

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Rozprawy. Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki. Przez doc. W. Jaworskiego. (Dokończenie). Przyczynę do nauki o leczeniu złamań rzepki i wyrostka łokciowego za pomocą szwu kostnego. Przez D-ra W. Stankiewicza. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 3. O leczeniu przymiotu. — Przegląd bibliograficzny. Dr. W. Nicati i M. Rieteb. Poszukiwania nad cholerą. Sprawozdawca dr. F. Arnstein. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

KILKA NOWYCH SPOSTRZEŻEŃ DZIAŁANIA KWASÓW NA ŻOŁĄDEK LUDZKI.

Rzecz wykonana w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie.

Przez doc. W. Jaworskiego.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 1).

W celu wykazania działania kwasów na żołądek nadmiarowo wydzielający kw. solny niech posłuży następujący przypadek.

III Przyp. G. T. 17-letnia izraelitka uskarża się na przypadki gastryczne. Ze żołądka czczego można aspirować 60 cm. sz. cieczy mętnej białawej bez strzępów żółtych; przesącz wodojasny; kwasota 36,0; pepton i kw. solny bardzo wyraźny. Pod mikroskopem niema resztek pokarmów, natomiast liczne jądra ciałek wypocinowych, jako też spiralne, ślimakowate twory, które już dawniej w kilku przypadkach nieżyty kwaśnego dostrzegłem, a które sztucznie otrzymywałem przez trawienie śluzu w przypadkach nieżyty polyku (*pharyngitis granulosa*). Twory te tworzące ciemne ślimacznice spiralne ograniczające jasne przestrzenie, są różnej wielkości i przypominają nieco ziarna skrobi, lecz nie dają oddziaływania mikrochemicznego tejże. Treść przesączona trawi sztucznie po 3½ g.

1. Dośw. Po wypłukaniu żołądka, aż do oddziaływania obojętnego wodą ciepłą, wiano 200 cm. sz. aq. d. Po 15 min. otrzymano ciecz wodojasną, o kwasocie 5,0, o dość wyraźnem oddziaływaniu na kw. solny, przy braku peptonu. Trawienie sztuczne bez kw. solnego po 3 g. a z kw. solnym po 2 g. ukończono; oddziaływanie na pepton tylko słabo fiołkowo-różowe.

2. Dośw. Zaraz po poprzedzającym doświadczeniu wiano 2 cm. sz. *ac. acet. conc. chem. pur.* w 200 aq. d. (=154 ⅓ norm. NaIO%) do żołądka. Po 15 min. wyciągnięto 140 cm. sz. cieczy wodojasnej o kwasocie 105,0, słabem oddziaływaniu na kw. solny, a wyraźnem na pepton. Trawienie sztuczne bez kw. solnego po 12 g., a z kw. solnym po 2 g., co znaczy, że wydzielanie kw. solnego pod wpływem kw. octowego jest tylko małe, niewiększe, niż przez podrażnienie wodą o zwyczajnej ciepłocie.

3. Doświadczenie uskuteczniiono po dokładnem wypłukaniu żołądka wodą ciepłą, aż do oddziaływania obojętnego cieczy żołądkowej, wlewając 2 cm. sz.

acid. lacticum conc. chem. pur. w 200 *aq. d.* (=90 cm. sz. $\frac{1}{10}$ norm. NaHO^0_0). Po 15 min. wyciągnięto 120 cm. sz. cieczy bezbarwnej o kwasocie 72.0, z wyraźnym oddziaływaniem na kw. solny i mlekowy, a z miernym na pepton; strawiono po $2\frac{1}{2}$ g. a po zakwaszeniu kwasem solnym po 2 g., co znaczy, że wydzielanie kw. solnego w skutek podrażnienia kwasem mlekowym jest silniejsze, niż przez zadziałanie kwasem octowym.

4, 5 i 6. Doświadczenie przedsięwzięte w tym celu, aby się przekonać o zachowaniu wydzielania pepsyny pod wpływem powtarzanego stosowania kwasów. Aspirowano naczeczko treść (α) o własnościach wyżej przytoczonych. Potem wiano 200 cm. sz. na połowę rozcieńczonego kw. solnego $\frac{1}{10}$ nom. Po 15 min. aspirowano 160 cm. sz. treści wodojasnej (β). Znow wiano taką samą ilość kw. solnego tego samego zgęszczenia, a po 15 min. aspirowano 130 cm. sz. cieczy wodojasnej (γ), i ostatecznie trzeci raz wiano do żołądka tyleż kw. solnego tego samego zgęszczenia, a po 15 min. aspirowano 130 cm. sz. cieczy wodojasnej (γ), i ostatecznie trzeci raz wiano do żołądka tyleż kw. solnego tego samego zgęszczenia, a po 15 min. aspirowano 130 cm. sz. cieczy wodojasnej (δ). Rozbiory soku czczego z rozbiorami tych 3 próbek porównane, przedstawiły się w następujący sposób: kwasota (α) 36.0, (β) 46.0, (γ) 42.0, (δ) 40.0; oddziaływanie na pepton: (α) silnie różowe, (β) różowe (γ) blade różowe, (δ) bladoróżowe;—trawienie sztuczne po upływie godzin $3\frac{1}{2}$ (α), 2 (β), 2 (γ), $3\frac{1}{2}$ (δ). Okazuje się więc, że przez powtórzone dawki kwasu, wydzielanie kw. solnego się nieco zmniejsza, następnie, że i wydzielanie pepsyny staje się słabszem, a coraz słabsze oddziaływanie na pepton wskazuje, że i oddziaływanie błony śluzowej na bodźce się wyczerpuje. Podmiotowo uczuwała chora po pierwszym wlewaniu omdlenie; nudności, następnie wystąpiło odbijanie kwaśne; wszystkie te objawy przy trzecim wlewaniu, już się nie powtórzyły. Podczas dnia tego uczuwała chora ciągle smak kwasu w ustach.

7. Doświadczenie wykazało, że kwasy długo w żołądku pozostają, gdyż po wprowadzeniu 200 cm. sz. kw. mlekowego o kwasocie 90, wydała treść żołądkowa po 4 kwadransach wydobyta, z zabarwieniem żółtawem, a kwasotę 40 ze silnem oddziaływaniem na kw. mlekowy.

Zupełnie odmienne zachowanie się w obec kwasów przedstawiają żołądki przez nowotwór rakowy chorobowo zmienione. Przybliżają się one w tym kierunku do nieżyty śluzowego, jakto z następujących 2 przypadków wynika.

IV. Przyp. *Carcinoma fundi ventriculi* u 47-letniego mężczyzny T. W. Dno żołądka przedstawia się jako twarde, guzowate, podługne przy ucisku bolesne ciało. Ani w czczym, ani w trawiącym żołądku oddziaływania kwaśnego w treści żołądkowej niema; zwykle okazuje się treść słabo alkaliczna; trawienie z kw. solnym niedokładne, gdyż po 24 g. pozostają stale strzępy na dnie naczyń, które nie znikają. Zjawisko rozstrzępienia białka jest w przypadkach raka prawie zawsze dostrzegalne. Mechanizm trawienia prawie prawidłowy. Ze żołądka czczego tylko po wlaniu wody można wyciągnąć ciecz śluzową bezbarwną ze strzępami śluzowymi krwawymi, w której mikroskop nie wykazuje jąder ciałek wypocinowych, natomiast znaczną ilość ciałek śluzowych i mocno ziarnisty przyblonek wałeczkowy.

1 Dośw. Po aspiracji treści czczej wiano do żołądka 200 cm. sz. rozcieńczonego kw. octowego ($=154$ cm. sz. $\frac{1}{10}$ norm. $\text{NaHO}^0/0$). Po 15 min. aspirowana słomkowo-żółta ciecz (65 cm. sz.) ze strzępami białymi i czerwonymi, wykazuje kwasotę 86,0, brak kw. mlekowego, solnego i peptonu, natomiast daje osad z K_4Cfy . Pod mikroskopem niema jąder ciałek wypocinowych, natomiast rodzaj wrzecionowatych jąder ziarnistych. Trawienie po zakwaszeniu kw. solnym niedokładne, lecz oddziaływanie na pepton występuje wyraźnie.

2 Dośw. Przy tych samych warunkach wiano do żołądka 200 cm. sz. kw. mlekowego chem. czyst. ($=90$ cm. sz. $\frac{1}{10}$ norm. $\text{NaHO}^0/0$). Po 15 min. wyciągnięto 50 cm. sz. treści śluzowej słomkowo-żółtej ze strzępami białymi i rdzawymi o kwasocie 40,0; oddziaływanie na kw. mlekowy wyraźne, na kw. solny wątpliwe, na pepton słabe, z K_4Cfy znaczne zmącenie; strawione dopiero po zakwaszeniu kw. solnym, oddziaływanie na pepton wyraźne. Pod mikroskopem gdzieniegdzie jądra, jakoby ciałek wypocinowych charakterystycznie ułożone, lecz nieco większe i ziarniste.

3. Dośw. Podobnie wprowadzone 200 cm. sz. $\frac{1}{10}$ norm. kw. solnego do żołądka, wydały po 15 min. 70 cm. sz. cieczy słabo żółtawej ze strzępami żółtymi; przesącz blado-żółtawy, kwasota 54,0, oddziaływanie na kw. solny bardzo wyraźne, K_4Cfy daje silne zmącenie, peptonu słaby tylko ślad; trawienie niedokładne, pomimo, że oddziaływanie na pepton dość wyraźne. Pod mikroskopem tylko gdzieniegdzie jądra ciałek wypocinowych. Chory doznaje po włapiu kwasu uczucia ciepła, a potem słabego palenia w żołądku.

4 Dośw. Tu zamierzono przekonać się, w jaki sposób zachowuje się sok ludzki wprowadzony do żołądka przez nowotwór rakowy zajętego. W tym celu w przyp. III wytworzono przez wlanie kw. solnego do żołądka, sok o kwasocie 48,0 i silnem oddziaływaniu na kw. solny i energicznem trawieniu. Z tego soku wiano 130 cm. sz. do czczego żołądka chorego IV. Po 15 min. aspirowano 40 cm. sz. cieczy mętnej słabo-żółtawej o przesączu blado-żółtawym, kwasocie 15,0 o oddziaływaniu na kw. solny fiołkowo-niebieskiem. Trawienie tak bez, jakoteż i po zakwaszeniu kw. solnym niezupełnie dokładne, pozostają bowiem drobne strzępy na dnie. W tem doświadczeniu przekonano się, że sok trawiący pomimo stosownej kwasoty utracił znaczną część siły trawiącej, prawdopodobnie wskutek stracenia fermentu przez opadający śluz.

W obecnym przypadku nawet kw. solny nie był w stanie dostateczną ilość pepsyny wyciągnąć, lepiej działał w tym względzie kw. mlekowy (dośw. 3). Tu przekonano się, na podstawie ukazania się żółci w żołądku pod wpływem kwasów, że niema zwężenia odzwiernika.

V Przyp. *Carcinoma fundi* u 48-letniego mężczyzny I. G. (Guz wyczuwalny na dnie żołądka i wymioty krwawe). Przypadek ten różnił się po zbadaniu tem od poprzedzającego, że w żołądku czczym można było często pod mikroskopem dostrzedz resztki pokarmów, gdy oddziaływanie treści żołądka było stale alkaliczne. Ciecz żołądkowa prawie zupełnie nie trawiła. Pod działaniem kwasów otrzymana treść, zachowywała się podobnie jak poprzedzająca, z tą jednak różnicą, że nigdy nie dostrzeżono wlewania się żółci do żołądka,

ani pojawienia się jąder ciałek wypocinowych. Wnioskowano więc, że ma się tu do czynienia z nowotworem, przechodzącym już częściowo na odzwiernik i tenże zwięzającym, przez co żółć do żołądka się nie dostaje, a powtórę, że zmiana anatomiczna w błonie śluzowej żołądka musi być bardzo znaczną.

Powyżej przytoczone doświadczenia z pojedynczymi rozczynami wodnymi kwasów chem. czystych, wskazują na pewne właściwości działania kwasów na czynność żołądka.

1. Kwasy wprowadzone do żołądka ludzkiego żywego, pobudzają tenże do wydzielania pepsyny. Najobfitsze wydzielanie pepsyny ze żołądka sprawia kw. solny, po nim następuje kw. mlekowy, a ostatecznie kw. octowy. Podrażnienie błony śluzowej żołądka do wydzielania pepsyny wskutek działania kwasu jest znaczniejsze, niż przez wprowadzenie pokarmów. Gdy bowiem w przyp. I żadną metodą nawet po zakwaszeniu treści kwasem solnym, sztucznego trawienia białka wywołać nie można było, to po wlaściu kwasów, szczególnie kw. solnego do żołądka, można było otrzymać sok żołądkowy dobrze trawiący. Działanie więc kwasów na czynność żołądka jest przeciwnie, niż alkaliów. Te ostatnie, według dotychczasowych doświadczeń na zwierzętach, jednorazowo stosowane, podniecają wydzielanie kw. żołądkowego, a równocześnie, jak to wykazałem na żołądku ludzkim przy użyciu wody alkalicznej (karlsbadzkiej) niszczą początkowo ferment trawiący. Zachowanie powyższe kwasów w żołądku żywym, przypomina oddawna znany fakt, użytkowany przy fabrykacji pepsyny, że z błony śluzowej żołądka pośmiertnego można wylugować pepsynę za pomocą kwasów.

2. Wszystkie trzy przezemnie doświadczane kwasy wpływają na wydzielanie pepsyny ze żołądka, jednak otrzymana za pomocą tychże treści żołądkowa nie jednako w trawi. Energicznie tylko trawi treść otrzymana za pomocą kwasu solnego, gdy przy użyciu kwasu mlekowego okazuje się zaledwie ślad trawienia, kw. zaś octowy wydał treść żołądkową nietrawiącą. Trawienie sztuczne białka pod wpływem tych dwóch ostatnich kwasów odbywa się w treści dopiero wtenczas, jeżeli się ją zakwasi kw. solnym. To spostrzeżenie zgadza się po części, ale nie ze wszystkim, ze znanem spostrzeżeniem fizyologicznem nad trawieniem sztucznem, po za ustrojem, że najszybciej peptonizuje się białko przy użyciu kw. solnego, a daleko mniej wobec innych kwasów.

W ten sposób zachowuje się pod względem trawienia treść żołądkowa otrzymana za pomocą kwasów ze żołądków niewydzielających kw. solnego, zatem patologicznych. Gdy jednak wlało kwasu organicznego do żołądka, wydzielającego kw. solny, to otrzymano sok, trawiący dobrze białko, lecz o wiele mniejszej sile trawiącej, niż gdy się użyło kw. solnego.

3. Wprowadzenie kw. mlekowego i octowego do żołądka wpływa na wydzielanie kw. żołądkowego podniecająco, lecz prawdopodobnie nie w wysokim stopniu, gdyż w treści otrzymanej oddziaływanie na kw. solny za pomocą barwika metylofiolkowego nie wskazywało na kwasotę wysokiego stopnia, a sztuczne trawienie białka odbywało się dokładnie dopiero za dodaniem kropli kw. solnego do cieczy trawiącej.

4. Wprowadzenie kwasów do żołądka wywołuje pojawienie się jąder cia-

lek wycpocinowych i to w tym większej ilości, im więcej zgęszczonego roztworu się użyje. Jądra te, których przyrodę wykazałem (Gaz. Lek. 1886 Nr. 49) są wybitniejsze pod wpływem kw. solnego, niż kw. mlekowego lub octowego. Fakt występowania ciałek wycpocinowych z błony śluzowej żołądka, wskazuje na silne rozdrażnienie tejże przez obecność kwasów w żołądku. W niektórych doświadczeniach można było wnioskować nawet na drobne wynaczynienia krwi po zadaniu kwasów, gdyż pod mikroskopem dostrzegano miejsca w śluzie zawierające barwik krwi.

5. Wprowadzenie kwasów do żołądka sprowadza u przeważnej części indywiduów i to nawet u takich, u których przez silniejsze ruchy sondy wstecznych ruchów żołądka wywołać nie można, wlewanie się żółci do żołądka. Pojawienie się żółci w żołądku pod wpływem kwasów zależy tak od indywidualności, jako też od ilości i zgęszczenia użytego kwasu. To działanie jednak nie jest swoiste dla samych tylko kwasów. Dostrzegłem bowiem to zachowanie się żółci po wprowadzeniu większych ilości wody lub soli karlsbadzkiej, a kol. GLUZIŃSKI w swoich doświadczeniach pod wpływem większych dawek wysokoku. Polega ono prawdopodobnie na tem, że te ciała dostając się do dwunastnicy w stanie zgęszczonym, tę podrażniają i do ruchów wstecznych pobudzają. Treść żołądkowa kwaśna zmieszana ze żółcią, przedstawia się różnie, według tego, czy ma większy lub mniejszy stopień kwasoty, czy żółć dłużej lub krócej wobec kwasu przebywała. Przy krótszem przebywaniu żółci w treści kwaśnej, otrzyma się gęszcz śluzowy żółty, którego przesącz jest żółtawy. Przy nieco dłuższem przebywaniu żółci, już po 1 kwadransie w silnie kwaśnym soku, okazują się na dno opadające strzępy zielonkowato-żółte, a przesącz albo bezbarwny, albo słabo zielonkowato-niebieskawy. Trawienie zaś treści kwasnej, do której znaczniejsza ilość żółci się dostała, okazuje się opóźnionem, co zgadza się z doświadczeniami chemicznymi, otrzymanymi po za ustrojem, że sole żółciowe strącają pepsynę, co ja stwierdziłem na żołądku ludzkim, wprowadzając do niego żółć wolową (Medycyna 1886 Nr. 52).

6. Uczucia podmiotowe po wlaniu kwasów do żołądka nie okazały się we wszystkich przypadkach jednakowemi. Jedne osoby wiania kwasów nie odczuwały, inne podawały ból w dołku podsercowym, a większa część doznawała uczucia palenia lub gryzienia. Niektóre znów osoby skarżyły się na mdłości. Jeżeli zaś powstawało odbijanie, to było ono w razach obecności żółci w żołądku gorzkawo-kwaśne. Niektóre jednak osoby określały odbijanie jako czeze bez smaku, chociaż do żołądka znaczna ilość kw. solnego wprowadzoną została.

Co się dotyczy związku powyższych wyników doświadczalnych z faktami klinicznymi i zastosowaniem praktycznem, to tenże jest bardzo pouczający i dotyczy następujących punktów.

a) Przy nadmiernem wydzielaniu kw. solnego w ogólności a w niezycie kwaśnym (*catarrhus acidus v. gastrorrhoe acida*) w szczególności napotykamy nie tylko na wysoki stopień kwasoty, ale także na równoczesne, silne wydzielanie fermentu trawiącego, a skutkiem tego na energicznie trawiący sok żołądkowy. Obficie wydzielający się kw. solny, wywołuje bowiem równocześnie silne wy-

dzielenie pepsyny. Sok zaś tak energicznie trawiący usposabia prawdopodobnie błonę śluzową do wytworzenia wrzodu żołądka. (*Korczynski und Jaworski. Deutsche med. Wochschr.* 1886 Nr. 47—49).

b) Nawet w przypadkach niezdolności wydzielniczej błony śluzowej do wydzielania kw. solnego, treść od kwasów organicznych kwaśna, łąguje pepsynę z błony śluzowej. I ztąd pochodzi, że ta treść sama dla siebie z powodu braku kw. solnego nie trawi, jednak to się dzieje po zakwaszeniu jej kw. solnym. Jeżeli więc treść kwaśna żołądka nawet po zakwaszeniu kw. solnym nie trawi, to żołądek utracił zupełnie zdolność wydzielania pepsyny, a wtedy należy się spodziewać znacznych zmian anatomicznych w błonie śluzowej, a bardzo często raka żołądka.

c) Nieżył kwaśny, polegający na nadmiarowej kwasocie treści żołądka, sprowadza u przeważnej części przypadków dostawanie się żółci do żołądka, przez co następuje chwilowe obniżenie kwasoty i zmniejszenie działania siły trawiącej treści żołądka na błonę śluzową, przez strącenie pepsyny. Żołądek więc chroni się przed silnem działaniem kwaśnej treści tem, że wprowadza do niej alkaliczną żółć i alkaliczne składniki krwi. Dostawanie się żółci do żołądka, jest pod pewnemi warunkami dla lekarza praktycznego momentem rozpoznawczym, gdyż żółć doznaje wobec kwasów, łatwo dostrzegalnych zmian, na co my (GLUZIŃSKI i JAWORSKI *Zeitschr. f. kl. Med.* XI, 2, 3) zwróciliśmy uwagę. Mianowicie strzępy zielono-żółte do treści żołądkowej domieszane, lub cała treść żołądkowa zielonkowato-żółta, a przesącz bezbarwny, wskazują na nadmierne wydzielanie kw. solnego i opóźnienie wydalenia ze żołądka. Treść żółta i przesącz żółty wskazują albo na świeżo wydzieloną żółć, albo na treść żołądka nie zawierającą wcale kwasu lub tylko minimalne ilości tegoż. W każdym zaś razie obecność żółci w żołądku przemawia za drożnością odzwiernika.

d) Odbijania gorzkie pochodzą rzeczywiście od obecności żółci w żołądku, a odbijania kwaśne, jak to pierwszy zwrócił uwagę kol. REICHMAN, od treści kwaśnej żołądka. Lecz co do innych przypadków podmiotowych, to kwasy jakiegos swoistego przypadku podmiotowego nie wywołują. Wprawdzie uczucie palenia i gryzienia w żołądku występuje często po wprowadzeniu kwasów do żołądka, lecz ten objaw znalazłem także w przypadkach, w których treść żołądka nie była kwaśną (*Ueber den Zusammenhang zwischen den subjectiven Magensymptomen und dem objectiven Magenbefunde.* JAWORSKI *Wien, Med. Wochschr.* 1886 Nr. 49—52).

e) Doświadczenia niniejsze wytłomaczyły także, dlaczego w nieżycie kwaśnym, obfitującym w wolny kw. solny, tak znaczna ilość ciałek wypocinowych, a właściwie szczątek tychże w postaci rozpadłych jąder występuje, czyli w ogóle, dla czego pod mikroskopem treść żołądka kwaśna zupełnie inny obraz przedstawia, niż obojętna lub alkaliczna, jak to szczegółowo opisałem w *Gazecie Lek.* Nr. 49, 1886. Jeszcze muszę zwrócić uwagę, że pod mikroskopem dostrzega się często w nieżycie kwaśnym w tym samym preparacie, jedne miejsca zielonkowato-żółto ubarwione, obok innych jasno lub ciemno cisawych, zawierających nawet bryłki czarne. Pierwsze odpowiadają zabarwieniu śluzu barwikiem żółci, a drugie barwikiem, przez drażniące działanie kw. żołądkowego wyczynionej krwi.

f) Stosowanie lecznicze kwasów w przypadkach braku tegoż w żołądku (w nieżycie śluzowym), okazuje się racjonalnem; wpływa bowiem korzystnie na trawienie żołądkowe. Używanie zaś tychże we wszystkich okresach nadmiernego wydzielania kw. solnego, okazuje się nie tylko zbytęcznem, ale i szkodliwem, gdyż wywołuje sok silnie trawiący i błonę śluzową mocno podrażniający, przez co stan chorobowy tylko pogorszyć się może, a w tym kierunku wypowiedzieliśmy (GLUZIŃSKI i JAWORSKI) to zapatrywanie pierwsi na IV Zjeździe 1884 w Poznaniu.

PRZYCZYNEK DO NAUKI

o leczeniu złamań Rzepki (*Fractura patellae*) i Wyrostka łokciowego (*Olecranon*) za pomocą szwu kostnego.

Przez D-ra Władysława Stankiewicza

Chirurga Szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

(Ciąg dalszy—Zobacz Nr. 1).

Jeśli pomyślny ten rezultat operacji dla zdrowia i przyszłości pacyenta zawdzięczać mamy przedewszystkiem wynalezieniu samej metody zastosowania szwu kostnego, to rozpowszechnienie jej datuje się niewątpliwie od czasu wprowadzenia antyseptyki do chirurgii. Pierwsi bowiem wykonawcy tej metody COOPER (1861), LOGAN (1864), ALRIDGE (1869) ¹⁾, pomimo otrzymania zrostu kostnego i użytecznego zupełnie członka bez znajomości antyseptyki, niemogli pociągnąć za sobą wielu naśladowców na drogę, gdzie w razie najmniejszego niepowodzenia groziła utrata kończyny a nawet życia chorego. Dopiero wprowadzenie metody antyseptycznej i ogłoszenie szeregu spostrzeżeń leczenia złamań wyrostka łokciowego i rzepki szwem kostnym przez LISTERA w r. 1883 ²⁾ ośmieliło chirurgów do częstszego przedsiębrania rzeczonyj operacji. Bawiąc w 1882 r. w Londynie miałem sposobność assistowania przy wykonaniu tej operacji w szpitalu *King's College* przez D-ra CHEYNE, autora znanego dzieła „*Antiseptic Surgery*“. Przypadek dotyczył mężczyzny lat 41, który przed 8 miesiącami złamał prawą rzepkę, a doznając wielkiej trudności przy chodzeniu wskutek niezrośniętych odłamków, przybył po radę do szpitala. Odlamki oddalone były od siebie na 2 palce poprzeczne przy wyprostowanej kończynie. Przy operacji brzeg każdego był tkanką włóknistą zarośnięty, którą odpiłowano, a niemogąc zbliżyć odłamków musiano także przeciąć mięsień prosty uda. Operacja dokonana była pod sprayem, opatrunek karbolowy ściśle Listerowski. Zainteresowawszy się tą operacją a zmuszony będąc wkrótce potem wyjechać z Londynu, prosiłem kolegę o śledzenie jej przebiegu i przysłanie mi relacji po ukończeniu kuracji. Z otrzymanej kopii karty wizytowej dowiedziałem się, iż chory wcale niegorączkował, a w 2 miesiące po operacji z kończyną zagojo-

¹⁾ Szczegóły te statystyczne przytaczam z pięknie opracowanej obserwacji D-ra Józefa BOGDANIKA: „Przypadek poprzecznego złamania rzepki, leczony przez zeszytanie odłamków drutem srebrnym. Uwagi o leczeniu tych złamań”. Przegląd Lekarski Nr. 17 i 18. 1885.

²⁾ An Adress on the 'Treatment of Fracture of the Patella, by Joseph LISTER. British medical Journal Nov. 3. 1883.

ną i dobrze zrosniętą rzepką wyjechał na wieś do swych zajęć. Z przypadku tego skorzystałem przy pierwszej okazji, jakkolwiek warunki miałem o wiele cięższe; przebieg natomiast był równie łagodny a rezultat ostateczny zupełnie zadowalający. Szczególniej podnieść tu muszę trudność zbliżenia odłamków wskutek skurczenia się mięśnia prostego uda i zgrubienia torebki stawowej oraz tkanek zewnątrz staw otaczających. Zdawałoby się każdemu *a priori*, że tak radykalny środek jak przecięcie zupełne mięśnia prostego, pozbawi kończynę możliwości prostowania (*extensio*) a przeto i odpowiedniej siły przy chodzeniu. Doświadczenie jednak pokazuje, że czynność ta wraca jakkolwiek do pewnego stopnia zmniejszona. Dzieje się to niewątpliwie przez zrosnięcie się przeciętych końców za pomocą tkanki bliznowej, skutkiem czego przywróconą zostaje ciągłość mięśnia i działanie tegoż przenosi się na przyczep rzepki w chwili prostowania kończyny.

Na zjeździe tegorocznym przyrodników w Berlinie ³⁾ BERGMANN przedstawił pacyenta, któremu z powodu zadawnionego złamania rzepki i niezrosnięcia się odłamków, wykonał szew kostny. Nie mogąc zbliżyć do siebie odłamków, oddzielił dłutem kawał *tuberositatis tibiae* z więzłem rzepki i dopiero zeszył odłamki. Nastąpił zrost kostny odłamków i kawałka tibiae z resztą kości. Pacjent jednak miał ruchy kolana upośledzone (*Mangelhafte Beweglichkeit*), co przypisuje BERGMANN wpływowi obrażeń przed operacją doznanych. Dla zbliżenia odłamków różnych używano materiałów jak: jedwab', catgut, drut miedziany lub srebrny; otóż jedwab' i catgut mogą być skutecznie użyte tylko w wypadkach świeżych złamań lub chronicznych z małym odstępem między odławkami, które bez trudności dadzą się zbliżyć. W przypadkach podobnych do mego koniecznym jest drut metaliczny, najlepiej miękki srebrny i to znacznej grubości, gdyż cieńszy aniżeli wyżej wspomnianej średnicy ($\frac{1}{16}$ cala) bezwarunkowo pęka. Po skręceniu końców szwu drutowego, idąc za radą LISTER'A, uciąłem je krótko i młotkiem przybiłem na płask do powierzchni rzepki, gdzie pokryte ziarniną a następnie blizną pozostają na zawsze w kości, niewywołując żadnych następstw. Niezmiernie ważną jest rzeczą drenowanie stawu po operacji; LISTER dokonywa tego tylko z jednej strony zewnętrznej, przeciągając rurkę przez otwór zrobiony w najniższym miejscu torebki stawowej (w położeniu poziomem kończyny). W moim przypadku sądziłem, iż bezpieczniej będzie przeprowadzić dren przez obiedwie przeciwległe ściany boczne stawu, dla ułatwienia odpływu wszelkiej wydzieliny, a nadto ze względu na głęboką ranę po przecięciu mięśnia prostego i zbierającą się w powstałej ztąd próżni wydzielinę krwistą, przeprowadziłem drugi dren na poprzek uda przez dwa otwory boczne. Oddały one znakomitą przysługę odprowadzając od razu całą wydzielinę, tak dalece, że już przy drugim opatrunku jako niepotrzebne zostały usunięte. Po zbliżeniu odłamków i przeprowadzeniu drenu przez staw, następuje zeszywanie cięcia skórniego w całej długości z pozostawieniem małych otworów w kącie górnym i dolnym, przez które przeprowadza się cienki dren do czasu zrosnięcia się brzegów rany. Ja za-

³⁾ Centralblatt für Chirurgie N. 44. 1886.

stosowałem to tylko w kącie dolnym, gdyż powyżej rzepki funkcję tę spełnił dren poprzeczny. Po przemyciu całej rany jakoteż stawu i założeniu opatrunku, starać się trzeba o wygodne ułożenie całej kończyny w położeniu silnie wyprostnem, tudzież o jaknajdokładniejsze jej unieruchomienie. W tym celu użyłem deszczułki drewnianej, lekkiej, wysłanej poduszką z plewek owsianych, opatrzonej w końcu dolnym podpórką dla stopy; koniec górny deszczułki dochodzi do fałdki pośladkowej, a dla nadania kończynie położenia wyprostnego wsuwa się pod goleń powyżej pięty małą lecz dość nabitą plewkami poduszczykę i kończynę wraz ze stopą szczelnie przytwierdza do deszczułki, a następnie unieruchamia wraz z miednicą. Przyrząd taki jest lekki, tani i bardzo wygodny przy zmianie opatrunku. Do końca dolnego deszczułki przytwierdzony jest sznur, idący do bloka po nad łóżkiem umieszczonego, drugi zaś jego koniec służy choremu do podnoszenia kończyny w razie potrzeby bez najmniejszego sfatygowania stawu kolanowego. Pomijam inne szczegóły samej operacji i następczego leczenia, znajdzie je czytelnik bardzo starannie i szczegółowo opracowane we wspomnianej już powyżej komunikacji LISTERA, jako też świeżo ogłoszonej pracy BRUNNERA w Zurychu ¹⁾.

Kwestya leczenia złamań rzepki za pomocą krwawej operacji wniesiona przez LISTERA przed forum Towarzystwa lekarskiego w Londynie w 1883 r. wywołała o ile wyczerpujące o tyle namiętne rozprawy. Przedstawiając szereg tych operacji a mianowicie 7 z powodu złamanej rzepki (4 przypadki świeże, 3 przewlekłe) i 3 szwu kostnego z powodu złamań wyrostka łokciowego (wszystkie zadawnione) i wykazawszy jaką korzyść odnoszą wszyscy operowani z posiadania członka zdrowego i silnego do wszelkiej pracy, wyraził LISTER przekonanie, iż leczenie jego metodą jako prędsze i przywracające staw kolanowy do stanu normalnego powinno wejść w ogólne użycie w miejsce dotychczasowego leczenia i to nie tylko w przypadkach zadawnionych ale i świeżych. Ze względu jednak na ważność operacji i niebezpieczne następstwa otwarcia stawu kolanowego oświadczył, iż do wykonania tej operacji upoważniony jest tylko chirurg, mający sumienne przekonanie o gruntownej znajomości metody antyseptycznej. „Zanim przystąpiłem do wykonania cięcia w pierwszym przypadku oświadczyłem wszystkim obecnym w sali, iż poczytuję za upoważnionego do wykonania tej operacji tylko tego, kto z czystym sumieniem ma pewność moralną zapobieżenia dostępu septycznych pierwiastków do rany“ (*with a clear conscience, that he considered himself morally certain of avoiding the entrance of any septic mischief into the wound*). W takich warunkach dodaje, każdy chirurg nie tylko może, ale jest obowiązany przystąpić do tej operacji, która nieprzedstawia żadnego niebezpieczeństwa a wykonanie jej uważa za tak łatwe, iż każdy student pierwszego kursu mógłby ją skutecznie. Twierdzenie to napotkało zaciętą opozycję ze strony wielu znakomych chirurgów, jak: BRYANT, ADAMS, SYDNEY JONES,

¹⁾ Sprawozdanie o tej pracy przez prof. Mikulicza pomieszczone jest w N-rach 44 i 45 *Przeglądu Lekarskiego* r. b.

GANT, MORRIS, OWEN, MORRANT BAKER, którzy zbijali zdanie LISTERA bardzo poważnymi argumentami. Przedewszystkiem wykazywali na zasadzie ścisłych spostrzeżeń, iż bez krwawej operacji można jakkolwiek rzadko osiągnąć zrost kostny odłamków; dalej, że pomimo zrostu ścięgnistego (*ligamentous union*) i dość znacznego odstępu między odławkami, niemal wszyscy pacjenci mogą dobrze chodzić, biegać i oddawać się obowiązkom swego zawodu bez żadnego uszczerbku. Że wyjątki w tej mierze stanowią tylko przypadki nadzwyczajne, gdzie już to skutkiem niedokładnego leczenia, już niedbałości lub niewłaściwemu pośpiechowi pacjenta przypisać należy brak zrostu odłamków a ztąd kończynę stanowiącą ciężar lub kalectwo dla pacjenta. Pod tym względem bardzo wymowny dowód dają przypadki powtórnego złamania rzepki, gdzie zawsze zrost ścięgnisty pozostaje nietknięty a rozerwaną zostaje tylko kostna substancja jednego z dawnych odłamków. BRYANT w swej długoletniej praktyce raz tylko nieosiągnął zrostu odłamków na zwyczajnej drodze i wtedy uciekł się do metody szwu kostnego, uwieńczoną dobrym rezultatem. Sądzi więc, że operacja ta może być zastosowaną tylko w podobnych przypadkach zadawnionych, w świeżych zaś nie jest wskazaną ze względu niebezpieczeństwa na jakie naraża chorego. Potępiał nadto wyrażenie LISTERA, iż przy zastosowaniu metody antyseptycznej, poważnie ryzykowna (*serious risk*) operacja zamienia się w bezwarunkowo bezpieczną (*absolute safety*), co lekkomyślnie oddziaływa na uczącą się młodzież. Jeszcze ostrzej i więcej sarkastycznie wyrażał się MORRIS, dowodząc, iż jego doświadczenie wykazuje, iż krótki zrost ścięgnisty odłamków lepszy jest dla kończyny aniżeli zrost kostny. Za dowód niech posłuży fakt, że rozerwanie ścięgna mięśnia prostego uda lub więzadła rzepki, tak samo jak włóknistego zrostu odłamków jest niesłychanie rzadkiem w porównaniu z pęknięciem samej rzepki. Według bowiem HAMILTONA na 37 złamań powtórných rzepki, tylko w dwóch przypadkach zerwany został zrost włóknisty, w pozostałych 25 nastąpiło pęknięcie substancji kostnej jednego z odłamków. Niepochwala LISTERA za apostołowanie zbytniego zaufania w metodę antyseptyczną i lekkomyślne zdanie, iż student nawet może wykonywać tak ważne operacje na wielkich stawach. W ogóle zarzuty przeciwników LISTERA skierowane były przeciwko zastosowaniu jego metody do złamań świeżych, gdy tymczasem uznawano ją za pożyteczną w wyjątkowych przypadkach zadawnionych. Przeciwko temu zdaniu występuje stanowczo LISTER dowodząc, iż w przypadkach zadawnionych szanse operacji są gorsze z powodu zarośnięcia odłamków, trudności ich zbliżenia, skutkiem czego operacja trwać musi nierównie dłużej i często być powikłaną, jak np. w tym przypadku, przecięciem mięśnia udowego. Statystyka dotąd wykonanych operacji przemawia na korzyść zdania LISTERA, gdyż procent wyników niepomysłnych po operacji jest znacznie wyższy w przypadkach zadawnionych, aniżeli w świeżych. Niebrakło mu też gorących zwolenników jak: BLOXAM, ROYES BELL, TURNER, FAYRER, którzy wykonywali już tę operację z powodzeniem i pożytkiem dla chorych.

Z gruntownych tych rozpraw ogół chirurgów nieomieszkiał skorzystać; kwestya zastosowania operacji krwawej została należycie wyjaśnioną i dziś już według BRUNNERA mamy zebraną statystykę 90 operacyj szwu kostnego z któ-

rych połowa przedsiębraną była w przypadkach złamań świeżych a druga połowa w zadawnionych. Atoli pomimo korzyści niezaprzeczonych jakie daje przy złamaniach świeżych operacja szwu kostnego, a mianowicie: silnego zrostu kostnego, szybkiego bardzo wyleczenia w porównaniu z metodą bezkrwawą i powrotu stawu do stanu normalnego, ogół chirurgów jest zdania, iż leczenie danym sposobem, byleby ściśle przeprowadzone, daje kończynę dostatecznie silną do wszelkich prawidłowych czynności a więc czyni pacyenta zdolnym do pełnienia obowiązków swego powołania. Za to w przypadkach zadawnionych, gdzie żadnego zrostu niema i być już niemoże, gdzie kończyna pozbawioną jest większej części swej władzy i staje się ciężarem, operacja krwawa jest wskazaną pod warunkiem ścisłego przestrzegania zasad antyseptyki. Zdanie to najzupełniej podzielam i szczęśliwym się czuję mogąc przedstawić Szanownym Kollegom dowód, iż przy tak trudnych i wyjątkowo ciężkich warunkach, operacja wykonana według zasad antyseptyki zapewniła przebieg choroby łagodny i bezpieczny a w rezultacie powrót stawu kolanowego do stanu zupełnie normalnego, czyniąc zdolnym pacyenta do podjęcia na nowo ciężkiej pracy swego zawodu.

(dok. nast.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

3. O leczeniu przymiotu. Referaty i dyskusye na V-tym kongresie dla medycyny wewnętrznej w Wiesbaden 1886 r. Prof. KAPOSÍ z Wiednia wypowiada najprzód swoje jak najbardziej stanowcze przekonanie o uleczałości przymiotu, uważając tę chorobę za dającą się najlepiej wyleczyć z pośród wszystkich zakaźnych ustrojowych chorób; poczem stawia następujące pytania, mające w kwestyi leczenia przymiotu pierwszorzędne znaczenie:

I. Czy posiadamy jaką metodę leczenia form pierwotnych, któraby zapobiegała zakażeniu ogólnemu t. j. czy istnieje metoda poronnego leczenia?

Pytanie powyższe ma znaczenie tak dla unitarystów jak i dualistów, — dla ostatnich jednak tylko o tyle, o ile nie wyznają pojęć Bärensprunga, według których stwardnienie jest już wyrazem ogólnego zakażenia.

W celu poronnego leczenia przymiotu stosują się 3 następujące środki:

1^o *zniszczenie zarazka na miejscu jego zaszczepienia przez wypalenie lub wycięcie*. Nawet pozytywne wyniki, jakie z tej metody otrzymywano i jej przypisywano, będą zawsze nastroczać pewne wątpliwości, gdyż nie po każdym stwardnieniu przymiot bezwarunkowo nastąpić musi (KAPOSÍ, BOECK), — również i dla tego, że rozpoznanie typowego stwardnienia zależy często od indywidualnej opinii lekarza. Dalej, nie posiadamy pewnych danych odnośnie terminu, do którego zarazek pozostaje na miejscu, nie możemy więc być pewni, czy już nie nastąpi wessanie zarazka nawet w tych razach, w których sąsiednie gruczoły chłonne nie są jeszcze obrzmiałe. Z drugiej znów strony i obrzmienie gruczołów nie rozstrzyga kwestyi, gdyż obrzmienie — a tembardziej ropienie gruczołów może nastąpić po każdym obrażeniu. Dla tych powodów, za jedynie pewne *critérium*, przy rozpoznaniu istoty pierwotnych zajęć, należałoby poczytywać wykazanie zarazka przymiotowego, którego prawdopodobnym przedstawicielem jest lasecznik Lustgartena. Cechy jednak, odróżniające lasecznika przymiotowego od lasecznika mastki napletkowej (*Smegma-bacillus*) powinny być na nowo i gruntownie wykazane.

Najlepszym środkiem miejscowym na pierwotne objawy jest *Empl. hydrargyr.* Środek ten nietylko ułatwia powrót do stanu prawidłowego, lecz nawet mocen jest w niektórych razach zapobiedz stwardnieniu.

2. *Przerwanie lub wyluszczenie dróg rezorbcyjnych*, zapomocą przecięcia lub wycięcia chłonicy wierzchniej prącia (*v. lymphatic. dors. penis*) ewentualnie i gruczołów chłonnych i niedopuszczenie przez to do ogólnej zarazy polega na naiwnem złudzeniu, albowiem sieć naczyń chłonnych okalająca prącie tak jest bogata, że zawsze ułatwić może wessanie zarazka. Równie niepewnem okaże się i wyluszczenie gruczołów chłonnych, gdyż nie możemy wiedzieć, które gruczoły zostały już zarażone, — a niektóre gruczoły okażą się niedosięgalnymi, z powodu swego położenia.

3. *Leczenie ogólne zapobiegawcze* jakkolwiek racjonalne i ludzkie, okazało się niepraktycznem, gdyż nie zapobiega ogólnemu zarażeniu, lecz je tylko opóźnia, — przyczem dalsze objawy choroby przestają być typowemi, stają się nieregularnemi, pojawiają się wcześniej ciężkie formy (zajęcia okostnej) choroby; — dla tego lepiej jest wstrzymać się z ogólnem leczeniem aż do okazania się ogólnych, dobrze wykształconych objawów.

II. Jakie korzyści przedstawiają środki ogólnie za skuteczne uważane — i na jakie patologiczne formy przymiotu?

Te środki powinny być uważane za najskuteczniejsze, przy użyciu których najszybciej i najtrwalej znikają objawy przymiotu, — a zatem i powroty choroby najpóźniej się pojawiają. Lecz podobna ocena skuteczności danej metody leczniczej bardzo jest trudną, gdyż tylko materyał z praktyki prywatnej może być tu spożytkowanym, materyał zaś kliniczny i szpitalny nie ma w tym celu żadnej wartości. Za skuteczne przyjąć należy to leczenie, po którym przynajmniej przez parę miesięcy nie ma żadnych objawów choroby i jeżeli pierwsza po leczeniu recydywa ma charakter lekki — ogranicza się do pewnej miejscowości (*regionär*), co natrafia się tylko przy formach późnych. Z tego punktu widzenia musimy poczytać rtecę za najskuteczniejszy środek przeciwprzymiotowy, — a *wcierania szaruchy za najskuteczniejszy i najpewniejszy sposób użycia i to nie tylko dla usunięcia miejscowych objawów, ale i na ogólne zakażenie, a zatem tak dla pozyskania trwałego skutku leczenia, jako też we wszystkich groźnych wypadkach, tylko wcierania szaruchy powinny być stosowanemi.*

KAPOSI przekłada officyalną masę szarą nad lanolinową i nad mydło merkuryalne, a to dla tego, że objawy żółdkowo-kiszkowe i ślinotok rzadziej się przy jej użyciu przytrafiają.

Kąpiele sublimatowe są nader skuteczne w przymiocie noworodków i przy obszernych owrzodzeniach u dorosłych.

Metoda podskórnych wstrzykiwań ma za sobą nierównie większą dokładność i ścisłość zastosowania. Nie jesteśmy jednak w stanie dotąd wydać stanowczej opinii o wartości licznych preparatów podskórnie używanych, a mianowicie: co do ich większej lub mniejszej łatwości rezorbcyjnej, bolesności, skłonności do powodowania ropni, bezpośredniej siły leczniczej, zachowania się co do powrotów choroby i t. d. — W ogóle można powiedzieć, że te preparaty rtecę działają najtrwalej i najpewniej zapobiegają recydywom, które najdlużej pozostają w organizmie.

Z pośród środków wewnętrznych najmniej obciążają żołądek: kalomel i *Hydrarg. oxydulatum tannicum* (*Lustgarten*). Nadają się one i w praktyce dziecięcej, — działają powolniej jak podskórne wstrzykiwania.

III. Które formy przymiotu i które peryody choroby najwięcej są odpowiednie do leczenia rtecą? Wszystkie formy skórne peryodu wczesnego i późnego, zajęcia kości i organów mięszszowych wewnętrznych, zajęcia systemu mózgo-rdzeniowego w peryodzie ostrym, — ostatnie zajęcia w późniejszych stadyach, jako też zajęcia stawów i bóle głowy przymiotowe ustępują pewniej i szybciej przy leczeniu jodem.

IV. Jakimi wskazówkami należy się kierować przy wyborze przetworu rteciovego?

Im energiczniej i wytrwalej prowadzonym będzie leczenie w pierwszym ostrym peryodzie, tem pewniej zapobiegniemy powrotom choroby i przewlekłemu jej przebiegowi. W tym peryodzie należy przeprowadzić kuracyą wcieraniami maści szarej, a gdy to nie jest możliwem, zastosować podskórne wstrzykiwania najtrwalszych przetworów t. j. sublimatu, kalomelu lub peptonatu rtęci. Wszystkich środków powolnie działających a w szczególności wewnątrz użytych należy unikać w tym peryodzie choroby. Natomiast ostatnie mogą być zastosowane, jak równie i lekkie podskórne wstrzykiwania przy formach późnych, lekkich i niebezpiecznych.—Ciężkie zaś objawy — jak: zapalenie tęczy, owrzodzenia błony śluzowej nosa i krtani, cierpienia mózgu i rdzenia pacierzowego, powinny być leczone energicznie.

V. Czy i jakie mianowicie szkody przynosi leczenie materyalne?

Przy starannej i bacznej obserwacyi żadnej szkody dla organizmu nie przynosi.

Jod szczególnie się zaleca przy bólach kostnych nocnych, zajęciach kości i stawów. Jod nie pomaga przeciw nadużyciu rtęci. Zadawanie samego jodu w pierwszym peryodzie choroby, stanowczo odradza KAPOSI.

Decoet. Zimani jest dzielnym środkiem w formach późnych, a w szczególności: przy owrzodzeniach gardła i skóry, zwłaszcza w połączeniu z leczeniem merkurjalnem.

VI. Czy tak zwane kuracje następce wywierają jakie specyficzne działanie na przymiot.

Ani kąpiele, ani hydroterapia, ani kuracye głodowe swoistego działania na przymiot—według KAPOSI'EGO—nie wywierają.

VII. Jak długo i jak często należy prowadzić przeciwprzymiotowe leczenie?

Pierwsze leczenie powinno być dość długo i starannie prowadzane; powtarzać zaś kuracyę należy tylko przy pojawieniu się pewnych i charakterystycznych objawów przymiotu.

VIII. Leczenie miejscowe niekiedy powinno stać na pierwszym planie, mianowicie: przy owrzodzeniach nosa i gardła.

Drugi referat w leczeniu przymiotu przedstawia prof. NEISSER z Wrocławia. Stawia on 3 główne pytania. Zanim jednak przystąpi do ich omówienia, zaznacza, że pytania te mogą być stanowczo rozwiązane tylko przez statystykę i to na zasadzie materyału, dostarczonego przez praktykę prywatną. Statystyka podobna nie może być zebrana przez jednego lekarza, lecz przez wielu—i to w ciągu dziesięciu lat, według jednakowych zasad, w formie pracy zbiorowej. Zasady, według których należy przy tem postępować, zostaną w dalszym ciągu wykładu uwzględnione.

Pierwsze pytanie: *Czy przez leczenie pierwotnych form przymiotu wpłynąć możemy i o ile na dalszy rozwój choroby?*

Pierwszym warunkiem leczenia form pierwotnych musi być ich rozpoznanie, które niekiedy dopiero przez dokładne wykazanie lasecznika przymiotowego da się udowodnić. Rozumie się samo przez się, że wycięcie pierwotnego zajęcia wtedy tylko może się okazać skutecznem, gdy ono rzeczywiście jest miejscowem. Możliwość zaszczepienia na posiadacza, z rezultatem dodatnim, dowodzi, że zarazek rzeczywiście utrzymuje się do pewnego czasu na miejscu. Prof. NEISSER twierdzi na zasadzie własnych doświadczeń i odnośnych publikacyj, że wycięcia dobrze wykształconych pierwotnych zajęć nie dały, w większej liczbie wypadków, dodatnich rezultatów, gdyż choroba pomimo to rozwinęła się ogólnie,—jednakowoż w pewnej, mniejszej liczbie wypadków, chorzy zostali przez wycięcie radykalnie uleczeni t. j. pozostali wolni od przymiotu,—a zatem przez wycięcie pierwotnego objawu możliwem jest wykorzenienie choroby, lecz prawdopodobieństwo tego jest dość nieznaczące.

(d. n.)

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Recherches sur le Cholera par W. NICATI et M. RIETCH. Paris 1886 str. 169.
(Poszukiwania nad cholera).

Sprawozdawca Dr. **Feliks Arnstein** lekarz w Kutnie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1).

ROZDZIAŁ II.

Obecność laseczniaka przecinkowego w kiszkach i w innych narządach chorych cholerycznych.

A. W k i s z k a c h.

W y p r ó ż n i e n i a. Dla zbadania wypróżnień najlepiej posługiwać się znajdującymi się w nich kosmkami ryżowymi.

Autorowie badali wypróżnienia 31 chorych z samego początku choroby; we wszystkich przypadkach zgodnie z wynikami poszukiwań Kocha znaleźli laseczniaki przecinkowe.

W wymiocinach obecność laseczników jest mniej stałą, prawie wyjątkową; ponieważ laseczniaki, jak wiadomo, w żołądku rozwijać się nie mogą, przypuszczać więc należy, że do wymiocin dostają się niekiedy z kiszek podczas samego aktu wymiotów. Na 8 przypadków wymiotów, tylko 3 razy znaleziono laseczniaki przecinkowe.

P o w i e r z c h n i a k i s z e k. Dla zbadania warstwy nabłonkowej kiszek autorowie zeszkrobywali ją i następnie zwyczajnym sposobem robili poszukiwania. Wyniki przez nich otrzymane są następujące:

1. Laseczniaki przecinkowe nie zostały znalezione w żołądku jakoteż w części dwunastnicy przytykającej do odźwiernika.

2. W przypadkach szybko przebiegających znaleziono laseczniaki na całej powierzchni reszty kiszek w połączeniu z komórkami nabłonkowymi; pod wpływem wilgoci pokojowej laseczniaki szybko się rozmnażają, a komórki nabłonkowe znikają, tak że niekiedy po 48 godzinach w miejsce warstwy nabłonkowej znajdujemy masę złożoną z samych laseczników.

3. W przypadkach, w których choroba trwała kilka dni wyniki badania były odmienne; nie znaleziono laseczników albo wcale, albo w nieznacznej ilości. W ogóle na 31 oględzin pośmiertnych w 25 przypadkach znaleziono laseczniaki; w przypadkach, które się szybko śmiercią kończyły były one bardzo liczne, w 6 przypadkach wcale ich nie znaleziono; były to przypadki w których śmierć nastąpiła po 5, 7, 10, 15 i 19 dniach (w jednym przypadku trwania choroby było niewiadomem).

I Koch otrzymał podobne mniej więcej wyniki. Na 79 przypadków spostrzeganych w Kalkucie tylko w pięciu nie znaleziono laseczników; były to również przypadki zastarzałe.

Wszyscy wogóle, którzy tak we Francji, Włoszech i Hiszpanii robili w latach 1884, 1885 poszukiwania (Cornil i Babes, Van Ermengen, Doyen, Watson, Cheyne, Pfeifer, Gibier, Ferran i t. p.) nad lasecznikami przecinkowymi, przyszedł do tych samych co i Koch wyników.

CECI i KLEBS z początku nie znaleźli laseczników we wszystkich przypadkach cholery, lecz od czasu gdy CECI zaopatrzył się w ulepszone narzędzia znajduje je stale nawet w tych samych preparatach, w których dawniej ich nie znajdował. EMERICH widzący w innym laseczniku przyczynę cholery znalazł go 8 razy na 10 oględzin.

W ogólności na więcej niż 1000 poszukiwań dotychczas zrobionych, laseczniaki przecinkowe znaleziono we wszystkich przypadkach szybko przebiegających, a tylko w nielicznych przypadkach, w których poszukiwania robione

były po 4 dniach choroby nie znaleziono ich w kiszkiach. Autorowie przeto twierdzą, że *lasecznik przecinkowy znajduje się co najmniej z początku choroby we wszystkich przypadkach cholery azjatyckiej.*

B. W tkankach i narządach.

Ściana kiszek. Autorowie robili poszukiwania nad skrawkami które stwardniały w alkoholu, przyczem znaleźli laseczniki w grubości warstwy nabłonkowej, pod nią; niekiedy znaleźć je można w połączeniu z innymi drobnoustrojami w gruczołach.

Kanały żółciowe, wątroba. Już w pierwszej epidemii, jaka miała miejsce w r. 1884 w Marsylii, autorowie znaleźli laseczniki w kanale i pęcherzyku żółciowym (2 razy na 5 przypadków); udało się autorom za pomocą żółci szczepić zwierzęta z dodatnim wynikiem. Poszukiwania robione w r. 1885 w zupełności potwierdziły powyższe wyniki; w obydwu epidemiach na 18 oględzin pośmiertnych 5 razy znaleziono laseczniki w żółci; były to przypadki zastarzałe.

Krew. Autorowie poddawali krew z 11 trupów cholerycznych hodowli i nie byli oni szczęśliwsi od Kocha, Straussa, Roux, Ceci. Ani razu nie otrzymali w ten sposób laseczników.

W śledzionie, nerkach, mięśniach i mózgu nie znaleźli ani razu laseczników.

W ogólności laseczniki przecinkowe nie znajdują w ustroju ludzkim z wyjątkiem kiszek dogodnego ośrodka dla życia.

Autorzy robili też poszukiwania nad patologicznymi produktami chorych cholerycznych. W jednym przypadku zapalenia płuc u chorego cholerycznego badali oni płuca, lecz oprócz koków i dopłokoków żadnych innych drobnoustrojów nie znaleźli.

Lasecznik przecinkowy umiejscawia się w kiszkiach, stąd może w zastarzałych przypadkach przejść do pęcherzyka i dróg żółciowych. Obecność jego w innych narządach nie została dotychczas stwierdzoną.

ROZDZIAŁ III.

Próby szczepienia.

Po szczegóły prób szczepienia autorowie odsyłają czytelnika do *Revue mensuelle de médecine* z miesiąca Czerwca 1885 r. W pracy zaś, której sprawozdanie podajemy, autorowie przedstawiają wyniki doświadczeń w ogólnych rysach.

A. Próby szczepienia wykonane u różnych zwierząt za pomocą materii otrzymanych od chorych cholerycznych.

Próby z krwią. Krew chorych cholerycznych zastrzyknięta pod skórę pozostaje bez skutku; dla przekonania się o wpływie krwi cholerycznej po zastrzyknięciu jej do żyły, autorowie zastrzyknęli dwum psom i jednej małej świni różne ilości krwi do żyły brzusznej lub goleniowej. Jeden pies po 2 dniach zdechł a przy oględzinach znaleziono: w sercu krew czarną bez skrzepów; w żołądku i górnych częściach kiszek krew w obfitości; laseczników nie wykryto. U drugiego psa i świni, które po 2 dniach wyzdrowiały, zauważono upadek sił i sinicę. Zastrzyknięta w żyły krew cholerycznych wywołuje zatem objawy otrucia, nie zaś cholery.

Próby z zawartością kiszek chorych cholerycznych. Zawartość kiszek zadawaną była przez jamę ustną świniom, kotom, psom zupełnie bezskutecznie; płyn kiszkiowy zastrzyknięty tymże zwierzętom wprost do dwunastnicy i kiszki cienkiej nie wywołał u tychże żadnego chorobowego zbroczenia; zastrzyknięty zaś do dwunastnicy po podwiązaniu przewodu żółciowego (*choledochus*) sprawdzał u zwierząt śmierć, a w kiszkiach znaleziono ogromny rozwój laseczników. Dla przekonania się, czy nieobecność żółci w stolcach

cholerycznych sprzyja rozwojowi laseczników, autorowie wstrzykiwali zwierzętom płyn kiszkowy wprost do przewodu żółciowego, poczem zauważyli u tychże objawy i zbroczenia, które mogły być uważane za identyczne z objawami cholery.

Próby z żółcią cholerycznych. Żółć świeża od cholerycznych zastrzyknięta została do przewodu żółciowego psów, przyczem zauważono, że gdy żółć ta zawierała laseczniki zwierzęta po 1 lub 2 dniach zdychały przy objawach właściwych cholery, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono laseczniki w kiszkiach; gdy zaś żółć chociaż od cholerycznych nie zawierała laseczników szczepienia pozostały bezskutecznymi. (d. c. n.)

Wiadomości bieżące krajowe.

— **Kassa wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.** W d. 22 Grudnia r. z. odbyło się posiedzenie Komitetu wymienionej Kassy, na którym przyznano wsparcia, w ogólnej kwocie 2580 rs. a mianowicie: 4-em lekarzom b. członkom kassy 290 rs., 1-mu lekarzowi, który nigdy składki dobrowolnej do kassy nie wnosił 30 rs.; 55 wdowom i sierotom pozostałym po uczestnikach kassy 1665 rs.; 23 wdowom i sierotom po nie członkach 595 rs. Tym sposobem jedna wdowa lub sierota z pierwszej kategorii otrzymała przeciętnie 30 rs., z drugiej zaś kategorii 26 rs.; jest to zatem wsparcie mniej niż skromne, a jednakże gdy zważymy na to, że w pierwszym półroczu rozdano r. z. wsparć w ogólnej summie 2510 rs., to wypadnie pokaźna kwota 5090 rs. jaką kassa w ubiegłym roku na wsparcia wypłaciła, nie licząc 450 rs. z zapisu ś. p. d-ra Bęcawicza, 5-ciu wdowom w Czerwcu r. z. wypłaconych i 150 rs. wypłaconych 1-mu lekarzowi z funduszu ś. p. d-ra Torańskiego. Wogóle zatem 5690 rs. w ciągu ubiegłego roku rozdano; jest to summa jak na nasze stosunki bardzo znaczna, a pomimo to każde pojedyncze wsparcie przeciętnie wynosi zaledwie 50 — 60 rs. rocznie. Z tego widzimy, że przeciętne wsparcie dla jednej osoby w 30-ym roku istnienia kassy prawie żadnej nie uległo zmianie, pomimo to, że kassa w tym roku wypłaciła 4 razy większą kwotę na wsparcia niż w 1860 r. (1395 rs.). Przyczyną tego jest nieproporcjonalny wzrost liczby osób potrzebujących wsparcia do wzrostu liczby członków składki do kassy wnoszących. Już w r. 1882 dr. Rogowicz w swoim projekcie „Kassy wzajemnego zabezpieczenia kapitału pośmiertnego dla wdów i sierot po lekarzach pozostałych” (Medycyna Nr. 28 i nast.) dowodził nas przekonaniem, że nie ma żadnych widoków, ażeby w dalekiej nawet przyszłości kassa mogła udzielać przeciętnie znaczne wsparcia dla jednej osoby, albowiem liczba osób wspierania potrzebujących ciągle nadmiernie wzrasta w stosunku do liczby nowych członków kassy. Aczkolwiek nie wątpimy o pomyślnym skutku odezwy jaką Komitet Kassy na ostatnim swem posiedzeniu postanowił wystosować do wszystkich jej członków tak w Warszawie jako też na prowincyi mieszkających, o podwyższenie dotychczas wnoszonych składek, to jednakże nie sądzimy, ażeby to zwiększyło fundusz ruchomy kassy więcej niż o kilkaset rub. sr. rocznie, a tem samem i pojedyncze wsparcia zaledwie o kilka rubli mogą stać się większemi. Dla tego też sądzimy, że jedynie zmniejszenie liczby potrzebujących wsparcia wdów i sierot może istotnie wpłynąć na znaczne powiększenie wysokości wsparcia na mniejszą niż dotychczas liczbę osób rozdzielonego. Że do tego doprowadziłaby projektowana przez d-ra R. kassa zabezpieczenia o tem zdaje się nikt już dziś nie wątpi. Co się jednak stało z tym projektem, nic pewnego nie wiemy, albowiem od roku przeszło nic o nim nie słyhać, a jednakże o ile nam wiadomo rzecz ta była doprowadzoną już do przedstawienia projektu władzy, która w zasadzie nic przeciwko utworzeniu takiej instytucji nie ma; jedynie zaszyły trudności przeważnie formalne, których usunięcie zależy od tutejszego Towarzystwa Lekarskiego, pod którego opieką i zarządkiem pozostaje istniejąca Kassa wsparcia.

— Na posiedzeniu wyborczem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 4 Stycznia r. b. odbytem, na rok bieżący obranemi zostali: na prezesa Dr. GEPNER, na vice-prezesa Dr. ROGOWICZ, na sekretarza dorocznego Dr. JAKOWSKI.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCHÉ. Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшава, 24 Декабря 1886 г.—Члѣнками Мѣлаха Зѣмлеклевѣца
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).