

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. PRZYCZYNEK

do

TECHNIKI NAKŁADANIA

SZWÓW ZWALNIAJĄCYCH ¹⁾

opisał

Maksymilian Wołkowicz,

b. asystent przy katedrze chirurgii operacyjnej

Uniwersytetu Warszawskiego.

(Z 3-ma rysunkami).

Przy zeszywaniu ran skórnych, których brzegi mają znaczną skłonność do rozchodzenia się i z wielką trudnością tylko zbliżyć się dają, przed założeniem zwykłego węzełkowego lub ciągłego szwu, który ma brzegi rany zespoić, nakładamy zwykle szew tak zwany zwalniający, który, naciągając ku ranie bardziej odległe części skóry, ułatwia zbliżenie ze sobą brzegów rany, uwalnia je tem samem od nadmiernego rozciągania i zabezpiecza je poniekąd od wrzynania się nitek szwu *spajającego* ²⁾ (t. j. tego, który ma same brzegi rany zespoić).

¹⁾ Po niemiecku: Entspannungsnaht. Po angielsku: stitch of relaxation.

²⁾ Po niemiecku: Vereinigungsnaht.

Nakładanie szwu zwalniającego odbywa się zwykle w ten sposób, że się wkłwa igłę w odległości 3, 4, 5 ctm. od brzegu rany przez całą grubość zranionych tkanek i, przeprowadziwszy je przez najgłębszą część rany, lub nawet głębiej, pod raną, wykluwa się igłę na zewnątrz po drugiej stronie rany, również w odległości 3, 4, 5 ctm. od drugiego jej brzegu. Końce nitki związuje się węzłem chirurgicznym ponad samą raną, lub też nieco z boku jej, zbliżywszy za ich pomocą ku ranie, ile się dało, skórę, leżącą tuż poza obrębem nałożonego szwu. Po nałożeniu jednego, dwóch lub więcej takich szwów (zależnie od długości rany i mniejszej lub więcej skłonności jej brzegów do rozchodzenia się), łączymy brzegi rany za pomocą *szwu spajającego*—zwykłego ciągłego (Tillmans) lub też węzełkowego; oddzielne ścięgi tego ostatniego przypadają pomiędzy i poza ścięgami szwu zwalniającego.

Zdarza się jednak niekiedy, że, pomimo nałożonego szwu zwalniającego, jeszcze trudno jest brzegi rany za pomocą szwu spajającego zupełnie ze sobą zbliżyć; w innych znów razach okazuje się, że niepotrzebnie zbyt mocno naciągnięte zostały tkanki, leżące poza obrębem szwu zwalniającego, i że, zwolniwszy je jeszcze, możnaby jednak szew spajający z całą dokładnością bez żadnych trudności nałożyć.

Chcąc z pożytkiem dla rany w równej mierze wyzyskać rozciągalność skóry, leżącej tuż poza obrębem szwu zwalniającego, jak i tej, którą szew ten obejmuje, dobrze jest na linii ewentualnego szwu zwalniającego jednocześnie i zwalniający i spajający szew nałożyć. Robimy to w sposób następujący:

Przeciagnąwszy w zwykły sposób nitkę szwu zwalniającego, nie związujemy jej zaraz, lecz pozostawiamy tymczasowo na miejscu; przez brzegi zaś rany na tej samej linii przeprowadzamy nitkę szwu spajającego (w odległości paru lub kilku milimetrów od jednego i drugiego brzegu rany. ¹⁾ Operujący obwija następnie

¹⁾ Jeżeli brzegi rany mają szczególną skłonność do zawijania się do jej wnętrza, dobrze jest przy nakładaniu szwu spajającego wkłwać i wykluwać igłę, o ile możności, bliżej brzegów rany, (w odległości 2 — 3 mm.) i kierować igłę, a za tem i nitkę, nie prostopadle do powierzchni skóry, lecz skośnie ku zewnątrz od rany, jak to radzą: Heineke (Compendium der chirurgischen Operationen—und Verbandlehre. Erlangen 1872, str. 100), Mosetig-Moorhof (Handbuch der chirurgischen Technik bei Operationen und Verbänden. Leipzig u. Wien. 1886, str. 117) i in. Wkłuwać znów i wykluwać igłę tuż przy brzegu rany, tak jak to radzi Fritsch („dicht am Rande”—Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 1891 — 92, str. 42-a) nie jest zupełnie dogodnym, albowiem supel wciska się wtedy pomiędzy brzegi rany i przeszkadza tu jej gojeniu.

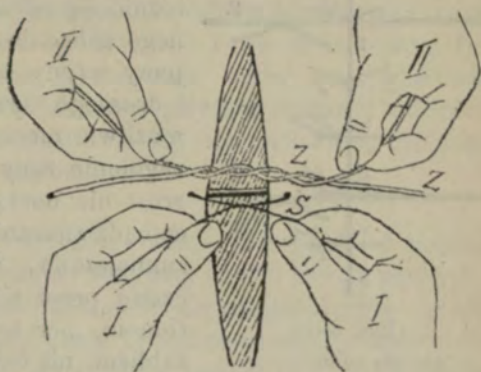
jeden koniec nitki szwu zwalniającego na około drugiego dwa (lub trzy) razy, asystent zaś postępuje mniej więcej tak samo z końcami nitki szwu spajającego, poczem jeden i drugi jednocześnie mocno zaciągają nitki (patrz rysunek 1-y) aż do zetknięcia się brzegów rany ze sobą.

Kiedy to już nastąpiło, wtedy operujący wiąże na supeł końce nitki szwu zwalniającego, przy czem asystent mu pomaga, naciskając wskazicielem na nitkę tego szwu w miejscu, gdzie jeden jej koniec owinięty został naokoło drugiego, podczas gdy innymi palcami na miejscu jeszcze przytrzymuje zaciągnięte końce nitki szwu spajającego (patrz rys. 2-i).

Potem asystent wiąże na supeł końce nitki szwu zwalniającego, przyczem znów pomaga mu operujący. W ten sposób nałożoną zostaje para szwów, składająca się z jednego zwalniającego i jednego spajającego. Nałożywszy jedną, dwie lub więcej par takich szwów (zależnie od potrzeby), zeszywamy pozostałe części rany już za pomocą zwykłego szwu spajającego — węzłkowego lub nawet ciągłego (Tillmans—patrz rys. 3-ci).

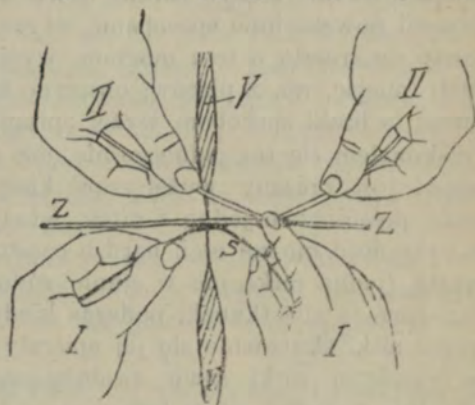
Zaletą wyżej opisanego nakładania szwów zwalniających jest pomiędzy innymi i to, że odrazu zorientować się można, o ile w danym przypadku szew taki przyczynić się może do łatwiejszego zespojenia brzegów rany.

W pojedynczych przypadkach może się zresztą zdarzyć, że,



(Rys. 1-y).

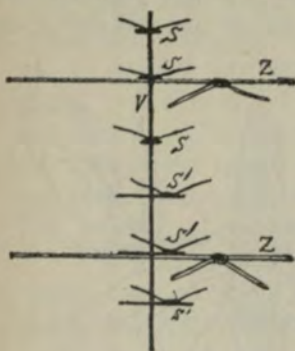
- I — ręce asystenta
- II — ręce operującego
- Z — nitka szwu zwalniającego
- S — nitka szwu spajającego.



Rys. 2-gi.

- I — ręce asystenta
- II — ręce operującego
- Z — nitka szwu zwalniającego
- S — nitka szwu spajającego.
- V — rana.

pomimo dość mocnego jednoczesnego zaciągania nitki jednego i drugiego szwu, brzegi rany jeszcze w pewnym oddaleniu od siebie pozostaną; postępowanie dalsze jednak w tych przypadkach nie powinno różnić się od opisanego wyżej. Z zupełnego zbliżenia brzegów rany ze sobą dajemy wtedy za wygrane i nitki jednego i drugiego szwu wiążemy na supeł po możliwie mocnym ich zaciągnięciu. Choć zagojenie rany już wtedy przez rychłozrost nie nastąpi, to jednakże ona, bądźco-bądź znacznie za pomocą owych szwów zmniejszona, w krótszym stosunkowo czasie przez ziarninowanie (per granulationem, per secundam intentionem) się zablizni, niż leczona zwykłymi sposobami. (Na myśli tu, rozumie się, nie mam operacyj plastycznych, któreby w pewnych przypadkach mogły czas gojenia się rany jeszcze bardziej skrócić).



(Rys. 3-ci).

V — zeszyta rana

Z — nitki szwów zwaln.

S i S' — nitki szwów spajających; z tych S wkluwane i wykluwane w pobliżu brzegów rany.

Należy się spodziewać, że przy pomocy opisanego wyżej jednoczesnego nakładania zwalniającego i spajającego szwu, uda się w wielu przypadkach od razu zeszyć bardzo nawet rozległe rany, któreby, używanymi powszechnie sposobami, od razu zeszyć się nie dały. Przekonać się zresztą o tem mogłem, wycinając na trupach z dowolnych miejsc, np. z pleców, obszerne kawały skóry i zeszywając potem te braki sposobem wyżej opisanym i sposobami zwykłymi.

Przekonałem się też jednocześnie, jak mocnym i odpowiadającym celowi jest opisany wyżej szew: kiedy, po zupełnym jego nałożeniu, przecinałem jedną z nitki, wtedy, pomimo że do szwu użyte były dość mocne nici, bardzo często druga nitka natychmiast pękała, (jedna nitka nie w stanie widocznie była opręć się rozciągającej ją sile tkanek, podczas kiedy dwie jednocześnie zaciągnięte nitki skutecznie się jej opierały); w innych znów razach, po przecięciu nitki szwu zwalniającego, nitka szwu spajającego wyraźnie wrzynać się w brzegi rany zaczynała; jeżeli zaś przeciętą była nitka szwu spajającego, wtedy brzegi rany natychmiast szeroko się rozchodziły, a i nitka szwu zwalniającego również wrzynać się w skórę zaczynała.

Co się tyczy zdejmowania nałożonych jednocześnie szwów zwalniających i spajających, to za zasadę uważałbym w ogóle, ażeby ze zdejmowaniem ich nie spieszyć; można je pozostawić

przez 8—10 dni; gdyby jednak która nitka wyraźnie się w skórę wrzynała i zupełnie luźno tkanki obejmowała, wtedy możnaby było nitkę ową wcześniej wyjąć.

Opisany wyżej sposób nakładania szwów mógłby znaleźć zastosowanie nie tylko przy zeszywaniu odpowiednich ran skóry, lecz także *nerwów, mięśni i ścięgien*. Przy zeszywaniu tych ostatnich (mięśni i ścięgien) szczególnie byłby on odpowiedni, energicznie bowiem przeciwdziałałby zwykłej dążności odcinków mięśnia lub ścięgna do rozchodzenia się, spowodowanej przez kurczenie się odpowiedniego mięśnia.

UWAGA. W razie braku odpowiedniej pomocy, możnaby ostatecznie i samemu, choć z pewną trudnością, szew zwalniający jednocześnie ze spajającym nałożyć. Przeprowadziwszy przez brzegi rany nitki jednego i drugiego szwu, obwijamy jeden koniec nitki szwu zwalniającego na około drugiego, zaciągamy ją niezbyt mocno i, przytrzymawszy palcem, zaciskamy ją w miejscu przyszlęgo węzła szczypczykami hemostatycznymi; w ten sam sposób postępujemy potem z nitką szwu spajającego. Gdyby się brzegi rany jeszcze ze sobą nie stykały, należałoby szczypczyki ze szwu zwalniającego ostrożnie zdjąć, nitkę mocniej ściągnąć, znów w szczypczyki ująć i przejść znów do nitki szwu spajającego. Kiedyby już ostatecznie skóra dość mocno przez nitki jednego i drugiego szwu naciągniętą została, wtedy należałoby już przystąpić do zawiązywania na supeł — wpierw nitki szwu zwalniającego, a potem dopiero nitki szwu spajającego. W wielu przypadkach można pewnie będzie przystąpić do wiązania nitek na supeł już po jednokrotnem ich zaciągnięciu.

Przyznać jednak muszę, że zeszywanie takie same-mu, bez odpowiedniej pomocy, mogłoby się udać tylko w przypadkach — że tak powiem — łatwiejszych.

W pewnych razach udałoby się, co prawda, i zwykłymi sposobami osiągnąć ten sam cel, co i przy pomocy sposobu wyżej opisanego. I w tych razach jednak należałoby temu ostatniemu oddać pierwszeństwo, albowiem praca utrzymania brzegów rany w zetknięciu ze sobą zostaje tu rozłożona prawie że równomiernie na 2 nitki, a stąd i skóra na większej przestrzeni bardziej równomiernie rozciągniętą zostaje.

II. O WYLEWACH MLECZKA do jam surowiczych ciała.

PODAŁ

Stanisław Kamiński.

(Ciąg dalszy).

Tak jednak nie jest. Że zaś zatamowanie obiegu limfy nawet w całym szeregu naczyń limfatycznych nie sprowadza zastojów limfy i obrzęków, o tem najlepiej wiedzą chirurdzy. Wszak np. przy operacyi raka sutki, przy operacyach w dole podkolanowym wyluszczyają oni w pierwszym razie wszystkie gruczoły i naczynia chłonne okolicy piersiowej i pachowej; w drugim też same (bardzo liczne) naczynia i gruczoły pod kolanem, a jednak nigdy nie otrzymują z tego powodu obrzęku kończyn. Widać więc, że krążenie oboczne limfy, dochodzi prawie natychmiastowo do skutku. Najoczywistsze zatkanie wielkich pni limfatycznych, przewodu piersiowego przechodziły bez obrzęków, bez puchliny brzusznej (Aestley, Cooper, Andral, Gendrin) w tych zaś nielicznych wypadkach, gdzie istniała puchlina (Wirsberg, Scherb, Nasse) niema dowodu, że zatkanie było rzeczywistą przyczyną obrzęku. Zatkanie pnia musi wprawdzie z bezwzględną pewnością sprowadzić nagromadzenie płynu w rozgałęzieniach jego, ale rozszerzenie tych rozgałęzień i obrzęk nie dochodzą do skutku stale, gdyż limfa z łatwością płynie drogami obocznymi... Prawdziwy hydrochs chylosus powstaje jedynie na drodze wylewów z naczyń... Zamknięciu wielkich pni limfatycznych nawet głównych gałęzi pewnych organów, które tak często spotykamy w zapaleniach i sprawach gruźliczych, nie towarzyszy wcale, jakby się tego spodziewać należało, obrzęk początków naczyń limfatycznych... Obrzęk ten dlatego do skutku nie przychodzi, jak uczą spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia na zwierzętach, że w układzie naczyń limfatycznych z nadzwyczajną łatwością dochodzi do skutku krążenie oboczne." ¹⁾

¹⁾ F. v. Recklinhausen Handbuch d. allgemeinen Pathologie d. Kreislaufs und Ernährung. Deutsche Chirurgie. 1893, str. 98—99.

Jeżeli takim sposobem ani pęknięcie naczyń limfatycznych zdrowych, ani przesiąkanie płynu przez nie, nie może być uznane jako przyczyna najczęstsza wylewów płynu mlecznego do jam ciała, musimy poszukać, czy wylewy mlecza są zjawiskiem zupełnie odosobnionem i nie mającem nic analogicznego w sprawach znanych dokładnie co do swego przebiegu i przyczyny. Bez wątpienia sprawą ściśle analogiczną, jest t. z. limfotok (lymphorrhoea) znany już dawnym autorom. Zdarza się niekiedy, że przy zranieniu skóry, albo też nawet i bez tego z powierzchni jej wypływać zaczyna ciecz bezbarwna, lub nawet mleczno-biała, która jest niczem innym tylko limfą, resp. mleczkim. Wpływ ten nieraz jest tak uporczywym, że go prawie powstrzymać nie można. Ciągnie się on miesiącami i latami, przerywa na czas pewien, by zjawić się na nowo i upośledza tak dalece odżywianie chorego, że sprowadza silne osłabienie, utratę przytomności i doprowadzić może do zupełnego wyczerpania sił. Przyczyną tego rodzaju limfotoków bywają (oprócz wyjątkowych wypadków, gdy zranione naczynie limfatyczne znajduje się w twardej, nie dodatniej powięzi i wskutek tego skurczyć się nie może) zawsze tak zwane chłoniaki (lymphangiomata) — nowotwory naczyń limfatycznych. Prawdopodobnie nie czem innym był ów „bubo immaturus” o którym wspomina Van-Swieten. Jeszcze Lebert ¹⁾ zrobił słuszną uwagę, że rzadkość limfotoku wobec częstości zranień naczyń limfatycznych świadczy o tem, że limfotok powstaje głównie z naczyń chorobliwie zmienianych, żyłakowato-rozszerzonych. Pierwszy, który gruntownie opracował kwestyę powstawania i rozwoju chłoniaków, był Wegner. ²⁾ Dzieli je na trzy kategorie: proste, jamiste i torbielowate. Chłoniaki proste składają się z rozszerzonych przestrzeni limfatycznych, kapilarów i naczyń większych. Tkanka otaczająca te rozszerzone naczynia limfatyczne, jest albo niezmienioną, albo zanikłą; albo wreszcie przerosłą. ³⁾ Chłoniaki jamiste składają się z przegród łącznotkankowych, oddzielających niezupełnie przestrzenie napełnione limfą. Niektóre z tych chłoniaków jamistych powstają z kapilarów limfatycznych rozszerzonych, które usuwają i niszczą otaczającą tkankę. ⁴⁾ Chłoniaki torbielowate przedstawiają się jako zbiór

¹⁾ Lebert Krankheiten d. Lymphgefäße und der Lymphdrüsen. Virchow's Handbuch d. Speciel. Path. u Ther. T. V. Cz. 2. 1885, str. 120.

²⁾ Wegner. Ueber Lymphangiome. Archiv. f. Klin. Chir. T. XX, r. 1877.

³⁾ Wegner l. c., str. 644.

⁴⁾ Wegner l. c., 687.

mniejszych lub większych pęcherzy, napełnionych limfą. Są to rozszerzone przestrzenie i naczynia limfatyczne, których komunikacja z pozostałą częścią naczynia z czasem staje się bardzo ograniczoną i zanika ¹⁾).

Wegner także pierwszy starał się wysledzić przyczynę powstawania chłoniaków. Widzi on ją w zatamowanym obiegu limfy powyżej chłoniaka; byłyby więc to według niego nowotwory retencyjne. Przeciwno jednak takiemu pojmowaniu powstawania chłoniaków zaoponowali Langhaus ²⁾ Nasse ³⁾ Kryński ⁴⁾ i inni. Obecnie jest rzeczą przyjętą, że chłoniaki, tak jak i naczyniaki krwawe, powstają wskutek jakichś zaburzeń rozwojowych okresu zarodkowego ⁵⁾).

Otóż chłoniaki bardzo często dają powód do limfotoku, można nawet powiedzieć, że limfotok jest charakterystycznym zjawiskiem w rozwoju chłoniaków powierzchownych. Tworzą się często, mianowicie na powierzchni skóry, przezroczyste pęcherzyki, które mają wygląd ziarn sago gotowanego. Gdy takie pęcherze pękają, dają daleko więcej limfy, niż normalne naczynia limfatyczne zranione ⁶⁾. Płyn, który wypływa z tego rodzaju pęcherzyków, nie większych nieraz od łebka szpilki, jest po większej części limfą, czasami jednak mleczkiem. To ostatnie zjawisko obserwowali Lebert na klinice Schönlein'a, (u 21-letniego człowieka na udzie i mosznie tworzyły się pęcherzyki, które co 5—6 tygodni pękały i z nich wylewało się około funta płynu surowiczego, lub mlecznego, którego analiza wykazała, że był on limfą resp. mleczkiem ⁷⁾). Fetzler ⁸⁾, (wypływ mleczka z guzów brodawkowatych brzucha, u dziewczynki kilkoletniej; z pękniętej brodawki wyciekało około 1/4 litra mleczka), Buchanan ⁹⁾ (również wypływ mleczka z prawego uda, z pęcherzyków wielkości

¹⁾ Wegner l. c. str. 690

²⁾ Langhaus Lymphangioma cong. i t. d. Virchow's Archiv. 1879. T. 75. str. 300.

³⁾ Nasse Uber Lymphangiomata Arch. f. Klin. Chir. B. 38 r. 1889, str. 645.

⁴⁾ Kryński. O chłoniakach. Książka Jubileuszowa prof. Brodowskiego 1873, str. 143—173.

⁵⁾ Kryński, l. c., str. 166.

⁶⁾ Weber, l. c., str. 74.

⁷⁾ Lebert, l. c. str. 134—137.

⁸⁾ Fetzler cyt. u Gjorgjewic'a, l. c., str. 664.

⁹⁾ Buchanan Med. Chir. Trans. XLVI, 1863 f. 57—82 Ref. w Schmidt. Jahrbücher 1864. CXXIII, str. 274—6.

łebka od szpilki; pęknięcie tych pęcherzyków miało miejsce co parę miesięcy i trwało przez parę dni; wypływało przez godzinę od 5—10 uncji płynu), Munk i Rosenstein ¹⁾ (wypływ mlecznego płynu z goleni, którego badanie chemiczne wykazało, że jest on mleczkiem), P. zur Nieden ²⁾ i inni. Jeżeli więc z chłoniaków skórnych wypływać może mleczko, to tem więcej wypływ podobny mieć może miejsce w chłoniakach jamy brzusznej i piersiowej, których limfatyczne naczynia są albo wprost mlecznemi, albo też pozostają w blizkiem sąsiedztwie z przewodem piersiowym, jak naczynia limfatyczne klatki piersiowej. Że chłoniaki jamy brzusznej nie należą do rzeczy rzadkich niezmiernie, dowodzą dość liczne w literaturze opisy takowych. Oprócz wspomnianego wyżej wypadku Winivartera i Rokitańsk'y'ego, gdzie przyczyną hydrops chylosus były chłoniaki naczyń limfatycznych, znane mi są jeszcze następujące przypadki: 1) Grainger-Stewart'a ³⁾. U człowieka 60-letniego z wadą serca, znaleziono w cienkich kiszki co następuje: przez całą długość cienkiej kiszki ciągną się biało-żółte plamy wielkości łebka szpilki, aż do wielkości bobu; jedne z nich leżą w samej błonie śluzowej, drugie w podśluzowej. Plamy te, jak wykazało badanie mikroskopowe, składały się z rozszerzonych kosmków (czy nie naczyń limfatycznych kosmków)? takich, jakie widzujemy przy trawieniu. Jeżeli nacięto te plamy, to wypływał z nich biały płyn mleczny i same kosmki zmniejszały się, tak że płyn ten był przyczyną ich rozszerzenia. Te plamy które znajdowały się między błoną mięśniową a podśluzową składały się z kilku zrazików i również zawierały płyn. Zraziki te zmniejszały się po nacięciu ich. Autor nie opisuje w jakim stanie znajdowały naczynia mleczne kretek, wobec tego jednak że nie wspomina o ich rozszerzeniu ani zatkaniu, mamy prawo przypuszczać, że chodziło tu o chylangiomata simplicia czy cavernosa błony śluzowej i podśluzowej kiszki. 2) Zdaje mi się, że z chłoniakami błony surowiczej i śluzowej kiszki, mieliśmy również do czynienia w opisanych wyżej wypadkach Strauss'a i Quinck'e'go, gdzie na błonie śluzowej i surowiczej znaleziono białe plamy. Przynajmniej niepojętem jest dla mnie powstawanie „wynaczynień” jak mówi Strauss,

¹⁾ Munk und Rosenstein. Zur Lehre von der Resorption im Darm i t d. Virchow's Archiv 1891. T. 123, str. 230—279.

²⁾ D-r P. Zur Nieden. Virchow's Archiv, str. 350—388. T. 90, r. 1882.

³⁾ T. Grainger-Stewart. Erweiterung d. Chylusgefässwurzeln (Edinb. med. Journ. IX, 1863 p. 448. Ref. Schmid's. Jahrbücher 1865. T CXXV, str. 289.

tam, gdzie nie było żadnej przeszkody w krążeniu mleczka. Wprawdzie Strauss zaznacza, że „wynaczynienia” znajdowały się około tkanki rakowatej, która „widocznie zatykała naczynia limfatyczne,” lecz rzeczywiście trudno pojąć mechanizm tego zatykania. Jeżeli bowiem zakończenia naczyń limfatycznych w kosmkach były uciśnięte, to jakim sposobem mleczko mogło do nich przenikać; gdyby tak było, to nastąpiłoby powstrzymanie wchłaniania mleczka, nie wylewy. Jeszcze trudniej objaśnić, dlaczego wylewy te znajdowały się na błonie surowiczej, skoro naczynia limfatyczne kosmków i błony surowiczej stanowią, choć komunikujące ze sobą, ale niezależne od siebie sieci. Pęknięcie naczynia mlecznego, jakie zaznacza Strauss w swoim wypadku, wobec zupełnie prawidłowego przewodu piersiowego, przemawia również za tem, że naczynia kiszki były żyłakowato-rozszerzone, gdyż jeżeli przeszkoda dla biegu mleczka znajdowała się już w ścianie kiszki, to dlaczego nie pękały „plamy,” o których mówi Strauss. Prawdopodobnie więc żadnej przeszkody tu nie było, tylko mleczko wylewało się z pękniętego chłoniaka naczyń limfatycznych. Zdaje mi się, że jeszcze bardziej przekonującym pod tym względem jest przypadek Quincke'go. Zaznacza on, że naczynia mleczne były rozszerzone na błonie surowiczej i napełnione skrze�niętym mleczkiem; taki sam obraz znajdował się w błonie śluzowej i podśluzowej cienkich kiszki. Naczynia kiszki były nastrzyknięte aż do jej wierzchołka, dalej nie; ductus thoracicus normalny. Jeżeliby naczynia limfatyczne błony śluzowej i surowiczej od ich początku były zatkane z powodu sprawy zapalnej w otrzewny, jak chce Quincke, to skądby się wzięła iniekcya naczyń limfatycznych kiszki, skądby się wziął wylew mleczka w brzuchu, skoro naczynia kosmków wchłaniać nie mogły? Czyż nie prostszą jest rzeczą przypuścić, że mieliśmy do czynienia z chłoniakami prostymi naczyń mlecznych błony śluzowej, podśluzowej i surowiczej kiszki, a także kiszki, że chłoniaki te pękały i tworzyły się opisywane przez Quincke'go plamy białe w otoczeniu rozszerzonych naczyń, że wreszcie w niektórych z tych chłoniaków skutkiem zmian śródbłonna ścięła się zawartość? Przepuszczenie to jest tem prawdopodobniejsze, że chora i sama miała chłoniaki na nodze i była do nich dziedzicznie usposobioną. 3) Weichselbaum ¹⁾ na sekcji 80-letniego starca, znalazł między listkami krezki kiszki cienkiej, guz wielkości dłoni, z którego, po przecięciu, wypływał

¹⁾ Weichselbaum. Eine seltene i t. d. Virchow's. Archiv. T. 62, r. 1875, str 145—162.

biały płyn. Guz w znacznej części składał się z masy tłuszczowej, zawierającej puste przestrzenie, napełnione białym płynem. Przestrzenie te komunikowały między sobą i były od wielkości mikroskopijnej do orzecha laskowego. Te przestrzenie miały własne ścianki, w mniejszych z nich znajdował się śródbłonek. Płyn zawarty w przestrzeniach był mleczkiem. 4) *Bramann* znalazł również w krezce chłoniaki torbielowe ¹⁾. 5) *Engel-Reimers* ²⁾ znalazł guz pod błoną surowiczą żołądka, w okolicy wrzodu w nim, który zawierał mleczko. Guz ten był to chylangioma cavernosum. 6) *Kruse* ³⁾ opisuje chylangioma cavernosum błony śluzowej, kiszek cienkich. Rzecz tę znaleziono przypadkowo przy sekcji. Na błonie śluzowej кишки, niezmienionej prawie, widać było białe plamy różnej wielkości i kształtu; jedne z tych plam były napięte, inne zupełnie płaskie. Przy nacięciu plamy znikwały i z nich wypływał biały płyn. Większość tych plam była wielkości prosa, tak, że nie wypuklały błony śluzowej; inne większe tworzyły na jej powierzchni coś w rodzaju polipów. Pod mikroskopem przekonano się, że plamy te były to lymphangiomata cavernosa, powstałe z kapilarów głębszej części błony śluzowej kiszek. Te chłoniaki jamiste nigdzie nie komunikowały z centralnem naczyniem limfatycznym kosmków. Obraz ten przypomina bardzo podobny u *Straussa*. 7) *Kryński* ⁴⁾ na sekcji dziesięcio-miesięcznego dziecka, chorego na chłoniaki jamiste kończyny dolnej znalazł na błonie śluzowej jelita cienkiego guziczki, wielkości lebka od szpilki lub nieco większe, z których po przekrajaniu wypływała ciecz mętna. 8) Oprócz tego Chylangiomata cavernosa obserwował *Bollinger*; torbiele mleczne w otrzewny *Dentu*, *Tillaux*, *Werth*. ⁵⁾ 9) Zdaje mi się, że *H. Schmidt* niema racji, przypuszczając, że wążkość naczyń limfatycznych wobec dużego dowozu mleczka, była powodem ascites chylosus w jego przypadku. Wymiary poprzeczne naczyń limfatycznych, a nawet pni głównych, są rzeczą tak zmienną, że wnioskować o ich wążkości nie mamy prawa. Zresztą, jak to słusznie zauważył *Colin* ⁶⁾, naczynia limfatyczne nie są nigdy w zupełności napełnione, jak

¹⁾ Cyt. u *Kruse*. Ueber Chylongioma cavernosum. Virchow's. Archiv. 1891. T. 125, str. 488—494.

²⁾ Cyt. u *Kruse*, l. c.

³⁾ *Kruse*, l. c.

⁴⁾ *Kryński*, str. 161.

⁵⁾ *D-r E. Przewoski*. Trzy przypadki torbieli i t. d. — Gazeta lekarska, 1889, str. 821.

⁶⁾ *Colin*, l. c., str. 198.

naczynia krwionośne, i mogą pomieścić znacznie większą ilość płynu, niż zwykle. Więc nawet przypuściwszy wąskość tych naczyń, wątpię aby mogła być ona przyczyną przesiąkania mleczka do jamy otrzewny. Natomiast przypadek Schmid't'a zdaje mi się być wybitnym przykładem przebiegu chłoniaków mlecznych. a) Peryodyczne zjawianie się i znikanie płynu, odpowiada przebiegowi chłoniaków, które to otwierają się to zasklepiają na czas pewien. b) Znaleziono chłoniak (recessus) zaotrzewnowy, na sekcji. Być bardzo może, że zaznaczona przez autora wąskość naczyń była następstwem tego, że większość mleczka wylewała się przez otwór w naczyniu mlecznym. Letulle (l. c.) wprawdzie widzi przyczynę nagromadzenia płynu mlecznego w tym przypadku w sprawie zapalnej, jaka miała miejsce w otrzewny; lecz wobec łatwości, z jaką się zrosty kiszki rozrywać dawały, sprawę zapalną uznać należy za świeżą, a taka nie mogła dać powodu tak długo trwającemu ascites chylosus.

Tak więc chłoniaki naczyń limfatycznych jamy brzusznej, nie należą do zbyt rzadkich rzeczy. Kto wie czy nie raz nie ucho-dzą one uwagi nawet na sekcji, jeśli są bardzo drobne i proste, i nie dają żadnych objawów za życia. Wegner ¹⁾ widział powstawanie chłoniaków torbielowych u królików, którym przez parę miesięcy zrzędu wdmuchiwał do jamy otrzewny powietrze. Króliki znosiły zupełnie dobrze tę operację, lecz na sekcji znajdowano skupienia pęcherzy koło krzywizny wielkiej żołądka, na bocznych ścianach brzucha, a zwłaszcza w krezce kiszki prostej. Pęcherze te, były to przestrzenie naczyń między dwoma zastawkami, napelnione powietrzem. Wewnętrzna [ich ściana wysłaną była śródbłonkiem takim, jak w naczyniach limfatycznych. Przypuszczam, że ilość torbieli mlecznych w jamie otrzewny, byłaby jeszcze większą, gdyby doliczyć do nich i te torbiele, które mają zawartość surowiczą, a powstały skutkiem przemiany ich zawartości i zmian w ścianach, utrudniających dopływ mleczka świeżego do nich ²⁾.

Jeżeli więc pęknięcie naczyń mlecznych resp. przewodu pier-siowego, jest rzeczą nader rzadką, a przytem, sądząc z analogii z pęknięciami samoistnymi naczyń krwionośnych, prawie niemoż-

¹⁾ Wegner. Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle Archiv f. Klin. Chirurgie. B. XX, r. 1877, str. 93.

²⁾ D-r E. Przewoski. Trzy przypadki torbieli surowicznych zaotrzewnowych. Gazeta lekarska 1888, str. 820—827.

liwą w zdrowych naczyniach; jeżeli dalej, jak to starałem się wykazać, pęknięcie to, dzięki łatwemu gojeniu się ran naczyń limfatycznych i obfitości dróg okólnych, prawie nie mogłoby być przyczyną obfitszych i ciągle powtarzających się wylewów mleczka do jam ciała; jeżeli następnie, jakieśmy to widzieli, przesiąkanie odbywa się tylko w takich warunkach, gdy wszystkie drogi dla odpływu mleczka i limfy do żył są zatamowane (a takich warunków w żywym ustroju dla łatwo zrozumiałych przewodów nie bywa) i że nawet w tych warunkach ilość przesięku jest bardzo nieznaczna i zbiera się on powoli — wydaje się rzeczą dość prawdopodobną, że wiele z nagromadzeń mleczka w jamach ciała zawdzięcza swe powstanie chłoniakom naczyń limfatycznych otrzewny, lub opłucny. Przypomnijmy sobie, że właściwie jamy surowicze są jakoby wielkimi przestrzeniami limfatycznymi, że pozostają one w bardzo ścisłych stosunkach z naczyniami limfatycznymi, to zdaje się nie będzie zbyt śmiałym przypuszczeniem, że chłoniaki takie dosyć łatwo powstać mogą i że nieraz, zwłaszcza jeżeli chodzi o chłoniaki proste, mogą być niezauważone. Orth mówi w tym przedmiocie: „Z wewnętrznych naczyń limfatycznych, naczynia mleczne kiszek i krezek najczęściej — nawet daleko częściej, niż zewnętrzne naczynia limfatyczne — znajdują się w stanie rozszerzenia swych ścianek z zastojem zawartości. Dzięki zastojowi zawartości, zmieniają się naczynia limfatyczne na grube, żyłakowate, żółto-zabarwione sznurki”¹⁾.

Pęknięcia w takich chłoniakach niekoniecznie powinny być obszerne, aby z nich wypływało dużo mleczka. Nieraz bardzo drobne otwory dają powód do znacznych limfotoków. Tak w przypadku D a e h n h a r d t'a²⁾ z otworu jak włos wypływało dziennie 200 — 800 gramów limfy; w przypadku D e s j a r d i n a³⁾ z pęcherzyków wielkości gotowanego sago, wypłynęło raz przez 48 godzin, 11 funtów limfy; w wypadku M u n k'a i R o s e n s t e i n'a⁴⁾ zebrano z niewielkiego otworu przez 12 godzin 1½ kilo płynu mlecznego. Gdy dawniej powstawanie chłoniaków objaśniano wyłącznie za przykładem W e g n e r'a, zatkaniem pni wielkich powyżej żyłakowato rozszerzonych naczyń limfatycznych, wtedy rzeczywiście mechanizm powstawania wylewów mleczka do jam

¹⁾ Orth. Specielle Pathologische Anatomie. B. I, 1887, str. 281.

²⁾ Dähnhardt. Zur Chemie d. Lymphhe, Virchow's Archiv, 1866. T. 73. str. 68.

³⁾ Cyt. u Gjorgjevic'a, l. c., str. 665—6.

⁴⁾ Munk i Rosenstein, l. c., str. 236.

ciała, z powodu pęknięcia chłoniaków, mógł się przedstawić jako dosyć zawikłany i dla objaśnienia tegoż trzeba było uciekać się do tak wyszukanych hipotez, jak to uczynił Winiwarter.¹⁾ Zdaje mi się, że w przypadku tego ostatniego nie było wcale zatkania czy zarośnięcia przewodu piersiowego i mleczko szło zwykłą drogą, do żyły podobojczykowej; część tylko jego (około 100 ctm. sz. dziennie) wylewała się przez otwór w nowotworze do jamy brzusznej. W samej rzeczy doświadczenia Wegner'a, na które powołuje się Winiwarter, dowodzą, przynajmniej u królika, wielkiej zdolności wchłaniania ze strony otrzewny, lecz zdolność ta stosuje się więcej do wody i soli, niż np. do tłuszczów. Tak bowiem 12 ctm. sześć. mleka, wlanego królikowi do otrzewny zostało wchłonięte dopiero na 4-ty dzień.²⁾

Daleko tu więc od przypuszczalnego wchłonięcia przez otrzewną, dwóch litrów mleka dziennie, jak chce Winiwarter.

Zdaje mi się, że zwłaszcza w przypadkach, kiedy chorzy z hydrochs chylusus zdrowieją, najprędzej właśnie przypuścić można istnienie chłoniaka, który dał powód wylewowi mleczka do jamy ciała. W samej rzeczy otwory w chłoniakach, jak tego dowodzą liczne historye chorób, tyżące się chłoniaków podskórnych, mogą się zasklepić i wtedy następuje czasowa poprawa, która trwać może nawet dosyć długo, sądząc z analogicznych wypadków w limfotokach powierzchownych; albo też może być wyzdrowienie zupełne, jeśli chłoniak jamisty, lub prosty, zamieni się na chłoniak torbielowy, który, jak tego dowiódł Wegner, traci z czasem komunikację z naczyniami limfatycznymi. Jak było w moim przypadku, czy wyzdrowienie było zupełne, czy też nastąpiła tylko chwilowa przerwa w wylewaniu się mleczka z chłoniaka, rozstrzygać trudno; zdaje mi się jednak, że sam przebieg przypadku świadczy o tem, że nie mieliśmy do czynienia z samodzielnem pęknięciem przewodu piersiowego, albo innego wielkiego naczynia limfatycznego w brzuchu, gdyż albo pęknięcie takie zatkanoby się i zagoiło w dni parę, albo też, gdyby ta rzecz była niemożliwą, jak w przypadku Whitla'i, to zagojenie się rany wielkiego naczynia po tak długiej przerwie, nie nastąpiłoby wcale.

Zachodzi teraz pytanie, jakim sposobem z rozszerzonego żyłakowato i pękniętego naczynia limfatycznego, wylewać się mogą znaczne ilości mleczka, jeśli naczynie to nie znajduje się na bezpośredniej drodze mleczka, do przewodu piersiowego, jakim spo-

¹⁾ Winiwarter l. c.

²⁾ Wegner. Chirurgische Bemerkungen i t. d., str. 98.

sobem mogą powstawać wylewy mleczka do jamy opłucny, jeśli chłoniak nie wychodzi z przewodu piersiowego; wszak w ostatnim razie naczynia limfatyczne opłucny, nie są wcale naczyniami mlecznymi. Że nie tylko chłoniaki naczyń mlecznych mogą dawać wypływ mleczny, dowodzą liczne spostrzeżenia wypływów mleczka z powierzchownych chłoniaków podskórnych. W zwykłych warunkach, mianowicie, limfa resp. mleczko, może odbywać jedną tylko drogę od początków naczyń limfatycznych, do przewodu piersiowego, gdyż istniejące we wszystkich naczyniach limfatycznych zastawki nie pozwalają zawartości cofać się ku obwodowi. Skoro jednak naczynia limfatyczne ulegną rozszerzeniu, jak to ma miejsce w chłoniakach, wtedy zastawki stają się niedomykalnymi i część limfy resp. mleczka, cofa się i wylewa przez otwór w chłoniaku. W ten sposób mogłyby powstawać wylewy mleczka w jamie piersiowej, w ten sposób wylewy tegoż przy istnieniu chłoniaków na błonie surowiczej kiszek, lub otrzewnie ściennej.

IV.

Jeszcze chciałem powiedzieć słów parę o chemicznych własnościach płynu mlecznego w jamach ciała.

Że rzeczywiście mamy tu do czynienia z mleczkiem, przynajmniej w tych przypadkach, gdzie nie chodzi o zwyrodnienie tłuszczowe komórek rakowatych czy innych, nie ulega obecnie żadnej wątpliwości. Widzieliśmy jak Strauss doświadczałnie dowiódł, że ilość tłuszczu w wylewie mlecznym brzucha, zwiększała się w miarę podawania choremu większej ilości tłuszczu w pokarmach. Minkowski¹⁾ przekonał się, że do płynu mlecznego przechodzą i kwasy tłuszczowe tego rodzaju, których niema zwykle w pokarmach i, naturalnie, w płynach mlecznych wewnątrz jam ciała. Dawał on mianowicie choremu z ascites chylosus kwas erukowy (Eruca-säure) i w płynie mlecznym brzucha, znalazł gliceryd tego kwasu—erucynę.

Co do ilości tłuszczu w wylewach mlecznych, to waha się ona w bardzo obszernych granicach, od bardzo małych jak u Bargebuhra, Letulle'a (0,15%), Strauss'a (0,437, 0,386, 0,948%), aż do bardzo wysokich; jak Ballmann'a²⁾ (4,231%), Wini-

¹⁾ D-r O. Minkowski. Ueber Synthese d. Fettes aus Fettsäuren im Organismus d. Menschen Archiv f. experim. Path. u Pharm. 1886. XXI, str. 381—384.

²⁾ Bollmann. Ein Fall von Ascites adiposus. (Central blate f. Med. Wiss. 1876, str. 275 — 277).

warter'a (3,6^o/_o), Minkowskiego (4,3^o/_o), mojego (4,76^o/_o) i Smidta (5,25^o/_o).

Oczywiście ilość tłuszczu w wylewach mlecznych, zależy z jednej strony od pożywienia chorego, jak tego dowiódł Strauss, z drugiej od następujących okoliczności: 1) Jeżeli płyn pozostaje długo w jamie surowiczej, to może on ulegać wessaniu, przyczem wchłaniają się łatwiej sole i woda, ilość więc tłuszczu powiększa się względnie. Tego rodzaju objaśnienie daje Minkowski dla wysokiej zawartości tłuszczu w swoim przypadku. 2) Płyn zawierając będzie tem więcej tłuszczu, im do mlecza mniej domięsza się limfy. 3) Na zawartość tłuszczu w płynie może wywierać wpływ czas, w którym się płyn do jamy wylewa. Ze spostrzeżeń nad limfotokami wiadomo, że płyn nie wycieka ciągle z pękniętych chłoniaków, lecz że otwór w tych ostatnich, od czasu do czasu się zatyka i limfotok ustaje. Otóż jeżeli otwór będzie zatkany w czasie wchłaniania, to wypłynie z niego w okresie po wchłanianiu płyn uboższy w tłuszcz i odwrotnie, bogatszy, jeśli wypływ mieć będzie miejsce, gdy otwór się odemknie w czasie wchłaniania jest w biegu. 4) Na skład chemiczny płynu, resp. zawartość w nim tłuszczu wpływa również stan ogólny chorego, a zwłaszcza stan jego organów trawienia. Dlatego to w drugim wypadku Quincke'go (zapalenie przewłok otrzewny), w przypadku Whitla'i (gruźlica narządów brzusznych), w wypadku Strauss'a (rak otrzewny i kiszek) ilość tłuszczu była bardzo niewielką (najwyżej 1,30^o/_o) choć mleczko wylewało się ze zbiornika mleczowego lub naczyń limfatycznych krezki.

Jaki wpływ wywiera rodzaj pożywienia, na skład limfy wpływającej z chłoniaka wykazali swemi poszukiwaniami Munk i Rosenstein. Naturalnie, że dane przez nich otrzymane mogą być tylko mutatis mutandis zastosowane do przypadków wylewu mlecza do jam surowiczych, gdyż w tych ostatnich płyn nie ma wolnego odpływu i skład jego będzie zawsze przypadkowy ze składu limfy w różnych okresach wchłaniania.

Tak, płyn zebrany z przetoki limfatycznej zawierał 4,3^o/_o tłuszczu w 4 godziny po podaniu chorej lipaniny; w dziesięć godzin ten sam płyn zawierał już tylko 1,3^o/_o ¹⁾, między 11—12 godziną po jedzeniu, płyn zawierał tyle tłuszczu, co zwykła limfa. ²⁾ Dla tego u ssawców, którzy znajdują się w stanie ciągłego trawienia i wchłaniania tłuszczu, ilość tegoż w płynie mlecznym jam ciała

¹⁾ Munk u. Rosenstein, l. c., str. 257.

²⁾ L. c., str. 257.

jest znaczną, jak dowodzą przypadki Winiwartera i mój. Z tego wynika, że na zasadzie procentowej zawartości tłuszczu, nie możemy wyprowadzać żadnych wniosków co do natury płynu, czy mamy do czynienia z hydrops chylosus czy adiposus. Zapewne że w większości przypadków ilość tłuszczu będzie znaczniejszą przy hydrops chylosus niż przy hydrops adiposus, lecz czasami, gdy osobnik jest bardzo wyniszczony, jak w wypadku Strauss'a, nawet podanie znacznej ilości tłuszczu w pokarmie, nie wiele powiększy bezwzględnej jego ilość w wylewie mlecznym.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

39. Fr. Schilling. **Leczenie wodogłowa za pomocą nakłucia.**
(*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr 1, 1896.)

Zabieg ten, już od dawna wielokrotnie stosowany, dla niepomyślnego zejścia był zazwyczaj napowrót zarzucany. Henoch uciekał się doń w 5 przypadkach z następczem nastrzykiwaniem nalewki jodowej, lecz bez pożądanego skutku. Nuijens przytacza 37 obserwacji, z tych 6 swoich własnych, w których już to nakłucia dokonano, już to sączki do komór mózgowych bocznych, założono z nastrzyknięciem lub bez tegoż nalewki jodowej; wszystkie one pozostały również bez pomyslnego skutku. Stąd wnioskuje on, że zakładania sączków zupełnie zaniechać należy, nakłuwac zaś wypada tylko w tylnym kącie (am Hinterhorn). Do wprost przeciwnych wniosków dochodzi Hirsberg; nakłucie kręgosłupa, przez Quincke'go zaproponowane uważa za niedostateczne, albowiem przy chorobowo zmienionych stosunkach nie możemy spodziewać się znaleźć prawidłowego połączenia między płynem rdzeniowym i mózgowym, natomiast wskazanem jest otworenie czaszki i opony twardej.

Co się tyczy samej techniki nakłucia, to w przypadku znacznego rozciągnięcia ciemiączka dużego wypada wbić narzędzie na 3—4 cm. z boku od linii środkowej bliżej ku kątowi tylnemu (Hinterhorn); jeżeli ciemiączko nie jest rozszerzone, robimy to w bocznym kącie tegoż. Przy pośrednim leczeniu wodogłowa wkłuwamy mocną igłę

strykawkki Pravaz'a między 2—3 kręgami lędźwiowemi podług przepisu Quinke'go i nie uciekając się do przyrządu ssącego, pozwalamy spływać cieczy mózgowo-rdzeniowej. Ponieważ poprawa w takim zabiegu jest przemijającą radzi Quinke utworzyć otwór (Schlitzung) w kręgosłupie, by zapewnić stały odpływ cieczy. Zabieg ten uważa za mniej niebezpieczny, niż otwieranie czaszki w celu założenia sączka do komory bocznej.

Autor dokonał nakłucia w 4 przypadkach wodogłowia. Przypadek pierwszy dotyczył 5 miesięcznej dziewczynki, prawidłowo urodzonej i dobrze rozwiniętej. Podczas swej krótkiej wędrówki na tym świecie zdążyła ona przebyć odrę i grypę, we 2 tygodnie po tej ostatniej, wśród objawów gorączkowych, dostała drgawek, kryczała bezustannie (crie hydrocephalique) i tylko znaczne dawki morfiny były w stanie nawpół ją uspokoić. Główka, coraz bardziej zyskując na objętości, miała wreszcie w obwodzie 57 cm., szwy były szeroko rozwarte, a ciemiączko duże mocno wypukłone i napięte. Do tego przyłączyły się wymioty, lekki zez zbieżny. We 2 miesiące potem zjawił się sopor, upadek sił i odżywiania. W uśpieniu eterowem dokonano nakłucia lewej komory bocznej i wypuszczono 300 cm. płynu. Dziecię natychmiast dostało najokropniejszych drgawek, zsińniało, tak iż musiał autor zaniechać dokończenia zabiegu. Wkrótce atoli zapaść przeminęła, zez, wymioty, sopor znikły; a następnie odżywianie poprawiać się zaczęło. 8 dnia po pierwszym zabiegu nakłuł autor prawą komorę i wypuścił 270 gr. płynu, który wyglądem swoim przypominał wodę i zawierał 1% białka (przyrząd Esbach'a), nie zawierał ani cukru, ani laseczników i przy dłuższem staniu dawał osad złożony z kilku kłaczek włóknika. Takie własności płynu przemawiały na korzyść wodogłowia zapalnego pochodzenia, a więc prosówkowej gruźlicy mózgu; nie można było wykluczyć zapalenia ependymae komory pochodzenia grypowego lub też meningitidis serosa (Quinke).

Po opróżnieniu komór obwód czaszki zmniejszył się do 45 cm. Kości czaszkowe były nader miękie. Zalecono dziecku tran z fosforem. Zaczęło się ono poprawiać i wreszcie zupełnie wyzdrowiało. Oglądane w 3 lata potem, pomimo obwodu czaszki dochodzącego do 52 cm., zaburzeń pod względem umysłowym nie przedstawiało.

W przypadku drugim robił autor nakłucie dziecku, urodzonemu z główką wielkością swą dorównywającą głowie dorosłego mężczyzny, ulegając jedynie prośbie ojca, który słyszał o pomyślnym zejściu w poprzednim wypadku. Po raz pierwszy wypuścił 1200 gr. płynu w 6-ym tygodniu życia, po raz wtóry taką ilość w tygodniu 10 i wówczas wśród drgawek dziecię zmarło. Ciekawym jest ten przypadek, że dziecię pomimo olbrzymich wymiarów czaszki przeszliźnieło się bezkarnie przez kanał rodny, co zdolności takiej głowy do łatwej zmiany swego kształtu przypisać należy.

W następnym przypadku operował autor 2 miesięczne dziecko, któremu w tydzień po urodzeniu dokonano rytualnego obrzezania; po tem ostatniem dostało ono gorączki, zjawiało się mocne ropienie w rance, obrzmienie gruczołów pachwinowych. Karmio-

no je z butelki oraz mączką dzieciną (Kindermehl). Na kilka dni przed operacją spostrzeżono u dzieciny drgawki, które następnych dni wzmagały się, zjawiając się co pół godziny; stan jednak był bezgorączkowy. Oglądając dziecię po raz pierwszy, znalazł je autor mocno zbudowanym, dobrze odżywionem. Brzuch był mocno wzdęty. Duże ciemiączko napięte. Obwód główki wynosił 37½ cm., wymiar prosty 17 cm., skośny duży 11 cm., skośny mały 10½ cm. Następnych dni pomimo rozmaitych zadanych dziecku leków drgawki nie ustawały; było ono senne, wcale nie przyjmowało pokarmów. Postanowiono dokonać nakłucia komór mózgowych bocznych. Z komory lewej płynu nie otrzymano; z komory prawej wyciągnięto 2—3 cm. krwawo zabarwionego płynu z odrobiną białej substancji mózgu. Po ukłuciu dziecię zmieniło się od razu: zaczęło energicznie ssać pierś; drgawki najpierw zmniejszyły się, a po 3 dniach zupełnie ustąpiły. Stan ogólny polepszał się coraz bardziej. We 2 tygodnie potem spostrzeżono u dziecka pionowy nystagmus i zez zbieżny; można było tłómaczyć to za pomocą albinizmu, lecz mogło to powstać i na skutek przebytego cierpienia mózgowego. Nie jest w stanie autor rozstrzygnąć, czy miał w danym przypadku do czynienia z meningitis oraz wodogłowiem zakaźnego pochodzenia, pozostającym w związku ze sprawą ropną w rance; czy też być może z pozostałymi na skutek zaburzeń w trawieniu drgawkami, które pociągnęły za sobą przekrwienie mózgu i przejść do komór bocznych.

Ostatni przypadek dotyczył 33 tygodniowego dziecięcia, którego matka zmarła na gruźlicę płucną. Zachorowało ono na zapalenie oskrzeli połączone z gorączką, a w 3 tygodnie potem dostało drgawek, które nazajutrz zwiększyły się, a potem zjawilo się lewostronne porażenie kończyn. Autor, zadowolony do dziecka, znalazł je nieprzytomne; oddech chrapliwy, ciepłota ciała 38,7, sztywność karku, wypuklenie dużego ciemiączka, zez zbieżny. Rozległa tępość w górnych częściach prawej połowy klatki piersiowej od tyłu. Na całej przestrzeni płuc oddech mocno zastrzony, liczne drobnopełcherzykowe rżenia. Rozpoznano gruźlicze zapalenie opon na podstawie mózgu, wodogłowia wewnętrzne, prosówkową gruźlicę płuc.

W celu leczniczym dokonano nakłucia mocną igłą Pravaz'a w okolicy łądzwiowej. Po wyciągnięciu pewnej ilości płynu duże ciemiączko wciągnęło się, lecz po 5-u minutach zrównało się z poziomem skóry. Nie mając pewności, czy boczne komory są wystarczająco opróżnione, nakłuł on najpierw lewą, atoli nic z niej nie wyciągnął; z prawej wydobyl 2 ccm. płynu, co z poprzednio z kręgosłupa wyciągniętym wynosiło 65 c. cm. Był on podobny do wody, zawierał 0,9% białka (Esbach); w kłaczkach, z osadu wziętych, laseczników nie znaleziono; zawierał on komórki nabłonkowe, kulki tłuszczu, oraz potas w ogromnej ilości. Dziecię poprawiło się po operacji, lecz 4-go dnia zmarło z powodu postępującego cierpienia płuc. Oględziny pośmiertne wykazały znaczne zewnętrzne wodogłowia, gruźlicę prosówkową opon na podstawie mózgu; tkanka mózgowa przepojona płynem surowiczo-krwawym. Gruźlica płuc obustronna, serowate rozmiękczenie gruczołów chłonnych.

Przypadek ten ma, zdaniem autora, dowodzić, że 1^o, ciężkie objawy mózgowie polegały na zwiększonym wewnątrzczaszkowym ciśnieniu; 2) nagromadzenie się płynu w komorach bocznych wywołało lewostronne porażenie, że 3) boczne komory mogą być opróżnione przez nakłucie lędźwiowe, że brak laseczników nie jest dowodem, iż cierpienie nie jest gruźliczem, gdyż znajdowano je tylko w $\frac{4}{5}$ odnośnych przypadków. Nakłucie lędźwiowe uważa autor za doskonały zabieg rozpoznawczy: gdy rozpoznanie waha się między gruźlicą opon, oraz zapaleniem mózgo-rdzeniowem tychże (Meingitis cerebrospinalis).

Prawie wszyscy autorowie odmawiają nakłuciu lędźwiowemu wszelkiej leczniczej wartości, Schilling zaś sądzi, że w pewnych przypadkach ostrego lub przewlekłego wodogłowia czy to gruźliczego, czy innego pochodzenia daje się osiągnąć wyzdrowienie, i wprost twierdzi, że zanim wystąpi coma, należy zawsze dokończyć tego zabiegu: bez zabiegu wszyscy chorzy umierają, przy pomocy tegoż da się od czasu do czasu życie uratować. Radzi tedy wobec zwiększonego wewnątrz-czaszkowego ciśnienia, co wewnętrznie się przekrwieniem zastoinowem tarczy n. wzrokowego (Staungspapille) lub podług Adamkiewica przez neuritis neuroparylyca lub oedematosa papillae n. optici, przedsięwziąć nakłucie lędźwiowe. Jeżeli mamy dane przypuszczać, że połączenie między płynem czaszkowym i kręgowym nie jest dość swobodne, należy nakłuć komory bezpośrednio, a następnie owinąć czaszkę w kierunku poziomym opaską gumową, która wywiera równomierny ucisk i nie wcina się w skórę. Do tego należy zalecić dziecku tran z przetworami fosforu, jeżeli ma ono choć ślady krzywicy.

A. Leśniowski.

40. Dr. Emil Senger. **Próba wykonania bezkrwawej rezekcyi szczęki górnej za pomocą czasowego ucisku wyosobnionej tętnicy szyjowej.** (*Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 22, 1895*).

Rezekcyja szczęki górnej wymaga umiejętnego zapanowania nad obfitem krwawieniem, z jednej bowiem strony operuje się tu zwykle u osobników wyniszczonych, dla których utrata krwi jest arcy-niepożądaną, z drugiej zaś — ściekanie tej ostatniej ku dołowi i nagromadzanie się w drogach oddechowych zagraża operowanemu istotnem i trudnem częstokroć do usunięcia niebezpieczeństwem. Operowanie w pół-úspieniu, lub z głową zwieszoną ku dołowi, bądź wreszcie wykonywanie uprzednie tracheotomii, na którą chory zresztą zgadza się nie zawsze i t. p. środki zaradcze nie mogą być wolne od zarzutu, z toku więc rzeczy niedogodność tę należy usunąć innym, możliwie prostym, a skutecznym sposobem. Za taki właśnie autor uważa zastosowanie czasowego ucisku na tętnicę szyjową, wypróbowane na znacznej ilości zwierząt, w sposób, odpowiadający do pewnego stopnia metodzie Esmarch'a. Po obnażeniu tedy wspól-

nej tętnicy szyjowej (art. carotis communis) i wyodrębnieniu jej na długość 1 ctm. obwijano naczynie dość grubym kawałkiem gazy wraz z przylegającą doń cienką rurką gumową, poczem zawiązywano tę ostatnią na mocny węzeł, stopień zaciśnięcia którego był miarkowany bądź powracaniem tętna w odcinku obwodowym, bądź opróżnieniem z krwi rozgałęzień tętnicy, o czym przekonywano się po nacięciu jednego z naczyń na uchu królika. Nałożoną w ten sposób podwiązkę trzymano na obu szyjowych oraz na jednej z tętnic podobojczykowych, niekiedy do 3 godzin i nie stwierdzono nigdy po rozwiązaniu naczynia jakichkolwiek bądź godniejszych uwagi zmian na ścianach tego ostatniego; co zaś do zwierząt, te, jeśli nie były zabijane bezwzględnie, żyły długo i były zdrowe.

Zachęcony tak dobrym wynikiem autor postanowił wypróbować skuteczność swego postępowania na jednym z chorych, ograniczając się jednakże z początku na uciśnięciu jedynie tętnicy szyjowej zewnętrznej, z gałęziami której przy resekowaniu szczęki górnej ma się przeważnie do czynienia.

Operacya wykonaną została na 42-letnim, o charłacznym wyglądzie—mężczyźnie, cierpiącym od lat czterech na obfite krwotoki z nosa. Badanie chorego wykryło obecność raka prawej szczęki górnej, który szerzył się także i w jamie ustnej, oraz na dziąsłach, sięgając błony śluzowej przeciwległego policzka i wypełniając sobą jamę lewego nozdrza, któremu chory nie oddechał zupełnie. Zamierzając operować w danym przypadku w sposób, o ile możliwości bezkrwawy, po zachloroformowaniu chorego obnażono mu tętnicę szyjową w miejscu rozwidlenia się tejże, a po odpreparowaniu pnia zewnętrznego (art. carotis externa) i obwiązaniu w tem miejscu gazą, nałożono na tętnicę rurkę gumową, którą na razie zawiązano lekko. Przykrywszy ranę muślinem wyjałowionym, poprowadzono cięcie skóry według Dieffenbach'a z tą tylko odmianą, że warga górna została tu rozszczepioną, poczem skierowano się do skrzydła nosa, dalej ku górze, poprzez bródkę noso-policzkową, stąd zaś, idąc pod kątem prostym i w kierunku linii prostej, ukończono cięcie na kości jarzmowej (os zygomaticum). Przy oddzielaniu części miękkich od szczęki okazało się, iż nowotwór wrastał w środek jej powierzchni przedniej; wycięto zatem części miękie w granicach tkanek zdrowych, poczem wśród głębokiej narkozy nadano choremu położenie siedzące. Teraz dopiero związano mocno węzeł uciskadła, rozcięto kości bądź dłu-tem, bądź piłką, w końcu wreszcie usunięto powłokę okostnośluzową podniebienia twardego, jak również część łuku kości jarzmowej. Podczas zabiegu, krwawienie pochodzące z żył tylko, było nieznaczne. Po wypełnieniu rany gazą, zdjęto z tętnicy rurkę gumową, doprowadziwszy przedtem chorego do stanu świadomości. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, już bowiem dnia czwartego operowany, u którego nie zauważono żadnych objawów ubocznych ze strony mózgu lub uciśniętej tętnicy, wstał z łóżka; po upływie zaś dwóch tygodni, obok wybitnej poprawy w stanie ogólnym ozdrowieńca, stwierdzono u tegoż miejscowo zagojenie doszczętne.

K. Niedzielski.

41. Duplay. *Nevralgie faciale Névralgie des édentés* (*Gaz. des hôpitaux 1894, Nr. 39*) Dr. V. Jarre. *Traitement chirurgical du tic douloureux de la face. Revue mensuelle de Stomatologie, 1895, Nr. 8.*

Jeszcze w roku 1870 Gross (z Filadelfii) zwrócił uwagę na pewną odmianę nerwobólu, nerwu trójdzielnego, która pozostaje ograniczona tylko do nerwów zębodołowych i przez prostą rezekcyę wyrostka zębodołowego zupełnie wyleczoną być może. Zdaniem Gross'a, przyczyną nerwobólu w takich przypadkach jest zapalenie kości, zgęszczające (ostitis sclerificans) w wyrostku zębodołowym i ucisku wskutek tego odpowiednich gałęzek nerwowych. Ponieważ Gross nerwoból tego rodzaju, spostrzegł u ludzi starszych po utracie zębów nazwał ten nerwoból nerwobólem bezzębnych (nevralgia edentatorum). Gross 5 takich przypadków wyleczył radykalnie rezekcyą wyrostka zębodołowego. Duplay jeszcze w roku 1886 miał sposobność potwierdzić spostrzeżenia Gross'a i wtedy jeszcze porównał ten nerwoból z nerwobólem blizn poamputacyjnych, powstającym na skutek neuromatów na obciętym końcu nerwu.

W ostatnich czasach stomatolog paryski Jarre przyszedł do przekonania, że wszystkie nerwobóle twarzowe, bez względu na ich rozprzestrzenienie, są skutkiem zmian w wyrostku zębodołowym i dają się leczyć przez rezekcyę ostatniego. Zdaniem Jarre'a, nerwobóle twarzowe są zupełnie pod względem klinicznym analogiczne do nerwobólów poamputacyjnych, są tylko wyrazem (expression symptomatique) zmian obwodowych bliznowatej natury. Siedliskiem właściwym nerwobólu twarzowego jest blizna wyrostka zębodołowego, powstała na skutek spraw zapalnych ozębnej, okostnej lub dziąsła. Ból stąd przez poboczne anastomozy nerwów przechodzi na gałązki nawet dość oddalone od pierwotnego ogniska. Promieniowania zaś takie bólu z miejscowego ogniska w wyrostku zębodołowym nie przedstawiają nic szczególnego, gdyż zdarzają się często przy ostrych procesach zapalnych w pulpie zębów lub ich dziąśle i okostnej. Irradjacye bólu przy symptomatycznym nerwobólu twarzowym, powstającym wskutek bliznowatych zmian w wyrostku zębodołowym, rozchodzą się zwykle w ten sam sposób, jak bóle przy odpowiednio umiejscowionych chorobach zęba lub jego adnex'ów, na przykład przy nerwobólu powstającym z okolicy dolnych zębów mądrości, bóle rozprzestrzeniają się ku podbródkowi, uchu, a często i w odpowiednią połowę języka. Nerwoból, powstający z okolicy pierwszego dużego trzonowego dolnego, rozchodzi się po dolnej szczęce, a ku górze promieniuje w okolicę wyrostka licowego i periorbitalną. Z wyrostka zębodołowego górnego, bóle promieniują w okolicę nad- i pod-oczodołową, przeduszną, a niekiedy w nerw zuchwowy i język. Te właśnie badania porównawcze irradjacyi przy chorobach zębów i umiejscowienia bólu przy nerwobólu twarzowym, naprowadziły Jarre'a na rozpoznanie właściwego tej ostatniej choroby siedliska. Ponieważ zaś bóle

w narządach sąsiednich, zależne od cierpienia zęba, znikają równocześnie z usunięciem tegoż, rzecz oczywista, że i neuralgia pochodzenia zębodołowego zniknie wraz z usunięciem ostatniego. Jarre operował w ten sposób chorych 19, niektóre z tych przypadków były bardzo zastarzałe; co do rozprzestrzenienia bólów, to przypadki Jarre'a dają się rozdzielić na trzy grupy: a) nerwobóle, zajmujące jedną gałąź nerwu trójdzielnego b) nerwoból zajmuje dwie gałęzi nerwu trójdzielnego i c) nerwobóle zajmujące wszystkie trzy gałęzi. Z kategorii pierwszej Jarre operował 13 przypadków, w niektórych z nich wyleczenie bez recydywy trwa już przeszło 2 lata; na zaznaczenie zasługuje przypadek Jarre'a z tej kategorii drugi: 60-letnia kobieta cierpi na straszny nerwoból twarzowy od lat 10-u. Była już dwukrotnie operowana. W r. 1891 robiono jej rezekcję nerwu żuchwowego i językowego od strony jamy ustnej, drugi raz w grudniu w tymże roku rezekowano jej nerw żuchwowy sposobem Beau. Po obu operacjach było polepszenie, trwające zaledwie kilka miesięcy. W lutym roku 1893 Jarre rezekował u chorej wyrostek zębodołowy w okolicy, odpowiadającej prawemu dolnemu zębowi mądrości, poczem nerwoból znikł zupełnie i nie powtórzył się więcej. Z kategorii drugiej (irradjujące w 2 gałęzi narwu trójdzielnego) operował Jarre 4 przypadki. Z tych w jednym *tie douloureux* trwał od lat 10-u, rozgałęził się w ramus *ophthalmicus* i *n. infra orbitalis*. Rezekcja wyrostka zębodołowego w okolicy pierwszego małego trzonowego prawego, wyjętego 30 lat temu, sprowadziła zupełne wyleczenie. W trzecim przypadku tej kategorii była neuralgia w *n. mandibularis*, bóle promieniowały ku górze w okolicę skroniową i licową. Rezekcja wyrostka zębodołowego w okolicy drugiego dużego trzonowego po lewej stronie na dole sprowadziła zupełne wyleczenie.

Z kategorii trzeciej (t. j. nerwobólu we wszystkich trzech gałęziach nerwu trójdzielnego), zasługuje na uwagę przypadek drugi, w którym chory 40-letni 30 lat temu miał ograniczony *gingivoperiostitis* pomiędzy kłem i pierwszym małym trzonowym po stronie lewej u góry. *Gingivo-periostitis* ten trwał ze dwa lata, poczem nastąpiło zagojenie z pozostawieniem blizny, blizna zaś ta po latach kilku stała się punktem wyjścia nerwobólu w całej lewej połowie twarzy. Chory był operowany trzy razy: raz rezekowano mu *n. maxillaris sup. in. fossa pterygo-maxillaris*, drugi raz *n. maxillaris inferior* sposobem Beau, trzeci raz rezekowano mu *n. mentalis*. Po 2-ch pierwszych operacjach nastąpiło polepszenie trwające 8 (po pierwszej) i 13 miesięcy po drugiej, po trzeciej operacji nie było żadnego polepszenia. W kwietniu 1894 r. Jarre usunął choremu oba wyżej wspomniane zęby (kieł i I m. trzonowy l. g.) i wyrezekował wyrostek zębodołowy w okolicy obu tych zębów. Bóle znikły i do obecnej chwili nie powtórzyły się więcej.

Co do sposobu wykonania rezekcyi, to w wyżej wymienionym artykule Jarre szczegółów operacyjnych bliżej nie podaje. Z dyskusji nad tym przedmiotem w paryskim *Société de Stomalogie* (patrz *Revue de Stomal.* Nr. 1, r. b.), widać, że oprócz zwykłego krwawego sposobu rezekcyi, Jarre robi także przypalania galwanokaustyczne dziąsła w odpowiedniej okolicy, poczem następuje

neuwroza wyrostka zębodołowego, z wydzieleniem zaś sekwestru bóle ustępują zupełnie.

Jarre jest zdania, że jego pogląd na patogenezę nerwobólu twarzowego jest zupełnie słuszny, a niewinny i prosty zabieg, proponowany przez niego, jest w stanie zastąpić inne więcej skomplikowane i niebezpieczniejsze dla chorego operacje.

Poglądy Jarre'a potwierdza i Duplay, który sposobem Jarre'a operował jeden przypadek, w którym wykonana już poprzednio rezekcja nervi infraorbitalis pozostała bez żadnego skutku, rezekcja zaś wyrostka zębodołowego po prawej stronie u góry, uwieńczoną była zupełnem wyleczeniem.

Dzierżawski.

42. Gayet. **Autoplastyka powiek w przypadku wilka twarzy.**
(*Lyon méd. Nr. 4, 1895.*)

Spostrzeżenie dotyczy 22-letniej kobiety o twarzy od lat dziecięciu oszpeconej wilkiem, którego rozwój, dzięki wielokrotnym przyżeganiom miejscowym, udało się wreszcie opanować, obie jednak powieki oka prawego ucierpiały na tyle, że gałka oczna została obnażoną prawie zupełnie. Ponieważ skóra czoła, policzków, skroni i nosa nie miała żywotności dostatecznej, autor postanowił pokryć brak powiek płatem z ramienia, t. j. wykonać plastykę według metody włoskiej, nauczony zaś wynikiem poprzednich tego rodzaju operacji, przedsięwziął przed nią szereg odpowiednich zabiegów przygotowawczych. Przedewszystkiem więc postarano się o właściwe dopasowanie ramienia mającego dostarczyć skóry, które w tym celu uniesione zostało ku górze i skierowane wzdłuż policzka i skroni; poczem tak ułożone ramię wraz z pochyloną doń nieco głową unieruchomiono za pomocą ściśle przylegającego, odlanego z gipsu pancerza (*cuirasse*), przedramię zaś, zwrócone ku jego szczytowi, umocowano w gipsowej rynnie. Gdy chora, z postępowaniem czasu przyzwyczaiła się do swojego przyrządu, tak, że mogła w nim oddechać swobodnie i spać całkiem dobrze, wówczas dopiero podjęta została operacja wytwórcza: po zachłobroformowaniu chorej, poprowadzono dokoła szpary powiekowej dwa, w odległości 2—3 mm. od brzegów swobodnych tejsze, równoległe ku tym ostatnim, dosyć głębokie cięcia, umożliwiające utrwalone nałożeniem trzech szwów zamknięcie oka. Wskutek wykonania cięć owych, powstały dwie, oddzielone linią środkową z przylegającymi doń brzegami powiek rany, nazewnątrz łączące się w jedną ranę, w tem właśnie miejscu, gdzie utwierdzoną być miała podstawa płatu ramieniowego; ten ostatni, po wykrajaniu, rozcięto na dwie połowy odpowiednio dla każdej z ran, które pokryto płaciami szczelnie, lecz bez nakładania szwu. Po obudzeniu się, dzięki uciskowi ze strony przyrządu, chora nie była w możności wykonywać ruchów, któreby unicestwiły stosunek płatów do rany, gdy

zaś, z upływem tygodnia, opatrunek zdjęto po raz pierwszy, przekonano się, że płaty leżały na swem miejscu bez zmiany i że, prócz końców, przyjęły się dobrze. Dalszy przebieg — pomyślny — już po dwóch tygodniach pozwolił na usunięcie przyrządu gipsowego i przecięcie szypuły płatowej, ostateczny zaś wynik, jeśli nie odpowiedział w zupełności zadaniom kosmetyki, to jednak uczynił możliwem osiągnięcie zadania głównego, t. j. ochronę i bezpieczeństwo oka.

K. Niedzielski.

43. Dr Józef Ziemacki. Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostną 10⁰/₀ roztworu chloru cynku według metody Lannelongue'a. (*Przełg. lek.* 39 i 40. 1895).

Na zjeździe lekarzy polskich we Lwowie r. 1894 Ziemacki zalecał kolegom stosowanie metody Lannelongue'a przy gruźlicy kości i stawów; obecnie przekonawszy się wielokrotnie o pomyślnych wynikach tej metody, zabiera ponownie głos, by zachęcić innych do wstąpienia w jego ślady. Do wstrzykiwania służy roztwór wodny chloru cynku 1:10, którego wstrzykuje się w dane miejsce 0,1 strzykawką Pravatza, t. j. 7 do 10 kropeł na raz; ponieważ zaś wstrzykuje się na jednym posiedzeniu w 10—12 miejsc, zatem ogólna ilość wprowadzonego roztworu wynosi 0,5—0,8 sz. ctm. (czystego Zn Cl² 0.05 do 0.08). Objawów otrucia nigdy autor nie spostrzegł, zaleca jednakże ostrożność w zwiększaniu dawki, zwłaszcza u dzieci. Igłę wprowadza się ukośnie, by zapobiedz wylewaniu się płynu na zewnątrz, wówczas bowiem następuje ograniczone obumarcie skóry. Co się tyczy miejsca, dokąd należy wstrzykiwać, trzymał się prawideł Lannelongue'a. 1. Należy unikać wstrzykiwania do jam stawowych, a z drugiej strony igła powinna dojść aż pod okostną lub pod więzy stawowe. 2. Najlepszem do wstrzyknięcia miejscem jest linia przyczepu torebki stawowej do kości, o którą ostrze igły powinno się oprzeć. 3. Lannelongue wstrzykuje 10 letniemu dziecku na jednym posiedzeniu, 30—40 kropeł, i ponawia zabieg niewcześniej, jak we 3 tygodnie; Z. powtarza iniekcye po 7 dniach. 4. Wstrzykiwania pod okostną są bolesne, szczególniej ta chwila, kiedy kropla płynu wylewa się z igły pod okostną; jednakże ból nie jest tak mocny, aby należało we wszystkich przypadkach uciekać się do usypiania; nawet dzieci znosiły tę operacyę bez narkotyzowania. 5. Lannelongue nakłada opatrunek unieruchamiający dopiero w kilka dni po zastrzyknięciu, czekając aż przejdzie obrzęk i zaczerwienie miejscowe; autor nie widział nigdy objawów odczynowych, następczych w takim stopniu, aby należało wstrzymać się z doraźnem nałożeniem opatrunku (colodium, wata, gips). Natomiast bardzo ważną rzeczą jest aseptyczne wykonanie wstrzykiwań. 6. Wstrzykiwać należy naokoło ognisk zapalnych. 7. Przy

iniekcyjach pamiętać trzeba o nerwach i naczyniach, otaczających staw. Lannelongue objaśnia działanie chlorku cynku na gruźliczo zajętą tkankę silną emigracją ciałek białych krwi i rozrostem tkanki łącznej; Ziemacki sądzi, że chlorek cynku działa przeważnie przeciwnie t. j. zabójczo na prątki gruźlicze.

Dla Lannelongue'a jedynym przeciwskazaniem do użycia tego sposobu leczenia jest nadmierne osłabienie chorego; Ziemacki zaś twierdzi, że przypadki, które już przeszły w ropienie, nie nadają się do wstrzykiwań chlorku cynku; potrzebniejsza jest tam operacja. Jeśli mamy gruźlicze zapalenie stawu lub kości w postaci niewielkiego ogniska, od którego idzie ropień zimny, to przedewszystkiem należy ropień opróżnić, jamę wypłukać i wtedy dopiero wstrzykiwać $ZnCl^2$ naokoło ogniska; dobrze jest również wlać, na zakończenie, do jamy ropnia mieszanek jodoformu w glicerynie 1:10 (wedł. Mikulicza). Kombinował wreszcie autor metodę Lannelongue'a z metodą Biera.

We wszystkich przypadkach gruźlicy kości w początkach cierpienia, gdzie stosował opisane wyżej leczenie, otrzymał Z. wyniki doskonałe, twierdzi więc, że metoda Lannelongue'a zasługuje na gorące poparcie.

W. Żurkowski.

II. Choroby weneryczne i skórne.

44. Dr. Krisowski. **O jednym mało dotąd uwzględnianym objawie przymiotu dziedzicznego.** *Ueber ein bisher Wenig beachtetes Symptom der hereditären Lues — Berlin. Klinisch. Wochenschrift. 1895 Nr. 41.*

Praca K. składa się z dwóch części: w pierwszej przytacza autor dosyć szczegółowy opis przypadku spostrzeganego w poliklinice Josepha w Berlinie, w drugiej zaś — uwagi, jakie mu ten przypadek nastreczył.

Chory E. G., 17-letni chłopiec zgłosił się do polikliniki z owrzodzeniem na twarzy. Z wywiadów przekonano się, że rodzice i bracia jego zdrowi, dwie siostry zmarły w młodym wieku. Sam chory jest dzieckiem pierworodnym. W 6 tygodniu po urodzeniu wystąpiła u niego na twarzy jakaś wysypka, która po długim trwaniu wygoiła się, pozostawiając po sobie blizny; następnie był zdrow do 14 roku, w którym miał znowu jakieś plamy w jamie ustnej, nie bolesne, ale wywołujące przykry zapach; plamy te, czy też owrzodzenia zgoiły się po kilku tygodniach przy użyciu do płukania „kali“ ($KClO_3$), natomiast chory utracił odtąd powonienie, oraz możność oddychania przez nos. Przed 4 tygodniami wystąpiło na prawym policzku owrzodzenie. Przy badaniu znaleziono: chory wzrostu małego, z dobrze rozwiniętymi mięśniami; nos zapadły u podstawy (siodłowaty), odcień głosu nosowy. Na prawym policzku owrzo-

dzenie okrągłe bezbolesne z nacieczonemi brzegami i dnem poszarpanem sadłowatym. Dokoła ust około 20 blizn, od 2 do 4 ctm. długich, zbiegających się promienisto w postaci podłużnych prążków z policzków, podbródka i górnych warg ku ustom, przechodzących na usta i w dalszym ciągu na błonę śluzową jamy ustnej. Górnych siekaczy i odpowiadających im process. alveolar. brak zupełny; inne zęby budowy prawidłowej, zdrowe, całe. Od bliznowatego guzika na środku podniebienia twardego rozchodzą się w trzech kierunkach trzy blizny w postaci białych pręg: dwie ku migdałkom, trzecia środkowa w stronę podniebienia miękiego, a dalej na tylną ścianę przelyku. Języczka, migdałków i łuków polyko-podniebieniowych brak zupełny, a twarde podniebienie połączone na całej przestrzeni z tylną częścią przelyku tkanką bliznowatą, która oddziela w ten sposób partem nasalem cavi naso-pharyngealis całkowicie i usuwa możność oddychania przez nos; przegroda nosowa przedziurawiona.

W opisanym tu szczegółowo przypadku było dosyć wyraźnych cech do rozpoznania przymiotu dziedzicznego, niezawsze jednak tak bywa i nieraz zmuszeni jesteśmy poprzestać na jednym jakimś objawie, który temwiększej nabywa wagi, że wywiady, które—o ile w ogóle mało mają znaczenia w rozpoznaniu przymiotu nabytego—o tyle mniej jeszcze mogą nam pomóc w przypadkach przymiotu dziedzicznego. W obec tego każdy pojedynczy objaw zasługuje na wielką uwagę, gdy w rzeczywistości jeden z nich bywa dotąd w literaturze bardzo mało uwzględniany, a objawem tym są—zdaniem autora—owe podłużne kreskowate promieniste schodzące się blizny dokoła ust, które tak wyraźnie się zarysowały w opisanym powyżej przypadku. Im to właśnie poświęca autor dalsze swoje uwagi. Objawy przymiotu dziedzicznego występują, jak wiadomo, głównie w pierwszych okresach życia niemowlęcego i w okresie dojrzewania. W niemowlęctwie przeważają t. zw. formy wczesne, wysypkowe, gdy przeciwnie ziarniniaki (gummata) są rzadkie, z wczesnych zaś postaci niezmiernie często występują grudki i to tylko w pewnych ulubionych miejscach, mianowicie tam, gdzie widzimy stopniowe przejście skóry w błonę śluzową, jak np. w odbycie, nosie, ustach. W tych właśnie miejscach grudki na skórze przechodzą na błonę śluzową w postaci tak zw. plaques muqueuses; znikają te objawy nawet bez leczenia, nie pozostawiając po sobie blizn, nie wszędzie jednak znajdują po temu odpowiednie warunki i co innego widzimy np. na ustach: tu często powtarzające się a nieuniknione ruchy wywołują na miejscu wykwitów w mniej już rozciągliwej skórze i błonie śluzowej nieznaczne pęknięcia, które, jako bolesne, zmuszają dziecko do krzyku, a więc do ruchów jeszcze gwałtowniejszych; powstaje w ten sposób pewien circulus vitiosus, który nie tylko przeskadza gojeniu się, ale nadto sprzyja coraz większemu zagłębianiu się pęknięć, które, zagojone wreszcie—pozostawiają po sobie owe promienisto schodzące się kreskowate blizny. Żadna z możliwych w tem miejscu spraw patologicznych nie jest w stanie takich blizn wywołać (jedynie skaryfikacye mogłyby taki ślad po sobie zostawić), pomimo, że np. przy pryszczycy (eczema), często spostrzegamy u dzieci w okolicy ust,

powstają także pęknięcia kreskowate, które wszakże przy gojeniu się blizny po sobie pozostawić nie mogą, należy bowiem pamiętać, że przy pryszczycy zmianom anatomiczno-patologicznym ulega tylko naskórek, gdy skóra właściwa zdolności swej do rozciągania się nie traci i pęknięciom nie ulega, warunków przeto niezbędnych do powstania blizny tu brak, czego nie mamy w przymiocie, gdzie sprawa zajmuje nie tylko naskórek ale i samą skórę.

Fr. G—yć.

45. Dr. Emil Stein. **Przyczynę do przenoszenia jadu przymiotowego na narządy płciowe.** (*Wien. Med. Wochenschr. Nr. 49*) 1895.

Do autora zgłosiła się 16-letnia szwaczka w towarzystwie swego kochanka, robotnika huty szklanej, który przed pół rokiem miał stwardnienie pierwotne na dolnej wardze, a następnie i wtórne objawy przymiotu. Po zbadaniu dziewczyny okazało się, że ma ona twarde owrzodzenie na lewej dużej wardze sromnej trwające od 3-tych tygodni, na błonie dziewiczej znaleziono kilka zupełnie świeżych naderwań, które się jeszcze nie zabiły. Ponieważ kochanek dziewczyny nie miał żadnego owrzodzenia na narządach płciowych i ponieważ naderwania błony dziewiczej z ostatnich dni pochodziły, gdy tymczasem infekcja mniej więcej przed 5-tygodniami przypuszczalnie miała miejsce, autor postanowił dokładnie zbadać, w jaki sposób wspomniany wrzód u dziewczyny powstał. Po długich wzdrażaniach dziewczyna przyznała się, że kochanek jej chciał ją raz pierwszy posiąść przed 5-tygodniami, ona zaś broniąc się, w żaden sposób do spółkowania dopuścić nie chciała, wtedy on przewrócił ją i palcami swymi poruszał jej narządy płciowe, oraz drapał w tem miejscu, gdzie wrzód potem powstał, chcąc ją prawdopodobnie w ten sposób roznamiętnić. Manipulację tę powtórzył on po kilku dniach znowu i dopiero, gdy dziewczyna zauważyła małe owrzodzenie na wardze sromnej, zezwoliła na spółkowanie. Przy powtórnych spółkowaniach doznawała bólu i ponieważ owrzodzenie powiększało się, zwróciła się wtedy do doktora. Badanie narządów płciowych mężczyzny, dało wynik ujemny, najmniejszego nawet zadrażnienia nie znaleziono, regio analis przedstawiała się zupełnie normalnie, również i na palcach rąk nie podejrzanego nie zauważono. Wrzód na wardze dolnej, w hucie nabyty, był już zupełnie zagojony, jedynie na języku spostrzedz było można pojedyncze erozye. Wobec tego, autor przyjmuje, że w danym przypadku mężczyzna przed dotknięciem się części płciowych dziewczyny, bądź to namyślnie, bądź też przypadkiem zwilżył sobie palce śliną, zmieszaną z wydzieliną wspomnianych owrzodzeń na języku. Przyjawszy taką drogę dla infekcyi przymiotowej, autor kwalifikuje ten przypadek, jako szankier części płciowych, nie przez spółkowanie nabyty. Podobne przypadki u ludzi starszych należą do

rzadkości. Zdarzają się one częściej u dzieci i to żydowskich, które chorobę rytualnemu obrzezaniu zawdzięczają.

H. Kucharzewski.

46. Jeanselme. **Zaburzenia troficzne w przebiegu rzeżączki.**
Troubles trophiques dans la blennorrhagie (La Sem. Med. Nr. 31, 1895).

Autor opisuje niezmiernie rzadki przypadek zmian troficznych w przebiegu rzeżączki, załączony tu w skróceniu.

Woźnica, lat 24, dotąd zupełnie zdrow, zaraził się rzeżączką w kwietniu r. b. Przebieg cierpienia był bardzo łagodny, po dwóch tygodniach pozostał się nieznaczny wpływ z cewki moczowej. W tydzień jednak po wystąpieniu pierwszych objawów, chory zapadł na rodzaj gośćca stawów: biodrowego prawego, kolanowych, i golenio-stopowego prawego. W trzy tygodnie po wystąpieniu tego gośćca wrzekomego, odznaczającego się bezbolesnością stawów porażonych, brakiem gorączki i odczynu miejscowego, obie stopy zaczęły się pokrywać wykwitami niżej opisanymi. Duże palce u nóg były usiane prawdziwymi rogowemi narostami. Jeden z nich, który zajmował grzbiet palucha lewego i świeżo odpadł, składał się ze zbitej masy i miał postać pagórkowatą, uwieńczoną licznymi cyplami; miał na 4 centymetry szerokości i 2 wysokości, przy podstawie był wydrążony jak róg przeżuwających. Kilka podobnego rodzaju narostów znajdowało się na brzegach stopy, wewnętrznym i zewnętrznym. Skóra okolicy podeszwowej, prawie na całej przestrzeni, była zgrubiała i pokryta rogowatemi tworami, mającemi w okolicy pięty przeszło centymetr grubości. Końce swobodne większej liczby palców miały na sobie rodzaj pochewki z masy rogowej, która rozprzestrzeniła się i na łożyska paznogiowe, spowodując wypadnięcie tychże.

Wszystkie te wykwity rogowe były rozmieszczone na symetrycznych miejscach obydwóch stóp.

O wpływie rzeżączki na powstawanie podobnego rodzaju zmian skóry wspominał Vidal w swoim odczycie 1893 roku, zatytułowanym: „Wysypka ogólna i symetryczna, składająca się z uwarstwień rogowatych, połączona z wypadnięciem paznogi i gośćcem stawów, pochodzenia rzeżączkowego; nawroty wysypki przy każdym nowem zarażeniu się rzeżączką.

Analogia, jaką przedstawiają te twory rogowate z podobnymi sobie, powstającymi przy zaburzeniach troficznych, rozmieszczenie symetryczne wykwitów, ich niebolesność, umiejscowienie na kończynach dolnych, których stawy właśnie zostały porażone, zdaje się przemawiać za tem, że zmiany skóry nie zależą bezpośrednio od rzeżączki, lecz pomiędzy cierpieniem tem a skórą, pośredniczącą rolę odgrywa systemat nerwowy. Należy przypuścić, że jad rzeżączki — gonococci lub odpowiednie toksyny, podziałały na rdzeń kręgowy i tym sposobem wywołały zmianę jego czynności troficznych.

J. Wojciechowski.

47. M. J. Brault. **Dwa przypadki łuszczycy leczone zastrzykami rtęcią.** (*Deux cas de psoriasis traités par les injections mercurielles*). *Annal. de dermat. et de syphilogr.* 1895, Nr. 7.

Nie polegając bynajmniej na teorii, która przypuszcza, że łuszczycą jest poronną postacią przymiotu dziedzicznego, autor poddał leczeniu merkuryalnemu dwóch chorych, dotkniętych niewątpliwie łuszczycą, u których przymiot dziedziczny lub też nabyty był wykluczony stanowczo. Pierwszy chory, 22-letni student, dwukrotnie już leczony zwykłymi sposobami, zgłosił się do autora z obfitą wysypką psoriasis vulgaris na tułowiu i kończynach. Po trzech zastrzyknięciach żółtego tlenku rtęci (0,05 na raz), rozpoczęła się widoczna poprawa, po czterech zaś następnych (0,1 na raz), wysypka zginęła całkowicie, pozostawiwszy po sobie zaledwie lekkie zabarwienie skóry, i to tylko w tych miejscach, gdzie poprzednio nacieczenie było bardzo znaczne. Stan ogólny, wzmianiony. U drugiego chorego, leczonego w tych samych warunkach, polepszenie dało się zauważyć już po pierwszym zastrzyknięciu, a po siedmiu — wykwity zginęły niemal bez śladu. O samodzielnym ustąpieniu cierpienia nie mogło być mowy, gdyż łuszczycą nieleczona nigdy, sama tak prędko nie ustępuje. Podejrzenie pomyłki w rozpoznaniu upada wobec tego, że chorzy byli badani i specjaliście (pierwszy mianowicie) przez kilku znanych specjalistów. Nie wyrokując o znaczeniu i przyszłości tego sposobu leczenia, radzi autor wypróbować w łuszczycy curam mixtam, t. j. jednoczesne stosowanie merkuryuszu i jodku potasu.

Fr. G—yć.

48. Fournier. **Rokowanie w przymiocie nabytym drogą poza-płciową.** (*La Semaine Médicale* Nr 60. 1895).

Ogólne jest mniemanie, że przymiot drogą poza-płciową nabyty ma szczególnie złośliwy przebieg. Czy i o ile powyższy pogląd ma rację bytu — rzeczą jest niezmiernej wagi, gdyż pierwotne przymiotowe objawy na miejscach poza narządami płciowymi nie są bynajmniej tak rzadkie jakby się pozornie zdawało. Na zasadzie osobistych nader licznych spostrzeżeń Fournier jest zdania, że stanowią one 6% do 7% wszystkich przypadków pierwotnego zakażenia. Odsetka ta przy liczniejszych i dokładniejszych spostrzeżeniach bez wątpienia powiększy się.

Umysł ludzki ma szczególną właściwość do wyprowadzania wniosków na zasadzie uogólniania i na zasadzie analogii. Ponieważ przypadki pierwotnego poza-płciowego przymiotowego zakażenia z następczym ciężkim przebiegiem są wogóle lepiej znane, uogólniamy je przeto na cały szereg przymiotowych zakażeń.

Szukając analogii między zarazkiem przymiotowym i zarazkiem wścieklizny i widząc z odnośnych spostrzeżeń, że śmiertelność po ukąszeniu w kończyny dolne wynosi tylko 19%, gdy po ukąszeniu w kończyny górne wynosi 66%, a w twarz aż 87%, można przyjść do wniosku, że ze zmianą siedliska pierwotnego objawu zmienia się siła natężenia przymiotowego zarazka.

Że błędne są powyższe wnioski nie ulega wątpliwości, ale ileż jeszcze takich błędów możnaby naliczyć w naszej nauce! Inną metodą bada Fournier daną kwestyę, a mianowicie metodą statystyczną.

Przy odpowiedniemu leczeniu i przy pomyślnych warunkach przymiot, jak wiadomo, po paru latach przechodzi w okres utajenia i nie wywołuje trzeciorzędnych objawów, jeżeli zaś mamy trzeciorzędne objawy to przebieg przymiotu nazywamy ciężkim. Fournier zebrał 1,200 przypadków ciężkiego przymiotu dokładnie opisanych i znalazł, że z nich 1,125 zawdzięczało swoje istnienie szankrom twardym na organach płciowych a tylko 75 było skutkiem szankrów twardych na innych miejscach ciała.

Jeżeli zaś weźmiemy stosunek procentowy, to wypadnie nam, że tak się ma liczba ciężkich objawów przymiotu po szankrach twardych na organach płciowych do liczby ciężkich objawów przymiotu, nabytego drogą poza-płciową, jak 92,75 do 7,25 albo dla równego rachunku 93 do 7.

Jeżeli sobie przypomnimy częstość szankrów twardych na organach płciowych w stosunku do szankrów poza-płciowych, to widać, że stosunek jest ten sam t. j. 93 do 7.

Na zasadzie powyższych danych widzimy, że ciężkie, późne objawy przymiotu są zupełnie niezależne od siedliska pierwotnego cierpienia.

Aby daną kwestyę wszechstronnie rozpatrzyć, Fournier zebrał przypadki przymiotu złośliwego z częstymi a ciężkimi nawrotami, z ciężkimi a wczesnymi objawami trzeciorzędnymi, i znalazł, że na 242 przypadki 223 powstały z szankrów narządów płciowych, a tylko 19 z szankrów poza-płciowych, czyli, że stosunek ma się jak 92,1% do 7,8% t. j. że stosunek jest prawie taki sam, jak wykazały poprzednie dane. Jeszcze jedno liczebne zestawienie przytacza Fournier dla poparcia swoich wywodów. Na 707 przypadków przypadków przymiotu mózgu, 676 przypadków zawdzięczały swój początek szankrom twardym na organach płciowych a w 31 pierwotny objaw miał siedlisko nie na organach płciowych. Widzimy więc, że tutaj stosunek jest jeszcze większy na niekorzyść szankrów płciowych, a mianowicie jak 95 do 5.

Naodwrot, cały szereg przypadków Fournier'a, zaczerpniętych z jego tyloletniej praktyki przemawia za tem, że łagodne formy przymiotu równie często występują po szankrach poza-płciowych, jak po szankrach drogą zwykłą nabytych. Rozpatrując się starannie w powyższych danych liczbowych, a chcąc traktować kwestyę bezstronnie, musimy przyznać, że odsetka złośliwych postaci po zakażeniu poza-płciowem jest większą (7,8%) niż odsetka ciężkich (6,25%) i mózgowych (5%) postaci przymiotu. Przeczy to.

wprawdzie wnioskowi Fournier'a, o' czem można się przekonać wniknąwszy głębiej w istotę rzeczy. Szankry twarde na sutkach u karmiących, na palcach u lekarzy i nabyte drogą szczepienia ospy humanizowanej u dzieci często są przyczyną złośliwych postaci przymiotu i one to właśnie rzucają cień na cały szereg poza-płciowych zakażeń. Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na nie dawno przebytą ciężę u matek, na karmienie i na całą sumę nieprzyjaznych warunków, w jakich znajdują się te kobiety zmuszone smutnymi warunkami materyalnemi karmić cudze dzieci, to nie powinniśmy się dziwić, że przymiot, mając tak podatny grunt, w całej pełni rozwija swoje działanie. Kobiety zarażone przez „dorosłych ssawców”, jak to dowcipnie powiedział Ricord, mają zwykle łagodny przymiot, a więc istota złośliwości nie tkwi w pierwotnym siedlisku choroby. Szankier zaś twardy na palcach rąk ¹⁾ zwykle późno bywa rozpoznawany, a więc i późno leczony, a że zazwyczaj spotyka się u lekarzy, którzy najgorzej są leczeni i nie mają ku temu sprzyjających warunków, nie więc dziwnego, że przymiot przybiera u nich często złośliwe formy. Przymiot nabyty drogą szczepienia ospy humanizowanej ma przed sobą kilkotygodniowe lub kilkomiesięczne dzieci, a więc organizmy wątłe, delikatne, łatwo podatne tak silnemu zakażeniu, jakim jest zakażenie przymiotowe.

Jednak we wszystkich tych przypadkach, jeżeli przymiot napotyka warunki mniej sprzyjające jego rozwojowi przybiera zawsze łagodniejszą postać.

Na zasadzie powyżej przytoczonych dowodów Fournier wy-prowadza następujące wnioski:

- 1) Faktem jest, że przymiot drogą poza-płciową nabyty przybiera czasem złośliwą postać.
- 2) Rozpatrując dużą liczbę przypadków nabytych drogą płciową lub poza-płciową, musimy przyznać, że rokowanie w obu razach jest jednakowe.
- 3) Złośliwe postaci przymiotu po zakażeniu poza-płciowem warunkowane są zawsze całą sumą ubocznych przyczyn jak: wiek, mała odporność organizmu, złe warunki higieniczne etc.
- 4) Siedlisko pierwotnego przymiotowego objawu nie gra zgoła żadnej roli w rozwijaniu się złośliwych postaci przymiotu.

¹⁾ A. Fournier. Pierwotne owrządzenie przymiotowe rąk i palców. (*La Semaine Médical* Nr 13. 1893) ref. w *Kronice Lekarskiej* za Maj 1893.

V. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

49. Na jednym z posiedzeń Berl. Tow. Lek., Heller zwrócił uwagę na fakt, zresztą już znany, że **przy leczeniu ręciami występuje często białkomocz**. Przy iniekcjach sublimatowych występuje białkomocz w 4%, przy leczeniu wcieraniami w 28%, a przy iniekcjach nierozpuszczalnych przetworów ręciovych w 17% wszystkich leczonych przypadków. Na zasadzie powyższych danych, autor wyprowadza wniosek, że przed zaczęciem leczenia przymiotowego chorego, należy zbadać moczu, a jeśli okaże się, że chory cierpi na nerki, stosować należy leczenie iniekcjami sublimatowemi.

E. K.

50. Ciekawy sposób **leczenia niemocy płciowej męskiej za pomocą przewiązania bocznych żył prącia** podaje H. J. Raymond (Med. News. 25 Mai 1895). Nad spojeniem łonowem na linii białej prowadzi się cięcie na 5 cm. długie po przez skórę i powierzchowną powięź; następnie nakłada się elastyczną podwiązkę naokoło moszny i nasady prąca w tym celu, aby boczne powierzchowne żyły prącia w głębi rany wyraźnie wystąpiły i z każdej strony przewiązuje się po jednej żyły. Chory, któremu powyższą operację zrobiono, a u którego inne środki, zazwyczaj w tych razach używane, pozostały bez skutku, bardzo jest zadowolony z wyniku operacji.

E. K.

51. A. Neisser (Deutsche Med. Zeit. Nr. 69, 1895) chwali proponowany przez Blokusewskiego zabieg **w celu zapobieżenia rzeźączkowemu zakażeniu cewki moczowej**. Zaraz po podejrzanem spółkowaniu B. radzi wpuścić do otworu cewki moczowej dwie krople 2% wodnego roztworu saletrzanu srebra. Zabieg ten ma być niebolesny, a że łatwy jest w zastosowaniu i teoretycznie najzupełniej uzasadniony, powinien więc mieć przyszłość przed sobą.

E. K.

52. Na 6,663 przypadków trypra, obserwowanych przez B. E. Vanghan (Amer. Med. Surg. Bull. 1, X, 94) **zapalenie przyjądrza** wystąpiło w 351 przypadkach, a zatem 6,5%. Zwykle jedno tylko przyjądrze było zajęte: w równej mierze prawo lub lewe. Powikłanie to występowało po trzecim tygodniu, rzadko w pierwszym lub drugim tygodniu. We wszystkich przypadkach pozostało małe stwardnienie przyjądrza, a w trzech przypadkach na tym gruncie rozwinęła się gruźlica. Autor ostrzega przed stosowaniem w celu leczniczym okładów lodowych, gdyż wpływają one na to, że stwardnienia przyjądrzy są większe i daleko trudniej ulegają wessaniu.

E. K.

53. **Moosbrugger** zwraca uwagę na **zaburzenia**, spowodowane przez **czerwia trichocephalus dispar**. Jeden z trzech obserwowanych przez autora przypadków zakończył się śmiertelnie.

W dwóch razach przyczyną choroby miało być polykanie ziemi przez maletnich, czemu oddawali się z zamiłowaniem przez dłuższy czas; zapewne z ziemią dostały się do przewodu pokarmowego wspomnianych dzieci jajka pasorzyta i rozwinęły się tam w czerwie. Również łatwo dostają się do ustrojów jajka robaków z rozmaitemi pokarmami, zwłaszcza niegotowanemi jarzynami, wodą i t. d. Chory osobnik łatwo zaraża swe otoczenie, ponieważ wydziela ze stolcami ogromne ilości jajek. Z przypadłości chorobowych rzuca się w oczy znaczna niedokrwistość takich chorych, tłomacząca się upadkiem odżywiania, wynikającym z dwóch racyi: 1-o wskutek zużycia przez nadzwyczaj plennego pasorzyta soków odżywczych i 2-o podrażnienia bardzo znacznego przewodu pokarmowego, które sprowadza nader częste stolce. Tą drogą dziecko traci 1—3 litrów płynów dziennie, w postaci stolców, które niekiedy zawierają i krew. Na sekyi znalazł autor masę pasorzyców, przyczepionych do ścianki kiszek i w jednym miejscu bliżnę po zagojeniu owrzedzeniu. Rozpoznanie łatwo postawić, znalazłszy w stolcach jajka bardzo charakterystyczne. Prócz tego spotyka się często kryształki Charcot'a. Rokowanie jest niekorzystnem, jeżeli do znacznej niedokrwistości dołączy się jaka cięższa choroba. Środki przeciwczewiowe nie dają pożądaných wyników leczniczych. (Münch. Med. Woch. 47, 1895). M. W.

54. W nocy z 27 na 28 października roku zeszłego w szpitalu św. Bartłomieja w Londynie **wybuchła nagle epidemia silnej biegunki**, której 59 chorych z różnych oddziałów podległo. Epidemia ta trwała niedługo, gdyż już następnego dnia, koło południa, można ją było uważać za wygasłą. Objawy chorobowe polegały na kolce żołądkowej, poczem następowały wodniste, bardzo cuchnące stolce, w ilości od 2 do 8. Wodniste te wypróżnienia były barwy żółtawej, zawierały dużo śluzu, a w niektórych cięższych przypadkach, nawet krew. Wymiotów nie było, natomiast prawie u wszystkich chorych ogólne osłabienie, prostracya, a nawet zapaść. Drobnowidzowe badanie wypróżnień wykazało obfitość czerwonych i białych ciałek krwi, oraz znaczną ilość laseczników; a także mnóstwo błyszczących, owalnych zarodników, leżących bądź pojedynczo, bądź grupami swobodnie, lub też wewnątrz laseczek. Przyczyną tej epidemii okazało się mleko, dostarczane do szpitala. Bakteryologiczne badanie tego mleka wykazało obecność tych samych drobnoustrojów, które w wypróżnieniach chorych znaleziono. Okazało się, że jest to jadowity lasecznik, należący do anaerobów, że zawiera on spory i wytwarza gazy. Dr Klein z Londynu, który epidemję tę obserwował, nazwał ten drobnoustrój *bacillus enteritidis sporogenes*. Lasecznik ten, tak pod względem morfologicznym jak też i hodowlanym, zbliża się najwięcej do lasecznika masłowego (*bacillus butyricus*) Botkina, chociaż ten ostatni nie jest chorobotwórczym, podług zapewnień Botkina. Na podstawie zaś objawów chorobowych, oraz wyników badań pośmiertnych zwierząt, lasecznikiem tym zakażonych, przychodzimy do wniosku, że posiada on wiele cech wspólnych z lasecznikiem *oedematis maligni*. (Wien. Med. Pr. Nr. I, 1896).

H. K.

55. D-r Barral z Lyonu wykrył **nowy odczynnik na białko** — **aseptol** (mieszanka równych części kwasu siarczanego 60° i fenolu czystego). Odczynnik ten odznacza się nadzwyczajną czułością, wykrywa on bowiem już 3 mgrm. białka w litrze moczu, gdy tymczasem kwas saletrzany lub ogrzewanie nie wykrywają mniejszych ilości od 5 ctgrm. Aseptol rozpuszcza fosforany i mocznik, natomiast strąca mucynę. Ze względów klinicznych, odczynnikowi temu zarzucić można, że jest zbyt czuły, wskutek czego, mocz normalny może być wzięty za patologiczny, ponieważ u zdrowych nawet ludzi często znajdujemy ślady białka. (Lyon. Med.).

H. K.

56. D-r S. Askanasy z Królewca, wypróbował **działanie diuretyki w przypadkach asthma cardiale**; twierdzi on, że środek ten w czasie napadów duszniczy jest o wiele skuteczniejszym i pewniejszym od używanych zwykle w tych razach medykamentów (narcotica, stimulantia). Dawka na dobę wynosiła 3 — 6 grm.; chociaż zwykle 3 — 4 grm., sprowadzają żądany skutek. Ubocznego działania w żadnym przypadku spostrzedz nie było można. (Wien. Med. Pr.).

H. K.

57. D-r Menella z Rzymu zaleca **przeciwko ciężkim anemiom jednoczesne wstrzykiwania podskórne jodu i żelaza** pod następującymi postaciami.

Rp. Jodi puri 2,0
kali jodat q. s.
aq. destill 20,0
S. ad injectionem.

Rp. Ferr. ammoniac citr. 1,0
Aq. destill 2,00
S. ad injectionem.

Na tem samym posiedzeniu zastrzykuje się jeden płyn, a potem bezpośrednio zaraz i drugi, po całej strzykawce Pravaz'a. Wstrzykiwania te robią się codziennie, a nawet i dwa razy na dzień. Działanie ma być bardzo szybkie. (W. Med. Pr.).

H. K.

58. Na posiedzeniu berl. tow. lek. 16/I b. r., d-r Hanseman pokazywał **preparat kiszek usianv mnóstwem uchyłków**. Preparat pochodził z 85-letniego starca, zmarłego skutkiem zapalenia płuc. Wielkość uchyłków od ziarnka prosa do jaja gołębiego, ilość od 300 — 400, przebiegały w kierunku naczyń. W wywiadach nie udało się znaleźć cierpień narządów trawienia. (Th. W. 4).

J. Z.

59. W ostatnim zeszycie D. A. f. Kl. Med. (T. LVI 1 i 2) D-r Strauss podaje badania nad **nowym odczynnikiem Töpfera**. Odczynnik ten: 0,5% roztwór wyskokowy dimetylamidoazobenzolu, jest jednym z najczulszych odczynników na kwas solny w żołądku, kwasy organiczne działają nań 8-m razy słabiej niż kwas solny. Zwrócić tylko należy uwagę, że przy miareczkowaniu trudno jest uchwycić przejście od żółtej do czerwonej barwy.

J. Z.

o promieniach Röntgen'a,

oraz

o zastosowaniu tego odkrycia w medycynie.

Zanim przedstawimy wyniki badań profesora Röntgen'a, nie bez korzyści będzie wspomnieć słów kilka o własnościach promieni katodalnych. Jeżeli przez rurki Geisslera przepuszczać będziemy prąd elektryczny, wtedy wewnątrz rurek wystąpi światło, barwa którego, zależną jest od rodzaju gazu, rurkę wypełniającego. Wiadomo, że zjawisko to w rurkach Geisslera występuje w atmosferze gazów rozrzedzonych; jeżeli rozrzedzenie to doprowadzimy do możliwego maximum, wtedy otrzymamy zupełnie nowe zjawiska, badaniem których zajął się Crookes; ztąd też rurki, do doświadczeń tych używane, nazywają się rurkami Crookes'a. Mianowicie, światło idące od katody, zwane światłem katodalnym, nie wypełnia całej rurki, lecz rozchodzi się w kierunku linii prostych prostopadle do bieguna ujemnego. Promienie katodalne, padając na ścianę rurki, wywołują w niej fluorescencyę. Promienie te mają własność przechodzenia przez rozmaite ciała z większą lub też mniejszą łatwością, przechodzą one przez ciała, nieprzepuszczające zwykłych promieni świetlnych, nie stoją w żadnej zależności od elektrycznych własności ciał, przenikają zarówno metale jak i ciała izolujące; gęstość jedynie odgrywa tu pewną rolę. Promienie katodalne przechodzą również przez niektóre gazy, które je jednakże po części pochłaniają, pochłanianie to zależy od stopnia rozrzedzenia; rodzaj gazu roli tu żadnej nie odgrywa, jedynie jego gęstość. Wreszcie, przykładając do rurki Crookes'a silny magnes, widzimy, że promienie katodalne ulegają odchyleniu. Niezbadaną jest jeszcze rzecz, jakiego rodzaju są te promienie katodalne, ta ostatnia ich własność jednakże wskazuje, (podleganie wpływowi magnesu), że istota ich jest inną od promieni świetlnych.

Przejdziemy teraz do zjawisk, spostrzeganych przez prof. Röntgen'a. Uczony ten, przepuszczając w ciemnym pokoju prąd elektryczny z dużej cewki Rumkorffa przez rurkę Crookes'a, zakrytą szczelnie czarną tekturą, zauważył na ekranie, pokrytym mieszaniną baryty i cyanku platyny, (jakiej fizycy używają do uwidoczniania dla oka ludzkiego niewidzialnych promieni) świecenie przy każdym wyładowaniu elektryczności, wychodzące ze światła katodalnego wewnątrz rurki. Zjawisko to dawało się spostrzegać jeszcze w odległości dwóch metrów od rurki Crookes'a.

Należało zająć się bliższem zbadaniem tego zjawiska. Pierwszą kwestyą, która się tu nasuwała była ta, czy nowe promienie, które przez ciemny karton przeszły, również i inne ciała przenikać mogą. Prof. Röntgen przeprowadził szereg doświadczeń w tym kierunku. Okazało się, że promienie te przeszywają książkę o 1,000

stronicach, kilka warstw gutaperki, grubości kilku centymetrów, oraz deskę 3 centymetrową. Przez metale promienie Röntgen'a przechodzą trudniej, w odwrotnym stosunku do spójności materiału.

Badając następnie chemiczne własności tych promieni, prof. R. przekonał się, że działają one na płytę fotograficzną zupełnie w ten sam sposób, jak światło dzienne; przyczem ciała o większej spójności, które mniej promieni przepuszczają, występują na negatywie, jako białe plamy, na gotowej zaś fotografii jako ciemne. Znana fotografia ręki z pierścieniem na palcu rzecz tę dokładnie ilustruje. Ważne jest także doświadczenie, w którym udało się utrzymać fotografię wałek z dwóch różnych metali złożonych i zamkniętych w drewnianem pudełku; na fotografii tej uwidoczniły się wyraźnie nie tylko kształty wałek, lecz i rodzaj materiału, z którego były zrobione. Ośrodki oka przepuszczają promienie Röntgen'a, o czem się bezpośrednio przekonano; umieszczając jednakże oko na przebiegu promieni, nie doznajemy najmniejszego wrażenia; siatkówka nasza nie odbiera żadnych wrażeń, wskutek czego nie możemy się bezpośrednio o istnieniu tych promieni przekonać.

Co do natury tych nowych promieni, nazwanymi przez Röntgen'a promieniami X, to jest ona zupełnie swoistą i nie ma nic wspólnego ze znanymi dotąd promieniami. X — promienie nie podlegają prawom refrakcyi nie mają też żadnego odbicia (refleksyi), przy przejściu przez pryzmat nie załamują się. Röntgen przepuszczał je przez pył rozmaitych metali sproszkowanych, nie zauważył przytem ani refleksyi, ani dyspersyi. Chociaż X promienie wytwarzają się ze zjawiska świetlnego u bieguna ujemnego w rurce Crookes'a, jednakże nie ulegają zboczeniu pod wpływem magnesu, jak promienie katodalne, czem się od tych ostatnich różnią; zaś od promieni ultra fioletowych różnią się promienie Röntgena brakiem refrakcyi.

Powstawanie promieni X, Röntgen objaśnia w następujący sposób: Wiadomo, że w zwykłym świetle cząsteczki eteru drgają poprzecznie, lecz oddawna przypuszczano, że oprócz tych drgań poprzecznych, są jeszcze drgania podłużne. Być może, że promienie X zostają wywołane podłużnymi drganiami eteru. Jest to tylko hipoteza, którą dopiero przyszłe badania utwierdzić mogą.

Jakież korzyści medycyna z tej nowej zdobyczy nauki wyciągnąć może? Korzyści tych jak dotąd trudno jeszcze ocenić. Przedewszystkiem dotyczą one chirurgii: złamania, zwichnięcia, zgrubienia kości, ciała obce dobrze będzie można rozpoznawać, a nawet do wnętrza stawów zaglądać (kontury epifizów występują na fotografiach bardzo wyraziście). Doświadczenia podobne (Moosetig-Moorhof) robione były już na klinikach zagranicznych i dały wyniki zadawalniające. Lecz i medycyna wewnętrzna będzie się posługiwała promieniami Röntgen'a, dla celów diagnostycznych, może uda nam się zaglądać do jam ciała i rozpoznawać niektóre zmiany chorobowe np. te nowotwory, które promieni X przepuszczać nie będą i t. d.

I w tym kierunku pewne próby dokonane zostały. Pierwszy podjął je ziomek nasz prof. Neusser z Wiednia, na klinice swojej w szpitalu Powszechnym. Prof. Neusser przekonał się, że kamienie nerkowe i pęcherzowe nie przepuszczają promieni Röntgen'owskich, podobnie jak i kości, również i kamienie żółciowe trudniej je przepuszczają niż miąższ wątroby, wskutek czego odkrycie Röntgen'a ważne w tym kierunku przysługi oddać może.

W ostatnim zeszycie „Münchener Medicinische Wochenschrift” ogłasza d-r Minck tymczasowe doniesienie o wpływie promieni Röntgen'owskich na bakterye. Autor już od lat kilku zajmuje się badaniem wpływu światła na drobnoustroje, odkrycie Röntgen'a dostarczyło mu nowego materiału do badań. Liczba doświadczeń, przeprowadzonych z promieniami X, w kwestyi wyjaśnienia ich wpływu na bakterye, jest jednak zbyt małą, żeby z niej wnioski pewne wyciągać było można.

U nas w Warszawie badaniem promieni Röntgen'a zajmuje się fizyk p. Wiktor Biernacki. Do celów diagnostycznych nowa ta metoda, o ile nam wiadomo, stosowaną tu jeszcze nie była.

H. Kucharzewski.

Bibliografia.

Pamiętnik zakładu fizyologicznego w Uniwersytecie Jagiellońskim.
(1885—1895. Kraków. Nakł. współpracowników zakładu fizyologicznego. 1895).

Z okazji dziesięciolecia pracy profesorskiej Cybulskiego oraz przeniesienia pracowni fizyologiczno-histologicznej do nowego gmachu, wydano, jak pisaliśmy w jednym z poprzednich zeszytów Kroniki, pamiętnik, który leży przed nami.

Jestto gruby tom nader starannie wydany i odpowiadający swą treścią w zupełności założeniu.

Poprzedza go przedmowa, pióra prof. Cybulskiego, wyjaśniająca cel wydawnictwa i jego powstanie.

Pierwszy artykuł stanowi historia zakładu i katedry fizjologii na Wszechnicy Jagiellońskiej. Historyą właściwie nie jest ten artykuł, raczej materiałem i to dość skąpym, tłumaczy się jednak autor z tego niedostępnością i brakiem odpowiednich źródeł. I te jednak dane, które autor w swym artykule przytacza, są nader ciekawym przyczynkiem do historii Wszechnicy i stanu u nas nauk lekarskich.

Nauka fizjologii, jako wiedzy pomocniczej przy wykładzie anatomii, datuje od XVII stulecia, nie była jednak traktowana wtedy jako przedmiot odrębny, ale jako uzupełnienie anatomii, tego zaś, czego do anatomii przykleić się nie dało, wykładali inni profesory jako wstęp do poszczególnych nauk. Rozdarcie takie nauki

nie mogło wyjść jej i słuchaczom na dobre. W roku 1817 dopiero widzimy fizjologię jako oddzielnie traktowany wykład, prowadzony jednak przez anatoma prof. Kozłowskiego, który ani potrzebnych środków, ani wiedzy nie posiadał, aby prowadzić z korzyścią wykłady. Nieco lepiej już stał wykład fizjologii przy następcy jego prof. Kozubowskim, który miał ku temu odpowiednie przygotowanie i wykłady swe umiał urozmaicić odpowiednimi demonstracyami. Prof. Kozubowski niedługo wykładał fizjologię 1835—1850 r., z powodu germanizacji uniwersytetu, oraz z powodu, że w r. 1849 katedrę fizjologii ostatecznie oddzielono od katedry anatomii opisowej. Pierwszym profesorem był Józef Majer. Długie lata przebył on na tej katedrze i mimo prądów germanizacyjnych, stale w języku ojczystym wykład prowadził. On to pierwszy sprowadził potrzebne narzędzia i wyjednał stałą zapomogę dla pracowni i nauczał nie tylko teoretycznie, ale doświadczałnie prawd fizjologicznych. Krótko, bo od 1856—1857 r., zajmował katedrę z wykładem niemieckim znakomity fizjolog Jan Czermak, opuścił Kraków z powodu małych środków pracowni. W następnym roku gościł Giuseppe Albini, jako profesor fizjologii, a od r. 1859 objął po nim katedrę prof. Gustaw Piotrowski, wykłady prowadząc w języku niemieckim aż do roku 1861, kiedy czasy germanizacji skończyły się bezpowrotnie. Po tym roku aż do 1884 r. wykładał w języku polskim. Przez cały ten czas przejściowy nieustawały wykłady prof. Majera, który prawie bez środków, jedynie doborem tematów, oraz znajomością rzeczy i tą stałością, z jaką mimo nieprzychylnych prądów wykłady po polsku prowadził, przykuwał do siebie słuchaczów.

Od 1884—1885 r. wykłady zastępczo prowadził Łazarski, w tym ostatnim roku mianowano profesorem Cybulskiego. Cybulski ma dla katedry w Krakowie nieocenione zasługi, poziom bowiem nauki podniósł, urządził i postawił na stopie nowoczesnych wymagań pracownię, a co ważniejsza, umiał wlać w swoich słuchaczy zapał do nauki czystej, co w Krakowie niezbyt było łatwą rzeczą. Wytworzył on cały zastęp pracowników, z których jeden, Beck, zdołał w tym czasie pozyskać katedrę lwowską. Jak na jedno dziesięciolecie pracy, to dużo, a od pełnego sił i chęci profesora możemy wiele jeszcze oczekiwać. Tem większa jego zasługa, że z kart krótkiej tej historii dziesięciolecia, widzimy, jakie piętrzyły się przed nim trudności praktyczne, ile energii zużywać musiał na urzeczywistnienie najdrobniejszych zamysłów. I mimo wyczerpującą pracę profesorską zdołał Cybulski pracować jeszcze samodzielnie i kilka prac wartościowych dać w tym czasie nauce.

Kończy historię rzut oka na środki pracowni: są one skromne, bo na dwie katedry fizjologii i histologii zaledwie 1,200 złr. wynoszą, podczas gdy cztery razy większą sumę ma Wiedeń na samą katedrę fizjologii, ale jest nadzieja, że z czasem środki te się zwiększą.

Drugi artykuł stanowi rzut oka na prace, wykonane w pracowni, pióra Zanietowskiego, w którym autor zestawia wyniki prac podjętych w pracowni i dowodzi, że zakład stał przez ten czas na wysokości współczesnej wiedzy i kilka cegiełek do niej

zdążył dołożyć. Uzupełnia ten artykuł streszczenie wszystkich (45) prac, wykonanych w pracowni w ciągu ostatniego dziesięciolecia, według autoreferatów.

Na tem właściwie kończy się pamiętnik, uzupełniają go prace oryginalne przez Cybulskiego i jego uczniów świeżo napisane, więc traktat Cybulskiego, drukowany w „Kraju:” „Czy państwo i społeczeństwo mają obowiązek popierać naukę?” Becka „Badania szybkości ruchu krwi w żyłę bramnej.” Piątkowskiego „Przyczynę do badań nad wpływem rozpuszczalnych soli borowych na ustrój zwierzęcy.” Zanietowskiego „O sumowaniu podniet w mózgu i rdzeniu” i Szymonowicza „O nadnerczu ze stanowiska morfologicznego i fizyologicznego.”

Trudno mi streszczać te prace, czytelnik pozna je lepiej z oryginału, a szczupłość miejsca nie pozwala mi na szersze zaznajamianie z niemi, niektóre zresztą drukowane były w pismach i stąd są znane.

Kończąc sprawozdanie, przyklasnąć należy autorom (i wydawcom zarazem), zarówno myśli wydania, jak i wykonania. Czyby ten pierwszy krok nie mógł być początkiem „Pamiętnika fizyologicznego” polskiego, wydawanego w stałych odstępach czasu. Jestem przekonany, że taki pamiętnik miałby już dziś rację bytu i do sławy naszej nauki mógłby się przyczynić.

Józef Zawadzki

KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Z powodu wystawy higienicznej.** Projektowana w roku bieżącym wystawa higieniczna, zapowiada się bardzo interesująco. O ile sądzić można ze sprawozdań, z prac przygotowanych w poszczególnych sekcjach, wystawa zamierzona jest na szerszą skalę. Ma ona obejmować niemal całokształt nauki o zachowaniu zdrowia, przedstawiając poglądowo nie tylko to, co dotychczas w tej dziedzinie u nas zrobiono, lecz i to także, do czego w przyszłości dążyć należy. Wobec tak obszernie określonego planu, dziwnem się nam wydaje, że wśród różnorodnych działów higieny nie uwzględniono sprawy, posiadającej, zdaniem naszym, nader ważne znaczenie, mianowicie sprawy zapobiegania chorobom połogowym. Sprawa ta dotychczas, niestety, nie budzi u nas tak żywego zajęcia, na jakie bezwarunkowo zasługuje. W społeczeństwie panują zakorzenione przesady i uprzedzenia przeciw nowoczesnym zasadom postępowania przeciwgnilnego przy porodzie. Codziennie niemal jesteśmy świadkami lekceważenia tych zasad i fatalnych skutków, które lekceważenie to za sobą pociąga. W braku odpowiedniego współdziałania ze strony samego społeczeństwa, a przynajmniej inteligentnej jego części, na nic się nie przydadzą rozmaite środki, proponowane ostatnimi czasy w celu zapobiegania

chorobom połogowym. Wobec tego sądzimy, że należałoby korzystać z każdej nadarzającej się sposobności, aby skierowywać uwagę inteligentnego ogółu na tę zaniedbaną sprawę. Wystawa higieniczna nastęrcza właśnie wyborną ku temu okazję.

Pozwalamy więc sobie zwrócić uwagę kogo należy, na konieczność uwzględnienia higieny porodu na przyszłej wystawie higienicznej. Materiału, nadającego się do należytego zaopatrzenia tego działu, napewno nie zbraknie. Dane statystyczne o śmiertelności z chorób połogowych, tablice wykazujące ilość i osiedlenie akuszerok, okazanie przedmiotów do tak zwanych wypraw połogowych, poglądowe uwidocznienie niedostatecznego mycia rąk etc. oto szereg przedmiotów, które mogły by obudzić zajęcie.

Dział ten możnaby doskonale połączyć z działem higieny noworodków w jedną całość.

Zadanie i cel przyszłej wystawy higienicznej, naszym zdaniem, nie tyle polega na uwidocznieniu osiągniętych wyników w dziedzinie uzdrowotnienia ogółu, ile raczej na wykazaniu dehydratów i na obznajmieniu szerokiego ogółu z zasadami zachowania zdrowia. To dydaktyczne znaczenie wystawy, czyni z niej przedsięwzięcie, zasługujące na pochwałę, zwłaszcza, jeżeli zostaną uwzględnione te działy higieny praktycznej, które istotnie należą do najpoważniejszych. Nikt chyba nie zaprzeczy, iż higiena porodu ma stokroć poważniejsze znaczenie niż, dajmy na to, higiena sportu. Jeżeli zaś ten ostatni dział higieny ma wejść w program wystawy, tem bardziej zasługuje na uwzględnienie sprawa zapobiegania chorobom połogowym.

Nie sądzimy, ażeby pominięcie higieny porodu, miało swe źródło w jakiejś nie będącej na miejscu pruderyi. Gdyby jednak sama nazwa tego działu miała razić zbyt skromne uszy, możnaby mu nadać, mile dla każdego brzmiące miano: „higieny matki i dziecięcia.”

A. K.

— W Niwce, piotrkowskiej gub., przy największej w naszym kraju kopalni węgla kamiennego „Jerzy,” która należy do Towarzystwa Sosnowickiego, została otwartą **obszerna lecznica** dla przychodzących chorych, wraz z podręczną apteczką i przytułek dla położnic na kilka łóżek. Cała lecznica wraz z przytułkiem jest oświetlona elektrycznością.

— Według „Birż. Wied.” od roku 1888 do 1892 **stopień doktora medycyny** otrzymało w Warszawie 10 osób, w Kijowie 14, w Kazaniu 19, w Charkowie 24, w Moskwie 54, w Jurjewie 247, ogółem 368; w Medyko-Chirurg. Akademii 482, t. j. więcej, niż we wszystkich uniwersytetach razem wziętych.

— **Liczba słuchaczy w uniwersytetach** wynosi w r. bieżącym: w Moskwie 3,888, w Kijowie 2,244, w Petersburgu 2,225, w Jurjewie 1,650, w Charkowie 1,200, w Kazaniu 825, w Odessie 555, w Tomsku 405, w Helsingforsie 1875, w Warszawie 1,335.

— **Z prasy.** Prof. J. Sikorski otrzymał koncesję na wydawanie pisma p. n. „Woprosy nerwno psichiczeskoi medyciny,” zeszytami 2—4 rocznie. „Russkaja medicina” ostatecznie została zawieszona. W Tyflisie powstało nowe pismo „Narodnowraczebnyj listok” w 3-ech językach: gruzińskim, ormiańskim i rosyjskim. W Charkowie rozpoczęto wydawnictwo „Wiestnik medyciny.”

— **Waldeyer** został wybrany na sekretarza stałego Akademii Umiejętności w Berlinie na miejsce du Bois Reymonda, który dobrowolnie stanowisko to opuścił.

— **Liczba lekarzy w Państwie Niemieckiem** wynosiła w początkach listopada 1895 roku, 23,099. Z liczby tej przypada na Prusy 13,778, na Bawaryę 2,559, Saksonię 1,711, Księstwo Badeńskie 862, Hesyę 571, Alzacyę i Lotaryngię 661 i t. d. W Berlinie w tym czasie było 1,968 lekarzy.

— **Kongres medycyny wewnętrznej XIV** z kolei, odbędzie się w r. b. w Wiesbaden 8—11 kwietnia r. b. Jako referaty będą omawiane: „Wartość środków przeciwgorączkowych” (Binz i Kast), oraz „Leczenie preparatami gruczołu tarczowego” (Bruns i Ewald.).

— **We Włoszech ginie rocznie z rąk zbójców** do 4,000 ludzi! we Francji 10 razy mniej, a w Danii 35 razy mniej.

— Na zjeździe lekarzy sądowych w New-Yorku, Dr. Forbes Winslow zakomunikował, że **sławny Jack rozprówczy**, został znaleziony; był to młody student, medyk, cierpiący na nieuleczalne zбочzenie umysłowe, i znajdujący się obecnie w domu dla obłąkanych. (Lyon Méd. 4.)

— W niedawnej **kampanii na Madagaskarze** zginęło z rąk nieprzyjaciela tylko 7-u żołnierzy francuskich, ranionych było 94, zmarło zaś z różnych chorób 6,000! a przechorowało 15,000! Wyniki te można porównać jedynie z wyprawą z r. 1802 na St. Domingo, w której cała armia prawie zginęła w ciągu 4-ch miesięcy z żółtej gorączki (50,000! z pozostałych 10,000, po upływie 7-u lat zostało i wróciło do Francji 300 osób). Minister wojny musiał przyznać w izbie deputowanych, że tak wielkie straty należy przypisać zaniedbaniu przepisów higienicznych i rad podawanych przez lekarzy.

— Lekarz amerykański, Dr. Gleaves, z Wirginii, w Stanach Zjednoczonych, ogłasza ciekawy przypadek, dotyczący **10-letniej dziewczynki, która urodziła** donoszone dziecko, ważące 5 funtów. Poród odbył się zupełnie prawidłowo, łatwo i prędko. Młoda położnica szybko do zdrowia powróciła. Piersi miała zupełnie jeszcze nie rozwinięte, mleka również nie miała.

SPROSTOWANIE:

Na str. 59, w wierszu 16 z góry, zamiast „*tamponowania*” winno być „*tamowania*.”

Na str. 60, w wierszu 12 z góry zamiast „*kostnicy*” winno być „*kostnicy*.”

Na str. 130, wiersz 5 od dołu, pomiędzy nowo mianowanymi mł. ordynatorami szpitala dla dzieci, źle wydrukowane zostało nazwisko kol. D. Woycickiego.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

H. Gillet: Formulaire des Médications Nouvelles. Paris I. B. Bailliére et Fils, 1896.

Ludwik Goldzweig (z Lublina): Beiträge zur Olfactometrie. Warschau 1896. (Dyssertacya na stopień d-ra med. Uniw. Berneńskiego).

Prof. d-r A. Beck: O truciznach powstających w ustroju. Poznań, 1895.

Prof. A. A. Bobrow: Otczet fakult. chirurg. Kliniki za 1893/4 i 1894/5 goda. Moskwa, 1896.

B. Polikier: O sposobach badania mleka kobiecego. (Odbitka z Medycyny).

H. Fidler: 38 przypadków błonicy, leczonych surowicą. (Odb. z Gazety Lekarskiej).

M. Misiewicz: Drobnoustroje dróg moczowych u mężczyzn. (Odb. z Now. Lek.).

W. Ołtuszewski: Rozwój mowy dziecka. Warszawa 1896 r.
— Trzeci przyczynek do nauki o zбочeniach mowy. (Odbitka z Medycyny).

Od Redakcyi.

Rozpoczynając 17 rok wydawnictwa, nie mamy potrzeby czytelnikom naszym mówić o celu i zadaniu Kroniki. Przez ten czas zdołała ona wywalczyć sobie rację bytu zupełną i uznanie. W tym samym więc duchu prowadzić zamierzamy ją i nadal, a celem, który nam zawsze przyświecał, będzie, oprócz dostarczania czytelnikom dokładnych informacji, obejmujących całość naszej wiedzy, pilne zwracanie uwagi na warunki bytu lekarzy oraz czuwanie na strażnicy godności naszego stanu. W ten sposób pojmując nasze zadanie, nadal pismo prowadzić będziemy.

Wprowadzona od dnia 1 lipca r. b. zmiana w terminie wychodzenia pisma, które z miesięcznika stało się dwutygodnikiem oraz podział zeszytów na obejmujące działy sprawozdawcze z medycyny wewnętrznej i chirurgii pozwoliły nam na szybsze informowanie publiczności lekarskiej i równomierny podział naszego pisma między różnorodne działy naszej wiedzy. I nadal więc podział ten i terminy wychodzenia zachować zamierzamy.

Wprowadzony również od tego terminu dział sprawozdań z posiedzeń i kongresów o ile możliwości rozwijać będziemy, w ten sposób bowiem najszybciej informować możemy czytelnika o ruchu naukowym u nas i zagranicą.

Streszczenia zbiorowe, na które osobiwy położyliśmy nacisk, rozwijają się również pomyślnie w naszym piśmie, a takie prace, jak drukowane w Kronice z r. z. kol. Bregmana o władze rdzenia, kol. Bączkiewicza o stosowaniu surowicy, kol. Giedroycia o objawach skórnych w chorobach wewnętrznych i kol. Misiewicza o zapaleniu pęcherza, opracowane na zasadzie ostatnich zdobyczy w nauce, dają czytelnikowi pełny obraz omawianych kwestyj.

Idąc dalej w tym kierunku, i w roku bieżącym zachowamy następujące działy:

1. Artykuły oryginalne ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy, spostrzeżenia kliniczne, notatki terapeutyczne.

2. Streszczenia zbiorowe z najważniejszych działów medycyny praktycznej.

3. Sprawozdania z prasy zagranicznej.

4. Sprawozdania z posiedzeń.

5. Bibliografia.

6. Odcinek, poświęcony kwestyom ogólnym, dotyczącym naszego bytu.

7. Wiadomości pomniejszych.

8. Kronika bieżąca.

9. Nekrologia.

W ramach tego programu trudno nam się utrzymać bez zwiększenia objętości pisma i formatu, to też począwszy od roku bie-

żącego pojedyncze zeszyty Kroniki zawierać będą 3 do 3½ arkuszy druku niniejszego formatu. Zwiększony jednak nakład i przyspieszenie terminów wychodzenia zmuszają nas do podniesienia prenumeraty na rok bieżący. **W Warszawie cena wynosić będzie rs. 7, na prowincyi i w Cesarstwie rs. 8.**

Nie przypuszczamy, aby niewielka ta nadwyżka w stosunku do ceny obecnej miała wpłynąć na zmniejszenie się liczby naszych czytelników, nadwyżka ta, złożona na ołtarzu wspólnych interesów, opłaci się sownie przez zwiększenie ilości arkuszy. Na zyski materialne nie liczymy i nie dla zysków takich wydajemy Kronikę, a, niosąc trud wydawniczy przez lat 16, mamy prawo wymagać, aby w usiłowaniach naszych ku ulepszeniu pisma pomogli nam nasi czytelnicy. W końcu zwracamy się do wszystkich stałych naszych czytelników z prośbą o zasilanie Kroniki pracami i spostrzeżeniami własnymi, nadmieniamy, że wszystkie, choćby najdrobniejsze artykuły i notatki, jak również referaty są płatne w stosunku 12 rs. za arkusz druku.

Ufni w pomoc wszystkich, komu dobro piśmiennictwa naszego leży na sercu, zaczynamy rok XVII naszego wydawnictwa.

Redakcyja.

Wydawcy.

Adres Redakcyi: Chmielna 14.

„ Administracyi: Marszałkowska 99.

Na żądanie Administracyja wysyła numery próbne bezpłatnie.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Maksymilian Wołkowicz. Przyczynek do techniki nakładania szwów zwalnających, 139.—II. Stanisław Kamiński. O wylewach mleczka do jam surowiczych ciała, 144. (Ciąg dalszy).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. Chirurgia. 39. Fr. Schilling. Leczenie wodogłowia za pomocą nakłucia, 155.—40. Dr. Emil Senger. Próba wykonania bezkrwawej rezekcji szczęki górnej za pomocą czasowego ucisku wyosobnionej tętnicy szyjowej, 158.—41. Duplay. Nevralgie faciale Nevralgie des édentés, 160.—42. Gayet. Autoplastyka powiek w przypadku wilka w twarzy, 162.—43. Dr. Józef Ziemacki. Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostną 10% roztworu chlorku cynku według metody Lannelongue'a, 163.

- II. Choroby weneryczna i skórne. 44. Dr. Krisowski. O jednym mało dotąd uwzględnianym objawie przymiotu dziedzicznego, 164.—45. Dr. Emil Stein. Przyczynek do przenoszenia jadu przymiotowego na narządy płciowe, 166.—46. Jeanselme. Zaburzenia troficzne w przebiegu rzeźączki, 167.—47. M. J. Brault. Dwa przypadki łuszczycy leczone zastrzykiwaniami rtęci 168.—48. Fournier. Rekowanie w przymiocie nabytym drogą pozapłciową, 168.

48 — 59. Wiadomości pomniejsze, 171.

O promieniach Röntgen'a, oraz o zastosowaniu tego odkrycia w medycynie, 174.
Bibliografia, 176.

Kronika bieżąca, 178.—Od Redakcyi, 182.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Февраля 1896 года.

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH

NASTĘPUJĄCE DZIEŁA

WYDANE Z ZAPOMÓG KASY POMOCY

dla osób, pracujących na polu naukowym,

imienia d-ra Józefa Mianowskiego

lub ofiarowane na rzecz kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

- Cohnheim Juliusz.** *Odczyty z patologii ogólnej.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z 2-go przerobionego wydania z 1882 r. Warszawa 1884. W 8-ce. Tom I, str. VIII, 607. Tom II, str. V, 262. Tom III, str. VI, 340, 20. Cena rs. 5.
- Jaccoud S.** *Wykład patologii szczegółowej.* Przekład z siódmego wydania francuskiego z r. 1883. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznymi. Warszawa 1884. W 8-ce, Tom I, str. 931. Tom II, 985. Tom III, str. 961. Cena rs. 2 za trzy tomy.
- Bagiński A.** *Wykład chorób dzieci.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z r. 1883, dokonany przez d-ra **Wiktoryna Kosmowskiego.** Tom I. Warszawa 1886. W 8-ce, str. VIII. 279. Tom II. 1886, str. 272, Tom II. 1887, str. 272. Cena każdego tomu rs. 1.
- Haeser H.** *Historja medycyny.* Przekład z trzeciego wydania dzieła „Lehrbuch der Geschichte der Medicin,” dokonany przez prof. d-ra **H. Łuczkwicza.** Tom drugi: *Dzieje medycyny nowożytnej.* Warszawa 1886. W 8-ce, str. 1092. Cena rs. 2.
— Toż samo dla b. prenumeratorów *Biblioteki Umiejętności lekarskich* od ark. 68 (od str. 737—1062). Cena rs. 1.
- A. Kornelius.** *O lecznictwie ksiąg ośmioro.* (A. Corn. Celsi: *De medicina libri octo*), z najlepszych wydań na język polski przełożył dr. med. i chir. **H. Łuczkwicz.** Warszawa 1889. Str. XXXVII. 630. Cena rs. 2.
- Napoleon Cybulski** prof. *Fizjologia człowieka,* wydana stara niem **Stanisława Markiewicza.** Część II. (Krażenie krwi i limfy—Oddychanie.—Trawienie). Warszawa 1892. Str. 240—494 z 58 cynkotypami. Cena kop. 75. Część III. (Wydaliny.—Charakter spraw chemicznych.—Statyka i dynamika ustroju.—Zmysły.—Oko). Warszawa 1894, str. 495—716, z 54 cynkotypami. Cena kop. 75.
- Sander Fryderyk.** *Zarys nauki o publicznej ochronie zdrowia,* według 2-go wydania z roku 1885, przełożył **St. Markiewicz.** Str. VI, 632. Warszawa 1891. Cena rs. 1 kop. 50.
- Wassercug Dawid.** *Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego* oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa 1891. W 16-ce, str. 256. Cena rs. 1
- Charcot, Bouchardeau...** *Wykłady z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej.* Przekład z dzieła: *Traité de Médecine,* wydane pod kierunkiem profesorów: **Charcot, Bouchardeau, Brissaud.** Patologia ogólna zakażeń przez **A. Charrin'a.** Zaburzenia i choroby odżywiania przez **Le Heudre'a,** przekład **St. Markiewicza.** Choroby zakaźne, wspólnie ustrojowi człowieka i zwierząt przez **G. H. Roger'a,** przekład **Ad. Ciaglińskiego.** Warszawa 1893. W 8-ce, str. VIII, 966. Cena rs. 4.
- Oltuszewski Wł.** *Szkic fizjologii mowy,* ze szczególnym uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5 drzeworyt. Warszawa 1893. W 8-ce, str. 38. Cena k. 20.
- Biegański Wł.** *Logika Medycyny* czyli Zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa 1894. W 16-ce, str. 165. Cena kop. 75.
- Wesener Feliks.** *Djagostyka kliniczna chorób wewnętrznych.* Wykład o metodach badania w chorobach wewnętrznych dla słuchaczy medycyny i dla lekarzy. Przełożył według wydania z r. 1892. **St. Markiewicz.** Warszawa 1894. Cena rs. 2.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

*Najlepszy napój dy-
 etetyczny i orzeźwia-
 jący.*

ZAKŁAD LECZNICZY

zimnowodny

Giesshübl-Szczawa

pod Karlsbadem.

Picie wód, kąpiele mi-
 neralne, Stacya Klima-
 tyczna i pokuracyjna.

Henryk Mattoni,

Giesshübl, Karlsbad, Francensbad,
 Wiedeń, Budapeszt.

Mam zaszczyt donieść WW. PP. Doktorom, że będąc w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać WW. PP. nawet pojedyncze sztuki wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po cenach hurtowych, a mianowicie: Bindecagi lekarskie (od rs. 4.50) Steskoskopy (od kop.50), Młotki perkusyjne (od rs. 1), Plesymetry (od kop. 25), Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3), Specula (od kop. 30), Katatery brązowe (od kop 15), Nelatona (od kop. 30), jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2 50), Anela (od rs. 2.50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne Narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe, do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczościowe, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe. Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę Aparaty Soxhlera, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Błokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc etc. oraz przyjmuje reparacye. **J. Dreher, Szpitalna Nr 6, filia: Marszałkowska 114, Telefonu Nr. 704.** Wysłką pocztą za zaliczeniem.

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.

Natürliches arsen-
 und
Guber Quelle
 eisenhaltiges
 Mineralwasser
SREBRENICA IN BOSNIEN.
 Francensbad, Wiedeń, Karlsbad.

Według chemicznego rozbiorez
 uskutecznionego przez c. k. Pro-
 fesora Chemii Lekarskiej, Radcy
 Dworu Ernesta Ludwiga woda
 ta w 10,000 części zawiera
 na wagę:

Kwasu arsenawego 0,061
 Siarczanu tlenu zel. 3,734.

Wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni