

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Wyniki higienicznego badania wody 37 studzien z żydowskiej dzielnicy m. Lublina. Podali: J. Idzikowski, W. Orłowski i L. Pękosiński.—Przypadek ropnia podprzeponowego oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym w ogóle. Podał Dr. W. Bruner. (Do kończenia).—**Streszczenia i wyciągi.** 28. O pyopneumothorax subphrenicus i jego leczeniu. 29. Nowe spostrzeżenia nad usposobieniem do chorób zakaźnych.—Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 7 lutego 1893 r.—Drobniejsze wiadomości różnej treści.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Wyniki higienicznego badania wody 37 studzien z żydowskiej dzielnicy m. Lublina.

Podali J. Idzikowski, Wacław Orłowski i L. Pękosiński.

Od czasu odkrycia przez KOCH'A w r. 1883 przecinka cholerycznego i znalezienia go w wodzie z tanki indyjskiej (w Saheb-Bagan w Kalkucie), niejednokrotnie była poruszana kwestya wpływu tych lub innych własności i wartości wody na przebieg, nasilenie, trwanie i szerzenie się epidemii cholery. To też, gdy w roku zeszłym niepożądany ten gość w nasze progi zawitał, zdawało się, że się nasuwa doskonała sposobność zbadania, o ile słusznem jest zdanie KOCH'A w stosunku do naszych warunków klimatycznych. Na nieszczęście, wobec braku odpowiedniej, *ad hoc* delegowanej komisji, gdy kwestyą tą mogli się zająć tylko ludzie dobrej woli, naukowe zagadnienia musiały ustąpić wobec względów humanitarnych — niesienia pomocy dotkniętym cholera. Absolutny brak czasu pozwalał prowadzić tylko dorywcze badania, i dopiero po ukończonej kampanii można było pomyśleć o bardziej systematycznej pracy. Z inicjatywy obecnego inspektora lekarskiego w Lublinie D-ra SKABI-CZEWSKIEGO powstała myśl zbadania wody studziennej i rzecznej w mieście Lublinie. Praca ta, ze względu na porę roku (koniec Października i Listopad r. 1892) i na wygaśnięcie epidemii, była spóźnioną. Laseczniki choleryczne, jak wiadomo, słabo się rozwijają poniżej 15° C., tymczasem woda studzienna, nie mówiąc już o rzecznej, rzadko dochodzi w tej porze do 12° C. Już jeden ten wzgląd pozwalał przypuszczać, że wyniki badań, co do istnienia przecinków w wodzie, będą ujemne. Z kwestyą tą jednak łączyło się bezpośrednio i inne zadanie, niemniej ważne, a może ważniejsze, ze względu na przyszłość *resp.* możliwość powrotu epidemii z wiosną r. 1893. Nasuwała się, mianowicie, myśl, czy można wykryć laseczniki choleryczne w wodzie danej miejscowości już po wygaśnięciu epidemii, a jeżeli tak jest istotnie, to czy nie mogą one w studniach przetrwać zimy i spowodować w roku następnym dalszego szerzenia

się epidemii. Myśl ta, choćby tylko ze względu na niewytrzymałość przecinka cholerycznego w walce o byt z bakteriami gnilnemi i brak formy stałej *resp.* zarodników (wyniki badań HUEPPE'GO nie zostały dostatecznie stwierdzone), wydawała się jeszcze mniej prawdopodobną. Pomimo jednak całego sceptycyzmu, postanowiliśmy jak najskrupulatniej wykonać badania, i to nad studniami z najbrudniejszej części miasta, mianowicie z żydowskiej dzielnicy, gdzie epidemia najbardziej się srożyła.

Zbadaną została woda z 37 studzien prywatnych; studnie miejskie, z przyczyn od nas niezależnych, badane nie były. W analizach tych nie ograniczaliśmy się wyłącznie na wyszukiwaniu przecinków cholerycznych, lub innych chorobotwórczych bakterii, ale staraliśmy się jednocześnie o określenie higienicznej wartości wody lubelskiej. Nim jednak przystąpimy do zestawienia wyników naszych badań, chcielibyśmy powiedzieć słów parę o metodzie przez nas użytej.

Przystępując do badania danej wody, staraliśmy się przede wszystkim określić topograficzne położenie studni, t. j. stosunek otworu studni do poziomu otaczającej ją miejscowości. Okoliczność ta, jak i inne niżej wymienione, ma znaczenie o tyle, o ile wpływa na możliwość bezpośredniego i pośredniego zanieczyszczenia wody studziennej. Jednocześnie ocenialiśmy na oko charakter powierzchniowych warstw gruntu, zwracając uwagę na obrukowanie studni i podwórza, sąsiedztwo ogrodów warzywnych lub owocowych i t. d. Następnie określaliśmy bliskość obór, chlewków, stajni, śmietnisk, zlewów, ustępów, domów mieszkalnych i t. p. Przy oględzinach samej studni zwracaliśmy uwagę na typ jej (pompa żelazna, drewniana, studnia z żórawiem, z czerpakiem, otwarta, zamknięta i t. p.), określaliśmy, przynajmniej na oko, głębokość studni, jakoś ocembrowania (o ile to było możliwem). Szczelność ocembrowania i przykrycia studni szczególnie była notowana, ze względu na możliwość bezpośredniego tą drogą zanieczyszczenia wody.

Wodę czerpaliliśmy w godzinach poobiednich, między 4 i 6 wieczorem. Jeżeli chodziło o pompę, to braliśmy wodę do analizy dopiero po dłuższem pompowaniu, w celu otrzymania przeciętnej wody, nie zaś tej, jaka z powierzchniowych warstw mogłaby być otrzymana. Przy czerpaniu wody ze studzien otwartych staraliśmy się dla tej samej przyczyny mieszać powierzchniowe warstwy z głębszemi. Wodę czerpaliliśmy wiadrem lub konewką czystą i używaną zwykle do czerpania tejże wody (wiadro stróża lub konewka przychodzących po wodę). Prócz tego wiadro lub konewka były kilkakrotnie badaną wodą wypłukiwane.

Do przenoszenia wody posługiwaliśmy się flaszkami wymytemi, zatkane mi korkami z waty i wyjałowionemi przez jedną do półtorej godziny w strumieniu pary ¹⁾. Każda flaszka przed zaczerpnięciem wody i otwarciem korka bywała z wierzchu badaną wodą obmyta; następnie płukaliśmy flaszkę przy wszelkich możliwych ostrożnościach badaną wodą i dopiero wtedy napełnialiśmy flaszkę. Jednocześnie z czerpaniem wody, określaną była i jej temperatura.

Rozlewanie na płytki uskuteczniane było najdalej po upływie godziny od chwili zaczerpnięcia; zależało to od odległości studzien od pracowni. Niezwłocznie po przybyciu do pracowni, zebrana woda bywała kłuciona we flaszce, w celu powierzchniowego określenia stopnia jej zanieczyszczenia i oryentowa-

¹⁾ Termometr maksymalny po 5 minutach wskazywał w aparacie 97°—98°,5 C.

nia się, jakie ilości wody należy brać do analizy. Z każdej próbki wody robiliśmy dwie płytki ²⁾ z 1 i 10 kropel wody, jeżeli ta była stosunkowo czystą; (wodę z flaszki, po uprzednim jej ponownem dokładnem skłuceniu, wydobywaliśmy przy pomocy wyjaławianej każdorazowo w płomieniu lampki Bunzen'a pipetki; ilość kropel w centymetrze sześciennym danej pipetki określaliśmy za każdym razem); jeżeli woda była mętną, natenczas braliśmy małą kropelkę ($= \frac{1}{300}$ ctm. sz.) zapomocą uszka igły platynowej oraz jedną kroplę z pipetki. W pierwszym przypadku, analiza z 10 kropel służyła do obliczenia ilości bakteryi w 1 ctm. sz., analiza z 1 kropli do zkontrolowania poprzedniej i do określenia podejrzanych gatunków. Przy analizach z uszka i z kropli, ilość bakteryi określaliśmy z kropli zostawiając analizy z uszka tylko dla przeszczenia; ilość bowiem wody, czerpana uszkiem, bywa tak różną, że niepodobna przyjmować jej za jednostkę do obliczeń.

Płytki (PETRI'EGO) trzymane były w temperaturze 18°—22° C. Płytki uprzednio były wyjaławiane, zaś wydobywanie wody z flaszek, mieszanie jej z żelatyną i rozlewanie na płytki były wykonywane ze wszelkimi ostrożnościami. Drugiego lub trzeciego dnia płytki były gotowe do badania. Obliczaliśmy z każdej płytki ilość bakteryi wogóle, ilość rozpuszczających żelatynę i ilość różnych gatunków. Zamiast przyrządu KOCH'a, służącego do obliczenia bakteryi, używaliśmy ćwiartki czarnej matowej tektury, na której nakreślone były 16 promienisto rozchodzących się z jednego punktu linii, o kącie otwarcia 22°,5 (pomysłu kol. W. ORŁOWSKIEGO). Przy ustawieniu środka płytki w punkcie zbiegu linii, pozwalało to dosyć łatwo obliczać ilość bakteryi w każdym wycinku koła. Każda płytka badana była przy pow. 84 (ol. immers. $\frac{1}{11}$, Leitz'a, ok. Nr. 1), każdy zaś gatunek podejrzany o chorobotwórczość, badany był w hodowli kłutej, w hodowli na agarze—makro- i mikroskopowo; prócz tego uwzględniane były i inne cechy, jak: ruchliwość (w kropli wiszącej), rozpuszczanie żelatyny, wytwarzanie barwnika, stosunek do tlenu, wytwarzanie gazu, zapach i t. d.

W każdej próbce badanej wody prócz tego określaliśmy ilość chloru, uważając to za najwygodniejszy chemiczny sposób określenia stopnia zanieczyszczenia wody przez odpadki (FLÜGGE). Trzymaliśmy się w tym razie metody MOOR'a, mianując 25—50 ctm. sz. wody ³⁾, po uprzednim dodaniu 2—3 kropel roztworu chromianu potasu, $\frac{1}{10}$ normalnym roztworem azotanu srebra.

W referacie, podanym Panu Inspektorowi Lekarskiemu, przedstawiliśmy szczegółowe tablice, w których zestawione zostały dane dotyczące się każdej studni z osobna. Tutaj poprzestajemy na streszczeniu tych danych i przytoczeniu opisu kilku najbardziej zanieczyszczonych studzien.

Na 37 zbadanych studzien przypada 13 zupełnie otwartych, 16 pomp drewnianych i tylko 8 pomp żelaznych. Oceniając dobroć wody li tylko na zasadzie zewnętrznego jej wyglądu, znaleźliśmy 11 studzien, z których wodę można było nazwać klarowną. Te dane jednakże nie dają nam właściwie żadnych wskazówek co do dobroci wody. Dopiero warunki, przy których zanieczyszczenie wody może mieć miejsce, ilość chloru i bakteryi dają nam możliwość

²⁾ Przy badaniu wody trzymaliśmy się w ogólnych zarysach metody podanej przez Tiemann'a i Gärtner'a („die chemische und mikroskopisch bakteriologische Untersuchung des Wassers“. Braunschweig 1889 p. 640).

³⁾ Tiemann u. Gärtner l. c. str. 682.

oceny, o ile woda z tej lub innej studni zdana jest do użytku. Przedewszystkiem, absolutnie rzeczy biorąc, żadna ze zbadanych studzien nie odpowiadała normie, wymaganej przez higienę.

Szczelność ocembrowania i przykrycia studni, okopanie i obrukowanie, położenie studzien względem otaczających je budynków, pozostawiają tyle do życzenia, że trudno pojąć, jak ludzie mogli żyć się z takimi warunkami. Stawiając jako minimalną normę higienicznie urządzonej studni—zabezpieczenie jej tylko od dopływów zakażających wodę, i czystość w jej utrzymaniu, mamy tylko 5 studzien możliwie zabezpieczonych w tym względzie [ul. Lubartowska Nr. 428—bakteryi 1122 w 1 ctm. sz (pompa drewniana!), Nr. 660—bakt. 974 (pompa drewniana), Nr. 673—bakt. 322 (p. żelazna), Nr. 674—bakt. 454 (p. żelazna), Nr. 688^a dom Sidora—bakt. 463 (p. drewniana w budce drewnianej!)]. Nie będziemy jednak bliżej zajmowali się tą kwestyą, co w urządzeniu tej lub innej studni poprawić lub usunąć należy. W danej chwili chodzi nam zupełnie o coś innego, mianowicie o wykazanie, jaką wodę piją mieszkańcy danej dzielnicy Lublina. Otóż, na to pytanie dają nam zupełnie dostateczną odpowiedź obliczenia ilości bakteryi w 1 ctm. sz. Jeżeli jako *maximum* dopuszczalne w tym względzie, przyjmiemy 500 bakteryi w 1 ctm. sz. ⁴⁾, to okaże się, że tylko trzy studnie (wyżej cytowane: ul. Lubart. Nr. 673, 674, 688^a) mają wodę zdana do picia. Woda ze studni na ul. Lubartowskiej Nr. 428^a nieznacznie przewyższa (576) owe *maximum*, reszta kwalifikuje się do zamknięcia; stosuje się to przedewszystkiem i jest to kwestyą największego pośpiechu w tym względzie—do następujących studzien:

1) Ul. Kalinowszczyzna Nr. 771: w 1 ctm. sz. bakteryi wogóle—126252, b. rozpuszczających żelatynę—432, gatunków różnych 15, chloru (Cl) w 1 litrze 0,075 grm.

2) Ul. Podzamcze Nr. 585—7: w 1 ctm. sz. bakt. wogóle—49300, b. rozp. żel.—8830, gat. róż. 16, chloru 0,092.

3) Ul. Kowalska Nr. 385—6: w 1 ctm. sz. bakt. wogóle 132970, b. rozp. żel. 7330, gat. róż. 25, chloru 1,775.

4) Ul. Jateczna Nr. 510: w 1 ctm. sz. bakt. wogóle 25120, b. rozp. żel. 820, gat. różn. 25, chloru 0,113.

5) Ul. Jateczna Nr. 521: w 1 ctm. sz. bakt. wogóle 907200, b. rozp. żel. 165900, gat. różn. 25, chloru 0,056.

6) Ul. Lubartowska Nr. 381: w 1 ctm. sz. bakt. wogóle 212100, b. rozp. żel. 5670, gat. różn. 18, chloru 1,352.

7) Ul. Lubartowska Nr. 688 (dom Lichtenberga): w 1 ctm. sz. bakt. wogóle 20448, b. rozp. żel. 1800, gat. różn. 28, chloru 0,113 ⁵⁾.

Wobec takich smutnych rezultatów analizy bakteriologicznej, każdy z ła-twością zrozumie, że niewielki błąd popełniamy, twierdząc, że kwestya zdrowotności Lublina jest właściwie tylko kwestyą urządzenia dobrych studzien lub wodociągów.

Wyżej przytoczone *maximum* dla studzien podług FLÜGGE'GO, TIEMANN'A i GÄRTNER'A, które dr. BUJWID na zasadzie wielkiej ilości analiz wody u nas w kraju redukuje nawet do 300 bakteryi w 1 ctm. sz., nie jest zgoła nadzwyczaj-

⁴⁾ Tiemann i Gärtner l. c. str. 667. Flüge „Zasady higieny“ polski przekład. Warszawa 1891 str. 222.

⁵⁾ Woda wiślana niefiltrowana zawiera przeciętnie 400—600 bakteryi w 1 c. sześć, oraz 0,007 grm. chloru w litrze.

czajnem żądaniem z naszej strony. Przytoczymy, dla poparcia naszego zdania, kilka cyfr z analiz wody, dokonanych przez d-ra O. BUJWIDĄ w Warszawie ⁶⁾).

Pompa w Ogrodzie Saskim	bakteryi 60—120 w 1 ctm. sz.	
„ na ul. Górnej	„ 285	„
„ na placu Witkowskim	„ 260	„
„ na ul. Chłodnej	„ 50	„
„ za rogatką Wolską	„ 250	„
„ na placu Krasińskim	„ 360	„
źródło na ul. Oboźnej	„ 30	„
studnia artezyjska na ul. Karolkowej	„ 19	„
studnia artezyjska na ul. Leszno	„ 23	„
studnia abissyńska na Pradze w pobliżu kolei Nadw. bak.	6	„
studnia abissyńska w Celestynowie na stacyi bakteryi	10	„
studnia abissyńska w Otwocku w jednej z willi bakt.	2—8	„

Przykładów takich moglibyśmy przytoczyć dużo więcej. Dowodzą one, że można mieć dobrą wodę studzienną, nawet w miastach dużo większych od Lublina. Że to jest możliwem w Lublinie, dowodzi studnia kolejowa na dworcu kolejowym stacyi Lublin: w r. 1887 analiza bakteriologiczna d-ra BUJWIDĄ wykazała w tej studni 870 bakteryi w 1 ctm. sz., gdy w roku 1892 tylko 50, ale trzeba przyznać, że zarząd nie żałował, przynajmniej w danym wypadku, pieniędzy, żeby zapewnić dobrą wodę dla swych pracowników.

Wracając do kwestyi znajdowania się przecinków cholerycznych w wodzie studziennej w Lublinie, o czem już wspominaliśmy na początku niniejszej pracy, dodać należy, że pomimo ścisłych poszukiwań w tym kierunku, nie udało nam się ich wykryć zupełnie. Znaleźliśmy tylko kilka gatunków, a szczególnie jeden, nadzwyczaj podobny do bakteryi cholery, nie identyczny wszakże. Słów parę o tych gatunkach, po ukończeniu dalszych badań, prowadzonych w pracowni d-ra BUJWIDĄ nad stroną ich morfo- i biologiczną, postaramy się niebawem podać.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ SZPITALNEJ.

Przypadek ropnia podprzeponowego oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym w ogóle.

Podał

D-r. Władysław Bruner,
ordynator kliniki.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 6).

Rozpoznanie w większości przypadków na bardzo duże napotyka przeszkody, co tłumaczy się w wielu przypadkach brakiem objawów, charakterystycznych dla cierpienia omawianego. Małe ropnie mogą powodować groźne objawy, fizycznie zaś niczem się nie zdradzać; przy dużych zaś ropniach i oto-

⁶⁾ Dr. O Bujwid: „Wyniki bakteriologicznych badań wód m. Warszawy w r. 1887—88”. Pamiętnik Fizyograficzny T. VIII. 1888, i „Wyniki bakteriologicznych badań wody warszawskiej w latach 1887—8—9”. Zdrowie 1889. Kwiecień.

kach zawartość ropna lub ropnopowietrzna, jakieśmy to wspomnieli wyżej, unosi się ku górze, zbiera w jamie opłucnej, i wówczas górują objawy zapalenia opłucnej lub odmy piersiowej. Pewnych stałych danych rozpoznawczych nie posiadamy, i według LEYDENA i innych, kierować się należy przy rozpoznaniu choroby następującymi danymi:

1) Wywiadami, które wskazać mogą istnienie jednej z przyczyn wywołujących, zwłaszcza, jeżeli choroba rozwinęła się po rozlanem zapaleniu otrzewnej lub wydaleniu się ropy przez kiskę.

2) Obecnością w dolnej części klatki piersiowej objawów zapalenia opłucnej lub odmy piersiowej z odczynem gorączkowym i bólami, i z brakiem kaszlu i plwociny. Ból niekiedy jest gwałtowny, rozprzestrzeniający się na całe podżebrze i ku łopatce. Stan ogólny ciężki, nie odpowiada często natężeniu sprawy miejscowej.

3) Powyżej wysięku płuco jest w stanie prawidłowym i rozszerzalne. Oddech pęcherzykowy słyszymy do granic wysięku, a przy głębokim wdechu słychać go na większej przestrzeni.

4) Brakiem lub słabo wyrażonemi objawami powiększenia się ciśnienia w jamie opłucnej: odpowiednia strona nie jest wypukłą, serce nieznacznie przemieszczone, a wątroba znacznie opuszczona.

5) Wystąpieniem niekiedy objawów nagłego przedziurawienia dróg oddechowych.

6) Podaniem przez PFUHLE zachowaniem się ciśnienia przy wypuszczeniu zawartości.

7) Przekłuciem próbnem.

Co się tyczy wywiadów, to nader często brak jest zupełnie objawów, wskazujących przyczynę zasadniczą i, jakieśmy to wspomnieli przy opisie powstawania ropnia, niekiedy i sekcyja nie wykrywa tej łączności. Tam jednakże, gdzie wywiady wskazują istnienie wrzodu żołądka, zapalenie wyrostka robaczkowego i t. p., z następczem zwłaszcza zapaleniem otrzewnej, tam cennych one dostarczają wskazówek.

Co do 2 i 3 punktu, to przede wszystkim pamiętać należy, że cierpieniom tym nader często towarzyszy zapalenie opłucnej, o czem poniżej, i niezależnie od tego, bardzo często ze strony płuc objawy subiektywne i fizyczne tak na pierwszy plan występują, że głównie uwagę przykuwają. Ma to miejsce zwłaszcza przy dużych i dłużej trwających ropniach i otokach ropnopowietrznych podprzeponowych, gdy ciśnienie w klatce piersiowej znacznie się powiększa i słyszeć możemy nad wysiękiem, zamiast oddechu pęcherzykowego, oddech oskrzelowy i trzeszczenia. Wówczas i przy wdechu głębokim płuco się nie obniża, i obszar, na którym słychać oddech pęcherzykowy, nie powiększa się, gdyż przepona utraciła swą kurczliwość i nie opuszcza się przy wdechu ku dołowi. Wobec takich faktów, objawy podane w punkcie 2 i 3, tyczyć się mogą tylko przypadków świeżych.

Objawy przedziurawienia płuca zdarzają się i przy ropnych zapaleniach opłucnej, a wypuklenie odpowiedniej strony klatki piersiowej, międzyżeber i t. p. spostrzegane były niejednokrotnie i przy sprawach podprzeponowych. Wszystko tu zależy od natężenia sprawy i czasu jej trwania.

Fakt, że ciśnienie w opłucnej upada przy wdechu i podnosi się przy wydechu, pod przeponą zaś odwrotnie, w warunkach patologicznych nie zawsze stosować się daje, i wahania w ciśnieniu są w tych razach bardzo zmienne, nie-

kiedy przeciwnie, niż w warunkach fizyologicznych. Niezależnie od tego rozpoznawanie jest kłopotliwe i w warunkach wyjątkowych może mieć miejsce.

Przechodzimy wreszcie do przekłucia próbnego. Według SCHEURLENA i PÄTSCHA, jeżeli w jednej z górnych przestrzeni międzyżebrowych otrzymamy płyn surowiczy lub ropę czystą, a w dolnych ropę posokowatą, możemy z pewnością zupełną wnioskować o istnieniu ropnia podprzeponowego, gdyż obie te zawartości, surowicza lub ropna i posokowata, muszą być rozdzielone przez błonę, która wyłącznie jest w stanie, wobec rozpuszczalności produktów posokowatych, przeszkodzić dyfuzji. Wynik taki przekłucia próbnego nie jest patognomiczny dla cierpienia omawianego, gdyż zdarza się i przy zapaleniu opłucnej wielokomorowem, i dwa takie przypadki, badaniem pośmiertnem stwierdzone, opisał niedawno FÜRBRINGER. GUTTMAN też podaje bardzo ciekawy przypadek, w którym istniało zapalenie opłucnej posokowate, wywołane przez zgorzel dolnego płata płuca; płat ów był zrosnięty zupełnie z opłucną żebrową; pomiędzy nią i przeponą znajdowało się ognisko posokowate, a powyżej tego ogniska wysięk surowiczo-włóknikowy. Błoną więc, rozdzielającą dwa te wysięki, była nie przepona, lecz zgrubiała opłucna trzewiowa (*pleura pulmonalis*). Według FÜRBRINGERA, patognomicznym przy przekłuciu ma być fakt otrzymania ropy po uprzednim przebicciu igłą przepony, zdradzającym się wyraźnie ruchami igły, na co jednak, wobec istnienia porażenia przepony, zgodzić się nie można. Jeżeli poważne nasuwają się wątpliwości, nawet po otrzymaniu ropy lub surowicy w górnych odstępach międzyżebrowych, a posoki w dolnych, to tem większe są one, jeżeli przekłucie da nam wszędzie ropę czystą zamiast posoki, a jeszcze większe, jeżeli w opłucnej znajdować się będzie płyn surowiczy i przy przekłuciu surowicę otrzymamy.

Z rozbioru powyższego objawów widzimy, jak trudnem jest rozpoznawanie; tylko w tych przypadkach jest ono możebnem, gdzie wywiady wskazywać będą iż uprzednio istniało cierpienie narządów, w jamie brzusznej położonych, przy uwzględnieniu powyżej podanych objawów, do których jeszcze dodać można opisywaną przez SENATORA bolesność i sztywność w karku podczas podnoszenia się, bolesne odbijanie i polykanie, podobnie jak przy *diaphragmatitis*, położenie chorego na wznaki często spotykany obrzęk bocznej i tylnej ściany klatki piersiowej. Przy braku danych, zwłaszcza anamnestycznych, nie będziemy w możności odróżnić otoku ropnopowietrznego podprzeponowego od odmy piersiowej, i ropnia podprzeponowego od ropnego zapalenia opłucnej (*empyema*) lub od zapalenia okołopłucnowego (*peripleuritis*). Zarówno w otoku ropnopowietrznym podprzeponowym jak i nadprzeponowym, otrzymamy z odpowiedniej strony klatki piersiowej przy opukiwaniu odgłos bębnisty, oddech amforyczny, *succussio* i t. p., a wyżej wykazałem, jak niestałymi są podane jeszcze w najnowszej pracy LEYDENA objawy, w rodzaju przemieszczenia nieznacznego narządów sąsiednich, wysłuchiwanie nad wysiękiem oddechu pęcherzykowego i t. p.

Trudniej jeszcze odróżnić ropień podprzeponowy od ropnego zapalenia opłucnej, gdyż brak tu jeszcze objawów, zależnych od obecności powietrza.

Przy rozpoznaniu, prócz powyżej wspomnianem, kierować się należy jeszcze obecnością lub brakiem przyczyn, wywołujących ropne zapalenie opłucnej.

Zapalenia okołopłucnowego, w braku wywiadów, niepodobna prawie odróżnić od ropnia podprzeponowego, gdyż w obu przypadkach otrzymamy cechy wspólne: prawidłowy stan płuca, nieznaczne przemieszczenie serca, tępość nieprawidłową i t. p. Trudności rozpoznawcze, i tak już znaczne, mnożą się

jeszcze, jeżeli cierpieniu towarzyszy i zapalenie opłucnej (*pleuritis*), powstałe nie drogą przedostania się zawartości do jamy opłucnej, lecz drogą prostego szerzenia się sprawy zapalnej. Pierwszy SENATOR zwrócił na to uwagę. Natężenie towarzyszącego zapalenia opłucnej może być większe lub mniejsze, przyczem sprawa szerzy się albo przez naczynia chłonne, lub też przez tkankę łączną, znajdującą się pomiędzy nóżkami przepony.

Niekiedy rozpoznanie skutecznionem być może z chwilą wykonania zabiegów operacyjnych, jeżeli przepona nie zrosła się z opłucną i jeżeli po rezeckcy żebra, w mniemaniu, że mamy do czynienia z zapaleniem opłucnej, zauważyć możemy wysoko stojącą przeponę. Przekłucie, wykonane wówczas przez przeponę, wykrywa ropę lub posokę.

Rokowanie wogóle jest bardzo niepomyślnem i zależy w znacznym stopniu od przyczyny wywołującej. Niepomyślniejszem jest ono przy ogniskach wewnątrz-otrzewnowych, aniżeli pozaotrzewnowych. W większości przypadków, rozpoznanych nawet za życia, zejście było śmiertelne.

Wyzdrowienie nastąpić może albo drogą zabiegów chirurgicznych, albo też samoistnie, przez wydzielanie się zawartości na zewnątrz, wskutek przebiccia się ropy do jamy opłucnej, lub też przy zrostach opłucnej z przeponą, wprost do płuca. Przypadek taki, zakończony wyzdrowieniem, opisał STARCKE. Tą drogą jednak wyzdrowienie może nastąpić chyba niezmiernie rzadko, gdyż zawartość z trudnością opróżniać się może i chorzy z wycieńczenia giną.

Leczenie jest wyłącznie operacyjne. W ostatnich czasach RENVERS zaleca gorąco stosowanie metody BÜLAU (*Punctionsdrainage*), zwłaszcza w tych przypadkach, w których warunki do wykonania cięższych zabiegów chirurgicznych nie są sprzyjające.

Towarzyszące zapalenie opłucnej leczymy względnie do charakteru jego: surowicze przez wypuszczenie, ropne operacją radykalną.

Powracając do przypadku opisanego, widzimy, że ani anamnestyczne, ani kliniczne dane niepozwalają podejrzewać istnienia cierpienia podprzeponowego, wszystko zaś drzemawało za cierpieniem opłucnej. Z wywiadów wnioskować można było z wielkim prawdopodobieństwem, że chora w domu przechodziła zapalenie płuc, w następstwie którego rozwinęło się zapalenie opłucnej, nie zaś nie wskazywało zapalenia kiszkki ślepej; chora nie skarżyła się ani na bóle, ani na wymioty, ani na zaparcie. Objawy fizyczne i wynik przekłucia próbnego też odpowiadały ropnemu zapaleniu opłucnej. Prawda, że raz jeden przy przekłuciu ropy nie otrzymaliśmy, lecz mogło to zależeć od warunków zewnętrznych, zatkania igły i t. p., a wreszcie, otrzymanie ropy w tejże przestrzeni międzyżebrowej, w miejscu o kilka centymetrów odległem, musiało rozwiązać wszelkie wątpliwości, zważywszy jednocześnie, że badanie jamy brzusznej nic nieprawidłowego nie wykryło.

Prawdopodobnem jest, że, gdyby chora z samego początku choroby była się zapisała do szpitala, omyłki prędzej można było uniknąć, gdyż nie otrzymalibyśmy od razu objawów zapalenia opłucnej, ponieważ ropień podprzeponowy w następstwie dopiero się rozwinął i rozwój jego do rozmiarów tak znacznych czasu pewnego wymagał. Właśnie, ów rozwój stopniowy ropnia, zdradzającego się objawami zapalenia opłucnej, przy możności wykrycia w początku choroby cierpienia kiszkki ślepej, mógłby był wskazać, z czem właściwie mieliśmy do czynienia.

Uderzającym było, że tak rozległe zmiany i tak silnie wyrażone zapalenie otrzewnej nie dawały żadnych objawów typowych. Dziwnem też jest, że

w następstwie przedziurawienia kiszki ślepej wytworzył się ropień, a nie otok ropnopowietrzny podprzeponowy, jak to zawsze prawie bywa. Nie można jednak odrzucić przypuszczenia, że z początku mogło istnieć ognisko powietrzne, które z powodu wessania się gazów, zamieniło się na ropień bezpowietrzny.

LITERATURA.

WINTRICH. Virchow's Handbuch der Pathol. und Therapie der respirat. Organe 1854 str. 358. BAUER. Ziemssen Pathol. und Therapie. PFUHL. Ein oberhalb der Leber gelegenes peritonitisches Exsudat ect. Berl. klin. Wochen. 1877. Nr. 37. SÄNGER. Archiv für Heilkunde 1878 str. 246. LEYDEN. Ueber Pyopneumothorax subphrenicus (und subphrenische Abscesse). Zeit. für klin. Med. 1880. Tom I. PÄTSCH. Subphrenischer Abscess. Heilung durch Operation. Charité-Annalen 1882 str. 300. STARCKE. Ein Fall von geheilem subphrenischen Lungenabscess. Charité-Annalen 1882 str. 623. SENATOR. Ueber Pleuritis im Gefolge von Unterleibs-Affectionen. Char. Ann. 1884 str. 311. NEUSSER. Wien. Med. Wochen. 1884. Nr. 44. HERRLICH. Ueber subphrenische Abscesse. Deutsche Med. Woch. 1886. Nr. 9 i 10. SCHEUBLEN. Ueber Pyothorax Subphrenicus. Charité-Annalen 1889. str. 158. MATLAKOWSKI. Przypadek ropnia podprzeponowego. Nowiny Lekarskie. Nr. 1 i 2 1889. KOGERER. Pneumothorax ex ulcere ventric. Prager Med. Wochen. 1890. Nr. 25. DÉBOVE ET RÉMOND. Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac. Gazette des hopitaux 1890. Nr. 124. A. FRAENKEL. Ueber die Folgen der Perforation des processus vermiformis. Deut. Med. Wochen. 1891. Nr. 4. LEYDEN i RENVERS. Ueber Pyopneumothorax subphrenicus und dessen Behandlung. Berl. Klin. Wochensch. 1892. Nr. 46.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

28. Prof. LEYDEN i RENVERS. **O pyopneumothorax subphrenicus i jego leczeniu.** Na klinice prof. LEYDENA w Berlinie spostrzegane były w ostatnich czasach dwa bardzo charakterystyczne przypadki otoku ropnego podprzeponowego (*pyopneumothorax subphrenicus*), które dały sposobność prof. LEYDENOWI i RENVERSO-
wi do wygłoszenia 2-ch wielce interesujących wykładów w towarzystwie lekarzy szpitala Charité.

I. Prof. LEYDEN rozpoczyna wykład swój od krótkiego streszczenia dawniejszych swych prac o tym samym przedmiocie. Wyrażenie *pyopneumothorax subphrenicus* wprowadził autor do literatury w roku 1880 ¹⁾. W 3 przypadkach rozpoznanych jako *pyopneumothorax dexter*, a zakończonych śmiertelnie, znaleziono przy oględzinach pośmiertnych płyn ropiasty zawierający powietrze, który dawał za życia objawy odmy piersiowej i który w rzeczy samej znajdował się w obrębie prawej połowy klatki piersiowej, nie w worku opłucnej, jak to ma miejsce przy zwykłej (klasycznej) odmie piersiowej, lecz pod przeponą, która uniesioną była do góry i sięgała do 2 lub 3 żebra.

Na mocy przypadków tego rodzaju, autor przyszedł do przekonania, że ma się w tych razach do czynienia z zupełnie odrębnym stanem chorobowym, który tworzy samodzielny obraz kliniczny i który pod względem anatomicznym i klinicznym najlepiej da się określić mianem *pyopneumothorax subphrenicus*. Specyjalną odrębność tego stanu chorobowego stanowi to, że kliniczne badanie wykrywa przedewszystkiem fizyczny obraz odmy piersiowej, lecz z innych znaków można wywnioskować, że ognisko ropne, zawierające powietrze, znajduje się pod przeponą. Jestto ważnem nietylko dla klinicznego rozpoznania, lecz jeszcze ważniejszym pod względem praktycznym, gdyż siedlisko i przyczyny ropienia określają pożądany rękoczyn chirurgiczny.

¹⁾ Zeitschrift für klin. Medicin. Tom I.

Pojęcie *pyopneumothorax subphrenicus* jest w istocie rzeczy klinicznym, nie zaś anatomopatologicznym. W trupie położenie części się zmienia, tak że trudno na preparacie (który autor demonstruje) dowieść, że nazwa i kliniczne pojęcie, przez autora stworzone, są słuszne.

Podobieństwo i różnice między odłą piersiową podprzeponową (ropień podprzeponowy) a klasyczną, godne są uwagi. Podobieństwo objawów fizycznych jest bardzo wydatne; różnice w objawach polegają na głębokiem opuszczeniu się wątroby, przez co brzuch wydaje się opuchłym, na nieznacznym przemieszczeniu serca i nakoniec, bezpośrednio nad przestrzenią powietrzną t. j. nad drugim lub trzeciem żebrem, słyszeć się daje czysty oddech pęcherzykowy.

Co się tyczy powstawania *pyopneumothorax subphrenicus*, jedynem źródłem jego są cierpienia przewodu pokarmowego, które prowadzą do przedziurawienia i wydostania się płynu i powietrza do jamy brzusznej; w ten sposób, znajdujące się w jamie brzusznej powietrze, wraz z zawartością kiszek i bakteriami ropotwórczymi (mianowicie *bacillus col.*), unosi się po większej części ku górze, ku przeponie, sprowadza tu zlepane zapalenie ograniczone, przez co szkodliwe masy zostają otorbione. W ognisku takim następuje ropienie i rozpad, i nakoniec wytwarza się wielki cuchnący ropień. Przypuszczano, że pochodzenie powietrza w takim ropniu podprzeponowym może jeszcze być innem; tworzyć się ono może przy gniciu ropy. Możliwość tego rodzaju powstania powietrza jest tak samo mało prawdopodobną, jak przy klasycznym *pyopneumothorax*.

Pogląd ten potwierdza i kliniczne doświadczenie. Otok ropny podprzeponowy spostrzeganym był dotąd tylko po przedziurawieniu kiszek. Przedziurawienia te redukują się 1) do przedziurawienia żołądka przy wrzodzie, 2) do przedziurawienia wrzodu dwunastnicy i 3) do przedziurawienia wyrostka robaczkowego.

Wrzód dwunastnicy zdaje się najbardziej sprzyjać wytworzeniu się prawostronnego otoku ropnego podprzeponowego, gdyż łatwo przyrasta do wątroby, i gdy ulegnie przedziurawieniu, oddziela się w jakimkolwiek miejscu od jej peryferii, a w ten sposób powietrze bezpośrednio dostaje się do prawej połowy podprzeponowej. Wrzody żołądka wyswabdzają powietrze częściej w stronę lewą. Trzeci sposób powstania *pyopneumothoracis subphrenici* jest może pod względem patologicznym najbardziej interesującym, lecz pod względem leczniczym najmniej pomyślnym. Powstanie otoku ropnego podprzeponowego przez przedziurawienie wyrostka robaczkowego, jest łatwo zrozumiałem. I tu powietrze dostaje się pod przeponę po prawej stronie nad wątrobą, Lecz przypadki tego rodzaju są bardziej powikłane i trudniejsze dla leczenia. Po przedziurawieniu przede wszystkim następuje rozlane zapalenie otrzewnej, które się dopiero następnie ogranicza i wytwarza ognisko różnej wielkości, zawierające ropę i powietrze. Ognisko to może pozostać jedynem, lecz zdarzyć się może, jak to miało miejsce w jednym z pierwszych przypadków autora, operowanym przez LANGENBECKA, że obok tego powstają i inne ogniska ropne w otrzewnej. Takich powikłań obawiać się należy przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego. Przypadek dzisiejszy (z którego preparaty autor demonstruje) szczególnie dobrze uwidocznia powikłany przebieg tego rodzaju przypadków.

Wyleczenie następuje najczęściej na drodze operacyjnej; znane są jednak nieliczne przypadki (STURGES) samodzielnego wyleczenia. Jest ono naturalnie możliwem tylko po wydostaniu się ropy nazewnątrz. Opróżnienie takie, o ile dotąd wiadomo, może nastąpić dwiema drogami, t. j. przez przedziurawienie w kierunku ku górze przepony i przedostanie się ropy i powietrza do worka opłucnej, lub bezpośrednio do płuc, w razie zrośnięcia się przepony i listka przeponowego opłucnej z listkiem płucnym. Drugie jest znacznie częstsze. W podobny sposób, jak TRAUBE opisał przedziurawienie przy ropnem zapaleniu opłucnej, tak i tu ma miejsce stopniowa erozya, a w ten sposób ropa albo powoli sączy się, albo nagle przedostaje się do wielkiego oskrzela. Tą drogą odbywało się w większości przypadków przerwanie się ropnia do płuc i wykrztuszenie cuchnącej ropy. Jest to droga samodzielnego wyleczenia — bardzo pożądana, lecz bardzo ciernista. W ten sposób bowiem ropień, zawierający powietrze, nadzwyczaj ciężko się opróżnia i jeszcze ciężiej się zabliznia, a do tego zejścia trzeba nadzwyczaj długiego czasu: zwykle chorzy daleko wcześniej umierają skutkiem wy-

czepiania sił. To też na samodzielne wyleczenie liczyć nie należy, a koniecznem jest przystąpienie do chirurgicznego rękoczynu wszędzie tam, gdzie się to okaże możebnem, a to w celu opróżnienia na najkrótszej drodze posokowatego ropnia.

W końcu swego wykładu autor podaje szczegółową historię spostrzeganego przypadku, który w krótkim streszczeniu powtarzamy.

Młoda 18 lub 19 letnia robotnica przybyła do kliniki po przebyciu influency. skarżąc się na klucie w prawym boku. Gorączka umiarkowana, tętno częste. Badanie wykryło lekkie stępienie po prawej stronie klatki piersiowej, rżenia trzeszczące. Przypuszczano zapalną sprawę w dolnej części prawego płuca; przebieg jednak wcale nie typowy. Chora po kilku dniach czuje się nieco lepiej, gorączka mniejsza, lecz nie następuje przełom i okres rekonwalescencji; co jednak zwraca na siebie uwagę, to częstość tętna przy małej gorączce i silne wzdęcie brzucha. Wywiady nic więcej nie wykazują, jak tylko, że 3 lub 4 dni przed wstąpieniem do kliniki, chora jadła skórki pomarańczowe, poczem dostała wymiotów a następnie bólu w prawym boku. Po kilku dniach, wciągu których nie następowała poprawa, RENVERS, na którego oddziale chora się znajdowała, stwierdził prawostronną odmę piersiową, którą odrazu uznał za podprzeponową. I w rzeczy samej, znalezione objawy w zupełności stwierdzały ten pogląd. Stwierdzono mianowicie oddech pęcherzykowy z prawej strony pod obojczykiem, aż do 2 żebra, poniżej szmer oddechowy niesłyszalny; szmer sukusyjny (*Succussions-Geräusch*) przy umiarkowanym potrząsaniu klatki piersiowej. Dla różniczkowego rozpoznania od zwyczajnej odmy piersiowej, ważne znaczenie posiadał czysty pęcherzykowy oddech, sięgający do 3 żebra, i nieznaczne tylko przemieszczenie serca; opuszczenie wątroby nie dało się stwierdzić skutkiem wzdęcia brzucha. Niezwłocznie dokonano próbnego przekłucia, przyczem otrzymano cuchnącą ropę. W ten sposób rozpoznanie zdawało się być potwierdzonem. W dalszym ciągu badanie wykazało różnego rodzaju bakterye i resztki pokarmów w ropie, co przekonało, że się ma do czynienia z przedziurawieniem kiszki, *respectiv* wyrostka robaczkowego. Przypuszczać należało, że choroba zaczęła się od powolnie rozwijającego się ropnia perityflicznego, i że po wymiotach, o których chora wzmiankuje, nastąpiło przedziurawienie i wystąpienie powietrza pod przeponę. Przypuszczenie to potwierdziły następne oględziny pośmiertne.

Dalszy przebieg był następujący: po dokonanej operacji ogólny stan chorej był tak dobry, że istniały wszelkie widoki pomyślnego zejścia. Brzuch zmalał, wydzielanie ropy, w przecięciu 200 ccm. dziennie, odbywało się prawidłowo. Lecz następnie, prawie nagle i niespodzianie chora zaczęła kasłać, a w kilka dni później wykrztusiła masę cuchnącą (kałem), co dowodziło przedziurawienia płuc. Od tego czasu kaszel stał się coraz mocniejszym i, jakkolwiek chora była dobrze odżywiana, wkrótce zaczęła spadać z sił, straciła łaknienie i sen, a w końcu po ciężkiej walce ze śmiercią zmarła.

Oględziny pośmiertne wykazały pozostałość ropnia podprzeponowego. Jest on naturalnie bardzo zapadnięty, choć jeszcze wyraźnie widzieć można jamę. Prawe płuco jest bardzo małe, ściągnięte, zresztą zdrowe; miejsce przedziurawienia płuca nie daje się wykryć. Kiszki w części ze sobą zlepione, wyrostek robaczkowy skrócony (*rudimentär*), lecz zamknięty. Przedziurawienie, jakie miało miejsce, uległo zatem zablźnieniu, lecz powyżej, po nad kątnicą, wzdłuż okrężnicy wstępującej, w kierunku ku górze, ciągnął się ropień kałowy, który dochodził do przestrzeni pod przeponą t. j. do miejsca, gdzie znaleziono otok ropny podprzeponowy. Po wypuszczeniu ropy na zewnątrz jama opadła. Musiała ona być kolosalną, skoro w krótkim czasie wypuszczono 2 do 3 litrów ropy. Na trupie jama miała jeszcze szerokość ręki i wysokości 2 do 3 cali, i obficie była ropą napełniona. W dalszym ciągu oględziny wykazały dalsze powiększenia, które w zupełności tłumaczą zejście śmiertelne, a mianowicie okazało się, że ropa od wyrostka robaczkowego utorowała sobie też drogę ku dołowi, w kierunku spojenia łonowego i na lewo, gdyż znaleziono otok ropny podprzeponowy po lewej stronie. Nie był on tak wielkim jak z prawej strony, zawierał 150 ccm. ropy. Sledzona kapała się w ropie; ropień ten pękł i wylał się do lewego płuca; za życia zaś nie dał się stwierdzić.

II. Prof. RENVERS komunikuje w swym wykładzie, że sprawy ropne pod przeponą nie należą bynajmniej do bardzo rzadkich cierpień, lecz mogą być,

skutkiem samodzielnego wyleczenia, jako też skutkiem rzadkiego istnienia klasycznych objawów, przeoczone. Wszystkie sprawy ropne w różnych narządach jamy brzusznej mogą doprowadzić do otoku ropnego podprzeponowego. W ostatnich czasach NOWACK odszukał w literaturze 58 przypadków otoków ropnych podprzeponowych, powstałych wskutek ropienia w jamie brzusznej. Klinicznie odróżnić jednak należy dwie ważne grupy: ropnie zawierające powietrze i otoki ropne zwyczajne. Pierwsze dają klasyczne objawy odmy piersiowej, powstają zawsze w następstwie cierpienia kiszek i przedstawiają samodzielny obraz chorobowy. Dotąd ogłoszono 35 przypadków otoków ropnych podprzeponowych, zawierających powietrze; z tych 3 zakończyły się samodzielnie wyzdrowieniem, a 10 z 32 operowanych wyzdrowieniami. Większość tych przypadków rozpoznano *post mortem* lub podczas operacji, 3 razy rozpoznano je za życia. Do przypadków, rozpoznanych za życia i zakończonych wyzdrowieniem po operacji, należy następujący:

35-letnia kobieta przybyła do kliniki w stanie zapadu, ze znaczną gorączką, w dniu 9 Lutego 1892 r. Skarży się na wielkie osłabienie i ból w piersi. Choroba zaczęła się przed miesiącem, podczas karmienia dziecka, od gwałtownego bólu w górnej części brzucha po lewej stronie. Przez cały czas chora silnie gorączkowała, spadła z siły; leczący ją lekarze nie byli w stanie stonowczego zrobić rozpoznania. Z wywiadów dowiedziano się, że chora w r. 1884 i 85 doznawała przypadłości żołądkowych, które niby zależne były od wrzodu żołądka.

Badanie chorej dostarczyło następujących danych: ciepłota 40°, tętno słabe, drobne, 140 na minutę, ilość oddechów 26; chora leży na wznak, przy poruszeniu skarży się na ból w lewej połowie klatki piersiowej u dołu. Kaszel męczący, prawie suchy, płwocina nieobfita, ropiasta, niecuchnąca. Przestrzenie międzyżebrowe po lewej stronie nie szersze, niż po prawej, nigdzie bolesności przy ucisku. Przy opukiwaniu klatki piersiowej z przodu, odgłos wszędzie jasny po obu stronach; uwagę tylko zwraca wysokie położenie przestrzeni półksiężycowej, dowodzące podniesienia przepony. Z tyłu, po lewej stronie i u dołu stępienie odgłosu opukowego, sięgające do 8 żebra, a przy wysłuchiwaniu osłabienie szmeru oddechowego i nieliczne rżenia. Ponieważ i drżenie głosowe z lewej strony u dołu okazało się osłabionem, zrobiono w 9 i 10 międzyżebrowo próbne uklucie, lecz z ujemnym wynikiem. Podjęte w siedzącym położeniu opukiwanie przedniej ściany klatki piersiowej, wykazało, że istniejący przy leżącej pozycji w przestrzeni półksiężycowej odgłos bębniasty znikł. Zmiana położenia i powtórne badanie wykazało wyraźnie, że musi w tej okolicy istnieć nagromadzenie ruchomego powietrza i płynu, którego siedliskiem jest okolica podprzeponowa i które mogło być w związku z podaniem w anamnezie cierpieniem żołądka. Rozpoznano ropień podprzeponowy. Próbné uklucie, zrobione w 7 międzyżebrowo w linii pachowej, wykazało obecność posokowatej ropy, zawierającej bakterie gnilne. Dalsze badanie fizyczne przekonało, że otok ropny podprzeponowy usadowionym jest między żołądkiem, śledzioną i przeponą i przylega do klatki piersiowej w linii sutkowej, między 6 żebrem i dolnym brzegiem żebrowym. Z tych to powodów i z obawy, by przy szerokiem cięciu nie uszkodzić przepony i opłucnej, co w tem miejscu bardzo łatwo jest możliwem, autor, dla opróżnienia ropnia, zastosował przekłucie z założeniem drenu (*Punctionsdrainage Billau*), ponieważ ten rękoczyn właśnie przy otokach ropnych podprzeponowych dawał autorowi dobre wyniki.

Po miejscowem znieczuleniu kokainą wkłuto 3 młm. grubego trójgranicca w 7 międzyżebrowo, wyciągnięto sztylet i przez kaniulę wprowadzono szczelnie przylegający Nelatonowski kateter, a następnie wyciągnięto kaniulę. Ropa wydzielala się przez kateter w ilości 500 ccm., stopniowo zmniejszała się jama ropnia jako też ilość ropy, tak że w 20 dni po operacji wyjęto dren, poczem rana szybko się zagoiła.

W końcu swego wykładu autor przemawia za usunięciem ropy metodą BUELAU, która w przypadkach otoku ropnego podprzeponowego, szczególnie w praktyce prywatnej, znaleźć powinna obszerne zastosowanie jako metoda, przy której unika się uszkodzenia przepony i opłucnej i wniknięcia powietrza do jamy opłucnej.

(Berl. klin. Wochenschr. 46—92). Feliks Arnstein.

29. RIBBERT. Nowe spostrzeżenia nad usposobieniem do chorób zakaźnych. Usposobienie do chorób zakaźnych, podobnie, jak i odporność (*immunitas*) może być

zupełnem i względem. W rzędzie nowszych prac traktujących o zmniejszaniu się odporności, *resp.* o zwiększaniu się usposobienia do chorób zakaźnych, RIBBERT przytacza najprzód doświadczenia CANALIS'a i MORPURGO. Autorowie ci starali się przekonać, czy zwierzęta, posiadające odporność zupełną lub względną, jak np., gołębie, kury i szczury, względem laseczników czarnej krosty, mogą ją utracić przy głodzeniu. Okazało się, że gołębie, głodzone do chwili zaszczepienia im zarazka, lub też głodzone już po zaszczepieniu, traciły zupełnie swoją odporność. Co się tyczy kur, to te tylko traciły swoją odporność względem laseczników czarnej krosty, które były głodzone w ciągu 3 do 7 dni przed zaszczepieniem im zarazka. Szczury, pomimo głodzenia, nie traciły swej odporności. Dalej, autor przytacza spostrzeżenia CHARRIN'a i ROGER'a nad wpływem zmęczenia. Zmuszając do ciągłego ruchu, w ciągu 7 godzin dziennie, białe szczury w kręcących się klatkach, i szczepiąc im następnie hodowlę karbunkułową, autorowie spostrzegali śmierć tych zwierząt od karbunkułu. Z szeregu licznych prac o wpływie podniesionej ciepłoty (wyżej 28°C.) na utratę u żab odporności względem karbunkułu, RIBBERT przytacza tylko pracę ROHR-SCHNEIDER'a.

Z prac, traktujących o działaniu zmienionego składu krwi na utratę odporności, autor podaje następujące. GAERTNER, robiąc upust krwi królikom ($\frac{1}{10}$ ogólnej masy krwi zwierzęcia) i zastrzykując im następnie pod skórę gronkowce (*staphylococci*), wywoływał obszerniejsze ropnie, aniżeli u królików normalnych. Hodowle tychże koków zaszczepione na surowicy krwi, pochodzącej z takich małokrwiistych królików, rozwijały się lepiej, niż na surowicy krwi królików normalnych, GAERTNER, na zasadzie swoich doświadczeń, przychodzi do przekonania, że wodnistość krwi działa usposabiająco. Jako przeciwstawienie do doświadczeń GAERTNER'a, autor przytacza pracę PERNICE i ALESSI. Z doświadczeń tych autorów wypada, że zwierzęta, posiadające odporność względem karbunkułu, traciły ją, gdy były żywione tylko pokarmem suchym; autorowie warunkują fakt ten zmniejszonemi wydzielinami wogóle, a stąd i niezupełnem wydzielaniem się drobnoustrojów i trujących produktów ich życia. W tem miejscu RIBBERT przypomina i o swoich doświadczeniach, przy których króliki, po zaszczepieniu im hodowli gronkowca ropnego złocistego (*staphylococcus pyogenes aureus*) i równoczesnem wstrzyknięciu pewnych ilości wody do krwi, *resp.* zwiększonem wydzielaniu moczu, zachorowywały mniej ciężko. Podobne znaczenie mają, według autora, wlewania do żył wody przy tyfusie i cholery, przyczem trzeba zwracać uwagę, aby te wlewania, jeżeli mają działać skutecznie, były robione wcześniej, zanim nerki nie będą jeszcze bardzo zmienione. Pozornie, do sprzecznych rezultatów na zasadzie swoich doświadczeń przychodzi BONOME. Autor ten zauważył, że po zastrzyknięciu większych ilości wody do krwi, traci ona bakteryobójcze własności; zwierzęta w tych warunkach zyskują nawet jakby usposobienie do chorób zakaźnych. RIBBERT objaśnia zjawisko to w ten sposób, że znaczne ilości wody wstrzykniętej do żył, wpływają na powstawanie hemoglobinurii (jak to właśnie miało miejsce u zwierząt w doświadczeniach BONOME), a wtedy zba wienny wpływ zwiększonej wydzieliny moczu niknie wobec szkodliwego wpływu hemoglobinemii. Hemoglobinemię wywoływał u zwierząt GOTTSZEIN; wstrzykując im do żył pirydynę, zauważył, że zwierzęta takie traciły swoją odporność (morskie świnki względem cholery kurzej). ENDERLEN zaś znalazł, że bakteryobójcze własności surowicy krwi zwierząt po za ustrojem, u których wywoływał sztucznie hemoglobinemię, zupełnie zmienionemi nie były. Z prac o wpływie nerwów na zmianę usposobienia do chorób zakaźnych, wspomina autor o pracach SAMUEL'a, OCHOTIN'a u H. FRENKL'a. OCHOTIN, np. znalazł, że po wyłuszczeniu królikowi górnego węzła sympatycznego, róża zaszczepiona na odpowiedniemu uchu, przebiegała z większem nasileniem, aniżeli szczepiona na drugim uchu.

Następnie zastanawia się autor, czy wszystkie powyżej przytoczone prace dają pewne objaśnienia co do istoty samego usposobienia. Jeżeli, według słów RIBBERT'a, przypomnimy sobie prace o hemoglobinemii, to, przyjąwszy obecnie najwięcej mającą zwolenników teorię odporności organizmu, opartą na bakteryobójczych własnościach surowicy krwi, musimy przyznać, że usposobienie powstaje nie tylko przez utratę tych własności, lecz i niezależnie od niej. Innemi słowy, usposobienie może istnieć, pomimo, że krew danego organizmu posiada własności

bakteryobójcze. Dla tego autor nie godzi się ze zdaniem tych, którzy istotę odporności upatrują tylko w tych własnościach bakteryobójczych. Według RIBBERT'a, przyczyny odporności szukać należy także i w komórkach organizmu, w ich walce z drobnoustrojami.

Oprócz powyżej przytoczonych czynników, mogących wpłynąć na powstawanie usposobienia do chorób zakaźnych, RIBBERT przytacza jeszcze wszelkie bodźce urazowe, w szerokim tego słowa znaczeniu, przedewszystkiem stawiając te, które uszkadzają zewnętrzne i wewnętrzne powłoki nabłonkowe naszego organizmu. Przytacza w tem miejscu doświadczenia GRAWITZ'a, przy których okazało się, że wstrzyknięte do jamy otrzewnowej gronkowce nie wywoływały ropienia, lecz wysłały się bez szkody dla zwierzęcia. Przeciwnie zaś, przy zranionej błonie otrzewnowej, też same drobnoustroje wywoływały obfite ropienie. Nie tylko zranienia, lecz nawet dłużej trwające działanie powietrza na błonę otrzewnową, przy doświadczeniach WALTHAN'a, okazało się czynnikiem usposabiającym do szkodliwego działania tych drobnoustrojów, które nieszkodliwie działały na normalną błonę otrzewnową. Dalej, autor przytacza doświadczenia LIPAR'ego, z których się okazało, że zwierzęta, po zastrzyknięciu im do tchawicy płwociny ludzi chorych na zapalenie płuc, tylko wtedy na zapalenie płuc ginęły, jeżeli przed lub po zastrzyknięciu były wystawione na działanie zimna. W tem miejscu autor zwraca jeszcze uwagę na tak nazwane zakażenia mieszane. RIBBERT przyjmuje dwojaki sposób działania na organizm zakażeń mieszanych, zgodnie ze zdaniem DUNINA, wygłoszonem na VI zjeździe Lekarzy polskich w roku 1891, t. j., że drobnoustroje w pewnych razach tak zmieniają grunt całego organizmu, iż on dopiero wtedy łatwiej, lub wogóle tylko wtedy staje się wrażliwym na drobnoustroje innego rodzaju, dotąd dla niego nieszkodliwe, lub też, że pewne drobnoustroje ułatwiają dostęp drobnoustrojom innego gatunku. Dla przykładu pierwszego sposobu działania autor przytacza między innemi prace ROUX i YERSIN'a: bardzo słabo działające laseczki błonicowe, stawały się bardzo jadowitemi przy równoczesnem szczepieniu ich z paciorkowcami. Jako przykład drugiego sposobu działania mogą służyć rozmaite sprawy ropne po durze brzuszny. Do tego podziału warunków usposabiających przy zakażeniach mieszanych, powinniśmy przy użyciu wyrażenia „usposobienie“ rozróżniać dwa rodzaje usposobienia: usposobienie zewnętrzne i wewnętrzne. Usposobienie zewnętrzne jest po większej części nabytem, chociaż może być i wrodzonym, np. łatwo ulegające zranieniom powłoki nabłonkowe. Usposobienie zaś wewnętrzne może być w równej mierze i wrodzonym, i nabytem. Według słów autora, ludzkość z biegiem czasu może się pozbyć tych wewnętrznych usposobień do chorób, jakie dziś posiada; wtedy i usposobienia zewnętrzne stracą swoje znaczenie dotychczasowe.

(*Deut. Med. Woch. 1893 Nr. 1*). M. S.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 Lutego 1893 r.

I. Przedstawienie przypadku wyleczonego jąkania.

Kol. OŁTUSZEWSKI przedstawił 17-letniego chorego B. R., uleczonego z ciężkiej formy jąkania samo i spółgłoskowego, a podlegającego tej wadzie od lat 13. Leczenie rozpoczęto w początkach Września roku zeszłego, a ukończono po dwóch miesiącach. Do obecnego czasu upłynęło 3 miesiące, podczas których chory, pomimo ciągłej styczności z obcymi ludźmi, mówi zupełnie płynnie i poprawnie. Za najlepszy dowód zupełnego wyleczenia chorego posłużyły zadawane pytania, tak przez demonstrującego, jako też przez innych kolegów, na które chory odpowiadał bez zająkania. Tego rodzaju publiczny egzamin, działający nieraz paraliżująco na mowę wrażliwych osób, nawet nie podlegających żadnym zboczeniom mowy, służy, zdaniem kol. OŁTUSZEWSKIEGO, za najlepszy probierz, że chory jest stanowczo z wady jąkania uleczony. Przy tej sposobności kol. O. opisał metodę leczenia, znaną zresztą czytelnikom naszym z pracy jego, drukowanej w roku zeszłym w „Medycynie.“

II. Kliniczne badanie krwi.

Pod tym tytułem kol. KLEIN odczytał pracę, która w całości będzie umieszczona w „Medycynie“.

D y s k u s y a.

Kol. MAYZEL zaznaczył, że, ze względu na różnice w otrzymanych preparatach, zależne od miejsca i sposobu dobywania krwi, na co wpływa rodzaj narzędzia, wielkość nakłucia, wyciskanie i t. p., pożądanę byłoby ujednolajnienie roboty pod tym względem. Wobec licznych dzieł, traktujących o badaniu krwi, jakie wychodzą we Francyi i Niemczech, przedmiot zasługuje na uwagę i słusznie u nas szerzej poruszonym został. Co prawda, w dziełach tych panuje jeszcze poniekąd chaotyczne zestawienie licznych spostrzeżeń, z których niewiele dotąd stanowczych wniosków daje się wyprowadzić pod względem klinicznym, jeżeli pominiemy to, co zostało dokonane przez EHRLICHA i jego uczniów. Sam twórca badań ziarnistości w leukocytach zdaje się być już teraz niezbyt skorym do wyciągania dalszych wniosków klinicznych, wychodzących po za obręb treści dotychczasowych swych publikacji. Z tem wszystkiem, grupowanie ścisłych spostrzeżeń przyda się zczasem bezwątpienia dla kliniki, a do tego zachęcić tylko jest obowiązkiem.

Kol. DUNIN zaznacza, że badanie krwi nie jest rzeczą nową; w początkach liczone tylko ciałka krwi i obliczano ilość hemoglobiny; odpowiednie przyrządy pokazywali przed kilku laty w towarzystwie kol. PRZEWOSKI i DUNIN. Metody te jednak były za grube i, jak okazuje się obecnie, za mało ścisłe tak, że w jednym i tym samym przypadku otrzymują się wyniki różne. Badanie metodą EHRLICHA może dać ważne wskazówki, ale i tu wyniki są jeszcze za mało dokładne do wyprowadzania z nich wniosków praktycznych; nauczę wyrządza się krzywdę, jeżeli wywody teoretyczne stosować zbyt prędko do celów praktycznych. Zdaniem D. praca NEUSSERA, do której prelegent niezmierną wagę przykładą, pełna jest hipotez, opartych na niedokładnych danych. NEUSSER znajdował komórki eozynofilowe w wielu chorobach, nie mających nic z sobą wspólnego, i tworzy teorię, która wszystkie te choroby podciąga pod jedną całość, proponuje nawet nową klasyfikację chorób, nowe dane dyagnostyczne i nawet nową terapię, nie uwzględniając nowszych zdobyczy na polu nauki. Zbiera przytem dane niekiedy tak niedokładnie, że wystarcza mu ustne doniesienie KRYPIAKIEWICZA, który znajdował komórki eozynofilowe przy różnych psychozach, do stawiania swych wniosków. Zdaniem NEUSSERA, narządami wytwarzającymi komórki eozynofilowe są: skóra, szpik kostny, gruczoł krokowy i nerki. Z narządów tych, pod wpływem podrażnienia nerwu sympatycznego, wydzielają się owe komórki, podobnie jak ślina ze ślinianek. N. przyjmuje związki histeryi i neurastenii z narządami płciowemi, pomijając najzupełniej względy dziedziczności, warunki życia i t. p. i opierając się wyłącznie na obecności w tych cierpieniach komórek eozynofilowych. Na tej zasadzie, i na epilepsyę zapatruje się jako na cierpienie nerwu sympatycznego, kiedy obecnie wszyscy starają się oprzeć ją na zmianach organicznych. Dyagnostyczne dano N. też nie wytrzymują krytyki; tak np. w jednym przypadku dyagnostuje on na zasadzie badania krwi psychozę, a wyklucza *sepsis*, pomimo że chora gorączkowała, i gorączki wcale nie objaśnia. Prawdopodobnie miało tu miejsce jedno i drugie. Propozycje terapeutyczne N. są zdaniem D. śmieszne, np. *castratio* przy histeryi i t. p. Kol. D. uważa pracę N. za należąca do kategorii pociągających, lecz tak pełną nieprawdopodobnych hipotez, że znaczenia, jakie jej nadaje prelegent, przypisać jej nie może.

Kol. KRYSIŃSKI zapytuje, czy praca prelegenta jest zebraniem cudzych badań i wyników, czy też oparta na własnem doświadczeniu; w tym razie ciekawem byłoby wiedzieć, na zasadzie ilu przypadków tyfusu autor wyprowadza swe wnioski.

Kol. BIERNACKI badał krew metodą EHRLICHA i przyszedł do wniosku, że dotychczasowe wyniki nie są ważnemi dla celów praktycznych. Tak naprzykład, badając krew przy ostrych sprawach ropnych, przekonał się, że raz istnieje leukocytoza neutrofilowa, drugi raz jej nie ma, a i w innych przypadkach wyniki są tak różne, że nie znajdujemy punktu oparcia dla dyagnozy.

Kol. JANOWSKI zgadza się najzupełniej z tem, co powiedział kol. DUNIN, i twierdzi, że, ażeby dana rzecz miała znaczenie rozpoznawcze, należy — aby dla danej choroby była stałą, aby było wiadomem, od czego zależy, i ażeby nie było rażących sprzeczności. Dotychczasowe wyniki hematologiczne nie odpowiadają tym wymaga-

niom. Komórki eozynofilowe zdarzają się przy chorobach niemal wszystkich systemów narządów (krwiotwórczego, płciowego, nerwowego) i oddzielnych organów, i badanie krwi, specjalnie na ziarnistości eozynofilowe, w myśl pracy NEUSSERA, którą tak dokładnie zreferował kol. KLEIN, wcale się nie przyczynia do rozjaśniania sprawy, przeciwnie, niepotrzebnie bardzo często ją zaciemnia. Jeżeli, na przykład, mamy do czynienia z cierpieniem układu nerwowego i chcemy sobie dopomóc w rozpoznaniu przez badanie krwi, wtedy, nie znalazłszy komórek eozynofilowych, w myśl dzisiejszych naszych wiadomości, możemy tylko powiedzieć, że dany chory nie ma zapalenia płuc, gruźlicy i histeryi, o których i tak by nie pomyślano. Gdybyśmy zaś znaleźli te komórki, to możnaby również myśleć o tych chorobach, lecz tylko powikłanych rozedmą płuc. Nie tylko więc nie zmniejszają się trudności zadania, lecz nawet zwiększają.

Przechodząc do chorób narządów krwiotwórczych, kol. J. zaznacza, że dawniej, mając chorego, u którego mamy podstawę podejrzewać ukryty jakiś nowotwór złośliwy lub białaczkę i, nie znalazłszy u niego w świeżej kropli krwi zwiększonej ilości białych ciałek, wykluczono by z wielkiem prawdopodobieństwem białaczkę, wahanoby zaś się między blednicą, gdyby płeć i wiek chorej był po temu, i anemią, zależną od powyżej wspomnianych przyczyn. Dyagnozę między temi dwiema chorobami wybrano by, kierując się zwykłymi rozpoznawczemi danemi. Obecnie, stojąc na stanowisku dzisiejszych naszych wiadomości, zapożyczonych od NEUSSERA, znalazłszy przy badaniu krwi dużo komórek eozynofilowych, musimy wykluczyć cierpienia wszystkich organów krwiotwórczych, o których i takby nie pomyślano, i w końcu znowu wahać się między anemią, blednicą i białaczką. Do rozstrzygnięcia tych wahań nie mogą się przyczynić komórki eozynofilowe, gdyż przy tych cierpieniach zdarzają się wielkie ich ilości w pownych ich postaciach. Gdybyśmy nie znaleźli wcale komórek eozynofilowych, to i wtedy wahań nie rozstrzygniemy, gdyż nie ma ich, według NEUSSERA, w ciężkich postaciach anomii i blednicy. Co zaś do białaczki, to kol. J. przypomina przypadek kol. SOKOŁOWSKIEGO, daleko posuniętej białaczki, w którym nie było prawie wcale komórek eozynofilowych. A więc i tu badanie krwi nie ułatwia zadania.

Co się tyczy sprzeczności w wynikach badań przy tych samych cierpieniach, to kol. J. zaznacza, że te dotąd są bardzo duże i sam mógł się o tem przekonać w kilkudziesięciu przypadkach, zwłaszcza przy badaniu ropy tryprowej, gdzie otrzymywał wyniki bardzo różne, a w której, według NEUSSERA, stale znajduje się dużo komórek eozynofilowych, przechodzących z gruczołu krokowego. Tej teorii pochodzenia tych komórek w ropie tryprowej sprzeciwia się fakt obecności ich w ropie badanej przez kol. MARKUSFELDA, przy świeżym tryprze u kobiet. W końcu kol. J. zaznacza, że w przypadkach ostrego ropienia kol. M. znajdował bardzo często dużo komórek eozynofilowych, sam zaś ich nie spostrzegał. Przy sztucznie wywołanem ropieniu zapomocą środków chemicznych, także nie znajdował komórek eozynofilowych. Uważałby jednak za lekkomyślne twierdzenie, że wogóle przy sztucznem ropieniu komórek tych nie ma.

Kol. KLEIN, kol. KRYSIŃSKIEMU odpowiada, że celem odczytu było przedstawienie stanu hematologii w chwili obecnej, na zasadzie faktów, zdobytych przez różnych badaczy i przez niego samego; gdyby chciał przy każdym fakcie cytować autorów, musiałby w każdym niemal wierszu wspominać po kilka nazwisk, co zaciemniłoby kwestję. Tam, gdzie podaje własne spostrzeżenia, wyraźnie o tem wspomina. Co się tyczy tyfusu, to kol. KLEIN sądzi, że ważna praca CHETAGUSOWA o tyfusie jest zbyt dobrze znaną, ażeby się na nią powoływać. Kol. DUNINOWI K. odpowiada, że obowiązkiem lekarza-praktyka jest korzystać z faktów teoretycznych, w przeciwnym bowiem razie nauka nie posunęłaby się naprzód. Streszczenie kol. D. z pracy NEUSSERA jest tak niedokładne i pod wieloma względami przeinaczone, że nie dziwnego, że praca owa wydać się może przesadzoną. Fakty podane przez N., będą zawsze faktami, tem bardziej, że zostały już wielokrotnie stwierdzone przez innych badaczy, a jakimkolwiek będzie ich objaśnienie, musimy się zawsze z nimi liczyć. Zarzut, uczyniony N., wyciągnięcia wniosków na zasadzie ustnego doniesienia mu o eozynofilowych komórkach przy psychozach przez d-ra KRYPIAKIEWICZA, nie jest słusznym, gdyż K. nie tylko listownie donosił, lecz i ogłosił pracę dokładnie wyjaśniającą kwestję. Co do zarzutów, stawianych terapii NEUSSERA, to fakt uleczenia niektórych chorób w powyższy sposób nie ulega żadnej wątpliwości. Fakty te coraz bardziej się mnożą nawet w ostatnich czasach. Kol. BIERNACKIEMU K. odpowiada, że różnorodność wyników zależną była od tego, że B. badał krew nie raz wtedy, kiedy sprawa ropna była już dojrzałą, a zdaniem

wszystkich badaczy, leukocytozy wtedy już nie ma. W odpowiedzi kol. JANOWSKIEMU, kol. KLEIN zaznacza, że dla odróżnienia anemii od raka, posiadamy tak pewne i wielokrotnie stwierdzone dane, że o wahaniu się w rozpoznaniu mowy być nie może. Przy raku znajdujemy leukocytozę neutrofilową, przy anemii zaś *leukopeniam* z przewagą leukocytów, co powinno wystarczać do odróżnienia tych dwóch cierpień. Co się zaś tyczy komórek eozynofilowych, to należy odróżniać jednojądrowe duże myelocyty od wielojądrowych małych. Zresztą, nie eozynofilowe myelocyty mają znaczenie dla rozpoznania białaczki, lecz neutrofilowe. Co do badań kolegi J. nad ropą, mających dowodzić małego znaczenia rozpoznawczego metody EHRLICHA, to, zdaniem prelegenta, nie należy ich mieszać do danych hematologicznych. Tu rzeczy prawdopodobnie mają się inaczej i należy nad tem popracować, a wyniki pewno będą ciekawe.

Kol. DUNIN zastrzega, że nie lekceważy wcale badania krwi i z uznaniem się odzywa o zestawieniu systematycznym badań, jak to uczynił prelegent, pragnął tylko wykazać przesadę we wnioskach NEUSSERA.

Kol. JANOWSKI zaznacza, że zawsze odróżnia myelocyty eozynofilowe od zwykłych komórek eozynofilowych, notuje tylko fakt, że zdarzają się przypadki białaczki, w której brak jest komórek eozynofilowych, nie może więc być mowy o rozpoznaniu choroby na zasadzie ich gatunku. Przy raku J. nie widział stałych zmian, opisywanych przez kol. KLEINA. J. sądzi, że z badaniem krwi na ziarnistości dzieje się to samo, co działo się ze wszystkimi teoryjami, i że z czasem, być może, pewna część tych wniosków, które dziś już wyprowadza NEUSSER, będzie miała rację bytu.

Kol. BIERNACKI dodaje, że badał krew w jednakowych warunkach i różne otrzymywał wyniki, nie może więc zgodzić się ze zdaniem prelegenta, że przy ukończonej sprawie ropnej nie ma leukocytozy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— GUTTMAN okazywał w Berl. Tow. Med. Wewn. serce, wyjęte ze zwłok dziecka dwuletniego, z ciekawymi i niezwykłymi złozeniami i rozwojowymi. Za życia G. rozpoznał: brak przegrody międzykomórkowej, zwężenie tętnicy płucnej i przestawienie wielkich tętnic (aorta z prawej, t. płucna z lewej komórki). Sekcyja stwierdziła to rozpoznanie, a obok tego znaleziono: zupełny brak zastawki trójdzielnej i otwarty przewód Botalla. Serce przerosłe ważyło 92 grm. (norm. 57). (D. m. Ztg. 4—93).

— GRAFFENBERGER badał zmiany w ustroju zwierząt pod wpływem ciemności. Przemiana materii odbywa się mniej więcej jednakowo w świetle i ciemności, lecz w ciemności zwierzę przybiera na wadze, z powodu mniejszej przeróbki węglowod. Następuje zmniejszenie ilości hemoglobiny, a później i ogólnej ilości krwi. (Pflüg. Arch. T. 53).

— Dotychczas uważano leukocyty w osadzie moczowym za bezbarwne ciała krwi lub ciała ropne. SENATOR, barwiąc je mieszaniną neutrofilową EHRLICHA, przekonał się, że one zawierają jedno tylko jądro, że więc są rzeczywistymi leukocytami, gdy tymczasem bezbarwne ciała krwi i ropne są tworami wielojądrowymi. (Prag. m. W. 4—93).

— CASTLE opisuje krwawomocz w Afryce, Wschodniej (Zanzibar). Jest to jedna z najczęstszych chorób, zarówno u tu-

bylców, jak u Europejczyków. Istnieją dwa rodzaje choroby. Pierwszy zależy od obecności *bilharzia haematobia* we krwi. Jajka ich znaleźć można w moczu, wtedy nawet, gdy nie ma hematuryi. Dostają się one do ustroju z wodą do picia. Europejczycy, którzy piją wodę przegotowaną, chorobie tej nie podlegają. Wszyscy prawie chorzy mają mniej niż lat 30; później choroba się nie zdarza. Drugi rodzaj krwawomoczu, niepasorzytnego pochodzenia, występuje z wysoką gorączką, dreszczami i nieznacznym spadkiem ciepłoty, poczem bywa omdlenie, bladłość i oddawanie czarnego moczu, zależnego od zniszczenia krążków krwi. Krwawienie to trwa około 3-ch dni przy odpowiednim leczeniu; okres zdrowienia trwa miesiąc; czasem zejście bywa śmiertelne. Choroba ta nawiedza przeważnie Europejczyków. (Lancet 91).

— ROSENTHAL, wstrzykując podskórnie morfinę, w ilości najwyżej 0,05 dziennie, przekonał się, iż znaczna jej część wydzielaną zostaje ze śliną. Działanie morfiny jest do pewnego stopnia kumulacyjnem. W sprawach sądowych fakt ten ma ważne znaczenie, gdyż daleko łatwiej badać ślinę, niż treść żołądkową. (C. f. kl. M. 1—93).

— CARP opisał epidemię cholery swojskiej w miasteczku Goslar nad Renem, bardzo złośliwie przebiegającą. 3 przypadki wydarzyły się w jednej rodzinie (ojciec.

syn, córka) prawie jednocześnie; czwarty dotyczył sąsiada, który przybył do poprzednich na chwilę; dwaj pozostali chorzy mieszkali daleko. Z pomiędzy 6-ciu, zmarło 5-ciu chorych, t. j. trzech alkoholików, jeden z bardzo obfitym pokładem tłuszczowym i dziewczyna 15-letnia. Badanie zwłok i badanie kału nie wykazało laseczników. Wszyscy używali złej wody do picia, w jednym przypadku stwierdzono związek studni z wychodkiem. W wodzie tej nie było przecinkowca, lecz mnóstwo innych mikrobow. (D. m. Woch. 2—93).

= GOLDSCHIEDER znalazł koki ropne w 4 przypadkach surowiczego wysięgu opłucnej: w 3-ch—paciorkowca, w jednym gronkowca złocistego. Wszyscy chorzy wyzdrowieli. Fakt ten jest niezmiernie ciekawym, dowodzi bowiem, iż mimo obecności koków, nie zawsze powstawać musi zapalenie ropne. (Z. f. kl. M. T. 21).

= W Tow. Lek. Hamb. ROETE okazał bakterie wyhodowane z wakuiny cielęcej. Na agarze otrzymał białe i żółte hodowle, złożone z diplokoków, poruszających się żywo przy ciepłocie 20—40°, i wydzielające zapach stęchlizny. Świnie, którym zaszczerpiono hodowle te, pozostały odpornymi na limfę cielęcą. (Münch. m. W. 3—93).

= HEIDENREICH miał 40-letniego pacjenta z cierpieniem stawu biodrowego lewego i dwiema przetokami do tegoż, który przed 4 laty doznawał bólu w okolicy nerek, przed dwoma zaś laty uczuł nagle ból w cewce. Można było tu wyczuć ciało obce, utrudniające oddawanie moczu. H. wyciągnął odłamek kostny. Okazało się, iż zniszczonym był wyrostek kości łonowej, którego kawałek przedostał się wraz z ropą do pęcherza moczowego i dalej do cewki. (Revue med. de l'Est 1—92).

= HAEGLER badał znaczenie pyłu pod względem chirurgicznym i znalazł w pyłe dużo bakterii chorobotwórczych; dla tego uważa za szkodliwe, zdejmowanie np. opatrunku suchego. Chirurg przenosić może pył z bakteriami za pomocą włosów i ubrania. Radzi przeto H. zwilgocenie powietrza spray'em przed operacją, zmywanie podłogi, ścian i sprzętów w sali operacyjnej, zwilżanie opatrunku przed zdejmowaniem go. Paciorkowce żyją w pyłe 14—36 dni, gronkowce 56—100 dni. (M. m. W. 4—93).

= BUMM wykonał u pewnej dziewczyny laparotomię dwukrotnie w ciągu dwóch miesięcy, z powodu gruźlicy otrzewnowej. W częśc otrzewnej, wyciętej podczas pierwszej operacji, znalazł liczne gruzelki prosówkowe, ale bez laseczników. Niemniej była to gruźlica, gdyż w ukłuciach przy zszywaniu rany potworzyły się owrzodzenia, których wydzielina zawierała laseczniki. W powtórnej

laparotomii gruzelki nacieczone były komórkami okrągłymi i po części zmarszczone skutkiem zbliźnowacenia otaczającej tkanki łącznej. (M. m. W. 4—93).

= W Tow. Lek. Lyonkiem PONCET okazywał 9 letnią dziewczynkę bardzo wyniszczoną, którą wyleczył z gruźlicy prosówkowej otrzewnej za pomocą laparatomii. W jamie otrzewnej było $\frac{3}{4}$ litra płynu, zawierającego laseczniki gruźlicze; cała otrzewna pokryta była drobnymi guziczkami. Dziecko po 5 miesiącach wyzdrowiało i utyli. (Bull. med. 2—93).

= WEIS zmniejszył rozszerzony żołądek u chorego, któremu przed rokiem zrobił gastroenterostomię skutkiem zwężenia odźwiernika. Obecnie wystąpiły ponownie wymioty i przypadłości żołądkowe, lecz można było wykluczyć zwężenie odźwiernika. W. wpuklił ścianę żołądka ku wewnątrz na głębokość jednego cala i założył rząd szwów węzełkowych. Równolegle do tego pierwszego rzędu zrobił 3 inne jeszcze. Po 4 miesiącach chory wyzdrowiał. (N. Y. med. Journ. T. 56).

= HEUSNER w Barmen wykonał po raz pierwszy z pomyślnym skutkiem laparotomię w przypadku przedziurawienia wrzodu żołądka do jamy otrzewnowej. Operację rozpoczął w 16 godzin po przedziurawieniu, siły chorego były dostateczne. Otwór w żołądku znajdował się ukryty pod łukiem żebrowym w pobliżu wpustu. Operacja trwała 2½ godziny. (B. kl. W. 49—92).

= W Paryskim Tow. Chir. TUFFIER okazywał chorego, któremu przed półtora rokiem wyciął prawy szczyt płucny, skutkiem rozpoczynającej się gruźlicy. Odtąd chory przestał kasłać, stan ogólny był doskonałym, na wadze przybyło 7 kgr. Oddech w obu szczytach był jednakowy, prawidłowy. (D. m. Zg. 7—93).

= BEUGNIES opisuje ciekawy przypadek białkomoczu napaadowego, zależnego od pokarmu, szczególnie mięsnego. Pacjentka, 50 lat, od lat kilkunastu cierpiąca na wątrobę, zachorowała na *perityphlitis* i zapalenie opłucnej, po których wystąpił tydzień trwający białkomocz. Zalecono ścisłą dietę, złożoną z mleka, jajek i chleba. W dwa tygodnie później chora zjadła mięsa; nastąpiły objawy zapaści, zimny pot, wymioty i hemoglobinurya. Od tego czasu każde zjedzenie mięsa wywoływało nazajutrz białkomocz, a chora tak źle się czuła, iż trzeba było opróżnić żołądek zgłębnikiem. W dalszym ciągu białkomocz zależał od przyjmowania pokarmu: rano po przebudzeniu nie było go prawie wcale; po śniadaniu ilość białka się zwiększała; po obiedzie była największą i białkomocz trwał najdłużej. Po jedzeniu występował lekki dreszcz,

bladłość skóry, gorączka, trwająca 2—6 godz. Mocz, przedtem czysty, stawał się po jedzeniu natychmiast gęstym, mętnym i skąpym. (Jour. de Med. 91).

= BRANDES, badając w szpitalu Kopenhaskim mocz chorych na influencę, znalazł na 29 przypadków białko 23 razy; gdy choroba była lekka, istniały tylko ślady białka, natomiast w powikłaniach zapaleniem płuc i w przypadkach śmiertelnych białko było wiele; sekcyja wykrywała ostre, mięszkowe zwyrodnienie nerek, podobnie jak w innych chorobach zakaźnych. (D. m. Z. 8—93).

= OLLENDORFF wypróbował 3 nowe odczynniki na białko, podane przez ZOUCHELOSA: I mieszaninę 1 części—kwasu octowego z 6 częściami 1%-ego roztworu sublimatu; II mieszaninę 100 c. sz. 10%-ego roztworu rodanu potasu z 20 c. sz. kwasu octowego; III mieszaninę kwasu bursztynowego z rodanem potasu *in substantia* w równych częściach.—I odczynnik jest niepewnym i niezbyt czułym; II jest bardzo dobrym, gdyż wykrywa nawet 0,005% białka; III jest tak samo prawie czułym i wygodniejszym do użycia, gdyż można go nosić z sobą. (Inaug. Diss. Berl. 1891).

= SPIEGLER podaje czuły odczynnik na białko w moczu: Sublim. 8,0—Ac. tartar. 4,0—Sacch. albi 20,0—Aq. dest. 200,0.—Mocz przecedzony i zakwaszony kwasem octowym stężonym, wpuszcza się pipetą do próbówki zawierającej odczynnik. W razie obecności białka, tworzy się na granicy obu płynów wyraźna biała obrączka, nawet wówczas, gdy żelazosinek potasu nie wykrywa białka. (W. kl. Woch. 2—91).

= W Tow. Derm. Berl. LEWIN przedstawił chorą na przymiot, dotkniętą poliurią. Ilość dobową moczu wynosiła 3—5000 c. sz. Ani białka ani cukru nie było. (D. m. Zg. 7—93).

= W Berl. Tow. Derm. POSNER przedstawił nader rzadki przypadek wrodzonej przetoki pęcherza. Na 3 milim. powyżej normalnego ujścia cewki, widać było otworek, prowadzący do 14,5 centym. długiego kanału, zakończonego rozszerzeniem. Ten sam chory miał lewostronny *cryptorchismus*. W literaturze P. znalazł 9 podobnych przypadków. (D. m. Zg. 7—93).

= W Berl. Tow. Derm. LEWIN okazywał rzadką wysypkę przymiotową, w postaci rysunku podobnego do motyla, składającego się z gęsto obok siebie leżących grudek (*papulae*), które czasem się goiły, pozostawiając zabarwienie ciemne. Wysypka przypominała *psoriasis gyrata*. (D. m. Zg. 7—93).

= BROWN utrzymuje, iż rozprzestrzenianie się rzeżączki w ustroju odbywa się

dwoma drogami: przez ciągłość z cewki do pęcherza i wyżej, oraz przez naczynia chłonne. Zazwyczaj jad przenika tylko do gruczołów najbliższych; niekiedy jednak następuje zakażenie ogólne, podobne do ropnicy (zapalenie naczyń chłonnych i żył, zapal. stawów, wsierdzia, zatory). B. ilustruje swój opis 5-ma przypadkami, w których jednak ani poszukiwań bakteriologicznych ani sekcyi nie dokonał. (D. m. Ztg. 4—93).

= WEIL zachwala liście jagód czarnych przeciw cukromoczowi. Już w Marcu r. z. opisał on przypadek, w którym napar tych liści zmniejszył ilość cukru w moczu z 4,62% do śladów w ciągu 5 miesięcy. Dalsze poszukiwania W. wykonywał nie z naparem, lecz z wyciągiem z młodych, zebranych przed dojrzewaniem owoców, liści jagód, który dawał w pigułkach. Każda pigułka zawierała po 0,12 wyciągu (=1,0 liści). Dochodził od 3 do 15 pigulek dziennie w 3 dawkach. Wynik był dobry; w pierwszym lub drugim tygodniu ilość cukru szybko się zmniejszała, u jednej pacjentki w ciągu 3 miesięcy z 3,12% na 0,14%, u innej z 1,51% nie było po nplywie tegoż czasu ani śladu cukru w moczu. (Allg. m. C.—Ztg. 81—92).

= SCHMITT, badając wpływ różnych nowych środków przeciwgorączkowych na krew (antypiryna, fenacetyna, tallina, kairyna, eksalgina i t. p.), przekonał się, iż one sprawiają przemianę oksyhemoglobiny w methemoglobinę, zmniejszając zdolność oddechową krążków krwi i nawet niszczą owe krążki. Należy przeto stosować te środki ostrożnie i w dawkach małych, wyjąwszy przypadki, w których, z powodu wysokiej gorączki, chodzi nam o doraźne, chwilowe obniżenie jej. Jako znieczulające, środki owe u ludzi zdrowych, nie gorączkujących, takiego szkodliwego wpływu nie mają. (Rev. med. de l'Est. Wrz. 92).

= Trional. BOETTIGER próbował tego środka nasennego w 75 przypadkach, w dawkach 1—4,0. W razie zwykłej bezsenności doskonale działa 1—2,0; przy większem podnieceniu psychicznem daje się kilka razy dziennie po 1,0. Jednakże u alkoholików oraz przy gwałtownych bólach, trional snu nie wywołuje. (B. kl. W. 42—92).

= TALAMON próbował *kali cantharidinicum*, jako środka moczopędnego u suchotników. Po wstrzyknięciu 0,2 miligr. działanie to występowało bardzo wyraźnie, lecz po 0,3—0,4 miligr. ilość moczu się zmniejszała i zjawiał się białkomocz. Jednocześnie wzmagala się ilość mocznika. U ludzi zdrowych działanie moczopędne było mniej wydawnem. W 3 przypadkach choroby BRIGHTA istniała w pierwszych dniach poliuria, która wkrótce

ustawała. Zapewne środek ten drażni nabłonek kębków. (Med. mod. 43—92).

— Sposób przechowywania świeżego, surowego mięsa polega na zanurzaniu

go w rozpuszczonej parafinie. Gdy się chce mięso użyć, kładzie się je do wody gorącej, w której parafina się rozpuszcza. (Aerz. Prak. 4—93).

Wiadomości bieżące.

— Na zlecenie ministra oświaty w Prusach—Bosse'go, najwybitniejsi uczeni niemieccy wydają dzieło zbiorowe, przeznaczone na wystawę do Chicago, a traktujące o sprawie nauczania na wszechnicach niemieckich, o historii ich i o wszystkich gałęziach wiedzy tamże wykładanych, wraz z odpowiednim materiałem statystycznym.

— W Londynie zmarł niedawno pacjent, głośny z tego powodu, iż HAHN dokonał u niego całkowitego wycięcia krtani, skutkiem raka w r. 1886, t. j. w czasie choroby ówczesnego następcy tronu Fryderyka. Recydywa nie nastąpiła dotychczas, a przyczyną śmierci była inna choroba. (D. m. W. 5—93).

— W szpitalu prywatnym niedaleko Bordeaux przebywał obłąkany furyat, którego na prośbę rodziny zamykano na noc w oddzielnym pokoju, bez kaftana, pod dozorem silnego posługacza, sypiającego na kurytarzu. Waryat pewnego razu nocą wyszedł z swego pokoju i znalazł się z siekierą zmiażdżył dozorcę głowę. Rodzina zabitego pozwała przed sąd dyrektora zakładu, który skazany został na wypłacenie 11 letniemu synowi zmarłego 3000 franków jednorazowo, oraz do czasu pełnoletności po 400 franków rocznie. (Prog. med. 1—93).

— Skandal panamski dotknął także pewnych spraw lekarskich. Przy robotach panowały ciągle gorączka żółta i zimnica. Trzy szpitale były w najgorszych warunkach sanitarnych. Na czele stali nieraz ludzie, nie posiadający dyplomów lekarskich. Pewien lekarz, zarządzający szpitalem, był, jak się później okazało, obłąkanym, tak iż w drodze powrotnej do Francji, musiano zamknąć go w kajucie. Przez jego ręce przeszły setki chorych. Zmarłych w szpitalach często ograbiano. Śmiertelność wynosiła do 70%. (La Clinique 93).

— Wojenny Sąd Okręgowy w Astrachaniu skazał z powodu zaburzeń podczas cholery: 211 ludzi na powieszenie, 26 na ciężkie roboty,

4 na rotę aresztancką, 2 na osiedlenie w Syberyi, 25 na więzienie i 3 małoletnich na kolonie poprawcze. Także Sąd w Taszkencie skazał z tego samego powodu 8 na powieszenie. (S.-Pet. med. Woch. 4—93; Wracz 2—93).

— Niemiecki kongres chirurgiczny ogłosił statystykę narkotyzacji za rok zeszły. Nadesłano ogółem 62 sprawozdania, obejmujące 84605 znieczuleń z 33 zejściami śmiertelnymi. Z narkozy chloroformowej zmarł 1 na 8431; z mieszanej, chloroformowo-eterowej żaden; z brometylowej 1 na 2197; z pentaloowej 1: 219. O narkozie chloroformo-kokainowej niema wzmianki. (S. Pet. med. Woch. 4—93).

— Redakcja LANCET'a posiada własną pracownię do rozbiórów pokarmów, środków lekarskich i innych. W ten sposób może ona ogłaszać wyniki niezależne o składzie chemicznym danego środka, obchodzącego lekarzy.

— Prof. PÉAN w Paryżu mianowany został chirurgiem honorowym szpitali paryskich.

— Redakcja „New York Recorder“ przeznaczyła 1000 funt. szterl. za najlepsze dzieło o etyologii i leczeniu suchot płucnych.

— Lekarz SCHWAND w Wrocławiu, za spędzenie płodu u 4-ch kobiet, skazany został na 10 lat więzienia i utratę czci. (M. m. W. 6—93).

— Jak donosi „Riforma Medica“, we Włoszech istnieje tak wielki nadmiar lekarzy w stosunku do potrzeb ludności, że zajęcie to nie daje często skromnego nawet utrzymania. W Neapolu np. przypada 1 lekarz na 513 mieszkańców.

— Prof. fizjologii w Berlinie, Emil Du Bois REYMOND, obchodził 11 b. m. 50 letni jubileusz doktorski.

— Dr. PLEHN, który od r. 1887-go zajmuje się badaniami nad zimnicą, wysłany został przez rząd niemiecki do Kamerunu, celem urządzenia tamże odpowiedniej pracowni dla badań drobnowidzowych nad tą chorobą.

Sprostowanie: Str. 109 w. 6 zam. Tischler—ma być: Fischer.

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

Дозволено Цензурою. 4 Февраля 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.