
GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH dra FLATAUA W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

DWA PRZYPADKI ALEKSYI.

Podał

Władysław Sterling.

W ciągu roku ubiegłego miałem sposobność spostrzegać na oddziale dra FLATAUA dwa przypadki t. zw. subkortykalnej aleksyi, których opis i analizę podaję:

Przypadek I. R. B. lat 64. Dwa lata temu, chorych, znajdując się z synem w piwnicy upadł nagle, przy zupełnie zachowanej świadomości. Wtedy syn podniósł go z podłogi, przyczem wyraźnie zaznacza, że chory mógł wtedy mówić, rozumiał, co do niego się do niego mówi i chodził dobrze do tego stopnia, że bezpośrednio po tem upadnięciu na podłogę poszedł z synem na spacer do ogrodu, gdzie przesiedział czas dłuższy, czując się jaknajlepiej. Noc wtedy chory spędził zupełnie dobrze, zjadłszy przedtem z apetytem kolację, lecz już wtedy zaznaczał przy jedzeniu, że nie odczuwa smaku.

Przez następne trzy dni chory był znacznie osłabiony, chodzić nie mógł, przyczem syn nie może dać dokładnych wyjaśnień, czy wtedy porażone były w jakikolwiek sposób kończyny.

Bezpośrednio po ataku stwierdził chory i otoczenie jego zanik zdolności czytania — chory rozpoznawał oddzielne litery, lecz nie potrafił ich złożyć w wyrazy i zdania, przyczem cyfry i liczby mógł wtedy czytać.

Chory wtenczas z jednym z synów swoich przebywał czasowo w Lipsku, gdzie zajmował się zakupem i handlem futrami. Leczył się wtedy w Lipsku u prof. SCHWARTZ'a, który przepisał mu okulary oraz jod. Stan chorego podczas półtoraletniego pobytu w Lipsku był z nieznacznymi wahaniami w subiektywnem samopoczuciu—prawie jednakowy. Przez cały czas ten chory nie mógł czytać, lecz mówił najzupełniej swobodnie. Chodził i pracował przez cały czas. Stwierdzono tylko znaczny upadek pamięci, który wystąpił bezpośrednio po ataku i wzrastał stale.

Po półtorarocznym przebywaniu w Lipsku chory przeniósł się z powodu interesów do Berlina, gdzie zaniepokojony swą utratą pamięci i niemożnością czytania zwrócił się do prof. HIRSCHBERG'a, który, zbadawszy go, skierował go do dra SCHUSTER'a. SCHUSTER leczył go prawie pół roku [elektryzacja etc.], stwierdził wtedy czystą postać aleksyi [demonstrował go w berlińskim Towarzystwie neurologicznem], a kiedy chory wyjeżdżał do Warszawy, skierował go na nasz oddział. W ostatnich tygodniach pobytu chorego w Berlinie, pamięć do tego stopnia odmawiała choremu posłuszeństwa, że bardzo mało zajmował się swemi interesami handlowymi. W Warszawie zaś, gdzie przebywa od trzech tygodni, już zupełnie interesami się nie zajmuje: Wtedy to, t. j. w pierwszych dniach pobytu chorego w Warszawie wystąpiło jakoby po raz pierwszy osłabienie prawej kończyny dolnej [chory, chodząc, powłóczył prawą nogę]—oraz pewne trudności przy mówieniu: chory zamiast jednych wyrazów wymawia inne oraz często trudno mu wymówić jakiś wyraz. Od tygodnia zaś wystąpiło również i osłabienie prawej kończyny górnej. W ostatnich dniach chory często zaczyna mówić—i nie może skończyć, nie pamiętając, co chciał powiedzieć.

Do czasu wystąpienia niniejszej choroby zawsze cieszył się dobrem zdrowiem, lecz przedtem już dwa lata temu było nieznaczne osłabienie pamięci. Pijał i i palił umiarkowanie. *Luës negatur*. Zona nie ronila. Sześcioro zdrowych dzieci [3-y córki i 3-ch synów]. Danych dziedzicznych niema.

ST. P R A E S E N S.

Chory średniego wzrostu, umiarkowanej budowy i odżywiania. Czaszka normalnej budowy, przy opukiwaniu nie bolesna. Żrenice dość wąskie, na światło reagują.

W z r o k. Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zdają się być zachowane, jakkolwiek są niezręczne i chory w kierunkach bocznych nie doprowadza gałek do pozycji krańcowych.

Chory marszczy czoło bardzo niezręcznie, lecz z obu stron jednakowo. Policzki nadyma z prawej strony słabiej aniżeli z lewej.

Przy pokazywaniu zębów, lewa warga odkrywa się bardziej niż prawa i prawa fałda nosowargowa jest bardziej wygładzona aniżeli lewa.

Czucie na twarzy i owłosionej części głowy z obu stron zachowane.

Podniebienie miękkie przy fonacji porusza się dobrze.

Siła mięśniowa w prawych kończynach jest wyraźnie mniejsza aniżeli w lewych, przyczem w prawej kończynie górnej wyraźnie silniej zajęte są peryferyczne części kończyny aniżeli centralne.

W prawym stawie barkowym podnoszenie i opuszczanie jest wykonywane z dość znaczną siłą, jakkolwiek nieco słabsze niż w lewym stawie barkowym, przyczem opuszczanie jest nieco silniejsze od podnoszenia, a doprowadzenie do klatki piersiowej od odprowadzenia.

W stawie łokciowym prawym upośledzenie siły mięśniowej jest nieco znaczniejsze, przyczem rozginanie jest wyraźnie silniejsze od zginania.

Największe upośledzenie siły mięśniowej w porównaniu z lewą stroną spotykamy w stawie promieniowo-napięstkowym oraz w palcach. Ruchy dłoni są bardzo osłabione bez wyraźnej różnicy w ich kierunku; ruchy palcami oraz opozycja dużego palca do innych są bardzo osłabione, niezręczne i niezborne. Najbardziej upośledzone są *m. m. interossei*. Zaznaczyć jednak trzeba, że i w lewej dłoni ruchy palców oraz opozycja dużego palca są niezręczne i niezborne. Wogóle jednak znajdujemy dość znaczne wahania w sile podczas następujących po sobie prób. Czasami ścisną rękę dość słabo, przy następnych zaś próbach wykonywa tę czynność wcale nieźle.

W prawej kończynie dolnej także stwierdzić można upośledzenie siły mięśniowej i przytem również w peryferycznych odcinkach kończyny znacznie większe aniżeli w centralnych. W stawie biodrowym zginanie silniejsze jest od rozginania, pomiędzy abdukcją a addukcją nie udaje się wykryć różnicy w sile. Rozginanie w stawie kolanowym prawym silniejsze jest od zginania [nie wiele], a plantarna fleksja stopy—od dorsalnej—te ostatnie ruchy są najbardziej upośledzone. Ruchy palcami prawej stopy są zachowane, jakkolwiek osłabione i niezręczne. I tutaj również występuje ten sam objaw, co w prawej kończynie górnej: to jest wahania siły przy następujących po sobie ruchach dowolnych. Osłabienie prawej nogi jest większe, niż prawej ręki, lecz i tutaj różnica nie jest znaczna.

Przy chodzeniu różnicy z obu stron nie widać. Czasami prawa stopa zahacza o podłogę.

Odruchy z *triceps* a zwłaszcza periostalny z *radius* z prawej strony żywsze niż z lewej.

Z prawej strony wyraźny odruch z *proc. styloideus ulnae* [addukcja dłoni i przedramienia], z lewej strony odruchu tego wywołać nie można.

PR prawy znacznie wzmożony; przy wielokrotnych następujących po sobie uderzeniach w *lig. patellare* następuje coś w rodzaju *clonus* goleni.

AR prawy znacznie żywszy — przy wielokrotnem uderzaniu w *tendo Achillis* otrzymujemy *Fussclonus*, który się jednak szybko wyczerpuje. Zwykłym sposobem [za pomocą forsownej dorsalnej fleksji stopy] nie udaje się wywołać *clonus pedis*.

Z prawej strony wyraźny objaw BABIŃSKIEGO.

Lewy odruch brzuszny — żywy.

Lewy odruch z *cremaster* — żywy.

Prawy odruch brzuszny — bardzo słaby.

Prawy odruch z *cremaster* bardzo słaby.

Czucie dotyku, bólu, temperatury, a specjalnie mięśniowe, stereognostyczne i lokalizacji zachowane.

3. V. 1906. Wczoraj chory podszedł do cudzego łóżka, chciał schować chleb i łyżkę pod materac, zamiast koszuli włożył kalesony, na pytania nie odpowiadał.

4. V. 1906. Przy rozmowie z chorym okazuje się, że rozumie on najdokładniej, co się do niego mówi. Odpowiedzi na pytania zadawane bez żadnej mimiki, określonej intonacji i gestykulacji następują natychmiast po zadanym zapytaniu, przyczem treść każdej odpowiedzi wyraźnie odpowiada zadanemu pytaniu. Wogóle chory mówi dość płynnie i artykulacja jest prawidłowa. Czasami przy odpowiedziach, dotyczących rzeczy potocznych, choremu brakuje wyrazu — wtedy namyśla się długo i potrząsa bezradnie głową.

[Nazwisko?] Rakiski — odrazu.

[Imię żony?] Liba — odrazu.

[Ile synów?] — Dobrze.

[Imiona?] Szmul.. namyśla się... dalej wymienić nie może.

[Gdzie mieszkał dawniej?] w Wilnie — odrazu.

Następnie pokazywano choremu cały szereg przedmiotów: [Kałamarz] — Namyśla się przez dłuższy czas i nie może znaleźć nazwy.

[Czy to pióro?]... nie... to, czem się pisze...

[Czy kałamarz?]... Tak.

[Pióro] odrazu dobrze.

[Nożyczki] z początku powiada: pióro—potem sam poprawia się... do krajania... nożyczki.

[But] dobrze.

[Krzesło] dobrze.

[Guzik] do zapinania... guzik.

[Nos] oko.

[Oko] oko.

[Brwi] dobrze.

[Palec] dobrze.

[Papieros] dobrze.

[Stetoskop] to dla doktorów... nie wiem, jak to się nazywa.

[Włożono mu do ręki rubla przy zamkniętych oczach]: to jest pieniądz... rubel.

[Włożono do ręki klucz] odrazu poznał dobrze i wymienił nazwę.

[To samo: pudełko z zapalkami]: to jest pudełko... wyjmując zapalkę i zapala... zapalki.

[Zamknięto choremu oczy i zabrzązano kluczami]. To klucze.. odrazu [Potarto zapałkę o pudełko również przy zamkniętych oczach] odrazu poznał.

[Wstrząśnięto flaszkę z lekarstwem]. — To woda, to woda się leje.

C Z Y T A N I Ę.

Przy czytaniu rosyjskiej średniej wielkości drukiem przy korekcyi wzroku okularami otrzymano następujące wyniki.

[ракушки] długo jąka się i sylabizuje zupełnie błędnie, wreszcie czyta: гродишка.

[врачь] туб, туб, туб, тубиш.

[мой] буф, буф, буф.

[на] нэ, нэ.

[м] г; poprawia się m: „nie r”. Na zapytanie, czy в — odpowiada potakująco.

[Р] О.

[Д] Z.

[И] И.

Po przekonaniu się, że z czytaniem druku książkowego nie można dość do ładu — pisano na kartonie wielkimi drukowanymi zgłoskami litery, sylaby i wyrazy.

[А] dobrze.

[О] dobrze.

[В] dobrze.

[С] Е.

[Е] dobrze.

Jeżeli mu powtórnie pokazać С obok Е, wtedy sam powiada, że С rozpoznał błędnie, lecz nie jest w stanie powiedzieć, co to za litera.

[М] z początku mówi Т, potem zaprzecza. Na zapytanie czy to D, odpowiada przecząco. Na zapytanie, czy to М — potakuje z zadowoleniem.

[Н] początkowo powiada N. Jeżeli mu potem pokazać N, to poznaje dobrze.

[Р] D. Po chwili samoistnie każe pokazać sobie raz jeszcze tablicę, twierdząc, że poprzednio rozpoznał źle. Namyśla się długo, lecz nie może natrafić na odpowiednią nazwę. Na zapytanie czy to Ф — kręci głową przecząco, czy Р — potakuje radośnie.

[Ф] odrazu dobrze.

[У] początkowo litera napisana została niezupełnie dokładnie, lecz tylko o tyle, że lewy znaczek u góry był nieco zaokrąglony [У] — nie poznał. Przy zdemonstrowaniu zupełnie dokładnie napisanej litery, chory odrazu poznaje.

SYLABY i WYRAZY.

[МА] odrazu dobrze.

[ВО] odrazu dobrze.

[ВОРЪ] długo stęka i sylabizuje — wreszcie z trudnością odczytuje:
ВРОБЪ.

[ТО] najpierw nie może poznać Т, gdy mu podpowiedzieć, także nie może odczytać sylaby.

[ЦА] nie może przeczytać.

[Г] pokazane oddzielnie poznał.

[О] pokazane oddzielnie poznał.

[ГО] powtórnie — z początku nie może przeczytać—potem dobrze.

[РА] czyta oddzielnie Р i oddzielnie А. Razem РО—po chwili dobrze

[ГОРА] дераль, градал... nie może.

[ПЕ] ...ФЕ.

[РУ] czyta z początku źle, potem dobrze.

[РУКА] dobrze!

[ВИНО] свехес... пески... свехес... zupełnie źle.

[В. И. Н. О] pokazane oddzielnie poznaje odrazu doskonale.

[ВИ] dobrze.

[НО] dobrze.

[МАМА] ла, лавус, лавус...

[МА] АН.

CYFRY i LICZBY.

[2] początkowo 5, potem dobrze.

[5] dobrze.

[4] dobrze.

[7] początkowo 5.

[Czy 8?] nie.

[Czy 7?] tak.

[3] dobrze.

[45] początkowo 54, potem dobrze.

[69] początkowo 65, potem dobrze.

[14] dobrze.

[28] achzen, achzen... potem dobrze.

[354] drei hundert mit sieben und vierzig — wyraźna parafazyja, gdyż chory pokazuje na palcach, że chodzi o 5 i 4.

[261] 251 — potem 261.

[333] odrazu dobrze.

[4231] początkowo 4235, potem dobrze.

O zdolności pisa n i a będzie mowa poniżej.

Kliniczna strona przypadku niniejszego nie nasuwa najmniejszych wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z rozmiękczeniem substancji mózgowej [wybroczyna, embolia?]
— dowodem tego są wyraźne zaburzenia siły mięśniowej po stronie prawej wraz z wzmożeniem odruchów ścięgnistych, które utworzyły się dopiero w przebiegu ostatniego roku choroby oraz zaburzenia w pisaniu, których na początku choroby również nie było.

Co się tyczy anatomicznej lokalizacji, to pewną trudność w przypadku niniejszym stanowi fakt, że hemianopsyi nie było — że więc *Sehstrahlung* nie było dotknięte — jest to dla przypadku aleksyi subkortykałnej tem dziwniejsze, że *Sehstrahlung* przebiega tuż obok *fasciculus longitudinalis inferior*, którego zajęcie musimy przyjąć, jako drogi assocyacyjnej pomiędzy zrazem potylicowym a skroniowym.

[D. c. n.].

II. W SPRAWIE LECZENIA PRZEPUKLINY.

Podał

Z. Sławiński.

[Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 15 stycznia 1907].

(Dokończenie. — Patrz Nr. 18).

Pozwolę sobie tutaj przytoczyć dla przykładu trzy przypadki, uwydatniające skuteczność znieczulania miejscowego i zakres stosowania tego sposobu. 45-letni mężczyzna, bardzo otyły, z głuchawymi tonami serca, ma obustronną przepuklinę pachwinowo-moszną, wielkości pięści, wolną lecz od dawna nieodprowadzalną; zawartość jednej stanowią jelita, zrosnięte ze sobą i z workiem, drugą wypełnia bliznowato zwyrodniała sieć, również do podstawy i szyi worka przyrośnięta. Wyosobnienie jelit i sieci z mocnych zrostów odbywało się przeważnie na ostro, w kilku miejscach wypadło zeszywać ścianę jelita, a mimo to chory zniósł łatwo oba zabiegi i na ból się zbytnio nie skarżał; odbudowanie kanału odbyło się szybko po wycięciu zgrubiałych otoczek i powrózka. W innym przypadku, dotyczącym 68-letniego mężczyzny z wylonieniem (*eventratio*) trzew do moszny, wyosobnienie wielkiego worka, jak również częściowe wycięcie powrózka i otoczek było bezbolesne.

Niewątpliwie zatem metoda CUSHING'a pozwala nawet w przypadkach cięższych obyć się bez usypiania ogólnego, a usuwając owo niebezpieczeństwo, daje nam zarazem możliwość usuwania przepukliny wolnej tam, gdzieśmy tego dotychczas unikali. Już na tej podstawie, jako też na mocy przeświadczenia, że pasek jako środek leczniczy ma rację bytu tylko dla dzieci, moglibyśmy twierdzić, że z wyjątkiem dzieci, każda przepuklina powinna być leczona tylko operacyjnie.

Przeciwno takiej tezie, skierować można wszakże pewne zarzuty. I tak przede wszystkim obawa zakażenia stanowić może czynnik powstrzymujący od operacji. Jakkolwiek zakażenia miejscowe w ranie zdarzają się na ogół coraz rzadziej i do żadnych groźniejszych powikłań nie prowadzą, to jednak osłabiają one znacznie wynik pożądaný—blizna na miejscu ropienia jest zawsze rozciągliwsza i stąd dany osobnik narażony będzie znowu na przepuklinę, inną wprawdzie co do charakteru, nie mniej jednak upośledzającą jego sprawność fizyczną. Są to właśnie wznowy, co do których różnią się zapatrywania nawet chirurgów. Wtedy, gdy przeważna większość zdań przemawia za operacyjnem usuwaniem wszelkich wznów, co ma zapewniać trwale nadal wyniki, HAHN radzi nie operować wogóle wznów pooperacyjnych, a BERGER twierdzi nawet, że nie należy operować doszczętnie osobników z wydatnem usposobieniem, skoro z tego właśnie względu będą oni bardziej od innych skłonni do wznowy.

Rozważmy naprzód zarzut najpoważniejszy, mianowicie kwestyę t. zw. usposobienia. Otóż, zdaniem mojem, istnienie owego usposobienia, oraz jego wpływu nie należy dotychczas uważać za fakt niezbitý. Gdyby wnioski BERGER'a w tym kierunku uznać za ostateczne [miarodajne], wypadłoby chyba wyrzec się operowania wogóle tego rodzaju osobników gdyż wątle i niedorozwinięte mięśnie i pooperacji nie zdołałyby zapewnić należytej opory, i przepukliny, a przynajmniej wznowy rozwijałyby się szybko. Na szczęście, nie podobna nie powątpiewać o słuszności tych poglądów. U osobników dotkniętych przepukliną bynajmniej niezawsze wykryć można owe cechy usposabiające, nie stanowią więc one niezbędnego warunku powstania przepukliny; jak z drugiej znów strony, spotyka się nieraz ludzi już w wieku starszym, pracujących fizycznie od dawna i ciężko, z uwydatnionem zda się usposobieniem w postaci zwłaszcza t. zw. bocznych wyniosłości, bez śladu jednak przepuklin. Wniosek oględny mógłby być ten tylko, że u pewnych ludzi, oprócz watości ściany brzusznej, spotykają się zarazem przepukliny, jakkolwiek współlistnienie tych faktów nie stanowi jeszcze o ich związku przyczynowym. Nie zapuszczając się w dalsze rozpatrywanie teorii powstawania przepuklin wogóle, musimy wszakże zgodzić się na to, że skoro nie posiadamy sposobu wzmacniania oporności ściany brzusznej, jako jednego z domniemyanych czynników patogenetycznych, inną drogą oprócz operacyjnej, powinniśmy operować również i osobników z t. zw. usposobieniem,

Operacja i pod względem sprawności do pracy i spokoju, jaki zapewnia, przewyższa niewątpliwie paski, których zresztą wypadłoby w danym wypadku wobec licznych przepuklin używać kilku naraz, na każdą przepuklinę z osobna. Osobnikom takim usuwać należy również przepukliny zadatkowe, w ten tylko bowiem sposób zdołamy się z czasem przekonać, czy i tutaj blizna pooperacyjna ulega istotnie następczemu wypukleniu przy dalszej pracy zawodowej.

Rozumie się, że operacja na takich osobnikach wymagać powinna największej staranności w dokładnem złączeniu wątych mięśni brzusznych i wzmocnieniu oporu, jaki dać może rozciągnio m. skośnego zewnętrznego. Być może, że metoda LUCAS CHAMPIONIÈRE'a nadawałyby się w tych razach najlepiej z tego względu, że dąży do zmniejszenia powierzchni zbyt luźnych powłok włóknistych kanału, zapomocą nasuwania ich wzajemnego (tak zw. „*imbrication*”); są to wszakże zagadnienia, na które dopiero liczniejsze spostrzeżenia odpowiedzieć mogą stanowczo. W każdym jednak razie twierdzić wolno, że operacja będzie tu drogą bardziej ludzką, niż doradzanie tego rodzaju osobnikom imania się innego zajęcia, mniej wymagającego wysiłków, lub upośledzanie ich zdolności zawodowej przez nieusuwanie przepukliny.

Po tem wyjaśnieniu i zarzut co do wznów mniej jest ciężkim do odparcia. Wznowy pooperacyjne wytwarzają się przeważnie w szczelinach, powstałych wśród zeszytej ściany brzusznej, zwłaszcza w górnym końcu blizny, jak wykazują badania odnośnie. Zdarzać się one mogą i w dalszym końcu blizny u osobników, operowanych bez przemieszczenia powrózka. Są to, jak sądzić należy, skutki niedokładności technicznych, które zresztą z łatwością usunąć się dają przez ponowne zeszytanie powstałej luki,—takie jest przynajmniej ogólnie panujące zdanie. Wznowy takie, z drugiej strony, łatwiej jest nawet ochronić paskiem do czasu operacji, niż istotne przepukliny, gdyż nie są one podatne do uwięzienia. Według obecnych spostrzeżeń, wznowa staje się coraz rzadszą w miarę udoskonalenia aseptyki i techniki, na co niektóre prace kładą szczególny nacisk. Chirurg tej miary, co LUCAS CHAMPIONIÈRE w znanym swym podręczniku kilkakrotnie zaznacza, że właśnie w operacji doszczętniej przepukliny wszystko zależy od dokładności i znajomości rzeczy operującego; jego zdaniem, operacja ta jest trudna i podejmować się jej należy po dłuższej w tym kierunku pracy. W sprawozdaniu o tysiącu operacji doszczętnych COLEY twierdzi również, że leczenie operacyjne zapewnia wyniki dobre tylko w rękach powołanych.

Wracając jednak do naszego tematu, musimy się jeszcze zastanowić, czy metoda CUSHING'a ma wyższość nad używanymi dotychczas sposobami omijania usypiania ogólnego. Co się tyczy naprzód znieczulenia miejscowego rozczynek SCHLEICH'a, to w danym razie opisana metoda przewyższa je bezspornie. Wiemy wszak dobrze, ile czasu pochłania zastrzykiwanie rozczynek krok za krokiem, jak trudno jest orientować się w nacieczonych tkankach tu zwłaszcza, gdzie najbardziej kierować się musimy wzrokiem i dotykiem podczas odosobniania poszczególnych składników anatomicznych;

to jedno przesądza sprawę na korzyść sposobu CUSHING'a. O znieczuleniu rdzeniowym, stosowaniem od niedawna w zastępstwie usypiania, nie pewnego orzec nie mogę. Osobiste moje doświadczenie zbyt jest na to małe, mnożące się zaś coraz liczniej spostrzeżenia odnośnie w literaturze obcej podnoszą przeważnie zalety tego postępowania. Jeżeli przyszłość utrwali owe zdania pochlebne, wzbogaci się znacznie nasz zasób metod znieczulania; wątpliwą jest wszakże rzeczą, czy znieczulenie rdzeniowe da się stosować w przepuklinie uwięzłej z tego względu, że większość badaczy unika tego sposobu wobec zakażenia. Być może, że wchodzące obecnie w szersze użycie w Niemczech odurzanie eterem (*Aetherrausch*) również zastąpić zdoła chloroform; w każdym atoli razie ten wzgląd, że przy sposobie CUSHING'a obyć się można pomocą minimalną, rozstrzygnie w wielu przypadkach, zwłaszcza dla lekarza prowincjonalnego, o wyborze metody znieczulania.

Jakkolwiekby, posiłkując się tym lub owym z wymienionych sposobów znieczulania i dążąc do zupełnego opanowania aseptyki, możemy usunąć owe ograniczenia, jakie tamowały dotychczas rozciągnięcie operacji doszczętnej przepukliny pachwinowej wolnej i na osobników w wieku starszym. Przed laty 10-u BERGER sądził, że operacja doszczętna, pomimo wszelkich ostrożności, przedstawia jeszcze za dużo ryzyka i niepewności w skutkach, żeby ją można było stosować we wszystkich przepuklinach odprowadzalnych i zastąpić nią w sposób ogólny paski w leczeniu przepukliny. Obecnie twierdzić możemy, że ryzyko operacji mniejsze jest od niebezpieczeństwa uwięznięcia i dlatego pozwalam sobie wyrazić w końcu przekonanie, że winniśmy uświadamiać publiczność o wynikach przez nas w leczeniu osiągniętych, oraz wpajać w nią, że przepukliny lekceważyć nie wolno, lecz, że należy ją leczyć w każdym okresie jej istnienia, tudzież, że paski przepukliny nie leczą, ani od uwięznięcia nie zabezpieczają. Co najważniejsza zaś, mamy prawo doradzać operację doszczętną wszystkim, z wyjątkiem dzieci, nie dając im, jak to dotychczas bywało, wyboru pomiędzy paskiem a operacją, zastrzegając chyba, że jedyne pewikłanie, na jakie mogą być narażeni, stanowi ropienie w szwach i łatwa do usunięcia wznowa. Trzeba wreszcie zaznaczyć, że dla przepuklin uwięzłych sposób znieczulania CUSHING'a stanowi postęp, który niewątpliwie zmniejszy śmiertelność pooperacyjną, dotychczas nader znaczną.

Materyał mój osobisty dotyczy tylko przepukliny pachwinowej, sądzę wszakże, że wskazania powyższe winny znaleźć zastosowanie i w leczeniu przepuklin udowych oraz pępkowych. Przepuklinę udową, jeszcze trudniejszą od pachwinowej do utrzymania zapomocą paska, można podobno znieczulać dogodnie sposobem CUSHING'a. Do znieczulania powłok przepukliny pępkowej wystarczy również płyn SCHLEICH'a, po dojściu zaś do wrażliwej otrzewnej dałoby się może zastosować w razie potrzeby odurzenie eterem.

III. Z ODDZIAŁU CHOROÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA.

Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych.

Podał

Dr Stanisław Kopczyński

p. o. ordynatora oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 18].

B. PRZYPADEK DRUGI.

Jednostronne uszkodzenie wszystkich dwunastu nerwów czaszkowych.

Chora W. S. ¹⁾, lat 26, żona robotnika, została skierowana do szpitala Św. Ducha w dniu I/1 1907 roku przez kol. SMOLEŃSKIEGO; skarży się na ból w lewej połowie głowy, na drętwienie w lewej połowie twarzy, na niemożność otwierania lewego oka, na szum w lewym uchu i na utrudnienie w polykaniu twardych pokarmów.

Choroba zaczęła się przed rokiem. Chora zaczęła doznawać bólu głowy i drętwienia w lewej połowie twarzy, co ją zniewoliło do szukania porady w poliklinice dra GOLDFLAMA; jednocześnie zauważyła, że twarz jej nieco przekrzywiła się w prawo; wkrótce dołączyło się opuszczenie lewej powieki, najpierw częściowe i przejściowe, potem zupełne i na stałe, a oprócz tego chora ogłuchła na lewe ucho. W kilka miesięcy potem chora, która poczęła szybko chudnąć, zauważyła, iż doznaje trudności w polykaniu zarówno płynnych, jak i twardych pokarmów, pierwsze wracają jej się przez nos, drugie musi polykać z wielkim wysiłkiem, dobrze przedtem mocząc je i śliniąc. W tym też czasie chora zauważyła występowanie guzów na lewej połowie szyi i pod lewym uchem, co utrudniało jej jeszcze bardziej żucie i jedzenie pokarmów. Przed dwoma miesiącami do pomienionych wyżej objawów dołączyły się silne bóle głowy, nudności w połączeniu z wymiotami, które trwały przez dni kilka. W ostatnich tygodniach zauważyła też pewną zmianę w głosie,

¹⁾ Chora została przedstawiona w sekcji neurologiczno-psychiatrycznej w dniu 19-m stycznia 1906 roku.

który stał się nieco innym, nieczystym, musiała często odchrząkiwać, oprócz tego zaczęła doznawać szumu i w prawym uchu. Poza tem żadnych nienormalnych objawów tak w ruchu, jak i w czuciu zarówno ze strony kończyn górnych, jak i dolnych, chora nie zauważyła. Łaknienie i pragnienie normalne. W ostatnich czasach zauważyła pewną skłonność do zatwardzeń bez specjalnych objawów ze strony żołądka lub kiszek. Bicia serca nie doznawała. Chora zamężna od lat 6-u. Trzy razy zachodziła w ciążę. Raz ronila, 2 razy rodziła. Jedno dziecko żyje, drugie zmarło. Mąż zdrowy. Chora pod względem neuropatycznym nieobciążona.

Badanie przedmiotowe, dokonane w dniu 7-m stycznia r. b., wykazało, co następuje:

Chora niskiego wzrostu, słabej budowy, mocno wychudzona. Błony śluzowe widoczne blade. Przy oględzinach i obmacywaniu uderza po lewej stronie szyi znaczna liczba powiększonych twardych gruczołów, rozmieszczonych wzdłuż naczyń limfatycznych od obojczyka do ucha. Gruczoły te zmieniają konfigurację szyi. W dużej też liczbie nagromadzone są one w lewym kącie żuchwy w okolicy przyusznej lewej. Nawiasem dodać należy, iż badanie drobnowidzowe, dokonane nad wyciętym jednym z takich gruczołów [kol. JANKOWSKI] wykazało, iż mamy tu do czynienia z mięsakiem (*sarcoma alveolare*). Czaszka posiada pewne zniekształcenie, a mianowicie: zewnętrzna boczna część lewej kości czołowej przedstawia pewne wgłębienie, które zachodzi na łuskę skroniową (*squama tempor.*) i uwydatnia jeszcze bardziej kość licową (*os zygomaticum*).

Opukiwanie lewej połowy czaszki sprawia chorej mocny ból. Kręgosłup przy opukiwaniu niebolesny. Zniekształceń nie przedstawia. Tętno, gdy chora spokojnie leży na łóżku, wynosi 88 uderzeń na minutę, gdy kilkakrotnie uniesie się na łóżku, liczba uderzeń zwiększa się do 112. Oddycha chora 14 razy na minutę. W narządach wewnętrznych żadnych zбочeń od normy nie zauważono. Siła ruchowa, naogół biorąc, zachowana we wszystkich kończynach i odpowiada znacznemu wychudzeniu chorej. Jedynie w palcach lewej kiści cokolwiek słabsza. Przy oględzinach i obmacywaniu widać też pewien zanik lewego kłębu i kłębiku i pogłębienie bruzd w dwóch ostatnich przestrzeniach międzykostnych. O zaniku mięśni w obrębie lewego barku będzie mowa poniżej. Wszystkie odruchy ścięgnowe na kończynach dość żywe, równomierne, skórne również równomierne i umiarkowanie żywe. Sfera czuciowa na tułowiu i kończynach zmian wyraźnych nie przedstawia.

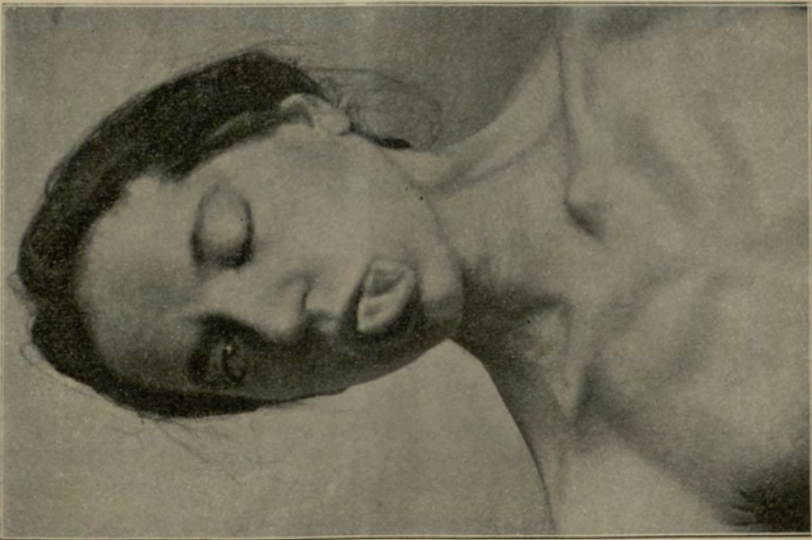
Badanie nerwów czaszkowych wykazało, co następuje:

I para. Powonienie w lewej dziurce nosowej zupełnie zniesione, chora nie odczuwa zupełnie, wachając lewą dziurką od nosa, zapachu wonnych olejków, waniliny i t. p.; w prawej powonienie zachowane.

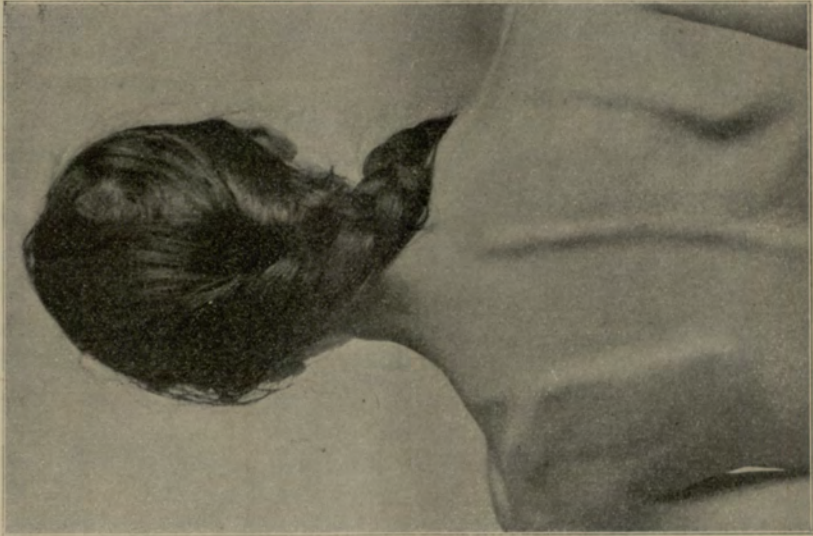
II para. Lewym okiem chora widzi, jak przez mgłę, palce liczy z trudnością z odległości 4-ch kroków, prawym widzi dobrze. Badanie oftalmoskopowe [potwierdzone przez kol. CETNAROWICZA] wykazało w obu oczach brodawkę zastoinową, w stopniu większym w oku lewym.

Do art. dra Stanisława Kopczyńskiego.

T
A
B
L
I
C
A
I
I-ga.



Rys. 3.



Rys. 4.

III. IV i VI para. Źrenice: lewa źrenica bardzo rozszerzona, prawa umiarkowanie szeroka. Lewa zupełnie nieruchoma (*mydriasis paralytica*), prawa zarówno na światło, jak i na przystosowanie oddziałuje dobrze. Powieka lewego oka opuszczona [rys. III] i zamyka oko zupełnie; lewa gałka oczna zupełnie nieruchoma (*ophthalmoplegia completa externa et interna*). Lewa źrenica ustawiona jest nieco ku dołowi. Ruchy prawej gałki ocznej wogóle swobodne, z wyjątkiem ruchów odprowadzających ją ku zewnątrz: wtedy prawa źrenica zachodzi tylko nieco dalej, niż za linię środkową [niedowład prawego nerwu odwodzącego]. Wobec opuszczenia lewej powieki i nieużywania przy widzeniu oka lewego, chora podmiotowo dwojenia w oczach nie doznaje. Przy uniesieniu biernem lewej powieki do góry chora we wszystkich kierunkach widzi obrazy podwójnie. Cała lewa gałka oczna wypukła się ku zewnątrz (*exophthalmus paralyticus*).

V para Strona lewa. Zupełne znieczulenie na wszystkie rodzaje czucia w obrębie wszystkich trzech gałęzi nerwu trójdzielnego lewego. Znieczulenie dotyczy również błony śluzowej na wewnętrznej stronie lewego policzka, na dziąsłach, na lewej połowie jamy ustnej. Znieczulenie błony śluzowej rogówki i łącznicy lewego oka. Na lewej rogówce jak gdyby początek zmętnienia (*keratitis neuroparalytica*). Brak odruchu przy drażnieniu pędzelnikiem błony śluzowej w lewym skrzydle nosa. Wąchanie salamoniaku, eteru przez lewą dziurkę od nosa odruchu również nie wywołuje. W okolicy lewego guza czołowego widać ranę, która pomimo starannego opatrywania nie chce się goić. Wypróbowaniu czynności ruchowej nerwu trójdzielnego stoi na przeszkodzie nagromadzenie się powiększonych gruczołów w kącie lewej zuchwy. Chora nie może szeroko otwierać ust, z trudnością też porusza dolną szczęką w strony (*m. m. pterygoidei*), nieco lepiej w lewo, niż w prawo. Przy zaciskaniu szczęk lewy mięśń żwaczowy (*m. masseter*) napina się słabo, przy obmacywaniu wydaje się bardziej wiotki, zarówno w części skroniowej, w okolicy owego wgłębienia, jak i w części zuchwowej. Strona prawa. Ze strony prawego nerwu trójdzielnego brak wszelkich zaburzeń tak w dziedzinie czucia, jak i w dziedzinie ruchu.

VII para. Strona lewa [rys. III]. Przy marszczeniu czoła, brwi lewa połowa pozostaje zupełnie gładką. Lewej brwi chora zupełnie nie jest w stanie unieść. Lewa brew stoi na tym samym poziomie, co i prawa. Przy marszczeniu nosa po lewej stronie fałd nie widać. Lewe nozdrze przy wąchaniu nie porusza się wcale. Bruzda noso-wargowa nie porusza się wcale. Lewy kąt ust stoi nieco niżej, aczkolwiek nie tak nisko, jak zwykły stawać przy zupełnem porażeniu nerwu twarzowego. Przy dmuchaniu lewa połowa szpary ustnej pozostaje niedomknięta i powietrze przez nią ulata. Chora doznaje ciężle uczucia suchości w ustach. Na prąd faradyczny mięśnie porażone nie oddziałują wcale, przy badaniu prądem galwanicznym wykazują odczyn zwyrodnienia [KaSZ=ASZ], skurecz robaczkowaty, bardzo powolny. Strona prawa. Mięśnie twarzy po stronie prawej funkcjonują zupełnie prawidłowo.

VIII para. W lewym uchu chora doznaje wciąż szumu. Przy badaniu okazuje się, że chora na lewe ucho nie słyszy wcale. Przewodnictwo kostne po tej stronie zniesione. Zmian na dnie ucha niema. Głuchota nerwowa. Słuch w prawym uchu nieco osłabiony.

IX para. Smak na całej lewej połowie języka i na całej lewej połowie jamy ustnej, a więc i na podniebieniu zniesiony zupełnie. Po prawej stronie smak zachowany.

IX i X para. Lewa połowa podniebienia miękkiego nieco opuszczona, przy dotykaniu, przy wydawaniu głosu porusza się bardzo mało, więcej biernie, pociągana przez stronę prawą. Niekiedy część płynnych pokarmów zwraca chora przez nos. Twardych pokarmów jadać wogóle nie może, musi je doskonale pogryść i zwiżyć śliną lub pokarmami płynnymi. Ruch polykania chora wykonywa z dużym wysiłkiem, wprawiając w grę mięśnie pomocnicze. Skręcania głowy w strony jednak zauważyć nie można.

Chora mówi z pewnym wysiłkiem, często odchrząkuje, twierdząc, że jej coś zawadza. Głos zlekka zachrypnięty.

Badanie laryngoskopowe [kol. Łogucki] wykazało zupełne porażenie krtani po stronie lewej: wejście do krtani i lewa połowa nagłośni na dotknięcie nie reagują wcale, gdy tymczasem dotknięcie prawej strony natychmiastowo wywołuje odruch wymiotny. Lewa struna głosowa znajduje się w położeniu trupiemi; ani przy wdechaniu lub wydechaniu, ani też przy wydawaniu głosu nie porusza się wcale, gdy prawa struna głosowa do niej się zbliża. Tętno 88—112 razy na minutę, zmienne, zwłaszcza przy nachyleniu się chorej. Zaburzeń żołądkowych [wzdęcia, rozdymania, silnej obstrukcji, rozwołnień] chora nie doznaje. Mięwa wypróżnienia co drugi dzień.

Wnętrze małżowiny usznej lewej zupełnie nieczule na dotyk i ból.

Po stronie p r a w e j nerw błędny-zaburzeń nie przedstawia.

XI para. Głowa cokolwiek skręca w prawo i do góry. Kiedy chora skręca głowę w lewo, widać, jak prawy mięsień mostko-obojezyko-sutkowy (*m. sternocleido-mastoideus*) napina się nieco, aczkolwiek przy obmacywaniu wyczuwa się sznurek mięśniowy bardzo wiotki; przy skręcaniu głowy wprawo mięśnia tego po stronie lewej zupełnie nie widać i nie wyczuwa się on wcale. Jednocześnie widać, że lewy obojezyk skręcony jest wzdłuż osi podłużnej i stoi nie poziomo, a prostopadle, t. j. opiera się o brzeg mostku węższą swą częścią [rys. III]. Lewa część szyi wydaje się spłaszczoną, dół nadobojezykowy lewy jest głębszy, niż prawy; zewnętrzny koniec obojezyka i łopatki po stronie lewej sterczą bardzo wyraźnie. Przy oglądaniu z tyłu [rys. IV] widać, że obie łopatki są nieco oddalone od kręgosłupa, prawa na 9½ ctm., lewa na 9 ctm., przyczem wewnętrzne ich brzegi biegną zupełnie równolegle do kręgosłupa. Mięśnia czworobocznego lewego nie wyczuwa się wcale zarówno w górnej, jak i w środkowej i w dolnej części, wskutek czego szyja i bok po stronie lewej wydają się bardziej zgładzonymi i płaskimi, niż po stronie prawej. Uwidoczni się to przeważnie przy podnoszeniu ramion do góry: gdy po stronie prawej mięsień czworoboczny i mięsień, unoszący kąt łopatki, napinają się dobrze, po stronie lewej mięśnia czworobocznego nie wyczuwa się wcale,

a i mięsień unoszący kąt lewej łopatki, również wyczuwa się słabo. Wskutek zaniku środkowej i dolnej części mięśnia czworobocznego lewego dół nad- i podgrzebieniowy lewy występują bardzo widocznie. Przy zbliżaniu ramię widać wyraźnie mięsień czworograniasty lewy, jako napinające się skośnie pasmo włókien mięsnych. Lewa łopatka zbliża się mniej do kręgosłupa niż prawa, a mianowicie: po stronie lewej górny wewnętrzny brzeg oddalony jest o $4\frac{1}{2}$ ctm., a więc cała łopatka ustawiona jest wtedy skośnie, po stronie zaś prawej górny wewnętrzny brzeg oddalony jest o 4 ctm., dolny o $4\frac{1}{2}$ ctm. Cała lewa łopatka stoi przytem o 1 ctm. wyżej, niż prawa.

Chora podnosi obie ręce swobodnie we wszystkich kierunkach. Kiedy podniesie lewą rękę do góry, to wskutek tego, iż lewy obojczyk nie jest przykryty mięśniem czworobocznym, tworzy się pomiędzy zewnętrznym końcem obojczyka a łopatką dość znaczne wgłębienie, dół, drugi mniejszy nieco wytwarza się wtedy pomiędzy zewnętrznym końcem obojczyka a mięśniem trójgraniastym. Nawiasem podamy, że mięsień trójgraniasty lewy wydaje się przy obmacywaniu nieco wiotki. Krtani stoi pośrodku. Podczas polykania ruchy krtani wogóle są niewielkie. Widać wtedy napinające się wąskie pasmo mięsne, idące od wyrostka cycowego czyli sutkowego (*proc. mastoideus*) do wyrostka krakowatego (*proc. coracoideus*) łopatki. Przekrzywienia głowy lub przesuwania się krtani w strony podczas polykania zauważyć nie można.

Badanie prądem elektrycznym wykazało brak wszelkiego odczynu ze strony lewego nerwu dodatkowego, ze strony włókien mięsnych lewego mięśnia czworobocznego (*m. trapezius*). Z lewego mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, jako nie istniejącego, oczywiście żadnego skurczu wywołać nie można było. Z prawej strony mięsień czworoboczny i mięsień mostko-obojczyko-sutkowy oddziaływały na prąd elektryczny prawidłowo.

XII para [rys. III]. Język wysunięty z jamy ustnej zbacza w lewo. Lewa połowa języka porwana jest zmarszczkami i bruzdami. W mięśniach tej połowy widać drganie włókienkowe. Smak i wszystkie rodzaje czucia na całej lewej połowie języka, jak to wyżej wspominaliśmy, zupełnie zniesione. W jamie ustnej język leży w ten sposób, że jego koniec skręca w prawo. Grzbiet języka po stronie lewej stoi niżej, niż po stronie prawej. Badanie prądem elektrycznym wykazało, że pobudliwość na prąd galwaniczny w porażonej połowie języka jest wzmożona, że chociaż formuła odczynu jest niezmienną [Ka Sz > An Sz], to jednak skurcz mięśni jest powolny, robaczkowaty.

Poza objawami wymienionymi powyżej, chora żadnych innych porażań, ani też zaników mięśni, zaburzeń w sferze czuciowej lub ruchowej nie przedstawia.

Mocz posiada ciężar właściwy 1017. Białka ani cukru nie zawiera wcale.

Jeżeli zechcemy zestawić obecnie wyniki badania w naszym drugim przypadku, to otrzymamy, co następuje:

Chora wraz z rozwijającym się złośliwym nowotworem w naczyniach limfatycznych szyi zaczęła doznawać w ciągu roku rozmaitych zaburzeń

ezuciowych i ruchowych w obrębie nerwów czaszkowych, niemal wyłącznie po stronie lewej:

1) zniesienie powonienia po lewej stronie: porażenie nerwu powonieniowego [n. I] lewego;

2) *neuritis optica* na obu oczach i osłabienie widzenia w oku lewym [n. II];

3) *ophthalmoplegia completa externa et interna, exophthalmus paralyticus* — porażenie nerwu okoruchowego, bloczkowego i odwodzącego [nn. III, IV i VI], po stronie lewej; osłabienie nerwu odwodzącego prawego (*paresis n. VI dextris*);

4) znieczulenie wszystkich trzech gałęzi nerwu trójdzielnego lewego i zwiózczenie mięśnia żwaczowego lewego (*m. masseter*), zniesienie smaku na języku i znieczulenie całej lewej połowy jamy ustnej — porażenie nerwu trójdzielnego [V] lewego;

5) asymetryę twarzy i porażenie mięśni twarzowych po stronie lewej — porażenie nerwu twarzowego [n. VII] lewego;

6) głuchotę zupełną po stronie lewej, szum w lewym uchu, zniesienie przewodnictwa kostnego na lewej połowie czaszki — porażenie nerwu słuchowego [n. VIII] lewego;

7) zniesienie smaku na całej lewej połowie języka (*hemiageusia*), utrudnienie w polykaniu zarówno twardych jak i płynnych pokarmów, znieczulenie lewej połowy gardzieli — porażenie nerwu podjęzykowego [n. IX] lewego;

8) porażenie lewego łuku podniebiennego, znieczulenie lewej połowy gardzieli, nagłośni; górnej części krtani, porażenie lewej struny głosowej, zmienność tętna — porażenie nerwu błędnego [n. X] lewego;

9) porażenie i zanik mięśnia czworobocznego (*m. trapezoides s. cucullaris*) i mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego po stronie lewej — porażenie nerwu dodatkowego [n. XI] lewego;

10) porażenie i zanik mięśni lewej połowy języka — porażenie nerwu podjęzykowego [n. XII] lewego.

Tak więc wszystkie 12 nerwów czaszkowych po stronie lewej uległy uszkodzeniu; po prawej zaś tylko nerw odwodzący został dotknięty.

Co się zaś tyczy charakteru uszkodzenia tych nerwów, to wobec wyników badania drobnowidzowego, wyciętego gruczołu szyjowego, nie ulega wątpliwości, że mamy tu do czynienia z nacieczeniem nowotworowym na podstawie czaszki głównie po stronie lewej. Masy nowotworowe muszą wchodzić w dziury, któredy nerwy czaszkowe wychodzą, muszą je uciskać, a oprócz tego nacieczenie nowotworowe przenika zapewne do środka pnia samych nerwów.

Chora w ciągu dalszego pobytu w szpitalu począwszy od d. 25-go stycznia r. 1907 zaczęła doznawać co kilka dni ataków, polegających na tem, że nagle zaczynała silnie błędzać, oblewała się zimnym potem, wołała „gorąco mi”, „powietrza”, „tchu”, następnie wyprężała się całym ciałem, jedno-

częściej skręcając się w lewo, przytem prawa [widzialna] gałka oczna skręcała do góry i drgała klonicznie wraz z powieką. Tętna wówczas nie można było wyczuć. Stan chorej wydawał się bardzo ciężkim.

Po minucie lub wcześniej atak mijał, tętno wracało i chora blada z wielkim niepokojem znów wołała „powietrza” i znowu doznawała podobnego ataku prężenia. Niekiedy po ataku chora trupioblada, nagle czerwieniała się. Przytomność podczas ataku chora, zdaje się, traciła. Tak przynajmniej można wnioskować z zachowania się chorej; twierdziła również, że nic nie pamiętała co się z nią działo podczas owego prężenia. Z d. 10-go lutego ataki owe ustały.

Jednocześnie wysadzenie lewej gałki ocznej potęgowało się, na rogówce rozwijało się zmetnienie, a błona śluzowa gałki i powiek uległa nastrożeniu i obrzękowi.

Ogólne charłatwo potęgowało się. Chorą silnie męczyło nawet uniesienie się na łóżku. Otwieranie ust sprawiało chorej coraz większą trudność. Jadła głównie pokarmy płynne, któremi się krztusiła. W końcu kwietnia u chorej wystąpiły objawy zapalenia płuc opadowego, wskutek czego po kilku dniach (30-go kwietnia) zmarła.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

41. Spengler. Nowe metody różniczkowego barwienia prątków gruźliczych ludzkich i bydłych.

Istnieje pewna odsetka chorych na gruźlicę, gdzie w płwocinie zwykłą metodą ZIEHL'a nie wykrywa się wcale prątków swoistych lub też bardzo mało. Według SPENGLER'a mamy wtedy nieraz do czynienia z zakażeniem gruźlicą bydłą, której prątki są niezmiernie wrażliwe na kwas. Przebieg takiej gruźlicy, jak wiadomo, różni się nieco od gruźlicy zwykłej. Dla ułatwienia wykrycia w płwocinie suchotnika prątków gruźlicy bydłowej, autor podaje 3 metody. Pierwsza polega na uwydatnieniu otoczek przy barwieniu prątków, dla tego też autor nazywa ją metodą otoczkową. Technika tej metody jest następująca: 1) Preparat na szkiełku należy zalkalizować, dodając niewiele 1%-go roztworu ługu lub sody, wysuszyć i utrwalić przy bardzo ostrożnym nagrzewaniu. 2) Oblać preparat błękitem metylenowym LOEFFLER'a [alkalicznym] i obmyć wodą. 3) Zabarwić fuksyną karbolową, lekko nagrzewając tylko do zjawienia się pary i obmyć wodą. 4) Podbarwić błękitem metyle-

nowym, dodając powoli 1—2 krople 15%-go kwasu azotnego. 5) Zmyć wodą wysuszyć bibułą, nie na ogniu i t. d. Przy tej metodzie SPENGLER otrzymywał prątki bydłęce daleko większe, znacznie większe niż gruźlicze ludzkie. Autor twierdzi, że otrzymawszy na jednym preparacie oba rodzaje prątków, nie można ich wobec tego mieszać. Widocznem się staje, że w grę tu wchodzi dwa zupełnie odmienne szczepy, co potwierdzają również badania biologiczne i toksykologiczne. Metodę tę można stosować zarówno do barwienia prątków z hodowli, jako też z płwociny i kału; niezbędnym jednak warunkiem jest, aby otoczki prątków nie były wyschnięte. Lepsze jeszcze wyniki otrzymać można stosując metodę pikrynową, polegającą na następującem: 1) Barwienie fuksyną karbolową przy ostrożnem nagrzewaniu, jak wyżej. 2) Po zlanii fuksyny barwić 2—3 sekundy kwasem pikrynowym alkoholycznym [50 c. sz. nasyconego wodnego rozczynu kwasu pikrynowego lub 50 c. sz. rozczynu ESBACH'a + 50 c. sz. alkoholu], dodać 3—4 krople 15% kwasu azotnego i znów pikryny, barwić 5—10 sek., aby preparat zabarwił się na lekko żółty kolor. 3) Obmyć wodą i wysuszyć, lub też 4) po pikrynie zmyć preparat 60%-m alkoholem. 5) Nalać na preparat 15% kwasu azotnego i czekać [kilka sekund] aż zacznie występować blade-żółte zabarwienie. 6) Zmyć alkoholem. 7) Podbarwić pikrynowym alkoholem do lekko żółtego zabarwienia, zmyć, wysuszyć.

Stosując tę metodę, nawet wtedy, gdy otoczki są zniszczone i zwykle metody, a nawet poprzednia dają wyniki ujemne, otrzymać można, według SPENGLER'a rezultat dodatni; na żółtem tle czerwone laseczki zaznaczają się bardzo wyraźnie. Metoda ta według autora posiada nawet znaczenie prognostyczne. Jeżeli bowiem stwierdzimy, porywnyując kilka preparatów rozmaicie barwionych, że prątki posiadają wybitnie uszkodzone otoczki, to fakt ten ma przemawiać za tem, że dany przypadek jest na drodze do wyleczenia.

Trzecia wreszcie metoda oparta jest na fakcie, że kwasoodporne drobnoustroje, zabarwione karbolfuksyną, nie barwią się już następnie żadnym barwnikiem, gdy tymczasem inne drobnoustroje przebarwiają się. Po zabarwieniu preparatu karbolfuksyną, zmywa go się 60%-m alkoholem, a następnie barwi błękitem metylenowym LOEFFLER'a.

Przyp. Spraw. Zachęcony wynikami autora, zacząłem stosować przy badaniach płwociny powyższe metody. Pierwsza jednak i trzecia metoda dają raczej wyniki ujemne, gdyż preparaty otrzymuje się niezbyt wyraźne, przyczem przeszkadzają w pewnym stopniu pozostałe resztki fuksyny karbolowej, która nie odbarwiła się lub też nie przebarwiła się. Najlepsze stosunkowo wyniki otrzymałem przy stosowaniu metody pikrynowej; odbarwiać jednak 15%-ym kwasem azotnym, chcąc otrzymać ładny preparat, należało nie 2—3 sekundy, a 30—80 sekund, barwić zaś alkoholową pikryną kilka [2—4] minut. Metoda ta sprowadza się właściwie do zwykle stosowanej klasycznej metody [karbolowa fuksyna, 20% kwas azotny, alkohol, wodny rozczynek błękitu metylenowego], pikryną zastępujemy błękit metylenowy. Według mnie jednak, jeżeli chodzi o kontrast, to oddają pierwszeństwo kolbrowi niebieskiemu przed żółtym. Co się zaś tyczy prognostycznego znaczenia, jakie autor przypisuje prątkom z uszkodzonymi otoczkami, to przeczą temu liczne przypadki gruźlicy płuc ropadowej w ostatnim okresie, gdzie nieraz spotkać można podobne prątki do opisanych przez autora.

42. Loeffler. Nowe sposoby szybkiego barwienia drobnoustrojów, szczególnie pasorzytów krwi, krętków, gonokoków i łaseczek błonicy.

Z całego szeregu sposobów barwienia w ostatnich latach na plan pierwszy wysunęła się metoda GIEMSA'y. Autor przy barwieniu tą metodą gonokoków, łaseczek błonicy, krętków i świdorców, również otrzymywał doskonałe rezultaty. Jak wiadomo, barwić roztworem GIEMSA'y [1 ctm. sz. barwnika na 15 ctm. sz. wody destyl.] nieraz trzeba godzinę, przy barwieniu zaś świdorców albo uwydatnieniu ich budowy należy barwić nawet całą dobę. W celu umożliwienia szybkiego barwienia drobnoustrojów, LOEFFLER przerobił cały szereg różnych prób i w rezultacie podaje następujące sposoby. Bardzo dobre wyniki otrzymać można barwiąc roztworem GIEMSA'y gorącym, uprzednio zagotowanym; wystarcza wtedy jedna do dwóch minut. Jako bejce autor zaleca: a) 0,5%-y roztwór kryształów podwójnej chlorocynkowej soli i *malachitgrün*; b) 0,5%-y roztwór *Natrium arsenicosum* i c) 0,5%-y roztwór czystej gliceryny. Barwienie należy wykonać w następujący sposób: Na preparat nalać 3 krople roztworu b) i kroplę roztworu a), nagrzać do zjawienia się pary w przeciągu minuty, zmyć silnie wodą, nalać na preparat 5 c. sz. roztworu c) i dodać 5—10 kropli barwnika GIEMSA'y. Szczególniej pięknie tą metodą barwią się świdorce.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1907).

T. Wretowski.

Wiadomości bieżące.

— Sekcja prasy lekarskiej X-go Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie. Gospodarz: Prof. dr Józef SZPIŁMAN, zastępca: Prof. dr Mieczysław GRABOWSKI, sekretarz: dr. Stanisław JASIŃSKI.

Porządek obrad: 1) Ujednostajnienie mianownictwa w czasopismach lekarskich polskich; Ref. Prof. dr. KRYŃSKI, Warszawa. — 2) Błędy językowe w naszym piśmiennictwie lekarskim; Ref. dr. MARKIEWICZ, Warszawa. — 3) Prasa lekarska wobec spraw zawodowych; Ref. dr S. STERLING, Łódź. — 4) Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lek. pol. — sposoby ich usunięcia — reformy potrzebne; Ref. dr JAWORSKI, Warszawa — dr. St. SKAŁSKI, Łódź. — Prof. dr CIECHANOWSKI, Kraków. — 5) Sprawozdania z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych; Ref. Prof. dr CIECHANOWSKI, Kraków — dr GURANOWSKI, Warszawa. — 6) Sprawa pism popularnych; Ref. Prof. dr. PANEK, Lwów. — 7) Założenie związku przedstawicieli prasy lekarskiej polskiej i stosunek tego związku do międzynarodowego prasy lekarskiej; Ref. dr. KWAŚNICKI, Kraków — Prof. dr. WICHERKIEWICZ, Kraków i dr ZAWADZKI, Warszawa. — 8. Sprawa wydawnictwa podręczników lek. polskich; Ref. Prof. dr. BROWICZ, Kraków.

Komitet gospodarczy sekcji uchwalił na posiedzeniu dnia 3-go lutego 1907, aby dopuścić wszystkich członków Zjazdu do brania udziału w sekcji prasy lekarskiej, lecz zastrzegł sobie prawo przydzielenia pewnych spraw wyłącznie decyzji delegatów oraz prawo rewizji uchwał w sekcji zapadłych przed przedłożeniem ich Ogólnemu Zgromadzeniu Zjazdu.

— Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna X-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Ażeby tem łatwiej osiągnąć wytknięty tej wystawie cel, a mianowicie uprzystępnianie najnowszych zdobyczy nauk przyrodniczo-lekarskich i higieny dla najszerszych warstw naszego społeczeństwa, postanowił komitet wystawy urządzać popularne bezpłatne wykłady z demonstracjami, które mają być niejako żywym przewodnikiem po wystawie.

Urządzenie tych wykładów objął Uniwersytet lwowski przez swój Komitet powszechnych wykładów uniwersyteckich. Dla wykładów tych przeznaczył komitet wystawy środkową halę w pałacu sztuki, która będzie odpowiednio urządzoną i zaopatrzoną w aparaty projekcyjne, umożliwiające demonstrowanie poszczególnych przedmiotów wielkiej ilości słuchaczy. Wykłady te odbywać się będą codziennie tuż po zamknięciu wystawy przez cały czas jej trwania od godz. 8-jej wieczorem i będą bezpłatne w ten sposób, że bilet wstępu na wystawę będzie już uprawniał do uczestnictwa w wykładzie.

— Wkrótce ukaże się pierwszy numer nowego pisma zdrojowego sezonowego p. t. „Zród ciecociński”. Redaktorem i wydawcą jest dr. Leonard LORENTOWICZ, odpowiedzialnym redaktorem - kierownikiem znany dziennikarz dr Juliusz BANDROWSKI. Pismo to wychodzić będzie stale raz na tydzień w każdą sobotę w numerach objętości 8—12 stronic.

W prospekcie redakcyja zaznacza, że przeznaczeniem tygodnika tego będzie: ogniskować, popierać i upowszechniać odosobnione do niedawna usiłowania około podniesienia, rozwoju i ożywienia tak Ciecocińka, jako pierwszej w kraju i największej miejscowości kąpielowej, jako też wszystkich innych zdrojowisk polskich.

— Kierownictwo zakładu leczniczego dla nerwowo i umysłowo chorych, należącego do spadkobierców dra CHOMENTOWSKIEGO, objął kol. Stanisław ORZOWSKI, ordynator szpitala św. Jana Bożego; lekarzem miejscowym zakładu został kol. F. JAKUBOWSKI.

— Na wiosnę r. 1908 odbędzie się w Frankfurcie nad Menem międzynarodowy kongres w sprawie ratownictwa. Prezesem honorowym jest Prof. F. v. ESMARCH.

ALBUMINOZA

— pierwszy i jedyny krajowy przetwór odżywczy niezawierający żadnych składników sztucznych.

Albuminoza zawiera:

16,9% subst. azotowych i 71% wodorów węgla.

Substancje azotowe w 93,7% zawierają czystą proteinę; strawnego białka w przetworze znajduje się 88,6%. Skrobi nie zawiera zupełnie.

Na podstawie powyższego składu Albuminoza może wykluczyć wszelkie inne importowane przetwory i ze wszech miar nadaje się do żywienia dzieci od najwcześniejszych okresów życia oraz jako środek odżywczy dla dorosłych, a zwłaszcza ozdrowieńców.

Poleca się uwadze WP. Doktorów wyniki badań chemicznych i klinicznych; próbki w dowolnej ilości przesyłane będą niezwłocznie na żądanie WP. Doktorów.

Główny przedstawiciel na Królestwo i Cesarstwo

Stanisław Siudak, Warszawa, Hoża 60. Telef. 99.12.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu,
wzmacnia utlenianie,
przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p. p. Lekarzom.

==== S. KARCZEWSKI ====

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

KROWIANKA OSP OCHRONNA

w Warszawie, DANIŁOWICZOWSKA 8. Telef. 528.

Instytut D-ra Tchórznickiego.



Opatentowany

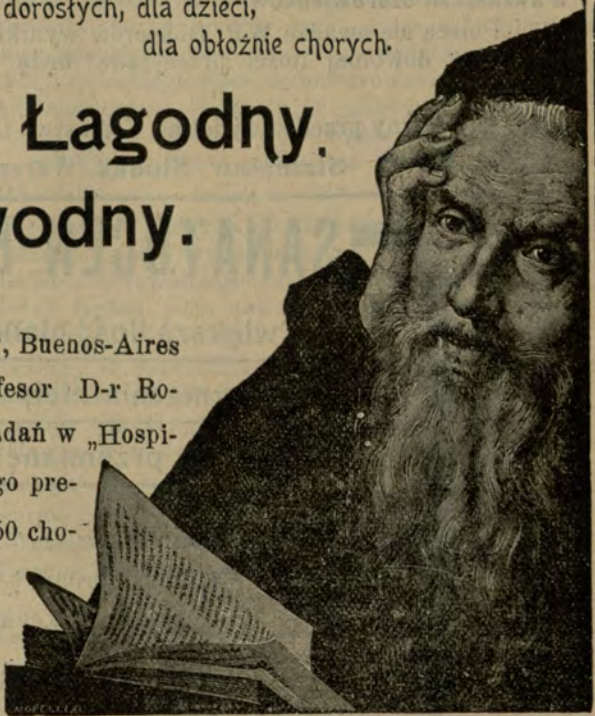
PURGEN

NOWY IDEALNY ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY

dla dorosłych, dla dzieci,
dla obłożnie chorych.

Smaczny. Łagodny. Niezawodny.

W „Anales del Circulo Medico“, Buenos-Aires
Lipiec, 1904, ogłasza znany profesor D-r Ro-
berto Wernicke wyniki swych badań w „Hospit-
tal de Clinicas“ względem naszego prepa-
ratu „Purgen“ stosowanego u 50 cho-
rych. Autor uznaje nasz prepa-
rat za najlepszy ze wszystkich
znanych dotychczas środków
przeczyszczających.



Comm. D-r Antonio Maggiorani lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla
Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łago-
dne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie Pur-
gen'em i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgo-
ła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem środek
ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego łagodnego środka
przeczyszczającego.

D-r Antonio Maggiorani.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz
literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr. Warszawa,
Senatorska 38.



№ 4711

Kaptol

NAJLEPSZA WODA
DO WŁOSÓW.

DO OCZYSZCZANIA, ODŚWIEŻA-
NIA I WZMACNIANIA SKÓRY
GŁOWY. ORZEŻWIA NERWY. SZCZĘ-
GÓLNIIE SKUTECZNA PRZECIWI
= ŁUPIEŻOWI =

I POŁĄCZONEMU Z NIM SWE-
DZENIU I WYPADANIU WŁOSÓW.

Przygotowana podług przepisów D^{ro} Med.
I. Eichhoff w Elberfeldzie.

„KAPTOL”
NIE JEST ŚRODKIEM TAJNYM.
JEDYNY FABRYKANT
Ferd. Mühlens
Kolonia nad Renem.
Oddział w Rydze.
Dostawca Dworu
JEGO CESARSKIEJ MOŚCI.

TEROZA*)

jedyna higieniczna

KAWA bez KOFEINY

delikatnością smaku, zapachu, jak również pożywnością i lekkostrawnością przewyższa
wszystkie gatunki kawy.

ŻĄDAĆ WSZĘDZIE Cena paczki 5, 10, 25 i 45 kp.

Eksport główny K. WOLNY i S. ZIELIŃSKI Bielańska 9, tel. 99.80.

Opinia UNIWERSYTETU Lwowskiego na każdej paczce.

*) W skład terozy wchodzi figi, żyto jare i żołądzie.

Kissingen

POBŪDZA PRZEMIANĘ MATERYI

Rakoczy słynny w chorobach przemiany materji i zaburzeniach przewodu pokarmowego.

Maxbrunnen Woda lecznicza i stołowa w niezżytach dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, w kamicy nerek, pęcherza, i dróg żółciowych oraz w podagrze.

Kissingen Bitterwasser, Kissingen Badesalz, Bockleter Stahlbrunnen.

Dla lekarzy ustępstwo, próby gratis. Dostać można wszędzie, jako też bezpośrednio dostarcza *Zarząd Król. Zdrojowisk Kissingen i Bocklet.*

KĄPIELE PISZCZANY

na Węgrzech (od granicy 7 godzin): w gościcu, podagrze, rwie kulszowej i zapaleniu stawów zawsze z znakomitym skutkiem. W roku 1907 przebudowano i zmodernizowano stare łaźienki i hotele zakładowe. Cały rok otwarte. Frekwencya 11 tysięcy. Wiadomości udziela D-r Teichmann (latem w Piszczanach) Kraków, Grodzka 61, albo Dyrekcya kąpielii.

Od 9 maja powracam do praktyki
w REINERZ (Szląsk)

D-r med. Hans Naumann
w zimie M E R A N (Tyrol).

D-r W. BUJAKOWSKI

stale ordynuje w DRUSKIENIKACH.

W KISSINGEN Ludwigr. 16 praktykuje jak lat ubiegłych

Dr. med. J. Maciejewski

Przyjmuje chorych w swoim prywatnym pensjonacie z całodziennem utrzymaniem od 4—6 rubli. Kuchnia dyetyczna (także i dla eksternistów). Kąpiele lecznicze wszelkiego rodzaju, elektrotorapia, masaż czynny, wibrycyjny i ręczny.

Zimą praktykuje w WIESBADENIE.

Poszukuję współpraczkę lub współnika

lekarza do zakładu leczniczego oddawna istniejącego.

Adresy z krótkim curriculum vitae nadsyłać pod adresem: Biuro dzienników w Ungra, Wierzbowa 8, dla „Lekarza”.