

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z pracowni anatomii patologicznej prof. W. Brodowskiego w Warszawie.

PRZYCZYNEK DO NAUKI O ZIARNISTOŚCI BIAŁYCH CIAŁEK KRWI.

Podał W. Janowski.

Treść niniejszego artykułu stanowią tylko pewne szczegóły, dotyczące morfologii komórek eozynofilowych, techniki ich barwienia, oraz kilka uwag o ropie tryprowej.

Przy poszukiwaniach nad ziarnistością białych ciałek krwi szczególniej zwróciła moją uwagę ropa rzeżączkowa. Dotąd badałem ropę tryprową w pięciu przypadkach i otrzymawszy wyniki, zgodne z wynikami badań Neusser'a ¹⁾, oraz Leyden'a ²⁾, sądzę, że nie są one przypadkowemi. Ropa tryprowa odznaczała się w moich przypadkach wielką ilością komórek eozynofilowych. Na preparatach w jednym przypadku (który, jak i inne, dostarczył mi dr. Kopytowski) ilość ich dochodziła do kilkuset na jednym małym szkiełku pokrywkowym. Był to przypadek najświeższy. Obostrzył się on znacznie po zastrzyknięciu przez chorego niestosownego lekarstwa, i już w kilka godzin potem został przezemnie zbadany. Ropę w innych 4-ch przypadkach badałem dopiero na 3—4 dzień po ukazaniu się wydzieliny. Ilość komórek eozynofilowych była w nich też znaczna, jednakże o wiele mniejsza, niż w pierwszym. Jest to niejako potwierdzeniem zdania Neusser'a, że największej komórek eozynofilowych zjawia się niezwłocznie po największem podrażnieniu wogóle; w danym razie na zwiększenie się ilości komórek eozynofilowych w ropie wpływa, zdaniem jego, podrażnienie gruczołu krokowego. Trudnoby

¹⁾ Neusser. Wiener klinische Wochenschrift, 1892, nr. 3 i 4.

²⁾ Leyden. Deutsche med. Woch., nr. 5, 1892.

chyba zaprzeczyć temu twierdzeniu, tak samo, jak trudno jest przedstawić bezpośrednie dowody za jego słusznością, rozporządzając nawet takim materiałem, jak Neusser. W każdym razie, jest zdaje się, faktem, że już w pierwszych dniach choroby wydzielina tryprowa zawiera znacznie mniej komórek eozynofilowych, niż w samym początku. Tem można sobie wytłumaczyć, dlaczego Ehrlich w jednym ze swoich artykułów ¹⁾ twierdzi, że *wszystkie* komórki w ropie tryprowej są neutrofilowe. Nie wątpię bynajmniej, że może to mieć miejsce, jak to wreszcie i Neusser powiada, jednakże w moich przypadkach ropa tryprowa zawierała, oprócz komórek neutrofilowych, jeszcze bardzo znaczną ilość dużych i małych limfocytów, oraz białych ciałek krwi bez ziarnistości i komórki eozynofilowe tak, że ilość pierwszych na pewno nie przechodziła w przybliżeniu 60% wszystkich tworów morfologicznych.

Jakie jest znaczenie komórek eozynofilowych w ropie tryprowej i w ilu przypadkach w stosunku do wszystkich można je będzie znaleźć w tak znacznej ilości, tego przewidzieć niepodobna. Wogóle jednak trzebaby się chyba zgodzić na to, że o ile dawniej stwierdzanie zwiększonej ilości komórek eozynofilowych we krwi przy jednej tylko leukemii pozwalało mniemać, że znaczenie ich rozpoznawcze może być wielkie, o tyle teraz przy zdaniu tem bynajmniej trwać już nie można. Wiemy dziś, mianowicie, że ilość komórek eozynofilowych znakomicie jest zwiększona we krwi chorych na astmę (Fink ²⁾, Gabriczewski ³⁾); że ilość ich jest ogromna w płwocinie astmatyków (Gollasch ⁴⁾, Fink, Gabriczewski, Leyden ⁵⁾, Weiss ⁶⁾, Neusser, Mandybur ⁷⁾, Aronson i Philipp ⁸⁾), o czem się sam dwukrotnie miałem

¹⁾ Ehrlich. Methodologische Beiträge zur Physiologie und Pathologie der verschiedenen Formen der Leukocyten. Farbenanalytische Untersuchungen zur Histologie und klinik des Blutes. Berlin, 1891, str. 50, oraz Zeitschrift, f. klin. Med., Bd. I. H. 3.

²⁾ Fink. Dissert. Eberfeld, 1890.

³⁾ Gabriczewski. Arch. f. exper. Pathologie und Pharmakologie, 1890, str. 83, oraz Deutsche med. Woch., 1891, nr. 43.

⁴⁾ Gollasch. Fortschritte der Medicin., 1889, str. 361.

⁵⁾ Leyden. Deutsche Med. Woch., 1891, nr. 36 i 38.

⁶⁾ Weiss. Wiener Medicinische Presse, 1891, nr. 41—44.

⁷⁾ Mandybur. Ueber Vorkommen und diagnostische Bedeutung der eosinophüle Zellen in Sputum. Aerztlicher Centralanzeiger, 1892, nr. 5.

⁸⁾ Aronson und Philipp. Deut. med. Woch., 1892, nr. 3.

możność przekonać; że w niektórych postaciach blednicy (Neusser, Canon ¹⁾), chorób skórnych (prurigo, eczema, psoriasis...), przy cierpieniach jajników i t. p. jest ona zwiększona. Weiss twierdzi nawet, że po każdym gwałtownym kaszlu w ogóle znajduje się w każdej plwocinie dużo komórek eozynofilowych, że więc odnosi się to do plwociny nie tylko dusznicowej, ale i wydzielanej przy suchotach płucnych, zapaleniu oskrzeli i wielu innych cierpieniach. Następnie przekonałem się dotąd, że podczas, gdy w jednych przypadkach stanów wyniszczenia spotykamy ich we krwi sporo, w innych (np. ciężka anemija, skorbut, pseudo-leukemija) można ich wcale nie znaleźć. Skoro więc twory te spotykamy przy tak rozmaitych cierpieniach, skoro ilość ich, spostrzegana przez rozmaitych autorów w jednej i tej samej nawet postaci chorobowej, jest tak zmienna, a powiązać z sobą dotąd tych faktów nie możemy, musimy, przynajmniej na teraz, znaczenie rozpoznawcze komórek eozynofilowych sprowadzić do minimum. Sądzę, że nawet przy białaczce znaczenie ich rozpoznawcze nie jest stanowcze. Przynajmniej z pomiędzy trzech białaczek, które badałem, widziałem w dwóch ilość komórek eozynofilowych bardzo znaczną (dziecko 1-roczone z oddziału d-ra Anders'a, oraz chory z oddziału d-ra Dunina), w trzecim zaś (chory z oddziału d-ra Sokołowskiego)—tak niewielką, że zaledwie na kilku preparatach można było znaleźć jedno ciało eozynofilowe. W ostatnim przypadku były wyraźne, daleko posunięte objawy zajęcia gruczołów chłonnych i śledziony, objawów zaś ze strony szpiku kostnego nie było. Możliwy więc właściwie już z tego wnioskować, że ilość komórek eozynofilowych zwiększa się we krwi tylko wtedy, jeżeli białaczka jest pochodzenia szpikowego wyłącznie, lub jeżeli wogóle ten ostatni przyjmuje udział w cierpieniu równocześnie ze śledzioną i gruczołami chłonnymi. W formach, w których szpik kostny nie cierpi, ciałek eozynofilowych może we krwi nie być prawie wcale nawet w pełnym rozwoju choroby, a więc tembardziej w początku jej na zasadzie ilości komórek eozynofilowych niepodobna odróżnić zwykłej leukocytozy od białaczki prawdziwej. Innemi słowy: obecność znacznej ilości komórek eozynofilowych we krwi przy istniejącej leukocytozie może mieć znaczenie rozpoznaw-

1) Canon. Deut. med. Woch., 1892, nr. 10.

cze dodatnie, ale brak ich przy leukocytozie bynajmniej białaczki nie wyklucza.

Rzecz ta da się właściwie à priori przewidzieć, jeżeli się nie jest zwolennikiem poglądów Neumanna o wyłącznie szpikowym pochodzeniu wszystkich białaczek, lecz przyjmuje się pod uwagę i badania Mosler'a (Np. Ein Fall von primärer lymphatischer Leukämie Virchow's Archiv. Bd. 75). Miejmy nadzieję, że dalsze badania będą w stanie wykazać znaczenie komórek eozynofilowych, ale potrzeba ich będzie jeszcze bardzo wiele, zanim rzecz się choć trochę wyjaśni.

Przechodzę do kilku szczegółów co do morfologii komórek eozynofilowych. Ehrlich twierdzi ¹⁾, że bez specjalnego barwienia nie można ich rozpoznać, gdyż: 1) wielkość ich bywa rozmaita, 2) ilość jąder waha się w nich między 1—6, 3) ziarenka ich są rozmaitej wielkości i rozmaicie ugrupowane. Z tego powodu radzi on dla niewątpliwego rozpoznania ziarnistości eozynofilowej barwić ją nasyconym roztworem glicerynowym eozyny lub induliny, lubo też roztworem wodnym orang'u. Naturalnie, im więcej mamy dowodów, przemawiających za danym faktem, tem lepiej. Jest więc bardzo wielką zasługą Ehrlich'a, że postarał się o wskazanie nam wielu odczynów na swoją α -, czyli eozynofilową ziarnistość, gdyż przez to doszedł sam prędko do określenia wielu jej własności, inni zaś, korzystając z tego, mogą w początkach swoich badań nauczyć się rozpoznawania prawdziwych komórek eozynofilowych. Jednakże dziś, kiedy już, dzięki tym pracom Ehrlich'a i jego uczniów, istnienie i własności α -ziarnistości nie ulegają zaprzeczeniu, można być daleko śmielszym w jej rozpoznawaniu. Kto widział chociaż kilka razy komórki eozynofilowe, ten niewątpliwie pozna każdą bez zabarwienia, gdyż ziarnistość jej protoplazmy tak się odznacza swoim blaskiem, wyrazistością swoich konturów, a nadto prawie zawsze wielkością, że literalnie ująć uwagi nie może. Charakterystyczną jest również ta okoliczność, że części protoplazmy, pozostałej między ziarenkami eozynofilowemi, wcale nie widać, czyli, innymi słowami, nie widać, co łączy te ziarenka ze sobą i układa je naokoło jądra, resp. jąder. Nadzwyczajna delikatność części protoplazmy między ziarenkami jest przyczyną, dla której komórki eozynofilowe, wzięte w całości, mają na jednym i tym

¹⁾ Ehrlich. Farbenanalytische etc., str. 11. Ueber die speciſischen Granulationen des Blutes.

samym preparacie wygląd rozmaity. Naturalnie, nie ulegając żadnym wpływom zewnętrznym, każda komórka eozynofilowa będzie prawdopodobnie kulistą, a więc pod mikroskopem okrągłą. Z powodu jednak nadzwyczajnej delikatności części protoplazmy, łączącej z sobą ziarenka, komórki eozynofilowe ulegają bardzo łatwo wpływom zewnętrznym i zmieniają swój wygląd bardzo znacznie. Już samo nawet delikatne zsuwanie z siebie szkiełek, potrzebne przy przygotowaniu preparatu, wystarcza, aby ziarenka eozynofilowe w rozmaitym kierunku porozsuać i przez to zmienić kształt komórek eozynofilowych, podczas, gdy inne komórki zachowują na tym samym preparacie swój kształt prawidłowy.

Wielokrotnie przekonać się można, że, podczas, gdy wszystkie inne białe ciała krwi, a nawet twory tak delikatne, jak ciała krwi czerwone, zachowują na danym preparacie swoją formę prawidłową, komórki eozynofilowe mają na nim wygląd najrozmaitszy. W jednych ziarna leżą bardzo blisko siebie, w innych leżą od siebie nieco dalej, lecz skupiają się jeszcze prawidłowo naokoło jądra; w jeszcze innych są od siebie znacznie oddalone w rozmaitym kierunku, tak, że komórka ma wskutek tego formę zupełnie nieprawidłową; wreszcie w niektórych ziarenka są rozsypane na tak znacznej przestrzeni, że pokrywają sobą nieraz po kilka sąsiednich czerwonych ciałek we krwi, resp. białych w ropie. Rozmaity kształt komórek eozynofilowych spotykamy na każdym preparacie. Jednakże w pewnych przypadkach pewne ich formy przeważają. Naprzykład, komórki eozynofilowe z ziarnistością najbardziej ścisłą, i wogóle, niewielkie spotykałem w przypadku białaczki od d-ra Dunina; przeciwnie, najwięcej form komórek, jakby rozsypanych, widziałem we wspomnianym najświeższym przypadku trypra, oraz w przypadku białaczki u dziecka rocznego. Jak nieznaczne wpływy na komórki eozynofilowe wystarczą dla ich zniekształcenia, a więc jak delikatną jest część, łącząca z sobą oddzielne ich ziarenka, tego dowodem, że już samo przyleganie do nich innych leukocytów powoduje zmianę ich formy. Widziałem, naprzykład, takie komórki, których wszystkie zagłębienia zależały od ścisłego przylegania do nich odcinków sąsiednich leukocytów. Wynika ztąd w każdym razie, że inne leukocyty mają protoplazmę bardziej ścisłą i zbitą, niż komórki eozynofilowe.

Wobec tego, że komórki eozynofilowe rozpoznać bardzo łatwo z ich wyglądu, można, zapoznawszy się z nimi początkowo na preparatach, barwionych ściśle metodą Ehrlich'a, zaprzestać następnie używania do ich barwienia przepisanych przez Ehrlich'a roztworów glicerynowych. Uwaga ta stosuje się zarówno do stężonego roztworu glicerynowego samej eozyny, jak do mieszaniny eozyny, induliny i aurancyi, rozpuszczonych w glicerynie w częściach równych lub według przepisu Podwysockiej (1,25 eozyny, 0,75 induliny, 0,25 aurancyi—rozpuścić kolejno w 10 cm. gliceryny i zmieszać). Po wysuszeniu preparatu na płytce przy 110° C. — 120° C. najzwyczajniejszy roztwór eozyny ($\frac{1}{2}\%$ w 70% -ym spirytusie) wystarczy dla niezawodnego zabarwienia ziarenek eozynofilowych w ciągu 5-ciu, a czasami nawet 3-ch minut. Oplukawszy preparat w wodzie, przenosimy go na 1—2 minut do stężonego roztworu wodnego błękitu metylowego, rozcieńczonego równą częścią wody, oplukujemy go ponownie w wodzie i preparat gotów. To postępowanie, jako bardzo proste (choć bynajmniej nie nowe), zachęca do częstego badania krwi. Wszystkie inne ziarenka eozynofilowe zabarwiają się przy nim również bardzo mocno na czerwono, a protoplazma innych białych ciałek krwi na kolor różowy. Pewna ilość komórek neutrofilowych może się przy zbyt długim barwieniu eozyną zabarwić tą ostatnią, ale odróżnić je od eozynofilowych niezmieranie łatwo. Wreszcie przy krótkim trzymaniu preparatu w eozynie (do 30 minut) komórki neutrofilowe nie zabarwiają się nią nawet w ropy. Barwienie to udaje się również na preparatach, utrwalanych metodą Altmann'a, chociaż w takim razie trzeba je trzymać w eozynie znacznie dłużej (nie mniej, jak 30 minut). Barwienie to ma jeszcze jedną dobrą stronę, której nie ma barwienie roztworami glicerynowymi. Mianowicie, jeżeli ziarenka eozynofilowe ułożą się po jednej stronie jądra, wtedy widać na mocno zabarwionych preparatach po drugiej stronie jego delikatny rąbek protoplazmy, zabarwiony na kolor jasno różowy. Jeżeli zaś ziarenka są od siebie poodsuwane na znaczniejszej przestrzeni, wtedy widać również między nimi miejscami bardzo delikatnie, ale wyraźnie na różowo zabarwione tło protoplazmy.

Jakkolwiek daleko lepiej jest preparaty z ropy, badane na komórki eozynofilowe, suszyć przez godzinę przy 110° — 120° C. na płytce metalowej, jak to radzi Ehrlich dla

krwi, jednakże, gdzie idzie bardzo o pośpiech, dość jest zwyczajnie wysuszyć je nad płomieniem i zabarwić w sposób wyżej przytoczony. Komórki eozynofilowe zabarwią się przytem mniej ładnie, gdyż ziarnistość ich będzie miała przytem kontury mniej wyraźne, ale poznać je będzie można niezawodnie.

Co się tyczy jąder, to komórki eozynofilowe zawierają ich u ludzi zarówno we krwi, jak i w ropy, prawie zawsze po dwa. Komórki jednojądrowe, przy uważnym wpatrywaniu się w każde ciało eozynofilowe, należą do *bardzo* rzadkich. Najczęściej bowiem dwa jądra, bardzo blisko siebie leżące, tak mocno do siebie przylegają, że przy mniej uważnem oglądaniu preparatu wydają się jądrem pojedynczem. Dotąd widziałem komórki niewątpliwie jednojądrowe tylko w przypadku białaczki u jednorocznego dziecka. Niektóre z tych jąder miały kształt rogala. Komórki z trzema jądrami należą do stosunkowo częstych. Czasami są one jednocześnie z ziarenkami dość znacznie od siebie odsuwane. Widziałem też we krwi kilkanaście, a w płwocinie dusznicowej bardzo dużo komórek czterojądrowych. Ehrlich widywał nawet komórki sześćjądrowe.

Z powodu artykułu Ehrlich'a: „Zur Geschichte der Granula“ ¹⁾ starałem się przekonać, jaki jest stosunek rozmaitych ziarnistości, opisywanych przez Ehrlich'a, do ziarenek (granula) Altmann'a ²⁾.

Zbadałem w tym celu dotąd krew 3 leukemików, jednego dziecka miesięcznego, jednego rocznego, kilku żab i dwóch gołębi, oraz ropy tryprową w 4 przypadkach. Okazało się, że jeżeli utrwalić preparat według Ehrlich'a, t. j. krew lub ropy rozprowadzoną na szkiełku wysuszyć przy 110^o—120^o C., a następnie zabarwić sposobem Altmann'a, wszystkie ziarenka eozynofilowe barwią się ślicznie fuksyną na czerwono ³⁾. Ten sam wynik otrzymałem, barwiąc sposobem Altmann'a krew, utrwalaną jego metodą. Mianowicie, rozprowadzałem ją nadzwyczaj prędko na szkiełkach przykrywkowych, wrzucałem ją natychmiast, przed wyschnięciem do mieszaniny Altmann'owskiej

¹⁾ L. c. p. 134.

²⁾ Die Elementarorganismen. Leipzig, 1890.

³⁾ Barwi się gorącym roztworem fuksyny (20^ogr. w 100 cm. wody anilinowej) przez kilka minut i odbarwia się kwasem pikrynowym (1 część stężonego roztworu spirytusowego na 2 części wody).

kwasy osmowego i dwuchromianu potasu ¹⁾ na 1—24 godzin, po tym czasie przemywałem gruntownie wodą, przeprowadzałem przez wyskok i, ponownie oplukawszy w wodzie, barwiłem, jak wyżej, sposobem Altmann'a. Wszystkie komórki eozynofilowe barwiły się przytem wyraźnie na czerwono, chociaż trzeba było preparaty traktować fuksyną dłużej i odbarwiać słabiej kwasem pikrynowym, niż preparaty, utrwalane metodą Ehrlich'a. Neutrofilowa ziarnistość *na tych samych preparatach*, utrwalanych zarówno metodą Altmann'a, jak i Ehrlich'a, nie barwiła się wcale fuksyną. (Naturalnie, czerwone ciała krwi pobarwiły się na nich na czerwono, a jądra wszystkich białych ciałek krwi na kolor żółty). Na preparatach z tych samych przypadków, utrwalanych i barwionych zwykłą mieszaniną Ehrlich'a ²⁾ na komórki neutrofilowe, wykazywałem niewątpliwie ich obecność, barwiąc ich ziarenka na kolor fioletowy. Nie chcę jeszcze wnosić ztąd stanowczo, że ziarnistość neutrofilowa nie da się wogóle metodą Altmann'a uwydatnić, chociaż zdaje się, że tak być powinno, gdyż ziarenka *neutrofilowe* nie powinny się barwić *kwaśną* fuksyną. Gdyby jednak nawet miało to miejsce, to jeszcze byśmy wiedzieli ztąd znacznie mniej, niż daje nam metoda barwienia Ehrlich'a. Sposób bowiem Altmann'a wykazałby nam tylko, że, oprócz ziarnistości eozynofilowej, jest w białych ciałkach jeszcze inna—drobniejsza, o czem wiemy dawno, dzięki badaniom Ehrlich'a, metoda zaś tego ostatniego wskazuje nam na własności chemiczne tej ziarnistości; pierwsza metoda, jako oparta na reakcyi jednakowej ze służącą do wykrycia ziarnistości eozynofilowej, mogłaby nas wprowadzić w błąd, że wszystkie ziarnistości w białych ciałkach krwi są identyczne, gdy tymczasem druga wskazuje nam wyraźnie na istnienie między nimi różnicy wybitnej — oraz na rodzaj tej różnicy.

W końcu dodam, że Weiss przyjmuje, w myśl teoryi

¹⁾ 2,5%-owy wodny roztwór dwuchromianu potasu z dodaniem 1 gramu kwasu osmowego.

²⁾ 125 cm. stężonego wodnego roztworu orang'u;

125 cm. stężonego roztworu kwaśnej fuksyny w 20%-ym spirytusie;

75,0 cm. alkoholu absolutnego.

Zlać i stopniowo mieszając, dolać do tej mieszaniny 125 cm stężonego wodnego roztworu methylgrünü.

Altmann'a, że komórki eozynofilowe są zoogloją bijoblastów niezmienionych, takich, jakie powstają w szpiku kostnym, i że komórki neutrofilowe, bazofilowe i bez wszelkich ziarnistości są ich dalszą przemianą, stopniowo następującą we krwi i dla tego coraz inaczej się barwiącą. Przyjmujemy chętnie, że ziarenka eozynofilowe *we krwi* odpowiadają granulom Altmann'a, gdyż wytrzymują jego reakcję chemiczną. Że zaś są one, w myśl przytoczonych poglądów Weiss'a, jakby jedną tylko fazą życia ziarenek we krwi, odpowiadającą pewnym określonym własnościom chemicznym tych ostatnich, wynika stąd tembardziej, że dla krwi Altmann'owski sposób barwienia jest zaledwie częścią tego, czem są dla niej sposoby Ehrlicha. Pierwszy bowiem zmusza nas do stracenia z pola widzenia ziarnistości, których warunki bytowe, a przez to i własności chemiczne, choć cokolwiek się zmieniły, gdy, przeciwnie, drugie, pozwalają nam widzieć je jeszcze w tych warunkach, a nawet, do pewnego stopnia określić przebywany przez nich okres życiowy.

Przyczynek do patologii rzęs.

Podał

Dr. med. **Br. Ziemiński,**

Ordynator Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

W ostatnich czasach, kiedy cała uwaga okulistów została skoncentrowaną na badanie, zwłaszcza drobnowidzowe, zmian patologicznych, dotyczących pokryw gałki ocznej, wygląd nieprawidłowy rzęs nie zwracał na się uwagi należytej klinicystów. Dane wiadome w tej sprawie datują przeważnie z czasów dawniejszych. O ile sądzić można, nie jeden z tych faktów znanych uległ zapomnieniu. Niektóre z nich podamy, nadto, na podstawie osobistych spostrzeżeń, postaramy się nieco rozszerzyć zakres dotychczasowych wiadomości, co do zmian chorobowych, którym rzęsy ulegają.

Przednia, mocno zaokrąglona, krawędź, czyli wargę zewnętrzną wolnego brzegu powiek pokryta jest ku przodowi wyrastającymi rzęsami, które stoją w dwu, trzech, a nawet czterech rzędach, jeden za drugim; odległość między temi rzędami bywa większą na powiece górnej, aniżeli na dol-

nej tak, że szerokość paska, z którego rzęsy wyrastają, wynosi na górnej powiece 2 mm., na dolnej zaś 1 mm. W kierunku z prawa ku lewej stronie (od nosa do skroni) są one gęściej ustawione na powiece górnej, aniżeli na dolnej, stąd więc liczba ich wynosi na górze 104 do 150, na dole zaś 50—75. W środkowej części powieki wyrastają rzęsy najdłuższe, ku obu zaś kątom stopniowo coraz krótsze; w wewnętrznym kącie oka, naokoło jeziora łzowego, rzęsy są o wiele krótsze i delikatniejsze, aniżeli w pozostałych miejscach. Rzęsy górnej powieki są grubsze i dłuższe: długość ich wynosi najwyżej 8—12 mm., długość zaś rzęs dolnej powieki nie więcej nad 6—8 mm. Rzęsy kobiet zwykle bywają dłuższe. Barwa rzęs, zarówno jak i brwi, odpowiada barwie reszty włosów lub jest cokolwiek ciemniejsza od tych ostatnich. Każda z rzęs jest nieco łukowato zgięta: na dolnej powiece na dół, na górnej ku górze tak, że dolną i górną są zwrócone ku sobie stroną wypukłą. Górne skierowane są w postaci daszka ku przodowi i w dół, dolne zaś mają kierunek bardziej poziomy. Końce rzęs, stojących w różnych szeregach jedno za drugim, są ku sobie zwrócone, jak pojedyncze włosy w pędzelku — przeto u zakończenia tworzą jeden tylko rząd. Przy zamknięciu powiek rzęsy górne i dolne po części krzyżują się, w części zaś górne, jako silniejsze, zginają ku dołowi rzęsy dolne.

Tkwia one dosyć głęboko (górną do 2,5 mm., a dolną do 1,5 mm.) w zbitej tkance łącznej swobodnego brzegu powiek. Ich ustrój drobno-anatomiczny w niczem zasadniczo nie różni się od budowy włosów, wyrastających w innych okolicach ciała. Rzęsy ulegają żywej odmianie. Podrastające młodsze, a cienkie wypychają starsze i grubsze. Okres żywotności rzęs ocenia się na dni 100, niekiedy zaś tylko na 5—6 miesięcy.

Zarówno jak i inne okolice powierzchni ciała, tak i powieki oraz rzęsy często bywają siedliskiem pasorzytów roślinnych (achorion [mucor], trichophyton, mikrosporon etc.), tudzież zwierzęcych (acarus folliculorum, pediculus pubis etc.). Umiejscowienie to jednak w zasadzie mało modyfikuje objawy, jakie te pasorzyty zwykły spowodować, atoli należy pamiętać, iż skóra powiek jest nader cienką i skłoną do zgorzeli przy łaźni znaczniejszem a raptownem obrzmieniu zapalnym. Ze wszystkich pasorzytów, które napotyka my na rzęsach i na brwiach, najwięcej zasługują na uwagę

mędoweszki, jako najzwyklejsze. Już Cels¹⁾ dosyć obszernie i trafnie pisał w tym przedmiocie, a mimo to dotąd *wszawica rzęs* (phtiriasis ciliorum) niejednokrotnie mylnie bywa rozpoznawana. W przypadkach wątpliwych, kiedy pasorzyty są drobne, nie należy poprzestać na badaniu gołem okiem, lecz rozpatrywać rzęsy i brzegi powiek przy pomocy lupy. Mędoweszki tkwią u nasady rzęs, są one mniejsze i bardziej płaskie, aniżeli te, które spotyka się we włosach na głowie; same zaś rzęsy, pokryte ich jajkami brunatnymi, wydają się jakby posypane proszkiem ciemno-brunatnym. Mylne rozpoznanie zwykle polega na tem, iż skutki, jakie sprowadza obecność pasorzytów na powiekach, uważane bywają za chorobę samodzielną powiek, najczęściej za blepharitis ulcerosa. Przy właściwym zaś rozpoznaniu objawów chorobowych szybko się je zwalcza, ostrożnie lecz energicznie wtarłszy w brzegi powiek — najwłaściwiej po epilacyi rzęs—maść, zawierającą rtęć lub jej przetwory.

Niejednokrotnie lekarz nie może pogodzić się z prawdopodobieństwem podobnego rozpoznania i zarówno jak i otoczenie chorego grzeszy fałszywym wstydem, sądząc, iż osobnik dbały o czystość ciała, a należący do sfery społecznej, materyjalnie lepiej sytuowanej, nie może, nie powinien uleść najściu podobnych pasorzytów. Tymczasem w życiu praktycznym nieraz spotykamy się z phtiriasis u osób ze sfer, które najmniej możnaby podejrzewać o niechlujstwo. Zdarzyło się robić podobne odkrycie u dziecka, zostającego pod opieką nie tylko niańki, lecz prócz tego i dwu guwernantek.

Godnemi też zaznaczenia są przypadki, często spostrzeganane, w których uporczywie trwający wyprysk na po-

1) Wielu autorów niesłusznie twierdzi, iż właściwe rozpoznanie wszawicy powiekowej datuje najdalej z końca przeszłego stulecia. Umyslnie więc podaję następną cytata, zaczerpniętą z Celsa—A. Corn. Celsi: De Medicina. VI, 6, 15.—przekład polski prof. d-ra Henryka Łuczkiwieza, str. 396. „Jest także pewien rodzaj choroby, objawiającej się tem, że pomiędzy włosami powiek wszy się wylęgają, co Grecy zowią φθειρίασις (Phtiriasis) [Galen oznacza tą nazwą świerzb (Psora) rzęsów, a właściwą wszawicę powiek zowie Phtheiria; Hipokrates nie wspomina wcale o tej chorobie. Przypisek tłumacza]”; str. 397 „.....na same zaś wszy przykłada się środki takie, które zdolne są zabijać je i zapobiegać ich rozplodnieniu się; w tym celu bierze się: Spumae nitri, Sandarachae, uvae taminiae (=staphysagr.—patrz: Celse. Traduction par M. Chaales des Étangs) aa P. i, które, razem roztarłszy, zarabiają się równą ilością starej oliwy i octem do gęstości miodu”.

wierzchni oka (Eczema palpebrarum, conjunctivae et corneae) dotąd nie ustępował, przy leczeniu najstaranniejszem, póki nie dostrzeżono i nie zniszczono wszy, tkwiących we włosach na głowie.

Z rzędu innych zmian chorobowych, jakim rzęsy ulegają, należy wspomnieć o utracie ich ubarwienia. *Siwizna* (canities, poliosis) *przedczasna* może dotyczyć, albo wszystkich rzęs obu powiek jednego oka, lub też pewnej grupy tychże, np., rzęs, tkwiących w jednej połowie górnej tylko lub dolnej powieki, bądź też w odpowiednich połowach (zewnątrznych — skroniowych, czy też wewnętrznych — nosowych) obu powiek. Zazwyczaj dostrzega się zarazem odbarwienie odpowiedniej części brwi. Ta siwizna rzęs i brwi nadaje szczególny wyraz twarzy, wiadomo bowiem, że rzęsy i brwi znacznie później siwieją, aniżeli włosy, pokrywające inne okolice głowy. Badanie drobnowidzowe wykazuje w tym razie utratę postępową a zupełną barwnika włosów przy braku jakichkolwiek innych zmian chorobowych. Tego rodzaju odbarwienie może być wynikiem unerwienia chorobowego (*poliosis nervotica* — Michel), spotyka się bowiem przypadki, w których rzęsy nagle tracą barwę właściwą; widzimy to nieraz przy *sympatycznym zapaleniu oka i przy innych groźnych sprawach zapalnych głębszych pokryw gałki ocznej*, a niekiedy i u osób, dotkniętych *połowicznym bólem głowy, czy też innymi objawami ze strony nerwu spółczulnego*. We wspomnianych przypadkach daje się zauważyć, iż tylko pewna grupa rzęs, a nawet pewne tylko części pojedynczych rzęs uległy odbarwieniu, np., ich zakończenie, część środkowa, lub też okolica przyległa brzegowi powieki. Ten objaw chorobowy, bądź to zatrzymuje się w pewnej mierze, bądź też czyni dalsze postępy. Zresztą, dobitnie stwierdza się, jaki wpływ mają zaburzenia nerwowe na odżywianie się rzęs i w ogóle włosów, w przypadkach, w których, skutkiem wstrząśnienia okolicy brwiowej, rzęsy, brwi i włosy po odpowiedniej stronie głowy raptownie siwieją i wkrótce potem wypadają.

Niekiedy *ołysienie powiek i brwi* bywa wadą wrodzoną, lecz najczęściej jest zбочeniem nabytem: występuje ono w skutek łupieża (pityriasis rubrum) lub współcześnie z wypadaniem włosów na głowie przy objawach drugorzędnych syfilisu, albo wreszcie w związku z łysiną plackowatą (aloppecia areata). W tego rodzaju przypadkach stosunkowo

ostre kanty brzegów powiek są w zupełności zachowane. Ta więc postać wyłysienia wydatnie różni się od tych przypadków, w których torebki włosowe uległy zniszczeniu, jak to spostrzega się przy wyprysku, wywołującym zapalenie przerostowe brzegu powiek, lub przy wrzodziejącem tudzież przy dyfterytycznem, albo przy — nader rzadkiem u nas — słoniowacistem (blepharitis elephantiaca) zapaleniu powiek.

Prócz siwizny i wypadania rzęs dostrzega się i to nie-równie częściej inne zmiany chorobowe, które głównie dotyczą ich wielkości, oraz postaci, a niekiedy i barwy. Skoro przy sprawach zapalnych brzegu powiek ostrożnie za pomocą szczypczyków odpowiednich usunie się rzęsy i ściśle takowe przy badaniu ugrupuje, wówczas łatwo odróżnić rzęsy chore od zdrowych. Chore mają dwojaki wygląd. Jedne są znacznie grubsze i dłuższe od zdrowych. Podczas gdy zdrowe są łukowato wygięte i równomiernie zwężają się ku obu końcom, chore natomiast mają postać klina wydłużonego, zwężającego się od podstawy ku zakończeniu, lub też są u samej podstawy załamane, zgięte. Przy badaniu mikroskopowem ma się też sposobność porównywać *sprężystość* obu tych rodzajai rzęs. Jeśli, np., wywieramy ucisk lekki za pomocą igielki na szkiełko nakrywkowe w pobliżu zdrowego włosa, to każdorazowo uda się nam zmienić właściwy kierunek podłużny rzęsy zdrowej, np., łatwo zmienić postać łukową rzęsy zdrowej na postać prostoliniijną. Z chwilą, kiedy przestaniemy wywierać ucisk, włos, dzięki zachowaniu zupełnej sprężystości, wraca do formy pierwotnej, ruchy zaś bierne owych dużych rzęs chorych są mało wydatne. Główna atoli różnica polega na ich ubarwieniu. Rozpatrując jednakowo długie tak zdrowe jak i chore rzęsy tegoż samego osobnika, odrazu widzimy, iż włos chory jest silnie zabarwiony, mocno ciemny, barwnik czarny najbardziej uwydatnia się na cebulce włosowej. Tego rodzaju chore rzęsy podtrzymują stan zapalny brzegu powiek tym bardziej, że uporczywie tkwią w powiekach i nie wypadają co trzy, a najdalej co sześć miesięcy, jak to zwykle ma miejsce przy normalnym stanie rzęs. Wadliwość ta podtrzymuje ciągle podrażnienie brzegu powiek i łącznicy, a objawy chorobowe (wrażliwość na światło, zmniejszona wytrzymałość przy pracy — prawdziwa niedomoga oczna [asthenopia]) trwają dotąd, póki się nie usunie tych chorych włosów — jest to jedynie skuteczne leczenie w tym razie.

Badanie anatomo-patologiczne wykazuje, iż tego rodzaju rzęsy w okresie początkowym swego rozwoju ulegają przerostowi, a następnie zwyrodnieniu tłuszczowemu w częściach niezrogowaciałych. Jest to więc *postać przerostowa rzęs*.

Dostrzega się też innego rodzaju rzęsy chore. Są one nader wątłe, przeciętnie krótsze i cieńsze, aniżeli rzęsy prawidłowe, przytem bywają zgięte, załamane, faliste lub też innej postaci, w każdym razie odmiennej od formy łukowej rzęs prawidłowych. Natomiast posiadają one barwę normalną lub są nieco bledsze, a na ich cebulkach nie widać barwnika ciemnego, w który obfituje rodzaj rzęs, o którym wyżej była mowa. Na podstawie badania mikroskopowego należy zaliczyć tę kategorię chorych rzęs do okazów *formy zanikowej*: tu bowiem rzęsy zdrowe w czasie swego rozwoju popadają w zanik i zwyrodnienie następcze.

Na te dwie postaci chorobowo zmienionych rzęs—postać przerostową i postać zanikową—chciałem głównie zwrócić uwagę kolegów, gdyż, o ile sądzić można, dotąd są to sprawy nader mało znane.

Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokastyki

W CHOROBACH GARDŁA, KRTANI, NOSA I USZÓW.

Napisał

Dr. Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych
w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

Racyjonalne leczenie różnorodnych cierpień górnego odcinka dróg oddechowych w ostatnich zaledwie kilku dziesiątkach lat zdołało sobie wywalczyć prawo obywatelstwa. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że najwięcej do tego szczęśliwego zwrotu przyczyniło się wprowadzenie do terapii wyżej omawianych chorób—łęgadła galwanicznego. „Bei der geringen Auswahl stärkerer, nicht zerfliessender Aetzmittel muss die Einführung der Galvanokastik—als ein äusserst segensreicher Fortschritt berechnen werden” mówi Schech ¹⁾—jeden z najwybitniejszych współczesnych znawców chorób nosa i gardła. Rzeczywiście, galwanokastyka, zwłaszcza w pewnych cierpieniach nosa, jest środkiem nieocenionym, nie dającym się niczem zastąpić. Ist-

nieją również pewne stany chorobowe jamy nosogardzielowej, gardzieli, a po części krtani i uszów, gdzie żegadło galwaniczne stanowi dzielny środek leczniczy.

Zadaniem niniejszej pracy jest przedstawić na podstawie własnego doświadczenia to olbrzymie znaczenie, jakie ma obecnie galwanokaustyka dla laryngo-rhinologii—znaczenie, jakie, zdaniem mojem, nie jest jeszcze należycie przez wszystkich oceniane.

Ojczyzną galwanokaustyki są Niemcy — mianowicie Wrocław, tu bowiem Middeldorpf pierwszy w r. 1854 ogłosił pracę pod tytułem: „Die Galwanokaustik -- ein Beitrag zur operativen Chirurgie”. Ztąd również Voltolini, najżarliwszy zwolennik i propagator tej metody, ogłosił cały szereg prac (2—4), mających na celu nadanie galwanokaustyce jaknajszerszego zastosowania w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Oprócz dwóch powyższych autorów, którym słuszenie należy się miano ojców galwanokaustyki—mniej, lub więcej obszernie w tej kwestyi pisali następujący autorowie: Boecker (1872)⁵⁾, Schech (1877)⁶⁾, Bruns⁷⁾, Hedin-ger⁸⁾ (1878), Mulhall (1884)⁹⁾, Shurly (1884)¹⁰⁾, Harrison Allen (1885)¹¹⁾, Baumgarten (1885)¹²⁾, Neumann (1886)¹³⁾, Schweig (1890)¹⁴⁾, Goodwillie (1891)¹⁵⁾, Mac-Intyre (1891)¹⁶⁾, Bresgen (1891)^{17—18)} i inni.

Wreszcie mniej, lub więcej szczegółowe wzmianki o metodzie tej znajdują się w podręcznikach dla chorób gardła, krtani, nosa i uszów—a więc Mackenziego¹⁹⁾, Moldenhauer'a²⁰⁾, Moure'a²¹⁾, Politzer'a²²⁾, Hartmann'a²³⁾, wreszcie w najnowszych Jurasz'a²⁴⁾, Flatau'a²⁵⁾, Schroetter'a²⁶⁾, Schnitzler'a²⁷⁾, Mac-Donald'a²⁸⁾, oraz innych. Nasza literatura natomiast, o ile mi wiadomo, nie posiada dotąd ani jednej pracy, specjalnie o galwanokaustyce traktującej.

I. Galwanokaustyka w cierpieniach nosa.

Żegadło galwaniczne bez zaprzeczenia najczęściej znajduje swe zastosowanie w nosie i to przy różnorodnych cierpieniach. Na pierwszym miejscu postawić tu należy przewlekły przerostowy nieżyt nosa (rhinitis chronica hypertrophica), objawiający się przedewszystkiem mniej, lub więcej znacznymi przerostami muszel. Wiadomo powszechnie, jak częstem jest to cierpienie. Jurasz np. na 775 przypadków nieżyty przewlekłego nosa—w 400, a więc w większej połowie znalazł przerost muszel bądź dolnych, bądź też śre-

dnich. Wiadomem jest również, jak niewdzięcznym jest leczenie tego cierpienia środkami zwykłymi, jako to: pęzłowaniami, szprycowaniami etc.

Jedynym racjonalnym leczeniem tego cierpienia—jest usunięcie tych przerostów na drodze operacyjnej—resp. zniszczenie ich. Ku temu mamy kilka środków, które, odpowiednio do ich działania, w takim idą porządku; kwas trójchloroctowy, kwas chromny i galwanokaustyka (naturalnie mowa tu o najważniejszych). Nie będę tu szczegółowo mówił o wyższości ostatniego środka nad dwoma pierwszymi, w innym miejscu ²⁹⁾ kwestyję tą obszernie poruszałem. Dodam tu tylko nawiasowo, że jedynie przy pomocy żegadła galwanicznego jesteśmy w stanie usunąć znaczną część przerosłej tkanki—używszy do tego pętli, czego dwoma pozostałymi środkami nie da się skutecznie. Ten wzgląd—obok niezwykle energicznego działania—działania, które może być jednak najzupełniej ściśle umiejscowionem (Przedborski ³¹⁾), zmusza nas do używania galwanokaustyki niezwykle często. Voltolini (p. 114, l. c.) mówi: „So operirt man dieselbe (t. j. przerosłe muszle) auf die einfachste und schmerzloseste Weise durch die Galvanokaustik und *ich habe mich niemals einer anderen Methode bedient*“.

Ja również zawsze, gdy mam pod ręką aparat galwanokaustyczny, tą drogą tylko usuwam przerost muszel. Metoda ta, którą w ostatnich czasach stosowałem niezwykle często, dała mi tak pomyślne rezultaty, że rzeczywiście żadną inną zastąpić się nie da. Galwanokaustyka przy leczeniu przerostowego kataru nosa stanowi, zdaniem mojem, idealną nieomal metodę leczniczą. Zresztą pod tym względem chyba dziś wśród rhinologów nie może być dwóch zdań. Wprawdzie w ostatnich czasach Laker—autor obszernej pracy o mięsieniu błon śluzowych nosa i gardła ³⁰⁾ odmawia galwanokaustyce prawa obywatelstwa, mówiąc, że niszczy ona zbyt wiele tkanki, jakkolwiek chorej, lecz fizjologicznie ważnej, przyczem na jej miejscu wytwarza się tkanka bliznowata—niezdolna do funkcji. Utrzymuje on dalej, że taż tkanka bliznowata może stać się punktem wyjścia, odruchów patologicznych (przyp. Rethi'ego). Wreszcie twierdzi on, że przy przerostowym katarze nosa, prawie cała błona śluzowa przyjmuje udział w sprawie chorobowej i dla tego to np. dla otrzymania dostatecznej powierzchni oddechowej, należałoby zbyt wiele niszczyć tkan-

ki, a przy odruchach—wszystko niemal, gdyż z każdego punktu błony śluzowej nosa odruch może brać początek. Przy bliższem jednak rozpatrzeniu dowodzenia autora nie wytrzymują krytyki. Wreszcie sam on, jak to z jego pracy przekonać się można, względnie często ucieka się do galwanokaustyki, jako do niezawodzącego nigdy ręko-czynu.

Żegadło galwaniczne przy przeroście muszel stosujemy, albo pod postacią kauterów, albo też pętli. Dla tej ostatniej wskazane są przedewszystkiem t. zw. polipowate muszle, t. j. mniej, lub więcej znaczne, ograniczone, pod postacią guzów zwykle w przednich, rzadziej tylnych końcach muszel występujące zgrubienia, rozrosty błony śluzowej, które doskonale dają się ująć w pętlę i odciąć. Są to dla specjalistów najwdzięczniejsze przypadki, gdyż bezpośrednio następstwem operacji bywa zazwyczaj przywrócona drożność nosa, czego nie możemy powiedzieć zawsze o przypalaniu mniej lub więcej rozlanych przerostów, stanowiących wskazanie dla użycia żegadła, gdzie z powodu tworzących się grubych, obfitych błon rzekomych, oraz silniejszego zazwyczaj odczynu zapalnego, drożność nosa powoli tylko powraca. Jurasz, który, gdy chodzi o przerost znaczny muszel średnich, chętnie stosuje pętlę gorącą, do takichże przerostów muszel dolnych nie radzi używać pętli, utrzymując, że jakoby się miała ześlizgywać. Twierdzenie to jest słusznem, można jednak, sądzę, zaradzić temu, a to w następujący sposób: jeżeli przerost dolnej muszli (przedniego końca), jakkolwiek znaczny, niema charakteru polipowatego—i jest obawa, że przy nałożeniu pętli, ta ostatnia ześlizgnie się po powierzchni, przyczem albo bardzo mało, lub nawet nic z przerosłej części nie odetniemy, to albo ujętą część w pętlę—przytrzymujemy i wyciągamy jednocześnie haczykami (jak to np. robi się przy operacji przerosłych migdałów), lub przed wciąganiem pętli odrazu puszczamy strumień, otrzymując w ten sposób brózdę dość głęboką, która w większości przypadków, jak się o tem przekonać mogłem, niedopuszcza do ślizgnięcia się pętli, przyczem zawsze udaje się odciąć mniej, lub więcej znaczną część przerosłej muszli. Naturalnie w przypadkach tych użyć można również, jakkolwiek z mniejszem powodzeniem przypalania kauterów. Kauteryzacje te jednak powinny być energiczne, głębokie i dla tego płaskie kautery, jako

zbyt powierzchownie działające, mniej są tu wskazane, aniżeli ostre, którymi albo robimy brózdy głębokie wzdłuż całej przerosłej części muszli (najczęściej dwie, lub trzy równoległe), albo rzadziej, robimy kilka mniej, lub więcej głębokich wklówań. Przerosty tylnych końców muszel, wymagają nieco odmiennego leczenia galwanokaustycznego, że jednak metoda ta jest do pewnego stopnia analogiczną do tej, jaką się posługujemy przy operacjach guzów w jamie nosogardzielowej, powiem więc o niej w 2-giej części. Jeżeli odnośnie do muszel dolnych przypalania żegadłem galwanicznym częściej znajdują zastosowanie, aniżeli pętla, to rzecz się ma odwrotnie, gdy chodzi o muszle średnie. W przypadkach przerostów przednich końców muszel średnich pętla ma stanowczo i to słusznie wyższość nad kauterami, gdyż i o efekt resp. przywrócenie drożności nosa łatwiej i mniejsze są szanse zrostów, jakie, wobec blizkiego sąsiedztwa przegrody nosa, mają wszelkie warunki do wytwarzania się. Jeżeli już jednak (przy mniejszych przerostach) mamy użyć żegadła, to ostrym bezwarunkowo należy dać pierwszeństwo nad płaskimi. Najlepiej je wtedy stosować pod postacią mniej, lub więcej głębokich wklówań jak to również zaleca między innymi Flatau. Żadnego przytem ropienia i w ogóle szkodliwych następstw, jak utrzymują niektórzy autorowie, nigdy nie widziałem.

Drugim cierpieniem, przy którym wskazanem jest użycie żegadła galwanicznego, są t. zw. polipy śluzowe nosa. Pominąwszy już kwestyję operacji polipów kleszczami, czego dziś już nawet niektórzy chirurgowie nie zalecają, jedynem racjonalnem leczeniem tego cierpienia jest pętla, czy to zimna, czy też gorąca, t. j. galwanokaustyczna. Tą ostatnią już w 1854 r. stosował Middeldorpf, mówiąc, że działa ona „niezwykle szybko, elegancko i z małym krwawieniem połączona”. Voltolini (str. 298 l. c.) mówi: „die mildeste und beste act, die Nasenpolypen zu entfernen, ist unbedingt Galvanokaustik”. Semon (l. c., 536 str.) również jest gorącym zwolennikiem pętli gorącej. Toż samo Schech i Jurasz, który tylko używa gorącej pętli. Jak widzimy, galwanokaustyka, mianowicie pętla przy operacyjnem leczeniu polipów nosa ma swoich poważnych zwolenników. Są jednakże i tacy, jak Forster ³²⁾ i wielu innych, którzy zimną pętlę przekładają nad galwanokaustyczną. Cała prawie np. szkoła angielska z Mackenzie'm na czele nie stosu-

je tej ostatniej. Co się mnie tyczy, to podobnie, jak to ma miejsce przy przerostach polipowatych muszel, gdzie przekładam pętlę gorącą i przy polipach nosa używam tylko tej ostatniej (zwłaszcza w ostatnich paru latach), a czynię to z następujących powodów. Wiadomo, że w celu uniknięcia recydywy polipów, nie powinniśmy się zadawał-
 niać jedynie usunięciem tych ostatnich, lecz o ile to jest możliwym zniszczyć resztki (nóżkę), jako też i tę część błony śluzowej, która im dała początek. Zwolennicy zimnej pętli radzą robić w ten sposób, że po odcięciu polipa, płaskim kauterem przypalają, raczej usiłują przypalić jego przyczep, choć łatwiej to powiedzieć, niż wykonać. Każdy, kto operację polipów nosa ma często sposobność wykonywać, wie o tem doskonale, jak trudną, często niemożliwą jest rzeczą w przypadkach polipów, przedstawiających się pod postacią zbitej masy, odnaleźć miejsce i przyczep i doszczętnie je zniszczyć. Powiem nawet, że teoretycznie rozpatrując rzecz, nie jest to tak łatwem, jakby się wydawać mogło. Wiadomo, że najczęściej polipy biorą początek z dolnej wargi hiatus semilunaris, t. j. z processus uncinatus ossis ethmoidi. Wiadomo również, że tylko przy sprawach zanikowych na muszli średniej miejsce to jest dla gołego oka dostępnem, w warunkach prawidłowych, jeszcze więcej przy przeroście błony śluzowej muszli średniej (co przy polipach bardzo często ma miejsce), warga dolna szczeliny półksiężycowej jest zakrytą od góry średnią muszlą. To co w tej chwili powiedziałem, miałem sposobność w bardzo wielu przypadkach na trupie stwierdzić, zajmując się bowiem od roku przeszło kwestyją sondowania zatok bocznych nosa, na okoliczność tę baczną zwracałem uwagę, zwykle dopiero po odcięciu nożyczkami średniej muszli, miałem ad oculos hiatus semilunaris, wraz z dwiema wargami (górną i dolną). Nie dość na tem w 4-ch przypadkach udało mi się natrafić na polipy, biorące początek jeden dwiema nóżkami z przedniego końca processus uncinatus, drugi zaś wzdłuż całej dolnej wargi, z pozostałe ze średniej części proc. uncinatus. W tych przypadkach przyczepy były najzupełniej pokryte średnią muszlą, niezbyt nawet przerosła. Gdzież więc tu możliwość dokładnego przypalenia tych przyczepów? Mógłby mi kto odpowiedzieć, że można podejść pod średnią muszlę i owe resztki zniszczyć. Działać jednak będziemy wtedy na ślepo, a w tych warunkach tru-

dno mówić o absolutnem zniszczeniu przyczepu polipa. Jeżeli jednak miasto zimnej, użyjemy pętli gorącej, jeżeli pętlę, którą naturalnie stosujemy z początku jako zimną, dokładnie zaciśniemy około miejsca przyczepu, co przy pewnej wprawie i umiejętnem ściąganiu pętli wraz z jednoczesnem parciem ku ewentualnemu miejscu przyczepu (pod średnią muszlę) jest możliwem, jeżeli wtedy zamiast szybko odciąć—ewent. oderwać, jak to czynią niektórzy (licząc na wyrwanie t. zw. korzenia polipa), bardzo wolno będziemy z częstymi przerwami puszczać prąd resp. wypalali miejsce przyczepu, to do pewnego stopnia będziemy już zabezpieczeni od recydywy. Rzecz prosta, że i tu jeszcze, gdy przyczep ten będzie widocznym, nie powinniśmy się zadawałniasz tą metodą, lecz jeszcze płaskim kauterem to samo miejsce przypalić, o ile naturalnie jest to możliwe. Tak czy owak, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że o wiele mniejszą będzie szansa recydywy w przypadkach operowanych pętlą gorącą, jak zimną (tegoż samego zdania jest i Semon, gorący zwolennik pętli galwanokaustycznej), natomiast Mac Donald woli pętlę zimną—dowodząc, że niepotrzebnie się tylko wywołuje reakcję zapalną, oto dla czego ja pierwszą nad drugą metodę stanowczo przekładam. Lecz jest jeszcze i inny powód, a właściwie są jeszcze inne powody, dla których pętla galwanokaustyczna ma wyższość nad zimną przy operacji polipów nosa. Mianowicie zdarzyć się może, że na dany polip nakładam pętlę zimną, ściągam ją i pomimo nawet pewnej forsy guza odciąć nie jestem w stanie. Przypadki takie, jakkolwiek rzadziej tu, jak w jamie nosogardzielowej, jednak się przytrafiają, są to zwykle, jak mnie przekonały odnośne badania drobnowidzowe, formy przejściowe od zwykłych śluzaków (fibromata mollia) do guzów z mniej lub więcej znaczną ilością zbitej tkanki łącznej (fibromata dura). W przypadkach powyższych nie pozostaje nam nic innego, jak zrobić silną trakcję, nie zważając na ból, jaki przez to choremu sprawiamy. Zwykle przytem, oprócz polipa wyrywamy mniej, lub więcej znaczny kawał kości (muszli), co przyznać trzeba, jeżeli i nie prowadzi zazwyczaj za sobą poważniejszych następstw, to w każdym razie zarówno dla chorego, jak i dla lekarza przyjemnem stanowczo być nie może. Jeżeli zamiast zimnej użyjemy w tych razach pętli gorącej, to unikniemy tych nieprzyjemnych następstw, o jakich powyżej mówiłem. Nie zapominajmy

o tem, że pętlę gorącą można z początku użyć, jako zimną, gdy jednak napotkamy silniejszy opór przy ekstrakcy, wtedy ostrożne zastosowanie strumienia elektrycznego pozwoli nam dokończyć operacyi bez bólu, bez silniejszego krwawienia, a co ważniejsza bez uszkodzenia muszli. W ten sposób używa pętli gorącej Jurasz, tak i ja czasami postępuję. Dalej, jak już wspomniałem parokrotnie, stanowczo ból przy stosowaniu pętli zimnej jest większy, również i krwawienie jest obfitszem. Takie jest między innymi zdanie Semona. Oto jak w tej kwestyi się wyraża E. Fraenkel ³³). „Wer viel und lange Zeit die Galvanokaustik bei den hier hauptsächlich in Betracht kommenden Erkrankungen—Hyperplasien der Muschelbeleidung, Geschwülste der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes etc. in Gebrauch zieht, der wird ein immer begeisterter Anhänger dieser Therapie werden; die leistet hierbeimehr, als irgend ein chemisches Aetzmittel, oder auf kaltem Wege zerstörende Instrumente, was insbesondere auch für die GlühSchlinge der kalten Schlinge gegenüber gilt”.

To cośmy o galwanokaustyce powiedzieli, odnośnie do form przerostowych na muszlach, jako też polipów nosa, odnosi się mutatis mutandis i do innych spraw nowotworowych. I tak np. tak zwane brodawkowate zwyrodnienie (resp. papillomata) dość często spostrzegane (Jurasz 13 przypadków, ja 3, wszystkie na dolnych muszlach), ze względu na obfite zazwyczaj unaczynienie, tylko gorącą pętlą winny być usuwane, a to dla uniknięcia znacniejszego krwawienia (Aysaguer ³⁴). Wprawdzie przeciwnicy pętli gorącej utrzymują, że właśnie ona to może wywołać tę ewentualność. Zarzut ten jednak nie wytrzymuje krytyki, gdy się naturalnie odpowiednio z pętlą galwanokaustyczną manipuluje. Jako prawidło: nie należy zbyt silnie rozpalać drutu, inaczej przetnie tkankę, jak nożem, nie wytworzy zakrzepu w naczyniach i wtedy rzeczywiście spowodować może krwawienie, należy więc dla uniknięcia tego, często przerywać strumień, przez co drut jedynie do czerwoności będzie rozpalony i na daną tkankę działać będzie wolno; wtedy możemy być pewni, że krwawienia nie będzie (Semon).

Naturalnie, że wykluczyć tu należy specjalne jakies przypadki, gdzie, albo chory nie zastosuje się ściśle do przepisów lekarza, jak to np. miało miejsce w jednym z moich

przypadków (25-letni mężczyzna, po usunięciu pętlą gorącą polipowato przerośniętej błony śluzowej w przednim odcinku muszli dolnej lewej. W parę godzin po operacji wystąpił silny krwotok, chory jednak się przyznał, że bezpośrednio po operacji, zamiast udać się do domu, jak to mu było zaleconem, chodził jeszcze za interesami i zbyt pośpiesznie wyjął tampon z waty, jaki mu założyłem do lewej nozdrzy nosa). Wreszcie odnoszą się tu te stany, które podciągamy pod kategorię haemophilia, taki przypadek u chłopca 18-letniego również miałem sposobność obserwować. Po usunięciu gorącą pętlą muszli średniej lewej (polipowato zwyrodnionej części przedniej), zaraz po operacji wystąpił silny krwotok nosa, który z pewną trudnością udało się zatamować.

Jeżeli przy użyciu pętli gorącej krwawienia wyjątkowo tylko zdarzyć się mogą, to nie możemy powiedzieć tego o zimnej pętli, przy której, jako prawidło występują, jak o tem niejednokrotnie przekonać się mogłem i co mnie ostatecznie zniechęciło do tej metody. Jeszcze w większym stopniu, jak przy zwykłych przerostach muszel, tyczy się to brodawczaków (papillomata), jak o tem już wspomniałem, dalej naczynek (angiomata z przyp. Jurasza), dalej włókniako-gruczolaków (fibro-adenomata— z w ostatnich czasach spostrzegalem, jeden u 40 letniego mężczyzny na dolnej muszli nosa, drugi u 12-letniego chłopca na części chrząstkowej przegrody, w tym ostatnim przypadku z braku pod ręką aparatu galwanokaustycznego użyłem pętli zimnej, przyczem wystąpił bardzo silny krwotok, badanie mikroskopowe przekonało mnie, że w tym przypadku miałem do czynienia z niezwykle unaczynieniem, fibro adenoma angiomatodes). Pętli gorącej również należy dać pierwszeństwo przy nowotworach złośliwych nosa (rakach, mięsakach), (Jurasz-Mackenzie), czy to jeżeli chcemy dla zbadania drobnowidzowego wyjąć kawałek guzu, czy to próbując całkowitego wycięcia guza (przyp. Lincolna⁵³) — melanosarcoma nosa uleczony na drodze galwanokaustycznej). Są to bowiem zawsze b. krwawiące guzy. Oprócz jednak tych dwóch spraw chorobowych w nosie (przerostów i guzów), które stanowią bezwarunkowe wskazanie do stosowania żegadła galwanicznego jest jeszcze cały szereg innych, przy których galwanokaustykę z mniejszem lub większem można stosować powodzeniem. O sprawach tych po-

krótko wspomnę. I tak przy wadach rozwojowych nosa, czy to wrodzonych (Schwendt ³⁶), czyli też nabytych, a więc np. przy błoniastych bliznowatych zarostnięciach jam nosowych od przodu lub od tyłu (Votolini) można z powodzeniem zastosować kauter, zwłaszcza ostry. Tu należą również i synechiaie. Taki zrost błoniasty, prawdopodobnie wrodzony, pod postacią mostku, między przegrodą nosa z muszlą dolną, dzielącego nos na dwa piętra, z powodzeniem operowałem kauterem u jednego z kolegów. Drugi analogiczny przypadek również na drodze galwanokaustycznej wyleczony spostrzegalem w ostatnich czasach. Jurasz również oddaje tej metodzie pierwszeństwo nad dłućkiem i nożem, twierdzi on, że, przynajmniej, w pierwszych dniach strupy po przypaleniu nie dopuszczają do zrostów. Dalej t. zw. „Knochenblase”, t. j. kostne rozdęcia w przednim końcu muszli średniej, a zwłaszcza deviatio septi angularis, zarówno jak spinae i cristae, o tem ostatniem jednak cierpieniu bliższe szczegóły znajdzie czytelnik w innem miejscu ³⁷). Oto są cierpienia, przy których bardzo często stosuje się galwanokaustykę. Dalej Havilland Hall ³⁸), Keller ³⁹), Sajou ⁴⁰), Seiler ⁴¹), Thomas ⁴²) i Schleicher ⁴³) stosują ją przy t. zw. heufieber, t. j. siennej gorączce, Cozzolino ⁴⁴) przy rhinitis caseosa. I przy rhinitis atrophica, cierpieniu, przy którym całe szeregi leków i metod po większej części bezskutecznie stosowano, zalecają niektórzy galwanokaustykę (Abeille ⁴⁵), i przyp. b. uporczywy wyleczony), Mackenzie w 3 przyp. widział poprawę, Schech jednak metody tej nie pochwała, gdyż wywołuje ona blizny i jeszcze większy zanik błony śluzowej. Przy lues, tuberculosis (Jurasz), tyfus (Bruno ⁴⁶), Mackenzie) rhinoscleroma (Mackenzie), stosuje się pętla gorąca dla usunięcia guzowatych wyniosłości. Jurasz w 9 przyp. verrucae przy przejściu skóry w błonę śluzową nosa z powodzeniem zastosował pętlę gorącą. Ja również w 2 przypadkach fibroma molluscum wargi górnej użyłem tejże metody. Bardzo często i to z wielkim efektem można zastosować galwanokaustykę przy epistaxis, warunkowanem zmianami w błonie śluzowej septi cartilaginosi (rozszerzone naczynia, nadżarcia etc.). Bardzo wdzięczny przyp. podobnego cierpienia, u pani B., lat 60 liczącej, przed 1½ rokiem spostrzegalem i operowałem (płaskim kauterem), przyczem krwawienia, powtarzające się niezwykle często w ciągu lat 20 i wysoce chorą wyniszczające

ustąpiły w zupełności. Wobec tego dziwnem mi się wydaje słowa Jurasza: „Z przypalaniem krwawiącego miejsca lapisem lub galwanokauterem, jak to zalecają niektórzy autorowie, należy stanowczo się wstrzymać, zwłaszcza, gdy chodzi o septum. Przypalania nie wywołują tu w cienkiej warstwie miękkiej tkanki działania haemostatycznego, lecz zwiększają utratę substancyi, niszczą obnażone naczynia i więcej szkodzą, jak pomagają”. Dalej przy ciałach obcych w nosie stosują niektórzy (Voltolini, Betz), kauter, przy czym, albo przy pomocy jego rozdzielają ciało obce na części i tem pomagają do jego usunięcia, lub też robi się galwanokauterem otwór, loch, licząc na to, że przez ściągnięcie się, ciało obce samo się wydzieli. Niektórzy w przypadkach parosmia stosowali przyżeganie regionis olfactoriae. Voltolini radzi brzegi ulceris septi nasi cartilaginosi przyżęgać kauterem. Przy obrzmiewaniu peryjodycznem tkanki jamistej muszel, zalecają wkłówanie ostrego kauteru w tąż tkankę. Wreszcie dodać winieniem, że przy hyperplalii błony śluzowej antri Highmori Cozzolino ⁴⁷⁾ zaleca w ostatnich czasach przyżeganie żegadłem galwanicznym.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

112. V. FRANKL-HOCHWART. **Die Tetanie.** (Berlin, 1891 Aug. Hirschwald).

Wyczerpująca to monografia tetanii, którą autor dzieli na kilka grupp: 1) Tetanija występująca u osobników zdrowych. 2) Tetanija u osobników z cierpieniami żołądka i kiszek. 3) T. przy ostrych zakaźnych chorobach. 4) T. toksyczna. 5) T. u ciężarnych, rodzących i karmiących. 6) T. po wyluszczeniu wola.

Odnosnie do etjologii tetanija występuje w pewnych okresach czasu i w pewnych miejscowościach, co dowodzi, że przynajmniej niektóre jej postaci należą do chorób zakaźnych.

Przebieg i rokowanie są różne i zależą od postaci choroby i etiologii. Najlepsze rokowanie co do wyzdrowienia daje tetanija u zdrowych robotników, jakkolwiek przebieg może być powolny z nawrotami. Gorszem jest rokowanie przy tetanii ciężarnych, rodzących i karmiących, najgorszem przy tetanii po wyluszczeniu wola. Zejście bywa tu śmiertelne lub choroba przechodzi w myxoedema.

Anatomija patologiczna nie dostarczyła dotąd danych pozytywnych, prawdopodobnem jest ośrodkowe pochodzenie objawów.

Terapija polega na usuwaniu zasadniczego cierpienia i objawowa: spokój i środki palijatywne (chlorał, morfina).

Tenże autor w *Jahrb. f. Psych.* IX 1 i 2 opisał trzy przypadki psychozy współtowarzyszącej tetanii. *L. Rzezniewski.*

113. Dr. F. CHVOSTEK. O zachowaniu się nerwów czuciowych, nerwów słuchowych i oporu przewodnictwa w skórze przy tetanii. (Z klin. prof. Kahlera w Wiedniu). (*Zeitschrift für Klin. Medic.* 1891, B. XIX str. 489—538).

Autor badał wykazaną przez Hoffmann'a uczuciową pobudliwość mechaniczną i elektryczną (galwaniczną i faradyczną) czuciowych nerwów tetanii. Co do nerwów zmysłów autor wybrał do oceny pobudliwość n. słuchowego, jako oddziaływającego w fizjologicznych warunkach mało na elektryczne bodźce i którego oddziaływanie łatwiej ocenić badającemu; próbował również zachowania się oporu przewodnictwa w skórze przy tetanii, idąc za przykładem Kahlera. Przedmiotem badań było 17 chorych na tetanię. Znalazł on odnośnie do nerwów czuciowych szereg objawów czuciowych od b. małych aż do tak znacznych, że panują nad całą symptomatologiją. Objawy czuciowe występują jako zwiastuny napadów kurczowych pod postacią parestezyi, świerzbień, mrowienia, uczucia zimna i t. p. na obwodzie kończyn, albo stale na jednych miejscach, albo je zmieniają i najczęściej pozostają po napadzie kurczowym, co dowodzi, że cierpienie trwa. W napadzie chorzy skarżą się na uczucie obumarcia w częściach kurczowi uległych i na bóle piekące i ciągnące w nerwie lub całej kończynie, jęczą przy każdym poruszeniu i są przygnębieni. Zaburzeń obiektywnych czuciowych przytem brak (uczucie na dotyk, ból, temperatura zachowana lub tylko zlekka i to b. rzadko zmienione (Manuvrier, Hasse, v. Jaksel). Przy najlżejszem opukiwaniu palcem nerwu (naprz. ulnaris) silne parestezje w zakresie jego rozprzestrzenienia. Ta nadpobudliwość mechaniczna ulega wahaniom proporcjonalnie do innych objawów lub niezależnie i znika w niektórych nerwach. Właśnie te wahania potwierdzają, że nadpobudliwość mechaniczna jest patologiczną nie zaś przypadkową. Podczas napadu nie brak nigdy nadpobudliwości mechanicznej nerwów czuciowych i nie tylko na nerwach czuciowych części kurczem dotkniętych lecz zwykle wszystkich. Z ustępowaniem tetanii ginie ta nadpobudliwość mechaniczna uczucia nerwowego naprzód na nerwach czuciowych głowy (n. supra et infra orbitalis, auricularis magnus, occipitalis minor) i prędzej niż nadpobudliwość elektryczna tychże nerwów. Najpóźniej znika w n. ulnaris (która i u zdrowych często występuje). Zaburzenia czuciowe ustępują często prędzej, niż inne objawy tetanii i nie zawsze proporcjonalnie po obu stronach ciała. (Spostrzeż. VII, XII i XI).

Przy badaniu galwanicznym pobudliwości nerwów czuciowych u 20 zdrowych ludzi okazało się, że występuje u nich najprzód miejscowo KSE i KSDE w bardzo krótkim interwallu lub jednocześnie, następnie AnSE i AnSDE. Od miejscowego uczucia oddzielone jest wyraźnym interwallem uczucie irradjujące

podług formuły: KSE, AnSE, AnOE, KSDE, a w końcu AnSDE.

Przy tetanii potrzeba mniejszej siły strumienia do podrażnienia nerwów czuciowych, interwalle między miejscowem i irradjującem wrażeniem czucia są b. małe i bardzo małe między SE i DE tak że ta ostatnia równocześnie prawie z SE występuje. Wyjątkowo spotykał autor i AnOE przy słabych strumieniach. W dalszym przebiegu choroby nadpobudliwość elektryczna n. czuciowego ulega wahaniom, ustępuje później zwykle, niż mechaniczna nadpobudliwość tychże nerwów, a w stosunku do nadpobudliwości nerwów ruchowych, raz jeden, drugi raz drugi z tych objawów dłużej się utrzymuje.

Co do nerwu słuchowego, to oddziaływa on przy normalnym narządzie słuchowym u ludzi zdrowych tylko w 15% przypadków (3 razy na 20 badanych osób) i tylko przy użyciu silniejszych strumieni galwanicznych. W tych przypadkach otrzymuje się tylko KSKl i KSDKl, w jednym zaś tylko przypadku otrzymano i AnSKl (przy 5,5 M—A). Czy oddziaływanie galwaniczne w tych wyjątkowych przypadkach zależy od istotnie wzmożonej pobudliwości, czy od ukrytego cierpienia ucha, autor nie może rozstrzygnąć. W 7 przypadkach tetanii przy normalnym narządzie słuchowym odkrył autor 6 razy szybkie oddziaływanie na strumienie galwaniczne (szum, gwizd, dzwonięcie) i to przy słabszych strumieniach (2—5 M—A). Co do formuły oddziaływania w większości przypadków KSKl=KSDKl, zatem następuje AnSKl=AnSDKl, wreszcie AnOE, która raz poprzedzała AnSKl i AnSDKl. Ta nienormalna pobudliwość n. słuchowego zależy podług autora wprost od tetanii, znika prędzej lub wolniej z ustępowaniem innych objawów (nadpobudliwość n. n. czuciowych i ruchu), wzmagą się z ich wzmożeniem. Zupełnie ujemny wynik otrzymał autor tylko w jednym wypadku lekkiej tetanii. Trudno rostrzygnąć czy w tym wypadku nadpobudliwość n. słuchowego zaraz po kurczowym napadzie znikła, czy też wcale nie miała miejsca, zkadby wypadało, że bywa ona tylko w silniejszych postaciach cierpienia.

Częstość oddziaływania, oddziaływanie przy słabym strumieniu i własności formuły oddziaływań — dowodzą niewątpliwie podług autora, że istnieje w tetanii nadpobudliwość elektryczna czyli elektryczna hyperestezja n. acustici; wahaną zaś jej proporcjonalne do wahań innych objawów dowodzą, że nie jest ona przypadkową, jak również, że nie zależy od zmniejszonego oporu przewodnictwa. Ztąd wniosek, że przez nadpobudliwość n. ruchowych i czuciowych istnieje w tetanii nadpobudliwość n. zmysłowych, stwierdzona przez autora dla n. słuchowego. Zalicza ją autor do kategorii objawów, dowodzących cierpienia mózgu w tetanii, objawy te są: zawrót, zajęcie głowy, zamknięcie sensorium, a nawet psychozy (Frankl-Hochwart), współudział n. twarzowego, podjęzykowego, przydatkowego Willisa, szumu w uszach, podrażnienia n. wzrokowego, myosis, mydriasis, nierówność źrenic i t. p. Co do zmniejszenia wreszcie oporu przewodnictwa w skórze przy tetanii, które znalazł Kabler

przypadkowo w jednym przypadku tej choroby, to autor przypuszcza, iż był to objaw normalny u danego osobnika, nie spotykał bowiem żadnej różnicy w oporze przewodnictwa skóry u chorych na tetanię i u zdrowych. *L. Rzeczniewski.*

114. QUÉNU i LEJARS **Studjum anatomiczne nad naczyniami krwionośnymi nerwów.** (*Étude anatomique sur les vaisseaux sanguins des nerfs*). (*Arch. de Neurologie vol. XXIII, N. 67, Janvier, 1892*).

Autorowie powyższej pracy pierwsi zbadali unaczynienie nerwów obwodowych u człowieka za pomocą podwójnej iniekcji tętnic i żył.

Krażenie tętnicze w nerwach jest obfite i początek tętnic nerwowych, zetknięcie się ich z nerwami, oraz przenikanie i dzielenie się ich w głębi pnia nerwowego, podlegają pewnym stałym prawom analogicznym z prawami krążenia tętniczego w ośrodkach nerwowych.

1. Każdemu nerwowi powierzchownemu towarzyszy tętniczka, która w przebiegu swym wzdłuż nerwu oddaje gałązki, łączące się łukowato z sąsiednimi gałązkami, tak, że nerw w kierunku długości pokryty jest szeregiem łuków tętnicznych, odpowiadających szeregowi tętniczek wnikających. Można powiedzieć, że układ nerwowy podskórny jest drogowskazem dla układu tętniczego podskórnego. Toż samo odnosi się do nerwów głębokich.

2. Każdy pień nerwowy otrzymuje swe tętnice stale z pewnego źródła, choć nie z jednego pnia tętniczego, co zarówno pod względem fizjologicznym, jak i patologicznym może mieć ważne znaczenie. Jako przykład opisują autorowie, że n. błędny i sympatyczny w ich części szyjowej otrzymują unaczynienie tętnicze ze spłotu tętniczego tarczowego.

3. Żaden pień nerwowy nie otrzymuje nigdy wszystkich swych tętnic z jednego pnia tętniczego. Wielość dróg dopływu zapewnia możliwość zastępstwa.

4. Wszystkie te warunki, które w ośrodkach nerwowych zapobiegają gwałtownemu nawałowi krwi, odnajdujemy i w układzie tętnicznym nerwów. I tak:

a) Tętniczki nie przenikają w nerw prostopadle, lecz skośnie lub opisawszy zwrotny kierunek.

b) Tętniczka nie wnika odrazu w głąb nerwu, lecz oddaje wrzód gałązki, które z gałązkami sąsiednimi tworzą łuki na powierzchni nerwu.

c) Ostateczne wnikięcie w głąb nerwu następuje dopiero wtedy, gdy przez to dzielenie po dłuższym lub krótszym przebiegu kaliber tętniczki odpowiednio się zmniejszy.

d) W głębi nerwu tętniczki stosunkowo grubsze mieszczą się w przestrzeniach tkanki okołopęczkowej (perifascicularia), w której tworzą nader obfitą sieć naczyniową, z tej zaś wychodzące już tylko bardzo cienkie tętniczki są przeznaczone dla samych pęczków nerwowych.

Co do naczyń żylnych nerwowych:

1) Wszystkie żyły nerwów powierzchownych wlewają się

do żył głębokich. Jeśli się łączą z żyłami podskórnymi, to tylko za pomocą cienkich gałązek.

2) Żyłę nerwów głębokich, satellitów wielkich pęczków tętniczo-żylnych wlewają się w części tylko do wielkiej żyły sąsiedniej, w części do sieci vasa-vasorum otaczającej tętnicę, w części zaś do splotu żył, idących od sąsiednich mięśni. Tak np. żyły idące od n. błędnego i sympatycznego na szyi udają się do vena Thyreoid. infer, do sieci vasa vasor. carot., wreszcie do splotu żył, idących od mięśni gardzielowych (plex. venos. latero pharyngealis) i od mięśni głębokich szyi (plex. venos. vertebralis anter.).

3) Żyłę splotów nerwowych (np. barkowego i łędźwiowego) udają się do żył obocznych, które powstają z żył, idących od mięśni.

4) Sposób powstawania i dzielenia się wewnątrz pni nerwowych jest taki sam dla żył jak dla tętnic.

Z powyższego wynika znaczny udział czynności mięśniowej w krążeniu prawidłowem żylnem w nerwach.

Autorowie podnoszą też słusznie znaczenie układu naczyniowego nerwów w patologii nerwów obwodowych. Tak np. być może, że pewna liczba objawów po wycięciu gruczołu tarczowego zależy od bezkrwistości nerwów: błędnego i sympatycznego, otrzymujących krew tętniczą z tętnic tarczowych. Można by też na podstawie zastojów żylnych utworzyć waskularną teorię pewnych nerwobólów. Przy żyłakach nerwów może dojść nawet do neuritis interstitialis chronica. Przy ateromacie tętnic nerwów zaburzenia odżywcze w nerwach są również naturalnem następstwem.

L. Rzeczniowski.

115. DUFLOQ. **Padaczka częściowa pochodzenia podkorowego.** (Przyczynek do nauki o umiejscowieniu w mózgu). (De l'épilepsie perituelle d'origine sous-corticale. Contribution a l'étude des localisations cérébrales). (*Rev. de Med.*, 1891, N. 2).

Przypadek padaczki częściowej, zakończony śmiercią dał możność autorowi wykazać jako przyczynę cierpienia ognisko w miejscu do tej pory o wywoływanie padaczki rzadko podejrzewanem, jak również potwierdzić niedawne doświadczenia, dotyczące się umiejscowienia w mózgu.

B., kapelusznik, 40 lat, przyniotu nie przechodził; z wywiadów wiadomo, że przed 20 laty spadł z drabiny, żadnych jednak dolegliwości z tego powodu nie doznawał. Zachorował na trzy dni przed wstąpieniem do szpitala. Napad rozpoczął się od uczucia podnoszącej się kuli od epigastrium do gardła, ból rozprzestrzenił się do żuchwy i do głowy po stronie lewej, jednocześnie chory doznawał wrażenia, jakoby silny szmer rozlegał się w lewej połowie głowy i z lewej strony klatki piersiowej, od podobnej aury rozpoczynały się wszystkie następne napady. Napad sam rozpoczął się od wciągnięcia języka głęboko do jamy ustnej, co utrudniało oddychanie, głowa przechyliła się na lewo i na dół, usta nawpół otwarte i w tej pozycji stale utrzymane, lewy kąt ust wyciągnięty w kierunku ucha. Następowaly drgawki rytmiczne w lewej połowie twarzy i lewym ramieniu. Napad kończył się obfitem wydzieleniem śluzu. Przytomność podczas

napadu zupełnie zachowana. Chory wydaje dźwięki niezrozumiałe, głosem dzikim, surowym. Napady powtarzały się bardzo często, a po kilku dniach tak się wzmogły na sile i częstotliwości, że zmusiły do trepanacji czaszki. Chory bezpośrednio po operacji czuł się znacznie lepiej, w kilkanaście jednak godzin później zmarł. Sekcja wykazała, że błony móżgowe, jak również istota szara, zupełnie zdrowe, w istocie białej, odpowiadającej dolnej części zwoju wstępującego czołowego ognisko zupełnie ograniczone, wypełnione płynem—stary, otorbiony wylew krwi.

Geffrier, Gerard, Franck, Albertani, Clauzel de Boyer są zdania, że padaczka częściowa jest pochodzenia wyłącznie korowego. Vulpian przeciwnie utrzymuje, że istota korowa nie bierze udziału w powstawaniu padaczki częściowej, lecz odpowiedzialną czyni wyłącznie istotę białą. Autor stawia hipotezę, że podrażnienie istoty białej może przenieść się ku obwodowi do istoty korowej, a ostatnia wywołuje padaczkę częściową.

Wreszcie ruchy, jakie chory wykonywał podczas napadu, mianowicie: odciąganie kąta ust, zapadanie języka i t. d., co do umiejscowienia odpowiadają zmianom, znalezionym w mózgu, zgodnie z punktami dla odpowiednich ruchów doświadczalnie na zwierzętach przez Ferriera i Boeror i Horsley'a oznaczonymi.

A. Feilchenfeld.

116. Dr. GILLES de la TOURETTE. **O mało znanych formach napadów histerycznych.** (Notes sur quelques paroxysmes hysteriques peu connus). (*Progr. Méd., 1891, N. 31*).

Dotychczas przeważało w nauce zdanie Briquet'a, że histeryja nie może się przejawiać pod postacią nerwobólu w ścisłym tego słowa znaczeniu i że tak zwane nerwobóle histeryczne są błędnie za takowe poczytanemi nadezulticami skóry, mięśni etc. Jeśli zaś w przebiegu histeryi zdarzają się i typowe nerwobóle, to są one tylko przypadkowym powikłaniem zupełnie innej natury. Autor, jako długoletni kierownik kliniki chorób nerwowych w Salpêtrière, miewając często sposobność obserwowania nerwobólów u histeryczek, postanowił zbadać tę kwestyję dokładnie.

W pracy swej podaje on opis pięciu przypadków rwy twarzowej u histeryczek, rozbiera je szczegółowo i dochodzi do wniosków, które się dadzą streścić w następujących punktach:

1. Histeryja może się przejawiać pod postacią typowych nerwobólów.
2. Nerwobóle te powstają najczęściej pod wpływem pasa hysterotwórczego (zone hysterogene), leżącego w sąsiedztwie z nerwem.
3. Poprzedzają zwykle atak drgawkowy (są jakby bolesną „aurą”) lub zjawiają się w jego zastępstwie.
4. Nerwobóle wreszcie histeryczne zaznaczają się chemicznie tak samo, jak i inne napady tej choroby. Wiadomo bowiem od czasu badań autora i Cathelineau, że podczas napadu histerycznego (wszelkiej postaci) występują charakterystyczne

zmiany w moczu. W normalnym moczu ilość fosforanów alkalijskich tak znacznie przewyższa ilość fosforanów ziemnych, że stosunek tych ostatnich do pierwszych przedstawia się mniej więcej, jak 1:3. Podczas napadu histerycznego stosunek ten zmienia się na 1:2 lub nawet 1:1.

Różniczkowe rozpoznanie rwy twarzowej histerycznej przedstawia często nie małe trudności, dla odróżnienia przeto od nerwobólów innego pochodzenia, służyć nam mogą, zdaniem autora, następujące dane:

1. Przeważnie wieczorny charakter tego cierpienia, podczas, gdy inne nerwobóle przekładają godziny ranne lub przedpołudniowe.

2. Brak łzawienia z oka strony zajętej, jak również wysychania nozdrza z tejże strony.

3. Zupełna bezskuteczność wszelkich metod leczenia, zwykle przynoszących ulgę lub wyleczenie.

4. Współistnienie innych objawów histeryi.

5. Charakterystyczne dla wszelkich napadów histeryi zmiany w moczu, występujące podczas trwania nerwobólu.

Widzieliśmy, że powstawanie rwy twarzowej histerycznej znajduje się w zależności od umiejscowienia pasa hysterotwórczego w okolicy rozgałęzienia nerwu trójdzielnego. Zależnie jednak od umiejscowienia pasów hysterotwórczych w rozmaitych okolicach ciała, występować mogą mniej lub więcej ciężkie objawy (nerwobóle, arthralgija etc). Jeśli pas hysterotwórczy ma siedlisko na błonie śluzowej jamy ustnej lub nosa, będziemy mieli do czynienia z zaburzeniami smaku lub powonienia. Cięższe jednak objawy występują, jeśli pas hysterotwórczy zajmuje organ widzenia lub słuchu, w pierwszym przypadku mamy do czynienia z upartą migreną oczną, w drugim z całym szeregiem zaburzeń, znanych pod nazwą „zawrotu Ménière'a”.

Przy zajęciu bowiem przez pas hysterotwórczy średniego ucha powstają zaburzenia nie tylko ze strony nerwu słuchowego, lecz i ze strony tak zwanych przez Ciona „nerwów przestrzeni”. Są to włókienka, rozgałęziające się w kanałach półkolistych (canaliculi semicirculares) i służące do odbierania wrażeń, dających nam pojęcie o położeniu naszej głowy w przestrzeni. Wiadomo, że przy braku pewności co do położenia naszej głowy w przestrzeni następuje jej chwianie się, zawrót, mdłości, a nawet wymioty.

Napad takiego zawrotu rozpoczyna się zwykle dzwonieniem i szumem w uszach, ogłuchnięciem (n. słuchowy), do czego wkrótce dołącza się chwianie głowy, zawrót, mdłości, wymioty (n. n. przestrzeni Ciona), kończy zaś często uczuciem strachu i płaczem.

Zawrót Ménière'a zależy zwykle od ciężkich organicznych cierpień ucha, przy istnieniu jednak pasa hysterotwórczego w uchu, dość najbliższego procesu na błonie śluzowej bębienka do wywołania tak poważnych objawów. I tu także dla postawienia dokładnego rozpoznania winny nam służyć wskazane

przez autora zmiany w moczu, charakterystyczne dla wszelkich napadów histeryi.

K. Wisłocki.

II. Medycyna wewnętrzna.

117. C. MANGOLD. O bąblowcu wielokomorowym i jego tasiemcu. (Ueber den multiloculären Echinococcus und seine Taenie). (*Berl. Klin. Woch.*, N. 2—3, 1892).

Autor podaje przebieg kliniczny i oględziny pośmiertne trzech przypadków bąblowca wielokomorowego wątroby, z których dwa rozpoznane były za życia, trzeci zaś stanowił niespodziankę przy oględzinach pośmiertnych chorej, zmarłej na gruźlicę. Punkty wytyczne przy rozpoznaniu różniczkowem bąblowca wątroby, a raka, kamieni żółciowych, oraz późniejszych okresów żółtaczkowej postaci marskości wątroby są następujące. Powiększenie śledziony przemawia za bąblowcem, albo marskością wątroby, a przeciw kamieniom żółciowym i rakowi, przy którym częściej bywa puchlina brzucha, co znów rzadziej przy bąblowcu się zdarza. Żółtaczka długotrwała i równomiernie znaczna czyni kamienie i postać żółtaczkową marskości wątroby mniej prawdopodobnemi. Ma też znaczenie i powstawanie marskości u pijaków, częstosć bąblowca w pewnych krajach (Bawaryja, Wirtemberg, Szwajcaryja); szczególnej zaś dla rozpoznania wagi jest otrzymanie za pomocą punkcy torbieli płynu, który w razie bąblowca jedнокomorowego zawiera kwas bursztynowy, a wielokomorowego — kryształę hematoïdyny. Wreszcie, obecność w płynie charakterystycznych haczyków ustala rozpoznanie jednej lub drugiej postaci bąblowca.

Rozwój bąblowca w ustroju ludzkim jest następujący. Z połkniętego jajka tasiemca pod wpływem działania soku żółtkowego na skorupkę wylania się zaopatrzony w haczyki zarodek. Küchenmeister utrzymuje, jakoby dalsza wędrówka zarodka w ustroju była sprawą czynną, w tym celu służą haczyki. Zdanie to autor odrzuca; według niego zarodek za pomocą haczyków trzyma się kosmków kiszkowych, przenika w nie, a dalej — w żyły, przez ich cienkie ściany, z kądem potokiem krwi gnany dostaje się do wątroby. Gdy zarodek znajduje się w kiszce prostej, wtedy, omijając żyłę wrotną i wątrobę, z żył hemoroidalnych dostaje się (przez v. hypogastrica, v. cava inferior) do prawego serca, ztąd — do płuc — najczęstsze go po wątrobie siedliska bąblowca.

W wątrobie rozwija on się w postaci jedno — albo wielokomorowego bąblowca. W pierwszej rośnie szybciej, równomiernie okrągło; przebieg choroby jest łżejszy, żółtaczka bywa rzadziej (5% według Küchenmeister'a). W drugiej rozwija się dłużej, wrasta głęboko w miąższ wątroby w różnych kierunkach, w jej system krwionośny albo żółciowy, wywołując w ten sposób puchlinę brzucha albo żółtaczkę.

Co do przyczyn, dla których powstaje jedno albo wielo-

komorowa postać, zdania są różne. Jedni (Buhl) przypisują to warunkom mechanicznym: zdrowa wątroba na inwazyję bąblowca odpowiada znacznym rozwojem tkanki łącznej, która zmusza pęcherz w różnych rozrastać się kierunkach; pogładowi temu przeczy różne geograficzne rozprzestrzenienie jedno i wielokomorowego bąblowca. Drudzy (Klebs) zwracają uwagę na wpływ hodowli bydła, inni znów (Leuckart) przypuszczają istnienie jakichś specyficznych własności wielokomorowej postaci tasiemca. Wobec tego, że formy przerzutowe zawsze odpowiadają pierwotnej, że obiedwie postaci bąblowca różne mają rozprzestrzenienie geograficzne, że znaczny handel bydłem i psami nie jest bez znaczenia, ostatnia hipoteza staje się prawdopodobną, wprost zaś za nią przemawiają dane anatomiczne i próby karmienia zwierząt bąblowcem wielokomorowym.

Poprzednie badania Vogler'a i obecne autora dowodzą, że tylny wyrostek haczyka bąblowca wielokomorowego jest dłuższy i węższy, niż w haczyku jednokomorowego, że stosunek ogólnej długości haczyków pierwszego do tejsze ostatniego = 19—18:16, tylnych zaś wyrostków — 10:7.

Przez różnych badaczy dokonane próby karmienia zwierząt bąblowcem wielokomorowym wypadły pomyślniej, niż jednokomorowym. Autor użył doświadczenia kawałków guza wątroby jednego z badanych przypadków, przyczem plyn zawierał pęcherzyki, i nakarmił nimi 2 szczenięta. W kiszkiach obu po 8—9 tygod. znaleziono kilka egzemplarzy tasiemca, których badanie doprowadziło do następujących wniosków: obok zwykłego tasiemca wieńcogłowego (taenia echinococcus Siebold) istnieje tas. wieńc. wielokomorowy (t. echin. multilocularis), posiadający dłuższe i lżej wykrzywione haczyki, długie i cienkie tylne wyrostki, galkowate zakończenie haczyków. W dalszym ciągu autor nakarmił swinie trzewiami jednego z użytych do doświadczenia psów. Po 4 miesiącach znaleziono w jej wątrobie 2 ogniska bąblowca wielokomorowego, w których przy badaniu drobnowidzowem skonstatowano obecność komórek olbrzymich, podobnie jak przy gruzlicy, a w tkankach okołopasorzytowych — miejsca zserowaciałe; ponieważ laseczników gruzliczych nie wykryto, ztąd jeszcze jeden dowód, że niektóre pasorzyty zwierzęce są w stanie wywołać też same zmiany, jakie jedynie lasecznikom gruzliczym przypisywano.

O ściślejszej statystyce geograficznej bąblowca wielokomorowego mowy być nie może, jeżeli zważymy, że ten ostatni w wątrobie bydła często bardzo do skupionych gruzelków jest podobny, co znów tylko w wielkich miastach przy dobrze urządzonej policji sanitarnej dokładnie rozpoznane być może.

J. Luxenburg.

118. Prof. Dr. A. STRÜMPFELL. **Przyczynę do poznania pierwotnego rozsianego zapalenia mięśni.** (Zur Kenntniss der primären acuten Polymyositis). (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, Bd. I, H. 5—6).

Ostre rozsiane zapalenie mięśni jest chorobą bardzo mało znaną i zdaje się, bardzo rzadką. Pierwszy przypadek opisał

E. Wagner w 1887 roku, następne—Hepp (pod nazwą „Pseudotrichinosis”), Unverricht i inni. W ostatnich czasach obserwowano nowy taki przypadek z zejściem śmiertelnym Strümpell i na podstawie własnego spowiadania, łącznie z 10 przypadkami, zebranymi z literatury, przedstawia w swej pracy obraz kliniczny nowego cierpienia.

Przedewszystkiem wiek i płeć nie grają żadnej szczególnej roli w powstawaniu rozsianego zapalenia mięśni; to samo da się powiedzieć i o zajęciu. Równie nie można było do tego czasu w żadnym przypadku wykazać momentów przyczynowych; zaziębienie, nadmierna praca fizyczna, zdawało by się, usposabia do zapalenia mięśni, alkoholizm, grający ważną rolę w powstawaniu rozsianego zapalenia nerwów, żaden z tych powodów nie dał się wykazać w wywiadach u chorych. Na jedno należy zwracać uwagę przy przyszłych badaniach nowej choroby, że w 3-ch z sześciu sekeyjnych przypadków znaleziono gruźlicę: pytanie pozostaje więc otwartem, czy był to tylko zbieg okoliczności, czy też gruźlica grała pewną rolę w zapaleniu mięśni.

Początek choroby jest powolnym, a w jednym tylko przypadku był nagłym: W szybciej rozwijających się przypadkach obserwowano na początku pewne ogólne objawy—osłabienie, brak apetytu, zawrót i bóle głowy, w przypadku autora nawet objawy gastryczne i wymioty. Szybko potem zjawiają się objawy miejscowe, bóle charakteru reumatycznego w nogach, rękach, w plecach, krzyżu i między łopatkami. Bóle zwiększają się stopniowo, przyczem chorzy doznają nieraz naprężenia i bolesnego ściągania mięśni. Chorzy stają się coraz więcej nieruchomymi, leżą na plecach z wyciągniętymi nogami i lekko zgiętymi rękami. Stopniowo choroba może przejść na mięśnie karku i tułowia, co najważniejsza na mięśnie oddechowe, międzybrowne i mięśnie połykania. Obserwowano bóle nawet w MM. sternocleidomastoidei, cierpienie może przechodzić na mięśnie oczne, sprawiać ptosis i ograniczenie ruchów ocznych—i na język, przez co mowa chorych staje się niewyraźną. Mięśnie są silnie bolesne na ucisk; bolesność występuje także przy wszelakich ruchach biernych.

Dalej—mięśnie są obrzmiałe, o czem upewnić się nie zawsze jest jednak łatwo. Na dotyk chore mięśnie są miejscami twarde, miejscami zaś nadmiernie miękkie i prawie że dają chelbotanie. W przypadkach więcej chronicznych można wyczuć w mięśniach węzły i guzy, a zamiast obrzmienia—niekiedy zanik na niektórych miejscach. Bardzo często cierpi skóra nad choremi muskułami, obrzmiewa i czerwienieje. W drugim przypadku Unverricht'a, opisanym niedawno (Deutsch. medic. Wochenschr., 1891, nr. 2) udział skóry był tak znacznym, że autor nazwał swoją obserwację: „dermatomyositis”. Obrzęki zwykle nie znajdują się na górnych kończynach. Jeżeli dłonie nie cierpią, to przedramię posiada osobliwy wrzecionowaty wygląd, co nader uderzało w przypadku autora.

Zaczerwienienie skóry jest dla rozsianego zapalenia mię-

śni objawem bardzo charakterystycznym, może jednak przy jednoczesnem istnieniu obrzmienie prowadzić do fałszywych przypuszczeń. W przypadku autora czerwonosc skóry była najwybitniejszą na twarzy, tak, że lekarz, który pierwszy widział chorego, rozpoznawał różę. Oprócz tego objawu obserwowano także wysypki w rodzaju urticaria, erythema i t. p.

Godną uwagi jest silna skłonność do potów, co pozwala przypuszczać nieraz rozsiane zapalenie nerwów, reumatyzm ostry lub trychinozę.

O objawach ze strony nerwów mało jest dokładnych danych w terażniejszych opisach omawianej choroby, głównie z tego powodu, że *polymyositis* ma klinicznie dużo cech wspólnych z *polyneuritis*. Jednakże nie obserwowano zaburzeń czucia. Odruchy skórne istniały w przypadku Str. aż do śmierci chorego, odruchy ścięgniste były natomiast bardzo słabe. W rozwiniętej chorobie pobudliwość mięśniowa względem obu gatunków prądu, przerywanego i stałego jest silnie osłabioną lub zupełnie zniesioną. Nadmienić wypada, że badanie elektryczne jest dla chorego bardzo bolesnem i przez to utrudnionem. Z objawów mózgowych, oprócz częstego bólu głowy, podnieść należy silną bezsenność.

Co do uczestnictwa innych narządów w chorobie, zasługuje przedewszystkiem na uwagę cierpienie błony śluzowej jamy ustnej i gardlanej. W przypadku Potain'a występowała często w przebiegu choroby angina, a w przypadku autora — silny stomatitis ze ślinotokiem, bólami, foetor ex ore. Autor wątpi, czy tu był prosty zbieg objawów: cierpienie błony śluzowej ma raczej dla niego to samo znaczenie, co cierpienie skóry.

W ostro przebiegających przypadkach skonstatowano powiększenie śledziony. Najważniejszą komplikacją stanowi przy *polymyositis* zapalenie oskrzeli i płuc, które powstaje wskutek utrudnienia polykania i oddychania. Bronchitis i bronchopneumonia są właśnie procesami, bezpośrednio prowadzącymi przy zapaleniu mięśni do śmierci.

Gorączka istnieje nawet, chociaż przy *polymyositis* niema komplikacyj; ciepłota dochodziła w przypadku autora do 40,7°, a puls 100—120. Choroba przebiega ostro lub więcej chronicznie, może kończyć się wyzdrowieniem, choć zdarza się to rzadziej. W drugim przypadku Unverricht'a choroba trwała 14 dni i zakończyła się wyzdrowieniem, w przypadku autora 6 tygodni z zakończeniem śmiertelnem, przypadek Löwenfeld'a ciągnął się aż rok i 5 miesięcy.

Rozpoznanie musi uwzględniać przedewszystkiem „trychinozę”. Różnicy w objawach pomiędzy *polymyositis* i *trichinosis* nie ma chyba zupełnie. Wybitne objawy gastryczne i kiszkowe, wczesne wystąpienie obrzęku twarzy i bóli w mięśniach żucia, ocznych i krtaniowych, przemawiają za trychinozą. *Polyneuritis* daje znaczne zaburzenia czucia i bóle trzymają się więcej kierunku pni nerwowych, a nie całych mięśni. Zresztą nieraz odróżnienie *polyneuritis* od *polymyositis* jest nie-

zmiernie trudne: sam autor dyjagnozował swój przypadek za życia, jako rozsiane zapalenie nerwów.

Anatomo-patologicznych badań jest do tego czasu cztery (Unverricht'a, Wagner'a, Hepp'a i samego Strümpell'a). Przy badaniu mikroskopowem masa włókien mięśniowych jest rozpadłych, zwyrodniałych szklistawo lub woskowo, z wakuolami. Tkanka śródmiąższowa nosi charakter ostro zapalny: nigdy jednak przy polymyositis niema skłonności do zropnienia tkanki. Nareszcie wspomnieć należy o rozmnożeniu jąder mięśniowych. Uderzającym jest, że choroba ogarnia w mniejszym lub większym stopniu całą muskulaturę ciała i nawet mięśnie, wyglądające makroskopowo zupełnie normalnie, przy badaniu mikroskopowem wykazują ogromne zmiany. Ta okoliczność pozwala przypuszczać, że przyczynę polymyositis stanowi najprawdopodobniej jakaś ogólna infekcyjja. U zwierząt rozsiane zapalenie mięśni wywołuje zarażenie gregarynami (Gregarineninvasion), jak to wykazał Pfeiffer. W swoim jednak przypadku autor nie mógł znaleźć nic takiego, co by wskazywało na podobną przyczynę choroby. *E. Biernacki.*

119. Dr. AUFRECHT. **Przyczynek do leczenia niedrożności kiszek.** (*Therapeutische Monatshefte August, 1891.*)

Kussmaul pierwszy zalecił przemywania żołądka przy niedrożności kiszek. Autor podaje 2 specjalne wskazania do przepłukiwań żołądka. Pierwsze: rostrzeń żołądka bez wymiotów, których albo zupełnie nie ma i nie było lub miały miejsce, lecz ustąpiły później. Według autora objawy takie występują w $\frac{1}{5}$ części wszystkich przypadków niedrożności. Brak wymiotów tłómaczy się przesunięciem żołądka przez rozdętą kiszki, skutkiem czego przełyk jest przegięty na brzegu otworu przełykowego przepony i światło jego zaciśnięte. Po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka, wypływa wielka ilość płynnej zawartości. W tych razach już po samem wprowadzeniu sondy bez przepłukiwania stan chorego się poprawia. Drugiem wskazaniem do przepłukiwań jest wystąpienie wymiotów kałowych; w tym razie, dzięki temu rękoczynowi niernormalna zawartość żołądka może być usunięta, co przynosi zawsze wielką ulgę choremu. Użycie zgłębnika nie w każdym przypadku niedrożności jest wskazanem, morfinę natomiast w samych początkach stosować zawsze należy: usuwa ona bowiem ból i utrzymuje ruchy robaczkowe w możliwie prawidłowych granicach. Jedynie racjonalnem jest podskórne przetrzykiwanie morfiny. Co się tyczy wlewań wielkiej ilości wody do kiszek grubych, to tylko w pierwszych dniach choroby, można się spodziewać pewnych korzyści przy ich użyciu. Punkcyjne kiszek 2 razy przez autora robione, szczególnego pożytku nie przyniosły: nie wielka tylko ilość gazów wychodziła, a prócz tego w jednym z dwóch wspomnianych przypadków nastąpiło zapalenie otrzewnej. *H. Uliński.*

120. S. TOUCHARD. **Przypadek niedrożności kiszek z rozwolnieniem, bez wymiotów kałowych i wzdęcia brzucha.** (Note sur un cas d'obstruction intestinale avec diarrhoe, absence de

vomissement fécaloïdes et de balonnement du ventre). (*Le Progr. Méd.*, N. 5, 1892).

Autor opisuje przypadek niedrożności kiszek bardzo ciekawy ze względu na objawy, które raczej cholere, niż niedrożność przypuszczać pozwalały. Przypadek dotyczy 67-letniej kobiety, u której choroba rozpoczęła się silnym bólem w dolnej części brzucha, wymiotami żółciowymi, oraz miazgą pokarmową i zaparciem stolca. Stan taki trwał przez dwa dni. Trzeciego dnia chora zwróciła się do lekarza, który zalecił środek czyszczący. Wymioty nie ustały, wystąpiło przytem silne rozwolnienie, wzdęcia brzucha nie ma, brzuch nie bolesny. Następných dni stan bez zmiany, wymioty trwają dalej, lecz nie są kałowe, obfite i częste stolce, ósmego dnia nastąpiło zejście śmiertelne przy objawach zapadu.

Badanie zwłok wykryło w pobliżu кишки ślepej skręcenie (volvulus) jelita, które uległo zgorzeli na przestrzeni od 15 do 20 ctm.

Przypadek ten jest bardzo ciekawy i pouczający, wskazuje, jak ostrożnym powinien być lekarz przy stawianiu rozpoznania. Badanie pośmiertne w opisanym przypadku wykryło niedrożność jelit, gdy tymczasem wszystkie prawie objawy za życia przemawiały przeciw temu cierpieniu.

1. Stan brzucha, który przez cały czas trwania choroby zupełnie nie był wzdęty. Można było sobie wytłómaczyć, gdyby przeszkoda umiejscowiła się w wyższej części przewodu pokarmowego, tuż pod żołądkiem, nie zaś tak nisko jak w tym przypadku.

2. Wymioty były tylko żółciowe miazgą pokarmową, nigdy zaś kałowe; przychodziły bez wysiłku.

3. Wreszcie przy niedrożności kiszek zaparcie stolca jest prawidłem, bywają niekiedy wypróżnienia skąpe, powstałe z zawartości dolnych części przewodu kiszkiowego, nie bywa jednak rozwolnienia i tak obfitych wypróżnień jak w opisanym przypadku.

Zupełnie podobne spostrzeżenie opisują Fournier i Ollivier (*Comp. Ren. de la Soc. de Biolog.*, 1867). Przypadek ten pierwotnie nawet rozpoznano jako cholere. *H. Kucharzewski.*

121. Dr. J. CORNING. **Nowy sposób miejscowego znieczulania.** (*W. Med. Presse*, N. 6—92).

Autor podaje nowy sposób miejscowego znieczulania.

Zastrzykuje się w dane miejsce 2—3% roztwór kokainy, poczem nie wyjmując igły, wkłada się w nią inną strzykawkę z płynną masą kakaową, którą się w to samo miejsce wstrzykuje. Następnie za pomocą rozpylonego eteru, oziębia się masę kakaową, która twardniejąc, uciska naczynia włosowate skóry; wskutek tego kokaina, nie mogąc uleść wchłonięciu pozostaje na miejscu i ciągle swój wpływ na zakończenia nerwów czuciowych wywiera.

Gdy rozpylacz działać przestanie, masa kakaowa wnet wskutek ciepłoty ciała topnieć zaczyna, kokaina i kakao ulegają wchłonięciu i znieczulenie znika. Przy tym sposobie mo-

żemy odpowiednie miejsce przez dowolny przeciąg czasu w stanie znieczulenia utrzymać.

Autor przypuszcza, że jego sposób nie tylko chirurgii, lecz i medycynie wewnętrznej przy zwalczaniu pewnych bóli miejscowych rzeczywiście usługi przynieść zdoła. Autor zbudował nawet w tym celu mały aparacik, składający się z dwóch strzykawek, zakończonych jedną wspólną igłą; jedna strzykawka zawiera 5 ccm. roztworu kokainy, druga 20 ccm. płynnej masy kakaowej.

H. Kucharzewski.

III. Chirurgija.

122. Dr. TERRILLON. Uwagi z racyi sześciu przypadków poprzeczotrzewnego wycięcia nerek. (*Réflexions à propos de six nephrectomies transpéritonéales*). (*Bulletins et memoires de la Société de chirurgie de Paris. Tom XVII—1891, N. 1—2, str. 101—116.*)

Na podstawie sześciu dokonanych przez siebie nefrectomii, autor dochodzi do ciekawych wniosków w sprawie techniki operacyjnej, która, pomimo coraz częstszego stosowania samego zabiegu, dotąd jeszcze przedstawia nieraz pole wcale nieudatnych prób na chorym według własnego „widzimi się” chirurga.

Z dwóch sposobów przedostania się do chorej nerki, cięcia lędźwiowego i cięcia brzuszego, autor przekłada to ostatnie. Jakkolwiek bowiem droga lędźwiowa wydaje się bardziej racjonalną i praktyczną ze względu na to, że utrzymuje całą operację poza otrzewną, drugi zaś sposób zmusza do podwójnego przecięcia tej ostatniej i do zmuszonego grzebania się w kiszkiach, racyja ta jednak ważną bardzo była kiedyś, kiedy się tak obawiano wszelkiego otwierania jam ciała, dziś zaś, przy ścisłym zachowaniu aseptyki, przecięcia otrzewnej nie pociągają za sobą złych skutków. Natomiast laparotomija w danym razie jest, zdaniem autora, o wiele dogodniejszą, gdyż znakomicie ułatwia całą operację, szczególnie przy zwiększonej objętości nerki, i—co ważniejsza—daje daleko łatwiejszy dostęp do wnęki nerkowej. To też na poprzeczotrzewno wy sposób odjęcia nerki patrzy autor, jako na operację przyszłości dla wszystkich tych przynajmniej przypadków, gdzie ma miejsce zwiększenie objętości tego narządu i gdzie wydawnia się on przez ścianę brzucha.

Wybór miejsca cięcia skórniego uważa autor za rzecz mało znaczącą. Czy poprowadzimy je po linii środkowej, czy na zewnątrz od mięśnia prostego, czy wreszcie przez najwydatniejszą część uwypuklającego się guza—zależy to w zupełności od poglądu chirurga na naturę guza i od wielkości ostatniego. Zarówno mało znacznym nazywa autor sposób odsunięcia kiszki grubej, która zwykle przechodzi z przodu chorej nerki; tylko odnośnie do wyluszczenia ostatniej robi autor uwagę, że po przecięciu listka otrzewnej, pokrywającego przero-

śniatą nerkę, należy wyluszczać ją, trzymając się jak najbliżej jej powierzchni w ten sposób, by po usunięciu została w całości opona łącznotkankowa. Podwiązanie szypuły nerkowej jedni uskuteczniają od razu za pomocą jedwabnej podwiązki, inni, a do tych należy i autor, osobno podwiązują naczynia i osobno moczowód.

Dotąd, są to wszystko, zdaniem autora, podrzędne szczegóły techniczne, główną zaś uwagę zwraca on na traktowanie kikutu szypuły nerkowej, pozostającego w ranie. Wylicza tu autor trzy sposoby postępowania. Pierwszy polega na przeszkodzeniu, ażeby zawartość moczowodu nie zanieczyszczała rany, co otrzymuje się przez przytwierdzenie tego przewodu do rany w ścianie brzucha. Sposób ten, często używany, może mieć wiele złych stron i dla tego zarzucony został przez większość chirurgów.

Drugi sposób zasadza się na zostawieniu szypuły sformowanej przez moczowód i naczynia nerkowe w głębi rany tak daleko, jak tylko przy skurczeniu oddalić się ona może; następnie koniec tak zagłębionego moczowodu łączy z drenem, którego drugi koniec wychodzi przez ranę skórą. Terrier radzi nawet dla większej pewności tego drenowania przyszywać do brzegów rany skórnej brzezi opony łącznotkankowej nerki, pozostałej po wyluszczeniu ostatniej—w ten sposób osiąga się izolacja jamy otrzewnej od miejsca, gdzie leży kikut moczowodu. Drenowanie tego rodzaju może być także otrzymane, jak właśnie robił to autor, za pomocą długiego paska gazy jodoformowej. Wreszcie w pewnych warunkach dobrze jest w okolicy lędźwiowej przeprowadzić drugie cięcie dla zdrenowania bardziej głębokich części jamy, pozostałej po wyluszczeniu, w tym przypadku rana ściany brzusznej winna być zupełnie zamknięta. Jedną ze złych stron metody jest to, że obecność drenu przeszkadza bezpośrednio otorbieniu nalożonej na szypułę ligatury, a przeto podtrzymuje przetokę, gojącą się zaledwie po wydzieleniu nici, co ciągnie się nieraz przez długie miesiące. Przetoki te mogą nawet stać się przyczyną zapaleń ciężkich i dających recydywy.

Nakoniec, trzeci sposób, stosowany już przez wielu chirurgów, jest prostem wyjąłowieniem szypuły i pozostawieniem jej w tym stanie w głębi rany. Rana ściany brzusznej zostaje wtedy zamknięta i wszystko zresztą prowadzi się tak, jak przy analogicznych operacjach, np. owaryjotomii. Tę właśnie metodę uważa autor za najbardziej racjonalną i powołuje się na dobre wyniki jej stosowania. Rzeczywiście; jeżeli potrafimy, jak słusznie twierdzi autor, utrzymać w stanie aseptycznym nie tylko ranę operacyjną i powierzchnię otrzymaną przy wyluszczeniu, lecz zarówno powierzchnię i światło moczowodu, to można być pewnym, że się uniknie zakażenia rany i jego skutków—a w takim razie, przy odpowiednich środkach ostrożności, otrzymać można też same rezultaty, co przy operowaniu torbieli jajnika, włókniaków i t. d., których szypuły pozostawiamy w jamie brzusznej.

Dr. Terrillon nie wątpi, że taka metoda, jaka się wyrobiła dla owaryjotomii, zostanie bardziej uogólnioną i w przyszłości chirurgicy przeniosą ją i na wycięcie nerek.

Rzeczywista trudność polega tylko na należytem wyjałowieniu jedyne go narządu, który mógłby zawartością swą zakazić ranę, t. j. części moczowodu, leżącej po nad ligaturą. Według bowiem znanych doświadczeń, po podwiązaniu tego przewodu, cała jego zawartość, znajdująca się poniżej ligatury, spływa z łatwością do pęcherza (nie mówiąc, rzecz prosta, o przeszkodach przypadkowych, jak np. kamień) i nie może przedostać się do rany operacyjnej. Otóż, zdaniem autora, energiczna kauteryzacja światła, leżącej powyżej ligatury części moczowodu, daje wyjałowienie najzupełniejsze, nawet w razie znajdowania się niewielkiej ilości ropy w tym narządzie. Przypalanie to powinno być powtórzone razy kilka i koniec termokautera winien dochodzić głęboko, aż do samego miejsca ściśniętego przez nitkę. Zresztą, w razie zropienia moczowodu, gdyby metoda ta nie dała się zastosować dość bezpiecznie, łatwo zastąpić ją przez drenowanie gazą jodoformową, jak wyżej.

Autor twierdzenia powyższe uzasadnia pomyslnym przebiegiem sześciu przypadków odjęcia zwiększonych w swej objętości nerek, gdzie stosował właśnie podawane przez siebie sposoby postępowania.

Wszystkie te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem; w czterech z nich szypuła nerki była pozostawiona w jamie brzusznej po uprzedniem wyjałowieniu za pomocą silnego rozczynu karbolu i paklenizacyi; w dwóch pozostałych, mniej czy- tych przypadkach szypuła została połączona z raną w ścianie brzucha za pomocą drenu i gazy jodoformowej i była oddzielona od jamy otrzewnej przez przyszycie otoczki nerkowej do tejże rany. Cięcia skórne we wszystkich tych przypadkach prowadził autor na zewnątrz od mięśnia prostego; dwie najmniej skomplikowane z tych operacyj trwały zaledwie pół godziny. Podawszy szczegółowo sześc historyj chorób, których większość jest bardzo ciekawa, autor dochodzi do wniosku:

1. We wszystkich przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze zwiększeniem objętości nerki, należy stosować cięcie brzuszne.

2. Gdzie nie spotykamy się z ropieniem, szypułę nerki, po wyjałowieniu jej, należy zostawić w głębi rany.

3. W przypadkach, gdzie znajdujemy ropę, szypułę nerki należy połączyć drenem z gazy jodoformowej z raną skórną i do brzegów tej ostatniej przyszyć brzegi zachowanej w tym celu kapsuły nerkowej.

L. Wasilkowski.

123. EIGENBRODT K. O leczeniu radykalnem przerostu gruczołu krokowego. (*Beitr. zur klinischen Chirurgie. Bd. VIII, Hft. 1, 1891.*)

Jeszcze w połowie bieżącego stulecia Mercier dokonał pierwszej prostatektomii wskutek przerostu gruczołu krokowego z dobrym rezultatem, a pomimo to aż do ostatnich czasów

mała zaledwie garstka chirurgów mogła się zdobyć na tak stanowczy rękoczyn. Z rozwojem chirurgii pęcherza w ciągu ostatnich dziesięciu lat wydobyto ponownie kwestyję radykalnego leczenia zaburzeń, wywoływanych przez przerost gruczołu krokowego, zaburzeń ciężkich, których dotychczasowe leczenie paliatywne stanowi jedno pasmo cierpień starszego wieku. Sześćoletnie doświadczenie, zdobyte na tem polu, obejmuje około 80 przypadków, operowanych drogą cięcia nadłonowego (z tych 56 w samej Anglii) i około 25 drogą cięcia krokowego (przeważnie w Anglii i Ameryce), a otrzymane ztąd rezultaty są o tyle smutne, że Thompson, Guyon i Socin stanowczo oświadczają się przeciw tej operacji. W rzeczy samej, rozpatrując bliżej przytoczone przypadki, trudno nie zgodzić się ze zdaniem Socina, że wyniki operacji nie stoją w żadnym stosunku do niebezpieczeństwa, na jakie ona chorego naraża. Niebezpieczne krwawienia, nacieczenia moczowe, septyczne zakażenie i wysoka odsetka śmiertelności — oto ujemne strony prostatektomii; co się zaś tyczy dodatnich, to na zasadzie istniejących danych trudno sobie wyrobić należyte o tem pojęcie, gdyż „pomysłny wynik” przez różnych autorów bywa rozmaicie pojmowany. Tak np. dla jednego pomysłnym wynikiem jest usunięcie retentionis urinae, dla drugiego łatwiejsze kategoryzowanie, dla trzeciego zaś pomysłnym wynikiem jest usunięcie wszystkich objawów, towarzyszących przerostowi gruczołu krokowego, takim jednak wynikiem rzadko kto może się poszczycić. Nawet Mac Gill, który pod tym względem ma chyba największe doświadczenia, gdyż sam wykonał 33 prostatektomije, konstatuje, że na 11 przypadków, które bliżej opisuje, trzy razy miał exitum letalem, jedna operacyja nie dała żadnego rezultatu dodatniego, z pozostałych zaś siedmiu „wyleczonych”, niektórzy nie zdołali się uwolnić od chronicznego kataru pęcherza. Jeszcze gorsze są wyniki, otrzymywane przez innych autorów, którzy operacyją tę wykonali, właściwie mówiąc, przeważnie przypadkowo, mianowicie przy cystotomii w celu usunięcia kamienia, tak, iż trudno osądzić, czy otrzymane przez nich pomysłne wyniki przypisać należy litotomii, czy też prostatektomii, gdyż niewiadomo, czy objawy kliniczne zależały od kamienia, czy też od przerostu gruczołu krokowego. Nie każdemu przecież przerostowi gruczołu krokowego towarzyszą objawy kliniczne. Opierając się na statystyce Thompsona, który za przerost gruczołu krokowego uważa gruczoł ważący przeszło 27 gramów, musimy przyjąć, że zaledwie połowie prawdziwych przerostów towarzyszą zaburzenia ze strony pęcherza. A zatem pomysłne skutki operacyj, wykonanych przy jednoczesnem istnieniu kamienia i przerostu gruczołu krokowego, nie dają nam żadnego kryterijum do ocenienia skuteczności prostatektomii.

Nie bardzo też zachęcające są przypadki, przytoczone w pracy Eigenbrodta, a operowane w klinice Treudelenburga. Na pięć przypadków znajdujemy trzy, skomplikowane obecnością kamienia, których wynik był następujący: w jednym przy-

padku usunięcie kamieni i środkowego płatu gruczołu nie zdolało przywrócić prawidłowego opróżniania pęcherza, pozostała przetoka, a w trzy miesiące po operacji chory umarł wśród objawów zakażenia septycznego. Drugi chory również z kamieniem opuścił klinikę z przetoką nad spojeniem lonowem i katarem pęcherza, mocz oddawał dobrowolnie tylko częściowo i z temi cierpieniami zmarł w rok po operacji. Nareszcie w trzecim przypadku osiągnięto dobrowolne oddawanie moczu, ale pozostał katar pęcherza z częstym i bardzo bolesnym urynowaniem, oraz fistuła, przez którą uryna bardzo rzadko się pokazywała. Co się tyczy dwóch przypadków przerostu gruczołu krokowego, nie powikłanych kamieniem, to jeden chory wypisał się z kliniki ze znacznym pogorszeniem, gdyż pomimo, że cały mocz swobodnie odchodził przez dużą fistułę pęcherzową, chory od czasu do czasu doznawał bardzo bolesnego parcia, podczas którego z wielkim wysiłkiem udawało mu się wydalić kilka kropel moczu drogą naturalną. Ciężki katar pęcherza, jako skutek operacji, skończył się śmiertelnie w trzy miesiące po operacji. Daleko lepszy miała wynik druga operacja, gdyż tu osiągnięto nie bolesne i dobrowolne urynowanie, jakkolwiek objawy kataru trwały jeszcze po operacji, a opróżnienie pęcherza było niezupełne.

Takie są wyniki prostatektomji, opisanych przez Eigenbrodta. Sam autor przyznaje, że chorzy i nadal nie są w stanie całkowicie opróżnić pęcherza, że w pęcherzu pozostaje zawsze dość duża ilość moczu, równa przynajmniej ilości dobrowolnie oddawanego. Ale taki rezultat, zresztą jeden tylko raz otrzymany, nie stanowi wyleczenia, gdyż każdej chwili może nastąpić obostrzenie niewygasłego procesu ze wszelkimi jego skutkami, a zatem stan, jak był przed operacją.

Wobec powyższego nasuwa się pytanie, czemu przypisać tak słabe a częściej nawet smutne wyniki operacji, a zarazem i kwestya, czy w ogóle operacja ta ma racyję bytu. Odpowiedź na pytanie zależy będzie od tego, jak się będziemy zapatrywać na istotę samego cierpienia. Otóż według Guyona przyczyna, która wywołuje przerost gruczołu krokowego, sprządza jednocześnie albo nawet wcześniej zmiany w samym pęcherzu. Cierpienie dotkniętych przerostem gruczołu krokowego uważa on za skutek zwyrodnienia włóknistego, za skutek sklerozy pęcherza i prostaty, sklerozy, która ogarnia również moczowody i nerki, a zarazem i najrozmaitsze inne organy. Zwyrodnienie muskulatury pęcherza jest według Guyona pierwszą przyczyną ciężkich objawów prostatyka. Dopóki pęcherz jest jeszcze w stanie przezwyciężyć opór, stawiany przez powiększony gruczoł, dopóty chory czuje się dobrze i może pęcherz swój dobrowolnie opróżniać. Wraz z postępowym rozwojem zwyrodnienia błony mięśniowej pęcherza bardzo małe powiększenie gruczołu krokowego wystarcza do zupełnego lub częściowego utrudnienia wydalania moczu. Przerost zatem, prostaty, uważa Guyon za jeden z objawów cierpienia ogólnego i jako takie przez usunięcie gruczołu wyleczyć się nie dające. Wręcz

przeciwnego zdania jest Eigenbrodt. Osłabienie pęcherza uważa on za skutek przerostu gruczołu krokowego i złe wyniki prostatektomii przypisuje tej okoliczności, że zabieg operacyjny zostaje zbyt późno stosowany, najczęściej bowiem chorzy dostają się na stół operacyjny, wycieńczeni długoletnim niezłym pęcherza. Dla tego też, pomimo nieszczególnych wyników, autor jest zwolennikiem operacji, zwłaszcza we wczesnym okresie choroby.

S. Groszlik.

124. P. BAUM. **Przyczynek do leczenia przetok pęcherzowo szyjowych za pomocą zaszywania ich od strony pęcherza.** (Zur Operation der Blasen Cervixfisteln von der Blase). (*Arch. f. Gyn. Bd. 39, H. 3*).

W jednym przypadku przetoki pęcherzowo-szyjowej autor zastosował sposób Trendelenburga, polegający na zaszyciu otworu od strony pęcherza. Przypadek dotyczył wielorodzącej, u której przetoka powstała po bardzo ciężkim porodzie. Przy badaniu w kopoluwałem sklepieniu pochwy znaleziono dwa otwory; jeden po środku, wielkości soczewicy prowadził do jamy macicznej; drugi ku przodowi i napravo od ostatniego, przepuszczający palec, dążył do pęcherza. Była to więc, według zdania autora, przetoka pęcherzowo-szyjowa, obok zupełnego zniszczenia części pochwowej. Brzegi otworu przetoki były otoczone bliznowatym rąbkiem. Błona śluzowa pęcherza wypukła się przez otwór. Sklepienie pochwy było zamienione na masę bliznowatą, mocno sklejoną z podstawą. Całkowita ilość moczu wypływała przez pochwę. Wszelkie próby ściągnięcia ku dołowi przetoki lub macicy zupełnie się nie powiodły. Wobec nędznego stanu ogólnego chorej autor nie od razu się zdecydował na zaszycie przetoki od strony pęcherza, lecz spróbował początkowo zamknąć przetokę w zwykły sposób od strony pochwy. Ponieważ wynik tego zabiegu okazał się ujemnym, postanowił więc zastosować operację Trendelenburga, która została wykonaną w następujący sposób: po ułożeniu chorej z miednicą wzniesioną przecięto poprzecznie powłoki brzuszne tuż ponad spojeniem łonowym na przestrzeni 8—10 cm. i otworzono pęcherz również w kierunku poprzecznym na długości 6 cm. Tymczasowo przymocowano brzegi rany pęcherzowej do brzegów rany skórnej. Pomiedzy ujściami moczowodów znaleziono dwa otwory, które okrwawiono jednocześnie w postaci płaskiego lejka. Podczas okrwawiania pomocnik przez pochwę wypukła ścianę pęcherza. Okrwawione brzegi połączone za pomocą szwów jedwabnych węzłkowych, które zawiązano od strony pochwy. Nadto założono dwa szwy zwalniające. Następnie dwoma piętrami szwów węzłkowych jedwabnych połączone brzegi cięcia pęcherzowego, pozostawiwszy jednak w środku otwór, przez który wprowadzono do pęcherza dren kształtu T. Szwy węzłkowe pierwszego piętra przechodziły przez całą grubość ściany pęcherza; drugie piętro założono według Lomberta. Brzegi rany w ścianie brzusznej połączone również szwami węzłkowymi, pozostawiając z boków otwory, przez które wytompanowano gazą jodoformową

przestrzeń przedpęcherzową. Tampon z tejże gazy wprowadzono do pochwy.

Leczenie następcze polegało na ułożeniu chorej w położeniu boczno-brzusznym, zbieraniu moczu w naczynie, umieszczone w łóżku i podawaniu morfiny. Temp. od 3—6-ego dnia wieczorami dochodziła do 38,9, zresztą była prawidłową. W celu utrzymania kwaśnego odczynu moczu podawano chorej z początku ac. camphoratum, następnie zaś ac. muriaticum. Brzegi rany po trzech dniach rozeszły się. Szóstego dnia po operacji mocz stał się alkalicznym, zaczęto więc płukać pęcherz kwasem bornym. Siódmego dnia część moczu zaczęła odpływać przez pochwę. Przy oglądaniu, uskuteczniłem 11-go dnia po operacji, przekonano się, iż mocz wypływa przez 3 otworki, które się wytworzyły obok nitki szwu; 15-go dnia po operacji wskutek nieostrożnego poruszenia się chorej dren wypadł, zastąpiono go więc cewnikiem na stałe. Po upływie 5 tygodni dwa otworki w pochwie, zabliźniły się pod wpływem przypałań arg. nitrico. W 6 tygodni po operacji trzeci otworek zaszyto trzema szwami. Po 9-iu tygodniach z rany brzusznej pozostał otwór grubości ołówka. Brzegi tego otworu okrwawiono w postaci lejka i zaszyto go, lecz operacja się nie udała. Po powtórnem zeszyciu również nie otrzymano zabliźnienia i chora opuściła zakład z przetoką brzuszną.

Do powyższego opisu operacji autor dodaje następujące uwagi. Technika operacji Trendelenburga, przy ułożeniu chorej z miednicą wzniesioną, jest wogóle bardzo prostą. Utrudnionem jest jedynie zawiązywanie szwów węzełkowych od strony pochwy. Lecz pomimo to autor przekłada tego rodzaju szew, który później daje się usunąć, nad szew katgutowy ciągły, który zdaniem autora może się przyczynić do wytworzenia kamieni. Kąty cięcia pęcherzowego według spostrzeżenia autora, łatwo się rozdzierają, wskutek czego należało by je wzmacniać za pomocą szwów. Autor zgadza się, że szwy łączące ranę pęcherza nie powinny zajmować błony śluzowej, lecz wobec cienkich ścian pęcherza podobne szycie wydało się autorowi zbyt trudnem do wykonania. Ponieważ nitki jedwabne wydzielają się przez długi przeciąg czasu, co znacznie przedłużyło leczenie, autor radzi używać do szwu pęcherzowego katgut. Do połączenia zaś brzegów otworu przetoki poleca drut lub silkworm, gdyż katgut zbyt pęcznieje, jedwab zaś użyty przez autora spowodował wytworzenie się otworków w miejscach ukłóc. Wobec bardzo kłopotliwego i do pewnego stopnia wątpliwego zabezpieczenia rany od działania zatrzymującego się moczu za pomocą drenu i boczno-brzuszego ułożenia chorej, autor mniema, że właściwą byłoby rzeczą od razu zaszywać pęcherz, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie mocz jest prawie prawidłowy. Szew możnaby zakładać dwupiętrowy po uprzedniem okrwawieniu mniej lub więcej obrażonych brzegów rany (Helferich, Antal). Leczenie pooperacyjne byłoby wtedy bez porównania łatwiejszem, gdyż chorą możnaby ułożyć na plecach i zaopatrzyć w cewnik na stałe. Operacja

Trendelenburga nigdy nie może być porównywaną z prostem zeszcyciem przetoki od strony pochwy. Jest ona wskazaną tylko wtedy, gdy ten ostatni zabieg z jakichkolwiek bądź powodów nie może mieć zastosowania. Przy ocenianiu wartości powyższej operacji należy mieć na względzie, że w dwóch przypadkach z pośród czterech znanych dotychczas w literaturze, otrzymano zablźnienie przetoki. Wprawdzie w przypadku, operowanym przez autora, pozostała przetoka brzuszna. Tę ostatnią jednak autor miał nadzieję zamknąć w przyszłości, zamierzając oddzielić ścianę pęcherza od powłok brzusznych i zaszyć obydwaj otwory z osobna. Zamiar ten jednak nie mógł być wykonanym, gdyż chora wkrótce zmarła z cierpienia mózgowego.

A. Karcewski.

125. PROCHOWNICK. **Przyczynek do powstawania mięśniaków macicy.** (*Deutsche Med. Wochensh. Nr. 7, 1892*).

O przyczynach powstawania mięśniaków macicy wiemy dotychczas bardzo mało. W ostatnich czasach Leopold wygłosił zdanie, zgodne z poglądem Cohnheima, że zaródź wspomnianych guzów, występująca w postaci małych, okrągławych kępek lub grupek, bywa wrodzoną. W sprzeczności z powyższym zdaniem jest teoria Virchowa o wpływie podrażnień, którą potwierdziły do pewnego stopnia spostrzeżenia kliniczne Winckla, oraz prace Klebsa, Kleinwächtera i Roesgera. Jednakże sprzeczność ta jest tylko pozorną: obiedwie teorie godzą się z sobą, gdy przypuścimy, że pewne podrażnienia (szczególniej urazy) mogą sprawdzać rozwój patologiczny resztek tkanki zarodkowej. Spostrzeżenia własne doprowadziły autora do wniosku, że istnieje pewna łączność pomiędzy rozwojem mięśniaków a zakażeniem przymiotowym. Mianowicie w 4-ch przypadkach autor zauważył, iż wkrótce po zakażeniu przymiotem rozwijały się mięśniaki macicy z objawami krwotoków i bólów. Pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego powyższe objawy ustępowały zadziwiająco szybko, same zaś guzy nie zmieniały się prawie zupełnie. Mylne rozpoznanie autor wyklucza stanowczo na zasadzie nader wyraźnych objawów klinicznych. Zresztą w jednym przypadku udało się autorowi usunąć guz, który po zbadaniu drobnowidzowem okazał typową budowę mięśniaka. W celu dokładniejszego wyświetlenia sprawy autor zajął się dwoma kwestyami. Przedewszystkiem, chcąc sprawdzić, czy wogóle leczenie przeciwprzymiotowe nie działa skutecznie przy mięśniakach, autor wykonał dwie próby leczenia mięśniaków, powstałych niezależnie od przymiotu, za pomocą rtęci i jodku potassu. Wynik tych prób był zupełnie ujemnym. Następnie poddał ścisłemu spostrzeganiu cały szereg kobiet, dotkniętych przymiotem; wprawdzie u żadnej z nich nie znaleziono mięśniaka, lecz u dwóch stwierdzono trwające od lat wielu przewlekłe zapalenie błony śluzowej i mięszu macicy, które opierało się wszelkim środkom leczniczym, lecz szybko ustąpiło pod wpływem leczenia przeciwprzymiotowego. Ztąd wniosek, że istnieją cierpienia przymiotowe macicy, które nie zawsze prowadzą do rozwoju mięśniaków. Na zasadzie

powyższych danych autor stara się wyświetlić przyczyny powstania mięśniaków w przypadkach, spostrzeganych przez siebie. Wobec spostrzeżeń klinicznych trudno jest zaprzeczyć, że zaburzenia krążenia w macicy grają poważną rolę w powstawaniu mięśniaków. Ponieważ rozmaitego rodzaju zaburzenia w krążeniu zdarzają się bardzo często, mięśniaki zaś trafiają się stosunkowo rzadko, należałoby więc przypuścić, że mięśniaki rozwijają się jedynie przy takich zaburzeniach w krążeniu, które pozostają pod wpływem bodźców swoistych. Wiadomo, iż zarazek przymiotowy cechuje się szczególną dążnością do wywoływania zmian w układzie naczyniowym, a zatem on to, być może, stanowi ten bodziec swoisty? Lecz w takim razie mięśniaki powinny się zdarzać daleko częściej, niż to ma miejsce w rzeczywistości. Toż samo można powiedzieć o innych podrażnieniach swoistych, np. powstających pod wpływem malarji i spraw gnilnych. Odrzuciwszy więc wpływ bodźców swoistych, przyjdziemy do wniosku, że przy istniejącem usposobieniu rozmaitego rodzaju podrażnienia mogą spowodować rozwój mięśniaków. Do szeregu tych podrażnień zaliczyć również należy zakażenie przymiotowe. *A. Karcewski.*

IV. Choroby oczne.

126. LAWFORD i TREACHER COLLINS. **O glejakach siatkówki na zasadzie 60 przypadków.** (Notes on Glioma retinae, with a report of 60 cases). (*The roy. London ophthalm. hosp. rep. Volume XIII, part I.*)

Lawford i Tr. Collins ogłosili nader cenną pracę o glejakach (wsporniakach) siatkówki, zużytkowawszy wyniki badań nad całym materjałem klinicznym (60 przypadków), jaki w tym kierunku spostrzegano w Królewskim Szpitalu Ocznym, Moorfields, w Londynie, począwszy od roku 1871 po rok 1890. Praca ta zasługuje na bliższe studyjum ze wszech miar, zwłaszcza zaś, jeśli się chce powiadomić, co do statystyki wyleczeń z tak groźnego cierpienia. Autorzy uznają tych chorych za wyleczonych, u których choroba nie powróciła w przeciągu trzech lat po dokonanej operacji. Z liczby 60 przypadków, które obejmuje ich statystyka, stwierdzono 8 wyleczeń. Ta praca sumienna i ściśle przeprowadzona, a oparta na stosunkowo obfitym odpowiednim materjale klinicznym ma tym większe znaczenie, że dotychczas układane liczne statystyki wykazywały wielce niejednostajną procentowość wyleczeń w przypadkach glejaków siatkówki. *Br. Ziemiński.*

127. KALT. **Anatomija patologiczna „wolego oka”.** (Anatomie pathologique de la buphthalmie). (*Annales d'oculistique, 1891.*)

Okno wole (*buphthalmos*) rozwija się skutkiem przewlekłego zapalenia tęczy i naczyniówki, które doprowadza do postępowego zarośnięcia (zagłady) naczyń pokrywy jagodowej oka (*tractus uvealis*). Dostrzega się tu nasamprzód znaczne roz-

szerzenie przewodów odchodowych (ductus excretorii) oka, stąd zaś wynika wzmożone wydzielanie wewnątrzgałkowe. Zrazem odpływ z wnętrza oka jest utrudnionym skutkiem wyparcia tęczy ku przodowi i ucisku, na jaki narażonym zostaje przewód Schlemma tudzież skutkiem sprawy zapalnej, wywiązującej się w około żył wirowatych (periphlebitis venarum vorticosarum). W ten sposób—przez zatrzymanie wydzielin we wnętrzu oka—wybucha jaskra (glaucoma), a na jej tle rozwija się obraz kliniczny, któremu dano nazwę oka wolego.

Br. Ziemiński.

128. MACNAMARA. **Zimnicze zapalenie nerwu wzrokowego.** (Malarial neuritis and neuro-retinitis). (*The British Medical Journal*, 1891, March).

Sprawy zapalne, dotyczące wyłącznie nerwu wzrokowego lub nerwu wzrokowego wraz z siatkówką, a wybuchające w przebiegu malaryi (bagiennicy), zazwyczaj pomyślnie kończą się. Stwierdzają to cztery odpowiednie przypadki, spostrzegane przez autora. Jeśli uda się w czas przerwać postęp choroby bagiennicy (malaryi), to siła wzroku powraca; w przeciwnym razie rozwija się zanik włókien nerwowych i następuje ślepotą.

Objawy zapalenia nerwu wzrokowego znikają powolnie i stopniowo w tej mierze, o ile stan ogólny poprawia się. Autor sądzi, iż stan zapalny tarczy nerwu wzrokowego polega na obecności plasmodyjów bagiennicy w tkankach nerwowych, one bowiem wytwarzają tam ptomainy, sprowadzające sprawę zapalną. Przesiákanie surowicy i wychodźstwo białych ciałek krwi utrudnia krążenie w naczyniach siatkówkowych — w ten sposób, zdaniem autora, powstaje tu obraz właściwy zapaleniu nerwu wzrokowego. Z tem twierdzeniem licują też spostrzeżenia Kippa nad zapaleniem bagiennem rogówki (keratitis malarica); w takim przypadku powstają w sposób zupełnie analogiczny owrzodzenia błony rogowej i nie znikają, póki nie zwalczy się zakażenia, spowodowanego przez mikroby.

Br. Ziemiński.

129. FROMM i GROENOUW. **O wartości dyagnostycznej fluoresceiny w chorobach oczu.** (Ueber die diagnostische Verwendbarkeit der Fluoresceinfärbung bei Augenerkrankungen). (*Arch. f. Augenh.*, XXII, 2—3).

Pzy badaniach nad działaniem fluoresceiny na narząd wzroku, F. i G. zauważyli, że po zapuszczeniu rozczyynu tej substancji do worka łącznicowego powierzchnia oka na krótki przeciąg czasu zabarwia się, zabarwienie to rychło znikła, jeśli nabłonek oczny nie był uszkodzony. Skoro zaś istnieje najmniejsza utrata w utkaniu powierzchni oka, czy to w rogówce, czy też w łącznicy, wówczas substancja barwna niezwłocznie wsiąka w miejscu uszkodzenia i zabarwia daną okolicę w dosyć trwały i widoczny sposób.

Stąd wnioskują ci badacze, iż należałoby skorzystać z tego środka w celu wykrywania drobniućkińskich zdarć nabłonka, które mogłyby ujść oku badacza, oraz w celu wyszukiwania

mikroskopijnie drobnych ciałek obcych, tkwiących na powierzchni oka. [Zdaje się nam jednak, iż sposób ten uważać należy raczej za bardzo dowcipny, aniżeli praktyczny. Ścisłe badanie, dokonywane przy powiększeniu odpowiednim (choćby za pomocą dwóch lup), i bez tego niechybnie prowadzi do celu. Przypisek sprawozdawcy].

F. i G. stosowali ten przetwórcę również w celach leczniczych przy chorobach powierzchownych rogówki i łącznicy. Twierdzą oni, iż z wynikiem pomyślnym stosowali opatrunek, nasycony fluoresceiną, przy wrzodzących zapaleniach powierzchownych rogówki (keratitis bullosa, dendritica, etc.) i przy zapaleniu pryszczycowym łącznicy.

Godnym zaznaczenia jest fakt, stwierdzony przez tych badaczy, a mianowicie, że fluoresceina, wywierająca wpływ pomyślny w przypadkach pryszczyców łącznicowych, nie okazała się skuteczną przy powrotnem zapaleniu wiosennem rąbka spojówkowego (nieżyty wiosennym [Saemisch]), co by dowodziło, iż oba te cierpienia oczne nie są jednakowej natury, jak to z wielu stron twierdzono.

Wreszcie fluoresceina nie wywiera najmniejszego działania pomyślnego wobec innych spraw zapalnych łącznicy, wobec zapaleń białkówki (scleritis i episcleritis), wobec skrzydlika (pterygium) i tłuszczyka (pinguecula). *Br. Ziemiński.*

IV. Wiadomości pomniejszych.

130. **Przypadek zastawki szyjki pęcherza** opisuje Eigenbrodt. Rzadkie to cierpienie, dotychczas tylko przy autopsji napotykanie, zostało teraz po raz pierwszy za życia obserwowane i na drodze chirurgicznej usunięte. Ponieważ chory przedstawiał objawy właściwe przerostowi gruczołu krokowego (jakkolwiek badanie per rectum dało rezultat ujemny), postawiono rozpoznanie hypertrophia partis intermediae prostatae i wykonano cięcie nadłonowe. Zamiast przerostu gruczołu krokowego znaleziono na tylnym brzegu otworu wewnętrznego cewki fałdę błony śluzowej, o którą opierał się dziób kateteru, wprowadzonego przez cewkę. Dopiero przy znacznem opuszczeniu rękojeści cewnika udało się przeszkodę ominąć. Fałdę długości około 3 cm. usunięto i po upływie dwóch miesięcy chory się wypisał z objawami lekkiego nieżyty. Z literatury, przytoczonej przez autora, dowiadujemy się, że pierwszy tego rodzaju przypadek obserwowany na trupie opisał Guthrie jeszcze w r. 1832. Przez długi czas jednak zastawkę szyjki pęcherza uważano za wybryk fantazyi (Dittel, Rokitansky) i dla tego przypadek opisany przez Eigenbrodt'a zasługuje na uwagę. Etiologia tego cierpienia jest zupełnie ciemną. (Beitr. zur klin. Chir. 8; I).

S. Gr.

131. W ostatnich czasach baczniejszą zwrócono uwagę na **lecznicze działanie soli strontu**. Sole strontu czyste, o ile nie zawierają domieszek baryty nie mają żadnych własności trujących. Używają się dwa preparaty strontu: mleczan i bromek. Pierwszy podaje się jako anti albuminuricum, drugi ma usuwać kurcze żołądkowe i napady padaczkowe. Dawka dzienna wynosi od 2—8 grm. (Prog. Méd. nr. 5, 1892).

H. K.

132. Zakażenie katgutowe. Dr. P. Klein w klinice profesora Wahla w Dorpacie, widząc częste ropienie przy użyciu katgutów do szwów głębokich, pomimo starannego i kompletnego wyjalawiania takiego, postanowił zbadać przyczynę tego zjawiska doświadczalnie. Doświadczenie robił w ten sposób, że psom lub królikom implantował przy zastosowaniu najściślejszej antyseptyki po kawalku jedwabiu w jedno udo, po kawalku zaś katgutów w drugie. Gdy pierwsze wgały się dobrze, a nawet częściowo rezorbowały, koło drugich stale znajdowano smrodliwą ropę i rozległe nacieczenie zapalne. Pożywki żelatynowe, zaszczerpione wyjętym z ran tych jedwabiem okazywały małą ilość mikroorganizmów i to nie będących w związku z nitką, gdy tymczasem zaszczerpione katgutem roily się od drobnoustrojów, będących do tego w najbliższym związku z nitką. Wnioski z tych doświadczeń wyprowadza Klein następująco: Katgut łatwo podlega rozkładowi i jest dobrą odżywką dla przypadkowo dostających się przy operacji drobnoustrojów. Jedwab jest pod tym względem mniej pożytny dla mikroorganizmów, ztąd pochodzi lepsze gojenie się ran nim zaszywanych. (Arch. f. klin. Chir. T. 41, z. IV).

Dz.

133. Nowy sposób nakładania szwu kiszkiowego podaje dr. Kumer z Genewy. Błona śluzowa kiszki z podśluzową daje się łatwo od mięsnej na tępo odłuszczyć. Otóż przy rezekcyi należy na obu odcinkach wykonać takie odłuszczenie, zawiązać odłuszczoną zewnętrzną warstwę w kształcie mankietu na zewnątrz, obciążyć następnie cokolwiek pozostałe błony śluzowe z podśluzowymi i takowe oddzielnie zeszyć. Następnie odwija się pozawijane mankiety surowiczo-mięsne na zaszyty śluzowo-podśluzowy cylinder; obnażona od strony wewnętrznej błona mięsna jednego odcinka styka się wtedy z błoną mięsną drugiego. Przy zeszywaniu wpukła się ku sobie surowicze powierzchnie tych surowiczo-mięsnych płatów. Całe zgrubienie od szwu leży wtedy na zewnątrz, nie zwięzając wcale światła kiszki. Płaty surowiczo-mięsne można odłuszczać na półtora centymetra od brzegu przeciętego, zmartwienie nie następuje. Kumer dotychczas wypróbował swój sposób na psach tylko. Profesor Kocher stosował już ten sposób w trzech przypadkach gastroenterostomii u ludzi i wielkie oddaje mu pochwały. (A. f. klin. Chir. T. 42, zes. III).

Dz.

134. Przy ranach kiszki radzi Chaput (Gaz. des Hôpit., nr. 188, 1891) zakrywać dziurę przylataniem sąsiedniej pętli zdrowej. Dziurę zakrywa tu wprost błona surowicza sąsiedniej pętli, którą na miejscu dwupiętrowym szwem się utrzymuje. Nie zdaje nam się aby ten pomysł był szczęśliwy, gdyż trudności techniczne nie wyróżniają go od szwu zwykłego, a umocowanie kiszki w pozycji nieprawidłowej może być powodem do zwolnienia krążenia zawartości i t. d. Sposób ten może się przydać tylko w bardzo rzadkich przypadkach.

Dz.

135. Zeszywanie ran tętnic udawało się bardzo dobrze Jassinowskiemu w Dorpacie. Robił doświadczenia na grubszych tętnicach psów, koni i cieląt. Do szwu używał cienkich, lekko zgiętych igieł, jakich używają okuliści do szwów łącznicy. Szył cienkim jedwabem, w ten sposób, że igłę wkławał skośnie na $\frac{1}{2}$, do 1 m. m. od brzegu rany tylko do wewnętrznych warstw błony środkowej (media), nie drążąc wcale do błony wewnętrznej. W podobny sposób wyprowadzał igłę przez przeciwległy brzeg rany. Nitki zawiązywał na zwyczajny węzeł podwójny. Przy takim zakładaniu szwów nitki nie dochodzą do światła naczyń, nie ma więc we-

wnątrz ciał obcych, któreby wywoływały skrzepy, ani też przy nitkach szpar, któreby po skończonej operacji i zdjęciu czasowo uciskających przyrządów mogły krwawić. Pozostają tylko małe szparki pomiędzy oddzielnymi szwami. Uciskając lekko po zdjęciu zaciskających przyrządów miejsce zaszyte, tak lekko, aby tylko zwolnić bieg krwi, a nie całkowicie go zatrzymać, wypełniają się te szparki małymi skrzepami, tak, że po zaprzestaniu ucisku po 1 — 3 minutach przez szparki już krew się nie przesącza. Zakończa operację szew pochwy naczyniowej (vagina vasorum). Zabijając zwierzęta w różnych epokach po operacji, miał okazję przekonać się, jak gojenie postępuje. Z początku tworzy się na zaszytem miejscu biały skrzep przysięenny, z licznymi ciałkami białymi. Następnie buja śródbłonek koło ranki, wrasta w skrzep i ranę pokrywa (endoarteritis plastica) Media, adventitia i pochwa zrastają się tęą blizną, jedwab z czasem ulega wessaniu. Niektóre zwierzęta zabijał dopiero po upływie 2 — 3 miesięcy. Zwężenia światła, ani też wypuklenia żadnego na miejscu zeszytem nie znajdował. Zagojenie nawet w tych razach udawało się, gdy naokoło tętnicy zrobił się ropień. Jassinowski sądzi, że szew tętnic może znaleźć zastosowanie u człowieka przy ranach grubszych tętnic, zwłaszcza takich, których podwiązanie jest niebezpieczne. Rany, przypadkowo zadane podczas operacji, najlepiej mogą się do zeszywania kwalifikować. Rany z nierównymi brzegami np. postrzałowe, lub też poprzeczne, zajmujące około połowy obwodu, do zeszywania się nie kwalifikują. Do czasowego zaciskania używał Jassinowski półksiężycowato wygiętych szczypcyków z zasówką, które jednocześnie zaciskają oba końce, również i poboczne rozgałęzienia tętnicy, a w polu operacyjnym wcale nie zawodzą. (A. f. kl. Chirurg. T. 42, str. 816). *Dzierżawski.*

136. Praktyczny i prosty sposób zakrywania braków po wycięciu zrakowaciałej wargi dolnej, podaje dr. Regnier z kliniki prof. Wölflera w Gracu.

Sposób ten właściwie był już użyty w r. 1824 w jednym przypadku przez Morgana, później jednak zupełnie uległ zapomnieniu. Oto jak Regnier sposób ten opisuje: zrakowaciałą wargę wycina się cięciem mniej więcej łukowatym, idącym od jednego kąta ust do drugiego. Na pokrycia tego braku używa się skóry brody i podbródka: prowadzi się cięcie około 12 cali długie, równoległe do brzegu braków, odległe od tegoż na jeden centymetr więcej, niż wynosiła wysokość odciętej wargi. (To samo cięcie może służyć i do wyluszczenia zajętych gruczołów). Płat tak zarysowany oddziela od podstawy i przesuwa na miejsce przeznaczenia, podobnie jak się przesuwała przyłbica hełmu z czoła na twarz, tylko w odwrotnym kierunku. Wskutek tego podobieństwa do przyłbicy nazywa B. taki płat przyłbicowym (Visir-Lappen) Na miejscu płat umocowuje się zeszyciem z wargą górną, ewentualnie z resztą wargi dolnej; na podbródku dobrze jest dolny koniec płata umocować kilku szwami lub poprostu przybić do szczęki stalowym gwoździkiem, aby się nie opuszczał. Brak na szyi zszywa się o ile można, co się nie da zeszyć goi się p. secundam lub pokrywa się według np. Thierscha. Sposób ten stosowano w klinice Wölflera 12 razy, rezultat funkcjonalny i kosmetyczny był bardzo dobry, jak przekonują liczne załączone rysunki. (Nie nadmieniono jednak w jak długi przeciąg czasu po operacji chorych fotografowano). (Arch. für klin. Chir., XLI, 1891). *Dzierżawski.*

137. Lortet i Despeignes z Lyonu, opierając się na doświadczeniach Pasteura, który wykazał, że laseczniki czarnej krosty mogą być **rozprzestrzeniane za pomocą robaków ziemnych**, zrobili to samo przypuszczenie dla gruźlicy. Badając tkanki robaków, które czas pewien w ziemi zmieszanej z tkankami gruźliczemi przebywały, znaleźli w nich niezliczone mnóstwo laseczników Kocha. Laseczniki wykryto także w wydzielinach robaków. (D. M. W.). H. K.

138. Prevost i Benet na podstawie swych doświadczeń przysli do wniosku, że **wyciąg paproci** (Extractum filicis) jedynie z powodu powolnego wchłaniania nie wywołuje żadnych niebezpiecznych objawów, natomiast wstrzyknięty pod skórę powoduje śmierć wskutek paraliżu serca i narządu oddechowego. (D. M. W.). H. K.

139. Dr. Lohaus z Perleburga opisuje **przypadek otrucia ścieśnionowego dziecka balsamem peruwiańskim**. Matce, która dziecko karmiła, potworzyły się na brodawkach nadżaricia, które akuszerka balsamem peruwiańskim smarować zaleciła, obmywając należycie brodawkę przed przyłożeniem dziecka do piersi. Ten ostatni jednak warunek był niedbale spełniany i dziecko przy każdym ssaniu pewną część balsamu wysysało. Dziecko wkrótce przy objawach ostrego nieżytu żołądka i kiszek zmarło. (Berl. klin. Wochschr. nr. 6, 1892). H. K.

140. **Nowy środek miejscowo znieczulający**. Chlorek etylu wprowadził w powszechne użycie chemik Monnet z Lyonu. Sposób zastosowania nader prosty. Niewielka rurka szklanna zawiera około 10 grm. środka, zakończona jest ostro i zatopiona. Przed użyciem należy odłamać cienki koniec i następnie wzięwszy rurkę w rękę, skierować cienki jej koniec na dane miejsce. Pod wpływem temperatury trzymającej ręki zawarty w rurce chlorek etylu paruje i osusza, a jednocześnie zamraża i znieczula żądane pole operacji. Środek ten w rękach chirurgów i dentystów oddaje wielkie usługi, u nas też wielokrotnie już był stosowany również z nader pomyślnym wynikiem. Dla wiadomości kolegów podajemy, że chlorek etylu posiada na składzie apteka pp. Wende i Wiorogórskiego.

141. Dr. Maas, ogłasza następującą, podaną przez prof. Königa **metodę ucucenia przy porażeniu serca po wdychaniu chloroformu**. Stanąwszy z lewej strony chorego koło tułowia, kładzie się prawą dłoń na klatkę piersiową tak, aby brzusiec wielkiego palca przypadł w międzybrzu między wierzchołkiem serca i mostkiem. Ręką tą wykonywa się ucisk okolicy serca bardzo szybkimi—120 razy na minutę—wgniataniami. Obawa zbyt silnego ucisku nie istnieje, a nawet przeciwnie—wobec szybkiego rytmu ucisków—trzeba właśnie dbać by siła naciskania nie słabła. Drugą ręką można chorego podtrzymywać z dołu. Pomocnik stoi w głowach i śledzi za stanem jamy ustnej i źrenicami. Dopóki stan się nie poprawi, nie należy robić przerw; dopiero, kiedy źrenice zaczną się zwaćać można zaprzestać, zwłaszcza, jeżeli zjawia się ruchy oddechowe. Spręży stość klatki piersiowej jest warunkiem koniecznym powodzenia tej metody, zdaje się jednak, że nawet u starych ludzi wyjątkowo tylko będzie jej brakło zupełnie.

142. Dr. Gamel i Lop z Marsylii zalecają, przy **leczeniu miękkiego szankra i wrzodzących bubonów**, jako najlepszy środek, następującą kombinację fenolu i kamfory:

Rp. Ac. Carbol. cryst. 10,0.
Camphorae 25,0.

Mięszanina ta przedstawia się jako przezroczysty płyn gęstości syropu, przyjemnego zapachu. Opatrunek zmienia się dwa razy dziennie; po obmyciu wrzodu nakłada się kawałek waty, zmoczony wspomnianą mięszaniną, którą należy przedtem ogrzać na wodnej kąpeli. Wyleczenie następuje po 3 dniach. Bubony nie zropiały jeszcze, radzą autorzy leczyć wstrzykiwaniem eteru z jodoformem (1 c. 12, 3 razy tygodniowo). (W. Pr. 18). H.

143. Dr. Canon i Pieliere, badając krew 14 osób chorych na odrę, znaleźli w niej **laseczniki**, które uważają za **swoiste** dla tej choroby. Do barwienia preparatów używali następującego roztworu:

Stężony wodny roztwór błękitu metyl.	40,0.
$\frac{1}{4}\%$ roztworu eożyny (w 70% wysokości)	20,0.
Wody przekroplonej	40,0.

Preparaty pogrążają się na 5—10 minut w wysok bezwodny, następnie barwią się przy 37° C. w ciągu 6—20 godzin. Laseczki zabarwiają się na niebiesko, nie zawsze jednakowo, część średnia bywa bledszą. Wielkość laseczek równa się przeciętnie promieniowi ciała czerwonego krwi. Niekiedy są mniejsze jak diplokok, to znów jak diametr ciała cz. Te same twory znajdowano w wydzielinie z nosa i łącznic. Udało się je wyhodować na bulionie; na agarze, żelatynie nie wyrastały. Metodą Grama nie barwią się. H.

144. **Wkraplanie sublimatu** (w roztworach od 1 na 10,000 do 1 na 5,000) zaleca Guyon przy **katarach pęcherza** różnej natury (naturalnie nie ostrych). Nawet w przypadkach cystitis tuberculosae, gdzie żadne przepłukiwania nie pomagały, gdzie pęcherz nie znosił lapisu, kreozotu, naftolu, jodoformu etc., wkraplania rozczyńców sublimatowych działały znakomicie. Z 10 przypadków ostatniej kategorii, w 2 prawie zupełne nastąpiło wyleczenie, w 8 znakomita poprawa. Wkraplać należy na początek 10 do 30 kropli, później można nawet do 8 gramów. Bolesne są te instylacje wtedy, gdy płyn musi przechodzić przez tylne części cewki, bo ta jest najczulszą na sublimat. Kropli należy wstrzykiwać tem mniej, im więcej sprawa jest bolesna. Przed wkraplaniem pęcherz należy dokładnie opróżnić. (Bull. Méd. nr. 6, 1892).

Dzierżawski.

145. **Antiflogoza z odległości**. Ciekawe i interesujące, a nade wszystko mogące mieć i praktyczne znaczenie fakty, komunikuje prof. Samuel z Królewca. Oto jeżeli posmarować jedno ucho królika olejem krotonowym, a drugie zanurzyć w wodę zimną (niżej 15° C.), to, dopóki zapalenie będzie trwało, zapalenie na posmarowanym uchu nie występuje. Po zaprzestaniu ochładzania zapalenie na krotonizowanym uchu przyjmuje zwykły przebieg, jeżeli olej krotonowy poprzednio zmyty nie został. Prof. Samuel przez 12 godzin z rzędu experiment ten przeciągał, sądzi jednak, że i dłużej zapalenie w ten sposób wstrzymałoby się dało. Na królikach, którym dla kontroli drugiego ucha nie ochładzano, zapalenie przebiegało w sposób typowy. Jak to objaśnić? Nie drogą działania odruchowego zimna z nerwów czuciowych ucha ochładzanego na naczyńioruchowe krotonizowanego, bo po przecięciu nerwów czuciowych (auricularis major et minor) i naczyńioruchowych (sympaticus) zjawisko występowało z tą samą prawidłowością, t. j. zapalenia na uchu krotonizowanym nie było. Również, nie przez ogólne obniżenie ciepłoty ciała, bo tego przy ochładzaniu ucha tylko jednego nieobserwowano.

Zapalenie nie występowało również, jeżeli łapki zwierzęcia zanurza-

no w zimną wodę. Łapki nie są już w żadnym bezpośrednim naczynioruchowym związku z uchem. Prof. Samuel sądzi, że może fakt ten ciekawy da się objaśnić zmniejszoną wrażliwością i ruchliwością białych ciałek krwi wskutek częściowego, ale za to ciągłego przepływania przez ochładzane części. (Zur Antiflogose. V. Pr. Dr. S. Samuel. Arch. Virch. T. 127, z. III).

Dzierżewski.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

LUDWIK WOLBERG. **Psychologija dziecka.** Wykład popularny o uczuciach i umyśle dziecka w zastosowaniu do wychowania podług dzieł Pereza, Preyera, Darwina i innych. Warszawa. Nakład redakcyi „Prawdy”, 1891.

Praca kol. Wolberga należy raczej do pedagogiki, aniżeli do medycyny, na której terytorjum bezpośrednio wkracza tylko w nieznacznej części. Uważamy jednak za stosowne zwrócić na nią uwagę czytelników jej ze względu na przedmiot, obchodzący nie tylko pedagogów, rodziców i t. p., ale i lekarzy, kwestyja bowiem wychowania jest jedną z tych, w których, według naszego zdania i lekarzowi przysługuje głos, przynajmniej doradczy.

Ponieważ sam autor przyznaje, że praca jego nie jest przeznaczona „ani dla psychologów, ani dla uczonych”, nie będziemy więc tu zajmować się szczegółową oceną tej książki, zadawalniając się krótką wzmianką o jej treści. Autor opracował ją dla szerszych kół według Preyera, Pereza, Spencera i innych, przeplatając wykład wieloma trafnymi uwagami i objaśnieniami na przykładach, już to cytowanych z rozmaitych autorów, już to ze spostrzeżeń własnych. Umotywowawszy znaczenie racjonalnej fizjologii i psychologii dziecka dla celów wychowawczych, autor stara się w sposób popularny zaznajomić czytelników z własnościami duchowymi normalnego dziecka. Rozpatruje przeto w części pierwszej rozwój zmysłów, uczuć i woli dziecka, w drugiej rozwój inteligencyi, w trzeciej rozwój pojęć estetycznych, w czwartej zaś mówi o własnościach duszy dziecięcej w zastosowaniu do wychowania.

Rzecz cała czyta się z prawdziwym zajęciem, do czego przyczynia się mnóstwo przykładów. Między temi ostatnimi znajdujemy wprawdzie takie, które nie tylko nie rzucają żadnego nowego światła na znajomość natury dziecka, ale zastosowane są czasami do faktów powszechnie znanych i nie wymagających objaśnienia, nie sprawiają one jednakże wrażenia niepotrzebnego balastu, dzięki starannemu i zręcznemu opracowaniu.

Dodać jeszcze należy, iż w omawianej pracy (cz. II) spotykamy także interesujące szczegóły, dotyczące rozwoju umysłowego młodych zwierząt, o ile ten ostatni przedstawia pewną analogiję z rozwojem władz umysłowych dziecka. Słuszność wyznać nakazuje, iż w całej pracy autora nie znaleźliśmy prawie nic takiego, coby na poważnie zarzuty zasługiwać mogło, czy ze względu na poglądy autora, czy na poprawność języka.

Do najmniej fortunnych uwag autora zaliczyłbym zdanie o przedstawieniu dramatycznym dla dzieci, które opisuje na str. 287. Polecając przedstawienia mimiczne dla dzieci, autor zapędza się tak dalece, iż oświadcza tego rodzaju przedstawienie, gdzie na efekt składało się użycie kija

i duszenie koguta, nazywa je „rozsądnem, estetycznem i t. d.". Nie możemy się na to zgodzić, pomimo, że przedstawienie to wprowadziła „pewna doskonała pensyja francuzka”.

Pomimo to, książkę kol. Wolberga śmiało polecić możemy rodzicom, opiekunom i t. d., którzy w niej znajdą wiele pożytecznych i ciekawych szczegółów a i lekarzy, zwłaszcza częściej stykający się z młodocianymi pacjentami, z przyjemnością ją przeczyta. B. P.

Kronika miesięczna.

— W n-rze 103 „Wieku”, w artykule p. Chorążego p. t. „Troska lekarzy”, spotykamy się z kilkoma zarzutami co do naszego kwestyonaryjusza, które odeprzeć musimy. Przedewszystkiem p. Chorąży powstaje przeciw naszemu dążeniu do poznania *bytu lekarzy* i żąda, abyśmy raczej *byli* ich pacjentów, względnie *całego ogółu* poznali. Uwaga ta, dowodząca wysokiej niepraktyczności autora. Tego rodzaju pracy dla jej ogromu wziąć na swe barki nie możemy, przechodzi ona nasze siły, a nawet siły zbiorowych towarzystw. Sądzymy, że jeżeli cząstkę ogólnego stanu poznamy, że jeśli *byli* lekarzy odzwierciedli się w odpowiedziach, spełniliśmy co do nas należy, niech inne zawody, składające się na t. zw. inteligencyję uczynią toż samo, a poznamy *być* całe inteligencyi, niech dalej toż samo zrobią rzemieślnicy, robotnicy, włościanie i t. d., a z drobnych tych cegiełek utworzymy całość, iś dedukcyjnie w tym kierunku — znaczyłoby podjąć pracę na lat dziesiątki. Formowanie statystycznych danych przez lekarzy, danych, dotyczących ich pacjentów, rzecz pożądana, ale niepraktyczna, częstokroć bowiem właśnie lekarz dla wielu powodów, których rozbiierać nie możemy tutaj, najmniej dokładnie posiada o tem dane. Również niesłusznym jest zarzut, a raczej wniosek, iż „ze spowiedzi”, jaką lekarz przed redakcją odbędzie, nadsyłając jej odpowiedzi na kwestyonaryjusz, wyniknąć może dla niego zwiększenie konkurencyi. Właśnie co innego mamy na celu. Skoro większość kolegów odpowie na nasz kwestyonaryjusz, będziemy mogli, ogłaszając dane cyfrowe, wstrzymać wielu kolegów od niepotrzebnego zawodu i zwiększania innym kolegom konkurencyi, będzie to wskazówką dla pragnących się osiedlać na prowincyi kolegów, jakich miejscowości uniknąć należy, a jeśli wnosić z dotychczasowych odpowiedzi, będziemy mogli może nie jednemu z przyszłych adeptów medycyny cyframi wykazać, iż maksyma „Galenus dat opes” już dawno do historii należy. *W końcu raz jeszcze upraszamy pisma lekarskie polskie o przedrukowanie naszego kwestyonaryjusza w imię ogólnego dobra, gdyż rozesłać go, jak to mieliśmy zamiar, z przyczyn od nas niezależnych nie możemy.*

— Prof. M. Nencki, w przejeździe przez Warszawę do Petersburga, zatrzymał się dni kilka i wygłosił odczyt w Towarzystwie Farmaceutycznem p. t. „Potrzeby reformy wykształcenia farmaceutów”. Prelegent żąda podniesienia poziomu ogólnego wykształcenia i wykształcenia farmaceutów, jako chemików sanitarnych, których obowiązkiem byłoby wykonywać rozbiory chemiczno-bakterjologiczne i pod tym względem zastąpić nie liczących zresztą lekarzy chemików. Żądania prelegenta były gorąco przez zebranych przyjęte.

— D. 10 b. m. odbyło się w sali posiedzeń Towarzystwa lekarskiego posiedzenie administracyjne ogólne Kassy wsparcia dla wdów i sierot

po lekarzach. Na zebraniu obecną była szczupła garstka uczestników, bo nie przenosząca kilkunastu osób, co wobec kilkuset członków Kas-y smutnym jest wyrazem naszej obojętności na kwestyje podstawowe bytu. Tem to smutniejsze, iż nikt więcej chyba, niż lekarz nie powinien odczuwać potrzeby zabezpieczenia zapomogi swojej rodzinie. Wymownie zaznaczył to kol. Rogowicz w swem przemówieniu, mówiąc, iż wdowy po lekarzach, których liczono na znaczne dochody, żądają dziś zapomogi od Kas-y. Zdziałać coś wobec obojętności ogółu lekarzy trudno; a jednak dokąd nie mamy tak pożądaney Kas-y wzajemnej pomocy, kassa wsparcia cięższyć się winna jak najszerszym poparciem. Być może, że w końcu praca kol. Rogowicza i zabiegi około utworzenia upragnioney instytucyi doprowadzą do celu, być może, że udałoby się to przez zbiorowe zabezpieczenie w któremkolwiek z Towarzystw ubezpieczeń, sądzimy, iż dla każdego z nich byłby to interes nader korzystny—być może, w każdym razie mamy nadzieję, iż kol. Rogowicz, tak zasłużony około Kas-y wsparć, swego projektu nie porzuci i z całą energiją, nie zrażając się obojętnością ogółu i trudnościami, rzecz doprowadzi do końca. Zasłużył tem sobie na wielką wśród lekarzy, szczególnie przy coraz pogarszającym się bycie, wdzięczność. Czekamy.

— Podobno ma być utworzony w mieście naszym oddział dla rakowatych niezależnie od istniejącego przy szp. św. Łazarza. Potrzebne sumy zebrano z ofiar dobroczynnych; wynoszą one przeszło 30,000 rubli, z których 20,000 złożyli sukcesorowie ś. p. hr. Augustowej Potockiej.

— Dla ochrony wzroku uczniów wydany ma być przepis, aby podręczniki szkolne dla klas niższych drukowane były wyłącznie pismem „cicero”, dla klas średnich „garmontem”, wyjątkowo tylko dopuszczonym będzie „bourgeois”, „petit” zaś nie będzie dozwolonym.

„Kronika lekarska” od przyszłego n-ru, czyniąc zadość słusznemu dopominaniu się licznych czytelników, wyrzuci również „petit”, zastępując go „burgosem”.

— W roku bieżącym Zarząd kolonji letnich przeszedł w ręce kol. St. Markiewicza, wice-prezesa Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, inicjatora tej pożytecznej instytucyi u nas. Biuro kolonji na czas kwalifikacyi dzieci i opisu lekarskiego kolonistów, mieści się w lokalu przy ul. Niecałej nr. 1, którego używała Lecznica Pierwsza. Zdaje się, że liczba wysyłanych wrośnie tego roku do 500; oprócz tego, dzięki znacznej ofierze bankiera tutejszego p. Wawelberga, po raz pierwszy wysłaną będzie partyja dzieci do Ciechocinka. Zapal i zamilowanie z jakim Szanowny kol. M. oddaje się instytucyi, będącej u nas dziecięcim jego osobistej inicjatywy, budzi w nas niepłodną nadzieję, że w rękach nowego Zarządu rozwój „kolonji” pójdzie prędzej i znajdzie dla siebie racjonalne drogi i podstawy.

Wprawdzie liczba wysyłanych dzieci wykazywała i dotąd ciągły wzrost (52 w 1882 r., 245 w 1886, 417 w 1890), jest on jednak nader powolny, jeżeli porównamy go z rozwojem nie wiele co starszych kolonji zagranicą (np. Kopenhaga, Poznań etc.). Jak wiadomo pierwsze kolonije letnie założone zostały w Szwajcaryi w 1876 r. niedaleko Appencell przez pastora Biona i zdążyły rozpowszechniły się mniej lub więcej po całej Europie. Wprawdzie już i dawniej myśl podobna kielkowała tu i owdzie—tak np. we Francyi istnieje zwyczaj wycieczek wakacyjnych po kraju dla zdolniejszych uczniów, w Danji od lat 30 już wysyłają dzieci pojedynczo do zamożniejszych ziemian, właściwe jednak kolonije istnieją dopiero od lat

kilkunastu (u nas od 1882). Inicyjatywa tej zbawiennej instytucji wszędzie jak dotąd wychodziła ze strony osób prywatnych, a i utrzymywanie jej opiera się ciągle jeszcze tylko na ofiarności publicznej. W Paryżu tylko władza szkolna, widząc znakomite wyniki kolonji, pośpieszyła niebawem z poparciem, wydzielając sumy ze swych funduszków na wysłanie uczniów szkół ludowych. Przytaczamy tu mimochodem, że koszta wysyłki na jedno dziecko wynosiły w roku 1888 dziennie 2 fr. 74 cent.

Żałujemy, że ze zbyt mało systematycznych (pod każdym względem niedostatecznych) dotychczasowych sprawozdań o naszych kolonijach nie można obliczyć, ile utrzymanie dzienne dziecka kosztowało u nas; a mianowicie w tych kolonijach, które były na własnem utrzymaniu i nie korzystały w mniejszym lub większym stopniu z ofiarności swych gospodarzy. Ogólna bowiem przeciętna cyfra zmniejsza się wtedy wprawdzie znakomicie, ale, jako zależna od przypadkowych wpływów, nie może stanowić żadnej pewnej normy w przypuszczalnych obliczeniach.

Średnio z 7 lat cyfra ta wynosi u nas przeszło 60 kop. W niektórych jednak kolonijach, utrzymywanych li tylko przez Zarząd, koszta dnia jednego na dziecko przechodziły 75 kop., co wydaje się w porównaniu z cyfrą francuską stosunkowo bardzo drogo.

Jak powiedzieliśmy wyżej, kolonije letnie jeszcze prawie wyłącznie istnieją przez ofiarność publiczną, dzięki inicyjatywie szlachetnych filantropów, którzy starają się o zainteresowanie swą instytucją jak najszersze koła. Jako jeden z owoców tych zabiegów i piękny przykład do naśladowania możemy przytoczyć jeden szczegół z rozwoju kolonji paryżkich. Oto młodociane czytelniczki „Journal de St. Nicolas” oraz uczennice paru szkół z drobnych swych oszczędności wysyłają co rok kilkanaście biednych dziewcząt na parę tygodni na wieś.

U nas koszta kolonji letnich ponosi bardzo szczupła liczba osób; na 3—3½ tysiąca rubli, jakie zbiera się corocznie na kolonije, znajdujemy na liście ofiarodawców zaledwie sto kilkadziesiąt pozycji, z których część sporo powtarza się z roku na rok.

W ostatnich latach cyfra, zbierana tą drogą wykazuje małą zniżkę. Sądzymy, że pewniejszą podstawą dla instytucji byłyby małe, ale zewsząd napływające składki; więcej, choć cieńszych nitek, związałyby kolonije ściślej i pewniej z całym społeczeństwem. Administracja kolonji powinna więcej agitować w tym kierunku i obmyślać drogi, jakimi szersze koła publiczności mogły łatwo i dostępnie wnosić drobne swe datki.

Byłoby właściwem, aby lekarze, jako najlepiej rozumiejący wielką ważność kolonji, niejako z półurzędowego stanowiska stróżów zdrowia publicznego, podali koleżeńską dłoń Szanownemu inicyjatorowi i pomagali mu, popularyzując instytucję i oświecając najszersze koła publiczności o ważnym pod wielu względami znaczeniu instytucji, o naocznym pożytku osiąganym tą drogą za stosunkowo bardzo małe środki.

Czasby też był, aby za przykładem Warszawy, korzystając z jej doświadczenia, poszły i inne większe nasze miasta, a przyjemnieby nam było, gdyby ruch w tym kierunku rozpoczęty został również przez lekarzy.

Pod tym względem powinniśmy zapatrywać się na Niemców, u których prawie każde miasto posiada swoje „Ferien-colonien” i wysła dzieci setkami na wieś, w góry i nad morze.

Sądzymy, że Zarząd kolonji letnich działał dotąd zbyt mało drogą publikacji i za mało popularyzował swą instytucję w prasie. Nie pamię-

tamy też, jak dotąd żadnego poważniejszego artykułu lekarskiego, ani pedagogicznego w tej kwestyi. W Niemczech stale kolonijami zajmuje się poważny organ: „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege” wychodzący w Hamburgu.

Kończąc nasze luźne uwagi kronikarskie, zapytujemy, czy termin 28-dniowego pobytu kolonistów na wsi (jak to ma miejsce u nas) jest rzeczywiście najodpowiedniejszy? Na jakich oparto go podstawach? Czy dla tego, że przyjęto go w Hamburgu? Widziemy bowiem bardzo dobre wyniki i z krótszego pobytu. Tak np. w Belgii wysyłają dzieci tylko na 2 tygodnie. Sądzymy, na tej podstawie, jak również na własnych, choć nielicznych spostrzeżeniach, że 3 tygodnie przeciętnie wystarczałyby zupełnie (dopuszczając, rozumie się, przedłużenie w wyjątkowych razach), za to możnaby wysłać znacznie więcej dzieci.

— Niejaki inżynier Gaczkowski, wynalazł w Petersburgu nieomylny środek przeciw wszelkim dolegliwościom, który nazwał witaliną. Znaleźli się wnet uzdrowieni pacjenci, którzy skuteczność środka podnosili pod niebiosa; wiał rdzenia, suchoty, wady serca i wiele innych dolegliwości miał on usuwać w ciągu krótkiego czasu. Tak trwało kilka tygodni, aż oto p. Gaczkowski środek swój, jak donoszą telegramy, zaaplikował naczelnikowi Petersburga gen. Gresserowi, poczem wytworzyło się na obu nogach zapalenie ropne. Wtedy pod naciskiem opinii p. Gaczkowskiej ogłosił skład środka: jest to boraks, rozpuszczony w glicerynie! rozbiór chemiczny potwierdził (?) zeznanie p. G. Dodać należy, iż według telegramów gen. Gresser zmarł, a p. Gaczkowski został uwięziony. Szkoda, iż po tak dotkliwem przekonaniu się o szkodliwości środka, a niewcześniej, odjęto mu możliwość „uszcześliwiania” ludzkości? Czasby już w końcu oświecać publiczność, iż pada ciągle ofiarą fanatyzmu lub wyzysku, czasby naprawdę zaprzestać owych prób na ludziach ze środkami wymyślonymi przez niepowołanych.

— Protokół uroczystego posiedzenia charkowskiego Towarzystwa lekarskiego, jakie miało miejsce z powodu jubileuszu d-ra W. Frankowskiego, wydany został w osobnej książeczce, ozdobionej portretem szanownego jubilata. Dochód ze sprzedaży (cena 1 rs.) tego wydawnictwa przeznaczony jest na ufundowanie łóżek imienia Frankowskiego w szpitalach charkowskich.

— W Rabce, pani Głuchowska, żona lekarza zakładowego, otwiera pensjonat dla dzieci potrzebujących kuracji.

— Dowiadujemy się, iż Ojców w tym roku pozyska nowe udogodnienie. Aptekarz z sąsiedniej Skały ma zamiar otworzyć tam zakład wód mineralnych. Od roku już, jak wiadomo stale ordynuje podczas lata w Ojcowie kol. Rychliński z Warszawy. Pora by też, rzeczywiście, urocą tę miejscowość wyzyskać należycie.

— Na odbywającym się w b. miesiącu kongresie okulistów w Paryżu, jednym z prezydentów był ceniony nasz okulista dr. B. Wicherkiewicz z Poznania.

— W Sierpniu r. b. (od 14 do 19) odbędzie się w Brukselli kongres międzynarodowy ginekologów i akuszerów, oraz wystawa odpowiednich narzędzi chirurgicznych. Skład komitetu organizacyjnego kongresu i wystawy jest następujący: prezydujący prof. Kufferath, wice-prezesa profesorowie: Debaisieux, Fraipont, Desguin i Tournay, główny sekretarz dr. Jacobs. (12, Rue de Petits Carmes à Bruxelles).

— Niewłaściwości, jakie popelnia tak często prasa polityczna w swych sprawozdaniach o posiedzeniach towarzystw i zjazdów lekarskich, skłoniły zarząd ostatniego Zjazdu w Lipsku do postanowienia, aby wzbraniać na posiedzenia wejścia reporterom pism politycznych. Pismom interesującym się szczerze naukowymi sprawami Zjazdu będą wydawane jednoznaczne referaty, sporządzone przez biuro Zjazdu. Nie przewiduje wprowadzić to postanowienie okoliczności, że członkowie rzeczywici Zjazdu mogą być korespondentami pism politycznych. Chyba, że w Niemczech łączenie tych godności w jednej osobie uważanem jest za niewłaściwe na tyle, iż postanowienie Zjazdu nie wspomina o niem nawet.

— Według obliczeń Levasseur'a, ludność Europy wynosiła w roku 1886—347 milionów, a w roku 1890 wzrosła do 361.

— Z 14 reprezentantów państw, przyjmujących udział w konferencyi sanitarnej w Wenecyi 12 podpisało protokół, tylko przedstawiciele Anglii i Turcyi nie zgodzili się na ogólne wnioski. Protokół opiewa środki ostrożności, jakie mają być przedsiębrane względem okrętów handlowych, przybывających przez kanał Suezki z okolic zakażonych. Kwarantanna (5 dni) osób i statków podejrzanych odbywać się będzie przy Studniach Mojżesza (Fontaines de Moïse). Statki z pielgrzymami zatrzymywane się będą w lazarecie w Gebel Tor. Ciekawa rzecz, czy wobec opozycji Turcyi i Anglii postanowienia te wejdą w życie.

— Ogłoszony przed paru laty konkurs (imienia barona Lenval) 3,000 fr. nagrody za zbudowanie na zasadach mikrofonu przyrządu poprawiającego słuch przytępiony dotąd pozostał bez skutku. Przyczynę tego widzi dr. V. Lange, specjalista chorób usznych z Kopenhagi, w warunkach konkursu. Pomijając bowiem okoliczności uboczne (aparatus przenośny), już same przez się utrudniające w wysokim stopniu zadanie, sama zasada projektu nie zdaje się być właściwą. Mikrofon nie wzmacnia drgań głosowych, a tylko jest ich przenośnikiem. Bardzo dobrze obmyślane i zbudowane na tej podstawie przez Langego przyrządy nie dały żadnego rezultatu. L. w końcu swego artykułu zwraca się do Komitetu Jury konkursowego z zapytaniem, czy Komitet ma pewność, że rozwiązanie zadane-go pytania w danych warunkach jest wogóle możliwem.

— Pp. J. Hericourt i Ch. Richet, odkryli w doświadczeniach na psach, że zaszczepienie laseczników gruźlicy kurzej wstrzymuje u tych zwierząt rozwój gruźlicy ludzkiej. Z czterech psów dwóm uprzednio zaszczepiono gruźlicę kurzą a następnie wszystkim gruźlicę ludzką. Szczepione podwójnie żyły 120 dni, pozostałe tylko 22 dni. Zdaje się przeto, że gruźlica kurza może u psów wywoływać odporność przeciw tejże chorobie. (U. 45).

— Towarzystwo lekarskie berlińskie oświadczyło się znakomitą większością głosów przeciw rozszerzaniu dyscyplinarnej władzy istniejących izb lekarskich.

— Z powodu różnych petycyj komisya edukacyjna pruskiej izby deputowanych ogłosiła sprawozdanie swe odnośnie do dopuszczania kobiet do studyjów uniwersyteckich (filozofii i medycyny), żeńskich gimnazyjów, oraz instytucyi egzaminacyjnych dla kobiet z egzaminów dojrzałości. Komisarz rządowy radca tajny Schneider, wyraził się w następujący sposób: Żądanie rozszerzenia zakresu pracy kobiet jest w dzisiejszych warunkach społeczeństwa zupełnie uprawnionem, to też znajduje ono sympatyję ze strony ministra i całej komisyi. Należy też przyznać, że w wie-

lu razach kobiety przekładają pomoc lekarską, podawaną przez kobiety, nad udzielaną przez mężczyzn. Nie można się jednak zgodzić na proponowaną w petycyjach drogę. Myśl, aby wykształcenie kobiet szło zupełnie tym samym torem, co mężczyzn, jest fałszywą. W chwili, kiedy dotychczasowy system kształcenia chłopców spotyka tyle zarzutów, kiedy robią się poszukiwania nowych dróg, które będą musiały jeszcze przejść próbę, byłoby podwójnie wątpliwem, aby i młodzież żeńską pchnąć tym samym torem — przez gimnazyja i uniwersytety. Referent przychodzi do zdania, że obowiązkiem komisji edukacyjnej będzie wynaleźć odpowiednie właściwe drogi dla kobiet; od obowiązku takiego komisja się nie uchyla, ale uznaje wielką trudność tego zadania. Izba przychyliła się do zdania komisji. (D. M.).

NEKROLOGIJA.

— W Tarnogrodzie, w Lubelskiem, w d. 24 Lutego r. b. zmarł ś. p. *Aleksander Leszek Iżycki*, w 30 roku życia, zaś w d. 31 Marca w Hrubieszowie ś. p. *Roman Żnudzki*, licząc 28 lat wieku. Obaj wolnopraktykujący lekarze padli ofiarą epidemii tyfusu wysypkowego. Byli to ludzie złączeni nie tylko węzłem przyjaźni, zadzierzgniętem jeszcze na ławie szkolnej, w gimnazyjum chełmskiem, wzmocnionem następnie podczas studyjów w uniwersytecie (1884 — 1889), lecz i wspólnością przekonań i dążeń społecznych. Za zadanie życia swego uważali nie tylko niesienie pomocy najuboższemu, ale i szerzenie wśród nich światła. Jeżeli świadkowie ich przedwczesnej śmierci podziwiali tylko ich poświęcenie, z jakim nieśli pomoc nie bacząc na grożące im niebezpieczeństwo — to ich nie docenili. Śmierć tych kolegów w nas, cośmy bliżej ich znali, wzbudzić musi taki żal głęboki, jaką była głębia uczucia, którą otaczali maluczkich i nieszczęśliwych.

— W Białobrzegach, gub. Radomskiej, zmarł lekarz *Zygmunt Wiśniewski*. Ukończył Uniwersytet Warszawski w roku 1889, lat liczył za ledwie 28, zmarł jako ofiara powołania również z tyfusu wysypkowego.

— 26 Kwietnia zmarł *J. Jefremowski*, prof. chirurgii w tutejszym uniwersytecie od r. 1871. W roku 1877 objął klinikę szpitalną po śmierci prof. Girsztowta. Zmarły odznaczał się łagodnym i prawym charakterem, czem zjednał sobie powszechne uznanie.

Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu KWIETNIU 1892 r.

- 1) *Ż. Krówczynski*. Erythema keratodes. (Now. Lek. 4).
- 2) *A. Jaruntowski*. Przyczynek do powstawania suchot płucnych wskutek urażenia klatki piersiowej. (Now. Lek. 4).
- 3) *Doc. J. Mitwałsky*. O niektórych guzach oczodołowych. (Nowiny Lek. nr. 2, 3, 4).
- 4) *W. Lepkowski*. Przyczynek do nauki o chemicznym składzie zębów. (Now. Lek. 3, 4).
- 5) *Jerzykowski*. Przypadek otrucia-ułepkiem makowcowym. (Now. Lek. 4).

6) *W. Radojewski*. Dwa ciekawe a szczęśliwie wyleczone przypadki postrzału w głowę. (N. L. nr. 4).

7) *Dr. med. St. Krysiński*. Niezwykły przypadek z praktyki chorób dziecięcych. (N. L. 4).

8) *W. Matlakowski*. O wycięciu kiszki ślepej wobec zwężenia rako-owego i bliznowatego. (Przeg. Lek. 14, 15, 16, 17, 18), niedok.

9) *J. Gold*. Przypadek kilaka gruczolu pachwinowego. (Przeg. Lek. nr. 15).

10) *L. Wachholz*. Sposoby wywołania analgezji ogólnej drażnieniem krtani i jej okolicy, podług Brown-Séquarda. Przegląd Lek. nr. 16).

11) *Dr. D. St. Ponikło*. Wzmianka o wyniku bakteryjologicznego badania moczu w przypadku podejrzanego duru brzuszego. (Przegład Lek. nr. 16).

12) *Prof. Blumenstok*. Wątpliwe dzieciobójstwo. (Przeg. Lek. 17).

13) *Uhna*. Leukoderma Syphiliticum. (P. L. 18).

14) *Dr. med. H. Higier*. Ichias scoliotica. (G. L. 14).

15) *K. Zieliński*. Przypadek wrodzonego braku wielkiego i małego mięśnia piersiowego. (G. L. 14).

16) *W. Wróblewski*. Przyczynk do patologii i terapii migdałka językowego. (G. L. 13, 14).

17) *F. Arnstein*. Pouczający przypadek krztuśca, powiklanego ropniem płucnym. Wyzdrowienie. (G. L. 14).

18) *W. Dąbrowski*. Przypadek zwężenia dolnego odcinka dwunastnicy. (Gaz. Lek. 15).

19) *A. Gabszewicz*. Przypadek rany postrzałowej żołądka. (G. L. nr. 15, 16).

20) *F. Szmakfefer*. Przyczynk do postępowania przy łożysku przedującym środkowym. (G. L. 16, 17)..

21) *A. Mizerski i L. Nencki*. Przegląd krytyczny sposobów oznaczania zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym. (G. L. 17).

22) *J. Sz wajcer*. O epidemji tyfusu wysypkowego w szpitalu Zapasowym w Warszawie w r. 1889. (G. L. 17, 18) niedok.

23) *K. Rychliński*. Przyczynk do nauki o ostrych psychozach. (G. L. 18), niedok.

24) *T. Sobnan*. Skręcenie i zgorzel kiszki esowatej, wycięcie, utworzenie sztucznego odbytu etc. (Med. nr. 14—16).

25) *L. Lubliner*. Zwężenie tchawicy pochodzenia przymiotowego. (Med. 13, 15).

26) *St. Bernstein*. O syringomyelii. (Med. 11, 12, 13, 15).

27) *Dr. med. H. Higier*. Kilka słów, dotyczących fizjologicznych czynności rdzenia. (Med. 16).

28) *W. Biegański*. Kilka uwag o bredzeniu gorączkowym w przebiegu chorób zakaźnych. (Med. 18), niedok.

1) Ogłoszenie dwóch przypadków Erythema keratodes przez Brooke'a, zniewoliło autora do opisanja analogicznego przypadku, widzianego pierwotnie w Czerwcu 1887 roku, a następnie z powrotem w ostatnich czasach. Mężczyzna lat około 30, dobrze zbudowany, blondyn, ze skórą delikatną, zauważył, że skóra na dłoniach, szczególnie zaś na podszewkach,

a w części i na palcach jest zgrubiałą, suchą, kruchą; po usunięciu zgrubiałych warstw naskórka szaro-żółtawej barwy zauważyć można było delikatną różową, suchą skórę. Cierpienie to utrudniało chodzenie i w skutek pęknięcia naskórka wywoływało bóle. Leczenie zasadzało się na znacero-waniu naskórka z następnem stosowaniem bądź to czystej maści Hebry, bądź też na połowę z dziegiem; leczenie sprowadzało znaczną ulgę. Zbytek zajęć nie pozwolił choremu na systematyczne leczenie i dopiero pogorszenie się choroby zniewoliło go do zasięgnięcia na nowo lekarskiej porady; zalecony $5\frac{0}{10}$ przyklepiec z kwasem salicylowym działał skuteczniej jak pierwotnie wzmiankowana kuracja. Autor w początkach uważał ten przypadek za wyprysk i dopiero po ogłoszeniu spostrzeżeń Brooke'a przyjął jego rozpoznanie.

Wł. Kop.

2) Przedstawivszy z literatury (Lebert, Brehmer, Mendelsohn, Gravit) liczne odnośne przykłady i zdania autorów, J. dołącza swoje spostrzeżenie: 30-letni mężczyzna, bez obarczenia dziedzicznego, uległ silnemu stłuczeniu górnej części klatki piersiowej, po którym zaraz nastąpił krwotok i utrata sił. Po $4\frac{1}{2}$ miesiąca polepszenie, w 8 miesięcy po przypadku znów krwotok, a badany po roku chory przedstawiał niewątpliwe dowody gruźlicy (prątki gruźlicze etc.). Czy uraz wywołuje zmiany w płucach, które wytwarzają warunki sprzyjające rozwojowi lasecznika gruźliczego (Mendelsohn), czy też (Ruehle) w przypadkach takich mieliśmy do czynienia z utajoną gruźlicą, która pod wpływem urazu przechodzi w postać czynną, jawną—rzecz to ostatecznie nierozstrzygnięta. W każdym razie wpływ urazu w etjologii gruźlicy zarysowuje się na przytoczonych przypadkach bardzo wybitnie.

H.

3) Na podstawie dwóch tak klinicznie jak i anatomo-patologicznie zbadanych przypadków, M. dochodzi do wniosku, że torbiele, powstające z wylania krwi, jak na innych miejscach, również i w okolicy oka znajdują się (o czem miał sposobność na własne oczy przekonać się, kiedy śledził rozwój surowiczego torbiela podspojówkowego, powstałego z krwiaku) i dalej, że miał sposobność rozpoznać jeden torbiel oczodołowy, który według histologicznego obrazu ściany nie może być żadnym innym torbielem, jak tylko z wybroczyny pochodzącym, zawdzięczającym zaród swój urazowemu krwiakowi oczodołowemu. („O torbielach krwotokowych łącznej tkanki oczodołowej”).

Autor, podawszy opis trzech przypadków kościaków oczodołowych, kreśli obraz obecnego stanu naszych wiadomości, co do tej sprawy chorobowej, opierając się głównie na wynikach odnośnych badań Virchowa. M. sądzi, że uraz, dotyczący kości, może w następstwie odczynu zapalnego rzeczywiście spowodować wytwarzanie się kościaków i to wszędzie, zwłaszcza zaś w okolicy jam czołowych, szczególnie wspiera wzrost kościaków. Dalej, zgodnie z Virchowem, zwraca uwagę na pęcherzowate powikłanie, występujące w przypadkach kościaków jamy czołowej, a zgodnie z Vialetem i Demarquayem wspomina o tworach polipowych, rosnących w tej jamie. M. przeczy zdaniu Virchowa: żeby torbiele, powikłane z kościakami jamy czołowej, miały być tworami heteroplastycznymi; natomiast twierdzi, że zawsze ma się w tym razie do czynienia z przesuniętymi i wypukłonymi ścianami samej jamy czołowej. Wreszcie, wykazuje, że kościaki występują nie tylko jako guzy ograniczone, ale też jako zwykłe zgrubienie całego układu kości oczodołowych. („O przypadkach kościaków oczodołowych”).

Br. Z.

4) Autor starał się wyjaśnić stosunek między organicznymi a nieorganicznymi składnikami zębów. Za przedmiot do badań służyły autorowi zęby 24-letniego mężczyzny, który zmarł na zapalenie płuc włóknikowe. Ze ścisłych swych rozbiórów autor dochodzi do wniosku, iż ilość części nieorganicznych korozy tak się ma do ilości części nieorganicznych korzenia jak 2:3, za to w koronie części nieorganicznych jest więcej, niż w korzeniu. Ma to według autora znaczenie przy próchnicy zębów. Dalej z cyfr przytoczonych przez autora widać, iż skład chemiczny pojedynczych zębów nie jest jednaki, stąd jedne są twardsze i trwalsze, inne zaś słabsze i większe. Wreszcie autor z cyfr swoich wnioskuje, iż im więcej zęby zawierają części nieorganicznych, tem większa ich ilość ulega próchnicy.

J. Z.

5) Dziesięciodniowemu dziecku matka dała łyżeczkę nalewki makowcowej, w 5 godzin później autor znalazł głęboką śpiączkę, silne zwężenie źrenic, oddech bardzo rzadki, nieregularny, twarz zlekka zarumienioną, zimny pot na całej skórze, odruchów żadnych, kończyny sine. Po trzech godzinach sztucznego oddychania na 10 minut lepszy oddech, po czem znów zapaść; dopiero po dwugodzinnem sztucznem oddychaniu stała poprawa oddechu i tętna. Zastrzyknięcie Ol. Camphorae, kawa, koniak, 10 godzin jeszcze potem trwała śpiączka—ale już przy dobrym oddechu, a następnie przez dni kilka miało miejsce silne zaparcie stolca.

H.

6) Przyp. pierwszy - 3 miesięczna dziewczynka, postrzelona z rewolweru 7 mm. kalibru. Kula weszła w lewy oczodoł, nadwyrzęła gałkę oczną, przebiła górną ścianę oczodołu i wyszła w środku kości ciemieniowej lewej. Na drugi dzień po przypadku nastąpiło całkowite porażenie prawej połowy ciała, oraz trudność w polykaniu. Ostatnia ustąpiła w dni kilka, porażenie zaś w kilka tygodni, dziewczynka wyzdrowiała zupełnie i rozwija się dalej cieleśnie i duchowo prawidłowo. Drugi przypadek dotyczy dorosłego mężczyzny, skaleczonego odłamkiem rozsadzonego przy strzeleniu mózdzierza. Rana była w kości czołowej na 3 ctm. po nad lewym oczodołem, brak w kości na 2 palce szeroki, w głębi rany odłamki wgiętej kości i strzępy czapki barankowej. Powignane odłamki usunął R. za pomocą dłuta, objawy po przypadku były bardzo ciężkie, nieprzytomność trwała blisko przez miesiąc. W dalszym przebiegu pojawiło się ropienie w uchu lewym, z kąd z ropą wychodziły strzępki czapki. Po zagojeniu rany przez rok jeszcze chory szwankował na umyśle, ale w końcu przyszedł do zupełnego zdrowia.

Dz.

7) Autor opisuje wystąpienie ropnia płuc w 3-im tygodniu ciężkiego krztuśca u 8-letniej dziewczynki; powikłanie to bez szczególnego leczenia przeszło szczęśliwie krztusięc trwał dalej, napady rozpoczynały się zawsze od uporczywego kichania, poczem następował kaszel. Autor sądzi, że zależało to od umiejscowienia zarazka na błonie śluzowej nosa i, że w takich tylko przypadkach skierowanie środków leczniczych na tę jamę ma rażąco bytu; w większości zaś przypadków należy działać na krtań.

H.

11) Autor badał bakteryjologicznie moczu chorego, gdzie rozpoznano tyfus brzuszny; chory zmarł w skutek posocznicy, badanie pośmiertne nie potwierdziło stanowczo, choć i nie wykluczyło, przybycia duru brzuszego. Badanie bakteryjologiczne wykazało: 1) że mocz zawierał drobnoustroje tylko jednego gatunku, 2) drobnoustroje te okazały się pod każdym względem identycznymi z prątkami swoistymi dla tyfusu brzuszego. Autor za-

chęca do dalszych badań w tym kierunku, dla rozjaśnienia tej ważnej kwestyi.

H. K.

12) W wodzie znaleziono trup dziecka nowonarodzonego w stanie znacznego rozkładu. Śledztwo wykazało, że dziecko po śmierci zostało pochowane, w miesiąc wydobyte z ziemi i wrzucone do wody. Na podstawie badania pośmiertnego dr. X. wydał orzeczenie, że dziecko donoszone i zdrowe zostało uduszone przez założenie na szyję pętli z tasiemki silnie ściągniętej. Matka zeznała, że dziecko po urodzeniu nie krzyczało, ale ruszało się i przeciągało, że ścisnęła mu klatkę piersiową, poczem zsziało i przestało się ruszać, a potem, gdy już nie żyło, obwiązała mu szyję taśmą. Wobec wątpliwości, sąd zwrócił się do Wydziału lekarskiego, który orzekł, że sekcya nie dała dowodów, czy dziecko urodziło się żywym, że określenie przyczyny śmierci jest niemożliwe, i że jakkolwiek zeznaniu matki ze stanowiska lekarskiego nie zarzucić nie można, to jednak nie nie przeczy temu, że dziecko mogło urodzić się żywym i umrzeć z uduszenia. Orzeczenie lekarza, wykonującego sekcję, autor uważa za zbyt stanowcze i śmiało wobec danych wątpliwych, otrzymanych przy badaniu ciała w stanie znacznego rozkładu.

W. Sz.

13) Chora 42-letnia, wyrobnica, z jawnemi śladami przebytego od dawna przymiotu miała wrzód wielkości około 5 centymetrów w wymiarze poprzecznym w lewej pachwinie. Dno owrzodzenia zajmowały nekrotyczne masy i resztki zwyrodniałego gruczołu. Było postawione rozpoznanie guma exulcerans glandulae lymphaticae ad inguen sinistram. Swoiste leczenie jodkiem potasu do wewnątrz i jodoformem i gliceryną jodową na zewnątrz spowodowało wyzdrowienie w ciągu trzech tygodni. W końcu swej pracy autor przeprowadza rozpoznanie różniczkowe zropiałego ziarniaka gruczołu chłonnego od innych spraw patologicznych, mogących mieć siedlisko w tychże gruczołach.

Wł. Kop.

14) Autor opisuje 3 przypadki nerwobólu kulszowego, w których zauważył się dawały objawy skrzywienia kręgosłupa. W pierwszym przypadku było t. zw. skrzywienie skrzyżowane (scoliose croisée), polegające na tem, że lędźwiowe wklęsnięcie zwrócone było w stronę zdrową, drugie zaś kompensacyjne w okolicy szyjo-grzbietowej w kierunku przeciwnym. W drugim przypadku było skrzywienie z tej samej strony, a w trzecim skrzywienie na przemian po stronie chorego nerwu po przeciwnej, tak zw. alternerende Scolioze. Autor rozpatruje objaśnienia Babińskiego (dla pierwszej formy), Brissand'a (drugiej formy) i Remaka (trzeciej formy) tych skrzywień i dla wytłomaczenia zmiennego kierunku podaje taki pogląd: tułów pochyla się w stronę zdrową, ażeby ciężar przenieść na nogę zdrową, gdy jednak zjawia się napad nerwobólu, przy którym ulegają cierpieniu i nerwy ruchowe, wówczas w jednej chwili występuje skurcz odpowiednich mięśni (m. sacrolumbalis, quadratus lumb., obliqui), tworząc tym sposobem skolijozę nieskrzyżowaną. W zakończeniu autor przypuszcza istnienie różnych etjologicznych czynników tak nerwobólu kulszowego, jak i towarzyszącej mu skoliozy.

K. R.

15) Spostrzeżenie dotyczy 31-letniego suchotnika, brak wymiennych w tytule mięśni na pewno był wrodzony. Oględziny pośmiertne wykazały zupełny brak mięśnia piersiowego małego; co do mięśnia piersiowego wielkiego, to brakowało tylko części mostko-zębowej. Część obojczykowa była i to w stanie lekkiego przerostu. Nieprawidłowość była po stronie prawej, ruchy kończyny były zupełnie prawidłowe.

Dz.

16) Pod nazwą „migdałek językowy”, rozumiemy zbiór gruczołów torbkowych, umieszczonych w błonie śluzowej podstawy języka pomiędzy V Romanum, t. j. brodawkami wałowatemi, a nagłośnią z jednej strony i dolnemi końcami migdałków podniebiennych z drugiej. Migdałek ten, zwany także czwartym, bywa siedliskiem różnorodnych cierpień, z których najczęstszym jest przerost, dający najczęściej objawy jakoby ciała obcego, dalej utrudnionego śpiewu lub mowy etc. Przerost migdałka językowego stosunkowo często spotyka się u suchotników. Leczenie polega na pędzlowaniach roztworami Lugola w lżejszych przypadkach, oraz przypalaniu (kwas chromny, galwanokaustyka, ta ostatnia również pod postacią pętli stosowana) – w cięższych. Wywody swoje autor ilustruje bogatą kazuistyką, obejmującą kilkadziesiąt przypadków z własnej praktyki. W dalszym ciągu mówi autor o innych cierpieniach migdałka językowego. I tak: 1) ostrem zapaleniu (tonsillitis lingualis acuta), którego przytacza 7 przypadków, 2) mycosis leptothria, dość częstem cierpieniem, gdyż aż w 18 przypadku autor miał sposobność go obserwować. Zaleca po raz pierwszy przez siebie z powodzeniem zastosowane przy tem uporczywem cierpieniu: 1) wcieranie czystej nalewki jodowej i 2) plukanie naparem cygar. Oprócz gruźlicy, spotykał autor i przymiot migdałka językowego, jako też jeden przypadek raka tegoż organu. Wreszcie paru guzów łagodnych (gruczolak i torbiel). W zakończeniu wspomina w paru słowach o obrażeniach migdałka językowego przez ciała obce. J. S.

18) Autor opisał przypadek, spostrzegany w szpitalu Dzieciątka Jezus, dotyczący młodego 18 letniego chłopca, który uskarżał się na częste bóle w brzuchu. Przy badaniu znaleziono guz na prawo od pępka, nie zmieniający położenia przy oddechaniu, nieruchomy, o nierównej powierzchni, bolesny przy ucisku. Nad więzłem Poupart'a dwa inne guziki, twarde, bolesne, mało ruchome. Rostrzeni żołądka nie było, chory gorączkował i skarżył się później na bóle po jedzeniu. Wychudnienie coraz większe. Przynęły się wkrótce wzdęcie brzucha, wymioty, wzmożenie ruchów robaczkowych, a przy założeniu zgłębnika wydobyto płyn, zawierający żółć, pozbawiony kwasu solnego wolnego i zawierający pepsynę. Przy następnem przepłókiwaniu żołądka, w godzinę po przepłukaniu wydobyto zawartość, dającą odczyn na kwas solny. Wśród silnych bólów i wyniszczenia nastąpiła śmierć, a przy badaniu zwłok znaleziono obok gruźlicy płuc guz, powstały z gruczołów pozaotrzewnowych, uciskający część poziomą dolną dwunastnicy, powodujący rozszerzenie górnej i zwężenie dolnej części. W dwunastnicy owrzodzenie gruźlicze, także owrzodzenia w kiszce cienkiej. Przypadek ten dał autorowi asumpt do zgrupowania odnośnej, niezbyt zresztą licznej, literatury danego przedmiotu. J. Zaw.

19) Opisuje tu G. przypadek rany postrzałowej brzucha, gdzie były objawy skaleczenia żołądka, przepony i opłucny. W 5 godzin po przypadku zrobił G. laparotomię za pomocą cięcia równoległego do lewego łuku żebrowego i ranę, znajdującą się na tylnym obwodzie wielkiej krzywizny, zeszył szwem dwupiętrowym. Nastąpiło prędkie wyzdrowienie. Przypadek ten dał G. okazją do bardzo pracowitego zestawienia wyników, otrzymanych przy leczeniu ran postrzałowych brzucha w sposób wyczekujący lub też czynny za pomocą laparotomii. G. przychodzi do wniosku, że pomimo spotykanych od czasu do czasu wyleczeń dobrowolnych, pomimo możliwości takich przypadków, w których wewnątrzności nie ulegają skaleczeniu, najlepsze i najpewniejsze wyniki dać może tylko wczesna laparotomi ja. Dz.

20) Autor podaje opis czterech przypadków łożyska przodującego, zakończonych pomyślnie dla matek (wszystkie wyszły), niepomyślnie dla dzieci (wszystkie wydobyte nieżywe). Do opisu dołączony jest rozbiór metod postępowania przy placenta praevia, przedstawiający obecny stan tej kwestyi.

A. N.

21) Autorzy wzięli sobie za zadanie sprawdzić metody oznaczania kwasu solnego w żołądku i na zasadzie licznych doświadczeń ze sztucznymi mieszanikami i sokiem naturalnym doszli do następujących wniosków: 1) sposoby barwnikowe oznaczania zawartości kwasu solnego w treści żołądkowej (a więc i metoda Mintza) oparte są na błędnej podstawie i nie nadają się do badań klinicznych, 2) z trzech rozbiieranych metod: barytowej Sjöquiasta, alkalimetrycznej (Seehman-Braun'a), chlorometrycznej (Punt-Winter'a), najbardziej odpowiada zadaniu metoda chlorometryczna, gdyż daje możność oznaczania wszelkich związków chlorowych w zawartości żołądka, a więc daje dokładniejszy obraz chemizmu, oznacza kwas solny najdokładniejszym sposobem, bo sposobem Moor'a, jest ściśłą i łatwą w wykonaniu. Dla tego też autorzy metodę tę zalecają dla celów praktycznych, tembardziej, iż, kombinując ją z metodą alkalimetryczną, przy małej ilości soku możemy określić rozmaite związki chlorowe.

J. Zaw.

24) S. opisuje przypadek wewnętrznej niedrożności jelit u 49-letniego mężczyzny, który przybył do kliniki na 5 dzień choroby. Na zasadzie ostrego początku, bólów, umiejscowionych głównie w dolnej części brzucha, wzdęcia ograniczonego in regione mezo et hypogastrica, późnego wystąpienia wymiotów, jako też niemożności wprowadzenia sondy powyżej promontorium i małej pojemności kiszki co do wlewań, rozpoznano z pewnem prawdopodobieństwem przed operacją skręcenie kiszki esowatej. Laparotomija przypuszczenie to potwierdziła, kiszka esowata była wzdęta ad maximum i raz na około osi krezki skręcona. Skręcenie łatwo dało się odkręcić, ponieważ jednak skręcona pętlica była blizką zgorzeli S. wyciął takową, a z powodu upadku sił chorego zrobił sztuczny odbyt. Wycięta pętlica miała 72 ctm. długości. Przez trzy dni po operacji stan chorego był bardzo wątpliwy. Od 4 dnia zaczęła się poprawa. Ponieważ w 6 tygodni po pierwszej operacji nie było nadziei na dobrowolne zamknięcie sztucznego odbytu, przystąpił S. do powtórnej laparotomii w celu zeszycia obu odcinków kiszki. Przy tym rękoczynem najtrudniejszym było oddzielenie zrostów, jakie się na około operowanej kiszki potworzyły. Na tylnej powierzchni oba odcinki były dobrze zrosnięte, w skutek czego wyrezekował autor tylko trzy czwarte ich obwodu, następnie zeszył odcinki szwem dwupiętrowym. Z powodu silnego napięcia trzeba było poprzednio nałożyć kilka szwów zwalniających. Zeszytą kiszkę pokrył S. kaptuchem z gazy jodoformowej, rany powłok nie zaszył całkowicie. Na 6-ty dzień po operacji zaczął się kał sączyć przez ranę, pomimo tego nastąpiło po 4 tygodniach całkowite wyzdrowienie.

Dz.

25) Autor przytacza 2 następujące przypadki: 1-szy dotyczył 24 letniego kucharza, u którego przy badaniu lusterkiem krtaniowem znaleziono dość silne zwężenie krtani, zależne od sprawy rozrostowej na strunach. Leczenie polegało na wprowadzeniu rur Schwetterowskich z pewną poprawą. Po raz drugi w pół roku przybył do szpitala z objawami już znacznej stenozy—na nagłości (krtaniowej powierzchni) blizny. Antysyfilityczne leczenie bez efektu. Rozszerzanie krtani znowu stan chorego nieco poprawiło. W pół roku chory nagle zmarł przy objawach duszności—pierw-

szego dnia po zapisaniu się na oddział. Badanie pośmiertne wykazało: liczne owrzodzenia i blizny w krtani i tchawicy.

2-gi przypadek. 17-letni uczeń szewcki. W krtani nasięk i owrzodzenie struny fałszywej prawej, oraz znaczny obrzęk więzów nagłośnio-nalewkowego. Po Kali jodatum, zabliźnienie owrzodzenia i zmniejszenie się nasięku. Duszność jednak coraz większa. Tracheotomija. W 3 miesiące potem zmarł. Sekcyjna wykazała: pleuritis exsudativa sin., oraz bliznowate zwężenie tchawicy. W obu przypadkach autor przyjmuje lues hereditaria tarda.

Wreszcie autor podaje jeszcze jeden przypadek zwężenia tchawicy, w którym przeświecanie krtani okazało się pomocnem przy rozpoznaniu natury zwężenia. J. S.

26) Jestto monografia syringomyelii. Autor podaje 4 spostrzeżenia: Spostrzeżenie 1-sze dotyczy 68-letniej kobiety i jest typowym obrazem klinicznym syringomyelii z prawdopodobnem umiejscowieniem sprawy patologicznej w szarej substancji dolnej części zgrubienia szyjowego z większem zajęciem rogów przednich po stronie prawej. Są więc zaniki mięśniowe na obu kończynach, przeważnie na prawej ręce, main de singe, lewa — main en griffe. Zaniki mięśni nadramion a nawet ramion. Drżenie włóknikowe. Pobudliwość elektryczna zanikłych mięśni zniesiona, albo ilościowo zmniejszona. Odruchy ścięgniste na górnych kończynach osłabione, kolanowe wzmożone. Spostrzeżenie 2-gie. Chory, szewc, 29-letni. W przypadku tym, jak sekcyjna wykazała, był właściwie glejak (glioma) rdzenia, wrastający ku górze w rdzeń przedłużony, ku dołowi zaś sięgający do poziomu 4 korzeni szyjowych, który w dolnej części uległszy rozmiękozeniu, utworzył jamę w przedniej części rdzenia. Korzenie nerwów rdzeniowych ścięgnięte. Kliniczny obraz, jakkolwiek zawiera elementy syringomyelii, eokolwiek odmienny; po szczegóły odsyłamy do oryginału. Spostrzeżenie 3-cie daje obraz kliniczny chorej, opisanej przez kolegę Biernackiego, ale sięgający jeszcze Maja 1887 r. W owej epoce brakowało wybitnych obiektywnych zaburzeń czucia. Spostrzeżenie 4-te sięgające do początku 4 1887 r. dotyczy 30-letniego telegrafisty. Choroba trwa od roku. Osłabienie z przykurczeniem palców prawej ręki, zanik mięśni kłębu palucha i paluszka z drżeniem włóknikowem mięśni prawej kończyny górnej. Częściowa reakcja zwyrodnienia. Brak odruchów ścięgniętych z obu stron. Nerwy na ucisk nie wrażliwe. Czucie dotykowe zachowane z wyjątkiem malej przestrzeni w okolicy dolnych żeber z prawej strony od przodu. Uklucie na całej k. g. pr. chorey odczuwa jako ostre dotknięcie, oparzenie bez bólu; w tejsz okolicy odróżnia tylko znaczne różnice temperatury. Prawa żrenica zwężona, oddziaływa na światło i akkomodację. Przy powtórnem badaniu zmniejszenie czucia bólowego na całej prawej połowie z wyjątkiem głowy, goleni i stopy. R.

27) Autor w krótkości przedstawił najnowsze poglądy różnych autorów na budowę i fizjologiję poszczególnych oddziałów rdzenia pancerzowego. K. R.

Nadesłano do Redakcyi.

Władisław Andrejewicz Frankowski — połuwiekowej jubilej. Protok. Charkowsk. Med. Obszcz., 1892.

Dr. K. Wagner. Étude par le procédé de Winter des modifications du Suc gastrique chez les malades soumis à l'administration de l'extrait de Condurango etc. Odb. z Archiv. Génér. de Medecine.

Dr. med. Pawiński. O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek. Odb. z Gaz. Lek.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteriologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

BUSKO

Dr. DYMICKI, lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkały, ordynuje jak zwykle w domu własnym.
(3845) 5—1

Dr. MAJKOWSKI

praktykuje w **BUSKU**. Tegoż do nabycia opis Buska kop. 60. 3—1

Dr. CHŁAPOWSKI

przez sezon kąpielowy ordynuje
w Kissingen. 3—1

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje w **Karlsbadzie**
mieszka jak dawniej Kreuzgasse Insel Rügen. 3—1

Dr. St. Bulikowski

ordynuje podczas sezonu bieżącego tak jak poprzednich lat
w **GLEICHENBERGU**. 5—1

Doktór A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—16

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 19 Maja.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.