

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O ciałach obcych metalicznych w oku, napisał B. R. Gepner (syn). — **Streszczenia i wyciągi.** 103. Badanie zgłębnikiem odzwierniaka przez usta u ludzi. — 104. Leczenie zapalenia nerek u ciężarnych. — 105. W sprawie otrzymywania surowic leczniczych. — 106. O samolistnych ropniach pozagardzielowych. — 107. Zatrucie bromoformem. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 30 czerwca r. b. — **Z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie** odbytego dnia 13, 14 i 15 lipca r. b. — **Wystawa higieniczna.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. R. Gepner—Sur les corps étrangers métalliques dans l'oeil.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. R. Gepner—Ueber metallische Fremdkörper im Auge.

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

O ciałach obcych metalicznych w oku,

napisał B. R. GEPNER (syn).

Ciała obce metaliczne dostają się do oka najczęściej przy pracy ślusarskiej, tokarskiej i t. d., wogóle u robotników fabryk i warsztatów. Jeżeli przy obrabianiu metalu odłamki i okruchy jego odskakują w różnych kierunkach, wpadają i do oka, które często, szczególnie przy wykonywaniu roboty drobnej i wymagającej ścisłości, znajdować się musi blisko narzędzia.

Od siły uderzenia i wielkości odłamek metalu zależy przedewszystkiem jakość obrażenia. Bardzo drobne odłamki, tak zwane ogólnie przez robotników „zendry“, są kruche, przytem lekkie, a przez to nie uderzają z wielką siłą. Jeśli taka okruszyna trafi łącznicę gałki ocznej, rzadko w niej więźnie, na chwilę tylko przylega, a przez ruch powiek albo całkowicie z oka zostaje usunięta, albo dostaje się pod powiekę, wywołując więcej lub mniej przykre, nieznaczne zresztą w skutkach podrażnienie mechaniczne oka.

W rogówce drobne te ciała obce pozostają daleko łatwiej, więznąc wśród jej nabłonka, a nawet w leżącej pod nim błonie Bowman'a. Uderzenie samo już jest bolesne, wywołuje uczucie klucia, światłowstręt i łzawienie, nieraz nastrzyknięcie naczyń okołorogówkowych w najbliższym miejscu obwodu; im dłużej odłamek metalu tkwi w oku, tem więcej potęgują się objawy. Nie potrzeba nawet do tego, żeby ciało obce wniosło ze sobą jakiś zarazek, gdyż podrażnienie to powstaje wskutek mechanicznego działania na zakończenia nerwów czuciowych w rogówce, które są gałązkami V pary (n. trójdzielny).

Jeżeli uderzenie nie było zbyt silne, a sam okruszek metalu, mały i jałowy uwiązł powierzchownie w nabłonku, objawy podrażnienia mogą być nieznaczne; dzień cały i dłużej człowiek może nie wiedzieć, że mu coś w oko wpadło;

dopiero wystąpienie wspomnianych objawów kieruje go do lekarza, który ich przyczynę odnajduje, a wydobywszy ciało obce, przez to samo usuwa objawy podrażnienia. Jaka jest przyczyna tych późnych objawów, odpowiedzieć trudno, najprawdopodobniej jest to odczyn ustroju na obecność ciała obcego.

Gorzej bywa, gdy ciało obce wniosło ze sobą zarazek (zakażenie pierwotne), albo też jeśli na obnażonym przez nie z nabłonka miejscu rogówki zasiały się drobnoustroje ropne (zakażenie wtórne), często znajdujące się w zdrowym zupełnie worku łącznicowym i na brzegu powiekowym, a co gorzej, jeśli oko lub worek łzowy był siedliskiem sprawy zapalnej ropnej: tak nieznaczne obrażenie może mieć następstwa poważne. Objawy podrażnienia, tak podmiotowe, jak i przedmiotowe, wzrastają, bóle wzmagają się, promieniując na okolicę oka, skroni i czoło; naokoło ciała obcego ukazuje się rąbek białawy, rogówka w jego najbliższej okolicy traci swój połysk, mętnieje, łącznica gałki ocznej i powiek jest nastrzyknięta, ukazuje się wydzielina śluzo-ropna i t. d. Do tego przyłączyć się może zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, a jeśli zakażenie było bardzo złośliwe, tworzy się coraz rozszerzające się owrzodzenie rogówki, a w komorze przedniej powstać może osad ropny (*hypopyon*). Wogóle niepodobna określić granic, do jakich doprowadzić może zakażenie, przez tak nieznaczny uraz wywołane: zropienie całej gałki, a zatem utrata wzroku może być jego skutkiem.

Rozpoznanie obecności ciała obcego w rogówce nie przedstawia wogóle wielkich trudności. Już gołym okiem można je dostrzedz; gdy jednak jest ono bardzo małe, a przytem umieszczone wprost źrenicy lub na tle bardzo ciemno zabarwionej tęczówki, zmuszeni jesteśmy nieraz uciekać się do oświetlenia bocznej zapomocą lupy i rozpatrywać powierzchnię rogówki przez soczewkę powiększającą.

Gdy zgłasza się do nas chory, podając, że ma oko „zaprószone“, niezawsze udaje się nam znaleźć ciało obce, a to dlatego, że może go nie być wcale. Albo było i ze łzami wypłynęło, pozostawiając tylko podrażnienie, albo, uderzywszy rogówkę, złuszczyło na większej lub mniejszej przestrzeni jej nabłonek i odskoczyło z powrotem. Skutki zresztą będą wówczas te same. Dla rozpoznania tych drobnych powierzchownych obrażeń rogówki polecano wkraplanie na nią roztworu fluoresceiny, która barwi natychmiast miejsca pozbawione nabłonka; jest to jednak najzupełniej zbyteczne: przy uwadze — niedopatrzyć ciała obcego prawie niepodobna. Zdarza się też bardzo często, że chorzy uparcie twierdzą, że im „coś“ wpadło do oka, gdy rozpoczyna się u nich jakaś sprawa zapalna, przyczem wskutek przekrwienia łącznicy stałe ma się uczucie obecności ciała obcego pod powieką.

Jak często więzną ciała obce w rogówce, może wykazać stosunek tych przypadków do ogólnej liczby nowych chorych ambulatorium Instytutu Oftalmicznego. I tak np. w r. 1891 na 5951 chorych nowych były 373 przypadki ciał obcych w rogówce, co stanowi 6,42%; w r. 1895*) stosunek był podobny: na 6,855 chorych 458 ciał obcych, czyli 6,68%.

*) Dwa lata nie kolejne wzięto dla porównania, by otrzymać znaczniejszą różnicę w ogólnej liczbie nowych chorych.

Chorzy tej kategorii pod względem zajęcia dzielą się jak następuje:

	Oko prawe.		Oko lewe.		Razem.	
	r. 1891	r. 1895	r. 1891	r. 1895	r. 1891	r. 1895
Ślusarze	78	89	79	96	157	185
Tokarze żelazni . .	19	32	40	39	59	71
Mechanicy	8	4	6	7	14	11
Kowale	7	18	6	15	13	33
Szlifierze	4	1	7	3	11	4
Kotlarze	5	16	3	4	8	20
Młynarze	3	1	4	2	7	3
Nożownicy	3	3	1	2	4	5
Gwoździarze	—	1	3	5	3	6
Giserzy	—	1	3	3	3	4
Różni	—	—	—	—	86	115

Do ostatniej rubryki zaliczeni zostali najemnicy bez stałego rodzaju zajęcia i osoby, którym wydobyto z rogówki różne ciała obce, nie zawsze metaliczne, które nas w tej chwili mniej obchodzą.

Niektórzy autorowie twierdzą, że oko lewe bywa częściej zranione, niż prawe. Za dwa lata, obliczone tutaj, otrzymaliśmy dla oka prawego liczby 127 i 165, dla lewego 152 i 176. Liczby te jednak są zmałe jeszcze do wniosków, czego dowodzą znaczne ich wahania. Gdy bowiem w roku 1891 otrzymujemy dla oka lewego przewagę 25 na 279 przypadków, to w roku 1895 tylko 11 na 328. Obliczenie tego stosunku, oparte na znacznie większej liczbie przypadków, pozostawiam sobie na przyszłość.

Rzecz prosta, że pierwszym wskazaniem w przypadku obecności ciała obcego w rogówce lub łącznicy jest jego usunięcie. W tym celu po znieczuleniu oka zapomocą paru kropel roztworu kokainy (roztwór 2% jest zupełnie wystarczający), palcami lewej ręki unieruchamiamy powiekę, prawą zaś zapomocą odpowiedniej igły usuwamy ciało obce.

Właściwie każdy instrument o wązkim, płaskim, a niezbyt ostrym końcu nadaje się do tego zabiegu; najwygodniejszy jest jednak rodzaj wyłobionego dłutka, który daje się doskonale doprowadzić pod okruch utkwiony w rogówce. Jeżeli ciało obce żelazne tkwiło w rogówce dość dawno, po wyjęciu go spostrzegamy, że pozostała po niem jamka pokryta jest brunatną rdzą. Należy ją także usunąć, bo podtrzymuje podrażnienie. Czasem łatwiej bywa usunąć ją nazajutrz, gdyż łatwiej się oddziela wraz ze zniszczonym nabłonkiem, w którym się znajduje.

Igła powinna być czysta w znaczeniu chirurgicznym, t. j. odkażona, aby nie zakaziła ranki; dlatego najodpowiedniejsze są *ad hoc* wyrabiane z mieszaniny *iridium* i platyny, dające się wyjaławiać w płomieniu lampki spirytusowej.

Jeżeli oko nie przedstawiało oznak zapalnych, a przy wydobywaniu ciała obcego nie zniszczono nabłonka na większej przestrzeni, nakładanie opaski nie jest konieczne; polecamy tylko choremu przemywać sobie oko wodą przegotowaną i unikać kurzu, a więc wstrzymać się od pracy przez jeden dzień. Gdy ciało obce tkwiło tylko w nabłonku, nie pozostawia ono po sobie śladu, jeżeli zaś zniszczona została błona BOWMAN'a albo i miąższ rogówki, pozostaje trwała, większa lub mniejsza plamka, t. j. blizna, nieraz wzrok osłabiająca.

Inaczej jest, gdy zaszły jakieś komplikacje i pozostało owrzodzenie w miejscu rany; wymagają one odpowiedniego postępowania, nie różniącego się od zwykłych sposobów leczenia owrzodzeń rogówki.

Mówiliśmy dotąd o ciałach obcych najmniejszych, nieraz niedających się ani zmierzyć, ani zważyć. Jeżeli odłamek metalu był twardy i większy, zaczynając już od wagi 1 miligrama, może większą krzywdę oku wyrządzić. I tu zależy uraz od siły rzutu i od wagi i ostrości ciała obcego, przytem nie jest obojętne, jaki był metal. Gdy żelazo, złoto, srebro, ołów są nieraz doskonale przez tkanki znoszone, nie wywołując odczynu zapalnego, jeśli rana nie została zakażona, to miedź już sama przez się, choćby była jałowa, wywołuje ropienie.

Zależnie od siły rzutu, większy odłamek żelaza może przebić łącznicę gałkową i uwieźnąć w białkówce, lub też przebić i tę błonę, dostać się do wnętrza oka i utkwic w przeciwległej jego ścianie, a nawet przebić ją i wyjść z oka do tkanki oczodołowej. Na tej drodze rani ono oprócz łącznicy białkową, naczyniówkę, siatkówkę, względnie ciało rzęskowe, i ciało szkliste.

Jeśli odłam metalu trafia w rogówkę, może się w niej zatrzymać lub przedostać się do komory przedniej, zranić tęczęwkę, soczewkę (tę ostatnią nie zawsze, gdyż, idąc ukośnie, może przejść przez więzadło Zinn'a, między ciałem rzęskowym i soczewką, nie dotknąwszy jej), a jeśli je przebije, rani tkanki wnętrza oka. W każdej z tych błon, zarówno jak i w soczewce, ciało obce może pozostać.

Przy większych ciałach obcych jeszcze ważniejszym jest, czy nastąpiło zakażenie rany, czy nie. Przy ranach powierzchownych, jakimi zwykle bywają zadane drobniutkiami „zendrami“, zakażenie może pozostać miejscowem; przy ranach drążących oka, ciało obce wywołuje tworzenie się ropnia w ciele szklistem, niszczącego całkowicie wzrok. Oprócz wyżej zaznaczonych dróg zakażenia (pierwotne przez samo ciało obce, lub wtórne— wobec istniejących zarazków w oku), należy tu brać pod uwagę jeszcze trzecią. Jeżeli skaleczenie było cięższe, już dla niewprawnego oka odrazu widoczne, jeśli przytem był krwotok, poszkodowany lub ktoś z jego towarzyszków zaraz oko ogląda, a często obwiązuje tem, co ma pod ręką, więc chustką od nosa lub po prostu jakimś kawałkiem szmaty, najczęściej zmoczonej, bardzo rzadko czystej, a nigdy nie wyjałowionej, a więc do opatrunku rany drążącej oka wcale nieodpowiedniej; w dodatku ręce opatrujące bywają zwykle brudne: tą drogą zakażenie powstaje bardzo często.

Skutki rany drążącej oka, przez ciało obce zadanej, bywają rozmaite. Jeżeli rozdarta została tylko łącznica, a białkówka drażnięta, lecz nie przebita, niebezpieczeństwo jest nieznaczne. Po usunięciu ciała obcego rana goi się bardzo szybko. Przy głębszej ranie, obejmującej naczyniówkę, siatkówkę i ciało szkliste, skutki bywają poważniejsze. Następuje krwotok z naczyniówki do ciała szklistego, albo między naczyniówką i siatkówką, a jeśli jest obfity, odluszcza tę ostatnią na mniejszej lub większej przestrzeni. Wielkość ciała obcego gra tu główną rolę. Nawet bez przebiccia białkówki może nastąpić taki krwotok naczyniówkowy wskutek rozerwania jej naczyń, jeśli uderzenie było bardzo silne. Przy nadzwyczaj silnych uderzeniach, np. przy postrzałach śrótem z odbicia lub z odległości tak znacznej, że śrót już nie miał siły przebić oko, często zdarza się, że tylko łącznica jest rozdarta (i to nie zawsze), pod nią znajduje się znaczne wynaczynienie, białkówka jest cała, a je-

dnak naczyniówka pęka, krew wylana oddziela siatkówkę albo przerywa ją, przesiąka ciało szkliste—i oko traci odrazu lub stopniowo wzrok, pomimo to, że śrót do wnętrza nie przeniknął. Zaznaczyć tu ubocznie należy, że im drobniejszy śrót, tem łatwiej przebija białkówkę. Przy nie tak ciężkim postrzale, gdy niema krwotoku do ciała szklatego, możemy nieraz przy pomocy wziernika ocznego stwierdzić ciekawe zjawisko, że krwotok podsiatkówkowy może powstać nie w miejscu uderzenia, ale w przeciwnej, tylnej ścianie oka—*par contre-coup*. Na razie wzrok jest mocno upośledzony, ale przy odpowiedniemu leczeniu (przedewszystkiem leżenie w łóżku, bandaż na oko, środki napotne), sprawa przechodzi często bez wpływu na wzrok, o ile naczyniówka nie jest rozerwana.

Jeżeli rana, zadana oku przez ciało obce, dotknęła jego części przezroczyste, rogówkę i soczewkę, skutki są następujące. Rana, przenikająca do miąższu rogówki, zawsze pozostawia po sobie białą, nieprzezroczystą bliznę, osłabiającą wzrok, jeśli leży wprost źrenicy. Gdy rana rogówki jest duża, więcej rozerwana, niż cięta, wypływa przez nią natychmiast ciecz wodna, porrywając ze sobą tęczówkę, która wypada na zewnątrz i więźnie w ranie. Jest to komplikacja bardzo ciężka. Pomijając już to, że rana, wywołująca wypadnięcie tęczówki, często czyni w oku większe spustoszenie, uwięźnięcie tęczówki w ranie ułatwia zakażenie wtórne, a przytem może wywołać w następstwie inne, niemniej ciężkie powikłania. Rana tęczówki, o ile nie jest zakażona, nie powoduje koniecznie stanu zapalnego, nie pogarsza stanu oka. Zdarzyło mi się wyjmować ciało obce, leżące w tęczówce, a nawet w dwóch świeżych przypadkach odprowadzić wypadłą tęczówkę po rozszerzeniu rany, a nazajutrz oko nie było podrażnione i przedstawiało się prawidłowo, komórka bywała utworzona, rana sklejoną, a chory, nie czując bólu, dziwił się, że mu się jeszcze nakłada opaskę. Dużo częściej jednak trzeba obciąć wypadłą tęczówkę.

Rana soczewki,—wszystko jedno, czy ciało obce przecięło tylko torebkę, czy uwięzło w jej wnętrzu,—wywołuje tworzenie się zaćmy urazowej*), skutkiem czego wzrok szybko słabnie, aż do zdolności rozróżniania światła. Jeżeli zaćmę taką usunięto drogą operacyjną, oko wzrok odzyskuje, ale nie pod względem praktycznym, bo okularów, koniecznych do dobrego widzenia po wydobyciu zaćmy, nie może używać ten, kto ma drugie oko nie pozbawione soczewki i widzące. Korzyść z nieuniknionej zresztą operacji jest więc tutaj względna, bo choć i bez odpowiedniego szkła chory widzi przedmioty, z boku oka operowanego będące, ale widzi niewyraźnie.

Jeżeli ciało obce, wtargnąwszy przez rogówkę do oka, nie pozostaje ani w niej, ani w tęczówce, ani w soczewce, ale przenika dalej, rana, przez nie zadana, oprócz utworzenia zaćmy, pociąga za sobą te same dalsze skutki, jakie bywają po przejściu jego przez białkówkę.

Wszelkie rany ciała szklatego są zawsze poważne. Ciało szkliste nie jest cieczą, lecz tkanką, choć bardzo luźną, a więc rana jego prowadzi do tworzenia się blizny, która, kurcząc się, może spowodować oderwanie siatkówki.

*) W wyjątkowych przypadkach małe ciało soczewki może się zagoić, zostawiając tylko nieznaczne ograniczone zmętnienie miejscowe.

Na szczególne uwzględnienie zasługują jeszcze rany ciała rzęskowego. Wywołują one często ciężkie zaburzenia, a częściej, niż inne rany oka, są powodem owej strasznej, a jak dotąd niezupełnie jeszcze jasnej sprawy, t. zw. współczulnego (sympatycznego) zapalenia drugiego oka, które może doprowadzić do całkowitej utraty wzroku.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

103. F. KUHN. **Badanie zgłębnikiem odźwiernika przez usta u ludzi.** Odkrycie świeżo dokonane przez d-ra F. KUHN'a, asystenta kliniki chirurgicznej w Giessen, prawdopodobnie znajdzie zastosowanie w medycynie wewnętrznej, jakoteż i chirurgii. KUHN wynalazł zgłębnik, składający się ze śruby metalowej w pochwie kauczukowej. Zgłębnik ten może być z łatwością wprowadzony do odźwiernika, a nawet i dalej, jeżeli, po wprowadzeniu go do żołądka, robić ruchy rotacyjne. Jako nadzwyczaj giętki przy ruchach rotacyjnych, wykonywa ruchy robaczkowe, dające możność sięgnąć do wszystkich zagłębień, a końcem zgłębnika wejść do otworu odźwiernika bez przeszkody.

Do zbadania kanału pokarmowego KUHN używa przyrządu tego rodzaju długości 2-ch metrów, który przez przełyk z łatwością wprowadza się do żołądka, wzdłuż dużej krzywizny przeslizguje się do odźwiernika, przechodzi przez otwór tegoż do dwunastnicy i kiszek cienkich. Że tak jest rzeczywiście, o tem przekonują nas dokładnie doświadczenia, robione nie tylko na zwierzętach, których jama brzuszna była otworzona, lecz i na ludziach, zgłębnikiem śrubowym długości 70 ctm., którego dolny koniec był zaopatrzony w gruszkę kauczukową (balon), wielkości pięści dziecka. Gruszka owa, umieszczona w kanale rurki, komunikuje się z nim i może być nadęta zapomocą insuflatora.

Przyrząd ten, po uprzednim opróżnieniu balonu, wprowadza się poniżej wpustu, poczem nadyma się gruszkę. Ponieważ gruszka dobrze się wyczuwa przez ściany brzuszne, łatwo więc się przekonać, jak przy wprowadzaniu przyrządu wyczuwa się ją kolejno: w lewym podżebrzu, na dużej krzywiznie, około pępka, a następnie w prawym podżebrzu, gdzie trafia na przeszkodę, mianowicie odźwiernik, przez otwór którego nie może przejść; przy odprowadzaniu zaś zgłębnika, gruszka odbywa w odwrotnym porządku tą samą drogę, a więc z prawego podżebrza po dużej krzywiznie do wpustu, którego przejść nie może i tu się zatrzymuje. W ten sposób można ściśle określić położenie wpustu, odźwiernika, dużej krzywizny, a nawet zrobić wymiary ich z większą łatwością i dokładnością, niż przy badaniu zaleconem niedawno przez J. BOAS'a (wyczuwanie przez ściany brzuszne twardego zgłębnika). Jeżeli gruszkę pozostawimy nie nadętą, wówczas kiedy dosięgła odźwiernika, możemy, uciskając przez ściany brzuszne, zauważyć, z jaką łatwością zgłębnik posuwa się dalej. Po przejściu odźwiernika, gruszkę nadymamy nanowo. Wyczuwa się ona wyraźnie w prawym podżebrzu, a przy wyjmowaniu zgłębnika z powrotem, zatrzymuje się u odźwiernika i dopiero po opróżnieniu gruszki przechodzi przez odźwiernik.

Dla określenia położenia zgłębnika w przewodzie pokarmowym, można uciec się do nadęcia powietrzem lub nalania wodą różnych odcinków kiszek, dokąd przeniknął koniec przyrządu.

O położeniu przyrzędu często można upewnić się przez wymacywanie. Jakoż KUBN, badając osobnika z przepukliną brzuszna na miejscu blizny po przecięciu ropy okołowystkowego, mógł wyczuć wyraźnie przez skórę zgłębnik, którego większa część znajdowała się z prawej strony pępka. Zgłębnik trzymał się ściśle kierunku pętlic kiszkiowych aż do *fossa iliaca*.

Zastosowanie praktyczne widoczne jest z tego, co się wyżej powiedziało. Należy przypuszczać, że takie postępowanie oddać może rzeczywiste usługi dla celów rozpoznawczych i leczniczych w różnych cierpieniach żołądkowo-kiszkiowych, jak np. rozstrzeni skutkiem stopniowego bliznowego zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy, zwężenia kiszek. Możliwem się staje stosowanie leków na miejsca cierpiące kiszek z pominięciem żołądka i t. d.

(*La semaine médicale*, 37, 1896 r.).

Czesław Sadkowski.

104. A. MYNLIFF. **Leczenie zapalenia nerek u ciężarnych.** Opierając się na całym szeregu własnych spostrzeżeń, przychodzi autor do wniosku, że zapalenie nerek u ciężarnych nie należy do rzadkości, że występuje daleko częściej, niż to zazwyczaj podaje większość podręczników. Przedewszystkiem, co się dotyczy środków zapobiegawczych, to, zdaniem autora, u dotkniętych przewlekłym zapaleniem nerek stanowczo wskazane jest zapobieganie ciąży, bądź drogą wstrzymywania się od stosunków płciowych, bądź zapomocą *pessarium ocllusiveum*, nigdy jednak przez spółkowanie przerywane (*congressus interruptus*). Jeżeli sprawa dotyczy pi-nien, stanowczo zabronić należy im zamążpójścia.

Co się dotyczy właściwego leczenia zapalenia nerek u ciężarnych, to tu uwzględnić należy dwa pytania: 1) czy mamy do czynienia z ostrem, czy też z przewlekłym zapaleniem i 2) kiedy nasza interwencja jest potrzebną?

Przy ostrem zapaleniu nerek leczenie nie przekracza granic, zakreślonych medycyną wewnętrzną. Tylko w razie pojawienia się zapalenia w ciągu pierwszych miesięcy ciąży, należałoby wywołać poronienie sztuczne; wprzód jednak nie zawadzi raz jeszcze przeprowadzić wyłącznie leczenie mleczne; jeżeli jednak w ciągu 8-iu dni żadnych widocznych nie osiągniemy skutków, wówczas należy „*lege artis*” wywołać poronienie. Również i w tych przypadkach, w których z góry przewidzieć można że okoliczności nie pozwolą chorym przystosować się do przepisów higieniczno-leczniczych, uważa autor wywołanie poronienia za słusniejsze, niż narażanie matki na ciągle niebezpieczeństwo, tembardziej, że donoszenie płodu w tych warunkach jest nieprawdopodobne. Płód zazwyczaj umiera w macicy czy to dlatego, że zapalenie nerek wywołuje w większości przypadków krwotoki śródmiąższowe w tkance łożyska, które niszcząc kosmówkę, upośledzają wymianę gazów i śmierć płodu, czy też wskutek zatrucia krążącym we krwi matki jadem. Wreszcie krwotoki, występujące przy zapaleniu nerek pomiędzy macicą a łożyskiem, już same przez się wywołać mogą poronienie.

Jeżeli zapalenie nerek rozwija się w późniejszym okresie ciąży, wówczas ważność przypadłości stanowi wskazówkę leczniczą. Ponieważ większość kobiet nie wie o swoim cierpieniu, objawy zaś poważne kładzie na karb ciąży, można więc z góry przewidzieć, że sprawa chorobowa w chwili szukania pomocy lekarskiej dosięgła już wysokiego stopnia. Pomijając znane powszechnie przypadłości zapalenia nerek, zwraca autor uwagę na to, iż nie należy nigdy zaniedbać ilościowego określenia białka oraz drobnowidzowego badania moczu, nie tyle dla rozpoznania samego, ile dla określenia skuteczności tej lub owej metody leczniczej. Dyeta i warunki higieniczne powinny zająć pierwsze miejsce. Względnie do stopnia rozwoju cierpienia zalecamy dyetę mieszaną lub wyłącznie mleczną. Ta ostatnia wskazana

jest przy dużej zawartości białka w moczu i przy groźących objawach mocznicy. Chore znoszą dyetę mleczną przez dłuższy przeciąg czasu dobrze, ilość białka zmniejsza się, a ilość wydzielanego moczu wzrasta. Mleko, obok działania leczniczego, posiada nadto znaczenie zapobiegawcze przeciw napadom mocznicowym. Jeżeli jednak istnieje obawa napadów uremicznych, radzi VINAY przy dyecie mlecznej stosować 4—5 grm. chloralu dziennie. Ażeby podnieść moczopędne działanie mleka i aby uczynić je łatwostrawnem, dodajemy zazwyczaj tę lub inną wodę mineralną: Vichy, Fachingen, Vals i t. p. Przy niechętnym zaś przyjmowaniu mleka, dodajemy kilka kropel *aq. amygd. amar.*, koniaku lub araku. Następnie leczenie mleczne połączyć można ze środkami moczopędnymi, zwłaszcza przy opuchlinach. Nadto pamiętać należy o regulowaniu wypróżnień stolcowych, gdyż zaparcie stolca wywołać może samozatrucie ustroju. Wychodząc z tego ostatniego założenia, zaczęto we Francji ostatnimi czasy stosować środki dezynfekujące kiszkę, jak benzonaftol, salol, rezorcynę, mentol. Do tejże kategorii zaliczają *strontium*, który oprócz własności niszczenia toksyn, posiada nadto własności moczopędne. Podajemy go w roztworze 25 : 150, 3—4 razy dziennie po łyżce stołowej. Obok środków moczopędnych, posiadamy jeszcze w środkach napotnych znakomitą broń przeciw objawom opuchlinowym. Bliżej zasługują tu na polecenie środki napotne, jak: *fol. jaborandi*, *pilocarpinum*, *natr. salicyl.* i t. p., natomiast szczególnie się tu nadają procedury hydropatyczne. Nader pożądaný skutek osiągamy zapomocą kąpeli ciepłych, które zaczynamy od 37° C., podnosząc stopniowo do 42° i pozostawiając w tej ciepłocie chorą 25—30 minut. Po kąpeli owijamy jeszcze chorą w wełniane kołdry, na głowę zaś stosujemy zimne okłady. O skuteczności pomienionych kąpeli przekonał się autor niejednokrotnie. Tam, gdzie ich stosować nie można, czy to dla braku wanny, wody lub miejsca, czy też z braku odpowiedniej pomocy, pewne usługi oddać mogą zawijania w koce. Niemniej korzystnymi okazały się parówki, pod najrozmaitszą stosowane postacią. Dla chorych obłożnie obmyślili specjalne łóżko z kąpielą parową prof. ZUELZER i PUELLES.

Zadaniem powyższego leczenia jest powrócenie drożności nerek i wydalenie krążących we krwi toksyn, co, według ROSENSTEIN'a, w rzeczywistości osiągnięte być może.

ROBIN, JACCOUD i MASSEN wskazaniom pomienionym czynią zadość przez wdychanie tlenu, po 30 litrów dziennie. Przy zwiększającym się białkomoczu JACCOUD powiększa ilość podawanego tlenu. Jeżeliby jednak leczenie rzeczzone żadnego nie przyniosło pożytku, ilość wydzielanego moczu zmniejszała się, a białka zwiększała, jeżeliby występowały objawy mocznicy lub nawet rzeczywisty jej napad, wówczas należy główną zwrócić uwagę na zwiększenie dyurezy. W tym celu PORAK i BERNHEIM zastrzykują podskórnie roztwór soli kuchennej w stosunku 7 1/2 *pro mille*, po uprzednim wyjałowieniu roztworu, w ilości 500—1000 grm. w udo lub brzuch. W 4-ch przypadkach białkomoczu u ciężarnych i 5-iu drgawek wynik był znakomity.

FERRÉ łączy leczenie to z upustem krwi ogólnym, którego następstwa (zmniejszenie ciśnienia krwi) znosi bezpośrednio po *venaesectione* zastrzyknięciem roztworu soli kuchennej. Metoda PORAK'a i BERNHEIM'a zapożyczona została od SAHLI'ego, który stosował ją w mocznicy i stanie durzycowym. Przeciwwskazanie stanowi obrzęk płuc lub skłonność do niego, wada zastawkowa serca oraz znaczny obrzęk.

To, co miarodajne jest w leczeniu ostrego zapalenia nerek, w wielu kierunkach da się zastosować również i do postaci przewlekłej, w której sprawa przerwa-

nia ciąży jest daleko donioślejszą, zarówno przez wzgląd na życie matki, jak i płodu. Zestawiając to wszystko, podaje autor wnioski następujące:

W przewlekłym zapaleniu nerek uważa autor sztuką wywołane poronienie za wskazane ze względu na wzrastające niebezpieczeństwo, grożące życiu matki, szybszy rozwój sprawy chorobowej, dużą skłonność do krwotoków i poronienia, jakoteż na małą pewność donoszenia płodu.

W późniejszych miesiącach ciąży sztuką wywołany poród przedwczesny wskazany jest w okresie najbardziej sprzyjającym życiu dziecka, jeżeli, rozumie się, doświadczenie nie nauczyło, że zamieranie płodu zwykło następować w pewnym określonym czasie. W tych przypadkach należy interweniować przed tym terminem. Nie trzeba jednak zapominać, że życie matki pod każdym względem wyżej cenić winniśmy, niż życie płodu.

Że poród przedwczesny, sztuką wywołany, nietylko ze strony prawnej jest wskazany, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Kiedy jednak i przy jakich okolicznościach dokonać go trzeba, tu zdania autorów są różne.

(*Der Frauenarzt. Z. 1. 1896 r.*).

A. F.

105. DZIERZGOWSKI. **W sprawie otrzymywania surowic leczniczych.** W pracy niniejszej autor podaje dawniejszy sposób otrzymywania surowicy przeciwbłoniczej i obecny, oraz różnice pomiędzy nimi.

Dawniej krew, spływającą z żyły szyjowej, zbierano przez metaliczną rurkę w połączeniu z gumową w półlitrowe cylindry, uprzednio wyjałowione i przykryte gumowymi kapkami. Ściany cylindrów przed użyciem były zwilżane niewielką ilością 20% roztworu soli kuchennej, a po napełnieniu krwią stawiano je w ciemnym miejscu przy 4° C. Krew powoli krzepnąc wydziela surowicę, którą zlewano w przeciągu 3-ch dni.

Sposób ten jest niedokładny; niedokładność jego polega: 1) na małej wydajności surowicy; 2) na niejednostajności krzepnięcia krwi i wydzielania surowicy; 3) na niezupełnym wydzielaniu się włókienka i 4) na trudności utrzymania niskiej ciepłoty, szczególniej latem, i dość częstem zanieczyszczaniu się surowicy podczas jej zbierania.

Przy tym sposobie otrzymuje się surowicy od 15 do 40%, co zależy z jednej strony od własności fizycznych skrzepu, z drugiej zaś od stosunku osocza do morfologicznych składników krwi.

Te dwa czynniki wystąpią wyraźniej, jeżeli rozpatrzmy warunki fizyczne wydzielania się surowicy ze skrzepu. Przy krzepnięciu krwi z jej osocza wydziela się włóknik, tworząc jakby gąbkę, w porach której zawarta jest surowica i morfologiczne składniki krwi. Przy dłuższem staniu włókna włókienka tracą swą sprężystość, kurczą się, objętość por zmniejsza się, oprócz tego zmniejsza się siła przyciągania pomiędzy surowicą a cieńszymi, zbitymi włóknami włókienka. Zjawisko to powoduje wydzielanie się surowicy. Zrozumiałem jest, że z jednakowej objętości skrzepów ten wydzieli więcej surowicy, w którym utworzyły się przy krzepnięciu krwi dłuższe włókna, albowiem kurczliwość ich będzie silniejsza. Na tej podstawie można przypuszczać, że krew, która wydziela więcej włókienka, t. j. tworząca włókna krótsze, wydzieli mniej surowicy od krwi, zawierającej mniej włókienka, t. j. tworzącej dłuższe włókna. Praktyka potwierdza tego rodzaju przypuszczenie. Krew zwierząt uodparnianych, czy to wskutek niedokrwistości, wywołanej częsty-

mi upustami, czy to wskutek zmian we krwi, wywołanych samem uodparnianiem, zawiera mniej włókniaka i daje więcej surowicy od koni zdrowych lub uodparnianych, lecz z pierwszych upustów.

Dość ważną rolę przy wydzielaniu się surowicy odgrywają czerwone ciała krwi. Zawierają one, jak wiadomo, w porównaniu z innymi składnikami krwi, sporo fibrinofermentu. Jeżeli krew skrzepnie przed opadnięciem ciałek krwi na dno naczynia, zostają one zawieszone w skrzepie, a fibrinoferment w nich zawarty przyczynia się do dalszego wytwarzania się włókniaka. Jeżeli zaś krew krzepnie powoli, ciała krwi opadają na dno, wskutek czego osocze wydzieli mniej włókniaka, natomiast więcej surowicy. Szybkość zaś krzepnięcia krwi zależy od różnych czynników, jak ciepłoty, szybkości, z jaką napełnia się naczynie, barwy i wielkości jego, i ogólnego stanu zdrowia zwierzęcia, oraz wielu innych, prawie nieuchwytnych przyczyn.

Dalej autor zwraca uwagę na niezupełne wydzielanie się włókniaka, które zależy od dwóch przyczyn: 1) niskiej ciepłoty i 2) dodatku soli kuchennej. Wyżej przytoczone czynniki znacznie zmniejszają wydzielanie się włókniaka. Dość często bywa, że surowica zlaną 1-go dnia, 2-go, lub nawet 3-go, przy staniu przy 15° C. ścina się po raz drugi, co dowodzi, że włókniak nie wydzielił się zupełnie. To samo bywa, jeżeli zmieszamy surowicę zlaną 1-go dnia z surowicą z 2-go lub 3-go dnia; w tym przypadku zjawisko to daje się wytłomaczyć większą zawartością istoty włókniakorodnej wskutek dłuższego stykania się surowicy z czerwonymi ciałkami krwi skrzepu. Wydzielanie wtórne włókniaka również występuje przy zlewaniu surowic od różnych osobników. Wtórne wydzielanie się włókniaka nigdy nie bywa zupełne, występuje ono powoli i bywa przyczyną dość częstego zjawiska—zmętnienia surowicy.

Obecny sposób polega na oddzielaniu od morfologicznych składników krwi nie surowicy, a osocza, według metody Aleksandra SCHMIDT'a. Polega ona na oziębianiu krwi do 0° C. Osocze zlewa się, a krzepnięcie wywołuje się przy 15—30° C. W celu zabezpieczenia surowicy od możliwych zanieczyszczeń, dodaje się tyle fenolu, ażeby zawartość jego nie przewyższała w osoczu 0,50%. Jeżeli chcemy zmieszać surowice, pochodzące od różnych koni, to przy tym sposobie mieszamy nie surowice, lecz osocza. Sposób ten według autora jest dokładniejszy: 1) daje od 50 — 70% surowicy; 1) surowicę otrzymać można w przeciągu 24-ch godzin i 3) włókniak wydzieli się w większej ilości. Oprócz tego zauważyć należy, że przy mieszaniu osoczy nie daje się zauważyć wtórnego wydzielania się włókniaka, jak to ma miejsce dość często przy mieszaniu surowic. Przy tym sposobie zupełnemu wydzielaniu się włókniaka sprzyjają: 1) dość wysoka ciepłota krzepnięcia; 2) równomierne rozmieszczenie białych ciałek krwi i 3) dodatek fenolu.

Co się tyczy pierwszego punktu, to AL. SCHMIDT dowiódł, że przy 0° C. włókniak nie wydzieli się, przy 37° C. — wydzieli się w największej ilości, w ciepłocie zaś wyższej wydzielanie ponownie się zmniejsza.

Co się zaś tyczy udziału białych ciałek krwi w tworzeniu się włókniaka, teoria SCHMIDT'a uzasadnia i wyświekla ich działanie. Jeżeli osocze zlejemy do cylindrów i postawimy w warunkach odpowiednich powolnemu krzepnięciu, to białe ciała krwi mogą opaść na dno. Jeżeli zaś skrzep ten rozdzielimy na dwie części (górną i dolną) i otrzymane z nich surowice zlejemy razem, można zauważyć ponowne wydzielanie się włókniaka. Unikniemy tego, jeżeli przez mieszanie osocza rozmieścimy równomiernie białe ciała krwi.

Dodatek fenolu do osocza nietylko sprzyja wydzielaniu się włóknika, lecz i zabezpiecza surowicę od zanieczyszczeń. Kilkakrotnie D. zauważył, że nawet bardzo niewielka ilość fenolu, dodana do krwi, wywołać może wytworzenie się zbitego skrzepu, z którego surowica się nie wydziela. Toż samo bywa i w osoczu. Bardzo ważnym dowodem jest fakt, zauważony przez D., że osocze, które utraciło własności krzepnięcia, wytwarzało skrzep po dodaniu fenolu.

W końcu niniejszej pracy autor podaje samą technikę, która może zainteresować tylko tych, którzy zajmują się produkcją surowicy, dlatego tę część pomijam w streszczeniu.

(*Archives des sciences biologiques. Tom 4. N. 5, z 1896 r.*)

Wł. P.

106. F. DOLLINGER. (Z kliniki prof. SOLTMAN'a w Lipsku). **O samoistnych ropniach pozagardzielowych.** Ropnie pozagardzielowe bywają samoistne i wtórne. Wtórne zależą od opadania do jamy pozagardzielowej ropy, pochodzącej od ropnia powstałego w innym miejscu (*spondylitis, phlegmone, septicaemia*).

Ropnie samoistne tworzą się w samej jamie pozagardzielowej i są wynikiem zapalenia ropnego tkanki łącznej. Ropnie wtórne spotykają się daleko rzadziej, niż samoistne.

Już w r. 1842 VERNEUIL wypowiedział zdanie, że ropnie pozagardzielowe tworzą się wskutek zropienia gruczołów chłonnych pozagardzielowych, ale zdanie to nie utrzymało się, i dopiero w r. 1876 BOKAI przekonanie to faktami poparł i w nauce ustalił. Ropień ten jest więc zejściem zapalenia ropnego gruczołów chłonnych, w jamie pozagardzielowej znajdujących się.

Cierpienie to jest właściwem małym dzieciom i to przeważnie w pierwszym roku życia, czem się zasadniczo różni od ropni wtórnych, spotykanych przeważnie u dzieci starszych. Dawniej przypuszczano, że ząbkowanie jest częstą przyczyną tego cierpienia, obecnie robią go zależnem od cierpień górnego odcinka dróg oddechowych, ucha średniego i wogóle od chorób zakaźnych. BOKAI dowodzi, że skrofuły i choroba angielska są także warunkami sprzyjającymi rozwojowi ropni pozagardzielowych.

HENLE znajdował na wysokości 2-go i 3-go kręgu szyjowego u małych dzieci po 2, 3 gruczoły chłonne z każdej strony; GILLETTE spotykał częściej tylko jeden gruczoł i to z prawej strony; te więc gruczoły, przechodząc w ropienie, tworzą ropnie pozagardzielowe. Autor przytacza przypadek ropnia pozagardzielowego u dziecka dotkniętego zapaleniem grzliczem opon mózgowych, jak to następnie badanie pośmiertne wykazało. Prawdopodobnie więc i w tym przypadku gruczoły chłonne, grzliczą dotknięte, przeszły następnie w ropienie i dały powód do utworzenia się ropnia, który u chorego na pierwszy plan wystąpił.

(*Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XLI. Heft 2*).

Wł. Sawicki.

107. BOERGER. **Zatrucie bromoformem.** Odkąd bromoform dostał się do rąk szerszej publiczności, jako doskonały środek przeciw kokluszowi, pojawiać się zaczęły opisy przypadków zatrucia tym środkiem. Autor miał sposobność spostrzeżać dwa przypadki tego rodzaju, w literaturze zaś znalazł przypadków 12. Z pomiędzy tych 14 zatrutych dzieci najmłodsze miało 3 miesiące, najstarsze 5 $\frac{1}{2}$ lat; ilość trucizny wahała się między 15 kroplami i 6 gramami.

Objawy typowe, występujące stale przy zatruciu bromoformem, są następujące. W kilka minut po użyciu wewnętrznem środka chorzy tracą zupełnie przytomność, twarz staje się blada, wargi sine, źrenice do *maximum* wąskie, nie rozszerzające się w ciemności (w paru tylko przypadkach spostrzegano rozszerzone nieruchome źrenice), mięśnie wiotkie, głowa opada na piersi, kończyny zwisają bezwładnie. Skó-

ra chłodna, czucie, odruchy rogówkowe i inne zniesione, tony serca słabe, nierówne, przyspieszone, w tętnicy promieniowej tętno z trudnością wyczuwalne; oddech powierzchowny, nierówny, często chrapliwy, z ust zalatuje wyraźny zapach bromoformu, mocz daje odczyn na bromoform.

Farmakologicznie jest bromoform mało bardzo zbadany; działanie jego tłumaczyć się daje łatwo przez pochodzenie od bromu. Po wessaniu bromu występują według KOBERT'a objawy osłabienia nerwowego: ból i zawrót głowy, utrata przytomności i senność. Co się tyczy porządku, w jakim bromoform działa na układ nerwowy ośrodkowy, to prawdopodobnie przedewszystkiem mózg, następnie mózdzek, dalej rdzeń, wreszcie rdzeń podłużny podlegają działaniu tego środka. Po okresie podrażnienia następuje porażenie wzmiankowanych części: ciśnienie krwi obniża się, serce pracuje powolniej i słabiej, oddychanie ulega porażeniu wcześniej, niż serce.

Przy leczeniu zatrucia bromoformem, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na serce i płuca. Pierwsze pobudzamy zastrzykami eteru lub kamfory; w celu pobudzenia oddychania należy położyć chorego tak, aby głowa jego była mocno przechylona w tył; następnie po otworzeniu ust oczyścić jamę ustną i gardziel od śluzu, wyciągnąć język ku przodowi i starać się wywołać oddychanie jakimkolwiek ze znanych sposobów.

Przeciw bromoformowi odtrutki swoistej dotąd nie posiadamy, zdaje się jednak, że zastrzykiwanie małych dawek morfiny bardzo tu jest na miejscu.

Z 14 opisanych przez autora przypadków jeden tylko zakończył się śmiercią.
(*Münch. med. Woch. 1896. N. 20.*) S. P.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER — przedstawienie 12-toletniego dziecka z nieokreśloną płcią; 2) GEPNER B. (syn)—przedstawienie chorego z powietrznym obrzękiem powieki; 3) KRYSIŃSKI—Uwagi nad słownictwem lekarskiem polskiem.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił 12-letnią dziewczynkę, u której ze względu na nieprawidłowy rozwój narządów płciowych jest bardzo trudno określić płeć.

2) Kol. GEPNER (syn) przedstawił chorego, u którego przed czterema dniami po urazie nastąpił obrzęk powieki. Przy oględzinach znaleziono powiekę obrzękłą, suchą, z trzeszczeniem na całej powierzchni. Miał przeto mówca do czynienia z t. zw. obrzękiem powietrznym i zastanawia się nad drogami, przez które weszło powietrze pomiędzy tkanki, składające powiekę. Zdaniem kol. G., mogło ono dostać się albo przez zniesienie przegrody, albo przez istnienie komunikacji między kanałem nosowym i kanałem łzowo-nosowym.

3) Kol. KRYSIŃSKI wypowiedział swoje uwagi nad słownictwem lekarskiem polskiem. Zaznaczwszy na wstępie, że dotychczasowe określenia łacińskie są nieraz nieracjonalne i wielce wolne, przechodzi mówca do prac berlińskiego Tow. anatomicznego, które, jak wiadomo, przed 6-iu laty wybrało komisję, złożoną z HISS'a, WALDEYER'a i KRAUSE'go, której powierzono ujednostajnienie nazw. Przyjęto za zasadę, że każda rzecz ma mieć jedną tylko nazwę. Rzeczoną komisję zabrano się do pracy i rozpoczęła rzecz od osteologii. Proponowane przez komisję nazwy po wydrukowaniu rozesłane były członkom towarzystwa, którzy 85% nazw przyjęli, 15% zaś odrzucili. Nie otrzymały również zupełnej zgody i nazwy propo-

nowane w oddziale myologii. Po powtórnem przejrzeniu i poprawieniu, wymienieni wyżej uczestnicy komisji wynik pracy swej ogłosili w książce, na którą złożyły się nazwy ze ściśłem określeniem samej rzeczy. Słownictwo, proponowane przez powyższą komisję, na 9-ym zjeździe w Bazylei przyjęte zostało.

Kol. KRYSIŃSKI niezależnie i daleko wcześniej zaczął pracować nad wyrazownictwem lekarskiem polskiem, biorąc za zasadę: 1) używać nazw czysto polskich; 2) przestrzegać, by jednej nazwie łacińskiej odpowiadała jedna nazwa polska, i odwrotnie, różnym nazwom łacińskim mają odpowiadać różne nazwy polskie. Dla uniknięcia zaś niepotrzebnego gmatwania sprawy, proponuje mówca, by zpośród wielu nazw, określających jedną rzecz, wybrać jedną dobrą polską i tę wprowadzić w użycie. Pomimo tego, że prac, poświęconych anatomii, zaznacza mówca, w polskim języku mamy 20, gdyż, zaczawszy od Jana NIEDŹWIECKIEGO, który w swej pracy, w 1610 roku wydanej w Zamościu, obok nazw łacińskich, greckich, a nawet arabskich, przytacza i polskie, a skończywszy na pracy NEUGEBAURA, językowo lepszej od anatomii HIRSZFELDA, lecz niedokończonych, utrwalonego wyrazownictwa polskiego nie mamy. Samych wyrazów do oznaczenia nazw anatomicznych posiadamy około 5000, gdy tymczasem najzdolniejszy literat posiada ich 3000, nie więc dziwnego, że w tem bogactwie gubić się musimy.

Nazwy anatomiczne są dwojakie: rzeczowe i pochodne (przymiotnikowe). Ostatnie z końcówką *ny* oznaczają, że rzecz z czegoś zrobiona, z końcówką *awy* oznaczają (łacińskie z końcówką *ideus*) przynależność, rzeczy zaś podobne do czegoś kończyć się winny na *at*. Końcówka *isty*, *asty* należeć winna do tych pochodnych, które oznaczają pewną obfitość.

Mówca nieracjonalność używanych dotąd nazw popiera licznymi przykładami i zastrzega się przeciw zarzutowi—„kucia wyrazów“. Nie będzie ukutą nazwa „kość klinowata“, a nie „klinowa“, jak dotąd nazywano; nie będzie zbrodnią zastąpienie używanego obecnie wyrazu „gnyk“ wyrazem „grdyk“, który więcej odpowiada duchowi naszego języka, i niewiadomo, dla czego został przez NIEDŹWIECKIEGO zmieniony, a przez następnych anatomów w użycie wprowadzony. Kol. KRYSIŃSKI, zatrzymując się na wyrazie *corpus*, które raz tłumaczone bywa przez „ciało“, drugi raz przez „trzon“, proponuje ostatnią nazwę utrzymać do określenia *diaphysis* kości i radzi np. *corpus mallei* nazywać trzon młotka. Niemniej ważnem, zdaniem mówcy, jest utrwalenie wyrazownictwa, w myologii używanego. Jedne nazwy w tym dziale wyrażają czynność fizyologiczną, drugie przynależność, inne wreszcie są zupełnie dowolne, jak np. *m. splenius capitis* zwie się mięśniem kłębkowym i niewiadomo skąd ta nazwa powstała.

W końcu swego nader cennego przemówienia zwraca się mówca ze słowami zachęty, by raz przedsięwzięte były środki do utrwalenia naszego wyrazownictwa.

W dyskusji, która się toczyła nad sposobami utrwalenia, w której zabierali głos: prof. HOYER, BRODOWSKI, kol. KONDRATOWICZ, DOBESKI, SOKOŁOWSKI i sam mówca, przeważało zdanie, że po wydrukowaniu pracy kol. KRYSIŃSKIEGO będą robione uwagi nad poszczególnymi nazwami i w miarę potrzeby zmieniane, i dopiero po ukończeniu całej pracy rzecz będzie przedstawiona do przyjęcia.

Z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie

odbytego dnia 13, 14 i 15 lipca r. b.

według sprawozdania z „Przeglądu Lekarskiego“.

Zwyczajem dorocznym Zjazd otwarty został w dniu 13 lipca w sali wykładowej kliniki chirurgicznej przemówieniem prof. RYDYGIERA, stałego przewodniczącego Zjazdów chirurgów polskich. W krótkich a treściwych słowach zaznaczył prof. RYDYGIER stopniowy postęp w rozwoju Zjazdów chirurgicznych, które dziś, zdaje się, zdobyły już pewną podstawę w naszym świecie lekarskim, a dobo-rem treści odczytów i liczbą uczestników sprawiają, że z otuchą patrzeć możemy w ich przyszłość i na coraz to samodzielniejszy rozwój chirurgii polskiej. Oprócz strony naukowej mają te Zjazdy i ten jeszcze wpływ dodatni, że zarówno wśród lekarzy, jak i ogółu społeczeństwa, przyczyniają się do wzbudzenia większego zaufania do siebie, większej wiary we własne siły, bez ciągłego oglądania się na obcych. Po oddaniu czci pamięci niedawno zmarłego D-ra JAWDYŃSKIEGO, dokonano wyboru przewodniczących honorowych i ich zastępców, poczem przystąpiono do porządku dziennego obrad, które rozpoczął wykładem swym

I. Prof. KOSTANECKI: „O przetokach skrzelowych“.

Tak zwane przetoki szyjne wrodzone (*fistulae coli congenitae*) zawdzięczają swe powstawanie zaburzeniom w rozwoju łuków i szczelin skrzelowych. Przetoki te dzielą na zupełne i niezupełne, wewnętrzne i zewnętrzne. U niższych kręgowców, jak np. ryb, w miejscu, odpowiadającym szyi, znajduje się szereg tworów, zwanych łukami skrzelowymi, podzielanych od siebie szczelinami skrzelowymi, stanowiącemi wejście zzewnątrz do jamy entodermalnej. U wyższych kręgowców są to tylko twory przejściowe, istniejące tylko w okresie zarodkowym, przytem u człowieka mają one cechy odmienne. A mianowicie, szczeliny skrzelowe nie są zupełne, nie stanowią więc właściwych szczelin, lecz przedstawiają się w postaci dwóch zagłębień, zewnętrznego i wewnętrznego, oddzielonych od siebie cienką błoną, składającą się z blaszki ektodermy i entodermy. Takich szczelin istnieje 4, jedna ponad drugą, stąd też i przetoki szyjowe, występujące na różnej wysokości, wyprowadzono, stosownie do umiejscowienia, z jednej z nich. Mniemanie takie jest jednakże oparte na błędnem pojmowaniu dalszych okresów rozwoju. Mianowicie wskutek zmian w położeniu łuków oskrzelowych wytwarza się t. zw. *sinus cervicalis*, który przy pomocy *operculum*, wyrostka, wychodzącego z drugiego łuku i ku dołowi zrastającego się z boczną ścianą szyi, przemienia się w jamę zamkniętą, mieszczącą w sobie dalsze łuki skrzelowe 3 i 4. Jak dowiodły dokładne badania embryologiczne, z pierwszej szczeliny skrzelowej, a właściwie z wewnętrznego jej zagłębienia, powstaje trąbka EUSTACHIUSZA i jama bębenkowa; z jej zagłębienia zewnętrznego tworzy się przewód słuchowy zewnętrzny, z błony zaś, oddzielającej oba te zagłębienia—błona bębenkowa. W ten więc sposób *meatus auditorius externus* stanowi wrodzoną przetokę zewnętrzną niezupełną, zaś *tuba Eustachii* — niezupełną przetokę wewnętrzną; jeżeli zaś w błonie bębenkowej pozostanie otwór wrodzony, t. zw. *foramen Rivini*, to wówczas utworzy się przetoka zupełna, prowadząca od jamy noso-przełykowej nazewnątrz.

Ponieważ drugi łuk skrzelowy wraz z wyrostkiem (*operculum*) biorą udział w zamknięciu *sinus cervicalis* od zewnątrz, w którym w ten sposób mieszczą się po-

zostałe 2 łuki i 3 szczeliny skrzelowe, przeto, aby z której z nich mogła powstać przetoka zupełna, musiałby *sinus* pozostać niezamknięty i jednocześnie nastąpić przebicie błony, dzielącej oba zagłębienia, wewnętrzne i zewnętrzne, szczeliny. Jednakże, jak wykazały badania, udział zagłębień szczeliny 3 i 4, dzięki ich umiejscowieniu w *sinus cervicalis*, w sprawie wytwarzania przetok szyjowych zupełnych jest nieprawdopodobny. Wobec więc tego, za źródło powstawania przetok szyjowych zupełnych uważać należy szczelinę skrzelową drugą. *Fistulae incompletae internae* pochodzenie swe zawdzięczają najzwyczajniej drugiemu wewnętrznemu zagłębieniu skrzelowemu, zaś *fistulae incompletae externae* powstać mogą zarówno z niezamkniętego *sinus cervicalis*, co bywa najczęściej, jak i z kieszonki wewnętrznej wskutek tego, że kieszonka ta otwiera się do *sinus cervicalis*, gdy jej ujście do jamy przełykowej zarasta. Przetoki niezupełne otwierają się po bokach szyi (*fistulae laterales*) lub w linii środkowej (*fistulae medianae*); geneza zarówno pierwszych jak i drugich jest taka sama. Przetokom środkowym mylnie nadawano nazwę *fistulae tracheales*, gdyż nigdy nie prowadzą one do tchawicy; jedynie, podobnie jak i inne, prowadzić mogą do gardzieli. Oprócz przetok skrzelowych kieszonki skrzelowe mogą dawać początek także torbielom i skórzakom. Dzieje się to w ten sposób, iż nabłonek, wyściełający *sinus cervicalis* i szczeliny, nie znika, lecz pozostaje i buja, dając początek guzom torbielowatym. Oprócz tego mają torbiele szyjowe może i inne pochodzenie, a mianowicie z dodatkowych gruczołów tarczycowych, stanowiących pozostałość zarodkowego *ductus thyreo-glossus*. Niekiedy nawet takie cysty przebijają się nazewnątrż, dając początek przetokom wtórnym, które jednakże należy ściśle odróżniać od właściwych przetok skrzelowych, opisanych powyżej.

DROBNIK operował kilka przypadków torbieli szyjowych; w jednym z nich, wyjmując torbiel na szyi, zauważył odchodzący od niej sznurek z tkanki łącznej o zgrubieniach różncowatych, który przebiegał wzdłuż wielkich naczyń szyi i wchodził pod mostek, przechodząc bezpośrednio w *gland. thymus*. Wycięta torbiel wysłana była nabłonkiem.

KOSTANECKI genezę tego tworu odnosi do *sinus cervicalis*, w którym mieści się 3 łuk skrzelowy; nabłonek tego łuku daje początek *gland. thymus*, która w miarę rozwoju opuszcza się do śródpiersia i traci związek z *sinus cervicalis*; w przypadku D-ra DROBNIKA połączenie to pierwotne pozostało w postaci tego sznurka włóknistego, łączącego torbiel szyjową z *gl. thymus*.

JAKUBOWSKI tłumaczy, iż błąd odnoszenia do tchawicy przetok skrzelowych zupełnych (stąd *fistulae tracheales*) powstał z tego powodu, że do badania przebiegu tych przetok wstrzykiwano przez otwór zewnętrzny różne płyny barwne; płyn, dostawszy się przez otwór w gardzieli na nagłośnię, wywoływał krztuszenie się i kaszel, stąd wnioskowano, że dostał się on przez otwór wprost do krtani czy tchawicy.

II. Prof. RYDYGIER: „Kilka słów o surowicy EMMERICH'a SCHOLL'a“.

Przedstawwszy w krótkości genezę surowicy przeciwnowotworowej tych autorów, podaje R. wyniki stosowania jej w klinice chirurgicznej w trzech przypadkach mięsaków, nienadających się do operowania (dwa przypadki *sarcoma pelvis* i jeden *sarcoma recidivum maxillae et colli*). Ani w jednym z nich nie można było zauważyć żadnego dodatniego wpływu na nowotwór. Pierwsze dwa zakończyły się śmiercią, w trzecim chora nieuleczona poszła do domu. Początkowo po pierwszych wstrzyknięciach można było spostrzedz pewne miejscowe rozmiękczenie w guzie, lecz w dalszym ciągu rósł on szybko, pomimo wstrzykiwań w coraz to większych dawkach. I nad tymi więc środkami swoistymi przejść możemy spokojnie do porządku dziennego.

BOSSOWSKI podobnież w badaniach swoich, które robił na chorych w oddziale prof. OBALIŃSKIEGO, przekonał się o bezskuteczności surowicy EM.-SCH.: nowotwór rakowy rośł bez przeszkody dalej. Wówczas wywołał B. różę przez zaszczepienie hodowli łańcuszkowca, lecz i to pozostało bez wpływu na nowotwór. Okazało się tylko, że przebieg róży był bardzo łagodny; ciepłota nie przechodziła ponad 38,5° C. Podobnie dodatni wpływ wstrzykiwań tej surowicy na przebieg róży stwierdzić mógł B. jeszcze w kilku innych przypadkach.

KADER podaje, że surowicę E.-SCH. stosowano w klinice prof. MIKULICZA w 16 przypadkach nowotworów złośliwych; wynik wogóle ujemny. W niektórych jednak przypadkach występowało rozmiękczenie częściowe guza, lub oddzielanie się znekrotyzowanych kawałków. Część chorych nie reagowała zupełnie na wstrzyknięcie, u innych zaś odczyn był silny, występowała bezsenność i tam zwykle powstawały opisane zmiany w nowotworach. Przy bliższem badaniu surowicy okazało się, że często bywa ona niedokładnie wyjałowioną i zawiera obfitość koków, których wstrzyknięcie powoduje wystąpienie objawów zapalnych. Tej więc reakcyi zapalnej przypisać należy to pewne działanie na nowotwory. Próby, jakie robiono w klinice wrocławskiej z wstrzykiwaniem surowicy przeciwbłoniczej i czystej surowicy baraniej, podobnież nie okazały wpływu na nowotwory złośliwe.

DROBNIK spostrzegał przypadek nawrotu raka po *carcinoma penis* w jednym gruczole pachwinowym i w skórze brzucha, gdzie przyłączyła się róża, która jednakże nie miała żadnego wpływu na wzrost nowotworu.

III. D-r KLECKI: „O roli nerek w zakażeniu krwi“.

Wiadomo, że w walce ustroju z drobnoustrojami pewną rolę grają i nerki. Ażeby przekonać się, jak szybko w tym względzie spełniają one swe czynności, wprowadzał K. zwierzętom do krwi hodowlę bakteryi w różnych ilościach, poczem badał mocz w różnych odstępach czasu. Okazało się w tych doświadczeniach, że już po 3—5 minutach można było znaleźć w moczu drobnoustroje, co jednocześnie zdaje się przemawiać przeciw występowaniu zmian anatomicznych w nerkach. Jeżeli wstrzyknięto znaczną ilość, to bakterye znajdowały się w moczu jeszcze po kilku godzinach; po małym zaś zastrzyknięciu już w pół godziny mocz stawał się jałowy, lecz w narządach wewnętrznych i we krwi takiego zwierzęcia wykazać można było drobnoustroje. Jak to wytłumaczyć—obecnie jeszcze K. odpowiedzi dać nie może.

IV. D-r WEHR: „O wartości opatrunków srebrnych“.

Przed niedawnym czasem polecił CREDE srebro metaliczne i jego sole, jako środki opatrunkowe, opierając się na znanych własnościach antyseptycznych metali ciężkich. Przetwory te poleca CREDE głównie w czterech postaciach: 1) jako gazę impregnowaną mialkim proszkiem srebra metalicznego; 2) jako gazę pokrytą cienką warstewką listków srebrnych; wreszcie 2 sole srebra: 3) *itrol*-cytrynian srebrowy i 4) *actol*-mlekan srebrowy. W. zrobił szereg doświadczeń w celu wypróbowania własności przeciwnilnych tych przetworów. Wynik tych doświadczeń niezupełnie zgodny ze zdaniem CREDE'go. A mianowicie okazało się, że oba rodzaje gazy ze srebrem, ani wybitniejszych własności antyseptycznych, ani dodatniego wpływu na ranę nie posiadają. Natomiast działają przeciwnilnie *actol* i *itrol*, które dodane do epruwetki, zawierającej bulion lub płyn z *ascites*, pomimo niezamknięcia jej, utrzymują ciecz te w stanie nierozłożonym. Analogiczne mają działanie jedwab i kutgut, wyjałowione w roztworze itrolu. Co się tyczy własności toksycznych, to, według doświadczeń W., dawkę trującą dla królika stanowi 0,05 itrolu, wprowadzonego do żyły.

TRZEBICKY ma wyniki ujemne po stosowaniu gazy srebrnej, która nadto ma i tę stronę ujemną, że daleko droższa od innych, używanych zwykle.

KRYŃSKI stosował itrol w przypadkach wrzodów gołeniowych i ran gruźliczych i przekonał się, że pod względem działania oczyszczającego na rany o wiele ustępuje ten środek jodoformowi. Rany czysto granulujące goją się pod itrolem równo, gdyż, zdaje się, posiada on nieco kaustyczne własności.

UHMA zauważył zbyt drażniące działanie aktolu w *herpes*, gazę zaś radzi stanowczo odrzucić, jako nieprzepuszczalną i nic nie chłonącą.

V. Prof. OBALIŃSKI: „Przedstawienie żołądka wyciętego, wraz z przylegającą częścią poprzecznicy“.

Przypadek ten dotyczył kobiety, mającej w brzuchu dużych rozmiarów guz, który rozpoznawano jako raka sieci. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że był to nowotwór żołądka, zajmujący całą jego część odźwierniczą i przechodzący przez sieć na poprzecznicę, której część środkowa była ściśle złączona z odźwiernikiem, stanowiąc jeden guz wogóle dość ruchomy. O. zrobił resekcję prawie połowy żołądka i zajętej części poprzecznicy, poczem zeszył pozostałą część żołądka z przeciętą dwunastnicą, zaś obadwa brzegi okrężnicy poprzecznej ze sobą. Operacja trwała dwie godziny. Chora zniosła zabieg dobrze i po miesiącu wyszła do domu, zyskawszy na wadze 2 kilogramy. Ponieważ podobnego przypadku nie znalazł O. nigdzie w literaturze, zapytuje, czy kto z kolegów nie spotkał czegoś podobnego.

WEHR zna opis przypadku raka żołądka i poprzecznicy, które resekowano podobnie, jak prof. OBALIŃSKI. Sam przed laty wyciął prawie cały żołądek z kawałem wątroby, lecz wynik był śmiertelny, skutkiem złego zachowania się chorego po operacji.

KADER podaje, iż w klinice wrocławskiej dość często wykonywa się rozległe resekcje żołądka. Wogóle wyniki po operacjach żołądkowych są tam bardzo dobre; odsetka śmiertelności z 26% w ostatnich czasach obniżyła się do 18%. Część chorych, operowanych z powodu raka odźwiernika, żyje po 3, 4 i 5 lat bez śladu nawrotu. Te tak pomyślne wyniki przypisuje K. dwom okolicznościom: po pierwsze — nadzwyczaj dokładnemu wycinaniu części chorobowo zmienionych, gdyż profesor MIKULICZ, oprócz samego nowotworu w ścianie żołądka, wycina gruczoły chłonne, leżące wzdłuż obu krzywizn żołądka, nadto koło dwunastnicy aż do trzustki. Drugą okoliczność stanowią szczegóły samego postępowania operacyjnego. Mianowicie, w bardzo tylko niewielu przypadkach zamyka się jamę brzuszną zupełnie; zwykle po resekcjach tamponuje się jamę otrzewnową, wprowadzając worki MIKULICZA w okolicy miejsca operowanego w kilku kierunkach jamy brzusznej, dochodząc jaknajgłębiej pod wątrobę, do nerek i t. d. W ten sposób najskuteczniej zapobiega się możliwemu zakażeniu otrzewny, nawet w razie pęknięcia szwu żołądka lub jelita. Tampon taki pozostaje tydzień i dłużej, a ostatnie jego części wyjmuje się dopiero po 15—16 dniach. Głównem niebezpieczeństwem dla chorych po operacjach żołądkowo-jelitowych jest zapad. Dla zapobieżenia temu dajemy przed operacją chorym środki podniecające czynność serca (*strophantus*, *digitalis*), podczas zaś samej operacji urządzamy sztuczne karmienie w ten sposób, że wlewamy do jelita cienkiego dość znaczną ilość (do 2 litrów) płynu odżywczego (bulion z peptonem i solą). Znaczną część operacji, szczególnie u chorych osłabionych, głównie zaś gastroenterostomię, robimy bez narkozy, tylko w znieczuleniu powłok brzusznych sposobem SCHLEICH'a.

RYDYGIER podnosi rzeczywiście nader pomyślne wyniki operacji żołądkowych w klinice wrocławskiej. Ważniejsze tu jednakże, niż samo postępowanie operacyjne, jest to, kiedy się operuje. Ogólnie stroną ujemną naszych przypadków jest to, iż najczęściej przybywają one do operacji zapóźno, kiedy już stan ogólny i siły chorego wiele pozostawiają do życzenia. Co się tyczy tamponady jamy brzusznej, to nie jest R. jej zwolennikiem, jako przedłużającej okres gojenia i sprzecznej z dążeniem chirurgicznem gojenia *per primam*; tam jednakże, gdzie zachodzi ubawa zakażenia otrzewny, postępowanie to jest racjonalne i pożyteczne. Jedna z chorych, u której z powodu wrzodu żołądka wykonał R. wycięcie odźwiernika, ma się dotychczas, po 15 latach, zupełnie dobrze. Co się tyczy przypadku prof. OBALIŃSKIEGO, to przed 4 laty robił R. w klinice u chorej jednoczesną resekcję żołądka i części poprzecznicy, także z powodu raka.

VI. D-r BOGDANIK: „Postępowanie w przepuklinach zgorzelinowych“.

Omówiwszy trudności postępowania w przepuklinach, gdzie skutek uwięznięcia nastąpiła zgorzel pętli jelita, i wynikające stąd niebezpieczeństwo dla chorego, opisuje B. sposób, którego użył z dobrym wynikiem w jednym przypadku przepukliny udowej i który odąd często stosuje. Przeciawszy skórę i części miękkie, dochodzi B. do worka przepuklinowego, wycina wszystko, co uległo zgorzeli i wtedy, naciąwszy bramę przepuklinową, wyciąga nazewnątrz pętlę jelita tak długo, dopóki nie dojdzie do części zdrowych. Wówczas resekuje całą pętlę zmienioną, zeszywa ze sobą pozostałe jej części zdrowe i zapuszcza do jamy otrzewny, poczem, raz jeszcze dokładnie oczyściwszy od części nekrotycznych okolice bramy przepuklinowej, powłoki i skórę zeszywa.

KADER przytacza postępowanie w takich przypadkach SAMTER'a (z Królewca), który, zrobiwszy laparotomię, wykonywa enteroanastomozę powyżej uwięznięcia w' częściach jelita zdrowych, a dopiero później wycina znekrotyzowaną pętlę. W jednym przypadku K. użył tego sposobu, lecz wkrótce potem nastąpiło wtórne wgłobienie (*invaginatio*) i niedrożność. Dlatego też potem zmienił postępowanie i po zrobieniu enteroanastomozy odciął chorą pętlę, zeszył na ślepo powstałe stąd 4 końce przecięte i 2 górne, wraz z połączoną pętlą odprowadził do jamy brzusznej; pętlę zaś odciętą zostawił nazewnątrz i rozciął ją szeroko, aby ułatwić odpływ kału i ropy, następnie zaś wyciął ją zupełnie.

DROBNIK zwraca uwagę na trudność, jaką przedstawia częstokroć ocenienie stanu jelita doprowadzającego, i łatwość w tym względzie pomyłki. W jednym przypadku operował D. według sposobu SAMTER'a, zrobił enteroanastomozę, lecz w kilka dni później wytworzyła się przetoka w jelicie doprowadzającym, co pociągnęło za sobą zapalenie otrzewny i śmierć. Dlatego też teraz, po zrobieniu enteroanastomozy, D. robi tamponadę jamy otrzewnowej, wprowadzając pasma gazy jodoformowej wzdłuż jelita doprowadzającego tak daleko, jak tylko można dojść. Jest to postępowanie daleko pewniejsze i w jednym przypadku, gdzie jelito pękło, kał zaczął się wydobywać z gazą nazewnątrz, a jednak nie przyszło do zapalenia otrzewny i chory wyzdrowiał. Pętlę zaś nekrotyczną najlepiej przymocować nazewnątrz. Przytem przeważną część tych operacji robi D. bez chloroformu, znieczulając tylko powłoki zewnętrzne według SCHLEICH'a.

WEHR uważa tamponowanie za bardzo racjonalne w tych przypadkach; sprzeciwia się jednak postępowaniu BOGDANIK'a co do takiego wyciągania jelit przez wązki otwór nazewnątrz, gdyż ściany ich bywają często tak kruche, że z łatwością spowodować można ich przerwanie i natychmiastowe wylanie treści kałowej do jamy brzusznej.

BARĄCZ poleca wykonanie pierwotnej resekcji jelita i zeszytacie według SENN'a, poczem można przystąpić do usunięcia części chorych.

VII. D-r DOLIŃSKI: „Demonstracja nowszych przyrządów“.

D. przedstawił kilka nowszych przyrządów, używanych w klinice chirurgicznej krakowskiej, a mianowicie: a) przyrząd do wykonywania ruchów biernych w stawach, zbudowany tak, że można jednocześnie robić ruchy w różnych stawach (barkowym, łokciowym, kolanowym, skokowym i t. d.) u kilku chorych, przytem w dowolnym zakresie; b) przyrząd do zakładania opatrunków ustalających na kończyny dolne, składający się z poziomej sztaby żelaznej, opartej jednym końcem na stole, na którym leży chory, drugim na podpórcie pionowej, mającej jeszcze węższą sztabkę żelazną poziomą, ustawioną poprzecznie do głównej sztaby poziomej. Ta druga sztabka służy do przymocowania stóp, którym nadaje się przez przesuwanie odpowiednią pozycję, a wraz z niemi i całej kończynie (*abductio, extensio, rotatio* i t. d.); c) przyrząd do wyjaławiania cewników miękkich i elastycznych w parze formaldehydu, złożony z 6 długich cylindrów szklanych na podstawie.

VIII. D-r RUTKOWSKI: „Uwagi nad przypadkami ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanymi w oddziale chirurgicznym prof. OBALIŃSKIEGO“.

Omówiwszy obszernie nowsze poglądy autorów na przyrodę zapaleń wyrostka robaczkowego i ich leczenie, przedstawił R. wyniki swych spostrzeżeń nad 31 przypadkami tego cierpienia z oddziału prof. OBALIŃSKIEGO. Przypadki te, ugrupowane według klasyfikacji SONNENBURG'a, przedstawiają się jak następuje: a) jeden przypadek *appendicitis obliterans* SENN'a; b) 17 przypadków *appendicitis perforativa purulenta* z ograniczonym ropieniem; c) 3 przypadki *appendicitis perforativa purulenta subsequente peritonitide progredienti*, d) 6 przypadków *appendicitis perforativa purulenta subsequente peritonitide septica universali*, i e) 4 przypadki, w których w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego powstały zrosty. powodujące zwężenie i niedrożność jelit. Leczenie zapaleń wyrostka w ogromnej większości przypadków może być operacyjne i tylko przypadki *apendicitis simplex* mogą stanowić pewne wątpliwości terapeutyczne. Jako wskazanie do operacji uważa R. a) w przypadkach *appendicitis simplex* częste nawroty o wzmagającym się natężeniu, a w takim razie należy operację robić w okresie wolnym od napadu; b) w przypadkach *appendicitis perforativa purulenta* operować należy zawsze i to jak najprędzej. Za jedną z najważniejszych części operacji uważa R. odszukanie i wycięcie wyrostka robaczkowego.

RYDYGIER, co do podziału różnych postaci tego cierpienia, przychyła się do klasyfikacji DIEULAFOY, opartej na etyologii *appendicitis*; mianowicie odróżnia on zapalenia natury kataralnej albo ropnej, z przedziurawieniem i *peritonitis*, i drugą postać — zapalenia, których przyczyna główna leży w tem, że wskutek zamknięcia wyrostka robaczkowego, znajdujące się w nim bakterye nabierają własności nadzwyczaj jadowitych (KLECKI), tak, że nawet bez przedziurawienia ściany wywołują *peritonitis*. Leczenie zapaleń wyrostka robaczkowego, zdaniem DIEULAFOY, który jest profesorem kliniki wewnętrznej, winno być wyłącznie chirurgiczne i, jeżeli zdarzają się niewątpliwie przypadki wyleczenia bez operacji, to o wiele częściej przyczyną śmierci jest właśnie nieoperowanie, lub operowanie za późno.

ZIEMBICKI, pomimo, że operował wielokrotnie w *appendicitis* i częstokroć z dobrym wynikiem, jest zdania, że jest to cierpienie tak nieuchwytnie co do rokowania i tak wiele przedstawiające niespodzianek w przebiegu, jak żadne może

inne. Bardzo ciekawą tego ilustrację stanowi przypadek, który niedawno miał Z. w swem spostrzeżeniu. Wezwany do młodego chłopca, u którego znalazł wszystkie objawy, przemawiające za ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, zaproponował Z. zgodnie z 2 kolegami operację. Ponieważ jednak czwarty z lekarzy, obecnych na konsylium, oświadczył się przeciw operowaniu, rodzina naturalnie przychyliła się do jego zdania. Po upływie doby stan chorego znacznie się pogorszył, wystąpiło znaczne wzdęcie brzucha, dreszcze i ogólny zapad; rodzina wzywa Z. do natychmiastowej operacji, której jednakże, wobec bardzo złego ogólnego stanu chorego podjąć się nie chciał, uważając przypadek za stracony. Tymczasem już w kilka godzin później stan chorego zaczyna się poprawiać i w kilka dni przychodzi on do siebie. Tego rodzaju przykładów możnaby i więcej przytoczyć; wskazują one przedewszystkiem, że istnieje wielka różnica w przebiegu *appendicitis* u dorosłych i u dzieci. Co się tyczy samego operowania, to najlepiej iść tu za zdaniem KOENIG'a, który robi cięcie pozaotrzewnowe i oczyszcza jamę ropną, lecz nie stara się wyszukać koniecznie wyrostka robaczkowego, gdzie to bywa często bardzo trudne i przedłuża niepotrzebnie operację.

BOSSOWSKI podkreśla konieczność ścisłego indywidualizowania przypadków i przytacza przykłady przypadków, w których następowało wyleczenie i po leczeniu wewnętrznem; te jednak przypadki później, z powodu nawrotów, i to w formie zwykle groźniejszej, przychodziły pod nóż chirurgów. Ogólnego jakiegoś prawidła z góry postawić tu nie można i zawsze istnieć będą trudności, które pracami DIEULAFOY, ani KLECKIEGO, bynajmniej wyjaśnione nie zostały. To tylko nie ulega wątpliwości, że skoro tylko rozpoznamy istnienie sprawy ropnej, operacja jest konieczną, i to jak najrychlej. Ponieważ natężenie przypadków chorobowych, jak przypuszczamy obecnie, zależne jest od siły jadowitości bakterii jelitowych (*bacterium coli*), to może właściwemby było w takich przypadkach ciężkich lub wątpliwych badanie zwiększania, czy zmniejszania się tej siły chorobotwórczej.

KRYŃSKI przytacza przypadek z kliniki chirurgicznej krakowskiej, dowodzący, że nawet po szczęśliwym wyniku leczenia zachowawczego częstokroć pozostają następstwa, które, oprócz nawrotów choroby, zmuszają chorego do poddania się operacji. Mianowicie u chorej, kobiety młodej, po kilkakrotnem przebyciu zapalenia wyrostka robaczkowego, utworzyła się przetoka kałowa, która zmusiła ją do operacji. Prof. RYDYGIER wykonał amputację wyrostka, w którego wierzchołku był otwór, i chora została wyleczona zupełnie.

SURZYCKI. Możnaby przytoczyć dość przykładów, zarówno przemawiających na jedną stronę, jak i na drugą. S. widział przypadki, w których pomimo 2-krotnej i udanej operacji, chory umarł; z drugiej zaś strony, w innych, leczonych zachowawczo, gdzie już były objawy ropnicy, chory wyzdrowiał.

KLECKI jest zdania, że badanie w takich przypadkach siły jadowitości *bacterii coli* jest niemożliwe, ponieważ trzeba by przedewszystkiem ustalić pewną normę, z którą możnaby porównywać, ta zaś waha się w znacznych granicach, zależnie od wielu warunków.

DROBNIK, jakkolwiek jest zwolennikiem operowania, szczególnie w przypadkach ropnych, to i po między tymi bywają takie, w których woli nie operować. Dotyczy to przedewszystkiem dzieci, szczególnie, gdy nie jesteśmy pewni, gdzie się ta ropa znajduje. W takich razach operowanie i wyszukiwanie tej ropy grozi wywołaniem ogólnego zakażenia otrzewny. Lepiej więc tu poczekać, dopóki nie będzie można wyczuć guza, i wtedy operować na pewne.

RUTKOWSKI raz jeszcze zaznacza potrzebę odszukania i wycięcia wyrostka robaczkowego, gdyż w ten tylko sposób chronimy chorego od nawrotów, w których operacja i znalezienie tego wyrostka, wskutek zrostów, są jeszcze trudniejsze. Tembardziej jest to potrzebne, że tylko tą drogą umożliwia się dokładny odpływ ropy. Czekanie, aż utworzy się guz ropny, jest niebezpieczne, ponieważ często wcześniej już wystąpi ropne ogólne zapalenie otrzewny.

(C. d. n.).

WYSTAWA HIGIENICZNA.

I. Oddział pasorzytniczy.

Oddział ten, urządzony staraniem osobnej sekcji, odznacza się obfitością okazów wystawionych, obfitość ta jednak nie pokrywa dość ważnych braków, z których wielu usunąć nie można było z powodów od sekcji niezależnych, wiele jednak z nich dałoby się nawet teraz naprawić.

Za pomieszczenie służy osobny pawilon o trzech salach i stajni. W sali głównej umieszczono cały szereg hodowli bakterii szkodliwych i nieszkodliwych, utrwalonych formaliną. Główną, rozumie się, uwagę zwracają na siebie pasorzyty chorobotwórcze, na nieszczęście jednak hodowle wielu z nich są albo niecharakterystyczne, albo utraciły swe cechy wskutek wadliwego utrwalenia formaliną i rozpląnięcia pożywki; niektórych, nawet ważnych pasorzytów, niema wcale, jak np. paciorkowców ropotwórczych, to znów wystawione hodowle są bardzo stare. Inną wadą, utrudniającą oryentowanie się nawet dla osób obznajmionych z przedmiotem, jest chaotyczne rozstawienie hodowli, pomimo, że same napisy na ścianach mogłyby dla wystawców służyć pod tym względem za wskazówkę. Tak np. w grupie pasorzytów, służących do tępienia szkodników rolnych, figuruje zaraza trzody chlewnej, czarna krosta, obrzęk gazowy, gruźlica i t. d. Za to przy laseczniku wąglika wystawiono lasecznika siana, jako pasorzyta podobnego doń, podobieństwo to jednak powinno być już, jak praca BUCHNER'a, przejść nareszcie do historii, samo zaś takie zestawienie profanów bałamuci jedynie.

Szkoda, że tylko przy gruźlicy i nosaciznie wystawiono preparaty okazów patologicznych, rzecz to bowiem bardziej pouczająca poglądowo (o co sekcji przede wszystkim chodziło), niż same hodowle. Tu właśnie miały miejsce okoliczności od sekcji niezależne, które uniemożliwiły wykonanie zamiaru pierwotnego, aby przynajmniej przy ważniejszych pasorzytach wystawić okazy zmian patologicznych, przez nie wywoływanych.

Przy pasorzytach chorobotwórczych wystawiono i środki lecznicze, wykryte na drodze badań bakteriologicznych, a więc toksyny lecznicze osłabione (rdzenie królików PASTEUR'a) i nieosłabione (tuberkulina i używana do celów rozpoznawczych malleina) i surowice lecznicze: przeciwbłoniczą, która już uzyskała prawo obywatelstwa, a także przeciwpaciorkowczą i przeciwwściekliznową, które, o ile się zdaje, najbardziej z pomiędzy reszty surowic na to prawo zasługują. Przy surowicy przeciwbłoniczej stoi hodowla błonicy, toksyna błonicza i krew surowa konia uodpornionego; gdy więc dodamy do tego same konie uodparniane przeciw błonicy, a także króliki PASTEUR'a, to można powiedzieć, że sprawa leczenia metodami bakteriologicznymi jest przedstawiona zupełnie racjonalnie.

W dalszym ciągu ustawiono zbiór bakterii niechorobotwórczych, ciekawych bądź ze względów biologicznych, jak np. bakterie barwne, bądź z tego względu, że znajdują się one w najbliższym otoczeniu naszem: powietrzu, ziemi i wodzie. Obszernie jest traktowany dział bakterii wody z wodociągu warszawskiego. Przy nich wystawiono okazy najpospolitszych pleśni.

Dodatkiem są bardzo dobre tablice hodowli typowych najważniejszych bakterii chorobotwórczych, zarówno jak preparatów drobnowidzowych. W tablicach tych pomieszczono także pasorzyty z pomiędzy pierwotniaków i robaków; niektóre robaki wystawiono w alkoholu.

W tejże sali pp. Rutkowski i Wenda wystawili gablotki z barwnikami i odczynnikami niezbędnymi przy systematycznych badaniach bakteriologicznych. Tutaj również Towarzystwo rosyjskie ochrony zdrowia wystawiło preparaty woskowe różnych gatunków mięsa, niektórych grzybów jadalnych, warzyw i ryb. Preparaty te mają chyba ten jedyny związek z sekcją pasorzytniczą, że pomiędzy bardzo wielu okazami normalnymi wystawiono jednego muchomora i trzy okazy mięsa szkodliwego dla zdrowia (padlina, gruźlica i wągry). Okazy te powinny być bezwzględnie umieszczone w dziale higieny ludowej, w którym wystawiono niepotrzebnie okazy mięsa zwierząt chorych na choroby zaraźliwe, zamiast umieścić je w dziale pasorzytniczym.

To samo powiedzieć można o wystawionych przez powyższe Towarzystwo w sali, mającej służyć za pracownię bakteriologiczną, okazach wód mineralnych syberyjskich, zboża syberyjskiego i poglądowo przedstawionej normalnej ilości składników pokarmowych w pożywieniu osób rozmaitego wieku i stanu. Cóż to może mieć za związek z bakteriologią? W tejże sali znajduje się bardzo ubogi zbiór pasorzytów (wyłącznie grzybów) roślin uprawnych.

Trzecia sala służy za pomieszczenie przyrządów i naczyń szklanych, wystawionych przez p. Chwastkiewicza, a używanych przy badaniach bakteriologicznych. Tutaj również okazano termostaty różnych systemów, piecyki, palniki i t. p. przyrządy. Tu wreszcie stoi klatka z królikami PASTEUR'a.

Stajnię przeznaczono dla koni uodparnianych przeciw błonicy i dla cieląt szczepionych krowianką. Ponieważ często cieląt niema, więc ich miejsce zastępują tablice z rysunkami krost ospowych i krowiankowych w rozmaitych okresach rozwoju, przypadków samozakażenia i niektórych wysypek podobnych do ospy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LAUENSTEIN leczył przez czas dłuższy chorą, która przez lat 13, z małemi przerwami, cierpiała na bóle żołądka, codzienne wymioty i zaparcie stolca; rozpoznał u niej wrzód żołądka na małej krzywiźnie lub na ścianie tylnej. Ponieważ leczenie wewnętrzne nie wpływało zupełnie na przebieg cierpienia, waga ciała zmniejszała się stale i spadła wreszcie do 78 funtów (chora jest dobrze wzrostu i ma lat 43), bóle żołądka sta-

wały się coraz dokuczliwsze i występować zaczęły co wieczór obfite wymioty krwawe, postanowił autor wykonać gastroenterostomię. Po otworzeniu jamy brzusznej znaleziono typowy żołądek kształtu zegara piaskowego; składał się on z dwóch, wązkim kanałem połączonych, worków: wpustowego i odzwierniczego; na krzywiźnie małej znajdował się wrzód i w miejscu tem był żołądek mocno zrosnięty z wątrobą. Wy-

konano operacyę WOELFLER'a t. j. o-
tworzono szerokie połączenie między
obydwoma częściami żołądka; ogólny
stan chorej poprawił się odrazu, waga
ciała podniosła się do 114 f. U chorej
sposrzegano jeden ciekawy objaw: przy
próbach płukania żołądka po wlewu
doń $\frac{1}{2}$ litra wody występowały stale sil-
ne wymioty; zależą one w tych przy-
padkach od małych rozmiarów worka
wzrostowego, który prócz tego wskutek
wzrostów nie mógł się należycie rozsze-
rzać. (M. med. W. 21. 96).

= SUDECK operował zropiałą tor-
biel jajnika u chorej, która przed 7 ty-
godniami przebyła tyfus brzuszny; tor-
biel zawierała brunatny cuchnący płyn,
pomieszany z kłakami gęstej ropy. Z
płynu tego wyhodowano na płytkach
żelatynowych jedynie laseczniki tyfu-
sowe. Zdawało się więc napozór, że
były one sprawcami ropienia, że posia-
dają zatem, wbrew ogólnie przyjętemu
poglądowi, własności ropotwórcze. Do-
piero badanie drobnowidzowe zabar-
wionych skrawków ze ścian torbieli wy-
kazało w tkance samej obecność zna-
cznej ilości koków—rzeczywistych spra-
wców ropienia. Przypadek ten dowo-
dzi jasno, że w wielu razach jedynie
z wyniku hodowli nie należy wyciągać
wniosków co do etyologii ropienia.

(M. med. W. 21. 96). S. P.

= L. D. BULKLEY (New-York), lekarz
w szpitalu chorób skórnych i rakowa-
tych, zapewnia, że roztwór 10 do 20% nad-
manganianu potasu działa bardzo skutec-
cznie uśmierzająco na swędzenie w
przypadkach pryszczycy (*eczema*) i in-
nych chorób skórnych, idących w parze
ze swędzeniem. Miejsce chore należy
pomienionym roztworem pendzlować 2
razy na dobę. Płyn zasychać ma na skór-
rze. W przerwach międzypendzlowania-
mi zaleca się użycie maści cynkowej.
(Sem. méd. 1896. N. 13).

= Badania QUINCKE'go nad wessa-
niem oraz wydalaniem żela-
za u myszy wykazały, że zarówno za-
warte w pokarmach, jak i preparatach
farmaceutycznych, zostaje wessane wy-
łącznie w dwunastnicy drogą naczyń
chłonnych, wydane zaś bywa głó-
wnie w jelitach grubych oraz kątnicy,
prawdopodobnie za pośrednictwem na-
błonka oraz leukocytów. (XIV Congr.
f. inn. Med. in Wiesbaden).

= CLERC proponuje zastrzyki-
wanie sztucznej surowicy

(6q. NaCl i 8q. Na₂SO₄ na litr wody) w
celu powstrzymania nie dają-
cych się opanować wewnętrznych
krwotoków. Opiera się autor na
następującem spostrzeżeniu: po zastrzy-
knięciu osłabionej wskutek znacznego
upływu krwi położnicy 300 ctm. sz. su-
rowicy sztucznej pod skórę w okolicy
pośladkowej, oraz wlewu 40 ctm. sz. do
żyły pośrodkowej odłokciowej (*basilica
mediana*), nastąpiło nadspodziewanie po-
wstrzymanie się krwotoku, co autor
przypisuje temu, że surowica działa zwię-
żająco na naczynia. (Sem. méd. N. 22.
1896).

= RECLUS stosował kokainę w ce-
lu znieczulania w 3,500 przypadkach
i ani razu nie zauważył przykrych pobo-
cznych powikłań, wynikających z jej
ogólnego działania. Autor przypisuje
ten wynik ścisłemu przestrzeganiu daw-
kowania, gdyż nie używa nigdy rozczy-
nu silniejszego nad 1%, a dawka całko-
wita wynosi *maximum* 0,15—0,20 koka-
iny. Przy zastrzykiwaniu należy rów-
nież się wystrzegać wprowadzenia igły
do żyły. (Sem. méd. N. 26. 1896).

= Przykry zapach jodoformu po do-
konywaniu opatrunków usuwa skutec-
cznie terpentyna, którą należy obmyć
ręce. Również może być użyta do czyszc-
zenia naczyń po jodoformie. (Progr.
méd. N. 19. 1896).

= COSTA zwraca uwagę, że roztwór
kokainy ogrzany do 50° działa
znieczulająco dwa razy silniej,
aniżeli użyty o cieplecie pokojowej.
Taki zatem sposób użycia daje możność
posiłkowania się o wiele słabszymi roz-
czynami, a temsamem osłabienia ogóln-
nego jej działania. (Sem. méd. N. 24
1896).

= Gruźlica płuc u osobników z orga-
niczną wadą serca bywa rzadkością.
WEISMAYER spozrzegał w klinice SCHROET-
TER'a sześć podobnych przypadków w
przeciągu dwóch lat; trzy razy przebieg
gruźlicy był przewlekły, trzy razy ostry.
(Wien. klin. Woch. N. 8 i 9 1896).

= LISZT stosował w 47-iu przypad-
kach włóknikowego zapalenia
płuc zachwalaną przez SZIKLA'ra pi-
lokarpinę i stwierdzaświeitnej jej dzia-
łanie. Dawkę stosuje autor dla dorosłych
0,03—0,04 *pro die*, dla dzieci ponad czte-
ry lata 0,01—0,02 *pro die*, w postaci na-
stępującej: *inf. cephael.* (0,5), *dec. senegae*
(10,0) *ad* 100,0, *liq. ammon. anis.* 2,0, *pi-
locarp. mur.* 0,03, *cognac* 50,0. *DS.* co 1—2

godz. łyżkę stołową. Już po upływie 12—24 godz. oddech staje się prawidłowszym, a najpóźniej trzeciego dnia następuje zakończenie choroby *per crisin* z jednoczesnym wystąpieniem obfitych potów, poczem płwocina przestaje być rdzawą, kaszel nie wywołuje bólu, jednym słowem rozpoczyna się okres zdrowienia (Pest. med.-chir. Presse N. 4. 1896).

= Prof. WAGNER przytacza sporo spostrzeżeń, dotyczących się wystąpienia ostrej psychozy na tle zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, oraz zniknięcia jej po zastosowaniu środków przeczyszczających, wobec czego radzi zawsze zwracać uwagę na stan przewodu pokarmowego u tego rodzaju chorych. (Wien. klin. Woch. N. 10. 1896). M. B.

= Pousson przy leczeniu *hydrocele* za pomocą przekłucia z następnym wstrzyknięciem nalewki jodowej, używa ze znakomitą skutkiem antypirynę, jako środek znoszący ból. 2—3% roztwór antypiryny, wstrzyknięty do worka mosznowego po uprzednim wypuszczeniu płynu surowiczego i zatrzymany tam przez 5—10 minut, sprawia, iż następne wstrzyknięcie jodyny nie powoduje żadnego bólu, w najgorszym razie ból bardzo słaby i trwający zaledwie kilka sekund. (Ann. d. mal. d. org. gen. - uretr. N. 5. 1895).

= SPENCER, by zapobiedz objawom jodyzmu, radzi używać jodek potasu w postaci następującej: Rp. *kal. jodati* 30,0, *ferri citr.-ammon.* 4,0, *t-rae nuc. vom.* 8,0, *aq. dest.* 30,0, *tinct. chin. q. s. ad* 120,0. *D.S.* łyżeczkę od kawy na $\frac{1}{2}$ szklanki wody po jedzeniu. (Jahrb. f. prakt. Medic. 1895. S. 474).

= BONDESEN zestawia liczby chorych wenerycznych w rozmaitych wojskach europejskich, dające poniekąd pojęcie o rozpowszechnieniu chorób tych w ostatnich latach na 1000 żołnierzy chorych wenerycznych było przecięciowo 212 (z tego 50% przymiot), we Włoszech 104 (przymiot?), w Austrii 65,4 (przymiot 26%), we Francji 44 (przymiot 21%), w Belgii 32 (przymiot 19%), w Niemczech 26,7 (przymiot 22%), w Danii 26,8 (przymiot 10). Z wyjątkiem Anglii i Włoch do statystyki tej wliczeni są

oprócz żołnierzy i oficerowie. (D. Kjöb. med. Selsk. Forh. 1894—1895).

= RAYMOND opisuje przypadek niemocy płciowej, wyleczony zapomocą podwiązania boczných powierzchownych żył prącia. Przypadek dotyczył 49-cioletniego mężczyzny, który od roku nie mógł spółkować z powodu zupełnego braku erekcyi. Dwumiesięczne systematyczne pod okiem specjalisty prowadzone leczenie nie przyniosło najmniejszej korzyści. Wtedy R., idąc za przykładem A. KING'a, dokonał podwiązania żył z następnym ich przecięciem. Sprawność płciowa po zabiegu tym wróciła zupełna, pierwsza silna erekcja zjawiała się już na trzeci dzień po operacyi. (Med. News. 25. M. 1895). J. W.

= CHROBAK w celu usunięcia zaburzeń w sferze płciowej, występujących zazwyczaj po obustronnem wycięciu jajników, stosował dotychczas wewnątrz wyciąg jajników; terapia ta, aczkolwiek skuteczna, jest tylko paliatywna, gdyż wkrótce po jej przerwaniu zaburzenia się wznowiają. Wobec tego autor proponuje nie dopuszczać do zaburzeń płciowych, pozostawiając część jajnika, albo też pomieszczając zamiast wyciętego jajnika zwierzęcy. Drugi z tych sposobów był przedmiotem doświadczeń na królicach, którym po zupełnem wycięciu jajników zostały pomieszczane jajniki w fałdach otrzewnej jednego rogu macicy; badania pośmiertne, wykonane po upływie kilku miesięcy po operacyi, wykazały, że umieszczone w ten sposób jajniki nawet funkcjonują, t. j. wytwarzają pęcherzyki GRAAF'a, zawierające jajka. (Sem. méd. N. 26 1895). M. B.

= Doświadczenia GAETANO - VINCI w pracowni LIEBREICH'a, dotyczące działania *eukainy*, dowiodły, że działa ona znieczulająco również skutecznie, jak i kokaina, ma zaś tę wyższość, że pozostaje bez wpływu na żrenicę. Zupełne znieczulenie występuje w 2—5 minut po wpuszczeniu kilku kropel 2% roztworu i trwa 10—15 minut; jednocześnie ma miejsce lekkie przekrwienie łącznicy powiek. Ogólne działanie *eukainy* jest mniej trujące, aniżeli kokainy. (Hufeland'sche Ges. 16. IV. 1896).