

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Kazuistyka. Wycięcie nerki (*Nephrectomia*). Podał prof. dr. J. Kosiński. — Streszczenia i wyciągi. 204. Nowy, pewny rozpoznawczy objaw w pierwszych miesiącach ciąży. 205. O używaniu mięsa i mleka bydła dotkniętego chorobą perłową. 206. O kurezliwości mięśni po śmierci. 207. Przypadek rzadkiego i ciężkiego uszkodzenia oka ze względu na szczęśliwym zejściem. — Notatki terapeutyczne. — Konferencye dla wyjaśnienia istoty cholery odbyte w Berlinie. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

WYCIĘCIE NERKI (*Nephrectomia*)

Wykonane dnia 13 Marca 1884 r. w klinice chirurgicznej (fakultetowej)
Uniwersytetu Warszawskiego.

Podał prof. dr. J. Kosiński ¹⁾.

W końcu Lutego r. b. przybyła do Warszawy P. Florentyna Ronthaler żona Rady Dworu zamieszkującego w Benderach (w Bessarabii), celem zasięgnięcia rady lekarskiej i ewentualnie poddania się operacyi. Pani R. licząca 32 lat wieku, blondynka, szczupła i wysoka, od dwunastu lat mężatka, dzieci nie miała. Od 14-go roku jej życia, rozpoczął się szereg rozmaitych chorób, których szczegółowy opis za wiele by czasu nam zajął. Część zresztą tej długiej anamnezy niema wyraźnego związku z jej dzisiejszą chorobą dla której do Warszawy przybyła. Po krótko więc przebiegnę ważniejsze, podane przez panią R., szczegóły anamnesticzne, bardzo starannie zebrane i opisane w klinicznej historii choroby p. R. przez kuratora jej, studenta 4-go kursu P. Szulkę.

P. R. urodziła się w Warszawie. Będąc jeszcze dzieckiem chorowała na tyfus, w 14-ym roku życia wystąpiły uporeczywe bóle kardialgiczne, szczególnie ją mocno niepokojące, kiedy była głodną, a zatem w godzinach rannych. Kardialgia ta trwała przeszło miesiąc. Mając lat 17 zachorowała na ostre zapalenie pęcherza trwające tylko jeden tydzień. W 18-m dopiero roku dostała po raz pierwszy miesiączki, która bez żadnych zbożeń, w prawidłowych odstępach czasu, odbywała się regularnie do 30 roku życia. W 20 roku wyszła za mąż. W 22-gini zachorowała na chroniczne zapalenie oskrzeli, którego niemogła się pozbyć przez dwa lata z rzędu. W 24-tym po raz drugi p. R. zaczęła doznawać przykrego bólu w okolicy żołądka, który trwał z maleni przerwami przez trzy miesiące. W tym czasie straciła apetyt, doznawała ciągłego smaku krwi w ustach,

¹⁾ Artykuł ten w streszczeniu komunikowałem, w języku francuzkim na międzynarodowym kongresie lekarskim w Kopenhadze, wykazując korzyści cięcia skośnego brzucha w przypadku moim zastosowanego, i zalecając to cięcie dla wykonywań *nephrectomii*. Ukaze się on w druku w Sprawozdaniach z posiedzeń kongresu.

a stolce wywoływała tylko za pomocą środków lekarskich. Zdarzyło się raz że p. R. po wypiciu filiżanki mleka zaczęła gwałtownie wymiotować krew, bądź w postaci skrzepów, bądź płynną; w stolcach również ukazała się krew. Osłabiło to p. R. w tak wysokim stopniu, że przez cały następny miesiąc zmuszoną była leżeć w łóżku, pożywiając się jedynie zimnem mlekiem i lodem. Powoli ustąpiły bóle kardialgiczne i siły powracać zaczęły. W 26-tym roku życia, znajdując się na kąpielach morskich w Odesie p. R. aby dostać się do morza, była zmuszoną przebywać dwa razy dziennie, wschody liczące 200 stopni i, jak mniema, skutkiem utrudzenia się, zachorowała na zapalenie prawego jajnika: gorączka dochodząca do 40°, wymioty i bóle w okolicy jajnika zatrzymały chorą w łóżku przez tydzień. Jeszcze przed owym zapaleniem jajnika—istotnem czy tylko mniemanem, p. R. oddała z uryną, przez kanał moczowy, nie wielki kamyczek okrągławy, mający koło centymetra średnicy. Po owych kąpielach morskich przez cały rok następny, zdrowie pani R. niepozostawiało nic do życzenia, gdy znów w r. 1881 powtórzyło się zapalenie jajnika (?) i w tym czasie wydzielił się z uryną drugi kamień przy znacznych cierpieniach w pęcherzu i w cewce moczowej. W roku 1882 nastąpiła przerwa w menstruacji a po 2½ miesiącach—krwotok i jakoby poronienie. Na wiosnę i w lecie roku 1883 p. R. czuła się wciąż niedobrze: częste migreny, niekiedy wymioty, gniecenie w brzuchu, nowe przypadłości kardialgii dokuczały jej naprzemian; zaś w miesiącu Październiku, po dłuższem pozostawianiu podczas chłodnego wieczora na dworze, uczuła mocne dreszcze i ból w okolicy prawego podżebrza i prawej nerki; połączone to było z gorączką niedługo trwającą. Odtąd ból ów w prawem podżebrzu, raz więcej z przodu, inny raz z tyłu, prawie nie opuszcza chorą. Niekiedy staje się on mocniejszym, jak naprzykład podczas stania i chodzenia i wtenczas bardziej z przodu się lokuje; gdy chora leży wznak doznaje mocniejszego bólu z tyłu, w okolicy nerki. Spać może p. R. tylko na prawym boku; wszelka inna pozycja jest jej niedogodną sprawiając mniej lub więcej przykry ból, jak chora się wyraża ciśnienie we wspomnianej okolicy.

W Listopadzie r. 1883 p. R. dostrzegła po raz pierwszy w owem bolącym prawem podżebrzu twardawy guz i, rzecz naturalna, zwróciła nań całą swoją uwagę. Guz ten choć nieznacznie, z biegiem czasu powiększał się a jednocześnie i ból stawał się dokuczliwszym. Lekarze których się radziła niebyli jednostajnego zdania; jedni uważali guz ten za jajnik lub z jajnika wychodzącą narośl, inni byli zdania, że jest to powiększona nerka. Pod względem jednak terapii zgadzali się wszyscy na jedno i radzili pani R. udać się do chirurga i pozbyć się swojego guza drogą operacyi. Wtedy to pani R. jak wspomnieliśmy na początku, przybyła do Warszawy i udała się do mnie, a następnie idąc za moją radą, umieściła się w fakultetowej klinice chirurgicznej.

Przy pierwszym już zbadaniu chorej przekonałem się że guz wielkości strusiego jaja, leżący w jamie brzusznej, pomiędzy łukiem żebrowym prawym i dołem biodrowym, nieco skośnie od góry i tyłu ku dołowi i przodo-

dowi, niczem innem być niemoże jak tylko znacznie powiększoną nerką. Poruszanie i naciskanie guza sprawiało chorej znaczny ból, trwający przez kilka następnych godzin. Zaraz więc zwróciłem uwagę na urynę, która przez kilka dni była mierzoną i badaną mikroskopijnie i chemicznie. Rezultatem tego było: ilość uryny na 24 godzin od 1200 do 1400 kub. centmtr.; po odstaniu osad śluzo-ropny zajmował 10-tą część naczynia i składał się z ciałek śluzowych i ropnych oraz nabłonka płaskiego o wielkich jądrach, leżącego w grupach oddzielnych. Mocz dawał reakcję obojętną; ciężkość gatunkowa 1111, zawierał, po przefiltrowaniu, dość dużo białka. Ani kryształów ani krwi w urynie nieznaleziono. Dla dokładniejszego przekonania się o stosunkach guza do części sąsiednich, w jamie brzucha zawartych, drugie badanie zrobiłem po zachloroformowaniu chorej, przy zupełnie zwolnionych mięśniach brzucha. Okazało się, że guz do ścian brzucha nigdzie nieprzyrastał, był on nieco ruchomy; część jego najmniej ruchoma odpowiadała wnęce nerki (*hylus renis*). Zewnętrzna i tylna część guza dawała przy opukiwaniu odgłos tępy; połowa wewnętrzna (ku linii środkowej brzucha) — odgłos tympaniczny, zależący od przykrywających w tem miejscu guz, кишки ślepej i okrężnicy wstępującej. Powierzchnia guza była równa i gładka, konsystencya — nerki normalnej; żadnego wyraźnego chęłbotania w guzie wyczuć niemogłem. Również nie mogłem wyczuć guza ani przez pochwę, ani przez kyszkę prostą. Macica i jajniki normalne. Lewa nerka tak co do miejsca jak i objętości żadnego zboczenia nieprzedstawiała. Wątroba niepowiększona i z guzem niezrosnięta.

Wypadało tedy rozstrzygnąć, jaka jest natura owego guza, umiejscowionego w nerce. Czy jest to nowotwór w ścisłem znaczeniu tego słowa, jak *fibroma*, *sarcoma* lub rak? Czy też prosty przerost nerki spowodowany ewentualnie obecnością kamieni? Pytanie to niebyło łatwem do rozstrzygnięcia. Wprawdzie za kamieniem nerki (*calculus renalis*) przemawiała ta bardzo ważna okoliczność, że chora oddała dwukrotnie z uryną kamyki. Z drugiej znów strony nigdy chora niezauważyła najmniejszego śladu krwi w urynie, a jest to symptom ważny i zwykły przy kamieniu nerki, chociaż towarzyszy on także i nowotworom, szczególnie złośliwym. Badanie chemiczne i mikroskopowe uryny, również obecności krwi niewykazało. Oprócz tego, kamienie w nerce, nawet liczne, nie sprowadzają zwykle tak wielkiego powiększenia organu; częstokroć owszem, wywołując miejscowe zapalenia mięszu a następny bliznowaty zanik, zmniejszają objętość nerki. Kamień wprawdzie może powiększać nerkę i powiększenie to dosięga rozmiarów nieraz bardzo wielkich, ale dzieje się to skutkiem torbielowego przeistoczenia nerki, jeżeli kamień zatka moczowód; lecz w takim razie guz daje wyraźną fluktuację czego w przypadku naszym nieznaleźliśmy. Przypuściwszy tedy że mamy do czynienia z nowotworem, spotykamy się znów z objawem nietowarzyszącym nowotworom nerki, a tym objawem jest znaczna ilość śluzu i ropy w moczu i ten sam brak krwi. W obec więc objawów przeczących i twierdzących, tak dla choroby kamiennej nerki (*nephrolithiasis*) jak i dla nowotworu,

diagnoza, jak wyżej rzekłem, była niełatwą; mając wszelako więcej danych przemawiających za kamieniem nerki (*nephrolithiasis*), tak też guz naszej chorej określiliśmy, niewykluczając możliwej kombinacji z przestoczeniem nerki włóknistym lub sarkomatycznym.

Wskazanie (*indicatio*) terapeutyczne w przypadku tym bądź jak bądź, było proste. Pani R. już przedtem próbowała rozmaitych kuracji bez żadnego skutku; owszem guz rośł, cierpienia się powiększały i przy zdrowych wszystkich organach chora chudła, stawiała się coraz bardziej anemiczną i rozdrażnioną i najzupełniej zwątpiła aby mogła powrócić do zdrowia bez poddania się operacji chirurgicznej. Operacja jedynie była wskazaną i żadna inna, jak tylko całkowite wycięcie nerki (guza)—*Nephrectomia*. Z wykluczeniem operacji prognoza chorej stawiała się stanowczo złą i życie jej można było rachować na niedługie tylko miesiące. Zadecydowana operacja wykonaną została 13 Marca.

Nieulega wątpliwości że tak wielka, ważna i trudna operacja jak wycięcie nerki, do pewnego stopnia może być uproszczoną, jeżeli chirurg uczyni sobie przystęp do tego organu wygodny i łatwy. Da się to w pewnej mierze osiągnąć przez szerokie cięcie ścian brzucha w miejscu prowadzącem najprostszą drogą do nerki.

Cięcie lędźwiowe (*sectio lumbalis*) niedaje łatwego przystępu do nerki i niepozwala na wygodne manipulacje koło niej, chociaż ma to za sobą, że takim cięciem można wyjąć nerkę bez otworzenia jamy brzusznej. Każdy chirurg, który bądź na żywym bądź na trupie operację tę wykonywał przyznać musi, iż wyjąć nerkę przez otwór zrobiony w okolicy lędźwiowej jest rzeczą bardzo trudną, a przy nieco powiększonej nerce, wyjęcie staje się stanowczo niemożliwym. Stąd niektórzy (CZERNY) zmienili nieco pierwotne cięcie lędźwiowe SIMONA, dodając do górnego końca tego cięcia drugie poprzeczne, idące wzdłuż żeber; lub nawet łącząc to cięcie z rezekcją żebra 12 i 11-go. Cięciem tem w każdym razie staramy się oszczędzić błonę otrzewną i stąd słusznie ono nosi nazw cięcia extraperitonealnego. Jeżeli warunkiem koniecznym jest dla wycięcia jakiegobądź guza z ciała ludzkiego, zrobić szerokie i wygodne cięcie w powłokach guz przykrywających, to warunek ten stać się winien prawem dla takiej operacji jak wycięcie nerki; — niewolno bowiem manipulować koło szypułki nerki zawierającej grube i krótkie naczynia nerkowe, że tak powiem, omackiem, i narażać na niebezpieczny krwotok chorego podczas wykonywania operacji lub wkrótce po jej dokonaniu.

Inny sposób wycięcia nerki chorej, szczególnie powiększonej w objętości, polega na tem iż chirurg otwiera jamę brzuszną cięciem prowadzonym wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha (LANGENBUCH), lub na linii środkowej (białej) brzucha. Tutaj chirurg ma ręce wolne i może cięcie powiększyć o tyle o ile to mu potrzebnem się okaże, dla wygodnego i łatwego odkrycia nerki, oddzielenia szypułki od otaczającej tkanki tłuszczowej i pewnego a dokładnego podwiązania na-

czyn nerkowych i moczowodu. Ma jednak i to cięcie (intraperitonealne) swoją ujemną stronę, a mianowicie: sieć (*omentum*) i кишки cienkie, podczas wyłuszczenia nerki, wypadają z jamy brzusznej w bardzo znacznej ilości i utrudniają operację wielce nieprzyjemnie, zmuszając co chwila chirurga do odprowadzania tych trzewiów do jamy brzusznej. Prócz tego cięcie to niezawsze odpowiada położeniu nerki, najczęściej przypada ono na wewnątrz od nerki i jej szypułki.

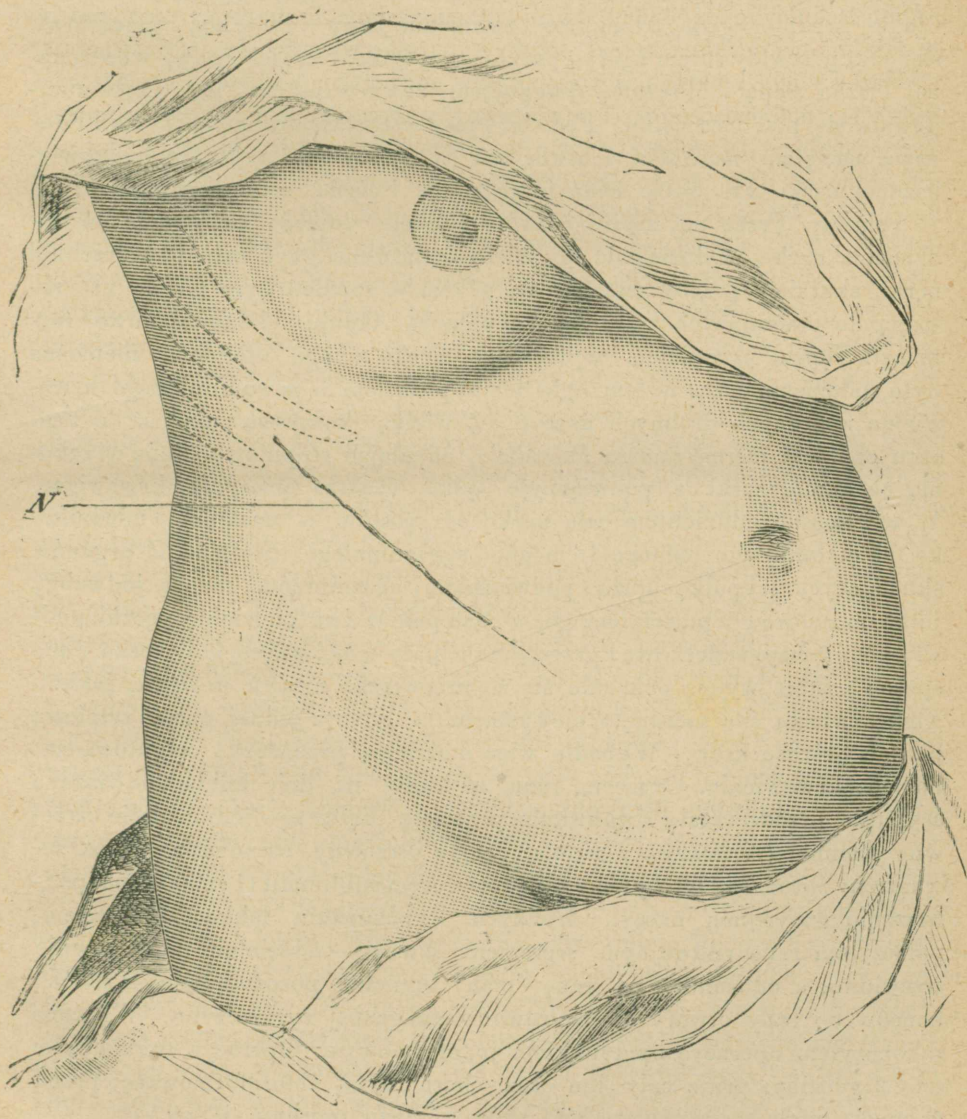


Fig. 8. Rysunek zdjęty z natury po zagojeniu rany przedstawia bliznę i kierunek tego cięcia.

Zdaniem mojem obydwie te wspomniane i dotąd prawie wyłącznie praktykowane sposoby wycięcia nerki, z wielką korzyścią mogą być zastąpione, jeżeli nie we wszystkich, to przynajmniej w znacznej części przypadków tej operacji, przez cięcie skośne idące od końca 11-go żebra, a raczej od przestrzeni znajdującej się pomiędzy 12 i 11-tym żebrem w dół i ku przodowi, ściśle w kierunku włókien mięśnia skośnego żewnętrznego brzucha; takie właśnie cięcie postanowiłem zastosować dla wycięcia nerki u pani R. Cięcie to odpowiadało zresztą jaknajdokładniej długiej średnicy guza, który, po otworzeniu jamy brzusznej, przedstawił się, jak przewidywałem zgóry, przykrytym tylko w części swojej wewnętrznej kiszka ślepą i okrężnicą wstępującą; zewnętrzna zaś jego część znajdowała się pod mesocolon. Podwiązawszy wszystkie drobne naczynia krwawiące naciąłem *mesocolon* i otwór ten rozszerzyłem wzdłuż całej powiększonej nerki. Jak cięcie ścian brzucha tak i cięcie otrzewny równało się 18 centmtr. Przez tak szeroki otwór mogłem dopiero przystąpić do oddzielenia nerki. Oddzielenie to nie było łatwe, gdyż cała powierzchnia nerki, skutkiem przebytych, jak się pokazało, zapaleń była mocno przynależna do otaczających ją części za pomocą tkanki bliznowej nowej formacji. Tępo narzędziem wyłuszczyć nerkę z tego otoczenia niemożna było, oddzielanie zaś nożem było niebezpiecznem z powodu obfitego krwawienia z licznych drobnych naczyń. Z wielką korzyścią użyłem do tego aktu operacji *thermo-cautera Paquelin'a*, odpalając stopniowo błonę wrzekomą na około nerki i podwiązując tylko większe naczynia krwawiące. W ten sposób oddzieliłem całą nerkę od zrostów a następnie miedniczkę od otaczającego obfitego i mocno stwardniałego tłuszczu. Z organów składających szypulkę guza podwazyłem nasamprzód, mocną jedwabną nitką moczowód i przeciąłem go, a następnie w dwa oddzielne pęczki podwazyłem naczynia nerkowe i przeciąłem je przy samej wnęce. Gdy nerka w ten sposób została wyjęta pokazało się że przewiązka naczyń *en masse*, jakkolwiek z wielką siłą zaciśnięta, niewystarczała, gdyż z jednej gałęzi tętniczej płynęła jeszcze krew. Wypadło więc oddzielną przewiązką catgutową zapobiedz krwawieniu. Obszerna rana, w której na dnie leżała podwiązana szypulka przedstawiała dwukrotnie przeciętą otrzewną—jedno cięcie otrzewny ściennej (*peritoneum parietale*) drugie otrzewny stanowiącej listek żewnętrznym *mesocolon*. Obmywszy ranę roztworem sublimatu (1:2000), po podwiązaniu wszystkich naczyń drobnych, i posypaniu lekko jodoformem, połączyłem ranę podwójnym szeregiem szwów—oddzielnie na otrzewnię trzewiową, a oddzielnie na ranę ciany brzucha, pozostawiając u dwóch końców tej rany otwory dla wprowadzenia grubej rurki drenu. Wreszcie zakończyłem operację opatrunkiem jodoformowym. Operacja trwała przeszło 2 godziny; przez cały ten czas chora była chloroformowaną; przed operacją miała zastrzyknięty pod skórę roztwór morfiny ($\frac{1}{4}$ gr.) ¹⁾.

¹⁾ Cała operacja wykonana była z zachowaniem wszelkich warunków ścisłej antyseptyki.

Podczas wykonywania operacji mogliśmy się już przekonać że w nerce znajdują się kamienie. Szczególnie jeden z nich dawał się dokładnie wymacać przez ścieniałą substancję nerki jakby pływający w otaczającym go płynie. W tym nawet miejscu, po ujęciu nerki szczypcami Museuxa, tkanka jej pękła i płyn nieprzyjemnej, przenikającej woni, podobny do płynu z ropnia moczowego, w znacznej ilości się wylał, zmuszając nas do natychmiastowego wymycia rany obfitem polewaniem roztworu karbolu.

Stan operowanej w okresie pooperacyjnym jak i przebieg rany był zewszeczninjar zadawalający i pomyślny, chociaż pierwszy dzień po operacji budził nieco obawy, aby się poważniejsza komplikacja nie rozwinęła. Męczące a bezustanne wymioty, trapiły chorą prawie całe 24 godzin. Ponieważ jednak przytem żadnych objawów zapalenia otrzewny, zatrucia moczowego lub objawów mózgowych nie było, trzeba było przypisać te wymioty skutkowi dłuższego chloroformowania, i w istocie, nazajutrz ustały one i już się nie ponawiały. Temperatura utrzymywała się wciąż pomiędzy 37° i 38°, parę tylko razy podniosła się prawie do 39. Brzuch nie wzdęty, język wilgotny zaś rana na całej przestrzeni zagoiła się *per primam intentionem*; z drenu zaś zaledwie ślady ropienia znajdowaliśmy, zaglądając pod opatrunek co kilka dni. Słowem w całym pooperacyjnym okresie, który jeżeli był ciekawym to chyba tylko dla tego, że w nim nie szczególnego nie zaszło, niemieliśmy do zanotowania żadnych powikłań, tak często się zdarzających podczas przebiegu tak ciężkiej rany.

Szczególną uwagę zwraca na siebie przelotny prawie wpływ operacji na ilość wydzielającej się uryny. Przed operacją jak powiedziałem wyżej, p. R. oddawała 1200 do 1400 centmtr. kub. moczu, na 24 godzin; zaś po operacji, w ciągu pierwszych 24 godzin, zebraliśmy moczu tylko 480 cmtr. kub., w ciągu drugiej doby 640, — trzeciej 1030; a następnie pacjentka nasza oddawała mocz w tej samej ilości jak przed operacją t. j. od 1200 do 1400 cmtr. kub. na dobę. Zważywszy, że w pierwszych paru dniach po operacji, chora żadnych płynów prawie nieprzyjmowała, w pierwszym dniu wymiotowała i wielkiej ilości płynów z organizmu pozbyła się, raptowne a krótkotrwałe owe obniżenie ilości oddawanego moczu, trzeba raczej tłómaczyć brakiem płynnych części w organizmie, aniżeli doraźnem usunięciem jednej nerki, to jest, pozbawieniem organizmu od razu organu wyrabiającego w jednej połowie zwykłą ilość moczu. Że usunięcie nerki niepozostało bez wpływu na te kilkodniowe zmniejszenie ilości moczu, żadną miarą przeczyć niemożna; mniemam jednak, że tłómaczenie moje pierwsze, w znacznym stopniu uwzględnione być winno, a to dla tego, że, jak dalej zobaczymy, wyjęta nerka była bardzo zmieniona i zapewne niewiele się już przyczyniała do wytwarzania moczu; w każdym razie, pod względem roli swojej fizyologicznej, z drugą nerką konkurować nie mogła. Skądinąd jednak, jak się później okazało, widoczny mieliśmy dowód znacznie wzmocnionej czynności pozostałej nerki, która, całą dotąd pracę swojej towarzyszki, na siebie wziąć musiała.

Ważna i budząca pewien niepokój na przyszłość była ta okoliczność,

że po operacyi nieprzestawał znajdować się osad w moczu. Był on wprawdzie o wiele mniejszy i nie zawierał tak wiele stosunkowo komórek ropnych, wszelako, pomiędzy komórkami śluzu i ropy znajdowało się dość dużo płaskiego nabłonka. Przed operacyą mieliśmy osadu 10 na 100; zaś po operacyi 3 na 100. W tej proporcyi utrzymywał się osad przez cały czas pobytu p. R. w klinice. Pierwszy mocz wypuszczony z pęcherza za pomocą katetera, zaraz po operacyi, był brudno-mętny i cuchnący tak jak cuchniał ów płyn wylany z pękniętej podczas operacyi nerki. Była to przymieszka owej cieczy znajdującej się w kilku zbiornikach w mięszu nerki, wyciśnięty z niej podczas nagniań przy operacyi dokonywanych. Po kilkukrotnem przepłókanu pęcherza wodą dystylowaną, znajdujący się następnie w moczu osad, już niewątpliwie pochodził z nerki lewej. Dobrym objawem było to, że ilość osadu niepowiększała się, owszem w porównaniu z pierwszym tygodniem pooperacyjnym ilość takowego zmniejszała się.

W czwartym tygodniu po operacyi, kiedy p. R. już do siebie przycho-dząc, była w możności o własnych siłach siadać na łózkę, badając dokładnie brzuch jej, znalazłem lewą nerkę wyczuwalną pod lewem podżebrzem. Była ona nieco powiększoną i nieco ruchomą. Naciśnienie mocniejsze sprawiało pani R. nieprzyjemne uczucie. Ponieważ zjawiska tego nie było przed operacyą, nie ulega więc wątpliwości, iż powstało ono już po operacyi, a tłómaczyć je trzeba wzmocnioną czynnością organu sprowadzającą fizjologiczną hipertrofią. Że pozostała lewa nerka stała się po operacyi ruchomą i poddała się nieco na lewo, może dałoby się to objaśnić brakiem przeciwdziałania ze strony prawej nerki. W takim razie trzeba byłoby przyjąć, że i aorta i żyła próżna dolna (*v. cava inferior*) nieco się ku lewej stronie nagięły. Niewiem czy usunięcie się pozostałej po operacyi nerki, ku stronie odpowiedniej, było już kiedy obserwowane, jak również nie twierdzę by powyższe tłómaczenie było prawdziwem. Dalsze obserwacye mogłyby tę wątpliwość rozstrzygnąć.

Co się tyczy osadu w moczu stale utrzymującego się w stosunku 3 na 100, to objaw ten niezawodnie jest patologicznym i najwyraźniej da się odnieść do zapalenia chronicznego miedniczki nerki (*pyelitis*). Rozpatrzywszy całą anamnezę pani R. i śledząc stan obecny, możemy zdaje się, wykluczyć analogiczną zmianę w pozostałej nerce, ze zmianą powstałą w prawej. Nieprzypuszczamy zatem obecności kamienia w lewej nerce, chociaż nie byłaby to rzeczą niemożliwą. Częstość bowiem obustronnego dotknięcia nerki kamieniem, jest bardzo znaczna, (podług mniemania SIMONA w 3 przypadkach na 20). Sądzę, że istniejące zapalenie miedniczki, po części może i samej nerki trzeba odnieść do kategorii zapalenia sympatycznego (*Pyelitis lub Pyelonephritis sympatica*), powstałej podczas i skutkiem długo trwającego zapalenia nerki prawej, spowodowanego obecnością kamieni. Na tego rodzaju zapalenie nerki przy istniejącem cierpieniu drugiej nerki, zwrócił uwagę tenże SIMON.

Pani Ronthaler przebywszy w klinice ośm tygodni, opuściła ją 8

Maja. Po spędzeniu kilku tygodni na wsi, w pierwszych dniach Lipca przyjechawszy do Warszawy odwiedziła mnie. Zdrowie jej było zewszęch miar zadawalające, utyla nieco, i wybierała się w daleką podróż do siostry swojej, przebywającej na Kaukazie.

Wycięta nerka była na powierzchni gładka, biała i bardzo znacznie powiększona. W okolo miedniczki gruby pokład tłuszczu wypełniający wnękę. W tłuszczu tym widać kilka otworów przeciętych tętnic i żył. Waga nerki 350 gramów, (prawie trzy razy cięższa niż nerka normalna). W średnicy długiej miała ona 16 centymetrów, w poprzecznej—11 cmtr. W przecięciu znaleźliśmy 9 kamieni, zawartych w oddzielnych przestrzeniach torbielowych, napełnionych brudnym, szaro zielonym płynem, bardzo cuchnącym i przypominającym woń ropni spowodowanych zaciekiem moczu, najczęściej spotykanym w międzycroczu. Kamienie rozmaitej wielkości, wszystkie prawie niegładkie; brodawkowate i w liczne opatrzone wyrostki; barwy ciemnej szaro-brunatnej. Największy z nich ważył 35 gramów. Chemiczny rozbiór wykazał, iż kamienie te składały się z kwasu moczowego, szczawianu wapna i tripelfosfatów. Twardość ich znaczna.

Mięsz nerki na rozkroju przedstawiał budowę prawie wszędzie jednostajną, podobną do tkani włóknistej. Tylko z trudnością można było widzieć tu i owdzie granicę pomiędzy piramidami i substancją korową. Natomiast w bliskości wnęki bardzo wyraźnie zarysowywał się tłuszcz wrastający w miąższ nerki, w postaci lipomatu. Przestrzenie, w których leżały kamienie, były wysłane jednolitą szaro-różowego koloru błoną. Wytworzyły się one z kielichów, sprowadzając zanik piramid a poczęści i substancyi korowej. Mikroskop wykazał zanik kanalków moczowych bardzo znaczny i obfity rozwój nowej tkanki łącznej po części z przeistoczeniem tłuszczowem, (*nephritis interstitialis chronica, fibrosa*).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

204. Nowy, pewny rozpoznawczy objaw w pierwszych miesiącach ciąży z kliniki HEGARA p. REINL. Objawem tym ma być niezwykła miękkość i zcieńczenie dolnego odcinka macicy bezpośrednio nad przyczepieniem więzów *sacro uterina*. Ten objaw nietylko wtedy da się sprawdzić, gdy pozostałe ciało macicy jest twarde, ale wtedy jeszcze widoczniejszym jest, gdy ciało macicy jest miękkie i elastyczne. To zwątlenie i ustępowanie pod naciskiem może być tak daleko posunięte, że można wątpić, czy szyja macicy nie jest złączoną z jakim guzem w brzuchu lub miednicy. Ta część macicy jest najcieńszą częścią z całego ciała macicy a podczas ciąży rozpulchnia się, cieńszeje i staje się elastyczną. Brak jednak tego objawu nie wyklucza ciąży, gdyż przy przewlekłym zawale macicy, ten objaw może nie być tak widoczny. W końcu autor przytacza 6 spostrzeżeń, stwierdzających powyższy fakt. (Już dawniej HORWITZ w przypiskach w tłomaczonej Akuszeryi SCHRÖDERA także kładł nacisk na miękkość dna macicy, twierdząc że zawsze można wynaleść punkt jeden najmniejszy, tylko nieokreśla go stale gdzie się znajduje i mówi, że w początkach ciąży zmiany zaczynają się tylko od dna macicy, kiedy szyja jest prawidłową. *Spraw.*). (Prag. med. W. 26—84). J. R-i.

205. O używaniu mięsa i mleka bydła dotkniętego chorobą perłową (*Perlsucht*). Na Czwartym międzynarodowym Zjeździe weterynarzy w Brukseli, BOULEY (z Paryża) przedstawił w kwestyi tej następujące wnioski: „Mięso bydła dotkniętych chorobą perłową, powinno być bez względu na stopień choroby i stan odżywiania zwierzęcia bezwarunkowo odrzucone i wykluczone”. „Zważywszy iż gruźlica, według doświadczeń, jest chorobą która przyjąć się może przez przewód pokarmowy, kongres oświadcza”: „Z konsumpcyi dla ludzi należy wykluczyć wszelkie mięsiwo pochodzące od zwierząt na perlicę chorych, bez względu na pozór rzeźzonego mięsa”. Przyjęto również wniosek LYDTINA: „Mleko od zwierząt chorych na perlicę, nie powinno być używane za pokarm ani dla ludzi, ani dla zwierząt. Sprzedaż mleka takiego ma być wzbroniona”. „Mleko zwierząt podejrzanych o zarażenie się rzezoną chorobą, może być użytem jedynie po uprzednim przegotowaniu”. Wnioski te zostały przez ogół zaaprobowane i przyjęte z tem wszystkiem z powodu zbyt skąpo wymierzonego czasu dla dyskusyi w tak ważnym przedmiocie. wielu uczestników zjazdu, powstrzymało się od głosowania.

(Verhandl. d. IV internation. thierärztl. Kongresses u. Brüssel v. 10 — 16 Septemb. 1883).

206. O kurczliwości mięśni po śmierci. Na posiedzeniu Tow. biolog. w Paryżu, LACORDE przedstawiał wyniki doświadczeń swoich wykonanych nad ostatnio ściętym przestępcą. Badania te dotyczyły trzech punktów, 1) udziału mięśni międzyżebrowych wewnętrznych i zewnętrznych w mechanizmie oddychania; 2) sprężystości płuc; 3) kurczliwości przewodów żółciowych. L. przypomina, iż wykazał działanie mięśni międzyżebrowych u królika i psa, lecz działanie to nie zostało dotychczas w sposób ścisły stwierdzonem u człowieka i od wielu lat stanowiło przedmiot sporów pomiędzy fizyologami. Otóż na zasadzie doświadczeń bardzo dokładnych, autor doszedł do przekonania, iż słuszność jest po stronie HAMBERGERA, że mięśnie międzyżebrowe wewnętrzne są wydechowymi, zewnętrzne zaś wdechowymi. Zagadnienie więc to, które tak długo zajmowało i rozamiętniało fizyologów, zostaje w ten sposób rozstrzygniętem. Co do sprężystości płuc, z badań jakie L. przedsięwziął na tym samym przestępcy zapomocą spirofonu WOLKER'A wynika, iż sprężystość płuca utrzymuje się po śmierci przez dni siedm. DARSOVILLE w pracy swej o tym przedmiocie, wyrzekł iż elastyczność płuc jest zależną od włókien mięśniowych; otóż gdyby tak było, sprężystość płuca nie trwałaby przez 7 dni po śmierci, albowiem wczasie tym oddawna już nie ma śladu kurczliwości mięśniowej w ustroju. Co do serca, które było ściągnięte w stanie skurczu, L. nie mógł obudzić najmniejszej kurczliwości mięśniowej.

(Gaz. d. hôpit. Nr. 56 — 1884). J. P-i.

207. Przypadek rzadkiego i ciężkiego uszkodzenia oka ze względnie szczęśliwem zejściem. Dr. MANDELSTAMMA z Rygi. Zranione oko przedstawiało stan następujący: górna powieka nawpół opadnięta, umiarkowanie obrzmiała; przy otwarciu jej widoczną jest rana w gałce ocznej, rozciągająca się od $\frac{1}{3}$ części dolnej zewnętrznej rogówki do mięśnia łzowego. Z rany sterczą kawałki tęczówki, w części rany odpowiadającej brzegowi rogówki widać ciało rzęskowe *resp.* naczyńiówka. W łącznicy gałki ocznej silne wynaczynienie, gałka miękka i w obwodzie zmniejszona. Przednia komora wypełniona krwią. Soczewka i jej torebka nienaruszone. Bóle są tylko przy dotknięciu. Części tęczówki sterczące w ranie obcięto i nałożono opatrunek. Rana była zadana w dzień poprzedni nożem, całą noc były robione zimne okłady, poczem chory przybył do Rygi. Zarosnięcie rany nastąpiło po 10 dniach, krew z przedniej komory wsiąkała, źrenicę można

było widzieć, chociaż zasłaniało choremu nieco w polu widzenia, które było ograniczone ku górze i na zewnątrz, siła wzroku była na 12 stóp i w takim stanie chory opuścił szpital. (St. Petersburg. m. Woch. 22—84).

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

40. Postrzał—*Lumbago*—jest jedną z najczęstszych i najuporczywszych postaci reumatyzmu. Jest też z tego powodu niewdzięczną do leczenia chorobą, iż często przechodzi w chroniczną. Świeże przypadki leczą się bankami ciętymi, wcieraniem usmierzającymi ból środkami etc. Pociąganie suchym metalicznym penzlem elektrycznym jest środkiem dobrym ale bardzo bolesnym. Pociierać należy miejsca przebiegu nerwów. W ostatnich czasach używano z wielkiem powodzeniem przetworów salicylowych, których nawet wobec wady serca używać można. Salicylan sodu rozpuszcza się z łatwością w wodzie; chcąc jednak kwas salicylowy w wodnym roztworze zadać, należy dodać do roztworu gliceryny i wysokoku; żeby za jedną drogą smak poprawić zamiast wysokoku dodać można araku lub koniaku. W każdym razie nie należy na dłużej niż na 24—36 godzin lekarstwa tego zapisywać, gdyż kwas salicylowy po dłuższym staniu wydziela się w kryształach, które dopiero po zanurzeniu w cieplej wodzie się rozpuszczają. Bardzo przyjemny smak ma roztwór kwasu salicylowego w winie Xeres (1:20—25). Kwasu salicylowego zapisuje się 2 skrupuły do drachmy a salicylanu sodu drachmę do półtorej drachmy dziennie. Następujących formuł używać można z mniej lub więcej dobrem powodzeniem:

Rp. Natri salicylici gr. 10.

F. pulv. Disp. tales doses Nr. 6.

S. Co 2 godziny proszek zażyć rozpuściwszy w $\frac{1}{2}$ szklanki wody z cukrem.

Rp. Ol. Therebinth. dr. 2.

Mellis depur. unc. 4.

MDS. 3—4 razy dziennie po łyżce stoł. z. (jedna łyżka zawiera 16 gran terpentyny).

Olejek terpentynowy zadawać też można w męszance, w kleiku, lub w bulionie po 5—20 kropel na jednorazową dawkę a dla poprawienia smaku popić każdą dawkę sokiem cytrynowym.

Rp. Resinae pini unc. 1.

Cerae flavae

Terebinthinae ana dr. 3.

Euphorbiae scr. 2.

M. f. Empl. D. S. Zewn.

Rp. Resinae pini unc. 1.

Cerae albae dr. $2\frac{1}{2}$.

M. f. Empl. DS.

Rp. Ol. Hyosciami unc. 1.

Ol. Terebinth. unc. $\frac{1}{2}$.

Tinct. opii croc. dr. $\frac{1}{2}$.

MDS. Do wcierania.

Rp. Camphorae tritae dr. $\frac{1}{2}$.

Ol. Hyosciami unc. $\frac{1}{2}$.

MDS. Do wcierania.

W ciężkich przypadkach doraźną pomoc sprowadza wstrzyknięcie podskórne morfiny, poczynając od dawki $\frac{1}{10}$ grana.

41. Bezsenność, *Agrypnia* niemająca swojej przyczyny w jakimś ciężkim cierpieniu organizmu, pochodzi prawdopodobnie skutkiem nadmiernego przyływu krwi do mózgu, gdyż ostatnie doświadczenia wykazały iż w czasie snu opony mózgowe i substancja mózgu są anemiczne. stąd osoby cierpiące na bezsenność unikać powinny wszystkiego, co przekrwienie mózgu sprowadza, a zatem nateżenia umysłu, nadużycia trunków wysokowych, kawy, herbaty, tytoniu etc. Wszystkie środki, które znane nam są jako nasenne (morfina, chloroform, chloral) obniżają temperaturę głowy. Zalecić należy uregulowanie diety, unikanie wzruszających momentów, hałaśliwego towarzystwa, spacer przed wieczorem, okłady z wody zimnej na tył głowy i na kark, kąpiel ciepłą przed spoczynkiem, (ta ostatnia bardzo często doskonale działa), unikanie pracy umysłowej zwłaszcza wieczorem, niezbyt ciepły pokój sypialny. Ze środków lekarskich na pierwszem miejscu wymienić trzeba chloral. (Przy zapisywaniu tego środka trzeba zawsze wyraźnie pisać *chloralii hydrati* etc. dla uniknięcia pomyłki z *Hydrargyrum chloratum*). Jako środek nasenny chloral zadajemy w dawce skrupuła do pół drachmy. Bardzo małe dawki działają często pobudzająco zamiast uspakajająco. Środek ten zadaje się najlepiej przy pełnym żołądku w roztworze wodnym, a najlepiej smak poprawia *Syr. Rub. Id. Syr. Cort. Aurant* albo *Syr. toluatanus*. Można go też zadawać w portrze. Następujące formuły są najwłaściwsze:

Rp. Chloralii Hydrati dr. 2 $\frac{1}{2}$.

Aq. dest.

Mucilag. Gum. ar. ana unc. 2 $\frac{1}{2}$.

MDS. Na noc zażyć 2 łyżki stołowe w szklaneczce porteru lub wina stołowego (w każdej łyżce znajduje się 16 gran chloralu, przeciwwskazania stanowią rozwinięte wady serca).

Rp. Chloralii Hydrati scr. 1.

Aq. Menthae pip.

Mucilag. Gum. Arab.

Syr. toluatani ana dr. 2 $\frac{1}{2}$.

MDS. Na raz przed wieczorem zażyć.

Rp. Chloralii Hydrati scr. 4.

Aq. dest. dr. 2 $\frac{1}{2}$.

MDS. Wieczorem zażyć łyżeczkę od kawy w limonadzie lub w szklance piwa.

Rp. Chloralii hydrati scr. 4.

Morphii muriatici gr. 1 $\frac{1}{2}$.

Decocti Althaeae unc. 5.

Syr. Cort. Aurant. unc. $\frac{1}{2}$.

MDS. Na noc łyżkę stołową z.

Rp. Chloralii Hydrati dr. 1.

Decocti Sem. lini unc. 1 $\frac{1}{2}$.

Mucilaginis Amyli unc. 3.

MDS. Połowę zadać w lewatywie.

Rp. Morphii muriat granum

Aq. amygd. amar. scr. 5.

Mucilag. Gum. Arab.

Syr. Amygdalarum ana unc. 1.

MDS. Na noc łyżkę stoł. zażyć dobrze pomieszawszy.

Konferencye dla wyjaśnienia istoty cholery

ODBYTE W BERLINIE.

(Ciąg dalszy—Zobacz. Nr. 38).

W dyskusyi, która odłożoną została do d. 29 Lipca zabrał głos przedewszystkiem VIRCHOW i podzielił dyskusyą na dwie grupy kwestyi. W pierwszej obecni odgrywać będą niejako rolę Jury, które orzeknie czy są oni zadowoleni z dokonanych przez KOCHA doświadczeń, ale w której wcale głosu zabierać nie mogą; w drugiej grupie mogą obecni przyjąć udział w dyskusyi na zasadzie danych otrzymanych w czasach dawnych epidemii.

Pierwsze pytanie brzmi:

Czy cholera jest wywołaną przez swoistą zarazę, która się tylko w Indyach wytwarza?

VIRCHOW sądzi iż na powyższe pytanie jedna tylko twierdząca odpowiedź może być daną. W Niemczech przynajmniej nikt przeciwko temu pojęciu nie wystąpił. HIRSCH to potwierdza.

Punkt 7-my: Czy zaraza w odchodach, ewentualnie w wymiocinach jest zawarta czy też znajduje się także w krwi, moczu, pocie, powietrzu wydechanem? został bez dyskusyi rozstrzygnięty w myśl KOCHA.

Punkt 16-ty połączono z punktem 14-tym, a mianowicie: Czy odkrycie lasecznika przecinkowego ważnem jest pod względem rozpoznawczym? i Czy lasecznik przecinkowy jest identyczny z zarazkiem cholery?

VIRCHOW sądzi iż rozstrzygnięcie powyższych kwestyi nie tyle pod względem terapeutycznym ile pod względem sanitarno-lekarskim jest ważne. Każdy lekarz sanitarny będzie musiał wprawić się nie tylko w badanie mikroskopowe, ale i w hodowanie. Co się dotyczy kwestyi najważniejszej t. j. czy lasecznik przecinkowy jest identyczny z zarazkiem cholery, to mówca widzi iż zupełnej pewności pod tym względem niema. Doświadczenia na zwierzętach nie udały się. Dawniej już starano się przenieść tę chorobę na zwierzęta, ale jedni twierdzili iż daje się ona przenosić a inni stanowczo temu przeczyli. Doświadczenia pomyślne dokonywane przez RICHARDSA tłumaczy KOCH w ten sposób iż wytwarzają się pierwsiastki trujące przy powstawaniu bakteryi, ale dalsze doświadczenia w tym kierunku są bardzo pożądane.

Z drugiej strony przyznaje mówca iż bardzo prawdopodobnem jest iż udało nam się rozwiązać zagadkę, na którą od lat dziesiątek wyczekiwaliśmy. Wszystkie objawy tej epidemii i wszystkie właściwości tej choroby nie mogą być wyjaśnione dopóki nie odkryjemy prawdziwego *Ens vivum*, bo trudno sobie wystawić jak cholera może z osoby na osobę być przeniesioną za pośrednictwem ciała czysto chemicznego. Jeżeli weźmiemy to pod uwagę i jeżeli zsumujemy wszystkie obserwacye KOCHA to przyznać musimy iż prawdopodobieństwo jest nadzwyczaj wielkie że organizm przez KOCHA odkryty jest tym, którego szukamy. Innego mikroorganizmu, któryby miał za sobą tyle prawdopodobieństwa co lasecznik KOCHA niema.

Kwestya czy jest jeszcze inna choroba, w której ten sam lasecznik się znajduje prawdopodobnie tak prędko rozstrzygniętą nie będzie. Mówca jest przekonania iż dzisiejsza policya sanitarna powinna się rachować z wynalazkiem KOCHA i tymczasowo wszelkie środki zapobiegawcze tak zarządzać jak gdyby kwestya o istocie cholery przez odkrycie lasecznika przecinkowego stanowczo była rozstrzygniętą.

HIRSCH zwraca uwagę na to, iż badać trzeba odchody osób zapadłych na cholere swojską, gdyż podobieństwo między temi chorobami jest wielkie, a ktoby twierdził iż wysoka temperatura w lecie powoduje cholere swojską, ten byłby w błędzie gdyż obserwowano ją i w zimie.

KOCH badał w ostatnich czasach cholere swojską, ale w skrawkach z kiszek wcale laseczników cholerycznych nie znalazł.

VIRCHOW zapytuje się KOCHA, czy gdyby miał przed sobą chorego wątpliwego, któryby przedstawiał objawy podobne do cholery azyatyckiej, a w kiszkiach jego znalazłoby niezliczone liczby laseczników, czy miałby on pewność że ma przed sobą prawdziwą cholere? Kwestya to jest pierwszorzędnej wagi, gdyż dla lekarza sanitarnego ważnem jest dowiedzieć się czy pierwszy przypadek, który ma przed sobą jest cholera azyatycką, czy swojską.

KOCH w takim razie ani na chwilę o prawdziwości cholery azyatyckiej by nie powątpiewał. Niezawsze jednak znajdujemy w odchodach dostateczną ilość laseczników przecinkowych i dlatego to hodowanie ich tak ważnem jest dla dyagnozy. Bardzo jest też pożądaną wiadomość o pierwszych przypadkach cholery pojawiających się w pewnej miejscowości; w dawnych czasach rozpoznawano wprawdzie cholere azyatycką ale rozpoznanie to było spóźnione, gdyż wtedy, gdy już było pół tuzina cholerycznych. Sposób badania laseczników o których mowa wcale nie jest trudnem, jest np. łatwiejszym niż barwienie laseczników gruźliczych, a przecież to ostatnie wykonywane jest obecnie przez każdego prawie lekarza.

W odpowiedzi SCHUBERTOWI KOCH powiada że laseczniki przecinkowe dają się wykryć w pierwszych okresach choroby, już w pierwszych ryżowych stolcach, o czym się ostatnio w Tulonie przekonał. Dopóki cholera szerzy się w południowej Francyi niema się czego tak dalece obawiać ale przypuścmy że zdarzył się pierwszy jej przypadek na teritorium niemieckiem. Wtedy nie można się już ograniczać na pochowaniu chorego i spalaniu jego rzeczy. Dawniej pocieszano by się myślą że to jest cholera swojska i danoby się tak rozszerzyć chorobie iż powstrzymanie biegu epidemii byłoby już za późnem. Otóż z tego powodu pewna dyagnoza tak bardzo jest ważną.

B. FRAENKEL odpowiada KOCHOWI iż co innego jest barwić laseczniki gruźlicze, a co innego hodować się zajmować. To ostatnie wymaga kompletnej pracowni, skrzynki ogrzanej etc. Skutkiem tego należy koniecznie pomyśleć o zakładaniu stacyi higienicznych, gdyż nie sądzi on iżby podrzędni lekarze sanitarni przyszedli kiedykolwiek do posiadania takich urządzeń, tembardziej iż pracownia, w której hodują się laseczniki choleryczne do innego celu już użytą być nie powinna.

KOCH powiada iż trudności te są zbyt wysoko przedstawione i opowiada jeszcze raz pokrótce jak hodowanie się wykonywa. Gelatyny odżywczej można wszędzie teraz dostać, a materyał do badań także łatwo otrzymać można: kawałek bielizny osoby cholerycznej powalanej odchodami w zupełności wystarcza, a żadnych przyrządów ogrzewających szukać niepotrzeba, gdyż temperaturę do hodowli potrzebną 17° bardzo łatwo w po koju osiągnąć, przez lekkie ogrzanie w lecie.

Po krótkiej dyskusyi nad sposobem urzędzenia stacyi obserwacyjnych, w którychby można było się zająć poszukiwaniami bakteryologicznymi przystąpiono do pytania 8 i 9.

Czy zarazek choleryczny posiada wielką odporność, czy przechodzi w stan trwały (*Dauerzustand*)?

Czy wyschnięcie niszczy go po krótkim przeciągu czasu?

VIRCHOW powiada iż z dyskusyi o cholery, którą przeprowadził z PETTENKOFFER'EM dowiadyuje się iż ostatni ten badacz uważa za możliwy stan trwały lasecznika cholerycznego i przypuszcza że do Tulonu zaraza przywiezioną została jeszcze w początku tego roku ale później się rozwinęła.

KOCH powtórnie zapewnia iż doświadczenia jego stanowczo zaprzeczają istnieniu stanu trwałego w laseczniku cholerycznym. Inne zarazki jak ospowy, krowiankowy, węglikowy dają się lata całe przechowywać, poczem gdy dostają się na teren sobie właściwe rozwijają się. Zarazek węglikowy jeszcze po 12-tu latach daje się rozmnażać. To jest w całym znaczeniu słowa tego stan trwały. Otóż takiego stanu trwałego w laseczniku cholerycznym nie ma. Przenośnikami cholery są zawsze ludzie, dotychczas niemamy dowodu na to żeby rzeczy, towary etc. mogły cholere przenieść. Wiadomości gazet o tem nie są wiarogodne.

LEYDEN zapytuje się czy prawdą jest że zdarzyły się przypadki cholery, przewiezionej w kufrze z Ameryki.

KOCH powiada że dotychczas nie zostało dowiedzionem iżby takie przeniesienie rzeczywiście nastąpiło a HIRSCH opowiada interesującą historią zapadnięcia na cholere pewnej rodziny w Mühlhausen, dokąd krewna z Ameryki prawdopodobnie ją przywiozła.

KOCH twierdzi iż pojawienie się cholery w 4—6 tygodni po przywiezieniu zarazka nie obala jego przekonania że laseczniki przecinkowe po wyschnięciu giną, gdyż twory te mogą bardzo łatwo w wilgotnej pościeli taki czas się przechowywać przy życiu. Uderzającym jest fakt iż cholera okrętowa objawia się zawsze na statkach przewożących dużo ludzi a nigdy na okrętach z samymi tylko towarami. Gdy statek opuszcza jakie miejsce dotknięte cholera, pierwsze przypadki tej choroby zdarzają się zawsze wkrótce po odpłynięciu od lądu i wtedy choroba trwa 2, 3 lub 4 tygodnie. Jestto według KOCHA najważniejszy dowód że lasecznik traci swoją żywotność gdy wysycha, tylko tam gdzie przebywa wiele ludzi w warunkach niehygienicznych, utrzymuje się długo przy życiu *resp.* rozmnaża się.

VIRCHOW objaśnia że kwestya ze stanowiska botanika na tem zależy czy wśród rozwoju lasecznika przecinkowego nie ma postaci takiej, która by mogła dłuższy przeciąg czasu swoją siłę żywotną zachować. Podług tego jak doświadczenia KOCHA dowodzą możemy z łatwością wyjaśnić wszystkie objawy cholery, niepotrzebujemy wcale szukać owego trwałego stanu w jakim inne chorobotwórcze bakterye są nam znane, gdyby jednak stanowczo dowiedziono że lasecznik choleryczny nawet po wyschnięciu może się ożywić i dalej rozmnażać, należałoby poszukiwać formy tego lasecznika, która tej postaci trwałej odpowiada. KOCH jednak jest zdania iż forma taka się nie znajdzie.

HIRSCH zapytuje KOCHA czy jest możliwem iżby lasecznik przecinkowy znalazłszy okoliczności sprzyjające przechowywał się nie zdradzając obfitszem rozmnażaniem się swojego istnienia czas jakiś a dopiero po pewnym przeciągu czasu stał się przyczyną zabójczej epidemii. W Gdańsku w latach 1848 i 1849 mroz powstrzymał rozwój cholery która z wiosną zaczęła się szerzyć.

KOCH odpowiada iż kwestya to jest bardzo ważna ale nie trzeba wprowadzać zamięszania przez nazywanie stanem trwałym to co nim nie jest. Ponieważ laseczniki znoszą niską temperaturę i udało się rozmnażać je na kartoflu, na białźnie w gelatynie etc. więc przyznaje on iż mogą one się znaleźć wśród okoliczności, które pozwalają na powolne ich rozrastanie się ale nie na energiczne wybijanie. Jestto bardzo możliwe, ale dotychczas

niedowiedzione chcąc się o tem przekonać należałoby przez dłuższy przeciąg czasu badać ziemię, wodę etc. w miejscowościach, które były przed niedawnym czasem przez cholereę nawiedzone. W Kalkucie takich doświadczeń nie można było wykonywać, gdyż tam cholera bezustannie panuje. Kwestya ta może być z czasem w Europie rozstrzygniętą. (d. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Spodziewaną jest lada chwila nominacya kol. DORANTOWICZA na pomocnika naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus. Co się stanie ze szpitalem w domu przytulku i pracy za Wolską rogatką, dotychczas nie zdecydowano. Projektowanem jest zmniejszenie liczby łóżek etatowych w tym szpitalu z powodu małego funduszu jakim on obecnie rozporządza. Przeciwno takiemu argumentowi trudno jest coś powiedzieć a jednak przez zmniejszenie takiej liczby chorych wyrządzonoby wielką krzywdę okolicznym mieszkańcom. Z powodu znacznej ludności, wielu fabryk etc. szpital w tamtej miejscowości bardzo jest potrzebny, czego najlepszym dowodem jest okoliczność iż nawet gdy liczba łóżek podwyższoną tam zostaje do 90 wszystkie miejsca są zawsze zajęte. Ponieważ nie jest prawdopodobnem zmniejszenie się liczby chorych, zatem zmniejszanie szpitali na kraju miasta będących (takież zmniejszenie liczby łóżek projektowane jest w szpitalu na Pradze) sprawi, iż chorzy w większej niż dotąd liczbie gromadzić się będą w szpitalach położonych wśródtku miasta, a czy dobrze na tem wyjdą chorzy i szpitale o tem może być tylko jedno zdanie. Zmniejszenie liczby dni instytowych w tych krańcowych szpitalach spowodować musi powiększenie takichże dni w szpitalach miejskich, korzyści zatem materyalnej nie osiągniemy żadnej albo bardzo małą, a pod innym względem z powodu przepełnienia szpitali stracić możemy bardzo wiele. Taka *économie de bout de chandelle* daje się we znaki chorym, a pośrednio oddziałuya ujemnie na stan sanitarny miasta. Przed powzięciem jakiegokolwiek postanowienia w tej kwestyi, należałoby wszystkie te okoliczności wziąć pod baczną uwagę.

— Liczba kobiet udających się do przytułków dla rodzących z każdym prawie miesiącem zwiększa się. Wobec tego faktu powiększenie liczby tych przytułków lub powiększenie liczby łóżek w nich, byłoby bardzo pożądanem. Nietrzeba zapominać (o czem wkrótce dokładną podamy wiadomość) iż zakłady te najzupełniej cel swój osiągnęły. Dały przytułek biednym kobietom (tak mężatkom jak i niezamężnym) i w sposób stanowiący ukróciły kolossalne nadużycia, jakich w tym względzie massa pokątnych akuszerem przedtem się dopuszczała. Ponieważ na przytułek szczyty jest fundusz gotowy zatem nienależałoby zwlekać i do uorganizowania jego natychmiast przystąpić. Szkoda że w przytułkach tych niezaprowadzono na wzór szpitali księgi odmów, gdyż te najlepiej by świadczyły jak wiele biednych kobiet odchodzi od przytułku z powodu zajęcia wszystkich łóżek. Wkrótce powrócimy do tego przedmiotu.

— Sezon tegoroczny w Druskenikach był o wiele słabszym niż zeszłoroczny pomimo to przeszło 15-tu lekarzy zajmowało się tam wykonywaniem praktyki lekarskiej.

Zagraniczne. Zdaje się iż cholera w Neapolu zaczyna się choć powoli zmniejszać. Gdy przez kilka dni przeszło 900 zachorowań dziennie notowano, a w ostatnich czasach liczba zachorowań nieprzechodziła 500. Jest to zawsze bardzo wiele gdy wspomnimy iż na 400,000 mieszkańców 100,000 opuściło miasto; epidemia z takim natężeniem grozi zawsze rozprzestrzenieniem się na inne kraje. W pozostałych miejscowościach we Włoszech dotkniętych cholereą, zapada na tę chorobę koło stu osób dziennie.

Od Redakcyi. Uprasza się o adressowanie wszystkich listów w interesie redakcyjnym: „Do Redakcyi Medycyny”. Gdyż z powodu wyjazdu Redaktora, listy imienne nie będą otwierane aż do jego powrotu.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. FRITSCHÉ.

Дозв одено Цензурою. Варшава 13 Сентября 1884. Друк Зіемківєича Крак.-Прєдм. N. 15.