

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. PODWIĄZANIE TĘTNICY POŚLADKOWEJ PRAWEJ W JAMIE MIEDNICY Z POWODU RANY KLUTEJ.

Podał

Władysław Matlakowski.

W roku zeszłym opisałem, jak zdawało mi się, ciekawy przypadek ▲) tętniaka urazowego na szyi, uleczonego sposobem ANTYYL'a; chora pozostaje dotąd przy życiu i zdrowiu, jak o tem miałem niejednokrotnie wiadomości. Dzisiaj ogłaszam również interesujący przypadek zranienia tętnicy pośladowej, które dzięki szczególnym warunkom [ciasna i głęboka rana, nałożenie szwu] dało powód do utworzenia ogromnego krwiaka (*haematoma*) okolicy pośladowej, uleczonego również przez odszukanie i podwiązanie krwawiącego naczynia.

P. . . . Maryjanna, żona mularza z Warszawy, lat 35, przybyła do oddziału d. 25 Lutego 1889 zrana. Poprzedniego dnia, t. j. 24 o godz. 10 wieczorem, w sporze ze znajomym sobie mężczyzną pchniętą została nożem tak silnie, że narzędzie przebiło suknię, spódnice, barchankę, majtki i koszulę, poczem weszło głęboko w ciało. Natychmiast powstał silny krwotok, od którego chora straciła przytomność; zeszywania rany, którego dokonali felczerzy, nie przypomina sobie. Po przybyciu do szpitala, znaleźliśmy chorą w stanie silnego rozdrażnienia, krzyczącą, rzucającą się, bladą i jakby nabrzękłą. Na okolicy pośladowej znajdują się kawałki słomy, przywarte do skóry, a na prawym pośladku rana długości $1\frac{1}{2}$ ctm., zeszyta kilku szwami, sucha, niekrwawiąca, zagojona, jak się zdawało, *per primam*; dookoła nie ma siniaka, ani wyniesienia. Chora trzęsie się, jest chłodną, tętno słabe 100. Obmyta i ogrzana, położoną została do łóżka, poczem spokojnie przeleżała do godziny 8 d. 27. II, w którym to dniu podczas wymiotów po przyjęciu oleju rycynowego uczuła, że jej się zrobiło ciepło w okolicy pośladowej, a jednocześnie służba zobaczyła krew, tryskającą z rany zaszytej. Tegoż dnia o godzinie 11-ej chora została uśpioną i przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO, BORSUKA, WINAWERA, SŁURZECKIEGO przystąpiłem do operacyi. Po zdjęciu szwów wprowadziłem palec do rany i z przerażeniem przekonałem się, że wchodzę aż do jamy miednicy, gdyż ku tyłowi wyczuwałem kość krzyżową, dna rany atoli wyczuć jeszcze nie mo-

▲) Gazeta Lekarska. 1888. Nr. 6 i dalsze.

głem; po wyjęciu palca natychmiast połała się krew tętnicza; w tej chwili wypchałem kanał rany paskami gazy jodoformowej i powstrzymałem krwotok, poczem poprowadziłem długie cięcie przez pośladek w kierunku włókien mięśnia pośladowego wielkiego, tak, że środek cięcia przechodził przez ranę w skórze. Przeciąwszy mięsień pośladowy, wyjąłem jednocześnie powierzchowny kawał tamponu, przyczem przekonałem się, że nie krwawi, że zatem źródło krwotoku tkwi głębiej. Skoro tylko usunąłem szybko resztę tampona, natychmiast kanał rany zalany został krwią i należało w tej samej chwili wprowadzić palec do rany, aby powstrzymać wypływ krwi. Położenie przedstawiało się o tyle groźnie, że wobec niemożliwości ujrzenia nietylko punktu, z kąd krwawi, lecz nawet strony, z której krew bucha, w głębi takiej, że najdłuższy palec nie był w stanie dosięgnąć dna—miałem na myśli ranę wytamponować i przystąpić do podwiązania tętnicy podbrzuszej (*art. hypogastrica*). Zanim jednak miałem tak postąpić, postanowiłem jeszcze raz próbować odnaleźć naczynie. Poprosiwszy kol. CIECHOMSKIEGO o wprowadzenie palca do rany i o tamowanie krwotoku, przeciąłem wszystkie części miękkie powyżej i ku tyłowi od rany i doszedłem aż do brzegu więzu krzyżokulszowego (*lig. sacroischiadicum majus*), ograniczającego dziurę kulszową wielką od tyłu. Tak samo pogłębiłem cięcie i ku dołowi na zewnątrz od palca, tkwiącego w ranie, *resp.* od samej rany. Teraz kol. CIECHOMSKI, obracając palec brzuszem to ku górze, to ku wewnątrz, to ku dołowi, zauważył, że jak tylko popuści palec i zmniejszy nacisk brzuszem od dołu, natychmiast się krew pokazuje. Wprowadziwszy palec swój, przekonałem się również o tem; wtedy oczyściwszy dobrze pole operacyjne i samą ranę, puściłem palec i natychmiast pod nim na ślepo schwyciłem tkankę; krwotok się powstrzymał i krew już zwolna się sączyła, zamiast jak przedtem, gdy zalewała od razu całą ranę. Teraz już z całą swobodą wyosobniliśmy tętnicę, która okazała się nadciętą i po obu stronach jej rany podwiązaliśmy ją, a dla pewności między podwiazkami przecięli. Okazało się, że rana, a *eo ipso* podwiązanie miało miejsce głębiej niż mięsień gruszkowaty (*m. pyriformis*), który szeroko nadcięty wpoprzek przez nóż w czasie zadania rany [o czem wnosić mogliśmy z nacieczenia krwią] znajduje się ku dołowi od naczynia; pod dolnym nieprzeciętym brzegiem mięśnia gruszkowatego widać pień nerwu kulszowego, rozpoznawalny po swojej perłowej białości mimo silnego napojenia tkanki około niego krwią. Rana, zadana nożem, drąży głębiej niż płaszczyzna, w której skaleczoną została tętnica; dno jej leży zupełnie w jamie miednicy i na tem dnie widać ruchy oddechowe chorej. Tu znajduje się prawdziwa jama, powstała w części od zaważenia wbitym i wyjmowanym nożem, w części od naporu krwi, która wydrążyła sobie dużą komorę, której ściany czerwono-wiśniowo nasiąkłe nie pozwalają rozpoznawać tkanek je składających, ale sądząc po miękkości, po widocznych ruchach oddechowych i miękkości, można domyślać się, że jest to otrzewna na prawo od odbytnicy.

Ponieważ kanał rany nie wydawał się już zdolnym do doraźnego zarośnięcia (*prima intentio*), a na dnie rany była obszerna jama, wyłobiona przez krew, ze ścianami nie stykającymi się i niemożliwymi do zbliżenia przez zesycie lub nacisk; nadto ponieważ mięsień gruszkowy był poszarpany: przeto wstawiłem dren, a resztę ogromnego cięcia zaszyłem [kilka szwów przez mięsień pośladowy]. Protektywa, gaza jodoformowa, wata, plastry lepkie i bandaż stanowiły opatrunek, który jednak

musiał być już tego samego dnia zmieniony wieczorem z powodu bezprzykładnego zachowania się chorej. Jako następstwo chloroformu pojawiły się wymioty i mdłości, a gdy już chora nie miała czem wymiotować, rzucała się w łóżku, jakszalona, szarpała sobie szyję i piersi, krzyczała na głos, że ją pali, wreszcie parskając, pluła — lub spuściwszy głowę z łóżka wprowadzała palec do gardła i sztucznie wywoływała wymioty. I tak powtarzało się przez kilka dni; co dzień opatrunek znajdowałem zrujnowany, przemoczony moczem. To było powodem, że gojenie kanału drenowego poszło przez ropienie, które znowu spowodowało przykre powikłanie, a mianowicie najprawdopodobniej skutkiem ropienia w głębi rany w sąsiedztwie korzeni splotu krzyżowego chora dostała silnych bólów w kończynie, które pozbawiały ją snu; skutkiem straszliwej niedokrwistości, braku łąknienia i podobnego zachowania się chorej, gojenie i wyzdrowienie postępowały bardzo wolno, i dopiero 12. IV. 89 chora opuściła oddział uleczoną.

W dostępnych mi źródłach niewiele udało mi się znaleźć przypadków zranienia i podwiązania tętnicy pośladowej. LINDNER ^Δ) opisał przypadek, w którym pewien żołnierz pchnięty został nożem szewckim w pośladek; natychmiast krwotok był tak obfity, że zraniony omdlał; ranę zaszyto; mimo to w pięć dni potem ponowny krwotok. LINDNER dwunastego dnia po zranieniu podwiązał tętnicę, która, podobnie jak i w naszym przypadku, okazała się nadciętą. TREPPEP ^{*}) podał opis przypadku, w którym żołnierz ugodzony został nożycami w pośladek; w 16 dni potem rana się zagoiła; 17-go dnia można było wyczuć tętnienie i wysłuchać szmer; autorowi udało się nie bez dużych trudności podwiązać tętnicę po otwarciu tętniaka sposobem ANTYLL'a. Są to dwa jedyne przypadki, które od czasu klasycznej pracy FISCHER'a ^Δ) napotkałem w pismach sprawozdawczych, jak: „*Centralblatt f. Chirurgie*“, VIRCHOW'a „*Jahresbericht*“ i SCHMIDT'a „*Jahresbericht*“. FARABEUF, który zresztą w pracy swej uwzględnia tylko tętniaki, zdołał do kazuistyki, zebranej przez FISCHER'a w 1869 r., dodać trzy nowe spostrzeżenia, tak, że praca jego ^Δ) obejmuje 38 przypadków. W sprawozdaniu z wojny amerykańskiej ^Δ) znajdujemy sześć przypadków podwiązania tętnicy pośladowej, z których dwa skończyły się wyzdrowieniem. W jednym z nich [Obs. 678] po wyjęciu kuli powstał tak straszny krwotok, że zdawało się, iż niepodobna odszukać tętnicy i myślano już o podwiązaniu tętnicy podbrzuszej. Cztery pozostałe przypadki zakończyły się śmiercią [dwa z ropnicy]. Sprawozdawcy wspominają nadto o 13 przypadkach zranienia tętnicy pośladowej, w których nie podwiązywano naczyń, a z których zmarło 11 z krwotoku i ropnicy; niektórzy chorzy żyli do 35-go—37-go dnia po otrzymaniu rany. Sprawozdawcy kończą uwagę, że rany tętnicy pośladowej i jej gałęzi nie są mało ważne; prawdopodobnie, gdy naczynie jest zupełnie przerwane, *resp.* przecięte, dobrze zastosowany nacisk zdoła powstrzymać krwotok; lecz jeśli tętnica tego kalibru, jak pośladowa, jest tylko nadciętą, lub naderwaną, i końce nie mogą się wciągnąć i zamknąć, to jedy-

^Δ) Centrblt. f. Chir. 1883, str. 420.

^{*}) Ibidem.

^Δ) Die Wunden und Aneurysmen der art. glutea und ischiadica. Arch. f. klin. Chir. 1869.

^Δ) Fessière région. Dictionnaire encyclopédique de Sciences médicales. Str. 751.

^Δ) The medical et surgical history of the war of the rebellion. Part II, Volume II, p. 327.

nym środkiem, który powinien być zastosowany za wszelką cenę (*at all hazards*) jest podwiązanie naczynia ponad i poniżej miejsca uszkodzenia. Na to z małemi wyjątkami [NEUDOERFER] zgadzają się wszyscy pierwszorzędni autorowie. Że operacja jest trudną, świadczy o tem mój przypadek, który przecież nie należał jeszcze do najtrudniejszych; rany postrzałowe, przy których zaszły uszkodzenia sąsiednich kości lub innych ważnych organów, oraz obszerne tętniaki urazowe, stawiają chirurga w jeszcze cięższych warunkach. Jako ilustrację przytaczam tutaj klasyczny przypadek J. BELL'a, który pierwszy podwizał tętnicę pośladkową □). Pewien biedak, zajmujący się łowieniem pijawek, w chwili, gdy wychodził z łódki, upadł i wbił sobie długie ostre nożyce, które nosił w kieszeni, w pośladek właśnie w okolicy dziury kulszowej. Przebita tętnica dała straszliwy krwotok, tak, że chory zemdlął. Lekarz, wobec rany wąskiej i głębokiej, mało miał trudności z zatamowaniem krwawienia, a jeszcze mniej z zagojeniem rany. Zagoiła się tedy rana z zewnątrz, a pod spodem powstał duży guz. Chory przywędrował z północnej Anglii, gdzie go spotkało nieszczęście i po sześciu tygodniach wstąpił do szpitala, gdzie znaleziono zadziwiający guz w okolicy pośladka, udo skurczone, goleń przygiętą, całą nogę skuloną, chłodną. Guz był zadziwiającej wielkości, a przez swą wielkość stracił wszystkie charakterystyczne cechy tętniaka. Nie było ani tętnienia, ani zmniejszania się objętości przy naciskaniu i nie było nic szczególnego w nim, z wyjątkiem, że nagle rozciąganie sprawiało duży ból; z powodu tego ustawicznego bólu i sparaliżowania, chory gotów był poddać się wszystkiemu, błagając o operację. Mało było wątpliwości, że to tętniak, lecz możliwe było też, że to obszerny ropień, i na naradzie postanowiono zrobić małe nacięcie, po przecięciu skóry nakłuć worek końcem noża; jeżeli zawiera ropę, otworzyć go szeroko, jeżeli krew, uważać go trzeba za tętniak i zwołać nową radę. „Zrobiłem więc cięcie 2½ cala; ukazała się powięź sina i bardzo mocna, tworząca powłokę guza, a pod nią widać było grube włókna mięśnia pośladkowego. Po nacięciu jej nożem wytoczyły się dwa skrzepy czarnej krwi; a napięcie w guzie było tak duże, że skrzepy zaczęły się wyciskać w tejsze chwili, jak tylko zrobiono otwór. Pożądaniem było, żeby, zanim przeniesie się chorego do łóżka, rozpoznać dobrze położenie rzeczy, aby zdać dobrze sprawę na naradzie, czy tętnica jest zupełnie otwarta, i czy to tętnica pośladkowa wielka. Wygarniałem więc dalej skrzepy, dopóki gorąca i czerwona krew nie zaczęła płynąć; wtedy ranę opatrzono i chorego przeniesiono do łóżka, gdzie jeden z uczniów naciskał ręką na pośladek. To stało się o 1-ej godz., a o 4-ej zebrano się na radę i dokonano operacji. Po otworzeniu guza całkowicie cięciem 8 cali długiem i wygarnięciu skrzepów, rzuciła się krew ze szmerem i taką siłą, że oblała asystentów, a w tejsze chwili dwadzieścia rąk znalazło się na guzie i worek został wypełniony gąbkami i wszelakimi chustami; a chociaż krew nie tryskała strumieniem, mimo to spływała końcami cięcia, sączyła się przez opatrunek, mimo nacisku nani rękami pomocników. Że krew płynęła, poznaliśmy to z bardziej alarmujących oznak: chory bowiem, który dotąd nie leżał na płask, lecz unosił się na łokciach, upadł,

□) The principles of surgery, by John Bell. Vol. I. p. 375, edition by Charles Bell. 1826, z biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

z rękami bez życia i bez tętna na stoł, z głową nadół, twarzą siną, wydawszy kilka jęków; sądziliśmy, że zmarł. Widząc tę krytyczną chwilę, i, wiedząc, że chory, jeżeli miał być ocalonym, to tylko przez szybką decyzję, pociągnąłem nożem nadół i do góry i zrobiłem cięcie dwie stopy wzdłuż, wepchnąłem rękę do dna worka, wyciągnąłem gąbkę, leżącą na tętnicy, wyczułem tryskającą ciepłą krew, położyłem palec na otworze w tętnicy; wyczuwszy wyraźne tętnienie, byłem pewny, że chory jeszcze żyje. Tymczasem pomocnicy odwinęli brzegi worka, wybrali z niego wepchnięte gąbki, oczyścili go zupełnie; poczem, trzymając wciąż wskaziciel lewej ręki na tętnicy, przeprowadziłem grubą igłę po palcu tak, żeby obejść tętnicę; jeden z przyjaciół zawiązał podwiązkę; po odjęciu palca, widać było wyraźnie, że to tętnica pośladkowa (*posterior iliac*) i że była przecięta w poprzek.“ Chory wyzdrowiał po siedmiu miesiącach ropienia i po odejściu kawałków obumarłej kości biodrowej i krzyżowej.

Chociaż dzieli nas od BELL'a blisko stulecie i takie ważne odkrycie, jak aseptyka, mimo to zarówno w przypadkach LINDNER'a i TREPPER'a, jak i w moim, nie udało się uniknąć gorączki i długiego gojenia przez ropienie, a to z powodu, jak u mojej chorej, wielkiej niedokrwistości, skutkiem której chora oddawała mocz i stolec pod siebie, zachowywała się niespokojnie w łóżku i robiła wszystko, co mogła, aby nie dopuścić do prawidłowego gojenia się rany; w części, być może, zależało to od podrażnienia otrzewnej w miednicy, na co niewątpliwie wskazywały bóleści w podbrzuszu, samoistne i przy nacisku, wzdęcie brzucha, wymioty, wreszcie w części gorączka.

II. O LECZENIU ZAPALENIA OPŁUCNEJ PRZETWORAMI SALICYLOWEMI.

Napisał

D-r Władysław Biegański,

lekarz szpitala w Częstochowie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

XII. E. K., lat 3 liczący, syn kupca, zachorował w dniu 24 Kwietnia r. b.. Przedewszystkiem wystąpiły niewyraźne objawy gastryczne, wzdęcie brzucha, gorączka i zaparcie stolca. Wezwany lekarz stosował przeważnie środki czyszczące. Ze strony płuc nie było żadnych wyraźnych objawów: ani kaszlu, ani przyspieszonego znacznie oddechu zauważyć nie można było. Chorego po raz pierwszy widziałem 28 Kwietnia; wtedy już mogłem wypukać nieznaczne stłumienie odgłosu opukowego z prawej strony, sięgające z tyłu do kąta łopatki, z przodu do dolnego brzegu IV żebra — bez rzeżeń i kaszlu. Gorączka była znaczna, przechodziła wieczorami o kilka dziesiątych 40° C.. Rozpoznałem wtedy *pleuritis dextra* i przepisałem salol po 0,4, cztery razy dziennie, bańki suche i okłady ogrzewające na prawy bok. Chorego widywałem od czasu do czasu, jako konsultant; notatki o przebiegu ciepłoty, udzielone mi łaskawie przez ordynującego lekarza, przedstawiały następujący przebieg gorączki:

29. IV. r.	38,7°	—	w.	39,3°	C. salol
30. IV. "	38,3°	—	"	38,8°	" "
1. V. "	38,5°	—	"	38,9°	" "
2. V. "	38,2°	—	"	38,7°	" "
3. V. "	38,1°	—	"	38,9°	" "

Wysięk przez te pięć dni powiększył się znacznie, dochodził już teraz w linii sutkowej pod II żebro, z tyłu prawie do grzebienia łopatki. Szmer oddechowy na miejscu stłumienia osłabiony, kaszel suchy, niewielki. Ten ciągły wzrost wysięku, bez względu na stosowanie salolu, budził podejrzenie ropnej sprawy. I w rzeczy samej, zrobione próbne przekłucie pokazało ciecz ropną. Chory pozostawał jeszcze w naszej obserwacji przez cały tydzień, codziennie przyjmował 1,6 grama salolu, stan gorączkowy jednak i wysięk pozostawał bez zmiany. Rodzice chorego nie zgadzali się na proponowaną na miejscu operację otoku opłucnej, powieźli go do Wrocławia, gdzie operacja dokonana została przez prof. FISCHER'a.

I w tym przypadku ropnego zapalenia opłucnej salol stosowany, jak na dziecko, bardzo energicznie, pozostał bez skutku, tylko gorączka zmniejszyła się nieco pod działaniem tego przetworu salicylowego.

XIII. M. K., lat 2¼, licząca, córka urzędnika, zachorowała w ostatnich dniach m. Czerwca r. b. na odrę. Przebieg odry początkowo był zupełnie prawidłowy, tylko dopiero na 4-ty dzień po wysypaniu gorączka nagle skoczyła w górę, dziecko było niespokojne i zaczęło kaszlać sucho, urywanie. W dniu 2 Lipca po raz pierwszy widziałem dziecko [mówiąc nawiasem, krzywicowe, źle odżywiane] i znalazłem silną gorączkę [39,5], oraz stłumienie nieznaczne odgłosu opukowego w dolnym odcinku prawego płuca. Rzężeń na miejscu stłumienia nie znalazłem wcale, szmer zaś oddechowy nie zmieniony. Ze względu właśnie na te objawy, odrazu postawiłem rozpoznanie powikłania odry prawostronnem zapaleniem opłucnej. Dalszy przebieg choroby stwierdził moje rozpoznanie. Wysięk prawie codziennie powiększał się i już w dniu 7 Lipca z przodu był pod II żebrem, z tyłu pod grzebieniem łopatki. Od dnia 3 Lipca stosowano antypirynę z salolem [0,2 antypiryny, 0,3 salolu na dawkę — 3 razy dziennie]. Przebieg gorączki był następujący:

4	lipca	r.	38,8°	—	w.	39,6°	C.
5	"	"	38,5°	—	"	39,3°	"
6	"	"	38,4°	—	"	39,1°	"
7	"	"	38,5°	—	"	39,5°	"
8	"	"	38,3°	—	"	39,4°	"
9	"	"	38,4°	—	"	39,3°	"

W dniu 9 Lipca zrobiono próbne przekłucie i wyciągnięto ropę. Do 12 Lipca pozostało dziecko przy salolu i w tym dniu obecny wtedy w Częstochowie prof. OBALIŃSKI z Krakowa wykonał u chorego operację otoku opłucnej.

Z sześciu innych przypadków, spostrzeganych jeszcze przezemnie i leczonych także przetworami salicyłowymi, jeden należał do rzędu ropnych i leczenie w tym przypadku było również bezskutecznem, jeden z wysiękiem surowiczym u dziecka po odrze ustępował powoli, wessanie wysięku nastąpiło dopiero po 4-ch tygodniach po zastosowaniu kilkakrotnem pryszczydeł. W czterech zaś innych przypadkach wynik leczenia był szybkim: wysięki nawet znaczne ustępowały doszczętnie po 4—10 dniach leczenia.

Z tego widzimy, że z 19 przypadków zapalenia opłucnej leczenie salicyłowymi przetworami okazało się bardzo skutecznem w 14 przypadkach,

w 4-ech pozostało zupełnie bez skutku, a w jednym skutek leczenia był względnym. Z 10 przypadków, skutecznie leczonych, zapalenie i wysięk ustąpiły:

w	2 dni	—	przypadek 1	[sposzczenie X].
"	3	"	—	" 2 [" II i VIII].
"	4	"	—	" 1 [" VI].
"	6	"	—	" 1 [" III].
"	8	"	—	" 1 [" VII].
"	10	"	—	" 1 [" IV].
"	11	"	—	" 1 [" V].
"	12	"	—	" 1 [" IX].
"	14	"	—	" 1 [" I ¹⁾].

Do zupełnego wessania wysięku chorzy wyżyli:

w	sposzczeniu I	—	12 gramów salicylanu sodu.
"	VIII	—	16 " " "
"	II, III i VI	—	24 " " "
"	V i VII po	40	" " "
"	X	—	12 " salolu
"	IX	—	32 " "

Najczęściej przepisywano salicylan sodu w roztworze [8 na 180], zadając co 2 godziny łyżkę [mniej więcej 0,8 na dawkę]. Chorzy zwykle dobrze znosili takie dawki salicylanu sodu; po dwu, trzydniowem stosowaniu występował często zawrót głowy i szum w uszach, biegunka zaś lub wymioty zdarzały się rzadko. Jeżeli chorzy nie znosili salicylanu sodu, jeżeli wkrótce występował nieznosny szum w uszach, lub wymioty, to przechodziłem do salolu. Ten ostatni środek, stosowany po 0,8 na dawkę w proszkach, znoszonym bywa zwykle wybornie, dziennie można go zadawać bez żadnych złych następstw do 8 gramów.

Oprócz przetworów salicylowych w praktyce szpitalnej nie stosowałem żadnych innych środków przy zapaleniu opłucnej; rzadko tylko, jeżeli ból był mocny, kazałem stawiać suche bańki. W prywatnej praktyce oprócz tego przepisywałem małe dawki narkotyków i okłady rozgrzewające. Środki jednak te w leczeniu stanowczo nie mogły mieć żadnego znaczenia. Tym sposobem dobroczynny wpływ na szybki przebieg zapalenia opłucnej w wielu przypadkach muszę przypisać jedynie przetworom salicylowym. Dziwić się w rzeczy samej należy, dlaczego dotychczas nie było spostrzeganiem to prawie swoiste działanie kwasu salicylowego i jego przetworów. DRZEWIECKI robił poszukiwania w literaturze i nigdzie, jak powiada, ani wzmianki o tem nie znalazł²⁾. Nawet sama praca DRZEWIECKIEGO, wielce zachęcająca do dalszych doświadczeń, przeminęła, rzecz można, bez śladu; nigdzie bowiem w czasopismach lekarskich ostatnich 2-ech lat nie znalazłem tej kwestyi na porządku

¹⁾ DRZEWIECKI dla swoich przypadków przeciętny czas trwania choroby przy leczeniu przetworami salicylowymi określa dla przypadków bez wysięku 4 dni, z wysiękiem 8,5 dni.

²⁾ Ja sam szukałem również w tej kwestyi w podręcznikach oraz w nowych artykułach drugiego wydania encyklopedyi EULENBURG'a: „*Brustfellentzündung*“, ROSENBACH'a i „*Salicylsäure*“ LEWIN'a i żadnej wzmianki o stosowaniu przetworów salicylowych w zapaleniu opłucnej nie znalazłem.

dziennym, jakkolwiek na to w zupełności zasługuje. Dlatego tem chętniej pomieszczam swoich kilkanaście spostrzeżeń; może one właśnie pobudzą do dalszych poszukiwań.

Teraz należy nam rozebrać teoretyczną stronę tej kwestyi. Czem możemy objaśnić sobie, jeszcze raz powtarzam, prawie swoiste działanie przetworów salicylowych w zapaleniu opłucnej? Początkowo przypuszczałem, jak to na wstępie nadmienilem, że przyczyną jest moczopędne działanie kwasu salicylowego. W tym właściwie celu nawet przedsiębrałem pierwsze próby stosowania przetworów salicylowych przy wysiękach opłucnej. Ściśle jednak przeprowadzone mierzenie ilości moczu, wydzielanego na dobę, w kilku spostrzeżeniach ¹⁾ przekonało mnie, że moczopędne działanie kwasu salicylowego jest względne, a w wielu nawet przypadkach, zamiast zwiększonego moczenia, zmniejszanie wydzielania moczu zauważyć możemy. Zwiększone moczenie prędszej należy przypisać wpływowi przetworów salicylowych na spadek ciepłoty, czyli też krytycznemu wzmoczeniu wydzielania moczu. Kilka spostrzeżeń, zamieszczonych w cytowanej powyżej mojej pracy, zdawały się tego dowodzić. W spostrzeżeniach, zamieszczonych w obecnej pracy, dzienna ilość moczu przez długi czas dokładnie była podaną w czterech przypadkach [II, III, VI i XI]; z tych w trzech pierwszych nie znaleziono wcale wzmoczonej czynności nerek [dobowa ilość moczu nie przechodziła nigdy poza przeciętną prawidłową 1500 ctm. sześć., lecz przeciwnie najczęściej trzymała się niżej 1000 ctm. sześć.]. Tylko w jednym XI-tem spostrzeżeniu zauważyć mogliśmy, pomimo istniejącej gorączki, zwiększenie wydzielania moczu do 2800 ctm. sześć.; bez względu jednak na to, wysięk w tym przypadku nie zmniejszał się od działania przetworów salicylowych. Moczopędne więc działanie przetworów salicylowych, jeżeli ono zresztą ma miejsce przy dawkach leczniczych średnich, nie może nam objaśnić szybkiego wessania wysięków opłucnej. Zresztą działanie kwasu salicylowego i jego soli nie ogranicza się tylko do wessania istniejących mniej więcej znacznych wysięków, lecz również łatwo, a nawet łatwiej pod tem działaniem ustępują początki zapalenia z minimalnym wysiękiem, jak o tem nas poucza spostrzeżenie X-te. Z tego wniosek, że ani moczopędne, ani wysysające działanie przetworów salicylowych nie umiemy objaśnić sobie ich skuteczności w zapaleniu opłucnej. Szybkość, z jaką ustępują: wysięk, gorączka i ból w zapaleniu opłucnej, naprowadza na myśl, że musimy tu mieć do czynienia z pewnem swoistem działaniem, przypominającym działanie chininy w zimnicy, lub kwasu salicylowego w ostrym gościec stawowym.

Skuteczność przetworów salicylowych nie we wszystkich zresztą przypadkach zapalenia opłucnej jest widoczną. Ropne wysięki, jak widzimy z kilku naszych spostrzeżeń, nie ustępują od ich działania. Tylko wysięki surowicze, należące do rzędu t. zw. pierwotnych, najskuteczniej mogą być leczone przetworami salicylowymi. Swoiste więc działanie tych środków w tego rodzaju zapaleniach opłucnej nasuwa myśl, czy owe pierwotne surowicze zapalenia nie mają tej samej przyczyny, co i gościec, czy patogenetycznie nie są identyczne

¹⁾ Patrz w tym względzie moją pracę: Doświadczenie kliniczne nad stosowaniem salolu. Medycyna. 1888.

z gośćcem stawowym. Myśl ta, wyprowadzona właśnie *ex juvantibus*, ma za sobą wiele innych cech prawdopodobieństwa.

Wiadomo, że gościec stawowy wikła się często z zapaleniem błon surowiczych, jakoto: opłucnej, osierdzia, wsierdzia i opon mózgowych. Są przypadki, w których zapalenie opłucnej poprzedzają niewyraźne objawy gośćcowe w stawach i mięśniach, lub przeciwnie, w których do istniejącego zapalenia opłucnej przyłącza się gościec stawowy. Takich przypadków w praktyce widziałem wiele. Świadczą one niezbiecie o pewnym genetycznym związku obu tych chorób. Fakt zaś, że w wielu razach zapalenie opłucnej występuje samoistnie, bez najmniejszych powikłań ze strony zapalnego zajęcia stawów, nie osłabia tego związku. Jeżeli może istnieć gościec stawowy bez powikłania zapaleniem opłucnej, wsierdzia i t. p., to odwrotnie można przypuścić łatwo istnienie zapalenia opłucnej lub wsierdzia bez zajęcia stawów. Wszystko zależy tu od umiejscowienia sprawy patologicznej; ta zaś ostatnia zależy od licznych niepochwytnych dla nas obecnie warunków. Genetycznego związku tych chorób dowodzą jeszcze inne uboczne objawy. Obfite pocenie się, ów wielce właściwy objaw dla gościa stawowego, widzimy często i w zapaleniu opłucnej z przebiegiem gorączkowym. Nieraz poty bywały tak obfite w zapaleniu opłucnej, że budziły we mnie podejrzenie istnienia sprawy gruźliczej. W gościcu stawowym często spotykamy zaczerwienienie łącznicy oczu; to samo nieraz spotykałem i w zapaleniu opłucnej. Nawet gorączka w obu chorobach, tak co do stopnia natężenia, jakoteż i przebiegu, ma wiele podobieństwa.

Gdyby nam chodziło o teoretyczne zestawienie przedmiotu, moglibyśmy rzecz tę przedstawić, jak następuje: Gościec (*rheumatismus*) jest chorobą zakaźną, należącą do grupy chorób miazmatycznych, lub miazmatyczno-kontagijnych. Niewiadomy jeszcze pierwiastek zakaźny, krążąc we krwi, może powodować zapalenie rozmaitych błon surowiczych i maziowych [stawy, opłucna, osierdzie i t. p.). Nieraz różne te błony równocześnie mogą być zajęte, wtedy mówimy o powikłaniach gościa stawowego; w innych przypadkach sprawa umiejscawia się tylko w stawach, lub tylko w opłucnej, albo tylko w osierdziu i t. d., wtedy powstają obrazy chorób: *polyarthritus rheumatica*, *pleuritis rheumatica*, *pericarditis rheumatica* i t. p.. W rezultacie jednak wszystkie te sprawy, tak różne co do umiejscowienia, stanowią jedną właściwie chorobę, rozmaicie tylko umiejscowioną. Nawet moment, sprzyjający wybuchowi, t. j. przeziębienie, jest wspólnym dla wszystkich tych chorób.

Do rzędu gośćcowych należy znaczna większość pierwotnych surowiczych zapaleń opłucnej. Pewna jednak część surowiczych wysięków, powstających pozornie pierwotnie, może powstać od zakażenia gruźliczego. Tego rodzaju wysięki prawdopodobnie nie będą ustępować od działania przetworów salicylowych [brak mi własnych spostrzeżeń] i w tem głównie leży ich kliniczna różnica. Nie trzeba jednak każdego nieustępującego pod działaniem kwasu salicylowego, surowiczego wysięku opłucnej, uważać za gruźliczy; wiemy bowiem, że swoiste działanie przetworów salicylowych niezawsze występuje i w ostrym gościcu stawowym, możebnem więc jest, że spotkać możemy uporczywe wysięki gośćcowe, nie poddające się leczeniu kwasem salicylowym.

Możemy pójść jeszcze dalej i na zasadzie powyższych teoretycznych rozumowań wnioskować, że skuteczność przetworów salicylowych nie ogranicza się tylko do gośćcowego zapalenia opłucnej, lecz i gośćcowe zapalenia osierdzia, wsierdzia, a nawet opon mózgowych również skutecznie temi środkami leczonemi być mogą. I w rzeczy samej na poparcie tego zdania posiadam dwa własne spostrzeżenia.

W miesiącu Lutym 1887 r., K. R., lat 10 liczący, uczeń gimnazjum, był odwieziony przez kolegów do domu bardzo chorym. Choroba zaczęła się nagle dreszczami, w szkole, mniej więcej o godz. 1-ej w południe. Chorego widziałem tegoż dnia o godzinie 4-tej po południu. Znalazłem stan wysoce gorączkowy [$40,5^{\circ}$], przytem stan apatyczny, bredzenie. Przy badaniu zmian w płucach nie znaleziono żadnych. W sercu zaś wyraźne powiększenie wymiaru podłużnego, oraz pierwszy ton przy wierzchołku serca głuchy, bardzo niewyraźny. Język obłożony, wilgotny; śledziona powiększona; w gardzieli żadnych zmian. Od matki dowiedziałem się, że chłopiec dotychczas cieszył się zupełnem zdrowiem i wyszedł rano do szkoły, nie uskarżając się na żadne dolegliwości. Przypadek zdawał mi się niejasnym. Dość widoczne zmiany w sercu mogły być dawną wadą serca [chorego bowiem poprzednio nigdy nie widziałem], a powiększona śledziona i burzliwy przebieg gorączki zdawały się świadczyć o jakiejś chorobie zakaźnej. Dla rozstrzygnięcia wątpliwości oznaczyłem dokładnie kredką miejsce uderzenia serca, oraz całe granice serca i do wewnątrz przepisałem naparstnicę. Drugiego dnia stan był taki sam. Bredzenie i apatya powiększyły się. Przy badaniu serca, uderzenie wyraźnie przemieściło się ku stronie lewej; było już teraz na lewo od linii sutkowej. Na wierzchołku, zamiast znalezionego poprzedniego dnia głuchego tonu, znalazłem wyraźny szmer, który przedstawiał tę właściwość przy długiem wysłuchiwanu, że znikał niekiedy i pozostawał tylko drugi ton. Teraz już nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem wsierdzia. Z powodu bardzo osłabionej czynności serca i nikłego tętna przepisano kamforę. Na trzeci dzień choroby nagle wystąpił kaszel, a badanie płuc z prawej strony wskazywało ograniczone stępienie, idące pasem po linii sutkowej szerokości na 3 poprzeczne palce i sięgające u góry do trzeciego żebra. Na miejscu stłumienia oddech nieokreślony, nieco osłabiony, z licznemi trzeszczeniami. Zmiany w sercu takie same. Gorączka powyżej 40° C.. Postanowiłem teraz dla zmniejszenia gorączki przepisać choremu antypirynę w proszkach po 0,6 na dawkę co godzina — równocześnie zadawano kamforę i położono pęcherz z lodem na okolicę serca. Chory zażył tego dnia wieczorem 4 dawki antypiryny, mocno się po nich pocił i gorączka rano spadła do 38° C.. Stan ogólny znacznie się poprawił. W sercu zmiany opukowe i wysłuchowe te same; w płucach na miejscu stłumienia oddech prawie oskrzelowy. Antypirynę podawano dalej przez następne dwa dni. Gorączka spadła do stopnia prawidłowego, przytomność wróciła, stłumienie serca nieco się zmniejszyło, natężenie szmeru mniejsze, na miejscu stłumienia w płucach znowu liczne trzeszczenia. Po kilku jeszcze dniach chory się zupełnie poprawił, uderzenie serca wyczuwano na wewnątrz od linii sutkowej; zamiast wyraźnego szmeru, głuchy, niewyraźny ton; w płucach stłumienie mniejsze, trzeszczenia liczne, oddech pęcherzykowy osłabiony. Zmiany w płucach ustąpiły w 2 tygodnie; zmiany w sercu nieznaczne jeszcze po 2 miesiącach wykazać było można. Kiedy stan zdrowia chorego zaczął się poprawiać, zachorował brat jego, chłopiec lat 6 liczący, uskarżając się na ogólne niedomaganie. Stan znaleziono gorączkowy [39° C.], a badanie wykazało wyraźne zmiany w sercu, mianowicie: szmer skurczowy u wierzchołka serca i powiększenie stłumienia serca w wymiarze podłużnym. I tu jednak choroba po parodniowym zastosowaniu antypiryny wyrównała się.

Widzimy więc w obu przypadkach prawie równocześnie występujące ostre zapalenie wsierdza bez poprzedzającego zajęcia stawów. W pierwszym przypadku przebieg był burzliwym z wytworzeniem zawału krwotocznego w prawym płucu, w drugim przebieg był o wiele łagodniejszym. W obu choroba szybko ustąpiła po zastosowaniu antypiryny. Antypiryna tutaj musiała wywrzeć swoje działanie przeciwgośćcowe, niejednokrotnie już dowiedzione. Nakoniec dodać muszę, że obaj chorzy pochodzili z rodziny, usposobionej do spraw gośćcowych; matka bowiem chorych kilkakrotnie przechodziła ostre gościec stawowy i od kilku lat wytworzyła się u niej wyraźna wada serca.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

45. Esmarch. O przyczynach i rozpoznawaniu nowotworów złośliwych, a w szczególności o nowotworach języka i warg.

Gdy autor przed 12-tu laty podał projekt wprowadzenia kwestyi złośliwych nowotworów na porządek dzienny zjazdów lekarskich, postanowiono roku następnego ułożyć schemat w tej kwestyi. Schemat ten został Towarzystwu przedstawionym w r. 1879; pomimo to jednak narady zostały odłożone, a gdy i schematy BILLROTH'a i KUESTER'a o nowotworach sutki nie dały żadnych wyników, cała sprawa poszła w zapomnienie.

Jednakże starania te nie pozostały bez dodatnich skutków. Z wielu klinik i szpitali przedstawiono prace statystyczne o złośliwych nowotworach, prace, które rzuciły nowe światło na niektóre kwestyje. Tak np. z prac tych przekonano się, że rak sutki jest uleczalnym, przynajmniej na długie lata, i że prawdopodobieństwo stałego wyleczenia jest tem większe, im wcześniej i gruntowniej wykonano operację; że niebezpieczeństwo tej ostatniej od czasu wprowadzenia antyseptycznego leczenia ran znacznie się zmniejszyło; widoki trwałego wyleczenia zwiększyły się, ponieważ pod osłoną antyseptyki chirurg był w możności operować daleko gruntowniej. To, co się odnosi do raka sutki, to samo da się powiedzieć i o złośliwych nowotworach innych okolic ciała.

Jest to rzeczą wprawdzie bardzo przyjemną rozstrzygać podobne kwestyje za pomocą liczb odsetkowych i za ich pomocą porównywać różne metody operacyjne oraz leczenie pooperacyjne; w rezultacie jednak prace te, pełne starań, wiedzy naszej nie wzbogaciły: nie wiele nowego dodały do tego, o czem nasze doświadczenie kliniczne już dawno wiedziało. Niedawno sam autor polecił wykonać zestawienie więcej niż 1000 nowotworów, leczonych w jego klinice. I ta praca niewiele nowego wykazała.

Istnieje wiele więcej ważniejszych zagadnień, niż te, o których mowa, na które jednak dzisiejsze prace statystyczne odpowiedzi dać nie mogą. Tak np. prace statystyczne nie są w stanie dać nam żadnych wyjaśnień w sprawie powstawania nowotworów, ich dziedziczności, ich związku z innemi chorobami, ich rozpoznawania; nie mogą wskazać nam ani środków, ani dróg, za pomocą których bylibyśmy w stanie z góry rozstrzygać o złośliwości lub niezłośliwości nowotworów, a są to kwestyje ważniejsze dla samego chorego, niż dla lekarza.

Co pozbawia prace statystyczne, pomimo najsumienniejszego ich opracowania, znacznej części ich wartości, to błędy częstokroć nieuniknione, wypływające z wadliwego rozpoznania. Błędy te zależą w części od niedokładnych historyj chorób, w znacznej jednak części od tej okoliczności, że przez przeciąg blisko 40 lat obserwacji zaszły pewne zmiany w poglądach co do natury niektórych guzów, że przez ten czas poznano nowe rodzaje nowotworów, dotąd

nieznane, jakkolwiek one i przedtem przytrafiać się musiały, które zatem z konieczności były brane za inne, a zatem i fałszywie rozpoznawane. Autor może i z własnego doświadczenia i z doniesień innych stwierdzić, że do dziś dnia nie jesteśmy zabezpieczeni przed podobnymi pomyłkami; dlatego też dawniej wykonywano często operacje zupełnie zbyteczne, podług naszych dzisiejszych zapatrywań.

Przytrafiają się właśnie na wszystkich częściach ciała guzy, które dają powód do podobnych omyłek. Na pierwszym planie w tym względzie stoją guzy przymiotowe (*syphiloma*). W jednym przypadku syfilomatu wargi, który wzięty był za raka, stwierdzono, jak szybko następowały regeneracje po wyłuszczeniu guza, i gdyby natura tegoż wcześniej nie została rozpoznana, mielibyśmy wciąż nowe powroty, a wreszcie i smutne zejście śmiertelne.

Z podobnych doświadczeń autor doszedł do tego przekonania, że znaczna część nowotworów, zwykle za mięsaki branych i wyluszczanych, należy do rzędu syfilomatów i może być uleczoną za pomocą leczenia swoistego, a bez tego ostatniego przyjmuje szczególnie złośliwy przebieg. ESMARCH wykazał to za pomocą danych statystycznych co do mięsaków tkanki mięsnej i nerwowej.

Również guzy gruczłowe, promienicowe, jak i torbiele i samowolne złamania często brane były za mięsaki, lub raki. W wielu podobnych przypadkach przedsiębrano znaczne operacje, gdy tymczasem można je było wyleczyć za pomocą odpowiedniej kuracji, np. syfilomaty za pomocą energicznego specyficznego leczenia, torbiele za pomocą przekłucia i wstrzykiwania drażniących środków, lub wycięcia ich ścian i t. p..

I dla tego należy w przypadkach, gdzie idzie o większe i ryzykowniejsze operacje, zawczasu postarać się o rozpoznanie anatomiczne. Można je często otrzymać z drobnowidzowego badania kawałków tkanki, ściętej z powierzchni wątpliwych guzów. W przypadkach, gdzie podobne badanie dało wynik ujemny lub wątpliwy, lekarz nie powinien opuszczać rąk, lecz należy kilkakrotnie wykonywać badanie, aż do ustalenia rozpoznania; w tych razach nie powinno się wstrzymywać przed wycięciem większych kawałków guza z głębi, a nawet nie cofnąć się przed większym rękoczynem. W wielu przypadkach wielką usługę oddała zwykła akidopeirastyka ¹⁾. Gdzie jednak idzie o wielkie i dla życia niebezpieczne operacje, tam takie rękoczyny, jak przecięcie tchawicy, trepanacja, laparotomija i t. d., są nietylko jako operacje przedwstępne dozwolonemi, ale nawet wskazanemi.

Gdy jednak anatomiczne badanie da wynik ujemny, np. wykaże tylko tkankę ziarninową, wtedy słusznem się wydaje podejrzenie, że mamy do czynienia z cierpieniem natury przymiotowej, a rozpoznanie może wtedy być ustalonem przez energiczne i wytrwałe leczenie specyficzne. Nawet najsumienniejsze wywiady mogą w podobnych przypadkach nie dać nam żadnego punktu oparcia. Wiadomo, że wytwory przymiotowe występują niekiedy w wiele lat po pierwotnem zakażeniu, nie zdradziwszy się poprzednio żadnemi objawami istnienia przymiotu, i że istnieć one mogą długie lata, nie ulegając owrzodzeniu. Szczególniej często występują wytwory przymiotowe na języku, utkanym przeważnie z tkanki mięsnej i na wargach; autor sformułował pewne prawa co do badania i leczenia spotykanych tu guzów i owrzodzeń. Zwraca on tu uwagę, że pojęcie złośliwości nie da się objaśnić samą budową anatomiczną i że podział tych wytworów na złośliwe i dobrotliwe nie ma żadnej wagi.

W kwestyi powstawania złośliwych guzów udało się wykazać wiele przyczyn przypadkowych. Tak np. wiele złośliwych guzów powstaje po obrażeniach, podrażnieniach różnego rodzaju, tak jednorazowych jak i długotrwałych

¹⁾ Manipulacja, polegająca na wydobywaniu za pomocą przekłucia kawałków tkanki z głębi guzów.

[ciała obce, ostre zęby, kamienie żółciowe, oparzenia, tytoń, sadze i parafina], wiele z nich powstaje z blizn, owrzodzeń, z guzów niezłośliwych, ze stanu chronicznie podrażnionej skóry lub błony śluzowej. Jak na teraz nic jeszcze nie wiemy, co mianowicie powoduje wytworzenie się złośliwości podrażnionego miejsca. Musi tu działać przyczyna głębsza, której dotychczas napróżno szukamy. Stara teoria o krazach i dyskrazjach została już oddawna przez VIRCHOW'a obalona, a na jej miejsce podaną nową teorią usposobienia (*Prädispositionslehre*), t. j. stanu, w którym mamy do czynienia z pewną słabością tkanek. Teoryja COHNHEIM'a o powstawaniu złośliwych nowotworów z pozostałych embryjonalnych zarodków krytyki nie wytrzymuje. Uważanie raka za chorobę zakaźną, zależną od pewnego mikroorganizmu, dotychczas nie ma podstaw i przedstawia mało prawdopodobieństwa. Również i inne hipotezy o powstawaniu guzów nie objaśniają, dlaczego przy jednakowem drażnieniu w niezliczonej ilości przypadków nie powstaje rak. Wszystkie badania o powstawaniu tego ostatniego doprowadziły do tego jedynego wniosku, że mamy tu do czynienia z pewnego rodzaju wrażliwością, zmniejszeniem fizjologicznej odporności niektórych tkanek. Ponieważ w wielu przypadkach dla objaśnienia podobnej słabości nie znaleziono przyczyny, nie pozostało nic innego, jak przyjąć d z i e d z i c z n ą s ł a b o ś ć, bez względu na to, że i tej nawet w wielu przypadkach udowodnić nie można. Pewne atoli spostrzeżenia stwierdzają, że w niektórych rodzinach d z i e d z i c z n i e zjawiają się złośliwe nowotwory, niekiedy u wielu członków jednego pokolenia. Podobne obserwacje mogą mieć głównie lekarze domowi. Chirurg dowiedzieć się może najwyżej, czy ojciec lub matka chorego mieli podobną chorobę. Czy jednak w bardziej odległych pokoleniach podobne cierpienia się przytrafiały, o tem sami chorzy żadnych najczęściej wskazówek dać nie mogą. My jednak musimy w naszych badaniach cofać się znacznie wstecz, jeśli chcemy wyrobić sobie jakiekolwiek pojęcie o dziedziczności; jest przecież rzeczą znaną, że niektóre właściwości familijne powtarzają się często przez kilka pokoleń. Uderzające podobieństwo rysów dziedziczny nie tylko syn po ojcu, lecz daje się stwierdzić u niektórych członków rodziny po przejściu kilku nawet pokoleń. Dziedziczy się brodawki i wszelkiego rodzaju zniekształcenia, często u wielu osobników jednej rodziny.

Co do dziedziczności, w pierwszym rzędzie stoją choroby nerwowe i umysłowe, które trapić mogą kilka pokoleń, niekiedy oszczędzając jedno lub kilka z nich. Cała teoria DARWIN'a polega właśnie na takich faktach. Autor z obserwacji swoich doszedł do tego przypuszczenia, które pragnąłby przedstawić jako hipotezę naukową, mianowicie: że w wielu razach przyczyny powstawania nowotworów, szczególnie mięsaków, szukać należy w dziedzicznym usposobieniu, pochodzącem od syfilitycznych przodków.

Jeśli jest rzeczą dowiedzioną, że przymiot wywołuje skłonność do wytwarzania się tkanek z grupy łącznotkankowej, i dość często po długiem utajeniu wytwarza guzy mięsakowate; jeśli wiemy, że usposobienie do pewnych chorób trwać może przez kilka pokoleń, nawet z ominięciem kilku z nich: to w przypadkach, w których zakażenie pierwotne miejsca nie miało, a dziedziczność bezpośrednia od rodziców wykluczyć się daje, to, powtarzam, w tych przypadkach możemy cofnąć się o kilka pokoleń wstecz, by objaśnić skłonność do wytwarzania się guzów mięsakowatych.

Od niepamiętnych czasów w najróżnorodniejszych punktach świata pannały choroby, które ujawniają się przez jątrzące się owrzodzenia, a powstają z łącznotkankowych wyrostów skóry. [Tu autor wylicza nazwy lokalne przymiotu]. Przymiotowa natura tych wrzodów stwierdzoną została w początku bieżącego stulecia, poczem, rozumie się, nastąpiło i leczenie więcej odpowiednie, wskutek czego choroby te (*sypilis*) straciły swój endemiczny charakter. Ponieważ nie zdaje się prawdopodobnem, żeby te wszystkie rody, w których te

choroby panowały, wygasnąć miały, to wydaje się możliwem, że u wielu z potomków tych rodów istnieje skłonność do powstawania tworów łącznotkankowych, czyli, mówiąc innemi słowy, są oni dziedzicznie usposobieni do nowotworów, chociaż pozornie są zupełnie zdrowymi.

Dziś jeszcze po dużych miastach, a nawet i po wsiach, panują podobne choroby, nie są rozpoznawane należycie, nieodpowiednio leczone i przechodzą na następne pokolenia.

To, co wyżej powiedziano, objaśniałoby skłonność do łącznotkankowych nowotworów (*sarcoma*). Czy tym sposobem uda się objaśnić i pochodzenie tworów nabłonkowych [rak], przyszłość pokaże. Jest to również rzeczą dowiedzioną, że przymiot powoduje wytwarzanie się tworów naskórkowych i że rozrost powierzchownych warstw naskórka jest w wysokim stopniu dziedzicznym. Szczególniej da się to powiedzieć o *xeroderma pigmentosum*, dziedziczność której jest stwierdzoną i która dać może powód po rozroście rakowatego, lub mięsakowatego.

Tezy, przedstawione Towarzystwu do dyskusyi w kwestyi rozpoznawania i powstawania nowotworów złośliwych, szczególniej języka i warg, są następujące :

I. C o d o r o z p o z n a w a n i a .

1. Na wszystkich częściach ciała, szczególniej jednak na języku i wargach, powstają guzy wrzodziejące, podobne do raka, które jednak rakiem nie są [syfilomaty, gruźelki i t. d.].

2. Na zasadzie ich wyglądu i klinicznego przebiegu niezawsze od raka odróżnić je można.

3. Twory te wymagają odmiennego leczenia niż raki. Te ostatnie należy możliwie wcześniej i gruntownie za pomocą noża usunąć, pierwsze ustępują nieraz leczeniu środkami wewnętrznymi, lub nieznacznym operacyjnym zabiegom.

4. I dlatego tam, gdzie idzie o większą operacyję, należy przed nią mieć pewne anatomiczne rozpoznanie.

5. W większości przypadków drobnowidz może ustalić anatomiczne rozpoznawanie.

6. W tym celu należy kilkakrotnie wycinać głębsze kawałki guza, chociaż nie należy wstrzymywać się i od większych rękoczynów. [Rozpoznawcze, wstępne operacyje: akidopeirastyka, wyskrobanie, wycięcie większych kawałków, laryngotomia, laparotomia, trepanacja, forsowne rozszerzenie odbytnicy, cewki, *urethrotomia externa*, wysokie cięcie pęcherzowe].

7. Najczęstszy powód do błędów dają syfilomaty.

8. Mięsaki tkanki mięsnej są najczęściej natury przymiotowej i mogą być środkami wewnętrznymi uleczone.

9. Ponieważ język składa się przeważnie z tkanki mięsnej, to syfilomaty zdarzają się tu bardzo często. To samo da się powiedzieć i o wargach.

10. Syfilomaty mogą powstawać w wiele lat po zakażeniu bez wystąpienia poprzednich jakichkolwiek innych objawów przymiotu. [Długi okres utajenia].

11. Syfilomaty mogą długi czas istnieć jako guzy, nie ulegające owrzodzeniu.

12. Przymiot dziedziczny występuje niekiedy w późniejszych dopiero latach życia.

13. Jeśli badanie drobnowidzowe guza języka lub wargi nie stwierdziło, że tenże stanowi rakiem, a dało tylko ujemny wynik [tkanka ziarnista, młoda tkanka łączna]; jeśli nadto przekonaliśmy się, że on nie jest ani gruźelkiem [komórki olbrzymie, laseczniki, współczesna gruźlica płuc], ani promieniłą:

to rozpoznajemy syfilomat, pomimo tego, iż brak nam zupełnie innych objawów przymiotu.

14. W tych razach leczenie swoiste utwierdza rozpoznanie. Ponieważ wynik tego leczenia nie następuje w kilka dni, lecz niekiedy po kilku miesiącach, należy wytrwale i systematycznie prowadzić leczenie stosując cały arsenał środków przeciwprymiotowych.

15. Po wyłuszczeniu syfilomatów recydywa szybko następuje, przybierając wszelkie objawy złośliwości.

16. Do raka języka i warg podobne są również i twory gruzlicze (*tuberculoma*). Mogą one powstawać pierwotnie, t. j. bez innych objawów gruźlicy, mogą istnieć długi przeciąg czasu, nie ulegając zropieniu i owrzodzeniu; często tworzą one znacznych rozmiarów guzy (*encephaloid*), do których dołącza się nieraz obrzmienie sąsiednich gruczołów. Badanie drobnowidzowe wykazuje gruzełki w młodej tkance łącznej. Wyleczenie tuberkulomatu następuje po wycięciu, albo po wyskrobaniu z następczem wypaleniem termokauterem.

17. Wreszcie i promienica języka i warg może być wzięta za raka. Badanie drobnowidzowe rozstrzyga wątpliwość. Leczy się ją przez wyskrobanie z następnem wcieraniem kwasu borowego (?)

II. Co do etjologii.

18. Za przyczynę powstawania złośliwych guzów należy niekiedy przyjąć pewnego rodzaju podrażnienia [jednorazowe i długotrwałe], jako przyczyny przypadkowe.

19. Złośliwe nowotwory powstają często w miejscach blizn różnego pochodzenia [po oparzeniach, wyłuszczeniach, amputacjach, odleżynach].

20. Również często ma to miejsce na starych owrzodzeniach niezłośliwej natury, szczególnie po wielokrotnych podrażnieniach, albo wskutek podeszłego wieku [stare owrzodzenia goleni, wilk, przymiotowe owrzodzenia, wrzody żołądka, przełyku].

21. Guzy niezłośliwe czasem przybierają złośliwy charakter [brodawki, odciski, *papilloma*, *condyloma*, *atheroma*, *syphiloma*].

22. Przewlekłe stany podrażnienia skóry i błony śluzowej dają niekiedy powód do złośliwych nowotworów (*leukoplakia*, *eczema*, *xeroderma pigmentosum*).

23. Hypoteza COHNHEIM'a o pochodzeniu złośliwych nowotworów z pozostałych zarodków embryjonalnych nie ma racji bytu.

24. Pochodzenie raka wskutek działania mikroorganizmów nie jest ani dowiedzionem, ani prawdopodobnem.

25. I inne teoryje o pochodzeniu złośliwych nowotworów [THIERSCH, WALDEYER, BOLL] nie są w stanie objaśnić, dlaczego przy jednakowym podrażnieniu w wielu przypadkach nie powstaje rak.

26. Wszystkie badania w tym względzie doprowadziły do konieczności przyjęcia pewnego usposobienia, zmniejszonej odporności tkanek, wiotkości ich [VIRCHOW, PAGET, THIERSCH, BILLROTH, COHNHEIM].

27. Nie znajdując przyczyny tego usposobienia, przyjmujemy dziedziczność jego, pomimo, iż często nie jesteśmy w stanie udowodnić tejże.

28. Skłonność do wytwarzania się guzów zależy może od tendencji pewnych tkanek do rozrostu, tendencji nabytej, lub odziedziczonej. [Przez rozrost tkanki łącznej powstają mięsaki, przez rozrost nabłonka—raki].

29. Jest możliwem, żeby wnikanie rozrastających się tkanek w sąsiednie tkanki w zależności było od słabości tych ostatnich [wolne przestrzenie, ściany naczyń]. Tym sposobem dałoby się objaśnić powstawanie raków w tkankach zapalnych lub owrzodzących, czyli przez wnikanie nabłonka w osłabioną wskutek stanu zapalnego tkankę łączną.

30. Powstawanie mięsaków na gruncie przymiotowym daje podstawę do objaśniania w ogólności pochodzenia złośliwych guzów.

31. Przymiot, szczególnie zastarzały, źle leczony, pozornie wygasły, pozostawia skłonność do rozrostów, szczególnie z grupy łącznotkankowej (*gummata*), które, z swej strony ulegając przypadkowemu podrażnieniu, dać mogą początek nowotworom tejże grupy (*sarcoma*, *myoma*, *fibroma*, *neuroma*).

32. Te ostatnie ustępują często wewnętrznemu leczeniu; znikają niekiedy samodzielnie [ropienie, róża].

33. Guzy takie wycięte znikają niekiedy zupełnie, w większości jednak przypadków wkrótce powstają na nowo i to coraz częściej, przybierając przytem złośliwszy charakter (*recurring tumors*). Mogą one, podobnie jak raki, dać powód do ogólnej metastazy [przez naczynia krwionośne i limfatyczne].

34. W jednych syfilomatach komórki mają byt krótkotrwały, skłonność do rozpadu wskutek stłuszczenia, zserowacenia, owrządzeń (*gummata*), w innych przeciwnie ilość komórek jest ogromna i pozostają one długo na niższym stopniu rozwoju [drobnokomórkowe mięsaki i t. p.].

35. Późniejsze objawy przymiotu [trzeciorzędne] mogą wystąpić zaraz po zakażeniu, lub dopiero bardzo późno [po 40 latach i więcej], gdy tymczasem pierwotne i wtórne objawy mogły albo wcale nie wystąpić, albo nie być poznanymi.

36. W innych przypadkach, w których zakażenie daje się ściśle wykluczyć, nie pozostaje nic innego, jak przyjąć przymiot dziedziczny. W niektórych z nich jako przyczyna daje się stwierdzić przymiot rodziców; syfilomaty te wystąpić mogą we wszystkich okresach życia podczas pozornie zupełnego zdrowia.

37. Gdzie pochodzenia usposobienia do rozrostu niektórych tkanek nie możemy przyjąć wprost od rodziców, tam należy przyjąć je od dawniejszych pokoleń.

38. Podobne przypuszczenie nie wydaje się wcale nadzwyczajnem, ponieważ wiemy, że wiele chorobowych skłonności dziedziczymy od dawniejszych pokoleń [zniekształcenia, brodawki, wzrost olbrzymi, podagra, choroby krwi, skóry].

39. I tego rodzaju chorobowe usposobienia występują niekiedy w późniejszych latach podczas pozornie zupełnego zdrowia, omijają nieraz kilka pokoleń, występując potem nanowo (*atavismus*).

40. Ani księgi szpitalne, ani zwykłe statystyki nie są w stanie dać nam żadnych wyjaśnień co do tego rodzaju dziedziczności, natomiast mogliby nam je dać lekarze domowi, lub dobrze prowadzone kroniki rodzinne.

41. Dziedziczność dla przymiotu jest stanowczo dowiedziona. I tutaj niektóre pokolenia mogą być ominięte. Wielu członków rodziny zeszło prawdopodobnie ze świata przed ujawnieniem się przymiotu.

42. Przymiot panuje od niepamiętnych czasów u wszystkich ludów, jako choroba narodowa, czyniąca ogromne spustoszenia. Dopiero w początku bieżącego stulecia pod różnemi nazwami panujący przymiot został należycie rozpoznany, odpowiedniej leczonym; temu przypisać należy, iż stracił on swój endemiczny charakter.

43. Również trudno przypuścić, żeby wszystkie rody, w których kiedyś przymiot panował, miały wygasnąć, przeto nie wydaje się nieprawdopodobnem, że potomkowie ich odziedziczyli pewną skłonność do rozrostu tkanki łącznej [skłonność do nowotworów].

44. Nie ulega wątpliwości, że i obecnie przymiot, będąc rozpowszechnionym i po wielkich miastach i po wsiach, często nierozpoznany, nieleczony, przechodzić może na następne pokolenia.

45. Czy podobne objaśnienie da się zastosować i do rozrostu tkanki nabłonkowej [rak], to przyszłość pokaże. Wiadomo tylko, że rozrost powierzchowny

wnych warstw nabłonka jest w wysokim stopniu dziedzicznym. (*xeroderma, psoriasis, ichtyosis, eczema*).

(*Centralblatt f. Chirurgie. Bericht des chirurg. Congresses*).

Oderfeld.

47. Lüderitz. O ławatywach glicerynowych.

Autor stara się rozstrzygnąć pytanie, jaką drogą działają wypróżniające ławatywy glicerynowe. ANACKER, który pierwszy je stosował, przypisuje ich skuteczność wielkiej zdolności gliceryny odciągania wody z tkanek; następstwem tego jest pozbawienie błony śluzowej grubej кишки pewnej ilości wody, przekrwienie jej dolnego odcinka, ruchy robaczkowe i parcie na stolce; to wszystko nie tłumaczy jednak dostatecznie, dlaczego, jak to wnosić można z wyglądu i konsystencji wydalanego kału, w ruchach robaczkowych przyjmuje udział kiszka na znaczniejszej przestrzeni, niż część, znajdująca się w bezpośrednim zetknięciu z gliceryną. REISINGER jest zdania, że działa tu nie hygroskopijność gliceryny, gdyż wprowadzenie do кишки stężonego roztworu siarczanu sodu pozostawało prawie bez skutku, lecz że gliceryna drogą zwrotną wywołuje żywsze ruchy robaczkowe. Dla rozstrzygnięcia kwestyi autor robił doświadczenia na królikach. W pierwszym szeregu tych doświadczeń wstrzykiwał do кишки prostej małe ilości [0,10—0,25 ctm. sześć.] gliceryny; po 1—3 minut następowało, trwające przez 10—15, minut, wydalanie gałek kału o konsystencji prawidłowej; gałki później wydalone były nieco większe, niż prawidłowo i wraz z niemi wydobywało się trochę żółtawego płynu. W drugim szeregu doświadczeń autor otwierał nienarkotyzowanemu zwierzęciu w kąpieli słonej [0,6%] o ciepłocie 38° C. jamę brzuszną. W ten sposób, po ostrożnem usunięciu na bok кишки ślepej i pakietu kiszki cienkich, uwidocznili sobie odbytnicę, z wyjątkiem jej końca, schowanego w małej miednicy na długości 4 ctm.. Przez cienkie ściany kiszki, zachowujące się zwykle nieruchomo, widać gałki kału, leżące bądź obok siebie, jak paciorki, bądź w pewnych odstępach. Jeżeli teraz przy pomocy małej strzykawki wprowadził autor przez odbytnicę 0,10 do 0,25 ctm. sześć. gliceryny, występowały następujące objawy: zwykle już po upływie minuty można było zauważyć bezpośrednio nad spojeniem łonowem jasny przezroczysty płyn, gromadzący się w kiszce obok gałek kału i posuwający się przy pomocy lekkich jej skurczów coraz wolniej w górę, tak, że po upływie 20—30 minut dosięgał do wysokości 18 ctm., jednocześnie zjawiało się silniejsze nastrzyknięcie odpowiedniego odcinka kiszki, przedewszystkiem zaś występowały energiczne ruchy robaczkowe, które, powstając w wielu naraz miejscach, powodowały ostatecznie wydalenie zawartości kiszki, tak, że równocześnie z posuwaniem się płynu ku górze gałki kału jedna za drugą wysuwały się z odbytnicy. Gdzie płyn nie dosięgał, ruchy nie dawały się zauważyć. W innych przypadkach obraz był nieco odmienny: czasami ruchy były zbyt słabe dla przezwyciężenia oporu zwieracza odbytu; czasami znów następowało wypróżnienie bez widocznych ruchów, czyli że działanie ograniczało się tylko na części kiszki, leżącej w małej miednicy; czasami wreszcie, po wstrzyknięciu zbyt małych ilości gliceryny [0,1 ctm. sześć. u większych zwierząt], stolca wcale nie było. Doświadczenia powyższe zatem wskazują, że wypróżniające działanie gliceryny nie jest następstwem rozprzestrzenionych ruchów robaczkowych, wywołanych drogą zwrotną przez podrażnienie gliceryną małego odcinka odbytnicy, lecz że gliceryna, wywołując na przestrzeni zetknięcia się ze ścianami kiszki ruchy robaczkowe wraz z przekrwieniem i przedostawaniem się płynu do światła odbytnicy, powoduje z jednej strony posuwanie się płynu ku górze i powstawanie takichże objawów w coraz to wyższej części kiszki, z drugiej zaś ma jako bezpośrednie następstwo wydalanie kału nazewnątrz. Podo-

bne zupełnie zjawiska wywoływał NOTHNAGEL, wstrzykując do odbytnicy królika stężony roztwór soli kuchennej, lub innych płynów drażniących; wprowadzenie tąż drogą cieczy obojętnych [letniej wody, lub oliwy] pozostawało bez skutku.

Zachodzi teraz pytanie, czy i u człowieka działanie wypróżniające gliceryny jest następstwem tych samych, co i u królika, czynników. Wygląd wydalonych mas kałowych potwierdzającą daje odpowiedź; wraz z kałem bowiem wydziela się pewna ilość, przecięciowo 20 ctm. sześć., szklistego śluzu; przy wprowadzeniu bardzo niewielkich ilości gliceryny i ilość śluzu jest małą, czasami wystarczającą zaledwie na to, aby pokryć kał cienką warstewką; kał bywa zwykle sformowanym, czasami miększym, niż zwykle; niejednokrotnie zamiast kału wydziela się tylko ów płyn śluzowy, w którym drobnowidz odkrywa oprócz drobnoustrojów obficie złuszczonego nabłonek kiszki i nieco ciałek ropnych, czyli że gliceryna wywołuje wyraźne zmiany nieżytowe. Co się tyczy istoty wypróżniającego działania gliceryny, t. j. powstawania perystaltyki, to wspomnieć trzeba, że i u człowieka więcej stężone roztwory soli, wprowadzone do odbytnicy, mogą się posuwać skutkiem ruchów przeciwbaczkowych bardzo nawet wysoko. NOTHNAGEL, wprowadziwszy choremu ze zwężeniem kiszki na kilka godzin przed śmiercią 350 ctm. sześć. 10% roztworu soli kuchennej, zabarwionej karminem, znalazł przy oględzinach pośmiertnych wyraźne zabarwienie cienkich kiszki na przestrzeni 45 ctm. nad zastawką BAUHIN'a.

(Berl. klin. Wochenschr. 1889. Nr. 13).

Fr. Rembieliński.

Wiadomości terapeutyczne.

14. Fuchsinum ¹⁾, s. Rosanilinum muriaticum. Fuksyna, czyli chlorek rozaniliny jest to produkt utlenienia aniliny. Do otrzymywania tego związku używają zwykle kwasu arsennego, który ogrzewają z tak zwanym olejkim anilinowym, będącym mieszaniną aniliny z toluidyną. Zwracam umyślnie uwagę na tę okoliczność, aby przestrzedz, że handlowa fuksyna zawiera prawie zawsze nieco arszeniku. Z tego właśnie powodu w początkach stosowania fuksyny w celach leczniczych zdarzały się przypadki otrucia. Postarano się też o lepsze sposoby otrzymywania fuksyny za pomocą innych ciał utleniających, bez użycia kwasu arsennego. W każdym razie lekarz, przepisując fuksynę, powinien koniecznie zaznaczyć, aby ją wydano chemicznie czystą, wolną od arszeniku. (*Fuchsinum chemice purissimum*, albo *Fuchsinum ab arsen. depurat.*)

Taka fuksyna jest wprawdzie o wiele droższą od handlowej, ale zato zupełnie nieszkodliwą dla organizmu.

Fuksyna przedstawia się w postaci kryształków romboidalnych, barwy zielono-żółtawej, podobnej do barwy kantaryd. W wodzie mało się rozpuszcza; w alkoholu zato rozpuszcza się z łatwością; barwa roztworu jest czerwona.

W r. 1876 FELTZ i RITTER pierwsi badali działanie fuksyny na ustrój ludzki, przyczem w jednym przypadku zapalenia nerek zauważyli, że pod wpływem fuksyny ilość białka się zmniejsza. Otóż, od owego czasu zaczęto szczególnie w Francji badać działanie fuksyny przy chorobie BRIGHT'a, a mianowicie wpływ jej na białkomocz. W r. 1879 miałem sposobność na klinice prof. BOUCHUT przez kilka miesięcy bliżej przyjrzeć się doświadczeniom, przeprowadzonym nad wpływem fuksyny u dzieci chorych na rozmaite postaci cierpienia nerek z białkomoczem. W największej liczbie przypadków, pomimo entuzjazmu BOUCHUT'a dla fuksyny, nie mogłem stwierdzić wydatnego zmniejszenia ilości białka. Następnie sam w prywatnej praktyce próbowałem kilkakrotnie wzman-

¹⁾ Niniejsza notatka jest odpowiedzią na zapytanie, przesłane do Redakcyi przez kol. S..., „czy i w jakim celu używa się fuksyny do wewnątrz?”

kowanego środka, ale ani razu nie udało mi się otrzymać dodatniego wyniku; chociaż przyznać tu muszę, że niektórzy lekarze, jak DUJARDIN-BEAUMETZ i inni utrzymują, iż zdarzało im się, wprawdzie bardzo rzadko, zmniejszyć ilość białka wydzielanego z moczem — za pomocą fuksyny. Również nieszczęśliwym, jak ja, był i D-r RIESS w Berlinie: w 20 przypadkach zapalenia nerek rozmaitej postaci stosował fuksynę w dawce 0,2—0,5, a nawet 0,8—1,2 *pro die*, a w żadnym nie otrzymał dodatniego wyniku: ani ilość moczu nie uległa zwiększeniu, ani ilość białka się nie zmniejszała (*Berlin. klin. Woch.* 1887. Nr. 22).

Biorąc jednak pod uwagę uporeczywość białkomoczu, nie możemy odradzać próbowania fuksyny, tembardziej, że doświadczenie przekonało, iż fuksyna chemicznie czysta jest zupełnie nieszkodliwą dla ustroju. Dodać tu muszę, że pod wpływem fuksyny bardzo często mocz przybiera barwę czerwoną.

Co się tyczy sposobu podawania, to fuksynę lepiej przepisywać w proszku, zawiniętym w opłatkę, aniżeli w roztworze; gdyż roztwór silnie barwi wargi, zęby i całą błonę śluzową jamy ustnej.

Dawka wynosi 0,05—0,1—0,25 [gr. j—gr. jj—gr. jv] *pro dosi* — dwa lub cztery razy dziennie, FELTZ, a ostatniemi czasy RIESS dochodził do 1,0 dziennie, przyczem FELTZ zauważył, że przy tak dużych dawkach powstaje biegunka, która zmusza do powstrzymania dalszego użycia fuksyny.

Sposób przepisywania może być następujący:

Rp. *Fuchsini ab arsen. depurati* gr. j, *Sacch. albi* gr. viij, *D.* Nr. 12 *in caps. amylaceis*. S. Dwa lub cztery proszki dziennie.

Rp. *Potionis gummosi* 100,0, *Fuchsini* 0,15, *Ol. Menthae* gtt jvj. M. D. S. Co 2 godz. łyżeczkę od kawy [BOUCHUT].

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Przyjaciele jednego z kolegów już po raz drugi niedźwiedzią wyrządzają mu usługę, pisując do Kuryerów artykuły o jego chirurgicznej genialności i to artykuły, pod którymi nawet BARNUM nie podpisałby się bez zarumienienia. Życzliwość owych przyjaciół taką odznacza się przebiegłością, że artykuły pojawiają się wówczas, gdy kolega K. wyjeżdża za granicę, nikt więc ani na chwilę nie przypuszcza, że on sam jest takim egoistą, który nie waha się występować publicznie w roli swego własnego „przyjaciela“. Z drugiej strony kol. K. nie jest nawet w stanie powstrzymać redakcyj odpowiednich pism od drukowania artykułów obniżających jego lekarsko-etyczną godność. Cieszylibyśmy się gdyby kolega K. zdecydował się na krok stanowczy, a niezbyt ryzykowny, t. j. na uproszenie redakcyj aby reklam niepłatnych, a jego osoby dotyczących, nie pomieszczały w łamach swych pism.

— Według postrzeżeń SCHULTZE'go i KOLLER'a światło słoneczne wpływa szkodliwie na piwo, wino, likiery i perfumy, *resp.* wodę kolońską, pozbawiając je smaku i zapachu. Płynny te zatem powinny być przechowywane w butelkach z ciemnego [czerwonego] szkła i usunięte z pod wpływu światła.

— Zaszczepialności łuszczycy (*psoriasis*) dowiódł stanowczo na sobie samym D-r DESTONT. W 16 dni po zaszczepieniu na prawem ramieniu pokazała się charakterystyczna wysypka obficie i wcześniej na lewym przedramieniu.

— Przenoszenie się dyfterytu z kur na ludzi ponownie stwierdza D-r HENRIJEAN. Choroba z zejściem śmiertelnym w 8 przypadkach wystąpiła w promieniu miejscowości, w której kilkakrotnie padło na dyfteryt. Również przytacza przypadek dyfterytu u handlarza choremi kurami.

— W Londynie zawiązało się towarzystwo, wynagradzające studentów medycyny, którzy nauczyli się stenografii. Cyrkularz odpowiedni zwraca uwagę na pożyteczność stenografii dla lekarzy; mnóstwo spostrzeżeń przepada z powodu niemożności zanotowania wszystkiego w chwili odpowiedniej.

— Urządzeń do palenia ciał zmarłych [krematoryja] znajduje się obecnie 39, a mianowicie: 23 we Włoszech, 10 w Ameryce i po jednym w Niemczech, Anglii, Francji, Szwajcaryi, Da-

nii i Szwecyi. Od r. 1871 spalono we Włoszech 1177 ciał, w innych krajach zaś — 1269. W miesiącu Czerwcu r. b. spalono wogóle 55 ciał.

— Na zjeździe neurologów i psychiatrów w Baden-Baden prof. GOLTZ ze Sztrasburga przedstawił badania nad psem, któremu w 2-u operacjach wyciął nożyczkami całe niemal półkule mózgu. Zwierzę żyło po takiej operacji 51 dni i uległo wreszcie zapaleniu płuc, z powodu dostawania się ciał obcych. Pies ten przedstawiał objawy o tyle interesujące, że wykonywał czynności, dla których, według zdania wielu autorów, półkule mózgu są nieodzowne. W kilka godzin po ostatniej operacji pies nie tylko mógł stać i chodzić, lecz wspinał się na tylnych łapach, stawiając przednie na brzegu klatki, w której był pomieszczony. Sam wprawdzie nie mógł żreć ani pić, lecz pokarm, wprowadzony do pyska, dokładnie gryzł. Sen i czuwanie występowały naprzemiennie, jak u zdrowego zwierzęcia. Przed karmieniem był zawsze niespokojny, po nasyceniu uspakajał się i zasypiał. Ze snu można go było obudzić dotknięciem któregośkolwiek miejsca na skórze; otwierał wtedy oczy i wyciągał się, jak zwykle. Jeżeli jedną z kończyn wprowadzono w niedogodne położenie, natenczas poprawiał ją sobie odpowiednim ruchem; stosownie do pobudzenia pies mógł warczeć, czekać, skomleć i wyć. Przy oddawaniu kału i moczu przybierał pozycję taką, jak zdrowy pies. Dźwięki nie wywoływały ruchów u zwierzęcia; również czynności powonienia i wzroku nie istniały, gdyż odpowiednie nerwy były przecięte.

— Liczba głuchoniemych, według *Revue scientifi.*, przedstawia się w rozmaitych krajach, jak następuje: w Anglii na 10,000 mieszkańców przypada 5,75 głuchoniemych, w Danii 6,20, we Francji 6,26, w Hiszpanii 6,46, we Włoszech 7,34, w Irlandyi 8,25, w Niemczech 9,66, w Norwegii 9,81, w Prusach 9,9, w Szwecyi 11,80, w Austrii 13,45, w Szwajcaryi 24,52.

— We Francji, według danych statystycznych, zebranych dla rady zdrowotności, prawidłowa ludność wzrasta bardzo powolnie, tymczasem liczba głuchoniemych rośnie 4 razy szybciej, ślepych $4\frac{1}{2}$ raza, idyotów 5 razy, chorych umysłowo 6 razy. W Paryżu w r. 1888 ilość samobójstw wyniosła 407 na milion mieszkańców, t. j. prawie 4 razy więcej, niż w Londynie.

Nadesłano do Redakcyi.

WICHERKIEWICZ. O zaniku spojówki, a mianowicie o rzadkiej postaci samoistnego zaniku. Poznań. 1889.

— Załmy urazowe niewiadomego na pozór pochodzenia. Poznań. 1889.

JOHN SEDZIAK. On the treatment of the so — called phthisis of the larynx, with remarks on primary laryngeal tuberculosis and its curability. [Odb. z Journal of Laryngology and Rhinology].

RADZISZEWSKI. Kilka obserwacji dotyczących: Pemphigus i czarnej ospy. Warszawa. 1889.

Odpowiedzi od Redakcyi.

W-mu D-rowsi L. w Warszawie. Na zapytanie: „czy możebnem jest, aby przy defloracyi zupełnie nie było krwawienia lub też nieznaczne, aby najmniejszego śladu krwi nie było na członku sprawcy defloracyi“, odpowiadamy, że stopień uszkodzenia przy rozrywaniu błony dziewiczej, oczywiście jeżeli została rozerwana, a nie rozciągnięta, jest bardzo rozmaity, tak, że krew wypływa w ilości bardzo małej, lub też znaczniejszej, aż do krwotoku, co zależy od unaczynienia tej błony. W pierwszym razie krwi na członku może nie być. Zresztą nie sądzimy, aby szukanie krwi na członku prowadziło do celu, gdyż z części takiej krew może być łatwo startą.