

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka słów o badaniu klinicznym krwi. Skreślił Stanisław Klein. przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego. Skreślił D-r W. Stankiewicz. (Dalszy ciąg).—**Kazuistyka** Zapalenie przewlekłe ropne ucha średniego lewego. Ropień mózdzku i wyrostka robaczkowego. Śmierć.—**Streszczenia i wyciągi.** 90. Patogeneza żółtaczki 91. Przyczynek do bakterjologii ropnego zapalenia opon mózgowych. 92. O zachowaniu się soku kiszkowego wobec ostrego niezżytu kiszek. 93. Przyczynek do operowania mięśniaków macicy podług sposobu Martin'a. 94. O nowej metodzie leczenia zachowawczego gruźlicy stawów.—O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc Kwiecień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z oddziału wewnętrznego prymaryusza E. NEUSSERA w Szpitalu RUDOLFA w Wiedniu i z kliniki terapeutycznej prof. STOLNIKOWA w Warszawie.

Kilka słów o badaniu klinicznym krwi.

Skreślił **Stanisław Klejn.**

Ordynator kliniki terapeutycznej.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 7-go Lutego 1893 r.).

L'avenir appartient à l'hématologie. C'est elle qui nous apportera la solution des grands problèmes nosologiques. G. HAYEM. Du sang. 1889.

Do ostatnich prawie lat przy badaniu klinicznym krwi ograniczano się jedynie na obliczaniu ilości czerwonych i białych ciałek w pewnej jej objętości, przyczem główną uwagę zwracano na stosunek tych dwóch najważniejszych składników morfologicznych krwi; określano prócz tego i stopień zawartości hemoglobiny we krwi i z danych tych wyciągano cenne skądinąd wskazówki dla rozpoznania. Niestety jednak badania te, początkowo obowiązkowe przy niektórych domniemanych cierpieniach krwi, jak np. przy rozmaitych postaciach niedokrewności i białaczki, i rozciągnięte następnie na kilka innych jeszcze cierpień, jako kłopotliwe i nie dla wszystkich przystępne, mało się rozpowszechniły, tembardziej, że i znaczenie ich rozpoznawcze było niezbyt wielkie. Z chwilą zjawienia się prac EHRLICH'a i jego uczniów, badanie krwi inny zupełnie przyjęło kierunek, a wyniki tego zwrotu nie dały na siebie długo czekać. Dzięki tedy szkole EHRLICH'a zwrócono uwagę przeważną na t. zw. białe ciała krwi. Już dawniej zresztą zauważono, że w wielu cierpieniach ilość białych ciałek krwi bywa znacznie zwiększoną, zaś obecnie przekonawszy się, że komórki te już w normalnej krwi dadzą się podzielić na kilka zupełnie odrębnych grup, poczęto grupy te studyować przy najrozmaitszych cierpieniach i przekonano się, że stosunek ilościowy tych grup komórkowych zmienia się zależnie od tego lub owego cierpienia. Fakt ten wraz ze zmiennością ogólnej ilości leukocytów przy rozmaitych stanach chorobowych posłużył za podstawę do

licznych badań i poszukiwań, które wykazały wielkie znaczenie rozpoznawcze takiego rozbioru krwi.

Nim jednak przystąpię do streszczenia wyników tych badań, których ilość z dnia na dzień wzrasta, zatrzymam się pokrótce na morfologii zajmujących nas tu elementów krwi, jest to bowiem koniecznem dla zrozumienia dalszej treści odczytu.

Przy odpowiedniem zabarwieniu normalnej krwi metodą, o której wspomnę później, możemy zauważyć pomiędzy białymi ciałkami następujące grupy (patrz tablicę):

1) Komórki okrągłe, małe, wielkości czerwonego ciałka krwi, często jednak trochę mniejsze lub większe, o jednym jądrze, wypełniającem całą komórkę, niekiedy zaś otoczonem wąziutkim paskiem zarodzi. Jądro barwi się na kolor niebieskawo-zielony, dość intensywny. Komórki te noszą nazwę małych limfocytów.

2) Komórki jednojądrowe, okrągłe lub owalne, wdwójnasób przeszło większe od czerwonych krążków. Jądro ich duże może być okrągłem lub owalnym, barwi się ono słabiej niż jądra grupy poprzedniej, zaródź zaś, otaczająca je w sporej ilości, barwi się fioletowawo, lecz znacznie słabiej: są to t. zw. duże limfocyty.

3) Między komórkami ostatniej grupy można napotkać egzemplarze, co do wielkości i barwy zupełnie podobne, różniące się jednak od nich tem, że jądro ich nie jest okrągłe, lecz w większym lub mniejszym stopniu wklęsłe. Wklęsnięcie to w dużych komórkach zmienia znacznie kształt jądra, które w ten sposób staje się niekiedy zrazowatem. Są to wszystko t. zw. komórki przejściowe, stanowiące zdaniem wszystkich prawie badaczy przejście od poprzednich grup do grupy komórek wielojądrowych.

4) Znajdują się we krwi komórki podobne do dużych limfocytów i do dużych przejściowych, różniące się jednak od nich słabszym stopniem zabarwienia i silnem zatarciem budowy i formy, pozwalającym z trudnością na określenie ich własności. Bardzo być może, iż komórki te—nazwijmy je cieniami—przedstawiają egzemplarze dużych limfocytów i przejściowych w stanie początkowego obumarcia. Przeciwno przyjęciu ich za śródbłonek naczyń przemawia postać ich oraz zabarwienie, które w komórkach śródbłonek, jakem się przekonał, zupełnie jest inne. Zwracam tu uwagę na te komórki dlatego, iż zdarzało mi się badać nieraz preparaty krwi, gdzie ilość tych obumierających komórek dosięgała znacznych rozmiarów, być więc może, że zjawienie się ich w większej ilości znajduje się w pewnym związku z pewnemi stanami chorobowemi.

Wszystkie powyżej wyliczone rodzaje komórek żadnych ziarnistości nie zawierają i barwią się wogóle wszystkimi anilinowemi barwnikami zasadowemi (*methylenblau*, *methylgrün* etc.).

5) Największą ilościowo grupę stanowią t. zw. leukocyty neutrofilowe z wielokształtnem jądrem (polimorficznem według EHRlich'a). Są to twory okrągłe, rozmaitej wielkości, ale zawsze znacznie większe od czerwonych ciałek krwi, opatrzone jednym zrazowatem jądrem, lub też kilkoma, barwiącemi się tak samo jak jądra grupy pierwszej. Jądra otacza w sporej ilości zaródź, wypełniona mnóstwem drobnych ziarenek, widocznych dopiero przy użyciu znacznego powiększenia, resp. immersyi. Ziarna te bywają rozmaitej wielkości, raz gęściej, raz rzadziej są nagromadzone i barwią się na kolor czerwono-fioletowy. Ziarna te można uwydatnić mieszaniną kwaśnych

(eozyna, kwaśna fuksyna etc.) i zasadowych barwników. EHRLICH nazwał je ϵ -ziarnistościami.

6) Do poprzednich komórek morfologicznie bardzo zbliżone są t. zw. komórki eozynofilowe, t. j. komórki wielojądrowe lub o zrazowatym jądrze, których zaródz wypełnia większa lub mniejsza ilość zwykle okrągłych ziarenek, barwiących się, jak tu widać na przedstawionych preparatach, na kolor różowy lub ceglasto-czerwony. Ziarna te są znacznie większe od wymienionych w poprzedniej grupie, mocno błyszczą i barwią się wszystkimi kwaśnymi barwnikami. Są to α -ziarnistości EHRLICH'a.

7) W normalnej krwi znajdują się także komórki cechujące się zupełnie temi samymi właściwościami co i wymienione wyżej komórki ziarniste, pod pewnym jednak względem różniące się od nich. Jest więc i tu ziarnistość neutrofilowa lub eozynofilowa, ale daleko delikatniejsza, a przytem nie wypełnia ona tak gęsto zarodzi komórki, lecz jest dość rzadko i na szerokiej niekiedy przestrzeni rozrzucona. Komórki te czynią wrażenie, jakby zdradzały pewną skłonność do wydzielenia z siebie owych ziarnistości, to też nieraz można znaleźć obok śladów słabo zabarwionego jądra rozsypane w pobliżu delikatne ziarna, również bardzo słabo, choć charakterystycznie zabarwione. Komórki te zaliczyłbym także do grupy cieniów.

Uczyni ktoś może zarzut, że są to twory sztucznie wywołane, na to jednak trudno się zgodzić wobec tego, iż w bliskości owych komórek inne są wcale niezmienione, co nastąpiłoby przy mechanicznem uszkodzeniu preparatu; trudno się na to zgodzić i z tego powodu, iż w postaci omawianej przedstawiają się zwykle nie komórki młode, jak np. małe leukocyty, lecz wszystkie inne, które należą do komórek bardziej dojrzałych, a więc w pewnej mierze skazanych na zagładę.

Prócz wyżej wymienionych postaci białych ciałek muszę jeszcze wspomnieć i o takich, które bardzo rzadko napotyka się w krwi normalnej. Mówię tu o t. zw.

8) Myelocytach, t. j. okrągłych komórkach neutrofilowych ze szpiku kostnego. Są to bardzo duże komórki, większe od neutrofilowych normalnej krwi, lecz mające po większej części jedno (nieraz i dwa), sporych rozmiarów, okrągłe lub wklęsłe jądro barwy blado-niebieskiej. Zaródz nabita jest mnóstwem ziarenek neutrofilowych, otaczających jądro w postaci pierścienia.

9) Do grupy myelocytów zaliczyć także należy duże komórki eozynofilowe o jednym dużym okrągłym jądrze. Komórki te są zupełnie podobne do myelocytów neutrofilowych, różnią się od nich tylko rodzajem ziarnistości, są to myelocyty eozynofilowe.

10) We krwi patologicznej napotyka się także często komórki eozynofilowe o jednym niewielkim jądrze, podobne bardzo do średniej wielkości limfocytów, a także wielojądrowe komórki eozynofilowe, znacznie mniejsze od napotykanych we krwi normalnej. Są to t. zw. karłowate ciała eozynofilowe (*Eosinophile Zwergkörperchen*).

Komórki zawierające t. zw. γ - albo δ -ziarnistości pominię milczeniem, gdyż bardzo mało wiemy o związku ich z rozmaitemi cierpieniami.

Krótki ten opis wystarczy chyba do zrozumienia tego, co powiem dalej; sądzę zresztą, że stosownym uzupełnieniem będą tu rysunki znakomicie wykonane przez kolegę SŁAWIŃSKIEGO, oraz preparaty mikroskopowe.

Podział powyższy leukocytów na grupy przyjęty jest prawie przez wszystkich badaczy i wyniki przez nich otrzymane na tym właśnie podziale opierają się. Pozwoliłem sobie tylko dodać jeszcze jedną podgrupę cieniów, a to dla tego, iż zdaje mi się, że w niektórych przypadkach ilość przedstawicieli tej grupy bywa wyraźnie zwiększoną.

Wogóle poznawanie oddzielnych form leukocytów jest dość łatwe, niekiedy tylko zdarzają się trudności przy odróżnianiu dużych limfocytów od małych, jeżeli te ostatnie mają trochę więcej zarodki, ale i tu przy pewnej wprawie wątpliwości te sprowadzają się do minimum.

Dla pełności muszę tu jeszcze wspomnieć o klasyfikacji Uskowa ¹⁾, której się trzymała przez pewien czas w pracach swoich pewna grupa badaczy. Jednakże klasyfikacja ta zdaje mi się cokolwiek naciągniętą, na co zresztą zwrócił uwagę już KURŁOW ²⁾; ponieważ przytem twórca jej w ostatnich czasach sam usunął z niej niektóre formy, reszta zaś o tyle różni się od ogólnie przyjętych, o ile nosi inne nazwy, nie będę się więc nad nią zastanawiał.

Gdybyśmy wiedzieli o miejscu pochodzenia każdego rodzaju opisanych leukocytów, to nic trudnegoby nie było, z obfitszego zjawiania się jednego ich rodzaju wnioskować o zajęciu tego lub owego narządu. Tak jednak niestety nie jest. Hipoteza VIRCHOW'a o rozmaitem pochodzeniu rozmaitych leukocytów okazała się mylną wobec nowszych badań, które wykazują, iż o topicznej dyagnosyce chorób narządów krwiotwórczych lub krwi nie może być mowy w tym ograniczonym zakresie, jaki oznaczył VIRCHOW.

Większość autorów zgodziła się na fakt, iż limfocyty małe wytwarzają się w gruczołach limfatycznych, w śledzionie, a po części i w szpiku. Z tych limfocytów prawdopodobnie we krwi dopiero powstają t. zw. przejściowe, a z nich neutrofilowe, wielojądrowe. Co się tyczy leukocytów eozynofilowych, to te z nich, które znajdujemy w krwi normalnej, powstają zdaniem większości badaczy z neutrofilowych komórek krwi, w pewnej zaś części przypływają ze szpiku kostnego ³⁾. Z tego ostatniego źródła także pochodzą eozynofilowe myelocyty, któremi przepeluniony jest szpik kostny. Myelocyty neutrofilowe tworzą się przeważnie także w szpiku, chociaż nie wykluczoną jest możliwość powstawania ich, wprawdzie w mniejszej ilości, ze śledziony i gruczołów chłonnych ⁴⁾.

Zdaje się jednak rzeczą bardzo prawdopodobną—szczegółowo pomówię o tem niżej,—iż komórki eozynofilowe mogą wytwarzać się także i w wielu innych narządach, a mianowicie w skórze, płucach, nerkach i gruczole krokowym. Tak samo dałoby się może niejedno jeszcze źródło limfocytów odnaleźć w tkankach, a w szczególności w błonie wewnętrznej systemu naczyniowego ⁵⁾. Są to jednak hipotezy mniej lub więcej prawdopodobne, zbyt mało faktów za sobą mające.

(d. c. n.)

*

*

*

¹⁾ Uskow. Krew jako tkanka. 1890.

²⁾ Kurłow. O zmianach krwi u świnek morskich w drugim roku po wyluszczeniu śledziony. Wracz. 1892. Nr. 19.

³⁾ P. Ehrlich. Farbenanalytische Untersuchungen zur Histologie und Klinik des Blutes. I. Theil. 1891.

⁴⁾ H. F. Müller. Zur Leukaemie-Frage. Deutsch. Arch. f. kl. M. B. 48. II. 1 i 2.

⁵⁾ M. B. Schmidt. Ziegler's Beiträge. 1892. str. 199.

Przyczynek do nauki o nowotworach pęcherza moczowego.

Skreślił D-r W. Stankiewicz.

(Rzecz czytana na posiedzeniach Warsz. Tow. Lek. d. 14 i 21 Marca 1893 r.).

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 21).

Kazuistyka. Obserwacya I. Włókniak kosmkowaty wielokrotny (*Fibroma papillare multiplex*); wyluszczenie przez cięcie wysokie (*sectio alta*); wyzdrowienie.

Pan L. K., urzędnik kolejowy, lat 55, średniej budowy ciała, cieszący się zawsze dobrem zdrowiem, przybył do mnie z prowincyi dnia 15 października r. b. w celu poradzenia się na cierpienie pęcherza moczowego. Od pół roku zauważył pokazywanie się krwi w moczu bez żadnej widocznej przyczyny; objaw ten nie był w związku ani z większym ruchem ciała, ani z wstrząśnieniem przy jeździe powozem, ani też zależał od zaburzeń w trawieniu, użyciu wina, lub t. p. przyczyn. Mocz krwawy pojawiał się i znikał w różnych odstępach czasu, bez jakiegokolwiek typu peryodycznego, i chory, jak to zwykle bywa, uważał go za naturalny objaw hemoroidalny. Od paru miesięcy zaczął doznawać obok krwawienia częstego parcia na mocz i trudności oddawania tegoż, przyczem od czasu do czasu uczuwał pewien ból przy oddawaniu moczu. W tym stanie przedstawił się mnie, wyrażając obawę co do natury swego cierpienia. Badając pacyenta przez ściany brzuszne, znalazłem pęcherz średnio wypełniony moczem, poleciłem więc mu oddać mocz. Wypuścił z pewną trudnością około 4 uncyi moczu bez krwi, lekko mętnego, bez żadnej nieprawidłowej woni; pod światło patrząc, pływały w nim liczne, drobne kawałki nabłonka. Przekonałem się jednak, że większa część moczu pozostała w pęcherzu, wskazując na istniejące osłabienie ścian jego (*atonia*). Badanie cewnikiem metalowym wykazało prawidłowy stan cewki moczowej; w pęcherzu zaś wyczuwałem pewne nierówności, podobnie jak to bywa przy przeroście ścian pęcherza u ludzi starych z powiększonym gruczołem krokowym (*hypertrophía prostatae*), przy tak zwanym *vessie à colonnes*. Dla wypuszczenia zebranego moczu wprowadziłem cewnik kauczukowy, przez który odeszło około 10 uncyi moczu mocno zabarwionego czystą krwią arteryalną. Pomiędzy kilkukrotnego przestrzykania pęcherza roztworem kwasu bornego, płyn wychodzący mocno był zabarwiony, a nadto w płynie spostrzegłem kilka wązkich, podłużnych kawałków, jakby oderwanych szczątków błony śluzowej, które starannie zebrałem i zachowałem w spirytusie. Badanie *per rectum* wykazało prostatę małą i miękką, ściana zaś pęcherza przy jednoczesnem uciskaniu tegoż przez brzuch ręką lewą nieokazała się zgrubiałą, wewnątrz zaś żadnego stwardnienia lub guza wyczuć nie mogłem.

Badanie powyższe dostarczyło mi w celu rozpoznania trzech danych: krwawienia, osłabienia kurczliwości pęcherza, nierówności na wewnętrznej jego powierzchni. Do tego przybyły jakieś cząstki wydzielone z moczem, mające wygląd wybujających narośli błony śluzowej. Rozbierając znaczenie kliniczne powyższych objawów, przedewszystkiem uderzył mnie charakter i łatwość, z jaką wystąpiło krwawienie po dokonaniu zwykłego, łagodnego badania cewnikiem metalowym. W warunkach prawidłowych krwawienia albo niema wcale, albo też takowe ogranicza się do kilku kropel krwi, które zaledwie są w stanie zabarwić płyn do przestrzykania użyty. W tym razie przeciwnie

każda wstrzyknięta ilość płynu wypływała jak gdyby zmieszana napół z krwią arteryjalną. Widocznem było, iż wewnątrz pęcherza znajduje się w pewnych miejscach tkanka niezmiernie unaczyniona i wiotka, skoro za lekkim dotknięciem ulega obtarciu i tyle krwi wysącza. Ponieważ źródła tego krwawienia nie można było odnieść do zmian w ścianach pęcherza, jakie mają miejsce przy przewlekłym nieżycie, spowodowanym przez przerost prostaty, lub obecność kamienia w pęcherzu, przeto pozostawała do wytłomaczenia jedyna przyczyna, a mianowicie nowotwór. O krwawieniu z nerek nie było najmniejszego podejrzenia, gdyż nie tylko objawy subiektywne ale i badanie pacyenta nic w tym względzie nie wykrywało anormalnego. Dane z anamnezy, iż pacjent miał krwawienie z moczem niezależnie od zwykłych szkodliwych przyczyn, jak: wstrząśnienie wywołane jazdą, lub wypicie kilku kieliszków wina (bez nadużycia wogóle), tudzież brak wszelkiego typu w pojawianiu się krwawienia, wzmacniały tem bardziej powzięte podejrzenie o siedlisku i źródle krwawienia.

Toż samo można powiedzieć o nierównościach napotkanych przy badaniu wnętrza pęcherza. Jakkolwiek niepodobna było cewnikiem określić obecności pewnych narośli, to jednak wyraźnie wyczuwały się pewne różnice w konsystencji i nierówność powierzchni, jaka do pewnego stopnia cechuje pęcherze dotknięte przerostem głębszych warstw ściany pęcherza, zwłaszcza u ludzi starych z powiększoną mocno prostatą. Jak mamy teraz pogodzić owe nierówności powstałe ze zgrubienia ścian pęcherza, z trzecią daną naszego badania, t. j. osłabieniem kurczliwości (*atonia*) pęcherza, przy zupełnie prawidłowym stanie prostaty? Otóż osłabienie takie dotyka najczęściej osoby podeszłe, mające znaczny przerost prostaty lub też bywa następstwem długotrwałej i nadmiernej pracy pęcherza, zmuszonego pokonywać trudności w oddawaniu moczu, np. przy zwięzieniach cewki moczowej. Wszystkie te okoliczności w naszym przypadku nie istniały. Pacjent pomimo swej choroby był dość dobrze odżywiany, wszystkie inne organa miał zdrowe, a system naczyniowy w najlepszym stanie. Niemiał też śladów żadnych przebytych chorób w cewce lub pęcherzu, któreby sprawiały trudność jakąkolwiek w odpływie moczu. Osłabienie przeto kurczliwości pęcherza może być wytłomaczone jedynie zmianą organiczną ściany jego na pewnej przestrzeni. Czy to jest zwyrodnienie spełnione (*degeneratio*), czy naciek (*infiltratio*), czy też długotrwałe i znaczne przekrwienie, trudno odgadnąć, ale wszelkie objawy wyliczone przemawiają za tego rodzaju zmianą jako przyczyną atonii. Lekki stopień nieżyty pęcherza widoczny w mętnawym moczu, częsta potrzeba oddawania moczu, zależna od przepełnienia pęcherza, tudzież pewien ból niewyraźny przy urynowaniu, ból niestały, uczuwany przez chorego w głębi pęcherza, nie zaś w członku, dopełniają harmonii objawów, składających się na obraz rozpoznania natury cierpienia, jaką na zasadzie powyższego badania powzięliśmy.

Dla stwierdzenia naszego rozpoznania pozostały jeszcze dwie bardzo ważne drogi, a mianowicie: zbadanie cząstek wydzielonych z moczem pod drobnowidzem, oraz zbadanie wnętrza pęcherza zapomocą oświetlenia elektrycznego, czyli cystoskopu.

Sprawozdanie kol. MAYZLA, który badał przesłane mu cząstki oraz mocz, brzmi jak następuje:

„Nadesłane do zbadania w spirytusie strzępkowate kawałeczki stanowią oddzielne cząstki narośli nabłonkowej, brodawkowej (*epithelioma papillare*), o brodawkach wysokich, szczupłych, pokrytych nabłonkiem warstwowym, podobnym do nabłonka pęcherzowego (nabłonek

przejściowy). Nabłonek powierzchniowy nie przedstawia zmian degeneracyjnych. W głębi tkanka podnabłonkowa obficie infiltrowana komórkami drobnymi, gdzieś tam komórki większe, stłuszczone, przez co charakter narośli staje się *suspect* pod względem łagodności“. W moczu znaleziono kulki krwi, trochę białka, kulki ropne i nieco cylindrów nerkowych.

Wynik badania drobnowidzem potwierdził zatem nie tylko obecność nowotworu w pęcherzu, ale nawet rodzaj, który podejrzewaliśmy zaraz po zbadaniu chorego, oświadczając przytomnym kolegom, iż najprawdopodobniej mamy tu do czynienia *cum papillomate* tak zw. *viloso*.

Badanie cystoskopem przedstawiało nam bardzo wielkie trudności z powodu nadzwyczajnej drażliwości pacjenta. Przy użyciu 5 elementów baterii LEITER'a oświetlenie pęcherza dało się wybornie osiągnąć, ale zaledwie mogłem obejrzeć powierzchnię górną i boczną lewą, gdy światło zasłonił mi pływający kawałek skrzepu, a chory tak się stał niecierpliwym, iż musiałem wydobyc cystoskop. Z egzaminu tego tyle tylko byłem pewny, iż narośl znajdować się musi z prawej strony lub też na dnie pęcherza. Ponieważ wprowadzenie cystoskopu do pęcherza odbyło się łatwo, a pobyt jego był zbyt krótki, aby się instrument rozgrzał, przeto tylko nadzwyczajna drażliwość organu, wywołana długotrwałym cierpieniem, stała na przeszkodzie do dłużej trwającego zbadania.

W parę dni później powtórzyłem badanie, a chociaż z przyczyny tej samej trwało ono nie dłużej od pierwszego, jednak skierowawszy narzędzie ku stronie prawej, dostrzegłem wyraźnie część narośli w postaci masy jasno-czerwonej z licznymi strzępami na powierzchni, przy podstawie której znajdowały się jakieś osady lub płyty szaro-błękitnego koloru. Pomimo iż badanie wykonywane było szybko i łatwo, chory prosił o zaprzestanie dalszych prób, musiałem się więc zadowolić dotychczasowym rezultatem i poprzestać na uzyskaniu już pewności, że nowotwór ma siedlisko na bocznej prawej ścianie pęcherza; nie byłem jednak w stanie wyrobić sobie dokładnego pojęcia o znaczeniu owych szaro-błękitnych mas, chociaż zdawało mi się, jakoby one tworzyły szeroką podstawę narośli. Dopiero przeglądając dzieło NITZE'go o cystoskopii, znalazłem (Tabl. I. Nr 4.) obraz zupełnie analogiczny z moim przypadkiem. Przedstawia on bowiem brodawczaka z białą obwódką, powstałą z nekrozy kosmków (*vili*) narośli.

Na zasadzie dokonanego rozpoznania objaśniłem pacjenta o naturze jego choroby i przedstawiłem konieczność poddania się operacji bez straty czasu, gdyż wobec powtarzających się krwotoków nie tylko sam osłabia się powolnie, ale i narośl ciągle musi się zwiększać, a tym sposobem coraz trudniejszą będzie do usunięcia. Po pewnem wahaniu się pacjent zgodził się na operację, zaniepokojony pogorszeniem, jakie nastąpiło po pierwszym zbadaniu. Mianowicie przez dni kilka potem mocz wydzielany zawierał znaczną ilość krwi przy zwiększonym parciu i częstszym oddawaniu moczu, a następnie pomimo przemywania pęcherza wydzielaly się liczne kawałki rozpadłej narośli pokryte śluzem i krwią, na których odkładały się sole moczowe. W tym celu pacjent zajął osobny pokój w szpitalu, gdzie do czasu operacji przemywano codziennie pęcherz roztworem kwasu bornego, w wigilię zaś operacji dostał na lekkie przeczyszczenie i rano przed operacją irygację kiszki stolcowej.

Operację wykonałem dnia 5-go listopada przy łaskawej asystencji D-rów RAUMA i KOSICKIEGO z Radomia. Po zachloroformowaniu chorego, przemyciu pęcherza i nastrzyknięciu doń 300 grm. roztworu kwasu bornego,

wprowadzono do kieszki stolcowej balon PETERSEN'a i wstrzyknięto weń 500 grm. ciepłej wody; aby uzyskać jaknajwięcej światła do wnętrza pęcherza (w sali mej niemam światła z góry, tylko boczne), nadałem choremu położenie jakie radzi TRENDELENBURG (zapomocą swego stołu specyalnie zbudowanego) w ten sposób, iż głowa i piersi operowanego leżały na części poziomej stołu, a brzuch i uda na płaszczyźnie pochyłej, zwykle dla głowy i piersi przeznaczonej; na szczycie owej pochyłości znajdowały się kolana, posługacz zaś trzymający za nogi, niedozwalał na zesunięcie się operowanego z tej pochyłości. Po przecięciu skóry, powięzi i rozdzieleniu mocno napiętych mięśni prostych brzucha, natrafiłem na niezbyt obfitą tkankę łączno-tłuszczową, wypełniającą przestrzeń znaną pod nazwą *cavitas Retzii*; przedarwszy tę tkankę zgłębnikiem i odsunąwszy palcem ku górze do zagięcia otrzewnej, znalazłem się na pęcherzu. Otworzywszy go małym cięciem, przedłużyłem je ku górze do samej otrzewnej i po obu stronach tak w kącie górnym jak i dolnym rany przeprowadziłem 4 średniej grubości ligatury (*fils suspenseurs* GUYON'a) mające służyć do trzymania ku górze i na rozcież otworu w pęcherzu. Włożywszy palec do pęcherza, przekonałem się, iż rozpoznanie moje stwierdziło się w zupełności; z prawej bowiem strony niemal w połowie znajdowała się narośl miękka, kalafiorowata, wielkości jaja kurzego, z podstawą tworzącą szypułkę węższą, podłużną około $2\frac{1}{2}$ ctm. Narośl więc znajdowała się w warunkach pomyślnych do usunięcia, a jednak z powodu małego otworu w pęcherzu, powtarzającego się nawet przy zachloroformowaniu skurczu mięśni prostych, oraz głębokiego przyczepu narośli, manipulacya w celu ujęcia podstawy szypułki przedstawiała wielkie trudności. Dla ułatwienia więc tej czynności, oddzieliłem palcem otrzewną na przestrzeni przynajmniej $1\frac{1}{2}$ ctm i ranę w pęcherzu do samej otrzewnej przedłużyłem. Podobnie przedłużyłem cięcie w kącie dolnym rany i tym sposobem uzyskałem otwór długi prawie na 6 ctm., brzegi którego podniesione i oddalone od siebie przez założone ligatury, dozwoliły obecnie obejrzeć kształt narośli i wprowadzić odpowiednie narzędzia. Gdyby narośl miała konsystencyę twardszą, łatwo byłoby kleszczami ją ująć i razem z podstawą ku otworowi pociągnąć, tymczasem znaczny obwód jej i wiotka, kalafiorowata budowa zmuszały do ujęcia wielkiej szypuły przy samej podstawie, chcąc wydobyć całą narośl bez poszarpania jej w kawałki. Probowalem obejść szypułkę pętlą drutową, lecz i to okazało się niewygodnem; wprowadziłem przeto wążkie, krzywe kleszcze, a ująwszy szypułkę narośli 3-ma palcami lewej ręki i pociągnąwszy do góry, założyłem na nią odnogi kleszczy i mocno zacisnąłem. Staralem się przez pociągnięcie szypułki w górę założyć kleszcze ile możności na samą ścianę pęcherza, aby jak najgłębiej wyciąć podstawę narośli. Po odcięciu narośli z powierzchni rany nastąpiło obfite krwawienie, które uśmierzyłem przez podwiązanie jednej tętniczki, resztę zaś podwizałem *en masse* nitką katgutową. Teraz mogłem dokładnie obejrzeć wnętrze pęcherza, przyczem dostrzegłem drugą narośl, kształtu polipa, owalną, wielkości orzecha laskowego, wyrastającą zapomocą krótkiej i szerokiej szypułki ze ściany pęcherza. Narośl ta miała tę samą barwę, co otaczająca błona śluzowa, a powierzchnię gładką, jednostajną; znajdowała się na ścianie przedniej pęcherza nieco z prawej strony szyi; nad samą zaś szyją wyszedziłem jeszcze trzecią, okrągłą, wielkości ziarna groszku. Narośl większą wyciąłem nożyczkami, mniejszą zaś zeskrobałem łyżeczką ostrą i powierzchnię krwawiącą ucisnąłem tamponem z gazy jodoformowej. Następnie przemyłem pęcherz roztworem 4 % kwasu bornego i zapomocą tamponowania dokończyłem hemostazy.

Po obejrzeniu dokładnem wnętrza pęcherza i przekonaniu się o zupełnem ustaniu krwawienia, zbadałem palcem miejsce, skąd narodziła się rana, nie wyczułem jednak żadnego zgrubienia, ani nacieczenia tkanek, tak na samej podstawie, jakoteż naokoło w tkance podśluzowej.

Teraz stanęło przedemną pytanie, jak postąpić z raną pęcherza: czy zaszyć zupełnie zrobiony otwór i założyć cewnik *à demeure* dla odpływu moczu, czy zaszyć tylko część otworu i założyć *tubes-syphons* w celu łatwiejszego uniknięcia zatkania cewnika przez powstałe skrzepy lub kawałki oddzielonej błony śluzowej. Ze względu na bezpieczeństwo i pewniejszy odpływ z moczem tak możebnych skrzepów krwi, jak zgorzelonych kawałków nabłonka i błony śluzowej, wybrałem ostatni sposób. W tym celu założyłem trzy szwy z katgutem na górną część rany, a jeden po nad kątem dolnym tak, że pozostała przestrzeń wolna pozwoliła na wprowadzenie połączonych rurek gumowych. Szwy zakładałem przez całą grubość ścian pęcherza w odległości około 4 mm. od brzegu; odstępy między szwami wynosiły niecały 1 cm., nadto założyłem jeszcze szew piętrowy sposobem LEMBERT'a. Następnie połączyłem grubym szwem katgutowym przeciętą powieź i brzegi mięśni prostych, zostawiając wolną przestrzeń dla drenów, założywszy 3 szwy powyżej, a jeden w dolnym kącie rany. Do ostatniego szwu na skórze użyłem jedwabiu, przyczem zajmowałem wraz ze skórą powierzchnię mięśniową, w dolnym kącie założyłem tylko jeden szew, ale znacznie głębiej sięgający. Po wprowadzeniu rurek syfonowych do dna pęcherza i przekonaniu się o ich dokładnem umieszczeniu, przytwierdziłem je do skóry zapomocą dwóch szwów powyżej i poniżej przeprowadzonych. Przepłukawszy należycie pęcherz moczowy, założyłem zwykły opatrunek sublimatowy, wywierając pewny nacisk opaską na ranę powyżej i poniżej rurek.

Narodziła się przedstawić masę nieforemną, wielkości jaja kurzego, barwy szaro-brunatnej, złożoną z niezmiernie licznych rozgałęzień strzępiastych, które w płynie przezroczystym przy najmniejszym poruszeniu przedstawiają obraz cieniutkich, wydłużonych nitek (*villi*), bujających na całym obwodzie narodziła. Podstawa narodziła składa się z tkanki nieco zbitszej, podobnej do błony śluzowej, jest podłużną i wąską. Badanie drobnovidzowe, dokonane łaskawie przez D-ra RAUMA, opiewa: „W załączonych skrawkach trzech guzów, wydobytych z pęcherza moczowego, rozróżniamy pień tkanki łącznej, rozgałęziający się wielokrotnie nakszałt drzewa, powierzchnia którego pokryta jest licznymi warstwami różnokształtnego nabłonka, przeważnie jednak cylindrycznego. W wspomnianej wyżej tkance łącznej dają się widzieć liczne, rozszerzone i mocno napełnione krwią naczynia, miejscami zaś drobnokomórkowe nacieczenie. U podstawy guzów nie spostrzegamy ognisk nabłonkowych. Opierając się zatem na danych drobnovidzowych, należy postawić dyagnozę: *papilloma fibrosum vesicae urinariae multiplex*, czemu kliniczna dyagnoza zdaje się nie zaprzeczać“.

Fig. 1 i 2 przedstawia rysunek z preparatów drobnovidzowych wyciętej narodziła, wykonany przez P. EISMONDA, asystenta przy katedrze Zootomii Uniwersytetu Warszawskiego.

W przebiegu pooperacyjnym zaznaczyć należy, iż chory ani bezpośrednio po operacji, ani później niedoznał żadnej reakcji gorączkowej i oprócz lekkiego osłabienia w ciągu paru dni pierwszych, czuł się ogólnie jaknajlepiej. Wskutek dokładnego funkcjonowania syfonu, opatrunek był zupełnie suchy i zmieniony został 5-go dnia po operacji w celu usunięcia syfonu. Dla od-

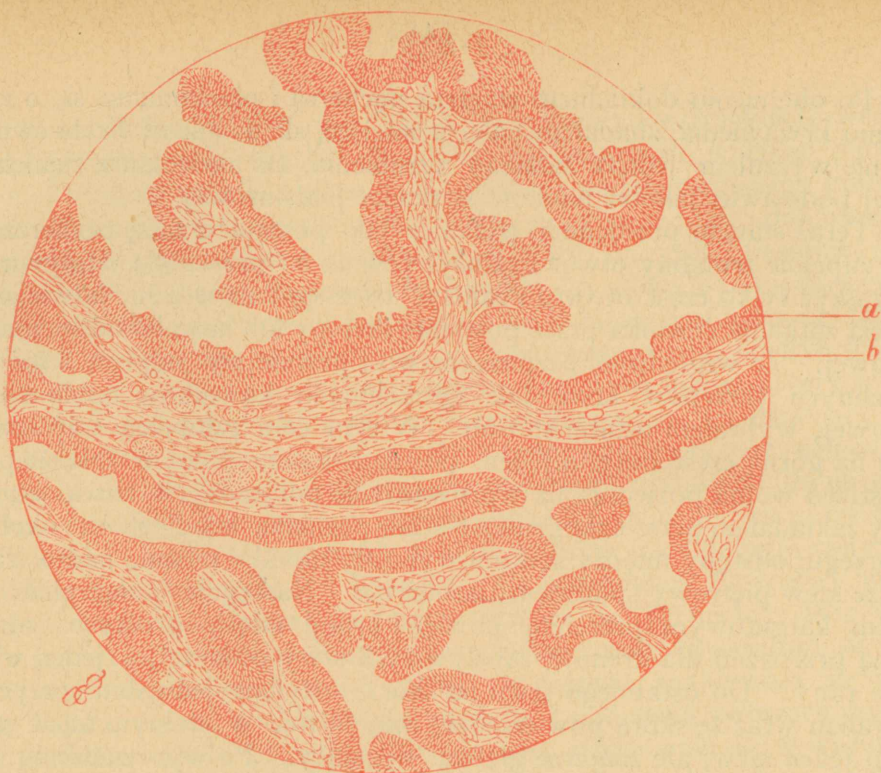


Fig. 1. Rozgałęzienie kosmków (*villi*) powiększenie 50 razy. *a.* warstwa nabłonkowa. *b.* tkanka łączna podśluzowa.

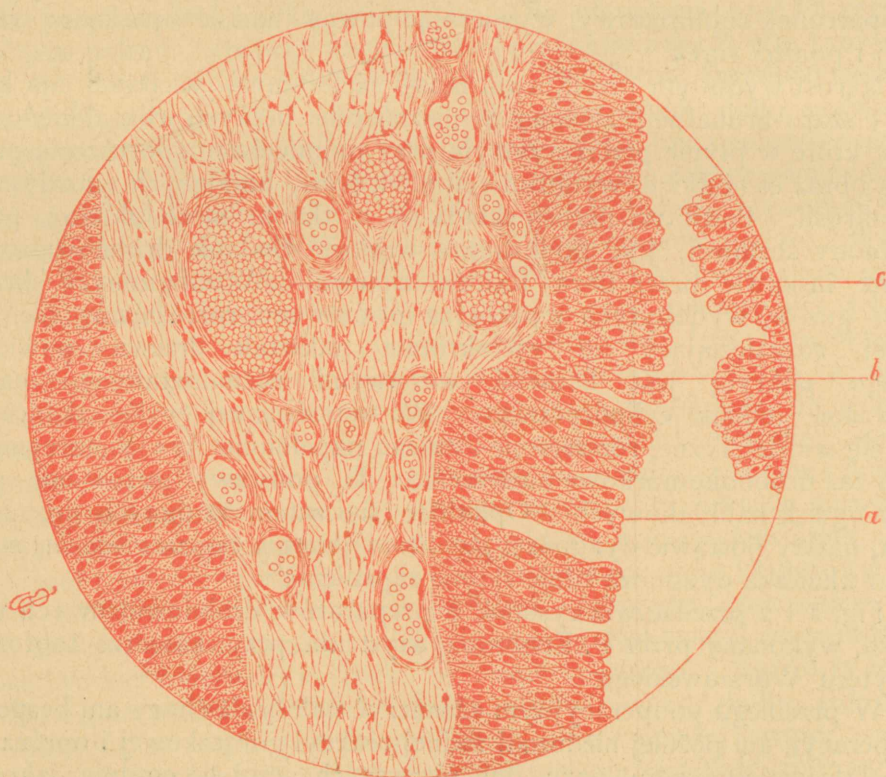


Fig. 2. Część kosmka z uwydatnieniem warstwy nabłonkowej. Powiększenie 200 razy. *a.* Warstwa nabłonkowa. *b.* Tkanka łączna podśluzowa. *c.* Naczynia.

przewodzenia moczu na zewnątrz założyłem przez ranę brzuszną cewnik elastyczny PEZZER'a, którego koniec zostający w pęcherzu posiada rozszerzenie niedozwalające mu dobrowolnie wysunąć się z pęcherza; nastąpić to może dopiero za mocniejszym pociągnięciem końca przedniego. Szwy skórne zdjęto 8-go dnia, przyczem dostrzegłem, iż część tkanki łącznej podskórnej i powięzi na małej przestrzeni po nad kątem górnym otworu przeszła w ropienie i parę szwów łączących brzegi mięśniowe rozeszło się. Szew pęcherzowy na całej przestrzeni utrzymał się doskonale, w kącie zaś dolnym rany ponad łukiem łonowym wszystkie warstwy zrosły się *per primam*. Po upływie 10 dni powierzchnia rany oczyściła się i pokryła się dobrą ziarniną; w ciągu tego czasu przy przestrzykiwaniu pęcherza wydzielone zostały cząstki podwiązanej szypułki oraz użyte do tego ligatury. Mocz odpływał cewnikiem swobodnie i w coraz większej ilości; z początku był mętny, z licznymi strzępkami nabłonka i zmienionymi skrzepami krwi pomieszanymi z trochę śluzu; 10-go dnia po operacji znalazłem opatrunek przesiąknięty moczem, mocno zakrwawionym, mocz odszedł również krwawy, a przy przemywaniu pęcherza przez otwór brzuszny odeszła znaczna ilość skrzepów. Widocznie krwawienie to pochodziło z niezabliźnionej rany w pęcherzu, pozostałej po odejściu ligatury na szypułkę założonej. Tegoż samego dnia mocz oczyścił się ze krwi, a ponieważ bardzo mało moczu odpływało cewnikiem, wyjąłem go i znalazłem światło w części zwężonej przez zebrane konkrementa, które łatwo rozpuściły się po zanurzeniu cewnika w 10% roztworze kwasu solnego. Cewnik ten w dalszym ciągu założyłem. 25-go dnia po operacji ukazał się mocz zakrwawiony i trochę skrzepów na opatrunku, był to jednak objaw przejściowy i więcej się już nie powtórzył.

Przy stopniowym zwężaniu się i zabliznianiu rany coraz więcej moczu odpływało z cewki, ostateczne zamknięcie się otworu w pęcherzu nastąpiło w 5-ym tygodniu, chociaż zabliznienie rany skórnej przedłużyło się o dni kilka. Od chwili usunięcia cewnika oddawanie moczu odbywało się swobodnie bez żadnego parcia lub bólu w odstępach około 2 godzin; mocz stał się przezroczysty, jasny, bez żadnej domieszki śluzu, nabłonka lub strzępków. Pacjent po 3 tygodniach zaczął wstawać i w ciągu krótkiego czasu odzyskał siły, apetyt ciągle miał dobry i trawienie normalne. 22-go grudnia w najlepszym stanie zdrowia pojechał do domu. (C. d. n.)

KAZUISTYKA.

Zapalenie przewlekłe ropne ucha średniego lewego. Ropień mózdzku i wyrostka robaczkowego. Śmierć.

Przedstawione na posiedzeniu W. T. Lek. 16 Maja 1893, przez D-ra Med. T. Heimana.

W obszerniejszej pracy mojej p. t. „*Fünf Fälle von otitischen Hirnabscessen nebst kurzer Beschreibung der otitischen Hirnabscesse im Allgemeinen*“¹⁾, mówiąc o rozpoznaniu ropni mózgowych pochodzenia usznego, wspomniałem o trudnościach nastroczających się przytem, i że nierzadkie są przypadki zupełnej niemożności rozpoznania

¹⁾ Zeitschrift für Ohrenheilkunde T. 23, rok 1892. Str. 93—132. Także odczyt wyprawiany w Tow. Lek. Warszawskiem.

choroby za życia. Pominąwszy te rzadkie przypadki, które przebiegają bez żadnych objawów aż do okresu końcowego, przyczynę trudności tych stanowią następujące okoliczności: objawy miejscowe nie są stałe, wiele z nich towarzyszy innym, nawet mniej ważnym cierpieniom, jak np.: zwykłemu zapaleniu ropnemu ucha średniego; okresy zwolnienia objawów chorobowych, bywają bardzo długie, i wreszcie w przebiegu ropnia mózgowego rozwijają się powikłania w jamie czaszkowej, których objawy zaciemniają obraz ropnia mózgowego. Jeśli sądzić z moich własnych przypadków oraz z znacznej części materiału literackiego, to należy przyjść do wniosku, że szczególnie ropnie mózdzku przebiegają skrycie i często dopiero na stole sekcyjnym bywają rozpoznane; jakkolwiek na pierwszy rzut oka zdawać by się mogło, iż ropnie te nie powinny przedstawiać trudności rozpoznawczych. Dotychczas miałem sposobność spostrzegać dwa przypadki ropni mózdkowych pochodzenia usznego, a mianowicie jeden w r. 1888, opisany w powyżej wymienionej pracy, drugi zaś przed dwoma tygodniami. Nadmieniam, że w obydwóch przypadkach rozpoznanie za życia nie tylko, że nie było postawionem, lecz nawet nie było podejrzenia na tak ciężkie cierpienie w jamie czaszkowej. Krótki opis drugiego przypadku pod względem klinicznym i anatomicznym pozwolę sobie w kilku słowach przedstawić.

28 Marca r. b., przybył do mojego oddziału usznego strzelec S. S. lat 24, dobrej budowy ciała i dobrze odżywiony, skarżąc się na wyciek ropny z ucha. Cierpienie to istnieje u niego od lat dziecinnych, ropienie zwykle na czas dłuższy znika, następnie po pewnym czasie bez przyczyny widocznej powraca. Ostatni raz wystąpiło ono przed czterema tygodniami i trwa dotąd. Badanie ucha wykazało: zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, niewielki otwór w przedniej połowie błony bębenkowej, otwór wypełniony jest obrzmiąłą, czerwoną błoną śluzową jamy bębenkowej. Trąbka EUSTACHIUSZA jest prawidłową. Na wyrostku sutkowym istnieje blizna kostna, skóra jest w tem miejscu mocno wciągnięta i do kości przyrośnięta. Prawa błona bębenkowa jest po części zwapniała. Słuch jest w lewym uchu znacznie upośledzony. Zastosowano: przyżegania obrzmiątej błony śluzowej półtorochlorkiem żelaza i wlewania do ucha 4% ciepłego roztworu kwasu borowego. Do 29-go Kwietnia r. b. ropienie z ucha ustąpiło, błona śluzowa jamy bębenkowej otęchła i zbladła i chory miał być na drugi dzień wypisany ze szpitala jako względnie zdrowy; otwór w błonie bębenkowej pozostał. Tymczasem 30 Kwietnia rano pojawiły się bóle kłujące w uchu, silny ból całej głowy, ogólne osłabienie i gorączka 39°. Znalazłem przewód słuchowy zewnętrzny całkiem obrzmiąły, zresztą nie godniejszego uwagi. Sądząc, że mam do czynienia z objawami nagłego zatrzymania się ropy—jakkolwiek już przez kilka dni poprzedzających ropienia nie było—groźącemi zapaleniem opon mózgowych, rozszerzyłem natychmiast przewód słuchowy zewnętrzny, rozciąwszy ściany jego w czterech rozmaitych kierunkach i wprowadziłem sążek gumowy do kanału usznego. Zaleciłem też sześć pijawek na wyrostki sutkowe, smarowanie głowy, po uprzednim zdjęciu włosów, nalewką jodową, okład lodowy na głowę i wewnętrznie *Inf. sennae composit.* 200,0, co pół godziny łyżkę stołową. Wszystko to miało miejsce o godzinie 12-ej w południe. O godzinie 4-ej miał chory kilkakrotnie wymioty. Wieczorem o 8-ej stan jego nie zmienił się w niczem, tylko ból całej głowy wzmógł się znakomicie. Bolesnych punktów na głowie nie było; przytomność umysłu była zachowaną całkowicie, zrenice oddziaływały na światło prawidłowo. T=38,3. P=100. Drugiego dnia t. j. 1 Maja, kiedym przybył do oddziału, dowiedziałem się, iż chory zmarł nad ranem, skarżąc się prawie do ostatniej chwili na gwałtowny ból głowy. Na kilka godzin przed śmiercią ciało prawie rzucał ręką prawą.

Sekeya była wykonaną 2-go Maja r. b.; wykazała ona: przyrośnięcie mózdzku ze strony lewej do ściany górnej piramidy kości skroniowej. Chcąc mózgowie wydobyć

z jamy czaszkowej, trzeba było pozostawić kawałek szarej substancji mózdzku przy kości. Wyrstek robaczkowy mózdzku ma na powierzchni dolnej otwór prowadzący do jego wnętrza, a stąd do zrazu lewego mózdzku; z otworu wydobywa się płyn cuchnący, zielonkawy, z pływającymi w nim płatami krzepnika. Po przecięciu poprzecznym wyrostka robaczkowego i mózdzku, zauważono ropień do połowy opróżniony, wielkości jaja gołębiego, obejmujący wnętrze wyrostka robaczkowego i połowę lewego zrazu mózdzku; ropień otoczony jest cienką torebką włóknistą; sąsiednia zdrowa tkanka mózdzku jest lekko obrzmiałą; zawiera mnóstwo czerwonych punkci-
ków. Zawartość ropnia składa się z płynu tylko co opisanego. Takież płyny znajdują się na podstawie czaszki w lewej jej połowie, oraz w początkach kanału kręgosłupa. Komory boczne wielkich półkul mózgowych zawierają znaczną ilość płynu surowiczego; nadto istnieje obrzęk wielkich półkul (*oedema cerebri*). Opony mózgowia nie przedstawiają nic nieprawidłowego, z wyjątkiem opony twardej, która w miejscu gdzie mózdzek przyrośnięty jest do kości, jest zgrubiałą i w okolicy, odpowiadającej stropowi jamy bębnekowej, przedziurawioną. Ściana górna piramidy jest szarawą, miękką, tak, iż uderzywszy lekko o nią zgłębnikiem, wypadają z niej całe kawały. Całe ucho średnie i wewnętrzne tworzy jedną masę serowato mazistą, cuchnącą; zachowała się jedynie ściana błędnikowa jamy bębnekowej. W *porus acusticus internus* i wzdłuż nerwu słuchowego ciągnie się wyraźna warstwa ropy zielonej, sam nerw przedstawia się znacznie zgrubiałym. Wyrstek sutkowy jest stwardniały (*sclerosis*). W zatokach mózgowych zakrzepów nie znaleziono.

Za życia rozpoznałem: *otitis media suppurativa chronica sinistra*, z chwilą wystąpienia objawów mózgowych: *meningitis*, zaś po nastąpionej prawie nagłej śmierci: *ruptura abscessus cerebri in cavo cranii*.

Rozszerzenie się sprawy chorobowej z ucha na jamę czaszkową i na mózdzek odbyło się w danym przypadku za pośrednictwem nerwu słuchowego, o którym wiadomo, że wychodzi z dna jamki romboidalnej i następnie przebiega na zewnątrz między *flocculus* i *crus cerebelli*. Przyrośnięcie części mózdzku do kości należy uważać za następstwo ograniczonego zapalenia zlepnego opony twardej i sąsiedniej części mózdzku, wywołane sprawą rozpadową (*caries*) w piramidzie. Bezpośrednią przyczyną śmierci było pęknięcie ropnia do jamy czaszkowej. Jest to przypadek czysty ropnia mózdzkowego t. j. nie powikłanego żadnym innym stanem zapalnym, lub jakimkolwiek bądź cierpieniem w jamie czaszkowej.

Utworzenie się ropnia w wyrostku robaczkowym należy do rzadko napotykanych umiejscowień sprawy ropnej w jamie czaszkowej. Czy ropień mózdzku i wyrostka stanowi jednoczesną sprawę chorobową, czy też wytworzyły się dwa oddzielne ogniska ropne, które się później złąły, określić niepodobna. Sądząc po ich własnościach i zmianach w tkance otaczającej, należy przyjąć, iż sprawa chorobowa tak w jednym, jak w drugim odcinku rozpoczęła się jednocześnie.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

90. LIEBERMEISTER. **Patogeneza żółtaczki.** Jeżeli odpływ żółci, wytworzonej w wątrobie, w jakikolwiek sposób będzie utrudniony, wtedy ciśnienie wewnątrz przewodów żółciowych i komórek wątrobianych znacznie się wzmacnia i żółć, a szczególniej barwniki żółciowe łatwo mogą przenikać do naczyń chłonnych i krwionośnych i przyczyna żółtaczki t. zw. zastoinowej (*Stauungsicterus*, *Resorptionsicterus*, *hepatogener Icterus*) jest jasną.

W przypadkach jednak, gdzie zastój żółci stanowczo wykluczyć należy, objaśnienie pochodzenia żółtaczki napotyka na trudności dotychczas nie przezwyciężone.

Dawniej przypadki takie objaśniano nadmiernem wytwarzaniem się żółci w wątrobie i następnie wchłanianiem jej z kiszek do krwi; przekonano się jednak, że w danym razie raczej zmniejszona była ilość wydzielanej żółci, niż zwiększona.

Dopóki przyjmowano, że wszystkie części składowe żółci wytwarzają się we krwi, wątroba zaś jakoby tylko filtruje gotową żółć do kiszek, objaśnienie przypadków żółtaczki bez zastoju było łatwem; podobnie jak przy zaburzeniach w czynności nerek następuje nagromadzenie się we krwi części składowych moczu, tak również przy wadliwej czynności wątroby żółć pozostaje we krwi, powodując żółtaczkę (*Retentionsicterus*, *Suppressionsicterus*, *haematogener Icterus*). Objasnienie to jednak musiało upaść, skoro dowiedzionem i powszechnie przyjętem zostało, że żółć tworzy się dopiero w wątrobie, o zatrzymywaniu się więc żółci we krwi mowy być nie może. Wtedy większość przypadków żółtaczki starano się sprowadzić do formy zastoinowej, gdzie zaś było to zupełnie niemożliwem, budowano zawile, lecz chwiejne hipotezy (*Deutsch. med. Woch. 1892, Nr. 48*).

Pomiędzy innemi, opierając się na spostrzeżeniu, że barwnik krwi w pewnych warunkach bez udziału wątroby zmienia się w barwnik żółty, chciano częściowo odstąpić od zasady tworzenia się części składowych żółci w wątrobie i dowieść, że barwniki żółciowe mogą wytwarzać się we krwi, powodując żółtaczkę. Wkrótce jednak spostrzeżono, że ów żółty barwnik tworzący się z barwnika krwi, wcale nie jest identycznym z barwnikiem żółci, żółtaczka więc rzekoma mogąc powstać wskutek obecności tego barwnika we krwi, nic niema wspólnego ze zwykłą żółtaczką. Gdy jeszcze w przypadkach żółtaczki nie zastoinowych udało się wykryć w moczu nie tylko barwniki ale i kwasy żółciowe, objaśnienie stawało się coraz trudniejszem i zdawało się, że patologia musi przyjąć możliwość wytwarzania się żółci we krwi, jakkolwiek ściśle badania fizyologiczne temu zaprzeczały. W dalszym ciągu autor dowodzi, że i w tym razie fizyologia zgadza się z patologią.

Normalna żywa komórka wątrobowa posiada szczególną własność zatrzymywania w sobie wytworzonej żółci i niedopuszczania przesiąkania tejże do limfy lub krwi. Dzięki tej własności powszechne prawo dyfuzji zostaje naruszone i żółć przesącza się wyłącznie do przewodów żółciowych. Inaczej rzecz się przedstawia, jeżeli komórki wątrobowe są patologicznie zmienione. Podobnie jak przy chorobliwym stanie nabłonka nerkowego białko przechodzi do moczu, tak również przy pewnych zmianach komórek wątrobowych żółć przechodzić może do krwi.

W rzeczy samej, w przypadkach żółtaczki, gdzie o zastoju żółci mowy być nie może, anatomia patologiczna wykazuje zawsze większy lub mniejszy stopień zwyrodnienia komórek wątrobowych. Tak zwyrodniona komórka może być jeszcze zdolną do produkowania żółci, przeszkodzić jednak jej przesiąkaniu do limfy lub krwi nie jest już w stanie, lub też żółć wyprodukowana w zdrowej jeszcze komórce wątrobowej przechodzi do sąsiedniej, zwyrodnionej, która już umożliwia jej dostęp do krwiobiegu.

Żółtaczkę, która w ten sposób powstaje, autor proponuje nazwać *Icterus akatekticus* (*καθεκτικός* = mocno trzymający u ARYSTOTELES'a, *ἀκατέκτος* = niewstrzymany u PLUTARCH'a i innych autorów); możnaby również tu zastosować nazwę *Diffusionsicterus*, gdyby nazwa ta nie była już poprzednio użytą przez FRERICH'S'a, dla określenia żółtaczki, powstałej wskutek zmniejszonego ciśnienia w obrębie żyły wrotnej.

Przyjawszy zatem podział żółtaczki na zastoinową i akatektyczną, w dalszym ciągu swej pracy rozpatruje autor, jakie formy żółtaczki należy odnosić do jednej lub drugiej grupy.

W większości przypadków rozpoznanie różniczkowe nie jest trudnem. Wogóle przyjąć należy, że im większy jest stopień żółtaczki, przy braku dowodów zniszczenia komórek wątroby, tem pewniejsze jest przypuszczenie zastoju żółci. W niektórych przypadkach może być mieszana forma żółtaczki, niekiedy rozpoznanie przedstawia znaczne trudności.

Do form zastoinowych zalicza autor przedewszystkiem wszystkie te formy żółtaczki, które warunkują się przeszkodami mechanicznemi, jakie żółć spotyka na swej drodze do kiszek, dalej żółtaczkę przy żółciowej marskości wątroby

i żółtaczkę tak zwaną nieżytową, przyczem zaznaczyć należy, że każda żółtaczka zastoinowa w dalszym przebiegu zmienić się może w akatektyczną; zastój żółci w wątrobie powoduje zwyrodnienie komórek wątrobowych. Zwyrodnienie to pod wpływem zastój niekiedy występuje bardzo wcześnie, szybko prowadząc do t. zw. *icterus gravis*, niekiedy zaś lata całe trwać może zastój żółci, nie sprowadzając objawów groźnych.

Do akatektycznych form zalicza autor wszystkie te przypadki, gdzie żółtaczka występuje jako skutek zatrucia ustroju, np. fosforem, chloroformem, alkoholem, arsenikiem, kwasami mineralnymi i t. p.. Dalej żółtaczka występująca po ukąszeniu żmii, lub wskutek zakażenia, np. żółta febra lub żółtaczka epidemiczna. Tu również zaliczyć należy nietoksyczne, sporadyczne przypadki ostrego żółtego zaniku lub ostrego mięszonego zwyrodnienia. Żółtaczka występująca w przebiegu niektórych chorób gorączkowych, jak: zapalenia płuc, zimnicy, ropnicy, tyfusu brzuszego i wysypkowego, gorączki powrotnej, poczęści uważaną być może jako wynik nieżyty dróg żółciowych, w znacznej jednak większości przypadków zależy ona od zwyrodnienia komórek wątrobowych. Żółtaczka powstająca po silnych wzruszeniach moralnych, prawdopodobnie także zaliczoną być winna do form akatektycznych.

Czy przyjaższy powyższy podział, jesteśmy w stanie objaśnić wszystkie przypadki żółtaczki, na pytanie to odpowiada autor przecząco.

Są przypadki, np. ostrego żółtego zaniku lub ostrego mięszonego zwyrodnienia wątroby, w których komórki wątrobowe zupełnie zginęły, żółtaczka zaś występuje lub wzmacnia się dopiero po zupełnem ustaniu czynności wątroby. Czy w przypadkach takich we krwi nie wytwarzają się barwniki żółciowe, stanowczo zaprzeczć temu nie można. (*Deutsche med. Woch. 1893. Nr. 16.*) Wł. Zawadzki.

91. ZOERHENDOERFER. **Przyczynek do bakteriologii ropnego zapalenia opon mózgowych.** Badania A. FRAENKL'a, FOA, BORDONI-UFFREDUZZI'ego i WEICHSELBAUM'a wykazały, że pasorzytem wywołującym ropne zapalenie opon mózgowych jest przede wszystkim *diplococcus pneumoniae* FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a. WEICHSELBAUM wykazał wprawdzie w kilku przypadkach nagminnego pierwotnego zapalenia opon t. z. *diplococcus intracellularis meningitidis*, zdarza on się jednak rzadziej przy tem zapaleniu aniżeli *pneumococcus*.

W roku 1889 zebrał NETTER statystykę opisanych podówczas przypadków ostrego ropnego zapalenia opon mózgowych. Ze statystyki tej okazuje się, że w przeważnej liczbie przypadków, bo w 60% znajdowano pneumokoki, zaś tylko w 15% *diplococcus intracellularis meningitidis* i *streptococcus pyogenes*. Przypadki FRAENKL'a odnoszą się wyłącznie do zapaleń opon mózgowych, wnikających zapalenie płuc; zakażenie zatem opon wystąpiło przez krwiobiegi. Przypadki opisane przez FOA i BORDONI-UFFREDUZZI'ego odnoszą się nie tylko do przypadków wnikających pneumonie, lecz i do przypadków zapaleń opon mózgowych samoistnie występujących. Badacze ci nie zwrócili jednak uwagi na sposób wnikania pasorzytów i dopiero WEICHSELBAUM pierwszy zajął się badaniem tej sprawy. Opierając się na spostrzeżeniach ZAUFAL'a, który znalazł czyste hodowle diploków zapalenia płuc przy ostrem ropnem zapaleniu ucha średniego, wykazał WEICHSELBAUM w 3-ch przypadkach pozornie samoistnego zapalenia opon mózgowych zapalenie ucha średniego, wywołane przed diplokami, a tem samem dowiódł możliwości zakażenia opon mózgowych przez jamę bębenkową. WEICHSELBAUM prócz tego zwrócił uwagę na choroby nosa i jamy bocznych i sądzi, że jama nosowa może być punktem wyjścia zarażenia pneumokokami opon mózgowych. WEICHSELBAUM jednakże nie wyraża się stanowczo w tym względzie i zachęca do dalszych poszukiwań w tym kierunku.

Prócz pracy NETTER'a, uwzględniającej jamę nosową, należy tu wspomnieć pracę ORTMANN'a i SAMTER'a, w której autorzy opisali trzy przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych i podają jako punkt wyjścia jamę nosową. W jednym przypadku ORTMANN'a, dotyczącym chorej z mięsakiem nosa i zmarłej na zapalenie opon mózgowych, wykazano zarówno w wysięku na oponach, jak i w wydzielinie z jamy nosowych *diplococci pneumoniae*. W drugim przypadku zapalenia opon mózgowych nie znaleziono zmian w nosie. W trzecim przypadku sekcja wykazała prócz ropnego zapalenia opon mózgowych, ropę w jamach klinowych. Hodowle otrzymane z ropy jamy klinowych były hodowlami pneumokoków. Autor w końcu

opisuje przypadek, doskonale objaśniający sposób przedostawania się diplokoków z jam bocznych nosa na opony mózgowe. Dotyczy on 30-letniej kobiety zmarłej w klinice prof. JAKSCH'a przy objawach mózgowych. Chorą przywieziono do kliniki w stanie śpiączki. Ciepłota 39,6°. Mocz zawierał białko. Następnego nocy chora straciła przytomność, wystąpiła sztywność karku, niedowład w obrębie nerwu twarzowego prawego i bolesność brzucha przy obmacywaniu. W moczu znaleziono cylindry szkliste i nieliczne leukocyty. W ciągu następnego dnia ciepłota dosięgła 40,6°, a czwartego dnia chora zmarła. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *meningitis suppurativa* (istniała znaczna leukocytoza — 20,000 leukocytów w mm. sześć. krwi), a za możliwy punkt wyjścia uważano septyczną sprawę w jamie brzusznej. Przyjmowano również istnienie przewlekłego zapalenia nerek. Przy sekcji znaleziono nacieczenie ropne wewnętrznych opon mózgowych. Mózg niezmienny. Po otwarciu nosa i jam bocznych zapomocą metody HARKE'go ¹⁾ okazało się, że błona śluzowa jamy nosowej i kości sitowej jest nieznacznie zaczerwienioną i rozpułchnioną, natomiast błona śluzowa jam klinowych była ciemno-czerwoną i pokrytą zielono-żółtą ropą. Na preparatach, otrzymanych z ropy, pochodzącej z opon mózgowych i z jam klinowych, znaleziono liczne diplokokki i jak to wykazały barwienia metodą GRAM'a, pneumokoki FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a. Diplokokki te znajdowały się w większej lub mniejszej ilości w miejscach ropnego nacieczenia, po zatem nie udało się ich nigdzie wykazać.

Nie znaleziono pasorzytów tych ani we krwi, ani w licznych leukocytach wypełniających naczynia krwionośne, ani też w istocie mózgowej. Autor mniema, że diplokokki nie dostały się tu drogą krwioobiegu, gdyż nawet większe kępki leukocytów nie zawierały pasorzytów, przeciwnie zaś wysięk na oponach mózgowych bardzo liczne. Należy przypuszczać, że diplokokki przedostały się do jamy czaszkowej za pośrednictwem naczyń chłonnych lub też tkanek znajdujących się pomiędzy jamami klinowymi i oponami mózgowymi.

Hodowle z wysięku opon mózgowych i z ropy jam klinowych dały czyste hodowle diplokoków zapalenia płuc

Szczepienia dały również wynik dodatni. Wszystkie narządy wewnętrzne królika, któremu zaszczerpiono hodowlę, zawierały czyste hodowle pneumokoków, i zwierzę zdechło na drugi dzień wskutek typowej pasorzytnicznej posocznicy.

Autor wypowiada w końcu następujące wnioski:

1) Przypadek opisany stwierdza znany już dobrze fakt, że *diplococcus pneumoniae* FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a wywołuje ropne zapalenie opon mózgowych.

2) Należy przyjąć, że zarazkiem wywołującym ropne zapalenie jam klinowych w przypadku Z. był również *diplococcus* zapalenia płuc.

3) Wobec zmian chorobowych w jamach klinowych i wobec braku innych objawów, któreby nam mogły wyjaśnić sposób wnikania pasorzytów, musimy przyjąć w danym przypadku, że: diplokokki z błony śluzowej jam klinowych przedostały się na opony mózgowe.

4) Przy badaniu skrawków nie można było wykazać zakażenia drogą krwioobiegu, musimy zatem przyjąć, że diplokokki przenikały za pośrednictwem naczyń chłonnych lub też przez bezpośrednie wnikanie do jamy czaszkowej.

(*Prager med. Wochenschr.* Nr. 18—93.) L. Guranowski.

92. E. HOFFMAN. O zachowaniu się soku kiszkowego wobec ostrego nieżytu kiszek. Dysertacja. Praca doświadczalna, wykonana w instytutach prof. A. SCHIDT'a i G. DRAGENDORFF'a, poprzedzona jest przez krótki zarys literatury przedmiotu. Autor swoje spostrzeżenia i doświadczenia przeprowadził na psach, wywołując u nich ostry nieżyt kiszkowy zapomocą wlewania (przez zgłębnik żołądkowy) olejku krotonowego (1 do 20 kropel) w ciągu kilku dni; psy chorowały czas jakiś, autor je potem zabijał (przecinając żyły), odpowiednio oczyszczoną błonę śluzową kiszek poddawał działaniu dużej ilości wody chloroformowej nasyczonej i badał siłę trawienną tego nastoju „*in vitro*“.

Oto wyniki, do jakich autor dochodzi:

1) Sok kiszkowy (z kiszek cienkich) zdrowych psów działa zarówno amylolytycznie jak inwertująco (cukier burakowy zmienia na gronowy).

¹⁾ Umożliwiającej otworenie jam nosowych bez oszpecenia trupa.

2) Sok kiszkowy psów, chorych na ostry nieżyt kiszek, posiada również zaczyny (fermenty), jednakże siła zaczynowa w tym razie, o ile się zdaje, jest słabsza niż u psów zdrowych (trawienne zmiany zjawiają się znacznie później).

3) Przy działaniu soku kiszkowego ma miejsce nie tylko inwertowanie, ale i rewertowanie czyli odwrotna zamiana cukru gronowego na burakowy. To ostatnie występuje u zdrowych psów wyraźniej niż u chorych. Ten punkt wymaga dalszych badań.

Grundzachs.

93. A. MACKENRODT. **Przyczynek do operowania mięśniaków macicy podług sposobu Martin'a.** Rozwijając w dalszym ciągu myśl MARTIN'a, autor, asystent tegoż, usuwa guz wraz z macicą również od strony jamy brzusznej, lecz w odmienny nieco sposób ¹⁾.

Po otwarciu jamy brzusznej autor podwiązuje przede wszystkim *lig. infundibulo-pelwica*, wydobywa guz wraz z macicą na zewnątrz i prowadzi cięcie poprzeczne 2,5 ctm. szerokie w zagłębieniu pęcherzowo-macicznym. Po odluszczeniu palcami pęcherza moczowego od szyi macicznej aż do sklepienia pochwy, autor pod przewodnictwem palca, wprowadzonego przez pomocnika do przedniego sklepienia pochwy, przecina to ostatnie i zapomocą poprzecznych szwów katgutowych łączy natychmiast otrzewną od strony pęcherza moczowego ze ścianą przedniego sklepienia pochwy ²⁾. Następnie nakłada autor w dalszym ciągu po trzy szwy katgutowe z obu stron, by również ściany bocznego sklepienia pochwy z otrzewną połączyć, poczem szyję maciczną dokładnie na całej tej przestrzeni odluszcza.

To skuteczniejszy, zeszywa autor z obu stron *lig. infundibulo-pelwica* z brzegiem rany otrzewnowo-pochwowej, usuwa z obu stron jajniki wraz z jajowodami i łączy zapomocą czterech szwów poprzecznych otrzewną jamy DOUGLAS'a ze ścianą tylnego sklepienia pochwy, a następnie zupełnie już szyję maciczną wyluszcza.

Po przeprowadzeniu drenu gumowego do pochwy przez otwór w jamie DOUGLAS'a i po wynicowaniu brzegów rany do pochwy, autor obszywa otwór pochwo-otrzewnowy zapomocą szwu ciągłego z katgut, łączącego otrzewną od strony pęcherza z otrzewną jamy DOUGLAS'a, poczem ranę brzuszną zaszywa.

Autor operował podług tego sposobu dwa przypadki z pomyślnem zejściem, a MARTIN ośm przypadków, z których dwa zakończyły się niepomyślnie. Dodatnie strony tego sposobu są takie same, jak powyżej podanego sposobu MARTIN'a. (*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 21. H. 1. Verhandl. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin.*)

A. Winawer.

94. **O nowej metodzie leczenia zachowawczego gruźlicy stawów.** A. BIER, z kliniki ESMARCH'a (Kiel) podał na kongresie chirurgów niemieckich 1892 r. nową metodę, której za punkt wyjścia posłużyło znane spostrzeżenie, że zastój bierny (przekrwienie bierne) płuc wytwarza, lub zdaje się wytwarzać w tym organie warunki odporności na gruźlicę. Ta okoliczność naprowadziła B. na wniosek, że możnaby z korzyścią stosować sztuczne przekrwienie bierne w gruźlicy stawów, bandażując kończynę poniżej i powyżej chorego stawu. Jeżeli np. chodzi o staw łokciowy, bandażuje dłoń i przedramię aż do miejsca, tuż poniżej stawu leżącego, zaś ponad stawem nakłada bandaż elastyczny całowej szerokości. Ponieważ ucisk tu musi być dosyć silny, radzi podkładać watę i często zmieniać miejsce zaciśnięcia: siłę zaciśnięcia umiejętnie reguluje, aby otrzymać mocny zastój, nie odcinając tętniczego dopływu. Unieruchomienie nie jest potrzebne i kończyny pozwala się używać, o ile skrupowanie na to jej pozwala. Metoda w ciągu kilku dni jest cokolwiek bolesną, następnie chorzy przywykają i dobrze znoszą. W większości przypadków B. otrzymywał szybką i uderzającą poprawę, pogorszenia nie widział. Ujemne wyniki osiągane były w gruźlicy skóry i błony maziowej. Próby z wywoływaniem przekrwienia czynnego wypadły niepomyślnie.

(*Centralblatt f. Chirurg. 1892. Dod. do N-ru 32*)

¹⁾ Patrz w 19 numerze streszczenie pracy Martin'a str. 391. Referat Nr. 82.

²⁾ Poprzeczne szwy nakłada autor w ten sposób, iż prowadzi igłę przez otrzewną pęcherza, ranę otrzewnowo-pochwową i ścianę pochwy, a następnie przez ścianę pochwy, ranę otrzewnowo-pochwową i otrzewną pęcherza, poczem nitkę na otrzewnej wiąże. Odległość miejsca wkłucia od miejsca wyklucia zarówno od strony otrzewnej, jak i pochwy wynosi około 1,5 ctm.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc Kwiecień r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca	34 (m. 23, k. 11)
Przybyło w Kwietniu	88 („ 53, „ 35)
Wypisało się	70 („ 44, „ 26)
Zmarło	7 („ 5, „ 2)

Z 88 nowoprzybyłych chorych, jak i w zeszłych miesiącach najliczniejszą rubrykę stanowią tyfus wysypkowy i ospa. Pierwszego mieliśmy aż 68 przypadków (m. 48, k. 25); drugiej zaś 11 (m. 7, k. 4). W porównaniu z Marcem, zarówno ogólna ilość chorych (94), jak i tyfusowych (73) była w Kwietniu nieco mniejszą, ale znacznie większą niż w Styczniu i Lutym. Z pojedynczych ognisk tyfusowych w tym miesiącu na wyróżnienie zasługują w dalszym ciągu: przytułek noclegowy na Pradze (8 przypadków) i Główne więzienie karne (4 przypadki), do którego chorzy przybyli wprost z aresztu policyjnego. Po 2 przypadki dostarczyły nam domy: Waliców 13, Gęsia 89, Prosta 46, Strzelecka 20 i Szpital Dzieciątka Jezus. Pojedyncze przypadki pochodziły z następujących ulic i domów: Chłodna 20, Złota 47 i 3, Bonifraterska 3 i 9, Brukowa 32, Twarda 60, 3 i 10, Krochmalna 18, Stare Miasto 3, Dzika 41, Nizka 28, Nowo-Karmelicka 17 i 11, Koźła 9, Mostowa 3, Grzybowska 49, Dobra 53. Wronia 29, Cyrkuł I na Podwalu, Wielka 15, Biała 8, Białostocka 27, Muranowska 16 i 4, Nowolipki 59, Brzozowa 10, Dzielna 35 i 29, Olszowa 10, Pawia 88 i 26, Żelazna 25, Solec 3, Nowo-Wielka 20, Leszno 80, Królewska 29, Nizka 59, Freta 53 i Szpital Zapasowy. Z okolic zaś miasta: Wola, Koło, Grochów i Jabłonna.

Co się tyczy ospy, to przypadki jej były tak prawie częste jak w Marcu (10), pochodziły zaś z następujących ulic: Górczewska 6, Fort N. 4 na Woli, Samborska 3, Długa 10, Nowolipie 89, Areszt policyjny, Nizka 50, Leszno 38, Grochowska 29, Miodowa 8. Między wszystkimi chorymi było tylko jedno dziecko. Z innych chorób zakaźnych na uwagę zasługuje: *meningitis cerebro spinalis epidemica*, dwa przypadki (Saska Kępa i Nowy Świat), z których jeden sprawdzony na sekcji. Nawiasowo dodam, iż w okolicy naszego szpitala przypadki cierpienia tego zdarza się nam widzieć dosyć często wśród dzieci, z przebiegiem jak dotychczas dosyć łagodnym.

Prócz tego, mieliśmy jeszcze dwa przypadki odry i jeden róży.

Zmarło w miesiącu sprawozdawczym chorych 7: na tyfus wysypkowy 3 m., na ospę 3 (m. 2, k. 1) i jedna chora na *meningitis cerebro-spinalis*.

Z powyższego wykazu widzimy, iż tyfus wysypkowy w dalszym ciągu rozrzucony jest po całym prawie mieście, a liczba chorych wciąż jest tak uderzającą, iż trudno wobec tego przejść do zwykłego porządku dziennego. To też do dezyderatów w tej kwestyi, w zeszłym moim sprawozdaniu wypowiedzianych, przedewszystkiem chciałybym dorzucić jeden, który już dawno zasługiwał na uwzględnienie. Mam na myśli zupełny brak danych statystycznych o tyfusie wysypkowym w całym kraju. Prócz Warszawy, która od kilku lat co raz szybciej zbliża się pod tym względem do innych miast europejskich, nie mamy najmniejszego pojęcia o ruchu chorych i statystyce śmiertelności na prowincyi. Że tyfus wysypkowy gospodaruje po całym kraju, że zabiera liczniejsze ofiary, niż w Warszawie, o tem jesteśmy aż nadto przekonani. Cyfr jednak na poparcie tego nie posiadamy żadnych, gdyż nigdzie jeszcze ich urzędowo nie notują, prócz może kancelaryj parafialnych, z których jednak lekarz żadnej chyba korzyści mieć nie może. Jeśli pomyślimy, iż materiał prowincjonalny może mieć niezmierną wartość statystyczną, i że brak tych danych nieobliczone szkody wyrządza, zarówno nauce jak i sprawie uzdrowotnienia naszych miast i miasteczek, to nie można nie wyrazić życzenia, aby kwestyą tą co najrychlej zajęli się ci, do których to z urzędu i z powołania należy. Że kontrola nad tyfusowymi nie jest czemś niedoścignionem, mamy tego przykład z zeszłorocznej cholery, o której dane otrzymaliśmy przecież dosyć dokładne. Jeszcze raz zaznaczę, iż stale panujący u nas tyfus wysypkowy niemniej zasługuje na uwagę, niż efemeryczna cholera.

J. Szawczer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== CŁOPAT w Helsingforsie badał trawienie żołądkowe i skład chemiczny soku żołądkowego u niemowląt (1—19 miesięcy). Zawartość wydobywał przy pomocy zgłębnika Nelatona o 5 mm. grubości. 1) Sok oddziaływał zawsze kwa-

śno. 2) Kwaśność wynosiła po przyjęciu pokarmu 0,02—0,08%. 3) Kwasu solnego nie znajdowano. 4) U dzieci karmionych sztucznie kwaśność bywała nieraz wyższą, niż u karmionych piersią i dochodziła w końcu pierwszej godziny

do 0,1%. 5) Mleko kobiece daleko łatwiej ulegało strawieniu niż krowie. (Rev. de Med. 1892. Kwiecień).

— Stwierdzono, że mleko chciwie pochłania rozmaite ciała lotne, zachowując odpowiedni zapach w ciągu mniej więcej 14 godzin. Próby robiono z dziegiem, terpentyną, tlenkiem węgla, cebulą, tytoniem, parafiną, rybą zgnilą, kamforą i t. d. (Lyon med. 93).

— W Tow. Lek. Wied. NEUMANN zakomunikował o zmianach krwi w przymiocie. 1) Ilość hemoglobiny zmniejsza się o 15—30% już podczas stwardnienia pierwotnego, lecz wraca do stanu normalnego w miarę stosowania wcierań. 2) Tak samo bywa w przymiocie wtórnymi trzeciorzędnym, lecz ilość do granic normalnych już nie dochodzi. 3) Ilość krążków czerwonych nie zmniejsza się podczas stwardnienia pierwotnego; natomiast po wybuchu przymiotu ogólnego spada do $\frac{1}{3}$, a wraca do granic zwykłych pod wpływem leczenia. 4) Ilość bezbarwnych ciałek wzrasta równolegle ze zmniejszaniem się ilości krążków. (Wien. m. Pr. 17—93).

— BAUMGARTEN zwraca uwagę na związek pomiędzy niektórymi cierpieniami gardzieli i krtani, a zaburzeniami miesiączkowania. Tak np. zjawiają się krwawienia zastępcze z krtani lub nosa przy zupełnie nienaruszonej błonie śluzowej, zwa-

szeza gdy miesiączka ulega opóźnieniu. Tego rodzaju dwa przypadki autor spostrzegł. Nieco częściej napotykał on niedowłady i porażenia jednej lub więcej grup mięśniowych krtani, bez żadnych zmian nieżytowych tamże; występowało to niekiedy podczas ciąży. W okresie przekwitowym obserwowano t. zw. nieżyt suchy gardzieli. (D. m. Woch. 9—92).

— GIRODE, badając bakteryologicznie 28 przypadków cholery, znalazł w 14 łasecznika przecinkowego w drogach żółciowych. Kilka razy drogi te okazywały rozpoczynający się nieżyt ze złuszczeniem nabłonka. U jednego chorego, który zmarł 18-go dnia choroby, autor znalazł silne *angiocholitis* i *cholecystitis*. Zawsze można było wykryć przecinkowca w żółci i w wątrobie. (Bull. med. 84—92).

— EICHHORST spostrzegł bardzo rzadki przypadek ostrej białaczki u 8-letniego chłopca. Choroba trwała zaledwie dwa tygodnie i rozpoczęła się wymiotami krwawymi. Badanie krwi wykazało stosunek ciałek bezbarwnych do krążków jak 1:11,4. Śmierć nastąpiła przy objawach zapaści, skutkiem ustawicznych krwotoków z żołądka i kiszek. Znalezione na zwłokach ogromne powiększenie śledziony, obok zupełnie prawidłowego szpiku i naczyń chłonnych. Fakt ten dowodzi, iż istnieć może postać białaczki li tylko śledzionowej. (Virch. Arch. T. 130).

Wiadomości bieżące.

— Nakładem Kasy MIANOWSKIEGO opuścił prasę w przekładzie polskim Kolegów St. MARKIEWICZA i A. CIĄGLIŃSKIEGO, tom zbiorowego dzieła p. t. „Traité de Médecine“ pod redakcją CHARCOT'a, BOUCHARD'a i BRISAUD'a, i zawiera: 1) Patologię ogólną zakażeń, 2) zaburzenia i choroby odżywiania, oraz 3) choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt. O tem znakomitem dziele, mającem za przedmiot najważniejsze kwestye z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej, przedstawione we współczesnem świetle wiedzy, pomówimy obszerniej w jednym z najbliższych u numerów „Medycyny“. Tymczasowo nadmieniamy, iż jest to dzieło wielkiej doniosłości, blisko 1000 stron ścisłego druku (z rysunkami) obejmujące, starannie wydane. Cena niepraktykowanie niska, bo 4 rs. (w oryginale cena jest przeszło dwa razy wyższą).

— Otrzymaliśmy w tych dniach dwudzieste sprawozdanie Komitetu towarzystwa opieki Szpitala Ś-go Ludwika dla dzieci w Krakowie za rok 1892. W ciągu roku leczono stale w Szpitalu dzieci 1,252, ambulatoryjnie 5,240. Między pierwszymi było 256 dzieci karmionych

piersią, dla których utrzymywano w szpitalu 100 mamek. Dzieci te przebyły w Szpitalu dni 35,992, średni czas pobytu dziecka wynosił 29 dni, a utrzymanie roczne Szpitala 19,450 złr., przeciętny wydatek dzienny na jednego chorego 54 ct. w. a. Śmiertelność stosunkowo dosyć wysoką (24,63%) objaśnić może znaczna ilość dzieci dotkniętych chorobami zakaźnymi w ilości 410, z których zmarło 160 na ogólną ilość 265 zmarłych. Do starannego bardzo i dokładnego sprawozdania z ruchu chorych, jakie zresztą szpital Ś-go Ludwika, zostający pod dyktando prof. JAKUBOWSKIEGO, corocznie wydaje, dołączono w pracy powyższej sprawozdanie z lecznicy dla chorych skrofolicznych w Rabce, istniejącej od roku 1887, a która, również jak i sam szpital, corocznie większej ilości chorych opieki udziela. Jedną jest tylko okoliczność, sprawiająca bardzo niekorzystne wrażenie w działalności tej pożytecznej instytucji. Z pomiędzy dzieci przyjętych do szpitala z chorobami ostreymi i przewlekłymi, w czasie pobytu w samym szpitalu zapadło na choroby zakaźne 78, a z tych zmarło 15. Obok 42 dzieci przyjętych ze szkarlatyną zapadło w szpitalu 41 dzieci na tę chorobę. Przypu-

szczać należy, że odosobnienie na oddziale chorób zakaźnych nie jest zupełnie dostatecznym i na tę okoliczność chcielibyśmy zwrócić uwagę zarządu Szpitala.

— Wielce zasłużony na polu balneologii wogóle a zdrojownictwa krajowego w szczególności D-r M. ZIELENIEWSKI, który nie mało się przyczynił do zaznajamiania zagranicy z naszymi zdrojowiskami, zajęty jest obecnie zbieraniem materiałów do opracowania dzieła p. t. „Ilustrowany opis zdrojowisk krajowych“. Z rozesłanego do lekarzy zdrojowych i zarządów wód oraz zakładów leczniczych kwestyonaryusza przez D-ra M. ZIELENIEWSKIEGO, przekonywamy się, iż autor ma zamiar dać nam pracę wyczerpującą, na danych pewnych, bo z pierwszej ręki zaczerpniętych, opartą. Z uwagi, iż brak książki podobnej lekarzom i osobom na kurację się udającym do zdrojowisk krajowych, bardzo silnie uczuwać się dawał, oraz z uwagi, iż ją podejmuje wytrawny przedmiotu znawca, mamy zasadę mniemać, że piśmiennictwu naszemu przybędzie praca bardzo pożyteczna.

— XI-ty Międzynarodowy zjazd lekarski w Rzymie. Inauguracja nastąpi dnia 24-go Września 1893 r. w obecności króla Włoskiego. Prezesem zjazdu będzie prof. G. BACELLI, skarbnikiem prof. L. PAGLIANI, sekretarzem jeneralnym prof. E. MARAGLIANO. Pracę zjazdu podzielono na dziewiętnaście sekcji, a mianowicie: 1) Anatomia, 2) Fiziologia, 3) Patologia ogólna i Anatomia patologiczna, 4) Farmakologia, 5) Medycyna wewnętrzna, 6) Pedjatria, 7) Psychiatria, Neuropatologia i Antropologia kryminalna, 8) Chirurgia i Ortopedia, 9) Akuszeria i Ginekologia, 10) Laryngologia, 11) Otologia, 12) Oftalmologia, 13) Odontologia, 14) Medycyna i Chirurgia wojenna, 15) Higiena, 16) Budowle sanitarne, 17) Dermatologia i Syfilografia, 18) Medycyna sądowa, 19) Hydrologia i Klimatologia.

Posiedzenia rozpoczną się w dniu 25 Września i trwać będą do dnia 1-go Października.

W pracach zjazdu może przyjąć udział każdy lekarz, który wnieś na ręce skarbnika prof. PAGLIANI'ego, dyrektora departamentu zdrowia publicznego w Ministerjum spraw wewnętrznych w Rzymie, ustanowioną opłatę 25 franków¹⁾, za co oprócz prawa przyjmowania

udziału w posiedzeniach zjazdu, otrzymywać będzie dziennik zjazdu. Doktorzy innych fakultetów, którzy w jakikolwiekby sposób mogli by być zainteresowani sprawami zjazdu, dopuszczeni będą do prac zjazdu narówni z lekarzami.

Prace, mające być czytane na zjeździe, winny być zapowiedziane przed dniem 30-go Czerwca 1893 r.. Z każdej pracy należy przed dniem 31-go Lipca przysłać na ręce prezesa zjazdu lub prof. CYBULSKIEGO w Krakowie krótkie streszczenie, które zostanie wydrukowane i rozesłane uczestnikom zjazdu.

Prace przedstawione po upływie powyższego terminu lub podczas zjazdu, będą pomieszczane na porządku dziennym właściwych sekcji o tyle tylko, o ile pozostanie dość czasu po ukończeniu prac zapowiedzianych we właściwym czasie.

Odczytanie pracy na zjeździe nie może przekraczać 15 minut. Mówcy przyjmującemu udział w dyskusji, dozwolonem jest przemawiać raz jeden i to nie dłużej nad 5 minut. Na wszystkie zarzuty razem autor pracy winien odpowiedzieć w przeciągu 10 minut. W wyjątkowo tylko, ważnych przypadkach prezydującej sekcji ma prawo przedłużyć czas wyżej określony. Codziennie po ukończeniu posiedzeń ogólnych lub sekcyjnych, winny być złożone na ręce komisji redakcyjnej dziennika zjazdu auto-referaty prac odczytanych i przemówień w dyskusji.

Na posiedzeniach językami obowiązującymi są: włoski, francuski, niemiecki i angielski. W czasie posiedzeń jednakże dozwolonem jest w krótkich przemówieniach posilkować się jakimkolwiek innym językiem, z warunkiem, ażeby który z obecnych członków wyraził gotowość przetłumaczenia przemówienia na jeden z języków obowiązujących.

Osoby nie będące ani lekarzami, ani doktorami innych fakultetów, na mocy decyzji prezesa zjazdu po wniesieniu opłaty wpisowej dopuszczonemi, mogą być zaliczeni do jednej z specjalnych sekcji, bez prawa jednak przemawiania na zebraniach ogólnych, lub przyjmowania udziału w innych sekcjach. Studenci medycyny mogą być obecni na posiedzeniach bezpłatnie, bez prawa głosu.

Jednocześnie ze zjazdem odbędzie się w Rzymie międzynarodowa wystawa medycyny i higieny, która zgromadzi wszystko, co może obchodzić lekarzy.

¹⁾ Koledzy mający zamiar przyjąć udział w zjeździe, otrzymają bezpłatnie w naszej redakcyi statut zjazdu i karty zgłaszania, wskazujące sposób wnoszenia opłaty wpisowej.