

GAZETA LEKARSKA.

Ś.p. Prof. Wacław Sobierański.

Dnia 12-go b. m. zmarł we Lwowie w 42-im roku życia dzielny pracownik na niwie medycyny teoretycznej, w pełni rozwoju sił umysłu, wysoce zdolnościami obdarzonego.

Długa i ciężka choroba sprawiła niewątpliwie, że spuścizna naukowa po ś. p. SOBIERAŃSKIM, nie jest może tak wielką, jakiej spodziewaliśmy się w początkach jego działalności, ale nas, świadomych wzrastającego z każdym dniem upadku sił oddawna tlejącego tylko ustroju, zdumiewała energia tego silnego ducha, pokonywającego cierpienia fizyczne.

Aczkolwiek nadzwyczaj systematyczny, SOBIERAŃSKI przynajmniej w ciągu kilku lat ostatnich mógł pracować tylko dorywczo, korzystając ze światlejszych chwil nieszczęśliwego życia swojego. Inny słabszy charakter ugiąłby się pod brzemieniem nieprzewyciężonych trudności, ś. p. SOBIERAŃSKI, z otuchą w przyszłość, usuwał przeszkody do pracy i w warunkach najniekorzystniejszych, jakie tylko wyobrazić sobie można, wniósł do nauki owoce sumiennych i ścisłych badań.

Wyszkolony w Niemczech, celował pracowitością, doskonałą techniką laboratoryjną i wysokim stopniem krytycznego oceniania zdobyczy naukowych. Asystent BUNSEN'a, uczeń LUDWIG'a i SCHMIEDEBERG'a, przejął się zasadami swoich znakomitych mistrzów i dla nich do końca życia miłość i cześć zachował. Na takich wykształcony wzorach, z gorącym sercem wstępował w progi nauki. Obdarzony w wysokim stopniu darem obserwacyjnym, opierał swe badania na sumiennych spostrzeżeniach i na gruntownych podstawach dobrze

obmyślanych i wykonanych doświadczeń. W pracach jego pośpiechu, ani pozornie ponętnych a często zwodniczych hipotez nie znajdziesz. Nikt może bardziej od SOBIERAŃSKIEGO nie był sprawiedliwszym w ocenie rzetelnej pracy naukowej poprzedników, o ile z niej jakiegokolwiek zdrowe ziarno wybrać się udało, nikt jednak szczerzej nie wykazywał błędów, opartych na braku przygotowania i oględności w wypowiedaniu nieuzasadnionych poglądów naukowych.

Chociaż badania SOBIERAŃSKIEGO były z konieczności nieraz dorywcze, co do czasu, odznaczały się jednak przeważnie ciągłością tematów i jednakiemi cechami bez względu na pracownię, która zazwyczaj odbija swe piętno na dokonanych w niej poszukiwaniach naukowych. We wszystkich pracach SOBIERAŃSKIEGO widnieje jednakowa ścisłość i jednaki sposób wyprowadzania wniosków, które nigdy nie przekraczały poza zakres doświadczenia i były tylko logicznym jego następstwem.

Pierwszą pracę i jednocześnie rozprawę doktorską wykonał SOBIERAŃSKI w r. 1890 w pracowni SCHMIEDEBERG'a w Strasburgu. Były to badania nad *Timbo* (*Paullinia pinnata*) trucizną, używaną w Brazylii przy łowieniu ryb. Substancją działającą, timboinę, z korzenia tej rośliny otrzymał już uprzednio PFAFF w postaci ciała bezazotowego, krystalicznego. SOBIERAŃSKI zbadał działanie tej trucizny na rybach, żabach, królikach i psach i na mocy wielu doświadczeń, odpowiednio skontrolowanych, doszedł do wniosku, że timboina jest jadem nerwowym, który zaliczyć należy do rzędu toksyn SCHMIEDEBERG'a i ustawić w jednym szeregu z pikrotoksyną, ciktoksyną i produktami rozszczepienia digitaliny i digitoksyny, digitalirezyną i toksyrezyną. Toksyna ta wywołuje zabarzenia czynnościowe w różnych częściach układu nerwowego; u żab sprządza powolne porażenie bez skurczów poprzednich. U zwierząt ciepłokrwistych z początku występują wymioty przy przemijającym przyspieszeniu oddechu, zależnym od podrażnienia ośrodkowego, następnie powstaje stan odurzenia, któremu towarzyszą skurcze kloniczne i ruchy obrotowe, w następstwie podrażnienia mózdzku i rdzenia przedłużonego; wreszcie ulegają stopniowemu porażeniu pęczki tylnie rdzenia i ośrodek oddechowy. Praca ta była wykonana poprawnie, temat, może przypadkowy, nie został jednak wyczerpany z powodu zbyt prostych sposobów badania.

Wyżej niewątpliwie a bezwzględnie dużej wartości jest praca „o zmianach we własnościach nerwów pod wpływem ciepłoty“ [Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890. 567. *Die Aenderung in den Eigenschaften der Muskelnerven mit dem Wärmegrad. Arch. f. Anat. u. Phys.* 1890, 244—251], dokonana w pracowni LUDWIG'a. Miał tu SOBIERAŃSKI wielkie trudności do zwalczenia, bo liczni poprzednicy ze sprawą tą uporać się nie zdołali a sam przedmiot badania wymagał nadzwyczajnej dokładności i ostrożności w doświadczeniach. To też najpierw przystąpił SOBIERAŃSKI do zbudowania przyrządu, któryby ochraniał starannie nerw i mięsień od wyschnięcia i pozwolił ogrzewać nerw do żądanej ciepłoty oraz oceniać wrażliwość jego na prąd elektryczny. Badania te okazały, że: 1) granice największej pobudliwości nerwu wahają się pomiędzy 37—40° oraz pomiędzy 0—5° C.; 2) działanie ciepłoty występuje dopiero po pewnym czasie, wywołując objawy tęcza, przerywane spokojem; 3) nerw pod wpływem ogrzania do 40°

wykazuje wielką pobudliwość na prąd przerywany, oziębiony zaś posiada tę własność w mniejszym stopniu.

Na mocy tych prac w r. 1890 SOBIERAŃSKI został habilitowany na docenta farmakologii i farmacyi w Marburgu. Wykłady jego częściowo ogłoszone były w *Bibliothek der ges. med. Wissensch.* w dziale chemii, farmakologii i toksykologii, a prace o mleku, kairynie, jodzie, preparatach jodowych i inne dają wymowne świadectwo o wyczerpującym, a bardzo jasnym i do praktyki lekarza zastosowanym traktowaniu przedmiotu.

Zadanie nauczycielskie dało prawdopodobnie popoh SOBIERAŃSKIEMU do pracy „o wchłonliwości skóry“ (Nowiny Lek. 1893. Nr. 1 i 2), gdyż przed przystąpieniem do rozbioru własności oddzielnych środków leczniczych i ich działania, farmakolog zastanowił się winien nad wybraniem dróg do ich wprowadzenia skutecznego.

Tematem, nawet obecnie całkowicie nie wyczerpanym, jest kwestya, czy skóra nieobrażona jest przenikliwą. SOBIERAŃSKI do badań w tym kierunku wybrał wazelinę francuską, którą wcierał zwierzętom przez kilka tygodni codziennie po 5 minut. Z narządów wyjętych zwierzęcia padłego lub zabitego, jako też z odchodów za życia przez wytrawianie a następnie zmydlenie wydobyta masa tłusta okazała się czystą wazeliną. A więc wazelina przenika przez skórę nieuszkodzoną prawdopodobnie za pośrednictwem gruczołów tłuszczowych i potowych oraz torebek włosowych, nieznaczna jej część tylko daje się wykazać w wydzielinach i narządach, większa natomiast ulega zniszczeniu.

Aczkolwiek ta praca nie wyjaśniła jeszcze całkowicie sprawy wchłaniania przez skórę nieobrażoną, udowodniła jednak, że tą drogą można wprowadzać do ustroju środki, nie wywołujące zmian w naskórku.

Również praktyczne znaczenie posiadały prace SOBIERAŃSKIEGO nad farmakologią żelaza [„Uwagi krytyczne nad farmakologią żelaza“. Przegl. Lek. 1893 i „Nowsze badania nad farmakologią żelaza“ Nowiny Lek. 1895. Nr. 1 i 2), nad cholerą („O leczeniu cholery“. Nowiny Lek. 1894) i nad pomiarem siły mięśniowej u ludzi (O działaniu środków farmakologicznych na siłę mięśniową u ludzi. Gaz. Lek. 1896. Nr. 4).

W pracach nad żelazem chodziło o to, jaki wpływ sole tego metalu wywierają na ustroj i jakie istnieją wskazania do ich stosowania w praktyce.

Najpierw SOBIERAŃSKI podzielił związki żelaza na 2 grupy. Do pierwszej zaliczył wszystkie związki, w których metal ten daje się wykryć zwykłymi odczynnikami [siarczkiem amonowym i z żelazocyankiem potasowym]; do 2-iej środki, nie dające powyższego oddziaływania (np. hemoglobina).

Kwestyę, czy żelazo ulega wessaniu przez nieobrażoną skórę, wbrew doświadczeniom CHRZĄSZCZEWSKIEGO, SOBIERAŃSKI uważa za nierozstrzygniętą, zaznaczając z godną naśladowania szczerością, że doświadczenie, przeprowadzone przezeń w tym celu było wadliwe z powodu zbyt krótkiego działania 1% siarkanu żelazowego w 1/2-godzinnej zaledwie kąpieli i z powodu użycia soli żelaza, dającej z białkami połączenia trudno rozpuszczalne a więc trudno ulegające wessaniu. Doświadczenia, przemawiające za wchłanianiem żelaza z przewodu pokarmowego, z wyjątkiem badań JACOBY'ego i GOTTLIEB'a, uważał az niegruntowne, a doświadczenia KUNKEL'A, który wykrył żelazo w wątrobach

szczurów, karmionych okruciami chleba, zwilżonemi roztworem soli żelazowych, poczytywał za błędne nie tylko co do wniosków, lecz i metody badania. Najpierw bowiem KUNDEL nie usuwał krwi z wątroby na drodze przestrzykiwania naczyń, powtóre — doświadczenia własne SOBIERAŃSKIEGO okazały, że wątroba szczura, karmionego chlebem bez dodatku soli żelazowych, zawiera znaczną ilość żelaza, dającą się wykryć zapomocą siarczku amonowego, oraz że jednakiej siły zabarwienie występuje w wątrobie tak szczurów karmionych żelazem, jak i głodzonych. Doświadczenia powyższe przemawiały zatem, że i w pierwszym razie miało miejsce upośledzenie odżywiania, które występuje pod wpływem różnych związków [np. pyrydyny], i że w wątrobie nagromadzają się rozmaite związki organiczne żelaza, jak gdyby dla zaoszczędzenia tego ważnego pierwiastka dla ustroju.

Ten fakt, nadzwyczaj ciekawy, jest jednym z ważniejszych wyników prac nad żelazem, mających cechę krytyki badań, dokonanych nad znaczeniem żelaza przy blednicy i nad jego wchłanianiem w przerodzie pokarmowym. Dla przyszłego badacza w tej dziedzinie pożyteczne będą niewątpliwie wskazówki, podane przez SOBIERAŃSKIEGO co do wyprowadzania wniosków z doświadczeń, jak oto: że przytaczany w wielu pracach wpływ pomyslny żelaza na tworzenie się czerwonych krążków krwi zależał od sztucznie wywołanych zaburzeń żołądkowo-jelitowych z następnem zgęszczeniem krwi, a przekrwienie szpikukostnego, zauważone przez niektórych autorów po zadawaniu dużych ilości żelaza, nie przemawia za tem, aby żelazo, służąc za materiał do odbudowania rzeczonych krążków krwi, pobudzało narządy krwiotwórcze do szybszego ich wytwarzania; wnosić raczej należy, że ustrój wyrównywa straty, wywołane przez szkodliwe działanie dużych ilości żelaza, jak to zresztą ma miejsce i po zadawaniu przetworów rtęci, po obfitych upustach krwi i po niektórych truciznach, krew niszczących.

Na znaczenie przetworów żelaza w terapii zapatrywał się SOBIERAŃSKI bardzo sceptycznie, nawet był zdania, że stosowanie ich w chorobach krwi nie ma racjonalnej podstawy. Twierdzenie to możnaby uważać za niezgodne z naszym doświadczeniem klinicznym, aczkolwiek niepodobna zaprzeczyć słuszności SOBIERAŃSKIEMU, że prace, starające się u d o w o d n i ć na ścisłych podstawach naukowych pomyslny wpływ żelaza przy blednicy, jeżeli nie wszystkie, to przynajmniej przeważnie są naukowo błędnie ugruntowane.

W pracy p. t. „O leczeniu cholery“, poszczegółowym rozbiorze badań nad przecinkowcami i jego produktami, SOBIERAŃSKI zastanawia się nad t. zw. racjonalną terapią tej choroby, a w szczególności nad metodą CANTANI'ego (*entero- i hypodermoclysis*), która żadnemu wskazaniu, przez tegoż autora podanemu, według jego zdania zadość nie czyni, t. j. ani nie zapobiega rozmnażaniu się prątków cholerycznych ani nie zobojętnia jadu cholerycznego w kiszkiach, ani nie wpływa na szybsze wydalanie trucizny z krwi, ani wreszcie nie zmniejsza zgęszczenia krwi. Inne metody leczenia: kalomelem, salolem, makowcem i t. d. o tyle są nieszkodliwe, o ile broni się przeciw ich działaniu sama choroba, przy której wessanie jest nadzwyczaj upośledzone. Praca ta zawiera dużo uwag, podyktowanych przez umysł trzeźwy, aczkolwiek wniosek, aby „pozostawić chorobę jej biegowi naturalnemu, podawać napoje, bronić od utraty ciepła, pobudzać krwiobieg na drodze odruchowej przez lekkie podrażnie-

nie skóry a także „rozcieranie chorego“, bez znacznych zastrzeżeń przyjęty być nie może.

Jak SOBIEJAŃSKI potrafił oceniać wyniki własnych badań, dowodzi tego praca „o wpływie środków farmakologicznych na siłę mięśniową u ludzi“, w której należało oddzielić wpływ psychiczny od działania środka. Oznaczenie siły mięśniowej dokonywał SOBIEJAŃSKI zapomocą zmodyfikowanego przezeń ergografu LOMBARD'a na żołnierzach w Marburgu. Badania te okazały, że praca danego osobnika, uskuteczniiona w jednakowych godzinach i względnie jednakowych warunkach, ulegała znacznym wahaniom. W celu zredukowania do *minimum* wpływów psychicznych na czynność samodzielną mięśni, osoby obserwowane były w nieświadomości o własnościach stosowanego środka. Pomimo tych ostrożności występował wyraźnie wpływ autosugestyi na wykonaną pracę. Przy badaniu wpływu kokainy okazało się, że po zupełnem wyczerpaniu siła mięśniowa wzmagala się; toż samo działanie wywierała kofeina. Oba te środki działają na ośrodkowy układ nerwowy, wyzwalając zasób energii w nim zawarty. Fakt, że kokaina podnosi sprawność mięśnia, wyczerpanego pracą po zadaniu kofeiny, przemawiał według SOBIEJAŃSKIEGO za tem, że wyzwalanie, *resp.* wytwarzanie energii przez te dwa środki odbywa się na zupełnie odmiennej drodze.

Prace, dotychczas przytoczone, razem wzięte ustępują jednak pod względem doniosłości wieloletnim badaniom zmarłego nad czynnością nerek i działaniem środków moczopędnych. [„O czynności nerek“. *Gaz. Lek.* 1894. Nr. 47, „O czynności nerek i działaniu środków moczopędnych“, *Pam. Tow. Lek. War.* 1895. 483. „Dalsze badania nad czynnością nerek“. *Przegl. Lek.* 1898. „Krytyczne uwagi nad czynnością nerek“. *Gaz. Lek.* 1902. Nr. 49]. Badania w tej dziedzinie rozpoczął SOBIEJAŃSKI powtórzeniem doświadczeń HEIDENHAIN'a, który stwierdził, że przy wstrzykiwaniu do żył indygokarminu kłębki MALPIGHI'ego zupełnie są wolne od wszelkiego zabarwienia, gdy tymczasem nabłonki kanalików krętych zabarwiają się na niebiesko, szczególnie zaś silnie ich jądra; w kanalikach prostych indygokarminu występuje tylko w świetle w postaci drobnych kryształów. Jak wiadomo, na zasadzie zabarwienia kanalików krętych, HEIDENHAIN wyprowadził wniosek, że indygo wydziela się zapomocą nabłonka kanalików i że tą samą drogą wydziela się mocznik i inne substancje z moczem. SOBIEJAŃSKI udowodnił, że obrazy mikroskopowe nerek, *resp.* zabarwienie ich części składowych, zmieniają się w zależności od czasu i ilości użytego barwnika. Jeżeli bowiem zabić zwierzę po 10-iu lub 15-tu m. zamiast po 1/2 godzinie, jak to czynił HEIDENHAIN, natenczas prawie zawsze kłębki, a zwłaszcza ich jądra, były zabarwione na niebiesko. Postępując według sposobu HENSCHEN'a, t. j. obniżając ciśnienie krwi zapomocą przecięcia rdzenia szyjowego, w dwie minuty po wstrzyknięciu indygokarminu, barwnik ten wykrył SOBIEJAŃSKI w torebce BOWMAN'a; jeżeli zaś zwierzę dłużej pozostało przy życiu, natenczas występowało zabarwienie kanalików krętych. Toż samo zjawisko dało się zauważyć po przewiązaniu żyły nerkowej, lub w razie, gdy barwnik wydzielał się w stężonym moczu w następstwie odjęcia wody i zwolnienia krwiotoku po dłuższem zadawaniu silnych rozczyńw soli glauberskiej. Ponieważ jednak indygo-

karmin ulega łatwej redukcji pod wpływem tkanek ustroju, do dalszych badań okazał się przydatniejszym, jako stałszy, karmin w postaci rozczyну karminianu sodowego.

Tutaj wyraźnie występowało zabarwienie jąder kłębków na czerwono, a ich substancji na różowo, komórki nabłonkowe okazywały się przez barwnik zapyłoniemi tylko na brzegu, zwróconym do światła, nigdy u podstawy, wreszcie w kanalikach prostych widoczne były w niektórych miejscach złogi barwnika. Fakt ten doprowadził SOBIERAŃSKIEGO do wniosku, że karmin ulega wchłanianiu z wewnątrz, t. j. od światła kanalików krętych. Drobinki karminu, wydzielając się przez kłębki MALPIGHI'ego, ze światła kanalików krętych przenikają do komórek i sadowią się albo na powierzchni ich, albo w obwódce szczoteczkowatej lub w przestrzeniach pomiędzy komórkami.

Tę czynność chłonną kanalików krętych poraża kofeina i teobromina, a więc działanie moczopędne tych środków według SOBIERAŃSKIEGO zależy od utrudnionego wchłaniania wody i substancji wydzielanych przez kłębki. Do powstania jednak diurezy kofeinowej w ustroju, *resp.* we krwi niezbędną jest dostateczna ilość substancji moczopędnych: wody i soli i t. d.

W podobny sposób jak kofeina i mocznik wywiera działanie moczopędne. Mocznik również może osłabiać chłonicze własności nabłonka, działanie jednak jego jest przemijające, chociaż ze względu na własność zwiększania ciśnienia osmotycznego i współczynnika filtracyjnego moczu mocznik może wywołać diurezę tam, gdzie kofeina nie skutkuje.

Diureza solna powstaje wskutek tego, że te związki chemiczne przy pewnem stężeniu zabierają wodę ze krwi i innych narządów, zwiększają współczynnik osmotyczny i filtracyjny moczu i w pewnym, chociaż słabym, stopniu obniżają chłonicze własności kanalików krętych.

Badając nerki królików podczas diurezy solnej, SOBIERAŃSKI zauważył, że komórki kanalików krętych były niskie, przez co światło ich wydawało się większe, a na wszystkich nabłonkach występowała wyraźna obwódka szczoteczkowata. Zjawisko to jednak jest przejściowe i ustępuje w miarę zmniejszania się zawartości soli we krwi i moczu. Przy diurezie kofeinowej nabłonki w kanalikach krętych miały wygląd rozmaity, jedne były napeężniałe bez obwódki szczoteczkowatej i z niewyraźnie zaznaczonymi granicami komórkowemi, inne posiadały tę obwódkę, inne znów okazywały stany pośrednie. Mocznik w małych ilościach daje obrazy, przypominające diurezę kofeinową; w większych wywołuje zmiany właściwe solom t. j. odciąga wodę i znosi pęcznienie nabłonka.

Czynność nerek ma więc swój początek w kłębkach MALPIGHI'EGO, przez które wydzielają się nie tylko woda, lecz i wszystkie sole i ciała białkowe, znajdujące się w stanie wolnym we krwi; obok przyrządu filtracyjnego o zmiennej powierzchni, nerki posiadają nadto przyrząd zgęszczający, który się składa przeważnie z kanalików krętych. Stąd też ilość moczu nie zależy wyłącznie od czynności kłębków, lecz również od chłoniczych własności kanalików i dróg moczowych.

Według SOBIERAŃSKIEGO niema obserwacji ścisłych, przemawiających za własnością wydzielniczą kanalików krętych.

Ostatnia praca SOBIERAŃSKIEGO [„Uwagi krytyczne nad czynnością nerek“ Gaz. Lek. 1902. Nr. 49] zbyt świeżo tkwi nam w pamięci, aby szczegółowemu poddawać ją rozbirowi. W pracy tej, popierając swoje badania poprzednie w tej dziedzinie, SOBIERAŃSKI rzucił snop światła na znaczenie teorii KORANYI'EGO i na obecny stan badań nad czynnością nerek, dokonanych na materiale klinicznym. Był to ostatni głos nieodżałowanego badacza, który na tydzień przed śmiercią nawoływał do szanowania swojskich zdobyczy naukowych, do obowiązku polaka uwzględniania literatury polskiej.

A jak swoje obowiązki spełniać umiał SOBIERAŃSKI, dowodzi tego fakt, że wszystkie prace, na obczyźnie wykonane, w polskim ogłaszał języku, że z każdą zdobyczą pragnął się z nami podzielić, że czerpał wiedzę, aby swoim ją oddać i dla swoich pracować.

Śmierć zaskoczyła SOBIERAŃSKIEGO w początkach zaszczytnej działalności profesora na Wszechnicy Lwowskiej, której wydział lekarski traci w nim dzielnego współtowarzysza pracy, obdarzonego dużym talentem i nieugiętą siłą woli.

Pruszyński.

Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH W SZPITALU Ś-GO DUCHA.

Tętniak aorty zstępującej, skrycie przebiegający, z przedziurawieniem do przełyku. *

Opisał

Dr J. Pawiński, ordynator i **Dr A. Karoli**, asystent oddziału.

— 3 —

Rozpoznanie tętniaków aorty może być bardzo łatwym, albo też przedstawiać znaczne trudności. Bywają wreszcie przypadki o tak skrytym przebiegu, że nawet nie domyślamy się obecności tętniaka.

Ł a t w e m jest rozpoznanie, skoro guz wskutek stopniowego zniszczenia części przed nim, lub za nim leżących [a mianowicie: żeber, mostka i kolumny kręgowej] uwydatni się na zewnątrz klatki piersiowej.

*) Demonstrowany na Posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 28-ym stycznia 1902 r. przez dra J. PAWIŃSKIEGO.

Trudniejszemu bywa rozpoznanie, skoro tętniak niema tendencji do rozrządzenia się ku zewnątrz klatki piersiowej, przylega tylko do niej, rośnie zaś więcej ku wewnątrz, lub na bok. Wówczas jednak, prócz stłumienia odgłosu opukowego lub tępości w pewnych miejscach klatki piersiowej, odpowiadających położeniu tętniaka, będziemy mieli do czynienia z objawami, zależnymi od ucisku sąsiednich narządów, a przedewszystkiem dróg oddechowych [tchawicy, oskrzeli] przełyku i gałęzi nerwowych. Do kategorii pierwszych należą: duszność, suchy, uporczywy kaszel, zmieniony, chrapliwy głos. Wogóle zmiana głosu powstaje wskutek ucisku nerwu wstecznego. Objawy powyższe dotyczą głównie tętniaków łuku aorty lub aorty wstępującej ze względu na ich anatomiczny stosunek do górnego odcinka dróg oddechowych.

Drugie miejsce pod względem znaczenia rozpoznawczego przypada na nerwobóle międzybrowe, lub szyjowo-ramieniowe. Następne dopiero miejsce zajmują objawy, zależne od ucisku przełyku—utrudnione przełykanie. Nadmienić wszakże wypada, że to ostatnie nabiera wartości dyagnostycznej w tętniakach aorty zstępującej, w których natomiast objawy, zależne od ucisku dróg oddechowych, odgrywają drugorzędną rolę.

Oznaki zastoju żylnego: przepiętnienie żył, sinica i puchlina—ograniczone do twarzy, szyi lub jednej z kończyn górnych, ułatwiają także rozpoznanie. Doniosłość ich obniża się jednak wskutek późniejszego ich występowania. Niekiedy tylko przy siedlisku tętniaka w bliskości dużych pni żylnych, mogą być zaliczone do wczesnych objawów. Wogóle powiedzieć można, że znaczenie ich rozpoznawcze jest większe dla tętniaków aorty wstępującej lub łuku, o wiele zaś mniejsze dla aneuryzmatów aorty zstępującej.

Wreszcie zdarzają się przypadki, w których niepodobna wykryć ani tętniczego guza, ani stłumienia na klatce piersiowej. Z powyższej zaś przytoczonych objawów uciskowych będziemy mieli tylko nerwobóle. Ponieważ jednak promieniają one w różnych kierunkach, nawet na znaczną odległość od siedliska tętniaka, rozpoznanie więc staje się niesłychanie trudnem, niekiedy wogóle niemożliwem. Często dopiero gwałtowy krwotok do sąsiednich organów, powodujący często nagłą śmierć, wprowadza nas na domysł istnienia tętniaka.

Do takich właśnie skrycie przebiegających guzów należą przedewszystkiem tętniaki aorty zstępującej. Słusznie też HUCHARD okolicę tę nazywa miejscem zapoznanych aneuryzmatów i błędów dyagnostycznych (*la zone latente des aneurismes méconnus, des erreurs de diagnostic*). Jako przykład, że tętniaki właśnie takie mogą dochodzić do dużych nawet rozmiarów, nie zdradzając się żadnymi wybitnymi objawami, niech posłuży następujące spostrzeżenie:

Emilia F., żona wyrobnika, lat 56, przybyła do szpitala dnia 29. XII. 1901 r., uskarżając się na ogólne osłabienie, umiarkowany kaszel a zwłaszcza na silne bóle w lewym podżebrzu. Te ostatnie umiejscowia przedewszystkiem w okolicy kilku dolnych żeber pomiędzy linią sutkową a pachową. Niekiedy bóle rozprzestrzeniają się i ku tyłowi — do krzyża. Przy chodzeniu, siadaniu bóle zwiększają się, najmniej dokuczają chorej, skoro leży nieco przechylona na lewy bok.

Z wywiadów okazuje się, iż chora zapadała na zdrowiu od roku. Pożycie jej małżeńskie było bardzo ciężkie, mąż często bił ją silnie i kopał; pewnego razu uderzył ją bardzo mocno nogą w lewy bok, stąd też, jak przypuszcza, pochodzą bóle w tymże boku. Dawniej czuła się zdrową, miewała tylko od czasu do czasu bóle reumatyczne w mięśniach. Jest bezdzietną. Przymiotu nie przechodziła. Wysoko używała w umiarkowanych ilościach i nie stale. Pracowała wogóle ciężko, odżywiając się nędznie.

S t a n o b e c n y. Wzrost mały, odżywienie łyche. Tkanki tłuszczowej mało. Błony śluzowe blade, język czysty. Stan bezgorączkowy. Tętno 80, miarowe, średnio napięte, małe.

Oddech spokojny, prawidłowy, 28 na minutę. Granice płuc z tyłu i z boków obniżone, odgłos opukowy wszędzie dość wysoki z odcieniem bębnowym. Oddech w górnych częściach płuc cokolwiek zaostrzony, w dolnych—nieliczne rżężenia suche. Płwocina skąpa, przeważnie śluzowa.

Uderzenie wierzchołkowe—w V-em międzyżebrow, najwyraźniejsze jednak w dołku podsercowym; wogóle poruszenia serca wydadne. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym. Prawa przechodzi nieco poza prawy brzeg mostka, lewa znajduje się w linii sutkowej, górna granica serca rozpoczyna się na górnym brzegu 5-go żebra.

Tony serca dość słabe, lecz czyste, bez szmerów. Wątroba zwykłych rozmiarów. Brzuch o ściankach dość napiętych. Skłonność do zaparcia stolca. Narządy płciowe w stanie zaniku. Mocz nie szczególnego nie przedstawiał.

Badanie układu nerwowego nie dostarczyło nam danych, któreby mogły rzucić pewne światło na patogenezę bólów w lewym boku, zmuszeni więc byliśmy poprzestać tylko na rozpoznaniu: rozedma płuc i umiarkowany przerost serca.

Chora przebyła na oddziale trzy tygodnie. W ciągu pierwszego tygodnia bóle były tak silne, iż kilkakrotnie zastrzykiwaliśmy chorej morfinę.

W drugim tygodniu pobytu w szpitalu bóle wogóle złagodniały w ciągu dnia, występowały zaś silniej w nocy. Ponieważ zaś pomimo skarg chora, jak stwierdziły sąsiadki jej, w nocy sypiała spokojnie, a w ciągu dnia miała dobry apetyt, wzbudziła więc w swoim otoczeniu podejrzenie symulantki. Po pewnym czasie zaczęła się uskarżać na ból gardła, głównie przy łykaniu. Wobec zaczerwienienia gardła i obrzmienia gruczołów podszczękowych z lewej strony, bóle te zdawały się być zależnymi od nieżytego zajęcia gardzieli. Po zastosowaniu płukań, okładów i t. p. bóle zmniejszyły się znacznie, pozostało jednak uczucie dławienia, które chora umiejscowiła w okolicy krtani.

W trzecim tygodniu chora czuła się tak dobrze, iż zamierzała szpital opuścić i powrócić do zwykłych swych zajęć. Bóle w lewym boku występowały jeszcze, lecz w bardzo słabym stopniu.

W nocy z dnia 21 na 22 stycznia 1902 nastąpiła zupełna zmiana w stanie chorej. Zjawiły się silne wymioty i zapaść. Masy wymiotne składały się z ciemnej, gęstej krwi w dość dużej ilości [około 300 ctm.sz.] i zawierały domieszkę sformowanego kału. Powstała oczywiście pewna wątpliwość co do pochodzenia kału, zwłaszcza

cza przy braku objawów, któreby przemawiały za istnieniem zwężenia lub zamknięcia światła kiszek; żadnych objawów, właściwych podrażnieniu otrzewnej, również nie było. Ponieważ jednak chora i tuż obok niej leżąca sąsiadka stanowczo utrzymywały, iż kał oddany był przy wymiotach, należało więc przypuszczać, że wytworzyło się jakieś połączenie pomiędzy kiszka grubą a żołądkiem.

Chorą w celu dalszej obserwacji przeniesiono do oddziału chirurgicznego, gdzie zaczęła wkrótce silnie krwιά wymiotować, wystąpiła zapaś a po kilku godzinach śmierć.

Badanie pośmiertne, wykonane 24-go stycznia 1902 r., wykazało:

Serce zwykłej wielkości. Wymiar jego podłużny wynosi 9 ctm., poprzeczny 10 ctm. Na przedniej powierzchni serca, zwłaszcza na prawej komorze, znajduje się dość znaczna ilość tkanki tłuszczowej. Otwór przedsionko-komorowy lewy przepuszcza swobodnie dwa palce. Brzegi zastawki dwudzielnej cokolwiek zgrubiałe. Jama lewej komory nieco zmniejszona. Mięśnie brodawkowe silnie rozwinięte. Grubość ścianki lewej komory, bliżej podstawy serca wynosi 1,5 ctm. Mięsień serca w przekroju posiada odcień żółtawy. Otwór żylny prawy przepuszcza trzy palce. Grubość ścianki prawej komory = 0,6 ctm. Przesionek nieco rozciągnięty. Stożek tętnicy płucnej szeroki z silnie rozwiniętymi włóknami mięsnymi, zawiera duży skrzep nieco odbarwiony. Na wysokości zastawek obwód tętnicy płucnej [od wewnątrz] wynosi 7 ctm., powyżej zastawek 8 ctm., poniżej, t. j. w stożku, 8 ctm. Tętnice wieńcowe nic szczególnego nie przedstawiają.

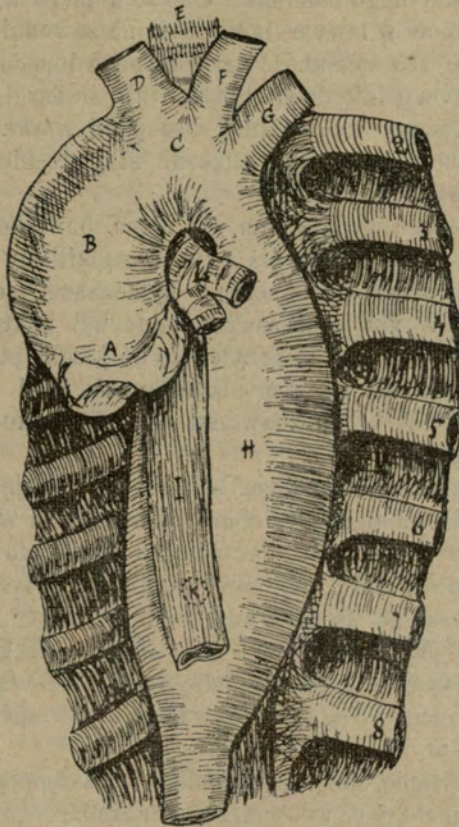
Część wstępująca aorty wraz z częścią łuku silnie rozszerzona [14 ctm.] [tablica], przedstawia się w postaci tętniaka wielkości dużego gęsiego jaja (B), następnie aorta zwęża się i w postaci wąskiego przesmyku [2 ctm.] (C) łączy się z drugim, dużym tętniakiem aorty zstępującej, leżącym na kręgosłupie (H). Długość tętniaka wynosi 10 ctm., szerokość w przekroju 19 ctm. W miejscu, gdzie przelyk (I), przed przejściem na przednią ścianę aorty przylega do ściany bocznej tejże tętnicy a zatem mniej więcej na wysokości VII kręgu piersiowego, w ścianie tętniaka znajduje się otwór (X), drażący do przelyku, wielkości 15-kopiejkowej monety srebrnej. Otwór ten w znacznej części zakryty skrzepami, które wypełniały tętniak aorty zstępującej; na wewnętrznej powierzchni ścianek tętniaka, po usunięciu skrzepów, widać liczne ogniska miażdżycowe w postaci twardych, zwapniałych i skostniałych blaszek. Przeciwnie, błona wewnętrzna aorty wstępującej i łuku są zupełnie gładkie. W dolnej części płuc znaleźliśmy objawy przekrwienia i obrzęku. W oskrzelach zmiany właściwe przewlekłemu nieżyłowi. Żołądek zawierał dużą ilość ciemnej, skrzepłej krwi; tę samą zawartość znaleźliśmy w kiszkach cienkich. W kiszce prostej nieco kału. Wątroba mała, twarda muszkatułowa. Śledziona o mniejszych niż normalne wymiarach, dość twarda. Nerki o budowie nieco zatartej, nie przedstawiają ważniejszych zmian. Macica w stanie zaniku.

Epicrisis. Z powyższego więc okazuje się, że stałym i prawie jedynym objawem były silne bóle w lewym boku, mniej więcej w miejscu, odpowiadającym

położeniu śledziony. Co się tyczy rodzaju bólów, to niepodobna było odnieść je do jakiegoś znanego typu. Charakter, natężenie bólów, rozprzestrzenienie tychże były tak zmienne, iż wzbudzały w nas podejrzenie istnienia w danym

TABLICA.

Aneurysma aortae descendens.



- A. B. = aorta ascendens
- B = ectasia aneurysmatica
- C = arcus aortae
- D = truncus anonymus.
- E = trachea.
- F = arteria carotis communis sinistra.
- G = arteria subclavia sinistra.
- H = aorta descendens
- J = oesophagus.
- (K) = perforatio
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, = costae.
- L = bronchi.

przypadku symulacji. Wyraźnych zmian w czuciu skórnem nie byliśmy w stanie wykryć. Na mocy przebiegu i danych, jakie nam badanie organizmu chorej dostarczyło, należało wyłączyć: zmiany w kolumnie kręgowej

(*caries*), w rdzeniu (*tabes*), typową neuralgię międzyżebrową z punktami bolesnymi VELLEIX'a, kamicy nerkową, reumatyzm mięśniowy, cierpienie śledziony.

Ponieważ zaś i w układzie krwionośnym nie byliśmy w stanie wykryć zmian, któreby mogły zrodzić w nas przypuszczenie obecności tętniaka [brak miażdżycy naczyń, przymiotu, alkoholizmu], ani też zaburzeń w kanale pokarmowym [*cardialgia*, nowotwór żołądka i t. p.], rozpoznanie pozostało więc wątpliwem aż do czasu pośmiertnego badania. Ono to dopiero wyjaśniło nam istotę rzeczy. Przyczyną bólów w lewym boku był niezawodnie ucisk tętniaka na nerwy międzyżebrowe. Ich zmienność zależała prawdopodobnie od zmian w napełnianiu tętniaka, odpowiednio do silniejszej lub słabszej działalności serca, od większego lub mniejszego wypełniania skrzepami worka. Tej ostatniej okoliczności, należy, być może, przypisać znaczne złagodzenie bólów pod koniec pobytu chorej w szpitalu.

Za życia tępość serca wydała nam się nieco powiększoną, ponieważ zaś i uderzenia serca były wyraźniejsze niż zwykle, sądziliśmy więc, że mamy do czynienia z niewielkim przerostem serca. Tymczasem sekcja wykazała, że tętniak, znajdujący się z tyłu, po za sercem odpychał je ku przodowi, wskutek czego serce w większej przestrzeni przylegało do klatki piersiowej, uderzenia jego wyraźniej zarysowywały się w międzyżebzach, choć w rzeczywistości nie było ono powiększone. W rozpoznawaniu więc różniczkowem okoliczność ta może odgrywać pewną rolę.

Drugim, lecz w znacznie słabszym stopniu występującym, objawem było ściskanie w gardle i dławienie, które chora umiejscowiła w górnej części klatki piersiowej. Ponieważ jednak ważnego nacisku na nie nie kładła, łykała dość swobodnie pokarmy nawet stałe, więc też i my nie przywiązywaliśmy znaczenia do tego objawu, odnosząc go do zaburzeń funkcjonalnych. Badanie pośmiertne wyjaśniło nam dopiero przyczynę owego dławienia a z drugiej strony wprowadziło nas w zdumienie, że tak ważne zmiany, odbywające się w sąsiedztwie przełyku, które aż do przedziurawienia tegoż doprowadziły, nie spowodowały większego utrudnienia w polykaniu.

Zachodzi teraz pytanie, dlaczego tętniaki aorty zstępującej mogą przebiegać skrycie i to nie tylko małe, lecz tak znacznych rozmiarów, jak to było w naszym przypadku?

Przyczyną tego są stosunki anatomiczne, w jakich pozostaje aorta zstępująca do sąsiednich organów. Tętniaki aorty zstępującej, a więc znajdujące się poniżej lewego oskrzela [IV krąg grzbietowy], rozrastają się głównie w kierunku na lewo a zatem pozostają w związku z przełykiem i lewym płucem. Nie przedstawiają one wiele oporu tętniakom a nawet do pewnego stopnia ustępują im łatwo, stąd mogą się rozwijać długi czas skrycie, wywołują zaś poważniejsze objawy dopiero, skoro dojdą do bardzo dużych rozmiarów. Do tych należą przede wszystkim bóle, które chorey odczuwa albo w przebiegu żeber, albo w kolumnie kręgowej na różnej wysokości, stosownie do siedliska tętniaka, a niekiedy promieniowanie bólów może się odbywać w kierunku jamy brzusznej, krzyża, a nawet i kończyn dolnych. Natężenie bólów może dojść do wysokiego stopnia, skoro tętniak wrasta do samego kanału kręgowego, przyczem wywołuje podraż-

nienie błon rdzeniowych, pni nerwowych, wychodzących z mlecza. Może wreszcie w dalszym rozwoju spowodować porażenie kończyn i inne oznaki zapalenia rdzenia.

Obraz chorobowy może być bardzo złożony, skoro tętniak rozwija się ku tyłowi, a więc wywiera ucisk na nerw współczulny (nierówność źrenic, *myosis sinistra, hyperhydrosis*), przewód piersiowy, żyłę nieparzystą.

Obok bólów jednym z ważnych oznak tętniaków aorty zstępującej jest, jak to wyżej wspomnieliśmy, ucisk przełyku, a to z przyczyny jego sąsiedztwa z aortą. Przełyk w górnej swej części, t. j. szyjowej znajduje się poza tchawicą, później nieco na lewo. Po wejściu do klatki piersiowej zbacza nieco na prawo od tchawicy, krzyżując się z lewym oskrzelem. Od 5-go kręgu grzbietowego, t. j. tam, gdzie rozpoczyna się aorta zstępująca, biegnie z prawej jej strony, na wysokości 8-go kręgu przechodzi na przednią powierzchnię aorty, wreszcie na wysokości 9-go kręgu wnika w otwór przepony, kierując się znowu nieco na lewo. Wszelkie więc rozszerzenie światła aorty może się odbić na czynności przełyku.

Wogóle jednak trudności w polykaniu nie dochodzą przy tętniakach aorty zstępującej znacznego stopnia, zazwyczaj bywają tylko przejściowe. Trwałe utrudnienie łykania należy do rzadkości¹⁾. HAMPPELN w ostatniej swej pracy słusznie zwraca uwagę, iż stała przeszkoda w polykaniu przemawia raczej za nowotworem [rak], aniżeli za tętniakiem. Autor ten nadmienia, iż w razie istnienia aneuryzmatu, pozycja ciała wywiera ważny wpływ na łykanie. I tak, przy położeniu na grzbiet polykanie staje się trudniejszym, gdy tymczasem w pozycji stojącej, lub przy lekkim nachyleniu ciała kęś łatwiej ześlizguje się ku żołądkowi. I w naszym przypadku, pomimo tak dużego tętniaka, dochodzącego do wielkości pięści, chora nie doświadczała znacznej przeszkody przy przejściu pokarmów. Tym sposobem nie przyszło nam nawet na myśl przeprowadzenia zgłębnika, któreby, z powodu istnienia dużego owrzodzenia w ścianie przełyku, mogło zakończyć się fatalnie.

Zasluguje też na uwagę, iż pomimo tak znacznej utraty substancji w przełyku, gdyż otwór, przez który przedostawała się krew z tętniaka, dochodził do wielkości 20-kopiejkowej monety, krwotok zjawił się dopiero pod koniec choroby. Należy to przypisać skrzepom krwi, tworzącym się w tętniaku i do pewnego stopnia zatykającym otwór. Znalezienie w masach wymiotnych obok krwi i znacznej ilości kału, który, jak chora i otoczenie jej utrzymywało, został oddany przez usta, zaciemniało nam jeszcze więcej i tak już niejasny obraz chorobowy i skłoniło nas do pomyślenia o pomocy chirurgicznej. Sekcyja przekonała nas wszakże, że wprowadzono nas w błąd, żadnej bowiem przeszkody mechanicznej w przewodzie pokarmowym nie znaleźliśmy, ani też niepodobna było znaleźć resztek kału w górnym odcinku kanału pokarmowego. Stolec został więc przed wystąpieniem wymiotów oddany do naczynia przez samą chorą, lub przez sąsiadkę.

¹⁾ S. KRASZEWSKI. „Zwężenie przełyku nagle zwiększonym tętniakiem aorty zstępującej“. Gazeta Lek. 1886. 975.

Przedziurawienie przełyku nastąpiło na wysokości 7-go kręgu grzbietowego.

O jednym jeszcze ważnym znaku klinicznym tętniaka aorty zstępującej wspomnieć należy, a mianowicie: o zbieraniu się przesięku w jamie opłucnej. Może ono być źródłem ważnych pomyłek dyagnostycznych przy skrytym przebiegu tętniaka, a nawet stać się przyczyną śmierci chorego. Ta ostatnia może mieć miejsce przy przekłuciu klatki piersiowej, zwłaszcza przy szybkim opróżnieniu jamy opłucnej a to wskutek nagłej zmiany ciśnienia w klatce piersiowej, lub też wskutek przekłucia samego tętniaka. Na tej zasadzie wydaje nam się słuszną następująca rada dra HUCHARD'a: „skoro u chorego stwierdzimy istnienie płynu w jamie opłucnej lewej, którego pochodzenie nie jest jasnym, trzeba mieć się na baczności i pomyśleć o możliwości istnienia worka aneuryzmatycznego, mieszczącego się w tylnej części klatki piersiowej. Należy zawsze pamiętać słowa STOKES'a: „tętniak aorty zstępującej nie odznacza się żadną wybitną cechą, zalicza się do chorób, które mogą bardzo łatwo przebiegać zupełnie skrycie“. Pomyłka jest więc bardzo możliwą, a skoro się o niej przekonamy już po przekłuciu klatki piersiowej, należy wypuszczać bardzo mało płynu, aby zapobiedz rozciągnięciu lub pęknięciu worka“.

Na zakończenie wypada nam jeszcze dodać, iż nie mając najmniejszego podejrzenia na istnienie tętniaka lub wogóle guza w klatce piersiowej, nie poddaliśmy chorą badaniu promieniami RÖNTGEN'a. Mogłoby ono być ułatwić nam w pewnym stopniu rozpoznanie.

Na mocy naszego spostrzeżenia i podobnych, zaznaczonych w piśmiennictwie, należałoby postawić za zasadę, aby w każdym przypadku, w którym istnieją silne, trudne do usunięcia bóle w klatce piersiowej, lub w jamie brzusznej a których źródła ściśle określić niepodobna, mieć zawsze na względzie możliwość obecności tętniaka, chorych zaś podobnych poddawać nieodzownie prześwietlaniu promieniami ROENTGEN'a.

Przegląd bibliograficzny.

Dr WŁAD. HOJNACKI. „Hygiena kobiety“. Lwów. 1902. Nakładem Księgarni Polskiej. str. 189.

W grudniu 1901 roku dr HOJNACKI wypowiedział we Lwowie szereg wykładów dla kobiet na temat powyższy, a obecnie wydał je w oddzielnej książce. Autor dotknął bardzo ważnych spraw rozwoju fizycznego i zdrowia naszych niewiast. Począwszy od wychowania, którego wpływ na rozwój fizyczny dzieci nie jest jeszcze należycie oceniony, przechodzi po kolei przez wszystkie etapy życia kobiecego, wszędzie odnajduje czynniki szkodliwe, wykazując ich zgubne skutki dla zdrowia kobiety i przyszłego jej potomstwa i udzielając rad i wskazówek, jak ich uniknąć albo im zaradzić skutecznie. Mówi więc o małżeństwie, o piękn-

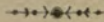
ności, o ubiorze, o odżywianiu, o mieszkaniu, o śnie, zajmuje się higieną skóry, włosów, zębów, oczu, uszu, ruchów ciała, wreszcie kończy na higienie regularności, ciąży, porodu i położu. Tym ostatnim sprawom najwięcej miejsca poświęca, poprzedziwszy je bardzo dobrze wyłożoną anatomią i fizyologią narządów płciowych. Higienę ciąży, porodu i położu opracował doskonale. Znalazło się tu wszystko, o czem wiedzieć powinna kobieta, aby w najcięższych chwilach życia ustrzedz siebie i dziecię swe od zachorowania. Szczególną zwrócił uwagę na czystość i jej, bardzo słusznie, dużo miejsca poświęcił, ucząc jak najskrupulatniejszego jej przestrzegania. Zbytecznym mi się tylko wydaje pouczanie w wykładzie popularnym o różnicy, upatrywanej między antyseptyką a t. zw. aseptyką i wpajanie publiczności pojęcia o dwu jakoby oddzielnych sposobach zapobiegania zakażeniu. Niepotrzebnie też, mówiąc o dyecie ciężarnych, wzmiankował autor o teorii SCHENK'a. W wykładach popularnych należy unikać tego rodzaju hipotez niedorzecznych, które dla umysłów mniej krytycznych mają najczęściej urok prawdy i są brane za dobrą monetę.

Poza kilku komunalami, których ustrzedz się trudno popularnemu podręcznikowi higieny, książka dra HOJNACKIEGO robi w całości wrażenie bardzo dodatnie. Autor posiada duży dar popularyzatorski, pisze żywo, jasno i przekonująco, językiem wogóle poprawnym i przystępnym. Kilka jednak zauważonych błędów językowych i logicznych przytaczamy w nadziei, że się w drugim wydaniu nie powtórzą. Autor pisze: „by oglądał“, „materya na suknię“, „ludność jest niehigieniczna“, „Z wychowania dziewcząt wykluczyć [trzeba] gorset“, „najłatwiej na niej dostrzedz brudu“, „Spotyka się często z zarzutem, że...“ [zamiast: Spotkać się często można z zarzutem, że...] „wartałoby“, „z reguły“, „bez dotyczących wskazówek“.

Dziękuję zdołał bardzo udatne rysunki. Wydanie—bardzo staranne.

Zweijbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dn. 2-go grudnia b. r.

1. CZESŁAW STANKIEWICZ przedstawił okazy anatomiczne z 2-ch przypadków, dotyczących gruźlicy narządów rodzajnych (*endometritis tuberculosa* i *tuberculosis genitalium et peritonei*). W obu przypadkach rozpoznanie zostało stwierdzone zapomocą badania histologicznego. S. przedstawia szereg preparatów drobnowidowych.

2. BOLESŁAW KAPUŚCIŃSKI z Poznania wygłosił odczyt p. t.: „Badanie serca metodą SMITH'a“. Metoda SMITH'a polega na oznaczeniu granic serca zapomocą fonendoskopu BIANCHI'ego. SMITH, pocierając skórę pędzelkiem płaskim odśrodkowo od fonendoskopu, wykreśla bardzo dokładnie granice serca. Dotychczasowe metody, t. j. opukiwanie stłumienia względne i absolutne, osłuchiwanie tonów serca, badanie tętna uważa SMITH za niewystarczające do oznaczenia sprawności serca. Powiększenie serca polegać może na rozszerzeniu lub przeroście; różniczkowe rozpoznanie tych stanów SMITH czyni zależnym od terapii. Szybkie zmniejszenie serca dowodzi rozszerzenia, powolne przerostu. W celach leczniczych SMITH stosuje faradyzację, specjalnie kąpiele o prądach zmiennych. Prelegent na zasadzie własnego doświadczenia potwierdza wnioski SMITH'a.

W dyskusji DUNIN zaznacza, iż wywody SMITH'a pomimo parokrotnego przedstawiania ich na Zjazdach internistów, nie wywołały nawet dyskusji; przyczyna tego małego zainteresowania się tkwi, zdaniem DUNINA, w bezpodstawności wniosków SMITH'a; fantastyczność rysunków położenia serca wykazały dane radiograficzne, nie trafiała też nikomu do przekonania teoria SMITH'a, która wszystkie objawy chorobowe ze strony serca uzależnia od wielkości serca, ignorując jakość tętna, stopień ciśnienia i t. d. Wyniki lecznicze SMITH'a można bez zastrzeżeń nazwać fantastycznymi.

PAWIŃSKI odmawia metodzie SMITH'a wartości naukowej, co bardzo szczegółowo uzasadnia. Kardiogramy, podane przez SMITH'a, uważa raczej za wymysł wyobraźni, niż za wynik dokładnego badania fizykalnego; na dowód przytacza kardiogram serca robotnika podczas pracy i po pracy, podawany przez SMITH'a. Niedokładność badań SMITH'a została dowiedzioną przez badania sprawdzające GROTE'a i mówcy. Również sceptycznie wyraża się PAWIŃSKI o wynikach leczniczych SMITH'a.

Odpowiada prelegent, zachwalając metodę SMITH'a na zasadzie doświadczenia własnego.

J. Brudziński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

87. Wassermann. Nowy rodzaj surowicy dyfterytycznej.

Odróżniamy dwie grupy surowic uodporniających. Do grupy pierwszej należą surowice antytoksyczne [BEHRING'a, EHRLICH'a i ROUX'a], których działanie polega na zobojętnianiu specyficznych jądów bakterii, do grupy zaś drugiej zaliczają się surowice bakteryologiczne [MIECZNIKOW'a, PFEIFFER'a i WASSERMANN'a], działające na same bakterie, lub na pewne substancje, wchodzące w skład ich ciała.

Ostatnie te surowice, t. j. bakteryologiczne w trojaki sposób wywierają niszczący swój wpływ na bakterie: 1) pewne specyficzne fermenty trawiące t. zw. komplementy ERLICH'a, znajdujące się w normalnych osoczach ustroju, wprost zabijają i rozpuszczają bakterie; 2) pewne specyficzne substancje surowicy bakteryobójczej łączą się z ciałami bakterii i sklejają je (*agglutinatio* GRUBER-DURHAM'a); 3) pewne substancje surowicy uodporniającej łączą się chemicznie z wyługowanymi substancjami rozpadłych ciał bakterii, doprowadzają je do krzepnięcia (*coagulatio*) i do osadzania się (*praecipitatio* KRAUS'a).

Już w poprzednich swych doświadczeniach nad *bacillus pyocyaneus*, WASSERMANN wykazał, że jeżeli zwierzęciu, podlegającemu doświadczeniu, zastrzykujemy odpowiednie dawki toksyn, otrzymanych z pewnego gatunku bakterii, to w surowicy tego zwierzęcia powstaną substancje antytoksyczne, zobojętniające jady odnośnych bakterii; jeżeli zaś zastrzykniemy mu odpowiednio spreparowane ciała bakterii, surowica zawierać będzie substancje bakteryobójcze, t. j. substancje, wywierające wpływ niszczący na odnośny gatunek bakterii.

Celem otrzymania surowicy dyfterytycznej bakteryobójczej, WASSERMANN postępuje w sposób następujący. Po wysuszeniu laseczników dyfterytycznych przy 60° w ciągu 24 godzin i zabicu ich, i po dalszem przechowaniu ich w suszarce (*exsiccator*) do zupełnego wyschnięcia, laseczniki zostają sprosz-

kowe w moździeżu agatowym. Następnie 1 gcm. sproszkowanych laseczników dokładnie się miesza w ciągu kilkugodzin z 20 ctm. sz. 0,1^o/_o-owego rozczyynu etyldiaminowego i po 24-godzinnem staniu mieszaninę tę filtruje się lub centryfuguje. Otrzymujemy w ten sposób klarowny, żółtawego koloru, płyn wyciągowy, zawierający mnóstwo substancyi, z ciał bakteryi pochodzących, i dający z kwasem octowym obfity osad.

Wyciąg ten, zastrzyknięty królikowi lub śwince morskiej, zabija zwierzę, ponieważ zawiera, prócz powyższych substancyi, pewną ilość toksyn dyfterytycznych. Aby więc utrzymać zwierzę przy życiu, wyciąg ten powinien być zobojętniony, co osiągamy, dodając do wyciągu tego pewną ilość antytoksyny dyfterytycznej.

W ten sposób spreparowany płyn autor wstrzykuje zwierzętom do żył po 2—4 ctm. sz. w pewnych okresach czasu, stosownie do odczynu, występującego u zwierzęcia po każdorazowym wstrzyknięciu. Na wstrzykiwania te zwierzęta zwykle oddziałują znacznem wychudnięciem, osobiwie źle oddziałują kozy.

Jeżeli surowicę uodpornionego w ten sposób zwierzęcia mieszać w różnych częściach z klarownym płynem wyciągowym, otrzymanym z ciał bakteryi dyfterytycznych, to natychmiast powstaje męt, opadający na dno naczynia w postaci kłaczkowatego osadu. Zjawiske to nie występuje przy zmieszaniu powyższego wyciągu z surowicą antytoksyczną dyfterytyczną lub z surowicą normalną królika.

Fakt ten dowodzi nam, że powstawanie tego lub owego rodzaju surowicy uodporniającej zależy nie od biologicznych własności, lecz od jakości użytych do zastrzykiwań substancyi, z odnośnych bakteryi pochodzących.

Zdaniem autora, nowa surowica dyfterytyczna [bakteryobójcza] na mocy własności jej sklejania (*agglutinatio*) i osadzania (*praecipitatio*) bakteryi, da nam możność odróżniania prawdziwych laseczników dyfterytycznych od pseudodyfterytycznych.

Nie pozostanie zapewne surowica ta bez znaczenia i dla leczenia dyfterytu. Wiadomo, że u rekonwalescenta po dyfterycie, a nawet i u zupełnie już zdrowego mogą przez długi bardzo czas przechowywać się żywe laseczniki dyfterytyczne w jamie gardzielowej, skutkiem czego osobnik taki staje się nieraz rozsądnikiem zarazy dyfterytycznej¹⁾. Skombinowane przeto leczenie dyfterytu surowicą antytoksyczną i bakteryobójczą może nam niemałe oddawać usługi, usunie bowiem z jednej strony zabójczy dla organizmu jad dyfterytyczny, z drugiej zaś strony niszczy bakterye, źródła zakażenia.

(*Deut. med. Wochenschr. N. 44. 1902 r.*)

Puterman.

88. Rydygier. Wewnątrztorbkowa rezekcya gruczołu krokowego, jako normalny zabieg przy zapaleniu tegoż gruczołu.

Autor spostrzegął, że dawno stosowany zabieg wyluszczenia gruczołu krokowego ma tę ujemną stronę, iż podczas odklejania gruczołu bądź palcem, bądź tępem narzędziem najczęściej zdarza się rozdarcie części krokowej cewki. Jest to powikłanie tem nieprzyjemniejsze, że zabieg bywa zwykle stosowany u chorych starych i osłabionych, gdzie przebieg pooperacyjny należy o ile możności uprościć. W tym celu autor poleca wewnątrztorbkową rezekcję gru-

¹⁾ Opisane są wypadki zarażenia otoczenia dyfterytem przez osoby, cierpiące na chroniczny dyfteryt gardzieli, objawiający się u nich w postaci kataru chronicznego gardzieli. Badanie śluzu takiego kataru gardzielowego wykrywało laseczniki dyfterytyczne LÖFFLER'a [ESCHERICH. Berlin. klin. Wochensch. 1893. NEISSER. Deut. med. Woch. 1902. CUNO. Deut. med. Woch. 1902].

czołu krokowego. Rękoczyn jest następujący: zapomocą cięcia na kroczu pośredkowego oddziela się tylną powierzchnię gruczołu krokowego od otrzewnej; cięcie sięga od moszny do odbytu; po przecięciu powięzi kroczowej rozciąga się oba brzegi rany i prowadzi cięcie na torebce gruczołu krokowego w jej dolnym odcinku, na tylnej powierzchni, niedaleko od linii środkowej. Po rozciągnięciu brzegów rany zapomocą haków, palcem wyluszcza się część gruczołu krokowego na zewnątrz torebki; niekiedy gruczoł daje się wyluszczyć bez trudności, niekiedy torebka jest wiotka i pozrastana z mięszem i rozrywa się łatwo. Do cewki przed rozpoczęciem operacji wprowadza się cewnik; w pewnej odległości od cewki zaprzestaje się oddzielania gruczołu; na utworzoną w ten sposób sztuczną wnękę w pewnej odległości od cewki i równoległe do niej, nakłada się szczypce a uwolniony płat gruczołu krokowego ulega rezeceki. W podobny sposób postępuje się z drugiej strony. Zabieg jest zazwyczaj łatwy, krótki, a chory traci niewiele krwi.

(*Centralblatt für Chirurgie. Nr. 41.*)

A. Ciechomski.

89. Iginio Tausini. O odprowadzeniu krwi z żyły wrotnej przez połączenie żyły wrotnej z żyłą główną dolną.

Od dłuższego przeciągu czasu wiadomo, że odprowadzanie krwi z żyły wrotnej byłoby pożądane jako środek leczniczy, dotychczas jednak nie mamy sposobu wykonywania odpowiedniego rękoczynu. Autor robił liczne doświadczenia na trupach i na zwierzętach; na tych ostatnich z doskonałymi wynikami. Rękoczyn polega na końcowo-bocznem połączeniu żyły wrotnej z żyłą główną dolną. Dla chwilowego zatrzymania odpływu krwi chwytta się pociągniętymi gumą szczypcami żyłę wrotną w jednym miejscu, żyłę główną dolną w dwóch miejscach; podwiązuje się żyłę wrotną w miejscu wnęki wątroby i odcina się ją. Następnie wycina się kawałek żyły głównej dolnej, dopasowuje brzegi uciętej żyły wrotnej i zeszywa jedwabiem.

Po odjęciu szczypców można wybornie spostrzegać krew, przepływającą z jednej żyły do drugiej, a sine zabarwienie trzewów, wywołane zatrzymaniem obiegu krwi, powoli znika. Po takim rękoczynie zwierzęta żyły, tyły i nie miały żadnych zaburzeń.

(*Centr. für Chirurg. Nr. 36.*)

A. Ciechomski.

90. Kozłowski. O nowym sposobie znieczulania lędźwiowego.

Pierwszych prób znieczulania lędźwiowego dokonał BIER. Stosował kokainę, przyczem występowały objawy aseptycznego zapalenia opon mózgowych. SCHWARZ z lepszym już powodzeniem stosował tropakokainę. Autor powziął przypuszczenie, że wymioty, ból głowy, gorączka i poty nie są skutkiem zastrzykiwania tropakokainy, lecz skutkiem wody, której działanie szkodliwe na komórki nerwowe jest znane. Postanowił więc zastrzykiwać tropakokainę rozpuszczoną w cieczy mózgo-rdzeniowej. Do suchej, wyjałowionej i ogrzanej miseczki, opatrzonej skalą w gramach, wysypuje sproszkowaną tropakokainę w ilości 0,05; następnie nakłuwą przestrzeń międzyżukową między drugim a trzecim, lub trzecim a czwartym łukiem kręgu lędźwiowego. Ciecz mózgo-rdzeniowa spuszcza się w ilości 5 grm. na tropakokainę i tym sposobem powstaje 1%-owy roztwór tropakokainy bez przymieszki wody. Roztwór wciąga się bezzwłocznie do strzykawki i wstrzykuje w przestrzeń podpajęczną. Autor używał tropakokainy niewyjałowionej i mimo to nie zauważył nigdy objawów niepożądanych; zresztą można środek ten poddawać ogrzewaniu w gorącym powietrzu. W 32 ch przypadkach, w których stosowano powyższy roztwór, ani razu nie zauważono działania szkodliwego. Autor zwraca uwagę na praktyczną stronę tego rodzaju znieczulenia nie tylko w wielkich szpitalach, lecz i w praktyce prywatnej,

zwłaszcza na prowincyi, gdzie brak pomocy daje się odczuć dotkliwie, a nar-koza często musi być uskuteczniiana przez siostrę miłosierdzia, co rozprasza uwagę lekarza operującego.

(*Centr. f. Chirurgie Nr. 45*).

A. Ciechomski.

91. Hofmann. O zastosowaniu eteru jako powszechnego środka odurzającego; dawkowanie eteru kroplami.

Na zasadzie bardzo licznych doświadczeń na zwierzętach oraz spostrzeżeń na ludziach, autor doszedł do następujących wniosków:

1) Eter ma tę wyższość nad chloroformem, że nie wywołuje żadnych lub też niesłychanie drobne zaburzenia w narządach wewnętrznych; podczas kiedy chloroform jest szkodliwy nawet przy najstaranniejszem dawkowaniu.

2) Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że eter, stosowany odrazu w dużej ilości, wywołuje niekiedy skutki szkodliwe; nadewszystko zaś działa wolniej niż eter, podawany w kroplach; niekiedy zaś zamiast uspienia wywołuje podniecenie; nie należy zatem nigdy nalewać dużych i skutkiem tego duszących ilości eteru, lecz jedynie spuszczać eter na maskę kroplami.

3) Eter w kroplach rzadko bardzo wywołuje dostateczne znieczulenie; należy przeto na godzinę mniej więcej przed operacją wstrzyknąć morfinę, która uspienie ułatwia; gdyby dawka morfiny okazała się niewystarczającą i chory w ciągu dłuższego czasu nie został uspiiony—można użyć kilka kropeł chloroformu, które wywołają bezzwłoczną narkozę, a w tak niewielkiej ilości nie zaszkodzą choremu.

4) Do zastosowania tego sposobu usypiania należy zaopatrzyć się w maskę, butelkę [z kroplomierzem] eteru i małą buteleczkę [również z kroplomierzem] chloroformu. Usypiać może każdy, obeznany i wprawny, zarówno siostra miłosierdzia, jak lekarz; ponieważ jednak zapomocą praktyki jedynie dochodzi się do umiejętnego podawania eteru, pożądanem jest aby lekarz, dający narkozę lub zakonnica, nie zmieniali się zbyt często.

5) Drażniący wpływ eteru w wielkich dawkach można objaśnić szybkim oziębieniem dróg oddechowych; para wodna, wydzielana z oddechem, osiada w postaci płatków śnieżnych na masce, na którą nalano dużą ilość eteru. To zamrażanie oddechu nie ma miejsca przy zastosowaniu sposobu z kroplami i to stanowi jego wyższość.

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 65. Z. 5—6*). A. Ciechomski.

92. Rothmann. O porażeniach połowicznych.

Powstawanie porażenia połowicznego objaśniano dotychczas w bardzo prosty sposób: skutek wylewu krwi, czy rozmiękczenia mózgu, zwłaszcza w obrębie torebki wewnętrznej, następuje porażenie kończyn [z przeciwnej strony] a po 10—12-u dniach występuje zwyrodnienie odpowiedniego pęczka piramidального, czyli innemi słowy—uszkodzenie pęczka piramidального jest przyczyną porażenia kończyn.

Owo porażenie kończyn zazwyczaj nie jest trwałe; zupełne trwałe porażenie połowiczne należy do wyjątków; najczęściej ruchy dowolne częściowo, a niekiedy prawie zupełnie powracają.

Wszystkie te objawy, jak wiotkie porażenie z początku, a potem zwiększenie odruchów, powrót ruchów, zwiększenie napięcia mięśniowego, wystąpienie przykurczeń, trudno jest objaśnić jedynie uszkodzeniem pęczka piramidального.

Jest wiele hipotez, starających się wyjaśnić wszystkie te objawy, dotychczas jednak bez skutku. Autor, zanim przejdzie do omówienia swojej hipotezy, przypomina niektóre szczegóły z anatomii i fizjologii mózgu. Otóż

anatomia poucza, że pęczki piramidalne nie są jedyną drogą, łączącą korę mózgową z rdzeniem w kierunku odśrodkowym; znane są drogi, które, obciążone bez przerwy, tylko zapomocą połączeń paru neuronów, tę samą czynność spełniają, np. pęczek MONAKOW'a, który idzie od czerwonego jądra nakrywki odnogi mózgowej do bocznego pęczka rdzenia przeciwnej strony. U psów i małp pęczek ten lepiej jest rozwinięty, aniżeli u człowieka. Pęczek ten łączy się z korą mózgową zapomocą pasma włókien, idących od czerwonego jądra do wzgórka wzrokowego, a następnie przez torebkę wewnętrzną do kory mózgowej. Prócz tego istnieje inny pęczek, idący od wzgórka czworaczego do przedniego pęczka rdzenia przeciwnej strony. Ten pęczek, dotychczas tego nie stwierdzono, prawdopodobnie ma też połączenie z korą mózgową. Czy te dwa pęczki wyczerpują połączenie kory mózgowej z rdzeniem, dotychczas pewności nie mamy; musimy czekać na wyniki dalszych poszukiwań.

Powyższe dane anatomiczne mają niezmierną wagę, widzimy bowiem, iż na wypadek zniszczenia pęczków piramidalnych, pozostają inne drogi, które po części mogą je zastąpić. Doświadczenia, robione na zwierzętach, potwierdzają wnioski, jakie nam pozwala wyciągnąć anatomia, mianowicie, że znaczenie pęczków piramidalnych dotychczas było przeceniane. Psy, koty po przecięciu dróg piramidalnych szybko dochodzą do stanu, w jakim były przed operacją.

U małp pęczki piramidalne odgrywają ważniejszą rolę, ale i małpy po pewnym czasie odzyskują władzę w porażonych kończynach, zwłaszcza jeśli zaczynają zaraz po operacji robić ruchy temi kończynami. MUSK i ROTHMANN stwierdzili, że przykurczenia rozwijają się tylko w tych przypadkach, kiedy małpa po operacji leży bez ruchu; jeśli zaś codziennie robić bierne ruchy jej porażonemi kończynami, to przykurczenia nie powstają. Nawet po przecięciu pęczków piramidalnych i pęczków MONAKOW'a zupełne porażenie trwało niewiele dni; następnie zaczęła powracać władza w kończynach.

Co do kwestyi zastosowania do ludzi wyników powyższych doświadczeń na zwierzętach, to widzimy, że u ludzi najczęściej sprawy patologiczne czy w mózgu, czy w rdzeniu, niszcząc drogi piramidalne, uszkadzają i inne włókna, jak np. w rdzeniu włókna asocjacyjne; we wzgórku wzrokowym włókna, łączące korę mózgową z włóknami pęczka MONAKOW'a i t. p. Przytem u człowieka pęczek piramidalny odgrywa wybitniejszą rolę, aniżeli u psów i małp.

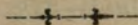
ROTHMANN, omawiając różne hipotezy, starające się wyjaśnić istotę porażenia połowicznego, dochodzi do następującego wniosku: po zniszczeniu dróg piramidalnych i pęczka MONAKOW'a powrót ruchów w niektórych grupach mięśniowych odbywa się dzięki pęczkowi, idącemu od wzgórka czworaczego do rdzenia. Ten ostatni pęczek, jak wykazują doświadczenia, robione przez GOLTZ'a, u psów posiada znaczną samoistność, u ludzi zaś o wiele mniejszą tak, że potrzeba pewnego czasu, aby impulsy woli mogły swobodnie przechodzić tą drogą.

Co się tyczy leczenia porażen połowicznych, to stosownie do nowego pojmowania istoty tych porażen i leczenie uległo zmianie. Wiemy z powyższego, że musimy wyrabiać nowe drogi przewodnictwa, a więc przystępować do leczenia natychmiast po wystąpieniu porażenia. Leczenie polega na stosowaniu ruchów biernych, mięsieniu i elektryzacji mięśni t. zw. przykurczających w nodze i wyprostnych w ręce; pośpiech potrzebnym jest zwłaszcza dla uniknięcia przykurczeń. Na wypadek uformowania się znacznych przykurczeń pozostaje, jako *ultimum refugium*, zaproponowane przez NICOLADONI'ego, a obecnie częściej stosowane, przeszczepianie ścięgien.

(Berl klin. Woch. 1902. Nr. 17, 18).

K. Strózewski.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— W 46-ym numerze Przeglądu Lekarskiego podaje WIKTOR FROMMER opis i rysunek przyrządu, przeznaczonego na podobieństwo przyrządu Bossi'ego, do szybkiego rozszerzenia szyi macicznej, a więc do prędkiego ukończenia porodu. Przyrząd jego posiada 8 ramion, które rozszerzane, w przekroju poprzecznym tworzą obwód koła, w podłużnym zaś przekroju opisują powierzchnię stożka; naśladują więc fizyologiczne rozwarcie macicy. Rozszerzadło to zbudował FROMMER niezależnie od pomysłu Bossi'ego. Z.

— Roztwór skopolaminy z morfiną zaleca podskórnice STEIN-BÜCHEL podczas bólów porodowych jako bardzo skuteczne *sedativum* i *anaestheticum*. Dawka: *scopolamini hydrobromici* [MERCK]—0,0003, *mophii muriat.*—0,01 na strzykawkę PRAVAZ'a na raz. Po 2-ch godzinach można zastrzyknąć na nowo $\frac{1}{2}$ do całej strzykawki. Z.

(Centrbl. f. Gyn. Nr. 48).

— W pracy: „Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w położu? LEWICKI przychodzi do wniosku, że zwolnienie tętna nie można uważać za prawidłowe w położu; jest to jednak objaw ogólny, bardzo często dający się spostrzegać właśnie w położu, pod względem prognostycznym bardzo dodatni. Z krzywej, wyprowadzonej przeciętnie z 30-tu obserwacji, autor się przekonał, że zaraz na drugi dzień po porodzie tętno wybitnie spada, dochodzi dnia trzeciego do *minimum*, dnia piątego podnosić się zaczyna i jest na tej wysokości co dnia pierwszego. Dnia 7-go znów nieco opada, aby dnia 10-go znowa powrócić do normy. Z.

(Przepl. Lek. Nr. 47, 48).

— LANGE, zbadawszy t. zw. *caruncula*, wyrastające u wejścia do cewki moczowej u kobiet, przyszedł do przekonania, że nie są to prawdziwe naczyniaki (*angiomata*), lecz: 1) nowotwory błony śluzowej—ziarniniaki (*granuloma*), albo też 2) polipy śluzowe brodawkowe lub wreszcie 3) polipy naczyniaste (*telangiectodes*). Trzy te typy [oprócz swoistej sobie budowy anatomicznej] tem się różnią od innych nowotworów tejże okolicy, że zawierają stale gruczoły, często zresztą znacznie zmienne już przez wyrodnienie torbielowate, już przez wylewy krwiwe międzygruczołowe, już wreszcie przez nacieczenie komórkowe. Od wypadnięcia błony śluzowej cewki moczowej różnią się *caruncula* tem, że na wolnej powierzchni nigdy nie są pokryte nabłonkiem cylindrycznym lub przejściowym. *Caruncula* u dorosłych zdarzają się w każdym wieku prawie jednakowo często; jednak po 50-ym roku występują głównie pod postacią polipów brodawkowych, przed 40-ym zaś rokiem—częściej jako ziarniniaki i polipy ziarniniaste. Przyczyną ziarniniaków bywa głównie zakażenie tryprowe; polipy brodawkowe, usadowione w ziejącym otworze wejścia do cewki moczowej, bywają następstwem sprawy starczej zanikowej. Dla większości jednak przypadków nie jest możliwe wyszukanie przyczyny. Liczba porodów nie ma wpływu na powstawanie *caruncularum* cewki moczowej. Objawy, towarzyszące tym tworom, są jedynie następstwem wikłającego je przewlekłego zapalenia cewki moczowej, albo jednocześnie istniejącego wypadnięcia błony śluzowej cewki, albo nakoniec głębokiego usadowienia się w cewce tych tworów. Z.

(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1902. T. XLVIII. Z. 1).

— ARTHUR J. HURCHISON. Przypadek zapalenia ochrzęstnej krtani przy cukrzycy.

Autor podaje historię choroby 30-letniego, silnie zbudowanego dyabetyka, u którego na zasadzie wywiadów i braku odnośnych zmian można było wykluczyć tuberkulozę i syfilis. Przebieg cierpienia krtani był niezwykle ostry i w niespełna dwa tygodnie zakończył się śmiertelnie [prawdopodobnie wskutak asfiksji]. O ile

autor mógł sprawdzić, tego rodzaju powikłania przy cukrzyicy w literaturze nie notowano; znane są natomiast przy tej chorobie suche kataru krtani i owrzodzenia tylnej ścianki.

(*Journal of Laryngology etc.*, 1902—113).

Juliusz Szleifsztajn.

— L. HEMINGTON PEGLER. Oddychanie ustami wskutek funkcjonalnej niedrożności nosa.

Dwie pacjentki autora, pomimo braku wszelkich zmian anatomicznych tak w nosie, jak i na sklepieniu gardzieli, zaprzestały oddychać nosem; przyczem mowa ich wyraźnie się zmieniła i nabrała brzmienia „*rhinolaliae clausae*”.

Ściągnąwszy podniebienie miękkie na dół zapomocą taśmy, przeprowadzonej przez nos i usta i zatkawszy pacjentkom szczelnie usta, autor zmusił je do oddychania nosem; bez powyższego zabiegu chore z zatkanymi ustami wprost się dusiły, nosem jednak zaczerpnąć powietrza nie mogły.

PEGLER jest zdania, że miał do czynienia z nerwowym skurczem mięśni podniebienia miękkiego u typowych histeryczek.

W literaturze są znane podobne przypadki zatkania nosa [SAENGER i inni], jednak nie od skurczu podniebienia zależne, lecz od utraty czucia w nosie i wysychania błony śluzowej.

(*Journal of Laryngology etc.* T. XVII. Nr. 7).

Juliusz Szleifsztajn.

— CH. R. HOLMES. Niezwykle duży włókniak sklepienia gardzieli.

Nowotwór dość twardy wypełniał całkowicie gardziel, tak że tylną jej ściankę zupełnie czynił niewidzialną; u góry wtłaczał się w prawe nozdrze tylne, u dołu zaś leżał na powierzchni górnej nagłośni, przeszkadzając ruchom takowej. Dolną część guza była połączona zrostami z korzeniem języka i z tylną ścianką gardzieli. W celu usunięcia nowotworu, chorego zachloroformowano. Zrosty porożrywano tęnym hakiem i palcami, a uwolniony w ten sposób od dołu guz wyciągnięto przez usta na zewnątrz; poczem nałożono pętlę, która, ze względu na spoistość guza, przy pierwszej trakcyi pękła. Wtedy, zrobiwszy w nowotworze kilka nakłuć, co jednocześnie posłużyło za wskazówkę, czy krwawienie z guza będzie obfite, skręcono go kilkakrotnie naokoło jego własnej osi. Gdy utworono sobie w ten sposób drogę do szypuły, pętla łatwo ją obcięła.

Jak się pokazało, nowotwór był przyczepiony tuż ponad i nieco ku przodowi od ujścia trąbki Eustachiusza, miał przytem 13,5 ctm. długości i 14,5 ctm. grubości [u dołu] i, jak wykazało badanie histologiczne, był włókniakiem miękkim, pochodzącym z tkanki łącznej podśluzowej.

Autor jednocześnie podaje klasyfikację histologiczną tak polipów nosowych, jak i polipów sklepienia gardzieli, opisuje różnicę pomiędzy nimi, zwracając szczególną uwagę na przebieg rozmaitych postaci włókniaków sklepienia; wreszcie streszcza poglądy na terapię.

(*Journal of Laryngology etc.* T. XVII. Nr. 8).

Juliusz Szleifsztajn.

— H. MACNAUGHTEN-JONES. Przedziurawienie błony bębenkowej, jako skutek kontuzji od pioruna.

Przypadek dotyczył oficera, u którego, prócz czasowej utraty przytomności, paraliżu kończyn i oparzeń powierzchownych, stwierdzono znaczne osłabienie słuchu po stronie lewej, silne przekrwienie lewej błony bębenkowej i przedziurawienie jej w dwóch miejscach [w części górno-tylnej i tuż pod pępem]. Piorun działał z odległości, gdyż pałatka, w której oficer znajdował się podczas burzy, pozostała nieszkodzona.

[Podobny przypadek opisał HINTON w „*Aural Surgery*“ 1874 r., str. 124 i LUDWIG w „*Archiv für Ohrenheilkunde*“, tom 29, str. 234, 1890 r. *Przyp. ref.*].

(*Journal of Laryngology etc.* T. XVII, Nr. 7).

Juliusz Szleifsztajn.

Wiadomości bieżące

— Wyszedł z druku Nr. 166 „Odczytów klinicznych“, zawierający pracę dra JÓZEFA JAWORSKIEGO p. t. „Surowica przeciwpaciorkowcowa oraz stosowanie jej w gorączce połogowej“. Treść odczytu: Znaczenie wogóle seroterapii. Biologia paciorkowca. Sposób otrzymywania jadowitych hodowli paciorkowca. Surowica przeciwpaciorkowcowa MARMOR'a. Taką surowicą—ROGER-CHARRIN'a. Surowica wielowartościowa (*polyvalens*). Pierwotne próby zastosowania surowicy. Zależność wyników leczniczych od siły surowicy. Obecnie praktykowany sposób przygotowywania tej surowicy w Instytucie PASTEUR'a. Krytyczny rozbiór odnośnej literatury. Działanie surowicy fizjologiczne i terapeutyczne: pobudzające, antytoksyczne, fagocytarne, bakteryobójcze. Wpływ dodatni seroterapii przeciwpaciorkowcowej, jej braki, działanie uboczne. Własne spostrzeżenia kliniczne. Różnorodność dróg w szerzeniu się zakażenia połogowego. Skojarzenia mikrobowe. Postacie anatomo-patologiczne i kliniczne gorączki połogowej. Wnioski. Uwagi dra MARMOR'a o surowicy wielowartościowej, jej stosowaniu i działaniu.

— W połowie grudnia r. b. zawiązało się Towarzystwo Lekarskie w Radomiu. Na prezesa jego wybrano kol. MAJKOWSKIEGO, na wiceprezesa kol. KOSIŃKIEGO a na sekretarza dorocznego kol. CENNERA.

— Kol. SADOWSKI, redaktor „Medycyny“, mianowany został lekarzem naczelnym szpitala Wolskiego w Warszawie.

— Kol. E. BIERNACKI otrzymał w uniwersytecie Lwowskim stopień docenta patologii ogólnej i doświadczalnej po odbyciu lekcji wstępnej o „istocie niedokrwistości“.

— Kol. C. STANKIEWICZ otworzył prywatny zakład ginekologiczny przy ulicy Złotej 3.

— Wyszła w 3-em wydaniu „Dyagnostyka chorób wewnętrznych“, napisana przez kol. BIEGAŃSKIEGO i SOKOŁOWSKIEGO. Pojawienie się 3-go wydania tego dzieła najlepiej mówi o jego wartości.

— W Wilnie otwarto Pogotowie ratunkowe.

— Nagrodę NOBELA w r. b. w dziale medycyny przyznano RONALD ROSS'owi z Liverpoolu za jego badania nad malaryą.

— W b. m. upłynęło 50 lat od czasu przyjęcia LISTER'a w poczet członków *Royal College of Surgeons of England*. Z tego powodu redakcja czasopisma „*British med. Journal*“ wydała „*Lister Jubilee Number*“, w którym pomieścili prace: BERGMANN, LUCAS-CHAMPIONIÈRE, DURANTE, BLOCH, MIKULICZ, MARSH, OGSTON, HART i t. d.

— Nagrodę LACAZE'a, udzielaną co dwa lata w sumie 10,000 franków, Wydział lekarski Paryski przyznał drowi BORDAS, wicedyrektorowi miejskiego laboratorium za prace jego o tyfusie.

— Na medycynę uczęszcza w Berlinie na 7091 studentów—1212; w Halli na 1740—188; w Królewcu na 976—203; w Bazylei na 560—147.

— Zmarł w Gracu dr KRAFFT-EBING, b. profesor kliniki psychiatrycznej i chorób nerwowych w Wiedniu.

Sprostowanie. W artykule dra M. HERTZA, pomieszczonym w Nr. 50 Gaz. Lek., w tytule zamiast „6-letniego chłopca“ powinno być: „6-letniego dziecka“.

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. listopad 1902 r. i prospekt „Gazety Polskiej“.

Wydawca, Dr Jan Ponszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 17 декаб. 1902. Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecką 8

Naturalna woda mineralna zawierająca arsen i żelazo

RONCEGNO

zalecana przez pierwsze powagi lekarskie przeciw niedokrwistości, malaryi, cukrówce moczowej, wyczerpaniu oraz przeciw chorobom skórnyom, nerwowym i kobiecym. Nabyć można we wszystkich większych składach wód mineralnych i aptekach.

Kuracya wodą Roncegno stosuje się przez cały rok.

Przeciw hemoroidom lekarze zalecają używanie jodowo-rezorcynowego siarkanu bizmutu, pod nazwą:

ANUZOL

w kształcie świeczek

Nie zawiera środków narkotycznych i nie działa szkodliwie na organizm. Sprzedaż w aptekach.

Goedecke & Co

Fabryka olejków eterycznych i produktów chemicznych w Lipsku.
We wszystkich aptekach i składach aptecznych.

BIOSINE LE PERDRIEL

Sól kwasu gliceryno-fosforowego

zawierająca wapno i żelazo.

BIOSINE jest jednym ze środków wzmacniających i regulujących czynności ustroju ludzkiego. Środek ten zażywa się z łatwością i jest przyjemnym w smaku, nie sprawia zaparcia, nie zawiera cukru i może być stosowanym w chorobie cukrowej.

Użyty przed posiłkiem ułatwia trawienie, ponieważ wydziela kwas węglowy, pobudzający czynność żołądka.

Le Perdriel et C^{ie}, Paris.

APTEKA

K. WENDY

Krakowskie Przedmieście 45

Szprycki Pravaz'a, szpryce Aronson'a do surowic, termometry maksymalne pierwszorzędných fabryk.