

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Ś. p. Ludwik Teichmann. Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia błonicy, podał Julian Kramsztyk. Przypadek zupełnego pęknięcia macicy podczas porodu z wypadnięciem płodu do jamy otrzewnej; laparotomia, całkowite wycięcie macicy, opisał K. Jasiński. Przyczynę do epidemiologii grypy, skreślił Szczepan Bronowski. — **Streszczenia i wyciągi.** 158. Zapalenie rdzenia i rozsiane zapalenie nerwów pochodzenia zakaźnego. 159. O leczeniu tęcza surowicą swoisrą. 160. Ostre zapalenie trzustki. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. Ludwik Teichmann. 2) D-r J. Kramsztyk — Quelques mots sur la diagnose et la serumthérapie de la diphthérie. 3) D-r K. Jasiński — Un cas de rupture complète de l'utérus pendant le travail. Laparotomie; extirpation totale de la matrice. 4) D-r S. Bronowski — L'épidémiologie de la grippe.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. Ludwik Teichmann. 2) D-r J. Kramsztyk — Einiges ueber die Diagnose und die Heilserumtherapie der Diphtherie. 3) D-r K. Jasiński — Ein Fall von Uterusruptur intra partum. Laparotomie, extirpation uteri totalis. 4) D-r S. Bronowski — Ein Beitrag zur Epidemiologie der Influenza.

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



LUDWIK TEICHMANN

b. Profesor anatomii, b. Rektor Wszechnicy Jagiellońskiej

i b. Wice-Prezes Akademii Umiejętności w Krakowie.

Wszechnica Jagiellońska nową i wielką poniosła stratę. Szeregi mężów, jej sławę i ozdobę stanowiących, przeredzać się zaczynają. Niedawno na tem miejscu oplakiwaliśmy zgon profesorów RYDLA i OETTINGERA; dziś znowu na karcie żałobnej zapisać musimy imię potężnego na polu wiedzy badacza, długoletniego profesora anatomii w Krakowie, byłego Rektora Wszechnicy Jagiellońskiej, Ludwika TEICHMANN, zmarłego w Krakowie dnia 24 Listopada r. b. Imię TEICHMANN, któremu dziś hołd wraz z całym światem naukowym składamy, słynie szeroko. Wiedza traci w Jego osobie potężny filar.

Ś. p. TEICHMANN urodził się w Lublinie, dnia 16 Września 1823 roku; nauki gimnazjalne ukończył w Radomiu, skąd w r. 1846 udał się do Dorpatu, gdzie przez dwa lata uczęszczał na wydział teologiczny. Po 2-letnim tam pobycie, poświęcił się studiom lekarskim, które rozpoczął w r. 1851 w Heidelbergu, a w dalszym ciągu prowadził je w Getyndze, gdzie już w następnym roku otrzymał posadę przy instytucie anatomicznym jako prosektor. W roku 1855 po obronieniu rozprawy: „Zur Lehre von den Ganglien“, otrzymał tamże stopień doktora z odznaczeniem. W r. 1856, otrzymawszy stypendyum BLUMENBACH'a, udał się w podróż naukową po Europie, dla zwiedzenia cenniejszych zakładów anatomicznych. Po powrocie ze studyów, jakie w zakładach tych prowadził, w roku 1859 otrzymał *veniam legendi* jako docent prywatny anatomii i fizjologii w Getyndze, gdzie pracował nad preparatami, wedle których HENLE wykonywał rysunki do swego znanego powszechnie dzieła. Bez mistrzowskich preparatów TEICHMANN'a, dzieło HENLE'go dalekie byłoby od tej ścisłości, jaką się ono odznacza. W dwa lata później powołany został do Krakowa na profesora anatomii patologicznej, a następnie w r. 1868 na zwyczajnego profesora anatomii opisowej, na którym to stanowisku chlubnie pracował aż po za prawem przepisany 70-ty rok życia.

Pole badań TEICHMANN'a, jakkolwiek zbyt szerokich kręgów wiedzy nie obejmowało, było bardzo owocodajne. Odkrycie przez Niego w r. 1853 „kryształów heminy“, odtąd „kryształami TEICHMANN'a“ zwanych, nabrało ogromnego znaczenia w medycynie sądowej, jako jedna z najważniejszych zdobyczy chemii drobnowidzowej, umożliwiające wykrycie choćby najmniejszych śladów krwi, zwłaszcza od chwili, gdy BRUECKE wykazał, że kryształki TEICHMANN'a są chlorkiem hematyny. Próba ta krwi, która pod względem pewności i ścisłości nie ma dotąd równej sobie, uczyniła imię naszego badacza na świat cały rozgłośnem.

Ważniejszą jednak zasługą zmarłego były studia Jego anatomiczne nad naczyniami i gruczołami chłonnymi, którym większą część swego życia poświęcił. Owocem mozolnych tych prac było przedewszystkiem głośnie dzieło: „O układzie limfatycznym ze stanowiska anatomicznego“ (Das Saugadersystem vom anatomischen Standpunkte. Leipzig. 1861 r.), które autorowi zapewniło bardzo zaszczytne miejsce w rzędzie uczonych. Przeprowadza On tu badania naczyń i gruczołów chłonnych w nader szerokim zakresie pod względem anatomo-porównawczym, i udoskonala, idąc w ślady HYRTL'a, metodę zastrzykiwania, odtąd znaną w nauce pod nazwą „metody HYRTL-TEICHMANN'a“, oraz wykrywa fakty anatomiczne, dotyczące początków naczyń chłonnych. W preparowaniu i technice nastrzykiwania naczyń chłonnych doszedł TEICHMANN do niedoścignionej doskonałości, a preparaty jego podziwiane i nagradzane były przez specjalistów na wystawach w Paryżu i Wiedniu.

Nad wyraz cenne, rzecz można, nie mające sobie równych, zbiory swoje zapisał nieodżałowany anatom Wszechnicy Jagiellońskiej, której przez tak liczny lat szereg z największą dla nauki korzyścią służył. W r. 1886 obchodzono uroczystie 25-ciolecie Jego naukowej działalności, w roku zaś ubiegłym, ustępując z zajmowanego stanowiska, żegnany był przez wszechnicę i uczącą się młodzież wśród objawów żalu i najwyższego uznania.

Wzorowym był stosunek TEICHMANN'a do młodzieży uniwersyteckiej. Jakkolwiek dość wymagający, kochał uczniów swoich po ojcowsku, uprzystępniając i ułatwiając im pracę. Był też przez nich bardzo miłowany i ceniony.

Jako człowiek, prof. TEICHMANN był wzorem, godnym Jego zasług naukowych. Cześć świętej pamięci Ludwika TEICHMANN'a!

J. S.

Wykaz prac Ś. p. prof. L. Teichmanna *).

1. Ueber Krystallisation der organischen Bestandtheile des Blutes w Pfeufer's und Henle's Zeitschrift für rationel. Medicin. T. III. 1853. 2) Zur Lehre von den Ganglien. Inaug. Dissert. Mit einer Kupfertafel. Göttingen 1856. 3) Ueber das Haematin w Pfeufer's und Henle's Zeitschrift für rationelle Medicin. T. VIII. 1856. 4) Das Saugadern-System vom anatomischen Standpunkte, in 4^o, mit 18 Kupfertafeln. Leipzig, Engelmann 1861. 5) Badania anatomiczne w przedmiocie objętości komórek sercowych. Rocznik Tow. naukowego krak. T. VIII. 1864. 6) O wartości niektórych nowszych badań chłonic tudzież o naczyniach limfatycznych krtani. Rocznik Tow. nauk. krak. T. XIX. 1871. 7) Die Lymphgefäße des Kehlkopfes, mit 1 Tafel, w H. Luschka: „Der Kehlkopf des Menschen“. Tübingen 1871. in 4^o. 8) Kit jako masa iniekcyjna i sposób nastrzykiwania tą masą. Rozprawy Akademii Umiej. Wydziału mat. przyr. T. VII. Kraków 1880. 9) O ujściu chłonic do żył u człowieka (tymczasowa wiadomość). Rozprawy Akad. Umiej. Wydział mat. - przyr. T. XV. Kraków 1887. 10) Trzy rzadkie nieprawidłowości, które spowodowały głuchotę, z tablicą. Gazeta lekarska. Warszawa 1887. 11) Ueber Knochenmaceration nach eigenen Erfahrungen. Anatomischer Anzeiger. II. Jahrg. 1887. N. 14 i 15. 12) Ueber Conservation des Gehirnes mittelst Weingeist und Terpentinoel. Wiener klin. Wochenschrift 1892. Nr. 9. 13) Naczynia limfatyczne w słoniowaciznie (*Elephantiasis Arabum*), wielka 8-ka, str. 51 i 5 tablic w wielkiej 4-ce. Monografia wydana przez Akademię Umiejętności w Krakowie 1892.

Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia błonicy,

podał **Julian Kramsztyk**.

Mało jest bezwątpienia nowych środków lekarskich, które tak szybko wprowadzone zostały w powszechne użycie nie tylko w szpitalach, ale i w praktyce prywatnej, jak surowica zwierzęca przy leczeniu błonicy. Co raz liczniejsze prace i spostrzeżenia zdołały wykazać w niezwykle krótkim przeciągu czasu i w sposób nieulegający wątpliwości bardzo pomyślne skutki tego nowego sposobu leczenia. Niebezpieczeństwo, połączone z chorobą, częste jej pojawianie się i widocznie skuteczne działanie surowicy objaśniają dostatecznie to szybkie jej rozpowszechnienie. Tem nie mniej, a może właśnie z powodu pośpiechu, z jakim praktycy środek ten stosować zaczęli, na każdym kroku przy tym sposobie leczenia liczne jeszcze spotykają się wątpliwości. Przedewszystkiem stosuje się to do rozpoznania choroby. Surowica krwi, jak się to samo przez się rozumie, może być skuteczną jedynie w przypadkach, w których choroba spowodowana została przez lasecznik błonicy. Leczenie zapomocą surowicy polega na wprowadzeniu do ustroju gotowego środka lekarskiego, któryby ustrój ten sam wytworzyć był zmuszony, — środka, wytworzonego w organizmie uodpornionego zwierzęcia. Sztucznie wywołujemy to, co sama przyroda czyni przy pomyślnym przebiegu choroby. Użycie więc surowicy jedynie w przypadkach istotnej błonicy jest wskazane. Ta okoliczność zmusza lekarzy do tem dokładniejszego rozpozna-

*) W słowniku KOŚMIŃSKIEGO oraz w słowniku GURLT'a i HIRSCH'a podają nazwisko zmarłego z przydomkiem: J. TEICHMANN-STAWIARSKI Ludwik,

nia choroby. Praktycy, którzy dotąd w rozpoznaniu choroby nie mieli żadnych prawie trudności, ani wątpliwości, znajdują się obecnie częstokroć w danym przypadku w kłopotcie, czy przystąpić do leczenia zapomocą surowicy, a właściwie, czy mają do czynienia z błonicą, czy z innym cierpieniem gardła.

Sądzę, że sprawa polega do pewnego stopnia na nieporozumieniu. Pochodzi ono przede wszystkim z tego powodu, że od czasu wykrycia lasecznika błonicy, a tembardziej od czasu wprowadzenia leczenia jej zapomocą surowicy i częstszych badań bakteryologicznych, jedni, jak dawniej, na podstawach klinicznych, inni na zasadzie badania drobnowidzowego rozpoznają chorobę. Podobnie, jakkolwiek nie w tym stopniu, rzecz się miała przez czas jakiś z gruźlicą, a nawet i cholerą po odkryciu właściwych zarazków, ale tam lekarzom mniej się to czuć dawało. Obecnie lekarz rozpoznaje, jak dawniej, gruźlicę płuc i cholerę, a badanie bakteryologiczne stanowi jeden ze sposobów ułatwiających, może przyspieszających rozpoznanie, ale brak badania wydzielin albo niewykrycie w danym razie laseczników właściwych, nie stanowi powodu do wątpienia o dobrem rozpoznaniu. Inaczej rzecz się ma z błonicą. Lekarz doświadczony, prowadzący oddział błonicy od lat kilkunastu, mający co-roczenie sto lub więcej przypadków błonicy w leczeniu, opisuje obecnie szereg spostrzeżeń ze stosowaniem surowicy przeciwbłoniczej. Jeżeli w kilku lub kilkunastu przypadkach nie zdołał przeprowadzić badań bakteryologicznych, albo w pewnej ich ilości nie zdołał wykryć laseczników, usłyszy natychmiast zarzut, że spostrzeżenia jego nie są ściśle, że przypadki te z ogólnej liczby spostrzeżeń wyłączyć należy. Tembardziej zarzut ten spotyka lekarza mniej doświadczonego w praktyce prywatnej, a co ważniejsza, że lekarz ten, dawniej pewny swego rozpoznania, obecnie sam się waha i nie wie, jaką zastosować terapię. Szybkość rozpoznania, jak słyszymy ze wszęch stron, jest jednakże konieczna; jeden dzień opóźnienia stanowić ma o dobrym wyniku leczenia.

Pogląd ten na niepewność rozpoznania klinicznego i potrzebę pośpiechu w leczeniu wydaje mi się właśnie niesłuszny. Wykrycie lasecznika błonicy zmieniło i wyjaśniło pojęcie nasze o istocie choroby, ale przebiegu i objawów klinicznych choroby nie zmieniło. Błonicą w dalszym ciągu nazywać będziemy tę samą postać kliniczną, co dotąd. Rozpoznanie błonicy zbyt wielkich trudności nie przedstawia, jak i dawniej nie przedstawiało. Każdy lekarz, mający często do czynienia z chorobami dzieci, zgodzi się bezwątpienia ze mną, że w praktyce daleko częściej zdarza mu się napotykać nierozpoznane i zaniedbane przypadki innych chorób, np. zapalenia opłucnej z obszernym wysiękiem, częstokroć ropnym, aniżeli błonicę. Wydarzają się, co prawda, przypadki, w których lekarz waha się w pierwszej chwili, pierwszego dnia choroby, co do natury cierpienia gardlanego, jak to ma miejsce przy zapaleniu gardła mieszkowatym (*ang. follicularis*); ale są to przypadki zwykle łagodne i nie wymagające szybkiej, ani energicznej interwencji lekarskiej.

Bardzo pouczające są w tym względzie spostrzeżenia BĄGIŃSKIEGO. W doskonale urządzonym szpitalu posiada on, obok pawilonu dla chorych dotkniętych błonicą, osobny oddział obserwacyjny dla chorych z błonicą podejrzaną, nie rozpoznaną stanowczo w chwili przybycia chorego do szpitala. Otóż okazało się, że wśród wielkiej liczby, przeszło pięciuset przypadków rozpoznanej od początku błonicy, ledwie w 1,9% przypadków nie znaleziono laseczników LÖFFLER'a, co poprostu na karb pomyłki i niedostateczne go bada-

nia położyć można; natomiast z 260 przypadków drugiej kategorii, przypadków podejrzanych, znaleziono lasecznik tylko 104 razy. Co wszakże dla lekarzy praktyków ma znaczenie największe, to to, że kiedy wśród chorych pierwszego rodzaju śmiertelność była bardzo wysoka (około 39%), z chorych podejrzanych nie umarł ani jeden wskutek błonicy. Dane te najzupełniej uspokoić mogą lekarzy co do ich niepewności w rozpoznaniu i potrzeby pośpiechu w leczeniu zapomocą surowicy. W przypadkach rozpoznanych na podstawie badania klinicznego, należy rozpocząć leczenie natychmiast, ale w przypadkach wątpliwych można z użyciem surowicy zupełnie spokojnie czekać, póki dalszy przebieg choroby i badanie bakteryologiczne nie potwierdzą przypuszczalnego rozpoznania. Trzymając się zasady powyższej, zwłaszcza w praktyce ambulatoryjnej i prywatnej, gdzie daleko częściej, aniżeli w szpitalu, z podobnymi lżejszymi postaciami się spotykamy, miałem wielokrotnie w ciągu ubiegłego roku sposobność przekonania się, jakoteż wykazania kolegom, z którymi się u tych chorych spotykałem, że niema ani trudności w rozpoznaniu niewątpliwej błonicy, ani też potrzeby ulegania żądaniom zaniepokojonych rodziców o wstrzyknięcie surowicy w przypadkach lekkich i podejrzanych.

Jedną jeszcze okoliczność podnieść należy w tem miejscu. Od chwili ukazania się pierwszych spostrzeżeń nad działaniem surowicy przeciwbłonicznej, wszyscy prawie autorowie wykazują, że pomyślne skutki leczenia występują tem jaskrawiej, im wcześniej rozpoczynamy leczenie; a przypadki, leczone właściwie już pierwszego dnia, nieznaczną, albo i żadnej nie dają śmiertelności. Stanowi to jeden z powodów, dla którego nietylko publiczność, o fakcie tym natychmiast powiadomiona, ale i lekarze tembardziej śpieszą się z rozpoznaniem błonicy nawet w najlżejszych przypadkach, aby leczenia zapomocą surowicy nie opóźnić. Bezwątpienia wczesne przystąpienie do wstrzykiwań w przypadkach błonicy niewątpliwej i od pierwszej chwili poważnie się zapowiadającej, jest bardzo słuszne, a dane statystyczne okazują istotnie, że wynik leczenia jest wtedy najlepszy, ale nie stanowi to ani nowego odkrycia w lecznictwie, ani też błonica nie zajmuje pod tym względem jakiegos stanowiska odrębnego. To samo widzimy we wszystkich innych chorobach. Zapalenie płuc, tyfus, odra, szkarlatyna, okazują również śmiertelność mniejszą w przypadkach leczonych od pierwszego dnia, aniżeli w razie rozpoczęcia leczenia w końcu pierwszego lub drugiego tygodnia choroby.

KOHTS w Strasburgu zebrał statystykę chorych, dotkniętych błonicą, z okresu czasu przedsurowiczego, z której okazuje się, że z przyjętych do szpitala pierwszego dnia choroby, wyzdrowiało 100%, drugiego dnia 80%, trzeciego, czwartego i szóstego 53,57%, 45,83% i 31,25%.

Statystyka każdego szpitala wykaże też samo bezwątpienia. Ta okoliczność właśnie stanowi powód, dla którego w praktyce prywatnej każdy lekarz pochwalić się może mniejszą śmiertelnością, aniżeli w szpitalu, nawet w najbardziej niebezpiecznych chorobach. Ale wczesne rozpoczęcie leczenia nie stanowi tu jedynej przyczyny łagodniejszego przebiegu choroby i lepszego zejścia. Łatwo zrozumieć można, że są to właśnie przypadki choroby najlepiej pielęgnowane, przypadki dotyczące przeważnie ludzi klasy zamożniejszej, przypadki, w których najczęściej nie mamy do czynienia z powikłaniami, powodującymi właśnie owo niepomysłne zejście. Znany jest fakt, że w szpitalach daleko częściej wydarza się zapalenie nerek po szkarlatynie, aniżeli w domach prywatnych; ale też lekkich przypadków szkarlatyny w szpitalach nie

widujemy wcale; w praktyce prywatnej wydarzają się one może częściej, aniżeli ciężkie. Słuszne więc bardzo jest zachęcanie do wczesnego rozpoczynania leczenia błonicy, ale nie stanowi to bynajmniej jakiejś szczególnej własności tej choroby, ani też nowego sposobu leczenia.

W związku ze sprawą rozpoznania błonicy stoi kwestya terminologii. W pracach, odnoszących się do leczenia zapomocą surowicy, znajdujemy częstokroć podział przypadków spostrzeganych na: błonicę gardzieli i krup, co ma oznaczać błonicę krtani. Znajdujemy również nieraz opisane przypadki krupu nieżytowego, krupu grypowego i t. p., leczonych zapomocą surowicy. Wprowadza to nowe nieporozumienie do sprawy, o której mowa. Nazwy „krup“ używać obecnie należy tylko dla cierpienia krtani, nie zależącego od laseczników błoniczych. Klinicyści wszyscy prawie oddawna już t. zw. krup krtani uważają za jednoznaczny z błonicą, a badania lat ostatnich stanowczo tożsamość tych dwóch chorób i pod względem etyologicznym wykazały. Jedyny HENOCH pod tym względem odrębne zajmuje stanowisko. Tembardziej po wprowadzeniu do lecznictwa surowicy, wskazanej jedynie w przypadkach błonicy, choroby zależnej od laseczników właściwych, używać należy nazwy: błonica gardzieli i błonica krtani, które dostatecznie malują i istotę choroby i jej umiejscowienie, a jednocześnie wskazanie do użycia surowicy stanowią. Gdyby kto dla wydatniejszego określenia objawów klinicznych przy nazwie krup obstawał, powinien jednocześnie dla oznaczenia istoty choroby mówić i pisać krup błoniczy.

Przechodząc do samej surowicy przeciwbłoniczej, chciałbym dotknąć jednej tylko kwestyi, której ani obszerne rozprawy, prowadzone w towarzystwach i na zjazdach lekarskich, ani liczne spostrzeżenia dotąd stanowczo nie rozstrzygnęły. Mam tu na myśli wpływ kwasu karbolowego, dodawanego do surowicy, na stan ogólny chorych i na nerki.

Kolega JANOWSKI¹⁾ w rozprawie swojej o leczeniu błonicy mówi: „w pierwszych chwilach stosowania surowicy obawiano się działania na organizm dziecięcy zawartej w niej ilości karbolu, dziś jednak doświadczenie kliniczne kwestyę tę z porządku dziennego usunęło“. Podobnego zdania żaden z doświadczonych klinicystów, mających bardzo wiele do czynienia z błonicą i wstrzykiwaniami surowicy, dotąd nie wygłosił. Nie mówiąc o poprzednich, znanych po większej części pracach, tak zagranicznych, jak i naszych autorów, którzy na dodatek kwasu karbolowego pilną zwracają uwagę, wspomnę w tem miejscu o rozprawach, jakie nad rozbieranym przez nas przedmiotem miały miejsce przed kilku miesiącami na zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Lubece. Przemawiało w tej kwestyi dwóch tylko klinicystów: profesorowie HEUBNER z Berlina i SOLTMAN z Lipska; a obaj, wielkim bardzo materiałem spostrzegawczym rozporządzający i bardzo pochylnie o działaniu surowicy się wyrażający, zakończyli przemówienie swoje wyrażeniem żalu, że obawa przed zatruciem ustroju kwasem karbolowym, zawartym w surowicy, wstrzymuje ich częstokroć przed zastosowaniem wielkich dawek, jakie najczęściej są wskazane. HEUBNER zwrócił się nawet z zapytaniem do BEHRING'a, czyby się nie udało zastąpić kwasu karbolowego innym środkiem, budzącym mniej obaw zatrucia organizmu dziecka. Niestety, odpowiedź wypadła przecząco. BEHRING utrzymuje nawet, że trójkrezol, używany przez ARONSON'a, musi być zarzucony, i że Roux już porzucił doda-

¹⁾ Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. T. XCI, str. 683. 1895 r.

tek kamfory, której działanie również niedostatecznem się okazało, a ma nadal używać karbolu.

Obawa pedyatrów powyższych jest jeszcze do obecnej chwili podzielana przez większość lekarzy. Kiedy przed kilku tygodniami surowica petersburska okazywała słabą zawartość uodparniającą, tak, że w 17—18 ctm. zawierało się ledwie 1000 jedoostek uodparniających, dla wstrzyknięcia pełnej dawki należałoby użyć około 50 cent. surowicy, zawierających przeszło 0,25 t. j. 4 grany kwasu karbolowego. Pomimo wszelkich teoretycznych dowodów, pomimo zapewnień o stanowczo nieszkodliwym działaniu środka, bardzo trudno było lekarzowi zdecydować się na wstrzyknięcie takiej ilości karbolu dziecku rocznemu. A wszakże tylko wielka i wcześniej zastosowana dawka ma w przypadku ciężkim pewną przynieść korzyść.

Doświadczenia na zwierzętach bardzo małą w tym względzie dają rękojmię. BAGINSKY sąd swój o nieszkodliwości kwasu karbolowego opiera na fakcie, że karbol, zawarty w surowicy, nie daje w moczu reakcji karbolowej. Sądzę, że okoliczność ta sama przez się nie dowodzi wcale, że kwas karbolowy, w większej ilości użyty, nie może spowodować zatrucia; a w jednym przypadku, który spostrzegaliśmy w szpitalu, wyraźne objawy zatrucia ustroju i reakcja karbolowa w moczu wystąpiły już po użyciu dwóch flaszeczek surowicy petersburskiej. TREUPEL w Freiburgu i SIEGERT w Strasburgu po wstrzykiwaniach surowicy u zwierząt widzieli przemijający białkomocz, zwłaszcza jeżeli nerki poprzednio podrażnione były. NOTHNAGEL i ROSSBACH w farmakologii swojej podają, że po większych dawkach fenolu KOHN widział często białkomocz; po dawkach mniejszych objaw ten występuje rzadko (SALKOWSKI). Utrzymują oni, że u dzieci dawki 0,1—0,2 mogą wywołać objawy bardzo niepokojące.

Przytoczone powyżej dane dostatecznie objaśniają powód obawy lekarzy przy stosowaniu surowicy z kwasem karbolowym. Na szczęście żaden ze spostrzegaczy nie uważa dodatku fenolu za konieczny. Że surowica bez dodatku kwasu karbolowego działa równie dobrze, jak BEHRING'a, o tem najlepiej wiedzą lekarze warszawscy. Myśmy właśnie mieli sposobność przekonania się, jak działają rozmaite gatunki surowicy. Tak w spostrzeżeniach szpitalnych warszawskich, dosięgających cyfry 400 przypadków, jak i w praktyce prywatnej, używano u nas berlińskiej, paryskiej, petersburskiej i warszawskiej surowicy, gdy spostrzeżenia praktyków zagranicznych przeważnie na jednym gatunku surowicy się ograniczają. Wszyscy przekonaliśmy się i jednogłośnie to przyznajemy, że surowica warszawska pod żadnym względem tamtym w działaniu nie ustępuje, a sam brak karbolu sprawia, że chętniej się nią posługujemy. Zdaje mi się, że ze spokojnem zupełnie sumieniem możemy zapewnić HEUBNER'a i SOLTMAN'a, że wbrew twierdzeniu BEHRING'a, można otrzymać surowicę bez karbolu równą tamtej w działaniu, równą co do swojej trwałości, a znacznie od niej tańszą. Zakłady, produkujące surowicę w dwóch odmianach, z których jedna, tańsza, zawiera dodatek kwasu karbolowego, druga droższa jest bez tego dodatku przygotowywana, również chyba drugą za lepszą uważają. Czyż lekarz, mający do wyboru dwa gatunki leku o jednym i tem samym działaniu, w tym samym celu używanego, jeżeli przy użyciu jednego z nich złych skutków dla ustroju obawiać się może, użyje go dlatego, że jest nieco tańszy?

Przypadek zupełnego pęknięcia macicy podczas porodu z wypadnięciem płodu do jamy otrzewnej; laparotomia, całkowite wycięcie macicy.

Opisał **K. Jasiński**, ordynator szpitala.

Przypadki pęknięcia macicy podczas porodu do zbyt częstych nie należą, a zabiegi operacyjne w tych razach jeszcze rzadziej bywają dokonywane. Tem powodowany, pomimo, iż starania moje nie zostały skutkiem pomyślnym uwieńczone, ośmielam się podzielić z czytelnikami „Medycyny“ opisem spostrzeżanego i leczonego przeze mnie przypadku.

F. W., 23 lata wieku mająca, szósty raz rodząca, krzepka, o silnej budowie kostnej, bez śladów krzywicy lub innych chorób kości, o miednicy prawidłowej, — wszystkie poprzednie porody odbyła bez pomocy lekarskiej, dzieci rodziła żywe. Ostatni poród rozpoczął się dnia 28 maja r. b. o godzinie 7½ wieczorem, dosyć silnymi bólami, które występowały podobno prawidłowo, aż do pęknięcia pęcherza płodowego, co miało nastąpić o godzinie 12-ej w nocy; od tego czasu bóle jakoby ustały zupełnie. Około południa dnia następnego, babka wiejska, dla wywołania bólów, dała, jak sama twierdzi, pół łyżeczki sporyszu w proszku, lecz bóle i wówczas podobno nie pojawiły się, a natomiast z pochwy wypadła rączka, którą babka gorliwie starała się wepchnąć do macicy. Wezwana około 2-iej po południu akušerka, próbowała dokonać obrotu płodu na nóżki, lecz bezskutecznie.

Zawezwany dnia 29-go o 5-ej po południu, znalazłem stan następujący: rodząca o wyrazie twarzy zdradzającym zmęczenie, uskarża się na osłabienie ogólne i bóle w całym brzuchu; tętno 100 uderzeń na minutę, pełne; ciepłota ciała prawidłowa; bóle porodowe słabe i nieczęste; brzuch naprężony, duży, bolący przy dotyku, zwłaszcza ze strony lewej; dno macicy wysoko ponad pępkiem, cała macica bardzo silnie ku przodowi pochylona; bicie serca płodu nigdzie wysłuchać nie można. Dolny odcinek macicy niezmiernie rozciągnięty, a w wypuklającym się podbrzuszu lewem, bardzo bolesnym przy dotyku, wyczuwa się część płodu twardą — główkę, jakby bezpośrednio pod powłokami brzuszными leżącą; drobne zaś części — pośladki płodu, zwróconego grzbietem ku przodowi, leżą z prawej strony. Piersień przewężający BANDL'a znajdował się na 3 ctm. poniżej pępka. Z części płciowych sączyła się krew. Przy badaniu przez pochwę wyczuwało się wypadniętą rączkę prawą, po której posuwając się ku górze, znalazłem ujście maciczne dostatecznie rozwarte, o gładkich, ścięnczałych brzegach, całe, oprócz strony lewej, gdzie śledzący palec wyczuwał naddarcie, sięgające niezbyt głęboko.

Wobec tego, rozpoznałem położenie barkowe pierwsze z wypadnięciem prawej rączki; a mając na uwadze wstąpienie przodującego barku do próżni małej miednicy i obciągnięcie się kurczowe szyi macicznej naokoło przodującej części płodu, — barkowe zaniedbane. Bardzo znaczna bolesność w podbrzuszu lewem, uczucie, jakby tuż pod powłokami brzuszными znajdowała się główka płodu, obfite sączenie się krwi z pochwy, przy zupełnem ustaniu bólów porodowych, naddarcie brzegu ujścia z lewej strony, wreszcie kilkakrotne podobno próby obrotu, dokonywanego przez akušerkę, — wszystko to zniewalało do podejrzywania w danym przypadku pęknięcia szyi macicznej niezupełnego, co też i miałem na myśli, przystępując do rozwiązania rodzącej. Po ułożeniu jej na łóżku poprzecznym, starałem się ręką prawą dostać do nówek, dla dokonania obrotu; nie mogłem tego jednak dokonać z powodu kurczowego obciągnięcia dolnego odcinka macicy na poprzedzającym barku i główce; przekonałem się tylko, że przypuszczenie moje co do pęknięcia niezupełnego szyi macicznej jest więcej niż prawdopodobne; wprowadzona ręka prawa dała się czuć w podbrzuszu tuż pod powłokami. Wobec tego zaniechałem rozwiązania rodzącej na miejscu i zarządziłem przeniesienie chorej

do szpitala, gdzie mogłem być rozporządzać pomocą kolegów, w razie katastrofy zupełnego pęknięcia macicy podczas rozwiązania. Przeniesienie chorej odbyło się nanoszach, lecz pomimo zachowania wszelkich ostrożności, podróż ta pogorszyła stan chorej; w drodze rodząca zaczęła wymiotować. Wymioty żółciowe powtarzały się i po przyniesieniu jej do szpitala; ogólny stan chorej zmienił się zupełnie: tętno słabe, 120 uderzeń na minutę, twarz wyciągnięta, oczy zapadłe, rodząca omdlewa, ciężko oddycha, bardzo blada, jęczy i skarży się na bóle w całym brzuchu. Bólów porożowych niema zupełnie, a przy obmacywaniu brzucha znalazłem macicę dość silnie skurczoną, pochyloną ku przodowi i zepchniętą ku prawej stronie; na lewo zaś od niej, grzbiet płodu, tuż pod powłokami brzuszными. W ciągu półtorej godziny, której potrzeba było dla sprowadzenia kolegów, przygotowania do laparotomii i t. p., objawy upadku sił postępowały szybko. Około 8-ej wieczorem chora stała się apatyczna, nie tracąc przytomności; tętno bardzo słabe.

O godzinie 8-ej wieczorem, w asystencji kolegów LOHRER'a, KRUSCHE'go i FANKANOWSKIEGO, po wspólnej naradzie i zadecydowaniu, iż dalsze próby wydobywania płodu drogą naturalną byłyby bezskuteczne, a dla ciężko chorej z nowem wstrząśnieniem połączone, przystąpiłem do laparotomii. Zamiarem moim było, po wydobyciu płodu i łożyska, zeszycie, lub w razie, gdyby to okazało się niewykonalnym, zupełne wycięcie pękniętej macicy. Po przemyciu należytem pochwy i obnyciu powłok brzusznych, w położeniu TRENDLENBURG'a, cięcie od spojenia łonowego do pępka; ściany brzuszne nader ścięczałe. Po za macicą, w dole DOUGLAS'a i pomiędzy pętlami jelit, mnóstwo skrzepów krwi. Po wydobyciu nieżywego płodu, niezbyt dużego i prawidłowo ukształtowanego, oraz leżącego w jamie macicy łożyska, przyczem szczelina w macicy nie powiększyła się,—przekonaliśmy się, że naddarcie, poczynając się na tylnej powierzchni trzonu macicy tuż poniżej wyjścia jajowodu lewego, rozciągało się ku dołowi po lewym brzegu trzonu i sięgało przez cały dolny odcinek aż do sklepienia bocznego lewego i tylnego pochwy, którego część także została przerwana. Brzegi rozdarcia nierówne, tworzyły w kilku miejscach strzępy. Wieszadło szerokie lewe na wysokości, gdzie rozdarcie macicy z tylnej powierzchni trzonu przechodziło na boczną, także zostało przerwane w kierunku poprzecznym na całej szerokości. Część górna obydwóch listków silnie skurczona, stanowiła jeden gruby sznurek wraz z lewym jajowodem i jajnikiem; cała miednica mała krwią nacieczona.

Wobec tak rozległych uszkodzeń, nie było właściwie wyboru co do metody operacyjnej. Rozmiary rozdarcia macicy, przechodzącego także na pochwę, poszarpane brzegi, a co najważniejsza, zniszczenie części wieszadła szerokiego i *parametrium*, o zszyciu macicy nie pozwalały myśleć, jak również o tamponowaniu szczeliny gazą jodoformową. Odcięcie macicy po nad pochwą, wobec zupełnego przedarcia dolnego odcinka macicy, oderwania części pochwy i uszkodzenia *parametrium*, nie miałoby żadnego celu; gdyż pozostawienie zgniecionych i porwanych części, nawet po zszyciu otrzewny ponad pozostawionym odcinkiem macicy, nie zdawało się nam odpowiedniem, ze względu na prawdopodobieństwo następowego krwotoku i zakażenia ogólnego.

Jedynie wycięcie całej macicy wraz ze zgniecionym jajowodem lewym i jajnikiem, umożliwiałoby podwiązanie wszystkiego, co mogłoby dać powód do krwawienia następowego, i usunięcie wszelkich części, uległych nadmiernemu rozciągnięciu lub rozerwaniu, stanowiło główne wskazanie.

Operacja dokonana została metodą MACKENRODT'a (tak nazywa ją sam autor, u którego widziałem ją stosowaną z innych powodów). Po podwiązaniu i przecięciu wieszadeł szerokich, jak w naszym przypadku: prawego tuż przy brzegu macicy, lewego zaś wraz z jajowodem i jajnikiem, przeciąłem otrzewną na przodowej powierzchni macicy, na wysokości dolnego brzegu wieszadeł szerokich, oddzieliłem od pęcherza moczowego, podwizałem *parametria*, poczem na zgłębniku, wprowadzonym przez pochwę do sklepienia przodowego, naciąłem ścianę pochwy od strony jamy brzusznej i, stopniowo podwiązując, odciąłem pochwę od macicy; wszystkie przewiazki, nałożone na ściany pochwy, wyprowadziłem do pochwy; wreszcie brzegi otrzewnej zeszyłem ze sobą. Tym sposobem cała rana pozostała po za jamą otrzewnej. Metoda ta, przy której ani jedno cięcie nie zostaje dokonane przed podwiązaniem części, mającej zostać przeciętą, czyni operację prawie bezkrwawą, a w przypadkach, do naszego podobnych, ma to znaczenie niemałe. Miałem zamiar

po zeszcyciu otrzewnej wprowadzić do jamy worek MIKULICZA, a przez otwór w pochwie wprowadzić płat gazy jodoformowej do jamy pozaotrzewnowej; lecz stan ogólny operowanej zmusił mnie do zaniechania tego zamiaru.

Podczas operacji wymioty barwy czekoladowej ponawiały się ciągle, tętno nikło, pomimo ciągłego zastrzykiwania oleju kamforowego z eterem siarczanym (30 strzykawk). Chcąc więc dokończyć operacji na żywej, zeszyłem szybko ranę powłok brzusznych. Przed zeszcyciem ścian brzusznych, po należytem przepłukaniu jamy otrzewnej fizyologicznym roztworem soli kuchennej, wlałem do niej przeszło litr tego roztworu. Pomimo to, natychmiast po ukończeniu szycia ścian brzusznych, chora wydała ostatnie tchnienie. Tu nadmienię, iż podczas operacji nie było właściwie żadnego krwawienia, zaledwie parę naczyń strzykających od strony macicy zostało czasowo pochwyconych kleszczykami. Operacja trwała przeszło półtorej godziny.

(D. n.).

Przyczynek do epidemiologii grypy,

skreślił **Szczęśny Bronowski.**

Jakkolwiek w ostatnich latach zjawilo się w piśmiennictwie lekarskiem wiele prac o grypie, jednakże istota cierpienia tego pod wieloma względami nie jest jeszcze dość jasną i dlatego każde, choćby najdrobniejsze spostrzeżenie w tym kierunku jest bardzo pożądane. Szczególniej ciemną jest etyologia grypy i warunki, sprzyjające powstawaniu epidemii. W tym kierunku należy zdaniem mojem przede wszystkim zwrócić uwagę na zjawiska meteorologiczne, towarzyszące pojawieniu się i rozwojowi grypy.

Wykazy warszawskiego fizycznego obserwatorium miejskiego z miesiąca lutego 1895 r., t. j. z okresu ostatniej tegorocznej epidemii grypy, rzucają w tym kierunku pewne światło.

W styczniu roku 1895-go przepowiedziane zostały dla całej Rosyi przez główne obserwatorium fizyczne petersburskie silne mrozy wraz z wiatrem północno-wschodnim; co też sprawdziło się w Rosyi, a następnie u nas.

Podług wykazów warszawskiego obserwatorium miejskiego, dnia 13-go lutego wiatr pld.-w. zmienił się na z.-płn. przy ciepłocie średniej dziennej -8° C.; 14-go wiatr płn.-w., a 15-go ku wieczorowi oznaczony jest wiatr płn.-w. przy ciepłocie $-8,2^{\circ}$ C.; kierunek ten wiatru utrzymuje się 16, 17 i 18-ego lutego równocześnie z obniżeniem przeciętnej ciepłoty dziennej i podniesieniem ciśnienia atmosferycznego (patrz poniżej umieszczoną tablicę). 19-ego lutego mróz zelżał, kierunek wiatru zmienił się na z.-płd., ale 20-go wiatr znowu się staje płn.-płn.-z., 21-go z. i płd.-z. i t. d. Takie codzienne prawie zmiany trwają aż do końca lutego. Otóż w związku z tymi wykazami obserwatorium fizycznego, pierwszy przypadek grypy spostrzegałem 13-go lutego we środę, drugi 15-go w piątek, i następnie liczba przypadków zaczęła zwiększać się stale. To samo mniej więcej zauważyli i inni koledzy. 16, 17, 18 i 19-go lutego, t. j. w dniu najsilniejszego mrozu i wiatru płn.-w., załabnień przybywało coraz więcej. Największe zaś nasilenie choroby spostrzegane było od 20-go lutego do końca miesiąca. Otóż widoczne jest z powyższych danych, że choroba przyszła do nas razem z wiatrem płn.-w.¹⁾, spadkiem dziennej ciepłoty i podniesieniem ciśnienia atmosferycznego (patrz tablicę).

¹⁾ Już w roku 1889—1890 zauważyłem, że grypa przyszła do nas ze wschodu. Gaz. Lek. N. 29. 1890 r.

Niższa ciepłota, wiatr płn. - w., podniesione ciśnienie atmosferyczne, drażniąc drogi oddechowe, sprzyjają, być może, przyjęciu się zarazka w ustroju. Jednakże największe nasilenie epidemii przypadło nie na dni najsroźszego wiatru i mrozu, ale na dni od 20-ego do końca lutego, kiedy ciśnienie atmosferyczne spadło, ciepłota się podniosła i wiatr się zmienił z płn.-w. na pld.-z., z., płn.-z. Jednem słowem, chłodny i ostry płn.-w. wiatr, spadek ciepłoty i podniesione ciśnienie atmosferyczne, jakby wywoływały epidemię; najbardziej zaś panowała ona przy następczej zmianie kierunku wiatru na z., pld.-z., płn.-z., wyższej nieco ciepłocie i opadnięciu ponownem ciśnienia. Jeżeli dodamy do tego, że od 20 lutego do końca tego miesiąca mieliśmy odwilż i częste deszcze, to przybędzie jeszcze jeden współczynnik większego nasilenia choroby, t.j. zwiększona ilość opadów atmosferycznych. Zupełnie analogiczne spostrzeżenie zrobiłem jeszcze podczas epidemii w roku 1889—1890 w Rosyi północnej. Uderzającym tam było to, że podczas silnych stałych mrozów i stałego wiatru północnego, nasilenie choroby się zmniejszało, a przy odwilży i wietrze południowym znowu się podnosiło. Podobnie rzecz się miała i w Warszawie w roku 1895-ym: w końcu lutego ciepłota była wyższą, wiatr zmienny i łagodniejszy, niż w środku miesiąca, i w tym to okresie przypadków grypy spostrzegano najwięcej. Dodam wreszcie, że także same prawie, towarzyszące nasileniu epidemii, zjawiska atmosferyczne spostrzegał i d-r SOŁONCEW w Petersburgu w latach od 1889—1893-go ²⁾, co tembardziej przemawia na korzyść moich wniosków.

Data.	Średnie dzienne ciśnienie atmosf.	Wiatr.	Ciepłota C.
10 luty.	760,6	płn. z.	— 8,8°
11	757,4	o. o. w.	— 9,7°
12	751,1	w. w. pld. w.	— 7,7°
13	758,9	z. płn. z. płn. z.	— 8°
14	763,4	płn. z. płn. w.	— 7,7°
15	763,7	płn. z. płn. w. płn.	— 8,2°

²⁾ K. M. SOŁONCEW. Wiestnik obszczestw. higieny, Sierpień, 1895.

Data.	Średnie dzienne ciśnienie atmosf.	Wiatr.	Ciepłota C.
16	763,1	w. płn. w. płn. płn. w.	— 9,3°
17	764,9	płn. w.	— 13,3°
18	764,7	płn. w. w.	— 12,2°
19	763,4	płd. z.	— 12,6°
20	760,5	płn. płn. z.	— 2,1°
21	758,7	z. płd. z.	— 1,8°
22	754,7	z.	+ 1,1°
23	758,5	płd. z. płn.	— 1,1°

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

158. M. STOURME. **Zapalenie rdzenia i rozsiane zapalenie nerwów pochodzenia zakaźnego.** Do niedawna jeszcze wiadomości nasze z zakresu etyologii chorób nerwowych były niezmiernie szczupłe. Ograniczano się zwykle do kilku banalnych przyczyn, jak: zaziębienie, wysiłki fizyczne, wzruszenia psychiczne i t. p. Przed kilku zaledwie laty zauważono, że niektóre cierpienia nerwowe pozostają w ścisłym związku z różnemi chorobami ostremi.

Patologia drobnoustrojowa od niedawna i w tej dziedzinie poczyną odgrywać ważną rolę; zapalenie opon nabiera cech zjawiska objawowego przy wielu chorobach; porażenie dzieciinne pozostaje w związku z cierpieniem ostrem; zapalenie rdzenia następuje najczęściej po sprawie zakaźnej; tak samo i wieloogniskowe zapalenie nerwów. Z każdym prawie dniem zjawiają się nowe zdobycze w tym kierunku. Nie mówiąc już o władzie i stwardnieniu rozsianem rdzenia, w których ERB dawno już widzi związek przyczynowy z przymiotem, teoria drobnoustrojowa stopniowo wkracza w zakres nerwic; w znacznej liczbie przy padków płasawicy, padaczki i histeryi rozpoznawano pochodzenie zakaźne.

Nie wchodząc jednak w te szczegóły, autor zatrzymuje się na dwóch cierpieniach, w których zakażenie stanowi w obecnej chwili jedyny moment przyczynowy. Mówimy tu o zapaleniu rdzenia i wieloogniskowym zapaleniu nerwów. Obecnie posiadamy już całą masę faktów, stwierdzających ścisłą zależność zapalenia rdzenia od wielu chorób ostrych i zatruc. Podobnie, jak choroby ostre powodują zajęcie mózgu, mogą one również wywołać cierpienie rdzenia. Do takich chorób zakaźnych zaliczyć należy: tyfus i wogóle stany tyfoidalne, zapalenie płuc, cholere, ospę, grype, gruźlicę, przymiot. W zupełności to samo da się powiedzieć o zapaleniu nerwów obwodowym.

Z punktu widzenia najnowszych badań istotną przyczynę omawianych chorób stanowi zakażenie. Inne czynniki, jak przeziębienie i t. d., są to przyczyny przypadkowe, przysposabiające grunt dla drobnoustrojów. Zakażenie lub zatrucie, które dotyka cały ustrój, może przybrać w rdzeniu lub nerwach obwodowych przebieg ostry lub przewlekły, może być uogólnione albo też ograniczone do pewnej okolicy.

Co się tyczy objawów ostrego zapalenia rdzenia, to rzecz jasna, zależą one od części rdzenia, która zajęta została sprawą chorobową. Znajdziemy więc przewagę objawów ruchowych lub czuciowych, zależnie od tego, czy są zajęte głównie rogi przednie, czy tylne; nadto objawy te będą umiejscowione w kończynie dolnej lub górnej, zależnie od tego, czy sprawa odbywa się w części lędźwio-grzbietowej, czy też w części szyjowej rdzenia. Dlatego też rozróżniamy kilka odmian typów zapalenia rdzenia, mianowicie: typ lędźwio-grzbietowy, typ szyjowy, typ *hemilateralis*, wreszcie typ rozlany.

Nie wchodząc w szczegóły, zaznaczymy, że we wszystkich postaciach objawy są w zasadzie jednakie. Choroba zaczyna się stanem gorączkowym, później zjawia się mrowienie, bóle, niemoc w członkach, zaburzenia ruchowe, przykurczenia, zniesienie lub nadczułość, wzmożenie odruchów, kiedy sprawa trwa krótko, i zniesienie ich przy długim trwaniu choroby; wreszcie zanik mięśni, znajdujących się na wysokości sprawy patologicznej rdzenia. Z poszczególnych objawów dodać nadto należy, że w postaci lędźwio-grzbietowej wkrótce występuje uporczywe zaparcie stolca, zatrzymanie moczu, później odleżyny w okolicy krzyżowej. W cięższych przypadkach spotykamy nadto zaburzenia odżywcze, wyprysk wzdłuż przebiegu nerwów, stopniowe znikanie pobudliwości elektrycznej. W postaci szyjowej, oprócz przykurczenia głowy i rąk, a także zaburzeń odżywczych w rękach (postać Hippokratesa), wspomnieć należy o objawach, opisanych przez CHARCOT'a. Mianowicie często występuje kaszel z dusznością, kłucie w piersiach, poty, chudnięcie, wreszcie objawy zapalenia oskrzeli, co razem wzięte może nasuwać podejrzenie gruźlicy; dalej wymioty po każdym jedzeniu, czkawka, trudność w połykaniu, tętno powolne pomimo stanu gorączkowego, wreszcie rozszerzenie żrenicy i naczyń twarzowych, co po pewnym czasie, kiedy stwardnienie lub rozmiękanie zajęło *centrum ciliospinale*, ustępuje miejsca zwięźleniu i nieruchomości żrenicy.

Podobnie objawy CHARCOT'a spotykamy i w postaci rozlanej, najczęstszej zresztą postaci zapalenia rdzenia.

Co się tyczy zejścia choroby, to może być ono trojaki: 1) śmierć nagła, kiedy sprawa zajęła część opuszkową rdzenia i dotknęła konieczne do życia narządy; albo też śmierć powolna, kiedy cierpienie przeszło w stan przewlekły; 2) uzdrowienie zwykle po 2 miesiącach, powolne, a w kończynach występujące w porządku odwrotnym do tego, w jakim zjawiały się zaburzenia ruchowe i czuciowe; 3) przejście w stan przewlekły.

Jeżeli z kolei przejdziemy do rozsianego zapalenia nerwów, to i tu sprawa rozpoczyna się gorączką. Dalej następuje mrowienie i osłabienie w kończynach, zwykle dolnych, bóle wzdłuż nerwów lub w mięśniach, bóle rozszerzające się wkrótce na tułow i kończyny górne. Bóle te natężeniem swem przypominają często przenikające, błyskawiczne bóle przy wiaździe. W dalszym ciągu nieznanie, podstępnie zjawia się porażenie zwykle niezupełne, później zaburzenia czuciowe i odżywcze, a obraz cały dopełnia zanik mięśni. Odruchy najczęściej są zniesione. Jednakże wielu autorów znajdowało odruchy prawidłowe (KENDER, BERNHARDT, BONNET), a nawet wzmożone (FINNY, BONNET). Zaburzeń w wydalaniu moczu i kału zwykle nie spotykamy.

W zapaleniu nerwów, podobnie jak w zapaleniu rdzenia zakaźnym, możemy spotykać różne postacie. Tak np., zamiast kończyn dolnych, sprawa może się rozpoczynać w górnych. Wówczas nadto spotykamy zajęcie wszystkich nerwów opuszkowych, a także objawy CHARCOT'a; niejednokrotnie też spostrzegano zaburzenia nerwów czaszkowych (wzrokowy, okoruchowy).

Również i przebieg obu cierpień przedstawia znaczne analogie.

Pomimo wielkiego podobieństwa objawów i przebiegu, starano się określić cechy różniczkowe między zapaleniem rdzenia a rozsiazanym zapaleniem nerwów. Różnice istnieją, lecz zdaniem Str. nie większe od tych, które spotykamy w różnych przypadkach jednej choroby: różnice w objawach zależą od różnych okresów rozwoju

cierpienia. Istnieją bezwątpienia objawy, właściwe wyłącznie jednemu cierpieniu, lecz w tym względzie niema nic stałego, nic pewnego. Jeżeli z punktu widzenia klinicznego niektóre przypadki możemy odnieść z zupełną pewnością do cierpienia nerwów, a inne do cierpienia rdzenia, to znów inne trudno odnieść do tej lub innej grupy i zmuszeni jesteśmy przyjąć, że sprawa, odgrywająca się w nerwach, może dotknąć i rdzeń. Wielką różnicę tych dwóch cierpień stanowi tylko rokowanie: pomyślne w przypadku zapalenia nerwów, a niepomyślne w razie zapalenia rdzenia.

Przy takim podobieństwie klinicznem i podścielisko anatomiczne obu spraw jest analogiczne. W obu razach znajdujemy naprzód przekrwienie czynne, później zanik komórek, myeliny, cylindra osiowego. Sprawy te zresztą spotykamy w nerwach lub w rdzeniu niezależnie od tego, czy rozpoznawano zapalenie nerwów, czy też rdzenia. Zaznaczyć tu należy, że literatura posiada długi już szereg spostrzeżeń, w których obok zapalenia rdzenia istniało zapalenie nerwów obwodowych, podobnie jak to się zdarza w wiądzie rdzenia, który dotąd uważany był jako cierpienie wyłącznie rdzeniowe.

Wobec tylu punktów stycznych, jakie przedstawiają zapalenie rdzenia i rozsiane zapalenie nerwów pod względem przyczynowym, objawowym i anatomicznym, trudno przypuścić, aby to były dwa odrębne cierpienia. Wobec umiejscowienia cierpienia albo w nerwach wyłącznie, albo też w nerwach i w rdzeniu, należy przypuszczać, że mamy do czynienia z jedną i tą samą sprawą patologiczną. Zapalenie nerwów jest punktem wyjścia, a zapalenie rdzenia jest kresem; jednym słowem zapalenie rdzenia zakaźne, podobnie jak rozsiane zapalenie nerwów zakaźne, jest pochodzenia obwodowego. Podobnie, jak STRUEMPPELL widzi spójnię patogenetyczną pomiędzy rozsianem zapaleniem nerwów, a zapaleniem przednich rogów, autor żąda rozszerzenia jej na rozlane zapalenie rdzenia wogóle.

Anatomo-patologicznie sprawa przedstawia się w sposób następujący. Toksyny, produkty drobnoustrojów, krążąc we krwi, działają na narząd nerwowy, naprzód w tym punkcie jego, gdzie wymiana jest najżywsza. Punktem takim będzie ten, który pozostaje w najbliższym stosunku z drogami krążenia: tarcza nerwowa obwodowa.

Naprzód zjawia się przekrwienie czynne w naczyniach, otaczających nerw. Przekrwienie to posuwa się wzdłuż nerwu i ostatecznie dosięga rdzenia. Jeżeli zakażenie ma charakter ostry, sprawa ogranicza się, umiejscawia: wówczas spotykamy objawy przykurczeń, nadczułości; jeżeli zakażenie jest ostrawie lub przewlekłe, jak np. w przymiocie, wówczas możemy znaleźć zapalenie naczyń, zakrzepy, wylewy krwawe, rozmiękczenie w rdzeniu, a zwyrodnienie w nerwach (*dégénérescence vallérienne*).

Wyniki badań pośmiertnych potwierdzają teorię powyższą. Obecnie, jak mówi CHARRIN, niema zakażenia bez zapalenia nerwów. W wielkiej liczbie przypadków takiego zapalenia nerwów znajdujemy zajęcie rdzenia; w innych, jak w ostrem porażeniu LANDRY, dotąd nie udało się tego spostrzegać. Lecz są to właśnie przypadki zakażenia ostrego: zaburzenia pozostały umiejscowione w nerwach, nie miały, że tak powiemy, czasu przejść na oś mózgo-rdzeniową, ponieważ zapalenie nerwów dotknęło niezbędne dla życia nerwy, jak np. *n. phrenicus* lub błędny.

Teoria, powyżej wyluszczone, pozostaje w zupełnej zgodności z obrazem klinicznym i objaśnia należycie, według autora, spotykane objawy. Wynika z niej także nowe wskazanie lecznicze. Nie ulega kwestyi, że w okresie zaniku elektryzacya, masaż, strychnina, jod, oddawać mogą ważne usługi. Lecz do powyższych środków dodać należy jeszcze jeden, mianowicie walkę z samem zakażeniem. Niestety, takie odkażanie niezawsze jest łatwe; musimy poprzestawać na środkach odciągających.

Jeżeli punktem wyjścia dla zapalenia rdzenia—zakaźnego lub toksycznego—jest zakażenie obwodowe, w takim razie zapalenie nerwów wieloogniskowe i zapalenie rdzenia są to tylko dwa różne etapy, dwa stopnie jednej i tej samej sprawy patologicznej. Nowożytna patologia nerwów dążyła do przesadnego wyodrębniania różnych postaci chorobowych.

Zawiłe często rozpoznanie różniczkowe tych cierpień było niekiedy możliwe jedynie „na papierze“, przy łóżku jednak chorego jakże często spotykają się

błędy rozpoznawcze! Bo niełatwo sztucznie rozdzielać to, co jest może połączone m ostem. Przyszłość wykaże, być może, niejedną nić wiążącą.

Zresztą, i obecnie już nietrudno rozszerzyć pojęcie takiej spójni na inne cierpienia nerwowe, związać zapalenie rdzenia i zapalenie nerwów z jednej strony, a wiać rdzenia i bezład ostry z drugiej strony. Znany jest przypadek bezładu (DÉJÉRINE), zależnego od zapalenia nerwów obwodowego, w którym nie znaleziono żadnych zmian ani w korzonkach tylnych, ani w zwojach międzykręgowych, ani w rdzeniu. Cierpienie to, któremu dano miano wiaću obwodowego, *nervotabes*, jest bezwątpienia pochodzenia obwodowego.

Mimowoli przypominają się tu słowa, wyrzeczone niegdyś przez LANDOUZY u DÉJÉRINE'a: „Niema obecnie chorób rdzenia, podobnie jak niema chorób nerek lub skóry, a istnieją tylko umiejscowienia jednej choroby ogólnej, która dotyka oś nerwową, skórę lub nerki, i to stopniowo, albo też jednocześnie“. Tym ogólnym czynnikiem chorobotwórczym, który z każdym prawie dniem odgrywa coraz ważniejszą rolę w układzie nerwowym, jest zakażenie.

(*Lyon Médical N. 40 i 41. 1895*).

W. Męczkowski.

159. E. NOCARD (z Alfort). **O leczeniu tężca surowicą swoistą.** Wiadomo dzisiaj powszechnie, że bakterye działają na ustrój za pośrednictwem ciał swoistych, przez nie wydzielanych lub wytwarzanych. Ciała te, tak zwane toksyny, różnią się znacznie pomiędzy sobą pod względem swego zachowania się chemicznego. Gdy jedne z nich zbliżają się w swych własnościach do alkaloidów, inne wykazują cechy ptomainów lub leukomainów. Tak np., toksyny bakteryi obrzęku złośliwego (*vibrio septique*), *bacilli Chauvoui* (*charbon symptomatique*), laseczników nosacizny i gruźlicy wytrzymują działanie ciepłoty 110—112° C. i przechodzą z łatwością przez świeczki glinkowe; inne, do rzędu których zaliczyć można toksyny węgla, tracą niemal zupełnie swe działanie już pod wpływem ciepłoty 58° C. i osiadają na filtrach CHAMBERLAND'a. Istnieją wreszcie i takie, które, pomimo że są niezmiernie wrażliwe na działanie podwyższonej ciepłoty, dają się z łatwością przesączać przez filtry glinkowe. Do rzędu tych ostatnich należą toksyny błonicy i tężca.

Jadowitość ich jest również niezmiernie różna. Dwie ostatnie z powyżej wspomnianych toksyn, szczególnie odznaczają się pod tym względem. Można np. otrzymać z laseczników tężcowych toksyny, które zabijają konia w dawce 0,1 ctm. szśc. (dwie krople!), a świnkę morską w dawce 0,002 ctm. szśc. Jest to istotnie działanie przerażające w swych skutkach.

A jednak, jak to wykazały liczne doświadczenia, robione na zwierzętach, nawet najwrażliwsze z nich dają się łatwo przyzwyczaić do ogromnych dawek tych toksyn. Między innymi ROUX, VAILLARD i NOCARD uodpornili jednego konia przeciw tężcowi do tego stopnia, że znosił on bezskarnie 250—300 ctm. szśc. tych toksyn, naraz do żyły wstrzykiwanych, a więc dawkę, która była w stanie zabić 2,500 nieuodpornionych koni.

Jakim sposobem powstaje podobna własność ustroju? Pozornie najprawdopodobniejszym jest objaśnienie BEHRING'a i KITASATO, na podstawie którego zbudowali oni całą swoją seroterapię. Przyjmują oni, że w tkankach ustroju istnieje jakieś ciało, które niszczy jad wprowadzony. Jako przesłanki zaś do takiego twierdzenia posłużyło im znane powszechnie doświadczenie, że skoro zmieszamy w próbówce odpowiednie ilości toksyny (tężcowej lub błonicy) i surowicy swoistej i zastrzykniemy mieszaninę tę śwince morskiej pod skórę, nie wywołamy wtedy u zwierzęcia żadnego odczynu miejscowego. Fakt jest istotnie prawdziwy, ale interpretacja jego jest mylna. Jak to wykazał ROUX, doświadczenie to udaje się tylko wtedy, jeżeli do doświadczeń używamy zwierząt świeżych, które nigdy przedtem żadnym innym zakażeniem nie podlegały. Jeżeli zaś użyjemy w tym celu zwierząt, pozornie zupełnie zdrowych, którym jednak poprzednio wstrzykiwaliśmy hodowlę *b. prodigiosa*, paciorkowców, laseczników cholerycznych, laseczników okrężnicy i t. d., zwierzęta giną przy objawach zatrucia jadem tężcowym lub błoniczym. Widoczne więc jest, że toksyny nie są zobojętniane w próbówce przez surowicę, że ta ostatnia raczej działa na tkanki podniecająco, w sposób, który czyni je zdolnymi do zniweczenia działania jadu.

Tak, czy owak będziemy ten fakt zdumiewający objaśniali, pozostanie dla nas pewnikiem, że surowica zwierząt, uodpornionych przeciw tężcowi lub błonicy,

zapobiega i leczy ustrój, chorobami temi dotknięty. Odporność jednak, tą drogą nabyta, nie bywa trwała; istnieje ona nie dłużej nad 4—6 tygodni; wywołają ją można tem łatwiej, im wcześniej po zakażeniu, względnie po wessaniu się toksyn, zastosowaną bywa surowica swoista. Fakt ten objaśnia nam jednocześnie, dlaczego seroterapia przy tęźcu daje daleko gorsze wyniki, niż przy błonicy.

W tej ostatniej śledzimy niemal krok za krokiem rozwój cierpienia. Sprawa chorobowa sadowi się zwykle w miejscach typowych i rozwój jej daje się nietylko okiem, ale i stanem ogólnym łatwo skontrolować. Mamy więc tutaj wszelkie warunki, aby złemu w odpowiedniej chwili zapobiedz. Inaczej ma się rzecz z tęźcem. W chwili, gdy stwierdzamy pierwsze tak zwane objawy tęźca, już jest zapóźno, aby zdążyć z leczeniem. Te pierwsze objawy są bowiem znakiem już dokonanego ogólnego zatrucia ustroju, i jeżeli tylko wessała się dostateczna ilość jadu ilościowo lub jakościowo, nic nie zdola uratować chorego.

Można dowieść tego bardzo łatwo doświadczalnie. Wstrzykujemy śwince morskiej świeżej 1,0 ctm. szśc. toksyn tęźcowych, a więc dawkę 500 razy większą od tej, jaka jest dla tego zwierzęcia z pewnością śmiertelna. Gdyby chodziło w tym przypadku o strychninę, zwierzę byłoby ztetanizowane przed upływem sekundy; tymczasem nasza doświadczalna świnka jeszcze w ciągu 24—30 godzin, a nawet dłużej zachowuje wszelkie pozory zdrowia. Albo jeszcze bardziej pouczające doświadczenie: wprowadzamy trzem baranom o długich ogonach, pod skórę właśnie na samym końcu ogonów, małe drzazgi, napojone suchemi sporami l. tęźca; oczekujemy pierwszych objawów tej choroby. W tej chwili odcinamy dwom baranom ogony w odległości 20 ctm. powyżej miejsca zakażenia; wreszcie jednemu z nich robimy kilka zastrzyknięć surowicy swoistej. Wszystkie trzy barany zdechną; pomimo to bezwarunkowo nie będziemy w stanie nawet uchwycić jakiegokolwiek bądź różnicy pod tym względem.

Okres inkubacyjny przy tęźcu jest niezwykle długi i nie zdradza się żadnymi objawami, a chwila, w której się one zjawiają, jest już fatalna dla ustroju.

Tymczasem więc musimy zrezygnować z leczenia tęźca. Ostro przebiegające przypadki są bezwzględnie śmiertelne i tylko z pomiędzy przewlekłych możemy zrzadka ocalić nieliczne ofiary.

Podobnie ma się rzecz ze stosowaniem surowicy przeciw tęźcowej w celach zapobiegawczych. Czyż przed lub po każdym ukłuciu igłą mamy stosować surowicę?

A jednak istnieją kraje, w których 20 do 40% noworodków ginie wskutek tęźca pępowinowego. Czyż nie dałoby się obowiązkowo stosować surowicę przeciw tęźcową u wszystkich noworodków? Prócz tego wiadomo, że niektóre rany są szczególnie skłonne do otwierania swych wrót dla tęźca przyrannego, jak np. rany postrzałowe, zanieczyszczone ziemią, lub wskutek zmiażdżeń powstałe. Należałoby w takich razach nietylko opatrunek zrobić, ale i surowicę zapobiegawczą zastrzyknąć.

Podobnież i w praktyce weterynaryjnej. Istnieją miejscowości, gdzie tężec niezwykle często występuje u koni, jako choroba, wikłająca zabiegi chirurgiczne lub uszkodzenia przypadkowe. Pod względem stosowania surowicy właśnie w takich okręgach, dostarcza nam już Francja wiele zachęcających przykładów.

(*Gazette des hôpitaux*. N. 129. 1895).

Wacław Orłowski.

160. THAYER. **Ostre zapalenie trzustki.** Baczniejszą uwagę ogółu lekarzy na sprawy chorobowe, przebiegające w trzustce, zwrócił przed 5-u laty FITZ, który zebrał z własnych i cudzych spostrzeżeń 54 przypadki ostrego zapalenia trzustki i 16 przypadków krwotoków z okolicy tejże; na podstawie owych spostrzeżeń wnioskuje, że ostre zapalenie trzustki przedstawia bardzo charakterystyczne cierpienie, które może i powinno być częściej, niż dotychczas, rozpoznawane. Dzieli on sprawy zapalne, przebiegające w trzustce, na 3 grupy: 1) ostre zapalenie ropne trzustki; ropienie odbywa się tu na mniejszej - lub większej przestrzeni; 2) ostre krwotoczne zapalenie trzustki. W tych przypadkach ma się do czynienia z drobno-komórkowym lub włóknikowo-komórkowym nacieczeniem tkanki łącznej narządu z nieznacznie tu i owdzie rozsianą zgorzelą zrazików i, co najważniejsza, z wystąpieniem licznych, czasami nader znacznych wybroczyn wśród tkanki narządu; 3) ostre zgorzelinowe zapalenie trzustki bywa niekiedy wynikiem ostrego krwotocznego zapalenia. Następuje obumarcie i sekwestracja pewnej części narządu,

ropienie dokoła tejże; przyczem może dojść do przedziurawienia się ropnia do jelita i wówczas zmartwiała część narządu wydzielić się może przez odbytnicę. W większości przypadków 2-go i 3-go rodzaju znalazł FITZ zgorzel tłuszczową (*fat-necrosis*.)

Klinicznie spostrzegano nagłe wystąpienie okropnego bólu w nadbrzuszu, często mdłości i wymioty, a następnie obrzmienie górnej połowy brzucha, i do tego zapasć, upadek ciepłoty ciała i działalności mięśnia sercowego. Zazwyczaj bywa przytem uporczywe zaparcie stolca. Kończy się choroba śmiercią lub wyzdrowieniem, następującem niekiedy po kilku dopiero tygodniach.

Rozpoznanie różniczkowe zdaniem FITZ'a waha się pomiędzy otruciem żrącą trucizną, przedziurawieniem przewodu pokarmowego lub żółciowego, ostrą niedrożnością jelit i sprawą zapalną trzustki.

Od pojawienia się pracy FITZ'a ogłoszono znaczną ilość przypadków ostrego zapalenia trzustki; były to przeważnie przypadki, należące do 2-ej i 3-ej kategorii FITZ'a.

Przyczyna spraw zapalnych trzustki nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona. FITZ przyjmuje przedostawanie się zarazków zakaźnych z jelit przez przewód trzustkowy.

Co się tyczy zgorzeli tłuszczowej, którą po raz pierwszy opisał BALSER i która tak często zdarza się w przebiegu ostrego zapalenia trzustki, poglądy na naturę tej sprawy są jeszcze nader niezgodne.

BALSER, któremu zdarzało się widzieć *fat-necrosis* w tkance tłuszczowej międzyrazikowej trzustki przy sekcji osób, które za życia nie przedstawiały żadnego z wyżej podanych objawów chorobowych, twierdzi, że polega ona na nadmiernym rozroście tkanki tłuszczowej narządu. Zmiany zaś w tkance gruczołowej uważa za wtórne.

CHIARI odrzuca ten rozrost tkanki tłuszczowej, i sprawę *fat-necrosis* uważa za zwyrodnienie, jako przejaw ogólnego uwiązdu.

Podług FITZ'a są 2 rodzaje *fat necrosis*: 1) nekrobiotyczna, nic wspólnego ze sprawą zapalną nie mająca i 2) zapalna, wtórnie występująca przy ostrem zapaleniu trzustki i powodująca następnie zgorzel samego narządu. Zapalnego pochodzenia tego rodzaju zgorzeli tłuszczowej ma, zdaniem FITZ'a, dowodzić widziane przez niego pod drobnowidzem, stałe, drobnokomórkowe nacieczenie dokoła owych siałowatych miejsc oraz czasami spostrzegana tamże obecność drobnoustrojów.

LANGERHANS, który wykazał, że substancja owych nekrotycznych przestrzeni składa się z połączenia wapnia z kwasami tłuszczowymi, dowodzi, że *fat-necrosis* polega na działaniu fermentu trzustki, rozkładającego tłuszcz, na otaczającą tkankę tłuszczową; powstające zaś tą drogą kwasy tłuszczowe łączą się z wapniem. Wstrzykując wyciąg trzustki do tkanki tłuszczowej podskórnej psa, jakoby wywoływał on sztuczną *fat-necrosis*.

ROLLESTON upatruje tu działanie troficzne, polegające na podrażnieniu układu współczulnego przez sprawę chorobową trzustki.

Były robione próby tłamaczenia tej sprawy nawet działaniem drobnoustrojów, lecz dotychczas bezskutecznie. Autor nareszcie twierdzi, że wobec niewątpliwie zakaźnego pochodzenia ostrego zapalenia trzustki, oraz jałowości miejsc, dotkniętych zgorzelą tłuszczową, tudzież wobec faktu, że doświadczalnie wywoływano ową sprawę, wstrzykując wyciąg trzustki do tkanki tłuszczowej, porządek rzeczy jest następujący.

Pierwotnem jest zakaźne cierpienie miększu trzustki, które umożliwia przedostawanie się fermentu, rozkładającego tłuszcz, z gruczołów do otaczającej tkanki tłuszczowej, czyli powoduje wtórne powstawanie zgorzeli tłuszczowej, która będąc bardzo rozległą, przyczynia się do zgorzeli trzustki, sekwestracji tejże i ropienia okołotrzustkowego.

Przypadek THAYER'a dotyczył mężczyzny 34-letniego w Filadelfii, który od wielu lat pijał stale i w znacznej ilości napoje wysokowe, często naczczo. Przed 5-u laty chorował na jakąś chorobę gorączkową, połączoną z nieprzytomnością i trwającą cały tydzień. Od 2 lat zaczęły dolegać choremu w godzinach rannych nudności; przytem częstokroć wymiotowywał płyn śluzowy na zielono zabarwiony. Od 1¹/₂ roku pojawiły się napady wielce dolegliwego bólu w brzuchu, umiej-

scowłonego w linii pośrodkowej tegoż w okolicy pępka i połączonego z wymiotami. Tylko duże dawki morfiny były w stanie ukoić owe bóle. Żółtaczką nie było ani razu podczas tych napadów, które zdarzyły się 3 — 4 razy. Przed 10 dniami chory był zaniepokojony pojawieniem się nieprzyjemnego uczucia ciężaru w nadbrzuchu, które zwykło poprzedzać napad wspomnianych bólów. Jakoż istotnie wystąpił w nocy niezwykle mocny ból, a wkrótce potem wymioty i obrzmienie górnej okolicy brzucha. W ciągu następnych dni spostrzeżono zaparcie stolca, stała się gorączka, od czasu do czasu majaczenie. Badanie chorego w chwili przybycia do szpitala HOPKINSA w Filadelfii wykryło, że jest to dobrze zbudowany, otyły mężczyzna. Błony śluzowe dobrze zabarwione; język obłożony; ciepłota ciała podniesiona. Chory przygnębiony; władze umysłowe przyćmione. Brzuch wypełniony. Zwracała na siebie uwagę niezwykle wydatność nadbrzusza. Tępość wątroby, zaczynająca się na linii sutkowej od 6 żebra, ku dołowi dochodziła do wysokości pępka, gdzie brzeg jej dawał się dość wyraźnie wymacać. Tuż pod wyrostkiem mieczykowatym odgłos wypukowy mocno bębniasty; przy obmacywaniu owego miejsca otrzymano wrażenie, że leży tu narząd wypełniony gazami. Między tym ostatnim i pępkiem, na miejscu największej wydatności, wyczuwała się głęboko położona, niewyraźnie chęłbocząca masa, nad którą odgłos wypukowy był również bębniasty. Granice masy zaznaczały się niewyraźnie, gdyż na prawo niezupełnie ściśle odgraniczały się od wątroby, zaś na lewo zatracaly się pod łukiem żebrowym. Badanie w położeniu kolanowo-łokciowym nic więcej nie wykryło.

Gorączka i stan ogólny chorego wskazywały ostrą sprawę zapalną wewnątrztrzewną, chęłbotanie zaś zmuszało wybierać pomiędzy ropniem wątroby, ropniem powstałym po przedziurawieniu żołądka lub jelita, wreszcie ropniem będącym w przyczynowym związku z trzustką. Brak ruchomości owej masy przy głębokich ruchach oddechowych, ostra granica wątroby i zupełny brak żółtaczki czyniły rozpoznanie ropnia wątroby mało prawdopodobnem. Ropień kałowy trudniej było wykluczyć, aczkolwiek umiejscowienie było dla niego niezwykle; wywiady bynajmniej nie wskazywały poprzedzającej sprawy wrzodziejacej żołądka lub dwunastnicy.

Natomiast głębokie położenie owej wyczuwalnej masy w zupełności odpowiadało umiejscowieniu trzustki, a wywiady zgadzały się z opisywaniami przez autorów wywiadami przy ostrem zapaleniu trzustki. Torbiel trzustki lub małej sieci dawała się wyłaczyć z powodu nagłego powstania i zapalnych cech guza, jakoteż ogólnego stanu chorego. Ostatecznie zgodzono się na rozpoznanie ostrego zapalenia trzustki, z prawdopodobną rozległą zgorzelą tejże.

Wobec tego przystąpiono do operacji. Cięcie w smudze białej nad pępkiem. Po przecięciu otrzewny zauważono na dnie rany prawy płat jakby zmętniałej wątroby na przestrzeni karty do gry. Po odsunięciu wątroby i żołądka znaleziono przyrośniętą masę tkanki tłuszczowej, na której tu i owdzie dawały się spostrzeżać bądź pojedynczo leżące, bądź zlewające się, małe, nieprzezroczyste guziczki żółtawo-białej barwy. Masa była zrośnięta z wątrobą, żołądkiem i poprzeczną, która przebiegała w dolnym kącie rany.

Ranę wypełniono gazą jodoformową. Następných dni ciepłota ciała pozostawała podniesioną, gdy tymczasem stan ogólny chorego poprawiał się. Owa tłuszczowa masa zmniejszała się, lecz 8 i 9-go dnia po operacji zjawily się nanowo mdłości i majaczenie. Przy zmianie opatrunku 10-go dnia, badając ranę palcem, wykryto w górnym kącie tejże rozległą jamę, wypełnioną gęstą, brunatną ropą i strzępami obumarłej tkanki tłuszczowej. Z owej obszernej jamy, która była oczywiście mniejszą jamą otrzewny (jamą małej sieci? A. L.), wchodził palec następnie do innej, jakby położonej w trzustce. Do jam pozakładano sączki. Dalszy przebieg pooperacyjny był prawidłowy i zupełnie pomyślny. Rana stopniowo pokrywała i wypełniała się dobrą ziarniną, ogólny zaś stan chorego poprawiał się. Po trzech miesiącach chorego opuścił szpital, czując się zupełnie dobrze, z niedużą, dobrze gojącą się raną.

Wydzielina z jamy zawierała ciałka ropne, liczne laseczniki, kryształki kwasów tłuszczowych i znaczną ilość obumarłej tkanki tłuszczowej. Szczepienia na drobnoustroje nie były robione, gdyż operacja wypadła dość niespodziewanie. Nie znaleziono pod drobnowidzem tkanki gruczołowej trzustki. Przy bliższem

badaniu drobnowidzowem owych siałowatych, żółtawo białych guziczków, rozsią-
nnych wśród tkanki tłuszczowej, przy słabem powiększeniu, znaleziono masy kuliste,
czasami nieprawidłowe, zabarwione na słabo zielony kolor. Niektóre z tych mas
wyglądają jednostajnie i przedstawiają pęknięcia poprzeczne lub rozchodzące się
promienisto, przypominając zwyrodnienie hyalinowe mięśni w chorobach zakaź-
nych. Przy użyciu znaczniejszego powiększenia widać, że niektóre z owych mas
składają się z nielicznej ilości drobnutkich, igielkowatych kryształów, gdy tymcza-
sem inne wyglądają jako duże promieniste kryształy, przypominające margaryno-
we. Przy nagrzewaniu mas z zimnym kwasem octowym lodowatym, i ciała je-
dnostajne i kryształy zamieniają się w kropelki tłuszczu, które zlewają się ze sobą.
To samo, tylko daleko prędzej, odbywa się przy zastosowaniu gorącego kwasu
octowego. W absolutnym alkoholu i eterze masy owe nie rozpuszczały się.
20-procentowy roztwór kwasu solnego w 70-procentowym alkoholu działa mocniej,
niż kwas octowy; 10-procentowy roztwór żrącego ługu potasowego na masy nie
oddziaływa.

Kwas szczawiowy, dodany po wystąpieniu działania lodowatego kwasu octo-
wego, tworzy biały osad, powodując połączenie się wapnia tłuszczu ze sobą.

Operacja tedy potwierdziła rozpoznanie: znaleziono ropień w małej jamie
otrzewnowej, któremu początek dała sprawa zapalna trzustki, połączona z rozległą
zgorzelą tłuszczową tejże.

(The Amer. Jour. of the med. sc. 1895. October)

A. Leśniowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GRUBE zauważył znakomitą poprawę
na siłach i w stanie ogólnym chorego na
cukromocz, który przez kilka miesięcy używał
codziennie łyżeczkę sproszkowanej skorupy z
jajka kurzego. W sprzeczności ze stanem o-
gólnym pozostawał fakt, że w moczu stale wy-
stępował cukier (2—3%), a także aceton; ró-
wnież ilość moczu była stale zwiększona. W
drugim przypadku z ciężkimi przypadłościami,
z obfitem wydzielaniem cukru i znacznem osła-
bieniem siły wzroku, chory codziennie przy-
jmował proszek z węglanu (3,5) i fosforanu (0,5)
wapnia. I w tym razie chory znacznie się po-
prawił pod względem stanu ogólnego, zyskała
wadze, pomimo, że w moczu stale występował
cukier w znacznych ilościach i aceton. Siła
wzroku również znacznie się polepszyła. Gr.
wiąże wyniki dodatnie z dostarczeniem ustrojowi
wapnia i zwraca z tego powodu uwagę na ana-
logię, jaka istnieje między rozmiękczeniem kości
i moczuwką cukrową. (Müch. med. Woch.
1895 N. 21).

W. M.

= Według HARE'a, w bardzo wielu przy-
padkach można przerwać zapalenie płuc i wy-
wołać w ten sposób postać poronną. Możliwe
to jest jednak tylko w pierwszym okresie za-
palenia. Wówczas najodpowiedniejszym środ-
kiem jest chinina, jako środek przeciwgorącz-
kowy, przeciwbakteryjny, a jednocześnie wzma-
cniający. Obok tego w pierwszym okresie cho-
roby stosować należy *veratrum viride*, albo
aconitum, dla ich działania kojącego na narzą-
dy krążenia. Jeżeli jednak choroba się już

rozwinęła, w takim razie nie można się niezego
spodziewać od środków powyższych; należy tyl-
ko, o ile można, podążać ustrojowi z pomocą
w walce jego z drobnoustrojami. Nie należy
zbyt wcześnie uciekać się do środków podnie-
cających (*digitalis*, *alcohol*), a zachowywać je
na te chwile, kiedy zaczyna występować osła-
bienie serca. Jeżeli naparstnica działa niedo-
statecznie, w takim razie skutek można wzmo-
cnić przez *tinct. belladonnae* (po 5 kropel co
3 godziny), która wybornie działa na nerwy
naczynioruchowe. Oprócz tego można zasto-
sować strychninę, jako środek podniecający
stan ogólny, a w czasie kryzy można ją z po-
żytkiem połączyć z atropiną. (Therap. Gazette
April 1895)

W. M.

= STOKES występuje przeciwko natychmia-
stowemu stosowaniu przez wielu chirurgów la-
parotomii w każdym ostrem zapaleniu w oko-
licy kiszki ślepej. Operację tę zaleca tylko
przy nawrotach choroby, przy ropniu, a także
przeziurawieniu. W przypadkach ostrych
radzi unikać wszelkich środków miejscowo dra-
żniących; zaleca tylko makowiec przy silnych
bólach, a nadto możliwe zmniejszenie ilości po-
karmów (mleko uważa za nieodpowiednie).
Najważniejszym zadaniem terapii jest wydale-
nie z kiszki mas kałowych za pomocą ławaty;
gdyby zaś one zawodziły, można się uciec do
środków czyszczących, które w przypadkach
z mniej ostrym przebiegiem odrazu mogą być
stosowane. (Brit. med. Journ. VI. 95).

W. M.

= STUMPF przypuszcza, że w *enuresis nocturna* u dzieci ważną rolę odgrywa ciężar moczu zawartego w pęcherzu. Przy zwykłym położeniu dziecka w łóżku głowa i tułów wzniesione są ku górze, wskutek tego mocz prawem ciężkości ciśnie na dolny odcinek pęcherza i znajduje dogodny warunki fizyczne do ujęcia przez kanał moczowy, nie mówiąc już o odruchowym drażnieniu mięśnia wyciskacza. Przez ułożenie dziecka w ten sposób, żeby nogi i miednica spoczywały na wzniesieniu, tułów zaś nieco niżej, osiągając możemy warunki odwrotne: mocz ciężarem swym cisnąć będzie na wyższe odcinki pęcherza i łatwość oddawania moczu będzie znacznie mniejsza. S. zaleca układać małych chorych w pościeli o pochyłości 130—150° z nogami zwróconymi w stronę wyższą, podkładając tylko pod samą głowę małą poduszczkę. Skutek takiego ułożenia dziecka jest zadziwiający; *enuresis* już od pierwszej nocy ustaje w zupełności, S. leczył w ten sposób 12 chorych zawsze z dobrym skutkiem. W większości przypadków już po 3 tygodniach wrócić można do zwykłego ułożenia dziecka w łóżku bez obawy powrotu choroby. Pochylenie pościeli otrzymać można i w ten sposób, żeby kłaść chorego w łóżku zwykłym, a następnie, podkładając pod jedną z par nóg łóżka odpowiedniej wielkości przedmioty, utrzymywać łóżko w należytym pochyleniu. (Münch. med. Woch. 24. 95)

W. Z.

= BARATIERS leczy zapomocą wzięcia bromoformu krwiopłucie i krwotoki płucne w krztuścu. Metodę tę stosował w 127 przypadkach. Do wzięcia używa roztworu 1 ctm. bromoformu na 1000 ctm. wysokości. Wzięcia rozpoczyna w parę godzin po pierwszym krwotoku i stosuje po 5 minut co 2 godziny w ciągu 2 dni. Roztwór bromoformu, uprzednio ogrzany do 50° C., w ilości mniej więcej szklanki nalewa na talerz. Dziecko nychyła się nad nim i wdycha wydzielającą się parę przez 5 minut. Podobne wzięcia nie tylko wkrótce usuwały krwotoki, lecz jednocześnie wywierały wpływ dobroczynny na przebieg samej choroby. (La méd. moderne 5 X. 95).

W. M.

= GORDON NORRIE (Kopenhaga) tak zwane żółtawe choroby oczu u dzieci (zapalenie brzoju powiek, zapalenie przyszykowe łącznicy i rogówki) stawia w związku z obecnością wszy na głowie. Zarażenie oczu powstawać ma nie przez przeniesienie drażniącej wydzielinę wszy do oka, ale przez to, że na złuszczeniach naskórki, powstałych z drapania, tworzą się owrzodzenia ropne, skąd drobnoustroje przenoszone bywają do oczu palcami chorych. N. twierdzi, że gdyby nawet badania, prowadzone na szerszą skalę, nie potwierdziły jego mniemania, to i tak odda się wielką usługę dzieciom, uwalniając je od wszy. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Październik 1895).

Wiadomości bieżące.

— Dr. KORTRIGHT na zasadzie 450 spostrzeżeń nad lekarzami w Nowym-Yorku, ogłosił dane co do śmiertelności i przyczyn śmierci pomiędzy lekarzami. Średnia długość życia w ciągu ostatnich 8 lat pomiędzy lekarzami = 54 6/10 lat, śmiertelność = 25,53. Samobójstwa były 4 razy częstsze, aniżeli pomiędzy innymi osobnikami, — najczęściej otrucie. Z chorób, najwięcej rozpowszechniona jest *arteriosclerosis* 35%, gdy tymczasem u osobników, oddających się innym zajęciom, = 25%. Zmiany w naczyniach wyżej wymienione przypisuje autor nieprawidłowemu i niespokojnemu życiu większości lekarzy.

— Dane statystyczne co do wpływu i znaczenia surowicy przeciwbłoniczej, zebrane na żądanie rządu pruskiego, dostarczone zostały przez 1349 lekarzy o 6626 przypadkach, z których 2400 leczono w szpitalach; z ilości ogólnej chorych zmarło 12,9%, wyzdrowiało 86,5%

(reszta była jeszcze w leczeniu). Śmiertelność w szpitalach większa, aniżeli w praktyce prywatnej, i równa się 19,5%.

— Uroczystość obchodu stoletniej rocznicy założenia chirurgicznego instytutu Fryderyka Wilhelma w Berlinie odbyła się d. 2 grudnia r.b.

— Towarzystwo lekarzy weterynaryi d'Eure-et-Loir postanowiło zbierać składki na pomnik dla PASTEUR'a na jednym z placów w Chartres.

— XVI zjazd balneologiczny odbędzie się w marcu 1896 roku w Berlinie.

— W Paryżu zaczęło wychodzić nowe czasopismo pod tytułem *L'Indépendance médicale*, pod redakcją S. BERNHEIM'a i E. LAURENT'a.

— O 1 dnia 23—30 listopada w Petersburgu zachorowało na cholereę azjatycką osób 47, zmarło — 14; w gub. Wołyńskiej od 10—16 listopada zachorowało osób 220, zmarło zaś 110; w powiecie Berdyczowskim od dnia 10—16 listopada zachorowało osób 72, zmarło 26.