

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYCZYNEK DO OPEROWANIA LISTEW I SKRZYWIEN PRZEGRODY NOSA ZA POMOCĄ ELEKTROMOTORU.

Polat

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryum dla chorób gardła i nosa w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.

— 2 — 3 —

Sposób usuwania listew i skrzywień przegrody nosa, tak kostnych, jak i chrzęstnych, za pomocą odpowiednich pił, frez i trefin, wprowadzanych w nadzwyczaj szybki ruch za pomocą motoru elektrycznego, przedostał się z Ameryki do Europy stosunkowo dość późno. Sposób ten ogłoszony został po raz pierwszy przez GOODWILLIE w *New-York Medical Record* z 1879 roku, z uwagą, że autor używa go już od roku 1872. Z początku do wprawiania w ruch pił lub trefin autor ten zastosował maszynę, poruszaną nogą, jakiej zwykle używają dentyści. W dalszym ciągu badań nad tą kwestyą GOODWILLIE ogłosił artykuły następujące: 1) Krótka wzmianka na zjeździe w Londynie w 1881 r.; 2) w *Transactions of American Medical Association* z 1882 r.; 3) w *New-York Medical Journal* 1891 r..

Elektromotor zastosowany był nieco później, jak o tem świadczą dwa odczyty, wygłoszone w marcu 1887 r. w *New-York Academy of Medicine* [przez H. CURTIS'a drukowany w *New-York Medical Journal* 1887 r. i JARVIS'a w *Medical Record* 1887 r.]; operacyi zaś w nosie dokonał po raz pierwszy przy użyciu elektromotoru D-r SEILER.

Dane powyższe z literatury amerykańskiej czerpałem z pracy GLEITS-MANN'a ¹⁾, który dziwi się, że o sposobie tym, znanym oddawna w Ameryce, Europa tak się późno dowiedziała.

W literaturze francuskiej C. ASTIER ²⁾ podaje opis operacyi, dokonanych tą metodą przy użyciu maszyny dentystycznej, jako motora. Sposób postępowania przedstawia autor, jak następuje: „*Je me sers d'une fraise tranchante*” ³⁾

¹⁾ Ueber Behandlung von Septumdeviationen mittelst der Trephine und der Methode von Asch. Archiv f. Laryngol. Tom IV. 1896 r. str. 115.

²⁾ C. ASTIER. Du traitement de certains retrécissemens des fosses nasales. Revue de laryng. etc. 1892 r. str. 399.

³⁾ Freza, t. j. główka metaliczna z ostro naciętymi rowkami.

animée d'un mouvement rapide de rotation, fixée à l'extrémité du ressort à boudin d'un tour de dentiste. Cette fraise, constituée par un tambour haut de 15 millimètres, a son bord libre en dents de scie; l'autre bord se continue par une tige, qui vient s'adapter à l'extrémité du ressort du tour. Le diamètre de ces fraises varie de 4 à 10 millimètres. Cette simple description de l'appareil fait comprendre qu'il s'agit d'une sorte de trépan, qui n'a rien à voir avec les vrilles [bor-rolka] dont on se sert en Amérique, ni avec les mèches employées pour ponctionner les sinus. Ces vrilles et ces mèches ne font que trouser, forer, mes fraises trépanent, enlèvent une partie plus ou moins notable de tissu osseux". ASTIER przeznaczą ten przyrząd do operacji przy zwężeniach nosa, zależnych tylko od zmian w kościach i chrząstkach, znosząc nim listwy na przegrodzie nosa w ciągu kilku sekund. Do tego celu służą trepany pięć lub lepiej siedmiomilimetrowej średnicy. Do czasu ogłoszenia omawianej pracy A. operował 350 przypadków, przy czem dwa razy zaledwie widział małe powikłania w postaci następczego krwawienia. Przestrzegać należy przytem najściślejszej antyseptyki; po operacji nos tamponuje się gazą salicylową. Pierwszą pracę w tym przedmiocie ogłosił ASTIER w *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* w październiku 1891 r.

ZIEM³⁾ z Gdańska niezależnie od ASTIER'a i innych autorów posługuje się piłą swego pomysłu wprawianą w ruch za pomocą maszyny dentystycznej. Główną jednak zasługę ulepszenia omawianej metody, wprowadzenia jej w Europie w ogólne niemal użycie, ma GUSTAW SPIESS z Frankfurtu. Jego praca p. t. „*Zur Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand*“, ogłoszona w *Archiv für Laryngologie* dopiero w 1894 roku, zwróciła powszechną uwagę.

Wszystkie prawie przyrządy są jego wynalazku; wiedział on bowiem o istnieniu podobnej metody tylko z ustnej rozmowy z jednym z amerykańskich kolegów.

Przedtem do zdejmowania listew na przegrodzie nosa stosowaliśmy galwanokaustykę, elektrolizę i cały szereg krwawych operacji [nożyczki, ręczne piłki, ostre dłutka, noże i t. d.]. Wszystkie te operacje, jak słusznie SPIESS twierdzi, są bardzo bolesne, wywołują obfite krwawienia, wykonanie ich trwa bardzo długo i nie daje się zastosować u dzieci.

Przy użyciu trefiny operacja jest zupełnie niebolesna, trwa kilka zaledwie sekund, daje się doskonale wykonać u dzieci przy względnie nieznanym krwawieniu.

Dla dokładnego wykonania operacji należy się postarać o możliwie dokładnie wykonane, a zatem niezawodzące podczas działania przyrządy, a więc za źródło prądu elektrycznego służyć powinien akkumulator o 6 elementach; motor powinien wykonywać 60 obrotów na sekundę, t. j. 3600 obrotów na minutę, gdyż im szybciej porusza się motor, tem lżej, tem równomierniej i prędzej pracuje połączona z nim za pomocą odpowiedniego przewodnika trefina lub piłka.

¹⁾ D-r ZIEM. Contribution au traitement des sténoses nasales. Revue internationale de rhinologie etc. Nr. 4. 1892 rok.

Do operacji trefiną nadają się wszystkie bez wyjątku listwy i skrzywienia przegrody nosa: małe, duże, przednie, tylne, chrzęstne i kostne.

W niektórych przypadkach niepodobna uniknąć przedziurawienia przegrody nosa, co zresztą zdarza się i przy innych sposobach operowania. Przedziurawienia takie nie pociągają zresztą za sobą żadnych złych następstw. Należy jednak bezwarunkowo unikać zranień dna nosa, dla ochrony którego jakoteż i muszel podaje SPIESS odpowiedni wziernik. Autor ten radzi znieczulać kokainą obie strony przegrody nosa, aby uniknąć bólu na wypadek przedziurawienia. Jeżeli krwawienie jest nieznaczne po uprzednim przemyciu nosa słabym roztworem sublimatu, SPIESS przysypuje ranę dermatolem, w przeciwnym zaś razie tamponuje gazą. Przed operacją należy wyjąłować przyrządy, gotując je w roztworze dwuwęglanu sodu

Im gładszą jest rana pooperacyjna, tem szybciej następuje gojenie; w przypadkach SPIESS'a okres ten trwał przecięciowo 3 tygodnie. Instrumenty, używane przez SPIESS'a, pochodzą z fabryki Braunschweiga w Frankfurcie.

KRETSCHMANN ¹⁾ używa wyłącznie trefiny, która go tak we wszystkich przypadkach zadawała, że nie miał potrzeby uciekania się do pilek. Podzielając większość wniosków SPIESS'a, K. dodaje, że operacja przy tym sposobie postępowania jest tylko względnie niebolesną [nie zaś absolutnie, jak to twierdzi SPIESS]; na wielu chorych przytem nieprzyjemnie działają wstrząśnienia głowy, wywołane ruchami trefiny. Dalej ujemną stroną trefiny stanowi zupełne zniszczenie części błony śluzowej przegrody, powstała zaś ztąd rana musi pokryć się ziarniną, co trwa przecięciowo 6—8 tygodni [nie zaś 3, jak to pisze SPIESS]; w jednym przypadku nastąpiła przytem wtórna nekroza z wydzieleniem się martwaka. W czterech na 25 operowanych przypadków autor zmuszony był do zastosowania tylnej tamponady wskutek wtórnego krwotoku, w pięciu zaś wystarczyła przednia.

Obecnie więc tamponuje KRETSCHMANN nos po każdej takiej operacji. Na 25 operowanych tym sposobem chorych autor miał jedno przedziurawienie przegrody, radzi więc uprzedzać chorego o możliwości podobnego wyniku,

WOLFF ²⁾ chwali nowy pomysł SPIESS'a, któremu nie może wyrównać żadna z dotychczasowych metod pod względem szybkości, pewności i elegancji. Według tego autora, bolesność operacji po znieczuleniu kokainą jest bardzo mała, krwawienia były obfite, gojenie szybkie, odczyn zapalny mniejszy, niż po innych sposobach.

WOLFF poleca motor fabryki Reihiger, Gebbert et Schall, oraz podaje rysunki używanych przezeń przyrządów.

Prof. K. STOERK ³⁾ potępia tę metodę „Drillbohrers“, którą amerykanie

¹⁾ D-r KRETSCHMANN [in Magdeburg]. Ueber die Behandlung von Nasenscheidewandverbiegungen mit der Trephine. Archiv f. Laryng. Tom II. 1895 rok.

²⁾ D-r WOLFF. Ein weiterer Beitrag zur Verwendung des Elektromotors in der Rhinochirurgie. Archiv für Laryng. und Rhinologie. Tom III. 1395 r. str. 385.

³⁾ Prof. K. STOERK. Die Erkrankungen der Nase des Rachens und des Kehlkopfes. 1895 rok, str. 67.

stosują według jego przekonania 9 razy na 10 niepotrzebnie. Opisuje on jeden przypadek u młodej kobiety, którą operowano w Ameryce i przedziurawiono lemiesz, z kąd poszło stopniowe przedziurawienie chrząstki, ropienie, cuchnienie i t. d.. SROERK sam tej metody nie stosował; podstawy, na których opiera niechęć swą ku temu zabiegowi, są zbyt chwiejne, aby można było większe przypisywać im znaczenie.

Po pracy SPIESS'a drugie miejsce niewątpliwie zajmują tutaj badania prof. M. SCHMIDT'a ¹⁾, którego poglądy pozwolę sobie nieco obszerniej omówić. Przed 3 laty zalecał autor elektrolizę; ujemną jej stronę stanowi to, że prowadzi ona bardzo powoli do celu. Potrzeba 10 i więcej posiedzeń do usunięcia nieprawidłowości przegrody. Piły i dłuta są bolesne w użyciu, krwawienia przy nich utrudniają operowanie tak, że często trzeba było kończyć operację na ślepo, albo nawet i przerywać. Wtórne krwotoki bywały częstymi.

Ze wszystkich dotychczas znanych metod elektromotor oddaje najlepsze usługi. Metoda ta ma tę wielką zaletę, że jest niebolesną i daje możność szybkiego wykonania operacji; najlepsze zaś świadectwo o jej skuteczności dają doskonałe wyniki operacji, dokonanych w 150 przypadkach przez SPIESS'a i SCHMIDT'a. Do znieczulenia zaleca SCHMIDT 20% roztwór kokainy. Wybór instrumentu zależy od twardości i rozległości listwy lub skrzywienia; jednakże trefiną zawsze można dać sobie radę, piłą niezawsze. U ludzi powyżej lat 25 zawsze wskazaną jest trefina; u dzieci i przy listwach ograniczonych tylko do *cartilago quadrangularis* wskazaną jest piła falista, którą nie należy silnie przyciskać listwy przeznaczonej do usunięcia. Po skończonem piłowaniu, które trwa 2—3 sekund, kawałek odpilowany leży zwykle swobodnie, niekiedy tylko trzyma się jeszcze z tyłu na mostku z błony śluzowej; trzeba go więc kleszczami lub nożyczkami odciąć, lecz nie odrywać. Przy operowaniu trefiną ważnem jest przyłożyć mocno koronę instrumentu do listwy, gdyż siła obrotów łatwo ją odrzuca. Należy również dbać o zachowanie strzałkowego kierunku, gdyż inaczej bardzo łatwo można przejść na wylot do drugiej strony nosa. Trefiną trzeba często robić kilka wyżłobień jedno nad drugim, z powodu zaś krwawienia, mogącego zasłonić pole operacyjne, należy zaczynać od dołu. Trefina boruje przecięciowo jeden centymetr na sekundę, strzedz się więc trzeba, aby nie pójść za głęboko i nie zranić tylnej ściany jamy nosogardzielowej. Wskazówkę cenną pod tym względem daje brak oporu przy dojściu do końca listwy. Odpilowane kawałki chrząstek lub kości zostają w koronie trefiny, gdy nią się przeszło aż do końca, w przeciwnym razie zostają na mostkach z błony śluzowej i trzeba je odejmować kleszczami lub nożyczkami. Niekiedy odpilowane kawałki giną w nosie, nie należy więc drażnić go zbyt gorliwym poszukiwaniem, gdyż wyjdą one same jednego z następnych dni podczas opatrunku. Wstrząśnienia głowy podczas ruchu instrumentu są nieprzyjemne, trwają jednak tak krótko, że są o wiele znośniejsze, niż

¹⁾ Prof. M. SCHMIDT. Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand mittelst der elektrisch getriebenen Sägen. Archiv für Laryngologie etc. Tom V. 1896 r. str. 14.

wstrząśnienia przy operacjach ręcznych za pomocą dłut i ręcznych pił. Krwawienia przy tej operacji są wogóle nie duże. Pole operacyjne wyciera SCHMIDT wodą utlenioną, poczem zasypuje nosofenem i tamponuje gazą; dokonywa tej operacji zawsze ambulatoryjnie, lecz zostawia chorego u siebie godzinę czasu, aby się przekonać, czy nie będzie krwawienia, gdyż dopóki trwa działanie kokainy, naczynia krwionośne są zwężone. Jeżeli nie można było uniknąć przedziurawienia, należy obie strony nosa tamponować.

Gojenie trwa około 4 tygodni, przy przedziurawieniu przegrody nieco dłużej. Leczenie pooperacyjne powinno być nadzwyczaj dbałe.

Do ujemnych stron tej metody zalicza autor drogą cenę przyrządów i krwotoki. Na 150 przypadków spotrzągał 9 razy wtórne, silne krwawienie, a 5 razy bezpośrednio po operacji. Przy pierwszych przypadkach operowanych miewał ich więcej, później znacznie mniej, mianowicie od czasu zachowania większej staranności przy opatrunkach. Co do krwotoków, jakie opisuje KRETSCHMANN, to SCHMIDT przypuszcza, że za mały otwór był wypiłowany i dlatego potrzebną była tylna tamponada. Należy robić możliwie obszerny kanał w nosie kilkakrotnem wprowadzaniem trefiny, a wtedy zawsze przednia tamponada wystarczy. Trudno jednak zrażać się krwotokami; wszak bywają one i po wycięciu migdałków i po wycięciu wola i t. p., a jednak operacji tych nie zaniechamy.

W przypadkach autora wskazaniem do operacji była niedrożność nosa w połowie przypadków u chorych, którzy poddawali się już bezskutecznie przypalaniu muszel. Trzy razy wskazanie stanowiła astma, która w każdym przypadku ustąpiła po operacji. SCHMIDT coraz więcej przychyła się do zdania BOSWORTH'a, że przy astmie należy przedewszystkiem możliwie ułatwić oddech przez nos, a później leczyć dopiero nerwicę, jeżeli to się jeszcze potrzebnem okaże.

Rzadszemi wskazaniem bywają zrosty. Przeciwwskazana jest ta operacja przy ostrych zapaleniach błony śluzowej i ropnych zapaleniach otworów zewnętrznych, które przed przystąpieniem do operacji należy wyleczyć.

Autor kładzie również nacisk na aseptykę instrumentów, mniejszy na dezynfekcję pola operacyjnego. W końcu gorąco poleca tę nową metodę innym klinicytom do wypróbowania. Na pracy SCHMIDT'a, tylko co streszczonej, kończy się cała literatura, dotycząca omawianej kwestyi.

Tak zachęcające opinie ze strony SPIESS'a i SCHMIDT'a skłoniły mnie do wypróbowania elektromotoru, a wyniki przezemnie otrzymane upoważniają mnie do wypowiedzenia zdania, że opisywany sposób postępowania przy skrzywieniach przegrody nosa stoi bez porównania wyżej od wszystkich metod, jakimi dotychczas posługiwaliśmy się [elektroliza, żegadło elektryczne, dłuta, pilniki, piły ręczne, noże i t. d.]. Do operacji tej ¹⁾ potrzebne są następujące przy-

¹⁾ Nie podaję tutaj rysunków, gdyż są one pomieszczone we wszystkich nowszych podręcznikach dla chorób nosa i we wszystkich katalogach odpowiednich fabrykantów. Używam przyrządów z fabryki berlińskiej HIRSCHMANN'a; są one wykonane nader dokładnie i w działaniu nie zawodzą.

rządy: akumulator o sześciu elementach, dokładnie naładowany, a zatem w działaniu niezawodny; motor elektryczny, wprawiany w ruch przez powyższy akumulator i połączony z odpowiednim przewodnikiem, na końcu którego umieszczamy trefinę, frezę, borer lub piłę. Trefina jest to cylinder stalowy, długości 6 ctm., o średnicy 3, 5 i 7 milimetrów, zaopatrzonej na końcu w zębatą koronę, którą przykładamy jednym bokiem do mającej być usuniętą listwy lub skrzywienia przegrody nosa. Mając do rozporządzenia wszystkie te instrumenty, posługujemy się prawie wyłącznie trefiną. Operacja odbywa się rzeczywiście nadzwyczaj szybko i przez to jest prawie zupełnie niebolesną, naturalnie po uprzednim znieczuleniu kokainą, choć nigdy nie używam do operacji w nosie więcej niż dziesięcioprocentowego roztworu. Wstrząśnienia głowy są o wiele mniej dokuczliwe, niż przy ręcznych operacjach piłą lub dłutem, i trwają tak krótko, że chorzy na to się nie uskarżają; więcej, już rozstraja operowanego dość głośny zgrzyt, szmer i warczenie instrumentu.

Co do możliwości zranienia tylnej ściany jamy nosogardzielowej, to tej już sobie zupełnie wystawić nie mogę, raz z powodu niedługiego wymiaru trefiny, skróconego jeszcze przez wziernik nosowy, a powtóre lekarz tak mało wprawny, który potrafiłby jednak taką ranę zadać, nie weźmie się na pewno do operowania elektromotorem. Co do możliwości przewiercenia na wylot przegrody nosa, to to łatwo nastąpićby mogło, jeżelibyśmy ustawili trefinę nie bokiem, lecz całą jej koroną na przegrodzie, t. j. nie równolegle, lecz pod kątem, lub też jeżelibyśmy zbyt słabą i niepewną ręką oparli ją o wystającą listwę, tak, że wprowadzony w szybki ruch motor zdołałby ją odrzucić w niepożądanym kierunku. Temu zaś łatwo zapobiedz może odpowiednia wprawa przy operacjach w nosie wogóle, a przy operacjach motorem w szczególności.

Przystępując do usunięcia listwy, należy najprzód odpowiednio ustawić trefinę i silnie przycisnąć, poczem dopiero pomocnik wprawia w ruch motor. Co się tyczy przedziurawień przegrody nosa podczas tej operacji, podawanych przez niektórych autorów jako ujemną jej stronę, to pamiętać trzeba, że i przy wszystkich innych, poprzednio stosowanych sposobach, toż samo się zdarzało i nie stanowi znowu tak wielkiego nieszczęścia. Jeżeli skrzywienie lub listwa przegrody tworzą jednocześnie w danym miejscu odpowiednie zgrubienie, przeciwna zaś strona przegrody jest równą, to możemy i powinniśmy przedziurawienia uniknąć. Jeżeli zaś skrzywienie takie wytworzone jest wygięciem tylko, a nie zgrubieniem, to, usuwając je, najprzód wiemy, że wytworzymy w przegrodzie otwór. Wszak używaliśmy do niedawna przy wielkich stopniach wygięcia przegrody kleszczy RUPRECHT'a, którymi wycinaliśmy okna w przegrodzie w celu przywrócenia drożności, bez żadnych złych następstw dla chorego. Kleszczami temi szczególniejsze posługiwali się chirurdzy, dziś są one zupełnie zbyteczne, gdyż trefiną równie prawie szybko, a mniej boleśnie do celu dojść możemy. Co do gojenia się ran po operacji trefiną, to idzie ono bardzo szybko, z dziwnie małą bolesnością i zapalnym odczynem. Należy dbać tylko o odpowiednie ich oczyszczenie za pomocą rozpylania lub przestrzykiwania zwykle 1% kwasem bornym, poczem zasypuje się dermatolem lub nosofenem, jak radzi SCHMIDT. Przy większem ropieniu uży-

wam zwykle 3—5% pyoktaniny. Co się tyczy czasu zablźniania rany, to ten w różnych przypadkach ulega wahaniom od 6 do 8 tygodni, co zależy bądź od rozległości operacji, bądź od warunków indywidualnych chorego.

Operowałem tym sposobem trzydzieści kilka przypadków i dotąd nie zdarzyło mi się widzieć żadnego powikłania ani podczas operacji, ani w przebiegu gojenia. Dwa razy tylko zmuszony byłem zatamponować nos od przodu bezpośrednio po tym zabiegu, gdyż krwawienie wydało mi się zbyt obfitem. Nie zdarzyło mi się również pomimowolne przedziurawienie przegrody. Wiem jednak dobrze, że powikłania po zabiegach chirurgicznych wogóle nie zależą niekiedy od lekarza, przy najwprawniej i według wszelkich wymagań wiedzy wykonanej operacji może nastąpić nieoczekiwane powikłanie, dlatego też każdy z nas powinien być na nie przygotowany. Najczęściej wspominają autorowie o wtórnych krwotokach, którym zresztą mogłoby w zupełności zapobiedz tamponowanie zaraz po operacji. Jeżeli tego nie robimy, to dlatego tylko, aby oszczędzić choremu bądź co bądź, znacznej przykrości, wynikającej z zatkania nosa ciałem obcym. Nie wystawiam sobie jednak potrzeby uciekania się do tamponady tylnej, gdy źródłem krwawienia jest przegroda nosa. Dobrze założony tampon przedni zawsze w tych razach wystarczy. Tampon taki najlepiej zrobić z taśmy gazy [zwykle używam jodolowej], złożonej we czworo i wepchniętej wzdłuż całego przewodu nosa, aż do nozdrzy tylnych. Złożenie tej taśmy we czworo ma duże znaczenie przy wyjmowaniu tamponu; boki jego bowiem ściśle przysychają do rany i ściany zewnętrznej, środek zaś zawsze łatwo można wysunąć, a przez wstrzykiwanie płynu boczne części odmoczyć, przez co unikamy znacznego krwawienia podczas usuwania tamponu.

Najmłodszy z operowanych przezemnie był to chłopiec lat 9, mało rozwinięty umysłowo. Wskazaniem do operacji było zupełne zamknięcie przewodu nosowego z prawej strony skutkiem wygięcia przegrody chrzęstnej. Wygięcie to przylegało do skrzydła nosa i odpowiadało zupełnemu wklęsnięciu po stronie lewej. Tutaj więc należało usunąć całe to wygięcie, a więc przymusowo wytworzyć otwór w przegrodzie. Znieczulenie było tak dobre, że chłopiec ten wytrzymał całą operację bez najmniejszej skargi, ani oporu ze swej strony, pomimo że nie bez trudności poddał się zbadaniu nosa i gardzieli podczas pierwszej u mnie bytności. Wynik operacji był zupełnie zadawalający. Przedziurawienie w przegrodzie pozostało bardzo małe. Gojenie trwało 4 tygodnie.

U dziewczynki L. lat 10-ciu usunąłem wał chrzęstno-kostny, idący wzdłuż całej przegrody po stronie lewej i będący powodem zupełnej niedrożności. Tutaj musiałem przechodzić trefną 4 razy w kierunku przednio-tylnym, poczynszyszy od dolnej części wału. Pomiedzy wyżłobieniami, wytworzonymi trefną, zostały cienkie wyniosłości na przegrodzie, które usunąłem ostremi kleszczami kostemi KRAUZE'go. Kleszczami temi zawsze posługuję się przy tych operacjach, w celu otrzymania możliwie gładkiej powierzchni rany. Przedziurawienia w tym przypadku nie wytworzyłem, gdyż prawa strona przegrody była prawidłowa i wał ten stanowił tylko zgrubienie przegrody. Tutaj go-

jenie poszło nadspodziewanie szybko tak, że po 3 tygodniach chora mogła wyjechać z Warszawy. Otrzymałem zupełnie gładką powierzchnię przegrody w miejscu dawnego wału; drożność została przywróconą. Najstarszy z operowanych tą metodą chorych miał lat 70; w tym przypadku operacja i gojenie poszło bardzo szybko i pomyślnie.

W przypadkach moich stosowałem prawie wyłącznie trefinę ¹⁾ przy wszelkich możliwych postaciach zbroczeń przegrody nosa, a więc: przy skrzywieniach małych, listwach cienkich, idących wzdłuż całej przegrody, ograniczonych listwach ostrych, lub też mających postać guzików i zgrubień, zarówno na chrzęstnej, jak i kostnej przegrodzie nosa i mogę powiedzieć wraz z KRETSCHMANN'em, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach instrument ten wystarcza. Wskazaniem do operacji była bądź niedrożność nosa, bądź nerwice zwrotne [astma, bóle głowy, kaszel nerwowy i t. p.]. Najczęściej dla przywrócenia zupełnej drożności zmuszony byłem po usunięciu listwy i wytworzeniu dostępu usuwać przerosty muszel za pomocą żegadła elektrycznego, co zawsze na jednym posiedzeniu wykonywałem. Tu zwrócić muszę uwagę, że bardzo często po za zwężeniami, wytworzonymi przez listwy i wały przegrody, znajdowałem zwyrodnienie polipowate tylnego końca muszel dolnych, które przyczyniało się do zniesienia drożności. Usuwałem je zawsze na temże posiedzeniu operacyjnym pętlą galwanokaustyczną.

Na tem może polega najważniejsza dodatnia strona wprowadzenia tego sposobu operowania do rynchirurgii. Metodę tę stosować można nietylko u dzieci, lecz i osób bardzo wrażliwych lub bojaźliwych, które uważają siebie zwykle za wysoce nerwowe. Usuwanie zbroczeń przegrody dawniejszymi sposobami było tak znużające i długotrwałe, że uciekaliśmy się doń stosunkowo rzadko, a po dokonanej operacji już nawet myśleć nie można było o usuwaniu przerostów muszel, odkładając je aż do czasu zupełnego wygojenia rany po pierwszej operacji. Leczenie więc przewlekło się bardzo, większość chorych zniechęcała się i przez to operacja nie była zupełnie skuteczną. Dziś cała ta skombinowana operacja trwa bez porównania krócej i daleko mniej nuży i wyczerpuje chorego, niż dawniej pierwsza jej część tylko.

Oprócz wyżej wymienionych wskazań, elektromotor oddaje wielkie usługi w usuwaniu zbroczeń na przegrodzie nosa u chorych na uszy. Pomijając już ten wzgląd, że dobra wentylacja przez nos zapobiedz może nieżytom uszu, lecz przy leczeniu przewlekłych chorób uszu w większości przypadków niezbędną jest kateteryzacja, niezwykle utrudniona przy istnieniu skrzywień i listew na przegrodzie nosa. Utorowanie swobodnej drogi dla kateteru stanowi częste, bardzo ważne i w skutkach bardzo doniosłe, zadanie rynchirurgii.

Jednym słowem, na zasadzie moich dotychczasowych spostrzeżeń i otrzymanych wyników opisaną metodę uważam za bardzo doniosły wynalazek w dziedzinie rynologii i wraz ze SPIESS'em i SCHMIDT'em jak najgoręcej polecić ją mogę.

¹⁾ Dwa razy tylko stosowałem ostrą piłę, ustawioną zębami ku górze. Działanie piły, wprawionej w ruch elektromotorem, jest bez porównania lepsze, niż, jak to dawniej bywało, ręcznej.

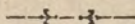
II. PRZYPADKI ZEJŚCIA ŚMIERTELNEGO,

z powodu pierwotnych zmian przewlekłych w nerkach i zakażenia trypowego na podstawie materyału w prosektoryum głównego szpitala Lwowskiego, w ciągu roku 1894, 1895, 1896.

Opracował

Dr Antoni Krokiewicz,

b. prosektor szpitala głównego we Lwowie, obecnie prymaryusz szpitala Św. Łazarza w Krakowie.



Zmiany przewlekłe, pierwotne w nerkach, które w następstwie spowodowały zejście śmiertelne, stwierdzono na stole sekcyjnym w 108 przypadkach [46 mężczyzn, 59 kobiet, 3 dzieci], t. j. 3,9% ogólnej cyfry zwłok, dostawionych do prosektoryum. W 53 przypadkach [17 mężcz., 36 kobiet] skonstatowano marskość nerek (*cirrhosis renum atrophica, granulosa*); w 55 przypadkach [29 mężcz., 23 kobiet, 3 dzieci] t. zw. zapalenie przewlekłe mięszo we nerek, przeważnie z charakterem zmian mączkowatych (*renes albi*). Należy przytem nadmienić, że w niniejszej rubryce nie zostały uwzględnione przypadki zapalenia mięszo wego przewlekłego nerek wraz ze zwyrodnieniem mączkowatym w przebiegu gruźlicy, raków.

Z powodu marskości nerek wykonałem sekcję w 53 przypadkach [17 m., 36 k.], a śmiertelność ze względu na wiek przedstawiała się w sposób następujący:

od 10—20 lat	zmarło	1 mężczyzna,	1 kobieta,
„ 20—30 „	„	1 „	4 kobiety,
„ 30—40 „	„	— „	7 kobiet,
„ 40—50 „	„	5 mężczyzn	7 „
„ 50—60 „	„	4 „	7 „
„ 60—70 „	„	4 „	3 kobiety,
„ 70—81 „	„	2 „	7 kobiet.

Z powodu zapalenia mięszo wego z przeważnym charakterem zmian mączkowatych wykonałem sekcję w 55 przypadkach [29 m., 23 k., 3 dz.], a śmiertelność ze względu na wiek przedstawiała się, jak następuje:

od 13—20 lat	zmarło	5 mężczyzn	1 kobieta
„ 20—30 „	„	7 „	5 kobiet
„ 30—40 „	„	9 „	6 „
„ 40—50 „	„	1 mężczyzna	5 „
„ 50—60 „	„	4 mężczyzn	3 kobiety,
„ 60—70 „	„	2 „	3 „
„ 70—80 „	„	1 mężczyzna	0 „

tudzież dziecko 3-letnie płci męskiej, a 8-miesięczne i 2-letnie płci żeńskiej.

Widzimy zatem, iż rozległe zmiany mączkowate w nerkach stwierdzono u starca 80-letniego i dziecka płci żeńskiej 8-miesięcznego.

W 66 przypadkach [29 mężczyzn, 36 kobiet, 1 dziecko płci żeńskiej], t. j. 61,1%, w przebiegu zmian przewlekłych w nerkach zauważono znacznego stopnia opuchlinę ogólną (*hydrops univ.*); zresztą opuchlina była nieznaczna i ograniczała się tylko do kostek. W 57 przypadkach [23 mężczyzn, 34 kobiet], t. j. 52,7%, zauważono przerost całego serca (*cor bovinum*) w przebiegu zmian przewlekłych w nerkach. W jednym przypadku u mężczyzny 18-letniego waga serca wynosiła 970 grm. Zazwyczaj waga serca wahała się między 316—795 grm., a przeciętnie wynosiła około 410 grm.; w jednym tylko przypadku u mężczyzny 19-letniego, w przebiegu zwyrodnienia mączkowatego nerek, serce ważyło tylko 201 grm.. W 2 przypadkach [2 mężcz.], t. j. 1,8%, zauważono przerost serca prawego (*hypertrophia cordis dext.*); w 12 przypadkach [5 mężczyzn, 7 kobiet], t. j. 11,4%, zanik brunatny mięśnia sercowego (*atrophia fusca m. cordis*), a w 19 przypadkach [11 mężczyzn, 8 kobiet], t. j. 17,5%, zmiany mączkowate w mięśniu sercowym pośród drobnych naczyń krwionośnych (*degeneratio amyloidea m. cordis*).

Zwyrodnienie włókniste szczytów mięśni brodawkowych (*myocarditis papillaris sin.*) zauważono w 3 przyp. [3 kobiet], t. j. 2,7%, a rozsiane włókniste pośród mięśnia komórki lewej (*myocarditis fibrosa dissem.*) w jednym przypadku [0,9%] u mężczyzny 78-letniego.

W 2 przypadkach [1 mężcz., 1 kob.], t. j. 1,8%, stwierdzono na stole sekcyjnym w przebiegu marskości nerek zapalenie świeże na wsierdziu zastawkowym, a mianowicie u mężcz. 70-letniego zmiany zapalne w ujściu tętniczem i żylnem (*endocarditis mitralis et aortica recens*) i u kobiety 22-letniej zmiany zapalne w ujściu tętniczem lewym (*e. aortica recens*); w 2 przypadkach [2 mężczyzn], t. j. 1,8%, znajdowały się świeże zmiany zapalne na zastawce dwudzielnej (*e. recens mitralis*); a w 8 przypadkach [8 kobiet] t. j. 7,4%, zmiany przewlekłe na wsierdziu zastawki dwudzielnej (*e. chronica mitralis*). W 2 przypadkach [1 m., 1 kob.], t. j. 1,8%, w przebiegu rozległych zmian mączkowatych w nerkach stwierdzono naloty świeże na zastawce aorty dwudzielnej i trójdzielnej (*e. recens aortica, mitralis, tricuspidalis*), przyczem w pierwszym przypadku u mężczyzny zauważono i zapalenie worka osierdziowego (*cor villosum*), a w ostatnim przypadku rozległe zrasty opłucnowe (*adhaesiones pleuriticæ diff.*).

W 6 przypadkach [2 mężcz., 4 kob.], t. j. 5,5%, zauważono jedynie tylko zmiany zapalne na osierdziu (*cor villosum*) w przebiegu zapalenia przewlekłego nerek; w 3 przypadkach [2 m., 1 k.], t. j. 2,7%, rozległe zrasty pomiędzy blaszkami osierdziowymi (*concretiones diff. pericardii cum epicardio*). W jednym przypadku u kobiety 30-letniej, dotkniętej zmianami mączkowatymi nerek, zmiany przewlekłe na zastawce dwudzielnej i między blaszkami osierdziowymi (*e. mitralis chronica, pericarditis adhaesiva diff.*).

W 28 przypadkach [11 m., 17 k.], t. j. 25,9%, tętnica główna okazywała zmiany miażdżycowe* (*processus atheromatosus*), a w 36 przypadkach

[16 m., 20 k.], t. j. 33,3%, znaczniejszy stopień nie dorozwoju (*hypoplasia aortae*) i to u osobników młodych.

Zapalenie włóknikowe płuc (*pleuropneumonia croup.*) zauważono w 9 przypadkach [4 m., 4 k., 1 dz. płci ż.], t. j. 8,3%; zapalenie ogniskowe płuc (*bronchopneumonia lobul.*) w 12 przypadkach [4 m., 8 k.], t. j. 11,1%; rozedmę płuc (*emphysema pulmonum*) w 14 przypadkach [8 m., 6 k.]. W 25 przypadkach [16 mężczyzn, 9 kobiet], t. j. 23,1%, napotkano rozległe zrosty opłucnowe (*adh. pleuriticae*); w 21 przypadkach [11 m., 9 k., 1 dz.], t. j. 19,4%, z wysiękiem surowiczo-włóknikowym w jamach opłucnowych (*exsud. pleurit. s. fibr.*); w 3 przypadkach [1 m., 2 k.], t. j. 2,7%, stwierdzono zapalenie surowiczo-włóknikowe jamy otrzewnowej (*exs. sero-fibrinosum peritonei*); w jednym przypadku — u chłopca 15-letniego w przebiegu zapalenia przewlekłego miąższowego nerek zauważono wysięk surowiczo-włóknikowy w jamach opłucnowych, w tkance śródpiersia przedniego i tylnego i w jamie brzusznej, a zrosty rozległe świeże pomiędzy blaszkami osierdziowymi (*exsud. sero-fibrin. pleuriticum bil., mediastini antici et postici, peritonei; concretiones diffusae pericardii cum epicardio*).

W 77 przypadkach [32 mężczyzn, 45 kobiet], t. j. 71,3%, zauważono w przebiegu zapalenia przewlekłego nerek niezbyt przewlekły żołądek i kiszek (*catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus*); w jednym przypadku u kobiety 78-letniej w przebiegu marskości nerek zauważono liczne świeże wynacznienia na błonie śluzowej żołądka (*ecchymoses recentes mucosae ventriculi*); w 2 przypadkach [1 mężczyzna, 1 dziecko płci żeńskiej], t. j. 1,8%, zauważono w odbytnicy powierzchowną dysenterię (*dysenteria superf.*).

W jednym przypadku u mężczyzny 40-letniego, w przebiegu rozległych zmian mączkowatych w nerkach, zauważono ogniska świeże, zapalne, w zakresie płatu potylicowego i wzgórka wzrokowego prawego (*encephalitis ad lobum occipitalem d. et thalamum opticum d.*); w jednym przypadku u kobiety 60-letniej zauważono ognisko rozmiękczenia pośród torebki wewnętrznej prawej (*encephalomalacia ad capsulam internam d.*). U kobiety tej naczynia obwodowe krwionośne i na podstawie mózgu, przedstawiały miażdżycę znacznego stopnia.

W 2 przypadkach [1,8%], t. j. u mężczyzny 56 i 80-letniego, zmiany mączkowate w nerkach wystąpiły w przebiegu trzeciorzędnego syfilisu (*sypilis tertiaria*); wątroba przedstawiała naówczas charakterystyczne cechy.

Zmiany mączkowate w śledzionie (*degeneratio amyloidea lienis*) zauważono w 9 przypadkach [5 m., 4 k.], t. j. 5,2%; w wątrobie w 1 przypadku [1 m.], t. j. 0,9% (*degeneratio amyloidea hepatis*) i to w przebiegu przetoki sączącej na klatce piersiowej.

Wynacznienia świeże na błonach surowiczych, t. j. opłucnej, osierdziu, wsierdziu i otrzewnej, stwierdzono w 3 przypadkach [2 m., 1 k.], 2,7%; krwotok w móżdżku (*haemorrhagia cerebelli*) w jednym przypadku

u kobiety 34-letniej,* będącej w 6 miesiącu ciąży i dotkniętej marskością nerek. Zmiany nęa siatkówce (*retinitis albuminurica*) stwierdzono na stole sekcyjnym w przypadku marskości nerek u kobiety 28-letniej [0,9%]. W jednym przypadku u kobiety 64-letniej, dotkniętej marskością nerek znacznego stopnia, zejście śmiertelne² zostało ostatecznie spowodowane przez zapalenie ropne błony śluzowej pochwy, pęcherza, miedniczek nerkowych i świeże ropnie w nerkach (*blennorrhoea vaginae, cystopyelitis purulenta, abscessus renum*).

Ważniejsze przypadki pokrótce przedstawiają się, jak następuje:

1) M., lat 18. *Degeneratio amyloidea renum ac lienis. Hypertrophia insignis totius cordis* (970...). *Endocarditis recens aortica, mitralis et tricuspidalis. Exsudatum pericardiacum sero-fibrinosum necnon concretiones partiales tenues pericardii cum epicardio. Hypoplasia insignis aortae. Hyperaemia passiva pulmonum ac totius tractus intestinalis. Hydrops universalis.*

2) M., lat 40. *Degeneratio amyloidea renis sin., lienis, hepatis. Exsudatum pleuriticum d.. Adhaesiones pleuriticae bilaterales diff.. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus cum chronica hyperplasia gl. mesaraicarum. Cicatrix ad p. dextram thoracis necnon fistula ibidem. Hydrops universalis praecipue sub forma ascitidis, anasarcae.*

Po stronie prawej klatki piersiowej — w okolicy X żebra — w linii pachowej przedniej widoczna blizna poprzeczna na 6 ctm. długa, a pośród niej otwór, o brzegach wyniosłych, prowadzący do jamy opłucnej, otorbionej i ropą zgęszczoną wypełnionej. Naokoło ropnia w jamie opłucnej rozległe zrosty. Nerki prawej, moczowodu prawego i ujścia moczowodu prawego do pęcherza moczowego brak; nerka lewa, znacznie powiększona, waży 585 grm. i przedstawia typ t. zw. nerki białej.

W jednym przypadku [0,03%] u mężczyzny 19-letniego zejście śmiertelne nastąpiło w przebiegu trypra (*gonorrhoea*). Odnośny protokół pokrótce opiewa, co następuje:

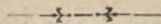
M., lat 19. *Blennorrhoea urethrae. Cystopyelonephritis acuta. Endocarditis recens aortica et mitralis. Atelectasis disseminata pulmonum e bronchitide. Hypoplasia aortae. Tumor lienis acutus* [201,00]. *Oedema glottidis ac epiglottidis. Hydrops universalis.*

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

ZAKAŻENIE RZEŻĄCZKOWE W ETYOLOGII CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH.

Streścił

Seweryn Sterling.



Wykrycie dwoinek rzeżączki (*micrococcus gonorrhoeae, diplococcus gonorrhoeae, gonococcus*) pozwoliło na zasadzie metod ścisłych wyodrębnić z pośród

różnych grup chorobowych szereg przypadków, związanych wspólną przyczyną, którą stanowi zakażenie dwoinkami NEISSER'a.

Dla zrozumienia wielu kategorii, poruszonych w przeglądzie niniejszym przypomnieć sobie trzeba niektóre szczegóły, odnoszące się do dwoinek NEISSER'a.

Drobnowidzowo odróżniają się dwoinki tryprowe od drobnoustrojów podobnych: 1) postacią charakterystyczną, 2) pewnem zachowywaniem względem metod barwienia i odbarwiania, 3) układem swoim przeważnie wewnątrz komórek. Hodowle dwoinek tryprowych: 1) nie wschodzą na podłożach zwykle używanych, na których wschodzą inne ziarniaki; 2) przyjmują się na podłożach, składu szczególnego.

Biologiczne własności dwoinek NEISSER'a: 1) szczepienie na błonę śluzową cewki i oka wywołuje sprawę swoistą; 2) nie udało się dotąd ¹⁾ zarazić zwierząt sprawą rzeżączkową; 3) nie znaleziono dotąd dwoinek NEISSER'a po za obrębem ustroju ludzkiego; 4) nie zauważono dotąd wahań w zjadliwości tego drobnoustroju; 5) przebycie zakażenia rzeżączkowego nie daje odporności; 6) hodowle dwoinek tryprowych, przechowywane przy ciepłocie 36° C (*optimum*), utrzymują się najwyżej 4 tygodnie, przechowywane przy ciepłocie pokojowej nie dłużej nad 48; 7) ciepłota niżej 25° C. i wyżej 39° C. osłabia dwoinki NEISSER'a, a nawet je zabija; 8) dwoinki NEISSER'a wysuszone tracą szybko zdolność zakażenia; 9) dwoinki NEISSER'a mogą bez udziału innych drobnoustrojów wywoływać ropienie; 10) dwoinki tryprowe wytwarzają jady, a przy rozpadzie ich ciało powstają substancje chemiczne, posiadające własności chorobotwórcze.

W zestawieniu tem pominięto sprawy, powstające *per continuitatem* z narządów pierwotnie rzeżączką dotkniętych, zarówno jak i sprawy przez zarażenie (*per contactum*) z zewnątrz wywoływane, a więc np. sprawy rzeżączkowe odbytnicy, jamy ustnej, nosa, wargi.

O związku między rzeżączką a cierpieniem stawów pisano już bardzo dawno. HUNTER w połowie wieku zeszłego wydziela pewne postacie kliniczne rzeżączki, jako cechujące się zajęciem stawów. Cały szereg długi lekarzy opisywał takie przypadki. Jednocześnie jednak istnieli przeciwnicy tej teorii, szczególnie od chwili oddzielenia rzeżączki dróg płciowych od syfilisu.

Punkt widzenia badaczy czasów przedbakteryologicznych zrozumiałym się staje z rozpatrzenia np. doświadczeń, jakie w roku 1870-ym czynił we Włocławku OSTROWSKI. Wydzielinę cewki od trzech osobników chorych na rzeżączkę cewki i gośćcowe cierpienie stawów szczepił osobnikom zdrowym. Ponieważ u osobników tych wywołał jedynie rzeżączkę cewki, niepowikłaną zajęciem stawów, więc wnioskuje, że: „nie możemy przyznać jakiegokolwiek bądź przyczynowego związku pomiędzy dwoma tymi stanami chorobliwymi i podzielamy zdanie, utrzymujące tylko przypadkowość powikłania“. Nie brakło jednak do ostatnich czasów i zwolenników związku przyczynowego pomiędzy temi cierpieniami.

Dopiero badanie bakteriologiczne pozwoliło z zupełną pewnością wykazać zależność cierpienia stawów od sprawy rzeżączkowej, zachodzącej na błonach śluzowych.

Do pierwszych w tej mierze prób ze strony PETRONE i KAMMERER'a, DEUTSCHMANN pierwszy wykazał [w r. 1890-ym] w zawartości stawu kolanego—przy zapaleniu tegoż stawu z powodu rzeżączki łącznicy—dwoinki, które na zasadzie własności morfologicznych i stosunku do metod barwiących uznano za dwoinki NEISSER'a. Podobnych spostrzeżeń mamy obecnie wiele. Wszys-

¹⁾ Odnośne prace TURBÓ i HELLER'a, którzy pisali o dodatnim wyniku szczepień [psu i królikowi] okazały się nieścisłymi. WERTHEIM i WASSERMANN przez szczepienie do otrzewnej mieli otrzymać sprawę miejscową.

tkim wymaganiom badania bakteryologicznego odpowiada praca LINDEMANN'a, który otrzymał hodowle [co prawda, nie czyste hodowle] dwoinek NEISSER'a z wysięku stawowego. Zupełnie czyste hodowle z płynu stawowego, wydobytego w pierwszych dniach choroby, otrzymał w trzech przypadkach HOECK. Toż samo udało się NEISSER'owi, FINGER-GHON-SCHLANGENHAUFER'owi [w 2 przypadkach], RESPIGHI-BURCI'emu, COLOMBINI'emu, PRAAG'owi [w 4 przypadkach], BORDONI-UFFREDUZZI'emu, MICHAELIS'owi [5 przypadków], W. RIND-FLAISCH'owi [19 przypadków].

Jednocześnie jednak zanotowano szereg badań o wynikach ujemnych. KROENIG, THIBIERGE, NOBI, HOLDHEIM, JAQUET, STANZIALE, JADASSOHN otrzymywali ze stawów zajętych wysięki zupełnie jałowe; niektórzy z tych badaczy próbowali płynem otrzymanym wywołać cierpienie zdrowej cewki, lecz rzeżączki nie wywołali. Fakt ten można by tłumaczyć wymarciem dwoinek, które sprawę wywołały, pod wpływem wysokiej ciepłoty [lub z powodu braku tlenu?]; sprawę chorobową podtrzymywałyby wtedy toksyny dwoinek i istoty chemiczne, powstałe z rozpadu ich ciał. Prawdopodobniejszem jest, że dwoinki NEISSER'a, nie znajdując się w płynie, tkwiły w tkance błony maziowej, z której do wysięku przechodzą przy nasileniu się sprawy. E. NEISSER [z Królewca] opisuje np. przypadek taki: chory wstępuje do kliniki [prof. LICHTHEIM'a] z rozpoznaniem: ostry gościec stawowy; ciepłota 38,8°; bolesność i obrzmienie zaczerwienionego stawu golemio-stopowego prawego i stawu na średnim palcu prawej ręki; narządy wewnętrzne bez zmian; stan ogólny znośny. Choroba zaczęła się przed paru dniami od dreszczu. Duże dawki [12,0 na dobę] salicylanu sodu nie dawały poprawy, nawet nie obniżały gorączki. Nakłucie próbne stawu golemio-stopowego dało ropę, w której drobnowidz wykazał liczne dwoinki NEISSER'a; hodowle tychże dały wynik dodatni. Nakłucie stawu palca dało niewiele ropy, w której kilka ledwie dwoinek znaleźć było można, wówczas gdy w wyciętej tkance ziarninowej było ich bardzo wiele. Jeszcze lepiej sprawę tę oświeca przypadek STERN'a: dwukrotne nakłucie stawu, zajętego sprawą domniemalnie rzeżączkową, nie daje żadnego dodatniego, pod względem bakteryologicznym, wyniku; dopiero przy trzecim nakłuciu, gdy zawartość zropiała, znalazły się liczne dwoinki NEISSER'a.

Znajdywano w stawach, zajętych zapaleniem rzeżączkowym, i inne drobnoustroje ropne. Przypuszczać należy tu powikłanie zakażeniem wtórnem sprawy pierwotnie rzeżączkowej. Przemawia za tem wszechstronnie zbadany przypadek FINGER'a, GHON'a i SCHLANGENHAUFER'a: dziecko kilkudniowe dostaje zapalenia rzeżączkowego oczu. Przyłącza się zapalenie lewego kolana i stawu skokowego; nakłucie daje dwoinki, o których drobnowidz i hodowla decydują, że są dwoinkami rzeżączki. Występuje zapalenie torebki maziowej pod lewym mięśniem czworogłowym goleni. Po kilku dniach obrzmienie lewego stawu szczękowego; nakłucie tego stawu; płynu nie otrzymano. To nakłucie dało prawdopodobnie powód do zakażenia wtórnego, ponieważ po kilku dniach w okolicy lewego stawu szczękowego i gruczołu przyusznego wystąpiło obrzmienie i pojawiła się gorączka. Rozwinęło się zapalenie tkanki łącznej okolicy szyjowej, zapalenie śródpiersia. Śmierć. Na sekyi: w kolanie, torebce maziowej i ropniu okołostawowym ropa żółto-zielonawa, zbita w bryłki. Ropień około chrząstki czwartego żebra lewego. W stawie szczękowym ropa. *Phlegmone regionis parotideo-massetericae, mediastinitis. Pneumonia sinistra.* Badanie bakteryologiczne wykazuje w stawie kolanowym, w ropniu okołostawowym, w torebce maziowej liczne dwoinki NEISSER'a i nieliczne paciorkowce. W ropniu około chrząstki żebra wyłącznie dwoinki tryprowe; w stawie szczękowym wyłącznie paciorkowce ropotwórcze. Dodać jeszcze należy, że tam,

gdzie były tylko dwoinki NEISSER'a, zniszczenie było o wiele mniejsze, aniżeli tam, gdzie były paciorkowce.

Sekcyja tego przypadku rzuca światło na anatomię patologiczną spraw rzezączkowych w stawie. Znaleziono zapalenie ochrzęstnej, które na zasadzie badania drobnowidzowego uznać należy za czysto rzezączkowego pochodzenia. W torebce stawowej można było odróżnić dwie warstwy: wewnętrzną, bezkształtną, włóknikowatą i zewnętrzną, przedstawiającą bogato unaczynioną tkankę ziarninową. W warstwie bezkształtnej znajdowało się wiele dwoinek, wewnątrz leukocytów leżących i nieliczne paciorkowce.

O samym przebiegu zapalenia mówi FINGER, co następuje: częstość powikłań omawianych waha się w granicach: 1,4%—2,8%. Mężczyźni zapadają częściej. Wiek nie ma wpływu. Raczej przewlekłe [z zajęciem tylnej części cewki], aniżeli świeże przypadki rzezączki, dają to powikłanie. Co się tyczy umiejscowienia, to na 376 przypadków widziano zajęciem staw kolanowy 136 razy, staw golemio-stopowy 59 razy, potem idą inne stawy, między którymi znajdują się i takie, jak: staw obojczyko-mostkowy, stawy międzykręgowe, a nawet staw obrączkowo-nalewkowy. Zapalenie stawów rzezączkowe częściej występuje jako *monarthrit*. Jako objawy temu cierpieniu właściwe wlicza FINGER: 1) cierpienie stawu dołącza się do istniejącej rzezączki, a nasilenia sprawy w cewce idą w parze z nasileniami sprawy w stawie; 2) przy nowem zakażeniu istnieje skłonność do powrotu cierpienia w stawie ¹⁾; 3) sprawa w stawie, nawet gdy się zaczyna ostro, nie daje tak burzliwych objawów, jak gościec stawowy, a w każdym razie ma skłonność do przejścia w postać ostrawą lub przewlekłą; 4) istnieje skłonność do stężenia stawu (*ankylosis*).

KOENIG powiada o zajmującej nas sprawie: cierpienie to spotyka się częściej, aniżeli jest rozpoznawanem. Z różnych postaci wyodrębnić szczególnie należy postać ropną i zapalenie z wytwarzaniem włóknika, jako najcięższe; cechuje je skłonność do stężenia stawu. Prawdopodobnem jest, że cierpienia stawów, prowadzące do stężenia, jakie widzujemy w następstwie połogów, bywają natury rzezączkowej.

NASSE zwraca uwagę, że i przy ostrej rzezączce powstają cierpienia w stawach; czasem oba cierpienia występują równocześnie, lub prawie równocześnie. Wbrew innym utrzymuje, że sprawa stawowa jest u kobiet częstsza. Na umiejscowienie się zarazka wpływają urazy, ale i inne niezbadane przyczyny. Co się tyczy przebiegu, to widywał ciepotę nawet 40° i 41°, która jednak nie trzymała się długo. Bardzo ważną cechą kliniczną tej sprawy jest skłonność do nawrotów, wraz z zaostrzeniem się rzezączki na błonie śluzowej.

Rzadziej, aniżeli zapalenie stawów, wywołuje zakażenie rzezączkowe zapalenie pochewki ścięgnowej i zapalenie torebki maziowej. I te sprawy były już oddawna przez autorów francuskich wspomniane; dopiero jednak w latach ostatnich opisali przypadki niewątpliwie rzezączkowego pochodzenia: FELEKI, JACQUET, RONA, NOBL, TOLLEMER i MACAIGNE, JACOBI. Okazało się przytem, że pewne ścięgna częściej od innych biorą udział w cierpieniu, mianowicie ścięgna mięśni: wyprostnego palców ręki, zginacza palca wielkiego u ręki i ścięgno ACHILLESA. I tu poszukiwano dwoinek NEISSER'a z wynikiem dodatnim. Tak np. TOLLEMER i MACAIGNE spostrzegali przypa-

¹⁾ RÜCKERT opowiada o pacyencie, który cztery razy zarażał się rzezączką i cztery razy miał zapalenie stawów. AMARAL miał chorego z przewlekłą rzezączką, która po każdym spokonwaniu wywoływała cierpienie stawu. TOUTON opisuje chorego, który 5 razy zarażał się rzezączką i 5 razy miał cierpienie stawów [w 2 ostatnich były objawy zapalenia wsierdzia i objawy nerwowe]. EMERY przedstawił [1896] w Paryskim Tow. Derm. pacyenta, który miał 8 tryprów i 8 gościec stawowych, rzezączkowych.

dek następujący: chory 19 letni poczuł, piątego dnia od początku rzeżączki cewki, w lewym stawie dłoniowym ból, który powoli przeszedł; 14-go dnia choroby wystąpił ból w prawej dłoni, głównie wzdłuż pochewki ścięgna mięśnia wyprostnego palca wskazującego. Potem rozwinęło się na tem miejscu zapalenie dróg chłonnych, które po paru dniach przeszło. 30-go dnia, wśród ostrego napadu bólów gośćcowych, wystąpiło zapalenie pochewki ścięgna mięśnia wyprostnego palca małego. Jednocześnie pogorszenie zapalenia palca wskazującego; objawy chębotania; nakłucie [i nacięcie z zejściem w wyzdrowienie]. W ropie wykryto niewątpliwe dwoinki NEISSER'a. Podobny przypadek opisuje JACOBI [i GOLDMANN], który znalazł dwoinki tryprowe w przypadku zapalenia pochewki ścięgnowej mięśnia goleniowego. Zauważmy na tem miejscu, że JACOBI na zasadzie swych spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że tak przez ALBERT'a nazwana achillodynia jest zwykle pochodzenia rzeżączkowego. Tegoż zdania jest JACQUET. Czyste hodowle dwoinek tryprowych z zawartości pochewek ścięgnowych otrzymał również SEIFFERT, który znalazł owe twory w ropie przy zapaleniu pochewek ścięgnowych na dłoni i stopie u dziecka czteroletniego.

Zapalenie mięśni pochodzenia rzeżączkowego opisali RÓNA i LANG. W przypadkach tych sprawa przejawiała się ograniczeniem czynności mięśni zajętych, ich stężeniem, wzmożoną wrażliwością na ucisk. Sprawa chorobowa po paru dniach ustąpiła. W przypadku BUJWIDA znaleziono w mięśniach ropnie, z których wychodowano dwoinki NEISSER'a.

Zapalenie okostnej rzeżączkowe było zdawna opisywane. W ostatnich latach opisał SOBOTKA przypadek zapalenia okostnej u dziecka, cierpiącego na rzeżączkowe zapalenie łącznicy. W przypadku FINGER'a, GHON'a i SCHLANGENHAUFER'a, którzy widzieli zapalenie ochrzęstnej i okostnej żebra, zależność cierpienia okostnej od zakażenia rzeżączkowego była stwierdzoną bakteryologicznie [hodowle]. Wspomniana achillodynia zależy nie tylko od cierpienia pochewek ścięgnowych, ale i po części od zapalenia okostnej kości piętowej.

KOENIG opisał ropień kości pochodzenia rzeżączkowego.

Zapalenie żył nawet przebiegające pod postacią *phlegmasiae albae dol.*, widywano i opisywano również jako wynik zakażenia rzeżączkowego. Bakteryologicznie stwierdzonym jest tylko przypadek WERTHEIM'a.

O wiele ważniejszą jest sprawa rzeżączkowego zapalenia wsierdzia. Pierwszy BRANDES opisał w r. 1884 dwa przypadki gościa rzeżączkowego z zapaleniem wsierdzia. Przypadków podobnych, również jak przypadków zapalenia wsierdzia bez udziału stawów, opisano po BRANDES'ie kilkadziesiąt. Szereg przypadków ściślej spostrzeganych otwiera WEICHELBAUM [r. 1887], który jednak w badanym przypadku zakażeniu rzeżączkowemu przypisuje rolę „przygotowawczą“, a samo cierpienie wsierdzia czyni zależnym od paciorkowca ropotwórczego, którego wyhodował. VELDEN opisał dwa przypadki zapalenia tryprowego wsierdzia. U jednego z pacjentów V. zapalenie wsierdzia przeszło bez śladu, u drugiego została wada serca. Ponieważ cierpienie serca rozwinęło się u obu pacjentów, wraz z ostrą rzeżączką cewki; ponieważ żaden z tych pacjentów nie cierpiał na serce, ani też nie przechodził żadnej ostrej choroby zakaźnej: przeto V. uznaje cierpienie wsierdzia za rzeżączkowe. Podobne przypadki opisali WILLE i ELY. Następnie opisał GLUZIŃSKI ośm przypadków lekkich rzeżączkowego zapalenia wsierdzia. LITTEŃ opisał przypadek ciężkiego zapalenia wsierdzia, zakończony wyzdrowieniem. Dalej mamy trzy przypadki MAC DONNEL'a i dwa — FLUEGGE'go.

His podaje dwa następujące spostrzeżenia: w pierwszym sprawa była umiejscowiona na zastawkach aorty i nie wywoływała zaburzeń aż do chwili zągębnienia, po którym wystąpiły objawy wrzodziejącego zapalenia wsierdzia;

w skórze powstały zatory; częste dreszcze. Potem zawały w nerkach, śledzionie, płucach; liczne wylewy krwawe pod błony surowicze; zapalenie mięśnia sercowego; śmierć.

I w drugim przypadku było zapalenie wrzodzące i objawy ropnicy. Z rozpatrzenia literatury i przypadków własnych przychodzi His do wniosku, że postać lekka zapalenia wsierdzia zależy od rzeźączki, postać wrzodząca zależy od zakażenia mieszanego. His notuje jeszcze jeden fakt, że przy istniejącej wadzie zastawek rzeźączka cewki może wywołać pogorszenie cierpienia serca. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

132. F. Steiner. O mało znanem dotąd powikłaniu ostrego gośćca stawowego.

W przebiegu ostrego gośćca stawowego spostrzegamy niekiedy zajęcie wsierdzia, osierdzia, opłucnej i otrzewnej. Mogą się one nawzajem wikłać, lub występować oddzielnie, jako jedyny przejaw zakażenia gośćcowego. Rzadziej już nieco spotykamy powikłania ze strony układu mięśniowego w postaci *polymyositis rheumaticae*. W najszczegółowszych jednak opisach ostrego gośćca nie znajdujemy najmniejszej wzmianki o powikłaniach ze strony układu nerwowego, szczególnie zaś nerwów obwodowych.

Rozporządzając nader obfitym materiałem klinicznym, autor zauważył, że gościec ostry nader często wikłają sprawy gośćcowe nerwów obwodowych. Spostrzegane przez siebie przypadki autor podzielił na 2 grupy. Do pierwszej zaliczył 28 takich przypadków, w których sprawą gośćcową były jednocześnie dotknięte stawy i nerwy jednakowych kończyn, lub obok tego na pewnych kończynach były dotknięte nerwy bez zajęcia stawów i odwrotnie. Do drugiej—7 przypadków, w których stawy były bolesne, lecz nie obrzmiały, a sprawa gośćcowa ograniczała się tylko do nerwów, lub obok tego istniały rozmaite powikłania gośćca, jako to: *endocarditis*, *purpura*. Pod względem anatomico-patologicznym autor powikłanie to określa, jako *perineuritis rheumathritica*. Wobec częstotliwości występowania powyższego cierpienia nerwów w przebiegu ostrego gośćca stawowego możnaby, podług autora, zaliczyć *perineuritis rheumatica* nie do powikłań, lecz do objawów sprawy gośćcowej. Ze spostrzeżeń autora wynika, że powikłanie to występuje niezależnie od wieku i budowy chorych; u kobiet zdarza się ono częściej, niż u mężczyzn. Spotyka się je zarówno w ciężkich, jak i w lekkich formach gośćca i we wszystkich okresach rozwoju sprawy gośćcowej w stawach. Co się tyczy leczenia takich powikłań, to dobre wyniki otrzymujemy od jednoczesnego stosowania salicylanu sodu i jodku potasu podług przepisu: *natrii salicylici* 5,0, *kalii jodati* 1,0 — 2,0, *aq. destill.* 200,0 (*pro die*). Przy mocnych bólach należy podawać *antinervina* w zwykłych dawkach.

(*Deutsches Archiv f. klin. Med.* Bd. 58, H. 2 u. 3. 1897).

Z. Rom.

133. Lyder Nicolaysen. O chorobotwórczości i jadowitości gonokokków.

Jak wiadomo, ilość wykonanych dotąd z pomyślnym skutkiem szczepień gonokokków na zwierzętach jest bardzo nieznaczna. Zasługują więc na uwagę wyniki badań autora. Szczepienie gonokokków na 26-ciu oczach młodziutkich królików nie doprowadziło do wyraźnego zapalenia rzeźączkowego łącznicy. Szczepienie żywych i wyjałowionych przy 70° C., a nawet przez gotowanie gonokokków wywoływało w stawach kolanowych królików zapalenie

ropne, przyczem, nawet w razie użycia do doświadczeń żywych hodowli, gonokokków w wysięku wykryć się nie udawało. Szczepienie 0,3 hodowli surowiczo-agarowej gonokokków do jamy otrzewnej myszy spowodowało najczęściej śmierć ich w ciągu 24-ch godzin. 5 ctm. sześciennych hodowli bulionowej 6-dniowej tegoż pasożyta, szczepionej świnkom morskim do otrzewnej, spowodowało najczęściej ich śmierć w ciągu 24-ch godzin. Związek działający trująco znajduje się w samych ciałach gonokokków i nie rozkłada się nawet przy ogrzewaniu tych bakterii do 100—120° C.

Autor otrzymywał mianowicie zejście śmiertelne świnek morskich po szczepieniu im do jamy otrzewnej większych dawek [0,01] proszku z suszonych hodowli gonokokków. Zabite ich hodowle pozostawały jadowitemi i przy lugowaniu proszku z pasożytów za pomocą 0,1 normalnego ługu sodowego.

(*Centr. f. Bact.* 1897. *Bd.* XXII. *Nr.* 12, 13.)

Wł. Janowski.

134. M Beck. Hodowanie anaerobów.

Z pomiędzy licznych sposobów przygotowania czystych hodowli anaerobów opisany przez autora wydaje się nam najprostszym. Autor używa w tym celu zwykłych płytek Petri'ego, z których górna ma brzeg rynienkowo zagięty, a w dwóch przeciwnych brzegach koła po jednym otworze z przylutowaną do niego dość grubą rurką. Hodowle przygotowuje się więc w sposób następujący. Wylawszy glebę z badanym pasożytem na dolną płytkę, przykrywa się ją górną, odwraca się dnem do góry i zalewa się wyjałowioną parafiną szparę pomiędzy obiema płytkami. Następnie nakłada się na rurki boczne szklane po mocnej rurce kauczukowej, zaopatrzonej na drugim końcu w cieniutką rurkę szklaną, przepuszcza się przez zamkniętą w sposób powyższy przestrzeń pomiędzy płytkami pożądaną gaz w ciągu 7—10 minut i zalutowuje się następnie końce obu rurek kapilarnych. Gdy nadejdzie czas badania, ogląda się płytki pod drobnowidzem, jak zwykle i następnie, usunąwszy nożem parafinę, przeszczepia się hodowle zwykłym sposobem.

Zmodyfikowana w ten sposób płytka Petri'ego [którą dostać można w Berlinie u Lautenschläger'a] przedstawia się jeszcze tę dogodność, że przy zatkanii jej otworów bocznych otrzymać można wilgotną kamerę, w której rosną nawet laseczniki gruźlicze. Potrzeba tylko w tym celu, po wylaniu na dolną płytkę dość grubej warstwy agaru glicerynowego, nalać ostrożnie na rynienkę górnej płytki trochę wody, której wypada nieco dolewać co jakieś 2 tygodnie, aby znajdująca się w kamerze odżywka była stale dość wilgotną, co stanowi warunek niezbędny dla rozwoju laseczników gruźliczych.

(*Centr. f. Bact.* 1897. *Bd.* XXII. *Nr.* 12, 13.)

Wł. Janowski.

135. Róna. O pokrzywce, występującej z wytwarzaniem barwnika.

Według naszych teraźniejszych wiadomości, najrozmaitsze rodzaje pokrzywki dzielą się w następujący sposób: 1) pokrzywka ostra; 2) pokrzywka przewlekła; obie postacie mogą występować idyopatycznie lub jako objawy; 3) pokrzywka stała (*urt. perstans Willan'a*), występująca w dwóch formach a) kiedy jedynym zaburzeniem jest zabarwienie, zależne od towarzyszącego przekrwienia i b) kiedy po ustąpieniu przekrwienia skóra dłuższy czas jest zabarwiona [Pick]. Z tą ostatnią postacią spokrewniona jest 4) pokrzywka barwnikowa (*urt. pigmentosa*) SANGSTER'a, która jednak i pod klinicznym i pod anatomicznym względem wymaga odrębnego miejsca. Podczas gdy przy *urt. perstans* wzniesienia pokrzywkowe istnieją w przeciągu kilku dni, najwyżej kilku tygodni, a pozostałe plamy barwnikowe znikają też po pewnym czasie, *urt. pigmentosa* jest cierpieniem, występującem w najwcześniejszym dzieciństwie, czasami nawet prawdopodobnie u zarodka, trwa od 8—10 lat, w pełni zaś rozwoju swego pozostaje bez zmian 2—5 lat, wreszcie budową swą histologiczną różni się od wszystkich innych postaci pokrzywki.

Do cierpienia tego klinicznie jest zbliżoną jedną postać pokrzywki, występująca w późniejszym wieku i pozostawiająca trwałe plamy barwnikowe. Wielu autorów kładzie nacisk na to, że należy odróżniać wszystkie rodzaje pokrzywki, występujące z wytwarzaniem barwnika, (*Urt. mit Pigmentbildung*) od *urt. pigmentosa*, gdyż patognomizmem dla tej ostatniej jest występowanie guzowatości, złożonych z komórek zwanych *Mastzellen*. Ta cecha właśnie odróżnia *urt. pigmentosa* od pokrzywki, występującej z wytwarzaniem barwnika.

W jednym przypadku pokrzywki, występującej z wytwarzaniem barwnika, autor znalazł następujący obraz histologiczny: nacieczenie, istniejące tylko w powierzchownych warstwach *cutis*, częścią otacza gęstą masą naczyń, częścią zaś, jako więcej rozlane, dochodzi do brodawek i do podbrodawkowej części skóry, dalej widzimy obrzękły stan tkanki łącznej, zwłaszcza w środkowej i górnej jej warstwach, który to stan znajduje swój wyraz w znacznie rozszerzonych naczyniach chłonnych, większych szczelinach chłonnych, a także i w nieznanym nacieczeniu, wreszcie, co w danym przypadku jest najważniejszym, spotykamy nieznaną ilość komórek, zwanych *Mastzellen*, towarzyszących nacieczeniu.

(*Arch. f. Dermat. u. Syph. Tom XL, Zesz. 1.*)

Wacław Sterling.

Przegląd bibliograficzny.

Prof. D-ra NAPOLEONA CYBULSKIEGO. **Fizyologia człowieka.** Wydana staraniem St. MARKIEWICZA z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia MIANOWSKIEGO. Warszawa. 1891—1896¹⁾.

Oryginalny podręcznik polski jest osobliwością niezwykłą, a już podręcznik z zakresu wiedzy teoretycznej rzadkością prawdziwą. Dość powiedzieć, że są całe wielkie dziedziny nauk przyrodniczych, dla których podręczników wcale nie posiadamy. Gdy stan ten literatury naszej naukowej porównamy z literaturą np. niemiecką, w której co rok niemal ukazuje się kilka podręczników nowych fizyologii, nie licząc nowych wydań starszych już książek, nie zadowolimy się w tłumaczeniu ubóstwa naszego tą jedynie okolicznością, że brak wśród nas ludzi zdolnych i powołanych do pisania podręczników. Ukazywanie się nowych podręczników nie jest wywoływane wyłącznie brakiem pełnym książki, z której uczyć by się można danego przedmiotu, lecz w obecnych warunkach jest nadto wyrazem postępu ustawicznego wiedzy. W literaturach zagranicznych są podręczniki doskonałe fizyologii z przed lat kilkadziesiąt, nawet z przed kilkunastu, do których wszakże żaden prawie student medycyny dziś już nie zagląda. Ma to swoje zrozumiałe powody, choć znów w pewnych razach, ze względów czysto dydaktycznych, ma także swoje strony ujemne. Są bowiem z czasów dawniejszych podręczniki w kierunku pedagogicznym tak doskonałe, że istotnie zestarzeć się nigdy nie powinny. A z drugiej strony dla wtajemniczonego bliżej w daną dziedzinę wiedzy nie masz nic może bardziej interesującego, jak szperanie w starych podręcznikach dla poznania stanu nauki w pewnym minionym okresie czasu. Ta obrona starych podręczników bynajmniej wszakże nie zmierza do odmawiania zasług prawdziwych tym, którzy piszą podręczniki nowe a dobre, lub przyczyniają się w jakikolwiek sposób do ich wydawania. Wdzięczni być powinniśmy prof. CYBULSKIEMU za podjęcie wielkiego trudu, za kilkoletnią mozolną jego pracę, dzięki której narazie student, polak, jest w możności uczyć się po polsku zasad podstawowych biologii i medycyny. Kasie MIANOWSKIEGO zaś należy się podzięką

¹⁾ Ocena pierwszej części była pomieszczona w *Gazecie Lekarskiej* w r. 1891, str. 517.

tem gorętsza, że nie tylko umożliwiła wydanie tego obszernego dzieła, lecz nadto, zrezygnowawszy z wszelkiej nadwyżki, jaką sprzedaż mogłaby przynieść, oznaczyła minimalną cenę dla tego podręcznika.

Różne miary krytyczne przykładac można do podręcznika; różnym bo też zadaniom ma on sprostać, zależnie od zamiarów, jakie autor powziął. Z materiału, jaki pomieścił prof. C. w swojej „Fizjologii“, widać przedewszystkiem, że zadaniem jego było dać studentowi medycyny książkę, która byłaby mu pomocną przy wykładach uniwersyteckich. Podział przedmiotu, jego traktowanie według mniej lub więcej uświęconego tradycją pedagogiczną szematu, częste opisy doświadczeń, uwzględnienie techniki doświadczenia fizjologicznego — to wszystko każe nam widzieć ów zaznaczony naczelny cel, w jakim dzieło CYBULSKIEGO zostało napisane i wydane. I jeżeli katagorycznie odpowiedzieć mamy, jak cel ten został osiągnięty, powiemy stanowczo, że dobrze. Oczywiście użyteczność takiego podręcznika najlepiej może ocenić sam student, posługujący się nim równoległe z notatkami wykładającego profesora. Że jednakże prof. CYBULSKI nieco szersze jeszcze zakresił sobie zadanie, że pragnął, aby książka jego dała wierny obraz obecnego stanu wiedzy naszej fizjologicznej, że starał się przedstawić do pewnego stopnia całokształt poglądów współczesnych na zjawiska życiowe i zaznaczyć pewne wytyczne drogi, po których w dalszym ciągu badania fizjologów kroczyć będą, to wynika też niewątpliwie z pewnych rozdziałów jego podręcznika. Pod tym względem za dużą zasługę poczytać mu należy, iż wszędzie, gdzie nastęrczała się tylko sposobność, starał się dla pozyskania szerszych podstaw dla swego wykładu sięgnąć do najprostszego elementu materji żywej, do komórki i poznać uczącego się z temi zjawiskami żywymi, które najwięcej obiecują we współczesnym kierunku nauki rozjaśnić nam najistotniejsze fenomeny życia. To też z działu t. zw. fizjologii ogólnej nie brak w podręczniku CYBULSKIEGO żadnego ważniejszego zjawiska, które nie byłoby opisane lub przynajmniej mimochodem wspomniane. Dowie się tu student zarówno o elementarnych warunkach życia komórki, jak i o działaniu na nią najrozmaitszych bodźców fizycznych i chemicznych, pojmie plan ogólny wzrostu i rozmnażania się komórki i uprzytomni sobie jej budowę i rozwój w postępujących po sobie okresach embrjonalnych, aż do stanu dojrzałego zwierzęcia. Tę zaletę książki tem wyżej stawiać należy, że istotnie, jeżeli nauka fizjologii ma być czemś więcej, niż prostem objaśnieniem kilku doświadczeń, jeżeli ma rzeczywiście przed umysłem ucznia roztoczyć obraz wierny zawiłego mechanizmu życia, jeżeli w tym obrazie ma wskazać momenty pierwiastkowe, elementarne, bez których całość nigdy zrozumianą być nie może, to może pedagog osiągnąć to tylko przez ustawiczne powracanie do zasadniczych jednostek żywych, do komórek. W tym kierunku nauczanie fizjologii człowieka stawia pierwsze dopiero kroki. Bo też i fizjologia komórki wszechstronnie i dokładnie badaną jest dopiero w ostatnich dziesięciu, dwudziestu latach. Obywaliśmy się dotychczas w uczeniu się i nauczaniu fizjologii bez tego uwzględnienia biologii komórki, lecz znajdowaliśmy się też na stanowisku podobnem do tego, jakie zajmował wykład chemii wówczas, kiedy uczono o własnościach zawiłych związków, nie znając dobrze pierwiastków, z których związki te się składały. Minał ten stan na szczęście w biologii, i ktokolwiek pragnąłby dziś wykładać i uczyć o czynnościach życiowych, nie może pominąć morfologii i fizjologii pierwiastków życia. Jak ta metoda uprzystępnia najzawilsze nieraz zjawiska życia, jak wyjaśnia liczne przedtem zagadki, jak rozszerza pogląd na życie, jak znosi owe sztuczne przez umysł ludzki wzniesione granice pomiędzy żywymi, na pozór tak bardzo różnemi przedstawicielami przyrody, o tem obszerniej chyba nie potrzeba mówić współczesnemu biologowi i lekarzowi.

Nikt nie posądzi nas chyba o to, że radziłibyśmy komukolwiek uczyć

się poważnie fizyologii jedynie tylko z książek. A jednakże współcześni autorowie podręczników słusznie unikają tego, ażeby książkom ich czynić można zarzut „suchości“. Są też rzeczywiście podręczniki, które czyta się z przyjemnością, które działają niemal tak na czytelnika, jak mowa doskonałego nauczyciela; każdy z nas zna pewne podręczniki, które pociągają swym wykładem, od których trudno się oderwać. Jest pewna metoda, zdaniem naszym, najzupełniej słuszna i uprawniona, którą posługują się profesorowie, piszący takie podręczniki. Tej metody nie trzymał się profesor CYBULSKI. Nie chcemy tu sądzić i rozstrzygać, czy należy mu się za to zarzut. Stwierdzić wszakże musimy, że tu i ówdzie w omawianej książce są miejsca i ustępy całe, w których autor za mało zadaje sobie trudu w zwalczaniu rzeczywistych trudności samego przedmiotu, gdzie zapomina stanąć w położeniu ucznia niedostatecznie jeszcze przygotowanego do usuwania wszystkich przeszkód, jakie z natury rzeczy napotyka w olbrzymiej, a niezbyt łatwej do przyswojenia sobie dziedzinie wiedzy. Może te trudności zmniejszają się wobec wykładu ustnego, wobec doświadczeń i demonstracji, jakie uczeń widzi, ale, bądź co bądź, i książka stanowić powinna zamkniętą w sobie całość do pewnego stopnia i nie powinna liczyć zbyt dużo na dopełnienia z zewnątrz. Tembardziej, gdy książka jest dostatecznie obszerna i zakresem swym wybiega dość daleko po za pierwsze potrzeby nawet początkującego studenta medycyny.

Nieprzystępność wykładu, z jaką w wielu miejscach spotyka się uczeń w „Fizyologii“ CYBULSKIEGO, nie wynika wszakże wyłącznie z samej metody, która podyktowała autorowi plan ogólny, lecz składają się na nią i inne momenty poszczególne. Przedewszystkiem prof. C. w samym języku nie szuka ułatwień, lecz przeciwnie, w wielu miejscach stylem grzeszy i już tem samem sprowadza pewne niejasności. Przybywają do tego liczne omyłki drukarskie, mogące zakłócać czytelnika, a pochodzące ze zbyt pośpiesznej roboty, która na rozmaitych stronach podręcznika ujemnie się odbiła. Tu i ówdzie znów już ani styl, ani pomyłki korekty nie zdołają wytlómaczyć niejasności, chaotyczności wykładu. Dla przykładu przytoczymy nieścisłość np. w opisie fermentów zarówno organizowanych, jak nieorganizowanych, dalej niedokładne przedstawienie właściwego stosunku pomiędzy albumozami a białkiem z jednej strony, i albumozami a peptonami z drugiej. Jasność wykładu o elektrotonie również wiele przedstawia do życzenia. Bardzo pobieżnie i niewystarczająco przedstawiona jest fizjologia smaku; ze zdziwieniem nie znajdujemy zupełnie wykładu o mechanice ruchów [chodzenie, bieg, lot], ani o fizyologii głosu. Tak pięknie w nowszych czasach opracowany rozdział o znużeniu mięśni również nie został uwzględniony w książce prof. CYBULSKIEGO. Toż ostatecznie pewne braki w podręczniku nie są wielką wadą, ale stanowczo za wadę poczytać musimy nierównomierność wykładu, zbytnią rozwlekłość w przedstawieniu pewnych szczegółów [np. o metodyce badania szybkości krążenia], a zupełne pomijanie innych, nie mniej ważnych. Wogóle zaś co do punktu, jaki szczególnie ważniejszy jest, a jaki mniej ważny, czytelnik, mający się dopiero uczyć fizyologii z podręcznika prof. C., często znajdzie się w wielkim kłopotcie. Brak tu bowiem tej umiejętności pedagogicznej, która wysuwa na pierwszy plan elementy zasadnicze, a mniejszy kładzie nacisk na szczegóły; brak tej przejrzystości wykładu, której spodziewać się mieliśmy prawo od autora. Wszystkie te usterki skłonni jesteśmy położyć na karb pośpiechu, z jakim prof. CYBULSKI opracowywał swój podręcznik, niemniej, jak i pewne wykroczenia językowe [np. przedłożyć zamiast zalecić, strąt zamiast osad, fałd zamiast fałda] oraz chwiejność np. taką, jaką okazuje autor względem wodoru węgla, które nazywa już to węglowodanami, już wodnikami węgla. Może te zarzuty, bardzo rozmaitej zresztą doniosłości, wydawać się będą autorowi drobnymi. Sądzymy jednak że ze względu na charakter podręcznika muszą być poważnie brane w rachubę,

Toż to pierwsza, nieraz jedyna książka studenta, a i lekarza, z której ma czerpać swą wiedzę z teorii medycyny. Student najlepiej pamięta to, czego się z pierwszych swych książek uczy, najbardziej wierzy temu źródłu, z którego pierwszą swą wiedzę czerpie. Co się zaś tyczy lekarza, ten doprawdy w formie obecnej podręcznika prof. C. prawie zupełnie korzystać z niego nie może. W masie pomieszczonech tu szczegółów wprost trudno dotrzeć do tego, czego się szuka z powodu braku spisu alfabetycznego, a układ techniczny przedmiotu jest taki, że dla należytego zrozumienia tego lub owego punktu całe rozdziały czytać i to bardzo uważnie potrzeba. Techniczna strona wykładu szwankuje więc także nie mało.

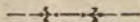
„Fizjologia człowieka“ prof. CYBUŁSKIEGO ma 57 arkuszy druku, dużej ósemki i podzielona jest na dwanaście rozdziałów. Po wstępie, w którym autor zapoznaje nas ogólnie z zadaniami swego przedmiotu, mamy opisane właściwości krwi pod względem fizjologicznym, morfologicznym i chemicznym, dalej zapoznajemy się z limfą, a zaraz później [tu autor odstępnie od porządku w większości podręczników przestrzeganego] z budową i czynnościami mięśni. Rozdział następny zajmuje się fizjologią ogólną układu nerwowego, w którym znów wykład o zjawiskach fizjologicznych poprzedzony jest przez opis budowy nerwów i komórek nerwowych. W kolejnym później porządku mamy: fizjologię układu krwionośnego i limfatycznego, oddechanie, trawienie, wydaliny, następnie zajmująco napisany rozdział o charakterze spraw chemicznych w ustroju zwierzęcym, czyli o statystyce i dynamice, o przeróbce materji w ustroju. Fizjologia zmysłów w dalszym ciągu dość obszernie jest omówiona, a końcowy rozdział właściwej fizjologii stanowi szczegółowa fizjologia układu nerwowego ośrodkowego. Rzeczywistem zaś zakończeniem książki jest rozdział o fizjologii rozmnażania się i rozwoju.

Podręcznik swój prof. CYBUŁSKI opracowywał i w miarę opracowywania wydawał zeszytami w ciągu lat sześciu. W układzie technicznym książki znać pewne na pozór drobne różnice pomiędzy pierwszym a następnymi, zwłaszcza ostatnim, czwartym zeszytem. Różnic tych nie widać już w drugim wydaniu, którego część pierwszą już mamy przed sobą i które zdradza staranne przejrzanie i niektóre niezbędne poprawki. Liczba rycin, dość już znaczna w wydaniu pierwszym, bardziej tu jeszcze została pomnożona, a wszystkie one, czy to ilustrujące przyrządy, czy dające pogląd na budowę narządu lub tkanki, dobrane są szczęśliwie i doskonale dopełniają tekstu.

Cokolwiek możnaby powiedzieć o metodzie wykładu prof. CYBUŁSKIEGO, jakkolwiek w wykładzie tym można tu i owdzie znaleźć mniej lub więcej ważne usterki, nieodłączne prawie od roboty tak dużej i trudnej, jaką jest wydanie dużego podręcznika w języku, w którym dotychczas nie posiadaliśmy ani jednej książki, stojącej na poziomie wiedzy spóczesnej, zawsze pozostanie to zasługą autora, iż przełamał pierwsze trudności i dał nam dzieło prawdziwej użyteczności. Ani na chwilę też nie wątpimy, iż książka CYBUŁSKIEGO doczeka się licznych wydań, i że w wydaniach następnych autor, jak tego już dotąd dowiódł, postara się stworzyć dzieło coraz odpowiedniejsze do tych celów, do jakich je przeznaczył. Wdzięczności prawdziwej tych wszystkich adeptów pięknej nauki biologji i medycyny, którzy po polsku pragną się uczyć, może być prof. CYBUŁSKI najzupełniej pewny.

Maksymilian Flaum.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



11. Sztuczne przetwory odżywcze. Od pewnego czasu bezustannie pojawiają się nowe, sztuczne przetwory odżywcze, a każdemu z nich, rozumie

się, towarzyszy moc pochwał. Prof. KLEMPERER (*Berlin. klin. Woch.* 1897. 26), na mocy wieloletniego doświadczenia klinicznego, wypowiedział w Towarzystwie Lekarskiem berlińskim swój pogląd o właściwej wartości owych sztucznych przetworów odżywczych. Sądzimy, że bliższe zaznajomienie się z kwestyą rzeczoną nie będzie bez interesu dla czytelników.

Przetwory odżywcze przygotowuje się sztucznie: 1) z ciał białkowych, 2) z wodorów węgla i 3) z tłuszczów.

Przetwory białkowe. Najbardziej poszukiwanymi i najbardziej rozpowszechnionymi są sztuczne przetwory białkowe. Nim przejdziemy do przejrzania szczegółowych przetworów, musimy tu zrobić kilka uwag ogólnych.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że w nauce o odżywianiu zaszły w ostatnich czasach pewne dość ważne zmiany. Zmiany te w poglądach naszych o odżywianiu dotyczą i ilości substancji białkowych i ich jakości. Dawniej, począwszy od LIEBIG'a, przyjmowano, że podstawę odżywiania stanowią substancje białkowe i sądzono, że ustrój ludzki potrzebuje co najmniej 100 gramów białka na dobę. Wszelako dalsze poszukiwania [HIRSCHFELD] wykazały, że daleko mniejsza ilość białka, 30—40 gramów na dobę, wystarcza ustrojowi ludzkiemu i że człowiek pomimo spożycia niewielkich ilości białka może zachować równowagę azotową, jeśli tylko jednocześnie przyjmować będzie dostateczną ilość pokarmów bezazotowych, t. j. wodorów węgla i tłuszczów. Ponieważ tłuszcze we wszystkich stanach utrudnionego trawienia nie łatwo zostają wchłaniane, przeto w tych razach wielki nacisk kłaść należy na wodany węgiel.

Dawniej przyjmowano, że całe białko, wprowadzone do żołądka, nim ulegnie wessaniu, musi przejść w pepton; dla tego też starano się dostarczyć chorym białka strawionego, czyli peptonu. Z owego też czasu mamy mnóstwo przetworów peptonowych najrozmaitszych fabryk.

Otóż i we względzie jakości białka zaszła zmiana w nauce o odżywianiu.

Po pierwsze, czysty pepton ma smak gorzki, żółciowy, drażni mocno błonę śluzową żołądka tak, że nieraz wymioty wywołuje, a podany w większej ilości drażni błonę śluzową kiszek i wywołuje rozwolnienie. Obecnie jeszcze czasami używamy czystego peptonu WIRRE'go lub MERCK'a do ławatyw odżywczych, ale pamiętać należy, że w niektórych przypadkach pepton nawet w odbytncy może spowodować dość silne podrażnienie błony śluzowej.

Powtóre, przekonano się, że trawienie białka w żołądku nie dochodzi do ostatniego stopnia, do rzeczywistego peptonu, ale że zatrzymuje się na pewnym stopniu pośrednim, a mianowicie na tak zwanych albumozach. Owe to albumozy stanowią właściwy produkt trawienia żołądkowego.

Rozumie się, że wskutek tej ważnej zmiany poglądu naukowego zaczęto, zamiast zdyskredytowanych peptonów, wyrabiać i zalecać albumozy, jako sztuczne przetwory spożywcze białkowe.

Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że, dostarczając ustrojowi gotowej, sztucznej albumozy, oszczędzamy czynność trawienia; jednakże nie należy zapomnieć o tem, że takie oszczędzanie czynności trawienia rzadko kiedy jest koniecznem: albowiem nawet chory żołądek po większej części zawiera jeszcze tyle kwasu solnego, ile powinno wystarczyć do strawienia owych niewielkich ilości białka, które choremu do żołądka wprowadzać musimy. A zresztą na mocy ścisłych doświadczeń dzisiaj na pewno wiemy, że nawet w tych razach, w których w żołądku niema zupełnie kwasu solnego, trawienie białka przychodzi do skutku: кишки wówczas przyjmują na siebie czynność żołądka.

Dlatego też, jakkolwiek sztuczne albumozy mają swą niewątpliwą wartość, jako przetwory białka, jednakże za przetwory nieodzowne uważać ich nie można, gdyż właściwie każda drobno sproszkowana, lub każda roztworzo-

na substancja białkowa ma tę samą wartość odżywczą, co odpowiednia ilość albumozy.

W niektórych przypadkach musimy wprowadzać do żołądka pokarm bardzo drobno sproszkowany. Wówczas suszymy na kąpieli wodnej zwyczajnie mięso, a następnie owo mięso tłuczemy w moździerzu na bardzo drobny proszek, który zdawna nosi nazwy: mączka mięsna, proszek mięsny, *carne pura*.

Również i z białka jaj przez wysuszenie i sproszkowanie można otrzymać proszek białkowy bez zapachu i bez smaku.

Tak w domu przygotowane proszki z białka lub z mięsa, rozprowadzone w wodzie lub mleku, mogą w największej liczbie przypadków najzupełniej zastąpić wszelakie sztuczne przetwory białkowe.

Zresztą dla dokładnego ocenienia wartości odżywczej sztucznych przetworów białkowych powinniśmy zwrócić uwagę, czy też owe ilości białka, jakie zwykle dostarczamy chorym w sztucznych przetworach, są dostateczne dla ustroju.

Otóż, wiadomo, że chory na dobę potrzebuje mniej więcej około 50 gramów białka. Łyżeczka peptonu syropowatego zawiera około 3—4 gramów rozpuszczonego białka. Ponieważ zwykle dajemy dwie lub, co najwyżej, trzy łyżeczki na dobę, przeto widać, że w ten sposób dostarczana ustrojowi ilość białka jest bardzo małą względnie do ilości koniecznej.

Po tych ogólnych uwagach przejdźmy do szczegółowych przetworów białkowych. O zupełnie czystych przetworach peptonowych, jako obecnie prawie nieużywanych, mówić tu nie będziemy.

Co się tyczy najbardziej używanych przetworów peptonowych, jak: Kochs'a, Kemmerich'a i Liffig'a, to o nich powiedzieć należy, że właściwie po największej części wcale nie są czystymi peptonami, ale mieszaniną peptonów i albumoz. Zawierają one 35%—40% rozpuszczonego białka, z której to sumy połowa przypada na peptony, a druga połowa na albumozy. Przetwory te przedstawiają się w postaci gęstego ulepku, który zwykle podajemy chorym łyżeczkami w rosole, mleku i t. d. O względnie niewielkiej wartości odżywczej takich peptonów wspomnieliśmy wyżej.

Cenniejszymi już w tym względzie są przetwory w postaci proszku.

Tu należy przedewszystkiem pepton Antweiler'a. Jest to właściwie albumoza z domieszką peptonu. Przetwór ten zawiera 80% białka. Ze sumy tej przypada 60% na albumozę, a 20% na pepton.

Somatoza jest czystą albumozą. Otrzymuje się z mięsa. Przedstawia się pod postacią proszku słabo-żółtawego bez smaku i zapachu. Rozpuszcza się w wodzie. Łyżeczka somatozy zawiera 8 gramów białka, co odpowiada 35 ciepłostkom. Ale nie należy zapomnieć, że jedno jajko kurze, albo też 100 ctm. sześć. mleka zawiera 70 ciepłostek. A zatem widzimy, że jedna łyżeczka somatozy ma wartość odżywczą połowy jajka lub 50 centymetrów sześciennych mleka. Jeżeli jeszcze to obliczymy na pieniądze, to dojdziemy do przekonania, że odpowiednia ilość somatozy jest 20 razy droższą od jajka. Okoliczność ta powinna mieć ważne znaczenie przy leczeniu ubogiej ludności.

Jeszcze cenniejszymi są najnowsze sztuczne przetwory białka, znane pod nazwą nutrozy i eukazy ny.

Nutrosom. Nutroza. Jest to białko mleka—kazeina—związane z sodem. Przedstawia się pod postacią lekkiego, delikatnego proszku bez zapachu. W gorącym mleku, kakao i rosole rozpuszcza się, nie psując ich smaku. Sam proszek ma smak sera.

Eucasinum. Eukazy na, polecona przez prof. Salkowskiego, otrzymuje się z mleka przez połączenie kazeiny z amoniakiem. Przedstawia się pod postacią białego delikatnego proszku, rozpuszczającego się w ciepłej wodzie.

Liczne poszukiwania i spostrzeżenia przekonały, że tak nutroza, jak eukazyna posiadają bardzo cenne przymioty, bo nie wywołują żadnych zaburzeń i w przewodzie pokarmowym łatwo ulegają zupełnemu wessaniu.

Zresztą i nutroza i eukazyna posiadają jeszcze i tę wyższość nad innymi sztucznymi przetworami białka, że, podobnie jak białko mleka, nie zawierają owych nukleinów, które są substancją macierzystą kwasu moczowego, tak, że za pomocą tych sztucznych przetworów białkowych można zmniejszyć ilość wytwarzanego w ustroju kwasu moczowego zupełnie tak samo, jak za pomocą kuracyi mleczej. Dlatego też, mając przepisać przetwór sztuczny białkowy choremu na podagrę albo na kamienie nerkowe, moczanowe, przepisujemy albo nutrozę, albo eukazynę.

Wreszcie tak przetwory kazeinowe [nutroza, eukazyna], jak i somatoza, nie zawierają zupełnie substancji wyciągowych, które, jak wiadomo, bardzo niepomyślnie wpływają na nerki, będące w stanie zapalnym. Dlatego też przetwory wzmiankowane mogą znaleźć zastosowanie u chorych, dotkniętych chorobą BRIGHT'a.

Do przetworów odżywczych białkowych zaliczyć należy rozmaite wyciągi (*extractum*) i soki mięsne (*succus*).

Wyciągi mięsne właściwie nie są środkami odżywczymi, bo zawierają bardzo mało białka, zaledwie 20%, ale przez swe własności pobudzające mogą być w niektórych razach bardzo pożytecznymi.

Z powodu swych części składowych wyciągi mięsne są przeciwwskazane u artrytyków, podagryków, w chorobach nerek. Przetwory wzmiankowane działają w wysokim stopniu pobudzająco na nerwy i na serce; z tego powodu ekstrakty mięsne podajemy chorym bardzo osłabionym. Zalecamy również wyciągi mięsne i takim chorym, którzy okazują wstręt do wszelkich pokarmów; przetwory te bowiem pobudzają i łaknienie.

To samo, co powiedziano o wyciągach mięsnych, tyczy się i tak zwanych soków mięsnych, beef-tea i t. d. Wszystkie te soki zawierają 2%—3%—4% białka. Chory, wypijwszy, co najwyżej, pół filiżanki takiego soku, spożyje wszystkiego 5—6 gramów białka; nie można więc tego nazwać środkiem odżywczym. Wszelako to nie ulega wątpliwości, że przetwory wzmiankowane wywołują i ogólnie podniecenie całego ustroju i miejscowe pobudzenie żołądka: są to okoliczności, które w wielu razach mogą być bardzo pożądanymi.

Rozumie się, że odnośnie do tych przetworów wystrzeżać się należy przesadnych nadziei, obiecywanych przez rozgłośne reklamy. Tyczy się to szczególnie niektórych amerykańskich przetworów. Przetwór, np. znany pod nazwą: **meat juice Valentine** i wysoce reklamowany dla swych własności odżywczych, zawiera w łyżeczce zaledwie 1½ grama białka, a 254 centymetrów sześciennych owego soku pod względem wartości pożywej odpowiada dopiero jednemu jajku. Dodać wreszcie należy, że 150 centymetrów sześciennych tego soku kosztuje około 2 rubli. Z tego wszystkiego możemy mieć pojęcie o istotnej wartości tak rozgłośnego przetworu.

W ostatnich czasach pojawił się w Niemczech w handlu sok mięsny pod nazwą: **Puro D-ra SCHOLL'a**. Sok ten jest o wiele lepszym od amerykańskiego, bo i więcej białka zawiera i jest o wiele tańszym, ale w każdym razie środkiem odżywczym nazwać go nie należy.

Przetwory wodoranów węgla. Z góry przyznać należy słusność usiłowaniam, dążącym do tego, aby chorym ułatwić przyjmowanie wodoranów węgla; według obecnych bowiem nowych pojęć, dla chorych osłabionych, gorączkujących najbardziej potrzebnymi są wodany węgla.

Ze sztucznych przetworów odżywczych tej grupy na pierwszym miejscu postawić należy tak zwane **kaszki Knorr'a, Hartenstein'a**, w rozmaity sposób

przygotowane i służące do przyrządzania zup dla chorych. Nie ulega wątpliwości, że bardzo delikatnie rozproszkowany drzewnik w owych kaszkach zwiększa ich strawność. Znane w tym względzie są rozmaite kaszki Knorr'a, jak: owsiana, ryżowa, jęczmienna. To samo powiedzieć należy o mączce Hartenstein'a (*Leguminosen-mehl*). Wszystkie te przetwory są w istocie do pewnego stopnia pożytecznymi środkami odżywczymi dla chorych, ale zbytnio przeceniać ich nie należy. Jeżeli dla przygotowania zupy dla chorego ugotujemy w jednym litrze wody 50 gramów jednej z wyżej wzmiankowanych kaszek, to zupa taka zawierać będzie 5 gramów białka, 2,5 tłuszczu i 36 gramów wodoranów węgla: jest to dopiero $\frac{1}{4}$ część wartości pożywej jednego litra mleka. A zatem szklanką mleka najzupełniej zastąpić można cały litr takiej zupy. Wszelako zupy te mają niewątpliwie ważne znaczenie dla chorych, którzy mleka nie znoszą, albo pić go nie chcą. Dla nadania takiej zupie własności pobudzających możemy dodać nieco wyciągu mięsnego, a dla zrobienia jej bardziej pożywną dodajemy żółtko od jajka, albo nieco masła.

Podobnie jak z białkiem, tak postąpiono i z wodoranami węgla, a mianowicie dla zaoszczędzenia czynności trawienia przygotowano takie przetwory, w których istnieją już gotowe produkty trawienia wodoranów węgla, np. dekstroza, dekstryna, maltoza i t. d.. Są to tak zwane mączki dla dzieci: przez działanie diastazy na mąkę, ta ostatnia przechodzi w produkty rozpuszczalne.

Do tego właśnie działu należą: mączka Nestlé'go, mączka Kufeké'go i t. d.. Każda z nich zawiera inny procent owych produktów przetrawionych: najwyższy procent produktów diastazy zawiera mączka Kufeké'go, względnie mały mączka Nestlé'go.

Dla dzieci mogą rzeczywiście podobne przetwory mieć pewne znaczenie; u chorych zaś dorosłych czynność ślinianek i trzustki chyba niezmiernie rzadko do tego stopnia może zostać upośledzoną, żeby aż trzeba było uciekać się do gotowych produktów trawienia diastatycznego.

Do tej samej grupy należą przetwory słodowe. Przedewszystkiem wspomnieć tu należy o wyciągu słodowym (*Malzextrakt*), który w istocie jest dość pożywnym, bo zawiera 55% cukru i 15% dekstryny tak, że, obliczając na ciepłotki, wypada, iż wartość odżywcza jednej łyżki wyciągu słodowego równa się wartości odżywczej jednego jajka. Jest to więc przetwór, mający ważne znaczenie dla odżywiania chorego, chociaż zapomnieć nie należy, że mamy inne zupełnie naturalne produkty cukru, które są o wiele tańsze, a których wartość odżywcza jest również wysoka. Pierwsze w tym względzie miejsce zajmuje miód, który zawiera 80% cukru, a w tem przeszło 70% lewulozy. Mamy prócz tego rozmaite gatunki cukru, a przedewszystkiem cukier trzcinowy, następnie sztuczną lewulozę, wreszcie bardzo tani cukier mleczny. I rzeczywiście, gdzie idzie o zwiększenie dowozu wodoranów węgla, tam najlepiej cel ten osiągnąć można, zalecając miód lub cukier mleczny.

Zupełnie krytyki nie wytrzymują piwa słodowe lub piwa, zawierające pepton, tak zwane: *Kraftbier Ross'a*.

Przetwory tłuszczowe. Już z góry należy powiedzieć, że mamy tyle tłuszczów naturalnych wybornych [masło, śmietana, żółtko, kawior, oliwa, tran i t. d.], iż wszelkie sztuczne przetwory są tu pewnym zbytkiem. Sądono że lipanina, t. j. oliwa, zawierająca 6% kwasu tłuszczowego, oleinowego, będzie o wiele stosowniejszą od zwykłego tłuszczu; z tłuszczu bowiem zwykłego w żołądku odszczepić się musi pewien procent kwasu tłuszczowego, a dopiero wówczas ów tłuszcz zostaje strawionym. Doświadczenie jednak wykazało, że pod względem strawności lipanina wcale nie stoi wyżej od innych tłuszczów, byleby tylko te ostatnie były świeże i smaczne. Rozumie się, od tranu lipanina jest smaczniejszą, więc chętniej chorzy ją przyjmują.

Z tego wszystkiego, co powiedziano wyżej, nie wynika bynajmniej, aby niektóre sztuczne przetwory spożywcze nie miały bardzo ważnego znaczenia dla chorych. Idzie tylko o to, aby ich wartości odżywczej zbyt nie przeceniać i aby bez istotnej potrzeby ich nie stosować.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

W N-rze 40 Gazety Lekarskiej umieszczonem zostało zawiadomienie od sekretarza VIII zjazdu lekarzy polskich w Poznaniu, że termin tegoż zjazdu odroczonem został do pierwszych dni lipca roku przyszłego.

Nieznane mi są powody, dla jakich odroczenie to nastąpiło; sądzą jednak na mocy osobistego doświadczenia z tego, co nieraz słyszałem od kolegów, że termin ten wcale nie jest dogodnym, ani odpowiednim dla zjazdów lekarskich i to z wielu względów.

Panujące w pierwszych dniach lipca upały, czynią posiedzenia w dusznych salach wielce uciążliwemi. Dalej zmęczenie po ciężkiej pracy na wiosnę, jakiej podlega wielu lekarzy, przyczyniać się musi do pewnej ociężałości w pracach zjazdu, do czego też w części przyczyniają się i panujące upały. Oprócz tego niemało lekarzy, praktykujących w uzdrowiskach krajowych i zagranicznych, jakoteż w siedzibach letnich, nie jest w stanie przybywać na zjazd i w ten sposób przyczyniać się do prac zjazdu w dziedzinie balneo i klimatoterapii, tak u nas naukowo zaniedbanej. Z tych to powodów jeszcze raz powtarzam, pierwsze dni lipca nie są bynajmniej odpowiednie na zjazd. Jeśli zatem zjazd nie może mieć miejsca na wiosnę, czyby nie było właściwem odroczyć termin zjazdu do ostatnich dni sierpnia. W tym czasie bywają jeszcze piękne pogody; wielu lekarzy wraca z letnich wycieczek pokrzepionymi na ciele i duchu, co niemało przyczynić się może do ożywienia dyskusyi; lekarze, praktykujący w letnich uzdrowiskach leczniczych, mogą się już łatwiej oderwać na kilka dni o.l pracy i zajęcia i niejeden może wystąpić z pracą z dziedziny balneoterapii, tak pożądaną na naszych zjazdach.

Poddając powyższe uwagi pod rozagę komitetu VIII zjazdu lekarzy polskich w Poznaniu, mam nadzieję, że sprawa przezemnie poruszona zostanie uwzględnioną, przedyskutowaną i ku zadowoleniu i pożytkowi ogółu rozstrzygniętą.

Kutno d. 6. X. 1897.

Z poważaniem
Arnstein.

Wiadomości drobne.

— 1 = 1 —

— SCHUSTER podaje przypadek ogólnego zakażenia rzeżączkowego, przy którym występowało zajęcie najrozmaitszych stawów, zapalenie tęczówki, jednocześnie ze swoistą rzeżączką i nieżytem pęcherza. Podczas gdy leczenie miejscowe pogorszenie jedynie wywoływało, leczenie rtęcią skutek doskonały wywarło.

(Arch. f. Dem. u. Sypt. G. XL. Z. 2 i 3).

W. St.

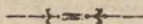
— WELANDER, zamiast wcierania lub smarowania skóry maścią rtęciową, zaleca następujący zabieg, przy którym maść wcale skóry nie dotyka: woreczek płócienny, wielkości 50×40 ctm. smaruje się na wewnętrznej jego powierzchni maścią i przy-

mocowuje za pomocą bandaży do ciała. Do smarowania wystarcza 6,0 maści, woreczek nosi się w łózk. Odpowiednie poszukiwania w moczu przekonały autora, że wchłanianie rtęci do ustroju idzie nader silnie i szybko.

(*Arch. f. Derm. u. Sypt. T. XL. Zesz. 2. 3.*)

W. St.

Wiadomości bieżące.



— Dnia 8 września r. b. z Crevalcore pod Bolonią odsłonięto pomnik MALPIGHI'ego, który się tam urodził w r. 1628. Z okazji tej VIRCHOW wysłał z Moskwy do komitetu budowy pomnika następujący telegram: „*Moscoviae Russ. XVI m. Augusti. 1897.* Syndico et civibus Crevalcorensibus salutem et congratulationes quam maximas dico. Ante paucos dies in consensu medicorum universi orbis laudes enunciavi MARCELLI MALPIGHII cujus vestigia sequimur quasi ducis certissimi et observatoris felicissimi. Medicina hodierna constituitur in solo culto et praeparato hujus viri industria et sagacitate: omnes medici praesentes consentierunt. Mihi tempus deest hoc tempore in Italiam recta hora venire; anima mea festivitati vestrae non deerit.

Rudolphus Virchow.

— Dnia 18 b. m. odbędzie się w Paryżu pod przewodnictwem prof. GROSS'a z Nancy kongres chirurgów francuskich, na którym będą dyskutowane 2 kwestye: „O obrażeniach brzucha“ [ref. DEMONS z Bordeaux] i „O wskazaniach do operacyi i leczeniu raka kiszki prostej“ [ref. QUÉNU i HARTMANN].

— Dnia 21 b. m. odbędzie się również w Paryżu pod przewodnictwem prof. GUYON'a II zjazd lekarzy i chirurgów-urologów i dyskutować będą: 1) nad operacyami, dokonywanymi na jądrze i jego przydatkach przeciw przerostowi gruczołu krokowego [ref. CARLIER] i 2) zapaleniem cewki moczowej nie spowodowanem gonokokkami [ref. ERAUD i NOGUÉS].

— Dnia 11 b. m. w Berlinie otwarto konferencyę badaczy trądu.

— Dnia 23 b. m. w Halli odbędzie się zjazd psychiatrów i neurologów ze śródkowych Niemiec.

— Na tegorocznym zjeździe przyrodników niemieckich w Brunzwiku zawiązało się „Towarzystwo patologiczne“, które na przyszłość będzie odbywało posiedzenia równocześnie ze zjazdami przyrodników. Na prezesa tego towarzystwa wybrano VIRCHOW'a, na zastępcę RECKLINGHAUSEN'a, na sekretarza PONFICK'a, na podskarbiego MARCHAND'a, na członków przydyum CHIARI'ego, ZAHN'a i ZIEGLER'a.

Zmarli: we Wrocławiu prof. histologii AUERBACH, znany z wykrycia *plexus mezentericus* w kiszkiach, zwanego *plexus Auerbachii*;
w Neapolu DRECHSEL, prof. chemii fizyologicznej w Bernie;
w Rostoku BERLIN, prof. oftalmologii.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarń E. Wendego i S-ki za m. sierpień i wrzesień 1897.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Ценаурою, Варшава 3 Октября 1897. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.