

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynę do tak zwanej „zgorzeli karbolowej”, podał S. Dobrucki. Leczenie surowicą chorych na błonię, podał Władysław Sawicki (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** O antytoksynach i nodparnianiu sztucznem, podał Aleksander Żurkowski (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 102. O raku żelądka. 103. O stosunkach pomiędzy urazami a nowotworami złośliwymi. 104. Leczenie chirurgiczne tarcz dwudzielnej (spina bifida). — Z VI zjazdu niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego (odbytego w Wiedniu dnia 5—7 czerwca r. b.) (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc lipiec r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Dobrucki — De la gangrène à la suite des pansements phéniques. 2) D-r W. Sawicki — Du traitement par le sérum antidiphthérique. 3) D-r A. Żurkowski — Sur les antitoxines et l'immunisation artificielle.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Dobrucki — Ein Beitrag zur sogenannten Carbolgangrän. 2) D-r W. Sawicki — Ueber die Diphtherieheilserumbehandlung. 3) D-r A. Żurkowski — Ueber Antitoxine und künstliche Immunisation.

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

Przyczynę do tak zwanej „zgorzeli karbolowej,”

podał S. Dobrucki, lekarz szpitala Żydowskiego w Lublinie.

Doniosłe znaczenie, jakiego nabrał fenol czyli kwas karbolowy w medycynie, pozostaje w ścisłym związku z powstaniem metody LISTER'a opatrywania ran. Era ta liczy się od roku 1867. Ostatnimi czasy ograniczono stosowanie karbolu w chirurgii, bądź przez zastąpienie go innymi środkami przeciwnie, bądź przez wprowadzenie aseptycznej metody operowania. Wszystkie jednak środki przeciwnie do obojętnych nie należą, wszystkie bowiem w większym lub mniejszym stopniu posiadają własności trujące dla ustroju zwierzęcego. Te to własności trujące posiada fenol w stopniu dość znacznym.

Pomijając przypadki otrucia fenolem czystym lub też rozcieńczonym, przy użyciu wewnętrznym, bądź wypadkowo, bądź w celu samobójstwa, bardzo liczne są spostrzeżenia nad trującymi własnościami kwasu karbolowego przy stosowaniu tegoż zewnętrznym, w chirurgii. Znane są przypadki śmiertelnego otrucia po przemyciu fenolem dużych jam pooperacyjnych. Na niebezpieczeństwo stosowania fenolu zwrócili uwagę: BILLROTH, KÜSTER i KOCHER (1). Śmierć przy zatruciu następuje wskutek porażenia ośrodką naczynioruchowego w mleczu przedłużonym. Znacznie częściej zdarzały się otrucia w początkach stosowania fenolu, do czego przyczyniały się zbyt obfite przemywania ran mocnymi zwłaszcza rozczykami i operowanie przy rozpylaczu (*Spray*).

Oprócz ostrego otrucia fenolem opisują (FALKSOHN, KÜSTER, CZERNY) (2), postać przewlekłą, charakteryzującą się: bólami głowy, pobudzeniem do kaszlu, nudnościami, zmniejszeniem łaknienia i ciemno oliwkowego koloru moczu.

Tego rodzaju zatrucia zdarzały się u samych chirurgów, zwłaszcza przy użyciu rozpylacza.

Nie brak nawet spostrzeżeń, dowodzących bardzo szybkiego wchłaniania fenolu przez skórę nienaruszoną. Zauważono bowiem, że u ludzi po kilkukrotnem pendzlowaniu skóry roztworem fenolu, śmierć następowała równie szybko, jak przy użyciu tego środka wewnątrznie (HASEMANN, HOPPE-SEYLER) (3).

Pozwolę sobie pominąć zupełnie milczeniem własności przeciwnie fenolu, jako rzecz dobrze każdemu znana, i przejdę do skreślenia działania fenolu na skórę. Czysty fenol i bardziej stężone jego roztwory wywołują na skórze, przy dotkliwym pieczeniu, najpierw biały bąbel, który jednak wkrótce się zaczerwienia i po kilku dniach doprowadza do złuszczenia naskórka. Pieczenie trwa tylko kilka minut, następnie miejsce pendzlowane staje się zupełnie nieczulem, a przy użyciu roztworu 85% tak niewrażliwym, że można przeciąć całą grubość skóry, a chory przytem nie uczuje nawet dotknięcia nożem (SMITH); w ten sposób można bez bólu otwierać zastrzały nawet. Bardzo stężone roztwory silnie nadżerają skórę.

Najmniej znane jest działanie na skórę słabych roztworów fenolu, stosowanych pod postacią okładów. Metoda ta jest nader rozpowszechniona, zwłaszcza pomiędzy publicznością. Prawie na każdą ranę, na każde stłuczenie stosuje się okład z wody karbolowej. Lecz nie tylko pomiędzy publicznością, lecz i u znacznej większości lekarzy okłady fenolowe, HUETER'owskimi zwane, cieszą się niemałym uznaniem w wielu cierpieniach zapalnych skóry, tkanki podskórnej, stawów i t. d.

Ostatnimi dopiero czasy zaczynają się zjawiać w literaturze opisy przypadków zgorzeli skóry, wskutek stosowania nieraz słabych (nawet 2%) okładów fenolowych, zwłaszcza na palcach u rąk i nóg. Literatura tego przedmiotu przedstawia się dość skąpo! Pierwszy zwrócił uwagę na zgorzel fenolową skóry TILLAUX (4) w r. 1871, opisując trzy przypadki ze szpitala Saint-Antoine w Paryżu. W dwóch przypadkach udało się dostać sam płyn, z którego robiono okłady, i okazało się, że na dnie szklanki znajdowała się warstwa na centymetr wysoka czystego fenolu; z tej to emulsyi karbolowej robiono okłady. W trzecim przypadku użyty był roztwór siły niewiadomej. SECHYRON (5) na posiedzeniu francuskiego stowarzyszenia lekarzy sądowych, 11 maja 1886 r., cytując trzy przypadki TILLAUX, opowiada o trzech nowych, gdzie stosowano słaby roztwór fenolu (phénol-Bobeuf). Najcharakterystyczniejszym jest przypadek trzeci, którego historię, jako nader zajmującą, pozwolę sobie w całości przytoczyć.

18-letnia szwaczka ukłuła się igłą od maszyny do szycia w koniec średniego palca u ręki lewej. Aptekarz, do którego chora zgłosiła się po poradę, sam zrobił opatrunek z „phénol-Bobeuf,” przykrywając watą zmoczoną w roztworze fenolu dwa końcowe członki palca i na to kładąc papier gumowy i lekkie obandażowanie, nieuciskające palca. Do następnego dnia chorą nie czuła żadnego bólu, dopiero nazajutrz doświadczała w palcu uczucia odrętwienia i zauważyła obrzmienie i zaczerwienienie, sięgające po za opatrunek. W dwa dni (właściwie w 40 godzin) od chwili zrobienia owego opatrunku, zdjęła ten ostatni i zaczęła palec kataplazmować. Czwartego dopiero dnia chora przysłała do szpitala Saint-Louis, gdzie okazało się: końcowy członek palca wydaje się znacznie wydłużony, cieńszy, skóra mocno pomarszczona, drugi zaś członek obrzmiały, zaczerwieniony i mało bolesny na dotyk. Dnia następnego pojawiła się bruzda, oddzielająca zdrową, dośrodkową część palca od zu-

pełnie obumarłego członka końcowego. Na 34-ty dzień po obrażeniu, ze względu na zbyt wolne oddzielanie się obumarłej części, zrobiono amputację palca.

Bardzo podobnie rzecz się miała i w dwóch pozostałych przypadkach: wszędzie był stosowany słaby fenol pod postacią okładów z przykryciem ceratką. Szkodliwy wpływ objawiał się najczęściej po kilku dniach, czasem wcześniej, rozpoczynając się bólami lub też zbroczeniami czucia. We wszystkich przypadkach przedstawiał się jednakowy obraz, mianowicie typowa sucha zgorzel z nader charakterystycznym powolnym oddzielaniem się części obumarłych.

W Niemczech pierwszy zwrócił uwagę na zgorzel fenolową skóry KORTUM (6) w 1888 r. i opisał dwa przypadki. W jednym przy zastrzale (*panaritium*), wskutek niezrozumienia zlecenia lekarza, robiono okłady z 8% fenolu. W 3 do 4 godzin po opatrunku chory obudził się w nocy z gwałtownym bólem palca, z uczuciem zeszywnienia i napięcia w całej ręce; po zdjęciu opatrunku palec wyglądał jak obumarty, utracił czucie, ręka zaś cała była mocno bolesna. Nad ranem chory spostrzegł czarno-niebieskawe zabarwienie palca. Przy badaniu palec przedstawiał wszystkie cechy zgorzeli suchej: skóra była zupełnie czarna, sucha i mocno pofałdowana, znieczulenie skóry sięgało głęboko, szpilka dawała się wbić do samej kości bez wywołania najmniejszego bólu. Drugi przypadek dotyczy 19-letniego chłopca, u którego na ranę poszarpaną palca położono okład z 2% fenolu. Tu także wystąpiła charakterystyczna zgorzel skóry na miejscach, będących w zetknięciu z fenolem. CANTIER (7) opisał przypadek, gdzie u 19-letniej histeryczki, po kilkodniowym stosowaniu okładów fenolowych (%) przy zastrzale, wystąpiła zgorzel dużego palca i wewnętrznej powierzchni drugiego pod postacią zgorzeli suchej (*mumificatio*), co zmusiło do odjęcia pierwszego i drugiego palca, a następnie wskutek zgorzeli płatu zrobiono operację LISFRANC'a. Przytem autor przytacza przypadki zgorzeli fenolowej, zanotowane w dyskusji nad tym przedmiotem na posiedzeniu Paryskiego Towarzystwa Chirurgicznego w r. 1889, gdzie MONOD, TERRILLON, KIRMISSON i TERRIER zanotowali po jednym przypadku, QUÉNU, NICAISE i LUCAS-CHAMPIONNIERE po dwa, a LE DENTU 3 przypadki. Ja miałem sposobność widzieć dwa przypadki zgorzeli fenolowej.

Przypadek I. Pan N., silnej budowy 20-letni młody człowiek, zgłosił się do mnie w maju 1892 r., prosząc o wyjęcie kawałka igły, uwiecznej przed kilkoma godzinami w średnim członku palca wskazującego prawego. Na zewnętrznej powierzchni palca widać miejsce wejścia igły, którą też doskonale wyczuć można. Po zrobieniu małego cięcia udało się bardzo łatwo wydobyć odłamek igły długości $1\frac{1}{2}$ ctm. Po nałożeniu jednego szwu i zwykłego opatrunku ranka zagoiła się przez rychłozrost. W dziesięć dni później pacjent uderzył się mocno tym palcem o drzwi, wskutek czego wystąpiło znaczne obrzmienie palca i silny ból; zaniepokony, w tej chwili zgłosił się do mnie. Nie znalazłszy nic nadzwyczajnego, zaleciłem, stosując się do zwyczaju, okład z 2% wody karbolowej. Po raz drugi chorego widziałem na trzeci dzień; bóle z początku pod okładem karbolowym ustąpiły, lecz później znów się zjawily w mniejszym wprawdzie stopniu i nieco odmiennej natury, której chory nie może dokładnie określić. Zdjąwszy opatrunek, zobaczyłem na grzbietowej powierzchni palca wskazującego, na przestrzeni całego średniego członka, białą plamę, pokrytą mocno pomarszczonym naśkórkiem; miejsce to zupełnie niewrażliwe na dotyk. Przypuszczając, że mam do czynienia ze zmianami skóry, zależnymi od działania okładów fenolowych, kazałem zaniechać tych ostatnich, a zapisaawszy choremu do okładów sublimat 1 : 2000, zaleciłem pokazać się za dni parę. Tymczasem pacjent wyjechał na wieś i stłukł w drodze flaszkę z sublimatem. Aptekarz w miasteczku odmówił mu wydania sublimatu bez poświadczenia recepty, a natomiast dał wody karbolowej, o niewiadomym dokładnie

składzie % (w każdym razie nie mocniejszą niż 3%). Okłady z niej stosował chory tylko przez jeden dzień, ponieważ silny ból zmusił go do zaniechania tego leczenia, zgłosił się zaś do mnie w trzy dni po wyjeździe z Lublina. Przy badaniu znalazłem cały palec nieco obrzmiały, bolesny, skóra na nim mocno pomarszczona, biała, na wyprostnej powierzchni drugiego członka ściśle odgraniczony czarny strup, robiący wrażenie zgorzeli suchej; miejsce to całkowicie niewrażliwe na dotyk, ani też na ukłucie głębokie, do samej kości sięgające. Dalszy przebieg przedstawia się dość typowo. Strup zgorzelinowy bardzo długo utrzymywał się w tym samym stanie, nie wywołując żadnych bólów i nie rozszerzając się. Dopiero po trzech tygodniach obumarła część odpadła, pozostawiając brak wielkości paznokcia na grzbietowej powierzchni średniego członka, rana zaś zagoiła się o dwa tygodnie później. Obecnie widać gładką zagłębioną bliznę, zupełnie z kością zrośniętą, palec zaś jest zgięty w ostatnim stawie; chory go wyprostować nie może z powodu braku odpowiedniego ścięgna, biernie jednak palec doskonale daje się wyprostować, i chory dziś doskonale posilkuje się nim przy pisaniu.

Przypadek II spostrzegalem w listopadzie 1894 r. Zgłosił się do mnie po poradę kupiec L. z Chełma, 40 lat, zupełnie zdrów, ze zgorzelą suchą całego średniego palca u ręki lewej, z bardzo wyraźną linią demarkacyjną w okolicy stawu dłonio-palcowego. Wywiady dają co następuje: przed trzema tygodniami, z powodu zastrzału, chory, stosując się do porady miejscowego felczera, zaczął robić okłady z 3% fenolu. Po kilku dniach ropa przebiła skórę, lecz powstała na dłoni mała zatoka, którą jeden z kolegów przeciął, a dla zapobieżenia tworzeniu się nowych zatok, w dalszym ciągu stosowano wilgotne opatrunki fenolowe. W kilka dni później chory sam zauważył zupełny brak czucia w palcu, który zaczął czernieć na całej długości. W trzy tygodnie od początku choroby zdecydował się chory przyjechać do Lublina z palcem już zupełnie obumarłym. Zaproponowałem, wobec jasnego odgraniczenia, odjęcie palca, na co się chory nie zgodził; dopiero po 6-iu tygodniach cały palec odpadł i następnie rana się zagoiła.

W obu tych przypadkach nie ulega żadnej wątpliwości, że zgorzel zależała od okładów fenolowych.

(D. n.).

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

LECZENIE SUROWICĄ CHORYCH NA BŁONICE,

podał **Władysław Sawicki**, asystent szpitala dziecięcego.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 33).

Chociaż wiele już mówiono i pisano o wpływie miejscowym i ogólnym surowicy przy leczeniu błonicy, to jednakże temat ten jeszcze pozostał świeżym, a każde spostrzeżenie w tym kierunku wzbogaca materiał kliniczny i pomaga do wyrobienia stałych podstaw stosowania tego nowego środka leczniczego. Pozwalam więc sobie dołączyć tutaj parę uwag w tym względzie. Odpowiednio do powyżej przytoczonego materiału klinicznego, rozpatrzmy wpływ surowicy w przebiegu zapaleń gardła i krtani, a najprzód wpływ miejscowy na błony śluzowe, dotknięte sprawą błoniczą.

Znikanie błon rzekomych w gardzieli następuje pod wpływem surowicy w dwojaki sposób. Jeżeli naloty są niewielkie, rozwinięte powierzchownie na błonie śluzowej, wówczas częściej zauważyć się daje, że naloty takie cienieją i znikają, jeżeli można się tak wyrazić, topnieją na powierzchni błony śluzowej. W tych zaś razach, gdy błona śluzowa dotknięta jest sprawą bło-

niczą głębiej, wówczas naloty przedstawiają się w postaci grubych, obszernych błon rzekomych.

Błony te nazajutrz po zastrzyknięciu surowicy uwidoczniają się na błonie śluzowej gardzieli, niekiedy na znacznie większej przestrzeni, i powstaje wrażenie, jak gdyby sprawa błonicza się rozszerzała. Stają się one bielszemi, grubsze, twardsze i wyraźnie odgraniczają się od sąsiedniej błony śluzowej. Nazajutrz lub następnych dni powstaje rozpułchnienie tych błon i odpadanie częściami lub całymi szmatami.

Bywają przypadki, że na danem miejscu, po odpadnięciu błony, tworzy się druga, lecz zwykle nie tak rozległa i gruba, i ta przechodzi tę samą kolej, jak powyżej. Tworzenia się błon więcej, niż dwa razy, nie spostrzegałem. Po ostatecznem odpadnięciu błon tworzy się powierzchnia ziarninująca, na której błona śluzowa stopniowo się odnawia. Sprawa ta trwa od dni dwóch do czterech, a w ciężkich przypadkach i dłużej. A więc powiększania się błon rzekomych, w następstwie zastrzyknięcia, nie trzeba uważać jako objaw potęgującej się sprawy błonicznej, lecz jako prawidłowy wpływ działania surowicy. KOSSEL w dziełku swoim „Die Behandlung der Diphtherie mit BEHRING's Heilserum“, wspomina także o tym objawie i tłumaczy go sobie w ten sposób, że w miejscach szerzenia się nalotów błona śluzowa, przed wprowadzeniem antytoksyn do ustroju, była już dotknięta sprawą błoniczą, co zdradzało się jej zaczerwienieniem i obrzmieniem; a pod wpływem surowicy przyspieszyło się tylko tworzenie się nalotu i zatrzymała się sprawa chorobowa. Tutaj jeszcze dodać muszę, że ogólny wygląd błony śluzowej gardzieli (zaczerwienienie i obrzmienie), stosownie do zmian w błonach rzekomych, również stopniowo się poprawia.

Tak się przedstawia przebieg miejscowy na dostępnych dla oka błonach śluzowych gardzieli. Przez analogię sądzić możemy, że w podobny sposób sprawa ta przebiega i w krtani, za czem przemawiają spostrzeżenia kliniczne w przypadkach, w których po zastrzyknięciu objawy zwężenia stopniowo ustępują. Należy tu przypuszczać ten pierwszy sposób znikania błon rzekomych, powyżej opisany. Są jednakże przypadki krupu, gdzie objawy zwężenia nie tylko się nie zmniejszają po zastrzyknięciu, lecz niekiedy się potęgują i doprowadzają nawet do tracheotomii. Prawdopodobnie w tych przypadkach ma miejsce ten drugi sposób grubienia, szerzenia się i odpadania błon rzekomych. Wnioski te więcej opierać możemy na porównaniu i spostrzeżeniu klinicznem, niż na badaniu laryngoskopowem, a to dlatego, że badanie to u dzieci jest trudne, niezawsze wykonalne i pozwala zaledwie część krtani dostrzedz. Co do przebiegu klinicznego krupów, dodać muszę, że po ustąpieniu objawów zwężenia krtani, długi jeszcze czas utrzymuje się chrypka.

Co do zmian błonicznych w nosie, to prawdopodobnie ulegają one podobnym zmianom, jak i w gardzieli, i nazewnątrz cechują się większym lub mniejszym wypływem śluzo-ropnym, który ustępuje stopniowo. Gruczoły chłonne podszczękowe oddziałują powolniej na wpływ surowicy, co jest rzeczą bardzo naturalną, albowiem podrażnienie miejscowe, na które układ chłonny jest nader wrażliwy, nie zostaje tak prędko usunięte pod wpływem surowicy, a więc w ciągu pierwszych dni żadnej zmiany w gruczołach dostrzedz nie można; dopiero później stopniowo się one zmniejszają.

Wpływ ogólny. Co do wpływu surowicy na ciepłotę, mógłbym materiały mój podzielić na dwie grupy: w jednej (7 przypadków) po zastrzyknięciu surowicy ciepłota opadała znacznie i, utrzymując się w granicach podgorączko-

wych, później stopniowo opadała; w drugiej (18 przypadków) nie widać do-
rażnego wpływu na przebieg ciepłoty. Pozatem stoją dwa przypadki, gdzie
ciepłota przez kilka dni ulegała wahaniom niezdecydowanym, trzymała
się wysoko i dopiero po kilku dniach *per lysin* opadała. Te ostatnie dwa
przypadki pod względem bakteryologicznym przedstawiają asocjacje: jeden
z paciorkowcami, a drugi z paciorkowcami i gronkowcami. Wogóle zauważy-
łem, że w przypadkach świeżych, o mocnem nasileniu sprawy błoniczej, i du-
żych, grubych nalotach, ciepłota wyraźniej się obniża pod wpływem surowicy.

Co do tętna, w ogóle zaznaczyć muszę, że wpływu szczególnie dodat-
niego na tętno dostrzedz nie mogłem, ale też i ujemnego nie widziałem.
Szczególnie utwierdza mnie w tem przekonaniu przypadek, w którym pod-
czas arytmii tętna stosowaliśmy surowicę; ujemnego wpływu na układ krą-
żenia nie zauważyliśmy.

Stan ogólny widocznie poprawia się pod wpływem surowicy, szcze-
gólnie w przypadkach ciężkich: twarz robi się weselszą, cera lepszą i łaknie-
nie się poprawia.

Specjalnie podniecającego lub przygniatającego wpływu surowicy na
układ nerwowy dzieci nie spostrzegałem i, zdaniem mojem, jest to środek
(w ilościach u nas stosowanych) pod tym względem zupełnie obojętny; być
może, iż istnieją indywidualne wrażliwości, że tak powiem, idyosynkrazye, jak
względem chininy lub antypiryny i t. d.

Mocz. Na 27 przypadków, przezemnie spostrzeganych, białko w moczu
widziałem trzy razy: w dwóch była opalizacya, która nazajutrz znikła, trzeci
przypadek zakończył się śmiercią przy objawach mocznicy. Badanie po-
śmiertne wykazało: nerki powiększone, istota korowa zgrubiała, nastrzy-
knięta (zmętnienie miąższowe nerek). W czwartym przypadku, aczkolwiek
mocz nie był badany, to jednakże badanie pośmiertne wykazało podobne
zmiany, co w przypadku poprzednim. W ogóle na podstawie własnych
spostrzeżeń, wniosków co do dodatniego lub ujemnego wpływu surowicy na
białkomocz robić nie mogę.

Jednym z większych zarzutów, jakie robiono surowicy, było to, że nie
zabezpiecza od porażeń następnych. Spostrzeżenia nasze zarzut ten w zu-
pełności potwierdzają. Na 27 przypadków, w trzech mieliśmy porażenie
podniebienia miękkiego, a w jednym z nich oprócz tego porażenie mięśnia ako-
modacyjnego. Objawy te we wszystkich trzech przypadkach wystąpiły szó-
stego dnia po ustąpieniu objawów miejscowych w gardzieli.

Z ujemnych wpływów surowicy spostrzegaliśmy tylko wysypkę. Wi-
działem ją tylko dwa razy. Występowała bez gorączki; odznaczała się poli-
morfją, zajmowała głównie kończyny i znikła po paru dniach bez śladu.
W jednym z tych przypadków towarzyszyły wysypce nieznaczne bóle w całym
ciele bez określonego umiejscowienia. -

Co do wyniku badań bakteryologicznych, to o nich wspomniałem już wy-
żej. Dodam tu tylko, że nie mogłem dostrzedz stałego związku między po-
stacią bakteryologiczną a kliniczną. Asocjacje z paciorkowcami, uważa-
ne za złośliwe, towarzyszyły w naszych przypadkach i postaciom lekkim, jak
to widać w przypadku 1, 2 i 3. Z drugiej strony postaci czystej błonicy
mogą przebiegać dość ciężko przy leczeniu surowicą (przyp. 12 i 13). Najcięż-
szą okazała się postać, gdzie badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki
błonicze, paciorkowce i gronkowce (przypadek 15). Chcąc się przekonać,
jak długo zarazek błonicy pozostaje w jamie gardzieliowej po zniknięciu ob-

jawów miejscowych błonicy, a także dla kontroli wypisujących się chorych, niezależnie od badań bakteryologicznych, wykonywanych w czasie przybycia chorego, w celach rozpoznawczych wykonywaliśmy powtórne badania śluzu z gardzieli. Wynik badań tych był następujący. Wykonano ich ogółem 13; 8 przy anginach, 5 przy krupach. Do badania brano śluz w 5 do 10 dni po pierwszym zastrzyknięciu. We wszystkich tych przypadkach łaseczników błoniczych nie znaleziono.

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć o wrażeniu ogólnem, jakie na podstawie spostrzeganego przezemnie materiału wynoszę. Wpływ surowicy na sprawę miejscową, szczególnie w przypadkach krupów, dostatecznie chyba przemawia na korzyść tej nowej metody leczenia błonicy gardzieli i krtani. I jakkolwiek tracheotomia, przy stosowaniu surowicy, nie przestaje być niezbędną, przebieg jednakże pooperacyjny i w ogóle zejście krupów, o ile sądzić mogę z poprzedniego materiału, jest daleko pomyślniejsze, niż dawniej. Wprawdzie surowica nie usuwa tak poważnych powikłań, jak porażenia, w każdym jednakże razie przedstawia środek, co do którego nasz materiał kliniczny szczególnie ujemnych stron nie wykazał (wysypki lekkie, bóle stawów) i dla tego też zasługuje na szersze rozpowszechnienie w praktyce lekarskiej.

W końcu pracy niniejszej miły mam do spełnienia obowiązek podziękowania D-rowi SIKORSKIEMU, Naczelnemu Lekarzowi szpitala, i D-rowi A. MALINOWSKIEMU, ordynatorowi oddziału, za łaskawe pozwolenie mi korzystania z materiału klinicznego; kolegom PALMIRSKIEMU i ORŁOWSKIEMU za wykonywanie odpowiednich badań bakteryologicznych, oraz kolegom DOBROWOLSKIEMU, GARLIŃSKIEMU i ZIEMIŃSKIEMU, którzy mi w odpowiednich badaniach klinicznych pomoc nieśli.

WYKŁADY KLINICZNE.

O antytoksynach i uodparnianiu sztucznem,

podał Aleksander Żurakowski.

(Ciąg dalszy. —Zob. Nr. 33).

Znane jest również zjawisko, że bakterye jadowite, utrzymywane przez czas dłuższy w pracowniach, tracą tak dalece na jadowitości po pewnym szeregu przeszczepień na pożywkach pospolitych, że dla zwierząt mało wrażliwych przestają być szkodliwe. Gra tu niewątpliwie do pewnego stopnia rolę wpływ światła. Podobne jest inne spostrzeżenie: że bakterye jadowite, szczepione przez szereg pokoleń zwierzętom bardzo na nie wrażliwym, również tracą część swej jadowitości. Natomiast bakterye, osłabione w jakikolwiek sposób, a przeszczepiane później kolejno na zwierzęta mało wrażliwe, zyskują w ich ustroju na jadowitości. Prawdopodobnie ma tu miejsce pospolita walka o byt: osobniki słabsze giną szybko, utrzymują się przy życiu tylko jednostki silniejsze, a więc jadowitsze.

Innym sposobem osłabiania bakteryi, sposobem, który szybko zyskał na rozpowszechnieniu, jest działanie na bakterye związkami chemicznymi o własnościach antyseptycznych, bakterjobójczych. Pierwszy zastosował ten sposób FRAENKEL, stosując kwaśny chromian potasu i fiolet gencyanowy względem łasecznika błonicy. Jednocześnie prawie BEHRING i KITASATO zastosowali tróychlorek jodu do osłabienia bło-

niey, a później tężca, ROUX zaś i VAILLARD — w tymże celu jod i kwas mleczny; HAFFKIN użył kwasu karbolowego, a BRIEGER, KITASATO i WASSERMANN osłabiali bakterye, mianowicie tężec, cholere, tyfus i blonicę, hodując je na bulionie z grasicy, która oczywiście musi zawierać jakieś związki, osłabiające bakterye. Niesłusznie zresztą Niemcy przypisują tym trzem uczonym zastosowanie poraż pierwszy bulionu z grasicy, albowiem o pięć lat wcześniej WOOLDRIDGE uodparniał króliki przeciw węglikowi przesażczem hodowli na grasicy i jądrach cielęcych alkalizowanych, trzymanej przy 37°. CENTANNI wreszcie użył soku żołądkowego do osłabienia jadu wścieklizny; o tym sposobie wspomina według C. jeszcze w początku bieżącego stulecia VALLI.

Drugą metodą uodparniania zwierząt jest metoda, użyta poraż pierwszy przez STRAUSS'a. Uodparnia się zwierzę z początku nadzwyczaj małemi, później wzrastającymi dawkami bakteryi jadowitych, nieosłabionych; wprowadza się je do naczyń, pod skórę lub do wielkich jam ciała. Zwierzę oczywiście często choruje, niekiedy pada, ale osobniki, które wytrzymają podobno postępowanie, nabywają pospolicie silnej i trwałej odporności. Oprócz powyżej wymienionych badaczów zastosowali tę metodę jeszcze TIZZONI i CATTANI przy uodparnianiu gołębi i psów przeciw tężcowi; CHARRIN u królików przeciw lasecznikowi ropy błękitnej; EMMERICH i FOWICKIJ u królików przeciw pneumokokom FRAENKEL'a; SMITH przy *hog-cholera*, a REICHEL przy uodparnianiu psów przeciw gronkowcowi złocistemu. Oczywiście ma tu miejsce stopniowe przyzwyczajanie do zakażenia, jak to bywa np. przy alkaloidach roślinnych.

Trzecią i najbardziej powszechną metodą, dającą zarazem najpewniejsze wyniki, jest metoda stopniowego wprowadzania do ustrojów wytworów bakteryi. I tę metodę wprowadzili uczeni francuscy. Posiada ona tyle niemal odmian, ilu uczonych się nią zajmowało. Zasadą tu jest, że z płynnego, rzadziej stałego, ośrodka, w którym rozwijały się bakterye, zawierającego zatem ich wytwory życiowe, usuwa się je w jakikolwiek sposób. Używa się w tym celu albo sączka porcelanowego lub glinianego, nie przepuszczającego bakteryi, albo wysokiej ciepłoty, zabijającej je. Metodę tę zastosował po raz pierwszy PASTEUR przy cholercie kurzej, a ROUX i CHAMBERLAND przy obrzęku złośliwym. Wytwory życiowe bakteryi są truciznami dla nich samych, a choć w dużych dawkach są one truciznami i dla ustrojów wyższych, to jednak, zadawane stopniowo, wywołują takie zmiany w ustroju, że ten opiera się w końcu nie tylko zatruciu tymi wytworami, lecz i zakażeniu odpowiednim zarazkiem. Niema najmniejszej wątpliwości, że zmiany, odbywające się w ustroju pod wpływem uodparniania wytworami bakteryi (jak zresztą i przy każdej innej metodzie), zachodzą przede wszystkim we krwi i sokach ustroju; dostatecznie to wykazały badania późniejsze. Zjawia się we krwi, jak to niżej zobaczymy, rodzaj odtrutki, zapewniającej ustrojowi bezkarność względem zakażenia. Dlatego wcale nie jest dziwne to, co widzimy już w pierwszych badaniach ROUX'a i CHAMBERLAND'a; uznali oni, że najlepszym sposobem uodparniania zwierząt przeciw obrzękowi złośliwemu jest szczepienie im wysięku zapalnego zwierząt padłych na tę chorobę. W takim wysięku znajdują się nie tylko bakterye i ich wytwory, lecz i owa odtrutka w ilości, co prawda, drobnej, niewystarczającej do utrzymania zwierzęcia zakażonego przy życiu; ale ta ilość drobna ułatwia uodparnianie zwierzęcia świeżego. To samo spostrzegł ROUX przy węgliku gazowym.

Wyjałowionych hodowli, czy przez ogrzewanie, czy przez filtrowanie, używano tak często w celu uodparniania, że przytaczać pojedyncze prace jest rzeczą chyba zbyt częstą. Nadmienię należy tylko, że w niektórych przypadkach wydawać się może, że sposób uodparniania, użyty przez jakiego badacza, przedstawia coś nowego, jak np. w przytoczonych doświadczeniach BOUCHARD'a, CHARRIN'a i ROGER'a (nad uodparnianiem królików przeciw lasecznikowi ropy błękitnej przesażczem z moczu kró-

lików chorych), lub KIRK'a (który stosował mięso suszone zwierząt zakażonych). We wszystkich tych metodach można wykryć, że chodzi tu o mniej lub więcej złożony sposób wprowadzenia do ustroju czy to wytworów bakteryi, czy też osłabionych lub rozcienionych hodowli, z dodatkiem niekiedy powyżej wzmiankowanej odtrutki z ustroju zakażonego. Tak np. KLEMPERER¹⁾om udało się uodparniać zwierzęta przeciw pneumokokom śliną chorego po przełomie, wyjałowioną ropą ropotoku, płwociną ogrzewaną; BONOME uodparniał zwierzęta nawet kawałkami śledziony świnki, padłej od osłabionej hodowli; MOSNY — wytworem, otrzymanym na drodze maceracyi tkanek zwierząt zakażonych; CHARRIN wreszcie uodparniał króliki przeciw lasecznikowi ropy błękitnej wytworami, otrzymanymi ze krwi zwierząt zakażonych.

Wszystko to, co było powiedziane o osłabianiu bakteryi w celu przygotowania z nich szczepionek, stosuje się w całości i do wytworów tychże bakteryi, — powtarzać więc tego nie będziemy.

Odmianą tej metody jest stosowanie nie hodowli wyjałowionych, lecz pownych jedynie związków, stanowiących, być może, osobniki chemiczne, wydzielonych z hodowli przy pomocy odczynników i metod chemicznych, mniej lub więcej złożonych, a stosowanych bardzo często dowolnie przez rozmaitych badaczy. Związki te mają stanowić istotę działającą w hodowli, one właśnie mają być jakoby czynnikami uodparniającym, posiadającym pewne własności swoiste. Praktyka jednak wykazała, że związki te, choć pozornie jednorodne, są mieszaninami, nie posiadają często działania, przypisywanego im przez uprzedzonych wynalazców; że, co więcej, związki, otrzymane z rozmaitych hodowli, mają własności wielce do siebie zbliżone i niemal idonetyczne.

Bądźco bądź, metodę tę stosowano, według słów autorów, z powodzeniem. Dla uzupełnienia przeto obrazu należy przytoczyć niektóre prace. Oprócz wymienionego HANKIN'a, SCHWEINITZ wydzielił z hodowli *hog-cholera* i *swine-plague* (obie przedstawiają zakażenia posocznice u trzody chlewnej) albuminy i ptomainy, zdadne do uodparniania zwierząt świeżych; podobnego doświadczenia z *hog-cholera* dokonał NOVY; LANDI i WRIGHT wydzieliłi jakieś ciała swoiste ze krwi zwierząt zakażonych wąglikiem; udały się nawet jakoby próby z uodparnianiem¹⁾. FOA uodparniał króliki osadem z hodowli pneumokoków, strąconym przez siarczan amonu, a BEHRING używał w tymże celu osadu przesączonej hodowli tężca, strąconego przez chlorek wapnia. Znane są wreszcie obszerne prace BOUCHARD'a i GAMALEI, poświęcone wytworom życiowym bakteryi.

Pomijamy tutaj z umysłem terminologię, dziwaczną niekiedy, a dawaną przez rozmaitych badaczy wytworom bakteryi i przypuszczalnym wytworom odczynu samego ustroju. Jest to tak różnoinnienna gmatwanina, tyle tu przypuszczeń, opartych na rozumowaniu, a nie na doświadczeniu, że bezowocny byłby wysiłek zaprowadzenia tu jakiegos ładu.

Metodę powyższą probowano wiele razy stosować w celach leczniczych u ludzi przeciw rozwiniętym już zakażeniom. Tuberkulina z odmianami, malleina, pneumotoksyna, ry noskleryna, wyjałowiona hodowla tyfusowa na bulionie z grasicy i wytwory innych bakteryi były już wielokrotnie stosowane u zwierząt i nawet u ludzi ze zmiennem bardzo powodzeniem. Oczywiście, należy wszystkie te próby lecznicze uważać za mniej lub więcej udane wysiłki uodpornienia ustroju zakażonego.

Czwartą metodą, mało stosowaną w pracowniach, jest zakażanie zwierząt i następne leczenie ich środkami chemicznymi, tak, jak to robili BEHRING i KITASATO przy błonicy i tężcu. Oczywiście, metoda ta zbliżona jest najbardziej ze wszystkich do tych

¹⁾ Na wszelkie dotychczas dokonywane próby uodparniania zwierząt przeciw wągliкови należy, z wyjątkiem metody PASTEUR'a zapatrywać się bardzo podejrzliwie.

warunków naturalnych, w których ludzie i zwierzęta nabywają odporności po przebytej chorobie zakaźnej. Szkopułem jednak do jej rozpowszechnienia jest okoliczność, że w pracowniach ginie przy niej zbyt wiele zwierząt, z czym trzeba się rachować, mając na względzie praktyczną stronę kwestyi; zresztą, są zakażenia, które nie dadzą się u pewnych zwierząt nigdy w ten sposób uleczyć.

Takie są sposoby uodparniania zwierząt. Nie przytoczyliśmy tu wszystkich prac, bo zajęłoby to zbyt wiele miejsca. Chodziło nam z jednej strony o przedstawienie rozmaitości metod, a z drugiej o wykazanie, że próby uodparniania wydały pomyślne wyniki przy bardzo wielu zakażeniach.

Nasuują się teraz pytania, w jaki sposób zmienia się ustrój pod wpływem uodparniania, co się pojawia w nim nowego, gdzie odbywają się te zmiany i jaka jest ich istota, jaki los bakteryi? Znajdujemy na nie odpowiedź w pracach, ogłoszonych przez BEHRING'a i KITASATO w końcu 1890 roku. Oto treść ich: 1) krew żywa królika, uodpornionego przeciw tężcowi, niszczy jad tężca; 2) własność powyższą zachowuje krew takiego królika po wytoczeniu z naczynia i nie traci jej przez czas długi; co więcej, nie tylko krew, lecz i surowica posiada te same własności i ona właśnie jest ich siedliskiem; 3) własność niszczenia jadu tężcowego zachowuje taka krew lub surowica i po przelaniu jej do układu naczyniowego innego zwierzęcia i to nie tylko królika, lecz zwierzęcia innego gatunku, rodzaju i rzędu; a zatem, przelewając krew lub surowicę zwierzęcia uodpornionego innemu zwierzęciu, nadajemy mu odporność przeciw tężcowi; 4) własności niszczenia jadu tężcowego nie posiada krew zwierząt odpornych z natury, lecz tylko krew zwierząt uodpornionych w jakikolwiek sposób sztuczny.

Równocześnie niemal przekonali się B. i K., że taką surowicą można nie tylko uodparniać zwierzęta zdrowe, lecz i leczyć zakażone czy to w okresie wylegania, czy w okresie wybuchu choroby; potrzeba wtedy tylko większych dawek surowicy. Ukazał się więc promyk nadziei, że i u ludzi będzie można stosować surowicę w chorobach, przeciw którym leków swoistych nie posiadamy.

Toteż następne lata przyniosły ogromną ilość prac w tym kierunku; w każdej wydatniejszej pracowni bakteriologicznej czyniono dalsze próby. Powstał stąd pewien chaos, potworzono bowiem znaczną liczbę teorii, walczoło za nie lub przeciw nim, opracowywano najdrobniejsze szczegóły, a że przedmiot był delikatny i niełatwo nadający się do grubych niekiedy rąk, popełniono niemało błędów.

Wkrótce po ukazaniu się pracy BEHRING'a i KITASATO, ogłosił znaczną liczbę badań nad surowicą TIZZONI z rozmaitymi współpracownikami, głównie z panną CARTANI i SCHWARZ'em. Otrzymał również i on surowicę przeciw tężcowi z psów i gołębi, uodparniając je wzrastającymi dawkami jadowitych bakterii. Surowica niszczyła jad tężcowy *in vitro* i mogła nadawać odporność zwierzętom zdrowym, lecz chorych uleczyć nie była w stanie. Surowica taka zachowuje swe swoiste własności bardzo długo, jeśli ją utrzymywać w ciemności i przy 15°. Wychodząc z założenia, że w takiej surowicy musi pojawiać się związek nowy, skoro nabywa ona w ustroju uodpornionym nowych własności, szukał go T. na drodze chemicznej i wydzielił ciało, które posiadało w silnym stopniu własności swoiste, gdy reszta surowicy zupełnie prawie je utraciła, i nazwał to ciało „antytoksyną“. Jest to związek kolloidalny, bardzo, jak na białko, trwały; strąca się silnym roztworem siarczanu magnezu, a traci swe własności jedynie pod wpływem takich czynników, jak kwas solny, mleczny, lub 50%-wy roztwór potażu gryzącego. Antytoksyna tężcowa ma własności enzymów, ale nie jest identyczna z fermentem włóknikowym; jest to albo globulina, albo ciało, które razem z nią strąca się siarczanem amonu. Badania te potwierdzili później BONOME, KLEMPERER i EMMERICH i oświadczyli, że antytoksyna tężcowa jest globulina. Antytoksyna zawiera się tylko w surowicy, niema jej w żadnym narzędziu.

Prowadząc swe badania dalej, TIZZONI i CATTANI uodpornili przeciw tężcowi mysz, królika i świnkę morską, „przygotowując“ je uprzednio surowicą swoistą, lub hodowlami osłabionemi chemicznie. Metodą BEHRING'a t. j. wytworami tężca, osłabionymi trychlorkiem jodu, nie zdołali oni uodpornić tych zwierząt. Dopiero po poprzedzającym „przygotowaniu“ zwierząt, uodporniono je wzrastającemi dawkami jadłowitych wytworów. Surowica królika okazywała już pewne własności lecznicze u szczurów białych i myszy, a antytoksyna, otrzymana z niej (zarówno jak z surowicy uodpornionego psa), posłużyła do leczenia ludzi, dotkniętych tężcem przyrannym. Pierwszej próby leczniczej dokonał SCHWARZ, później GAGLIARDI, PACINI i NICOLA-DONI. Próby te uwieńczone zostały wynikiem pomyślnym.

EMMERICH i FOWICKI wykazali przy badaniach nad pneumokokiem FRAENKEL'a, że najlepiej jest uodparniać króliki przeciw temu zakażeniu, zastrzykując im do żył bardzo jadowite, lecz silnie rozcieńczone hodowle. Króliki nabywają wtedy bożwzględnej prawie odporności. Krew takich zwierząt, zarówno jak wyciśnięty sok tkankowy uodparnia inne zwierzęta przeciw temu samemu zakażeniu, a co więcej, jest swoistym środkiem leczniczym. E. i F. nie wyprobowali jednak tej surowicy u ludzi.

Bracia KLEMPERER'owie otrzymali również surowicę przeciwpneumokokową z królików. Sposoby uodparniania zwierząt, użyte przez nich, były już podane powyżej. Wykazali oni, że surowica taka nie zabija bakteryi, lecz osłabia ich wytwory i posiada własności lecznicze swoiste. Zwierząt zakażonych pneumokokami nie udało im się uleczyć żadnym innym środkiem, prócz surowicy. Próby, dokonane u kilku ludzi, wydały wyniki pomyślne. Zaznaczyć jeszcze warto, że według KL. surowica człowieka, chorego na zapalenie płuc, wykazuje po przełomie również własności lecznicze.

BONOME także otrzymał z królików surowicę przeciwpneumokokową. Według niego zabijała ona pneumokoki, posiadała własność uodparniania innych zwierząt, ale leczniczej – nie miała. Oczywiście była ona za słaba. Ciekawe jest, że B. uodparniał króliki przeciw pneumokokom, zastrzykując im wyjąłowiono hodowle posocznicy króliczej, chociaż przeciw temu ostatniemu zakażeniu nie udało mu się w żaden inny sposób królików uodpornić. Surowica takich królików posiadała własności swoiste, lecz przeciw pneumokokom.

FOA i CARBONE wreszcie, uodparniając króliki przeciw pneumokokom małemi dawkami osadu, strąconego z hodowli bulionowej, otrzymali z nich również surowicę swoistą. Obok licznych prób na zwierzętach, dokonali jednej na człowieku z wynikiem bardzo pomyślnym.

Tenże FOA i SCABIA otrzymali surowicę z królików, uodpornionych wytworami pneumokoków FRAENKEL'a; dodajemy tu nawiasem, że uważają oni za najlepszy sposób uodparniania, stosowanie wyciągu wodno-glicerynowego z bakteryi, osiadłych na świeczce CHAMBERLAND'a przy przesączaniu hodowli bulionowej. Króliki i myszy udawało im się leczyć pomyślnie. Natomiast MOSNY twierdzi, że u królików już zakażonych nie udaje się leczenie surowicą.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

102. A. HAMMERSCHLAG. **O raku żołądka.** Od chwili, kiedy rak żołądka stał się częstym względnie powodem zabiegu chirurgicznego, wystąpiła natarczywiej jeszcze, niż dawniej, potrzeba wydoskonalenia sposobów rozpoznania tego cierpienia. Mimo usilnej pracy w tym kierunku, niema dotąd ani jednego, wyłącznie dla raka charakterystycznego objawu; przy starannem jednak, wielokrotnem badaniu, można w większości przypadków, we wczesnym nawet okresie, rozpoznać tę groźną chorobę na zasadzie zmian w składzie chemicznym soku i w całym przebiegu trawienia żołądkowego. Wygłaszając to zdanie, opiera się autor na spostrzeganych przezeń 255 przypadkach cierpień żołądka, w liczbie których rak zaznaczony był 35 razy.

W godzinę po śniadaniu próbnem — bułka i $\frac{1}{4}$ litra mleka lub herbaty —, przed którym żołądek stanowczo powinien być przepłukany, zapuszczał autor swym chorym zgłębnik, celem wydobywania soku żołądkowego; powinien on zawierać najwyżej 50 ctm. szśc. miazgi jednostajnej, wolnej od widocznych kawałków — bułki; większa zawartość w zgłębniku świadczy o osłabieniu czynności ruchowej żołądka. W miazdze tej określał autor kwas solny metodą TOEPFER'a, kwas mleczny zapomocą odczynnika UFFELMANN'a, pepsynę zaś następującym własnym sposobem: do dwóch próbek wlewał po 10 ctm. szśc. 1% roztworu białka, zawierającego mniej więcej 4‰ wolnego kwasu solnego; do jednej z nich dla kontroli dodawał 5 ctm. szśc. wody, do drugiej zaś tyleż miazgi żołądkowej; obie próbki stać muszą godzinę w termostacie, poczem jedna wykazuje pierwotną ilość, druga zaś tylko nieprzetrawioną resztę białka; u zdrowego osobnika 80%—95% białka ulega peptonizacji. Niezbędne jest też i badanie drobnowidzowe: szukać należy przedewszystkiem długich laseczników, opisanych przez BOAS'a, KAUFMANN'a i SCHLESINGER'a.

Przy raku wykazuje sok żołądkowy następujące — zupełnie zresztą od zmian anatomicznych w błonie śluzowej zależne — zmiany. Wydobyty w godzinę po śniadaniu próbnem, nie zawiera on wcale wolnego kwasu solnego, natomiast obficie kwas mleczny i owe długie laseczki BOAS'a; białka nie trawi wcale lub bardzo słabo — zaledwie 10%.

Już w okresach wczesnych raka czynność ruchowa żołądka jest osłabiona: zgłębnik zawiera 100 ctm. szśc. lub więcej miazgi, która, pomimo braku zwężenia odźwiernika, świadczy o zastojach pokarmów w żołądku: zawiera ona kawałki mięsa, jarzyn i owoców, spożywanych przez chorego przed 2 lub więcej dniami. Badając chorego w ciągu kilku tygodni, przekonać się można, jak gwałtownie postępuje niedomoga żołądka.

Chcąc należycie ocenić znaczenie rozpoznawcze wyliczonych złożeń, trzeba przedewszystkiem wiedzieć, czy towarzyszą one jedynie rakowi żołądka i czy stale przy nim występują.

Zarówno osłabienie peptonizacji, jak i tworzenie się kwasu mlecznego występują wprawdzie i przy innych cierpieniach żołądka, to ostatnie jednak niezmiernie rzadko: z 255 przypadków znalazł autor w 33 kwas mleczny — 30 z nich dotkniętych było rakiem żołądka. Słabe wydzielanie pepsyny spotyka się przy nieżytach przewlekłych i przy zaniku błony śluzowej żołądka; jest to objaw bardzo poważny, nawet jeżeli nie jest wywołany przez rak żołądka. Co się dotyczy stałości wymienionych złożeń, zauważyć należy, że potrzeba zwykle dłuższego przeciągu czasu, aby się one w całej pełni rozwinęły; zwykle w okresie początkowym chemizm żołądka zupełnie jest prawidłowy; zdarza się to i w okresie późniejszym, przy rakach rozwijających się na tle okrągłego wrzodu żołądka; z drugiej znów strony częste są przypadki, w których zmiany składu chemicznego soku żołądkowego wyprzedzają inne objawy kliniczne raka.

Chcąc z pożytkiem rzeczowym zużytkować przy łóżku chorego wykryte metodą powyższą zmiany w trawieniu, należy uprzytomnić sobie, że istnieją trzy rodzaje raka żołądka: 1) rak, rozwijający się z wrzodu okrągłego; 2) rak pierwotny, prowadzący również do zwężenia odźwiernika, wreszcie 3) rak, rozwijający się w innych miejscach żołądka — o wiele zresztą według autora częstszy, niż ogólnie

przypuszczają. Ta postać raka, nie powodująca nigdy rozszerzenia żołądka, najłatwiej we wczesnych okresach przez badanie soku żołądkowego może być rozpoznana: brak wolnego kwasu solnego, obecność kwasu mlecznego i długich laseczników, słaba peptonizacja, przemawiają stanowczo za rakiem wtedy nawet, kiedy guza wyczuć niepodobna i odżywianie ustroju jest dobre. Jako ważny objaw pomocniczy uważać trzeba szybko wzrastające osłabienie czynności mechanicznej żołądka, powodujące zastój pokarmów. Przy wrzodzie okrągłym bez rozszerzenia żołądka nigdy nie tworzy się kwas mleczny i peptonizacja nigdy nie bywa tak słaba. Nieżyty przewlekły nie prowadzi też nigdy do tworzenia się kwasu mlecznego, czynność ruchowa przez długi czas jest prawidłowa, wywiady wreszcie dowodzą, że cierpienie trwa już czas dłuższy.

Znacznie większe trudności rozpoznawcze przedstawiają raki, rozwijające się w okolicy odźwiernika i pociągające za sobą rozszerzenie żołądka. Zboczenia w składzie chemicznym soku żołądkowego zależne są w tych przypadkach od tego, czy rak rozwinął się na gruncie dawnego wrzodu okrągłego, czy też jest pierwotnym. W ostatnim przypadku występują wszystkie wyżej opisane zboczenia w trawieniu i zmiany w soku żołądkowym; przy rakach, które poprzedzał wrzód okrągły, sok żołądkowy bywa często zupełnie prawidłowy, wtedy nawet, kiedy guz już wyraźnie wyczuwać się daje; zależy to od braku zmian anatomicznych w błonie śluzowej żołądka. Częściej jednak wcześniej stosunkowo zauważyć się daje osłabienie czynności wydzielniczej żołądka: mimo obecności kwasu solnego i braku kwasu mlecznego, trawienie białka jest upośledzone, gdyż ilość wydzielanej pepsyny jest ograniczona. Objaw ten jest dla raka bardzo znamieny.

Jeżeli przy rozszerzeniu żołądka niema żadnych zmian w składzie chemicznym soku żołądkowego, to tylko badanie wielokrotne i stan ogólny chorego rozstrzygają z czasem, czy rozszerzenie powstało wskutek raka lub też innego niezłośliwego zwężenia odźwiernika. O ile zatem przy braku rozszerzenia zmiany w trawieniu i soku żołądkowym upoważniają do wniosków zupełnie pewnych, o tyle przy istnjącem rozszerzeniu obecność kwasu mlecznego i osłabiona peptonizacja przemawiają jedynie za przypuszczalnem, prawdopodobnem istnieniem raka odźwiernika—w okresie, w którym nic wyczuć niepodobna, a stan ogólny żadnych podejrzeń nie budzi.

Chcąc znaleźć wyjaśnienie dla tak głębokich zmian w czynności wydzielniczej żołądka, badał autor pod drobnowidzem budowę anatomiczną błony śluzowej żołądka 7 chorych, którzy poddali się operacji: resekcji lub gastroenterostomii. Wbrew mniemaniu wielu badaczy, nie znalazł w żadnym przypadku zupełnego braku nabłonka, natomiast duże zmiany w gruczołach trawieńcowych. Przegrody między nimi były bardzo powiększone, z wyraźnem drobnokomórkowem nacieczeniem; same gruczoły nie przebiegały prawidłowo, lecz skośnie lub równolegle do powierzchni błony śluzowej; były one zwyrodniałe lub wypełnione nabłonkiem złuszczone; w wielu miejscach brakło nawet ich śladów. Przy barwieniu odpowiedniem rozpoznać można komórki główne i okładowe gruczołów trawieńcowych; widać wówczas, że przeważnie ostatnie uległy zwyrodnieniu, gdy budowa i liczba pierwszych pozostała bez zmiany. Jeżeli porównać ten obraz drobnowidzowy z obrazem wczesnych zmian w błonie śluzowej żołądka przy wrzodzie okrągłym, to uderza odrazu całkowite między nimi przeciwieństwo: przy raku gruczoły trawieńcowe są w stanie zaniku, przy wrzodzie w stanie przerostu, przerastają wyłącznie komórki okładowe. Zmiany te dowodzą, że w czynności wydzielniczej żołądka główne miejsce zajmują komórki okładowe, najprawdopodobniej wydzielają one zarówno pepsynę, jak i kwas solny.

W 5 ze zbadanych przypadków zauważył też autor w błonie śluzowej żołądka liczne ziarniste leukocyty, komórki eozynofilowe, gdy w wypełnionych ciałkami krwi naczyńkach wcale ich nie było. (Ani przy niezycie, ani przy wrzodzie okrągłym żołądka nie spostrzegął autor nigdy komórek eozynofilowych). Sądzi on, że zapewne ziarenka białych ciałek krwi ulegają w błonie śluzowej żołądka jakiejś przemianie i stają się eozynofilowemi. Sprawa ta zresztą, zarówno jak sprawa udziału komórek głównych i okładowych w wydzielaniu części składowych soku żołądkowego, należy jeszcze do przyszłości. Badania autora dowodzą niezaprzeczenie, że wszystkie zboczenia w soku żołądkowym przy raku, dają się wytłumaczyć na podstawie zmian anatomicznych w błonie śluzowej, nie zajętej przez

nowotwór. U dwóch chorych ze zwężeniem bliznowatym odźwiernika, których sok żołądkowy wykazywał właściwe dla raka zmiany, cała błona śluzowa była w opisany wyżej sposób zmieniona; natomiast w przypadku raka, rozwijającego się w bliźnie wrzodu okrągłego, gdzie sok żołądkowy zmian żadnych nie przedstawiał, budowa anatomiczna błony śluzowej była zupełnie prawidłowa.

Wobec faktu niewątpliwego, że skład chemiczny soku żołądkowego zmienia się nie bezpośrednio przez obecność raka, lecz pośrednio wskutek zmian wtórnych w błonie śluzowej żołądka, upada nieco znaczenie rozpoznawcze wszystkich wymienionych wyżej zbroczeń; świadczą one o zaniku gruczołów trawieńcowych, a zanik ten nie we wszystkich przypadkach raka rozwija się z jednakową szybkością; nazywać więc zmiany w soku żołądkowym objawem wczesnym — byłoby nieściśle.

Jaka jest ostateczna przyczyna zaniku błony śluzowej żołądka — na to odpowiedzieć dziś niepodobna. Wiadomo, że towarzyszy on najczęściej rakowi, że występuje niekiedy jako zanik pierwotny żołądka, że jest objawem bardzo rzadkim przy rozszerzeniu żołądka bez raka, że wreszcie spostrzegano go przy raku sutki i macicy. Badanie soku żołądkowego przy raku innych narządów byłoby bardzo pouczającym; zdaje się, że powinienby on wykazywać te same zmiany.

Wszystkie swe twierdzenia popiera autor odpowiednimi wyciągami z historii chorób spostrzeganych przezeń przypadków.

(*Wien. klin. Rundsch.* N. 23—26).

S. P.

103. ZIEGLER. O stosunkach pomiędzy urazami a nowotworami złośliwymi. Sprawa powstawania nowotworów złośliwych nie została jeszcze wyjaśniona, a liczne zapatrywania się bądź anatomo-patologów, bądź też chirurgów, nie są w stanie usunąć nasuwających się wątpliwości. Nie mogą dotąd poznać prawdy, ważnem jest jednak jaknajdokładniejsze określenie warunków, sprzyjających rozwijaniu się nowotworów. Z warunków tych niewątpliwie jest podług autora znaczenie, jakie wspólnie z dziedzicznością posiadają przy powstawaniu nowotworów urazy jednorazowe albo też często powtarzające się, wywołane przewlekłymi sprawami zapalnymi lub częstem podrażnieniem owrzodzeń, blizn, brodawek, rozpadlin. Znane są przypadki, że bezpośrednio po jednokrotnym urazie sutki wytworzył się w niej rak, po złamaniu kości — mięsak, po uderzeniu w głowę — nowotwór mózgu, po uderzeniu w brzuch — mięsak gruczołów; przypadki takie wydarzają się jednak bardzo rzadko, a daleko częściej wpływają na powstawanie nowotworów często powtarzające się urazy; nieraz np. znajdujemy raka skóry na podłożu pryszczycy, liszaja żrącego lub owrzodzenia przymiotowego; u smolarzy, u pracujących w fabrykach parafiny częste swoiste podrażnienia skóry prowadzą również do powstawania raka. Niektóre zgrubienia nabłonka, brodawki, blizny, narażone na powtarzające się urazy, ulegają częstokroć złośliwemu zwyrodnieniu; owrzodzenia kaszaki, zaniedbane rany skóry były również nieraz powodem rozwoju raka. Podobnie jak na skórze, powstać może rak na błonie śluzowej wskutek częstych urazów; znany jest wpływ, jaki na powstawanie raka wargi dolnej posiada palenie tytoniu zapomocą fajek, lub też wpływ ostrych szczątków zębów przy raku języka. Przewlekłe zapalenie worka łzowego doprowadzić może do rozwoju raka powiek. Po długotrwałym niezycie nosa, za wyrosłami adenoidalnymi zaznaczano powstanie mięsaka. W przewodzie pokarmowym siedliskiem raka są zazwyczaj miejsca, ulegające najczęstszym podrażnieniom mechanicznym przy przechodzeniu pokarmów i wydzielin. Wybitnym przykładem znaczenia częstych urazów przy powstawaniu nowotworów jest rak pęcherzyka żółciowego przy kamicy. Znane są dalej przypadki raka prącia przy stulejce, raka pęcherza moczowego przy kamieniach moczowych. Niektóre podrażnienia chemiczne mogą również, jak uraz, usposabiać do wytwarzania się nowotworów; jako przykład przytacza Z. nowotwory pęcherza moczowego, które REHN zauważył u pracujących w fabrykach przetworów anilinowych, oraz mięsaki gruczołów oskrzelowych u górników. Przypisując urazom doniosłe znaczenie przy powstawaniu nowotworów złośliwych, twierdzi jednak Z., że, być może, działają jednocześnie i inne czynniki bliżej nam nieznane.

Rozpatrzywszy opisy 499 przypadków nowotworów złośliwych, spostrzeganych w przeciągu pięciu ostatnich lat w klinice Prof. ANGERER'a, podaje ZIEGLER obszerne zestawienie statystyczne przypadków, w których urazom przypisać można ważne znaczenie w powstawaniu nowotworów. Z pomiędzy 328 przypadków raka

w 35 przyczyną był jednokrotny uraz, w 92 podrażnienia przewlekłe; zaś w opisach 171 przypadków mięsaka zaznaczono 35 razy uraz jednokrotny, oraz 32 razy podrażnienia przewlekłe. Tak wysoka odsetka wpływu urazów zgadza się z zapatrywaniami VIRCHOW'a (*Reiztheorie*). Z licznych przykładów wpływu urazów przytoczyć można następujące: rak skóry czaszki w rok po zranieniu zardzewiałym gwoździem, rak nosa na miejscu otrzymanej rany przy upadnięciu, rak kości biodrowej w prze-toce prowadzącej do uległej zgorzeli kości, mięsak nerki w $\frac{1}{2}$ roku po silnym urazie okolicy lędźwiowej przy uderzeniu się o drzewo, mięsak jądra w rok po urazie i t. d. Wiele innych opisów przemawia również na korzyść zapatrywań ZIEGLER'a, które, jak łatwo wynioskować, i pod względem praktyki lekarskiej nie są pozbawione znaczenia.

(*Münchener medic. Wochen.* 27, 28, 1895).

T. Solman.

104. HENRY O. MARCY (Boston). **Leczenie chirurgiczne tarni dwudzielnej** (*spina bifida*). W miarę tego, jak technika aseptyki postępuje, a chirurg nabiera pewności i biegłości w jej stosowaniu, powiększa się też prawdopodobieństwo pomyślnego operowania tych cierpień, których dawniej albo wcale nie operowano, albo operowano mniej doszczętnie i ze słabą nadzieją powodzenia. Prawdopodobieństwo to z biegiem czasu coraz bliższe będzie pewności w znaczeniu matematycznym, największy jednak postęp nie da nam pewności; leży to w naturze tej sfery zjawisk, któremi się lekarz zajmuje.

Do cierpień, które dawniej wielu za nietykalne poczytywało, a w naszym stuleciu niewielu operowało z pomyślnym skutkiem, należy tarn dwudzielna. Nie mówiąc już o tem, że zakażenie rany przy operacji tarni dwudzielnej szybko rozszerzy się może wzdłuż kanału kręgowego i spowodować zejście śmiertelne, samo już nieosiągnięcie rychłozrostu natychmiastowego, czy to wskutek wadliwej techniki operacyjnej, czy to wskutek błędu w aseptyce, powoduje utratę cieczy mózgodzeniowej, nie będące bez wpływu na mózg i rdzeń. Zapatrując się na tarn dwudzielną jako na guz przepuklinowy, autor sądzi, że zasady operowania tarni wzorować się winny na doszczętnej operacji przepukliny; zadaniem więc naszym być winno wytworzenie dostatecznie mocnej ściany, mogącej się oprzeć ciśnieniu wewnątrzkręgowemu w miejscu, gdzie kośćceć brak przedstawia.

Operację podejmować należy na płaszczyźnie pochyłej, z głową niżej opuszczoną, gdyż pamiętać należy, że worek guza znajduje się w łączności bezpośredniej z kanałem kręgowym i że płyn w nim zawarty stoi w ścisłym związku z cieczą, otaczającą ośrodki mózgowie, pod względem hydrostatycznym.

Cięcie eliptyczne powinno mieć na uwadze skurczenie się rozciągniętej skóry; oddzieliwszy płaty aż do podstawy guza, opróżnia się worek pomalą z zawartości zapomocą trójgrąca, baczac, czy nie zachodzą jakie zmiany w ośrodkach mózgowych. Następnie otwiera się szeroko worek, aby mieć wszelką łatwość w odpreparowaniu włókien nerwowych dla pozostawienia ich w kanale kręgowym. Pomocnik trzyma ściany worka, a operator nakłada podwójny ciągły szew, ściągając go na tyle tylko, aby cieczy nie przepuścił, gdyż zbyt mocne uciśnienie może spowodować obumarcie worka. Do szwu lepszym materiałem jest ściętno zwierzęce, aniżeli katgut, gdyż się wolniej rozpuszcza. Worek następnie odcina się na pół cala nazewnątrz od linii szwu. Brzegi pozostałego kikuta worka podwija się do wewnątrz i obszywa na podobieństwo tego, jak to z kiszka czynimy. Następnym ważnym aktem operacji jest utwierdzenie owej pozostałej szyi worka tak, aby opór stawić mogła ciśnieniu wewnątrzkręgowemu. W tym celu przyszywa się kikut worka z obu stron do mocnej powięzi grzbietowej (*fasc. lumbodorsalis*). Były nawet robione usiłowania przeszczepienia okostny (ROBSON), ażeby odtworzyć brakujące łuki żebrowe, lecz ze skutkiem wątpliwym. Po zabiegu dobrze jest trzymać chorego przez kilka tygodni w położeniu poziomem, ażeby zapobiedz rozciąganiu się młodej blizny. W położeniu zaś stojącym chory nosić powinien pelotę uciskającą.

Autor następnie podaje przypadek własny z zejściem pomyślnem. Dotyczył on 18-letniej chorej z guzem w dolnej części kręgosłupa; obwód guza w najszerszym miejscu 74 ctm., średnica 46 ctm. i 48 ctm. M. zdecydował się na operację z powodu powiększania się guza i cienkości powłok, grożących pęknięciem. Guz zawierał 4,5 litra przezroczystego, bezbarwnego płynu, c. g. 1010, z nieznacznymi śladami białka. Otwór (7,5 ctm.) odpowiadał dwóm dolnym kręgom lędźwiowym.

Po operacyi pojawiło się uczucie palenia w nogach i lekkie porażenie zwieraczy, co znikło po trzech tygodniach. Wyleczenie zupełne.

Następnie podaje autor przegląd chirurgicznego leczenia tarcz dwudzielnej, oparty głównie na źródłach, w języku angielskim drukowanych. Największe zasługi położyli tu według autora rodacy jego — amerykańczanie.

(*Annals of Surgery*. 1895, marzec).

H. Wasserman.

Z VI-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego

(odbytego w Wiedniu dnia 5—7-go czerwca r. b.).

(Ciąg dalszy. Zob. —Nr. 33).

H. FEHLING (z Halli) przedstawił referat o leczeniu zapalenia błony śluzowej macicy tej treści:

A. Ostre zapalenie błony śluzowej macicy.

Ostre zapalenie błony śluzowej macicy spotykamy w postaciach następujących:

1) Zapalenie błony śluzowej połogowe po porodach nieprawidłowych i czasowych.

Pod względem zapobiegawczym rzecz głównie polega na odkażeniu rąk, narzędzi akuszerki i zewnętrznych części płciowych rodzącej. Co się zaś dotyczy odkażenia wewnętrznych części płciowych, F. obecnie obstaje przy zdaniu, na zjeździe w Freiburgu wypowiedzianem, które zostało w ostatnich czasach stwierdzone badaniami bakteriologicznymi uczniów ZWEIFEL'a i poparte spostrzeżeniami klinicznymi LEOPOLD'a, a mianowicie, że odkażenie wewnętrznych części płciowych w przypadkach porodów prawidłowych nie tylko jest zbędne, ale nawet może być szkodliwe.

Ścisłe rozróżnianie zapalenia błony śluzowej macicy gnilnego od posoczniczego jest pod względem leczniczym zbędne. Zachodzi jednak pytanie, czy takie rozróżnianie pod względem anatomicznym jest słuszne? W większości przypadków t. zw. gnilnego zapalenia błony śluzowej macicy obok drobnoustrojów gnilnych znajdują się chorobotwórcze; można by zatem sądzić, że pierwsze tamują rozwój tych ostatnich, że przeto obecność ich (pierwszych) działa raczej pomyślnie, niż szkodliwie; że od tego zależy pomyślne rokowanie w zapaleniu gnilnem.

Ponieważ z początku odróżnienie zapalenia błony śluzowej macicy od gorączki chłoniczej (*Resorptionsfieber*) jest często niemożliwe; przeto przy poczynającej się gorączce w połogu oczyszcza się przede wszystkim pochwę maciczną, a tem samem i dolną część szyi macicy, zapomocą przestrzykiwań pochwy rozczykami przeciwnałowymi, co 2—3 godziny dokonywanych. Drażnienie części pochwowej strumieniem płynu wstrzykiwanego pobudza macicę do skurczów, które często już same przez się wystarczają do wydalenia z niej wydzieliny rozkładowej.

Jeżeli następnie objawy zapalenia błony śluzowej macicy w ciągu doby nie ustępują, zachodzi potrzeba przepłukiwania jamy macicy. W takim razie należy użyć letnich rozczyków aseptycznych (lyzol ½%; karbol 2%; tymol 1‰; *kali hypermanganicum* 2—5‰) w ilości 2—3 litrów. W pierwszych dniach okresu połogowego wystarcza cienka kanka szklana, później cewnik maciczny podwójny (BISCHOFF, SCHATZ). Środki ostrożności są znane: ręka pomocnika naciska na macicę i śledzi tętno; unikać należy wdrążenia powietrza lub płynu do żył i rozciągania macicy z powodu niedostatecznego odpływu. Powtórne przepłukiwanie jest dozwolone po upływie 12—24 godzin, lecz nigdy częściej powtarzać go nie należy; jeżeli dwukrotne przepłukiwanie nie sprawi zamierzonego skutku, dowodzi to, że sprawa zakaźna już przekroczyła błonę śluzową. Gdy istnieją objawy zapalenia okołomacicznego, zapalenia otrzewny miedniczej, żył macicy, względnie żył miedniczych; wtedy przepłukiwania macicy są przeciwwskazane z powodu nieuniknionej przyczem zmiany położenia macicy.

Na wyskrobanie macicy w okresie połogowym, z powodu ostrego zapalenia błony śluzowej macicy, referent się nie zgadza. Teoretycznie jest ono nieuzasadnione; do tego czasu, w którym rozpoznanie kliniczne może być stanowcze, już następuje odgraniczenie zmartwiałej błony doczesnej przy gnilnej postaci zapalenia błony śluzowej macicy (BUMM), a wtedy przepłukiwania są dostateczne, aby przyspieszyć jej oddzielenie; przy zapaleniu posoczniczem już 3-go lub 4-go dnia paciorkowce przenikają głęboko w tkaninę mięśniową, a nawet pod błonę surowiczą; coż wtedy może pomódz skrobanie? Co najmniej zaszczepia się paciorkowcami mnóstwo świeżo utworzonych szczelin chłonnych.

Że już wielce spóźnione jest skrobanie zakażonej rany 3—6 dnia, dowodzą tego badania SCHIMMELBUSCH'a i HENLE'go nad zakażeniem i odkażeniem ran. Należy także brać w rachubę łatwość przedziurawienia wiotkiej i podlegającej przemianie tłuszczowej macicy. Z danych klinicznych E. v. BRAUN'a okazuje się, że zamierzony skutek po skrobaniu nie występuje wcześniej, niż po przepłukiwaniu jamy macicy; jeżeli gorączka przeciąga się jeszcze od 10—12 dni, skutek jest bardzo wątpliwy; pojedyncze przypadki śmierci wykazują nawet wprost szkodliwe działanie skrobania. Również zalecane przez WEISS'a w razie zapalenia błony śluzowej skrobanie, bezpośrednio po ukończeniu się porodu, już dlatego jest zbyt późne, że po największej części chodzi wtedy o zwykłe zakażenie (*intoxicatio*), gdzie usunięcie rozpadającego się jaja, a względnie obfite przepłukanie zwykle wystarcza; w razie stwierdzonego stanowczo zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi, skrobanie byłoby ze wszech miar pożyteczne; bezpośrednio jednak po porodzie dokonywane, jest niebezpieczne. Jedynie dozwolone jest skrobanie przy zapaleniu błony śluzowej w połogu: 1) w przypadkach świeżo powstałego zapalenia błony śluzowej macicy, we dwa tygodnie lub później po porodzie (resztki łożyska, osłon płodowych, zatrzymanie odchodów połogowych); 2) w razie zapalenia błony śluzowej po poronieniu z pozostaniem w macicy resztek jaja płodowego i błony doczesnej.

Jeżeli szyja macicy palec przepuszcza, to należy palcem zbadać jej jamę i grubsze strzępy z niej wydalić; skrobanie powinno być dokonane przy pomocy wziernika rynienkowatego i kontrolowane wzrokiem; tym tylko sposobem unikniemy przeniesienia zarazków z pochwy i szyi do jamy macicznej; nadto należy bacznie zwracać uwagę i na to, żeby świeżo zlepionych szczelin w pochwie lub naddarć kroczu nanowo nie porozrywać. Po wyskrobaniu macicy stosuje się przyżeganie jej jamy 50% roztworem wysokowym kwasu karbolowego lub wprowadza się laseczkę jodoformową (1 gm). Tamponowanie macicy w połogu muszliem jodoformowym, po dokonaniu skrobania, jest wtedy jedynie uzasadnione, gdy podczas skrobania wystąpił znaczny krwotok. Sączkowanie dotąd jest zbyt późne, dopóki szyja macicy jest dostatecznie rozwarta do swobodnego wypływu odchodów połogowych; albowiem nie można się spodziewać wysuszenia jamy macicy przy nieustannie wydzielającej powierzchni błony śluzowej.

Sączkowanie macicy w połogu zapomocą sączka gumowego powinno być zupełnie zaniechane, jak również ciągłe natryski wewnątrzmaciczne. Dokonywane przez SCHULTZE'go i SIPPel'a wycięcie macicy sposobem Porro z powodu posoczniczego zapalenia jej błony śluzowej nie zaleca się i prawie zawsze jest zbyt późne ze względu na to, że pozostaje szyja macicy; nierównie więcej byłoby uzasadnione w rozpaczliwych przypadkach całkowite wyluszczenie macicy od strony pochwy.

2) Ostre zapalenie błony śluzowej macicy pochodzenia niepołogowego. Najczęstszą postacią tego rodzaju zapalenia bywają zapalenia pochodzenia rzeżączkowego; rzadziej zaś zdarzają się postaci, wywołane ostrem zakażeniem gronkowcami i paciorkowcami, które mogą powstać wskutek nieczystego rozszerzenia szyi, skrobania i t. p.

Zupełnie bez żadnych wyraźnych objawów przebiegają zapalenia błony śluzowej macicy jako następstwo chorób zakaźnych, mianowicie błonicy, płonicy, odry, cholery i t. d. O leczeniu ich nawet mowy być nie może.

Wogóle leczenie wszelkich postaci ostrego zapalenia błony śluzowej polega na spokojnem leżeniu chorej w łóżku, zastosowaniu lodu, okładów rozgrzewających, środków lekko wypróżniających, morfiny i kodeiny, zabronieniu spółkowania i t. p. Trudniej jest rozstrzygnąć: czy ostre rzeżączkowe zapalenie błony śluzowej powinno być leczone miejscowo, ze względu na to, że przy takim leczeniu zagraża niebezpieczeństwo dalszego rozprzestrzenienia cierpienia na błonę śluzową jajowodów. Jeżeli zakażenie rzeżączkowe ogranicza się do pochwy i szyi macicznej, to wtedy należy unikać wszelkiego leczenia wewnątrzmacicznego tak, jak gdy istnieją już wyraźne oznaki zakażenia przydatków. Ograniczyć się wtedy należy na starannych przestrzykiwaniach pochwy (sublimat 1 : 4000, chlorek cynku $\frac{1}{4}\%$ i pendzlowania przepłukanej szyi 10% roztworem saletranu srebra) i lekkim wytamponowaniu pochwy muszliem jodoformowym.

W razie stanowczego rozpoznania zapalenia rzeżączkowego błony śluzowej bez zajęcia przydatków, należy usiłować zniszczyć gonokoki, w błonie śluzowej się znajdujące, zapomocą przyżegania jej roztworem wysokowym kwasu karbolowego (50%), 20% roztworem chlorku cynku, 20% nalewką jodową, 10% roztworem saletranu srebra, roztworem ichtyolu podług przepisu NEISSER'a (*Ichtyoli*, *Aquae* aa 10,0, *Glycerini* 100,0). Przyżeganie takie należy wykonywać w położeniu chorej na boku, po ostrożnem ściągnięciu macicy na dół. Następnie chora winna pozostawać w łóżku, trzeba robić okłady rozgrzewające, a w razie potrzeby dać makowiec; pendzlowanie powtarzać co 6—8 dni.

Jeżeli ostre zapalenie błony śluzowej występuje po zabiegu ginekologicznym, należy wtedy jaknajśpieszniej wydalić wprowadzony muszliu lub laseczkę wewnątrzmaciczną, następnie oczy-

ścić jamę macicy przemywaniami, a jeszcze lepiej wytarciem jej stężonym roztworem kwasu karbolowego; wreszcie zalecić spokój, łód, makowiec. Jeżeli objawy groźnego zapalenia otrzewny nie ustępują, wtedy następcza się kwestya wyłuszczenia pochwowego macicy, jak to wykonał z pomyślnym skutkiem OLSHAUSEN.

(D. n.).

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

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 31 (m. 18, k. 13); przybyło w lipcu 120 (m. 52, k. 68); wypisało się 94 (m. 42, k. 52); zmarło 6 (m. 4, k. 2); pozostało na miesiąc następny chorych 51 (m. 24, k. 27).

Ogólna ilość chorych, jak widzimy, bardzo znaczna, i nigdy jeszcze w czasie wolnym od epidemii cholery u nas nienotowana, zależy od szeroko rozwiniętej w mieście naszym biegunki krwawej, która od 2 prawie miesięcy coraz liczniej występuje. Jakkolwiek rok rocznie pod koniec lata choroba ta zwykle u nas się pojawiała, tak jednak wczesnego i szerokiego rozwinięcia się jej oddawna nie pamiętamy. Na szczęście przebieg epidemii jest dosyć łagodny, a śmiertelność bardzo nieznaczna. W ciągu 2 miesięcy z 86 chorych, śmiercią zakończyły się dwa przypadki. Z początku chorzy przybywali głównie z krańców miasta, obecnie zaś choroba rozrzucona jest po całym mieście.

Wszystkich przypadków w ubiegłym miesiącu mieliśmy 74 (m. 34, k. 40), z których 2 były niepomysłne. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Chmielna 77 (2 przypadki), 91, 68, 81; Ogrodowa 34, 24, 30; Krakowskie Przedmieście 56, 35 (2 przypadki); Erywańska 2; Sienna 33, 78; Młynarska 3, Wronia 21, Wolność 5, 11; Przyrynek 10, 15 (2 przypadki); Plac Warecki 2, Areszt policyjny (2 przypadki); Nowolipki 87, 75 (2 przypadki); Pańska 90, 95, 28; Freta 49, Towarowa 32, 46; Zakątna 1, Twarda 20, 62; Wolska 34, Wspólna 63, 75; Sporna 2, Łucka 12, 9; Leszno 52, 51 (2 przypadki); Mostowa 15. Chłodna 37, 58, 22, 3; Przyokopowa 12; Żórawia 29, 36 (2 przypadki); Dobra 61, Solec 55, Prosta 34, Kupiecka 14, Browarna 10, Grzybowska 51, 96; Szeroki Dunaj 9, Piwna 18, Hoża 16, Nowy Świat 46, Niska 28, Krochmalna 69, Nalewki 12, Miodowa 5 i Mylna 3.

Znacznie mniej, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy chorych z różą; przypadków 13 (m. 3, k. 10), z których jeden zakończył się niepomyslnie, z powodu poprzedzającego cierpienia, w którym róża była tylko powikłaniem. Chorzy pochodzili z ulic: Dzika 8, Łazienki, Dzielna 88, Wspólna 51, Bugaj 13, Chmielna 41, Topiel 14, Tamka 47, Czerniakowska 103, Kościelna 7, Jezuitska 1.

Rzadsze również były przypadki płonicy: chorych było 5 (m. 2, k. 3), z ulic: Wązki Dunaj 10, Czerniakowska 49, Sienna 80, Wołyńska 16 i Krakowskie Przedmieście 12. U wszystkich choroba zakończyła się pomyślnie.

Pocieszającym niezmiernie objawem jest zupełne wygaśnięcie ospy, której nie mieliśmy ani jednego przypadku. Fakt ten po raz pierwszy notujemy w naszym szpitalu.

Tyfusy w dalszym ciągu bardzo rzadko występują. Mieliśmy wysypkowego i brzuszego po 3 przypadki, z przebiegiem dosyć ciężkim; w obu po jednym przypadku niepomyslnym. Chorzy z tyfusem wysypkowym pochodzili z ulic: Krochmalna 25, Dzielna 6 i ze wsi Szczęśliwice; z tyfusem zaś brzuszny z ulic: Górczewska 72, Krzywe Koło 10 i z przytułku na Pradze.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po 3 przypadki odry i zapalenia płuc krupowego, 2 przypadki gruźlicy płuc i po 1 zimnicy i *anginae follicularis*, oraz 7 przypadków ostrego nieżytu żołądka i kiszek, u kilku z objawami choleryny.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy 2 przypadki pokrzywki i 1 zapalenie otrzewny.

Biletów odmownych chorym wydano 26, z których 7 dla braku miejsc, 19 zaś jako niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego.

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== HERZOG na zasadzie 80 przypadków gruźlicy błony śluzowej nosa, zebranych w literaturze (w tem 10 własnych), przychodzi do wniosków następujących. Gruźlica błony śluzowej nosa bywa w trzech postaciach: wrzodziejącej, guzowatej i mieszanej. Guzy powstają wtedy, gdy jest mało łaseczników; w przeciwnym razie występuje postać wrzodziejąca, najczęściej u suchotników i zwykle wtórna, gdy poprzednia jest postacią pierwotną; w 80 przypadkach 20 razy gruźlica wystąpiła właśnie w tej pierwotnej postaci. Nie jest ona zatem tak rzadka. Sprawa umiejscawia się najczęściej na przegrodzie, szczególnie na części chręstnej; część kostna rzadko bywa porażona, dlatego też, pomimo częstego przedziurawienia przegrody, bardzo rzadko występuje zapadnięcie nosa. Dość często bywa porażona muszla dolna, rzadziej średnia, skrzydła i duo nosa. Płeć i wiek nie grają w powstawaniu choroby żadnej roli. Wielkość guzów waha się w granicach znacznych; są one zwykle niegładkie, ziarniste, pokryte gruzełkami i łatwo krwawią. Owrzodzenia są pospolicie powierzchowne, okrągławe lub nieprawidłowe, o miękkim brzegu, usianym gruzełkami; i one krwawią łatwo. Wielkich dolegliwości choroba nie sprawia i często chorzy nie wiedzą o niej wcale. Przy rozpoznaniu ważne jest wykrycie innych ognisk gruźliczych, jeszcze ważniejsze wykrycie łaseczników swoistych. Najtrudniej odróżnić sprawę powyższą od przymiotu i wilka. Przebieg jest zawsze przewlekły, rokowanie co do *restitutio ad integrum* niepomyślne z powodu nawrotów. Najlepsze wyniki daje leczenie chirurgiczne. Gruźlica nosa jest cierpieniem wogóle rzadkiem, częściej wtórnem, niż pierwotnem. Z ważniejszych powikłań należy wymienić: rozszerzenie sprawy przez przewód nosolżowy na łącznicę, dalej gruźlicę gardzieli, języka, skóry, wilk, ropotok zatoki HUGHMOR'a, zajęcie gruczołów chłonnych karkowych i in. Wilk twarzy i nosa może się zamienić z biegiem czasu na gruźlicę błony śluzowej nosa. (Centr. f. Bakt. u. Paras. XVI № 23).

== D-r LEON KRYŃSKI próbował w dwóch przypadkach raka, nienadających się do operacji, zniszczyć nowotwór, wywołując w nim aseptyczne ropienie przez zastrzykiwanie w

mięsz w różnych kierunkach 0,2—1 ctm. szc. terpentyny czystej lub w równych częściach z alkoholem. Po 4—6 dniach tworzył się na miejscu zastrzyknięcia ropień, który po pęknięciu wydzielał obficie gęstą ropę, zmieszaną z martwymi kawałkami tkanki. Nowotwór jednak rozrastał się w dalszym ciągu bez przeszkody. Już na mocy tych doświadczeń autor nie ma nadziei, ażeby metoda ta dała dodatnie wyniki. Ropienie bowiem pozostaje zawsze ograniczone do miejsca zastrzyknięcia, gdy nowotworowi wszystkie szczeliny i naczynia służą za drogi, ułatwiające rozrost. (Centralbl. f. Chirurgie. 1895 N. 30).

== SZIKLAI, od wielu lat stosując pilokarpinę w zapaleniu płuc krupowem i w krupie, jest zdania, że środek ten jest niejako specyfikiem w tych cierpieniach, i radzi używać go nie tylko w chorobie już rozwinętej, ale i w celu zapobiegawczym. W skuteczności pilokarpiny autor wierzy nie tylko przy zapaleniach krupowych, ale i przy błonicy: skraca chorobę, przynosi ogromną ulgę i przeszkadza tworzeniu się błon. Podczas epidemii błoniczych, kiedy zwykle i krup występuje (według LÖFFLER'a 30%) i nie możemy naprzód określić, jakiego charakteru będzie nowe zakażenie w danej rodzinie — krup czy błonica —, autor stosuje w celu zapobiegawczym i z dobrym skutkiem pilokarpinę *in refracta* dost. Dawka zapobiegawcza wynosi trzy razy dziennie po 10 kropel 1% roztworu (około 0,02 *pro die*); dzieciom, nie mającym roku, połowa tej dawki. W zapaleniu płuc u dorosłych autor podawał 0,07 pilokarpiny w naparze ipeki 0,50 : 180,0. Ubocznego działania nigdy nie zauważono. (Wiener med. Presse № 29. 1895 roku).

W. R.

== CHIBRET osiągnął pomyślne wyniki w chorobie BASEDOW'a przez stosowanie salicylanu sodu. W 4 przypadkach nastąpiła szybka poprawa; po zaprzestaniu tego leczenia objawy choroby występowały ponownie. (Journ. de Med. 1895. Avril).

== R. KUTNER radzi powrócić do leczenia przewlekłej rzeżączki zapomocą wpuszczania jednej kropli 25% *arg. nitrici* lub 3—15% *cupri sulfurici* na główne ogniska zapalenia, które określa zapomocą zgłębnika z podziałką i oliwką. (Deutsche Aertzeit. 1895. N. 5).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 18 b. m. grono lekarzy kolonii letnich z prezesem ich d-r'em MARKIEWICZEM na czele, oraz kilku przedstawicieli prasy udało

się do Ciechocinka, aby odebrać dom, wzniesiony na pomieszczenie kolonii letnich z funduszu, ofiarowanego na ten cel przez p. Hipolita WA-

WELBERGA. Dom ten stanął na placu, wziętym w wieczystą dzierżawę przez ofiarodawcę, który również poniósł całkowite koszty budowy i urządzeń, a suma wszystkich wydatków dotychczas wynosi około 20,000 rs. Prócz tego p. WAWELBERG łoży na utrzymanie 50 dzieci w każdym sezonie. Miejsce dla kolonii obrano bardzo szczęśliwie, po za kościołem, obok plebanii. Posiada ono grunt suchy, piaszczysty, jest z 3-ech stron zupełnie odkryte, przewiewne i ogrodzone sztachetami. Dom jest dosyć okazały i praktycznie pomyślany. Jest to budynek obszerny, parterowy, na wysokiej podmurówce. Składa się z 2 równych części, dla chrześcijan i żydów. Obie części, oba skrzydła boczne łączą się z sobą pod jednym dachem zapomocą obszernej werandy i mieszkań gospodarskich. Werendy są przestronne tak, iż wszystkie dzieci mogą na nich swobodnie jadać i bawić się podczas deszczu. Z werandy wchodzi się do sieni, gdzie po bokach urządzono obszerne szafy na pomieszczenie bielizny, odzieży i obuwia dziatwy. Dalej urządzono dwie wzorowe kuchnie, dla chrześcijan i żydów, oraz mieszkanie dla służby. Z boku sieni prowadzą drzwi z lewej strony do pokoju głównej gospodyni p. KOTODZIEJSKIEJ, kobiety niezmiernie ruchliwej i całem sercem dziatwie oddanej; na prawo zaś do mieszkania p. GOLDSZYLD, opiekunki dzieci żydowskich. W tejsze części gmachu znajdują się jeszcze szpiżarnie i obszerne piwnice. Główną jednakże częścią budynku są dwa wspomniane już skrzydła boczne, przeznaczone na sypialnie. Są to obszerne bardzo i wysokie sale po 25 łózek każda, które śmiało mogą 2 razy większą ich liczbę pomieścić. Każde z dzieci ma swoje żelazne łóeczko, ponumerowane. U węgłowa widzimy obrazki święte, a u stóp na haczyku wisi ręcznik i płaszczyk właściciela. Poślanie skromne a schludne. Z jednej strony sypialni w oddzielnym pokoju urządzono umywalnie, z drugiej mały pokój dozorczyń, z którym znów sąsiaduje zupełnie izolowana infirmarya, do której wejście znajduje się od strony szczytowej budynku. Są to pokoje, przeznaczone do odosobnienia dzieci, zapadłych na choroby zakaźne. Dozorczyń przez okienko swojego pokoju może jednakże każdej chwili stwierdzić, co się dzieje u chorych. Zupełnie taki sam rozkład znajdujemy na drugiej stronie budynku. Jak widzimy, wszystko obmyślono tu bardzo praktycznie, wszędzie panuje czystość i wygodność obok skromności. Na uboczu znajdują się miejsca ustępowe, praktycznie zbudowane. Nie wątpimy, że z czasem ściany ich będą olejno pomalowane. Odżywianie dzieci jest racjonal-

ne, skromne, ale pożywne i dostateczne; jadają 4 razy dziennie: o 8, 12, 4 i 8 wieczorem. Dla snu przeznaczono godzin 9, od 9 do 6 rano. O 5 po południu dzieci chodzą gromadnie w towarzystwie opiekunów do kąpieli. O ile słyszeliśmy, Zarząd Ciechocinka tylko w jednym sezonie bezpłatnie kąpiele ofiarowuje; nie wątpimy, że z czasem gościnności swej w szerszym zakresie udzielić zechce. Przylegający do kolonii zakład gimnastyczny p. GRAFFA udziela bezpłatnie nauki gimnastyki. Dozorczyń pannie: MAŁACHOWSKA i GOLDSZYLD bardzo gorliwie dbają o rozrywki i odpowiednie pogawędki. Zsługa szybkiego wykończenia domu przypada budowniczemu p. NIENIEWSKIEMU i troskliwym staraniom kol. A. NATANSONA, lekarza kolonii Ciechocińskiej. Pomocy lekarskiej kolonii udzielają kol. LUBOWSKI i TANENBAUM. Jak widzimy, wzorowa kolonia Ciechocińska dba nie tylko o zdrowie fizyczne, ale i o pewną ogładę i umoralnienie dzieci. Życzyć tylko należy, aby przykład szlachetnych ofiarodawców i kierowników znalazł więcej naśladowców.

— Na terytorium szpitala Zapasowego rozpoczęto w tych dniach budowę baraku z materiału po rozbiórce pawilonu dla obłąkanych w szpitalu Dz. Jezus. Barak ten ma się składać z dwu skrzydeł połączonych korytarzem. Oba pomieszczą 50 łózek, w połowie dla mężczyzn i kobiet. Ma on służyć jako oddział rezerwowy w razie wybuchu jakiejś epidemii w mieście.

— Międzynarodowa konferencja w sprawach higieny dróg żelaznych i statków odbyć się ma w Amsterdamie w dniu 20 i 21 września r. b.

— Zmarli. Dnia 8 b. m. w Rawie zmarł d-r Jan Kanty KRUPSKI, lekarz powiatu rawskiego, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego. Miasto i okolica jego utraciły w zmarłym dobrego człowieka i lekarza.

W Warszawie w dniu 14 b. m. zmarł d-r Wacław KAPLIŃSKI, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego w wieku lat 41.

W Lublinie w 58 roku życia d-r Maurycy CIECHOŃSKI, lekarz szpitala Ś. Józefa.

W Wasserburgu nad jeziorem Bodeńskim dnia 10 b. m. w 70 roku życia zmarł prof. uniwersytetu strasburskiego, Ernest Feliks HORPE-SEYLER, znany powszechnie autor słynnych dzieł chemii i analizy fizyologicznej, które zjednały mu sławę i rozgłos europejski.