

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. 31 resekcji kiszek. Podał Prof. D-r Julian Kosiński. (Dokończenie). **Kazuistyka** Przypadek histeryi z objawami „*Akiuesiae algerae*“. Podał A. Szpanbok. — **Bibliografia i Krytyka.** Błonica. Przez D-ra H. Bourges. (Dalszy ciąg)—Sprawozdanie z V zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.— **Streszczenia i wyciągi.** 135. Nowy sposób leczenia wysięków gruczolanych otrzewnej. 136. O odkażaniu ubrania, towarów skórzanych, szczotek i książek za pomocą formaldehydu (formaliny). O działaniu formaldehydu. Formaldehyd, jako środek przeciwnilny. 137. a) O rzeżącach u małych dziewcząt. b) Badania bakteriologiczne przy nieżycie dróg płciowych u małych dziewcząt. 138. O powstawaniu skręconych cylindrów nerkowych i włókien spiralnych w płwocinie. 139. O zwracaniu (ruminatio) pokarmów u człowieka i o stosunku zwracania do wymiotów. 140. O bieguncie wywołanej przez wymoczki. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc lipiec r. b.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

31 RESEKCYI KISZEK.

Podał Prof. D-r Julian Kosiński.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 34).

Umieszczone w powyższej tablicy 31 przypadków resekcji kiszek przypadają: 16 na płeć męską i 15 na żeńską.

Najmłodszy wiek operowanej (N-r 4) 10 lat; najstarszy (N-r 22) 65 lat.

Co do rodzaju przyczyn widzimy, że te były bardzo rozmaite i podzielić je możemy na następujące grupy:

1) <i>Anus praeternatural.</i>	12, z których wyzd.	10,	zmarło	2
2) Rak kiszek . . .	7	„	„	3 „ 4
3) Przepuklina uwięziona w stanie ostrej zgorzeli . .	5	„	„	1 „ 4
4) Zwężenie kiszek. .	2	„	„	2 „ —
5) Pęknięcie urazowe kiszek	2	„	„	2 „ —
6) Przedziuraw. spowodowane obcym ciałem	2	„	„	2 „ —
7) Zrośnięcie pętlisy кишки z torbielą, nie dające się oddzielić	1	„	„	1 „ —
	31	„	„	21 „ 10

Resekcja na kiszkiach cienkich była robiona 20 razy, na kiszkiach grubych — 11 razy.

Ze wszystkich 31 operowanych wyzdrowiało 21, zmarło 10 osób.

Najgorszy rezultat dały operacje robione na chorych z uwięzieniem przepuklinami, albowiem na 5 operowanych zmarło 4, a wyzdrowienie było tylko jedno. Ta grupa niepowinna właściwie być umieszczona pomiędzy powyższymi resekcjami, gdyż niepomysłny rezultat operacji pochodzi w tych

przypadkach nie na skutek operacji, lecz od septycznego zakażenia jamy otrzewnowej, wychodzącego ze zgorzeli uwięźniętej przepukliny, Rozciągłość tego zakażenia i wpływ na przebieg operacji nie może być, nawet w przybliżeniu, oceniony. Cyfry tylko statystyczne, z większej liczby przypadków zebrane, pokazują, o ile resekcye kiszek, robione jednocześnie z operacją uwięźniętej przepukliny, dotkniętej zgorzelą, dają rezultat nieszczęśliwy. Przeważa też zdanie chirurgów, aby w tych warunkach unikać dokonywania resekcji, a natomiast utworzyć *anus praeternaturalis*. Do takiego przekonania i do takiego postępowania na przyszłość skłaniają mnie wymienione w trzeciej grupie przypadki.

Wykluczwszy tę grupę z naszej statystyki, pozostałe 27 przypadków resekcji wykazują rezultat względnie dość pomyślny, gdyż przypadków śmierci będzie tylko 6 na 26, czyli 23,0 na 100.

Że resekcya kiszek nie daje nader pomyślnych rezultatów w przypadkach, gdzie operacja się robi celem wycięcia raka kiszek, nic w tem dziwnego nie ma, gdyż sama choroba wywołuje ogólne charłactwo, i zwykle chory przychodzi do operacji w stanie znacznego wycieńczenia i osłabienia organizmu. W grupie czwartej spotykamy 7 przypadków tej operacji, z których wyzdrowienie osiągnięto tylko 3 razy. I ten rezultat, wobec bezwarunkowej śmiertelności choroby, można jeszcze nazwać pomyślnym. Zwrócić tu muszę uwagę na N-r 3 tablicy, gdzie podany jest przypadek resekcji кишки z usunięciem raka okrężnicy zstępującej. Pacjentka nie tylko że przeżyła pomyślnie operację, robioną jej w roku 1885, ale dotąd przez 8 lat żyje, cieszy się dobrem zdrowiem i urodziła, już po operacji, dwoje dzieci. Przypadek ten jest opisany w „Medycynie“ r. 1885 N-r 41 i 42, należy on do najpomyślniejszych i zapewne najrzadszych przypadków resekcji кишки, na skutek raka dokonanej.

Z dwóch przypadków 5-ej grupy, wymienionych w tablicy „zwężenie кишки“, N-r 28 należał do rzadszych przyczyn resekcji кишки. Zwężenie кишки doszło w sposób przewlekły do wysokiego stopnia, prawie do zupełnej niedrożności skutkiem uciśnienia кишки. Chory prawdopodobnie przed dawnym czasem przebywał zapalenie wyrostka robaczkowego i ograniczone zapalenie otrzewnej. Wyrostek bardzo wydłużony przyrósł do podstawy krezki w bliskości kręgosłupa, tak, iż się utworzył, poprzecznie na dnie jamy brzusznej idący, most, pod który, skutkiem niezrośnięcia wyrostka na całej jego długości, wcisnęła się pętlica cienkiej кишки i została uciśniętą. Ucisk z początku nie był tak mocny, aby zawartość kiszek nie mogła krążyć, lecz z czasem, skutkiem częstych przeszkód w krążeniu, podrażnienia otrzewnej, zaciskał się otwór, w którym leżała pętlica кишки i sama kiszka na miejscu jej przeciśnięcia w owym otworze. Pacjent przybył do kliniki z objawami chronicznymi okluzji kiszek, wyrażającymi się częstymi napadami ostreimi, zagrażającymi życiu. Zanim przystąpiłem do operacji, obserwowałem chorego przez parę tygodni, a pomimo to nie mogłem dyagnozy dalej doprowadzić jak do rozpoznania zwężenia кишки. Jaki to był rodzaj zwężenia i w jakim się miejscu znajdował, tego niemożna było w żaden sposób rozpoznać. O trudnościach rozpoznawania zwężeń, zaciśnień i t. p. rodzajów okluzji kiszek jeszcze niżej mówić będę.

Po uwolnieniu przeciśnięcia przez odczepienie przyrośniętego wyrostka do krezki i odcięciu tegoż u jego podstawy, okazało się, że pętlica кишки była części przyrośnięta i do tegoż wyrostka i do krezki, a po odczepieniu jej i wyprowadzeniu z jamy brzusznej na zewnątrz okazało się, że cała pętlica, będąca

długości przeszło 30 ctm., jest zgrubiała, przekrwiona, zaś końce jej na miejscu przejścia do zdrowych kiszek tak mocno przeciągnięte i w budowie zmienione, iż niemoże być mowy o tem, aby po uwolnieniu z ucisku mogły odzyskać potrzebną grubość światła, do krążenia zawartości kiszkiowej. Nie pozostawało nic innego do zrobienia, jak całą tę pętlę wyciąć. Usunięta część kiszek miała 34 ctm. długości i stanowiła część *ilei* bliższą do kiszek ślepej. Zejście operacyi było pomyślne. Pacjent po 4 tygodniach opuścił klinikę zdrowy, z zagoną całkowicie raną.

Ostatni przypadek resekcyi, jaki robiłem na chorej, która obecnie jako rekonwalescentka jeszcze pozostaje w klinice, należy do najrzadszych i najciekawszych spostrzeżeń, stanowiąc i najbardziej skomplikowany przypadek. Dla tego pozwolę sobie nieco szczegółowiej go opisać.

Wąs... Julianna, lat 33, blondynka, małego wzrostu i szczupłej budowy, przybyła do kliniki mojej 2 czerwca r. b. i opowiedziała o swoim stanie co następuje: „Byłam wogóle dość dobrego zdrowia, a jako kobieta wiejska, wyszedłszy za męża, właściwym zajęciom i w domu i poza domem się oddawałam. Dwa razy byłam w ciąży, którą znosiłam względnie dobrze, lecz ani jednego porodu szczęśliwie odbyć nie mogłam. Przy pierwszym porodzie lekarz uważał za stosowne zrobić wymóżdżenie, w ostatnim (drugim) porodzie, gdy przez sześć dni bezskutecznie się męczyłam, a akuszerka nic poradzić nie mogła, zawezwano lekarza, który zrobiwszy obrót dziecka w macicy, gdy już tułów dziecka wydostał z niej, główkę oderwał i pozostawił nie wydobytą. Działo się to 9 miesięcy temu, przez który to czas, rozmaite przechodząc koleje, z tą główką dziecka, pozostającą w macicy, przybywam tutaj do kliniki“. Dalej chora opowiedziała, że po tym niepomyślnym połowicznym porodzie, przez pierwszych kilka miesięcy była bardzo chora, ciągle gorączka i osłabienie były tak wielkie, że z łóżka wyjść nie mogła, następnie gorączka zaczęła ustępować, siły się trochę wzmogły, zaczęła chodzić z trudnością wprawdzie, szukała pomocy w domu, na wsi będąc, i udawała się do szpitala prowincjonalnego, gdzie oświadczone jej jakoby, że tam nic jej skutecznego zrobić nie mogą i tylko radzą udać się do Warszawy.

Chora wygląda bardzo mizernie, jednak trzyma się na nogach i chodzi mocno przegięta naprzód i jakby utykając. Ciepłota jej po przybyciu do kliniki i nazajutrz podniesiona, przeszło 38°. Gorączka, o ile jej się zdaje, trwa już oddawna. Apetyt zły, jak również trawienie. Od kilku tygodni ma rozwolnienie.

Przy badaniu dolnej części brzucha znajdujemy guz nieprawidłowego podłużnego kształtu i nie gładkiej powierzchni. Górna część guza, skośnie leżącego, sięga na 3—4 palce nad spojeniem łonowem, dolna część chowa się za spojenie. Badanie przez pochwę pokazało, że pacjentka ma miednicę zwężoną; wymiar od spojenia do *promontorium* nie dosięgał 6 ctm. Jednoczesne badanie przez pochwę i ścianę brzuszną, jak również badanie zapomocą zgłębnika, wykazuje, iż guz ten jest macicą powiększoną której część pochwowa zupełnie znikła, a na jej miejscu pozostaje małe wklęsnięcie, prowadzące do jamy. Zgłębnikiem łatwo wyczuwać się dają części kostne w jamie macicy zawarte. Przez kiszki odchodową, palcem dają się wyczuć również twardości i nierówności. Płyn cuchnący, krwawy, wydzielający się przez otwór maciczny do pochwy, świadczy o sprawie rozpadowej.

Stwierdziwszy badaniem obiektywnem to, o czem słyszeliśmy z opowiadania chorej, i niemając żadnej już wątpliwości, że w istocie główka dziecka

znajduje się w macicy, trzeba było obmyślić plan działania celem opróżnienia jej. Oczywiście niemogliśmy się spodziewać znalezienia główki w całości po 9 miesięcznem jej przebywaniu w macicy; że się ona znajduje w rozpadzie, już stąd trzeba było wnosić: 1) że kształt guza podłużny i nieprawidłowy, a powierzchnia nierówna; 2) wydzieliną cuchnącą, krwawa z jamy macicy i 3) wyuczulalne, poruszające się zapomocą zgłębnika, kostki. Można było zatem myśleć, że łatwo dałyby się oddzielne kości usunąć, a za nimi i całkowity rozpad miękkich części. Ze względu jednak na bardzo ściągnięty i zwężony, prawie do zupełnego zamknięcia, otwór pochwowy macicy, tą drogą zdawało się mi niemożliwem, a nawet niebezpiecznem próbować wydobywania zawartości z macicy; mówię niebezpiecznem, gdyż operacja, pomimo przygotowania macicy przez systematyczne, powolne lub doraźne rozszerzenie otworu jej, byłaby i długa i mogąca znaczne spowodować obrażenie ściany macicy, która była, jak to z góry przypuszczaliśmy, owrzodzona i może tak krucha, iż najmniej-szy uraz mógł sprawić jej pęknięcie i wylanie się cuchnącego rozpadu do jamy otrzewnowej.

Pokazało się bardzo prędko, że już przedziurawienie i znaczne zniszczenie tylnej ściany macicy istniało, tworząc połączenie z kiszkaami.

Otóż z powyższych rozważań powziąłem zamiar nie próbować wcale ekstrakcyi główki przez pochwę, lecz wprost przystąpić do cięcia brzucha i macicy, aby przez szeroki otwór, mając jeszcze macicę *ad oculos* otwartą, wydostać z niej całą zawartość, słowem zrobić *sectionem caesaream*, która wskazaną była do zrobienia 9 miesięcy temu. Tak też i postąpiłem.

Otworzywszy jamę otrzewnową, przekonałem się, że pętlice kiszek w sąsiedztwie bezpośredniem z macicą były wokoło do niej przyrośnięte. Oddzielając ostrożnie kiszki od macicy, spostrzegłem, że tylna ściana macicy była zniszczona całkowicie, jak również i kiszki; skąd powstała komunikacja pomiędzy jamą maciczną i kiszkaami, tak obszerna, że nie tylko rozpadające się części, w stanie płynnym będące, wychodziły z macicy do kiszek i *vice versa*, lecz nawet kości główki poczęści znajdowały się już w kiszkach. Po rozdzieleniu pętlic i możliwem odczepieniu ich od macicy okazało się, że w dwóch miejscach istniał otwór w kiszkach, mianowicie, w kiszce grubej (*S. romanum*), w której sterczały kości występujące z macicy, i drugi otwór w pętlicy kiszki cienkiej (*ileum*). Ochraniając o ile możności jamę otrzewnową od zanieczyszczenia zawartością maciczną przez pilne opłukiwanie i tamponowanie, starałem się tępemi, szerokimi szczypczykami powyjmować rozdzielone kości główki z macicy, a gdy ta była całkowicie oczyszczona, dopiero wypadało pomyśleć o tem, jak postąpić dalej. Otóż, co się tyczy kiszki cienkiej, która na całej długości brakującej ściany i przedziurawienia dała się uwolnić od zrostów z macicą i z przylegającymi częściami, to wielkiej trudności niebyło; całą pętlę na 14 ctm. długą wyciąłem i końce zeszyłem (*resectio et enterorrhaphia*), a zeszytą wpuściłem do jamy brzusznej. Ponieważ obszerny otwór w kiszce grubej, sięgający od *S. romanum* aż do kiszki prostej, nie dałby się, z powodu krótkich i szerokich zrostów ze ścianą miednicy, z macicą i pęcherzem, o tyle uwolnić, aby go można było zamknąć przez założenie szwu, a skądinąd zniszczona od powierzchni tylnej macica, będąc wcisniętą w małą miednicę i zrośniętą również ściśle z pęcherzem, nie dopuszczała nawet myśli, aby mogła być całkowicie usunięta, przeto znalazłem się w konieczności pozostałą przednią ścianę macicy przyszyć do kiszki tak, aby otwór czyli brakującą ścianę w kiszce zastąpić macicą, czyli zrobić to, co już zrobionem było przed operacją, kiedy

nastąpiło przedziurawienie tych dwóch przyrządów i utworzyła się komunikacja pomiędzy nimi. Szło mi o to, aby w jakikolwiek bądź sposób, a ten jedynie pozostawał do skutecznienia, zabezpieczyć jamę otrzewnową od wydzieliny z otwartej kiszki i otwartej macicy. Że się w ten sposób utworzyła kloaka pomiędzy kiszką prostą, a macicą, samo się przez się rozumie; a dla ułatwienia odpływu kału z macicy rozszerzyłem do *maximum* na tępo otwór w części pochwowej. Dla przekonania się, azali szew dostatecznie trzyma, puściłem strumień wody do kiszki prostej, która z największą łatwością wypływała przez pochwę, spłukawszy jamę macicy, przyczem do jamy otrzewnowej woda nie przenikała. Z tem wszystkiem nie odważyłem się zamykać otrzewnej przez zaszycie rany ściany brzucha, lecz założywszy tylko częściowy szew, pozostawiłem otwór dla przeprowadzenia paska z gazy jodoformowej.

Przebieg pooperacyjny był ze wszech miar pomyślny. Z początku wypływał obficie kał przez macicę i pochwę i starannie, dwa razy dziennie, był wypłukiwany; z czasem coraz mniej się go wydzielało, a w końcu przestał wydzielać się całkowicie. Chora zaczęła miewać stolce normalnie i można było myśleć, że się otwór pomiędzy kiszką i macicą zagoił. Z otworu nad spojeniem łonowem, w ścianie brzucha po usunięciu paska jodoformowego ropienie było nie obfite, otwór sam zwęził się bardzo, pozostawiając mało wydzielającą przetokę. Badając ten otwór zgłębnikiem, we trzy tygodnie po operacji, można jeszcze było wejść nietylko do małej miednicy, lecz przejść aż do światła kiszki prostej. Bezwątpienia w miejscu zeszycia utworzył się mały otwór komunikujący z przetoką w ścianie brzusznej. Pomimo to żadna wydzielina z kiszki nie wypływała tą przetoką. Niemożna było wytłomaczyć tego inaczej, jak utworzeniem się z błony śluzowej kiszki prostej ponad otworem fałdu, który w postaci kłapy zamykał otwór podczas zstępowania mas kałowych. Ogólny stan chorej nie pozostawia nic do życzenia.

Wyjątkową przyczynę do resekcji kiszki stanowił przypadek (podany w tablicy pod N-r 10). Podczas operacji cysty jajnika, w klinice przezemnie zrobionej przed 3 miesiącami, zabłąkała się w zwojach kiszek pincetka PÉAN'a i niedostrzeżona pozostała w jamie brzusznej. Przebieg pooperacyjny był zupełnie normalny, rana zagoiła się, żadnej gorączki w pierwszych dwóch tygodniach, ani żadnych miejscowych ze strony brzucha objawów nie zauważono. Dopiero w trzecim tygodniu zaczęły występować objawy umiejscowionego zapalenia otrzewnej: odporność i stwardnienie z prawej strony brzucha, poniżej pępka, lekka gorączka i tępy ból przy obmacywaniu tej okolicy. Z biegiem czasu przypadłości te, to w większym, to w mniejszym stopniu uwydatniały się, nie wywołując żadnych burzliwych objawów. Chora skutkiem tego nie mogła opuścić kliniki, jakkolwiek przypuszczałem, że stwardnienie w brzuchu, zależne prawdopodobnie od ligatury, która może nie była dostatecznie aseptyczną, rozjeździe się. Gdy jednak w 4-tym miesiącu w środku owego infiltratu dało się wyczuć głębokie chęłbotanie i ropień stawał się niewątpliwym, zrobiłem cięcie i wypuściłem ropę. Obcego ciała po tem utworzeniu nie wykryto. Dopiero po kilku dniach zaczęła się pokazywać z otworu wraz z ropą ciecz rozpoznana jako zawartość kiszek cienkich. Przy ponownem badaniu zgłębnikiem natrafiono na obce ciało twarde, metalowe. Gdyśmy się zastanowili nad tem, jakie to ciało być może i zacząłem robić przypuszczenie, czy nie jest to narzędzie chirurgiczne, oświadczyli mi pp. asystenci, że w klinice w istocie zginęła jedna pinceta, lecz kiedy i w jaki sposób—niewiadomo. Po rozszerzeniu otworu okazało się, że pomiędzy pętlcami kiszek, pozrastanemi między sobą, leżała pin-

cetka, po wyjęciu której znaleziono w jednej pętlicy otwór nierówny, dość ruchomy, przez który pincetka wdrążyła końcem swoim do światła кишки. Za stosowne uważałem nie przystąpić zaraz do resekcji i zeszywania кишки, lecz poczekać kilka dni, aby wszelkie zapalne objawy i podrażnienie otrzewnej, otaczającej ognisko patologiczne, minęło. Po tygodniu dokonaną została resekcja кишки, której przebieg był najzupełniej pomyślny.

Wiadomem jest, że przypadki pozostawionych narzędzi lub części opatrunkowych w otrzewnej, podczas operacji dokonywanych w jamie brzusznej, nie należą do zbyt rzadkich. Rozmaici chirurdzy podobne przypadki opisywali. I dlatego jest zasadą, notować przed operacją ilość narzędzi przygotowanych do operacji, a po operacji przeliczyć i przekonać się, czy w tej samej znajdują się ilości. Ten zwyczaj praktykuje się stale i w naszej klinice: na tablicy zapisuje się rodzaj przygotowanych narzędzi i ich ilość. W przypadku opisanym była oczywiście wina asystenta, zajmującego się narzędziami podczas operacji. Na szczęście nie pociągnęła ona za sobą tym razem większego niebezpieczeństwa.

KAZUISTYKA.

PRZYPADEK HISTERYI Z OBJAWAMI

„*Akinesiae algerae*“.

Podał **A. Szpanbolk.**

Dnia 15 grudnia 1892 r. miałem sposobność spostrzegać chorego chłopca, mającego lat 12, o którym dowiedziałem się, co następuje:

Chłopiec ów jest jedynym synem rodziców, bardzo blisko między sobą spokrewnionych (cioteczny brat ze siostrą). Chory miał dwie siostry i brata, którzy pomarli, będąc jeszcze małemi dziećmi; od jakich zaś chorób, dowiedzieć się nie mogłem. Anamneza zakomunikowana mi została przez samego chorego, umysłowo dosyć rozwiniętego chłopczyka. Krewni chorego wogóle nie odznaczają się szczególnem zdrowiem, wielu z nich cierpi na ból głowy. Umysłowych chorób w rodzinie nie było. Ojciec chorego cierpi na silne bóle głowy, właściwie tylnej jej części, które często się powtarzają i są nie do zniesienia. Chory sam męczył swój umysł studyowaniem talmudu; dowiedziałem się również, iż chory oddawał się onanizmowi. Zdaje się więc, że dosyć było przyczyn, wyjaśniających rozwój nerwowego cierpienia. Przejdźmy teraz do badania objawów chorobowych¹⁾.

Objawy histeryi. Od kilku lat chory miewał napady uczucia dławienia w okolicy przełyku, które często niepokoiły rodziców z powodu obawy o krup. Objaw ten trzeba uważać za *spasmus pharyngis*. Daje się też zauważyć znieczulenie gardzieli. Od pół roku mniej więcej miewał bóle w rękach, wprawdzie nie bardzo silne, przeto na skargi te rodzice nie zwracali uwagi. Od 5 tygodni pojawiły się bóle głowy i brzucha, nadzwyczaj silne, które od tygodnia doszły do dużego natężenia, z towarzyszeniem klonicznych drgawek górnych kończyn. Chory przeczuwa zbliżanie się drgawek i wchodzi do łóżka,

¹⁾ Chorego miałem sposobność dwa razy badać wraz z prof. Baranowskim.

żeby się położyć, przyczem przytomności nie traci. Podczas snu drgawek nie ma. Od czasu pojawienia się drgawek wystąpiły bóle i w dolnych kończynach. Podług słów chorego bóle są ciągłe. Dotykanie brzucha wzmacnia bóle, jednak można było skonstatować, że gdy uwaga chorego była zwrócona na rozmowę, to nie tak silnie reagował. Przy ucisku na kręgosłup między łopatkami, pojawiają się drgawki, ale nie zawsze (*zonae hysterogenicae*), przy ucisku zaś jąder drgawki ustawały, jakkolwiek nie zawsze. Odruchy ścięgniste dolnych kończyn osłabione, szczególnie ze strony lewej, odruchy zaś mosznowe silnie wzmożone. Żadnego cierpienia organów brzusznych nie stwierdzono. Znajdujemy więc w opisanym obrazie cały szereg objawów, charakteryzujących historię: nadczułość, drgawki, *zonae hysterogenicae*, *spasmus pharyngis*, znieczulenie gardzieli. Żadnych innych objawów histeryi nie dało się zauważyć.

Objawy „*Akinesiae algerae*“. Bóle kończyn i tułowia, szczególnie brzucha, były ciągłe, przy pewnych ruchach wzmacniały się i same przez się były przyczyną całego szeregu zaburzeń ruchowych. Bóle brzucha zmuszały chorego do leżenia, stania lub siedzenia na pochyłościach, aby nie naginać tułowia, co by wywołało powiększenie bólów. Bóle kończyn dolnych nie pozwalały wiele chodzić, a wcale biegać. Wysiłek woli chorego wzmacnia tylko bóle. Charakterystycznymi też były czynności kładzenia się na łóżko lub podłogę i wstawania z nich. Gdy chory się kładzie na łóżko, przeczuwając np. nastąpienie drgawek, to ledwo zgina biodra, łokciem się opiera o poduszkę, później ciągnie tułów na łóżko, w końcu zaś nogi. Gdy ma zejść z łóżka, to nogi naprzód spuszcza, ale nie wiele, by nie zgiąć ich za bardzo, co by mu sprawiało ból, później wyciąga nogi po za krawędź łóżka, w końcu znów się podiera rękami i powoli, podnosząc się, wysuwa się tak, ażeby móżdż wstać, opierając się rękami o poduszkę, nogami o podłogę, nie zginając tułowia. W podobny sposób odbywa się kładzenie i powstawanie z podłogi. Wszystko to wykonywa chory w ten sposób dlatego, że ból przytem jest mniejszy. Zauważę jeszcze, że jakichkolwiek zmian w mięśniach, któreby wyjaśniły te objawy zaburzeń w czynnościach ruchowych, nie znalazłem, żadnych też reakcji zwyrodnienia, *dystrophiae muscularis*, lub chorób stawów u chorego nie dało się spostrzegać. Zwrócę dalej uwagę na to, że od pewnego czasu chory nie może czytać, ani modlić się z książki, ponieważ czynność ta wywołuje bóle w oczach. Widzimy więc, że w danym przypadku mamy do czynienia z ograniczeniem swobodnych ruchów u osobnika z usposobieniem nerwowem wskutek szczególnej bolesności w mięśniach, bez jawnych przyczyn, wskazujących na pochodzenie tych zбоceń. Objawy te opisane są w ostatnich latach pod nazwą „*akinesia algera*“. Osobliwy ten obraz, niedawno rozpoznany, zasługuje na bliższą uwagę.

MOEBIUS w roku 1891 opisał ²⁾ obraz chorobowy pod nazwą „*akinesia algera*“. Pod nazwą tą rozumie autor stan anormalny, przy którym niemożliwe są wszelkie ruchy wskutek bólu, przyczem nie można odnaleźć żadnych zrozumiałych powodów tego bólu. Osobniki, podlegające temu cierpieniu, pochodzą z rodzin nerwowych, u których nadmierne podrażnienia wywołują osłabienie nerwowe. Z początku obszerniejsze tylko, następnie zaś wszelkie ruchy wywołują ból, który się pojawia już to zaraz podczas samego ruchu,

²⁾ Ueber „*Akinesia algera*“. Von P. I. Moebius, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. I. 1891. S. 121.

już to po ruchach, i to tak w częściach ciała biorących, jak i nie przyjmujących w nich udziału. Wreszcie skutkiem bólu wszelki ruch ustaje, tak, że osoby, podlegające tej chorobie, nie mogą żadnych ruchów wykonywać i w swojej niemocy stają na równi ze sparaliżowanymi. MOEBIUS w następnej swej pracy ³⁾ o tej kwestyi twierdzi, że właściwie należy bardziej rozszerzyć pojęcie o tej formie chorobowej i dlatego zmienia nazwę „*akinesia algera*“ na „*apraxia algera*“, rozumiejąc pod tem już nie ograniczenie lub niemożebność ruchów wskutek bólów, lecz niemożebność wogóle pewnych czynności, jak np. czytania wskutek nadwrażliwości nerwów wzrokowych. Z przytoczonej charakterystyki widzimy, że nazwie „*apraxia algera*“ odpowiadają objawy, znalezione u mego chorego. MOEBIUS uważa wyżej opisane objawy za dostateczne dla stworzenia nowej postaci chorobowej, nie uważa więc ich ani za objawy histeryi, ani neurastenii. Rodzi się więc pytanie, czy rzeczywiście mamy przed sobą zupełnie nową postać nerwowego cierpienia, które w ramy znanych nam dynamicznych cierpień włączone być nie może? By wydać sąd o tem, trzeba przedewszystkiem zwrócić uwagę na rozmaite inne objawy, spotykane u chorych z „*apraxia algera*“. Tak więc, w jednym przypadku MOEBIUS'a chora nauczycielka (43 lat) już w 20 roku życia cierpiała na histeryę, która się rozwinęła wskutek moralnych wstrząsnięć. Po utracie rodziców chora miewała ataki drgawek bez utraty przytomności. Bywały też u chorej napady śmiechu i płaczu spazmatycznego, całe lata trwające, przykurczenie palców, które pod narkozą znikало. Do tych objawów przyłączyły się jednocześnie objawy „*akinesiae algerae*“. Zdaje się, że dość mamy podstaw, ażeby te zaburzenia zaliczyć do histerycznych. W przypadku KOENIG'a ⁴⁾, u chorej kobiety (48 lat) przy objawach „*akinesiae algerae*“ znajdujemy cały szereg nie dających się zaprzeczyć objawów histerycznych: przy zachowaniu zupełnem przytomności powtarzające się drgawki to w jednej kończynie, to w drugiej i pojawiające się to samoistnie, to przy ucisku na bolesne mięśnie (jakby *zonae hysterogenicae*); utrata czucia, już to połowicznego, już to zupełnego w całym ciele; pojawienie się to w jednym miejscu znieczulenia, to w drugim — nadczułości (*anaesthesiae et hyperaesthesiae*); jękanie i jego symulacja wobec lekarza. Zdaje się, że taka grupa objawów, spotykanych jednocześnie u chorej, świadczy, że mamy przed sobą wyraźną postać histeryi, a nie hipochondryi, jak chce autor.

Rozpatrzmy teraz przypadki, w których obok „*akinesiae algerae*“ nie spotykamy wybitnych objawów histeryi. W pierwszym przypadku MOEBIUS'a ⁵⁾, dotyczącym się nauczyciela gimnazjalnego (33 lat), widzimy nadczułość rąk (*hyperaesthesia*) i pogorszenie stanu pacyenta, gdy dowiedział się, że go posądzają o symulację. W innym przypadku MOEBIUS'a ⁶⁾ kobieta (36 lat) miewała objawy „*akinesiae algerae*“ i doznała pewnego razu pogorszenia swego stanu, gdy jej się zdawało, iż za wiele spacerowała. W obu tych przypadkach okazuje się, że możebne są nagłe pogorszenia, zależne od warunków psychicznych (autosugestyi). Podejrzenia o symulację u jednego chorego, myśl zaś, że za dużo ruchu używał, u drugiego osobnika, pogarszają dotychczasowy lub wywołują na nowo chorobliwy stan; jednym słowem, zmiany chorobowe są tutaj wynikiem wyobrażeń, działalności psychicznej, które to czynniki uzna-

³⁾ Weitere Bemerkungen über „Akinesia algera“ von P. I. Moebius, Deut. Zeitschr. für Nervenheilkunde. B. II. 1892. S. 436.

⁴⁾ Zur „Akinesia algera“ Von Dr. W. König, Centralbl. für Nervenheilkunde u. Psychiatrie. XV. Jahrgang. Neue Folge. B. III. 1892. S. 97.

⁵⁾ Loco citato. B. I. 1891. ⁶⁾ Loco citato. B. II. 1892.

jemy za ważne w rozwoju rozmaitych objawów histeryi. W innych przypadkach „*apraxiae algerae*“, jak np., ERB'a ⁷⁾, LONGARD'a ⁸⁾, jak niemniej u chorego FECHNER'a, najgłówniejszą rolę odgrywa tylko bolesność przy ruchach, inne zaś objawy albo wcale nie egzystują albo są małoznaczące.

Postaramy się teraz wyznaczyć „*akinesiae algerae*“ należyte miejsce wśród innych form nerwowych. Wszyscy autorzy zgadzają się na to, że mamy tu do czynienia z chorobą dynamiczną, nikt zaś nie zrzeka się myśli, że można tu podejrzewać tylko histeryę, ponieważ spotykamy niektóre jej objawy. Pomimo to autorzy niechętnie postać tę uznają za histeryę, wolą utworzyć nową formę psychozy, o ile mi się zdaje, nie zupełnie uzasadnioną. Już wśród tak małej ilości (8 wraz z moimi) przypadków, bliżej opisanych, spotykamy w trzech bezwarunkowo bardzo pewne objawy histeryi, co zmusza nas do powątpiewania, czy „*akinesia algera*“ jest chorobą samoistną, czy też jest to tylko objaw, występujący w rozmaitych cierpieniach dynamicznych. Jeżeli spotykamy przy rozmaitych objawach histerycznych i objawy „*akinesiae algerae*“, nie mamy żadnej zasady objawu tego dynamicznego wyróżniać i uważać go za niezależną chorobę bez przyjmowania wszystkich innych objawów w rachubę. Przy histeryi wszystkie części układu nerwowego mogą ulegać w rozmaitym stopniu zaburzeniom, a więc i „*akinesiam algeram*“ możemy uważać za zboczenie pochodzenia histerycznego. O histerycznym charakterze „*akinesiae algerae*“ przekonywa nas i to, że w niektórych jej przypadkach następowały pogorszenia (przy pewnych warunkach, wyżej wspomnianych), jakoby pod wpływem autosugestyi, której właśnie przy histeryi przypisujemy wpływ wybitny. Jakkolwiek spotykamy przypadki, w których występują wyłącznie tylko objawy „*akinesiae algerae*“, to jednakże fakt ten, jak sam MOEBIUS uznaje, nie wyklucza histeryi. Jeżeli w sferze ruchowej możemy spotkać zboczenia, które bez wszelkich innych objawów uznajemy za dostateczne do przyjęcia danej choroby za histeryę, to dla czegożby zboczenia w sferze czuciowej nie mogły być dostatecznymi do uznania „*akinesiae algerae*“ za histeryę. Są to postacie histeryi zwane monosymptomatycznymi. Astazyja-abazyja może występować bez innych objawów histeryi, a jednak uznawana jest za histeryę. Na tej samej zasadzie ogólna bolesność i skutek niej niemożność ruchu (jednem słowem „*akinesia algera*“) bez innych objawów, podobnie może być monosymptomatyczną postacią histeryi. Jeżeli więc w niektórych przypadkach spotykamy i inne, niewątpliwie objawy histeryi, wraz z „*akinesia algera*“, w innych znów objawy histeryi nie bardzo wyraźne, to, zdaje się, mamy więcej podstaw do uważania danego objawu za histeryczny, niżeli za charakterystyczny do stworzenia zupełnie odrębnej postaci chorobowej.

Zwrócę uwagę, że i w moim przypadku rozmaite środki farmakologiczne, uśmierzające bóle, nie wywierały pomyślnego skutku. Franklinizacja pozostawała bez wpływu dodatniego. Paquelinizacja okolicy kręgosłupa dała rezultat dodatni w tem znaczeniu, że drgawki ustały, bóle się zmniejszyły, ruchy były nieco swobodniejsze, skutek jednak był niedługotrwały. Po wyjeździe chorego otrzymałem od niego wiadomość, że tylko przez trzy dni był wolny od trapiących go cierpień.

⁷⁾ Zur Casuistik der „Akinesia algera“ von W. Erb. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde B. III. 1892. S. 237.

⁸⁾ Zur Casuistik der „Akinesia algera“ von I. Longard. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. B. II. 1892. S. 455.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Błonica

przez D-ra H. Bourges.

(La diphtherie, Paris 1892, stron 226).

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 34).

Objawy błonicy.

Miedzy chwilą wniknięcia lasecznika błonicowego do ustroju, a objawianiem się zmian miejscowych na błonach śluzowych lub skórze upływa krótszy lub dłuższy przeciąg czasu (okres wylegania), który u człowieka trwa, jak to pokazały przypadkowo zakażenia, 1 do 3 dni, wyjątkowo dłużej—12 do 15 dni.

W obrazie klinicznym choroby należy odróżnić trojakiego rodzaju przypadłości: 1) miejscowe, zależne od zakażenia lasecznikami (*infection bacillaire*), 2) ogólne, zależne od otrucia, 3) zależne od działania innych drobnoustrojów (zakażenia wtórne) czyli od powikłań.

Błonica rozpoczyna się już to od objawów miejscowych, już to ogólnych; w ostatnim razie jad błonicowy wnika do obiegu krwi przed utworzeniem się błon fałszywych. Niekiedy rozpoczyna się i od objawów ogólnych i miejscowych współcześnie. Początek może być szybki lub powolny, skryty. U dzieci zaczyna się nierzadko od znacznej gorączki 40° i więcej, dreszczy, wymiotów, brodenia, drgawek i t. p.

Przypadłości zależne od zakażenia lasecznikami. Najważniejszą jest błona rzekoma, z początku cienka, biaława, przeświecająca, konsystencji miękkiej. Siedliskiem jej może być każda błona śluzowa i cała powierzchnia skóry. Najczęściej jednak spotyka się ją w gardzieli, następnie w krtani, w jamach nosowych, tchawicy i oskrzelach, w jamie ustnej, trąbce EUSTACHIUSZA, w średnim uchu, na łącznicy, napletku, żołądź, mosznie, w otworze stolcowym, pochwie. Niezmiernie rzadko spotyka się ją na błonach śluzowych, nie stykających się z powietrzem, jak przełyku, żołądka i kiszki. Błona rzekoma w początkowych okresach choroby przylega do powierzchni, jest elastyczna, dają się jednak wogóle oddzielić w postaci szerokich kawałków za pomocą tamponu z waty lub szczypekzyków. Błona śluzowa jest pod nią rzadko owrzodzona, lecz łatwo krwawi. Z początku gładka, staje się następnie chropawą, jej powierzchnia przyjmuje barwę szarawą, niekiedy żółtawą, niekiedy brunatną, podobną do strupa zgorzelinowego, a wtedy wydają nieprzyjemną woń; ma to miejsce przy pewnych ciężkich postaciach.

Jedną z główniejszych właściwości błony rzekomej jest skłonność jej do ciągłego tworzenia się na nowo. Ma ona także własność szerzenia się; rzadko pozostaje umiejscowioną; często przechodzi na sąsiednie błony śluzowe.

Siedlisko błony rzekomej wpływa na różnorodność towarzyszących błonicy objawów miejscowych. Zwykle zaczyna się błonica pod postacią zapalenia gardzieli (*angina*), a wtedy znajdujemy z początku zaczerwienienie błony śluzowej migdałów; następnie tworzy się na nich nalot, który szybko przybiera cechy błonicy. Zmianom tym towarzyszy nieznaczny ból, zasychanie w gardle. Od samego początku obrzmiewają gruczoły podszczękowe. Błona zajmuje jeden lub oba migdały, następnie szerzyć się może na jamy nosowe i całą gardziel. Ból pozostaje wtedy nieznacznym, lecz niemożność połykania (*dysphagia*), która była nieznaczną z początku, stopniowo się zwiększa. Głos staje się nosowym, oddech utrudnionym, szczególnie, gdy migdałki są przerosłe i zajęte są jamy nosowe.

Gdy błonica rozszerzyła się na krtan, dołącza się zbiór nowych objawów, tak zw. krupowych, zależnych od mechanicznej przeszkody. W większości przypadków zapalenie błonicowe gardzieli wypredza krup. Przy tak zw. pierwotnym krupie ¹⁾ (*croup d'emblée*) objawy krtaniowe występują wśród najlepszego zdrowia.

Przypadłości zależne od otrucia. Z wyjątkiem przypadków bardzo rzadkich, w których stan ogólny chorego na błonicę pozostaje zadawalniający, zwykle od samego początku cały ustroj cierpi.

¹⁾ Autor, tak samo jak i większość klinicystów francuskich, uważa pierwotny krup zawsze za błonicowy. (F. A.).

Gorączka, bladłość wyraźnie zarysowana i ogólne osłabienie, obrzmienie gruczołów, białkomocz, krwotoki, występujące w przebiegu choroby, jakoteż zapalenie mięśnia sercowego i zaburzenia nerwowe w późniejszych okresach choroby występujące, świadczą o otruciu ustroju.

G o r a c z k a w błonicy nie posiada żadnych cech charakterystycznych. Obok postaci ciężkich, w których gorączka jest nieznaczna, spostrzega się często przypadki lekkie z gorączką znacznego natężenia. Wogóle ciepłota ciała w pierwszych dniach choroby nie przekracza 38° — 39° , jest zatem niższa, aniżeli przy nieżytowym zapaleniu gardzieli. W dalszym przebiegu choroby gorączka albo nagle opada, gdy ma nastąpić wyzdrowienie, albo podnosi się, gdy sprawa się pogarsza; spostrzega się jednak przypadki, w których ciepłota ciała obniża się przed śmiercią. Ciepłota pozostaje znacznego natężenia lub podnosi się w razie jakich powikłań.

Tę t n o nie ulega takim wahaniom, jak ciepłota; jest ono wogóle przyspieszone, wynosi 120—140. W postaciach złośliwych błonicy ze skłonnością do zapadu staje się ono małym, słabym, często znacznie zwolnionem.

O b r z m i e n i e g r u c z o ł ó w jest stałym zjawiskiem w błonicy; jest ono w bezpośrednim związku ze stopniem zakażenia; w postaciach złośliwych przyjmuje ono niezwykle rozmiary skutkiem nacieczenia tkanki łącznej okołogruczolowej. Gruczoły mogą przejść w ropienie.

B i a ł k o m o c z stanowi objaw dosyć częsty. Obrzęki i objawy mocznicowe rzadko towarzyszą białkomoczu.

Z o b j a w ó w ż o ł ą d k o w o k i s z k o w y c h na zaznaczenie zasługuje zmniejszenie łaknienia i pragnienia już w samym początku choroby. W dalszym przebiegu utrata łaknienia jest tak wielka, że sama przez się grozi niebezpieczeństwem i zmusza do sztucznego karmienia. Wymioty są rzadkie. Rozwoluńcie jest mało ważne w początku choroby; w dalszym przebiegu jest ono w związku ze stopniem zakażenia i stanowi objaw groźny.

K r w o t o k i są dosyć często przy błonicy i prawie zawsze w związku ze złośliwymi postaciami. Najczęściej spotykamy się z krwotokami nosowymi, krwotokami z dziąseł, gardzieli, podskórnymi. Rokowanie przy nich jest ciężkie nie skutkiem utraty krwi, lecz przez stopień otrucia, którego są objawem.

Z a p a l o n i e m i ę ś n i a s e r c a objawia się w ogóle w 5, 6 lub 8 dni po rozpoczęciu się rekonwalescencji. Przed tym czasem istnieje ono prawdopodobnie, lecz skrycie. Charakterystyczne dla tego powikłania objawy są następujące: bicie serca, duszność, przyspieszone tętno, które następnie staje się słabym i niemiarywym, omdlowania i ogólne osłabienie. Badanie fizykalne serca daje objawy ostrego rozszerzenia tego narządu. Powikłanie to kończy się prawie zawsze śmiercią, niktórzy przypuszczają możliwość wyzdrowienia, które jest niewątpliwie niezupełnem.

P o r a ż e n i a b ł o n i c o w e. W 8 do 15 dni po wyzdrowieniu rozpoczynają się objawy porażenia. Zdarza się to jednak i wcześniej i znacznie później (w miesiąc i w dwa). Porażenie błonicowe nie jest zależne ani od umiejscowienia ani od ciężkości błonicy. Najczęstszym siedliskiem porażenia jest podniebienie miękkie; może się ono ograniczać do tego siedliska, stanowiąc postać ograniczoną porażenia (*forme localisée*). Niekiedy jednak porażenie rozszerza się na inne narządy, stanowiąc postać rozlaną (*forme generalisée*). Przy tej postaci porażenie obejmuje mięśnie oka, górnych i dolnych kończyn, grzbietu, szyi, przepony, kiszek prostej, pęcherza. Niekiedy, choć rzadko, porażenie kończyn górnych lub dolnych wyprzedza porażenie podniebienia i gardzieli.

Objawy, przebieg, trwanie i zejście porażen błonicowych jest bardzo różne, co zależy od umiejscowienia, natężenia i rozległości sprawy. Charakterystyczną cechą porażen błonicowych, odróżniającą je od innych porażen, jest brak zaniku mięśni, a zatem brak zaburzeń troficznych w mięśniach porażonych.

P o w i k ł a n i a z a l e ż n o o d w t ó r n y c h z a k a ż e n i. Do powikłań błonicy należą cierpienia wywołane przez inne drobnoustroje, znajdujące się w błonach rzekomych razem z lasecznikiem błonicowym i modyfikujące obraz kliniczny choroby. Najczęstszym z nich jest posocznica wywołana przez streptokoki, ropne zapalenie ucha, ropne zapalenie gruczołów limfatycznych i tkanki łącznej około gruczolowej na szyi, ropne zapalenie chrząstek krtańowych, tachwicy a nawet śródpiersia. Te ostatnie są stosunkowo rzadkie, jak również zapalenie wsierdza. Do częstych powikłań należy nieżytowe zapalenie płuc. Występuje ono najczęściej przy krupie, a szczególnie po

tracheotomii. Zapalenie nieżytowe płuc należy do najcięższych powikłań błonicy i zabija 9 razy na 10.

Róża jest powikłaniem rzadkiem błonicy, oprócz tego błonica wykłae się może odrą, płonicą, krztuszcem.

Postacie kliniczne błonicy. Autor za przykładem większości autorów opisuje trzy postacie błonicy, przez TROUSSEAU przyjęte, a mianowicie: zwyczajną lub łagodną, zakaźną i toksyczną od początku. Podział ten najlepiej odpowiada obserwacyi klinicznej.

Postać łagodna objawia się najczęściej w gardzieli, lecz niekiedy pierwotnie występuje w krtani, stanowiąc tak zwany pierwotny krup (*croup d'emblée*). Postać łagodna pozostaje najczęściej ograniczoną do gardzieli, niekiedy błony przechodzą na krtani i wtedy stanowią niebezpieczeństwo czysto mechaniczne. Postać łagodna zwykle trwa niedługo, wyzdrowienie następuje w 6 do 8 dni. Białkomoczu najczęściej brak, lecz porażenia często i przy tej postaci w rekonwalescencji występują. Błonica z naj-
 lżejszym nawet przebiegiem może być źródłem ciężkich postaci tej choroby.

Postać zakaźna zaczyna się też najczęściej od gardzieli, lecz może wystąpić z samego początku na innych błonach śluzowych lub na skórze. Stan ogólny może być z początku taki sam, jak przy postaci łagodnej, lecz gorączka jest wogóle znaczniejsza, twarz staje się bladą, osłabienie ogólnie więcej wyrażone. Co jednak głównie charakteryzuje tę postać, to natężenie sprawy miejscowej: błona rzekoma zajmuje znaczną przestrzeń, rozszerza się na migdałki, podniebienie, jamy nosowe, krtani, oskrzela, wargi, łącznicę oka, narządy płciowe, odbytu i t. p. W przypadkach bardzo ciężkich błona przybiera zabarwienie ciemno szare i wygląd zgorzolinowy, wydaje nieprzyjemną woń; gruczoły limfatyczne silnie są obrzmiałe. Białkomocz jest w tej postaci częstszym aniżeli w postaci łagodnej, krup i zapalenie płuc stanowią zwykle zjawisko i są głównem źródłem niebezpieczeństwa. Śmierć jest częstą, lecz niekonieczną zejściem. W rekonwalescencji często występują porażenia. Przebieg jest powolny; choroba trwa wogóle od 10 do 12 dni; wyzdrowienie zupełnie następuje nie wcześniej, niż w miesiąc. W pewnych wyjątkowych przypadkach oddzielanie błon fałszywych trwa wiele miesięcy; jest to błonica przewlekła BARTHER'a, przedłużona CADET do GASSICOURT'a.
 (C. d. n.)

Sprawozdanie z V zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

Piąty zjazd chirurgów polskich odbył się w Krakowie w dniu 11 i 12 Lipca; obradom przewodniczył Prof. RYDYGIER. Wygłoszono następujące wykłady:

I. O przeszczepialności raka. Prof. BROWICZ.

Opierając się na obfitym materiale, nagromadzonym w literaturze, mówca zaznacza, że przeszczepialność raka jest faktem stwierdzonym; przykładem służyć może doświadczenie D-ra WEHR'a, mianowicie że rak przeszczepiony na psa rozrastał się i tworzył przerzuty. Dotychczasowe doświadczenia nad przeszczepialnością raka dzieli mówca na 3 gromady:

I. Szczepienie tkanki rakowej z człowieka na zwierzęta, podlegające tej chorobie—psy, małpy, szczury, króliki i świnki morskie. Po większej części wyniki były ujemne.

II. Szczepienie tkanki rakowej ze zwierząt na zwierzęta tegoż samego gatunku, wyniki bądź dodatnie bądź ujemne.

III. Szczepienie tkanki rakowej z człowieka na człowieka t. j. z jednego miejsca na drugie u tegoż samego osobnika. Doświadczeń takich było bardzo mało, wynik był dodatni, chociaż w przypadku SENN'a dobry wynik był tylko czasowy, w cztery tygodnie po szczepieniu znikł wszelki ślad przeszczepionego kawałka. Przy doświadczeniach posługiwano się różnymi metodami. Przeszczepiano kawałki tkanki rakowej, wstrzykiwano zawiesinę z tkanek rakowych do tkanek zdrowych, do jam surowiczych, do krwi; szczepiono cząstki raka do sutki, wątroby, jako do narządów częściej niż inne ulegających rakowemu zwyrodnieniu. Tkanki przeszczepione wchodzą zwykle w organiczny związek z nowym podłożem—przyrastają, zaś badania histologiczne kawałeczków tkanek rakowatej przeszczepionej i rozrastającej się wykazały, iż rozrost ten pochodził od

bujania komórek przeszczepionego raka i że komórki tkanki otaczającej zachowały się biernie. Rozrosły kawałek tkanki rakowej po pewnym krótszym lub dłuższym czasie zmniejszał się i w końcu niknął.

Wyniki dodatnie doświadczeń uważano są przez niektórych jako dowód pasorzytniczego pochodzenia raka, prof. Browicz nie zgadza się jednak z tem twierdzeniem, w razie bowiem pasorzytniczego pochodzenia raka przeszczepialność raka z człowieka na zwierzęta, u których rak pojawia się jako samoistna choroba, byłaby o wiele łatwiejszą do skutecznienia, podobnie, jak to się dzieje przy przeszczepianiu spraw chorobowych zakaźnych. Istotnej przyczyny raka należy szukać w pewnych wrodzonych własnościach komórek ustroju, sama komórka jest niejako tym pasorzytem, będącym przyczyną raka.

W dyskusyi kol. WEHR zaznacza, że dotychczasowe badania sprawy jeszcze rozstrzygać nie mogą, nadmieniam, że wielka jest różnica pomiędzy tkankami fizyologicznymi, a tkanką rakową pod względem przeszczepialności; tkanka fizyologiczna rozrasta się tylko w granicach fizyologicznych, rak zaś buja prawie bezgranicznie, musi zatem komórka rakowa zawierać jakiś swoisty czynnik, pobudzający ją do tak znacznej proliferacyi. W końcu WEHR twierdzi, że wykluczyć teoryi pasorzytniczej nie można, do wyjaśnienia potrzeba dłuższego czasu.

Kol. KRYŃSKI skłania się do teoryi, według której same komórki rakowo są pasorzytami.

Kol. SCHRAMM odrzuca twierdzenie poprzednika; przyjmując je, należałoby przypuścić, że *sarcoma*, *chondroma* i t. d. także nie jest tkanką, lecz gromadą pasorzytów. W rakach dostrzegamy stopniowo przeistaczanie się komórki nabłonkowej w komórkę rakową. Należy przyjąć jakiś swoisty pasorzyt jako czynnik pobudzający komórkę przybłonkową do dalszych przemian, podobnie jak fizyologicznie ciało nasienne pobudza jajko, zapładniając je.

Prof. Browicz zaznacza, że komórki rakowo są to komórki ze zmienionymi własnościami życiowymi; bliżej tych własności dotąd nie znamy i nie możemy objaśnić, dlaczego rak przeszczepiony raz się rozwija, drugi raz nie. Przeszczepialność raka nie może jeszcze służyć za dowód, wystarczający do przyjęcia pasorzytniczego pochodzenia raka.

II. Uwagi nad laparotomią z powodu niedrożności jelit na podstawie 110 własnych przypadków. Prof. OBALIŃSKI.

W podanych przez O. przypadkach przyczyny niedrożności były następujące: W 19—*torsio flexurae sigmoideae*, w 19—*torsio ilei*, w 11—*strangulatio*, w 11—*strictura carcinomatosa*, w 9—*peritonitis ex perforatione*, w 7—*invaginatio*, w 5—*accretiones*, w 5—*repositio spuria*, w 4—*infractio*, w 4—*stenosis cicatricialis*, w 4—*peritonitis tuberculosa*, w 3—*peritonitis*, w 6—*hernia occulta*. Procent wyzdrowień 34,5—bardzo znaczny. Niedrożność może być czynnościowa, towarzysząca zapaleniu otrzewnej, mechaniczna, powstająca wskutek zamknięcia światła jelita; klinicznie można odróżnić te stany. Przy niedrożności czynnościowej znajdujemy jednostajne wydęcie brzucha bez wyraźnego zarysowywania się oddzielnych pętli i brak zupełny ruchów pętlic, zaś przy niedrożności mechanicznej, obok innych objawów właściwych niedrożności, znajdujemy dwie wielce charakterystyczne cechy: wzmożony ruch jelit powyżej przeszkody i bębnięcą miejscową; ta ostatnia występuje tam, gdzie cała pętla jelit została wyłączona, jak to znajdujemy przy wgłobieniu, skręceniu, zasznurowaniu. Sam tylko wzmożony ruch jelit występuje tam, gdzie nie ma uwięźniętej pętlicy, albo też przy bardzo małej pętlicy uwięźniętej. Wyłącznie miejscową bębnięcą spotykamy albo przy uwięźnięciu bardzo znacznej pętlicy, tak, że będąc rozdętą, zakrywa zupełnie ruch innych jelit, albo też przy bardzo wysoko wytworzonem uwięźnięciu. Gdy do niedrożności przyłącza się ogólne zapalenie otrzewnej, wówczas dostrzegamy tylko jednostajne rozdęcie brzucha. Mówiąc o leczeniu, prelegent zaznacza, że przy niedrożności funkcjonalnej właściwem jest podawanie choremu *opium* w dużych i częstych dawkach, a operować należy tylko przy pęknięciach jelita i ropniach w brzuchu.

Dyskusya:

Prof. GLUZIŃSKI zaznacza, że przytoczone przez OBALIŃSKIEGO charakterystyczne objawy niedrożności, mając służyć do wczesnego rozpoznania, nie zawsze występują tak wczesnie, by z nich lekarz mógł od razu cierpienie rozpoznać. W ciągu pierwszej

24 godzin zazwyczaj występują tylko wymioty, bóle i inne objawy ogólne niedrożności, zaś zwiększony ruch pętlic kiszki powyżej przeszkody i rozdęcia miejscowe występują dopiero później, więc i rozpoznanie dokładnie ulega zwłoce, tembardziej, że początkowe objawy niedrożności mają wiele cech wspólnych z objawami innych cierpień jak np. kamicy żółciowej lub nerkowej. Przy *perityphlitis* zdaniem prof. GLUZIŃSKIEGO należy przystępować do operacji w 4—5 dni po wystąpieniu cierpienia, wówczas gdy już rozpocznie się ropienie. Rozpoznawszy przedziurawienie wyrostka robaczkowego u osób, które przedtem nie przechodziły chorób w okolicy kiszki ślepoj, należy przystąpić bezzwłocznie do laparotomii, jeżeli zaś przedziurawienie następuje już w miejscu otorbionem, można z operacją nie śpieszyć się zbyt.

Kol. KRYŃSKI. W *ileus mechanicus* makowiec może być pomocnym, w *ileus functionalis* przeciwnie stać się może szkodliwym.

Prof. RYDYGIER radzi operować jak najwcześniej przy *peritonitis perforativa*; nie ma się tu nic do stracenia, wiadomo bowiem, że w razie wyczekiwania śmierć jest prawie pewną.

Prof. GLUZIŃSKI w odpowiedzi kol. KRYSIŃSKIEMU zaznacza, że w *ileus paralyticus* najlepszym środkiem jest makowiec w dużych dawkach.

Kol. SCHRAMM zapytuje prof. OBALIŃSKIEGO, czy w owych 110 przedstawionych przypadkach nie stała się kiedykolwiek laparotomia zbyt późną. Dalej S. zaznacza, że w wielu przypadkach wewnętrznej okluzji wczesne rozpoznanie, w ciągu pierwszych 24 godzin jest niemożliwe. Wzmoczenie ruchu robaczkowego kiszki występuje tylko w ciągu pierwszych dni choroby, później znika.

Prof. OBALIŃSKI twierdzi, że lecząc chorego z objawami niedrożności jelit, zawsze pamiętać należy, iż począwszy od dnia trzeciego laparotomia daje coraz gorsze wyniki, i że mając którykolwiek ze wspomnianych objawów t. j. ruch antyperystaltyczny lub bębnić miejscową, należy bezzwłocznie przystąpić do laparotomii. Z podanych 110 przypadków raz tylko operacja może być uważana za zbyt późną, znaleziono jedynie jelita posklejane, brzuch zaszyto, chory wyzdrowiał. Przyczyny śmierci w operowanych przez prof. O. przypadkach były następujące: 41 razy zapalenie otrzewnej, istniejące już podczas operacji, 15 razy zapalenie otrzewnej powstałe po operacji, 5 razy zapaść, 3 razy rozsiana gruźlica otrzewnej, 3 razy zapalenie płuc, 3 razy *asphyxia vomitoria*, raz *asphyxia in epileptico*, raz *apoplexia cerebri*, raz *perforatio ulceris typhosi*, raz przyczyna pozostała niewiadomą.

Prof. KORCZYŃSKI zaznacza, że w przypadkach niepewnych słusznem jest operować, albowiem operacja mniej zrobi szkody przy niedrożności funkcyjnej, niż niewykonanie jej przy niedrożności rzeczywistej.

Prof. GLUZIŃSKI z pomiędzy dwóch objawów, uważanych przez prof. OBALIŃSKIEGO za patognomoniczne, większe znaczenie przypisuje bębniacy miejscowej. Brak tych objawów wogóle jednak niedrożności nie wyłącza. G. nie zgadza się, aby operować zaraz w pierwszym dniu wystąpienia objawów, wychodząc z zasady, że laparotomia nie zaszkodzi; wiele operacji okazałoby się niepotrzebnymi; z pomiędzy chorych na objawy niedrożności zaledwie może $\frac{1}{10}$ wymaga operacji.

Prof. RYDYGIER objaśnia fakt, że na 110 przypadków raz tylko operacja okazała się bezskuteczną, w ten sposób, że chorzy przechodzili uprzednio przez ręce internistów. Prof. R. miewa rocznie w klinice po kilka przypadków niedrożności, spowodowanej prostem nagromadzeniem się kału; po zastosowaniu wlewań HEGAR'a objawy niedrożności ustępowały. Słusznie twierdzą internści, radząc wyczekać, trzeba jednak, aby wyczekiwanie nie trwało zbyt długo.

Kol. BOSSOWSKI przytacza przypadki, dowodzące, że wystąpienie wypróżnień po wlewaniach HEGAR'a nie dowodzi jeszcze, by w danym przypadku istniała niedrożność czynnościowa, wydarzyć się to może przy niezupełnem zaciśnięciu wyrostkiem MECKEL'a lub przy skręceniu *S. romani*.

Kol. WEHR radzi ściśle badać chorych, zwracać uwagę na wywiady; w jednym przypadku miano przystąpić do laparotomii, lecz przy bliższem badaniu okazało się, że kiszka była zatkana tamponem jodoformowym, założonym po dokonanej niedawno u tegoż chorego operacji; gazy nie usunięto, o czem chory zapomniał.

Prof. MARS uważa makowiec za najlepszy środek lekarski w przypadkach niedrożności jelita. Zwraca uwagę, że u kobiet częstokroć występują nawykowe znaczne zaparcia stolca; należy nie zapomnieć o tem przy badaniu chorych i przy podejrzaniu, że przyczyna niedrożności jest innego rodzaju, zaniechać stosowania środków przeczyszczających a podawać makowiec.

Prof. JAWORSKI zaznacza, że u cierpiących na wiał rdzenia pacierzowego i inne choroby rdzenia występują nieraz gwałtowne objawy, przypominające objawy niedrożności jelit, jako to silne bóle, wymioty, zapady; objawy te jednak, częstokroć są właściwością t. zw. *crises gastriques*. Prof. JAWORSKI nie uważa środków przeczyszczających za zupełnie nieodpowiednie przy leczeniu niedrożności, owszem środki te, szczególnie zaś solo czyszczące, działają nieraz bardzo skutecznie. (D. c. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

135. Prof. W. NOLEN. **Nowy sposób leczenia wysięków gruzliczych otrzewnej**¹⁾. Z początku sądzono, że pomyślnie wyniki laparotomii przy wysiękach gruzliczych otrzewnej zależą od szkodliwego wpływu środków przeciwnięlnych na rozwój laseczników gruzliczych. Przekonano się jednak, że już samo utworzenie jamy brzusznej i następce wypuszczenie z niej wysięku, bez jednoczesnego stosowania środków przeciwnięlnych, wystarczało do wyleczenia gruzlicy otrzewnej. Dla wyjaśnienia tej zagadki tworząco sobie różne teorye, między innymi przypisywano dodatnie wyniki laparotomii wpływowi światła na laseczniki gruzlicze. Niektórzy autorowie upatrywali w zetknięciu tkanek chorobowych z powietrzem atmosferycznym przyczynę dodatnich wyników chirurgicznego rękoczynu.

Zdaniem autora dodatni wpływ operacji może zależeć od dwóch czynników: 1-o od zmiany warunków krążenia, wywołanej opróżnieniem jamy brzusznej i 2-o od zetknięcia z powietrzem w znaczeniu chemicznym, fizycznym i bakteryologicznym. Trudno przypuszczać, aby światło mogło mieć wpływ leczący, jak również rękoczynu dokonywane na otrzewnej. Wypuszczenie płynu z jamy otrzewnowej nie może mieć znaczenia, gdyż przy przekłuciu nie otrzymujemy podobnych wyników, zmiany zatem w krążeniu nie objaśniają dodatnich wyników laparotomii. Pozostaje więc zetknięcie z powietrzem, i to należy uważać za czynnik leczniczy. Należało do otrzewnej przy przekłuciu wpuścić powietrze, co z łatwością dawało się osiągnąć przez wdmuchiwanie powietrza do jamy brzusznej.

Już przed 15 laty doświadczenia G. WEGNER'a wykazały, że wdmuchiwanie powietrza do jamy brzusznej zwierząt nie są szkodliwe. Zetknięcie otrzewnej z powietrzem przy prawidłowo dokonywanych laparotomiach również przemawia za nieszkodliwością takiego zetknięcia. Teoretycznie wreszcie nie da się nic zarzucić podobnym wdmuchiwaniom, jeżeli naturalnie powietrze zostanie poprzednio wyjałowione i ogrzane. Pierwszą insuflację autor dokonał u 8-letniej dziewczynki cierpiącej na gruzlicę otrzewnej. Przekłucie i wypuszczenie płynu z następczem wdmuchiowaniem powietrza do jamy otrzewnowej. Po upływie 3-ch miesięcy autor widział chorą powtórnie i przekonał się o zupełnem zniknięciu wysięku. Podobnie dobry wynik, pomimo śmiertelnego zejścia otrzymał N. u 24-letniej dziewczyny, gdyż i u tej chorej wysięki znikły po wdmuchiowaniach powietrza. Trzecia wreszcie chora 31-letnia wyzdrowiała bardzo szybko po wypuszczeniu płynu i następczem wdmuchiowaniu powietrza. We wszystkich tych przypadkach wdmuchiwanie powietrza wykazały skuteczny wpływ na zniknięcie wysięku. Autor sądzi, że metoda ta powinna zawsze być próbowana, zanim przystąpimy do laparotomii. W razie wyniku ujemnego możemy następnie wykonać laparotomię. N. nie twierdzi bynajmniej, aby wdmuchiwanie powietrza były zawsze tak samo skuteczne jak laparotomia, chce tylko zwrócić uwagę na doskonałe wyniki przez siebie otrzymane i na to, że metoda ta nie jest niebezpieczną. Gdyby metoda ta w przyszłości okazała się również skuteczną jak laparotomia, to miałyby tę wyższość, że nie wymagałyby uspienia chloroformowego, a chroniłaby chorego od znaczniejszego zranienia i od niebezpieczeństw zakażenia.

Wreszcie metoda ta przyczyniłaby się do wyjaśnienia dobrych wyników przy laparotomii. W końcu swej pracy autor podaje sposób wdmuchiwania ogrzewanego i wyjałowionego powietrza do jamy otrzewnowej zapomocą aparatu swego pomysłu. (Berl. klin. Woch. N-r 34. 93). G.

¹⁾ Pomysł ten należy właściwie do prof. Mosetig'a-Moorhof, który opisał parę przypadków leczonych w ten sposób (Wiener med. Presse N-r 1 i 26).

136. K. B. LEHMANN. O odkażaniu ubrania, towarów skórzanych, szczotek i książek za pomocą formaldehydu (formaliny). C. GEGNER. O działaniu formaldehydu. F. BLUM. Formaldehyd, jako środek przeciwnilny.

LEHMANN, robiąc doświadczenia nad działaniem formaliny (40% wodny roztwór formaldehydu) na hodowle bulionowe przecinkowców cholery, gronkowca złocistego, *bacillus prodigiosus* oraz zarodniki czarnej krosty, przekonał się, że wyżej wspomniane hodowle, wystawione na działanie 5 sz. cm. roztworu formaliny w szklanym cylindrze o objętości 3,75 litrów na przeciąg 45 m., 1—24 godzin, stawały się zupełnie jałowemi. Dalej przekonał się autor, że za pomocą 30 grm. formaliny w ciągu 24 godzin można zdezynfekować całe ubranie męskie, nawet wtedy, jeżeli chodzi o zabicie zarodników czarnej krosty; wobec tego, że zazwyczaj mamy do czynienia z drobnoustrojami więcej wrażliwymi na działanie środków dezynfekcyjnych niż zarodniki czarnej krosty, zdaje się, że potrzeba będzie krótszego czasu, niż 24 godzin, dla zupełnej dezynfekcji za pomocą tego środka. Rzeczy uległe odkażeniu za pomocą formaliny, wydają przykry zapach, który udaje się jednak szybko usunąć, skrapiając przedmioty odkażone amoniakiem. Bardzo zadawalniające wyniki otrzymał L., dezynfekując za pomocą formaliny szczotki i grzebienie. Przedmioty te, poprzednio zawierające znaczne ilości bakterii, zawinięte na przeciąg 24 godzin w chustkę zmoczoną w kilku sz. cm. formaliny, były zupełnie wyjałowione. Podobnież dodatnie wyniki otrzymał autor przy odkażaniu za pomocą tego środka książek. Formalina będąc tania (1 litr kosztuje 3 mk. 60 f.), według autora, stanie się ważnym pomocniczym środkiem przy odkażaniu mieszkań.

GEGNER na zasadzie swoich odpowiednich doświadczeń przyszedł do przekonania, że formalina jest trucizną i działa zabójczo na bakterie. Działanie gazów formaliny jest bardzo silne, zwłaszcza na przecinkowiec cholery. $\frac{1}{30}$ kropli w kloszu o objętości $2\frac{1}{2}$ litra zabija p. cholery w ciągu doby. Użycie zatem gazów z formaliny może posłużyć do odkażania przedmiotów zakażonych wydzielinami cholearycznych.

Stosowaniu formaliny na błonę śluzową staje do pewnego stopnia na przeszkodzie nieprzyjemny zapach i silnie drażniące działanie na narządy oddechowe.

Doświadczenia jednak w tym kierunku należy zaczynać od 0,6—0,8% roztworu formaliny, przechodząc do co raz silniejszych. Do wzięcia należy używać roztworów słabszych (0,06%). 2,5% roztwór formaliny na skórę nie działa szkodliwie; prawdopodobnie środek ten będzie mógł mieć zastosowanie przy łuszczycy i przy wilku.

BLUM przedsięwziął również szereg doświadczeń nad działaniem formaldehydu na bakterie cholery kurzej, *b. capsulatus*, na gronkowca złocistego, na laseczniki tyfusu brzuszego oraz na laseczniki i zarodniki czarnej krosty.

Okazało się, że formaldehyd działa za powolnie tam, gdzie idzie o szybkie zabicie drobnoustrojów, a zatem wątpliwy jest z niego pożytek w chirurgii. Może zaś mieć zastosowanie do przechowywania niektórych przedmiotów. Śmiertelna dawka formaldehydu przy podskórnem wstrzykiwaniu królikom wynosi 0,24 grm. na kilogram wagi zwierzęcia. Formaldehyd można wprowadzać do żołądka królika bezkarnie w większych dawkach, aniżeli kwas karbolowy.

(Münch. Med. Woch. N. 32. 1893).

M. Sadowski.

137. a) CASSEL. O rzeżące u małych dziewcząt.

b) E. BERGGUEN. Badania bakteriologiczne przy niezycie dróg płciowych u małych dziewcząt.

a) W ciągu ostatnich dwóch lat spostrzegł C. 30 przypadków zapalen dróg moczopłciowych u małych dziewczynek; z tej liczby 24 były pochodzenia niewątpliwie rzeżączkowego, gdyż w wydzielinie z organów płciowych znajdował gonokoki NEISSER'a. Wiek dzieci, dotkniętych tem cierpieniem, bywa rozmaity, spotykamy je u półrocznych. Najważniejszą rolę w kwestyi przenoszenia się zarazka odgrywa wspólne pożycie w małych mieszkaniach, oraz używanie tej samej pościeli, gąbek, i t. p. i zarazek też tą drogą przechodzi z ojca, matki lub starszego rodzeństwa na dzieci młodsze. W jednym przypadku, czteroletnia dziewczynka była zgwałconą przez swego brata, dotkniętego tryprem; w kilku innych przypadkach matki cierpiały na białe upławy, w czterech innych znów, zarówno ojciec, jak i matka dziecka chorowali na trypra. CACHEN-BRACH twierdzi, że u dziewcząt pierwotne ognisko chorobowe gnieździ się w cewce, cierpienie zaś pochwy uważać należy za objaw wtórny, wywołany przez płyn drażniący z cewki moczowej. Obser-

wacye autora nie zgadzają się z powyższem zdaniem. W 19 przypadkach ropa wydzielala się jednocześnie i z cewki i z pochwy, w trzech zaś tylko z pochwy. Z początku, oraz w całym ciągu choroby, gdy wydzielina jest gęstą, ropną, obfitą, autor zawsze był w stanie znaleźć gonokoki NEISSER'a; od chwili zaś, gdy wydzielina staje się bardziej skąpą, wodnistą, ilość bakterii specyficznych spada do *minimum*, a natomiast pojawiają się najrozmaitsze inne koki i bakterye. Czas trwania choroby wynosi 2—3 miesiące, niekiedy zaś i 6 do 8. Owe przewlekłe przypadki stawia autor w związku z cierpieniem 'identycznym innych członków rodziny i radzi też zwracać uwagę na rodziców, oraz leczyć ich, t. j. niszczyć ognisko zarazy.

Przy leczeniu winniśmy zwracać baczną uwagę na czystość, dać dziecku oddzielną pościel, gąbkę, często przemywać części płciowe, i niejednokrotnie udaje się li tylko na tej drodze uzdrowić dziecko. Gdy środki te nie prowadzą do celu, należy uciec się do wstrzykiwań do pochwy rozczyну sublimatu 1:2000, trzy razy dziennie. Dla lepszego dostępu płynu do pochwy dziecięcej, radzi autor wykonywać wstrzykiwania w położeniu z rozszerzonymi udami, oraz wysoko ustawioną miednicą. Po 2—3 tygodniach, zamiast sublimatu, stosuje autor 1,5% rozczyń lapisu. Każdorazowo przed zastrzyknięciem płynu należy części sromne zewnętrzne oraz pochwę przepłukać wodą letnią. W przypadkach, w których gonokoków znaleźć nie można i które odznaczają się ropą nie gęstą, obfitą, zielono-żółtawą, lecz skąpą, szaro-żółtawą, stosuje autor środki ściągające, a mianowicie: 1% roztwory *Zin. sulf.*, *Cupr. sulf.*, *Arg. nitr. etc.* (*Berlin. klin. Woch. N-r. 29. 1893*).

b) Wszystkie swoje przypadki dzieli B. na trzy kategorie. 1) zapalenie swoiste czyli rzeżączkowe, 2) czysto ropne, 3) nieżytowe. Najliczniejsza jest grupa pierwsza, gdyż na 33 przypadki zawiera 11. Grupa przypadków czysto ropnych zajmuje drugie miejsce (10 przyp.), ostatnia zaś tylko 7 przypadków.

O zapaleniu rzeżączkowem wtedy tylko może być mowa, gdy w wydzielinie można wykryć gonokoki NEISSER'a. Oprócz zwykłych sposobów, prowadzących do tego celu, posilkuje się autor metodami WERTHEIM'a i WINKLER'a, szczególnie poleca ostatnią, jako bardzo łatwą. W przypadkach drugiej kategorii badania na bakterye swoiste dawały zawsze rezultaty ujemne; natomiast wykrywano gronkowca złocistego i paciorkowca; w przypadkach zaś natury nieżytowej nie odnajdywano bakterii, któreby były właściwe tej formie chorobowej. Pomimo to jednak i tę grupę zalicza autor do zakaźnej, gdyż w trzech przypadkach spostrzegł przeniesienie się choroby z sióstr starszych na młodsze, w jednym zaś rozwinęła się ona pod koniec influenzy.

Przy zapaleniach pochodzenia rzeżączkowego należy zwracać uwagę na czynność nerek. W jednym przypadku znalazł autor w moczu białko i cylindry. Jeszcze jeden punkt zasługuje na uwagę, a mianowicie, cokolwiek starsze dziewczynki uskarżają się na ból brzucha, szczególnie umiejscowiony w okolicy jajników. CAHEN-BRACH (*Jahrb. f. K. XXXII. B. 4*), który szczegółowo badał organy płciowe wewnętrzne u tego rodzaju małych pacjentek, twierdzi, że sprawa chorobowa przejść może na jajowody i otrzewnę. Uwaga z tego nastrocza się, czy czasami najrozmaitszego rodzaju cierpienia narządu płciowego u kobiet nie znajdują się w przyczynowym związku z przebyciem w wieku dziecięcym rzeżączką.

(*Jahrb. f. Kindh. XV, H. V. VI*). *St. Gutentag.*

138. SENATOR. O powstawaniu skręconych cylindrów nerkowych i włókien spiralnych w płwocinie. Przyjmowano dawniej powszechnie, że skręcone cylindry nerkowe pawdzicząją swą postać krętym kanalikom moczowym. Pogląd ten, zdaniem autora, słusznie odrzucono. Cylindry bowiem, powstałe w krętych kanalikach, odbywając długą wędrówkę do miedniczek nerkowych przez proste i w części węższe kanaliki moczowe, straciłyby napewno swój kształt, gdyż tylko ciała bardzo elastyczne, skręcane przez długi czas i pod wysokiem ciśnieniem przyjmują po przejściu przez kanały proste na nowo kształt poprzedni; cylindry zaś nerkowe wcale nie są elastyczne, bo najlżejsze poruszenie szkiełka pokrywkowego zmienia ich postać, nie pozostają też w kanalikach moczowych długo i pod wysokiem ciśnieniem.

SENATOR twierdzi, że wszelka ciągliwa i miękka substancja, przechodząc pod pewnem ciśnieniem przez wązkie otwory z wąskiej rurki do szerokiej, skręca się spiralnie; na twierdzeniu tem opiera też swój pogląd na powstawanie skręconych cylindrów nerkowych i włókien spiralnych CURSCHMANN'a w płwocinie. Jeżeli,

powiada on, cylindry niezupełnie wypełniają światło kanalików moczowych i nie przylegają szczelnie do ich ścian, to pozostają proste; skrócone zaś cylindry pochodzą z tych kanalików, które były zupełnie niemi wypełnione i do ścian których przylegały mocno, dopóki ich ztamtąd fala moczu nie wyparła.

Co się tyczy włókien spiralnych w płwocinie, to zdaniem SENATOR'a — objaśnienie ich powstawania jest wprost zbyteczne. Fakt, że ciągliwa i miękka masa (włóknik, zgęszczony śluz) wypartą zostaje z pewną siłą z oskrzelików do oskrzeli, tłomaczy ich postać.

SENATOR mniema, że zapatrywanie jego powinno być ogólnie przyjęte, gdyż jest ono niezmiernie proste i może być przez każdego sprawdzone.

(*Deut. Arch. f. Klin. Med. T. 51. Z. 4 i 5*) S. P.

139. SINGER. O zwracaniu (*ruminatio*) pokarmów u człowieka i o stosunku zwracania do wymiotów. Autor spostrzegał przez czas dłuższy 4 chorych, dotkniętych tem cierpieniem, i doszedł do następujących wniosków:

1) Zwracanie jest zawsze wyrazem pewnego chorobliwego stanu systemu nerwowego.

2) Bezpośrednią przyczyną aktu zwracania jest względna niedomykalność wpustu, występująca czasowo i zależna często od zawartości żołądka.

3) Mechanizm zwracania polega na aspirowaniu zawartości żołądka przez niedomknięty wpust do jamy ustnej z powodu obniżenia ciśnienia w klatce piersiowej podczas wdechu przy zamkniętej szparze głosowej.

4) Zwracanie może być dowolnie powstrzymane przez odpowiedni wydechywy ruch klatki piersiowej.

5) Wskutek połykania dużych niepgryzionych kawałków pokarmów, powstaje przez zbyt silne mechaniczne rozciąganie — rozszerzenie części przełyku graniczącej z wpustem — „*antrum cardiacum*”. Stanowi ono anatomiczną przyczynę niedomykalności wpustu.

6) Fizjologicznie i klinicznie zwracanie różnem jest od wymiotów; tylko pewne (przełykowe) formy wymiotów nerwowych mogą być z niem porównywane.

7) Zachowywanie się czynności żołądka jest zmienne i dla zwracania obojętne; nieprawidłowe wydzielanie żołądka jest wynikiem nerwicy, wywołującej zwracanie; przy leczeniu należy nań zwracać uwagę.

8) Przeżuwanie pokarmów przy uchyłkach lub całkowitem rozszerzeniu przełyku różni się od samoistnego zwracania tem, że towarzyszą mu: trudność w połykaniu i dławienie; brak też w zwymiotowanych przy uchyłkach masach pepsyny i zaczynu mlecznego.

9) Leczenie tego zбочenia powinno przede wszystkim dążyć do usunięcia przyczyny głównej — nerwowej konstytucji, uwzględniając przytem wszystkie cechy indywidualne. Ważnym jest zakaz szybkiego jedzenia i obfitego używania napojów; należy też żądać od pacjentów, aby uczyli się powstrzymywać, zwalczając zwracanie pokarmów. Dobre usługi oddają leki, podnoszące sprawność zwątlonych mięśni wpustu. (*Deut. Arch. f. kl. Med. T. 51. Z. 4 i 5*). S. P.

140. Roos. O biegunce wywołanej przez wymoczki. Autor spostrzegał kilku chorych, cierpiących od dłuższego czasu na przewlekłą biegunkę, której towarzyszyły silne bóle brzucha. Wszyscy chorzy nadmieniali, że przez czas trwania biegunki bardzo wychudli i znacznie stracili na wadze. Badanie wypróżnień, zawierających krew i mnóstwo śluzowych kłaczek, wykazało, że powodem całej sprawy chorobowej była obecność w przewodzie pokarmowym chorych wymoczków, które rozmnażały się bardzo szybko i wywoływały zaburzenia w trawieniu i odżywianiu. Były to *Megastoma entericum*, *Trichomonas intestinalis*, *Balantidium coli*, *Cercomonas hominis* i *Cercomonas coli*. U wszystkich chorych po bezskutecznem stosowaniu przeróżnych środków otrzymywał autor szybką i trwałą poprawę po stosowaniu przez czas długi kalomelu w małych dawkach. Biegunka, bóle brzucha, krew i śluz w wypróżnieniach trwały najdłużej u chorych, którzy mieli w przewodzie pokarmowym *Megastoma entericum* i *Balantidium coli*; kalomel działał tu o wiele powolniej, prawdopodobnie dlatego, że uszkodzenia nabłonka kiszek były większe, te dwa bowiem wymoczki wpijają się wprost w nabłonek kiszek, podczas gdy inne żyją swobodnie, poruszając się w warstwie śluzu, przylegającej do kiszek. Jeżeli uprzytomnić sobie, że ilość wymoczków w przewodzie pokarmowym chorych była bardzo znaczna, to zrozumiemy staję się fakt, że wchłanianie soków odżywczych

było bardzo upośledzone i że chorzy tracili na wadze. Roos stanowczo nie zgadza się na zapatrywanie NOTHAGEL'a, odmawiającego wymoczkom wszelkiego ujemnego na ustrój ich gospodarza znaczenia. Jak dostają się wymoczki do przewodu pokarmowego człowieka, orzec trudno, wiadomo tylko, że *balantidium* żyje w przewodzie pokarmowym świń (jeden z pacjentów zajmował się właśnie czyszczeniem chlewów), a *megastoma* stale znajdowaną bywa u myszy.

(Deut. Archiv f. klin. med. T. 51. Z. 4 i 5). S. P.

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

Pozostało z zeszłego miesiąca 22 (m. 12, k. 10); przybyło w lipcu 63 (m. 34, k. 29); wypisało się 54 (m. 30, k. 24); zmarło 8 (m. 5, k. 3).

Ogólna ilość chorych w tym miesiącu była większą aniżeli w czerwcu, a najliczniejszą rubrykę stanowi w dalszym ciągu ospa, 16 przypadków (m. 10, k. 6), dalej biegunka krwawa 12 (m. 8, k. 4) i cholera swojska 9 (m. 6, k. 3). Natomiast tyfus wysypkowy, jak to już w zeszłym miesiącu zaznaczyłem, w dalszym ciągu zaczyna zupełnie wygasać. Jest to objaw niezmiernie pocieszący i od kilku lat nie notowany. Gdy bowiem w Lipcu roku zeszłego mieliśmy przeszło 60 przypadków tyfusu wysypkowego, to w miesiącu sprawozdawczym — tylko 8, a w tej chwili zaledwo jeden. Takież stosunek zachodzi podobno i w szpitalu Starozakonnym.

Główną jednak cechą ubiegłego miesiąca jest panowanie biegunek zakaźnych, dysenteryi i choleryny, z przebiegiem dosyć ciężkim. Chorzy pochodzą z różnych punktów miasta.

Z innych chorób zakaźnych przedewszystkiem na uwagę zasługuje przypadek cholery azjatyckiej, zawleczonej do nas z m. Tulczyńska, gub. Podolskiej. Przypadek ten, zakończony śmiercią, szczegółowo opisany był w N-rze 32 naszego pisma. Prócz tego mieliśmy jeden przypadek tyfusu brzusznego (Wola), dwa przypadki różży (Krucza 21 i Zimna 5), cztery *anginae follicularis* i po jednym dyfterytu, zapalenia płuc włóknikowego i gruźlicy.

Chorzy na ospę pochodzili z następujących ulic i domów: Wolska 31 i 49, Wolność 17, Dzielna 10, Pawia 26, Chmielna 18, Koźła 9, Podwał 22, Zajęcza 9, Nowy-Świat 35, Krochmalna 55, Zakroczyńska 13, Bielańska 3, Samborska 1, Zielna 2.

Chorzy zaś tyfusowi z następujących: Grzybowska 19, Tłomackie 2, Dzielna 38, Nowolipie 36, Pawia 14, Łomżyńska 17, Czyste i Czarny Dwór.

Zmarło w ubiegłym miesiącu chorych 8 (m. 5, k. 3), z których na tyfus wysypkowy, brzuszny, biegunkę krwawą, cholere azjatycką i gruźlicę po jednym, i dwoje przy objawach cholery swojskiej. W obu tych przypadkach badanie zwłok wykazało stare zrosty kiszki z sąsiedniemi, prócz tego w jednym znaczne zwężenie aorty.

J. Sz wajc er.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Na kongresie związku chirurgów Północy, odbytym w dniu 6, 7 i 8 Lipca r. b. w Göttingu w Szwecyi, ROVSING z Kopenhagi, SCHULTEN i LASSEN występują przeciwko stosowaniu jodoformu w gruźlicy stawowej. Zdaniem ROVSING'a jodoform nie posiada żadnych własności przeciwgruźliczych, przytem jest środkiem silnie trującym. R. spostrzegł wiele bardzo przypadków zatrucia przy stosowaniu jodoformu w gruźlicy stawowej, dwa z nich zakończyły się śmiercią. R. przypomina doświadczenia na zwierzętach, gdzie jednocześnie zaszczepienie lasecznika gruźliczego i podawanie jodoformu ułatwiało tylko rozwój gruźlicy. Do wręcz przeciwnych wniosków doszedł NAUMAN

z Helsingborga, który w 29 przypadkach gruźlicy stawowej, stosując 10% roztwór jodoformu w równych częściach gliceryny i alkoholu, otrzymał 51,75% wyleczenia i 31% polepszenia. (Semaine méd. N. 43. 93).

— TRAMBUSTI zajął się rozstrzygnięciem pytania, czy swoiste działanie mikrobów w chorobach zakaźnych zależy, jak utrzymywano (PASTEUR), głównie od tego, że pochwłaniają one z krwi tlen i w ten sposób powstrzymują wydzielanie kwasu węglanego. T. robił doświadczenia z lasecznikami czarnej krosty i cholery kurzej (aëroby) na białych myszach. W pierwszym zakażeniu we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem dwóch, okazała się

utrata wydechowego kwasu węglanego, którą można było uważać tylko za skutek zakażenia. Badanie krwi wykazało nieznaczne powiększenie ilości leukocytów i takiż ubytek czerwonych ciałek krwi oraz hemoglobiny; badanie spektralne żadnego wyniku nie dało. W zakażeniu cholerą kurzą konstataował T. zawsze przybytek wydechanego kwasu węglanego. Badanie krwi dało ten sam wynik. Obydwa rodzaje laseczników należą do gatunku aërobów, obie infekcje mają ten sam przebieg i sprowadzają śmierć w tym samym czasie, a jednak przemiana materii w płucach jest tak niejednakowa. (Deutsch. med. Woch. N. 32. 1893). Z. S.

— BYROMBRAMWELL, stosując wyciąg gruczołu trawicznego u chorych dotkniętych kretynizmem i obrzękiem śluzowym, zauważył znaczne łuszczenie się skóry na dłoniach i stopach u tychże chorych. Stan ten podsunął mu myśl leczenia łuszczycy za pomocą gruczołu trawicznego. I rzeczywiście po dwumiesięcznej kuracji dwie chore, leczone tym środkiem sposo-

bem próby, opuściły szpital w stanie zupełnego zdrowia. Chore otrzymywały codziennie czwartą część surowego, baraniego gruczołu trawicznego lub też wyciągi z niego. B. rozpoczął środkiem tym również próby przy wilku skóry i ostrej przyszczy. (Sem. med. 48. 1893). L.

— Losophan, wprowadzony przez SAALFELD'a do terapii chorób skórnych, najlepiej przepisywać w następującej formie: losophani 3,0 — 5,0; spiritus 82,5; ol. ricini 7,5; Aq. destillat. 7,0; lub też w postaci maści: losophani 10,0; ol. olivarium 20,0; lanolini q. s. ad 100,0, którą najlepiej stosować przy świerzbie. (Therap. Monat. N. 7. 93).

— AUFRECHT zaleca stosowanie 3% roztworu boraksu (*natrium biboracicum*) co 2 godziny po łyżce w przypadkach pleśniawek przełyku i żołądka. Wyleczenie następuje po 1—2 dniach. A. nie spostrzegał żadnych ubocznych objawów nawet po 4—5 dniowym stosowaniu tego środka. (Ther. Monat. 8. 1893). L.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 27 b. m. o godz. 1-ej w nocy przybył do szpitala Zapasowego chory H. Kuss, wyrobnik, zamieszkały w Ochocie, który w kilka godzin po spożyciu kartofli z mizeryą i napiciu się odwaru mięty, w fabryce gazowej, dostał silnych boleści, wymiotów i rozwolnienia a po kilkunastu godzinach przy objawach upadku sił umarł. Badanie zwłok wykazało lekkość błon surowiczych, ostry niezbyt kiszek, suchość płuc i krew gęstą, ciemną. Badanie bakteriologiczne wyjaśni dopiero naturę cierpienia

zmarłego. Ze względu, iż chory pochodził z Ochoty, która w roku zeszłym była wybitnem ogniskiem cholery azyatyckiej, przypadek powyższy budzi bardzo poważne podejrzenie. J. S.

— Międzynarodowy zjazd lekarski w Rzymie odroczony został, z powodu panującej we Włoszech cholery, do Kwietnia roku przyszłego.

— Prof. WEICHSELBAUM objął katedrę anatomii patologicznej w Wiedniu po zmarłym KUNDRAT'cie.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

- 1) BĄCZKIEWICZ. Przyczynek do nauki o odkażaniu kiszek. (Odb. z Kron. Lek. 1893).
- 2) Tenże. O odkażaniu przewodu pokarmowego. (Odb. z Kron. Lek. 1893).
- 3) BECK i GAERTNER. Wpływ wstrzykiwań soli kuchennej do krwi na wessanie cieczy. (Odb. z Przegl. Lek. 1893).
- 4) Sprawozdanie XI z czynności komitetu zarządzającego kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia D-ra Med. JÓZEFA MIANOWSKIEGO za r. 1892.
- 5) ŚWIĄTECKI. O trujących własnościach badyanu gwiazdkowatego wrzekomego.
- 6) SOLMAN i J. ZAWADZKI. Przyczynek do chirurgicznego leczenia raka żołądka. (Odb. z Kron. Lek. 1893).
- 7) Prof. JAWORSKI. Podręcznik chorób żołądka. Kraków. 1893.
- 8) BORYSSOWICZ. Ueber sattelförmige Amputation der Cervicalportion des Uterus. (Odb. z Arch. f. Gynaek. 1893).
- 9) MEYERSON. Knochenblasenbildung in der Nase nebst einem Falle von empyematöser Knochenblase. (Odb. z Mon. f. Ohrenhk. N-r 7. 1893).
- 10) BUKOWSKI. Z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. (Odb. z Gaz. Lek.).

Sprostowanie. W N-rze 34 na str. 680 w wierszu 23 od góry, powinno być „odłożoną“ zamiast „dokładną“, i na str. 681 w wierszu 4 od góry zamiast „z kiszką“ powinno być z „krezką“.