

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następnie po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. A. OBALIŃSKI. Uwagi nad czasową resekcją szczęki dolnej, dokonywaną w celu wycięcia nerwu żuchwowego. — II. WŁADYSEAW MATLAKOWSKI. Przyczynę do chirurgii żołądka [Ciąg dalszy]. — III. HENRYK KUCHARZEWSKI. O przesięku do kiszki pod wpływem soli przeczyszczających [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 7. ROSENTHAL. O skrzywieniach przegrody nosowej i ich leczeniu chirurgicznym. — 8. JENDRASSIK. O umiejscowieniu tabes dorsalis (*Ueber die Localisation der Tabes dorsalis*). — *Wiadomości bieżące.* — Dodatek. — Ogłoszenia.

PEPSYNA I JEJ PRZETWORY.

W szeregu środków grających ważną rolę w terapii chorób żołądka, pepsyna wybitnie zajęła miejsce. Choć jako część składowa prawidłowego soku żołądkowego pepsyna nie jest lekiem w zwykłym pojęciu, ze względu jednak, iż ona stanowi podstawę trawienia, gdyż zamienia białkany na peptony, czyli białko krzepnące na białko rozpuszczalne (więcej już nie krzepnące), ma bardzo ważne lecznicze znaczenie. Dawniej stosowano ją w niektórych tylko przypadkach osłabionego trawienia; z postępem jednak czasu granice wskazań do użycia pepsyny bardzo znacznie rozszerzonymi zostały, a to zawdzięczając postępowi chemii fizyologicznej i spostrzeżeniom klinicznym. Obecnie farmakologowie oraz klinicyści zalecają pepsynę: **w konwalescencji po wycieńczających chorobach, u osobników niedokrwistych czegokolwiek niedokrwistość ta byłaby następstwem, w poczynających się suchotach płucnych, w przewlekłym niezycie żołądka oraz niezycie żołądka i kiszki, wreszcie, we wszelkich postaciach niestrawności polegających przeważnie na niedostatku pepsyny w soku żołądkowym.**

W obec częstszych dziś zapotrzebowań pepsyny z jednej strony, a z drugiej, drożyzny przetworów zagranicznych oraz bardzo wysokiego cła, uważałem za pożyteczne zająć się ich przygotowaniem na miejscu. Wyrabiając wszelkie przetwory pepsynowe, mogę jednak jako najodpowiedniejsze celowi, zdaniem lekarzy, polecić:

1. Wino pepsynowe dwuprocentowe, przygotowane na doborowym winie francuzkiem. Łyżka zawiera 5 gran pepsyny; zadaje się łyżkę przed jedzeniem.
2. Elixir pepsini compositum. Stanowi połączenie pepsyny z wyciągami gorzkiemi. Łyżka zawiera pepsyny gran 3. Zadaje się przed jedzeniem po łyżce.
3. *Pilulae antidyspepticae* zawierają pepsynę w połączeniu z chininą, kwasem solnym i gorzkim wyciągiem. Zadawać po 2 pigułki przed jedzeniem.

Uwaga. Przetwory moje są dwa razy tańsze niż zagraniczne, wyrabiane są z pepsyny wytrzymałej wszelkie próby chemiczne, a nadto zawierają ściśle podaną dawkę pepsyny.

APTEKA
SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH,
WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

52-6

Levico

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnem działaniem leczniczem w osłabieniu, niedotrliwości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach perjodów i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i K. Lilpota w Warszawie.

10-10

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0-3

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119. oraz we wszystkich Księgarniach.

0-2

GAZETA LEKARSKA.

I. UWAGI NAD CZASOWĄ RESEKCYJĄ SZCZĘKI DOLNEJ, DOKONYWANĄ W CELU WYCIECIA NERWU ŻUCHWOWEGO.

Podał

Prof. Dr Alfred Obaliński [z Krakowa].

Celem dostania się do nerwu żuchwowego przed jego wejściem, wraz z równomienną tętnicą, do kanału kostnego, istniały do niedawna następujące cztery sposoby operacyjne:

1. Najdawniejsza metoda, podana przez VELPEAU'a, polegająca na odsłonięciu i wytrepanowaniu lub wydłutowaniu powierzchni zewnętrznej gałęzi wstępującej żuchwy, powyżej jej kąta.

2. Metoda PARAVICINI'ego, wskazująca nam drogą do niego od strony jamy ustnej.

3. Sposób podany przez KUEHNE'go i BRUNS'a, w którym poświęcamy kawałek szczęki dolnej tuż po nad kątem tejże, aby ułatwić sobie przystęp do nerwu, a wreszcie,

4. Metoda SONNENBURG'a i LUECKE'go, polecająca na dostanie się tamże bez naruszania szczęki dolnej, jedynie przy należytem ułożeniu chorego, a mianowicie z głową zwieszoną i szczęką ku przodowi odciągniętą.

Wobec złego przystępu w niniejszych metodach, a osobliwie wobec wykazanej potrzeby dotarcia aż do samego otworu jajowatego, z którego sam pień trzeciej gałęzi piątej pary nerwów czaszkowych wychodzi, powstały w ostatnich czasach jeszcze następujące metody:

5. KROENLEIN'a ¹⁾, polegająca na dostaniu się do tegoż otworu przez policzek cięciem półkolistem z podstawą na łuku licowym położoną; przyczem płat skórny odwraca się ku górze, płat drugi, z mięśnia żwacza (*masseter*) utworzony po przepiłowaniu łuku licowego w dwóch miejscach, ku dołowi, a w końcu trzeci płat stanowiący mięsień skroniowy odkładamy znów na przemian ku górze, po odpilowaniu wyrostka wroniatego. Po podwiązaniu tętnicy szczękowej wewnętrznej lub jej gałązki oponowej średniej i po przecięciu górnego przyczepu mięśnia skrzydlatego zewnętrznego, dostajemy się nareszcie do trzeciej gałęzi nerwu piątego wychodzącej z otworu jajowatego.

¹⁾ I podobne do tegoż postępowanie PANCOAST'a i CREDE'go.

6. Nie dziwię się, że MIKULICZOWI wydała się ta droga za długą i zmusną i że obrał sobie w danym przypadku krótszą. Przed samym wyjazdem z Krakowa, przedstawił on na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego w dniu 26 Stycznia 1887 roku, chorego, u którego za pomocą czasowej resekcji szczęki dolnej wyciął całą trzecią gałąź nerwu trójdzielnego, a zatem tak nerw żuchwowy jako też i językowy. Postępowanie swoje opisał on dopiero na wiecu chirurgów niemieckich w roku 1888 odbytym, i w autoreferacie ogłoszonym w *Centralblatt f. Chirurgie, Beilage zu Nr. 24, 1888*.

Opis ten brzmi jak następuje: „Prowadzi się cięcie od wyrostka sutkowego, wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko-obończyko-sutkowego aż do wysokości rozka kości gnykowej, a ztąd łukowato ku górze i przodowi aż do brzegu szczęki dolnej, w miejscu przed samym przyczepem mięśnia zwacza. Po przecięciu części miękkich powierzchownych, ogałacamy w temże miejscu żuchwę z okostnej do około; pod okostną przeprowadzona piłka łańcuskowa przedziela żuchwę tuż za zębem mądrości w kierunku pionowym. Przytem należy unikać otwarcia jamy ustnej, co przy niejkiej ostrożności łatwo się udaje. Następnie oddziela się nożyczkami dolny przyczep mięśnia skrzydłatego wewnętrznego. Jeżeli teraz hakami gałąź żuchwy ku górze, a trzon jej ku przodowi rozciągniemy, to pozostanie lejkowata ku podstawie czaszki się zwężająca przestrzeń, w której wszystkie rozgałęzienia trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego razem się przedstawiają. Idąc w głąb za nerwem żuchwowym i językowym, dojdziemy aż do wspólnej ich gałęzi przy samym otworze jajowatym i możemy według potrzeby pojedyncze gałązki lub wspólną gałąź wyresekować, poczem kości się składa i szwem kostnym zespaja“.

W roku 1887 opisałem przypadek faryngotomii bocznej, wykonanej celem usunięcia mięsaka w migdałku usadowionego ¹⁾, w którym użyłem czasowej resekcji szczęki dolnej, przez co ściągnąłem na siebie zarzut ze strony MIKULICZA, że jego metodę za swoją podałem. W odpowiedzi wyjaśniłem, że wiedziałem tylko o zastosowaniu czasowej resekcji żuchwy do wycięcia trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, nie zaś do wycinania nowotworów w przelyku, a i codo tego ostatniego ustąpiłem w zupełności pierwszeństwa MIKULICZOWI, jakkolwiek nigdzie polecenia takiego z jego strony nie znalazłem ²⁾.

Dopiero po ogłoszeniu drukiem [w powyższym autoreferacie] przez MIKULICZA jego metody spostrzegłem, że metody nasze znacznie się różnią i dlatego też, rozporządzając obecnie także przypadkiem wyleczonym z nerwobólu nerwu szczękowego dolnego za pomocą czasowej resekcji żuchwy, pospieszam z ogłoszeniem dla wykazania tych różnic, a tem samem udowodnienia, że przed dwoma laty miałem prawo do mówienia o „swojej“ metodzie, którego się jednak dobrowolnie zrzekłem i dla którego obecnie wcale kopii kruszyć nie myślę, dodaję bowiem wyraźnie, że nowych metod tworzyć nie pożądam, a tylko pragnę zaprowadzić pewne, według mego przekonania praktyczne, zmiany w czasowej resekcji szczęki dolnej, którą uważam za najwłaściwszą metodę tak w celu wy-

¹⁾ Patrz Przegl. Lek. 1887. Nr. 24 i 26.

²⁾ Centralblatt f. Chir. 1887. Nr. 28.

cięcia samego nerwu żuchwowego jako też i całej trzeciej gałęzi nerwu trójdzielonego.

Czasowa ta resekcja bowiem, tak jak ją pierwotnie podał MIKULICZ, ma przed innemi metodami, a nawet przed metodą KROENLEIN'a tę korzyść, że nie oszpeca blizną twarzy i że po niej nie następuje ten tak dla chorych nieprzyjemny stan zwarcia szczęk, który spostrzegano już kilkakrotnie po operacjach dokonanych według metody KROENLEIN'a.

Postępowanie zaś MIKULICZA zmieniłem w następujących punktach:

1. Przecinam części miękkie wzdłuż dolnego brzegu żuchwy, począwszy od punktu 3 ctm. ponad jej kątem położonego, aż do punktu na 3 ctm. przed tymże, przez co otrzymuję później bliznę jeszcze lepiej pod względem kosmetycznym położoną, bo schowaną za samym brzegiem tylnym szczęki dolnej.

2. Piłuję kość [również podokostnowo] nie przed mięśniem żwaczem, lecz za nim, a raczej pod jego tylnymi wiązkami, czem osiągam tę korzyść, że jeden z mięśni do żwania służących pozostaje przy oddzielonej gałęzi, a drugi przy trzonie; okoliczność to niepoślednia, bo wpływająca na równy podział siły i zapobiegająca możliwym zniekształtleniom przy nierównem zrośnięciu się zeszytych kawałków szczęki dolnej. Nadto wpływa ta okoliczność, że gałąź żuchwy wyżej przedzielamy, na zmniejszenie głębokości jamy, w której odszukiwać mamy nerwy.

3. Piłuję kość nie prostopadle, jak MIKULICZ, lecz ukośnie z tyłu i dołu ku przodowi i górze, przez co zyskuję, że po zeszytciu kości dolny odłamek ruszając się podpiera raczej górny, zamiast żeby miał dążność do oddalenia się od niego.

Według tych zasad wykonałem w dniu 27 Grudnia 1888 r. tę operację u 48-letniego izraelity, Mojżesza Stücka, który od dwóch lat doznawał bardzo przykrych i często powracających napadów bólu neuralgicznego w zakresie lewego nerwu żuchwowego. Wprawdzie nie potrzebowałem w tym przypadku wycinać wspólnej gałęzi aż przy samym otworze jajowatym, ograniczyłem się tylko do wycięcia samego nerwu żuchwowego, jednak mogłem się naocznie przekonać, że idąc wzdłuż niego w górę dotrzeć można aż do wyżej wspomnianego otworu. Kość zeszyłem drutem srebrnym, który krótko ucięty pozostawiłem na wgojenie. Ranę zamknąłem kilkoma szwami nitkowemi bez drenu.

Bóle pojawiały się jeszcze w ciągu dwóch dni, lecz o wiele słabsze, aż wreszcie całkiem ustąpiły. Rana zagoiła się przez rychłozrost pod jednym opatrunkiem. Po upływie tygodnia pokryłem świeżą bliznę powłózką kolodyjonu z jodoformem, co ułatwiło choremu znacznie ruchy, a gdy go w dniu 9 Stycznia 1889, a więc 14 dnia po operacji, na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przedstawiałem, mógł tenże już najswobodniej gryźć twardą bulkę lewą stroną szczęki.

II. PRZYZYNEK DO CHIRURGII ŻOŁĄDKA.

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

2-0 TRZY PRZYPADKI LAPAROTOMII W CELACH BADAWCZYCH PRZY RAKU ŻOŁĄDKA.

Spostrzeżenie III. *Carcinoma ventriculi, curvaturae majoris, parietis anterioris et posterioris, accretiones largae cum colo transverso, neoplasmata secundaria in mesocolo, ligamento gastrolienali; laparotomia explorativa; pneumonia cachecticorum.*

Sz. . man Kassylida, żona rękodzielnika z Warszawy, 39-lat, przysłana do mnie przez kol. SZTEMBARTHA opowiada, że choroba obecna rozpoczęła się około dwóch lat temu rozwojnieniem, powstałem bez żadnej widocznej przyczyny, które trwało przez kilka tygodni i dochodziło do 8 wypróżnień na dobę, poczem ustalo, lecz w ciągu całego roku powracało. Łaknienie przytem było dobre i chora nie chudła. W Lutym 1887 r., gdy leczyla się z powodu jakiejś choroby gorączkowej, kol. DOBRSKI poraz pierwszy wymacał guz i chorej o tem powiedział; jednocześnie pojawił się tępy ból w podżebrzu lewem, który zwolna się wzmagal. Sam guz chorej nie sprawiał przy macaniu żadnej dolegliwości. Od lata roku zeszłego zaczęła chora tracić łaknienie, bez widocznej przyczyny zjawiały się mdłości, bez wymiotów, to znówu krztuszenie, dojmujący ból w lewym boku, podpieranie w dołku i t. d.. Wypróżnienia, dotychczas albo częste albo prawidłowe, stały się coraz opieszalszemi. Guz zwolna ale stale się powiększał. Chora nigdy nie miała wymiotów krwawych, ani też wypróżnień z krwią, szczęśliwie powiła 6-ro dzieci i zresztą jest zupełnie zdrową, chodzi, zajmuje się. W ciągu sześciu ostatnich tygodni zaszła znaczna przemiana w trawieniu; chora po spożyciu stałych pokarmów doznaje gniecienia i rozdymania, wzmagającego się przy staniu lub chodzeniu; w tym czasie bardzo schudła i osłabła.

Guz był przez różnych lekarzy brany to za ruchomą śledzionę, to za nerkę wędrującą, tak, że chora miała sobie przez jednego z kolegów proponowane wycięcie tej nerki. Co mnie jednak głównie zastanowiło przy pierwszym badaniu, a co mi się wydało przemawiającem stanowczo przeciw nerce, to mianowicie twardość, trójkątny kształt i nierówność guza, pomijając inne objawy podmiotowe, które mogły by towarzyszyć ruchomej nerce; to też zrodziło się we mnie podejrzenie raka żołądka. Na naradzie, odbytej w mieszkaniu chorej z kolegą JAWDYŃSKIM i REJCHMANEM, który kiedyś leczył chorą, wahało się rozpoznanie między rakiem żołądka i poprzecznicą, za czem przemawiały niektóre dane. Po napełnieniu gazem żołądka przekonaliśmy się, że guz się obniżył, że znajdował się poniżej dolnej granicy tonu bębniatego żołądka, a nie nad tą linią, co zdawało się wskazywać, że guz jest po za obrębem żołądka; na odwrót rozcięcie kiszki grubej wykazało, że guz leży ponad rozdętą poprzecznicą.

Dnia 5. I. 1888 r. Chora wstąpiła do mojego oddziału.

Status praesens. Średniego wzrostu, prawidłowej budowy, z wcale dobrze zachowanym pokładem tłuszczowym, skóra blada, waga 127 *ll.*, tętno 111. Język obłożony, zatwardzenie, brzuch średniej wielkości, miękki, ściany nie napężone. Okiem widać już guz w podżebrzu lewem, unoszący ścianę brzuszną,

przy macaniu bardzo twardy, guzikowaty, nierówny, położony powierzchownie pod ścianą brzuszną, bardzo ruchomy i przesuwalny aż do linii pośrodkowej, na dół i do góry, dający się dobrze ująć w palce i dobrze ograniczony, do ściany brzusznej nie przyrosły, kształtu mniej więcej obciętego wydłużonego trójkąta, z podstawą na lewo, nie bolesny wcale przy macaniu i przy przesuwaniu, oddzielony od łuku żeberowego pasem miękkim. Zresztą ani wątroby, ani śledziony, ani żadnych guzów głębiej w jamie brzusznej wyczuć nie można. Inne narządy [serce, płuca, nerki] zdrowe.

Wykluczwszy nerkę lewą, śledzionę, oraz trzustkę przez wzgląd na powierzchowne położenie guza, przy stawianiu rozpoznania musieliśmy głównie zatrzymać się na żołądku. Przy tak dużym raku poprzeczniczy niemożliwym byłoby, choćby w pewnym okresie, swobodne oddawanie prawidłowego, bez krwi stolca. Z drugiej strony nie mielibyśmy całego szeregu przypadłości żołądkowych. Ponieważ próby z rozdymaniem żołądka wykazały, iż guz znajduje się poniżej dolnej granicy tonu bębniastego żołądka, między żołądkiem i poprzecznicą, przeto przypuszczałem, że guz wyszedłszy ze ściany, z krzywizny dużej np. przeważnie rozrastał się w sieci dużej i w niej prawie całkowicie się znajduje.

Dalsza obserwacja chorej w szpitalu wykazała, że chora ma wcale znośne łaknienie, że je mało jedynie z obawy bólu i zgagi po jedzeniu, że zatwardzenie łatwo ustępuje pod działaniem słabych środków przeczyszczających, przyczem chora oddaje masę gazów i spieczony kał brunatny; i naczemto jednak chora doznaje bólu tępego, czasami kolącego, szczególnie dotkliwego w grzbiecie, a ż p r a w i e m i ę d z y ł o p a t k a m i. Badanie na kwas solny, dokonane łaśkawką przez kol. DUNINA, wykazało absolutny brak takowego. Chora bardzo źle znosi przepłukiwanie żołądka, niezmiernie krztusi się, dławi, wymiotuje, a po każdej takiej procedurze słabnie aż do omdlenia. 10. I. kol. CIECHOMSKI wymył żołądek roztworem 1% kwasu salicylowego; chora przytem ogromnie się zmęczyła, spocila i omdlała. Nazajutrz t. j. 11. I. 1888 r. przystąpiłem w obecności licznej grupy kolegów ze szpitala Dzieciątka Jezus i z miasta do wycięcia żołądka, ewentualnie, gdyby się okazało niemożliwym do zaszycia napowrót rany brzusznej. Cięcie w smudze; po zbliżeniu guza do rany okazuje się, że nowotwór twardy, nierówny, guziczkowaty zajmuje całą prawie krzywizną dużą [bez wpustu], a nadto ścianę przednią i tylną, tak, że pozostała niezajęta jedynie część ściany około krzywizny małej; ku wpustowi sięga nacieczenie rakowe bardzo daleko; w drugą stronę zajmuje ścianę aż do odźwiernika. Jama żołądka skutkiem tego jest niesłychanie zmniejszoną. Poprzecznicza przyrośnięta do guza na bardzo znacznej przestrzeni, sieć duża stopiona również w wielkiej masie guza; nadto oddzielne guziczki w sieci dużej, w *lig. gastro-lienale*, w sieci małej. Guz daje się wprawdzie znacznie przesuwać, ale przypuszczałem się godzi, że również istnieją zrosty z trzustką. Wobec tego stanu rzeczy nie tylko wycięcie części żołądka, ale nawet *gastroenterostomia* okazała się niemożliwą, pierwsze z powodu nadzwyczajnego rozpostarcia nowotworu, druga z powodu braku wolnego miejsca ze zdrową ścianą żołądka dla zrobienia w niej otworu i przyszycia kiszki czczej. Wyciąwszy cząstkę guza do badania, ranę w ścianie brzusznej zaszyłem.

P r z e b i e g. Chora po operacji przez dwie doby miała się dobrze; trzeciego dnia tętno podskoczyło do 120—136, ciepłota 39° C., wypieki na twarzy; lekki kaszel, a już następnego dnia wystąpiły klasyczne objawy zapalenia w obu płucach [stępienie, bronchofonija, *resp. bronchialis*, krwawa płwocina]. Pomimo takiego osłabienia, pomimo, że przeszła taką ważną operację, chora wyszła z zapalenia płuc zdrową *per crisin*, a w 24. I. opuściła szpital.

W dalszym ciągu widywałem chorą od czasu do czasu; nastąpiła w stanie jej zadziwiająca poprawa; ustały bóle w grzbiecie, zjawilo się silne łaknienie,

i chora, zadowolona z operacji, cieszyła się nadzieją wyzdrowienia. Niedługo potem można było stwierdzić nowe guzy tuż pod samą blizną w ścianie brzusznej, a w kilka miesięcy potem chora zmarła.

Badanie wyciętej części dokonane przez D-ra PRZEWOSKIEGO wykazało *scirrhus*.

Spostrzeżenie IV. *Carcinoma ventriculi; laparotomia explorativa.*

Łaz...ski Wiktor, 27 lat, urzędnik, przybył do szpitala dnia 23 Maja 1888 r.. Przed półrokiem będąc bardzo głodnym, w braku czego innego, na wsi zjadł dużo suchej kiełbasy i chleba i wtedy dostał silnych boleści, których dotąd nigdy nie doświadczał. Łaknienie po kilku dniach wróciło, ale ból już nie ustąpił. Od tej pory pomimo dobrego łaknienia chudnął coraz bardziej i podupadał na siłach. Przed 6 tygodniami w szpitalu Ś-go Ducha przepłukiwano mu żołądek codziennie, mimo to wyniszczenie postępowało coraz dalej, a bóle wzmogły się zarówno na czczo jak i po jedzeniu. Przez cały czas trwania choroby nie było wymiotów [z wyjątkiem 3—4 razy] i obecnie ich nie ma, krew ani przez usta ani z wypróżnieniami nie pokazywała się; z rana pojawia się obfite wydzielanie śluzu i śliny; uporczywe zatwardzenie.

Chory średniego wzrostu, dobrej budowy, w wysokim stopniu wychudły; głos słaby, ledwie dosłyszalny, kończyny chłodne; mimo to chory chodził po schodach i po mieście aż do wstąpienia do szpitala. Skóra blada nie ma jednak zabarwienia charłaczego. Brzuch mały, zapadły, *epigastrium* nieco wypuklejsze i odporne, lecz nigdzie guza wymacać nie można, jedynie ściana brzuszna w nadbrzuchu i wzdłuż lewego podżebrza odporniejsza od reszty brzucha; wątroby nie wyczuwa się. Mocz mało ale prawidłowy. Po wypłukaniu żołądka odporność w podżebrzu nieco się zmniejszyła; po napełnieniu płynem, lub gazem węglowym żołądek okazuje się nierozszerzonym i bardzo nieznacznie wystaje zpod łuku żebrowego; cały prawie pozostaje za ostatnimi żebrami, lecz nawet po nadęciu opukiwany nie okazuje się dużym. Badanie chemiczne zawartości, dokonane przez kol. REJCHMANA, wykazało brak zupełny kwasu solnego, oraz ropę i ta okoliczność stanowczo przemawiała za nowotworem żołądka owrzodzonym, gdy tymczasem bez chemicznego badania możnaby, w obec ujemnego wyniku badania fizykalnego, wahać się co do natury cierpienia.

Dnia 28 Maja 1888 r., w obecności licznych kolegów, przystąpiłem do operacji, przygotowawszy się do ewentualnej resekcji, a w razie niemożności skutecznego mając zamiar poprzestać na laparotomii badawczej. Po przecięciu ściany brzusznej w smudze białej okazało się, że między ścianą i trzewiami nie ma zrostu, poprzecznicą, bardzo pociągniętą ku górze przez skurczone *mesocolon*, leży naprost rany brzusznej. Wprowadziwszy rękę po za żebra, odnalazłem guz twardy, nierówny, podługowaty, niesłychanie mało ruchomy; pociągając za niego o tyle tylko udało się go ściągnąć, że w ranie ukazała się dolna część guza; wtedy po części okiem, po części palcami stwierdziliśmy, że rak zajmuje całą prawie krzywiznę małą, na lewo sięga bardzo daleko, może do samego wpustu, na prawo do odźwiernika, a głównie rozszerza się na ścianę tylną, tak że przy małym zwężeniu samego odźwiernika, istnieje kolosalne zmniejszenie pojemności żołądka, skutkiem z jednej strony nacieczenia i skurczenia ścian jego, a w części skutkiem rozległych zrostów, nie pozwalających na swobodne rozszerzenie się organu. Przy krzywiznie większej pozostał wązki pas żołądka niezajętym i przez tę część ściany żołądka można wymacać nierówności, doły i sople wewnętrznej powierzchni nowotworu. Skoro nawet tak śmiała operacja jak całkowite wycięcie żołądka okazała się z powodu nieruchomości jego, zrostów i przez to niemożności wydobywania i zbliżenia do rany, nie wykonalną — zaszyłem cięcie w ścianie brzusznej.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, z tętnem 100—106, bez wymiotów, ze strasznymi bólami, które musieliśmy koić morfiną [pod skórę]. 3 Czerwca zdjąłem szwy, rana okazała się całkowicie zagojoną *per primam*. Bez względu na ławatywy odżywcze, chory coraz bardziej słabł i nikił, a w d. 5. VI. zmarł w 8 dni po operacji.

Badanie pośmiertne, dokonane przez D-ra PRZEWOSKIEGO, potwierdziło wynik badania *in vivo*; w otrzewnej, prócz sklejania sieci z raną w otrzewnej ściennej, nie znaleziono ani śladu zapalenia.

Spostrzeżenie V. *Ulcus rotundum ventriculi; laparotomia explorativa.*

Ornatowicz Albin, 42 lat wyrobnik, przybył na oddział D-ra DUNINA d. 5. X. 1888. Chorobę swoją liczy od 15 lat, rozpoczęła się ona bardzo dokuczliwym cierpieniem, które on określa jak „ssanie“, „ciągnięcie“, oraz częstymi wymiotami. Stan taki trwał 14 lat; chory przez ten czas się ożenił, utrzymywał się z pracy rąk swoich, pomimo że prawie codziennie bywały wymioty. Od czasu do czasu jakby się coś w chorym „przewracało“. Masa wymiotna bywała śmierdząca, gorzką, nie bardzo obfitą. Przed rokiem nastąpiło pogorszenie i zaczęła się pokazywać krew w wymiocinach, oraz silne bóle w okolicy żołądka; od miesiąca obfite wymioty krwią.

Średniego wzrostu, chudy, skóra sucha, cienka, różowa; nie ma wcale wyglądu charłactwa, ani woskowej cery, tylko nadzwyczajne wyniszczenie, waga 123 *ll.* *Emphysema pulmonum*; tony serca czyste; białka w moczu nie ma. Brzuch zapadły, bolesność *in epigastrio*; guza nie wyczuwa się. W zawartości żołądka znaleziono kwas solny; pod drobnowidzem ziarna krochmalu; sarcyny nie ma. Przy badaniu po rozcięciu żołądka, dolna granica żołądka zstępuje do linii pępkowej [prawie]; nie widać ruchów żołądka. W wydobytej zawartości naczeczko w ilości około 200 ctm. sześciennych mętnej, żółtawej, bez zapachu, znaleziono kwaśny odczyn, kwaśność 60 c. na 100, wyraźny odczyn na ClH, nie ma kwasu mlecznego; sporo peptonów. Trawienie odbywa się prawidłowo. 12. X. Obfite wymioty krwią. 16. X. w 1½ godziny po śniadaniu wydobyto resztkę zawartości z żołądka; w przesączu znaleziono słabe ślady HCl, chociaż kwaśność — 60. Dużo kwasu mlecznego i peptonu; białka nie ma. Pod drobnowidzem sarcyna.

Na podstawie tego wszystkiego rozpoznanie najbardziej prawdopodobne brzmiało jako: *ulcus rotundum ventriculi*. Na radzie z kol. DUNINEM i PUŁAWSKIM, postanowiono przystąpić do operacji, na którą chory się chętnie zgodził. W przeddzień operacji kol. PUŁAWSKI gruntownie opróżnił żołądek i przepłukał za pomocą zgłębnika, mimo to nazajutrz znaleziono w żołądku masę szaro kawowo-brudną. Żołądek znowu starannie wypłukał kol. CIECHOMSKI roztworem dwuwęglanu sodu, a potem sła bym roztworem chloroformu

D. 18. X. w obecności kolegów: DUNINA, GULIŃSKIEGO, PUŁAWSKIEGO, STĘPIŃSKIEGO, WINAWERA, oraz naczelnego lekarza KOBYLAŃSKIEGO, przy pomocy kol. CIECHOMSKIEGO i BORSUKA. po zachloroformowaniu chorego otworzyłem jamę otrzewnej w smudze. Zaraz uderzyły nas liczne gruczoły wielkości grochu i fasoli wzdłuż krzywizny dużej, a nadto obszerne zrosty sieci z żołądkiem i z wątrobą; po oddzieleniu kilku z nich, udało się wsunąć palec ku krzywiznie małej, w której wyczuwało się twardy wał; nie będąc dość przekonanym o tem, czy to jest nowotwór, przedarłem w jednym miejscu sieć dużą i wprowadziłem palec do *bursa omentalis*, aby z tej strony określić wielkość i ruchomość guza, który okazał się zrosłym z tylną ścianą brzucha w okolicy aorty i *truncus coeliacus*. Chcąc się jeszcze bardziej upewnić o granicach guza, otworzyłem jamę żołądka cięciem 4 ctm. długim, w przedniej ścianie, a wprowadziwszy przez otwór palec przekonałem się, że na tylnej ścianie, przy samej krzywiznie małej, istnieje guz płaski, wielkości dłoni, podługowaty, grzybowato wzniesiony, miękki,

obwiedziony brzegiem twardym, gładkim, ściana żołądka z guzem nieprzesuwalną. Cały żołądek jest nieruchomy i trudno go do rany w brzuchu wyciągnąć. Odźwiernik wolny. Wobec tego, widząc, że wycięcie jest niemożliwym, zaszyłem jedwabiem szwem kuśnierskim ranę w żołądku, a potem w ścianie brzusznej; opatrunek jodoformowy.

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny; chory nie miał gorączki, wymiotów, czkawki, ani wzdęcia; bóleści się ułagodziły; 10-go dnia zdjąłem szwy; *prima intentio*. Osłabienie jednak wzmagało się ciągle, zwłaszcza, że przyłączyło się rozwolnienie masą krwawo-ciemną. Chory zmarł w 15 dni po operacji.

Przy badaniu pośmiertnem okazało się, że w żołądku znajdował się ogromny wrzód dziurawiący, zajmujący $\frac{2}{3}$ obwodu żołądka, znajdujący się na tylnej ścianie i krzywiznie małej. Wrzód ten zupełnie zniszczył ścianę żołądka na ogromnej przestrzeni, tak, że od tyłu sterczy do jamy żołądka trzustka, i ta zakrywa dziurę, po obwodzie której ściana żołądka przytwierdzona zrostami, tworzy wał twardy. Bliższe szczegóły podał kol. PUŁAWSKI w N-rze 1 i 2 Gazety Lekarskiej z 1889 r., tutaj zaś zwracamy uwagę na następujące punkty: 1-o prócz zrostu sieci z listkiem ściennym wzdłuż cięcia brzuszego, nie znaleziono żadnych innych śladów zapalenia otrzewnej. 2-o Rana w żołądku zagoiła się prawie zupełnie; tylko w błonie śluzowej znajduje się nieznaczna powierzchnia ziarninująca otoczona blizną. 3-o Ciekawym faktem jest, że rozpoznanie kliniczne *ulcus rotundum* — w tym razie okazało się prawdziwem, podczas gdy rozpoznanie raka, postawione na podstawie bezpośredniego badania palcem, okazało się mylnem; w błąd wprowadziła nas rozpalniona i stercząca do jamy żołądka trzustka, która pod palcem lądując naśladowała rak miękkiej; ów wałek twardy otaczający ją okazał się brzegiem ściany żołądka. 4-o Gruczolę chłonne powiększone nie świadczą jeszcze o nowotworze, choć w kilku podręcznikach anatomii patologicznej nie znalazłem wzmianki o tem, że bywają one powiększone przy *ulcus rotundum ventriculi*. [D n.]

Z WARZAWSKIEJ PRACOWNI FARMAKOLOGICZNEJ PROF. L. J. TUMAS'A.

III. O PRZESIEKU DO KISZEK POD WPLYWEM SOLI PRZECZYSZCZAJĄCYCH.

Przez

Henryka Kucharzewskiego,

[Dokończenie. — Patrz Nr. 5].

IV.

Trzy króliki *A, B, C*. Przez 4 dni wstrzykiwano po 50 grm. 0,7% NaCl. Piątego dnia rano przewiązano przewód żółciowy wspólny i trzustkowy wszystkim trzem królikom, poczem królikom *A* i *B* wprowadzono zgłębnikiem po 50 gr. 15% Na₂SO₄ do żołądka. Po upływie 8 godzin od zażycia soli króliki zabito

i otworzono jamę brzuszną. Zauważono te same zjawiska, co i przedtem: żywe ruchy robaczkowe kiszek i przepelnienie kiszek grubych płynem.

Zawartość kiszek zebrano i zważono.

Zawartość kiszek królika *A* ważyła 132,2 gm.

"	"	"	<i>B</i>	"	249,3	"
"	"	"	<i>C</i>	"	48,1	"

Żołądek królika *A* był napełniony płynem około 58 gm., w którym badanie chemiczne wykryło znaczną ilość siarczanu sodu, widocznie wskutek niewiadomej przyczyny nieznaczna tylko część soli przeszła do kiszek, gdzie również Na_2SO_4 wykryto.

Płynu w kiszkach królika *A* było 66,2 gm.

"	"	"	<i>B</i>	"	139,1	"
"	"	"	<i>C</i>	"	16,0	"

Ponieważ nie wiemy jaka ilość roztworu Na_2SO_4 dostała się z żołądka do kiszek królika *A*, więc nie będziemy dla ścisłości brać tych liczb w rachubę, zatrzymamy się tylko na liczbach dla królików *B* i *C*.

Odejmując od 139,1 gm. 50 gm. jak to już i przedtem robiliśmy, otrzymamy 89,1 gm. płynu u królika *B*, gdy tymczasem u królika *C*, kontrolującego było tylko 16,0.

Na zasadzie szeregu doświadczeń [III i IV] widzimy, że pomimo przewiązania przewodu żółciowego wspólnego i trzustkowego, znajdujemy niezmiennie znacznie więcej płynu u królików, dostających na przeczyszczenie, aniżeli u kontrolujących, możemy zatem utrzymywać, że znajduwany w kiszkach płyn, wywołany przyjęciem siarczanów obojętnych, nie zależy od wzmożonego wydzielania się żółci i soku trzustkowego.

V.

Obecnie postaramy się wykazać, jaki udział mają gruczoły kiszkowe w zbieraniu się płynu w kiszkach po zażyciu soli czyszczących. Dla rozwiązania pytania tego staraliśmy się powstrzymać czynność gruczołów za pomocą atropiny.

Do doświadczenia użyliśmy czterech królików *A B C i D*. Wody jak zwykle nie dostawały; natomiast 60 gm. NaCl . podskórnie przez dni cztery. Czwartego dnia wieczorem wszystkim królikom odstawiono owies, którym się karmiły i wstrzyknięto pod skórę 0,041 siarczanu atropiny. Następnego dnia rano znowu wstrzyknięto królikom 0,041 atropiny, a dwóm *A* i *B* wprowadzono do żołądka po 50 gm. 15% Na_2SO_4 . Po upływie trzech godzin dano znowu dawkę atropiny 0,02 podskórnie, poczem zauważyliśmy lekkie objawy otrucia, wzmożone bicie serca, znaczne rozszerzenie źrenic, suchość błon śluzowych. Po upływie 8 godzin od przyjęcia Na_2SO_4 króliki zabito i otworzono jamę brzuszną. U królików *A* i *B*, które na przeczyszczenie dostały, zauważyliśmy, jak i w poprzednich doświadczeniach, wzmożone ruchy robaczkowe kiszek i napełnienie kiszek grubych płynem, u królików *C* i *D* — kontrolujących mieliśmy

obraz wprost odwrotny: nie było ani ruchu robaczkowego, ani obecności płynu w kiszkiach.

Zawartość kiszki starannie zebrano i zważono.

Zawartość kiszki królika *A* ważyła 333,2 grm.

"	"	"	<i>B</i>	"	211,4	"
"	"	"	<i>C</i>	"	89,8	"
"	"	"	<i>D</i>	"	113,1	"

Po wysuszeniu okazało się że:

Po odjęciu 50 grm.

Zawartość kiszki królika *A* zawierała płynu 143,7 93,7 grm.

"	"	"	<i>B</i>	"	148,2	98,2	"
"	"	"	<i>C</i>	"	29,3	29,3	"
"	"	"	<i>D</i>	"	34,5	34,5	"

Z przytoczonych tu liczb widzimy, że ilość płynu u królików *A* i *B* była znakomicie większą od ilości płynu u królików *C* i *D*, t. j. kontrolujących.

VI.

Do doświadczenia użyliśmy czterech królików *A B C* i *D*, którym w przeciągu czterech dni wstrzykiwano po 50 grm. NaCl. Czwartego dnia wieczorem wstrzyknięto 0,041 siarczanu atropiny. Piątego dnia rano znowu takąż dawkę atropiny wszystkim królikom, a królikom *A* i *B* wprowadzono do żołądka po 50 grm. 15% roztworu siarczanu sodu. Po upływie 3 godzin znowu wstrzyknięto wszystkim królikom po 0,02 atropiny. Zauważyliśmy lekkie objawy otrucia. Po upływie 8 godzin od zażycia Na_2SO_4 zabito króliki i otworzono jamę brzuszną. Spostrzeżono wzmożone ruchy robaczkowe i obecność płynu, jak zwykle.

Zawartość kiszki starannie zebrano i zważono.

Zawartość kiszki królika *A* ważyła 289,5 grm.

"	"	"	<i>B</i>	"	209,8	"
"	"	"	<i>C</i>	"	109,2	"
"	"	"	<i>D</i>	"	107,0	"

Zawartość kiszki przez parę dni suszono w termostacie, jak zwykle.

Po odtrąceniu 50 grm.

Płynu w kiszkiach królika <i>A</i>	znajdowało się	111,5	61,5 grm.	
"	"	<i>B</i>	99,3	49,3 "
"	"	<i>C</i>	31,8	31,8 "
"	"	<i>D</i>	33,1	33,1 "

Na podstawie tych liczb znowu przychodzimy do wniosku, że ilość płynu u królików *A* i *B*, które na przeczyszczenie dostały, przewyższa ilość płynu, znajdującą się u królików *C* i *D*, kontrolujących.

W dwóch ostatnich szeregach doświadczeń [V i VI] wstrzymaliśmy działaniem atropiny czynność gruczołów kiszki, pomimo jednak tego ilość płynu u królików, które Na_2SO_4 przyjmowały, nie zmniejszyła się i przewyższała ilość płynu, znajduwaną u królików kontrolujących, przytem przewyższała prawie tyle razy, jak i w poprzednich doświadczeniach. Z tego wywnioskować można, że płyn znajdowany w kiszkiach po zażyciu siar-

czanu sodu nie zależy od wzmożonej czynności wydzielniczej gruczołów w kiszkiowych.

VII.

W doświadczeniu tem nad dwoma królikami *A* i *B* przewiązaliśmy jednocześnie przewód żółciowy wspólny i trzustkowy i stosowaliśmy atropinę podskórnie. Królikom przez 4 dni wstrzykiwaliśmy po 70 grm. NaCl pod skórę codziennie. Dawki atropiny stosowaliśmy te same i w ten sam sposób co i w dwóch ostatnich [V i VI] doświadczeniach. Królikowi *A* wprowadzono 50 grm. 15% Na₂SO₄. Po upływie 8 godzin króliki zabito. Po otwarciu jamy brzusznej zjawiska zwykle.

Zawartość kiszki królika *A* ważyła 158,1 grm.

„ „ „ *B* „ 89,5 „

Zawartość kiszki jak zwykle wysuszono przyczem okazało się że:

Po odtrąceniu 50 grm.

Płynu w kiszkiach królika *A* znajdowało się 98,6 48,6 grm.

„ „ „ „ *B* „ „ 19,3 19,3 „

Doświadczenia te w zupełności potwierdzają wnioski wyprowadzone na podstawie szeregu doświadczeń [III, IV, V i VI] t. j., że znaczna ilość płynu, jaką w kiszkiach po stosowaniu Na₂SO₄ do wewnątrz znajdujemy, nie stoi w związku ze wzmożonym wydzielaniem ani żółci, ani soku trzustki, ani też gruczołów kiszki. Wobec tego musimy dojść do wniosku, że zgromadzony płyn powstaje wskutek wzmożonego przesięku z naczyń kiszki. Zatem doświadczenia nasze potwierdziły twierdzenie LIEBIG'a. HAY, BRIEGER także po części bronią tej teorii, choć nie przedstawili ścisłych doświadczeń w tym kierunku.

Dotychczas zatrzymywaliśmy się na jednym tylko skutku, wywołanym solami obojętnymi w kiszkiach, objaśnialiśmy przyczynę gromadzenia się tak znacznej ilości płynu.

Co się zaś tyczy samego mechanizmu przeczyszczenia, to ono, podług zdania naszego, następuje w ten sposób: Woda przesiekająca ze krwi do kiszki, rozrzedza znajdujący się tam kał, a wzmożone ruchy robaczkowe, wywołane drogą odruchową przez drażnienie błony śluzowej, pomagają do wydalenia go na zewnątrz.

Wzmożone ruchy robaczkowe kiszki zauważyliśmy przy otwieraniu jamy brzusznej u wszystkich królików, które Na₂SO₄ brały, gdy tymczasem u kontrolujących ruchów robaczkowych bądź wcale nie było, bądź też w bardzo nieznacznym stopniu. Wiemy już, jak ważną rolę tym ruchom robaczkowym przypisują BUCHHEIM, AUBERT, RADZIEJEWSKI. Badaniem ruchów robaczkowych kiszki, wywołanych środkami przeczyszczającymi, zajmował się w ostatnich

czasach D-r HESS ¹⁾ w Monachijskiej pracowni farmakologicznej i znowu przedstawił kilka dowodów na korzyść wzmożenia się ruchów robaczkowych wskutek działania soli obojętnych.

W tym celu wprowadzał on psu przez gardziel i przelyk do dwunastnicy balon kauczukowy, napełniony wodą na rączce z oznaczonymi podziałkami. Potem przez przetołę żołądkową wprowadzał środki przeczyszczające między innymi i Na₂SO₄ i badał ruchy robaczkowe kiszek, które wciągały balon wciąż głębiej i głębiej.

Na podstawie swej pracy oparł on następujące wnioski: „*Lässt man die Wirkung der Abführmittel nur auf Beschleunigung der Peristaltik beruhen, so würden, wie mir scheint, unsere Versuchsergebnisse lehren, entweder dass die peristaltische Bewegung nicht auf längere Strecken durch die nervösen Apparate des Darms, oder nach ENGELMAN von Muskel an Muskel fortgepflanzt werden können, sondern immer wieder durch Reizung neuer Schleimhautpartien reflectorisch ausgelöst werden müssen, oder dass die peristaltische Welle wohlüber den Ballon hinweg den ganzen Dünndarm durchlaufen könne, im Dickdarm jedoch wieder auf's neue durch das Abführmittel erst hervorgerufen werden müsse*“.

D O D A T E K.

Królik	Szeręg do- świadczeń.	Waga zawar- tości kiszek.	Ilość płynu.	U w a g i.	Królik.	Szeręg do- świadczeń.	Waga zawar- tości kiszek.	Ilość płynu.	U w a g i.
A	I.	251,2	26,4		A	V.	333,2	93,7	Atropinizacja.
B		128,0	7,3		B		211,4	98,2	
C		335,0	48,0		C		89,8	29,3	
A	II.	127,5	25,5		D		113,1	34,5	
B		211,6	85,1		A	VI.	289,5	61,5	Atropinizacja.
C		197,1	40,8		B		209,2	49,3	
A	III.	296,0	36,0		C		109,2	31,8	
B		86,5	19,4		D		107,0	33,1	
C		187,4	65,4		A	VII.	158,1	48,6	Przewiązanie prze- wodu i atropiniza- cja.
D		93,5	18,1		B		89,5	19,3	
A	IV.	132,2	46,2 [?]		Przewiązanie przewodu				
B		249,3	89,1		żółciowego wspólnego				
C		48,1	16,0	i trzustkowego.					

¹⁾ Versuche über die peristaltische Bewegung und über die Wirkung der Abführmittel. Deutsches Archiv. f. klin. Med. 1886. Bd. 40.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

7. J. Rosenthal. O skrzywieniach przegrody nosowej i ich leczeniu chirurgicznym.

W obszernej monografii, wydanej w roku zeszłym, w Paryżu, pod powyższym tytułem, rozbiera autor szczegółowo wszystko co się odnosi do skrzywień przegrody nosowej, a to opierając się tak na pracach dawniejszych jakoteż na własnych badaniach, dokonanych na 179 trupach w paryżkiem prosektoryjum, oraz na 2018 czaszkach znajdujących się w muzeum paryżkiego towarzystwa antropologicznego.

Ponieważ skrzywienia przegrody nosowej są zбочeniami bardzo często napotykanymi u chorych i mogą powodować wiele dolegliwości i zmian nieprawidłowych, rozwijających się następnie w zdrowym nawet ustroju, oraz ze względu, że autor podaje nowe wyniki i sposoby operacyjne, odnoszące się do tego przedmiotu, pragniemy zaznajomić czytelników z tą poważną i wyczerpującą pracą.

W pierwszych rozdziałach swej pracy rozbiera autor anatomię i fizjologię jam nosowych, oraz kreśli rys historyczny prac dotyczących skrzywień przegrody nosowej od MORGAGNI'ego aż do autorów z lat ostatnich.

W rozdziale następnym rozbiera różne rodzaje skrzywień przegrody nosowej rozdziałając takowe na 1-o skrzywienia zwykłe bez zgrubień t. j. proste wygięcie przegrody nosowej w jedną lub drugą stronę. 2-o Skrzywienia ze zgrubieniami przegrody w postaci wypuklenia lub ostrogi. Zgrubienie jest zwykle na części wygiętej i odpowiada wklęsłości na stronie przeciwnej przegrody nosowej. 3-o Skrzywienie esowate, które znowu bywają w kierunku pionowym lub przednio-tylnym. W pierwszym razie t. j. przy skrzywieniu esowatem pionowym znajdujemy wypuklenie dolne w jednej jamie nosowej, a wypuklenie górne w drugiej. Przy skrzywieniu esowatem przednio-tylnym wypuklenie przednie zajmuje jedną jamę nosową, wypuklenie tylne drugą. 4 o Skrzywienia esowate ze zgrubieniami. 5-o Zgrubienia na prostej przegrodzie nosowej. t. j. na jednej stronie przegrody nosowej jest wyrostek kostny w kształcie ostrogi. 6-o Skrzywienia zygzakowate.

Każde wreszcie z tych skrzywień może być poziome lub pionowe. Wyrojstki kostne, spotykane bardzo często w postaci ostrogi na przegrodzie nosowej jej górnej lub dolnej części, mają kształt blaszki kostnej, lub też stożka z boków spłaszczonego. Podstawa stożka przyczepiona jest do przegrody, t. j. do jej części kostnej, wierzchołek zaś wystaje do jednej z jam nosowych. Zwykle ostroga ta jest trójkątną z dłuższym brzegiem przednim.

Odnośnie statystyki częstości skrzywień to na 179 czaszek badanych przez autora za pomocą cięć lub też zgłębnikiem i palcem znalazł skrzywienia w 111 przypadkach, t. j. 62%. Najczęściej skrzywienia były z lewej strony jamy nosowej.

W oddzielnej tablicy podaje autor dane statystyczne skrzywień przegrody nosowej, osiągnięte ze zbadania 2018 czaszek znajdujących się w paryżkiem Towarzystwie antropologicznem, które należą do różnych narodowości tak rasy białej, jakoteż czarnej, czerwonej i żółtej. Z ciekawej tej tablicy podajemy tylko niektóre cyfry:

W czaszkach francuzkich skrzywienia przegrody nosowej stanowiły 62 — 66% na 100 — w czaszkach słowiańskich 75, 5%, niemieckich 44, 8%, u murzynów 45, 6%, czarnoskórych 48, 6%, żółtych 57, 3%. Najczęściej skrzywienia były ze strony lewej jamy nosowej, u czernoskórych i u rasy żółtej częściej ze strony prawej.

Według statystyki autora oraz innych statystyk odnoszących się do tych skrzywień, u rasy białej skrzywienia przegrody nosowej częściej się spotyka niż u innych rass ludzkich.

Co do przyczyn usposabiających do rozwinięcia się skrzywień przegrody nosowej, to różni autorzy podają najrozmaitsze. BEZOLD objaśniał powstawanie skrzywienia przyzwyczajeniem wycierania nosa jedną ręką, lub też spaniem zawsze na jednym policzku.

Według M. MACKENZIE'go skrzywienia przegrody zależne są od tego że przegroda nosowa ma dwa oddzielne punkta kostnienia, rozmieszczone na dwóch oddzielnych kościach, skutkiem czego odkładanie się substancyj kostnych może niezawsze odbywać się według jednego i tego samego kierunku. VERNEUIL i TRÉLAT skrzywienia oraz zgrubienia przegrody czynią zależnemi od żołwów i przymiotu. ZIEM przypuszcza, że skrzywienia zależnemi są od uszkodzeń, których nos doznał w dzieciństwie, np. tak częstych upadków dziecka na nos. Według ROSENTHAL'a przyczyny skrzywień mogą być zależnemi od najrozmaitszych powodów, ważną jednak rolę w ich powstawaniu [zwłaszcza zgrubień] odgrywają żolzy i przymiot.

Co do objawów, które skrzywienia i zgrubienia przegrody nosowej powodują, zwłaszcza gdy takowe są bardzo znaczne, to najważniejszym objawem jest z wężenie i z a t k a n i e przewodów nosowych. Jako następstwa tego zatkania występują: trudność oddechania, suchość w gardzieli, głos nosowy, ostre lub długotrwałe obrzmienie błony śluzowej nosa, bardzo często utrata węchu i smaku.

Przy badaniu jamy ustnej u takich subjektów znajdujemy zęby górnej szczęki zwłaszcza siekacze, nieprawidłowo ustawione, wymiar poprzeczny górnej szczęki zwężony. Jeżeli z jednej strony przegrody jest skrzywienie lub zgrubienie, to zawsze z przeciwnej strony spotykamy w tem samym miejscu wklęsłość lub też podłużne zagłębienie w kształcie lejka. Muszle nosowe mogą być przerosłe, błona śluzowa nosa obrzmała i zaczerwieniona.

Co do zwężeń będących następstwem złamań nosa, to najczęściej skutkiem uderzenia następuje przerwanie części chrzęstnej przegrody, w miejscu jej złączenia z częścią kostną, i nieprawidłowe skutkiem tego ustawienie tej części.

Również i blaszka pionowa przegrody dosyć często ulega złamaniu, najrzadziej część kostna przegrody (*vomer*). Jeżeli część chrzęstna przegrody nosowej uległa skutkiem złamania bocznemu przesunięciu, to i koniec nosa może być skrzywionym.

Oprócz objawów powyżej wymienionych, jako powikłanie zwężeń jam nosowych, mogą występować: różne nerwice zwrotne pochodzenia nosowego, cierpienie ucha średniego oraz oczu.

Autor podaje w następnych rozdziałach badania anatomo-patologiczne dwóch przypadków zgrubień przegrody nosowej, po usunięciu takowych na drodze operacyjnej, oraz czyni kilka uwag odnośnie rozpoznawania i przepowiedni. Najobszerniejsza część pracy odnosi się do leczenia skrzywień i zgrubień przegrody nosowej. W części tej podaje autor treściwy opis 33 przypadków zwężenia jam nosowych skutkiem skrzywienia przegrody, które usunięte zostało według różnych operacyjnych sposobów. Niektóre z tych przypadków spostrzegł sam autor, inne poczerpnięte są z prac specjalnych.

Co się tyczy leczenia skrzywień przegrody nosa, to jako zasadę według DUPLAY'a należy postawić: że leczenie skrzywień i zgrubień na drodze operacyjnej wskazanem jest tylko wtedy, gdy te są tak znaczne że powodują zaburzenia fizyologicznych funkcyj nosa. Leczenie tych zбочzeń za pomocą stopniowych rozszerzeń przy użyciu świeczek, gąbek, rozszerzaczy it. p. jest niemożliwem,

z powodu trudności przeprowadzenia ciała obcego przez miejsce zwężone, oraz bólów które powstają po wprowadzaniu.

Sposobów operacyjnych jest mnóstwo, tak, że każdy prawie autor zajmujący się tym przedmiotem stosował nowy lub zmieniony sposób operowania. Podajemy tu tylko ważniejsze:

DIFFENBACH pierwszy opisał leczenie tych skrzywień za pomocą wycinania owalnego kawałka lub też stożka z wyrastającej części przegrody.

BLANDIN prowadził cięcie przez grzbiet nosa i po obnażeniu przegrody wycinał zgrubienia.

Prof. RICHEL oddziela poprzecznie przegrodę nosową w okolicy wargi górnej od jej przyczepu tylnego i mocnymi nożyczkami wycina część skrzywionej lub zgrubiałej przegrody nosowej.

M. BERGER używa do wycięcia części zmienionej przegrody, nożyczek podobnych do tych, których używają rzeźbiarze do wycinania na drzewie. Za pomocą tych długich, wąskich i mocnych nożyczek, można wycinać z przegrody nosowej bardzo cienkie skrawki. Błona śluzowa i chrzęstna w miejscu wycięcia ulegają również zniszczeniu. Jeżeli wycięcie jest jeszcze niedostatecznym, można złamać zcieńczałą część przegrody, aby ją ustawić prawidłowo i założyć do jamy nosowej tampon z gazy jodoformowej.

ADAMS obmyślił specjalne szczypczyki, które silnie prostuje nieprawidłowo ustawioną przegrodę. Następnie wprowadza do jam nosowych specjalny uciskacz z blaszkami z początku metalowymi a następnie sztylkretowemi.

JURASZ zmienił szczypce ADAMS'a o tyle, że zachowując ich zasadę łączy w jednym przyrządzie szczypce z uciskaczem. Ramiona szczypców wprowadza się oddzielnie do każdej z jam nosowych, a po ich zamknięciu blaszki końcowe szczypców, uciskające przegrodę, pozostawia się w jamach nosowych, łącząc je ze sobą odpowiednią śrubką, pozostałe zaś części szczypców wydobywa się na zewnątrz. Blaszki uciskające pozostawia się przez trzy dni w jamach nosowych, poczem usuwa się takowe oddzielnie. Po kilku tygodniach wprowadzamy blaszki sztylkretowe ADAMS'a.

PETERSEN wycina część wypukłą chrząstki nosowej, zachowując błonę śluzową i chrzęstną takowej.

JURASZ zaleca jeszcze oprócz szczypców użycie w niektórych przypadkach galwanokauteru. Nożem galwanokaustycznym nadeinamy wypukłość u jej podstawy, a po pewnym czasie miejsce zgrubiałej przegrody oddziela się jako martwiak. Następnie stosujemy blaszki sztylkretowe.

BOTWORTH operował z powodzeniem 166 przypadków zwężeń spowodowanych ostrogą, która umiejscowioną była na dolnym brzegu przegrody nosowej. Używał on do tego piłeczki 3 mm. szerokiej a 15 mm. długiej osadzonej mocno na ręczce pod kątem 45°. Po znieczuleniu błony śluzowej kokainą, wprowadzamy piłkę nad ostrogę zębami ku dołowi i szybkimi ruchami piłki oddzielamy zgrubienie. Odpilowany odłamek, jeżeli trzyma się jeszcze części miękkich, można usunąć pętlą polipową.

W ostatnich czasach D-r MIOT zastosował nowy sposób leczenia skrzywień i zgrubień przegrody przy użyciu odpowiednich igieł i zastosowaniu elektrolizy (*galvanopuncture chimique*).

Opis przyrządów używanych przez Miot'a t. j., blaszki płaskiej metalowej, igieł stalowych lub platynowych, które się łączą z elektrodami [ujemnym lub dodatnim], oraz odpowiedniego wzornika nosowego, zmuszony jestem tu pominąć, jako trudnych do zrozumienia bez odpowiednich rysunków. Interesujących się tym przedmiotem odsyłamy do oryginału.

Przy zgrubieniach czworokątnej blaszki chrzęstnej przegrody nosowej, operacja odbywa się w następujący sposób: ponieważ blaszki stosowane do elektrolizy działają słabo, D-r Miot używa najczęściej jednej lub dwóch igieł. Po

ustawieniu elektrody dodatniej w miejscu dowolnem jamy nosowej, przeciwległej tej, w której dokonywamy operacji, igłę złączoną z elektrodą ujemną wbijamy w wypukłość lub zgrubienie przegrody nosowej równolegle do takowej lub też z przodu ku tyłowi, przechodząc większą część wypukłości lub zgrubienia. Jeżeli używamy dwóch igieł, takowe winny być nieco oddalone jedna od drugiej, ponieważ sfera działania każdej nie ogranicza się na miejscu zetknięcia igły z tkankami, lecz jest znacznie większą i zależną od siły strumienia. Po dokonaniu operacji w jednym punkcie, można zaraz lub po kilku dniach przeprowadzić igły w drugim miejscu, nieco odległym od pierwszego.

Dla otrzymania pożądanego rezultatu strumień powinien działać przez 6 do 10 minut. Lepszy otrzymujemy skutek przy użyciu silniejszych strumieni krótko działających, niż przy użyciu słabszych działających przez czas dłuższy.

Działanie strumienia. Pomimo znieczulenia kokainą, ból podczas operacji jest nieraz dosyć mocny. Przy 15-u *milliamperech* chory odczuwa przeważnie ból w okolicach podczodołowych i w zębach tak górnej jak i dolnej szczęki, głównie w zębach trzonowych. Oprócz tego występuje łzawienie oka ze strony operowanej, objawy świetlne w oku (*phosphènes*), smak metaliczny w jamie ustnej, obfite wydzielanie śliny i śluzu nosowego, chęć do kichania lub kichanie. Przy użyciu 25 *miliampereów* mogą wystąpić zawroty głowy. Wszystkie te objawy ustępują zawsze po przerwaniu strumienia. Około każdej igły, spostrzegamy podczas działania strumienia bledź błony śluzowej skutkiem skurczenia się naczyń, w postaci mniej lub więcej regularnego koła (*auréole*) wyróżniającego to miejsce, od tkanek sąsiednich. Przy natężeniu 18 *miliampereów*, szerokość tego pasa wynosi 12—15 milimetrów.

Przy igle ujemnej spostrzegamy wydobywanie się licznych bułek gazu i obfite wydzielanie białej niekiedy krwistej piany.

Igła z początku unieruchomiona w tkankach daje się wkrótce swobodnie poruszać w kanale, który wytworzyła i w tem miejscu spostrzegamy następnie zagłębienie w postaci lejka 3 lub 4 razy szerszego niż grubość igły, powstałego skutkiem rozkładu tkanek w takowym. Krwawienie następuje z utworzonego kanału bywa nieznaczne, nieco większe przy użyciu igły ujemnej.

Działanie następcze. Bóle zwykle wkrótce ustępują. Miejsce, w którym znajdowała się igła, jakoteż części sąsiednie, stają się mocno czerwone. To przekrwienie następcze dopomaga do wessania tkanek, chociaż jeżeli jest zbyt silne, może być nieprzyjemnem dla chorego.

Utrata istoty w miejscu przepalenia zwiększa się jeszcze po operacji, a to zależnie od siły strumienia i jakości tkanek. Otwór pooperacyjny stopniowo się zabliznia.

Części sąsiadujące z miejscem uklucia igły ulegają dosyć znacznemu zanikowi. Zmiany te w tkankach występują po kilku dniach, dlatego następne przepuklenie należy dokonywać zwykle po pewnym czasie; t. j. według D-ra Mior'a po 10 lub 15 dniach.

Liczba posiedzeń. Wbijając 3—4—5-ciu igieł w całą grubość zgrubienia przegrody, dla otrzymania pożądanego skutku, t. j. zupełnego otwarcia odpowiedniej jamy nosowej, dostatecznem byłoby jedno posiedzenie. Działając jednak w ten sposób, możnaby zniszczyć część chrzęstną przegrody. Lepiej zatem operować w 3-ech lub 4-ech posiedzeniach, przy użyciu dwóch lub nawet jednej igły. Galwanopunktura stosowana przez Mior'a przy skrzywieniach przegrody chrzęstno-kostnej ma na celu utworzenie w przegrodzie stałego przednio tylnego otworu. Używa się w tym celu jednej lub dwóch igieł ujemnych. Aby kanał nie był zbyt szeroki, lepiej użyć jednej igły lub 2-ech oddalonych od siebie na 2 milimetry.

Przy wykonywaniu operacji, igły wbijamy nie równolegle do przegrody, lecz ukośnie, a nawet prostopadle [z przodu ku tyłowi], przeprowadzając takową

przez średnią część chrząstki kwadratowej przegrody, aby nie zniszczyć takowej na znacznej przestrzeni i nie spowodzić spłaszczenia nosa.

Dla swobodnego przechodzenia powietrza przez nos, dostatecznym jest aby szerokość kanału w końcu przednim i tylnym wynosiła 10 mm. średnicy.

Część średnia chrząstki, w którą igła winna być zagłębiona, znajduje się 2,5 ctm. od tylnego końca przedniego otworu nosowego.

Wyleczenie zatem przy tym sposobie operowania skrzywień jest tylko względne. Podczas działania prądu wydziela się znaczna ilość biało-krwistej piany. Po wyjęciu igieł pozostaje czerwonawy otwór kanału.

W następnych dniach po operacji wytwarzają się czarne mocno przylegające strupy, które oddzielają się po kilku dniach pozostawiając dosyć szeroki otwór kanału, którego brzegi zablizniają się po 15 lub 20 dniach.

Leczenie pooperacyjne polega na przemywaniu nosa ciepłym roztworem kwasu borowego.

Przez kanał nowoutworzony w przegrodzie chory może swobodnie oddychać.

W zakończeniu swej pracy autor rozbierając wartość i znaczenie różnych sposobów operacyjnych, powiada że żaden z tych sposobów nie da się zastosować do każdego przypadku zboczeń przegrody nosowej, a to z powodu różnorodności form i stopni tych zboczeń. Odpowiednio zatem do przypadku użyjemy albo sposobu ortopedycznego, albo złamania przegrody, lub wreszcie operacji krwawej i t. p..

Sposób ADAMS-JURASZA, jakkolwiek bolesny i wymagający dłuższego czasu, daje jednak dobre wyniki zwłaszcza przy skrzywieniach części przedniej przegrody.

Jako jeden z najlepszych sposobów leczenia skrzywień i zgrubień przegrody, uważa autor sposób D-ra MORT'a, ponieważ działa łagodnie i łatwym jest w zastosowaniu.

Z krwawych sposobów operowania, należą do najlepszych: sposób M. BERGER'a [użycie nożyczek], oraz BOSWARTH'a [użycie piłeczki]. W niektórych wyjątkowych przypadkach można zastosować wycięcie części przegrody nosowej z pozostawieniem błony śluzowej nosa strony przeciwnej.

E. Modrzejewski.

8. Jendrassik. O umiejscowieniu tabes dorsalis. (*Ueber die Localisation der Tabes dorsalis*).

Porównanie objawów klinicznych w przypadkach *tabes dorsalis* ze zmianami anatomo-patologicznymi po śmierci, nasuwało myśl niejednemu już lekarzowi, dla czego stała zmiana, a mianowicie zwyrodnienie pęczków tylnych rdzenia kręgowego — uważane ogólnie za podstawę anatomiczną *tabes*, — wywołało polimorfizm objawów. Wiadomo bowiem iż nie ma nerwu mózgowego ani rdzeniowego, któryby nie mógł cierpieć na *tabes*, iż choroby tej właściwymi są najprzeróżniejsze zbożenia w sferach: ruchu, czucia, odruchów, troficznej i t. d. i to najrozmaiciej ugrupowane, w różnych okresach cierpienia występujące, tak, że literalnie trudno spotkać 2 przypadki *tabes* identyczne objawami, a jednak zmiany postmiertne zawsze mają być te same, zwyrodnienie stale ograniczone do pęczków tylnych lub nawet tej ich części, w której biegną przedłużenia korzeni tylnych nerwów rdzeniowych t. z. *Wurzelzone (zone radicaire)*. Jest to przeciwne zasadzie lokalizacji, która wymaga, by cierpienie pewnych miejsc ośrodków nerwowych, zdradzało się za życia temi samymi objawami. Te to względy skłoniły badaczy do szukania zmian w przypadkach *tabes* i zewnątrz rdzenia, i wykryto je istotnie w nerwach obwodowych [DÉJÉRINE, PITRES i VAILLARD, OPPENHEIM i SIEMERLING i t. d.]. Przekonano się jednak wkrótce, iż podobne do znalezionej w *tabes* zwyrodnienia nerwów czuciowych skóry, napotyka się

w wielu chorobach wycieńczających, długotrwałych [np w suchotach płucnych], że więc nie są one przynależnością *tabes*; dalej, zwyrodnienie takie musiałoby spowodować zupełne znieczulenie odpowiednich miejsc skóry, objaw wogóle rzadki w *tabes*, a prawie nigdy w początkach jego nie spostrzegany.

Takie to rozumowanie było punktem wyjścia pracy JENDRASSIK'a. Rozstrząsając nadto poszczególnie najczęstsze objawy *tabes*, autor wyświeca mnóstwo innych sprzeczności. Weźmy np. sferę czucia. Pęczki tylne rdzenia kręgowego uważane są powszechnie za przewodniki czucia, tymczasem nowe badania doświadczalne [WOROSCHILOFF, BORGHIERINI] i embryjologiczne [BECHTEROW, GOWERS, SHERRINGTON] każą odstąpić część tej czynności i pęczkom bocznym; znane są, dalej, przypadki, iż mimo zwyrodnienia całej grubości pęczków tylnych rdzenia, jakie wykazała sekcyjna, zaburzeń czuciowych za życia nie było wcale, albo tylko w nieznacznym bardzo stopniu; wreszcie widziano i takie przypadki, w których znieczulenie pewnych miejsc stóry przechodziło po pewnym przeciągu czasu, chociaż po śmierci pęczki tylne okazały się zwyrodnionymi.

Te same sprzeczności odnośnie ataksji. Koordynację ruchów mięśni uważają obecnie za czynność rdzenia i jako warunek konieczny uważają nietykalność pęczków tylnych. Nie brak jednak doświadczeń dowodzących, iż przecięcie u zwierzęcia w 1 lub kilku miejscach tychże pęczków, lub przecięcie znacznej nawet ilości korzeni tylnych nerwów rdzeniowych, nie wywołuje ataksji. Klinika nie w jednym już przypadku okazała, iż mimo daleko posuniętego zwyrodnienia pęczków tylnych, za życia nie było ani śladu ataksji [SCHULTZE, TUCZEK, BABIŃSKI] i odwrotnie, spostrzegano przypadki ataksji przy zdrowych pęczkach tylnych [BENNET, PLAKTON, LEWIS, ataksyja po chorobach ostrych zakaźnych] lub przy cierpieniu kory mózgowej [WERNICKE, KAHLER].

Niepodobieństwem jest wytłomaczyć zwyrodnieniem pęczków tylnych, cierpienia nerwów oko-ruchowych i wzrokowego, tak częstych w *tabes*. Oko to nawet pobudziło badaczy do szukania przyczyny w nerwach obwodowych.

Samo już rozumowanie podsunęło JENDRASSIK'owi myśl, czy zaburzenia czuciowe w *tabes* nie zależą nie od cierpienia przewodników czucia, lecz ośrodka czucia, to jest kory mózgowej; czy koordynacja ruchów nie jest czynnością kory mózgowej, cierpienie której pociągnęłoby zboczenie tej czynności — ataksyję, — jednym słowem, czy *tabes dorsalis*, uważane jako cierpienie rdzenia kręgowego, nie jest chorobą kory mózgowej. Wynik badania mikroskopowego mózgu w 2 przypadkach obserwowanych i za życia, dostarczył temu mniemaniu JENDRASSIK'a prawdopodobieństwa. Znalazł on w nich mianowicie zanik włókien nerwowych w zawojach mózgowych. Prawdłowo 2 są rodzaje tych włókien, jedno biegną blisko powierzchni zawoju, prawie równoległe do niej [t. zw. *Tangentialfasern*], mają one łączyć komórki istoty szarej zawoju między sobą, drugie — w kształcie promieni, zebranych w pojedyncze pasemka, udają się od istoty szarej do białej; te są uważane za przewodniki dla wrażeń odczutyh na obwodzie ciała i dla pobudzeń ruchowych tamże [do mięśni] od kory mózgowej się udających. Z 2 tych rodzajów włókien, w przypadkach JENDRASSIK'a więcej cierpiały pierwsze.

Włóknom tym przypisuje autor duże znaczenie fizjologiczne. Jak wykazał FUCHS, zaczynają one powstawać późno, bo dopiero w 5—7 miesiącu po urodzeniu, a zupełnego rozwoju osiągają zaledwie w 7 roku życia. Powstają więc później niż komórki nerwowe kory mózgowej. U zwierząt liczba ich jest bardzo ograniczoną. Za ważnością ich przemawiają nadto rezultaty badań mikroskopowych w *dementia paralytica*. TUCZEK mianowicie dowiódł, iż w cierpieniu tem, „*Tangentialfasern*“ giną stale w zawojach czołowych, rzadziej w zawojach po za rowkiem ROLAND'a leżących. Podobny zanik tychże włókien, bez śladu zapalenia [a więc niejako powrót do stanu ich w pierwszych latach życia —

(*Involutionsatrophie*) JENDRASSIK znalazł we wspomnionych 2 przypadkach *tabes*, z tą tylko różnicą, iż przeciwnie jak w *dementia paralytica*, najwięcej dotkniętymi były zawoje mózgowe z tyłu rowka ROLANDA położone, a zwłaszcza potylicowe. Miało to być szczególniej wyraźnem w przypadku, który za życia zdradzał się głównie objawami wzrokowemi [ślepotą — a wiadomo iż zraz potylicowy jest ośrodkiem zmysłu wzroku]. JENDRASSIK sądzi, iż zmiana w komórkach nerwowych jest procesem pierwotnym, a zanik włókien — wtórnym, tylko że dotychczasowa technika mikroskopowa nie dozwala jeszcze wykryć tych zmian w komórkach. Komórki nerwowe są elementami w których wrażenia — dostarczone przez zmysły — zostają odczute (*perceptio*) i po odpowiedniem zanalizowaniu utrwalone w nich i zapamiętane jako wyobrażenia.

Przy pomocy włókien łączących te komórki (assocyjacyjnych, *Tangentialfasern*), wyobrażenia te możemy między sobą porównywać, znajdować różnice lub podobieństwa, a więc tworzyć logiczne idee. Zanik tych włókien [jak w *dementia paralytica*] uniemożliwił te procesa psychiczne, chociaż ośrodek ich powstawania [komórki] pozostanie nietkniętym. To samo zupełnie ma miejsce z czuciem i ruchem. Koordynację ruchów uważa JENDRASSIK za assocyjacyję czynności ruchowej komórek korowych, ataksyję — za cierpienie tej władzy assocyjacyjnej, a jako analogon przytacza afazyję ruchową. Tak w tej afazyi, jak i w ataksyi, ruchy pojedyncze mięśniami są niezmiennione, a cierpią tylko ruchy skombinowane. Ośrodek więc koordynacyjny ruchów mięśni, zdaniem JENDRASSIK'a, znajduje się w korze mózgowej. Bodziec koordynacyjny do rdzenia kręgowego zostaje doprowadzony przez pęczek piramidalny, który jak wiemy jest przewodnikiem ruchu dowolnego. *Sclerosis* pęczków tylnych rdzenia [i zanik nerwów wzrokowych] uważa autor za zwyrodnienie wtórne a pierwsze ślady takowego widzi w zaniku włókien promienistych zawojów mózgowych. Wprawdzie doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne uczą, iż jeśli ciągłość pęczków tylnych na jakiegokolwiek ich wysokości zostanie naruszoną, zwyrodnienie wtórne idzie w górę a nie na dół, JENDRASSIK jednak przytacza najnowsze badania [MONAKOW, SHERRINGTON, BIANCKI i d' ABUNDO, MARCKI i ALGERI], iż po zniszczeniu pewnych okolic mózgu, a mianowicie okolicy potylicowej, następuje zwyrodnienie następcze pęczków tylnych rdzenia, pod warunkiem aby zwierzę po doświadczeniu przeżyło długi czas [do 2 lat]. JENDRASSIK nie wyłącza, by cierpienie rdzenia nie miało żadnego wpływu na objawy *tabesu*, owszem przypuszcza, iż niektóre z nich [brak odruchu kolanowego, zaburzenia pęcherzowe, płciowe i t. d.] prawdopodobnie zależą od takowego, tak jak znów inne są wynikiem cierpienia nerwów obwodowych, sądzi jednak, iż „większa część“ objawów tabetycznych jest następstwem cierpienia kory mózgowej.

Przyjąwszy iż w *tabes* cierpią organa centralne czucia a nie przewodniki, możemy zaniechać przypuszczenia, przez wielu fizjologów zaprzeczanego, istnienia kilku rodzajów tych przewodników [dla czucia dotyku, bólu, ciepłoty i t. d.]. Korowem cierpieniem łatwiej wytłómaczyć dla czego ślepotę w *tabes* poprzedza niekiedy *hemianopsia* [GOWERS] lub *achromatopsia* [GAŁEZOWSKI, BENEDIKT]; łatwiej zrozumieć dla czego *tabes* rozpoczynać się może najprzeróżniejszymi objawami — co zależy od miejsca kory najpierw dotkniętego — i wreszcie łatwiej pojąć tak czyste powikłanie *tabesu* z *dementia paralytica*, w pojęciu bowiem JENDRASSIK'a są to choroby identyczne a różność ich objawów zawisła jedynie od ułokalizowania: w *dementia paralytica* cierpienie najstalej napada zawoje mózgowe przed rowkiem ROLANDA leżące [ośrodek czynności psychicznych, ośrodek mowy, mięśni języka i kończyny górnej] a w *tabes* — zawoje po za tym rowkiem położone, gdzie między innymi jest ośrodek kończyny dolnej [w której zwykle najpierw objawy chorobowe występują].

Autor, chociaż twórca przytoczonej hipotezy, nie jest jednak zbyttno zaślepionym, sam widzi w niej liczne słabe strony i luki, które dalsze poszukiwa-

nia anatomo-patologiczne mają wypełnić, pewnym jest jednak, iż samej teorii nie obalą. Bawi się on nawet w przepowiednię, iż i inne t. zw. systemowe cierpienia rdzenia, zostaną w niedalekiej przyszłości wykreślone z kadr patologii jako cierpienia pierwotne, okaże się bowiem, iż i w nich pierwotnym miejscem cierpienia jest kora mózgowa, a dopiero wtórnem — rdzeń kręgowy.

(*Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 43 Hft. 6. 1888.*)

W. Gajkiewicz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W d. 3 b. m. w tutejszym szpitalu starozakonnych D-r JAKÓB ROSENTHAL wykonał operację cięcia cesarskiego sposobem SÄNGER'a u 28-letniej karlicy. Zdrowie matki i dziecka dotychczas znajduje się w pożądanym stanie.

— Przed dwoma tygodniami w tymże szpitalu D-r CHWAT wyciął chorobliwie zmienioną nerkę.

Opis tych 2 rzadkich przypadków będzie pomieszczony w naszym czasopiśmie.

— Doświadczenia bakteryjologiczne nad mlekiem warszawskim, jakie kol. BUJWID prowadzi od kilku miesięcy w swej pracowni [a które wkrótce ogłoszone będą w Gazecie Lekarskiej], wykazały, że ilość bakteryj w mleku zwykłym zawarta jest w istocie przerażającą. Doświadczenia EMME-RICH'a nad powstawaniem chorób kanału pokarmowego u dzieci, GALTIER'a nad gruźlicą opon i otrzewnej przemawiają również na niekorzyść zwykle używanego mleka. Ponieważ gotowanie, mogące zabić bakteryje, zmienia nieco skład chemiczny mleka, z drugiej zaś strony zatrzymuje produkty rozkładowe przez bakteryje wytworzone w całości [które to produkty znajdują się w dużych ilościach (tyrotoksyna — doświadczenia VAUGHAN'a), gdyż od czasu udoju do przegotowania bakteryje mają czas do wytworzenia ich w obfitości], należy więc zaraz po wydojeniu zabezpieczyć mleko za pomocą sterylizacji [wyjałowienia], od rozwijania się bakteryj, które do mleka wpadają podczas dojenia i przelewania mleka.

Sposoby wyjałowienia kol. BUJWID wskazał szczegółowo p. K. HAN'owi, właścicielowi mleczarni [na Nowym-Świecie Nr. 59], który sporządził aparat mogący pomieścić znaczną ilość zamkniętych watawą zatyczką butelek. Butelki poddają się jednokrotnemu wyjałowieniu w ciągu 15—20 minut w ciepłocie blizkiej wrzenia, zapomocą strumienia pary wodnej. Ciepłota mleka po wyjęciu butelek z aparatu wynosi 80—90° C., a więc wystarcza do zabicia wszelkich bakteryj, które w ciągu kilku godzin od udoju nie zdołają jeszcze wydać zarodników. Takie wyjałowienie jest o tyle wystarczające, że w ciągu 24—72 godzin mleko zupełnie nie zawiera bakteryj; w najgorszym zaś nawet razie nie ma ich w ciągu pierwszych 24 godzin. Mleko p. HAN'a badane chemicznie wykazało pewną przewagę nad innymi gatunkami, a w każdym razie dorównywa najlepszym gatunkom. Wobec przytoczonych okoliczności, przy odpowiedniej kontroli naukowej może się ono stać bardzo ważnym czynnikiem pokarmowym, na ten raz prawdziwie higienicznym.

Dla niemowląt p. HAN przygotowuje mleko wyjałowione w małych fiaskach na 1—2 ssania; po rozrzedzeniu wodą gotowaną stosownie do potrzeby i wieku dziecka nadaje się ono wprost z fiaski do karmienia bez uprzedniego przelewania i zanieczyszczenia tym sposobem.

— W Wiedniu na miejsce zmarłego BAMBERGER'a proponowanymi są: NAUNYN ze Sztrasburga, LICHTHEIM z Królewca i KÄHLER z Pragi.

— We Francji mają być zaprowadzone apteki w szkołach; znajdować się w nich będą przedmioty do udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach zdarzyć się mogących np. podczas gimnastyki: opatrunki i środki lekarskie.

— W Kolonii w d. 18 Maja otwartą będzie międzynarodowa wystawa pożywek. Udział w wystawie zapowiedziała Austria, Włochy, Hollandyja i Rossyja.

— W Peszcie komisya wybrana w r. 1886 do naukowego zbadania szczepienia wścieklicznej metodą PASTEUR'a, zdawała sprawę w d. 10 i 17 Listopada r. z. ze swych czynności. Według sprawozdania prof. HÖGYES'a wyniki otrzymane przez komisję są wielce korzystne dla metody PASTEUR'a uduosnie szczepień zarówno u zwierząt jak i ludzi.

— We Lwowie zdarzył się d. 13 Grudnia r. z. drugi przypadek śmierci wskutek wodowstrętu. Zmarł żołnierz ukąszony przez psa raz przed dwoma laty, drugi raz przed 6 tygodniami. Przy sekcji oprócz silnego przekrwienia mózgu, opon, oraz płuc — innych zmian nie znaleziono.

— Komisya przemysłowo-lekarska tow. lek. krakowskiego powzięła myśl wydania dzieła o balneografii polskiej pod formą „Przewodnika do zdrojowisk i uzdrowisk polskich“, w nadziei, że dokładne poznanie tych miejscowości przyczyni się do ich rozwoju i większego poparcia. W tym celu rozesłano do zakładów zdrojowo-leczniczych cyrkularz z prośbą o dostarczenie dokładnych materiałów w postaci odpowiedzi na następujące pytania:

A) Geograficzne położenie. 1. W kraju, gubernii, powiecie i gminie 2. Orografia, hydrografia i geologia okolicy. 3. Obszar i zaludnienie. 4. Wykaz odległości od głównych miast, stacyj pocztowych i t. d.. 5. Szczegółowy opis sposobów dostania się na miejsce. B) Klimat. Z podaniem średnich miesięcznych ciepłoty, wilgotności powietrza, ilości opadów atmosferycznych, panujących wiatrów. C) Szczegóły dotyczące urządzenia zakładu. 1. Zdroje, urządzenie, wydajność źródła, własności fizyczne wody i jej skład chemiczny. Sposób czerpania, ilość wody rozsyłanej, oraz czy inne wytwory z wody [mł, ług, sól, kołaczki i t. p.] i rozsyłane bywają. 2. Urządzenie łaźni, przyrządy dla kąpiel natryskowych, spadowych, kroplistych, falistych, nasiadowych, borowinowych, mułowych i jakie? Ile kąpiel i jakich średnio w ciągu roku się wydaje. 3. Urządzenia do kąpiel rzecznych i jakie. 4. Przyrządy do inhalacyj. 5. Czy mleko, żółtyca, serwatka, kumys, kefir, bywają używane. 6. Czy jest stały lekarz zakładowy i inni lekarze. 7. Czy jest apteka. 8. Ile jest restauracyj i jakie. Czy nie ma trudności w dostaniu odpowiednich artykułów żywności. 9. Ile jest domów, pokoi mieszkalnych, czy mają sprzęty, pościel i usługę. 10. Czy jest osobny hotel. 11. Jakie są przechadzki. 12. Czy jest czytelnia, wypożyczalnia książek, sala do zebrań towarzyskich, muzyka. 13. Wycieczki w okolicy. 14. Wykaz ruchu osób z podaniem ich pochodzenia pod względem krajów i miast głównych, z których przybywają. 15. Opłaty w zakładzie, ceny mieszkań pożywienia i t. d. Cenniki. 16. Literatura zdrojowiska i zakładu dotycząca. D) Część lekarska. 1. Opis działania wody lekarskiej, istotnych jej skutków i wskazań zasadniczych. 2. Sposoby używania wody lekarskiej, i pomocniczych metod leczniczych, mięsienie, elektryczność, leczenie terenowe, gimnastyka i t. d.. 3. Literatura lekarska. Nadto fotografie miejscowości, broszury.

Ułożenie „Przewodnika“ powierzonom zostało D-rowsi LUTOSTAŃSKIEMU, na którego ręce odpowiedzi nadsyłać należy [Kraków, Basztowa 9].

— Na październikowym posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej GUÉNIOT okazał pod wójne łożysko w ciąży jednym dzieckiem. Sznurek pępkowy rozdzielał się na dwa tuż przed rozejściem się do obu łożysk. W przypadkach takich może nastąpić posądzenie o dzieciobójstwo [przypuszczalnego drugiego dziecka].

— Dyfteryt u kotów jako przyczyna dyfterytu u dzieci stwierdzony został podczas epidemii w Daylesford i w Chicago. Mnożą się też przypadki wykazujące związek choroby z dyfterytem u kur.

— W Petersburgu w pracowni miejskiej robierano w Marcu i Kwietniu r. z. 44 próbki herbaty co do zafałszowania. W 4 wykryto *Epilobium angustifolium*, 4 okazy składały się wyłącznie z tej rośliny, w 4 herbata zużyta wysuszona.

W Moskwie wykryto 4 składy herbaty złożonej wyłącznie z *Epilobium*.

— W Żytomierzu z zachorka postawiła jednej chorej uskarżającej się na ból w krzyżu sto trzy pijawki. Chora wskutek utraty krwi znajdowała się długo między życiem a śmiercią.

— W Rostowie nad Donem w Październiku zdarzyły się dwa przypadki zatrucia sublimatem zadanym przez zachorów.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt na pismo „Wędrowiec“ na rok 1889.

NAKLADEM KSIĘGARNI
I. K. ŻUPAŃSKIEGO

w Poznaniu wychodzą co miesiąc:

„NOWINY LEKARSKIE”

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego
pod redakcją

pp. Dr. Dr.: Chłapowskiego, Kaczorowskiego, Koehlera, Świdarskiego, Święcieckiego, Wicherkiewicza, Zielewicza z Poznania i Dra Szumana z Torunia.

Prenumerata roczna, którą przyjmują w Poznaniu I. K. Żupański, w Warszawie Gebethne & Wolff jakoteż wszystkie inne Księgarnie i urzędy pocztowe, wynosi rocznie w Państwie Niemieckiem 8 marek, w Rosyji 4 rs., w Galicyi i Państwie Austryjackiem 5 złr. 3—3

Lipanium (Kahlbaum.)

Peptonum Carnis spissum (Kemmerich).

Peptonum Carnis spissum (Kochs).

poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO dawn. E. Wenera.

w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—2

FRANCISZKA JÓZEFA

WODA GORZKA,

Najlepszy środek przeczyszczający—składy wszędzie.

Dyrekcya w Buda-Peszcie.

3—3

III ROK WYDAWNICTWA

„WIADOMOŚCI LEKARSKIE”

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej

założone redagowane i wydawane przez

D-ra J. K. Wiktora,

Lekarza miejskiego we Lwowie

wychodzi raz na miesiąc, w zeszytach objętości przeszło, dwóch arkuszy. Prenumerować można rocznie lub półrocznie. Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:

W państwie austryjackiem: rocznie 3 złr. 50 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.

W cesarstwie rosyjskiem: rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.

W cesarstwie niemieckiem: rocznie 8 marek; półrocznie 4 marki.

We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc., rocznie 12 franków; półrocznie 6 fr.

Jeden zeszyt osobno kosztuje 50 ct.

Redakcyja i administracyja „Wiadomości Lekarskich”
we Lwowie przy ulicy Żółkiewskiej 1. 8.

3—3