

MEDYCYNA.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do sprawy wyjaławiania mleka. Sterylizacja czy pasteryzacja. Podał D-r Julian Kramsztyk. — O zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. Napisał B. R. Gepner (syn). (Dalszy ciąg). — **Wykłady kliniczne.** O zaburzeniach żołądkowych przy cierpieniach narządów płciowych mężczyzn. Streścił Henryk Pacanowski. — **Bibliografia i Krytyka.** Prof. W. Jaworski. Podręcznik chorób żołądka. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie dnia 5-go Września r. b. — **Streszczenia i wyciągi.** 144. Nowy antyseptyk: aldehyd mrówczany. 145. O puchlinie brzusznej u kobiet. 146. O wynikach nefrotomii i nefrektomii z powodu gruźlicy nerek. 147. Poszukiwania nad etiologią przewlekłych reumatycznych zapaleń stawów. 148. Dwa przypadki nietypowych złogów wapiennych w rogówce, wyleczone na drodze chemicznej. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Wspomnienie pośmiertne.** — **Ogłoszenia.**

PRZYSZYNEK DO SPRAWY WYJAŁAWIANIA MLEKA. STERYLIZACJA CZY PASTERYZACJA.

Podał D-r **Julian Kramsztyk.**

Zupełny przewrót w sposobie sztucznego żywienia niemowląt dokonany został przez SOXHLET'a w r. 1886 z chwilą wprowadzenia przezeń do praktyki świetnego pomysłu PASTEUR'a wyjaławiania mleka, a to przez zbudowanie przyrządu do sterylizacji domowej.

Zastanawiając się nad historią sztucznego żywienia niemowląt, musimy przyznać słusność zdaniu HAGENBACH'a, który rozróżnia trzy okresy: chemiczny, fizyologiczny i bakteryologiczny, że obecnie znajdujemy się w peryodzie bakteryologicznym, a zasada sterylizacji wszędzie przy żywieniu niemowląt występuje na pierwszy plan.

Że pomysł SOXHLET'a był równie potrzebny, jak i pożyteczny, dowodem tego nadzwyczajna szybkość, z jaką w całym świecie niemal przy żywieniu noworodków wprowadzone zostało w użycie mleko sterylizowane, rugując prawie zupełnie tak rozpowszechnione poprzednio wszelkie sztuczne preparaty, już to z mleka otrzymywane, już też w postaci mączek i innych surogatów na wielką skalę fabrykowane.

Że jednak przyrząd SOXHLET'a nie odpowiadał w zupełności swemu zadaniu, dowodem tego wielka bardzo ilość najrozmaitszych przyrządów, zbudowanych już to na zasadzie metody SOXHLET'a, już to przez zmiany w pierwotnym przyrządzie do gotowania mleka SOLTMAN'a, już też na zasadach mniej lub więcej różnych od niego.

Jeżeli u nas rozpowszechnienie sterylizacji mleka nie dosięga tego stopnia co zagranicą, przypisać to należy głównie tej szczęśliwej okoliczności, że u nas wogóle daleko rzadziej uciekają się matki do sztucznego żywienia niemowląt, karmiąc dzieci własną piersią, albo wyręczając się mamkami, które bez porównania łatwiej i znacznie mniejszym kosztem znaleźć można u nas, aniżeli za granicą. W New-Yorku, jak zapewnia SEIBERT, przyrządy jego pomysłu są rozpowszechnione nie tylko wśród klasy ludzi zamożnych, ale i wśród robotników, tak, że tysiącami rozchodzą się po kraju.

U nas nawet w domach ludzi inteligentnych i zamożnych, dbałych bardzo o zdrowie dzieci, przyrząd sterylizacyjny rzadko spotykać się daje.

Jakkolwiek jednakże rzadziej daleko żywimy dzieci sztucznie w pierwszym roku życia, aniżeli we Francyi, Niemczech lub Ameryce, tem nie mniej, tak dla dokarmiania dzieci jak i dla żywienia ich po odstawieniu, mleko sterylizowane w ciągu ostatnich kilku lat weszło w powszechne niemal użycie. Dostarczają go przeważnie zakłady, w których sterylizacja mleka odbywa się na wielką skalę i skąd ono do domów prywatnych jest rozsyłane. Każdy lekarz, spotykający się częściej z chorobami dzieci, nabył bezwątpienia przekonania, ile ten sposób wyjaławiania mleka u nas przedstawia niewygód i braków. Mleko często bardzo okazuje się niedobrem, zsiada się nieraz w kilka godzin po otrzymaniu tak, że rodzice niejednokrotnie przenoszą się od zakładu do zakładu, albo też, tracąc zaufanie do sterylizacji, wracają do dawnego sposobu gotowania mleka. Nie pochodzi to zawsze z winy zakładu. Częstokroć mleko nabywają, zwłaszcza ludzie ubożsi, w sklepikach, dotąd zakład codziennie mleko dostarcza, a gdzie nieraz trzymają je po 24 godziny i dłużej w miejscu ciepłym, w oknie wystawowym, w bliskości najrozmaitszych innych produktów, bynajmniej do utrzymywania mleka w czystości się nie przyczyniających. Łatwo zrozumieć, że w takich warunkach najlepiej sterylizowane mleko, w niedostateczny sposób zamknięte, dostępne dla wszelkiego rodzaju grzybków w sąsiedztwie istniejących, prędko bardzo traci swoje przymioty. Zdarzyło mi się widzieć kilkanaście butelek mleka sterylizowanego w sklepiku, obok którego w sąsiednim pokoju, będącym mieszkaniem właściciela sklepu, troje dzieci chorowało na szkarlatynę. Mleko sterylizowane nie stanowi bynajmniej gorszego podłoża dla bakterji, które się doń po sterylizacji dostaną, aniżeli mleko surowe lub zagotowane.

Chcąc się przekonać, o ile mleko z naszych zakładów sterylizacyjnych odpowiada swemu przeznaczeniu, a jednocześnie pragnąc znaleźć sposób ułatwionej sterylizacji, zwłaszcza dla ludzi mniej zamożnych, postanowiłem przeprowadzić szereg badań, mogących dać pewne wyniki w tym względzie.

Jedyną odpowiedź otrzymać możemy tylko przez badanie bakteriologiczne, mianowicie przez obliczenie ilości bakterji, znajdujących się w mleku sterylizowanym w czasie oznaczonym po dokonaniem wyjałowieniu. Tę część pracy wziął na siebie kolega BURWID. Badanie bakteriologiczne w zupełności przez niego lub jego pomocników we własnej pracowni przeprowadzone zostało.

Badania podobne wykonane już były w kilku miastach, jakkolwiek w innym przeważnie celu. FEER¹⁾ z Bazylei przedsięwziął zbadanie, o ile rozmaite przyrządy sterylizacyjne odpowiadają praktycznemu celowi domowej sterylizacji i jak zadanie swoje spełniają.

Wziął on pod uwagę wszystkie prawie ważniejsze przyrządy sterylizacyjne, dające się podciągnąć w ogólności pod trzy grupy. 1) Przyrządy do gotowania mleka na wolnym ogniu z urządzeniem, pozwalającym na krążenie mleka, co nie dopuszcza jego przegotowania i przypalania. Zasadę przyrządów tych stanowi rura, skierowana od dna naczynia do góry — *Milchkocher*, go t o w a l n i k, — przez co mleko, gotując się, ulega ciągłemu krążeniu. Tu należą przyrządy SOLTMAN'a, STAEDLER'a, BERDEZ'a i t. p. 2) Przyrządy do gotowania mleka w butelkach na kąpieli wodnej (SOXHLET, EGLI), albo w parze

¹⁾ Ein Beitrag zur Sterilisationsfrage der Kindermilch. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXXII. N. F. 1892.

(SCHMIDT-MÜHLHEIM) i na koniec 3) przyrządy, w których mleko, zagotowane na wolnym ogniu (HIPPIUS), lub też w kąpeli wodnej (ESCHERICH) przechodzi się w całości, a potrzebna ilość zapomocą kрана do butelki się opuszcza. Porównywał on ze sobą wyniki otrzymane przez wyjaławianie tegoż samego mleka w jednym czasie w kilku przyrządach, przechowywując je następnie w jednej ciepłocie pokojowej. Podczas kiedy w mleku niegotowanem w kilka godzin po wydojeniu znajdował on zimą 55—76 tysięcy, a latem 325 tysięcy (po 12 godzinach około 14 milionów) bakterii w jednym ctm. sześć., to po gotowaniu przez 15 minut w powyższych przyrządach znajdował 280—480 bakterii po 24 godzinach. Badania FEER'a okazały, że sterylizacja zapomocą pary wodnej daje w ogóle lepsze wyniki, aniżeli zapomocą innych sposobów ogrzewania, następnie, że po gotowaniu przez pół godziny ilość bakterii, wykazać się dających, wynosi ledwie $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{5}$ tej ilości, jaka pozostaje jeszcze po gotowaniu mleka przez 15 minut. Pozostawienie naczyń z mlekiem wyjałowionem otwartemi wpływało bardzo mało w doświadczeniach FEER'a na szybsze i znaczniejsze rozmnażanie się bakterii, tak, że zakażeniu z powietrza przypisuje on małe bardzo znaczenie. FEER radzi trzymać mleko w naczyniach, w których odbyła się sterylizacja, jakkolwiek po przelaniu do czystych butelek ilość bakterii po 24 godzinach nie o wiele większą się okazywała, aniżeli w samych przyrządach, ale w niedostatecznie wymytych butelkach rozmnażanie bakterii następowało bardzo szybko. Wszystkie przyrządy, badane przez FEER'a, okazały się wystarczającemi do wyjaławiania mleka, a przyrządy na zasadzie SOXHLET'a, jakkolwiek droższe, najdogodniejszymi w domowym użyciu. Zaleca on jednakże najgoręcej zakładanie publicznych mleczarni sterylizacyjnych, gdzieby mleko natychmiast po wydojeniu mogło podlegać wyjaławianiu i przekłada w ogóle ten sposób nad sterylizację domową.

Podobne wyniki otrzymała poprzednio jeszcze EMMA STRUB²⁾, badając mleko sterylizowane w kilku z powyższych aparatów. SIOR³⁾ z Darmstadu przeprowadził badania swoje porównawcze nad mlekiem zwyczajnie zagotowanem, mlekiem gotowanem przez pół godziny w gotowniku (*Milchkocher*) SOLTMAN'a i nad gotowanem w przyrządzie SOXHLET'a przez 35 minut, zachowując w ogólności te warunki, jakie przy sterylizacji lub gotowaniu mleka w domach prywatnych zwykle są przestrzegane.

Z badań SIOR'a okazało się przedewszystkiem, że niema widocznej różnicy pod względem zawartości bakterii między mlekiem zagotowanem tylko, a gotowanem w gotowniku przez pół godziny. Ilość bakterii, znajdowana przez niego po 24 godzinach od chwili sterylizacji przy obu powyższych sposobach gotowania mleka, była znacznie większa (kilka tysięcy do kilku dziesiątków tysięcy), aniżeli u FEER'a, co autor objaśnia bardzo słusznie tą okolicznością, że FEER pozostawiał mleko sterylizowane w naczyniu, w którym sterylizacja się odbywała, a Sior przelewał mleko do naczyń wymytych jedynie ciepłą wodą i w tych naczyniach przez 24 godziny je przechowywał, aby otrzymać warunki, jakie zwykle w domach prywatnych i w szpitalach mają miejsce. Większe ilości bakterii, jakie znajdował Sior w mleku sterylizowanem w aparacie SOXHLET'a w porównaniu z otrzymaniami przez FEER'a, objaśnić się dają trzymaniem mleka w ciepłocie pokojowej, podczas kiedy FEER przechowywał je w lodowni.

²⁾ Ueber Milchsterilisation. Centralbl. f. Bakteriologie. 1890.

³⁾ Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1892. Bd. 34.

LANGERMANN ⁴⁾ w Hagenau przeprowadził badania na obszerniejszą skalę. Badał on nie tylko mleko w całości i rozcieńczone, ale również mieszanek śmietankową BIEDERT'a i mleko peptonizowane LÖFLUND'a, zagotowując je jednorazowo w garnku emaliowanym z przykrywką, albo gotując przez pół godziny w gotowniku BIEDERT'a (modyfikacja SOLTMAN'owskiego) i zawsze pozostawiając mleko w tych samych naczyniach. Przeprowadził on również badania nad mlekiem sterylizowanym w przyrządzie SOXHLET'a. Mleko było trzymane zawsze przez 24 godziny w lodowni, albo w wodzie zimnej, tak jak zwykle przy żywieniu dzieci w domach prywatnych i szpitalach postępować należy.

Aby się przekonać, jak prędko rozwijają się bakterie w samym żołądku, badacz ten, po pewnym czasie po nakarmieniu dziecka, wydobywał nieznaczną ilość pokarmu z żołądka zapomocą zgłębnika i w tej zawartości ilość bakterii obliczał.

Jednakowo mała ilość bakterii, jaką LANGERMANN znajdował tak w mleku wyjałowionem w przyrządzie SOXHLET'a (zaraz po sterylizacji 43, po 24 godzinach 21 średnio), jakoteż w gotowanym przez pół godziny w gotowniku (zaraz po sterylizacji 34, po 24 godzinach 214), a również w zagotowanym jednorazowo (zaraz po sterylizacji 33, po 24 godzinach 107), okazuje, że zapomocą każdego z tych sposobów otrzymać można również dobre mleko do żywienia dzieci, jeżeli tylko mleko pozostawione będzie w tem samym naczyniu, w którym sterylizacja uskuteczniła została. W zawartości bakterii w mleku, wydobytem z żołądka po 1 1/2 do 2 godzinach, nie można było również wykazać różnicy, zależnej od sposobu wyjaławiania mleka. Ilość ich przy żywieniu dziecka mlekiem zagotowanym tylko, gotowanym przez pół godziny, sterylizowanym w przyrządzie SOXHLET'a, a nawet przy żywieniu pokarmem matki okazuje się jednakową prawie. Natomiast u dzieci, dotkniętych zaburzeniami żołądkowymi, zwłaszcza przy małej zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym, ilość bakterii wzrasta znacznie, a kwas solny, wprowadzony do żołądka zmniejsza tę ilość widocznie. (D. c. n.)

O ZASTRZYKIWANIU SUBLIMATU POD ŁĄCZNICĘ OKA.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 5 Września 1893 r.)

Napisał **B. R. Gepner** (syn), lekarz-asystent przy Instytucie Oftalmicznym w Warszawie.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 36).

B. Białkó w k a. 7. Pani K. *Scleritis oculi sinistri*. Żadnej skazy wywiady nie wskazują. Nacieczenie w dolnym zewnętrznym odcinku oka. Dawałem kalomel, potem antypirynę 10—15%, *Natrium salicylicum* w dawce 1,0 cztery razy, a potem 6 razy dziennie. Opaska hydropatyczna. Sprawa chorobowa rozszerzała się, zajmując stopniowo 1/3 część obwodu rogówki. Dwa zastrzyknięcia sublimatu przerwały postęp choroby; po 8-em nastąpiło zupełne wyleczenie. 4 miesiące upłynęły od tej chwili—nawrotu nie ma.

C. Tę c z ó w k a. Oprócz ropnych zapaleń tęczówki pochodzenia urazowego, o których już wyżej wspominałem, stosowałem wielokrotnie sublimat

⁴⁾ Jahrbuch für Kinderheilk. N. F. Bd. XXXV, 1893. str. 88.

w upartych przypadkach t. zw. samoistnego zapalenia tęczówki (*Iritis idiopathica*), oraz w przypadkach pochodzenia przymiotowego.

8. Pan T. *Iritis idiopathica oculi sinistri*. Żrenica wązka. Bardzo silny ból głowy. Chory od trzech miesięcy był leczony na prowincyi; z początku stosowano różne leki zewnętrzne; dopiero na kilka dni przed przybyciem do mnie chory otrzymał lekki bardzo rozczyń atropiny. Ponieważ chory, przyjezdny, nie mógł pozostać na razie w Warszawie, przepisałem mu systematyczne wkraplanie $\frac{1}{2}\%$ rozczyń atropiny 4 do 6 razy dziennie, salicylan sodu wewnątrznie, na oko opaskę ogrzewającą. Po tygodniu widziałem go powtórnie: ból głowy był mniejszy, ale podrażnienie miejscowe znaczne; żrenica nie wiele rozszerzona. Chory pozostał w Warszawie i tu leczenie prowadzone było energicznie w wyżej podany sposób. Usunęło ono bóle głowy, ale podrażnienie miejscowe nie zmniejszało się, a żrenica ledwo nieznacznie była rozszerzona. Wówczas zastrzyknąłem sublimat (po 3 tygodniach leczenia), nie usuwając atropiny. Nazajutrz podrażnienie już było mniejsze, a żrenica ku górze rozszerzyła się prawie maksymalnie, u dołu zaś ukazały się liczne drobne przyczepiny. W parę dni powtórzone zostało zastrzyknięcie i chory opuścił Warszawę w 8 dni po pierwszym zastrzyknięciu, w stanie zupełnej rekonwalescencji, z poleceniem wkraplania jeszcze atropiny ¹⁾.

9. P. St. Zapalenie tęczówki oka prawego; żrenica pod atropiną słabo rozszerzona, zakryta wypociną białawą; dno komórki przedniej zajmuje *hypopyon* na wysokość 2 mm. Chory od 4 tygodni w leczeniu. Dostaje atropinę, wewnątrznie salicylan sodu; oko pod opaską hydropatyczną. Najmniejszej poprawy nie widać. Chory przymiotu nie miał. Zastrzyknąłem sublimat, zachowując jednocześnie atropinę i opaskę. Ból głowy ustąpił nazajutrz. Po dwóch dniach *hypopyon* znikł, zarówno jak i wypocina w żrenicy. Żrenica rozszerzyła się ku górze, ukazując obszerne tylne przyczepiny w dolnej części. 2-ie zastrzyknięcie. Na trzeci dzień po niem żrenica czysta, prawie maksymalnie rozszerzona. Wyleczenie zupełne nastąpiło w ciągu następnego tygodnia.

W kilku przypadkach specyficznego zapalenia tęczówki stosowałem zastrzykiwanie sublimatu; z tych, w jednym niewielki zresztą gumat został wessany w ciągu 10 dni po 2 iniekcjach. W trzech innych przypadkach musiałem się uciec do ogólnego leczenia rtęcią; w jednym bowiem ból od zastrzykiwania był bardzo silny i chory nie godził się na dalsze zastrzykiwanie; w drugim ukazały się gumaty na ciełe, w trzecim zaś odczyn miejscowy był tak gwałtowny, że powtórnych zastrzykiwań robić nie mogłem, po jednorazowym zaś nie było poprawy.

W jednym przypadku t. zw. *Iritis serosa* ze znacznym podrażnieniem oka i licznymi osadami na błonie DESCEMET'a, w którym stosowałem bez skutku przez 6 tygodni frykcyę i jod, obok leczenia miejscowego, Ojciec mój, przyjąwszy chorego na oddział, zaczął stosować iniekcye, i po trzech tygodniach, a po 10 iniekcjach do każdego oka chory jest prawie wyleczony obecnie.

D Choroby wewnętrznych błon oka. DARIER podaje bardzo dobre wyniki stosowania sublimatu w przewlekłych, zadawnionych nawet sprawach chorobowych w naczyniówce i siatkówce. Sam miałem sposobność próbować tego środka w kilkunastu przypadkach zastarzałej *chorioretinitis syphilitica*, i w kilku otrzymałem poprawę, choć niezbyt znaczną. Nie mogę jednak wyrazić w tej sprawie stanowczego sądu, ponieważ obserwacye większości przypadków były niedostateczne. Chory z zadawnionem zapaleniem naczyniówki nie może być umieszczony w Instytucie Oftalmicznym, zawsze zapelnionym przez przypadki ostre. W razie wolnego miejsca pierwszeństwo

¹⁾ Pana T. widziałem w d. 11. IX.93, t. j. w miesiąc po przerwaniu leczenia. Ma się zupełnie dobrze. Po przebytem zapaleniu tęczówki pozostały tylko ślady tylnych przyczepów na torebce soczewki $V = \frac{5}{8}$. „Przypisek w korekcie“.

mają chorzy z chorobami ostreimi lub przeznaczeni do leczenia operacyjnego. Zmuszony więc byłem robić zastrzykiwania ambulatoryjnie; jeżeli zaś poprawa nie następowała wyraźnie, chorzy usuwali się z pod obserwacji i bolesnego nieraz sposobu leczenia, tem więcej, że z góry nie obiecywałem im zbyt wiele. Dokładniejszych danych dostarczyły mi przypadki krótkowzroczności ze zmianami następczemi w naczyniówce i siatkówce. Sublimat stosowałem w 9-iu przypadkach już to w Instytucie, już to w praktyce prywatnej. Oto kilka wybitniejszych.

10. Pani G. M. — 7,0 D. V. o. pr. $\frac{5}{36}$, o. l. $\frac{5}{15}$. *Chorioretinitis myopica*. Oko prawe czyta Sn. 0,50 w 0,07 m. oko lewe w 0,15 m. Chora skarży się na trudność w czytaniu i na muszki latające przed okiem prawem.

7. XII. 92. Zastrzyknąłem sublimat pod łącznicę oka prawego.

10. XII. V. o. pr. = $\frac{5}{20}$. Sn. 0,5 w 0,13.

12. XII. Drugie zastrzyknięcie.

16. XII. V. o. pr. = $\frac{5}{15}$. Chora czyta płynnie Sn. 0,5 w 0,13.

17. XII. 3-cie zastrzyknięcie. 22. XII. Chora wyjechała z Warszawy, mając w obu oczach V = $\frac{5}{15}$ i czytając płynnie najdrobniejszy druk tablic Snellena w 15 cm.

11. Panna Eug. M. Chorą widziałem po raz pierwszy w roku 1889. Znalazłem wówczas *Myopiam* = 9,0 D. W obu oczach symetryczne zmiany zapalne w naczyniówce w okolicach plamek żółtych, mocno przekrwionych. W obu oczach z — 9,0 V = $\frac{5}{15}$. W Lutym r. b. pannę M. skierował do mnie łaskawie kol. КАМОСКИ dla zastosowania zastrzykiwań sublimatu. Znalazłem wtedy ślady dość świeżych krwotoków w centralnej części siatkówki obu oczu. Z soczewką — 18,0 D. chora ma w oku prawem V = $\frac{5}{200}$, w oku lewem $\frac{5}{100}$. Okiem prawem czyta Sn. D. = 5,0 tuż przed okiem; okiem lewem Sn. D. = 1,75 w 5 cm. odległości. Podaję szczegółowiej nieco protokół tego ciekawego przypadku.

21. II. 93. Pierwsze zastrzyknięcie sublimatu w oku lewem. 22. II. Znaczny krwotok podłącznicowy.

23. II. V. o. s. z — 11,0 D. = $\frac{5}{36}$.

25. II. Pierwsze zastrzyknięcie do oka prawego.

1. III. V. o. d. $\frac{5}{50}$ z — 18,0 Sn. D. 1,5 w 6 cm.

V. o. s. $\frac{5}{36}$ z — 12,0 Sn. 0,5 w 6 cm.

W oku prawem zrobiłem jeszcze 2 zastrzyknięcia, w oku lewem zaś nie mogłem tego uczynić, ponieważ krew wylana nie wessała się jeszcze. W dniu 27. III. panna M. wyjechała na wieś, z poleceniem powrotu za parę miesięcy. Wówczas V. o. pr. równało się $\frac{5}{18}$ z soczewką — 16,0. Sn. 0,5 w 0,07.

V. o. l. z — 13,0 = $\frac{5}{30}$. Sn. 0,5 w 0,08.

Można byłoby przypuszczać, że poprawa nastąpiła w skutek wessania się krwotoków w siatkówce; tak jednak nie było. Krwotoki były jeszcze wyraźnie widoczne. Znalazłem je jeszcze w dniu 26 Czerwca r. b., gdy chora powtórnie do mnie przyjechała. Pod datą tą mam w książce chorych zapisane co następuje: *Retino-chorioiditis myopica ad maculas*. Ślady dawnych krwotoków; świeżej krwi nie ma.

V. o. pr. z — 10,0 = $\frac{5}{50}$. Sn. 0,5 : 0,07.

V. o. l. z — 15,0 = $\frac{5}{50}$. Sn. 0,5 : 0,08.

Mocniejsze soczewki nie są znoszone. Obiektywnie M 15—16,0 D . Widzimy więc nieznaczne pogorszenie.

26. VI. Zrobiłem pierwsze zastrzyknięcie w oku prawem, w 2 dni potem w lewym. Ogółem zrobiłem po 3 zastrzyknięcia sublimatu w obu oczach, a potem jeszcze po 2 roztworu fizyologicznego soli kuchennej (objaśnienie podam niżej) w ciągu miesiąca. W d. 26. VII. $V. o. pr.$ z — 12,0 D . wynosiło $\frac{5}{18}$.

$$V. o. l. z - 10,0 D. \quad „ \quad \frac{5}{10} - \frac{5}{8}.$$

Oba oczy czytają płynnie $Sn.$ 0,5 w 13 cm.

W innych przypadkach krótkowzroczności otrzymywałem też mniejszą lub większą poprawę, w każdym razie chorzy spostrzegali zmniejszenie ilości muszek latających i z poprawy byli zadowoleni. W jednym tylko przypadku $M = 20,0$ z ostrością widzenia równą $\frac{5}{36}$ po 2 zastrzyknięciach nie znalazłem żadnej poprawy i leczenie przerwałem.

Retinitis pigmentosa typica. 12. Z. J., l. 34., głuchoniemy, były wychowanec tutejszego Instytutu Głuchoniemych i Ociemniałych, człowiek dosyć inteligentny, zajmował pomimo bardzo słabego wzroku posadę buchaltera przy cukrowni. Od paru tygodni zauważył tak znaczne osłabienie wzroku, że czytanie i pisanie stało się dlań niemożliwym. Przy badaniu znalazłem: *Retinitis pigmentosa typica* (barwikowe zwyrodnienie siatkówki) i ślad zaćmy poczynającej w obu oczach. $V.$ bez szkieł $\frac{5}{50}$ w oku prawem, $\frac{5}{36}$ w lewym; czyta z trudnością $Sn.$ 1,0. Pole widzenia ograniczone dośrodkowo do 15° . $Z + 2,0 V \frac{5}{30}$ w obu oczach.

Od towarzyszącej choremu matki dowiedziałem się, że mąż jej był jej bratem ciotecznym i że troje z ich dzieci są głuchoniemi. Chory dość wątły, ale zdrów wogóle; przymiotu nie miał.

Miałem więc do czynienia z przypadkiem typowego barwikowego zwyrodnienia siatkówki, t. j. ze sprawą, wobec której dotąd byliśmy zupełnie bezsilni. Osłabienie wzroku w ostatnich czasach tłumażyłem sobie tworzeniem się zaćmy. Wobec jednak błagania o pomoc chorego, zagrożonego pozbawieniem posady, dającej mu utrzymanie, postanowiłem zastrzyknąć sublimat, rzecz prosta, sam nie wiele wierząc w możebność poprawy. Pierwsze zastrzyknięcie do oka prawego zrobiłem 2. XII. r. z. i do 16. XII. zrobiłem po 2 zastrzyknięcia do obu oczu.

16. XII. $V. o. utr. \frac{5}{15}$ z + 1,75 D . $Sn.$ 0,5 w 20 cm.

W obrazie oftalmoskopowym różnicy nie widać; pole widzenia nie rozszerzyło się. Chory był z wyniku leczenia nadzwyczaj zadowolony i twierdził, że nigdy tak czysto nie widział. Poleciłem mu powrócić do Warszawy za parę miesięcy.

Z. przybył 26. II. r. b., skarżąc się na nowe pogorszenie wzroku w oku prawem. Badanie wykazało:

$V. o. d. \frac{5}{15}$ bez szkieł. $Sn. D.$ 0,5 w 20 cm.

$V. o. s. \frac{5}{30}$ „ „ $Sn. D.$ 1,25 „

Szklą nie poprawiają. Tym razem nie miałem prawie żadnej wątpliwości, że to postęp zaćmy spowodził to pogorszenie, choć obiektywnie postępu tego sprawdzić nie mogłem. Na usilne jednak żądanie zrobiłem znowu dwa zastrzyknięcia do oka prawego i otrzymałem w ciągu dni pięciu powrót do stanu poprzedniego, t. j. $V = \frac{5}{15}$ w obu oczach.

Chory sam zapowiedział, że powróci w razie najmniejszego pogorszenia, ale dotychczas nie był. (D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

PEYER. O zaburzeniach żołądkowych przy cierpieniach narządów płciowych męzkich¹⁾.

(Volkm. Samml. Klin. Vortr. N. 356).

Streścił Henryk Pacanowski.

Od dość dawnego czasu znaną jest rola, jaką odgrywają choroby narządów płciowych kobiecych w etiologii nerwicy żołądka. Natomiast nie uwzględniano dotychczas prawie wcale związku pomiędzy temiż nerwicami a chorobami przewlekłymi narządów płciowych męzkich.

Autor opiera swą pracę na 3000 przeszło spostrzeżeniach, które dotyczą przeważnie przypadków, powstałych na gruncie samogwałtu, nadużyć płciowych i spółkowania przerywanego. Podstawę ich anatomiczną stanowi po większej części przewlekłe cierpienie zapalne błony śluzowej cewki w jej części krokowej (*pars prostatica*). Rzadziej zależą one od zapalenia cewki rzeżączkowego oraz jego pozostałości. Dwa czynniki wpływają tu głównie na wyczerpanie układu nerwowego: nadmiernie podniecenie siły nerwowej i zubożenie krwi pod wpływem utraty nasienia. Oba te czynniki sprawdzają w końcu stan, zwany *neurastenią płciową*.

Do częstszych przejawów tejsze zaburzenia w narządach trawienia. Rozpoznanie różniczkowo nerwicy w stosunku do chorób organicznych bywa często nader trudne. Mając przypadek cierpienia żołądka przewlekłego, przypuśćmy t. zw. „kurczów żołądkowych“, powstających głównie naczczo i ustępujących po przyjęciu pokarmu, jeśli przytem łaknienie jest dobre, język czysty, badanie fizyczne daje wynik ujemny, a natomiast istnieją pewne objawy nerwowe (podrażnienie wyrostków kręgowych, zaparcie stolca, częste oddawanie moczu i t. p.), w takim razie odrazu rozpoznamy cierpienie żołądka nerwowe. Jeśli przy tem wywiady wykryją długoletnie nadużycia płciowe, a w moczu znajdziemy nasienie i nitki cewkowe, wówczas dyagnoza zyska jeszcze na pewności, a miejscowe leczenie narządów płciowych usunie chorobę żołądka.

Nerwice żołądka dzieli autor na ruchowe, czuciowe i wydzielnicze.

4) Nerwice ruchowe.

Najczęstszą postacią ich jest niedowład żołądka (*atonia*, *niedomoga*). Tu ściany tego narządu pod wpływem wadliwego i niedostatecznego unerwienia wykonywają ruchy swe z mniejszą siłą i energią. Częstokroć cierpienie to występuje pospółu z rozszerzeniem, lecz bynajmniej nie jest z niem identyczne. Objawy kliniczne polegać mogą na zwykłym braku łaknienia. Pacjent nie doznaje po jedzeniu szczególnych jakich przypadłości, ale też nie odczuwa owego zadowolenia, będącego wynikiem dobrego obiadu w stanie prawidłowym. Innym razem występuje wkrótce po jedzeniu ucisk w dołku przez czas krótszy lub dłuższy. Po wypiciu przez pacjenta umiarkowanej ilości płynu, powstaje przy odpowiednich ruchach szmer pluskania. W 4—6 godzin po jedzeniu, gdy powinno wystąpić ponowne uczucie głodu, zjawia się natomiast lekkie nudzenie, ziewanie i uczucie czczości. Przeplukiwanie żołądka wykrywa wtedy, że narząd ten nie pozbył się jeszcze swojej zawartości, jakkolwiek same produkty trawienne zboczeń nie okazują. Najłatwiej stan taki bierze się mylnie za t. zw. *anoreksję*, która jest nerwicą czuciową, polega na znieczuleniu nerwów żołądkowych i cechuje się zazwyczaj jednocześnie brakiem uczucia nasycenia. Chorzy nie doznają wprawdzie uczucia głodu, ale gdy zaczną jeść, nie mogą się nasycić.

Odbijanie nerwowe (*eructatio*). Odbijanie puste, zależne od połykania powietrza wraz z pokarmami, jest do pewnego stopnia zjawiskiem fizyologicznym. Jeśli ono wszelako powtarza się ustawicznie i głośno, stanowi już objaw chorobowy. U *neurasteników* płciowych występuje stosunkowo rzadziej i nie może iść w porównanie z od-

¹⁾ Patrz pracę tegoż autora p. t. Zaburzenia nerwowe kiszek na tle *neurastenii* płciowej u mężczyzn. Medycyna z r. b. N. 8 i 9.

bijaniem u histeryczek. Często towarzyszy mu zwracanie płynów i przeżuwanie (*regurgitatio et ruminatio*).

Daleko częściej spotykamy wzdęcie żołądka (*pneumatosis*), polegające zapewne na skurczu obudwu ujęs żołądkowych. Żołądek napoinia się powietrzem, ulega rozdęciu i sprawia nietylko uczucie nieznośnego napięcia, lecz przez ucisk na przeponę, serce i narządy brzuszno daje powód do ciężkich przypadłości nerwowych. Dopiero odbijanie sprawia pewną ulgę. Cierpienie to zjawia się niezależnie od jedzenia, a nawet wzmagą się naczcho. Najlżejszy ucisk okolicy żołądka staje się przykrym.

Bardzo rzadką przypadłością bywa skurcz wpustu i przełyku. Chory doznaje stopniowo, nieraz przez dni kilka, zwłaszcza naczcho lub po zmęczeniu, uczucia silnego ściągania w okolicy wpustu, dochodzącego nawet aż do gardzieli i wywołującego krztuszenie. Picie płynów w czasie napadu nie sprawia bólu, lecz płyn spuszcza się bardzo wolno. To samo bywa z pokarmem stałym, który na czas jakiś zatrzymuje się powyżej wpustu.

Wymioty nerwowe trafiają się rzadko w następstwie chorób narządów płciowych męzkich. Odróżnia się je na zasadzie wykluczenia organicznej choroby żołądka.

Zwracaniem nazywa się akt, przy którym mała ilość zawartości żołądkowej podnosi się do jamy ustnej; zazwyczaj pacjent połyka ją na nowo lub wypłwaa, gdy się nagromadza w ilości większej i gdy jest mocno kwaśną. Zjawisko to polega zapewne na wzmożonej drażliwości żołądka obok chwilowego zwiotczenia wpustu.

Przeżucie (*ruminatio v. mericysmus*) stanowi jedno z najosobliwszych cierpień żołądka, znane już oddawna. Istota jego polega na tej samej podstawie, co i zwracanie; oba te stany nie dają się przeto ściśle odróżnić.

Niepokój robaczkowy (*tormina ventr. nervosa*) jest to stan, przy którym ruchy żołądka odczuwane są przez chorego a nawet widoczne przez powłoki brzuszne. Pierwsze miejsce zajmują tu t. zw. kurcz (*gastralgia*), zależne od ściągania się ścian żołądka; w wyższym stopniu ból staje się tak gwałtownym, że niepodobna odróżnić go od nerwicy czuciowej, w której jednakże ból ma więcej charakter kłujący. Odrębną właściwość nerwicy tej stanowi czas jej powstawania. Ból nigdy prawie nie występuje w czasie trawienia, lecz naczcho, np. przed obiadem, pod wieczór lub w nocy około godziny 4–5-ej. Rodzaj pożywienia nie wpływa wcale na pojawianie się bólu, chociaż najchętniej chorzy jadają pokarmy pożywne (jaja, mięso). Zasługuje na uwagę sposób, w jaki pacjenci uwalniają się od bólu, mianowicie za pomocą obfitego jadła i napoju. Wystarczy wprowadzenie do żołądka choćby szklanki wody lub kawałka chleba, a bolesne krztuszenie, ciśnienie i ściąganie zaraz ustaje.

B. Nerwice czuciowe.

Wrażliwość żołądka zdrowego jest bardzo mała, prawie żadna; odczuwa on tylko głód i nasylenie. Przeciwnie w stanie chorobowym powstają wrażenia najrozmaitsze. Pomiędzy innymi zwraca autor uwagę, że na neurasteników płciowych wywierają wpływ pewne pokarmy. Wino i piwo w małych nawet ilościach sprawia nader silne przypadłości, jakich przed chorobą nie doznawali. To samo bywa z paleniem tytoniu. Namiętni dawniej palacze skarżą się, że ono sprawia im zawrót głowy i niesmak.

Pod nazwą anoreksyi rozumiemy brak łaknienia i uczucia głodu w rozmaitem stopniowaniu. Jest to objaw nader częsty u neurasteników, a polega, zdaniem autora, na znieczuleniu nerwów żołądkowych. Od niedowładu żołądka różni się anoreksya tem, że w niedowładzie zjawia się w czasie, gdy żołądek bywa próżny, uczucie nudzenia i czczości, znikające z chwilą przyjęcia pokarmu; prócz tego istnieją oznaki umiarkowanego rozszerzenia żołądka i opóźnienia trawienia (przy badaniu zgłębni-kiem). W anoreksyi zaś brak wszystkich tych objawów, lecz zauważyć się daje brak uczucia nasylenia.

Wstręt do jadła stanowi wyższy stopień anoreksyi. Dotyczyć on może jednego tylko rodzaju pokarmu, najczęściej mięsa, lub też wszelkich stałych pokarmów, i zjawia się zwykle pod wpływem jakiegoś momentu wywołującego, np. po zmianach i znacznych utratkach nasienia podczas stolca lub spółkowań przerywanych.

Uczucie niedostatecznego nasylenia (*akoria*), polegające również na znieczuleniu nerwów czuciowych żołądka, bardzo często łączy się z anoreksją. Tu łaknienie znika zupełnie; chory nigdy nie pożąda pokarmu; gdy wszolako jeść zacznie,

nie przestaje dopóty, póki na stole widzi potrawy. Stan ten przemija z chwilą wyleczenia choroby płciowej.

Właściwy głód wilczy (*bulimia*), objaw tak częsty u kobiet z cierpieniami narządów płciowych, autor spostrzegał u mężczyzn niezmiernie rzadko. Lecz wzmożone łaknienie widywał dość często. Chory budzi się w nocy i zjada byle co, aby tylko usunąć bolesne uczucie głodu; wogóle czuje się on dobrze tylko przy pełnym żołądku.

Uczucia nudności i skłonności do wymiotów doznają często neurastenicy płciowi, szczególnie po utratach nasienia.

Niestrawność nerwowa stanowi jedną z najrzadszych nerwic przy cierpieniach płciowych. Według LEUBE'go i u wielu zdrowych ludzi występuje po obfitym obiedzie zajęcie głowy, zmęczenie, ogólne osłabienie i pełność. Jest to już przejście od stanu fizyologicznego do chorobowego. Z czasem powstać może cierpienie przewlekłe, polegające na nieprawidłowym odczynie nerwów żołądkowych podczas trawienia; sam wszelako akt trawienia odbywa się normalnie; produkty trawienne są niezmienione, czas trwania tego aktu pozostaje w granicach zwykłych. Mamy tu zapewne nadczułość nerwów żołądkowych. Rozpoznanie opiera się na ujemnym wyniku badania żołądka przy pomocy zgłębnika i obecności innych oznak nerwowych.

C. Nerwice wydzielnicze.

Zarówno narządy płciowe kobiece jak i męskie mogą na drodze zwrotnej spowodować zaburzenia wydzielnicze ze strony żołądka. Głównie bywa tu nadmierne wydzielanie i nadmierna kwasność, którą ROSSBACH opisał pod nazwą *gastroxynsis*. Choroba dotyka najczęściej ludzi oddanych pracy umysłowej, pojawia się napadami trwającymi 1—3 dni. Zaczyna się bólem głowy i nader niemiłym uczuciem palenia w żołądku, wzmagającym się do wysokiego stopnia w przeciągu kilkunastu minut. Pacjent doznaje mdłości, następują wymioty, ustające (wraz z bólem głowy) dopiero wówczas, gdy żołądek opróżnił się zupełnie z kwaśnej swej zawartości. Wymiociny wykazują znaczną ilość kwasu solnego. Picie wody ciepłej przorywa niekiedy napad.

Nerwice żołądka na tle przewlekłych chorób płciowych u mężczyzn należą do najczęstszych przypadłości neurastenii płciowej, prawie na równi z podrażnieniem rdzeniowym (*irritatio spinalis*). Rzadko występuje jedna tylko postać nerwicy, o wiele częściej kilka z nich jednocześnie, np. anoreksja z akoryą, zwracanie z przeżuwaniami, kurecze żołądka z nadmierną kwasnością i t. d. Często jedna nerwica ustępuje miejsca innej. Najczęstszymi zaburzeniami są: niedowład, wzdęcie, anoreksja i kurecze; najrzadszemi: niepokój robaczkowy, wymioty nerwowe, zwracanie i przeżuwanie.

Leczenie skierowane być winno wyłącznie na ogólny układ nerwowy i miejscowo na narządy płciowe.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Prof. W. Jaworski.

Podręcznik chorób żołądka.

Od czasu zastosowania przez LEUBE'go sondy żołądkowej w celach dyagnostycznych, nauka o chorobach żołądka ogromnie uczyniła postępy. W szeregu autorów, którzy pracami swojemi przyczynili się do rzucenia niejednego promienia światła na patologię i terapię chorób żołądka, autorowi polscy zajmują bezsprzecznie wybitne stanowisko. Z pomiędzy nich jedno z naczelnych miejsc należy się prof. JAWORSKIEMU, który licznymi swojemi pracami przyczynił się do rozjaśnienia niejednej kwestyi zawilej, niejedną właściwie objaśnił, na niejedną pierwszy zwrócił uwagę, obecnie zaś napisaniem podręcznika chorób żołądka wypełnił ten ważny brak w polskiej literaturze lekarskiej.

Podręcznik chorób żołądka prof. JAWORSKIEGO, wydany nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, jest właściwie rozszerzeniem i dopełnieniem

pracy tego autora, drukowanej po części w „Medycynie“ w roku 1888 i wydanej w roku 1889 pod tytułem „Zarys Patologii i Terapii chorób żołądka“ z uwzględnieniem naturalnie wszystkich postępów, jakie nauka o chorobach żołądka w tym okresie czasu uczyniła, z dodaniem obszerniejszej terapii i bardzo szczegółowej dyetetyki.

Podręcznik rozpoczyna się od krótkiego działu o zachowaniu się żołądka w stanie prawidłowym. W celu podrażnienia błony śluzowej żołądka, autor przekłada próbę białkową nad inne: ni, jako, według Niego, bardzo prostą, przystępną nawet dla najwrażliwszego żołądka, dostarczającą najwłaściwszego pokarmu dla trawienia żołądkowego i pozwalającą rozpatrzyć się w krótkim czasie w chemizmie i mechanizmie trawienia. Zdaniem mojem, próby tej dla celów klinicznych, praktycznych, pomimo niewątpliwej prostoty jej i przystępności, zalecać nie należy, gdyż z wyników, otrzymanych po podrażnieniu żołądka tak nieznaczną ilością jednorodnego pokarmu, nie można jeszcze wyprowadzać wniosków o zachowaniu się trawienia, i żołądek prawidłowo oddziaływający przy takiej próbie, może jeszcze nie uporać się z wymaganiami, jakie mu stawia zwykle nasze mieszane pożywienie. Dla tego też dla wyprowadzenia wniosków praktycznych przekładam próbę LEUBE-RIEGEL'a, która tylko w wyjątkowych razach stosować się nie daje i to zazwyczaj w tych, w których sondowanie i tak już jest przeciwwskazane—wrzód żołądka, krwotoki i t. p. Po tym wstępie autor przystępuje do opisu chorób żołądka, które dzieli na 2 działy: 1) choroby żołądka na tle anatomicznem, 2) nerwice żołądka. Pierwsze dzieli na ostre i przewlekłe i opisałszy ostry nieżyt żołądka, ropne zapalenie żołądka i *gastritis toxica*, podaje podział chorób przewlekłych na zasadzie zmian w nasileniu wydzielania narządu gruczołowego, jedynie, zdaniem autora, możliwy przy obecnych naszych skąpych i niedokładnych wiadomościach o zmianach anatomicznych w poszczególnych zbożeniach czynnościowych żołądka. Tym sposobem cierpienia przewlekłe autor dzieli na: 1) przebiegające ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego, 2) przebiegające z obniżonem wydzielaniem; prócz tego 3) na przebiegające ze zmianami w sprawności mechanicznej żołądka.

Do I grupy autor zalicza: nadmierną kwaśność podczas trawienia (*hyperaciditas digestiva*), sokotok żołądkowy (*hypersecretio*) i nieżyt kwaśny żołądka. Większość autorów, zwłaszcza szkoła niemiecka całą tę grupę cierpień zalicza do nerwic, uważając zmiany anatomiczne za zmiany następce i odrzucając zupełnie postać „nieżyt kwaśny“. I rzeczywiście, zważywszy, że nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego i zwiększona kwaśność zdarzają się bardzo często u osób nerwowych lub nerwowo obciążonych, że często pojawiają się na drodze odruchowej i że wreszcie wyniki leczenia ogólnego, skierowanego na układ nerwowy, są bardzo zadawalniające, musimy przyznać, że dużo przemawia za pojmowaniem tych cierpień jako nerwowych. Względy przytoczone przez autora (patrz str. 266) na korzyść twierdzenia, że wspomniane cierpienia są samoistnem zbożeniem organicznem, umiejscowionem w samym narządzie, nie są dostateczne, gdyż trwałe wydzielanie, wywołane prawdopodobnie czynnościowemi zmianami w układzie nerwowym, może wywoływać i inne objawy nerwowe, nie pojawia się najczęściej pod wpływem, przyczyn działających wyłącznie miejscowo, jak chce autor, lecz występuje bardzo często pod wpływem wzruszeń moralnych, przeciążenia pracą umysłową, długiego czuwania u osobników prowadzących życie umiarkowane i higieniczne. Zdaniem mojem, szkodliwości w rodzaju takich jak alkohol, cebula, czosnek i t. p., uważać tylko należy jako silniejsze bodźce, po których prędzej i łatwiej cała sprawa może wybuchnąć. Obecność w wydzielinie tworów, wskazujących, że na błonie śluzowej toczy się sprawa anatomiczna i spostrzegane w niej zmiany, zarówno jak i rozszerzenie żołądka, z równą łatwością mogą być przyjęte za sprawę towarzyszącą, następującą, i dopiero wówczas możemy mówić o sprawie organicznej.

Przechodząc do opisu wrzodu żołądka, autor uważa go na zasadzie spostrzeżeń swoich własnych i prof. KORCZYŃSKIEGO, najczęściej za następstwo długotrwałego nieżytku kwaśnego. Słusznie jednak zauważył EWALD, dlaczego w zmienionej *in toto* tkance wytwarzać się ma ograniczona zgorzel, w innych znów razach w tkance otaczającej wrzód żadnych zmian nie spostrzegamy.

Do grupy chorób, przebiegających z obniżeniem siły wydzielniczej, autor zalicza niodomogę wydzielniczą (*hypaciditas secretoria*), nieżyt śluzowy i nieżyt zanikowy.

Prof. JAWORSKI przypuszcza, że opisane w obu grupach postaciach klinicznych są prawdopodobnie okresami jednej i tej samej sprawy chorobowej zapalnej, gdyż spostrzegał i opisał w 1886 r., że nieżyt kwaśny przechodzi niekiedy w niodomogę wydzielniczą, a ostatecznie w nieżyt śluzowy. Taki podział i takie stopniowanie, o którem

zresztą sam autor mówi, że nie może zadowolnić żadnego klinicysty, gdyż brak mu jeszcze pewnego tła anatomicznego, wydaje mi się sztucznem. Nadmierna kwasność i trwale wydzielanie są sprawami zupełnie samoistnymi i z zapaleniem błony śluzowej nie mają wspólnego, zdaniem F.WALD'a stoją nawet w sprzeczności z patologicznem pojęciem zapalenia.

Następne rozdziały traktują o raku i krwotokach żołądkowych. Autor podaje tu bardzo ważne wskazówki do rozpoznania raka i krwotoku żołądkowego, do żywienia chorych przy tych krwotokach i t. p. Mówiąc o możliwości przyjęcia owego płata wątroby za guz żołądka, autor nie dodaje, że najczęściej zdarza się to przy przymiocie, na który wogóle przy rozpoznaniu raka nie zwraca uwagi. A pomyłki takie zdarzają się stosunkowo często. W ostatnich czasach miałem sposobność obserwowania dwóch takich chorych, jednego wraz z kolegą GOLDFLAMEM. U chorego tego wszystko przemawiało za rakiem: i wiek i guz i charłactwo i brak kwasu solnego. Jod rozstrzygnął, że mieliśmy do czynienia z przymiotem i chory obecnie cieszy się pożądanem zdrowiem. Guz i charłactwo ustąpiły. Opis chorób, przebiegających ze zmianami w sprawności mechanicznej, poprzedza treściwe i jasne oznaczenie granic żołądka, poczem autor kreśli dokładny obraz chorobowy, leczenie i żywienie w rozszerzeniu żołądka czasowem, trwałem i następczem i przechodzi do zboczeń topograficznych, które wobec prawidłowego zachowania się czynności chemicznej i mechanicznej żołądka i objawów charakteru nerwowego, właściwiej w działu nerwic mogłyby znaleźć swe uwzględnienie. Słusznie bardzo autor twierdzi, że „wobec ogromnej różnorodności objawów i dowolności ich tłumaczenia grozi chorobie GLÉNARD'a niebezpieczeństwo, że przejdzie w prosty frazes lekarski, służący do pokrycia nim wszystkich przypadłości podmiotowych, nie dających się na razie bliżej wyjaśnić“.

Rozdziały, dotyczące wewnętrznego badania żołądka, a mianowicie sposoby otrzymywania treści żołądka i przepłukiwania żołądka, zarówno jak i badanie chemiczne i drobnowidzowe treści żołądka, przedstawione są w sposób wyczerpujący i jasny. Zdaniem mojem, odpowiadałoby więcej celom pedagogicznym umieszczenie tych rozdziałów na początku dzieła, przed opisem chorób, ażeby czytelnik przed zaznajomieniem się z klinicznymi postaciami, już był dobrze obznajmiony ze sposobami badania.

Autor nie przeładował swego dzieła beceolowem wyliczaniem wszystkich prób i opisem wszystkich metod w celu jakościowego i ilościowego określenia kwasu solnego, których namnożyło się tak wiele w ostatnich czasach; podaje tylko najpewniejsze, najprostsze i wystarczające najzupełniej do celów praktycznych. Nie ma jeszcze zgody co do znaczenia trawienia żołądkowego, o zmianach anatomicznych bardzo nie wiele jeszcze wiemy, a powstawanie co raz nowych metod ilościowego określania HCl, wykazujących poprzednim błędy w dziesiątkach lub setkach, nie się do rozjaśnienia sprawy nie przyczynia, przeciwnie, na fałszywe tory badania sprowadzając, wstecz ją cofa, zaciemnia.

Dział II książki obejmuje nerwice żołądka Po ogólnych uwagach o rozpoznawaniu, etyologii, przebiegu i leczeniu nerwic, zarówno jak i trudności podziału ich wobec niemożności oparcia się na fizjologicznych lub anatomicznych podstawach, następuje dokładny opis poszczególnych nerwic. Dzieło kończy się krótkim rozdziałem, zawierającym ważniejsze wskazówki do badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka.

Jak już wspominałem wyżej, można się z autorem nie zgodzić co do poglądów na niektóre sprawy chorobowe, trzeba jednak przyznać, że autor nie trzymał się niewolniczo poglądów obcych autorów, lecz w spornych kwestiach wytworzył sobie zdanie na zasadzie własnych badań. Książkę prof. JAWORSKIEGO cechuje właśnie ta wysoka oryginalność, oparta nie na głosłownych twierdzeniach, lecz na gruntownem doświadczeniu własnem. Autor wszystkie kwestie ważniejsze sam przerobił, sam badał, na wiele z nich pierwszy wskazał i dał nam dzieło poważne, dokładnie zaznajamiające z obecnym stanem nauki o chorobach żołądka, nie przeładowane niepotrzebnymi cytatami z obcych autorów, z uwzględnieniem z niezmierną dokładnością literatury swojskiej.

Cały tak ważny dział dyetyki przedstawiony jest bardzo dokładnie i wyczerpująco, opis postaci chorobowych jest jasny i treściwy, leczenie mogłoby być przedstawione krytyczniej. Dzieło czyta się z wielką korzyścią, zwłaszcza, sądzę, dla tych, którzy z chorobami żołądka są już dokładniej obznajmieni. Pomijam kwestyę terminologii, która oby już raz ujednoliconą była.

Podnieść należy powierzenie działu o zabiegach chirurgicznych w przebiegu chorób żołądkowych chirurgowi. W podręczniku prof. JAWORSKIEGO rozdział ten jest pióra profesora RYDYGIERA.

Podręcznik chorób żołądka prof. JAWORSKIEGO znaleźć się powinien w ręku każdego lekarza, chcącego się obznajmić z obecnym stanem nauki o chorobach żołądka.

Władysław Bruner.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie dnia 5-go Września r. b.

Kol. KRYSIŃSKI pokazał torbiel łożyska pochodzącą od kobiety, u matki której przy porodzie też taką torbiel znalazł. Torbiel obejmowała pępowinę i była zrosnięta z płodową częścią łożyska.

Kol. GABSZEWICZ demonstrował norkę, wyciętą 18 Sierpnia r. b., pochodzącą od 17-letniej dziewczyny, która przybyła do szpitala wyniszczona, skarżąc się na ból w prawej okolicy lędźwiowej. Przy badaniu znaleziono guz bolesny w prawym podżebrzu. W płucach zmian żadnych nie było. Ciepłota 39°—39,5°. Tętno 130—140 na minutę. Mocz chora oddawała 3—4 razy dziennie w ilości 400 ctm. sześć. z obfitym ropnym osadem, w którym laseczników gruzliczych nie znaleziono. Przypuszczano w niem sprawę zapalną, ropną, najprawdopodobniej gruzlicę. Przy operacji znaleziono: torebka włóknista gruba na 1 ctm., w nerce ogniska ropne, z których wylewa się cuchnąca ropa. Nerkę usunięto. Po operacji ciepłota 36,8°. Przez 2 dni stan był względnie dobry i chora oddawała moczu więcej, lecz z osadem ropnym. 4-go dnia wśród objawów zapaści chora zmarła. Badanie pośmiertne zwłok w płucach zmian żadnych nie wykryło. Prawy moczowód zdrowy, z lewego wyciskało się trochę ropy. W samej nerce i miedniczce zmian żadnych. W pęcherzu przy wylocie prawego moczowodu lekkie przekrwienie. Prócz tego nadzwyczajne rozszerzenie żołądka; ściany jego cienkie, odźwiernik najzupełniej drożny. Przy mikroskopowym badaniu skrawków laseczników gruzliczych nie znaleziono. Sprawę należy uważać za pierwotną gruzlicę nerki.

W r z ó d ż o ł ą d k a .

Kol. J. ZAWADZKI mówił o przypadku wrzodu żołądka na tle zmian przymiotowych w naczyniach. Autor widział chorego po raz pierwszy 20 Marca r. b. i prócz objawów, cechujących wrzód żołądka, znalazł guzik w okolicy pępka, robiący wrażenie jakby wrosniętego w skórę, oraz wyniszczenie chorego w takim stopniu, iż obok wrzodu przypuszczał i inne cierpienie konstytucjonalne. Prócz guzika jednak w skórze innych danych, przemawiających za rakiem, nie było. Chory zmarł 4 kwietnia wśród objawów wzrastającego wyniszczenia i ciągłych krwotoków żołądka. Z wywiadów zaznaczyć wypada, że, według twierdzenia chorego, przymiotu nie przechodził. Pochodzi z rodziny zdrowej. Badanie, wykonane przez kol. LUXENBURG'a, wykazało, iż guz pępka był włóknakiem. W żołądku, zrosniętym z poprzecznicą i pęcherzykiem żółciowym, był wrzód na krzywiznie małej, drążący do otrzewnej. W krezce, wogóle skróconej i twardej, wyczuwały się guziki wielkości grochu, twarde, na przekroju białe, jednostajne; na otrzewnej ściennej znaczna ilość białych punktów na podobieństwo *maculae lactae*. Pierwsze wrażenie było, iż jest to wrzód z wtórnym rakiem oraz z przerzutami, tem bardziej, że i w płucach znaleziono guzik, który następnie okazał się ogniskiem zapalnym, na razie jednak robił wrażenie przerzutu. Badanie mikroskopowe wykazało, że raka w danym przypadku nie było, natomiast znaleziono, iż naczynia szczególnie błony podśluzowej żołądka wokoło miały nacieczenie drobno-komórkowe, były zgrubiałe, a światło niektórych znikło zupełnie. W krezce znaleziono też same zmiany w naczyniach. Wobec tego, zestawiając przebieg kliniczny ze zmianami, wykazanymi przez mikroskop, autor jest zdania, iż dany przypadek jest pochodzenia przymiotowego i że wrzód powstał na tle zwężenia i zamknięcia światła naczyń żołądka. Z. przytoczył piśmiennictwo, dotyczące wrzodu żołądka na tle przymiotu, i radzi zwracać uwagę przy badaniu żołądka na to ostatnie cierpienie. W końcu Z.

przedstawił omawiany żołądek, oraz skrawki mikroskopowo, zrobione przez kol. LUXENBURG'a.

Prof. BRODOWSKI widział preparaty i przemawia za zdaniem wypowiedzianem przez autora.

Kol. GEPNER odczytał rzecz o zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka, drukowaną w bieżącym N-rze Medycyny.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

144. E. VALUDE. **Nowy antyseptyk: aldehyd mrówczany** ¹⁾. Wszelki antyseptyk wywierać może działanie dwojakie: działanie bakteryobójcze, antyseptyczne we właściwym tego słowa znaczeniu, t. j. niszczące drobnoustroje, znajdujące się w tkance lub w cieczy jakiejś, oraz działanie wyjaławiające czyli aseptyczne, t. j. nie pozwalające na rozwój drobnoustrojów. Dwie te własności nie zawsze idą w parze. Dotąd w klinice głównie staraliśmy się otrzymać pierwsze działanie środka, działanie antyseptyczne, bakteryobójcze i rozporządzamy sublimatem, który własność tę posiada w wysokim stopniu. O wynalezienie środka aseptycznego, wyjaławiającego mało dbano i środka, posiadającego te własności w wyższym stopniu, nie mieliśmy. Lukę tę wypełnić może z korzyścią aldehyd mrówczany.

Aldehyd mrówczany (CH_2O) może być uważany za kwas mrówczany bez jednego równoważnika wody. Otrzymujemy go, zraszając rozpalony do czerwoności węgiel z rogu jeleniego alkoholem metylowym; przygotowanie jego jest łatwe. Jest to ciecz bezbarwna, bardzo ruchliwa, w stanie czystym wydziela zapach kwasu mrówczanego, który nabiera charakteru przypalonego, jeśli aldehyd jest rozcieńczony wodą, z którą się miesza bardzo łatwo i bardzo chciwie. Okoliczność ta zapewnia aldehydowi wysoką zdolność dyfuzyjną, a wiemy, jak poszukiwana jest ta zdolność w antyseptykach. Dalej nie ścina on białka, co mu daje wyższość nad sublimatem.

Aldehyd mrówczany nie może być uważany za trujący; współczynnik jego własności trującej, wyrażony w liczbach, równa się 0,4 do 0,5 gr. na kilogram wagi królika (stosowany podskórnice). Pomimo wysokiej lotności, środek ten pozostaje do nieskończoności nie zmienionym, będąc przechowywanym na świetle w naczyniu dobrze zatkanem. W naczyniu otwartem przy codziennem użyciu w klinice, nie rozkłada się, ale ulatniając, traci na nasyceniu.

Zdolność wyjaławiająca aldehydu mrówczanego jest bardzo znaczna. 16 miligramów dodanych do litra bulionu wystarcza do niedopuszczenia do rozwoju drobnoustrojów, podczas gdy potrzeba 40 miligramów sublimatu do otrzymania tego rezultatu. Para aldehydu mrówczanego jest również antyseptyczną. Kawałek mięsa trzymany pod kloszem wraz z otwartem naczyniem zawierającym aldehyd, nie psuje się przez kilka tygodni. To samo otrzymać można, zanurzając mięso w roztworze 1 : 500.

Doświadczenie wykazało, że aldehyd mrówczany ma mniej zdolności bakteryobójczej, niżby po jego własności aseptycznej sądzić można było. Mała bardzo ilość wystarcza do niedopuszczenia do rozmnażania się drobnoustrojów, znacznie jednak więcej potrzeba do powstrzymania już rozpoczętego rozwoju. Sublimat posiada wysoką własność bakteryobójczą; dodany do hodowli drobnoustrojów nawet w niewielkiej względnie ilości, zabija je — ale działanie tu ustaje natychmiast, i nowe drobnoustroje mogą się rozwijać na tem samem podłożu. Wiadomo, że sublimat, przechowywany przez długi czas w roztworze, nie zawsze jest wolny od drobnoustrojów. Aldehyd mrówczany zaś wyjaławia dane podłoże mniej energicznie, ale wyjałowienie raz otrzymane, zachowane bywa do nieskończoności prawie, nowe szczepienia na tem podłożu nie udadzą się.

W praktyce okulistycznej starano się dotąd głównie zniszczyć doraźnie drobnoustroje, mogące się znajdować na powierzchni oka lub w drogach łzowych, i pod tym względem nie mamy środka równego sublimatowi. Byłoby jednak nader po-

¹⁾ Porównaj w N. 35 „Medycyny“, streszczenie o formaldehydzie.

żądaniem, byśmy mogli tak wyjałowić łącznicę, żeby następnie rozwój drobnoustrojów nie mógł mieć miejsca. VALUDE czynił próby następujące. Oczy przeznaczone do operacji zaćmy oczyszczał starannie w wilię operacji — jedno sublimatem w stosunku 1 : 2000, drugie aldehydem mrówczanym tego samego natężenia. Oczy były następnie przewiązane, a opatrunek napojony sublimatem, względnie aldehydem. Nazajutrz przed samą operacją wydzielina z łącznicy użyta została do szczepień. Z 16 prób wziętych z oczu, traktowanych aldehydem, szczepienia udały się w 2 przypadkach, 14 próbek z podłożem pozostały jałowe. Po sublimacie zaś, w połowie przypadków otrzymano hodowle drobnoustrojów.

Pomimo, że jako środek bakteryobójczy sublimat jest wyższy od aldehydu mrówczanego, VALUDE próbował wyjaławiać za pomocą tego środka worek łącznicowy zakażony. W pięciu oczach po operacji zaćmy, w których wystąpiło zakażenie, V. zapuszczał do worka łącznicowego 1% roztworu aldehydu, 6 razy dziennie. Po 48 godzinach wszelkie objawy zakażenia ustąpiły. W jednym przypadku, w którym wobec ropnego zapalenia worka łzowego, chory przy opatrunku rozerwał sobie ranę rogówki już sklejoną, a ropa znajdująca się w worku łącznicowym przyszła w zetknięcie z otwartą raną, zapuszczono kilkakrotnie 1% roztwór aldehydu, i gojenie poszło bez zarzutu. Pytanie, czy to było *propter hoc*, rozstrzygnięte być może przez badanie bakteryologiczne. Wydzielina łącznicy, wzięta do badania po użyciu w tym przypadku aldehydu, zawierała tylko kilka gronkowców białych, nie posiadających zdolności zakażenia, podczas gdy przedtem ropa z worka miała wysoką zdolność zakaźną.

U chorej z ropnem zapaleniem łącznicy, u której niczem nie dało się powstrzymać ropienia, dokonał tego aldehyd mrówczany w stosunku 1 : 200.

W przypadkach ropnego zapalenia łącznicy noworodków, w których dla próby jedno oko było traktowane aldehydem, drugie saletranem srebra, ropienie zdawało się wcześniej znikać po aldehydzie.

1% aldehyd, wpuszczony do worka łącznicowego, nie wywołuje znacznego podrażnienia, ale ból bywa bardzo mocny, choć krótkotrwały; przy użyciu słabszych roztworów $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$ % jest on bardzo nieznaczny.

Aldehyd mrówczany doskonale nadaje się do zapewnienia czystości roztworom alkaloidów, używanych w praktyce okulistycznej, a użyty w stosunku 1 : 500, to jest w roztwynie posiadającym już bardzo wysokie własności bakteryobójcze, może być użyty do wyjaławiania instrumentów, nie działa bowiem ani na stal, ani na srebro lub aluminium. (*Annales d'Oculistique, Lipiec 1893*). B. R. G.

145. GUSSEROW. O puchlinie brzusznej u kobiet. W przypadkach, w których puchlina brzucha (*ascites*) jest objawem przeważającym, tam przekłucie nie prowadzi do celu, natomiast należy robić cięcie. Są to przypadki puchliny brzucha bez jednoczesnego obrzęku innych części ciała (kończyn dolnych, ścian brzusznych, części płciowych zewnętrznych) i bez zmian chorobowych w narządzie krwionośnym, wątroby lub nerek, od których puchlina mogłaby zależeć. Chore tego rodzaju mają wielki brzuch, są wychudłe; wobec braku zmian w narządach wyżej wymienionych powstaje przypuszczenie nowotworu w jamie brzusznej, będącego powodem puchliny. W takich przypadkach zwykle robią przekłucie w celu rozpoznawczym lub też, aby ulżyć chorej i płyn opróżnić, pomimo to celu nie osiągamy najczęściej; opróżnienie płynu zwykle jest niezupełne, zaś badanie własności tego płynu prowadzi niekiedy, zdaniem G., pomimo wielu prac, do błędnych wniosków. Oprócz tego po przekłuciu zdarzają się niekiedy powikłania nieprzyjemne (*erysipelas, peritonitis*). Mając to wszystko na względzie, autor już oddawna w takich przypadkach robi cięcie (3—6 cm. w smudze białej) próbne.

Takie cięcie, będąc równie niewinnem jak przekłucie, ma tę wyższość, iż nie tylko przy jego pomocy można usunąć prawie wszystkich płyn, ale nadto przy pomocy wzroku i dotyku można dokładniej rozpoznać przyczynę wysięku, a w razie odpowiednim usunąć ją nawet. Tym sposobem odrazu operacja poliatywna staje się radykalną. Na potwierdzenie tych poglądów G. przytacza serye przypadków.

1) Przypadki puchliny brzusznej, zależne od t. zw. grzylicy otrzewnowej. Chore takie, najczęściej młode, mają dużą puchlinę, przyczyny znaleźć nie można, często niema żadnych innych danych do przypuszczenia grzylicy. Przy laparotomii znajdujemy otrzewną ścienną i trzewiową usianą

białoszaremi lub różowemi guziczkami wielkości łebka szpilki lub soczewicy. Na zasadzie badania drobnowidzowego, braku zwyrodnienia serowatego, komórek olbrzymich i laseczników, G. sądzi, że w większości przypadków nie jest to gruźlica w ścisłym znaczeniu tego słowa i mniema, iż nazwa *peritonitis nodosa* byłaby właściwszą. Autor przytacza trzy przypadki gruźlicy otrzewnowej połączone z dużą puchliną brzucha, operowane przezeń (cięcie i wypuszczenie płynu) z pomyślnym wynikiem, dodając, że we wszystkich tych przypadkach przekłucie nie doprowadziłoby do rozpoznania choroby, a tembardziej do wyleczenia. Zresztą G. wątpi, aby nawet po cięciu następowało wyleczenie z gruźlicy bacylarnej otrzewnowej.

2) Przypadki puchliny brzusznej, zależne od brodawczaka jajników. Brodawczak jajnika (*papilloma*) jest to nowotwór, składający się z delikatnych brodawek, wychodzących z powierzchni jajnika, przyczem tkanka łączna samego narządu jest niezmienną lub też nieco tylko rozrośniętą. Takie brodawczaki różnią się też tem od torbieli brodawczakowych (*cystoma papillare*), że zajmują zwykle oba jajniki i powodują olbrzymią puchlinę, ponawiającą się szybko po przekłuciu. Przy spóźnionej pomocy przypadki takie kończą się śmiercią. Guzy te z powodu swej miękkości i niewielkich rozmiarów trudno rozpoznać nawet po opróżnieniu płynu przez przekłucie, tymczasem przez cięcie brzucha łatwo je rozpoznać i usunąć za wczasu. Autor podaje 5 przypadków z swej praktyki; w 1-ym przypadku pomimo wielokrotnych przekłuć rozpoznano chorobę dopiero przy sekcji, w 2-im przypadku, gdzie też robiono nieraz przekłucie, rozpoznano cierpienie przy laparotomii, w ostatnich trzech przypadkach od razu robiono cięcie i po znalezieniu brodawczaków usuwano je. Z liczby 4 operowanych 2 wyzdrowiały, dwie zmarły z gnilnego zapalenia otrzewnej.

3) Puchlina brzucha, zależna od raka jajnika lub otrzewny. Aczkolwiek po przekłuciu i opróżnieniu jamy brzusznej z płynu można rozpoznać tę sprawę, lecz tylko przy pomocy cięcia przekonywamy się, czy nowotwór da się wyłuszczyć. Jeżeli są przypadki takie niekiedy, że po laparotomii badawczej nowotwór szybciej rośnie i zejście śmiertelne prędzej następuje, to im przeciwstawić można przypadki, w których przy pomocy cięcia można się było przekonać, że nowotwór nie był złośliwy, chociaż się nim wydawał, a przy nowotworze złośliwym, że go się dało wyciąć. Nadto zdawało się autorowi, że nieraz przy niecałkowitem usunięciu nowotworu zapomocą laparotomii, a nawet przy pozostawianiu całego guza, choroba wolniej postępowała, niż przed laparotomią.

4) Przypadki puchliny brzusznej przy łagodnych guzach narządów płciowych; rozpoznanie guza z powodu puchliny nie było możliwe, w 2 przypadkach (na 3) puchlina rozwinęła się szybko. Przy laparotomii znaleziono w jednym przypadku włókniak jajnika wielkości głowy dziecka, w 2-im torbiel jajowodu wielkości kurzego jaja, w 3-im puchlinę olbrzymią od 8 lat trwającą, 3 razy robiono przekłucie, raz cięcie; przy drugiej dopiero laparotomii znaleziono torbiel jajnika wielkości głowy dziecka. Wszystkie chore wyzdrowiały.

(*Archiv f. Gynaekologie. Bd. 42. H. III*).

146. F. C. FACKLAM. O wynikach nefrotomii i nefrektomii z powodu gruźlicy nerek. Od czasu ogłoszenia pracy MADELUNG'a „o operacyjnym leczeniu gruźlicy nerek“ (*Archiv f. Chir. T. 41*) liczba ogłoszonych przypadków urosła do 108. Autor zestawia je w pracy niniejszej i poddaje ocenie wyniki owych zabiegów operacyjnych. Na wstępie podano zarys historyczny omawianej kwestyi. Datą epokową był dla niej rok 1869, gdy SIMON dowiódł, że dla usunięcia miejscowego ogniska chorobowego nerkę usunąć można i należy. W 1872 amerykańnin PETERS zastosował tę zasadę do gruźlicy nerki, po nim THORNTON w 1878 uczynił toż samo. Oba przypadki zakończyły się niepomysłnie, pierwszy śmiercią z mocznicy w 65 godzin po operacji, drugi wytworzeniem ropiejącej przetoki i śmiercią w 8 miesięcy. Pierwsze pomyślnym skutkiem uwieńczone wycięcie nerki gruźliczej wykonał przed 12 laty CLEMENT LUCAS z Londynu. Nie było dotychczas w literaturze pracy statystycznej, któraby wyłącznie dotyczyła operacyjnego leczenia suchot nerkowych. Kazuistyki dawne podają wyłącznie krótkie wyniki nefrektomii, nawet bez przytoczenia źródeł. Tak postąpił QÉNU, cytujący 4 przypadki gruźlicy nerek w statystyce 102 nefrektomii. Dopiero w 1883 zestawia BOLZ 7 należących do tej kate-

gory przypadków, a amerykańnin GROSS w 1885 w ogólnej statystyce nefrektomii wylicza 20 przypadków gruźlicy, podając jedynie nazwiska operatorów. Z tej ostatniej cyfry 3 przypadków nie mógł autor odszukać, są one, zdaniem jego, przytoczone błędnie. W roku 1885 pojawiła się dokładna praca De Jong'a z opisem na podstawie źródła 17 przypadków gruźlicy nerek. Największy jednak materiał zebrał dotychczas BRODEUR w obszernym swem dziele o chirurgii nerek, wydanem w 1886. Podaje on tam, wraz z dokładnem i źródłowem przytoczeniem historii chorób, 21 przypadków. Autor zestawia, jak już wspomniano, 108 przypadków, w tej liczbie 30 De Jong'a i BRODEUR'a, 65 odszukanych w literaturze, oraz 13 dotychczas nieogłoszonych: 1 HEUSNER'a, 2 NEUBER'a, 7 RIEDEL'a, 3 MADELUNG'a. Mniej lub więcej wyczerpujące opisy i historie tych chorób podane są w chronologicznym porządku.

Autor wyprowadza z nich następujące wnioski ogólne. Kobiety chorują dwa razy częściej niż mężczyźni; 103 razy podano płeć pacjentów, w liczbie tej było 30 mężczyzn i 73 kobiety, co dla tych ostatnich daje 70,8%. Nie zależy to od przypadkowego zbiegu okoliczności: u kobiet częściej spotyka się gruźlicę pierwotną, lub w jednej tylko nerce umiejscowioną, a zatem więcej nadają się one do operacyjnego leczenia. Największa ilość chorych była w wieku od lat 20 do 40. W całym szeregu przypadków nie można było rozpoznać gruźlicy przed operacją. Z 72 przypadków trafnie postawioną była diagnoza przed operacją u 38 chorych, 5 razy gruźlica nerki była prawdopodobną, co daje razem 59,7%, w pozostałych przypadkach rozpoznawano sprawę dopiero w czasie operacji. Najczęściej przyjmowano gruźlicę nerki za kamienie, otok ropny lub nowotwór. Przechodząc do pytania o następstwach zabiegów chirurgicznych, zastanawia się autor przede wszystkim nad nefrotomią. Z 20 chorych operowanych w ten sposób 15 umarło. Ażeby otrzymać właściwą cyfrę śmiertelności wskutek operacji, należy wyłączyć z tej liczby 3 przypadki, gdzie bezpośrednio nastąpiła poprawa, a śmierć dopiero w kilka miesięcy potem. Pozostaje 12 przypadków, co daje 60% śmiertelności. Z 8-iu przypadków pomyślnych, w 4 operacja przyniosła tylko ulgę, t. j. usunęła choć w części lub na czas pewien bóle i inne dolegliwości, w 4 pozostałych nastąpiło „wyleczenie“, w 3-ch razach niewiadomo czy trwałe, w 4-ym trwające 1½ roku po operacji, aż do raptownej śmierci pacjentki z niewiadomej przyczyny. Ponieważ jednak w tym ostatnim razie nerka okazała się bardzo mało zmienioną, a ognisko ropne leżało wyłącznie w tkance okołonerkowej, nie można, zdaniem autora, kłaść poprawy na karb wykonanej nefrotomii. Ogólnie rzeczy biorąc, wyniki nefrotomii nie przedstawiają się bynajmniej korzystnie. Wynik ten staje się jeszcze bardziej oczywistym, gdy zwrócimy uwagę na to, że w 16 przypadkach bezowocnej nefrotomii zrobiono następnie nefrektomię i że aż 10 razy otrzymano, jeżeli nie wyleczenie, to przynajmniej znaczną poprawę.

Na 88 nefrektomii operacja okazała się bezskuteczną w 26 razach (29,5%), 25 chorych zmarło (28,4%). W 17 jednak tylko przypadkach należy uważać śmierć za bezpośrednie następstwo operacji, w tej liczbie aż 8 razy umierali pacjenci wskutek mocznicy lub bezmoczu wobec silnie rozwiniętej gruźlicy nerki drugiej; jeżeli więc i te przypadki zechcemy odliczyć, pozostaje cyfra 9 śmierci wskutek operacji. Autor podkreśla okoliczność, że z 5 przypadków, które się zakończyły zapadem, w 4 robiono cięcie brzuszne i zwraca uwagę na niebezpieczeństwo otwierania jamy otrzewnej przy omawianych sprawach ropnych w nerce. Na 88 nefrektomii tylko 13 razy otwierano jamę otrzewnej, 4 z tych przypadków skończyły się śmiercią (30%), na 75 operacji zewnątrz-otrzewnych było 21 śmierci (28%); różnica śmiertelności na pozór niewielka. Zważywszy jednak, że 4 pierwszych pacjentów zmarło bardzo prędko po operacji skutkiem zapadu, mając zdrową i dostatecznie sprawną nerkę drugą, a 16 z pomiędzy 21 drugiej kategorii zmarło nie od bezpośrednich następstw operacji, dochodzi autor do przekonania, że cięcie brzuszne należy uważać za znacznie niebezpieczniejsze, aniżeli cięcie lędźwiowe. Wycięcie nerki przyniosło ulgę 62 chorym (70,5%). Jeżeli jednak z tych operacji, pomyślnymi wynikami uwieńczonych, wykluczyć wszystkie te, gdzie przynajmniej roczna obserwacja nie wykazała dobrego stanu zdrowia pacjenta co do drugiej nerki, pozostanie zaledwie 14 przypadków, w których operacja ulgę przyniosła.

Pomimo, iż na zasadzie swych cyfr i opisów chorób podanych, autor nie ośmiela się wyprowadzać zbyt kategorycznych i dokładnych wniosków, zawsze jednak,

zdaniem jego, wolno jest twierdzić, że przy jednostronnej gruźlicy nerki zewnątrz-otrzewnową drogą wykonana nefrektomia łagodzi dolegliwości i przedłuża życie chorego, nawet w przypadkach daleko posuniętych, czasami zaś udaje się tą drogą osiągnąć nawet trwałe wyleczenie.

(*Archiv. f. klin. Chirurgie* t. 45. z. IV).

K. R.

147. Prof. D-r M. SCHUELLER (Berlin). **Poszukiwania nad etyologią przewlekłych reumatycznych zapaleń stawów.** Już w roku zeszłym S. zwrócił uwagę, że w tkankach błony maziowej przy reumatycznych zapaleniach znajdował stale pojedyncze koki i głównie krótkie laseczniki, zawierające błyszczące ziarenka (spory?). Wówczas już z płynu, wydobytego ze stawów, dotkniętych przewlekłym reumatycznym zapaleniem, otrzymał autor czyste hodowle lasecznika o odrębnych własnościach biologicznych i morfologicznych.

Poszukiwania te prowadził w dalszym ciągu, szczepiąc płyn ze stawów reumatycznych w różnych okresach tego cierpienia, najczęściej ze stawów palców. Po uprzednim zdezynfekowaniu okolicy danego stawu, S. wkłupa igłę szprycki i wyciągnąwszy ją cokolwiek z powrotem, jest w stanie zawsze otrzymać nieco płynu, który przenosi natychmiast na żelatynę odżywczą w probówkach lub na płytkach. We wszystkich doświadczeniach otrzymywał autor czyste hodowle tych samych krótkich laseczników.

Hodowle te zastrzykiwał do stawów królikom. Małe ilości zastrzykniętej hodowli (0,1 gr.) wywoływały tylko nieznaczne obrzmienia, które powoli po kilku tygodniach znikały. Większe ilości (0,5 do 1,0 grama), zastrzyknięte do stawu, powodowały długotrwałe zapalenia stawów ze znacznym opuchnięciem i obrzękiem błony maziowej. Zwierzętom użytym do doświadczeń S. nie pozwalał dłużej nad 2 miesiące pozostawać przy życiu. Przed zabiciem królika S. wydobywał płyn z chorych stawów i przenosił znów na żelatynę. W każdym pojedyńczym przypadku otrzymywał czyste hodowle tego samego krótkiego lasecznika. W chorych stawach S. ani razu nie znajdował ropy, tylko nieco metnawego śluzowego płynu (*synovia*), na samej zaś błonie maziowej blado-różowe lub brunatne rozgałęzione wyniosłości (*Gelenkzotten*); na powierzchni chrząstek były one palczaste lub w formie liści z kolbiastymi końcami. W innych stawach (nie szczepionych) i narządach wewnętrznych S. żadnych zmian nie wykrywał.

Obraz ten wielce przypomina zmiany, jakie znajdujemy w stawach ludzi, dotkniętych przewlekłym reumatyzmem, a mianowicie tworzenie się przy tej sprawie brodawkowatych wyniosłości.

Hodowle, zastrzyknięte podskórnie, nigdy nie wywoływały ropienia, lecz 0,5 do 1 grama, zastrzyknięte pod skórę brzucha, powodowały śmierć zwierzęcia w 24 godziny przy objawach rozwołnienia; w miejscu zastrzyknięcia znajdowano silny obrzęk: w płynie tego ostatniego S. stale wykazywał obecność owych laseczników, również we krwi, głównie zaś we krwi śledziony i prawej komórki serca. Co się tyczy dróg, któremi lasecznik nowoodkryty dostaje się do ustroju, autor w obecnej chwili nie jest w stanie dokładnych podać wiadomości. Nowoodkryte laseczniki są krótkie z błyszczącymi ziarenkami, okrągławymi lub też owalnymi. W starych hodowlach znajdują się obok laseczników ich zarodniki, które przeniesione na nowe podłoże, dają te same czyste hodowle lasecznika. Wymiary ich są 2,24—2,76 μ , najczęściej 2,62 μ długości, 0,75—0,995 μ grubości. Czasami przedstawiają się jako nieco skrzywione. Fuksyną karbolową barwią się one wybornie, mniej dokładnie błękitem metylenowym i bismarckbraunem. Bardzo łatwo odbarwiają się. Hodowle rozwijają się dobrze w cieple 25° C.; wystawione na działanie światła zamierają; laseczniki te w dalszym swym rozwoju rozrzedzają żelatynę. Na agarze tworzą szarawe plamki i błonki, na płytkach rozwijają się białawe kolonie. Ze starych 10—12-to miesięcznych hodowli autor mógł na nowo przeszczepić te laseczniki, które znów dobrze rozwijały się i zachowywały wszystkie swe własności.

(*Berl. Klin. Wochenschr.* N. 36. 1893).

Leopold Lubliner.

148. A. BIRNBACHER. **Dwa przypadki nietypowych złogów wapiennych w rogówce, wyleczone na drodze chemicznej.** W dwóch prawie jednostajnych przypadkach wystąpiły na rogówce białe zmętnienia, wśród objawów silnego podrażnienia. Zmętnienie to, leżące pod nabłonkiem, w jednym przypadku było wyraźnie ziarniste, w drugim mocno nasycone i ostro odgraniczone. W wyciętych w celu badania kawałeczkach tkanki mikroskop wykazał w błonie BOWMAN'a i powierzchownych

warstewkach tkanki właściwej rogówki, mnóstwo ziareczek, silnie przełamujących światło. Po dodaniu 10% HCl ziareczka te znikają bez śladu. Hematoksylina barwiła je bardzo mocno, prawie czarno-niebiesko. Jeżeli na skrawek podzielano rozcieńczonym HCl i po przemyciu alkoholem barwiono hematoksyliną, miejsca gdzie przedtem były ziarenka, barwiły się znowu bardzo ciemno. Opierając się na tem, B. rozpoznał tego rodzaju zwapnienie tkanki rogówki, jakie ma miejsce przy zwykłym wapnieniu kości.

W obu przypadkach, po zdjęciu nabłonka za pomocą pendzelka z miejsca zajętego przez biały osad, B. puszczał na to miejsce pendzelkiem roztwór 5% kwasu solnego; rogówka wyjaśniała się natychmiast. Do neutralizacji kwasu użyto 5% roztworu węglanu sodu. Autor miał sposobność stwierdzenia, że wyleczenie pozostało trwałe. (*Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. Czerwiec. 1893*). B. R. G.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W klinice prof. RUMMO w Pizie probowano przy bladaczce wstrzykiwać różnych preparatów żelaza, mianowicie *ferrum ammonio-citricum*, *citro-ammonio pyrophosphoricum* i *citro-natrio arsenicosum*; pierwsze dwa w 10%, ostatni w 5% wodnym roztworze. Najlepsze wyniki otrzymywano po wstrzykiwaniach *ferrum ammonio-citrici*, po których ilość czerwonych krążków krwi i hemoglobiny szybko wzrastała już po 4—5 iniekcjach, objawy żołądkowe i bóle głowy ustępowały. Wstrzykiwania wykonywano z wszelkimi ostrożnościami w przestrzeni międzyłopatkowej, przyczem ani razu nie zauważono obrzmienia lub zaczerwienienia. Białkomocz też nigdy nie występował. We wszystkich 14 przypadkach, w ten sposób leczonych, poprawa była trwała. Szczególniej godnym było uwagi 5 razy spostrzegane powiększenie śledziony, zależne, zdaniem prof. RUMMO i DORI, od wywołanej przez żelazo zwiększonej czynności tego narządu. *Ferrum citro-ammonio pyrophosphoricum* nie nadaje się do wstrzykiwań, gdyż wywołuje silne podrażnienie na miejscu zastrzyknięcia. *Ferrum citro-natrio arsenicosum* działa skutecznie, lecz powolniej niż *ammonio citricum*, prawdopodobnie z powodu mniejszej ilości żelaza zawartego w tym preparacie i stosowania w mniejszych dawkach. (*Rif. med. 93. N-r 24 i 25*).

= Leczenie przerostu gruczołu krokowego nie daje, jak wiadomo, wyników zadawalniających. Mając na względzie analogię, zachodzącą pomiędzy macicą a gruczołem krokowym, postanowił ROCUM z Chrystyanii leczyć przerost gruczołu krokowego w sposób podobny, t. j. przez kastrację. Doświadczenia na psach wykazały, że po odjęciu obu jąder, w przeciągu paru miesięcy następuje zmniejszenie gruczołu krokowego. U świń wyrzeczanych gruczoł krokowy jest mniejszy, niż u nie wyrzeczanych. R. wyciął oba jądra u 73 letniego chorego, który przybył do szpitala z zatrzymaniem moczu. Gruczoł krokowy wyczu-

wał się w kieszce wielkości pomarańczy; kateteryzacji nigdy nie robiono; od 15 lat chory miał dolegliwości w oddawaniu moczu, w ostatnich latach oddawał mocz co godzinę. Chory był uprzedzony o rodzaju operacji, na którą, po porozumieniu się z żoną, zgodził się; 12-go dnia przedstawił R. chorego w Towarzystwie Lekarskim z ranami zagojonymi, zmniejszenie gruczołu krokowego stwierdzono od 3-go dnia po operacji. Chory wyzdrowiał, oddaje mocz w nocy 2 razy, we dnie 3—4 i pracuje jako stolarz. W drugim przypadku również po wycięciu jąder stwierdzono zmniejszenie gruczołu krokowego. (*Centr. f. Chir. N-r 35*).

= Pod nazwą *Sigmoiditis* opisuje MAYOR zapalenie *S. romani*, dające objawy podobne do zapalenia kątniczego i okołokątniczego (*typhlitis et perityphlitis*). Sprawa ograniczać się może tylko na zajęciu кишки albo też przechodzić na tkankę otaczającą i na otrzewną. Zaparcie stolca nawykowe gra główną, jak się zdaje, rolę w powstawaniu tej choroby. Najważniejszym objawem jest guz bolesny w lewym dole biodrowym. W *sigmoiditis* znajdujemy przy obmacywaniu ciało wałkowate, ruchome, którego koniec dolny sięga do miednicy małej, gdy górny ginie powyżej grzebienia kości biodrowej. Owo bolesne obrzmienie кишки może być wzięte za opisane przez GLÉNARD'a uciśnięcie opadniętego *S. romanum* (*Sigmoidalstrang*), dalej za zapalenie tkanki podskórnej (*phlegmone*) i zapalenie gruczołów chłonnych, za rozszerzenie żołądka i кишки grubej, wreszcie za *colitis muco-membranacea*. Chory na zapalenie *S. romani* często gorączkuje, są wychudli, język mają obłożony; stolce bywają zaparte. Wszystkie przez M. spostrzegane przypadki zakończyły się pomyślnie; w jednym tylko wytworzył się ropień, który pękł do кишки i zawartość wydalona została wraz ze stółcem. Leczenie polega na spokoju, pokarmach płynnych, kilku dawkach oleju rycynowego i codziennych irygacjach. (*Wien. med. Presse 35—93*). H. P.

= J. SIMON uważa nieżytowe zapalenie płuc u dzieci za sprawę wtórną, występującą przy osłabieniu ustroju, zwłaszcza podczas lub po odrze, krztuścu, grypie, błonicy, tyfusie, a także po katarze, zapaleniu krtani, oskrzeli i t. p. Dlatego też S. zaleca w po wyżej wspomnianych cierpieniach zakaźnych trzymać dzieci w pokoju zimową porą przez 2 miesiące, letnią przez miesiąc. Nieżyty nosa, gardzieli, oskrzeli leczyć należy bardzo starannie. Przy pierwszych objawach zapalenia płuc należy dziecko położyć do łóżka, dać ciepłe napoje, owinać dolne kończyny watą i zaraz z początku stosować ciepłe przemywania nosa salolem albo kwasem bornym, pędzlowania gardzieli i jamy ustnej roztworem kwasu bornego w glicerynie. Prócz tego należy dezynfekować używane przez chorego ubranie, naczynia, łyżki i inne przedmioty i dbać o czystość pościeli i pomieszczenia. (Bullet. med. N-r 53).

= KUPFENBERG podaje rzadki przypadek wodogłowia i syringomieli. U 48-letniego mężczyzny wystąpiły objawy ucisku mózgu, napady utraty przytomności, następnie porażenia pojedynczych nerwów twarzowych, jak przy guzach na podstawie mózgu. Badanie pośmiertne zwłok wykazało znaczne nagromadzenie się płynu w mózgu i prawdopodobnie zupeł-

nie od tego niezależną, przez pół rdzenia ciągnącą się i wypełnioną płynem szczelinę w obu szarych rogach. Objawy zależały od silnego rozszerzenia III komórki mózgowej. K. przypuszcza, że cierpienie było wrodzone, podaje 19 przypadków z literatury jednoczesnego istnienia wodogłowia i syringomieli i dodaje, że dotychczas było opisanych tylko 9 przypadków syringomieli, przebiegającej bez objawów. (Deut. Zeit. f. Nervenheilkunde. T. 4. 93).

= Przeciwno biegunce krwawej polecają salol z wodą chloroformową według następującego przepisu: *Saloli* 1,5, *Ol. ricini* 15,0, *Natr. bicarb.* 2,0, *Mucil.* 5,0, *Aq. chloroform.* 180,0, *Essent. Canell. gutt.* V. Z mieszaniny tej używać co 3 godziny po 2 łyżki stołowe. (Münch. med. Woch. N-r 33—93).

= Dr. E. SLAMMORE BISHOP w „Lancetie” z dnia 22 kwietnia, zaleca leczenie krwotoków w porodowych za pomocą ucisku aorty. Ponieważ krwawienia te pochodzą z tętnic macicy, które przez tętnicę nasienną wewnętrzną i tętnice maciczne zewnętrzne łączą się z aortą, ponieważ prócz tego powłoki brzuszne po porodzie wiotczą, więc ucisk na aortę jest możliwy i skuteczny. (Wien. med. Presse. 32—93).

Z. S.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku: Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1892, wydany staraniem Tow. Lek. Warsz. pod redakcją M. JAKOWSKIEGO, opracowany przez J. BĄCZKIEWICZA, WŁ. BRUNERA, K. CHEŁCHOWSKIEGO, H. DOBRZYCKIEGO, B. R. GEPNERA, WŁ. JANOWSKIEGO, WŁ. KOPYTOWSKIEGO, A. PUŁAWSKIEGO, J. PRUSZYŃSKIEGO, R. RADZIWIŁOWICZA, J. ROGOWICZA, B. SAWICKIEGO, WŁ. ŚWIĄTECKIEGO, J. ŚWIEŻYŃSKIEGO, WŁ. SZTEYNERA, W. SZUMLAŃSKIEGO, J. ZAWADZKIEGO i E. ZIELIŃSKIEGO. Rok XVI, odbitka z Pam. Tow. Lek. Warsz., Warszawa, 1893. str. 192.

— Wyszedł z druku: Podręcznik chirurgii szczegółowej prof. L. RYDYGIERA, dyrektora kliniki chirurgicznej Uniw. Jagiell., z licznymi rycinami, tomu drugiego zeszyt pierwszy. Poznań, 1893, str. 224. Zeszyt ten zawiera rzecz o chorobach kręgosłupa i klatki piersiowej.

— Wspomnienie pośmiertne. Ś. p. DOWNAR ZAPOLSKI urodził się na Żmudzi w Szawlach w roku 1850, szkoły ukończył w Kownie, akademię lekarską w Petersburgu w roku

1872 i od tegoż roku zamieszkał i pracował w Lublinie jako ordynator szpitala wojskowego; poświęcał się specjalnie okulistyce. Drukiem ogłosił prace następujące: Kilka spostrzeżeń zastosowania prądu stałego w znieczuleniu ciała szklatego (pomieszczona w księdze pamiątkowej dla prof. SZOKAŁSKIEGO. 1884). Przypadek krwotoku w siatkówce z zejściem w wyzdrowienie (Wiest. oftalm. 1890). W kwestyi higieny wzroku (Gaz. Lub. 1892). Przypadek nadmiernego przyspieszenia skurczów sercowych (*Tachycardia paroxysmalis*) z napadem, trwającym 19 dni i 8 godzin (Medycyna. 1892). Znamię macierzyste jednostronne (*Naevus unius lateris*) (Medycyna. 1893). Oprócz tego spora wiatranka prac pomieszczonych w rocznikach Tow. Lek. Lubelskiego. Nadto opracował wspólnie z kol. DOBRUCKIM i do druku przygotował: Słownik czesko-polski dla użytku lekarzy.

Kraj stracił w ś. p. DOWNARZE prawego obywatela, nauka sumiennego pracownika, rodzina wzorowego męża i ojca. Cześć pamięci zacnego i szlachetnego człowieka!