

GAZETA LEKARSKA.

I. CIĘCIE CESARSKIE, Z POWODU NAROŚLI KOSTNEJ MIEDNICY, WYZDROWIENIE.

Podał

D-r Helijodor Świącicki [z Poznania].

Zdanie nieodżałowanej pamięci KAROLA SCHROEDER'a ¹⁾: „*Wirkliche Knochengeschwülste, die zum Geburtshinderniss werden, sind so extrem selten, dass in der Litteratur sich nur wenige Fälle finden lassen*“, powołuje mnie do opisanego następującego przypadku z mej praktyki.

Dnia 3 Listopada r. b. wieczorem powołany zostałem przez kol. JARNATOWSKIEGO do konsultacyi u rodzącej Maryi S.. Ma ona lat 32, a przed 10 laty przeszła ciężki pierwszy poród. W ostatnim czasie zaszła po raz wtóry w ciążę. Ponieważ ciąża już w pierwszych początkach była nader bolesną i wywoływała znaczne bóle w kości krzyżowej, przeto udała się ciężarna do lekarza po pomoc lekarską. Lekarz miał w jamie DOUGLAS'a wyczuwać tyłozgiętą ciążarną macicę, starał się ją odprowadzić, lecz gdy jego wysiłki okazały się bezskutecznymi, polecił chorej przez kilka tygodni leżeć na brzuchu. Ciąża tymczasem postępowała naprzód i w pierwszych dniach Listopada rozpoczął się prawidłowy poród. Bóle porodowe przychodziły w regularnych po sobie odstępach, były silne i bolesne. Kol. JARNATOWSKI zbadał rodzącą przez pochwę, lecz ku wielkiemu swojemu zdziwieniu nie mógł wyczuć ust macicznych, tylko twarde, kuliste wypuklenie w miednicy.

Powołany do konsultacyi zbadałem rodzącą przez pochwę i odbytnicę.

Wynik badania był następujący: pochwa krótka, obszerna, palec napotyka przy badaniu na twardą, kulistą narośl, wielkości co najmniej główki dziecka. Narośl wypełnia całą prawie miednicę. Tuż za spojeniem kości łonowej wyczułem silnie spłaszczony otwór maciczny. Usta maciczne nabrzmiałe, ich brzegi cienkie i ostre. Z otworu macicznego wychodziły mocno napięte błony jajeczne w kształcie napełnionej pętlicy jelit. Tylko z wielkiem napięciem udało mi się palcem dotrzeć między ustami macicznymi a błonami jajecznymi do macicy, w której zaraz wyczułem maleńki odcinek poruszającej się główki dziecka. Zewnętrznie przez pokrywy brzuszne badana macica okazywała się znacznie wydłużoną i to tak, że os jej szła w kierunku z góry od strony prawej ku lewej stronie

¹⁾ Lehrbuch der Geburts. VIII Aufl. str. 640.

i ku dołowi. Badanie przez odbytnicę, dokonane w położeniu kolanowo-tokciowym, przekonało mnie, że narośl leży tuż za odbytnicą, jest twarda, nieporuszalna i wychodzi z okolicy prawego stawu krzyżowo-biodrowego. Na mocy takich danych postawiłem rozpoznanie na narośl miednicy kostnej, wypełniającą większą część miednicy i biorącą swój początek z prawego stawu krzyżowo-biodrowego. Wobec tego o ukończeniu porodu *per vias naturales* mowy być nie mogło i nie pozostawało nic innego, jak pomyśleć o cięciu cesarskim, jako wskazaniu koniecznym. Ponieważ bóle porodowe stawały się coraz silniejsze i słuszną zachodziła obawa pęknięcia macicy, przeto przystąpiłem w mieszkaniu chorej do operacji.

Kol. JARNATOWSKI chloroformował, kol. KAPUŚCIŃSKI asystował *ad manum* i miał w danym razie zważać na pokrywy brzuszne i macicę. Po przecięciu pokryw brzusznych od środka między pępkiem a dołkiem sercowym aż na 3 palce ponad spojeniem kości łonowej [okalając pępek po lewej stronie], otworzyłem w środku cięcia otrzewną, rozprułem ją między 2 palcami ku górze i na dół i wydobylem nazewnątrz macicę ciężarną. Podczas gdy kol. K. pokrywy brzuszne tuż za macicą do siebie zbliżał i jelita dobrze wygotowanymi mulowemi serwetami wstrzymywał, założyłem około szyjki macicznej podwiązkę elastyczną, lecz niezbyt silnie. Uczyniłem to zaś dlatego, aby niewywołać przez zbyt silne i długo trwające ściągnięcie szyjki następnego porażenia naczyń i mięśni, a przez to samo bezwładu, czyli atonii macicy. Teraz zrobiłem cięcie przez przednią ścianę macicy i nadwerżyłem przytem tuż do przedniej ściany przyczepione łożysko. Delikatnie oddzieliwszy je palcem po obu stronach, wydobylem następnie płód, znajdujący się w całkowitych błonach jajecznych. Łożysko i dziecko oddałem stojącej za mną akuszerce, która pępowinę odcięła, a asfiktyczne dziecko zaraz doprowadziła do życia i silnego krzyku. Mimo że opaska elastyczna niezbyt silnie okalała szyjkę maciczną, a nadto i łożysko nadwerżyłem, krwawienie z macicy nie było stosunkowo zbyt silne. Macica, ciągle okrywana przez kol. KAPUŚCIŃSKIEGO ciepłemi mulowemi serwetami, skurczyła się zaraz po wydobyciu płodu tak znakomicie, że ani ja, ani asystent nie potrzebowaliśmy zbyt silnie ją masować. Nie wyczyściwszy jamy macicznej 5% roztworem karbolowym, ani nie posypawszy wnętrza macicy jodoformem, przystąpiłem natychmiast do dokładnego zeszcicia macicy. Użyłem do tego wygotowanego jedwabiu TURNER'owskiego, a szwy przeprowadziłem przez całą grubość ściany macicy, nie wiele dbając o to, czy szew przechodzi także przez błonę doczesną. W odstępach zaledwie jedno-centymetrowych założyłem 12 głębokich i 12 zwyczajnych powierzchownych [nie surowiczo surowicznych] szwów. Teraz włożyłem rękę do jamy miedniczej i przekonałem się, że narośl bierze początek z prawego stawu krzyżowo-biodrowego, jest wielkości główki dziecka, przytem twarda i nieporuszalna. O wycięciu narośli w takich warunkach mowy być nie mogło, tem więcej, że dotarcie do narośli prawie byłoby niepodobnem, bez zrobienia znacznych obrażeń.

Opaskę elastyczną odjąłem teraz z szyjki, lecz uczyniłem to powoli, aby krew niezbyt silnie do macicy wpływała. Ani z rany samej, ani z pojedynczych szwów nie nastąpiło krwawienie. Toteż teraz włożyłem macicę napowrót do jamy brzusznej, którą *lege artis* zeszyłem, to jest tak, że przy szyciu zaszy-

wałem i otrzewną razem z pokrywami brzuszniemi. Zaarystolowawszy szew pokrywy brzusznej, założyłem zwyczajny opatrunek z waty. Operacja trwała 30 minut.

Operowałem aseptycznie. Gąbek w czasie operacji zasadniczo wcale nie użyłem. Do oczyszczenia ran z krwi użyłem tylko czterech wyjałowionych tamponików gazowych, a operując, starałem się, o ile możliwości, postępować delikatnie z tkankami, unikając wszelkich niekoniecznych mechanicznych obrażeń.

Przebieg pooperacyjny był dobry, wydzieliny połogowe prawidłowe, nie cuchnące. W 6 dniu po operacji poszła ciepłota w górę i wynosiła 38,4° C. Skłoniło mnie to do zbadania szwów ścianek brzusznych. I w rzeczy samej dwa szwy w dolnym odcinku zeszycia ropiały cokolwiek. Oczyszczono to miejsce. Dnia 9-go wyjąłem szwy brzuszne.

Dnia 20 po operacji chora po raz pierwszy wstała.

Prawdopodobnie chodzi w naszym przypadku o rodzaj chrzęstniaka; gdyż chrzęstniaki dość często w tych częściach kostnych powstają, które późno i nieregularnie kostnieją, a narośl nasza bierze właśnie swój początek z prawego stawu krzyżowo-biodrowego. Następnie rosną chrzęstniaki powoli lecz ciągle. Przed 10 laty narośl ta już prawdopodobnie w małej objętości wytworzona była u naszej chorej: przemawia za tem ciężki pierwszy poród i znaczne spłaszczenie wówczas główki dziecka. Obecnie, a mianowicie w czasie ciąży narośl ta tak się zwiększyła, że stała się bezwzględnie wskazaniami do wykonania cięcia cesarskiego. Czy narośl, jeżeli w rzeczy samej chodzi tutaj o chrzęstniaka, powstałego przez bujanie chrząstki pierwotnej, jak to VIRCHOW¹⁾ utrzymuje, czy też jeżeli WARTMANN²⁾ ma słuszność, z tkanki łącznej się utworzyła w ten sposób, że włókna tkanki łącznej zespoliły się, stały się szkliste (*hyalin*), a komórki tkankowe zamieniły się w komórki chrząstkowe: to wszystko są pytania, na które na razie odpowiedzieć wprost jest rzeczą niemożliwą.

Rokowanie przy naroślach miednicy kostnej, jest podług STADFELD'a³⁾, dla matki niekorzystne, bo śmiertelność aż 50% wynosi. Ale i dla dzieci jest rokowanie niedobre, skoro aż 40% było porodów dzieci nieżywych. Co się tyczy specjalnie w takich razach cięcia cesarskiego, to zestawienie STADFELD'a wykazuje 62% śmiertelności. Co prawda, jest zestawienie to z roku 1879, a od tego czasu rokowanie przy cięciu cesarskiem daje lepsze wyniki⁴⁾.

W czasach ostatnich wykonano cięcie cesarskie z powodu narośli kostnej miednicy tylko trzy razy. W jednym z tych 3 przypadków chodziło o narośl, wychodzącą z kości krzyżowej. Operację wykonał z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka KELLY⁵⁾. W przypadku drugim, w którym v. D. MEIJ⁶⁾ cięcie cesarskie z dobrym wynikiem zrobił, brała narośl początek ze strony

1) Charité-Annalen. 1880. V.

2) Recher. sur l'enchondrome, son histoire et sa genèse. Diss. Strassbourg. 1880.

3) Die Geburt bei Geschwülsten des Beckens. Kopenhaga [po duńsku]. 1879 i Centr. f. Gyn. 1880, pag. 517.

4) TROMMEL's Jahresber. f. Geburts. u. Gyn. 1889, str. 294 i 295.

5) Journ. of. obst. March. 1890.

6) Nederl. Tijdsch. voor Verloskunde en Gyn. I.

wewnętrznej spojenia kości łonowej, a w 3 przypadku [operował szczęśliwie O. CHRISTIC z Bergen ¹⁾] chodziło o kość-mięsaka lewego stawu krzyżowo-biodrowego.

Oprócz tych trzech przypadków i przypadku mojego, jako czwartego, jest jeszcze znana miednica, w której z kości krzyżowej wychodził znacznych rozmiarów torbielochrzęstniak (*enchondroma cysticum*), a który to przypadek opisali ZWEIFEL ²⁾ i BOSTROEM. Według znakomitej monografii SCHAUTY ³⁾ o nieprawidłowościach miednicy, należałyby tu dotąd prawdopodobnie jeszcze przypadki: BEHM'a (*sectio caesarea*. Śmierć), KIBIN'a [tak samo], LEIDIG'a [tak samo], MESTENHAUSER'a [2 razy szczęśliwie wykonane cięcia cesarskie dla matki i dziecka na jednej i tej samej osobie], STADFELD'a [śmierć w 5 miesiącu ciąży], ABERNETHY'ego [wyjął w czasie porodu szczęśliwie narośl, wychodzącą z tylnej bocznej ściany miednicy] i przypadek SHEKELTON'a [śmierć wskutek pęknięcia macicy].

Tak więc z całej literatury można zaledwie 12 przypadków zestawić, w których chrzęstniaki miednicy kostnej były bezwzględnie wskazaniami do wykonania cięcia cesarskiego. Tylko w pięciu przypadkach wykonano cięcie cesarskie z dobrym wynikiem dla matki i dziecka, to jest w przypadku KELLY'ego, v. D. MEIJ'a, O. CHRISTIC'a, MESTENHAUSER'a i w przypadku naszym.

II. W KWESTYI ROZPOZNAWANIA, ORAZ LECZENIA

t. zw. WYROŚLI ADENOIDALNYCH

W JAMIE NOSO-GARDZIELOWEJ.

Napisał

D-r Jan Sędziak.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

Jak operować? Czy kleszczom, skrobaczkom, lub pętłom należy oddać pierwszeństwo przy operacji wyrosli adenoidalnych? Jest to kwestyja podrzędniejszej wagi. Wielką rolę odgrywa tu przyzwyczajenie. Najwięcej zwolenników mają kleszcze, mianowicie LOEWENBERG'a [zmodyfikowane przez WOAKES'a lub SCHECH'a], mniej już skrobaczki, z tych najwięcej jest w użyciu nóż GOTTSTEIN'a, po części HARTMANN'a. Co się mnie tyczy, to zwykle używam skombinowanej metody, mianowicie z początku usuwam większe wyrosłe za pomocą kleszczy [najczęściej JURASZ'a, rzadziej LOEWENBERG'a], resztę zaś wyskrobuję za pomocą noża GOTTSTEIN'a, krającego w przednio-tylnym kierunku, w końcu używam skrobaczki HARTMANN'a dla usunięcia narośli, umiejscowionych w bocznych odcinkach jamy nosogardzielowej. Postępowanie takie dało mi najlepsze dotąd wyniki; w podobny sposób postępuje i SCHECH. Dodam

1) Medizin. Revue. Bergen. Styczeń. 1889.

2) Arch. f. Gynaek. Bd. XVIII, str. 366.

3) MÜLLER's Gebursthülfe. Bd. 2, str. 383 i 384. Sztuttgart. 1889.

tu nawiasowo, że zawsze, gdy tylko uzyskam zezwolenie rodziny, operuję pod chloroformem, na jednym więc posiedzeniu; w przeciwnym zaś razie operację wykonywam w ciągu paru tygodni na kilku posiedzeniach.

Niesłuchanie ważną jest rzeczą, ze względu na następcze powikłania, odpowiednio zachowanie się po operacji: przedewszystkiem unikać należy stanowczo przestrzykiwania nosa bezpośrednio po operacji. Ręczyn ten może spowodować zapalenie ucha średniego ze wszystkimi następstwami [przeziurawienie błony bębenkowej i t. d.]. Niektórzy jednak autorowie [WRÓBLEWSKI ¹⁾, MOURE ²⁾] nie zwracają na tę okoliczność odpowiedniej uwagi i szprycowania takie wykonywają. Do nich należał niegdyś SEMON, który jednak obecnie zarzucił tę metodę, przekonawszy się o jej szkodliwości. MOLDENHAUER również potępia ją. Toż samo tyczy się i przedmuchiwanie powietrza przez nos [metoda POLITZER'a] bezpośrednio po operacji wyrosli adenoidalnych u osobników, dotkniętych głuchotą, jak to radzi SCHAEFFER ³⁾.

Jak zapatrywać się należy na kwestyję następczego wypalania resztek, pozostałych po operacji krwawej wyrosli adenoidalnych? Niektórzy autorowie metodę tę stosują. I tak: LUC ⁴⁾ używa w tym celu żegadła galwanicznego, SEMON pierwotnie używał lapisu [dwukrotnie w ciągu dni 8]. WRÓBLEWSKI również stosuje owe przypalania. Ja osobiście następcze owe przypalania uważam za zbyteczne, do celu nie prowadzące, są one przytem dla chorych boleśniejsze, niż sama operacja wycinania.

SEMON obecnie również metodę tę zarzucił.

Choremu, lub chorej po operacji należy zalecić jechać do domu, dobrze jest uszy oraz otwory nosa [przez które zwykle obficie spływa krew podczas operacji] zatkać watą, oraz pozostać w tym dniu w domu. Jest to warunek *sine qua non* i dlatego to na niego szczególny kładę nacisk. Niewykonanie tego przepisu pociąga za sobą częstokroć bardzo nieprzyjemne skutki. Najlepiej kilka pierwszych dni przeleżeć w łóżku; jakkolwiek bowiem po operacji zazwyczaj nie ma objawów ogólnych groźniejszych, zdarzają się jednak przypadki [SCHECH], w których po operacji występuje silna gorączka z dreszczami, gwałtownym bólem głowy, bóle silne przy połykaniu, obfite wydzielanie się śluzoropnej wydzieliny i t. d.. W tych razach choremu należy zalecić środek czyszczący, oraz sporą dawkę chininy. Wogóle po operacji w ciągu dni kilku należy zabronić używania zbyt gorących i drażniących napojów i pokarmów, najstosowniejsze są płynne i półpłynne. Jeśli dziecko jest starsze, można zalecić płukania jakiegoś środka antyseptycznego [kwas borny i t. d.].

Ponieważ w większości przypadków [zwłaszcza u starszych osobników] obok wyrosli adenoidalnych istnieje jeszcze mniej lub więcej znaczny przerost muszli nosowych, rodzi się więc kwestyja, jak w przypadkach podobnych postę-

1) Loco citato.

2) Loco citato.

3) Cytowany u MOLDENHAUER'a. Loco citato.

4) Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890. Nr. 8.

pować należy. Najracjonalniej po usunięciu wyrosli usuwać ów przerost zwykłemi metodami [galwanokaustyka, kwas trójchloroctowy ¹⁾ i t. d.].

Nierównie częściej, mianowicie u małych dzieci, przerost migdałka gardzielowego [LUSCHKA] bywa powikłany zajęciem migdałków podniebiennych (*hypertrophia tonsillarum*): oba cierpienia jako wyrażenie istniejących żołądów. Zdarza się to częściej, niżby się zdawało [SEMON ²⁾]. Niektórzy autorowie, jak SCHECH z Monachijum, na jednym posiedzeniu [pod chloroformem] usuwają oba cierpienia. Co się mnie tyczy, to obie te operacje wykonywam oddzielnie, wycinając przedewszystkiem przerosłe migdałki, następnie zaś na innym posiedzeniu wyrosłe anenoidalne, o czem zresztą w pracy mej: „O leczeniu przerostu migdałków“, obszerniej wzmiankowałem ³⁾.

Co się tyczy powikłań w przebiegu operacji tego cierpienia, to na pierwszym planie postawić należy zapalenie ucha średniego, ze wszystkimi następstwami [przedziurawienie błony bębenkowej i t. d.]. Zdaniem mojem, częstość tego powikłania jest, co najmniej, przesadzoną. Przy prawidłowo wykonanej operacji, przy zachowaniu wszelkich ostrożności podczas i po operacji, o których wyżej wzmiankowałem, przypadki takie niesłychanie rzadko przytrafić się mogą. Ja np., pomimo dość znacznego w tym kierunku doświadczenia, nigdy podobnego nie miałem zdarzenia. Co się tyczy krwawienia, to podczas samego aktu operacji jest ono dość znacznem [przeważnie przez otwory nosa], szybko jednak samo przez się ustaje. Zbyteczne, a nawet niebezpieczne [ze względu na ucho] są wszelkie szprycowania, tamowanie krwi na celu mające. MACKENZIE, podobnie jak i ja, nigdy nie widział potrzeby uciekania się do hemostatyków. Acz bardzo rzadko [ja ich nie widywałem] mogą się zdarzać jednak krwawienia następcze [TRAUTMANN], kilka godzin, lub dni trwające. Wreszcie wypada nam wspomnieć jeszcze o jednym powikłaniu, mianowicie o wpadnięciu cząstek wyskrobanych do przetyku [co jest mało szkodliwe], lub do dróg oddechowych [VOLTOLINI, SCHWARTZE, TRAUTMANN ⁴⁾]. Sądzę jednak, że ewentualność ta musi się niesłychanie rzadko przytrafić. Czasami chorzy uskarżają się na bóle po operacji, rozszerzające się w kierunku zębów i uszu, niekiedy bywa, jak to już wspomniałem, lekka gorączka.

Na zakończenie słów parę w kwestyi samych narzędzi, do usunięcia wyrosli adenoidalnych służących.

Jak już wspomniałem, ilość ich jest imponująca. Byłem w tych szczęśliwych warunkach, że większość tych narzędzi miałem sposobność wypróbować. Na zasadzie własnego doświadczenia doszedłem do przekonania, że tylko niektóre z nich odpowiadają swemu celowi.

Wszystkie narzędzia podzielić można na: 1) kleszcze, 2) skrobaczki i 3) pętle. Do najważniejszych należą kleszcze, one też najwięcej są używane

¹⁾ Patrz moją pracę: „Acidum trichloraceticum w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu“. Gazeta Lekarska. 1890.

²⁾ The throat department of the Thomas's Hospital. 1885, str. 7.

³⁾ Kronika Lekarska. 1890.

⁴⁾ „Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes“ von VOLTOLINI. II wydanie, str. 362.

[BRYSON DOLAVAN ¹⁾]. Istnieje cały szereg kleszczy, większa ich część jest tylko mniej lub więcej szczęśliwą modyfikacją kleszczy LOEWENBERG'a. Tu więc należą kleszcze WOAKES'a [znanego oto-rynologa angielskiego], zachwalane bardzo przez MACKENZIE'go, SEMON'a i wielu innych, dalej kleszcze HOVEL'a ²⁾, CALMETTES'a ³⁾, SCHECH'a, SOLIS COHEN'a, STOERK'a, CATTI'ego, DELSTANCHE'a [t. zw. adenotom], MACKENZIE'go, JURASZA i wiele innych, których wyliczenie byłoby zbyt długim. Różnica po większej części nieznaczna w tych narzędziach polega: 1) na długości, t. np. kleszcze LOEWENBERG'a [modyfikacja CALMETTES'a] są dłuższe, niż SCHECH'a, lub JURASZA. Jest to bardzo ważne; siła bowiem w dłuższych kleszczach będzie znacznie większą przy stosunkowo nieznacznych ruchach, niż w krótszych.

2) Na wygięciu części przedniej, co jest również uwzględnione w racjonalnie pomyślanych kleszczach. Wygięcie takie ma na celu niezaciemnianie pola operacyjnego.

3) Najważniejszą jednak różnicą w rozmaitych kleszczach stanowi ich część przednia, t. j. ta, która przeznaczoną jest do jamy nosogardzielowej. Pod tym względem niektóre kleszcze są poprostu niemożliwe, zdradzają one w autorach kompletny brak znajomości anatomicznych stosunków danej miejscowości, pewna ich część np. ma koniec przedni tak ku przodowi zagięty, że możliwym jest uchwycenie górnej części przegrody nosowej. Większa część kleszczy posiada w swej przedniej części zakończenie w postaci ostrych łyżeczek [LOEWENBERG, SCHECH i t. d.], inne, jak np. JURASZA, mają boczne otwory. We wszystkich krajach tylko górne i tylne powierzchnie, przednie natomiast są tępe. Z całego szeregu tych kleszczy najlepszymi są stanowczo: 1) kleszcze LOEWENBERG'a, lub modyfikacja ich przez WOAKES'a obmyślana, 2) SCHECH'a, wreszcie 3) JURASZA, których najchętniej używam. Wybór jednego z powyższych narzędzi zależy od przyzwyczajenia.

Co się tyczy użycia kleszczy w odpowiednim razie, to o tem już wspominałem. Powtórzę tu jeszcze raz główne zasady. Wprowadzać należy bezwzględnie pod kontrolą światła, ażeby nie schwycić między łyżki języzka. Niektórzy autorowie, jak WRÓBLEWSKI, zalecają w tym celu rurkę gumową, którą obciążają kleszcze aż do zamka. Jest to, zdaniem mojem, zupełnie zbyt długim, nie widziałem, by który z lekarzy za granicą sposobu tego używał.

Drugi rodzaj narzędzi, używanych w celu usunięcia wyrosli adenoidalnych, stanowią t. zw. skrobaczki. Ilość ich również jest dość znaczna. Do rzędu tych narzędzi należy t. zw. nóż obrączkowy (*Ringmesser*) MEYER'a z Kopenhagi, któremu zawdzięczamy pierwsze dokładne nasze wiadomości o tem cierpieniu. Narzędzia tego w szpitalu na Golden Square w Londynie często używałem [na klinice WOLFENDEN'a]; wprowadza się je przez dolny przewód nosa do jamy nosogardzielowej, jednocześnie pomagamy sobie palcem, wprowadzonym przez jamę ustną. Nie jest to jednak narzędzie zupełnie odpowiednie; najprzód samo wpro-

¹⁾ „Forceps for post nasal growths“. *Point. Med. Jour.* March. 3. 1888.

²⁾ „Les végétations adénoïdes du pharynx nasal“. *Ref. w Int. Centr.* 1884, str. 276.

³⁾ *Ref. w Jour. of Lar.* 2. 1890.

wadzanie go przez nos jest często trudnem, czasem niemożliwem, a zawsze bardzo bolesnem. Prócz tego nie jesteśmy w stanie za pomocą noża MEYER'a wszystkiego usunąć. I dlatego to obecnie mało kto go używa.

Za to rzeczywiście doskonałym jest nóż GOTTSTEIN'a. Ma on, najzupełniej słusznie, bardzo wielu zwolenników [SEMON i t. d.], do nich i ja się zaliczam. Przy jego użyciu postępować należy w następujący sposób: głowę chorego lub chorej należy silnie trzymać w nieruchomej pozycji, lub jeszcze lepiej oprzeć o stały jakiś przedmiot [ściana, poręcz wysokiego krzesła, lub przyrząd, podobnie jak przy fotografowaniu używają], wprowadziwszy następnie w zwykły sposób skrobaczkę za języczek do jamy noso-gardzielowej, o przednio-górną powierzchnię oprzeć go silnie należy i ruchem szybkim skierować w kierunku ku tyłowi i nieco ku dołowi: w ten sposób zawsze udaje się wydstać mniej lub więcej znaczną część wyrosli adenoidalnych. W celu przeszkodzenia wpadnięciu jej do przetyku, lub, co gorzej, do dróg oddechowych, należy bezwzględnie po dokonanej operacyi nachylić choremu głowę ku przodowi i kazać mu splunąć. Rękoczyn to szybki i przezto mało bolesny. Jedyłą ujemną stroną tego narzędzia jest to, że nie nadaje się do wyrosli, usadowionych w bocznych częściach jamy noso-gardzielowej [w okolicy trąbek EUSTACHIJUSZA]; kraje on bowiem tylko od przodu ku tyłowi. W tych więc razach należy się uciec dodatkowo do innej skrobaczki, któraby działała w przeciwnym kierunku, t. j. z prawa na lewo. Najlepszą jest skrobaczka HARTMANN'a, znanego otorynologa berlińskiego. Jest to modyfikacyja skrobaczki LANGE'go [od której jest szerszą]. Zastosowanie jej jest takie same, jak noża GOTTSTEIN'a i HARTMANN'a. Należy również silnie oprzeć skrobiącą część narzędzia o środkową część stropu gardzieli i ruchem szybkim skierować je na prawo i na lewo. Do tejże grupy narzędzi, co GOTTSTEIN'a i HARTMANN'a, należy niezła skrobaczka TRAUTMANN'a, mająca tę wadę jednak, że do przednich części stropu nie dochodzi.

Niektórzy autorowie, jak MOURE, LENNOX BROWNE ¹⁾, DUNDAS GRANT ²⁾, ORWIN ³⁾, GUYE, O'TOOLE i t. d. przekładają ponad wszelkie narzędzia paznokiec wskaziciela zwykły, lub sztuczny [ZAUFAL'a, CAPART'a-JUSTI'ego], bądź to paznokiec tylko, bądź też wreszcie palec z umieszczoną w części przedniej skrobaczką. Jest to jednak metoda nadzwyczajnie dla chorych nieprzyjemna, bolesna, wreszcie do celu zwykle nieprowadząca [MOLDENHAUER]. W razie użycia palca możliwem jest jeszcze zakażenie, zwłaszcza jeśli się nie jest pedantem w zachowaniu antyseptyki [mycie dokładne rąk, za każdym razem mydłem, z następną dezynfekcją ich; szczególną należy zwracać uwagę na stan paznokcia].

Wreszcie do 3-ciej i ostatniej grupy narzędzi, używanych przy operacyi wyrosli adenoidalnych, należą pętłe, bądź zimne, bądź gorące, otwarte, lub ukryte [STOERK, HARTMAN]. Można je wprowadzać, albo przez nos [HARTMANN], albo przez jamę ustną, naturalnie to ostatnie pod kontrolą lusterka krtaniowego. Zwolennikami gorących pętli są VOLTOLINI i MICHEL. MOLDENHAUER natomiast je gani. Co do mnie, to acz rzadko, przeważnie u dorosłych, używam jednak z względnem powodzeniem zimnej pętli, przez nos wprowadzonej.

1) 2) 3) Jak o tem naocznie przekonać się mogłem.

4) Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890. Nr. 10.

O ile operacja wyrosli adenoidalnych bynajmniej do łatwych nie należy, przeciwnie wymaga ona wielkiej zręczności, czego jedynie tylko przez wielką wprawę nabyć można, o tyle znowu rozpoznanie tego cierpienia nie napotyka na żadne trudności. W większości przypadków, zwłaszcza w daleko posuniętych stopniach tego cierpienia, już sam wygląd chorych naprowadza nas na myśl, z czym mamy do czynienia: wyraz twarzy idyotyczny, twarz blada, wydłużona, nos nieproporcjonalnie wąski, otwory nosowe małe, wargę górną zbyt krótką, ztąd wystające zęby, zwłaszcza sieczne (*dentes incisivi*), usta rozwarte, wskutek ustawicznego oddechania przez nie przy niedrożności nosa, warunkowanej zatknięciem mechanicznym jamy nosa wyrosłami adenoidalnymi, chrapanie w nocy, często niedorozwój klatki piersiowej, wskutek niedostatecznego aktu oddechania, ogólny upadek odżywiania. Częstokroć głuchota, od dawna istniejąca. Przy badaniu jamy ustnej w wielu przypadkach znajdujemy przerost migdałków podniebiennych, czasami przerost migdałka językowego (*tonsilla lingualis*). W gardzieli znajdujemy nieżyt przewlekły, często przerostowy (*pharyngitis granulosa*). W nosie często również istnieje przerost mniej lub więcej znaczny muszle nosowych.

Co się tyczy właściwego rozpoznania obecności wyrosli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej, to opiera się ono na następujących danych: Stosunkowo dość częste, zwłaszcza u starszych dzieci, przy sprzyjających warunkach [niezbyt wąskie przewody nosa, brak znacznieszego przerostu muszle, oraz skrzywień przegrody nosowej] można wyrosłe adenoidalne widzieć od strony nosa za pomocą zwykłego, lub ZAUFAL'owskiego wziernika nosowego. Przedstawiają się one pod postacią mas lekko czerwonawych, nierównych, przy dotknięciu zgłębnikiem, miękkich, łatwo krwawiących. W warunkach tych, jak już wspomniałem, dość łatwo je operować przez nos za pomocą pętli. W większości przypadków rozpoznanie tą drogą jest niewystarczające, więc należy do zwykłego badania przez jamę ustną. Można to uskutecznić, albo na ślepo za pomocą palca [wskaziciela], wprowadzonego do jamy noso-gardzielowej, co jest jednak metodą niesłychanie dla chorych nieprzyjemną, bolesną wprowadzić, lecz nigdy nie zawodzącą; palcem najlepiej przekonać się można nie tylko o obecności wyrosli, lecz i o ich umiejscowieniu, oraz charakterze. Badanie palcem ma prócz bolesności jeszcze jedną ujemną stronę, mianowicie lekarz naraża się na skaleczenie, *resp.* ugryzienie, co względnie często się zdarza, zwłaszcza gdy się ma do czynienia z niesfornymi chorem. W celu zabezpieczenia się od podobnej ewentualności rozmaicie w różnych miejscowościach postępują. W Anglii np. używają w tym celu ochrony na palec, albo gumowej [KOVELL], albo skórkowej [LENNOX BROWN], lub poprostu lewy wskaziciel, okręcony chustką [lub szmatką], wprowadza się między zęby [gra on więc rolę rozwieracza ust], prawym zaś już bezpiecznie się bada [BOND]. W Niemczech używają niektórzy ochrony na palec metalicznej, całkowitej, lub kolankowatej [ZAUFAL]. Ja używam tej ostatniej.

Zanim przystąpimy do badania palcem, metody, jak wspomniałem, wysoce nieprzyjemnej, powinniśmy zawsze spróbować badania lusterkiem (*rhinoscopia posterior*). Jest to metoda, którą niesłusznie za bardzo trudną się uważa i dla-

tego zaniedbuje, zastępując ją wygodniejszą palpacją. W wielu przypadkach, nawet u dzieci małych, a prawie zawsze u starszych [z wyjątkiem naturalnie niesfornych chorych], badanie to daje się z względną łatwością wykonać, naturalnie potrzebna tu jest pewna wprawa. W Anglii rzadko kiedy uciekają się do badania palcem, używają do rynoskopii tylnej lusterek dużego kalibru [4, nawet 5 numer]. Inni laryngologowie [przeważnie w Niemczech] posilkują się w tym celu małymi lusterkami krtaniowymi. JURASZ np. z Heidelberga używa t. zw. amerykańskich lusterek Nr. 1, B. FRAENKEL swego rynoskopu [zarazem szpatla językowego] i t. d.. Ja skłaniam się więcej ku ostatnim. Wprawdzie bowiem w dużym lusterku więcej i lepiej widzieć można, często jednakże wprowadzenie go natrafia na poważne trudności ze strony chorych, którzy po większej części nie znoszą lekkiego nawet dotknięcia języczka, czego, stosując najmniejszy numer lusterka, uniknąć możemy. Metoda badania jamy n. oso-gardzielowej jest zbyt ważną, bym jej nie poświęcił słów kilka. Język przycisnąc należy szpatlę zwyczajnym [można użyć szpatla ASH'a, lub SCHLESINGER'a, samotrzymającego], lekko ogrzane lusterko wprowadza się ręką prawą [lewą, jeśli używamy haka podniebiennego] ostrożnie za języczek, ustawiamy pod kątem 45° powierzchnię lustrzaną ku górze zwróconą, przyczem robimy niemi ruchy w prawo, w lewo, więcej lub mniej poziomo, a to w celu obejrzenia całej jamy n. oso-gardzielowej [strop gardzieli, okolice trąbki EUSTACHIUSZA]. Oryjentować się należy tylną powierzchnią przegrody nosa i tylnymi otworami nosa (*choanae*) ze znajdującymi się w nich muszlami [tylne końce dolnych i średnich]. Wyrośłe adenoidalne przedstawiają się nam pod postacią po większej części mniej lub więcej wyraźnych sopli, które w umiarkowanym przeroście migdałka LUSCHKI zakrywają nam zaledwie górną część przegrody nosa i otworów tylnych nosa, w silnie zaś rozwiniętych postaciach otwory tylne nosa są niewidzialne, gdyż zakrywają je wyrośłe, wypełniające wtedy całą jamę n. oso-gardzielową.

Oto jest mniej więcej wszystko, co w kwestyi rozpoznawania oraz leczenia operacyjnego wyrośniętych adenoidalnych powieść chciałem.

III. O UCISKU MÓZGU.

Napisał

Prof. N. Cybulski [z Krakowa].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

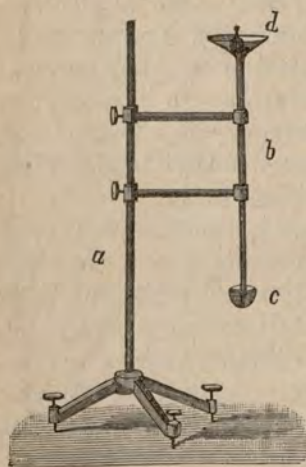
Jeżeli blaszkownicę wkładano ku tylnemu płatowi, to przy tej samej objętości blaszkownicy zwierzę mogło pozostać przy życiu, jakkolwiek niezawsze. W każdym razie nawet przy wyższych objętościach kawaleczków blaszkownicy objawy porażenia występowały wolniej, zwierzę żyło zwykle o kilka godzin dłużej.

Sekcje we wszystkich bez wyjątku przypadkach, w których mniej lub więcej szybko nastąpiła śmierć, wykazywały liczne wynaczynienia, nawet w okolicach oddalonych. Zwykle znajdowałem liczne wynaczynienia drobne

w komorze bocznej po tej samej stronie, oraz mniej znaczne po stronie przeciwnej. Drobne wynacznienia można było spostrzedz także w samej istocie mózgowej w okolicy ucisku. Podobny stan rzeczy, stwierdził również D-r BLUMENAU na preparatach drobnowidzowych. Oprócz tego, żyły kości czaszkowych mózdzku i rdzenia były zwykle w stanie nadmiernego przekrwienia, a niekiedy znajdowałem także wynacznienia w komorze 4-tej. Nadto, jeżeli po włożeniu blaszkownicy, z chwilą jak wystąpiło porażenie, otwierałem czaszkę i wydobywałem blaszkownicę, to w kilku chwilach opona miękka w miejscu ucisku stawała się przekrwioną, powstawały w niej wynacznienia i także po zdjęciu opony twardej miejsce to przedstawiało się jako czerwona plama.

Tak wyniki sekcji, jakoteż owe wynacznienia, powstające w miejscu ucisku, świadczą, że i przy ograniczonym ucisku mamy do czynienia z zaburzeniem krążenia krwi w mózgu, oraz że w miejscu ucisku powstaje nie przekrwienie, którego w gruncie rzeczy prof. ADAMKIEWICZ także nie obserwował, lecz niedokrwiłość. Skutkiem niedostatecznego odżywiania miejsca uciśniętego, zaraz powstają pewne zmiany w oponie miękkiej. W kilku doświadczeniach mogłem się przekonać, że w miejscu ucisku opona miękka odstaje od istoty mózgowej daleko łatwiej, aniżeli w miejscach, które uciskowi nie podlegały, staje się mętną. Że krążenie krwi w miejscu ucisku blaszkownicy zostaje upośledzonym, świadczą także bezpośrednie pomiary szybkości ruchu krwi, dokonane przez D-ra BLUMENAU'a, które wykazały, że podczas okresu pęcznienia blaszkownicy, szybkość krwi u psów się zmniejsza. Że naczynia mózgowe pod wpływem ucisku ze strony pęczniejącej blaszkownicy muszą być uciśnięte, można się najłatwiej przekonać, zastosowując metodę KRIES'a. Potrzeba tylko zamiast płytki użyć miseczki szklanej o cienkich ściankach w kształcie półkuli [o średnicy 1 cm.] [patrz fig. 1]. Ustawiając tę miseczkę na powierzchni mózgu i obciążając ją powoli śrutem lub ciężarkami, można dokładnie oznaczyć obciążenie, przy którym występuje zupełne zblednienie naczyń. W doświadczeniu nad mózgiem królika lekkie zblednienie żył otrzymuje się już przy obciążeniu 5,6 gr.; przy 9,5 gr. prąd krwi w niektórych żyłach zostaje zupełnie przerywany, a przy obciążeniu od 25 do 50 gr. cała powierzchnia zetknięcia mózgu z miseczką, która wtedy jest znacznie do istoty mózgowej wgłębioną, staje się najzupełniej pozbawioną krwi.

Fig. 1.



Możnaby przypuszczać, że te zmiany w krążeniu w miejscu uciśniętem powstają tylko w tych przypadkach, które prof. ADAMKIEWICZ zalicza do II i III kategorii, gdy ucisk przekracza granice, w których kształt mózgu może się zmieniać, zachowując swój stan fizjologiczny, lecz że przy utajonym przebiegu ucisku istota mózgowa zupełnie nic nie cierpi. Ażeby się przekonać o tem, wkładałem nieznaczne kawałeczki blaszkownicy [mniej niż 0,1] do czaszki i uciskałem płat czołowy, począwszy od brzegu kości ciemieniowej. Następnie

po upływie godziny, w jednym przypadku wprzód nim lekkie porażenie dało się spostrzedz, otwierałem czaszkę, zdejmowałem kość z całej powierzchni mózgu i drażniłem okolice psychomotoryczne w częściach symetrycznych obu półkul. Okazało się, że w miejscu ucisku drażnienie nawet silnym prądem najmniejszych ruchów nie wywołuje [obserwowałem ruchy żucia, oraz ruchy przedniej i tylnej kończyny], podczas gdy po stronie przeciwnej w miejscach symetrycznych ruchy te otrzymywałem z największą łatwością. Jeżeli ucisk trwał niedługo, to na brzegach w okolicy uciśniętej pobudliwość jeszcze istniała, jakkolwiek była znacznie obniżoną. Również u jednego królika, który z blaszkownicą płata ciemieniowego żył 7 dni i został zabity w celu nastrzyknięcia mózgu, można było się przekonać za życia, że wzrok po stronie przeciwnej był upośledzony. Wszystko to świadczy, że nawet w przebiegu utajonym ucisku fizjologiczne granice ściśłości mózgu mogą być przekroczone i że brak objawów jeszcze bynajmniej nie świadczy, ażeby okolice uciśnięte funkcjonowały lepiej, aniżeli nieuciśnięte, jak przypuszcza prof. ADAMKIEWICZ. Zupełnie tak samo rzecz się miała u kotów i psów.

Prócz tych ujemnych wyników w stosunku do wyników prof. ADAMKIEWICZA, otrzymałem także i wyniki dodatnie, t. j. obserwowałem kurcze, *nystagmus*, ślinienie, drżenie mięśni i t. p., lecz tylko w tych przypadkach, w których blaszkownica dotykała bezpośrednio istoty mózgowej, t. j., gdzie opona twarda była pękniętą. Takie pęknięcia niekiedy tylko w kształcie małej szpary powstawały przy najostrożniejszym wprowadzaniu blaszkownicy. Oczywiście, że wszystkie te objawy, które prof. ADAMKIEWICZ zalicza do objawów ucisku, w moich przynajmniej doświadczeniach, powstawały skutkiem bezpośredniego działania blaszkownicy na istotę mózgową. Blaszkwownica wskutek swojej hygroskopijności odbierała od istoty mózgowej wodę, jednym słowem suszyła ją i w ten sposób drażniła, nadto i mechaniczne działanie wskutek ruchów mózgu, tarcie blaszkownicy o pierwiastki nerwowe, także mogło działać rozdrażniająco. Nie zaprzeczając więc wynikom doświadczeń prof. ADAMKIEWICZA, zmuszony jestem zaznaczyć, że wszystkie objawy, przez prof. ADAMKIEWICZA podane, obserwowałem, lecz tylko przy bezpośrednim zetknięciu blaszkownicy z mózgiem. Fakt ten do takiego stopnia stale się powtarzał, że zaraz po operacji mogłem z wszelką pewnością powiedzieć, iż przy sekcji znajdę oponę twardą uszkodzoną i pod tym względem nigdy się nie zawiodłem.

W doświadczeniach moich mogłem także sprawdzić podane już przez innych autorów spostrzeżenie, że ucisk miejscowy tem silniej działa, im więcej jest zlokalizowany. Jeżeli bowiem wprowadzamy jednemu królikowi jeden duży kawałek, drugiemu zaś 3—4 małe tej samej objętości, to pierwszy ginie prędzej, aniżeli drugi. Dalej zauważyłem również, że króliki, którym wprowadzono blaszkownice ponad płat czołowy, ginęły prędzej, aniżeli te, u których były uciśnięte płaty potylicowe i ciemieniowe; fakt ten można sobie wytłómaczyć tem, że przy ucisku płatów ciemieniowych ucisk działa w miejscu najszerszym czaszki i wskutek tego, rozchodząc się w większej masie, jest mniej silnym, aniżeli w płatach czołowych. Nadto na przekrojach poprzecznych takich mózgów można się przekonać, że symetria pomiędzy obiema półkulami jest

zniesiona; półkule uciśnięte w środkowej części przechodzą płaszczyznę środkową, zwoje mózgowe są przesunięte ku stronie przeciwnej, komory zupełnie zaciśnięte.

Wobec tych wyników niepodobna zgodzić się ze zdaniem, jakoby w miejscu uciśniętem naczynia były rozszerzone i przyływ krwi zwiększony. Zresztą, zdaniem samego prof. ADAMKIEWICZA, zagłębienie w mózgu powstaje kosztem wyciskania cieczy, która wśród pierwiastków tkanki łącznej się znajduje. Dlaczego ucisk ma działać tylko na tę ciecz, a zupełnie nie działa na naczynia i nie wyciska z nich krwi, wyjaśnienia w pracy prof. ADAMKIEWICZA nie znajdujemy. Jeżeli w pewnych przypadkach, być może, zdarza się napotkać rozwój naczyń oraz ich rozszerzenie, to zmiany te mogą powstać tylko wskutek zapalenia, wywołanego w miejscu ucisku, które w następstwie wywołuje zanik tkanki mózgowej, jak to było w doświadczeniach D-ra BLUMENAU'a. Z doświadczeń moich wyniosłem to przekonanie, że i przy miejscowym ucisku śmierć jest następstwem zaburzeń krążenia krwi w mózgu. Zaburzenia te jednak różnią się od zaburzeń przy ucisku ogólnym tem, że przy ucisku ogólnym powstaje ogólna niedokrwistość mózgu, mózdzku i rdzenia przedłużonego, a być może i rdzenia kręgowego, podczas gdy przy ucisku częściowym zaburzenia zajmują tylko pewną część półkul mózgowych. W doświadczeniach z blaszkownicą zaburzenia te występują tak szybko, że zwierzę ginie wcześniej i przy mniejszem zwężeniu pojemności czaszki, niż tego potrzeba dla zwiększenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego. Dlategoż mimo niedokrwistości, która powstaje w okolicach uciśniętych półkul mózgowych, mimo zadrażnień, lub porażenia tych okolic, nie obserwujemy u królików ani zwolnienia tętna, ani wybitnych zmian w ciśnieniu krwi; krążenie bowiem w rdzeniu przedłużonym nie ulega zmianom, tem bardziej, że rdzeń przedłużony wraz z mózdzkiem zostają pod ochroną skostniałego namiotu.

Wprzód nim przejdę do podania ostatecznych wniosków z moich badań, zmuszony jestem zatrzymać się jeszcze nad jednym szeregiem doświadczeń, które zdaniem prof. ADAMKIEWICZA dowodzą, że krążenie w czaszce pod wpływem ucisku za pomocą blaszkownicy zostaje ułatwione. Na stronie 73 [l. c. rozprawa pierwsza] powiada, że, oznaczając ciśnienie w obwodowym końcu tętnicy przy podwiązaniu drugiej tętnicy szyjowej, stale spostrzegamy wzmaganie się ciśnienia w końcu obwodowym. *„Diese Drucksteigerung, für welche ich übrigens eine physikalische Erklärung nicht geben kann, beweist, dass der durch die Unterbindung gehemmte zweite Carotis-Stromm auf dem Umwege der Vertebrales zum Hirn fließt, hier sich Bahnen eröffnet und zum Theil in den rückläufigen Carotisstromm wieder abfließt“*, co ma świadczyć, że ucisk za pomocą blaszkownicy bynajmniej utworzeniu się krążenia obocznego w mózgu nie przeszkadza. Doświadczenia te powtórzyłem na 6 zwierzętach: 3 królikach, 2 kotach, 1 psie, z tą tylko różnicą w stosunku do doświadczeń prof. ADAMKIEWICZA, że jednocześnie oznaczyłem ciśnienie na tym samym kimografionie i w końcu sercowym przeciętej tętnicy. Wynik był ten, że z chwilą, gdy zaciskano, lub podwiązywano drugą tętnicę, ciśnienie w końcu sercowym tętnicy pierwszej znacznie się wzmagало,

ciśnienie zaś w końcu obwodowym zwykle w pierwszej chwili bardzo znacznie opadało. W miarę jednak wzrastania ciśnienia w układzie tętniczym, ciśnienie i w obwodowym końcu przeciętej tętnicy stopniowo się podnosiło, jakkolwiek u wszystkich zwierząt zwykle zostawało niższem, aniżeli przy otwartej tętnicy drugiej i zupełnie jednakowo, czy mózg zostawał pod uciskiem blaszkownicy, czy nie. Tylko u jednego królika, u którego badano te stosunki bez blaszkownicy po zaciśnięciu drugiej tętnicy szyjowej, ciśnienie tak znacznie się wzmożło w całym układzie tętniczym, że i w końcu obwodowym po chwilowem obniżeniu podniosło się do wysokości pierwotnej, jednak z chwilą zdjęcia zacisku z tętnicy drugiej podnosiło się jeszcze więcej. Owe więc większe lub mniejsze wahania ciśnienia w końcu obwodowym tętnicy zależą wyłącznie od zmian w ogólnym obiegu krwi. Wskutek podwiązania tętnicy drugiej powstaje niedokrwiistość mózgu i jako następstwo tejże podniesienie ciśnienia w układzie tętniczym i zwolnienie tętna. Oczywiście, że wysokie ciśnienie w tętnicach kręgowych musi przez liczne połączenia tętnicze tak w okolicy głowy poza czaszką, jakoteż u podstawy mózgu przez *circulus arteriosus Willisii*, udzielać się obwodowemu końcowi tętnicy przeciętej; samo się przez się rozumie, że ucisk, wywierany przez blaszkownicę na powierzchni dużych półkul, w żadnym razie nie mógł działać na podstawę mózgu, a szczególnie na owe połączenia tętnicze, zostające w znacznej części pod ochroną kostną na powierzchni niegładkiej, a niekiedy w osobnych wyźłobieniach.

Te doświadczenia prof. ADAMKIEWICZA stwierdzają tylko jedno, że każda znaczna niedokrwiistość mózgu podnosi ciśnienie krwi w układzie tętniczym i zwalnia tętno; jednym słowem: daje te same objawy, które przedewszystkiem spostrzegamy przy ogólnym ucisku mózgu. Dla ilustracji przytaczam jedno doświadczenie na króliku i krzywą z doświadczenia na kocie. [Patrz tablicę I. fig. VII.].

Królik. Dwa kawałki blaszkownicy, objętości około 6,1 ctm. sześć., wstawiono do czaszki w okolicy płata ciemieniowego. Ciśnienie oznaczono w obu końcach przeciętej tętnicy szyjowej prawej w 3 godziny po wprowadzeniu blaszkownicy.

(Patrz tablicę na str. 1023).

Przytoczony rozbiór faktów, podawanych przez zwolenników obu teoryj, oraz własne doświadczenia, upoważniają mnie, jak sądzę, do postawienia następujących wniosków.

1) Ciecz mózgo-rdzeniowa zostaje stale pod ciśnieniem dodatniem, które, zależnie od warunków krążenia w mózgu, oraz od warunków chłonięcia i wydzielania, może ulegać znacznym wahanom.

2) Ograniczenie pojemności czaszki przez obce ciała, lub ogniska, występujące w sposób ostry, może ciśnienie wewnątrz-czaszkowe podnieść do znacznej wysokości i wskutek zmienionych warunków chłonięcia przez dłuższy czas na tej wysokości utrzymywać.

3) Wszelkie podniesienie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego utrudnia krążenie w mózgu i wskutek niedokrwiistości wywołuje szereg objawów, które nazywamy objawami ogólnego ucisku mózgowego.

4) Że przy wzmożonem ciśnieniu wewnątrz-czaszkowem powstaje niedokrwistość mózgu, świadczą bezpośrednie obserwacje naczyń na powierzchni mózgu, oraz oznaczenie szybkości krwi w tętnicy szyjowej.

Liczba tętna.	Koniec sercowy.			Koniec obwodowy.		
	Średnie ciśnienie w milim.	Maximum ciśnienia w milim.	Minimum ciśnienia w milim.	Średnie ciśnienie w milim.	Maximum. ciśnienia w milim.	Minimum. ciśnienia w milim.
47	82	84	78	36	—	—
Przed zaciskiem drugiej tętnicy szyjowej.						
46	85	88	82	36	—	—
W czasie zaciskania drugiej tętnicy szyjowej.						
—	82	84	78	11	28	2
Po usunięciu zacisku z drugiej tętnicy szyjowej.						
11	140	156	104	27	54	6
Przed ponownym zaciskiem na drugiej tętnicy szyjowej.						
46	78	82	76	42	—	—
W czasie zaciskania drugiej tętnicy szyjowej.						
28	84	102	68	14	30	0
Po usunięciu zacisku z drugiej tętnicy szyjowej.						
36	87	90	80	44	47	40
39	104	110	96	61	65	54
W czasie ponownego zaciskania drugiej tętnicy szyjowej.						
46	127	130	116	45	48	42
Po usunięciu zacisku.						
45	93	98	86	44	50	40

5) Niedokrwistość ta przy niższych stopniach ucisku mózgu zostaje w znacznym stopniu pokonywana, dzięki ogólnemu wzmaganiu się ciśnienia w układzie tętniczym.

6) Doświadczenia przeciwników starej teorii żadnego z argumentów tej teorii nie obalają, przeciwnie niektóre z tych doświadczeń przemawiają na jej korzyść.

7) Ograniczony ucisk na mózg za pomocą pęczniącej blaszkownicy przebiega w sposób utajony tylko w takim razie, jeżeli objętość napęczniałej blaszkownicy jest nieznaczną, nie przenoszącą $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$ objętości mózgu.

8) Przy większej objętości napęczniałej blaszkownicy powstają zmiany w krążeniu krwi w mózgu, których następstwem wcześniej lub później bywa śmierć zwierzęcia.

9) Objawy miejscowego ucisku przez oponę twardą redukują się głównie do porażenia części uciśniętych mózgu.

10) Objawy, które prof. АДАМКІЕWІCZ podaje jako objawy ucisku mózgowego, są najprawdopodobniej tylko objawami bezpośredniego zadrażnienia mózgu pod wpływem zetknięcia z blaszkownicą.

Objaśnienia krzywych ciśnienia krwi w tabl. I.

Krzywa I. Zmiany w ciśnieniu krwi po przerwaniu opony twardej podczas wypływu cieczy mózgodzeniowej, I) sekundy. II) krzywa ciśnienia. Przy *A* otwiera się oponę twardą. Od *B* do *C* wypływ cieczy. Ciśnienie oznaczono w tętnicy udowej psa. Linija 0 przebiega poniżej linii sekund o 20 mm..

Krzywa II. Pies z doświadczenia IV. III) Krzywa ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, I) sekundy, linija ta jest odległą od linii 0 o 35 mm.. II) ciśnienie w tętnicy udowej. Od *a* do *b* prawidłowe. Ucisk na mózg 12 mm.. Tętno 27 w 10". Od *b* ucisk stopniowo wzrasta, przy *C* = 50 mm., tętno 33. Przy *D* ucisk równa się 100 mm., tętno 31. Przy *E* ucisk 248, tętno 16.

Krzywa IIIa. Pies z doświadczenia V. II) Krzywa ciśnienia w tętnicy udowej, I) sekundy. Ciśnienie w tętnicy udowej. Od II do *A* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe 0. Od *A* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe podniesiono do 60 mm. Przy *B* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe znowu = 0. Przez cały czas przyspieszenie tętna z 24 do 37 w przeciągu 10". Linija sekund odległą jest od linii 0 o 50 mm..

Krzywa IIIb. Dalszy ciąg tego samego doświadczenia. Od II do *A* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe zero. Przy *A* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe podniesiono do wysokości 200 mm.. Przy *B* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe znowu obniżono do zera. Tętno z początku się przyspiesza i tylko po 22" wolniej do 9 uderzeń. Zwolnienie to trwa przez długi czas i po ustaniu ucisku tylko stopniowo wraca do stanu prawidłowego. Linija sekund odległą jest od linii 0 o 40 mm..

Krzywa IVa. Część krzywej, której obliczenia zmian ciśnienia nie przytoczyłem. Ucisk za pomocą oliwy. Przy *A* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe podniesiono do 120 mm.; przy *a* przyspieszenie obok podniesienia ciśnienia, następnie zwolnienie tętna. Linija sekund odległą jest od linii 0 o 40 mm..

Krzywa IVb. Dalszy ciąg poprzedzającej krzywej. Przy *a* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe podniesiono do 190 mm.. Przez cały czas trwania ucisku, oznaczenie sekund zostało wstrzymane. Z chwilą rozpoczęcia oznaczania sekund, ucisk zmniejszono do 10 mm.; również z początku lekkie przyspieszenie, następnie zwolnienie, które trwa i po zaprzestaniu ucisku przez długi czas. Linija 0 przebiegała poniżej linii sekund o 60 mm..

Krzywa V. Pies zatruty kurarą. Przy *A* ciśnienie wewnątrz-czaszkowe podniesiono do 100 mm.; z początku przyspieszenie, następnie silne zwolnienie. Ucisk trwał przeszło 3 minuty. Średnie ciśnienie krwi 125. Po zniesieniu ucisku stopniowo się obniża do pierwotnej wysokości. Linija 0 przebiega poniżej sekund o 35 mm..

Krzywa VIa. i VIb. Zmiany ciśnienia krwi u królika w końcu sercowym tętnicy szyjowej podczas wstrzykiwania roztworu soli do końca obwodowego. Linija sekund przebiega w odległości 40 mm. od linii 0.

Krzywa VIa. Od *a* do *b* wprowadzono 23 ctm. sześciennych roztworu soli pod ciśnieniem 120 mm..

Krzywa VIb. Od *a* do *b* wprowadzono 86 ctm. sześciennych roztworu soli pod ciśnieniem 200 mm..

Krzywa VII. Ciśnienie w obu końcach tętnicy szyjowej jednej strony podczas uciskania tętnicy szyjowej po stronie drugiej. I sekundy, II ciśnienie w końcu odsercowym, III ciśnienie w końcu obwodowym. Przy *a* uciśnięto tętnicę szyjową po stronie drugiej, przy *b* ucisk zdjęto.

Wiadomości bieżące.

— Publiczność nasza od czasu pojawienia się wiadomości o leczeniu gruźlicy za pomocą metody KOCH'a skwapliwie chwytła wszelkie doniesienia prasy o wartości rozpoznawczej i leczniczej tejże metody, o doświadczeniach, dokonanych w zagranicznych i miejscowych szpitalach i stara się wyrobić sąd własny o wartości jej z referatów, nie tylko czerpanych z pism lekarskich, ale i z materyjalów, podawanych przez pisma codzienne i polityczne. Nie znając nieraz źródeł, z których wiadomości owe pochodzą i polegając na powadze wymienionego w nich autorytetu, zarówno prasa jak i publiczność stają się często ofiarami mistyfikacji. Jako przykład podajemy wiadomość, podaną przez jedno z naszych pism codziennych przed kilku dniami, a wrzekomo pochodzącą z kliniki prof. BILLROTH'a, jakoby tenże metodę KOCH'a jako niebezpieczną i bezpożyteczną już miał zarzucić Kol. HERYNG, który w tej kwestyi odniósł się listownie do znakomitego wiedeńskiego chirurga, otrzymał depeszę, którą dosłownie podajemy: „*Ich bitte Sie kein Wort von dem zu glauben, was unsere politischen Blätter über meine klinischen Vorlesungen bringen, im günstigsten Falle hat der betreffende Reporter, meist ein junger armer Student, das gesagte halb verstanden meist völlig missverstanden. Ich bin im höchsten Grade befriedigt von den Resultaten der Koch'schen Injectionen und setze dieselben nach bestimmten Prinzipien fort.* BILLROTH.“ [Proszę Pana, abyś ani słowa nie wierzył temu, co nasze pisma polityczne podają o moich wykładach klinicznych. Reporter, w najlepszym razie niezamożny student, albo mnie nie zrozumiał, albo zupełnie źle zrozumiał. Jestem w najwyższym stopniu zadowolonym z wyników wstrzykiwań KOCH'a i stosuję je w dalszym ciągu podług pewnych uzyskanych już zasad. BILLROTH].

— Wielkiej doniosłości odkrycie KOCH'a powitano w całym świecie naukowym zapalem niekłamany. Zrozumiano, że otwiera ono nieprzejrzone nowe widnokreśli i że ani domyśleć się dziś można, dokąd ta świeżo otwarta droga zaprowadzi, boć stoimy dopiero u jej początku. Od pierwszego też doniesienia o nowym środku hymnom uwielbienia w mowie i na piśmie nie było miary. Rychło jednak ozwały się przykre rozdzwięki. Poczęto zarzucać KOCH'owi, że sposób przyrządzania i skład zbawiennego leku trzyma w tajemnicy, że przeto grzeszy przeciw uświęconej przez wieki humanitarnej etyce wielk ich badaczy i odkrywców. Rozgoryczenie wzrosło wobec bardzo nieetycznego postępowania niektórych uczestników lekarskiej giełdy berlińskiej, którzy na własną korzyść starali się obrócić nowe odkrycie.

W takich warunkach nader ważną i ciekawą wielce jest mowa ministra oświaty GOSSLER'a, wypowiedziana w tej sprawie w sejmie pruskim z okazji interpelacji d. 29 Listopada, o dostarczanie środków na leczenie ludności metodą KOCH'a. Ciekawem jest to przemówienie przedewszystkiem dla tego, że cokolwiekbyśmy sądzili chcieli o „nieposzlakowanej prawdomówności“ pana ministra, jest to jedyny „urzędowy“ dokument, a stanowi zarazem poważne *signum temporis*, jak nawet tej miary uczony badacz, jak KOCH, uledek musiał w etyczem swem postępowaniu wszechwładzy państwowego utylitaryzmu. Kilka najcharakterystyczniejszych ustępów mowy ministryjalnej, która całą odpowiedzialność z barków uczzonego zdjął usiłuje, podajemy w streszczeniu, czerpiąc jej tekst z „*Beiblatt der Berliner neuesten Nachrichten*“ z dnia 30. XI. 1890. Nr. 606.

„Jak wiadomo, d. 4 Sierpnia podczas kongresu międzynarodowego wygłosił KOCH swój słynny odczyt, zakończony wiadomością, iż uważa znalezienie środka przeciw gruźlicy u człowieka za możliwe i prawdopodobne, gdyż udało mu się już odkryć ciało, które zwierzęta czyni niewrażliwymi na zarazek gruźlicy. Przed dalszemi wyjaśnieniami ochronił się natychmiastowym wyjazdem z Berlina aż do końca kongresu. Bezpośrednio potem całkiem pokryjomy próbował swego środka na człowieku. Przy pomocy prof. FRAENTZEL'a i D-ra KÖHLER'a zastosowano środek przedewszystkiem w Charitée, a zaraz potem z odwagą rzetelnego badacza poddał się sam KOCH zaszczepieniu dużej dawki swego płynu. Zwrócił się później do prof. BRIEGER'a, znanego ze swych znakomych i sumiennych badań. Ten poznał go z prywatną chirurgiczną kliniką D-ra LEVY'ego. Czuję się w obowiązku zaznaczyć na zasadzie oświadczeń prof. KOCH'a, że dopóki tenże był w możności w rzezonej klinice chorych obserwować, mógł z zupełnem uznaniem sądzić o panującej tam działalności i bezinteresowności. Lecz czas ten ogranicza się też jedynie do robionych tam doświadczeń próbnych. Jako współpracowników KOCH'a wymieniono w pismach dalej D-ra CORNET'a, znanego z poważnych

prac nad suchotami płucnymi, z których jedną wydrukowano w roku zeszłym kosztem rządu, D-ra DENGEL'a, oraz prof. PHUL'a".

"Mniemam, powiada minister, że co do tych mężów nie może być mowy o znakach zapytania". [Na innym miejscu swej mowy broni też GOSSLER D-ra CORNET'a, na wyraźną prośbę tego ostatniego, od zarzutu, iżby chorych swoich pieniądze wyżyłkował, gdyż tylko za pierwszą konsultację ze ścisłym badaniem pobierał po 10—30 marek, a później za wizyty pozakliniczne po 10—20 marek, leczy zaś codziennie 50—60 chorych biednych bezpłatnie].

"W dniu 27 Października oświadczył mi KOCH, że wynalazł środek przeciw lasecznikowi gruczliczemu i aby mógł się swobodnie zająć dalszą pracą w tym kierunku, zażądał zwolnienia od obowiązków przewodniczącego w instytucie higienicznym. Udzielono mu jedynie dłuższy urlop [dwuletni], a na jego miejsce powołano prof. ESMARCHA. Wtedy rzecz wyszła na jaw. Podczas rozmowy mojej z prof. KOCH'em w dniu udzielenia mu urlopu „gotów był powiadomić mnie o wszystkim, co dotychczas wiedział". Prosiłem go, aby tego zaniechał, gdyż obawiam się, żeby wbrew mej woli nie ogłoszono czegoś, co by sprawie zaszkodzić mogło. To wszakże, że był już wtedy gotów ogłosić całą sprawę, świadczy, że w jego duszy nie było nigdy innej myśli oprócz naukowej i idealnej".

"Szło tedy dalej o to, jakich urządzeń potrzeba, aby KOCH'owi umożliwić dalsze przeprowadzenie jego odkrycia i rozprzestrzenienie go na pokrewne pola pracy. On sam mniemał, że potrzebuje szpitala mniejszego w obrębie dużego, z którego byłby mógł zapotrzebowywać stosowny materiał w celu studyjowania najrozmaitszych chorób zakaźnych. Zaproponowałem Charité, on zaś uważał za dogodniejsze, aby mu w Moabicie powierzono w barakowym lazarecie 150 łóżek. Zresztą proponowałem spożytkowanie klinik uniwersyteckich. Sądził, że jest tak pewnym sobie, iż nie będzie potrzebował z tej propozycji korzystać. Ja, kierując się myślą, że należy światu naukowemu przedstawić rzecz w postaci najwiarogodniejszej, a widząc, że na niemieckich klinikach nie kłamał, pragnąłem tego upewnienia przeciw podejrzeniu nawet, że jakiegokolwiek względu ścisłe badanie zakłóciły. Zwróciłem się tedy do kliniki chirurgicznej BERGMANN'a i już 6 Listopada można tam było urządzić kompletną stację doświadczalną obszernego pokroju. Co do projektu KOCH'a wobec miasta, ujawniły się trudności: nie można było jego życzeń wykonać dość rychło, tymczasem więc konferowałem z ministrem finansów i z zarządem Charité i doszliśmy z radością do przekonania zgodnego, iż jest obowiązkiem honorowym państwa pruskiego dostarczenie KOCH'owi środków rządowych. Już 6 Listopada program przejrzany i skorygowany, a przez KOCH'a przyjęty, był gotowy, a prace potrzebne zaraz rozpoczęto".

"Dnia 7 Listopada mówiłem obszernie z KOCH'em o ogłoszeniu jego odkrycia. Jeszcze wtedy miał on zamiar wszystko, co wiedział, otwarcie i publicznie ogłosić. Ze szczegółowej wszakże rozmowy, odbytej w obecności dwóch świadków, okazało się, że wogóle KOCH nie mógł jeszcze powiedzieć tego, co by zapewniało skuteczne przyspasabianie środka. Mógł wprawdzie powiedzieć z czego środek się robi, mógł opisać metodę, ale nauczać metody jeszcze nie mógł, a metoda jest tak trudną i wymagającą takiej sumienności, że jej nie można wymyślić, lecz trzeba ją za pomocą doświadczeń wypróbować, na co podług KOCH'a doświadczeni badacz 6 miesięcy czasu by potrzebował. Z drugiej zaś strony było niebezpieczeństwo, że środek podrabiać zaczęła, a nie będzie możliwości skontrolowania jego skuteczności. Ludzkość będzie wyżyłkiwana przez oszustów, a czas tracony nadaremnie. Pod koniec rozmowy tedy przyjąłem wobec KOCH'a na siebie odpowiedzialność i dźwigam ją przed całym światem za to, że go uprosiłem, ażeby w ogłoszeniu swem tyle tylko powiedział, iżby groźba podrabiania była stanowczo wykluczona. Ogłoszenie nastąpiło dnia 13 Listopada. Jest ono ważnym dokumentem i pewnie na długie czasy niezapomnianym!"

"Ważniejszym jeszcze było pytanie co do przysposabiania środka. Już wcześniej, bo 7 Listopada, oświadczyłem KOCH'owi, że niemożliwym jest utrzymać rzeczy tak, jak by się rozwijać powinna i jak się rozwinać musi. Nie było dotąd gwarancji dokładnego przysposobienia środka w większej ilości, gdyż nie ma dotąd pewnej, od zarzutów wolnej metody. Prace dokonywały się i dokonywają jeszcze przeważnie w probówce. Niestety ostatnimi czasy zatarto nieco przyrodniczo-naukową stronę sprawy, a podniesiono praktyczno-lekarską. Ja, korzystając z praw profana, pozwoliłem sobie w tym względzie wyrazić sąd swój o stronie przyrodniczej; przedstawiłem go wczoraj prof. KOCH'owi: zgodził się na moje zdanie. Sąd profana ma znaczenie bardzo względne, ale

jest on o tyle trzeźwym, o ile mnie stać na to". Tu minister odczytuje następującą opinię, znaną z ogłoszenia pracy KOCH'a: „mniemam, że znaleziono środek, który, wprowadzony do ustroju żywego człowieka, wywiera nader gwałtowne działanie na tkanki, będące siedzibą osobliwszego rodzaju laseczników gruźliczych. Środek ten działa tylko przy obecności tego danego gatunku laseczników. Działanie jest dosadne i swoiste, pośrednio na laseczniki gruźlicze skierowane. Nie występuje ono lub występuje daleko słabiej u niegruźliczych osobników, lub w obecności laseczników innego gatunku. Środek na pozór nie da się jeszcze ściśle określić na drodze dotychczasowych badań chemicznych, zdaje się wszakże rzucać pewne światło na niektóre inne dziedziny chemii organicznej. Metoda prawdopodobnie da się rozciągnąć i do innych chorób zakaźnych“.

„To, co temu odkryciu, na drodze przyrodniczo-naukowej osiągniętemu, nadaje osobliwsze znaczenie i czyni je tak bezmiernie doniosłym, to możność przeniesienia go bezpośrednio do praktyki lekarskiej. Nie zdarzyło się nigdy, aby środek tajemny, którego składu i powstawania może się domyślać, ale którego skład dokładny jest nieznanym, przyjęto w całym świecie na wiarę pojedynczego nazwiska jakiego uczonego. To zdarzenie jedyne, a jednakowoż nikomu nie przyszło na myśl, że rzecz, pod którą podpisał się ROBERT KOCH, może być oszustwem. O tem i mowy być nie mogło. Sam zaś KOCH ostrzegał przed przesadą w jakimkolwiek kierunku. Lecz zdało się, że cała publiczność zachorowała na płuca, jej wyobraźnia przeszła wszelkie granice“.

„Co zamierzamy zrobić w dalszym ciągu w celu rozpowszechnienia środka KOCH'a? Tu musimy odróżnić dwie rzeczy: 1) środek przeciw gruźlicy i 2) te urządzenia, które będą potrzebne w myśl pierwotnego planu KOCH'a dla innych chorób zakaźnych“.

„Nie ulega dla mnie najmniejszej wątpliwości, że duchowym właścicielem środka jest ROBERT KOCH. A o ile wiem, nie uważano też nigdy w pruskim ministerjum oświaty za możliwe uznawać jakikolwiek wynalazek jakiegokolwiek badacza naukowego za własność skarbu, czy chodziło o farby anilinowe, czy o olejki eteryczne lub t. p. Z tego wynika, że też nie do mnie należało wywarcie jakiegokolwiek wpływu urzędowego, lub rządowego, na przyrządzanie wzmiankowanego środka. Mogłem jedynie spożytkować tę stopę zaufania osobistego, na której zawsze z KOCH'em postępowałem. Porozumieliśmy się przeto, iż przedewszystkiem środek otrzymają kliniki krajowe i zakłady lecznicze dla suchotników, potem zaś podobne zakłady zagraniczne, a obok tego lekarze tacy, do których naukowości KOCH mógł mieć osobiste zaufanie! KOCH natychmiast część tego postanowienia wykonał, ja zaś postarałem się o to, aby w naszych królewskich klinikach metodycznie środek stosowano i przy pomocy stosownych demonstracyj uczyniono go naukową własnością całego świata. To też w klinikach BERGMANN'a, GERHARDT'a i innych codziennie odbywają się doświadczenia i stosowne wykłady również w obcych językach“.

„Limfę KOCH'a przysposabia się przy udziale D-rów LIBBERTZ'a i PFUHL'a. Ostatniemu z nich czyniono propozycje niesłychane, poświęcił on wszakże całe swe siły klinice chirurgicznej“.

„Na teraz najważniejszą jest kwestya urządzenia zakładu do sporządzania i rozpowszechnienia środka na większą skalę. Trudność leży w braku pewnej metody. Potrzeba 6-u tygodni na przysposobienie środka. D-r LIBBERTZ go przysposabia. D-r PFUHL go próbuje. Sam sposób roboty nie daje jeszcze pewności, że produkt jest skutecznym. Nie wydaje się z pracowni żadnej porcyi limfy bez wypróbowania na zwierzętach w sposób przez KOCH'a przepisany. Najmniej dokonywa się trzech prób na zwierzętach i gdy odczyn nie wystąpi ściśle tak, jak to być powinno według dotychczasowych umiejętnych badań, to dana porcja zostaje odrzuconą. KOCH oświadczył mi, że nie może wypuścić środka z ręki bez osobistego skontrolowania. Otóż to stanowi olbrzymie utrudnienie. Po dłuższych naradach z KOCH'em tyle wszakże powiedzieć mogę, że znaleźliśmy podstawę, na zasadzie której przyrządzanie i rozpowszechnienie środka będzie mogło stać się instytucją państwową. Nie spoczniemy, aż ten cel osiągniętym zostanie“.

„I choćby się nie udało dość rychło przyrządzać takiej ilości limfy, któraby zadość uczyniła wszelkim zapotrzebowaniom, sądzę, że w całym świecie cywilizowanym nastąpi uspokojenie na wiadomość, że państwo pruskie nadaje firmę wytworowi leczniczemu“.

Poczem minister rozwija cały projekt budowy stosownego instytutu, w którym, jak uważa, nadejdzie też czas, że KOCH na podstawie dalszych badań wprowadzi nowe środki dla pokrewnych celów i wreszcie przedstawiciele wszystkich cywilizowanych narodów będą mogli mieć środek w rękę. Pomijamy tu szczegółowy plan urządzenia rzeczzonego instytutu oraz kosztorysu, nadmienając jedynie, że stosowny budynek, obejmujący z jednej strony szpital, a z drugiej naukową pracownię

wnię na rozległą skalę ma kosztem półmilionu marek stanąć poza Charité przy kolei miejskiej, a w każdym razie będzie podjęte staranie, aby biedni bezpłatnie z nowego leczenia skorzystać mogli. „Nie udało nam się może na razie osiągnąć tyle należytego spokoju, ilebym dla istotnego prowadzenia sprawy pragnął, powiada GOSSLER, ale tyle zapewnić mogę, że rząd wiaź starał się o to, aby rzecz cała pozostała na tej drodze, która umożliwi spożytkowanie środka dla dobra ludzkości i aby postępowano jaknajostrożniej. Okoliczności były silniejsze niż moja wola, wszakże, tak kończy, muszę powiedzieć, że to jest najpiękniejszą chwilą, jaką w tej izbie przeżyłem i gdy kiedyś urząd mój opuszcze, nie będzie dla mnie wspanialszego wspomnienia nad to, że miał szczęście natwierać w czemśkolwiek drogę takiemu mężowi, jak KOCH. Jego badawczej potędze i zamiłowaniu prawdy dorównywa chyba tylko jego miłość ludzi i jego bezinteresowność, a ojezyzna nasza szczęśliwą zwać się może, że takiego posiada syna“.

Nadesłano do Redakcyi.

CYBULSKI. Fizylogija człowieka. Część I. Warszawa. 1891.

KUCHARZEWSKI. Ueber das Transsudat in den Darm unter dem Einfluss der Mittelsalze. [Odb. z Deutsch. Arch. f. klin. Med.].

PENZOLDT [tłóm. FABIANA]. Podręcznik Farmakologii klinicznej. Zeszyt II i III.

DRZEWIECKI. O leceniu przewlekłych nieżytów płuc i suchot za pomocą wdechań gazowych. [Odb. z Nowin lekarskich].

Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. D-ra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie. Zeszyt XV.

WAGNER. Contribution à l'étude de l'immunité le charbon des poules. Sceaux. 1890.

REITMANN et SCHÖNAUER. Zur Ichthyol-Behandlung von Frauenkrankheiten. [Odb. z Wiener klin. Woch. 1890].

FREUND. Neuer Beitrag zur Ichthyolbehandlung bei Frauenkrankheiten [Odb. z Berl. klin. Wochenschr. 1890].

Sanitarnyj otezet wraczebnoj uprawy goroda Warszawy za 1889 god.

Odpowiedzi Redakcyi.

D-rowni W. w W. Pierwszym, który opisał laseczniki tężca, był NICOLAIER, pracujący w 1885 w pracowni FLÜGGE'go. Później pisał o nim ROSENBACH i inni, kol. zaś RAUM, idąc śladem innych badaczy, dopiero w 1889 r. zajął się poszukiwaniami nad lasecznikiem tężca w ziemi w Warszawie i rezultaty swych poszukiwań drukiem t. r. ogłosił.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1891 według tego samego programu i na takich samych warunkach, jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1891 będą wychodzić w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szan. Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“ za Październik i Listopad księgarni W-o Paprockiego i S-ki.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 6 Декабря 1890 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.