

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O ilościowym badaniu drobnoustrojów. Podali J. Brunner i A. Zawadzki. (Dokończenie). — Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika. Przez Karola Zagórskiego. (Dokończenie). — Wykłady kliniczne. Rzut oka na obecny stan nauki o chorobie Weill'a. Skreślił Stanisław Klejn. — **Streszczenia i Wyciągi.** 33. Przyczynek do nauki o samozakażeniu i gorączce z chłonięcia (Resorptionsfieber) powstającej podczas porodu w położu. 34. Rana drążąca czaszki w miejscu odpowiadającem prawemu zrazowi czołowemu, wypływ istoty mózgowej, wyzdrowienie. 35. Znaczenie gonokoków Neisser'a pod względem policyjno-lekarskim i badanie rzeżączki u niezrądnic. 36. O wpływie chloroformowania na powstawanie białkomoczu. 37. O współistnieniu raka wpustu i raka dwunastnicy. 38. O zabójczem działaniu roztworów mydła przeciw bakterjom cholery. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc luty r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące.** — Nadesłano do redakcyi. — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) J. Brunner et A. Zawadzki — Recherches quantitatives des micro-organismes. 2) D-r Ch. Zagórski — Traitement chirurgical des strictures néoplasiques du pylore.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) J. Brunner und A. Zawadzki — Ueber quantitative Untersuchungen der Bacterien. 2) D-r. C. Zagórski — Beitrag zur chirurgischen Behandlung der neoplastischen Pylorus-Stricturen.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

O ilościowym badaniu drobnoustrojów.

Podali: J. Brunner i A. Zawadzki.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 11).

W pierwotnej formie metoda Koch'a posiada pewne niedogodności: nikt ręczyć nie może, czy podczas wylewania żelatyny z probówki na płytkę i rozprowadzania jej w postaci równomiernej warstwy, nie nastąpi zanieczyszczenie hodowli przez zarodniki z powietrza.

Rozlewanie żelatyny do samego brzegu płytki wymaga w każdym razie pewnej wprawy, a niewykonanie tego warunku staje się następnie szkopułem, o który się rozbija ścisłość otrzymanego wyniku, albowiem powierzchnia nieprawidłowo skrzepłej żelatyny z trudnością daje się ocenić na centymetry kwadratowe. Oglądania płytek przed czasem obliczania kolonii należy bezwarunkowo unikać z obawy zanieczyszczeń z powietrza, liczenie zaś zapomocą siatki WOLFFHÜGEL'a jest dość uciążliwe.

Co się tyczy metody SMITH-ESMARCH'a, posiada ona tę jedyną zaletę, iż wyłącza w zupełności zanieczyszczenie przez zarodniki z powietrza; natomiast wady metody leżą jak na dłoni: rzadko tylko udaje się oprowadzić żelatynę po wewnętrznych ścianach w postaci zupełnie równej warstwy, a nierówności powierzchni wielce przeszkadzają prawidłowemu wzrostowi kolonii; tworzące się często w żelatynie pęcherzyki powietrza utrudniają badanie; zamoczenie korka przez żelatynę jest wielce nieprzyjemne, gdyż utrudnia wyjmowanie go z otworu probówki, a wyławianie kolonii z głębi przy pomocy igły platynowej wymaga dużej wprawy; wreszcie bakterye rozrzedzające żelatynę często zalewają całą probówkę, uniemożliwiając w ten sposób dalsze badania.

Metoda podana przez Roux, o ile wiemy, dotychczas używana jest tylko przez samego jej wynalazcę, sądzimy jednak, iż wadą jej jest podnoszona przez

autora konieczność wykonywania „*analyse préalable*” i przypuszczamy, iż możnaby się bez tej ostatniej obejść, używając np. pipety CHAUVEAU i ARLOING’a, odmierzającej maleńką, bo $\frac{1}{120}$ — $\frac{1}{150}$ części ctm. sz.; odbijanie kolonii na czułym papierze fotograficznym jest w każdym razie pomysłem dowcipnym i zasługuje na szersze zastosowanie.

Przyrząd ARLOING’a, zwany „analizatorem”, nie cieszy się dotychczas przy najmniej popularnością, jako nader złożony i drogi, a zalety jego naszym zdaniem są urojone.

Metody, polegające na hodowli w rozmaitego rodzaju fiaskach, wyłączają wprawdzie obawę zanieczyszczeń z powietrza i mogą pewne oddać przysługi w podróży i t. p., trudność jednak dokonywania przeszczepień i pewne niedokładności w obliczeniach obniżają ich wartość praktyczną.

Najdogodniejszą naszym zdaniem jest metoda hodowli na płytkach RIETSCH-PETRI’ego. Metoda ta cieszy się obecnie wielką popularnością, gdyż jest nadzwyczaj dogodna, przystępna, a pod względem ścisłości otrzymywanych wyników przewyższa bezwarunkowo płytkową metodę KOCH’a.

Przy dokonywaniu dość znacznej ilości badań bakteryologicznych posilkowaliśmy się stale płytkami PETRI’ego i po wyrobieniu sobie pewnego *modus agendi*, sądzimy, iż sposób nasz może w zupełności odpowiadać ścisłym nawet wymaganiom. W pracy naszej o badaniu wody ²⁴⁾ opiliśmy już w głównych zarysach użyty przez nas sposób postępowania; od owego czasu jednak mieliśmy w pracowni patologii ogólnej przy Uniwersytecie Warszawskim, jak również w pracowni miejskiej w Lublinie okazję dokonania większej ilości jakościowych i ilościowych badań bakteryologicznych, w których pierwotnie przez nas używana metoda uległa pewnym zmianom.

Ramy niniejszego artykułu pozwalają nam jedynie na uwzględnienie tej strony naszego badania, która ma ilościowe cele na względzie. Przedewszystkiem więc musimy tu opisać nader prosty rysunek, który nam służy w zastosowaniu do płytek PETRI’ego, jako siatka.

Ponieważ dno płytki, a więc i wylana na nie żelatyna przedstawia powierzchnię koła o promieniu $4\frac{1}{2}$ — 5 ctm., zadanie więc wykreślenia siatki sprowadza się do podzielenia koła na pewną ilość równych części; daje się to bardzo łatwo wykonać zapomocą linijki i cyrkla.

Promieniem, odpowiadającym połowie średnicy płytki, opisujemy koło, które następnie odpowiednimi promieniami dzielimy na 16 równych wycinków, wreszcie zakreślamy wewnątrz koła 3 inne współśrodkowe koła tak, iżby powierzchnia każdego wycinka podzielona była na 4 równe części. To ostatnie możliwe jest wtedy, jeżeli promienie poszczególnych kół są między sobą w pewnym ściśle określonym stosunku. Stosunek ten wypływa z następującego prostego rozumowania (patrz rys.). Przypuśćmy, że powierzchnia koła, zakreślonego promieniem $Od = r$, podzielona jest na 16 równych wycinków i że każdy z tych ostatnich, np. wycinek Ood_1 podzielony jest przez współśrodkowe koła o promieniach $Oa = r_1$, $Ob = r_2$, $Oc = r_3$ na cztery równe części, czyli, że $Oaa_1 = aa_1b_1b_1 = bb_1c_1c_1 = cc_1d_1d_1$. Pozostaje tedy znaleźć stosunek wielkości r_1, r_2 i r_3 do wielkości r , która dla nas jest wiadoma.

Powierzchnia koła, zatoczonego z promienia r_1 , równa się πr_1^2 ; powierzchnia małego wycinka $Oaa_1 = \frac{\pi r_1^2}{16}$; dalej, powierzchnia koła, zatoczonego

²⁴⁾ J. BRUNNER, Z. MIERZYŃSKI i A. ZAWADZKI. Wyniki badań wody studziennej w mieście Lublinie. (Pamiętnik Towarz. Lek. War. 1893, zosz. III).

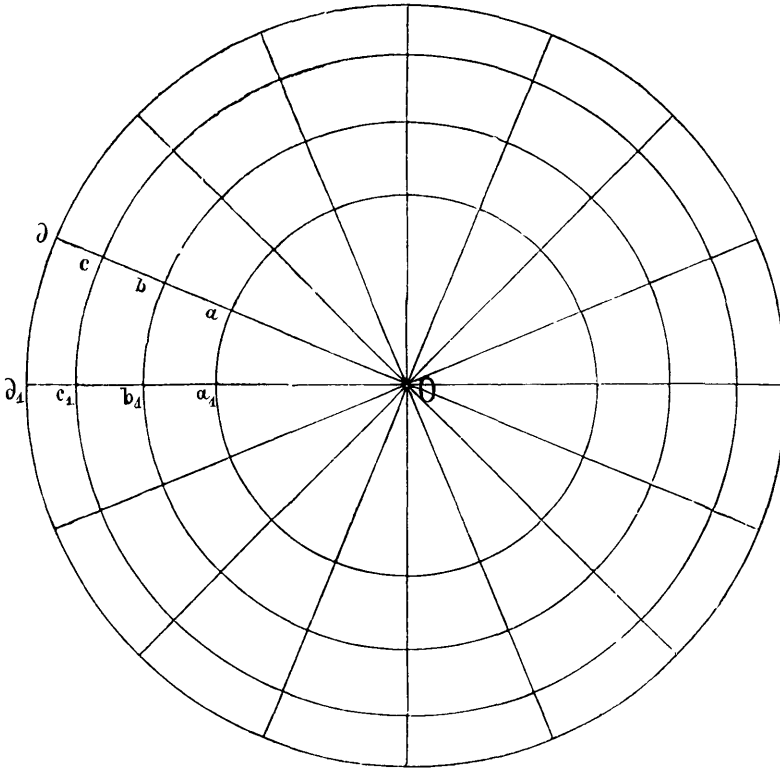
z promienia r równa się πr^2 , powierzchnia dużego wycinka $Odd_1 = \frac{\pi r^2}{16}$; że zaś $Oaa_1 = \frac{Odd_1}{4}$, wynika stąd

$$\frac{\pi r_1^2}{16} = \frac{\pi r^2}{4 \cdot 16} = \frac{\pi r^2}{64}$$

$$\text{otrzymujemy } r_1 = \frac{r}{2}$$

Powierzchnia koła, zatoczonego z promienia r_2 , równa się πr_2^2 , powierzchnia wycinka $Obb_1 = \frac{\pi r_2^2}{16}$;

$$\begin{aligned} &\text{ponieważ } Obb_1 = 2 Oaa_1, \\ &\text{więc } \frac{\pi r_2^2}{16} = 2 \frac{\pi r^2}{64} = \frac{\pi r^2}{32}; \\ &\text{stąd } r_2 = \frac{r}{2} \sqrt{2} \end{aligned}$$



Powierzchnia koła o promieniu r_3 równa się πr_3^2 ; powierzchnia wycinka $Occ_1 = \frac{\pi r_3^2}{16}$; że zaś $Occ_1 = 3 Oaa_1$,

$$\text{więc } \frac{\pi r_3^2}{16} = 3 \frac{\pi r^2}{64}.$$

$$\text{Otrzymujemy stąd, że } r_3 = \frac{r}{2} \sqrt{3}$$

Z powyższego wynika, iż stosunek zachodzący między promieniami r , r_1 , r_2 i r_3 jest następujący:

$$r : \frac{r}{2} : \frac{r}{2} \sqrt{2} : \frac{r}{2} \sqrt{3}$$

Tak więc r_2 jest bokiem kwadratu, a r_3 bokiem równobocznego trójkąta wpisanego w koło, którego promień $\frac{r}{2} = r_1$.

Innymi słowy, zatoczywszy koło z promienia $\frac{r}{2}$, możemy z łatwością przez wpisanie doń kwadratu i równobocznego trójkąta otrzymać wielkość r_2 i r_3 .

Powyżej przytoczony rysunek posiada tę wyższość nad np. siatką WOLFF-HÜGEL'a, że daje się z łatwością wykonać i zastosować do rozmaitej wielkości płytek PETRI'ego. Rysunek wykonywa się na czarnym papierze białym atramentem i kosztuje jedynie kilka minut pracy. Podstawiając go pod płytkę, otrzymujemy całą powierzchnię żelatyny podzieloną na 64 równe części. Przy pomocy szkła powiększającego obliczamy ilość kolonii, odpowiadającą pewnej ilości oczek naszej siatki, obliczamy stąd przeciętną i mnożymy przez ogólną liczbę oczek czyli przez 64.

Zauważymy tutaj, iż dla ścisłości szukanych ilościowych wyników, należy wybierać płytkę o możliwie płaskim dnie i ściśle pionowych ścianach.

Jeżeli ilość rozwijających się kolonii na płytce jest bardzo znaczna i obliczanie przy pomocy siatki jest nieco utrudnione, wówczas postępujemy według opisanego wyżej sposobu BUCHNER'a, LONGARD'a i RIEDLIN'a i obliczania dokonujemy pod mikroskopem ²⁵⁾.

Tyle o technice liczenia.

W całości używana przez nas metoda przedstawia się jak następuje: Odpowiednio do przypuszczalnej zawartości bakterii w badanym płynie, ilość jego dodawana do żelatyny odżywczej w próbówce jest różna: 1 — $\frac{1}{2}$ lub mniejsza część centymetra sześciennego, obliczona na ilość kropeł (przy użyciu długich włosowatych pipet według ARLOING'a udaje się nam z łatwością odmierzyć $\frac{1}{100}$ — $\frac{1}{150}$ części centm. sz.); czasami kłócimy badany ośrodek — najczęściej postępujemy tak z mlekiem i kałem — z wodą wyjałowioną w stosunku 1 : 100 — 1 : 1000 i stąd już bierzemy pewną ilość kropeł.

Do każdego badania używamy 4 — 6 próbek badanego ośrodka zazwyczaj w rozmaitych ilościach i mieszamy dokładnie każdą próbkę z 10 ctm.³ rozpuszczonej 10% żelatyny w próbówce; przy nieznacznym odchyleniu pokrywy płytki (po przeprowadzeniu brzegu próbówki przez płomień) wylewamy na nią zawartość próbówki. Kilka poruszeń płytką wystarcza do równomiernego pokrycia całego dna żelatyną, poczem płytkę stawiamy na poziomej powierzchni. Po zastygnięciu pożywki płytki trzymane bywają w termostacie przy 22° C. Ażeby rozrzedzające żelatynę, a szybko rosnące bakterie nie pokryły sobą innych kolonii, po upływie 2 — 3 dni ostrożnie przy pomocy długiej włosowatej rurki wysysamy rozpuszczoną część danej kolonii i zastępujemy ją małą kropelką glicerynowego roztworu sublimatu (0,2‰). W ten sposób zachować można płytki nawet do dni 15, dbając tylko o to, aby w ter-

²⁵⁾ Pozwalamy sobie tutaj dodać, iż opisana siatka, wykonana na szkle w małym formacie (na wzór t. z. „Ocularmikrometer“), mogłaby oddać pewno usługi przy niektórych robotach mikroskopowych, np. przy obliczaniu drożdży, ilości ciałek krwi, laseczników gruzliczych w płwocinie i t. p.

mostacie znajdowało się naczynie z wodą dla zapobiegania wysychaniu żelatyny. Ponieważ, jak na to już zwracano uwagę, przy wylewaniu żelatyny na płytkę zawsze w próbówce pozostaje część bakteryi, dla uniknięcia więc mogącej stąd wynikać omyłki, do opróżnionej próbówki dolewamy 2—3 ctm³ wyjałowionej żelatyny i, zmieszawszy znowu, dajemy pożywcę zastygnać w postaci płaskiej warstewki, jak to czyni Roux. Liczbę kolonii, rozwijających się w próbówce, dodajemy do odpowiedniej liczby, otrzymanej z obliczenia na płycie. Obliczenia dokonywamy zazwyczaj po upływie dni sześciu i jeżeli pożywka jest należycie przygotowana, to, poczynając od 7-go dnia, rzadko kiedy udaje się spostrzeżać zjawianie się nowych kolonii. Z liczb, jakie otrzymujemy przy obliczeniu całej ilości użytych do badania płytek *resp.* dodatkowych probówek, obliczamy liczbę przeciętną, rozumie się, prowadząc poszczególne liczby do jednostki objętościowej lub wagowej badanego ośrodka.

Podaną tu metodę, wypróbowaną niejednokrotnie, ośmielamy się polecić uwadzie tych, którzy dbać zwykli o ścisłość ilościowych badań.

Warszawa dnia 1 grudnia 1893 r.

Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika

przez Karola Zagórskiego

b. asystenta klin. chirurg. fakultetowej warsz., lekarza szpitala Ś-go Wincentego à Paulo w Lublinie.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Tow. Lekar. Warsz. 6 Marca 1894 r.).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 11).

Jeżeli teraz na zasadzie wszystkich powyżej przytoczonych faktów i danych chcielibyśmy ocenić praktyczną wartość pozyskanych drogą omawianych operacyi naukowych zdobyczy, to przyznać musimy, że śmiałe pomysły, wyteżone usiłowania i długoletnia praca całego już niemal pokolenia chirurgów, po dziś dzień dały wyniki praktyczne niezbyt doniosłe. Istotnie doszliśmy do przekonania, że choroby samej zabieg operacyjny nie leczy, a życie choremu nie o wiele przedłuża. Jedyną korzyścią praktyczną, jaką chirurgia w walce z tą straszną chorobą osiągnęła, jest znaczne złagodzenie, a nawet często zupełne zniesienie strasznych dolegliwości, zwężeniu odźwiernika towarzyszących, a od niedrożności żołądka zależnych, przez wytworzenie żołądkowo-jelitowej przetoki. Wyniku tego lekceważyć się nie godzi. Gdzie choroby samej leczyć nie możemy, tam, znosząc ból, a przeto czyniąc choremu życie znośnem, znaczną część zadania swego spełniamy, bo, jak słusznie zauważył już HIPPOKRATES, „*sedare dolorem divinum est*“. Ale skutek ten jesteśmy jedynie w stanie osiągnąć drogą tak morderczego rękoczynu, że w rękach nawet wyćwiczonych specjalistów daje on, jak widzieliśmy, 42% zejść śmiertelnych!.. Dziwić nas to nie może, jeśli weźmiemy pod uwagę, że operacyę tę wykonujemy wśród tkanek chorobowo zwyrodniałych, na narządach głęboko położonych,— że trwa ona długo, a przedsięwzięcie się na wyniszczonych cierpieniem osobnikach; ale niemniej przeto cyfra powyższa jest wymowna i odstraszaająca. Rodzi się więc pytanie: czy niebyłoby możliwem zapewnić choremu tę samą ulgę drogą mniej ryzykownej interwencyi? Tu otwiera się dla pomysłowości

chirurga nowe pole, – pole, które, jak zobaczymy, po dziś dzień odłogiem nie leży. Przedewszystkiem usiłowano zastąpić gastroenterostomię przez zwyczajną duodeno-*respective* jejunostomię. Pierwszy operację tę w tym celu wykonał LANGENBUCH, po nim SOUTHAM – obaj z ujemnym wynikiem. W nowszych podręcznikach o rękoczynie tym znajdujemy tylko krótkie wzmianki. Tak w ostatnim wydaniu chirurgii szczegółowej MOSETIG-MOORHOF pisze ¹⁴⁾: „Podjęta w ostatnich czasach, a już zaniechana duodenostomia dała najgorsze wyniki: wszyscy chorzy, u których ją zastosowano, w krótkim czasie po operacji zmarli“. Z odnośnych szczegółowych spostrzeżeń znana mi jest tylko, i to z referatu, praca MAYDL'a ¹⁵⁾. Chory jego przeżył po operacji 7 tygodni, a niewielu chorych, rękoczynowi temu poddanych, i tego kresu dosięgło. Wszyscy ci chorzy ginęli w tak krótkim czasie nie wskutek zupełnego wyłączenia trawienia żołądkowego, bez którego, jak wiadomo, życie znacznie dłużej trwać może, a jedynie dla tego, że tracąc przez przetokę całą ilość żółci i soku trzustkowego, ulegali szybkiemu upadkowi ogólnego odżywiania, przyczem niechybnie naokoło brzegów przetoki rozwija się uparta a dokuczliwa pryszczycza. MAYDL jednak nie zaniechał myśli zastosowania jejunostomii przy leczeniu raka żołądka, a tylko starał się metodę tę udoskonalić. O ile dopiął zamierzonego celu, przekonamy się z opisu nowego jego pomysłu, który dał mi pochop do podjęcia niniejszej pracy.

Spostrzeżenie MAYDL'a ¹⁶⁾ dotyczy chorych, u których po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że nowotwór, powodujący zwężenie odźwiernika, rozpościera się nadto w postaci gęsto rozsianych guzków na całą niemal *curvatura major*, o wykonaniu więc bądź gastrektomii, bądź gastroenterostomii nie mogło być mowy, gdyż i tę ostatnią wykonywać by należało na zajętych przez nowotwór tkankach. MAYDL postąpił w tym przypadku w następujący sposób: Odszukawszy dwunastnicę, o 20 ctm. poniżej *plica duodeno-jejunalis*, przeciął wpoprzek cienkie jelito i oba przecięte końce wydobywszy nazewnątrz, zamknął przedewszystkiem kilku czasowemi szwami jamę brzuszną, aby uniknąć możliwego zakażenia otrzewnej. Następnie w dolnym odcinku jelita, o 10 ctm. poniżej przecięcia, zrobił otwór 3 ctm. długi ¹⁷⁾ i do otworu tego przyszył przecięcie górnego odcinka jelita. Opuściwszy następnie zeszyte części do jamy otrzewnej, koniec dolnego odcinka kiszek wszył do rany w ścianie. W ten sposób utworzył MAYDL przetokę cienkiego jelita, przez którą ani żółć, ani sok trzustkowy nie powinny były wypływać, gdyż część jelita, przez którą wydzieliny te dostają się do dolnych odcinków kiszek, otwierała się o 10 ctm. poniżej przetoki do owego otworu w dolnym odcinku jelita. Skutek w zupełności odpowiedział oczekiwaniu. Przez przetokę nie wydzielala się ani żółć, ani sok trzustkowy, trawienie odbywało się względnie prawidłowo, a ogólny stan chorej szybko się poprawił.

Opisany rękoczyn miałem sposobność zastosować u chorej dotkniętej rakiem odźwiernika, 13-go Maja 1893 r. Oto krótki opis tego spostrzeżenia.

Anna Momot, wyrobnica, 41 lat wieku licząca, przybyła do szpitala Ś-go Wincentego w Lublinie 28. IV. 1893 r. Z wywiadów okazuje się, że przedtem nigdy nie chorowała, z wyjątkiem ciężkiej cholery, którą przebywała w naszym szpitalu

¹⁴⁾ Tom II str. 314 (tłumaczenie rosyjskie Saliszczewa).

¹⁵⁾ Ueber Jejunostomie etc. Wiener Medic. Jahrbücher 1887.

¹⁶⁾ O novém způsobu provedení jejunostomie co přispěvek k nauce o radikálném a paliativnem léčení zúžení pyloru. Časop. Léč. českých. Nr. 1 i 2. 1892. r.

¹⁷⁾ Obwód cienkiego jelita zazwyczaj około 6 ctm. wynosi. (Przyp. aut.).

przed 8 miesiącami. Od tego czasu straciła peryody, czuła się ciągle osłabiona, a od 4-ch miesięcy zaczęły jej dokuczać wymioty, które z początku przytrafiały się tylko niekiedy, następnie powtarzały się częściej,—od 2-ch miesięcy przychodziły zawsze, po spożyciu każdego stałego pokarmu, a obecnie od 10-u dni chora nie może przyjąć żadnego płynnego nawet pożywienia bez zwymiotowania go najdalej w ciągu 2-ch godzin. Bolesci nie miewała i niema wcale, prócz pewnej obolałości w okolicy przyczepów przepony do żeber, silnemi ruchami wymiotnemi powodowanej. Od 4-ch miesięcy stała skłonność do zaparcia stolca. Z oględzin przekonujemy się, że chora średniego wzrostu, wątłej budowy, jest w wysokim stopniu niedokrewna i wycieńczona. Powłoki zewnętrzne woskowo blade, tkanka tłuszczowa niemal zupełnie zanikła. W okolicy dolka podsercowego, nieco na lewo od linii środkowej, daje się już okiem dostrzedz, a ręką wyraźnie wymacać guz wielkości małej pięści, niezbyt ruchomy, przy ucisku niebolesny. W innych narządach żadnych złożeń nie znaleziono. Tętno słabe, lecz prawidłowe, 82 uderzenia na minutę. Na zasadzie powyższych danych, rozpoznawszy po naradzie z kol. JAWOROWSKIM raka odźwiernika, zaproponowałem chorej operację, ku której zrazu niebardzo się skłaniała; lecz gdy stan jej coraz się pogarszał, sama dopominała się o chirurgiczną interwencję. Operacja wykonana została 13 maja, przy pomocy kolegów: ARNSZTEJNA, CZERWIŃSKIEGO, DOBŁUCKIEGO, JAWOROWSKIEGO i OLECHNOWICZA. Cięcie w linii środkowej, 12 ctm. długie, rozpoczynając o 5 ctm. poniżej *scrobiculum cordis*. Po wprowadzeniu ręki do jamy otrzewnej, okazuje się, że guz odźwiernika od przodu zrośnięty jest z dolnym brzegiem lewego płata wątroby,—z tyłu ściśle do trzustki przylega. Żołądek mały, ściągnięty. Całe nowotworowe ognisko oplątane wielką siecią, w której gęsto rozsiane nowotworowe guziki. Najtrudniejszym aktem operacji okazało się odszukanie dwunastnicy. Musiałem dodać poprzeczne cięcie 6 ctm. długie, zanim wśród splotów poprząstanej sieci zdołałem ująć pętlicę cienkiego jelita i przesuwając ją między palcami, dojść po niej do przytrokowanej w głębi, wraz z odźwiernikiem, w okolicy kręgosłupa, dwunastnicy. Dalszego ciągu operacji opisywać nie będę, nie przedstawiała już bowiem dalej żadnej trudności i nieczem się nie różniła od podanego wyżej przez MAYDL'a przebiegu. Po operacji zapasć, która po podskórnych zastrzyknięciach kofeiny i olejku kamforowego ustąpiła. Nazajutrz przez cały dzień ciepłota normalna, tętno około 100. Chora skarży się pod wieczór na dokuczliwy kaszel. Wymiotów od operacji nie było. *Per os* przyjmuje nieco wina—zresztą lewatywy odżywcze. Na trzeci dzień zdjęto opatrunek (na którym nieco różowawej wydzieliny) i, wprowadziwszy przez przetokę sondę żołądkową, wiano przez nią 3 szklanki mleka z rosołem i 2 kieliszki wina. Ciepłota ciała normalna, tętno 104. Czwartego dnia zdjęto znowu prawie zupełnie suchy opatrunek. Z przetoki nic nie wypływa. Wprowadzono znowu przez sondę żołądkową litr mleka i nieco wina. Kaszel trwa ciągle. Rano dnia tego ciepłota prawidłowa, tętno drobne, nikle, 104. Wieczorem ciepłota 35,5, tętno nitkowate, około 120. 17-go maja o 4-ej rano chora zmarła. Przy sekcji znaleziono: zapalenie dolnego zrazu prawego i lewego płuca, rak odźwiernika, trzustki i lewego zrazu wątroby, przerzutowe ogniska rakowate wielkości orzecha włoskiego w prawym zrazie wątroby, rozsiane guziki nowotworowe wielkiej sieci, obrzmiałe i przerodzone nowotworowo zaotrzewnowe gruczoły chłonne; szew kiszkowy trzyma dokładnie. Zapalenia otrzewnej niema.

Zwracając się teraz do oceny pomysłu MAYDL'a, przedewszystkiem zaznaczyć musimy, że drogą plastycznej operacji utworzona przezeń przetoka tem się różni od innych przetok jelitowych, że przez nią nic nie wypływa nazewną, a przeto nie stanowi ona tak dokuczliwego kalectwa, jak każda inna przetoka kanału pokarmowego. Z przebiegu spostrzeżeń MAYDL'a przekonaliśmy się, że wobec raka żołądka może ona zastąpić w skutkach skomplikowaną operację gastroenterostomii. O odsetce śmiertelności po operacji tej mówić nie możemy, wobec braku stosownej liczby odnośnych spostrzeżeń, *a priori* jednak twierdzić jesteśmy w stanie, że wobec względnej łatwości jej wykonania procent ten znacznie mniejszym, niż przy gastroenterostomii okazać się musi. Nie wymaga ona nadto ani takiej biegłości od operatora, ani tak wyćwiczoney asystencji. Nakoniec może ona być wykonana w takich oko-

licznościach, w których, wobec szczególnie ujemnych warunków, jak np. w mojem spostrzeżeniu, gastroenterostomia byłaby, jeśli nie zupełnie niewykonalna, to przynajmniej nadzwyczajne przedstawiałaby trudności. MAYDL kładzie nadto nacisk na to, że rękoczyn ten nie tylko wobec raka żołądka może znaleźć zastosowanie. I tak, możnaby go wypróbować przy bliznowatych zwężeniach odźwiernika. Wiadomo, że zwężenia takie, wskutek drażnienia przechodzącymi przez nie pokarmami, ciągle się potęgują, doprowadzając stopniowo do zupełnej niedrożności żołądka. Otóż MAYDL przypuszcza, że utworzywszy taką przetokę i zniosłszy w ten sposób na czas jakiś w zupełności ciągle drażnienie zgrubiałej i nacieczonej blizny w odźwierniku, dałoby się osiągnąć rozciągnięcie, rozluźnienie tej blizny, a przez to wpłynąć na usunięcie objawów, od zwężenia odźwiernika zależnych. Przyznam, że to przypuszczenie MAYDL'a nie jest dla mnie zbyt przekonujące; o ile bowiem wystawiam sobie, że postępowanie takie mogłoby czasowo na ścieńczenie i zwolnienie zgrubiałych i drażnionych ciągle blizn wpłynąć; o tyle z drugiej strony więcej niż prawdopodobne jest, że po zamknięciu przetoki, wobec powrotu do poprzednich warunków, te same objawy znowu się rozwiną. O wiele skuteczniejszą okazałaby się mogła operacja MAYDL'a przy innych cierpieniach, wymagających zapewnienia żołądkowi bezwzględnej spokoju, o których także wspomina autor, a przede wszystkim wobec wrzodu dziurawiającego żołądka,— i tu, zdaje mi się, leży punkt ciężkości pod względem przyszłego zastosowania tego rękoczynu. Istotnie wiemy, że cała dzisiejsza terapia wobec dziurawiającego wrzodu żołądka polega na zapewnieniu mu przez czas dłuższy możliwego spokoju. Ale spokój ten, nawet przy najbardziej ograniczonej dyecie, będzie zawsze urojonym, najstraszniejszym bowiem pokarm, wnikałszy do żołądka, zawsze pewne kurczenie się mięśni jego wywoływać musi, przez co nieraz powtórzenie uporczywego krwotoku wywołuje. Tymczasem po zastosowaniu operacji MAYDL'a jesteśmy w stanie dać żołądkowi rzeczywisty, bezwzględny spokój, znieść czasowo zupełnie wszelką jego pracę, a przez to postawić cierpiący narząd w idealnych warunkach ku zblizeniu się defektu w jego ścianach. Skoro zaś będziemy w stanie wnieść, że owrzodzenie żołądka już się zbliżyło, wówczas wyleczenie przetoki osiągniemy w sposób bardzo prosty. Wystarczy nam w tym celu otworzyć jamę brzuszną naokoło przetoki, odciąć zrost jelita cienkiego ze ścianą brzuszną, wwinąć brzegi odciętego jelita tak, aby się stykały surowiczymi powierzchniami, nałożyć na powierzchnie te jeden rząd szwów LEMBERT'a i opuściwszy zeszyte jelito do jamy otrzewnej, zeszyć brzegi niewielkiej rany w ścianie brzusznej.

Nadmienić muszę, że, jak wiadomo, kuszono się już o leczenie dziurawiającego wrzodu żołądka na drodze chirurgicznej. Wykonywano mianowicie w tym celu resekcję części żołądka, przez wrzód dziurawiający zajętej, parę razy nawet z pomyślnym wynikiem. Ale jakaż tu zachodzi różnica w ważności samej interwencji! Wszak celem wykonania takiej resekcji, potrzeba było przede wszystkim żołądek szeroko roztworzyć, oczyścić go ze skrzepów i śluzu, odnaleźć w jego jamie dotknięte cierpieniem miejsce, a potem dopiero przystąpić do resekcji, która sama już przez się, wiadomo, jak groźne niebezpieczeństwo dla chorego przedstawia. To też wszystkie przytoczone względy, dotyczące zastosowania w tym celu operacji MAYDL'a, jakkolwiek, o ile mi wiadomo, po dziś dzień praktyką nie poparte, są jednak dla mnie tak przekonujące, że nie wahałbym się przy pierwszej zdarzonej sposobności operację MAYDL'a w obec wrzodu dziurawiającego żołądka wykonać.

Na zakończenie jeszcze jedno słowo. Gdy przed kilku laty na całej linii wysuniętych naprzód chirurgicznych placówek zapanowało pewne zniechęcenie do stosowania resekcji żołądka wobec raka odźwiernika, a był to czas, kiedy właśnie ku duodenostomii zwracać się zaczęto, BILLROTH uporczywie trzymał się dawnej metody, zasłaniając się ulubioną dewizą mistrza swego LANGENBECK'a: „*nunquam retrorsum*“. Nie sądzę jednak, aby torowanie nowych dróg w nauce wstecznością nazywać się godziło, choćby one na razie nie wiodły do zamierzonego celu. Jeśli gdziekolwiek — to tu mianowicie luzny skądinąd aforyzm: „*in magnis voluisse satis*“, ma istotną rację bytu, — i bezowocne bowiem na razie usiłowania żlobią jednak na niwie wiedzy żyzną bruzdę, z której nieraz w przyszłości bujnym plonem myśl ludzka wyrasta. Tak widzieliśmy, że niedawno do życia powołana, a już zarzucona jejunostomia, udoskonalona przez MAYDL'a, zyskuje dziś znowu w nauce prawo obywatelstwa. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę, że operacja ta, oryginalna i śmiała pomysłem, dostępna i łatwa w wykonaniu, nie tylko odpowiada swemu założeniu, ale nadto w przyszłości i w innym celu stosowana, może wydać doniosłe praktyczne wyniki, — to przyznamy, że MAYDL, nie przeceniając wartości swej pracy, miał prawo w nagłówku jej położyć godło: „*Nemini cedo*“.

WYKŁADY KLINICZNE.

FREYHAN.

Rzut oka na obecny stan nauki o chorobie Weil'a.

Streścił Stanisław Klejn.

Pomimo obfitego stosunkowo materiału kazuistycznego, stanowiska nosologicznego choroby WEIL'a nie można nazwać utrwalonem. Autor na zasadzie własnych spostrzeżeń i studyów literackich szkicuje obraz chorobowy tego cierpienia, zastanawia się nad poszczególnymi objawami i rozbiera dane, mogące wyświecić etyologię choroby oraz stosunek tej ostatniej do innych cierpień pokrewnych.

Cierpienie to, w którym nie można wykazać ani okresu wylegania ani zwiastunów, rozpoczyna się nagle od dreszczów i gorączki, połączonych z osłabieniem, zawrotami głowy, gwałtownym bólem głowy i zajęciem *sensorii*, słowem od obrazu niezmieranie przypominającego dur brzuszny. Wkrótce jednak zjawiają się objawy ze strony narządów brzusznych, rzadko spotykane przy tyfusie, a cechujące rzecz można omawianą chorobę: oprócz utraty łaknienia, skłonności do rozwolnienia, już w pierwszych dniach występuje żółtaczka, której rzadko brak, znaczne obrzmienie i bolesność wątroby oraz powiększenie śledziony. Ze strony nerek zjawiają się objawy, dowodzące obecności ostrego zapalenia: białkomocz, wałeczki i nabłonek nerkowy. Prócz tego występują silne bóle mięśniowe szczególnie w łydkach, wzmagające się od ucisku. Gwałtowny ten obraz chorobowy już na 5 lub 8 dzień wykazuje znaczne zwolnienie: gorączka stopniowo opada, objawy ze strony mózgu i serca znikają, wątroba i śledziona wracają do rozmiarów prawidłowych, żółtaczka powoli znika, najdłużej jednak trwają bóle w łydkach, dokuczając chorem w okresie zdrowienia, a nawet i później.

Choroba napada przeważnie mężczyzn (90%), dzieci i starcy rzadko na nią zapaдают. Zauważono także, iż cierpienie to bardzo często spostrzegać się daje u rzeźników.

Rozbierając oddzielne objawy, widzimy, iż ciepłota podnosi się szybko do 40°, a nawet wyżej i w ciągu 5—6 dni powoli opada. Typ ten widzimy w większości przypadków. Zdarza się jednak, i to stosunkowo często, że okres opadania gorączki zostaje przerwany przez nowe wzniesienie się ciepłoty, trwające niekiedy kilka dni, poczem chory przychodzi do zdrowia. Bywa i tak, że wzniesień zjawia się kilka, lecz mniej gwałtownych, niż w początku choroby, przyczem niekiedy wszystkie objawy chorobowe na nowo wracają, słowem mamy do czynienia z t. zw. powrotem choroby.

Tętno w pierwszych dniach jest częste (110—120), niekiedy dwubitno, szybko jednak opada, poprzedzając w tem zwykle spadek ciepłoty. Zwolnienie to tętna, przy istniejącej jeszcze gorączce, należy złożyć na karb obecności we krwi składników żółci, tembardziej, że występuje ono najwyraźniej tam, gdzie żółtaczką dosięgła wysokiego natężenia.

Do obrazu choroby należą ciężkie objawy mózgowc: zajęcie *sensorii*, senność i śpiączka, bredzenie o charakterze niekiedy gwałtownym, bóle głowy, zawrót głowy, drganie ścięgien i czkawka.

Żółtaczką stanowi jeden z wyróżniających się objawów choroby. Natężenie jej, wahające się w szerokich granicach w przypadkach, gdzie wypróżnienia nie są zabawione, zależy od stopnia zastojów żółci, w innych zaś należy przypuścić hipersekrecję żółci, zależną od podrażnienia komórek wątrobowych czynnikiem chorobotwórczym. Przy uważnem oglądaniu chorego możemy zauważyć żółtaczkę już drugiego dnia choroby, zwykle jednak występuje ona wyraźnie na 3 lub 5 dzień, szybko bardzo się zwiększa, trwa 10—14 dni, poczem stopniowo znika. W związku z żółtaczką należy postawić swędzenie skóry, widzenie na żółto i skażenie krwotoczne, wyrażające się krwawieniem z nosa, z kiszki, nerek, łącznicy, krwiopłuciem, wylewami do tkanki podskórnej.

Obniżenie wątroby zdarza się nie we wszystkich przypadkach; zależne ono jest prawdopodobnie od stopnia zastojów żółci. Śledziona natomiast bardzo często (75%) jest wyraźnie powiększona, raz więcej, raz mniej. Objaw ten zjawia się jednocześnie prawie z gorączką i wraz z nią znika. Podczas powrotów choroby rzadko na nowo występuje.

Wypróżnienia nie przedstawiają nic charakterystycznego; niekiedy widzimy rozwolnienie, niekiedy znów zaparcie. Wymioty występują niekiedy i, zdaje się, są zależne od obcych wpływów, nie wspólnego z chorobą nie mających.

Mocz zawiera barwniki żółciowe oraz białko, począwszy od śladów aż do obfitego kłaczkowatego osadu. W osadzie znajdujemy nabłonki nerkowe, wałeczki i krążki krwi czerwone. Ilość moczu jest zmniejszona, ciężar właściwy mało zwiększony. Obrzęki nie występują. Wszystkie te objawy znikają razem z gorączką; za źródło ich należy uważać zatrucie ustroju toksynami, podobnie jak to bywa przy wielu innych cierpieniach zakaźnych.

Co się tyczy jednego z ważniejszych objawów, rzadko występującego przy innych cierpieniach, t. j. bóli mięśniowych, to dotknięte niemi być mogą rozmaite okolice ciała, najczęściej jednak łydki. Bóle te dosięgają niekiedy takiego natężenia, że górują nad innymi uczuciami podmiotowymi i nie dają choremu chwili spokoju. Trwają one bez przerwy, zwiększają się od ucisku i ruchów, nie znikają jednak z chwilą ustąpienia gorączki, lecz męczą chorego przez kilka jeszcze tygodni po zniknięciu wszystkich objawów. Bóle zjawiają się już pierwszego lub drugiego dnia choroby; przy gwałtownych objawach mózgowych i apatii chorych mogą ujść naszemu badaniu, ale i wtedy silny ucisk mięśni wywoła wyraźny odruch.

Serce i płuca rzadko są źródłem objawów chorobowych, niekiedy tylko zjawia się nieżyt oskrzeli. Na skórze natomiast występują niekiedy wykwit, nie przedstawiające żadnych cech charakterystycznych; możemy tu znaleźć różyczkę, rumień lub wyprysk wargowy i nosowy.

Rokowanie w większości przypadków jest pomyślne.

Z danych nielicznych badań pośmiertnych (autor wyklucza tu przypadki AUFRECHT'a, NAWERCK'a oraz DUNINA i BRODOWSKIEGO — przypadek tych ostatnich uważa za białaczkę rzekomą) zanotować należy: zwyrodnienie ziarniste lub tłuszczowe narządów mięsnych i mięśni, wylewy krwawe w rozmaitych okolicach ciała; w nerkach znalazł NEELSEN nacioczenie drobno-komórkowe istoty korowej, szczególnie naokoło kłębków. Wszystkie te zmiany, z wyjątkiem nerkowych, niezem się nie różnią od opisywanych przy posocznicy. Poszukiwanie bakterii chorobotwórczych w narządach i sokach chorych nie doprowadziło do pewnych wyników; NEELSEN znalazł we krwi i narządach chorych krótkie łaseczniki, nie podobno do dotychczas znanych, nie przypisuje im jednak wielkiego znaczenia chorobotwórczego; JAEGER zaś znalazł w moczu chorych i w narządach trupów, zmarłych na chorobę WEIL'a, łasecznika, którego ochrzcił mianem „*proteus flavescens*“ i którego wyhodował także z wody Dunaju oraz dopływu tegoż, zanieczyszczonego odpadkami, pochodzącymi ze wsi, gdzie panowała wśród kur epidemia, podobna do choroby WEIL'a. Z narządów płci, dotknięte tą chorobą, udało mu się również wyhodować owe łaseczniki.

Co się tyczy odrębności nosologicznej opisanego szeregu objawów, autor uważa ją za dostatecznie ustaloną. Sam odkrywca choroby zauważył już podobieństwo jej do poronnego duru brzuszego, następcy jednak jego (HAAS) usiłowali odmówić jej zupełnie prawa odrębności i włączyć do tyfusu brzuszego. Na to jednak trudno się zgodzić wobec faktu, iż nie spostrzegano dotychczas przypadków tyfusu brzuszego z nagłym początkiem, gdzieby już w pierwszych dniach rozwinęła się żółtaczka i obrzmienie wątroby i w którychby gorączka po 8 dniach zniknęła. Zresztą przy autopsji nigdy nie znaleziono zmian, choćby w przybliżeniu przypominających obraz tyfusu brzuszego.

Ostry żółty zanik wątroby bardzo łatwo daje się wyłączyć, to samo tyczy się posocznicy, której rozpoznanie jest możliwe w pierwszych dniach choroby WEIL'a, dalszy jednak przebieg jest tu zupełnie odmienny.

Daleko trudniej wyodrębnić rzeczoną chorobę od grupy zakaźnej żółtaczki gorączkowej, do której zaliczyć należy niekiedy i zwykłą żółtaczkę. Niektórzy badacze wyrażali zdanie, iż choroba WEIL'a stanowi tylko wyższy stopień żółtaczki zwykłej. F. uważa, iż w obu tych postaciach mamy zapewne do czynienia z drobnoustrojami chorobotwórczymi, ale w każdej zapewne z zupełnie odrębnym; przyznaje on wprawdzie, że nie tylko wrota wejścia dla nich, ale nawet sposób ich oddziaływania na ustroj są i tu i tam jednakowe, jednakże na tem podobieństwo się kończy, gdyż cały przebieg choroby w obu postaciach chorobowych jest zupełnie odmienny.

Wreszcie zastanawia się F. nad stosunkiem choroby WEIL'a do t. zw. tyfusu żółciowego GRIESINGER'a, panującego stale w Egipcie i uważanego przez tegoż G. za ciężką postać tyfusu powrotnego. KARTULIS jednak dowiódł, że choroba ta nie wspólnego nie ma z gorączką powrotną. Najbardziej w sprawie rzeczzonej powołany FIEDLER, na zasadzie zupełnego podobieństwa danych klinicznych i pośmiertnych w obu tych cierpieniach, wprost zalicza je do jednej grupy opisanej przez WEIL'a. F. nie wypowiada tu swego zdania i kwestję pozostawia do rozstrzygnięcia bakteriologii; o odrębności jednak choroby WEIL'a ani na chwilę nie wątpi.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

33. F. AHLFELD. **Przyczynę do nauki o samozakażeniu i gorączce z chłonięcia (Resorptionsfieber), powstającej podczas porodu i w połogu.** Ze względu na doniosłość wpływu samozakażenia na rozwój gorączki połogowej, autor dla uzupełnienia dawniejszej swej pracy z r. 1887 „Poszukiwania nad przyczynami podnoszenia się ciepłoty ciała u położnic” uważa za konieczne ogłosić dane statystyczne zakładu położniczego w Marburgu, obejmujące 3000 porodów z 10 lat ostatnich. Szczególne znaczenie w swej statystyce autor przypisuje tej okoliczności, że ciężarne z niewielkimi wyjątkami przybývają do zakładu niebadane, że przez czas dłuższy przed rozwiązaniem znajdują się w zakładzie i prawie wszystkie bywają należycie przygotowane do porodu przez kąpiele i obmywania zewnętrzne. U wszystkich rodzących, o ile czas na to pozwala, przed porodem bywa mierzona ciepłota, co daje możność oznaczenia, ile kobiet przed porodem bywa chorych; z danych autora okazuje się, że liczba ich jest niewielka.

Samo mierzenie ciepłoty wykonywane bywa pod ścisłą kontrolą asystentów. Autor kładzie na tę okoliczność wielki nacisk z tego powodu, że nie dowierza akuszerkom, nie zdającym sobie sprawy z ważności dokonywanych przez nie czynności. Przytem gdy ciepłota nie przechodzi 38° C., uważa się za prawidłową. Przeciętnie tylko u 62,4% położnic ciepłota nie przeszła ani razu wyżej 38°. Z porównania z innemi zakładami położniczymi, wykazującemi przeciętnie 90% takich położnic, okazuje się, że w zakładzie autora większa jest liczba zachorowań położnic. AHLFELD przyczynę tej różnicy upatruje w niedbałym mierzeniu ciepłoty przez akuszerki i niestaranem prowadzeniu kart szpitalnych, a wreszcie i w zbyt krótkim czasie spostrzegania położnic w innych zakładach. Według bowiem autora, położnica w zakładzie winna przebywać nie krócej niż dni 7, co objaśnia na jednym przypadku, w którym położnica dopiero po 7 dniach zaczęła gorączkować, a takich późnych przypadków gorączki połogowej liczy 34,1%.

Dla bliższego zbadania przyczyn, sprowadzających podwyższenie ciepłoty w położu, a stąd i powstawania gorączki połogowej, autor rozpatruje dane dotyczące 3000 porodów i położów pod rozmaitemi względami, a mianowicie:

1) Pod względem wpływu antyseptyki subiektywnej. 2) Wpływu odkażania rodzących i położnic. 3) Usposobienia do gorączki połogowej, t.j. warunków sprzyjających zakażeniu u kobiet. 4) Warunków powstawania gorączki podczas porodu. 5) Przyczyn zejść śmiertelnych w położu. 6) Badania bakteriologicznego.

Po rozważeniu każdego z wymienionych względów, autor podaje ogólne streszczenie, które poprzedza uwagami o drogach zakażenia narządów płciowych kobiety i poglądem na pochodzenie gorączki połogowej. Uwzględnienie pierwszego punktu AHLFELD uważa za niezbędne z tego powodu, że tacy autorowie, jak I. VERT, występują stanowczo przeciw teorii samozakażenia, utrzymując, że zewnętrzne części płciowe tworzą fizyologiczne zamknięcie pochwy od zewnątrz. Autor jednak, opierając się na badaniach STEFFECK'a, podług których 41,4% kobiet w swym narządzie rodym nosi zarazki chorobotwórcze, jak i na zdaniu BAUMGARTEN'a, przyznającego wpływ na powstawanie gorączki połogowej nie tylko gronkowcom, lecz i paciorkowcom, dochodzi do przekonania, że każda kobieta nosi w swej pochwie drobnoustroje, które przy właściwych okolicznościach są w stanie wywołać gorączkę i śmierć sprowadzić. Dalej autor zwalcza teorię, jakoby istniały dwie postaci gorączki połogowej: „*saprämmische*“ i „*septische*“. Z tych pierwsza ma się odznaczać znacznie łagodniejszym przebiegiem, gdy druga wywołuje groźne dla życia objawy. Wobec jednak nowoczesnych badań, które wykazały, jak różnorodne drobnoustroje przy odpowiednich warunkach mogą wywołać sprawy ropne i posocznicowe (gonokoki NEISSER'a, *bacterium coli*) i w jak różny sposób mogą działać na ustrój ludzki, AHLFELD sądzi, że pochodzenie gorączki połogowej dosyć jest jeszcze ciemne i niewyjaśnione. Wnioski bowiem wyprowadzamy z wyników ostatnich badań bądź to ropni, bądź wysięków, a opuszczamy badania pośrednie, które mogłyby dopiero wyjaśnić, dla czego, wobec tylu różnych drobnoustrojów, jedna tylko ich postać utrzymała się w danym przypadku.

Po wypowiedzeniu tych ogólnych uwag, autor wyprowadza ze swej pracy następujące wnioski:

1) Nie można wątpić o przypadkach gorączki w położu, powstałej pomimo zaniechania całkiem badania wewnętrznego rodzących. 2) Tego rodzaju gorączka bywa zwykle nieznaczna, zdarzają się jednak pojedyncze przypadki z zejściem śmiertelnym. 3) W dobrze prowadzonych zakładach położniczych liczba gorączkujących położnic wskutek samozakażenia jest większa, niż z zakażenia zewnątrz pochodzącego. To ostatnie sprowadza zwykle cięższe przypadki. 4) Odsetka śmiertelności i zachorowań w każdym zakładzie, przy jednostajnem zachowaniu środków zapobiegawczych, zależy od stosunku pierwiastek do wielorodek i od liczby przypadków, wymagających działania operacyjnego. Według autora wielorodki ulegają rzadziej zakażeniu, aniżeli pierwiastki. 5) Zapobiegawcze obmywanie drogi porodowej jest konieczne dla uniknięcia ciężkich przypadków gorączki połogowej. 6) Za najlepszy środek odkażający należy uważać sublimat. 7) Miejscem wnikania zarazki gorączki połogowej jest głównie szyja i jama macicy (*endometrium*), a nie zewnętrzne części płciowe. 8) Największą ilość przypadków gorączki w położu należy uważać za gorączkę z chłonięcia powstałą; występuje ona głównie przy zatrzymaniu zakażających, względnie zakażonych odchodów położowych. 9) Błona śluzowa macicy najsilniuszem odznacza się wchłanianiem, mniejszem zaś błona śluzowa pochwy. 10) Jad wchłonięty bywa zwykle szybko wydzielany, najprawdopodobniej z moczem. 11) Drobnoustroje chorobotwórcze, które według A. w każdej pochwie się znajdują, potrzebują do rozmnożenia się odpowiedniej gleby; taką właśnie znajdują w rozkładającej się zawartości pochwy i macicy. Wydzielina ta, być może, nawet wzmacnia stopień jadowitości chorobotwórczych bakterii. 12) Sposób postępowania w okresie łożyskowym rozstrzyga o ilości zachorowań położnic. W okresie łożyskowym najlepiej zachowywać się wyczekująco i unikać wszelkich rękoczynów, do szybszego wydalenia łożyska dążących.

(*Zeitschr. f. Geburtshülfe u. Gynäk.* 1893, Bd. XXII, 2 Hft.).

Br. Sz.

34. A. L. DUPRAZ. Rana drążąca czaszki w miejscu, odpowiadającem prawemu zrazowi czołowemu, wypływ istoty mózgowej, wyzdrowienie. Trzyletnie dziecko,

zupełnie zdrowe, spadło z wysokości dwóch metrów i uderzyło prawem wżgórzem czołowym o trójkątny kawał żelaza; następstwem urazu była rana drążąca czaszki, krwawienie oraz wypływ istoty mózgowej. Obłożwszy ranę szmatami, rodzice udali się z dzieckiem do sąsiedniego miasta, odległego o dwa kilometry, przyczem dziecko odbyło znaczną część górzystej drogi pieszo wśród upału. Przy badaniu znaleziono: dziecko blade, brak zaburzeń ruchowych, czuciowych i myślowych, władze umysłowe zachowane, źrenice cokolwiek zężone, działają dobrze. Powyżej prawego brzegu oczodołowego rana ze stłuczenia, długości 5 ctm., szerokości 6 m., idąca w kierunku od zewnętrznego brzegu oczodołu ku górze i ku wewnątrz i kończąca się powyżej części nosowej kości czołowej. W górnej części rany kość obnażona, z dolnego kąta rany wystaje długości na 3 ctm. płat istoty mózgowej i oprócz tego widać tętnienie i wypływ płynu mózgo-rdzeniowego, zabarwionego krwią. Uśpiwszy dziecko za pomocą eteru, DUPRAZ zdjął szmaty, częściowo pokrywające ranę, i przystąpił do starannego odkażania rany, przemywając ją tamponami, maczanymi w 1‰ roztworze sublimatu, przyczem zmył około łyżeczki zmiażdżonej istoty mózgowej. Opona twarda okazała się porozdzierana w strzępy, które usunięto wraz ze zmiażdżonymi częściami miękkimi. Brzegi rany kości okazały się cokolwiek wgniecionymi, podniesienia ich jednak operator zaniechał ze względu na brak objawów ucisku mózgu. Do rany założono dwa paski gazy, pozostała zaś część rany powłok czaszki zeszyto jedwabiem. Opatrunek zewnętrzny wilgotny sublimatowy. Gojenie się rany przebiegało bez powikłań, przy stanie bezgorączkowym, pulsie 120, następnie 86. Trzeciego dnia po operacji zdjęto szwy, wyjęto paski gazy, rana częściowo zagojona była przez rychłozrost. Zbliżnienie zupełne nastąpiło po trzech miesiącach; w tym okresie czasu dwukrotnie wyjęto z rany drobne odłamki kości. Ogólny stan dziecka bardzo zadawalniający, brak zaburzeń nerwowych.

W powyższym przypadku zasługuje na uwagę brak wszelkich zmian w czynnościach mózgu, a następnie dobry przebieg gojenia się, pomimo, że rana była zanieczyszczona bądź samem raniącym żelazem, powaleniem ziemią, bądź też pozostającą na ranie przez kilka godzin wielce nieaseptycznymi szmatami. Brak zaburzeń nerwowych zależał od tego, iż zraniona została środkowa część pierwszego i drugiego prawego zwoju mózgowego, nie posiadająca, jak wiadomo, ani ośrodków ruchowych, które znajdują się dalej ku tyłowi, ani też ośrodków czuciowych. Objawy ucisku mózgu nie wystąpiły, albowiem krew wpływała na zewnątrz. Dziwnem pozostaje jedynie, że u dziecka nie uległy żadnemu upośledzeniu zdolności umysłowe i pamięć, jeżeli przyjmujemy wogóle, że w przednich zrazach mózgowych istnieje siedlisko inteligencji.

Prawidłowe gojenie się rany przypisuje DUPRAZ poniekąd już ciąglemu przemywaniu rany wypływającym płynem mózgo-rdzeniowym, a następnie starannemu oczyszczeniu rany roztworem sublimatu. Na zasadzie spostrzeżeń w klinice prof. JULLIARD'a D. twierdzi, że w ogóle wilgotny sublimatowy opatrunek jest najwłaściwszym do wszelkich ran zanieczyszczonych i posiada znaczną wyższość nad suchem VOLKMANN'owskimi opatrunkami, które w ogóle należy stosować dopiero w późniejszym okresie prawidłowego gojenia się rany.

(*Revue de chirurgie*. 1894. Nr. 1)

T. Solman.

35. Dr. CARRY. **Znaczenie gonokoków Neisser'a pod względem policyjno-lekarskim i badanie rzeźączki u nierządnic.** Dr. CARRY, lekarz sanitarny z Lyonu, przedsięwziął szereg badań drobnowidzowych nad nieprawidłowemi wydzielinami z narządów płciowych u kobiet z domów publicznych i nierządnic tolerowanych. Były badane tylko nierządnice jawne. Przedewszystkiem w swej pracy autor stara się wykazać, jak często można stwierdzić w tych wydzielinach gonokoki NEISSER'a, a następnie na zasadzie licznych spostrzeżeń z lat 1889—93 wyprowadza ciekawe wnioski. Według niego trudno wyrokować o naturze wydzielin z makroskopowego ich wyglądu, często bowiem wydzieliny mętne i śluzoworopne nie zawierały gonokoków NEISSER'a i odwrotnie. Z 327 badań u 278 nierządnic z podejrzanemi wydzielinami tylko w 94 gonokoki były wykryte (u 87 kobiet). Autor radzi odsyłać do szpitali tylko te nierządnice, u których w wydzielinach z narządów płciowych były stwierdzone gonokoki, albowiem w przeciwnym razie jawne nierządnicstwo zmniejsza się ilościowo na korzyść tajnego, o wiele niebezpieczniejszego. Podobny fakt miał miejsce w Lyonie. Li-

czba kobiet w domach publicznych w r. 1885 zmniejszyła się z 223 do 143 w r. 1893. To samo było z nierządnicami tolerowanymi. Z 690 z r. 1885 pozostało pod kontrolą lekarską w r. 1892 tylko 400. Statystyczne dane z Włoch i niektórych miast Francji, gdzie czasowo była zniesiona kontrola nierządництва, wymownie świadczą o jej korzyści, to też przywrócono ją wkrótce z przyczyny nadmier- nego szerzenia się przymiotu.

Jedynie pewne wyniki daje badanie wydzielin pod drobnowidzem, dla tego też autor zaleca posilkowanie się niem we wszystkich przypadkach podejrzanych. Na 196 przypadków cierpień cewki moczowej, w 96 były wykryte gonokoki; na 102 badania wydzielin z macicy, 18 dało dodatnie wyniki (1:5); na 15 przypadków ropienia przewlekłego gruczołów BARTHOLINI'ego — 4 pochodzenia rzeżączkowego; z 7 przypadków wydzielin z gruczołów około-cewkowych, w 1 były gonokoki; z 6 badań wydzielin z pochwy, 2 tryprowe. Dość rzadko spotykał autor u nierządnic ostre zapalenie pochwy pochodzenia tryprowego. Kobiety, dotknięte tem cierpie- niem (*vaginitis gonorrhoeica*), nie mogą szerzyć zarazy, albowiem spółkowanie z po- wodu bólu jest niemożliwe; zwykle leczą się same w domu, lub z własnej woli wstę- pują do szpitali. C. nie spotykał przewlekłego zapalenia rzeżączkowego pochwy, brak bowiem gruczołów śluzowych oraz odczyn kwaśny wydzielin i obecność in- nych zarazków nie pozwala na przewlekły stan tego cierpienia. HORAND przy- puszcza, że cierpienie pochwy występuje jako następstwo zapalenia rzeżączkowego cewki moczowej, oraz że cierpienie macicy jest następowe, przeniesione z pochwy. Spostrzeżenia C. zdają się przeczyć temu przypuszczeniu. Z 87 cierpień, stwierdzo- nych drobnowidzowo, było: 62 zapalenia cewki moczowej, 13 — macicy, 5 przypad- ków połączenia pierwszego z drugim, 2 przypadki zapalenia cewki moczowej i gru- czołów BARTHOLINI'ego, 2 przypadki zapaleń pochwy, 2 przypadki zapaleń gruczo- łów BARTHOLINI'ego, 1 przypadek zapalenia gruczołów około-cewkowych. C. zapa- lenia pochwy współcześnie z zapaleniem macicy nie spotykał. Zaznaczyć należy, że HORAND obserwował tylko jeden podobny przypadek i na nim opiera swe przy- puszczenia. Siedliskiem zarazka, według autora, bywa najczęściej cewka moczowa i macica, rzadziej spotykał zajęcie gruczołów BARTHOLINI'ego, pochwy, gruczołów około-cewkowych i odbytnicy. HORAND opisał 4 przypadki cierpienia tryprowego odbytnicy na 185; C. zaznacza, że w swej praktyce nie miał ani jednego przypadku.

Dalej C. w swej pracy stara się oznaczyć stosunek zarażeń rzeżączką do ogól- nej ilości kobiet z domów publicznych i nierządnic.

Obliczyć ten stosunek jest rzeczą trudną, albowiem kobiety publiczne i nie- rzadnice są żywiołem bardzo ruchliwym, często zmieniającym miejsce swego pobytu. Na zasadzie statystycznych danych, według obliczeń C., wypada: 1) w domach publicznych 1 chora na 32 zdrowe; 2) pomiędzy nierządnicami tolerowanymi 1 na 24; 3) wśród tajnych 1 na 4. Najniebezpieczniejsze jest zatem tajne nierzą- dnictwo.

Badanie drobnowidzowe wydzielin nie jest rzeczą trudną i możną; według C. 4 minuty wystarcza dla przekonania się, czy znajdują się w nich gonokoki. Przy badaniu wydzielin z cewki moczowej, gruczołów około-cewkowych i BARTHOLI- NI'ego, C. naciska je od tyłu palcem i zbiera zapomocą przepalanej łopatki platy- nowej ostatnią kropelkę wyciekającego płynu, którą starannie rozciera pomiędzy dwoma szkiełkami przykrywkowymi, unikając tym sposobem skupienia ciałek ropnych.

Przy badaniu ropy z pochwy autor zaleca bardzo staranne rozcieranie po- między szkiełkami, w przeciwnym zaś razie wielka ilość ubocznych bakterii ma- skuje rozpoznanie gonokoków. Wydzieliny z macicy wymagają bardzo starannego zebrania i roztarcia. C. radzi zbierać je zapomocą szczypczyków, o ile można z przewodu szyi macicy. Po wysuszeniu badanych wydzielin na szkiełkach przy- krywkowych C. przystępuje do barwienia. W tym celu posilkował się wyłącznie nasyconym wodnym roztworem fioletu metylowego, inne barwniki dawały mniej zadawalniające wyniki. W preparatach barwionych fioletem metylowym gonoko- ki barwią się najsilniej, słabiej jądra ciałek ropnych, najsłabiej protoplazma. Nie- kiedy preparaty barwią się bardzo trudno; zdarza się to wtedy, gdy wydzieliny zawierają wielką ilość komórek nabłonkowych lub ciałek tłuszczowych. W pier- wszym razie należy preparaty barwić w przeciągu 2—3 minut, w drugim należy je przed barwieniem kilkakrotnie przemyc eterem. Zabarwione preparaty C. utrwała

w balsamie kanadyjskim i rozpatruje pod drobnowidzem przy powiększeniu około 500 razy. W pierwszych okresach ostrej rzeżączki C. spotykał zaledwie 1 ciało ropne z gonokokami na 200, w późniejszych okresach liczba ich znacznie wzrasta. W wątpliwych przypadkach C. posiłkował się zaledwie kilka razy metodą GRAM'a, zalecaną przez ROUX.

C. również badał wyschniętą ropę tryprową na bieleźnie; badania te doprowadziły go do ujemnych wyników. W zupełności podziela on zdanie AUBERT'a, że podobne poszukiwania dla medycyny sądowej nie mają żadnej wartości.

W końcu autor wyprowadza następujące wnioski, mogące mieć praktyczne zastosowanie: 1) Lekarze policyjni obowiązkowo powinni być zaopatrzeni w drobnowidz i przynależne utensylia. 2) Ponieważ zaledwie u trzeciej części kobiet badanych były stwierdzone w wydzielinach gonokoki, a zatem te tylko przypadki kwalifikują się do szpitali, w których drobnowidzowe badanie wykazało ich obecność. 3) Gonokoki są swoiste dla rzeżączki, pomylić się więc trudno w rozpoznaniu. Zwykle osiedlają się one w cewce moczowej (4 na 5 przypadków), rzadko w szyi macicznej (1 na 5). Mogą one jeszcze obierać siedlisko w gruczołach około-cewkowych i BARTHOLINI'ego, wyjątkowo tylko w pochwie i odbytnicy. 4) Kobiety dotknięte rzeżączką prawie zawsze zarażają nią mężczyzn; o tyle częściej to ma miejsce, o ile brak bólów przy spółkowaniu i nieprawidłowych wydzielin nie pozwala poczytać ich za źródło zarazy.

(*Lyon Médical* Nr. 2, 3, 4, z 1894 r.).

Wł. P.

36. J. S. SOKOŁOW. O wpływie chloroformowania na powstawanie białkomoczu. Autor przedsięwziął badania nad zmianami, zachodzącymi w organach osobników chloroformowanych. Rezultaty, do których doszedł, są następujące: Zaraz na wstępie pracy swej wyłącza wpływ możliwy rțeci na powstawanie białkomoczu, a to na mocy 7-iu doświadczeń na chorych wcale niechloroformowanych, których rany opatrywano sublimatem, oraz na 8-iu chorych na przymiot, którym stosowano podskórnie rțec w postaci *Hydrarg. salicylic.*, gdyż w obu przypadkach u żadnego z tych chorych żadnych zmian w moczu, a tem więcej białka, jeśli go już przedtem nie było, nie znalazł. Z 46-u chorych chirurgicznych, badanych przez S., nie posiadało przed chloroformowaniem białka, ani też elementów uorganizowanych 43, gdy przeciwnie po narkozie nie znalazł go tylko u jednego chorego, u którego jednak w zamian za to powiększyła się ilość peptonu, a co ważniejsza, pojawiły się ciała krwi. U reszty wystąpiło białko, chociaż w niewielkiej ilości, na przeciąg od 1—19 dni. U pozostałych 3 chorych, posiadających białko już przed narkozą, ilość tegoż się podwoiła, a nawet potroiła. Propeptonu nie znalazł ani razu, pepton zaś w 8-iu przypadkach przed i po chloroformowaniu, z tej liczby u 4-ch wystąpił dopiero po operacji i pozostawał u 2-ch przez dni 2, u jednego z przerwami przez dni 14, a w jednym przypadku, będąc poprzednio, znikł zupełnie po narkozie. Uorganizowane elementy (ciała krwi, komórki nabłonkowe i cylindry) wystąpiły u 14-u, a w tej liczbie u 12-u w b. małej ilości. Wreszcie zauważył, że ilość białka zwiększała się znacznie po każdym chloroformowaniu. Dla wyłączenia możebnego wpływu operacji samej, robił doświadczenia na zwierzętach zdrowych (psach, królikach, zającach). Już po jednorazowym chloroformowaniu wystąpiło na przeciąg 1—7 dni u znacznej ich większości białko, chociaż go poprzednio nie było, zaś po kilkakrotnem chloroformowaniu znalazł je u wszystkich zwierząt, przy czem ilość moczu spadła na dobę o połowę i więcej. Przy podskórnem wstrzykiwaniu chloroformu otrzymywał również białko. Skutkiem tego wnosi, iż przyczyną pojawiania się białka w moczu u chorych operowanych jest wyłącznie chloroform, a bynajmniej nie sublimat lub też sama operacja.

Jako przyczynę tego czasowego pojawiania się białka S. podaje, na zasadzie własnych mikroskopowych badań nerek zwierząt, które albo zostały na śmierć zachloroformowane, albo też wkrótce same zdechły, wystąpienie zmian patologicznych w nerkach, a mianowicie: zwyrodnienia ziarnistego komórek nabłonkowych w kanalikach moczowych nerki, niekiedy nawet nekrozy tegoż nabłonka, przepełnienie krwią naczyń nerki i nagromadzenie się wysięku białkowego w torebkach BOWMAN'a, uważając za przyczynę tych zmian bezpośrednio trujące działanie chloroformu tak na tkankę nerek, jako też i na samą krew.

(*Dysert. Akad. Med. Petersburg. 1892. str. 42*).

Ławicki.

37. COURMONT. O współistnieniu raka wpustu i raka dwunastnicy. Autor przedstawił w Tow. Lek. Lyon'skiem preparaty anatomo-patologiczne, pochodzące od chorej, cierpiącej jednocześnie na raka w dwóch miejscach. Jeden z nich był we wpuscie, drugi—w dwunastnicy. Za życia rozpoznawano raka wpustu, co się zaś tyczy guza w jamie brzusznej, dającego się dobrze wyczuwać zapomocą obmacywania, przyjmowany on był za gruczoł krezkowy, rakowo zwyrodniony. Gruczoły podobojczykowe nie były zwyrodnione. Guz wpustu zamykał światło przełyku, jak to widać było na preparacie; wyglądał on na guz pierwotny. Narośl zaś w dwunastnicy miała postać grzybowatą, była wielkości monety pięciofrankowej i znajdowała się w stanie częściowego rozpadu. Przewód WIRSUNG'a nie zamknięty, jakkolwiek nowotwór znajdował się tuż koło *ampulla Vateri*. Chora nigdy nie miała żółtaczki, w ogóle nie przedstawiała cech, jakimi się objawia rak głowy trzustki. Czy autor miał do czynienia z wtórnym rakiem dwunastnicy, czy też z dwoma pierwotnymi rakami, co jest sprawą bardzo rzadką, trudno rozstrzygnąć, jakkolwiek pierwsze przypuszczenie wydaje mu się prawdopodobniejszem.

(*Lyon Médical*. 1894. Nr. 5).

Gr.

38. JOLLES. O zabójczem działaniu roztworów mydła przeciw bakterjom cholery. Z pięciu rozmaitych gatunków mydła przygotował J. wyjałowione roztwory, zawierające po 0,1, 0,2 . . . do 0,9 i 1,2 . . . do 10% mydła. Do kolbek, zawierających po 100 c. sz. takich roztworów, dolewał pięciodniową hodowlę cholery w 20 c. sz. bulionu; natychmiast po zmieszaniu lub w 10, 30 i 60 minut, wreszcie w 6 i 24 godzin brano jednakowemi pipetkami trzy krople i wylewano je z żelatyną na płytki PETRI'ego. Dla kontroli podobne doświadczenie przerobiono z czystą wodą. Wyniki doświadczeń są następujące: 1) Mydła rozmaitego gatunku wykazują nieznaczne różnice w działaniu dezynfekcyjnem. 2) 8—9% roztwory zabijają przy zwyczajnej temperaturze bakterye cholery natychmiast; 6%—po 10 minutach, 4%—po półgodzinie, 0,9%—po 24 godzinach. 3) Przy podniesionej temperaturze mydło dezynfekuje silniej; tak np. przy 40° zabija bakterye cholery już 5% roztwór, przy 45°—0,9%, a przy 50°—0,5%. 4) We wszystkich wypadkach, gdzie mydło można stosować, należy je zalecać, gdyż roztwory przygotować łatwo i są one zupełnie nieszkodliwe.

(*Z. f. Hyg. u. Infektionskr.* 1893. XV).

A. Ż.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. luty r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 27 (m. 12, k. 15); przybyło w lutym 60 (m. 21, k. 39); wypisało się 48 (m. 19, k. 29); zmarło 10 (m. 4, k. 6).

Ogólna ilość chorych była takąż sama, jak w poprzednim miesiącu, znacznie zaś mniejsza, niż w odpowiednim miesiącu roku zeszłego, głównie z powodu bardzo rzadko występującego tyfusu wysypkowego, a po części i zmniejszenia się innych chorób zakaźnych. Odnosi się to przede wszystkim do ospy, której mieliśmy znacznie mniej, niż w styczniu: przypadków 19 (m. 11, k. 8). Zmarło na ospę chorych 5 (m. 3, k. 2), z których nieszczepionych było 4, a między nimi 3 dzieci. Ciekawe jest, iż piąty, zmarły z powodu ospy krwotocznej, miał szczepioną ospę.

Chorzy pochodzili z następnych ulic i domów: Elektoralna 12, Leszno 71 i 40, Kacza 3 (2 przypadki), Wronia 68, Pańska 36, Krakowskie-Przedmieście 1, Szczygła 11, Chmielna 80, Wierzbowa 6, Hoża 80 (trzy przypadki), Nowowiejska 16, Chłodna 11, Nowogrodzka 1, Smoła 7 i wieś Marki.

Drugą rubrykę pod względem ilościowym zajmuje róża, której mieliśmy 6 przypadków (m. 1, k. 5) z ulic: Litewska 12, Leszno 14, Piwna 15, Orla 4, Krucza 5 i Szpital Dz. Jezus.

Co się tyczy tyfusów, to i wysypkowy i brzuszny dają zaledwie słabe oznaki życia. Pierwszego mieliśmy tylko 2 przypadki z ulic: Nowo-Wołyńskiej 5 i Gęsiej 47; drugiego—jeden z ulicy Wolskiej 39, zakończony śmiercią.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: błonicy 5 przypadków (m. 2, k. 3) z ulic: Łucka 6, Marszałk. 20, Chmielna 12 i Hoża 7. Następnie 4 przypadki odry, 3 przypadki płonicy z ulic: Nowolipie 25, Leszno 55 i ze wsi Jabłonna. Jeden z tych przypadków skończył się niepomysłnie.

Prócz tego mieliśmy 5 przypadków *anginae follicularis* i po jednym przypadku gorączki poługowej i zapalenia płuc krupowego.

J. Szewajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Lancet oddawna ma zwyczaj notować wypadki przy grze sportowej „foot-ball“, rozpowszechnionej w Anglii. D-r AMIDON z Nowego Yorku zadał sobie trud zestawić te wypadki, które doszły do wiadomości wydawcy Lancetu w r. 1892. W roku sprawozdawczym gra owa przyprawiła o śmierć 23 osoby. Oto lista przypadków, leczonych w szpitalach: wstrząśnienie mózgu 3, obrażenie głowy 1, obrażenie nosa 1, złamanie nosa 1, złamanie szczęki 1, złamanie obojczyka 20, zwichnięcie ramienia 1, otwarte złam. kości ramieniowej 3, powikłane 2, złamanie kości ramieniowej 5, ciężkie obrażenie ramienia 1, otwarte złam. stawu łokciowego 1, złamanie lewego napięstka 1, złamanie żeber 3, ciężka kontuzja uda 1, złamanie uda 3, obrażenie goleni 1, złamanie okol. pachwinowej 1, złamanie goleni 5, skomplikowane złam. goleni 1, złamanie rzepki 1, ciężkie obrażenie rzepki 1, złamanie stawu skokowego 3, zwichnięcie stawu skokowego 1, ciężka kontuzja mięśni i ścięgien skokowych 1, ciężkie obrażenie stopy 1, złamanie kręgosłupa 1, ciężkie obrażenie kręgosłupa 1, ciężkie obrażenie okol. pachwinowej 1, ciężkie wewnętrzne obrażenia 2, także zakończ. śmiercią w ciągu 2-ch dni 1, śmierć. obrażenia wewn. 6, śmierć. wyp. bez podania szczegółów 4. Całkowita liczba ciężkich obrażeń 109. Istotna liczba śmiertelnych zejść jest wyższa od podanej, ponieważ Lancet pomieszcza tylko te przypadki, które doszły do wiadomości wydawcy. Dr. AMIDON w roku 1893 przewiduje przynajmniej 28 zejść śmiertelnych, znowu tylko podanych przez Lancet.

== Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej LANCERAUX odczytał notatkę D-ra CARAVIAS'a, który potwierdza dawniejszy swój komunikat o pomyślnym wpływie na suchotników środków, zawierających kwas bursztynowy, jako to: surowej wołowiny, tłuszczów, jabłkanu wapnia, pepsyny (bez kwasu), szparagów, marchwi i innych jarzyn. Według doświadczeń COUTURIEUX'a przy użyciu tych środków znajdujemy w moczu 3—4 grm. kwasu bursztynowego na litr moczu i przytem nie w postaci soli obojętnych, nie mających własności przeciwniejących, lecz jako związki kwaśne. Zdaniem CARAVIAS'a kwas bursztynowy czyni grunt niepodatnym do szerzenia się gruźlicy. Z wyjątkiem przypadków, w których wszelka pomoc wskutek zbyt wielkich zniszczeń w płucach była bezsilną, we wszystkich innych otrzymywał C. poprawę i wyleczenie. (Bull. de l'Acad. de méd. 5 lutego). Sr.

== Znany jest znakomity wpływ kalomelu wraz z dyetą mleczną, jaki niejednokrotnie

spostreżano we Francji w przypadkach zanikowej marskości wątroby. Obecnie LIEBREICH zaleca w formie przerostowej 10 centigr. kalomelu wraz z taką ilością proszku naparstnicowego na jedną dawkę (w kapsułce żelatynowej); po sześciu dawkach, w ciągu dwóch dni wybranych, radzi L. zrobić przerwę, poczem dawkę powtórzyć. W formie żółciowej (silna żółtaczka) L. zaleca duże wlewania oliwy (litr) z dodatkiem wody mydlanej, albo też wlewania z salitylanem sodu (1—2 grm. na 500 wody). Wlewania należy w miarę możliwości powtarzać codziennie. Dalej radzi masaż wątroby, zastosowanie środków czyszczących (kalomel, podofylina), diety właściwej, ciepłych kąpiel; wreszcie leczenie takich chorych u zdrojowisk alkalicznych będzie bardzo właściwe. (La Méd. moderne. 20 Janv. 1894). Gr.

== D-r J. BERGMANN (Worms) zaleca jako środek zapobiegawczy przeciwko błonicy zucie pastylek, składających się z 2-ch miligramów tymolu i 2 centygramów będzwinianu sodu. Pastylki te prócz tego zawierają jeszcze 0,015 sacharyny, która zdaniem autora powiększa działanie przeciwniejące środka. D-r BERGMANN nazwał środek przez siebie zalecany *diphthericidin*. Pastylki wyrabia pracownia bakteriologiczno-chemiczna D-ra KIRCHNER'a w Worms. Wyniki, otrzymane z tym środkiem przez D-ra BERGMANN'a, zachęcają do dalszych prób w tym kierunku. (Allg. Centralzeitung Nr. 1. 1894).

== TEYRENAS, określając czas, kiedy znikają laseczniczki błonicy po zniknięciu błon fałszywych, przekonał się, że w 30 przypadkach po zniknięciu błon już nie można było nigdzie wykryć laseczniczek; w 6 przypadkach, gdy pomimo zniknięcia błon błona śluzowa gardzieli była zaczerwieniona i spuchnięta, jeszcze w ciągu 2 lub 3 dni można było otrzymać hodowlę laseczniczek LOEFFLER'a. W 2 tylko przypadkach, pomimo zniknięcia błon fałszywych, można było przez czas dłuższy wykryć laseczniczki. W 10 wreszcie, gdzie po zniknięciu błon pojawił się wypływ z nosa, zawsze były w nim podczas trwania laseczniczki błonicy. Wypływ ten jest przezroczysty, zawsze jednostronny i nie towarzyszą mu nigdy objawy zwykłego kataru. Ze spostrzeżeń tych wynika, że rekonwalescenci po błonicy szczególnie z wypływem nosowym mogą być rozsądnymi zarazy.

== W pewnym przypadku cholery, zakończonym śmiercią przy objawach mózgowych, zapęści i obniżonej temperaturze, ROGER nie znalazł żadnych zmian anatomicznych w mózgowiu, lecz wyhodował z płynu mózgowego i wątroby laseczniczkę. Nazwał go *b. septicus putridus*.

Wywołuje on u zwierząt ciepłokrwistych rozmaite postacie ogólnego zakażenia z zapaleniem nerek, a szczególnie wątroby. Zapalenie wątroby wywołują i produkty tego laseczniaka; dla żaby stanowią one silny jad sercowy. R. uważa laseczniaka za przyczynę powyższych objawów u człowieka.

== W trzech przypadkach cuchnących ropni wychodował VEILLON przy użyciu sposobów hodowli beztlenowców pewnego koka, bezwzględnie beztlenowca, nadzwyczaj cuchnącego, chorobotwórczego dla zwierząt. Według autora, należy go zaliczyć do bakterii ropotwórczych.

== BATTISTINI spostrzegł w dwóch przypadkach moczoówki cukrowej znaczne polepszenie po zastrzykiwaniu podskórnem wyciągu trzustki. Wyciąg przygotowywano aseptycznie ze świeżych trzustek ciętych lub owczych; krajano je na drobne kawałki i wkładano na dobę do mieszaniny gliceryny i roztworu fizjologicznego soli kuchennej; wyciąg filtrowano przez papier wyjałowiony i dodawano równą objętość

wody. Początkowe dawki wynosiły 5 c. sz., i powoli dochodzono do 20 c. sz.

== Aby dowieść przeważnego wpływu ojca przy dziedziczeniu, zastrzyknęli CHARRIN i GLEY wyjałowioną hodowlę laseczniaka niebieskiej ropy samcowi królikowi przed sparzeniem; młode były mniejsze, niż to bywa zwykle, i dotknięte deformacją układu kostnego; zasługuje na uwagę wrodzona odporność ich przeciw powyższemu lasecznikowi i nabyta odporność ich matki, prawdopodobnie przez pośrednictwo płodu.

A. Ż.

== JARDINE przedstawił w towarzystwie lekarskiem w Glasgowie pęczek brązowych włosów, wyciągnięty 10-letniej dziewczynce *ex ano*. Dziewczynka była ruda. Przy badaniu *per anum* znalazł J. otwór w kierunku prawego jajnika; z otworu również wyciągnął pewną ilość włosów. J. przypuszcza, że jest to torbiel skórzasta, komunikująca się z kiszka prostą.

Wiadomości bieżące.

— Od kol. K. FRĄCKIEWICZA ze Śluka otrzymaliśmy wiadomość następującą: „W 10-ym N-rze „Medycyny“ na str. 208 przeczytałem wiadomość, że aptekarz Zinkiewicz wzywa do miasteczka Wyżny w powiecie Śluskim lekarza. Poczytuję sobie za obowiązek przesłać słów kilka o miejscowości, w której „jest lekarz potrzebny“. Wyżnę znam doskonale, gdyż jest to osada odległa o 5 wiorst od Śluka, w której dawniej często bywałem. Ktoby z młodych kolegów miał zamiar osiedlić się w Wyż-

nie, niech wprzód odczyta w N-rze 10 „Przeglądu Tygodniowego“ na str. 110 artykuł p. t. „Józefów nad Wisłą“, a będzie miał pojęcie o tem, co go czeka w Wyżnie. Jeżeli młody lekarz ma być zapewniony i nie potrzebuje liczyć na dochód z praktyki, to niech jedzie do Wyżny, gdzie zobaczy błota i szczątki lasów poleskich; nadto kraj ten obfituje „w rybę, grzyby i zwierzyne“. Jeżeli więc jest amatorem polowania i rybołówstwa, a nie lęka się komarów, to niech jedzie do Wyżny“.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

- 1) MINKIEWICZ. O kamieniach, jako środkach leczniczych na Kaukazie. Badanie porównawcze. (Odb. z „Nowin Lekarskich“ 1893 Nr. 12).
- 2) TENŻE. Muzyka jako środek leczniczy na Kaukazie. Badanie porównawcze. (Odb. z „Nowin Lekarskich“ 1893. Nr. 10).
- 3) PIĄTKOWSKI. Ueber den Werth der quantitativen Bestimmung kleinerer Zuckermengen (mittels der FEHLING'schen Flüssigkeit im Vergleiche mit anderen Methoden). (Sep.-Abdr. a. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 2. 1894).
- 4) KOESTER. Zur Kenntniss des Salophens. (Sep.-Abdr. a. Therapeutische Monatshefte. 1894. Januar).
- 5) STERLING. Pielęgnowanie chorych. Warszawa. Nakł. Kolińskiego. 1894.
- 6) MINTZ. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka. (Zesz. I seryi VI Odczytów klinicznych wydawanych przez „Gazetę Lekarską“).
- 7) STERLING. Badanie chemiczne wody. (Odb. z Kalendarza Lekarskiego na rok 1894 nakł. „Zdrowia“).
- 8) GIEDROYĆ. Istota przymiotu. (Odb. z „Kroniki Lekarskiej“).
- 9) ZAWADZKI. O siarkowodorze w żołądku rozszerzonym. (Odb. z „Kron. Lekar.“ 1894).
- 10) TENŻE. Przypadek ostrego otrucia leczniczymi dawkami kreozotu.
- 11) Extraits des rapports publiés sur l'antinervine — Radlauer, nouveau médicament etc. Berlin 1894.
- 12) Salipyrin bei Menstruationsstörungen (Sep.-Abdr. a. Wien. Med. Wochenschrift 1893 Nr. 52).
- 13) WITZACK. Notiz über das Lycetol (Dimethylpiperazinum tartaricum) ein harnsäurelösendes Mittel. (Sep.-Abdr. a. Allg. Med. Centralzeitung 1884 N. 7).