

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Ciąża w macicy podwójnej. Podał dr. Tomasz Solman.—Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. z. suchot gardlanych. Napisał Z. Srebrny. (Dokończenie). — Streszczenia i przekłady. 15. O nowej metodzie klinicznego badania moczu i innych wydzielin zapomocą centryfugi. 16, 17 i 18. Błękit metylowy przeciw zimnicy. 19. Działanie uboczne narkozy chloroformowej. 20. Chroniczne zatrucie rtęcią. 21. Konieczność starannego wyjaławiania roztworów wstrzykiwanych pod skórę. 22. Przyczynek doświadczalny do innerwacji żołądka.—Drobniejsze wiadomości różnej treści.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO.

Ciąża w macicy podwójnej

(*Uterus didelphys. Graviditas*).

Podał Dr. Tomasz Solman ordynator kliniki.

Do rzadkich, a zarazem ważnych nie tylko pod względem czysto naukowym ale i pod względem praktycznym, wad rozwojowych niewieściego organizmu należą wady rozwojowe macicy, szczególnie zaś te ich postacie, które wytwarzają się wskutek zdwojenia lub rozdwojenia rzeczzonego narządu.

Już w początkach bieżącego wieku niejednokrotnie zwracano uwagę na wady rozwojowe narządów płciowych; a w 1842 r. MEISSNER podaje dosyć dokładny ich opis oraz sposoby rozpoznania. Chociaż ROKITANSKY, CRUVEILHER, a później FÖRSTER nakreślili klasyfikację tych wad, wychodząc ze stanowiska morfologicznego, to jednakże dopiero z chwilą, gdy dzięki pracom Joh. MÜLLERA, poznano dokładniej historię rozwoju narządów płciowych, możliwą się stała bardziej racjonalna klasyfikacja. Utworzenie tej ostatniej zawdzięczać należy pracom KUSSMAULA i FÜRSTA. Z małemi odmianami wszyscy niemal współcześni autorowie przyjmują podany przez KUSSMAULA podział wad rozwojowych macicy. W podręczniku ginekologii POZZI'EGO znajdujemy podział na cztery główne grupy, z kilkoma odmianami w trzeciej:

I *Defectus uteri*, oraz *uterus rudimentarius*.

II. *Uterus unicornis*.

III. *Uterus duplex*: 1) *uterus bicornis*: a) *uterus bicornis duplex seu septus*, b) *u. bicornis unicollis*, c) *u. arcuatus*; 2) *uterus bilocularis*: a) *uterus septus bipartitus*, b) *u. subseptus*; 3) *uterus didelphys*.

IV. *Uterus infantilis*.

Typem zupełnego zdwojenia macicy jest *uterus didelphys s. uterus duplex separatus*. Powyższą nazwą określamy taką wadę rozwojową, gdy

macica przedstawia się rozdzieloną w pionowym kierunku na dwie oddzielne części, z których każda rozwinęła się jako narząd zupełnie samodziśny o typowej budowie anatomicznej macicy t. j. gdy istnieją dwie macice, zupełnie od siebie oddzielone, lub też tylko złączone na nieznaćnej przestrzeni w dolnej części szyjek zapomocą luźnej tkanki łącznej. Każda macica posiada jeden jajowód, jeden jajnik. Pochwa może być pojedynczą lub podwójną na całej przestrzeni lub tylko w pewnej jej części. Zarośnięcie jednej połowy pochwy lub części pochwowej jednej z macic wraz z następstwami powyższego zarośnięcia: *haematocolpos* i *haematometra*, konstatowano niejednokrotnie.

Dawniej utrzymywano, że *uterus didelphys* wydarza się jedynie u potworów niezdolnych do życia, najczęściej jednocześnie z innymi wadami rozwojowymi w dolnej części tułowia; obecnie jednak znajdujemy w piśmiennictwie lekarskim liczne opisy powyższej wady u dorosłych. O istnieniu jej przekonano się nie tylko na sekcjach, lecz i za życia, podczas badań ginekologicznych lub rękoczynów połoźniczych. Przypadki tego rodzaju opisali: OLLIVIER, LE FORT, BENICKE, HEITZMANN, LEBEDEV, FREUDENBERG, STRAUCH, TAUFFER, LAS CASAS DOS SANTOS, KIDERLEN, DUNNING, WASTEN, HALTER, TAUNEN, ROSSO, ogółem ogłoszono dotąd mniej więcej dwadzieścia przypadków *uterus didelphys*. Oprócz powyżej przytoczonych, istnieje jeszcze kilka innych opisów, podanych przez różnych autorów, jak np. przez HEPPNERA, BUJAŁSKIEGO, KUBASSOWA, lecz przypadki, przez nich podane jako *uterus didelphys*, przy bliższym rozpatrzeniu okazały się innymi wadami rozwojowymi macicy.

Jako przykłady pozwolę sobie przytoczyć kilka bardziej typowych przypadków:

OLLIVIER ¹⁾). Macica i pochwa podwójne. Cztery prawidłowe porody, po ostatnim *eclampsia*. Przy sekcji znaleziono dwie macice, rozdzielone pętlami kiszek; lewa macica dobrze rozwinięta, prawa mniejsza o prawidłowej budowie, dziewicza; wszystkie ciążę odbywały się w lewej macicy. Pochwa rozdzielona podłużnie przegrodą, kończącą się w trójkątnej fałdzie, wystającej cokolwiek na zewnątrz, nakształt małej wargi sromnej.

HEITZMANN ²⁾). Dziewczyna 23-letnia, długotrwałe upławy. Przy badaniu znaleziono przegrodę w pochwie, w każdej połowie pochwy prawidłowo rozwiniętą część pochwową macicy. Wprowadzony zgłębnik wykazuje, że długość jamy prawej macicy wynosi 4 ctm., lewej 5 ctm. Obydwie części pochwowe odległe są od siebie na 2.5 ctm., dna macicy przy badaniu rozsunięte są mniej więcej na 5 do 6 ctm. Jajniki cokolwiek zmniejszone. Miesiączkowanie prawidłowe.

LAS CASAS DOS SANTOS ³⁾). Chora lat 28, miesiączkowanie nieprawidłowe. Jedno poronienie w 6 miesiącu ciąży. Chora w 9 miesiącu ciąży, krwawienie, poród rozpoczęty lecz utrudniony. Przy badaniu znaleziono, na 3 ctm. powyżej zewnętrznego ujścia macicznego, jamę w guzie wielkości pięści, z tej jamy wydobyto cząstki *deciduae*. Po odsunięciu ku górze wspomnianego guza, pęcherz płodowy w ciężarnej macicy pękł; przy bólach porodowych kurczyła się macica, lecz jednocześnie i ów guz; po-

¹⁾ Schmidts Jahrbücher 1873. Bd. CLVIII.

²⁾ Zeit. f. Geburtsh. und. Gynäk. Bd. 14, s. 166.

³⁾ Zeit. f. Geburtsh. und Gynaec. 1888. Bd. 14.

ród w 3 godziny później. Przy późniejszym badaniu okazało się, że istniała druga macica, zupełnie oddzielna od tej, w której odbywała się ciąża.

FREUDERBERG ⁴⁾. Chora 15-letnia. *Haematometra lateralis* przy pochwie pojedynczej. Przekłucie a później wycięcie części zamykającej błony. Śmierć wskutek zapalenia otrzewnej, spowodowanego pęknięciem zropiałego jajowodu. Przy sekcji znaleziono dwie macice zupełnie od siebie oddzielone, między nimi kiszka prosta do ścian ich przyrośnięta. Prawa macica, w której było nagromadzenie krwi, silnie rozszerzona, lewa mniejsza, walcowatego kształtu. Dwie złączone z sobą szyje maciczne.

LEBEDEW ⁵⁾. *Uterus didelphys, atresia hymenalis, haematocolpos, haematometra lateralis*.

HALTER ⁶⁾. *Uterus didelphys, haematocolpos unilateralis, haematometra, haematosalpinx dextra*.

LAS CASAS DOS SANTOS ⁷⁾. *Uterus didelphys. Pyometra*.

KIDERLEN ⁸⁾. *Uterus didelphys cum vagina duplice*.

M. STRAUCH ⁹⁾. Przypadek ciąży w *u. didelphys cum vagina duplice*.

TAUFFER ¹⁰⁾ Utrudnienie porodu wskutek *u. didelphys*, wydobyć płodu.

DRUŻYNIN ¹¹⁾. *U. didelphys cum vagina septa*. W lewej macicy czterokrotnie ciąża, powikłana raz t. z. *mised labour* (bólami skurczowymi). Podczas drugiej ciąży miesiączkowanie macicy ciężarnej, stąd powód do błędnych przypuszczeń co do możliwości istnienia ciąży.

Rosso ¹²⁾. Przypadek ciąży przy *u. didelphys*

Z wielu względów osobliwym jest następujący przypadek, obserwowany w klinice prof. KOŚCIŃSKIEGO.

Dnia 31 Maja r. z. przyjętą została do kliniki chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha, Ludwika Ger..., lat 20, żona ekonoma, przysłana przez kol. JAWOROWSKIEGO z Lublina. Z wywiadów i zacerpniętych danych z listu kol. JAWOROWSKIEGO otrzymaliśmy następujące wiadomości. Chora rozpoczęła miesiączkowanie w 13 roku, powtarzające się co 4—5—6 tygodni po 4 lub 5 dni. Ger... wyszła zamąż 2½ roku temu, poczem wkrótce zaszła w ciążę, która trwała 12 tygodni i zakończyła się poronieniem. Od tego czasu miesiączkowanie było bardzo bolesne, bóle w krzyżu, bezsenność, utrata pociągu płciowego. W Kwietniu zeszłego roku kol. JAWOROWSKI, badając chorą, znalazł, że macica jest małą (4 cm.), przez lewe sklepienie pochwy wyczuć się daje niewielkie bolesne obrzmienie, jak przypuszczano—powiększony jajnik. Ze względu na *dysmenorrhoeam* zastosowano wewnątrzmaciczną *galwanizację*, z pomyślnym wynikiem pod względem zmniejszenia bólów. W kilka miesięcy później, na zasadzie otrzymanych od chorej wiadomości, że miesiączkowanie zatrzymało się od Maja z. r., że brzuch zwolna powiększa się, jak podczas ciąży, że istnieją często towarzyszące początkowi brzemienności objawy, jako to: nudności, wymioty, obrzmienie sutek, które poczęły wydzielać mleko, zabarwienie smugi białej i brodawek, że wreszcie chora poczuła ruchy płodu, kol. JAWOROWSKI upewnił się, że chora zaszła w ciążę.

W dniu 30 Kwietnia, t. j. w 10½ miesięcy od chwili ostatniego miesiączkowania, chora zgłosiła się do kol. JAWOROWSKIEGO i ZAGÓRSKIEGO po poradę,

⁴⁾ Zeit. f. Geburtsh. und Gynaec. Bd. V. p. 384.

⁵⁾ Zeit. f. Geburtsh. und Gynaec. Bd. 14. s. 166.

⁶⁾ Wiener medic. Presse 1892. Nr. 2.

⁷⁾ Zeit. für Geburtsh. und Gynaec. 1888. Bd. 14.

⁸⁾ Zeit. für Geburtsh. und Gynaecol. Bd. 15, 1888.

⁹⁾ Ctbl. für Gynaecol. 1887.

¹⁰⁾ Ctbl. f. Gynaecol. 1888. Nr. 15.

¹¹⁾ Żurnal akuszerstwa i żeńskich boleści. Marzec 1892.

¹²⁾ Wiener klinische Wochenschrift. 1892. V. 35.

będąc wielce zaniepokojoną, że spodziewany poród nie rozpoczyna się, skarżąc się przytem na uczucie ciężaru i bóle w brzuchu.

Ogólny stan chorej był pomyślny. Przy zewnętrznem badaniu brzuch przedstawił się, tak co do kształtu, jak i co do objętości, zupełnie jak w 8-ym miesiącu ciąży. Przy badaniu przez pochwę, wyczuwano znaczne wypuklenie przedniego sklepienia, część pochwowa skierowana była ku tyłowi, ujście maciczne przepuszczało koniec palca; wysłuchiwanie brzucha nie wykazywało ani tonów serca, ani ruchów płodu, nie słyszano również szmerów łożyskowych. Przy badaniu przez odbytnicę wyczuwano od dołu, na tylnej powierzchni kulistego odcinka guza, ciało gruszkowatego kształtu. Przy podwójnem badaniu wyczuwano w guzie niewyraźne chęłbotanie.

W dwa dni po tem badaniu, w nocy z 2 na 3 Maja chora uczuła silne bóle w brzuchu; przez pochwę wypływała nieznaczna ilość płynu krwawego. Przy badaniu część pochwowa okazała się zwiotczałą, ujście maciczne przepuszczało palec. W ciągu dwóch dni bóle kurczowe stale się powtarzały, część pochwowa skróciła się, ujście maciczne było całkowicie otwarte, w jamie macicy można było wyczuć ciało okrągławe, wielkości jaja kurzego, konsystencji łożyska, przyczepione do przedniej powierzchni macicy; oddzielenie i wydobywanie odbyło się bez wielkich trudności. Bóle stopniowo słabły, w dwa dni później macica, mogąca mieć początkowo 12 ctm. długości, zmniejszyła się do połowy. Przez kilka dni następnych odpływy z macicy były krwawe, cuchnące. Wreszcie bóle ustąpiły prawie zupełnie, część pochwowa odzyskała swój kształt, ujście maciczne zamknęło się zupełnie. Badanie drobnowidzowe wydobytych z macicy tkanek wykazało w nich budowę podobną do mięsaka *resp.* do *decidua* z licznymi komórkami, okrągłymi i wrzecionowatymi.

D. 12 Maja kol. JAWOROWSKI wykonał próbne przekłucie guza i wy dostał zeń 4 uncye płynu o krwawo brunatnem zabarwieniu. W kilka dni później guz przybrał kształt mniej kulisty, nieregularny. Przypuszczając istnienie ciąży zewnętrzno-macicznej, kol. JAWOROWSKI skierował chorą do kliniki chirurgicznej.

Dnia 31 Maja chora była badaną przez prof. KOSIŃSKIEGO. Stan jej był następujący:

Chora średniego wzrostu, prawidłowej budowy. Stan gorączkowy, ciopłota rano 39°, tętno 96, słabe. W płucach i w sercu nie ma zmian; wątroba i śledziona odsunięte cokolwiek ku górze. Brzuch znacznie powiększony, o kształcie właściwym dla 8-go miesiąca ciąży. Objętość brzucha przez pępek 82 ctm.; odległość od *proc. xyphoideus* do pępka 17 ctm., od pępka do spojenia łonowego 18 ctm. Na smudze białej, na 3 ctm. powyżej spojenia łonowego, ślad po dokonaniem przekłuciu. Pod dosyć grubemi i silnie naprężonemi powłokami brzuszniemi wyczuć można guz okrągłego kształtu, o gładkiej powierzchni, twardy w dolnej części, niewyraźnie chęłbocący w górnej; w guzie, wyczuć się daje kulista, twarda masa. Górna granica guza dochodzi do połowy odległości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, dolna granica dostaje do spojenia łonowego, a następnie guz dolnym swym kulistym odcinkiem opuszcza się do jamy miednicy. Na całej przedniej powierzchni guza odgłos wypukowy tępy. Ruchość guza bardzo nieznaczna. Zewnętrzne części płciowe prawidłowo rozwinięte. Pochwa obszerna, *columnae rugarum* nie wygładzone. Przy badaniu palcem przez pochwę okazuje się, że część pochwowa, skierowana na prawo i ku tyłowi, jest mała, ujście maciczne okrągłe, zamknięte. W przedniem i lewem sklepieniu wyczuwać się daje znaczne wypuklenie, miękkie, chęłbocące, bolesne. Długość jamy macicznej 8 ctm., zgłębnik kieruje się na prawo i ku tyłowi. Po założeniu wziernika widać w lewem, przedniem sklepieniu wypuklenie, pokryte przekrwioną błoną śluzową, nigdzie nie przedstawiającą otworu, zagłębienia, uchyłku, przetoki. Przy badaniu przez odbytnicę wyczuć można część pochwową, a dalej i całą macicę; położenia jajników nie można było określić. Pęcherz moczowy wypełniony znaczną ilością moczu.

Z objawów podmiotowych, występują ciągle niemal skurcze i silne bóle w brzuchu, częsta potrzeba oddawania moczu.

Na zasadzie wywiadów i wyników otrzymanych za pomocą badania, rozpoznano, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną, a przytem, wzięwszy na uwagę istnienie ropnia w lewem sklepieniu pochwy

oraz objawy gorączkowe, można było twierdzić, że istnieje sposoczenie worka płodowego, być może, będące w związku z dokonaniem przed dwoma tygodniami próbnym przekłuciem.

Co do wyboru rodzaju operacji, to pierwotnie proponowano, czy nie należałoby otworzyć ropnia w sklepieniu pochwy, a rozszerzwszy cięcie, dostać się do worka płodowego i tą drogą wydobyć płód; wobec jednak przypuszczalnych trudności wydobywania donoszonego płodu przez cięcie w pochwie, wobec możliwości rozdarcia lub pęknięcia wewnątrztrzewnowego worka przy utrudnionem wydobywaniu płodu, myśl operowania przez pochwę okazała się przeciwwskazaną, i prof. Kosiński postanowił wykonać laparotomię.

Dnia 3 Czerwca, po odpowiednim przygotowaniu i po zachloroformowaniu chorej, prof. Kosiński przystąpił do wykonania laparotomii. Nadmienię jeszcze, że przedtem, w miejscu chelbotania w lewem sklepieniu, prof. K. wykonał próbne przekłucie i wydobyl śluzowatą krwawą ropę.

Cięcie w smudze białej od pępka do spojenia łonowego. Na miejscu próbnego przekłucia istniało nacieczenie tkanki przedotrzewnowej. Po przecięciu otrzewnej okazała się gładka, sino zabarwiona powierzchnia guza, zewnątrzniemi cechami wielce przypominającego ciążarną macicę. Dla upewnienia się w tym względzie, założono powtórnie zgłębnik do macicy; zgłębnik jednak tak co do kierunku jak i głębokości potwierdził tylko pierwotne badanie. Rozszerzenie cięcia na 3 ctm. powyżej pępka. Po ułożeniu chorej na boku i zabezpieczeniu się, aby podczas przecięcia worka wydzieliny nie dostały się do jamy brzusznej, profesor Kosiński długiem cięciem otworzył worek. Ściana worka okazała się cienką w górnej części, grubą zaś, o wyraźnej budowie takiej jak ściana macicy, w dolnej części. Wydobyto ukośnie ułożony płód, wymiękły, ze śladami gnicia i przeciąwszy pępowinę, odłożono płód na ubocze. Następnie oddzielono łożysko, dosyć silnie przyrośnięte w dolnej lewej części macicy. Przy badaniu wydobytej na zewnątrz ciążarnej macicy, okazało się, że posiada ona lewy jajowód i lewy jajnik, w jamie zaś miednicy znajduje się, obok ciążarnej, druga normalnej wielkości i kształtu macica z prawym jajowodem i prawym jajnikiem. Połączenie obu tych macic znajdowało się poniżej wewnętrznego ujścia macicy. W miejscu odpowiadającem lewej części pochwy, znajdował się ropień, wyczuwalny przez lewe sklepienie pochwy. Wobec sposoczenia ciążarnej macicy, nie mogło być mowy o zaszyciu ścian i wewnątrztrzewnowem pozostawieniu jej, lecz jedynie racjonalnem wydawało się odcięcie onej i wszycie pozostałej części do dolnego kąta rany brzusznej oraz przedrenowanie tej części przez pochwę. Nastręczała się myśl postąpienia tak, jak to nieraz z dobrym wynikiem stosowaliśmy przy sposoczałych włókniakach macicy i zropiałych torbielach mianowicie: założenia ligatury elastycznej naokoło macicy, przedrenowanej zapomocą rurki metalowej, przeprowadzonej do pochwy. Plan ten jednak został zmieniony w ten sposób, że prof. Kosiński obszył macicę szwem stebnowkowym dla zatrzymania krwawienia, następnie, powyżej tego szwu odciął macicę na granicy $\frac{2}{3}$ górnych i $\frac{1}{3}$ dolnej, zaś pozostałą część przedrenował przez pochwę, a na koniec, umocowaną dwoma igłami BENTOK'A, wszył do dolnego kąta rany powłok brzusznych. Pozostała część rany brzucha została zaszyta kilkunastoma szwami głębokimi i powierzchownymi; opatrunek nałożono przeciwnieżylny jodoformowy, oraz tampon jodoformowy do pochwy. Wieczorem po operacji ciepłota spadła do 38, tętno 112 słabe. Chora często wymiotowała; bóle w brzuchu znaczne, niepokój. Drugiego dnia rano ciepłota 39,6° C., tętno 140, nitkowate, brzuch wzdęty, bolesny przy uciskaniu. Obfite krwawienie z przszytych brzegów macicy, zatrzymanie krwawienia za pomoca obklucia, na całą powierzchnię kikuta zastosowano chlorek cynku. Wieczorem ciepłota 36° C., tętno 120, słabe, ból w brzuchu. W nocy wymioty obfite zawartością żołądka. 4. VI. ciepłota 37,5°, tętno 96. Stan jak poprzedniego dnia, ciepłota 38° C., tętno 140, bóle w brzuchu. W nocy wymioty.

5 Czerwca ciepłota 37,2°, tętno 136, nitkowate, brzuch wzdęty. Chorej zalecono kalomel.

7. VI. Upadek sił. Wymioty. Brzuch wzdęty, bolesny.

9. VI. t.j. w 7 dni po operacji, chora zmarła wśród objawów gnilnego zapalenia otrzewnej.

(dok. nast.)

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.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 4).

Przechodząc specjalnie do operacyi na gruźliczej krtani, z przyjemnością zaznaczyć wypada, że przy postępowaniu wewnątrz-krtaniowem dotychczas nie ogłoszono ani jednego przypadku obostrzenia się lub uogólnienia się gruźlicy. Mogłbym tu tylko wspomnieć o przypadku, zakomunikowanym mi przez kol. WRÓBLEWSKIEGO na jednym z zebrań laryngologów i otiatrów tutejszych. Historia jego jest następująca: dwudziestokilkoletni mężczyzna zgłosił się do kol. WRÓBLEWSKIEGO z powodu chrypki. Zmiany dotyczyły strun prawdziwych i rzekomych oraz jednej z chrząstek nalewkowych. Matka pacyenta zmarła na suchoty; w szczycie jednego płuca objawy zgęszczenia; płwociny nie wyrzuca. Rozpoznanie wahało się pomiędzy przymiotem a gruźlicą, a wątpliwość nie została rozstrzygniętą i przez wstrzykiwania płynu KOCH'A (w szpitalu żydowskim na oddziale kol. FRAJDENSONA), odczyn bowiem zarówno miejscowy, jak ogólny był tak mały, że nie dawał prawa do pewnych wniosków. Ponieważ wówczas liczono jeszcze bardzo na rozpoznawczą wartość tuberkuliny, skłaniano się więc bardziej na stronę przymiotu. Chory w dwóch seryach dostał 60 wcierań szaruchy oraz wyżył 2 uncye jodku potasu bez żadnego miejscowego wpływu, a raczej z pewnem pogorszeniem. Stan ogólny ciągle był dobry, a po pierwszej seryi wcierań chory nawet przytył. Brak jednak poprawy stanu miejscowego kazał przypuszczać gruźlicę, albo postać mieszaną gruźlicy z przymiotem. Wobec tego, postanowiono chorego poddać wyłyżeczkowaniu nacieków krtani, co przez kol. WRÓBLEWSKIEGO dokonaniem zostało. Na czerwcowem zebraniu widzieliśmy właśnie chorego, u którego po drugiem łyżeczkowaniu w kilka dni pokazały się gruzełki prosówkowe na nagłośni; jednocześnie stan ogólny się pogorszył, a sprawa w płucach rozszerzyła się. Uważaliśmy wówczas wszyscy chorego za straconego, przypuszczając, że w przeciągu kilku tygodni umrze na gruźlicę ostrą. Tymczasem, ku wielkiemu naszemu zdziwieniu, w 3 miesiące później oglądaliśmy pacyenta, którego stan ogólny dużo zyskał, miejscowa zaś sprawa w krtani posunęła się ku lepszemu w bardzo wysokim stopniu (Pacjent przepędził lato w Sławucie). W przypadku tym więc, wkrótce po łyżeczkowaniu wystąpiło groźne pogorszenie, które jednak, na szczęście, ustąpiło miejsca poprawie; nie mamy zatem prawa zaliczać go do niepomysłnych zejść pooperacyjnych.

Z operacyi dokonanych na krtani gruźliczej po rozłupaniu jej, mamy do zanotonowania jeden tylko wyżej podany przypadek DEHIO, jako zakończony wybuchem gruźlicy ostrej.

W jaki sposób w przypadkach, o których mowa, powstaje uogólnienie się lub obostrzenie gruźlicy, wytłomaczyć można w dwojaki sposób: przy operacyi na miejscu dotkniętem gruźlicą, najnaturalniejszym jest przypuszczenie, że laseczniki dostają się przez otwarte naczynia do

krwiobiegu; przy operacyi zaś na pewnej odległości od ogniska choroby, lub na narządzie, wcale gruźlicą nie dotkniętym, przypuścić trzeba, że pod wpływem urazu zmniejsza się odporność ustroju do tego stopnia, że łatwo daje się opanować zagnieżdżonym w jakimkolwiek narządzie lasecznikom.

Jeżeli teraz mamy odpowiedzieć na postawioną wyżej kwestyę, czy można uważać leczenie operacyjne gruźlicy miejscowej za przeciwwskazane, to z wszelkiem prawem twierdzić możemy, że ani dotychczas ogłoszone wyniki leczenia chirurgicznego suchot krtani, ani liczby znalezione dla operacyi u suchotników wogóle, nie upoważniają bynajmniej do zarzucenia tego sposobu leczenia gruźlicy miejscowej. Zresztą, żaden z autorów przytoczonych takiego zdania nie wypowiada, radzą tylko być przygotowanym na podobne przypadki, a inni, jak VERNEUIL i jego uczniowie, proponują leczenie przygotowawcze, polegające na zadawaniu choremu do wewnątrz jodoformu i traktowaniu cierpienia miejscowego tym samym środkiem przez pewien czas przed operacyą.

Wypada teraz przejść do drugiej kwestyi: co zyskuje chory przez leczenie miejscowe gruźlicy krtani i gardzieli?

Najgorętszem życzeniem chorego jest, naturalnie, to, aby żył, a najpierwszem dążeniem lekarza ocalić życie pacyentowi. Zobaczmy, o ile to urzeczywistnić się daje. „Zdaje mi się, że nawet pomyślnie zakończone leczenie obwodowych ognisk gruźliczych, na przykład, gruźliczego stawu lub kości, w ostatecznym wyniku pozostaje bez skutku. Z przejrzanych przezeń około 150 protokółów sekcyi ludzi, zmarłych z powodu gruźlicy kostnej, okazało się, że tylko w rzadkich przypadkach choroba kości była istotną przyczyną śmierci; przeważnie gruźlica wewnętrzna powodowała zajście niepomyślnie“ ⁴⁴⁾). Jakkolwiek suchoty krtani zaliczają się do gruźlicy wewnętrznej, jednak, ze względu na to, że narząd ten dostępny jest leczeniu chirurgicznemu w tej samej mierze, co i narząd obwodowy, można powyższe słowa LANDERER'A zastosować i do zajmującej nas kwestyi: gruźlica gardzieli lub krtani sama przez się w wyjątkowych tylko razach może być przyczyną śmierci, istotną jej przyczynę stanowią suchoty płuc. A więc i *vice versa*: tylko łagodny, przewlekły charakter cierpienia płucnego może stanowić o życiu chorego.

Gdyby mi zaś przedstawiono chorego, któremu przed laty usunięto złoże gruźlicze z krtani, i powiedziano, że dzięki tej interwencji chory tyle lat przeżył, przytoczyłbym następujące spostrzeżenie: W r. 1887 leczyła się u mnie kobieta 50-letnia, nazwiskiem Monk, u której znalazłem pokryty wybująłą ziarniną wrzód części międzynaławkowej i owrzodzenie obu strun prawdziwych, które doprowadziło prawie do zniszczenia ich. W obu górnych płatach płuc zgęszczenie, brak rzeżeń. Chora ta powiedziała mi, że przed 7 laty leczyła się u kol. HERYNGA, który wówczas znalazł u niej „rany“ w gardle. Poraz pierwszy miała chrypkę przed 20 laty, później od czasu do czasu z przerwami. Mamy zatem przypadek gruźlicy krtani, trwający przynajmniej lat 7. Pomimo to jednak chora cieszyła się znośnem zdrowiem i nie przestawała pracować. Gdybyśmy, przypuściwszy, że w r. 1880 leczenie gruźlicy krtani stało na tym poziomie, na jakim dziś stoi, i że chora została mu poddana z pomyślnym

⁴⁴⁾ Landerer l. c.

skutkiem, gdybyśmy w takim razie 7 lat życia pacjentki przypisali miejscowemu zabiegowi, czyż nie popełnilibyśmy błędu?

Gdyby mi przedstawiono taki dowód doniosłości miejscowego leczenia gruźlicy krtani, zdaje mi się, że nieomyliłbym się, przypuszczając, iż w płucach chorego znajdę postać gruźlicy włóknistą.

Mając to w pamięci, rozumiemy, że kwestya życia chorego nie zależy od naszej interwencji w sprawie miejscowej, lecz od charakteru cierpienia: gruźlica z przebiegiem przewlekłym da wynik dobry, przeciwnie ciężka, postępująca postać cierpienia, pomimo wszelkich, najpomyślniej zakończonych zabiegów chirurgicznych, kończy się w mniej lub więcej krótkim czasie śmiercią. Mógłby mnie tu jednak spotkać zarzut następujący: człowiek, dotknięty gruźliczem cierpieniem krtani, połączonem z bólem, nie pozwalającym mu przyjmować pokarmów, bez leczenia miejscowego umrzeć musi, z powodu upadku stanu ogólnego, wywołanego brakiem pokarmu, gdy tymczasem tenże sam chory leczony, pozbywszy się bólu, może jeść *resp.* pozostać na długo przy życiu. Na to odpowiedziałbym: że usunięcie bolesnych ognisk gruźliczych z krtani lub gardzieli może zapobiedz śmierci głodowej, zgadzam się, lecz aby mogło ocalić życie takiemu choremu, a nawet tylko przedłużyć je na lata, nie przypuszczam. Dla mnie natężenie bólu przy łykaniu ma bardzo ważne znaczenie prognostyczne: jeżeli suchotnik powiada mi, że zupełnie łykać nie może z powodu bólu, to uważam go za straconego, bez względu na to, czy poprawię stan krtani, czy nie. Leczyć miejscowo go będę, ale nie w nadziei utrzymania go przy życiu, lecz aby złagodzić cierpienia. Ten silny ból jest dla mnie wskazówką, że cierpienie przybiera charakter ostry, i, chociażbym w płucach dużych zmian nie znalazł, chociażby stan ogólny przedstawiał się jeszcze znośnie, zawsze uważałbym chorego za zagrożonego śmiercią. Przed kilku laty wezwany zostałem do chorego, którego ból przy łykaniu, trwający od kilku tygodni, w ostatnich dniach wzmógł się do stopnia kompletnej dysfagii. Człowiek ten prawie do dnia mojej wizyty wychodził z domu, zajmował się interesami i wogóle nie uważał się za poważnie chorego. Znalazłem nacieczenie nagłośni i więzów nagłośnionałkowych. W płucach żadnych poważnych zmian nie było. Powoli, pomimo leczenia, stan krtani pogarszał się, wystąpiła wkrótce gorączka, objawy ostrej gruźlicy płuc i śmierć w 6 tygodni po pierwszym widzeniu przezemnie chorego.

Nacieki te, połączone z tak nieznośnym bólem, przedstawiają się błyszczącymi, mocno czerwonymi, miękkimi i wilgotnymi, w przeciwstawieniu do suchych, nie połyskujących i twardych (*oedème dure*), które mają przebieg przewlekły i skłonność do wytwarzania tkanki łącznej.

Należy jeszcze zauważyć, że suchotnicy z taką, mającą skłonność do ostrzejszego przebiegu sprawą, szybko tracą łąknienie i z obrzydzeniem niemal patrzą na pokarmy. Chociaż więc ułatwimy im łykanie, nie wiele zyskamy, nie mówiąc już o tem, że sama choroba daleko silniej podkopuje ustrój, niż przyjmowane pokarmy przy upośledzonem trawieniu przyczynić się mogą do wzmocnienia jego odporności.

Druga kwestya, którą tu jeszcze rozebrać należy, polega na tem, że usunięcie ognisk gruźliczych równa się zniszczeniu pewnej ilości materii szkodliwej, dającej zagnieżdżonem w nich lasecznikom możność rozwijania się; usuwając więc takie źródło wegetacyi szkodliwych drobnoustrojów, zmniejszamy ilość nieprzyjaciół, grożących ustrojowi. Jest to

zdanie zupełnie słuszne: im mniej ustrój ma nieprzyjaciół, tem jest bezpieczniejszy. Tak, ale w tych tylko razach, gdzie ma dosyć sił do zwalczania pozostałych w płucach. A ma to miejsce tam, gdzie przebieg sprawy jest przewlekły, gdzie istnieje skłonność do wytwarzania tkanki łącznej. Niewątpliwie jednak, w takich razach należy ustrojowi pomagać, i tu, w samej rzeczy, pomoc nasza może liczyć na powodzenie. Gdzie tych warunków nie ma, tam, choćbyśmy chorą krtani zmienili na najzupełniej prawidłową, ostateczny wynik okaże się ujemnym. Rozumie się, że te smutne zejścia, spowodowane postępowaniem gruźlicy płucnej lub obostrzeniem się sprawy, nie mogą zaciężyć jako zarzut dla metody miejscowego leczenia suchot krtani, tak samo, jak chirurg, amputujący udo z powodu gruźlicy stawu kolanowego, nie może odpowiadać za śmierć chorego, spowodowaną później suchotami płuc.

Tyle o korzyści *quo ad vitam*.

Pozostaje jeszcze rozebrać, co choremu pod względem czynnościowym dać możemy. Tu w istocie niejednokrotnie prawdziwe tryumfy święcimy. Ale i tutaj wiele mamy do zawdzięczenia sile leczniczej przyrody, która znowu bez naszej pomocy jest w stanie dużo zrobić. Jako przykład takiego samowyleczenia pozwolę sobie przytoczyć następujące spostrzeżenie: Pani B. zgłosiła się do mnie przed kilku laty z powodu chrypki. Znalazłem na górnej powierzchni obu strun prawdziwych, na granicy pomiędzy $\frac{2}{3}$ przednimi a $\frac{1}{3}$ tylną częścią, kępkę ziarniny. Chcąc dokładniej krtani zbadać, zapendzlowałem ją kokainą, a po wyjęciu zakrwawionego pendzelka spostrzegłem, że na miejscu startej ziarniny obie struny prawdziwe były w ten sposób wyżarte, iż po zbliżeniu się ich szpara głosowa w tem miejscu tworzyła okrągłą dziurę. Wobu szczytach były wyraźne zmiany (stępienie, oddech oskrzelowy, brak rzeżeń), płwocina zawierała laseczniki Koch'a. Mąż chorej zapewniał, że nigdy przymiotu nie przebywał, za czem też przemawiało zupełnie zdrowe potomstwo, brak poronień. Poradziłem chorej wyjazd, i od owej chwili nie widziałem jej, aż dopiero po upływie dwóch lat zostałem wezwany do jej córki. Przy tej sposobności opowiedziała mi pani B., że od wizyty u mnie żadnego leczenia nie przedsiębrała nigdzie. Chrypka, którą pacjentka i teraz miała, wydawała mi się jednak mniejszą. Zbadałem krtani i znalazłem struny zupełnie prawidłowe, nawet blizny na miejscu dawnych owrzodzeń widać nie było.

Przyczyną chrypki był teraz mały polip w przedniej części prawej struny prawdziwej.

Takie jednak przypadki samozabliźnienia należą bezspornie do rzadkich, gdy przeciwnie wyleczenie gruźlicy krtani przy pomocy chirurgicznej obecnie do częstych zaliczyć można.

Pod względem czynnościowym zagojenie owrzodzeń i usunięcie nacieków gruźliczych krtani sprowadza: poprawę *resp.* zupełny powrót głosu, poprawę *resp.* zupełnie swobodne połykanie oraz poprawę oddechania. W tym ostatnim razie rękoczyn wewnątrzkrtańniowy często może zapobiedz potrzebie przecięcia tchawicy.

Tak więc, zrobiwszy wiele dla kwestyi wyleczalności gruźlicy miejscowej, mało jeszcze zdobyliśmy środków do zmniejszenia ogromnej odsetki śmiertelności, jaką ona daje. To właśnie często niweczy udatne zabiegi laryngochirurga. Przeżyliśmy krótką epokę powszechnego rozgorączkowania na wieść o środku, leczącym tę straszną chorobę. Wielki ba-

dacz jednak omylił się, i nanowo prysły nadzieje. Czy jednak nazawsze? Genialny Koch nie porzucił pracy, której się od lat 8 oddaje, a dopóki on nie uznał swych usiłowań za daremne, i nam, sądząc, nie wolno ich za takie uważać.

Uwaga przy korekcie. Od chwili wygłoszenia niniejszego odczytu upłynęło więcej, niż rok, a czas ten zdecydował o losach tuberkuliny: tak entuzjastycznie z początku przyjęty środek zawiódł oczekiwania lekarzy. To samo, zdaje się, stało się z tuberkulocydyną KLEBS'A. Nowe nadzieje zaczęły budzić badania KLEMPERER'A, lecz dotychczas, w stosunku do lasecznika gruźlicy, nic pewniejszego nie ma. Wróciliśmy tedy nanowo do dawniejszych metod leczenia gruźlicy, z których klimatyczno-dietetyczne bezspornie najwięcej ma wartości. Ze względu zaś na wartość i na niedostępność jego dla uboższych warstw ludności, dołączam do głosów poprzednich i mój, o potrzebie utworzenia sanatoriów ludowych dla suchotników.

STRESZCZENIA i PRZEKŁADY.

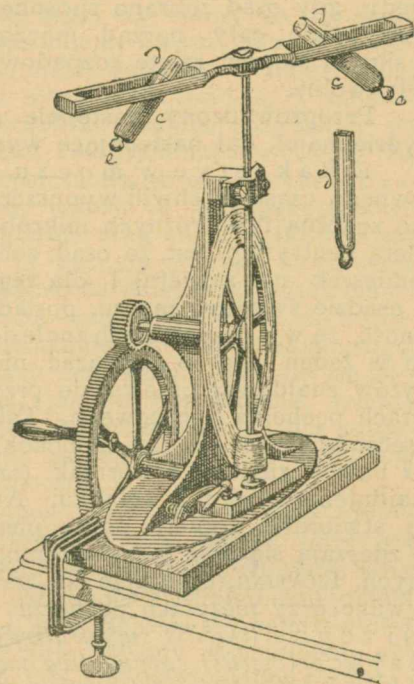
15. O nowej metodzie klinicznego badania moczu i innych wydzielin zapożyczając centryfugi. (STENBECK. Eine neue Methode für die mikroskopische Untersuchung der geformten Bestandtheile des Harns und einiger anderer Secrete und Excrete (*Zeitschrift für Klinische Medicin*. Band. XX. Heft. 4—6 1892). LITEN. Die Centrifuge im Dienste der Klinischen Medicin. (*Deutsche Medicin. Wochenschrift*. Nr. 23—1891). Metoda, której szczegółowy opis i wyniki poniżej podajemy, dotyczy tylko takich fizjologicznych lub patologicznych produktów płynnych, które ubogimi są w składniki morfologiczne, gdyż inne, jak naprzykład ropa, dzięki obfitości tychże, mogą być bezpośrednio przeniesione na szkiełko przedmiotowe i pod drobnowidzem badane. Co innego jest z moczem: jeżeli weźmiemy świeżą kroplę tegoż do badania i jeżeli zdołamy pod drobnowidzem dojrzeć pewne składniki, najliczniej w nim się znajdujące, nie jesteśmy jeszcze pewni, czy, prócz nich, nie ma jeszcze jakichkolwiek innych, mniej licznych, lecz stokroć ważniejszych, które mogłyby nie być znalezione w kropli wziętej do badania. By uniknąć podobnych pomyłek, uciekamy się oddawien dawna do zbierania osadu, i w tym celu posługujemy się przesączaniem lub też ogólnie znaną metodą, polegającą na tem, że mocz, lub inny płyn wlewamy do naczynia o dnie stożkowatym, gdzie po upływie pewnego czasu osiadają wszystkie składniki, mające ciężar gatunkowy wyższy od samego płynu. Sposób ten jednak, jak wkrótce zobaczymy, posiada wiele niedogodności, i choć do ostatnich czasów jedynie jest w użyciu, prowadzić może nieraz do zupełnie fałszywych wniosków. Przedewszystkiem, zbyt dużo czasu niekiedy potrzeba na to, by wszystkie składniki, szczególnie o małym ciężarze gatunkowym (jak np. osnowa czerwonych ciałek krwi), osiadały na dnie naczynia, przyczem budowa ich przez czas ten może uleść różnym zmianom; następnie płyn się łatwo zanieczyszcza zarodnikami różnych pasorzytów rozmnażających się w nim dość prędko; moczany i fosforany, opadające z moczu (szczególnie u gorączkujących), pokrywają inne morfologiczne składniki i czynią je niewidocznymi; istota barwna czerwonych krążków krwi wydziela się z ciałek i przechodzi w otaczający płyn, który przybiera barwę brunatno czerwoną; wreszcie, przy istniejącej peptonurii naprzykład, która bardzo często towarzyszy białkomoczowi (LITTEN), cylindry nerkowe ulegają przeróżnym zmianom, wywołanym przez peptonizację, a nawet zupełnie strawieniu.

Wszystkie te jednak niedogodności dałyby się z łatwością usunąć tylko wtedy, gdybyśmy posiadali sposób natychmiastowego otrzymania osadu w płynach zupełnie świeżych, przez co sole nie miałyby czasu opaść, pasorzyty się rozmnożyć, cylindry i inne morfologiczne składniki zmienić swą budowę lub zostać strawionymi i t. p.; innymi słowy,

gdybyśmy posiadali sposób nadania wszystkim tym składnikom siły ciężaru gatunkowego stokroć większej od ich własnego, dzięki czemu mogłyby one natychmiast opaść na dno i zaraz potem pod drobnowidzem zostać zbadane. Ta myśl naprowadziła STENBECKA do zastosowania w podobnych razach centryfugi, wynik zaś badań, podjętych wspólnie z LITTENEM, przy pomocy tego przyrządu, przeszły wszelkie oczekiwania i wyświetliły już niejedną ciemną kwestyę, o czem poniżej.

Centryfuga, którą się powyżej wzmiankowani autorzy posługiwali, jest zbudowaną według modelu samego STENBECKA (patrz rysunek). Główną jej część stanowi dźwigacz *a*, nasadzony na oś *b*, który bywa wprowadzony w nader szybki ruch wirowy zapomocą kombinacji kół zębatych. Jak silnym i szybkim bywa ten ruch wirowy, dość wspomnieć, że przez ciąg 3-ch minut, zupełnie wystarczający do otrzymania całkowitego osadu np. z moczu, dźwigacz ten wykonywa około 9000 obrotów. Po obu stronach dźwigacza w otworach nasadzone są gilzy *c* do wkładania rurek szklanych *d*, objętości 12 — 15 sz. ctm., zawierających płyn, podlegający centryfugowaniu. Rurki te, przy wprowadzeniu w ruch dźwigacza, przyjmują zupełnie poziome położenie, a składowe części płynu, przez nadanie im ciężaru właściwego, stokroć większego od ich własnego, opadają *resp.* bywają odrzucane ku obwodowym częściom rurek i tutaj zbierają się w specjalnym zbiorniczku *e*, oddzielnym zapomocą zwężeń od pozostałej części rurki. Urządzenie to ma podwójne znaczenie: naprzód nie dopuszcza, by część osadu przy ustawianiu ruchu napowrót dostawała się do płynu nad nim położonego, powtórę, daje nam możność, dzięki silnemu skoncentrowaniu się osadu, sądenia o jego ilości, barwie, charakterze i t. p., czego przy dotychczasowych sposobach otrzymywania osadu oceniać nie byliśmy w stanie. Ponieważ jednak zbiorniczki te łatwo się zanieczyszczają, radzi więc STENBECK przepłukiwać je stężonym kwasem siarczanym, a następnie kilkakrotnie moczem. Samo się przez się rozumie, że w rezerwoarach tych składniki osiadłe rozmieszczonemi bywają według ich ciężaru właściwego. Tak np. w przypadku hematuryi, niezmienione czerwone krążki krwi zajmą dolne warstwy, gdy tymczasem ich osnowy—górne, jak również w przypadkach chyluryi, tłuszcz zbierze się w rurce nad płynem, a przypadkowe mikroby i morfologiczne części osiadą w zbiorniczku.

Zdarza się jednak, jak np. w moczu, zawierającym krew, że po jednokrotnem centryfugowaniu płynu i zapełnieniu zbiorników osadem, mocz pozostaje jeszcze mętnym, czyli, że nie wszystkie jego składowe części opadły na dno. W danym przypadku zależeć to będzie od osnowy czerwonych krążków krwi, mających ciężar gatunkowy, przybliżony do samego płynu, i z trudnością przez to opadających na dno, gdy tymczasem ciała niezmienione masami zapełniły już zbiorniki. Wtedy zlewamy mocz do świeżych rurek i poddajemy go powtórnemu centryfugowaniu; trzykrotna zresztą taka manipulacja zupełnie oczyszcza mocz od osadu i czyni go całkowicie przezroczystym. Po zebraniu osadu, przenosi się część jego za pomocą pipetki na szkiełko przedmiotowe i bada pod mikroskopem. W niektórych razach ze zdumieniem spostrzegamy, gdy z płynu zupełnie przezroczystego zbiera się osad krwisty, składający się prawie wyłącznie z czerwonych ciałek krwi. W moczu żółciowym osad posiada wyraźne dla gołego oka żółte zabarwienie. Dla wykazania wyższości metody tej nad wszelkimi innemi



dotychczas stosowanemi, STENBECK między innemi podaje następujące fakty. Raz naprzykład, udało mu się przy pomocy centryfugi osadzić i demonstrować cylindry nerkowe z moczu pewnej pacjentki, chorej na przewlekłe zapalenie nerek, gdy tymczasem przy najskrupulatniejszych poszukiwaniach osadu, otrzymanego zwykłym sposobem, poprzednio dokonać tego nie mógł. W innym przypadku, gdzie na pierwszy plan wystąpiły objawy nieżytu pęcherza moczowego i gdzie podejrzewano pierwotną gruźlicę jego, przy braku objawów ze strony płuc i innych narządów—pomimo usilnych poszukiwań, nie udało mu się odnaleźć w moczu laseczników gruźliczych. Wynik dodatni otrzymał STENBECK tylko wtedy, gdy osad zebrano sposobem odśrodkowym. Później sekcyja wykazała, że rzeczywiście cały narząd moczowy, jak nerki, moczowody, pęcherz były w silnym stopniu zajęte rozpadową sprawą gruźliczą; płuca zaś i inne narządy były wolne.

Przeprowadzony następnie szereg systematycznych badań nad różnemi wydzielinami, dał następujące wyniki.

1. B a k t e r y e w m o c z u. Jak wiadomo, w moczu badanym, po upływie pewnego czasu od chwili wypuszczenia go z pęcherza moczowego, znajdujemy bardzo znaczną ilość różnych mikrobow, które się doń dostały z powietrza. Otóż zaletą centryfugi jest, że osad, zebrany ze świeżego moczu, bakteryjnych tych domieszek nie zawiera, i dla tego też wszelkie inne pasorzyty, znajduwane w osadzie świeżego moczu, posiadają specyficzne znaczenie. Pomijając tę okoliczność, że w 5 przypadkach znaleziono laseczniki gruźlicze tam, gdzie poprzednio ich w żaden sposób wykazać nie można było, STENBECK inne formy pasorzytów znajdował przeważnie przy chorobach zakaźnych, jak również przy nieżytach pęcherza moczowego. Tak naprzykład, w dwóch przypadkach tyfusu—laseczniki tyfusowe, raz—gonokokki NEISSERA (przy *cystitis gonorrhoeica*), LITTEK raz nawet znalazł czworniak (*sarcina*), który się mało różnił od tego, jaki znajdujemy często w żołądku. Autor przytem zaznacza, że fakt ten udało mu się stwierdzić dopiero poraz pierwszy. Co się tyczy innych form bakteryjnych, to zdarzają się one, jak wiadomo, przy zapaleniach pęcherza, i to przeważnie ropnych. ROVSING, opierając się na całym szeregu badań, dzieli pasorzyty, znajduwane przy nieżytach pęcherza moczowego, na nie-ropne (*cystitis catarrhalis*) i ropne (*cystitis suppurativa*); te ostatnie zaś—na m o c z n i k - r o z s z c z e p i a j ą c e (*cystitis suppurativa ammoniacalis*) i m o c z n i k a n i e r o z s z c z e p i a j ą c e (*cystitis suppurativa acida seu tuberculosa*), wychodząc z tego założenia, że każdy ropny nieżyt pęcherza z kwaśno oddziaływającym moczem, zależy wyłącznie od laseczników gruźliczych. Otóż, co do tej ostatniej formy, badania STENBECKA nie stwierdzają poglądów ROVSINGA. Tak naprzykład, w 2-ch przypadkach nieżytu ropnego, gdzie mocż oddziaływał kwaśno, udało mu się izolować zupełnie odmiennego lasecznika, który, wstrzyknięty królikom w czystej hodowli pod skórę, wywoływał ropnie. Autor nazwał go mianem *bacillus ureae acidus*. Wbrew też twierdzeniom BIZZOZERO, autorom ani razu nie udało się odnaleźć w świeżym moczu cukrowym grzybka—*saccharomyces*.

2. C y l i n d r y n e r k o w e. Jak ważne rozpoznawcze znaczenie posiadają cylindry, znajduwane w moczu, zbyt czernem byłoby dowodzić. Tu jednak przekonali się autorzy, a także WELANDER (który w poszukiwaniu cylindrów u zdrowych ludzi przeprowadził liczne badania z pomocą centryfugi STENBECKA), że bardzo często w moczu normalnym, nie wykazującym najmniejszych śladów białka, znaleźć można pojedyncze wałki nerkowe, przeważnie szkliste, które w tych razach żadnego patologicznego znaczenia mieć nie mogą. Dopiero wtedy, gdy wykazują się one stale u jednego i tego samego osobnika, i to w obecności krążków czerwonych krwi lub nabłonka nerkowego, możemy twierdzić, że istnieje wyraźna sprawa zapalna w nerce. Godnym zanotowania jest także fakt, że mocż, zawierający tylko ślady białka, wykazywał w osadzie znaczną ilość różnorodnych cylindrów.

3. M o c z a n y i s z c z a w i a n y. Co się tyczy pierwszych, to niejednokrotnie zdarza się, że mocż świeży, dopiero co wypuszczony z pęcherza, był mętny od moczanów, które się wytworzyły zapewne już w pęcherzu lub też wyżej. Czy jednak fakt ten stoi w jakimkolwiek ściślejszym związku z wytwarzaniem się kamieni moczowych, trudno tu wypowiedzieć stanowcze jakiegokolwiek

zдание. Dla otrzymania morfologicznego osadu w tych razach, LITTEN poddaje moczu centrifygowaniu w rurkach ogrzanych; same sole jednak z trudnością wogóle osadzają się w zbiornikach, i dla otrzymania ich w całości, daleko lepiej posługiwać się starą metodą. Jako prawo tutaj przyjąć można, że wszelkie sole, znajduwane w osadzie świeżym, zebrany w centrifydce, wytworzone zostały gdziekolwiek wewnątrz organizmu, a nie zawdzięczają tego późniejszemu osadzeniu się z roztworu lub wykrystalizowaniu.

Co do szczawianów, to przekonano się, że prawie każdy mocz dawał w osadzie pojedyncze kryształki szczawianu wapnia, które opadały w typowych swych formach ośmiościanów. Jednak, z większej lub mniejszej ilości tychże, trudno było wypowiedzieć jakiegokolwiek zdanie, odnośnie do tego, czy mamy do czynienia ze wzmożeniem, czy też ze zmniejszeniem wydzielaniem kwasu szczawowego, gdyż zdarza się, że kwasu szczawowego może znajdować się w moczu dość dużo, przy małej ilości kryształów szczawianu wapnia w osadzie, i odwrotnie. Zależy to, jak wiadomo, od tego, że szczawian wapnia rozpuszcza się w kwaśnym fosforanie sodu, i dlatego w mocno kwaśnym moczu tworzy się nieznaczna tylko ilość szczawianu wapnia, gdy tymczasem w obojętnym lub zasadowym, tworzy się zawsze daleko więcej. Gdy jednak w 3-ch przypadkach autorzy znajdowali stale, codziennie, przez 3 tygodnie taką znaczną ilość szczawianu wapnia w osadzie, że mocz trzeba było za każdym razem trzykrotnie centrifygować, by go zupełnie od tych soli oczyścić, że dalej ilość szczawianów nie zmniejszała się nawet po czystej mięsnej dyecie—nie trzeba zdaje się dowodzić, że miano do czynienia ze wzmożeniem wydzielaniem kwasu szczawowego, czyli z t. zw. *oxalurją*. I w tych więc przypadkach centrifyga okazuje się wybornym sposobem rozpoznawczym, gdyż dawniej, jak już wspomniano, trudno było coś stanowczego rozstrzygać, jedynie na mocy badania osadu, i dla rozpoznania oxalurji, trzeba było uciekać się do dość skomplikowanych sposobów chemicznego określania kwasu szczawowego w moczu.

4. B a r w n i k k r w i. Często już gołem okiem po krwistem zabarwieniu moczu konstatujemy domieszkę w nim barwnika krwi, o czym zresztą łatwo się wkrótce przekonywamy zapomocą znanej próby HELLERA. Że jednak w kilku przypadkach STENBECK przy pomocy centrifygi zebrał osad krwisty tam, gdzie w moczu nawet śladów krwi nie podejrzewano i gdzie próba HELLERA dawała wyniki ujemne—należy przyjąć, że i tutaj centrifyga okazuje się czulszą, niż niektóre nawet zabiegi chemiczne, szczególnie zaś, gdy jednocześnie nam rozstrzyga, z jaką postacią domieszki krwi mamy do czynienia: z hematurją, czy też z hemoglobinurją. Jeżeli na przykład, po zcentrifygowaniu moczu, płyn nad osadem pozostanie krwistym, natenczas ma miejsce pierwsza forma, przy odbarwieniu się moczu—druga. Stosownie do tego otrzymamy i różnicę w osadzie: przy hematurji znajdziemy liczne krążki krwi dobrze zachowane i pojedyncze tylko ich osnowy, gdy tymczasem przy hemoglobinurji morfologicznych tych części w osadzie nie znajdziemy, gdyż, jak wiadomo, tutaj istota barwna krwi występuje z czerwonych ciałek jeszcze wewnątrz, wydzielając się z moczem. Rozpoznanie to przy dotychczasowych metodach zbierania osadu było wielce utrudnione z tego powodu, że np. przy czystej hematurji, większość czerwonych ciałek krwi podczas odstawiania się moczu odbarwiała się, a istota barwna, występując z ciałek, rozpuszczała się w płynie, barwiąc go na czerwono; innemi słowy—czysta hematurya dawała sztuczną kombinację hematurji z hemoglobinurją. Mocz taki, poddany centrifydce, wykazałby jednocześnie i płyn krwisty nad osadem (hemoglobinurja) i osad, złożony z czerwonych krążków krwi, dobrze zachowanych, i licznych ich osnów (hematurja). Nic podobnego nie zdarza się przy stosowaniu centrifygi, gdyż tutaj, jak już wyżej niejednokrotnie zaznaczyliśmy, osad zbieramy natychmiastowo z zupełnie świeżego moczu, w którym czerwone ciała krwi nie mają czasu się odbarwić i przez to pozostają niezmiennione.

5. W y s i ę k i i i n n e w y d z i e l i n y. Wszystko, cośmy dotychczas wspominali o zbieraniu osadu z moczu—*mutatis mutandis* stosuje się i do innych wydzielin, jak np. wysięków, zawartości torbieli, bąblowców etc. Co się dotyczy wyników tych badań, podjętych przez autorów, zanotować należy następujące dane. We wszystkich prawie przypadkach czysto-surowiczego wysięku opłucnej, u lu-

dzi skądinąd zupełnie zdrowych, LITTEN i STENBECK stale znajdowali osad zawierający zawsze prawie jedną i tę samą ilość ciałek białych, a także czerwonych krążków w krwi, pomimo, że nie tylko na oko, lecz nawet zapomocą widmowego badania nie można było wykazać u nich śladów krwi. Wynika stąd, że te ostatnie znajdują się w odpowiedniej ilości stale w wysiękach opłucnej, jak i innych, gdyż trudno przypuszczać, by mogły one pochodzić z uklucia. Przeczy temu z jednej strony sam fakt zwiększonego ciśnienia atmosferycznego w jamie opłucnej, dzięki czemu kropla krwi posiada skłonność ujścia raczej ku zewnątrz, niż do jamy; z drugiej strony—stałe i w jednakiej prawie ilości znajdowanie ich w osadzie wysięków. Jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę, to, że te ciałka krwi, zebrane z 15 sz. centym. płynu czyli z jednej rurki, tworzyły w osadzie dość dużą, wyraźną plamę krwistą, przyjąć musimy, że w kilku litrach przeciętnego surowiczego wysięku czerwone ciałka krwi stanowią wcale pokazywany procent morfologicznych składników.

Laseczników gruczliczych w wysiękach—autorzy ci nie mogli odnaleźć ani razu, choć w jednym nawet przypadku sekcja wykazała gruczę otrzewnej. Innych pasorzytów też nie znajdowano. W przypadku bąblowca śledziony—LITTEN osadził z płynu, otrzymanego przez uklucie—liczne główki (*scolices*) i haczyki. Poddawano też centryfudze i plwocinę (KROENIG, STENBECK), lecz poprzednio przetgowaną z ługiem sodowym, szczególniejszych jednak wyników metoda ta tutaj nie przyniosła. W przypadkach, gdzie plwocina była ubogą w laseczniki gruczlicze—znajdowano je w osadzie dość licznie; natomiast, z wyjątkiem jednego przypadku KROENIGA, centryfuga nigdy nie wykazywała ich tam, gdzie metody barwienia dawały ujemne wyniki.

W końcu jeszcze zaznaczyć należy, że LITTEN zapomocą centryfugi próbował jeszcze ilościowo określać białko w płynach zapomocą odczynnika ESSBACHA. Dotychczas, dla osiągnięcia tego pozostawiano mieszaninę tego płynu z moczem na całą dobę, poczem z ilości utworzonego osadu określano odsetkę białka. Dziś daje się to skutecznie w mgnieniu oka w rurkach centryfugi, do których się wlewa odczynnik ESSBACHA i moczu, w odpowiednim stosunku. Doświadczenia te jeszcze nie są ukończone, dotychczasowe jednak dane każą przypuszczać, że i w tych razach centryfuga znajdzie obszerne zastosowanie.

L. Knaster.

16. Błękit metylenowy przeciw zimnicy. (Patrz pracę BOUREILLONA Nr. 2 z r. b. str. 29). PAREŃSKI i BLATTEIS. Spostrzegane przez autorów 35 przypadków pozwoliły im w zupełności stwierdzić wyniki, przez GUTTMANA i EHRLICHA otrzymane. Błękit metylenowy istotnie działa zabójczo na pasorzyt zimnicy, który po pewnym czasie we krwi znika. Do swych badań autorowie wybierali jedynie przypadki niewątpliwe, stwierdzone obecnością plasmodyów we krwi, wyraźnie namacalną śledzioną i napadami dreszczów. Wstrzykiwano podskórnie najprzód roztwór 1%-owy, później 5%-owy (dwa razy dziennie po jednogramowej szpryce), tak iż dawka dzienna wynosiła 0,02—0,1. Wewnątrznie dawano środek w kapsułkach żelatynowych lub opłatkach po 0,4—0,5, dwa do trzech razy dziennie. Używano preparatu krystalicznego, nie zanieczyszczonego chlorem ołowiu lub arsenem (MERCK). Inne preparaty (nie MERCK'A) wywoływały nieprzyjemne zaburzenia uboczne.

Błękit metylenowy, dawany wewnątrznie po 0,1—0,2, nie sprowadzał przypadłości żadnych; wymioty zjawiały się rzadko i to tylko po pierwszym proszku; drugi proszek chorzy znosili dobrze, nigdy nie doznając nudności. Stolece barwiły się na niebiesko, moczu również, przybierając następnie kolor zielonawo-żółty; po dwu dniach barwa znikała. Tak zabarwiony moczu ulegał rozkładowi nadzwyczaj powolnie. Dolegliwości przy urynowaniu spostrzegano niezmiennie rzadko, i to w lekkim tylko stopniu.

Dawki większe (0,4—0,6) sprowadzały wymioty często, lecz również tylko po pierwszym proszku, nigdy prawie po drugim, trzecim. Na 55 przypadków były wymioty w 10-ciu. Kobiety wymiotowały częściej (8 kobiet, 2 mężczyzn). Chorzy z łatwością przywykali do środka i to do dawek coraz większych. Białko-moczu widziano tylko raz jeden w słabym stopniu. Pot i plwocina barwiły się słabo zielonkawo.

Po 1,0 następowało u ludzi, nie dotkniętych zimnicą, małe i krótkotrwałe

obniżenie ciepłoty (o 0,15°), u suchotników jednak ciepłota spadała o 0,5—0,6° wraz z zmniejszeniem potów. U niektórych chorych, po dłuższym użyciu środka, były bóle w okolicy nerek (bez białkomoczu) i uczucie ciśnienia w czole. Dawki 1,0 często wywoływały parcie na mocz, pieczenie w cewce i mimowolne oddawanie moczu. W narządach krążenia spostrzegano zwiększone ciśnienie w tętnicach i zwolnienie tętna.

Podskórnie błękit metylenowy działał w sposób podobny, wywołując w miejscu ukłucia ból niewielki. Mocz barwił się od razu na ciemno-zielono, co trwało przez tydzień. Ani stolce, ani pot, ani ślina nie barwiły się. Działanie kojące występowało nader wyraźnie,

Błękit metylenowy zazwyczaj przerywa napad zimnicy natychmiastowo, w rzadszych przypadkach czyni go tylko łżejszym. Niekiedy w czasie napadu ciepłota się wzmacza, lecz bez poprzedzającego dreszczu. Napady znikają po 3—5 iniekcjach, a przy stosowaniu środka wewnętrznym po 3—6—12 dawkach.

Z 35 chorych, tylko raz środek okazał się bez skutku, mimo stosowania go przez tydzień; w innym przypadku napad powrócił po dwu tygodniach. W pierwszym z tych przypadków chinina również nie skutkowała, w drugim zaś działała. W 33 przypadkach śledziona wyraźnie się zmniejszyła, w dwóch nie.

Plasmodye znikają o wiele później, aniżeli ustępują napady; często jednakże niema ich już po 2—3 dawkach. W przypadkach recydywy, leczonych poprzednio chininą, błękit okazał się skuteczniejszym od chininy; natomiast w przypadkach zimnicy, usuniętej zapomocą chininy, nawrót ustępował prędzej po błękanie. Zapewne więc pasorzyt przywyka do obu tych trucizn. Błękit szybciej niż chinina usuwa wszelkie uboczne objawy zimnicze (ból głowy, niestrawność i t. p.)

Bardzo dobrze działał on w nerwobólach nadoczodołowych zimniczych, jakoteż w bólach mięśniowych i stawowych. Łaknienie i stan ogólny szybko się poprawiały.

Od nawrotów choroby błękit nie chroni, podobnie jak i chinina; w każdym razie nawroty nie bywają częstszymi niż przy użyciu chininy.

Można zadać pytanie, w jakim celu, mając chininę, szukać innego specyfiku, zwłaszcza takiego, który zabarwia ciało i bieliznę? Otóż błękit metylenowy okazuje się często w tych razach skutecznym, w których chinina zawodzi.

(*Przegląd Lekarski* 1—93).

17. GUTTMANN. Oprócz przypadków dawniejszych, G. spostrzegł 3 nowe, w których stwierdził znakomity skutek błękitu metylenowego. Zapobiega on powrotom, i to nawet w przypadkach bardzo złośliwych. 10-dniowe stosowanie nie powstrzymuje recydywy, ale dłuższe (4-tygodniowe) zapobiega jej. G. nie widział żadnego działania ubocznego, prócz częstego parcia na mocz w początku; nawet wady serca nie stanowią przeciwwskazania. Chinina działa wprawdzie szybciej, lecz mniej chroni od recydyw. Plasmodye malaryczne znikają we krwi już po 7 dniach leczenia. Dawka wynosi w pierwszym tygodniu po 0,5 dziennie (w kapsułkach po 0,1); następnie po 0,3 dziennie w 3 dawkach. Plasmodye dają się łatwo wykryć we krwi, zapomocą roztworu eozyny i błękitu metylenowego. Napotyka się zazwyczaj jedną najwyżej 2—3 plasmodye na jednym polu drobnowidzowym. Ilość ich pozostaje w stosunku prostym do siły napadów zimnicy; im silniejszym jest zakażenie, tem więcej bywa plasmodyi.

(*D. med. Woch.* 1—93).

18. TANTIGNAN wypróbował błękit metylenowy na sobie samym podczas ciężkiej malarii w Indyach. Przyjmował po 0,5 dziennie w ciągu 20 dni; przedtem brał chininę bezskutecznie. Mocz, początkowo zielony, stawał się później ciemno-niebieskim, nawet w 5 dni po przerwaniu środka. Nie zawierał ani białka ani wałeczków. W ciężkich przypadkach T. radzi dochodzić do 2,0—3,0 dziennie. Błękit barwi nie tylko plasmodye, lecz, po użyciu wewnętrznym, i inne mikroby, np. cewki moczowej, zmniejszając ich jadowitość. W 5 przypadkach rzęzączki osiągnął T. szybkie wyzdrowienie, stosując po części wewnętrznie (0,5 dziennie), po części wstrzykując do cewki roztwór wodny błękitu.

(*D. med. Woch.* 1—93).

19. LÜTHER. Działanie uboczne narkozy chloroformowej. (Porównaj referat z pracą DÜHRSEN'A w Nr. 1 Medyc.). Po każdym prawie uspianiu chloroformem występuje białkomocz i wałeczki, mianowicie w tych razach, gdy usypianiu towarzyszą mdłości i wymioty. Autor badał u wielu chorych bezpośrednio

przed narkozą mocz, i w jednym tylko przypadku znalazł ślady białka. Otóż ten jeden chory okazywał później najwybitniejsze objawy następcze oraz największe zmiany w moczu. Zazwyczaj białkomocz i wałeczki znikają już po dniach kilku. Wciągu tego czasu spostrzega się: suchość warg, brak łaknienia, niesmak, niekiedy żółtaczkę. Wałeczki bywają zwykle szkliste lub ziarniste, rzadziej nabłonkowe i woskowe. Autor wyprowadza wnioski następujące: 1) należy stosować chloroform tylko w razach koniecznej potrzeby; 2) przed każdą narkozą należy badać mocz; choroby nerek stanowią poważniejsze przeciwwskazanie, niż choroby serca (z wyjątkiem stłuszczenia tegoż); 3) Szczególnie niebezpieczną bywa narkoza podczas ciąży i porodu, dla tego też użycie chloroformu przeciw eklampsyi jest niewłaściwem. (*Munch. m. Woch. 1—93*).

20. **Chroniczne zatrucie rtęcią.** Prof. ALBERT komunikuje na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy Wiedeńskich następujące, na sobie samym zrobione, spostrzeżenie: Od 2 lat cierpiał on na niestrawność, której przyczyna nie dała się bliżej napewno określić; oprócz tego paznokcie u palców rąk stały się większemi, a w końcu wypadły mu dwa zupełnie zdrowe zęby. Powyższe objawy obudziły podejrzenie na chroniczne zatrucie sublimatem, z którym chory przy operacjach chirurgicznych rozległą miał styczność. Podejrzenie to zostało potwierdzone przez chemiczne zbadanie moczu. Prof. LUDWIG wykazał w jednodobowej wydzielinie moczu dość znaczne ilości jodku rtęci.

(*Wien. medicin. Wochenschrift. 50—1892*). J. M.

21. **Konieczność starannego wyjaławiania roztworów wstrzykiwanych pod skórę** stwierdził MARINUCCI, który znalazł, iż niektóre ze środków, używanych do wstrzykiwań podskórnych, zawierają mnóstwo bakteryi, szczególnie ezeryna i morfina; poddał je przeto sterylizacyi i następnie badał działanie ich. Wyniki były następujące: 1) nie wszystkie bakterye w takich roztworach są szkodliwe; 2) sterylizacya zapomocą wysokiej ciepłoty nie zmienia roztworów strychniny, kurary, chlorku chininy i boranu ezeryny; osłabia lecz nie niszczy działania morfiny i atropiny, skutkiem czego trzeba obadwa te środki stosować w dawkach większych; siarczan ezeryny traci swą skuteczność po sterylizacyi.

(*Chr. d. allg. oest. Apoth.—Ver. 92*).

22. **OSER. Przyczynek doświadczalny do innerwacyi żołądka.** 1. Odźwiernik: Doświadczenia, wykonane przez O. w r. 1884-ym, przekonały go, iż drażnienie nerwu błędnego zwęża a nawet zamyka, drażnienie zaś nerwu współczulnego trzewiowego (*Splanchnicus*) otwiera odźwiernik. Obecne badania potwierdziły wyniki dawne. 2. Żołądek: Drażnienie n. błędnego powoduje mocny krótkotrwały skurcz, z następczem rozszerzeniem żołądka. Drażnienie n. trzewiowego uśmierza skurcze samoistne i wywołuje rozszerzenie, trwające czas dłuższy po ukończeniu drażnienia. Wrazie jednoczesnego drażnienia obudwu tych nerwów występuje z początku wpływ n. błędnego (skurcz), który wszelako w dalszym ciągu nie hamuje wpływu n. trzewiowego (rozszerzenie). Wogóle przy drażnieniu pierwszego nerwu przeważa czynność poruszająca żołądka, przy drażnieniu drugiego — czynność hamująca. (*Z. f. kl. Med. T. 20*).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= O ujemnych skutkach znieczulania pentalem pisze w swej pracy inauguralnej p. Natalia KLEINDIENST z Warszawy (Ueber Pental als Anaestheticum. Leipzig, 1892). Na 12 przypadków znieczulania pentalem przy operacyach, 8 razy wystąpił białkomocz na 3 lub 4 dzień, a nawet w dwóch przypadkach hemoglobinurya. Okoliczność ta skłoniła prof. Girard'a do zaprzestania dalszych prób z pentalem. Doświadczenia na zwierzętach odnośnie białkomoczu, dokonane przez autorkę, dały wynik ujemny. (Porównaj prace o pentalu w Medycynie za r. z. str. 440).

= Couvée opisał bardzo ciekawą endemię zimnicy w Amsterdamie. Przytutki dla ubogich żydów składają się tam z trzech obok siebie leżących, lecz całkowicie rozdzielonych budynków. 3-go Września wystąpiły u pewnej kobiety wymioty i bóle brzucha bez biegunki, u drugiej tylko biegunka. Te same objawy w 3 dni później spostrzeżono u dwóch mężczyzn. Po 2 tygodniach zjawiły się wymioty i biegunka u 42 osób w ciągu jednego dnia, w połączeniu z dreszczem wstrząsającym, bólami brzucha i głowy. W ciągu tygodnia zapadło 77 osób z liczby 355-ciu. W sąsiednim przytłuku lute-

rańskim wszyscy pozostali zdrowymi. Prof. Stokvis wyraził podejrzenie zimnicy, zwłaszcza iż od 3 tygodni dokonywano w tem miejscu robót ziemnych. Badanie krwi wykazało plasmodye. (D. med. Ztg. 103—92).

= W Tow. Med. Wewn. w Berlinie KLEMPERER przedstawił handlarza, wykrzykującego głośno na ulicach, który uczuł nagle klucie w lewym boku, upadł i w stanie zapaści przywiezionym został do kliniki. Znalaziono *Pneumothorax*; badanie płuc nie wykazało nic nieprawidłowego, chory nigdy nie kaszał i pochodzi z rodziny zdrowej. Wyleczenie nastąpiło w krótkim czasie. (D. med. Zg. 2—93).

= Nietylko po wypiciu zimnego piwa, ale i innych zimnych napojów, zwłaszcza u ludzi starszych, występują zaburzenia w oddawaniu moczu. Najlepszym wtedy środkiem ma być napar z 1—2 łyżeczek *uvae ursi* na filiżankę wody. (Ther. Mon. 7—92).

= HERLEIS znalazł w niedokrewności złośliwej pomiędzy krążkami krwi żywo poruszające się twory, mające kształt cieniutkich blaszek, sześć razy większych niż krążki; ruchy ich są drgawkowe i postępowe. Najwyraźniej występują one we krwi świeżej. Twory te zmieniają szybko swą formę (łyżeczkowate, lancetowate) i opierają się wszelkim metodom barwienia. (D. med. Ztg. 102—92).

= BOAS znalazł siarkowodor w wielu przypadkach niestrawności przewlekłej, w niezycie ostrym i w rozszerzeniu żołądka, jako zjawisko wcale nie rzadkie. H_2S jest wytworem nienormalnego rozkładu białka; lecz i alkalia siarczane, wprowadzane do żołądka w celach leczniczych, przyczyniają się do jego wytworzenia. Obecność HCl w żołądku nie powstrzymuje sprawy gnicia białka. (D. med. Woch. 49—92).

= W klubie lekarskim wiedeńskim ENRMANN przedstawił pacjenta, który po jednym proszku morfiny z beladoną dostał wysypki w postaci plam, częścią zlewających się, częścią rozszerzających się kolisto i blednących w środku. Uderzającym tu jest fakt, iż leki rozpuszczone wywołały kolistę porażenia naczyń, właściwe jedynie chorobom skóry pasorzytniczym. (Ther. Mon. 1—93).

= Rdzawieniu narzędzi stalowych zapobiega chlorek wapna, skutkiem swej własności przyciągania wilgoci. Kładzie się kilka kawałków tegoż do lejka szklanego, tkwiącego w butelce, którą się stawia do szafy zawierającej narzędzia. (D.-amer. Apoth. Ztg. 6—92).

= KRONFELD opisał skuteczny wpływ antypiryny w cierpieniach kurczowych, np. płasawicy, padaczce i histeroepilepsji. Podaje on ją w 2—3,0 dziennie. (W. m. Woch. 92).

= W Tow. Lek. Peszt. SCHREIBER wystąpił z protestem przeciwko zdaniu wielu lekarzy, jakoby elektryczność działała tylko drogą sugge-

sty. Przeciwnie sprzyja ona wchłanianiu wysięków zapalnych, czego z pewnością suggestya nie zrobi. Najlepszym dowodem jej wartości jest skuteczność u dzieci, u których wpływ suggestyi wykluczyć należy. (Ther. Mon. 1—93).

= ARNOLD zachwala skuteczność salolu w niezycie pęcherza. W ostrym można użyć go już w początku cierpienia; mocz mętny staje się czystym, osad śluzoropny zmniejsza się i wkrótce znika zupełnie, odczyn alkaliczny moczu przechodzi w kwaśny. Żołądek znosi salol dobrze. Jako środek pomocniczy salol stosować można w formie przemyszan pęcherza. (D. m. Ztg. 93—92).

= SAALFELD podaje następujące sposoby leczenia nadmiernego pocenia się różnych okolic ciała. Nogi myć codziennie dwa razy, później nacierać wodą kolońską i smarować 2 $\frac{1}{2}$ %-wą lanoliną z kw. salicylowym; palce izolować szmatkami płótna. Gdy te środki nie pomogą, należy podeszwy posmarować grubo maścią dyachilową Hebry lub 10 $\frac{1}{2}$ %-wą lanoliną z kw. bornym; powtarza się to dwa razy dziennie w ciągu dni 14-tu. Na miejsce oddzielającego się naskórka zjawia się nowy. W razie niezupełnego skutku powtarza się czynność tę po raz wtóry. Twarz pocącą się trzeba myć wodą kolońską i pudrować; ręce myć wyskokiem i $\frac{1}{2}$ % roztworem tanniny; pachy wodą z mydłem, a później wkładać watę napudrowaną. (Ther. Mon. 7—92).

= Do przeciwników wiwisekcyi należy słynny chirurg angielski LAWSON TAIT. Ogłosił on, że ze wstydem przeprosić musi publiczność angielską w imieniu kolegów zawodowych. Wiwisekcyje są zdaniem jego pozostałością wieków średnich, nie mającą wartości naukowej. (Münch. m. Woch. 48—92).

= Możliwość przenoszenia zarazka zapomocą pieniędzy papierowych często była podnoszona. Świeżo podjęli badania nad banknotami hiszpańskimi AOSTA i BASSI. W dwu sztukach znaleźli przeszło 19000 drobnoustrojów najrozmaitszego gatunku, których hodowle sprowadzały śmierć u szczurów i świnek w ciągu 24 godzin.

= Jeszcze jedna oznaka śmierci. Polega na wkłóciu igły w skórę. W razie śmierci otwór pozostaje widocznym, w razie życia—otwór znika po chwili skutkiem kurczenia się skóry. (Lyon med. 40—92).

= PELTSON opisał przypadek wyleczenia kurczu twarzowego po usunięciu za pomocą pętli małego guzika na przednim końcu lewej dolnej muszli nosowej. (B. kl. W. 92).

= Plamy barwnikowe (u ciężarnych, przy cierpieniach macicy i t. d.) dają się najlepiej usuwać zwyczajnem mydłem. Smaruje się je wieczorem cienką warstwą, którą się zrana obmywa. Po kilku dniach skóra się łuszczy

i plamy znikają. Skóra spodnia bywa lekko zaczerwienioną, lecz od borwazeliny wkrótce staje się normalną. (Corr. Bl. f. Schw. Aerz. 14—92).

= WERTHER badał różne gatunki win pepsynowych i przekonał się, iż one albo wcale nie lub też bardzo mało pobudzają trawienie. Siła trawiąca soku żołądkowego często ulegała nawet upośledzeniu; na poprawę trawienia wpływało poniekąd dodanie HCl. Natomiast wodne roztwory pepsyny wpływały na trawienie przyspieszająco. Stąd wynika, iż samo wino źle działa na czynność trawienia; jest ono tylko środkiem podniecającym wogóle, lecz nie trawienym. (Berl. kl. W. 27—92).

= ROSE w Londynie wyłuszczył z wój GASSERA u kobiety 56-letniej, cierpiącej na *Tic douloureux*. Po trepanacyczaszki, z przodu i na zewnątrz od otworu owalnego, doszedł wzdłuż trzeciej gałęzi *N. trigemini* do zwoju, wyciął tę gałąź, oddzielił i wyciął także gałąź drugą, pozostawiając *solum ophthalmicum* nietkniętym. Zwój nie został wyciętym w zupełności, lecz przepołowionym. Od tego czasu bóle ustały. Jest to 7-my przypadek, przez Rose'go operowany. Pierwszy raz dokonał operacji tej przed 2 $\frac{1}{2}$ laty; u chorego dotąd bóle się nie powtórzyły. (Lancet. Paźd. 92).

= RODE opisał przypadek powierzchownej gangreny skóry po użyciu do okładów 2 $\frac{1}{2}$ %-ego karbolu w ciągu 3 tygodni. Żadnych objawów zatrucia nie było, moczu pozostał normalnym. (D. m. Ztg. 92).

= Dr. O'ITAGLAN w Dublinie zaleca wodę gorącą (43,5°) zamiast wszelkich innych antyseptyków przy operacjach i zmianach opatrunku. Wodę należy puszczać na ranę ciągłym strumieniem podczas całego trwania rękochny. (D. med. Ztg. 2—93).

= Dla odwaniania jodoformu zaleca się formułę następującą: Jodof., 197,0—Ac. carbol. 1,0—Ol. menth. pip. 2,0. (Corr.-Bl. d. Schw. A. 17—92).

= Celem przekonania się, czy gaza jodoformowa zabarwiona jest derywatami nitrofenolu, należy oblać ją wodą; po wyparowaniu przecedzonego płynu zostaje osad żółty. Dobra gaza nie powinna oddawać wodzie żadnych barwników. (Der Pharm. 25—92).

= FREMONT wyleczył 9 przypadków *Enteritis pseudomembranacea* wlewaniem głębokimi z użyciem wód alkalicznych. (Wien. m. Pres. 93).

= KLAUTSCH opisał 10 spostrzeżeń nad przebiegiem cholery u ciężarnych. Cięża nie wpływa na zmianę obrazu cholery, natomiast odwrotnie cholera oddziaływała w sposób szczególny na ciężę i poród. Cięża ulega przerwie, a to już po przebyciu przez chorą okresu zatrucia, płód zaś obumiera wcześniej. Bóle poro-

dowe są nieregularne i zwolnione. Rokowanie bywa dla płodu zawsze niepomyślne, dla matek również, lecz w mniejszym stopniu. (Münch. m. Woch. 48—92).

= Celem zmniejszenia bólu przy wstrzykiwaniach sublimatowych (1:10000) do cewki w rzeźączce, VATIER łączy go z antypiryną (Antip. 5,0—Sublim. 0,05—Aq. dest. 500,0). Płyn musi pozostawać w cewce przynajmniej $\frac{1}{2}$ godziny; stosuje się 3—4 razy dziennie. (Rif. med. 100—92).

= W Tow. Hufelanda w Berlinie LEHMANN podał niektóre szczegóły o aklimatyzacji europejczyków na wyspie Jawie. Ciepłota ciała u tubylców bywa o pół stopnia niższa niż u przybyszów z Europy. Ci ostatni zupełnie aklimatyzować się nie mogą, jednakże powstają u nich pewne zmiany: zwiótczenie mięśni, spadek wagi ciała, zmniejszenie ilości moczu i większe pocenie się skóry. Skóra staje się bledszą, lecz właściwa anemii się nie rozwija. Wydzielenie azotu w moczu obniża się. (D. med. Ztg. 92).

= LABORDE zakomunikował Paryskiej Akad. Lek., iż rytmiczne pociągania języka w połączeniu ze sztucznem oddychaniem w ciągu 10 minut, przyprowadziły do życia dziecko 20-dniowe, w pozorowanej śmierci będące. Przyczyną asfiksji był kaszel spastyczny. Rękochn ten zaleca L. także przy duszności w czasie napadu astmy. (Progr. med. 1—93).

= BALZER i SOUPLLET na 424 przypadki rzeźączki ostrej znaleźli 54 razy białkomocz. Wykluczyli wszelkie omyłki, zależne od obecności ropy lub stosowania środków balsamicznych. Białkomocz trwał przeciętnie 6—7 dni, rzadziej do 3 tygodni, i przebiegał bądź skrycie, bądź z lekką gorączką, obłożeniem języka, brakiem łaknienia, bólami głowy i w okolicy nerek. Obrzęków nie było (a waleczki w moczu?—ref.). Przyczynę upatrują B. i S. w zakażeniu ogólnem. W żadnym z 10 ciężkich przypadków nie było nieżyty pęcherza. Że ani środki balsamiczne, ani kuleby nie wywoływały białkomoczu, dowodem to, iż ostatni zniknął mimo dalszego stosowania owych środków. (Ann. de derm. et syph. 2—92).

= REYNAUD opisał 3 przypadki, w których porzeźączce wystąpiły zboczenia ze strony układu nerwowego: w jednym zanik mięśni ogólny i śmierć, w drugim bezwład kończyn dolnych z gwałtownymi w tychże bólami i brakiem odruchów kolanowych; tu nastąpiło wyzdrowienie; w trzecim powstał obraz histeryi. (Rev. de Med. 3—92).

= PRICK, badając wpływ wina na laseczniczki tyfusu i cholery, znalazł, iż w mięszaninie równych ilości wina i wody laseczniczki Kocha giną po 10—15 minutach, tyfusowe zaś po 24 godzinach. (Ctbl. f. Bakt. 9—92).

Wiomości bieżące.

— Stan sanitarny naszego miasta podczas ubiegłego miesiąca wciąż jeszcze pozostawał bardzo wiele do życzenia. Śmiertelność, w porównaniu z ostatnimi miesiącami roku ubiegłego, zmniejszyła się nieznacznie, ale w porównaniu z odpowiednimi tygodniami roku zeszłego i kilku lat poprzedzających, jest niezwykle wysoką. Silne i długotrwałe mrozy mogą do pewnego stopnia powodować zwiększoną ilość chorób dróg oddechowych, ale temu czynnikowi w żadnym razie nie możemy przypisać nadmiernej liczby przypadków chorób zakaźnych, które właśnie ową tak znaczną śmiertelność wywołują. Z chorób panujących, obok zwykłego w obecnej porze roku zapalenia płuc włóknikowego, wciąż jeszcze spotykać się dają liczne bardzo przypadki tyfusu plamistego o przebiegu w ogólności łagodnym. Epidemia szkarlatyny, która z niezwykle silną grasowała w ostatnich miesiącach roku ubiegłego, jest obecnie mniej złośliwą, jakkolwiek liczne przypadki jej wciąż się jeszcze wydarzają, podobnie jak przypadki ospy i dyfterytu. Odrę i koklusz znacznie rzadziej widzimy w ostatnich tygodniach, natomiast coraz częściej spotykać się daje influenza i liczne przypadki epidemicznego zapalenia gruczołów przyusznych. Kilka przypadków pojedynczych cholery, jakie w szpitalach w ciągu tego czasu spostrzegano, pochodziły przeważnie ze wsi Ochoty, położonej na trzeciej wiorście za rogatkami Jerozolimskimi.

— Epidemia influenzy, która już pod koniec roku ubiegłego nawiedzała znowu Warszawę, w ciągu ostatnich dwóch tygodni przyjęła znaczne bardzo rozmiary. Nawiedza ona częstokroć całe rodziny. Występuje przeważnie w postaci nieżytowej, przedstawiając typowy obraz „grypy”. Najczęściej mianowicie występują objawy ze strony dróg oddechowych, zwłaszcza bardzo uporczywe kataru krtani, przedstawiające się jako krup rzekomy szczególnie u dzieci, z towarzyszeniem silnego zapalenia gardła, błony śluzowej nosa i oskrzeli, co z początku daje obraz podobny do zwiastunów odry. Formy choroby nerwowe, a tembardziej gastryczne rzadziej się napotykają. Gorączka trwa zwykle jeden do trzech dni, ale widzimy również przypadki, w których gorączka mniej lub więcej stała trwa około tygodnia. Z powikłań, najczęściej dotąd wydarza się zapalenie płuc i często dosyć zapalenie ucha średniego.

— Pierwsza serya praktycznych zajęć w pracowni kol. Bujwida już ukończoną została. Nadmienić wypada, że czynny w nich udział przyjęli koledzy z prowincyi, dla których wyznaczone zostały zajęcia codzienne. W ciągu 2-ch tygodni przerobiono najważniejsze metody badań

bakteryologicznych. Następny kurs rozpocznie się w ostatnich dniach Lutego.

— Kol. RAUM mianowany został ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu na Pradze.

— Trzeci zeszyt podręcznika chirurgii prof. RYDYGIERA (choroby kręgosłupa i klatki piersiowej) ukazał się ma w lutym.

— Międzynarodowy zjazd lekarski w Rzymie, 11-ty z rzędu, odbędzie się między 24 Września a 1 Października r. b. Postanowiono otworzyć 18 następujących sekcji: anatomia, fizjologia, patologia ogólna, anatomia patologiczna, medycyna wewnętrzna, pedjatria, psychologia z neuropatologią i patologią kryminalną, chirurgia z ortopedią, akuszeria z ginekologią, laryngologia, otyatria, okulistyka, dentystyka, medycyna i chirurgia wojenna, higiena z urządzeniami sanitarnymi, dermatologia z syfilidologią oraz medycyna sądowa. W czasie kongresu odbędzie się także wystawa lekarska i higieniczna. Komitet postarzał się o ulgi na kolejach i parostatkach, nie tylko dla członków zjazdu, lecz i dla żon ich. Składka wynosi 25 franków. Urzędowemi językami będą: włoski, francuski, angielski i niemiecki. Wykłady zapowiadać należy najpóźniej do 30 Czerwca oraz podać treść ich.

— Baron Alfons Rotszylld ofiarował paryskiej „assistance publique” milion franków na założenie instytucji wspierania ubogich położnic.

— Dla nadzoru nad mamkami istnieje w Paryżu specjalne biuro, które wydaje rocznie 14000 świadectw o stanie ich zdrowia.

— Departament Medyczny wypracował projekt przepisów, dotyczących sprzedaży rzeczy używanych, zwłaszcza ubrania. Postanowiono dezynfekować wszystkie rzeczy, niezależnie od tego, czy były noszone przez chorych lub nie. Nadzór mają spełniać lekarze policyjni. (Już. rusk. med. Gaz. 14—92).

— Czasopismo „*Deutsches Archiv für klinische Medicin*” wyszedł obecnie tom 50-ty, w którym skreślono przegląd dotychczasowej działalności tego najstarszego i najpoważniejszego archiwu klinicznego oraz umieszczono portrety obu znakomitych jego wydawców Ziemssen’a i Zenker’a.

— Jako ciekawą rzecz ze sprawy panamskiej przytacza „*Union méd.*”, iż na środki przeczyszczające wydano jakoby przeszło 600000 fr.

— Niedawno temu wydział lekarski „Columbian University” w Waszyngtonie postanowił zamknąć swe podwoje dla kobiet, a to ze względu na „wzajemny wpływ demoralizujący słuchaczów płci obojga”. (D. m. Woch. 3—93).

— Prof. STELLWAG von CARION, znakomity okulista wiedeński obchodził 28 Stycznia 70-tą rocznicę urodzin.

— Czwarty francuski zjazd psychiatrów odbyć się ma w La Rochelle od 1—6 Sierpnia r. b.

— W Berlińskim szpitalu Charité było 14 Stycznia 1940 chorych t. j. najwyższa cyfra od czasu istnienia szpitala. Razem ze służbą przebywa tam 2484 osób.

— Od 1 Stycznia obniżono w Prusiech takse za przewóz chorych osób w wagonach oddzielnych (towarowych z wstawianiem łóżkiem). Zamiast 6, potrzeba teraz kupować tylko 4 bilety klasy pierwszej. Dwie osoby mogą choremu towarzyszyć darmo.

— Na katedrę po zmarłym niedawno prof. MEYNERT'cie w Wiedniu powołano znakomitego psychiatrę z Halli HIRTIG'A, który jednak wezwania nie przyjął.

— Prof. ZACHARIN z Moskwy, wezwany do żony znanego milionera Tereszczenki, otrzymał 14000, jego asystent 2000 rubli honorarium. Lekarstwa przepisane sprowadzono z Kijowa pociągami umyślnym.

— Z ogłoszonego przez fizykat Wiednia sprawozdania za czas od r. 1887 do 1891 włącznie widać, iż przeciętna cyfra roczna śmiertelności w tem mieście wynosiła 22 na 1000, czyli była niższą od oznaczonej przez angielskich badaczy minimalnej cyfry wogóle (23). Z suchot płucnych zmarło w r. 1887-ym 47,62 na 10000 ludności, w 1891-ym tylko 44,33 na tyleż. (Int. kl. Rund.).

— W Stanach Zjednoczonych praktykuje przeszło 2000 kobiet-lekarzy.

— Skutkiem nowych przypadków cholery w Batumie, wznowiono na stacyi kolejowej w Tyflisie nadzór lekarski i dezynfekcyę bagaży. (Już. R. Med. Gaz. 1—93).

— Pewien dentysta skazany został przez sądy w Meiningen z powodu, iż przy użyciu kokainy nie zachował należytej ostrożności. Cierpiącemu na otłuszczenie serca pacjentowi, celem dokonania operacyi wstrzyknął kokainę, nie przekonawszy się uprzednio, jakim jest stan ogólny jego zdrowia i nie wypytawszy pacjenta, czy nie doznaje czasem przypadłości ze strony serca. Objawy zatrucia wkrótce przeszły bez śladu i pacjent pozostał zupełnie zdrowym.

Zmarli. Prof. KAHLER, znany klinicysta wiedeński, zm. tamże 24 b. m. w 44-ym roku życia. Będąc od r. 1882-go prof. kliniki lekarskiej wydziału niemieckiego w Pradze, powołany został w r. 1889-ym na miejsce BAMBERGER'A do Wiednia, lecz niestety, już wówczas rozpoczynająca się choroba (rak języka) nie pozwoliła mu rozwinąć w całej pełni działalności naukowej. Pisał: „o skombinowanych połączeniach systemowych rdzenia“, „przyczynę do patologii ośrodków nerwowych“, dalej prace o gorączce, o władzie i t. d.

Prof. HARDY, znany klinicysta, zmarł w Paryżu.

W Gryfii zmarł prof. EICHSTEDT, który już w r. 1846 pisał o *pityriasis versicolor* jako o chorobie zakaźnej.

Nadesłano do Redakcyi.

1. HEIMAN T. Fünf Fälle von otitischen Hirnabscessen nebst kurzer Beschreibung der otitischen Hirnabscesse im Allgemeinen (odbicie z Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XXII). 2. Zapiski Kijowskiego Towarzystwa przyrodników. T. XII. Zeszyt 2-gi. 3. KRAJEWSKI W. O chirurgicznem leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu (Odczyty klin. wydaw. p. G. L. Nr. 48). 4. KOWALSKI H. Cholera azjatycka na podstawie dawniejszych i nowocześniejszych wyników nauki. Tarnów 1892. 5. JANOWSKI W. Przegląd krytyczny metod leczenia dysenteryi (odb. z Kron. Lek. 1892). 6. Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Kaukaskiego Nr. 9 i 10, 1892. 7. GRUNDZACH J. Über das Entstehen braunfarbiger Fetzen im Magen (odb. z Wien. Med. Pr. 92). 8. SĘDZIAK J. Przypadek t. z. „angina ulcerosa benigna“ (Heryng). Odb. z Przegl. Lek. 92. 9. TEGOŹ. Toż samo po niemiecku. 10. TEGOŹ. Drugi przypadek t. z. anginae ulcerosae benignae (Heryng). Odb. z Now. Lek. 1892. 11. TEGOŹ, toż samo po angielsku. 12. TEGOŹ, niezwykle przypadek sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae. Odb. z Gaz. Lek. 1892. 13. TEGOŹ, toż samo po niemiecku. 14. TEGOŹ. Krup czy dyfteryt nosa. Odb. z Gaz. L. 1892. 15. PIĄTKOWSKI M. Über die therap. Wirkung des Benzols bei der Zuckerharnruhr. (odb. z Wien. kl. Wft. 1892. Nr. 51). 16. MINKIEWICZ J. Muzyka jako środek leczniczy na Kaukazie (odb. z Now. Lek. 92). 17. POLTOWICZ Kazimierz. Contribution a l'étude de la maladie de Glénard et du Carcinome de l'estomac. Rozprawa inauguralna. Genewa 1892. 18. SZWAJECER J. Über eine Flecktyphusepidemie im Reserve-Krankenhaus zu Warschau (odb. z Allgm. Med. Cent. Zg. 1. 93).

Sprostowanie: str. 62 w. 28 zam. klamrami, winno być: klampami. Str. 66 w. 24 zam. zebranych, winno być: zebrane

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

Дозволено Цензурою. Варшава 21 Января 1893 г. Друк М. Зiemkiewiczowej, Krak.-Przedm. Nr. 6. Cena numeru pojedynczego kop. 15.