

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Cięcie cesarskie sposobem Porro z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka podał D-r Tomasz Solman.—**Kazuistyka.** Przyczynę do kazuistyki chorób powikłanych zakażeniem krwotocznym. Podał Adam Wojnicz (w Łucku).—**Bibliografia i krytyka.** Choroby kiszek. Omówił Henryk Pacanowski.—**Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 24 kwietnia r. b.—**Streszczenia i Wyciągi.** 60. O otrzymywaniu i zastosowywaniu surowicy w celach leczniczych przy błonicy. 61. O wpływie temperatury na odradzanie się komórek, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia ran.—**Korespondencya medycyny.**—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r T. Solman—
Un cas d'operation de Porro. 2) D-r A. Wojnicz—
Un cas de maladie compliquée de diathèse hæ-
morrhagique.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Solman
—Kaiserschnitt nach Porro mit günstigem Ausgang
für Mutter und Kind. 2) D-r A. Wojnicz—Zur Ca-
sualistik der mit hæmorrhagischer Diathese com-
plicirten Krankheiten.

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

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO.

Cięcie cesarskie sposobem Porro z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka podał D-r Tomasz Solman.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 19).

Z szypułą maciczną, wytworzoną po operacyi PORRO, możemy postępować w rozmaity sposób, podobnie jak po laparohisterektomii z powodu włókniaków; posiadamy do wyboru trzy główne metody: zewnątrzotrzewnową, wewnątrzotrzewnową i zaotrzewnową; oprócz tych sposobów możemy po dokonaniem cięcia cesarskiem wyciąć macicę po wynicowaniu jej przez pochwę lub wreszcie wykonać całkowite wyluszczenie macicy od strony jamy brzusznej.

Największą liczbę wyzdrowień po operacyi PORRO otrzymano dotąd przy zewnątrzotrzewnowem umocowaniu szypuły macicznej; postępowanie to liczy wielu zwolenników, do których należą: LEOPOLD¹³⁾ KALTENBACH¹⁴⁾, STAUDE¹⁵⁾, LÖHLEIN¹⁶⁾, KRASSOWSKI¹⁷⁾, LAWSON-TAIT i wielu innych. Znane są zarzuty, robione metodzie zewnątrzotrzewnowej: pozostawienie wśród żywych tkanek dosyć znacznej części narządu, ulegającego zgorzeli, i wynikającą wskutek tego trudność utrzymania rany powłok brzusznych w stanie asepty-

¹³⁾ Műnchmeyer. Archiv f. Gynaekol. Bd. 37.

¹⁴⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe 1893.

¹⁵⁾ Deutsche medic. Wochenschr. 1891.

¹⁶⁾ Gynaekolog. Tagesfragen I Hft. 1890.

¹⁷⁾ Arch. f. Gynaek. Bd. 32.

cznym; długotrwałe gojenie się rany przez ropienie; powstawanie przepuklin w dolnym kącie rany powłok brzusznych; trudne częstokroć wytworzenie szypuły i zewnątrzotrzewnowe jej ustalenie, gdy macica jest mało ruchoma, ściany brzuszne grube i niepodatne, lub gdy istnieją rozległe zrosty pęcherza moczowego z przednią ścianą macicy; łatwość ulegania szypuły urazom zewnętrznym. Przytoczone ujemne strony metody zewnątrzotrzewnowej tracą jednak wiele ze swej doniosłości wobec tego, że same przez się zazwyczaj nie zagrażają życiu operowanej i że złe skutki ich mogą być znacznie ograniczone, dzięki współczesnym ulepszeniom techniki operacyjnej. Gdy następnie weźmiemy w rachubę zalety metody zewnątrzotrzewnowej: doskonałe zatrzymanie krwawienia, łatwy dostęp do szypuły w razie wtórnego krwotoku, wykluczenie z jamy otrzewnej spraw, które, wytwarzając się w szypule, mogą spowodować gnilne zapalenie otrzewnej, wreszcie łatwość wykonania operacji i krótkie jej trwanie—wtedy, porównyując zalety z wadami, przyznamy przewagę zaletom i chętnie zatem stosować będziemy po operacji PORRO metodę zewnątrzotrzewnową, jako mało zagrażającą życiu chorej. W klinice Prof. KOSIŃSKIEGO w kilkudziesięciu przypadkach laparohisterektomii, wykonanych z powodu włókniaków, otrzymywaliśmy przy zastosowaniu zewnątrzotrzewnowego umocowania szypuły macicznej zazwyczaj daleko lepsze wyniki, niż przy wewnątrzotrzewnowym zatapianiu szypuły. Opierając się na nabytem klinicznym doświadczeniu, wybrałem zatem w moim przypadku operacji PORRO postępowanie zewnątrzotrzewnowe, zapewniające mi poniekąd pomyślne zejście po operacji. Szczegóły techniki zewnątrzotrzewnowego ustalenia szypuły macicznej podałem już w głównych zarysach w opisie wykonanej przezemnie operacji cięcia cesarskiego, powtarzać ich zatem nie będę; jako uzupełnienie dodam, że wielu operatorów wykonywa dokoła kikuta macicznego zeszywanie szwem kuśnierskim z cienkiego katgutów otrzewnej rany powłok brzusznych z otrzewną szypuły poniżej ligatury elastycznej. Obszycie takie jest racjonalne, wykonanie jego bywa nieraz jednak nie łatwe, szczególnie, gdy część kikuta macicznego poniżej cewy elastycznej znajduje się głęboko w miednicy i gdy zachodzą trudności wydobycia szypuły ku górze i nazewnątrz rany powłok brzusznych; drugą ujemną cechą obszycia jest krwawienie z miejsc ukłuć: krew może nieraz w dosyć znacznej ilości spływać do jamy DOUGLAS'a i w razie sposoczenia wywołać gnilne zapalenie otrzewnej. W celu osiągnięcia ścisłego przylegania otrzewnej powłok brzusznych do otrzewnej kikuta macicznego wystarczy, zamiast zmudnego obszycia dokoła, zespoić z sobą te listki otrzewnej zapomocą dwóch szwów, przeprowadzonych przez górną i dolną część szypuły w ten sposób, że nitka szwu głębokiego a zarazem otrzewnowego powłok brzusznych przeprowadzona zostaje jednocześnie przez szypułę poniżej ligatury elastycznej; po zawiązaniu nitek listki otrzewnej przylegają do siebie, a zrastając się, co, jak wiadomo, bardzo prędko następuje, ściśle odgraniczają jamę otrzewnową od rany powłok brzusznych, w której szypuła jest umocowana. Po uskutecznieniu zewnątrzotrzewnowego ustalenia należy zastosować na ulegającą zgorzeli szypułę takie środki, które są w stanie ją wysuszać i tym sposobem wstrzymywać szybki rozkład gnilny i związane z nim zakażenie rany powłok brzusznych. Przypalenie szypuły żegadłem PAQUELIN'a, napajanie jej silnymi rozczynami kwasu karbolowego, chlorkiem cynku, posypywanie jodoformem lub mieszaniną taniny i kwasu salicylowego—wszystkie te środki są w stanie przez pewien czas utrzymać szypułę

w stanie aseptycznym. Obecnie MEYER¹⁸⁾, na zasadzie wyników z kliniki prof. CZERNY'ego, zaleca pendzlowanie szypuły kolodyonem: wytwarza się tym sposobem ścisła powłoka, pod którą szypuła w zewnętrznych swych warstwach nie ulega wilgotnej zgorzeli w ciągu 8 do 10 dni, a ropienie w otaczającą szypułę ranie powłok brzusznych jest przytem bardzo nieznaczne.

Wyniki wewnątrztrzewnowego zatapiania szypuły po operacji PORRO były początkowo bardzo złe: w 10 pierwszych przypadkach stosowania metody SCHRÖDER'a otrzymano 10 zejść śmiertelnych, dopiero w ostatnich czasach, dzięki udoskonaleniom technicznym metody wewnątrztrzewnowej, osiągnięto liczne pomyślne zejścia. BERTAZZOLI¹⁹⁾ zestawił 39 przypadków operacji PORRO z wewnątrztrzewnowem postępowaniem; z liczby 17 operowanych od roku 1878 do roku 1883 — wyzdrowiały tylko cztery rodzące, zaś z 22 operowanych w czasie od 1884 do 1891 roku wyzdrowiało 17 kobiet. W rezultacie swoich zestawień BERTAZZOLI dochodzi do wniosku, że przy wyborze postępowania z szypułą maciczną po operacji PORRO z równem zaufaniem wybrać możemy metodę wewnątrztrzewnową, jak i zewnątrztrzewnową, że jednak do tej ostatniej skłaniać się należy wtedy, gdy operujący posiada mało wprawy w wykonywaniu laparohisterektomii. Dodać muszę, że stanowczo przeciwwskazane jest wewnątrztrzewnowe zatapianie szypuły macicznej wtedy, gdy podczas operacji cięcia cesarskiego istnieją objawy gnilnego zakażenia macicy; również przy zarośnięciu pochwy lepiej będzie ustalić szypułę zewnątrz otrzewnej, z powodu utrudnionego odpływu wydzielin macicznych przez pochwę. Przy wykonywaniu operacji podług sposobu SCHRÖDER'a szczególną uwagę zwracać należy na zatrzymanie krwawienia w szypule; dokładne podwiązanie naczyń z boków macicy, dobrze nałożony szew piętrowy na szypułę — najlepiej zapobiedz mogą wtórnym krwotokom; oprócz tego w sposobach, podanych przez ZWEIFEL'a²⁰⁾, HOFMEIER'a²¹⁾ i KOCHER'a²²⁾, posiadamy znakomite ulepszenie postępowania wewnątrztrzewnowego. LÖHLEIN w jednym przypadku operacji PORRO postąpił w ten sposób, że szypułę, wytworzonej podług metody SCHRÖDER'a, nie zatopił do jamy otrzewnej, lecz wszył ją do dolnej trzeciej części rany powłok brzusznych; przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, w cztery tygodnie po operacji rana powłok brzusznych prawie całkowicie się zagoiła. Sposób ten jest dobry, łatwo jednak pozostać mogą trudne do zagojenia przetoki, kierujące się od rany powłok brzusznych przez kanał szyi macicznej do pochwy.

Metoda zaotrzewnowa, podana przez CHROBAK'a, była trzykrotnie z pomyślnem zejściem zastosowana przy operacji PORRO; przypadki te opisali WOERZ²³⁾ i JOHANNOWSKY²⁴⁾. W przypadku podanym przez WOERZ'a wykonanie operacji było następujące: Przecięcie powłok brzusznych, wyłonienie macicy nazewnątrz; odpreparowanie w dolnej części trzonu macicy dwóch płatów otrzewnej, podstawą dochodzących do sklepienia pochwy, przedni z tych płatów krótszy niż tylny, zaś obydwie płaty tak wielkie, że razem złączone wystarczają do pokrycia otrzewną szypuły macicznej; nałożenie cewy elastycznej na szyję maciczną; przecięcie macicy i wydobycie płodu; podwią-

¹⁸⁾ Zeit. für Geburtsh. und Gynaek. Bd. 28. I Hft.

¹⁹⁾ Annal. di Ost. Milano 1892.

²⁰⁾ Stielbehandlung bei der Myomectomie. Stuttgart. 1888.

²¹⁾ Grundriss der Gynaekol. Operationen 1892.

²²⁾ Correspondbl. für Schw. Aerzte 1891.

²³⁾ Ctbl. für Gynaek. 1892. N. 5.

²⁴⁾ Archiv f. Gynaek. Bd. 42.

zanie bocznych więzadeł i tętnic macicznych zapomocą podklucia; odcięcie macicy; zdjęcie ligatury elastycznej i staranne podwiązanie krwawiących naczyń; wypalenie zapomocą żegadła PAQUELIN'a błony śluzowej w pozostałej nieznacznej części szyi macicznej; przeprowadzenie paska muślinu jodoformowego od przestrzeni podotrzewnowej przez część pochwową macicy do pochwy; zeszywanie płatów otrzewnej; zeszywanie całkowite powłok brzusznych. Ponieważ krwawienie w chwili odpreparowania płatów otrzewnowych i po zdjęciu cewy elastycznej było dosyć znaczne, JOHANNOWSKY zmienił postępowanie w ten sposób, że przed wytworzeniem płatów otrzewnowych podwiał starannie naczynia z boku macicy. Metoda zaotrzewnowa CHROBAK'a posiada wiele zalet, z których jako najważniejsze uważać należy: dokładne zatrzymanie krwawienia, ściśle odgraniczenie jamy otrzewnej od rany pozostającej po odcięciu macicy, wreszcie, co jest bardzo ważne, przedrenowanie przez pochwę przestrzeni podotrzewnowej. CHROBAK²⁵⁾ podaje, że w 46 przypadkach zastosowania metody zaotrzewnowej przy wycięciu macicy z powodu włókniaków, zmarły tylko 4 operowane; te dobre wyniki pozwalają przypuszczać, że sposób CHROBAK'a, zastosowany po operacji cięcia cesarskiego sposobem PORRO, dawać będzie również pomyślne zejścia.

Zamiast powyżej przytoczonych trzech metod postępowania z szypułą maciczną po operacji PORRO, FRANK i BEAUCAMP²⁶⁾ w 6 przypadkach cięcia cesarskiego wykonali po odcięciu macicy wycinowanie szypuły macicznej przez pochwę; w siódmym zaś przypadku po wydobyciu płodu wycinowano przez pochwę całą macicę, sześć operowanych wyzdrowiało, jedna zmarła wskutek ropnego zapalenia otrzewnej. Myśl operacji należy do FRANK'a, podczas gdy głównym wykonawcą zabiegu był BEAUCAMP. Operacja FRANK-BEAUCAMP'a całkowitego wycinowania macicy, polega na następujących zabiegach: 1) przecięcie brzucha, przecięcie macicy oraz wydobywanie płodu; 2) całkowite wycinowanie macicy przez pochwę; 3) przewiązanie macicy ligaturą elastyczną przed sromem; 4) zaszywanie jamy brzusznej; 5) odcięcie macicy wraz z jajnikami poniżej ligatury elastycznej, oddzielne przewiązanie fałdy otrzewnej w szypule. Przy powyższym postępowaniu operacja PORRO, podług zapewnień BEAUCAMP'a, trwa krótko, niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej jest wielce zmniejszone, zaś leczenie pooperacyjne uproszczone. MÜNCHMEYER słusznie zwraca uwagę, że wycinowanie macicy jest trudne przy zrostach jej z pęcherzem oraz przy złośliwych nowotworach. FRASCANI²⁷⁾ wykonał w jednym przypadku operacji PORRO wycinowanie szypuły macicznej przez pochwę sposobem FRANK'a, operowana wyzdrowiała. Wycinowanie szypuły skutecznia się następującym sposobem: po odcięciu macicy i lejkowatym wycięciu jej wnętrza, przeprowadzamy dwie grube nitki w poprzek macicy, końce tych nitek ujmujemy zapomocą kleszczyków wprowadzonych od strony pochwy do kanału szyi macicznej, za uchwycone nitki pociągamy dotąd, dopóki cała powierzchnia rany szypuły nie zostanie wycinowaną do pochwy, przylegające powierzchnie otrzewnowe zeszywamy.

Całkowite wycięcie macicy od strony jamy otrzewnowej nie było dotąd wykonane po cięciu cesarskiem, wskazaniem jednak do tej operacji mogą być w niektórych przypadkach nowotwory macicy.

²⁵⁾ Ctbl. f. Gynaek. 1894. N. 2.

²⁶⁾ Archiv f. Gynaek.

²⁷⁾ Annal. di Ost. e Gin. 1892.

Bibliografia 14 przypadków operacji PORRO wykonanej z powodu zarośnięcia pochwy: 1) WEISS (Archiv f. Gynaekol. Bd. 28). 2) FRITSCH (Bericht über gynaekolog. Operationen 1891—1892) 2 przypadki. 3) WEYDLICH (Zwei Fälle von Porro-Operation bei Vaginalatresie. Zeitschr. f. Heilkunde 1898). 4) De RULL (Brit. med. Jour. 1884). 5) DEJAZE (Bulletin de l'académie Royale de médecine de Belgique 1882). 6) LESI (Raccoglitori medico 1886). 7) SOŁOWIEW (Ctbl. f. Gynaek. 1888). 8) SPAETH (Münchener Med. Wochenschr. 1888. 9) ASHTON (Med. News. 1891). 10) COURANT (Ctbl. für Gynaek. 1893). 11) IKEDA (Ctbl. für Gynaekolog 1893) 2 przypadki.

KAZUISTYKA.

PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI

chorób powikłanych zakażeniem krwotocznem.

Podał Adam Wojnicz (w Łucku).

W ciągu trzech zimowych miesięcy roku 1893/4 obserwowałem chorą dotkniętą żółtaczką w połączeniu z objawami nieżytu żołądka i dwunastnicy, w przebiegu której to choroby wystąpiła naprzód *Peliosis rheumatica*, a następnie ciężkie objawy t. zw. choroby WERLHOFF'a. Spostrzeżenie niniejsze, jako wyróżniające się z rzędu zwykłych, podaję do wiadomości szerszego ogółu kolegów.

Izraelitka, żona kupca z Łucka, lat 54, pochodzi z rodziny zdrowej i długo żyjącej. W rodzinie na krwotoki nikt nie chorował. Miesiączkowanie zaczęło się w 14 roku życia i odbywało się prawidłowo, trwając po 5 dni. W 17 roku życia wyszła za mąż; rodziła 12 razy w porę i szczęśliwie; 8-ro potomstwa żyje i jest zdrowo. Przy porożach chora traciła dużo krwi, lecz bez złych następstw. Peryody skończyły się w 48 roku życia. Prócz cholery azyatyckiej, którą przeżyła 18 lat temu, więcej na nie nie chorowała; była dobrej tuszy, wyglądała zdrowo, warunki życia miała dostateczne. Latem roku zeszłego 1893, będąc pod wrażeniem grasującej w tym czasie cholery azyatyckiej, często zapadała na niestrawność; lekarze przypisywali to cierpienie brakowi i osłabieniu zębów, ponieważ kątowych już nie było, a tylko niektóre trzonowe i siekacze, sterczące, długie, słabo osadzone i obrosłe kamieniem. W październiku tegoż roku kolega POCZOBUT znalazł u chorej, oprócz przewlekłego nieżytu żołądka i atonii kiszki, znaczne powiększenie wątroby zwłaszcza lewego płata.

W początkach listopada chora na dobre straciła apetyt, miała ciągle zaparcie stolca, w czasie którego bez środka czyszczącego wypróżnień po kilka dni nie było; oprócz tego bezustanne odbijanie, uczucie ciśnienia i bólu w dołku podsercowym. Wymiotów nie było. Chora chudnąć zaczęła i w oczach pokazała się żółtaczka.

Po 2-tygodniach takiego stanu wystąpiła mocna ogólna żółtaczka z objawami nieżytu dwunastniczo-żołądkowego (nudności, wymioty, wstręt do jadła). Na trzeci dzień żółtaczki, wobec nieznosnego swędzenia skóry, zalecono chorej ciepłą kąpiel. Po kąpeli w nocy dreszcze, rano bóle w stawach dużych: naprzód obydwóch napięstkowych, następnie golenio-stopowych i kolanowych.

Po przejściu 2-tych dni od chwili zjawienia się bólów w stawach (19 listopada 1893 roku), pierwszy raz chorą widziałem. Stan był bardzo ciężki: silna żółtaczka ogólna, odbijanie nieustanne, wymioty, rozwolnienie i sześć stawów bolesnych, z których napięstkowce obrzękle. Z powodu bólów stawowych chorej nawet trudno było się poruszyć. Ciepłota ciała w porze popołudniowej 38,5 C. Przy badaniu znalazłem obraz następujący:

Chora średniego wzrostu, prawidłowo zbudowana, mizerna. Skóra wilgotna, obwisła, tłuszczowego pokładu niewiele. Tony serca czyste, wyraźne; granice normalne. Tętnice skroniowe wężykowato zgięto, a promieniowe twarde. Język mocno obłożony szarym nalotem; okolica nadbrzusza i podżebrze prawe bardzo bolesne przy ucisku. Tępość wątroby w górnych granicach jak zwykle, w dolnych — lewy płąt na 4 palce wystaje z pod żeber, a prawy na $2\frac{1}{2}$; brzegi ostre, powierzchnia gładka, o czym się przekonałem po ustąpieniu bólów. Górna granica śledziony zaczyna się na 8-em żebrze, dolna nie występuje z pod żeber. Kiszka prosta, odbył i macica zmian żadnych nie przedstawiają. Mocz mocno nasycony barwnikami żółciowymi; stolce gliniaste, bezbarwne.

W przeddzień rano chora z dobrym skutkiem przyjęła 2 proszki kalomelu po 8 gran, lecz wieczorem tego samego dnia zjadła kawałek bułki z masłem. Chorej zaleciłem rycynę i następnie salicylan sodu co 2 godziny po 8 gran.

Po przyjęciu 3-ch proszków salicylowych bóle w stawach zupełnie ustąpiły, lecz wyżej wzmiankowana obrzękłość trwała jeszcze 2 dni; przez ten czas stawy były smarowane ichtyolem, zmieszanym nawpół ze spirytusem. Proszków salicylowych chora wyżyła 6. Tymczasem na trzeci dzień (21. XI) zauważono plamki różowo, wielkości ziarenek soczewicy, nie niknące pod uciskiem — na goleniach, biodrach, pośladkach (rozginacze) i na przedramionach (zginacze). Ciepłota ciała $37,8^{\circ}\text{C}$. Do 22. XI wysypka powiększała się ilościowo, zajmując coraz większą przestrzeń na oznaczonych miejscach i posuwając się z przodu na brzuch, a z tyłu na plecy. W tym czasie powtórzył się ból w prawym kolanie, boz obrzęku, przy ciepłocie ciała $38,0^{\circ}$; ból po przyjęciu 3-ch ośmiogranowych proszków salicylanu sodu ustąpił, żółtaczka zaś trwała, pomimo tego, że stolce stawały się żółciejsze, a mocz jaśniejszy.

22. XI nanowo powróciło odbijanie, nudności i ból w dołku, język mocno obłożony; chora znów otrzymała kalomel (4 gr. $\times$ 2) i następnie łyżkę rycyny. To było wstępem do drugiego szeregu objawów krwotocznych. Jeśli tylko co opisaną wysypkę nazwiemy *peliosis rheumatica*, to teraz wystąpiła w całej pełni objawów *purpura WERLHOFF'a* przy oznakach zatrucia rtęciowego. Po kalomelu z jednej strony zauważono, że stolce się ustaliły, a żółtaczka ustępować zaczęła, z drugiej strony zaraz na drugi dzień wystąpił ślinotok i obrzęk dziąseł, a wybroczyny na skórze zaczęły się szybko rozszerzać i przybierać wszystkie znane kształty i postacie, dążąc do zlewania się w obszerne, nieco wzniesione nad powierzchnią plamy koloru najprzód różowego i czerwonego, a następnie ciemno-czerwonego i czarnego. Pojawiły się krwawo wynaczynienia na błonach śluzowych, zaczęły się krwotoki z kiszek, siły osłabły, apetyt znikł, ciepłota ciała spadać poczęła (do $35,5^{\circ}$), stan chorej zatrważająco pogarszał się z dniem każdym.

Dla demonstracji ostatniej wysypki, przytoczymy z przebiegu choroby dwa dni skrajne, znakomicie charakteryzujące to cierpienie.

24. XI. Chora osłabiona, apetytu do jedzenia nie ma, przy ruchach ból w prawym kolanie. Wynaczynienia na obydwóch przedramionach na wewnętrznej powierzchni, zaczynając od łokci, przelewały się w nieco wyniosłe, mocno czerwone plamy, wielkości dłoni dziecka; na udach i goleniach również plamki, powstałe ze zlania się drobnych wynaczynień, wielkości paznokcia i mniejsze; na pośladkach *vibices*, zależno od odcisku fałd bielizny; na plecach naokoło znaków po suchych bańkach, 2 dni temu stawianych, obrączki z drobnych czerwonych petoci (miejsca gdzie bańka nagniotła, wciągając w siebie skórę). Na prawym krętarzu dużym plama wielkości paznokcia, koloru prawie czarnego, a pod nią w tkance tłuszczowej, w głąb, aż do powięzi, guz wielkości orzecha włoskiego, twardy, ruchomy, niebieskawo przeświecający przez skórę, jakby siniec. Podobny guz, z plamką czarną na skórze, znajduje się na lewej ło-

patce. Po dniach trzech skóra na miejscu guzów przeszła w suchą zgorzel, a po kilku dniach odpadła, pozostawiając obszerne głębokie owrzodzenie. Ślinotok trwa; dziąsła obrzękłe, owrzodzeń niema, nie krwawią, lecz zęby dolno przednie, które już dawniej się ruszały, obecnie chwiać się poczęły, a jeden z nich—drugi trzonowy mały z lewej strony—do tego stopnia, iż jeść, a nawet mówić przeszkadzał. Chora prosiła o wyrwanie go, co uskuteczniłam bez straty kropli krwi¹⁾. Rano wypróżnienie jedno zwykle, w południe stolce ze śluzem, zawierającym prążki czerwonej krwi, wieczorem zaś stolce rzadki, ciemny, który prócz śluzu zawierał krew czerwoną. Brzuch niobolesny.

29. XI. Skóra twarzy, szyi, dłoni i podeszów wolna od wybroczyn krwawych, reszta skóry miejscami jakby pozalowana (kończyny), miejscami jakby pokropiona krwawą farbą. Na podniebieniu plamki, na spojówce lewej dolnej powieki również dwie plamki. Osłabienie tak wielkie, iż chora sama na łóżku usiąść nie może. Jeść wcale nie chce. W dzień 5 stolców rzadkich, krwawych, cuchnących. W brzuchu przemijające bóle. Mocz bez krwi, stawy nie bolesne.

Zastosowano pęcherz z lodem na brzuch; do wewnątrz zaczęto podawać salicylan sodu w myśl przypuszczenia D-ra BIEGAŃSKIEGO: „Możeby jest, że tak różycą wysiękowa jak i plamica (WERLHOF'a) są tylko różnymi postaciami ogólnego zakażenia gościcowego“. (Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych, str. 403).

Do 29-go stosowano kurację według EICHHORST'a i JACCOUD'a. Dla czego od początku nie przepisano kuracji salicylowej, na to odpowiedzieć mogę tylko tyle, że na naradach odbytych z kolegami, głosów za *Natr. salicylicum* nie było, a i w początkach podawano go parę razy, jakby tylko na próbę, w nieuzasadnionej obawie, że źle wpłynie na trawienie.

Rozpaczliwy stan, w jakim się znajdowała chora, zdawał się wróżyć jeszcze gorsze następstwa wskutek możebnych wylewów krwawych do narządów wewnętrznych i do jam surowiczych, lecz na czasie zastosowany salicylan sodu był w tym przypadku środkiem decydującym.

Zaraz na drugi dzień rano 30. XI. chora poczuła się weselszą i mocniejszą; w nocy spała (przedtem bezsenność), wypróżnień nie było; ciepłota 37,0. Przez cały dzień oddała tylko dwa wypróżnienia krwawe; następnego dnia jedno wypróżnienie ze śladami krwi, a w dalszym ciągu stolce były normalne. Plamy zaś dopiero na trzeci dzień t. j. 2. XII. wyraźnie błedną i znikać poczęły. Czas zdrowienia chorej trwał dwa tygodnie, w ciągu których prawie bez ustanku trzeba było podawać salicylan sodu, bo gdy próbowaliśmy przerwać podawanie, czy to wskutek szumu w uszach, czy też licząc na to, że reszta wynaczynień sama przez się się wessie, wtenczas po dwóch, najdalej trzech dniach powstawały albo nowe wynaczynienia, albo stare napowrót mocniej czerwieniały przy podwyższonej ciepłocie ciała.

Po upływie dwóch tygodni następny tydzień był wolny od wszelkich dolegliwości, lecz już w początku 4-go tygodnia chora bez widocznego powodu znowu dostała niestrawności i żółtaczki ogólnej, równie mocnej jak poprzednia, tylko objawy żółdkowe były nieco słabsze. Na trzeci dzień oprócz powyższych objawów nieznośne swędzenie skóry, kończyny pokryte strupami od ciągłego drapania, a brzozi powiek zaczorwieniono od tarcia. Na 4 dzień żółtaczki, którą leczyłem nieco zmodyfikowanym sposobem KRULL'a²⁾, na wszystkich kończynach zauważono wylewy krwawo podskórno,

¹⁾ HENOCH spostrzegł w czasie choroby WERLHOF'a po wyrwaniu zęba u 11-letniej dziewczynki krwotok trwający 36 godzin, i wogóle wspomina, że krwotoki w takich razach mogą być niebezpieczne. (HENOCH. Lekce o chorobach dziecięcych. 1890 r.).

²⁾ Do ławaty używano wody o temperaturze od 16°—18° R., a nie o T. 12° R., jak rądzi KRULL, tembardziej, że chora nie znosiła 12°. O tem już pisał PEŁCZYŃSKI z Tykocina (Gazeta Lekarska z roku 1888 N. 38).

sinawo przeświecające przez skórę, wielkości paznogcia, nie gęsto umieszczone i nie twarde; tylko dwa wynaczynienia, jedno na prawym pośladku o 6 ctm. wyżej blizny, znajdującej się na krętarzu dużym, a drugie na wewnętrznej powierzchni lewego uda tuż pod fałdą pachwinową—przedstawiały się w postaci twardych sinych podskórnych guzów, wielkości jaja gołębiego. I teraz podawać zaczęto salicylan sodu, poczem plamy w ciągu tygodnia znikły bez śladu, a guzy się wessały. Tym razem krwotoków z błon śluzowych wcale nie było.

Żółtaczka, już to słabnąc, już to wzmagając się, doszczętnie nie ustąpiła do obecnej chwili (5. IV. 94.), pomimo, że chora chodzi i czuje się niezłe. Mocz i stolce naprzemian bywają raz prawie normalnego koloru, innym zaś razem jak przy ogólnej żółtaczce, w moczu jednak zawsze wykryć można barwniki żółciowe. Chora jest na ścisłej dyecie, apetyt posiada, dolegliwości prawie żadnych nie czuje. Jest osłabiona i mocno wychudła. Wątroba powiększona, jak wyżej opisano, na powierzchni gładka, przy ucisku mało bolesna. Serce żadnych zmian nie przedstawia. Śledziona w granicach normalnych. Wymiotów przez cały czas ani razu nie było.

Pomijając pochodzenie żółtaczki, która zależała od niezytu dwunastnicy, rozpatrzmy bliżej pochodzenie objawów krwotocznych.

Opierając się na poglądach EICHHORST'a, HENOCH'a i BIEGAŃSKIEGO na cierpienia, przebiegające z dyatezą krwotoczną, powiedzieć możemy, że w danym razie mieliśmy kolejno objawy, znane pod nazwą *purpura rheumatica*, *morbis maculosus Werlhofii* i *purpura simplex* (w czasie drugiego nawrotu żółtaczki). Biorąc zaś pod uwagę fakt, że niektóre plamy podlegały rozpadowi, a jednocześnie zęby poczęły się chwiać, nasunie nam się myśl, iż mieliśmy tu do czynienia z gnilem. D-r BIEGAŃSKI np. w swojej „Dyagnostyce różniczkowej“ twierdzi (na str. 404 i 405), że gnilec przedstawia wielkie podobieństwo do choroby WERLHOF'a, jednak się różni między innymi objawami tem, że „przy gnileu wynaczynienia bywają obszerne, rozległe, często wrzodziejące, przeciwnie przy plamicy (choroba WERLHOF'a) plamy bywają najczęściej drobno i nigdy nie podlegają rozpadowi“. Jednak, zważając na odrębną etyologię gnileca, trudno nasz przypadek na zasadzie paru symptomatów rozpoznać jako gnilec, tombar dziej, że i EICHHORST wspomina o możliwości przechodzenia w zgorzel plam i wynaczynień krwawych również przy chorobie WERLHOF'a.

Jeśli następnie potrącimy kwestyę choroby WERLHOF'a, której obraz mieliśmy i w naszym przypadku, to zważając na to, iż niektórzy autorowie (EULENBURG i inni) rozróżniają dwie odmiany tej choroby: jedną idyopatyczną, zjawiającą się samoistnie i zależną od specyficznego zarazka, oraz drugą, występującą w przebiegu ostrych i chronicznych, wyczerpujących organizm chorób, zwaną przez niektórych (DUPLAIX) poprostu *purpura haemorrhagica* bez dodatku WERLHOF'a, to nasz przypadek zaliczymy do tej ostatniej odmiany. Z poglądami naszymi w zupełności więc zgadza się zdanie D-ra SOKOŁOWSKIEGO, który twierdzi (Gazeta Lekarska N. 9, rok 1894), iż „słusznie wydaje się zapatrywanie niektórych autorów francuskich (DIEULAFOY, MOLLIE), że tak zwana choroba WERLHOF'a nie jest niczem innym, jak tylko jednym z objawów ciężkiej natury cierpienia, nie dających się często określić, i że w przyszłości choroba ta jako oddzielna postać chorobowa zniknie zupełnie“.

Że wylewy krwawe w naszym przypadku znajdowały się w ścisłym związku z żółtaczką, tego dowodzić nie potrzeba; dość wspomnieć, że przy drugim nawrocie żółtaczki żadnych innych przyczyn (ani kąpieli, ani kalomelu) do wystąpienia *purpurae simplicis*, prócz samej żółtaczki z zaburzeniami żołądkowymi, nie było. Pewien wpływ na natężenie objawów krwotocznych należy jednak także przypisać zakażeniu gościnnemu, dowodem czego może służyć nagła przerwa w objawach krwotocznych i ogólna poprawa stanu chorej po każdym zastosowaniu salicylanu sodu. Być może, iż w po-

wnym stopniu przyczyniło się tu także zatrucie rtęcią, które, jak wiadomo, może wywołać objawy krwotoczno.

W przypadku przytoczonym mamy naoczny dowód tego, że pomienione postacie wylówów nie są odrębnymi postaciami chorobowymi, lecz, jak o tem już niektórzy pisali, wyrazom jednej i tej samej zmiany patologicznej o różnem nasileniu; inaczej bowiem trudnoby sobie było wytłumaczyć taką spójność i porządek w następowaniu jednej postaci po drugiej.

Luck, 5 kwietnia, 1894 r.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

TH. ROSENHEIM.

Choroby kiszek

(*Krankheiten des Darms. Wien und Leipzig 1893*). Str. 604.

Omówił Henryk Pacanowski.

Przeglądając podręczniki o chorobach narządów trawienia z przed lat 20-stu, nawet najobszerniejsze (np. ZIEMSSSEN'a patologię i terapię szczegółową), i porównując je z dzisiejszymi, dostrzeżemy łatwo znaczną pod każdym względem różnicę. Powstały nowe metody badania, dzięki którym zdołano wyjaśnić liczne fakty z dziedziny fizjologii trawienia; wykryto nowe formy nozologiczne i do pewnego stopnia rozwinięto również arsenał zabiegów leczniczych, oparłszy je na racjonalniejszych zasadach.

Przedewszystkiem rozszerzyły się nasze wiadomości o chorobach żołądka, a to dzięki udostępnieniu tego narządu do badań bezpośrednich, które umożliwiły wyjaśnienie wielu spraw fizjologicznych, w żołądku zachodzących. Toteż w ostatniej dobie pojawiło się szybko kilka doskonałych podręczników: EWALD'a, BOAS'a i ROSENHEIM'a, oraz, co dla nas stanowi rzecz najważniejszą, nawskroś oryginalne dzieło JAWORSKIEGO.

Inaczej rzecz się ma dotychczas z nauką o chorobach kiszek. Niemożność bezpośredniego dotarcia do nich (z wyjątkiem tylko odbytnicy) sprawia, że o fizjologii trawienia kiszkiowego bardzo skąpe jedynie posiadamy wiadomości. Ujęcie więc w jedną całość patologii tej części przewodu pokarmowego, zebranie rozproszonych po czasopiśmie luźnych, nowych przyczynków, stanowiło dotąd szkopuł, o przewyższenie którego nikt z wybitniejszych nawet autorów od lat kilkunastu pokusić się nie śmiał. Pierwszy uczynił to dopiero ROSENHEIM, który wydał obecnie dzieło wymienione w nagłówku, a stanowiące ciąg dalszy ogłoszonego w r. 1891-ym podręcznika o chorobach żołądka.

Fakt pojawienia się książki ROSENHEIM'a, traktującej o chorobach przewodu jelitowego, uważaliśmy za tak ważny dla każdego bez wyjątku lekarza-praktyka — zarówno internisty, jak ginekologa i chirurga — żeśmy z pewnem niedowierzaniem, a z tem większą natomiast ciekawością do przeczytania jej przystąpili; nasuwała się bowiem odrazu pewna wątpliwość, czy i o ile autor sprostął podjętemu przez siebie trudnemu zadaniu. Pośpieszamy zaznaczyć, że autor odpowiedział mu godnie. Przedstawił on w sposób możliwie jasny i wyczerpujący wszelkie najnowsze zdobycze na polu fizjologii i patologii kiszek, nie pomijając żadnej kwestyi; wyłożył swoje zapatrywania na sprawę ineterwencyi chirurgicznej w chorobach kiszek; dotknął ciemnych jeszcze spraw bakterjologii kiszkiowej; wreszcie poświęcił wiele miejsca niouwzględnianemu dotąd dostatecznie działowi, jakim są nerwice kiszek.

Podręcznik ROSENHEIM'a składa się z 14 rozdziałów. Przejdziemy każdy z nich po kolei, wybierając to tylko, co jest nowe, a czego w podręcznikach dawniejszych nie uwzględniano wcale lub tylko pobieżnie.

Rozdział pierwszy, oprócz rysu anatomicznego kiszek, traktuje o zwykłych fizycznych metodach badania. Są one niestety nader ograniczone. Jedyń dostępnym odcinek stanowi odbytnica, a właściwie tylko jej część dolna, 8—10 cm,

długa. Słusznie R. zaznacza, iż lekarze nie zwracają dostatecznej uwagi na szczegółowe badanie odbytnicy, poprzestając na banalnym opowiadaniu chorego o „hemoroidach”. Powinno być przyjęte za stałą zasadę badać odbytnicę każdego chorego, skarżącogo się na jakiegokolwiek przypadłości w tej okolicy. Rak odbytnicy np. często stosunkowo występuje u ludzi młodych,—częściej, niż w innych narządach. Najlepsze wskazówki otrzymuje się z bezpośredniego badania palcem. Niemniej ważne jest też oglądanie odbytnicy zapomocą wziernika; szczególnie praktycznym jest czteroramienny wziernik ALLINGHAM'a.

Zasługuje na uwagę badanie odbytnicy dwuręczne: palec ręki lewej wprowadza się do odbytnicy, rękę zaś prawą umieszcza się ponad spojeniem łonowym po stronie lewej. U kobiet badanie takie daje się skutecznie dwuręcznie od strony pochwy i odbytnicy.

Badanie zgłębnikiem odbytniczym posiada wartość wogóle podrzędną, liczne bowiem fałdy odbytnicy, zagięcia jej, wreszcie *promontorium* stają temu badaniu na przeszkodzie.

Natomiast bardzo ważne jest badanie kiszek zapomocą napełnienia okrężnicy wodą lub powietrzem. Zdaniem R., woda niewątpliwie przenikać może po za zastawkę BAUHIN'a, jednakże nie u każdego bez wyjątku człowieka, gdyż wpływają tu indywidualne różnice w anatomicznej budowie tej zastawki. Mniejsze znaczenie ma wdmuchiwanie powietrza do kiszek, które zwykle po za zastawkę BAUHIN'a nie przechodzi, zresztą łatwo przez twarde masy kałowe zatrzymane zostaje. Obok tego sprawia ono choremu przykre uczucie napięcia. Jeśli więc stosujemy wdmuchiwanie, to należy naprzód kışkę dokładnie oczyścić przemyciem lub środkiem przeczyszczającym. Do wdmuchiwania powietrza najlepiej nadaje się zwykły podwójny balonik spray'u.

Rozdęcie kışki grubej jednym z powyższych dwóch sposobów dostarczyć może nader cennych wskazówek: 1) dozwala wykryć nieraz zwężenie kışki pochodzenia wewnątrz- lub zewnątrzkişkowego; przy istnieniu bowiem tegoż ani woda, ani powietrze nigdy prawie po za zwężenie nie przenikną (woda czasem z wielką trudnością i pod wysokim ciśnieniem); 2) jesteśmy w stanie oznaczyć położenie poprzecznicy i *S Romani*; 3) stwierdzić rozszerzenie kışki grubej pochodzenia atonicznego (przy długotrwałym zaparciu stołu); 4) niekiedy możemy odróżnić guzy innych narządów (wątroby, żołądka, śledziony, nerek), ponieważ stwierdzono, że w miarę rozdymania się kışki, guzy te mają skłonność do usuwania się w kierunku normalnego położenia anatomicznego tych narządów, do których należą.

W rozdziale drugim daje R. rys fizjologii przewodu jelitowego i opisuje je własności kału.

Sok kışkowy zawdzięcza alkaliczność swą węglanowi sodu, wydzielanemu przez gruczoły LIEBERKUEHN'a. Siła trawionna tego soku jest wogóle niewielka. Głównie wpływa on na węglowodany, scukrzając mączkę i inwertując cukier trzcinowy. Na białko i tłuszcze w kışkach najsilniejsze działanie wywiera sok trzustkowy. Ta ilość białka, która przeszła z żołądka do kiszek niezmieniona, zostaje tu speptonizowana przez trypsynę; tłuszcze zaś ulegają rozszczepieniu na glicerynę i wolne kwasy tłuszczowe, które z węglanem sodu zostają zmydlone. Rozszczepianie się tłuszczów pod wpływem soku trzustkowego odbywa się 2—3 razy silniej w obecności żółci, niż bez ostatniej (NENCKI).

W miarę dalszego posuwania się miazgi pokarmowej rozpoczynają się w kışkach sprawy gnilne i zaczynowe, zależne od bakterji, osobiwie w odcinku wstępującym i poprzecznym okrężnicy. Następstwem fermentacyi jest tworzenie się gazów, z których pierwsze miejsce zajmuje wodór. On to zamienia bilirubinę żółci na urobilinę, która nie daje już odczynu GMELIN'a.

Wchłanianie pokarmów odbywa się głównie w kışkach cienkich, a w żołądku bywa ono stosunkowo bardzo nieznaczne. Woda, solo i cukier zostają wchłaniane poprostu na zasadach hydrodyfuzji. Co do białka i tłuszczów, sprawa staje się więcej złożoną, gdyż wchłanianie ich polega nie na prawach fizycznych, lecz na czynności żywej protoplazmy komórek. Żółć, zwilżając nabłonek kosmków, ułatwia wnikanie kropeł tłuszczowych. Sposób tego wnikania wszako pozostaje dotąd ciemnym. W każdym razie grają tu zapewne ważną rolę amebowate komórki limfoidalne, które z tkanki adenoidalnej wędrują pod powierzchnię błony śluzowej i, napełnwszy się tłuszczem, wracają do naczyń chłonnych. Komórki te wchłaniają również i peptony, jak niemniej zapewne i białko niespeptonizowane.

Kiszka gruba posiada również do pewnego stopnia zdolność wchłaniania tłuszczu i białka, tego ostatniego szczególnie w obecności chlorku sodu.

Ruchy robaczkowe kiszki przesuwają miazgę pokarmową od odźwiernika do zastawki BAUHIN'a w przeciągu 3 godzin, a stąd do odbytnicy w ciągu 12 co najwyżej godzin. Bodźcem do wywołania perystaltyki jest zawartość kiszki, a to za pośrednictwem zwojów współczulnych MEISSNER'a i AUERBACH'a, w ścianach kiszki zawartych. Według PFLUEGER'a podrażnienie nerwu trzewowego (*N. splanchnicus*) powoduje powstrzymanie ruchów robaczkowych i jednocześnie bezkrwistość kiszki, zaś porażenie tego nerwu—wzmocnienie ruchów i przekrwienie kiszki. O czynności nerwu błędnego nie dokładnego nie wiemy. Co do wpływu nerwów na mięśnie kiszki, przyjęty jest pogląd, że: mięśnie podłużne ulegają pobudzeniu przez nerw trzewowy, porażeniu przez błędny; natomiast mięśnie okrężne przeciwnie—zostają pobudzone przez nerw błędny, porażone przez trzewowy.

Kał wytwarza się nawet w stanie głodzenia i składa się wówczas z soków trawionych, rozpadu komórek (*detritus*), śluzu i bakterii. Smółka (*meconium*) nie zawiera bakterii, które dopiero w 4—7 godzin po porodzie zjawiają się w przewodzie jelitowym (ESCHERICH).

Pomiędzy drobnoustrojami na szczególną uwagę zasługuje *Bacterium coli commune*. Jest on podobny do łascznika tyfusowego i znajdowany był w wątrobie, gdzie tworzy ropnie i zapalenie dróg żółciowych, oraz w zapaleniu okołokątniczym. O innych bakterjach kiszki nie prawie niewiadomo. Opisywano jeszcze: *B. lactis aërogenes*, mający własność ścinania mleka z jednoczesnym wytwarzaniem kwasów i znajdowany przy pożywieniu mlecznym; *B. subtilis*; *Streptococcus coli gracilis* oraz *Proteus vulgaris* s. *B. foetidus*, stale pojawiające się przy pożywieniu mięsnym.

Z pokarmów najlepiej spożytkowane zostaje przez kiszki białko z mięsa, jaj i mleka (97%), gorzej białko z roślin (70%).

W stanach chorobowych mączka łatwiej ulega wchłanianiu, niż mięso. Liczne włókna mięsne w kale dowodzą cierpienia kiszki cienkiej. Również i grudki kałowe można w tym razie napotkać. Tłuszcz nadaje kałowi wejście szarawe, połyskujące (*Statorrhoea*); po ogrzaniu do 40° kał staje się miększym i łatwiej się rozpyla. Kał tłuszczowy napotykamy: przy powstrzymaniu wydzielania żółci, przy chorobach narządów chłonnych w kiszce (zwyrodnienie mączkowate naczyń, gruźlica, nieżyt, choroby gruczołów krezkowych). Natomiast brak soku trzustkowego nie wpływa na zwiększenie ilości tłuszczu w kale.

Śluz wydziela się w stanie prawidłowym ustroju, lecz w kale go dostrzedz nie można. Jeśli śluz pokrywa powierzchnię dobrze sformowanego kału, wtedy pochodzi z odbytnicy; gdy bywa ściśle z kałem zmieszany, wtedy cała kiszka gruba dotknięta jest nieżytem. Zasługują na uwagę ziarna żółtobrunatne lub ciemnozielone, dające odczyn bilirubiny i nadające kałowi wejście popstrzone, centkowate; wskazują one cierpienie kiszki cienkiej.

Kryształki CHARCOT-LEIDEN'a znajdujemy w kale najczęściej pośród śluzu. Według LEICHTENSTERN'a są one stałym towarzyszem glist, jakkolwiek z drugiej strony brak ich nie wyłącza obecności glist w kiszce. (D. c. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 24 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) ARNSTEIN (z Kutna) — odczyt „Przyczynę do leczenia dychawicy oskrzelowej (*Asthma bronchiale*) na podstawie dłuższej obserwacji 10 odpowiednich przypadków“. 2) Prof. Marceł NENCKI — odczyt „O powstawaniu kwasu żołądkowego“.

1) Kol. ARNSTEIN miał odczyt p. t. „Przyczynę do leczenia dychawicy oskrzelowej (*Asthma bronchiale*) na podstawie dłuższej obserwacji 10 odpowiednich przypadków“. Praca ta w całości była pomieszczona w 18 i 19 numerach „Medycyny“.

Po ukończeniu odczytu kol. A., zabrał głos kol. SOKOŁOWSKI, zaznaczając ważność poruszonego przez kol. ARNSTEINA przedmiotu. Po ogłoszeniu teorii HACK'a, zaczęto wszelkie odmiany duszności leczyć rylogicznie, co do pewnego stopnia zdyskredytowało tę metodę leczniczą. Wręcz odmienne wyniki, spostrzegane przez lekarzy przy

zastosowaniu leczenia rynologicznego przy dychawicy oskrzelowej, zdają się mieć źródło w niezrozumieniu istoty astmy. Cierpienie to bowiem należy uważać za nerwicę wielce podobną do epilepsji.

Napady astmy są pochodzenia ośrodkowego, czynnikiem je wywołującym mogą być nadużycia np. piciove, jak również nadużycia w jedzeniu, picciu trunków i t. p. Jedną z przyczyn stanowią także zaburzenia ze strony nosa; jeżeli u astmatyka istnieje niedrożność nosa, to przyczyna, wzmagająca niedrożność, może wywoływać napady astmy. To są właśnie te przypadki, na których oparł swą teorię HACK i w których miejscowo leczenie może ulgę choremu przynieść. Pamiętać jednak należy, że leczenie miejscowe nie uleczy astmy, tu potrzeba jeszcze leczenia ogólnego. Wielki procent uleceń przy zastosowaniu metody rynologicznej, podawany przez niektórych lekarzy, zależy od tego, że chorzy z pewną ulgą po usunięciu im polipów, przorość muszli i t. p., nie znajdują się nadal w obserwacji swoich lekarzy. Drugą przyczynę sprzeczności S. znajduje w tem, że wielu lekarzy miesza astmę pierwotną z astmami wtórnymi (przy wadach serca, tętniakach aorty i t. d.), gdzie, rzecz prosta, leczenie miejscowe (rynologiczne) ulgi nie przynosi.

Kol. MEYERSON, na dowód istnienia związku pomiędzy napadami astmy i przorośćmi w nosie, przytacza skuteczne działanie kokainy podczas napadów, oraz skuteczność zabiegów rynologicznych; zna przypadki, w których np. po operacji polipów nosowych napady duszności znikają, a powracają, gdy polipy zaczęły odrastać. O trwałości ulgi dziś jeszcze przesądzać nie można, bo metoda jest względnie świeża; stosując ją jednak od samego prawie początku, zna chorych, którzy od 8—10 lat po operacjach rynologicznych wolni są od napadów astmy. Do zdyskredytowania metody przyczynił się do pewnego stopnia sam HACK, który na związek między dusznością, a zaburzeniami w nosie zapastrywał się zbyt jednostronnie, utrzymując, że siedlisko cierpienia znajduje się w ciałach jamistych muszel i radząc bezpotrzebnie usuwać całą muszlę.

Kol. SREBRNY zaznacza, że z pomiędzy dosyć znacznej liczby przypadków astmy, leczonych przypalaniem muszel, o ile losy chorych były mu znane, nie widział ani razu radykalnego wyleczenia. Okoliczność ta przemawiałaby przeciwko związkowi dychawicy z cierpieniami nosa. Z drugiej jednak strony, czasowe poprawy po przypalaniach, niewątpliwie fakty przerywania napadu astmy przez zapendzlowanie nosa kokainą, dowodzą znowu, że związek taki istnieje. To naprowadziło go na domysł, że zmiany w nosie może nie są pierwotne, lecz zależno od cierpienia sąsiednich narządów t. j. zatok nosowych. Istotnie w jednym przypadku wyleczenie ropotoku jamy HIGHMORE'a usunęło radykalnie astmę. W drugim — po takim samym leczeniu nastąpiła bardzo wyraźna poprawa. Gdy jednak wysoce nerwowa pacjentka z innego powodu poddana została leczeniu elektrycznością, napady astmy powróciły z większą jeszcze siłą. Przerwanie tego leczenia oraz zastosowanie termoterapii znowu poprawiły stan chorej. Przypadki te więc każą uważać zmiany w nosie za wtórne, a przyczyny ich, zarówno jak astmy, szukać w zatokach nosowych. Rozumie się, iż w powstawaniu dychawicy główną rolę gra układ nerwowy i że leczenie przedewszystkiem powinno mieć na celu poprawę stanu ogólnego.

Kol. SĘDZIAK utrzymuje, że nie można zaprzeczać, ani zbyt gorąco bronić związku pomiędzy zmianami w nosie i napadami astmy. Wobec tego jednak, że są dowody istnienia takiego związku, leczenie miejscowe ma rację bytu i u chorych, dotkniętych napadami duszności, należy badać nos bezwarunkowo.

W odpowiedzi kol. ARNSTEIN podaje, że w przypadkach, przezeń opisanych, była niewątpliwie astma nerwowa, a jednak w żadnym z nich leczenie miejscowe nie dało oczekiwanych wyników. Niepowodzenia lecznicze wogóle w przypadkach astmy zależą od tego, że związek jej ze zmianami w nosie, jeżeli nawet istnieje, to bardzo rzadko. Duża odsetka wyleceń, podawana przez niektórych, zależy istotnie od tego, że specjaliści szybko tracą z oczu chorych i chwilową poprawę uważają za wyleczenie.

PREZES streszcza wynik dyskusji, zaznaczając, że przy duszniczy oskrzelowej należy przedewszystkiem szukać ogólnego usposobienia nerwowego, a potem przyczyny i w innych narządach, np. w nosie; że leczenie winno być ogólne i miejscowe i że odróżniać należy te cierpienia, które przy obrazie podobnym nie mają nie wspólnego z astmą nerwową, np. *asthma cardiacum*, duszność przy rozedmie płuc i t. p.

2) Prof. Marceli NENCKI, mówiąc o powstawaniu kwasu solnego w żołądku, zaznacza, że kwestya ta stanowi niejako dalszy ciąg pracy p. K. SIMANOWSKIEJ „O pe-

psynie⁴, w pracowni prof. N. wykonanej. Za punkt wyjścia do badań prologentowi posłużył fakt, że po usunięciu 100–300 sz. cm. soku żołądkowego i jednocześnie pozabawieniu ustroju 0,5–1,5 grm. HCl, mocz posiada mocno zasadowe oddziaływanie, zależne od znacznej zawartości węglanu sodu, co stanowi jeden z dowodów, że w błonie śluzowej żołądka sól kuchenna rozkłada się na HCl i NaOH. Nieobjaśniony dotychczas dostatecznie fakt wydzielania się HCl w żołądku oraz wpływ usuwania soku żołądkowego na skład moczu, skłoniły prof. N. do dalszych w tym kierunku badań. Rozstrzygnięcie kwestyi wytwarzania się HCl w żołądku na drodze chemicznej podjął N. wspólnie z p. SIMANOWSKĄ. Gdyby w samej rzeczy błona śluzowa żołądka wytwarzała z soli kuchennej wolny HCl i NaOH, to można było przypuszczać, że przy możliwym usunięciu chlorku sodu z pokarmów i zastąpieniu go Na Br w soku żołądkowym, częściowo lub całkowicie HCl zastąpionym zostanie przez HBr.

Psa, u którego zrobiono przetokę przełykową i żołądkową, karmiono codziennie 820 grm. drobno posiekanego mięsa i 410 grm. również drobno posiekanego chleba pszennego, który umyślnie w tym celu bez soli był przygotowany, 1800 sz. cm. mleka i 600 sz. cm. wody. W ciągu 10 dni pies otrzymał razem 53 grm. bromku potasu, poczem z powodu widocznego wycieńczenia psa Na Br odstawiono i pozostawiono psa przy zwykłym pokarmie. W soku żołądkowym, co 2-gi dzień zbieranym, ilość chloru i bromu oznaczano według zmodyfikowanej metody BERGLUND'a. Oznaczenia zawartości bromu i chloru w soku żołądkowym i moczu doprowadziły prologenta do wniosków następujących: 1) HCl zastąpiony zostaje częściowo przez HBr; 2) w tych dniach, kiedy pies dostawał największe ilości Na Br, ilość wolnego HBr przewyższała ilość HCl. Ze względu na to, że ilość HBr+HCl przewyższała przeciętną kwasność soku żołądkowego, prof. N. dochodzi do przekonania, że HBr zastępuje HCl w stosunku wagi cząsteczkowej, która dla HBr jest 2,2 razy większa, niż dla HCl; 3) ze względu na to, że największą ilość wolnego HBr otrzymano w 3 dni po zaprzestaniu podawania bromu i że ilość bromu w soku żołądkowym była zwykle znacznie większa od ilości bromu wydzielanego z moczem, N. przypuszcza, że podobnie, jak NaBr, i NaCl w pownych narządach bywa zatrzymany, i w pewnych kierunkach pod wpływem układu nerwowego, stosownie do potrzeb ustroju, do oddzielnych narządów bywa doprowadzany lub też z ustroju wydzielany.

Z badania chemicznego różnych narządów innego psa, któremu w ciągu dni 10 podano 44 grm. NaBr, wynika, że nerki i szpik kostny stanowią dla ustroju jakoby spichrz chloru i bromu; miejsce pośrednio zajmują gruczoły limfatyczne, śledziona, wątroba, rdzeń kręgowy i trzustka, gdy tymczasem mięśnie i krew bardzo mało Cl i Br zawierają; te narządy, które są najwięcej w chlor uposażone, są również bogato uposażone i w brom; błona śluzowa żołądka pod tym względem 3-cie miejsce zajmuje. Wobec tego, że w stanie nieczynnym błona śluzowa żołądka zawiera dużo NaCl, N. przypuszcza, że przed wydzieleniem się HCl ma miejsce wpływ soli kuchennej do żołądka z innych bardziej w ten składnik zaopatrzonych narządów.

Badania powyższe były robione jeszcze na innym psie wagi 19,5 kilo, który przy pokarmie, składającym się z 2-eh funtów mięsa i 600 sz. cm. mleka, w ciągu 10 dni otrzymał 38 grm. NaBr. W 3 dni po ostatniej dawce psa zabito. Przy badaniu zwłok znaleziono: katar żołądka, zapalenie płuc i nerek. W tym razie jednak badanie krwi, moczu i narządów wewnętrznych okazało, że najwięcej Br i Cl zawierała krew, następnie chrząstki, nerki, wreszcie płuca t. j. organ, w którym poprzednio bromu nie wykryto. Doświadczenie to dowodzi, że ilość chloru i bromu w oddzielnych narządach znacznym ulega wahaniom, zwłaszcza w stanie patologicznym; tem się objaśnia klinicznie stwierdzony fakt zmniejszania się ilości chlorków w moczu w przebiegu zapalenia płuc. Znaczna zawartość Br i Cl we krwi tłomaczy się zapaleniem nerek, przez które w tym stanie, jak wiadomo, nader wolno podane środki lekarskie zostają wydzielane. Badania prof. N. stanowią wstęp do pracy nad topografią soli nieorganicznych w ustroju, które dla fizjologii i patologii w przyszłości doniosłe mieć mogą znaczenie.

W dyskusyi kol PRUSZYŃSKI zaznacza, że przed kilku laty przeprowadzał w pracowni prof. CYBULSKIEGO doświadczenia nad wpływem bromków i jodków potasowych w celu objaśnienia przyczyny stale stwierdzanego szkodliwego ich wpływu na trawienie żołądkowe. Najpierw chodziło o możliwe usunięcie chloru z ustroju. W tym celu psa z przetoką żołądkową karmiono w ciągu miesiąca po-

karmem, składającym się z włókniaka, krochmalu i tłuszczu wołowego, całkowicie przez wyługowanie wodą chloru pozbawionego. Gdy w moczu zaledwie ślady chloru wykryć było można, kol. P. wprowadzał jodek potasu w roztworze wodnym przez fistułę przelykową i zawartość żołądka badał codziennie. Stwierdziwszy w tej zawartości wolny kwas jodowodorowy, oznaczał go metodą cynchoninową RABUTEAU'a; obecność HJ w zawartości żołądka po przyjmowaniu do wewnątrz NaJ objaśnia szkodliwe działanie na trawienie jodków potasowców i poniekąd potwierdza sposób tworzenia się HCl w żołądku w myśl teorii MALY'ego.

Następnie kol. REJCHMANN mówi, że nas lekarzy bardzo interesują badania, dokonywane nad sokiem żołądkowym; w pracowni prof. NENCKIEGO służący do badań sok żołądkowy, wydzielający się wskutek odruchowego pobudzenia gruczołów żołądkowych, jest sokiem zupełnie czystym, a takiego dotychczas w warunkach fizjologicznych nie otrzymano. Okoliczność ta daje nam gwarancję, że wyniki tych badań będą pewne, stanowcze. Jednym z praktycznych wyników tych badań jest otrzymanie zupełnie czystej pepsyny zapomocą ochładzania soku żołądkowego i oznaczenie jej składu chemicznego, jako też fizycznych i chemicznych własności. Dzięki też tym badaniom dowiedzieliśmy się, że osad, powstający przez zagotowanie prze-filtrowanej zawartości żołądkowej, jest niezom innem, jak pepsyną, która strąca się z roztworów nie tylko przez ochładzanie, ale i przez ogrzanie. Pewien fakt, który kol. R. miał sposobność stwierdzić, zdaje się przemawiać za tem, że tworzenie się soku żołądkowego u ludzi jest sprawą bardziej skomplikowaną niż u psów. Z drugiej zaś strony, fakt ten może być potwierdzeniem poglądu na czynność oddzielnych organów, jaki prof. NENCKI w dzisiejszym odczycie wygłosił. Fakt, o którym R. mówi, jest następujący: Zalecono pewnej liczbie osób zupełnie nie soli pokarmów, tak, że osoby te przyjmowały tylko tyle chlorku sodu, ile go było w surowych niesolonych pokarmach. Że te osoby rzeczywiście bardzo mało chlorku sodu przyjmowały, przekonał się R. przez codzienne badanie moczu. Jednocześnie badaną była zawartość żołądka. Otóż okazało się, że pomimo ogromnego zmniejszenia się ilości chlorku sodu w moczu, ilość kwasu solnego w zawartości żołądkowej była taka sama, jak przed doświadczeniem, t. j. prawidłowa lub nadmierna. Wyniki badań tych dowodzą, że albo kwas solny w soku żołądkowym nie tworzy się wprost z chlorku sodu, albo też, że pewne narządy, jak w tym razie gruczoły żołądkowe, według hipotezy prof. NENCKIEGO, mają większą zdolność do wydzielania ze krwi pewnych ciał np. chloru, niż inne narządy np. nerki, przez które wydala się z ustroju tylko ta pozostałość rozpuszczonych we krwi soli, która dla celów organizmu okazała się zbyteczną.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

60. EHRLICH, KASSEL i WASSERMAN. **O otrzymywaniu i zastosowywaniu surowicy w celach leczniczych przy błonicy.** Do doświadczeń autorowie ci używali kozy. Uodpornianie tych zwierząt osiągnano przez wprowadzanie początkowo pod skórę coraz większych dawek zabitej hodowli dyfterytycznej, a następnie żywej, bardzo jadowitej. Dla oznaczenia stopnia siły uodparniającej surowicy, posilkowano się metodą BEHRING'a i KITASATO, polegającą na wzajemnem zobojetnianiu się jadu dyfterytycznego i specyficznej odtrutki nazwanej wewnątrz organizmu zwierzęcego.

Do prób leczenia dzieci, dotkniętych błonicą, była używana surowica, której 0,1 ctm. sz. zobojetniała 0,8 ctm. sz. jadu dyfterytycznego (dziesięciokrotną dawkę śmiertelną dla zwierząt wagi 200 — 300 grm.), czyli innemi słowy: 1 ctm. sz. surowicy zwierząt uodpornionych zawierał około 60 jednostek uodparniających. Obserwacje przeprowadzone zostały na 220 przypadkach błonicy u dzieci. Początkowo zadawalniano się jednorazowem zastrzyknięciem surowicy, w dawce o sile 130—200 jednostek uodparniających. Wyniki były następujące:

Ogólna suma leczonych 220 (67)¹⁾; wyzdrowiało 168 (37); zmarło 52 (30); wyzdrowienie w % 76,4% (55,1%).

W następującej tablicy te przypadki zgrupowane są odpowiednio do dnia, w którym rozpoczęto leczenie surowicą:

Dni	Ogólna suma	Wyzdrowiało	Zmarło	Wyzdrowienie w %
1	6	6	0	100%
2	66 (9) ¹⁾	64 (7)	2 (2)	97%
3	29 (8)	25 (7)	4 (1)	86%
4	39 (14)	30 (10)	9 (4)	77%
5	23 (10)	13 (4)	10 (6)	56,5%

Z tablicy tej możemy wywnioskować, że pomyślne wyniki leczenia surowicą zależą od chwili rozpoczęcia kuracji. Tej zależności nie spotyka się u dzieci leczonych zwykłymi sposobami, procent śmiertelności jest większy. Podczas gdy z 72 przypadków, leczonych w pierwszym i drugim dniu choroby, zmarło 2, z takiejże liczby leczonych dzieci zwykłymi sposobami procent śmiertelności wynosił 34,7%. Próby z większą ilością surowicy (4 iniekcje, każda o sile 160 — 200 jednostek uodparniających) również nie zawsze były pomyślne. Dalsze obserwacje wykazały, że dość rzadko mamy do czynienia z czystą błonicą, wobec czego odtrutka, działająca jedynie przeciwko jadowi dyfterytycznemu, nie mogąc zobojętniać produktów innych bakterii, pozostaje bez skutku. W pojedynczych, tylko zupełnie świeżych przypadkach, spostrzegano, po wprowadzeniu pod skórę większych ilości surowicy, szybkie obniżenie ciepłoty ciała, tętno zaś stawało się częstsze.

Z całego szeregu doświadczeń na dzieciach, dotkniętych błonicą, autorowie wyprowadzają następujące wnioski:

1) Wyniki u dzieci, leczonych surowicą, głównie zależą od początkowego przebiegu choroby i możliwie prędkiego zastosowania surowicy.

2) Ażeby otrzymać przewyżkę odrutki w ustroju chorego dziecka, w lżejszych przypadkach należy wprowadzić początkowo surowicę w dawce przynajmniej o sile 200 jednostek uodparniających, w ciężkich zaś i u dzieci z tracheotomią — o sile 400 jednostek.

3) Przebieg gorączki, tętno i miejscowe zmiany należy brać pod uwagę przy powtórznym wprowadzeniu surowicy. Ogólna ilość surowicy w cięższych przypadkach powinna odpowiadać 500 — 1000 — 1500 jednostkom uodparniającym.

(*Deut. Med. Woch. Nr. 16. 1894 r.*).

Wł. P.

61. PENZO. O wpływie temperatury na odradzanie się komórek, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia ran. Przecinając u królika z jednej strony nerw sympatyczny i wywołując w ten sposób ciągłe przekrwienie, przekonał się MORPURGO, że odradzanie się komórek z tej strony zostaje, w porównaniu do przeciwległej, nadzwyczaj wzmożone. P. postanowił przekonać się, czy podobnego skutku nie wyrwie przekrwienie, spowodowane długim wpływem podniesionej temperatury przy zachowaniu całości układu nerwowego. W tym celu zbudował on przyrząd, przy pomocy którego można było unieruchomić zwierzę, utrzymując je jednak w pomyślnych warunkach higienicznych, i wystawić dwie symetryczne części ciała (usz, łapy) na działanie rozmaitych temperatur w termostatach.

W pierwszej części pracy zajmuje się autor zjawiskami zmian w fizjologicznem odradzaniu się komórek nabłonka, tkanki łącznej i chrząstek. Umieszczano w tym celu jedno z usz królika w termostacie przy 38° R., drugie przy 10° — 11° R. na przeciąg 36—120 godzin, wyluszczano liczne kawałeczki tkanek na miejscach symetrycznych i po utrwaleniu w płynie FLEMMING'a zabarwiano je według metody BIZZOZERO, uwydatniającej zmiany w jądrach przy karyokinezie. Liczba komórek naskórkowych w stanie karyokinezy była zawsze znacznie powiększona w uchu wystawionem na wyższą temperaturę, co autor, zgodnie ze zdaniem FRAISSE'a i BARFURTH'a, uważa za najważniejszy objaw odradzania się komórek lub wzmożenia ich wzrostu; zjawisko to miało miejsce w najwyższym stopniu na trzeci i czwarty dzień po rozpoczęciu działania wysokiej temperatury, poczem stopniowo się zmniejszało. Podobnego wpływu na komórki tkanki łącznej i chrząstek autor nie spostrzegął, pomimo działania wyższej temperatury nawet w ciągu dni dziesięciu. Nadzwyczaj wyraźnie wpływa podwyższona temperatura na wzrost całych części ciała. Ucho, trzymane przy 38°, było po sześciu dniach dłuższe o 10 mm., a po dziewięciu — o

¹⁾ Liczby w nawiasach oznaczają ilość dokonanych tracheotomii u dzieci z ogólnej sumy leczonych surowicą.

13 mm. od ucha, trzymanego przy 10°; gdy zmieniono warunki, ucho krótsze wpędce dorównało dłuższemu.

Druga część pracy zawiera wyniki doświadczeń nad leczeniem ran. Gdy już po 5—10 godzinach widać wokoło rany głębokiej na ogrzewanem uchu żywe, obszerne zaczerwienienie, po 36—48 godzinach brzegi rany są czerwone, błyszczące, a sama rana pokryta delikatnym strupem,—na drugiej stronie brzegi takiej samej rany są pomarszczone, chrząstka sucha i naga. Po 7—8 dniach rana na stronie ogrzewanej jest wypełniona ziarniną i przykryta naskórką prawie ze wszystkich stron, na stronie zimnej nie widać jeszcze zmian makroskopowych. Gdy na zimnej stronie widać przy badaniu mikroskopowem linię demarkacyjną zapalenia odczynowego, na stronie ogrzewanej występuje młoda tkanka łączna, obfita w komórki i naczynia, z licznymi figurami karyokinetycznymi w komórkach naskórkowych. Analogicznie zachowują się złamania kości długich; utworzenie kostniny wymaga się nadzwyczajnie, a połączenie obu odłamków jest trwalsze i równomierniejsze w ogrzewanej łapie. Po 3—4 dniach już nie można wykazać charakterystycznego tarcia, powstaje natomiast wrzecionowate zgrubienie—nowotworzenie kostniny.

Opierając się na tych wynikach, a także na uwagach BILLROTH'a i pracy MACINTOSH'a, zaleca autor leczenie ciepłą wodą w postaci bezustannych oblewań takich ran i uszkodzeń, gdzie nie ma pewności dokładnego zastosowania antyseptyki; szczególnie ciężkich złamań i ran zaniedbanych.

(*Archivio per le Scienze mediche* 1892 Nr. 2).

A. Ż.

KORESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

Berlin, dnia 9 maja.

Dziś o godzinie 10 rano rozpoczęła się uroczystość obchodu pięćdziesięciolecia Towarzystwa akuszerskiego i ginekologicznego w Berlinie. Sala posiedzeń w domu LANGENBECK'a w $\frac{3}{4}$ napłynęła się akuszerami i ginekologami, z których niektórzy z bardzo daleka przybyli. Przed katedrą usadowili się przy środkowym stole przedstawiciele towarzystwa: GUSSEROW, MARTIN i JACQUET, — przy bocznych: WALDEYER, KOERTE, VEIT, WINTER, RUGE i VIRCHOW. Wśród zieleni stały popiersia: Edwarda MARTIN'a i Karola SCHROEDER'a, nad nimi zaś, ponad portretem LANGENBECK'a — zawieszono na dziś portret Karola MAYER'a. Dwa pierwsze rzędy krzeseł były przeznaczone dla spodziewanych gości, nazwiska których wydrukowane już leżały na swoich miejscach. Dzięki uprzejmości prof. RUGE, którego poznałem w klinice OLSHAUSEN'a, dostałem się na jedno z miejsc w pierwszym rzędzie, zarezerwowanych dla nieprzewidzianych gości, skąd mogłem dobrze całą uroczystość obserwować.

O godz. 10-jej prezes prof. GUSSEROW otworzył posiedzenie mową witającą przybyłych; po nim pr. MARTIN odczytał historię Towarzystwa, — a nareszcie, co już było nad program, VEIT odczytał mowę OLSHAUSEN'a (chorego podówczas na zapalenie płuc). Potem przemawiał prof. GURTL. Następnie GUSSEROW obdzielił dyplomami i pamiątkową książką po krótkiej przemowie, do każdego z obdarowanych zwróconej, jak następuje: do FRITSCH'a, WINCKEL'a, CHROBAK'a, ŚLAWIAŃSKIEGO, STADFELD'a z Kopenhagi, Pozzi'ego i PASQUALI'ego. Potem zaczęła się trzecia część programu uroczystości, powitanie Członków Towarzystwa. Najprzód dziekan fakultetu medycznego BERGMANN; dalej: CHROBAK z Wiednia, VULLIET z Genewy, ZWEIFEL z Lipska, STAUDE z Hamburga, WINCKEL z Monachium, KOETTSCHAU z Kolonii, ŚLAWIAŃSKI z Petersburga, LAWSON-TAIT z Birmingham, Pozzi z Paryża, E. PASQUALI z Rzymu, JACOBS z Brukselli, ROHE z Catonsville (Ameryka), WALDEYER z Berlina, LEYDEN z Berlina, BARDELEBEN z Berlina, VIRCHOW, wojskowy-generał, doktor SCHAPER z Berlina i zakończył laryngolog LANDGRAF z Berlina. Przemowy te trwały krótko, bo około 1-jej były skończone. Po każdej z nich GUSSEROW naprzemian z JACQUET'em dziękowali i dawali pamiątkową książkę. CHROBAK i PASQUALI w upominku złożyli Towarzystwu drukowane prace, Pozzi list od swego Towarzystwa, ZWEIFEL i STAUDE ozdobne adresy od swych Towarzystw, a WINCKEL i ŚLAWIAŃSKI, prócz adresów ozdobnych od swych Towarzystw, dyplomy na członków honorowych: pierwszy dla GUSSEROW'a i MARTIN'a, drugi dla tychże i OLSHAUSEN'a. Winszujący przemawiali po niemiecku, prócz VULLIET'a, Pozzi'ego, PASQUALI'ego i JACOBS'a, którzy mówili po francusku,

a LAWSON-TAIT po angielsku (drugi anglik ROHÉ czytał po niemiecku). Wszyscy wchodzili na katedrę, prócz VIRCHOW'a, który mówił z miejsca, stojąc przed siedzącym owym tryumwiratem. Najbardziej elegancka była mowa Pozzr'ego—przemawiał bez pychy ani unizoności, z całą godnością przed tem „miastem towarzystw“. Zupełnie podbił Niemców, choć mówił po francusku, przedstawiciel ginekologów belgijskich, JACOBS. „Największy wróg Wasz, mówił, nie może odmówić Wam wielkich zasług na polu nauki i nie podziwiać waszej cierpliwości i sumienności w tej pracy. Ja, jako przedstawiciel małego mojego kraiku, przychodzę tutaj tylko podziwiać Wasze olbrzymie zasługi i zobaczyć, czy możebne jest Was naśladować“. Mówił bardzo wyraźnie, jak się mówi do cudzoziemców — słuchali z uwagą. Obejrzałem się po amfiteatrze, a twarze Niemców były bardzo mile uśmiechnięte.

Wszyscy byli we frakach, prócz naturalnie 2-ech anglików. ROHÉ był w tużurku, LAWSON-TAIT zaś w szarym surducie z kwiatkiem, a właściwie tylko z liśmi w lewej jego klapie. Każdy Niemiec, który był posiadaczem jakiegoś orderu, nie zaniedbał nim się przyozdobić. Toteż pierwszy rzęd błyszczał temi świecidłami. Anglicy, którym te ornamenta są całkiem obce, odrazu od innych się wyróżnili. VIRCHOW, rozumie się, udekorowany, wyglądał jakoś apatycznie i mówił pocichu; w Rzymie o wiele więcej okazywał energii i zainteresowania się rzeczą. Dla gości był przygotowany ozdobny papier, na którym się podpisywano. Wszak i my jesteśmy coś winni niemieckim akuszerom i ginekologom, więc i ja, czyniąc zadość zaproszeniu MARTIN'a, podpisałem się.

A. Chelmiński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== SCHMEY spostrzegł u ośmiomiesięcznego dziecka, po podaniu w ośmiu dawkach 0,5 *bismuthi salicylici* przeciw bieguncie, wysypkę na całym ciele z blade-czerwonych, niezliczonych, gestych plamek wielkości soczewicy, niepodobnych do żadnej znanej wysypki; gorączki zresztą nie było i dziecko czuło się doskonale. Po odstawieniu lekarstwa wysypka znikła. (Ther. Mon. 1894. N. 4).

== RAUBITSCHECK gorąco zachwala przy

kokluszu pendzlowania sublimatem 1:1000; pendzelek należy wprowadzić głęboko i przycisnąć do tyłu podstawy języka tak, aby płyn spłynął na nagłośnię i okoliczną błonę śluzową; dokładnie również należy wysmarować język, migdałki, całą gardziel i miękkie podniebienie; w cięższych przypadkach wystarcza taki zabieg raz na dwa dni, w cięższych raz na dzień. Otrucia obawiać się nie należy. (Ther. Mon. 1894. N. 4).

Wiadomości bieżące.

— VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty i wykłady: I. sekcji chirurgicznej: Prof. RYDYGIE. 1) O leczeniu gruźlicy stawów, 2) O leczeniu włókniaków macicy, 3) Doświadczenia dalsze z własnym sposobem tymczasowego wypięcia kości krzyżowej celem usunięcia raka odbytu. St. Leon SZUMAN z Torunia: O narkozie eterowej. D-r ZAŁOZIECKI prymarz z Czerniowiec. (Wykład zastrzeżony). D-r ZIEMBICKI Grzegorz ze Lwowa: 1) Przyczynek do techniki wycięcia macicy, 2) Wody siarczane w chorobach kości i ich zastosowanie po zabiegach operacyjnych, 3) Niezwykłe okazy nowotworów. Prof. D-r Alfred OBALIŃSKI z Krakowa. (Wykład zastrzeżony). II. W sekcji ginekologicznej: D-r ŚWIECICKI Heliodor z Poznania: 1) Jakiego ma znaczenie badanie krwi w choro-

bach kobiecych, 2) W sprawie etyologii mięśniaków. D-r JERZYKOWSKI: O niepłodności skutkiem utajonej rzeżączki. III. W sekcji higieny i medycyny sądowej: D-r KROKIEWICZ Antoni ze Lwowa: Teoria kontagionistyczna o powstawaniu i szerzeniu się cholery azjatyckiej, wobec doświadczeń, poczynionych w Galicji w czasie cholery w r. 1892 i 1893. D-r KRZYŻANOWSKI Kaliks ze Lwowa: Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych epidemiczne w Galicji w r. 1893.

— Z Krakowa donoszą nam, że prof. JAWORSKI nie wyjeżdża więcej do Karlsbadu, lecz pozostaje stale w Krakowie.

— Na kongres VIII międzynarodowy higieniczno-demograficzny w Budapeszcie, mający się odbyć od 1 do 9 września r. b., zapowiedziano w dziale higienicznym 437 odczytów, w 19 działach, zaś 98 odczytów w dziale demograficznym,

w 7 sekcjach. Z tego spisu, w którym znajdujemy poruszone najważniejsze kwestye z zakresu całej higieny i demografii, wyjmujemy następujące nazwiska prelegentów i zapowiedzianych przez nich odczytów: prof. O BUJWID (z Krakowa): 1) rezultaty szczepienia wścieklizny w Warszawie od 1886 do 1893 r., 2) o prostym sposobie dezynfekcyi, 3) o higienicznej kontroli wodociągów i filtrów piaskowych, 4) o zmianach higienicznych pod wpływem budowy kanałów w ostatnich dziesiątkach lat i zostających z niemi w związku urządzeniach higienicznych, 5) o wpływie wodociągów, zbudowanych w ostatnich czasach, na stosunki higieniczne większych miast, 6) o badaniu i dezynfekcyi wagonów kolei żelaznych, statków, stacyi i podróży podczas epidemii; D-r OKIŃCZYC (z Warszawy): o plasmodych zimnicy; prof. M. NENCKI (z Petersburga): o truciznach bakteryjnych; D-r STEINHAUS (z Warszawy): etyologia raka; D-r Justyn KARLIŃSKI: o użyteczności i nieużyteczności kwarantany; KRAJEWSKI (z Chersonu): o szczepieniu zapobiegawczem w węgliku i róży świń.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego postanowił na posiedzeniu w dniu 28 z. m. przedstawić do nominacyi na profesora anatomii opisowej, w miejsce ustępującego prof. d-ra Ludwika TEICHMANNa, d-ra Kazimierza KOSTANECKIEGO prof. nadzwyczajnego anatomii porównawczej w Uniw. Jagiell., na opróżnioną zaś przez śmierć prof. MADUROWICZA katedrę położnictwa i ginekologii terno w następującym porządku: 1) D-r Henryk JORDAN, prof. nadzwyczajny; 2) D-r Antoni MARS, prof. nadzwyczajny i 3) D-r Heliodor ŚWIĘCICKI z Poznania.

— Od pana K. Bilczyńskiego, właściciela apteki w osadzie Śniadowie gub. Łomżyńskiej, otrzymujemy wiadomość, że tamże potrzebny jest lekarz. Osada liczy do trzech tysięcy mieszkańców, z której do Łomży jest wiorst 16, do Ostrołki 27, do Ostrowa 28 i do Zambrowa (stacya Dr. Żel. Nadnarwiańskiej) wiorst 18; są to najbliższe punkty, w których się znajdują lekarze. Okoliczni obywatele płacą lekarzowi pen-

syę (szkoda, że pan B. nie pisze jaką). W okolicy są dwory i dość zamożna drobna szlachta. Bliższych szczegółów udzieli interesowanemu pan Bilczyński, przez Zambrów w Śniadowie.

Zmarli. Aleksander SCHMIDT, jeden z najstarszych profesorów wszechnicy dorpackiej, zakończył życie. Urodził się w r. 1831 na wyspie Oesel, wychowanie początkowe i uniwersyteckie odebrał w Dorpacie, gdzie też następnie jako profesor fizyologii całe życie spędził, wydając się jedynie w celach naukowych do laboratoryów: VIRCHOW'a, HOPPE-SEYLER'a i LUDWIG'a. Od r. 1885 — 1889 pełnił obowiązki ostatniego rektora z wyborów. Znałe są ogólnie badania jego w dziedzinie fizyologii krwi, a mianowicie odkrycie substancji włóknikotwórczej i włóknikoplastycznej, dalej prace nad gazometrią krwi (1868), monografie o ozonie we krwi (1862), studia hematologiczne (1865), badania mleka (1874), i wreszcie praca „Zur Blutlehre“ (1892).

W Paryżu zmarł na początku b. m. Paweł LANDOWSKI jeden z wydatniejszych tamtejszych praktyków, urodzony w Łęczycy w r. 1843. Rozpocząwszy studia w b. Akademii medycznej w Warszawie, ukończył je w Montpellier, w stopniu doktora medycyny i poświęcił się ginekologii, zajmując od razu poważniejsze stanowisko. Gdy ówczesny jego profesor COURTY powołany został do Paryża, zabrał go z sobą. Wszechstronnie wykształcony LANDOWSKI od razu zwrócił na siebie uwagę, wszedłszy do redakcyi „Journal de thérapeutique“, którego w ciągu lat 6 był głównym redaktorem. Zaskoczony przez nieszczęście, jakie go spotkało przez śmierć brata Edwarda, kierownika stacyi w Algierze (*valée Tasini*), zmuszony był na rok prawie przerwać praktykę w Paryżu i osiedlić się w Afryce, aby ratować mienie nieletnich. Pomimo tego, wróciwszy do Paryża, napowrót odzyskał praktykę, znajdując uznanie u wszystkich społecznych znakomitości i odtąd poświęcił się wychowaniu i opiece nad dziećmi swego brata. Pozostawił liczny szereg prac w języku francuskim. Choć umarł zdala od swoich, żyć będzie w ich pamięci.

Odpowiedzi Redakcyi.

D-rowi M. W. Istnieją dwa takie zakłady w Warszawie: D-ra DOBRSKIEGO i D-ra OŁTUSZEWSKIEGO, odpowiadające wszelkim warunkom, o jakie Szan. Koledze chodzi. Jeżeli zaś miejscowość, gdzie chory zamieszkuje, jest tak blizką Krakowa, jak to Szan. Kol. wzmiankuje, to daleko praktyczniej będzie pomieścić chorą w zakładzie D-ra GWIAZDOMORSKIEGO w Krakowie (ulica Łobzowska). Zakład ten zwiedzaliśmy przed kilku tygodniami i zapewnić możemy, iż jest wzorowo urządzony i w zdrowem miejscu położony. Ceny we wspomnianych zakładach są dostępne. Co do szczegółów, najlepiej zwrócić się listownie do właścicieli tychże zakładów.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dohrzeykl.

Довзголено Цензурою. Варшава 5 Мая 1894 г.

Друк К. Ковалевського. Крѳлевська 29.