

# GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

## Osiem przypadków zranienia wątroby.

Podał

Jan Borzymowski.

### O b j a w y.

Rozpoznawanie ran wątroby opieramy przede wszystkim na umiejscowieniu ran w powłokach, wszystkie bowiem inne objawy nie mają znaczenia decydującego, jako niestałe. Objawy te towarzyszą wszelakim ranom, drążącym, do jamy otrzewnej, i są następujące: 1) napięcie mięśni brzusznych wogóle a w okolicy rany w szczególności; 2) bolesność całego brzucha przy badaniu, a szczególnie w okolicach rany; 3) wymioty, towarzyszące zwykle zranieniom jelit, przy ranach wątroby mogą nie występować zupełnie; 4) ogólna błądź błon śluzowych ma szczególnie doniosłe znaczenie rozpoznawcze, jeżeli występuje w znacznym stopniu, albowiem błądź umiarkowana towarzyszy wszystkim ranom drążącym; 5) chęłbotanie w jamie brzusznej jest ważnym objawem rozpoznawczym, jako dowód znacznego krwotoku do jamy brzusznej. Bardzo jednak rzadko z nim się spotykamy, ponieważ napięcie mięśni brzusznych utrudnia nam stwierdzenie tego objawu; 6) obecność żółci w wydzielinie z rany udawało mi spostrzedz dopiero w parę dni po zranieniu, a nigdy w ranach świeżych lub podczas operacyi; 7) bolesny oddech towarzyszy wszystkim ranom, drążącym do jamy opłucnej i otrzewnej, a w szczególności przy zranieniu przepony; o ile przeto mamy rany w okolicy wątroby nad przyczepem przepony, to objaw ten ma dla nas bardzo wielką doniosłość.

### Rokowanie.

Według MAYER'a śmiertelność wynosi 59% [przy rozerwaniach 86%, postrzałach 34,4%, przy ranach ciętych 56,5%].



Według TERRIER'a śmiertelność po operacjach równa się 28%.

Z poniżej przytoczonych 8-u przypadków zmarł jeden, miałem przeto 15% śmiertelności. Oprócz moich 8-u przypadków w klinice chirurgicznej szpitala Św. Ducha przez innych kolegów było obserwowanych, o ile sobie przypominam, w ciągu lat 9-ciu, 6 przypadków, z których dwa z ranami ciętymi po operacji skończyły się pomyślnie, a z 4-ch postrzałowych ran jeden przypadek skończył się *per mortem* natychmiast po przywiezieniu chorego do szpitala, 2-ch umarło po operacji, a 1 po operacji wyzdrowiał. Ogólna zatem śmiertelność w szpitalu Św. Ducha od ran wątroby w ciągu lat 9-u wynosi na 14 przypadków 4-y zejścia śmiertelne, co mniej więcej odpowiada liczbie przytoczonej przez TERRIER'a. Małe rany cięte i klute wątroby, również jak postrzałowe od rewolwerów, mogą się goić i bez operacji, jak to widać z mojego 4-go, 7-go i 8-go przypadku.

### Przebieg.

Małe rany wątroby nieoperowane przebiegać mogą pomyślnie, aczkolwiek przy objawach mniej lub więcej ciężkiego zapalenia otrzewnej [wzdęcie brzucha, silna bolesność, gorączka, zatrzymanie stolców i wiatrów].

Przyczyny zapalenia otrzewnej mogą zależeć tak od infekcji, która przenika do jamy otrzewnej przy zranieniu, jako też i od działania na otrzewną żółci, która aczkolwiek aseptyczna, nie może być dla otrzewnej obojętną.

Po zeszcyciu ran wątroby z pozostawieniem sączka z gazy w jamie otrzewnej przebieg zwykle bywa łagodny, bole otrzewnej znikają szybko i stan ogólny poprawia się prędko, chociaż samo gojenie się rany trwa dosyć długo, szczególnie, gdy do szwu były używane ligatury jedwabne.

Wypływ żółci z rany staje się widocznym 3-go lub 4-go dnia po operacji i w kilka dni zupełnie znika, jeżeli rana nie jest bardzo wielka.

### Operacja.

Przystępując do zeszcycia ran wątroby, odróżnić musimy dwie kategorie ran: 1) drążące do wątroby przez powłoki brzuszne i 2) drążące do niej przez klatkę piersiową. O ile pierwotna rana skórna nie jest zbyt duża, to staramy się ją ominąć przy robieniu cięcia chirurgicznego i nie dotykać się jej przy operacji, aby nie zakazić sobie rąk, narzędzi i rany chirurgicznej.

Przy ranach na klatce piersiowej i na brzuchu w okolicy linii pachowych robimy cięcia równoległe do łuku żeber—ułatwia to technikę operacyjną, również jaki odpływ z rany i odpowiada przebiegowi włókien nerwowych i naczyń. Natomiast na przedniej powierzchni brzucha lepsze są cięcia poprzeczne po jednym lub drugim brzegu prostego mięśnia brzucha, jako najmniej mięśnie brzuszne obrażające. Przy ranach drążących do wątroby przez klatkę piersiową cięcia robimy wzdłuż żeber i obszywamy przedtem linię cięcia w opłucnej tak, ażeby listek ścienny opłucnej złączyć z listkiem pokrywają-



cym przepię i w ten sposób całą operację dokonać poza jamą opłucnej. Gdyby tego zrobić się nie udało przed otwarciem opłucnej, to należy opłucną otworzyć i zeszyć listki wyżej wymienione, ażeby w ten sposób zamknąć jamę opłucnej od strony pola operacyjnego razem z powietrzem, które zdążyło się doń dostać.

Po dojściu do rany wątroby nakładamy na nią jeden lub kilka szwów z grubego katgutiu igłą KUŹNIECOWA-PĘSKIEGO; igłę należy wkuwać daleko od brzegu rany, a nitkę nie mocno zaciskać, w przeciwnym bowiem razie przecina ona mięsz wątroby. Po nałożeniu szwów zwężamy ranę w otrzewnej, mięśniach i skórze i zostawiamy pasek gazy jodoformowej, starając się go tak umieścić, aby mógł zbierać ewentualną wydzielinę z rany. Opatrunki zmieniamy powierzchownie w miarę ich przesiąkania, a pasek gazy, włożony do otrzewnej, trzymamy około 7-u dni. W razie bólów chory dostaje morfinę podskórną po  $\frac{1}{6}$  grana i lód na brzuch. Przypadki poniższe zebrałem w ciągu 8-iu lat; są one następujące:

Nr 1. Rana wątroby. 13 ran cięto-kłutych kończył tułowia. Zeszyte wątroby. Wyzdrowienie.

3-go marca 1904 r. do kliniki chirurgicznej szpitala Św. Ducha został przywieziony przez Pogotowie [dr GARSZYŃSKI] Józef Ch. około 30-u lat wieku, w stanie bardzo ciężkim. Twarz miał blado-siną, oczy nawpół otwarte, matowe, nie wydawał żadnego głosu i był zupełnie nieprzytomny; na noszach leżał w pozycji zupełnie biernej, w ubraniu zalanem krwią. Lekarz Pogotowia rozpoznał ranę serca. Do badania przystąpiłem natychmiast po przywiezieniu chorego i znalazłem 13 następujących ran ciętych i cięto-kłutych: dwie pod lewym obojczykiem między 2-m i 3-m żebrem, obie drążące z odną podskórną dookoła; trzecią i czwartą przy wewnętrznym brzegu lewej łopatki u dołu tejże, niewiadomej głębokości; piątą pod prawem dziewiątem żebrem po *l. axill post.*, mającą kierunek poprzeczny, około 5 ctm. długości; szóstą i siódmą na zewnętrznej powierzchni lewego przedramienia, która zaczęła dosyć krwawić po zdjęciu uciskadła, nałożonego przez Pogotowie, dziesiątą na powierzchni dłoniowej tegoż przedramienia, stanowiącą zdaje się wylot poprzecznej; jedenastą na głowie; dwunastą na czole i trzynastą na nosie. Trzy ostatnie centymetrowe, cięto-kłute, drążące do kości. Rany, których wymiarów nie podaję powyżej, miały 1—2 ctm. Tętno umiarkowanie napięte, oddech powierzchowny, zmian w źrenicach nie można stwierdzić z powodu zbliżowania prawej rogówki.

Kierując się topografią ran i stanem chorego, jedną tylko 5-ą ranę pod 9-em prawym żebrem uznałem za wymagającą natychmiastowej interwencji, jako przypuszczalną ranę wątroby, i zaraz po przywiezieniu chorego przystąpiłem do operacji. Wypadkowo w czasie przywieżenia chorego leżał już na stole chory kliniczny do gastrostomii, cały personel był zupełnie gotowy i można było bez zwłoki operować. W uspieniu chloroformowem wyrezkowałem około 8-u ctm. 9-go żebra; żeby jednak nie otworzyć z tej strony opłucnej, co groziło natychmiastową śmiercią z powodu istniejącego już otwarcia lewej, przedcięciem głębszych warstw obszyłem linię cięcia z góry i z dołu wzdłuż rezeko-



wanego żebra i potem dopiero przeciąłem przyczep przepony i otworzyłem jamę brzuszną. Od razu znalazłem palcem ranę wątroby, około 5 ctm. długości, którą *ad oculos* demonstrowałem prof. KUŹNIECOWOWI i wszystkim obecnym kolegom. Daleko odstępując od brzegów rany, nałożyłem na nią jeden gruby szew jedwabny igłą KUŹNIECOWA—PĘSKIEGO, zwięziłem mięśniową ranę kilkoma szwami i zostawiłem pod szwem wątroby parę pasków gazy jodoformowej z wprowadzonymi na zewnątrz końcami.

Po rozszerzeniu rany na przedramieniu okazało się, że przecięty jest *m. ext. carpi radialis* i *vena radialis*. Po zeszytciu mięśnia nałożono zwykłe opatrunki na brzuch i przedramię, a wszystkie pozostałe rany zalepiono kleiną (*collodium*).

Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny, żadnych objawów otrzewnych nie było. Na trzeci dzień po operacji opatrunek obficie przesiąkł żółcią, ilość jej jednak z każdym dniem szybko zmniejszała się; paski gazy po kilku dniach stopniowo zacząłem zmieniać. Ch. wypisał się zupełnie zdrow przy znakomitym stanie odżywienia.

W sierpniu tegoż roku byłem wezwany do domu do tegoż chorego z powodu powierzchownego ropnia w bliźnie, wielkości grochu, zapewne z powodu ropienia ligatury. Stan chorego nie pozostawiał nic do życzenia.

[D. n.].

---

## II. Obecne wiadomości i poglądy na budowę układu nerwowego.

Napisał

Władysław Gajkiewicz.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 44].

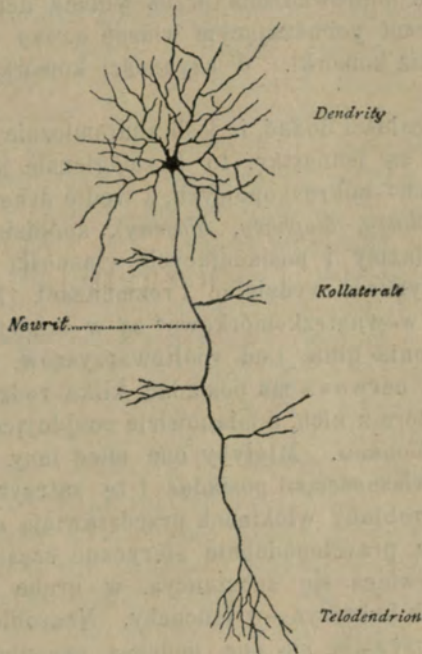
---

Poznawszy pojedyncze części, wchodzące w skład układu nerwowego, przyjrzyjmy się w jakim pozostają one do siebie stosunku. Panują pod tym względem dwa poglądy:

1) Zdaniem jednych, a tych jest większość, komórka nerwowa wraz z wypustkami protoplazmatycznymi i osiową oraz przedłużeniem tej ostatniej, a więc i włóknem nerwowym, stanowi jednostkę anatomiczną, niezależną na całej długości, a mianowicie, że rozgałęzienia wypustek, nawet najcieńsze, nie łączą się nigdzie z sobą, ani z rozgałęzieniami wypustek sąsiednich komórek, lecz się tylko stykają, są splecione na podobieństwo gałęzi drzewa i kończą się wolno naokoło komórek nerwowych. Cały układ nerwowy, zdaniem tychże, jest zbiorem mnóstwa takich jednostek, nazywanych powszechnie *neuronomami* [nazwa wprowadzona w r. 1891 przez WALDEYER'a; KOELLIKER pro-



ponował nazwę: *Nervenbäumchen*, *Neurodendren*, *Neurodendridien*; RAUBER: *neura*, a HAENEL (1903) — *ergon*]. Jeśli wziąć pod uwagę, mówią niektórzy, iż wypustki protoplazmatyczne są tylko przedłużeniem ciała komórki nerwowej, to neuron redukuje się do mniej lub więcej znacznej masy protoplazmy



Rys. 10.

z jądrem i wypustki osiowej, przedłużającej się we włókno nerwowe. Neuron jest źródłem energii kinetycznej, do niego zostają doprowadzone wrażenia i w nim przerobione.

Zwolennicy teorii neuronów [neuronistów] przyjmują więc istnienie jednostek komórkowych, odrębnych anatomicznie, bo tylko dotykających się (*contiguitas*), a nie łączących się z sobą. Stykanie się to neuronów (*kontakt* lub *articulatio* wedle wyrażenia CAJAL'a) odbywa się — jak widzieliśmy wyżej — między zgrubieniami końcowymi wypustki osiowej jednego neuronu a ciałem komórki i wypustkami protoplazmatycznymi drugiego neuronu. Część protoplazmatyczna jednego neuronu może się stykać z wypustkami osiowymi kilku neuronów. Wedle SHERRINGTON'a [1906] część ciała komórki nerwowej, stykająca się z axonem, ma być zróżniczkowaną anatomicznie i fizyologicznie i zowie on ją „*synapse*”. Bliższych szczegółów o tem stykaniu nie znamy. Każda wypustka osiowa czyto neuronu ruchowego, czy czuciowego, przewodzi odkomórkowo, odśrodkowo [centryfugalnie] i tyl-



ko pobudzenie otrzymane od komórki nerwowej i to tej, z której wychodzi; wypustki zaś protoplazmatyczne przewodzą dokońrkowo, dośrodkowo [centrypetalnie, cellulipetalnie] i tylko pobudzenie, odebrane na obwodzie ze światła zewnętrznego lub od zakończeń wypustki osiowej i przewodzą tylko do komórki, której są wypustkami. Komórka nerwowa jest ośrodkiem, centrem, odbierającym wrażenia doprowadzone przez własne dendryty lub *axony* innych komórek i centrem pobudzającym własne *axony* do czynności. Jądro jest konieczne dla życia komórki. W czynności komórki bierze udział i plazma i włókiénka.

Winniśmy tu dla całości dodać, iż jeśli anatomicznie neuron, *resp.* komórka nerwowa uważana jest za jednostkę, to fizyologicznie jest ona kolonią symbiotyczną, wedle jednych—mikroskopowych, a wedle drugich—ultramikroskopowych jednostek (*bioblasty, biophory, biogeny*), spółdziałających dla wytworzenia jądra i protoplazmy i posiadających własności żyjących komórek [to jest mogących się odżywiać, wydzielać i rozmnażać]. Mimo pewnej autonomii, te t. zw. „organa wewnątrzkomórkowe“ są w ścisłej zależności od jądra, bez którego cała kolonia ginie i od spółtowarzyszów, bez których udziału, także giną. Komórka nerwowa ma posiadać kilka rodzajów takich jednostek fizyologicznych. Niektóre z nich, a mianowicie znajdujące się we włókiénkach, CAJAL nazywa *neurobionami*. Miałyby one mieć inny skład chemiczny niż axoplazma, a między własnościami posiadać i tę zatrzymywania metali kolloidalnych [srebra]. Neurobiony włókiének przedstawiają się, zdaniem CAJAL'a, jako ultramikroskopowe prawdopodobnie sferyczne cząsteczki, połączone z sobą hyalinową, nie barwiącą się substancją, w grube [pierwotne] i cienkie [wtórne] nitki, niby—jak bakterye—w łańcuchy. Neurobiony mają być źródłem specyficznego energii; zużywają się one podczas czynności komórki i nerwu, a przybywa ich w spokoju. Układ ich w sieci ułatwia przemianę ich chemiczną z neuroplazmą. Neurobiony prócz specyficznego mają i inne własności, wspólne ciałom żyjącym: *nutritio* (*assimilatio* i *desassimilatio*), ruch [powstawanie nabrzmień (*varicositates*), pętli, kul, znikanie wtórnych nitek przy podrażnieniu i t. d.] i *reproductio* [rozgałęzianie się, wysyłanie nowych gałązek, tworzenie kolb].

2) Zdaniem innych badaczy, którzy są w mniejszości, [APÁTHY, BETHE i NISSL], układ nerwowy składa się także z jednostek anatomicznych, lecz nie są komórki nerwowe z wypustkami, lecz *neurofibrille*, które są najważniejszą, istotną, specyficzną częścią składową, odróżniającą tkankę nerwową od innych, częścią składową genetycznie od komórki nerwowej niezależną, bo nie powstającą z jej protoplazmy, jak chcą neuronisci, lecz wnিকającą do niej z zewnątrz i biegnącą przez cały układ nerwowy ośrodkowy i obwodowy, jako odrębne jednostki, nieprzerwanie od jednej do drugiej komórki nerwowej aż do zakończeń nerwu obwodowego, nie łącząc się z sobą, skutkiem czego cały układ nerwowy tworzy jedną całość, jedną ciągłość (*continuum*), bez wyraźnego początku i końca nawet w zakończeniach nerwowych na obwodzie [czuciowych, ruchowych, wydzielniczych]. Zdaniem tychże badaczy, *fibrillistów*, tak zwane neurony nie są jednostkami niezależnymi, lecz są z so-



bą połączone włókieńkami; włókieńka te są źródłem czynności nerwowej, a komórki nerwowe służą tylko do ich odżywiania. Włókieńka mają powstawać nie w komórkach zwojowych (*Ganglienzellen*), lecz w specjalnych komórkach nerwowych (*Nervenzellen*) i z tych ostatnich dopiero mają one wnikać do pierwszych. Od początku więc swego istnienia *neurofibrille* mają być dla komórek zwojowych obcym elementem, a nie częścią ich składową. Komórka nerwowa wytwarza substancję przewodzącą „*leitende Substanz*” (*neurofibrille*) tak, jak komórka mięśniowa substancję kurczliwą „*contractile Substanz*” (*myofibrille*); komórka zaś zwojowa produkuje to „*was geleitet werden soll*” (*tonus* nerwowy) i jest włączona w „*leitende Nervenbahn*”, jak element baterii elektrycznej w drut telegraficzny. *Neurofibrille* nie powstają wtórnie ze zróżniczkowania protoplazmy komórki nerwowej [jak chcą neuronisci], lecz ΑΡΑΤΗΥ przyjmuje ich „*praeformatio*” (*primäre Existenz*), coby nie było w zgodzie z obecnymi pojęciami biologicznymi o powstawaniu wszystkich części organizmu z komórki.

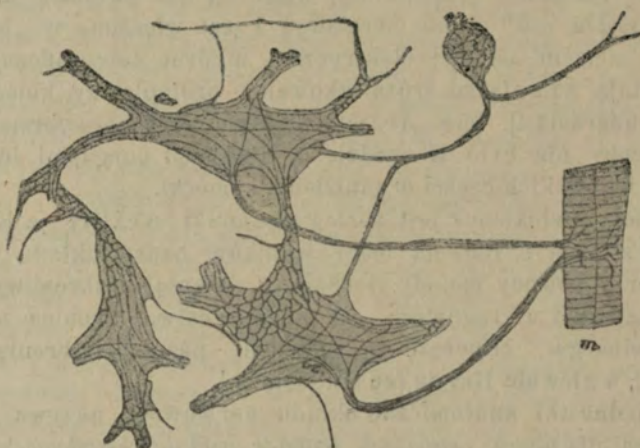
Twórcą teorii włókieńek jest zoolog węgierski ΑΡΑΤΗΥ [z Koloszwaru], który wystąpił z nią w r. 1897 na mocy wyników badań układu nerwowego, otrzymanych przy pomocy metody złocenia, u zwierząt bezkręgowych [pijawki i glisty] a następnie i u kręgowych. O pierwszeństwo upomina się HALLER [1885] z Heidelberga. Hipotezę tę rozwinęli później i bronią jej NISSL [z Heidelberga], a głównie BETHE [ze Strasburga].

ΑΡΑΤΗΥ jednostki anatomiczne układu nerwowego nazywa „*Primitivfibrillen*”. One są dla niego „*specifisch leitende und das histologische Charakteristicum der leitenden Bahnen*”. Każda z tych „*Primitivfibrillen*” miałaby być złożoną z pewnej, mniej lub więcej znacznej liczby „*Elementarfibrillen*”, których obecnymi sposobami nie można wykryć i które nie są jednostkami anatomicznymi, lecz fizyologicznymi. *Neurofibrille* są pogrążone w substancji specjalnej miękkiej (*substantia perifibrillaris* — ΑΡΑΤΗΥ). ΑΡΑΤΗΥ odróżnia włókieńka czuciowe bardzo cienkie, zebrane w pęczki różnej grubości i włókieńka ruchowe grubsze od czuciowych, lecz mniej liczne. Pierwsze, to jest czuciowe wedle ΑΡΑΤΗΥ’ego wnikają z nerwów obwodowych do zwojów (*ganglia*) nerwowych i udają się albo bezpośrednio do znajdujących się w nich komórek, gdzie włókieńka pierwotne rozszczepiają się na włókieńka elementarne i tworzą wewnątrz komórki sieć (*reticulum intracellulare*), albo też przed wniknięciem do tych komórek tworzą najpierw sieć w samym zwoju na zewnątrz komórek (*reticulum extracellulare, Elementarfibrillengitter*). Włókieńka ruchowe, wychodzące z komórek przez wypustkę osiową i utworzone z połączenia się ponownego rozszczepionych włókieńek elementarnych, są dalszym ciągiem włókieńek czuciowych. Na końcu obwodowym włókna nerwowego [naskórek, mięśnie] włókieńka tworzą także sieć, tak, że w ten sposób powstaje jeden ciąg włókieńek, które—tak, jak tętnice z żyłami zapomocą sieci naczyń włosowatych (*capillarów*)—łączą się z sobą zapomocą sieci nerwowej, utworzonej przez rozszczepienie włókieńek pierwotnych. Nigdzie początku—nigdzie końca.

Ciągłości anatomicznej elementów nerwowych u bezkręgowych, najniżej



na drabinie zoologicznej stojących, nikt prawie nie zaprzecza. I dlatego, by zasadę budowy utrzymać jednakową dla bezkręgowych i kręgowych, BETHE [1903] przyjmuje włókienka za najgłówniejszą część składową układu nerwowego i tych ostatnich. Wedle niego w pewnych miejscach tego układu włókienka łączą się z sobą i tworzą sieć. U bezkręgowych sieć ta jest wewnątrz komórek i jest ona filogenetycznie postacią początkową, najstarszą układu nerwowego. Im wyżej stoi zwierzę w organizacyi, tem więcej traci na znaczeniu sieć włókienek wewnątrzkomórkowa, a zyskuje zewnątrzkomórkowa, tak,



Rys. 11.

że u najwyższej stojących i u człowieka pozostają w komórkach tylko pojedyncze włókienka i to niezależne od siebie, a część czynnościowo najważniejsza ośrodków nerwowych umiejscawia się na zewnątrz komórek (GOLGI'ego *pericelluläres Netz*). Komórka, jak i włókno nerwowe obwodowe służą tylko do przejścia i to niewielu tylko włókienek, bo największa ich liczba biegnie bezpośrednio z jednej wypustki protoplazmatycznej do drugiej i udaje się do sieci leżącej około komórek (*reticulum pericellulare*, sieć GOLGI'ego wedle wyrażenia BETHE'go), gdzie łączy się z włókienkami doprowadzonymi przez wypustkę osiową.

Dla BETHE'go więc najważniejszą częścią układu nerwowego jest sieć włókienek. Sieć ta pierwotnie usadowiona we wnętrzu komórek, w miarę wyższej organizacyi istot żyjących, opuszcza komórkę, umieszcza się na zewnątrz niej; komórki tracą na znaczeniu, pozostaje im tylko czynność troficzna. Cały układ nerwowy ośrodkowy redukuje się do sieci włókienek, do której wnikają ze wszystkich stron włókienka centrypetalne, a wychodzą centryfugane; wszystkie one tworzą jedną całość.

NISSL także występuje przeciw niezależności anatomicznej „neuronów”; i on przyjmuje istnienie sieci nerwowej na zewnątrz komórek nerwowych,



a będącej jedną z części składowych specjalnej substancji, przez niego tylko przyjmowanej, t. zw. „*nervöses Grau*“, o której wyżej mówiliśmy. W niej odbywa się połączenie między elementami nerwowymi i z niej mają, zdaniem NISSL'a, powstawać niektóre włókna nerwowe, a więc nie z komórek nerwowych.

Prócz hipotez, iż ciągłość anatomiczna elementów nerwowych jest wytworzona przez sieć włókienek około- lub międzykomórkowych, należy wspomnieć, iż IORIS [belgijczyk] [1903] utrzymuje, iż te połączenia odbywają się przez wypustki protoplazmatyczne [co dawniej już twierdził GERLACH], a według HELD'a neurony są z sobą połączone w podwójny sposób. Zdaniem HELD'a zakończenia axonów, doszedłszy do komórek nerwowych i dendrytów, ulegają zmianie: *axospongium* ich nabrzmiewa i w wakuolach w ten sposób powstałych pojawiają się liczne, gęsto ułożone ziarenka (*granula*, *Neurosome*). Zakończenia te (*Axencylinderendfläche*) są ściśle złączone z protoplazmą komórek nerwowych (*kein Kontakt, sondern eine Kontinuität*), w czym biorą udział nie tylko „*granula*“, lecz i „*substantia intergranularis*“. Nadto cylindry osiowe jednego neuritu łączą się z takimiż innego lub innych neuritów i tworzą naokoło komórek nerwowych siatkę w kształcie otoczki (*perizelluläres nervöses Terminalnetz*), oplatającą je—wedle wyrażenia HELD'a—jak splot bluszczu pień drzewa, przyczem „*Endfüsschen*“ odpowiadają korzonkom, wąsom bluszczu. Skutkiem powyższego neurony są z sobą połączone (*interneuronale Kontinuität*) podwójnie, raz przez *axony*, które łączą się z sobą, wychodząc z różnych komórek, a więc i komórki nerwowe między sobą tworzą sieć końcową, a drugi raz przez ścisły związek tejże sieci z ciałem komórek nerwowych i dendrytów zapomocą „*Endfüsschen*“.

Połączenie włókienek wewnątrzkomórkowych z siecią włókienek, zewnątrz nich znajdującą się, opisali także: DONAGGIO, ANSALONE, AUERBACH, TURNER, i BIELSCHOWSKY.

Dla całości musimy dodać, iż DURANTE, przeciwnik neuronu jako jednostki anatomicznej, uważa układ nerwowy za złożony z pojedynczych terytoriów, obejmujących mniej lub więcej znaczną liczbę komórek nerwowych z wypustkami, połączonych z sobą neurofibrillami. Pojedyncze te terytoria, które porównywa do zrazików gruczołów, nazywa on „*neurula*“. Zbliżony do tego pogląd o budowie układu nerwowego z kolonii komórek połączonych z sobą siecią włókienek, a nie będących w związku z innymi koloniami, wypowiedział także DOGIEL [1904].

[D. c. n.].



III. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA  
W WARSZAWIE.

## Znaczenie kliniczne odczynu Calmette'a.

Podał

Bolesław Dębiński.

(Rzecz wygłoszona w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 15-go września 1908 r.)

(Dokończenie — Patrz Nr. 44).

Przy dokonywaniu odczynu ocznego należy jednak mieć na względzie następujące zastrzeżenia:

1) Nie należy dokonywać odczynu u osób podejrzanych lub dotkniętych gruźlicą oka, w cierpieniach skrofulicznych i przy cierpieniach głębokich warstw oka. WOLFF-EISNER radzi stosować przy cierpieniach oka rozcyny tuberkuliny rozcieńczone 1 : 100.000.

2) U starców, których łącznice są zbyt podrażnione, należy przed zastosowaniem odczynu ocznego zbadać dokładnie stan łącznic.

3) U dzieci, których łącznice reagują bardzo silnie, należy dokonywać odczynu z tuberkuliną rozcieńczoną 1 : 200.

4) Operacyi dokonywać należy w warunkach aseptycznych i stosować preparat aseptyczny. Nie należy nigdy dokonywać odczynu z tuberkuliną później, niż w ciągu 24 ch godzin po otwarciu flakonika. Najodpowiedniejszym podług mnie przetworem jest tuberkulina CALMETTE'a, przygotowana w Instytucie PASTEUR'a w Lille.

5) Stosować należy zawsze ten sam przetwór ze względu na możliwość porównywania otrzymanywanych wyników, wiadomo bowiem, że rozmaite tuberkuliny posiadają różną siłę. MITULESCO w *Wien. klin. Woch.* [1908, Nr. 20] podaje, iż roztwór 1 : 10,000 tuberkuliny [HOECHST] jest równoznacznym roztworowi 1 : 1000 Test=tuberkuliny Inst. PASTEUR'a i 1 : 250 Test=tuberkuliny CALMETTE'a. Preparat tuberkuliny przygotowywany przez firmę RUETE-ENOCH w Hamburgu pod kontrolą WOLFF-EISNER'a, jest jeszcze słabszy.

### Teorya odczynu Calmette'a.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć słów kilka o teoretycznej stronie odczynu ocznego. Naturalnie, że mechanizm działania tuberkuliny przy zapuszczaniu do łącznicy w zasadzie jest ten sam, co przy wstrzykiwaniu podskórnem, z tą różnicą, że w jednym przypadku tuberkulina działa miejscowo, gdy w drugim ogólnie na cały organizm. Te same więc teorye, które zostały wygłoszone z powodu działania podskórnego tuberkuliny, mają zastosowa-



nie i przy odczynie ocznym. Znaną jest teoria WASSERMANN'a i BRUCK'a, podług których w tkance gruźliczej istnieje antytuberkulina. Jeżeli zastrzykniemy do organizmu tuberkulinę, to następuje połączenie tych dwu substancji, przyczem ma miejsce związanie aleksyny [„komplementu“] i przypliw białych ciałek. Z tego zaś wynika rozpad tkanki gruźliczej z całym szeregiem towarzyszących mu objawów, jak podniesienie ciepłoty, dreszcze, kaszel i t. d., jako skutek wessania się tkanek rozpadniętych. Tkanka zserowaciała nie zawiera podług W. i B. antytuberkuliny i dlatego w dalej posuniętej sprawie gruźliczej odczynu nie wywołuje. Przyzwyczajenie ustroju do tuberkuliny badacze ci tłumaczą w ten sposób, iż w ustroju uodpornionym tuberkuliną z czasem pokazuje się antytuberkulina w ogólnem krążeniu i ono to łączy się natychmiast ze wstrzykniętą tuberkuliną i nie dopuszcza jej do ogniska gruźliczego. Cała terya W. i B. poddana została krytyce przez WEIL'a i BESREDKĘ. WEIL zapytuje się, w jaki sposób tuberkulina i antytuberkulina istnieć mogą w tem samym ognisku bez wzajemnego oddziaływania na siebie. BESREDKA zaś powiada: czyż nie jest dziwnem, że antytuberkulina, wytworzona w tkance gruźliczej i obdarzona taką siłą przyciągania do tuberkuliny wstrzykniętej, że, jeżeli tak rzecz można, pompuje ją w całości z najodleglejszych zakątków organizmu, pozostaje bez wpływu na tuberkulinę, znajdującą się obok niej w tkance gruźliczej, jak to wynika z doświadczeń WASSERMANN'a. BRETON i PETIT, uczniowie CALMETTE'a ze swej strony w celu sprawdzenia teorii W. i B. wykonali szereg doświadczeń następujących:

1) Surowica od suchotnika w okresie rozpadowym, u którego odczyn oczny był ujemny, została zapuszczona do worka łącznicowego kilku gruźliczym w rozmaitych okresach choroby; okazało się, iż u żadnego z nich odczyn nie wystąpił. To doświadczenie zdaje się dowodzić, że w surowicy suchotników w okresie charłactwa tuberkuliny niema.

2) Jedna kropla roztworu tuberkuliny [ $1/100$ ] była rozpuszczona w 4-ch kroplach surowicy suchotnika w okresie rozpadowym. Kropla tej mieszaniny, zapuszczona do spojówki gruźliczego, wywołała typowy odczyn oczny. Doświadczenie to wykazuje, że w surowicy suchotnika w okresie rozpadowym niema antytuberkuliny, która byłaby w stanie zneutralizować tuberkulinę.

3) Królikowi do żyły usznej zastrzyknięto 0,10 grm. tuberkuliny, a po upływie tygodnia 0,08 grm. tejże tuberkuliny. W surowicy tego królika, badanej po upływie 3-ch tygodni, antytuberkuliny nie znaleziono. Doświadczenia powyższe wykazują, że w surowicy gruźliczych nie wykrywa się ani tuberkuliny ani antytuberkuliny i z tego względu przeczą teorii WASSERMANN'a i BRUCK'a.

Więcej racjonalną wydaje mi się teoria WOLFF-EISNER'a, która wychodzi z tego założenia, że tuberkulina jest jadem związanym z ciałem bakterii gruźliczych. Jeżeli nie w każdej tuberkulinie znajdują się ciała bakteryjne, chociaż to często się zdarza, to jednak w każdej tuberkulinie istnieją najdrobniejsze cząsteczki laseczników, które mogą przechodzić przez filtry gliniane. Z drugiej strony w każdym organizmie dotkniętym zakaże-



niem gruźliczem wytwarzają się bakteryolizyny. Otóż działanie tuberkuliny, według WOLFF-EISNER'a, sprowadza się do bakteryolizy tuberkuliny [resp. najdrobniejszych cząsteczek laseczników gruźliczych] przez lizyny istniejące w krwiobieggu gruźliczych. Proces bakteryolizy zarówno w odczynie ocznym, jak przy podskórnym wstrzyknięciu tuberkuliny wywołuje objawy zapalenia [przekrwienie, obrzęk, wysięk] czyto miejscowe, jak w odczynie ocznym, czy też ogólne, jak przy wstrzyknięciu podskórnym.

Na zakończenie dodam, że odczyn oczny może znaleźć zastosowanie nawet poza kliniką. CALMETTE sądzi, że stosowanie odczynu ocznego może odegrać wielką rolę w walce społecznej z gruźlicą. Samo przez się rozumie się jak ważnem jest wczesne wykrycie gruźlicy w celu skierowania chorego do sanatorium, *dispensarium* i t. d. Dotychczasowe jednak metody dyagnostyczne, szczególnie w wczesnych okresach gruźlicy, przedstawiały wiele trudności, które mogą być szczęśliwie usunięte przez zastosowanie odczynu ocznego.

Takie samo znaczenie może mieć odczyn oczny dla armii, dla szkół, pozwalając na usunięcie z nich wszystkich gruźliczych. Naturalnie, że odczyn CALMETTE'a tylko o tyle znajdzie tak powszechne zastosowanie, o ile technika zostanie tak wyrobioną, że poddający się temu odczynowi nie będą narażeni na cięższe powikłania.

---

## L I T E R A T U R A.

---

- 1) LÉON PETIT. Diagnostic de la tuberculose par l'ophtalmoréaction. Paris 1907.
- 2) WOLFF-EISNER. Ophtalmo- und kutan-Diagnose. Würzburg 1908.
- 3) CALMETTE, BRETON, PAINBLAU et G. PETIT. Presse Méd. 13. VII. 1907.
- 4) JOUVENEL. Presse Méd. 13. VII. 1907.
- 5) HALIPRÉ et HUÉ. Presse Méd. 13. VII. 1907.
- 6) FERREIRA. Sem. Méd. 1907, Nr. 33.
- 7) DENYS. Rev. inter. de la tuberculose. 1907.
- 8) AUDÉOUD. Rev. Méd. de la Suisse romaine. 1907 (według PETIT).
- 9) DELÉARDE. Presse Méd. 13. VII. 1907.
- 10) AUBARET et MAGNE. Journal de Méd. de Bordeaux (według L. PETIT)
- 11) CARLIER. Presse Méd. 13. VII. 1907.
- 12) LE FORT. Presse Méd. 13. VII. 1907.
- 13) BAZY. Bull. de Soc. de Chirurgie. 6 Aout 1907.
- 14) CHARMEIL. Presse Méd. 13. VII. 1907.
- 15) GAUDIER. Presse Méd. 13. VII. 1907.
- 16) MOUTON. Medicina contemporanea. 4. VIII. 1907 (według L. PETIT).
- 17) BOSC. Pédiatrie pratique 1. XI. 1907 (według L. PETIT).
- 18) LESNÉ et MARRE. La Clinique. 3. VIII. 1907.
- 19) MARIE et BOURIHLET. Soc. Biol. 27. VII. 1907.
- 20) JEAN LÉPINE. Soc. Biol. 27. VII. 1907 et 13. X. 1907.
- 21) LETULLE. Bull. Soc. Méd. des Hôp. 1907, Nr. 25.
- 22) DI FOUR et BRUSLE. Soc. Méd. Hôp. 19. VIII. 1907.
- 23) OLMER et FERRAND. Presse Méd. 28. IX. 1907.



- 24) GRASSET. Presse Méd 1907.  
25) AUBARET et LAFON. Gaz. hebdomadaire de Méd. de Bordeaux 4. VIII. 1907 (według L. PETIT).  
26) SCHENCK. Deutsche med. Wochenschrift 1908, Nr. 2.  
27) STADELMANN. D. m. W. 6. II. 1908.  
28) PLÜHN. D. m. W. 20. II. 1908.  
29) GAUPP. D. m. W. 13. II. 1908.  
30) ROSENBERG. Berl. kl. Wochenschrift 27. I. 1908.  
31) DAMASK. Wien. kl. Wochenschrift 23. I. 1908.  
32) CITRON. Berl. kl. Wochenschrift 1907, Nr. 33.  
33) WOLFF-EISNER i STADELMANN. D. m. W. 1908, Nr. 5 i 6.  
34) LEVY. D. m. W. 1908, Nr. 3.  
35) SCHENCK i SEIFFERT. Münch. med. Wochenschrift 1908, Nr. 46.  
36) KOEHLER. D. m. W. 1907, Nr. 50.  
37) LENHARTZ  
38) BALDWIN  
39) COHN  
40) EPPENSTEIN  
41) BLÜMEL-CLARUS  
42) FRANKE-RATIEN  
43) MÉTRAUX  
44) KRÓKIEWICZ. Przegl. Lekarski 1908.  
45) RZĘTKOWSKI. Gaz. Lekarski 1907, Nr. 46.  
46) DĘBIŃSKI. Gaz. Lekarski 1907, Nr. 46.  
47) SKÓRCZEWSKI. Przegl. Lekarski 1908, Nr. 1.  
48) KORCZYŃSKI. Przegl. Lekarski 1908, Nr. 1 i 2.  
49) BYLIŃSKI. Przegl. Lekarski 1908, Nr. 1.  
50) LURIA. Russkij Wracz 1908, Nr. 13.  
51) BOGDANOW. Russkij Wracz 1908, Nr. 13.  
52) FINKELSTEIN. Russkij Wracz 1908, Nr. 13.  
53) BOGDANOW. Russkij Wracz 1908, Nr. 13.  
54) KRAUS, LUSEMBERGER i RUSS. Wien. kl. Wochenschrift 7. XI. 1807.  
55) LESNÉ. Bull. Soc. Méd. Hôp. 20. XI. 1907.  
56) B. R. GEPNER. Pam. Tow. Lek. 1908, t. II.  
57) CERNAROWICZ. Medycyna i Kron. Lek. 1908, Nr. 29.

według SCHROEDER'a i KAUFMANN'a. Münch. medicin. Wochenschrift 1908, Nr. 2.

#### IV. O operacjach podśluzowego usuwania skrzywionej przegrody nosa.

Podał

F. Erbrich.

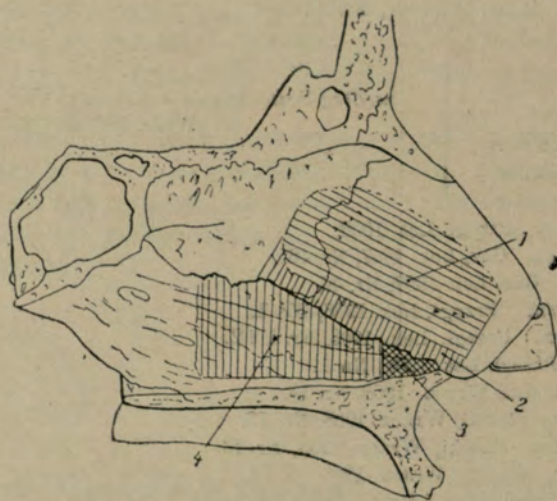
[Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem.]

[Ciąg dalszy. - Patrz Nr. 43].

Podczas całego trwania operacji, głowa chorego musi być podtrzymywana. Z prawej strony operującego siedzi asystent, którego obowiązkiem



jest w razie potrzeby zbierać zapomocą tamponów krew, zalewając pole operacyjne i podawać potrzebne narzędzia. Skrzydło nosa tej strony, po której ma być wykonane nacięcie błony śluzowej, odciąga zapomocą odpowiedniego haka osoba, podtrzymująca głowę operowanego. Błone śluzową przecinamy po stronie wypukłej przegrody skrzywionej. Jeżeli wypuklenie jest w lewą stronę, to operujący pracuje ręką prawą, jeżeli w prawą stronę — ręką lewą. Dlatego też należy wprawić się w operowanie obydwoma rękami. Cięcie prowadzimy w odległości  $\frac{1}{2}$  ctm. od przegrody ruchomej (*septum mobile*) przez błonę pokrywającą chrząstkę czworokątną w kierunku od dołu ku górze, od tyłu ku przodowi [rys. 1]. Należy od razu przeciąć błonę



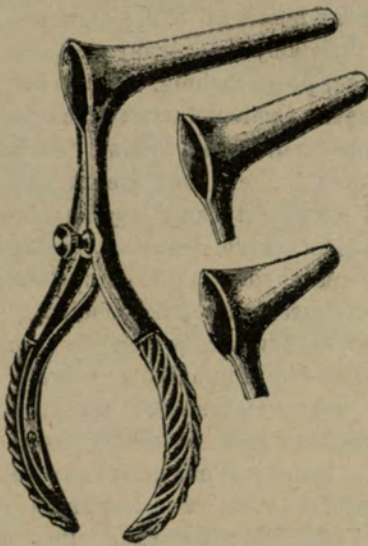
Rys. 1. Rysunek wykazuje przegrodę nosa oraz numerami oznaczone części przegrody, usuwane podczas operacji.

1. Część chrząstki czworokątnej i blaszki pionowej kości sitowej (*lamina perpendicularis*).
2. Dolna część chrząstki czworokątnej i pionowej blaszki kości sitowej aż do połączenia z lemierzem.
3. Przednia dolna część lemierza.
4. Część lemierza (ewentualnie z listwą kostną).

śluzową i chrząstkę, nie naruszając, rozumie się, błony śluzowej przeciwnej strony przegrody. Kto nie posiadał jeszcze dostatecznej prawy, niechaj stara się przeciąć tylko błonę śluzową, zostawiając przecięcie ostrożnie chrząstki na później. Po przecięciu błony śluzowej zapomocą z początku ostrego, a następnie tępego elewatora, odłączamy stopniowo błonę śluzową od chrząstki i kości ku tyłowi, ku górze, ku dołowi, słowem we wszystkich kierunkach, o ile tylko można na dalekiej przestrzeni. Odłączenie błony śluzowej zazwyczaj bywa łatwe, pewne trudności przedstawia odłączenie w okolicy listwy lub wyrostka; najczęściej jest ono niemożliwe przed usunięciem skrzywionej przegrody ponad listwą lub wyrostkiem. Po odłączeniu błony śluzowej po wypukłej stronie przegrody staramy się również odłączyć błonę śluzową po



drugiej stronie przegrody. Przypuszczam, że nie udało się operującemu od razu przeciąć błonę śluzową i chrząstkę aż do błony śluzowej przeciwnej strony. W takim razie bisturem stara się ostrożnie [jako kontrola służyć może palec, włożony do drugiego otworu nosa] przeciąć chrząstkę na nieznacznej choćby przestrzeni, następnie w otwór chrząstki wkłada ostry elewator i bez obawy przecina chrząstkę niezbyt twardą ku dołowi i ku górze odpowiednio do kierunku nacięcia błony śluzowej. Przez otwór przeciętej chrząstki za pomocą elewatorów odłączamy nieuszkodzoną błonę śluzową przeciwnej strony przegrody na odpowiednio dalekiej przestrzeni. Teraz, kiedy błona śluzowa obydwu stron została odłączona od przegrody, wkładamy odpowiednie lustro nosowe [rys. 2] z długim dziobem, wprowadzając go w ten przewód nosa, gdzie jest przecięta błona śluzowa w ten sposób, że jedno skrzydło lusterka znajdować się będzie między błoną śluzową a przegrodą, a drugie przez otwór przeciętej chrząstki wchodzi między przegrodę a bło-



Rys. 2. Lustro nosowe.



Rys. 3. Nóż widelkowy do wycięcia chrząstki czworokątnej. (Patrz rys. 1, Nr. 1).

nę śluzową przeciwnej strony. Między skrzydłem lusterka znajdować się będzie przegroda, a zewnątrz skrzydeł błona śluzowa jednej i drugiej strony. Naciskając rączkę lusterka, odsuwamy błonę śluzową ku zewnętrznym ścianom nosa. Zapomocą odpowiedniego widelkowego noża [rys. 3] wycinamy przegrodę chrzęstną, t. j. znaczną część chrząstki czworokątnej i nieznaczną pionowej [rys. 1], i odciętą wydobywamy zapomocą odpowiednich cęgów.



O ile przegroda ku tyłowi jest jeszcze skrzywiona, wycinamy ją częściowo zapomocą ostrych kleszczy.

Bardzo często zdarza się, że oprócz skrzywienia przegrody znajdujemy t. zw. wyrostek przegrody, przylegający w dolnej części do spodu nosa. Wyrostek ten stanowi ważną przeszkodę w oddychaniu, z drugiej strony nie pozwoliłby ustawieniu pionowemu błony śluzowej. Zanim jednak usuniemy wyrostek przegrody, należy pozbyć się przedniego końca lemierza [rys. 1], gdyż listwy, przebiegające wzdłuż niego, tutaj mają swój początek, a prócz tego mocno przylegają do spodu nosa. Przedni koniec lemierza stanowi bardzo mocną kość i w wielu razach nie da się usunąć zapomocą zwykłych cęgów. W tych razach posilkujemy się dłutkiem, gdyż przedni koniec lemierza pokryty jest twardą okostną. Po oddzieleniu chrząstki, opierającej się na okostnej lemierza, odłączamy tę okostną zapomocą ostrego elewatora z jednej i drugiej strony lemierza. Następnie opieramy u przedniego kąta lemierza dłutko prawie pionowo do spodu nosa. Asystent uderza w dłutko młotkiem, operujący kontroluje przebieg dłuta, aby uniknąć uszkodzeń sąsiednich części błony śluzowej. Po odłutowaniu przedniej części lemierza, odłupujemy go łatwo przez pochylenie pionowo ustawionego dłuta do linii pionowej. Na tem kończy się najmoźniejsza część operacji. Następnie staramy się zapomocą tępego elewatora oddzielić z jednej i drugiej strony lemierza błonę śluzową aż do spodu nosa. Błonę śluzową z listwy oddzielamy z górnej powierzchni, a następnie staramy się podejść na dolną jej powierzchnię. Udaje się to stosunkowo łatwo po usunięciu przedniej części lemierza wraz z częścią przyczepioną do niego listwy, gdyż ta ostatnia im dalej ku tyłowi, tem bardziej odstaje od spodu nosa. Przekonani o dokładnem odłączeniu błony śluzowej z obydwu stron lemierza, jako też i z listwy, staramy się zapomocą ostrych cęgów [LUCA] wyciąć na pewnej długości część lemierza, położoną pod listwą. Listwę zaś, pozbawioną przyczepu od góry i od dołu, łatwo wylamujemy. Pozostałe części listwy i nierówności chrząstki obcinamy zapomocą obcęgów HARTMANN'a. W ten sposób skrzywiona przegroda wraz z listwą została usunięta. Po oczyszczeniu zapomocą tamponików z waty przestrzeni między warstwami błony śluzowej, usuwamy lusterko, łączymy błony śluzowe obydwu stron i przekonywamy się, czy nie pozostało jeszcze gdziekolwiek kawałka skrzywionej przegrody. Należy starannie dbać o to, aby skrzywienie przegrody zostało usunięte zupełnie, gdyż w przeciwnym razie, o ile pozostała część przegrody chrzęstnej i kostnej, t. zw. rana okna nie ustawiona jest pośrodku, obydwie warstwy błony śluzowej, stanowiące po zagojeniu część przegrody nosa, również będą odchyłone bardziej w jedną lub drugą stronę. Dalszy ciąg przebiegu polega na założeniu do obydwu przewodów nosa tamponów. Przedtem jeszcze staramy się zbliżyć przecięte części błony śluzowej ku sobie. Nakładanie szwu jest zbyteczne. Tampony zakładamy w ten sposób: po wprowadzeniu do przewodu nosowego długiego lusterka, zabezpieczającego podczas tamponowania od fałdowania, albo też usuwania się przeciętej błony śluzowej ku górze, wkładamy odpowiednio do długości przewodu nosowego pas waty, szerokości mniej więcej 2 ctm., na spód nosa,



ubijamy go nieco, na watę kładziemy cienki gumowy dren, uprzednio w kilku miejscach nacięty, następnie na dren kładziemy znowu pas waty. Taki sam tampon wprowadzamy do drugiego przewodu nosowego. Dren zakładamy w tym celu, aby do pewnego stopnia operowany mógł oddychać przez nos i aby umożliwić łatwiejszy odpływ wydzieliny z nosa. Po obmyciu operowanego, kładziemy go przynajmniej na pół godziny, poczem bez obawy pozwalamy mu udać się do domu.

[D. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 95. Beck. Nowa metoda rozpoznawania i leczenia przetok.

Częstokroć ani zgłębnik, ani płyny zabarwione nie są w stanie dokładnie wykazać chirurgowi przebiegu przetoki kostnej aż do samego jej początku, ewentualnie wszystkich jej rozgałęzień i uchyłków. Dlatego też autor wypracował nową metodę, która, jego zdaniem, posiada wielką wartość pod względem rozpoznawczym, a nawet i leczniczym. A mianowicie, jeżeli do przetoki będziemy wstrzykiwali szklaną szpryczką pastę bizmutowo-wazelinową w stanie ciekłym, pod umiarkowanym ciśnieniem i zachowując, oczywiście, wszelkie warunki aseptyki, to przy następnym prześwietlaniu promieniami ROENTGEN'a możemy widzieć kanał przetoki na absolutnie całej jego przestrzeni. [Szczególną wartość w danym razie posiadają obrazy stereoskopowe]. Mając zaś w rękę fotografię rentgenowską, możemy już łatwo zabiegami chirurgicznymi dotrzeć do miejsca, gdzie przetoka bierze swój początek. Jednocześnie autor spostrzegł, że owe wstrzykiwania pasty działają leczniczo same przez się, jak to się okazało na przetokach przy *spondylitis tbc.*, *coxitis tbc.*, *gonitis tbc.*, *empyema plantae*. Aby wyjaśnić to działanie pasty, autor przedsięwziął badania histologiczne, których wyniki niezadługo ogłosi. Do celów rozpoznawczych, oraz początkowego leczenia autor używa kompozycji: *Bismuthi subnit.* 30,0, *Valini albi* 60,0. Do leczenia zaś późniejszego: *Bism. subnit.* 30, *Vasellini albi* 60,0, *Paraffin. mollis* 5,0, *Ceri* 5,0.

(Ztrbl. f. Chir., 1908, Nr 18).

W. Dobr.

### 96. Kausch. Gorączka histeryczna.

Krytyczny przegląd literatury tego przedmiotu doprowadza autora do wniosku, że gorączka histeryczna istnieje w rzeczywistości, jakkolwiek spotykamy się z tem zjawiskiem bardzo rzadko. W większości atoli przypadków, ogłoszonych jako takie, miano do czynienia ze złudzeniem, albo też przyczyną gorączki było inne cierpienie. Można odróżnić trzy typy takiej gorączki: *hyperthermia*, istotna i pseudo-symptomatyczna gorączka; ta ostatnia z podgrupami. Różniczkowanie pozostałych odmian nie jest obecnie wskazane. Jest wielce pożądanem, aby były ogłaszane jeszcze dalsze miarodajne przypadki, t. j. takie, gdzie niema najmniejszej wątpliwości co do faktycznego podniesienia ciepłoty i histerycznej natury tegoż.

(Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Gedenkb. f. Mikulicz). W. Dobrow.



## Przegląd bibliograficzny.

Prof. dr P. F. RICHTER. **Przemiana materji i jej choroby.** Wstęp do nauki fizjologii i patologji przemiany materji dla lekarzy i studentów. Zbiorowe tłumaczenie z niemieckiego pod redakcją KAZIMIERZA RZĘTKOWSKIEGO, ordynatora szpitala Wolskiego. Warszawa, 1908. Nakładem tłumaczy. Str. XII i 423.

Przed paru miesiącami zaznaczyliśmy już w krótkich słowach ukazanie się w druku książki pod powyższym tytułem i gorąco poleciliśmy kolegom i czytającemu ogółowi tę doskonałą, jak ją określiliśmy, książkę.

W miarę rozczytywania się w tem dziele, coraz więcej przykuwa ono do siebie swą treścią, traktującą jedną z największych, może wiecznych, zagadek życia ustrojowego, bo sprawę przemiany materji w stanach prawidłowych i w chorobach. Dla lekarza, przyrodnika, niema chyba bardziej interesującego rozdziału biologji, a chociaż badanie w tym kierunku, mimo rozległych poszukiwań pracownianych i klinicznych, mimo całych archiwów i mnogich pism osobnych, temu działowi medycyny poświęconych, nie są jeszcze doprowadzone do pożądanego, choćby względnie zgodnych wyników, tem niemniej nauka już dziś poszczycić się może wielu cennymi przyczynkami do poznania przemiany materji w ustroju.

Że dotychczas zachodzą jeszcze duże różnice w poglądach badaczy na poszczególne pytania, dziwić się nie można, ze względu na samą istotę poszukiwań, połączonych z wielkimi trudnościami, mimo, że metody badań doszły już do wysokiego stopnia wydoskonalenia. Do ujednostajnienia jednak tych metod jeszcze nie doszło; a że każdy z badających własne swoje zapatrywania pragnie poprzeć własną, nową metodą poszukiwań, zalecając ją jako „najlepszą”, to już nieuniknione następstwo tej żądzy postępu i odznaczenia, jakie niemal każdy badacz wkłada w swoją pracę naukową.

Ta rozmaitość wyników, która niejednego zdumiewa, niektórym poniekąd nawet odejmuje zaufanie do pracy w dziedzinie przemiany materji, nie powinna jednak zadziwiać, z uwagi na to, że mamy do czynienia z różnicami indywidualnymi, zarówno u zwierząt, jak i u ludzi, a zwłaszcza u ludzi. Z tą indywidualnością liczyć się trzeba przy stawianiu wniosków. Już choćby odnośnie zachowania się w chorobach kwasu moczowego, tego ciała, którego badanie datuje od wielu lat dziesiątków, nauka doszła do przekonania, że co do jego wyrobu w ustroju, oraz i wydalania, istnieją u ludzi, tak jak i w stanie zdrowia, indywidualne różnice ilościowe, a kto wie czy i nie jakościowe. Stąd wyniki, uzyskane na jednym ludzkim osobniku, nie dają się do drugiego zastosować w zupełności. A z jakimi to innego rodzaju trudnościami trzeba walczyć przy badaniach nad przemianą materji, gdy zachodzi konieczność nader ścisłego kontrolowania pokarmów, tak różnych swym składem, ich przyswajania w każdym poszczególnym przypadku, uwzględnienia trybu życia, a wreszcie warunków chorobowych i zbroczeń nieprawidłowych.

O tem wszystkim poucza nas książka, o której mówimy. Kolega Rzętkowski zrobił wybór dobry, przyswajając naszemu ubogiemu piśmiennictwu lekarskiemu dzieło ścisłe, a względnie nie za obszerne, zwięzłe traktujące całokształt nauki o przemianie materji. Przedstawienie rzeczy jest pouczające, przejrzyste i nietrudno orientować się w książce. Szczegółowy spis rzeczy obejmuje normalną przemianę materji, pokarmy i ich działanie, choroby, jak moczówkę cukrową, otyłość, dnę i t. d.; choroby krwi i różnych narządów, za-



każne i toksyczne, dalej wpływ terapii na przemianę materii i rozmaite kura-  
cy. Wreszcie najważniejsze metody badania przemiany materii.

Bogaty ten spis dowodzi, że książka omawiana nie tylko dla teoretyka  
jest przeznaczona, lecz zwłaszcza dla lekarza praktyka, któremu, jak to tłó-  
macze w przedmowie zaznaczają, dziełko ułatwi „zrozumienie wielu faktów  
i zjawisk z zakresu przemiany materii, rozproszy mylne ich na to i owo po-  
glądy i niewątpliwie wielu zachęci do badań samoistnych w tym zakresie.“

Kol. RZĘTKOWSKI, znany z prac nad przemianą materii, doskonale czuł po-  
trzebę przyswojenia naszej literaturze lekarskiej dzieła z tej dziedziny i po-  
dziękowanie mu się za to należy od ogółu lekarzy <sup>1)</sup>.

Dzieło wydane pięknie; przekład jasny, niejednokrotnie może jaśniejszy  
niż oryginał, bez wydatniejszych omyłek. Cena b. niska [dwa ruble] i niższa  
niż oryginału. Książka wyszła nakładem tłumaczy, których nie odstraszyła  
obawa, aby choćby koszta druku wróciły się im za pracę.

Miejmy nadzieję, że książka ta nie tylko wkrótce wyczerpaną zostanie, lecz  
okaże się potrzebą nowego wydania, w którym znalazłyby się i pewne uzu-  
pełnienia, ze względu, że oryginał niemiecki wydany został w roku 1905/6.

Oprócz redaktora przekładu, kolegi RZĘTKOWSKIEGO, tłumaczenia doko-  
nali koledzy: BUTKIEWICZ, EIGER, M. HALPERN, STAN. KIJEWSKI, ANAST.  
LANDAU, J. MALINIAK, STAN. MUTERMILCH i WILCZYŃSKI.

*Dr Wacław Mayzel.*

## Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przyznało nagrody następującym  
pracom, złożonym na konkurs im. dra KONITZ'a: kolegi KARCEWSKIEGO p. t. „O ciąży  
śródmiaższowej“ i kol. LORENTOWICZA p. t. „O zagnieżdżaniu się jaja ludzkiego  
w błonie śluzowej jajowodu i histopatologii wczesnych okresów ciąży jajowodowej  
w świetle ostatnich badań. Przyczynek do etyologii ciąży jajowodowej“. Praca ta  
była w roku bieżącym umieszczona w Gazecie Lek.

— Komitet Sanatorium dla niezamożnych chorych w Rudec podaje do wia-  
domości ogółu, że Sanatorium już jest gotowe i że przyjmowanie chorych, bez  
różnicy płci i wyznania, rozpocznie się nieodwołalnie dnia 8-go listopada. Ceny  
miejsc ustanowione zostały, jak następuje: w pokojach o dwu łózkach po 1 r. 50 k.  
od osoby, w pokojach pojedynczych—po 2 r. 30 k., w pokojach z balkonem—po  
2 r. 60 k. dziennie. W to włączone jest całe utrzymanie, opieka lekarska, oraz  
pranie, tak, że poza tą opłatą chory ponosić będzie jedynie koszta dojazdu do  
Sanatorium. Opłata wnosi się za miesiąc z góry. Dojazd do stacji Mrozy kolei  
Terespolskiej, stamtąd 2 wiorsty. W Warszawie wiadomości udziela członek-Se-  
kretarz Komitetu, dr SZUMLAŃSKI—Chmielna 31, od 6—7 po poł.

— Komitet zarządzający Kasą Pomocy dla osób pracujących na polu nauko-  
wem imienia J. MIANOWSKIEGO podaje do wiadomości, że z zapisu JAKÓBA NATANSONA  
przyznane zostaną w r. 1909 dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana  
będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, [matematyka, nauki przyro-  
dnicze włącznie z biologicznymi], ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach:

<sup>1)</sup> Zbliżony treścią „Wykład chemii fizyologicznej i patologicznej“ BUNGE'go, przeło-  
żony przez piszącego te słowa i kol. FLAUMA przed laty, jest obecnie już przestarzały.



1905, 1906, 1907 i 1908; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, lub tym podobnych. Zgodnie z Ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym.

Komitet zarządzający Kasą własnem staraniem usiłował zebrać, dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z członków Komitetu.

— W Ciechanowie dnia 12-go października zmarł dr FRANCISZEK RAJKOWSKI, ceniony lekarz i działacz społeczny.

— W Nowym Yorku zmarł dnia 8-go sierpnia r. b. jeden z wybitniejszych chirurgów i ginekologów współczesnych: GEORGE M. EDEBOHLS w 55-ym roku życia. Był on twórcą śmiałej metody chirurgicznego leczenia przewlekłego zapalenia nerek (*morbis Brighti*), polegającej na t. zw. de kapsulacyi albo dekortykacyi i nerek, którą zastosowano następnie również w eklampsyi.

---

## OGŁOSZENIE.

---

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, że w październiku 1909 roku przyznana zostanie nagroda imienia A. B. HELBICHA w kwocie rubli 150 za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1907 i 1908 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący własnem staraniem będzie usiłował zebrać prace, odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń prosi autorów o składanie ich najpóźniej do 1-go marca 1909 roku na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Autorowie, składający prace w rękopisie, mogą albo od razu ujawnić nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej tem samem, co i rękopis, godniem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś bądź funduszu nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Sekretarz Stały, Dr med. A. Sokółowski.

---

Do N-ru b. dołącza się prospekt p. t. „Nowe środki lekarskie i sposoby ich badania“.

---

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.





# Podagrę, Kamienie nerkowe i Reumatyzm

leczą skutecznie  
**SOLE MŹSUIĄCE LITYNY**  
**Le Perdriel**

[Sels de Lithine Effervescents le Perdriel].

Dzięki działaniu leczniczemu na diatezę artrytyczną przewyższają wszelkie inne środki rozpuszczające kwas moczowy. Kwas węglowy wydzielający się z lityny *in statu nascendi* zapewnia jej działanie.

Korek-miarka odpowiada 15 centigr. soli czynnej.

Zwracać uwagę i żądać firmy Le Perdriel w celu uniknięcia bezskutecznych nieczystych i źle dozowanych podrabiań.

Le PERDRIEL, 11 rue Milton, Paris, i we wszystkich aptekach.

## HEMOGEN MAGISTRA KLAWE

płyn o bardzo przyjemnym smaku, zawierający ŻELAZO i MANGAN w organicznym połączeniu. Stosuje się w przypadkach ogólnego osłabienia, braku apetytu, anemji, chlorozie, neurastenji, po przebyciu chorób gorączkowych, niezytu żołądka, kiszek i t. p. Dawkuje się dla dorosłych 2-3 łyżki stołowe dziennie, dla dzieci 2-3 łyżeczki. Flakon . . . 1.00

## HEMORIN MAGISTRA KLAWE

czopki hemoroidalne, połączenie jodotleniku bizmutu z resorcyną. Pudełko 12 sztuk . . . . . 1.00

## GOMETOL MAGISTRA KLAWE

kapsułki żelatynowe GOMETOL A MAGISTRA KLAWE i GOMETOL B MAGISTRA KLAWE. Stosują się 3-4 razy dziennie po 2 kapsułki przy Gonorhea, Cystitis, Pyelitis i t. p. słoik . . . . . 1.00

Laboratorium Apteki Magistra H. Kławe 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Dla PP. Lekarzy próby na żądanie.

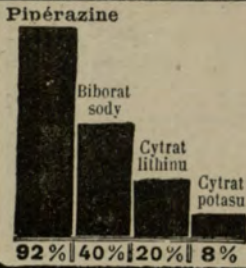
### LECZNICA DLA CHORYCH NA OCZY

# D-RA S. KACZKOWSKIEGO

## Bracka 20, tel. 37-38.



Tablica porównawcza  
ilości kwasu moczowego  
rozpuszczonych w :



## PIPÉRAZINE MIDY

W MUSUJĄCYCH ZIARNKACH

Miarka dołączona do flakonu zawiera 20 centygramów.

W ostrych przypadkach · 3 do 6 miarek dziennie.  
Jako środek zapobiegawczy : 1 do 3 m. przez 10 dni co miesiąc.

Najsilniejszy środek do rozpuszczenia kwasu moczowego.

**PODAGRA, KAMIEŃ NERKOWY, REUMATYZM,  
ARTRYTYZM** we wszelkich objawach.

PRÓBY NA ŻĄDANIE

Apteka MIDY, 140, Faubourg Saint-Honoré. — Paryż.  
Generalny Reprezentant: G. Pommier, 8, Furstadskaja, St-Petersburg

**Bordighera** (Włoska Riviera)  
15 Września—Maj

**Hotel i Kurhaus Cap Ampeglio**



dla chorych dotkniętych cierpieniami żołądka,  
kiszek, nerek, serca, nerwowymi i zaburzeniami  
w przemianie materji.

Postępowanie indywidualne, leczenie dyetetycz-  
ne, elektroterapia, hydroterapia we wszelkich  
postaciach w nowowybudowanym zakładzie wo-  
dolecznicyzm. Prospekty.

Właściciel

J. K ü n z l e r.

Kierownicy zakładu:

Radca dworu Dr. Schwoerer-Bedenweiler

Dr. M. Dapper-Bad Neuenahr

b. wieloletni asystent prof. von Noorden'a w Wiedniu.

Gruźlica i inne choroby zakaźne są wykluczone.

**Szczepionkę przeciwcholeryczną**

metodą Kolle'go przyrządza

**D-r Leon Karwacki**

Sienna 1-e

Flakony a 25 cm. sz. i a 10 cm. sz.

2—2

**Sanatorium D-ra Solmana**

Warszawa, Al. Szucha № 9. Telef. 13-72.

Chirurgia, choroby kobiet, Choroby wewnętrzne.

Wzorowe urządzenia chirurgiczne i kliniczne. Pobyt i opatrunki

od 2,50 do 7 rb. dziennie.

12—8

Dr. Wacław Mayzel, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni do celów  
dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakterjologiczne  
analizy moczu głównie oraz badanie płwociny, nasienia, kału i t. d. Kryoskopja.

Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.

**Ul. Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56**



# MERAN. Hotel Erzherzog Johann.

Przepyszny dom. Zaszczycony odwiedzinami

**J. C. M. Cesarza Franciszka Józefa,**

dworu jako też wielu osób dostojnych

Wystawa Międzynarodowa w „Crystal Palace” w Londynie 1900 r. —

**GRAND PRIX.**

Położenie centralne w stosunku do deptaka, w bliskości kurhausu i teatru  
Kościół katolicki i anglikański.

**Komfort według wymagań nowoczesnych.**

Obszerne eleganckie miejsca dla gier towarzyskich, piękne ogrody  
palmiste, osłonięte od wiatru.

Lokale z wanną i tualetą.

**Najnowsze urządzenia sanitarne.**

Pension dla dłuższego pobytu. Otwarty przez cały rok.

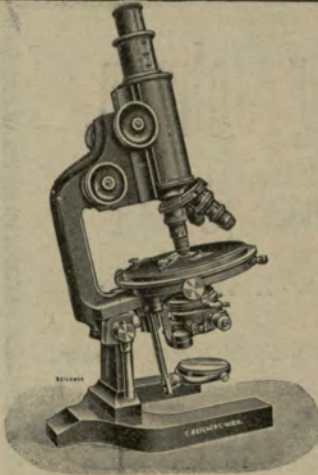


Oryginalne pudełka opatrzone są

niebieską opaską z rosyjskim napisem.

CENA PUDEŁKA 65 KOP.





Wylączne przedstawicielstwo firmy C. Reichert w Wiedniu.

**TOWARZYSTWO URZĄDZEN SZKOLNYCH  
I POMOCY NAUKOWYCH**

WARSZAWA „URANJA“ BRACKA 18.

I-sze piętro

posiada na składzie

**MIKROSKOPY                      MIKROTOMY  
SACHARYMETRY**

Wszeikie przybory do badań bakteriologicznych.

Barwniki D-ra G. Grublera i C-o

Szkło chemiczne czyste.

Szkło miernicze własnego wyrobu.

Biblioteka nasza posiada znaczną ilość cenników laboratoryjnych wydanych przez poważniejsze firmy zagraniczne z których p. p. lekarze stale na miejscu mogą korzystać.

Katar, chrypkę, przeziębienie usuwają

**Karmelki słodowe**

**Ekstrakt słodowy**

Odżywia i tuczy

**Piwo słodowe**

bez alkoholu

Towarzystwo Akcyjne „Ilgecem”, Ryga, zastępca Ludwik Freider,  
Leszno 60.

**ILGECEM**



Polecana przez Paryską Radę Lekarską, stosowana w Paryskich szpitalach i żłobkach

**MĄCZKA SAVOYE**

jako najlepszy pokarm ze wszystkich istniejących, jest najbardziej zalecana przez lekarzy całego świata.