

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z pracowni Patologii ogólnej przy Uniwersytecie Warszawskim.

PRZYCZYNEK

DO BADAŃ

NAD CHEMOTAKSĄ BIAŁYCH CIAŁEK KRWI.

PODAŁ

*J. Hornowski.*



Nauka o przyciąganiu chemicznem (chemotaksie) z chwilą powstania jej znalazła najzupełniejsze uznanie wśród świata uczonych. Usiłowano wyjaśnić za pomocą chemotaksy najzawilsze i niewyjaśnione dotąd objawy, jako to objawy zapalenia, odporność i t. d.

Bardzo jeszcze niedawno nie wolno było nawet wątpić o prawdziwości tej nowej hipotezy; doświadczenia mnożyły się coraz bardziej, starając się z hipotezy uczynić teorię. Od dwóch jednak lat zjawily się prace, których autorzy starają się wykazać, że są fakty, których zupełnie objaśnić nie można z punktu widzenia ustalonych poglądów.

Wskutek tego odczuwamy coraz silniej potrzebę przejrzania całej nauki o chemotaksie, powtórzenia doświadczeń poprzednich badaczy i oddzielenia prawdy od chwilowych uniesień i rezultatów, które często były wynikiem autosugesty autorów.

Dla łatwiejszego orientowania się w kwestyi, przytoczę niektóre dane z literatury przedmiotu.

Engelmann pierwszy zauważył, że cząsteczki gnijącej i rozpadającej się w wodzie materyi przyciągają do siebie bakterye. O ile mi się zdaje, nie zajął się on wyjaśnieniem tego zjawiska, poprzestając na zaznaczeniu gołego faktu. Stahl, prowadząc badania nad plazmodium śluzowem — *Aethalium septicum*<sup>1)</sup> — przekonał się, że materyał pokarmowy (*Gerberlohe*), znajdujący się na jednym końcu paska bibuły, zmoczonej wodą, przyciąga plazmodium, znajdujące się na drugim końcu. Ponieważ zapatrywał się on na to zjawisko, jako na dążeniu plazmodium do materyału pokarmowego, nazwał je więc „*trophotropismus, trophotaxis*“.

Prawie jednocześnie ze Stahl'em Pfeffer<sup>2)</sup> wykazał zjawiska analogiczne dla bakteryi, pierwotniaków i ciałek nasiennych wyższych skrytopłciowych (mchów i paproci).

Pierwszy też Pfeffer wprowadził używaną obecnie nazwę „chemotaxis“, dla odróżnienia spostrzeganych przez niego zjawisk od „*trophotropismus*“ Stahl'a. Chciał on przez to zaznaczyć, że nie tylko pierwiastki pokarmowe przyciągają niższe ustroje, lecz że istnieje jeszcze cały szereg pierwiastków chemicznych, które przyciągają te niższe ustroje tylko wskutek podrażnienia chemicznego, niezależnie od wartości odżywczej danego ciała. Należy przyznać Pfeffer'owi, że on pierwszy wypracował odpowiednie metody badania zjawisk chemotaksy i pierwszy zaczął rozróżniać dwa jej rodzaje:

*dodatni*, jeżeli ustroje niższe, obdarzone ruchami dowolnemi kierują się wskutek podrażnienia do źródła podrażnienia;

*ujemny* — jeżeli ustroje te przy podrażnieniu oddalają się od źródła podrażnienia.

Badania Pfeffer'a utworowały drogę innym badaczom:

Przekonano się, że jajeczka danego gatunku, pływające swobodnie w wodzie przyciągają do siebie tylko ciała nasienne tego

1) „Zur Biologie der Myxomyceten“. Bost. Zeit., 1884 r., str. 165, Trophotropismus.

2) „Lokomotrische Richtungsbewegungen durch chemische Reize.“ Unt. aus. den bot. Inst. zu Tübingen. Tom I, 1884 r. — „Ueber chemotaktische Bewegungen von Bakterien, Flagellaten und Volvocineen.“ Unter aus. den bot. I. zu Tüb. Tom II, 1885 r.



samego gatunku, dzięki temu, że wydzielają pewien płyn chemotaktycznie dodatnio działający na te tylko ciała nasienne.

Kowalewski wykazał, że gdy larwa muchy zamienia się w muchę, stare organy ciała larwy — mięśnie używane do pełzania — stając się nieużytecznymi, podlegają zwyrodnieniu i wydzielają jednocześnie substancje, działające w kierunku dodatniej chemotaksy na białe ciała krwi, które zbierają w danym miejscu i pożerają resztki mięśni — w ten sposób pomagają one do prędszego ich zniszczenia.

Zjawiska analogiczne wykazał Miecznikow i przy rozwoju gwiazd morskich. Wreszcie na zasadzie badań nad chemotaksą białych ciałek krwi badacze doszli do przekonania, że bakterje, wydzielając swoje toksyny, działają w kierunku dodatniej chemotaksy na te ciała, wskutek czego te ostatnie zbierają się w ognisku zarazy, pożerają bakterje i w ten sposób warunkują obronę organizmu przeciw dalszemu rozprzestrzenianiu się zarazy.

Prace Massart'a i Bordet <sup>1)</sup>, Leber'a <sup>2)</sup>, Gabryczewskiego <sup>3)</sup>, Miecznikowa <sup>4)</sup>, Buchner'a <sup>5)</sup> wykazały, że taka sama chemotaksa istnieje i u zwierząt kręgowych, ciepłokrwistych. Wreszcie Sicherer <sup>6)</sup> ostatnimi czasy wykazał, że białe ciała krwi zwierząt zimno- i ciepłokrwistych zachowują własności chemotaktyczne dość długo i po za ciałem zwierząt. Wstrzykując w jamę opłucny królika mąkę aleuronową, otrzymywał on wielkie zbiorowisko białych ciałek krwi w tej jamie. Otrzymany wysięk wydobywał on za pomocą szpryczki Pravatz'a i zachowując go przy 37.0° C., kładł w niego rurki włoskowate, napełnione płynami z dodatniem lub ujemnem działaniem chemotaktycznem; w pierwszym przypadku otrzymywał on w rurkach

1) J. Massart et Ch. Bordet. „Recherches sur l'irritabilité des leucocytes et sur l'intervention de cette irritabilité dans la nutrition des cellules et dans l'inflammation“, 1890 r. — Societé royale des sc. médic. et natur. de Bruxelles.

2) Leber. „Die Entstehung der Entzündung und die Wirkung der entzündungserregenden Schädlichkeiten.“ Leipzig, 1891.

3) Gabr. Annales de l'instut. Pasteur, 1890.

4) „Leçons sur la pathologie comparée de l'inflammation“, 1892.

5) Buchner. „Die chemische Reizbarkeit der Leukocyten und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung. Berl. Klin. Wochenschr., № 47, 1890 r.

6) Sicherer. „Chemotropismus der Warblüterleukocyten ausserhalb des Körper.“ Münch. Medic. Wochenschr., 1898.

korek, złożony z białych ciałek krwi, w drugim — białe ciała do rurek nie wchodziły zupełnie.

Nie ograniczono się jednak przy badaniu zjawisk „chemotaxis“ na stwierdzeniu samych faktów; starano się ciągle ustalić, jeżeli nie pewne prawa, rządzące temi zjawiskami, to przynajmniej warunki działania chemotaktycznego różnych substancji. Rezultaty, do których badacze doszli obecnie, są następujące:

1) Chemotaksa ma miejsce tylko dla komórek i ustrojów, obdarzonych ruchami dowolnymi.

2) Dla otrzymania zjawisk chemotaksy potrzebne jest środowisko płynne.

3) Przy objawach chemotaksy ma zastosowanie prawo Weber-Fechner'a.

4) Dla jednych i tych samych substancji, zależnie od ich koncentracji, mamy w stosunku do białych ciałek krwi:

stężenia obojętne, słabo działające (Reizschwelle), najlepiej działające (Reizoptimum), wreszcie działające zbyt silnie — zabójczo na białe ciała krwi (Tödtungspunkt).

Niezależnie jednak od badań, prowadzonych w tym kierunku, istnieją prace, w których autorzy starają się dowieść, że nie ruchy dowolne odgrywają rolę w procesie przyciągania chemicznego, lecz że mamy tu do czynienia ze zwykłymi zjawiskami fizycznymi, które dotąd jednak dostatecznie wyjaśnione nie są.

Woronin na zasadzie własnych doświadczeń wykazuje, że płyny, działające na białe ciała krwi w kierunku dodatniego przyciągania chemicznego nie przyciągają tych ciałek nietylko extra corpus, lecz i intra, jeżeli rurki z płynem działającym chemotaktycznie dodatnio, obłożymy watą szklaną, ułożoną nawet niezbyt ściśle, i w ten sposób oddzielimy te rurki od tkanek ciała.

Vejuar również na zasadzie własnych spostrzeżeń nie uznaje chemotaksy jako teorii biologicznej; przypisuje on zbieranie się białych ciałek krwi w danem miejscu porażeniu naczyń, ujemną zaś chemotaksę — zwężeniu naczyń. Wreszcie ostatniemi czasy Pfoehl<sup>1)</sup> ogłosił wyniki swoich spostrzeżeń, na zasadzie których mógł być stwierdzić, że w rurkach włoskowatych, pogrążonych w naczynie napełnione wodą i piaskiem, znajdują się korki z piasku i że nawet wtedy gdy za pomocą 1% roztworu chinu paraliżował ruchy białych

<sup>1)</sup> Pfoehl. „Chemotaxis der Leukocyten in vitro“. Centralblatt für Bakter. Tom XXX, № 9, 1898 r.



ciałek krwi, nawet wtedy w rurkach włoskowatych tworzyły się korki z tych ciałek.

Przejdę obecnie do podania wyników moich doświadczeń.

Jako substancji działających na białe ciała krwi w kierunku dodatniej chemotaksy używałem:

- 1) Hodowli *Staphylococcus aureus* 8-dniowych } zabitych
- 2) " " " 5-dniowych } przy 70° C.
- 3) " *Pyocyaneus* 5-dniowych, zabitych przy 56° C.

Zabijanie tych kultur odbywało się w przeciągu kilku dni systematycznie, dopóki przy zasianiu ich w bulionie nie przestałem otrzymywać dalszego rozwoju.

Jako substancji działających w kierunku ujemnej chemotaksy, używałem:

- 1) Fizyologicznego roztworu NaCl
- 2) 3% roztworu NaCl
- 3) 1% " kwasu mlecznego
- 4) 1% " kwasu octowego
- 5) 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> " sublimatu
- 6) 1% " Cu SO<sub>4</sub>.

Badania prowadziłem w ten sposób:

Dość długą rurkę włoskowatą, napełnioną jednym z wyżej wymienionych płynów lutowałem nad palnikiem Bunzena na jednym z końców. Na miejscu zalutowania płyn kipiał i wytwarzała się próżnia. Czekałem więc czas jakiś, aby rurka oziębiła się zupełnie i płyn doszedł aż do końca zalutowanego, poczem odcinałem nie zalutowany koniec rurki w ten sposób, aby cała rurka była napełniona płynem.

Aby uniknąć rozszerzania się płynu, zawartego w rurce, wskutek ogrzania jej palcami, co mogłoby doprowadzić do wytworzenia próżni na końcu niezalutowanym po ochłodzeniu i skurczenia się płynu, a co zatem do mechanicznego wciągania w rurkę limfy, rurkę ujmowałem oziębioną pincetą.

Przy zachowaniu wszystkich tych ostrożności, wprowadzałem rurkę bądź w worek limfatyczny żaby, bądź pod skórę królika, lub też pogrążałem ją w szkiełko zegarkowe, napełnione limfą lub krwią.

Ażeby łatwiej orientować się w wynikach doświadczeń, każde z nich powtarzałem jednakową ilość razy (30). Rezultaty otrzymałem następujące: W rurce włoskowatej, wprowadzanej w worek limfatyczny żaby, znajdowałem *zawsze* białe ciała krwi, niezależnie od tego, czy rurka ta była napełniona płynem działającym chemotakty-

cznie dodatnio, czy ujemnie, z tą jednak różnicą, że w pierwszym wypadku ciała krwi tworzyły na końcu rurki niezalutowanym korek, w drugim — była ich mała ilość i leżały one rozrzucone, nie tworząc korka.

Wielkość korków była rozmaita przy zachowaniu tych samych warunków (długość czasu leżenia, jednakowa średnia rurek i t. d.).

Te same doświadczenia pod skórą królika różniły się tylko tem, że w większości wypadków (19 na 30) w rurkach, napełnionych płynem z ujemnem działaniem chemotaktycznem, nie znajdowałem zupełnie białych ciałek krwi.

Muszę tu zauważyć, że rurki pozostawiałem w worku limfatycznym żaby, lub pod skórą królika przez 12, 24 lub 48 godzin.

Następny szereg doświadczeń różnił się od pierwotnych tem, że rurkę włosowatą, napełnioną płynem i zalutowaną na jednym końcu, wkładałem w rurkę z większą średnicą, napełnioną watą szklaną tak, aby ta wata zamykała otwór rurki wewnętrznej.

Rezultaty otrzymałem następujące.

W worku limfatycznym żaby: Jeżeli rurka wewnętrzna była napełniona płynem z dodatniem działaniem chemotaktycznem, otrzymywałem zawsze korek, chociaż znacznie mniejszy, niż poprzednio; przy napełnieniu rurki płynem z ujemnem działaniem chemotaktycznem w większości wypadków (23 na 30) nie mogłem zupełnie znaleźć w niej białych ciałek krwi.

Te same doświadczenia powtórzone pod skórę królika dały mi rezultaty ujemne niezależnie od oddziaływania płynu, wypełniającego rurkę wewnętrzną.

Następnie powtórzyłem wspomniane doświadczenia z tą jednak różnicą, że rurkę wewnętrzną pozostawiałem pustą, respective napełnioną powietrzem.

Przy pomieszczeniu tych rurek w worek limfatyczny żaby otrzymywałem po 48 godzinach, wprawdzie w znacznej mniejszości wypadków, korek z białych ciałek krwi.

Cały szereg następujących doświadczeń był robiony extra corpus.

W worek limfatyczny żaby wprowadzałem kawałek gąbki i pozostawiałem go przez 24 — 48 godzin, poczem gąbkę wyjmowałem i wyciskałem z niej limfę na szkło zegarkowe.

W limfę tę pogrążałem rurki włosowate, napełnione płynem z dodatniem lub ujemnem działaniem chemotaktycznem i zalutowane na jednym końcu.



Prawie zawsze otrzymywałem na końcu rurki korek, złożony z białych ciałek krwi, niezależnie od oddziaływania płynu napełniającego rurkę. Korka nie było w tych przypadkach, gdzie pod mikroskopem mogłem skonstatować rozpad białych ciałek krwi. Otrzymywanie korków z białych ciałek krwi na końcu rurki niezależnie od płynu napełniającego rurkę skłoniło mnie do przeprowadzenia identycznych badań już nie nad limfą, lecz nad krwią. Brałem świeżą krew żaby, pozbawiałem ją fibryny i pograżałem w nią rurki. W rezultacie okazało się, że na końcu rurek zawsze znajdowałem korek z czerwonych ciałek krwi.

Wobec tego nowego faktu pozostawało mi przyjąć, iż tworzenie korka w rurce włosowatej jest faktem, powstającym jedynie na drodze czysto mechanicznej.

Dla upewnienia się w powyższym, przystąpiłem do szeregu nowych doświadczeń, do których używałem:

- 1) mleka,
- 2) emulsji (woda + guma arabska + oliwa),
- 3) wody z ziarnkami karminu.

Postępowałem jak i poprzednio: napełniałem jednym z wyżej wymienionych płynów szkiełko zegarkowe i pograżałem w nie rurki włosowate z jednej strony zalutowane i napełnione płynem z dodatkiem lub ujemnym chemotaktycznym działaniem.

Przy użyciu wody z ziarnkami karminu otrzymywałem te ziarnka w całej rurce włosowatej, przy użyciu zaś mleka lub emulsji otrzymywałem zawsze, niezależnie od odczynu płynu napełniającego rurkę, korek z kulek tłuszczowych, korek nader charakterystycznej formy stożkowatej, z wierzchołkiem zwróconym wewnątrz rurki i nieco zaokrąglonym, przyczem u podstawy stożka grupowały się większe kulki emulsji.

Z dalszych doświadczeń okazało się, że korek tworzy się w ciągu pierwszej godziny, przyczem wielkość korka zależy od czasu leżenia rurki w emulsji, nie przechodzi jednak pewnych granic. Dla dokładniejszego skontrolowania doświadczeń, po rozpatrzeniu zawartości rurki pod lupą, a potem pod mikroskopem (Reichert okul. 2, objek. 3), rozcinałem rurkę przez pół i badałem zawartość obydwóch odcinków, wypuściwszy ją poprzednio na szkiełko przedmiotowe. Otóż w niektórych razach znajdowałem kulki tłuszczu i w połowie rurki bliżej końca zalutowanego. Przy powtarzaniu tych doświadczeń przekonałem się, że fakt ostatni miał miejsce wtedy, gdy w rurce po zalutowaniu zostawały się pęcherzyki powietrza. Fakt ten zasługuje na uwagę z tego względu, że dotąd tworzenie się korka

z białych ciałek krwi na końcu rurki objaśniano tem, że ciała te, z powodu nieobecności tlenu powietrza wewnątrz płynu, wchodzić głębiej nie mogą. Pfeffer przy swoich doświadczeniach otrzymywał bakterye i przy końcu zalutowanym, gdzie znajdował się pęcherzyk powietrza, w razie jeżeli zewnętrzny otwór rurki zamykał płytką szklaną — bakterye dążyły do powietrza, oddziaływującego na nie chemotaktycznie dodatnio (według objaśnienia Pfeffer'a). Sądzę, że wobec faktów z kulkami tłuszczu nie tak łatwo jest objaśnić to zjawisko dodatniem chemotaktycznem działaniem tlenu powietrza.

Wreszcie napełniłem rurkę włosowatą 3% roztworem NaCl, zalutowałem ją na jednym końcu i włożyłem w drugą rurkę z większą średnicą; otwór rurki włosowatej przykrywałem watą szklaną. W rurkach włosowatych po 4 — 6 dniach leżenia ich w emulsyi znajdowałem korek z kulek tłuszczu.

W rezultacie więc swoich doświadczeń skonstatowałem:

1) że absolutna ujemna chemotaksa nie istnieje, gdyż nawet i przy tak zwanej ujemnej chemotaksie znajdowałem w rurce białe ciała krwi;

2) że jeżeli chemotaksa istnieje jak zjawisko biologiczne, to w każdym razie doświadczenia autorów, skierowane do tego, aby tego dowieść, nie są przekonywujące i nie dowodzą niczego, ponieważ można je powtórzyć z kulkami tłuszczu.

Starania moje jednak, aby wyjaśnić te zjawiska z punktu czysto fizycznego, nie osiągnęły żadnego rezultatu.

Określałem ciężar gatunkowy płynów używanych do badania <sup>1)</sup> — nie wyjaśniło mi to wszakże kwestyi.

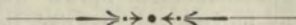
Robiłem również doświadczenia, jak niżej, przypuszczając, że ponieważ wszystkie warunki fizyczne płynów używanych są prawie jednakowe, nie powinniśmy więc otrzymywać korka.

1) Ciężar gatunkowy płynów z ujemnem działaniem che- motaktycznem.	Ciężar gatunkowy płynów z dodatniem działaniem che- motaktycznem.
3% NaCl — 1,0218	1) Staphylococ. aureus V dnowy 1,0165
1% CuSO <sub>4</sub> — 1,0069	2) Pyocyaneus V dniowy 1,0164
0.6% NaCl — 1,0059	3) Staphyloc. aureus VIII dniowy 1,0157
1% acidi lactici — 1,0008	



Brałem jedną i tą samą emulsyę; część jej zabarwiałem kroplą kwasu osmowego i nalewałem na szkiełko zegarkowe; częścią niezabarwioną napełniałem rurkę włosowatą, lutowałem tę rurkę na jednym końcu i pogrążałem ją w zabarwioną część emulsyi. Po kilku godzinach otrzymywałem korek z czarno zabarwionych kulek tłuszczowych, który dość wyraźnie odcinał się od niezabarwionej części emulsyi.

Wobec więc tego wszystkiego zjawisko przyciągania chemicznego nie można uważać za wytłómaczone. Przypuszczam, że jedna tylko metoda mogłaby nam dać wyniki jako tako zadawalające: badanie mechanizmu tworzenia się korka z białych ciałek krwi bezpośrednio na organizmie żywym, pod mikroskopem. Metoda ta jednak badania przedstawia tyle trudności, a przytem daje tak małe rezultaty przy obecnych środkach technicznych, że używać jej prawie nie można.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

481. Sprawozdanie z IX-go zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w d. 18 i 19 lipca 1899 roku.

(Dokończenie).

Rozprawy dnia drugiego rozpoczął dr. Kijewski z Warszawy cennym odczytem swoim, zatytułowanym: 7) *doświadczenia nad wycianiem płuc (pneumektomia)*, w którym zdał sprawę z wyniku doświadczeń własnych, przeprowadzonych na 120 zwierzętach i ptakach. Mówca wycinał tym światła zwierzęcego osobnikom kawałki płuc, a nawet płuco całe, po uprzednim zwierząt tych znieczuleniu za pomocą morfiny i chloroformu. Pneumektomia następuje dwa rękoćzynowe etapy: utworzenie drogi do płuca oraz zabieg właściwy, t. j. rezekcya narządu. Po wykrajaniu płatu ze ściany klatki piersiowej i przecięciu opłucny ściennej, do płuca przedostawano się bezpośrednio, przyczem, dzięki dobremu znieczuleniu, operowane zwierzęta nie oddziaływały wcale na wytwarzającą się nagle odnę piersiową (opłucnową). Jak rzekło się wyżej, Kijewski wycinał z mięszu płucnego bądź kliny większe lub mniejsze, bądź rezekował części trzozów pojedynczych, bądź, wreszcie, usuwał płuco całkowicie. To ostatnie

podwiązywano zawsze starannie, powierzchnię ścienną obszywano opłucną dla uniknięcia możliwego zakażenia z oskrzeli, nadto w doświadczeniach późniejszych powierzchnię rezekowaną stale przypalano żegadłem, dzięki czemu z zakażeniem następczym nie spotykano się nigdy. Płaty, wykrawane ze ściany klatki piersiowej, odprowadzano na miejsce właściwe, poczem tamże umocowywano je szwem. Co do zależnych od operacji zmian, powstających w ustroju, zauważano je wtedy tylko, jeżeli rezekcyja płuc podjęta została na przestrzeni bardziej rozległej; zmiany te sprowadzały się przede wszystkim do a) zmniejszenia się pojemności klatki piersiowej, dalej b) do uniesienia ku górze przepony po stronie płuca wyciętego, wreszcie do c) przemieszczenia się serca. Jeżeli wycięciu uległo płuco prawe, serce przesunęło się bardziej na prawo, przyrastając do klatki całą powierzchnią swą przednią; rzecz, co do kierunku, miała się odwrotnie w razie usunięcia lewego płuca. W końcu d) płuco nie operowane wkraczało w przestrzeń, powstałą po usunięciu połowy narządu tego sąsiedniej. e) Pewien przerost serca i rozedmę zauważano zawsze, natomiast nie znajdowano nigdy zmian jakichkolwiek bądź, przemawiających za następczym upośledzeniem spraw utleniania w ustroju, co dowodzi, że jedno z płuc można zeń usunąć bezkarnie. Z kolei rzeczy mówca przedstawił wyniki badań histologicznych, które przedsiębrał w wielkiej liczbie przypadków na preparatach z płuc, pochodzących z miejsc, gdzie nakładano szew, jak również i z tych, w których, po przypaleniu powierzchni rezekowanej żegadłem, wytwarzał się strup. Tam, gdzie po wycięciu klina ranę zaszywano, powstawały drogą rychłozrostu blizny idealne, a w linii szwu dostrzegało się ślady zaledwie tkanki łącznej. W miejscach przypalanych, po upływie dwóch dni, płat cały powlekał się warstwą włóknika, jednocześnie zaś stwierdzano w pęcherzykach płucnych obecność wypociny takiej niemal, jak w razie zapalenia płuc włóknikowego, która, wszelako, po upływie dni czterech zmniejszała się w ilości swej stopniowo coraz więcej. Co dotyczy strupa, to zauważało się zrazu w ciągu dni pierwszych rozwój dokoła tegoż szeregów komórek łącznotkankowych, dnia 6-go widzieć było można, jako komórki te wciskały się już do strupa, dnia 8-go na miejscu tych ostatnich wytwarzały się komórki o jądrach kilku, poczem wymiary tychże rosły coraz bardziej, tak, że w końcu miano do czynienia z powstaniem komórek olbrzymich, które zawierały w środku masę obumarłą, na obwodzie zaś wieńcowato dokoła ułożone jądra. Na preparatach, otrzymywanych w okresie późniejszym, przekonywano się nieraz, że owe komórki olbrzymie dzielą się i zamiast nich występują liczniej jeszcze komórki inne o jądrach kilku z kawałkami mas zgorzelinowych. — Mówca twierdzi, że owe komórki olbrzymie powstają drogą zlewania się komórek łącznotkankowych. Po przytoczeniu kilku znanych z piśmiennictwa przypadków pneumektomii, mówca zakończył referat swój oświadczeniem, że operacyja ta jest operacyją przyszłości i że dać musi obfite w plon wyniki na jednym z pól, gdzie medycyna wewnętrzna zdawna tak pracuje bezowocnie; rzecz prosta, ma się tu



na myśli gruźlicę płuc i te, zwłaszcza, przypadki, w których gruźlica jest ograniczoną.

Za odczyt podziękowano mówcy oklaskami.

W dyskusji nad poruszonym przez d-ra Kijewskiego przedmiotem zabrał głos przedewszystkiem doc. Wehr, przytoczywszy kilka własnych nad otwieraniem śródpiersia przedniego doświadczeń, wyniki których zgadzają się zupełnie z poglądami d-ra K. W charakterze oponenta z kolei wystąpił tu dr. Kryński, twierdząc, że nie uważa przytoczonych przez autora odczytu obrazów histologicznych za dowód odradzania się pęcherzyków oraz tworzenia nowej tkanki płucnej. Co do komórek olbrzymich oponent sądzi, że powstawanie tychże odbywa się drogą, prawdopodobnie, rozmnażania się jąder bez podziału protoplazmy i zapytuje prelegenta, czy zwracał uwagę na komórki śródbłonkowe naczyń krwionośnych i chłonnych i czy tu właśnie nie znajdował obrazów, któreby wskazywały na możliwość wytwarzania się tą drogą komórek olbrzymich, jak wykazują to zapatrywania nowsze, rozszerzające dawną teorię angioblastów Brodowskiego. Nie uważa również za uzasadnione zupełnie mniemanie, iż po wycięciu jednego płuc, w drugim powstaje nie przerost, a brzeźna tylko rozedma; dalej prof. Rydygier oświadczył, że jedna z pierwszych operacji wycięcia płuc, wykonana przez Bloch'a, zakończyła się nieomyślnie, sądzi przytem, że wobec gruźlicy płuc wskazania do pneumektomii muszą być chyba bardzo ograniczone. Po odpowiedzi Kijewskiego, zbijającej wyszczególnione powyżej zarzuty, dr. Uhma ze Lwowa przedstawił własny swój sposób barwienia *szybkiego dwoiinek Neisserowskich w świeżych, niezasuszonych wydzielinach*, prof. zaś Trzebicki wygłosił odczyt 8) *o gastroenterostomii sposobem Podres'a*, którą wypróbował na pewnym 48-letnim chorym na raka odźwiernika mężczyźnie ze złym, wszelako, dlań wynikiem, operowany bowiem zmarł 15-go dnia po zabiegu wśród wzmagających się objawów zwięzienia. Mówca potępia metodę wspomnianą, zwąc ją „w najwyższym stopniu niepewną i co do wyniku nieobliczalną.“ 9) *O gastroenterostomii* mówił również dr. Rutkowski, przyczem oddał pierwszeństwo sposobom Roux'a i Woelfler'a. Metodą tego ostatniego chirurga mówca operował w 9 przypadkach raka odźwiernika i u jednego tylko osobnika miał zejście niedobre. Z uwagi jednak, że że rękoczyn ten w stosunku do sił wyczerpanych chorego jest za ciężki, a nadto w następstwie niedokłago zawartości żołądka odplywu odżywianie chorego niebawem po operacji nie może być wystarczającym, dr. R. wykonywa jeszcze jako dodatek gastrostomię sposobem Witzel'a lub Kader'a. Dren, wprowadzony przez przetokę, przedostawszy się do otworu żołądkowo-kiszkowego, ułatwia w sposób taki przelewanie się treści żołądkowej do kiszki. Stosując od początku samego odżywianie chorych forsowne, mówca otrzymał w 3-ch przypadkach, operowanych w sposób powyższy, wyniki dobre. Tu doc. Barącz, zabrawszy głos w dyskusji, zalecił używanie szwu płytkowego z brukwi, który zbliża powierzchnie obu narządów na przestrzeni bardzo znacznej i wykonać daje się łatwo oraz prędko.



Z kolei rzeczy zabrał głos dr. Krasowski, przedstawiając 10) *wyniki leczenia wilka sposobem Hollaender'a* na jednym z chorych. Na klinice lwowskiej już od lat dwóch leczy się wilka ogrzaniem do 300° powietrzem ze skutkiem dobrym w większości spostrzeżeń. Odpowiednio do tego, czy ma się do czynienia z drobnymi guzikami tylko, czyli też z t. zw. postacią przerostową, tkankę niszczy się częściowo lub doprowadza do zwęglenia zupełnego. W pierwszym razie tkanki zwyrodniałe dają się usunąć bez wytworzenia w przyszłości blizny, w drugim—otrzymujemy bliznę tak nieznaczną, że nieraz dostrzedz ją można po pilnem wpatrywaniu się dopiero. Otrzymywany z przyrządu Hollaender'a prąd powietrza o nie większym nad 2 mm. przekroju, działa w kierunkach bocznych nieznacznie tylko, wobec czego wpływ gorąca ogranicza się do miejsc, określonych ściśle. Pod działaniem powietrza gorącego tkanki zdrowe tracą wodę i zapadają się, podczas gdy części, zajęte przez wilka, uwytatniają się lepiej jeszcze, dzięki czemu prądem powietrza można kierować bardzo dokładnie i, niszcząc tkankę chora, uniknąć uszkodzeń głębszych zdrowego w okolicy naskórka, z którego otrzymuje się później powłokę dla miejsc spalonych. Miejsca takie na twarzy zostawia się bez opatrunku, chory zaś myć się powinien aż do czasu odpadnięcia strupów, pokryte ubraniem części ciała chore smaruje się w odstępach czasu 1 — 3 dniowych maściami, zrazu obojętnymi, potem zaś maścią lapisową. Na zagojenie potrzeba zwykle trzech tygodni czasu, jeżeli zaś, po upływie okresu tego, zauważa się guziki nie spalone lub świeże, przyżeganie należy powtórzyć. Dla metody tej są podatnymi najbardziej błony śluzowe, najmniej zaś dodatnie wyniki otrzymywano w postaci wilka sączącej (lupus humidis).

Po przedstawieniu przez prof. Rydygiera nader użytecznego przy stosowaniu metody Calot'a *stołu wyciągowego* (system Schede'go) dr. Urbanik ogłosił 11) *przypadek rany postrzałowej wątroby*, spostrzegany na klinice chirurgicznej w Krakowie. Kula pistoletowa wytworzyła w narządzie tym długie na 10 i głębokie na 2 ctm. pęknięcie szczelinowe, przebiegające równoległe do brzegu dolnego prawego płatu wątroby w odległości 4 ctm. od tegoż. Po otwarciu jamy brzusznej nałożono na ranę ciągły, mięszzowy szew katgutowy, poczem krwotok z rany owej, dotąd gwałtowny, ustał natychmiast. Tę ostatnią traktowano całkiem pozaotrzewnowo, z wpływem zaś 6 tygodni otrzymano wyleczenie doszczętne. Omawiając przypadek powyższy, prelegent wygłosił kilka uwag od siebie, a mianowicie: w razie stwierdzenia drażącej rany postrzałowej brzucha laparotomię podejmować należy bezzwłocznie; niebezpieczeństwo główne zasadza się tu na krwotoku, nasilenie zaś jego oceniać trzeba nie ilością krwi, wydobywającej się na zewnątrz, ale kierować się stanem ранnego ogólnym, zwłaszcza zaś jego tętnem. Umiejscowienie rany w powłokach brzusznych nie powinno być punktem wyjścia dla cięcia operacyjnego i zawsze odpowiedniejszym będzie cięcie w smudze białej. Najskuteczniejszym krew tamującym środkiem wobec broczących ran



wątroby, jest szew, tam zwłaszcza, gdzie rana jest świeżą, a mięsz zdrowy.

Dr. Karchezy ze Lwowa mówił 12) o przedoperacyjnym zastrzykiwaniu żelatyny jako środka zapobiegającego krwotokowi podczas operacji. Do badań nad tematem powyższym zachęciły autora wyniki doświadczeń Lancereaux'a co do krzepliwości krwi pod wpływem żelatyny, stosowanej w przypadkach tętniaków aorty. Na klinice prof. Rydygiera zastrzykiwano środek ów (200.0 roztworu 2% w roztworze fizyologicznym soli kuchennej) pięciu osobnikom pod skópowierzchni uda zewnętrznej na godzinę przed wykonaniem operacji. W przebiegu takowej przekonywano się, że przecięte tętnice i żyły krwawiły równie dobrze, jak i zazwyczaj, lecz za to z naczyń o średnicy małej krwotok był niewątpliwie mniejszym. Mocz, wypuszczony po upływie dwóch godzin, zawierał ilość znaczną istoty śluzowej, u dwóch zaś chorych znaleziono ślady białka; ponieważ w żadnym z przypadków powyższych nie stwierdzono w moczu obecności peptonu, przypuszczać trzeba, iż żelatyna przedostaje się niezmienną do krwiobiegu. Działanie jej, zresztą, jest niewątpliwie przelotnem tylko, powstające bowiem, w zależności od żelatyny, skrzepy, rozpuszczają się, dając krwotok następczy; zabieg ten zatem z korzyścią pewną stosować można chyba u osób, cierpiących na krwotoczność i którym wykonywa się rękochny większe.

Po ukończonym odczycie powyższym udzielono głosu doc. Barączowi, który demonstrował zgromadzonym uczestnikom zjazdu a) okaz skręcenia się wewnątrzbrzusznego sieci, gdzie skręt ów był podwójnym, t. j. w worku przepuklinowym i wysoko w jamie brzusznej; tenże mówca wyłożył dalej b) sposób zamykania światła jelita, polegający na wgłobieniu i nałożeniu szwu kapciuchowego i c) nowy sposób łączenia rezekowanych końców jelita, który wymaga użycia walców Landerer'a, wpochwienia w odprowadzające ramienia doprowadzającego, oraz szwu dodatkowego Lambert'a. Na zakończenie dr. B. wygłosił odczyt treściwy 13) o zastosowaniu elektrolizy do leczenia paliatywnego twardzieli nosa. W przypadkach, gdzie nowotwór buja w jamach nosowych i noso-przełykowych, mówca radzi wykonywać obustronną zewnętrzną tętnicy szyjowej rezekeję i potem dopiero wyluszczać części zwyrodniałe. Dr. Droba mówił z kolei 14) o wynikach badań własnych nad gruźlicą stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym. — W ciągu roku akademickiego 1898/9 spostrzegano na klinice chirurgicznej krakowskiej tego rodzaju przypadków 16, z tych nie stwierdzono dziedziczności u osobników 10, w pozostałych wykryto gruźlicę i w narządach innych, 4 razy wreszcie miał miejsce uraz, który był tu momentem wywołującym. W 3-eh przypadkach punkt wyjścia cierpienia wynaleziono w torebce stawowej, raz jeden — w owrzodzeniu skóry, u 10 chorych ognisko pierwotne tkwiło w kościach, w 2-eh spostrzeżeniach, wreszcie, to ostatnie pozostało nierozpoznane. Przypadki swoje mówca podzielił podwójnie, zaliczając do działu pierwszego spostrzeżenia, a) wikłające się przetokami, do drugiego zaś b) przypadki czyste. W dziale drugim rozróżniano jeszcze



dwie grupy: a) przypadki o przebiegu ostrym ze znacznymi do stawu wysiękami, dużym części miękkich obrzękiem lub wytwarzaniem się ropni zimnych, oraz b) przypadki suche o typowym przebiegu przebiegu przewlekłym. U jednego z chorych na grzlicę stawu barkowego wykryto zakażenie mieszane, wyhodowano tu bowiem z wysięku gronkowca białego. Charakter grzliczy cierpienia nie mógł być poddany wątpliwości w żadnym z owych przypadków, w każdym z nich bowiem szczepione wypróbowanym tuberkuliną świnkom tkanki chorobowo zmienione u zwierząt tych wywoływały grzlicę typową, oprócz zaś tego znajdowano w gruzelkach wszystkich zdechłych świnek laseczniki. Wysięki stawowe, ciecz ropni zimnych i tkanki przeistoczone w przypadkach, wolnych od przetok nie zawierały, prócz prątków grzliczych, żadnych drobnoustrojów innych, z wyjątkiem owego pojedynczego przypadku o zakażeniu mieszanem. Co do wyników badania histologicznego w przypadkach z przetokami zauważano przede wszystkim rozlany okrągło-drobnokomórkowy naciek; guzków grzliczych było tu bardzo mało. W działle pierwszym grupy drugiej stwierdzano za to wśród takiegoż nacieku ilość gruzelków znaczną; te ostatnie w działle drugim występowały dość często wśród silnie rozwiniętej włóknistej tkanki łącznej tam zwłaszcza, gdzie uprzednio zastrzykiwano do stawu mleczankę jodoformową. W razie wysysania się istoty kostnej występował wyłącznie naciek grzliczy, osteoklastów bowiem nie znajdowało wcale, lub napotymano ich nader niewiele. W tego rodzaju przypadkach grzliczy kostnej natężenie sprawy odrodzenia było tem wybitniejsze, im bardziej wydatnym był charakter przewlekły cierpienia; ów przebieg chroniczny zauważano zwykle u osobników z ogniskiem, umiejscowionem w kości pierwotnie; z chwilą, wszelako, gdy to ostatnie przebiło się do stawu, sprawa zaostrzała się nagle. Odcień chroniczny zauważano również i tam, gdzie punkt wyjścia spoczywał w torbie, — w dwóch, wreszcie, przypadkach znaleziono ciała ryżowe, po zaszczerpieniu których świnkom morskim, otrzymano u tych ostatnich również zejście śmiertelne na grzlicę.

Dr. Grossglik mówił 15) o *leczeniu przerostu gruczolu krokowego sposobem Bottini'ego*, polegającym na wypalaniu brózd w tymże gruczole zapomocą żegadła galwanokaustycznego, które wprowadza się przez cewkę do pęcherza. Metodę tę stosował G. u osobników czterech, u których mięsień pęcherzowy działał jeszcze nieźle. Wyniki otrzymano pomyślne. Dalej usłyszano referat d-ra Bossowskiego 16) o *przepuklinach mózgowych*, spostrzeganych na oddziale chirurgicznym szpitala dla dzieci w Krakowie. Prócz dwóch przypadków rzekomej urazowej przepukliny opon mózgowych (meningocele traumaticum spurium) mówca nagromadził w ciągu ostatnich lat trzech 5 spostrzeżeń wrodzonych przepuklin właściwych (cephalocoele), mianowicie: u dwojga dzieci zauważono cencephalocoele, t. j. raz dużą, jak przepołowione jajo strusie, przepuklinę potylicową i jedną, wielkości dużego orzecha włoskiego noso-czołową. W okolicy gładzyski (glabella) spostrzegano raz u pewnego chłopca torbielowatą przepuklinę mózgową dużą, jak jajo kury (cystencephalocoele sincipitale),



jeden raz również przepuklinę, umiejscowioną na granicy chrząstkowej i kostnej części nosa (meningocele naso-ethmoidale), raz, wreszcie, u płodu płci męskiej, zmarłego w kilkanaście godzin po urodzeniu, widziano postać chorobową, znaną pod nazwą exencephalia wraz z cranio-rachischisis. Operację wykonano we wszystkich czterech przypadkach, mianowicie w przypadku czwartym poprzestano na przekłuciu, w trzech zaś poprzednich usunięto guz doszczętnie, jak nowotwór z bardzo dobrym u wszystkich 3-ga operowanych dzieci wynikiem. Co do przypadku, w którym rękoczyn poległ zrazu na przekłuciu tylko, o skuteczności zabiegu nie da się nie powiedzieć na pewno, małego bowiem pacyenta stracono z oczu już po upływie tygodnia. Zamknięcia, po wyluszczeniu guza, wrót przepuklinowych mówca dokonał w 2-ch przypadkach kosztem okostny, zapożyczony z najbliższego otworu w czasie otoczenia, w 3-im zespolił szwem opony i płaty skórne, nie ma bowiem potrzeby szczególniejszej śpieszyć się z zamykaniem wrót drogą operacji wytwórczej, gdyż te ostatnie zmniejszają się, z postępem czasu, same przez się. Wiek dzieci, operowanych przez prelegenta, wahał się pomiędzy 2 a 15 miesiącami, co się zaś tyczy wyników ostatecznych, o ile poucza statystyka, z liczby osobników, wyleczonych zrazu szczęśliwie, pozostaje przy życiu 5 — 7% zaledwie, reszta zaś ginie zazwyczaj w okresie późniejszym na skutek wodogłowa; zdaje się przeto, że z operacją lepiej byłoby poczekać, aż chore dziecko dojdzie, przynajmniej, do lat 10, wówczas bowiem rakowanie staje się pomyślniejszem o wiele.

Doc. Kryński mówił 17) o *wplywie przecięć krezki na żywotność jelita*. Doświadczenia, w duchu tym podjęte, wykonywano na psach, szło zaś głównie o określenie granic dokładnych, w których przecięcie krezki nie pociąga jeszcze za sobą zaburzeń w odżywianiu ścian jelita takich, które nie dałyby się już wyrównać. Jak wiadomo z danych anatomicznych, krążenie w jelicie cienkiem podtrzymują gałązki górnej tętnicy krezkowej (art. mesenterica sup.), tworzące kilka szeregów łuków; z ostatniego z nich, najbliższego pętli jelita, wychodzą naczynia drobne, odżywiające ściany kiszki. Otóż z doświadczeń mówcy wynika, że przecinanie krezki staje się o tyle niebezpieczniejszem, im wykonywa się takowe bliżej jelita; im dalej zaś od tego ostatniego rozcinamy kreskę, cięcie prowadzić można na przestrzeni tem większej, bez uszczerbku poważniejszego dla żywotności ściany. a) Jeżeli tedy kreskę wraz z naczyniami przeciąć w odległości 3 ctm., przynajmniej, od brzegu jelita, można wówczas bezkarnie pozbawić krążenia bezpośredniego długą na 15 do 30 ctm. pętlę jelitową, a przekroczenie długości tej prowadziło zawsze do zgorzeli częściowej ściany kiszki. b) W razie przecięcia gałązek, tworzących łuk tuż na brzegiem jelita, pętli zagraża niebezpieczeństwo już wtedy, gdy oddzieloną jest od krezki na długości, przewyższającej 6 ctm. c) Kiszka, przecięta poprzecznie i oddzielona od krezki przy brzegu, nawet na bardzo małej przestrzeni, ulega zgorzeli bezwarunkowo. Ostatni ten warunek wyświecił należycie po raz pierwszy Rydygier. Dane te ulegać mogą zmianom wówczas oj-

dynie, gdy pomiędzy pętlą odnośną jelita, a pętlami sąsiednimi wytworzą się zrosty, wtedy bowiem nawet w razie rozległego krezki odcięcia daje się jeszcze uratować kiszkę, wykonawszy enteroanastomozę z pętlą sąsiednią. Tu prof. Rydygier przypomniał w dyskusyi, że doświadczenia, przeprowadzone nad sprawą omawianą, niesłusznie noszą nazwę odkrycia Rydygier-Madelung'a, nie Madelung'owi, bowiem należy pierwszeństwo stwierdzenia faktu niezwyklej kiszki przeciętej wrażliwości na rozłączenie jej z krezką na przestrzeni nawet niewielkiej.

Po krótkim kol. Sołtysika odczytanie 18) *o rezekcyi kończyn przy nowotworach*, wobec których mówca oddaje pierwszeństwo amputacyi, zabrał głos dr. Rossberger z Jarosławia 19) *w kwestyi próchnienia zębów u naszej uczącej się młodzieży*, oparty na wykazach statystyki odnośnej. Z 3,650 badanych przezeń uczniów szkół publicznych w mieście i w okolicy dr. R. stwierdził psucie się zębów u ilości osobników, stanowiącej 78%, a stan ten zależał przeważnie od złych warunków higienicznych szkół w Galicyi. Dalej, dr. Krassowski przedstawiał 20) *wyniki leczenia garbów sposobem Calot'a*, stosowanym przez mówcę, jak dotąd, z powodzeniem względem; u 4-ch osobników zauważono, wprawdzie, po zabiegu, w mowie będącym, polepszenie, — w 3-ch, wszelako, przypadkach skutek był ujemny, przyczem jeden z operowanych zmarł po rękoczynie pod koniec doby, drugi po upływie godzin 48, trzeci — po upływie czasu dłuższego. Z ostatnim, wreszcie, odczytem wystąpił prof. Rydygier, mówiąc 21) *o leczeniu przetok kałowych*, gdzie podniósł skuteczność wycięcia kawałka odpowiedniego jelita i połączenie odcinków bezpośrednio. Zabrawszy, w końcu, głos znowu już w charakterze przewodniczącego Zjazdu i, zaznaczywszy naukową wartość cenną wygłoszonych przez członków tegoż odczytów, za co obecni serdecznym odpowiedzieli oklaskiem, ogłosił prace Zjazdu za ukończone, a Zjazd sam — jako zamknięty.

K. Niedzielski.

482—485. **Wyciąg ze sprawozdania z 28-go zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego pomiędzy 5 i 8 kwietnia 1899 roku.** (Beilage zum Centralbl. für Chirurgie, № 27, 1899).

(Ciąg dalszy).

9.

482. A. E. Barker z Londynu. **Postrzał mózgu przez podniebienie twarde, wykrucie pocisku w spoidle mózgowem za pomocą promieni Roentgen'a. Usunięcie kuli przez ciemię. Wyzdrowienie.**

Przypadek dotyczył pewnego mężczyzny, który strzelił do siebie dwa razy z rewolweru 7 mm. kalibru w usta w kierunku ku górze i tyłowi, poczem o pomoc lekarską udał się pieszo. Podczas



badania z jednego w podniebieniu twardem otworu krwawiło mocno, pozornie jednak nie stwierdzono objawów uszkodzenia cięższego, prócz nieznacznej chyba parezy powieki prawej. Po upływie wszelako dni 18 chory zaczął wymiotować często, po jakimś zaś czasie zauważono u poszkodowanego porażenie całej lewej połowy ciała, zrazu niezupełne, stopniowo jednak wzmagające się aż do bezwładu. Badanie dna oka wykryło obecność wybitnej brodawki zastoinowej z wynaczynieniami. Za pomocą promieni Roentgen'a wykryto w ustroju badanego dwie kule, z tych jedna uwięzła w trzonie kości klinowej, druga zaś w spoidle mózgowem (corpus callosum). Bądź co bądź, po kilku tygodniach stan osobnika ogólny zaczął polepszać się na stałe, objawy porażenia malały, w klinice ocznej stwierdzono wybitną wewnątrzgałkową poprawę, a ranny zaczynał chodzić już wcale nieźle, wobec czego zaopiniowano, że podejmowanie operacji nie jest wskazane. Zwrot ów pomyślny nie trwał jednak długo, gdyż po upływie dwóch z górą miesięcy chory, kładąc się do łóżka pewnego wieczoru, dostał nagle napadu padaczki, powiklanego utratą przytomności, po którym nastąpiły dreszcze i gorączka. Wobec powtarzających się i dni następnych tego rodzaju napadów, które przemawiały za wytworzeniem się ropnia w okolicy postrzału, choremu wykonano trepanację czaszki, przyczem płat czworokątny skórno-okostno-kostny wykrajano na prawo od punktu środkowego wierzchołka ciemienia. Po odwinięciu płatu na zewnątrz, cięciem półksiężycowem otworzono oponę twardą, gdy zaś usiłowania wydobywania pocisku kleszczykami z rozpadliny strzałkowej (fissura sagittalis) nie osiągnęły celu, wprowadzono wzdłuż sierpu mózgowego paluszek wgląd i kulę wydobyto z łatwością. Po zamknięciu rany opony twardej, płat cały kilkoma szwami umocowano w miejscu właściwym, po jakimś zaś czasie otrzymano miejscowo zagojenie doraźne; wkrótce jednak po rękoźynie porażenie lewej połowy ciała powróciło znowu, co jednak nie trwało dłużej nad dni kilka. W ciągu tego okresu czasu zwracało na się uwagę najbardziej porażenie lewostronne mięśni tułowia, które uwydatniało się głównie w ten sposób, że podczas wysiłku każdego pępek chorego przesunął się na prawo, a lewa połowa brzucha wypukła się wyraźnie. Tymczasem ruchy w obu kończynach lewych powracały zwolna, zaburzenia sfery czuciowej wyrównywały się, z upływem tygodni kilku chory zaczął wstawać i chodzić, oparty na lasce, obecnie, wreszcie, w końcu trzeciego miesiąca chodzi już nieźle, lubo odczuwa jeszcze osłabienie pewne w dolnej kończynie lewej. Stan ten, wszelako, z dniem każdym polepsza się, a bóle, odczuwane przez chorego dawniej podczas wykonywania ruchów, bardziej złożonych, w łydce, przedramieniu i barku obecnie ustąpiły niemal zupełnie. Przypadek powyższy ciekawym jest z tego względu, że uwydatnił całą seryę objawów, przemawiających za powstawaniem zaburzeń w dziedzinie czucia i ruchu, zaburzeń, uwarunkowanych przez istnienie rany ograniczonej mózgowia.



## 10.

483. F. v. Mangoldt z Drezna. **O wszczepieniu do krtani chrząstki żebrowej celem usunięcia zwężenia bliznowatego i wypełnienia braku.**

Obok uszkodzeń urazowych krtani, oparzeń i osmaień jej błony śluzowej wskutek wdychania pary gorącej lub polykania żrących płynów, do przyczyn, które wywołują zwężenie krtani, zaliczyć trzeba owrzodzenia, jako zwykłe powikłania błonicy, przymiotu, twarzdzieli, wilka i trądu. Zwężenia te zauważa się niekiedy i po operacjach wycinania lub przypalania guzów tego narządu np. brodawczaków, napotykanych najczęściej u osobników bardzo młodych. O ile zmiany te na błonie śluzowej krtani są niezbyt rozległe i nie sięgają daleko w głąb, rozszerzanie stopniowe miejsc zwężonych za pomocą zgłębników może dawać wyniki pomyślne, tam jednak, gdzie wskutek rozległych spraw wrzodziejących ze zniszczeniem nietylko błony śluzowej, ale i części rusztowania chrząstkowego wytwarza się zwężenie lejkowate, od zgłębnika nie wiele można się spodziewać, a nadto trudne do omińnięcia podrażnienia, przezeń uwarunkowane, pogarszają tylko stan. W tego rodzaju przypadkach pomaga czasem laryngofissura z wycięciem lub rozszczepieniem miejsca zwężonego, oraz rozszerzaniem następczem, w ciężkich jednak razach i te zabiegi skutku nie odnoszą, nie mówiąc już o tem, że chory skazany jest na ciągle noszenie rurki.

Pomysłu rozszerzenia krtani sztucznego za pomocą transplantacji także kawałka chrząstki żebrowej dotąd jeszcze nikt przed autorem nie wypróbował w praktyce, że jednak drogą tą choremu pomódz można wiele, przekonywa o tem własny d-ra M. przypadek, Przedstawiona na posiedzeniu dziewczynka 6-letnia, obecnie zdrowa zupełnie i mówiąca, jak to członkowie zjazdu stwierdzili, dość głośno, w pierwszym roku życia przyjętą została do szpitala wskutek powtarzających się napadów duszności, zależnych od wytworzenia się licznych na obu strunach głosowych brodawczaków. Po wykonaniu tracheotomii i laryngofissury obie struny głosowe, pokryte naroślami, wycięto i przypalono podstawy żegadłem na krtani nałożono szew. Operowana wyzdrowiała, już po upływie jednak tygodni pięciu wobec wzmagającego się zwężenia narządu do tchawicy założono rurkę na nowo. Ponieważ wszystkie próby rozszerzania były bezskuteczne, po upływie lat czterech przystąpiono do operacji przeszczepienia, a mianowicie: z zachowaniem wszelakich ostrożności bezgnilnych przeniesiono odpowiedni długością, szerokością i grubością niepozbawiony ochrzęstny kawałek świeżej chrząstki z żebra VIII go pomiędzy skórę podbródka i jego tkankę podskórną; po upływie ośmiu tygodni, gdy chrząstka wgoiła się, wszczepiono, po rozcięciu krtani, mający postać mostka płat skórny z zawartą w nim chrząstką żebrową pomiędzy przylegające do siebie blaszki chrząstki tarczowej. Kawałek wszczepiony przymocowano czterema szwami od góry do kości gnykowej, od dołu do chrząstki pierścieniowej, z obu zaś stron do płytek tarczowych. Z upływem 6 tygodni przystąpiono na skutek nowopowstałego zwężenia krtani do sztucznego rozszerzania jej, kt



re dokonywano w ten sposób, że od strony przetoki tchawicowej wprowadzano przez krtani do ust zaopatrzony w nitki jedwabne krzywy zgłębnik uszny, oraz umocowywano na nitkach tych krótką i cienką rurkę gumową z jednym końcem, również unieruchomionym przez dwie nitki. Rurka za pomocą pociągania obu nitek ulegała napięciu i wprowadzona była wówczas, rozciągnięta mocno do miejsca zwężenia. Dzięki sprężystości gumy krtani rozszerzała się wydatnie, tak że niebawem można było rurki słabe i wąskie zastąpić mocniejszymi, a w przeciągu krótkiego okresu czasu rozszerzono światło krtani drogą tą do normy. Po niejakiem czasie rurkę tchawicową usunięto zupełnie, również prędko zaniechano wprowadzania rurki intubacyjnej, dziewczynka zaś owa, do dziś dnia jeszcze nie wypuszczona całkiem z pod opieki lekarskiej, nie doznaje obecnie żadnych zaburzeń w oddechu wtedy nawet, gdy jest zmuszoną do wykonywania wysiłków fizycznych.

Wynik spostrzeżenia powyższego dowodzi, że rozłączony z podłożem swem kawałek chrząstki, w razie oszczędzania ochrzestny, może wgoić się pod skórę i, zachowując z tą ostatnią związek odżywczy, wszczepionym być pomyślnie do krtani. W danym przypadku kawałek chrząstki, jak przekonały zdjęcia sposobem Roentgen'a, trzyma się mocno już w ciągu  $1\frac{1}{2}$  roku, co jest okresem czasu dość długim i przekonywa dostatecznie o skuteczności zabiegu. Ten ostatni wymaga, zapewne, ulepszeń niejakiem, mianowicie: należałoby wszczepionemu kawałkowi chrząstki nadawać postać klina tępego z powierzchnią zewnętrzną szerszą, a wewnętrzną węższą, co zabezpieczyłoby mogło od wciągania następczego pomiędzy blaszki chrząstki tarczowej; dalej, trzeba zwracać uwagę na należyty ochrzestny do skóry stosunek w celu zapewnienia chrząstce warunków odżywiania możliwie najlepszych, co jest, wszelako, już rzeczą dalszych w kierunku tym doświadczeń.

## 11.

**484. Gluck z Berlina. Wycięcie krtani i wytwórcza nad narządem tym operacja.**

Na jednym z posiedzeń członków zjazdu dr. G. przedstawił pewnego osobnika, u którego, po wycięciu krtani doszczętnem, łączność pomiędzy tchawicą a gardzielią przerwana została zupełnie. Dla zaradzenia złemu wprowadzono do końca rurki powietrznej krtani sztuczną i połączono ją z paszczą za pomocą przeprowadzonej z wewnątrz przez nos i sięgającej do jamy nosogardzielowej rurki kauczukowej. Powietrze wydychane przedostawało się z rurki przez krtani sztuczną, dalej, przez nos do gardzieli, gdzie ulegało pewnej modulacyi. Osobnik, w przyrząd ów zaopatrzony, mówił, wprawdzie, głosem jednostajnym, lecz całkiem zrozumiałe. Tego rodzaju rękoczyn autor, jak dotąd, dokonał w 23 przypadkach.

## 12.

## 485. F. Krause z Altony. Leczenie operacyjne ciężkich postaci nerwobólu potylicowego.

Trudności, następujące się w sprawie określenia dokładnego ogniska bólów, są w przypadkach neuralgii potylicowej daleko większe, niż w razie rwy trójdzielnej. Czynne są tu zwykle wspólnie trzy nerwy, mianowicie: potylicowy większy, mniejszy i uszny wielki, u żadnego też z osobników leczonych przezeń autor nie stwierdził bólu, któryby ograniczał się do jednego z owych trzech nerwów tylko. Ponieważ zaś zboczenia anatomiczne na przebiegu tychże zdarzają się niezwykle często, zrozumieć więc łatwo różnorodność szczegółów techniki operacyjnej, o których należy pamiętać podczas wykonywania zabiegu. Dla utworzenia sobie drogi do źródła cierpienia cięcia skórne na potylicy zaczynać należy w pobliżu linii środkowej na trzy przeszło palce poniżej wyniosłości zewnętrznej (protuberantia occipitalis externa) i prowadzi ku wierzchołkowi wyrostka sutkowego, nie dochodząc doń, wszelako, na 2 ctm., poczem cięcie owo posuwa się skośnie naprzód i ku dołowi do brzegu tylnego mięśnia zginacza głowy (m. sternocleidomastoideus) i kończy nieco poniżej poziomu kości gnykowej. Całe prawie to cięcie przebiega po części głowy uwłosionej, blizna zatem pozostaje widoczną na przestrzeni niewielkiej. By nie uszkodzić gałązek obwodowych, lecz mieć je zawsze na oku, jako drogowskazy, przecina się zrazu tylko skórę i tkankę podskórną, siatkę zaś nerwów wyszczególnionych powyżej odnajdzie się bez trudności już po ostrożnem odpreparowaniu od podłoża skóry brzegu górnego rany na przestrzeni 1 — 2 ctm. Posuwając się w kierunku dośrodkowym, odnajdziemy niebawem większy nerw potylicowy, który przeciska się przez ścięgno m. kapturowego i głębiej przebija włókna tęgiego mięśnia półciernistego głowy (m. semispinalis capitis), przebiegającego równolegle do kręgosłupa. Dla zaznajomienia się z dalszem pogłębianiem nerwu nadciąć wypadnie w razie potrzeby mięśnie: kłębkowy (splenius) i półciernisty poprzecznie. Obok nerwu tego przebiega nerw potylicowy trzeci z gałęzi tylnej 3-go nerwu szyjowego; oba te nerwy, po przedarciu się przez mięsień półciernisty, leżą w warstwie umięsienia karku najgłębszej, mianowicie: na powierzchni tylnej m. prostego głowy tylnego większego i skośnego tejże dolnego (m. obliquus capitis inf.). Picń 2-go nerwu szyjowego znajdujemy na zewnątrz od kręgu, dlatego też zwój (ganglion) jego dostępny jest od strony cięcia bez uciekania się do operacji kostnej; przeciwnie, odnalezienie to jest dość łatwym pomiędzy dźwigaczem (atlas) i obrotnikiem (epistropheus) w kącie bocznym szerokiej na centymetr przestrzeni międzykręgowej, gdzie zwój ów wycina się doszczętnie. Za pomocą cięcia powyższego obnaży również nerwy: potylicowy mniejszy i uszny wielki, które niekiedy już na wysokości kości gnykowej, u brzegu tylnego mięśnia zginacza głowy, niekiedy zaś niżej dopiero dzielą się na dwie lub więcej gałązek. N. potylicowy mniejszy przebiega lub koło usznego, lub na 4 — 5 ctm. powyżej i jest zwykle od usznego o wiele cieńszy.



Podczas operacji, wszelako, należy być zawsze przygotowanym na rozmaite natury anatomicznej nieprawidłowości i pamiętać, że o ile jeden z nerwów jest rozwiniętym ponad normę, o tyle niepokaźnymi więcej stają się nerwy sąsiednie; dalej, po przedostaniu się pomiędzy mięsień mostkobojęzykosutkowy i kłębkowy głowy wgląd napotyka się ku przodowi nerw wsteczny (n. accessorius), którego gałązki przednie wraz z nerwami, wymienionymi powyżej tworzą splot szyjowy. Przebiegając, po wyjściu z kanału rdzeniowego w brózdzie, w którą zaopatrzona jest powierzchnia górna każdego poprzecznego wyrostka, nerwy te ciągną się zrazu między mięśniami międzypoprzecznymi przednimi i tylnymi, a potem z boku od tychże pomiędzy mięśniem dźwigaczem środkowym (m. scalenus medius) i długim głowy. Oba nerwy: mniejszy potylicowy i uszny wielki biorą początek swój najczęściej z 3-go nerwu szyjowego i tu jednak zdarzają się nieprawidłowości oraz wahania różne.

(Dok. nast.)

K. Niedzielski.

## II. Choroby oczu.

486. Pergens (Bruksella). O upustach krwi i leczeniu odciągającym w okulistyce. (Société Belge d'ophtalmologie. Posiedzenie z d. 27/XI 1898).

Oba te zabiegi lecznicze były stosowane już przez Hippokratesa. Mózg poczytywano wówczas za gruczoł. Zgodnie więc z tem błędnem mniemaniem sądzono, że, przy zwiększonej wydzielinie, nadmiar jej uchodził w kierunku oczu, uszu, nosa, gardzieli i t. d., sprowadzając niezyt. Stąd nazwa catarrhus. Zapatrywanie to utrzymało się w mocy aż do XVII stulecia, t. j. do czasu, kiedy Schneider stwierdził istnienie błony śluzowej i niemożność przesączania cieczy mózgowej. Dawne zapatrywanie dotąd pozostało w popularnej nazwie francuskiej „rhume de cerveau”. Zapalenia oczów, rozwijające się jakoby w sposób wyżej wspomniany, leczono za pomocą różnorodnych przymoczek (collyria). Ponieważ mniemano, że nadmiar wydzieliny mózgu (jako gruczołu) mógł się rzucić na różne narządy, stosowano drażniące miejscowe środki do nosa, do jamy ustnej i t. d. w celu odprowadzenia tej cieczy do tych okolic i zabezpieczenia w ten sposób narządu wzroku od mogących w nim wybuchnąć spraw chorobowych. Stosowano bańki, żeby pierwiastkowi chorobowemu dać ujście z ciała. Okolica skroniowa, jako niewłosiona, cienką powłoką skórną pokryta, uważana była, jako miejsce najwłaściwsze dla tem łatwiejszego przesiąkania cieczy z mózgu. Drugą grupę chorób oczów stanowiły zewnętrzne ich choroby, mające wynikać wskutek przedostania się cieczy z powłoki skórnej, lub ze krwi, pochodzącej z tętnicy skroniowej. W myśl tego robiono nacięcia pojedyn-



cze w okolicy skroniowej, żeby szkodliwe płyny łatwiej mogły znaleźć ujście, a zarazem, aby wytworzona blizna stanowiła zapórę dla dalszego ich wsiąkania. W celu wstrzymania napływu krwi z tętnicy skroniowej przyżegano tętnicę. Z powyższego widzimy, że upodobanie do zabiegów w okolicy skroniowej jest tym razem pozostałością dawnych błędnych zapatrywań fizjologicznych i patologicznych. Ogólne upusty krwi (Aderlass) stosował już Hippokrates. Miejscowem nazywano takie puszczenie krwi, które robiono blisko oka, albo też wogóle na głowie. W rzeczywistości zaś za jedynie prawdziwe miejscowe puszczenie krwi można uważać li tylko skaryfikację naczyń krwionośnych gałki ocznej, którą wprowadzili Franco, Heister, Desmarres. Zanim Sarlandières i Heurteloup obmyślili swoje przyrządy, służące do upustów krwi, już lekarze w Grecyi stosowali pijawki i cięte bańki. W III-em stuleciu po Nar. Chr. Samuel radził gorące nożne kąpiele, które były w wielkiem użyciu u Arabów. Albusir obsznurowywał mocno kończyny dolne, żeby wskutek zastoju krwi zmniejszyć jej przyływ do głowy. Kataplazmy były używane już w starożytnym Egipcie. Zawłoki pochodzą z wieków średnich, ponieważ już Paré i Bartisch robią wzmiankę o przeciąganiu sznurka (Schnurziehen). Robiono to w celu odciążenia ropienia od oka ku ranie. Pellier de Quengsy przeciągał nitkę przez rogówkę, chcąc tem usunąć bielmo; japończycy zaś i chińczycy przeciągali nitkę wełnianą przez oko przeciwko jaskrze i zaćmie. Wecker przeciągał podwójną nitkę złotą przez białkówkę w przypadkach odklejenia siatkówki lub jaskry. Ostatniego jednak nie należy uważać za środek odciążający, lecz tylko za rodzaj drenowania. Kantarydy stosował Hippokrates, jako stimulans. Aëtius stosował je w okolicy skroniowej przeciwko zapaleniom oczów. — Oprócz tego stosowano wiele innych jeszcze środków w powyższym celu (amoniak, emetyk i t. d.). Jaka może być skuteczność tych środków? Obfity ogólny upust krwi wywiera wpływ niewątpliwy na stan wzroku, upośledzając ogólny stan. Przypadki ociemnienia po utracie krwi dobitnie to stwierdzają. Puszczenie krwi w okolicy skroniowej w sąsiedztwie oka może wywierać pewien wpływ odciążający na powłokę skórną. Schneller (1857) nie stwierdził żadnych wydatnych następstw po puszczeniu krwi ze skroni, po wypuszczeniu zaś 45 ctm. sześć. z żyły poprzecznej twarzy spostrzegął, jako główne zjawisko, przemijającą krótkowzroczność, zwięźlenie źrenicy, trwające 5 minut i rozszerzenie trwające godzinę. Prelegent powtórzył doświadczenie Schnellera i nie otrzymał żadnego literalnie skutku nawet przy wypuszczeniu 150 ctm. sześć. z żyły poprzecznej i skroniowej. Z tego powodu niema najmniejszej racji zalecać naturalne pijawki w cierpieniach łącznicy i tęczówki, lub sztuczne pijawki w cierpieniach dna oka, jak to czynią Fienzel, Niessen i Coppez. Środki odciążające, jako wpływające na odciążenie krwi od głowy, są daleko racjonalniejsze. Zważywszy jednak, że przecięciowa ilość krwi w człowieku waha się około  $4\frac{1}{2}$  kgr., można wyprowadzić wniosek, że postawienie paru pijawek pozostaje bez skutku. Chcąc tego dopiąć, trzeba byłoby postawić tych baniek całą masę.



Autor w jednym przypadku obustronnej rzeźączki łącznicy, wywołanym przez gonokoki (dwoinki Neissera) zakładał jedwabną zawłokę na skroni po jednej stronie i badał stąd ściekającą ropę. Wynik był następujący: ropa zawłokowa zawierała li tylko gronkowce, w worku zaś łącznicowym tkwiły gonokoki obficie. Przeto możność przeniesienia gonokoków z łącznicy ku ranie zawłokowej za pomocą ciałek ropnych jest zupełnie wykluczona. W tym przypadku w jednaki sposób leczono oba oczy za pomocą protargolu i wyleczenie nastąpiło w obu oczach jednocześnie. Zimno i gorąco stanowczo wywierają wpływ na narząd wzroku. Środki rumieniące działają podobnie, jak ciepło, poniekąd jako wonie, t. j. wywołując nowe wrażenie, sprawiają choremu pewną rozrywkę. Zmniejszenie bólu sprawia przyjemność, lecz nie uleczą. Wogóle działanie tych czynników jest niepewne i niedowiedzione. Suggestyji ulegają zarówno lekarze, jak i chorzy. Prelegent kończy ironiczną uwagą, że krew, odciągnięta za pomocą pijawek, na lepsze im wychodzi, aniżeli choremu.

*Bronisław Wagner.*

487. Dr. M. Miller (okulista w Bawaryi). **O szerzeniu się jaglicy w prowincyi bawarskiej Frankonii górnej.** (Centralblatt für Augenheil. Prof. Hirschberg, marzec, 1899).

W pewnej części Frankonii górnej jaglica panuje, jako choroba miejscowa, od samego początku jej wystąpienia w Niemczech. — Chorobę tą w szczególności spotykamy w dolinach błotnistych górnych dopływów frankońskiej Saali i Menu, podczas gdy w miejscowościach górzystych występują zaledwie pojedyncze przypadki jaglicy i to w okolicach błotnistych. Statystyka, obejmująca cztery okresy, a mianowicie: lata 1868/1869, 1874/1880, 1882/1889 i 1890/1896, wykazują 2,148 chorych jaglicowych wśród 483,068 ludności, w obrębie rzek: Menu, Saali, Eger, Regnitz.

W ciągu zaś 1890/96 roku wśród 10,000 chorych ocznych było 320 przypadków jaglicy. Na zasadzie powyższego, autor wyprowadza wnioski, że jaglica w miejscowościach, położonych wyżej ponad 500 m., występuje tylko sporadycznie i ma przebieg łagodniejszy.

*Bronisław Wagner.*

488. Dr. J. Herrnhesser (Praga). **Kiedy przy leczeniu chorób oczu należy nakładać opatrunki: kiedy są wskazane zimne lub ciepłe okłady?** (Die ärztliche Praxis, IX Jahrgang, 1898, 1—3).

Opatrunek uciskowy jest wskazany: 1) przy wszelkich ranach rogówki, zarówno przy utracach nabłonka rogówki, jako też przy znaczniejszej utracie istoty tejsze błony; 2) przy wszelkich wrzodach rogówki zwłaszcza wówczas, kiedy zagraża jej przedziurawienie.

Ewentualnie zaleca się przytem ułożenie chorego nawznak. W przypadkach wypadnięcia tęczówki, oraz przy bliznach wypuklonych rogówki, należy przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego spróbować, czy systematyczne leczenie za pomocą opatrunku uciskowego nie da pożądanego wyniku. W razie obfitej wydzieliny opatrunek zmieniamy 2—3 razy dziennie. Opatrunek jest przeciwwskazany przy zaburzeniach worka łzowego. Co się tyczy postępowania pooperacyjnego, to autor uznaje za rzecz obojętną, czy się nakłada opatrunek ochronny, lub też czy się leczy ranę bez osłony. W razie zaniedbania opatrunku po operacji lepiej stosować siatkę ochronną pomysłu Fuchs-Czermak'a, aniżeli papier Wolffberg'a.

Zimne okłady są wskazane przy wszelkich sprawach zapalnych łącznicy. Bardzo dobrze działają one w szczególności przy zapaleniu błony nadbiałkowej (episcleritis). Okłady lodowe autor uważa za właściwsze od nakładania worka z lodem.

Okłady gorące winny być takiej ciepłoty, żeby oko i skóra za ledwie je znieść mogły. Zapobiegawczo należy powlec skórę wasełiną. Nadają się do tego celu okłady z siemienia lnianego, lub też z rumianku. Wskazane są gorące okłady przy ropniu worka łzowego, przy wszelkich chorobach naczyniówki i tęczówki, zarówno w jaskrze, jakoteż w przypadkach równoczesnego zapalenia ropnego wszystkich powłok gałki ocznej, wreszcie przy bólach, spowodowanych cierpieniem nerwu trójdzielnego. W ostatnich czasach osiągano pomyslnie wyniki przy zastosowaniu gorących okładów w przypadkach porażenia nerwu wzrokowego.

*Bronisław Wagner.*

489. Coppez (Bruksella). **Zapalenie mieszkowe łącznicy (c. follicularis) w związku z wyrosłami adenoidalnymi w przewodzie noso-gardzielowym.** (Société Belge d'ophtalmologie in Brüssel. Posiedzenie z d. 27/XI 1898).

Tworzenie się mieszków w łącznicy bywa: 1) zwiastunem jąglicy, 2) objawem, towarzyszącym zakaźnym zapaleniom u dzieci, 3) skutkiem zbytńiego natężenia akomodacyi, 4) pochodzenia toksycznego lub 5) przymiotowego, 6) skutkiem uporeczywego łzawienia, wreszcie 7) objawem współistniejącym przy wyrosłach adenoidalnych. Istnieje wyraźne podobieństwo w budowie błony śluzowej oka (łącznicy) i gardzieli. Błony te posiadają jednakową warstwę siatkową, w której łatwo osiadają ciała limfatyczne. Nadto obiedwie błony są wrażliwe na działanie chłodu, kurzu i braku powietrza. Dosyć pospolicie stwierdza się obrzmienie gruczołów chłonných na szyi przy zapaleniu mieszkowem na łącznicy. Usunięcie wyrosłi adenoidalnych przy jednoczesnem zużywaniu leków tonizujących pociąga za sobą



zniknięcie sprawy mieszkowej z błony śluzowej oka. Na kongresie w Londynie (1881) Guy zabierał głos w tej sprawie, rzecz ta uległa jednak zapomnieniu. *Bronisław Wagner.*

490. A. Darier. **O leczeniu zapaleń łącznicy za pomocą soli srebra, a w szczególności zaś za pomocą protargolu.** (*La clinique ophtalmologique. Octobre, 1899, № 19.*)

W dziale oftalmologii, traktującym o cierpieniach łącznicy, po dziś dzień istnieje bardzo wiele braków, tak w etyologii i klasyfikacji, jako też i w leczeniu zapaleń łącznicy, ostatni zwłaszcza dział z chwilą wprowadzenia do terapii ocznej soli srebra, mianowicie azotanu, drogą czysto empiryczną, nie o wiele posunął się naprzód.

Dzięki odkryciu przez Neisser'a gonokoka, można było oprzeć pewien dział przynajmniej zapaleń łącznicy na gruncie bakteriologicznym; wydzielono zatem zapalenie ropne noworodków — blennorrhoea neonatorum, zapalenie ropne u dorosłych wywołane przez gonokoka — conjunctivitis gonorrhoeica Neisseri.

Obie te postaci, przebiegające zresztą łagodniej u noworodków, są następstwem miejscowego zakażenia błony śluzowej łącznicy przez lasecznik Neisser'a. Do roku 1886 wszystkie inne formy klasyfikowano jako zapalenie łącznicy kataralne, ostre, chroniczne i t. p. W tym to roku Weeks znalazł i opisał, zbadawszy doświadczenie i klinicznie lasecznika, obecność, którego wywołuje ostrą zakaźną postać zapalenia łącznicy — conjunctivitis contagiosa acuta. Stąd — conjunctivitis Weeks'a.

Przed kilku znowu laty początkowo Morax, następnie Axenfeld wykryli diplobacillus conjunctivitis subacutae, stąd conjunctivitis subacuta contagiosa Morax'i.

Wreszcie czwarta postać znamy jako — conjunctivitis diphtheritica Loeffler'i.

Istnieje jednakże wiele postaci zapaleń łącznicy, etyologia których nie jest nam znana, że wspomniemy conjunctivitis granulosa (jaglica), dalej phlyctenulosa, conjunctivitis, przy którym znajdujemy w łącznicy liczne pneumokoki, streptokoki (ostatnie zwłaszcza często, zdaje się, są przyczyną zapaleń brzegu powiek, oraz dróg noso-łzowych). Czy zmiany termicznej lub melanicznej natury same przez się są w stanie wywołać pewne postaci zapaleń łącznicy, na to dać dzisiaj stanowczą odpowiedź jest rzeczą trudną, z drugiej zaś strony nie ulega wątpliwości, iż u wielu osobników, zwłaszcza zaś u dotkniętych tak zwanymi skazami, istnieje odpowiedni grunt, na którym pierwszy lepszy bodziec łatwo sprowadza infekcję.

Bliskim zdaje się być dzień, w którym na podstawie etyologii bakteriologicznej ułoży się klasyfikacja cierpień zapalnych łącznicy, dzisiaj należy tylko sobie życzyć, by stawiano rozpoznanie na podstawie drobnowidzowego badania wydzieliny łącznicy przy ich stanach zapalnych, co zresztą nie pociągałoby za sobą zbyt skompliko-



wanych czynności, kropla bowiem rozcieńczonej fuksyny również dobrze zabarwi gonokoki, jak laseczniki Weeks'a lub dwoinki Morax'a—drobnoustroje najczęściej napotymane na chorej łącznicy, i w ten sposób da możność ścisłego stawiania rozpoznania. Wogóle zaś prace bakteryologiczne w tym kierunku może w przyszłości pomogą do znalezienia surowicy przeciw jaglicy, lub przeciw ropnemu zapaleniu łącznicy, tak jak to dzięki pracom Roux i Behringa mamy przeciw zapaleniu łącznicy błonicowemu. Tymczasem należy stosować miejscowe środki niszczące drobnoustroje, wywołujące tę lub inną postać zapalenia łącznicy i jednocześnie nie drażniące tej ostatniej. Do takich należy używany w szerokim bardzo zakresie w okulistyce azotan srebra, jest on niemal panaceum na wszelkie zapalenia łącznicy; sole inne jak ałun, cynk, ołów i siarczan miedzi są tylko środkami dodatkowemi, mającemi ściśle bardzo wskazania.

Autor, używając przez lat 14 prawie wyłącznie azotanu srebra w leczeniu zapaleń łącznicy, przyszedł do przekonania, iż różne odpowiednio stosowane roztwory tego środka mogą leczyć większość zapaleń worka łącznicowego.

Dzięki swej zasadzie — srebru, azotan srebra posiada duże własności bakteryobójcze, lecz z drugiej strony związany ze srebrem w nim kwas saletrzany silnie przyżęga i drażni łącznicę. Stąd ostatnimi czasy poczęto wysilać się na znalezienie odpowiedniego związku srebra, któryby, posiadając własności azotanu srebra, był jednocześnie mniej niebezpiecznym i bolesnym dla tkanki łącznicy. Poczęto więc łączyć srebro z kwasami organicznymi, jako mniej żrącymi od mineralnych. Proponowano: argentaminę, argoninę, argentum lacticum, citricum, sulphophenicum, proteinicum (protargol). Ostatni okazał się najodpowiedniejszym środkiem.

Azotan srebra, posiadający własności przyżęgające i żrące, działa powierzchownie i, niszcząc bakterye, niszczy jednocześnie błonę śluzową, użycie tego środka wymaga dużego zasobu doświadczenia ze strony lekarza; nieumiejętne bowiem stosowanie przyżęgań często staje się niebezpiecznem dla chorego; protargol zaś przeciwnie, nawet w silnych roztworach nie niszczy tkanki, nie posiada własności przyżęgających, niszczy znakomicie laseczniki i łatwo wnika wgląb tkanki.

Jeżeli protargol znalazł, nielicznych zresztą, przeciwników, to wynika to stąd, iż ze środkiem tym należy się dobrze poznać; posiada on tylko 8.3% srebra w związku z ciałami proteinowemi, podczas gdy azotan zawiera 65%, działanie zatem protargolu jako krótsze, musi być częściej stosowane i w silniejszych daleko roztworach.

Protargol rozpuszcza się w wodzie łatwo we wszystkich stunkach pod wpływem światła i czasu roztwory stają się ciemniejszymi, gęstszymi i mniej skutecznymi. Należy zawsze przygotowywać niewielkie ilości. Używa się pod postacią kropli wpuszczanych do worka łącznicowego, względnie do cierpienia, od 2 — 3 razy dziennie do wpuszczania co  $\frac{1}{2}$  godziny roztworu 5%; do tuszowania zaś powiek od 15 — 50% rozczyń; również stosują protargol per se pod postacią wdmuchiwań (insufflacje); łyż szybko rozpuszczają proszek



protargolu w worku łącznicowym, dając w ten sposób możność wniknięcia środka do całego worka łącznicy. Chorzy znoszą protargol znakomicie; tylko silniejsze roztwory powodują lekkie uczucie pieczenia, słabsze są zupełnie bezbolesne. O azotanie srebra tego powiedzieć nie można.

W końcu swej pracy przytacza autor szereg cierpień oka, leczonych za pomocą protargolu ze znakomitym skutkiem, w ciągu mniej więcej dwu lat, a więc:

- 1) 272 przypadki katarów łącznicy;
- 2) 37 ropnych zapaleń łącznicy, z których kilka z powikłaniami ze strony rogówki;
- 3) 36 przypadków conjunctivitis contagiosae tubaentae (Morax), tutaj ostatecznie leczenie zakończono stosowaniem cynku, ołowiu lub ichtyolu;
- 4) 23 przypadki conjunctivitis granulosa, leczonych za pomocą wdmuchiwań proszku protargolu z następczym masowaniem, kończono kurację, stosując bądź siarczan miedzi, bądź wycieranie łącznicy za pomocą szczoteczki;
- 5) 41 blepharoconjunctivitis przez energiczne wcieranie w brzeg powiek roztworu protargolu;
- 6) 52 przypadki blepharitis również za pomocą wcierań protargolowych;
- 7) 27 przypadków dacryocystitis za pomocą użycia zgłębników i następczego przestrzykiwania roztworami 5%, 10%, 20% protargolu.

Dłuższe stosowanie protargolu sprowadza również, jak azotanu srebra, argyrozę.

*Stefan Cetnarowicz.*

### III. Choroby weneryczne i skórne.

491. J. V. Kjelman. **Trwałość zmian histologicznych w syfilisie.** („Zur Kenntnis der Persistenz der histologischen Gewebsveränderungen bei Syphilis.“ Archiv für Dermat. und Syphilis. Band 45, Heft 1).

Neumann, podjąwszy badania histologiczne skóry na miejscach wykwitów syfilitycznych, znalazł tam zmiany, trwające jeszcze długo po zniknięciu samych wykwitów. Zmiany polegały na pozostającym nacieczeniu, którego okrągłe komórki N. uważa za twory, zawierające w sobie zarazek specyficzny. Fakt ten wskazuje, że sprawa chorobowa w ustroju nie ustępuje jednocześnie ze zniknięciem objawów zewnętrznych, a trwa dalej, dając o sobie znać od czasu do czasu pod postacią nawrotów (recydyw). Spostrzeżenie powyższe ma doniosłe znaczenie praktyczne: dowodzi ono, że osobnik, raz dotknięty przymiotem, zachowuje zarazek przez czas dłuższy i może go udzielić zdrowemu wtedy nawet, kiedy nie budzi najmniejszego po-

dejrzenia. Kjelmann w 5-ciu przypadkach poddał badaniu skórę, wyciętą z miejsc, na których były pierwotne owrzodzenia przed  $\frac{1}{2}$  —  $1\frac{2}{3}$  rokiem. Zupełne restitutio ad integrum nie dało się spostrzedz w żadnym z tych przypadków: zawsze można było widzieć mniej lub więcej rozległe nacieczenie nietylko w pars papillaris, ale nawet w głębszych warstwach skóry. Następny szereg badań dotyczy 5-ciu przypadków byłych pierwotnych owrzodzeń, zagojonych przed  $\frac{3}{4}$  — 3 lata i 3-ch — zagojonych przed  $3\frac{3}{4}$  — 13 lata. Tylko w tych trzech ostatnich przypadkach nie znalazł zmian, dobitnie wskazujących na charakter sprawy chorobowej, która tu się odbyła. W ośmiu preparatach wziętych z miejsc, gdzie pierwotnie była różyczka syfilityczna, po miesiącu znalazł jeszcze zmiany, dopiero po 3 —  $5\frac{1}{2}$  miesiącach już ich nie było. Na miejscach, gdzie pierwotnie były grudki (papulae) zmiany trwały dłużej, niż pół roku. Autor wyprowadza z tych badań wskazówkę, że każde leczenie, a zwłaszcza pierwsze, powinno być dokładne i trwać znacznie dłużej, niż same objawy. *Fr. G — yé.*

492. w Fischer. **Rozpoznawanie i leczenie przymiotu.** (Zur Therapie und Diagnostic der Syphilis. Monatsheft für prakt. Dermatologie. Bd XXVIII, № 4, 1899).

Rtęć, zdaniem autora, wywiera silnie pobudzający wpływ na narządy i skórę, a specyficzne jej działanie w przymiocie polega właśnie na tem, że jej wpływ pobudzający odbija się przeważnie i głównie na tych mianowicie narządach, które najbardziej uległy chorobie: energia życiowa komórek w tych narządach niepomiernie wzrasta, przez co ułatwia się walka z zarazą. Do najlepszych preparatów rtęciowych autor zalicza kalomel. Daje on chorym 0.2 pro dosi, 0.6 pro die i otrzymuje znakomite wyniki. Nadto kalomel jest dobrym środkiem dyagnostycznym w przypadkach wątpliwych: u syfilityka, pomimo najstaranniejszą pieczę o jamę ustną, stale i zawsze występuje zapalenie dziąseł — gingivitis, stomatitis (Brednie — Ref.). Bieguncę, występującej w początkach leczenia, zapobiegamy, dając choremu extr. opii, później, w miarę przyzwyczajania się do kalomelu, bywa to zbytęcznem. Po 4 dniach robimy przerwę na 4 — 5 dni, dajemy 20 prosków, znowu robimy przerwę i znowu 20 prosków i t. d. w ciągu kilku miesięcy. *Fr. G — yé.*

493. I. **Leczenie przymiotu systemem Welander'a.** Schuster. (Bemerkungen zu der die Einreibecur ersetzenden Quecksilbersäckchen—Behandlung Welanders. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band XLVII, Heft 1, 1899).

Welander, wychodząc z zasady, że wpływ leczniczy przy wcieraniu szaruchy zależy wyłącznie od wdychania ulatniającej się rtęci,



zapropował około r. 1893 bardziej dogodny sposób „smarowania“, który polegał na tem, że chory, rozsmarowawszy na pewnej części ciała maść merkuryalną, pokrywał ją kawałkami wełnianej tkaniny i pozostawiał na przeciąg 24 godzin. Wyniki jakoby były dodatnie. Wkrótce profesor Sztokholmski zrobił jeszcze jeden krok naprzód i zaczął smarować szaruchą nie skórę chorego, ale wewnętrzną powierzchnię worka wełnianego (50 cm. długości, 40 — szerokości) i zalecał choremu nosić taki worek zawieszony pod ubraniem na pierśsiach lub plecach. Wyniki leczenia również miały być dodatnie. — W naznaczonym w nagłówku artykule Szuster z Akwisgranu opisuje los pewnego chorego, który nie mógł pozbyć się cierpień pochodzenia przymiotowego (ból głowy, osłabienia słuchu, szumu w uszach, bezsenności i t. d.), pomimo że nosił worki Welandrowskie: jeden w ciągu 14, drugi 12 dób. Badanie moczu nie wykazało w nim nawet śladów rtęci. 30 dni leczenia wcieraniami uwolniło chorego od dotkliwych cierpień. — Aby się przekonać lepiej o wartości leczenia podług nowego systemu Welandra, Szuster wybrał zdrowego mężczyznę i polecił mu nosić stale — dzień i noc — worek z maścią merkuryalną. Worek zakrywał całą pierś, miał 36 cm. długości i 26 szerokości, a na wewnętrznej jego powierzchni rozsmarowywano codziennie 5 grm. szaruchy. Badanie moczu, przeprowadzone po 2-ch, a powtórzone następnie po 3-ch tygodniach, nie wykazało w nim rtęci; dopiero przy trzecim badaniu, dokonaniem w 31-y m dniu od początku zastosowania próby, znaleziono ślady rtęci. Szuster powtórzył próbę na samym sobie, założywszy na dwa tygodnie worek wełniany 50 cm. długości i 40 cm. szerokości, smarowany codziennie 6-ma gramami szaruchy. Badanie moczu wykazało ślady rtęci dopiero w 8-y m dniu. Dziewiątego dnia od chwili zdjęcia worka rtęci w moczu wykryć już nie można było.

*Fr. G — yč.*

#### 494. II. Leczenie przymiofu systemem Welander'a.

Jako odpowiedź na zarzuty Schustra, wydrukował Welander rzecz p. t. „Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen“. (Arch. für Dermat. und Syphilis. Bd XLIX, Heft 1, 1899).

Autor przeprowadził nowy szereg prób i otrzymał wyniki, jakie miał dawniej, a przeciwne podanym przez Szustra. Prób dokonano na chorych szpitalnych i z praktyki prywatnej profesorów. Oto kilka przykładów: I) G. E. przyjęta do szpitala 19/IV z wysypką syfilityczną grudkową. Przedtem nigdy rtęcią nie leczona. Założono woreczki z maścią. 25/IV i 30/IV znaczne ilości rtęci w moczu; 5/V bardzo dużo (eine höchst bedeutende Menge) rtęci w moczu; do tegoż dnia wysypka grudkowa uległa już zupełnemu wessaniu. — V) H. wstąpił do szpitala 18/III. Rozpoznanie: syphilis, sclerosis, eruptio papulo-pustulosa totius corporis, an. ina, psoriasis plantaris. Chory dotąd rtęcią nie leczony. 22/IV na miejscu byłych wykwitów pozostaje

tylko pigmentacja skóry; w moczu ogromne ilości (kolosalne Menge) rtęci. — Takich przykładów przytacza autor 12, a we wszystkich objawy choroby ustępowały szybko, rtęć dostawała się do ustroju łatwo, co można było stwierdzić przez badanie moczu.

*Fr. G — yć.*

495. Soboleff L. **O wpływie wysokiej ciepłoty na przebieg rzeżączki.** (M. P., № 30, 1899).

Sprawa powyższa jest jeszcze mało wyjaśnioną, bądź dlatego, że powikłania rzeżączki przez choroby gorączkowe zdarzają się niezbyt często, bądź też, że nie zwracano dotąd na tę okoliczność należytej uwagi. Przeglądając jednak odnośną literaturę, nie można nie zauważyć, że w wielu przypadkach trypra przypadkowo występujące powikłania w postaci cierpień gorączkowych często zupełnie zmieniają przebieg rzeżączki.

Tak, niejednokrotnie notowano ustąpienie wszelkich objawów tego cierpienia, bez skutku dotąd leczonego, wślad po przebyciu zapaleń: przyądrza, gruczołu krokowego, pęcherza, miedniczek nerkowych, kiszek, a dalej tyfusu i influenzy.

Jeżeli wziąć pod uwagę, że 1) ciepłota ciała naszego najwięcej sprzyja rozwojowi gonokoków; 2) że najmniejsze wahania tej ciepłoty ujemnie wpływają na ich rozwój i 3) że 39 — 40° nie tylko uniemożliwiają dalsze rozmnażanie się w mowie będących kokków, lecz zabijają je, to łatwo objaśnić ten leczniczy wpływ, jaki wywierają na przebieg rzeżączki choroby gorączkowe. Dodatni ten wpływ potęguje się jeszcze i tem, że chorzy tacy zmuszeni są leżeć w łóżku i odpowiednio się zachowywać. Prawda, nie zawsze w wypadkach powyższych otrzymujemy zupełne wyleczenie, na ogół jednak biorąc, natężenie sprawy rzeżączkowej w tych warunkach zawsze słabnie.

Że wysoka ciepłota sprzyja wyleczeniu rzeżączki, widzimy to z doświadczeń Quinque, który, sztucznie nagrzewając członek chorych na trypra, otrzymywał wyniki zadawalniające.

Autor, zachęcony tymi ostatnimi, zamierzył zastosować wysoką ciepłotę jako metodę leczniczą przy leczeniu trypra. W tym celu w przeciągu 5 minut przemywa on cewkę swych chorych na rzeżączkę wodą zwyczajną o ciepłocie 40° R. (50° C.), a następnie po kilkuminutowej przerwie wstrzykuje rozczywn nadmanganianu potasu (1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>) tejże samej temperatury. Na każde przemywanie autor zużywa 3 f. wody i wyżej wspomnianego rozczywnu. W wypadkach ostrych gorące przemywania są bolesne i w tych razach powyższe leczenie odkłada on na dni kilka, dopokąd ostre zapaloe objawy nie ustąpią.

Metodę tę S. stosował u 28 chorych i otrzymał bardzo zadawalniające wyniki. Średnio choroba trwała przy takim leczeniu 9<sup>1</sup>/<sub>3</sub> dnia. Zwykle po ustąpieniu wycieku z cewki i nitek w moczu, chorym jeszcze przez dni 3 robiono przemywania cewki. W jednym



tylko przypadku leczenie powyższe dało wynik ujemny, ale w tym razie i inne metody lecznicze okazały się bezskutecznymi.

U dwóch pacjentów po kilku dniach wystąpił nawrót choroby, lecz po wtórnym leczeniu nastąpiło stałe wyleczenie. Z powikłań raz jeden notowano zapalenie przyjądrza. Wreszcie autor przytacza spostrzeżenie, w którym chory na rzeżączkę leczył się bezskutecznie przez 8 $\frac{1}{2}$  miesięcy i został wyleczony gorącymi przemywaniemiami cewki w ciągu 7 dni.

Wogóle, powiada S., powyższa metoda leczenia trypra daje bardzo dobre wyniki, nawet lepsze niż metoda Janet'a.

*W. Cennère.*

---

496. **Philipsson. Leczenie czyraków.** („Un traitement de la furoncoulöse.“ La France Méd., № 33, 1899).

W przypadkach czyraków, autor zaleca bardzo 50% plaster z kwasu salicylowego, zmieniany 3 do 4 razy dziennie, i oczyszczenie miejsc zajętych eterem lub wyskokiem. Postępowanie powyższe prowadzi się aż do zupełnego wyleczenia.

Wąglik, będący tylko całą kolonią czyraków, leczy się tym samym sposobem, tylko na przyłożony plaster nakłada się obszerny okład ogrzewający. Przekłucia głębokie termokantermem skracają znacznie przebieg choroby. Jeżeli ognisko węglik jest otoczone silnie nacieczoną tkanką, to należy zrobić głębokie jej naciecia, które następnie pokrywają się również plastrem salicylowym.

Czyraki twarzy zasługują na szczególne staranie, a to ze względu na łatwość mogącej powstać septycemii. Do środka czyraka wargi górnej przenika się termokantermem o cienkim końcu, rdzeń usuwa się ostrą łyżeczką, powstała zaś po wyskrobaniu jamkę napelnia się kwasem salicylowym i nakłada opatrunek z plastra salicylowego.

Przy leczeniu małych rozsianych czyraków należy przedewszystkiem przeszkodzić występującym łatwo samozarażeniom. W celu powyższym miejsca dotknięte nacierają się kilka razy dziennie kawałkiem waty, napojonym wyskokiem lub eterem. Istniejące guzowatości czyrakowate obmywają się 2% wysokowym roztworem kwasu salicylowego. Po zniknięciu ostatniego czyraka, powyższe obmywania robią się rano i wieczór jeszcze przez dwa tygodnie.

Przy leczeniu czyrakowatości ogólnej, zwracamy uwagę na stan organów wewnętrznych chorego. Kąpiele bywają często powodem występowania czyraków, dla zapobieżenia temu, po każdej kąpieli skórę chorego naciera się lekko wazeliną z kwasem salicylowym.

Czyrakowatość małych dzieci, występująca przedewszystkiem u osobników z podupadłym odżywianiem, leczy on również plastrem salicylowym. Autor zaleca pokrywać obszerną przestrzeń skóry np.

grzbiet i pośladki plastrem salicylowym 50%, pod takim opatrunkiem nie tylko nacieki czyrakowate znikają, lecz i nowe już się nie tworzą.

J. Wojciechowski.

497. Robin. **Żołądek jako źródło pewnej liczby cierpień skórnych.** („De l'origine gastrique d'un certain nombre de dermatoses.“ La Sem. Med., № 31, 1899).

Autor przypisuje ważną rolę niestrawności w powstawaniu cierpień skóry.

Z 422 chorych, cierpiących na zaburzenia kanału pokarmowego, 129 było obarczonych rozmaitemi dermatozami (acne, eczema, seborrhoea, lichen, prurigo, urticaria, furunculosis, herpes, dermatitis extoliat).

Autor zbadał przemiany chemiczne żołądka u 30-tu chorych z prurigo simpl. i eczema, połowa z nich nie objawiała żadnych zaburzeń żołądka. Wszyscy jednak byli obarczeni niestrawnością mleczną lub masłową. Ten ostatni kwas był znaleziony 28 razy, gdy tymczasem u 100 chorych zwykłych, cierpiących na żołądek, wziętych bez wyboru, kwas masłowy został znaleziony tylko 31 razy.

Z powyższego wynika, że istnieje ścisły związek pomiędzy świerzbiczką (prurigo) a niestrawnością fermentacyjną. Autor sądzi, że u osób, mających do tego usposobienie, sprawy fermentacyjne działają drogą zaburzeń w odżywianiu (niedostateczna przemiana materii, zmniejszone utlenianie azotowe, zwiększona ilość związków mineralnych), mogą być również przyczyną zmiany samej krwi, albo też bezpośrednio wydzielanie się kwasów, np. kwasu mlecznego w pocie.

Tego rodzaju cierpienia wymagają odpowiedniego leczenia, jednocześnie wewnętrznego i zewnętrznego. Należy najpierw przekonać się, jaka istnieje postać niestrawności i zwalczyć cierpienie to odpowiednim środkami.

Miejscowo zastosowywa się rozmaite środki dermato-terapeutyczne, może również dać dobre wyniki działanie na skórę, rozpylonej wody solanko-krzemionkowej, zawierającej chlorek sodu, węglan wapnia i t. p.

J. Wojciechowski.



## IV. Wiadomości terapeutyczne.

= 498. (*ję*) **Asthma cardiale.**

Dr. Abée poleca w napadach duszniczy bolesnej ucisk okolicy wierzchołka serca za pomocą pe-  
lotu.

= 499. (*ję*) **Chlorosis.**

Jolasse zaleca leczenie blednicy za pomocą ławatyw ze związków żelaza. Do badań używał ferr. citr. 0.1—0.6 z 50.0 Amyli w ławatywie 3 razy dzien. Zarówno stan ogólny się polepszał, jak i zwiększała się ilość hemoglobiny. Obserwacye trwały 3—10 tygodni.

(Münch. med. W., 37).

= 500. (*hu*) **Eczema.**

Unna w starych stwardniałych ogniskach pryszczycy i łuszczycy stosuje pasty złuszczające: W ogniskach ograniczonych poleca:

Rp. Pastae zinci oxydati  
Resorcini aa 40.0  
Ichtyoli  
Vasellini aa 20.0.

W ogniskach zaś rozlanych przepisuje:

Rp. Pastae zinci oxydati 60.0  
Resorcini  
Vasellini aa 20.0.

Po 1 — 3 dniach, gdy naskórek zaczyna się łuszczyć, Unna zarzuca smarowanie i oczekuje odpadnięcia obumarłej warstwy.

(La Sem. Méd., 1899, № 34).

= 501. (*fg*) **Erysipelas.**

Lobit wyleczył 25 przypadków róży, smarując miejsca skóry dotknięte cierpieniem jodoformem w collodium. Leczenie, zgoła niebolesne, trwało w każdym przypadku zaledwie trzy do czterech dni. — Elmar Fischer zaleca stałe

okłady z 85 — 95° alkoholu. — Haberkorn sprawdził dodatni wpływ wewnątrznie użytego natrium benzoicum na przebieg chorób infekcyjnych, dających objawy na skórze, jako to: szkarlatyny, odry, głównie zaś róży. Zaleca:

Natr. benzoici 10.0  
Gummi arabici 15.0  
Sachari 20.0  
Aq. destill. 200.0.

DS. Co dwie godziny deserową lub stołową łyżkę (zależnie od wieku chorego).

= 502. (*hu*) **Formalina.**

Ukłucia owadów nie powodują swędzenia i nie prowadzą do zapalenia, jeżeli, według Gonin'a, zaraz parokrotnie zwilżymy formaliną miejsce ukłucia.

(Med. News, Februar 1899).

= 503. (*hu*) **Hydrargyrum.**

Według Werler'a rozpuszczalna rtęć metaliczna jest wypróbowane i dogodne antisiphiliticum, które zajęło trwale miejsce w farmakopei, zawdzięczając łagodnemu, nietrującemu i silnemu działaniu. — Najstosowniejsza i najpewniejsza postać zastosowania jest 10% hydrargyrum colloidalne w maści.

(Dermat. Zeitschr., VI, Separatabdruck).

= 504. (*hu*) **Ichtyol.**

Müller poleca ichtyol w oparzeniach i ranach, wynikłych z oparzeń. Miejsce dotknięte oparzeniem smaruje się ichtyolem na grubość grzbietu noża i zasypuje się następnie talkiem.

(Aerztl. Rundsch., 27 Juni 1899).

— 505. (*kw*) **Phenocollum hydrochloricum.**

Uważają włosi za środek najskuteczniejszy przeciwko influenzy. Dr. Vilasi stosował go w 400 przypadkach grypy ze znakomitym skutkiem. Lek ten przedstawia się pod postacią proszku białego, bez zapachu, o smaku gorzkawo-słonym. Otrzymuje się przez działanie kwasu solnego na fenokol. Bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie. Stosuje się u dorosłych w dawce od 0.5 — 1.0 trzy razy dziennie. Chorzy znoszą go wybornie, gdyż niema żadnego pobocznego działania, nie wywołuje nawet szumu w uszach. Co do działania na ustrój, to jest on przede wszystkim środkiem kojącym i obniżającym ciepłotę. — Działanie występuje już w pół godziny po przyjęciu, osiągając po 4 — 6 godzinach swego maximum. Obniżeniu ciepłoty towarzyszą obfite, lecz krótkotrwałe poty. Jest on przytem środkiem antyseptycznym. — Najuciążliwsze objawy grypy, jak uporezywe bóle głowy i kości, gorączka ustępują pod wpływem fenokolu szybciej niż od salipyriny.

(L'Independ. méd., 1898, № 39).

— 506. (*hu*) **Pruritus.**

Według Leredde, najlepszym środkiem łagodzącym w świerzbie skórnej jest salicylmetylat, który to preparat działa przytem szybko i nie wywołuje podrażnienia. Przepisuje się według recepty:

Rp. Methyl. salicylat. 20.0

Zinci oxydati

Vaselini aa 20.0

M. f. pasta.

(Medic. News, № 22, 1899).

— 507. (*jz*) **Rachitis.**

Stoeltzner stosuje w krzywicy nadnerza i widział dobre wyniki nawet w przypadkach ciężkich tego skażenia.

(D. M. W., 37).

— 508. (*hu*) **Serum.**

Tommasoli, po otrzymaniu rezultatów dodatnich w obszernych oparzeniach od zastrzykiwań podskórnych sztucznej surowicy, zaczął stosować ten sam zabieg w pewnych cierpieniach skórnych, a mianowicie: w łuszczycy i świerzbie skórny (prurit. cut.). Surowica, którą Tommasoli najczęściej się posługiwał jest to rozczyn 10 — 20 grm. chlorku sodu i 5 grm. dwuwęglanu sodu w litrze wody dystylowanej. Dokonywane było 1 zastrzyknięcie dziennie, przyczem ilość płynu wynosiła z początku 25 grm., następnie zaś szybko wzrastając dochodziła do 100, 200 grm. i więcej. Co się tyczy działania leczniczego, to notowano zniknięcie swędzenia, potem zaś zauważano zmniejszenia zaczerwienienia, wydzielin surowiczej i wytwarzania się strupków. Na 10 przypadków łuszczycy, 3 pozostały bez zmiany, w 4 nastąpiła poprawa i w 3 wyleczenie zupełne. W tych ostatnich zużyto przeciętnie po 5 litrów surowicy w ciągu 25 zastrzyknięć. Na 8 przypadków pryszczycy, w 6-ciu było wyleczenie zupełne przeciętnie po 34 iniekcjach. Na 5 przypadków świerzbu skórno go pochodzenia 4 były wyleczone zupełnie.

(La Sem. Méd., № 38, 1899).

— 509. (*kw*) **Tribromhydrina** (allylum tribromatum).

Zalecają jako środek znakomity przy padaczce, astmie, koklu-



szu, angina pectoris i drgawkach u dzieci. Armand de Fleury stawia go wyżej od innych preparatów bromowych. Przedstawia się on pod postacią płynu bezbarwnego, gęstawej konsystencji. Podaje się w ilości 5 kropel naraz (2 do 4-ch razy dziennie) w kapsułkach lub podskórnie, rozpuszczony w eterze.

(L'Independ. med., 1899, № 39).

= 510. (hu) **Uklucia owadów.**

Przeciwno ukluciom owadów zaleca się w Medical News, czer-

wiec 1899 r., rozczyn mentolu w eterze (1.0—2.0 ad 10.0). Środka tego unikać należy w bliskości oka.

= 511. (hu) **Urticaria.**

De Mahis poleca w pokrzywce enemę z sody podług przepisu:

Rp. Natri bicarbonici 20.0

Trae opii crocatae gtts XXX

Aq. fervidae 500.0

S. zewnętrzne, do enemę.

(Nouv. remèdes, 24-go sierpnia 1899).

## V. Śprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego

Lekarzy Towarzystw Ubezpieczeń na życie.

Ponieważ na zjeździe Lekarzy Towarzystw ubezpieczeniowych, odbytym przed kilkoma tygodniami, poruszono wiele spraw obchodzących nie tylko lekarzy zajmujących posady w takich Towarzystwach, lecz wogóle każdego praktyka, uważamy przeto za stosowne przedstawić ważniejsze z rozpatrywanych tam kwestyi w najtreściwszem skróceniu

Bardzo ożywioną dyskusję wywołało postawione na porządku dziennym pytanie, czy lekarz powinien udzielać Towarzystwom ubezpieczeniowym danych, dotyczących własnych swoich pacjentów lub też wyjawiać istotne przyczyny ich śmierci, w razie zażądania tego przez towarzystwo. Większość obecnych wyraziła się przecząco, bez względu na interesy nauki i Towarzystw, utrzymując, iż byłoby to ze strony lekarza sprzeniewierzeniem się tajemnicy zawodowej i obrazą artykułu 378 kodeksu kryminalnego.

Dr. Moritz (z Petersburga), mówiąc o badaniu serca osobników ubezpieczonych, zwrócił uwagę na następujące ciekawe punkty:

1) Istnienie takich zmian w sercu, które, nie dając żadnych objawów przedmiotowych i prawie żadnych podmiotowych, są w stanie spowodować śmierć natychmiastową.

2) Względne tylko znaczenie wymiarów tępości serca i miejsca uderzenia wierzchołkowego i konieczność podawania jednocześnie rozmiarów klatki piersiowej na podstawie wymiaru nie tylko poprzecznego, lecz i przednio tylnego.

3) Niemiarnowść tętna lub chwilowe bicie serca nie mogą być u osobników młodych powodem do odrzucenia ubezpieczenia.

4) Konieczność badania serca w 2-ch pozycjach: stojącej i leżącej.

5) Dokładne obznajmienie się naczelnego lekarza Towarzystwa z właściwościami sposobu badania klientów przez podwładnych mu kolegów.

Dr. Mahilon kwestyę przyjmowania neurasteników rozstrzygnął w ten sposób, że odrzucać bezwarunkowo winniśmy tylko tych z nich, którzy są obciążeni dziedzicznie nerwowo. Co się tyczy diabetyków, z uwagi na istnienie czasowych, przejściowych cukromoczków, koniecznem jest kilkakrotne badanie moczu i dłuższa obserwacja ubezpieczającego się osobnika.

Omawiano również znaczenie dziedziczności w suchotach. — Dr. Meyer doszedł do wniosku, opierając się na olbrzymim materiale Towarzystw angielskich i amerykańskich, że nie jest ona ani stała, ani nawet częstą i dlatego każdy osobnik zdrowy, choćby z obciążeniem dziedzicznym gruźliczem, może być przyjęty.

Bardzo obszernie traktowano sprawę syfilisu w stosunku do ubezpieczenia, a to z uwagi, iż nie jest on chorobą przejściową, lecz że najczęściej w przeciągu całego życia danego osobnika przejawia się pod tą lub inną postacią. Wogóle sprawę syfilisu wobec ubezpieczenia uważano za najpoważniejszą. Zwracano tu uwagę na następujące okoliczności:

1) Częstość syfilisu w wielkich miastach, gdzie dotyka on 10—15% ludności.

2) Przyczynę śmierci syfilityków najczęściej bywa porażenie układu nerwowego lub naczyniowego, prócz tego u 15% syfilityków spostrzegamy objawy trzeciorzędne, a z pomiędzy osobników z objawami trzeciorzędnymi 38% ma zajęty układ nerwowy.

Do zasługujących na przyjęcie uważano syfilityków, którzy:

a) po przebyciu 3-letniej wystarczającej kuracji, najmniej rok nie mieli żadnych objawów choroby;

b) po przebyciu kuracji, co do skuteczności której mamy wątpliwości, przez lat 10 od chwili zarażenia się nie okazują żadnych przejawów syfilisu;

c) nie przeprowadzając w zupełności swoistego leczenia w przeciągu lat 15-tu (licząc od zarażenia się) objawów syfilitycznych nie mieli.

Odrzucić bezwarunkowo potrzeba osobniki:

a) dotknięte przymiotem dziedzicznym wrodzonym;

b) z istniejącymi objawami przymiotu;

c) bez objawów przymiotu, lecz u których nie upłynęło jeszcze 3 lat od zarażenia się;

d) takich, u których w samym początku choroby istniały objawy ze strony układu nerwowego.

Alkoholizm pogarsza rokowanie przy syfilisie, ułatwiając zajęcie układu nerwowego i trzewiów.

Co do alkoholizmu wogóle, to dr. Boeck twierdzi, że w krajach z rozpowszechnionem użyciem alkoholu nie możemy odrzucać alkoholików, powinniśmy tylko, wychodząc z zasady, iż alkohol przyśpiesza



starzenie się ustroju, obowiązkowo u każdego alkoholika, zwiększać wiek (podwyższać lata) stosownie do czasu i ilości używanego alkoholu.

Bardzo ważną kwestyę poruszył dr. Verriest, zwracając uwagę na wpływ chorób przebywanych w dzieciństwie na siły żywotne ustroju. Chodzi tu przede wszystkim o cierpienia dróg oddechowych i kanału pokarmowego. Wszak nieraz po przebytej w niemowlęctwie pneumonii kataralnej pozostaje całe lata ukryte ognisko, które wybucha przy łada okazji. Długotrwałe katary kiszek drogą autointoksykacyi w okresie rozwoju wywołuje poważne zmiany w narządach wewnętrznych, szczególnie w układzie nerwowym, kościeu i t. p.

Poruszono też kwestyę wczesnego rozpoznawania bezwładu postępującego, białkomoczu, konieczności badań radioskopijnych i t. p.

W końcu uchwalono założenie centralnego międzynarodowego biura dla rozpatrywania kwestyi lekarskich w związku z ubezpieczeniem na życie.

Następny zjazd odbędzie się w Amsterdamie w r. 1901-ym.

K. Wisłocki.

## VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 października 1899 r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. *Majewski* przedstawia chorego, któremu przez *dolne rozcięcie tchawicy* wydostał z oskrzela ziarnko fasoli. Choremu, chłopcu lat 6-ciu, w czasie zabawy z rówieśnikami, przy potrąceniu go, wpadło do tchawicy trzymane w ustach ziarnko fasoli. Przybył na oddział chirurgiczny szpitala Św. Wincentego trzeciego dnia po wypadku z groźnymi objawami duszności; przy każdym oddechu słycać było podnoszenie się fasoli do krtani i opadanie jej do oskrzela.

*Majewski* zrobił dolne rozcięcie tchawicy, poczem chory począł normalnie oddychać; fasola jednak nazewnątrz nie wypadła przez wypukliwanie i przysłuchiwanie można było stwierdzić stłumienie i znaczne osłabienie szmerów oddechowych w lewym płucu. Ciepłota w dzień zabiegu, wynosząca 39.0°, na trzeci dzień po nim podniosła się do 41.0°; usiłowania wydobyć fasolę „kaczym dziobem“ zakończyły się odkruszeniem górnego jej brzegu; chory przy kaszlu dostał nagle groźnych objawów duszności, które przeszły po kilku minutach, gdy podnosząc się wykonał gwałtowny ruch tułowiem.

Czwartego dnia po zabiegu, gdy przy nowym napadzie duszności choremu wyjęto rurkę tracheotomijną, groch z taką siłą wyleciał z oskrzela, że uderzył w czoło stojącego obok felczera.

Od tego dnia rozpoczęła się rekonwalescencja; ciepłota po 2-eh dniach spadła do normy i obecnie chory, po trzech tygodniach pobytu w szpitalu, wypisuje się z zagojoną raną tchawicy zdrów do domu.

W dyskusji *Dobrucki* przytacza, że stosunek dzieci do dorosłych ma się tu, podług *Königa*, jak 2.5 do 1, a podług *Hellera*, jak 3 : 2. W statystyce *Kühna* i *Behrensa* na 608 przypadków — w 96 były groch lub fasola, w 77 — kości; według amerykańskiej statystyki *Weista* najczęstszymi ciałami obcymi w drogach oddechowych są pestki z melona; na 119 przypadków pestek *Weist* podaje 90 przypadków grochu i 59 — ziarenek kawy.

Co do siedliska sprawy, to, podług *Hellera*, na 646 przypadków, — w krtani obce ciało było 132, w tchawicy — 113, w oskrzeli — 161, z nieokreślonym umiejscowieniem — 240; na pięć przypadków ciała obcego w prawym oskrzeli wypada trzy w lewym.

Ciała obce w krtani dają 50% śmiertelności, w tchawicy—40%, w oskrzeli — 61<sup>2</sup>/<sub>3</sub>%; wogóle rokowanie jest tem groźniejsze, im obce ciało głębiej leży.

Podług	Operacji	Zmarło	Operacji	Zmarło
Opitza	na 96 oper.	zmarło 23%	na 24 nieoper.	zmarło 48%
„ Grossa	„ 98 „	„ 15.3%	„ 78 „	„ 37.2%
„ Kühna	„ 59 „	„ 32.2%	„ 89 „	„ 51.3%
„ Dürhama	„ 268 „	„ 24.8%	„ 271 „	„ 42.4%
„ Behrensa	„ 99 „	„ 24.2%	„ 130 „	„ 40.8%
„ Weist (Amer.)	„ 388 „	„ 27.4%	„ 599 „	„ 23.2%

*Dobrucki* podaje dwa własne przypadki ciała obcego w drogach oddechowych; w jednym wydobyl u ciężarnej szczypczykami *Schröttera* z oskrzela *odłamaną rurkę tracheotomijną*; rozcięcie tchawicy dokonane tu było na rok przedtem również w czasie ciąży z powodu twardzieli nosa i krtani. — W drugim przypadku kość z krupnika weszła dziecku, *Chaimowi K.* do krtani; przy objawach duszności odwieziono go do Warszawy, do domu zdrowia, gdzie po dwukrotnych poszukiwaniach pod chloroformem upewniano rodziców chorego, że kości w krtani niema; objawy jednak duszności wzmały się, i po 2-eh tygodniach chory kość wypluł w ataku kaszlu.

*Jaczewski* u chorej, o której mówił *Dobrucki*, w 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat później wydobyl powtórnie kleszczykami *Schröttera* odłamaną rurkę tracheotomijną.

*Janiszewski*, w dalszym ciągu w dyskusji, opowiada o kilku obserwowanych przez siebie przypadkach wydostania się samoistnego przez usta ciała obcego z dróg oddechowych po kilkotygodniowym w nich pozostawaniu.

*Cynberg* obserwował chorego lat 22, który przed 3 tygodniami połknął kość; kość ta po lekarskich zabiegach została wyplutą; w tydzień jednakże potem dał się zauważyć znaczny obrzęk prawej struny głosowej, który stopniowo zwiększając się spowodował tracheotomię.

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z dn. 18 września 1899 r.



III. *Biernacki* przedstawia makroskopowe anatomo-patologiczne preparaty *rozstrzeni oskrzela* (bronchiectasia) i *uchyłku Meckel'a* i, nawiązując rzecz do preparatu rozstrzeni oskrzela, mówi o współczesnych wskazaniach operacyjnych do pneumotomii.

IV. *Koziejowski* opisuje urodzenie potworu (acranius).

V. *Tolwiński* podaje krótkie sprawozdanie ze szczepienia ospy ochronnej w powiecie lubelskim w r. 1899.

Szczepienie ospy w pow. lubelskim odbywało się bez żadnego porządku; nie robiono wykazów dzieci, mających mieć szczepioną ospę, władze gminne nie zawiadamiały mieszkańców wsi o dniu i miejscu, w którym ma się odbywać szczepienie ospy, — lekarz, przyjechawszy szczepić ospę, nie zastawał zebranych kobiet z dziećmi do szczepienia, — często musiał szukać sołtysa i prosić go, aby zawiadomił ludność wsi o przyjeździe lekarza do szczepienia, — włościanie lekceważyli i samo szczepienie i lekarza szczepiącego ospę. Wobec takiego stanu rzeczy trudno się dziwić, że w mapce dołączonej do pracy d-ra Chełchowskiego p. t. „Sprawa szczepienia ospy u nas“, powiat lubelski zajmuje 8 miejsce, t. j. że tylko w 7-miu na 84 powiatów w Królestwie, gorzej się szczepiła ospa.

Pragnąc stan ten poprawić i wiedząc z doświadczenia, że szczepienie ospy da dobre rezultaty wtedy tylko, jeśli ludność wiejska będzie przekonana, że musi ospę szczepić, gdyż za uchylanie się od tego jest kara, — a władze gminne będą należycie współdziałać lekarzowi, t. j. zawiadamiać mieszkańców wsi o dniu i miejscu wyznaczonym na szczepienie, robić dokładne wykazy dzieci, mających mieć szczepioną ospę, i pilnować, aby wybrane dzieci były zebrane w dniu oznaczonym, — poleciłem:

1. W jesieni r. z. oddać pod sąd rodziców dzieci niedostawionych do szczepienia, pomimo że byli zawiadomieni o dniu oznaczonym na szczepienie ospy (wychodząc z zasady, że szczepienie ospy jest obowiązującym podług Dekretu Króla Saskiego, Xięcia Warszawskiego z r. 1811). Sądy gminne wymierzyły karę pieniężną w ilości 25, 30, 50 kop. do 1 rb.

2. Na wiosnę r. b. poleciłem zrobić dokładne wykazy dzieci, mających mieć zaszczepioną ospę w r. b. (sposób robienia wykazów opisałem w sprawozdaniu z postępów szczepienia ospy w pow. lubartowskim, — „Zdrowie“ r. b., marzec, str. 99—100).

3. Wyznaczając dzieci do szczepienia ospy, zagrożono karą urzędnikom gminnym, jeśli nie zbiorą na oznaczonych punktach wszystkich wykazanych do szczepienia dzieci.

Rezultatem tych moich zarządzeń było, że w r. b. zaszczepiłem w pow. lubelskim 4,591 dzieciom ospę, czyli 4,07% całej ludności powiatu. Jeśli tę cyfrę porównać z mapką dołączoną do wyżej wspomnianej pracy d-ra Chełchowskiego, to przekonamy się, że — podług przyjętej tam normy — pow. lubelski posuniętyby został na 71 miejsce.

Ponieważ w ciągu 1898 roku — po dzień 1 stycznia 1899 r. — było urodzonych w pow. lubelskim 4,524 dzieci, należy przyjść do przekonania, że rezultat szczepień ospy w r. był zadawalniający.

W dyskusyi *Jarnuszkiewicz* sądzi, że w miastach należałoby właścicieli domów pod odpowiedzialnością sądową zmusić do robienia spisów dzieci, podlegających szczepieniu; miasto możnaby podzielić na kwartały i w każdym z nich po kolei szczepić.

*Karpiński* w dalszym ciągu dyskusyi zaznacza, że w powiecie chełmskim spisy odnośne nie zgadzają się z rzeczywistością; zdaniem *Karpińskiego* felczerów od szczepienia ospy należałoby stanowczo usunąć.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *Janiszewski*.  
Sekretarz *A. Majewski*.

## VII. SPRAWOZDANIE z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 3-go października 1899 r.

Przed porządkiem dziennym *Jakimiak* przedstawił 66-cioletniego mężczyznę z angioma cirroides na policzku prawym. Chory urodził się z małą plamką na miejscu powyższem; plamka powiększała się, a w 46 roku życia wystąpiły guziczki, które stopniowo powiększały się. Obecnie guz jest wielki, przechodzi na błonę śluzową. Dwoje dzieci chorego mają naczylniaki na poślądkach.

Na porządku dziennym *Centnarowicz* mówił o pobycie oddziału okulistycznego ruchomego w Suchedniowie. Utworzenie w Królestwie Polskiem oddziałów ruchomych na wzór Cesarstwa jest pożyteczne z następujących względów: 1) wskażą one, gdzie jest najwięcej chorych na oczy; 2) wykształcą w okulicyście lekarzy prowincjonalnych; 3) skierują cierpiących na oczu do lekarzy, a nie do znachorów; 4) zwrócą uwagę władz na konieczność zapobiegania ślepotie i chorobom ocznym, co może skłoni do powstania odpowiednich oddziałów szpitalnych. Oddziały ruchome były wprowadzone tytułem próby; o wiele pożądanse byłyby oddziały stałe. Oddział w Suchedniowie był czynny w ciągu 6 tygodni; udzielił 1,392 porady 670-ciu chorym, w szpitalu zaś tymczasowym na 25 łóżek leczyło się 53 chorych, którzy spędzili 838 dni szpitalnych. Niewidomych nieuleczalnie spostrzegano 57, niewidomych na jedno oko 87. Powodem ślepoty były najczęściej: ospa, jaglica, zanik gałki ocznej wskutek urazu lub wrzodów rogówki. Operacyi dokonano 167 z wynikiem wogóle dobrym. Chorzy napływali do szpitala nawet z bardzo daleka. Jaglica stanowi prawdziwą plagę prowincyi; trafia się ona w 22% wszystkich cierpień oczu. Zapobieżenie jej szerzeniu się leży w rękach lekarzy prowincjonalnych.



W dyskusji *Kamocki* przypomina historię powstania oddziałów ruchomych. Pożytek dla lekarzy prowincjonalnych z pobytu oddziału nie może być znaczny, ponieważ lekarz nie może poświęcić oddziałowi dużo czasu; wiadomości fachowe może taki lekarz zdobyć tylko w większym mieście przy specjalnym szpitalu. Dla leczenia jaglicy pobyt oddziału, choćby dłuższy, nie może być skutecznym, ponieważ jestto cierpienie nieuleczalne.

*Steinhaus* zaznacza, że 8% ślepych w statystyce *Centnarowicza* można sobie wytłómaczyć tylko przypuściwszy, że byli to chorzy, przyjeżdżający z bardzo daleka, bo odsetka jest zbyt wielką. Dalej zapytuje on, do jakiej narodowości należeli chorzy z cierpieniami worka łzowego (chrześcijanie czy żydzi). Młodzi lekarze prowincjonalni są obznajmieni o tyle z chorobami ocznymi, że radzą sobie dobrze i wiedzą, kiedy wysłać chorego do specjalisty.

*Gepner* (syn) powiada, że z góry można było przypuszczać, iż do oddziału ruchomego zgłoszą się przedewszystkiem nieuleczalni. — Dalej zapytuje, czy w statystyce *C.* jest uwzględnione, wielu chorych wyzdrowiało, a wielu poprawiło się tylko. Oddziały ruchome nie są o tyle pożyteczne, by je popierać.

*Rychliński* wątpi, czy zarządzający oddziałem może nauczyć w krótkim czasie lekarza prowincjonalnego okulistyki. Potrzebne są oddziały stałe.

*Cetnarowicz* odpowiada, że oddziały stałe byłyby niewątpliwie użyteczniejsze od ruchomych, lecz że i te są nie do wzgardzenia. Zapalenie worka łącznicowego zdarza się częściej u żydów, niż u chrześcijan, chociaż dokładnej statystyki *C.* nie przeprowadził. — W walce z jaglicą ruchome oddziały mają to samo znaczenie, co i stałe, ponieważ poprawa istnieje o tyle, o ile chory leczy się. Co do liczby ślepych, to trudno określić ją dokładnie.

Posiedzenie z d. 19-go października 1899 r.

Na porządku dziennym *Gabszewicz* mówił o wysadzeniu gałki tętniącej (exophthalmus pulsans.). Spostrzegł on przypadek tego cierpienia, powstały nagle przy kaszlu, u 30-letniej chorej; po silnym trzasku wystąpił szmer w okolicy oka i wysadzenie gałki lewej, bóle głowy i utrata wzroku w oku chorem. Po podwiązaniu tętnicy szyjowej wspólnej bóle głowy ustały zaraz, a wysadzenie gałki zmniejszyło się stopniowo. Podczas ciąży w tym okresie gałka zaczęła wypuklać się znowu, lecz wróciła do normy po porodzie. — Przypadek powyższy należy do rzędu bardzo nielicznych, jakie zostały zanotowane. Co do patogenii zaznaczyć należy dwa rodzaje: uraz i wysadzenie samoistne (idiopatyczne). Najczęstszą przyczyną jest pęknięcie tętnicy szyjowej wewnętrznej w zatoce jamistej. *G.* przeprowadza różniczkowanie pomiędzy tem cierpieniem i innymi guzami, znajdującymi się w oczodole. W sprawie leczenia ucisk stały na tętnicę szyjową wspólną dają wyniki zawodne; najlepszem jest podwiązanie tej tętnicy.

Posiedzenie z d. 26-go października 1899 r.

Przed porządkiem dziennym *Śmiechowski* przedstawił preparat torbieli oponowej (meningocele), wyluszczonej u 4-romiesięcznego dziecka na wysokości 4 — 8 kręgów piersiowych. Dziecko po ręko-czynie ma się dobrze.

Na porządku dziennym *Ottuszewski* mówił o niedorozwoju psychicznym i stosunku jego do różnych zboceń mowy. Dzieci z niedorozwojem psychicznym dzieli *O.* na: idiotów zupełnych i niezupełnych, głuptaków i zacofanych. Dziedziczność jest wspólnym momentem przyczynowym dla różnych postaci niedorozwoju; przyczyny przypadkowe, działające na płód albo na matkę są o wiele rzadsze. — Zmiany anatomiczne w mózgu niedorozwiniętych są albo zapalne, zwyrodnicze i t. d., albo potworne (teratologiczne). Rozpoznanie niedorozwoju *O.* opiera na wywiadach i zbadaniu stanu psychicznego. Na 1,260 przypadków zboceń mowy, spostrzeganych do 1/VII 99 r. niedorozwój powodował zboczenie w 158 przypadkach. Odliczając od tego 38 przypadków niemoty u dorosłych, 8 przypadków trzepotania, oraz 641 przypadków jąkania, w których niedorozwój występował 12 razy, trzeba uznać, że niedorozwój odgrywa ważną rolę w rzędzie przyczyn niemoty, bełkotaniu, wadliwego wymawiania i mowy nosowej. W sprawie leczenia tych braków *O.* wskazuje rozwijanie duchowe niedorozwiniętych. Wyniki, otrzymane przez niego na tej drodze, są zupełnie zadawalniające.

W dyskusyi *Rychliński* jest przekonania, że nie może być mowy o leczeniu idiotów z wielkimi zmianami anatomicznymi i teratologicznymi; można ich tylko wychowywać i do tego potrzeba odpowiednich zakładów, żeby spożytkować te części mózgu, które są w stanie działać odpowiednio.

*Gajkiewicz* powiada, że wychowywanie idiotów jest niezem innym, jak ich leczeniem.

*Hewelke* oponuje przeciwko temu, żeby leczenie mowy u idiotów było identyczne z leczeniem idiotyzmu; jest to tylko jedna z dróg wychowywania idiotów.

*Ottuszewski* odpowiada, że wyniki, jakie ma w swoim zakładzie i wyniki, jakie widział w zakładach zagranicznych, upoważniają do przekonania, że idiotów leczy można i trzeba.

*W. Miklaszewski.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go listopada 1899 r.*

—z.— W dniu 4 b. m. zostało zwołane w lokalu lecznicy II-jej zebranie ogólne członków założycieli kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy.



Na zebranie to przybyło 16 członków z ogólnej liczby 19, mianowicie: kol. Cetnarowicz, Flatau, O. Hewelke, Jaworski, Kosmowski, Kucharzewski, Kurella, Łogucki, Nencki, Polikier, Rabek, Rzecznowski, Sierpiński, Sokołowski, Wiśtocki i J. Zawadzki.

Po odczytaniu ustawy i wyborze na przewodniczącego kol. W. Kosmowskiego, a na sekretarza kol. Wiśtockiego, przystąpiono do wyboru zarządu i komisji wykonawczej.

Z wyborów powołani zostali do zarządu jako członkowie: W. Kosmowski, O. Hewelke, J. Zawadzki (po gł. 14), E. Flatau (gł. 11), J. Jaworski (gł. 10), jako zastępcy: E. Kurella (gł. 12) i L. Rzecznowski (gł. 10).

Do komisji rewizyjnej wybrano: Kucharzewskiego, Sierpińskiego i Wiśtockiego.

Po wyborach uchwalono maximum składki miesięcznej oznaczyć na rb. 25, minimum na rb. 3, stopę procentową od pożyczek oznaczono na 8%, z czego 2% na utrzymanie kasy.

Innych kwestyi na razie nie decydowano, dając pod tym względem plenipotencyę zarządowi.

Po skończeniu zebrania ogólnego, zarząd odbył 1-sze posiedzenie dla dokonania wyborów. Na prezesa wybrano W. Kosmowskiego, na wiceprezesa J. Zawadzkiego i na sekretarza E. Flatau.

Tym sposobem kasa z d. 4 b. m. rozpoczęła swe urzędowe istnienie. Obecnie zarząd zajmie się jej organizacją wewnętrzną, która, zapewne, potrwa niedługo, tak że w końcu b. m. i faktyczne zacznie istnienie.

Deklaracye tymczasowe przyjmują członkowie zarządu i redakcyja pisma naszego.

—z.— W końcu zeszłego miesiąca kol. W. Mączewski i Zięciakiewicz utworzyli w mieście naszym zakład dla chorych na gardło, krtani i uszy. Zakład mieści się przy ul. Krakowskie-Przedmieście, w lokalu odpowiednio wybranym i urządzonym. W zakładzie jest pomieszczenie na 4 chorych. Pokój operacyjny, gabinety lekarskie i t. p. odpowiadają w zupełności swemu zadaniu.

—h.— *Nauczyciele dentystryki.* Czytamy w „Warsz. Dniew.“, iż na mocy wyjaśnień senatu rządzącego, nauczycielami w szkole dentystrycznej mogą być tylko lekarze ze stopniami doktorów medycyny lub chirurgii. Z tego powodu inspektor urzędu lekarskiego wystąpił do utrzymujących w Warszawie szkoły dentystryczne z poleceniem, aby w ciągu pół roku na nauczycieli były powołane osoby wskazane.

—h.— Cesarskie Towarzystwo Lekarskie Wileńskie ogłasza, iż z dniem 1 stycznia 1900 r. będzie miało do rozporządzenia dwa stypendya dla uczniów wyższych zakładów naukowych, synów lekarzy; 1) w ilości 171 rb. rocznie; ubiegać się o nie mogą chrześcianie, pierwszeństwo mają synowie lekarzy; dowody potrzebne są: a) podanie do zarządu Towarzystwa, b) dowód, że się jest uczniem wyższego zakładu naukowego, c) metryka chrztu, d) dowód, że pro-

szący jest synem lekarza: — 2) w ilości 88 rb. rocznie dla synów członków Towarzystwa lek. Wileńskiego, a w braku ich dla synów innych lekarzy; potrzebne dowody: a) podanie, b) dowód pozostawiania w wyższym zakładzie naukowym, c) dowód, że proszący jest synem lekarza, członka Tow. lek. Wileńskiego. Podania i dowody nadsyłać należy do Zarządu Cesarskiego Tow. lek. wileńskiego w Wilnie do końca grudnia r. b. Wybór z pośród kandydatów czyni Towarzystwo, przyczem 3 członków powinno zalecić kandydata.

—h.— Wyszedł z druku „Kalendarz Lekarski“ na r. 1900, wydawany przez d-ra J. Polaka. Nowe wydanie ma 222 stronice petitem (+ 40 stron informacji), jest więc od ostatniego większe o 50 stronice. Układ w ogólnym zarysie pozostał ten sam. Nowość stanowi rozdział notatnika na 4 książeczki, oddzielne na każdy kwartał, co zmniejsza ciężar i objętość całości.

Strona zewnętrzna bardzo mile wpada w oko, zwłaszcza okładka, papier za to mógłby być lepiej dobrany. Co się tyczy treści, to oprócz 172 stronice powtórzonych z roku przeszłego (1199 recept, ułożonych według chorób = podręcznik terapeutyczny, najszybsze dawki środków silnie działających, dawkowanie do wstrzykiwań, do lawatyw, płukań, wzięwań etc., rozpuszczalność środków, odtrutki, tablice brzemienności, skład przetworów odżywczych, przegląd leków najnowszych), znajdujemy jako nowe działy: synonimy środków lekarskich, znowu „Przegląd najnowszych środków lekarskich“ (czemu nie razem w poprzednim dziale?), ochronę przed chorobami zakaźnymi i różne sposoby i środki dezynfekcyi.

W dziale informacyjnym, oprócz listy lekarzy w Warszawie i w Królestwie, oraz wykazu szpitali, aptek, a nawet składów aptecznych, znajdujemy jako nowość: formy różnych aktów policyjno- i sądowo-lekarskich.

„Kalendarzowi“ życzymy, aby stał się „vade“ cum omnibus medicis.

— Komitet gospodarczy IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w przyszłym roku w Krakowie, odbył w d. 20 z. m. posiedzenie, na którem uchwalono przedłożyć Zjazd po za pierwotnie zakreślony czas 4-dniowy jeszcze na środę 25 lipca 1900 r., a to w tym celu, aby uzyskać we wtorek popołudniu czas na zbiorowe posiedzenie, poświęcone obradom nad sprawą gruźlicy, jako kwestyę pierwszorzędną doniosłości naukowej i społecznej. Pomysł skupienia wszystkich sekcji dla narad nad tą sprawą wyszedł od Sekcyi Zakopiańskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich z inicjatywy D-ra T. Janiszewskiego, lekarza Sekcyi klimatycznej w Zakopanem. To zbiorowe posiedzenie nie wyklucza dokładnych dyskusji nad rozmaitymi zagadnieniami, dotyczącymi gruźlicy, w każdej z sekcji lekarskich Zjazdu. Nadto na pierwszym ogólnem posiedzeniu Zjazdu wygłoszony będzie przez jedną z polskich znakomitości lekarskich wykład, obejmujący obecny stan nauki o gruźlicy i jej zwalczaniu przez społeczeństwo.



Oba ogólne posiedzenia Zjazdu uświetnione będą nadto wykładami dwóch najstojniejszych dzisiaj naszych uczonych, t. j. profesora Hoyera z Warszawy i prof. Nenckiego z Petersburga, którzy już przychyliłi się pod tym względem do próśby Komitetu.

Liczba sekcji naukowych Zjazdu powiększyła się o sekcję dentyścianą, której gospodarzem będzie doc. dr. Łepkowski (Kraków, ul. Straszewskiego). Nadto sekcya techniczna Zjazdu, której organizacją zajmują się z ramienia Towarz. Techn. Krak. i Komitetu Zjazdu dyrektor Ingarden i prof. Steingraber, podzieli się prawdopodobnie wskutek spodziewanego napływu uczestników na kilka grup, obradujących odrębnie. We wszystkich innych sekcjach prace przygotowawcze są w pełnym toku, a z dniem 1 grudnia będą już oznaczone wszystkie główne tematy obrad w każdej sekcji i ogłoszone nazwiska uproszonych referentów, z którymi toczą się obecnie rokowania.

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Przyczynek do badań nad chemotaksą białych ciałek krwi — J. Hornowski — str. 1115.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

481. Sprawozdanie z IX-go zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w d. 18 i 19 lipca 1899 roku (dokończenie) — str. 1123. 482 — 485. Wyciąg ze sprawozdania z 28-go zjazdu chirurgów niemieckich, odbytego pomiędzy 5 i 8 kwietnia 1899 roku (ciąg dalszy) — str. 1130.

### II. Choroby oczu.

486. Pergens — O upustach krwi i leczeniu odciągającym w okulistyce — str. 1135. 487. Dr. M. Miller — O szerzeniu się jaglicy w prowincyi bawarskiej Frankonii górnej — str. 1137. 488. Dr. J. Herrheisser — Kiedy przy leczeniu chorób oczu należy nakładać opatrunki; kiedy są wskazane zimne lub ciepłe okłady? — str. 1137. 489. Coppez — Zapalenie mieszkowe łącznicy (c. follicularis) w związku z wyrosłami adenoidalnymi w przewodzie nosogardzielowym — str. 1138. 490. A. Darier — O leczeniu zapaleń łącznicy za pomocą soli srebra, a w szczególności zaś za pomocą protargolu — str. 1139.

### III. Choroby weneryczne i skórne.

491. J. V. Kjelman — Trwałość zmian histologicznych w syfilisie. — str. 1141. 492. Fischer — Rozpoznanie i leczenie przymiotu — str. 1142. 493. I. Leczenie przymiotu systemem Welander'a — Schuster — str. 1142. 494. II. Leczenie przymiotu systemem Welander'a — str. 1143. 495. Soboleff L. — O wpływie wysokiej ciepłoty na przebieg rzeżączki — str. 1144. 496. Philippon — Leczenie czyraków — str. 1145. 497. Robin — Żołądek jako źródło pewnej liczby cierpień skórnych — str. 1146.

### IV. Wiadomości terapeutyczne — str. 1147.

### V. Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego Lekarzy Towarz. Ubezpieczeń na życie.

#### VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 1151.

### VII. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 1154.

#### Kronika bieżąca — str. 1156.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Ноября 1899 года.