

GAZETA LEKARSKA

I. O MĄCZKOWATEM ZWYRODNIENIU ŁĄCZNICY.

Napisał

W. Kamocki,
ordynator Instytutu Oftalmicznego.

Pomimo wielkiej rzadkości mączkowatego zwyrodnienia łącznicy kazuistyka odnośna liczy z górą czterdzieści spostrzeżeń, których pewna część wszakże z powodu słabego histologicznego opracowania przedstawia tylko kliniczny interes. W pierwszych zwłaszcza opisach ograniczano się po większej części na skonstatowaniu jako *curiosum* miejscowo występującego zwyrodnienia u ludzi skądinąd zdrowych, bez śladów jakichkolwiek charłacznych stanów, przy których zazwyczaj dostrzegać się daje mączkowate zwyrodnienie wewnętrznych narządów. Pewne podobieństwo kliniczne dało powód do upatrywania w omawianej tu sprawie zejścia zastarzałej jaglicy; wobec znacznej wszakże liczby [blisko 30] przypadków, zupełnie samorzutnie występującego zwyrodnienia łącznicy, pogląd ten ostać się nie mógł i trudno dziś chyba powątpiewać o zupełnej niezależności obu tych spraw. Upadła też i wypowiedziana przez LEBER'a (1) i RAEHLMANN'a (2) hipoteza o czynnej roli komórek tkanki adenoidalnej w wytwarzaniu istoty mączkowatej; badania v. HIPPEL'a (3), po części ZWINGMANN'a (4), VOSSIUS'a (5) i RUMSZEWICZA (6) wykazały dowodnie, że tylko siateczkowata lub włóknista istota międzykomórkowa oraz ścianki naczyń krwionośnych ulegają zwyrodnieniu, udział zaś komórek sprwadzonym zostaje do biernego zaniku.

Postawiony natomiast przez RAEHLMANN'a, w sposób nieco dogmatyczny, pogląd o jedności szklistego i mączkowatego zwyrodnienia przetrwał aż do tej chwili pomimo przeciwnych wywodów VOSSIUS'a (5 i 7), do których i ja (8) przyłączyłem się na zasadzie jednostronnych wprawdzie, bo tylko szklistego zwyrodnienia dotyczących, spostrzeżeń oraz badań nad amyloidem pochodzącym z innych narządów. Zapatrywaniom RAEHLMANN'a hołdują pomiędzy innymi i najnowsze prace RUMSZEWICZA, RAABEGO (9) i VAN DUYSE'a (10). Wyświetlenie tej kwestyi miałem przedewszystkiem na względzie przy drobnowidzowym rozbiórce przypadku nader typowego mączkowatego zwyrodnienia łącznicy, który dał mi długo oczekiwaną możność rozpatrzenia tej sprawy bezpośrednio na spornym gruncie.

M. P..., 35-letni wieśniak, ze wsi Majdan w powiecie Chełmskim, przybył do Instytutu Oftalmicznego 6. XI. 1894 r. i uprzejmie oddanym mi został dla obserwacji przez D-ra GEPNERA [ojca]. Chory średniego wzrostu i budowy, zkądiną zdrów zupełnie, od lat 8 podlega cierpieniu oczu nabytemu w czasie służby wojskowej.

Prawe oko dotknięte jest w umiarkowanym stopniu jaglicą oraz lekkim przerostem fałdy półksiężycowej, zgrubiałej, szaroróżowej barwy i galaretowatego wyglądu.

Lewa górna powieka jest zupełnie opuszczona i nawet przy największym wysiłku z udziałem mięśnia czołowego nie może być uniesioną; powodem opuszczenia jest znaczne zgrubienie chrząstki powiekowej, wyczuwające się jako twarde guz chrząstkowatej konsystencji z nierówną powierzchnią. Guz ten leży tuż pod skórą, która jest cienka, przesuwalna i błada; przy usiłowaniu odwrócenia powieki powstaje podskórna wybroczyna, samo zaś odwrócenie okazuje się niemożliwym. Przy biernem otwarciu oka, przez uniesienie górnej powieki i odciągnięcie dolnej, widzimy niezmienny brzeg górnej powieki wraz z otworami gruczołów MEIBOM'a; rzuca się przy tem w oczy kolosalny przerost fałdy półksiężycowej, zakrywającej przy skierowaniu przed siebie spojrzeń chorego wewnętrzną $\frac{2}{3}$ powierzchni rogówki wraz ze źrenicą. Przy silnem skierowaniu oka na lewo, rogówka zostaje odsłoniętą i okazuje wygląd prawidłowy.

Barwa przerosłej fałdy półksiężycowej jest żółtoróżowa, woskowego wejrzenia; konsystencya twarda i sprężysta, powierzchnia dość gładka, za wyjątkiem kilku szczelinowatych zagłębień, jak gdyby rozpadlin, w których osiadła biaława wydzielina. Łącznicowa powierzchnia górnej powieki, o ile dostępną jest dla obejrzenia, przedstawia się ciemnoczerwoną, pokrytą drobnymi przeroslami ciałami brodawkowatymi. Łącznica dolnej powieki przedstawia kilka podłużnych fałdek, bladoróżowej barwy i galaretowatego wyglądu. Wydzielina skąpa, raczej śluzowa; niekiedy dobrowolne i dość obfite krwawienie. Oko znajduje się w powyższym stanie od roku.

Usunięcia zwyrodniałych mas dokonałem w dwóch tempach: najprzód wyciąłem krzywemi nożyczkami całą fałdę półksiężycową, z głębi zaś wyskrobałem przeistoczone tkanki ostrą łyżeczką. Konsystencya ich okazała się znacznie mniejszą, niż przy nienaruszonej łącznicy można była przypuszczać i równała się gęsto ngotowanej i zastygłej kaszy przy bardzo małej spójności; każde dotknięcie szczypekami rwało natychmiast tkanę. Wejrzenie przeistoczonej tkanki przypominało żółty wosk z właściwym matowym połyskiem i lekkim przeświecaniem. Krwawienie było dość obfite, ale tylko w pierwszej chwili; przy wyskrobywaniu tkanki nie krwawiły już prawie wcale.

W kilkanaście dni później usunąłem guz z górnej powieki. Pragnąc dokonać wycięcia podskórnie, przeciąłem szeroko zewnętrzne spojenie powiek. Odwróciwszy wówczas górną powiekę, znalazłem chrząstkową część łącznicy mało zmienioną i pokrytą tylko przeroslami ciałami brodawkowatymi; górna fałda przejściowa natomiast okazywała znaczny przerost i podobnie jak błona migawkowa woskowate wejrzenie. Część wszakże chrząstki od strony nosa

wydawała się z powodu znacznego zgrubienia i bladego wyglądu podejrzaną; z chwilą jednak, gdy zrobiłem w niej podłużne nacięcie równoległe do brzegu powiekowego, dla wyłuszczenia chrząstki wraz z leżącym na niej guzem, nastąpiło dobrowolne obfite krwawienie pod skórą górnej powieki, sama zaś skóra rozeszła się przy tem jak gdyby zmacerowana, dając ujście krwi na zewnątrz. Okoliczność ta zniewoliła mnie do zmiany planu operacji i wyłuszczenia guza od strony skóry, przyczem okazało się, że chrząstka powiekowa, pomimo ścisłego zrośnięcia z guzem, właściwie służyła za podstawę temuż, sama zaś wydawała się niezmienną; dla stwierdzenia jednak tego drobnowidzowo, korzystając z wyżej wspomnianego nacięcia w chrząstce, wyciąłem z niej mały przyrządkowy skrawek w poziomym kierunku, poczem brzegi rany łącznicowej zarówno jak skórnej, obrównawszy tę ostatnią, połączyłem szwami. Zagojenie nastąpiło szybko i 10. XII. 1894 roku chory opuścił szpital z odsłoniętą rogówką i odzyskaną możnością swobodnego otwierania oka.

Wycięte tkanki poddane zostały stwardnieniu w sublimacie i zatopieniu w parafinie. Badanie już pierwszych, doraźnie zrobionych skrawków przekonało mnie, iż miałem do czynienia z nader typowem mączkowatym zwyrodnieniem; przeistoczone tkanki otrzymywały miejscami już od samego jodu wyraźne błękitne zabarwienie, zresztą zaś brudnozielone lub brunatne. Po dodaniu kwasu siarczanego prawie wszędzie występował piękny turkusowy kolor, miejscami tylko brudnozielony lub mahoniowo-brunatny; niezabarwionych tkanek o szklistym wyglądzie nie dostrzegłem nigdzie. Podobne wyniki dała mi i podana przez GALEOTTI'ego (*Centrabl. f. allg. Path. u. Path. Anat.* 1894. Nr. 7). modyfikacja odczynu VIRCHOW'a [przesycenie tkanek 5% roztworem jodku, redukcya jodu wodą chlorową]. Na skrawkach zabarwionych fioletem metylowym przeistoczone tkanki otrzymywały po przemyciu 1% kwasem solnym barwę różową; zielen jodowa nadawała im barwę purpurową, thionina piękną błękitną nader wyraźnie odbijającą od ciemnego, niebiesko-fioletowego zabarwienia prawidłowych tkanek. Przy barwieniu według VON GIESON'a [hematoksyliną DELAFIELD'a przez $\frac{1}{2}$ godziny, 1—3 minut w mieszaninie 150 cz. takiegoż roztwornu kwaśnej-fuksyny, przemycie 90% wysokiem, odwodnienie, olejek lebidkowy] otrzymywała istota mączkowata brudną, szaroróżową barwę, nie przedstawiającą nic charakterystycznego.

Przy drobnowidzowem badaniu skrawków z fałdy półksiężycowej, poprowadzonych w kierunku poziomym, znalazłem ją przeistoczoną mączkowato w całej jej masie. Pokrycie nabłonkowe składało się z 4—5 warstw; tylko najgłębiej położone komórki miały kształt walcowy, powierzchną warstwę stanowiły komórki płaskie. W miejscach więcej odkrytych dawało się widzieć znaczne zgrubienie nabłonka, którego charakter zbliżał się raczej do naskórka z wyraźnem zrogowaceniem warstw powierzchniowych i wytworzeniem brodawek podobnych do skórnych. Komórek dzbanuszkowatych było bardzo niewiele, występowały one jednak bardzo wyraźnie na preparatach barwionych metodą VON GIESON'a, odznaczając się różowo-fioletowem zabarwieniem na orzechowo-szarem tle nabłonka; ziarnka eleidyny w zrogowaciałych komórkach barwiły się przy tem na czarno. W wielkiej obfitości występowały natomiast

miejscami między komórkami nabłonka wielojądrowe ciała wędrujące, wdrążające nawet do wnętrza pierwszych, lub zbierające się po kilka w mniejszych lub większych wakuolach. Nader gęsto nacieczonym okazywał się zwłaszcza nabłonek wyściełający wspomniane przy opisie klinicznego obrazu szczelinowate zagłębienia powierzchni fałdy półksiężycowej.

Pod nabłonkiem znajdowała się dość cienka warstewka tkanki adenoidalnej, oddzielonej od powierzchni zwyrodniałych tkanek cieniutką warstwą włóknistej tkanki łącznej, również nader wyraźnie występującą na preparatach barwionych według VAN GIESON'a dzięki purpurowemu zabarwieniu jej włókien. W miejscach, w których nabłonek miał raczej naskórkowy charakter, brodawki o których mowa powyżej, znajdowały się w stanie gęstego nacieczenia wielojądrowymi komórkami wędrującymi, których obfita ilość znajdowała się i w świetle dość szerokich naczyń włosowatych.

Jak nadmieniliśmy już wyżej, zwyrodnieniu uległ cały miąższ zgrubiałej fałdy półksiężycowej; w powierzchownych tuż pod nabłonkiem leżących warstwach przeistoczeniu uległy przedewszystkiem kolosalnie rozpęczniałe, mocno polyskujące, szklistego wyglądu pęczki włóknistej tkanki łącznej. W szczelinowatych przestworach między nimi leżały mniej lub więcej zmienione komórki tkanki łącznej o wrzecionowatych i owalnych jądrach tudzież wielojądrowe wędrujące ciała, niekiedy w znacznej nagromadzone ilości. Przy równoległym układzie przeistoczonych pęczków włóknistych obraz ten przypominał poniekąd tkankę rogówki w stanie obrzęku z rozszerzonymi przestworami sokowymi. Gdziegdzie znów, jak trafnie zauważył VOSSIUS, zwyrodniałe tkanki okazywały marmurkowy wygląd; żyłkom w marmurze odpowiadały tutaj szczelinowate przestworza i kanaliki, odgraniczające wielościennie bryłki mączkowate o zaokrąglonych krawędziach, które VOSSIUS „kostkami“ (*Wühfel*) nazywa; układ ten możnaby przyrównać do leżących na kupie kamieni brukowych. W przestworach między „kostkami“ znajdowaliśmy mniej lub więcej liczne i dobrze zachowane komórki przeważnie śródbłonkowego typu, których jądra niekiedy nader ściśle przylegały do bryłek mączkowatych; łatwo więc zrozumieć, że przy badaniu przedewszystkiem rozskubywanych preparatów obraz ten mógł nasunąć przypuszczenie o tworzeniu się istoty mączkowatej w samych komórkach i o istnieniu t. zw. „otoczek jądrowych“ (*Kernhüllen*) LEBER'a.

Głębiej nieco zlewały się przeistoczone tkanki na dużych przestrzeniach w jednolite masy bez żadnej określonej budowy, jak gdyby popękane w różnych kierunkach i zawierające w tych rozpadlinach mniej lub więcej uciśnięte i zanikające komórki. Przy użyciu pewnych barwników wszakże, jako to polichromowego błękitu metylenowego UNSY [z odbarwianiem w 50% roztworze wodnym tanniny], oraz kwaśnej fuksyny, w miejsce pozornie jednolitej budowy występowało gębczaste utkanie z przeplatających się w różnych kierunkach kolosalnie rozpęczniałych włókien łącznotkankowych.

Obraz ten urozmaicały liczne przecięcia naczyń krwionośnych, bez wyjątku prawie należących do rzędu włosowatych, lecz odznaczających się nader szerokimi światłami. Naczynia te posiadały ściankę tylko z śródbłonkowych

komórek, ściśle przylegającą do ograniczających je beleczek mączkowatych. Grubsze naczynia spotykałem tylko w najgłębszej warstwie, lecz za to w wielkiej obfitości; nosiły one nader widoczne oznaki zwyrodnienia, dotykającego przedewszystkiem błonę zewnętrzną zarówno tętniczek jak i żył. Stosunki te występowały niezmiernie wyraźnie na preparatach poddanych odczynowi VIRCHOW'a, jak również barwionych tioniną oraz polichromowym błękitem metylenowym UNNY, który, chociaż nie metachroicznie jak tionina, ale bardzo intensywnie barwił istotę mączkowatą na kolor ciemnoniebieski. Widzieć tu można było nader wyraźnie obok niezmienionej wewnętrznej i średniej błony naczyniowej pęcznienie i zwyrodnienie włókien łącznotkankowych w błonie zewnętrznej; zmiany te nie występowały jednak jednostajnie na całym przebiegu naczynia, skutkiem czego kolosalnie zgrubiałe ścianki podłużnie przeciętych naczyń okazywały cały szereg przewężeń i bufiastych występów przy tej samej szerokości światła. Tylko drobne tętniczki okazywały zwyrodnienie i warstwy mięśniowej, a wówczas światło naczynia wysłane śródbłonkiem przedstawiało się okolonem mniej lub więcej szerokim, szklistym pierścieniem, albo zlewającym się nieznacznie z przyległemi również zwyrodniałemi tkankami, albo oddzielnym od nich kilku nieprzeistoczonymi jeszcze pasmami tkanki łącznej, występującemi zawsze najwyraźniej na preparatach barwionych metodą VAN GIESON'a.

W warstwie tej spotykaliśmy najobficiej zeszlone zupełnie wielkie bryły mączkowate, posiadające prawie zawsze otoczkę z bardziej zbitej tkanki łącznej i okryte na całej niemal powierzchni olbrzymimi komórkami. Bryłki takie widzieć się dawały niekiedy i więcej powierzchownie, prawie tuż pod nabłonkiem. Niemal zawsze można się było przekonać, że powstanie swoje zawdzięczały one przedewszystkiem zwyrodnieniu naczyń, rozszerzającemu się na otaczającą tkankę; przynajmniej bardzo często można w nich było dostrzedz ślady opustoszałych światel, śródbłonkowego wysłania, a nawet nikiel kontury zgrubiałych ścianek.

Nietylko największe bryły, ale nawet i mniejsze ciała mączkowate otoczone były olbrzymimi komórkami, które jak gdyby oblepiały je; przyleganie ich bywało niedy tak ściśłem, że tylko różnica w zabarwieniu wskazywała granicę między nimi. Stosunek ten usprawiedliwia wypowiedziane w swoim czasie przez LEBER'a zdanie, że istota mączkowata powstaje właśnie w olbrzymich komórkach, jako rodzaj swoistej wydzieliny tych-że. Prawdopodobniejszem wszakże, jak to wypowiedziałem już w piewszej mej pracy [11] o szklistem zwyrodnieniu łącznicy, jest odwrotne przypuszczenie, mianowicie zaś, że właśnie uległe nekrobiozie tkanki dają powód do utworzenia się naokolo nich olbrzymich komórek; do zapatrywania się tego przyłączyli się przynajmniej VOSSIUS i RUMSZEWICZ.

W zwyrodniałych tkankach, wyskrobywanych z głębi oczodołu, znajdowała się i spora ilość komórek tłuszczowych; otoczonych miejscami jak gdyby mączkowatą torebką, dającą wyraźny odczyn VIRCHOW'a; podobneż spostrzeżenie uczynił poprzednio i VOSSIUS.

Przy badaniu wycinka z chrząstki powiekowej znalazłem łącznicę pokrytą drobnymi ciałkami brodawkowatemi, z których niektóre tylko uległy

zwyrodnieniu i to nie w całym swym mięszu. Największym zmianom uległa tkanka podśluzowa, której warstwa była grubszą niż zazwyczaj; zwyrodnienie dotykało zarówno tkankę łączną jak i naczynia, nie przedstawiając zresztą żadnych zboczeń od obrazu skreślonego przy opisie zmian w fałdzie półksiężycowej.

Sama chrząstka okazała się istotnie zmienioną, zarówno jak i gruczoly Мейом'a; o ile ślady zwyrodnienia zauważyć się dawały, dotyczyło ono naczyń krwionośnych. Nabłonek łącznicy pokrywającej chrząstkę nie przedstawiał żadnych ważniejszych zmian; jak zwykle na powierzchni ciał brodawkowatych pokład jego był cieńszy, komórki spłaszczone. W zagłębieniach pomiędzy ciałkami brodawkowatemi—wrzekomych gruczolach łącznicy—zachował wygląd błon śluzowych właściwy; komórki powierzchniowej warstwy były wysokie walcowate, między niemi wiele dzbanuszkowatych.

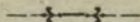
Prócz wymienionych powyżej sposobów barwienia, tudzież hematoksyliny z eozyną, pikrokarminu borakowego, safraniny, barwienia GAULE'go, stosowałem nadto i barwienia używane w bakterjologii, jako to GRAM'a, WEIGERT'a i EHRLICH'a, nie zauważyłem przytem jednak nigdy ani bakterji w tkankach, ani też żadnych śladów istoty szklistej. [D. n.]

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH.

II. W KWESTYI SZWU KISZKOWEGO ZA POMOCĄ GUZIKA MURPHY'EGO.

Podał

H. O d e r f e l d,
ordynator oddziału chirurgicznego.



Nie ulega wątpliwości, że obecnie używane metody szwu kiszki, obok wielu zalet, mają tę jedną wspólną wadę, że nawet w rękach bardzo wprawnych chirurgów wymagają stosunkowo za wiele czasu, a tem samem narażają chorego na uboczne niebezpieczeństwo, zależne od zbyt długiego pozostawania pod wpływem chloroformu i od wstrząsu (*shok*) z powodu zbyt długiego otwarcia jamy brzusznej. To też oddawna starano się o wynalezienie sposobu szybkiego i pewnego nakładania szwu, a trudno nie przyznać, żeby usiłowania te nie wydały pewnych owoców. Usiłowano głównie nasz klasyczny szew zastąpić jakimś aparatem, którego zadanie polegałoby na tem, żeby jednostajnym uciskiem zbliżyć na czas pewien powierzchnie surowicze jelita i tą drogą wytworzyć zrost. Wspomnę tu tylko o szwie płytkowym SENN'a, który w Ameryce znalazł szerokie zastosowanie; w Europie jednak, pomimo dzielnej obrony BARĄCZA, większego zastosowania nie znalazł i prawdopodobnie nie znajdzie, ma bowiem tę wadę, że jest zbyt kłopotliwym, nie będąc przytem zupełnie pewnym. W ostatnich czasach niestety porządku dziennym jest szew za pomocą guzika

MURPHY'ego. Guziki te, wyrabiane dziś we wszystkich większych fabrykach narzędzi chirurgicznych Europy, składają się z dwóch części: męskiej i żeńskiej. Każdą połowę, oddzielnie wziętą, porównać można z grzybem, mającym wążką szyję i spłaszczoną główkę. Obie połowy szyjkami wchodzi jedna w drugą i przylegają do siebie dość szerokimi powierzchniami, uciskając tkanki między nimi zawarte; ucisk stały utrzymuje się za pomocą zręcznie umieszczonej sprężynki. Przez środek każdej szyjki przechodzi kanał, mający przepuszczać zawartość kiszki i gazy. Istnieją 3 wymiary guzików: największy dla gastroenterostomii, którego otwór środkowy wynosi 12 milimetrów w średnicy, mniejszy dla enteroanastomozy, a najmniejszy dla cholecystenterostomii.

Sposób zastosowania w mowie będących guzików jest dość prosty. Chcąc połączyć np. żołądek z jelitem (*gastroenterostomia*), postępujemy w ten sposób: na odpowiedniej pętlicy jelita, w którym mamy wykonać cięcie, nakładamy szew kapiuchowy, okrążający linię przyszłego cięcia; następnie robimy w miejscu obszytym cięcie mniej więcej odpowiadające wielkości główki guzika i wprowadzamy jedną połowę guzika tak, że szyjka wygląda ze światła jelita. Teraz naciągamy zlekka powyższy szew, a wówczas ściana jelita obejmuje ściśle szyjkę guzika. W ten sam sposób postępujemy z żołądkiem, a gdy już z jednej i drugiej strony guziki są założone, wkładamy jedną połowę przyrządu [męzką] w drugą [żeńską] i wykonywamy lekkie naciskanie, przyczem obie powierzchnie surowicze zbliżają się do siebie aż do zetknięcia. Gdy przekonamy się, że dostatecznie do siebie przylegają, wówczas anastomoza jest skończoną. W podobny sposób postępujemy, chcąc wykonać enteroanastomozę. Można również zrobić najprzód nacięcie w jelicie, a następnie dopiero obszyć otwór za pomocą szwu kapiuchowego, lecz to istoty rzeczy nie zmienia. W ten sposób postąpiłem i ja w przypadku, o którym będzie mowa niżej. Radzą także niektórzy, jak PLETTNER¹⁾, dla większej pewności nakładać dodatkowy szew LEMBERT'a naokoło połączenia jelit; i ja również w ten sposób postąpiłem. Po kilku dniach powierzchnie surowicze zrastają się z sobą, tkanki zawarte między guzikami ulegają zgorzeli i wraz z całym guzikiem i szwem wychodzą na zewnątrz po pewnym czasie *per rectum*. Zdawałoby się mogło, że omawiane guziki są ostatnim wyrazem chirurgii jelitowej, że stworzą one nową erę w tej dziedzinie, jak to przepowiadali Amerykanie; tymczasem nadzieje zaczynają zawodzić, ofiary nowego wynalazku się mnożą, a szew LEMBERT-WOELFLER-CZERNY'ego pozostanie na zawsze klasycznym. Trudno jednak sprawy obecnie już przeceniać, tembardziej, że dziś już i powagi chirurgiczne przyznają nowej metodzie duże zalety, a przedewszystkiem szybkość wykonania. Rozejrzyjmy się, o ile zakres tego artykułu pozwoli, w niewielkiej literaturze tej kwestyi.

Pierwszym, który ogłosił swe doświadczenia na zwierzętach i trupach z nowym przyrządem, był CHAPUT²⁾. Stwierdził on, że cały przyrząd bardzo czę-

¹⁾ Centralblatt f. Chir. Nr. 52. 1894.

²⁾ Semaine Médicale. Nr 66. 1894.

sto i wielką trudnością przechodzi przez przewód pokarmowy, wywołując niedrożność na wzór kamieni żółciowych. Jest to jednak zarzut najslabszy. Najważniejszym jest ten, że obie połowy guzika, uciskając ściany jelita zbyt silnie [a miarowanie stopnia nie leży w naszej mocy], wywołują zgorzel tkanek wpięrw, nim zdołał wytworzyć się silny zrost obu powierzchni surowicznych. Tym sposobem łatwo powstać mogą dziury na linii anastomozy ze wszystkimi następstwami wylania się zawartości kiszkiowej do jamy otrzewnej. Tego rodzaju przypadek opisał ZIELEWICZ z Poznania i DEMOUS; tak też skończył się i mój przypadek. Kto zna guziki MURPHY'ego, szczególnie wyrabiane w Niemczech, tego nie mogą nie uderzyć ostre brzegi blaszki, znajdującej się na podstawie żeńskiej połowy guzika. Być jednak może, że jest to tylko wada techniczna, która w przyszłości usunięta zostanie, tembardziej, że, sądząc z oświadczenia MEYER'a z Nowego Yorku, sam MURPHY usunąć miał tę wadę swego aparatu. Z drugiej strony coraz częściej odzywają się przychylnie głosy o omawianym przyrządzie. Tak, w Towarzystwie Lekarskiem Wiedeńskim ULLMANN demonstrował 2 przypadki anastomozy kiszkiowej z pomysłem zejściem; dobre wyniki otrzymał VILLARD, PLETTNER; wreszcie na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich SCHEDE oznajmił, że i on otrzymał dobre wyniki. W Ameryce nowa metoda znalazła powszechną aprobatę i duże zastosowanie. Należy tylko używać guzików, pochodzących z pierwszorzędných fabryk i zachować pewne ostrożności, jak: nałożenie dokładne szwu kapciuchowego wraz z błoną śluzową [PLETTNER] oraz dodatkowy szew LEMBERT'a naokoło anastomozy.

Poniżej podaję jeden przypadek gastroenterostomii za pomocą guzika MURPHY'ego, zakończony śmiercią. Krótkim tem doniesieniem uprzedzam ogłoszenie szeregu gastroenterostomii przezemnie wykonanych i zakończonych wyzdrowieniem.

Surę Fr., lat 60 mającą, przysłał na mój oddział kol. MINTZ z rozpoznaniem *carcinoma pylori*. Badanie fizykalne i chemiczne w zupełności potwierdziło to rozpoznanie. Dnia 21 kwietnia r. b. przystąpiłem do operacji w asystencji kol. SAWICKIEGO i WEISBLATA. Po otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że cały zrakowaciały odźwiernik nie da się z powodu zrostów z wątrołą i trzustką usunąć za pomocą wycięcia; wykonałem więc gastroenterostomię za pomocą guzika MURPHY'ego, a mianowicie w ten sposób, że na przedniej ścianie żołądka [WOELFLER] zrobiłem najprzód otwór, który obszyłem szwem kuśnierskim. Następnie to samo wykonałem na odpowiedniej pętlicy jelita cienkiego, a ściągawszy szwy, ścisnąłem obie połowy guzika. Zaraz przy operacji zwróciliśmy uwagę na naprężenie ściany jelita na żeńskiej połowie guzika, szczególnie kiedy cała kiszka zwieszała się nieco na guziku. Naokoło anastomozy nałożyłem cały szereg szwów wzmacniających LEMBERT'a, tak, iż powierzchnie surowicze dość szeroko do siebie przylegały. Wreszcie zrobiłem szew ściany brzusznej. Przez pierwszych 6 dni chora, przyszedłszy do siebie po dość znacznym upadku sił, czuła się dość dobrze i robiła dobre wrażenie ogólne; skarżyła się tylko na osłabienie i silne pragnienie. Chorą odżywiałem przez 2 dni za pomocą lawatyw odżywczych; *per os* podawano tylko lód.

Od 3-ego dnia chora dostawała zimne mleko łyżkami. Tętno 108—112, język stale wilgotny, brzuch niewzdęty, niebolesny — słowem: nie było żadnych objawów podrażnienia otrzewnej. Szóstego dnia nastąpiło wypróżnienie po zastosowaniu lawatywy. Siódmego dnia znalazłem stan chorej bardzo zmienionym: chora leży apatycznie, język podsychnięty. Chora skarży się na bóle w brzuchu, który jest lekko wzdętym; tętno bardzo słabe. Nazajutrz nad ranem chora zmarła.

Przy sekcji, którą, z powodów odemnie niezależnych, tylko częściowo mogłem wykonać, znalazłem co następuje: jelita nastrzyknięte, matowe, gdzieś niedzie pokryte szarawym nalotem. Sama anastomoza znajdowała się w opłakanym stanie: na przedniej i prawej powierzchni otwór, przepuszczający swobodnie palec; brzegi otworów dość równe, jakby ścięte, a sam guzik leżał swobodnie w żołądku, zawierając w sobie nekrotyczne, uciśnięte tkanki wraz z nitkami jedwabnymi. Jelito, przszyte do żołądka, trzymało się żołądka o tyle, o ile nałożone przezemnie dodatkowe szwy LEMBERG'a je podtrzymywały. O ile porównać mogłem otwór odprowadzającego jelita, to użyty guzik [średniej miary] swobodnie przezeń przejśćby nie mógł.

Przypadek mój pod wielu względami podobnym jest do głośnego przypadku ZIELEWICZA, z tą tylko różnicą, że ten ostatni znalazł swój guzik nie w żołądku, lecz w jamie otrzewnej. Jest to jednak okoliczność mniej ważna, gdyż w moim przypadku w razie udania się anastomozy, guzik przeszedłby z czasem prawdopodobnie do jelita i wyszedłby *per rectum*.

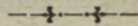
MEYER radzi dla gastroenterostomii WOELFLER'a (*antecolica anterior*) użycie guzików z aluminium, gdyż przy tej metodzie, podczas leżenia na wznak chorego, guzik prawie zawsze wpada do żołądka. Wątpię, czy ta innowacja zmieni w czemkolwiek znaczenie guzika, gdyż nie przypuszczam, żeby gładki, okrągły guzik metalowy, znajdujący się w żołądku, był w stanie wywołać jakieś poważniejsze zaburzenia.

Wrażenie, jakiegom nabył, używając poraz pierwszy guzików MURPHY'ego, jest dość smutnem, nie czuję się jednak upoważnionym do bezwzględnego potępienia tego wynalazku. Owszem sądzę, że z udoskonaleniem samego aparatu, którego idea jest pomysłową, liczba zejść śmiertelnych, odeń zależnych, zmniejszy się i wynalazek MURPHY'ego zajmie przynależne mu stanowisko w chirurgii kiszkiowej.

III. PRZYCZYNEK DO NAUKI
O DZIAŁANIU FARMAKODYNAMICZNEM W ZALEŻNOŚCI OD BUDOWY CHEMICZNEJ
środków grupy aromatycznej.
NOWY ŚRODEK — APOLISIN,
PRZECIWGORĄCZKOWY I KOJĄCY.

Podali

Leon Nencki i Józef Jaworski.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 24].

Przypadek VI. *Pneumonia crouposa sinistra.* Chłopiec, 14-letni—terminator, przybył do kliniki w d. 23. IV. Zachorował przed 3-ma dniami. Już zrana dnia tego czuł się bardzo słabym, co go zniewoliło położyć się do łóżka. Chory poczuł ból w lewym boku i w piersiach; ból głowy; ogólne rozbitcie [dreszczów nie było]. Przy badaniu: w tylny-dolnej części lewego płuca słumienie odgłosu opukowego, oddech oskrzelowy; *fremitus* tamże wzmocniony; w innych częściach płuca oddech zaostrzony. Rzężeń nie słycać; w płwocinie niewyraźnie występuje krew. Łaknienia nie ma. Od dwóch dni nie było stolca. Ciepłota 40°. Tętno 108, dwubitne, prawidłowe. W innych narządach zmian nie znaleziono.

Opis samego przypadku, podług karty szpitalnej, prowadzonej przez innego kolegę.

D. 6. V. [IV dzień choroby].

Godzina	10 r.	12	1 p. p.	2	3	4	5
Ciepłota	39,8°	40,2°	40,3°	38,6°	38,0°	37,0°	38,2°
Apolisin	.	.	1 grm.	1 grm.			
Godzina	6 rano	7	8	9	10	11	
Ciepłota	38,5°	38,5°	39,1°	39,1°	39,5°	39,4°	
Apolisin.							

Chorego, tegoż dnia wieczorem, zastałem siedzącego na łóżku, oznajmił mi, że czuje się dobrze, tylko ma ból w lewym boku przy oddechaniu. Nazajutrz oznajmia, że w nocy spał niedobrze. Miał mdłości. Ból w krzyżu i prawym boku. W lewym boku objawy opukowe i wysłuchowe bez zmiany.

D. 7. V [V dzień choroby].

Godzina	4 rano	6	8	10	12	2 p. p.
Ciepłota	39,6°	39,6°	39,3°	38,8°	37,3°	37,5°
Apolisin	.	.	.	1 grm.	1 grm.	1 grm.
Tętno	.	.	.	102		
Oddech	.	.	.	20		

Godzina	4 rano	6	8	10
Ciepłota	37,9°	38,3°	38,6°	38,8°

D. 8. IV [V dzień choroby].

Godzina	4 rano	6	8	10	11	12
Ciepłota	38,2°	38,3°	36,4°	36,3°	36,7°	36,5°

Nad ranem chory zaczął się obficie pocić. W nocy silny kaszel.

D. 9. [VII dzień choroby]. W nocy spał dobrze. Podmiotowo czuje się dobrze. Ciepłota 36,5°—36,7°. Tętno 70. Obfite rżenia.

D. 10. V. Ciepłota 36,5°. W płucu — *resolutio*. Dalszy przebieg zdrowienia bez powikłań.

Przypadek VII. Influenza. Chora, lat 26 mająca, żona urzędnika kolejowego zapisała się do kliniki z powodu *endo- et parametritis*. Chorej między innymi zalecono kąpiele nasiadowe. Chora po jednej kąpieli takiej wyszła do ogrodu szpitalnego i tutaj zaraz dostała dreszczów, łamania w kościach, ogólnego rozbicia. Przy badaniu znaleziono: ciepłota 38,9°; tętno 90; oddech 26 na minutę. Ból w okolicy czołowej i nadczołowej, bardzo dotkliwe bóle w mięśniach kończyn, szczególnie dolnych, gwałtowny ból w krzyżach, nadzwyczajna nadczułość skóry. Język biały, ciastowaty, pragnienie duże. Skłonność do wymiotów. W narządzie oddechowym z wyjątkiem umiarkowanego nieżyty gardzieli i krtań [suchy kaszel i chrypka] nic poważniejszego nie wykryto. Chorej podano najprzód łyżkę oleju rącznikowego.

D. 25. IV. [II dzień choroby].

Godzina	10	12	1
Ciepłota	38,7°	38,8°	38,8°
Tętno	.	90	.
Oddech	.	28	.

Apolisin 1 grm. 1 grm. 1 grm.

Godzina	1 p. p.	3	5	8 wiecz.
Ciepłota	38,8°	37,2°	37,6°	38,0°

Chora wieczorem czuje się lepiej, bóle w mięśniach i ból głowy — znacznie mniejszego natężenia. Narzeka na ogólne osłabienie i twierdzi, że jest cała obolała. Pragnienie — duże. Wypróżnienie — jedno. Skłonność do wymiotów przeminęła.

D. 26. IV [III dzień choroby].

Godzina	10 rano	12	1 p. p.
Ciepłota	38°	38,2°	38,1°
Tętno	.	.	90
Oddech	.	.	30

Sol. acid. mur. dil. 4,0:240,0, co 3 godziny łyżkę.

Godzina	1 p. p.	3	8
Ciepłota	38,2°	38,4°	38,8°

Chora wieczorem narzeka znów na dotkliwe bóle w członkach i mięśniach, na ból głowy większego natężenia niż wczoraj. Wogóle, chora czuje się gorzej.

D. 27. IV. [IV dzień choroby].

Godzina	10 rano	12 $\frac{1}{2}$	2
Ciepłota	37,9°	37,3°	37,2°
Apolisin 1 grm. 1 grm.			

Rano chora jeszcze skarżyła się na bóle, w południe się spocila i od tej chwili doznała bardzo znacznej poprawy: bóle ustąpiły zupełnie, łaknienie wróciło. Przez kilka dni następnych trwała jeszcze tylko chrypka.

Przypadek VIII ¹⁾. *Rheumatismus articularum acutus*. 34-letnia kobieta, żona rzemieślnika. Na 4 dni przed przybyciem do kliniki chora doznała dreszczy, poczęła gorączkować, na ciele pojawiła się wysypka, w stawach kończyn gwałtowne bóle. Szczególniej obrzmiałe, zmienione co do wielkości i kształtu, a przy tem nadzwyczaj bolesne są stawy: prawy napięstkowy i oba skokowe. Chora przez dni kilka przyjmowała salicylan sodu w ilości 8,0 *pro die* — z małym skutkiem. Z powodu bezsenności i bólów chorej podawano także morfinę. Apolisinu chora dostała 6,0 *pro die*. Bóle — nieco mniejsze. Następnego dnia podano chorej 2 grm. apolisinu na czczy żołądek. W 15 minut — gwałtowne wymioty. Przerwano podawanie środka. O godz 6 wieczorem tegoż samego dnia znów wymioty. Obserwacya ta z kilku powodów nie jest zupełna, dlatego wniosków z niej wyprowadzać nie będziemy.

Przypadek IX. *Neuralgia supraorbitalis*. Mężczyzna lat 34, lekarz, cierpi od lat kilkunastu na nerwoból gałęzi nadoczodołowej lewej. Powstanie choroby przypisuje usposobieniu dziedzicznemu, uporczywość jej i natężenie objawów stawia w zależności od *nicotiosis*. Napady zazwyczaj przychodzą co 2 tygodnie. Częstość, a także ich siła, pozostaje w pewnym stosunku ze zmęceniem fizycznym lub umysłowym.

Chory używał wszystkich środków kojących, niektóre z nich przyjmuje [np. fenacetynę] *larga manu*. Apolisinu używał podczas napadu po 0,5 1,0; 1,5 grm. zawsze z dobrym skutkiem. Chory twierdzi, że apolisin w porównaniu z analogicznymi środkami działa szybciej i równiej, że nie wywołuje objawów ubocznych. Tenże osobnik przy użyciu antyfebryny, salipyryny doznaje uczucia ciężkości w piersiach, a nawet szereg objawów przypominających dusznicę bolesną (*angina pectoris*).

Przypadek X. *Ischias dextra*. Chora lat 38, praczka, przebywa przeszło od pół roku w szpitalu z powodu nerwobólu nerwu kulszowego. Głównem siedliskiem bólu w tym przypadku jest przedewszystkiem okolica tylna-zewnętrzna uda i okolica prawego pośladka, następnie ból zajmuje okolicę stawu kolanowego i okolicę zewnętrzną i przednią goleni i przechodzi na wewnętrzną powierzchnię stopy i pierwsze palce. Chora przebywała przed 12 laty syfilis, z tego powodu odbyła kurację specyficzną w szpitalu. W narządach rodnych [raz rodziła] i w odbytnicy nie nieprawidłowego nie znaleziono. Przypadek ten odznacza się wielką uporczywością. Ból ma charakter napadowy, przychodzi co dni kilka, lub kilkanaście, to znów z dnia na dzień trapi nieszczęsną chorą.

¹⁾ Już po napisaniu artykułu przybyła chora ta do kliniki.

Najczęściej chora doznaje bólu w częściach miękkich kończyny, niekiedy tylko uczuwa ból głęboki i jakby drażący w kości. Chorej między innymi stosowaliśmy: galwanizację, masaż, farado-masaż, słone kąpiele nasiadowe. Z leków chora używała, oprócz jodku potasu [przez dłuższy czas], prawie wszystkich środków kojących.

Apolisin zaczęliśmy stosować u naszej chorej, naprzód po 0,5, później po 1,0 grm.. Po tej ostatniej dawce ból nieco przycichał, nie był tak gwałtowny, po kilku godzinach jednak występował z poprzednim natężeniem, dopiero jeszcze jedna dawka apolisinu w ilości 1,0 ból znosiła, lub czyniła go dla chorej obojętnym.

Wogóle, pomimo tego że ów przypadek pod względem leczniczym okazuje się bardzo niewdzięcznym, apolisin kojące działanie do pewnego stopnia stale nań wywierał.

Chora pozostaje dotychczas w klinice pod obserwacją.

Przypadek XI. *Ischias dextra.* 34-letni, silnie zbudowany robotnik, skierowany do nas z ambulatoryum klinicznego w d. 8. IV..

Chory przybył zgarbiony ze skargą na gwałtowny ból, który mu uniemożliwia chodzenie. Ból rozpromienia się od krzyża i z okolicy lędźwiowej na prawy pośladek, wzdłuż zewnętrznej części prawego uda, a także i na mosznę.

Chory po użyciu 3 proszków w ciągu doby, po 1,0 grm. apolisinu, doświadczał znacznej poprawy. Następnego dnia dostał 3 proszki po 0,5 apolisinu. Trzeciego dnia ból zniknął zupełnie i nie powtórzył się.

Przypadek XII. *Hemicrania* Osoba 25-letnia, nauczycielka, cierpi z mąlemi przerwami od lat kilkunastu na lewostronny ból głowy, zajmujący przeważnie okolicę skroniową i czołową. Obciążenie dziedziczne pod względem neuropatycznym.

Ból ten występuje w postaci typowych napadów—połowicznego bólu głowy—migreny—współcześnie z miesiączką.

Chora otrzymywała podczas napadu po 0,5 do 1,0 na dawkę, a do 3,0 grm. na dobę.

Apolisin w tym przypadku stale skracał czas samego napadu i łagodził natężenie objawów.

Dodać winniśmy, iż chora ta, cierpiąca na bolesną miesiączkę (*dysmenorrhoea*) przy użyciu apolisinu i pod tym względem doznawała pewnej ulgi.

Przypadek XIII. *Neuralgia cervico-occipitalis.* Osoba 19-letnia, szwaczka, przybyła do kliniki z powodu nagle powstałego bólu w karku z lewej strony.

Przy badaniu znajdujemy nadczułość skóry po lewej stronie karku; już delikatne dotknięcie palcem wywołuje ból. Przy poruszeniach głową, przy zuci—ból staje się żywszym, bardziej dotkliwym. Ból z karku rozpromienia się na tylnoboczną [lewą] okolicę głowy, okala w swoim przebiegu muszlę uszną i wyrostek sutkowy i ginie jakby w przewodzie słuchowym. Chora wskutek bólu, a w przerwach z obawy, aby go nie wywołać, przykurcza silnie mięśnie szyi (*torticollis*).

Najprzód u chorej stosowano zewnętrznie *guajacol*. Następnie przeszliśmy [po pewnej przerwie] do *apolisinu*. *Apolisin* chora otrzymywała po 0,5, 3 razy na dzień w ciągu tygodnia. Ból stopniowo się zmniejszał i przy wypisywaniu się chorej ze szpitala zupełnie znikł.

Nieznaczne przykurczenie mięśnia, nie bólowe, pozostało.

Przypadek XIV. *Encephalasthenia*. 17-letnia panna, uczennica konserwatorium, pochodzi z rodziny neuropatycznej. Sama wskutek nadmiaru pracy i wzruszeń nieodłączonych, jak mówi, od jej zajęcia, wpadła w stan wielkiego zdenerwowania i afektacji.

Chora narzeka na ogólne osłabienie, na bóle w mięśniach, szczególnie kończyn dolnych i w plecach, na skłonność do szybkiego zmęczenia, wyczerpania. Oprócz tego chora doznaje często kołatania serca i bólu głowy. Ból głowy występuje szczególnie podczas każdego wzruszenia, przy potrzebie skupienia uwagi, nie umiejscawia się on ściśle, lub charakterystycznie, jest najczęściej przemijający, krótkotrwały, czasami wprost momentalny; zdarza się jednak, że trwa i dłuższy czas, godzinę i więcej. Ból ten głowy nie jest zazwyczaj zbyt dotkliwy, męczy jednak chorą swą częstością i czasem powstawania, t. j. właśnie w chwilach, gdy jest, według słów chorej, najmniej pożądanym. Bólowi towarzyszy czasami szum w uszach.

Przy badaniu przedmiotowym między innymi znajdujemy: wzmocnienie odruchów ścięgnistych; chwanie się przy zamkniętych oczach; bolesność nie zbyt żywą niektórych wyrostków ciernistych kręgosłupa, bolesność mięśni grzbietu.

Chora brała *apolisin* po 0,5, 2 razy na dzień, przez dłuższy czas znosiła go dobrze i czuła ulgę, co do niektórych objawów podmiotowych.

Następnie podawaliśmy chorej *apolisin* w połączeniu z bromkiem sodu.

Przypadek XV. *Prosopalgia sinistra*. Osoba lat 50, bez określonego zajęcia, dobrze znana wszystkim lekarzom szpitalnym, z powodu częstych powrotów do szpitala. Cierpi na rozedmę płuc (*emphysema*) i niedowład mięśnia sercowego (*insufficiencia m. cordis*) i bóle twarzy. Ból umiejscawia się w lewej połowie twarzy, mianowicie na górnej szczęce, w okolicy podczołowej, na wardze górnej i na lewej połowie nosa.

Chorej podczas jej długiego pobytu w klinice podawaliśmy kilkakrotnie *apolisin* od 5,0; 1 grm; 1,5 grm. do 2 grm. zawsze z dobrym skutkiem. Ból stawał się po użyciu środka mniej dotkliwym, po większych dawkach 1 grm. 1,5 grm. szybko przemijał.

Tętno przy używaniu środka charakteru nie zmieniało.

Na zasadzie przytoczonych doświadczeń i spostrzeżeń pozwalamy sobie wysnuć następujące wnioski:

Apolisin podany wewnątrznie chorym gorączkującym obniża gorączkę, a wraz z nią usuwa lub zmniejsza szereg objawów współistniejących, przedewszystkiem zaś bóle.

Apolisin podany chorym cierpiącym na nerwobóle, zmniejsza natężenie bólów, przytępia nadczułość, skraca czas trwania napadów, a często znosi zupełnie te objawy.

Apolisin dzięki swej budowie chemicznej działa szybko i stale i nie posiada według naszych spostrzeżeń działania ubocznego na ustrój.

Przeciwwskazaniem do użycia apolisinu będzie: czczy żołądek, albo jego chorobliwa nadkwaśność wydzielnicza.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

50. Fedor Krause. Uwagi nad stosowaniem opatrunku do chodzenia. (*Gehverband*).

Myśl leczenia ambulatoryjnego złamań kończyny dolnej po raz pierwszy wygłosił SEUTIN przed 50 laty. Używany przezeń jednakże sposób opatrywania chorych tego rodzaju, oraz późniejszy opatrunek HESSING'a nie przyjęły się, jako zbyt kosztowne i zmusne. W ostatnich więc czasach D-r KRAUSE dla uniknięcia owych stron ujemnych zaczął stosować przy prostych i powikłanych złamaniach zwykłą szynę gipsową, którą, opierając się na doświadczeniu lat siedmiu, poleca nie tylko przy złamaniach uda lub goleni, lecz i po różnych na kończynie dokonywanych zabiegach, mianowicie: osteotomii, resekcji.

Ażeby opatrunek gipsowy odpowiadał dobrze swojemu zadaniu, t. j. ażeby chory mógł w nim chodzić i opierać się na uszkodzonej kończynie, niezbędnem jest nader ściśle do kształtów kończyny przystosowanie opatrunku, który przedstawiać powinien prawdziwy model tejże, nie wywierając pomimo to w żadnym miejscu zbyt mocnego ucisku; w tym też celu należy przed nałożeniem gipsu pokryć kończynę podwójną warstwą muslinu, albo też skórę obficie namaścić tłuszczem; obrażenia wreszcie części miękkich opatrzyć suto gazą jodoformową. Należy używać gipsu w dobrym gatunku, przy nakładaniu opatrunku stosować na stopę i piętę mocny wyciąg i odpowiedni temuż przeciwwyciąg górnej części uda, unikając jednocześnie najłżejszego szarpania; kolano kończyny winno być lekko zgięte, a stopa pod kątem prostym względem goleni trzymana. Przy ścisłym uwzględnieniu warunków powyższych otrzymujemy mocny, a więc przydatny do dźwigania ciężaru ciała, miękki, do pewnego stopnia sprężysty, chroniący nadto wobec złamań skośnych od krzywego zrostu, dzięki swej wyciągowej sprawności, opatrunek. W razie złamania kłykciów (*malleoli*) opatrunek powinien sięgać od główek kości śródstopia do górnego końca goleni, a nawet powyżej stawu kolanowego w przypadkach cięższych; przy złamaniu kości goleni górna granica opatrunku kończy się ponad połowę uda, w przypadkach złamań lub osteotomii dolnego odcinka biodra wypadnie opasać kończynę od kłykciów aż do górnego końca uda. Tak nałożony opatrunek pozostaje nietkniętym aż do zupełnego zrostu; co najwyżej, w przypadku ciężkich powikłań zmienić go raz jeden wypadnie, wreszcie w razach tych wycina się na opatrunku w odpowiadającym ranie miejscu okienko.

Po przebyciu w łóżku 1—2 dni przy zadawalającym stanie ogólnym i miejscowym chory zaczyna chodzić, zrazu bądź podpierany, bądź przy pomocy dwóch lasek albo ławeczek VOLKMANN'a. Że wielkie zachodzić tu mogą wahania osobnikowe, zależne od stopnia cierpliwości i lękania się, jest to łatwym do zrozumienia; to też należy, nie używając przymusu, przyzwyczajać do chodzenia stopniowo; niekiedy zresztą bojaźń chorego łatwo przewyciężyć się daje. W jednym przypadku 80-letnia kobieta po złamaniu goleni w górnej $\frac{1}{3}$ części żwawo ruszała się w opatrunku już po upływie dni kilku. Nieznaczne bóle w miejscu złamania przy dalszem użytkowaniu kończyny zmniejszają się stale, a po zaopatrzeniu stopy w odpowiedni wygodny trzewik chorzy mogą chodzić nawet po ulicy. W położeniu siedzącym kończyna wysoko układaną być winna.

Nie we wszystkich przypadkach nakłada się jednocześnie ów opatrunek gipsowy; po dokonaniu na kończynie osteotomii lub resekcji stosuje się go natychmiast lub, co najwyżej, nazajutrz w razie mocnego krwawienia z rany; zawsze otrzymywano w przypadkach tego rodzaju gładki przebieg gojenia i wyzdrowienie. Po dokonaniu u pewnego 15-letniego chłopca osteotomii klinowych [sposób MACWEN'a] dolnego końca kości udowych z przyczyny obustronnego kolana ksobnego nałożono gips bezzwłocznie po zabiegu, poczem chłopiec, chodząc w opatrunku, osiągnął po $3\frac{1}{2}$ tygodniach obustronne utrwalenie [konsolidację] bez najłżejszego ograniczenia ruchów w stawach kolanowych. Lecz przy złamaniach nie jest właściwem bezzwłoczne nakładanie gipsu, a zwłaszcza w przypadkach cięższych potrzeba zawsze przeczekać dni kilka aż do ustąpienia objawów urazowych: przez ten zaś czas wobec skośnych złamań goleni stosuje się wyciąg w kierunku podłużnym o 20—25 ciężarku; przy złamaniach zaś w stawie skokowym z obecnością wylewu podskórnego—opaskę gumową, codzien wykonywane mięsienie, oraz ułożenie kończyny chorej w szynie o T postaci.

Jedną z bardziej poważnych zalet opatrunku do chodzenia stanowi zyskiwany przezeń krótszy okres czasu co do nastąpienia zrostu i umożliwienie chorym powrotu do zajęć. W przeciągu $3\frac{1}{2}$ semestrów w Altonie autor leczył w sposób powyższy 24 przypadki złamania obu kostek, 13-jednej z tychże [z tych jedno z powikłaniem], 36 złamań goleni, w tej liczbie 3 złamania powikłane oraz jeden przypadek podwójnego złamania obu kości goleniowych, 3 poprzeczne złamania rzepki, jedno wreszcie kości skokowej. Do statystyki swej zalicza autor prócz tego 11 osteotomii, przedsięwziętych z przyczyn rozmaitych [stopa płaska, kolano ksobne i t. d.] i 11 resekcji stawów, gruźlicą zajętych, razem więc 98 przypadków, w których opatrunek gipsowy do chodzenia użyty został. Przy porównaniu tej statystyki z wynikami LEISRIK'a, leczącego na sposób dawniejszy, pokazało się, że co do złamań goleni w dolnej trzeciej części przyspieszenie wyzdrowienia, lubo nieznaczne, otrzymuje się zawsze; gdy bowiem chorzy KRAUSE'go osiągnęli trwałe zrost kości mniej więcej 38-go dnia od nałożenia opatrunku, podług LEISRIK'a tenże wynik otrzymywano zwykle dnia 47-go, z drugiej znów strony co do długości pobytu w szpitalu przewaga leczenia sposobem pierwszym staje się wybitniejszą,

stanowi bowiem 57 *contra* 60 dni. Bardziej jeszcze na korzyść opatrunku do chodzenia przemawia porównanie obu metod leczenia w razie złamań gołeni w górnej środkowej $\frac{1}{3}$; u KRAUSE'go okres uzyskania zrostu stanowi 41, a wypisania—60 dni, gdy u LEISERIK'a odnośne liczby dochodzą do 70 i 106. Sam D r. KRAUSE doświadczył na sobie skuteczności zalecanego przez się sposobu; gdy bowiem przed 4 lata uległ złamaniu obu kostek, szóstego już dnia po odpowiednim nałożeniu gipsu mógł chodzić lub stać całemi godzinami, po czterech zaś tygodniach stwierdził zrost kości zupełny. Pewien 45-letni wyrobnik, któremu przed 8 lata amputowano lewe udo, uległ zgnieceniu uda prawego, ważniejsze jednak naczynia i nerwy ocalały. Po 5 tygodniach przy pięknej, wypełniającej ranę ziarninie nałożono na kończynę gips. Chory chodził o kulach, po upływie 10 tygodni wyzdrowiał, z powodu zaś skrócenia prawej kończyny o 6 ctm., spiłowano o tyleż koniec szczudła dla kończyny lewej.

W przypadkach złamań skośnych trzonu lub szyi uda oraz osteotomii te goż trzonu autor oddaje pierwszeństwo t. zw. szynie do chodzenia BRUNS'a [patrz opis szyny w № 31 „Gazety Lekarskiej“ 1894], tu bowiem należałoby nakładać opatrunek od kostek aż do wysokości gałęzi kości kulszowej i łonowej, gdy tymczasem części te nie są podatne do wytrzymywania tak mocnego ucisku, który, zapobiegając krzywemu zrostowi, musi być znaczny ze względu na napięcie wielkich mięśni uda. Zauważyć jednak musimy, że w razach tych przed nałożeniem szyny BRUNS'a stosuje się na złamaną kończynę zwykły opatrunek wyciągowy, po wyrównaniu zaś przemieszczenia odłamów kostnych, co otrzymuje się zwykle w ciągu dni kilkunastu, chory zaczyna chodzić w szynie, do strzemięcia której w czasie spoczynku przywiesza się ciężar odpowiedni; wskutek tego części miednicy, na których poduszka obrączkowa opiera się, zostają na czas pewien zwolnione od ucisku, dzięki czemu nabierają świeżości i energii do pracy w dniu następnym.

(*Deutsche medicin. Wochenschr.* Nr. 12. 1895).

K. Niedzielski.

51. A. Einhorn. O zachowaniu się mechanicznej czynności żołądka.

Autor oddawna przemyślał nad sposobem dokładnego badania ruchowej sprawności żołądka. Dotychczasowe metody miały na celu jedynie określenie zdolności żołądka do przesuwania miazgi pokarmowej z żołądka do kiszek, autorowi zaś chodziło o wpływ ruchów żołądka na miazgę, w samym żołądku jeszcze pozostającą. Wychodząc z zasady, że każdy ruch żołądka, tak czynny [perystaltyczny], jak i bierny [zależny od oddechania i uderzeń serca], wywołuje wstrząśnienie miazgi, autor wpadł na myśl zbudowania przyrządu, któryby te wstrząśnienia, *resp.* ruchy żołądka notował. Przyrząd ten składa się z metalowej, pustej kulki o półcalowej średnicy; wewnątrz tej kulki znajduje się druga, pełna, również metalowa, z nasadzonymi we wszystkich kierunkach sztyfcikami, niedotykającymi ścian kulki zewnętrznej; pełna kulka za pomocą izolowanego sztyfcika, przechodzącego przez ścianę kulki pustej, przytwierdzona jest do tej ostatniej. W przestrzeni pomiędzy kulką wewnętrzną i zewnętrzną leży drobna, platynowa kuleczka, która, przy wstrząśnieniu przyrządu, toczy się we wszystkich kierunkach i, natykając się na sztyf-

ciki, łączy w ten sposób kulkę wewnętrzną z zewnętrzną. Od ściany kuli puste*j* i od kuli pełnej, *resp.* od izolowanego sztyfcika, przechodzącego przez ścianę kuli puste*j*, idą dwa druty, zawarte w ciekim futerale gumowym, do połączenia przyrządu z baterią elektryczną służące. Za każdym razem, kiedy drobna kuleczka platynowa styka się z jednym ze sztyfcików na kuli wewnętr*z*nej, prąd jest zamknięty; kiedy kulka od sztyfcików odskakuje, prąd jest przerwany. Przy każdym wstrząśnieniu przyrządu kuleczka ta, tocząc się i natykając na sztyfciki, wywołuje kolejne zamykanie i przerywanie prądu. Jeżeli przyrządek ten damy do przelknięcia choremu, druty połączymy z baterią elektryczną i aparatem notującym, to otrzymamy w ten sposób rysunek, wykazujący przerwy prądu, *resp.* wstrząśnienia miazgi, *resp.* ilość poruszeń żołądka w pewnym okresie czasu. Rysunek taki przedstawia się mniej więcej, jak następuje.

Czarne linie oznaczają okresy zamkniętego prądu, przestrzenie nie wypełnione—okresy prądu przerwanego.

Na zasadzie licznych prób, wykonanych przez autora tak na ludziach zdrowych, jak i na cierpiących na żołądek, sądzi on, że przyrządek ten, zwany przezeń „*Gastrokinesograph*“ lub „*Gastrograph*“, dla celów rozpoznawczych może mieć doskonale zastosowanie.

(*Zeitschr. f. klin. Medicin.* 27 Bd. 3 u. 4 H.)

Bronisław Peltyn.

52. Trendelenburg. Chód przy wrodzonym zwichnięciu stawu biodrowego.

Poglądy DUPUYTREN'a, FRORIEP'a, HOFF'y i wielu innych na istotę i przyczynę swoistego chodu u osobników, dotkniętych wymieniem w nagłówku kalectwem, są według autora mylne, a ztąd i leczenie danego zбочenia nie zawsze opiera się na właściwych zasadach. Zbadawszy dokładnie chód przy wrodzonym zwichnięciu stawu biodrowego, doszedł TRENDELENBURG do następujących wniosków:

Jeśli każemy choremu z wrodzonym obustronnem zwichnięciem stawu biodrowego iść przed sobą i bacznie śledzić będziemy wszystkie ruchy jego, to od razu rzuci się nam w oczy, że górna połowa tułowia przy każdym kroku przechyla się w bok, na tę stronę, która stąpa; w sumie daje to obraz kołysania się, jakie spostrzegamy u kaczek. Dolna część tułowia, mianowicie miednica wykonywa również ruchy kołyszące [to prawa, to lewa połowa unosi się naprzemian i opuszcza] naokoło osi poziomej, idącej w przedniotylnym kierunku na wysokości pierwszego kręgu krzyżowego, ale ruchy miednicy są wprost przeciwnie ruchom tułowia. Zatem, jeśli chory robi krok prawą np. nogą, to tułów przechyla się na prawo, a miednica na lewo. Gdyby ruchy kołyszące miednicy powstawały, jak to przypuszczano powszechnie, skutkiem przesuwania się główki kości udowej po powierzchni zewnętrznej kości miednicy, to ta ostatnia winaby przechylać się analogicznie i jednocześnie z tułowiem. Przytoczone szczegóły stanowią cechę charakterystyczną chodu przy wrodzonym dwustronnem zwichnięciu stawu biodrowego i spotyka się je jeszcze przy jednym tylko cierpieniu, mianowicie przy *atrophia muscul. progressiva*.

Nieruchomy punkt zetknięcia kołyszących się w odwrotnych kierunkach górnej i dolnej połowy tułowia leży między kością krzyżową i ostatnim kręgiem lędźwiowym; w miejscu tem znajdowano, przy badaniu zwłok odnośnych osobników, szczególne zmiany anatomiczne, tak: DUPUYTREN stwierdził raz niezwykłą ruchomość stawu lędźwiokrzyżowego i przypisywał ją wielkości chrząstki międzykręgowej; ADAMS znalazł nadmierne zgrubienie substancji międzykręgowej.

Następujące jeszcze szczegóły chodu przy zwichnięciu wrodzonym stawu biodrowego zwróciły na siebie uwagę TRENDELENBURG'a: krętarz wielki albo wcale nie przesuwają się do góry w kierunku krawędzi biodra, albo też nieznacznie, opisy zatem FRORIER'a, gdzie główka krętarza unosiła się jakoby na dwa cale, uważa autor za niedokładne i przesadne. Dalej, większy lub mniejszy stopień kołysania się nie tyle zależy od ścisłości związku między główką kości udowej i biodrem, ile od wysokości, na jakiej zatrzymała się wywichnięta główka; im główka leży wyżej i bardziej ku tyłowi, tem skrzywienie kręgosłupa, a zatem i kołysanie przy chodzeniu będzie wybitniejsze. Długotrwałość cierpienia, czyli wiek chorego, nie zawsze odpowiada wysokości, na jaką przesunęła się główka kości udowej: spotykamy dorosłych ludzi, u których krętarze znajdują się na dwa palce ponad linią ROSER-NÉLATON'a, a odwrotnie — dzieci, u których one dosięgły prawie grzebienia kości biodrowej. Używanie wysokich obcasów przy obuwiu w przypadkach jednostronnego, wrodzonego zwichnięcia wcale nie sprzyja, jak przypuszczają, dalszemu obsuwaniu się główki kości udowej; albowiem nie kształt obuwia, lecz stosunki anatomiczne w zwichniętym stawie wpływają na większy lub mniejszy stopień zesunięcia się główki uda.

Jaka jest przyczyna wszystkich przytoczonych objawów? Dla rozstrzygnięcia tego pytania zatrzymuje się autor tylko nad ruchami miednicy, gdyż pochylanie się górnej części tułowia, *resp.* kręgosłupa, uważać należy za zjawisko wtórne, w celu utrzymania równowagi.

Jeśli porównamy chód człowieka zdrowego z chodem przy zwichnięciu wrodzonym stawu biodrowego, to zauważymy, że w pierwszym przypadku miednica jest jakby nieruchoma i nie zmienia wcale swego położenia poziomego; prócz tego na stronie, która stąpa, mięśnie oddzielne stawu biodrowego (*glutaeus medius et minimus*, a w części i *glutaeus max.*) naprężają się, po stronie zaś przeciwnej są zwolnione. Temu to działaniu mięśni oddzielnych przypisuje TR. prawidłowy chód, względnie nieruchomość miednicy.

Przy zwichnięciu, w mowie będącem, mięśnie rzeczzone nie są zdolne utrzymać miednicy w pozycji poziomej, gdyż są one (*glut. med.* i *minimus* — przeważnie) w stanie mniej lub więcej wyraźnego zaniku, niekiedy zmniejszone o trzecią część swej objętości tak, że nie spełniają już należycie, albo wcale ruchu odsiebego; nadto, kierunek włókien mięśnia pośladowego średniego zbacza od prawidła, co tem więcej upośledza jego czynność. Rozumie się, że bierne ruchy odsiebne w stawie biodrowym są zachowane, aczkolwiek nieco ograniczone.

Doszedłszy do wniosku, że przyczyną swoistego chodu przy wrodzonym zwichnięciu stawu biodrowego jest brak czynnych ruchów odsiebnych wskutek niedostatecznej czynności mięśnia pośladowego średniego i małego, lub wskutek braku jej, przechodzi autor do leczenia tego cierpienia.

Wszelkie pasy [rzemieńne] na miednicę, utrwalające jakoby krętarze, w rodzaju „*ceinture à godets*“ DUPUYTREN'a, nie mają racji bytu. Działanie korzystne wywierają przy obustronnem zwichnięciu tylko te przyrządy, które ściśle przylegają do miednicy i opierający się na krętarzach pas unosi jednocześnie obie pachy.

Z przyrządów szynowych, stosowanych przy jednostronnem zwichnięciu stawu biodrowego, zaleca TR. przyrząd SCHEDE'go, który umożliwia unoszenie tej połowy miednicy, w której staw biodrowy jest normalny.

Z zabiegów operacyjnych uważa TRENDLENBURG utrwalenie (*fixatio* — KOENIG) za bezcelowe, natomiast nastawienie (*repositio* — HOFFA, LORENZ) szczególnie według sposobu LORENZ'a, gdzie oszczędzamy, o ile to jest możliwe, przyczep mięśni odsiebnych do krętarza—za wskazane. Im wcześniej operacja jest wykonana, innymi słowy, im mięśnie odsiebne uległy mniejszemu przykurczeniu i zanikowi, tem rokowanie staje się pomyślniejszem.

(*Deutsche med. Woch. N. 2. 1895*).

W. Żurakowski.

53. A Loevy i P. Richter. O wpływie ciepłoty gorączkowej i leukocytozy na przebieg chorób zakaźnych.

Autorowie zajęli się badaniem za pomocą doświadczeń na zwierzętach, czy i o ile gorączka i powiększenie liczby białych ciałek krwi [leukocytoza] mogą być uważane za środki samoobrony ustroju przeciwko zakażeniu. Dotychczasowe badania stwierdziły wprawdzie dodatni wpływ wysokiej ciepłoty na przebieg chorób zakaźnych, sztucznie u zwierząt wywołanych [HILDEBRANDT, WALTHER, FILEHNE], że jednak badania te prowadzone były w warunkach nienaturalnych, gdyż podniesienie ciepłoty osiągnęto tu przez ogrzewanie zwierząt w termostatach, przeto wartość powyższych badań staje się nieco wątpliwą. Z tego poglądu wychodząc, L. i R. obrali inną metodę, a mianowicie: za pomocą znanego ukłucia SACHS-ARONSOHN'a niszczyli oni ciało prądkowane (*corpus striatum*) i w ten sposób wywoływali u badanych zwierząt podniesienie ciepłoty do 42° i wyżej, przyczem ciepłota ta utrzymywała się przez dłuższy czas stale na tym samym poziomie. Po osiągnięciu powyższej ciepłoty, zwierzętom szczepiono laseczniki błonicy, cholery kurzej, róży świń i pneumokoki, przyczem okazało się, co następuje.

1. Przy dawkach, przewyższających w stokroć i więcej dawkę śmiertelną [cholera kurza, błonica, zapalenie płuc], spostrzegano mniejsze lub większe przedłużenie życia w porównaniu ze zwierzętami, do kontroli służącymi.

2. Przy dawkach przewyższających dawkę śmiertelną w dwakroć lub trzykroć, udawało się utrzymać badane zwierzęta przy życiu.

3. Miejscowe objawy, przez szczepienie zarazka róży świń wywołane, były z początku wybitniejsze, niż u zwierząt, do kontroli służących, ogólny

jednak przebieg zakażenia był znacznie łagodniejszy, a niektóre z badanych zwierząt udało się utrzymać przy życiu.

Należy zauważyć, że trepanacja sama przez się nie jest rękoczynem dla zdrowia zwierzęcia obojętnym, że więc zwierzęta badane znajdowały się w tem gorszych warunkach w porównaniu ze zwierzętami, do kontroli służącymi. Dodatni zatem wpływ gorączki występuje tu *a fortiori*.

Co się tyczy zwiększenia ilości białych ciałek krwi [leukocytoza], to dowodem wpływu tego zjawiska na przebieg zakażenia służyć może już sam ten fakt, że, według spostrzeżeń wielu autorów, ma ono miejsce przeważnie tam, gdzie przebieg choroby zakaźnej bywa pomyślny. Badań doświadczalnych nad leukocytozą przy zakażeniach dotychczas nie przeprowadzono—z wyjątkiem gruźlicy, gdzie wpływ występował dość wyraźnie.

Dla wywołania leukocytozy L. i R. wstrzykiwali do krwi badanych zwierząt sperminę, poczem zwierzęta dostawały w trzykroć lub czterokroć większą od śmiertelnej dawkę zarazka. Wynik występował bardzo wybitnie. Ciężkość wznosiła się nader nieznacznie, objawy ogólne były bardzo słabe i badane zwierzęta udawało się stale utrzymać przy życiu. Efekt mniej wyraźny otrzymywano wówczas, kiedy leukocytoza została wywołano dopiero w 24 godziny po dokonaniem szczepienia.

Autorowie sądzą, że gorączka i leukocytoza są potężnymi środkami do walki ustroju z zakażeniem, i że środki te dałyby się wyzyskać w leczeniu chorób zakaźnych u ludzi.

(*Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 15. 1895*). *Bronisław Peltjn.*

54. Raymond. O myokloniach.

Autor w pracy swej wygłasza pogląd na różnorodne formy chorobowe, charakteryzujące się drgawkami mięśniowymi klonicznymi, uważane przez wielu autorów za oddzielne cierpienia, jako to: *paramyoclonus multiplex*, *chorea electrica* HENOCH-BERGERON'a, *tic non douloureux de la face* i *maladie des tics*. RAYMOND pogląd swój opiera na własnych spostrzeżeniach i na licznych obserwacjach, ogłoszonych przez wielu autorów, jak: MARIE, JACCOUD, LEMOINE, SCHULTZE, SEELIGMUELLER, MINKOWSKI i wielu innych, z których wynika, że spotyka się takie przypadki, których nie można podciągnąć pod żadną z tych form chorobowych; przedstawiają bowiem objawy właściwe różnym tym cierpieniom i są postaciami przejściowymi. Z tego powodu RAYMOND uważa wymienione cierpienia za odmiany jednego i tego samego cierpienia, które za przykładem ZIEHEN'a nazywa myoklonią. Mają one dwie wspólne cechy, mianowicie: charakteryzują się drgawkami mięśniowymi klonicznymi i rozwijają się na tle zwyrodnienia. Pod względem przejawiania się drgawek myoklonia może się przedstawiać, jako: 1) drżenie włókienkowe [często spostrzegane u neurasteników], ograniczające się do oddzielnych włókien tegoż samego mięśnia; 2) o *paramyoclonus multiplex* [do którego dołączyć można *chorea fibrillaris*], charakteryzujący się drgawkami całej masy mięśnia bez wywołania ruchu całej kończyny; 3) o *chorea electrica* HENOCH-BERGERON'a i *tic non douloureux de la face*, charakteryzujące się drgawkami, wywołującymi ruchy koordynowane kończyn i nako-

niec 4-o *maladie des tics*, gdzie prócz drgawek obserwujemy zaburzenia psychiczne.

(*Semaine médicale. Nr. 15. 1895*).

K. Stróżewski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie kliniczne z d. 30. IV. 1895 roku.

OLTUSZEWSKI, przedstawił przypadek wyleczonego bełkotania funkcyjalnego pochodzenia. Bełkotanie w tym przypadku polegało na zamianie bardzo wielu dźwięków oraz na niemożności utrzymania w pamięci słuchowej sylab danego wyrazu w porządku prawidłowym. Po trzechmiesięcznym leczeniu mowa tego chorego stała się zupełnie zrozumiałą.

Następnie O. demonstrował przypadek niemoty wrodzonej funkcyjalnej, dotyczącej 7-letniej dziewczynki, której sfera intelektualna zбочeń nie przedstawia. W mowie tej brak *j, ch, s, t* oraz miękkich spółgłosek; zamienia *s* na *c*, *cz* na *c*, *sz* na *cz* na *r*, *ł* na *l*, powtarza tylko łatwe do wymówienia dwusylabowe wyrazy, z trzechsylabowych tylko dwie pierwsze sylaby.

RAUM przedstawił dwa kamienie, wydobyte u chorych z pęcherza za pomocą cięcia nadłonowego. Jeden z tych kamieni [większy] pochodził od chorego lat 59, który przed pół rokiem zaczął doznawać bólów w dolnej części brzucha przed, w czasie i po oddawaniu moczu. Przy badaniu R. wyczuł przez ścianę brzucha ponad spojeniem łonowym guz kulisty, twardy o powierzchni gładkiej; kateter natrafił na kamień wielkich rozmiarów; mocz zawierał niewielką ilość ciałek ropnych. Kamień, wydobyty przy cięciu nadłonowym przedstawiał się w postaci nieprawidłowej elipsoidy, posiadał największą średnicę 9 ctm. i ważył 392 grm.. Na powierzchni przekroju widać dwie warstwy: wewnętrzną, koloru jasno-gliniastego i zewnętrzną [białą] o budowie promienistej. Pierwsza z nich składała się z fosforanów ziem alkalicznych z domieszką moczanów i węgla wapnia, zewnętrzną z fosforanów i węgla wapnia, w obu ślady ksantyny.

Drugi kamień, wydobyty u 7-letniego chłopca, waży 34 grm. i na przekroju okazuje 3 warstwy: jądro z otoczką ciemną, składającą się ze szczawianów, warstwę grubą moczanów, i powierzchnną warstwę moczanów z domieszką fosforanów ziem alkalicznych.

Następnie R. demonstrował chorą po wycięciu odbytnicy z powodu nowotworu, zajmującego $\frac{2}{3}$ światła. Przy badaniu stwierdzono obecność guza twardego, płaskiego o gładkiej powierzchni, dość ostro od zdrowych tkanek odgraniczzonego. Guz ten zajmował całą ścianę kiszki i sięgał dolnym brzegiem prawie do odbytu. Cięcie przeprowadził R. w linii środkowej od kości ogonowej do odbytu, a po odkrojeniu odbytu dwoma półksiężycowemi cięciami, założył do odbytnicy dość duży podłużny walek z gazy-jodoformowej. Następnie oddzieloną została odbytnica na przestrzeni 12 centymetrów aż poza nowotwór; ponad górną granicę nowotworu R. posunął walek z gazy

jodoformowej i poniżej wálka podwiázal czasowo odbytnicę grubą ligaturą. Obciázwszy całą odbytnicę wraz z nowotworem, górny jej koniec ściázgnął ku dołowi i skrécając kiskę około podłużnej osi według GERSUNY'ego na 180°, przyszył ją do skóry tylnego kąta rany. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowym. Obecnie rana jest zabliznioną; chora może wstrzymać dowolnie wydalanie ekskrementów stałych, gazy natomiast odchodzą mimowolnie. Guz ten przy badaniu drobnowidzowem okazał się rakiem twardym typu gruczolowego, o okrągłych, dość dużych komórkach, w którym tkanka łączna miejscami jest mocno wybujałą.

SOKOŁOWSKI miał odczyt p. t.; „O pierwotnem włóknistem zapaleniu oskrzeli (*Bronchitis fibrinosa idiopathica*)“. Rzecz ta ogłoszoną jest w № 20 Gazety Lekarskiej.

W dyskusyi DOBRZYCKI przytoczył obserwowany przezeń przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli, dotyczącego mężczyzny lat 43, który skarżył się na napady duszności i kaszel. Pomimo wyraźnego wychudnienia i gorączki żadnych innych zbroceń, oprócz kataru oskrzeli nie stwierdzono. Pobyt w San Remo na stan chorego nie okazał wpływu pomyślnego. W 9 miesięcy potem wystąpiło u tegoż chorego ropne zapalenie opłucnej. Poprawa nastąpiła dość szybko, wkrótce jednak zaczął wykrztuszać błony w postaci rurek, grubości ołówka. Przypadki podobne znane są oddawna, do tej pory opisanych jest 207. Sprawa prawdopodobnie ogranicza się do pewnej tylko przestrzeni oskrzeli i zdarza się nietylko u człowieka, lecz i u zwierząt.

W dopełnieniu do badania wykrztuszanych odlewów MAYZEL zaznacza, że składały się one z włóknika i zawierały ciała eozynofilowe; reakcyje na mucynę dały wynik ujemny.

PRZEWOSKI również jest zdania, że włókna odlewów składają się z włóknika. W celu rozpoznawczym nie wystarcza reakcyja WEIGERT'a, w zmienionych już odlewach trzeba przeprowadzić badania przy użyciu kwasu octowego, reakcyi prof. HOYERA [tyoniny] hematoksyliny i kwasu pikrynowego i t. d.

Prof. BARANOWSKI nadmienia, że każdy z przytoczonych przez prelegenta przypadków do innej powinien być zaliczonym kategorii. 1 szy jest to *asthma bronchiale*; 2-gi przypomina cierpienie zakaźne ze streptokokami, których stopień zakaźności na zwierzętach nie był określony; 3-ci przemawia za zakażeniem miejscowem. Wreszcie prof. B. zgadza się ze zdaniem prelegenta, że ostre samoistne włóknikowe zapalenie oskrzeli nie ma łączności z gruźlicą.

Bronowski zapytuje się prelegenta, czy nie dokonywano badań na obecność pneumokoków.

KRYSIŃSKI dodaje, że na klinice LEYDEN'a obserwował 30-letniego mężczyznę, który przybył z objawami zaburzeń żołądkowych i przez czas dłuższy wypluwał odlewy oskrzelowe.

W odpowiedzi DOBRZYCKIEMU SOKOŁOWSKI zaznacza, że liczba ogłoszonych dotychczas przypadków [207] jest zbyt wielka, wiele bowiem przypadków po krytycznym rozbiórze da się z pewnością z tej kategorii wykluczyć.

BIERMER, który szczegółowo zajmował się tą kwestyą, naliczył zaledwie 58 przypadków do r. 1868. Co się tyczy pasożytów, napotykanych w odlewach,

to S. znajdował streptokoki i pneumobacylle w małej ilości, wszędzie zaś prze-
ważyły gronkowce.

Wiadomości bieżące.

— W oddziale kol. MALINOWSKIEGO przy Warszawskim szpitalu dla dzieci od 13 lutego do 15 czerwca r. b. leczyło się surowicą chorych na błonicę 99, z tej liczby 50 chorych na krup i 49 na błonicę gardła. Wyzdrowiało 80, zmarło 7 [4 na krup, 3 na błonicę gardła], znajduje się w oddziale rekonwalescentów i chorych 12. Ogólnie przeto biorąc, śmiertelność przy leczeniu surowicą w oddziale kol. M. wynosi 7%. Drugą seryę spostrzeżeń klinicznych kol. M. wkrótce ogłosi w Cazezie Lekarskiej. Od kilku tygodni w Warszawskim szpitalu dla dzieci używana jest surowica Warszawska kol. BUJWIDA i PALMIRSKIEGO, która w 10 ctm. sześć zawiera przeszło 1100 jednostek ochronnych.

— „*British Laryngological Rhinol. et Otolog. Association*“, odbędzie swe siódme roczne posiedzenie w Londynie w dniu 25 i 26 lipca r. b.. Na programie postawiono: 1) Leczenie dyfterytu za pomocą surowicy BEHRING'a. 2) Chirurgiczne leczenie cierpień jam obocznych nosa. 3) Leczenie zwężeń krtani. 4) Leczenie chirurgiczne suchot krtani. Na referenta tej ostatniej kwestyi zaproszono kol. HERYNGA.

— Na VII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie [16 i 17 lipca r. b.] będą mieli odczyty: prof. OBALIŃSKI, O modyfikacji postępowania operacyjnego, podanego przez GLEICH'a celem leczenia płaskonoga. BOGDANIK, O operacjach na woreczku żółciowym.

— IX-ty kongres chirurgów francuskich odbędzie się w Paryżu 21 października r. b.. Na porządku dziennym postawiono 2 kwestye: 1) *Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée)* — referent RECLUS. 2) *De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (crâne et rachis exceptés)* — referent HERDENREICH.

— II kongres międzynarodowy thalassoterapii odbędzie się 27--31 sierpnia r. b. w Ostendzie. Kwestya do dyskusyi: 1) *La phthisie pulmonaire au bord de la mer.* 2) *Technique de la cure marine.*

— Uniwersytet w New Yorku otrzymał anonimowo 1,250,000 franków na nowe budowle.

— Prof. CYBULSKI został wybrany dziekanem wydziału lekarskiego w uniwersytecie Jagiellońskim na rok przyszły.

— Prof. MIKULICZ z Wrocławia został powołany na dyrektora kliniki chirurgicznej w Bonn.

— W Paryżu umarł A. VERNEUIL, b. prof. kliniki chirurgicznej.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Sprostowanie. W N-rze 24 Gaz. Lek. na str. 606, wiersz 24 od góry zamiast „okularu“ winno być „objektywu“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довв. Ценаурою, Варшава 8 Іюня 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.