

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek jednoczesnego zranienia w dwóch miejscach odbytnicy, w tylną pęcherza moczowego i okrężnicy zagiętej (*S. romanum*) powikłanego ogólnym ostrym zapaleniem otrzewnej. Wyzdrowienie. Podał M. Borsuk. Zegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. z. suchot gardłanych. Napisał Z. Srebrny. (Ciąg dalszy).—**Streszczenia i przekłady.** 9. O wyborze miejsca do wstrzykiwań zawiesiny jodoformowej w gruźlicy stawu biodrowego. 10. Przypadek czynnościowej krzywoszyi wywołanej przez porażenie jednego z mięśni ocznych. 11. Przyczynę do etiologii pęcherzycy. 12. Crises gastriques przy nerce ruchomej. 13. Przyczynę do patologii i terapii samozakażenia. 14. Leukemia ostra. — **Krytyka i bibliografia.** Dr. C. Schimmelbusch. Przewodnik do aseptycznego leczenia ran. Spraw dr. S. Groszlik — Dr. Kadler. O środkach ochronnych od chorób wenerycznych. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie d. 17 Stycznia 1893 r. **Odcinek.** Powstanie i rozwój polikliniki wiedeńskiej. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z kliniki chirurgicznej szpitalnej Uniwersytetu Warszawskiego.

Przypadek jednoczesnego zranienia w dwóch miejscach odbytnicy, w tylną pęcherza moczowego i okrężnicy zagiętej (*S. romanum*), powikłanego ogólnym ostrym zapaleniem otrzewnej. Wyzdrowienie.

Podał **Maryan Borsuk** ordynator tejże kliniki.

Dnia 13 Sierpnia roku zeszłego Stanisław H. w czasie składania siana spadł ze stogu z wysokości jednego piętra i osiadł na luśni, to jest na ostrej żerdzi ustawionej przy wozie drabiniastym w sposób taki, w jaki wbijano kiedyś na pal przestępców. Po zdjęciu tego nieszczęsnego okazało się, że ostrza luśni nie było. Zrodziło się więc podejrzenie, że ono pozostało we wnętrzu chorego. Po opatrzeniu przez felczera, zaraz chorego przywieziono do Warszawy, dokąd tenże przybył za ledwo w nocy, gdyż wypadek ten stał się w odległości 45 wiorst od Warszawy. Wkrótce potem badałem chorego i znalazłem co następuje: chory wystraszony, z zapadłymi oczami, jęczy i skarży się na ból brzucha; ciepłota 38,5, tętno 88. Brzuch wzdęty, bardzo bolesny przy dotyku; chory niespokojny, wije się na łóżku. Mocz od czasu wypadku nie oddawał. Na pośladkach leżą jakieś szmaty przymocowane z lekka bandażami, po zdjęciu których okazała się rana z lewej strony w pobliżu otworu stolcowego zatkana kawałkiem płótna. Przy opukiwaniu brzucha wszędzie jednostajny odgłos bębenkowy. Złożyłem cewnik metalowy i wypuściłem około sześciu uncyi moczu krwawego, mętnego i cuchnącego. W obec tego, że to się działo w nocy, że przypuszczałem bardzo poważne zranienie, a nie miałem wtedy dostatecznej pomocy, zmuszony byłem odłożyć operację do następnego dnia, zastrzyknąłem tylko morfinę i zaleciłem pęcherz z lodem na brzuch i kawałki lodu do łykania, gdyż chory ciągle wymiotował. Nazajutrz to jest 14 Sierpnia ciepłota podniosła się do 39,5, tętno 120, brzuch więcej wzdęty, bolesny przy dotyku,

a przy opukiwaniu wszędzie dający odgłos jasny. Cewnikiem wypuściłem około 10 uncyi moczu cuchnącego, mętnego, przy czem razem z uryną przez cewnik wychodziły gazy; przy ucisku zaś na dolną część brzucha, strumień moczu chwilami pojawiał się na nowo. Wszystko to upoważniało do przypuszczenia, że pęcherz był zraniony, że otrzewna na nim także jest skaleczona, gdyż były wyraźne objawy ogólnego zapalenia otrzewnej.

Zabieg mój chirurgiczny rozpocząłem od tego, że po odpowiednim umyciu i zachloroformowaniu chorego, wyciągnąłem kawał płótna, założonego w ranie na pośladku. Wprowadziwszy palec przez tę ranę, wszedłem do odbytnicy powyżej zwieracza i pod kierunkiem tegoż palca, rozciąłem wszystkie warstwy między wprowadzonym palcem, a odbytnicą, na skutek czego mogłem wprowadzić prawie całe pół ręki do odbytnicy i wtedy znalazłem dużo wyżej nad gruczołem krokowym, ranę drążącą w kierunku pęcherza. Dalszego badania zaniechałem, uważając to za niepotrzebne, a nawet szkodliwe, i wnet przystąpiłem do laparotomii.

Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że przy rozcięciu ściany brzusznej miałem silne krwawienie tętnicze i żyłne. Po otwarciu jamy brzusznej, wyłał się obficie płyn mętny. Otrzewna mocno zaczerwieniona, nastrzyknięta, kiszki niesłychanie rozszerzone. Zaraz po otwarciu brzucha, chory zaczął nadymać się i duża ilość kiszek wyszła na zewnątrz. W tej chwili zawinąłem je w ciepłe serwety, rozszerzyłem ranę brzuszną w dół i powyżej pępka, i pozostałe kiszki zacząłem wyciągać z jamy miednicy. Tutaj na esowatem zagięciu (*S. romanum*) znalazłem co następuje: kiszka, kawałkiem drzewa przebita w dwóch miejscach, w obu otworach sterczy kawał drzewa, który miał długości 8 ctm., grubości palca małego, jeden koniec mocno zaostrozony. Po wyjęciu tego kawałka drzewa, zaczął się kał z kiszki wylewać. W celu zapobieżenia temu, ścisnąłem otwory klamrami powyżej i poniżej miejsc zranionych, i owinałem gazą jodoformową. Oddając pomagającemu mi koledze SAWICKIEMU kiszki wyciągnięte na zewnątrz i zawinięte w ciepłe serwety do trzymania, zajrzałem wgłąb miednicy i znalazłem tam ranę w formie owalnego otworu. Po założeniu kateteru okazało się, że otwór ten prowadzi do pęcherza; przy tem na dnie dołu DOUGLASA spostrzegłem kilka kawałków kału. Po oczyszczeniu możliwem gąbką i okrwawieniu brzegów rany pęcherza, zaszyłem ją szwem dwupiętrowym. Nakładanie tych szwów, było bardzo trudne, gdyż otwór leżał głęboko na tylnej ścianie pęcherza.

Następnie wyciąłem klinowato część skaleczoną okrężnicy i zeszyłem szwem klasycznym trzypiętrowym. Nakoniec, wprowadziłem do jamy otrzewnowej wszystkie kiszki, co było niezmiernie trudnem wobec ich rozszerzenia; dosyć zanotować tylko to, że to odprowadzanie zajęło mi więcej niż pół godziny czasu. Po oczyszczeniu jamy otrzewnowej, zaszyłem brzuch, zakładając w dolny odcinek rany worek MIKULICZA, który to worek sięgał do dołu DOUGLASA. Operacja trwała całe trzy i pół godziny; wykonałem ją przy pomocy kolegi Br. SAWICKIEGO i studenta piątego kursa KOCIATKIEWICZA. Choremu założyłem cewnik na stałe. W parę godzin później chory odzyskał przytomność, skarżąc się na ból brzucha, wtedy zastrzyknąłem mu morfinę, położyłem pęcherz z lodem na brzuch, a także zaleciłem kawałki lodu do połykania.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota była 37,5, tętno 100. Następných

dni ciepłota nie przewyższała 37,5 a tętno trzeciego dnia było już 72. Wzdęcie brzucha powoli ustąpiło. Chory dostawał w dużej ilości mawkowiec, a pęcherz trzy razy dziennie był przemywany roztworem sublimatu (1:20,000). Ósmego dnia usunąłem cewnik, a przez kilka dni następnych musiałem jeszcze mocz wypuszczać przy pomocy cewnika. Worek MIKULICZA został wysunięty przez bujną ziarninę we dwa tygodnie po operacji, reszta zaś rany brzusznej, zgoiła się przez rychłozrost. Muszę przytem tu dodać, że ranę odbytnicy zaraz po operacji wypełniłem gązą jodoformową, którą usunąłem czwartego dnia zaledwo. Od tego dnia chory miał lekko przemywaną odbytnicę wodą ciepłą z dodaniem minimalnej ilości sublimatu. Po trzech tygodniach pozwoliłem wstać choremu. Pierwsze wypróżnienia były już czwartego dnia po operacji i były bezwiedne z powodu przecięcia zwieracza, co trwało prawie dwa tygodnie. W piątym tygodniu od czasu operacji, chory opuścił klinikę zdrów zupełnie; wypróżnienie i oddawanie moczu było prawidłowe.

W dniu 20 Września 1892 roku przedstawiłem pacyenta na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W literaturze, podobnego przypadku, to jest jednoczesnego skaleczenia kiszek i pęcherza, nie znalazłem. Trzy lata temu, kol. JAWDYŃSKI w Gazecie lekarskiej w Nr. 32 i 33 za rok 1890 opisując przypadek skaleczenia pęcherza, zebrał bardzo dokładnie statystykę zranień pęcherza i opisał ich mechanizm, leczenie i rezultaty. Od czasu pracy kol. JAWDYŃSKIEGO, w dostępnej mi literaturze przypadków skaleczeń pęcherza od zewnątrz nie znalazłem, zaznaczam od zewnątrz, gdyż są liczne opisy pęknięć pęcherza w skutek nadmiernego przepełnienia (MIKULICZ) lub w skutek ciał obcych, wprowadzonych przez cewkę moczową (MARTIN). Są to przypadki względnie częste, trudne niejednokrotnie do rozpoznania, ale wogóle dające dobre rokowanie przy energicznym chirurgicznym leczeniu (laparatomia i zeszytie), gdyż przy podobnych pęknięciach wylany do jamy brzusznej mocz przez czas długi stosunkowo, nie wywołuje zapalenia otrzewnej. Inaczej za to skaleczenie kiszek się przedstawia. Literatura chirurgiczna od bardzo dawna liczne daje opisy skaleczeń kiszek, i do ostatnich czasów, to jest do czasów wprowadzenia antyseptyki, uważała te zranienia za bardzo niebezpieczne, prawie śmiertelne, szczególnie jeśli po tem skaleczeniu następowało wylanie się zawartości kiszek do jamy otrzewnowej. Nawet nie w tak odległych czasach, spotykamy podobne zdania ludzi znakomitych i wielce doświadczonych.

Sławny STROHMAYER powiada, że ani razu nie widział wyleczenia po zranieniu jelit, i z tego względu nie bardzo ufa nawet energicznemu zabiegom chirurgicznym w podobnych przypadkach. Obecnie mamy jeszcze chirurgów, którzy przy ranach drażących do jamy brzusznej, albo wcale nie starają się leczyć ich drogą chirurgiczną przez laparatomię i dokładne opatrzenie trzewiów, albo przystępują do tego rękoczynu dopiero przy wyraźnych oznakach zranienia narządów brzusznych, lub objawach ogólnego zapalenia otrzewnej t. j. w chwili, kiedy nie mają już nic do stracenia, a raczej, bardzo małe szanse wyleczenia.

Pojawienie się antyseptyki ogromnie zmieniło pod tym względem zapatrywania, chociaż i dziś procent uzdrowień nie okazuje się świetnym. I tak, według CHAUVEL'a odsetka śmiertelności zależy bardzo od czasu, kiedy wykonano operację: im wcześniej, tem lepiej; 30% w razie operowa-

nia przed upływem 24 godzin od czasu wylania się kału do otrzewnej. W razie późniejszego operowania, wszyscy prawie chorzy umierają, a co najmniej 90%; potwierdza to OTIS i NEUDÖRFER. Z tem wszystkiem jednak, chociażby były objawy ogólnego zapalenia otrzewnej, operować prawie wszyscy radzą, między innymi CHAUVEL, POSTĘPSKI i KÖRTE. Ten ostatni na XXI kongresie niemieckich chirurgów ogłosił 19 przypadków ropnego zapalenia otrzewnej, operowanych przez siebie; z tych sześć — z dobrem zejściem.

Odróżnia on trzy rodzaje ropnego zapalenia otrzewnej: 1) gnilne, 2) ropne bez tendencji do odgraniczenia się, i 3) ropne ograniczone. Pierwszą kategorię tych zapaleń uważa KÖRTE prawie za bezwarunkowo śmiertelną, operować jednak radzi. Mój obecny przypadek powinien dośladnie przekonać o słuszności tego wymagania, i powinien skłonić do energicznych zabiegów chirurgicznych, w każdym przypadku zranienia trzewiów brzusznych, nawet z wyraźnymi objawami ogólnego zapalenia otrzewnej. Tą drogą jedynie można uratować chorego.

Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. z. suchot gardłanych.

(według odczytu, wygłoszonego w r. z. na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Warsz.)

Napisał Z. Srebrny.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 3).

Z tem wszystkiem przyznać muszę, że i ja pozbyłem się jednostronności w leczeniu gruźlicy krtani, i to na korzyść leczenia krwawego, które w pewnych razach uważam za właściwsze, niż żegadło. Tu należą przede wszystkim nacieki więzów nagłośnio-nalewkowych, których przypalać nie miałem odwagi z powodu znanej skłonności ich do groźnych obrzęków. Dalej sądzę, że przy zajęciu chrząstki i chrząstek krtani, racjonalniej jest usunąć zupełnie chorą chrząstkę, niż przypalać pokrywającą ją nacieczoną błonę śluzową. W samej rzeczy, usunięcie więzów nagłośnio-nalewkowych i chrząstek nalewkowych, gruźliczo zmienionych, dokonane przezemnie przed niedawnym czasem zapomocą narzędzia KRAUSE'GO, okazało się operacją tak dogodną, że każdemu mógłbym ją gorąco polecić. Za to każde nacieczenie i owrzodzenie nagłośni, okolicy chrząstek nalewkowych (bez zajęcia samych chrząstek), strun prawdziwych i rzekomych, oraz części międzynalewkowej, pozostawię sobie nadal do traktowania dotychczasowego. Jeżeli cierpieniem dotknięta jest część podstrunowa krtani i dostęp do chorych miejsc *per vias naturales* jest zbyt trudny, w takim razie najwłaściwszem byłoby rozłupanie krtani z następczem usunięciem gruźliczo zmienionych tkanek.

Wogóle zaś do wszelkiego leczenia energiczniejszego należy kwalifikować tylko takich chorych, którzy przy znośnym stanie ogólnym nie zdradzają zbyt daleko posuniętych zmian w płucach, krtani i gardzieli. Łyżeczkowanie lub przypalanie gruźliczych tkanek w takich przypadkach, jak podane przezemnie w spostrzeżeniu 5 i 10, a których w zbytnim zapale nie zawahałem się poddać leczeniu miejscowemu, mogą tylko zdyskredytować metodę leczniczą i zniechęcić stosującego ją lekarza.

II.

Gdybyśmy, cofnawszy się o 10 lat wstecz, spojrzeli na działalność laryngologów w suchotach krtaniowych i porównali ją z tem, co obecnie, dzięki niezmordowanej energii trzech szermierzy na tem polu: SCHMIDT'A, KRAUSE'GO i HERYNG'A, zrobić jesteśmy w stanie, litość ogarnęłaby nas na widok niemocy naszych poprzedników, ich zaś wprowadziłyby w zdumienie nasze zwyciężkie usiłowania wobec rozległych nawet zmian gruźliczych krtani. Ale zwycięstwa te nie decydują jeszcze o wartości leczenia, wskazują one tylko, że pewne środki są w stanie doszczętnie usunąć ogniska t. z. gruźlicy miejscowej. Wartość każdej metody leczniczej mierzy się stopniem korzyści, jaki z niej odnoszą chorzy. O tej korzyści właśnie pomówić chcemy.

Primum est, ne noceas. Rozpatrzmy więc kwestyę najpierw z tej strony, co wydaje mi się być usprawiedliwionem wobec częstych nawiązywań VERNEUIL'A i jego uczniów o niebezpieczeństwach, z jakimi połączoną jest operacya u suchotnika, niebezpieczeństwach, polegających na możliwości obostrzenia się drzemiącej w jakimkolwiek narządzie gruźlicy, lub uogólnienia się jej. Kwestya ta podniesioną została po raz pierwszy w r. 1883 przez VERNEUIL'A na jednym z posiedzeń paryskiego towarzystwa chirurgicznego. Przestrogi jego w tym kierunku przyjęte zostały przez wszystkich prawie z niedowierzaniem Upatrywano w przytoczonych przez niego nieszczęśliwych zejściach zwyyczajny zbieg okoliczności. Wkrótce jednak wielu chirurgów francuskich wystąpiło z analogicznymi faktami, a wreszcie głosy przytakujące odezwały się i ze strony Niemiec, że wymienię tu tylko dwa głośne nazwiska KOENIG'A i LANDERER'A. Pierwszy ¹⁶⁾ w pracy swej o gruźlicy kości i stawów wspomina o 16 przypadkach operowanych, zakończonych wkrótce po operacyi śmiercią z powodu uogólnienia się gruźlicy. „Nie można było oprzeć się wrażeniu“, powiada autor, „że w przypadkach tych gruźlica została jakby zaszczipioną“. Dalej zaś utrzymuje, że należałoby jeszcze dobrze zastanowić się nad tem, czy liczba przypadków śmierci, spowodowanych takim „zaszczipieniem“ nie jest większą, niż ilość tych spostrzeżeń, w których operacya zapobiega rozwojowi gruźlicy trzewiowej.

LANDERER ¹⁷⁾ w artykule o nowym sposobie leczenia spraw gruźliczych, wypowiada zdanie, że przy gruźliczych cierpieniach kości, pomimo poprzedzającego dobrego stanu ogólnego, w następstwie operacyi, dokonanej nawet szczęśliwie, często występuje zwrot ku gorszemu i prztem rzadziej z powodu samej choroby kości, niż przez rozwiniecie się gruźlicy trzewiowej.

Chcąc zdobyć jakąkolwiek pewność, o ile obawy VERNEUIL'A są usprawiedliwione, należałoby, na zasadzie dokładnych i wielkich cyfr, znaleźć odsetkę takich nieszczęśliwych powikłań. Nie łudziłem się jednak, aby uskutecznienie tego przez przejrzanie odnośnej literatury, nawet za długi okres czasu, było możliwem, wielu autorów bowiem nie ogłasza wyniku swoich operacyi, inni chętnie obwieszają swia-

¹⁶⁾ König. Die Tuberculose der Knochen und Gelenke 1884.

¹⁷⁾ Landerer. Eine neue Behandlungsweise tuberculöser Processe. Münch. med. Woch. 1888. NN. 40 i 41.

tu o szczęśliwie zakończonych przypadkach, zachowując dyskretne milczenie o niepomyślnych, inni wreszcie, fałszywie tłumaczą przyczynę zejścia śmiertelnego. Porzuciwszy tedy nadzieję zgłębienia kwestyi do gruntu, uważałem jednak za rzecz godną zachodu przekonać się choć w przybliżeniu, jak często po najrozmaitszych rękoczynach chirurgicznych u suchotników zdarza się obostrzenie gruźlicy trzewiowej lub jej uogólnienie się. Przeglądając tedy w tym kierunku dostępną mi literaturę za ostatnie lat 10, zdołałem zebrać, oprócz zdań ogólnikowych, 148 tego rodzaju przypadków. Nadmieniam przytem, że brałem w rachubę tylko takie spostrzeżenia, w których początek obostrzenia się lub uogólnienia gruźlicy występował w pierwszych kilkunastu dniach po operacji; przypadki, w których pogorszenie objawiało się po upływie całych miesięcy, wykluczyłem, jakkolwiek i takie bywają przytaczane na poparcie poglądu VERNEUIL'A.

Dodać winienem jeszcze, że w większości tych spostrzeżeń wykonane były oględziny pośmiertne, które wykazywały obecność świeżych gruzełków obok starych ognisk *resp.* prosówkową gruźlicę narządów poprzednio zdrowych, oraz że w żadnym z poddanych sekcji przypadków nie znaleziono przyczyny uogólnienia się gruźlicy w postaci, na przykład, zropiałego gruczołu oskrzelowego, który otworzył się do tchawicy. Wspominam o tem dla tego, że nieszczęśliwe zejście po operacji może być przypisywane takiemu przypadkowemu zbiegowi okoliczności.

Z pomiędzy wspomnianych 148 spostrzeżeń znajdzie czytelnik 62 zebranych w I tomie „*Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*“, wydawanych pod redakcją VERNEUIL'A¹⁸⁾. Jest ich tam właściwie 77, lecz 15 nie uwzględniam, ponieważ z różnych przyczyn nie dają się tu podprowadzić. Dalsze przypadki przedstawiają się w następujący sposób:

63) BRUNN: 18-letnia dziewczyna, dobrze odżywiona, bez objawów ze strony płuc, bez momentu dziedzicznego. Gruźlica kości stopy. Ropień. *Incisio*. Kompletne zagojenie. Wkrótce: *laryngotracheitis, bronchitis, bronchopneumonia, tuberculosis miliaris*. Śmierć po upływie kilku miesięcy po operacji¹⁹⁾.

64) ROSMANIT: na 47 rezekcji stawu biodrowego z powodu gruźliczego zapalenia, i przypadek śmierci, spowodowanej gruźlicą opon mózgowych w 8 tygodni po operacji²⁰⁾.

65) BERTHOD: 29-letni mężczyzna; stan ogólny zadawalniający; przypuszczalnie nie obarczony dziedzicznie. *Coxitis tuberculosa; abscessus periarthicularis. Incisio et excochleatio*. W 9 dni po operacji, bez przyczyny ze strony rany ciepłota zaczyna się podnosić, wkrótce występują objawy zapalenia opon mózgowych. 20 dnia po operacji śmierć. Sekcja: *Menigitis tuberculosa*; małe ogniska gruźlicze starej daty w szczycie prawego płuca²¹⁾.

66—81) KOENIG: 16 operacji na stawach gruźliczych, po których wybuchła ostra gruźlica²²⁾.

¹⁸⁾ Demars. De la généralisation tuberculeuse après l'ablation d'un tubercule initial local. Verneuil. Remarques sur le même sujet. Métaux et Verchère. Méningite tuberculeuse post. traumatique.

¹⁹⁾ Deutsche medicin. Zeitung T. X. p. 469.

²⁰⁾ Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 18. H. I.

²¹⁾ Gazette med. de Paris. Nr. 27—1884.

²²⁾ Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke 1884.

82) CAUMONT: na 77 operacyi przy gruźliczem zapaleniu stawu biodrowego i przypadek śmierci z powodu gruźlicy ostrej ²³⁾.

83) GRÜNFELD: na 150 operacyi wyluszczenia gruźliczych gruczołów na szyi, i przypadek śmierci, spowodowanej gruźlicą ostrą ²⁴⁾.

84) VETSCH: na 20 rezekcyi stawów kończyny górnej, i przypadek gruźlicy opon mózgowych, zakończony śmiercią, w 2 miesiące po operacyi. Sekcja: ognisko serowate w mózdzku, gruźlica opon mózgowych, gruźelki prosówkowe opłucnej lewej ²⁵⁾.

85—87) Aleks. FRAENKEL: na 128 operacyi z powodu gruźliczych gruczołów na szyi, 3 przypadki gruźlicy płucnej bezpośrednio po operacyi ²⁶⁾.

88) DEVOS: chłopiec l. 9, dziedzicznie obciążony. Stan ogólny lichy. Gruźlica kości udowej i stawu biodrowego; przetoka. *Incisio et excochleatio fistulae*. Nazajutrz wymioty i wysoka gorączka; wkrótce wyraźne objawy zapalenia opon mózgowych oraz gruźlicy płuc, 12 dnia śmierć. Sekcja: *Meningitis tuberculosa*. W prawem płucu stare i świeże ogniska gruźlicze, w lewem tylko świeże ²⁷⁾.

89) DEHIO: mężczyzna zdrowy i silny bez objawów chorobliwych ze strony płuc. Guz struny rzekomej, uważany za nowotwór złośliwy. Rozłupanie krtani i wycięcie chorej struny. Rana nie goiła się, pokryła się nalotem szarym; w okolicy ukazały się gruźelki prosówkowe, wystąpiła gorączka, poty nocne i szybko postępujące zmiany w płucach. Przy wzrastającym upadku sił chory zmarł w 2 miesiące po operacyi ²⁸⁾.

90) SCHEFFARD: po wycięciu gruźliczego owrzodzenia języka, które uważane było za rakowe, wybuchła gruźlica prosówkowa ²⁹⁾.

91) BENNETT: po operacyi na nerce gruźliczej powikłanie płucne z zejściem śmiertelnem ³⁰⁾.

92) LAENNEC: uogólnienie się gruźlicy bezpośrednio po usunięciu gruźliczego jądra ³¹⁾.

93) JAWDYŃSKI: mężczyzna sześćdziesięciokilkoletni, słabo odżywiony, z objawami włóknistej postaci suchot płucnych. Gruźlica obu jąder. Kastracja. Po zupełnem zagojeniu się ran wybuch ostrej gruźlicy płucnej, zakończony w krótkim czasie śmiercią ³²⁾.

92) POLAILLON ET LEGRAND: *Myoma vesicae urinariae. Ablatio. Tuberculosis acuta. Mors* ³³⁾.

95) GRANIER: uogólnienie się gruźlicy po kastracyi u mężczyzny ³⁴⁾.

96—103) THIÉRY: na 145 operacyi na narządach gruźlicą dotkniętych,

²³⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. XX.

²⁴⁾ Erfahrungen über die Exstirpation tuberkulöser Halslymphdrüsen. Prager Vierteljahrs. f. Heilkunde 1887.

²⁵⁾ Endresultate der Gelenkresection an d. oberen Extremitäten. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 16.

²⁶⁾ Zur Histologie, Aetiologie und Therapie der Lymphomata colli. Prager Ztschr. f. Heilkunde. Bd. VI. HH. 2. 3.

²⁷⁾ Presse méd. belge. Nr. 16—1887.

²⁸⁾ St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 16—1888.

²⁹⁾ Annales of surgery. Novembr. 1888.

³⁰⁾ Brit. med. Journ. T. I. p. 282.

³¹⁾ Gazette med. de Nantes. T. V. p. 117.

³²⁾ Spostrzeżenie nie ogłoszone. Za zgodą szan. kol. Jawdyńskiego umieszczam je tutaj.

³³⁾ Annales des malad. des org. génito-urin. 1888.

³⁴⁾ Arch. de méd. et pharm. milit. T. XIII. p. 194.

7 przypadków śmierci z powodu gruźlicy ostrej lub zapalenia opon mózgowych i i bardzo znaczne pogorszenie stanu ogólnego ³⁵⁾).

104—112) BOECKEL: na 204 amputacje i rezeckye z powodu gruźlicy, 9 przypadków obostrzenia się gruźlicy trzewiowej z zejściem śmiertelnem ³⁶⁾).

113—117) SCHWARTZ: na 200 operacji u chorych gruźliczych, 5 razy wybuchła gruźlica ostra ³⁷⁾.

118) LEONTÉ: w liczbie 68 operacji, 1 przypadek uogólnienia się gruźlicy po rezeckyi stawu kolanowego ³⁸⁾.

119—142) LEROUX: 24 pogorszenia stanu ogólnego po operacjach u osobników gruźliczych ³⁹⁾.

143—144) AUBERT: po nacięciach na skórze, dotkniętej wilkiem, raz śmierć z powodu gruźlicy ostrej, raz gruźlicze zapalenie opłucnej ⁴⁰⁾.

145) HALL: po amputacji goleni z powodu wilka, zapalenie opłucnej ⁴¹⁾.

146—147) DEMME: dwa przypadki gruźlicy prosówkowej po wyskrobananiu wilka ⁴²⁾.

148) DOUTRELPONT: śmierć z powodu gruźliczego zapalenia opon mózgowych po wyskrobananiu wilka twarzy u zdrowej i dobrze odżywianej dziewczyny ⁴³⁾.

Rzecz prosta, że znaleziona przezemnie liczba 148 nie może dać nam żadnego pojęcia o częstości powikłania, o jakim mówimy. Prędeż już pod tym względem mają wartość cyfry, jakich dostarczyły mi podane wyżej sprawozdania kilku chirurgów, z których okazuje się, że odsetka niepomyślnych w rozbieranym kierunku zejść waha się między 0,7 a 5,5. Najważniejsze jednak w tem obliczeniu znaczenie mają statystyki BOECKEL'A i SCHWARTZ'A, jako oparte na dużych stosunkowo liczbach, 204 i 200. Tutaj odsetka wynosi 4,5 *resp.* 2,5. Przeglądając statystyki te, można zauważyć, że liczba przypadków nieszczęśliwych zależy od narządu, na którym operowano, i od rodzaju operacji: naprzykład, operacje na kościach i stawach dają najwięcej przypadków uogólnienia się gruźlicy lub zapalenia opon mózgowych, a z rodzaju operacji — rezeckya, skrobanie i w ogóle takie rękoczyny, przy których nie można być pewnym, że wszystko chore zostało usunięte. Bardzo staranne zestawienie tego znajdujemy w cytowanej pracy THIÉRY'EGO.

(dok. nast.)

STRESZCZENIA i PRZEKŁADY.

9. BÜNGNER. O wyborze miejsca do wstrzykiwań zawiesiny jodoformowej w gruźlicy stawu biodrowego. Pomijając znaną już wartość kliniczną tej metody leczenia gruźlicy stawów, autor porusza tylko stronę jej techniczną dla stawu biodrowego, stawia mianowicie pytanie, jaka jest najdogodniejsza droga do

³⁵⁾ Suites immédiates des opérations. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. T. II. Z. II.

³⁶⁾ Cyt. w pracy Thiéry'ego.

³⁷⁾ Cyt. w pracy Thiéry'ego.

³⁸⁾ Cyt. w pracy Thiéry'ego.

³⁹⁾ Cyt. w pracy Thiéry'ego.

⁴⁰⁾ Le traitement du lupus à l'Antiquaille. Annales de Dermat. et Syph. 1883.

⁴¹⁾ Tuberkulose der Haut. Inaug. Diss. Bonn. 1879.

⁴²⁾ Bericht der Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitals. 1883.

⁴³⁾ Die Aetiologie des Lupus vulg. Vierteljahrsehr. f. Dermatol. und Syph. 1884. Dtsch. med. Woch. Nr. 7. 1885.

jamy stawowej dla trójkątka lub igły. Jest to kwestya, dotychczas przez chirurgów mało poruszana.

KRAUSE w tym celu zaleca użycie trójkątka (7—9 cm. długości), który choremu w leżącej pozycji wkłada tuż nad górnym brzegiem krętarza wielkiego, pośrodku między jego przednim i tylnym obwodem, prostopadle do osi kończyny. Kończyna przytem winna zostawać w położeniu ksobnem i na wewnątrz obrócona; unikać należy jej zgięcia lub położenia odsiebego. Zwolna posuwając się, odczuwamy trójkątciem kość, mianowicie główkę lub szyjkę kości udowej. Przy możliwym stopniu ksobnego położenia wchodzimy między główkę i brzegiem panewki do szczeliny stawowej.

Odszukanie jednak szczeliny stawowej przy podobnem postępowaniu nie należy do zadań łatwych, zwłaszcza wobec jej możliwego zwężenia lub stwardnień okoławstawowych (*tumor albus*); bardziej wszakże zmniejsza wartość tej metody wymaganie pewnego ustawienia kończyny, które rzadko w pożądanym stopniu osiągnąć się daje, szczególnie w okresie rzekomego wydłużenia (*flexio, abductio* i obrócenie na zewnątrz), lub wymaga każdorazowego użycia narkozy.

KÜSTER od lat 3 używa sposobu, o wiele pewniejszego i prostszego: na linii prostej, łączącej punkt skrzyżowania tętnicy udowej i gałęzi poziomej kości łonowej z wierzchołkiem krętarza wielkiego, na wewnętrznym brzegu mięśnia krawieckiego (*sartorius*) wkładamy igłę w kierunku strzałkowym. Trafia ona do stawu biodrowego, który z przodu najbardziej jest dostępny, z powodu powierzchownego położenia i tej okoliczności, iż worek stawowy pokrywa z tej strony całą prawie szyjkę kości udowej. Naczynia udowe, przebiegające bardziej na wewnątrz, nie mogą być tak łatwo uszkodzone.

Zachęcony dobrymi wynikami przy tym sposobie postępowania, zajął się autor bliższą oceną obu metod. W tym celu wykonał szereg doświadczeń na 25 trupach, które stanowczo dowiodły wyższości metody KÜSTER'A. Za pomocą igły, długości 7 cm., robione były wkłucia do stawów biodrowych, po jednej stronie metodą KRAUSE'GO, po drugiej zaś KÜSTER'A. Do wstrzykiwań używano zwykłej szprycy PRAVAZ'A i płynu zabarwionego (mieszanina błękitu berlińskiego i żelatyny), około 10 cm. na raz. W kilka godzin lub bezpośrednio po tej operacji otwierano stawy cięciem LANGENBECK'A. Z 25 wstrzyknięć KRAUSE'GO 6 nie dosięgły zupełnie stawu, w pozostałych zaś 19 przypadkach płyn zabarwił prawie wyłącznie górną, przednią i tylną powierzchnię główki i szyjki udowej, nie przenikając do dolnej ich powierzchni i do panewki. Metoda używana przez KÜSTER'A i autora, we wszystkich 25 próbach dała wynik całkiem pożądanym: płyn pokrywał grubą warstwą główkę i panewkę (zwykle miejsce ognisk gruczłowych), szyjka zaś (rzadziej przez gruczoł zajętą) pokryta była gdzieniegdzie i niezupełnie.

Na mocy tych doświadczeń, dotychczasowe niezbyt zadawalniające wyniki przy stosowaniu zawiesiny jodoformowej w gruczolicy stawu biodrowego, wyjaśnić się dadzą nieodpowiedniem jej użyciem; częstokroć bowiem lek mógł zgoła stawu nieosiągnąć. Na tę okoliczność zwraca uwagę i TRENDLENBURG.

Do wstrzykiwań nadaje się najlepiej strzykawka o 10 grm. objętości, z igłą grubości 1 mm. i długości 5—7 cm. BRUNS i autor nie zalecają uprzednich przemywań jamy stawowej, gdyż one nie dają lepszych wyników; wstrzykuje naraz 5—10 grm. 20% zawiesiny. Przy ropieniu wewnątrz lub okoławstawowem ropę należy usunąć przez igłę, poczem zastrzyknąć 10—30 grm. tejże zawiesiny dla wypełnienia powstałej próżni. Wstrzykiwania mięszone dokonywają się co 8 dni, wewnątrz lub okoławstawowe w 2—4 tygodniowych odstępach czasu.

Zawiesina winna być przed użyciem wyjałowiona.

(*Centrbl. f. Chir. Nr. 51, 1892*). Z. Sł.

10. A. NIEDEN. Przypadek czynnościowej krzywozysy (*Torticollis*) wywołanej przez porażenie jednego z mięśni ocznych. U 5-letniego chłopca, po napadach drgawek, spowodowanych prawdopodobnie przewlekłym zapaleniem opon mózgowych, wystąpiło skrzywienie szyi w stronę prawą. Skrzywienie to z początku nie było stałem, ale zjawiało się, ilekroć chłopiec w cośkolwiek się wpatrywał, pisał lub czytał. Z czasem, gdy wstąpił do szkół i nauce więcej czasu poświęcał, skrzywienie szyi stało się nieledwie stałem. W ciągu 6 lat stosowano elektryczność, mięsienie i bandaż elastyczny, bez żadnej jednak korzyści. Gdy

autor badał chorego po raz pierwszy, znalazł w oku lewym niedowład mięśnia prostego górnego. Teraz stało się zrozumiałem pochodzenie skrzywienia szyi. Bezwład mięśnia prostego górnego wywołał przykre dla chorego podwójnowidzenie: pochylenie głowy na stronę przeciwną miało na celu zniesienie podwójnowidzenia, a to w sposób następujący. Oko lewe, porażone, stało niżej od prawego. Przy pochyleniu głowy na stronę prawą i ku tyłowi (pod działaniem mięśnia obojczyko-mostko-sutkowego), chory, chcąc patrzeć na przedmiot jakiś, znajdujący się przed nim, musiał kierować oko prawe więcej ku dołowi, niż przy normalnem położeniu głowy, a więc ustawiał to oko tak, jak stało lewe, a przez to usuwał lub zmniejszał przynajmniej podwójnowidzenie. Ten sam objaw, spostrzegamy np. przy porażeniu mięśnia prostego zewnętrznego: głowa zwraca się ku stronie porażonego mięśnia.

W opisanym przypadku, dla usunięcia skrzywienia szyi wykonaną została operacja przescięcia ku przodowi przyczepu porażonego mięśnia (*antepositio m. recti superioris*), która przywróciła oku lewemu prawidłowe położenie i podwójnowidzenie znikło. Skrzywienie szyi trwało jeszcze czas jakiś, ale po parotygodniowym noszeniu kołnierza tekturowego przeszło bez śladu.

Autor wspomina o 5 znanych w literaturze przypadkach czynnościowej krzywoszyi wskutek porażenia mięśni ocznych; tylko w jednym z nich wykonana została operacja, która doprowadziła do zupełnego wyprostowania szyi.

(*Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. Listop. 1892*). B. R. G.

11. Dr. STRELITZ. **Przyczynek do etiologii pęcherzycy.** Autor, asystent polikliniki BAGIŃSKIEGO w Berlinie, powołując się na swą pracę, ogłoszoną w r. 1890, poddawał badaniom bakteriologicznym zawartość pęcherzyków przy pęcherzycy noworodków (*pemphigus neonatorum*). Hodowle na rozmaitych gruntach były podobne do hodowli gronkowca złocistego i białego (*staphylococci pyog. aurei et albi*). Poprzednio nie mógł autor uznać swoistości znalezionej przez siebie ziarnika (*coccus*), ponieważ szczepienia nie dały dodatnich wyników. Ogłoszenie pracy ALMQUIST'A w *Zeitschrift für Hygiene*. T. X str. 253, w której tenże donosi o pomyślnym skutku szczepienia, dokonanego na sobie samym, skłoniło autora do nowych poszukiwań. Badania zostały uwieńczzone pomyślnym skutkiem. Czyste hodowle ziarnika złocistego na agarze szczepił sobie autor na ramieniu i otrzymał typową pęcherzycę. Przeszczepienie z otrzymanych tą drogą pęcherzyków, zawsze dawało czystą hodowlę gronkowca. Te same wyniki otrzymywał HOLTZ przy zaszczepianiu sobie hodowli rzeczonego ziarnika. Badania te, zdaniem autora, pozwalają przyznać temu gronkowcowi swoistość wywoływania pęcherzycy.

(*Arch. f. Kinderheilkunde* T. XV str. 101). Ig. G.

12. MATHIEU. **Crises gastriques przy nerce ruchomej.** M. opisał 7 przypadków. Z początku napady wymiotów występują 1—2 razy dziennie, w dalszym ciągu trwają prawie bezustannie i są połączone z gwałtownymi bólami. Wymiociny składają się z mas pokarmowych lub z ciągnącej się, śluzowej, przezroczystej cieczy, niekiedy zabarwionej żółcią. Po wymiotach następuje pewna ulga. Napad trwa kilka dni, a czasem przedłuża się do kilku tygodni. Wrazie nierozpoznania nerki ruchomej można błędnie przyjąć sprawę za wiał, histeryę, ciężę, inkarceryę wewnętrzną, zatrucie (kamicę—*Ref.*). Przyczynę napadów stanowi zapewne ostre wodonercze. Ilość moczu w czasie napadu zmniejsza się, po ustaniu tegoż bywa poliurya.

(*Soc. d'hopitaux. Paźdz. 92*).

13. PICK. **Przyczynek do patologii i terapii samozakażenia.** Już w starożytności wiadano o związku pewnych form zawrotu głowy z zaburzeniami trawienia, lecz dopiero TROUSSEAU na fakt ten bliższą zwrócił uwagę. Napady zawrotu trwają zazwyczaj czas dłuższy i rzadko występują nagle po zaburzeniach dyspeptycznych. Usunięcie tych ostatnich usuwa także zawrót. Bywają jeszcze inne zjawiska ze strony układu nerwowego przy cierpieniach żołądka, np. tetania przy rozszerzeniu. Nasuwa się tu myśl o samozakażeniu ustroju. Zawartość HCl w żołądku prawie zawsze bywa normalną, obok tego dużo kwasów organicznych; odbijania cuchnące zależą zapewne od skatolu. Niekiedy czynność ruchowa żołądka i kiszek ulega osłabieniu. Objawy podmiotowe: pełność po jedzeniu, nawet po małej ilości pokarmu, odbijania gazowe, cuchnące, zaparcie; usposobienie chorych przygnębione; bóle głowy (uczucie ucisku, migrena), zwolnienie

czynności serca, uczucie ciśnienia i bicie serca, uczucie nieokreślonej obawy, bezsenność, obawa przestrzeni.

Z przyczyn, na pierwszym miejscu postawić należy brak ruchu, na który choruje większość ludzi inteligentnych. Długie siedzenie sprawia niedowład muskulatury brzucha, stąd obniżenie ciśnienia wewnątrz-brzusznego i wzdęcie kiszek gazami. W ostatnich czasach szczególnie BOUCHARD zwrócił uwagę na związek samozakażenia z nerwicami. Kładzie on wielki nacisk na atonię i rozszerzenie żołądka, które poczytuje za cierpienia nader częste. U chorych z atonią żołądka spozstrzegać się daje uczucie przygnębienia natychmiast po przebudzeniu się, które szybko mija, dalej opasujący ból głowy, migrena, smutek, bezsenność, zawrót, zaciemnienie pola widzenia, złudzenia zmysłowe, bicie serca, uczucie zimna, poty nocne.

Leczenie winno być antyseptycznem, względnie przeciwfermentacyjnem, po którym widzieć można skutek zdumiewający już w ciągu 2—3 dni: kreozot po 0,05 w kapsułkach 3 razy dziennie; *ammonium sulphoichthyolicum* po 0,1. Obok tego ruch fizyczny, masaż i faradyzacja. (Wien, klin. Woch. 46, 47—92).

14. NOBEL. **Leukemia ostra.** Pierwszy opisał ją EBSTEIN. N. przytacza dwa przypadki analogiczne pod względem objawów i zmian anatomicznych. Rozpoczęły się one nagle, dreszczami, wylewami krwawymi pod skórę i zapaleniem jamy ustnej wrzodziejącem, które wkrótce przeszło w zgorzel dziąseł i pozostałej błony śluzowej. Gruczoły szyjowe i pachowe, śledziona i wątroba obrzmiały; białkomocz. Śmierć po 10 dniach. Sekcja wykryła ogromne powiększenie śledziony, wątroby i nerek. Wątroba była miękka i szara; nerki usiane wylewami, istota korowa wdwojnásób zgrubiała, piramidy zawierały nacieki leukemiczne. Szpik kości długich miał wejrzenie limfoidalne. Choroba ta zwykle rozpoczyna się od *Stomatitis ulcerosa*, zapewne więc jama ustna stanowi punkt wyjścia tej infekcyjnej sprawy. Krwawienia zależą od zatkania naczyń włoskowatych leukocytami. Choroba przypomina *Morb. Werlhofi*. We krwi znajdujemy ogromne powiększenie ilości bezbarwnych ciałek, dochodzące do takich rozmiarów, jakie się napotyka w białaczce przewlekłej dopiero po latach całych. Stosunek ciałek bezbarwnych do czerwonych wynosił w pierwszym przypadku 1:20, w drugim 1:56.

(D. med. Ztg. 100—92).

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Dr. C. SCHIMMELBUSCH. **Przewodnik do aseptycznego leczenia ran.**

Z wielomarysunkami oraz przedmową prof. d-ra E. v. BERGMANNA. Tłomaczył dr. L. GURANOWSKI. Warszawa 1892.

Upłynęło zaledwie lat kilkanaście od czasu wiekopomnego odkrycia LISTERA, a pojęcia nasze o leczeniu ran tak dalece odbiegły od ramek, jakie im ongi LISTER nakreślił, że pierwotny opatrunek antyseptyczny dziś już należy do archiwum zabytków chirurgicznych. Przewodnia myśl LISTERA, opiewająca, że zakażenie ran zależy od drobnoustrojów, że niedopuszczanie ich do rany wystarcza do zapobiegania zakażeniu, po dziś dzień moc swoją zachowała i bezwątpienia na długie jeszcze lata chirurgowi przyświecać będzie; sam jednak sposób urzeczywistnienia tej myśli rdzennemu uległ przeobrażeniu i uproszczeniu. Dzięki zadziwiająco szybkiemu rozwojowi bakteriologii w ostatnich czasach, metoda leczenia ran spoczęła na zasadach racjonalnych, ugruntowanych licznymi i głęboko pomyślanymi badaniami, dającymi nam możność ścisłego kontrolowania środków, mających być skutecznymi w walce z chorobami przyranami. Nic dziwnego, że taki kierunek doświadczalny, na szeroką skalę zastosowany do leczenia ran, w znacznej części zmodyfikował apriorystyczne i na niedostatecznych badaniach oparte poglądy LISTERA i bezpośrednich jego zwolenników, a następstwem tej metamorfozy pojęć jest cały szereg udoskonalonych metod postępowania, których wierne odbicie stanowi książka SCHIMMELBUSCH'A.

Jak już z samego tytułu widzimy, książka niniejsza ma za przedmiot aseptyczne leczenie ran; pierwszy zaś warunek aseptyki polega na tem, aby wszystko, cokolwiek przychodzi w zetknięcie z raną, bezwarunkowo wolne było od zarazków chorobotwórczych. Badanie bakteriologiczne środków przeciwniejących, będących dotychczas

w użyciu, wykazało, iż mniemania nasze co do ich skuteczności były zbyt przece-
niane; nadto, obserwacja kliniczna przekonała nas o stanowczej ich szkodliwości dla
ustroju ludzkiego, dla tego też stosowanie ich musi być obecnie znacznie ograniczone.
Środek ciężkości wszelkich naszych procedur aseptycznych spoczywa przede wszystkim
na mechanicznem oczyszczaniu i wyjaławianiu przy wysokiej temperaturze wszelkich
przedmiotów, mających styczność z raną. Tym to procedurom poświęca autor główną
uwagę swoją, mając przede wszystkim na względzie potrzeby lekarza praktycznego,
i tylko jakoby mimochodem potrąca o najnowsze wyniki odnośnych badań bakteriolo-
gicznych. Ponieważ zaś w ugruntowaniu zasad aseptyki autor sam żywy brał udział,
z każdego więc słowa jego tryska rada doświadczonego chirurga.

Trudno mi w tem miejscu dać czytelnikowi pojęcie o bogactwie materiału, zawar-
tego w tej niewielkiej lecz treściwej i po mistrzowsku napisanej książeczce. Z konie-
czności ograniczyć się muszę do prostego niemal wyliczenia spisu rozdziałów, odsyłając
czytelnika po szczegóły do samej książki.

Za punkt wyjścia wykładu obrał autor zakażenie przyranne, główny nacisk kła-
dąc na zakażenie przez zetknięcie, przeciwko któremu powinna być skierowana cała
uwaga operującego lekarza. Możliwość zakażenia przez powietrze, z którą kiedyś tak wal-
czył LISTER, sprowadza autor, na zasadzie nowych badań bakteriologicznych, do mi-
nimum, prawie do zera, walkę zatem z tym czynnikiem uważa za zbędną. Autor
powołuje się na świetne wyniki, otrzymane w klinice BERGMANN'A przy leczeniu ran
bez sprayów karbolowych i bez przeciwniejących irygacji ran, jako na do-
wód zupełnej bezużyteczności tych procedur. Jestem w tem położeniu, że świadectwa au-
tora mogę poprzeć spostrzeżeniami, poczynionemi na oddziale d-ra KRAJEWSKIEGO, gdzie
metoda aseptycznego leczenia znajduje się w pełnym rozwoju i gdzie oddawna już u-
sunięto powyższe procedury z użycia jako balast zbędny, a pomimo to wyniki nie
przedstawiają nic do życzenia. Tym większą za to należy zwracać uwagę na grunto-
wne odkażanie rąk lekarza, gdyż one właśnie przedstawiają największe niebezpieczeń-
stwo jako źródło zakażenia. Zwyczajne zanurzanie rąk, nawet w najsilniejszych roztwo-
rach przeciwniejących, nie ma prawie żadnego znaczenia dla odkażania, albowiem ba-
kteryje na powierzchni ciała otoczone są warstwami brudu i tłuszczem, wobec których
środki te są bezsilne. Przy wyjaławianiu rąk musimy się z konieczności ograniczyć na
mechaniczem oczyszczaniu, o tyle dostatecznem, o ile będzie sumiennie wykonanem.
Używany w klinice BERGMANN'A i zachwalany przez autora sposób odkażania rąk zgodny
jest ze znanymi przepisami FÜRBRINGER'A, wymaga jednak dużej ilości drogiego u nas alko-
holu i dla tego nie wszędzie daje się zastosować, wskutek czego musi być odpowiednio zmody-
fikowany. Zupełnie wystarczającym okazuje się pięciominutowe szorowanie rąk szczotką i my-
dłem w dużej ilości wody ciepłej, następnie jednodominutowe szczotkowanie w roztworze
sublimatu 1:1000. Autor kładzie silny nacisk na umiejętne obchodzenie się ze szczotka-
mi, jako jednym z ważniejszych przyborów w arsenale aseptyki. Podobnych również ma-
nipulacji wymaga odkażanie pola operacyjnego. Ze wszystkich sposobów sterylizacji na-
rzędzi metalowych, najpewniejszym, najmniej niszczącym i najprostszym—jak autor
z własnych się przekonał badań—jest gotowanie w 1% roztworze sody w przeciągu 5 mi-
nut. Wyjątek czyni autor dla noży, które tej procedury nie znoszą, i dla tego radzi go-
tować je w powyższym roztworze tylko przez kilka sekund lub też wycierać gazą ste-
rylizowaną i alkoholem. Autor podaje opis aparatu własnego pomysłu do sterylizowania
narzędzi metalowych, aparatu, który i w naszym oddziale wielkie oddaje usługi. Krótko-
trwałe zanurzanie narzędzi w 2% roztworze karbolowym bez gotowania—jak to jeszcze
wielu dotychczas czyni—nie ma dla aseptyki prawie żadnego znaczenia.

Dużo miejsca, bo blisko 30 stronnic, poświęca autor wyjaławianiu materiału opa-
trunkowego. Materiał opatrunkowy musi być przed użyciem koniecznie uwolniony
od zarazków, a najlepszym sposobem osiągnięcia zupełnej jałowości jest para bieżąca,
wytworzona w specjalnych sterylizatorach. Nasycanie materiałów opatrunkowych środka-
mi przeciwniejącymi oddawna już zarzucono w klinice BERGMANN'A, z wyjątkiem gazy
jodoformowej, która jedyna jest w stanie zapobiedz rozkładowi wydzielin z rany.

Sterylizowanie materiału do szwów lub drenowania, musi się również odbyć w gorą-
cym ługu sodowym lub w parze. Wyjaławianie katgutów wymaga szczególnej troskli-
wości, gdyż, jak przekonało doświadczenie, zwykłe procedury tu nie wystarczają. Dla
tego też niektórzy, np. KOCHER, zupełnie zaniechali używania katgutów.

W rozdziale o aseptycznym materiale do tamponowania, autor szczegółowo poda-
je sposoby wyjaławiania gąbek, bez których, zdaniem jego, obejść się nie można, zwa-

szcza przy większych operacyach w jamie ustnej, przy rezekecyach górnej szczęki, przy uranoplastykach i przy laparotomiach. Nie mielibyśmy nie przeciw używaniu gąbek, gdyby procedura ich oczyszczania nie była połączoną z wieloma trudnościami, czyniącemi stosowanie ich bardzo kłopotliwem. Że zaś nie są one tak niezbędne, jak się autorowi zdaje, dowodzi tego zupełne zarzucenie ich przez wielu chirurgów, stosujących przy powyższych operacyach tampony z waty, owijane w gazę, oraz specjalne serwety, sterylizowane w parze. W dalszym ciągu znajdujemy przepisy niezbędne przy podskórnych wstrzykiwaniach, punkcyjach, przy wprowadzaniu cewników i świeczek, oraz sposoby przygotowywania wody wyjalowionej. Na zakończenie podaje autor opis sali operacyjnej oraz sal dla chorych, sposób wykonywania operacji aseptycznej w klinice BERGMANN'A, oraz opatrunek aseptyczny w nagłych przypadkach. Spis bardzo obszernej literatury dopełnia tej ze wszech miar godnej uwagi książki.

Wydanie polskie zaleca się wiernością przekładu i dobrym językiem. Nieliczne usterki, małego wreszcie znaczenia, nie mogą obniżyć wartości polskiego przekładu. Zewnętrzna forma książki nie pozostawia nic do życzenia. *S. Groszlik.*

O środkach ochronnych od chorób wenerycznych

przystępnie dla ogółu napisał Dr. Ludwik KADLER. (Warszawa, str. 104, r. 1892).

Postawiwszy na czele dziełka motto: „owoce dające zdrowie, rosną na drzewie poznania”, autor stara się w pierwszych kilku rozdziałach zaznajomić czytelnika z istotą i sposobami przenoszenia się chorób wenerycznych. Następne rozdziały, omawiające np. „wpływ syfilisu na chory ustrój i rozmaitych chorób na syfilis” nie powinny—zdaniem naszym—znajdować się w dziełku popularnem. Mimowolnie spotkać się tu musi autor z kwestyami, których nauka dotąd stanowczo nie rozwiązała. Podawanie zaś hipotez naukowych (jak to np. autor uczynił, mówiąc o stosunku syfilisu do choroby angielskiej) do wiadomości ogółu, nie przynosi temuż ogółowi żadnych korzyści.

Tembardziej mógł autor pominąć rozdział, w którym stara się rozwiązać pytanie: „w jaki sposób powstał syfilis poraż pierwszy”? Oprócz kilku ultra-erotycznych opowieści z mitologii i zamierchłej przeszłości, nic z tego rozdziału czytelnik się nie dowie. Środki ochronne dzieli autor na osobnicze (indywidualne) i społeczne. Pomijamy pierwsze, jako nie nowego nie przedstawiające. W dziale środków społecznych autor słusznie się domaga: codziennych rewizji kobiet publicznych, obowiązkowego badania każdego mężczyzny, przybywającego do domu publicznego, zaprowadzenia fotografii kobiet, podlegających rewizji, tak w książeczkach rewizyjnych, jak w biurze Komitetu policyjnego, większego ułatwienia leczenia chorób wenerycznych przez urządzenie specjalnych oddziałów dla chorób wenerycznych przy szpitalach ogólnych—Dzieciątka Jezus, Ś-go Ducha i Ś-go Rocha—na wzór Szpitala dla Starozakonných.

Z ogólnego punktu widzenia, nietylko zgodzić się należy z autorem, lecz nawet przyklasnąć wszystkiemu jego powyższemu dezyderatowi. I na tem byłby mógł autor pojechać. Podniesione w dziełku zarzuty przeciwko działalności Warszawskiego Komitetu Policyjnego niesmaczne robią wrażenie. Nie są one dostatecznie wymotywowane i przebijają z nich jakaś osobista niechęć. Co zaś do krytycznych wycieczek autora przeciw Szpitalowi Ś-go Łazarza, to są one całkiem nieuzasadnione. Wogóle wyprowadzanie podobnych spraw przed krytyczne forum ogółu, nie jest właściwem. Co bowiem zyskuje ten ogół na dyskredytowaniu jego instytucji społecznych?

Oprócz powyższych zarzutów, całość dziełka D-ra KADLERA przedstawia się dodatnio. Autor korzystał z dobrych źródeł naukowych, wyłożył rzecz jasno i zrozumiale, językiem dobrym i potoczystym; a z tych względów ma ono wszelkie prawo do polecenia go ogółowi, jako pracy pożytecznej.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 17 Stycznia 1893 roku.

I. Nowotwór śródpiersia.

A. SOKOŁOWSKI. Zaznaczywszy trudności rozpoznania nowotworów śródpiersia, które nieraz błędnie przyjmowane były za tętniak aorty, wysięk opłucnowy, sprawy zapalne, gruźlicę w płucach, S. podaje historję następującego przypadku:

10 Października r. z. przybył do oddziału S. chory urzędnik policyjny, 52 lat mający, uskarżając się na duszność i napady astmatyczne trwające od kilku miesięcy. Przed 27 laty chory przebywał przymiot. Nadużycia *in Baccho* wśród częstych podróży. Przed rokiem zapalenie płuc, odąd kaszel, duszność. Chory dobrego wzrostu i budowy, twarz zbrzęknięta, sina, prawa żrenica zwężona, obrzęki nóg i rąk osobliwie prawej strony; gruczoły limfatyczne szyjowe z prawej znacznie powiększone, mniej nieco powiększone są gruczoły szyjowe z lewej strony, pachowe i pachwinowe; żyły podskórne na klatce piersiowej i na brzuchu znacznie rozszerzone. Badanie wykryło z prawej strony klatki piersiowej do 4 żebra z przodu, grzebienia łopatki z tyłu, oraz na mostku absolutne stępienie, oddech oskrzelowy, *bronchophonia*, brak rzeżeń. Tony serca czyste. Puls 120 drobny. W płwocinie śluzoropa, nabłonki z jamy ustnej, brak specyficznych mikrobów; w moczu, w krwi nic nienormalnego nie wykryto. W ciągu 6 tygodniowego pobytu w szpitalu stan chorego stale się pogarszał przy coraz częstszych napadach duszności, bezsenności, niedostatecznem odżywianiu, wzmagających się obrzękach i charłactwie. Śmierć 20 Listopada 92 r. Przy dokonaniem na parę tygodni przed śmiercią próbnem przekłuciu między 2—3 żebrem z prawej strony klatki piersiowej, na miejscu zupełnego stępienia odgłosu wypukowego, wyaspirowano $\frac{1}{2}$ strzykawki PRAVAZA płynu ropiastego; badanie tego płynu wykazało, że znajduje się w nim wiele białych ciałek krwi, dużo wielojądrowych ziarnistych komórek podobnych do tych, jakie zazwyczaj w mięsakach napotykanymy. Kol. PRZEWOSKI twierdził jednak, że brakowało ściślych danych dla przyjęcia powyższych komórek za nowotworowe; podobne do nich napotykanymy również i w płynach ropiastych, długo w jamach zatrzymujących się.

Na podstawie wszystkich objawów S. rozpoznał, że w danym przypadku istniał mięsak limfatyczny śródpiersia i prawego płuca. Dyagnoza powyższa w zupełności tłumaczyła objawy przedmiotowe i podmiotowe (duszność, obrzęk, zwężenie żrenicy, rozszerzenie żył, ogólne charłactwo). Przeciwno rozpoznaniu powyższemu mógł świadczyć brak wysięku opłucnowego, który zazwyczaj przy nowotworach śródpiersia i płuc spotrzegamy.

Przy sekcji znaleziono: prawe płuco przyrośnięte do klatki piersiowej (stad brak wysięku). Na powierzchni rozkroju płuca mnóstwo białoszarawych guzików różnej wielkości, od grochu do jaja kurzego; między guzikami tkanka płucna zachowana, szereg bronchiektazji wypełnionych śluzoropą (z takiej właśnie jamy wydobyto płyn ropiasty podczas próbnego przekłucia). Guzy prawego płuca łączyły się z guzem w śródpiersiu się znajdującym, wielkości pięści. W gruczołach szyjowych, pachowych, pachwinowych zmiany właściwe dla *lymphosarcoma*. W innych narządach brak zmian. S. zwraca uwagę na następujące dane, wychodzące w przytoczonym przypadku po za normalne objawy: 1) ujemny wynik przekłucia, otrzymano bowiem płyn z rozszerzenia oskrzeli a nie z samego nowotworu; 2) brak pewnych obiektywnych znaków dla nowotworów śródpiersia. S. mówi, iż w ogóle tylko zestawienie wszystkich oznak pozwala rozpoznać nowotwór płuca; 3) brak wysięku, który w większości przypadków nowotworów płuca jest objawem patognomonicznym; w przypadku S. wysięku nie było, ponieważ płuco przyrośnięte było na całej przestrzeni; 4) zwężenie żrenicy, wynikające wskutek podrażnienia gałązek nerwu sympatycznego, samo przez się nie ma znaczenia patognomonicznego (objaw ten S. zauważył również w przypadku tętniaka aorty).

Etyologia nowotworów śródpiersia zagadkowa; powszechnie podawane przyczyny: przymiot, uraz—wielkiego znaczenia nie mają.

Prof. BRODOWSKI podaje wyniki otrzymane przy badaniu anatomo-patologicznem nowotworu powyższego.

Nowotwór zajmował przeważnie wnękę prawego płuca, przechodził w dalszym ciągu na górną i prawą część śródpiersia, sięgał po prawej stronie szyi prawie do górnego brzegu chrząstki tarczowej. Uciskając z prawej strony wstępującą część aorty piersiowej, otaczając i uciskając *art. anonymam, subclaviam dextr.* i sąsiadujące z niemi żyły, nowotwór rozszerzył się przeważnie po oskrzelach oraz zajmował niewielką część płuca prawego w postaci nacieczenia, wśród którego znajdowały się i guziki. Górny i średni płat płuca prawego były mocno uciśnięte i mocno przyrosłe do klatki piersiowej. Nowotwór składał się ze zwyrodniałych gruczołów oskrzelowych, gruczołów górnych śródpiersia, nadobojczykowych i szyjowych wzdłuż wielkich naczyń. Na rozkroju nowotwór przedstawiał się jako złożony z licznych zrazików ściśle ze sobą złączonych, żółtoczerwonych; niektóre z nich były bardzo miękkie, i wśród nich tu i owdzie znajdowały się bardzo nieregularne jamki, wypełnione gęstawym, żółtym płynem. No-

wotwór przedstawiał wszystkie cechy złośliwego guza, który powstał z gruczolów oskrzelowych prawego płuca, rozszerzył się następnie na gruczolę śródpiersia, nadobojczykowe, szyjowe a nawet i na oskrzelowe lewego płuca, i nazwać go można *lymphosarcoma malignum gl. bronchialium*. Na skrawkach stwardzonych, pochodzących z miękkiej części nowotworu, B. znajdował komórki okrągłe, mało co większe od limfocytów, przy zupełnym braku substancji międzykomórkowej, albo też bardzo niewielkiej jej ilości. Inne były wyniki badań skrawków niestwardzonych, rozskubywanych, i tu przeważnie B. widział komórki krótkowrzecionowate, o dużym, stosunkowo okrągłym jądrze; komórki okrągłe były w znacznej mniejszości, a tu i owdzie trafiały się większe komórki płaskie, zawierające niekiedy po kilka jąder. Na skrawkach zaś pochodzących z części nowotworów stwardzonych, zatopionych w parafinie, barwionych już zapomocą hematóksyliny i cozyny, już też płynem BIONDIEGO, widoczne były podobne komórki wrzecionowate co i na skrawkach świeżych ułożone w pasemka równoległe do swoich podłużnych osi. Wielkość komórek tych była niejednostajna, gdzieś nigdzie istniały komórki olbrzymie, szczątki follikulów limfatycznych, drobne szczątki czarnego barwnika gruczolów oskrzelowych. Skrawki z nowotworu płuca różniły się znacznie większą ilością dużych komórek, zaś tkanka łączna międzyzrazikowa i międzyoskrzelowa zmieniona była na sarkomatyczną. Tu i owdzie pośród miękkich części dostrzegać się dawały komórki mocno zmniejszone w stanie rozpadu tłuszczowego, lub też nawet koagulacyjnej nekrozy. Co się tyczy substancji międzykomórkowej, to tej było wogóle bardzo niewiele, w postaci cienkich włókienek, miejscami jednak znajdowały się większe części tkanki włóknistej, zwłaszcza w nowotworze wnikającym w płuca, tak że tam, nowotwór zdawał się być mięsakiem komórkowym włóknistym (*fibrosarcoma*) a nawet włóknikiem.

Na mocy powyższych badań B. przychodzi do wniosku, że mamy do czynienia ze złośliwym mięsakiem gruczolów limfatycznych, lecz nie z mięsakiem limfatycznym (*lymphosarcoma*).

Na pytanie, jakie pierwociny gruczolów limfatycznych dały początek nowotworowi, trudno odpowiedzieć. Ponieważ preparaty brane były z trupa, więc i z karyomitozą nie można było się spotkać. GOLDMAN, który niedawno badał podobny nowotwór wycięty u żywej osoby, bezpośrednio po odjęciu utrwalony zapomocą sublimatu, a następnie stwardzony za pośrednictwem alkoholu, na mocy właśnie obecności obrazów karyomitozy doszedł do tego wniosku, że początek temu nowotworowi dały komórki siatki gruczolów limfatycznych. Znajdowanych przez GOLDMANA w pobliżu naczyń komórek eozynofilowych B. nie wykrył w badanym preparacie.

W dyskusyi kol. HEWELKE zaznacza, że przy nowotworach płuc wysięk nie jest stałym objawem, a z drugiej strony i uporeczywie powtarzający się wysięk opłucnowy nie świadczy sam przez się o istnieniu nowotworu. Punkeya nie daje pewnych wyników, gdyż zrosty przeszkadzają aspiracyi.

Kol. JAWDYŃSKI przytacza przypadki kazuistyczne: w jednym z nich badanie płynu otrzymanego zapomocą punkeyi wpłynęło na rozpoznanie nowotworu płuc; dalszym przebiegiem słuszność rozpoznania potwierdzoną została.

II. Sposób łączenia się poprzecznie prążkowanych komórek mięsnych w sercu dorosłego człowieka.

E. PRZEWOSKI. Liczne badania sposobu łączenia się komórek mięsnych w sercu dorosłego człowieka doprowadziły PRZEWOSKIEGO do przekonania, że przyjęte w nauce zdanie EBERTHA w kwestyi łączenia się rozgałęzionych komórek za pomocą jednородnego kitu, jest tylko do pewnego stopnia słusznem, albowiem połączenie to jest o wiele więcej skomplikowane. Aby uniknąć zmian pośmiertnych, P. brał preparaty z trupów cholerycznych w godzinę po śmierci, albo też z trupów, leżących dłużej, do 24 godzin, lecz dobrze zachowanych przy niskiej temperaturze. Wyniki badań były jednokowe.

Preparaty do badań P. przygotowywał według własnej metody: utrwaliał kawałek mięśnia w wysoku, a następnie, pokrajawszy w parafinie dany kawałek na możliwie cienkie skrawki (0,001—0,005 milim.) barwił je w słabych wodnych roztworach barwników protoplazmatycznych, głównie w eoynie; barwienie trwało 24—48 godzin lub dłużej a wreszcie skrawki trzymano w wodzie 24 godzin. Badanie takich preparatów wykazało, że każda komórka mięsna serca kończy się z każdej strony warstwą ziaren, grubą

mniej więcej na 0,001 millim., którą P. nazwał „*stratum granulosum terminale*”. W zwróconych do siebie końcach komórek *strata* leżą mniej więcej równolegle w odległości około 0,002 millim., zaś od jednej z tych warstw do drugiej rozciąga się cały szereg cienkich, nitkowatych, protoplazmatycznych wyrostków. *Stratum granulosum terminale* składa się z całego szeregu ziaren, z których każde z jednej strony łączy się z pierwotnym włókiem mięsnym, a z drugiej z wyrostkiem protoplazmatycznym, łączącym komórki mięsne pomiędzy sobą. Ziaren jest tyle, ile pierwotnych włókienek mięsnych, i ile wyrostków protoplazmatycznych. Nitkowate wyrostki protoplazmatyczne, łączące sąsiednie komórki mięsne, przebiegają w kierunku osi pierwotnych włókienek mięsnych. Średnia długość ich około 0,002 millim.; są one cieńsze od pierwotnych włókienek, jednolite, bez śladu prążkowania. Przestrzenie pomiędzy wyrostkami protoplazmatycznymi pozostają na preparatach niezaburwione i robią wrażenie pustych. Są to szczeliny limfatyczne międzykomórkowe. Powyższy sposób połączenia włókien występuje jeszcze wyraźniej na preparatach branych z mięśnia sercowego, znajdującego się w stanie obrzęku (np. *oedema collaterale* z powodu guza w ścianie komórki); wogóle upatrywać można pewną analogię ze znanem oddawną połączeniem komórek naskórka, niektórych komórek wielo warstwowego płaskiego nabłonka i gładkich włókien mięsnych. PRZEWOSKI przypuszcza, że wyrostki protoplazmatyczne składają się z dwóch części, należących do różnych komórek i zespolonych za pomocą bardzo małej ilości kitu. Znaczenie zaś ziarenek w *stratum granulosum terminale* jest zupełnie zagadkowe. Wyrostki protoplazmatyczne międzykomórkowe wszędzie są przedłużeniami cytomitoplazmy komórek, ponieważ w komórkach serca łączą się one ściśle z pierwotnymi włókiemkami mięsnymi, a przeto prawdopodobnie są one genetycznie jednoznaczne. Stąd P. komórki mięsne uważa za komórki w których cytomitoplazma w jednym kierunku zmieniona została w specyficzne organy kurezliwe t. j. organy ruchu. Za pomocą pięknych preparatów mikroskopowych i rysunków przedstawionych przez prelegenta, uwidoczniona została odkryta przez niego budowa histologiczna.

Dyskusya: Kol. KRYSIŃSKI zaznacza, że dzięki PRZEWOSKIEMU nauka nasza została wzbogaconą nowym odkryciem, którego doniosłość dla normalnej i patologicznej anatomii stała się i przy dalszych badaniach stać się może bardzo ważną.

Kol. MAZEL mówi o konieczności badań na zwierzętach oraz embyonach, a oprócz tego na sercach rozciągniętych.

ODCINEK.

Powstanie i rozwój polikliniki wiedeńskiej.

Niewątpliwie każdy lekarz, udający się w celach naukowych zagranicę, zna poliklinikę ogólną w Wiedniu. Zakład ów jest tak ściśle związanym z ruchem naukowym tego miasta, iż lekarz obcy, przybyły dla studyów, bezwarunkowo z nim zapoznać się musi. Sądźmy przeto, iż krótkie skreślenie dziejów polikliniki wiedeńskiej nie będzie dla czytelników naszych pozbawionem interesu, zwłaszcza, że instytucja umieszcila się przed niedawnym czasem w gmachu własnym.

Przed laty 20-tu grono, złożone z 12 młodych naówczas docentów prywatnych, mając na względzie ciasne pomieszczenie w szpitalu ogólnym, postanowiło utworzyć zakład poświęcony pracy samodzielnej. Z początku urządzono ambulatorium bezpłatne, dostarczające materiału naukowego pojedynczym specjalistom, których było 12-tu; później cyfra specjalności urosła do 18-tu. Liczba chorych ambulatoryjnych stopniowo wzrastała, aż wreszcie dosięgła 40,000 rocznie. W okresie 20-letnim udzielono porady 650,000 chorym. Niektórym pacjentom dawano lekarstwa, innym wykonywano mniejsze operacje chirurgiczne, wielu nakoniec leczono nawet w ich własnych mieszkaniach, — a wszystko to darmo. Rozwój zakładu i coraz bardziej wzrastająca liczba lekarzy obcych, przyjeżdżających ze wszystkich nieomal krajów celem doskonalenia się w danej specjalności, skłoniły zarząd polikliniki do rozszerzenia lokalu. Wynajęto cały dom (przy *Schwarzspanierstrasse*), w którym założono również mały szpitalik.

Początkowo korzystało z polikliniki około 50 lekarzy obcych wciagu roku, później cyfra ta dosięgła 500 rocznie. Razem wciagu lat 20-tu zapisało się na wykłady w poliklinice 16,725 słuchaczy. Prócz tego wykształciła ona 820 asystentów.

Poliklinika stała się zatem powoli dzielną pomocniczą Wydziału Lekarskiego. W pierwszych latach koszt jej utrzymania wynosił 5,000 guldenów, obecnie 25,000 guld. rocznie. Na sumę tę składają się przedewszystkiem 10% czesnego, pobieranego przez wykładających od lekarzy obcych, oraz ofiary prywatne ludzi dobrej woli, na czele których stoją cesarz austriacki i arcyksiążę Reimer. Z ofiar tych wpłynęło dotychczas pół miliona guldenów.

Poliklinika w początku swego istnienia przyjęta została najnieprzychylniej przez profesorów wydziału lek., którzy odzywali się o niej lekceważąco i nie rokowali jej długiego żywota. Stopniowo jednak nawet Wydział zaczął uznawać pożytek jej, jako instytucji pomocniczej dla siebie. Wprawdzie nie została ona jeszcze uznana oficjalnie za instytut państwowy, niemniej wszelako otrzymuje subwencję od ministerium spraw wewnętrznych; ministerium oświaty zaś zasila ją stale 1,000 guld. rocznie.

Poliklinika posłużyła za wzór dla podobnych zakładów w innych stolicach Europy i Ameryki. Najprzód za przykładem Wiednia poszedł Peszt, dalej Paryż, Rzym, Madryt, liczne miasta niemieckie, a także New-York, Chicago i t. d.

Dotychczas prowadziło wykłady w poliklinice 45-ciu docentów, z których większa część została profesorami na różnych wszechnicach.

Już oddawna noszono się z myślą zbudowania własnego gmachu dla ambulatoryów i dla szpitala poliklinicznego. Zebrany na ten cel fundusz składkowy dorósł cyfry 300,000 guld. Dotąd wykonczono dopiero jedną część zakładu (przy *Marianengasse*). Składa się on z 3-ch piętr, 10-ciu audytorjów, z wszelkimi urządzeniami dla wykładow, badań naukowych i leczenia chorych, własnej apteki, pracowni bakteryologicznej i chemiczno-lekarskiej, biblioteki i poczekalni. Szpital ma tymczasem 80 łózek. WINTERNITZ urządził własnym kosztem klinikę hydriatryczną, a MAUTNER pracownię chemiczną. Złożono również t. zw. inhalatorium dla leczenia chorób narządów oddechowych. W dwu salach operacyjnych: jednej ambulatoryjnej, drugiej szpitalnej, wszystkie meble są ze szkła i żelaza. Światło jest elektryczne i gazowe.

Uroczyste otwarcie gmachu nastąpiło 30 Grudnia r. z. w obecności arcyks. Rainera oraz najwyższych władz państwowych, ministrów i t. d. Obecnie funkcyonują następujący docenci i profesorowie: MONTI i FRÜHWALD (pedyatria), HACKER i HOHENEGG (chirurgia), SCHNITZLER (laryngologia), URBANTSCHITSCH (otyatria), BASCH (fiziologia), WINTERNITZ (hydriatria), BENEDICT (neuropatologia), OSER (choroby żołądka i kiszek), STOFFELLA, MAUTHNER i REUSS (okulistyka), LOTT i NEUDÖRFER (gyniekologia), FRISCH, GRÜNFELD (uroskopia), HEBRA (dermatologia i syfilis), PALTAUF (bakteryologia).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LEUBUSCHER i SCHAEFER badali wpływ niektórych alkaloidów na wydzielanie HCl w żołądku. Pilokarpina i atropina (0,015) podane zaraz po obiedzie próbnym, nie wpływały w sposób wyraźny na ilość HCl. Morfina (0,02—0,03) powodowała nieznaczne tylko obniżenie wydzielania HCl. Natomiast przy podskórnem wstrzyknięciu 0,02 morfiny, ilość HCl spadała do zera, nie tylko w żołądku normalnym, lecz i przy wzmózonej kwasności soku. Pokarm był przedtem niedokładnie zmiażdżonym, co dowodzi upośledzenia także czynności mięśniowej żołądka. Nie należy więc wstrzykiwać morfiny wkrótce po jedzeniu. Po użyciu wewnętrznem morfina zostaje ona wchłaniana powoli, skutkiem czego działanie jej bywa nierównie słabszem. (D. med. Woch. List. 92).

= ULLMANN poszukiwał u zwierząt, w jakich głównie narządach osadza się r t ę c przy rozmaitych sposobach wprowadzania jej do ustroju (podskórnie, wewnątrznie, do żył; wcierań nie robił). Bez względu na sposób wprowadzania

i niezależnie od ilości, rozmieszczenie r t ę c było prawie zawsze jednakowem. Wątroba, śledziona i nerki zawierały najwięcej. Dużo jej było także w kiszkiach grubych; mało w kiszkiach cienkich, mięśniu serca i mięśniach szkieletu, płucach i krwi. Żołądek, mózg, ślinianki i ślina, trzustka, gruczoł tarczowy, kości i żółć zawierały ślady lub nic. W kiszkiach cienkich wtedy tylko było więcej r t ę c, niż w grubych, gdy zmiany nekrotyczne ich przewyższały także zmiany w grubych. Wątroba i nerki chciwie pochłaniają i długo zatrzymują r t ę c, co dowodzi, iż komórki ich posiadają szczególną własność chwytania trujących ciał, krążących we krwi, i następnego wydalania ich z ustroju. (Prag. m. Woch. Paß. 92).

= CROCC donosi o doświadczeniach Francotte'a i de Rechter'a, którzy wstrzykiwali myszom białym pod skórę łopatki sok z guzów rakowych człowieka: tworzyło się zapalenie, twarde guziki oraz nekroza kończyny przedniej. Badania drobnowidzowe guzów nie dały pewnych wyników. (D. med. Ztg. 2—93).

= ROGER WILLIAMS przytacza dane porównawcze o narkozie chloroformem i eterem w St. Barthol. Hosp. za lat 16. Na 19526 chloroformowań było 13 przypadków śmierci (1:1502), na 21332 eteryzacji 4 zejścia śmiertelne (1:5333). Sekcja raz jeszcze dowiodła niebezpieczeństwa narkotyzacji przy wadach serca i płuc. (Med. chron. Grud. 92).

= REINCKE opisał wpływ wody na szerzenie się cholery w Hamburgu: 4 ściśle zamknięte zakłady (wychowawcze i karne) używały wyłącznie wody źródlanej i nie miały ani jednego wypadku cholery; dwa inne, używające wodociągów miejskich, miały bardzo silną epidemię. Jako ważny czynnik w szerzeniu cholery R. poczytuje łódki. W sąsiedztwie miejsca, z którego miasto czerpie wodę z Elby, stało 300 łódek z 1000 robotników. Wszyscy wypróżniali się do Elby. R. nie wierzy, aby zarazę przeniesli ruscy wychodźcy; w pomieszczeniach ich nie było ani jednego wypadku wtedy, gdy choroba już na miejsce się szerzyła. (Münch. med. Woch. 92).

= LIEBLINGER zwrócił uwagę na nieznany dotąd objaw, towarzyszący znacznej duszności, mianowicie na podnoszenie się i opadanie jąder. Tomaczy on powstawanie tegoż przez silne skurcze tłoczni brzusznej, skutkiem czego następuje podrażnienie sąsiednich okolic skóry wewnętrznej powierzchni ud, oraz odruch kremasterów. (Wien. med. Woch. 21.92).

= Poszukiwania bakteriologiczne wykazały, iż *phlegmasia alba dolens* zależy od wnikania do ustroju streptokoka identycznego z różą. Stwierdza ten pogląd jeden przypadek, w którym 12-go dnia po porodzie kobieta dostała *phlegmasiam*, zakończoną szczęśliwie po upływie tygodnia. Dziecko, z początku zdrowe, nagle zapadło na różę i po kilku dniach zmarło. Przypadkowo Richardière dowiedział się, iż bielizna matki i dziecka leżały jakiś czas razem. (Arch. de Tocol. List. 92).

= Bardzo ciekawą i mało znaną notatkę o historii perkussji znalazł Danziger w książce z r. 1796-go „Vademecum dla wesołych lekarzy i wesołych pacjentów”: „Pewien Dr. Avenbrügger w Wiedniu ogłasza, że może opukiwać piersi człowieka jak beczkę, która pełna daje odgłos tępy, próżna — jasny. Trzeba pukać przez koszulę lub rękawiczkę, gdyż goły palec na gołym ciele zmienia naturę tonu. W ten sposób odróżnić można pewne choroby. Gdzie klatka piersiowa dźwięczy tępiej, tam jest siedlisko choroby. Av. nie wyjaśnia, czy pukanie ma być czynnością lekarza, czy felczera, a u poci pięknej może nawet akuszerki? Że jednak lekarz pukanie to wynalazł, przeto należy zezwolić, aby lekarze sami je wykonywali”. (D. m. Zt. 92).

= GREASON zaleca antypirynę jako środek miejscowo znieczulający i przeciwwzapalny w ostrych i przewlekłych cierpieniach

błony śluzowej nosa, krtani i gardzieli. Przepisuje ją bądź w postaci rozpylania (1—20%—wy roztwór), bądź wdmuchiwania proszku. W nosie stosuje inhalacje 1—3%, w krtani i gardle 5—20%—we, które są o wiele lepsze od 4%—ych penzlowań kokainą. Antypiryna zmniejsza szybko obrzmienie, wydzielinę i podrażnienie. (NY. med. Journ. Paźd. 92).

= Jako dobry środek przeciw influenzy poleca MÜLLER wodę jodową (roztwór jednej części jodu w 5000 cz. wody). Należy za każdym razem przygotowywać ją świeżo podług przepisu następującego: Tct. Jodii 2,0—Spir. 4,0; 2 razy dziennie po 5 kropel w 1/2 szklance wody. (Aerztl. Prakt. 50—92).

= Roux i ROBERT wygłosili zdanie, iż łasecznik tyfusu brzuszego Ebertha jest tylko odmianą *Bacilli coli com. Eschericha*. Zараżając świnki i króliki przez jamę ust, przez otrzewną i przez żyły, otrzymywali przy sekcji analogiczne obrazy z jednym i drugim mikroblem: obrzmienie śledziony, przekrwienie kiszki i kępek Peyer'a, niekiedy owrzodzenia ich. (Arch. de Med. exper. Maj 92).

= LANDER BRUNTON podaje szczegóły o zanieczyszczeniu niektórych środków leczniczych. Bismut zawiera niekiedy domieszkę telluru, nadającego oddechowi chorych zapach czosnku, a jednak taki bismut wytrzymuje wszelkie próby czystości podług farmakopei. Kalomel zaś zawiera często domieszkę sublimatu. (Brit. med. Journ. Grud. 92).

= CLIFTON EDGAR zastosował z dodatnim wynikiem proponowane niedawno temu przez Pelzera wewnętrzno-maciczne wstrzykiwanie wyjałowionej (przez gotowanie) gliceryny dla wywołania poronienia albo też dla wzmocnienia skurczów macicy. Połóg przebiegał w dwu przypadkach zupełnie prawidłowo. Glicerynę wstrzykuje się przez miękki cewnik połączony z strzykawką zwykłą. (Med. Rec. 92).

= IRVING opisał przypadek wścieklizny w 5 lat po ukąszeniu, jakkolwiek pacjent natychmiast był leczonym w zakładzie Pasteura. Przy sekcji znaleziono zmiany w układzie nerwowym charakterystyczne dla wścieklizny. (Brit. m. Journ. Grud. 92).

= UNNA znalazł w 5 przypadkach miękkiego szankra pewien streptokok, który poczytuje za swoisty. Rzecz ta wymaga jeszcze dalszych badań. (Mon. f. pract. Derm. 12—92).

= KÖHLER opisał przypadek obrzęku śluzowego (*Myxoedema*) na gruncie syfilitycznym. Przyczyną według niego była sprawa śródmiąższowa w gruczole tarczowym. Po leczeniu swoistem obrzęk znikł. (Berl. kl. W. 30—92).

= SALSOTTO opisał 3 przypadki powtórnego zarażenia się przymiotem, które przebiegały z równie charakterystycznymi objawami jak i pierwotne. (Gaz. d. Ospit. Grud. 92).

= Według tablic biura związkowego Szwajcarskiego z r. 1891, na 6885 wypadków śmierci u ludzi starszych nad lat 20 w 15 największych miastach, naliczono 425 zgonów skutkiem alkoholizmu (366 mężczyzn, 59 kobiet) t. j. stosunek 6:100. Zowych 366 mężczyzn 188 należało do klasy robotniczej, 178 do inteligencji. Że zaś ta ostatnia klasa ludzi jest liczebnie mniejszą, zatem wśród niej było alkoholików stosunkowo więcej. (Progr. med. 92).

= W Paryskiej Akad. Lek. LABORDE podał niektóre szczegóły o *tasiemcach*. Różne gatunki mogą istnieć jednocześnie u tego samego osobnika. Liczba ich w kiszkiach jednego człowieka wynosić może od jednego do 6-ciu, a *Botrioceph. latus* widywano nawet w 100 egzemplarzach. Laborde zebrał dotąd 2086 spostrzeżeń. W 87 na 100 przypadków trafia się jeden *tasiemiec*, w 7 na 100 bywają po dwa, w 2 na 100 trzy *tasiemce*. Więcej nad 5 u jednego człowieka wydarza się bardzo rzadko. Pewien pacjent miał 3 sztuki, z których jedna była 37, druga 43, trzecia 74 metry długą. (Progr. med. 1—93).

= Tow. Lek. Londyńskie zajmowało się na jednym z posiedzeń kwestyą związku przymiotu z chorobami nerwowymi u dzieci. Althaus twierdził, iż we wszystkich przypadkach hemiplegii istnieje przymiot wrodzony; towarzyszy im często eklampsja i epilepsja. Lees jednak nie zgadzał się w zupełności na taki pogląd. (Wien. m. Presse 2—93).

= VAN HANSON wyleczył dwa przypadki *aktynomykozy* zapomocą jodku potasu w ilości 0,5—2,0 dziennie. (Wien. m. Presse 93).

= STEPHENS zaleca *Cascarom sagradam* jako doskonały środek przeciw *tasiemcowi*: Extr. fl. casc. sagr. 24,0—Syr. cort. aur. 100,0; 3 łyżeczki dziennie. Dzieciom połowę tego. (Wien. med. Presse 2—93).

= SOUQUES i CHARCOT opisali przypadek, dotyczący 21-letniej dziewczyny, u której fałdy skóry na twarzy tak są rozwinięte, iż nadają jej wygląd kobiety 75-letniej. Nazwali stan ten „*géomorphisme*”. W literaturze istnieje analogiczny przypadek Rossbachia, zwany przezeń „*Rhytidosis*” czyli choroba marszczkowa. (Nouv. Iconogr. de la Salpetr. 91).

= UNNA podał następujący środek usuwający włosy: równe części siarku barytu, tlenku cynku i mączki krochmalowej zarabia się wodą na ciasto. Po wyschnięciu warstwy ciasta,

nałożonej na dane miejsce ciała, i zdjęciu jej, miejsce to pozostaje pozbawionem włosów. Bólu i podrażnienia skóry niema. (Berl. kl. Woch. 92).

= CASPARY zwrócił uwagę na t. zw. wysypki lekowe. U pewnego młodego człowieka występowała od 8 miesięcy peryodycznie, zwykle w 24 godzin po wypiciu kilku kufli piwa, wysypka (pęcherze, plamy) na wargach i skórze, pozostawiająca zabarwienie. Okazało się, iż pacjent brał zwykle 1—2 grm. antypiryny, po której w 6 godzin zjawiała się wysypka. U innego chorego alkohol był przyczyną występowania ograniczonego obrzęku na różnych miejscach ciała. Pewna chora zauważyła w 6 godzin po zażyciu 0,3 chininy wysypkę pęcherzykową na wargach ust i sromnych mniejszych oraz na błonie śluzowej jamy ustnej. Jodek potasu w pewnym przypadku powodował *eczema impetiginosum* na twarzy i przedramionach. (D. med. Woch. 50—92).

= HAHN leczy najbardziej nawet rozległe oparzenia w sposób następujący: po dokładnem oczyszczeniu miejsce to obmywa 3%—m kw. karbolowym lub 1/3%—ym kw. salicylowym, przekłwa pęcherze, pudruje *Mag. Bism. sublim.* i pokrywa watą Brunsa. Ponieważ opatrunek taki dużo zabiera czasu, można przygotowywać go wcześniej, podobnie jak gipsowy. Zmienia go się po tygodniu, dwóch, a nawet po miesiącu dopiero. (D. med. Woch. 23—92).

= MIROWICZ zaleca przeciw *tasiemcowi* u dzieci: Naphtalini 0,3—0,5; ol. ric. 15,0; ol. bergamott. gtt ij; przyjąć odrazu naczczo. (Ther. Monatsh. 9. 10. 11—92).

= Przeciw ukąszeniu żmii zaleca KARLIŃSKI wstrzyknięcie 1/2 szpryki 1%—ego kwasu chromnego; w kwadrans po ukąszeniu objawy zatrucia znikają. (Przegl. Weter. 1—93).

= KERSCH wyraża ubolewanie, iż chinina zeszała na dalszy plan wobec wielu nowych środków przeciwgorączkowych; spodziewa się on jednak rychło zwrotu ku chininie. Najłatwiej rozpuszczalnym, więc najlepszym preparatem jest chlerek lub też kwaśny dwusiarczan chininy; siarczan zaś rozpuszcza się o wiele trudniej. Pierwszeństwo chlorku chin. polega jeszcze na tem, iż HCl jest kwasem daleko właściwszym dla ustroju niż kw. siarczany, od którego być może zależą owe częste bóle brzucha i biegunki po większych dawkach *ch. sulph.* Że one nie zależą od samej chininy, dowodzi fakt, iż objawy te nie występują po *ch. muriat.* (Allg. med. Ztg.).

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, w uznaniu zasług prof. HALBANA, który bez przerwy w ciągu lat 16-tu redagował „Przegląd Lekarski” i nie mało się przyczynił do rozwoju te-

go pisma, wystosowało doń odpowiedni adres. Do wyrazów uznania adresem objętych, i my dołączamy nasze, mając to przekonanie, że nie tylko tameczne Tow. Lek. lub dzisiejszy komi-

tet redakcyjny „Przeglądu“, lecz wszystkie pisma lekarskie polskie wraz ze swymi czytelnikami, żywią dla Szanownego prof. HALBANA prawdziwą wdzięczność za tyloletnią, mozolną a wielce pożyteczną dla naszego peryodycznego piśmiennictwa pracę. Nie ulega bowiem wątpliwości, że rozwój „Przeglądu“ i przodownicze stanowisko jakie zajął, zawdzięczając to swemu byłemu redaktorowi, oddziaływały w sposób dodatni na wszystkie nasze pisma. Tym sposobem objaw uznania dla prof. HALBANA traci w pewnej mierze charakter czysto lokalny, a nabiera ogólniejszego znaczenia.

— Rada miejska paryska zwróciła się do policji z żądaniem zniesienia zakazu o obowiązkowym noszeniu przez psy kagańców. Jednak wielu poważnych lekarzy sprzeciwiło się temu, gdyż od czasu przymusowego wprowadzenia kagańców nie było ani jednego wypadku wścieklizny wśród ludzi w Paryżu.

— Najwyższa rada sanitarna w Monachium zadecydowała jednogłośnie wpuszczanie fekalii miasta do rzeki Izary.

— Jak donosi „Progrès med.“ (50—92) niektórzy asystenci w Berlinie i Wiedniu podczas swych wykładów klinicznych chloroformują chorych bez potrzeby, nieraz po 2—3 godziny, a to jedynie dla ćwiczeń słuchaczy przy badaniu tych chorych.

— „Pratique medicale“ podaje fakt, iż ktoś, za którego inna osoba składała egzamin, otrzymał w Paryżu dyplom lekarza. Proponuje to pismo, aby egzaminowany posiadał przy dowodach swą fotografię.

— Sąd apelacyjny stanu Kentucky wydał prawo, mocą którego w procesach z powodu zerwania zamierzonego małżeństwa, istnienie u jednego z osobników przymiotu stanowi dostateczny powód unieważnienia. (Progr. med. 92).

— Przed 3 laty skradziono pieczęć uniwersytetu Berneńskiego. Kradzieży dopuścił się docent prywatny von Ganting, wykładający historię muzyki. Przysporzył on mnóstwo doktorów wszechnicy Berneńskiej w Austrii i Węgrzech, później udał się do Tyrolu, gdzie go śledzono, jednak zdołał uciec. Obecnie dopiero zjawił się w Londynie, sprzedając dyplomy po 40 funt. szt. Policja londyńska znalazła w mieszkaniu jego dużo formularzy i pieniędzy, lecz pieczęci

nie było. Rada związkowa zażądała wydania fałszerza. (Progr. med. 51—92).

— Znany organ Towarzystwa Lekarzy angielskich „British medical Journal“ liczy 17000 abonentów oraz 2500 współpracowników.

— Prof. ESMARCH w Kiel ukończył 9 Stycznia 70 lat życia. Objął on klinikę chirurgiczną w tem mieście w r. 1854, będąc tam poprzednio asystentem Langenbeck'a i Stromeyer'a. W wojnie r. 1866 był naczelnym kierownikiem lazaretów Berlińskich. W wojnie r. 1870-go z powodu obłożnej choroby, udziału nie brał. Największy rozgłos zyskał wynalezieniem sposobu sztucznego opróżniania naczyń (*Änstliche Blut-entleerung*), umożliwiającego większe operacje na kończynach bez utraty kropli krwi. Dalej wynalazł znaną powszechnie maskę do chloroformowania, wprowadził t. zw. opatrunk trwały (*Dauerverband*), zmiany w sposobie sączkowania. Założył pierwszą szkołę samarytańską, z której powstały liczne związki samarytańskie, rozwijające znakomitą działalność. Na polu chirurgii wojennej pisał: o lazaretach polowych, o pierwszym opatrunku na polu bitwy, wydał podręcznik techniki wojenno-chirurgicznej. Z innych prac chirurgicznych ogłosił: o rezekcyach po ranach postrzałowych, o zastosowaniu zimna w chirurgii, o przewlekłych zapaleniach stawów, o nerwicach stawów, o raku, o nowotworach złośliwych, o sioniowaciźnie, o chorobach odbyticy. Dziełko jego „o pierwszej pomocy w nagłych wypadkach“ rozeszło się w 9-ciu wydaniach i 30000 egzemplarzy, i 20 razy na rozmaite języki przełożone zostało.

— Ryszard OWEN, zmarły niedawno, urodził się w Lancaster w r. 1804-ym. Studya medyczne odbywał w Edyburgu i w Paryżu. W r. 1826-ym został członkiem kolegium chirurgicznego w Londynie, wkrótce kustoszem muzeum Huntera, prof. anatomii porównawczej w St.-Bartholomew Hosp., a w 32-im roku życia prof. anatomii i fizjologii w kolegium chirurgicznym. Po 20 latach mianowano go dyrektorem oddziału historii naturalnej w muzeum brytyjskiem. Wydał: katalog zbiorów tego muzeum, historię naturalną, studya paleontologiczne szczególnej nad zwierzętami kopalnemi. Jego zasady osteologii porównawczej znane są w całym świecie naukowym. (Progr. med. 52—92).

Odpowiedzi Redakcyi.

WW-nych D-rów: RADUSZKIEWICZA z Wilna i WYSZOMIRSKIEGO z Węgrowsa mamy honor uwiadomić, iż listy pieniężne od nich otrzymaliśmy.

Do dzisiejszego N-ru dołącza się broszura D-ra T. STĘPNIEWSKIEGO p. t. Przyrząd do domowej sterylizacji Wody i Mleka.

REDAKTOR I WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi: Oboźna Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 14 Января 1893 г. Друк М. Зiemkiewiczowej, Krak.-Przedm. Nr. 6. Cena numeru pojedynczego kop. 15.