

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O cięciu nadłonowem i wytworzeniu przetoki u chorych, dotkniętych chorobami pęcherza, napisał Bolesław Motz. (Dokończenie). O leczeniu wgłobień jelitowych, przez prof. Rydygiera. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 86. O czynności nerek i sposobie działania środków moczopędnych. 87. O waleczkach w moczu, nie zawierającym białka surowiczego. 88. Nowe poszukiwania nad zewnętrznem stosowaniem pilokarpiny w leczeniu zapalenia nerek. 89. O zapobieganiu gruźlicy i jego wynikach. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 4 czerwca r. b. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc czerwiec r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Motz — Sur la taille hypogastrique et l'établissement d'une fistule chez des malades atteints des affections de la vessie. 2) Prof. L. Rydygier — Du traitement de l'intussusception intestinale.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. Motz — Ueber den hohen Blasenschnitt und die Bildung einer Fistel bei Blasenkranken (Poncet'sche Operation). 2) Prof. L. Rydygier — Ueber die Behandlung der Darmintussusception.

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

O cięciu nadłonowem i wytworzeniu przetoki u chorych dotkniętych chorobami pęcherza.

Napisał **Bolesław Motz**, preparator Kliniki.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 29).

Co się zaś tyczy konieczności wielokrotnego w większości przypadków przekłuwania pęcherza, to jest rzeczą więcej aniżeli wątpliwą, czy rzeczywiście jest to prawdą. Zatrzymanie moczu przeważnie zależy od przekrwienia licznych naczyń, otaczających gruczoł krokowy. Nabrzmienie jest jednocześnie przyczyną i skutkiem zatrzymania moczu. Pod wpływem czyto jakiegoś nadużycia, czy też przeziębienia, następuje przekrwienie naczyń, co jest pierwotną przyczyną zamknięcia cewki; pęcherz następnie się rozszerza, następuje zaburzenie ogólne w krążeniu małej miednicy, przez co i pierwotne przekrwienie miejscowe jeszcze się powiększa i stan się pogarsza. Usuwając mocz zapomocą przekłucia, a jednocześnie stosując inne środki odpowiednie, mamy wszelkie szanse, jeżeli nie dania możności choremu samodzielnego oddawania moczu, to przynajmniej zmienienia na tyle stanu narządów, otaczających wejście do pęcherza, że cewnikowanie staje się możliwe. Rzecz naturalna, że nie należy czekać z próbą cewnikowania do chwili, aż pęcherz nanowo się napęlni. Przypuśćmy jednak, że tylko w połowie zaledwie przypadków po pierwszym przekłuciu oddawanie moczu, czy też cewnikowanie staje się możliwe, to i w takim razie nie mamy prawa narażać chorego na poważną bądźcobądź operację, a następnie na zachowanie przez czas mniej lub więcej długi wstrętnej przetoki. Jeżeli w niektórych razach cystotomia może stać się niezbędną, to już w żadnym razie nie można się zgodzić na drugą część operacji, to jest na zatrzymanie przetoki. Cystotomia może być konieczną do tego, żeby od strony pęcherza mózdz wprowadzić cewnik na stałe, lecz na tem należy poprzestać, gdyż wystarczy to napewno do przywrócenia na czas długi możliwości opróżniania pęcherza. Przepatrując historię chorób osób, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego, spotykamy się na każdym kroku

z przypadkami, w których po pierwszym przekłuciu pęcherza lub też opróżnieniu go przez lekarza, w przeciągu jakich dziesięciu lat chorzy mogli oddawać mocz samodzielnie lub też z łatwością się cewnikować. Stosując się do metody PONCET'a, należałoby już zrobić nietylko cystotomię, lecz przetokę, z którąby chorzy co najmniej parę lat życia spędzili. Dla PONCET'a jest to drobnostką, że większość jego operowanych skazana jest na wieloletnie mimo-wolne oddawanie moczu, na które żaden z obecnie istniejących przyrządów poradzić w zupełności nie może. Dodajmy do tego jeszcze niemożność utrzymania pęcherza w stanie aseptycznym, a będziemy mieli ogólne pojęcie, o ile rzeczywiście do tej operacji uciekać się należy.

Otwarcie pęcherza jest również według PONCET'a wskazane u chorych aseptycznych, jeżeli cewnikowanie jest „trudne“, lub też „wywołuje krwawienie cewki“. Bez wątpienia, jeżeli cewnikowanie miałoby doprowadzić do zrobienia fałszywej drogi, to z dwójga złego lepiejby już było zrobić cystotomię, aniżeli narażać chorego na podobne niebezpieczeństwo. Na szczęście jednak do ostateczności takiej nie potrzebujemy się nigdy uciekać, albowiem terapia dróg moczowych posiada w tym celu znakomity środek w postaci cewnika na stałe, którym w Lyonie prawie się nie posługują. Prof. PONCET jest przeciwny używaniu cewnika na stałe, który według jego zdania bywa przede wszystkim źle znoszony przez chorych, a następnie bywa źródłem zakażenia. Że cewnik bardzo często bywa źle znoszony przez chorych, o tem wie każdy, lecz winien tu nie jest ani cewnik, ani chory, tylko lekarz, który się z nim obchodzić nie umie. Nie dość jest zostawić cewnik w pęcherzu, potrzeba go jeszcze w ten sposób umocować, ażeby działał z łatwością. Najczęściej wystarczy rzucić okiem na kartę z ciepłotą, ażeby wiedzieć, że cewnik źle działa.

Co się zaś tyczy zakażenia pęcherza, które może być wywołane przez cewnik, pozostawiony na stałe, to w tym względzie prof. PONCET ma zupełną słuszość. Tak jak dotychczas postępowano, cewnik był rzeczywiście źródłem zakażenia pęcherza. Poprzednik mój MONNEROL wykazał, że dość kilku godzin, aby drobnoustroje, znajdujące się w naczyniu, w którym zbiera się mocz, podnosiły się wzdłuż syfonu i dosięgały wysokości pęcherza. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że naczynia te nie są nigdy aseptyczne, jak również, że drobnoustroje, znajdujące się w powietrzu, z łatwością wpadają i rozwijają się w moczu, to musimy przyznać, że niebezpieczeństwo zakażenia rzeczywiście istnieje. Aby zapobiedz temu, prof. GUYON kazał zrobić specjalne naczynia, które utrzymują ściekający mocz w stanie przeciwnie. Wystarczy wlać do zwykle używanego naczynia płyn antyseptyczny, aby w ten sposób uniknąć obawy zakażenia. Tutaj w klinice używane są pastylki z sublimatu, które topnieją przez 24 godziny i tym sposobem, w miarę zwiększania się ilości moczu, powiększają jego siłę przeciwnie. Co się tyczy przypadków z drogami fałszywymi, to i tutaj wskazanie do operowania nie jest bezwzględne. W tu-tejszej klinice naprzykład, zawsze znajdują właściwą drogę i cewnik na stałe umocowują. Niema również żadnego powodu robić operacji, jeżeli skrzepy krwi „pomimo cewnika przeszkadzają oddawaniu moczu“. Przypadki podobne wcale nie istnieją. Jeżeli lekarz znajduje się wobec chorego, którego pęcherz napełniony jest skrzepami krwi, w takim razie, zakładając gruby cewnik metalowy, którego się używa przy kruszeniu kamienia, oraz robiąc aspirację zapomocą strzykawki, zawsze potrafi on pęcherz opróżnić. Rozumie się, że następnie, ażeby uniknąć nanowo czegoś podobnego, należy założyć cewnik PEZZER'a na stałe. Jak widzimy, u chorych aseptycznych wskazania nietylko do operacji PONCET'a t. j. do wytworzenia przetoki nadłonowej, lecz nawet do zwyczajnej cystotomii są nadzwyczaj ograniczone. Rzecz ma się nieco inaczej z chorymi, których drogi moczowe są zakażone. Dotychczas wskazania do operowania ich nie są dość ściśle określone, a nawet niewiadomo, czy wytwor-

rzenie przetoki naprawdę oddaje usługę choremu. Rozumie się, że jeżeli przynoszą naprzykład do szpitala chorego w stanie komatycznym, z objawami zakażenia moczowego, w takim razie niema co zwlekać i należy mu natychmiast pęcherz otworzyć. Przypadki te jednak są rzadkie. Cystotomię robią zwykle, gdy chory, pomimo cewnika na stałe, ma ciągłe wahania ciepłoty, język suchy, brak łaknienia i t. p. Fakt, że chory ma w danej chwili nawet 40 stopni gorączki, zupełnie wskazaniem do operacji nie jest, gdyż zwykle ciepłota natychmiast opada, gdy pęcherz jest drenowany. Potrzeba, powtarzam, aby ciepłota była przez pewien czas wyższa ponad prawidłową. Rodzi się jednak pytanie, czy w tych razach operacja ta jest rzeczywiście tak pomocną, jak to powszechnie przypuszczają? Dowodów tego jeszcze w rękach nie posiadam, lecz przypuszczam, że ci wszyscy chorzy, dotknięci przerostem gruczołu krokowego, u których cewnik na stałe nic nie pomaga, mają mocno zaatakowane nerki, i że wobec tego otworzenie pęcherza niewiele zmieni postać rzeczy. Obecnie naprzykład od kilku dni na sali męskiej mamy chorego, dotkniętego przerostem gruczołu krokowego, który w chwili przyjęcia miał mocz bardzo mętny i przedstawiał wszystkie oznaki zakażenia ogólnego. Założono mu cewnik na stałe i pomimo tego ciepłota ciągle przechodzi 39°. Ciekawym jednak jest ten fakt, że od dwóch dni mocz jest zupełnie przezroczysty. Należy przypuszczać, że ropa pochodziła głównie z nerek i że obecnie ropa zatrzymała się w nerce. Wobec tego można się śmiało zapytać, czy cystotomia, którą mu jutro rano zrobią, na wiele choremu się przyda? Przypadek ten jest wyraźny, gdyż dziwnym zbiegiem okoliczności pęcherz, z wyjątkiem niezdolności należytego opróżniania się, jest tu prawie prawidłowy. W innych zaś przypadkach jest rzeczą niemożliwą odróżnić, co pochodzi z nerek, a co z pęcherza, i przez to sprawa ta pozostaje dość ciemną. Że wyżej przytoczone przypuszczenie ma pewną dozę prawdopodobieństwa, wskazuje fakt, że u prof. GUYON'a pomimo cystotomii zmarli prawie wszyscy ci, u których cewnik nic nie pomagał. Również wszystkie prawie ostre przypadki PONCET'a zakończyły się śmiercią. Co się zaś tyczy przypadków przewlekłych, to, z wyjątkiem nieznacznej odsetki, wszyscy chorzy, po jakich dwóch lub trzech tygodniach leczenia na sali, powracają do domu, gdzie z łatwością sami się cewnikują, gdy tymczasem w Lyonie są oni skazani przedewszystkiem na ryzyko operacji, a następnie wychodzą z przetoką nadłonową, która w większości przypadków jest przyczyną stałego mimowolnego oddawania moczu.

Zdarzyć się może, że w jakimś przypadku ostrego, szczególnie bolesnego zapalenia pęcherza należy się uciec do otworzenia pęcherza, czyto przez cięcie nadłonowe, czy też kroczone. Są to jednak przypadki zupełnie wyjątkowe. Zwykle systematyczne i usilne leczenie miejscowe zwycięża nawet najsilniejsze ostre zapalenia pęcherza. Inna rzecz z zapaleniami przewlekłymi: tutaj operacja ta może oddać wielkie usługi, usuwając co najmniej straszne bóle, jakie często w przypadkach podobnych mają miejsce. Sprawę tę obszerniej poruszyłem w innej pracy ⁴⁾, zatrzymywać się więc tutaj nad nią nie będę.

Jak widzimy, wskazania do operacji PONCET'a są niezmiernie rzadkie. U chorych aseptycznych nie ma ona najmniejszej racji bytu. Jeżeli się nieraz zdarzyć może konieczność otworzenia pęcherza, to prawie nigdy wytworzenie przetoki nadłonowej potrzebne nie jest. U chorych zaś septycznych należy uciekać się do tej ostateczności tylko w tych przypadkach, kiedy, pomimo cewnika na stałe, gorączka oraz inne oznaki zakażenia nie ustępują. Po za tem operacja ta może oddać usługę w ostrych, bardzo bolesnych zapaleniach pęcherza, oraz w zapaleniach przewlekłych, nie dających się wyleczyć innymi środkami.

⁴⁾ O wyskrobywaniu w przewlekłym zapaleniu pęcherza. „Gazeta Lekarska“ Nr. 22, 1895.

O leczeniu wgłobień jelitowych,

przez prof. RYDYGIERA.

Odczyt wygłoszony na 24 zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie r. 1895.

(Dokończenie. —Zob. Nr. 28).

Numer.	Operator.	Operację wykonano.	Wiek i płeć operowanego.	Trwanie objawów wgłobienia przed operacją.	Rodzaj wgłobienia.	Rodzaj operacji wykonanej.	Wynik operacji.	U W A G I.
34	OBALIŃSKI.	29. VII. 1892.	43 l. k.	14 dni.	<i>Invaginatio.</i>	Laparotomia. <i>Desinvaginatio.</i>	Śmierć w 36 godz.	<i>Pseudo-diphtheria. Peritonitis septica.</i>
35	„	27. IX. 93.	60 l. m.	10 dni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia. <i>Anus praeternaturalis.</i>	Śmierć następnego dnia.	Zgorzel części wgłobionej.
36	„	21. IV. 94.	68 l. k.	3 dni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> aż do <i>colon descend.</i>	Laparotomia. <i>Desinvaginatio.</i>	Śmierć w 3 dni po operacji.	Wyniszczenie. <i>Peritonitis</i> niema.
37	„	4. VI. 94.	56 l. m.	10 tygodni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia. <i>Desinvaginatio. Colopexia.</i>	Wyleczenie.	
38	„	27. VII. 1894.	46 l. k.	6 dni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia. <i>Desinvaginatio.</i>	Śmierć w 8 godzin po operacji.	Sekeya: Owrzodzenia tyfusowe w części wgłobionej.
39	„	20. XII. 1894.	40 l. m.	4 dni.		Laparotomia. <i>Resectio intestini. Enterorrhaphia.</i>	Śmierć 5 dnia po operacji.	Nie był sekeyonowany.
40	„	10 II. 95.	33 l. m.	5 dni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia. <i>Resectio coeci, coli ascendentis et transversi. Enterorrhaphia</i> zapomocą guzików MURPHY'ego.	Śmierć w 5 godzin po operacji.	<i>Shock.</i> Guziki MURPHY'ego trzymały dobrze.
41	OBALIŃSKI.	6. III. 95.	25 l. k.	8 dni.	<i>Invaginatio ileo-coe. alis.</i>	Laparotomia. <i>Desinvaginatio. Colopexia.</i>	Wyleczenie.	Przez <i>coecopexia</i> został również wykluczony kawałek z <i>coecum</i> z jamy otrzewnowej.
42	SICK. (z oddziału SCHEDE'go).	6. V. 92.	27 l. m.	2 dni.	<i>Invaginatio</i> 50 ctm. dług. jelita cienkiego.	Laparotomia. <i>Desinvaginatio.</i> Wszycie jelita w ranę brzuszna, otwarcie jelita.	Śmierć w 3 godz. po operacji.	Jelito podczas operacji na wielu miejscach nekrotyczne. Cały wyjęty odcinek 1 1/2 metra długi zgorzelinowo zmieniony.
43	SICK.	1. VII. 92.	2 mies. m.	Od paru dni.	<i>Invaginatio</i> jelita cienkiego do <i>co'on.</i>	Laparotomia. Wgłobienie nie daje się odprowadzić. Wszycie jelita w ranę brzuszna. Otwarcie jelita przed wgłobieniem.	Śmierć w dniu operacji.	Sekeya. <i>Desinvaginatio</i> nie udaje się i teraz, zgorzel ściany jelita.
44	„	20. VII. 1891.	5 mies. k.	Przez 1 dzień wymioty, stolec krwawy.	<i>Invaginatio ileo-colica.</i>	Laparotomia. <i>Desinvaginatio.</i> Szew na błonie surowiczej jelita.	Śmierć w dzień później po operacji.	Sekeya. Częściowa zgorzel ściany кишки ślepej, rozpoczynająca się ogólna <i>peritonitis.</i>
45	BARĄCZ.	18. IX. 89.	8 l. m.	13 miesięcy.	<i>Invaginatio ileo-coecalis chronica. Sarcoma valvulae Bauhini.</i>	<i>Resectio coecietilei. Enterorrhaphia.</i>	Śmierć wskutek zapaści w dzień po operacji.	
46	„	13. VIII. 1893.	19 l. m.	Od roku.	<i>Invaginatio ileo-coecalis chronica.</i>	Laparotomia. <i>Desinvaginatio</i> się nie udaje z powodu zrostów. Z powodu zrostów z otoczeniem nie można robić resekeyi. <i>Ileo-colostomia</i> przy pomocy płytek z brukwi.	Wyleczenie.	Guz macalny przed operacją w okolicy <i>coecum</i> , brany za guz złośliwy, z wolna zniknął: był więc guzem zapalnym.
47	NEUBER.	1891.	60 l.	Od 8 dni.	Około 14—16 ctm. dług. <i>invaginatio flexurae sigm. ad rectum.</i>	Laparotomia. <i>Desinvaginatio</i> udaje się nadzwyczaj łatwo.	Wyleczenie. Krążenie kału zupełnie dobre.	W 4 dni później umiera wskutek zapalenia płuc.
48	„	1892.	6 l.	Od 6 dni.	Około 10 ctm. dług. <i>invaginatio</i> jelita cienkiego.	Laparotomia. <i>Resectio.</i>	Śmierć w dwa dni po operacji.	W czasie operacji istniało już zapalenie miejscowe otrzewny w pobliżu wgłob.
49	KOENIG Lgbeck. Arch. XL. pag. 905. 1890.	1887.	18 l. k.	Od dłuższego czasu; po wycięciu mięsaka z migdałka przed rokiem.	Wgłobiony guz wychodził z zastawki BAUHINI'ego.	Laparotomia. <i>Resectio</i> wgłobionego guza, po nacięciu podłużnem (15 ctm. dług.) wgłobiającej кишки.	Śmierć w dniu oper. wskutek zapaści.	Wgłobiony guz był miękki.

Numer.	Operator.	Operację wykona- no.	Wiek i płeć operowa- nego.	Trwanie objawów wglóbenia przed operacją.	Rodzaj wglóbenia.	Rodzaj operacji wykonanej.	Wynik operacji.	U W A G I.
50	D'ANTONA Centr. f. Chir. 1891. p. 63.		59 l. m.	Od 16 względ. 6 mież.	9 ctm. dług. pętla jelita bio- drowego wglóbenia do kiszki ślepej.	Laparotomia, <i>resectio</i> , <i>enterorrhaphia</i> .	Wyleczenie.	Guz macalny przed ope- racją okazał się jako naciek gruzliczy ściany.
51	C. A. BORCH. C. f. Chirur. 1885. p. 477.	?	około 30 l. m.	1½ dnia po pierwszych objawach choroby.	Przebiecie jelita czczego w biodrowe.	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> .	Wyleczenie zupełne.	
52	K. FRANKS. C. f. Ch. 1886. p. 192.	?	dorosły męż.	8 dni.	10 cali dług. <i>invaginatio</i> w środku jelita cienkiego.	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> .	Śmierć w na- stępującej nocy.	Ślady zgorzeli na niektó- rych miejscach.
53	E. WAHL. C. f. Ch. 1886 p. 636.	14. III. 1886.	52 l. m.	20 godzin.	<i>Invaginatio iliaco-ileo-colica</i> .	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> z trudnością się udaje.	Śmierć wskutek za- palenia i obrzęku płuc w 12 godzin po oper.	
54	O. STELZNER C. f. Ch. 1886. p. 676.	?	54 l. m.	12 dni.	<i>Invaginatio</i> jelit cienkich.	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> , przyczem naddziera się błona surowicza pętli; okroje- nie miejsca pękniętego i szew.	Wyzdrowie- nie po 18 dniami.	
55	A. SCHATTAUER. C. f. Chir. 1887. p. 222.	?	8 mies. dziecko.	Kilka godzin.	?	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> .	Wyleczenie.	
56	"	?	9 l. k.	20 dni ostre objawy.	<i>Invaginatio caeci et coli ascend.</i> <i>in transversum</i> .	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> bardzo trudna. <i>Peritoneum</i> nadrywa się w 2 miejscach.	Śmierć 5 dnia.	Na szyjce wglóbenia ogra- niczona zgorzel i przedziu- rawienie.
57	ROSENTHAL. C. f. Ch. 1891. p. 179.	?	35 l. k.	9 miesięcy.	<i>Invaginatio ilei in caecum</i> <i>et colon transversum</i> .	Laparotomia. Cięcie podłu- żne przez wglóbiający <i>colon</i> <i>transversum</i> : po podwiązaniu elastyczną podwiązką resek- cja części wglóbeniej. Szew okrężny, łączący <i>ileum</i> z <i>colon</i> <i>transversum</i> .	Wyleczenie.	Po 4 tygodniach wypisana.
58	DAGRON. C. f. Ch. 1891.	?	?	?	<i>Invaginatio ilei in caecum et co-</i> <i>lon ascendens</i> (Przyczyna: polip; rozpoznanie przez T. G. G. G.)	Laparotomia. Przyczyna <i>ileus</i> podczas operacji nie wykryta.	Śmierć.	

59	WILLY. MEYER. C. f. Ch. 1894. p. 870.	12. V. 1894.	48 l. k.	4 dni.	2 wglóbenia: 1) <i>Intussusceptio</i> <i>ilei in caecum et colon</i> . 2) <i>Intus-</i> <i>susceptio circ. valvulae Bauhini</i> .	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> . Przyczyna: guz. <i>Resectio</i> . MURPHY.	Wyleczenie.	
60	"	21. VI. 1894.	13 l. m.	65 dni.	Wglóbenie dolnego odcinka kiszki wstępującej w górny odcinek tejże i w kiszki poprzeczną.	Laparotomia. Częściowa <i>desin-</i> <i>vaginatio, resectio</i> . MURPHY.	Wyleczenie.	
61	LESZCZYŃSKI sprawozd. polsk. zjazdu chirurg.	9. V. 1890.	34 l. m.	7 mies.	<i>Invaginatio ileo-colica</i> .	Laparotomia <i>resectio invaginati</i> . Odcięta część wglóbenia pozostawiona w kiszce grubej.	Wyleczenie.	Część wglóbenia została odcięta po otworzeniu kiszki cięciem podłużnym.
62	I. ROSENTHAL. Gaz. Lek. 1890. N. 14.	12. V. 1889.	35 l. k.	6 tygodni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> .	Laparotomia, <i>resectio inva-</i> <i>ginati</i> .	Wyleczenie.	
63	RYDYGIER. I. gbk. Arch. XXXVI. Zesz. I.	3. VII. 84.	39 l. m.	4 dni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> , z rozpoczynającym się zapale- niem otrzewny.	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> .	Śmierć w godzinę po operacji z zapadu.	
64	" Opis w Przegl. Lek. przez D-ra MAJEWSKIEGO.	1891/92.	51 l. k.	6 mies.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> .	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> .	Wyleczenie.	Wyleczenie skonstatowane po latach.
65	" Nie ogłoszon.	7. III. 89.	42 l. m.	4 dni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> .	Laparotomia, <i>resectio invaginati</i> <i>et invaginantis</i> .	Śmierć 3 dn. po oper.	Z powodu <i>peritonitis septica</i> , która już była w czasie op.
66	"	25. V. 93.	8 l. m.	4 dni.	<i>Invaginatio colica et invagina-</i> <i>tio ileo-coecalis</i> .	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> <i>invaginat. colicae, invaginatio</i> <i>ileo-colica</i> w pośpiechu nie spozstrzeżono, z powodu zna- cznego zapadu i tętna ledwie wyczuwalnego.	Śmierć dnia następnego.	
67	"	5. I. 94.	50 l. k.	4 dni.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> .	Laparotomia. <i>Anus praeternat.</i> , <i>resectio invaginati</i> .	Śmierć 3 dnia po operacji.	<i>Pneumonia crouposa</i> .
68	Przegl. Lek. op. D-r MAJEWSKI.	22. VI. 1894.	8 l. m.	9 miesięcy.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> .	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> .	Wyleczenie.	
69	BRUNS. (BAUER. Berlin. kl. W. 1892 N. 34	22. V. 1886.	13 l. m.	4 tygodnie (chro- niczne z ostrem pogorszeniem (2 <i>invaginacje</i> ?).	<i>Intussusceptio ileo-coecalis</i> <i>et intus. colica</i> .	Laparotomia, <i>resectio</i> około 150 ctm. pętli. <i>Invagin. colica</i> odglóbeno.	Śmierć po 8 dniach.	Z powodu wypełnienia bar- dzo silnego żołądka i jelit cienkich płynami i gazami. Szew trzymał.

Numer.	Operator.	Operację wykonano.	Wiek i płeć operowanego.	Trwanie objawów wgiębowienia przed operacją.	Rodzaj wgiębowienia.	Rodzaj operacji wykonanej.	Wynik operacji.	U W A G I
70	BRUNS. (BAUER. Berlin. kl. W. 1892 N. 34.	24. IV. 1890.	13 l. m.	3½ miesiąca.	<i>Invaginatio ileo-coecalis colica.</i>	Laparotomia, <i>resectio</i> 20 ctm. <i>Invag. coec., desinvag.</i>	Śmierć 2 dnia.	Szew przepuszczał.
71	(od GARRÉ listownie).		40 ? m.		Mała <i>invaginatio valvulae Bauhini</i> , na niej owrzodzenia z brzegami twardymi.	<i>Desinvaginatio</i> i <i>resectio</i> z powodu owrzodzenia i naciekłych brzegów.	Wyleczenie.	
72	ZIELEWICZ. Przegl. Lek. 1887 N. 51.	3. VII. 1887.	47. l. k.	1 tydzień.	<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> .	Śmierć 7 dnia.	Z przedziurawienia pętli wgiębowionej.
73	C. STUTSGAARD. C. f. Ch. 1894. p. 934.		42 l. k.	?	<i>Invaginatio jejuni. Lipomapolypusum.</i>	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> niemożliwe. <i>Resectio</i> .	Śmierć po 5 dniach z powodu <i>peritonitis</i> .	Wgiębowienie było dług. 52 ctm., po <i>desinvaginacji</i> wynosiła pętla 128 ctm.
74	„		37 l. m.	Ostre.	<i>Invaginatio ilei. Peritonitis.</i>	Laparotomia, <i>resectio</i> .	Śmierć tego samego dnia.	Wgiębowienie było spowodowane przez uchyłek na szypułce.
75	A. J. OCHSNER. (Chicago) C. f. Ch. 1894 p. 1078.		3 l. m.	Ostre objawy niedrożności.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> 37 cali dług.	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> (niezupełnie łatwo).	Wyleczenie w 3 tygodniach.	<i>Processus vermiformis</i> 57 cali długi, wycięty.
76	DROBNIK. Poznań. 1892.	30 V. 1892.	15 l. k.	Ostre objawy od kilku dni.	Bardzo rozległe wgiębowienie; wprowadzonym palcem <i>ad anum</i> 8 ctm. powyżej zwieracza wyczuwało się szczyt wgiębowienia.	<i>Anus praeternatur.</i> po str. pr.	Śmierć 4 dnia z powodu <i>peritonitis septica</i> .	
77	HEALD. Bost. med surg. Journ. 10. 1885. Zob. Rev. de chir. 1886 p. 848.				<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	<i>Desinvaginatio</i> .	Wyleczenie.	
78	MEINHARDT SCHMIDT C. f. Ch. 1888 N. 1.		10 l. k.		<i>Invaginatio</i> dolnego odcinka jelita cienkiego.	<i>Enterostomia</i> .	Śmierć.	
79	T. H. RUSSELL New-York. med. Journ. 1890 u Boiffin'a.		15 l. m.		<i>Invaginatio</i> jelita cienkiego.	<i>Enteroanastomosis</i> zapomocą płytek SENN'a.	Wyleczenie.	Górny koniec został wydany przez otwór przeznaczony do entero-anastomozji. Wyleczenie stwierdzone po 15 miesiącach.

628

80	SEEN. Journ. of the americ. med. Assoc. 14 Juni 1890.		43 l. k.		<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia boczna; <i>resectio, ileo-colostomia</i>	Śmierć 6 dnia po op. skutkiem <i>peritonitis</i> .	
81	BOIFFIN. Arch. provinc. Chir. zes. 4 t. 1.	marzec 1891.	28 l. m.	Przewlekłe.	<i>Invaginatio ileo-coecalis</i> bardzo stara.	Laparotomia boczna; <i>ileo-colostomia</i> bez resekcji.	Wyleczenie.	W sierpniu tego samego roku wyleczenie zupełne stwierdzono.
82	HOFMOKL. Wien. med. Ges. maj. 1892.		38 l. m.		<i>Invaginatio coli ascendentis in colon transversum.</i>	Laparotomia, <i>resectio</i> .	Śmierć w 18 godzin po operacji.	
83	J. RUTHERFORD. MORISON u BOIFFIN'a Sem. méd. 1892.		57 l. m.		<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia, <i>ileo-colostomia</i> podług SENN'a.	Wyleczenie.	
84	BOIFFIN. Arch. provinc. Ch. 4 z. t. 1.	kwiecień 1892.	26 l. m.		<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia, <i>resectio</i> , szew okrężny.	Wyleczenie.	
85	RYDYGIER przypadek nie ogłoszony.	VI. 1895.	30 l. m.	6 tygodni przewlekłe.	<i>Invaginatio ileo-coecalis.</i>	Laparotomia, <i>desinvaginatio</i> .	Wyleczenie.	Po wykonaniu odgiębowienia przymocowałem koniec jelita biodrowego w prawym boku zapomocą dwóch szwów, przecho-dzących przez kreskę jelita cienkiego blisko dawniejszego miejsca wgiębowienia i przez ścianę brzuszna, żeby w ten sposób zapobiedz powtórzeniu się wgiębowienia.
86	RYDYGIER przypadek nie ogłoszony.	19. VI. 1895.	56 l. k.	Od tygodnia ostre.	Bardzo wielka <i>invaginatio ileo-coecalis</i> .	Laparotomia, <i>resectio invaginati</i> , wyciągnięcie odciętego jelita wgiębowionego po większej części przez odbył, gdyż do góry nie było możliwem.	Śmierć na 3 dzień po operacji wskutek <i>peritonitis septica</i> , jaka już w czasie operacji istniała.	Rany brzusznej nie zaszywaliśmy całkowicie; przez dolny kąt rany wsunęliśmy pasek gazy jodoformowej aż do miejsca resekcji. <i>Invaginatum</i> można było przez odbył osiągnąć.

629

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

86. W. SOBIERAŃSKI. **O czynności nerek i sposobie działania środków moczopędnych.** Wśród teorii, objaśniających mechanizm wydzielania się moczu, największem w ostatnich czasach uznaniem cieszy się teoria BOWMAN'a. Autor ten, na podstawie badań nad budową nerki, wypowiedział pogląd, że kłębki MALPIGHI'ego służą jedynie do wyprowadzania z ustroju wody wraz z solami, gdy nabłonek kanalików krętych (*tubuli contorti*) wydziela składniki swoiste moczu, jak mocznik, kwas moczowy i t. p., które to składniki zabierane są przez ciecz, płynącą z kłębków. Jednym z najzarliwszych popleczników teorii powyższej był HEIDENHAIN, którego doświadczalna w tym kierunku praca zjednała wielu dla teorii BOWMAN'a zwolenników. HEIDENHAIN, wzorując się na znanej metodzie CHRZĄSZCZEWSKIEGO, wprowadzał do układu krwionośnego zwierząt roztwór indygokarminu, i gdy, po zabiciu zwierzęcia i przemyciu nerki przez tętnicę nerkową, rozpatrywał okazy pod drobnowidzem, spostrzegał stale, że kłębki MALPIGHI'ego wolne były od barwnika, gdy nabłonek kanalików krętych, przeważnie zaś jądra jego komórek zabarwione były wyraźnie; ziarnisto-krystaliczny barwnik znajdował się również w samym świetle kanalików. Na zasadzie powyższych obrazów drobnowidzowych H. wywnioskował, że właśnie nabłonek kanalików krętych jest narządem, wyprowadzającym barwnik z ustroju, że więc mocznik i inne swoiste składniki moczu tę samą obierają drogę.

Już teoretyczne tylko rozumowania każą przypuszczać, że wniosek ten nie całkowicie jest uzasadniony. Najpierw, pomiędzy indygokarminem a swoistymi składnikami moczu nie zachodzi żadne takie powinowactwo, któreby na wniosek powyższy pozwalało. Powtóre, obrazy, jakie widział HEIDENHAIN, można odmiennie zupełnie tłumaczyć. Że kłębki MALPIGHI'ego bywały odbarwione, dowodzi to tylko, że znajdują się one w warunkach do utrwalania barwnika niepomysłnych; wszakże, przy odnośnych doświadczeniach, i ściany naczyń innych części ciała były odbarwione, pomimo, że krążący we krwi barwnik omywał je ciągle. Kłębek MALPIGHI'ego, składający się z cienkich pętli naczyń i pokryty delikatną warstwą płaskiego nabłonka, barwić się musi trudniej, niż cylindryczny nabłonek kanalików krętych. Dalej, już nawet utrwalony w kłębkach barwnik mógł znowu zostać przez sączącą się z kłębków wodę odmytym; w kanalikach zaś krętych, gdzie, jeżeli przyjmiemy teorię LUDWIG'a, mocz się zgęszcza, koncentracja barwnika staje się wyższą i może on nawet strącać się z roztworu. W kłębkach mogą także zachodzić pewne sprawy odtleniające, jakie widzimy we krwi i innych narządach, dzięki czemu odtleniony barwnik staje się niewidocznym. Trzeci i najważniejszy dowód, przeciw wnioskowi HEIDENHAIN'a przemawiający, dają wyniki doświadczalnych badań SOBIERAŃSKIEGO, na wzór metody HEIDENHAIN'a przeprowadzonych. Z badań tych okazuje się, że obrazy, jakie opisuje HEIDENHAIN, widoczne są tylko wówczas, kiedy się ściśle, w najdrobniejszych szczegółach, wedle wskazówek jego postępuje. Ze zmianą warunków doświadczenia odmiennie występują obrazy. Mianowicie: 1) SOBIERAŃSKI zastrzykiwał zwierzętom znaczniejsze ilości barwnika, niż to czynił HEIDENHAIN, i zabijał zwierzę później (w 1½ godziny po zastrzyknięciu); znajdował wtedy kłębki najczęściej zabarwione. 2) Po podwiązaniu żyły nerkowej (doświadczenie HENTSCHEN'a, powtórzone przez S.) kłębki również były zabarwione. 3) Po przecięciu rdzenia przedłużonego (zmniejszenie ciśnienia krwi i zwolnienie krwiobiegu) torebka BOWMAN'a zawierała zawsze pewną ilość barwnika, który stąd rozpościł się do kanalików krętych. Godne uwagi jest, że, jeżeli przy doświadczeniu tem zwierzę zabijano w 1—2 minut po zastrzyknięciu, to nabłonek kanalików krętych był stale odbarwiony; jeżeli zaś zabijano je później, w 5—10 minut, to zabarwienie występowało. 4) SOBIERAŃSKI starał się osiągnąć zgęszczenie moczu, a temsamem zwiększyć koncentrację barwnika, przechodzącego przez nerki. Uskutecznił to drogą uprzedniego podawania zwierzętom przez czas dłuższy soli rozwalniających. Tu kłębki były również zabarwione.

Pouczające są bardzo doświadczenia autora z zastrzykiwaniem do żył, zamiast indygo, karminu. Przy doświadczeniach tych kłębki były zabarwione stale, w komórkach zaś kanalików krętych bardzo słabe zabarwienie występowało za-

wsze od strony światła kanalika, w części komórki wewnętrznej, nigdy zaś w części podstawowej; świadczy to oczywiście, że barwnik jest tu pochłaniany przez komórki ze światła kanalika, a nie wydzielany przez ścianę. Karmin, według S., nadaje się bardziej do odnośnych doświadczeń, niż indygo, gdyż trudniej podlega odtlenianiu, a więc lepiej zaznacza drogi wyprowadzania z ustroju i trudniej przenika przez błony zwierzęce, zabarwia je zatem wyraźniej. Ważne jest także i to, że karmin, według LIEBERMAN'a, jest związkiem glinu, wapnia, istoty proteinowej i istoty barwiącej, że więc słuszniej, niż indygo, pozwala wnioskować, jaką drogą wyprowadzane jest z ustroju swobodnie we krwi krążące białko.

Wszystkie powyższe doświadczenia wykazują, że kłębki MALPIGHI'ego w pewnych warunkach pomysłnych mogą być zabarwione, co każe wnioskować, że barwnik wyprowadzany jest właśnie przez kłębki. Że w doświadczeniach HEIDENHAIN'a zabarwienie kłębków nie występowało, to działo się to dzięki słabemu w tych warunkach powinowactwu pomiędzy tkanką kłębka, a barwnikiem. Jeżeli stopień tego powinowactwa podnieść, czy to przez przedłużenie okresu zetknięcia barwnika z tkanką (doświadczenie 1, 2, 3), czy przez większą ilość barwnika (doświadczenie 1), czy na koniec przez większą jego koncentrację (dośw. 4), — to wtedy kłębki utrwalają przechodzący przez nie barwnik. Doświadczenia S. świadczą również, że zabarwienie nabłonka kanalików krętych jest zjawiskiem wtórnym, polegającym na pochłanianiu barwnika, przepływającego przez światło kanalika, a wydzielanego przez kłębki.

Tym sposobem, według autora, upada główna podpora teorii BOWMAN'a. Inne dowody jej zwolenników odparte zostały przez innych autorów. Tak, spostrzeżenie NUSSBAUM'a, że żaby, pomimo podwiązania tętnicy nerkowej, wydzielają jakoby przez kanaliki kręte, zostało należycie oświetlone przez ADAMI'ego, który wykazał, że kłębki, po podwiązaniu tętnicy nerkowej, otrzymują krew z naczyń anastomotycznych, dzięki czemu mogą wyprowadzać barwnik. Dalej, v. WITTICH i MECKEL utrzymują na zasadzie obrazów drobnowidzowych, że mocznik przechodzi przez ścianę kanalików krętych; jednak BIAL stwierdził, że soli tych nie znajdujemy nigdy w samych komórkach, lecz pomiędzy nimi. Również twierdzenie PONFICK'a, jakoby hemoglobina była wydzielana przez nabłonek kanalików, zostało odparte przez ADAMS'a i RIBBERT'a. Autor utrzymuje również, że obrazy drobnowidzowe przy hemoglobinurii przypominają najzupełniej te, jakie otrzymywał przy doświadczeniach z karminem.

Powyżej wyrażone poglądy na mechanizm powstawania moczu znajdują uzasadnienie także przy doświadczeniach nad działaniem środków moczopędnych, oczywiście tych, które działają bezpośrednio na samą nerkę. Doświadczenia prowadził autor w sposób następujący. Aby wyłączyć wpływ ciśnienia krwi, zmiennego wskutek ruchów zwierzęcia, zwierzęta były usypiane zapomocą odpowiedniej dawki chloralu; następnie przez zastrzyknięcie danego środka moczopędnego wywoływano spotęgowane moczenie, poczem zastrzykiwano do krwi roztwór barwnika (indygo). Wypróbował autor w ten sposób działanie kofeiny, teobrominy, mocznika, soli kuchennej, saletranu i octanu sodu. Przy doświadczeniach z kofeiną i diuretyną (*theobrominum natro-salicylicum*) okazało się, że kofeina sama przez się nie jest w stanie wywołać dyurezy; trzeba jeszcze, aby, dzięki odpowiedniemu pożywieniu zwierzęcia przed doświadczeniem i odpowiedniej ilości napoju, ustrój posiadał zapas składowych części moczu, a więc wody, soli i t. p. Okazy z nerek wykazywały zupełne odbarwienie jąder w komórkach kanalików krętych i nader słabe zabarwienie samych ciał komórek, gdy przy tych samych warunkach, lecz bez kofeiny, zabarwienie jąder występowało. Wnioskuje stąd autor, że kofeina i jej podobne, jak teobromina, wywołują spotęgowane moczenie przez osłabienie zdolności pochłaniającej komórek kanalików krętych, ale warunkiem do wywołania dyurezy koniecznym jest tu obfitość w ustroju składników moczu. Mocznik, jak się okazuje z doświadczeń autora, jest również w stanie osłabić pochłaniającą zdolność kanalików krętych, działanie jednak to jest tu krótkotrwałe; główne zaś działanie mocznika polega na spotęgowaniu spraw przesączania i osmozy, zachodzących w kłębkach. Sole, jak sól kuchenna, saletran i octan sodu, działają moczopędnie zarówno przez osłabienie pochłaniającej zdolności nabłonka kanalików krętych, jak i przez spotęgowanie sprawy przesączania i osmozy w kłębkach.

Ostateczne wnioski autora przedstawiają się jak następuje. Wydzielnicza czynność nerki zaczyna się w kłębkach MALPIGHI'ego, gdzie wyprowadzane są z ustroju: woda, sole i wszystkie rozpuszczone we krwi swoiste składniki moczu. Prócz tego narządu przesączającego, istnieje w nerce narząd zgęszczający, składający się przeważnie z nabłonków kanalików krętych, chociaż i nabłonki dalszych dróg moczowych mogą tu brać także pewien udział. Ilość moczu zależy zatem z jednej strony od stopnia przesączania w kłębkach, z drugiej — od pochłaniającej zdolności kanalików krętych, względnie dróg moczowych. Środki moczopędne wywołują spotęgowane moczenie albo przez powiększenie czynności kłębków (sól kuchenna, saletrzan i octan sodu, mocznik), lub też przez porażenie czynności zgęszczającej nabłonków kanalików krętych (kofeina, teobromina), lub też przez jedno i drugie jednocześnie.

(*Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmacologie. Tom XXXV.*) *Bronisław Peltyn.*

87. A. KOSSLER. **O wałeczkach w moczu, nie zawierającym białka surowiczego.** W pracy niniejszej autor postanowił zbadać stosunek, jaki zachodzi pomiędzy obecnością nukleoalbuminy w moczu, nie zawierającym białka surowiczego, a jednoczesnym wydzielaniem wałeczków nerkowych; jako odczynnik na białko używany był kwas octowy z żelazosinkiem potasu, osad zaś zbierany był przy pomocy maszyny odśrodkowej i badany natychmiast po wydaleniu moczu. Z pomiędzy 29 przypadków rozmaitych postaci chorobowych, przy których, pomimo braku białka, badanie drobnovidzowe wykryło obecność wałeczków, znakomita większość (18) przypada na gruźlicę płuc z przebiegiem przewlekłym, wybitnymi zmianami w narządach oddechowych, obrzękami charłaczymi i t. p. Wałeczki znajdowano w moczu stale lub też w ciągu pewnych okresów czasu, przyczem dawały się spostrzegać jaknajrozmaitsze postaci: wałeczki szkliste, ziarniste, nabłonkowe często z wyraźnym całokształtem budowy komórkowej, woskowate, wałeczki z białych i, co najbardziej zasługuje na uwagę, z czerwonych ciałek krwi.

W jednym przypadku goścowego zapalenia wsierdza po ustąpieniu krótkotrwałego i wogóle nieznacznego białkomoczu przez czas dłuższy dawały się wykrywać rozmaite postaci wałeczków; w drugim podobnym przypadku, przebiegającym bez białkomoczu, również znajdowano wałeczki. W jednym przypadku płonicy wałeczki ustąpiły z moczu wraz ze spadkiem ciepłoty, w przebiegu zaś duru brzusznego obecność wałeczków stwierdzać się dawała w ciągu dni kilku po ustąpieniu uporczywego białkomoczu zakaźnego. Podobne spostrzeżenia czynione były przez autora również przy zakaźnych chorobach płuc (zapalenie włóknikowe, ropotok i długotrwały, z gorączką przebiegający nieżyt oskrzeli—przy tym ostatnim przeważały wałeczki krwiste), przy zatruciu fosforem (wałeczki nabłonkowe tłuszczowo zwyrodnione), wreszcie w dwóch przypadkach bliżej nie rozpoznanych chorób gorączkowych.

Równocześnie z wałeczkami w większości powyższych postaci chorobowych autor wykrywał nukleoalbuminę, występującą jako osad po dodaniu kwasu octowego do rozcieńczonego moczu. Nukleoalbumina, jak to wykazały badania OBERMAYER'a, PICHLER'a i VOGT'a, występuje w moczu bądź wskutek częściowego rozpadu ciał azotowych w ustroju, bądź też wskutek pewnych zmian w samych nerkach, zmian, które doświadczalnie dają się wywołać przez zaciśnięcie tętnicy nerkowej. Otóż, opierając się na danych klinicznych, autor dochodzi do wniosku, iż w nerkach poszukiwać należy przyczyn białkomoczu nukleinowego i współcześnie z nim występujących wałeczków. Badanie anatomo-patologiczne w 14 przypadkach wykazało brak zmian zapalnych w nerkach, stale natomiast widzieć się dawały ogniska miąższowego zwyrodnienia, martwica komórkowa, zmętnienie lub ziarnistość zarodki, utrata jąder, wreszcie zwyrodnienie tłuszczowe nabłonka.

W końcu swej pracy autor przytacza krótkie historie chorób wraz ze szczegółowym badaniem moczu w każdym poszczególnym przypadku.

(*Berl. klinische Wochenschr. 1895 №14 i 15.*)

Jerzy Brunner.

88. HUMBERT MOLLIÈRE. **Nowe poszukiwania nad zewnętrznym stosowaniem pilokarpiny w leczeniu zapalenia nerek.** Zaraz po zjawieniu się pilokarpiny w lecznictwie autor zaczął ją stosować podskórnie w przypadkach oligurii z dobrym skutkiem. Jako przykład przytacza 3 przypadki klinicznie spostrzegane. Ponieważ jednak u osobników starych i przy cierpieniach serca podskórne stosowanie tego leku przedstawia pewne niebezpieczeństwo, autor zaczął stosować łagodniejszą metodę,

poleconą przez jego brata Daniela MOLLIÉRE'a w cierpieniach chirurgicznych. Metoda ta polega na wcieraniu w cały tułów chorego maści z pilokarpiny (0,05—0,1% —mocniejsza może wywołać bardzo nieprzyjemną wysypkę) z następnem owijaniem całej tej okolicy grubą warstwą waty i ceratką. Autor zostawiał z początku opatrunek taki 1—2 godz., w ostatnich latach zdejmując go tylko do nałożenia nowego (*en permanence*). Obok tego chorego pozostaje zwykle na mlecznej dyecie, lecz nie zawsze. Skutki takiego leczenia są następujące: 1) Już po pierwszych zawijaniach chorego uczuwają ulgę podmiotową, duszność ustępuje, oddech staje się równiejszym. 2) Następuje tak obfite pocenie się, że często cała warstwa waty bywa przesiąknięta potem. Bywa jednak czasem, że chorego się nie pocą, a mimo to znacznie się poprawiają pod wpływem omawianego leczenia. 3) Wraz z wzmocnieniem wydzielaniem potu następuje zwiększenie wydzielania się moczu, czasami nawet bardzo znaczne, 2—3 litrów na dobę zamiast kilkuset cent. sześcienn., przyczem i ciężar gatunkowy moczu się zwiększa (?). Że działanie moczopędne zależy do pilokarpiny, a nie od diety mlecznej, dowodzą przykłady, gdzie ta ostatnia stosowana być nie mogła, a jednak dyureza miała miejsce, lub gdzie u chorych, trzymanych już jakiś czas przedtem na dyecie mlecznej, dyureza wraz z zastosowaniem zewnętrznym pilokarpiny znacznie się wzmacniała i wraz z jej usunięciem znowu wracała do dawnego poziomu. Zwiększenie wydzielania się potu, wywołane innymi sposobami, zmniejsza odpowiednio ilość wydzielanego moczu, jednocześnie zatem wzmocnienie się obu tych czynności dowodzi swoistego działania pilokarpiny na skórę i nerki. Zresztą już BONNEFOY dowiódł, że skóra, posmarowana pilokarpiną i zawinięta w watę, wydziela o wiele więcej potu, niż skóra, wprost zawinięta w watę i ceratkę. 4) Następuje dość szybko znikanie białkomoczu w ostrem zapaleniu nerek lub też znaczne zmniejszenie ilości wydzielanego białka w zapaleniach nerek przewlekłych (z 8,00 na dobę do 0,50 w ciągu miesiąca, do zera w ciągu 4 miesięcy, jak to widać na dołączonej do oryginału tablicy).

Autor stosował omawianą metodę w 50 przypadkach zapaleń nerek ostrych, ostrawych i przewlekłych. Najlepsze wyniki otrzymał naturalnie w przypadkach ostrych, na co przytacza 3 przykłady szybkiego i zupełnego wyleczenia, z których jeden bardzo ciężki zasługuje na szczególną uwagę ze względu, że chory zupełnie nie mógł znosić mleka, całe więc leczenie polegało na miejscowym upuszczeniu krwi i zewnętrznym stosowaniu pilokarpiny. Postacie ostrawe dawały podobnież wyborne wyniki. W przewlekłych przypadkach omawiana metoda, jakkolwiek naturalnie nie doprowadzała do zupełnego wyleczenia, powodowała jednak znaczną, czasami długotrwałą poprawę, co jest tembardziej znaczące, że większa część chorych prócz mleka dostawała jako pożywienie rosół, białe mięso i szynkę. Zrozumiałe jest, że w mocno posuniętych przypadkach, szczególnie mięsnych postaci przewlekłego zapalenia nerek, od tej metody, jak zresztą i od innych, zbyt dobrych wyników spodziewać się nie można. Złe wyniki dają również przypadki zapalenia nerek, powikłanego przez mocne zwyrodnienie mięśnia sercowego. Jako jedyne przeciwwskazanie do stosowania swej metody autor uważa mocznicę, przy której wskazane są energiczniejsze i szybciej działające zabiegi; dopiero po ustąpieniu groźnych objawów mocznicowych autor rozpoczyna leczenie pilokarpiną. Koniecznym warunkiem skuteczności metody jest jej stosowanie systematyczne i długotrwałe. Mechanizm działania swej metody autor widzi: po pierwsze, w działaniu napotnem miejscowem. Że działanie to jest tylko miejscowe i że pilokarpina wessaniu nie ulega, dowodzi brak ślinotoku i wydzielania potu w okolicach skóry, nie poddanych jej działaniu (STRAUS i AUBERT) i zupełny brak tego alkaloidu w moczu (PORTERET). Z tego też powodu leczenie to nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Po drugie, skuteczność metody polega na działaniu odruchowo-odciągającym na nerki i ich ukrwienie.

(*Lyon médical*. N. 15 i 16).

Fr. Bellon.

89. CORNET. O zapobieganiu gruźlicy i jego wynikach. Według poglądów dotychczasowych, laseczniki gruźlicze znajdują się wszędzie, wszelka więc walka z nimi, wszelkie środki, zapobiegające zarażeniu, są bezskuteczne i o tem, czy kto zachoruje na gruźlicę lub nie, decyduje jedynie większy lub mniejszy stopień usposobienia osobistego.

Tymczasem według autora, teoria ogólnego rozpowszechnienia laseczników gruźliczych jest z gruntu fałszywa. Badano w różnych miejscowościach pył po-

wietrzny i nawet w miejscach, odpowiadających 50,000 l. powietrza, laseczników nie znaleziono. Nawet w miejscach zamkniętych nie było laseczników pomimo obecności suchotników, o ile ci zachowywali ostrożności co do płwociny; natomiast laseczники znajdowano, ilekroć przy nieostrożności chorych płwocina swobodnie wysychała. Wyniki tych badań są zresztą w zupełnej zgodności z biologią laseczników, a także z względami natury fizycznej.

Z drugiej jednak strony są fakty, dowodzące, iż zarażenie gruźlicą odbywa się drogą oddechania, a nie drogą przeniesienia w okresie życia płodowego. Mianowicie cały szereg doświadczeń na zwierzętach przekonywa, że laseczники gruźlicze wywołują najdalej posunięte zmiany u wrót swego wejścia i w najbliższych gruczołach chłonnych. Otóż, porównując fakt powyższy z wynikami badań pośmiertnych, można twierdzić, iż płuca i gruczoły oskrzelowe stanowią właśnie owe wrota—czyli innemi słowy, laseczники gruźlicze dostają się do ustroju ludzkiego przez drogi oddechowe. Ponieważ nadto inne wydzieliny (kał i t. d.) względnie szybko dostają się do ziemi i stają się w ten sposób nieszkodliwe (przynajmniej co do laseczników), przeto płwocina, a mianowicie płwocina wysychająca przedstawia prawie jedyną przyczynę rozpowszechniania gruźlicy.

Stąd łatwo wnioskować, że wszelkie środki, utrudniające wysychanie płwociny w pobliżu ludzi, stanowią ważny czynnik w walce z gruźlicą.

W tym kierunku winny być zwrócone środki zapobiegawcze, nie zaś, jak żądają tego inni, w kierunku walki z hypotetycznem dziedziczeniem, skazywania obarczonych gruźlicą na bezżenność, odesobniania suchotników i t. p.

Inni, z większą może słuszością, żądają odkażania płwociny. Lecz środek ten wykonywany jest zaledwie w szpitalach i niemożliwy wprost w warunkach zwykłych.

Inni znów występują przeciwko jakimkolwiekbyś środkom zapobiegawczym. Dowodzą, że $\frac{1}{4}$ wszystkich ludzi umiera na gruźlicę; doliczając zaś do cyfry powyższej osoby, zmarłe z innych chorób, lecz jednocześnie cierpiące na gruźlicę, przypuszczają, iż liczba osób, dotkniętych gruźlicą, wynosi $\frac{1}{3}$. Wobec tak wielkiej cyfry trudno mówić o ograniczeniu możliwości zarażenia; należy tylko dążyć do wzmocnienia środków obronnych samego ustroju, te bowiem tylko mogą decydować, czy zarażenie nastąpi, czy też nie.

Autor jednak na podstawie danych statystycznych dowodzi, że cyfra $\frac{1}{3}$ jest stanowczo fałszywa. Położenie nasze bynajmniej nie jest tak rozpaczliwe, wobec czego walka z zarażeniem gruźliczem może mieć, przynajmniej z tej strony, wszelkie warunki powodzenia.

Pomimo jednak różnych zarzutów, metoda zapobiegania zarażeniu gruźlicą zyskała w kołach lekarskich uznanie, a następnie wywołała szereg przepisów ze strony władz niemieckich. Jakkolwiek środki owe względnie niedawno zostały wprowadzone w życie, jednakże już można na zasadzie danych cyfrowych wyrobić sobie pewne zdanie co do wyników. Dane te tyczą się więzień, zakładów dla obłąkanych i t. p. Pozwolimy tu sobie przytoczyć niektóre z tych cyfr. W więzieniach pruskich na 10,000 osób żyjących, umierało w latach od 1878 do 1887, od 140 do 174 osób. W latach następnych cyfra ta się zmniejsza i dochodzi do 101, 89, a w roku 93/94 do 81. W Bawarii początkowo śmiertelność wahała się między 213 i 153. Zaledwie w 1892 wyniosła 129.

Z cyfr, przytoczonych przez autora, widzimy, że w Prusach od 1887 r. liczba zejść śmiertelnych z gruźlicy znacznie zmniejszyła się. Inaczej rzecz się ma w Bawarii. Tam bowiem pod wpływem teorii BOLLINGER'a, który kładł główny nacisk na osobiste usposobienie jednostki, proponowane przez autora środki zostały wprowadzone znacznie później. Podobny obraz przedstawiają zakłady dla obłąkanych. Wszędzie ujawnia się dodatni wpływ stosowania środków zapobiegawczych, tak, że z trzech powyższych kategorii zmarło przeszło o 100 osób mniej na gruźlicę, niż tego należało oczekiwać na podstawie cyfr z lat dawniejszych.

Wprawdzie zbyt małą jest liczba mieszkańców zakładów powyższych, aby na niej opierać sądy. Lecz podobneż stosunki przedstawiają dane, dotyczące się Prus, Hamburga, Bawarii, Saksonii, Austrii i t. d., przedstawione przez autora w cyfrach i odpowiedniej diagramie. W Prusach i Hamburgu, gdzie wprowadzono środki zapobiegawcze, cyfra zejść śmiertelnych z gruźlicy stale się zmniejsza, kie-

dy tymczasem w innych krajach, gdzie środków owych nie stosowano, żadnych wahań w kierunku zmniejszania się liczby przypadków gruźlicy nie spotykamy.

Zestawiając wyniki ogólne, przekonywamy się, iż w Prusach od 1887 do 1893 r. zmarło na gruźlicę o 70,000 osób mniej, niż tego należało się spodziewać na zasadzie danych z lat dawniejszych.

Tak się dotąd przedstawiają wyniki stosowania środków zapobiegających zarażeniu gruźlicą.

Jakiegolwiek jednak wątpliwości budzić mogą powyższe wyniki, obowiązkiem naszym jest, według autora, ze wzmoczoną energią rozpowszechniać środki, mające na celu zapobieganie gruźlicy, jeśli nie chcemy przyjąć na siebie ciężkiej odpowiedzialności.

Praca powyższa była odczytana przez autora na posiedzeniu Tow. Lekarsk. w Berlinie. W rozprawach, podjętych z tego powodu, prof. VIRCHOW zaznaczył, iż jakkolwiek z uznaniem odnosi się do badań CORNET'a, jednak sądzi, iż proponowane przezeń środki pod względem wykonalności małe rokują nadzieje. Jeżeli ludzie inteligentni nie korzystają ze spluwaczek w domach prywatnych, wagonach i t. p., to cóż mówić o masach. Co do wyników, to wydają się one VIRCHOW'owi zbyt znacznymi, aby można mieć do nich należyte zaufanie. Przypisać je należy raczej wadliwości statystyki, która, przy trudności zbierania odpowiednich danych, może doprowadzać do fałszywych wniosków.

BAER, jakkolwiek także zwolennik stosowania środków zapobiegawczych, sądzi, iż CORNET niesłusznie wyprowadza wnioski, opierając się na danych, wziętych z więzień. W więzieniach bowiem w latach ostatnich wprowadzono cały szereg ulepszeń higienicznych, które wpłynęły na zmniejszenie śmiertelności wogóle, a więc i śmiertelności z gruźlicy.

Trudno więc dodatnie wyniki w więzieniach przypisywać wyłącznie środkom zapobiegającym gruźlicy, kiedy działały tu i inne czynniki. O ile zaś te ostatnie należy uwzględniać, świadczy Wirtembergia, gdzie osiągnięto wyniki pomyślne w więzieniach jedynie w następstwie udoskonalenia warunków higienicznych. Nadto i sposób zbierania danych co do śmiertelności w więzieniach opiera się obecnie na innych zasadach, niż dawniej. Gdy bowiem dawniej zejścia śmiertelne z gruźlicy płuc i gruźlicy kiszek zaliczano do jednej rubryki, obecnie zaprowadzono dwie oddzielne rubryki.

W odpowiedzi na zarzuty powyższe, CORNET zaznacza, iż i jemu wyniki wydały się zbyt znacznymi. Okoliczność ta jednak zmusiła go do tem sumienniejszego zbadania materiału cyfrowego przed wypowiedzeniem swego zdania. Co do wpływu polepszenia ogólnych warunków higienicznych, to nie obniżając ich znaczenia, przeczy, jakoby istotnie były one wprowadzone jednocześnie z zaprowadzeniem środków zapobiegawczych. Zarzut zaś BAER'a co do wadliwości statystyki odpiara, ponieważ korzystał nietylko z danych urzędowych i starał się o dokładność swych cyfr.

(*Berlin. klin. Wochenschrift*, N. 20).

Z. Męczkowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 4 czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) STANKIEWICZ—przedstawienie dziecka ze stopą szpotawą. 2) BREGMAN—przedstawienie 2 chorych (matki i dziecka) z obrzękiem ostrym ręki i twarzy przypuszczalnie pochodzenia nerwowego. 3) RAUM—przedstawienie chorego po pyloroplastyce. 4) CZAJKOWSKI (z Sosnowca)—odczyt: „Przyczynę do etyologii płonicy. 5) GRZANKOWSKI—odczyt: „*Vaginofixatio uteri*“.

1) Kol. STANKIEWICZ okazał małe dziecko ze stopą szpotawą, które zostało uleczone zapomocą operacji kostnej i obecnie dobrze może stąpać nóżką.

2) Kol. BREGMAN przedstawił dwa przypadki obrzęku ostrego: u kobiety i jej 5-io letniej córeczki. Kobieta owa, pielęgnując w ogrodzie warzywnym, uczuła lekkie palenie w obu kończynach górnych, które jednocześnie zaczęły puchnąć, a w ciągu nocy obrzęk znacznie się powiększył. Nazajutrz, kiedy B. po raz pierwszy chorą widział

obie ręce i przedramiona do łokcia były mocno obrzękłe. Obrzęk był elastyczny, nie ciastowaty, kończyny były zimne, skóra blada, ucisk bólu nie sprawiał. Po 2 dniach obrzęk zaczął się zmniejszać, po 4-ch znikł zupełnie. Wraz z jego zmniejszeniem się wystąpiły na grzbiecie obu rąk wylewy podskórne w kształcie licznych, naprzód pojedynczych, później zlewających się plam wysypkowych. U dziecka początek i przebieg cierpienia był zupełnie podobny, z tą tylko różnicą, że, prócz kończyn górnych, spuchły również twarz i szyja. W dniu zachorowania dziecko siedziało w ogrodzie i bawiło się roślinami. Równie jak u matki, i u dziecka wystąpiły przy zmniejszeniu się obrzęku wylewy na grzbiecie rąk i na twarzy, przyczem na twarzy zarysowała się wyraźnie postać motyla, jak to bywa przy wilku (*lupus erythematodes*). W narządach wewnętrznych żadnych zmian B. nie znalazł. U matki, osoby nerwowej, zauważał wzmożenie odruchów kolanowych i autografię.

Co się tyczy przyczyny tego cierpienia, to B. wyłącza wpływ roślin, w zetknięciu z którymi były chore (rośliny badane były przez prof. SŁÓRSKIEGO), jak również wpływ porażenia słonecznego (dzień był pochmurny) i przyczynę upatruje w angio-neurotycznem usposobieniu chorych, które spowodowało, iż czynniki zewnętrzne, same przez się niedostateczne, w danym razie mogły wywołać obrzęk. W końcu B. skreśla w krótkich słowach przebieg ostrego angio-neurotycznego obrzęku QUINCKE'go i zastanawia się nad spostrzeżeniem KUESSNER'a, gdzie wraz z typowymi obrzękami skóry wystąpiły obfite krwotoki z błon śluzowych.

W rozprawach kol. BĄCZKIEWICZ zaznaczył, że przed kilku dniami zgłosiła się do niego kobieta, która pełna w ogrodzie za Wolskimi rogatkami, z podobnymi objawami, z tą tylko różnicą, że obrzęknięte ręce były zaczerwienione i na dotyk gorące. B., podejrzewając porażenie słoneczne skóry, zastosował z dobrym wynikiem okład BUROW'a.

Kol. BREGMAN odpowiada, że w przypadkach przedstawionych opuchnięte części były blade i zimne, sądzi więc, że przypadek, opisany przez B., odmienniej musi być natury.

3) Kol. RAUM przedstawił chorego, u którego w czerwcu r. z. wykonał pyloroplastykę (MIKULICZ—HEINEKE) z powodu bliznowatego (urazowego) zwężenia odźwiernika. Przypadek ten opisał kol. STĘPIŃSKI w № 28 „Medycyny“ 1894 r. Chory po operacji przez 5 miesięcy czuł się bardzo dobrze. W końcu października roku zeszłego przy podnoszeniu znacznego ciężaru uczył w podżebrzu prawem ból dotkliwy, trwający kilka godzin, poczem objawy niedrożności odźwiernika zaczęły stopniowo wracać. W końcu stycznia r. b. chory, do najwyższego stopnia wycieńczony, zapisał się do szpitala praskiego. 5 lutego R. dokonał operacji gastroenterostomii sposobem HACKER'a, łącząc kışkę czczą ze ścianą tylną żołądka. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, w miesiąc po operacji chory opuścił szpital, czując się zupełnie zdrowym i trawiąc dobrze wszelkie pokarmy.

Kol. GRUNDZACH, na zasadzie badania zawartości żołądka tego chorego, stwierdza skuteczność dokonanej operacji i kładzie nacisk, że tu, jak i w innych podobnych przypadkach, po operacji dostaje się do żołądka nieco żółci.

4) Kol. CZAJKOWSKI z Sosnowca w odczycie swym p. t. „Przyczynek do etyologii płonicy“ po krótkim wstępie zaznacza, że na barwionych okazach ze krwi, w 13 badanych przypadkach płonicy znajdował stale jeden i ten sam drobnoustroj, w postaci diplokoków, z trudnością rozpoznawalnych jako takie przy dużem powiększeniu. Diplokoki te spotykają się we krwi w niewielkiej stosunkowo ilości, 1—2 w jednym polu widzenia, rzadko więcej, a często przeszukać trzeba cały preparat, by znaleźć 1—2 diplokoki. Występują one pojedynczo, czasem jednak po 2 w jednym rzędzie, jakby połączone w krótki łańcuszek, złożony z koków owalnych. W ciałkach krwi Cz. diplokoków nie znajdował. Zawsze leżały one swobodnie w osoczu krwi. Płynem GRAM'a nie barwią się. Otoczki nie mają. Na żelatynie diplokoki nie rozwijają się, na innych stałych odżywkach rozwijają się opieszale i przedstawiają się pod postacią drobnutkich, pozbawionych budowy, przezroczystych kropelek rosy o średnicy nie większej nad $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ mm., a często i mniejszej. Hodowla utrzymuje się przez długi czas. W odżywkach płynnych rozwój diplokoków jest łatwiejszy i przedstawia się w postaci żółto-białawego, drobnoustroistego osadu na dnie probówki. Szczepienie czystych hodowli królikom do żył i pod skórę dało wynik ujemny. Myszy na szczepienie są wrażliwe, gdyż mała nawet ilość hodowli, zaszczerpionej pod skórę, wywoły-

wała stale śmierć zwierzęcia za 3-ci lub 4-ty dzień po zaszczepieniu. We krwi myszy, padłych po zaszczepieniu, znajdował mowca zawsze te same diplokokki.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zauważył, że z opisu sądząc, znajdowane diplokokki bardzo podobne są do *diplococcus* FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a, różnią się tylko tem, że nie barwią się płynem GRAM'a i że na króliki hodowle wpływu nie wywierały.

5) Kol. GRZANKOWSKI opisał przypadek bezwiednego wyciekania moczu z powodu bezwładu pęcherza moczowego, wywołanego tyłopochyleniem macicy, wyleczony zapomocą *vaginofixationis uteri* metodą DUEHRSEN'a.

E. B. zona włóścianina, lat 35 licząca, zamężna od lat 12, rodziła 4 razy, na czasie, bez pomocy lekarza. Pierwsze dziecko miała w półtora roku po zamążpójściu, leżała w położu 3 miesiące, gorączkowała. Następne pociągły były prawidłowe. Mięsiączkowanie odbywało się u niej co miesiąc i trwało 3 dni. B. od czasu pierwszego porodu jest chora na bezwiedno wyciekanie moczu. Stan ten przez lat 10 z wolna się pogarszał; po ostatnim porodzie mocz wyciekał bezustannie i wskutek tego chora w lipcu 1893 r. przyjechała do szpitala Dz. Jezus.

Przy oględzinach G. nie znalazł żadnej przetoki ani pęcherzowo-pochwowej, ani pęcherzowo-macicznej. Pęcherz moczowy znacznie rozciągnięty zawierał obfitą ilość moczu przezroczystego. Macica dość duża, leżała w tyłozgięciu, przechylona nieco na lewo. Węzy maciczne, szczególnie szeroki prawy, były skurczone, zgrubiałe, niepodatne, ograniczały ruchomość macicy. Jajniki prawidłowej wielkości były niebolesne. Po leczeniu, polegającym na gorących istrygacyach, tamponach ichtyolowych, kąpielach i mięsieniu, G. założył wianek HODGE'a; mocz wyciekał bezwiednie tylko wtedy, gdy macica, pomimo wianka, przechylała się ku tyłowi, co zdarzało się niekiedy, bo pochwa była bardzo obszerna, międzykrocze rozdarte i nawet duży wianek nie mógł leżeć prawidłowo i podtrzymywać macicy. Zauważywszy polepszenie, B. wypisała się ze szpitala po miesiącu. Powtórnie wstąpiła do szpitala w październiku 1894 r. z powrotem cierpienia. Do wyleczenia chorej G. uznał za konieczne ustalenie macicy w przodopochyleniu. Ponieważ leczenie wiankami w klasie ludzi, ciężiej pracujących i mniej pielęgnujących zdrowie, jest niepraktyczne, więc G. zdecydował się na *vaginofixatio uteri* i zakreślił następujący plan leczenia operacyjnego: 1) *excochleatio uteri*; 2) *vaginofixatio uteri*; 3) *kolpo-perineorrhaphia*. Plan leczenia został zaaprobowany przez D-ra JAWDYŃSKIEGO, do oddziału którego chora została przeniesiona. Pod kierunkiem D-ra JAWDYŃSKIEGO G. wykonał operację w planie zakreśloną. *Vaginofixatio uteri* zrobił według metody DUEHRSEN'a nowej, uważając ją za lepszą od MACKENRODT'owskiej. Metoda DUEHRSEN'a ułatwia odprowadzenie macicy ku przodowi przez prowizoryczne ligatury i pozwala przyszywać trzon macicy po otwarciu zagłębienia pęcherzowo-macicznego, a przez to zapewnia zamknięcie samej zatoki nawet przy jednopiętrowym szwie pochwowo-macicznym i usuwa niebezpieczeństwo przyszycia kiszek i wytworzenia przetoki kałowej — kiszkowo-pochwowej. Obszycie brzegów błony śluzowej pochwy w otworze sklepienia z brzegami otrzewny ułatwia szybkie przyrośnięcie otrzewny przymacicznej do fałdy pęcherzowo-macicznej i usuwa możliwość wytworzenia się bliznowatych zrostów ze ścianą pęcherza. Zrosty bliznowate z pęcherzem mogłyby się stać powodem bólów i zaburzeń w oddawaniu moczu przy ciąży następnej, a nawet przyczyną poronienia, i dlatego należy ich unikać. DUEHRSEN w ostatnich czasach po otworzeniu fałdy pęcherzowo-macicznej ogląda jajnik, usuwa torbiele, przecina bliznowate pasma w więzłach macicznych lub otrzewny, i dopiero potem przystępuje do przytwierdzenia macicy. G. tego nie robił, bo znając dobrze chorą, wiedział, że jajniki i wogóle przydatki maciczne są zdrowe. Okres pooperacyjny przebiegał bez zakłóceń. Podwyższenia ciepłoty po nad 38° nie było wcale. W 10 dni po operacji G. zdjął szwy pochwowe z wyjątkiem ligatur macicznych, które wyjął po 6 tygodniach. Chora pozostawała w szpitalu w ciągu 3 miesięcy. Przy wyjściu chorej macica leżała w przodopochyleniu. Bezwiednego wyciekania moczu nie było; w dzień chora oddawała mocz 3 razy, w nocy ani razu. W przypadkach DUEHRSEN'a powroty cierpienia wydarzały się zwykle w pierwszych 9 miesiącach po operacji. Odsetka wyzdrowień po 9-iu miesiącach waha się u DUEHRSEN'a między 71 i 83. Śmiertelność na 201 operacji wynosi 0,5%. U chorych przedtem operowanych DUEHRSEN spostrzegł 13 porodów prawidłowych, 6 poronien, 5 ciąż powtórnych. Z pośród 12 spostrzeganych po porodzie chorych u 3-ch wystąpiły nawroty cierpienia.

W dyskusyi kol. J. ROSENTHAL zakomunikował, że posiłkując się metodą otwierania jamy brzusznej przez pochwę (*vaginale Coeliotomie*), operował guzy przydatków macicznych.

Kol. JAWDYŃSKI zwraca uwagę, że w danym przypadku nie było wskazań do otwierania jamy brzusznej przez pochwę, dlatego było zrobione tylko *vaginofixatio uteri* bez zbytecznego w danym razie wyciągania nazewnątrz macicy i jej przydatków.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. czerwiec r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 21 (m. 11, k. 10); przybyło w czerwcu 53 (m. 28, k. 25); wypisało się 40 (m. 19, k. 21); zmarło 3 (m. 2, k. 1); pozostało na następny miesiąc chorych 31 (m. 18, k. 13).

Ogólna ilość chorych była nieco większa, niż w ubiegłym miesiącu, głównie z powodu licznie występujących: róż i biegunki krwawej. Pierwszej mieliśmy aż 22 (m. 11, k. 11) przypadki, liczbę, której dotychczas nigdy jeszcze nie notowaliśmy. Pochodziło to stąd, że od niejakiemu czasu szpitale chętniej tego rodzaju chorych do szpitala Zapasowego odsyłają. Przebieg choroby był wogóle dość łagodny, jeden tylko przypadek zakończył się niepomyślnie po kilkunastogodzinnym pobycie w szpitalu, z powodu dawniejszego cierpienia nerok, w którym róża była tylko powikłaniem. Chorzy pochodzili z ulic: Tarczyńska 1 i 22, Nowy Świat 68 i 21, Wronia 21, Wspólna 79, Koźła 11, Chłodna 58, Topiel 14, Marszałkowska 120, Browarna 21, Leszno 56, Tamka 47, Krakowskie Przedmieście 28, Widok 24, Wielka 3, Podwał 17, Krzywe Kolo 8, oraz kilka przypadków z okolic Warszawy.

Główną jednakże cechą ubiegłego miesiąca jest licznie występująca biegunka krwawa. Jakkolwiek przebieg jej jest znacznie łagodniejszy, aniżeli w latach ubiegłych, wcześniejsze jednak, niż to zwykle u nas bywa, pojawienie się tej choroby na zaznaczenie zasługuje. Chorych w ubiegłym miesiącu mieliśmy 12 (m. 8, k. 4), u wszystkich przebieg był pomyślny. Przypadki te pochodziły z ulic: Nowo-Zielna 46, Wronia 60, Nowolipki 75 i 12, Kościelna 14, Królewska 14, Wolność 5, Łucka 12, Dworzec Terespolski, oraz osada Serock i wieś Zagwózdź.

Częściej również, niż w ubiegłym miesiącu, występowała błonica, której mieliśmy przypadków 7 (m. 2, k. 5), u dorosłych. Wszystkie zakończyły się pomyślnie, a pochodziły z ulic: Chłodna 53, Nowolipki 9, Czerniakowska 79, Wilcza 6, Nalewki 9 i Nowo-Wielka 15.

Do pomyślnych objawów należy odnieść niepojawianie się w dalszym ciągu ospy i tyfusu wysypkowego. Pierwszej odnotowaliśmy tylko jeden przypadek u chorej nieszczepionej (Śt. Krzyska 39), zakończony wyzdrowieniem, drugiego zaś mieliśmy 2 przypadki (Podwał 44 i Krochmalna 15), oba z zejściem śmiertelnym, z powodu powikłań i zaniedbania, w jakim do szpitala przybyli.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 2 przypadki tyfusu brzuszego (Ząbkowska 25, Freta 7) i *anginae follicularis*, oraz po jednym: choleryny (Miła 45) i zapalenia płuc krupowego.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy po jednym przypadku: pokrzywki, błednicy i *phlegmone* goleni.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 8 (m. 5, k. 3).

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== MIECZNIKOW tłumaczy niewrażliwość niektórych ludzi na cholere, a zarazem wpływ czasu i miejsca przy cholerze t.j. dwóch czynników, podnoszonych przez PETTENKOFER'a, obecnością tych lub innych drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym. M. spostrzegł, że w hodowlach płytkowych niektóre drobnoustroje wpływają stanowczo dodatnio na rozwój choroby; do nich należą czworonki i pewne drożdże białe; inne znów gatunki hamują rozwój cholery, np. lasecznik ropy błękitnej. Badając bakterye przewodów pokarmowych, przekonał się M., że i tu można odróżnić ten podwójny charakter bakteryi. Stąd wniosek prosty, że flora bakteryologiczna przewodów pokarmowych może bardzo silnie wpływać na wrażliwość względem cholery; zarazem

M. sądzi, że w ten sposób daje się pogodzić teorię swoistości wibryonu cholery z twierdzeniami, wypowiedzianymi przez znakomitego epidemiologa. (Wien. med. Presse XXXV. № 39)

== Do licznych środków przeciwrzeżączkowych doliczyć należy kwas cytrynowy, który według FELLISIER'a ma być skutecznym nawet w uroporezywych przypadkach. Kwas cytrynowy działa nie tylko dzięki swym własnościom przeciwnym, ale głównie dzięki temu, że zmienia podłoże na niedogodne do dalszego rozwoju drobnoustrojów. Przy *urethritis ant.* kw. cytrynowy stosuje się w postaci wstrzykiwań lub przemywań. Jako płyn do wstrzykiwań używa się 1% roztwór, który zwykłym sposobem wstrzykuje się 6 razy dziennie. Do przemywań cewki bierze się roztwór 8,00 kwasu na 1—1,5 litra wody; po 4—5 przemyciach (jedno dziennie) niepowikłana rzeżączka zostaje wyleczona. Przy *urethritis post.* ten sam roztwór wstrzykuje się do pęcherza, który potem opróżnia się drogą naturalną; wstrzykuje się 400 ctm. naraz i powtarza się wstrzykiwanie, dopóki cała ilość płynu (1,5 litra) nie zostanie użyta. (Rev. int. de méd. et chir. № 1).

== WINTERNITZ zaleca przy leczeniu przyszczy zęszczy przez parowanie do spoistości syropu odwar z jagód czarnych z dodatkiem bardzo małej ilości *tincturae Myrrhae* lub kwasu salicylowego. Okolice skóry, dotknięte przyszczy, smaruje się rzeczoną odwarą, który szybko zasycha; po kilku dniach odmywa go się letnim fizyologicznym roztworem soli kuchennej. WINTERNITZ widział przyszczyce twarzy, które nie znosiły nawet obojętnych maści, znikające w ciągu 24—48 godzin pod wpływem tego odwaru. W ten sam sposób leczył jeden przypadek rozległego oparzenia 2-go stopnia: bolesność i objawy zapalne znikły nadzwyczaj prędko. (Posiedz. Wied. Tow. Lek. 15. III. 95).

== BÉRARD zebrał wszystkie, teraz już dosyć liczne przypadki promienicy, leczone jodkiem potasu, i wyliczył, że wyleczenie otrzymane zostało w 95% przypadków. Za przykładem NOCARD'a i DOR'a autor chciał wyjaśnić sposób działania jodku potasu na grzybek promienicy, hodując go na bulionie i kartoflu. Grzybek rozwijał się jednakowo dobrze, niezależnie od tego, czy podłoże zawierało jodek potasu, czy nie. Z tego powodu BÉRARD wnioskuje, że jodek potasu nie wpływa na grzybek promienicy, lecz na tkanki, pośród których ten ostatni się rozwija. (Journ. de méd. et de chir. prat. 10 avril).

== BERNHEIM spostrzegał u chorej, która przebywała tyfus, zastrzał, wywołany przez lasecznika okrężnicy. Jest to, być może, dowodem, że autorowie francuscy mają słuszość, twierdząc, że dwa powyższe laseczniki stanowią co najwyżej dwie odmiany jednego gatunku. (Centr. f. klin. Med. 1893 r. str. 13).

== HECHT zaleca dermatol jako środek krew tamujący. Stosował go H. w postaci wdmuchiwań do oka po usunięciu polipów łącznicy oraz w przypadku urazu powieki dolnej i łącznicy. W razie silniejszego krwotoku należy na miejsce krwawiące wywrzeć ucisk zapomocą wacika, posypanego dermatolem; samo zadmuchiwanie proszku nie wystarcza tu, gdyż obficie płynąca krew zmywa go łatwo. Stosowany w takiej postaci, dermatol działa pewniej, niż półtorachlorek żelaza. W przypadkach krwotoków po wyjęciu zęba oraz po usunięciu włókniaków dziąseł, gdzie półtorachlorek żelaza zawiódł, dermatol okazał się skutecznym. Najlepiej występowało działanie dermatolu po operacji wrośniętego paznokcia. Zwykle w tych razach, po zdjęciu podwiązki, z łożyska paznokcia krwawi bardzo obficie. Jeżeli zaś przysypać ranę grubo dermatolem i nałożyć opatrunka uciskającego, to przy następnym opatrunku nie znajduje się ani śladu krwi. We wszystkich przypadkach H. sam ucisk nie wystarczał do wstrzymania krwotoku. W ostatnich czasach autor dodaje do dermatolu nieco *pulvis gummos.*, aby ułatwić przyleganie proszku do krwawiącego miejsca. (Therapeut. Monatsh. N. 6. 1895). S.

== MENDEZ widział bardzo rzadki przypadek rozlanej gruźlicy serca u murzyna, który był dotknięty także gruźlicą lewego płuca, stosu kręgowego, wątroby, śledziony i naczyń chłonnych kregkowych. Prawe uszko serca było tak wielkie, jak samo serce, o ścianach grubości 1—1,5 ctm., żółtych i usianych guzami wielkości jaja gołębiego. Wsierdzie pokry-

te było szarozółtymi ziarnami; komora prawa była zmniejszona, lewa przerosła. W guzach, złożonych z włókien mięsnych i nacieczenia gruzliczego, wykryto bardzo dużo laseczników gruzliczych. (Centr. f. inn. Med. 1895 № 7).

Z.

— HUNT przekonał się, że żywe laseczники błonnicze w hodowli bulionowej odbarwiają przez odtlenienie niewielkie ilości błękitu metylenowego; po wstrząśnięciu z powietrzem hodowla taka zabarwia się nanowo, poczem znów traci zabarwienie. Laseczники tracą przytem na jadowitości, a nawet giną i dopiero wtedy zabarwiają się same. Błękit odtleniony nie szkodzi lasecznikom. Działa więc on jako przenośnik tlenu i dzięki temu wywiera działanie przeciwnie, co potwierdzone zostało w badaniach z hemoglobina i oksyhemoglobina. Dlatego też radzi H. stosować błękit metylenowy przy błonicy miejscowo dla osłabienia jadowitości zarazka. Inne bakterie nie wpływają na barwnik. (Lancet. 1894 Wrzesień).

— JESSOP spostrzegał bardzo rzadki przypadek licznych tętniaków tętnic obwodowych u osobnika 27-letniego. W ciągu czterech lat

potworzyły się u niego tętniaki w lewym zgięciu łokciowym, później na prawej i lewej tętnicy biodrowej zewnętrznej, wreszcie tętniak lewej *a. iliacaе internaе* spowodował śmierć przez pęknięcie. Przy badaniu drobnovidzowem ścian tętnic nigdzie nie znaleziono zmian usposabiających. (Lancet. 1894 Listopad).

— SCHLOSSMANN spostrzegał przypadek lipuryi u dziecka 1 1/2-rocznego, któremu zapisał trzy łyżeczki oleju rycynowego z oliwą, wskutek niestrawności ostrej. Po przyjęciu lekarstwa dziecko wydzielało niewielką ilość mlecznego moczu, który zawierał oprócz fosforanów znaczną ilość drobniutkich kuleczek tłuszczu. Po dwóch dniach objaw ten ustąpił. (Arch. f. Kinderh. 1894 T. XVII).

— WALDO i WALSH przekonali się, badając pieczywo pod względem sanitarno-policyjnym, że pieczenie nie zabija bakterii. Najwyższa średnia ciepłota wewnątrz niewielkich bułek dochodzi do 86°—95°, w większych zaledwie 73°—86°. Z mięszu świeżo upieczonego ciasta wychodowali oni 13 niechorobotwórczych gatunków. Autorowie mają dokonać prób z ciastem zarażanem umyślnie. (Lancet. 1894 20. X).

Wiadomości bieżące.

— VII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbył się w d. 16 i 17 lipca r. b. Po zagajeniu zjazdu przez prof. RYDYGIERA przemówieniem, w którym Szanowy Profesor zaznaczył doniosłe dla nauki znaczenie rozpoczętej budowy nowej kliniki chirurgicznej we Lwowie, oraz w bardzo gorących słowach wspominał o stracie, jaką poniosła chirurgia polska przez śmierć Władysława MATLAKOWSKIEGO; zgromadzenie uczciło pamięć zmarłego przez powstanie i uchwaliło jednomyślnie wysłać telegram kondolencyjny do pozostałej po nim wdowy, poczem przystąpiono do wyborów. Przez aklamację został stałym przewodniczącym nadal prof. RYDYGIER, zastępcą jego również stałym prof. OBALIŃSKI, sekretarzem docent BOSSOWSKI, podskarbin prof. TRZEBICKI. Na honorowych przewodniczących powołano D-rów JASIŃSKIEGO i ZIEMICKIEGO.

— Wystedł z druku zeszyt II „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ za rok bieżący i zawiera: 1) O chorobie GLÉNARD'a E. W. ZIELIŃSKIEGO. 2) Przyczynek do metodyki badań nad elastycznością Wł. JANOWSKIEGO. 3) Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy łuszczycy (*psoriasis*) Wł. KOPYTOWSKIEGO. 4) O pożywieniu ludności

włociańskiej Br. PELTYN'a. 5) Protokoły posiedzeń Towarzystwa od dnia 19 marca do d. 30 maja 1895 r. 6) Rocznik Zarządu Towarzystwa. 7) Przegląd piśmiennictwa polskiego za rok 1894.

— Rokowania z prof. GAŁĘZOWSKIM o objęcie katedry okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim nie doprowadziły do pożądanego wyniku; skutkiem tego postanowił wydział lekarski jednomyślnie i wyłącznie przedstawić Ministerium Oświaty na tę katedrę prof. D-ra Boleśława WICHERKIEWICZA z Poznania.

— Na ostatnim posiedzeniu komitetu higieny ludowej kol. CETNAROWICZ wniósł projekt utworzenia ruchomych oddziałów okulistycznych, w celu systematycznych wycieczek po kraju dla badania wzroku ludności po miasteczkach i wsiach, udzielania chorym porady i dokonywania nawet operacji.

— Na IX zjeździe chirurgów francuskich, który odbędzie się w Paryżu 21 października r. b. pod przewodnictwem D-ra E. BOECKEL'a, na porządku dziennym znajdują się między innymi dwie kwestye: 1) O chirurgii płuc (D-r RÉCLUS) i 2) O interwencji chirurgicznej wczesnej i późnej przy złamaniach kości.