

MEDYCYNĄ.

ZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6	
		półrocznie.....	" 2 " 50				półrocznie.....	rs. 3
		kwartalnie.....	" 1 " 25					

TREŚĆ: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach mózgowych. Napisał dr. Wł. GAJKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Sprawozdanie ze szpitala czasowego Warszawskiego Towarzystwa Krzyża czerwonego, w Nowo-Mińsku. Podał dr. E. MODRZEJEWSKI. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. Zwiększenie kitani w skutek wytwarzania się błon pochodzenia przymiotowego. O odjęciach kończyn. O wehłanianiu krwi z dróg oddechowych. Sporysz przeciw prostej moczówce. Zaburzenia słuchu u chorych dotkniętych cierpieniem nerek. Przymiot dziedziczny. — Leczenie mimowolnego moczenia nocnego. List otwarty do Redaktora: dotyczące oftalmoskopowego zabarwienia dna ocznego. — Ogłoszenia. — W Dodatku: Assenizacyja miast. Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych. Przez dra St. MARKIEWICZA, z Soczewki. (c. d.)

OBECNY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach mózgowych

(Localisationes cerebrales).

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15, 16 i 17).

ROZDZIAŁ II. HISTOLOGIA ISTOTY SZAREJ KOROWEJ MÓZGU.

„Oddawna już badanie gołym okiem dokonywane, wykazało różnice w budowie kory, zależnie od okolicy mózgowia badanej. Weźmy np. pod uwagę w tym względzie powierzchnię dolną zraza potylicowego. W częściach tego zraza otaczających koniec tylny komórek bocznych, istota szara nie posiada tego prawie jednostajnego wejrzenia, jakie jej jest właściwe w innych okolicach mózgu, w zrazach np. przednich. Już VICQ d'AZYR zauważył, iż w tych częściach zraza potylicowego, istota szara zawojów jest bardzo wyraźnie podzieloną na 2 wtórne warstwy, rozdzielone trzecią białą, którą dziś nazywamy wstęgą VICQ d'AZYRA. Tak samo gołym okiem, zawój rogu AMMONA, wyspa REILA, różnią się wejrzeniem od istoty szarej zawojów należących do innych okolic półkul mózgowych”¹⁾.

Mimo jednak różnic w budowie pojedynczych części istoty szarej korowej, wszystkie one składają się z tych samych pierwocin, tylko pierwociny te w różnych miejscach mają odmienny kształt i inaczej są poukładane. Istota szara korowa utworzoną jest z 3 części składowych; podścieliska, włókien nerwowych i tworów komórkowatych.

1) Podścielisko (*stroma, Gewebsboden, Grundgewebe*) podobne jest do

¹⁾ CHARCOT l. c. pag. 16.

znajdującego się w innych częściach osrodków nerwowych (*centrum cerebro-spinale*). Rozciąga się przez całą grubość istoty szarej. „Jeszcze dzisiaj, mimo iż najlepsi histologowie długo i pilnie tym przedmiotem się zajmowali, akta o neuroglii nie są zamknięte” ¹⁾. Najlepiej tego dowodzi różność nazw nadanych podścielisku przez autorów: *ependymformation*, ROKITAŃSKY; *neuroglia*, VIRCHOW; *Bindesubstanz*, KÖLLIKER; *schicammige Substanz*, DEITERS; *zusammengeflossene Ganglienzellenmasse*, HENLE i R. WAGNER. Jedni zaliczają podścielisko do tkanki łącznej: uważają je za siatkę włókienek z komórkami; drudzy mają je za tkankę jednorodną, rodzaj ciała białkowego o nieznanych jeszcze własnościach, wśród której umieszczone są drobniutki ziarenka i porównują podścielisko do skrzepniętego mleczka (*chylus*) ²⁾; inni wreszcie uważali podścielisko za tkankę nerwową, czemu zaprzeczył MEYNERT opierając się na badaniach anatomo-porównawczych. Zobaczymy bowiem niżej, iż część zewnętrzna istoty szarej korowej jest prawie wyłącznie z podścieliska złożoną i że grubość tej części wzrasta w miarę zmniejszenia się władz umysłowych, jest mianowicie znacznieszą u zwierząt niż u człowieka. Tkanka więc której ilość zwiększa się im zwierzę jest niższej organizacyi i mniej ma rozwinięte władze umysłowe, nie może być tkanką nerwową. Większość badaczy uważa obecnie podścielisko za tkankę należącą do typu tkanki łącznej, a więc mającą komórki i włókienka, które tutaj są bardzo delikatne.

2) Włókna znajdujące się w istocie szarej korowej są dwójakiego rodzaju: włókna tkanki łącznej i nerwowej. Pierwsze wnikają do istoty szarej kory z osłony mózgu naczyniowej (*pia mater, meninx vasculosa*) i z pochewek otaczających naczynia krwionośne mózgu, stąd szczególnie obfite są w warstwie zewnętrznej kory. Łatwo je odróżnić od włókien nerwowych, bo znikają pod wpływem roztworu potażu gryzącego, gdy włókna nerwowe w ten sposób traktowane dostają wyraźnych ciemnych zarysów. Trudniej odróżnić włókna tkanki łącznej od cylindrów osiowych. Wszystkie włókna nerwowe istoty szarej korowej są rdzeniowe; grubość ich jest rozmaita.

3) Twory komórkowate są także przyrody nienerwowej i nerwowej. Do pierwszych należą jądra rozproszone po całej istocie szarej korowej, wielkości 9—10 μ , o wyraźnych, niekiedy podwójnych zarysach, wypełnione zawartością ziarnistą wśród której nie widać zupełnie jąderka, lub jest ich 1, 2, 3. Wedle badań DEITERS'A i BOLL'A są to jądra komórek, których zawartość zmienioną została w istotę między jądrami leżącą. Tu należą także komórki DEITERS'A (DEITERS, JASTROWITZ, GOLGI, BOLL) które wedle BOLL'A są wszędzie tam, gdzie znajduje się podścielisko. Są to twory tkanki łącznej, leżące wzdłuż naczyń krwionośnych. Wedle BOLL'A brak im właściwego ciała, tak iż są utworzone ze zbiegu wypustek, obejm-

¹⁾ HUGUENIN *l. c.* pag. 284.

²⁾ HENLE. *Handbuch der Nervenlehre des Menschen. Braunschweig. 1871.* Bd. III. Abth. II pag. 17.

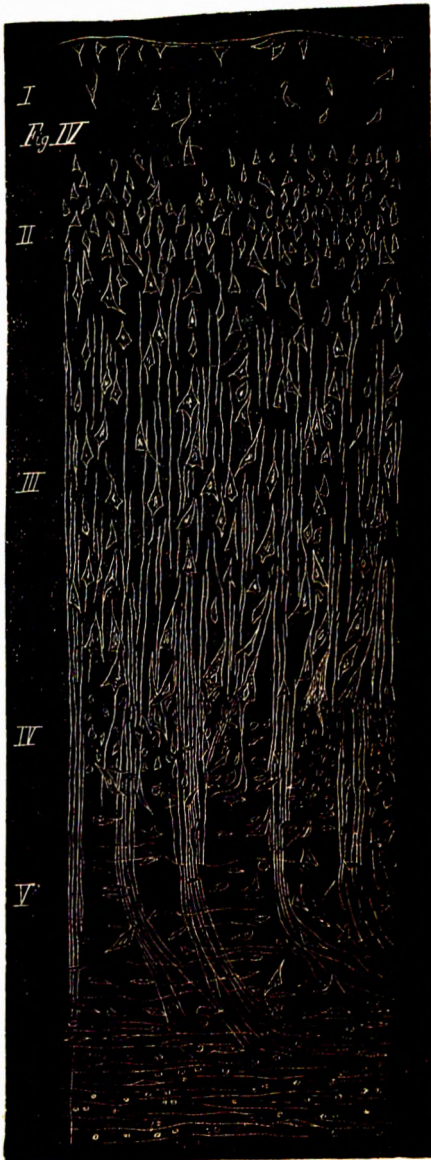
mających w środku położone jądro. Wypustki są bardzo liczne, długie, cienkie, prosto przebiegające, rzadko rozgałęziające się. Jest ich dużo w górnej części kory przy wejściu naczyń, naokoło tak zwanych przestrzeni chłonnych okołonaczyniowych ¹⁾. Co do komórek nerwowych, to wielkość ich jest rozmaita: od najmniejszych mających w średnicy 0,010 μ i te są najliczniejsze, stopniowo do dużych dosięgających 0,022 μ w średnicy, zajmujących zwykle okolice dolne kory mózgowej. Dalej znajdują się w istocie szarej korowej i komórki olbrzymie (*cellules pyramidales géantes, Riesenzellen*), badane szczególnie przez BETZ'A i MIERZEJEWSKIEGO, średnica których dochodzi 0,040—0,050 μ , to jest równa się komórkom rogów przednich istoty szarej rdzenia kręgowego. Wszystkie te komórki mają zwykle kształt piramidy mniej lub więcej wydłużonej. Zawartość ich po śmierci jest ziarnista; SCHULTZE i LUYs znaleźli w niej liczne włókienka. Mają one jądro i jąderko, a nadto kupki barwnika, ilość którego wzrasta z wiekiem. Ponieważ komórki nerwowe są liczniejsze w częściach głębszych kory, ztąd warstwy zewnętrzne istoty szarej korowej są jaśniejsze. Komórki nie mają ścianki wyraźnej, każda z nich daje wypustki, z których jedna zowie się pyramidalną (*prolongement pyramidal*), bo jest niejako przedłużeniem samej komórki nerwowej. Zwykle komórki tak są poukładane, iż podstawa ich odpowiada warstwom głębokim, a wierzchołek czyli wypustka pyramidalna obwodowi kory. Inne wypustki wychodzą z kątów lub podstawy komórki; w dalszym przebiegu rozgałęziają się i wedle niektórych badaczy, tworzą w istocie szarej korowej siatkę nerwową, podobną do tej jaką GERLACH opisał dla komórek przednich rogów rdzenia kręgowego. Prócz tych wypustek, zwanych wypustkami zawartości, komórka nerwowa daje wypustkę cienką, która następnie grubieje i po pewnym przebiegu pokrywa się warstwą myeliny, czyli przechodzi w nerw ²⁾. Wypustka ta kieruje się zawsze ku istocie białej kory. Prócz tych komórek pyramidalnych, są inne małe, zwykle okrągławe, mające wedle MEYNER'T'A 0,008—0,010 μ w średnicy, z licznymi wypustkami, rozsiane wszędzie, a w niektórych miejscach istoty szarej korowej zebrane w gęste masy. MEYNER'T tu zalicza także komórki wydłużone, zwykle wrzecionowate, rozgałęziające się, tworzące w pewnych miejscach osobną warstwę. Oś ich najdłuższa jest zwykle skierowaną równoległą do włókien łączących 2 sąsiednie zawoje (*fibrae arcuatae*).

Wymienione części składowe istoty szarej korowej są rozmaicie poukładane i w różnej ilości nagromadzone, zależnie od tego czy je badamy w głębszych, czy w powierzchniowych warstwach. Ta różnorodność w ułożeniu i nagromadzeniu ich służy za podstawę do podziału istoty szarej korowej na pewną ilość warstw, na jakie ją zwykle dzielią za przykładem MEYNER'T'A ³⁾. Ogólny i najczęstszy typ jest 5-cio warstwowy:

¹⁾ HUGUENIN l. c. pag. 236.

²⁾ KOSCHEWNIKOFF. *Axencylinderfortsätze der Nervenzellen an der Grosshirnrinde*. SCHULTZE'S, Archiv 1869. pag. 375.

³⁾ Th. MEYNER'T w STRICKER'A, *Handbuch der Lehren von den Geweben*. 1872. Bd. II. Cap. XXXI. pag. 704 i następane.



tu nieliczne. Warstwa ta ma 0,25 μ grubości.

III warstwa trzy razy grubsza niż poprzednia, bo ma 0,75—0,8 μ . Komórki nerwowe nie są tu tak liczne i gęste, lecz za to większych wymiarów. W tej warstwie znajdują się także w pewnych okolicach powierzchni mózgu, jak to zobaczymy niżej, komórki olbrzymie. Nadto występują w niej włókna nerwowe idące w kierunku prostopadłym i two-

I warstwa najbliższa osłon mózgowych, jest utworzona prawie wyłącznie z podścieliska. Części nerwowe są tu bardzo rzadkie, chociaż KÖLLIKER i ARNDT ¹⁾ opisują na jej powierzchni tuż pod osłoną naczyniową warstwę włókienek nerwowych, bardzo delikatnych, pokrzyżowanych w rozmaite kierunki i żyłakowato nabrzniałych. Ma to być szczególnie rozwinięciem w zawoju haczykowatym. Komórki nerwowe są w tej warstwie bardzo nieliczne, są one kątowne, nieregularne. Gołem okiem badana, warstwa ta wydaje się białą, bo mało posiadając komórek nerwowych, mało także ma barwnika, a nadto ponieważ naczynia krwionośne włosowate, zwykle tylko przechodzą przez tę warstwę, a kończą się daleko niżej. U człowieka warstwa ta stanowi $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{8}$ całej grubości istoty szarej korowej, a w miarę posuwania się do zwierząt niższego ustroju, staje się ona grubszą, tak iż u mała stanowi $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{6}$, [u psa $\frac{1}{6}$, u kota $\frac{1}{3}$, u nietoperza $\frac{1}{4}$, u cielęcia $\frac{1}{3}$ grubości istoty szarej korowej. Grubość jej u człowieka wynosi 0,25 μ , u mała 0,50 μ , u cielęcia 0,30 μ , u sarny 0,40 μ .

II warstwa składa się przeważnie z drobnych komórek nerwowych piramidalnych, bardzo licznych i gęsto poustawianych, nadających tej warstwie barwę szarawą. Podścielisko jest

¹⁾ Studien über die Architectonik der Grosshirnrinde des Menschen. Arch. f. mikr. Anat. Bd. III 1867 pag. 441.

rzące między komórkami rodzaj słupek. Włókna te w poprzednich 2 warstwach są bardzo niewyraźne.

IV warstwa utworzona jest przeważnie z małych okrągławych komórek, których przyroda nie jest jeszcze stanowczo określona; porównywiają ją z podobnymi komórkami siatkówki. Grubość tej warstwy wynosi 0,20—0,25 μ . Niektórzy badacze jak np. STARK ¹⁾ przyjmują zdanie HENLEGO iż komórki te stopniowo przechodzą w komórki nerwowe. Duże wielowypustkowe komórki nerwowe uważa H. za twory wyższej organizacyi i nazywa je „*Nervenkörper*”.

V warstwa składa się z komórek wrzecionowatych, o których wyżej była mowa.

Wedle opisanego typu jest zbudowaną istota szara korowa większej części półkul, a mianowicie płaty czołowe i ciemieniowe. Budowa kory płatu skroniowego i potylicowego różni się tem, iż duże komórki piramidalne są tam bardzo nieliczne, są to prawdziwe „*solitäre Zellen*” podług wyrażenia MEYNERT'A; wedle BETZ'A nie mają one przedłużenia nerwowe, a wypustki zawartości są mało rozwinięte. W zrazach tych przeważają małe komórki, i w warstwie je zawierającej można jeszcze odróżnić 4 wtórne warstwy, tak iż zrazy te mają 8 warstw zamiast 5. W pewnych miejscach, jakśmy już powiedzieli, te 8 warstw podzielone są na 2 części nierówne przez włókna białe, t. z. wstęgę VICQ d'AZYRA. Pomijamy inne szczegóły właściwe niektórym częściom półkul, odsyłając czytelnika do dzieła MEYNERT'A, musimy tylko położyć nacisk na różnice budowy kilku zawojów w środku powierzchni półkuli leżących. Na tę właściwość w budowie ich zwrócił uwagę najpierw prof. BETZ z Kijowa ²⁾, później zajmowali się nią MIERZEJEWSKI ³⁾, BATTY TUKE ⁴⁾, CHARCOT ⁵⁾ i inni BETZ badając budowę wszystkich zawojów pokolei, przekonał się iż zawoje czołowy i ciemieniowy wstępujące i zrazik przysrodkowy różnią się od innych tem, iż obfitują w komórki olbrzymie (*Riesenpyramiden*). Komórki te największe ze znanych komórek nerwowych, znajdują się głównie na granicy 3 i 4 warstwy, nagromadzone tam są w gniazdka po kilka (2—5) komórek, gniazdka oddalone od siebie 0,3—0,7 μ . Szerokość tych komórek wynosi 0,05—0,06 μ , a długość 0,04—0,12 μ , każda z nich ma 7—15 wypustek zawartości rozgałęziających się i 2 główne wypustki, z których jedna powstaje przez stopniowe cieniżenie samej komórki i jest skierowaną ku obwodowi, druga przechodzi we włókno nerwowe. Gniazdka tych komórek są w mniejszej ilości i z mniejszych komórek złożone u młodych osób niż u starych; dalej w prawej półkuli komórki mają być liczniejsze

¹⁾ STARK. *Ein Beitrag zu der Frage über die Structur der Ganglienkörner und über die Bedeutung der Körner in der Hirnrinde*. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* Bd. 28 1871 p. 149.

²⁾ BETZ. *Anatomischer Nachweis zweier Gehirncentra*. *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* XII. 1874. Nr. 37 i 38 pag. 578 i następne.

³⁾ MIERZEJEWSKI *l. c.* pag. 194.

⁵⁾ BATTY TUKE. *Morisonian Lectures*. *Edinb. med. Journal*, 1874 pag. 394.

⁴⁾ CHARCOT *l. c.* pag. 34.

i większe niż w lewej. Wreszcie więcej ich i gęstsze są w górnej części zawojów niż w dolnej, a najliczniejsze mają być w górnej połowie zawoju czołowego wstępującego i w zraziku przysrodkowym. U psa, BETZ komórki olbrzymie znalazł tylko w częściach otaczających *sulcus cruciatus*, w miejscach które po doświadczeniach FRITSCH'A i HITZIG'A (patrz fizyjo-logija) uznano za ośrodki ruchowe. Zawoje leżące z tyłu części obfitujących w komórki olbrzymie (a więc cały zraz potylicowy i skronioklinowy i zawój ciemieniowy wewnętrzny) nie posiadają komórek olbrzymich, lecz komórki nerwowe mniejsze, opisane przez MEYNERT'A jako „*solitäre Zellen*” posiadające mało wypustek zawartości a wcale nie mają wypustki łączącej się z włóknem nerwowem. BETZ ze względów li tylko histologicznych, uważa części powierzchni półkul mózgowych obfitujące w komórki pyramidalne olbrzymie, za biorące udział w wykonywaniu ruchów (ośrodek przedni BETZ'A, *zona motorica corticalis* CHARCOT'A), a części nie posiadające tych komórek (ośrodek tylny, BETZ) za obce w powstawaniu ruchów, a prawdopodobnie pośredniczące czuciu. Dalej przeprowadza tenże (BETZ l. c. pag. 598) porównanie kory mózgowej ze rdzeniem kręgowym. Podług tego, część kory leżąca przed rowkiem ROLANDA odpowiadałaby przednim rogom rdzenia kręgowego; części kory z tyłu rowka ROLANDA położone, są równoznaczne rogom tylnym rdzenia. Szczelina międzypółkulowa odpowiada rowkowi przedniemu i tylnemu rdzenia; spoidło mózgu (*corpus callosum*), spojeniu przedniemu i tylnemu rdzenia (*commissura ant. et post. medullae spinalis*); pęczek sklepieniowy (*fasciculus fornicatus*), podłużny górny i dolny (*longitudinalis superior et inferior*) które poznamy niżej, odpowiadałyby włóknom łączącym przednie rogi rdzenia kręgowego z tylnymi.

Z tego wszystkiego cośmy powiedzieli o histologii istoty szarej korowej, zapamiętajmy to, iż pomiędzy zawojami powierzchni półkul mózgowych, zawoje: czołowy i ciemieniowy wstępujące i zrazik przysrodkowy, odróżniają się od innych tem, iż w skład ich istoty szarej wchodzi komórki olbrzymie pyramidalne, zupełnie podobne do znajdujących się w rogach przednich rdzenia kręgowego, a których czynność ruchowa nie podlega dziś już żadnej wątpliwości. (d. c. n.)

SPRAWOZDANIE

ze szpitala czasowego Warszawskiego Towarzystwa Krzyża
Czerwonego
w N O W O - M I Ń S K U.

(Czytane na posiedzeniu Tow. lek. Warszawskiego d. 16 Kwietnia r. b.)

Podał E. Modrzejewski.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 18).

Ze względu na przebieg zranienia, jak również na wskazania operacyjne w podobnych przypadkach, zasługują na bliższą uwagę dwaj chorzy

przewiezieni do szpitala Brühlowskiego, z których pierwszy raniony w biodro prawe, z kulą pozostałą w dole biodrowym prawym, gdzie można ją było wyczuć; drugi raniony w udo prawe, kula znajdowała się w kłykciu zewnętrznym uda. Zachodzi pytanie: jakie powinno być postępowanie lekarza w takich przypadkach? Czy bezwarunkowo powinien starać się o wydobywanie ciała obcego, czy też powinien wyczekiwać pewnych wskazówek, które uwidoczną obecność i umiejscowienie kuli?

W ogólności wskazania co do wydobywania kul po zranieniach, a zwłaszcza odpowiedniej chwili do ich wydobywania, nie są jeszcze dokładnie określone. Podczas gdy niektórzy z autorów jak FISCHER i inni podają, że najodpowiedniejsza chwila dla poszukiwania i wydobywania kuli jest natychmiast po zranieniu, inni jak np. PIROGOW bezwarunkowo przeciw temu występują. PIROGOW podaje w swoich „*Naczelach Obszecznej wojenno-polewej chirurgii*” że wydobywanie kul zaraz po zranieniach powinno się ograniczyć do bardzo lekkich przypadków, w których kula znajdując się powierzchownie, z łatwością daje się wydobyć, gdyż przy znacznym napływie chorych na punkcie opatrunkowym, przy pośpiechu i nieładzie poszukiwanie kuli w nieco trudniejszych przypadkach, może być bezwarunkowo szkodliwym. Daleko lepiej dla chorego, a dogodniej dla lekarza jest wydobywać kulę po odstawieniu ranionego do szpitala, chociażby nawet rozwinął się już u chorego, tak zwany przez PIROGOW'A okres oddziaływania rany. Chirurg operuje wtedy spokojnie, pewniej i wydobywanie kuli może się odbyć przy użyciu chloroformu. Ważniejszymi są jeszcze te przypadki, w których chorzy, tak jak to było i u naszych chorych, przeszedłszy już okres zapalny w częściach uszkodzonych, przybywają do szpitali z kulami niewyjętymi i z ranami, albo już zagojonemi, lub też wydzielającymi płyn surowiczo-ropny. Czy w takich przypadkach mamy jakie dane wykazujące obecność kuli i czy wskazanem jest energiczne jej poszukiwanie?

Najważniejszymi wskazówkami obecności kuli w częściach miękkich są: 1) istniejący w częściach miękkich jeden tylko otwór lub blizna t. j. punkt wejścia kuli, brak punktu wyjścia (wyjątek stanowi wejście kuli w otwór ustny lub słuchowy); 2) ropnie i podminowania odpowiednich części; 3) wydzielina z rany powiększej części surowiczo-ropna; 4) występujące od czasu do czasu pogorszenia i sprawy zapalne w częściach miękkich sąsiadujących z kulą.

W kościach obecność kuli podług PIROGOW'A wskazuje nam: 1) występujące od czasu do czasu obrzmienie części miękkich tej okolicy kości w której kula się znajduje; 2) obrzmienie to kończy się zwykle obfitem wydzielaniem z rany ropy, tkanek uległych zgorzeli i kawałków kości 3) ucisk wywarty na okolicę obrzmienia wywołuje ból silny.

Jeżeli więc nie mamy tych danych wskazujących obecność kuli, lub też takowe występują niejasno, nie nas nie upoważnia do energiczniejszych poszukiwań kuli. U naszego chorego ranionego w dolną część uda, istniało podminowanie w zewnętrznych częściach miękkich uda i obrzmienie

w okolicy kłykcia zewnętrznego kości udowej. Obrzmienie to przecięliśmy i wypłynęła z niego obfita ilość ropy i odeszły zgorzelinowe części tkanek. Z powodu bliskości stawu kolanowego, nie dokonywałem energicznych poszukiwań zgłębnikiem w okolicy obrzmienia a tylko przedrenałem takowe. Dopiero w Warszawie prof. KOSIŃSKI, zrobiwszy dość obszerne cięcia po stronie zewnętrznej kłykcia zewnętrznego kości udowej wykrył otwór do kości prowadzący, przez który po dokonaniem jej wyświdrowaniu kulę wydobył.

Podobne do powyższego przypadki, szczęśliwego wydobywania kul z kości, zwłaszcza w okolicy stawowej, należą do rzadkości w chirurgii wojennej. Jeden taki przypadek przytacza PATRUBAN operowany przez SCHUH'A który wyjął kulę po dokonaniu wyświdrowania kłykcia zewnętrznego kości udowej.

Ciekawy jest los tych kul, które niewyjęte pozostają w kości. Dawniej sądzono, że wywołują one zawsze długotrwałe ropienia, zgorzel, lub próchnienie kości. Późniejsze jednak spostrzeżenia wykazały, że kule takie mogą pozostawać w kości lata całe nie wywołując żadnych objawów. Kula niejako wrasta w kość t. j. kość naokoło kuli grubieje, wytwarza się nowa tkanka kostna i w jamce w ten sposób wytworzonej, kula może pozostawać lat kilka, a nawet kilkadziesiąt. Przykłady podobne podają LARREY, LEDRAN, HUTIN, GROSSHEIM i inni. Najciekawszymi są przypadki opisane przez PIROGOW'A i SIMON'A. PIROGOW'A chory nosił kulę w dolnej trzeciej części kości udowej przez lat 28. SIMON opisuje kość ramieniową, w główce której kula pozostawała przez lat 45. Podobny wyrób kości goleniowej znajduje się w jednym ze zbiorów berlińskich; kula pozostawała w kości przez lat 26.

Często kule uwięzione w kanale szpikowym odbywają wędrówki. PARÉ opisuje przypadek, w którym kula opuściła się przez kanał szpikowy od główki do połowy ramienia. CLOT-BEY znalazł po 4-ch miesiącach kulę, która weszła w górną część kanału szpikowego kości goleniowej, w dolnej jego części.

Co do chorego z kulą w brzuchu, jest wszelkie prawdopodobieństwo że kula znajduje się uwięzioną w mięśniach dołu biodrowego (*ileo-psoas*), co wskazuje kierunek otworu wejścia kuli (poniżej kolca biodrowego przedniego górnego) i wyczuwanie w dole biodrowym prawym ograniczonej twardości, której uciskanie sprawia silny ból choremu.

W ogólności rany postrzałowe kości miednicy należą do bardzo ciężkich z powodu, że kula najczęściej pozostaje w głębokich częściach miednicy i że może powodować śmiertelne zranienia ważnych narządów w miednicy się znajdujących jakoteż większych naczyń i nerwów. Podczas wojny Krymskiej odsetka śmiertelności ranionych w dolną część brzucha i miednicy wynosiła u Francuzów 30,3%, u Anglików 50,1%, u Rosyjan odsetka śmiertelności musiała być daleko znaczniejszą, skoro PIROGOW podaje że oglądając kilkatysięcy ranionych pod koniec wojny, znalazł między nimi tylko 10-u ranionych w miednicę. W innych wojnach jak Szlezwicko-holsztyńskiej odsetka śmiertelności dochodziła do 64.

Ze wszystkich jednak zranień kości miednicy, najmniej niebezpiecznymi podług PIROGOW'A są zranienia grzebieńca i kolca biodrowego przedniego. Kula przebiwszy kość najczęściej ulega uwięźnięciu w mięśniach dołu biodrowego, jak to było i w naszym przypadku. Ten stan względnie dobry w jakim chory się znajduje można uważać jako bardzo szczęśliwe zejście tego tak ciężkiego zranienia, gdyż zwykle w takich przypadkach następują obfite i wyniszczające ropienia, zatoki i przykurczenia uda, jeżeli z samego początku nie nastąpi śmierć z zapalenia otrzewni. Co do wydobywania kuli u chorego, to takowe nie jest niemożliwym i być może, że nawet okaże się koniecznym, ponieważ chory z powodu nieznośnych bólów, chodzić nie może. Podobny przypadek operowany przez BODAN'A opisuje PIROGOW. Po przecięciu ściany brzusznej, odsunięciu otrzewni i przecięciu włókien mięśnia biodrowego, BODAN wyjął kulę z głębi tego mięśnia. Chory po trzech miesiącach wyzdrowiał.

Co do naszej działalności operacyjnej w szpitalu Nowo-Mińskim, to takowa z powodu niewielkiej liczby przypadków chirurgicznych bardzo była ograniczoną.

Dokonałem u dwóch chorych poszukiwania kul i drenowania podmi-nowanych części, u 5 u chorych wyłuszczenia członka pierwszego i drugiego na różnych palcach u obu stóp, u 1-go chorego wyłuszczenia palca 3-go i 4-go na stopie prawej.

Wszystkie wyłuszczenia dokonałem przykrywając, tam gdzie było można, powierzchnię stawową płatem dolnym. U niektórych chorych, zwłaszcza gdzie chodziło o ocalenie pierwszego członka wielkiego palca, a części miękkie uległy zgorzeli i pojedynczego płata wyciąć nie było można, wycinałem płat górny i dolny. Wszystkie wyłuszczenia dokonywałem pod mgłą (spray) karbolową i u wszystkich tych chorych stosowałem następnie albo czysty opatrunek LISTER'owski lub też zmodyfikowany przez THIERSCH'A t. j. używając waty, lub też juty salicylowej. Opatrunek był zmieniany zawsze pod mgłą karbolową. Do podwiązywania naczyń używaliśmy katgut, do nakładania szwów jedwabiu karbolizowanego. Ręce, narzędzia, kanki strzykawek były odwietrzane $\frac{1}{2}\%$ roztworem kwasu karbolowego. Gąbek i skubanki nie używałem zupełnie, a osuszenie ze krwi w czasie operacji odbywało się za pomocą kulek z waty.

Opatrunki zwyczajne u innych chorych były bardzo proste, gdyż składały się z kilku warstw różnej wielkości płatków muslinu, zmoczonych w roztworze karbolowym (dr. 2 na 1 funt) a po nałożeniu ich na ranę, przytrzymywanych opaską muslinową, zmoczoną w takimże roztworze kwasu. Opatrunek ten zaleca się swoją prostotą, ściśnięciem przyleganiem do wszystkich zagłębień rany i przez to dokładnem odwietrzeniem takowej, jest on dla chorego dogodny z powodu swej lekkości, muslin jako tkanina dziurkowata przepuszcza łatwo nazewnątrz wydzielającą się z rany ropę, przez co rana nie ulega drażnieniu, a jeżeli jeszcze opatrunek taki polewać będziemy kilkakrotnie w ciągu dnia roztworem karbolowym, to wstrzymuje się wszelkie sprawy rozkładowe w ranie.

U wszystkich chorych operowanych otrzymałem po większej części zagojenie się ran przez bezpośrednie zlepienie (*per primam*). Jeżeli zaś z powodu niedostateczności płatów, pierwotne zlepienie nie udawało się, to ropienie pod opatrunkiem LISTER'owskim było bardzo nieznaczne, tak że zmieniałem takowy co 3-ci lub 4-ty dzień i rany zablizniały się szybko. Żadnego silniejszego podrażnienia zapalnego w operowanych częściach nigdy nie zauważyłem, nawet po 4-ch dniach nie zdejmowania opatrunku. U niektórych tylko chorych, skutkiem dłuższego działania kwasu karbolowego podczas operacji, występował rumień (*erythema*) na stopie i odłuszczenie się naskórka.

W jednym przypadku krwawienie pod opatrunkiem było tak znaczne, że musiałem zmienić takowy w 12-cie godzin po nałożeniu. Jeżeli przy jakinkolwiek opatrunku nakładanym po operacji, ważnem jest zupełne wstrzymanie krwawienia z rany, to tem większą trzeba na to zwracać uwagę przy nakładaniu opatrunku LISTER'owskiego. Pod opatrunkiem tym nawet dłużej trwające krwawienie mięszkowe może się stać niebezpiecznem i uniemożliwić bezpośrednie zlepienie się rany, jak to zdarzyło się w naszym przypadku. Jeżeli bowiem po nałożeniu opatrunku LISTER'owskiego, utrzymuje się przez czas dłuższy krwawienie, to takowe daje się wykryć dopiero gdy krew wydobywa się zpod tego opatrunku, ponieważ materiaja nieprzemakalna (*protectiva*), stanowiąca pierwszą warstwę opatrunku LISTER'owskiego, niedopuszcza przedostania się krwi bezpośrednio nad miejscem krwawiceni. Krew zaś zbierająca się pomiędzy częściami miękkimi złączonemi zapomocą szwów, uciska te części i wywołuje silne bóle, które zmuszają do częściowego lub całkowitego usunięcia szwów. Co do ogólnego stanu pooperacyjnego u naszych chorych, to u 4-ch nie było po operacji prawie żadnego odczynu gorączkowego (ciepłota wieczorna najwyższa 38,2° C.). U jednego zaś chorego odczyn gorączkowy po operacji był bardzo znaczny, gdyż w pierwszych dniach ciepłota wieczorna dochodziła do 39,7°, a nawet raz do 40,1° C. Chory ten jednak był dość mocno wyniszczony, przechodził zimnicę i nawet w kilka dni po operacji dostał napadu zimniczego. Mimo to bezpośrednie zlepienie się rany u tego chorego nastąpiło na wszystkich operowanych palcach. Żadnego odczynu miejscowego nie było i 6-go dnia ciepłota wróciła do wysokości prawidłowej.

Te nieliczne spostrzeżenia, potwierdzają w zupełności zdanie wygłoszone w ostatnich czasach przez GENZMER'A i VOLKMANN'A (*Sammlung klin. Vorträge*. N. 121) co do zupełnego braku gorączki, u chorych operowanych przez użycie opatrunku LISTER'owskiego, oraz że jeżeli takowa się pojawia, to jest ona niegnilną (*aseptische*) i mimo swego bardzo wysokiego natężenia, nie wskazuje na jakiegokolwiek powikłanie w przebiegu rany.

Dużo już napisano pochwał dla opatrunku LISTER'owskiego, z drugiej strony tyleż lub może i więcej wygłoszono zarzutów przeciwko niemu, opierając się na danych statystycznych, które jakoby wykazują, że opatrunek ten, stosunkowo do trudów i kosztów, których wymaga, nie da-

je tak świetnych wyników. Mimo tej tak silnej i poważnej opozycji, która przyznać trzeba, w ostatnich czasach znacznie się zmniejszyła, opatrunek ten musi ostatecznie zapanować wszechwładnie w chirurgii, gdyż dosyć jest spostrzegać przebieg kilku tylko przypadków operowanych i pod tym opatrunkiem leczonych, aby się przekonać o jego dobroczynnym wpływie na rany, o korzyściach z jego użycia wynikających, które sam chory odczuwa, widząc w jak krótkim stosunkowo przeciągu czasu i bez żadnych prawie dolegliwości, powraca do zupełnego zdrowia.

Mimo całej naszej staranności o czystość i odwietrzanie tak sal szpitalnych jak i rąk opatrujących oraz narzędzi, mieliśmy dwa przypadki róży. Jeden u odmrożonego, u którego wydzieliał się martwiak (*sequestrum*) z członka palcowego (*phalangum*). Róża zaczęła się na stopie i doszła do kolana. Chory przez pierwsze 3 dni mocno gorączkował; po dwunastu dniach róża znikła. Drugi przypadek dotyczy chorego cierpiącego na gościec stawowy, któremu były robione jodynowania stawu kolanowego. Róża zaczęła się na kolanie i przeszła na górną część goleni oraz dolną część uda. Obydwóch tych chorych odłączyliśmy w tej chwili od innych; róża była opatrywana olejkami kamforowym i wata, do wewnątrz podawano chininę lub kamforę.

Oto jest całkowite sprawozdanie z działalności naszej w szpitalu Nowo-Mińskim; nie obfituje ono w mnogość spostrzeżeń, w ciekawsze, lub rzadsze jakiegoś przypadki chorób, sędzę jednak, że nie jest zupełnie pozbawione naukowego interesu. Ścisłe spostrzeganie chociażby znanych już i dokładnie zbadanych faktów, podzielenie się z ogółem, tą chociażby drobną korzyścią naukową, którą się osiągnęło z przypadków spostrzeganych lub operowanych, winno być zasadą moralną, powiem nawet powinnością lekarza praktycznego, a tembardziej szpitalnego. Tylko gromadzeniem coraz większej ilości spostrzeżeń, ścisłem i sumiennem przedstawieniem chociażby pozornie małoważnych faktów, przynosimy rzeczywistą korzyść nauce, współkolgom i społeczeństwu.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Zwężenie krtani w skutek wytwarzania się błon pochodzenia przymiotowego.

Dr. Juliusz SOMMERBRODT w Nr. 13 z r. b. *Berl. klinische Wochenschrift* opisuje rzadki przypadek zwężenia krtani, jakich dopiero 21 w piśmiennictwie lekarskim jest znanych. Zwężenie to polega na wytwarzaniu się błony, która łączy z sobą obydwie strony głosowe i tylko mały dla przyjscia powietrza pozostawia otwór. Cierpienie dane rozwija się zazwyczaj powoli i z początku stosunkowo niewielkie sprawia dolegliwości, tak że chorzy do lekarza udają się dopiero wtedy, kiedy już cała prawie szpara głosowa jest zarośnięta. Zpomiedzy opisanych przypadków wyróżniają się znacznymi zmianami w krtani przypadki TÜRCK'A i ELSBERG'A. Pierwszy z nich widział chorego, u którego w skutek przymiotu uległy spróchnienia kości nosowe, a języczek i część podniebienia miękkiego zupełnie była zniszczona; przy badaniu krtani cała przestrzeń pomiędzy strunami głosowemi wypełniona była błoną bliznowatą tak, że tylko w tylnej części krtani znajdował się mały otworek dla przejścia powietrza. Jeszcze znaczniejsze zmiany widział ELSBERG, który u swego chorego nawet najmniejszego otworu w błonie, zwężającej krtani, wykryć nie był w stanie. Przyczynę tej

okoliczności, że zwężenie dojsz może do tak wysokiego stopnia, SOMMERBRODT upatruje w tem, że owrzdolenia przymiotowe krtani odznaczają się swoją niebolesnością; często bardzo chorzy użalają się tylko na nieznaczne drapanie w gardle lub małą chrypkę, gdy tymczasem badanie krtani wykazuje głębokie owrzdolenia lub nowotwory przymiotowe. Ta niebolesność może być przyczyną smutnych następstw dla chorego, który nawet nie wie, jakie mu niebezpieczeństwo grozi, tem bardziej, że często nawet po ustąpieniu pierwotnej choroby (przymiotu) cierpienie krtani nie znika, ale dalej się rozwija. Przypadek sporządzony przez SOMMERBRODT'A, różni się od wszystkich innych tem, że wytwarzanie się błony, zwężającej światło krtani, odbywało się w jego oczach. Przypadek ten był następujący: Chora, która 1½ roku temu cierpiała na silny ból gardła przy polykaniu, od 1/2 roku dostała chrypki, a potem i duszności, wzmagającej się coraz bardziej do tego stopnia, że czyniła pracę i chodzenie niemożliwymi. Przy badaniu krtani znaleziono: nagłośnia i struny wrzekome silnie nastrzyknięte; struny głosowe w przedniej części owrzdodzone zpod swobodnego zaś ich brzegu, szczególniej prawego, wystawała nabrzmiała błona śluzowej. Podejrzewając cierpienie przymiotowe, autor podał chorej do wewnątrz jodek potassu pod wpływem którego w rzeczy samej podmiotowy stan chorej znacznie się poprawił, a obraz laryngoskopowy zupełnie zmienił. Jakoż obrzmienie błony śluzowej znikło zupełnie, ale natomiast pomiędzy wolnym brzegiem obydwóch prawdziwych strun głosowych pojawiła się błona, która w 14 dni tak się powiększyła, że tylko mały otwór dla przejścia powietrza w tylnej części szpary głosowej pozostawiła; pomimo tego duszność ustąpiła zupełnie i chora mogła powrócić do swych dawniejszych zajęć. W opisanym przypadku zasługują na uwagę to, że w miarę wytwarzania się błony, krtani zwężającej, stan chorej się poprawił; okoliczność wspomnianą S. objaśnia w ten sposób, że przyczyną pierwotnego zwężenia był obrzęk błony śluzowej krtani, leżącej pod strunami, obrzęk którego przyczyną były owrzdolenia, istniejące na strunach. Pod wpływem jodku potassu znikły owrzdolenia, a tem samem i obrzęk błony śluzowej, ale natomiast przy gojeniu się owrzdoleń, przylegające do siebie struny zrastały się z sobą za pomocą błony bliznowatej. Jeżeli ta ostatnia, pomimo znacznego zwężenia krtani, nie sprawia znacznej duszności chorym, pochodzi to ztąd, że cierpienie rozwija się powoli i chorzy mogą się do niego przyzwyczaić; na ten niestosunek, jaki pomiędzy małemi dolegliwościami a znacznym zwężeniem krtani zachodzi, wszyscy autorowie zwracają uwagę. Co się tyczy leczenia, to polega ono na usunięciu błony, co jednak nie zawsze się udaje, albowiem przecięcie brzezi napowrót się z sobą zrastają, najskuteczniejszą okazała się operacyja galwanokaustyczna lub powolne rozszerzanie krtani. W przypadku SOMMERBRODT'A chora bez operacyi wyszła ze szpitala i będąc przez jakiś czas zdrową, operacyi poddać się nie chciała.

T. D.

0 odjęciach kończyn (amputations). Znakomity chirurg angielski HOLMES wydał osobną książkę o odjęciach, w której zastanawia się nad tą operacyją, opierając się na 500 przypadkach, co już stanowi pokaźną cyfrę. Zdaje nam się, że wnioski, do których autor doszedł nie są pozbawione interesu nawet dla całego ogółu lekarskiego, w obec powagi autora i poważnej liczby spostrzeżeń. H. twierdzi, że śmiertelność w szpitalach większą jest niż w praktyce prywatnej, lecz że to bynajmniej nie zależy od wpływów szpitalnych, ale całkowicie od wieku i ciałaoskładu (*constitutio*) chorych. Wniosek ten popiera następującymi szczegółowemi objaśnieniami: 1) w prywatnej praktyce mamy do czynienia przeważnie z ludźmi, którzy wcześniej uciekają się do porady lekarskiej, mniej zatem są wyczerpani przez samą chorobę i nędzę. 2) W szpitalach nieraz robi się odjęcie, jako ostatni środek ratunku, choć o pomysłnem zejściu z góry chirurg powątpiewa; w prywatnej praktyce rzadko się zdarza coś podobnego.

HOLMES twierdzi, że przyczyn ropnicy (*pyaemia*) szukać raczej należy w samym ustroju, a nie w uszkodzeniach, które z otoczenia przenikają do rany, a z niej do ustroju. Śmiało to twierdzenie, prowadzi autora do dalszego wniosku, że opatrunek przeciwwzględny, który obecnie tylu liczy zwolenników, wcale nie posiada owoych własności swoistych, które mu teoria przypisuje. Z tego bynajmniej nie wypada, żeby opatrunek LISTER'owski, nie był skuteczniejszy od innych, lecz skuteczność tę HOLMES tłumaczy w nader praktyczny sposób, który chętnie tu zamieszczamy, gdyż on daje pojęcie o obecnym stanie tej kwestyi,

a w szczególności o zdaniu obojętnych dla opatrunku przeciwnielego. My zaś w charakterze sprawozdawcy, uważamy sobie za obowiązek wierne przedstawienie rzeczy. Cała skuteczność i wyższość opatrunku zależy od skrupulatności, drobiazgowości, ścisłości i dbałości a nawet pedantyzmu, z jakim chirurg śledzi za przebiegiem rany; dalej 2) od niesłychanej czystości, jaką przestrzega się przy tym opatrunku; 3) od wolnego odpływu wydzieliny przez drenaż; 4) od zupełnego zamknięcia rany, skutkiem czego jest ona wolną od dotykania jej niewprawną ręką; w końcu nawet od tego 5) że chirurg sam ranę opatruje. Zresztą H. wspomina o równie dobrych wynikach, jakie mieli HUMPHREY, DENNIS, SPENCER i CALLENDER, choć leczyli rany sposobem otwartym.

Co się tyczy wieku, statystyka HOLMES'A pokazuje, że cyfra śmiertelności wzrasta z wiekiem chorych. Dawne twierdzenie, że cyfra śmiertelności po 30 roku się podwaja, statystyka H. potwierdza. Z 250 chorych amputowanych, liczących mniej niż po 30 lat, umarło 52; z 250 zaś pozostałych, którzy liczyli więcej niż po 30 lat, umarło 106. Statystyka wykazuje, że ropnica u dzieci nie mających 10 lat życia należy do rzadkości; wywód ten według H. popiera jego własne twierdzenie, że źródła ropnicy szukać się winno w samym ustroju.

Żałujemy, że nie możemy udzielić dalszych uwag autora, gdyż wiadomość niniejszą czerpiemy jedynie ze streszczenia pomieszczonego w Nr. 4. z r. b. *Centr. f. Chir. Wł. Matlakowski*.

O wchłanianiu krwi z dróg oddechowych. Prof. NOTHNAGEL starał się przekonać o losie krwi która się dostaje do dróg oddechowych; w tym celu u królików przecinał naczynia szyi i następnie bardzo szybko ($3\frac{1}{2}$ —5 minut) wyjmował płuca umieszczając je w płynie stwardniającym (*Alcohol—Methylamin*). Badanie drobnowidzowe następnie wykonywane przekonało autora, że ciałka krwi nie tylko znajdowały się w całym przewodzie oddechowym (oskrzela i pęcherzyki płucne) ale również w znacznej ilości w tkance śródmiąższowej; nie tylko w przedziałach pęcherzyzkowych, ale nawet i międzyrzazikowych (*Alveolar-et Interlobularseptae*). Autor więc przypuszcza, że tak szybkie przeniknięcie krwi do tkanki śródmiąższowej mogło tylko przyjść do skutku za pośrednictwem naczyń chłonnych łączących bezpośrednio drogi oddechowe z tkanką śródmiąższową, jak to już przedtem niektórzy autorowie twierdzili. Autor dalej przypuszcza że fakta te mogłyby prowadzić do tego wniosku, że wysięk krupowy w zapaleniu ostrem płuc również na tej drodze bezpośrednio może być wchłanianym, nie potrzebując przechodzić przedtem w przemianę śluzową jakto dotychczas powszechnie utrzymują.

Co się zaś dotyczy tak zwanej kwestyi *phthis ab haemoptoe*, to autor jest pod tym względem skłonny do przyjęcia wyników PERL'A i LIPPMAN'A, którzy jak wiadomo stanowczo odrzucają możność powstania takowych suchot, twierdząc, że krew szybko z pęcherzyków będąc wchłanianą, nigdy nie pozostawia zmian następujących w płucach.

(Pod tym ostatnim względem referent jest całkiem przeciwnego zdania, które wypowiedział w artykule p. n. „Krwotok jako przyczyna suchot płucnych (*Phthis ab haemoptoe*) pomieszczonej w N-rze 3 i 4 PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO 1878). (Porów. sprawozdanie z tego artykułu w N-rze 18 Medycyny z r. b. Przyp. Red.)

(*VIRCHOW'S Archiv.* 71 Bd.). A. Sokolowski.

Sporysz (*Secale cornutum*) przeciw prostej moczoźce (*polyuria*). RENDU opisał przypadek bardzo gwałtownej moczoźki u silnego mężczyzny 46-letniego, który przed 3-ma tygodniami wpadł w morze i jedynie dzięki wielkim wysiłeniom nie utonął. W dziesięć dni po tym wypadku doznawał zawrotów i bólu głowy, nudności, oraz chwilowej utraty przytomności, a po upływie następnych dni 10-ciu obficie się poccił i często w wielkiej ilości wydalal mocz, przyczem trapiło go nadzwyczajne uczucie głodu i pragnienie. Dzienna ilość moczu dochodziła do 10-ciu litrów, ciężaru właściwego 1017,—mocz nie zawierał ani cukru, ani białka. Użycie atropiny (0,001) zmniejszyło ilość moczu, lecz wywołało uczucie wielkiej suchości w gardle. Bardzo szybko jednak nastąpiło wyzdrowienie bez żadnych dalszych złych następstw, przy zadawaniu sporyszu, który chory przyjmował po 8 gr. (0,5 grm.) dziennie.—Skutek był tak dalece szybkim, że w ciągu dni 10 takiego leczenia ilość dzienna moczu zmniejszyła się z 7 litrów 800 grm. do 2-oh litrów; współcześnie ustąpiły i inne przypadłości tak, że chory po dwóch tygodniach zupełnie pozostał bez lekarstwa

(*France médicale* Nr. 17, 1878) J. R.

Zaburzenia słuchu u chorych dotkniętych cierpieniem nerek dotychczas weale na się nie zwracały uwagi uczonych; RAYER w klasycznej swej pracy weale o nich nie wspomina, ROSENSTEIN zaś jeden tylko opisuje przypadek, w którym chory na utratę słuchu się uzaład. DIEULAFOY (*Gaz. hebdom. i Abeille medicale* N. 8 r. b.) pierwszy na ten objaw zwrócił uwagę i przekonał się, iż jest on stosunkowo dość częsty, spotyka się bowiem u $\frac{1}{3}$ wszystkich chorych. O rodzaju samego zaburzenia nie pewnego powiedzieć nie można: raz chorzy użalają się tylko na szum i pisk w uszach, w innych razach utrata słuchu jest niezupełna, w innych wreszcie zupełna. Wszystkie wspomniane zaburzenia nie zawsze są stałe; przeciwnie bardzo często znikają one, aby po pewnym czasie znowu się zjawić. Dr. de LACHARRIERE, który na żądanie DIEULAFOY badał takich chorych, dość często znajdował materialne zmiany w uszach, jako to: pęknięcie błony bębenkowej, jej przekrwienia, ograniczone stwardnienia, obrzęki przemijające lub wynaczynienia; w wielu jednak razach żadnych zmian wykryć nie był w stanie. Wspomniane zaburzenia słuchu nie odpowiadają też żadnej szczególnej postaci lub okresowi chorób nerkowych; D. spotykał je zarówno w ostrych jak i przewlekłych, miąższowych i śródmiąższowych zapaleniach. Czasami, i to ma ważne znaczenie, stanowią one pierwszy objaw, na którzy chorzy zwracają uwagę. Jeżeli chorzy użalają się na osłabienie, lub utratę słuchu, jeżeli przytem znajdujemy jeszcze objawy przerostu serca, wtedy, choćby nie było żadnych innych śladów choroby, należy zdaniem autora, podejrzewać zapalenie nerek i na badanie moczu zwrócić uwagę.

T. D.

Przymiot dziedziczny. J. (HUTCHINSON *The british and foreign medico-chirurg. Review.* Oct. 1877) opierając się na 36 przypadkach, co do przymiotu dziedzicznego wyprowadza następujące wnioski: 1) Możliwość przejścia choroby przymiotowej na dziecko może istnieć jeszcze po 7 latach od chwili zarażenia się jednego z rodziców. 2) Na natężenie dziedzicznego przymiotu nie ma żadnego wpływu czy jedno z rodziców, czy oboje są chorzy. 3) Na częstosć występowania przymiotu dziedzicznego ma przymiot matki wpływ najważniejszy. 4) Im dawniej przymiot ojca się ukończył, tym większą jest pewność, że potomstwo od przymiotu będzie wolne. 5) Przymiot ojca nie zawsze pociąga za sobą przymiotową chorobę dziecka. (*Ref. w Wiener mediz. Wochens.* Nr. 10, 1878).

Mimowolne nocne moczenie (*Enuresis nocturna*). KELLER (*Memorabilien* 1 Hft. 1878) wstrzykuje roztwór *strychnini natrii* gr. 1 na 2 dr. (0,06 w 7,5) wody w okolicę krzyżową w ilości połowy strzykawkki PRAVAZA; zastrzyknięcie powtarza, jeżeli cierpienie powróci. K. leczył w ten sposób młodą 18-letnią dziewczynę, która po przebytej płonicy każdej nocy, przez kilka miesięcy cierpiała na mimowolne oddawanie moczu. Już po pierwszym zastrzyknięciu powyższego roztworu stan ten chorobliwy znikł, lecz po kilku dniach powrócił; powtórne zastrzyknięcie usunęło cierpienie na zawsze.

(*Ref. w Allg. Wiener mediz. Zeit.*, 1878, Nr. 12).

E. K.

BIBLIJOGRAFIJA.

1. MAX SCHÜLLER. Ueber die Localbehandlung des chronischen Blasenkatarrhs. Berlin 1877, str. IV i 52.

Po opisie zmian anatomo-patologicznych nieżyty pęcherza, roztrząsa autor powstawanie tego cierpienia w następstwie zwiężeń cewki, porażenia pęcherza i t. d. Co do leczenia to zaleca kwas karbolowy i nadmanganian potażu do przepłukiwania pęcherza; kwas salicyłowy przy nieżytych ropnych; przy nieżytych z obfitą wydzieliną śluzową, gęstą i ciągnącą przemyną roztworem soli kuchennej; przy obfitej ropnej wydzielinie błony śluzowej pęcherza, autor poleca zastrzykiwanie do pęcherza 1 roztworu $1\frac{0}{10}$ *argenti natrii* lub $2\frac{0}{10}$ *zinci muriatici*. Przy błonicowem zapaleniu pęcherza przestrzykiwania silniejszym roztworem kwasu karbolowego.

2. Nowe czasopismo. Deutsches Archiv für Geschichte der Medizin und medizinische Geographie pod redakcją Henr. ROHLF z Getyngi i Gerh. ROHLF z Wejmaru. Czasopismo to poświęcone historyi medycyny wychodzić pocznie w zeszytach kwartalnych około $7\frac{1}{2}$ ark. zawierających.

Listy otwarte do Redaktora „Medycyny”.

Szanowny Tanie Redaktorze! W sprawozdaniu z posiedzenia Towarzystwa Lek. z dnia 19 Marca, umieszczone w Nr. 17 MEDYCYNy, z okoliczności rozpraw, jakie się toczyły, pomiędzy mną a kilkoma kolegami, powiedziano, jakoby opponenci moi „stawali w obronie uznanych teoryj.” ja zaś miałem „zbić ogólnie przyjęte zdanie.” Przedmiotem rozpraw było normalne, czerwone zabarwienie dna oka; ja utrzymywałem, że to zabarwienie zależy wyłącznie od barwika naczyniówki; gdy opponenci przeważny wpływ przypisywali barwie krwi krążącej w naczyniówce. Objaśnienia dodane przez sprawozdawcę i powyżej w cudzysłowach przytoczone nie mało mnie zdziwiły. Kwestyja ta stoi w nauce zupełnie przeciwnie temu co podaje Szanowny Sprawozdawca. Z teoryją przez opponentów bronią podobno po raz pierwszy spotkać mi się zdarzyło; uderzyła mnie ona właśnie swoją nowością. W podręcznikach oftalmologii i oftalmoskopii najczęściej nie bywa poruszana wcale kwestyja wpływu krwi naczyniówkowej na barwę dna oka. Tylko JAEGER (*Atlas* str. 33 i *Untersuchungen* 1876 str. 46) i MAUTHNER (*Ophthalmoscopie* str. 408) ten wpływ wyraźnie wyłączają. Nigdzie nie spotkał zdania, jakoby normalne zabarwienie dna oka, choć w części od barwy krwi w naczyniówce płynącej zależeć miało.

Rzeczywiście niektórzy z autorów o *retinitis leucaemica* piszących, odnoszą błędne zabarwienie dna oka napotykanę w tej chorobie do barwy krwi w naczyniówce krążącej, nie tłumacząc wszakże bliżej w jakiby to sposób do skutku przyjść mogło; niektórzy czują też potrzebę przyjęcia jakichś zmian w nabłonku barwnym, których oftalmoskop nie wykazuje.

Upraszam Szanownego Pana o zamieszczenie odpowiedzi tej w Medycynie, pozostając i t. d.

Warszawa d. 29 Kwietnia 1878.

Zygmunt Kramsztyk.

OGŁOSZENIA.

Nowe Miasto nad Pilicą, WODOLECZNICA

(Gubernia Piotrkowska, pow. Rawski),

ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY.

Kąpiele zimne, ciepłe, parowe, balsamiczne i rzeczne. Najnowsze i najkompletniejsze przyrządy do leczenia zimnowodnego. — Ginnastyka, — ścieśnione powietrze, elektryczność, kumys, wody mineralne (specyalne urządzenie dla dostarczania mleka prosto od krów). W zakładzie 100 pokojów z pościelą. Obszerny apartament gościnny z fortepianem i bilardem. — Dwóch stałych lekarzy w Zakładzie. Restauracyja z bufetem, starannie urządzona. Dyjetetyczne stołowanie chorych, pod bezpośrednim dozorem lekarzy. — Czytelnia dzienników i książek. W miesiącach letnich doborowa orkiestra. Począ w Zakładzie. Stacyja telegraficzna o 4-ry godziny drogi. — Ob połowy maja codzienna osobowa komunikacyja wygodnymi karetami zakładowemi, bezpośrednio z Warszawą.

Zakład, pod każdym względem znacznie udogodniony i skompletowany, leczy poważnie i najskuteczniej: choroby nerwowe, katarę wogóle a szczególnie żołądka, kiszek i macicy; — bezpłodność, niedokrwistość, choroby zakaźne i ogólne osłabienia.

Zakład przyjmuje chorych od dnia 25-go Kwietnia, przeważnie internów, w wyjątkowych razach eksternów. Wiele wygodnych familijnych mieszkań w mieście, dogodne warunki letniego pobytu. Osoby, życzące leczyć się w Zakładzie, lepiej zrobią, porozumiewając się z Zarządem wcześniej, dla uniknienia zwłok i niedogodności.

Całkowite utrzymanie licząc w to: mieszkanie, stół, leczenie, kąpiele, usługę, wynosi dziennie od 2 do 4 rs., niezamożni i biedni przyjmowani są na niższe ceny lub bezpłatnie, — liczba takich miejsc ograniczona, konieczne uprzednie listowne porozumienie się świadectwo niezażożności lub ubóstwa, wydane przez Władzę lekarzów.

Szczegółowych objaśnień udziela Zarząd Zakładu, lub Apteka p. Kucharzewskiego, w Warszawie, Senatorska, Nr. 480. Dr. Pawiński. Dr. Bieliński.

Od 1 Maja do 1 Września 1878 r.

ZAKŁAD KUMYSOWY w BERDYCZOWIE

będzie wyrabiał kumys w najlepszych gatunkach, opierając się na kilkoletniemu doświadczeniu i dozorze miejscowych lekarzy, poleca się publiczności.

Dr. **Przeździecki**, praktykuje podczas pory kąpielowej jak lat poprzednich w **Franzensbadzie** (*Goldener-Stern*).

Dr. **Maurycy Żebrowski**, lekarz dawniej praktykujący w Szczawnicy i Meranie, ma zaszczyt zawiadomić szanownych panów kolegów, że w tym roku z początkiem sezonu zdrojowego ordynować będzie w **Gleichenbergu** (w Styryi).

Dr. **Z. Dobieszewski**, jak lat poprzednich, udziela porady lekarskiej w **Marieubadzie**. Przytem leczy elektrycznością. — Mieszka w domu własnym p. n. **Villa Dobieszewski** (dawniej **Gödöllö**). W tej willi chorzy znajdą pomieszczenie i wszelkie wygody, odpowiednio do swego cierpienia.

O KOŁTUNIE,

pospolicie „plica polonica” zwanym.

Napisał Henryk **Dobrzycki**, lekarz szpitala w Mieni. Warszawa 1877, str. 300 in 8-vo majori z 24 drzeworytami.

Dzieło uwiecznione nagrodą konkursową imienia hr. Eustachego **TYZENHAUZA** przez Tow. lek. Wileńskie w d. 8 Maja 1876, które otrzymało nadto nagrodę imienia d-ra **Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO** przez Tow. lek. Warszawskie w d. 5 Marca r. b. przyznaną.

Sprzedaje się w Redakcyi Medycyny.

po cenie (o połowę niższej) rs. 4; z przesyłką rs. 4 kop. 20

Przewodnik do klimatycznego leczenia, d-ra **Z. DOBIESZEWSKIEGO**. — Nabyć można w naszej redakcyi, za rs. 4.

Do tego Nru dołącza się bezpłatny **Dodatek**, z 4-eh stronice, zawierający ciąg dalszy pracy d-ra **St. MARKIEWICZA**, p. n. **Assenizacyja miast**.

Redaktor i Wydawca, Dr. **J. Rogowicz**.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57

Дозволено Цензурою. Варшава, 27 Апрѣля 1878 г. — Członkami M. Ziemkiewicza i W. Noakowskiego. Krak.-Przed. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (z p. 1).

Wysła wody mineralne na prowincyję po cenach możliwie umiarkowanych. Składy wód mineralnych znajduj się w większej części aptek Warszawskich, oraz w wielu aptekach na prowincyi i w Cesarstwie. Zakład mój rozporządza 8-ma tysiącami syfonów paryskich, maszyną parową i licznemi aparatami najnowszej budowy, a posiada także rozumnę wspaniałość, zasadam je na ciągłym postępie i jak najdokładniejszym wyrobie. Wody mineralne w butelkach i syfonach, oraz syropy do wód gazowych, znajduj się zawsze na składzie. **W. Karpiński.**

GŁÓWNY ZAKŁAD WYROBU WÓD MINERALNYCH
W SYFONACH I BUTELKACH
MAGISTRA FARMACJI KARPINSKIEGO W WARSZAWIE N^o 937