, dopóki palcami nie można dojść do ust płodu. Wspierać obrót w czasie, w którym można osiągnąć tylko czoła, jest niestosownym; gdy bowiem czoło jeszcze stoi w wyłobieniu krzyżowym, potylicą nie zstąpiła jeszcze tak głęboko, aby ją przed łukiem łonowym można było unieść znowu ku górze.

Przez rękoczyn można zupełnie użytkować kąt łuku łonowego. Główka zstępując na śródkrocze w położeniu rodzącej na grzbiecie bywa wypieraną ku odbytnicy tak przez kierunek wydalających sił, jak przez własną ciężkość. Tym sposobem musi się śródkrocze rozszerzać znacznie, gdy tymczasem w kącie łuku łonowego pozostaje jeszcze nie zajęta przestrzeń, przez którą po największej części można wygodnie przeprowadzić palec. Przez rękoczyn nasz korzystamy z tej przestrzeni, umniejszamy napięcie w śródkroczu. Jak zaś silną przytęm jest *vis a tergo*, możemy się łatwo przekonać, jeśli po ustąpieniu bólu porodowego włożymy palec w ów kąt i potem wykonamy rękoczyn.

R e k o c z y n n i e w s t r z y m u j e z a s t o j u z y l n e g o w ś r ó d k r o c z u, r a c z e j u ł a t w i a t a k o w y. Przez dotąd głównie używany sposób podpierania śródkrocza, t. j. przez wypieranie główki opuszką dłoni ku łukowi łonowemu staje się śródkrocze niedokrwiem, działa się więc zupełnie przeciw zmięczeniu śródkrocza. Inaczej zupełnie wpływa rękoczyn R i t g e n a. Podczas gdy przy naturalnym przebiegu porodowym śródkrocze przez powolne zsuwanie się główki staje się pulchniejszym podczas bólu porodowego, sprawia rękoczyn, że nacisk może trwać także w przestanku bólów porodowych, przez co się osiąga spiesniejsze zmięczenie śródkrocza. Jest to

1) Monatsschrift für Geburtskunde, tom 8 str. 234.

2) Ueber Dammverletzung und Dammschutzverfahren. Sammlung klin. Vortr. N. 44.

3) Zur Diagnose der Nabelschmürumschlingung. Zeitschrift für med. Chir. u. Geb. von K ü c h e n m e i s t e r u. P l o s s; Neue Folge. Tom 4, zeszyt 3, strona 193.

4) Archiv für Gynäkologie 1874, tom VI zeszyt 2.

bardzo ważna zaleta rękoczynu, ponieważ akuszer może według upodobania sprawić, iż śródkrocze miękceje w dłuższym lub krótszym czasie.

Rękoczyn umożliwia przejście główki w chwili od bólów porodowych wolnej i dozwala przytrzymywać główkę podczas bólu porodowego. Aby wykazać korzyści jakie pod tym względem daje nam rękoczyn, musimy sobie tutaj uprzytomnić sposób ręcznego wykonania tej operacji. *O l s h a u s e n* zauważa bardzo słusznie, że najkorzystniejszym jest wykonanie tego rękoczynu w położeniu poziomem kobiety na grzbiecie, że się jednakże da wykonać także w położeniu na boku. Lekarz siedzi na łóżku albo przykłękuje obok niego. Przedramię spoczywa pomiędzy udami kobiety i opiera się o łóżko; palec wskazujący i średni odpowiedniej ręki wprowadza się do odbytnicy, a palec wielki przykładają się na widoczną część główki. Tym sposobem można regulować wypychanie i powstrzymywanie główki. Oba palce zakrzywione ciągną główkę za usta lub bródkę ku przodowi i ku górze, palec zaś wielki i ręka wolne przytrzymują główkę, gdyby miało być zbyt silnem działaniem tłoczni brzusznej, lub bólów porodowych. Wolnej ręki używamy nadto do wypychania główki ku łukowi łonowemu i po przerznięciu się jej największego obwodu, do unoszenia czoła ku górze, aby się śródkrocze szybko zsunęło po górnej szczęce i po bródce.

W niektórych jednakże wypadkach należy wolnej ręki w innym jeszcze użyć celu. W wypadkach, w których ręką znajdującą się w odbytnicy nie podobna dosięgnąć ust dziecka, a pożądanem jest szybkie ukończenie porodu, naciska autor wolną ręką podczas bólu porodowego na koniec miedniczy płodu ku dołowi i przodowi; gdy nacisk ten jest silnym i zręcznie wykonanym, spuszcza się nieco głębiej główka w wyźłobieniu krzyżowem i śródkroczoem. W tej samej chwili posuwa się jak najwyżej palce leżące w odbytnicy i stara się wyszukać usta, a jeśli się to nie uda podczas pierwszego bólu porodowego, to powtarzamy tego rodzaju postępowanie przy następnym bólu.

Zahaczywszy palce o górną szczękę, trudno nam niekiedy utrzymać palce w tém położeniu, ponieważ ze zmęczenia tracą one władzę, tak iż nawet zmuszeni jesteśmy odmienić rękę. W tym celu spychamy poprzecznie pośladki wolną ręką jak najwięcej ku dołowi, każemy je w tém stawieniu przytrzymać akuszerce tak długo, aż nie odmienimy ręki.

Używając tego rękoczynu akuszer ubezpieczony jest od wszelkich zaburzeń mogących pochodzić ze strony rodzącej. Wśród najboleśniejszych chwil porodu stara się często rodząca obronić przeciwko manipulacyom asystującej osoby, jużto odpychając gwałtownie rękę, wstrzymującą główkę, już też starając się przez szybkie poruszenie pośladków usunąć nacisk przyłożonej ręki. Przy rękoczynie *R i t g e n a* rzecz ta nie uda jej się tak łatwo, bo palce raz zahaczone nie popuszczają tak szybko. Nadto znajduje się przytem akuszer tak daleko od rąk rodzącej, że trudno jej przeszkadzać mu w niesieniu pomocy potrzebnej.

Rękoczyn można również łatwo wykonać wtenczas, kiedy główka zachwycona kleszczami przechodzi przez części miękkie. Łatwą rzeczą jest dowieść, że największa część rozdaré pochodzi od operacyj kleszczowych u pierwiastek. W takich razach właśnie zaleca się odłożyć kleszcze i główkę wypchnąć ze strony odbytnicy. W tym celu, skoro rękojeści kleszczy zbliżają się już do brzucha i część główki ukazuje się w szparze sromowej, zahacza się palce o usta i ręką wolną otworzywszy zamek u kleszczy odejmuje się takowe. W wielu wypadkach pozostawiał nawet autor kleszcze i doszedł do zadawalniających rezultatów, mimo tego, że się przez kleszcze zwiększał obwód rodzącej się części dziecka.

W rzadkich razach zachodzą okoliczności, w których mimo przeryniającej się już główki trzeba odłożyć kleszcze, ponieważ żadnej nie przynoszą korzyści. Do takich okoliczności należy np. zbyt mała pochyłość miednicy, przyczem szpara sromowa leży nieprawidłowo ku przodowi. Autor sam miał takie dwa wypadki, w których rękojeście kleszczy leżały już na brzuchu kobiety, a główka nie zaczynała się jeszcze przerynać. W takich więc razach należy wyjąć kleszcze i główkę wydobyć przez wypychanie z odbytnicy.

Rękoczyn dozwala, że oczyma można dokładnie dostrzedz, jak postępuje rozszerzenie się śródkrocza. Pole

operacyjne zakrywa tylko wielki palec, który w razie potrzeby możemy na czas niejaki odsunąć ku dołowi. Przy takiej dokładnej kontroli śródkrocza wiemy dobrze, kiedy się uciec do innych środków chroniących takowe (do jego nacięć), a szczególnie nie potrzebujemy się chwycić ich przedwcześnie. — Nadto uczucie oporu, jakiego doznaje palec wielki opierający się o główkę, poucza nas także, w jakim się stanie znajduje śródkroczce.

Rękococzyn chroni więcej, aniżeli każdy inny, od tego, że się części przypadkiem rozdarte nie stykają z rękoma lekarza lub akuszerki, z mniejszą się więc niebezpieczeństwem zarażenia. Z praktyki znana jest rzecz, jak często ręka lekarza lub akuszerki, niekiedy zanieczyszczone masami kałowymi, dotykają brzegu śródkrocza, przez co w razie rozdarcia się jego, rana podlega zanieczyszczeniu. Wszystkich tych niedogodności nie masz przy rękocyzynie Ritgena i przy pęknięciu śródkrocza rana przedstawia się zupełnie czystą.

Z tego, co się dotąd powiedziało widoczną jest rzeczą, jak wielkie są korzyści rękocyzynu Ritgena, jako środka chroniącego śródkroczce. Prócz tego jednakże posiada on jeszcze inną zaletę, można go bowiem zastosować dobrze jako środek który bóle porodowe zastępuje w wielu wypadkach. Bóle porodowe mogą być bardzo silne i działać znakomicie, lecz z innej jakiej przyczyny nie pozwalają nam ukończyć szybko porodu. Jeśli w takich razach główka stoi już w śródkroczu, to rękocyzyn powyższy jest zupełnie stosownym środkiem pomocniczym. Głównie zaś zaleca go autor zastosować wtenczas, kiedy przy głęboko stojącej główce musimy poród tak szybko ukończyć, że nie mamy nawet czasu do założenia kleszczy, a więc przy wypadnięciu powiny, gdy ta nie tętni już, przy silnych krwotokach, przy śródpochwowych wdychaniach płodu. Autor przytacza tu trzy ostatniego rodzaju wypadki, w których rękocyzynem tym uratował życie trojga dzieciom.

Przy tym rękocyzynie może tak matka, jak dziecko podlegać skaleczeniom. Obrażenia matki mogą dotyczyć tylko ściany odbytnicy i nie mają żadnego wielkiego znaczenia. Innych skaleczeń nie podobna prawie wcale przypuszczać. Inaczej ma się rzecz z skaleczeniami dziecka. Głównie należy tutaj na to uważać, aby nie za wcześnie palec skrzywić, ponieważ przez to można łatwo uszkodzić oczy; rękocyzyn jednakże nie traci przez to wcale na swej wartości. Skaleczeń języka, dolnej szczęki albo szyjki skutkiem zbytniego jej rozciągnięcia nie widział autor nigdy.

W końcu wyraża autor życzenie, ażeby tego rękocyzynu uczono po zakładach wszystkie akuszerki i jest tego przekonania, że wiele akuserek, które widziały w jego klinice ten rękocyzyn i jego błogie skutki, bez wątpienia już dawno używają go w swjej praktyce.

O patologicznych utratkach białka przez organizm.

Przez Prof. Dra F. W. Beneke'go.

Podał Dr W. Kosmowski ¹⁾.

Mamy zamiar mówienia tutaj tylko o tych wydzielinach substancji azotowych, które odłączają się od organizmu w stanach jego patologicznych, nigdy zaś, lub chyba w stopniu bardzo nieznacznym, odchodzą od niego w stanie jego prawidłowym.

Na pierwszym miejscu musimy postawić pod tym względem utraty patologiczne białka, które skuteczniają się na drogach bardzo różnorodnych

¹⁾ W ciągu bieżącego roku wyszło w Berlinie ważne i bardzo nauczające dzieło Dra Beneke'go, pod tytułem „Grundlinien der Pathologie des Stoffwechsels.“ Przedstawia w niem autor patologię ogólną przemiany materji. Podany tutaj przez nas rozdział przedstawia niejedną cenną wskazówkę do racjonalnego leczenia, i dla tego z korzyścią przeczytanym być może przez czytelników niniejszego pisma. Dzieło to winno się znajdować w ręku każdego myślącego lekarza.

i przedstawiają odnośnie ilości wielką różnicę, a ztąd w pewnych razach mogą grozić wielkiem niebezpieczeństwem dla egzystencji organizmu.

Cztery są główne drogi, któremi organizm traci białko, a mianowicie: błona śluzowa narzędzi oddechowych, błona śluzowa przewodu trawienia, błona śluzowa przyrządu płciowego i w końcu nerek i przewodów moczowych. Ilość białka wydzielanego na wszystkich tych drogach podlega bardzo wielkim wahaniom.

Co się tyczy błony śluzowej narzędzi oddechania, to wiemy, że wszelki nieżyt oskrzeli, krtani lub nosa spowoduje nieprawidłowe utraty białka, i bardzo zbliżonej do niego mucyny. W płwocinie śluzowej, jak to ma miejsce przy zwykłych nieżytach, przeważa głównie ilość mucyny. W miarę jednak jak płwocina staje się bogatszą w komórki i robi się ropną — bogatszą jest także w białko. U suchotników z jamami w płucach i rozszerzeniami oskrzeli, jakoteż przy przewlekłych nieżytach oskrzelowych ilość komórek ropnych dochodzi do bardzo wielkiego stopnia, i straty, jakie ztąd organizm codziennie ponosi, są często tak wielkie, iż istotnie prowadzą chorych do suchoty (*phthisis*).

Ilość stałych składników płwociny jest bardzo różnicą, jak to zresztą łatwo się domysleć, podawaną. Podania wahają się między 4,4 p. c. (Nasse) i 11,29 p. c. (Scherrer). Autor znalazł u jednego suchotnika z jamami w płucach przez ciąg 4 dni 612,9 grm. świeżej płwociny, która zawierała 6,48 p. c. składników stałych. Wynosi to w sumie 39,76 grm. składników stałych w ciągu 4 dni, czyli 9,9 grm. w 24 godzinach. Płwocina ta zawierała 13,4 grm. substancji rozpuszczalnej w alkoholu i eterze, przyczem znajdowały się znaczne ilości cholestearyny, tak, że w przybliżeniu ilość białka i mucyny można oznaczyć na 6 grm. *pro die*. Niewątpliwie i daleko większe utraty następować mogą. Fakty te jednakże są dostateczne do wykazania wysokości strat, jakie organizm na tej drodze ponosić może, i do dania wskazówki, o jakiej przy wyszukiwaniu wskazań terapeutycznych pamiętać należy.

Nie mniej znaczne straty ponosi organizm za pośrednictwem błony śluzowej przewodu kiszkiowego. Prosta biegunka nieżytowa, biegunki przy zaniku dziecięcem, tyfusie, gruźlicy kiszkiowej, owrzodzeniach torebkiowatych kiszki, wypróżnienia choleryczne i dyzenteryczne pozbawiają organizm pewnej ilości białka. Bardzo ważne poszukiwania pod tym względem zawdzięczamy Karolowi i Schmidtowi. Według niego, ilości białka w przesięku kiszkiowym, wywołanym użyciem senesu, należą do najmniejszych, podobnie jak i ilości białka w wypróżnieniach przy prostej biegunce nieżytowej (3 grm. na 24 godzin). Przy choleryze ilość procentowa białka w masach, wyrzuconych przez wymioty i stolce, i podobnych do wody ryżowej, nie jest większa, jak przy działaniu zwykłych środków przeczyszczających; lecz ogólna ilość w ciągu doby podnosi się często (przy 5000 CC. ilości płynu) do 5 grm. *pro die*. Inaczej się dzieje w dyzenteryi, przy której wypróżnienia kiszkiowe posiadają 24 p. M. białka; na 10 spostrzeżeń, średnio 50,5 grm. białkanów wychodziło z organizmu *pro die*. Ztąd słuszną robi uwagę C. Schmidt, że tak nadzwyczajne utraty białka, nie rzadko dosięgające do 1/6 całej ilości białka we krwi, muszą bardzo szybko spowodować upadek sił.

Odnosnie utrat białka drogą przyrządu płciowego żeńskiego w formie białych upławów (nieżyt pochwy i macicy) brakuje nam bliższych spostrzeżeń. Jednakże z opowiadań samych chorych, jakoteż ze skutków długotrwałych podobnych odpływów wnosić możemy, że takowe często nie są także obojętne dla organizmu. To samo się stosuje do chorobliwych utrat nasienia u mężczyzn, które pozbawiają organizm nie tylko pewnej ilości białka, ale także lecytyny i cholestearyny.

Nieco więcej pewnego wiemy o tak często występujących przesiękach nerkowych i białkowatych wydzielinach dróg moczowych, stanowiących tak zwany białkomocz (*albuminuria*), który powstaje przy miąższowem zapaleniu nerek, przy srodniąższowem bujaniu tkanki łącznej w nerkach, przy mączkowatym zwyrodnieniu naczyń, jako też przy jakichkolwiek zaburzeniach ciśnienia krwi w nerkach, lub przy nieżycie dróg moczowych, szczególnie pęcherza. Ilości białka, wydzielanego w ciągu 24 godzin, wahają się tutaj między śladami i 30—35 grm. Największe ilości znajdujemy przy zapaleniu nerek rozlanem lub miąższowem ostrem (według Dickinsona aż do 35 grm. na dobę); najmniejsze przy prostych i czasowych powiększeniach ciśnienia w systemacie krwionośnym. Przytem ilości te przy

ostrem zapaleniu rozlanem nerek odrazu występują w stopniu bardzo wysokim (przy zmniejszonej ilości moczu), przy innych zaś formach cierpień nerkowych widzi-
my powolny wzrost, tak iż z początku mogą się pokazywać tylko ślady, a dopiero
w okresach późniejszych znaczniejsze ilości białka w moczu.

Oprócz tych form, utraty białka przez organizm mogą następować jeszcze w rzad-
szych wypadkach, za pośrednictwem skóry, i bardzo często drogą ran ropie-
jących wszelkiego rodzaju. Przy rozległej łuszczycy (*eczema*), liczne
odpadające strupy i wielka ilość płynu, oddzielającego się z miejsca zajętego, wy-
stawiają także organizm na wielką stratę białka. W ranach zaś ropiejących, obok
białka, wydziela się jednocześnie obfita ilość tłuszczów lecytyny i cholestearyny.
Autor znalazł raz w ropie z ropnia kręgowego na 84,7 części wody 15,3 cz.
substancji stałych, te ostatnie zaś zawierały na 100 części 20,56 cz. wyciągu wy-
skołowego i eterycznego, z którego 0,440 grm. czystej cholestearyny otrzymać się
dało. Jeżeli zaś ilości ropy dosięgają w ciągu doby do 200—300 grm. wówczas ła-
two wniesić możemy jak wielkie ztąd straty organizm ponosi.

Jakkolwiek nie znamy stosunków, które przeszkadzają w stanie prawidłowym
przechodzeniu białka przez pewne części systemu naczyniowego, to jednakże od-
nośnie przyczyn patologicznego wydzielania się białka, możemy podać pewien
ich szereg.

Należy tu najprzód podniesienie ciśnienia krwi na większej
lub mniejszej przestrzeni systemu krwionośnego, dające powód do nieprawidłowe-
go występowania surowicy krwi z naczyń. Przez podwiązanie lub ucisk naczyń żył-
nych łatwo można sztucznie wywołać podobne wystąpienie. Obrzęk i białkomocz,
występujące przy pewnych chorobach serca, jakoteż przesięki surowicze w opłucnej,
otrzewnej i t. d., występujące skutkiem zastojów krwi, po większej części do tegoż
szeregu należą.

Na drugim miejscu stoją cierpienia i zaburzenia inervacji
samych ścian naczyń, jako momenty przyczynowe. Przedewszyst-
kiem proces zapalny sprowadza podobnego rodzaju zmiany w ścianach drobnych na-
czyń, przez które mogą w nadmiernej ilości przechodzić ciałka krwi czerwone i bia-
łe, jak również surowica krwi. Naczynia włosowate nerek, które w stanie prawid-
łowym nie przepuszczają białka, w stanie zapalnym tracą tę własność. Zapalny wy-
sięk, zawierający białko, przy zapaleniu płuc, oskrzeli, opłucnej, przesięk kiszkowy
w pierwszym okresie dyzenteryi, przedewszystkiem zaś zapalenie rozlane nerek ostre
z białkomoczem mają tę właśnie przyczynę. Między innymi zmianami ścian naczy-
niowych możemy tutaj przytoczyć przeistoczenie naczkowate naczyń, doprowadzające
w nerkach do białkomoczu, w kiszkaach do wypróżnień biegunkowych i białkowatych.
Nakoniec możemy tutaj także podciągnąć rozszerzenia patologiczne i nowotwory na-
czyń, a mianowicie przy białkomoczu, powstającym skutkiem rozmaitych cierpień pę-
cherza, narośli brodawkowatych, raka, podrażnienia skutkiem kamieni moczowych i t. d.

Po trzecie, wydzielanie białka może następować skutkiem wprowadze-
nia do organizmu pewnych substancji lekarskich. Po więk-
szych dawkach senesu, aloesu, kolocytyd i t. d. następują wypróżnienia kiszkowe,
zawierające nieco białka (p. w.); po użyciu kantaryd, nawet po zastosowaniu ich ze-
wnętrznym, łatwo znaleźć możemy białko w moczu. To samo ma miejsce, według
Waldenström'a po użyciu wewnętrznym i zewnętrznym kwasu karbolowego,
i według Mayerhofer'a, po dłuższem używaniu emetyku. Jod u wielu osób
sprowadza niezbyt na błonie śluzowej organów oddechowych, czyli tak zwany katar
jodowy. Wszystkie te substancje, jak się zdaje wpływają na inervację naczyń. Cho-
ciaż Bright i inni utrzymywali, że balsam kopaiwy i kubeby nie rzadko biał-
komocz sprowadzały, to jednak według poszukiwań Owena Reesa zdaje się, że
zdarza się to rzadko. Jeśli bowiem będziemy traktować mocz pacjenta, używające-
go kopaiwę lub kubeby, kwasem azotowym, wówczas tworzy się wprawdzie mniej
lub więcej silne zmętnienie moczu, bardzo podobne jak przy strąceniu białka. Lecz
substancja, sprowadzająca to zmętnienie, nie jest tu jednakże białkiem, i różni się
łatwo od niego tem, iż nawet przy dłuższem staniu nie osiada w kłaczkach. Nawet
osocze krwi, które szybko strąca białko z moczu lekko zakwaszonego kwasem oc-
towym, pozostaje bez wpływu na substancję, pojawiającą się po użyciu kopaiwy
i kubeb.

Jako czwartą przyczynę nieprawidłowych wydzielin białka, szczególnie przez nerki, możemy podać pewne stany chorobowe ostre lub przewlekłe. Istotną przyczyną utrat białka nie we wszystkich wypadkach da się tutaj wytłómaczyć. Czasem, jak w razie ważnych cierpień płucnych nieprawidłowe powiększenie ciśnienia w zakresie żył nerkowych lub żyły wrotnej zdaje się wywoływać białkomocz lub biegunkę kiszkową. W innych wypadkach przeciwnie, jak np. przy tyfusie brzuszny, przyczyna zdaje się raczej spoczywać w zaburzeniach inercji naczyń krwionośnych. Z poszukiwań H. Nasse'go wiemy już, że różnice ciepłoty mają wielki wpływ na dyfuzję. Zachodzi ztąd pytanie, jak dalece wspomniany białkomocz zależy od podwyższenia ciepłoty. Z drugiej strony wiemy, że nawet przy wysokiej atonii ścian naczyńiowych, jak np. przy konaniu, następuje często białkomocz i jest możebnem, że wspomniane zaburzenia dyfuzyjne muszą być spowodowane jedynie tylko do zaburzeń w obrębie nerwów naczyńioruchowych.

Jako piąty moment przyczynowy musimy w końcu podać pewne zmiany w samym składzie krwi, jakie następują także w części w wspomnianych już stanach chorobowych ostrych lub przewlekłych. J. L. Vogel podaje, że przy tak zwanej Hypalbuminozie lub hydremii, białko „bardzo często“ w moczu występuje. Parkes podaje ten fakt w wątpliwość. Dalsze poszukiwania mogą kwestyę tę rozstrzygnąć. Według poszukiwań Nasse'go nie ulega wątpliwości, że nie tylko większa ilość wody, lecz także jednoczesne powiększenie ilości soli kuchennej we krwi, sprzyja przechodzeniu surowicy krwi przez błony zwierzęce, i możliwość powstawania białkomoczu na tej drodze staje się bardzo prawdopodobną. Ale na drugi, będący tu w związku punkt, chciałbym zwrócić szczególną uwagę. Gdy w jakikolwiek sposób powstał białkomocz, wówczas skutkiem poprzednio już wspomnianej statyki dyfuzyjnej krwi, takowa nie tylko staje się uboższą w białko, lecz też bogatszą w sól kuchenną i wodę. Następstwem tego musi być, iż utraty białka, właśnie skutkiem tej zmiany w mieszaninie krwi i przy działaniu głównej jej przyczyny, znacznie się powiększają, i powiększenia takie, jakto obserwujemy przy łóżku chorych, nieraz nie zależą wcale od powiększenia się cierpienia jakiegoś narzędzia, lecz często jedynie pochodzą skutkiem zmiany mieszaniny krwi. Oczymujemy ztąd bardzo pewne wskazówki odnośnie dietyki dla chorych na nerki z białkomoczem (podwyższenie substancji białkowatych w pokarmach przy zmniejszeniu ilości soli). I działanie wód zawierających sól zwyczajną na rozpuszczanie i oddzielanie lepkich wydzielin oskrzelowych może uważać należy jako dalsze potwierdzenie poszukiwań Nasse'go. Przyjęcie jej do krwi podnosi, podług doświadczeń, przechodzenie surowicy rozcieńczonej i bogatszej w sól przez ścianę naczyń, i chory czuje rozpuszczające jej działanie na męczące go wydzieliny oskrzelowe. Lecz i przeciwny stan krwi, t. z. Hyperalbuminoza, zdaje się mieć wpływ na nieprawidłowe wydzieliny białka. I tak Becquerel wspomina, że Barreswil po użyciu 10 jaj w ciągu 24 godzin oddawał mocz zawierający białko, a Hammond to samo postrzeżenie robił na sobie samym. Autor na sobie samym mógł stwierdzić, iż po obfitych potrawach mięsnych odchodziło u niego z moczu kilkakrotnie niewielkie ilości białka. Stokvis także obserwował, iż po zjedzeniu jajek na miękko stale przechodziło białko do moczu. Lecz zdanie Wundt'a, że dłuższe powstrzymanie soli zwyczajnej może spowodować białkomocz, zdaje się być nieprawdziwem. Przynajmniej Stokvis zdaniu temu całkowicie zaprzecza.

Ponieważ, mówiąc o nieprawidłowych utratkach białka przez organizm, przyzwyczajaliśmy się myśleć prawie wyłącznie o białkomoczu, przeto uważałem za konieczne zwrócić uwagę na rozmaite drogi, w których utraty te następują. Strata, jaką suchotnik ponosi drogą płwociny białkowatej, może w pewnych okolicznościach zupełnie równoważyć utraty przy białkomoczu, a nawet je przewyższać; z tego więc powodu równą na pierwszą, jak i na drugą okoliczność zwracać należy uwagę przy leczeniu. W każdym razie białkomocz odgrywa bardzo wybitną rolę w zaburzeniach przemiany materii, i dla tego musimy jeszcze bliżej nad nim się zastanowić.

Przyczyny, głównie prowadzające białkomocz, są już wyliczone poprzednio. Z nich już *a priori* możemy dojść do tego wniosku praktycznego, iż białkomocz musi być stały lub przechodni, gdyż i przyczyny, jak zmiany w utkaniu nerek, są stałe, inne zaś, jak ostre procesy chorobowe, tyfus, zapalenie płuc i t. d.

są tylko przechodnie. Z tego powodu niezmierniej wagi dla praktyki jest nie poprzestawać na jedno lub dwurazowem zbadaniu moczu, lecz powtarzać je codziennie przez czas dłuższy, przy jednoczesnem badaniu mikroskopowem moczu. Poszukiwania E. A. Parkesa są bardzo pod tym względem ważne. Znalazł on w University College Hospital

	białkomocz przechodni.	białkomocz stały.
na 100 mężczyzn	12,35	14,71
na 100 kobiet	12,03	10,53

Pomiędzy wypadkami stałego białkomoczu zdarzały się bardzo rzadko takie, w którychby nie było wcale choroby nerek. Na 36 wypadków było 32 wypadki chorób nerkowych. W pozostałych 4 wypadkach była choroba serca. Białkomocz zaś przechodni był spostrzegany przy zapaleniu płuc, tyfusie, zapaleniu opłucnej, gruźlicy płucnej, porażeniu obustronnem, jednostronnem, zapaleniu oskrzeli ostrém, chorobie serca, ostrém zapaleniu nerek, szkarlatynie, gościecu ostrym, purpurze krwotocznej i róży; a co do częstości występowania białkomoczu przechodniego w rozmaitych formach chorobowych możemy podać spisy Fingera, robione na klinice wiedeńskiej Oppolzera. Według nich białkomocz przechodni występuje:

w 186 wypadkach gruźlicy płucnej	46 razy	= 24,7 p. c.
„ 88 „ tyfusu brzuszego	29 „	= 32,9 „ „
„ 46 „ gorączki płożowej	32 „	= 69,5 „ „
„ 10 „ zimnicy	1 „	= 10 „ „
„ 33 „ zapalenia płuc	15 „	= 45,4 „ „
„ 16 „ zapalenia oskrzeli	3 „	= 18,7 „ „
„ 14 „ zapalenia opłucnej	2 „	= 14,3 „ „
„ 6 „ zapalenia otrzewnej	2 „	= 33,3 „ „
„ 65 „ niezytu kiszkiwego	8 „	= 12,3 „ „
„ 16 „ ostrego gościeca	2 „	= 12,5 „ „
„ 6 „ blednicy	2 „	= 33,3 „ „
„ 18 „ choroby serca	7 „	= 38,8 „ „

Do spostrzeżeń tych możemy dodać, że także niezyt przewlekły żołądka (*dyspepsia*) występuje razem z białkomoczem, a podobne obserwacje były robione przez Clemensa, Rayera i Solonia. Wiadomą dalej jest rzeczą, iż przy ciąży, skutkiem mechanicznego ciśnienia macicy, spostrzegamy często białkomocz. Jako rzadszych przyczyn białkomoczu nie możemy także pominąć rozwoju nowotworów w nerkach i drogach moczowych (rak, gruzelek i t. d.), jakoteż obecności w nich kamieni moczowych. *(Dokończenie nastąpi).*

Wiadomości bieżące.

— Śmiertelność w Bostonie mianowicie między dziećmi jest olbrzymia. Chociaż miasto liczy tylko 250000 mieszkańców, mimo to od 4 stycznia 1873 r. do 25 kwietnia 1874 r. przeszło 10000 osób zmarło, z której to liczby czwarta część przypada na dzieci w wieku do jednego roku. Jako przyczynę śmiertelności takiej podają niedbałość matek względem własnych dzieci, niedokładne odświeżanie powietrza w szkołach, pokarm niezdrowy, zaprawiony szkodliwymi substancjami. Nadużycie napojów wysokowych, lubo sprzedaż prawnie jest wzbronioną, daje również znaczny procent śmiertelności, gdyż w przeciągu 15-stu miesięcy, 62 osób wskutek opilstwa zmarło

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.