

GAZETA LEKARSKA.

I. O T. ZW. POPIOŁACH CIAŁ BIAŁKOWYCH.

Napisał

Prof. Marcelli Nencki.

—†—†—

Ogólnie prawie istnieje dotychczas przekonanie, że składniki mineralne, [K, Na, Ca, Mg], które zazwyczaj stwierdzić można w pozostałości przy spalaniu „nawet najbardziej oczyszczonych“ ciał białkowatych, są tylko następstwem przypadkowego trudnego do uniknięcia zanieczyszczenia białka „idealnego, niezawierającego popiołu“. Nie przeczę, aby nie można było otrzymać takiego białka, które, nie zawierając popiołu, składałoby się tylko z C, H, N, O i S. Białko, przedstawione przez E. HARNACK'a, jako wolne od popiołu, zawierało chlor, jak tego dowiodły badania WERIG'a oraz STOHMANN'a i LANGBEIM'a. Wprawdzie HARNACK¹⁾ zaznacza, że udało mu się za pomocą dializy wydalić chlor z białka o tyle, że zaledwie ślady jego pozostały, białko jednak przy tem zmieniało swoje własności, t. j. w wodzie się nie rozpuszczało. Nie sądzę jednak, aby tego rodzaju ciała białkowe, wolne od popiołu, mogły się znajdować w ustrojach roślinnych lub zwierzęcych; stąd też wielce zainteresowała mnie praca E. HARNACK'a²⁾, który, zgadzając się na to, że w kryształach, otrzymanych przez BĄDZYŃSKIEGO i ZOJA³⁾, fosforan wapnia mógł być chemicznie związanym z białkiem, dodaje następującą uwagę: „Dochodzę coraz bardziej do przekonania, że toż samo jest ze wszystkimi t. zw. pierwiastkami nieorganicznymi, które, według ogólnie przyjętego zdania, stanowią „popioły“ naszych pokarmów“. Że kwas fosforny stanowi istotny i charakterystyczny składnik cząsteczki w wielu ciałach białkowych pochodzenia roślinnego, zwłaszcza w roślinach strączkowych oraz w nukleinach zwierzęcych, o tem nikt nie wątpi; co się zaś tyczy chloru, to niedawno pani E. SIMANOWSKA⁴⁾ wykazała związek taki jego z ziarkami pepsyny. Według mego zdania, K, Na, Ca, Mg, P₂O₅, Cl, podobnież jak Fe w hemoglobinie, nie tylko stanowią istotne składniki, zawarte w cząsteczce różnych ciał białkowych, lecz pierwiastki te posiadają nawet pewne określone, czynnościowe znaczenie w żywych ustrojach zwie-

¹⁾ Berichte der Deutschen chemischen Gesellschaft. Bd. XV, str. 204—203.

²⁾ Zeitschr. f. Physiolog. Chemie. Bd. XIX. str. 300.

³⁾ Zeitschr. f. Physiolog. Chemie. Bd. XIX, II. 1, str. 1, 1894 i ref. Gazeta Lekarska. Nr. 13, str. 349. 1894.

⁴⁾ Gazeta Lekarska. N-ra 48, 49, str. 1260, 1294. 1893 r.

rzęcego lub roślinnego pochodzenia. Za tem przemawia swoisty i stały przez nas stwierdzony rozdział chloru w narządach ustroju zwierzęcego, a to przejście chloru z krwi do oddzielnych narządów reguluje się oczywiście według pewnych praw. Zadaniem mojem będzie, podobnie jak chlor, oznaczyć w oddzielnych narządach: P_2O_5 , Mg, K i Na. Spodziewam się, że taka topografia składników mineralnych da mi ważne punkty oparcia do wyjaśnienia różnych spraw, zachodzących w oddzielnych narządach przy przemianie materii. Oczywiście ciała białkowe, związane z alkaliami lub ziemiemi alkalicznymi, mają do spełnienia inne zadanie w ustroju zwierzęcym, aniżeli te białka, które w swej cząsteczce zawierają P_2O_5 lub Cl. Topografia zasad [K, Na, Ca, i Mg] i z drugiej strony kwasów mineralnych, a w szczególności kwasu fosforowego, dostarczy nam niewątpliwie wskazówek co do rozpadu ciał białkowych, zawartych w pokarmach. Dążność do odgraniczenia czynnościowych ciał proteinowych istniała oddawna i znalazła oddźwięk w podziale na białko organizowane i krążące, wprowadzonym przez Voit'a. Według mego zdania, oprócz białka organizowanego, np. w postaci włókien mięsnych, posiadamy w sokach zwierzęcych i w treści komórek, rozpuszczone ciała białkowe, jakoto: hemoglobinę, nukleiny, globuliny i t. d., które w nich długo pozostają niezmiennymi i które z tego powodu oznaczam nazwą czynnościowych protein w celu odróżnienia od białka pokarmowego, ulegającego rozkładowi. Pod tym względem ciekawe są bardzo badania LEO LIEBERMANN'a ¹⁾ nad wykrytymi przezeń lecytalbuminami, które głównie znajdują się w narządach gruczołowych.

Lecytalbuminy, t. j. połączenia lecytyny z ciałami białkowymi, są to substancje o wybitnie kwaśnem oddziaływaniu, które mogą związać znaczne ilości zasad. Roztwór alkaliczny fosforanu sodu [Na_2HPO_4], po przefiltrowaniu przez lecytalbuminę, przybiera kwaśne oddziaływanie. Pod wpływem sody lecytalbumina pęcznieje i tworzy koloidalne połączenie sodowe, które nie daje się przesączać. Jeżeli przez lecytalbuminę nerek filtrować odwłóknioną krew, posiadającą alkaliczne oddziaływanie, natenczas filtrat przybiera oddziaływanie kwaśne. Zgadzam się z poglądem prof. L. LIEBERMANN'a pod tym tylko względem, że na lecytalbuminy przypada ważna rola przy wydzielniczej czynności gruczołów. Ta sama błona śluzowa żołądka, która nagromadza ClH lub BrNa i z nich z jednej strony odszczepia zasadę, z drugiej zaś ClH lub BrH, wytwarza z JNa tylko ślady JH a przy karmieniu Na_2SO_4 nie przepuszcza nawet śladów tej soli, choć omywająca ją krew znaczną ilość tej soli zawiera. Tutaj ani sprawy filtracyjne, ani dyfuzyjne nie wchodzą w rachubę.

Niewątpliwie chemiczne przemiany są tutaj w zależności od swoistych ciał proteinowych, zawartych w gruczołach wydzielających; w ten tylko bowiem sposób objaśnić można wyborczą czynność żywotnej błony śluzowej żołądka dla pewnych soli. Toż samo dotyczy nerek. Kwas hippurowy two-

¹⁾ PFLÜGER's Archiv. Bd. L, str. 25—36 i Bd. LIV, str. 57—37. MALY's Jahresher. 1891. str. 240 i 467; 1882, str. 32 i 239.

rzy się dopiero w nerkach, a mocznik i kwas moczowy nie wydzielają się przez kłębki MALPGHÉ'ego, lecz przez kanaliki moczowe.

Przy przechodzeniu przez ustrój i wydalaniu się ciał obcych dla ustroju oraz trucizn metalicznych najpierw tworzą się związki chemiczne przeważnie z ciałami białkowatymi, które w rozmaity sposób przyczyniają się do wydalenia tych materii z ustroju. W sokach zwierzęcych materye nierozpuszczalne przeważnie pochłaniane bywają przez leukocyty²⁾. Do tej kategorii należą ziarnka cynobru [PONFICK, HOFFMANN i LANGERHANS], żelazo [SAMOIŁOW i LIPSKI], bakterye [MIECZNIKOW], w kosmkach kiszek tłuszcz z pokarmów [ZAWARYKIN].

Wiele ciał obcych dla ustroju, mianowicie należących do grupy związków aromatycznych, wydziela się w postaci połączeń z glikokolem, kwasem glikuronowym lub siarczanym. Według doświadczeń LEHMANN'a³⁾, ołów nagromadza się głównie w żółci, z którą wydziela się do kiszek. Królik, zatruty azotanem ołowiu, zdechł po 2 tygodniach. Wątroba jego, wagi 32 grm., zawierała tylko 0,976% poprzednio wprowadzonej ilości ołowiu, gdy tymczasem żółć 12,5%. Nawet bezwzględnie żółć zawierała więcej ołowiu, aniżeli wątroba. Według badań SAMOIŁOWA i LIPSKIEGO⁴⁾, żelazo prawie wyłącznie wydziela się przez ściany kiszek, przy czem, jak wyżej wspomniano, wydzielanie to odbywa się przy udziale leukocytów. Przeciwnie, przy zatruciach rtęcią największą ilość tego metalu wykrył E. LUDWIG⁵⁾ w nerkach i przez ten narząd rtęć się głównie wydziela. Z tego względu interesujące są spostrzeżenia LEO LIEBERMANN'a⁶⁾: jeżeli mianowicie przesączać rozcieńczony roztwór sublimatu przez dostateczną ilość lecytalbuminy, a filtrat często na tęż lecytalbuminę nalewać powtórnie, to ostateczny filtrat zawiera tylko ślady rtęci i chloru. Odnośnie do rtęci lecytalbumina posiada w wysokim stopniu własność retencyjną. W niej wykrył LIEBERMAN 9,3% HgO.

¹⁾ Obce twory ziarniste [indygo], we krwi krążące, według W. SIEBEL'a [VIRCHOW'S [Archiv. Bd. 164, str. 514], pochłaniane bywają i zatrzymywane nie tylko przez białe ciała krwi, lecz i przez komórki miazgi śledziony i szpiku kostnego oraz przez naczynia włosowate śledziony. Co się zaś tyczy ziarenek karminu i laseczników wąglikowych, to niedawno WERIGO [Annales PASTEUR, 1892] udowodnił, że przenoszą je po upływie 2—7 minut leukocyty do naczyń włosowatych wątroby, w której się zatrzymują.

²⁾ Zeitsch. f. Physiol. Chemie. Bd. VI, str. 532.

³⁾ Arbeiten des pharmakol. Instituts in Dorpat. Bd. IX. str. 12. MALY's Jahresb. 1893, str. 107 i 109.

⁴⁾ MALY's Jahresber. 1890, str. 77.

⁵⁾ MALY's Jahresber. 1893, str. 24.

II. PYOKTANINA W CHOLERZE AZYATYCKIEJ.

Podał

J. Neufeld [z Sosnowca].

— — — — —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 44].

Przechodzę teraz do przykładów z przypadków cholery w okresie zamartwiczym.

№ 83. Warw... Magdalena, lat 18 wieku licząca, robotnica z fabryki Schön'a, Sielce.

Dnia 28. VIII. Onegdaj dostała rozwolnienia. Wczoraj rano wymioty i rozwolnienie. Przybyła w okresie zamartwiczym bez tętna, kończyny sine i zimne; *facies hippocratica*, *vox cholericæ*. Chora skarży się na ból głowy. Brzuch niebolesny. Po kąpieli i wstrzyknięciu podskórnem kamfory zjawilo się słabe tętno. Leczenie także, jak pod № 28 i 79.

Dnia 30. VIII. Tętno 104, szybkie. Chora skarży się na ból głowy w czole i ogólne osłabienie. Twarz lekko zarumieniona, ciało w dotknięciu ciepłe. Wypróżnienie tylko po ławatywach, wymioty 2 razy. Chora czuje się zupełnie dobrze; głos czysty.

Widzimy tu przejście w 24 godziny z ciężkiego zamartwiczego stanu do lekkiego tyfoidu.

Dnia 31. VIII. Tętno 64, szybkie. Objawy tyfoidu ustępują, lekki ból głowy. Brzuch niebolesny. Głos czysty. W nocy kilka wodnistych wypróżnień. Chora czuje się zupełnie dobrze. Leczenie to samo bez wstrzykiwań kamfory. Mleko.

Dnia 1. IX. Tętno 116. Trzy kaszkowate wypróżnienia. Chora czuje się dobrze, ale jest osłabioną. Łaknienia nie ma. Żadnych objawów tyfoidu.

Dnia 2. IX. Tętno 104. Wypróżnienie kaszkowate. Łaknienie. Chora czuje się lepiej. Tylko wewnętrznie pyoktanina.

3—4. *Status melior*. 5-go stolec uformowany. Pacjentka wypisuje się zdrową.

Następny przypadek odznacza się tem, że chory, będący w okresie zamartwiczego stanu, wyzdrowiał w zupełności w 7 dni, pomimo że przechodził ostre zapalenie nerek. Tutaj pyoktanina nie tylko przerwała tyfoid, ale i wpłynęła na szybkie usunięcie sprawy zapalnej nerek, odkażając w nich podłoże dla bakteryi.

№ 25. Biel... Piotr, lat 16 wieku liczący, robotnik z fabryki kotłów Fitzner i Gamper.

29. VIII. 1894. Wczoraj wieczór zaniemógł po zjedzeniu $\frac{1}{2}$ funta kielbasy, 2 bułek i napiciu się piwa. Dziś wymioty i stolce ryżowe. Okres zamartwiczny, oczy zapadłe, *vox cholericæ*, tętna niema. Kończyny zimne i sine. Leczenie: enteroklizma + pyoktanina co 4 godziny. Wewnętrznie pyoktanina 0,1 co 2 godziny.

Wstrzyknięcie kamfory co 3 godziny. Trzy hypodermoklizy po litrze płynu normalnego + pyoktanina 0,1.

Dnia 30. VIII. Już po pierwszej hypodermoklizie tętno się zjawilo i trzyma się. Tętno 112, dobre. Dziś raz wymioty. Wypróżnienia po lawatywie. Głos czysty, twarz rumiana. Lekki ból głowy. *Auria*. Obrzęk kończyn dolnych. Enteroklizmy + pyoktanina i wewnątrznie pyoktanina.

Dnia 31. VIII. W nocy pierwszy raz oddał mocz jasno-żółty, w małej ilości. Tętno 100, pełne. Chory skarży się na ból głowy i w dołku sercowym. Wymiotuje czasem lekarstwo. Tylko wewnątrznie pyoktanina.

Dnia 1. IX. W moczu białko i cylindry ziarniste. Wymiotów niema. Wczoraj wypróżnienie kaszkowate. Łaknienie. Chory czuje się dobrze. Przechodzi do oddziału rekonwalescentów. Wewnątrznie pyoktanina.

Dnia 2 IX. Tętno 100. Nieznaczny obrzęk голени. Chory czuje się dobrze. Wewnątrznie pyoktanina.

Dnia 3 — 4. IX. Stan dobry. W moczu białka niema. Wypisuje się zdrów.

№ 88. Słod... Karol, lat 68 wieku liczący, robotnik z kopalń Milowice.

Dnia 30. VIII. W nocy miał rozwolnienie. Gdy przybył, wymiotował pierwszy raz w kąpieli. Okres zamartwiczey, tętna niema, *facies hippocratica*, głos czysty, kończyny zimne i sine. Psychiczny stan znacznie przygnębiony. Leczenie: enteroklizma + pyoktanina co 4 godziny, wewnątrznie pyoktanina 0,1 co 2 godziny. Wstrzykiwano pod skórę kamforę co 3 godziny. Hypodermoklizma + pyoktanina trzy razy.

Dnia 31. VIII. Wczoraj wymiotował najprzód kapustą, a potem nadzwyczaj obfitymi, wodnistymi płynami [chlustał]. Jedno wypróżnienie. Po 3-ch hypodermoklizmach zjawilo się słabe bardzo tętno. Ogólny stan chorego nieco się poprawił.

Dnia 1. IX. Wymiotów nie było, stolce wodniste. Tętno 92, lepsze. Chory czuje się lepiej. Przechodzi do oddziału rekonwalescentów.

Dnia 2. IX. Rano wypróżnienie kaszkowate. Wymiotów nie było, chory czuje się znacznie lepiej. Tętno 88, pełne i spokojne.

Dnia 3. IX. W nocy dwa, rano jedno wypróżnienie gęste. Łaknienie. Tętno 80, pełne, dobre. Ani śladu tyfoidu.

Dnia 4. IX. Wczoraj uformowany stolec. Pacjent wypisuje się zdrów.

Opiszę teraz przebieg kliniczny przypadku, zakończonego śmiercią. Przy chorym tym robił badania bakteriologiczne kol. PĘKOŚŁAWSKI.

Wit. Jan, lat 25 wieku liczący, górnik z kopalni Milowice.

Dnia 6. IX. Wczoraj rano dostał rozwolnienia; dziś w nocy wymiotów. Onegdaj jadł wieprzowinę i popił wodą ze studni. Przybył w okresie zamartwiczey, z bardzo słabym tętnem, *facies hippocratica*, *vox cholericus*. Dziś rano ostatni raz miał stolec i wymioty. Upadek sił. Leczenie: enteroklizma + pyoktanina co 4 godziny. Wewnątrznie pyoktanina 0,1 co 2 godziny. Wstrzykiwano pod skórę kamforę co 3 godziny. Hypodermoklizma + pyoktanina co 4 godziny.

Dnia 7. IX. Wczoraj kilka razy obfite, wodniste wymioty. Tętno coraz słabsze. W nocy wymioty ustały, ale rozwolnienie było. Dziś po 4-ch hypodermoklizach słabe bardzo tętno 104. Chory apatyczny skarży się, że jest bezsilny. Kąpiel i leczenie, jak powyżej. Po południu wpadł w senność (*coma*), kończyny zimne, chociaż tętno pełne, mocne i częste. Całe ciało pokryło się zimnym potem. Utrata czucia skóry na całym ciele, na twarzy mniej. Żrenice rozszerzone nie oddziaływają na światło. Utrata przytomności. Apatya. Wieczorem około 9-tej chory spał bardzo niespokojnie, rzucał się, groził pięścią i chciał bić służbę. Nieprzytomny. Ciężota 35,5° C. Tętno słabe 80. Po godzinie zasnął. Dwie enteroklizmy zatrzymały się. Przytomność nie wraca. Tętno coraz słabsze. Chory umarł o 1½ w nocy, w spokojnym stanie komatycznym.

Summa pyoktaniny wewnątrznie	w 32 godziny = 1,70
„ „ w ławatywach	28 „ = 2,40
„ „ w hypodermoklizmach	32 „ = 0,80

Jeżeli porównamy te ilości z braniami przez wielu innych chorych, o czym wyżej szczegółowo wspomniałem, to nie możemy objawów chorobowych, wśród których chory umarł, przypisać pyoktaninie.

Sekcja wykazała: górny płat [nie szczyt] lewego płuca przyrośnięty do klatki piersiowej. Serce w nieznacznym stopniu stłuszczone. Niewielkie przekrwienie żołądka. Błona śluzowa całego przewodu pokarmowego zabarwiona pyoktaniną. W kiskach wzdętych płyn szarawy. *Nephritis parenchymatosa*. Tkanka łączna podskórna na znacznych przestrzeniach zabarwiona pyoktaniną.

Badania bakteryologiczne kol. PĘKOŚLAWSKIEGO rozpoczęte były już pod koniec epidemii z powodu braku odpowiednich przyrządów i odżywek. Ażeby uniknąć zarzutu niedokładności i nieściśłości przedsięwziętych badań, odpowiedniem będzie określić sposób i warunki, w jakich te badania były robione. Odżywki [żelatyna, bulion i agar-agar] były dostarczone w probówkach [już wyjałowione] z pracowni kol. WŁ. PALMIRSKIEGO w Warszawie. Płytki PETRI'ego, poprzednio wymyte spirytusem, eterem i sublimatem, wyjałowiono za pomocą suchego powietrza, ogrzanego do ciepłoty wyżej 200° C. w odpowiednim przyrządzie przez 2 godziny. Do wyjałowienia dracików i uszek platynowych użyto palnika benzynowego BARTHEL'a.

Badania rozpoczęto 6 września nad wypróżnieniami Wit... Jana, górnika z kopalni Milowice, którego przebieg choroby wyżej był opisany. Ponieważ chory przybył już w okresie zamartwiczym i wypróżnień nie było, przeto dano mu ławatywę z letniej, czystej wody. Wypróżnienie po ławatywie chory oddał do kubła czystego, kilkakrotnie wyparzonego ukropem. Z tego wypróżnienia zupełnie wodnistego, zawierającego małe kłaczkki śluzu, wydobyto za pomocą *ex tempore* wyjałowionego uszka platynowego jeden spory kłaczek i zaraz zanurzone do próbki z wyjałowionym bulionem i pozostawiono na 24 godziny w przeznaczonym *ad hoc* małym pokoiku, w którym ciepłota stale była utrzymwaną między 32°—40° C.. [Termostatu nie było]. [Próba № 1]. Jednocześnie zrobiono preparat drobnowidzowy, w którym dały się zauważyć formy przeważnie przecinkowate. Zabieg ten zrobiono o godzinie 5½ wieczorem,

dnia 6 września. W pół godziny potem, chory otrzymał lawatywę z pyoktanią 0,1. W niespełną godzinę nastąpiło wypróżnienie, niebiesko zabarwione, z którego w podobny sposób, jak wyżej opisano, zrobiono próbę SCHOTTELIUS'a o godzinie 7-ej wieczorem [próba № II]. O 11-tej w nocy nastąpiło wypróżnienie po danej pół godziny temu lawatywie z pyoktanią i zaraz zrobiono próbę SCHOTTELIUS'a [próba № III]. Po północy 7-go września o godzinie 3-ciej znów zrobiono próbę SCHOTTELIUS'a po trzeciej lawatywie z pyoktanią, danej choremu 20 minut przedtem [próba № IV]. O godzinie 4-tej nad ranem było znów wypróżnienie niebiesko zabarwione po lawatywie, 15 minut przedtem danej choremu i zaraz zrobiono próbę SCHOTTELIUS'a [próba № V]. O godzinie 11-ej rano znów po lawatywie z pyoktanią [5-ej], którą chory przetrzymał $\frac{1}{2}$ godziny, zrobiono próbę SCHOTTELIUS'a [próba № VI]. Chory otrzymał jeszcze 2 lawatywy, lecz wypróżnień już nie było. Podczas konania oddawał stolce pod siebie. Trzeba dodać, jak wyżej opisano, że chory prócz tego otrzymał pyoktanię *per os* i w hypodermoklizach.

W 24 godziny mniej więcej po zaszczerpieniu bulionu brano za pomocą uszka platynowego z powierzchni bulionu część kożuszka i przenoszono do próbówki z żelatyną odżywczą roztopioną. Z tej ostatniej, zachwyciwszy uszkiem część zakażonej żelatyny, przenoszono do drugiej próbówki z żelatyną i wylewano oddzielnie na 2 wyjąłowane płytki PERRI'ego. Ostatnie zostawiono na 36—48 godzin pod kloszem szklanym na kawałku bibuły, zmoczonej w sublimacie, w pokoju ze stałą ciepłotą 22—24° C.. Po upływie tego czasu rozpatrywano płytki pod drobnowidzem przy obiektywie, dającym powiększenie około 60. Wynałazłszy na płytce charakterystyczne dla cholery kolonie, szczepiono hodowlę kłute w żelatynie (*Stichculturen*) i jednocześnie robiono preparaty mikroskopowe.

Rezultat tych badań jest następujący. W próbach № I, II i IV znalaziono charakterystyczne przecinkowce KOCI'a, w próbach № III, V i VI ich nie znalaziono. Po wylaniu płytek, dodając do probówek z bulionem [SCHOTTELIUS'a] 5—10% roztworu kwasu solnego, otrzymano w próbach № I i II odczyn indolowy (*Cholera roth*); w pozostałych go nie otrzymano, jakkolwiek próba № IV wykazała przecinkowce KOCI'a, wprawdzie, jak pokazał preparat mikroskopowy, bardzo nieliczne.

Dalsze badania w miarę przybywania odpowiedniego materiału będą prowadzone w tym samym kierunku. Nadmienić trzeba, że pyoktanią nie przenika wewnątrz kłaczek śluzu, które tylko na powierzchni zostają zabarwione, podczas gdy płyn zabarwiony jest na ciemno-niebieski kolor.

Dodać nareszcie potrzeba, że, dodawszy do żelatyny roztworu pyoktany w tej samej koncentracji, w jakiej używano do lawatyw i zaszczerpiwszy na tej żelatynie bakterie choleryczne, nie otrzymano najmniejszego zmętnienia, znamionującego rozwój hodowli.

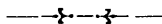
Robiliśmy kilkakrotnie sekcje zmarłych na cholere. Na żadnej z sekcji nie widzieliśmy tych charakterystycznych danych, jakie zwykle bywają przy cholercie. Kiszki zawsze były wzdęte, napełnione cuchnącymi gazami i płynem albo brudno-szarym, albo już kałowo prawie zabarwionym. U kilku zmarłych w okresie zamartwiczym znaleźliśmy w kiszkiach żółty, wodnisty płyn. Zabara-

wienie pyoktaniną w kiszce grubej sięgało aż do zastawki BAUMIN'a, a przez dyfuzję przechodziło zabarwienie na 1 cm. na kışkę cieką. W żołądku pyoktanina bywa szybko odbarwioną; w przypadkach, w których śmierć następowała wkrótce po wzięciu łyżki lekarstwa, zawartość żołądka była jeszcze zabarwioną. Na sekcji miałem to wrażenie, jakoby ją robił nie w 12 godzin, ale w dwie doby po śmierci. Rezultat tych sekcji daje dużo do myślenia. Zdawało się mianowicie, jakby w przewodzie pokarmowym sprawa chorobowa cholery była skończona. Jeżeli porównamy obserwację kliniczną z bakteryologiczną i sekcją, widzimy uderzającą zgodność w powyższym kierunku. Choczy, którzy wyzdrowieli już na 3-ci dzień, mają wypróżnienia gęstawe, na 5-ty uformowane i brunatno zabarwione. Badania bakteryologiczne nie wykazują już po 2-giej lawatywie w kiszce grubej żyjących przecinkowców. Na sekcjach zaś widać, że u umierających w stanie zamartwiczym chemizm kışek już prawie wraca do normy.

Czyż można wobec tych faktów wątpić o dodatniem działaniu pyoktaniny? Badania nasze nad pyoktaniną były robione na zbyt małej liczbie chorych i wyników pewnych ztąd nie możemy się spodziewać. Pozostaje jeszcze bardzo wiele pracy w tym kierunku. Jak wyżej opisaliśmy, pyoktanina dochoodziła do organizmu trzema drogami: *per os*, podskórnie i w enteroklizmach. Należałoby zbadać działanie pyoktaniny wtedy, gdy ją stosować będziemy wyłącznie w lawatywach. Może wtedy prędzej wyprowadzić będzie można wniosek o rzeczywistem jej działaniu. Jeżeli już po 2-giej lawatywie nie znaleziono żywych przecinkowców w kiszce grubej, to kwestya, czy same przecinkowce zostały zatrute, czy podłoże dla nich przesiąknięte pyoktaniną nie pozwoliło im się rozwijać [co bardziej prawdopodobne]. Przy odosobnionem użyciu pyoktaniny podskórnie możnaby się przekonać, czy ta nie wpływa na ptomainy, przerywając tyfoid choleryczny. Robiło, powiadam, na nas to wrażenie, ale stanowcze orzeczenie należy do dalszych badań. Należałoby w innej miejscowości przeprowadzić doświadczenia, ażeby się przekonać, czy krótkie przebywanie w szpitalu chorych, którzy wyzdrowieli i szybkie przyjsie do siebie chorych nawet po okresie zamartwiczym nie były swoistością cholery w naszej okolicy wybuchłej. Działanie pyoktaniny na układ nerwowy będzie również ważnem zadaniem dalszych badań. Rzadko obserwowane u naszych chorych kurcze mięśni kończyn, szybkie uspokajanie się chorych, wpadających w szal tyfoidalny, było w każdym razie uderzającem. Czy to rzeczywiście jest następstwem połączenia się pyoktaniny z pewnymi składnikami substancji nerwowej, jak mówi prof. EHRLICH? Wobec tego wszystkiego wnioski z naszej pracy nie mogą być stanowcze.

- 1) Po zastosowaniu pyoktaniny chemizm kışek wraca szybko do normy.
- 2) Już po drugiej lawatywie z pyoktaniną przecinkowców w kiszce grubej niema.
- 3) Niewątpliwem jest działanie pyoktaniny kojące na układ nerwowy.
- 4) Pyoktanina łagodzi objawy, albo przeszkadza rozwojowi tyfoidu cholerycznego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



94. W. Fleiner [Heidelberg]. Leczenie chorób żołądka.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 44].

Jeśli pominiemy stany upośledzonego mechanizmu żołądka, gdzie zastój miazgi pokarmowej stanowił wskazanie do przemywania, to wszystkie inne zaburzenia tego narządu można podzielić na 2 główne grupy: do pierwszej należeć będą stany upośledzonej czynności; w drugiej — będziemy mieli do czynienia ze wzmożeniami czynnościami. Pośrodku między temi 2-ma grupami znajdzie się mnóstwo rozlicznych stopniowań i kombinacji zaburzeń: np. upośledzenie czynności wydzielniczej przy wzmożeniu czynności ruchowej [nieżyt błony śluzowej z zapalnym podrażnieniem błony mięśniowej], lub odwrotnie, wzmożenie sekrecyi przy upośledzonym mechanizmie [nadmierne wydzielanie soku żołądkowego przy bliznowatym zwężeniu odźwiernika lub kurczowem zamknięciu tegoż, które [kurczowe zamknięcie], zarówno jak nadmierna kwasność, powstają odruchowo w następstwie podrażnienia błony śluzowej przez wrzód]. Odnośnie do wskazań leczniczych we wzmiarkowanych 2-ch grupach można powiedzieć wogóle, co następuje: Wzmożenie pobudliwości lub nienormalne stany podrażnienia wymagają leczenia kojącego, i odwrotnie, zmniejszenie pobudliwości, stany atoniczne stanowią wskazanie do zastosowania terapii pobudzającej. Jeśli stan wzmożonej czynności ruchowej występuje jednocześnie z zaburzeniem innych funkcji żołądka [np. z upośledzeniem czynności wydzielniczej], to starać się będziemy jedynie o to, aby pokarmy, niedostatecznie przez żołądek zmienione, nie zaszkodziły kiszkom. W tym celu usiłować będziemy wszystkie pokarmy, o ile można, przez przegotowanie wyjaławiać, a będące w stanie fermentacji lub rozkładu możliwie usuwać. Jeśli zaś mamy do czynienia jednocześnie z upośledzeniem mechanizmu i chemizmu żołądka, to nasze zabiegi lecznicze stają się bardziej skomplikowanymi. Zdarza się czasem, że uciekamy się do pobudzenia błony śluzowej i mięśniowej żołądka za pomocą drażniących pokarmów. Lecz przy częstem podawaniu takich pokarmów sumowanie podrażnień działa jeszcze więcej osłabiająco na czynności żołądka; z tego powodu należy wystrzegać się częstego używania takiego pożywienia [korzenie, przyprawy, przetwory peptonowe, alkohol, goryczki, koniak...], tudzież niektórych środków aptecznych [oreksyna, środki czyszczące], a wybierać raczej takie pokarmy, które wymagają od żołądka najmniejszego nakładu pracy, a jednocześnie są zdolne szybko podnieść podupadłe odżywianie i wzmocnić ustrój chorego. Z polepszeniem odżywiania idzie zwykle w parze i wzmożenie sprawności (*Leistungsfähigkeit*) żołądka.

W ciężkich przypadkach, w których skutkiem zaburzenia różnych czynności żołądka, stan sił, waga ciała, ogólna masa krwi znacznie ucierpiały, zaleca się, zwłaszcza w początku kuracyi, dyetę mleczną, pożywienie mączne [kleik, kaszka z mlekiem, pudynki z delikatnej mąki], podawanie śluzowych kleików i zup, jaj i potraw z jaj, a jedynie tylko przy postępującem polepszeniu — pożywienie mięsne,

lekkie jarzyny i owoce. Przez dodatek kwasu solnego do mięsa lub po niem [10 kropel *ac. muriatici diluti* w 50 ctm. sześć. wody] staramy się ułatwić lub przyspieszyć rozpuszczenie się mięsa w żołądku. U słabo odżywianych chorych z zaburzeniem różnych czynności żołądka zdarza się czasem, że uczucie głodu zupełnie znika. Jeśli nie udaje się nam u takich chorych, przez dostateczny dowód pożywienia, szybko usunąć niebezpiecznego stanu podupadłego odżywiania, to uciekamy się do sztucznego karmienia za pomocą zgłębnika. Zwykle już po niewielu takich karmieniach powraca uczucie głodu, czemu, zdaniem autora, wielce sprzyja psychiczny moment karmienia zgłębnikiem.

Przy wszystkich rodzajach leczenia dyetetycznego dla określenia odstępów czasu, w których choremu można posiłek podawać, należy, w każdym poszczególnym przypadku, uwzględnić mechanizm żołądka. Czas, po upływie którego miazga pokarmowa przechodzi do kiszek, zależy nie tylko od ilości, lecz także od jakości pokarmów. Niedrażniące płyny, jak: mleko, półpłynne lub klejkowate pokarmy, jak wyżej powiedziano, szybko opuszczają żołądek i wskutek tego z pożytkiem mogą być podawane w małych ilościach i w nieznacznych odstępach czasu, przy zwężeniu odźwiernika i nawet przy rozszerzeniu żołądka wysokiego stopnia. Jeśli w lekkich stopniach niesprawności mechanicznej żołądka [najczęściej przy zwiótczeniu i rozszerzeniu atonicznym] stan chemizmu pozwala na podawanie pokarmów mieszanych, to należy podawać je w dużych odstępach czasu i rzadko, najwyżej 3 razy przez dzień.

Upośledzony mechanizm żołądka często bywa wskazaniem do stosowania środków, wzmagających obniżoną czynność ruchową. Środki te są rozmaite. Do najskuteczniejszych należy wewnętrzny natrysk żołądka (*innere Magendusche*), t. j. przemywanie żołądka wodą chłodną [24—26° R.] przy większym, niż zwykle, ciśnieniu. W celu otrzymania większego ciśnienia podnosimy wysoko lejek. Podobne natryski nie tylko wzmagają napięcie błony mięśniowej żołądka, lecz pobudzają także prawdopodobnie nerwy wydzielnicze, a z pomiędzy czuciowych te, od których zależy uczucie głodu. Dla pobudzenia tego ostatniego autor stosował z dobrym skutkiem zraszanie ścian uprzednio przemytego żołądka środkami gorzkimi, np. nastojem z chmielu lub z drzewa *Quassia*, choć również użytecznymi są pod tym względem kory chinu lub *condurango*. Podobnie jak natrysk wewnętrzny, lecz słabiej, działają natryski zewnętrzne, stosowane na okolicę żołądka, t. zw. natryski wachlarzowate, wogóle procedury wodolecznicze, zimne obmywania i nacierania całego ciała, faryzacya ścian brzusznych i masaż. Z tym ostatnim należy być ostrożnym i stosować go tylko wówczas, gdy rozpoznanie nasze jest zupełnie pewnem. Przy wrzodzie żołądka stosować mięsienia, rozumie się, nie będziemy, bo łatwo wywołamy albo *perigastritidem pyloricam* albo przedziurawienie wrzodu. W lekkich przypadkach astenii żołądka używa się czasem środków czyszczących. Autor stosuje zwykle w takich przypadkach dwuwęglan sodu z rzewieniem i wody mineralne, zawierające sól kuchenną, sodę i sól glauberską. U osób z upośledzonym odżywianiem należy unikać środków przeczyszczających, gdyż te odbierają ustrojowi wiele substancji, jeszcze przezeń nie zużytkowanych; daleko lepiej jest w takich razach stosować lawatwy z wody lub z oliwy. Dla rekonwalescen-

tów, t. j. osób, u których najgłówniejsze zaburzenia zostały już usunięte, a odżywianie i stan sił się polepszyły, ważne znaczenie mają kąpiele i picie wód w Kissingen oraz w niektórych innych miejscowościach kuracyjnych, z następczem przebywaniem w górach lub nad morzem.

Leczenie kojące nienormalnych stanów podrażnienia, przedewszystkiem nadmiernego wydzielania kwasu solnego (*hyperaciditas*, *hypersecretio acida*) bywa rozmaite, stosownie do tego, jaką jest przyczyna: czy ogólna [*resp.* w mleczu, np. przy wadzie rdzenia], czy miejscowa. W pierwszym przypadku niekiedy bywa użyteczną galwanizacya kręgosłupa, nerwu współczulnego i żołądka, tudzież niektóre środki nerwowe. Jeśli przyczynę nadmiernego wydzielania HCl stanowi wrzód żołądka, to bardzo skutecznie działa dyeta mleczna. Zdarza się, że chory nie znosi mleka: mieszamy je wtedy z równą ilością wody Vichy lub Fachingen, dodajemy węglan wapnia, paloną magnezję lub wodę wapienną; z początku daje się bardzo małe porcje mleka w regularnych odstępach czasu, przechodząc stopniowo i ostrożnie do większych dawek i do czystego mleka [t. j. bez wzmiankowanych domieszek]. Następnie przejść można do rzadkich, a później do gęstszych kleików, do kaszki z mlekiem zup śluzowych, do jaj, które można także dodawać do zup i kleików, do lekkich mącznych potraw, do białego i na ostatku do ciemnego mięsa. Choć nie mamy ścisłych dowodów na to, aby żołądek reagował rozmaitem natężeniem sekrecyi na pokarmy różnego rodzaju, to jednak doświadczenie kliniczne uczy, iż podobne zachowanie się przyrządu wydzielniczego żołądka odpowiada rzeczywistości, że np. dyeta mleczna lub lekkie potrawy mączne w postaci klejkowatej lub śluzowej znacznie mniejszą wywołują wydzielinę kwaśną, aniżeli pożywienie mięsne. Na zasadzie właśnie podobnych spostrzeżeń ułożoną jest wyżej podana serya pokarmów „kojących“. Możnaaby uczynić zarzut, że pokarmy, zawierające dużo wodoru węgla, bywają źle znoszone przy nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego i łatwo ulegają fermentacyi, i że przeciwnie mięso cienko skrobane lub jajka drobno posiekane o wiele lepiej wiążą nadmiar HCl w żołądku. Lecz na ten zarzut można odpowiedzieć, że dyeta mięsna bez porównania więcej pobudza wydzielanie HCl, aniżeli wodany węgiel i że trawienie tych ostatnich zależy wyłącznie od działania alkalicznej śliny, a nie od kwaśnego soku żołądkowego. Do żołądka, zawierającego dużo kwasu solnego, nie wolno wprowadzać pokarmów mącznych, gdyż przy nadmiarze HCl natychmiast ustaje amylolytyczne działanie śliny, a cała masa spożytych wodoru węgla staje się tylko ciężarem dla żołądka. Od pożywienia roślinnego tylko wtedy będziemy mieli pożytek, jeśli przed jego wprowadzeniem do żołądka uwolnimy ten narząd od nadmiaru HCl. Daje się to łatwo osiągnąć przez podawanie alkalicznych wód mineralnych [Karlsbad, Vichy, Neuenahr i wielu innych] naczeczko lub przed przyjęciem pokarmu. Lecz zdarzają się przypadki, w których, dla usunięcia nadmiernej kwaśnej wydzieliny, musimy uciekać się do przemywania żołądka: ma to miejsce np. przy zwężeniu odźwiernika, zwiotczeniu błony mięśniowej i rozszerzeniu żołądka, gdyż w tych razach istnieją znaczne przeszkody dla przechodzenia wprowadzonych wód mineralnych z żołądka do kiszek.

WzmóŜona pobudliwość układu ruchowego ŝołądka nie wymaga interwencji lekarskiej, jeŝli wyraża się jedynie tylko w postaci wzmóŜonej, lecz uporządkowanej perystaltyki, gdyŝ nie powoduje wtedy wyraźnych dolegliwości. Lecz jeŝli wzmóŜone ruchy robaczkowe rozprzestrzeniają się z ŝołądka na kiszkę i w następstwie tego pokarmy niestrawione przechodzą przez przewód ŝołądko-kiszkowy (*lienteria*), istnieje wskazanie do uŜycia makowca. RównieŜ rzadko wymaga leczenia t. zw. niepokój ruchowy ŝołądka (*peristaltische Unruhe des Magens*). Natomiast pomoc nasza okazuje się potrzebną wówczas, gdy występuje skurcz mięśni okrężnych w okolicach ujść ŝołądka, szczególnie jeŝli mamy do czynienia ze skurczem zwieracza odŝwiernika, powodującym jednocześnie zaburzenia czynnościowe i bardzo silne bóle. Skurcz ten zwykle ustaje, skoro tylko ŝołądek pozbywa się swej zawartości [np. po wymiotach]. Często pomagają w takich razach okłady ciepłe na okolicę ŝołądka lub ciepłe napoje, sprowadzające rozkurcz zwieracza; bardzo skutecznymi okazują się równieŜ przemysławania ŝołądka.

Do zaburzeń w zakresie nerwów czuciowych naleŝą, prócz mało zbadanej nadczułości błony śluzowej ŝołądka, silne bóle, ciągłe, lub zjawiające się napadami, przy sprawach owrzodzenia ścian ŝołądka: przy erozyach krwotocznych, wrzodzie peptycznym, wrzodziejących rakach i obraŝeniach błony śluzowej ŝołądka. I te bóle, zarówno jak wyŝej wzmiankowane, zazwyczaj ustają po opróŜnieniu ŝołądka. Zdarzają się jednak przypadki, w których ŝołądek niezupełnie się opróŜnia, a pozostałe w zagłębieniach wrzodu lub blizn promienistych resztki pokarmowe draŝnią przebiegające na dnie wrzodu obnaŝone gałązki nerwów czuciowych; to samo ma miejsce przy sokotoku, istniejącym jednocześnie z wrzodem. W takich razach dyeta, przemysławanie, środki i wody alkaliczne nie wiele pomogą; pozostaje nam wtedy uciec się do środków narkotycznych lub do bizmutu. Wszystkie narkotyki psują trawienie. Makowiec i morfina uspokajają, co prawda, najgwałtowniejsze bóle, lecz osłabiają jednocześnie czynność ruchową ŝołądka, którą uważamy za najwaŝniejszą ze wszystkich jego czynności. Kodeina wywiera mniej osłabiające działanie na błonę mięśniową ŝołądka, lecz jest zato mniej skuteczną, niŝ poprzednie narkotyki. Autor stosuje morfinę niezmiernie rzadko, z wyjątkiem, rozumie się, chorych z *carcinoma inoperabile*, gdzie pozostaje jedynie systematyczne stosowanie środków kojących. W ciężkich przypadkach, które urągały wszelkim innym metodom leczniczym, osiągał autor świetne wyniki od wlewań bizmutowych [10,0—20,0 *bismuthi subnitrici* na 200,0 wody], podług metody KUSSMAUL'a.

Znając [mniej wiécej] umiejscowienie wrzodu, można, jak wykazał autor, przez nadanie tułowi odpowiedniego połoŝenia, tak pokierować osadzanie się bizmutu, ŝeby ten równomiernie pokrył całą powierzchnię wrzodu. Z licznych spostrzeŝeń autor wyprowadza wniosek, ŝe w następstwie kilkakrotnych wlewań bizmutu do ŝołądka występuje obniŝenie nienormalnie zwiększonej pobudliwości tak nerwów czuciowych, jakoteŝ ruchowych i wydzielniczych.

Kilka słów jeszcze o leczeniu spraw nieŝytowych, krwawienia i nienormalnej fermentacji płynów pokarmowych w ŝołądku. Śluz, w wielkiej ilości przez błonę śluzową wytwarzany, przeszkadza zetknięciu się

pokarmów z wydzielającym i wchłaniającym nabłonkiem żołądka, upośledzając przez to trawienie żołądkowe w wysokim stopniu. Ztąd wynika wskazanie do wydalenia śluzu z żołądka. Przy lżejszych niezżytach można zadość uczynić temu wskazaniu przez picie ciepłych wód, zawierających węglan i chlorek sodu [naturalne przemywanie], w cięższych zaś przypadkach [powikłanych atonią] daleko skuteczniej działa przepłukiwanie żołądka, np. wodą emską lub ciepłym roztworem odpowiedniej mieszaniny soli (*Rp. Natr. chlorati partes II, Natr. carbon. partem I. MDS.*). Jest to sztuczna woda emska; pełną łyżeczkę od kawy trzeba rozpuścić w ciepłej wodzie, służącej do przepłukiwania żołądka.

Przy krwawieniach żołądkowych winniśmy się starać objętość żołądka zredukować do możliwego minimum w celu zmniejszenia światła krwawiących naczyń [jeśli krwawienie powstaje podczas przemywania, to lekarz powinien to ostatnie spokojnie doprowadzić do końca: następujący po przemyciu skurez błony mięśniowej żołądka zmniejsza lub usuwa krwawienie]. Osiąga się to przez podawanie małych kawałków lodu i przyłożenie pęcherza z lodem na okolicę nadbrzuszną. Dalej niezbędnem jest zachowanie absolutnego spokoju w pozycji leżącej. Do zwykłych środków hemostatycznych (*ferrum sesquichloratum, plumbum acetikum, serum lactis aluminatum*) autor nie przywiązuje wielkiej wagi, jednakże radzi z nich korzystać. W odpowiednich przypadkach należy wypróbować duże dawki bizmutu, gdyż gruba warstwa jego jest w stanie mechanicznie zamknąć światło krwawiącego naczynia [*resp.* naczyń]. Jako pokarm, daje się mleko z lodem małymi porcjami. Unikać należy przy krwawieniach żołądkowych napojów, zawierających dużo alkoholu [gdyż mogłyby wywołać obfity przesiek z naczyń żołądka] i napojów gazowych, np. szampańskiego wina, tudzież pokarmów, wytwarzających dużo gazów, aby uniknąć niebezpiecznego w takich razach wzdęcia żołądka. Jeśli alkohol okazuje się koniecznym, to można podawać go albo *per rectum* [ławatywy z bulionu z winem], albo też podskórnym [koniak]. Leczenie nienormalnych spraw fermentacji i gnicia miazgi pokarmowej w żołądku zbiega się często z leczeniem pewnych zaburzeń czynnościowych, jak np. upośledzenia mechanizmu lub chemizmu żołądka. Często użytecznym bywa mechaniczne wydalanie z żołądka osiadłych tam bakterii i drożdży; najczęściej osiągamy to za pomocą przemywania żołądka. Nie można także odmówić skuteczności takim środkom przeciwnieślennym i przeciwfermentacyjnym, jak: kwas salicylowy [1,0 na litr wody do przemywania żołądka], kreozot, bizmut, związki fenolu, kreozolu i tymolu.

W dość licznych przypadkach cierpień żołądkowych terapia wewnętrzna okazuje się bezsilną, a wtedy, wcześniej czy później, uciec się musimy do pomocy chirurga. Zdarza się to przy raku żołądka, wrzodzie peptycznym z obfitymi krwawieniami i grożącym lub już nastąpionym przedziurawieniem, przy zwężeniu odźwiernika, czy to wskutek ściągnięcia się blizny po wrzodzie, czy też wskutek zapalnego przerostu zwieracza odźwiernika. Od jakiegokolwiek przyczyny zależy zwężenie organiczne odźwiernika, zawsze istnieje to same wskazanie: usunąć lub ominąć przeszkodę dla przechodzenia miazgi pokarmowej z żołądka do kiszek. Przy zwężeniach natury złośliwej może być mowa o gastroenterostomii, przy zwężeniach dobrotliwych — o pyloroplastyce. Nie wchodząc

w szczegóły różnych metod operowania i specjalnych wskazań do nich, autor przechodzi do pytania: kiedy terapeuta winien, przy cierpieniach żołądka z utrudnionem przechodzeniem pokarmów do kiszek, zawezwać chirurga? Na to odpowiada: chwila ta następuje wówczas, gdy przekonaliśmy się, że dowóz płynów pokarmowych do kiszek nie wystarcza na pokrycie potrzeb ustroju. Z różnych sposobów przekonania się o tem na pierwszym planie stoi: zmniejszanie się wagi ciała przy jednoczesnem obniżaniu się ilości moczu. Również wielkie znaczenie w tym względzie mają codzienne [ranne] przemywania żołądka, które nam dają możność przekonania się, ile w żołądku pozostało płynów. Jeśli płyny [mleko, rosół...], podawane w małych ilościach i w regularnych odstępach czasu, nie przechodzą w całości do kiszek, to z operacją niema co zwlekać. W wielu przypadkach należy, rozumie się, operować wcześniej. Trzeba przytem uwzględnić indywidualne właściwości danego przypadku: uczucia podmiotowe, charakter, zajęcie, stosunki majątkowe i rodzinne pacjenta; wiele tu także zależy od osobistych zapatrywań i taktu lekarza. Ogólnych prawideł podać niepodobna. W pewnych warunkach dozwolonem jest—nawet przy zwyczajnych wrzodach — wycięcie (*excisio*), jeśli warunki zewnętrzne nie pozwalają na przeprowadzenie odpowiedniej diety i kuracji. Przy obfitych krwawieniach i przy przedziurawieniach istnieje nawet *indicatio vitalis* do operowania [podwiązanie krwawiącego naczynia, wycięcie wrzodu, zeszyście utworzonego przy pęknięciu żołądka otworu, dezynfekcja jamy brzusznej i t. d.].

Na zakończenie swego odczytu autor powiada: „Z rozmysłem omijałem różne formułki farmaceutyczne i szematy diety, gdyż mniemam, że wyżej przytoczone szkice daleko lepsze dadzą pojęcie o tem, jaki w każdym poszczególnym przypadku należy sobie stworzyć plan leczenia i jak go przeprowadzić. Trudniejszym, co prawda, niż zapisywanie recept, jest przeprowadzenie rozbioru anatomicznego i analizy fizyologicznej każdego nadarżającego się konkretnego przypadku, lecz właśnie w trudnych przypadkach jedynie ta droga na pewno do celu prowadzi.“

(*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. 1894. Nr. 103*).

Stanisław Feckranc.

95. O. Kappeler. Przyczynek do operacyjnego leczenia raka żołądka.

Na mocy 13 operowanych własnych przypadków resekcji odźwiernika autor stara się ujednolicić sprzeczne dotąd poglądy na wartość zabiegu chirurgicznego przy raku żołądka. Przypadki te dotyczą chorych, mających od 32 do 63 lat życia i co do których dziedziczność cierpienia tylko w czterech przypadkach stwierdzoną została, okres zaś wystąpienia objawów początkowych nie przewyższał ośmnastu miesięcy. Wszyscy ci chorzy, z oznakami mniej lub więcej posuniętego charłactwa, narzekali na mocne bóle, występujące w okolicy żołądka najczęściej zaraz po jedzeniu, powikłane niejednokrotnie czkawką, odbijaniem się i wymiotami. Przy badaniu u chorych zazwyczaj można było wyczuć w nadbrzuszu na lewo lub niekiedy na prawo od linii środkowej twardy, o nierównej powierzchni, rozmaitej wielkości [od jaja gołębiego do główki dziecka], ruchomy guz z towarzyszącym mu w większości przypadków znacznem rozszerzeniem

żołądka, który sięgał w pewnych razach prawie aż do spojenia łonowego. Oprócz tego w 9 przypadkach stwierdzono brak kwasu solnego w wydzielinie żołądka.

Wobec prawidłowo postawionego rozpoznania i po załatwieniu się z czynnościami przygotowawczymi dokonywano zabiegu sposobem BILLROTH-WOELFLER'a: otwierano więc jamę brzuszną sięgającym od wyrostka mieczykowatego do pępka cięciem środkowym, które, przy dużych rozmiarach nowotworu, prowadzono nieco na lewo od środka, przedłużając je, w miarę potrzeby, ku dołowi. Po dokładnem wymacaniu żołądka i trzustki [czego w razie niemożności wydobyć na zewnątrz pierwszego z tych narządów dokonywano przez sztuczny otwór w sieci mniejszej], po podwiązaniu i obcięciu sieci większej i mniejszej, po przykryciu guza serwetkami z wyjałowionej gazy oraz tymczasowem podwiązaniu dwunastnicy, przy zamkniętem bądź rękoma pomocnika, bądź klubą RYDYGIERA lub GUSSENBAUER'a świetle żołądka ze strony zdrowej, przecinano ten ostatni w kierunku od krzywizny mniejszej aż do części z dwunastnicą mającej być połączoną, a po nałożeniu szwu dwupiętrowego na żołądek i przecięciu jelita spajano takim sposobem to ostatnie z krzywizną większą żołądka; wystającą ponad linię cięcia błonę śluzową obu narządów resekowano i kończono zabieg, trwający przeciętnie około dwu godzin, nałożeniem szwu trzypiętrowego na powłoki brzuszne. Badanie drobnowidzowe wyciętego wraz z odźwiernikiem guza wykryło, że w trzech przypadkach miano do czynienia z rakiem włóknistym, w pięciu — z rdzeniakiem, w pięciu pozostałych wreszcie z gruczolakiem; długość wyciętego kawałka wynosiła od 4—16 ctm. z mniejszej, a od 5—19 ctm. z większej krzywizny żołądkowej. Tegoż dnia po zabiegu, prócz jednej lub kilku w razie mocnego pragnienia ławatyw z wody i wina, chorzy nie dostawali nic więcej; nazajutrz zaś otrzymywali łyżkę stołową wyjałowionego mleka oraz ławatywę odżywczą w 3-godzinnych odstępach czasu. Przy coraz większych i stopniowo coraz częściej udzielanych dawkach mleka zwykle już ósmego dnia przechodzono do pokarmów stałych. Wobec czkawki i wymiotów dla uniknięcia rozszerzenia żołądka stosowano z pomyślnym skutkiem przepłukiwanie pompką, co operowani znosili dobrze.

Wyniki, jak widać ze statystyki porównawczej, są lepsze, niż dawniej: gdy u innych chirurgów [BILLROTH, KOCHER, CZERNY] śmiertelność po operacji raka odźwiernika wahała się pomiędzy 66—53%, dr. K. z 13 operowanych przypadków w 5 tylko otrzymał zejście niepomyślne (38%), zależne bądź od wadliwych warunków mechanicznych [przebiegię się dwunastnicy w jednym przypadku], bądź, jak w dwóch przypadkach, od błędów w aseptyce i następczego ropnego zapalenia otrzewnej, dalej od wyczerpania sił chorego; w jednym wreszcie przypadku śmierć nastąpiła wskutek zgorzeli okrężnicy poprzecznej.

Z ośmiu pozostałych chorych, którzy zabieg przetrwali szczęśliwie i ze szpitala w zadowalającym stanie zdrowia wypisani zostali, żyje dotąd czworo: dwie chore zmarły z przyczyny nawrotów, jedna po upływie przeszło ośmiu, druga — dwóch z połową miesięcy, jakkolwiek u tej ostatniej już podczas zabiegu stwierdzoną została obecność raka gruczolów pozaotrzewnowych i trzustki, o wycięciu których nie mogło być mowy. Trzeci chory, przez ciąg 5-u miesięcy cieszący się pożądanym stanem zdrowia, zmarł również od nawrotu w trzustce; czwarty

nakoniec po upływie siedemnastu miesięcy umarł wśród objawów postępującego uwiązdu. Z pozostałych przy życiu [1 mężczyzna i 3 kobiety] u jednej chorej z powodu nawrotu w kieszce stolcowej zrobiono odbył sztuczny; chora ta jednak żyje przeszło 18 miesięcy od czasu operacji. Operowany w listopadzie r. z. mężczyzna, oraz dwie kobiety, z tych jedna w lipcu r. z., druga zaś w styczniu roku bieżącego, cieszą się dotąd wybornym stanem zdrowia. Wziąwszy więc pod uwagę dość szczupłą, lecz stwierdzoną na pewno ilość trwałych wyzdrowień, oraz tę okoliczność, że wszyscy operowani zgłosili się do szpitala z objawami zupełnej prawie niedrożności żołądkowej, pozostawieni więc samym sobie na zagładę nieuchronną skazanymi byliby, wyniki te za względnie pomyślne uważać należy i uznać wypadu za słuszne mniemanie, że miarę wzrastającego zaufania do chirurgii i, co idzie zatem, łatwiejszej zgody ze strony chorego na sam zabieg, z postępem techniki, czyniącej czas trwania tegoż możliwie najkrótszym, odsetka trwałych wyzdrowień stale powiększać się będzie, do czego ułatwienie środków rozpoznawczych przez medycynę wewnętrzną nader pomocnem być może.

Co się tyczy wskazań, to te, zdaniem autora, są następujące: a) ruchome i niewielkie nowotwory należy wycinać; b) wielkie i nieruchome, które nie wywołują jednakże objawów zwężenia odźwiernika, można pozostawić w spokoju; c) przy małych zaś nieruchomych i wielkich ruchomych lub nieruchomych guzach z wyraźnem zwężeniem odźwiernikowem zadowolić się wypadu jedynie wytworzeniem przetoki między żołądkiem i jelitem cienkim; jeśli zaś duże guzy są ruchome — wyluszczenie wtórne tychże będzie wskazanem.

(*Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 16, 1894).

K. Niedzielski.

86. Otto Heusler. Wyniki usypiania eterem w 2000 przypadków.

Przypadki śmierci pod chloroformem, niezwykle częste na oddziale prof. TRENDLENBURG'a przed dwoma laty, skłoniły niektórych chirurgów niemieckich do używania w celach narkozy eteru, co też, jak poucza statystyka GURTER'a, wykonano ostatnimi czasy już w 14,646 przypadkach. Dołączając do tychże 2000 swoich spostrzeżeń z kliniki uniwersyteckiej i szpitala św. Jana w Bonn, D-r HEUSLER podnosi cenne własności tego środka, którego stosowanie podług metody JULLIARD'a z Genewy dawało wyniki ze wszech miar zadowalające. Zgodnie z ową metodą, przy usypianiu eterem posługiwać się trzeba maską dużych rozmiarów, pokrywającą oblicze chorego całkowicie; na drutach maski napina się grubą warstwę gazy lub flanelkę z umieszczoną na wierzchu tejże ceratką, w ten tylko bowiem sposób otrzymywać można pożądane zgęszczenie eteru, który ze zwykłej małej maski ulatnia się w okamgnieniu, a chory nie daje się uspić przez czas bardzo długi. Wszelkie czynności przedwstępne: mycie, wyjałowienie pola operacyjnego i t. p., należy wykonywać po uspieniu chorego; inny bowiem sposób postępowania wywołuje niespokojny przebieg uspienia. Ilość eteru niezbędna do osiągnięcia narkozy nie przewyższa, biorąc średnio, 50,0 grm., jakkolwiek różne czynniki, a więc: wiek, płeć, nerwowość, nadużywanie trunków i t. d., powiększenia lub zmniejszenia tej dawki wymagają. Na maskę, trzymaną z początku w pewnej odległości od

twarży chorego, nalać należy od razu około 30,0 grm. eteru; po upływie $\frac{1}{2}$ minuty maskę, przykrytą wyżętym, lecz mokrym ręcznikiem, na twarz nakłada się szczelnie. W zamkniętej w ten sposób przestrzeni eter działał wybornie; w większości przypadków dopiero z upływem $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny zachodziła potrzeba powtórnego, również jednorazowego [20,0], dłużej ciągnącego się zabiegu; chorzy otrzymywali przed rozpoczęciem usypiania 0,005—0,015 morfiny podskórnie; przy krócej zaś trwających operacjach i u dzieci powtarzne dolewanie eteru nie jest konieczne; taż sama maska, położona odwrotną stroną, wystarcza do końca. Przy ścisłym wykonywaniu owych wskazówek otrzymano już po upływie pięciu, niekiedy dwóch i jednej nawet minuty znieczulenie zupełne bez poprzedzającego to ostatnie okresu pobudzenia w $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby przypadków. Żywe zaczerwienienie pokrytej potem twarzy, oraz szyi, a czasem i górnej części klatki piersiowej, nastrzyknięcie łącznie, umiarkowane ślinienie i niezbyt obfita ilość wydzielającego się z górnych dróg oddechowych śluzu, wreszcie przyspieszenie oddechu—stanowiły początkowe objawy działania eteru. W dalszym przebiegu usypienia czerwoność znikła, oddech stawał się prawidłowym, a tętno w następstwie wzmożenia się działalności serca, co mianowicie stanowi nader widoczną przewagę eteru nad chloroformem, podnosiło się znacznie wraz z coraz wydatniejszym zwolnieniem napięcia mięśniowego. Obawa co do nadmiernego nagromadzenia się pod maską kwasu węglanego wobec spostrzeżeń H. oraz wobec przekonywających badań DRESEK'a, okazała się całkiem nieuzasadnioną.

Po obudzeniu się chorzy rzadko kiedy narzekali na ból głowy i nudności, a niektórzy już po upływie 1—2 godzin domagali się pożywienia; ci, którzy uprzednio mieli sposobność doświadczyć na sobie działania chloroformu, eterowi przyznawali pierwszeństwo.

Nie zawsze jednak przebieg usypienia jest tak gładkim. Pominąwszy mniej ważne powikłania, jak: ślinotok i obfite wydzielania się śluzu, kaszel, duszenie się i t. p., które zwykłymi zapobiegawczymi środkami [wysunięcie szczęki dolnej ku przodowi, wygarnięcie śluzu z gardzieli, wyciągnięcie języka] usunąć było można, w 7 przypadkach stwierdzono podczas zabiegu zupełne, niekiedy 2 minuty trwające, zatrzymanie się oddechu chorego. I w tych jednak razach względne bezpieczeństwo eteru w korzystnym świetle wykazanem zostało: pomimo bowiem ustania ruchów oddechowych czas jakiś można było zauważyć zupełnie spokojną działalność serca, o czm świadczyło pełne tętno i brak sinicy. Objawy porażenia serca występowały w tych razach późno, jak to zresztą stwierdzono w 2 przypadkach JULIARD'a, gdzie pomimo braku oddechu, kwadrans trwającego, chorych dało się przywrócić do życia. Również przypadki H. przy zastosowaniu sztucznego oddechania zakończyły się całkiem pomyślnie. Raz jeden tylko u bezkrwistej, nerwowej i bardzo osłabionej dziewczyny zauważono równocześnie wraz z zatrzymaniem się oddechu upadek działalności serca; przypadek ten, zakończony szczęśliwie, do wyjątków słusznie zaliczony być winien.

Zejścia niepomyślnego podczas przebiegu samego usypienia nie otrzymano nigdy; natomiast w dwóch przypadkach to zejście miało miejsce po upły-

wie 2 i 32 godzin po obudzeniu się operowanych, przyczem przebieg uśpienia był niezwykle ciężki. Przypadki te wszelako dotyczyły wycieńczonych ciężkiem cierpieniem osób, które podczas długo ciągnącego się zabiegu utraciły wiele krwi. W tych razach więc śmierć nie tylko eterowi przypisać należy, jakkolwiek w jednym przypadku ten ostatni po dokonaniu rozbioru okazał się zanieczyszczonym przez długie przechowywanie w aptece.

Pomimo wybitnych swych zalet eter nie zawsze i nie wszędzie stosowany być może. Przy dłuższych operacjach na twarzy, gdzie dużej maski eterowej używać niepodobna, przy dokonywaniu tracheotomii z powodu błonicy krtani, w niektórych cierpieniach dróg oddechowych, oraz przy wyluszczeniu wola, bądź dla ułatwienia sobie dostępu do pola operacyjnego, bądź w celu uniknięcia nadmiernego wydzielania się śluzu i śliny, z kolei rzeczy do chloroformu zwrócić się wypadnie. Z drugiej znów strony, rękoczyni, wymagające użycia żegadła, lub dokonywane przy oświetleniu sztucznem, wywołują konieczność ostrożnego obchodzenia się z eterem, ze względu na łatwą zapalność tegoż; w tych razach pamiętać należy o tem, by światło gazowe przynajmniej na metr od stołu operacyjnego oddalone było. Wreszcie przy wyborze jednego z tych znieczulających środków liczyć się trzeba i z indywidualnością chorego; niektórzy bowiem eteru nie znoszą wcale, pod chloroformem zaś śpią dobrze, co zresztą daleko rzadziej, niż odwrotnie, zauważyć się daje.

Okoliczności te nie zmniejszają bynajmniej zalet eteru, któremu pierwszeństwo nad chloroformem H. przyznaje stanowczo; usypianie eterem, zabezpieczając od niespodzianek, z którymi operujący pod chloroformem tak często spotykać się musi, czyni zadość najważniejszym warunkom zabiegu, daje spokój i pewność siebie; operujący bowiem, nie będąc zmuszonym śledzić co chwila przebieg narkozy, całą swą uwagę na operację skupić jest w stanie.

(*Deutsche medicin. Wochenschr.* 38. 1894).

K. Niedzielski.

97. T. Rosenheim. Przypadek ciężkiego zapalenia żołądka (*gastritis gravis*).

T. ROSENHEIM opisuje przypadek bardzo ciekawy ze względu na trudności rozpoznawcze, jak na niezwykle przebieg cierpienia. Kobieta 58-letnia, która przedtem nigdy na żołądek nie chorowała, uskarża się od 10 tygodni na ból głowy, brak apetytu, wymioty i znaczne wychudnienie. Badanie przedmiotowe wykazuje opuszczenie i rozszerzenie żołądka wraz ze znacznem upośledzeniem jego mechanizmu [rozszerzenie retencyjne]. W okolicy odźwiernika wyczuwa się mały, twardy, ale ruchomy guz. W zawartości żołądka niema ani śladu wolnego kwasu solnego; natomiast odczyn na kwas mleczny występuje bardzo wyraźnie. Przeplukiwania żołądka pozostawały bez skutku. Chora wkrótce zmarła przy objawach szybko postępującego upadku sił.

Rozpoznanie raka odźwiernika w tym przypadku zdawało się być pewnem. Wiek chorej, nagłe wystąpienie objawów żołądkowych u osoby poprzednio zdrowej, krótki czas trwania choroby, zupełny brak apetytu, wymioty, chęłactwo i guz, który, jak stwierdzono, niewątpliwie należał do odźwiernika nareszcie wyniki badania chemicznego [brak kwasu solnego i obecność kwasu,

mlecznego] — wszystko to niemal z pewnością przemawiało za wtórnem rozszerzeniem żołądka wskutek rakowego zwężenia odźwiernika.

Atoli badanie pośmiertne nie potwierdziło rozpoznania: *carcinoma pylori*. Nowotworu nie znaleziono, stwierdzono jedynie: przerost warstwy mięśniowej odźwiernika [co za życia chorej maskowało złośliwy nowotwór], rozszerzenie i nieżył przewlekły żołądka z rozległą sprawą zanikową na błonie śluzowej, zwłaszcza w okolicy dna. Oprócz tego skonstatowano: zapalenie oskrzeli, lekkie zgrubienie zastawek sercowych oraz zanik wątroby, śledziony i nerek.

Że zanik błony śluzowej żołądka przedstawia ciężką postać chorobową, która sama przez się może chorego o śmierć przyprowadzić, to rzecz oddawna znana, ale przebieg zaniku zazwyczaj bywa przewlekły, sprawa może trwać całe lata, jeżeli tylko siła ruchowa żołądka nie została upośledzoną; albowiem jelita pełnią zastępczo czynność chorego żołądka. W przypadku ROSENTHAL'a uderza właśnie szybki przebieg choroby. Autor słusznie przypuszcza, że sprawa zanikowa u jego chorej istniała przez czas dłuższy, objawy zaś żołądkowe wystąpiły dopiero z chwilą osłabienia mechanizmu, gdy zrównoważenie ze strony kiszek okazało się już niedostatecznem. W tym przypadku jaskrawo występuje znaczenie prawidłowego mechanizmu żołądka w przebiegu zaniku błony śluzowej.

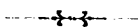
Wyniki chemicznego badania żołądka u powyższej chorej dowodzą, że zdanie BOAS'a, iż obecność kwasu mlecznego w zawartości żołądka [wyraźny odczyn z odczynnikiem UFFELMANN'a] przemawia niewątpliwie za rakiem żołądka, jest, co najmniej, bezzasadnem, gdyż kwas mleczny, aczkolwiek bardzo rzadko, napotyka się również przy innych sprawach chorobowych żołądka.

W końcu autor w kilku słowach omawia leczenie chorej. Uważa on słusznie, że elektryzacya odźwiernika w tym przypadku, stosowana w celu poprawy siły ruchowej żołądka, chybiłaby celu, skoro przeplukiwania okazały się bezskutecznymi. Natomiast sądzi on, że zabieg chirurgiczny (*gastroenterostomia*) mógłby może chorą uratować. Jego zdaniem, operacyę wykonać należy w każdym przypadku rozszerzenia żołądka, w którym leczenie wewnętrzne okazuje się bezsilnem, niezależnie od rodzaju i przyczyny rozszerzenia. Pozwalam sobie przypomnieć, że tę samą myśl wypowiedział już prof. RYDYGIER [Przegląd lekarski. Nr. 11 r. b.], który za wskazanie do zabiegu operacyjnego na żołądku uważa „rozstrzeń jego formy uporczywej i wyższego stopnia.“ Jest to zresztą kwestya chirurgicznego leczenia rozszerzenia żołądka pierwotnego, które pierwsi zalecali BIRCHER i BAUDOUIN [patrz: MINTZ. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka. Odczyt kliniczny. Str. 29. 1894].

(Berl. klin. Woch. 1894. 39).

S. Mintz.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.



Posiedzenie kliniczne z d. 30 X 1894.

SZTERNER przedstawił okaz ciąży zewnątrz-maciczej, jajowodowej, prawostronnej, wydobyty przez cięcie brzuszne. Guz wielkości dużej pięści znajdował się w dole DOUGLAS'a, był otorbiony i wypełniony krwią ciemną, płynną

ze znacznymi skrzepami; pośród tych ostatnich widać płód długości kilku milimetrów. Chora 34-letnia przed 9 tygodniami, na tydzień przed mającą nastąpić miesiączką dostała po spółkowaniu bólów w krzyżu, mdłości, wymiotów i krwawienia z części płciowych. Przed trzema tygodniami odeszły wraz z krwią części tkankowe, których badanie drobnowidzowe wykazało budowę błony doczesnej. Operacyi S. dokonał dnia 29 m. b.; stan chorej dobry.

(Autoreferat).

HEIMAN przedstawia 3 liszki much, wydobyte z ucha u żołnierza. Przy tej okazji H. zaznacza, że w jednym przypadku wydobyl z ucha 24 liszki i że w uchu, zwłaszcza przy zapaleniu ropnem ucha środkowego, napotymano dwa gatunki liszek, mianowicie: *muscidae lucidae* i *muscidae sarkophugae*; pierwsza z tych much składa jajka, z których wylęgają się liszki w uchu, druga składa od razu liszki.

Następnie HEIMAN wypowiedział odczyt p. t. „O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha“. Zaznaczywszy na wstępie częstość i ważność chorób usznych, mówca wykazał następnie drogi, jakimi sprawy ropne przechodzą z ucha do jamy czaszkowej i do ogólnego krwioobiegu, przyczem uczynił krótką wzmiankę o anatomii jamy bębenkowej i stosunku jej oraz kości skroniowej do części otaczających. Następnie przeszedł do przyczyn powikłań chorób ucha, które dzieli na ogólne, czyli usposabiające i przypadkowe. Do pierwszych zaliczył przedewszystkiem ogólny stan ustroju, u którego istnieje przewlekłe ropienie ucha. Do przyczyn przypadkowych zalicza H. zatrzymanie się ropy z przyczyny polipów, granulacyi i t. p.; jako dalsze przyczyny przypadkowe uważa wstrząśnięcie mózgu, nieostrożne manipulacye koło ucha i choroby zakaźne. Następnie prelegent mówił o stosunku śmiertelności przy chorobach usznych w ogóle i przy ropieniach z nich w szczególności; podawaną przez większość autorów cyfrę uważa w ogóle za zbyt niską i opisuje pod względem anatomicznym różne formy chorobowe, a mianowicie: zapalenie ograniczone i rozlanie opon mózgowych, ropnie zewnątrz-oponowe, zapalenie i zakrzep zatok, oraz ropnicę i posocznicę. Pod względem objawów H. dzieli wszystkie powikłania na trzy główne grupy, t. j.: powolną, piorunującą i ostrą, czyli prędką. Pierwsza ma przebieg bardzo powolny, trwać może od 2—15 lat, występuje paroksyzmami, między którymi istnieją długie przerwy. W drugiej chorzy umierają nagle przy objawach apoplektycznych. Trzecia grupa rozpada się znowu na dwa wielkie typy, t. j.: typ z przewagą objawów mózgowych i typ z przewagą objawów zakażenia krwi. Do pierwszego zalicza mówca ropień zewnątrz-oponowy, ropień mózgu i rozlane zapalenie opon mózgowych. Do drugiego posocznicę, ropnicę z zapaleniem zatok i ich zakrzepami. Pod rozmaitemi postaciami występuje ropnico-posocznica, a mianowicie: pod formą tyfoidalną, pod formą gorączki przepuszczającej i pod formą prawdziwej ropnicy. Opisawszy objawy rozmaitych tych form, mówca czyni krótką wzmiankę o ropnicy przewlekłej i o ropnico-posocznicy. Przy rozpoznaniu należy zwrócić uwagę na to, czy dane objawy są pochodzenia usznego, czy też pochodzenia zwrotnego, czy wreszcie są zwiastunami ciężkich zaburzeń mózgowych; odróżnić należy objawy ostre przy powikłaniach chorób usznych od analogicznych objawów przy innych

chorobach. Następnie H. omawia obszernie, z jakimi trudnościami połączone jest rozpoznanie i jak ono często bywa niemożliwem, oraz jak oceniać należy objawy, ażeby otrzymać dyagnozę, najbardziej zbliżoną do rzeczywistej. Co się tyczy leczenia powikłań śmiertelnych, to za najlepszy środek w tym celu uważa H. leczenie zapobiegawcze, t. j. leczenie zasadniczego ropienia. Opisawszy operacye opróżnienia ropnia zewnątrz-oponowego, mówca kończy swój odczyt opisaniem operacyi otwierania zatoki poprzecznej, która, jak dotąd, wykonaną została 31 razy i w 17 przypadkach z pomyślnym skutkiem. Operacya ta, jedna z najświeższych nabytków chirurgii otyatrycznej, wykonywa się z jednocześnie podwiązaniem żyły szyjowej wewnętrznej lub bez tegoż. Wyniki operacyi przy podwiązaniu żyły są bez porównania lepsze, aniżeli w przypadkach, w których zaniechano tego rękoczynu.

Ropnie mózgowe H. w odczycie swoim pominął, ponieważ już dawniej o przedmiocie tym mówił na jednym z posiedzeń Towarzystwa. (*Autoreferat*.)

W dyskusyi Prof. Brodowski nie zgadza się z prelegentem, aby górna ściana błony bębenkowej posiadała grubość kilku milimetrów; grubość bowiem ściany tej najwyżej dochodzi do $1\frac{1}{2}$ mm.. Również nie zauważył nigdy, aby w tej ścianie były tak znaczne otwory, jak to wspomina prelegent, za pomocą których błona twarda miałaby się stykać z błoną śluzową. Z drugiej znów strony uważa, że prelegent za cienką podał blaszkę, oddzielającą jamki wyrostka sutkowego od *sinus sigmoideus*, który u prelegenta niesłusznie figuruje pod nazwą *sinus transvers*. Prof. Brodowski przypuszcza, że chyba tylko wskutek *lapsus linguae*, czy *calami*, różnica co do szerokości pomiędzy prawą, podług prelegenta, szerszą a lewą węższą zatoką, miała powstać wskutek tego, że z prawą ma się łączyć zatoka podłużna, a do lewej wpadać *v. magna Galeni*, która wpada do zatoki prostopadłej (*sinus perpendicularis*), która znowu zarówno z zatoką podłużną zbiega się w t. zw. *torcular Herophili*. Co się tyczy zakrzepów przy ropieniu w uchu, to powstają one nie wskutek zwolnienia krwioobiegu, lecz wskutek zmian w ścianach naczyń, zachodzących w następstwie zapalenia ropnego, bądź nasiąknięcia tylko wytworami zapalenia posokowatego. Namuły tego rodzaju nie mogą być zastąpione tkanką łączną, lecz ulegają rozmiękczeniu złośliwemu. Co się zaś tyczy operacyi, polegającej na otwarciu zatoki poprzecznej, to skuteczność jej bez uprzedniego podwiązania żyły szyjowej uważać należy za niemożliwą. (*Autoreferat*).

STANKIEWICZ zaznacza, że operacyi usznych, wbrew twierdzeniu prelegenta, dokonać może tak otyatra, obeznany dokładnie z techniką chirurgiczną, jakoteż i chirurg; uwagi zaś, zwrócone do chirurgów, aby zapoznali się z otyatryą, uważa za zbyt uczynne o tyle, że w ogóle chirurgów naszych posądzać bynajmniej nie można o to, aby zaniedbywali zapoznania się z anatomią i patologią tych narządów, na których operacye dokonywać zamierzają.

GURANOWSKI zwraca uwagę na to, że HEIMAN na początku swego odczytu zaznaczył, iż wykład swój o powikłaniach śmiertelnych ucha opiera na 40 przypadkach takich powikłań, spostrzeganych w Szpitalu Ujazdowskim i stwierdzonych sekcją; tymczasem w pracy swej mówca stawiał nam obraz ogólny przedśmiertelnych powikłań chorób usznych. Co do szczegółów, to G. zaznacza, jak

to podniósł prof. BRODOWSKI, że ściana górna jamy bębenkowej nie jest nigdy tak grubą, jak to podaje HEIMAN; nadto nawet przy istnieniu patologicznych otworów w tej ścianie, ropienie z jamy bębenkowej rzadko tą drogą przechodzi na oponę twardą, zawsze bowiem w tych razach stwierdzono próchnienie. Co do zatorów, występujących w przebiegu zakrzepu zatoki poprzecznej, to najczęściej występują one w płucach, a nie jak twierdzi kol. HEIMAN, w stawach, wątrobie, i t. d.. Ropnie przerzutowe w stawach zdarzają się przy zupełnie innej postaci chorobowej, a mianowicie przy *osteophlebítis* kości skalistej, w postaci chorobowej, którą szczegółowo opisał KOERNER. Co do operacji zakrzepów zatoki poprzecznej, to rzeczywiście tylko te przypadki zakończyły się pomyślnie, w których żyła szyjowa była podwiązana. Przytem mówca nie dał opisu obrazu klinicznego pojedynczych powikłań, to jest ropnia mózgowego, zakrzepu zatok, zapalenia opon i t. d. i wskutek tego nie wyjaśnił nam rozpoznania różniczkowego, które aczkolwiek trudne, jednak da się postawić w niektórych przypadkach. Co prawda, najczęściej bywa ono utrudnione przez współistnienie różnych powikłań jednocześnie. Co do zarzutu stawionego chirurgom, iż nie powinni wykonywać operacji usznych, G. staje w obronie tych ostatnich i twierdzi, że otyatry dopiero wtedy będą mieli prawo wygłaszać podobne żądanie, jeśli sami będą tak gruntownie wyrobionymi chirurgami, iż będą mogli podjąć się tak ciężkich operacji, jak trepanacja czaszki i otwieranie ropni mózgowych.

(Autoreferat),

Prof. BARANOWSKI robi uwagę, że przedstawienie i dokładne opisanie wszystkich powikłań spraw ropnych w uchu, nie było zadaniem prelegenta; HEIMAN wykazał tylko, jakie mogą być niebezpieczne powikłania chorób uszu. Rzecz ta posiada doniosłość praktyczną, ze względu na to, że wrotami do zapalenia ropnego ucha środkowego, które w następstwie doprowadzić może do ropnicy lub posocznicy, jest jama ustna i gardziel; na zakażenie przeto z tej strony baczna należy zwracać uwagę w przebiegu chorób zakaźnych i zapobiegać jej przez staranną dezynfekcję, co zazwyczaj ma miejsce w praktyce, zwłaszcza przy tyfusie i gruźlicy. Co się zaś tyczy zdania TROELSCH'a, jakoby na 3 ludzi jeden był w większym lub mniejszym stopniu dotkniętym głuchotą, to nie zdaje się, aby było ono zgodnem z rzeczywistością; znaczna śmiertelność z chorób uszu, jaką podają otyatry, o tyle wydaje się przesadzoną, że opartą jest na ciężkich przypadkach szpitalnych.

Przegląd bibliograficzny.

Nauka o chorobach kobiecych (Ginekologia), opracował D-r WŁADYSŁAW BYLIŃSKI [z 131 rycinami w tekście]. Kraków. Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. 1894. Stronic 646.

Prawie na palcach policzyłoby można nasze podręczniki lekarskie, a i te, jakie mamy, pozostały po największej części niedokończonymi i stanowią zaledwie część pożądaney całości, która już chyba nigdy nie ujrzy światła dzien-

go. To niedokończanie prac rozpoczętych lub ich rozwlekanie na dziesiątki lat, od dawien dawna stale się powtarzające z naszymi podręcznikami lekarskimi, weszło już w przyzwyczajenie polskich uczonych lekarzy, stało się, że tak powiem, ich drugą naturą. O szkodach, wynikających z podobnego zwyczaju, mówić wiele nie potrzeba, tak są one widoczne. Cierpi na tem przede wszystkim ucząca się młodzież; podręcznik zaś, wskutek podobnego rozcząstkowywania jego zawartości, staje się w pierwszych częściach już przestarzałym wówczas, gdy część ostatnia zjawi się wreszcie po kilku lub kilkunastu latach przerwy.

To też zjawiskiem wyjątkowem nazwać należy obszerny podręcznik D-ra BYLICKIEGO. Wyszedł on od razu skończony, jako całokształt nauki o chorobach kobiecych. Już to samo czyni go pożądanym nabytkiem dla młodzieży lekarskiej, dawno poszukującej podręcznika ginekologii, w polskim języku napisanego. Brak podręcznika takiego w naszym piśmiennictwie lekarskim był też główną pobudką dla autora do opracowania niniejszego dzieła. „Dać czytelnikowi, o ile możności zupełny, a treściwy obraz wiedzy i zdobyczy na polu chorób kobiecych, aż do ostatnich czasów”—to było zadaniem autora; gdyby pracę swą rozdrobnił na oddzielne zeszyty i każdy zeszyt puszczał w świat w odstępach kilkuletnich, nigdyby go nie mógł wypełnić należycie. Więc nie rozkładając pracy na dalekie dystanse, przysiadł fałdów i wydał od razu rzecz zupełnie skończoną. Za to mu się od społeczności lekarskiej wielkie uznanie należy.

Pracę swą podzielił autor, idąc za przykładem SCHROEDER'a, na 8 rozdziałów, poświęcając badaniu ginekologicznemu miejsce naczelne. Znajdujemy tu wykłady o ułożeniu chorej w celu badania, o badaniu zewnętrznem, wewnętrznem i o postępowaniu aseptycznym w badaniu. Słusznie autor występuje przeciwko nadużywaniu zgłębnika macicznego w celach rozpoznawczych, utrzymując, że daleko więcej wyrządzano nim szkody, niż osiągnięto korzyści; znane są bowiem liczne przypadki zakażenia i przedziurawienia macicy za pomocą zgłębnika. Wobec wydoskonalonego badania dwuręcznego, użycie zgłębnika powinno być znacznie ograniczone. W wielu miejscach podnosi autor zalety wziernika NEUGEBAUERA. Jest to w samej rzeczy jedno z najpraktyczniejszych narzędzi ginekologicznych, dotychczas nienależycie w praktyce wyzyskane. Zbyt krótko, zdaniem naszym, obszedł się autor w swej książce z postępowaniem przeciwnilnem. O przyrządach do wyjaławiania narzędzi i środków opatrunkowych, o dezynfekowaniu należytem chorych, zwłaszcza przed wykonaniem operacji, wspomina autor zaledwie mimochodem i pobeżnie na końcu książki, przystępując do opisu owaryotomii. Ważnemu temu działowi należałoby wyznaczyć w podręczniku obszerniejsze i naczelne miejsce, zważywszy, że w ostatnich czasach chirurgia narządów płciowych kobiecych stała się dominującą i przeważną częścią ginekologii. Studenta, dla którego podręcznik głównie jest pisany, należy przez obszerne i szczegółowe traktowanie antyseptyki, już od samego początku przyzwyczajając do umiejętnego i skrupulatnego posługiwania się metodami postępowania przeciwnilnego.

W następnych rozdziałach mowa jest o chorobach części płciowych zewnętrznych, pochwy, macicy, jajowodów, jajników, więzadeł macicznego, otrze-

wnej i tkanki łącznej miednicowej. Każdej postaci chorobowej daje autor treściwy podkład anatomo-patologiczny, czerpiąc w tym względzie dużo z podręcznika SCHROEDER'a, o czym sam w wielu miejscach wspomina. Na etiologię zwraca też baczną uwagę, przypisując rzeżączce ważne w tym względzie znaczenie. Szkoda więc, że rzeżączce u kobiet i jej następstwom nie poświęcił autor osobnego rozdziału, jeszcze bardziej w ten sposób akcentując ważność tego momentu etyologicznego dla chorób narządów płciowych kobiecych. Mówiąc o gruźlicy sromu, sądzi autor, że „jako jedyną przyczynę [tego cierpienia] należy uważać prątki gruźlicze“. Jest to określenie nie zupełnie ścisłe; przyczyna leży w zakażeniu pierwotnem lub wtórnem: należałoby więc powiedzieć słów kilka o warunkach zakażeń podobnych.

Wybornie jest opracowane leczenie, któremu autor dużo miejsca poświęca. Z wielką powściągliwością wyraża się o wielu środkach i metodach leczniczych, zalecając te tylko, które sam wypróbował i o których skuteczności sam się przekonał. Opis operacji jest ścisły i przystępny, niektórych — wyborny. Opisy operowania przetok pęcherzo-pochwowych, operacji wycięcia macicy przez pochwę, owaryotomii, świadczą o dużej zdolności nauczycielskiej autora, tak samo jak wskazówki praktyczne, tak licznie w podręczniku porozerzucane, dowodzą wielkiego wyrobienia praktycznego. Niewłaściwym mi się tylko wydaje przepis, według którego chora, siedząca w kąpieli pełnej lub nasiadowej, może sama robić sobie gorące wstrzykiwania do pochwy [str. 588]. Pozycya siedząca do wstrzykiwań pochwowych wydaje mi się zupełnie nieodpowiednią; wtedy bowiem płyn wstrzyknięty nie może dojść do miejsca przeznaczenia, robienie zaś wstrzykiwań pochwowych w kąpieli sprzeciwia się pojęciom o stanie aseptycznym, do którego dążyć zawsze i wszędzie należy.

Sądzę również, że autor za mało położył wagi na ścisłość wskazań do wyskrobywania błony śluzowej jamy macicy. Jak do niedawna pakelenizowanie części pochwowej i odcinanie szyi macicznej, tak też obecnie wyskrobywanie jamy macicy jest w modzie u ginekologów i bywa powszechnie nadużywane do tego stopnia, że nawet przewłoczne rzeżączkowe zapalenie błony śluzowej macicy nie powstrzymuje zwolenników tego rękoczynu od wykonywania wyskrobania. Znane są fatalne skutki takiego postępowania, wyrażające się natychmiast w nasileniu stanu zapalnego, dochodzącem nawet do zajęcia otrzewnej. To też zapalenie rzeżączkowe powinno być koniecznie przeciwwskazaniem do tego zabiegu, tak samo jak i wszelkie sprawy wysiękowe, a tembardziej ropne, dokoła macicy lub w jej przydatkach siedlisko swe mające. O tych przeciwwskazaniach autor nie wspomina, przyznaje jednak, iż nierzadkimi są przypadki, w których odrodzona przez wyskrobanie błona śluzowa znowu popada w bujanie, czyli następuje recydywa. Skoro więc wyskrobanie nie zawsze bywa środkiem skutecznym, często zaś bywa szkodliwym, więc sądzę, że należałoby wskazania do wykonywania tego krwawego zabiegu ściśle określić i ograniczyć. Według mego przekonania, racjonalnem wskazaniem do wyskrobania błony śluzowej macicy być mogą jedynie uporczywe krwotoki, zależące od przewlekłego jej zapalenia (*endometritis haemorrhagica*). Wy wpływ

ropny z macicy, choćby najobfitszy, wskazania do wyskrobania stanowić nie powinien.

Zbytecznym mi się wydaje osobny rozdział [piąty], poświęcony nieprawidłowościom miesiączkowania. Badania anatomo - patologiczne już wykazały dostatecznie, że zaburzenia tej czynności fizjologicznej zależą po największej części od spraw patologicznych, mających swe siedlisko w macicy i jajnikach; czas już więc, aby wykład o nieprawidłowościach miesiączkowania został wcielony do rozdziałów o chorobach macicy i jajników, których to chorób stanowią jeden z najważniejszych objawów.

W tym rozdziale, prawdopodobnie przez niedopatrzenie, pozostawiono niepoprawionem zdanie następujące: „Miesiączka błoniasta wydarza się równie często u mężatek jak i kobiet niezamężnych, a rzadziej u panien“ [str. 451]. Omyłką też jest najpewniej dawka *kali hypermanganici*, podana na stronie 444. Zamiast „po 2 gramy“ powinno chyba być: po dwa grany [0,12] na dawkę.

Książka posiada 131 rycin, przeważnie zapożyczonych u SCHROEDER'a, SCHULTZE'go i FRITSCH'a. Trafny ich wybór ułatwi uczniom zrozumienie tekstu.

Wrażenie ogólne, jakie wyniosłem po przeczytaniu całego dzieła, było stanowczo dodatnie. Na każdej niemal stronie znajdowałem dowody gruntownej znajomości przedmiotu, dużego doświadczenia lekarskiego i nadzwyczajnej pracowitości. Wykład jasny i przystępny, język czysty i styl poprawny zalecają to dzieło i nadają mu cechę prawdziwego podręcznika naukowego. To też uwagi a więcej desiderata moje, które nasunęły mi się w czasie czytania dzieła D-ra BYLICKIEGO, w niczem nie mogą osłabić wartości pożytecznej jego pracy. A więc dodałbym do nich jeszcze jedno życzenie: oto należałoby w dziele polskiem nieco obszerniej uwzględnić prace współrodaków. Znalazłszy jednak w przedmowie autora zapewnienie, iż praktyka kliniczna i długoletnia prywatna dały mu możność osądzenia, co z dobytku złożonego w olbrzymim materyale piśmienniczym należy podnieść, a co pominąć, z życzeniem mojem wystąpić się nie ośmielam.

Uznanie należy się też Wydawnictwu dzieł lekarskich polskich, którego staraniem i kosztem wyszła książka D-ra BYLICKIEGO. Wydaniu nic zarzucić nie można. Zaznaczam to z przyjemnością. Zweigbaum.

Wiadomości bieżące.

— A. BŁASCHKO spostrzegł rzadki przypadek *Xanthomatis tuberosi multiplicis*. U 5-letniego dziecka utworzył się mały guziczek na muszli prawego ucha tuż przy otworze zewnętrznym przewodu słuchowego. W przeciągu 6-ciu tygodni potworzyły się także same, symetrycznie umiejscowione guziki na szyi, pod pachami i w pachwinach. W celach leczniczych zalecono dziecku użycie do wewnątrz arseniku i jodku potasu, miejscowo zaś kolodyonu sublimatowego. Wynik tego leczenia był taki, że oddzielne guziki wprawdzie znikwały, lecz na ich miejsce zjawiały się dzięsiaćki i setki nowych, tak, że ostatecznie całe prawie ciało zostało usiane guzikami wielkości główki szpilki do ziarnka grochu. Barwa guzików była żółta lub brunatno-

żółta. Stan ogólny chorego był zadawalający; ani żółtaczkę, ani moczówki cukrowej nie było. (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. 1894*). K. M.

— MARTINS badał w poliklinice uniwersyteckiej w Rostoku w 16 przypadkach zawartość żołądka naczcho u zupełnie zdrowych żołnierzy i otrzymał następujące rezultaty: w 8 przypadkach, w których ogólna kwasność zawartości żołądka była niżej 20, odczynnik GINZBURG'a dał wynik ujemny, w drugich zaś 8 przypadkach, w których kwasność wynosiła 20—40, znalazł w żołądku wolny kwas solny. Ponieważ w tych ostatnich 8-miu przypadkach obok wolnego kwasu solnego znaleziono również peptony, naprowadziło to MARTINS'a na przypuszczenie, że w zawartości żołądka mieściło się białko i mianowicie w takiej ilości, że, aby uległo peptonizacji, potrzeba było 0,8% HCl, co stanowi stosunek procentowy wolnego kwasu solnego przy ogólnej kwasności 20. Dopiero wtedy, gdy wydzielanie HCl przewyższało 0,8%, ten wydzielal się w stanie wolnym. Na zasadzie powyższych badań M. dochodzi do wniosku, że pomiędzy patologicznym nadmiernym wydzielaniem soku żołądkowego w czczym żołądku a podobnym fizyologicznym stanem jego nie ma żadnej różnicy, że zatem nadkwasność soku żołądkowego i, co za tem idzie, nadmierna ilość kwasu solnego, jakoteż stałe wydzielanie się soku żołądkowego, nie są to w żadnym razie choroby swoiste, lecz objawy chorobowo wzmożonej, samej przez się prawidłowej, czynności żołądka. (*Deutsche medicinische Wochenschrift. 1894. 32. str. 638—641*). W. H.

— GUÉRIN, chloroformując króliki, zauważył, że wdechaniem chloroformu bezpośrednio przez tchawicę [po tracheotomii] nie wpływało na serce; ilekroć natomiast zastosowano wdechaniem przez nos, serce się zatrzymywało. G. przecinał tchawicę poprzecznie i następnie chloroformował przez nos tak, że chloroform nie dochodził do oskrzeli, a pomimo to otrzymywał porażenie serca. Opierając się na tem, GUÉRIN twierdzi, że porażenie serca przy chloroformowaniu powstaje wskutek podrażnienia nerwów nosowych, które to podrażnienie, działając odruchowo na nerw błędny, hamuje działalność serca. Wobec tego G. radzi podczas chloroformowania zaciskać palcami nos choremu aż do czasu nastąpienia zupełnego uśpienia. (*Sem. méd. 10 Octob.*) S. B.

— LE DENTU przy ankilozie stawu biodrowego, połączonej ze zgięciem uda, stosuje następujące leczenie: jeżeli cierpienie trwa nie więcej nad lat dwa, zgięcie zaś nie wynosi więcej nad 20—30 stopni, wykonywa podskórne przecięcia mięśni i wyprostowanie ręczne. Przy długotrwałych zeszytwnieniach stawu i przy zgięciu 30—35 stopni obok przecięć podskórnych stosuje złamanie kości (*osteoclasia*) rękami lub za pomocą narzędzi. Wreszcie przy jeszcze większych zgięciach LE D. wykonywa linijne przecięcie kości pod krętarzem, lub wycięcie klina z przecięciami podskórnymi mięśni. Starając się otrzymać trwale zrośnięcie odcinków, przekłada on wycięcia klinowe nad przecięcia linijne, po którym częściej pozostaje ruchomość. Obok wycięcia klina z kości, autor w przypadkach mocniejszego zgięcia uda wycina na tejże stronie jego klin ze skóry i tkanki tłuszczowej. Po operacji nakłada najprzód szynę blaszaną w kształcie T, której ramię poprzeczne jest pod kątem tępych nachylone do podłużnego. Noga przytem winna być nieco odprowadzona i zwrócona stopą nazewnątrż. Po kilku dniach, zamiast szyny, stosuje wyciąganie, dla wykonania którego wystarcza ciężar 3—4 kil. (*Sem. méd. 10 Octob.*). S. B.

— MÉNARD zaleca dla leczenia ropni gruźliczych przy gruźlicy stawu biodrowego i kręgosłupa wstrzykiwania *naphtholi camphorati*. Na 40 przypadków gruźlicy stawu biodrowego otrzymał 37 razy wyleczenie; w dwóch przypadkach po wyleczeniu nastąpił powrót cierpienia, które jednakże znikło zupełnie po powtórzeniu wstrzykiwań; w czterech przypadkach najprzód wytworzyły się przetoki, które po 4—8 miesiącach zagoiły się zupełnie; jeden chory opuścił szpital z przetoką. Na 42 chorych, dotkniętych cierpieniem POTT'a, zupełne wyleczenie miało miejsce 37 razy; w 2 przypadkach pozostała przetoka; 3 przypadki zakończyły się śmiercią [dwa razy wskutek

wyniszczenia, raz wskutek zatrucia naftolem]. W przypadkach, które się zakończyły wyleczeniem, robiono 1—6 wstrzykiwań, a wyjątkowo tylko 8—10 lub więcej. Same wstrzykiwania robiono w ten sposób, że po uprzednim zdezynfekowaniu skóry wypuszczano najprzód ropę i jamę ropnia kilkakrotnie przemywano roztworem kwasu bornego, poczem wstrzykiwano *naphtholum camphoratum* w ilości 20 do 40 gramów. Jeżeli na miejscu przekłucia wytwarza się przetoka, należy pilnie opróżniać jamę, a następnie otwór zamykać kolodionem. Powtórzywszy ten rękoczyn 3 lub 4 razy w ciągu kilkunastu dni, otrzymujemy zabliznienie przetoki, poczem w razie potrzeby możemy dalej wykonywać wstrzykiwania naftolu. Stan ogólny chorych przy takim leczeniu poprawiał się. Pomimo zniknięcia ropnia należy nie zaniedbywać dalszego leczenia cierpienia kręgów lub stawu, by nie było powrotu choroby. Na pierwszym planie stawia tu autor warunki higieniczne. Spostrzeżenia swoje zbierał on w szpitalu morskim w Berck. (*Sem. méd. 17 Octobr.*). S. B.

— RÈVÉRDIN przy otwieraniu zimnych ropni pozagardzielowych radzi stosować cięcie BURCKHARDT'a, który je prowadzi wzdłuż przedniego brzegu *m. sternocleido-mastoidei* na wysokości krtani. Przeszedłszy następnie w głąb pomiędzy tętnicą szyjową wspólną i krtanią, przedostajemy się do tkanki łącznej, pokrywającej zewnętrzną stronę gardzieli. Operacja ta jest w wykonaniu łatwa, pozwala na zbadanie palcem jamy ropnia, na usunięcie martwaków i na bezpośrednie leczenie zajętych sprawą chorobową kręgów. R. wykonał tę operację trzykrotnie i przekłada ją nad sposób CHEYNE'a, który radzi prowadzić cięcie wzdłuż tylnego brzegu *m. sternocleido-mastoidei*. (*Semaine méd. 17 Octobr.*). S.

— Wychodząc z zasady, że w gorączce pęłogowej, oprócz wzmacniania ustroju, należałoby niszczyć pierwiastki zakaźne, we krwi zawarte, KÉZMARSZKY starał się wprowadzać do krwi takich chorych słaby roztwór sublimatu. Początkowo wstrzykiwał sublimat podskórnie, lecz gdy to się okazało nieskutecznem, zastosował wstrzykiwania do żył, uprzednio już wykonywane przez RACCELLI'ego przy syfilisie. K. wybierał w tym celu przypadki rozpaczliwe, wstrzykując 0,001 naraz i zwiększając dawkę do 0,005. Jedna chora otrzymała w ten sposób 10 wstrzykiwań [0,037 sublimatu], druga zaś 8 wstrzykiwań [0,031 sublimatu]. Począwszy od pierwszego wstrzyknięcia, ciepłota spadała i wreszcie stawała się prawidłową. Stan ogólny przy tem polepszał się widocznie. Oba przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Nie zachodząc w swych wnioskach zbyt daleko, K. zachęca do dalszych prób w tym kierunku. (*Centralblatt f. Gynecol. 1894. 22 Sept.*). S.

— „Przegląd Lekarski“ niejednokrotnie wytykał innym pismom nieznaną literaturę lekarską polską; tymczasem w Nrze 43 we wzmiance o ROSSBACH'u czytamy, że między innemi autor ten opracował wspólnie z prof. NOTHNAGEL'em Farmakologię, która doczekała się w Niemczech kilku wydań, a poza Niemcami przetłómaczenia na kilka języków, „jeżeli się nie mylimy i na polski“. Otóż, objaśnić winniśmy, że dzieło „Farmakologia“ NOTHNAGEL'a i ROSSBACH'a istotnie nie tylko wydała w przekładzie polskim w r. 1882 Redakcja Gazety Lekarskiej, lecz że nadto jeden egzemplarz, stosownie do przyjętego u nas zwyczaju, przesłano i Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. Nadmienić przytem winniśmy, że, pomimo iż nadzwyczaj mała liczba egzemplarzy przeszła poza granice Królestwa, dzieło to od lat kilku zostało wyczerpanem.

— Kol. HERYNG zaproszony został na współpracownika pisma „*La Tuberculosi*“, wydawanego przez prof. MARAGLIANO w Genui.

— W Buda-Peszcze otwarto nowy szpital dla chorób zakaźnych, wybudowany kosztem 600,000 guldenów, według wszelkich wymagań nauki.

— W Szwajcaryi w Schwandi pod Thun zaczęto budować szpital dla suchotników.

III
APTEKA

26—22

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE,

na honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formie podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.50 kop.

Wino Chinowe czyste na Maladze, flaszka 1.50 kop.

„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1,75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza, flaszka 2 ruble.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, flaszka 1.50 kop.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

Wino Kwasyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

Wino Kwasyjowe na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascarae Sagradae na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino rabarbarowe z korą chiną królewskiej na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino senesowe (*fol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka 1.75 kop.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,o do 450,o.