
GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Z. K r a m s z t y k. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej. — II. H. H o y e r. Przyczynę do techniki histologicznej. (Dokończenie). — III. R. J a s i ń s k i. Listy o opatrywaniu ran. — *Dział sprawozdawczy:* 3. M. B e r n h a r d t. Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwulste 1881. (Dokończenie). — 8. B l o c h. Dyjateza neuropatyczna i objaw kolanowy. — 9. J o l l y. O zmianie wagi ciała po napadach epileptycznych. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedź. — Na pomnik Mickiewicza. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej.

Kilka przypadków z praktyki i ich omówienie.

Przez **Zygmunta Kramsztyka.**

1). Dnia 17 Sierpnia 1881 r. wezwany zostałem do 20-letniej panny R. G., która świeżo przebyła gorączkę powrotną i przed paru dniami poczuła ból oka. Panna G. ma dwie siostry, z których jedna przy końcu Czerwca wyjechała na prowincyję; wszystkie trzy—dwie w Warszawie, trzecia na prowincyi, jednocześnie 3 Lipca zachorowały; przebyły po 3 napady choroby, które u wszystkich tego samego dnia się zaczynały i tego samego dnia kończyły. Cały przebieg trwał 5 tygodni. Jakkolwiek już dwa tygodnie upłynęły od chwili ukończenia choroby, zastałem chorą w łóżku, bardzo osłabioną, przyczem mowa bardzo była utrudnioną skutkiem parezy strun głosowych. Znalazłem w lewem oku nastrzyknięcie naczyń około rogówki nie wielkiego zresztą nateżenia, źrenica była nieco zwężona; chora użalała się na niewielki ból w okolicy lewej skroni. Rozpoznawszy lekkie zapalenie tęczy, zaleciłem częste wkraplanie atropiny i od czasu do czasu ciepłe okłady na oko. Pierwszy raz wtedy widziałem cierpienie oczu po gorączce powrotnej. Z powodu znacznego osłabienia chorej i trudności technicznych nie badałem ani wzroku chorej, ani dna oka nie obejrzałem wziernikiem.

Dnia 20 Siepnia, a więc po 3 dniach, odwiedziłem chorą po raz drugi; skarżyła się ona obecnie nie tyle na ból, ile na upośledzenie wzroku, widziała wszystko jak gdyby we mgle. Mógłbym przypuszczać, że ten objaw wywołany był przez rozszerzenie źrenicy, które wreszcie było tylko umiarkowane, ale chora twierdziła stanowczo, że mgła zasłania jej oba oczy. Poleciałem na następną wizytę przygotować pokój w ten sposób, aby można było zbadać oczy wzier-

nikiem — tymczasem, prócz wkraplania atropiny do obu oczu i ciepłych okładów, zapisałem masę szarą z belladoną do wcierania w czoło i skronie.

Zawezwany zostałem znowu dnia 26 Sierpnia. Chora czuła się znacznie gorzej; widziała bardzo niewyraźnie i była stanem swoim mocno przerażona. Dokładnie wzroku nie badałem i liczebnie jego stanu podać nie mogę. Wszakże niewątpliwie siła widzenia wyrażała się małym ułamkiem, bo chora widzieć mogła tylko bardzo duże litery, tytuły gazet, i to nie bardzo zdaleka; przytem oko prawe miało być bardziej zamglone.

Przy badaniu wziernikowem znalazłem w ciele szklistem prócz większych pływających w niem kłaczków i rozlane zmętnienie, które pozwalało zaledwie z trudnością rozeznąć kontury nerwów wzrokowych i środkowe naczynia siatkówki. Zresztą na dnie oczu, o ile przejrzeć je było można, żadnych ograniczonych zmian nie było. Skoro chorej poleciłem oczy zupełnie ku dołowi zwrócić, i od góry oko prawe oświetliłem wziernikiem, wtedy, zamiast zwykłej czerwonej barwy dna oka, dojrzałem pole żółto-zielone. Wyglądało to zupełnie w ten sposób, jak gdyby siatkówka w tem miejscu była oderwana od naczyniówki. Wprawdzie ani fałd siatkówki, ani naczyń dojrzeć nie mogłem, ale takich szczegółów w każdym razie dojrzeć by nie pozwalało zmętnienie środków przezroczystych. Cały ten utwór miał postać mniej więcej okrągłą, zajmował dolną i wewnętrzną stronę pola wziernikowego; ku górze wychodził z utworu tego wązki wydłużony pasek. Oko nie czuło światła skierowanego na to miejsce. Zostawiwszy wszystkie poprzednie środki, poleciłem jeszcze postawić na sucho sztuczną pijawkę Herteloup'a na obu skroniach w odstępach dwudniowych. Pokój, w którym chora leżała, był w ciągu tego całego czasu zaciemniony. Energiczniejszego leczenia ogólny stan chorej nie pozwalał zastosować; wreszcie nie wiedziałem jaki przebieg choroba ta zwykła przyjmować.

W ciągu następnych dni wzrok nie poprawił się wcale i w ogóle chora bardzo powoli odzyskiwała siły. Na naradzie, jaką dnia 1 Września odbyłem z dwoma kolegami terapeutami, poradziliśmy chorej wyjechać na świeże powietrze. Zaleciliśmy jej arsenik, wkraplanie atropiny i niebieskie ochronne okulary. Pomimo spóźnionej pory chora posłuchała rady i po dwu dniach w okolice Warszawy wyjechała. Na tem letniem mieszkaniu odwiedziłem ją dopiero po 3 tygodniach, dnia 21 Września. I ogólny stan zdrowia był daleko lepszy i wzrok znakomicie poprawiony. Przy badaniu wziernikowem znalazłem wyraźną i pomyslną zmianę—ciało szkliste było daleko mniej zmętniałe. Tylko żreniczny brzeg tęczy oka lewego był w dwu miejscach, od góry i od wewnętrznej strony, za pomocą nitkowatych zrostów przyczepiony do torebki soczewkowej, atropiny przez cały ten czas nie wkraplano.

Dopiero po powrocie chorej do Warszawy, dnia 15 Listopada, miałem sposobność widzieć ją znowu. Uważała się ona już za zupełnie zdrową. Przy badaniu znalazłem siłę widzenia niemal prawidłową — wynosiła ona $\frac{2}{3}$ części stanu prawidłowego. W ciele szklistem tylko gdzieś tam można było dojrzeć małe kłaczkiki. Tarcze nerwów wzrokowych można było dokładnie i ze wszystkimi szczegółami obejrzeć. Skoro jednak dla doraźnego porównania obejrzałem

zdrowe oczy młodszej siostry, znalazłem pod względem czystości rysunku i polysku znaczną między nerwami obu sióstr różnicę.

2). W kilka dni zaraz po pierwszej wizycie u G. zgłosiła się do domowego mego ambulatoryum młoda służąca, lat około 17 mająca, z zapaleniem tęczy i zebraniem ropy w komórce przedniej oka.

Na zapytanie odpowiedziała, że przed kilkoma tygodniami przebywała gorączkę powrotną, wszakże nie upatrywała związku między tą chorobą, a obecnem cierpieniem oka. Zaleciłem jej wtedy atropinę i kataplazmy z lnianego siemienia i poleciłem często się pokazywać. Tego wszakże polecenia nie posłuchała; jużem jej odtąd więcej nie widział. Wszakże dwa przypadki choroby, której dotąd wcale nie znałem, zjawiające się prawie jednocześnie, zainteresowały mnie i pragnąłem mieć sposobność dokładniejszej obserwacji tego rodzaju, mianowicie obserwacji szpitalnej. A że los zwykle sprzyja takim skromnym pragnieniom, więc niedługo czekać mi przyszło na spełnienie mego życzenia.

3). Dnia 19 Września do oddziału ocznego szpitala starozakonnych wstąpi 18-letni Szmul W. z Węgrowsa. Przebył on w Czerwcu dwa napady gorączki powrotnej, trwające po dni 5, a oddzielone 3-dniową przerwą. W 4 tygodnie po ostatnim napadzie zachorował na oczy, zaczął widzieć niewyraźnie; stan ten coraz się pogarszał i zmusił wreszcie chorego do szukania porady w szpitalu. Stan chorego, lewego oka, był następujący:

Naczynia w około rogówki przekrwione, ciecz wodna nieco zmętniała, na dnie komórki przedniej mała ilość ropy; tęczęwka — w drugim oku niebieskawa — ma barwę czerwonawą, jej utkanie niewyraźnie się przedstawia. Zrenica, wskutek poprzedniego wkraplania atropiny, prawie zupełnie rozszerzona. Przy badaniu wziernikiem widać środki łamiące światło bardzo zmętniałe, gdzieś w ciebie szklistem pływają większe męty w postaci kłaczków. Czerwona barwa dna oka występuje niewyraźnie, jakby brudno; tarcza nerwu wzrokowego zaledwie dostrzedz się daje. Przy badaniu obwodowych części dna oka widać u dołu zielonawe zabarwienie, jak gdyby spowodowane oderwaniem siatkówki; to miejsce zupełnie światła nie odczuwa. Siła widzenia wynosi $\frac{1}{20}$, chory odróżnia tylko największą literę, stanowiącą pierwszy wiersz znanej tablicy Snellena i to przy pomocy soczewki wklęsłej $\frac{1}{24}$.

Oko prawe zupełnie zdrowe, krótkowzroczne; krótkowzroczność $\frac{1}{24}$, siła widzenia prawidłowa.

Kazałem choremu dwa razy dziennie wcierać po pół drachmy maści szarej.

Dnia 20 Września. Łącznica w około rogówki bledsza, tarczę nerwu wzrokowego widać trochę wyraźniej.

Dnia 21 Września. Ropa z komórki przedniej znikła w zupełności, zrenica całkowicie rozszerzona, wśród niej widać delikatne nitki włóknikowe w postaci pajęczyny. Środki przezroczyste mniej zmętniałe i zielonawy utwór u dołu po za soczewką występuje wyraźniej. Można dojrzeć, że utwór ten składa się z jednostajnej zielonawej masy, od której ku górze wychodzi przedłużenie w postaci sznureczka, zakończone zgrubieniem.

Dnia 24 Września. Wszelkie objawy podrażnienia znikły, chory czyta drugi wiersz z tablicy Snellena ($S = \frac{2}{10}$).

Dnia 26 Września. Środki łamiące coraz czystsze, widać wyraźniej i tarczę nerwu wzrokowego i utwór niebieski; końcowe zgrubienie niteczki ma postać gwiazdki; chory czyta trzy wiersze tablicy ($S=2/7$).

Dnia 29 Września. Zielonawy utwór zmniejszony. Widać wyraźnie, że wydłużenie nitkowate i końcowe jego zgrubienie nie leżą na siatkówce, jak się poprzednio zdawało, lecz pływają w ciele szklistem; można je obrzeć i za pomocą bocznego oświetlenia; w tym ostatnim przypadku przedstawiają się w barwie szarej, przy oglądaniu za pomocą wziernika przybierają blado-zielony kolor młodych liści; uczucie światła ma miejsce i w dolnej części dna oka.

Chory wypisany został dnia 5 Października. Środki łamiące były daleko czystsze, kłaczków pływających nie można było dojrzeć, zielonawy utwór był znacznie zmniejszony, tylko nerw wzrokowy przedstawiał się niewyraźnie; za pomocą soczewki wklęsłej $1/15$, chory widział 4 wiersze tablicy S n e l l e n a (siła widzenia $2/5$). Chory przebył w szpitalu dni 16; wcierań z maści szarej zrobiono 24.

4). Łucyja T., pracznica Szpitala Starozakonnych, lat 30, zgłosiła się dnia 22 Września o poradę do ambulatoryjum szpitalnego z powodu bólu lewego oka. W około rogówki głębokie naczynia łącznicy nastrzyknięte, tęczęwka w stanie zapalnym, w kilku miejscach przyczepiona do torebki soczewkowej, tak, że źrenica ma postać nieregularną. Środki łamiące światło zmętniały, tarcza nerwu wzrokowego przedstawia się niewyraźnie. Przy nacisku na okolice ciała rzeszkowego odczuwa żywy ból; napięcie gałki prawidłowe, siła widzenia $2/7$. Na zapytanie dowiedziałem się, że chora przebywała w szpitalu na początku Sierpnia gorączkę powrotną, miała dwa napady; skoro już zupełnie do zdrowia powróciła, bo przed kilkoma dniami dopiero, poczuła ból w oku.

Zaleciłem przystawić 4 pijawki przed uchem od strony chorego oka, częste wkraplanie atropiny i od czasu do czasu ciepłe okłady.

Dnia 23 Września. Chora czuje się daleko lepiej, wszystkie przyrosty tęczy rozerwane, źrenica okrągła i zupełnie rozszerzona, przekrwienie około rogówki znikło; przy nacisku na okolice ciała rzeszkowego chora żadnego bólu nie odczuwa.

Od tego czasu chora bardzo rzadko się pokazywała, bo nie czuła już potrzeby dalszego leczenia. Tylko dla obserwacji parę razy wezwałem ją do oddziału.

Dnia 6 Października miała już prawidłową siłę widzenia, choć nerw przy badaniu wziernikiem jeszcze się nie zupełnie wyraźnie rysował.

Dnia 5 Listopada widzi jeszcze niekiedy przed oczyma muszki latające; w ciele szklistem drobne pływające kłaczki; nerw widać wyraźnie, ale przy porównaniu z drugim okiem można się przekonać, że jeszcze nie zupełnie czysto się przedstawia.

5). Hersz G. z Wyszogrodu, lat 32, trochę kupiec, trochę nauczyciel, zapadł na gorączkę powrotną w drugiej połowie Maja r. z., przebył 3 napady w przeciągu 5 tygodni. W miesiąc po ostatnim napadzie, ku końcowi Lipca, zaczął chorować na oko lewe; choroba objawia się stopniowym osłabieniem wzroku i lekkim bólem. Dnia 1 Listopada przybył do oddziału ocznego Szpitala Starozakonnych.

W lewym oku naczynia w około rogówki lekko nastrzyknięte, źrenica rozszerzona zupełnie, bo już w domu atropinę w to oko wkraplano; cały przestwór źreniczny ma niezwykle, bardzo mętny wygląd. Na dnie komórki przedniej mała ilość białej substancji, którą w pierwszej chwili za ropę uważałem; przyrzawszy się wszakże bliżej, musiałem jej stałą przyznać konsystencyję, bo w kształcie ząbka wyskakiwała ku górze; ciecz musiałaby mieć prostą i poziomą od góry granicę.

Za pomocą wziernika dna oka wcale oświetlić nie można.

Przy bocznem oświetleniu widać jakby kataraktę u tylnego bieguna soczewki. Na tylnej torebce, od strony ciała szklistego, jak gdyby nałożony jest utwór w postaci nieregularnej gwiazdy; gwiazda zajmuje całą tylną powierzchnię soczewki, barwę ma białą, czystą. W samym środku znajduje się gruba obrączka, prawie zupełnie swobodna w środku, a od obwodu obrączki rozchodzi się kilka szerokich, nieregularnych, zlewających się promieni. Pomiedzy temi promieniami gdzieniegdzie pozostają swobodne szczeliny, przez które czerwono prześwieca głąb oka i widać białe ruchome kłaczkę w ciele szklistem. Widocznie w ciele szklistem mnóstwo znajdowało się mętów; niektóre z nich osiadły na tylnej powierzchni soczewki i utworzyły ową niezwykle zasłonę. Oko odczuwa światło i dobrze rozpoznaje jego kierunek; palce liczy w odległości 5 cali.

Okło prawe bardzo krótkowzroczne ($4\frac{1}{2}$), i jego siła widzenia znacznie osłabiona ($\frac{2}{10}$), granice nerwu wzrokowego trochę niewyraźne; w bliskości tarczy rozproszone ogniska zapalne w naczyniówce, niewątpliwie dawnego pochodzenia.

Zaleciłem wcierać codziennie po pół drachmy szarej maści, a w oko lewe 4 razy dziennie wkraplać roztwór atropiny.

Dnia 4 Listopada. Wysiłek włóknikowy z przedniej komórki znikł całkowicie; lewym okiem liczy chory palce w odległości 10 cali.

Dnia 6 Listopada. Palce liczy w odległości 15 cali i rozpoznaje z bliska największą literę z tablicy S n e l l e n'a; dno oka daleko wyraźniej widać, wszakże żadnych na niem szczegółów rozróżnić jeszcze nie można.

Dnia 8 Listopada. Złogi na tylnej powierzchni soczewki do tyła się rozjaśniły, że widać daleko lepiej ruchome męty w ciele szklistem; lewym okiem widzi trochę lepiej, a w prawem siła widzenia podniosła się do $\frac{2}{7}$.

Chory znosił bardzo dobrze wcierania rtęciowe; po dwunastej dawce, dnia 15 Listopada, wykąpał się, a następnie toż samo w dalszym ciągu prowadzono leczenie; stan oczu poprawiał się widocznie i szybko, tak, że dnia 17 Listopada zanotowałem stan następujący: Z całego gwiazdowatego utworu na tylnej powierzchni soczewki pozostał tylko pierścień środkowy i to daleko luźniej niż pierwotnie utkany; prócz tego widać przy bocznem oświetleniu po za soczewką ruchome męty, choć widocznie przyczepione do owych złogów na soczewce. Wziernik daleko lepiej oświetla dno oka. Po raz pierwszy dnia tego, choć w zamgleniu jeszcze, dojrzałem tarczę nerwu wzrokowego i w jej pobliżu parę plamek na pół białych, na pół pokrytych czarnym barwnikiem. Te rozproszone w naczyniówce zapalne ogniska widocznie rozwijały się oddawna wraz z krótkowzrocznością. Palce liczy okiem lewym prawie prawie przez całą dłu-

gość pokoju, a z bliska, choć nie łatwo, czyta 15 Nr. druków J a e g e r'a. Soczewki wklęsłe jeszcze widocznego wpływu na wzrok nie wywierają. W oku prawem $S = \frac{2}{5}$.

Z dniem 27, po wtarciu 24 dawek maści, kurację rtęciową postanowiłem przerwać. W czasie tej, cztery tygodnie trwającej, kuracji nastąpiła bardzo widoczna poprawa; oko lewe, prawie zupełnie przedtem niewidome, rozpoznawało już za pomocą soczewki wklęsłej $\frac{1}{4\frac{1}{2}}$ największą literę z tablicy Snellen'a ($S = \frac{2}{20}$), a tę poprawę tłumaczyła w zupełności ogromna zmiana w obrazie wziernikowym. Żrenica po oświetleniu przedstawiała się świecąca, czerwona, choć na tem tle czerwonym bardzo liczne ciemne zostały plamy, po części ruchome, po części stałe; nerw wzrokowy widać było dość wyraźnie; przy bocznem oświetleniu tylko środkową obrączkę pierwotnej gwiazdy można było rozeznąć, a jej utkanie było widocznie daleko luźniejsze.

W kilka dni po tem chory, zaraziwszy się zapewne, dostał dość mocnego zapalenia łącznicy, naprzód na prawem, a potem i na lewym oku. Łącznice tuszowałem roztworem saletrzanu srebra; od czasu do czasu na skroniach stawiano na sucho sztuczne pijawki Herteloupa. Poprawa wzroku wciąż szybko postępowała. Dnia 3 Grudnia lewym okiem czytał chory za pomocą tej samej soczewki 3 wiersze tablicy — siła widzenia $\frac{2}{7}$. Nerw wzrokowy widać dokładnie, prawie czysto, kłaczków daleko mniej, przy bocznem oświetleniu tylko resztki niknącej widocznie gwiazdki.

Dnia 11 Grudnia. Siła widzenia w oku prawem wynosi $\frac{2}{5}$, w oku lewym $\frac{2}{7}$. Obraz wziernikowy jeszcze czystszy.

W takim stanie chory ze szpitalu wystąpił dnia 19 Grudnia; jeszcze w 8 dni po tem pokazał się w szpitalu, gdzie, mianowicie co do prawego oka, znalazłem poprawę w sile widzenia, wynosiła ona $\frac{1}{2}$ prawidłowego stanu, gdy w oku lewym zatrzymała się na $\frac{2}{7}$. Przy zwężonych źrenicach obraz wziernikowy w obu oczach był jednakowy prawie, a męty w oku lewym trudne do uchwycenia. Zmiany stare w naczyniówce jużby same usprawiedliwiały dostatecznie to osłabienie siły widzenia, która wreszcie jeszcze się zapewne poprawi. (D. c. n.)

II. Przyczynek do techniki histologicznej.

Podał Prof. **H. H o y e r.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 4).

2. M a s s y i n j e k c y j n e.

Najpiękniejszych preparatów iniekcyjnych dla badań mikroskopowych dostarczają bez zaprzeczenia masy klejowe, mianowicie gdy różnorodne naczynia (tętnice, żyły, naczynia limfatyczne) i przewody gruczołowe napełnione są różnobarwnymi masami. Masy klejowe odpowiednio przyrządzone, dostarczają preparatów przezroczystych, dających się badać pod mikroskopem zwykłym sposobem t. j. przy oświetleniu dolnem; gdy tymczasem iniekcyjne masami ziarnistemi nie-

przepuszczającymi światła, wymagają górnego oświetlenia, przy którym trudno wysledzić cały przebieg gałązek naczyniowych, lub nastrzykniętych kanałów; również i powiększenie mikroskopowe przy użyciu górnego oświetlenia może tylko być stosunkowo małe. W nowszym czasie używają histologowie także czystego, lub zmieszanego z gliceryną roztworu cyjanku żelaza (tak zwanego rozpuszczalnego błękitu berlińskiego), który dla zwykłych badań w wielu razach wystarcza, mianowicie dla iniekcji naczyń limfatycznych i przewodów gruczołowych; lecz przetwór ten po większej części nie wypełnia światła naczyń jednolitą masą, owszem tworzy grudki i ziarnistości nierównomiernie rozsiane, szczególnie w nieco grubszych naczyniach i kanałach, przez co jasność i wytworność obrazu mikroskopowego zostaje znacznie upośledzoną. Z tego też względu dla preparatów demonstracyjnych, przeznaczonych dla wzbogacenia zbiorów i dla objaśnienia wykładów, jak również i w przypadkach, w których cele badania wymagają ścisłego wypełnienia, a nawet rozprężenia światła naczyniowego do normalnej życiowej objętości, klejowym masom należy się pierwszeństwo przed innymi przetworami. Wyjątek stanowią takie części ciała, których nastrzyknięcie nie da się uskuteczyć od razu, lecz wymaga dłuższego przeciągu czasu, jak np. iniekcja naczyń i gruczołów limfatycznych; tu klejowe masy skutkiem rychłego stygnięcia i zgęszczenia nie dają się zwykle z korzyścią zastosować.

Przyrządzenie mas klejowych po większej części jednak dość jest mozolne i połączone ze stosunkowo znaczną stratą czasu, mianowicie dla tego, że nie dały się dotąd przechować przez dłuższy czas. Nie można więc było przygotować sobie zapasu mas, a zatem należało przed każdą dopiero iniekcją przyrządzić świeżą masę. Klej ulega, jak wiadomo, w stanie wilgotnym, szybkiemu rozkładowi; pojawiające się już na drugi lub trzeci dzień na powierzchni galarety klejowej grudki pleśniowe wnikają swemi rurkami (*mycelium*) w głąb masy; prócz tego wytwarza się niezmierna ilość bakteryj, zamieniających całą galaretę na gęstawy, ziarnisty, cuchnący płyn. Liczne próby, przedsięwzięte przezemnie w ciągu wielu lat dla uchronienia mas klejowych od rozkładu, nie doprowadziły do celu; owszem wszystkie zastosowane środki przeciwnilne okazały się albo bezskutecznymi, albo nie dały się użyć. Dopiero zapoznanie się z przeciwnilnymi własnościami chloralu naprowadziło mnie na myśl, czyby nie można zastosować tego środka do przechowywania mas klejowych, a już pierwsze próby były uwieńczone najpomyślniejszym skutkiem. Udało mi się przechować masy przez wiele miesięcy w zupełnie niezmiennym stanie, tak że obecnie trzymam w zapasie większe ilości gotowej masy, przyrządzanej w chwilach wolniejszych od zajęć, a w razie potrzeby należy ją tylko zagrzać dla nadania jej płynnej gęstości i wprost wstrzyknąć do naczynia. Chloral nie zmienia widocznie ani samej masy, ani też tkanki nastrzykniętego organu. Prócz chloralu należy dodać jeszcze nieco czystej gliceryny (około 5 do 10 procentowych objętości), ażeby zapobiedz zupełnemu zeschnięciu się masy. Samą masę klejową najlepiej przygotowywać z francuzkiej żelatyny (*gelatine*), którą pokrajaną na kawałki nalewa się zimną wodą; napęczniały klej, po zlaniu wody, ogrzewa się ostrożnie, póki nie zamieni się na płyn jednostajny gęstawy.

Przechodząc do specjalnego opisu wyrobu mas klejowych, wypadaloby właściwie pominąć przepisy dla masy karminowej i dla prostego roztworu błękitu berlińskiego, ponieważ takowe podane są we wszystkich lepszych podręcznikach, traktujących o technice histologicznej np. w dziełku Frey'a, Exner'a i t. d. Sądzę jednak, że takowe nie wszystkim czytelnikom niniejszego pisma są przystępne i że pobieżny przynajmniej ich opis dla wielu będzie pożądanym.

Roztwór błękitu otrzymać można w następujący sposób: do 6 części (np. gramów) żółtego suchego ferro-cyanku potasu (*ferro-kali cyanatum flavum*), rozpuszczonego w znacznej ilości wody destylowanej, dodaje się powoli i przy ciągłym mieszaniu 1 część suchego półtorochlorku żelaza, (czyli też około 1½ części oficynalnego *liq. ferri sesquichlorati*), również rozproszanego w znacznej ilości wody. Ferro-cyjanek musi koniecznie być w znacznym nadmiarze i do niego musi być dodany roztwór żelaza, a nie odwrotnie, inaczej powstaje osad nierozpuszczalny. Gęsty ciemno-błękitny osad cyjanku żelaza zbiera się na filtrze i przepłukuje się ciągle czystą (najlepiej destylowaną) wodą, dopóki nie zacznie przeciekać przez filtr płyn ciemno-błękitnie zabarwiony. Wtedy masa pozostała na filtrze rozproszana się w większej ilości wody, lub w glicerynie, przy czem w zupełności się rozpuszcza. Po precedzeniu przez gęstą, zwilżoną flanelę, roztwór ten może, albo wprost być użyty do iniekcji, albo też może być połączony z klejem.

Ostatnia manipulacja nie jest jednak tak prostą, jakby to się na pierwszy rzut oka wydawało, gdyż przy bezpośrednim mieszaniu roztworu kleju z roztworem cyjanku żelaza tworzy się skrzepla galaretowata masa, albo przynajmniej powstają grudki ziarniste, skutkiem czego masa staje się nieprzydatną do iniekcji. Należy więc zachować następujące przepisy: do małej ilości rozrzedzonego kleju, dobrze ogrzanej, dodaje się powoli ogrzany również i mocno rozrzedzony roztwór rozpuszczalnego cyjanku żelaza. Otrzymany tym sposobem jednolity płyn dodaje się dopiero do głównej masy gęstego ciepłego kleju, po ścisłym złączeniu się takowego z barwnikiem można dopiero powoli dodawać większą ilość ogrzanego, lecz już mniej rozrzedzonego błękitu, ciągle mieszając i ogrzewając całą masę. Tym sposobem otrzymamy jednostajny błękitny płyn, który rozproszony w cienkiej warstwie na szkiełku, wydaje się zupełnie szklistym, przeświecającym, wolnym od domieszek ziarnistych. Płyn ten przed wstrzyknięciem można jeszcze precedzić przez wilgotną flanelę dla usunięcia grudek i nieczystości, pochodzących z żelatyny. Dla przechowania masy na dłuższy czas należy dodać gliceryny i chlorału w odpowiednim stosunku.

Błękit berliński rozpuszczalny wprawdzie bardzo wygodny jest dla iniekcji, lecz z drugiej strony nader niemiłą ma wadę, błędnie bowiem albo wkrótce po wstrzyknięciu do organów z natury silniej alkalicznych, np. w naczyniach wątroby, albo też po dłuższym dopiero czasie w gotowych już preparatach mikroskopowych. Dopóki skrawki (nie są jeszcze zprzezrocyszczone i zamknięte w żywicznych lakierach, można łatwo przywrócić ciemno-błękitne zabarwienie przez zanurzenie skrawka na kilka minut w słaby roztwór chlorku żelaza, albo lepiej kwasu saletrzanego, przy czem rozpuszczalny błękit zamienia się na modyfikację nierozpuszczalną i zupełnie trwałą, albo można zprzezrocyszczone już pre-

paraty przenieść na kilka minut do czystego kwasu karbolowego, następnie do starego zgęstniałego olejku terpentynowego, a nakoniec zamknąć w lakierze.

Dodam tu jeszcze kilka słów o sposobie przyrządzania i przechowywania skrawków z organów nastrzykniętych. Jeżeli naczynia zostały wypełnione samą błękitną masą, można organom nadać odpowiednią do krajania twardość przez moczenie w dwuchromianie potasu, kwasie chromnym, pikrynowym, drzewnym lub w innych nielotnych kwasach, poczem kolor masy błękitnej już zwykle więcej nie blednie. Jeśli zaś sporządzono iniekcje różnokolorowe, to dla stwardnienia organu można użyć jedynie tylko mocnego alkoholu. Skrawki z tak przyrządzonego preparatu należy pozbawić wody, zostawiając takowe przez 10—16 minut w mocnym (prawie bezwodnym) alkoholu. Poprzeniesieniu z tego ostatniego do jakiegoś olejku lotnego, najlepiej gwoździkowego, lub do czystego płynnego kwasu karbolowego, skrawki w kilka minut stają się zupełnie przezroczystymi i zdatnymi do badań. Przechowywać takowe należy w kropli balsamu kanadyjskiego, lub też w lakierze damarowym t. j. czystym i zupełnie przezroczystym roztworze żywicy damarowej w olejku terpentynowym. Pozostałe przy zamknięciu preparatu pęcherzyki powietrza w tym lakierze same przez się znikają. Jeżeli zaś zamierzamy skrawki przed ostatecznym przechowaniem wpierw rozpatrzeć, ale chwilowo czas na to nie wystarcza, to można skrawki przez dłuższy czas bez szkody przechować w naczynku napełnionem olejem rycynowym, lub balsamem kopajwowym; w samej zaś terpentynie twardnieją i marszczą się, skutkiem czego w następstwie trudno je zamknąć w lakierze.

Masę czerwoną otrzymuje się przez zmieszanie czystego neutralnego roztworu karminianu amonijaku z gęstym roztworem kleju. Sposób przygotowania pierwszego (bez strącenia za pomocą alkoholu) wyżej już był opisany. Należy brać dużo karminu, ażeby kolor masy w drobnych naczyniach nie wydawał się zbyt bladym. Mieszaninę iniekcyjną należy utrzymywać w wyższej temperaturze na kąpeli parowej, póki ciemno-wisniowy kolor karminu nie nabierze nieco jaśniejszego odcienia. Zmieszana z gliceryną i chloralem masa, daje się przez dłuższy czas przechować. Nastrzyknięty organ należy natychmiast ochłodzić zimną wodą, po skrzepnięciu kleju rozłożyć na drobne kawałki, a ostatnie bezpośrednio przenieść do mocnego alkoholu. Dodawanie rozrzedzonego kwasu do masy karminowej nie przedstawia żadnych korzyści; zamiast jednostajnej szklistej masy, otrzymuje się masa drobnoziarnista.

Nową żółtą klejową masę udało mi się otrzymać w następujący sposób: równe ilości gęstego ciepłego kleju i 10-procentowego roztworu saletrzanu srebra mieszam przez kilka minut, lekko ogrzewając, a następnie dodaję kilka kropel mocnego roztworu kwasu pirogallusowego. Masa natychmiast zupełnie ciemnieje skutkiem redukcji srebra, przyjmując kolor szarawo-brunatny. Zastrzyknięta do naczyń, w kapilarach przedstawia się czysto żółtą, w nieco grubszych naczyniach brunatną. Masa ta jest bardzo trwałą, nie zmienia się w kwasie chromnym, lub innych słabszych kwasach, uwydatnia dobrze kontury naczyń, a w gotowych preparatach mikroskopowych jest mniej zmienną od masy błękitnej. W połączeniu z gliceryną i chloralem daje się przez długi czas przechowywać.

Nareszcie nie od rzeczy będzie, wspomnieć tu jeszcze o użyciu iniekcji saletrzanu srebra dla uwydatnienia obrysów komórek, wyściełających światło naczyń na sposób nabłonka (t. z. *endothelium*). Badacze używają w tym celu zwykle czystego roztworu saletrzanu srebra, lecz takowy ma tę wadę, że przenikając przez ściany naczyń, nadaje otaczającym tkankom ciemno-brunatne zabarwienie; prócz tego tworzy na ścianach naczyń ziarniste osady, mające pozór małych otworków czyli t. z. por w ścianie naczyń. Jeżeli zaś dodamy do roztworu azotanu srebra powoli t. j. kroplami, rozrzedzonego amonijaku, to tworzący się z początku ciemny męt rozpuści się w zupełności, a otrzymany tym sposobem czysty roztwór soli podwójnej ma tę własność, że pod wpływem światła słonecznego, tworzy tylko siatki czarnych linii naokoło komórek nabłonkowych i mięśni gładkich, tkanki łącznej zaś nie barwi. W naczyniach przestrzykniętych 1-0 procentowym roztworem tego związku i następnie wypełnionych czystym klejem, można tym sposobem jak najwyraźniej uwydatnić budowę ich ścianek i wykazać różnicę w utkanii drobnych tętnic, żył i naczyń włoskowatych. Metodą tą posługiwałem się przy swoich badaniach nad bezpośrednim przejściem cienkich tętnic w małe żyły. W odpowiedniej rozprawie opisałem też tę metodę, lecz histologowie nie zwrócili dotąd na takową należytej uwagi (*Schultzes Archiv. T. XIII*).

Nareszcie wspomnę tu jeszcze o innej masie iniekcyjnej, która wydała mi również dobre rezultaty, przy wspomnianych badaniach. Takową otrzymuję przez rozpuszczenie szelaku w mocnym alkoholu i dodanie ciemnego barwnika anilinowego, również rozpuszczonego w alkoholu (n. p. błękitu nie rozpuszczającego się w wodzie). Zamiast aniliny można dla zabarwienia także użyć bardzo małego cynobru, chromianu ołowiu, lub innego ziarnistego barwnika zawieszzonego w alkoholu. Zapas takiego płynu, precedzonego przez muslin, może przez czas nieograniczony być przechowanym i w każdej chwili gotów jest do bezpośredniego użycia. Dla przygotowania jednak preparatów mikroskopowych nie kwalifikuje się, ponieważ, rozpuszczając się w alkoholu, znikłby z naczyń przy stwardnieniu organu. Ale ważne usługi może oddać przy makroskopijnem preparowaniu ostatecznych rozgałęzień naczyń, gdyż skutkiem wsiąknięcia alkoholu do tkanek, natychmiast po wstrzyknięciu gęstnieje, dozwala zaraz rozpocząć preparowanie, dobrze uwydatnia przebieg naczyń, a przez naczynia kapilarne nigdy nie przenika. Po wstrzyknięciu do tętnic można go spotkać w takich tylko żyłach, z którymi tętnice łączą się bezpośrednio, t. j. bez udziału kapilarów. Ponieważ w wewnętrznych organach takie przejścia nie istnieją, można tą masą wypełnić wyłącznie, albo układ tętniczy, albo żylny, bez obawy, ażeby masa przez kapilary nie przeszła z jednego systematu do drugiego. Do grubych iniekcji anatomicznych masa ta nie jest przydatną; tu pierwszeństwo należy się bezwarunkowo masie Teichmanna (zob. referat w Nr. 11 naszego pisma z ubiegłego roku). Za to można z drobnych części ciała nastrzykniętych masą szelakową, zabarwioną przetworami nie rozkładającymi się w kwasie solnym (anilinowymi barwnikami, cynobrem, błękitem berlińskim, siarkiem kadmu), otrzymać piękne, pouczające preparaty korrozyjne, albowiem przy zniszczeniu tkanki kwasem solnym, masa szelakowa pozostaje nietkniętą.

Takim sposobem można otrzymać wierne odlewy różnych jam i kanałów n. p. pęcherzyków płucnych, ucha środkowego, cewki moczowej i t. d. Dla większych korozyj masa nie jest przydatną z powodu swej kruchości.

3. Przetwory dla zamykania preparatów mikroskopowych pomiędzy szkiełkami.

Dla przechowania skrawków, pierwiastków histologicznych i innych drobnych cząstek ciała zwierzęcego pomiędzy szkiełkami w formie stałych preparatów mikroskopowych posługują się histologowie po większej części gliceryną, lub roztworami żywicy (np. lakierem damarowym, balsamem kanadyjskim i t. p.). Żywice używane są zwykle dla zamykania skrawków z układu nerwowego, części nastrzykniętych zabarwionymi masami, blaszek kostnych szlifowanych i w ogóle takich preparatów, które pomimo znacznej przezroczystości, spowodowanej przez żywice o wysokim wykładniku łamliwości światła, nietylko nie tracą na wyrazistości w obrazie mikroskopowym, ale nawet stają się często dopiero przydatnymi do badania. Preparaty, w taki sposób przyrządzone, odznaczają się wielką trwałością; lakier, zasychający pod szkiełkiem przykrywkowym, tworzy twardą szklistą masę, utrzymującą szkiełko niezmiennie w swoim położeniu tak, że obmazanie brzegu szkiełka warstwą innego lakieru staje się zbytęcznym. Gliceryna zaś służy przeważnie dla przechowania cząstek odznaczających się wielką delikatnością, z mało wyraźnymi obrysami, które w tym płynie o mniejszym wykładniku łamliwości światła nie tak silnie się zacierają, niż w żywicznych lakierach. Preparaty glicerynowe jednak częstemu ulegają zniszczeniu; obwódka lakierowa, przytwierdzająca szkiełko przykrywkowe do przedmiotowego, często się kruszy, odskakuje, lakier przenika pod szkiełko, zalewa preparat i t. d. Z tego powodu od kilku lat zaczęto zamiast czystej gliceryny używać mieszaniny gliceryny z klejem, która nierównie lepsze daje rezultaty; ma jednak tę niedogodność, że tężejąca przy ochłodzeniu galaretowata masa musi być ogrzana przy każdym użyciu.

W N-rze 14 niemieckiego popularnego czasopisma *Isis* z r. 1879 znalazłem przepis p. L. B u c h'a na roztwór gumy arabskiej w roztworze octanu amonijaku, który miał wybornie przechowywać mikroskopowe preparaty, mianowicie pochodzące z dziedziny botanicznej, a przytem odznaczać się większą dogodnością w użyciu od żelatyny glicerynowej, ponieważ pozostaje ciągle płynnym, a wysychając sam przytwierdza szkiełko przykrywkowe do przedmiotowego, podobnie do lakierowych mas, skutkiem czego obmazanie brzegu szkiełka lakierem staje się zbytęcznym.

Pierwsze już próby dokonane przezemnie z płynem p. B u c h'a dały nader zadawalniające rezultaty. Podobny płyn był wprawdzie już dawniej używany pod nazwą p ł y n u F a r r a n t' a; lecz takowy złożony jest z gumy arabskiej z gliceryną, a dla zapobieżenia rozwojowi grzybków pleśniowych i gnilnych dodaje się jeszcze kwas arsenikowy. Lecz mozolny sposób przyrządzania (mianowicie trudność precedzenia przez zwyczajną bibułę filtracyjną) i trujące własności nie sprzyjały znaczniejszemu rozpowszechnieniu się tego przetworu, a dla wielu preparatów, mianowicie barwionych, obecność kwasu arsenikowego stanowiła ważną przeszkodę w użyciu.

Po dokonaniu licznych liczących prób, udało mi się otrzymać kilka modyfikacji przetworu gumowego, które dla zamykania pewnych kategorii preparatów okazały się nader przydatnymi, a mianowicie roztwór gumy w wodzie z dodatkiem gliceryny i chloralu, kwalifikujący się przeważnie dla preparatów barwionych karminem, lub hematoksyliną i roztwory gumy z octanem potażu, lub z octanem amonijaku dla preparatów z anilinowem zabarwieniem, dla pasorzytów roślinnych w organizmie zwierzęcym (pleśni, bakteryj również analiną zabarwionych i t. d. Wieloletnie doświadczenia licznych badaczy będą dopiero w stanie, dokładnie określić szczegółowe wskazania dla każdego z tych przetworów.

Przy przyrządzaniu roztworów gumowych osiągnąłem najlepsze rezultaty, trzymając się następującego przepisu: wysoki cylindryczny słoć z korkiem (obejmujący około 50 cent. sześć. płynu) napełniam do $\frac{2}{3}$ objętości kawałkami wyborowej białej gumy arabskiej (*gummi arabicum electum*, sproszkowana zaś guma, nie jest przydatna), a resztę przestrzeni w naczyniu aż pod jego szyjkę wypełniam odpowiednim płynem t. j. 2-procentowym wodnym roztworem chloralu, albo oficynalnym roztworem octanu potażu (*liquor kali acetici*), lub octanu amonijaku (*liq. ammonii acet.*) i zostawiam przez kilka dni, często kłucząc, póki guma całkowicie się nie rozpuści. Do roztworu z chloralem dodaje jeszcze czystej gęstej gliceryny w stosunku 1 części na 10 części roztworu. Każdy z tych płynów cedzę, co na pierwszy rzut oka wydaje się prawie niemożliwym; pomimo to filtracja łatwo daje się uskuteczyć za pomocą tak zwanego papieru filtrowego wełnianego (*Wollpapier*), sprzedawanego w zagranicznych składach narzędzi chemicznych (np. *W a r m b r u n n*, *Q u i l l i t z & Comp.* w $\frac{3}{4}$ Berlinie). W ciągu kilkunastu godzin przechodzi przez taki filtr zupełnie płyn gęstawy, szklisty, przezroczysty, którego kropla rozprowadzona na szkiełku w ciągu doby tworzy suchą szklistą warstewkę. W razie gdyby po upływie kilku miesięcy pojawił się w płynie męt skutkiem poczynającego się rozwoju zarodników pleśniowych (spor), należy ponownie precedzić płyn po dodaniu małej ilości chloralu.

III. LISTY O OPATRYWANIU RAN.

Przez **R. Jasińskiego**
byłego asystenta klinik chirurgicznych.

I.

W zeszłym roku „Gazeta Lekarska“ drukowała pracę *M a t l a k o w s k i e g o* pod tytułem: „Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych“. Praca ta, daj Boże, aby znalazła odpowiednie przyjęcie wśród czytających lekarzy. Rzuci ona jasne światło na to, co się obecnie zagranicą dzieje w chirurgii, tłumaczy nam poniekąd tę kolosalną różnicę w statystykach zagranicznych i naszej, oraz przekonywa, że nasze do dziś dnia, mniej lub więcej publiczne powątpiewania, ironije i satyry, przeciw metodzie *L i s t e r ' a*, głoszone ustami ludzi, którzy z szarpiną rozstać się nie mogą, są tylko smutnymi objawami zacofania i konserwatyzmu, niczem nie usprawiedliwionego. Więcej zaś takich jest u nas, którzy wprowadzie ustnie

(a szczególnie publicznie) do zwolenników Lister'a należą, czynami jednak na każdym kroku dowodzą, że z całej metody znają dokładnie tylko nazwisko jej autora. Że tak u nas jest w istocie, tego nikt nie może mi zaprzeczyć. Nie mówię o prowincyi, lecz o samej nawet Warszawie. U nas bo też i inne są jeszcze wadliwości, które wpoprzek stają usiłowaniom postępowych chirurgów. Nie ma dnia prawie, żeby chirurg nie był zmuszony tracić czasu nad naprawieniem krzywdy, którą przy pierwszym opatunku skaleczonemu robotnikowi wyrządzono. Nie mówię tu o takich chorych, którym pierwszą pomoc niesli koledzy jego po grabiach lub fartuchu, lecz o tych, przez los prześladowanych, którzy, z jednego nieszczęścia wpadając w drugie, zpod kół zębanych maszyny parowej dostali się w ręce felczera, w ręce brudne, od wieków nie myte, zbrojne w brudny jedwab do szycia i we flaszkę napełnioną roztworem półtorochlorku żelaza. Za posiadanie w razerze tej ostatniej trucizny, zdaniem mojem felczyrzy powinni podlegać karze. Chory tedy z powikłanem złamaniem przedramienia przechodzi takie koleje: przedewszystkiem koledzy jego (bo teraz wielu już jest takich sprytnych) przewiążują mu ramię chustką, w celu zatamowania krwotoku, a na ranę przykładają zimną wodę. Przychodzi jednak tak zwana pomoc lekarska; zaczyna się albo zalewanie rany „likworem“, albo wypychanie jej skubanką, zmoczoną w cuchnącej oliwie, albo szew węzełkowy nałożony tak, że dwie powierzchni naskórka do siebie przylegają, albo wreszcie kończyzna zostaje otoczona opaską, zaciśniętą mocno, żeby ani kropli krwi nie przepuściła. Każdy chirurg, który te słowa przeczyta, przyzna, że obraz taki powtarza się do dzisiejszego dnia prawie bez żadnej zmiany, prawie bez wyjątku przy każdym cięższem obrażeniu. Chorego takiego niepodobna inaczej zbadać (nietylko opatrzeć), jak pod chloroformem, po półgodinnem zdejmowaniu strupów, przyschłej skubanki i t. d.—Jakże się tu dziwić, że pomimo chlorku cynku, pomimo spray'ów, pomimo kilkunastu warstw gazy karbolowej, ciepłota nazajutrz dochodzi do 39° C., a gojenie niczem nie usprawiedliwia tej nadziei, którą w Listerowskim pokładaliśmy opatunku.

To jest pierwsza strona, pierwsza podstawowa wada, którą wszelkimi siłami wykorzeńić musimy.

Drugą wadą naszą jest niedostateczne obeznanie się lekarzy z metodą przeciwną. Dziwna rzecz, że wielu z większą ochotą do praktyki swej wprowadza środek głośnionie przez pierwszy lepszy referat zalecony, niż metodę, której zasady im niemal codziennie podają i to zasady, nie teoretyczne, ale stwierdzone tysiącami doświadczeń, setkami tablic statystycznych i kolosalnym postępem w dziedzinie chirurgii operacyjnej dni ostatnich. Tacy ludzie z najwyższem niedowierzaniem kładą na ranę muslin karbolowy; otrzymując nieświetne wyniki, stawiają je za dowód wadliwości metody; a czytając o świetnych rezultatach, otrzymywanych gdzieindziej, nie wierzą w nie, lub twierdzą, że i pod szarpnię rany goiły się przed laty. Pragnęlibyśmy szczerze, żeby ten stan oplakany zmienił się raz przecie i to jaknajprędzej. Jedyną drogą ku temu jest pilne sledzenie za ostatnimi wynikami badań doświadczalnych, tyczących roli, jaką zarodki pasorzytne grają w patogenii chorób zakaźnych i powikłań przyrannych. Takie obznajmienie się z przedmiotem wpaja w nas przekonanie o niezmiernie doniosłem znaczeniu walki z temi roznosicielami fermentacyi i tylko takie głębokie przekonanie może otworzyć oczy na istotne zadanie antyseptycznego leczenia ran. Człowiek, gruntownie rzecz tę znający, pojmie, że ściany i podłoga sali operacyjnej, ręce i paznogie posługaczy i felczyrów, odzienie studentów, przesycone prosektoryjnemi zapachami, kubełek do zlewania krwi, jednym słowem tysiące otaczających nas drobnostek, stanowią tyleż tysięcy szkodliwości, których działania na razie wcale ocenić nie jesteśmy w stanie. Rzeczy te, a właściwie ich dezynfekcyja, kto wie, czy nie są ważniejsze od ilości warstw muslinu, położonego na ranę. Wieleż razy zdarza nam się widzieć, że podczas Listerowskie-

go opatrunku z rak chirurga prawie nie wychodzi gąbka, która co najwyżej przez dzień lub dwa leżała w wodzie karbolowej. Gąbka ta, to chyba pozostałość z czasów, w których nie mieliśmy opaski E s m a r c h ' a, ani szczypczyków hemostatycznych, a zrosła się ona tak z ręką niektórych operatorów, że się bez niej ruszyć nie potrafią. Prawda, że trudno ją zastąpić, gdyż tampony z waty salicylowej są niezmiernie drogie, a przeciętny ordynator bardzo się musi rachować, żeby nie wykroczyć poza granice bajecznie małych sum, które mu wolno jest rozporządzać. Ależ i na to można znaleźć radę. Znając prace F r i s c h ' a, przekonywamy się, że można mieć gąbki antyseptyczne, chociaż przygotowanie ich znacznego wymaga zachodu, nie jest jednak tak kosztowne.

Świeże gąbki najlepszego gatunku należy przedewszystkiem starannie wytrzeć, żeby je oczyścić z piasku i kurzu, których nieraz ogromne ilości zawierają. Potem na kilka minut zanurzamy je w 8-io procentowym roztworze kwasu solnego, następnie moczymy w ciepłej wodzie przez kilka dni (5—7), aż wreszcie dostają się one znowu na tydzień do 5%-ej wody karbolowej. Po tej kwarantannie, znowu przez jakiś tydzień mokną w czystej wodzie, aż wreszcie ostatecznie znajdują pomieszczenie w dużym słoju szklanym, napełnionym 10% roztworem fenolu w spirytusie i opatrzonym korkiem szlifowanym. Po każdym użyciu gąbki myjemy w 2½ procentowym wodnym roztworze kwasu karbolowego, potem w lekkim roztworze sody, następnie w 5% wodzie karbolowej i wtedy dopiero wolno im wrócić do słoja z dziesięcio procentowym roztworem karbolowym. Jakież to skomplikowane! Prawda, ale musimy pamiętać, że nam b e z w a r u k o w o nie wolno innych gąbek używać, że inna gąbka więcej szkody przyniesie, niż skubanka, kompres płócienny i t. d., bo może w sobie zawierać miliony zdolnych do rozwoju schizomycetów, które wczoraj zebrała z drugiej zakażonej rany.

Kwas karbolowy jest dotąd bezwarunkowo najlepszym środkiem opatrunkowym, ale musi to być dobry, czysty fenol, C_6H_6O , woda fenilowy krystaliczny, bezbarwny, rozpuszczający się z łatwością w 15-u częściach wody przy ciepocie pokojowej. Tymczasem ciągle widzę w użyciu jakiś oleisty płyn brunatnawo-żółty, cuchnący strasznie, prawie zupełnie w wodzie nierozpuszczalny, bo albo z nią skłócony, zamienia się na emulsję, albo w postaci mniejszych lub większych kropeł pływa po jej powierzchni. Taki kwas rany drażni, drażni skórę sąsiednią, parzy ją poprostu i znieczula, chociaż zdołano go rozpuścić w wodzie, dolewając znaczną ilość spirytusu. Jest to preparat nieczysty, zawierający krezol. Taki kwas w ręku chirurga równie jest nie na miejscu, jak tępy nóż.

Jeżeli do 500 grammów czystego fenolu, dodamy 28,3 gm. wody przekrojonej, to kryształy zamienią się w płyn, którego każdy centymetr sześcienny reprezentuje gram 1 kwasu karbolowego. W ten sposób upraszczamy sobie przygotowywanie roztworów, gdyż wagę zamieniamy na miarę. Każdą salę operacyjną, a daj Boże doczekać, każdą izbę felczerską, czy stację ratunkową, zdobić powinny dwa duże, czyste naczynia: jedno napełnione 5%, drugie 2½ procentowym roztworem takiego czystego fenolu. Dodatek gliceryny w równej ilości z kwasem zmniejsza jego własności drażniące i nie pozwala mu się ulatniać. Roztwór mocniejszy służy do mycia rąk, poprzednio w wodzie z mydłem umytych (ale porządnie umytych), z oczyszczonymi paznogiemi i obnażonych przynajmniej do łokcia. Nikomu, kto sobie tak rąk nie przygotował, nie wolno się dotknąć chorego. Tym samym roztworem oblewa się skórę chorego w miejscu, gdzie będziemy operować. Miejsce to na parę dni przed tem owinięte było płótnem zmaczanem w 2½ procentowej wodzie karbolowej, potem wymyto je mydłem karbolowem, włosy zgolono, a tłuszcz ze skóry za pomocą eteru siarczanego starto. Podczas operacji w tym samym roztworze leżą gąbki, jedwab, sączki gumowe, lub kostne, igły, zgłębniki, cewniki i t. d.

Drugim roztworem napełniamy porcelanową dużą, lecz płytką miednicę, w której mają leżeć narzędzia (bo w mocniejszym roztworze rdzewieją), osłonka (*silk-protective*), muślin karbolowy, opaski muślinowe i t. d.

A jakie to wszystko drogie! Ten muślin karbolowy, ta osłonka, ta wata salicylowa i t. d. Istotnie drogie i nie niewarte. Muślin i wata karbolowa, kupowane tu w Warszawie, lub sprowadzane z Wiednia, Berlina, Monachium i t. d. istotnie małą posiadają wartość, a bajeczne ceny. Jeden opatrunek po amputacji uda, *tout compris*, jeżeli jest porządnie nałożony, kosztuje przynajmniej 1 1/2 rubla, a w tym opatrunku jest zaledwie 0,01 część tego kwasu karbolowego, który w nim być powinien gdyż dawno się już ulotnił, choćby przy fabrykacji istotnie go w dostatecznej ilości użyto i choćby to był ów czysty fenol. Niestety i to jest więcej niż wątpliwe.

Możemy sobie jednak i tu, przy dobrych chęciach, poradzić. Chcę właśnie podać kilka takich przepisów w nadziei, że koledzy zakomunikują je w charakterze małego katechizmu chirurgicznego swym felczerom, którzy lepiej zrobią, ucząc się przygotowywania narazie odpowiednich opatrunków, niż pisanie recept pod dyktando i przecinania ropni wpoprzek przebiegu naczyń. Poniżej podam źródła, z których przepisy te poczerpnałem, tutaj nadmienię, że w Warszawie już prawie we wszystkich szpitalach z przepisów tych korzystamy, siostry Miłosierdzia przygotowują wyborny muślin karbolowy, watę benzoesową, salicylową i t. d., felczerzy robią śliczne pałeczki z jodoformu, chromowy *cat-gut*, a niedługo i sączki kościane może z ich rąk mieć będziemy. W Krakowie na Zjeździe widziałem także wyborny materiał opatrunkowy u Docenta O b a l i Ń s k i e g o, *ex tempore* przygotowywany.

Gazę można wziąć zwyczajną (muślin apreturowany), ale ją trzeba wymoczyć w roztworze sody gryzącej, a potem w letniej wodzie krochmalu pozbawić. Kto rozporządza jakimi takimi środkami, powinien kupować gazę już preparowaną, czyli hygroskopijną. Lister każe muślin taki napoić następującą mieszaniną:

Czystego fenolu 1 część; żywicy 4 części; parafiny 4 części.

Żywica wiąże kwas karbolowy, nie pozwalając mu się ulatniać, a parafina nie dopuszcza sklejaną się muślinu, napojonego żywicą. Parafina jednakże drażni skórę i wywołuje ekcemy. B r u n s i K u e s t e r dają nam jeszcze prostsze przepisy:

Spirit. vini rectific. 1000 części; żywicy 100 części; fenolu 100 części; gliceryny, lub oleju rycynowego 100 części.

Musimy takim łatwym do spamiętania roztworem, doskonale napoić muślin, suszyć go przez sześć godzin i schować w dobrze zamkniętej puszcze.

Olej rycynowy wprawdzie dość szybko jęlczeje w lecie, ale przecież muślin z dnia na dzień trzeba przygotowywać, a olejek stosunkowo jest dosyć tani.

Gliceryna może zanadto jest hygroskopijna i dla tego całą masę muślinu niejednakowo przesiąka, ale ta jej ujemna strona nie jest tak wyraźną, żeby mogła stanowczo źle wpływać.

Przepis M u e n n i c h'a, troszeczkę droższy, brzmi jak następuje:

Muślinu hygroskopijnego kil. 1=37 m.; żywicy 400 grm.; stearyny 60 grm.; gliceryny 80 grm.; spirytusu 1200 grm.; fenolu 100 grm.

Ostatnia kombinacyja B r u n s'a jest może najtańsza; na tę samą ilość gazy bierze się mianowicie:

Fenolu 100 grm.; żywicy 400 grm.; oleju rycynowego 80 grm.; spirytusu 2000 grm.

A przygotowuje się tak: 400 grm. kolofonii, lub żywicy sproszkować w moździerzu, proszek ten powoli wsypywać do naczynia, zawierającego 200 grm. alkoholu, mieszając nieustannie. W dziesięć, lub 20 minut wszystko się rozpuści. Mieszając ciągle, dodajemy 100 grm. roztopionej stearyny, albo

100 grm. gliceryny. Na dużym płaskim naczyniu kładzie się 37 mtr. muslinu i polewa się powyższą mieszaniną. Gaza leży w ten sposób, dopóki cały płyn nie wsiąknie, poczem rozwieszamy ją na sznurze na minut dziesięć, żeby się alkohol ulotnił.

W ten sposób, w ciągu półgodziny otrzymujemy jeden kilogram, czyli 37 mtr. muslinu, zawierającego 9% fenolu. Chirurg, jeżeli w danym miejscu może znaleźć 25 mtr muslinu, to w półgodziny a nawet i prędzej jest w stanie zamienić go na wyborny materiał opatrunkowy w następujący sposób:

Wozi ze sobą małeńki słoik, zawierający maść:

Fenolu 25 części; żywicy 60 części; stearyny 15 części.

80 części takiej maści rozpuści w 100 częściach alkoholu, 675 grm. dodanych do 2 litr. alkoholu wystarczą do napojenia 25 mtr. muslinu, a więc do opatrzenia 30, lub więcej rannych. Słoik, o którym mowa, musi być zupełnie hermetycznie zatkany i zalany lakiem, jak gdyby zawierał konserwy, gdyż kwas może się ulatniać. W aparacie na oddziale, w izbie felczerskiej, na stacyi ratunkowej i t. d., przyda się też duże naczynie dobrze zamknięte, zawierające mieszaninę:

Fenolu 100 części; żywicy 400 części; alkoholu 100 części; oleju rycynowego 80 części.

Będzie to mieszanina gęstości miodu, bardzo łatwo rozpuszczalna w wyskoku. Żeby sobie napoić jeden kilogram muslinu, trzeba wziąć sześćset osiemdziesiąt grm. tego przetworu i rozpuścić je w dwóch litrach wyskoku.

Mamy tedy muslin karbolizowany własnej fabryki, świeży, bez porównania tańszy od kupnego, a co najważniejsza, zawierający niewątpliwie jakie 9% czystego fenolu.

W apteczce naszej powinniśmy też mieć chlorek cynku, którego 8% roztwór na każdym kroku do dezynfekcyi zanieczyszczonych ran przydać się może.

Jedwab' i *cat-gut* kupowany najczęściej nie odpowiada swemu przeznaczeniu: i *cat-gut* wywołuje ropienie, nie ulegając wessaniu, i jedwabny szew rozłazi się, pozostawiając zatoki ropiejące, pomimo że te i tamte ligatury zmoczyliśmy w kwasie karbolowym. Powinniśmy więc i o nich pomyśleć, własnoręcznie je zdezinfekować, a potem dopiero wolno nam będzie wierzyć, lub niewierzyć w przypisywane im własności.— *Cat gut* musimy sprowadzać, gdyż go u nas nie robią, wyjąwszy jednak ze słoika, w którym przyszedł, pogrążamy go na 48 godzin w płyn Listera następującego składu:

Kwasu chromnego 1 część; kwasu karbolowego 200 części; wody przekroplonej 4000 części.

Cat-gut staje się mocniejszym nie ciągnie się i nie rwie. Potem ten sam *cat-gut* przez kilka dni moczy się w olejku jałowcowym (*oleum juniperi*), po kilku dniach wreszcie wyjmujemy go ztamtąd i przechowujemy w wyskoku 95%, w szczelnie zamkniętych, szklanych naczyniach. Podczas użycia każdą nitkę wymyć dobrze należy w 5% wodzie karbolowej.

Jedwab' najpierw trzeba wygotować przez 2 godziny w 5% wodzie karbolowej (*C z e r n y*), potem przez parę dni wytrawić w olejku jałowcowym, a wreszcie przechowywać w 10% roztworze wyskokowym fenolu. Na kilka godzin przed operacją napoić go w gotującej się mieszaninie: *acidi carbolici* 10 pp.; *cerae albae* 100 pp.; żeby się nie rozplatał i dobrze wiązał. (D. c. n.)

Źródła przytoczone w ciągu niniejszej pracy:

M a t l a k o w s k i. Opus citatum. Gazeta Lekarska. 1881.

M a c C o r m a c. Manuel de Chirurgie antiséptique traduit de l'anglais par A. Lataud. Paris. 1882.

K o c h e r. Zubereitung vom antiseptischen cat-gut. Centralblatt für Chirurgie. 1881. Nr. 23.

F r i s c h. Uber Desinfection von Seide und Schwamme zu chirurgischen Zwecken. Langenb. Archiv. 1878. T. XXIV. str. 749.

P o p o w. Iz kliniki prof. W a h l'a w Derptie. Wraczn. Nr. 50. 1881 r.

B a r d e l e b e n, M a r t i n. Verhandlungen der deutsch. Gesellschaft fur Chirurgie. VIII Congr. 1879—IX Congr. 1880.

K a u f m a n n. Centrbl. f. Chirurgie. 1879. Nr. 50.

M u e n n i c h. Deutsche Militararztliche Zeitschrift. 1877. str. 470.

B r u n s młodszy. Berliner klinische Wochenschrift. 1878. Nr. 29.

S c h u l t z e. Volkmann's Sammlung klinischer Vortraege. Nr. 52.

L i s t e r. British med. Journal. 1881. 5 i 12 Luty.

Oraz Berlin. klinische Wochenschrift. 1881. Nr. 13 i 14.

C z e r n y. Wiener medicin. Wochenschrift. 1877. Nr. 21—24.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

3. M. Bernhardt. Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirn- schwuelste. 1881

(Dokończenie. — Patrz Nr. 4.)

R o z d z i a ł VII. Guzy w mózdku. 90 przypadków. Objawy, służące do rozpoznawania tego rodzaju cierpienia, są następujące [wszystko jedno, czy nowotwór znajduje się w środku mózdku (*vermis*), czy też w jednej z jego półkul]: ból głowy przeważnie w części potylicowej, z wyraźnym częstokroć umiejscowieniem, zбочenia ruchowe, charakteryzujące się jako chwiejność, utrudnione stanie na nogach, niepewność ruchów, nienależyte ich kojarzenie, przy braku właściwych objawów bezwładu. Jeżeli zaś bezwład bywają, to nie zależą one od cierpienia mózdku, lecz od porażenia innych części mózgowia, jak rdzenia przedłużonego, lub kręgowego i dla tego też przy sekcjach nigdy nie należy zaniedbywać badania samego mlecza pacierzowego. Przy wszystkich prawie guzach mózdku bywają wymioty, zawroty głowy, zбочenia w organach wzrokowych i cierpienia umysłowe. Częstym objawem przy guzach mózdku jest nagła śmierć, zależna od ucisku ośrodka oddechania. Prócz tego zauważano jeszcze pewnego rodzaju ruchy naokoło osi ciała: nieprawidłowe kierowanie oczyma w jedną stronę (*conjugirte Abweichung*) i patrzenie na kończyny porażone, jeżeli tylko istnieje podrażnienie mózdku, na przeciwną zaś stronę, jeżeli bezwład. Przypuścić więc należy, iż w mózdku jest ośrodek bocznych ruchów ocznych. Istnienie ruchów naokoło osi ciała, trzymanie oczu w pewnym położeniu i nieład ruchów przemawiają za tem, że nowotwór znajduje się w odnogach mózdku.

R o z d z i a ł VIII. Guzy w rdzeniu przedłużonym. 21 przypadków. I tu ból i zawroty głowy bywają w większej części przypadków; co do ruchów, to chód często chwiejny, nieprawidłowy; nieład, bezwład, skurczenia i zmiany czucia z a w s z e tylko bywają po jednej stronie ciała. Ważniejszym objawem jest porażenie strun głosowych. Zбочenia wzrokowe także często bywają; rzadziej nieprawidłowa, utrudniona, lub niewyraźna mowa i utrudnione polykanie. W ogóle powiedzieć należy, że rozpoznawanie nowotworów w rdzeniu przedłużonym należy do bardzo trudnych zadań i tylko jednoczesne występowanie pierwszych objawów, a mianowicie zaburzeń w mowie, jednoczesnego utrudnienia polykania i oddechania, bezgłos i cukromocz, pozwala nam wnioskować o istnieniu nowotworu w rdzeniu przedłużonym.

R o z d z i a ł IX obejmuje guzy w przysadce mózgowej (*hypophysis cerebri*) 5 przypadków i w przednich dołach czaszki: a) na podstawie czaszki przypadków 39 i b) w nerwach

m ó z g o w i a 5 przypadków. Dokładne rozpoznanie guzów wyżej wymienionych miejscowości na wielkie natrafia trudności; tłumaczy się to łatwo tem, iż czynność przysadki jest dotychczas nieznaną. Z tego więc powodu wypada mówić o guzach w okolicy przysadki mózgowej, a nie jej samej. W zebranych przez autora przypadkach, nowotwory tej części mózgowia powodowały ból i uczucie ciężaru w przedniej okolicy głowy, ogólną obojętność czyli apatyję, przytępienie władz umysłowych, a mianowicie pamięci, sennosć, stopniowo powstającą ślepotę i co nadzwyczaj ważne, prawie zupełny brak drgawek, lub bezwładu. Nadzwyczaj ważny objaw jest tu powoli powstający i rozwijający się niedoślep (*amblyopia*). Ponieważ objaw ten powstaje skutkiem bezpośredniego ucisku włókien nerwu wzrokowego, lub skrzyżowania, albo też pasma (*tractus*) nerwów wzrokowych, to przy badaniu oka wziernikiem nie napotykamy nigdy t. z. zapalenia zastoinowego tarczy nerwu wzrokowego (*Stauungspapille*), a natomiast prawie zawsze jej zanik pierwotny. Objaw ten w połączeniu z wyżej przytoczonymi zjawiskami, do których jeszcze dodać należy utrudnioną, belkotającą mowę, stanowi główne z przypadłości guzów w okolicy przysadki mózgowej.

R o z d z i a ł X o b e j m u j e g u z y ś r o d k o w y c h d o ł ó w c z a s z k i. Przypadków takich z najnowszych czasów autor zestawił 9. Główne objawy guzów tej okolicy są: jednostronne zajęcie wszystkich, lub kilku gałęzi nerwu trójdzielnego, brak lub zboczenie czucia jednej strony twarzy, gdy tymczasem ten sam brak lub zboczenie nie daje się dostrzedz w kończynach. Kończyny rzadko tylko bywają dotknięte porażeniem ruchowem i to po stronie przeciwległej porażeniu nerwu trójdzielnego. Brak zupełny, albo też nadzwyczaj rzadkie pojawienie się objawów padaczkowatych. Dość częste porażenie nerwu twarzowego tej samej strony co i nerwu trójdzielnego. Badanie elektrycznością wykazuje zmniejszone oddziaływanie (zwyrodnienia). Na stronie tej, na której nerw trójdzielny jest porażony, znajdujemy także cierpienie nerwów ocznych, przeważnie gałęzi nerwu oko-ruchowego, zboczenia organów słuchu i wzroku, a kiedyniekiedy osłabienie mięśni szczęki.

R o z d z i a ł X I. G u z y u m i e j s c o w i o n e w t y l n y c h d o ł a c h c z a s z k i; 20 p r z y p a d k ó w. Przedstawiają prawie takie same objawy jak nowotwory mózdzku, tak co do zmienionego uczucia i zboczeń w sferze umysłowej, jak również i ruchów. Na szczególną wzmiankę zasługują zaburzenia wzrokowe i ruchów gałki ocznej, gdyż niema prawie przypadku, w którymby ich nie skonstatowano. Słuch choć nie tak często, podlega także zmianom chorobnym. Odróżnić guzy mózdzku od guzów umiejscowionych w tylnych dołach czaszki nadzwyczaj trudno; usługę oddać nam wtedy może jedynie anamneza, a mianowicie dowiedzenie się, czy początkowo był porażonym jeden tylko nerw leżący w tylnych dołach czaszki, a dopiero do niego później przyłączyły się porażenia innych przyległych nerwów, a na samym końcu dopiero cierpienia, które odnieść należy do cierpień samych ośrodków.

R o z d z i a ł X I I o b e j m u j e 71 p r z y p a d k ó w l i c z n y c h g u z ó w w r ó ż n y c h c z e ś c i a c h m ó z g o w i a. Rozpoznanie takowych jest bardzo trudne. Z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem wolno nam wnioskować, iż mamy do czynienia z licznymi guzami, jeżeli osoba przedstawia stan charłaczy (gruźlica, rak, lub inne złośliwe nowotwory), albo też, jeżeli objawy spostrzegane tak są charakterystyczne, że wyraźnie przemawiają za uszkodzeniem kilku miejscowości mózgowia.

Krótkie to streszczenie dzieła B e r n h a r d'a jest dostatecznem, aby przekonać czytelnika, iż jest to praca nadzwyczaj sumienna i mozolna, która w piśmiennictwie lekarskiem bez wątpienia ważne zajmie miejsce. Jeżeli symptomatologia nowotworów różnych części mózgowia i w tem dziele jeszcze nie jest wyczerpaną i dla lekarza praktycznego wiele jeszcze pozostawia do życzenia, to

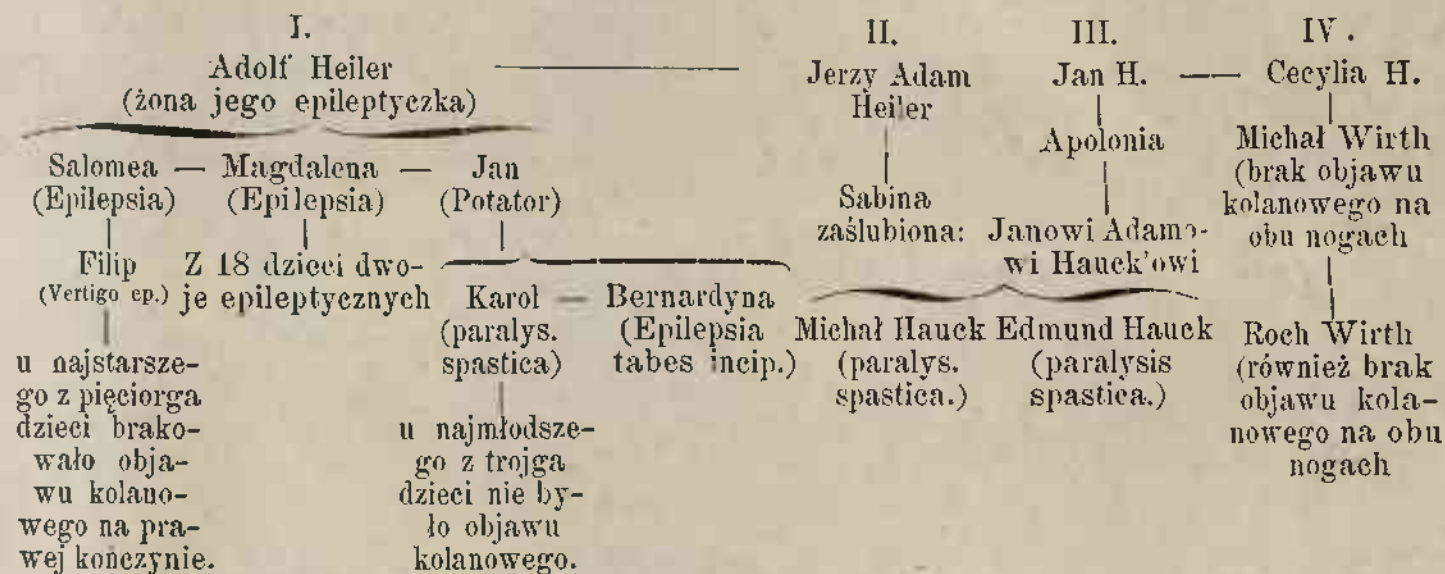
nie jest to winą autora, ale zawilego i trudnego przedmiotu. do wyjaśnienia którego sam B. bardzo wiele się przyczynił. Kogo obchodzi patologija mózgu, a zwłaszcza kwestyja umiejscowień, ten przeczyta całe dzieło z wielkiem zadowoleniem.

D-r. med. A. Rothe.

8. Bloch. Dyjateza neuropatyczna i objaw kolanowy. Jak wiadomo, profesor Westphal twierdzi, że brak objawu kolanowego, czyli brak odruchu przy uderzeniu w ścięgno rzepkowe jest najwcześniejszym objawem *tabes*. Autor zaś, badając 694 uczniów, w wieku od 6 do 9 lat (319 chłopców i 375 dziewcząt), u 3-ech chłopców i 2-óch dziewcząt nie znalazł tego objawu; opierając się na tych przypadkach, wyprowadza następujące wnioski:

1) Objawu kolanowego może nie być u osób, nie będących dotkniętymi suchotami mlecza kręgowego, a to wówczas, jeżeli w rodzinie tych osób były choroby nerwowe lub umysłowe (*epilepsia, mania transitoria, sonnambulismus*). 2) Brak objawu kolanowego może być przekazywany potomstwu. 3) Brak objawu kolanowego może zależeć od zmian patologicznych w kręgosłupie przy normalnym stanie mlecza kręgowego (przy *kyphoscoliosis* kręgow piersiowych i jednocześnie *lordosis* kręgow lędźwiowych. 4) Nakoniec autor twierdzi, że w tych przypadkach trzeba przyjąć wrodzoną wadę w ustroju mlecza kręgowego. Przytoczone przez autora drzewo genealogiczne jednego z chorych dokładnie przedstawia rzecz całą.

Drzewo geneologiczne Heiler'a.



(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band XII, Heft 2.) Koruńłowicz Edward.

9. Jolly. O zmianie wagi ciała po napadach epileptycznych. W roku zeszłym, w jednym z numerów „Gazety Lekarskiej“ podaliśmy krótkie streszczenie pracy profesora psychiatrii uniwersytetu Charkowskiego, D-ra K o w a l e w s k i e g o, o zmianie wagi u epileptyków. W tymże roku na zjeździe neurologów i psychiatriów niemieckich w Baden-Baden (21 i 22 Maja), prof. Jolly podał rezultat badań D-ra L e h m a n'a, dokonanych na jego klinice. Ważono 14 kobiet i 14 mężczyzn, dotkniętych padaczką codziennie i kilka razy na dobę przez 4 tygodnie. W istocie zaobserwowano, że w 24 godziny po napadzie, niekiedy następuje ubytek na wadze od 1—3 funtów, ale ubytek ten może być najzupełniej przypadkowym, gdyż:

1) U tych samych chorych po napadach nie mniej ciężkich żadnego ubytku, lecz nawet niekiedy przybytek na wadze dawał się zauważyć.

2) U wielu chorych żadna zmiana w wadze po napadzie nie następowała niezależnie od długo-trwałości choroby, ani też od natężenia napadów. W jednym przypadku u chorego był obserwowany *status epilepticus* bez zmiany w wadze ciała.

3). U wszystkich chorych w czasie wolnym od napadów, a u jednego zdrowego, były obserwowane wahania się wagi ciała od 1/2 do 1 funta w dodatnim lub ujemnym kierunku. Autor przypomi-

na, że K o w a l e w s k i został przez te wahania wagi zwiedziony, a zatem twierdzenie tego ostatniego, że po każdym napadzie epileptycznym następuje ubytek na wadze ciała i wszystkie wnioski jego, ztąd wynikające, nie mogą się utrzymać. Kornilowicz.

(*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XII, 1 Heft, Seite 245.*)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Wiadomość, podana w N-rze 4 „Przeglądu lekarskiego krakowskiego“, jakoby dziełko D-ra L e s s e r a, docenta chirurgii w Lipsku, miało być przetłómaczonem na język polski staraniem Redakcyi naszej Gazety, jest nieuzasadniona.

Berlin. 11-ty kongres chirurgów odbędzie się w tym roku nieco później niż zazwyczaj, bo od 31 Maja do 3 Czerwca r. b.

Paryż. Dekretem z d. 13 Stycznia r. b. utworzoną została w „Collège de France“ pracownia fizyki biologicznej. Dyrektorami tej pracowni mianowani zostali B r o w n - S é q u a r d i d' A r s o n v a l.

Bern. Rada związkowa uchwaliła prawo przymusowego szczepienia ospy. Art. 13 takowego brzmi: Każde dziecko urodzone w Szwajcaryi powinno mieć szczepioną ospę w 1 roku życia, a najpóźniej w 2. Dalsze odroczenie jest dozwolonem tylko z powodu stanu zdrowia, potwierdzonego przez lekarza. Dzieci urodzone za granicą i nieszczepione, po przybyciu do Szwajcaryi, ulegają tym samym przepisom. Fakt szczepienia ospy winien być udowodniony świadectwem lekarza patentowanego. Art. 14. Żadne dziecko bez takiego świadectwa nie może uczęszczać do szkół publicznych lub prywatnych.

Monachium. Dnia 16 Stycznia r. b. obchodzono 50-lecie doktoratu znanego anatoma i fizjologa prof. B i s c h o f f a. W uroczystości, prócz miejscowych znakomitości, wzięły udział prawie wszystkie uniwersytety Niemieckie i kilka zagranicznych, przez umyślnie w tym celu wysłanych przedstawicieli.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D-r F. N e u g e b a n e r. Zur Entwicklungsgeschichte des spondylolisthetischen Beckens und seiner Diagnose. 1882.

T. A. L a n g e (tłóm. J e z i e r s k i). Historyja filozofii materialistycznej i jej znaczenie w teraźniejszości. Zeszyt X.

O D P O W I E D Ź.

W-mu D-rowsi W. B. w Płockinie. Co do rozbioru wód, proszę się odnieść do D-ra Leona N e n e k i e g o, chemika szpitali warszawskich (Zielna 77), na drugą kwestyję odpowiemy w najbliższym numerze.

Na pomnik Mickiewicza. Złożyli D-r L i e b k i n d z Żarnowa rs. 5; (składka na jubileusz D-ra K o e h a z Radomska, w którym z powodu pobytu za granicą nie mógł wziąć udziału).—Panna Kuża...ska z Warszawy rs. 1. — Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 758 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Sprostowanie. W N-rze 2 „Gaz. Lek.“ r. b. na str 36 w wierszu 31 od góry zamiast „*perimetritis sinistra*“ winno być „*perimetritis et perioophoritis sinistra*“.

— W N-rze 4 na str. 68 w wierszu 13 i 18 od dołu zamiast *completissimus* i *completissimū* winno być *locupletis imus* i *locupletissimi*.

— W tymże N-rze na str. 77, w wierszu 4 od dołu, zamiast *gruczołków* winno być *gruzelków* zaś na str. 78 w wierszu 1-szym od góry zamiast *dwie* winno być *owe*.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 20 Января 1882 г. Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 23.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Z. K r a m s z t y k. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej. — II. H. H o y e r. Przyczynę do techniki histologicznej. (Dokończenie). — III. R. J a s i ń s k i. Listy o opatrywaniu ran. — *Dział sprawozdawczy:* 3. M. B e r n h a r d t. Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwulste 1881. (Dokończenie). — 8. B l o c h. Dyjateza neuropatyczna i objaw kolanowy. — 9. J o l l y. O zmianie wagi ciała po napadach epileptycznych. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedź. — Na pomnik Mickiewicza. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej.

Kilka przypadków z praktyki i ich omówienie.

Przez **Zygmunta Kramsztyka.**

1). Dnia 17 Sierpnia 1881 r. wezwany zostałem do 20-letniej panny R. G., która świeżo przebyła gorączkę powrotną i przed paru dniami poczuła ból oka. Panna G. ma dwie siostry, z których jedna przy końcu Czerwca wyjechała na prowincyję; wszystkie trzy—dwie w Warszawie, trzecia na prowincyi, jednocześnie 3 Lipca zachorowały; przebyły po 3 napady choroby, które u wszystkich tego samego dnia się zaczynały i tego samego dnia kończyły. Cały przebieg trwał 5 tygodni. Jakkolwiek już dwa tygodnie upłynęły od chwili ukończenia choroby, zastałem chorą w łóżku, bardzo osłabioną, przyczem mowa bardzo była utrudnioną skutkiem parezy strun głosowych. Znalazłem w lewem oku nastrzyknięcie naczyń około rogówki nie wielkiego zresztą nateżenia, źrenica była nieco zwężona; chora użalała się na niewielki ból w okolicy lewej skroni. Rozpoznawszy lekkie zapalenie tęczy, zaleciłem częste wkraplanie atropiny i od czasu do czasu ciepłe okłady na oko. Pierwszy raz wtedy widziałem cierpienie oczu po gorączce powrotnej. Z powodu znacznego osłabienia chorej i trudności technicznych nie badałem ani wzroku chorej, ani dna oka nie obejrzałem wziernikiem.

Dnia 20 Siepnia, a więc po 3 dniach, odwiedziłem chorą po raz drugi; skarżyła się ona obecnie nie tyle na ból, ile na upośledzenie wzroku, widziała wszystko jak gdyby we mgle. Mógłbym przypuszczać, że ten objaw wywołany był przez rozszerzenie źrenicy, które wreszcie było tylko umiarkowane, ale chora twierdziła stanowczo, że mgła zasłania jej oba oczy. Poleciałem na następną wizytę przygotować pokój w ten sposób, aby można było zbadać oczy wzier-

nikiem — tymczasem, prócz wkraplania atropiny do obu oczu i ciepłych okładów, zapisałem masę szarą z belladoną do wcierania w czoło i skronie.

Zawezwany zostałem znowu dnia 26 Sierpnia. Chora czuła się znacznie gorzej; widziała bardzo niewyraźnie i była stanem swoim mocno przerażona. Dokładnie wzroku nie badałem i liczebnie jego stanu podać nie mogę. Wszakże niewątpliwie siła widzenia wyrażała się małym ułamkiem, bo chora widzieć mogła tylko bardzo duże litery, tytuły gazet, i to nie bardzo zdaleka; przytem oko prawe miało być bardziej zamglone.

Przy badaniu wziernikowem znalazłem w ciele szklistem prócz większych pływających w niem kłaczków i rozlane zmętnienie, które pozwalało zaledwie z trudnością rozeznąć kontury nerwów wzrokowych i środkowe naczynia siatkówki. Zresztą na dnie oczu, o ile przejrzeć je było można, żadnych ograniczonych zmian nie było. Skoro chorej poleciłem oczy zupełnie ku dołowi zwrócić, i od góry oko prawe oświetliłem wziernikiem, wtedy, zamiast zwykłej czerwonej barwy dna oka, dojrzałem pole żółto-zielone. Wyglądało to zupełnie w ten sposób, jak gdyby siatkówka w tem miejscu była oderwana od naczyniówki. Wprawdzie ani fałd siatkówki, ani naczyń dojrzeć nie mogłem, ale takich szczegółów w każdym razie dojrzeć by nie pozwalało zmętnienie środków przezroczystych. Cały ten utwór miał postać mniej więcej okrągłą, zajmował dolną i wewnętrzną stronę pola wziernikowego; ku górze wychodził z utworu tego wązki wydłużony pasek. Oko nie czuło światła skierowanego na to miejsce. Zostawiwszy wszystkie poprzednie środki, poleciłem jeszcze postawić na sucho sztuczną pijawkę Herteloup'a na obu skroniach w odstępach dwudniowych. Pokój, w którym chora leżała, był w ciągu tego całego czasu zaciemniony. Energiczniejszego leczenia ogólny stan chorej nie pozwalał zastosować; wreszcie nie wiedziałem jaki przebieg choroba ta zwykła przyjmować.

W ciągu następnych dni wzrok nie poprawił się wcale i w ogóle chora bardzo powoli odzyskiwała siły. Na naradzie, jaką dnia 1 Września odbyłem z dwoma kolegami terapeutami, poradziliśmy chorej wyjechać na świeże powietrze. Zaleciliśmy jej arsenik, wkraplanie atropiny i niebieskie ochronne okulary. Pomimo spóźnionej pory chora posłuchała rady i po dwu dniach w okolice Warszawy wyjechała. Na tem letniem mieszkaniu odwiedziłem ją dopiero po 3 tygodniach, dnia 21 Września. I ogólny stan zdrowia był daleko lepszy i wzrok znakomicie poprawiony. Przy badaniu wziernikowem znalazłem wyraźną i pomyslną zmianę—ciało szkliste było daleko mniej zmętniałe. Tylko źreniczny brzeg tęczy oka lewego był w dwu miejscach, od góry i od wewnętrznej strony, za pomocą nitkowatych zrostów przyczepiony do torebki soczewkowej, atropiny przez cały ten czas nie wkraplano.

Dopiero po powrocie chorej do Warszawy, dnia 15 Listopada, miałem sposobność widzieć ją znowu. Uważała się ona już za zupełnie zdrową. Przy badaniu znalazłem siłę widzenia niemal prawidłową — wynosiła ona $\frac{2}{3}$ części stanu prawidłowego. W ciele szklistem tylko gdzieś tam można było dojrzeć małe kłaczkiki. Tarcze nerwów wzrokowych można było dokładnie i ze wszystkimi szczegółami obejrzeć. Skoro jednak dla doraźnego porównania obejrzałem

zdrowe oczy młodszej siostry, znalazłem pod względem czystości rysunku i polysku znaczną między nerwami obu sióstr różnicę.

2). W kilka dni zaraz po pierwszej wizycie u G. zgłosiła się do domowego mego ambulatoryum młoda służąca, lat około 17 mająca, z zapaleniem tęczy i zebraniem ropy w komórce przedniej oka.

Na zapytanie odpowiedziała, że przed kilkoma tygodniami przebywała gorączkę powrotną, wszakże nie upatrywała związku między tą chorobą, a obecnem cierpieniem oka. Zaleciłem jej wtedy atropinę i kataplazmy z lnianego siemienia i poleciłem często się pokazywać. Tego wszakże polecenia nie posłuchała; jużem jej odtąd więcej nie widział. Wszakże dwa przypadki choroby, której dotąd wcale nie znałem, zjawiające się prawie jednocześnie, zainteresowały mnie i pragnąłem mieć sposobność dokładniejszej obserwacji tego rodzaju, mianowicie obserwacji szpitalnej. A że los zwykle sprzyja takim skromnym pragnieniom, więc niedługo czekać mi przyszło na spełnienie mego życzenia.

3). Dnia 19 Września do oddziału ocznego szpitala starozakonnych wstąpi 18-letni Szmul W. z Węgrowsa. Przebył on w Czerwcu dwa napady gorączki powrotnej, trwające po dni 5, a oddzielone 3-dniową przerwą. W 4 tygodnie po ostatnim napadzie zachorował na oczy, zaczął widzieć niewyraźnie; stan ten coraz się pogarszał i zmusił wreszcie chorego do szukania porady w szpitalu. Stan chorego, lewego oka, był następujący:

Naczynia w około rogówki przekrwione, ciecz wodna nieco zmętniała, na dnie komórki przedniej mała ilość ropy; tęczówka — w drugim oku niebieskawa — ma barwę czerwonawą, jej utkanie niewyraźnie się przedstawia. Zrenica, wskutek poprzedniego wkraplania atropiny, prawie zupełnie rozszerzona. Przy badaniu wziernikiem widać środki łamiące światło bardzo zmętniałe, gdzieś w ciebie szklistem pływają większe męty w postaci kłaczków. Czerwona barwa dna oka występuje niewyraźnie, jakby brudno; tarcza nerwu wzrokowego zaledwie dostrzedz się daje. Przy badaniu obwodowych części dna oka widać u dołu zielonawe zabarwienie, jak gdyby spowodowane oderwaniem siatkówki; to miejsce zupełnie światła nie odczuwa. Siła widzenia wynosi $\frac{1}{20}$, chory odróżnia tylko największą literę, stanowiącą pierwszy wiersz znanej tablicy Snellena i to przy pomocy soczewki wklęsłej $\frac{1}{24}$.

Oko prawe zupełnie zdrowe, krótkowzroczne; krótkowzroczność $\frac{1}{24}$, siła widzenia prawidłowa.

Kazałem choremu dwa razy dziennie wcierać po pół drachmy maści szarej.

Dnia 20 Września. Łącznica w około rogówki bledsza, tarczę nerwu wzrokowego widać trochę wyraźniej.

Dnia 21 Września. Ropa z komórki przedniej znikła w zupełności, zrenica całkowicie rozszerzona, wśród niej widać delikatne nitki włóknikowe w postaci pajęczyny. Środki przezroczyste mniej zmętniałe i zielonawy utwór u dołu po za soczewką występuje wyraźniej. Można dojrzeć, że utwór ten składa się z jednostajnej zielonawej masy, od której ku górze wychodzi przedłużenie w postaci sznureczka, zakończone zgrubieniem.

Dnia 24 Września. Wszelkie objawy podrażnienia znikły, chory czyta drugi wiersz z tablicy Snellena ($S = \frac{2}{10}$).

Dnia 26 Września. Środki łamiące coraz czystsze, widać wyraźniej i tarczę nerwu wzrokowego i utwór niebieski; końcowe zgrubienie niteczki ma postać gwiazdki; chory czyta trzy wiersze tablicy ($S=2/7$).

Dnia 29 Września. Zielonawy utwór zmniejszony. Widać wyraźnie, że wydłużenie nitkowate i końcowe jego zgrubienie nie leżą na siatkówce, jak się poprzednio zdawało, lecz pływają w ciele szklistem; można je obrzeć i za pomocą bocznego oświetlenia; w tym ostatnim przypadku przedstawiają się w barwie szarej, przy oglądaniu za pomocą wziernika przybierają blado-zielony kolor młodych liści; uczucie światła ma miejsce i w dolnej części dna oka.

Chory wypisany został dnia 5 Października. Środki łamiące były daleko czystsze, kłaczek pływających nie można było dojrzeć, zielonawy utwór był znacznie zmniejszony, tylko nerw wzrokowy przedstawiał się niewyraźnie; za pomocą soczewki wklęsłej $1/15$, chory widział 4 wiersze tablicy Snellena (siła widzenia $2/5$). Chory przebył w szpitalu dni 16; wcierań z maści szarej zrobiono 24.

4). Łucyja T., pracznica Szpitala Starozakonnych, lat 30, zgłosiła się dnia 22 Września o poradę do ambulatoryjum szpitalnego z powodu bólu lewego oka. W około rogówki głębokie naczynia łącznicy nastrzyknięte, tęczówka w stanie zapalnym, w kilku miejscach przyczepiona do torebki soczewkowej, tak, że źrenica ma postać nieregularną. Środki łamiące światło zmętniały, tarcza nerwu wzrokowego przedstawia się niewyraźnie. Przy nacisku na okolice ciała rzeszkowego odczuwa żywy ból; napięcie gałki prawidłowe, siła widzenia $2/7$. Na zapytanie dowiedziałem się, że chora przebywała w szpitalu na początku Sierpnia gorączkę powrotną, miała dwa napady; skoro już zupełnie do zdrowia powróciła, bo przed kilkoma dniami dopiero, poczuła ból w oku.

Zaleciłem przystawić 4 pijawki przed uchem od strony chorego oka, częste wkraplanie atropiny i od czasu do czasu ciepłe okłady.

Dnia 23 Września. Chora czuje się daleko lepiej, wszystkie przyrosty tęczy rozerwane, źrenica okrągła i zupełnie rozszerzona, przekrwienie około rogówki znikło; przy nacisku na okolice ciała rzeszkowego chora żadnego bólu nie odczuwa.

Od tego czasu chora bardzo rzadko się pokazywała, bo nie czuła już potrzeby dalszego leczenia. Tylko dla obserwacji parę razy wezwałem ją do oddziału.

Dnia 6 Października miała już prawidłową siłę widzenia, choć nerw przy badaniu wziernikiem jeszcze się nie zupełnie wyraźnie rysował.

Dnia 5 Listopada widzi jeszcze niekiedy przed oczyma muszki latające; w ciele szklistem drobne pływające kłaczki; nerw widać wyraźnie, ale przy porównaniu z drugim okiem można się przekonać, że jeszcze nie zupełnie czysto się przedstawia.

5). Hersz G. z Wyszogrodu, lat 32, trochę kupiec, trochę nauczyciel, zapadł na gorączkę powrotną w drugiej połowie Maja r. z., przebył 3 napady w przeciągu 5 tygodni. W miesiąc po ostatnim napadzie, ku końcowi Lipca, zaczął chorować na oko lewe; choroba objawia się stopniowym osłabieniem wzroku i lekkim bólem. Dnia 1 Listopada przybył do oddziału ocznego Szpitala Starozakonnych.

W lewym oku naczynia w około rogówki lekko nastrzyknięte, źrenica rozszerzona zupełnie, bo już w domu atropinę w to oko wkraplano; cały przestwór źreniczny ma niezwykle, bardzo mętny wygląd. Na dnie komórki przedniej mała ilość białej substancji, którą w pierwszej chwili za ropę uważałem; przyrzawszy się wszakże bliżej, musiałem jej stałą przyznać konsystencyję, bo w kształcie ząbka wyskakiwała ku górze; ciecz musiałaby mieć prostą i poziomą od góry granicę.

Za pomocą wziernika dna oka wcale oświetlić nie można.

Przy bocznem oświetleniu widać jakby kataraktę u tylnego bieguna soczewki. Na tylnej torebce, od strony ciała szklistego, jak gdyby nałożony jest utwór w postaci nieregularnej gwiazdy; gwiazda zajmuje całą tylną powierzchnię soczewki, barwę ma białą, czystą. W samym środku znajduje się gruba obrączka, prawie zupełnie swobodna w środku, a od obwodu obrączki rozchodzi się kilka szerokich, nieregularnych, zlewających się promieni. Pomiedzy temi promieniami gdzieniegdzie pozostają swobodne szczeliny, przez które czerwono prześwieca głąb oka i widać białe ruchome kłaczkę w ciele szklistem. Widocznie w ciele szklistem mnóstwo znajdowało się mętów; niektóre z nich osiadły na tylnej powierzchni soczewki i utworzyły ową niezwykle zasłonę. Oko odczuwa światło i dobrze rozpoznaje jego kierunek; palce liczy w odległości 5 cali.

Okło prawe bardzo krótkowzroczne ($4\frac{1}{2}$), i jego siła widzenia znacznie osłabiona ($\frac{2}{10}$), granice nerwu wzrokowego trochę niewyraźne; w bliskości tarczy rozproszone ogniska zapalne w naczyniówce, niewątpliwie dawnego pochodzenia.

Zaleciłem wcierać codziennie po pół drachmy szarej maści, a w oko lewe 4 razy dziennie wkraplać roztwór atropiny.

Dnia 4 Listopada. Wysięk włóknikowy z przedniej komórki znikł całkowicie; lewym okiem liczy chory palce w odległości 10 cali.

Dnia 6 Listopada. Palce liczy w odległości 15 cali i rozpoznaje z bliska największą literę z tablicy S n e l l e n'a; dno oka daleko wyraźniej widać, wszakże żadnych na niem szczegółów rozróżnić jeszcze nie można.

Dnia 8 Listopada. Złogi na tylnej powierzchni soczewki do tyła się rozjaśniły, że widać daleko lepiej ruchome męty w ciele szklistem; lewym okiem widzi trochę lepiej, a w prawem siła widzenia podniosła się do $\frac{2}{7}$.

Chory znosił bardzo dobrze wcierania rtęciowe; po dwunastej dawce, dnia 15 Listopada, wykąpał się, a następnie toż samo w dalszym ciągu prowadzono leczenie; stan oczu poprawiał się widocznie i szybko, tak, że dnia 17 Listopada zanotowałem stan następujący: Z całego gwiazdowatego utworu na tylnej powierzchni soczewki pozostał tylko pierścień środkowy i to daleko luźniej niż pierwotnie utkany; prócz tego widać przy bocznem oświetleniu po za soczewką ruchome męty, choć widocznie przyczepione do owych złogów na soczewce. Wziernik daleko lepiej oświetla dno oka. Po raz pierwszy dnia tego, choć w zamgleniu jeszcze, dojrzałem tarczę nerwu wzrokowego i w jej pobliżu parę plamek na pół białych, na pół pokrytych czarnym barwnikiem. Te rozproszone w naczyniówce zapalne ogniska widocznie rozwijały się oddawna wraz z krótkowzrocznością. Palce liczy okiem lewym prawie prawie przez całą dłu-

gość pokoju, a z bliska, choć nie łatwo, czyta 15 Nr. druków J a e g e r'a. Soczewki wklęsłe jeszcze widocznego wpływu na wzrok nie wywierają. W oku prawem $S = \frac{2}{5}$.

Z dniem 27, po wtarciu 24 dawek maści, kurację rtęciową postanowiłem przerwać. W czasie tej, cztery tygodnie trwającej, kuracji nastąpiła bardzo widoczna poprawa; oko lewe, prawie zupełnie przedtem niewidome, rozpoznawało już za pomocą soczewki wklęsłej $\frac{1}{4\frac{1}{2}}$ największą literę z tablicy Snellen'a ($S = \frac{2}{20}$), a tę poprawę tłumaczyła w zupełności ogromna zmiana w obrazie wzornikowym. Źrenica po oświetleniu przedstawiała się świecąca, czerwona, choć na tem tle czerwonym bardzo liczne ciemne zostały plamy, po części ruchome, po części stałe; nerw wzrokowy widać było dość wyraźnie; przy bocznym oświetleniu tylko środkową obrączkę pierwotnej gwiazdy można było rozeznąć, a jej utkanie było widocznie daleko luźniejsze.

W kilka dni po tem chory, zaraziwszy się zapewne, dostał dość mocnego zapalenia łącznicy, naprzód na prawem, a potem i na lewym oku. Łącznice tuszowałem roztworem saletrzanu srebra; od czasu do czasu na skroniach stawiano na sucho sztuczne pijawki Herteloupa. Poprawa wzroku wciąż szybko postępowała. Dnia 3 Grudnia lewym okiem czytał chory za pomocą tej samej soczewki 3 wiersze tablicy — siła widzenia $\frac{2}{7}$. Nerw wzrokowy widać dokładnie, prawie czysto, kłaczków daleko mniej, przy bocznym oświetleniu tylko resztki niknącej widocznie gwiazdki.

Dnia 11 Grudnia. Siła widzenia w oku prawem wynosi $\frac{2}{5}$, w oku lewym $\frac{2}{7}$. Obraz wzornikowy jeszcze czystszy.

W takim stanie chory ze szpitalu wystąpił dnia 19 Grudnia; jeszcze w 8 dni po tem pokazał się w szpitalu, gdzie, mianowicie co do prawego oka, znalazłem poprawę w sile widzenia, wynosiła ona $\frac{1}{2}$ prawidłowego stanu, gdy w oku lewym zatrzymała się na $\frac{2}{7}$. Przy zwięzonych źrenicach obraz wzornikowy w obu oczach był jednakowy prawie, a męty w oku lewym trudne do uchwycenia. Zmiany stare w naczyniówce jużby same usprawiedliwiały dostatecznie to osłabienie siły widzenia, która wreszcie jeszcze się zapewne poprawi. (D. c. n.)

II. Przyczynek do techniki histologicznej.

Podał Prof. **H. H o y e r.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 4).

2. M a s s y i n j e k c y j n e.

Najpiękniejszych preparatów iniekcyjnych dla badań mikroskopowych dostarczają bez zaprzeczenia masy klejowe, mianowicie gdy różnorodne naczynia (tętnice, żyły, naczynia limfatyczne) i przewody gruczołowe napełnione są różnobarwnymi masami. Masy klejowe odpowiednio przyrządzone, dostarczają preparatów przezroczystych, dających się badać pod mikroskopem zwykłym sposobem t. j. przy oświetleniu dolnym; gdy tymczasem iniekcje masami ziarnistymi nie-

przepuszczającymi światła, wymagają górnego oświetlenia, przy którym trudno wysledzić cały przebieg gałązek naczyniowych, lub nastrzykniętych kanałów; również i powiększenie mikroskopowe przy użyciu górnego oświetlenia może tylko być stosunkowo małe. W nowszym czasie używają histologowie także czystego, lub zmieszanego z gliceryną roztworu cyjanku żelaza (tak zwanego rozpuszczalnego błękitu berlińskiego), który dla zwykłych badań w wielu razach wystarcza, mianowicie dla iniekcji naczyń limfatycznych i przewodów gruczołowych; lecz przetwór ten po większej części nie wypełnia światła naczyń jednolitą masą, owszem tworzy grudki i ziarnistości nierównomiernie rozsiane, szczególnie w nieco grubszych naczyniach i kanałach, przez co jasność i wytworność obrazu mikroskopowego zostaje znacznie upośledzoną. Z tego też względu dla preparatów demonstracyjnych, przeznaczonych dla wzbogacenia zbiorów i dla objaśnienia wykładów, jak również i w przypadkach, w których cele badania wymagają ścisłego wypełnienia, a nawet rozprężenia światła naczyniowego do normalnej życiowej objętości, klejowym masom należy się pierwszeństwo przed innymi przetworami. Wyjątek stanowią takie części ciała, których nastrzyknięcie nie da się uskuteczyć od razu, lecz wymaga dłuższego przeciągu czasu, jak np. iniekcja naczyń i gruczołów limfatycznych; tu klejowe masy skutkiem rychłego stygnięcia i zgęszczenia nie dają się zwykle z korzyścią zastosować.

Przyrządzenie mas klejowych po większej części jednak dość jest mozolne i połączone ze stosunkowo znaczną stratą czasu, mianowicie dla tego, że nie dały się dotąd przechować przez dłuższy czas. Nie można więc było przygotować sobie zapasu mas, a zatem należało przed każdą dopiero iniekcją przyrządzić świeżą masę. Klej ulega, jak wiadomo, w stanie wilgotnym, szybkiemu rozkładowi; pojawiające się już na drugi lub trzeci dzień na powierzchni galarety klejowej grudki pleśniowe wnikają swemi rurkami (*mycelium*) w głąb masy; prócz tego wytwarza się niezmierna ilość bakteryj, zamieniających całą galaretę na gęstawy, ziarnisty, cuchnący płyn. Liczne próby, przedsięwzięte przezemnie w ciągu wielu lat dla uchronienia mas klejowych od rozkładu, nie doprowadziły do celu; owszem wszystkie zastosowane środki przeciwnilne okazały się albo bezskutecznymi, albo nie dały się użyć. Dopiero zapoznanie się z przeciwnilnymi własnościami chloralu naprowadziło mnie na myśl, czyby nie można zastosować tego środka do przechowywania mas klejowych, a już pierwsze próby były uwieńczone najpomysłniejszym skutkiem. Udało mi się przechować masy przez wiele miesięcy w zupełnie niezmienionym stanie, tak że obecnie trzymam w zapasie większe ilości gotowej masy, przyrządzanej w chwilach wolniejszych od zajęć, a w razie potrzeby należy ją tylko zagrzać dla nadania jej płynnej gęstości i wprost wstrzyknąć do naczynia. Chloral nie zmienia widocznie ani samej masy, ani też tkanki nastrzykniętego organu. Prócz chloralu należy dodać jeszcze nieco czystej gliceryny (około 5 do 10 procentowych objętości), ażeby zapobiedz zupełnemu zeschnięciu się masy. Samą masę klejową najlepiej przygotowywać z francuzkiej żelatyny (*gelatine*), którą pokrajaną na kawałki nalewa się zimną wodą; napęczniały klej, po zlanii wody, ogrzewa się ostrożnie, póki nie zamieni się na płyn jednostajny gęstawy.

Przechodząc do specjalnego opisu wyrobu mas klejowych, wypadaloby właściwie pominąć przepisy dla masy karminowej i dla prostego roztworu błękitu berlińskiego, ponieważ takowe podane są we wszystkich lepszych podręcznikach, traktujących o technice histologicznej np. w dziełku Frey'a, Exner'a i t. d. Sądzę jednak, że takowe nie wszystkim czytelnikom niniejszego pisma są przystępne i że pobieżny przynajmniej ich opis dla wielu będzie pożądanym.

Roztwór błękitu otrzymać można w następujący sposób: do 6 części (np. gramów) żółtego suchego ferro-cyanku potasu (*ferro-kali cyanatum flavum*), rozpuszczonego w znacznej ilości wody destylowanej, dodaje się powoli i przy ciągłym mieszaniu 1 część suchego półtorochlorku żelaza, (czyli też około 1½ części oficynalnego *liq. ferri sesquichlorati*), również rozproszanego w znacznej ilości wody. Ferro-cyjanek musi koniecznie być w znacznym nadmiarze i do niego musi być dodany roztwór żelaza, a nie odwrotnie, inaczej powstaje osad nierozpuszczalny. Gęsty ciemno-błękitny osad cyjanku żelaza zbiera się na filtrze i przepłukuje się ciągle czystą (najlepiej destylowaną) wodą, dopóki nie zacznie przeciekać przez filtr płyn ciemno-błękitnie zabarwiony. Wtedy masa pozostała na filtrze rozproszana się w większej ilości wody, lub w glicerynie, przy czem w zupełności się rozpuszcza. Po precedzeniu przez gęstą, zwilżoną flanelę, roztwór ten może, albo wprost być użyty do iniekcji, albo też może być połączony z klejem.

Ostatnia manipulacja nie jest jednak tak prostą, jakby to się na pierwszy rzut oka wydawało, gdyż przy bezpośrednim mieszaniu roztworu kleju z roztworem cyjanku żelaza tworzy się skrzepla galaretowata masa, albo przynajmniej powstają grudki ziarniste, skutkiem czego masa staje się nieprzydatną do iniekcji. Należy więc zachować następujące przepisy: do małej ilości rozrzedzonego kleju, dobrze ogrzanej, dodaje się powoli ogrzany również i mocno rozrzedzony roztwór rozpuszczalnego cyjanku żelaza. Otrzymany tym sposobem jednolity płyn dodaje się dopiero do głównej masy gęstego ciepłego kleju, po ścisłym złączeniu się takowego z barwnikiem można dopiero powoli dodawać większą ilość ogrzanego, lecz już mniej rozrzedzonego błękitu, ciągle mieszając i ogrzewając całą masę. Tym sposobem otrzymamy jednostajny błękitny płyn, który rozproszony w cienkiej warstwie na szkiełku, wydaje się zupełnie szklistym, przeświecającym, wolnym od domieszek ziarnistych. Płyn ten przed wstrzyknięciem można jeszcze precedzić przez wilgotną flanelę dla usunięcia grudek i nieczystości, pochodzących z żelatyny. Dla przechowania masy na dłuższy czas należy dodać gliceryny i chlorału w odpowiednim stosunku.

Błękit berliński rozpuszczalny wprawdzie bardzo wygodny jest dla iniekcji, lecz z drugiej strony nader niemiłą ma wadę, błędnie bowiem albo wkrótce po wstrzyknięciu do organów z natury silniej alkalicznych, np. w naczyniach wątroby, albo też po dłuższym dopiero czasie w gotowych już preparatach mikroskopowych. Dopóki skrawki (nie są jeszcze zprzezrocyszczone i zamknięte w żywicznych lakierach, można łatwo przywrócić ciemno-błękitne zabarwienie przez zanurzenie skrawka na kilka minut w słaby roztwór chlorku żelaza, albo lepiej kwasu saletrzanego, przy czem rozpuszczalny błękit zamienia się na modyfikację nierozpuszczalną i zupełnie trwałą, albo można zprzezrocyszczone już pre-

paraty przenieść na kilka minut do czystego kwasu karbolowego, następnie do starego zgęstniałego olejku terpentynowego, a nakoniec zamknąć w lakierze.

Dodam tu jeszcze kilka słów o sposobie przyrządzania i przechowywania skrawków z organów nastrzykniętych. Jeżeli naczynia zostały wypełnione samą błękitną masą, można organom nadać odpowiednią do krajania twardość przez moczenie w dwuchromianie potasu, kwasie chromnym, pikrynowym, drzewnym lub w innych nielotnych kwasach, poczem kolor masy błękitnej już zwykle więcej nie blednie. Jeśli zaś sporządzono iniekcje różnokolorowe, to dla stwardnienia organu można użyć jedynie tylko mocnego alkoholu. Skrawki z tak przyrządzonego preparatu należy pozbawić wody, zostawiając takowe przez 10—16 minut w mocnym (prawie bezwodnym) alkoholu. Poprzeniesieniu z tego ostatniego do jakiegoś olejku lotnego, najlepiej gwoździkowego, lub do czystego płynnego kwasu karbolowego, skrawki w kilka minut stają się zupełnie przezroczystymi i zdatnymi do badań. Przechowywać takowe należy w kropli balsamu kanadyjskiego, lub też w lakierze damarowym t. j. czystym i zupełnie przezroczystym roztworze żywicy damarowej w olejku terpentynowym. Pozostałe przy zamknięciu preparatu pęcherzyki powietrza w tym lakierze same przez się znikają. Jeżeli zaś zamierzamy skrawki przed ostatecznym przechowaniem wpierw rozpatrzeć, ale chwilowo czas na to nie wystarcza, to można skrawki przez dłuższy czas bez szkody przechować w naczynku napełnionem olejem rycynowym, lub balsamem kopajwowym; w samej zaś terpentynie twardnieją i marszczą się, skutkiem czego w następstwie trudno je zamknąć w lakierze.

Masę czerwoną otrzymuje się przez zmieszanie czystego neutralnego roztworu karminianu amonijaku z gęstym roztworem kleju. Sposób przygotowania pierwszego (bez strącenia za pomocą alkoholu) wyżej już był opisany. Należy brać dużo karminu, ażeby kolor masy w drobnych naczyniach nie wydawał się zbyt bladym. Mieszaninę iniekcyjną należy utrzymywać w wyższej temperaturze na kąpeli parowej, póki ciemno-wisniowy kolor karminu nie nabierze nieco jaśniejszego odcienia. Zmieszana z gliceryną i chloralem masa, daje się przez dłuższy czas przechować. Nastrzyknięty organ należy natychmiast ochłodzić zimną wodą, po skrzepnięciu kleju rozłożyć na drobne kawałki, a ostatnie bezpośrednio przenieść do mocnego alkoholu. Dodawanie rozrzedzonego kwasu do masy karminowej nie przedstawia żadnych korzyści; zamiast jednostajnej szklistej masy, otrzymuje się masa drobnoziarnista.

Nową żółtą klejową masę udało mi się otrzymać w następujący sposób: równe ilości gęstego ciepłego kleju i 10-procentowego roztworu saletrzanu srebra mieszam przez kilka minut, lekko ogrzewając, a następnie dodaję kilka kropel mocnego roztworu kwasu pirogallusowego. Masa natychmiast zupełnie ciemnieje skutkiem redukcji srebra, przyjmując kolor szarawo-brunatny. Zastrzyknięta do naczyń, w kapilarach przedstawia się czysto żółtą, w nieco grubszych naczyniach brunatną. Masa ta jest bardzo trwałą, nie zmienia się w kwasie chromnym, lub innych słabszych kwasach, uwydatnia dobrze kontury naczyń, a w gotowych preparatach mikroskopowych jest mniej zmienną od masy błękitnej. W połączeniu z gliceryną i chloralem daje się przez długi czas przechowywać.

Nareszcie nie od rzeczy będzie, wspomnieć tu jeszcze o użyciu iniekcji saletrzanu srebra dla uwydatnienia obrysów komórek, wyściełających światło naczyń na sposób nabłonka (t. z. *endothelium*). Badacze używają w tym celu zwykle czystego roztworu saletrzanu srebra, lecz takowy ma tę wadę, że przenikając przez ściany naczyń, nadaje otaczającym tkankom ciemno-brunatne zabarwienie; prócz tego tworzy na ścianach naczyń ziarniste osady, mające pozór małych otworków czyli t. z. por w ścianie naczyniowej. Jeżeli zaś dodamy do roztworu azotanu srebra powoli t. j. kroplami, rozrzedzonego amonijaku, to tworzący się z początku ciemny męt rozpuści się w zupełności, a otrzymany tym sposobem czysty roztwór soli podwójnej ma tę własność, że pod wpływem światła słonecznego, tworzy tylko siatki czarnych linii naokoło komórek nabłonkowych i mięśni gładkich, tkanki łącznej zaś nie barwi. W naczyniach przestrzykniętych 1-0 procentowym roztworem tego związku i następnie wypełnionych czystym klejem, można tym sposobem jak najwyraźniej uwydatnić budowę ich ścianek i wykazać różnicę w utkanii drobnych tętnic, żył i naczyń włoskowatych. Metodą tą posługiwałem się przy swoich badaniach nad bezpośredniem przejściem cienkich tętnic w małe żyły. W odpowiedniej rozprawie opisałem też tę metodę, lecz histologowie nie zwrócili dotąd na takową należytej uwagi (*Schultzes Archiv. T. XIII*).

Nareszcie wspomnę tu jeszcze o innej masie iniekcyjnej, która wydała mi również dobre rezultaty, przy wspomnianych badaniach. Takową otrzymuję przez rozpuszczenie szelaku w mocnym alkoholu i dodanie ciemnego barwnika anilinowego, również rozpuszczonego w alkoholu (n. p. błękitu nie rozpuszczającego się w wodzie). Zamiast aniliny można dla zabarwienia także użyć bardzo małego cynobru, chromianu ołowiu, lub innego ziarnistego barwnika zawieszzonego w alkoholu. Zapas takiego płynu, precedzonego przez muslin, może przez czas nieograniczony być przechowanym i w każdej chwili gotów jest do bezpośredniego użycia. Dla przygotowania jednak preparatów mikroskopowych nie kwalifikuje się, ponieważ, rozpuszczając się w alkoholu, znikłby z naczyń przy stwardnieniu organu. Ale ważne usługi może oddać przy makroskopijnem preparowaniu ostatecznych rozgałęzień naczyniowych, gdyż skutkiem wsiąknięcia alkoholu do tkanek, natychmiast po wstrzyknięciu gęstnieje, dozwala zaraz rozpocząć preparowanie, dobrze uwydatnia przebieg naczyń, a przez naczynia kapilarne nigdy nie przenika. Po wstrzyknięciu do tętnic można go spotkać w takich tylko żyłach, z któremi tętnice łączą się bezpośrednio, t. j. bez udziału kapilarów. Ponieważ w wewnętrznych organach takie przejścia nie istnieją, można tą masą wypełnić wyłącznie, albo układ tętniczy, albo żylny, bez obawy, ażeby masa przez kapilary nie przeszła z jednego systematu do drugiego. Do grubych iniekcji anatomicznych masa ta nie jest przydatną; tu pierwszeństwo należy się bezwarunkowo masie Teichmanna (zob. referat w Nr. 11 naszego pisma z ubiegłego roku). Za to można z drobnych części ciała nastrzykniętych masą szelakową, zabarwioną przetworami nie rozkładającymi się w kwasie solnym (anilinowemi barwnikami, cynobrem, błękitem berlińskim, siarkiem kadmu), otrzymać piękne, pouczające preparaty korrozyjne, albowiem przy zniszczeniu tkanki kwasem solnym, masa szelakowa pozostaje nietkniętą.

Takim sposobem można otrzymać wierne odlewy różnych jam i kanałów n. p. pęcherzyków płucnych, ucha środkowego, cewki moczowej i t. d. Dla większych korozyj masa nie jest przydatną z powodu swej kruchości.

3. Przetwory dla zamykania preparatów mikroskopowych pomiędzy szkiełkami.

Dla przechowania skrawków, pierwiastków histologicznych i innych drobnych cząstek ciała zwierzęcego pomiędzy szkiełkami w formie stałych preparatów mikroskopowych posługują się histologowie po większej części gliceryną, lub roztworami żywicy (np. lakierem damarowym, balsamem kanadyjskim i t. p.). Żywice używane są zwykle dla zamykania skrawków z układu nerwowego, części nastrzykniętych zabarwionymi masami, blaszek kostnych szlifowanych i w ogóle takich preparatów, które pomimo znacznej przezroczystości, spowodowanej przez żywice o wysokim wykładniku łamliwości światła, nietylko nie tracą na wyrazistości w obrazie mikroskopowym, ale nawet stają się często dopiero przydatnymi do badania. Preparaty, w taki sposób przyrządzone, odznaczają się wielką trwałością; lakier, zasychający pod szkiełkiem przykrywkowym, tworzy twardą szklistą masę, utrzymującą szkiełko niezmiennie w swoim położeniu tak, że obmazanie brzegu szkiełka warstwą innego lakieru staje się zbytecznym. Gliceryna zaś służy przeważnie dla przechowania cząstek odznaczających się wielką delikatnością, z mało wyraźnymi obrysami, które w tym płynie o mniejszym wykładniku łamliwości światła nie tak silnie się zacierają, niż w żywicznych lakierach. Preparaty glicerynowe jednak częstemu ulegają zniszczeniu; obwódka lakierowa, przytwierdzająca szkiełko przykrywkowe do przedmiotowego, często się kruszy, odskakuje, lakier przenika pod szkiełko, zalewa preparat i t. d. Z tego powodu od kilku lat zaczęto zamiast czystej gliceryny używać mieszaniny gliceryny z klejem, która nierównie lepsze daje rezultaty; ma jednak tę niedogodność, że tężejąca przy ochłodzeniu galaretowata masa musi być ogrzana przy każdym użyciu.

W N-rze 14 niemieckiego popularnego czasopisma *Isis* z r. 1879 znalazłem przepis p. L. B u c h'a na roztwór gumy arabskiej w roztworze octanu amonijaku, który miał wybornie przechowywać mikroskopowe preparaty, mianowicie pochodzące z dziedziny botanicznej, a przytem odznaczać się większą dogodnością w użyciu od żelatyny glicerynowej, ponieważ pozostaje ciągle płynnym, a wysychając sam przytwierdza szkiełko przykrywkowe do przedmiotowego, podobnie do lakierowych mas, skutkiem czego obmazanie brzegu szkiełka lakierem staje się zbytecznym.

Pierwsze już próby dokonane przezemnie z płynem p. B u c h'a dały nader zadawalniające rezultaty. Podobny płyn był wprawdzie już dawniej używany pod nazwą p ł y n u F a r r a n t' a; lecz takowy złożony jest z gumy arabskiej z gliceryną, a dla zapobieżenia rozwojowi grzybków pleśniowych i gnilnych dodaje się jeszcze kwas arsenikowy. Lecz mozolny sposób przyrządzania (mianowicie trudność precedzenia przez zwyczajną bibułę filtracyjną) i trujące własności nie sprzyjały znaczniejszemu rozpowszechnieniu się tego przetworu, a dla wielu preparatów, mianowicie barwionych, obecność kwasu arsenikowego stanowiła ważną przeszkodę w użyciu.

Po dokonaniu licznych liczących prób, udało mi się otrzymać kilka modyfikacji przetworu gumowego, które dla zamykania pewnych kategorii preparatów okazały się nader przydatnymi, a mianowicie roztwór gumy w wodzie z dodatkiem gliceryny i chloralu, kwalifikujący się przeważnie dla preparatów barwionych karminem, lub hematoksyliną i roztwory gumy z octanem potażu, lub z octanem amonijaku dla preparatów z anilinowem zabarwieniem, dla pasorzytów roślinnych w organizmie zwierzęcym (pleśni, bakteryj również analiną zabarwionych i t. d. Wieloletnie doświadczenia licznych badaczy będą dopiero w stanie, dokładnie określić szczegółowe wskazania dla każdego z tych przetworów.

Przy przyrządzaniu roztworów gumowych osiągnąłem najlepsze rezultaty, trzymając się następującego przepisu: wysoki cylindryczny słoć z korkiem (obejmujący około 50 cent. sześć. płynu) napełniam do $\frac{2}{3}$ objętości kawałkami wyborowej białej gumy arabskiej (*gummi arabicum electum*, sproszkowana zaś guma, nie jest przydatna), a resztę przestrzeni w naczyniu aż pod jego szyjkę wypełniam odpowiednim płynem t. j. 2-procentowym wodnym roztworem chloralu, albo oficynalnym roztworem octanu potażu (*liquor kali acetici*), lub octanu amonijaku (*liq. ammonii acet.*) i zostawiam przez kilka dni, często kłucząc, póki guma całkowicie się nie rozpuści. Do roztworu z chloralem dodaje jeszcze czystej gęstej gliceryny w stosunku 1 części na 10 części roztworu. Każdy z tych płynów cedzę, co na pierwszy rzut oka wydaje się prawie niemożliwym; pomimo to filtracja łatwo daje się uskuteczyć za pomocą tak zwanego papieru filtrowego wełnianego (*Wollpapier*), sprzedawanego w zagranicznych składach narzędzi chemicznych (np. *W a r m b r u n n*, *Q u i l l i t z & Comp.* w $\frac{3}{4}$ Berlinie). W ciągu kilkunastu godzin przechodzi przez taki filtr zupełnie płyn gęstawy, szklisty, przezroczysty, którego kropla rozprowadzona na szkiełku w ciągu doby tworzy suchą szklistą warstewkę. W razie gdyby po upływie kilku miesięcy pojawił się w płynie męt skutkiem poczynającego się rozwoju zarodników pleśniowych (spor), należy ponownie precedzić płyn po dodaniu małej ilości chloralu.

III. LISTY O OPATRYWANIU RAN.

Przez **R. Jasińskiego**
byłego asystenta klinik chirurgicznych.

I.

W zeszłym roku „Gazeta Lekarska“ drukowała pracę *M a t l a k o w s k i e g o* pod tytułem: „Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych“. Praca ta, daj Boże, aby znalazła odpowiednie przyjęcie wśród czytających lekarzy. Rzuci ona jasne światło na to, co się obecnie zagranicą dzieje w chirurgii, tłumaczy nam poniekąd tę kolosalną różnicę w statystykach zagranicznych i naszej, oraz przekonywa, że nasze do dziś dnia, mniej lub więcej publiczne powątpiewania, ironije i satyry, przeciw metodzie *L i s t e r ' a*, głoszone ustami ludzi, którzy z szarpiną rozstać się nie mogą, są tylko smutnymi objawami zacofania i konserwatyzmu, niczem nie usprawiedliwionego. Więcej zaś takich jest u nas, którzy wprowadzie ustnie

(a szczególnie publicznie) do zwolenników Lister'a należą, czynami jednak na każdym kroku dowodzą, że z całej metody znają dokładnie tylko nazwisko jej autora. Że tak u nas jest w istocie, tego nikt nie może mi zaprzeczyć. Nie mówię o prowincyi, lecz o samej nawet Warszawie. U nas bo też i inne są jeszcze wadliwości, które wpoprzek stają usiłowaniom postępowych chirurgów. Nie ma dnia prawie, żeby chirurg nie był zmuszony tracić czasu nad naprawieniem krzywdy, którą przy pierwszym opatunku skaleczonemu robotnikowi wyrządzono. Nie mówię tu o takich chorych, którym pierwszą pomoc niesli koledzy jego po grabiach lub fartuchu, lecz o tych, przez los prześladowanych, którzy, z jednego nieszczęścia wpadając w drugie, zpod kół zębatej maszyny parowej dostali się w ręce felczera, w ręce brudne, od wieków nie myte, zbrojne w brudny jedwab' do szycia i we flaszkę napełnioną roztworem półtorochlorku żelaza. Za posiadanie w razerze tej ostatniej trucizny, zdaniem mojem felczyrzy powinni podlegać karze. Chory tedy z powikłanem złamaniem przedramienia przechodzi takie koleje: przedewszystkiem koledzy jego (bo teraz wielu już jest takich sprytnych) przewiązują mu ramię chustką, w celu zatamowania krwotoku, a na ranę przykładają zimną wodę. Przychodzi jednak tak zwana pomoc lekarska; zaczyna się albo zalewanie rany „likworem“, albo wypychanie jej skubanką, zmoczoną w cuchnącej oliwie, albo szew węzełkowy nałożony tak, że dwie powierzchni naskórka do siebie przylegają, albo wreszcie kończyzna zostaje otoczona opaską, zaciśniętą mocno, żeby ani kropli krwi nie przepuściła. Każdy chirurg, który te słowa przeczyta, przyzna, że obraz taki powtarza się do dzisiejszego dnia prawie bez żadnej zmiany, prawie bez wyjątku przy każdym cięższem obrażeniu. Chorego takiego niepodobna inaczej zbadać (nietylko opatryzyć), jak pod chloroformem, po półgodinnem zdejmowaniu strupów, przyschłej skubanki i t. d.—Jakże się tu dziwić, że pomimo chlorku cynku, pomimo spray'ów, pomimo kilkunastu warstw gazy karbolowej, ciepłota nazajutrz dochodzi do 39° C., a gojenie niczem nie usprawiedliwia tej nadziei, którą w Listerowskim pokładaliśmy opatunku.

To jest pierwsza strona, pierwsza podstawowa wada, którą wszelkimi siłami wykorzeńić musimy.

Drugą wadą naszą jest niedostateczne obeznanie się lekarzy z metodą przeciwną. Dziwna rzecz, że wielu z większą ochotą do praktyki swej wprowadza środek głośnionie przez pierwszy lepszy referat zalecony, niż metodę, której zasady im niemal codziennie podają i to zasady, nie teoretyczne, ale stwierdzone tysiącami doświadczeń, setkami tablic statystycznych i kolosalnym postępem w dziedzinie chirurgii operacyjnej dni ostatnich. Tacy ludzie z najwyższem niedowierzaniem kładą na ranę muslin karbolowy; otrzymując nieświetne wyniki, stawiają je za dowód wadliwości metody; a czytając o świetnych rezultatach, otrzymywanych gdzieindziej, nie wierzą w nie, lub twierdzą, że i pod szarpnię rany goiły się przed laty. Pragnęlibyśmy szczerze, żeby ten stan oplakany zmienił się raz przecie i to jaknajprędzej. Jedyną drogą ku temu jest pilne sledzenie za ostatnimi wynikami badań doświadczalnych, tyczących roli, jaką zarodki pasorzytne grają w patogenii chorób zakaźnych i powikłań przyrannych. Takie obznajmienie się z przedmiotem wpaja w nas przekonanie o niezmiernie doniosłem znaczeniu walki z temi roznosicielami fermentacyi i tylko takie głębokie przekonanie może otworzyć oczy na istotne zadanie antyseptycznego leczenia ran. Człowiek, gruntownie rzecz tę znający, pojmie, że ściany i podłoga sali operacyjnej, ręce i paznogie posługaczy i felczyrów, odzienie studentów, przesycone prosektoryjnemi zapachami, kubelek do zlewania krwi, jednym słowem tysiące otaczających nas drobnostek, stanowią tyleż tysięcy szkodliwości, których działania na razie wcale ocenić nie jesteśmy w stanie. Rzeczy te, a właściwie ich dezynfekcyja, kto wie, czy nie są ważniejsze od ilości warstw muslinu, położonego na ranę. Wieleż razy zdarza nam się widzieć, że podczas Listerowskie-

go opatrunku z rak chirurga prawie nie wychodzi gąbka, która co najwyżej przez dzień lub dwa leżała w wodzie karbolowej. Gąbka ta, to chyba pozostałość z czasów, w których nie mieliśmy opaski E s m a r c h ' a, ani szczypczyków hemostatycznych, a zrosła się ona tak z ręką niektórych operatorów, że się bez niej ruszyć nie potrafią. Prawda, że trudno ją zastąpić, gdyż tampony z waty salicylowej są niezmiernie drogie, a przeciętny ordynator bardzo się musi rachować, żeby nie wykroczyć poza granice bajecznie małych sum, które mu wolno jest rozporządzać. Ależ i na to można znaleźć radę. Znając prace F r i s c h ' a, przekonywamy się, że można mieć gąbki antyseptyczne, chociaż przygotowanie ich znacznego wymaga zachodu, nie jest jednak tak kosztowne.

Świeże gąbki najlepszego gatunku należy przedewszystkiem starannie wytrzepać, żeby je oczyścić z piasku i kurzu, których nieraz ogromne ilości zawierają. Potem na kilka minut zanurzamy je w 8-io procentowym roztworze kwasu solnego, następnie moczymy w ciepłej wodzie przez kilka dni (5—7), aż wreszcie dostają się one znowu na tydzień do 5%-ej wody karbolowej. Po tej kwarantannie, znowu przez jakiś tydzień mokną w czystej wodzie, aż wreszcie ostatecznie znajdują pomieszczenie w dużym słoju szklanym, napełnionym 10% roztworem fenolu w spirytusie i opatrzonym korkiem szlifowanym. Po każdym użyciu gąbki myjemy w 2½ procentowym wodnym roztworze kwasu karbolowego, potem w lekkim roztworze sody, następnie w 5% wodzie karbolowej i wtedy dopiero wolno im wrócić do słoja z dziesięcio procentowym roztworem karbolowym. Jakież to skomplikowane! Prawda, ale musimy pamiętać, że nam b e z w a r u k o w o nie wolno innych gąbek używać, że inna gąbka więcej szkody przyniesie, niż skubanka, kompres płócienny i t. d., bo może w sobie zawierać miliony zdolnych do rozwoju schizomycetów, które wczoraj zebrała z drugiej zakażonej rany.

Kwas karbolowy jest dotąd bezwarunkowo najlepszym środkiem opatrunkowym, ale musi to być dobry, czysty fenol, C_6H_6O , woda fenilowy krystaliczny, bezbarwny, rozpuszczający się z łatwością w 15-u częściach wody przy ciepocie pokojowej. Tymczasem ciągle widzę w użyciu jakiś oleisty płyn brunatnawo-żółty, cuchnący strasznie, prawie zupełnie w wodzie nierozpuszczalny, bo albo z nią skłócony, zamienia się na emulsję, albo w postaci mniejszych lub większych kropel pływa po jej powierzchni. Taki kwas rany drażni, drażni skórę sąsiednią, parzy ją poprostu i znieczula, chociaż zdołano go rozpuścić w wodzie, dolewając znaczną ilość spirytusu. Jest to preparat nieczysty, zawierający krezol. Taki kwas w ręku chirurga równie jest nie na miejscu, jak tępy nóż.

Jeżeli do 500 grammów czystego fenolu, dodamy 28,3 gm. wody przekrojonej, to kryształy zamienią się w płyn, którego każdy centymetr sześcienny reprezentuje gram 1 kwasu karbolowego. W ten sposób upraszczamy sobie przygotowywanie roztworów, gdyż wagę zamieniamy na miarę. Każdą salę operacyjną, a daj Boże doczekać, każdą izbę felczerską, czy stację ratunkową, zdobić powinny dwa duże, czyste naczynia: jedno napełnione 5%, drugie 2½ procentowym roztworem takiego czystego fenolu. Dodatek gliceryny w równej ilości z kwasem zmniejsza jego własności drażniące i nie pozwala mu się ulatniać. Roztwór mocniejszy służy do mycia rąk, poprzednio w wodzie z mydłem umytych (ale porządnie umytych), z oczyszczonymi paznogiemi i obnażonych przynajmniej do łokcia. Nikomu, kto sobie tak rąk nie przygotował, nie wolno się dotknąć chorego. Tym samym roztworem oblewa się skórę chorego w miejscu, gdzie będziemy operować. Miejsce to na parę dni przed tem owinięte było płótnem zmaczanem w 2½ procentowej wodzie karbolowej, potem wymyto je mydłem karbolowem, włosy zgolono, a tłuszcz ze skóry za pomocą eteru siarczanego starto. Podczas operacji w tym samym roztworze leżą gąbki, jedwab, sączki gumowe, lub kostne, igły, zgłębniki, cewniki i t. d.

Drugim roztworem napełniamy porcelanową dużą, lecz płytką miednicę, w której mają leżeć narzędzia (bo w mocniejszym roztworze rdzewieją), osłonka (*silk-protective*), muślin karbolowy, opaski muślinowe i t. d.

A jakie to wszystko drogie! Ten muślin karbolowy, ta osłonka, ta wata salicylowa i t. d. Istotnie drogie i nie niewarte. Muślin i wata karbolowa, kupowane tu w Warszawie, lub sprowadzane z Wiednia, Berlina, Monachium i t. d. istotnie małą posiadają wartość, a bajeczne ceny. Jeden opatrunek po amputacji uda, *tout compris*, jeżeli jest porządnie nałożony, kosztuje przynajmniej 1 1/2 rubla, a w tym opatrunku jest zaledwie 0,01 część tego kwasu karbolowego, który w nim być powinien gdyż dawno się już ulotnił, choćby przy fabrykacji istotnie go w dostatecznej ilości użyto i choćby to był ów czysty fenol. Niestety i to jest więcej niż wątpliwe.

Możemy sobie jednak i tu, przy dobrych chęciach, poradzić. Chcę właśnie podać kilka takich przepisów w nadziei, że koledzy zakomunikują je w charakterze małego katechizmu chirurgicznego swym felczerom, którzy lepiej zrobią, ucząc się przygotowywania narazie odpowiednich opatrunków, niż pisanie recept pod dyktando i przecinania ropni wpoprzek przebiegu naczyń. Poniżej podam źródła, z których przepisy te poczerpnałem, tutaj nadmienię, że w Warszawie już prawie we wszystkich szpitalach z przepisów tych korzystamy, siostry Miłosierdzia przygotowują wyborny muślin karbolowy, watę benzoesową, salicylową i t. d., felczerzy robią śliczne pałeczki z jodoformu, chromowy *cat-gut*, a niedługo i sączki kościane może z ich rąk mieć będziemy. W Krakowie na Zjeździe widziałem także wyborny materiał opatrunkowy u Docenta O b a l i Ń s k i e g o, *ex tempore* przygotowywany.

Gazę można wziąć zwyczajną (muślin apreturowany), ale ją trzeba wymoczyć w roztworze sody gryzącej, a potem w letniej wodzie krochmalu pozbawić. Kto rozporządza jakimi takimi środkami, powinien kupować gazę już preparowaną, czyli hygroskopijną. Lister każe muślin taki napoić następującą mieszaniną:

Czystego fenolu 1 część; żywicy 4 części; parafiny 4 części.

Żywica wiąże kwas karbolowy, nie pozwalając mu się ulatniać, a parafina nie dopuszcza sklejaną się muślinu, napojonego żywicą. Parafina jednakże drażni skórę i wywołuje ekcemy. B r u n s i K u e s t e r dają nam jeszcze prostsze przepisy:

Spirit. vini rectific. 1000 części; żywicy 100 części; fenolu 100 części; gliceryny, lub oleju rycynowego 100 części.

Musimy takim łatwym do spamiętania roztworem, doskonale napoić muślin, suszyć go przez sześć godzin i schować w dobrze zamkniętej puszcze.

Olej rycynowy wprawdzie dość szybko jęlczeje w lecie, ale przecież muślin z dnia na dzień trzeba przygotowywać, a olejek stosunkowo jest dosyć tani.

Gliceryna może zanadto jest hygroskopijna i dla tego całą masę muślinu niejednakowo przesiąka, ale ta jej ujemna strona nie jest tak wyraźną, żeby mogła stanowczo źle wpływać.

Przepis M u e n n i c h'a, troszeczkę droższy, brzmi jak następuje:

Muślinu hygroskopijnego kil. 1=37 m.; żywicy 400 grm.; stearyny 60 grm.; gliceryny 80 grm.; spirytusu 1200 grm.; fenolu 100 grm.

Ostatnia kombinacyja B r u n s'a jest może najtańsza; na tę samą ilość gazy bierze się mianowicie:

Fenolu 100 grm.; żywicy 400 grm.; oleju rycynowego 80 grm.; spirytusu 2000 grm.

A przygotowuje się tak: 400 grm. kolofonii, lub żywicy sproszkować w moździerzu, proszek ten powoli wsypywać do naczynia, zawierającego 200 grm. alkoholu, mieszając nieustannie. W dziesięć, lub 20 minut wszystko się rozpuści. Mieszając ciągle, dodajemy 100 grm. roztopionej stearyny, albo

100 grm. gliceryny. Na dużym płaskim naczyniu kładzie się 37 mtr. muslinu i polewa się powyższą mieszaniną. Gaza leży w ten sposób, dopóki cały płyn nie wsiąknie, poczem rozwieszamy ją na sznurze na minut dziesięć, żeby się alkohol ulotnił.

W ten sposób, w ciągu półgodziny otrzymujemy jeden kilogram, czyli 37 mtr. muslinu, zawierającego 9% fenolu. Chirurg, jeżeli w danym miejscu może znaleźć 25 mtr muslinu, to w półgodziny a nawet i prędzej jest w stanie zamienić go na wyborny materiał opatrunkowy w następujący sposób:

Wozi ze sobą małeńki słoik, zawierający maść:

Fenolu 25 części; żywicy 60 części; stearyny 15 części.

80 części takiej maści rozpuści w 100 częściach alkoholu, 675 grm. dodanych do 2 litr. alkoholu wystarczą do napojenia 25 mtr. muslinu, a więc do opatrzenia 30, lub więcej rannych. Słoik, o którym mowa, musi być zupełnie hermetycznie zatkany i zalany lakiem, jak gdyby zawierał konserwy, gdyż kwas może się ulatniać. W aparacie na oddziale, w izbie felczerskiej, na stacyi ratunkowej i t. d., przyda się też duże naczynie dobrze zamknięte, zawierające mieszaninę:

Fenolu 100 części; żywicy 400 części; alkoholu 100 części; oleju rycynowego 80 części.

Będzie to mieszanina gęstości miodu, bardzo łatwo rozpuszczalna w wysokoku. Żeby sobie napoić jeden kilogram muslinu, trzeba wziąć sześćset osiemdziesiąt grm. tego przetworu i rozpuścić je w dwóch litrach wysokoku.

Mamy tedy muslin karbolizowany własnej fabryki, świeży, bez porównania tańszy od kupnego, a co najważniejsza, zawierający niewątpliwie jakie 9% czystego fenolu.

W apteczce naszej powinniśmy też mieć chlorek cynku, którego 8% roztwór na każdym kroku do dezynfekcyi zanieczyszczonych ran przydać się może.

Jedwab' i *cat-gut* kupowany najczęściej nie odpowiada swemu przeznaczeniu: i *cat-gut* wywołuje ropienie, nie ulegając wessaniu, i jedwabny szew rozłazi się, pozostawiając zatoki ropiejące, pomimo że te i tamte ligatury zmoczyliśmy w kwasie karbolowym. Powinniśmy więc i o nich pomyśleć, własnoręcznie je zdezinfekować, a potem dopiero wolno nam będzie wierzyć, lub niewierzyć w przypisywane im własności.— *Cat gut* musimy sprowadzać, gdyż go u nas nie robią, wyjąwszy jednak ze słoika, w którym przyszedł, pogrążamy go na 48 godzin w płyn Listera następującego składu:

Kwasu chromnego 1 część; kwasu karbolowego 200 części; wody przekroplonej 4000 części.

Cat-gut staje się mocniejszym nie ciągnie się i nie rwie. Potem ten sam *cat-gut* przez kilka dni moczy się w olejku jałowcowym (*oleum juniperi*), po kilku dniach wreszcie wyjmujemy go ztamtąd i przechowujemy w wysokoku 95%, w szczelnie zamkniętych, szklanych naczyniach. Podczas użycia każdą nitkę wymyć dobrze należy w 5% wodzie karbolowej.

Jedwab' najpierw trzeba wygotować przez 2 godziny w 5% wodzie karbolowej (*C z e r n y*), potem przez parę dni wytrawić w olejku jałowcowym, a wreszcie przechowywać w 10% roztworze wyskokowym fenolu. Na kilka godzin przed operacją napoić go w gotującej się mieszaninie: *acidi carbolici* 10 pp.; *cerae albae* 100 pp.; żeby się nie rozplatał i dobrze wiązał. (D. c. n.)

* * *

Źródła przytoczone w ciągu niniejszej pracy:

M a t l a k o w s k i. Opus citatum. Gazeta Lekarska. 1881.

M a c C o r m a c. Manuel de Chirurgie antiséptique traduit de l'anglais par A. Lataud. Paris. 1882.

K o c h e r. Zubereitung vom antiseptischen cat-gut. Centralblatt für Chirurgie. 1881. Nr. 23.

F r i s c h. Uber Desinfection von Seide und Schwamme zu chirurgischen Zwecken. Langenb. Archiv. 1878. T. XXIV. str. 749.

P o p o w. Iz kliniki prof. W a h l'a w Derptie. Wraczn. Nr. 50. 1881 r.

B a r d e l e b e n, M a r t i n. Verhandlungen der deutsch. Gesellschaft fur Chirurgie. VIII Congr. 1879—IX Congr. 1880.

K a u f m a n n. Centrbl. f. Chirurgie. 1879. Nr. 50.

M u e n n i c h. Deutsche Militararztliche Zeitschrift. 1877. str. 470.

B r u n s m ł o d s z y. Berliner klinische Wochenschrift. 1878. Nr. 29.

S c h u l t z e. Volkmann's Sammlung klinischer Vortraege. Nr. 52.

L i s t e r. British med. Journal. 1881. 5 i 12 Luty.

Oraz Berlin. klinische Wochenschrift. 1881. Nr. 13 i 14.

C z e r n y. Wiener medicin. Wochenschrift. 1877. Nr. 21—24.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

3. M. Bernhardt. Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirn- schwuelste. 1881

(Dokończenie. — Patrz Nr. 4.)

R o z d z i a ł VII. Guzy w mózdku. 90 przypadków. Objawy, służące do rozpoznawania tego rodzaju cierpienia, są następujące [wszystko jedno, czy nowotwór znajduje się w środku mózdku (*vermis*), czy też w jednej z jego półkul]: ból głowy przeważnie w części potylicowej, z wyraźnym częstokroć umiejscowieniem, zboczenia ruchowe, charakteryzujące się jako chwiejność, utrudnione stanie na nogach, niepewność ruchów, nienależyte ich kojarzenie, przy braku właściwych objawów bezwładu. Jeżeli zaś bezwład bywają, to nie zależą one od cierpienia mózdku, lecz od porażenia innych części mózgowia, jak rdzenia przedłużonego, lub kręgowego i dla tego też przy sekcjach nigdy nie należy zaniedbywać badania samego mlecza pacierzowego. Przy wszystkich prawie guzach mózdku bywają wymioty, zawroty głowy, zboczenia w organach wzrokowych i cierpienia umysłowe. Częstym objawem przy guzach mózdku jest nagła śmierć, zależna od ucisku ośrodka oddechania. Prócz tego zauważano jeszcze pewnego rodzaju ruchy naokoło osi ciała nieprawidłowe kierowanie oczyma w jedną stronę (*conjugirte Abweichung*) i patrzenie na kończyny porażone, jeżeli tylko istnieje podrażnienie mózdku, na przeciwną zaś stronę, jeżeli bezwład. Przypuszcć więc należy, iż w mózdku jest ośrodek bocznych ruchów ocznych. Istnienie ruchów naokoło osi ciała, trzymanie oczu w pewnym położeniu i nieład ruchów przemawiają za tem, że nowotwór znajduje się w odnogach mózdku.

R o z d z i a ł VIII. Guzy w rdzeniu przedłużonym. 21 przypadków. I tu ból i zawroty głowy bywają w większej części przypadków; co do ruchów, to chód często chwiejny, nieprawidłowy; nieład, bezwład, skurczenia i zmiany czucia z a w s z e tylko bywają po jednej stronie ciała. Ważniejszym objawem jest porażenie strun głosowych. Zboczenia wzrokowe także często bywają; rzadziej nieprawidłowa, utrudniona, lub niewyraźna mowa i utrudnione polykanie. W ogóle powiedzieć należy, że rozpoznawanie nowotworów w rdzeniu przedłużonym należy do bardzo trudnych zadań i tylko jednoczesne występowanie pierwszych objawów, a mianowicie zaburzeń w mowie, jednoczesnego utrudnienia polykania i oddechania, bezgłos i cukromocz, pozwala nam wnioskować o istnieniu nowotworu w rdzeniu przedłużonym.

R o z d z i a ł IX obejmuje guzy w przysadce mózgowej (*hypophysis cerebri*) 5 przypadków i w przednich dołach czaszki: a) na podstawie czaszki przypadków 39 i b) w nerwach

m ó z g o w i a 5 przypadków. Dokładne rozpoznanie guzów wyżej wymienionych miejscowości na wielkie natrafia trudności; tłumaczy się to łatwo tem, iż czynność przysadki jest dotychczas nieznaną. Z tego więc powodu wypada mówić o guzach w okolicy przysadki mózgowej, a nie jej samej. W zebranych przez autora przypadkach, nowotwory tej części mózgowia powodowały ból i uczucie ciężaru w przedniej okolicy głowy, ogólną obojętność czyli apatyję, przytępienie władz umysłowych, a mianowicie pamięci, sennosć, stopniowo powstającą ślepotę i co nadzwyczaj ważne, prawie zupełny brak drgawek, lub bezwładu. Nadzwyczaj ważny objaw jest tu powoli powstający i rozwijający się niedoślep (*amblyopia*). Ponieważ objaw ten powstaje skutkiem bezpośredniego ucisku włókien nerwu wzrokowego, lub skrzyżowania, albo też pasma (*tractus*) nerwów wzrokowych, to przy badaniu oka wziernikiem nie napotykamy nigdy t. z. zapalenia zastoinowego tarczy nerwu wzrokowego (*Stauungspapille*), a natomiast prawie zawsze jej zanik pierwotny. Objaw ten w połączeniu z wyżej przytoczonymi zjawiskami, do których jeszcze dodać należy utrudnioną, belkotającą mowę, stanowi główne z przypadłości guzów w okolicy przysadki mózgowej.

R o z d z i a ł X o b e j m u j e g u z y ś r o d k o w y c h d o ł ó w c z a s z k i. Przypadków takich z najnowszych czasów autor zestawił 9. Główne objawy guzów tej okolicy są: jednostronne zajęcie wszystkich, lub kilku gałęzi nerwu trójdzielnego, brak lub zboczenie czucia jednej strony twarzy, gdy tymczasem ten sam brak lub zboczenie nie daje się dostrzedz w kończynach. Kończyny rzadko tylko bywają dotknięte porażeniem ruchowem i to po stronie przeciwległej porażeniu nerwu trójdzielnego. Brak zupełny, albo też nadzwyczaj rzadkie pojawienie się objawów padaczkowatych. Dość częste porażenie nerwu twarzowego tej samej strony co i nerwu trójdzielnego. Badanie elektrycznością wykazuje zmniejszone oddziaływanie (zwyrodnienia). Na stronie tej, na której nerw trójdzielny jest porażony, znajdujemy także cierpienie nerwów ocznych, przeważnie gałęzi nerwu oko-ruchowego, zboczenia organów słuchu i wzroku, a kiedyniekiedy osłabienie mięśni szczęki.

R o z d z i a ł X I. G u z y u m i e j s c o w i o n e w t y l n y c h d o ł a c h c z a s z k i; 20 p r z y p a d k ó w. Przedstawiają prawie takie same objawy jak nowotwory mózdzku, tak co do zmienionego uczucia i zboczeń w sferze umysłowej, jak również i ruchów. Na szczególną wzmiankę zasługują zaburzenia wzrokowe i ruchów gałki ocznej, gdyż niema prawie przypadku, w którymby ich nie skonstatowano. Słuch choć nie tak często, podlega także zmianom chorobnym. Odróżnić guzy mózdzku od guzów umiejscowionych w tylnych dołach czaszki nadzwyczaj trudno; usługę oddać nam wtedy może jedynie anamneza, a mianowicie dowiedzenie się, czy początkowo był porażonym jeden tylko nerw leżący w tylnych dołach czaszki, a dopiero do niego później przyłączyły się porażenia innych przyległych nerwów, a na samym końcu dopiero cierpienia, które odnieść należy do cierpień samych ośrodków.

R o z d z i a ł X I I o b e j m u j e 71 p r z y p a d k ó w l i c z n y c h g u z ó w w r ó ż n y c h c z e ś c i a c h m ó z g o w i a. Rozpoznanie takowych jest bardzo trudne. Z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem wolno nam wnioskować, iż mamy do czynienia z licznymi guzami, jeżeli osoba przedstawia stan charłaczy (gruźlica, rak, lub inne złośliwe nowotwory), albo też, jeżeli objawy spostrzegane tak są charakterystyczne, że wyraźnie przemawiają za uszkodzeniem kilku miejscowości mózgowia.

Krótkie to streszczenie dzieła B e r n h a r d'a jest dostatecznem, aby przekonać czytelnika, iż jest to praca nadzwyczaj sumienna i mozolna, która w piśmiennictwie lekarskiem bez wątpienia ważne zajmie miejsce. Jeżeli symptomatologia nowotworów różnych części mózgowia i w tem dziele jeszcze nie jest wyczerpaną i dla lekarza praktycznego wiele jeszcze pozostawia do życzenia, to

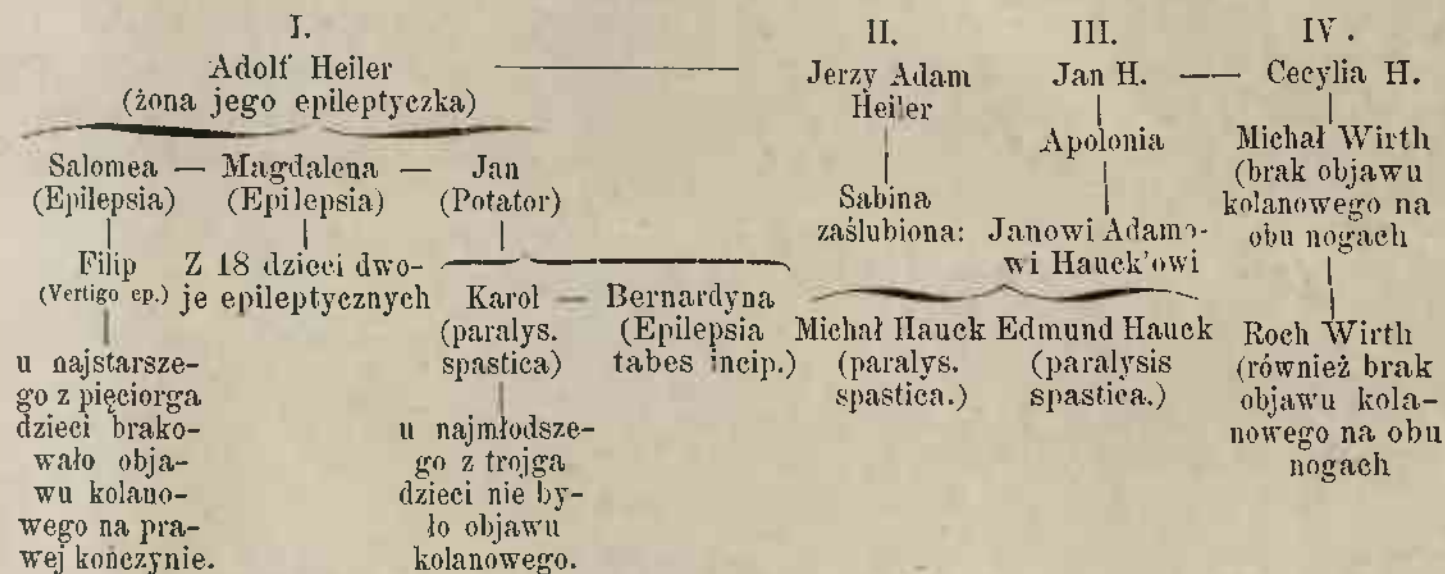
nie jest to winą autora, ale zawilego i trudnego przedmiotu. do wyjaśnienia którego sam B. bardzo wiele się przyczynił. Kogo obchodzi patologija mózgu, a zwłaszcza kwestyja umiejscowień, ten przeczyta całe dzieło z wielkiem zadowoleniem.

D-r. med. A. Rothe.

8. Bloch. Dyjateza neuropatyczna i objaw kolanowy. Jak wiadomo, profesor Westphal twierdzi, że brak objawu kolanowego, czyli brak odruchu przy uderzeniu w ścięgno rzepkowe jest najwcześniejszym objawem *tabes*. Autor zaś, badając 694 uczniów, w wieku od 6 do 9 lat (319 chłopców i 375 dziewcząt), u 3-ech chłopców i 2-óch dziewcząt nie znalazł tego objawu; opierając się na tych przypadkach, wyprowadza następujące wnioski:

1) Objawu kolanowego może nie być u osób, nie będących dotkniętymi suchotami mlecza kręgowego, a to wówczas, jeżeli w rodzinie tych osób były choroby nerwowe lub umysłowe (*epilepsia, mania transitoria, sonnambulismus*). 2) Brak objawu kolanowego może być przekazywany potomstwu. 3) Brak objawu kolanowego może zależeć od zmian patologicznych w kręgosłupie przy normalnym stanie mlecza kręgowego (przy *kyphoscoliosis* kręgow piersiowych i jednocześnie *lordosis* kręgow lędźwiowych. 4) Nakoniec autor twierdzi, że w tych przypadkach trzeba przyjąć wrodzoną wadę w ustroju mlecza kręgowego. Przytoczone przez autora drzewo genealogiczne jednego z chorych dokładnie przedstawia rzecz całą.

Drzewo geneologiczne Heiler'a.



(*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band XII, Heft 2.*) *Kornilowicz Edward.*

9. Jolly. O zmianie wagi ciała po napadach epileptycznych. W roku zeszłym, w jednym z numerów „Gazety Lekarskiej“ podaliśmy krótkie streszczenie pracy profesora psychiatrii uniwersytetu Charkowskiego, D-ra K o w a l e w s k i e g o, o zmianie wagi u epileptyków. W tymże roku na zjeździe neurologów i psychiatriów niemieckich w Baden-Baden (21 i 22 Maja), prof. Jolly podał rezultat badań D-ra L e h m a n'a, dokonanych na jego klinice. Ważono 14 kobiet i 14 mężczyzn, dotkniętych padaczką codziennie i kilka razy na dobę przez 4 tygodnie. W istocie zaobserwowano, że w 24 godziny po napadzie, niekiedy następuje ubytek na wadze od 1—3 funtów, ale ubytek ten może być najzupełniej przypadkowym, gdyż:

1) U tych samych chorych po napadach nie mniej ciężkich żadnego ubytku, lecz nawet niekiedy przybytek na wadze dawał się zauważyć.

2) U wielu chorych żadna zmiana w wadze po napadzie nie następowała niezależnie od długo-trwałości choroby, ani też od natężenia napadów. W jednym przypadku u chorego był obserwowany *status epilepticus* bez zmiany w wadze ciała.

3). U wszystkich chorych w czasie wolnym od napadów, a u jednego zdrowego, były obserwowane wahania się wagi ciała od 1/2 do 1 funta w dodatnim lub ujemnym kierunku. Autor przypomi-

na, że K o w a l e w s k i został przez te wahania wagi zwiedziony, a zatem twierdzenie tego ostatniego, że po każdym napadzie epileptycznym następuje ubytek na wadze ciała i wszystkie wnioski jego, ztąd wynikające, nie mogą się utrzymać. Kornilowicz.

(*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Bd. XII, 1 Heft, Seite 245.)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Wiadomość, podana w N-rze 4 „Przeglądu lekarskiego krakowskiego“, jakoby dziełko D-ra L e s s e r a, docenta chirurgii w Lipsku, miało być przetłómaczonem na język polski staraniem Redakcyi naszej Gazety, jest nieuzasadniona.

Berlin. 11-ty kongres chirurgów odbędzie się w tym roku nieco później niż zazwyczaj, bo od 31 Maja do 3 Czerwea r. b.

Paryż. Dekretem z d. 13 Stycznia r. b. utworzoną została w „Collège de France“ pracownia fizyki biologicznej. Dyrektorami tej pracowni mianowani zostali B r o w n - S é q u a r d i d' A r s o n v a l.

Bern. Rada związkowa uchwaliła prawo przymusowego szczepienia ospy. Art. 13 takowego brzmi: Każde dziecko urodzone w Szwajcaryi powinno mieć szczepioną ospę w 1 roku życia, a najpóźniej w 2. Dalsze odroczenie jest dozwolonem tylko z powodu stanu zdrowia, potwierdzonego przez lekarza. Dzieci urodzone za granicą i nieszczepione, po przybyciu do Szwajcaryi, ulegają tym samym przepisom. Fakt szczepienia ospy winien być udowodniony świadectwem lekarza patentowanego. Art. 14. Żadne dziecko bez takiego świadectwa nie może uczęszczać do szkół publicznych lub prywatnych.

Monachium. Dnia 16 Stycznia r. b. obchodzono 50-lecie doktoratu znanego anatoma i fizjologa prof. B i s c h o f f a. W uroczystości, prócz miejscowych znakomitości, wzięły udział prawie wszystkie uniwersytety Niemieckie i kilka zagranicznych, przez umyślnie w tym celu wysłanych przedstawicieli.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D-r F. N e u g e b a n e r. Zur Entwicklungsgeschichte des spondylolisthetischen Beckens und seiner Diagnose. 1882.

T. A. L a n g e (tłóm. J e z i e r s k i). Historyja filozofii materialistycznej i jej znaczenie w terażniejszości. Zeszyt X.

O D P O W I E D Ź.

W-mu D-rowsi W. B. w Płockinie. Co do rozbioru wód, proszę się odnieść do D-ra Leona N e n e k i e g o, chemika szpitali warszawskich (Zielna 77), na drugą kwestyję odpowiemy w najbliższym numerze.

Na pomnik Mickiewicza. Złożyli D-r L i e b k i n d z Żarnowa rs. 5; (składka na jubileusz D-ra K o e h a z Radomska, w którym z powodu pobytu za granicą nie mógł wziąć udziału).—Panna Kuża...ska z Warszawy rs. 1. — Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 758 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Sprostowanie. W N-rze 2 „Gaz. Lek.“ r. b. na str 36 w wierszu 31 od góry zamiast „*perimetritis sinistra*“ winno być „*perime ritis et perioophoritis sinistra*“.

— W N-rze 4 na str. 68 w wierszu 13 i 18 od dołu zamiast *completissimus* i *completissimū* winno być *locupletis imus* i *locupletissimi*.

— W tymże N-rze na str. 77, w wierszu 4 od dołu, zamiast *gruczolków* winno być *gruzelków* zaś na str. 78 w wierszu 1-szym od góry zamiast *dwie* winno być *owe*.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 20 Января 1882 г. Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 23.