

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnym pismem, lub za jego miejsce  
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy Marszałkowska Nr. 49.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

## FARMAKOLOGIIA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 49, oraz  
w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich  
księgarniach.

Dla lekarzy i studentów medycyny wydane zostały i znajdują się w handlu

J. COHNHEIM'A:

### Odczyty z Patologii Ogólnej.

przekład z 2-go przerobionego wydania z 1882 r. Trzy tomy: T. I. str. 608. T. II. str. 262. T. III  
str. 340. Spis alfabetyczny str. 20. Ogółem 76½ arkuszy druku. Cena 5 rs.

S. JACCOUD:

### Wykład Patologii Szczegółowej.

Przekład z 7-go wydania z r. 1883. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitogra-  
ficznymi. Trzy tomy. T. I. str. 928. T. II str. 984. T. III. str. 961. Ogółem 185 arkuszy druku. Cena rs. 13

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

15—3

KAPSUŁKI i PIGUŁKI  
Z BROMKU KAMFORY  
**DOKTORA CLIN**

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpitacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie **PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.**

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednioty, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zążyć regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS**

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwęższe nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

Zążyć 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu. Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. O. Bujwid. Śluzowe włókna spiralne w płwocinie i wartość ich rozpoznawcza. — II. M. Z w e i g b a u m. Wypadnięcie pochwy z opadnięciem macicy. Wydłużenie szyi macicznej. Częściowe wycięcie przedniej i tylnej ścian pochwy i odjęcie części pochwowej macicy. Wyzdrowienie. — *Dział sprawozdawczy.* 66. H i l l e r. O przymocie płuc i suchotach przymiotowych. — 67. C h a r c o t. Lekcja o migrenie ocznej (*migraine ophthalmique*) miana 9-go Maja 1884 roku. — Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## I. ŚLUZOWE WŁÓKNA SPIRALNE W PLWOCINIE I WARTOŚĆ ICH ROZPOZNAWCZA.

Podał

**Odo Bujwid.**

W r. 1882 Curschmann <sup>1)</sup> ogłosił swe spostrzeżenia nad 60 choremi, dotkniętymi dychawicą oskrzelową. Według autora, dychawica oskrzelowa pierwotna (*essentielle asthma*) jest bardzo rzadką chorobą, istnienie jej jednak zostało dowiedzione przez Romberg'a, Bergson'a, Salter'a, a oparte na nowych anatomo-fizjologicznych podstawach przez Biermer'a i Leyden'a.

Od owej postaci, a zależnej czy to od ośrodkowych, czy też obwodowych zaburzeń układu nerwowego płuc, bez porównania jest częstszą dychawica oskrzelowa wtórna, niedosć wyraźnie po dziś dzień od pierwotnej wyróżniania.

Do wtórnej dychawicy oskrzelowej zaliczyć należy przypadki powstające na drodze odruchów wskutek zaburzeń w różnych narządach (np. w sercu); do tejże kategorii zalicza Curschmann postać chorobową, której nadaje nazwę *bronchiolitis exudativa*, gdzie przyczyną objawów dychawicy ma być swoisty wysięk w drobnych oskrzelach.

Postać ta, najczęstsza, rzadko jednak występuje samoistnie, zwykle zaś łączy się z nieżytem oskrzeli i rozedmą płuc (*emphysema*).

Jako charakterystyczny objaw tej postaci dychawicy, uważa Curschmann pojawianie się w płwocinie szklistych włókienek, skręconych spiralnie, będących niejako odlewami drobnych oskrzeli.

Włókna te autor uważa za charakterystyczne o tyle, że służyć mogą same przez się jako oznaka rozpoznawcza dla dychawicy oskrzelowej.

Przy włóknikowym zapaleniu oskrzeli (*bronchitis crouposa*), ani przy nieżytem, nie tworzą się one, zdaniem autora, gdyż tworzenie się to zależy od właściwej sprawy, którą Curschmann mianem *bronchiolitis exudativa* oznacza.

<sup>1)</sup> Deutsches Arch. f. kl. Med. 1882. T. XXXII. str. 1.

Badając w roku zeszłym plwocinę chorego na dychawicę, dostarczoną mi łaskawie przez D-ra Sokołowskiego, znalazłem w niej w istocie włókna, których wygląd był zupełnie zgodny z opisem Curschmann'a.

Przed miesiącem w klinice terapeutycznej szpitalnej, leżał chory z objawami prawostronnego włóknikowego zapalenia płuc. W 13-ym dniu, chory ten zaczął oddawać plwocinę, znamionującą 3-ci okres choroby z wielką ilością włóknikowych skrzepów. Niektóre z nich, rozpostarte na szkiełku, przedstawiały się jako gałęziaste sznurki, 14 ctm. długości. (Preparat przedstawiony wyobraża rys. 1).

Badane pod drobnowidzem, skrzepy owe ujawniły znaną włóknikową budowę. Kwas octowy sprzezroczyzczał siatkę włóknika i wykrywał w niektórych miejscach włókna, opisane przez Curschmann'a. Znajdowały się one nie wszędzie. Udało mi się jednak odszukać kilkanaście dla obejrzenia drobnowidzowego, jak również dla wysledzenia mikrochemicznych i barwnych odczynów.

Pomienione włókna przedstawiają się w postaci wężykowato pozwijanych nitek; widzialne są one już przy słabych powiększeniach, a dostrzegalne nawet gołym okiem, w postaci przezroczystych wrzecionek i kłębków.

Każde włókienko składa się z dwóch wyraźnych części. Środkowa silnie załamuje światło i przedstawia się w postaci pojedynczej nitki 2—3  $\mu$  grubości (rysunek 2), lub też składa się z kilku lub więcej delikatnych nitek, wokół osi skręconych (rys. 3, 4 i 5). Obwodowa słabo załamuje światło, jest przezroczystą, również z włókien spiralnie skręconych naokoło osi.

Niektóre przedstawiają grubą środkową kolumnę nitek spiralnie zwiniętych, otoczonych przezroczystą warstwą tejże budowy.

Całkowita grubość włókna wynosi 20—40  $\mu$ , a długość 1—3 milimetrów.

Pomienione włókna dają następujące odczyny:

- 1) Kwas octowy pozostaje bez wyraźnego działania.
- 2) Potas gryzący szybko je rozpuszcza.
- 3) Pikrokarmín barwi je słabo żółto.
- 4) Jód barwi je słabo żółto.
- 5) Woda na nie nieoddziaływa.
- 6) Gliceryna je sprzezroczyzcza.

W tej ostatniej, z dodatkiem połowy objętości wody, włókna spiralnie przechowują się dobrze do miesiąca, są jednak mocno sprzezroczyzczone, dodatek zaś wody znów je uwydatnia.

Włókna takowe dają zatem odczyn śluzu czyli mucyny.

Po raz 3-ci znalazłem włókna te przy obustronnym przewlekłym niezycie oskrzeli. Zachowanie się ich i wygląd nie różniły się w niczem od powyżej opisanych.

W tych wszystkich przypadkach, włókna pojawiały się w plwocinie tylko przez czas trwania mocniejszego kaszlu z małą ilością wydzieliny; po trzech dniach nie udało mi się już ich znaleźć. Plwocina przybrała wtedy charakter więcej ropiasto-śluzowy i stała się rzadszą.

Z 60 przypadków, w 4-ech Curschmann spotykał stale, w kilku innych gdzieniegdzie, kryształ Charcot-Leyden'a. Uważa on je jako produkt po-

wstały z włókien spiralnych. Zenker <sup>1)</sup> i Ungar <sup>2)</sup> spotykali je również w tychże warunkach.

W przypadku dychawicy oskrzelowej, spostrzeganym i demonstrowanym w roku zeszłym na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego przez D-ra Sokołowskiego, znalazłem również kryształy pomienione. Nie dostrzegłem jednak ich stosunku do włókien. Leżały one nie w nich, lecz rozrzucone były naokoło. Kryształy te również rozpuszczały się w alkaliach, po kilku godzinach w glicerynie, a po 2 dniach w wodzie.

Nie wchodzę w bliższy rozbiór pochodzenia włókien pomienionych, gdyż brak mi do tego tak większej liczby dokładnych spostrzeżeń, jak również i potrzebnych doświadczalnych danych. Nadmienię tylko, że przypuszczenie Curschmann'a, co do swoistego ich znaczenia upada, gdyż włókna owe pojawiają się przy takich sprawach jak zapalenie włóknikowe i przewlekły nieżyt, a więc nie przy samej tylko dychawicy. Z tego nie wypływa jednak, ażeby włókna takie, składające się z gęstego śluzu, zamykając światło drobnych oskrzeli w wielkiej ilości, nie mogły napadu dychawicy na drodze odruchowej wywołać.

---

## II. Wypadnięcie pochwy z opadnięciem macicy. Wydłużenie szyi macicznej. Częściowe wycięcie przedniej i tylnej ściany pochwy i odjęcie części pochwowej macicy. Wyzdrowienie.

*(Prolapsus vaginae cum descensu uteri. Elongatio colli uteri. Resectio partialis vaginae anterior et posterior. Amputatio portionis vaginalis uteri. Sanatio).*

Opisał

**M. Zweigbaum,**

lekarz miejscowy szpitala starozakonnych w Warszawie.

---

H. F. N. wyrobница, pochodząca z Węgrowsa, 26 lat wieku licząca, zamężna, przybyła w dniu 2 Maja b. r. do szpitala starozakonnych, skarżąc się na opadnięcie macicy i prosząc o usunięcie tego kalectwa, które jej silnie dokucza i w pracy przeszkadza.

Od chorej dowiedzieliśmy się, że w dzieciństwie chorowała na febrę; w 7-ym roku życia zaczął się jej formować garb tylny, którego początek chora wyprowadza od silnego uderzenia w plecy; w 15-ym roku życia dostała pierwszą miesiączkę i odtąd miesiączkowała prawidłowo; w 19-ym roku życia wyszła zamąż, rodziła dwa razy siłami natury, pierwszy raz bardzo ciężko, a dziecko zmarło po 3 tygodniach na „ściski“. Po tych porodach raz jeszcze (temu 8 lat) zaszła w ciążę, lecz w 4-ym miesiącu ciąży, zapadłszy na tyfus, poroniła. Opadnięcie macicy zauważyła zaraz po pierwszym porodzie; odtąd trwało ono stale i powiększając się stopniowo, doszło do zupełnego wypadnięcia macicy na zewnątrz, co zmusiło

---

<sup>1)</sup> tamże str. 181.

<sup>2)</sup> Fortschritte d. Medicin. Nr. 1. 1883.

chorą do szukania pomocy lekarskiej, najprzód w Siedlcach, gdzie jej wianek maciczny założono, lecz bez skutku, następnie w roku zeszłym w Warszawie. Operacja, której dokonał wówczas na niej jeden z lekarzy tutejszych w szpitalu Dzieciątka Jezus, usunęła na kilka miesięcy wypadnięcie macicy. Przez ten czas chora czuła się bardzo dobrze, miesiączkowała prawidłowo, do pracy swej ciężkiej powróciła; stosunków płciowych przez ten czas nie miała. Później jednak, macica zaczęła znowu opadać i wreszcie pokazywać się u wejścia do pochwy, co skłoniło chorą ponownie do szukania pomocy lekarskiej. Z porady mojej udała się na leczenie do szpitala starozakonnych.

\* \* \*

Kobieta wzrostu niskiego (136 ctm.), szatynka, wątle zbudowana, chuda, przedstawia w części grzbietowej kręgosłupa prawostronne skrzywienie boczne (*scoliosis*), wraz ze znacznym wzniesieniem prawej łopatki i odpowiednio temu lewostronne skrzywienie w części lędźwiowej kręgosłupa. Biodro lewe stoi wyżej aniżeli prawe.

Wymiary zewnętrzne miednicy są następujące:

<i>Dist. crist. ilei</i> . . . . .	= 27 ctm.
„ <i>spin. ant. sup.</i> . . . . .	= 26 „
„ <i>trochant. maj.</i> . . . . .	= 29 „
„ <i>tuberosa</i> . . . . .	= 8 „
„ <i>Diamet. Baudelocquii</i> . . . . .	= 19 „

Szpara sromna rozwarta; między wargami małemi widać wypadłe ściany pochwy przednią i tylną w kształcie fałd obwisłych, stykających się z sobą, wielkości orzecha włoskiego. Wprowadziwszy palce w szczelinę między dwoma fałdami napotyka się zaraz część pochwową macicy, którą za podniesieniem ku górze fałdy przedniej, można dojrzeć jako ciało znacznie wydłużone, walcowate, w dolnej wardze wcięciem opatrzone. Śledząc dalej palcem, przekonać się łatwo, że cała macica jest opuszczona ku dołowi, ciało jej nieznacznie powiększone, zgięte ku tyłowi (*retroflexio*), daje się łatwo ku przodowi przechylić, część nadpochwowa szyi macicznej jest również wydłużona, przez co długość kanału całej macicy wynosi 12 ctm.. Cała macica nadzwyczaj ruchoma, przy nadymaniu się chorej jeszcze bardziej się opuszcza, tak iż część pochwowa występuje na zewnątrz z otworu sromnego. *Cystocele* i *rectocele* nieznaczne. Śródkrocze wiotkie, w całości zachowane.

Po prawej stronie części pochwowej, palec śledzący napotyka mostek mięsisty, łączący przednią ścianę pochwy z tylną i dzielący pochwę na 2 nierówne połowy, lewą obszerniejszą, w której mieści się część pochwowa macicy i prawą węższą, tylko palec śledzący przepuszczającą. Mostek ten, przedstawiający się w kształcie tasiemki szerokiej na 1 ctm. ma około 2 ctm. długości i leży dość wysoko, tak, iż *in situ* widzianym być nie może. Przy badaniu chorej w pozycji stojącej, mostek okazał się naprężonym, część pochwowa macicy stała niżej w obręczce lewej, a ciało macicy tuż ponad nią. Mostek ten jest pozostałością

po operacji pośrodkowego częściowego zeszcicia pochwy, wykonanej w roku zeszcizym, prawdopodobnie w celu wyleczenia.

\* \* \*

W przypadku tylko co opisanym mieliśmy więc do czynienia z wypadnięciem przedniej i tylnej ściany pochwy i opadnięciem macicy, której szyja okazała się znacznie wydłużoną (*prolapsus vaginae ant. et post. cum descensu uteri. Elongatio colli uteri*).

Z opowiadania chorej można było wnosić, że pierwotnem jej cierpieniem było wypadnięcie macicy na zewnątrz z wynicowaniem pochwy (zapewne częściowym). Operacja pośrodkowego częściowego zeszcicia pochwy zabezpieczyła ją na czas długi od wypadnięcia macicy, lecz nie przeszkodziła wypadnięciu ścian pochwy i opadnięciu macicy. Widocznie, okrwawienie błony śluzowej pochwy wykonano na zbyt małej przestrzeni, wskutek czego wążka przegroda, będąc ciężarem macicy coraz bardziej rozszerzaną, wyciągnęła się w tasienkę, po lewej stronie której usadowiła się opuszczająca się coraz niżej część pochwowa macicy. Z czasem, prawdopodobnie macica wydostałaby się przez lewą obrączkę na zewnątrz.

Zapobiedz temu można było, jedynie na drodze operacyjnej przez wycięcie części wypadłych z przedniej i tylnej ściany pochwy, wskutek czego po zrośnięciu się brzegów każdej rany oddzielnie, nastąpi zwężenie pochwy, ściany zaś jej wzmocnią się zarazem znacznie przez powstałe ztąd blizny. Ponieważ wydłużona część pochwowa macicy, opuszczając się, rozpychałaby ściany pochwy zwężonej, a cisnąc bezpośrednio na ścianę tylną, przeszkadzałaby gojeniu się rany należało więc ją odciąć i tym sposobem usunąć jednocześnie jedną z głównych przyczyn ciężenia macicy ku dołowi.

Z tego widzimy, że do radykalnego wyleczenia potrzeba było trzech operacji: 1) wycięcia częściowego przedniej ściany pochwy, 2) odcięcia części pochwowej macicy i 3) wycięcia częściowego tylnej ściany pochwy.

Ponieważ chorej kalectwo to bardzo dokuczalo i w pracy przeszkadzało, zgodziła się więc chętnie na operację, do której niebawem przystąpił kol. Rosenthal, na oddziale którego chora została pomieszczoną.

\* \* \*

Stosownie do tego, co się wyżej o podziale operacji powiedziało, postanowiono wykonać ją na trzech posiedzeniach <sup>1)</sup> zaczynając od wycięcia częściowego przedniej ściany pochwy.

---

<sup>1)</sup> Obecnie radzą w ogóle wykonywać częściowe wycięcie przedniej i tylnej ściany pochwy na jednym posiedzeniu (Lassen). Martin w Berlinie na temże posiedzeniu wykonywa także odcięcie części pochwowej z dobrym skutkiem. Postępowanie takie skraca znacznie czas kuracyjny. Ponieważ chora nasza kosztów szpitala nie ponosiła, postanowiliśmy więc operację podzielić na 3 części, spodziewając się przez to lepszych wyników. Chora nasza pozostawała w szpitalu prawie 2½ miesiąca.

*Resectio partialis vaginae anterior.*

Dnia 4 Maja, po ułożeniu chorej na grzbiecie w ten sposób, że części płciowe zewnętrzne znajdowały się na jednej linii z brzegiem stołu operacyjnego, nogi zaś, zgięte w kolanach i rozkraczone spoczywały na kończynach z przodu stołu się znajdujących, i po jej zachloroformowaniu <sup>1)</sup>, przystąpiono do operacji. Pęcherz opróżniono, mostek łączący obie ściany pochwy przecięto pośrodku i nałożono po dwa szwy krwawe na każdą jego połowę, aby zatamować sączącą się krew.

Macica, po przecięciu mostka, przy nadymaniu się chorej nie wypadła na zewnątrz, a tylko nieco niżej się jeszcze opuściła; to dowodzi, że więzy krzyżomaciczne (*ligg. sacro-uterina*), przedtem nader rozciągnięte, pozostając przez rok cały w spokoju, wskutek oporu jaki stawał mostek opuszczającej się macicy, zdołały się skurczyć do pewnego stopnia na nowo.

Następnie wykonano właściwą operację wycięcia częściowego przedniej ściany pochwy, albo tak zwanej ściany pęcherzo-pochwowej, sposobem Hegar'a <sup>2)</sup>. Podczas gdy asystujący odpychał kateterem pęcherz ku górze, operator nałożył 3 pary kleszczyków haczykowatych [*Kugelzange* <sup>3)</sup>] na część wypadłą ściany przedniej, pośrodku na linii pionowej, mianowicie pierwszą w odległości mniej więcej 2 ctm. poniżej wejścia do cewki moczowej, drugą na środku pod pierwszą na jednej z nią linii pionowej, trzecią zaś pod tą ostatnią, w odległości 1 ctm. powyżej części pochwowej. Przy pociąganiu kleszczyków, utworzyła się fałda podłużna, na którą nałożono dość głęboko w kierunku pionowym zaciskadło [*Klemmapparat* <sup>4)</sup>] i dość mocno je zamknęto, przez co fałda rozłożyła się równo. Wtedy zdjęto kleszczyki haczykowate i przeciągnięto przez fałdę pod uciskadłem 19 szwów nicianych, jeden pod drugim, bardzo gęsto, wkłuwając igłę od lewej strony fałdy w odległości mniej więcej 1 ctm. od zaciskadła i wykluwając ją w tej samej odległości po stronie prawej. O tem, czy igła przypadkiem nie została wklutą zbyt głęboko, aż do pęcherza albo do cewki, powiadamiał kateter, znajdujący się w pęcherzu, który w takim razie, przy przesuwaniu go po poprzedniej ścianie pęcherza, uderzałby o igłę.

---

<sup>1)</sup> Przy wycięciu częściowym przedniej ściany pochwy, chloroformowanie jest zbyt ciężkie operacja bowiem nie jest bardzo bolesna. Bywa więc tylko stosowane u osób bojaźliwych i wrażliwych.

<sup>2)</sup> Hegar u. Kaltenbach. Die operative Gynäkologie. 2 Auflage. 1881. s. 591—693.

<sup>3)</sup> *Kugelzange* Hegar'a są zbudowane na podobieństwo amerykańskich kleszczyków do wydobywania kul, z tą tylko różnicą, że mają haczyki dłuższe i opatrzone są zębatym zamkiem.

<sup>4)</sup> Jestto rodzaj kleszczyków prostych, długich na 21½ ctm., mocno zbudowanych, na początku lekko wygiętych ku przodowi, o długich, na powierzchni wewnętrznej karbowanych, ramionach, zamykających się przy pomocy listewki dziurkowanej, umocowanej przez zawiasę na ramieniu lewym; sztyfcik, znajdujący się na ramieniu prawym, wpada przy zamykaniu listewki do dziurek na niej się znajdujących i w ten sposób następuje zaciśnięcie kluczyków. Narzędzie to jest pomysłu kol. Rosenthal'a. Sims w tym celu używał kleszczy podobnych do Ricord'a kleszczyków do zdjęcia stulejki (*Phimosiszange*). Hegar używa t. zw. *grosse Pincette zur Hämostase*. Rysunki zaciskadła Hegar'a znaleźć można w Fritsch'a: *Die Lageveränderungen der Gebärmutter*. 1881, str. 222.



Następnie, rozłożywszy nitki na obie strony, odcięto nożykiem tuż pod zaciskadłem, a więc między niem i szeregiem szwów, fałdę pochwową, która wraz z zaciskadłem odpadła. Wtedy otrzymaliśmy ranę owalną o brzegach równych, opatrzonych 19-tu nitkami szwów, przechodzących w głębi rany. Dwie w ranie dość znacznie krwawiące tętniczki ujęto czasowo w kleszczyki Pean'a. Następnie każdy szew oddzielnie związano na węzelek, zamykając tym sposobem ranę przez zbliżenie jej brzegów (*appositio*). Tam gdzie się brzegi nie zeszyły szczelnie, nałożono szwy powierzchowne. Szwów takich było 8. Razem więc z głębokimi nałożono szwów 27. Szwy krótko obcięto.

Po zamknięciu rany, krwawienie zupełnie ustało. Rana schowała się zupełnie do kanału pochwy. Pochwę przemyto roztworem kwasu karbolowego, ranę zasypano proszkiem jodoformu. Chorą przeniesiono na łóżko i ułożono na grzbiecie z wyciągniętymi nogami, które razem związano.

Wycięta fałda kształtu owalu, jako część ściany pochwy, zawierała wszystkie jej składowe części, wraz z cienką warstwą tkanki łącznej pęcherzo-pochwowej, wśród której widać było otworki tętniczek. Fałda ta, była grubszą pośrodku aniżeli z brzegów, miała długości 6 ctm., szeroka była na 2 palce (prawie 4 ctm.). Na przedniej jej powierzchni, blisko prawego brzegu, sterczał kawałek mostka w kształcie wyrostka, długości mniej więcej 1 ctm., który pozostał na niej po przecięciu mostka i wraz z fałdą był ujęty w zaciskadło.

Przebieg gojenia się rany był wogóle bardzo pomyślny. Raz tylko, mianowicie 3-go dnia po operacji (6. V.), ciepłota podniosła się do 39° C.. Pochwę przemyto roztworem sublimatu (1:1000) i ranę ponownie zasypano jodoformem; do wewnątrz dano łyżkę oleju ryecynowego. Mocz wypuszczano przez kateter, tak jak i dni następnych.

Dnia 8. V. przy ciepłocie 36,5° C., chora dostała miesiączki. Kilka szwów rozluźnionych zdjęto. Pochwę przemyto jak wyżej.

Dnia 11. V. ciepłota 36,5° C., miesiączka ustala.

Dnia 13. V. t. j. dziesiątego dnia po operacji szwy zdjęto. Rana zrosła się na całej prawie przestrzeni *per primam intentionem*, w niektórych tylko miejscach, tam mianowicie, gdzie szwy wcześniej odeszły, gojenie odbywało się z nieznacznym bardzo ropieniem. Leczenie dalsze polegało na pędzlowaniu rany codziennie roztworem jodu i jodku potasu z kilkoma kroplami kwasu karbolowego w glicerynie.

#### *Amputatio portionis vaginalis uteri.*

Dnia 27. V., po zupełnem zagojeniu się rany przedniej ściany pochwy, przystąpiono do odjęcia części pochwowej macicy. Operacji dokonał kol. Rosenthal. Po ułożeniu chorej na grzbiecie, jak do operacji poprzedniej, i opróżnieniu pęcherza, ujęto część pochwową w kleszczyki haczykowate i wyciągnięto na zewnątrz, co się bardzo łatwo udało, z powodu znacznej ruchliwości macicy. Następnie przecięto nożyczkami oba kąty ust macicznych dość głęboko, tak, iż każda warga maciczna utworzyła płat oddzielny; ujawszy przednią wargę w kleszczyki, wycięto z niej klin w odległości mniej więcej 2 ctm. od zewnętrznych ust macicznych dwoma cięciami poprzecznymi w ten sposób, że cięcie pierwsze z powierzchni zewnętrznej, poprowadzone w kierunku skośnym ku górze, spotkało

się w środku wargi z cięciem drugim poprowadzonym z powierzchni wewnętrznej w tym samym co pierwsze kierunku. Przez wycięcie klina utworzyły się w wardze dwa płaty, które złączono za pomocą 6-ciu krwawych szwów, nicianych, węzłkowych, przechodzących w kierunku pionowym przez całą podstawę rany (t. zw. *Umsaumungsnaht* Hegar'a).

W ten sposób błona śluzowa, wyściełająca kanał szyjki macicznej, została spojona z błoną śluzową pochwową, pokrywającą szyjkę od zewnątrz. Dość silne krwawienie z rany ustało natychmiast po związaniu nitek.

Zupełnie w ten sam sposób wycięto klin i z tylnej wargi macicznej, zamykając następnie ranę za pomocą 8-iu krwawych szwów nicianych węzłkowych.

Następnie spojono jeszcze za pomocą kilku szwów przecięte kąty ust macicznych. Pochwę przemyto i ranę zasypano jodoformem.

Wycięte kawałki z warg macicznych miały kształt klinów długości 3 cm. Długość kanału macicy zaraz po operacji wynosiła 9 centymetrów.

Przebieg gojenia się ran był nadzwyczaj pomyślny; ciepłota przez cały czas prawidłowa. Dnia 6 Czerwca t. j. 10-dnia po operacji szwy usunięto. Rany zrosły się doraźnie na całej przestrzeni.

Dnia 13. VI. (17-go dnia po operacji) chora zaczęła gorączkować (39,2° C.), rany jednak okazały się zupełnie zagojonymi, tak iż przyczyny gorączki szukać należało gdzieindziej. Jak się zdaje, gorączka zależała od nawalu przedmiesiączkowego, gdyż 15. VI., razem z pojawieniem się miesiączki, ciepłota spadła do normy (36,8° C.) i nie podniosła się więcej. Dnia 20. VI. miesiączka ustala i chora czuła się zupełnie zdrową.

#### *Resectio partialis vaginae posterior.*

Dnia 24 Czerwca przystąpiono do 3-ciej i ostatniej operacji, której wykonanie kol. Rosenthal laskawie mi ustąpił.

Po opróżnieniu kiszki stolcowej i pęcherza, chorą ułożono jak do pierwszej operacji i zachloroformowano. Sposób operowania ten sam, co i przy pierwszej operacji. Fałdę tylnej ściany pochwy, albo ściany odbytnico-pochwowej, ujęto w zaciskadło, pod które doprowadzono 15 szwów krwawych, nicianych. Palec, wprowadzany do kiszki stolcowej, powiadamiał o tem, czy igła przypadkiem nie została wklutą zagłęboko, mianowicie aż do kiszki.

Po związaniu nitek, okazała się jeszcze potrzeba nałożenia 3 szwów powierzchniowych, szwów więc razem było 18. Pochwę przemyto, ranę zasypano jodoformem. Chorej dano do wewnątrz makowiec.

Płat wycięty kształtu owalu miał długości 5 cm., szerokości 3 cm.. Część mostka, która pozostała wiszącą na tylnej ścianie pochwy po jego przecięciu, uległa zupełnemu zanikowi, tak iż na wyciętym płacie zaledwie ślad jej pozostał.

Przebieg zupełnie pomyślny. Przez cały czas gojenia się rany stan bezgorączkowy. D. 29. VI. nieznaczne krwawienie. Przy badaniu okazało się, że niektóre szwy po środku rany rozluźniły się, a brzegi rany rozszerzyły się na nieznacznej przestrzeni. Szwy te usunięto, ranę zasypano jodoformem. Krwawienie ustało.

Dnia 4 Lipca zdjęto resztę szwów; rana prawie na całej przestrzeni zagoiła się *per primam intentionem*; tylko posrodku tam mianowicie, gdzie się brzegi ro-

zeszły, było nieznaczne ropienie. Miejsce to pędzlowano roztworem jodu i jodku potasu w glicerynie. Po kilku dniach rana zabiłżniła się całkowicie.

Dnia 13 Lipca, chora wypisała się ze szpitala, z kalectwa swego uleczona.

\* \* \*

Przy wypisaniu się chorej ze szpitala, narządy płciowe były w stanie następującym:

Pochwa miała ściany gładkie, niefałdowane. Przednia ściana, dla oka widoczna, stanowiła przednią granicę wejścia do pochwy; tylną zaś jego granicę tworzył brzeg śródkrocza. Tylnej ściany nie było widać poza wejściem do pochwy. Na obu ścianach wyczuć można było pośrodku blizny miękkie, pionowe, pochodzące od ran zagojonych. Śledząc dalej palcem, przekonałiśmy się, że macica stała wysoko w tyłopochyleniu, była ruchomą i zmniejszoną; sklepienia wąskie, część pochwowa krótka, kształtu maliny. Odległość części pochwowej od otworu sromowego równała się długości palca badającego. Długość kanału macicy wynosiła 7 ctm.. Z macicy wydzielala się ciecz śluzowa, w skąpej ilości.

Przy nadymaniu się chorej, przednia ściana pochwy opuszczała się nieznacznie, lecz nie przekraczała wejścia do pochwy. Tylna ściana pochwy pozostawała przy tem na miejscu.

Przy sposobności wymierzyłem długość *conjugatae diagonalis*, która wynosiła 11½ centymetrów.

Dnia 10 Sierpnia, a więc w miesiąc potem, miałem sposobność badać chorą po raz drugi. Przez miesiąc ten chora nasza zajmowała się nianzieniem dziecka i obsługą domową; pomimo tej pracy czuła się bardzo dobrze, niedoznając żadnych dolegliwości ze strony narządów płciowych. Przez ten czas miesiączkowała prawidłowo. Narządy płciowe znalazłem w tym samym co wyżej stanie i położeniu. Rany operacyjne zabiłżniły się całkowicie; blizny zbladły i należycie się wzmocniły.

\* \* \*

Jak więc widzimy stan chorej naszej jest obecnie zupełnie zadawalniający. Ściany pochwy zostały zwężone, utraciwszy fałdzistość, a wskutek blizn pozbyły się zwiotczenia, stały się tęższymi. Macica została osadzoną na miejscu, zwężona bowiem pochwa nie przepuszcza jej przez swój kanał, odcięcie zaś części pochwowej wpłynęło znacznie na zmniejszenie objętości, a więc i ciężaru macicy.

O tem przekonywa nas dostatecznie porównanie wymiarów kanału macicy, a mianowicie:

przed operacją odcięcia części pochwowej macicy

długość kanału wynosiła 12 ctm.

Zaraz po operacji " " " 9 "

Przy wypisaniu się chorej (a więc w 1½ miesiąca po operacji) długość kanału wynosiła . . . . . 7 "

Przypadek ten potwierdza spostrzeżenia Braun'a i Wedl'a <sup>1)</sup>, którzy wy-

<sup>1)</sup> Carl Braun von Fernwald. Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. Wien 1881. 2. Auflage, str. 303.

kazali, że po odcięciu szyi macicznej następuje „prawdziwa przemiana wsteczna rozrosłej macicy, wskutek przeobrażenia tłuszczowego (*Fettmetamorphose*), tak zupełnie jak to ma miejsce przy inwolucyi płożowej“.

Operacje na ścianach pochwy, powyżej opisane, znane są ogólnie pod nazwą *elytrorrhaphia anterior* i *elytrorrhaphia posterior*, co znaczy zeszyte pochwy przednie i zeszyte pochwy tylne <sup>1)</sup>. Idąc jednak za przykładem Fritsch'a <sup>2)</sup> nazwałem je *resectio partialis vaginae anterior* i *resectio partialis vaginae posterior*, ponieważ najważniejszą częścią operacji jest wycięcie pewnej części ściany przedniej lub tylnej, ujętej w całej swej grubości w zaciskadło, a to w celu zwężenia pochwy, ku czemu dopomaga złączenie brzegów takiej rany za pomocą szwów krwawych.

Nazwy *elytrorrhaphia anterior* i *posterior* można zachować dla innego sposobu operowania, zasadzającego się na częściowem obnażeniu (*denudatio*) ściany przedniej lub tylnej pochwy z błony śluzowej i zeszytciu brzegów rany. Najwłaściwszą jednak zdaje mi się nazwa *elytrorrhaphia* dla operacji prof. Neugebauer'a, gdzie jak wiadomo ma rzeczywiście miejsce, częściowe zeszyte obu ścian pochwy, mianowicie pośrodkowe (*elytrorrhaphia partialis mediana*), po ich częściowem obnażeniu z błony śluzowej.

Simon wprowadził jeszcze nazwę *colporrhaphia posterior* (co również znaczy zeszyte pochwy), mianując nią operację, polegającą na jednoczesnem okrwawieniu części ściany tylnej pochwy i wejścia do pochwy (*introitus vaginae*), z następczem zeszytciem brzegów rany. Aby uniknąć zamieszania, Hegar operację taką proponuje nazywać *colpoperineorrhaphia*.

Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć krótkie sprawozdanie z przypadków wypadnięcia macicy i pochwy, leczonych na oddziale chorób kobiecych szpitala starozakonych drogą operacji:

Rok.	<i>Resectio partialis vaginae anterior.</i>	<i>Resectio partialis vaginae posterior.</i>	<i>Resectio partialis vaginae anterior et posterior.</i>	<i>Resectio partialis vaginae anterior et colpoperineorrhaphia.</i>	<i>Colpoperineorrhaphia.</i>
1881	1	—	2	—	—
1882	—	—	2	1	—
1883	2	1	5	—	—
1884	7 <sup>3)</sup> <sup>6)</sup>	—	2 <sup>4)</sup>	3 <sup>5)</sup>	1

<sup>1)</sup> Hegar u. Kaltenbach, l. c. str. 689 i 695.

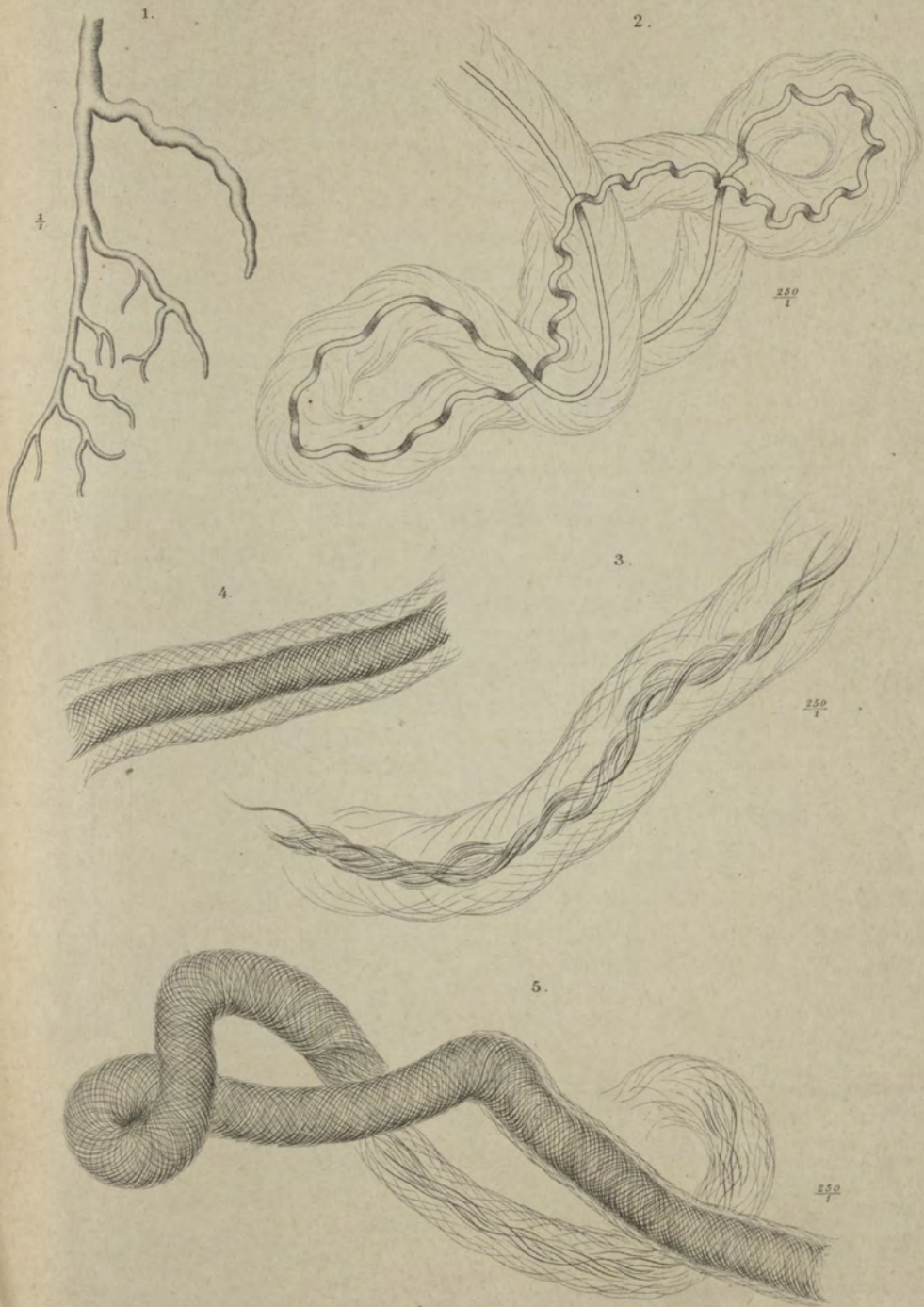
<sup>2)</sup> Cantralblatt f. Gynäkologie. 1881. Nr. 18, str. 425.

<sup>3)</sup> 1 przypadek eum Amput. port. vag. uteri.

<sup>4)</sup> 1 przypadek eum Amput. port. vag. uteri.

<sup>5)</sup> 1 przypadek eum Amput. port. vag. uteri.

<sup>6)</sup> 1 przypadek śmierci.



Razem przypadków 27. We wszystkich leczenie operacyjne zakończyło się pomyślnie i chore zostały z wypadnięcia macicy i pochwy wyleczone z wyjątkiem jednego, który śmiercią się zakończył. Jako przyczynę śmierci w książce oddziałowej zanotowano tyfus. Sekcyi nie zrobiono.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 66. Hiller. O przymiocie płuc i suchotach przymiotowych.

Przymiotowe cierpienia trzewiów w ostatnich dziesiątkach lat stały się przedmiotem troskliwych badań, zwłaszcza od czasu jak Virchow i inni patologowie badali dokładnie punkt wyjścia nowotworów przymiotowych. Od tego też czasu, wiele chorób dotąd ciemnych jak *tabes dorsualis*, *diabetes mellitus* i t. p. zaczęto kłaść na karb przebytego przymiotu. W ostatnich latach zajęto się głównie przymiotem narządów oddechowych, a mianowicie tchawicy, oskrzeli i mięszu płucnego, gdyż przymiot nosa, gardzieli i krtani od dawna był znanym. Podobne owrządzenia, nowotworzenia i blizny, jakie dotąd spotykano w nosie i gardzieli, znaleziono w płucach i tchawicy, w której wywołują zwężenie; tym sposobem mogą się stać przyczyną duszności a nawet śmierci. Takie zwężenie przymiotowe dokładnie opisał Gerhardt i Riegel. Nie tylko Virchow ale i inni uczeni opisują przymiot płuc jako obszerne bujanie tkanki między-zrazikowej i międzypęcherzykowej, prowadzące do stwardnienia całych odcinków płuca. Jest to więc zapalenie śródmiąższowe, zaczynające się przerostem tkanki okołoskrzelowej większych oskrzeli w bliskości wnęki (*induratio centralis*). Punktem wyjścia tej sprawy ma być także *adventitia* naczyń limfatycznych. Towarzyszy mu często *bronchitis*, *peribronchitis* i *arteriitis syphilitica*. Zwykle sprawa zapalna od szczytu płuc rozchodzi się promienisto, niekiedy występuje w oddzielnych zrazikach lub zrazach. Barwa blizn ztąd powstałych, biała lub żółta; niekiedy od barwnika może być czarną lub szarawą. Dawniej takie stwardnienia uważano za wyleczoną gruźlicę. Blizny, wskutek ściągnięcia się, wywołują zmarszczki i zagłębienia na powierzchni płuc.

W innych razach przymiot przybiera postać guzów łącznotkankowych, ograniczonych, sprężystych, wielkości od ziarna grochu do jaja gęsiego, budową drobnowidzową podobnych do gumatów (Virchow). Różnią się one od gruźliczych złogów barwą, spoistością i umiejscowieniem zwykle w średnim płacie płuc.

Świeże, mają barwę mięsa lub szaro-czerwoną, pod drobnowidzem widzimy, że składają się z tkanki ziarninowej obfitej w komórki, ułożone spólsrodkowo dokoła pochwki naczyń. Stare guzy mają barwę żółto-białą, na rozkroju są suche, nie składają się z komórek lecz z tkanki włóknistej. Zmiany te ku obwodowi stają się mniej wyraźne.

Niektórzy autorowie opisują nacieki pod postacią guzików (*Knotige Infiltration*). Rozlany nacieki pojedynczych płatów, o którym znajdują się wzmianki kazuistyczne, uważa autor za wątpliwy. Natomiast przyjmuje 2 postaci zapalenia nieżyłowego zmienionego przez przymiot; zwałobienie białe i nacieczenie galaretowate. Pierwsze często bywa u dzieci przy wrodzonym przymiocie, lecz zdarza się i u dorosłych; polega ono na nacieku rozlanym w pęcherzykach i przestrzeniach między-pęcherzykowych. Płuco takie nie zawiera

powietrza, jest bezkrwiste i białe wskutek ucisku naczyń (Virchow, Hecker) Druga postać jest podobna do pierwszej na pozór. Jest to zapalenie nieżytowe w tkance płucnej obrzękłej i zgęszczonej wskutek bujania tkanki międzyzrakowej.

Tu należy Laennec'a *infiltratio gelatinosa*, a może i t. zw. „*schluckpneumonie*“ różnych autorów. Dalsze przemiany tej drugiej postaci nie są dokładnie zbadane, gdyż i występuje ona zazwyczaj pod koniec życia. Niektórzy opisują jamy w środku takich ognisk galaretowatych, lubo jamy mogą pochodzić także z rozszerzenia oskrzeli, które zwykle towarzyszy zwięzieniom. W płucach przymiotowych znajdujemy i jedne i drugie i ztąd też błędnie przypuszczano, że przymiot płuc sprowadza takie same zniszczenie miąższu jak gruźlica (*phthisis syphilitica*). Literatura ostatnich lat dostarcza nam w tym względzie obfitego materiału, zebranego na chorych cierpiących na zastarzały przymiot. Spostrzeżenia te dowodzą tylko niedbałego badania płuc, lub niekonsekwencji w wywiadach. Często bowiem przyjmują autorowie suchoty przymiotowe u tych chorych, którzy przed paroma dziesiątkami lat mieli trypra lub szankra, a nie podają szczegółowego badania płuc. Nadto zmiany znajduwane przy sekcji, są zawsze różne od zmian spotykanych w suchotach płucnych, sekcje zaś zdarzają się rzadko z powodu wyleczalności cierpienia. Ważną jest jednak kwestyja ze strony praktycznej; gdyż leczenie może być uwieńczone pomyślnym skutkiem w razie pewnego rozpoznania przymiotnego cierpienia płuc. Rzecz jasna, iż rozpoznanie musi być trafne i niewątpliwe, ponieważ samo leczenie rtęcią jest nieobojętne dla ustroju. U chorych gorączkujących, autor nie radzi używać sublimatu, gdyż przyspiesza on tylko zejście śmiertelne. U innych autorów opisujących przypadki wyleczonych suchot przymiotowych, leczenie polegało na użyciu jodku potasu i wód siarczanych. Leczenie to autor uważa za niedostateczne, gdyż sam był zmuszony często uciekać się następnie do rtęci. Drugą ważną kwestyją jest, czy u osób przymiotowych mogą powstawać prawdziwe suchoty gruźlicze? Że mogą, nie ma wątpliwości. Virchow uważa je za dosyć częste. Starożytni badacze opisując suchoty płucne nie zostawili nam jednak dokładnego obrazu, ztąd też i reformator nauki o suchotach Laennec różne sprawy chorobowe pod jedną podciągnął postać gruźlicy płucnej.

Rokitansky i Virchow długi czas wątpili o istnieniu suchot przymiotowych, dopiero w 1877 r. Taussig opisał „*Syphilis universalis sub forma phthiseos*“ i „*gumata syphilitica pulmonis sinistri*“. Dufour ogłosił 1868 r. przypadek „*tuberculosis pulmonum syphiliticæ*“ uleczony rtęcią. Jordan zauważył, że dzieci z rodziców dotkniętych przymiotem, zawsze bywają suchotnikami. Od 1870 roku literatura tego przedmiotu wzrastała z dniem każdym, dość wspomnieć imiona takich autorów jak: Voeczi, Oewre, Mac Swiney, Lacase, Laudrieux, Lancereaux. Ten ostatni przyjmuje nawet dziedziczne suchoty przymiotowe. Aufrecht w 1874 roku opisał dwa przypadki gruźlicy prosówkowatej przymiotowej, a Fournier w dziele swem „o suchotach przymiotowych“ kreśli nam kliniczny obraz tej choroby. Rollet (1875) odróżnia suchoty od przymiotu płuc. Ten ostatni przebiegać ma bez gorączki, z dusznością silną, uczuciem ucisku w płucach, kaszlem męczącym i krwiopluciem. Pod koniec dopiero zjawia się płwocina, taka jak u suchotników. Stopienie w płucach znajduje zwykle w średnich płatach nigdy w wierzchołkach.

Objawy wysłuchowe podobne jak przy suchotach. Grandier, przyjmuje tożsamość suchot przymiotowych i gruźliczych. Poglądy jego jednak nie były nigdy stwierdzone sekcją. Rühle przyjmuje, że przymiot krtani i płuc przebiega niekiedy pod postacią suchot, a przymiotowe nacieki wierzchołków niekiedy bardzo utrudniają rozpoznanie. Robinson odróżnia 13 postaci przymiotu płuc: 1) *gummata*, 2) rozlane zapalenie zaczynające się w dolnych płatach, 3) ograniczone tylko do wierzchołków płuc. Ta ostatnia bardzo jest podobna do suchot

gruźliczych. Shepherd jest zdania, że wiele przypadków suchot galopujących są wywołane przez przymiot. Goodhart przyjmuje tylko, że przymiot może modyfikować istniejące sprawy chorobowe płuc i oskrzeli, suchot jednak przymiotowych istnieniu zaprzecza. Thompson, du Mortel. Koranyi wspominają o gruźlicy przymiotowej. Dopiero jednak w 1880 roku Schnitzler jaśniej nam tę kwestyję przedstawia, zalecając badanie krtani za pomocą zwierciadła, w celu rozpoznania cierpień przymiotowych krtani. O suchotach przymiotowych wyraża się jednak ostrożnie. Pankritius (1881) odróżnia dwie postacie kliniczne: „zapalenie przymiotowe płuc“ i „suchoty przymiotowe“. Sokołowski sądzi, że suchoty przymiotowe nie różnią się przebiegiem od zwykłych, brak tu jednak potów nocnych i gorączki, krwioplucie bywa rzadko. Jamy znajdujące w płucach uważa za powstałe wskutek rozszerzenia oskrzeli lub owrzodzeń.

Zebrawszy bogatą jak widzimy literaturę przedmiotu w mowie będącego, autor podaje nam swój pogląd w ten sposób: w dotychczas ogłoszonych spostrzeżeniach suchot płucnych niedowiedziano dostatecznie istotnego suchotniczego, a zatem destrukcyjnego charakteru cierpienia płuc, ani przymiotowego pochodzenia tegoż, a zatem suchoty płucne przymiotowe na naukowych podstawach oparte, dotychczas dowiedzionymi nie zostały, a zatem nie istnieją jeszcze jako takie w nauce.

Przypadki Aufrecht'a i Sokołowskiego stwierdzone sekcją, wskazują tylko na możliwość kombinacji dziedzicznego przymiotu z gruźlicą. Autor obserwował 2 przypadki przymiotu płuc. Ogół przypadków przymiotu płuc opisanych przez różnych autorów wynosi 87 (z sekcjami); wszyscy zaś opisujący suchoty przymiotowe nigdy nie robili sekcji, ci zaś, którzy sekcję robili (80 z 87) mówią tylko o przymiocie płuc. Tylko Sokołowski, Aufrecht i Pankritius stanowią wyjątek. Zestawione 87 spostrzeżeń autor dzieli na grupy: wątpliwe i niewątpliwe, typowe i nietypowe. Z tej liczby mamy 58 czystych przypadków przymiotu płuc, 29 mieszanych lub wątpliwych. Odjąwszy od pierwszych 2 przypadki „*tuberculosis obsoletae*“ Dittrich'a, mamy 56 przypadków, z których następujące wnioski dadzą się wyciągnąć. Znalezione przy sekcji blizny stare szyfrowate, twarde w 13, bujanie tkanki śródmiąższowej, stwardnienia międzyzrazowe i t. p. w 25, przewlekłe stwardnienia i stwardnienie tak rozlane jak i ograniczone (*peribronchitis*) w 33, *gummata* w 9.

Przymiotowych cierpień oskrzeli, owrzodzeń, zgrubień, stwardnień błony śluzowej, rozszerzeń i zwężeń autor nie uwzględnia. Najczęstszą jak widzimy postać przymiotu płuc, jest bujanie śródmiąższowej tkanki, potem stwardnienie okołoskrzelowe, rzadszą jest postacią rozlane zgęszczenie miąższu, *gummata* i stwardnienie okołoskrzelowe ograniczone. Typowe zmiany przymiotowe płuc, nie różnią się od przymiotu innych narządów wewnętrznych i początek swój biorą z tkanki łącznej. Autor dziwi się bardzo tym badaczom, którzy jamy gładkie, tkanką łączną wysłane, uważają za powstałe wskutek owrzodzeń. Są to bowiem jamy bronchoektatyczne t. j. jamy powstałe wskutek rozszerzenia oskrzeli i nie mają nic wspólnego z gruźlicą ani z suchotami. Za takie uważa je i Gerhard t. Nie typowymi nazywa autor wszystkie te przypadki, w których cierpienie płuc było raczej przypadkowym powikłaniem cierpienia przymiotowego płuc jak np. tak zwane *Schluckpneumonie* lub przedziurawienia tchawicy i t. p. Poszukiwania drobnowidzowe we wspomnianych 56 przypadkach wykazały następujące zmiany:

1) świeże czerwone zwątrobienie zwykle dolnych płatów w 7 przypadkach, 2) białe zwątrobienie u dzieci i dorosłych w 5 przypadkach, 3) nacieki galaretowate w 4-ch, 4) *carnificatio* płuc w dolnych i średnich płatach w 2-ch, 5) *splenisatio* dolnych płatów obu w 1, 6) przymiotowe cierpienie naczyń limfatycznych w dwóch.

Rozpoznawanie przymiotu płuc za życia może być tylko prawdopodobnem nigdy jednak pewnem. Objawy kliniczne, duszność, kaszel, skąpa, niekiedy krwa-



wa płwocina, wygląd charłaczy i inne nie są wcale charakterystycznymi. Badanie fizykalne płuc daje nam *kriterium* nie pewne, zwykle mamy tylko objawy niezytu, niekiedy oddech oskrzelowy i zgęszczenie mięjszu, rzadko stępiecie wyraźne. Niektórzy utrzymują, że guziczek wielkości orzecha laskowego, mogą oznaczyć za pomocą opuku (!). Jamy rozpoznac jest daleko łatwiej. Gorączka bywa tu rzadko i wywołaną jest przez sprawy zapalne płuc. Stan ogólny długo może pozostawać bez zmian, a charłactwo dołącza się dopiero przy wystąpieniu poważniejszych powikłań. Ważnymi przy rozpoznaniu są dane anamnestyczne, przebyty przymiot i badanie krtani. Szankry i tryprzy, o których wspomina Pankratius niezego jeszcze nie dowodzą. Badanie krtani i nosa jest bardzo ważnym i chroni od błędów w rozpoznaniu. Odróżnienie cierpienia przymiotowego płuc od suchot płucnych wobec starannych wywiadów i starannego zbadania chorego nie będzie wtedy tak trudnym jak to sądzą niektórzy, tem łatwiejszym stało się ono od czasu gdy badanie płwociny wykazuje nam w razie istnienia gruźlicy, obecność laseczników, których nie znajdziemy przy cierpieniu przymiotowym.

W końcu autor przepowiada, że termin używany obecnie „*phtisis syphilitica*“ niedługo zniknie w literaturze lekarskiej.

(*Charité-Annalen*, 1884.)

A. Malinowski.

**67. Charcot. Lekcja o migrenie ocznej (*migraine ophthalmique*)** miana 9-go Maja 1884 roku. *Contribution a l'étude de la migraine ophthalmique. (Extrait de la Revue de Médecine*, 1884).

Migrena oczna była już dawniej opisaną, ale pod innymi nazwami; i tak: Listing, Dianoux opisywali takową pod nazwą *scotome scintillant*, Foerster, pod nazwą *amaurose partielle, fugace*, Airy pod nazwą *Trichopsie*, Mautner pod nazwą *scotome scintillant hémioptique*.

Jednym z głównych i najczęściej pierwotnych objawów, od którego jest zależną i nazwa migreny ocznej jest zaburzenie wzrokowe. Zaburzenie to polega na pojawieniu się pewnego rodzaju *scotomy* (blyskawki) migającej w oku. Postać i rodzaj tej blyskawki przez wszystkich chorych, dotkniętych tą chorobą, prawie jednakowo jest opisywaną. Blyskawki te w czasie swego trwania ulegają pewnym przemianom. Najprzód, w polu widzenia, na pewnej przestrzeni od oka pojawia się kółko niewielkie blyszczące, srebrzyste, o brzegach nierównych, w postaci linii załamanej, niekiedy w różne kolory zabarwionej. (najczęściej w kolory różowy, niebieski i żółty). Kółko to znajduje się w ciągłym migającym ruchu. Następnie w środku tego kółka pojawia się czarna plamka. Część blyszcząca kółka się zwiększa i kółko staje się kołem o coraz to większym i większym promieniu. Wskutek zaś zciemnienia części środkowej, kółko przyjmuje kształt pierścienia blyszczącego, migającego, o brzegach w postaci linii załamanej, zabarwionej w różne kolory. Pierścienie ten najprzód znika w części nosowej, następnie w części dolnej i zewnętrznej, w górnej części pozostaje najdłużej. W tej postaci przerwanej pierścienia, blyskawka trwa najdłużej, zajmując część pola widzenia, przeszkadza patrzeniu. Ruch oka wprawia w ruch i tę blyskawkę. Żrenice podczas istnienia tego rodzaju blyskawki, najczęściej są zwężone i nierówne, więcej zwężona jest w oku, w którym blyskawka zdaje się istnieć, mówię zdaje się istnieć, gdyż zawsze blyskawki tego rodzaju są hemioptyjne.

Gałęzowski w chwili takiego zaburzenia wzrokowego, znajdował brodawkę nerwu wzrokowego małokrwiastą. Po zniknięciu blyskawki, najczęściej występuje ból głowy z tejże strony, z której dawała się obserwować blyskawka. Z początku ból głowy ogranicza się do małej przestrzeni, ale stopniowo się rozszerza na całą połowę głowy. Głowa, przytem, staje się gorącą. Przy *maximum* natężenia bólu głowy, chorzy doznają zawrotu głowy. Nakoniec na zakończenie napadu pojawiają się nudności i wymioty.

Zatem, zaburzenie wzrokowe, ból głowy, nudności i wymioty stanowią cały komplet objawów choroby zwanej migreną oczną.

Lecz niektórych z tych objawów niekiedy może brakować, wówczas będziemy mieli tak zwaną migrenę oczną poronną (*fruste*). Naprzykład, może istnieć li tylko zaburzenie wzrokowe, albo być zaburzenie wzrokowe i ból głowy, albo też zaburzenie wzrokowe może być bardzo nieznaczne, a istnieć tylko ból połowiczny głowy i wymioty i wówczas migrena oczna może być przyjętą za migrenę zwykłą. Dalej zaburzenie w oku i ból połowiczny głowy mogą być od siebie oddzielone pewnym przeciagiem czasu (*migraine dissociée*). Nakoniec migrenie ocznej mogą towarzyszyć inne zaburzenia, np. zaburzenia mowy, czucia, ruchu mięśni, twarzy i kończyn. Wówczas będziemy mieli migrenę oczną skomplikowaną (*migraine ophthalmique accompagnée*).

Zaburzenie mowy (*aphasia*) jest najczęstszą komplikacją. Niekiedy jednocześnie z afazyją bywa i agrafija. Właśnie prof. Charcot na lekcyi swej przedstawił chorego dotkniętego migreną oczną skomplikowaną afazyją i agrafiją. Chory lat 45, już od lat 15 cierpiał na migrenę, z początku takowa miała charakter zwykłej migreny, t. j. napady ograniczały się bólem głowy i wymiotami, lecz z czasem chorey doznawać zaczął przyćmienia wzroku z prawej strony i zaczęły się błyskawki migające przed okiem pokazywać. Pewnego znów dnia chorey doznał uczucia mrowienia i zimna w prawej stronie twarzy i w prawej górnej i dolnej kończynach. Do tych objawów przyłączyła się czasowa utrata mowy. Następnie przez parę miesięcy chorey pozostawał wolny od napadów, aż na nowo zaczęły go męczyć.

Napad najczęściej rozpoczynał się w godzinach wieczornych od hemiopii, poczem występowały wymioty i pojawiała się błyskawka migająca w oku, która w ten sposób się rozwijała. Na czarnym polu widzenia zjawiał się obłoczek biały, srebrzysty, znajdujący się w ciągłym ruchu. Obłoczek ten stopniowo się rozszerzając, tworzył rodzaj łuku o brzegach w postaci linii załamanej, zabarwionych na kolor czerwony. Po zniknięciu błyskawki, występował ból głowy. To stanowiło pierwszy period napadu. W godzinę potem chorey utracił możność mówienia, występowała afazyja. Chory przytem słyszał, że mówią do niego, ale co mówią, nie pojmował (głuchota wyrazowa: *surdité verbale*). Chory mógł myśleć, ale wyrazić myśl swą słowami nie mógł, jednakże mógł poruszać wargami, językiem (*aphasia motrice*).

Chorey nie mógł czytać, chociaż widział dokładnie litery (*cecité verbale*). Chcąc pisać, brał pióro do ręki, poruszał ręką, ale ani jednej litery nie mógł napisać (*agraphia*). Ten drugi peryjod u chorego trwał również około godziny, poczem występował trzeci peryjod. Mrowienie w rękę i ból w oku. Napad kończył się snem.

Oprócz zaburzeń mowy, najczęstszą komplikacją bywają zaburzenia w czuciu, w postaci mrowienia, zdrętwienia ręki lub nogi, a niekiedy i całej połowy ciała.

Zaburzenia w sferze ruchowej są rzadsze od zaburzeń czuciowych. Niekiedy ma miejsce tylko pareza, niekiedy znowu kompletny paraliż. Pareza ta jak również i bezwład niekiedy ograniczają się do ręki lub twarzy, niekiedy znowu zajmują całą połowę ciała. W innych znowu razach migrenie ocznej towarzyszą napady w rodzaju epileptycznych (*epileptiforme*).

Jedną z cech charakteryzujących migrenę oczną jest jej przejściowość i krótkie trwanie. W przypadkach zwyczajnych zaburzenia wzrokowe trwają od kilku minut do pół godziny, rzadko dłużej. Ból głowy trwa najdłużej, godzin kilka. Zaburzenia mowy, czucia i ruchu są również przejściowe. Jednakże, jak to zauważył prof. Charcot wszystkie te objawy mogą się stać objawami stałymi: i tak, połowiczne porażenie, *aphasia*, zaburzenie w czuciu, bezwład, będąc z początku przej-

ściowemi mogą pozostać stałemi. Ztąd wniosek, że przepowiednia przy migrenie ocznej nie zawsze jest dobrą. Jeżeli z jednej strony zdarzają się przypadki, że przez całe życie istnieją tylko błyskawki migające i hemiplegja, bez albo z bólem głowy, z drugiej strony, mogą być przypadki, w których migrena oczna zjawia się z komplikacjami, które z przemijających stają się stałemi.

Chorobie tej ulegają jednakowo jak mężczyźni tak i kobiety. Najczęściej w wieku dojrzałym. Częściej zostają takową dotknięte osoby nerwowe, bezkwiwiste; ale niekiedy spotykamy takową u ludzi zupełnie zdrowych.

Pierwszy napad pojawia się najczęściej bez żadnej widocznej przyczyny, albo wskutek uciążliwej pracy umysłowej, albo po wielkiem zmęczeniu fizycznym, albo po jakich bądź nadużyciach. U osób dotkniętych nieżytem żołądka, migrena oczna występuje przy wzmoczeniu się objawów niestrawności. Niekiedy głód jest przyczyną tego stanu chorobowego. Mautner opisuje kobietę, która bywała dotkniętą migreną oczną tylko podczas ciąży.

Komplikacje, jakie niekiedy towarzyszą migrenie ocznej, w części rzucają światło na patologię tej sprawy. One wskazują, że zaburzenia wzrokowe w tej chorobie nie mogą być objaśnione li tylko spazmem tętnic siatkówki, jak to chcą mieć Brewster i Quaglino, nie mogą być objaśnione li tylko nerwobólem nerwu wzrokowego (Dianoux, Mautner). Jest to przejaw zaburzeń w mózgu prawdopodobnie skutek czasowej niedokrwistości takowego, na co wskazuje zwężenie naczyń siatkówki. Dla tego też, zdaje się, że objaśnienie migreny ocznej podane przez du Bois-Raimonda, jest najbliźszem prawdy. On przypuszcza, że przyczyną migreny ocznej jest podrażnienie nerwu sympatycznego, prowadzące za sobą, zwężenie kurczowe naczyń mózgu, a ztąd i niedokrwistość takowego. Hipoteza ta wyjaśnia i powstawanie komplikacji, ich przejściowość i stałość. Przejściowość takowych tłumaczy się czasowem zaburzeniem w krążeniu mózgu, przejściową niedokrwistością takowego, stałość zaś, skutkiem dłuższej trwającej niedokrwistości — ograniczonym obumieraniem mózgu (*necrobiosis*).

Co się tyczy leczenia, to prof. Charcot zaleca podawanie bromku potasu w dużych dawkach i radzi leczyć jak tylko będą zaobserwowane pierwsze objawy tej choroby. Leczenie powinno trwać przez kilka miesięcy.

E. Kornilowicz.

## ZJAZD IV LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 38).

Woda więc Karlsbadzka rozwija swój wpływ przeważnie w żołądku, a działanie jej należy tu uważać jako miejscowy środek podrażniający.

W ten sposób zachowuje się woda Karlsbadzka w przypadkach względnie fizyologicznych. W przypadkach zaś patologicznych różnice w zachowaniu się dostrzeżone są następujące:

1. W przypadkach kwaśnego nieżytu żołądka z wygórowaniem kwaśności płynu, w żołądku zawartego, zachowanie się jest podobne.

2. W rozszerzeniu żołądka cała akcja działania wody trwa długo, gdyż sole pozostają w żołądku godzinami, a nawet całą noc, a z tem idzie w parze zniszczenie siły trawiącej zawartości żołądka w obec wygórowanej kwaśności.

3. W przypadku zaś nieżytu śluzowego, gdzie zawartość żołądka i podczas trawienia białka pozostaje prawie obojętna lub nawet alkaliczna, to w niektórych tego rodzaju przypadkach pozostawała woda Karlsbadzka bez wpływu na kwaśność i siłę trawiącą płynu wydzielonego, w innych zaś w miarę dłuższego stosowania wody Karlsbadzkiej zwołna zawartość żołądka stawała się kwaśną i trawiącą.

Z dodatkich zaś objawów podmiotowych zauważył prelegent w wielu przypadkach ulgę miejscową, mianowicie: zmniejszenie lub ustanie zupełne zgagi, stałe zmniejszenie palenia w dołku podsercowym, zmniejszenie uczucia gniececia i ciężkości w żołądku, a prawie zawsze polepszenie trawienia.

W dalszym ciągu rozbiiera autor krytycznie na podstawie swych doświadczeń wskazania i przeciwwskazania do stosowania wody karlsbadzkiej, podaje racjonalny sposób leczenia chorób żołądka i jelit zapomocą wody karlsbadzkiej i wskazówki dyjetetyczne. Następnie przestrzega przed stosowaniem znacznych ilości wody karlsbadzkiej i przez długi przeciąg czasu i podnosi ważność kontrolowania postępu leczenia, badając funkcją żołądka zapomocą metody podanej przez niego i Gluzińskiego. Badanie to ma na celu, by przez za długie stosowanie wody karlsbadzkiej trawienia i ogólnego odżywienia nie upośledzić.

W końcu podnosi prelegent możność wykazania namacalnego wpływu i skutków leczenia zdrojowego przez ścisłą obserwację i badanie, a tem samem i możność dokładnego określenia wskazań i przeciwwskazań do stosowania pewnego zdrojowiska, na czem obecnie przy braku kliniczno-doświadczalnych obserwacji zbywa, dlatego zwraca się do lekarzy zdrojowych z umotywowanemi wnioskami, które były wydrukowane w Nr. 25 Gazety Lekarskiej z b. r.

6. Wnioski te uznane za potrzebne, jednomyślnie zostały przez zgromadzonych kolegów przyjęte i postanowiono prosić redakcyję pism o wydrukowanie ich, a Towarzystwo lekarskie o rozprzeźwienie pomiędzy lekarzami zdrojowymi i zachęcenie tych ostatnich do postępowania według myśli we wnioskach wyrażonej.

Po przeczytaniu powyższej pracy wszczęła się żywa dyskusya, w której udział przyjął D-rowie Rejchman, Gluziński i prelegent. Następnie D-r. Pacanowski czyta „O klinicznym znaczeniu obecności peptonów w moczu“. Kwestya ta została dopiero w ostatnich czasach należycie uwzględnioną i to dzięki badaniom prof. Maixnera, który już na Zjeździe Krakowskim wygłosił teorię, iż peptonomocz (*peptonuria*) występuje w okresie rozejścia się (*resolutio*) spraw zapalnych i zależy od rozpadu ciałek ropnych i wydalania z nich peptonu. Pacanowski stwierdził badania Maixnera, a nadto przekonał się, iż peptonomocz istnieje też przy chorobach zakaźnych (tyfus brzuszny, płonica, ospa, róża), przy rakach żołądka, wątroby, przelyku, odbytnicy i macicy. *Peptonuria* w razach wątpliwych może rozstrzygnąć kwestyją, czy mamy do czynienia z rakiem wątroby, czy też np. z kamieniami żółciowemi. W każdym razie nie możemy peptonurii nadawać tego ważnego dyagnostycznego znaczenia, o jakim mówi Jaksch; objaw ten ma raczej wartość czysto naukową, wzbogacającą naszą semiotykę, aniżeli wartość praktyczną.

Prof. Maixner z Pragi: Zajmujące spostrzeżenia kol. Pacanowskiego zaiste wiele się przyczyniają do rozjaśnienia spornej tej sprawy. Moje też badania wykazały pepton w moczu u dotkniętych rakiem żołądka. Ponieważ w przypadkach tych rozpad leukocytów jest mierny, trzeba się zastanowić nad tem czy peptonomocz niema tu innej przyczyny. Z doświadczenia Hofmeistera na trawiącym żołądku wynika, że białe komórki gromadzące się w gruczolach żołądkowych przy trawieniu pepton absorbują i w tkankę organów jako białko gotowe składają; jeżeli ściana żołądka lub kiszki gdziekolwiek ma defekt, wtenczas pepton wnika wprost do krwi i zjawia się w moczu. Trzeba tedy rozeznawać dwie formy peptonomoczu: jedną, wynikającą z rozpadu komórek ropnych i drogą z wchłaniania peptonu w żołądku.

Rejchman a prosi o wytłomaczenie dla czego pepton wchłonięty przez uszkodzone miejsce w żołądku przechodzi do moczu, kiedy Schiff wstrzykując pepton pod skórę w moczu go nieznajdował.

Pacanowski na to odpowiada, że w doświadczeniach Ploss'a i Gerygusa pepton wstrzyknięty do żyły szyjowej zawsze się w moczu pojawiał.

Gluziński zwraca uwagę na odkrycie Brückego wykazujące, że w każdym moczu jest istota trawiąca podobna do pepsyny, a wskutek tego, należy być ostrożnym w wnioskach, jeżeli mocz, zawierający białko, przedstawia odczyn na pepton.

Prof. Maixner czyta rzecz p. t.: „otrucie fosforem ze stanowiska klinicznego“. Prelegent rozbiiera niektóre kliniczne oznaki, mówi głównie o zachowaniu się ciepłoty, tętna, moczu i t. p., o występowaniu wysypki i t. d.. Przy otruciu fosforem można skonstatować bujanie tkanki łącznej wokoło komórek wątrobowych. Ważną kwestyją do rozstrzygnięcia jest; czy ta bujanie tkan-

ki łącznej ustępuje, czy też idzie dalej. W niektórych przypadkach autor spostrzegał marskość wątroby, jako następstwo otrucia fosforem. Zejsie to zostało doświadczalnie sprawdzone przez Weyner'a, który podawaniem przez dłuższy czas zwierzętom fosforu doprowadzał ich wątroby do stanu marskości. Podobne doświadczenia robi też obecnie prelegent i obiecuje wyniki w przyszłości ogłosić.

D-r C z a r d a z Pragi mówi o „*Rhinoepilepsii*“ na podstawie 12 ściśle przez się obserwowanych przypadków. W dwóch przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie li tylko wskutek leczenia miejscowego, w innych spostrzegać się dawało mniejsze lub większe polepszenie. Wnioski do jakich prelegent dochodzi są następujące:

1) *rhinoepilepsia* powstaje wskutek podrażnienia zakończeń nerwu trójdzielnego w nosie, podobnie jak *epilepsia ab aure laesa* wskutek drażnienia gałązek tego nerwu, rozprzestrzeniających się w uchu,

2) jako dowód związku epilepsji z cierpieniem nosa służy badanie rinoskopem i skuteczność leczenia miejscowego.

Prelegent kończy swój odczyt zachętą do badania nosa i ucha w każdym przypadku padaczki, płasawicy i t. d..

Prof. D-r S t e f f a l z Pragi mówi: „o wrodzonych szczelinach w szwie ciemieniowym i potylicowym u dojrzałego płodu“. Rzecz ta ma ważne znaczenie w medycynie sądowej i w położnictwie.

Nakoniec D-r S a w i e k i mówi: „o związku przyczynowym zjawisk zachodzących w nerwach“. Wnioski do jakich prelegent na zasadzie krytycznego rozbioru znanych faktów biologicznych dochodzi są następujące:

1) Prąd elektryczny nerwowy zależy od odżywiania włókna osiowego.

2) Ponieważ powierzchnia odżywcza ostatniego jest ciągłą, nieprzerywaną żadnymi przegrodami jak cząstki mięsne we włóknie mięśniowym, więc i elektryczność prądu nerwowego, jako dodatnie napięcie w pochwecie nerwu przy anodzie prądu polaryzacyjnego i jako ujemne napięcie wnętrza włókna osiowego przy katodzie (pr. pol.) działa odpychając na odpowiednie napięcie anody i katody prądu polaryzacyjnego. Dla tego prąd polaryzacyjny wstępując w nerw dzieli się na dwie gałęzie: a) główną wewnątrzbiegunową, pobudzającą nerw i b) gałęzie boczne zewnątrzbiegunowe, które od anody przez pochewki nerwowe dochodzą do końca anodowego nerwu i tam dopiero przez warstwę nieczynną elektrycznie wstępują we włókno osiowe, przechodzą przez nie; na katodowym jego końcu wchodzi znowu do pochewek, a stąd do katody. Przewiązując nerw czynimy przewiązane miejsce nerwu nieczynnym elektrycznie, dla tego też elektrotonus nie rozszerza się poza miejsce przewiązane.

3) Fala pobudzenia nerwowego jest identyczną, z falą tonu podłużnego, powstającego w prętach metalowych przy przerywaniu przechodzącego przez nie prądu elektrycznego. Z tego wynika, że ujemne wahanie prądu nerwowego przy czynności nerwu zależy albo od odwrotnego prądu, powstającego wskutek ciśnienia cząstek nerwu poprzednio trących się pomiędzy sobą, albo też wskutek powstającej w fali pobudzenia zmiany oporu.

4) Tworzenie się pobudzenia przy katodzie prądu, polaryzującego nerw, zależy od ciśnienia, jakie wywiera tenże prąd na części płynne włókna osiowego (osiadanie kataforyczne); drgania bowiem cząstek nerwu mogą najswobodniej szerzyć się tylko w kierunku tego ciśnienia.

5) Powiększenie pobudzalności w części nerwu katelektrotonicznej zależy nie tylko od tego działania mechanicznego (tu tylko ruch cząstek jest swobodniejszy), lecz i od działania elektrolitycznego prądu polaryzacyjnego, ponieważ kationy, jako alkalia działają tu, jak i na ruchy innych ciałek protoplazmatycznych, pobudzając, w części zaś anelektrotonicznej aniony działają jako kwasy, przynębiająco.

II. P o s i e d z e n i e o g ó l n e zamknęło czynności IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Na posiedzeniu tem pierwszy prof. Szokalski miał wykład „O Andrzeju Śniadeckim, a mianowicie o wpływie teorii jestestw organicznych na ogólny rozwój biologii społecznej“. Następnie D-r R a k o w s k i z Inowrocławia przeczytał swą pracę p. t. „Tajemnica życia“. Oba te wykłady do streszczenia się nie nadają.

Z kolei przewodniczący, czezigodny D-r M a j e r zakomunikował, iż tak prezydent miasta Lwowa, jak Towarzystwo lekarzy galicyjskich i galicyjskie Towarzystwo aptekarskie, telegraficznie zapraszają zgromadzonych kolegów na przyszły Zjazd do Lwowa.

Zaproszenie to przyjmują obecni żywymi oklaskami i uchwalają przesłać telegraficzne podziękowanie p. prezydentowi miasta. Po wyzerpaniu porządku dziennego, D-r W i e h e r k i e w i e z, jako przewodniczący wydziału gospodarczego, wygłosił pożegnalne słowo, które bezwątpienia wszystkim na zawsze w pamięci pozostanie. Mowa czezigodnego kolegi była często przerywaną hucznymi oklaskami.

Po pożegnalnem przemówieniu D-ra W i e h e r k i e w i e z a zabrał głos prof. M a j e r. Zaznaczywszy znaczenie naszego zjazdu pod względem naukowym, Szanowny prezes Akademii Umiejętności dziękuje w imieniu zgromadzonych obywatelstwu Poznania i całej Wielkopolski za serdeczną staropolską gościnność, za serca i ręce, „które otworzyli dla przyjęcia naszego, dla ułatwienia pracy i uprzyjemnienia naszego pobytu“. W końcu prof. M a j e r zwraca się do Czechów, gorąco im dziękując za udział w zjeździe.

Prof. R o s t a f i Ń s k i wniósł podziękowanie dla Wydziału gospodarczego Zjazdu, który miał do pokonania wielkie trudności, a jednak je pokonał. W końcu przemówił prof. S t e f f a l z Pragi dziękując zebranych za ciągle okazywanie najwyższej sympatyi delegatom czeskim. Mowę profesora S t e f f a l'a przyjęto grzmiącemi oklaski, poczem zaniknął przewodniczący IV Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Nazajutrz odbyła się towarzyska wycieczka do Gniezna, Inowrocławia i Kruświcy. W szczególności tej wycieczki wdawać się tutaj nie mogę, zaznaczę tylko, że udała się wyśmienicie i że z pewnością wspomnienie o niej każdy z uczestników na długo zachowa.

Kończąc niniejsze sprawozdanie z IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, muszę wspomnieć, iż nasz czezigodny prof. S z o k a l s k i, z powodu jubileuszu 50-letniej pracy na polu lekarskim, był przedmiotem ciągłych zasłużonych owacyj. Między innymi D-r T a l k o ofiarował jubilatowi dziełko swe dotyczące się Historii oftalmologii w Polsce, a delegaci czescy okazali wydany na cześć prof. S z o k a l s k i e g o numer czasopisma lekarskiego wychodzącego w Pradze p. t. *Časopis lékařův českých*“.

---

## Wiadomości bieżące.

---

Warszawa. W Lipcowym zeszycie „*Annales d'hygiene publique*“ znajdujemy regulamin choleryczny wypracowany przez D-rów Brouardela, Pasteur'a, Peter'a, Proust'a, Legonest'a, Roeharda, Gallarda, Vallina i Nicola'sa, na żądanie ministra handlu i na żądanie tegoż do uznania Akademii lekarskiej przedstawiony. We wstępie komisya uzasadnia proponowane przez się środki, oraz wyluszcza obszernie bezskuteczność wszelkich kwarrantan i odosabniania całych miejscowości; nie tylko poprzednie epidemie, ale i obecna aż nadto dobitnie wykazały, że nie ma sposobu ograniczyć epidemii, jak tylko cholera na ląd stały się dostanie. Również nie możliwym jest zupełnie opróżnianie domów, w których się pokazała cholera, wkrótce bowiem zabrakłoby w mieście mieszkań. Potępia też komisya te śmieszne okadzania podróżnych, jakie się praktykują na dworcach niektórych dróg żelaznych, natomiast proponuje urządzenie na większych stacyjach służby lekarskiej, któraby dawała pomoc chorym uległym cholercze w czasie podróży. Sam regulamin, przyjemnie nam to zaznaczyć, jest niemal identyczny z tym jakie wygotowało nasze pismo i Towarzystwo Lekarskie (te dwa ostatnie niezem prócz formy się nie różnią); jedyna różnica polega na tem, że regulamin francuzki do dezynfekcyi poleca siarazan miedzi lub chlerek cynku. Sublimatu komisya nie uznała za odpowiedni dla jego trujących własności, kwasu karbolowego zaś dla jego niepewnego działania.

Jest jeszcze jedna i to zasadnicza różnica między regulaminem francuzkim a warszawskim, a mianowicie ta, że kiedy pierwszy wygotowany został na żądanie władz i ma wszelkie widoki wejść w razie potrzeby w wykonanie, to nasz ma wszelkie widoki, że na wieczne czasy złożony zostanie do aktów. Natomiast nasze władze sanitarne urządziły na pogranicznych stacjach kolejowych 3-tygodniową kwarantannę dla osób powracających z Włoch i Francji. Rozczulający konserwatyzm.

*Bonn.* Donoszą z Bonn, iż prof. Finklerowi i D-rowi Priorowi udało się wyhodować laseczniki *cholerae nostras* a tym sposobem dowiedzioną by została jeżeli nie identyczność to przynajmniej blizkie pokrewieństwo lasecznika *cholerae nostras* z lasecznikiem przecinkowatym Koch'a. Finkler i Prior wyhodowali lasecznika również z wypróżnień stołowych podległych gnieciu. O doświadczeniach tych podane będą bliższe wiadomości na Zjeździe lekarzy i przyrodników, który w tych dniach odbędzie się w Magdeburgu.

*Marsylja.* Do „*Semaine medicale*“ telegrafują z Marsylii, iż D-rom Nieati i Riet-sch'owi udało się przeszczepić *bacillus virgulus* na zwierzęta.

*Praga.* Na czeskim wydziale lekarskim asystent D-r Hlava został mianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii patologicznej.

— Na niemieckim wydziale lekarskim został zatwierdzony profesorem anatomii D- A e b y z Bernu.

---

#### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

— *Przegląd lekarski* Nr. 38. Schramm. Przyczynki do nauki o wyluszczeniu wola (Ciąg dalszy). — Blumenstok. Pęknięcie czaszki. Śmierć z zadławienia czy utopienia. — Jabłonowski. Kazuistyka lekarska w Turcji (C. d.). — Goldhaber. Przyczynek do leczenia ran sublimatem.

— *Medycyna* Nr. 38. B. p. Jakób Natanson. — Zawadzki. Notatki sądowo-lekarskie (C. d.).

---

— *Wszechświat*. Nr. 37. Ostatni rok podróży po Ekwadorze, przez Jana Sztolemana. — O fizycznych własnościach lodu, napisał D-r Hołowiński. — Mikroorganizmy, istoty bakteryjne, przez prof. Leona Cieńkowskiego (ciąg dalszy). — Nowe zjawiska okluzji przez St. Pr.—Kronika naukowa. — Książki i broszury nadesłane do redakcyi *Wszechświata*. — Kalendarzyk bijograficzny. — Odpowiedzi Redakcyi—Ogłoszenia.

— *Wszechświat* Nr. 38. Mowa na pogrzebie Jakóba Natansona, wypowiedziana przez Br. Znatowicza d. 17 Września 1884 roku. — O fizycznych własnościach lodu, napisał D-r Hołowiński (dokończenie). — Mikroorganizmy, istoty bakteryjne, przez prof. Leona Cieńkowskiego (dalszy ciąg). — Kronika naukowa. — Kalendarzyk bijograficzny. — Ogłoszenia.

---

— *Przewodnika gimnastycznego* (organu Towarzystwa gimnastycznego „Sokół“, wychodzącego we Lwowie pod redakcyją D-ra Tadeusza Żulińskiego) opuścił prasę Nr. 9 z Września roku bieżącego.

TREŚĆ: Po czeskiej do Krakowa wycieczce. — W jakiej mierze szkoła powinna się zajmować wychowywaniem obywatelskiem i w jaki sposób ma to zadanie spełniać. — Zarys ćwiczeń na skoczni (C. d.). — Sprawy lwowskiego towarzystwa gimnastycznego „Sokół“. — Kronika.

---

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

**ZAPALENIE OSKRZELI, KASZEL, KATAR**  
**KATAR** Płuc i osłabienie  
 pierśsiowe, **SUCHOTY PŁUCNE, Astma**

Wyleczenie szybkie i niezawodne przez użycie

# KROPEL LIWONIENSKICH

(GOUTTES LIVONIENNES)

**TROUETTE-PERRET**

*Składających się z Kreozotu bukowego, Smoły Norwęgskiej i Balsamu Tolutanskiego*

Przetwór ten, leczący niezawodnie wszystkie choroby dróg oddechowych, zalecanym jest przez znakomitych lekarzy jako jedyny skuteczny środek w tych chorobach; on jeden nie tylko nie obciąża żołądka, ale go wzmacnia, uzdrawia, pobudzając przytem apetyt. W przypadkach chorób, nawet najporeczywszych, dla osiągnięcia dobrego skutku wystarcza użycie dwóch kropeł, rano i wieczorem.

**Skład główny : TROUETTE-PERRET, 165, rue Saint-Antoine, w PARYŻU**  
 jak również we wszystkich głównych aptekach. — Dla uniknięcia fałszerstw należy uważać na stempel Państwa Francuskiego znajdujący się na każdej flasce.

W Warszawie u D-ra Heinricha, Barcza, Ziemińskiego, aptekarzy i u drogistów Gallego, Ludw. Spiessa i Syna, Mrozowskiego i Zenschnera.

## APTEKA M. SOŁTYKIEWICZA

DZIERŻAWIONA PRZEZ

# BOLESŁAWA BUKATEGO

ulica Graniczna Nr. 10 w Warszawie.

Mam zaszczyt zawiadomić, że przygotowuję specjalnie następujące przetwory lecznicze które zresztą zostały już wypróbowane przez wielu z Szanownych Panów Doktorów.

1. **Jodoformium desodoratum.** Jodoform, odwoniony za pomocą **mojej metody**, nie nie traci pod względem skuteczności leczniczej a zapach stale posiada bardzo przyjemny. Wielu Szanownych P. Doktorów przekonało się, że moja metoda odwaniania jodoformu przewyższa wszelkie inne podziśdzień znane. Przepisywać go można w różnej postaci, a mianowicie: w kryształach, proszku, maści, świeczkach, gałkach i t. d.. Cena taka sama, jak jodoformu zwyczajnego.

2. **Ziółka przeczyszczające na sposób Chambarda** eo do składu swego w niezem się nie różniące od oryginalnych, znanych pod nazwą „Thé purgatif de Chambard“; działają w sposób niezawodny a zarazem bardzo łagodny we wszelkich cierpieniach, tak ostrych, jak przewlekłych, w których idzie o działanie wypróżniające. Cena dozy wraz z pudełkiem kop. 75.

3. **Kataplazm płócienny z Inianego siemienia** znany pod nazwą **Hamilton**, w niezem się nie różni od oryginalnego. Po licznych próbach, dokonywanych przez wielu Szanownych Panów Doktorów, tak w praktyce prywatnej jako też w Szpitalach Warszawskich, uznany został za środek leczniczy bardzo praktyczny i niezmiernie skuteczny. Pudełko zawierające sześć sztuk i odpowiednią ilość ceratki nieprzemakalnej kosztuje kop. 75. Można również nabywać go w pojedynczych sztukach po kop. 15.

4. **Solutio ferri albuminati.** Białkan żelaza w płynie świetnie asymilowany przez żołądek a z powodzeniem stosowany w bezkrwistości przez wielu Szanownych P. Doktorów, uzyskał pierwszeństwo nad wszelkimi preparatami żelaza do obecnej chwili używanymi. Cena dozy sześć uneyjowej kop. 50.

20—15

z poważaniem  
**B. BUKATY.**



**DRAGEES MEYNET**  
D'EXTRAIT  
**DE FOIE DE MORUE**

**Pigułki Meynet**  
z Ekstraktu •  
Tranu Rybiego.

Zatwierdzone przez  
Paryzką Akademię  
Medyczną. Zalecane przez wszystkich le-  
karzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie  
sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.

**Pigułki Meynet** sprze-  
dają się w pudełkach albo  
we flakonach. Wyma-  
gać na etykiecie znak fa-  
bryczny, jak obok, i pod-  
pis **G. Meynet**, niebies-  
kim atramentem.

**MEYNET**  
Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe  
PARIS

Skład Hurtowy: **A. Fourny**,  
44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYST-  
KICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

## LEKARZ

potrzebnym jest do Strykowa, powiat Brzeziński. Pensja roczna Rsr. 400. Wiadomość u aptekarza Michalskiego, st. poezt. Główno. 2-2

## TERAZNIEJSZOŚĆ

Nowe to czasopismo wychodzić będzie w języku polskim w dwunastu zeszytach rocznie, w rozmiarze od 3-eh do 4-eh arkuszy druku każdy.

Na treść składane się będą obok przekładów Rossyjskich dzieł Szygaryna, artykuły ekonomiczne i społeczne oraz bezstronna i beznamietna kronika ważniejszych wypadków tycających się warunków miejscowego bytu społecznego oraz powieści i dramaty.

Prenumerata roczna za 12 zeszytów wynosi tak w Warszawie z odnoszeniem do domów, jak i na prowincyi z przesyłką pocztową Rs. 3 kop. 50, półrocznie Rs. 1 kop. 75. cena jednego egzemplarza kop. 30; przyjmuje się w Biórze Redakeyi w Warszawie, ulica Mazowiecka Nr. 4 oraz we wszystkich księgarniach. Zeszyt pierwszy już wyszedł. Główny Skład w Biórze Redakeyi. 0-2

## PIERWSZA W KRAJU

Specyjalna Fabryka środków opatrunkowych

POD FIRMA

„Warszawska Fabryka środków opatrunkowych”

zostająca pod nadzorem b. Asystenta Uniwersytetu Królewieckiego, Chemika p. Przemysława Rakowskiego, ma zaszczyt donieść że wyrabia wszelkie środki opatrunkowe, z materiałów wyborowych, przy ścisłem zastosowaniu się do wskazań p. p. Chirurgów. — Umiarkowane ceny, staranne opakowanie, stawiają wyrób krajowy na równi z zagranicznym.

Sprzedaż tylko hurtowa. Adres: Warszawska Fabryka środków opatrunkowych, Włodzimierska 3.

3-2

## FABRYKA PRASOWANYCH PASTYLEK I MEDYKAMENTÓW

APTEKARZA W. RUSSYANA

egzystująca od lat trzech

Skład w Warszawie ulica Kotzebue Nr. 3.

Poleca po cenach przystępnych pastylki elegancko wykończone w wyborowym gatunku z gwarancją iż do wyrobów swoich nie używam żadnych klejstych substancji obciążających trawienie.

Fabryka przyjmuje wszelkie medykamenty w większej ilości do komprimowania za skromne wynagrodzenie. Cenniki na żądanie franco. Adres „Russyan Warszawa.” 24-2

## Wody mineralne Krynicky

należące do szczev żelazistych i ze swej skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gabczyński, w Kijowie Marcinczyk, Seidl, w Warszawie Heinrich, Lilpop, Kucharzewski, Ziemiński, w Wilnie Gruszewski.

Broszur i wyjaśnień udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy w Galicyi, ostatnia stacyja Muszyna, kolei Tarnowsko-Leluchowskiej. 24-24

Доволено Цензурою. Варшава 13 Сентября 1884 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска Nr. 23.