

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Antoni Elsenberg. Zmiany anatomiczne ślinianek przy wściekliznie u psa i człowieka. — II. J. Talko. O uszkodzeniach oczu u popisowych. — III. W. Matlakowski. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych (dalszy ciąg). — Korrespondencyja ze Zwinogródka. — *Dział Sprawozdawczy:* 26. E. Klink. O stosunku suchot rdzenia kręgowego do przymiotu. — 27. Otwieranie jamy brzusznej przy zastosowaniu leczenia przeciwgnilnego. — 28. Białkomocz jako objaw napadów epileptycznych. — Wiadomości z Cesarstwa. — Zagraniczne. — Odpowiedź od Redakcyi (O wyciaganiu nerwów). — Ogłoszenia.

I. ZMIANY ANATOMICZNE ŚLINIANEK PRZY WŚCIEKLIZNIE U PSA I CZŁOWIEKA.

(Doniesienie tymczasowe).

Napisał **Antoni Elsenberg.**

Pomimo znanej powszechnie zaraźliwości śliny przy wściekliznie, nie posiadamy dotychczas żadnych prawie zadawalniających wiadomości o zmianach ślinianek u zwierząt dotkniętych tą chorobą. Piszący o wściekliznie ograniczają się zwykle do wzmianki, że gruczoły te są przekrwione, a Bruckmüller nawet itemu przeczy. Pewne światło na tę kwestyję rzuca obserwacyja Nepoeu (*Gaz. méd. de Paris. 1874. Nr. 47*). Znalazł on w śliniankach 17-letniego chłopca, zmarłego na wściekliznę, dosyć obfite drobnokomórkowe nacieczenie tkanki śródmiąższowej. — Badania moje, dokonane na śliniankach 12 psów, dotkniętych wścieklizną i 2 ludzi, doprowadziły mię do pewnych rezultatów, które tu w krótkich podaję zarysach, zanim obszerniejszy opis będzie ogłoszony.

U psa największe zmiany znalazłem w śliniance podżuchowej i podjęzykowej. Ślinianka podżuchowa, nieco powiększona, przedstawia dosyć gładką powierzchnię rozkroju, gdzieniegdzie z niewyraźną budową zrazikową, szaroczerwonego koloru. Mikroskop wykrywa znaczne nacieczenie tkanki śródmiąższowej drobnymi komórkami, o jednym lub kilku jądrach, podobnymi do bezbarwnych ciałek krwi. Nacieczenie owo jest największe na około przewodów i żył średniego kalibru, we wnętrzu zrazika, zmniejsza się zaś stopniowo ku obwodowi, brak go zupełnie we wnętrzu gruczołu. Niekiedy pośród zrazika nacieczenie drobnokomórkowe dochodzi do tak wysokiego stopnia, że przybiera pozór ropnia mikroskopijnego. O wiele mniejsze nacieczenie znajdujemy w tkance międzyzrazikowej.

Komórki stałe tkanki śródmiąższowej są nieco powiększone, nabrzmiale, bez żadnych śladów podziału.

Naczynia krwionośne, zwłaszcza drobne żyły i naczynia włosowate, są bar-

dzo rozszerzone, a wypełniająca je krew zawiera znaczną ilość bezbarwnych ciałek, już to rozsianych niejednostajnie pomiędzy czerwonymi krążkami, już to leżących przy ścianie naczyń.

Nabłonek pęcherzyków gruczołu podszczękowego, jak również i komórki półksiężycowe (*lunulae Gianuzzi*), także nie pozostają bez zmiany.

Gruczoł ten u psa, jak wiadomo, należy do grupy ślinianek śluzowych (*Schleimspeicheldrüsen*). Jego komórki wydzielające obfitują w śluz, skutkiem czego treść jest przezroczystą i barwi się bardzo słabo; mała tylko ilość ziarenek protoplazmatycznych otacza spłaszczone jądro, leżące na obwodowym końcu komórki. W tych oto komórkach zachodzi uderzająca zmiana komórki śluzowej na protoplazmatyczną. Treść tych pierwiastków anatomicznych staje się z początku z lekka ziarnistą, następnie ziarnistość ta stopniowo wzrasta, przy jednoczesnym zmniejszeniu objętości komórki przynajmniej o trzecią część. — Jądro ze spłaszczonego staje się okrągłym, powiększa się i poprzednie swe położenie u obwodowego końca komórki zmienia na położenie centralne. Takie komórki barwią się już dobrze pikrokarminem lub hematoksyliną. Niekiedy udawało mi się w nich widzieć po 2 jądra.

Komórki półksiężycowe nabrzmiewają, powiększają się, niekiedy do tego stopnia, że zajmują dwie trzecie, rzadziej cały pęcherzyk. Również i ilość ich jąder niepomierne wzrasta, tak że często w jednej komórce półksiężycowej znajdujemy trzy i więcej razy jąder, aniżeli w takimże tworze gruczołu normalnego.

Oprócz tych zmian widać nieraz w pęcherzykach gruczołowych niewielką ilość drobnych komórek (podobnych do bezbarwnych ciałek krwi), przenikających z otaczającej tkanki śródmiąższowej.

Z tem samym zjawiskiem spotykamy się w przewodach średniego kalibru — drobne komórki, przenikając przez ściankę, odchylają nabłonek, a następnie przerywają związek między oddzielnymi jego komórkami i przedostają się do światła kanału.

Wspomnę tu wreszcie i o tem, że na około zwojów nerwowych również dostrzedz można umiarkowane nacieczenie drobnymi komórkami, wnikałymi niekiedy i do samego zwoju.

Podobne zmiany, w mniejszym cokolwiek stopniu, znajdowałem i w gruczole podjęzycznym.

Gruczoł oczodołowy u psa, należący jak i dwa poprzednie do tej samej grupy ślinianek śluzowych, był zawsze bardzo mało zmieniony.

W tych trzech gruczołach stale znajdowałem wyżej opisane zmiany, ślinianki zaś przyuszne u 4 tylko psów przedstawiały zmiany i to nie wielkie. Nacieczenie drobnokomórkowe tkanki śródmiąższowej bywa zwykle umiarkowane; komórki gruczołowe są nieco powiększone, mocniej ziarniste i zawierają często 2 lub więcej jąder. Podobnym zmianom jak komórki gruczołowe ulegały i komórki nabłonka niektórych przewodów średniego kalibru.

U człowieka w śliniance przyusznej żadnych zmian nie znalazłem, w podszczękowej tylko małe, bo ograniczające się do nacieczenia drobnokomórkowego tkanki otaczającej przewody i żyły średniej wielkości; największe były zmiany

w śliniance podjęzykowej. Są one podobne, ale nierównie mniej znaczne aniżeli w tymże gruczole u psa.

Z opisanych zmian przyszedłem do przekonania, że w gruczolach tych zachodzą zaburzenia w krążeniu i odżywianiu, przedstawiające się razem jako proces zapalny. Przyczyną jego jest zarazek, krążący we krwi i wydzielany przez ślinę, co w innym miejscu postaram się dokładniej wymotywować.

Ponieważ największe zmiany znajdują się w śliniance podżuchowej i podjęzykowej, a gruczoły śluzowe na podstawie języka bywają bardzo rzadko zmienione, słusnie więc można przypuścić, że przeważnie, a może i wyłącznie, ślina gruczolów podżuchowego i podjęzykowego zawiera zarazek wściekliznie właściwy.

Zmiany dwóch tych gruczolów dają nam możność rozpoznania wścieklizny u psa, gdyż spotykamy się z nimi w tem tylko cierpieniu.

Cierpienia ślinianek u zwierząt w ogóle są bardzo rzadkie, a u psów wcale dotąd nie były opisywane. Niektóre alkaloidy jak: nikotyna, pilokarpina i muskaryna wywołują pewne w nich zmiany — są one jednak tak nieznaczne, że trudno by je przyjąć za zmiany, jakie przy wściekliznie napotykamy.

U człowieka gruczoły te przedstawiają zmiany niewielkie i mało charakterystyczne dla wścieklizny z tego względu, że podobne zmiany znajdujemy i u ludzi, zmarłych w skutek niektórych chorób zakaźnych, a wreszcie pewne środki lekarskie, często używane, mogą także i w tymże małym stopniu zmiany powodować.

II. O USZKODZENIACH OCZU U POPISOWYCH.

Podał Dr. **J. Talko.**

Okulista okręgowy.

W czasopismach rosyjskich, przeważnie zaś we „Wraczu“, zwracano niejednokrotnie uwagę na rozmyślnie uszkodzenia oczu u popisowych, w celu uwolnienia się od służby wojskowej. Podobne uszkodzenia zwykle zdarzają się na prawem oku, ponieważ uwalnia od służby tylko ślepotą lub znaczne osłabienie wzroku prawego oka (§§ 30 i 31 Lit. A). Ślepotą zaś lewego oka, lub nawet brak takowego nie przeszkadza zaliczeniu popisowego do niefrontowej służby (§ 2 Lit. B).

My ze swej strony zwracamy uwagę na ten fakt, że popisowi w naszym kraju, szczególnie Żydzi, psują sobie zwykle prawe oko. Uszkodzenia zaś lewej gałki ocznej spostrzega się stosunkowo dość rzadko. Głównie przyczyniają się do tego felczerzy, którzy nie tylko fabrykują zmętnienia, owrzodzenia i bliźny rogówki środkami żrącymi (*arg. nitricum*, *kali causticum* i kwasy), lecz nawet pijawkami i narzędziami (igłą i nożem).

Wspomniałem o pijawkach — w miasteczku Byc. mieszka starozakonny, który od 2 lat nosi w środku prawej rogówki 3 charakterystyczne bliźny, spowo-

dowane ukąszeniem pijawek; jako chory w zaufaniu przyznał mi się z płaczem do przyczyny swego cierpienia: uwolnienie od służby okupił prawie zupełną utratą wzroku, w skutek następczego nieprzezroczystego zmętnienia rogówki. Przed paru laty obserwowałem w lubelskim szpitalu 3 podobne przypadki — prawdopodobnie zadane jedną i tą samą ręką, tak były podobne do siebie!

W szpitalu Ujazdowskim istnieje komisysja oczna, której obowiązkiem jest badanie stanu oczu u popisowych i nowozaciężnych, głównie u przysyłanych z rozmaitych gubernij Królestwa Polskiego. W ciągu Listopada i Grudnia r. z. (do 1 Stycznia r. b.) komisysja ta orzekła swe zdanie o 235 młodych ludziach, z których 124 uznała za zdatnych do frontowej lub niefrontowej służby, a 111 za zasługujących na uwolnienie od takowej (na rok—19, na zawsze—6, resztę zaliczono do pospolitego ruszenia), albo też na podlegających ostatecznej decyzji komisysji powiatowych lub gubernijalnych.

Otóż z liczby 235 badanych, u 16 (7%) znaleziono uszkodzenia oczu dawniejsze lub świeższe. Pochodzenie traumatyczne we wszystkich tych razach nie ulegało dla komisysji najmniejszej wątpliwości. Chrześcijan było badanych 166, żydów 69. Z tej liczby 16 traumatyków było 2 chrześcijan a 14 żydów.

Przypatrzmy się jakiego to rodzaju były uszkodzenia oczu.

J. N. — Rozpoczynający się zanik prawej gałki ocznej, w skutek uszkodzenia traumatycznego.

M. B. — Linijna poprzeczna blizna rogówki, wraz z zaćmą traumatyczną oka lewego (katolik).

J. G. — *Kerato-conjunctivitis traumatica oculi dextri.*

A. T. — Żółte bielmo prawej rogówki.

W. G. — *Conjunctivitis traumatica utriusque oculi* (katolik).

E. R. — *idem.*

W. P. — *Cataracta traumatica oculi sinistri.*

J. R. — *Keratitis traumatica oculi dextri.*

A. G. Linijna poprzeczna blizna rogówki, wraz z traumatyczną zaćmą prawego oka.

M. G. — *Keratitis traumatica oculi dextri.*

H. B. — Linijna poprzeczna blizna prawej rogówki, *synechia anterior, atresia pupillae.*

J. Sz. — *Symblepharon partialis palpebrae inferioris* i blizna dolnej połowy rogówki prawego oka (twierdzi jakoby przy robieniu szuwaksu bryznął mu do oka kwas siarczany).

Ż. F. — Linijna blizna w poprzek całej rogówki, *synechia anterior* i zaćma traumatyczna prawego oka.

A. K. — Centralna plama prawej rogówki od przyżegania lapisem.

C. A. — *Synechia anterior et cataracta partialis oculi dextri*, w skutek igłowej interwencji.

J. D. — Linijna ukośna blizna prawej rogówki, *synechia anterior et cataracta traumatica.*

Na 16 więc przypadków mieliśmy tylko 2 uszkodzenia lewej gałki, 2 uszkodzenia obu oczu (nieszkodliwe dla wzroku ostre zapalenie łącznicy), a u 12 ze-

psuta była prawa gałka oczna. Z tych ostatnich u połowy wywołane były owrzodzenia lub bliznowate plamy rogówki, 6 zaś bezpowrotnie oślepieno, a mianowicie u jednego uszkodzenie tak było energiczne, że gałka zaczęła przechodzić w stan zanikowy; u 5 powstała zaćma traumatyczna, przyrośnięcia tęczy do blizn rogówki, zarosnięcie źrenicy.

W jednym przypadku uszkodzono oko igłą, czy też szydłem (*discisio*), u 4 nożem, którym rozcinało znaczną część rogówki (zwykle poziomo, przez środek), a nawet tęczę i przednią część soczewki. Jeśli do tego dodamy 2 osobniki z zaćmą traumatyczną lewej gałki ocznej, to będziemy mieli 7 przypadków. Wszyscy oni byli pochodzenia żydowskiego; jeden tylko popisowy przez nieświadomość uszkodził lewą a nie prawą gałkę oczną.

Podobnego rodzaju uszkodzenie rogówki prawego oka za pomocą przyżęgań jeszcze by się dało choć tem usprawiedliwić — naturalnie tylko w obec chorego — że z czasem takowe może być uleczone, lub do pewnego stopnia znacznie zmniejszone, bez utraty wzroku. Lecz prawdziwie nie pojmujemy odwagi tych, którzy wołają zupełnie oślepić jedno oko za pomocą igieł i noża byleby tylko uwolnić się od służby!

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w podobnem uszkodzeniu oczu biorą udział nie tylko sami chorzy, lecz także i osoby postronne. Nie chcemy nawet przypuszczać żeby wina tego ciążyła na lekarzach (choćaby austrijackich — jak przypuszcza „Wracz“). Podobnymi operatorami są niezaprzeczenie felczerzy. Si u p s k i zwraca uwagę że ostatnimi czasy na Wołyniu dość często u popisowych widział blizny prawej rogówki, w skutek rozcinięcia takowej nożem. Z sąsiadującej z Wołyniem gubernii Siedleckiej zanotowaliśmy 9 przypadków uszkodzenia oczu; wszyscy oni obowiązani byli swoją ślepotą jakimś śmiałemu operatorowi podlaskiemu, a może i wołyńskiemu.

Osobnik ów pozyskał już pewną wprawę w podobnego rodzaju operacjach, które w skutkach swych dały prawie jednakowe rezultaty. Wiadomo, że wywoływanie rodzaju choroby u popisowych bywa rozmaite, stosownie do powiatów, i tak: w jednym mamy najwięcej sztucznych owrzodzeń goleni, w drugim zapalenia przewodów usznych, w trzecim fałszywą rozedmę moszny (przez nadymanie powietrzem), w czwartym parchy i t. p. Otóż i największa liczba uszkodzeń oczu u nas pochodzi z jednej gubernii, i to przeważnie z jednego powiatu. Zwróciło to już uwagę władzy.

Jak że się zachowywała w podobnych razach komisyja oczna? Jeśli uszkodzenia rogówki dawały nadzieję co do uleczenia, lub tylko zajmowały pewną część tej błony, to komisyja zmuszoną była albo proponować roczną prolongatę, lub wprost orzekała, że popisowy może być przyjęty do niefrontowej służby. W ogóle we wszystkich tych przypadkach, skoro obrażenie rogówki było widocznem, komisyja dość surowo wypowiadała swe zdanie. Skoro jednak mieliśmy do czynienia ze ślepotą traumatyczną prawego oka, w takim razie komisyja wypowiadała swe zdanie, że utrata wzroku jest pochodzenia traumatycznego i że od dowiedzenia popisowemu, czy uszkodzenie było rozmyślne czy przypadkowe, zależeć będzie co go ma spotkać — uwolnienie lub przyjęcie do służby i oddanie pod sąd.

Zważywszy, że obrażenia oczu przeważnie bywają dokonywane u osobników dobrze zbudowanych i zdrowych, którzy całą nadzieję uwolnienia od służby pokładają na uszkodzeniu oka, przychodzimy do przekonania, że miejscowe władze powinny pilnie podobnych kalectw przestrzegać, a w razie dowiedzenia takowych winnych przykładnie karać, jak operatorów tak i popisowych, przyjmując do służby chociażby ze ślepotą prawego oka.

Otóż ta ślepotą prawego oka jest słabą stroną naszej instrukcyi. Dla czego, pytam, nie przyjmować do niefrontowej służby podobnych osobników, jak to czynimy ze ślepyimi na lewe oko? Jeśli prawe oko gra pewną rolę u szeregowca frontowego, to u niefrontowego wszystko jedno czy on widzi lewem czy prawem okiem. Byłby to, zdaniem naszym, najlepszy sposób zapobieżeniu uszkodzeniom oczu, gdyż w takim razie chyba by tylko znaleźli się amatorzy do pozwolenia sobie cząstkowych przyżegań obu rogówek, ale wątpię czyby który zechciał podstawić obie gałki oczne pod nóż czy lancet usłużnego felezera!

Spodziewać się należy, że pod tym względem wyższa władza uwzględni uwagi biegłych, którzy już z wielu stron przemawiają za pewnemi zmianami niektórych miejsc instrukcyi, dotyczących się chorób ocznych.

20 Stycznia 1881 r.

III. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Podał **W. Matlakowski**.

Asystent kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5).

III.

Trzy prace, których streszczenie podałem wyżej, dotyczą wprawdzie jednej z najważniejszych części składowych listeryzmu, wykazując zbyteczność spray'u w niczem atoli nie wzruszają samej metody, ku udoskonaleniu której dążą. Zupełnie inne stanowisko zajmuje artykuł Beck'a (8). Jest on unikatem w obszernej literaturze niemieckiej lat ostatnich; podobne zapatrywanie znaleźć można chyba między Francuzami, np. u Desprès. Gwoli wszechstronnego rozejrzenia się w tak ważnej sprawie, jaką jest sposób leczenia ran, podaje streszczenie tej pracy, na jakie zresztą przez wzgląd na naukowe traktowanie przedmiotu zasługuje, czego dowodem choćby i to, iż była drukowana w Archiwum Langenbeck'a. Pomijamy wszystkie uwagi autora, dotyczące samej teorii pasorzytnicznej, ponieważ poglądy jego nie opierają się na samodzielnych badaniach, lecz wysnute są ze zdań innych pisarzy, po większej części przeciwnych mniemaniom dziś powszechnie przyjętym. B. chętnie chwyta każdą wątpliwość botaniczną, każdą sprzeczność między badaczami, aby dowieść swojej myśli, że grzybki nie są wcale przyczyną spraw rozkładu i gnicia. Nato-

miast przytoczę, w całej rozciągłości zarzuty, stawiane przez chirurga-praktyka, ponieważ B. zebrał i sformułował wszystkie zarzuty, jakie zwykle, zwłaszcza od chirurgów-praktyków starej szkoły, usłyszeć się dają. Zastrzegając sobie z góry, że poglądów tych nie podzielamy, uważamy za tem słuszniejsze przytoczyć tu, co obóz przeciwny twierdzi, tem bardziej, że w bieżącej literaturze niemieckiej, z której głównie czerpią nasze pisma, i z której przeważnie tłumaczymy dzieła lekarskie, panuje lekceważenie poglądów i zarzutów starej szkoły. (Dość przeczytać streszczenia prac francuzkich, niezgodnych z poglądami referentów, do *Jahresbericht V i r c h o w'a* za 1880 r., lub wyciągi pomieszczone w *Centralblatt f. Chir.* przez młodych zwłaszcza chirurgów). Zdaniem naszym, opartem na doświadczeniu klinicznym, są fakta, których bynajmniej nie zdołała jeszcze wytłumaczyć dostatecznie teoria pasorzytnicza. Faktów takich, codziennie napotykanym, ani negować, ani milczeniem pomijać się nie godzi, jeśli tylko nie chcemy ludzi siebie i innych że dążymy do rzeczywistego postępu w chirurgii. Dana teoria wtedy dopiero okaże się prawdziwą, gdy wszystkie fakta wytłumaczyć zdoła.

Po tem nieznacznym zboczeniu od przedmiotu, powróćmy do poglądów B. Zwraca on uwagę na te przypadki, w których ropienie, a nawet ropnica powstaje bez żadnej rany zewnętrznej, bez uszkodzenia skóry, przy rozmięczeniu skrępków (*thrombi*), przy ogniskach nekrotycznych, przy rozmięczeniu wynaczyń. Dalej B. zaznacza przypadki, w których przy różnych obrażeniach, połączonych z mocnem stłuczeniem kości, lub w okresie, gdy kanał rany został zupełnie zamknięty, a sama rana przedstawia się dobrze, nieraz w zadziwiająco szybki sposób powstaje posokowate zapalenie szpiku kostnego, rozkład krwi nasiąkłej w tkankach i zakażenie ogólne. Jeszcze większe trudności napotyka teoria pasorzytnicza przy tłumaczeniu tych częstych faktów, w których rany, znajdujące się w okolicach ciała stale zanieczyszczonych, nadających się najbardziej do rozwoju grzybków i rzeczywiście takowe stale zawierających, np. jama ustna, pochwa, kiszka odchodowa, rany pęcherza po wydobyciu kamieni — wybornie się goją bez żadnego powikłania. Dla czego z dwóch chorych, leżących w jednym i tym samym pokoju, jeden, ciężiej ranny, wychodzi zdrow, drugi zaś umiera z ropnicy? Dla czego po wsiach, gdzie rana bywa opatrywana nieraz w sposób najhłaniebniejszy, traktowana wbrew najpierwszym zasadom prostego ochędóstwa, pokryta śmierdzącą stęchlą ropą i posoką, rana goi się bez powikłania, a nieraz przy opatrunku najściślejszym pod okiem profesora kliniki przyłącza się róża? Wreszcie, dla czego otwarte leczenie ran, tak bezbronne wystawiające ustrój na wrogie działanie powietrza z jego grzybkami, dawało tak dobre wyniki?

Jad, zdaniem B., albo zostaje przeniesiony z zewnątrz, albo też sam powstaje w ustroju, bez względu na najlepsze opatrywanie rany. Zakażenie z zewnątrz przychodzi do skutku za pośrednictwem rany, odzieży lekarza, narzędzi, materyjów opatrunkowych i rozmaitych przedmiotów domowego użycia; powietrze tu zajmuje pośrednie miejsce. B. jest zdania, że przeciw tego rodzaju zakażeniu istnieje jedyny środek — *c z y s t o ś ć*. Nie od *L i s t e r'a* on się jej nauczył; od 30 lat, t. j. od początku swego zawodu stale zwracał uwagę na najściślejszą czystość rąk i narzędzi, które sam obmywał. B. śmieje się z lekarzy i asysten-

tów, którzy z brudem za paznokciami robią operacje, licząc na kwas karbolowy że on czystość zastąpić może.

Tam więc, gdzie czystość była absolutną, gdzie opatrunek racjonalny, tam źródło ropnicy i posocznicy tkwi w samym ustroju. Indywidualność chorego, skład jego krwi, zaczątki choroby, drażliwość układu nerwowego, silny ból, wzruszenie, jakość i obszar obrażenia i postępowania lekarskiego, wywierają wpływ najważniejszy. B. przytacza tu znany fakt, że w czasie pochodów wojennych z początku, póki warunki są dobre, choroby przyranne są rzadkie; później, gdy głód, chłód, niepokój, niewygody, forsowne marsze, przestrach, wpływy psychiczne (!) się wzmogą, mnoży się liczba wypadków ropnicy i posocznicy. Albo zatem osobnik zrazu już przez swój skład krwi i ciała usposobiony jest do powikłań przyranych, albo stopniowo, skutkiem wpływów tylko co wymienionych, wytwarza się w nim zakażenie krwi i upośledzenie fizjologicznych czynności, na których polega i sprawa gojenia.

Zresztą przepisy postępowania B. nie różnią się od prawideł ogólnie znanych i powszechnie przyjętych: chronić ranę od wpływów szkodliwych chemicznych i mechanicznych, starać się o doraźne zagojenie, zapewnić swobodny odpływ wydzieliny, dać zupełny spokój, nie zmieniać często opatrunku. W ciężkich przypadkach, dobrze jest by sam chirurg opatrywał. Opatrunek B. niczem się nie różni od powszechnie znanego sposobu z okresu przed Lister'em. Autor treściwie rozbiera leczenie otwarte i oświadcza się przeciw niemu. Dalej przechodzi do Lister'a, któremu oddaje należyte zasługi. Przytaczamy tu ustęp następujący dosłownie, ponieważ pochwała od takiego przeciwnika jak B. stanowi najważniejsze uznanie dla metody Lister'a. „Chociaż Lister wyszedł z błędnego założenia, że bakteryje są jedynie przyczyną chorób przyranych, chociaż nie bierze w rachubę przy powstawaniu tych chorób warunków konstytucyi, chociaż często na zupełnie podrzędne, nie potrzebne rzeczy kładzie główny nacisk, a jedyne zbawienie widzi w najściślejszem spełnianiu swoich przepisów, w razie zaś złego przebiegu obwinia chirurga o nieściśłość, chociaż wzbytniem zaufaniu do swego opatrunku, krom pomnożenia liczby operacyj zbawiennych, wprowadził w wykonanie wiele niepotrzebnych, zupełnie niewymotywowanych, chociaż, jak to statystyka pokazuje, a każdy nieuprzedzony chirurg przyznać musi, osławiona nietykalskość (*immunitas*) co do ropnicy jest bajeczką, choć przy najsumienniejszem wypełnieniu prawideł powstają pod opatrunkiem produkty rozkładu, ropienia, nawet z zapachem gnicia i gorączką, z grzybkami lub bez nich, aczkolwiek zdarza się i posocznica, ropnica, róża i t. d. choć te choroby przez niektórych niewolniczych zwolenników jego metody chrzczone są nie właściwemi, lecz fałszywemi mianami, a objawy są inaczej tłumaczone, mimo to wszystko nie można zaprzeczyć, że Lister oddał leczeniu ran wielką, a nawet niespożyłą zasługę.

„Niedbałość, niewłaściwe postępowanie, grube obchodzenie się i t. d. jakiego się niektórzy lekarze dopuszczali, zostały przez nowy sposób opatrywania zwalczone i usunięte. Jak często dawniej, zwiędzając oddziały chirurgiczne, a nawet kliniki, trzeba się było wzdygać na widok sposobu, w jaki opatrywano rany. Nie zwracano uwagi na czystość, nie baczo na rodzaj materiału, nie

obawiano się urażać rany (badanie przez wielu studentów suchymi palcami) i t. d. Był czas, kiedy w niektórych zakładach chępniono się z zaniedbywania opatrunków, aby nie wyglądać po pedancku. Opatrunki pozostawiano nie tylko asystentom, lecz posługaczom bez nadzoru. Naturalnie, tam gdzie się zagnieżdżyło takie postępowanie, a do tego warunki zdrowotne szpitala nie były świetne, wyniki operacyj nie mogły być pomyślne; to też gdy wprowadzono wraz z metodą Lister'a nadzwyczajną troskliwość o opatrunek i warunki higieniczne według surowych przepisów twórcy, rezultaty musiały wypaść inne. Dla tego też nic dziwnego, że tacy chirurgowie rozgłosili opatrunek Lister'a jako coś cudownego, że postawione prawidła uważają za wzór matematyczny, od którego, jak od dogmatu, odstąpić i nie zmienić nie chcą, że utrzymują, iż tylko ten opatrunek zapewnia wyzdrowienie, krótki przebieg, bez gorączki, bez ropienia, lub z nieznacznym czysto miejscowym odczynem, bez chorób przyrannych. Są to poglądy przesadzone; nawet przy najskrupulatniejszym wypełnianiu przepisów Lister'a nie można zapobiedz powstawaniu spraw septycznych“.

Przytoczyliśmy ten ustęp w całej rozciągłości, jako ilustrację do tego, co wyżej powiedzieliśmy ze względu na nasze kliniki, a zarazem dla wykazania bezstronnego stanowiska autora. W oczach B. zatem opatrunek Lister'a jest bardzo dobry i zapewnia w pewnych granicach pomyślne rezultaty, które jednak osiągnąć można i w inny nie tak kosztowny sposób, a mianowicie przy zachowaniu najściślejszej czystości.

W tym celu B. po dawnemu radzi używać w o d y, byle czystej, do obmywania rany, a s z a r p i, byle oczyszczonej, nie obawia się kłaść na ranę; zdaniem jego nie ma tak prostego opatrunku, któryby tak ożywiająco wpływał na ranę jak szarpia, maczana w ciepłej wodzie, a na wierzch cienki pokład waty i kawałek ceratki kauczukowej. Nic, zdaniem jego, nie wsysa tak dobrze ropy, jak podobny opatrunek. Jeśli gdzie ropienie jest obfite, nie waha się robić opatrunku co 4 — 6 godzin. Również często pokrywa on ranę bezpośrednio kompressem w oliwie zmazanym.

Obok tego B. chętnie przyznaje wielki i dobroczynny wpływ Lister'a na dobór środków przeciwnilnych i materiałów opatrunkowych. Przyznaje, że kwas karbolowy we właściwej proporcji wywiera dobry wpływ na ranę; w wielu razach używa z dobrym skutkiem chlorku cynku, który zresztą przez bardzo wielu chirurgów jest zalecanym (Volkmann). Daleko ważniejszą rzeczą od tego lub owego materiału opatrunkowego jest rodzaj zadania rany choremu, o który Beck'owi oddawna chodziło. Przystępując do amputacji ma na celu taką metodę, przy zastosowaniu której można mieć pewność zatrzymania krwawienia, dobrego połączenia bez napięcia płatów. W tym celu podał B. własny sposób amputacji uda, zwraca uwagę na swój sposób leczenia *hydrocele* za pomocą cięcia (sposób zwykle przypisywany V o l k m a n' o w i), na zaszywanie worka przy herniotomii, na podwiązywanie żył. Pole operacyjne B. zawsze obmywał gruntownie czystą wodą. Spray'u nigdy nie używa, uważając go za zbyteczny a nawet wprost za przeszkodę przy operacji i za bezcelowy dodatek, dla tego że zarodki wraz z kroplami opadają z powietrza na ranę. Natomiast B. używa spray'u

dla dokładnego wypłukania rany w sposób najdelikatniejszy po operacyi, przy opatrunku zaś dla tego, by odwilżyć suche warstwy, i uniknąć wstrząsania rany strumieniem płynu. B. jest za najściślejszem podwiązywaniem każdego krwawiącego naczynia, nawet żylnego, uznaje katgut za wyborowy materiał do ligatur i na szwy, używa drenów kauczukowych, które, podobnie jak zwolennicy Lister'a, radzi wyjmować we właściwym czasie, t. j. jak najwcześniej, lecz skoro już kanaliki sokowe i naczynia rany zostały zamknięte.

W końcu podaje autor tabliczkę obrazów, leczonych w tylko co wyluszczonej sposobie za czas od 1871 — 1878, w której pomieścił dla porównania rezultaty prostego leczenia (wodą, oliwą, i t. d.) i opatrunku listerowskiego. Ran w ogóle było 1449, z tej liczby swoim sposobem leczył 1274, z 5 † (*pyaemia*) a listerowskim 175, z 2 † (z tego 1 *septicaemia*), 2) 41 złamań powikłanych: 31 swoim sposobem z 5 † (4 złamania czaszki, 1 *tetanus*) i 10 listerowskim (wszyscy wyzdrowieli. 3) 359 zmiążdżeń z następczem ropieniem; z tej liczby swoim sposobem 322 = 1 † (*pyaemia* z zapalenia ucha pochodzenia traumatycznego) a 37 sposobem Lister'a — (wszyscy wyzdrowieli). Razem 1849, z tej liczby swoim sposobem 1227 z 11 †, a 222 sposobem Lister'a z 2 †.

Pod tym względem Beck'o wi pokrewny jest Dumreicher (9). Nie dawno zgasły profesor wiedeńskiej wszechnicy uważał opatrunek Lister'a za niepotrzebny; dla niego również istotę rzeczy stanowił spokój i czystość. D. sądził, że w ten sposób osiągnięte rezultaty w niczem nie ustępują wynikom listeryzmu. Na nieszczęście, zamiast obszernej statystyki za duży okres czasu, mamy luźne spostrzeżenia szczęśliwego przebiegu ran, nader poważnych, leczonych bez opatrunku listerowskiego. Wobec takich dowodów zarzucić można Dumreicher'owi, że wybrał dla demonstracyi przypadki najpomyślniejsze, które wcale nie stanowią ogółu rzeczy; dalej, że do obmywania ran używał kwasu karbолоwego i katgutu (sprawozdanie Raab'a), roztworu chlorku cynku (sprawozdanie Zeissla), że z pomiędzy 12 laparatomij, zmarło 5 czyli blisko 42%, że przy badaniu zwłok znajdowano ropę i posokę w jamie otrzewnej, czyli że podobnego rodzaju wyniki stanowczo przemawiają przeciw opatrunkowi prostemu.

W końcu mniejszej pracy zajmujemy się bliższem rozpatrzeniem zarzutów Beck'a i stosunkiem t. z. opatrunku prostego, z którym głównie spotkamy się przy przedstawieniu stanu rzeczy w Anglii, do opatrunku listerowskiego. Tutaj dodamy tylko, że nie wszędzie i nie zawsze wyniki opatrunku przeciwnilnego są tak dobre, jak je przedstawił np. Brunns. Owszem, na klinikach, gdzie leczą rany przeciwnilnie, choroby przyranne, a szczególnie róża, nie są całkowicie wykluczone. I tak Sachsse (10) opisuje, że na klinice Bardeleben'a róża w ostatnich 1½ leciach nie tylko zdarzała się dość często, lecz że pomimo opatrunku przeciwnilnego (który mówiąc nawiasem nie jest ściśle listerowski, lecz składa się z protektywy, na którą dawniej kładziono pakuły nakarbolizowane, wilgotne, a w ostatnich czasach pakuły, namoczone w roztworze chlorku cynku — *Chlorzinkjute-Verband*), przebieg i zejście częstokroć były fatalne. Tak np. w tym okresie (1½ roku) zmarło z samej róży 10 chorych, co jest faktem nadzwyczajnej doniosłości, jak mnie bowiem pięćioletnie doświadczenie przeko-

nywa, śmierć z róży nie należy bynajmniej do częstych, a pomimo bardzo często pojawiającej się róży na klinice prof. Kosińskiego w ciągu ostatnich lat dwóch nie widziałem ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego tego powikłania. (D. c. n.)

KORRESPONDENCYJA.

Zwinogródka — Gubernija Kijowska.

Dnia 16 Listopada r. b. ludność tutejsza pierwszy raz brała udział w sądach przysięgłych. Z pomiędzy spraw kryminalnych, które rozstrzygał w Zwinogródce Sąd Okręgowy Humański, jedna może zająć nieposlednie miejsce w kazuistyce sądowo lekarskiej i zainteresować szersze koło czytelników.

We wsi Stupicznej włościanin Teodor Kowal, 20-letni parobek, zgwałcił dziewięcio-miesięczną córkę swego gospodarza Szpaka. Czuwająca nad dzieckiem wyszła do sąsiadów, a powracając do izby, spotkała wychodzącego z niej Kowala. W izbie znalazła dziecko nie na tem miejscu, gdzie je pozostawiła, silnie krzyczące i zakrwawione, wezwwała więc sąsiadów a ci obejrzawszy dziecko, rzucili podejrzenie na parobka. Śledztwo sądowe wykryło zbrodnię, a przed sędzią śledczym sam Kowal przyznał się do winy. Lekarz powiatowy zwinogródzki mniej więcej w tych słowach opisuje miejscowe uszkodzenia: wargi sromne i pochwa silnie obrzękłe, zaczerwienione, z pochwy wypływa w znacznej ilości krew i kał, z powodu rozerwania przegrody pochwo-odbytnicowej. Dziecko dotąd żyje. Posađny skazany na zesłanie do Syberyi. Zbrodnia ta, na którą każdy musi się wzdygnąć, jest wynikiem ciemnoty, w jakiej pozostaje lud tutejszy i należy do najradszych w literaturze sądowo-lekarskiej. Tardieu na 400 wypadków zgwałcenia znalazł 300 takich, w których dziewczęta były młodsze od lat 15 w tej liczbie 198 ofiar młodszych od lat 11. Casper na 136 wypadków wylicza 99 młodszych od lat 20, a 10 młodszych od 12, najmłodsza ofiara miała 2½ lat. Kroniki sądowe wspominają o paru wypadkach zgwałcenia dziewczynek młodszych od roku, a między innymi o zgwałceniu 11 miesięcznej (*Taylor. Medic. Jour. p. 648. 1848*).

Okolica nasza wolną jest w tym roku od dyfterytu, który tak strasznie grasował w roku przeszłym. Za to tyfus brzuszny nawiedza nas częściej i ofiarą jego padł niedawno w Kijowie Inspektor lekarski Dr. Kartamyszew, prawdopodobnie w skutek zarażenia się podczas wizyty w szpitalu więziennym, który jest przepełniony chorymi na tyfus. W ogóle w ostatnich latach szczególniej po wsiach wiele ofiar zabiera, a pomimo złego przebiegu jest wyjęty z pod ściślejszej kontroli lekarskiej.

Uniwersytet Kijowski znów poniósł bolesną stratę. W Październiku r. b. zmarł w Mentonie Aleksander Iwanow, jeden z najlepszych profesorów, jakich posiadał wydział lekarski w Kijowie w ciągu swego istnienia. Iwanow pierwszy zajął nowoutworzoną katedrę okulistyki, a kilkoletnie wykłady praktyczne i głębokie studia naukowe zjednały mu zasłużone stanowisko w świecie uczonym i najwyższe uznanie między słuchaczami. Ze śmiercią Pokrowskiego, Afanasjewa i Iwanowa stracił wydział lekarski najlepszych swych przedstawicieli i teraz wlecz swój żywot leniwie i ospale, jedna tylko pracownia fizjologiczna od czasu do czasu przynosi coś dla nauki.

Studentów Polaków w Kijowie najwięcej jest na wydziale lekarskim, chociaż w ogóle w uniwersytecie jest ich mniej niż prawo dozwala (10% ogólnej liczby

sluchaczów). Nowo-wstępująca młodzież polska przeważnie pochodzi z trzech południowo-zachodnich gubernij. Znaczna drożyzna w Kijowie, powiększająca się z każdym rokiem, utrudnia pobyt niezamożnej młodzieży, której tam jest więcej niż w innych uniwersytetach Cesarstwa. Lekcje prywatne mało popłacają, tak, że studenci zmuszeni są wegetować wśród ciężkich warunków.

Na zakończenie wspomnę jeszcze o wypadku z mojej praktyki, który nie małego nabawił mię kłopotu. W Lutym zostałem wezwany do starozakonnej Ruchli Z., chorej na ropień w lewym gruczole piersiowym. Zrobiwszy głębokie cięcie, poleciłem ranę przemywać rozczynek kwasu karbolowego. W parę tygodni potem znów się chora udała do mojej pomocy. Rana się zmniejszyła, wydzielina skąpa, lecz pierś znacznie nabrzmiała. Powtórzyłem cięcie, głębiej je poprowadziwszy, wkrótce jednak musiałem dla lepszego odpływu ropy zrobić przeciwotwór i przeprowadzić rurkę drenową. W kilka tygodni rurkę wyjąłem i miałem nadzieję, iż rana teraz zupełnie się zagoi, ku wielkiemu jednak mojemu zdziwieniu w Sierpniu znów chora do mnie przyjeżdża z niezagojoną przetoką. Postanowiłem oba otwory jednym cięciem połączyć. Po przecięciu ropy wydzielilo się mało, natomiast nastąpił obfity krwotok. Krwawiącego naczynia znaleźć nie mogłem. Lód, środki ściągające, tamponowanie przerywały na chwilę krwotok, ale po pewnym czasie powracał on z większą jeszcze siłą. Zmordowany kilkogodzinną pracą, zaniepokojony stanem chorej, która leżała zimna, bezprzytomna, bez pulsu, sam już prawie traciłem przytomność. Na szczęście obecny przy operacji kollega przypomniał mi o analogicznym przypadku Billroth'a, który nie mogąc poradzić sobie z krwotokiem po przecięciu ropnia i zamysłając już całą pierś odjąć, wpadł na szczęśliwą myśl użycia olejku terpentynowego, poczem krwawienie zupełnie ustało. Tamujące krwotok działanie olejku terpentynowego stwierdziłem na swojej chorej, teraz już zupełnie zdrowej.

Grudzień 1881 r.

Dr. Julian Talko-Hryncewicz.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

26. O STOSUNKU SUCHOT RDZENIA KRĘGOWEGO (TABES DORSALIS) DO PRZYMIOTU (SYPHILIS).

Kwestyja zależności *tabes* od przymiotu do dziś dnia nie jest jeszcze rozstrzygnięta, i zajmuje tak najpoważniejszych neuropatologów, jako też i syfilidologów.

Dr. P. J. Möbius z Lipska, w artykule swoim pomieszczonym w *Schmidt's Jahrbücher* z r. z. Nr. 9, podaje streszczenie z kilku najnowszych prac, traktujących o stosunku pomiędzy *tabes dorsalis* a przymiotem, które z powodu ważności podamy w krótkości naszym Czytelnikom.

W r. 1876 pierwszy kwestyję tę obszernie opracował syfilidolog Fournier (*Leçons ect.* Paryż 1876 r.). Jest on zdania, że najczęstszą przyczyną *tabes* jest przymiot. Na 30 chorych dotkniętych suchotami rdzenia—24 przechodziło chorobę syfilityczną. Nadto cytuje F. Fereola, który spostrzegł na 11 przypadków *tabes* — 5 chorych, przymiotem dotkniętych i Siredeya, który z 10 chorych na *tabes* — spostrzegł u 8 przymiot.

Fournier zaznacza, że *tabes* u chorych syfilitycznych nie ma wyróżniających cech, że należy policzyć suchoty rdzenia paciierzowego do objawów trzeciorzędnych i że leczenie w przypadkach zastarzałych, z powodu zmian daleko posuniętych w pęczkach tylnych rdzenia — jest bezskuteczne.

Fournier zwraca uwagę, aby w każdym przypadku *tabes* badano chorego co do istniejącej lub przebytej choroby syfilitycznej. Jeżeli tylko stwierdzimy istnienie przymiotu, lub dowiemy się o przebytej chorobie syfilitycznej, należy zawsze przedsiębrać leczenie specyficzne.

Vulpian (*Leçons sur les maladies de la moëlle 1879*) skłania się do zdania Fourniera, spostrzegał bowiem, że u 20 chorych, dotkniętych suchotami, rdzenia kręgowego, istniała choroba syfilityczna. Nie przyjmuje jednak V. aby istniała *tabes luetica*, lecz uznaje przymiot za usposabiający do nabycia *tabes*.

O. Berger (*Bresl. ärztl. Ztschr. Nr. 7 i 8. 1879*) przypuszcza, że możliwym jest istnienie *tabes dorsalis* na gruncie syfilitycznym; przyjmuje on że 20% suchot rdzenia kręgowego, jest pochodzenia syfilitycznego. W wielu przypadkach, zdaniem Bergera, *tabes* rozwija się po $\frac{1}{2}$ — 2 latach istnienia przymiotu; w wielu przypadkach leczenie specyficzne, aczkolwiek tylko czasowe, lecz dodatnie dawało rezultaty. W jednym przypadku miało nastąpić zupełne wyzdrowienie.

Wkrótce potem pojawiła się praca Erb'a (*Deutsches Archiv. f. Klinische Medizin XXI V. 1879*), który spostrzegał pomiędzy 44 chorymi na *tabes*, przymiot u 27 chorych. Wprawdzie pomiędzy tymi w 4 przypadkach wspomniano tylko o s z a n k r z e. Co się tyczy czasu, w którym występowały objawy *tabes* po zarażeniu się przymiotem to w 17 przypadkach znajdują się dokładne notatki.

Itak, w 5 przypadkach objawy *tabes* wystąpiły pomiędzy 2 a 5 rokiem po zarażeniu się; w 8 przypadkach pomiędzy 6 a 10 rokiem; w 4 pozostałych zaś pomiędzy 11 a 14 r. po zarażeniu się. Co się tyczy natężenia choroby syfilitycznej, jej trwania, powrotów — nie wiele można było wykryć — to jednakże zaznaczyć można, że w ogóle choroba przymiotowa łagodnie przebiegała.

Przy badaniu chorego zwykle nie znajdowano żadnych już objawów przymiotu, co najwięcej blizny po owrzodzeniach, nieznaczne obrzmienia gruczołów, a tylko w 2 przypadkach podejrzane pęknięcia na języku. Erb utrzymuje, że różnicy w objawach pomiędzy *tabes syfilitica* a nie syfilityczną nie ma żadnej. Co się tyczy rezultatów leczenia, to okazało się, że w dwóch przypadkach nastąpiło wyleczenie, w 2 zaś innych leczenie merkuryjalne było bezskuteczne. Ze względu, że w przeważnej liczbie przypadków *tabes* jest chorobą nieuleczalną, i że choroba przymiotowa, nawet w formie późnej i ciężkiej, ustępuje przy leczeniu specyficznem, na to — ponieważ leczenie merkuryjalne nie wywołuje w ogóle złych skutków w organizmie, Erb zgadza się na zdanie Fourniera i poleca leczenie merkuryjalne w tych wszystkich przypadkach *tabes*, gdzie udaje się nam wykazać, że chorey przebył chorobę syfilityczną i należy to leczenie przeprowadzić jak najwcześniej, gdyż wówczas daleko prędzej możemy oczekiwać dobrych rezultatów.

Na zjeździe przyrodników i lekarzy w Baden-Baden Erb po raz wtóry poruszył tę kwestyję. Z przemówienia jego okazuje się, że na 85 mężczyzn, mających więcej jak 25 lat, którzy ulegali rozmaitemu cierpieniu nerwowemu, było 14 (a więc 16, 5%) takich, którzy przebywali chorobę syfilityczną.

W każdym razie Erb uważa kwestyję zależności *tabes* od *lues* jeszcze za nierozwiązaną.

W dyskusji nad tą kwestyją Mayer z Akwisgranu dodaje, że wedle jego spostrzeżeń 80% wszystkich cierpiących na *tabes* przebywało przymiot i zaznacza, że w wielu przypadkach przeprowadziwszy leczenie antysyfilityczne otrzymywał dobre rezultaty.

Richter (*Centralblatt. f. Nervenheilkund. Nr. 20. 1879*) zwraca uwagę,

że znaczniejszą poprawę przy leczeniu *tabes* można osiągnąć u tych chorych, którzy przebywali chorobę syfilityczną, bez wszelkiego leczenia merkuryjalnego, gdy tymczasem przez wcierania merkuryjalne i ciepłe kąpiele w jednym podobnym przypadku otrzymał pogorszenie.

G e s e n i u s (*Dissertatio. Hallae 1879*) zaznacza że na 60 chorych dotkniętych *tabes* — 12 przechodziło chorobę syfilityczną. W 6 z tych przypadków nie można było wynaleźć innej przyczyny jak tylko chorobę syfilityczną; w 2 oprócz przymiotu nadużycia płciowe; w 2 zaziębienie; w 1 uderzenie, a w 1 długotrwałą gorączkę przepuszczającą.

G e s e n i u s uważa, że choroba syfilityczna usposabia do *tabes*.

G. F i s c h e r (*4 Semestralbericht der Heilanstalt Maxbrunn 1879*) podaje, że na 26 chorych na *tabes* w 4 przypadkach istniała choroba syfilityczna. Przytacza 2 przypadki, w których pomimo stwierdzonej choroby syfilitycznej u chorego, leczenie merkuryjalne spowodowało pogorszenie.

J. H u t c h i n s o n (*Med. Times and Gaz. Jan. 31. 1880*), utrzymuje że choroba syfilityczna usposabia do *tabes*.

Fr. M ü l l e r (*Symptomatologie und Therapie der Tabes dorsalis im Initialstadium. Graz. 1880*) jest zdania, że istnienie *tabes* u chorych, którzy przebyli chorobę syfilityczną jest przypadkowe.

W tych przypadkach, w których leczył *tabes* za pomocą wcierań merkuryjalnych — otrzymywał złe rezultaty, wyjąwszy jednego przypadku, w którym oprócz objawów *tabes* były bardzo wyraźne objawy *lues*. Dla tego też M. radzi tylko w takich przypadkach *tabes* przeprowadzić leczenie antysyfilityczne, w których istnieją jednocześnie objawy przymiotu.

W e s t p h a l (*Berliner Klinisch. Woch. XVIII. 1880. Nr. 10*), w wykładzie mianym w Towarzystwie Lekarskiem w Berlinie — rozbił kwestyję zależności *tabes* od *lues*. Na 75 chorych, dotkniętych suchotami rdzenia kręgowego, w 14% istniały drugorzędne objawy przymiotu i to bez wyjątku u mężczyzn; u 18% podawano o istnieniu wrzodów, bez objawów drugorzędnych. Z pomiędzy wszystkich chorych u jednego tylko znaleziono jednocześnie *tabes* i objawy przymiotu. W 16 przypadkach dokonano otwarcia zwłok — z tych w 9 nie znaleziono objawów choroby syfilitycznej, w 1 ślady po przebyłym przymiocie — w 1 rezultat wątpliwy. Z 5 pozostałych przypadków u kobiet, nie znaleziono ani razu objawów przebytej choroby syfilitycznej. I rezultaty leczenia nie przemawiają za zależnością *tabes* od *lues*; ani w jednym przypadku nie dokonano wyleczenia *tabes* za pomocą leczenia merkuryjalnego. W dyskusyi, jaka się rozwinęła nad tym przedmiotem, M e n d e l przytacza zdanie V i r c h o w a (*Geschwülste Tom 2*), który utrzymuje, że w niektórych przypadkach *tabes* jest pochodzenia syfilitycznego.

R e m a k zaznacza, że w przeciągu 4 lat spostrzegł 52 przypadki *tabes*, z tych 47 u mężczyzn, a 5 u kobiet. Na tych 52 chorych 11 przechodziło chorobę przymiotową a wszystko to byli mężczyźni; w 8 przypadkach zanotowano tylko istnienie szankra z ropiejącymi dymienicami, jednakże bez objawów wtórnych, w 13 przypadkach przymiot stanowczo wyłączono.

R e m a k jednak utrzymuje, że leczenie merkuryjalne *tabes* w ogóle złe może wpływać na wszystkie objawy choroby. Dla tego jest za użyciem jodku potasu — a tylko w zupełnie świeżych przypadkach próbować można ostrożnie leczenia wcieraniami merkuryjalnemi.

L e w i n zwraca uwagę, że przy rozpoznawaniu cierpienia syfilitycznego rdzenia kręgowego trzeba być bardzo ostrożnym, co do przyjmowania danych z opowiadania chorego. Zdaniem Lewin'a istnieje nie znaczna tylko liczba dobrze spostrzeganych przypadków cierpienia rdzenia kręgowego pochodzenia syfilitycznego — nie można jednakże zaprzeczyć, że *tabes* nie może być następstwem przymiotu.

Bernhardt zwraca uwagę na to, że u chorych na *tabes*, którzy przechodzili chorobę syfilityczną, inne przyczyny mogły wywołać *tabes*.

B. spostrzegł 67 przypadków *tabes*: u 58 mężczyzn i u 9 kobiet.

Z 37 mężczyzn, których anamnezę dokładnie zapisano — 22 nigdy nie przechodziło choroby syfilitycznej; 7 mężczyzn miało owrzodzenia szankrowe lub trypra; u 8 mężczyzn stwierdzono, że istniała choroba syfilityczna. Z 8 chorych, którzy przebywali chorobę syfilityczną — jeden zaraził się w roku 1862, objawy *tabes* wystąpiły w roku 1877, a więc w 15 lat później, przyczem chory ten przebył kampanije w roku 1864, 1866 i 1870. Drugi zaraził się w roku 1864, a objawy *tabes* wystąpiły w roku 1875, chory ten mieszkał w bardzo wilgotnym mieszkaniu przez długie lata. Podobnie i w innych przypadkach istniało oprócz choroby syfilitycznej wiele przyczyn, które mogły wywołać *tabes*. B. żąda przedstawienia takich przypadków *tabes*, w których oprócz choroby syfilitycznej nie możemy wykryć żadnej innej przyczyny tej choroby.

Jeżeli zestawimy przypadki *tabes* autorów niemieckich, a mianowicie te, gdzie istniały objawy wtórordne przymiotu, to okaże się, że Erb pomiędzy chorymi na *tabes* przez siebie spostrzeganymi, miał 52% chorych syfilitycznych, Berger 20%, Gesenius 20%, Fischer 15½%, Westphal 14%, Remak 21%, Bernhardt 22%. A zatem średnio było 23,5% chorych syfilitycznych. Z rezultatów leczenia antysyfilitycznego *tabes* nie można wnosić stanowczo o tem, że suchoty rdzenia kręgowego są pochodzenia przymiotowego.

W ogóle należy zauważyć, że w większości przypadków używa się w pewnym okresie choroby jodku potassu, chociaż nie myślimy wtedy o tem, że cierpienie to jest pochodzenia syfilitycznego. Pewna liczba przypadków, w których leczenie merkuryjalne z poprawą dla *tabes* przeprowadzono — odpowiada zapewne niemniejszej liczbie przypadków, w których leczenie merkuryjalne spowodowało pogorszenie.

Co się tyczy naszych własnych spostrzeżeń, to te, aczkolwiek nieliczne, nie przemawiają za zależnością *tabes* od *lues*. W 4 przypadkach *tabes*, jakie spostrzegliśmy u mężczyzn — chorzy przebywali chorobę przymiotową pod postacią wysypek drugorzędnych i po razy kilka podlegali leczeniu merkuryjalnemu. U wszystkich chorych objawy *tabes* wystąpiły po kilku (4) lub kilkunastu latach (18) od chwili zarażenia się. We wszystkich przypadkach, chorzy byli leczeni najrozmaitszemi środkami lekarskiemi — bezskutecznie; zaleciliśmy leczenie mieszane (wcierania merkuryjalne i jod) i stosowaliśmy je w niezbyt energicznej formie — lecz przez czas dłuższy — ale skutek był również ujemny.

Jak z tego wszystkiego widzimy i statystyka i leczenie czynią bardzo problematycznym istnienie *tabes syphiliticae*. Jeszcze bardziej podkopują istnienie tej formy choroby poszukiwania anatomo-patologiczne.

Juillard (*Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis. Paris 1879*), zaznacza przedewszystkiem, że rdzeń tak samo może podlegać wpływowi choroby syfilitycznej jak i mózg, że jednakże cierpienie rdzenia jest bez porównania rzadsze, jak cierpienia innych części układu nerwowego, że cierpienie syfilityczne rdzenia może wystąpić w każdym czasie po zarażeniu, najczęściej jednakże przytrafia się w trzeciorzędym okresie choroby, i przy ciężkich objawach drugorzędnych przymiotu, że kobiety, z niewiadomych dotąd przyczyn, prawie nie podlegają cierpieniu syfilitycznemu rdzenia. Zmiany anatomo-patologiczne w rdzeniu mogą być wywołane, albo przez cierpienie kości i opon otaczających rdzeń — albo przez cierpienie samego rdzenia. Bardzo często spostrzega się albo zgrubienia albo gummata na oponach, powodujące zrost opon między sobą, albo ze rdzeniem.

Gummata rdzenia są niesłychanie rzadkie, spostrzegano bowiem tylko 5 przypadków, chociaż i te nie są bez zarzutu.

Zmiany w rdzeniu samym zasadzają się albo na rozmięczeniu albo na stwardnieniu jego i umiejscawiają się one po największej części na obwodzie rdzenia. W przytoczonych poszukiwaniach pośmiertnych Juillard'a znajdujemy *myelitis* u chorego syfilitycznego, lecz należy je uważać tylko jako powikłanie przymiotu.

Przytem, zdaniem J., zwyrodnienie pęczków tylnych rdzenia kregowego nie może być spowodowane przez przymiot. J. przywodzi zdania tych autorów którzy się oświadczyli przeciw przypuszczeniom Fournier'a.

W końcu jednakże J. nie chce stanowczo zaprzeczyć istnieniu *tabes syphiliticae* i ucieka się do przypuszczenia, że mogą istnieć dwie postacie *tabes*: przymiotowa i nie przymiotowa.

Wreszcie i Charcot (*Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central* Paryż 1880) oświadcza się przeciw zdaniu Fournier'a.

Jak się z tego wszystkiego okazuje, przyjąć należy — że przymiot prawdopodobnie usposabia do *tabes*, ale że nie można poczytywać *tabes* za lokalizację choroby przymiotowej rdzenia.

E. Klink.

27. E. BOTTINI. OTWIERANIE JAMY BRZUSZNEJ PRZY ZASTOSOWANIU LECZENIA PRZECIWNILNEGO.

(E. Bottini *Laparatomia antisettica*. Milano 1880).

Prof. E. Bottini z Padwy wydał w 1 połowie roku zeszłego broszurę pod powyższym tytułem, w której, opierając się na doświadczeniach na zwierzętach i spostrzeżeniach klinicznych, stara się rozstrzygnąć różne wątpliwości, jakie się dotąd napotyka przy operacjach połączonych z otwarciem jamy brzusznej. Wątpliwości te polegają na tem, że niewiadomem jest np. o ile przy operacjach tych zasługuje na uwzględnienie zastosowanie mgły (spray) karbolowej, czy należy drenować jamę brzuszną, jak postąpić z szypułką po wycięciu jajnika i t. p.?

Niebezpieczeństwa zagrażające życiu chorego przy otwarciu jamy brzusznej — jeżeli wykluczmy pierwotne i wtórne krwotoki, jako też choroby wypadkowe — można ująć w dwie kategorie: 1) wstrząśnienie nerwowe (*shock*) i nagły upadek sił (*collapsus*), 2) zapalenie błony brzusznej, powstające skutkiem zakażenia (*peritonitis septica*).

Co do pierwszego: to, jak wykazały dokładnie badania Wegener'a, *shock* i *collapsus* powstają skutkiem oziębienia się kiszki przy otwarciu jamy brzusznej. Autor, dla wykazania tego wpływu oziębiającego, przytacza następujące doświadczenia: królikowi, umieszczonemu w przyrządzie Czermak'a, przepuszczano przez jamę brzuszną wodę destylowaną, z wysokości 1 metra, ciepłoty od 4° do 0° C. Po 10 minutach ciepłota w kiszce stolcowej spadła o 2 stopnie, po 15 minutach o 5 stopni i niekiedy po godzinie, a najpóźniej po półtorej godziny następowała śmierć, przy objawach gwałtownego upadku sił (*collapsus*) i obniżaniu się ciepłoty o 10 stopni. U drugiego królika, tego samego wieku i tej samej siły, przeprowadzano w tych samych warunkach przez jamę brzuszną, wodę destylowaną, ogrzaną do 40 stopni. Oddziaływanie zwierzęcia było nieznaczne, ciepłota nie spadła niżej 37,8° C a po wyjęciu rurki drenowej i zaszyciu rany brzusznej zwierzę wyzdrowiało.

Aby uniknąć niebezpieczeństwa upadku sił, autor stawia następujące prawidła:

1) Przecięcie otrzewnej na przestrzeni jak najmniejszej i powiększanie cięcia otrzewnej w miarę potrzeby podczas operacji.

2) Skrócenie czasu trwania operacji przez odpowiedni rozdział pomocy podczas operacji, przygotowanie narzędzi, jako też obmyślenie dokładne planu operacyjnego.

3) Utrzymanie ciepłoty powietrza w sali operacyjnej na 20 do 25° C. oraz stosowne zabezpieczenie chorego od oziębienia i przemoczenia.

Co do drugiego niebezpieczeństwa, zagrażającego życiu chorego przy otwarciu jamy brzusznej t. j. zakaźnego zapalenia otrzewnej, to autor mniema, że w większości przypadków zapalenie błony brzusznej nie pochodzi od zarodka (*contagium*) zakaźnego, który przeniknął z zewnątrz do jamy brzusznej, i wywołał zakażenie takowej, lecz raczej od samozakażenia, skutkiem rozkładu płynów, zebranych w jamie brzusznej, który to rozkład mógł nastąpić skutkiem przeniknięcia z powietrza do tejże jamy, podczas operacji, zarodków gnilnych.

W tem znaczeniu odróżnia autor zakażenie bezpośrednie od pośredniego.

Jako przyczynę śmierci przy zakaźnym zapaleniu błony brzusznej, przyjmuje autor: wessanie pierwiastków zakaźnych, z płynów uległych rozkładowi, a nagromadzonych zwykle w jamie brzusznej przy tego rodzaju zapaleniu otrzewnej.

Wychodząc z tych zasad, dwojako należy działać przeciwko zakaźnemu zapaleniu błony brzusznej, t. j. na drodze zapobiegania i leczenia (*kurativ*).

Jako środki zapobiegające poleca autor głównie: jak najściślejszą dezynfekcję 5-procentowym roztworem kwasu karbolowego wszystkich przedmiotów, wchodzących w zetknięcie z błoną brzuszną. Ważnem jest również, nie tylko nie dopuścić do jamy otrzewnej zarodków zakaźnych, lecz i usunąć czynniki dogodne dla ich rozwoju, t. j. krew lub inne płyny, które w jamie brzusznej mogłyby się nagromadzić. — Należy zatem starannie zatamować krwawienie i oczyścić jamę brzuszną. Z obawy także dostarczenia dogodnego gruntu dla rozwoju zarodków, autor jest przeciwnikiem podwiązywania *en masse*. Z tych samych powodów odrzuca autor stosowanie żelaza rozpalonego z powodu tworzenia się strupa.

Drenowanie jamy brzusznej B o t t i n i poleca gorąco w każdym przypadku laparatomii.

Nawet w najprostszyc, łatwych wycięciach jajnika, przy nieznacznem krwawieniu, autor wprowadza dren do jamie Douglasa, pozostawiając takowy na zewnątrz w ranie brzusznej. Oprócz tego, stosuje na brzuchu odpowiedni przyrząd uciskający, który zapobiega gromadzeniu się płynów. Autor odrzuca stanowczo drenowanie S i m s a przez pochwę.

Co do leczenia już rozwiniętego zapalenia błony brzusznej z charakterem zakaźnym, na takowe autor główny kładzie nacisk. Stosownie do poglądów powyżej podanych stara się — jeżeli to jest możliwem — przez otwarcie sklejonej już rany brzusznej, usunąć nagromadzone w jamie otrzewnej zakaźno-trujące płyny.

Trzeba to skutecznie za jaką bądź cenę, nie czekając aż się ich więcej nagromadzi. Dren zatknięty należy zmienić lub przemyć, a także wypompować przez takowy szprycę płyn nagromadzony. Nawet nie waha się autor zastosować przemywań z 1½% kwasu karbolowego, aby zniszczyć działanie płynów zakaźających. Autor cudownie prawie uratował tym sposobem chorych, których stan był zropaczony — ciepłota 39 — 40°C wymioty, *facies hippocratica* i t. p. Postępowanie takie uważa za właściwe, nawet nie tylko w przypadkach operacyjnych, lecz i niektórych traumatycznych i przytacza kilka przykładów.

W zakończeniu swej interesującej pracy, autor podaje opis wielu ciekawych przypadków herniotomii, owaryjotomii, wycięcia macicy i t. p.

W przypadkach tych występowało zapalenie błony brzusznej, usuwane pomyślnie powyżej podanym sposobem energicznej interwencji, która jedynie tylko może uratować chorego.

Ref. w *Centralblatt für Chirurgie*. Nr. 18 — 1880.

E. Modrzejewski.

28. D-r Kleudgen. Białkomocz jako objaw napadów epileptycznych? (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. B. XI. H. 2. S. 478). Autor szczegółowo rozebrawszy literaturę, odnoszącą się do tego przedmiotu i wykazawszy różnicę zapatrywań różnych autorów, z których jedni, jak H o p e r t (*Arch. f. path. Anatom.* Bd. 59), twierdzą, że bezpośrednio po każdym napadzie epileptycznym, występuje wydzielina białka w moczu, szczególnie w formie padaczki zwanej *grand mal*,—drudzy znowu twierdzą, że weale po napadach epileptycznych nie wydziela się białko w moczu—dochodzi do następujących wniosków:

1) Ślady białka mogą być wykazane w każdym moczu, jeżeli tylko takowy posiada pewien stopień stężenia;

2) Peryjodyczne, nieznaczne pojawianie się białka w moczu, często może mieć miejsce i bez zwiększenia się jego ciężaru właściwego, i to pojawienie się białka może weale nie być objawem jakiejś choroby nerek;

3) Mocz, zebrany po napadzie epileptycznym, nie wykazuje żadnej szczególnej właściwości ani co do odczynu, ani też co do stopnia stężenia;

4) Zwiększenie się białka w moczu po napadzie epileptycznym, zdarza się lecz nie często i z a w s z e n i e z n a c z n e, a do tego u mężczyzn w większej liczbie wypadków jest zależne od domieszki nasienia;

5) Z tego wynika, że zawartość białka w moczu, jako objaw napadów epileptycznych, dla dyjagnostyki tych napadów, w wypadkach wątpliwych i sądowych nie ma znaczenia.

Edward Kornilowicz.

WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

— Prof. Botkin w Petersburgu będzie wydawał nowe czasopismo lekarskie tygodniowe, pod tytułem: „Jeżenedielnaja kliničeskaja gazeta“. Zawierać ono będzie przeważnie prace oryginalne oraz kazuistykę, sprawozdania i referaty będą pomieszczane tylko dodatkowo. Przez 3 miesiące letnie pismo wychodzić nie będzie. Pierwszy numer już się pojawił.

— Dr. Böhm, professor farmakologii, dyjetetyki i historii medycyny w uniwersytecie dorpackim, został zawezwany na profesora farmakologii do Marburga.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— Dnia 31 Stycznia wykonał prof. Billroth w Wiedniu wycięcie części odźwierniczej zrakowaciego żołądka, jak dotychczas z pomyślnym skutkiem. Chora, o której mowa, przedstawiała wszystkie objawy raka w części odźwierniczej; prof. B. zrobił cięcie w ściankach brzusznych wzdłuż małej krzywizny żołądka, wy dobył ten ostatni z jamy otrzewnej i wyciął całą zrakowaciałą część. Powstałe ztąd 2 otwory zeszyto 54 jedwabnymi nitkami; katgutu nie użyto dla tego, że się łatwo rozpusza w soku żołądkowym. Operacja trwała 2 godziny i dokonana została według metody przeciwnilnej; pokój przez cały czas ogrzany był do 25°C aby uniknąć zbytecznego oziębienia trzewiów. Chora obudziła się w 2 godziny po operacji i zapytana o stan zdrowia odpowiedziała: „Gut, nur a bissel Magendrucken hab' ich“. Obecnie, w kilka dni po operacji, chora ma się nie źle i przyjmuje już trochę rosolu i mleka kwaśnego. Dotychczas resekcję żołądka wykonał jedynie Péan i Rydygier, obydwaj z ujemnym rezultatem.

— Pomimo zdania większości członków wydziału, ministerjum zamianowało prof. Alberta z Innsbrucka, na katedrę chirurgii w Wiedniu.

— Przegląd lekarski (Nr. 5 r. b.) donosi, iż D-r Henryk Jordan i D-r Antoni Mars otrzymali *veniam legendi* jako docenci prywatni położnictwa na wydziale lekarskim w Krakowie.

— Dnia 7 Stycznia r. b. mechanik Leiter demonstrował w wiedeńskim towarzystwie lekarskim nowo wynaleziony przyrząd, służący do regulowania ciepła. Cały przyrząd składa się z rurki metalicznej, tak giętkiej że na wszystkie sposoby wyginać się daje (ołów z cynkiem). W ten sposób, zginając rurkę i układając ją w równoległe skręty, można przyrząd dopasować do każdej części ciała (głowa, brzuch, piersi). Dwa końce rurki łączy się z naczyniami i na zasadzie lewara otrzymuje się ciągły przepływ płynu. Jeżeli będziemy przepuszczać wodę zwykłą studzienną, wtedy otrzymujemy ostudzenie ciała większe aniżeli za pomocą wszelkich lodowych okładów. Pochodzi to ztąd, że ołów, jako dobry przewodnik ciepła, odbiera ciepłotę ciała i oddaje ją wodzie przepływającej. W razie użycia wody mającej 10°C można otrzymać nawet miejscowe znieczulenie. Kiedy górne naczynie się wypróżni dość jest na jego miejsce postawić dolne — pełne, a przyrząd napowrót funkcyjnować będzie. Tym sposobem otrzymuje się ciągłe ochładzające działanie, oszczędza się posług, a wreszcie i czystość łatwo utrzymana być może.

Jeżeli zamiast zimnej, użyjemy gorącej wody, wtedy otrzymujemy ciepłe okłady.

ODPOWIEDŹ OD REDAKCYI.

— *Dr. L. K. w Sosnowcu.* Źródła do operacji wyciągania nerwów, o które kolega pyta, są nader rozproszone. Prawie wszystkie wiadome mi artykuły podają opis kazuistyczny odnośnych przypadków, ogłoszonych po większej części po niemiecku i po angielsku. Jedyna zbiorowa praca ukazała się w języku niemieckim: Vogt: Die Nervendehnung als Operation in der Chirurgischen Praxis. Eine experimentelle und klinische Studie — wydane w Lipsku 1878 r. Jest to wyczerpująca praca o skutkach wyciągania nerwów w warunkach prawidłowych i patologicznych, oparta na własnych doświadczeniach, nadto autor podaje opis techniki i 12 operacyj, wykonanych od 1872—1877 r., przytem zastanawia się nad wskazaniem do tej operacji. Naturalnie od tego czasu i zakres skuteczności operacji i kazuistyka znacznie się powiększyły. — Oto spis operacyj, o jakich wzmianki znaleźliśmy w Centralblatt f. Chirurg.:

Rok	Autor	Wskazanie	Nerw wyciągany	Wynik
1877	Chiene (ang.)	Ischias	kulszowy	wyleczenie
	„	Ischias	kulszowy	wyleczenie
1878	Watson (ang.)	Tetanus	nerwy ramienia	polepszenie
	„	Tetanus	nerwy ramienia	bez skutku
	Morton (ang.)	Neuralgia	łokciowy	wyleczenie
	„	Neuralgia	kulszowy	bez skutku
	Masing (niem.)	Neuralgia	oba n. kulszowe	wyleczenie
	„	Neuralgia	kulszowy	bez skutku
	Klammroth (niem.)	Tetanus	udowy	bez skutku
1879	Ransohoff (ang.)	Tetanus	n. piszczelowy tylny	wyleczenie
	Stewart — Biskop (ang.)	Neuralgia epileptiformis	n. podoczodołowy i zębodołowy	wyleczenie
	Kocher (niem.)	Neuralgia	n. radonodołowy	wyleczenie
	Annandale (ang.)	Contractura spasmodica lewej połowy szyi	n. przydatkowy Wil-lisa	wyleczenie
	Rivington (ang.)	„	„	„
	Morgan (ang.)	„ (2 przyp.)	„	„
	Morris (ang.)	Tetanus	kulszowy	niepomysłny
	Clark (ang.)	Tetanus	kulszowy	wyzdrowienie
	Duplay (franc.)	Neuralgia	łokciowy	wyzdrowienie
	Blum. (franc.)	Bezład i bolesność	promieniowy i pośrod.	wyzdrowienie
	Klin i Knie (niem.)	Tetanus	splot ramieniowy	bez skutku
	Thomas (franc.)	Tetanus	pośrodkowy	pomysłny
	Crédé (niem.)	Neuralgia	promieniowy, pośrodkowy, łokc. i skórny	wyzdrowienie
	„	Neuralgia (2 przyp.)	trójdzielny	bez skutku

Rok	Autor	Wskazanie	Nerw wyciągany	Wynik
	Czerny	Neuralgia	łokciowy	bez skutku
	„	Ischias-Myelitis	kulszowy	bez skutku
	„	Epilepsia	łokciowy (aura)	bez skutku
	„	Contractura hemiplegia ze skurczami	splot ramieniowy	pomyślny
	Schüssler (niem.)	Tic douloureux	twarzowy	wyzdrowienie
	Masing (niem.)	Neuralgia	nadozodołowy	wyzdrowienie
1880	Langenbuch (niem.)	Tabes dorsalis	oba udowe i oba kulszowe	bóle ustały, poprawa w ataksyi
	Muralt (niem.)	Bezład	promieniowy	wyzdrowienie
	Credé (niem.)	Neuralgia	trójdzielny	wyzdrowienie
	Spence (ang.)	Ischias	kulszowy	„
	„	Neuralgia	paleowy	„
	„	Neuralgia	podoczodołowy	„
	Hildebrandt (niem.)	Ischias	kulszowy	„
	„	Neuralgia	splot ramieniowy	„
	Smith (ang.)	Tetanus traum.	pośrodkowy	„
	Van Kleef (niem.)	Neuralgia	międzyżebrowe 4, 5 i 6	„
	Putnam (ang.)	Tic convulsif	twarzowy	„
	Esmarch	Tabes dorsalis	oba kulszowe	bóle ustały, poprawa w ataksyi
	Erlenmeyer	Tabes dorsalis	oba kulszowe	polepszenie

W rosyjskim języku wyszła także praca (Wojenno-medycynskij Żurnał 1879), w której autor Hehn zestawil 72 przypadków, technikę, wskazania, a nadto wyniki swoich doświadczeń na zwierzętach nad wyciąganiem nerwów.

Dodać tu winniśmy, że operacyję, o której mowa, dwa razy wykonał prof. Kosiński w tu-tejszej klinice. W jednym przypadku wskazaniem był: *Ischias* nadzwyczaj uporeczywy, w drugim nerwoból n. auriculotemporalis. W pierwszym przypadku było znakomite polepszenie, w drugim wynik ujemny. Na moey opisu Nussbaum'a i Huetera (Grundriss der chirurgie str. 445, 1880 r.), i tego cośmy widzieli opis operacyi da się streścić w sposób następujący: długim cięciem dochodzi się do nerwu, wyluszcza go z tkanki łącznej, i jeśli to jest nerw gruby, np. kulszowy, wyciąga najprzód część ośrodkową, w kierunku ku sobie, jakby się go wyrwać chciało ze rdzenia, podłożywszy palec wskazujący pod nerw, a wielki oparłszy na nerwie; następnie to samo robi się z częścią obwodową. Jeśli nerw jest cieniutki, podprowadza się haczyk tępy, używany do podprowadzania ligatur i wyciąga na nim nerw silnie. Wszyscy autorowie zgadzają się na to, aby ciągnąć bardzo mocno; w przeciwnym bowiem razie wynik będzie ujemny. Prof. Kosiński ciągnął za nerw kulszowy „z całej siły“. O zerwanie się nie ma się co obawiać. Simington na moey doświadczeń nad nerwami kulszowemi; u trupa znalazł, że nerw ten nie zrywa się pod ciężarem 130 funtów średnio, (max. 176 u mężczyzny min. 86 u kobiety). Po takim mocnem wyciągnięciu, wkłada się nerw napowrót w jego łożysko; przyczem zazwyczaj zauważa się wydłużenie pozorne, zależące od wysunięcia pnia z jego pochwy. Pod wpływem wyciągania powstają małe wynacznienia, rozszerzenie żył, naderwanie i ugniecenie włókien obwodowych.

W polskich pismach znajdujemy artykuł oryginalny Wolberg'a (Medycyna 1880 Nr. 35 i 36) jako też streszczenia moje z przypadku Langenbach'a (Kronika Lek. 1830 r.) i Gajkiewicza (Gaz. Lekarska Nr. 1 1881 r.)
Matlakowski.

O D P O W I E D Z I.

W. D-rowsi Sz. w Krzepicach. „Przegląd Lekarski“ w księgarni p. Gebethnera kosztuje na pół roku 3 rs. 75 kop. Księgarnia bowiem pobiera te 75 kop. za kosztą przesyłki.

W. D-rowsi R. w Geranowach. Żądanie Sz. Kolegi spełniliśmy.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Za Redaktora odpowiedzialnego Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 29 Января 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крѳлевска № 23.