

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. W sprawie powikłań uretrotomii wewnętrznej Maisonneuve'a, opisał D-r Maryan Borsuk. — Kazuistyka. Przypadek ostrego wynicowania i wypadnięcia macicy, pomyślnie zakończony, podał M. Arnstein (z Lublina). — Wykłady kliniczne. Leczenie błonicy sztucznie otrzymaną antytoksyną. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 17 września r. b. — Z VII-go Zjazdu Chirurków Polskich w Krakowie. (Dokończenie). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Borsuk — Une complication de l'urethrotomie interne de Maisonneuve. 2) D-r M. Arnstein. — Un cas guerri de l'inversion et de la descente de l'uterus aigue.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Borsuk — Zur Complication der urethrotomia interna Maisonneuvi. 2) D-r M. Arnstein — Ein Fall von acuter Uterusinversion mit Vorfall, Heilung.

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

W sprawie powikłań uretrotomii wewnętrznej Maisonneuve'a,

napiisał D-r Maryan Borsuk

Ordynator kliniki chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Leczenie zwężeń cewki moczowej bywa często niezmiernie trudne. Do szóstego dziesiątka naszego stulecia leczenie to nie miało pewnej metody. Zalecano cały szereg sposobów, które jednakże nie znajdowały ogólnego uznania wśród szerszego koła chirurgów. Były więc stosowane sposoby rozszerzania stopniowego, nagłego, bezkrwawego i krwawego. Używano świeczek (*bougie*) rozmaitego kształtu i materiału. Wspomnę tylko, że stosowane były świece, wyrabiane z blaszka (*laminaria digitata*), z bardzo smutnymi następstwami. Bezkrwawe, gwałtowne rozszerzanie wykonywano zapomocą cewników i zgłębników metalowych (BUROW, PATRUBAN), bądź zapomocą osobnych narzędzi, jak *dilatator* STEARNS'a, MICHELEN'a, HOLT'a, PERREVE'a, OTIS'a, RICHARDSON'a i innych. Krwawe rozszerzenie czyli tak zwana utetrotomia wewnętrzna także było oddawna w użyciu. Dawne narzędzie CIVIALE'a miało szerokie zastosowanie, a także i metoda uretrotomii wstecznej (*retrograd*) STAFFORD'a. Były i inne uretrotomy, a mianowicie STILLING'a, LINHARDT'a, IWANCHICH'a, RICORD'a, SEDILLOT'a, — które jednak nie weszły w powszechne użycie. Nakoniec w roku 1855 wystąpił MAISONNEUVE ze swym przyrządem.

Niefortunne próby z wyżej wspomnianymi narzędziami zniechęciły ogół lekarzy do nowych pomysłów; tem się tłumaczy fakt, że długi czas meto-

da MAISONNEUVE'a nie mogła wejść w tak szerokie zastosowanie, jak obecnie się praktykuje, chociaż nawet i teraz są kliniki, są prawie całe szkoły chirurgów, gdzie sposób MAISONNEUVE'a —przecięcie zwężonej cewki moczowej— prawie nigdy się nie stosuje. Mam tu na myśli wielu chirurgów niemieckich, jakoto: BERGMANN'a, HAHN'a, KUESTER'a i innych.

U nas jednak operacja ta często bywa stosowana. Dostyc wspomnieć tylko to, że w roku 1881 prof. KOSIŃSKI ogłosił 103 przypadki tej operacji, wysoce podnosząc jej zalety. Niemalą też ilość wykonali prawdopodobnie ORŁOWSKI i MATLAKOWSKI, także wielcy zwolennicy tej metody. STANKIEWICZ, JAWDYŃSKI, KRAJEWSKI również często bardzo używają tego sposobu rozszerzania cewki moczowej. Jednem słowem operacja ta obecnie wykonywana jest bardzo często, i nie dziw, gdyż wyniki w większości przypadków są doskonałe. Zdarza się jednak niekiedy, że w czasie operacji lub w okresie pooperacyjnym występują tak poważne i groźne powikłania, że mogą zniechęcić najbardziej rozentuzymowanego zapaleńca.

Naprzykład znane mi są przypadki, gdzie po tej operacji występowało w krótkim czasie zejście śmiertelne przy objawach posocznicy. Widziałem w pewnej klinice paryskiej przypadki, gdzie żadną miarą nóż uretrotomu nie mógł przeciąć bliznowatej tkanki, zwężającej cewkę. Słyszałem, że w kilku przypadkach tenże nóż przy forsowniejszem użyciu odłamywał się i pozostawał w głębi cewki lub w tkankach otaczających. O podobnym przypadku wspomina Kosiński w artykule swoim („Gazeta Lekarska“, rok 1881, N. 48, 49, 50). Znane mi są przypadki krwotoków następnych z cewki moczowej po tej operacji, nawet tak uporczywych, że musiano uciekać się do nader poważnego zabiegu,—do przecięcia pęcherza i t. d., gdyż część krwi wylewała się nazewnątrz, a część wypełniała pęcherz skrępkami. Podobny krwotok po uretrotomii MAISONNEUVE'a przed dwoma laty spostrzegalem osobiście. Koniecznie trzeba było wykonać cięcie pęcherza nadłonowe—z wynikiem dobrym. Chory wyzdrowiał zupełnie. Powikłania te rzadko są ogłaszane, jak wogóle wszelkie przypadki nieszczęśliwe. Sądzę jednak, że właśnie takie niespodzianki powinny być przedstawione ogółowi, w celu zachęcenia do ostrożności lub do wspólnego obmyślenia, jak uniknąć tych powikłań, a nakoniec w celu właściwego ocenienia samej metody operacyjnej.

Powodując się tymi względami, zamierzam opisać następujący przypadek. Dnia 4 marca roku 1895, przybył do kliniki chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus Jan Z., lat 24 wieku mający, skarżąc się na trudność oddawania moczu. Chory opowiada, że przed czterema laty zaraził się rzeżączką, leczyl się starannie, stopniowo jednak wystąpiły objawy zwężenia cewki moczowej, tak, że od paru tygodni mocz cieknie tylko kroplami i przy pomocy silnego nadymania się. Nazajutrz zbadałem chorego i znalazłem co następuje: osobnik silny, budowy prawidłowej; pęcherz moczowy mocno napelniony, chory oddać jednak moczu nie jest w możności; próbowałem wprowadzić rozmaite i rozmaitych kształtów cewniki, okazało się to jednak niemożliwem. Załedwie nitkowatą świeczkę (*bougie filiforme*) i to po długich i mozolnych staraniach—udało mi się przeprowadzić, przyczem przekonałem się, że zwężenie rozpoczyna się zaraz za dołkiem łódkowatym. Korzystając z tej szczęśliwej okoliczności, że wprowadziłem tę świeczkę, natychmiast przystąpiłem do uretrotomii wewnętrznej sposobem MAISONNEUVE'a. Użyłem do tego nowego, przed kilku tygodniami kupionego przyrządu, który jeszcze ani razu nie był

używany. Wprowadzona do cewki świeczka nitkowata była także kupiona jednocześnie i dotąd nieużywana. Otóż do tej świeczki przyśrubowałem dokładnie przewodnik (*conductor*) i z wielką trudnością, z powodu twardej, modelowatej blizny, zwężającej cewkę, wprowadziłem go do pęcherza. Natychmiast po żłobku tegoż pokazało się kilka kropel moczu; to mię upewniło, że przewodnik dosięgnął pęcherza. Wtedy założyłem w żłobek nóż (*scarificator*) i pod przewodnictwem konduktora — przeciąłem zwężenie, w cewce się znajdujące. Rękoczyn ten okazał znaczne trudności; modelowata tkanka, zwężająca cewkę, była tak twarda, że musiałem użyć znacznej siły, zanim ją przeciąłem; przyczem stwierdziłem, że zwężenie obejmuje dużą przestrzeń — prawie całą część cewki wiszącą. Po dokonaniu tego, tą samą drogą nóż (*scarificator*) wyjąłem nazewnątrz, wyciągnąłem przewodnik, odkręciłem go od świeczki nitkowatej, znajdującej się w cewce, a natomiast przyśrubowałem do świeczki pręcik metalowy, po którym wprowadziłem cewnik miękki z otworem na wierzchołku. Po zaprowadzeniu do pęcherza tego cewnika przystąpiłem do wyjęcia pręcika i świeczki, i ze zgrozą stwierdziłem, że pręcik ma tylko na swym końcu mutrę dobrze zakręconą; świeczka zaś pozostała gdzieś w głębi. Natychmiast więc wyciągnąłem założony cewnik, świeczki jednak w nim też nie znalazłem. Oczywiście świeczka nitkowata pozostała bądź w cewce, bądź w pęcherzu. Badanie zewnętrzne i wewnętrzne cewki nie określiło miejsca, gdzie pozostała świeczka; można było to tylko przypuszczać, że gdzieś głęboko, gdyż poszukiwanie zgłębnikiem i szczypczykami do niczego nie doprowadziło. Uważałem więc za konieczne dokonanie uretrotomii zewnętrznej, ewentualnie cystotomii kroczej. Zaraz dałem choremu chloroformu, gdyż całą operację MAISONNEUVE'a robiłem bez uśpienia. Ułożyłem chorego w położeniu litotomicznem i założyłem do cewki moczowej długi cewnik metalowy, który swobodnie już przechodził i posłużył mi za przewodnik do przecięcia zewnętrznego cewki. Przeciąłem cięciem podłużnem cewkę w części błoniastej, społem tymczasowo szwami błonę śluzową ze skórą, żeby przy poszukiwaniu świeczki zbyt nie obrazić tkanki otaczającej, a także w celu łatwiejszego opanowania krwotoku. W tej jednak części nie znalazłem świeczki. Wprowadziłem więc wgłąb w kierunku do pęcherza mocne kleszcze (*clamp*) i przy pomocy rozwartych ramion ich rozszerzyłem tę część cewki; wtedy mogłem wprowadzić palce do pęcherza, gdzie znalazłem poszukiwaną świeczkę. Następnie pod kierunkiem wprowadzonego palca wprowadziłem szczypczyki do pęcherza, uchwyciłem świeczkę i wyjąłem nazewnątrz. Okazało się, że świeczka oddzieliła się od miejsca połączenia z muterką, która pozostała na pręciku, jak to wyżej wspomniałem.

Wobec tego, że mocz był mętny, a rana na kroczu była nim zalewana, brzegi zaś rany były uciskane, prawie że miażdżone w chwili poszukiwania świeczki, zeszycia rany na kroczu zaniechałem, a założyłem tylko miękki cewnik na stałe, przez całą długość cewki. Szwy, łączące skórę z błoną śluzową, zdjąłem i na krocze założyłem zwykły opatrunek przeciwnilny. Przebieg pooperacyjny nie był niczem ważniejszym zakłócony. Rana na kroczu zagoiła się w dwa tygodnie w zupełności przez ziarninowanie. Cewnik na stałe pozostawał w przeciągu sześciu dni, potem chory sam mocz oddawał, a przez ranę na kroczu zaledwie kilka kropel się ukazywało; później stopniowo i równocześnie ze zgojeniem się rany ustało przesiąkanie moczu na krocze. W trzy tygodnie po operacji chory opuścił klinikę, zdrów w zupełności. W tym czasie swobodnie przez cewkę przechodził zgłębnik BÉNIQUÉ'go N. 40. Zaleci-

łem jednak choremu od czasu do czasu przychodzić do mnie w celu zbadania cewki, ewentualnie rozszerzenia zgłębnikami BENIQUE'go w razie, gdyby skutkiem kurczenia się blizny znowu miało nastąpić zwężenie. Chorego widuję co dwa trzy tygodnie i dotąd, to jest przez te trzy miesiące, chory oddaje mocz doskonale; zwężenia nie ma.

Przypadek ten nasuwa następujące myśli: obecna technika chirurgiczna wymaga, żeby przebieg operacji i jej wynik zależał od operującego. Potrzeba, żeby pole operacyjne koniecznie było oczyszczone, odkażone; przestępstwem bowiem jest narażać chorego, przez świadome zaniedbanie zasad antyseptyki. To wymaganie pierwsze. Po drugie, niemniej ważną jest obecna zasada, że rękoczyny nasze muszą być świadome, zależne wyłącznie od nas; operujemy szerokimi cięciami, oglądamy starannie, co mamy otworzyć, przeciąć lub wyciąć, nic nie robimy na ślepo, a staramy się widzieć, że tak powiem, jak na dłoni. Używamy coprawda dotąd trójgrańców z rozmaitemi odmianami, wogóle jednak posilkujemy się nimi niezbyt chętnie, w wyjątkowych przypadkach i z musu, jako złem koniecznem. Uważam trójgraniec za narzędzie anachroniczne w obecnej chirurgii, jako zabytek dawniejszych czasów, dawnej chirurgii i chirurgów, których zaletą była tylko zręczność w wykonaniu tego, co nakazał terapeuta. Bano się przytem cięć szerokich, operowano podskórną, kłoto, podcinano, a przytem jaknajśpieszniej, coprawda często z mistrzowską zręcznością, Zręczność techniczna i teraz gra wielką rolę przy operacjach, ale prócz tego jest dużo innych wymagań, bodaj ważniejszych, o których dawniej nie wiedziano. Do tej samej kategorii, co trójgrance, zaliczam także przyrząd MAISONNEUVE'a, a metodę jego do anachronizmu obecnej chirurgii; bo w rzeczy samej: czy zasady aseptyki lub antyseptyki mogą być zachowane przy tej metodzie? Wiadomo, jak trudno odkażać pole operacyjne, pokryte błoną śluzową; cewkę zaś, zwężoną do tego stopnia, że zaledwie przechodzi świeczka nitkowata, uważam za niemożliwe. Otóż z tego względu przy użyciu metody MAISONNEUVE'a operujemy na polu nieoczyszczonej, stąd łatwa możliwość spraw gnilnych, co potwierdzają fakta, opisywane przez DITTEL'a i innych, a też spostrzegane przezemnie; śmierć bywa w kilka dni po operacji — z posocznicy. Drugą wadą tej operacji jest brak ścisłej kontroli, gdzie, jak i ile przecinamy. Robi się to na ślepo, i chociaż czucie w ręku chirurga powinno być wrażliwe niezmiernie, wątpię jednak, czy, przecinając gdzieś w głębi twardą nieraz bliznę, może najwprawniejszy operator kontrolować, co czyni nóż, wprowadzony daleko w cewkę. Może się zdarzyć, że nóż przy największej ostrożności przetnie nie tylko bliznę, powodującą zwężenie cewki, ale i otworzy niepotrzebnie sploty żyłne, otaczające tak licznie cewkę moczową; stąd prosta droga do ropnicy lub posocznicy, a także stąd mamy krwotoki, często bardzo uparte i groźne. Nakoniec za ujmę tej operacji trzeba uważać ten szczegół, że chirurg jest na łasce fabrykanta narzędzi. Powodzenie operacji zależy bardzo od tego skomplikowanego przyrządu. Niedokładność może być bardzo nieznaczna, niedostrzegalna, jednak powodująca powikłania i narażająca chorego i operatora na wiele przykrości. Potęga i wielkość naszej nauki jest tak olbrzymia, że smutnem a nawet poniekąd i ubliżającym jest dla niej, jeśli powodzenie operacji ma zależeć od fabrykanta narzędzi.

Liczne wszelako dodatnie wyniki, jakie osiągnięto przy tej operacji, do innych doprowadzają wniosków. Przy pomocy tego rękoczynu otrzymujemy prędko i często stale wyleczenie zwężeń cewki moczowej. Przystępując jednak

do tej operacji, powinniśmy mieć na względzie wyżej wspomniane ujemne strony i pamiętać, że w czasie samej operacji, a również w okresie pooperacyjnym, mogą bez naszej woli wystąpić bardzo niepożądane powikłania; jednym słowem jesteśmy w takim położeniu, jak nasi poprzednicy z czasów przedantyseptycznych, kiedy najlepszy wynik operacji mógł być zniweczony przez sprawę gnilną

Będąc studentem jeszcze, pamiętam wygłoszone przez prof. Kosińskiego w czasie wykładów zdanie w chwili, kiedy przystępował do tej operacji: „operacja ta jest łatwa, zwykle dobra w swych wynikach i nie sprawiająca niebezpieczeństwa; jednak 99 razy operację tę robiąc szczęśliwie, nie można być pewnym, że przy setnym nie zajdą bardzo poważne niespodzianki“.

Lepszej metody leczniczej zwężenia cewki moczowej — nie mamy; to nas skłania do jej stosowania. Wady jej jednak są tak poważne, że sędzę, iż metoda ta będzie albo prędko udoskonalona, albo zastąpiona przez inną, zgadzającą się z obecnymi wymaganiami chirurgii.

KAZUISTYKA.

Przypadek ostrego wycisowania i wypadnięcia macicy, pomyślnie zakończony,

podał M. Arnstein (z Lublina).

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy lubelskich dnia 4 marca 1895 r.

Dnia 16 lutego r. b. około godziny 12-tej w nocy, wezwany zostałem do wielorodzącej Roz. R. Z wywiadów dowiedziałem się, że liczy obecnie lat 24. Pierwsza miesiączka pojawiła się w 14-ym roku życia; w 17-ym roku wyszła zamąż; w rok potem urodziła dziecko, poczem przechodziła ciężkie zapalenie okołomaciczne lewostronne, trwające 12 tygodni; drugie dziecko urodziła we dwa lata później bez powikłań; przy 3-im porodzie przed 3-ma laty, wystąpił silny krwotok, przyczem wypadło nam z kol. KOZIEJOWSKIM wydobywać pozostawione przez nieostrożność akuszerki części łożyska; pológ wtedy przeszedł bez powikłań; podczas ostatniej ciąży czuła bóle w dolnej części brzucha, z lewej strony przeważnie, pomimo to chodziła i zajmowała się zwykłą pracą. Pierwsze bóle porodowe wystąpiły o godz. 8-ej wieczorem, około godz. 10-tej urodziło się dziecko żywe, donoszone. Po daremnem oczekiwaniu na odejście łożyska, z jakie półtorej godziny, akuszerka poleciła matce chorej przytrzymywać macicę, żeby łożysko nie poszło w górę; jednocześnie matka uciskała macicę przez powłoki brzuszne; akuszerka podobno tylko przytrzymywała przewiazaną pępowinę, rodząca zaś, chcąc wypchnąć łożysko, nadymała się silnie. Pod działaniem tych trzech sił nastąpił wylew krwi, której ilość otaczający obliczają na kwartę, a następnie wysunęło się nazewnątrż ciało, jakiego akuszerka w ciągu 30-letniej swej praktyki nie widziała. Co się z chorą działo, nie pamięta; akuszerka zawinęła to ciało w czysty ręcznik, umaczany w zimnej wodzie, i zaleciła wozwać natychmiast lekarza; tymczasem podawał środki pobudzające folczer wezwany; w jakie 25—30 minut potem byłem na miejscu. Zastałem chorą bardzo bladą, z kończynami zimnemi, bez tętna, tony serca słabe; na pytanie moje, co się z nią stało, odpowiedziała, że jest jej niedobrze i wskazywała na ból w okolicy serca; między udami leżało ciało sino-czerwone, wielkości prawie głowy dorosłego człowieka, pokryte łożyskiem, przyczepionem przeważnie z lewej strony; nad spojeniem łonowem, pomimo bardzo wiotkich ścian brzusznych, nie wyczuć nie można; żadnego

świeżego krwawienia nie było. Biorąc na uwagę kształt, wielkość, obecność łożyska i obraz chorobowy, nie podlegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z wypadnięciem wynicowanej macicy (*prolapsus uteri inversi*).

Podczas mycia rąk wodą z mydłem, a następnie odkażenia ich sublimatem, zastanawiałem się nad tem, jak mam postąpić wobec tego przypadku, a mianowicie: czy należy naprzód odkleić łożysko, a następnie dopiero odprowadzić macicę, czy też wprost przeciwnie? Widząc jednakże, że łożysko jest przyrośnięte na całej przestrzeni, postanowiłem przedewszystkiem je oddzielić; było ono tak silnie przyrośnięte, że wypadło niektóre jego kawałki odejmować oddzielnie, a kawałki błon płodowych nawet pozostawiłem. Odnicowanie uskuteczniłem sposobem zwykłym: ułożywszy chorą z miednicą uniesioną, stożkowato ułożoną ręką prawą starałem się odprowadzić część macicy, która nasamprzód się wynicowała, w kierunku osi małej miednicy; wkrótce też wyczułem charakterystyczny lejok; następnie, rozwarłszy palec, odprowadzałem ku górze wklęsniętą część dna macicy; narosze ręką, ułożoną w pięść, odepchnąłem dno; jednocześnie ręką lewą przez powłoki brzuszne starałem się przyjmować odnicowane części i przez czas jakiś pozostawiłem rękę w jamie macicy, którą odzewnątrż mięsilem. Niebawem pojawiły się skurcze macicy, a że krwawienia nie było, usunąłem rękę z pochwy, przyczem dostrzegłem, że ujście maciczne zewnętrzne było znacznie rozwarło. Tętno stało się wyczuwalne. Cały ten rękoczyn trwał około 5—6 minut. Dla podtrzymywania skurczów i w celu odkażenia, przemyłem jamę macicy gorącym roztworem wodnym 2% karbolu, przyczem tętno znowu znikło. Wkrótce przybył kol. KOZIEJOWSKI, który stwierdził odprowadzenie macicy, znalazł ujście zewnętrzne macicy znacznie rozwarło, tętno słabe. Jeszcze raz przepłukaliśmy jamę maciczną, zastosowaliśmy lód na brzuch, okłady ciepłe na głowę, wewnętrznie sporysz, podskórnie kamforę. Na uwagę zasługiwało zachowanie się tętna, które z początku jako tako wyczuwalne, znowu podczas przemywania znikło. Dnia 17-go tętno wyraźniejsze, 110 uderzeń na minutę, po każdych 4—5 uderzeniach przerwa, tony serca czyste. Ciepłota ciała prawidłowa. Mocz chora nie może sama wydalać; wypuszczono go cewnikiem. Leczenie to samo, oprócz przemywania jamy macicznej. Dnia 18-go tętno 90, dobrze rozwinięte; podwyższenie ciepłoty do 38° trwało tylko od godziny 4-oj do 6-ej wieczorem; dno macicy na szerokość 5 palców poniżej pępka; odchody nie cuchnące, mocz położnica wydała dowolnie. Tegoż dnia widział chorą kol. DOBRUCKI, znalazł ogólny jej stan wcale dobry, a naderwania szyi macicznej, które zaraz po porodzie wydały nam się dosyć znacznymi, obecnie zmniejszyły się do *minimum*. W dalszym ciągu dano sporysz wewnętrznie i okłady lodowe. Przez następne 4 dni lekki stan gorączkowy (ciepłota na kilka godzin podnosiła się do 38°—38,5°). Następnie od dnia 23 lutego stan bezgorączkowy. Od tego czasu stan chorej szybko się poprawiał, i wróciła ona do zupełnego zdrowia.

Opisany przypadek zasługuje na uwagę: 1) ze względu na pomyślne zakończenie, które wykazuje, o ile wczesna pomoc w takich razach jest pożądana. Na tak pomyślne zejście miały niemały wpływ okoliczności następujące: łatwe rozpoznanie choroby, brak krwotoku nieraz śmiertelnego i łożysko przyklejone, pokrywające powierzchnię wewnętrzną macicy wynicowanej i chroniące ją od możebnego zakażenia. Brak krwotoków zdarza się bardzo rzadko i tylko w tych przypadkach, gdzie łożysko jest przyrośnięte na całej przestrzeni, jak to było w przypadku opisanym; zwykle częściowo się ono oddziela i stąd powstaje krwotok olbrzymi. 2) Brak bólów w dolnej części brzucha, na które zawsze uskarżają się takie chore (HOMOLLE i MARTIN). 3) Oddzielenie łożyska. C. BRAUN bezwarunkowo radzi odprowadzać macicę wraz z łożyskiem, uważając oddzielenie łożyska na miejscu za przyczynę krwotoków śmiertelnych. Tegoż samego zdania są SCHROEDER i MARTIN; pierwszy jednakże dodaje, że należy

odnicować macicę wraz z łożyskiem; a gdy to się nie uda, to naprzód łożysko odkleić, a następnie odnicować macicę. JERZYKOWSKI¹⁾ zaleca oddzielenie łożyska po odnicowaniu, utrzymując, że w ten sposób ograniczamy krwotok, który macica, kurcząc się, sama tamuje, i że podczas oddzielania łożyska nazewnątrz części płciowych, następuje jej skurcz, utrudniający odnicowanie. KALTENBACH i KRASOWSKI bezwzględnie przemawiają za zewnętrznem oddzielaniem łożyska. Opisany przypadek dowodzi w każdym razie, że krwotok po oddzieleniu łożyska nazewnątrz, nie jest groźny, a niekiedy nawet nieznaczny; że odnicowanie, dokonane nawet bez usypiania chorej, które zaleca MARTIN, następuje prędko i gładko, bez skurczów macicy. 4) Większa część autorów zgadza się na odnicowanie części, która nasamprzód została wynicowana, jak to było w moim przypadku; przeciwnego są zdania MARTIN i MONTGOMERY, którzy odnicowują część na ostatku wynicowaną.

Zdaje się, że momentem usposabiającym w danym przypadku były sprawy zapalne z lewej strony, jakie chora przechodziła po pierwszym porodzie, i przyrośnięcie łożyska po 3-im porodzie; jedno i drugie przyczyniło się niewątpliwie do zwiótczenia utkanka mięśniowego macicy z następownem porażeniem miejsca przyczepu łożyska. Momentami wywołującymi były siły, działające zwnątrz (nadymanie się chorej, ucisk nadmierny dna macicy przez matkę), a prawdopodobnie i mechanizm wewnętrzny: gwałtowne pociąganie za pępowinę przez akuszerkę.

WYKŁADY KLINICZNE.

G. Smirnow.

Leczenie błonicy sztucznie otrzymaną antytoksyną.

Wśród całego szeregu prac, dotyczących leczenia błonicy surowicą uodpornionych koni, niema dotąd ani jednej, któraby poruszała zasadniczą stronę sprawy i uwzględniała ważne pytania, powstające w umyśle każdego, zastanawiającego się nad świetnymi wynikami nowej metody: na czem polega istotna siła lecznicza surowicy, jak zmienia się ona pod wpływem wprowadzonych do ustroju toksyn, jakie sprawy zachodzą w ustroju zwierzęcym po zastrzyknięciu takiej surowicy i dlaczego zwalcza ona względnie łatwo zakażenie? Nikt nie usiłował dotąd zbadać istoty całej tej sprawy tajemniczej, dokonywającej się — według przyjętego powszechnie poglądu — przy współudziale ustroju zwierzęcego i wrzekomo niemożliwej do powtórzenia po za nim. Doświadczenie uczy, że pogląd ten jest zupełnie nieuzasadniony: z łatwością otrzymać można antytoksynę sztuczną bez współdziałania ustroju zwierzęcego.

Jeżeli rurkę, mającą kształt litery V, napełnić toksyną błoniczą (otrzymaną z hodowli laseczników na bulionie lub surowicy) i poddawać ją przez czas dłuższy elektrolizie, to po jakimś czasie płyn u bieguna dodatniego będzie dawał odczyn alkaliczny, u bieguna zaś ujemnego kwaśny. Dzieje się to wskutek rozkładu soli nieorganicznych, przeważnie chlorku sodu; metale i zasady zbierają się u bieguna dodatniego, a rodniki kwasów u ujemnego. Jeżeli następnie oddzielić płyn kwaśny od alkalicznego, zubożętnić każdy (wodanem sodu i kwasem solnym) i wyjałowić przez filtrowanie, to okazało się, że płyny utraciły w zupełności własności trujące, a nabrały leczniczych: z łatwością można nimi wyleczyć królika, któremu przed 24 godzinami zastrzyknięto 0,5—0,7 ctm. szsć. kilkodniowej hodowli bulionowej lasecznika błonicy;

¹⁾ Ostre całkowite wynicowanie macicy. „Gaz. Lek.“. 1882. N. 10.

królik jest już wtedy widocznie chory, siedzi bez ruchu, nie je, ma biegunkę i podniesioną ciepłotę. Jeżeli jednak zastrzyknąć mu 10 ctm. szsć. płynu, otrzymanego przez elektrolizę toksyny, to ciepłota podniesie się ponownie na dni kilka, poczem powoli zwierzę zacznie powracać do zdrowia.

Cały szereg prób, dokonanych na królikach, doprowadził do wniosku, że, chcąc zmienić 200 ctm. szsć. toksyny w płyn leczniczy, należy poddawać ją w ciągu 16—18 godzin działaniu prądu galwanicznego, którego siła równa się 80 milliamperom. Próby te dowiodły, że błonice królików wyleczyć można środkiem, otrzymanym z toksyny drogą chemiczno-fizyologiczną, bez pomocy ustroju zwierzęcego. Króliki są, jak wiadomo, względem błonicy znacznie odporniejsze, niż świnki morskie, na niech więc należało sprawdzić działanie sztucznej antytoksyny, aby upewnić się co do jej własności leczniczych. Przy pierwszych zaraz próbach okazało się, że antytoksyna, skuteczna dla królików, nie wywierała żadnego zupełnie działania na świnki morskie: pomimo zastrzykiwań ginęły one równie prędko, jak inne, którym dla kontroli płynu leczniczego nie podawano. Wyniki były ujemne bez względu na to, czy antytoksynę zastrzykiwano zaraz po zakażeniu, czy w kilka godzin później.

Szukając przyczyny tego dziwnego zjawiska, przypomniał sobie autor, że przy jednej z pierwszych prób zastrzyknął śwince morskiej antytoksynę, otrzymaną z 200 ctm. szsć. hodowli bulionowej, poddawanej w ciągu 12 godzin działaniu prądu o sile 40 milamp.; świnka ta zdechła dopiero 11 dnia, płyn leczniczy zatem osłabił nieco działanie zakażenia, ale go zupełnie nie zniósł. Próby, powtarzane w tym kierunku, dowiodły, że antytoksyna, otrzymana przez krótkie działanie słabego prądu, wywiera na przebieg choroby u świnek morskich stanowczo wpływ dodatni; nie pozwoliły one jednak określić dokładnie wszystkich warunków, niezbędnych do otrzymywania płynu, któryby leczył dotknięte błonicą świnki morskie. Wówczas wpadł autor na myśl mierzenia stopnia kwasności płynu u bieguna ujemnego, przyjmując za miarę ilość normalnego roztworu wodoru sodu, niezbędną do zobojętnienia 1 ctm. szsć. płynu kwaśnego. (Kwasność 1,0 znaczy, że do zobojętnienia 1 ctm. szsć. płynu kwaśnego należało użyć 1 ctm. szsć. normalnego roztworu wodoru sodu). Okazało się wówczas, że antytoksyna, otrzymana z 200 ctm. szsć. hodowli pod wpływem prądu galwanicznego o sile 80 milamp., działającego 16—18 godzin, działa najskuteczniej na króliki, jeśli posiada kwasność 1,6—1,8; antytoksyna, otrzymana w tych samych warunkach, a której kwasność = 0,9—1,2, wywiera stanowczo wpływ dodatni na błonice świnek morskich, chociaż jej nie leczy.

Aby dojść do tego pożądanego celu, należało widocznie uwzględnić jeszcze jakieś warunki nieznane. Pamiętając o wyniku pracy BUCHNER'a, że woda przekroplona niszczy siłę bakteryobójczą surowicy, a sól kuchenna w ilości odpowiedniej siłę tę nanowo wskrzesza, postanowił autor używać do płukania sączka DIAKONOW'a, przy wyjaławianiu antytoksyny $\frac{1}{2}\%$ roztworu soli kuchennej zamiast wody, do samej zaś antytoksyny dodawać tyle soli kuchennej, aby zawartość jej wynosiła $\frac{1}{2}\%$ t. j. tyle, ile zawierała toksyna przed elektrolizą. Przygotowana przy zachowaniu tych środków ostrożności antytoksyna nie zawiodła pokładanych w niej nadziei: 4 zakażono błonicą świnki morskie, którym ją zastrzyknięto, wyzdrowiały.

Jako podłoża do hodowli laseczników błoniczych używał autor w większości przypadków bulionu wołowego z dodatkiem 2% peptonu i $\frac{1}{2}\%$ soli kuchennej. Otrzymana stąd toksyna była dosyć słaba; świnki morskie, które ważyły 300—400 grm., padały po zastrzyknięciu 0,5 ctm. szsć. tejże. Toksyna błonicza, wyhodowana na bulionie końskim, była tak słaba, że świnki morskie pozostawały przy życiu po zastrzyknięciu 0,5 ctm. szsć. tejże. Ta sama różnica we własnościach toksyny występowała przy hodowaniu lasecznika na surowicy wołowej i końskiej. Najsilniejszej toksyny dostarczała hodowla na bulionie cielęcym.

Różne drobne ulepszenia w sposobie otrzymywania toksyny wpłynęły bardzo na spotęgowanie jej działania i przyczyniły się do wykrycia ważnego nader faktu, że dawka antytoksyny powinna być tem mniejsza, im silniejszy był płyn, z którego ją otrzymano. Wbrew tej zasadzie, antytoksyna, otrzymywana z hodowli na bulionie cielęcym, wykazywała tak słabą siłę leczniczą, że zakażone świnki morskie, którym ją zastrzykiwano w odpowiednich ilościach, ginęły w 4—5 dni po zakażeniu. Ponieważ antytoksyna ta przygotowywana była według ogólnie przyjętego sposobu, przeto należało przypuścić, że prąd galwaniczny, działając na hodowlę z bulionu cielęcego, wywołuje jakieś odrębne sprawy chemiczne. Ponieważ doświadczenia poprzednie wykazały, że przy elektrolizie należy uwzględniać nie tylko rozkład białka, lecz i soli nieorganicznych, oraz że niezbędnem jest dodawanie do płynu leczniczego pewnej ilości soli kuchennej, przeto łatwo było przypuszczenie, że słabe działanie antytoksyny z bulionu cielęcego zależy od rozkładu pewnych soli, których bulion cielęcy zawiera więcej, niż wołowy.

Główną część soli nieorganicznych w mięśniach stanowią potas i kwas fosforowy; oba te składniki przechodzą do bulionu i zbierają się podczas elektrolizy: potas i sod u bieguna dodatniego, kwas fosforowy i chlor u bieguna ujemnego. Zobojętniając kwaśną część płynu wodanem sodu, a alkaliczną kwasem solnym, wywołuje się w antytoksynie inny zupełnie skład soli nieorganicznych: zamiast soli potasu zawiera ona sole sodu, zamiast kwasu fosforowego — kwas solny. W istocie wyniki zmieniły się odrazu, odkąd autor zaczął zobojętniać kwaśny bulion cielęcy wodanem potasu z dodatkiem soli kuchennej, a alkaliczny kwasem fosforowym. Różnica w zachowywaniu się antytoksyny z bulionu cielęcego pochodzi zapewne stąd, że oddziaływa on słabo kwaśno i zawiera przeważnie sole potasu, gdy bulion wołowy oddziaływa wyraźnie kwaśno i zawiera mało soli potasu, skutkiem czego antytoksyna, otrzymana zeń i zobojętniona wodanem sodu, nie tyle różni się pod względem soli nieorganicznych od płynu pierwotnego, ile antytoksyna, otrzymana tym samym sposobem z bulionu cielęcego.

Co się dotyczy wpływu leczniczego na zakażone błonicą świnki morskie, to okazało się, że w miarę wprowadzania wszystkich wspomnianych ulepszeń w przygotowywaniu toksyny i antytoksyny, dawka tej ostatniej stawała się coraz mniejszą. W końcu dla uratowania świnki morskiej średniej wielkości, zatrutej 0,1 ctm. szc. hodowli bulionowej, t. j. dawką, która zwykle zabija zwierzę po upływie 30—35 godzin, wystarczało zastrzyknięcie 0,5 ctm. szc. antytoksyny, mającej kwaśność 1,1—1,2, w 16—18 godzin po zakażeniu. Pierwsza dawka ma znaczenie rozstrzygające: jeśli była niewystarczająca, wówczas i następnie zwierzęcia nie ratują; w miejscu zakażenia tworzy się w skórze znaczne nacieczenie, prowadzące do zgorzeli, i zwierzę ginie z wycieńczenia. Na pomyślny wynik leczenia wpływa też okoliczność, w jakim okresie choroby zastrzyknięto antytoksynę; do zastrzykiwań w 6—8 godzin po zakażeniu potrzeba kwaśniejszej antytoksyny, płyn leczniczy do zastrzykiwań w 16—18 godzin po zakażeniu powinien być mniej kwaśny. Na wielkość dawki wpływa nieco waga zwierzęcia. Wogóle biorąc, dawkowanie antytoksyny nie jest rzeczą łatwą, ponieważ świnki morskie wykazują zmienną bardzo wrażliwość na antytoksynę, zależną zapewne od stanu ogólnego ich ustroju.

Chcąc wypróbować działanie antytoksyny na zwierzęta zdrowe, zastrzykiwał ją autor królikom i świnkom morskim w rozmaitych ilościach; przekonał się przytem, że antytoksyna, posiadająca 1,7—1,8 kwaśności, wcale na zwierzęta nie działa; mniej kwaśna (1,1) wywiera na zwierzęta wyraźny wpływ szkodliwy t. j. wywołuje u nich błonicę. Dowodzi to niewątpliwie, że antytoksyna, otrzymana przez elektrolizę, jest w gruncie rzeczy tylko osłabioną trucizną, której własności trujące nikną w miarę trwania elektrolizy. Każde zwierzę wymaga innego stopnia osłabienia trucizny, wszystkie

zaś są bardzo wrażliwe na nadmiar płynu leczniczego, szczególnie, jeśli był on otrzymany z silnej bardzo toksyny.

Nietylko utleniona — kwaśna, lecz i odtleniona — alkaliczna, zobojętniona kwasem, antytoksyna posiada własności lecznicze, które wzrastają w miarę trwania elektrolizy: widocznie jad błoniczy zostaje znacznie powolniej osłabiony przez sprawę odtleniania. Po ukończeniu elektrolizy należy zarówno kwaśną jak i alkaliczną antytoksynę pozostawić w naczyniu szklanem przez 3—4 dni, nie zobojętniając jej wcale. W ciągu tego czasu utworzy się osad z soli nieorganicznych. Płyn należy przefiltrować i wówczas dopiero zobojętnić kwasem lub wodanem potasu; zobojętnienie antytoksyny przed filtrowaniem osłabia jej własności lecznicze.

Objawy, występujące u zwierząt, zakażonych błonicą i leczonych sztuczną antytoksyną, bardzo są podobne do tych, które występują u zwierząt po stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej; są to: podniesiona ciepłota, nacieczenie w skórze w miejscu ukłucia, a niekiedy i zgorzel. Antytoksyna posiada niewątpliwe zdolności uodparniania przeciw błonicy. Próby w tym kierunku wykonał autor na 4 świnkach morskich i na króliku. Zastrzykiwał jednego dnia względnie duże dawki antytoksyny kwaśnej, a nazajutrz odpowiednie ilości toksyny, z której płyn leczniczy był otrzymany. Wszystkie zwierzęta pozostały przy życiu i nie wykazywały żadnych objawów chorobowych. Zdaje się, że uodpornione świnki morskie są na toksynę wrażliwsze, niż na samą hodowlę.

Co się tyczy prób mieszania toksyny z antytoksyną, to sprawy tej nie uważa autor za rozwiązaną; zdaje się, że antytoksyna w słabym tylko stopniu znosi trujące własności toksyny; prawdopodobne jest, że po zastrzyknięciu mieszaniny obu płynów antytoksyna nietyle niweczy działanie toksyny, ile uodparnia ustrój przeciw szkodliwemu działaniu jej.

Jakkolwiek otrzymana sztucznie antytoksyna ma tyle cech wspólnych z surowicą przeciwbłoniczą, byłoby jednak zbyt pośpieszmem i nieuzasadnionem twierdzenie o ich identyczności, chociaż bardzo jest prawdopodobne, że ustrój przygotowuje surowicę leczniczą przez utlenienie wprowadzonej doń toksyny. Tłumaczenie takie tembardziej jest pociągające, że zauważono w ostatnich czasach, iż siła lecznicza i uodparniająca surowicy nie dla wszystkich zwierząt jest jednakowa: surowica, uodparniająca świnki morskie, nie działa na króliki, chociaż są one mniej znacznie do błonicy skłonne. Podobne spostrzeżenie zrobiono i dla tęcza: mieszanina jadu i surowicy leczniczej w pewnym stosunku była zupełnie nieszkodliwa dla myszy, a u świnek morskich wywoływała jeszcze objawy tęcza, chociaż są one znacznie mniej, niż myszy, do tęcza skłonne.

Wszystko to daje się zastosować i do antytoksyny sztucznej: doświadczenia wykazały, że płyn leczniczy dla królików musi zawierać znacznie bardziej osłabioną truciznę, niż dla świnek morskich. Co się tyczy punktu najważniejszego, wrzekomej nieszkodliwości surowicy, wobec niezaprzeczonego trującego działania dużych dawek antytoksyny, która leczy błonicę świnek morskich, pamiętać należy, że do wyleczenia dużej świnki morskiej trzeba załedwie 0,5—1,0 cm. szsć. antytoksyny, czyli dawki, która sama przez się zupełnie nie jest szkodliwa.

Trudno też przypuszczać, aby udało się kiedykolwiek otrzymać silniejszą, niż dotąd, surowicę konia: zwierzę to jest bardzo mało do błonicy skłonne, przez co tak je łatwo uodpornić; prócz tego hodowla lasecznika na surowicy konńskiej, dostarcza znacznie słabszej toksyny i antytoksyny, niż hodowla na surowicy wołu. Jeżeli dalej uprzytomnić sobie, że laseczniki błonicze wtedy tylko dostarczają silnej trucizny, jeśli są hodowane na albuminach, a tracą własności chorobotwórcze na globulinie, oraz że w surowicy konńskiej globulina przewyższa znacznie ilość albuminów, to przy

czyną małej wrażliwości konia na błonicę stanie się zupełnie zrozumiałą. Wogóle, według autora, wrodzona odporność zwierząt przeciw niektórym chorobom zakaźnym wypływa z pewnego stosunku w ich surowicy głównych ciał białkowych: albuminów i globuliny; dokładny rozbiór ilościowy surowicy zwierząt o rozmaitej odporności pomoże jedynie do rozwiązania tego zagadnienia i prawdopodobnie potwierdzi słuszność powyższej hipotezy.

Przechodząc do kwestyi, w jaki sposób antytoksyna wywiera działanie lecznicze, należy przedewszystkiem pamiętać, że ujawnia się ono wtedy tylko, kiedy przy dawkowaniu antytoksyny zachowane zostały najrozmaitsze drobne warunki. Okoliczność, że chory ustrój tylko przy pewnej zawartości w swej krwi antytoksyny skutecznie zwalcza zakażenie, oraz że w początkowych okresach choroby słabsza antytoksyna działa skuteczniej od mocnej, wskazuje, że nieznaną dotąd jeszcze sprawę chemiczną grają tu znacznie ważniejszą rolę, niż dotychczas przypuszczano, objaśniając wszystko udziałem komórek w walce z pierwiastkiem trującym. Niemożna naturalnie odmówić komórkom ważnego znaczenia przy obronie ustroju, ale niema dotąd ani jednego dowodu przekonującego, że u zwierząt uodpornionych z wyraźną fagocytozą osocze i surowica krwi stanowią równie dobry grunt do rozwoju bakteryi i wytwarzania toksyn, jak u zwierząt nieuodpornionych. Możliwe jest wszakże, że zarówno u zwierząt z odpornością wrodzoną, jak i u tych, które zostały sztucznie uodpornione przez zastrzykiwanie surowicy leczniczej, hodowli osłabionych lub antytoksyn, występują w składzie chemicznym surowicy zmiany, uniemożliwiające zastrzykniętym następnie bakterjom wytwarzanie trucizn swoistych: żyją one i mnożą się jak saprofity i zostają zniszczone przez ciała krwi. Dokładne badania wykażą dopiero w przyszłości, o ile wszystkie te przypuszczenia są uzasadnione; trudno jednak zaprzeczyć, że fakty, podane w pracy niniejszej, stanowią dla nich ważną podporę.

Ciekawą swą pracę streszcza autor w zdaniach następujących.

1) Laseczniczki błonice wytwarzają swój jad swoisty tylko na białku surowiczem i na albumozach; na globulinie mnożą się one, lecz jadu nie wytwarzają i tracą własności chorobotwórcze.

2) Siła jadu błonczego, otrzymanego z hodowli, zależna jest od rodzaju białka, użytego do hodowli: toksyna na białku końskim jest znacznie słabsza, niż na wołowym; najsilniejszej toksyny dostarcza hodowla na białku cielęcym.

3) Przez elektrolizę z jadu błonczego otrzymać można antytoksynę, która leczy zakażone błonicą króliki i świnki morskie wtedy nawet, jeżeli leczenie rozpoczęte było w późniejszych okresach choroby.

4) Podczas elektrolizy ulegają rozkładowi ciała białkowe i sole nieorganiczne; antytoksyna wtedy tylko ujawnia własności lecznicze, jeżeli zawiera sole nieorganiczne mniej więcej w tym składzie, w jakim znajdowały się one w toksynie przed elektrolizą.

5) Antytoksyna, która leczy błonicę u królików, musi być otrzymana przez dłuższą trwającą elektrolizę, niż antytoksyna, przeznaczona dla świń morskich.

6) Niezbędno jest mierzenie kwasności płynu u bieguna ujemnego; dla świń morskich najlepszą jest antytoksyna, posiadająca kwasność 0,9—1,3; dla królików kwasność wynosić powinna 1,5—1,9; należy mieć na uwadze pierwotną siłę toksyny; im była większa, tem dłużej trwać musi elektroliza.

7) Zmiany, które elektroliza wywołuje w toksynie i którym zawdzięcza ona swe własności lecznicze, dokonywają się u bieguna ujemnego prędzej, niż u dodatniego.

8) Sztuczna antytoksyna posiada te same własności, co surowica uodpornionych koni; leczy ona zakażone błonicą zwierzęta i uodparnia przeciw niej. Działanie antytoksyny zależy w wysokim stopniu od dawkowania; nadmiar antytoksyny działa stanowczo szkodliwie.

9) Odporność wrodzona lub skłonność nadmierna pewnych zwierząt do błonicy zależy prawdopodobnie od pewnego stosunku ilościowego albumin i globuliny w ich surowicy.

10) Przy leczeniu zwierząt antytoksynami sztucznymi pewne nieznane jeszcze sprawy chemiczne grają niewątpliwie ważniejszą rolę, niż fagocyty.

Otrzymane przez autora wyniki budzą nadzieję, że stosowanie sztucznych antytoksyn przy leczeniu błonicy u człowieka ma duże widoki powodzenia, szczególnie wobec wielu ulepszeń, jakie autor wprowadzić zamierza w sposobie przygotowywania i dawkowania antytoksyny. Porównanie sztucznej antytoksyny z surowicą, zarówno co do własności leczniczych, jak chemicznych, jest nader ciekawe; gdyby w przyszłości przypuszczenie autora, że siła lecznicza surowicy końskiej polega na obecności w niej utlenionej toksyny, zostało potwierdzone, — byłby to nowy dowód, że elektroliza jest niejako odbiciem sprawy, zapomocą której ustroj walczy z zakażeniem i przecięża je, oraz że na tej drodze, przy zachowaniu odpowiednich warunków, zależnych od właściwości odrębnych, wszelka toksyna zmieniona być może w płyn leczniczy. Autor obiecuje udowodnić to w przyszłości na toksynie gruźliczej.

(*Berlin. klin. Wochenschrift. N. 30—31.*)

S. P.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 września r. b.

TREŚĆ. 1) DMOCHOWSKI — przedstawienie chorej z puchliną zapalną (*hydrops inflammatorius*) jamy HIGHMOR'a. 2) JAWDYŃSKI — przedstawienie chorej po wyluszczeniu guza w okolicy kości krzyżowej. 3) PARIEWSKI (z Radomia) — odczyt: „Badania kliniczne i chemiczne nad mlekiem tustem GAERTNER'a“.

1) Kol. DMOCHOWSKI przedstawił chorą, która od dwóch lat skarży się na mocny i stały ból w okolicach podstawy nosa i oczu. Ból ten przechodzi na czoło, ciemię i obydwa policzki, jest przytem tak mocny, że chora nie może wykonywać szybszych ruchów, nie może nachylać się, ani leżeć. Przy badaniu całego ustroju żadnych zmian nie wykryto; w nosie znaleziono niewielkie polipy, umiejscowione głównie około muszli średniej. Polipy wyjęto, lecz pomimo to bóle nie ustąpiły. Po paru miesiącach ból znacznie się powiększył i wystąpiło mocne zaczerwienienie całej twarzy i łzawienie z oczu. Wówczas D. zbadał zatokę klinową, lecz zawartości nie znalazł. Następnie wykonał przekłucie próbno jamy HIGHMOR'a i wypuścił z lewej strony 60 c. sz., z prawej 40 c. sz. żółtego, przezroczystego płynu. Bóle natychmiast ustały.

Przy badaniu wypuszczonego płynu okazało się, że składa się on z płynu surowiczego ze znaczną domieszką włókniaka i śluzu. Znaleziono prócz tego wielką ilość kryształów cholestearyny, nieco tłuszczowo zwyrodniałych białych ciałek krwi i znaczną ilość komorek nabłonkowych w wielu miejscach z zachowanymi migawkami. Rozpoznano puchlinę zapalną jamy HIGHMOR'a.

DMOCHOWSKI zaznacza, że pojęcia dotychczasowe o tej sprawie były fałszywe i dopiero jego badania anatomiczne, ogłoszone w roku zeszłym, dowiodły, że sprawa ta jest tu zupełnie możliwa.

Jako dalsze leczenie proponuje D. otwarcie jamy HIGHMOR'a.

2) Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorą K. K., lat 22 liczącą, która zapisała się do szpitala d. 25. VI. 1895 r. Opowiada ona, że, jak tylko sięga myślą w przeszłość, pamięta, iż miała guz (wielkości jabłka) na miejscu kości krzyżowej, nieco z prawej strony od linii środkowej. Guz nie przeszkadzał jej chodzić i pracować. Mniej więcej od 1—1½ roku guz począł się szybko powiększać i przeszkadzać chorej swym ciężarem; również mniej więcej przed rokiem utworzyły się symetrycznie po obu stronach, w miejscach fałd pośladkowych dwa owrzodzenia, prawie jednakowej wielkości, z których wydzielal się płyn ropiasty. Miesiączkować zaczęła chora w 16 roku życia; peryody były w prawidłowych odstępach czasu. Od 4-ech miesięcy peryodów chora nie ma.

Chora wzrostu małego, szczupłej budowy, blada. Skóra dolnej połowy tułowia, poczynając od pasa i kończyn dolnych pokryta znacznym porostem; włosy długości

1 – 1½ ctm.; szczególniej porost obfity na tylnej powierzchni. Nadto skóra na łydkach posiada odcień wybitnie sinicowy, gdy w pozostałych miejscach jest blada. Mięśnie słabo rozwinięte. Chód chorej niepewny, drżący; stąpa chora całemi stopami (jak słoń), nie zginaając stawów goleniostopowych i stopowych. Obie stopy są w postawie stopy szpotawej, co z lewej strony lepiej jest wyrażone. W narządach wewnętrznych nie nieprawidłowego nie zauważono.

Przy oglądaniu okolicy krzyżowej znaleziono guz wielkości głowy dorosłego człowieka; wisi on na grubej i krótkiej szypule w okolicy tejże kości. Guz jest ruchomy; pokrywa go skóra również ruchoma, w dwóch miejscach na dolnej powierzchni guza owrzodzona; owrzodzenia, wielkości rubla srebrnego, są powierzchowne, płaskie; dno ich różowe, suche, dość czyste; brzegi płaskie i równe.

Guz jest umiarkowanie twardy, elastyczny, chlebocący. Kość krzyżowa rozszczepia się w górnej swej części na dwie połowy: prawą i lewą, z których pierwsza wystaje ku tyłowi i nazewnątrz. Kość ogonową wyczuwa się w zwykłym miejscu; jest ona bardzo mała, jakby zaczątkowa. Przy uciskaniu guza chora odczuwa klucie z tyłu głowy.

W fałdach pośladkowych, po obu stronach, są owrzodzenia okrągłe, dość głębokie; dno ich szarawe, brudne; wydziolina ropna.

Dnia 19. VII. J. wykonał w uspieniu operację. Najpierw wypuszczono POTAIN'em około 800 ctm. szc. płynu surowiczego, prawie bezbarwnego. Następnie, w położeniu chorej na boku prawym, zrobiono cięcie podłużne na prawej stronie guza, aż do torbieli, którą oddzielono po części na tępo, po części przy udziale noża. W cieńszych miejscach guz pękał i wówczas wylewał się płyn taki sam, jaki poprzednio wypuszczono. Po oddzieleniu torbieli znaleziono otwór w kości, długi 7 ctm., szeroki 3 ctm. Szypulę guza ujęto w klamp i guz odcięto, a szypulę przewiązano grubą nitką. W torbieli znaleziono zaledwie parę nitek. Następnie przekonano się, że wystający kawał kości jest to rodzaj klina, utworzonego z prawej połowy tylnej blaszki kości krzyżowej; podstawa tego klina zwrócona do góry; dolna powierzchnia kości była zupełnie wygładzona przez torbiel. Cały powyższy odcinek kości był dość cienki. Zapomocą naciskania udało się ten klin złamać u podstawy i odchylić ku dołowi. Dokładna hemostaza, kilkopiętrowy szew na części miękkiej, umocowanie odłamanej kości w odgiętem ku dołowi położeniu.

Do dnia 25. VII. stan bezgorączkowy.

26. VII. ciepłota ciała podniosła się. Opatrunek zmieniono. Część szwów usunięto, w górny i dolny kąt rany założono sączki, przyczem wypłynęła dość znaczna ilość ropy. Następných dni ciepłota prawidłowa.

Od 31. VII. zaczął wypływać płyn mózgo-rdzeniowy w dość znacznej ilości, tak, iż codziennie należało zmieniać opatrunek. Od czasu do czasu wychodziły przewiązki. Chora ciągle leżała.

16. VIII. wyszła bardzo długa ligatura. Ropienie ustalo. Wypływ płynu rdzeniowego znacznie się zmniejszył. Ogólny stan chorej poprawił się. Chora zaczęła chodzić.

Od 22. VIII. wypływ płynu rdzenia-mózgowego ustał, by po kilku dniach wypłynąć odrazu w znacznej ilości. W czasie przerwy w wypływaniu chora uskarżała się na znaczny ból w tyle głowy, na osłabienie ogólne; z chwilą wydzielania się płynu — stan ogólny chorej odrazu się poprawiał, ból głowy ginął.

Od 31. VIII. wypływ płynu mózgo-rdzeniowego ustał. Stan chorej znakomicie się poprawił. Ze strony narządu nerwowego nie nieprawidłowego nie znaleziono.

W dniu 2. IX. chora wypisała się ze szpitala z przetoką w dolnej części rany, z której wyciska się ropa w nieznacznej ilości. Stan ogólny chorej dobry.

3) Kol. PAPIEWSKI z Radomia w pracy swej p. t. „Badanie chemiczne i kliniczne nad mlekiem tłustem GAERTNER'a“, podał w krótkości dążenia różnych chemików i lekarzy do wytworzenia odżywek sztucznych dla niemowląt, dłużej zastanowił się nad t. zw. mlekiem tłustem GAERTNER'a i na zasadzie całego szeregu badań chemicznych, drobnowidzowych i klinicznych, wykonanych w pracowni prof. CZERNY'ego, przyszedł do wniosków następujących: 1) mleko GAERTNER'a ze względu na swój skład chemiczny, zawierając 3,5% tłuszczu i 1,7% białka, jest ze znanych i używanych dotąd surogatów mlecznych najwięcej zbliżone do mleka kobiecego; 2) mleko GAERTNER'a pod względem jałowości i stosunku swego do podpuszczki i kwasu solnego przewyższa niewątpliwie zwyczajno mleko krowie; 3) strawność tłuszczu mleka GAERTNER'a

jest zupełna i nie ustępuje strawności tłuszczu mleka kobiecego; 4) strawność białka mleka GAERTNER'a nie dorównywa strawności białka w mleku kobiecym, przewyższa jednak strawność sernika krowiego; 5) niemowlęta zdrowe rozwijają się przy karmieniu mlekiem GAERTNER'a prawie równie dobrze, jak przy karmieniu piersią; 6) w zaburzeniach trawienia mleko GAERTNER'a okazuje się mniej lub więcej odpowiednią pożywką, zależnie od natężenia zaburzenia i od jego trwania uprzedniego; dają bezwzględnie dobre wyniki w niestrawności ostrej, zmienne w niestrawności przewlekłej, a niedostateczne lub złe w nieżytach przewlekłych żółdkowo-kiszkowych u niemowląt; 7) w ciężkich chorobach zakaźnych i ustrojowych mleko GAERTNER'a nie jest w stanie wynagrodzić strat, jakie ustrój z przyczyny zasadniczej ponosi. W końcu autor zaznaczył, że skoro warunki materialne zmuszają do żywienia sztucznego niemowląt, to zdaniem jego nadaje się do tego najlepiej mleko GAERTNER'a. Najodpowiedniejsze bezwzględnie i największe zastosowanie znaleźć ono powinno w żywieniu dzieci z przymiotem dziedzicznym w naszych domach podrzutek, których ustrój nie pozwala na stosowanie karmienia mlekiem kobiecym, a przez to powoduje olbrzymią śmiertelność wśród niemowląt dotkniętych przymiotem.

W dyskusyi kol. J. KRAMSZYK zauważył, że zapal, z jakim wprowadzano do praktyki przed kilkunastu laty wciąż nowe środki sztucznego żywienia dzieci, surogaty, mające zastąpić pokarm kobiecy, ostrygi nagle z chwilą wprowadzenia przez SOXLEY'a w roku 1886 mleka sterylizowanego. Przez lat kilka żądni nowości lekarze i chemicy zajmowali się raczej wyszukiwaniem nowych sposobów wyjaławiania mleka i obmyślaniem nowych przyrządów sterylizacyjnych. Kiedy jednakże zbyt prędko, niestety, okazało się, że mleko wyjałowiono nie oddaje tych usług, jakich się po niem spodziewano, kiedy liczne badania zwłaszcza FLUEGGE'go okazały, że ani mleka wyjałowić w praktyce nie daje się w zupełności, ani statystyka nie wykazuje wyraźnego zmniejszania się śmiertelności dzieci, wskutek biegunki letniej w wielkich miastach, zwrócono się znowu do wyszukiwania nowych środków do żywienia sztucznego dzieci i nowych dodatków do mleka, aby uczynić je podobnem do mleka kobiecego. HEMPEL dla wyrównania ilości białka (albuminy), zmniejszonego wskutek rozcieńczenia, radzi dodawać białko kurze, HAUSER — albumozę, otrzymywaną z białka kurzego przez ogrzanie do wysokiej ciepłoty; HORNET dla zastąpienia brakującego tłuszczu dodaje mleko roślinne, otrzymywane z orzechów, migdałów i t. p. Środki te, najczęściej chwalone bardzo przez wynalazcę i wypróbowane przez jednego lub kilku autorów, krótkim czasem się żywotem i szybko giną w zapomnieniu. Należałoby sądzić, że mleko GAERTNER'a nie podzieli losu tych środków. Jest ono w istocie znane oddawna i przez wielu praktyków używane, właściwie bowiem jest to mieszanka śmietankowa BIEDERT'a, tylko w inny, ulepszony, fabryczny sposób przygotowana. Składem chemicznym różni się one niewiele, a mieszanka jest o tyle wygodniejsza w użyciu, że przejście do mleka krowiego odbywa się stopniowo. K. używa od lat kilkunastu mieszanki i zwłaszcza w nieżytach przewlekłych u dzieci z odżywianiem podupałem i u wychudzonych dobrze otrzymywał wyniki. Przez czas pewien mleko podobno z dodatkiem śmietanki przygotowywane było przez zakład sterylizacyjny kol. STERNIEWSKIEGO. Wprowadzenie u nas w użycie mleka tłustego byłoby więc zdaniem K. pożądanem, ale zastrzedz należy z góry, aby było ono najdokładniej i czysto przygotowywane, dobrze wyjałowione. Doświadczenie, jakie posiadamy co do mleka z naszych zakładów sterylizacyjnych, okazuje, że produkcya fabryczna pozostawia dużo do życzenia. W końcu K. zwraca uwagę, że zawartość tłuszczu w kale niemowląt jest bardzo niestala. Badania jego, jeszcze w 1884 roku ogłoszone, okazują, że zarówno u różnych dzieci, jak i u tego samego w rozmaitych miesiącach życia, zawartość tłuszczu waha się w granicach bardzo obszernych.

Kol. KOSMOWSKI przyznaje, że stosunek składników mleka tłustego GAERTNER'a więcej, aniżeli w wielu innych, podawanych dotąd surogatach, zbliża się do stosunku składników w mleku kobiecym. Odnosi się to szczególnie do tłuszczu. Cukru mlecznego jest w niem wprawdzie znacznie mniej, ale okoliczność tę w praktyce łatwo można wyrównać. Według jego zdania, główny punkt ciężkości w kwestyi sztucznego karmienia niemowląt, nie spoczywa jednakże w dojsciu do większej lub mniejszej identyczności ilościowej składników, ale w samej ich naturze chemicznej. Pod tym względem kol. K. zwraca uwagę na wyborną i ściśle przeprowadzoną pracę A. WRÓBLEWSKIEGO, wykonaną w pracowni DRECHSEL'a i mającą za przedmiot różnicę sernika krowiego od sernika kobiecego. Autor ten zapomocą odpowiednich metod otrzy-

mał dość znaczne ilości sernika krowiego i kobiecego w stanie zupełnej czystości. Rozbiór chemiczny dwóch tych ciał wykazał, że sernik kobiecy posiada mniejsze ilości węgla, wodoru i azotu, blisko o $\frac{1}{4}$ więcej zawiera siarki, więcej tlenu i nadto znacznie mniej fosforu od mleka krowiego. Z roztworów sernik krwi opada w grubych i zbitych kawałach, sernik zaś kobiecy w postaci drobnych i pulchnych kłaczków. Przy trawieniu sztucznem pod wpływem pepsyny MERCK'a lub soku żołądkowego, świeżo z żołądka dziecka wydobytego, autor ten otrzymywał z sernika krowiego paranukleinę, czego nie spostrzegał przy trawieniu sernika kobiecego. Przy takich więc różnicach chemicznych i fizycznych jednego z najważniejszych składników mleka i działanie fizyologiczne prawdopodobnie jest odmienne. Przy ocenie wyników karmienia sztucznego nie można poddawać się równemu optymizmowi, jaki panował przez czas jakiś po wprowadzeniu mleka krowiego sterylizowanego. Już obecnie dają się słyszeć głosy z wielkich centrów ludnościowych w Niemczech, gdzie na wielką skalę mleko krowie wyjałowione używa się jako pokarm sztuczny dla niemowląt, iż od czasu wprowadzenia metody SOXHLE'a odsetka zachorowań i śmiertelności z chorób przewodu pokarmowego wcale się nie zmniejszyła u dzieci sztucznie karmionych. Daje się to wytłomaczyć poszukiwaniami FLÜEGGE'go, który, pomimo dwugodzinnego gotowania mleka krowiego, zdołał otrzymać z niego hodowlę kilku gatunków anaerobów i kilkunastu gatunków bakterii peptonizujących i wytwarzających toksyny, szkodliwe dla ustroju dziecięcego. Kol. K. dochodzi do wniosku, iż kol. PAPIEWSKI w pracy swej doszedł do tych samych prawie wyników, co ESCHERICH w badaniach swych nad mlekiem tłustem. I ten ostatni autor znalazł w mleku GAERTNER'a około 3% tłuszczu, a w badaniach klinicznych rozdzielał materiał kliniczny także na kilka grup, a mianowicie: dzieci zdrowe, dzieci z niestrawnościami ostre i z cierpieniami przewlekłymi, przewodu pokarmowego, i do tych samych doszedł wniosków, t. j. otrzymywał dość pomyślne wyniki sztucznego karmienia mlekiem tłustem u dzieci zupełnie zdrowych lub z niewielkimi śladami krzywicy, a wyniki zupełnie niezachęcające w przypadkach niestrawności ostrych lub cierpień przewlekłych.

Biorąc pod uwagę małą grupę dzieci zdrowych, karmionych przez kol. PAPIEWSKIEGO mlekiem tłustem, kol. K. mniema, iż na wyprowadzenie ogólniejszych wniosków nie pozwala zbyt mała ilość przypadków spostrzeganych, krótki czas obserwacji i wreszcie zbyt wysoki wiek dzieci badanych, które miały od 7—15-tu miesięcy życia, a zatem były już wogóle znacznie odporniejsze i łatwiej znosiły wszelką metodę sztucznego karmienia. Przyrosty wagi, podawane przez prelegenta u niektórych dzieci, karmionych mlekiem GAERTNER'a, nie są w stosunku do wagi ogólnej ciała i do miesiąca ich życia tak znaczne, iżby nie dały się spostrzegać i u dzieci sztucznie karmionych zapomocą innej metody lub innym ze znanych surogatów mleka kobiecego.

Kol. PAPIEWSKI zaznacza, że zapał, z jakim się brano do wyszukiwania nowych środków odżywczych, jest zrozumiały; zwrócić jednak wypada uwagę na to, że komunikaty GAERTNER'a i ESCHERICH'a są bardzo oględne, zarówno jak i jego własny. P. nie dowodzi wcale, że sztuczne mleko GAERTNER'a jest identyczne z mlekiem kobiecym, lub że karmicielki są niepotrzebne; chce tylko zwrócić uwagę, że skoro sztuczne odżywianie staje się potrzebą specjalną, to lepiej dokonywać tego mlekiem GAERTNER'a, niż innym surogatem. Mieszanka BIEDER'a, jak wykazują spostrzeżenia, odżywia gorzej. Kwostya zaś dowolnego stosunku tłuszczu, jaki może być zachowany w tej mieszanke, nie istnieje również i w mleku GAERTNER'a, przy przygotowaniu którego, przez takie lub inne ustawienie rurek, możemy otrzymać dowolny stosunek tłuszczu. Inna rzecz z stosunkiem sernika w mleku krowim i kobiecym. Różnice są, wypada jednak zaznaczyć, że chemia nie rozstrzygnęła jeszcze pytania co do rodzaju białka, z jakiego się on składa. Praca WRÓBLEWSKIEGO również pod tym względem ma pewne braki. Jakości sernika przy wytwarzaniu mleka sztucznego nie zmienimy; starać się jednak powinniśmy, by własności fizyologiczne mleka krowiego zbliżyć, o ile można, do własności mleka kobiecego.

Z VII-go Zjazdu Chirurgów Polskich w Krakowie.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 39).

Posiedzenie trzecie dnia 17 Lipca.

Przed posiedzeniem zwiedzili członkowie Zjazdu nowo zbudowany pawilon chirurgiczny szpitala krajowego krakowskiego, gdzie prof. dr. OBALIŃSKI ciekawsze przypadki chorobowe i operacyjne przedstawiał. Pawilon znakomicie według nowszych prawideł higienicznych urządzony, a osiągnięte wyniki operacyjne przy wielkiej liczbie chorych podziw wzbudzały u obecnych.

1) Posiedzenie rozpoczął prof. Bujwid wykładem: Demonstracje preparatów bakterii błoniczych zapomocą projekcyi na ekranie. B. uważa za błonicę tylko te przypadki, gdzie grzybki błonnicze dają się wykazać w nalotach błoniczych. B. demonstrowuje w przyrządzie projekcyjnym paciorkowce i bakterye błonnicze w różnych postaciach wegetacyjnych.

2) STĘPIŃSKI. Ośiem przypadków trepanacyi czaszki. S. mówi o 8 operacjach, na czaszkach idiotów wykonanych przez d-ra RAUMA. Przy typowej trepanacyi robi się 6 otworów trepanacyjnych, jeden z przodu po za kością czołową, jeden z tyłu i dwa po bokach, i te łączy się przepiłowaniem kości pomiędzy kołami wytrepanowanymi. Pierwszy przypadek, lat 4, *idiotismus congenitus*. Trepanacya na dwóch posiedzeniach, bez pożądanego skutku. Drugi przypadek, lat 14, w 2 miesiące po operacyi nie było jeszcze wyniku, po 3 miesiącach wynik zdumiewający, taka poprawa stanu umysłowego. Trzeci przypadek, 2-letnie dziecko; wodogłowie i 2 przekłucia; zapad; śmierć w pół godziny po operacyi. 4-ty przypadek, 5 lat; trepanacya w 2 czasach; poprawa; trepanacya prawej strony (4 otwory); stan ogólny ten sam, ataki epileptyczne wróciły później. 8-my przyp., dopiero w ostatnich tygodniach robiony, dotąd bez wyniku dodatniego.

Dyskusya. JASIŃSKIEMU 4-go dnia po kraniektomii dziecko umarło. Mózg był w stanie wrodzonej sklerozy. DROBNIK wykonał w tym roku na wyraźne żądanie rodziców 2 kraniektomie w 2 czasach. W pierwszym przypadku po pierwszej operacyi była poprawa niejaka, lecz dziecko umarło po 4 tygodniach na zapalenie płuc. W drugim przypadku nie było żadnej poprawy.

3) BARĄCZ. O antro-atticotomii sposobem STACKE'go z demonstracją preparatów. B. objaśnia metodę operacyi STACKE'go i demonstrowuje preparaty z czaszki, tej operacyi dotyczące.

4) JASIŃSKI pokazuje preparaty kości piramidowej przepiłowanej, w której jama bębinkowa, *atticus* i *antrum* są widzialne. Następnie mówi o metodzie STACKE'go i o niebezpieczeństwach tej operacyi. Wreszcie podaje własną metodę operacyi tej zapomocą małego trepanu, ku temu zbudowanego.

5) OBALIŃSKI. Demonstracya chorej po usunięciu guza z jamy czaszkowej. U pacjentki, cierpiącej na silne bóle głowy, zauważono najpierw polipy nosa, następnie chełbotanie w zatoce czołowej. Operacya odpowiednia usunęła polipy nosa, następnie operowano ropień w zatoce czołowej, a gdy ropienie nie ustało i z głębi czaszki przez przetokę na zewnątrz ropa odchodziła, otworzono następnie czaszkę i wydobyto guz torbielowaty, wewnątrz ropiejącą ziarniną wypełniony. Natura guza jeszcze nie jest dostatecznie drobnowidzowo zbadana. Prof. Browicz uznał guz za torbielowaty w yrostek błony śluzowej jamy czołowej, prawdopodobnie wrodzony, zgrubiał i zropiał z czasem.

Dyskusya. Prof. Browicz nadmienia, że jama czołowa miewa bardzo często dodatkowe zagłębienia i zatoki. W tym razie zdaje się, że wskutek polipów powstał otok zatoki wrodzonej. Następne rozszerzenie tej zatoki spowodowało zanik pokrywy kostnej ku oponie twardej mózgowej i dostanie się guza w głąb jamy czaszkowej pod oponę twardą.

6) WEHR. Przypadek trepanacyi czaszki z powodu ropienia mózgu. W. zastanawia się nad przyczynami ropni wewnątrzmożgowych (*trauma, otitis media*, wreszcie w rzadkich przypadkach ropnica i gruźlica). Rozpoznanie ropnia: zwiększenie ucisku śródczaszkowego, ucisk ośrodków psychomotorycznych, objawy gorączkowe ropnia. W. operował porucznika, który przed trzema tygodniami przez konia w czoło został lekko uderzony. Po kilku tygodniach ból głowy, gorączka, ropień nadoczodołowy, po którego przecięciu znaleziono nad lewym okiem kość obnażoną. Zagojenie szybkie. Po kilku tygodniach (11 czerwca) nowe obrzmienie blizny. Następnie senność, dzień przed operacją wymioty częste przy każdym lekkim poruszeniu. Wieczorem przed operacją tętno 54 i mowa zaczęła być nienormalną. Ciepłota 38. Z tego

powodu trepanacya. *Tabula vitrea* była trochę nadżarta od wewnątrz i z *diploe* wychodziła kropelka ropy; z wierzchu zaś kość była prawidłowa. Chelbotanie po otworzeniu czaszki nie było na mózgu wyraźne, dopiero strzykawka wykazała w głębokości około 5 cm. ropę. Cięcie mózgu, rozszerzenie palcem rany, wypływ znacznej ilości ropy. Ropień był wielkości jaja kurzego. Tętno się poprawiło, stan ogólny również. Po 3 tygodniach rana jeszcze nie zagojona, małe wypadnięcie mózgu. Gorączka niewielka, obrzmienie. Zgłębnik wykazuje zgorzel kości w głębi rany. Nowa operacya przed 5 dniami. Wydlutowanie dużego zgorzelinowego kawałka kości czołowej. Zatoka podłużna nie była nadwerżona. Przebieg dość dobry.

Dyskusya. OBALIŃSKI przed 14 laty operował z dobrym skutkiem ropień mózgowy, który siedział w ośrodkach psychomotorycznych.

7) BOGDANIK. O operacyach na woreczku żółciowym. B. zauważył u chorego objawy kamienia żółciowego, żółtaczkę, napady bólu, stwardnienie w okolicy pęcherzyka żółciowego i t. d. Operacya. Woreczek żółciowy zgrubiał, otoczony zrostami. Kamieni nie było. Rozpoznano ropień pęcherzyka żółciowego. Cięcie pęcherzyka, z którego gęsta żółć i ropa wyciekła. Wszystkie pęcherzyka w ścianę brzuszna. Ponieważ przetoka żółciowa pozostawała długo i uparcie, zrobiono enterostomię następnie, t. j. wszyto pęcherzyk katgutem w kieszke.

Dyskusya. ZIEMBICKI operował kobietę 75-letnią, u której wykonał wycięcie woreczka żółciowego, dającego się łatwo wyluszczyć po podwiązaniu przewodu pęcherzykowego i po odpreparowaniu woreczka od wątroby termokauterem. Zejście było niekorzystne, chora zmarła po 48 godzinach. Z. sądzi, że w tym razie u starej, słabej chorej lepiej było wykonać łatwiejszą cystotomię (zamiast cystektomii). Z. zwraca uwagę, iż często kamienie żółciowe powodują groźne nawet objawy zakaźne, a jednak po kilku miesiącach i latach takie objawy nieraz ustają zupełnie.

GLUZIŃSKI zaznacza, iż dopiero co przez ZIEMBICKIEGO przytoczone samoistne polepszenie groźnych objawów zakaźnych często bardzo spostrzegał przy kamieniach żółciowych. Dlatego operację przedsięwziąć można, ale trzeba wiedzieć i choremu powiedzieć, że często takie objawy same ustają. Lecz nieraz także następuje dość szybko śmierć wskutek przedziurawienia i t. p. G. uważa operację za najwięcej wskazaną tam, gdzie objawy miejscowe są groźne lub gdzie boleści są tak nieznosne, że choremu życie uprzykrzają.

OBALIŃSKI jest zupełnie odmiennego zdania. Twierdzi, że wyniki operacji woreczka żółciowego będą tem lepsze, im wcześniej będziemy operować. Zaznacza, że nawet niedrożność jelit, równie jak przedziurawienia zależą niekiedy od kamieni żółciowych. Operacya nacięcia woreczka żółciowego (*cholelithotomy*), szczególnie dwuczasowa, jest zwykle bardzo łatwa.

RYDYGIER sądzi także, że należy wcześniej operować chorych na kamienie żółciowe, t. j. skoro objawy są poważne lub groźne.

KORCZYŃSKI zgadza się zupełnie z prof. RYDYGIEREM, że należy operować wcześniej, a nie dopiero w przypadkach prawie beznadziejnych. Dotąd używane środki wewnętrzne (woda karlsbadzka, krople DURAND'a i inne) są to środki sympatyczne więcej, niż lecznicze. Dlatego uważa K. operację wcześniejszą za wskazaną, choć chwili najstosowniejszej do operacji nie można bezwzględnie oznaczyć. Nie każdy bynajmniej kamień żółciowy potrzeba operować. Ale należałoby operować, skoro przebieg jest taki, że można się obawiać poważniejszych, groźniejszych na przyszłość zaburzeń. Najwięcej wskazane do operacji są przypadki, gdzie kamienie czynią dolegliwości, a przez przewód żółciowy przejść nie mogą i ze stołcem nie odchodzą.

GLUZIŃSKI odpowiada, że pomiędzy zapatrywaniami jego a KORCZYŃSKIEGO niema różnicy zasadniczej, gdyż i on radzi operować w przypadkach groźnych i powodujących objawy poważne.

ZIEMBICKI cieszy się, że ogół kolegów stwierdza jego zdanie co do potrzeby operacji kamieni żółciowych. Na uwagi GLUZIŃSKIEGO odpowiada, że i w przypadkach, powodujących objawy chronicznie infekcyjne, należy operować, a nie pozostawiać chorych na los szczęścia.

KORCZYŃSKI nadmienia, że przy kamieniach żółciowych dreszcze nie są same przez się groźnym objawem wysuwania się kamyków, podobnie jak przy kamieniach nerkowych.

CYBULSKI zaznacza, że, jak doświadczenia d-ra ROSNERA dowodzą, po podwiązaniu żółciowodu, choć nie było zakażenia, białko w moczu się znajdowało.

8) RYDYGIER demonstruje kandydata medycyny, leczonego po operacji na recydywę aktywnykozy wewnętrznymi dawkami jodku potasu najpierw przez kol. BARĄCZA, a potem zastrzykiwaniami tegoż leku (1%) w klinice chirurgicznej krakowskiej z bardzo dobrym skutkiem.

BARĄCZ leczył chorego powyższego jodkiem potasu za przykładem autorów francuskich, ale uważa, że zastrzykiwanie jodku potasu działa szybciej i lepiej. Jak jodek potasu działa, nie wiadomo; grzybków promienicy wprost nie zabija.

Posiedzenie czwarte dnia 17 lipca.

1) GABRYSZEWSKI. O operacyach upiększających. Odrażające przypadki brzydoty często są wielką przykrością dla tych, którzy nią są dotknięci. Takie kalectwa brzydkie powodują nieraz samobójstwa, bywają przez szkodą w małżeństwie, są powodem nieszczęścia w rodzinie i t. p. Nieraz leczenie chirurgiczne może dolegliwość tę usunąć. W jednym przypadku przyciął G. z nosa klin podłużny i poprzeczny i leczył następnie po zagojeniu nos zapomocą igieł. W drugim założył w celu przedłużenia nosa spinkę, ściągającą czubek zadartego nosa ku dołowi. W trzecim przypadku wyciął w formie mniej więcej półksiężyca kawał z uszu i zeszył plastycznie, by zmniejszyć anormalnie wielkie ucho, z bardzo dobrym skutkiem. W czwartym przy wielkich szerokich ustach wyciął u młodego mężczyzny dwa kliny z wargi górnej; usta się znakomicie po tem ukształtowały.

Dyskusya. BARĄCZ i JASIŃSKI przytaczają przypadki dokonanych przez siebie operacji ucha odstającego. GABRYSZEWSKI także operacje te robił.

2) BOSSOWSKI. O leczeniu radykalnem przepuklin u dzieci. B. czyni słuszną uwagę, że o ile operacya radykalna przepuklin u dorosłych uznana jest ogólnie, o tyle u dzieci panuje dotąd pewna obawa przed tą operacją. Większa część autorów do roku 1890 radziła operować dopiero po 5-ym roku. BASSINI pierwszy większą ilość dzieci małych operował radykalnie swą metodą (16 przypadków, 15 radykalnie wyleczonych). KAREWSKI następnie ogłosił 9 przypadków. Leczył on rany po operacyi przepukliny założeniem tylko jodoformowego czopka i jedynie szew skórny zakładał. L. SZUMAN wykonał ze skutkiem 5 takich operacyi. Przypadki SZUMANA pierwsze odnoszą się już do terminu wcześniejszego, niż przypadek KAREWSKIEGO, bo już do roku 1887. BOSSOWSKI operował 10 przypadków u dzieci między 1—5 rokiem życia. Przeważnie były to dzieci z klasy wieśniaczej i jedno dziecko żydowskie. W ośmiu przypadkach zrobiono operację radykalną BASSINI'ego. Worek przepuklinowy był zwykle cienki bardzo, sznurek nasienny szeroko przylegał do worka przepuklinowego. W jednym przypadku przecięto naczynia sznurka i dlatego wyluszczone jądro. Opatrunek składał się z kilku warstw gazy jodoformowej, przylepionych kolodionem. Wogóle było dotąd według zestawienia B. 145 operacyi robionych u dzieci małych i to bez przypadku śmiertelnego i z 2 przypadkami recydywy. Przypuściwszy więc, że w kilku przypadkach nastąpi jeszcze recydywa, zawsze wynik jest bardzo dobry, lepszy, niż u dorosłych, jak to statystyka BASSINI'ego i najnowsze statystyki innych autorów wykazują. Dlatego uważa B. wczesną operację przepukliny za wskazaną i potrzebną, gdyż często, mimo wieloletniego noszenia paska, przepukliny się paskiem nie wyleczy, a uwieźla przepuklina z całą swą grozą nie jest bynajmniej u dzieci rzadkością, jak BROCA, KAREWSKI i inni wykazują.

Dyskusya. SCHRAMM operował 5 przypadków w lwowskim szpitalu dziecięcym św. Zofii z bardzo dobrym skutkiem. Zgadza się zupełnie na zdanie przez kol. BOSSOWSKIEGO wygłoszone. DROBNIK operował pierwszy przypadek w roku 1888 w klinice MIKULICZA w Królewcu. Następnie w Poznaniu i kilkakrotnie w szpitalu dziecięcym św. Józefa taką operację wykonał, choć cyfr dokładnych podać nie może. Opatrywał dawniej tylko płatkami, w glicerynie jodoformowej umoczoną. Teraz oddziela sznurek od worka bez otwierania worka, wydobywa worek i na dwie strony przewiązuje. Zakłada następnie szwy srebrne. SZUMAN nadmienia, że w czwartym przypadku z podanych w ogłoszonej przezeń rozprawie nastąpiła po pół roku bardzo mała recydywa przepukliny. W reszcie przypadków wynik jest stale do bry. SKOWROŃSKI widział skutki bardzo dobre leczenia zachowawczego paskami przepuklinowymi i dlatego pozostaje przy tem leczeniu. OBALIŃSKI uważa, że operacya jest wskazaną, a recydywa w późniejszym wieku nie dowodzi nic przeciw temu. BOGDANIK kilkakrotnie robił operację z dobrym skutkiem. GABRYSZEWSKI demonstruje dolną część brzucha i miednicę chorego, zmarłego we dwa lata po operacyi BASSINI'ego z innej choroby. Skutek znakomity. Ani śladu zagłębienia w miejscu blizny. BOSSOWSKI nadmienia, iż cieszy się, że zapatrywania jego ogólne prawie, z wyjątkiem kolegi SKOWROŃSKIEGO, uznanie znalazły.

3) KRYŃSKI. O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego. Głównem zadaniem było dawniej wsunięcie błony śluzowej w brzuch i przykrycie jej. Dzisiejsze metody dążą do transplantacyi moczowodu do innych części, w szczególności do kiszki (MAYDL) i do wyścięcia wywinętej błony śluzowej pęcherza. K. operował w klinice RYDYGIERA chorego w sposób taki, że transplantał moczowody wraz z częścią trójkąta LIEBUD'a do kiszki prostej, a resztę pęcherza wyciął. Skutek znakomity. Żadnych zaburzeń nie było, chory co 3—4 godziny oddaje mocz bez dolegliwości. Kiszka nie jest podrażnioną. By stwierdzić, o ile mocz się wchłania z odbytnicy, próbował K. robić operację tę na psach. Doświadczenia te wykazały, że mocznik z moczem, zastrzyknięty w odbytnicę, częściowo się wchłania. Jednakże chory operowany dotąd jest zupełnie zdrow i zdolny do pracy. Następnie podaje K. wyniki doświadczeń swych, dotyczących

transplantacji moczowodów do pęcherza u psów. Transplantacja musi odbywać się skośnie. Chorego, operowanego powyższą metodą z przemieszczeniem moczowodów do кишки prostej, przedstawił K. zjazdowi. Chory wyglądał i miał się doskonale.

Dyskusya. OBALIŃSKI przytacza przypadek śmiertelny, który nastąpił po operacji, przez MAYDL'a wykonanej.

4) SKOWROŃSKI przedstawia chorego z obrzmieniem i guzkami na rękach i nogach, bardzo osobliwej i niewyjaśnionej natury. Obrzmienie całych dłoni, palców i stóp całych, owrzodzenia guzikowate, dziwna szara siność skóry na nogach i rękach. S. przypuszcza zakażenie trędowate.

5) KRYŃSKI. Przyczynek do leczenia operacyjnego zapaleń ropnych w tylnym przestworze śródpiersiowym, z demonstracją chorych. K. przedstawia dziewczynę, u której operował wielkie gruczolaki zserowaciale szyi. Nastąpiło zapalenie płuc krupowe i następnie ropień w tylnym przestworze śródpiersiowym. Prof. RYDYGIER wyciął wówczas według metody NASIZOW'a kilka żeber z tyłu na prawo około kręgosłupa. Oprócz tego wytworzył się otok opłucny, który także operować musiano. Rana jeszcze nie zagojona, ale przebieg dobry obecnie.

6) KRASOWSKI. O nowotworach złośliwych na kończynach. K. przedstawia chorego po operacji guza na przedramieniu, u którego wykonał operację plastyczną z piersi (według MAAS'a) z dobrym skutkiem.

7) DROBNIK. Dalsze doświadczenia nad przeniesieniem i rozdzielaniem czynności mięśni przy porażeniach dziecięcych. D. nadmienia, że od roku zmienił postępowanie, t. j. rozciąga nie tylko ścięgna, ale także mięsień ponad ścięgmem i ten przemieszcza. W jednym przypadku rozciągnął mięsień (*m. ext. halluc.*) na 3 części i przemieścił na *m. peroneus* i na *tibialis anticus*. D. pozostawia powięź przeciętą i zeszywa tylko skórę nad ścięgnami spojeniami. Do wzmocnienia opatrunku używa D. pasa z plastra lepkiego z wstawką gumową, który się w odpowiedni sposób na gołeni przymocowywa, by stopę w żądanym położeniu utrzymać.

8) KOZŁOWSKI. O biodrze koślawem (*coxa vara*). K. przedstawia kilku chorych z biodrem koślawem (HOFMEISTER, KOCHER). RYDYGIER nadmienia, że w cięższych przypadkach tego cierpienia robi osteotomię szyjki.

9) TRZEBICKY. O zastosowaniu jodku skrobi (*amylum jodatum*). T. używał jodku skrobi (MAJEWSKI) jako zasypkę, zamiast jodoformu, na ziarniny gruźlicze i t. p. Do opatrunku stałego (*Dauerverband*) środek ten się nie nadaje.

10) KOZŁOWSKI mówi o wyjaławianiu katgutów sposobem REPPIN'a, BRAATZ'a, KROENIG'a i innych, oraz według metody własnej.

11) WEHR mówi: O formaldehydzie. W stosunku 1:500 formalina czyli formaldehyd wystarcza do wstrzymania rozwoju bakterii. W. przedstawia na jajach kurzych konserwujące działanie formaliny i sądzi, że słabe roztwory wodne nadadzą się do odkażania katgutów. Kozłowski dodaje, że cewniki i szczotki do rąk znakomicie odkażają się formaliną.

12) RYDYGIER przedstawia w końcu 10 chorych po wycięciu stawów gruźliczych i zastanawia się nad wynikami ostatecznymi resekcji.

Po posiedzeniu wykonali jeszcze koledzy JASIŃSKI i BARĄCZ operacje attykoantrotomii na trupie. Pierwszy z nich przedstawił metodę własną, drugi operował podług metody STACKE'go.

Następnego dnia w insytucie higienicznym prof. BUJWID demonstrował obecnym szczepienie wściekliczyny według metody PASTEUR'a na chorych, oraz pokazywał wszelkie odpowiednie preparaty i przygotowania. Dalej demonstrował sposób otrzymywania surowicy przeciwbłoniczej z krwi końskiej. Następnie w klinice chirurgicznej prof. RYDYGIER wykonał wycięcie doszczętne macicy mięśniakowato zwyrodniałej, metodą FREUND'a z własną modyfikacją, a następnie zrobił według metody własnej wycięcie odbytnicy z tymczasowym wypilowaniem kości krzyżowej i przemieszczeniem кишки tej pod mięsień zewnętrzny prawy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= FRANCIS w jednym ciężkim przypadku nieżyłowego zapalenia płuc u 5-cio miesięcznego dziecka, po wyczerpaniu wszelkich środków bez uzyskania poprawy, zastosował wdychanie tlenu, które w początkach robione były co pięć minut przez całą noc. W prze-

ciągu 3 dni stan chorego znacznie się poprawił i dziecko wkrótce potem zupełnie wyzdrowiało. (Med. Rec. № 28. 94). L.

= JAMES ADAM podaje historię choroby jednego ze swych pacjentów, który niedawno zmarł w 96 roku życia. Człowiek ten przed

50 laty nie został ubezpieczony na życie z powodu choroby serca. Miał on wówczas objawy dusznicy bolesnej (*angina pectoris s. dyspnoea*). Z objawów miejscowych J. A. znajdował powiększenie nieznaczne serca i szmer rozkurczowy w aorcie. (Deut. M. Zeit. 70. 95).

— LAGRANGE radzi przy zwężeniach dróg izowych stosować elektrolizę. Według doświad-

czeń L. elektroliza (ujemna) daje dobre wyniki, ułatwia wprowadzenie zgłębnika Bowman'a; lżejsze postacię zwężeń już po kilku posiedzeniach można wyleczyć. Metodę tę przed wielu laty stosował u nas D-r Z. KRAMSZTYK i opisał w Medycynie. (Séances de l'Ac. de Méd. 1895). L.

Wiadomości bieżące.

Komitę redakcyjny „Medycyny“ na rok 1895-ty stanowią: a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca, oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOŚIŃSKI i JAKÓB ROGOWICZ. b) Członkowie z wyboru: MICHAŁ SADOWSKI zastępca redaktora, tudzież koledy: BORYSSOWICZ TEODOR, BRUNER WŁADYSŁAW, GEPNER BOLESŁAW RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, KOSMOWSKI WIKTORYN, KRAMSZTYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, MAZARAKI KAZIMIERZ, OETUSZEWSKI WŁADYSŁAW, PALMIRSKI WŁADYSŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, RAUM JAN, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZTEYNER WŁADYSŁAW, SZWAJCER JAKÓB i ZAWADZKI WŁADYSŁAW.

— Rada uniwersytetu warszawskiego przyznała medal złoty kol. Włodzimierzowi POPIEŁOWI, asystentowi katedry patologii ogólnej, za rozprawę p. t. „Doświadczenia z badanie śmierci z utonięcia“.

— Kol. JACZEWSKI z Lublina zawiadamia nas, iż rozpoczął przekład na język polski Dermatologii d-ra JOSEPH'a z Berlina, z drugiego wydania, które przed paru tygodniami opuściło prasę.

— Według wiadomości „Gońca urzędowego“ w gubernii Wołyńskiej od dnia 20-go sierpnia do 2-go września zachorowało na cholere osób 7,827, zmarło 3,085.

— D-r BAUDOUIN, sekretarz redakcji dziennika „Le progrès médical“, rozesłał do redakcji i peryodycznych pism lekarskich cyrkularz, w którym zawiadamia, iż ma zamiar dalej wydawać „Index Medicus“ na nowych warunkach pod tytułem „La Bibliographie scientifique“. Nie posiadając jednak wszystkich potrzebnych w tym celu źródeł, prosi redakcję o wysyłanie gazet i wydawnictw; o wszystkich nadesłanych pod jego adresem pracach w jednym egzemplarzu, będzie w jego wydawnictwie wzmianka; o każdej zaś pracy, posłanej w dwóch egzemplarzach, oprócz wzmianki będzie pomieszczone sprawozdanie w 10 wierszach.

— W Akademii Nauk w Paryżu, prof. MAREY pokazywał udoskonalony mikroskop, według pomysłu inżyniera FRÉMONT'a. Światło w takim mikroskopie pada z góry przez soczewkę i wprost oświetla rozpatrywany przedmiot z góry. Zapomocą takiego mikroskopu można otrzymywać wyraźne i jasne obrazy preparatów drobnowidzowych, nawet przy bardzo silnem powiększeniu.

— D-r HAWKIN, stosując szczepienia ochronne przeciwko cholere azjatyckiej na plantacjach herbaty w Kalain, Karkuri i Doguber, gdzie choroba ta silnie grasowała, otrzymał następujące wyniki: z 1756 nieszczepionych mieszkańców od 9 lutego do 16 kwietnia zachorowało 38, zmarło zaś 16; z 1520 nieszczepionych od 16 kwietnia do 28 maja zachorowało 9, zmarło 4. W tymże czasie z 2936 szczepionych zachorowało 3, zmarło zaś 2.

— **Zmarli.** W Berlinie w dniu 24 b. m. europejskiej sławy chirurg prof. BARDELEBEN w 76 roku życia. Zmarły położył wielkie zasługi jako chirurg, nauczyciel i pisarz w dziedzinie lekarskiej. Na stanowisku dyrektora kliniki w Charité od roku 1868, wielce się przysłużył, jako najpierwszy zwolennik LISTER'a, uproszczeniem metody antyseptycznej. Jego klasyczne podręczniki chirurgii i techniki operacyjnej zjednały mu rozgłos powszechny. Wykształceniem licznych pokoleń chirurgów zjednał sobie wdzięczność i uznanie lekarzy.

— W ostatniej chwili telegraf rozniósł smutną wieść o stracie niczem niepowetowanej dla nauki i ludzkości — o śmierci Ludwika PASTEUR'a. Działalności i znaczeniu tego genialnego mocarza nauki w najbliższym numerze „Medycyny“ osobne miejsce poświęcimy.

Sprostowanie. W № 39 str. 803, wiersz 12 od góry powinno być: w pierwszych zaś miesiącach 1893 roku i t. d.

Дозволено Цензурою. Варшава, 21 Сентября 1895 г. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa. Mazowiecka 8.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Osbrzycki.