

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI PEDIJATRYCZNEJ W KRAKOWIE.

I. PORÓWNANIE WYNIKÓW LECZENIA DŁAWCA ZA POMOCĄ TRACHEOTOMII A INTUBACYI KRTANI METODĄ O'DWYER'A.

Referat

Prof. D-ra Macieja Leona Jakubowskiego,

odeczytany na posiedzeniu Sekcyi medycyny wewnętrznej Zjazdu lekarskiego w Krakowie, dnia 19 Lipca 1891.

Gdy w przebiegu dławca wystąpią groźne przypadki zwężenia krtani, a używane środki wewnętrzne i miejscowe zawiodą, uciekamy się zwykle do tracheotomii, chroniąc w ten sposób chorego od uduszenia się, zyskując na czasie aby błony dławcowe, zatykające krtani i tchawicę, mogły się oddzielić, a z usunięciem ich aby drogi oddechowe na nowo stały się drożnemi.

Z odnośnej literatury wiemy, że już na początku bieżącego stulecia kilku lekarzy francuzkich próbowało dokonywać tracheotomii w dławcu, jak: MAUNOIR [1802], GUÉRIN w Bordeaux [1806], PETIT w Lyonie [1809], BONNAFOX [1812]. W szpitalach paryzkich tracheotomię wprowadził w użycie D-r BRETONNEAU, a udoskonalił i rozpowszechnił ją w praktyce prywatnej znakomity klinicysta, prof. TROUSSEAU [między 1848 a 1858 r.]. Wyniki tracheotomii w owym czasie były niekorzystne: śmiertelność dochodziła 90%. W „*Bulletin de l'Académie de médecine*“ z roku 1858 na str. 1160 czytamy, iż na 388 przypadków tracheotomij dokonanych w dławcu, a do wiadomości publicznej podanych, zmarło dzieci 346, wyzdrowiało tylko 42 ¹⁾.

Tak niekorzystny wynik po tracheotomii skłonił młodego podówczas lekarza, E. BOUCHUT'a, do próbowania w dławcu nowej, przez siebie wymyślonej metody, ułatwiającej dostęp powietrza do płuc drogą naturalną przy pomocy rurek, wprowadzanych do krtani: nazwał on metodę tę „*tubage du larynx*“. Po dokonaniu takiej intubacyi w 7 przypadkach dławca z wynikami przeważnie niekorzystnymi, spostrzeżenia swe przedstawił BOUCHUT na posiedzeniu Akademii umiejętności w Paryżu i ogłosił w czasopiśmie „*Gazette des hôpitaux*“ [1858]. Nie znalazłszy jednak poparcia ze strony uczonych kolegów francuzkich, natrafiwszy

¹⁾ Zobacz: BOUCHUT. „*Traité pratique des maladies des enfants*“. Chap. III. Du croup.

nawet na rozliczne zarzuty, dalszych doświadczeń z intubacją zaniechał, a metoda jego poszła w zapomnienie.

Dopiero w roku 1881 na kongresie międzynarodowym w Londynie D-r WILLIAM MAC EWEN z Glasgowa, powołując się na usiłowaną przed 23 laty przez BOUCHUT'a intubację, poleca zamiast tejże kateteryzacyję krtani przy pomocy długich, giętkich rurek, wprowadzanych jednym końcem do krtani, a wystających drugim z ust. Na poparcie swej metody przytacza 5 szczęśliwie wyleczonych przypadków. Lecz i ta metoda MAC-EWEN'a nie znalazła naśladowców, nie zainteresowała szerszych kół lekarskich.

W ostatnich dopiero latach dawna metoda BOUCHUT'a intubacji krtani, po udoskonaleniu narzędzi i ogłoszeniu licznych spostrzeżeń przez amerykańskiego lekarza, O'DWYER'a, zwróciła na się uwagę świata lekarskiego, a szczególnie lekarzy niemieckich.

Na XVII kongresie chirurgów niemieckich, w roku 1888, spotykamy się po raz pierwszy z odczytem THIERSCH'a o intubacji krtani według O'DWYER'a, przy czem REHN okazał używane w tym celu narzędzia, zachęcając lekarzy do rozpoczęcia doświadczeń na tem polu.

Podane przez prelegentów wiadomości zwróciły uwagę lekarzy starego świata, gdyż na 62 zjeździe lekarzy niemieckich w Heidelbergu, w r. 1889, wystąpili już z referatami o intubacji krtani, ułożonemi na podstawie własnych doświadczeń, profesorowie RANKE z Monachium i GANGHOFNER z Pragi, a D-r BIEDERT z Hagenau, dołączając równocześnie sprawozdanie o tracheotomii, postawił wniosek, aby nadal czynić zbiorowe spostrzeżenia porównawcze nad skutkami leczenia za pomocą tracheotomii i intubacji. Ułożone nawet zostały szczegółowe formularze do zapisywania spostrzeżeń, poczynionych przy wykonywaniu obu tych zabiegów, rozesłano je kierownikom większych szpitali dla dzieci w tem przekonaniu, iż tylko pedjatrzy mogą się zająć zbadaniem skuteczności intubacji, czego uczynić nie mogą ani chirurdzy, ani laryngologowie, nie rozporządzając odpowiednim materyjałem ¹⁾.

Już na początku roku 1890 pojawiać się zaczęły w peryjodycznych pismach lekarskich, niemieckich liczne doniesienia o dokonywanych intubacjach. Najcenniejszą jest rozprawa profesora H. WIDERHOFER'a w Wiedniu, wydana w dziele jubileuszowem, poświęconem profesorowi D-rowi HENOC'H'owi w Berlinie, nestorowi pedjatrów niemieckich ²⁾.

Na 63 zjeździe lekarzy niemieckich w Bremen, w r. 1890, sprawozdanie prof. RANKE'go, ułożone na podstawie wykazów, przesłanych mu z wielu szpitali dziecięcych o dokonanych tracheotomijach i intubacjach, odczytał D-r STEFFEN ze Szczecina. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, iż z okresu czasu od 1 Sty-

¹⁾ Działo się to w czasie, gdy w Ameryce intubacja była już bardzo rozpowszechnioną. DILLON BROWN [w czasopiśmie: „The New York Medical Journal for March 9. 1889“, w artykule zatytułowanym: „Intubation of the Larynx in Diphteretic Croup.“], podaje wykaz statystyczny o 2.368 intubacjach z 27,3% wyleczenia.

²⁾ O'DWYER's. Intubation und die Tracheotomie bei der diphteritischen Larynxstenose von Prof. H. WIDERHOFER in Wien. „Festschrift zu E. HENOC'H's. 70 Geburtstag“. Berlin. 1890.

cznia 1889 do pierwszej połowy r. 1890, doniesiono referentowi o dokonaniu z powodu zwężenia krtani:

A) I n t u b a c y i :

1.	W błonicy pierwotnej z przypadków	364,	wyleczeń	132 = 36,2%
2.	W błonicy następczej	49	"	9 = 18,3%
Razem przypadków		413,	wyleczeń	141 = 34 %

B) T r a c h e o t o m i i :

1.	W błonicy pierwotnej z przypadków	843,	wyleczeń	336 = 39,8%
2.	W błonicy następczej	23	"	4 = 17,3%
Razem przypadków		886,	wyleczeń	340 = 39,2%

Na podstawie powyższych tablic przychodzimy do wniosku, że intubacja w przyszłości obok tracheotomii utrzymać się może, a chociaż po niej wśród różnych warunków procent śmiertelności okazał się większym o 5,2%, to przypuścić można, że z czasem przy udoskonaleniu narzędzi i większej wprawie ze strony operujących wyniki leczenia, co najmniej, w równych przedstawiają się cyfrach procentowych.

Gdy jednak zdania lekarzy, biorących udział w zjeździe bremeńskim, co do wartości intubacji były podzielone, gdy wśród dyskusyi wyłoniły się rozmaite wątpliwości, przeto uchwalili członkowie zjazdu, by jeszcze przez rok cały [t. j. od 1 Lipca 1890 do końca Czerwca 1891] zbierano po szpitalach dla dzieci spostrzeżenia nad intubacją i tracheotomią, przesyłając raz jeszcze one prof. RANKE'mu w Monachijum do opracowania, na podstawie obfitszego materyjału, ponownego referatu na 64 zjeździe lekarzy niemieckich, odbyć się mającym w Halli między 20 a 25 Września 1891 r..

Zawezwany przez odnośną komisję, a względnie przez samego kolegę RANKE'go, do wzięcia udziału w tej zbiorowej pracy, wprowadziłem w użycie intubację w przebiegu dławca na klinice pedyjatrycznej krakowskiej w szpitalu Ś-go Ludwika przy końcu r. 1890. Dokonywaniem tejże, pielęgnowania chorych, obserwowaniem przebiegów i ściśłem wypełnianiem wykazów zajął się z gorliwością i wytrwałą pilnością obecny asystent kliniki pedyjatrycznej, STANISŁAW MOMIDŁOWSKI, który na podstawie samoistnych doświadczeń, jako drugi referent, przedstawi Panom szczegółowe wyniki swej mozolnej i sumiennej pracy. Ja nadmienić tylko muszę, iż od początku Listopada 1890 do 1 Lipca r. b. dokonano na klinice mojej intubacji u 64 chorych, nawiedzonych dławcem, z następującymi wynikami:

1.	W błonicy pierwotnej przypadków	59, z tych:		
a)	Stosowano samą intubację	"	32,	wyleczeń 21 = 65,6%
b)	Robiono dodatkową tracheotomię	"	27	" 2 = 7,4%
Razem przypadków		59	"	23 = 39%
2.	W błonicy następczej:			
a)	Stosowano samą intubację:	przypadków	5,	wyleczeń 3 = 60%
Ogółem przypadków		64,	wyl eczeń	26 = 40%

Podając szczegółowo poczynione dotąd doświadczenia z intubacją, mam, iż nie nadużyłem cierpliwości Szanownych Panów, przedstawiając im sprawę, zajmującą dzisiaj szerokie koła lekarskie, i sędzę, że pożądanem będzie usłyszeć na naszym zjeździe zdania zawodowych specjalistów o wartości nowej metody leczenia dławca, która za kilka tygodni również żywo zajmie lekarzy niemieckich na najbliższym zjeździe, w miesiącu Wrześniu r. b. w Halli odbyć się mającym.

Z dotychczasowych spostrzeżeń, poczynionych nad intubacją, przychodzimy do przekonania, że obok tracheotomii mamy w niej drugą metodę zapobiegania uduszenia się chorego przy znacznych zwężeniach głośni. Jest ona bez zaprzeczenia zabiegiem łagodniejszym niż tracheotomija, gdyż przy odpowiedniej wprawie można ją wykonać szybko, bez obrażenia tkanin i bez usypiania chorego. Następnie po intubacji sprawa oddechowa odbywa się nadal naturalną drogą, a nie przez otwór sztucznie zrobiony, jak to ma miejsce po tracheotomii. Uwzględniając powyżej przytoczone okoliczności, z góry twierdzić można, że w cięższych przypadkach dławca, gdzie zwykle środki lekarskie zawodzą, w chwili stanowczej rodzice lub opiekunowie chorego dziecka chętniej zapewne zgodzą się na dokonanie intubacji, niż tracheotomii. A ponieważ dzisiaj dużo dzieci umiera na dławca z powodu bojaźni rodziców przed krwawą operacją, jaką jest tracheotomija, to spodziewać się należy, że po udoskonaleniu i rozpowszechnieniu intubacji większa liczba chorych podda się leczeniu tą metodą, a tem samem z ogólnej liczby chorych większy procent uratowanym będzie.

Przy obu zabiegach, według dotychczas poczynionych doświadczeń, natrafiamy na korzystne i niekorzystne stosunki, przemawiające raz za jednym, to znów za drugim sposobem leczenia. Wogóle tak tracheotomija, jak intubacja, ułatwiają tylko sprawę oddechową, bieg choroby postępuje dalej, a bywa on odmiennym po każdym z wykonanych rękoczynów. Następnie każda z operacji wywołać może, obok przebiegu choroby, pewne sobie właściwe powikłania. Chcąc należycie ocenić obie metody, musimy się zastanowić, najprzód nad dalszym przebiegiem, a następnie nad powikłaniami, wydarzającymi się już to po dokonaniu tracheotomii, już też intubacji.

I. Przebieg dławca.

A) Po dokonanej tracheotomii.

1) Jeżeli błony dławcowe znajdują się tylko na głośni i na błonie śluzowej krtani, to po dokonaniu tracheotomii ustają natychmiast przypadki duszności; chorzy oddechają swobodnie, gdyż do płuc dopływa powietrze i łatwiej i w większej nawet ilości, niż w stanie zupełnego zdrowia. Nadmierny jednak dopływ powietrza wprost do tchawicy, oskrzeli i płuc pociąga za sobą pewne szkodliwe następstwa. Przez otwór kaniuli dostaje się do tchawicy i głębiej nietylko pył i rozmaite drobnoustroje, unoszące się w powietrzu, drażniąc błonę śluzową, ale jeszcze silny prąd powietrza sprowadza szybkie ułatnianie się wody, wskutek

czego błony dławcowe stają się zbityszymi i trudniej się oddzielają. Z tych też powodów po tracheotomii niezbędnem jest leczenie następcze wkraplaniami, lub inhalowaniem płynów obojętnych, alkalicznych, lub antyseptycznych przez otwór kaniuli, by z jednej strony niszczyć prątki, zbierające się w otworach stojących drogach oddechowych, z drugiej strony, by przez doprowadzanie wody utrzymywać odpowiedni stopień wilgoci na powierzchni błon śluzowych. Zachowanie pewnej miary w tym sposobie leczenia miejscowego jest rzeczą konieczną. Rzadkie i niedokładne inhalacje nie spełniają celu; zbyt częste i długie za dużo znowu wprowadzają płyn do tchawicy, a zalewając oskrzela, przyczynić się tylko mogą do wywołania zapalenia płuc zachłystowego (*Schluckpneumonie*).

2) Jeżeli dokonamy tracheotomii w dławcu rozległym, zajmującym nie tylko głośnię i krtani, ale sięgającym do tchawicy i oskrzeli, to często po operacji choroby wyrzucają przez otwór kaniuli kawałki błon dławcowych i ulga w oddechu bywa widoczną. Jeżeli jednak błony silniej przylegają do ścian tchawicy, to i po tracheotomii oddech bywa utrudniony; lecz jeszcze można je usunąć nie tylko z tchawicy, ale i z pierwszych oskrzeli przez aspirację, lub posługując się odpowiednimi narzędziami, jak na przykład kleszczykami SCHROETER'a.

3) Jeżeli dokonamy wreszcie tracheotomii tam, gdzie dławiec zatyka już większe oskrzele, lub gdzie rozwinętem jest zapalenie płuc, to ulgi nie spostrzegamy żadnej, a chorzy tacy przeważnie wkrótce umierają.

W dalszym przebiegu nawet rozleglejszego dławca, jeżeli po tracheotomii dojrzewające błony, odrywając się, będą stopniowo wykrztuszane, lub przy pomocy lekarza wydalone, to narząd oddechowy, od nich uwolniony, stanie się drożnym, a tem samem dłuższe oddechanie sztuczne przez kaniulę — niepotrzebnem. Niełatwą jednak jest do oznaczenia chwila, w której kaniula stanowczo usuniętą być może. Bardzo często nie widzimy już w gardle, na głośni i tchawicy żadnych błon; po wyjęciu kaniuli początkowo chorzy oddechają swobodnie; tymczasem po kilku godzinach zaczynają się dusić: kaniula musi być założoną na nowo wówczas, kiedy otwór rany jest już zwężony i tak ściągnięty, że tylko z pomocą rozwieracza, a niekiedy tylko przy użyciu noża na nowo założoną być może. Z tego powodu po tracheotomii z wielką oględnością usuwamy kaniulę i przeważnie zatrzymujemy ją dłużej, niż tego istotnie wymaga potrzeba, z obawy ponownego wystąpienia groźnych przypadków duszności.

B) Innym jest przebieg dławca po intubacji.

Założywszy rurkę, bez względu na rozległość zmian dławcowych, chorzy nie zaraz doznają ulgi, gdyż, czując ciało obce w krtani, silnie kaszlą, duszą się i niekiedy wprowadzoną rurkę wykrztuszają. W ostatnim razie musi ona być na nowo zakładana.

1) Jeżeli dławiec ogranicza się tylko do krtani, to po kaszlu i duszeniu się, zazwyczaj kilka minut trwającym, chorzy zaczynają oddechać coraz swobodniej, z każdą chwilą głębiej, niemal prawidłowo. Po kilku godzinach dzieci czują się zupełnie dobrze, zapominają nawet o tkwiącej w krtani rurce, o której lekarz przekonać się może, tylko badając palcem, lub wziernikiem. Jedyne objawy, na podstawie których przypuszczać można, iż rurka znajduje się w krtani, jest zupełny bezdźwięk głosu i lekki szmer w okolicy tchawicy, wytwarzający się

we wnętrzu rurki w czasie wdechu i wydechu. Po intubacji dopływ powietrza do płuc bywa dostateczny, choć nie tak obfity, jak w stanie zdrowia. Wpływające przez rurkę powietrze jest wilgotne i bez pyłu, wskutek czego nie ma miejsca ulatnianie się wody z błon śluzowych i osadzanie się pyłu w tchawicy lub oskrzelach, jak się to dzieje po tracheotomii i dlatego zbyt rzadko są inhalacje, wkraplania płynów i wszelkie inne leczenie miejscowe.

W prawidłowym przebiegu dławca, ograniczającym się tylko do krtani, chorym po intubacji powodzi się dobrze, uciążliwym i przykrem jest dla nich, każdorazowe wyjmowanie i zakładanie rurki. Dotąd nie są jeszcze ustalonemi wskazania, jak często ona ma być z krtani wyjmowana i oczyszczana. Jedni twierdzą, iż rurkę zostawiać można bez przerwy nawet przez 10 dni, a mimo to pozostaje ona drożną i odleżyn nie sprowadza. Musi ona być jednak wyjętą wcześniej, jeżeli przypadkowo światło jej zostanie zatknięte oderwanymi błonami, lub zgęstniałym śluzem i chorzy zaczną się dusić. Inni [jak WIDERHOFER] doradzają, pomimo że to jest uciążliwym dla chorych, wyjmować rurkę systematycznie co 48 godzin, nie tylko w celu oczyszczenia jej, ale także dla przekonania się, czy chory bez rurki oddechać może, wreszcie — aby na jakiś czas uwolnić od ucisku więzadła głosowe i, bądź co bądź, zapobiegać mogącej powstać odleżynie. Według tej metody postępowaliśmy przeważnie u chorych intubowanych na naszej klinice. Zwykle po wyjęciu rurki nawet wtenczas, gdy błony dławcowe pokrywają jeszcze wnętrze krtani, oddech przez jakiś czas bywa dość swobodny, prawdopodobnie z powodu mechanicznego rozszerzenia szpary głosowej rurką. Chorzy przez kilka godzin oddechać mogą bez rurki, dopiero przy wzmagających się objawach zwężenia krtani wprowadza się ją na nowo. Wyjmując rurkę systematycznie w 48-godzinnych odstępach czasu, stwierdzić można, iż za każdym razem dzieci coraz dłużej bez niej oddechać mogą. Często po czwartym lub piątym wyjęciu rurki, nie przesądzając z góry, czy ją jeszcze założyć wypadnie, chorzy oddechają wciąż swobodnie i dalsze intubowanie okazuje się zbędnym.

Tak więc intubacja, acz bardzo uciążliwa dla chorych, ma tę wyższość nad tracheotomią, że w biegu choroby można wyjmować rurkę na kilka godzin w celu przekonania się o drożności narządu oddechowego i dlatego usuwaną bywa w samą porę, gdy drogi oddechowe są już wolne od dławca. Tymczasem po tracheotomii, jak to już powyżej nadmieniono, niebezpiecznie jest usuwać kaniulę na kilka godzin, z powodu szybkiego zaciągania się rany, i dlatego nie mając pewności, czy sprawa chorobowa jest już na ukończeniu, w większej liczbie przypadków zostawiamy ją dłużej, niż tego istotnie wymaga potrzeba.

2) W przypadkach rozległego dławca, gdy błony, obok krtani, rozpościerają się na tchawicę, a nawet oskrzela, po intubacji nie ma świetnych wyników: chorzy duszą się, jak przedtem. Czasami wykrztuszają oni wprawdzie błony, w większych nawet kawałkach, jakby się tego po świetle rurki spodziewać można było, poczem doznają bądź przemijającej, bądź dłuższy czas trwającej ulgi w oddechaniu. Częściej jednakże światło rurki zostaje szczelnie zatknięte oderwanymi błonami, chorzy duszą się gwałtownie i z pękiem błon rurkę wykrztuszają. Następnie zdarzają się i takie przypadki, że przy wprowadzeniu rurki, rozległe, a słabo tylko do błony śluzowej przylegające błony dławcowe

bywają temże na dół zepchnięte, zatykając szczelnie światło tchawicy. Wówczas po dokonanych rękoczynach nie ustępują przypadki duszności, zwiększają się one nawet z każdą chwilą, a dziecię w rękach lekarza w kilku minutach udusić się może. Jedynie tylko po spiesznem usunięciu rurki i natychmiast zrobionej tracheotomii można chorego jeszcze ocalić.

3) Wreszcie w dławcu, ograniczającym się początkowo tylko do krtani, po intubacji bywa widoczne polepszenie, lecz po kilku dniach krup zstępuje do tchawicy i oskrzeli. Wtedy z każdą godziną zwiększają się przypadki duszności i znowu, chcąc chorego utrzymać przy życiu, uciec się należy do tracheotomii, którą im wcześniej skuteczniejszą, tem większą bywa nadzieja uratowania dziecięcia. Dotychczasowe doświadczenia pouczają, że gdy po intubacji w kilka dni rozwinię się błony dławcowe w tchawicy i oskrzelach i gdy wykonamy z konieczności następczą tracheotomię, to dalszy przebieg bywa zazwyczaj niepomyślnym. [W naszym szpitalu na 64 przypadków intubacji, dokonaliśmy z konieczności 27 następnych tracheotomii, a z tych zmarło 25 chorych].

[D. n.]

II. WYNIKI STOSOWANIA PŁYNU KOCH'A W SZPITALU STAROZAKONNYCH W ŁODZI.

Podał

Ludwik Przedborski,

ordynator tegoż szpitala.

[Dokończenie — Patrz Nr. 34].

Spostrzeżenie VI. Owrzodzenia gruźlicze prącia po obrzezaniu. E. K., chłopczyk 7-miesięczny, ze Zgierza, pierworodny. Rodzice zupełnie zdrowi. Przyszedł na świat zdrowym i donoszonym. W tydzień po urodzeniu na chłopczyku wykonano rytualne obrzezanie; rana jednakże, po rękoczynach tym powstała, nie goiła się. Przypuszczając, że zaszczepiono przymiot, poddano dziecko w Zgierzu leczeniu swoistemu; żadnego jednakże pomyślnego wyniku przy pomocy metody tej nie osiągnięto.

Dziecko dobrze odżywione. Na obu nozdrzach istnieją owrzodzenia, pokryte szaro-brunatnymi strupami, które, według słów matki, powstały przed 3-ma miesiącami. Skóra nad spojeniem łonowem i mosznie obrzmiała i lekko zaczerwieniona. W lewej okolicy pachwinowej istnieje podłużne, 3 ctm. wielkości, zagłębienie, pokryte poczęści ciemno-czerwonawą blizną, poczęści przedstawiające ranę, z której przy naciskaniu wycieka płyn ropny. Resztki napletka znajdują się w stanie obrzęku, przyczem po prawej stronie tegoż istnieją drobne, zlewające się między sobą owrzodzenia, pokryte szaro-żółtawymi strupami, z których przy naciskaniu sączy się ropa. Dolna część rowka wieńcowego przedstawia półkoliste, rozszerzające się na dolną powierzchnię żołądki i prącia, owrzodzenie. Brzegi owrzodzenia podminowane, samo zaś dno pokryte ropą. Żołądź wreszcie nieco opuchnięta, otwór tejże wypełniony suchymi strupami. Gruczoły pachwinowe z obu stron nieznacznie powiększone, twarde. Po lewej stronie szyi jeden z gruczołów chłonnych okazuje się znacznie powiększonym i twardym. W dolnych częściach skóry głowy łojotok (*seborrhoea*). Badanie narządów wewnętrz-

nych nie nieprawidłowego nie wykazało. W ropie, wziętej z owrzodzeń, a kilkakrotnie badanej, drobnowidz stałe wykazywał obecność łaseczników gruczołowych.

Wobec bardzo młodego wieku i znanej wrażliwości ustroju dziecięcego, wstrzyknięcia rozpocząłem, stosownie do wskazówek prof. HENOCH'a, od 0,0001 mlgrm..

Data.	Wstrzyknięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty.	Data.	Wstrzyknięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty
Dnia 4. I. 1891	I	0,0001	39 ^o	Dnia 22. I. 1891	V	0,0003	39,2 ^o
„ 8. „ „	II	0,0001	38,3 ^o	„ 28. „ „	VI	0,0003	39 ^o
„ 13. „ „	III	0,0002	38 ^o	„ 31. „ „	VII	0,0003	39,4 ^o
„ 17. „ „	IV	0,0102	39 ^o	„ 4. II. „	VIII	0,0003	39,8 ^o
				Razem	8	0,0018	

Przebieg choroby pod wpływem płynu KOCH'a był tego rodzaju, że już wkrótce zniewolił mnie do zaniechania dalszych wstrzykiwań. Wprawdzie pod wpływem kilku pierwszych wstrzyknięć owrzodzenia na nozdrzach znacznie się oczyściły i podgoiły, dziecko lepiej odżywiać się mogło piersią, jednakże zarówno miejscowo jak i w ogólnym stanie nastąpiło pogorszenie, grożące poważnem niebezpieczeństwem. Po każdym wstrzyknięciu obrzmienie napletka znacznie się powiększało, owrzodzenia rozszerzały się, otwór cewki zamykał się twardemi strupami, wskutek czego dziecko nie mogło oddawać moczu i trzeba było powstałe strupy ciągle odmaczać, lub też stale pozostawić w cewce cewnik; często moc wydzielał się przez owrzodzenie w dolnej części rowka wieńcowego w kilku miejscach [2 do 3]. Na miejscu wstrzyknięcia zwykle powstawało ograniczone zaczerwienienie i nacieczenie skóry, która pokrywała się trądzikiem (*acne pustulosa*). Ciepłota ciała utrzymywała się na znacznej wysokości w przeciągu 2 do 3 dni. Ogólny stan zdrowia stawał się coraz mniej pomyślnym; rumieńce znikły, wystąpiły gwałtowne wymioty, rozwolnienie i kaszel. Gruczoły chłonne w rozmaitych częściach ciała znacznie obrzmiały i stwardniały. Obok tego szybko naprzód kroczący rozpad wszystkich owrzodzeń prącia, grożący odpadnięciem większej części tegoż, oraz zupełny brak jakichkolwiekbyś widocznych śladów gojenia się, były powodem zaprzestania wstrzykiwań.

Spostrzeżenie VII. I. S., chłopczyk lat 7. Lewe skrzydło nosa, kąt ust i prawie pół lewego policzka przedstawiają owrzodzenia, pokryte grubemi strupami, a na obwodzie ich widać charakterystyczne grudki wilka. Chory dwukrotnie już był operowany przez prof. KOŚCIŃSKIEGO i kol. M. COHNA w Łodzi, za każdym jednakże razem osiągnięto nieznaczną tylko czasową poprawę. Chory dobrze rozwinięty. Badanie szczegółowe w narządach wewnętrznych nie chorobowego nie wykryło. W moczu białka nie ma.

Data.	Wstrzyknięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty.	Data.	Wstrzyknięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty.
Dnia 22. XII. 1891	I	0,001	Tylko od-czyn miejscowy.	Dnia 15. II. 1891	VI	0,005	Tylko od-czyn miejscowy.
„ 25. „ „	II	0,002		„ 21. „ „	VII	0,006	
„ 28. „ „	III	0,003		„ 28. „ „	VIII	0,006	
„ 1. II. „	IV	0,004		„ 3. „ „	IX	0,007	
„ 7. „ „	V	0,005		„ 8. III. „	X	0,008	
				Razem	10	0,045	

Podczas wykonywanych 10 wstrzyknięć płynu KOCH'a, u chorego ani razu nie zauważono podniesienia się ciepłoty ciała; miejscowy natomiast odczyn odbywał się zupełnie prawidłowo. Wynik leczniczy okazał się ujemnym; owrzodzenia szybko się rozszerzały, na grzbiecie i na skórze prawej połowy nosa powsta-

wały nowe guziczki, które wkrótce po swem pojawieniu się, rozpadały się, dając początek nowym owrzodzeniom.

Chorego w początkach Marca r. b. zmuszony byłem wypisać ze szpitala na żądanie rodziców.

Spostrzeżenie VIII. (*Tumor albus genu*). Ch. Menil....., chłopczyk lat 8, dobrze odżywiany, pochodzi z rodziny zdrowej, żadnym ciepniem nie podlegał. Przy badaniu narządy wewnętrzne okazały się zupełnie zdrowymi. Od $\frac{1}{2}$ roku choruje na prawy staw kolanowy. Kończyna dolna prawa nieznacznie przykurczona w stawie kolanowym, staw i okolice tegoż przedstawiają guz kolisty, pokryty niezmienną skórą. Objętość stawu kolanowego wynosi 25,5 ctm.; chębotania nie ma; ruchy do pewnego stopnia zachowane. Chory początkowo przebywał na oddziale chirurgicznym, na którym przez czas dłuższy stosowano wyciąganie (*extensio*).

W początkach Listopada 1890 r. kol. Соnn w mojej asystencji dokonał u chorego gwałtownego wyprostowania nogi, a następnie nałożył opatrunek gipsowy. Rękoczyn ten uskutecznił przy głębokim uspieniu chorego chloroformem. Wynik stosowania płynu Koch'a w przypadku tym okazał się następującym:

Data.	Wstrzy- knięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty.	Data.	Wstrzy- knięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty.
Dnia 25. XII. 1890	I	0,003	40,1 ^o	Dnia 17. I. 1891	VI	0,005	39,3 ^o
" 30. "	II	0,002	38,3 ^o	" 22. " "	VII	0,005	39,1 ^o
" 4. I. 1891	III	0,003	38,9 ^o	" 26. " "	VIII	0,005	37,9 ^o
" 9. " "	IV	0,004	39,8 ^o	" 3. II. "	IX	0,004	39 ^o
" 13. " "	V	0,004	39 ^o		9	0,035	

Zarówno ogólny jak i miejscowy odczyn po każdym wstrzyknięciu odbywał się zupełnie prawidłowo. Po każdym wstrzyknięciu po 8 lub 10 godzinach ciepłota ciała podnosiła się do 39^o—40^o C., ilość oddechów i tętna znacznie wzrastała [60 oddechów, 140—150 uderzeń tętna na minutę], często na całej skórze występowało rozlane zaczerwienienie, jak podczas szkarlatyny, rozszerzenie źrenic, a chory robił wrażenie osobnika, przebywającego ciężki tyfus brzuszny. Staw kolanowy znacznie obrzmiewał, stawał się bardzo bolesnym, objętość jego na wysokości odczynu wynosiła 28—29 ctm., w stawie bardzo wyraźne występowało chębotanie; chory utrzymywał nogę w stanie silnego zgięcia. Od chwili rozpoczęcia wstrzykiwań chory, który poprzednio dość swobodnie poruszać się, a nawet chodzić bez cudzej pomocy był w stanie, nie mógł podnosić się z łóżka. Po 5-ciu pierwszych wstrzyknięciach gorączka przybrała stały typ, chębotanie w stawie stawało się coraz powierzchowniejszem, bóle gwałtownie się wzmogły. Dziecko straciło zupełnie łaknienie, spędzało bezsenne noce, znacznie wychudło; coraz bardziej dawał się zauważyć szybki upadek sił. Obawiając się, aby pod wpływem następnych wstrzykiwań, wskutek rozmiękania się ognisk gruźliczych i roznoszenia produktów zakaźnych po całym ustroju, nie doszło do rozwoju ogólnej gruźlicy, 22 Stycznia r. b. kol. Соnn szerokiemi cięciami otworzył staw, postanowiwszy w razie, gdyby kości okazały się chorobowo zmienionymi, natychmiast przystąpić do wyluszczenia stawu kolanowego. Ze stawu, po otworzeniu, wypłynęła prawie łyżka krwawo-ropnego płynu; epifizy kostne okazały się niezmiennymi. Mając staw otwarty, sądziłem, że następniemi wstrzykiwaniami, wobec ułatwionej drogi dla eliminacji nazewnątrż produktów rozpadających się ognisk gruźliczych, uda mi się przyczynić do poprawienia ogólnego stanu chorego; jednakże osiągnąłem wynik wprost przeciwny. Gorączka nie zniknęła, dowodząc tem samem, że produkty rozpadu stałemu ulegały wessaniu i podtrzymywały gorączkę. Siły coraz bardziej opuszczały chorego. Chory odmawiał przyjmowania pokarmów, stawał się coraz bardziej apatycznym,

wskutek czego, wobec stałego ujemnego wyniku leczniczego, dalszych wstrzykiwań zaniechałem. 16 Marca r. b. chorego wypisałem ze szpitala, a jak mnie poinformował kol. COHN, który chorego do obecnej chwili kilkakrotnie jeszcze odwiedził, stan chorego pozostaje wciąż jeszcze bardzo groźnym.

Spostrzeżenie IX. Ant. Andrż...., lat 54 liczący, dobrego odżywiania, żadnym chorobom nie podlegał; narządy wewnętrzne ma zdrowe. Chory przed 9 laty uderzony został gremplem w lewy policzek i od tego czasu stopniowo wytwarzać się miało owrzodzenie, które do obecnej chwili, pomimo stosowania najrozmaitszych środków [nawet antysyfilitycznych], nie okazuje żadnej tendencji do zablźnienia się. Na lewym policzku znajdujemy okrągławe, wielkości rubla srebrnego, owrzodzenie, z wyraźnie odgraniczonemi brzegami. Na powierzchni owrzodzenia istnieją bardzo nieliczne i nieznacznej wielkości wygórowania granulacyjne. Miejscami okrągła forma owrzodzenia staje się wielokątną, a brzegi wskutek licznych wklęśnień i zagłębień okazują się jakby nadzartemi. Przeważnie jednakże powierzchnia owrzodzenia pokryta jest szaro-żółtawemi strupami, po odpadnięciu których z owrzodzenia sęczy się ropa. W przypadku tym, wobec braku wszelkich objawów, wskazujących na obecność przymiotu, rozpoznanie pozwalało zatrzymać się na nowotworze skóry (*epithelioma*), lub też na gruźlicy; tuberkulinę więc zastosowałem bardziej w celu usunięcia nasuwających się co do rozpoznania wątpliwości, niż w celach terapeutycznych.

Data.	Wstrzy- knięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty.	Data	Wstrzy- knięcie	Dawka	Maximum ciepłoty
Dnia 21. XII. 1890	I	0,005	bez gor.	Dnia 1. II. 1891	X	0,035	bez gor.
" 23. "	II	0,01	38°	" 7. "	XI	0,04	" "
" 4. I. 1891	III	0,012	39,3°	" 11. "	XII	0,045	" "
" 8. "	IV	0,014	bez gor.	" 15. "	XIII	0,05	" "
" 13. "	V	0,016	" "	" 21. "	XIV	0,055	" "
" 17. "	VI	0,02	" "	" 3. III. "	XV	0,06	" "
" 22. "	VII	0,022	" "	" 1. IV. "	XVI	0,04	" "
" 25. "	VIII	0,025	" "	" 8. "	XVII	0,05	" "
" 28. "	IX	0,03	" "	" 14. "	XVIII	0,055	" "
				Razem	18	0,580	

Pomimo dość szybkiego zwiększania dawek, chory przez cały czas stosowania płynu Koch'a raz jeden tylko przebywał odczyn ogólny, natomiast miejscowe zmiany występowały zawsze prawidłowo. Brak gorączki przy początkowych wstrzykiwaniach silnie zachwiał mą wiarę w charakter gruźliczy omawianego cierpienia, idąc jednakże za radą prof. Kosińskiego, który i w tym przypadku nie wykluczał możliwości istnienia gruźlicy skóry, płyn Koch'a w dalszym ciągu postanowiłem stosować. Do obecnej chwili choremu zrobiłem 18 wstrzyknień ogólną ilością 0,580 mlgrm. płynu Koch'a.

Całe owrzodzenie pokryło się bladawą, cieniutką blizną, w 2 tylko miejscach brzegi owrzodzenia na przestrzeni 1 do 1½ ctm. okazują się jeszcze niezagojonymi. Na miejscach tych stale wytwarzają się strupy, po odpadnięciu których znajdujemy granulujące powierzchnie. Nadmienię jednak muszę, że obwód owrzodzenia jest o 1½ raza większym w porównaniu z obwodem, jaki przedstawiało owrzodzenie w chwili rozpoczęcia leczenia. Chory nawet na dawkę 0,06 nie oddziaływa; gojenie się pozostałych owrzodzeń pozostaje wciąż *in statu quo ante*; owrzodzenie, gojąc się w jednym miejscu, rozszerza się na nowe części skóry. Chorego, zniecierpliwionego długiem leczeniem, ze szpitala wypisałem.

Spostrzeżenie X. *Lupus nasi et gingivae.* Matylda R., dziewczynka lat 14, dobrego odżywiania, chorób żadnych nie przebywała. Przy badaniu narządy wewnętrzne okazały się zdrowymi. Od roku zauważono, że u chorej nos w dolnych częściach zaczął obrzmiewać i czerwienić się. Oba nozdrza owrzodzone

i pokryte grubymi strupami, szczególnie wypełniającemi otwory nosowe zewnętrzne, również skrzydła nosa, zwłaszcza lewe, silnie owrzodzone. Nad skrzydłem lewem istnieje nieco mniejsze owrzodzenie drażące, w postaci trójkąta z zewnątrz na wewnątrz prawie do samej chrząstki przegrody nosowej i zlewające się na pewnej przestrzeni z owrzodzeniem, powstałem na lewym skrzydle nosa. Na obwodzie owrzodzeń istnieją oddzielne grudki wilka.

Na błonie śluzowej dziąsła szczęki górnej znajdujemy liczne szaro-żółtawe ogniska rozpadowe, sama zaś błona śluzowa przedstawia się obrzmiałą, zaczerwienioną, rozpułchnioną i pokrytą drobnymi nierównościami.

Data.	Wstrzy- knięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty.	Data.	Wstrzy- knięcie.	Dawka.	Maximum ciepłoty.
Dnia 13. I. 1891	I	0,002	39,6°	Dnia 15. II. 1891	IX	0,01	} bez gorączki.
" 17. " "	II	0,002	39,8°	" 21. " "	X	0,012	
" 22. " "	III	0,002	39,7°	" 3. III. "	XI	0,012	
" 25. " "	IV	0,003	bez gor.	" 14. " "	XII	0,014	
" 28. " "	V	0,004	38,2°	" 27. " "	XIII	0,014	
" 1. II. "	VI	0,005	bez gor.	" 1. IV. "	XIV	0,015	
" 7. " "	VII	0,006	38°	" 7. " "	XV	0,015	} bez gorączki.
" 11. " "	VIII	0,008	bez gor.	Razem	15	0,124	

Pomimo 15 wstrzyknięć, poprawa, dotychczas przy pomocy płynu Koch'a osiągnięta, jest bardzo nieznaczna: wprowadzić owrzodzenia na skrzydłach nosa nieco się zmniejszyły, a na pewnej przestrzeni powstała gładka świeża blizna, do zupełnego jednakże zabliznienia bardzo jeszcze daleko. Na błonie śluzowej dziąsła żadnych śladów poprawy nie widać. Po pierwszych kilku wstrzyknięciach wystąpiła znaczna poprawa, lecz już po każdym następnym wstrzyknięciu działanie płynu Koch'a okazywało się mniej niż obojętnem, gdyż psującym do pewnego stopnia poprzednio zdobyte wyniki pomyślne. Pożawszy od dawki 0,008, a kończąc na 0,015, chora przebywała tylko miejscowy odczyn.

Jak z opisu przytoczonych 10 spostrzeżeń widzimy, wynik, zebrany z kilku-miesięcznej pracy nad stosowaniem płynu Koch'a, okazuje się bardzo małym. Na 10 przypadków, w jednym uzyskano czasowe uzdrowienie, w pozostałych w przebiegu stosowania płynu Koch'a raczej uwidatniało się stopniowe pogorszenie, lub też wytwarzał się uporczywy *status quo ante*. W jednym spostrzeżeniu, po wyczerpaniu się leczniczych własności płynu Koch'a, rolę uzdrowicielki z powodzeniem wykonała róża, powstała podczas stosowania płynu Koch'a. Godną uwagi jest okoliczność, że w 2 przypadkach wilka, zajmującego stosunkowo bardzo ograniczone obszary skóry, zmiany chorobowe nie tylko że nie ustąpiły, lecz przeciwnie rozszerzyły się na znaczniejszą przestrzeń, pomimo kilkomiesięcznego stosowania płynu Koch'a [w spostrzeżeniu X w chwili wypisania chorej ze szpitala w początkach Maja r. b. podniebienie twarde chorej okazało się zajęte wilkiem]. Wobec tak mało, przynajmniej do obecnej chwili, obiecującej metody leczniczej, od połowy Kwietnia r. b. stosowania płynu Koch'a zupełnie zaniechałem.

III. KILKA SPOSTRZEŻEŃ NAD PLANTACYJĄ ZĘBÓW.

Skreślił

L. Leszczyński,

ordynator kliniki chirurgicznej w szpitalu Dz. Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 34].

Jako przeciwwskazania uważane są:

Ropne zapalenie okostnej zębodołu.

Brak zęba przeciwnego. Chociaż to drugie przeciwwskazanie względem bardzo mi się wydaje, szczególnie wtedy, jeżeli brak zęba przeciwnego możemy zastąpić zębem sztucznym protezy, wtedy ząb replantowany, znajdując w sztucznym zębie protezy punkt oparcia, będzie również dobrze spełniał swą czynność przy przeżuwaniu pokarmów. Tak postąpiłem w jednym przypadku. G..., student medycyny, zgłosił się do mnie, prosząc o usunięcie zepsutych zębów i zastąpienie ich przez protezę. Oglądając jamę ustną chorego, zauważyłem, iż w górnej szczęce sprawa chorobowa zębów posunięta jest tak daleko, że wszystkie prawie zęby wypadnie zastąpić sztucznymi, w dolnej zaś dwa tylko zęby z całego rzędu uległy zepsuciu: pierwszy lewostronny dwuguzikowy i drugi prawostronny trzonowy wielki; prócz tego widzieć się daje dawny brak zupełny pierwszego wieloguzikowego z prawej strony, a zepsuty ząb sąsiedni, przechylony nieco koroną ku przodowi, wypełnia do pewnego stopnia jego miejsce. Zęby mądrości w okresie dentycji. Na wspomnianych zębach sprawa karyjetyczna tak jest daleko posunięta, iż o plombowaniu mowy być nie mogło. Usunąwszy ów ząb wieloguzikowy dolny równocześnie z górnymi, pozbawiłbym chorego funkcji ważnego bardzo narządu, wszystkich prawie zębów trzonowych prawej strony [proteza górnych trzonowych, przy braku przeciwnych zębów w dolnej szczęce, byłaby bezcelową]. W celu uniknięcia tego postanowiłem z zębem dolnym dokonać replantacji metodą WELDR'a. Po wyrwaniu zębów górnych pod chloroformem, wyjąłem bardzo ostrożnie i resztki zęba wieloguzikowego dolnego, połączone z sobą w jedną całość jeszcze podstawą korony; jamy zębodołowe wypełniłem tamponikami z waty jodoformowej i przystąpiłem do oczyszczenia korzeni z rozpadu i resztek pulpy i przystosowania sztucznej korony LOGAN'a. Zdezynfekowawszy należycie resztki zęba i wypełniwszy dolne części kanału korzeni złotem, umocowałem na plombie cementowej przystosowaną dokładnie odpowiednią sztuczną koronę — i tak utworzony ząb cały osadziłem napowrót w zębodole w 35 przeszło minut po wyrwaniu, wyjąwszy poprzednio założone tampony i lekko przemywszy szprycą jamy zębodołu. W celu uniknięcia wydłużenia zęba przez wypchanie go tkanką okostnej z zębodołu, zaleciłem choremu, z powodu braku ucisku ze strony zęba przeciwnego, wykonywać ten ucisk od czasu do czasu za pomocą palca. Przebieg pooperacyjny nader pomyślny: odczyn zapalny bardzo nieznaczny; na bolesność w dolnej szczęce chory wcale się nie skarżał; w niecałe 3 tygodnie nastąpiło zupełne umocowanie w szczęce zęba, który wypełnił całą prawie przestrzeń pomiędzy przeglądającym już zębem mądrości i drugim

dwuguzikowym, dolnym. W czwartym tygodniu zaopatrzyłem chorego w górną protezę i dzisiaj replantowany na wpół sztuczny ząb znakomite oddaje posługi przy przeżuwaniu na przeciwnych sztucznych koronach protezy. Chorego tego miałem sposobność przedstawić w Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu we dwa dni i w trzy tygodnie po replantacji.

Zebrawszy przejrane prace, zdania i spostrzeżenia innych, oraz swoje, przyszedłem do następujących wniosków:

I. Replantacja zębów, skazanych na zagładę, ma pewną racyję bytu z następujących powodów:

- a) Na podstawie obserwacji HUNTER'a [po 4 latach], BOURDET'a [po 6 latach], WEIL'a [po 12 latach], TAFT'a [po 10—16 latach] i GUÉRARD'a [po 17 latach] długotrwałości zębów replantowanych — jeśli nie usuwa ona zupełnie, to oddala, przynajmniej na czas jakiś, potrzebę męczącej sztucznej protezy. Z tej zasady wychodząc, wskazania do replantacji możnaby nieco ograniczyć, a mianowicie: replantacja w danej szczęce nie będzie zupełnie racjonalną u tych, którzy już są skazani na noszenie protezy, zastępującej brak zębów w tejże szczęce. Największe wskazanie mieć powinna ta operacja u młodych i wtedy, jeżeli w prawie pełnym rządzie zębów ząb jeden lub dwa skazane są na wyrwanie.
- b) Replantacja opóźnia zanik wyrostka zębodołowego.
- c) Ze względów technicznych lepszego oparcia protezy replantacja niektórych zębów karyjetycznych także może uzyskać swe prawa.

II. Ważną nadzwyczaj rzeczą jest dokładne wykonanie wszystkich momentów replantacji.

- a) Całkowita wyrwanie zęba bez zbytniego uszkodzenia dziąseł i naruszenia całości zębodołu.
- b) Należyte oczyszczenie zęba z rozpadu i resztek pulpy i dezynfekcja jamy.
- c) Dokładne wypełnienie jamy zębowej odpowiednim materyjałem. Najstosowniejszem, lecz jednocześnie kosztownem i wiele czasu absorbującym, według zdania wszystkich prawie autorów, jest złoto. Odpowiednia kombinacja warstwowa materyjalew także dobre usługi oddaje.
- d) Dokładne oczyszczenie zębodołu ze skrzepów krwi; w tym celu w ostatnich czasach natychmiast po wyrwaniu zęba, świeżo jeszcze krwawiący zębodoł wypełniam szczelnie tamponikiem z waty jodoformowej, możliwie aseptycznej, a tamponik pozostawiam w zębodole aż do chwili osadzenia zęba.
- e) Aseptyka w postępowaniu większe ma znaczenie, niż antyseptyka. Zbytnie nawet traktowanie zębodołu karbolem, sublimatem, dawało mi znaczniejszy odczyn zapalny z większą bolesnością szczęki, przy częstem i starannem przepłukiwaniu jamy ustnej i oczyszczeniu tamponikiem okolicy replantacji ze śluzu, proste przemycie wodą wyjałowioną lub słabym $\frac{1}{6000}$ sublimatem zębodołu po wyjęciu tamponu, zupełnie przygotowuje jamę do osadzenia zęba.

III. Życiowość i minimalne uszkodzenie okostnej, pozostałej na korzeniu zęba, jest wielce pożądanem, ponieważ wtedy na podstawie badań drobnowidzowych FREDL'a i SCHEFF'a są szanse otrzymania „*primae intentionis*“. Jednakże nawet obecność samych tych resztek okostnej na korzeniu zęba nie jest konie-

cznie potrzebną do umocowania zęba na podstawie tychże badań, wyników i prac MITSCHERLICH'a nad transplantacją zębami trupiemi. Wszak jeden z tych transplantowanych zębów spostrzeganym był przez GUÉRARD'a w 17 lat później. WEIL, który badał drobnowidzowo okostną zębów w pierwszych dniach po replantacji, jest nawet zdania, iż pozostałe na korzeniu resztki okostnej ulegają zanikowi, a na ich miejsce rozrasta się tkanka łączna z zębodołu ¹⁾. Co do niektórych z moich przypadków, wątpię, aby okostna korzenia przez 30 minut zachowała swą życiowość; w kilku przypadkach okostną korzenia zupełnie nawet zeszkrobałem, zęby jednakże bardzo pomyślnie i dość szybko się umocowały.

Wielce pouczającym pod tym względem jest także ów przypadek transplantacji SCHEFF'a ²⁾ [unikat w swoim rodzaju], w którym on nie wahał się na miejsce pozostałego po sprawie próchnienia i nieudatnej dawnej ekstrakcji korzenia małego siecznego górnego zęba osadzić ząb takiż sam. przed godziną osobnikowi młodemu wyjęty, z powodu *pulpitis gangraenosa et periostitis suppurativa*. Z zęba tego SCHEFF, po dokładnem oczyszczeniu jamy i długiej dezynfekcji, zeszkrobał zupełnie okostną, następnie jamę zębową wypełnił cementem i amalgamatem i tak przygotowany ząb osadził w świeżo opróżniony zdrowy zębodoł.

Ząb okazał się zupełnie prawie odpowiednim co do wielkości, szerokości i koloru względem swoich nowych sąsiadów, przy poruszeniach jednakże warg wysuwał się z zębodołu. Zastosowanym został na 6 dni przyrząd podtrzymujący, w postaci szyny gutaperkowej, na cały przedni rząd zębów. Widoczne umocowywanie zęba rozpoczęło się dopiero po 3 tygodniach, zupełna nieruchomość nastąpiła po 2 zaledwie miesiącach; dzisiaj trzeci już rok dobiega, jak ząb spełnia swą czynność na równi z innemi. W przypadku tym, jak widzimy, zachowanym został tylko warunek świeżości i całości zębodołu, ząb zaś użyty nietylko martwym był i pozbawionym okostnej, ale jeszcze porażonym sprawą chorobową, zakażonym wskutek zgorzeli pulpy i ropnego zapalenia okostnej.

Dezynfekcja [jaka—autor nie wspomina] i oczyszczenie musiały być dokładne, skoro w następstwach nie okazało się ropienie. Umocowanie zęba długo bardzo się odbywało, widocznie początkowo drogą otorbienia, jako ciała obcego, obojętnego, a później dopiero wystąpiła sprawa częściowego wessania i kostnego umocowania.

IV. Transplantacja zdrowych zębów, świeżo wyjętych, może być stosowaną w niektórych tylko i to bardzo rzadkich okolicznościach: przy wskazaniach do wyrywania zęba zdrowego, czy to z powodu względów kosmetycznych [zęby nadliczbowe, niekształtna linija zębów], czy też z niektórych względów chirurgicznych. I tu jeszcze zwracać trzeba baczną uwagę na zdrowotność ustroju

1) „Es kommt in der Lücke zwischen Zahn und Alveole zur Entwickelung eines jungen, runden Bindgewebes, welches mit dem die Markräume des Alveolarknochens anskleidenden Gewebe in directer Verbindung steht. Zum Theil kann diese Bildung auch vom Alveolarperiost ausgehen, doch ist dessen Rolle eine untergeordnete... Das neugebildete, jugendliche Bindegewebe, in welchem sich nach wenigen Tagen zahlreiche Gefässe entwickelt haben, wächst mit diesen gegen den Zahn hin und bringt zugleich den an diesen haften gebliebenen Theil der Beinhaut zum Schwunde...”

Komunikat listowny WEIL'a do SCHEFF'a, stron. 39. SCHEFF. Replant. der Zähne.

2) Ibidem stron. 51.

osobnika, od którego ząb bierzemy, by jednocześnie z zębem nie przeszczepić jakiego cierpienia [gruźlica, syfilis i t. p.]. Warunków kształtu, wielkości zęba i koloru odpowiedniego także pominąć nie można. Zdobywanie w celu transplantacyi odpowiednich zdrowych, świeżych zębów za pieniężne wynagrodzenie jest czynem wielce niehumanitarnym i z punktu zapatrywania naukowego prawie bezcelowym, gdyż wątpliwem się zdaje, by żywa okostna korzenia zęba obcego, nie przystając szczelnie do powierzchni zębodołu, mogła dać *primam intentionem* z okostną zębodołu; prawdopodobniejszem się wydaje, iż okostna taka ulega zanikowi, a ząb odgrywa w zębodole rolę ciała obcego, w kilku tylko punktach zrastają się z zębodołem *prima intentione* okostnej.

Daleko łatwiej zastosować się daje transplantacyja zęba martwego. W tym celu operator powinien mieć, jak to było w pracowni SAUER'a w Berlinie, całe seryje rozgatunkowanych zębów i przechowywać je w płynach przeciwnilnych. Wybrany odpowiedni co do kształtu, koloru i wielkości ząb aseptyczny, osadzony w świeżo opróżniony zębodół, jako ciało obojętne, w tkankach szczęki otorbionem zostaje, jak to wykazały prace MITSCHERLICH'a, najprzód pęczniejącą i rozrastającą się tkanką okostnej zębodołu, a następnie unieruchomionem przez sprawę kostnienia.

V. Utrzymanie zęba w zębodole przez czas jakiś za pomocą lekkiego ucisku, czy to przez ząb przeciwny wywołanego, czy też za pośrednictwem odpowiedniego przyrządu, jest koniecznie potrzebnem, ze względu na skłonność pęczniejącej i rozrastającej się tkanki łącznej zębodołu do wypychania z jamy korzenia zębowego.

Ostatniemi czasy ZNAMIENSKI¹⁾ w Moskwie, wychodząc z zasady, iż plantowane zęby, jako ciała obce, otorbione zostają w zębodole, a następnie umocowane przez kostne jakoby zrosty i chcąc uniknąć nieprzyjemnej okoliczności wessania korzenia plantowanego zęba, jakie się czasami przytrafia, powziął myśl zastąpienia tkanki zębowej, ulegającej wessaniu, masą obojętną, trwałą, np.: porcelaną, szkłem i t. p.. Z materiałów tych ZNAMIENSKI wyrabia zęby odpowiednich kształtów z nierównościami, zagłębieniami, lub otworami w korzeniach, naśladowując w ten sposób nierówności i jamy resorbcyjne naturalnych korzeni zębowych, i te zęby osadza w świeżych zębodołach w nadziei, że one tak samo, jak i naturalne, zostaną otorbione, tkanka łączna okostnej pownika w zagłębienia i nierówności na sztucznym korzeniu i ząb tą drogą utrzymanym w szczęcie, a następnie przez kostnienie otarbiającej tkanki umocowanym zostanie. Kilka świeżych doświadczeń na psach i jedna próba zastosowania na człowieku niewiele jeszcze przemawiają za tą metodą; w każdym jednak razie powitać ją należy jako jeden znowu krok naprzód w celu usunięcia męczącej ruchomej protezy.

¹⁾ Medycinskoje Obozrienje. 1891. Nr. 3.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

27. Lothar v. Frankl-Hochwart. Tetanija.

Tetanija jest to cierpienie, polegające na tonicznych, obustronnych, przerywanych, zwykle bolesnych kurczach pewnych grup mięśni, przy których świadomość nie ulega najmniejszej zmianie. Owo cierpienie zdarza się nader często u ludzi zdrowych i ze szczególnem upodobaniem nawiedza rzemieślników w pewnym określonym wieku; najczęściej występuje u szewców i krawców. Szczególnem jest to, iż zjawia się po większej części w pewnej porze roku [od Stycznia do Kwietnia], i że w niektórych miastach jest nader częstym zjawiskiem, w innych zaś prawie nigdy się nie zdarza.

Tetanija występuje [zwłaszcza u dzieci] przy chorobach żołądka i kiszek i przy robakach. Następnie, zauważyć się daje jako zwiastun lub w przebiegu wielu chorób zakaźnych [tyfus, cholera, odra, ospa i t. d.]; oprócz tego, zjawia się w następstwie niektórych otruc [chloroformem, alkoholem, ergotyną]; często nawiedza kobiety ciężarne i karmiące; w końcu rozwija się jako skutek wyłuszczenia gruczołu tarczowego. Widzimy więc, że tetanija powstaje w pięciu rozmaitych przypadkach, a jeżeli dołączymy jeszcze tetanię, rozwijającą się u ludzi całkowicie zdrowych [u pewnych rzemieślników], w takim razie otrzymamy 6 grup różnorodnych stanów, sprzyjających rozwojowi omawianej choroby.

Co do przypadków tetanii, spostrzeganych u zdrowych jednostek, to zauważyć musimy, że w tym razie przypomina ona, sposobem przejawiania się, chorobę epidemiczną. Ma ona, jak rzekliśmy, swoje uprzywilejowane miasta, lata i pory roku.

Jużeśmy mówili wyżej, że nawiedza głównie pewnych rzemieślników. Otóż, statystyka HOCHWART'a wykazuje, że z pośród 314 chorych — 141 [prawie połowa] zajmowało się szewstwem, 72 [prawie czwarta część] — krawiectwem, 22 — stolarstwem; co zaś do innych rzemiosł, to te dostarczały nader małej ilości pacjentów; tak np. czapników, zegarmistrzów, murarzy i wielu innych było zaledwie po jednym w powyższej statystyce. Wśród inteligencji tetanija trafia się nader rzadko. Cierpienie to głównie pojawia się u mężczyzn i najczęściej w wieku 16—25 lat. Chorzy, zapadający na tetanię, są to zwykle ludzie silni, osoby nieobciążone dziedzicznością i nieobdarzone usposobieniem psychopatycznym.

Etyjologia tetanii nie została dotąd należycie wyjaśnioną. Napewno wiadomo tylko tyle, że przez całkowite wyłuszczenie gruczołu tarczowego można wywołać tetanię (*tetania strumipriva*). Te przypadki, w których częściowe wyłuszczenie gruczołu powodowało tetanię, należą do rzadkich wyjątków. Na 115 częściowych wyłuszczeń, dokonanych w klinice BILLROTH'a, nie było ani jednego przypadku tetanii; podczas gdy na 52 całkowitych wyłuszczeniach, tamże dokonanych, tetanija wystąpiła w 12 przypadkach. EISELSBERG utrzymuje, że im więcej wycina się gruczołu, tem prawdopodobniejszem jest powstanie tetanii.

Fakty kliniczne znajdują potwierdzenie w doświadczeniach, czynionych na zwierzętach. Wycięcie gruczołu tarczowego u zwierząt [psów, kotów] wywołuje tetanię. Ciekawe są wnioski, do jakich doszedł EISELSBERG na mocy 100 doświadczeń, robionych na kotach. „Całkowite wyłuszczenie gruczołu wywołuje zawsze tetanię; pojawieniu się jej nie można przeszkodzić ani przedniem przeszczepieniem gruczołu tarczowego innych kotów, ani następczem przeszczepieniem gruczołu tego samego kota, ani wreszcie następczem wstrzyknięciem soku gruczołu tarczowego i przetworów makowca pod skórę. Połowiczne wycięcie nie powodowało nigdy tetanii“. „W nielicznych przypadkach udało się wgoić wyciętą połowę do otrzewnej lub między powięzią i otrzewną i tym sposobem powstrzymać dwukrotnie rozwój.

Nie ulega dalej wątpliwości, że przyczyną tetanii mogą być również niektóre [wymienione powyżej] trucizny. Toksyczny moment przyjąć można także przy rozszerzeniu żołądka: wiemy, iż w rozszerzonym żołądku tworzą się trucizny [toksyny]. Tenże sam moment wreszcie ujawnia swe działanie w przypadkach chorób zakaźnych.

Mimo to jednak wiele kwestyj pozostaje bez wyjaśnienia. Czemu głównie chorują mężczyźni, czemu pewne rzemiosła usposabiają do cierpienia, czemu wreszcie krawcowe nie zapadają na tetanię, a tylko krawcy?

Bądź co bądź, najbardziej prawdopodobnym domysłem jest ten, że tetania stanowi chorobę zakaźną. Za przypuszczeniem tem przemawiają, prócz wymienionego powyżej faktu [epidemiczne przejawianie się choroby], jeszcze następujące: 1) wybuch choroby przy objawach gorączkowych [co się zdarza często], 2) pojawianie się tetanii w okresie zwiastunowym i w przebiegu typowych chorób zakaźnych, 3) obecność [niekiedy] obłędu halucynacyjnego [jako bywa przy innych chorobach zakaźnych].

Co do o b j a w ó w tetanii, to, jakeśmy już na wstępie zaznaczyli, najważniejszymi są skurcze toniczne. Skurcze te są przerywane, miarowe, z początku występują prawie zawsze w rękach, a później dopiero i w nogach. Oprócz mięśni kończyn górnych i dolnych może ulegać nadto kurczom i wiele innych mięśni: żwacze, mięśnie szyi, tułowia, przepony, języka, krtani, oczu i t. d.. Dodać wreszcie winniśmy, że kurcz niekiedy bywa jednostronny. Trwają one $\frac{1}{2}$ —2 godzin, chociaż mogą trwać także kilka minut i kilka godzin.

Prócz skurczów, znajdujemy jeszcze nader ważne objawy: o b j a w T r o u s s e a u, E r b'a i C h v o s t e k'a. O b j a w T r o u s s e a u polega na tem, iż przy pomocy uciskania jakiegokolwiek miejsca chorej kończyny można wywołać w kończynie tej skurcze. Przez długi czas nie wiadano, co właściwie w takim razie powoduje skurcz: czy ucisk nerwów, czy też naczyń? Autor doświadczalnie dowiódł [izolował u zwierząt pnie nerwowe i naczynia], że objaw T r o u s s e a u jest skutkiem drażnienia nerwów.

O b j a w E r b'a polega na stałem powiększeniu pobudliwości nerwów i mięśni względem prądu galwanicznego; pobudliwość faradyczna również bywa wzmożona, ale nie zawsze.

Trzeci wreszcie objaw, podany przez C h v o s t e k'a, polega na niezwykle wielkiej pobudliwości mechanicznej nerwów. Zjawisko to najwyraźniej występuje w obrębie nerwu twarzowego (*Facialisphänomen*). Klinicyści odróżniają rozmaite stopnie objawu C h v o s t e k'a. Najwyższy stopień objawu twarzowego [skurcz przy potarciu palcem] nie należy do stałych cech tetanii. Częściej zdarza się średni stopień, polegający na tem, iż przy uderzeniu młotkiem poniżej łuku licowego, występuje natychmiastowo skurcz wargi i skrzydła nosa, lub, że przy uderzeniu w obrębie gałęzi czołowej nerwu twarzowego zjawia się skurcz mięśnia czołowego. Wreszcie bywa stopień najniższy, przy którym uderzenie poniżej łuku licowego wywołuje jedynie skurcz wargi.

Objaw C h v o s t e k'a zdarza się nie tylko przy tetanii. Widziano go niejednokrotnie u osobników osłabionych, u chorych skrofulicznych i gruźliczych, u epileptyków, histeryków i neurasteników, spostrzegano go wreszcie u ludzi całkiem zdrowych. Z drugiej strony zdarzają się przypadki, w których tetania istnieje bez objawu C h v o s t e k'a. Bądź co bądź, przy tetanii objaw ten jest najczęstszy.

Prócz opisanych powyżej stałych objawów tetanii, istnieje wiele innych — niestałych. Do takich należą: zaburzenia psychiczne, zaburzenia w czynności narządów zmysłowych, głównie oka [przyczem zdarzają się najrozmaitsze zbożenia: porażenia mięśni ocznych, wszelakie nieprawidłowości w źrenicach, a nawet brodawka zastoinowa i zanik nerwu wzrokowego], podniesienie ciepłoty,

wysypki na ciele (*herpes*, *urticaria*), wypadanie włosów i paznogci, zanik mięśni i t. d..

Trwanie tetanii bywa najrozmaitsze: są przypadki, w których cierpienie trwa zaledwie dzień jeden, są inne, w których trwa ono kilka miesięcy, a nawet lat kilka.

Rzadko się zdarza, aby w przebiegu długotrwałej tetanii napady nieustannie nawiedzały chorego: zazwyczaj miewa on napady tylko przez kilka miesięcy w roku. Atoli podczas przerw zdrowie nie jest zupełne: chorzy skarżą się na osłabienie, a przedmiotowo zauważyć można jeden lub wszystkie trzy objawy tetanii.

Niektóre osobniki odznaczają się niezwykłą skłonnością do cierpienia. Po wyleczeniu się zupełnem z tetanii i zniknięciu wszystkich objawów, nagle po pewnym czasie znowu dostają napadu. Niektóre kobiety przy każdej nowej ciąży zapadają na tetanię.

Niekiedy tetania przebiega ostro: trwa dzień, 2 dni i znika bez śladu; innym wszakże razem przebiega również ostro, ale kończy się śmiercią. W olbrzymiej większości przypadków tetania jest uleczalną: tak na 264 przypadki [według statystyki autora] było 215 wyleczeń, 43 popraw i tylko 6 niewyleczonych przypadków.

Fatalną cechą tetanii jest skłonność do powrotów. Choroba ta przez długi czas może istnieć skrycie i nagle potem nanowo wybuchać.

Rokowanie przy tetanii zależy od tego, jakich osobników choroba ta nawiedza. Tetania idyopatyczna u młodych, zdrowych osobników zazwyczaj przebiega szybko i znika bez śladu. U chorych z rozszerzeniem żołądka stanowi ona poważne cierpienie: przebiega ostro i często kończy się śmiercią [czy śmierć w tym razie jest skutkiem samej tetanii, czy też choroby żołądka, trudno na pytanie to odpowiedzieć].

Rokowanie tetanii przy zatruciach i chorobach zakaźnych jest dobre; nie wywiera ona wpływu żadnego na przebieg podstawowej choroby. Również dobre jest rokowanie tetanii, występującej u kobiet ciężarnych i karmiących. Tetania miewa ciężki przebieg po operacji wyluszczenia gruczołu tarczowego: w tych razach choroba zazwyczaj kończy się albo śmiercią [szybko lub dopiero po kilku miesiącach następującą], albo charłactwem (*cachexia strumipriva*), identycznym, według autora, z myksoedematem. Bywają jednak przypadki, w których tetania po operacji znika bez śladu.

Pozostaje jeszcze kilka słów powiedzieć o zmianach anatomo-patologicznych przy tetanii.

Zmiany, jakie znaleziono *post mortem*, są małoważne i na naturę choroby światła nie rzucają. Niezwykła miękkość substancji mózgowej, iniekcja naczyń, przekrwienie opon, lekkie obrzęk, widziane w mózgach osób, zmarłych na tetanię, są to zmiany, które spostrzegano u ludzi, zmarłych od najrozmaitszych chorób. Poważniejsze zmiany znajdowano w rdzeniu: ogniska rozmiękania, wakuole, zmiany w komórkach zwojowych; są to wszakże odkrycia, dotąd jeszcze napewno niestwierdzone.

Jedno przyjąć można bezspornie: że tetania stanowi chorobę układu nerwowego. Jakie wszakże części tego układu w cierpieniu udział przyjmują, trudno dziś rozstrzygnąć stanowczo. Wiele objawów wytłumaczyć można cierpieniem nerwów obwodowych, ale są objawy, które wyraźnie wskazują na pochodzenie centralne tetanii [obustronne kurcze toniczne, *Fussclonus*, *polyuria*, *glycosuria* i inne]. Dlatego-to wielu uczonych utrzymuje, że tetania jest chorobą całego układu nerwowego.

(*Die Tetanie*. Berlin. 1891).

A. Wizel.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W N-rze 33 Gazety Lekarskiej kol. A. MIZERSKI i L. NENCKI podają dwa nowe sposoby ilościowego określania kwasu solnego w soku żołądkowym. Do obmyślenia i opracowania tych sposobów skłoniła autorów nieścisłość dotychczas stosowanych metod, nie wyłączając i metody SJÖQUIST'a.

Otóż, kol. M. i N. niepotrzebnie stracili czas na obmyślenie i opracowanie sposobów, już oddawna nam znanych. Zasada, a nawet szczegóły wykonania w pierwszym z podanych przez autorów sposobie są zupełnie te same, co w metodzie SEEMANN'a (*Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 5, S. 272*). Metoda ta, jak wiadomo, polega na tem, że pozostałość po odparowaniu i wyżarzeniu poprzednio zobojętnionej mieszaniny z kwasów organicznych i nieorganicznych, wskutek wytworzenia się węglanu sodu ze soli organicznych, posiada odczyn zasadowy, przyczem stopień alkaliczności odpowiada ilości kwasów organicznych w mieszaninie. Na tem samym polega również metoda BRAUN'a, którą się posługuje LEUBE (*Specielle Diagn. f. innere Krankh. s. 234*), z tą tylko różnicą, że BRAUN do soku żołądkowego dodaje nadmiar ługu sodowego, a następnie do miareczkowania, zamiast $\frac{1}{10}$ norm. roztworu HCl, bierze $\frac{1}{10}$ norm. roztw. H_2SO_4 . Koledzy M. i N. do zalkalizowania soku żołądkowego używają, zamiast ługu sodowego, węglanu sodu, prócz tego do zwiększonej masy dolewają $\frac{1}{10}$ norm. roztw. kwasu solnego w nadmiarze. Tak nieznaczna różnica, która w niczem postaci rzeczy nie zmienia, nie nadaje bynajmniej kolegom M. i N. prawa do uważania powyższego sposobu za nowy lub własny.

Zauważę jeszcze, że, mojem zdaniem, sposób ten nie nadaje się do ilościowego określania kwasu solnego w soku żołądkowym, a to z tej przyczyny, że R odnosi się nie wyłącznie do kwasu solnego, ale i do znajdujących się w soku żołądkowym soli kwaśnych. To-ż od kilku miesięcy posługuję się w pracowni D-ra REJCHMANA metodą SEEMANN'a do ilościowego określania kwasów organicznych.

Przypuszczam, że sposób SEEMANN-BRAUN'a kolegom N. i M. nie był znany. Natomiast drugi przez nich podany sposób referowałem niedawno w Gazecie Lekarskiej [N. 28 i 29. O metodzie WINTER-HAYEM'a]. HAYEM i WINTER posługują się tym sposobem do ilościowego określania wolnego HCl, zaś koledzy M. i N. chcieliby tym sposobem określać całkowity HCl [wolny i utajony], a przecież z powyższej pracy HAYEM'a i WINTER'a wiadomo, że utajony HCl przy wyparowywaniu nie ulatnia się, jak kwas solny wolny.

Koledzy M. i N. podział kwasu solnego w żołądku na wolny i utajony, o ile z ich pracy wynika, wogóle nie uważają za racjonalny.

Byłbym Sz. kolegom bardzo wdzięczny, gdyby mię chcieli wyprowadzić z błędu i dowieść, na czem polega nieścisłość podanego przezemnie sposobu do ilościowego określania wolnego kwasu solnego. Prosiłbym ich przytem, aby raczyli uwzględnić pracę moją w Gazecie Lekarskiej [1890. N. 33] pod tytułem: „O ilościowym oznaczaniu kwasu solnego w soku żołądkowym.

S. Mintz.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W odpowiedzi na list D-ra MINTZA, dotyczący podanej przez nas pracy [w N. 33 Gaz. Lek.], p. t. „Oznaczanie zawartości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym“, czujemy się w obowiązku przesłania Sz. Redakcyi następujących uwag.

O istnieniu metod SEEMANN'a i BRAUN'a, które, również jak podane przez nas sposoby, opierają się na wspólnej zasadzie obliczania % HCl w soku żołądkowym z różnicy dwóch oznaczeń objętościowych, dowiedzieliśmy się dopiero z zakomunikowanego nam listu D-ra MINTZA. Uznając chętnie fakt istnienia powyższych metod przed ogłoszeniem naszych, musimy jednak z drugiej strony zarzucić D-rowi M. brak ścisłego rozumowania, gdy, odmawiając wszelkiego tytułu oryginalności podanym przez nas sposobom, przyznaje takowy metodzie BRAUN'a, która, jak to wynika z podanego przezeń opisu, jest tylko małą odmianą cytowanej wyżej metody SEEMANN'a.

Dokładniejsze obeznanie się ze szczegółami podanej przez nas metody przekonałoby D-ra M., iż posiada ona praktyczne zalety [czystość i szybkość, obok ścisłości oznaczeń], których braknie metodom SEEMANN'a i BRAUN'a.

To też nie zastanawiając się dłużej nad trafnością uwagi D-ra M. co do „niepotrzebnie straconego przez nas czasu na obmyślenie i opracowanie sposobów dawno znanych“, przejdziemy odrazu do rozpatrzenia poruszonej przezeń kwestyi, dotyczącej najważniejszego punktu dla każdej metody analitycznej, t. j. ścisłości jej oznaczeń.

Na dowód ścisłości naszej metody przytoczyliśmy wyniki sprawdzeń analitycznych, dokonanych tak na płynach sztucznych o wiadomej zawartości HCl, jak na naturalnym soku żołądkowym,

D-r M. mniema jednak, iż „sposób nasz nie nadaje się do ilościowego oznaczania kwasu solnego w soku żołądkowym, a to z tej przyczyny, że R [w naszej metodzie, t. j. różnica ctm. sześć. w $\frac{1}{10}$ HCl, zużytych do zobojętnienia dodanego pierwotnie nadmiaru węglanu sodu, oraz nierozłożonej ilości tegoż, zawartej w wyżarzoney pozostałości po odparowaniu soku] odnosi się nie wyłącznie do kwasu solnego, ale i do znajdujących się w soku żołądkowym soli kwaśnych“.

Zarzut ten miałby tylko wtenczas jakąś podstawę, gdyby przyczyną kwaśności soku żołądkowego nie był wolny kwas solny, ale kwaśne sole nieorganiczne, np. $\text{PO}_4\text{H}_2\text{Na}$, to jest gdyby wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym wcale nie było.

Mylnie twierdzenie D-ra M. „jakobyśmy tym samym sposobem, którym się posługuje WINTER-HAYEM do określania wolnego HCl, chcieli określać HCl całkowity, t. j. wolny i utajony“, kładziemy na karb niedostatecznego obeznania się D-ra M. ze szczegółami tak naszej metody, jak podanej przez WINTER-HAYEM'a. Różnica bowiem dwóch objętościowych oznaczeń chloru w warunkach wskazanych przez naszą metodę, t. j. raz w soku zalkalizowanym dla związania HCl, drugi raz w soku pozbawionym HCl przez odparowanie tegoż, oraz ograniczenie pozostałości na słabym płomieniu aż do wydzielenia się węgla z ciał organicznych nie może wyrażać zawartości HCl wolnego, ale tylko zawartość HCl całkowitego.

Na kwestyję rozróżniania w soku żołądkowym kwasu solnego: wolnego i utajonego, t. j. z organicznymi ciałami związanego, oraz ściśłości odnośnej metody D-ra M., zapatrujemy się wyłącznie ze stanowiska analitycznego. Uznając rzeczywistość, albo przynajmniej wielkie prawdopodobieństwo istnienia, w soku żołądkowym obok wolnego HCl, połączeń HCl z białkiem lub peptonem, uważamy na razie wszelkie metody oznaczeń wolnego HCl oddzielnie od utajonego za przedwczesne i nieracjonalne, dopóki natura domniemywanych prawdopodobnie nie jednego, ale kilku związków kwasu solnego z białkami i to z różnem zachowaniem się względem odczynników na kwas HCl wolny, ich skład ilościowy, własności fizyczne i t. d. nie zostaną ściśle określone. Podstawą bowiem wszelkiego oznaczenia ilościowego musi być zawsze dokładna znajomość ciała, które ma być oznaczone.

Racz przyjąć Szanowny Redaktorze wyrazy prawdziwego szacunku i poważania

Albert Mizerski, Leon Nencki.

Wiadomości bieżące.

— Do Członków i Uczestników VI Zjazdu Lekarzy i Przyrodników.

Przystępując do ułożenia wspólnej grupy fotograficznej z nadesłanych na ten cel fotografii, widzę ze smutkiem, że zaledwie połowa wszystkich Członków i Uczestników zjazdu do tej grupy należy, a przypuszczam, że nie niechęć lub cena [3 złr. 50 ct. za grupę, albo 50 ct. za prawo figurowania na wspólnej fotografii], lecz inne skrupuły są tego przyczyną, dlategoż postanowiłem przedłużyć jeszcze do 10 Września r. b. ostateczny termin nadsyłania fotografii, aby dać możność wszystkim, którzy dotychczas na fotografię się nie zapisali, nasyłania jeszcze fotografii swoich celem zamieszczenia ich w grupie wspólnej.

Muszę nadmienić, że dotychczas nadesłali swoje fotografie co najwybitniejsi lekarze praktycy i mężowie nauki, najwyższe stopnie w społeczeństwie naszym dzierżący, a może ta okoliczność skłoni i resztę kolegów do figurowania wraz z nimi na wspólnym kartonie. Co do objawianych obaw, że wobec znacznej liczby osób razem umieszczonych poszczególne portrety zbyt małe i niewyraźne wypadną, to zapewniam, że tak nie będzie, gdyż fotografia zostanie wykonaną w rozmiarze arkusza fotograficznego papieru największego, na wzór fotografii z ostatniego zjazdu w Kopenhadze, na której 500 osób zupełnie dokładnie jest sportretowanych, a co osiągnięto przez zaniechanie straty miejsca na emblematy i ornamenty umieszczone na *pase partout* i w ten sposób pozostawiono przeszło 6 ctm. kwadr. na każdą pojedynczą głowę, znany zaś jako pierwszorzędný zakład Biżańskiego daje rękojmię doskonałego wykończenia. Kolegów z Królestwa zapewniam, że fotografie zamówione zostaną im doręczone wprost z Krakowa, lub przez Warszawę. W imię solidarności lekarskiej proszę wszystkich kolegów członków odbytego zjazdu w Krakowie, aby zechcieli skorzystać z przedłużenia terminu i nadesłali do mnie swoje fotografie, o ile można, jaknajprędzej.

D-r Michał Śliwiński.

Sprostowanie: W N-rze 33 na str. 660, wiersz 2 od góry, powinno być *algera*, zamiast mylnie wydrukowanego *algea*.

W N-rze 34 str. 664 wiersz 2 od góry, wykreślić „fosforany“. Str. 665 wiersz 13 od góry zamiast „sól dobrze rozpuszczalną“, czytać „dobrze rozpuszczalny“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 15 Августа 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska N. 29.