

GAZETA LEKARSKA.

I. TANI I PROSTY ASPIRATOR.

Podał

Antoni Kuczyński,

asystent przy katedrze fizjologii Uniwersytetu Warszawskiego.



Kto wie, jak nieprzyjemnym bywa dla lekarza brak pod ręką potrzebnego w danej chwili narzędzia lub przyrządu, ten łatwo usprawiedliwi podawanie w pismach i podręcznikach chirurgicznych łatwych sposobów zastąpienia tego lub owego narzędzia, lub aparatu, byleby tylko sposoby owe prowadziły do celu.

Obok wielu przyrządów lekarskich starano się uprościć i aspirator, zastąpić aparat POTAIN'a przez jakieś łatwo dające się wykonać urządzenie. Między innymi FUERBRINGER ¹⁾ każe w tym celu przez dwa otwory korka, dokładnie zamykającego butelkę, przeciągnąć rurki szklane: jedną, sięgającą do dna fiaszki i połączoną za pomocą rurki kauczukowej z grubą igłą do punkcyi, drugą zaś krótką, z nasadzoną na wystający ponad korkiem koniec kawałkiem rurki gumowej, opatrzonej zaciskaczem. Przez tę ostatnią rurkę należy wyciągać ustami powietrze z butelki. Oczywiście, podobny aspirator, niezbyt dogodny w użyciu, nie zastępuje zadawalniającego aparatu POTAIN'a; toteż stosowanym bywa, zdaje się, nie często.

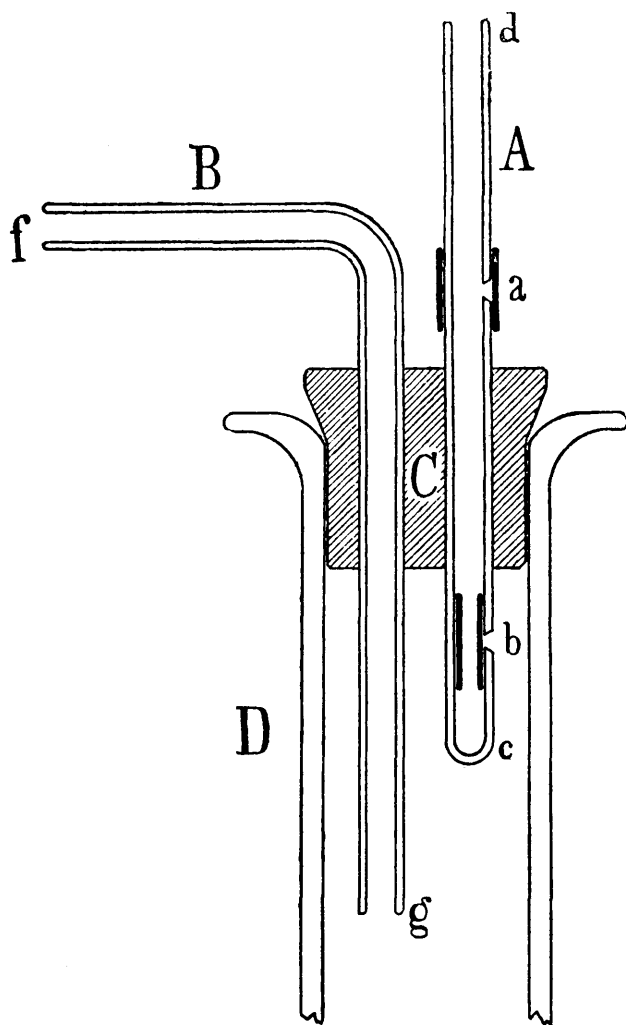
Na posiedzeniu klinicznem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w d. 1 maja r. b. miałem honor przedstawić aspirator, niewiele więcej złożony od FEURBRINGER'owskiego, a dokładniej od niego naśladowujący POTAIN'owski. Taniłość i łatwość wykonania tego aparatu zachęciły mnie do podania na tem miejscu jego opisu szerszemu kołu Szanownych Kolegów. Zrobić go sobie może każdy bardzo łatwo w ciągu kilku lub najwyżej kilkunastu minut, do czego, prócz butelki i korka, potrzeba mieć kawałek rurki szklanej i kauczukowej, kawałek cieniutkiego kauczuku [choćby dość gruby kondom], lampkę gazową lub spirytusową, zwyczajny pilnik pryzmatyczny oraz zwykłą szprycę.

Kawałek rurki szklanej [*A* na rysunku], długości około 10 ctm., o średnicy mniej więcej $\frac{1}{2}$ ctm., zatopić należy nad lampką na jednym końcu (*c*), pozostawiając drugi (*d*) otwartym. W odległości 1—2 ctm. od końca zatopionego

¹⁾ Wzmianka u ESMARCH'a i KOWALZIG'a: Chirurgische Technik, II Aufl. Kiel und Leipzig, 1892, str. 201.

wypilowywa się w ścianie rurki niewielki otvorek (*b*), co daje się zwykle uskutecznić bardzo łatwo i szybko, jeżeli pilnik maczać w terpentynie. Drugi podobny otvorek (*a*) należy zrobić w odległości 5—6 ctm. od pierwszego. Do końca zatopionego takiej rurki wprowadzamy zwinięty w rurkę kawałek kwadratowy cienkiego kauczuku, który, dążąc do rozwinięcia się, przylegać będzie do wewnętrznej powierzchni rurki, jak to widać na rysunku, i zamknie otvorek

(*b*) od wewnątrz tejże. Otworek (*a*) zamykamy od strony zewnętrznej rurki takim samym kawałkiem kauczuku, związując jego końce nitką po stronie rurki, przeciwległej otworkowi. Jeszcze lepiej, jeżeli mamy pod ręką kawałek rurki kauczukowej o bardzo cienkiej ścianie i świetle nie o wiele mniejszem od przekroju rurki szklanej. Nasadzamy wtedy kawałek takiej rurki kauczukowej na rurkę szklaną w miejscu otworka (*a*) [p. rysunek]. Przygotowaną w ten sposób rurkę wkładamy w jeden z dwu otworków korka (*C*), końcem zatopionym nadół, tak, aby wentyl (*a*) był ponad korkiem, (*b*) zaś pod nim. Przez drugi otwór korka przeprowadzamy rurkę szklaną (*B*), zgiętą pod kątem prostym; koniec dolny (*g*) tej rurki powinien być nieco niżej od końca



Rysunek szematyczny aspiratora. [Wielkość naturalna].

zatopionego rurki z wentylami. Po zatkaniu opisanym powyżej korkiem zwykłej butelki (*D*), łączymy koniec wolny (*d*) rurki (*A*) za pomocą rurki kauczukowej o dość grubej ścianie z kanką jakiegokolwiek zwykłej

szprycy, koniec zaś (f) rurki (B) również za pomocą rurki kauczukowej, opatrzonej zaciskaczem, z instrumentem do przekłucia: trójgranicem, grubą i długą igłą od strzykawki PRAVAZ'a, lub igłą od aparatu SAMI'ego. W razie jeżeli trójgraniec lub igła posiada kranik, zaciskacz na rurce kauczukowej jest zbędnym. Sposób użycia podobnego aspiratora jest zupełnie taki sam, jak aparatu POTAIN'a lub DIEULAFOY'a: po przerwaniu za pomocą kranu lub zaciskacza komunikacji igły z rurką (B) wkładamy igłę do jamy, z której zamierzamy aspirować płyn, poczem wprowadzamy w ruch szprycę, wtłaczając i wysuwając na przemian jej tłok. Po otworzeniu komunikacji z igłą, do butelki napływa aspirowany płyn. Rozrzedzanie powietrza w butelce odbywa się tu w sposób następujący: przy wyciąganiu tłoka szprycy powstaje różnica w ciśnieniu wewnątrz butelki i w rurce (A), wskutek czego część powietrza z butelki wchodzi do szprycy przez rurkę (A), odchylając gumkę, zamykającą otwór (b). Gdy ciśnienia w butelce i w rurce (A) zrównoważą się, wentyl (b) przyjmuje postać pierwotną, t. j. zamyka się. Wtłaczając teraz napowrót tłok szprycy zwiększamy ciśnienie w rurce (A), wskutek czego gumka, zamykająca otworek (b), jeszcze silniej doń przylega. Natomiast od chwili, kiedy ciśnienie w rurce (A) staje się większem od atmosferycznego, powietrze z tej rurki wychodzi na zewnątrz przez otworek (a), odchylając sobie zamykającą go gumkę. Działając dalej tłokiem, znowu aspirujemy do szprycy część powietrza z butelki, aby je przez wentyl (a) usunąć na zewnątrz. Manipulując w ten sposób przy zamkniętej komunikacji między igłą i butelką, można kilku i kilkunastu [zależnie od objętości szprycy i butelki] poruszeniami tłoku rozrzedzić powietrze w butelce do $\frac{1}{6}$, $\frac{1}{8}$ atmosfery: po otworzeniu połączenia z igłą napływająca wtedy przez rurkę (B) ciecz napęlnia $\frac{5}{6}$ butelki lub więcej.

Jak wiadomo, aparatu POTAIN'a lub DIEULAFOY'a używać można i do zgęszczania powietrza w butelce, w celu wtłoczenia zawartego w niej płynu do rurki z trójgranicem. Do tego samego celu służyć może i nasz aparacik. Należy tylko otworek (a) zamknąć gumką od wewnątrz rurki, (b) zaś od zewnątrz, a rurkę (B) zastąpić przez inną, z dolnym końcem (g), dostającym do dna butelki.

Aspirator mój wreszcie dałby się zapewne zastosować i w pracowniach chemicznych lub bakteriologicznych, do filtrowania płynów w powietrze rozrzedzone; należałoby tylko zamiast rurki (B) umieścić w korku lejek z sączkiem.

Chcąc usunąć kardynalną wadę mego aspiratora, kruchosć rurek, starałem się zastąpić je metalowymi, nadając przytem rurce z wentylami kształt nieco odmienny, oraz zaopatrując obie rurki w kraniki. Aspirator taki ¹⁾ działa również dobrze, jak aparat POTAIN'a, a wraz z trójgranicami i igłami kosztuje o połowę mniej od tego ostatniego, jako niepotrzebujący osobnej pompki.

¹⁾ Wykonał mi go według moich wskazówek p. F. Balukiewicz [ul. Bielańska, hotel Paryski]. Aparaciki szklane przygotowywać ma p. J. Chwastkiewicz [Bielańska № 4].

II. O ROZSZCZEPIENIU KRTANI (LARYNGOFISSURA).

[Rzecz wygłoszona w dniu 29 maja b. r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

Podał

Franciszek K i j e w s k i,
ordynator kliniki chirurgicznej.

— † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28].

Na 20 przypadków rozszczepienia krtani przystąpiliśmy do tego zabiegu z powodu następujących przyczyn:

1 raz przy złamaniu krtani,

7 razy przy nowotworach, w tej liczbie:

4 *papillomata*,

1 *carcinoma*,

1 *sarcoma*,

1 *polypus fibrosus*;

2 razy przy zwężeniach syfilitycznych,

1 raz przy *laryngitis tuberculosa*,

9 razy przy sprawach podgłośniowych.

Jeżeli do tego szeregu dodamy jeszcze sprawy zapalne chrząstek, obecność ciał obcych w krtani, to będziemy mieli niemal wszystkie wskazania, które zniewalają nas do laryngofissury.

HÜTER ¹⁾, mówiąc o wskazaniach do otworzenia krtani, przytacza, że do jego czasów [1872] jako wskazania uważano — obecność ciał obcych, guzy wewnątrz krtaniowe i zwężenia bliznowate krtani.

Na zasadzie głównie teoretycznych wywodów dodaje HÜTER, że pierwotna tyreotomia wskazana jest przy złamanich chrząstki tarczowej z przemieszczeniem odłamów, jak również przy niektórych przypadkach ciężkich ran ciętych krtani, szczególnie u samobójców.

SZEPAROWICZ przyjmuje jako wskazania ciała obce i nowotwory, mały kładzie nacisk na bliznowate zwężenia krtani, jako skutek ciężkich uszkodzeń, bądź głębszych wrzodów, jak po tyfusie lub skutkiem syfilisu. Doświadczenia, nabyte w tej mierze, mówi, jako też i sąd teoretyczny zniewalają do wykreślenia tej rubryki wskazań. Jeszcze mniej uzasadnione uważa ciężkie uszkodzenia krtani, bądź złamania chrząstek, bądź rany cięte ze znacznym zboczeniem odłamków chrząstkowych.

¹⁾ HÜTER. Tracheotomie und Laryngotomie. Handbuch der allg. und speciellen Chirurgie. BILLROTH-PITHA.

Wskazania we wszystkich przypadkach PIENIAŻKA można ułożyć w 8 grup:

- 1) nowotwory łagodne;
- 2) nowotwory złośliwe;
- 3) przerost błony śluzowej, prowadzący do zwężenia [nawet mały przerost błony śluzowej na tylnej ścianie krtani, przez co może nastąpić ściągnięcie do siebie strun głosowych i występuje znaczna duszność];
- 4) blizny po przebytych chorobach lub zranieniach krtani;
- 5) urazy krtani, przy których bądź to naderwane płyty błony śluzowej, bądź to połamane chrząstki światło krtani zwężają;
- 6) ciała obce w krtani zaklinowane;
- 7) zapalenie ochrzęstnej wraz z jej następstwami, t. j. zapadnięciem chrząstek;
- 8) zmiany gruzlicze w krtani.

Bez wątpienia szereg tych wskazań, już i tak okazały, przy większym materiale z biegiem czasu musi się powiększyć. Że tak w rzeczy samej jest, wywnioskować łatwo ze spostrzeżeń OBALIŃSKIEGO i PIENIAŻKA.

Gdy pierwszy raz OBALIŃSKI wykonał laryngofisurę w 1879 r., to liczba zestawionych przypadków w literaturze wynosiła zaledwie 35. „Dziś nasz szpital, powiada PIENIAŻEK, przedstawia 46 laryngofisur i to przeważnie w ostatnich latach, t. j. od roku 1887 wykonanych, a liczba odpowiednich przypadków mnoży się z każdym rokiem tak dalece, że w roku bieżącym [1893] od początku stycznia do końca czerwca wykonano ich 13¹⁾“.

Naturalnie, że przytoczone tu wskazania nie są bezwzględne. Nie wszystkie polipy, zwężenia, a nawet ciała obce wymagają wykonania laryngofisury. Można te sprawy usuwać z pożytkiem drogą endolaryngealną, a wybór ściśle zależy od samego przypadku, a niekiedy nawet i od wprawy operatora.

Można polipy usuwać za pomocą metod wewnątrzkrtańowych, ale niekiedy się wydarza, że przy najlepszej technice i sprzyjających warunkach operowania tego dokazać nie można skutkiem zbyt wielkich rozmiarów guza, szerokiej podstawy, znacznej odporności, głębokiego umiejscowienia w krtani i t. p.. Przy ciałach obcych, na przykład, można próbować usuwać je z krtani drogą wewnątrzkrtańową, ale mówię p r ó b o w a ć, gdyż pewności, że je usuniemy, w większości przypadków nie posiadamy, a nie w każdym przypadku mamy czas na wykonanie próby.

Zdaniem mojem, jako ogólną zasadę przyjąć należy, że, jeżeli skutkiem wyżej wskazanych przyczyn zachodzi potrzeba tracheotomii w celu zachowania życia chorego, w następstwie możemy z całą śmiałością decydować się na rozszczepienie krtani, gdyż przez to bynajmniej nie wyrządzimy choremu szkody; również jeśli chory oddecha dobrze, a przy stosowaniu metod endolaryngealnych nie możemy działać pewno i śmiało z obawy uduszenia się chorego, należy wykonać tracheotomię i następnie laryngotomię. Są jednak pewne wy-

1) Pamiętnik oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie. 1893, str. 45.

jątki, które nie dają się podciągnąć pod tę ogólną zasadę, na przykład wykonanie tracheotomii przy gruzlicy krtani bynajmniej jeszcze nie upoważnia do rozszczepienia krtani, jak również przy ciałach obcych tracheotomia może dać dostateczne pole do usunięcia przeszkody w oddechaniu.

Jeżeli przejrzymy odnośną statystykę np. BECKER'a, który zebrał wszystkie przypadki laryngofisur, wykonanych do 1889 r., to się przekonamy, że największy procent otwierania krtani przypada na *papillomata* lub *fibromata* [57 razy na 120 przypadków], dalej idą nowotwory złośliwe [22 razy], ciała obce [11 razy], blizny, przepony, gruzlica, a ostatnie miejsce zajmują sprawy podgłośniowe, których BECKER przytacza zaledwie 4 przypadki.

W naszych spostrzeżeniach stosunek ten przedstawia się cokolwiek odmiennie: na 20 laryngofisur 9 razy jako przyczynę operacji stanowiły sprawy podgłośniowe. Również to uderza w spostrzeżeniach PIENIĄŻKA, który wraz z OBALIŃSKIM u chorych ze zwężeniem krtani, na tle przerostu błony śluzowej powstałem, wykonali 22 razy laryngofisurę [w tej liczbie u 5 chorych z *laryngo-scleroma* 8 razy], z powodu zwężeń powstałych po przebytem zapaleniu ochrzęstnej 11 razy u 8 chorych, przy bliznach syfilitycznych—1 raz, przy gruzlicy—2, *papillomata*—2, *carcinoma* 4, przy urazie—1, przy ciałach obcych—2.

Przechodzę teraz do wyników, jakie otrzymaliśmy po rozszczepieniu krtani: rozpatrywać je będę grupami, stosownie do przyczyny powodującej potrzebę laryngofisury; historie chorób podaję, o ile możności, w streszczeniu, tembardziej, że niektóre z tych spostrzeżeń już były ogłoszone przez kol. SOKOŁOWSKIEGO.

Nowotwory łagodne.

1. *Polypus laryngis fibrosus*. Józef J., wieśniak, lat 28, przybył do szpitala św. Ducha na oddział chorób wewnętrznych w sierpniu 1889 r. już po tracheotomii, którą mu wykonano przed kilkoma tygodniami skutkiem znacznej duszności. Choroba obecna zaczęła się przed 2 laty: najpierw wystąpiły zmiany w głosie, który stał się grubym; od 5 miesięcy podczas szybszego ruchu trudność oddechania, przeszkoda ta stopniowo się powiększała i w rezultacie wywołała potrzebę tracheotomii. Przy badaniu chorego znaleziono nad prawą struną fałszywą guz, wielkości dużego orzecha tureckiego, ruchomy, opatrzony szeroką szypułą [można guz unosić cokolwiek ku górze], która wchodzi w szczelinę głosową. Chorego w celu wykonania operacji przeniesiono na klinikę chirurgiczną. D. 10. IX. 1889 wykonałem rozszczepienie krtani; punkt wyjścia guza stanowił *p r a w y sinus Morgagni*. Guz usunąłem, szypułę wypaliłem żegadłem PAQUELIN'a. Krtani wyłożyłem gazą jodoformową, szwu na krtani nie nakładałem. Rurkę tracheotomijną pozostawiłem.

Po upływie 3 dni tampony i rurkę usunąłem, ranę ściągnąłem plasterem lepkim. Chory oddecha wybornie i mówi dosyć dobrze, głos chrypliwy. Dnia 3. X. 1889 r. pacjent opuścił klinikę chirurgiczną zupełnie zdrowy, oddecha swobodnie, głos powrócił, pozostała jeszcze chrypka nieznaczna.

II. *Papillomata laryngis*. Leon K., chłopiec 10-letni, przybył na klinikę chirurgiczną z rozpoznaniem papilomatów krtani. Kol. BUKOWSKI po uprzedniej tracheotomii przystąpił do rozszczepiania krtani 25 kwietnia 1888 r.; tchawicę zatamponował za pomocą aparatu TRENDLENBURGA; zrobiona była właściwie *laryngo cricotomia*. Papilomata BUKOWSKI wyskrobał łyżeczką, następnie założył rurkę KOEHL'a, a na krtani—szew częściowy. 20 dnia po operacji rurkę usunął, a w 10 dni potem nastąpiło zablożenie. Chory wypisał się z oddechem zupełnie dobrym, z głosem donośnym, choć cokolwiek jeszcze chrypliwym.

III. Romcia K., dziewczynka 2-letnia, córka urzędnika z Warszawy. W kilka miesięcy po jej urodzeniu rodzice zauważyli, że głos staje się chrypliwym i występuje szczególnie podczas snu trudność oddechu. Chrypka ta i oddech utrudniony z wolna się powiększały i zniewoliły rodziców do szukania pomocy na klinice naszej. Rozpoznaliśmy: *papillomata laryngis*. Z obawy uduszenia się dziecka prof. Kosiński dnia 12. III. 1892 wykonał *crico-tracheotomium*, a w kilka miesięcy potem dnia 20. V. 1892 roku rozszczepienie krtani. Cała górna część krtani literalnie była wypełniona brodawkowatymi wyrostkami, które doszczętnie usunięto za pomocą łyżeczki. Ranę całą zatamponowano. Po 10 dniach rana się zagoiła, chora oddechała wybornie, głos jednak jeszcze mocno był chryplawy.

Po upływie kilku miesięcy ponownie wystąpiła trudność oddechu, głos coraz gorszy, zaszła potrzeba nowej tracheotomii i ponownego otwierania krtani. Tym razem już więcej wycinaliśmy, bojąc się szybkiego nawrotu cierpienia; po operacji założono rurkę KOEHL'a. Operacja była wykonana na miejscu. Przypadek ten skończył się nieszczęśliwie, dziecko wkrótce zmarło [po 10 dniach] skutkiem zatkania się rurki, rodzice rurki oczyścić nie umieli, a zanim przybył lekarz, nastąpiła śmierć od uduszenia.

IV. Wiktorya M., lat 20, służąca, od 3 lat zaczęła uskarżać się na chrypkę, która stopniowo się powiększała i chora nakoniec zupełnie głos straciła. To ją zmusiło do szukania pomocy na oddziale kol. SOKOŁOWSKIEGO. Rozpoznano *papillomata laryngis*. Leczone już dosyć długi okres czasu za pomocą operacji endolaryngealnych [częściowe wycinanie, przypalanie], głos się poprawiał, lecz poprawa ta nie była trwałą, wyrosłe brodawkowate szybko się odnawiały i zajmowały coraz większą przestrzeń. Przy badaniu za pomocą lusterka widać, że zajęta jest całkowicie lewa struna prawdziwa i część prawej. Mając na względzie szybkość nawrotów, pomimo braku duszności rozszczepiłem chorej krtani 20. IV. 1894. Papilomaty zajmowały całą dolną część struny lewej prawdziwej, przednią dolną połowę prawej i część niewielką w krtani pod strunami—wszystko wyciąłem, nie oszczędzając strun—z lewej pozostał się wązki pasek, gdyż dolną część odciąłem, a prawa została bardzo mało uszkodzoną, gdyż usunąłem część od przodu i od dołu.

Rurkę tracheotomijną usunąłem zaledwie po 8 dniach, gdyż obrzęk był znaczny i chora nie mogła oddechać bez rurki. Jako powikłanie mieliśmy dosyć silne zapalenie oskrzeli ze znaczną wydzieliną. Rana zagoiła się szybko.

Głos chorej stopniowo wraca, mówi znacznie głośniejsz, aniżeli przed operacją, z mocną jednak chrypką opuściła klinikę.

Małe guziki w krtani, łatwo dostępne, usuwać należy za pomocą metod wewnątrzkrtańowych; większe, znacznie rozrośnięte, twarde, o podstawach szerokich, operować tylko za pomocą rozszczepienia krtani, gdyż wtedy mamy możność doszczętnego usunięcia nowotworu.

Zaznaczyć przytem muszę, że jeżeli mamy do czynienia z papilomatami, to należy je więcej wycinać, aniżeli skrobać. Nawroty cierpienia są bardzo łatwe, jak to widzimy z naszych spostrzeżeń; aby zapobiedz temu, decydowałbym się raczej na rozległe wycinanie, usunięcie nawet części strun zwyrodnionych, gdyż przez to narażamy głos chorego, który i tak w większości pozostaje chrypliwym, ale chronimy chorego od nawrotów cierpienia i ponownych operacji. Po takich obszernych wycinaniach, jeżeli nowotwór odrośnie, to przynajmniej nie w tak szybkim czasie. W dwóch naszych spostrzeżeniach po wyskrobanu i wycięciu strzępów zastosowaliśmy rurkę KOEHL'a, w innych przypadkach nowotworów pomimo głębokiego i obszernego wycinania nie stosowałem podobnych rurek, gdyż nie widziałem do tego żadnych wskazań.

Głos po rozszczepieniu krtani w naszych spostrzeżeniach pozostał chrypliwym, ale w każdym razie był lepszym, aniżeli przed operacją. W ostatnim przypadku u 20-letniej dziewczyny przed operacją był zupełny bezgłos, chorej niemal zupełnie nie można było słyszeć, mówiła szeptem; obecnie, chociaż ma usunięte dolne części strun prawdziwych, mówi znacznie głośniejsz [3 tygodnie po operacji] ¹⁾. [D. n.]

III. O PATOLOGII I LECZENIU

NIEŻYTU PRZEWLEKŁEGO UCHA ŚREDNIEGO

Podał

D-r S p i r a [z Krakowa].



[Ciąg dalszy, — Patrz Nr. 27].

Ogólny stan zdrowia przy rokowaniu powinno się uwzględniać bezwarunkowo. Rokowanie wypadnie zawsze gorzej u osób, w niekorzystnych warunkach higienicznych żyjących, albo jakąś ogólną chorobą konstytucjonalną dotkniętych, lub dziedzicznie obciążonych, jak: u żółtawatych, suchotników, syfiliyków i t. p., niż u osób młodych, żadną inną chorobą nie dotkniętych i nie obciążonych dziedzicznie.

¹⁾ Chora, o której mowa, w kilka tygodni po operacji zasięgała porady kol. SOKOŁOWSKIEGO. S. znalazł u niej błoniaste zrośnięcie przednich części strun; błonę tę S. rozciął i następnie zastosował rozszerzanie.

Z tego, co powyżej powiedziałem, wynika, że zawsze należy być bardzo oględnym i ostrożnym w rokowaniu i obiecywaniu poprawy słuchu. Obowiązkiem jest nawet lekarza przedstawić takim chorym niepewność rokowania i wyjaśnić zaraz w początku leczenia, że używane środki i zabiegi mają więcej znaczenie prób leczniczych, gdyż w najkorzystniejszym razie wszak nie zawsze możemy przewidzieć, jakie zmiany zaszły w błędniku; zmiany te są niedostępne dla naszych badań, a rokowanie zawsze czynią niepewnem. Pogorszenie rokowania w przypadkach zastarzałych nakłada również obowiązek na każdego lekarza-niespecjalistę, aby każdy przypadek oddał w opiekę specjaliście zaraz w początkach, gdy skutek odpowiedniego leczniczego działania mógłby jeszcze być znakomitym. Niestety, tak się nie dzieje i dużo się pod tym względem grzeszy. Przeciwnie, często wstrzymuje się chorego od zgłaszania się po korzystną pomoc, zapisując mu rozmaite krople, maści, wstrzykiwania, które, jeżeli nie same przez się, to już dlatego szkodzą, że przez nie traci chory niepowrotny, nieoceniony czas do skutecznego leczenia. Inni znowu powiadają, że „w uchu nie widzi się nic; dolegliwości chorego nie mają żadnego znaczenia, przeminą same z czasem“; albo kładą je na karb nerwowości, zapominając o tem, jak ogromną szkodę takim postępowaniem zrządzić mogą. A jednakże ważnem jest bardzo, aby sprawy nieżytowe, również jak ropne w uchu, jak najwcześniej poddać stosownemu leczeniu; każdy dzień zwłoki zmniejsza szanse zupełnego wyleczenia. Wczesne zgłaszanie się chorych po skuteczne leczenie stanowi pierwszy i najważniejszy środek zapobiegawczy; w leczeniu bowiem tej choroby profilaktyka niepoślednią odgrywa rolę.

Najzaszczytniejszem zadaniem nowoczesnej sztuki lekarskiej jest zapobieganie chorobom. „*Prevenire é meglio che reprimere nell' ordine fisico come nel morale*“ powiada SORMANI. Otóż, wobec ważności wspomnianych przyczyn tego cierpienia dla powstania, przebiegu i uleczalności tegoż, należy przede wszystkim je poznać i uwzględnić. Jeżeli sobie uprzytomnimy to, cośmy wyżej w tym przedmiocie powiedzieli, to jasnem się okaże, że wielką wagę trzeba przywiązywać do ogólnego stanu zdrowia chorego i do stosunków higienicznych, w jakich pozostaje, oraz starać się, o ile to jest możliwe, o usunięcie ogólnych wad konstytucjonalnych. Złoźowych, gruźliczych, niedokrwistych i t. p., starajmy się poddać odpowiedniemu leczeniu ogólnemu. Dalej zwracać należy uwagę na stosunki indywidualne chorego; trzeba mu wytknąć wszystkie czynniki szkodliwe i korzystne dla jego zdrowia i postawić go w jak najlepszych warunkach higienicznych. Winien on unikać wszystkiego, co może wywołać i podtrzymywać choroby jamy noso-gardzielowej, której dalszym ciągiem, *sit renia verbo*, jest trąbka EUSTACHIUSZA i jama bębenkowa. Przy kąpaniu dzieci powinno się zważać na to, żeby woda nie dostawała się do nosa i gardła, skąd przy mimowolnem połykaniu mogłaby wnikać do trąbki i jamy bębnekowej; szczególnie osoby, które już raz na ucho cierpiały, winny się strzedz, aby woda do przewodów usznych się nie dostawała i unikać zimnego i wilgotnego powietrza, które często wywołuje nieżyt nosa i następnie zwężenie trąbki i nieżyt uszny. Staranie mieć należy o suche pomieszkania i dostateczną ich wentylację.

Przy nadmiernem użyciu tytoniu w t. zw. „*nicotinismus*“ znajdowano przekrwienie zastoinowe [kongestywne] w jamie bębenkowej, obrzmienie błony śluzowej trąbki i jako ich następstwa szum w uszach i rozmaite zaburzenia w czynności nerwu słuchowego. Z tego powodu palenie, lub żucie tytoniu i zażywanie tabaki szczególnie w sypialniach, jak również nadmierne użycie napojów wysokowych, zbyt silne natężenie umysłowe, nawykowe zaparcie stolca, czuwanie nocne i t. d.: są to czynniki szkodliwe; naodwrot zaś pobyt i ruch na wolnem powietrzu, pobyt w rozcieńczonem powietrzu, więc w okolicach górskich, ochędóstwo, używanie kąpeli letnich w zimie, zimnych w lecie, zmiana klimatu, lekkie, ciało hartujące zabiegi wodolecznicze bywają bardzo zbawienne. U syfilityków leczenie swoiste zapobiega nawrotom tej choroby. Podczas żąbkowania ucisk zęba wykluwającego się na końce nerwu trójdzielnego może wywołać ból w uchu. Jeżeli się przytem zważy, że nerw błędny stoi w związku z nerwem języko-połykowym i że poniżej tej anastomozy odchodzą od ostatniego gałązki do błony śluzowej gardzieli, do trąbki i do wzgórka (*n. Jacobsonii*), to łatwo pojąć, że przekrwienia naczynioruchowe mogą wywołać wypocinę w jamie bębenkowej. Takie stany również należy zaraz od początku starannie leczyć, nim się wytworzą zmiany nie dające się usunąć.

Leczenie tej choroby polega: 1) na leczeniu przyczyn, 2) na usunięciu zmian chorobowych, a 3) gdzie ani pierwsze, ani drugie uskutecznić się nie daje, na usunięciu, względnie polepszeniu najdokuczliwszych przypadków podmiotowych.

1) Wskazanie przyczynowe. Co dzień można się przekonać o dodatnim wpływie skutecznego leczenia chorób gardła i nosa na cierpienie uszne. Gdzie choroba uszna nie jest jeszcze za daleko posunięta, wyleczenie przyczyny sprawdza i tutaj bardzo często zasadę: *sublata causa, tollitur affectus*. W nieżycie tych narządów pierwsze wskazanie stanowi usunięcie wydzieliny. Ku temu celowi służą płukania, wlewania, wsiąkania i wstrzykiwania środków odkażających i ściągających za pomocą szprycki, przyrządu natryskowego lub rozpylacza.

Aby unikać wnikania płynu z nosa do jamy bębenkowej, coby mogło wywołać zapalenie ropne w tejże, należy przestrzegać pewnej ostrożności podczas wykonania tych zabiegów. Celem uniemożliwienia połykania, które pociąga za sobą zamknięcie zastawki podniebiennej i otwarcie ujścia trąbkowego, co ułatwia dostanie się płynu do trąbki, chory winien podczas wstrzykiwania do nosa język wystawić; płyn wstrzykiwany ma być letni. Jeżeli nos z jednej strony jest węższy lub mniej drożny, trzeba płyn przez ten otwór wstrzykiwać, żeby mógł swobodnie przez drugi otwór odpływać; w przeciwnym bowiem razie woda, trudno odpływając, mogłaby być wepchnięta do trąbki. Rodzaj szprycki nie jest również obojętny: przy grubych, oliwkowatych, otwór nosowy szczelnie zamykających nasadach szprycek, a szczególnie wtedy, gdy drugie nozdrze czasowo lub słabo jest niedrożne, płyn pod wpływem większego parcia łatwo do trąbki dostać się może, wskutek czego prof. PIENIAŻEK i inni często widzieli następce zachorowanie ucha środkowego. Dlatego bardziej poleca się cienkie kankowate nasady, które odpływu płynu przez tenże

sam otwór nosowy nie tamują i nie powodują tak wielkiego ciśnienia wstrzykiwanego roztworu. Głowa chorego ma być w położeniu pionowym, a prąd płynu iść w kierunku poziomym. Bezpośrednio po przestrzyknięciu nosa nie wolno wykonywać natrysku powietrznego do trąbki, a chorym nie wolno wycierać nosa, opuszczać pokoju, ani narażać się na przeciąg. Jeżeli mimo tych ostrożności, dostania się płynu do trąbki uniknąć się nie da, to nie wolno zabiegu powtarzać. Do przestrzykiwań używa się roztworów kwasu karbowego 1-2%, soli kuchennej, kwasu bornego, nadmanganianu potasu. W przypadkach uporczywych wstrzykuje się do nosa 8—12 kropeł $\frac{1}{2}$ —1% roztworu azotanu srebra za pomocą rozbryzgiewacza. W tym samym celu stosuje się czopki żelatynowe z kwasem garbnikowym, jodoformem, octanem ołowiu i t. p.. Do wdmuchiwania używa się proszków z kwasu garbnikowego i bornego 1:15, kwasu salicylowego. Do pędzlowania używa się taniny z gliceryną 5:50 z dodatkiem kwasu salicylowego albo przetworów jodowych: *jodi puri* 0,05, *kali jodati* 0,5, *glycerini* 50—30,0, lub roztworu azotanu srebra 1:15 raz w tydzień, lub *tannini pur.* 3,0, *acid. salicyl.* 0,3, gliceryny 30,0. Przy silnem nabrzmieniu błony śluzowej, szczególnie natury żółzowatej nadaje się pędzlowanie roztworem LUGOL'a (*jod. pur.* 0,10—0,20, *kali jod.* 0,4—0,8, *aqua destill.* 300,0); w syfilisie roztwory sublimatowe. Znakomite usługi oddało mi w niektórych przypadkach wsiąkanie proszku z *acid. boric. subtiliss. pulverat.* 6,0, *menthol.* 0,06. Po dłuższem nieskutecznem leczeniu choroby usznej widziałem nieraz po używaniu tego proszku znaczne polepszenie wszystkich objawów, poprawę słuchu, zmniejszenie szumu, podmiotowe uczucie ulżenia w uchu i w głowie, co bym na tem miejscu z naciskiem chciał zaznaczyć. Zamiast zwykłego płukania, poleca się lepiej t. zw. kąpiele gardlane. Chory trzyma płyn w ustach i głowę mocno w tył wygiętą, przyczem płyn spływa do dolnej przestrzeni gardzieli, skurcz mięśni gardzieli zapobiega przełknięciu płynu. Przez częste płukanie udaje się często stan chorobowy znacznie poprawić, a nieraz dalszy postęp cierpienia wstrzymać. Te manipulacje służą nie tylko do wydalania wydzieliny z jamy noso-gardzielowej, ale przyczyniają się też do wzmożenia częstej w tej chorobie niedostateczności i upośledzonej działalności mięśni gardzielo-trąbkowych.

Migdały przerosłe należy wyciąć, przez co zmniejsza się skłonność do nawrotów i może się poprawić niedosłyszenie. W upartych długotrwałych nieżytach, należy się uciec do środków żrących, jakoto: pędzlowania zgęszczonym roztworem kwasu chromnego, kwasu azotnego dymiącego, *liqu. ferr. sesqui-chlorati* i t. p.. Wiadomo jednak, jak niewdzięcznem jest często leczenie tych spraw środkami wspomnianymi. W takich bardzo uporczywych przypadkach galwano-kaustyka, zwłaszcza w pewnych cierpieniach, jest środkiem nieocenionym, niczem innem zastąpić się nie dającym. Ważność i dzielność tego środka w pewnych cierpieniach nosa i gardła podnosili i ocenili należycie już MIEDELDORF, VOLTOLINI, PRZEDBORSKI (48), SĘDZIAK (49) i inni. Używa się tego środka w postaci pętlicy gorącej i żegadła galwanicznego płaskiego, ostrego lub głowowego nie tylko w nieżytach przewlekłych przerostowych, ale też w innych cierpieniach jamy noso-gardzielowej jako to: w zboczeniach

przegrody nosowej, polipach, wyrosłach adenoidalnych, wybujałościach brodawkowatych i w nowotworach złośliwych w nosie, na tylnej i na bocznych ścianach i na stropie jamy noso-gardzielowej, przy których użycie pętlicy zimnej, szczypczyków, nożyczek i noży teraz mniej często, niż dawniej, bywa stosowane. O znakomitym wpływie takich rękoczynów na przebieg choroby omawianej często miałem niezbite dowody. Jako przykład pozwolę sobie podać w krótkości jeden przypadek z własnego doświadczenia.

Jakób Leis..., student. W roku 1888, mając lat 18, wprowadził się do wilgotnego mieszkania. Od tego czasu doznawał często ucisku w uchu; nauczyciele posądжали go, że udaje, iż źle słyszy. Roku 1889 niedosłyszenie coraz wyraźniej dawało mu się we znaki i chory udał się na klinikę w Wiedniu, gdzie skonstatowano nieżył uszny obuustronny. W tym czasie występował u niego co noc przed usnięciem łagodny szelest z taką regularnością, że zdawało się choremu, że tak musi być i że u każdego człowieka przed usnięciem bywa tak samo. W marcu 1891 zgłosił się do mnie ze znacznym stopniem słuchu. Zegarka wcale nie słyszał, mowę tylko bardzo głośną. Wśród leczenia wystąpiło wskutek zaziębnienia ostre zapalenie ucha środkowego lewego, ze współudziałem wyrostka sutkowego. Zapalenie to ustąpiło przy leczeniu przeciwzapalnym. Po kilkumiesięcznym leczeniu za pomocą katetyzowania, utrudnionego z powodu zwężenia przewodów nosowych, słuch polepszył się, ale tylko do pewnego stopnia. Dalsze leczenie nie miało żadnego skutku i pozostało jeszcze dość znaczne upośledzenie słuchu. Chory cierpiał przytem ciągle na nieżyt nosa z obrzmieniem błony śluzowej nosa, co mu utrudniało oddech przez nos. Prof. PIENIAŻEK raczył na moją prośbę podjąć się leczenia chorego, któremu za pomocą żegadła elektrycznego przypalił kilkakrotnie obrzmiałą i wybujałą błonę śluzową nosa i jamy noso-polykowej. Gdy w kilka miesięcy później w marcu 1892 r. chorego znowu widziałem, byłem zdziwiony znaczną poprawą słuchu. Zegarek słyszał przy uchu, mowę średnią na 6 ctm., względnie 3 ctm.. Szum został bez zmiany, a poprawił się dopiero później po leczeniu za pomocą sondowania.

Przypadek ten niech służy za przykład z pomiędzy wielu innych, którymi nie chcę nużyć czytelników. SIEBENMANN (50) przytacza przypadek ze stale otwarcie stojącą trąbką i autofonią, wyleczony po usunięciu znacznego przerostu tylnych części obu dolnych muszel nosowych. Leczenie zimną wodą skutecznie, jak wiadomo, działa na sprawy nieżytowe przewlekłe. Dziwi mnie też niepomieranie, że COZZOLINO (*l. c.*) gani nie tylko używanie kąpeli morskich, ale też leczenie hydropatyczne i uważa je nawet za szkodliwe w leczeniu chorób usznych. Z własnego doświadczenia muszę się jego zapatrywaniu sprzeciwić. W rzeczy samej widziałem dobre skutki, mianowicie polepszenie nieżyty nosa i gardła, zmniejszenie szumu i zawrotu głowy niejednokrotnie po zabiegach wodoleczniczych. Z tego powodu jestem gorącym tego leczenia zwolennikiem w przypadkach nieżyty ucha środkowego, zależnego od spraw nieżytowych przewlekłych w nosie i gardle. Zimne kąpiele, lekkie nacierania ciała zimną wodą są głównymi czynnikami tego leczenia w tem cierpieniu, podczas gdy gwałtownego używania zimnej wody

należy się rzeczywiście strzedz; mogłoby ono bowiem niewątpliwie szkodzić. Równocześnie, rozumie się, stosować należy leczenie miejscowe.

W najnowszym czasie podał LAKER (51) nową metodę leczenia przewlekłego nieżytu nosa za pomocą mięsienia wewnętrznego błony śluzowej nosa.

Największe znaczenie przypisuje L. tej metodzie przy usposobieniu do często powracających chorób ucha środkowego. Własnego doświadczenia o tem leczeniu nie mam wcale. W każdym razie ostateczny sąd o niem zostawić należy wynikom dalszych i szerszych doświadczeń.

Choroby trąbki EUSTACHIUSZA, o ile nie dały się usunąć przez leczenie nosa i gardła sposobami dopiero co omówionymi, należy poddać osobnemu leczeniu. Najważniejszym, najdzielniejszym i najbardziej używanym środkiem w leczeniu chorób trąbki i ucha środkowego, środek, czyniący zadosyć równocześnie wszystkim wskazaniom tak przyczynowym, jak chorobowym i objawowym, jest wdmuchiwanie powietrza do trąbki, względnie do jamy bębenkowej. Z tego też powodu rękoczyn ten ma wogóle w chorobach ucha środkowego niezwykle obszerne zastosowanie i stanowi metodę, bez której żaden specjalista zupełnie obejść się nie może. W sprawach nieżytowych i w upośledzeniu drożności trąbki z powodu obrzmienia błony śluzowej natrysk powietrza działa skutecznie, wydalając z jednej strony wydzielinę, z drugiej—wywierając na nie przez ucisk na ścianki obrzmiałe rodzaj mięsienia. Gęściejszą wydzielinę należy rozrzedzić przez wstrzykiwanie do trąbki za pomocą cewnika rozczy-nów 1—3% chlorku sodu, dwuwęglanu sodu (*natri bicarbon.* 0,50, *aqu. destill., glyceryni aa* 10,0) lub wpuszczanie par salmiaku lub wody. W uporczywszych przypadkach nadają się wstrzykiwania słabych rozczy-nów jodu w soli kuchennej [kilka kropel nastoju jodowego na łyżkę słabego rozczy-nu soli kuchennej] 1—2% rozczy-nu jodku potasu lub par z *aeter. acet.* 5,0, *tinct. jod.* 1,0. Azotan srebra stosuje się najlepiej za pomocą zgłębnika cewnikowego, poprzednio rozczy-nem azotanu srebra przyprawionego, a który można w trąbce zostawić aż do 5-ciu minut. POLITZER osiągnął dobre skutki przez wpuszczanie par terpentynowych do trąbki za pomocą balonu. BRONNER (52) używa par mentolowych. Wpływ i ważność leczenia trąbki, szczególnie przywrócenie jej drożności, na chorobę uszną wynika jasno z tego, co wyżej powiedzieliśmy o zależności chorób ucha środkowego od trąbki. Natrysk powietrza do trąbki i do ucha środkowego wykonywa się za pomocą rękoczynu POLITZER'a albo za pomocą cewnika. Pierwsze jest wskazane: 1) u dzieci, 2) w przypadkach, w których używanie cewnika jest niemożliwe albo przeciwwskazane, np. w ostrych nabrzmieniach dolnych części trąbki, których nie wolno drażnić przez dotknięcie cewnikiem, 3) w rozmaitych stanach chorobowych w uchu, na które można tylko działać za pomocą nagłego i silnego natrysku, 4) dla samoleczenia się chorego (*zur Selbstbehandlung*). Zabieg ten jest przeciwwskazany w przypadkach, w których światło chorej trąbki jest znacznie ciśniejsze, niż światło zdrowej; powietrze bowiem wcisnięte dostaje się do obu uszu, a nawet silniej do zdrowego. Do samoleczenia się chorego służy też próba VALSALVY. Atoli samoleczenie się przez dłuższy czas za pomocą jednej lub drugiej metody mo-

że szkodzić i dlatego bez kontroli lekarza jest przeciwwskazane. Przypadki nieprzyjemne, mające wystąpić przy rękoczyni POLITZER'a, są: 1) silny, niekiedy dłużej trwający ból głowy, 2) zawrót głowy, 3) ciągły szum w uszach wskutek nagłego powiększenia ciśnienia błędnikowego lub drażnienia ośrodków słuchowych drogą odruchową, 4) uczucie ucisku lub ból w żołądku wskutek wypełnienia powietrza do żołądka i w następstwie wymioty, 5) pęknięcie błony bębenkowej.

Kateteryzowanie zasługuje na pierwszeństwo przed zabiegiem dopiero co omówionym wszędzie tam: 1) gdzie wskazane są wszykiwania do trąbki, sondowanie lub stoczkowanie, 2) w cierpieniach usznych jednostronnych, 3) w przypadkach, w których rękoczyn POLITZER'a jest przeciwwskazany, lub w których ujście połykowe trąbki znacznie jest obrzmiałe i ścieśnione, 4) u chorych, którzy zabieg POLITZER'a źle znoszą, lub przytem doznają nieprzyjemnych przypadków, 5) w celach rozpoznawczych dla lepszego ocenienia objawów wysłuchowych.

Dla przypadków, w których kateteryzowanie jest bardzo ważne, a nie daje się zastąpić innymi zabiegami, wprowadzenie zaś kateteru z powodu znacznego obrzęku błony śluzowej muszeli nosowych i ujścia gardzielowego trąbki jest bardzo utrudnionem i bolesnem, skonstruował LAKER (53) osobne narzędzie, za pomocą którego wprowadzony cewnik znieczula kokainą wszystkie te części, z którymi na drodze do trąbki się styka, przez co wykonanie tego zabiegu staje się mniej bolesnem i dla mniej wprawnych łatwiejszem. To samo narzędzie służy także do miejscowego stosowania środków ściągających i żrących na ujście trąbki.

Nieprzyjemne przypadki, pośród kateteryzowania wystąpić mogące, są: 1) Zemdlenie, prawdopodobnie jako objaw odruchowy, występuje niekiedy nawet u osób, którym zabieg ten żadnego bólu nie sprawia; zdarza się często tylko przy pierwszym razie, nie powtarzając się więcej na następnych posiedzeniach. 2) Rozedma podskórna lub podśluzowa w okolicy ucha bywa wywołana po największej części po kateteryzowaniu wskutek uszkodzenia cewnikiem błony śluzowej, lub przy istnieniu miejsc z nabłonka obnażonych w jamie noso-gardzielowej lub w trąbce. Szczególnie po sondowaniu trąbki może się łatwo z trąbki rozwinąć rozedma w okolicy sąsiedniej. Z tego też powodu nie wolno bezpośrednio po sondowaniu trąbki dopuścić wnikania powietrza do trąbki [np. przez natrysk, próbę VALSALVY, chrząkanie, kichanie i t. p.], jeżeli zgłębnik, z trąbki cofnięty, jest krwawo zabarwiony, to stanowi to pewny znak uszkodzenia błony śluzowej. Przy rozerwaniu wewnętrznych warstw błony bębenkowej rozedma z trąbki może się posunąć aż pod warstwę naskórkową błony bębenkowej i tę wypuklać w postaci pęcherzyka. Przy istniejących szczelinach w korowej warstwie wyrostka sutkowego powietrze z komórek powietrznych sutkowych może się dostać pod powłokę skórną nad wyrostkiem sutkowym oddzielić ją od kości i podnieść. Wtedy zjawia się nad wyrostkiem za małżowiną wypuklenie guzowate, które dość łatwo rozpoznać jako guz powietrzny po trzeszczeniu przy ugniataciu palcami, po odgłosie wypukowym bębenkowym, a niekiedy też po odgłosie wysłuchowym dzbanowym. Podobny

przypadek *pneumatocoele supraauricularis* przedstawił prof. Browicz w Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem na posiedzeniu dnia 6 kwietnia 1892 r. [patrz Przegl. Lek. 1892. № 20]. Przypominam sobie też przypadek, spostrzegany przeze mnie na oddziale prof. URBANTSCHITSCH'a w Wiedniu, w którym wśród kateteryzowania powstało nagle u chorego wielkie i naocześnie coraz powiększające się obrzmienie odpowiedniej części twarzy, tak, że chory był potem zmieniony i zniekształcony nie do poznania. Innym razem zauważyłem przypadek, w którym również podczas tej manipulacji powstała rozedma podskórna na bocznej i górnej części szyi, w górę do wyrostka sutkowego sięgająca, na błonie śluzowej gardła, języczka i okolicy sąsiedniej. Chory skarżył się na napięcie w gardle i duszność, które wśród mięsienia, zimnych okładów i płukania po kilku dniach ustąpiły. Rzecz oczywista, że taka rozedma przez dostanie się powietrza do krtani pod błonę śluzową nagłośni, więzów i t. d. może stać się niebezpieczną i groźną. Przedmiotowo taka rozedma daje się poznać przez obrzmienie i trzeszczenie na odpowiednich miejscach; podmiotowo skarżą się chorzy na uczucie napięcia, bóle kołące na szyi i w okolicy trąbki i gardła, a niekiedy na duszenie się i trudne oddechanie. Zazwyczaj objawy te ustępują prędko przy używaniu zimnych okładów, mięsienia i pilnego płukania środkiem ściągającym. W znacznie większych rozmiarów rozedmie podśluzowej i przy groźnych objawach wskazane są powierzchowne skaryfikacye na błonie śluzowej.

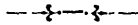
Natrysk powietrza może być szkodliwym, według POŁO (54), w następujących przypadkach: 1) W zbytnej nerwowości i pobudliwości chorego, jeżeli rękoczyn ten wpływa na spotęgowanie się objawów podmiotowych, zwłaszcza szumu. 2) W niezycie ostrym i przewlekłym trąbki, jeśli po każdym natrysku występuje trwałe uczucie pełności w uchu i pogorszenie słuchu. 3) W ostrych zapaleniach ucha środkowego. 4) W późniejszych okresach stwardnienia. 5) W zapaleniu ucha środkowego w następstwie gnilnego zapalenia jamy nosowej, np. ozeny, z powodu możliwego przeniesienia zarodków zakaźnych z nosa na ucho za pomocą powietrza.

W przypadkach, w których powietrze w trąbkę wcale lub tylko z trudnością wepchnąć się daje, a sondowanie wykazuje jako przyczynę zwężenie trąbki, wskazanem jest systematyczne rozszerzanie tejże za pomocą stoczkowania. Przytem należy uwzględniać wrażliwość chorego i w razie bólów stoczkowanie tylko co drugi lub trzeci dzień wykonywać. Używa się do tego stoczków guzikowatych w 4-ech numerach grubości $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, $\frac{2}{3}$ i $\frac{1}{3}$ mm i zaczyna się od stoczka najgrubszego, przechodzi do cieńszych, aż do numeru, który ledwie daje się przez cieśń przepchnąć i zostawia się go tam przez 3—5 minut.

W przypadkach, w których najcieńszy stoczek przez miejsce zwężone przeprowadzić się nie daje, polecam wprowadzać przez cewnik aż do tego miejsca kilka cienkich stoczków razem, a później próbować, posuwając, cofając i obracając, jeden lub drugi stoczek przepchnąć, co się często udaje mimo poprzednich bezskutecznych, w zwykły sposób wykonanych usiłowań. Tą metodą, której się już oddawna używa w leczeniu zwężeń cewki moczowej za pomocą sondowania, posługując się od niejakiego czasu i nieraz osiągałem z jej pomocą wyniki skuteczne.

Po wyjęciu stoczka można wstrzykiwać do trąbki powietrze lub odpowiednie leki. Skoro cienki stoczek już łatwo wchodzi, przechodzi się stopniowo do coraz grubszego i w taki sposób udaje się z czasem zwężenie trąbki zmniejszyć lub zupełnie usunąć, co jest niezmiernie ważne dla dalszego leczenia ucha środkowego. SUAREZ DE MENDOZA (55) znalazł na 50 zwężeń trąbki 2 razy tylko zupełną niedrożność, W przeważnej więc części przypadków zwężenia te dają się za pomocą tego postępowania usunąć. Aby zapobiedz nawrotowi, należy od czasu do czasu zabiegi dylatacyjne powtarzać. Rozumie się samo przez się, że przy zastosowaniu cewnika, zgłębnika i stoczka powinno się ściśle przestrzegać wszystkich przepisów antyseptyki, których zaniedbanie najzgubniejsze następstwa za sobą pociągać może. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



66. Robert Weir. Gastrorafia dla zmniejszenia objętości rozszerzonego żołądka.

WEIR w roku 1889 wykonał gastroenterostomię u 41-letniego chorego ze zwężeniem odźwiernika. Żołądek okazał się przytem na tyle rozszerzonym, że mógł pomieścić 8—10 kwart płynu i sięgał dolnym swym brzegiem na 3 cale poniżej pępka. Operacya powiodła się i chory znacznie się po niej poprawił. W rok jednakże po operacyi znowu wróciły wymioty i inne przypadłości żołądkowe. Masy wymiotne przedstawiały śluz i nieprzetrawione pokarmy. Trudno było dopuścić ponowne wystąpienie zwężenia, ponieważ wdmuchiwanie do żołądka powietrze z łatwością przechodziło do kiszek. Wobec tego W. wywnioskował, że przyczyną przypadłości było znaczne rozszerzenie żołądka; dla usunięcia tegoż rozszerzenia wykonał on w dwa lata po pierwszej operacyi inną, którą nazywał gastrorafią. Po otworzeniu jamy brzusznej W. przekonał się, że światło otworu, łączącego żołądek z jelitem, miało, co najmniej, $\frac{3}{4}$ cala w średnicy. Na prawo i na lewo od otworu światło jelita cienkiego było z początku prawie dwukroć powiększone, poniżej zaś tego miejsca jelito przedstawiało wygląd prawidłowy. Badanie odźwiernika wykazało taki sam stan zwężenia, jaki miał miejsce przy pierwszej operacyi. Wielka krzywizna żołądka wypukłała się ku tyłowi i była przymocowana do śledziony. W środku odległości pomiędzy górnym i dolnym brzegiem żołądka W. wypuklił ścianę żołądka za pomocą zgłębnika i następnie nałożył na przestrzeni 8—10 cali szereg szwów w ilości 8—10, chwytając błonę surowiczą i mięsną. Drugi rząd takich samych szwów szedł za pierwszym w odległości mniej więcej cala od niego, w najbliższej położonej części żołądka. W końcu nałożono jeszcze trzeci i czwarty rząd szwów, tak, że wreszcie odległość dużej krzywizny od małej wynosiła około 4—5 cali. W ten sposób wytworzono fałdę na żołądku szerokości dłoni, która to fałda prawie na całej długości sterczała do jamy żołądka. [Opis nakładania szwów podano niejasno. O ile wyrozumieć mogłem, autor wytworzył na przedniej ścianie żołądka dużą podłużną do jamy żołądkowej zwróconą fałdę; przylegające do siebie

w głębi fałdy, surowiczo powierzchnie żołądka połączył za pomocą czteropiętrowego szwu pogrążonego. Przyp. Spraw.]. Chory zniósł operację dobrze. Początkowo karmiono go ławatywami odżywczeimi, 6-go dnia dostał bulion, później mleko peptonizowane i dopiero po 4 tygodniach zwykle pokarmy. Po operacji chory więcej już nie wymiotował, inne przypadłości żołądkowe ustąpiły, waga chorego i siły zwiększały się.

(Centr. f. Chir. 1892. N. 46).

Sawicki.

67. Brandt. Gastroplicatio.

Operowany przez BRANDT'a przypadek dotyczył 26-letniej kobiety, cierpiącej na tak znaczne rozszerzenie żołądka, że wprowadzony doń zgłębnik można było wyczuć na spojeniu łonowem i na lewym więzie POUPART'a. Obmacywanie brzucha nie wykrywało nigdzie obecności guza. Gdy przemywania i faryzacja żołądka nie pomagały, B. wykonał operację.

Cięciem 8 ctm. długiem i przebiegającym równolegle do lewego łuku żebrowego otworzył jamę brzuszną; wyciągnął na zewnątrz żołądek i przedewszystkiem obejrzał odźwiernik. Na ostatnim nie można było znaleźć żadnego guza, ani też blizny, wyraźnie jednakże występowało tu przegięcie wskutek znacznego opadania ku dołowi wielkiej krzywizny żołądka. B. przystąpił natychmiast do sfałdowania i zeszywania przedniej ściany żołądka, idąc początkowo w kierunku poprzecznym, a następnie na prawo i na lewo od tego miejsca w kierunku dwóch prawie równoległych linii podłużnych. Szwy chwytały tylko warstwę otrzewnową i mięsną, błona zaś śluzowa tworzyła przytem łatwo wyczuwalne obrzmienie. W ten sposób zmniejszenie przedniej ściany żołądka znakomicie się udało. Ażeby to samo wykonać na tylnej ścianie, B. zrobił na tępo kilka dużych szczelin w sieci wielkiej, przez które kolejno wydobywał tylną ścianę żołądka, fałdował ją i szwy nakładał. Szwy w ilości przeszło 200 nakładano na przemian z jedwabiu i katgut. Przy nakładaniu szwów na tylnej ścianie zraniono mimowoli większą gałązkę tętniczą, co zmusiło do jej zupełnego przecięcia i podwiązania. Żołądek wpuszczono do jamy brzusznej, którą zaszyto. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń, chora po 10 dniach wstała. O wpływie operacji na trawienie nie wspomniano.

(Centr. f. Chir. 1894. N. 16).

Sawicki.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 5 VI. 1894.

Kosmowski przedstawia chorą z przewlekłym cierpieniem gruźliczem gruczołów chłonnych na szyi (*lymphadenitis tuberculosa chronica*). Chora ma lat 15 i zostaje pod obserwacją prelegenta od urodzenia. Ojciec jej chorował przez lat kilka przed jej urodzeniem i zmarł na gruźlicę płucną, gdy miała 11 miesięcy życia. Matka zupełnie zdrowa, żyje dotąd i karmiła ją sama. Rodzeństwo chorej, a mianowicie siostra, lat 18 licząca i brat, mający lat 16, dotąd są

zupełnie zdrowi. W pierwszym roku życia chora była dzieckiem tłustem, dobrze odżywionem; w drugiej połowie tego roku pojawiła się pryszczycza na twarzy, utrzymująca się przez kilka miesięcy, z jednoczesnem obrzmieniem umiarkowanem gruczołów limfatycznych na karku. Obrzmienie to wkrótce ustąpiło. W pierwszej połowie drugiego roku życia na prawym policzku w tkance łącznej podskórnej pojawił się guzik, tak zwany: *scrophuloderma* (*gomme scrophuleuse*), który po długim czasie zmiękł, otworzył się na zewnątrz, i pozostawił po sobie bliznę gwiazdowatą, dotąd widoczną na twarzy chorej. W innych okolicach ciała tego rodzaju gumaty, będące według obecnych pojęć cierpieniami grzółliczmi skóry, nigdzie się nie pojawiły. Dziecko do 6-go roku życia, oprócz wyglądu tak zwanego żółtawatego, żadnych zboczeń chorobowych nie przedstawiało. Następnie przebyła odrę, po której w parę miesięcy pod szczęką prawą pojawił się gruczoł powiększony, rosnący nader szybko. Gruczoł ten został wyluszczonej przez KRAJEWSKIEGO, wraz z kilkoma sąsiednimi, pojedynczymi. W gruczołach tych okazało się przeistoczenie serowate. Po operacji przez lat 7 dziecko znowu było zupełnie zdrowe. Roku zeszłego, mając lat 14, w parę miesięcy po pierwszej miesiączce i po przebyciu kilkotygodniowego koklusz, chora zaczęła się skarżyć na bolesne i powiększone gruczoły po drugiej stronie szyi, mianowicie podszczękowe lewe i pachowe prawe. Występowała stopniowo ilość guzów coraz większa tak, iż w końcu wystąpiły obszerne pakiety gruczołów. Jednocześnie wystąpiła gorączka, bez typu przebiegająca, przerywana, z nasileniami długo trwającymi i dochodzącymi do 40° C.. Po upływie 4-ch tygodni gorączki, chora zdecydowała się na powtórne wyluszczenie przeistoczonych gruczołów, co wykonał KRAJEWSKI. Nazajutrz po operacji gorączka ustąpiła, wszystkie zajęte gruczoły zostały wyjęte i rana w kilka dni zagoiła się *per primam*. W ciągu przeszłego roku chora czuła się dobrze. Dopiero przed paroma tygodniami znowu po stronie prawej pod szczęką dolną i na i pod mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym prawym zaczęły pojawiać się guzy gruczołowe, szybko się powiększające, przyczem zaczęły się pojawiać także niewielkie wahania gorączkowe. Stan ogólny chorej jest względnie dobry. W płucach, w przewodzie pokarmowym żadnych zmian wykryć nie można. Chora nie kaszle. Gruczoły oskrzelowe, krezkowe i pachwinowe nie powiększone. Nad obojęczykiem lewym daje się wyczuć parę gruczołów ruchomych, nieco powiększonych, nie bolesnych. Rozbiór krwi wykazuje ilość hemoglobiny nieco zmniejszoną, stosunek ciałek czerwonych do białych wynosi 480:1. Ciałka czerwone, w preparatach barwionych metodą ENRIICH'a, przedstawiają się jasno zabarwione, blade; często spotyka się ciała bledsze i mniejsze od innych i to w znacznej ilości; rzadka ułamki czerwonych ciałek lub postacie nieprawidłowe (*poikilocytosis*); ciałek czerwonych z jądrami nie zauważono. Ciała białe przedstawiają się w postaci przeważnie myelocytów neutrofilowych; ciałek eozynofilowych [stosunkowo] ilość zwiększona. Natomiast uderza prawie zupełny brak małodźdrowych limfocytów. Śledziona i wątroba nie powiększone. Ze strony nerek nie nieprawidłowego. Rozbiór moczu nie wykrywa łaseczników KOCH'a; białka i cukru niema; ślady indykanu; chlorków ilość zmniejszona. Gruczoły, wyluszczone

w roku zeszłym, były badane przez prof. PRZEWOSKIEGO, który skonstatował, iż uległy one w wielu miejscach zwyrodnieniu serowatemu. Pod mikroskopem wszystkie guzy składały się z tkanki cytogennej, tylko trochę zbitszej, niż w prawidłowych gruczołach limfatycznych i w niej miejscami rozrzucone były w postaci ograniczonych ognisk twory podobne do gruzełków. Twory te często zawierały w środku komórki olbrzymie, dokoła których leżały komórki nabłonkowe i dalej pas zgęszczonej tkanki cytogennej. Przy odpowiednim barwieniu znaleziono w małej ilości laseczniki Koch'a.

K., przedstawiając niniejszy przypadek grzylicy gruczołów limfatycznych na szyi, przed skończeniem obserwacji, gdyż chora ma się poddać operacji wyluszczenia guzów poraz trzeci, wstrzymuje się od dalszych uwag nad tym przypadkiem do czasu ukończenia obserwacji, zwraca tylko uwagę na fakt przewlekłego przebiegu grzylicy miejscowej bez występowania i zakażenia w innych ważniejszych narządach.

(Autoreferat).

NEUGEBAUER przedstawia dwie pacjentki z kliniki ginekologicznej szpitala Ewangelickiego: jedną z całkowitem zarośnięciem pochwy, powstałym po ciężkim porodzie *in puerperio*, drugą z bliznowatym zwężeniem w dolnym odcinku pochwy, również po ciężkim porodzie powstałym.

1) P. K., 31-letnia mężatka, od 15 lat zamężna, 9 lat temu odbyła swój pierwszy i ostatni poród. Po kilkodniowym trwaniu pracy porodowej urodziło się przy pomocy babki dziecko donoszone, lecz nieżywe. Chora, gorączkując, przeleżała 6 tygodni w łóżku, później odzyskała zdrowie, lecz od porodu dotychczas miewała peryody zawsze bardzo bolesne. Przez całe 9 lat peryody były regularne, trwały po 4—6 dni, krew sączyła się kroplami, była jednak wydzielana bez zapachu, po peryodzie zaś odchody przyjmowały charakter ropny i były cuchnące, jak to i teraz zauważono przy pierwszym badaniu chorej po za peryodem. Przyczyną *dysmenorrhoeae* okazało się bliznowate zwężenie dolnego odcinka pochwy. Należyte spółkowanie okazało się po tym porodzie już niemożliwym, tak, że mąż, szukając drogi, widocznie napierał na otwór cewki dziś tak rozszerzony, że wpuszcza koniec palca. Na miejscu rozerwanego krocza widoczna blizna w kształcie litery Y odwrotnie leżącej. W dolnym odcinku szpary sromowej widać lejkowate zagłębienie głębokości około 1 centymetra poniżej sterzącego otworu cewki. W głębi tego lejkowatego zagłębienia widać drobny otvorek, przepuszczający za ledwie sondę 3 milimetrów grubości. Zgłębnik wskazuje na rozległość zwężenia pochwy mniej więcej 2 centymetrów, powyżej zaś obraca się swobodnie w prawo i w lewo, tak, że prawdopodobnie górny odcinek pochwy nie tylko ma szerokość właściwą, ale nawet jest rozszerzony wskutek chronicznego zatrzymywania się krwi przy każdym peryodzie, a następnie wydzielin ropnych, których źródłem znów prawdopodobnie jest właśnie zatrzymanie częściowej krwi peryodowej. Macica powiększona, mało ruchoma, oba parametria zajęte przez guzowate twory z równoczesnym zadawnionym parametrytem. Prawdopodobnie istnieje w danym przypadku zatrzymanie częściowej krwi peryodowej i w trąbkach macicznych, czyli *haematosalpinx secundaria* po obu stronach. Rozpoznanie więc postawiono: *haemato-salpingo-metro-kolpos ex retentione partiali sanguinis menstruat*

stenosis acquisitam in ima parte vaginae ex dystokia ortam, w danej chwili zaś istnieje *pyokolpos*, jak dowodzi katetaryzacja pochwy przez pozostały otwór. Chorą N. przyjął do kliniki dla usunięcia zwężenia na drodze stopniowego rozszerzania po przecięciu lub przy pomocy wycięcia części bliznowatych. Komplikacji z niebezpieczeństwem zwykle połączonem z operacją *per vaginam* przy zupełnej atrezji i pochwy i istniejącej już *haematosalpinx* N. w danym przypadku się nie obawia, wobec tego, że atrezja nie jest kompletną i że stale chociaż z utrudnieniem krew peryodowa się wydzielala.

2) Ch., 30-letnia włościanka, od trzech lat zamężna, 2 lata temu odbyła ciężki poród z gorączkowym, 6-tygodniowym połogiem, od czasu którego nie miała ani razu ani peryodu, ani *moliminum menstrualium*. Poród rozpoczął się równocześnie z odejściem wód w nocy z niedzieli na poniedziałek, płód znajdował się w położeniu skośnem. W poniedziałek wezwano akuszerkę, która u rodzącej przesiedziała do środy i tegoż dnia wyciągnęła na zewnątrz rączkę jedną; usiłując potem wydobyć płód przez ciągnięcie za rączkę, złamała kość ramieniową. Nie mogąc dojść do końca własną ślepą siłą, akuszerka nareszcie wezwała lekarza. Według słów chorej, lekarz uciął opadłe do pochwy ramię, następnie wyciągnął drugie ramię do pochwy i również uciął, po czterogodzinnej pracy nareszcie miał dokonać obrotu na główkę, poczem płód nieżywy i prawdopodobnie już zgniły miał się *sponte* urodzić. Czy wiadomości podane przez Ch. są ścisłe, a czy nie raczej lekarz zrobił obrót na nóżkę i tak płód wydobył, nie wiadomo. Chora po porodzie przeleżała przez 6 tygodni w łóżku z gorączką i ropnym wypływem z pochwy. Od owego położu spółkować z mężem już nie może i dla tego szukała pomocy w szpitalu. Przy dwuręcznem badaniu *per rectum* oraz ściany brzuszne okazało się, że macica swobodnie ruchoma nie tylko niepowiększona, a raczej atroficzna; ustroina boczne wolne, nie ma żadnego zebrania płynu w pochwie, która raczej przedstawia się jako rodzaj grubego powrozu pomiędzy badającymi palcami. Postanowiono utorować drogę do ust macicznych przez zarośniętą pochwę. Leczenie to było długotrwałe i mozolne, lecz doprowadziło do tego wyniku, że całą pochwę roztworzono, przecinając bliznę po bliznie coraz głębiej aż do ust macicznych. Usta maciczne okazały się zarośnięte. Ponieważ dotychczas ani śladu *moliminum menstrualium* nie było, N. zaniechał otwierania ust macicznych, przewidując głęboko sięgającą atrezyę szyjki macicznej i na tem obecne leczenie zakończył. Chora, skoro raz albo dwa razy *molimina* się zjawia, bezzwłocznie ma powrócić do szpitala dla dokonania otworzenia szyi macicznej, skoro zaś tych *molimina* nie będzie, ma pozostać w stanie obecnym. Pragnęła ona utorowania drogi *pro cohabitatione*, życzeniu jej skutecznie zadosyćuczyniono, co się zaś tyczy *atresiae cervicis uteri*, wobec braku *moliminum menstrualium* N. nie widział wskazania do dalszej interwencji, tem bardziej, że otworzenie szyjki macicznej narazi chorą na możność ponownego zajścia w ciążę, rokowanie zaś w razie ciąży co do porodu musiałoby w danym przypadku być takie, że bez operacji *sub partu* prawdopodobnie poród nie zostanie ukończony. Co innego, jeśliby zwężenie pochwy było wrodzone i ograniczone do jednego miejsca, lecz zwężenia tak rozległe, jak w danym przypadku, nara-

zają rodzącą na bardzo poważne niebezpieczeństwa, a również dają rokowanie dla dziecka bardzo niepomyślne.

Po ukończonej dyscyzji zarośniętej *usque ad uterum* pochwy, najważniejszym zadaniem było zapobiedz ponownemu zarośnięciu pochwy. Dla tego też N. tak długo zatrzymywał chorą w szpitalu, dopóki nie nastąpiło zupełne zabliznienie się ran, przy operowaniu powstałych. Azotanem srebra, jodyną oraz przy pomocy małej plastycznej operacji (*autoplastie par glissement*) osiągnięto rezultat pożądaný. Równocześnie przez cały miesiąc stosowano systematyczne rozszerzanie pochwy rozmaitymi przyrządami zwykle do tego używanymi [tramponnacja gazą i watą, kolpeurynter mały (*Air-pessary* GARRIEL'a), kule BOZEMAN'a i t. d.]. Dziś pochwa przedstawia kanał długości palca wskaziciela, lejkowatej formy u końca dolnego tak ciasny, że przepuszcza tylko koniec palca. Że wszelkie manipulacje odbywały się przy antyseptyce należytej, niema co wspominać; przebieg też leczenia był zupełnie bezgorączkowy.

W danym przypadku istniały zarośnięcia widocznie kilkakrotnie, czyli w kilku miejscach, z których dolne zajmowało największą przestrzeń, miało bowiem przeszło 2 centymetry rozległości. Elektrolizy, której LEFORT używał, aby pochwa na nowo się nie zarosła, w danym przypadku nie stosowano, bo nie było po temu potrzeby. Dotychczas N. na materyał 15,000 chorych w praktyce swojej prywatnej i klinicznej obserwował 24 przypadki częściowej lub całkowitej okluzji kanału porodowego; mianowicie: trzy razy *conglutinationem vulvae* (*labiorum pudendi*) u małych dziewczątek, usuniętą ręcznie bez noża, raz jeden zamknięcie szpary sromowej przez zrośnięcie się małych warg sromowych ze sobą u 16-letniej panny wskutek traumaty! [Chora w swoim czasie była przedstawiona w Towarzystwie Lekarskiem przed operacją i po operacji; pozostał u niej tylko mały otworek u samego dołu pomiędzy małemi wargami sromowemi], 5 razy N. obserwował wrodzoną *atresiam hymenalem vaginae* z następczą *haematokolpos*, *haematometra* i w jednym przypadku *haematosalpinx*, 5 obrączkowatych zwężeń pochwy w różnych odcinkach jej u dorosłych kobiet, które nie rodziły nigdy, a 8 zwężeń tego rodzaju u kobiet, które rodziły i gdzie prawdopodobnie sprawy położowe były źródłem zwężenia, raz jeden N. wspólnie z SOLMANEM musiał dokonać cięcia cesarskiego u pierwiastki wskutek *stenoseos vaginae*, która wpuszczała zaledwie dwumilimetrową sondę, raz jeden N. obserwował zupełne zarośnięcie się pochwy w dolnym odcinku u kobiety zamężnej, która nigdy w ciąży nie była [etyologia *atresiae* w danym przypadku pozostała niejasną; prawdopodobnie zależała głównie od sprawy zakaźnej połączonej z owrzodzeniami]; nareszcie N. widział trzy razy zupełną *atresiam vaginae* po ciężkim porodzie powstałą. [W dwóch z tych przypadków osobiście dokonał operacji usunięcia zrostu. Pierwszą z tych chorych, a raczej historię choroby w swoim czasie N. przedstawił w Towarzystwie Lek. Warsa.]. Prócz tych częściowych lub całkowitych zarośnięć kanału porodowego u kobiety, N. obserwował w 5 przypadkach zupełny lub częściowy wrodzony brak pochwy, połączony z rudymentarnym rozwojem narządów płciowych wewnętrznych. Żadna z tych 5 chorych nie miała *molimina menstrualia* tak, że do interwencji lekarskiej nie było żadnego wskazania wobec przyję-

tych dziś zasad, że wytworzenie nowej pochwy przy wrodzonym braku jej jest manipulacją nie tylko połączoną z niebezpieczeństwem znacznym dla chorej, ale też, że rezultat tego rodzaju starań chirurgicznych rzadko kiedy należał do zaszytnych dla operatora. Inna rzecz, jeśliby istniały *molimina menstrualia*, *haematometra* i *haematosalpinx*, w tych zaś przypadkach dziś najwięcej ma za sobą zwolenników *amputatio utero-ovarica*, czyli operacja PORRO.

(Autoreferat).

WIZEL i RYCHLIŃSKI mieli wykład pod tytułem „Przyczynek do nauki o padaczce JACKSON'owskiej.“ Po zdemonstrowaniu dwóch mózgów [jeden należał do chorego, dotkniętego bezwładem postępującym, który pod koniec życia dostał ataków padaczki JACKSON'a wskutek wylewu krwi do *centrum semiorale*, drugi do chorego, który miewał ataki padaczki częściowej wskutek nowotworu, usadowionego w białej substancji podkorowej pod *gyrus praecentralis* i *postcentralis* i sięgającego aż pod zawój ciemieniowy pierwszy], oraz po okazaniu preparatów drobnowidzowych, dowodzących, iż wspomniany nowotwór był *angiosarcoma*, zabrał głos WIZEL. Na wstępie skreślił historię choroby pacjenta, który był dotknięty owym nowotworem mózgu. Chory od dwudziestu lat cierpiał na ataki częściowej padaczki. Na krótko przed zapisaniem się do szpitala [do oddziału D-ra GAJKIEWICZA] dostał prawostronnego niedowładu, który stopniowo w szpitalu się wzmagał. Żadnych objawów zwiększonego ucisku mózgowego [wymiotów, bólów głowy, *Stauungspapille*] nie było. Prócz niedowładu istniała afazya amnestyczna. Syfilisu, ani gruźlicy nie było, czynnik urazowy był wykluczony. Najprawdopodobniwszem wydawało się przypuszczenie nowotworu, który ongi w mózgu powstał i który, powolnie rozwijając się, powolną stworzył ewolucję kliniczną cierpienia. Badanie pośmiertne potwierdziło ten domysł: w mózgu znaleziono guz, który, o ile mniemać można, zaczął się rozwijać jako *angioma*, a dopiero pod koniec życia począł rosnać szybciej i przekształcać się w *angiosarcoma*. Rzeźbiony guz miał 5,9 ctm. długości i ważył aż 54 grm.. Korzystając z danego przypadku, W. przeszedł następnie do kwestyi rozpoznawania cierpień w przypadkach padaczki JACKSON'a, zaznaczwszy na wstępie, iż na padaczkę JACKSON'a nie można się zapatrywać jako na samodzielną chorobę, lecz jako na objaw. Sprawa rozpoznawania cierpień w takich przypadkach wiąże się, według niego, nierozłącznie z kwestyą rozwiązania trzech następujących problematów: 1) czy cierpienie, wywołujące napady, jest wogóle natury organicznej, 2) jeżeli tak, to jaka może być jego istota anatomo-patologiczna i 3) gdzie się znajduje jego siedlisko.

Co do pierwszego problematu, to W. zaznacza, iż istnieją dwie nerwice, przy których padaczka częściowa się zdarza, nerwicami temi są: histerya oraz zwykła padaczka. Histerya może znakomicie symulować prawdziwą JACKSON'owską epilepsyę. CHARCOT, a następnie BALLEET i CRESPIN sformułowali dane różniczkowo-dyagnostyczne, na mocy których możnaby odróżnić prawdziwą. t. j. organiczną, od historycznej padaczki JACKSON'a. Dane te wszakże w świetle nowszych prac i spostrzeżeń okazują się niedostatecznymi. 1) Ciężkość ciała może się podnosić i w przypadkach *état de mal historique*. 2) Objawy paralityczne zdarzają się i w przypadkach padaczki częściowej natury histe-

rycznej, jak tego dowodzą spostrzeżenia GUILARDUCCI'ego. 3) Omamy i bredzenie w trakcie napadu histerycznego nie należą do objawów częstych.

Aby postawić należyte rozpoznanie, sama obserwacja napadu nie wystarcza, albowiem napad histeryczny może być absolutnie podobny do tego, jaki bywa przy prawdziwej JACKSON'owskiej padaczce. Zwrócić się wtedy należy do anamnezy chorego, do obserwacji innych objawów, jednocześnie spostrzeganych u chorego, wziąć na uwagę patogenezę i ewolucję rozmaitych chorobowych przypadłości, wreszcie zbadać, czy niema danych, któreby za sprawą organiczną przemawiały. Dla ilustracji słów tych autor przytacza spostrzeżenie pewnej chorej z oddziału D-ra GAJKIEWICZA, u której tylko dłuższa obserwacja wykazała, iż cierpienie jej było natury histerycznej. Zrazu chora nie przedstawiała żadnych objawów histerycznych, dopiero powoli objawy te się rozwinęły, a w końcu domysł histeryi znalazł potwierdzenie w tem, iż chora znacznie się poprawiła pod wpływem sugestyi hypnotycznej. Jeszcze trudniejsze rozpoznanie jest w tych razach, gdy epilepsya *genuina* przejawia się pod postacią napadów JACKSON'owskiej padaczki: do właściwego rozpoznania dochodzi się wtedy przez wyłączenie innych rozpoznań.

W końcu kol. W. przystąpił do drugiego problemu, a mianowicie do kwestyi określenia istoty anatomo-patologicznej w przypadkach padaczki JACKSON'a. Rozwiązanie tego trudnego zadania ułatwia się przez ściśle wywiady, oraz przez dokładne zbadanie wszystkich narządów chorego. Właściwe rozpoznanie rzadko udaje się postawić.

(Autoreferat).

Przegląd bibliograficzny.

—•—•—

Władysław Janowski. Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Przegląd Chirurgiczny D-ra KRAJEWSKIEGO. T. I, zeszyt III, 1894, oddzielna odbitka, 8-o, str. 199. + Literatura NN. 826 i tłóm. niemieckie. Jena u FISCHER'a.

Praca powyższa dzieli się na 4 części: ropienie pod wpływem t. zw. pasożytów ropotwórczych, ropienie pod wpływem jałowych drażniących związków chemicznych, działanie ropotwórcze innych pasożytów, ropienie pochodzenia mieszanego. Pomijając dawne abstrakcyjne teorye w kwestyi powstawania ropienia, autor słusznie twierdzi, że sprawa ta przybrała właściwy kierunek dopiero od czasu rozpowszechnienia się słynnych badań PASTEUR'a nad fermentacją. Badania w tym kierunku rozpoczęli patologo-anatomowie: zrazu poszukiwano w ropie pasożyty przy różnych sprawach ropnych; KLEBS pierwszy wypowiedział przypuszczenie, że od działania mechanicznego pasożytów zależy ropienie, a od działania ogólnego ich produktów—gorączka. Badania ropy i wykryte w niej mikroby skłoniły innych badaczy do przekonania się, czy w istocie pasożyty, w ropie zawarte, mogą wraz z ropą na inny ustrój przeniesione, wywołać ropienie. Na sprzeczność wyników w tego rodzaju badaniach zwrócił uwagę OGSTON i zauważył, że tylko ta ropa posiadała zakaźne własności,

w której istniały żywe pasożyty, gdy jednak zabijał je 5% kwasem karbolowym lub przez ogrzewanie do 55°C., ropa taka u innych zwierząt ropienia nie wywoływała.

Nie trzeba dodawać, że wobec wymagań obecnych tego rodzaju badania kwestyi nie rozstrzygały; nauka o ropieniu dopiero od czasu pracy KOCH'a [1878] o przyczynach chorób przyrannych na właściwe wstąpiły tory. Za punkt wyjścia do tej pracy stanowił śmiercią zakończony przypadek posocznicy u człowieka. Z myszy zabitej przez wprowadzenie jednej kropli takiej krwi robił KOCH szczepienia z myszy na mysz po 0,1 kropli i po 54 takich przeszczepieniach otrzymał jednakowe objawy za życia i śmierć w 40—60 godzin po zaszczepieniu. Doświadczenia te wykazały, że zarazek w tym razie był natury uorganizowanej, nie zaś substancją chemiczną. Nadto przy badaniu drobnowidzowem ognisk ropienia u królików po zastrzyknięciu snbstaneyi gnijących okazało się, że pasożyty nie dadzą się uwidocznnić w ropie, lecz w ścianach ropnia. Aczkolwiek zmienione w swej żywotności w samej ropie, ropienie przy przeszczepieniu zazwyczaj wywoływały. Jednocześnie z pracą KOCH'a pojawiła się praca PASTEUR'a, który w wodzie wykrył pasożyt t. zw. *microbe pyogénique*, który u królików i u świnek morskich wywołał ropienie nie tylko w stanie zachowanej swej żywotności, lecz i po wyjałowieniu hodowli przez ogrzanie do 100—110°C. Prace te były wielkiej doniosłości; wykazały bowiem, że zarazek może wywołać ropienie wskutek wytwarzanych przez się produktów chemicznych.

Jakkolwiek DOLÉRIS i OGSTON wypowiedzieli zdanie, że pasożyty ropne dzielą się na dwie odmiany, gronkowce i paciorkowce, to jednak opracowanie strony morfologicznej omawianej kwestyi zawdzięczamy pracom ROSENBACH'a i PASSER'a, którzy i zarazki w stanie czystym na stałych podłożach wyhodowali i swoistość ich na drodze szczepień stwierdzili. Nadto autorzy ci ostatecznie udowodnili, że pomiędzy przypadkami ograniczonego ropienia a ropnicą istnieje różnica tylko ilościowa, faktycznymi zaś sprawcami ropienia są jedne i te same gatunki pasożytów. ROSENBACH wykrył ich cztery a mianowicie: *Staphylococcus pyogenes aureus*, *Staphylococcus pyogenes albus*, *Micrococcus pyogenes tenuis* i *Streptococcus pyogenes*, PASSER zaś dodał do powyższych 5 innych pasożytów: *Staphylococcus pyog. citreus*, *Staphyloc. cereus albus*, *Staph. cereus flamus*, *Bac. pyog. foetidus* i pasożyt podobny do pneumokoka FRIEDLAENDER'a. Prace te stanowią fundament do dalszych bardzo licznych badań; są one jakby szkieletem, doskonale wykonanym, na którym oprzeć się mogą inne części, aby wytworzyć całość uorganizowaną. Badań tych dopełniających jest liczba tak wielka, że choćby główniejszych niepodobna na tem miejscu przytaczać; autor zaś tego obszernego referatu ułożył je systematycznie według narządów, a więc omawia sprawę ropienia na skórze, w tkance podskórnej, w szpiku kostnym, na błonach surowiczych, w uchu, oku, narządach mięsnych, a dział ten kończy zakażeniami ogólnymi [ropnicą i posocznicą] i wykazuje częstość w różnych narządach przy sprawach ropnych gronkowców i paciorkowców i usposobienie oddzielnych narządów do spraw ropnych.

Następnie autor zastanawia się nad sposobem powstawania ropienia, a kwestyę tę dzieli na 2 części: 1) czemu zawdzięczają pasożyty ropotwórcze swoje

własności chorobotwórcze, 2) w jaki sposób dochodzi w tkance do wytwarzania się ropy.

Co do pierwszego, to prace PASTEUR'a i OGSTON'a, zwłaszcza zaś GRADWITZ'a i de BARY wykazały, że wyjąłowane hodowle pasożytów ropotwórczych mogą wywoływać ropienie; a badania te całym szeregiem późniejszych prac [LEBER'a, KARLIŃSKIEGO, KRYŃSKIEGO, JANOWSKIEGO, STEINHAUSA, DUBLER'a, KNUEPPEL'a i innych] potwierdzone zostały, choć różnią się co do znaczenia produktów bakterii w stosunku do samych żywych mikrobów. Autor słusznie zaznacza pewną w tych badaniach jednostronność. Jakkolwiek zdaje się, że w istocie nie masa mikrobów wywołuje ropienie, lecz ich produkty, to jednak dla wytworzenia dostatecznej ich ilości potrzebną jest obecność żywych tworów. Produkty żywotności mikrobów dzieli autor na toksalbumozy i proteiny, zastrzegając, że za pierwsze uważa produkty wytworzone z podłoża, nazwę proteinów nadaje zaś związkom, wchodzącym w skład komórki bakteryalnej. Co się tyczy toksalbumoz, to według zdania naszego nie jest to określenie ścisłe. Że toksalbumozy znajdują się w podłożu, to nie ulega wątpliwości, zachodzi jednak kwestya, czy w niem się wytwarzają. Sam fakt, że są to związki niestale, w zupełności do enzymów podobne, raczej przemawiałby za przypuszczeniem, że substancje te wydzielają bakterie i że, być może, owe enzymy rozszczepiają białkowe podłoże z wydzieleniem związków, zawierających siarkę, związków, należących do grupy kwasów tłuszczowych, związków aromatycznych i zasad zwierzęcych. Co się tyczy tych ostatnich, to obecności ich i własności trujących autor w swej pracy nie uwzględnia. To, co autor pojmuje pod nazwą toksalbumoz, które mają znaczenie określone, odpowiedniej, o ile się zdaje, byłoby nazwać wogóle produktami chemicznymi, zawartymi w podłożu, obejmując tem i białka trujące i związki amoniakalne.

Mechanizm powstawania ropienia jest szczegółowo, jasno, rzecz można, doskonale opisanym. Główną przyczyną ropienia pod wpływem pasożytów ropotwórczych są proteiny bakteryalne, posiadające silne dodatnie własności chemotaktyczne; pasożytom przypisuje autor własności nekrotyzujące, leukocytom własność rozpuszczania części znekrotyzowanych.

Jakkolwiek gronkowce i paciorkowce niewątpliwie mają własność wywołowania ropienia, to jednak sprawy tej nie zawsze są w stanie wywołać. Do warunków uspasabiających do skutecznego wpływu tych pasożytów na ustrój należą: pewna jadowitość samych pasożytów, warunki hodowania i źródła pochodzenia, wiek hodowli, ilość pasożytów. Nie mniej ważną rolę odgrywa tutaj i sam ustrój, a więc skład krwi, choroby przebyte ogólne, a mianowicie choroby zakaźne i zaburzenia w przemianie materii. Obok stanów, usposabiających do ropienia, bywają i takie, które odznaczają się wielką przeciw pasożytom odpornością, co tłumaczy brak ropienia w przypadkach nieczysto wykonanej operacji; nadto zaznaczenia zasługuje fakt niejednakowej odporności u różnych gatunków zwierząt, która może być nawet sztucznie zwiększoną lub też nabytą zwłaszcza u osobników, mających często możliwość zarażenia się różnymi pasożytami. Ważnym jest również i wpływ anatomicznego położenia miejsca zakażonego, przy czem za ogólne правило przyjmując można, że miejsca, w których unaczynienie jest

bogate, są mniej usposobione do ropienia niż miejsca z niewielką ilością naczyń. Oprócz tych warunków rozebrane są w pracy powyższej szczegółowo warunki miejscowe, zwiększające usposobienie do ropienia, jako to: stany zapalne, zaburzenia w krwiobiegu, uraz, wstrząs nerwowy, zimno, zbliźnowacenie.

Fakt, że pasożyty wywołują ropienie dzięki ich składowi chemicznemu, skłonił różnych autorów do sprawdzenia, czy inne związki chemiczne niebakteryalnego pochodzenia, mogą sprawy ropne wywoływać. Otóż, okazało się, że z całego szeregu różnych związków chemicznych stwierdzono takie własności tylko na niektórych. Do nich należą: terpentyna, rtęć, azotan srebra, *ol. Sabinae*, kreolina, digitoksyna, kadaweryna, putrescyna, nafta. Wyniki niepewne, wymagające sprawdzenia, odnoszą się do oleju krotonowego, amoniaku, chlorku cynku, sublimatu. Wszystkie te badania autor poddaje szczegółowej, niemal drobiazgowej krytyce i uzupełnia je swemi pracami, oraz pracami KRYŃSKIEGO i STEINHAUSA. W tej właśnie części, w której autor podaje również i własną metodykę, okazuje, że z przedmiotem tym nie tylko teoretycznie, lecz i praktycznie doskonale jest obeznanym.

Z równą sumiennością opracowane są i dwa ostatnie działy o działaniu ropotwórczym posożytów, do grupy ropotwórczych nie należących, i o zakażeniach mieszanych. Jeżeli dwa pierwsze działy cechują samodzielnego badacza, to dwa ostatnie świadczą o umiejętnej krytyce JANOWSKIEGO. Odnosi się to szczególnie do ocenienia, o ile dany pasożyt sam przez się ropienie w stanie jest wywołać; a wybór prac, w istocie w tej kwestyi miarodajnych, wśród chaosu poszukiwań do łatwych rzeczy nie należy.

W monografii JANOWSKIEGO znajdzie każdy czytelnik materiał, który w różnym kierunku da się spożytkować; nadto jestem przekonany, że bez niej żaden klinicysta, naukowo pracujący, tak chirurg, jak i internista, obejść się nie będzie w stanie.

Szkoda wielka, że w cennej tej pracy nieco zbyt mało autor uwzględnił badania chemiczne, które w rozpoznaniu różniczkowym podobnych pasożytów wielkie mają znaczenie.

Te jednak braki nie obniżają bynajmniej wartości cennej monografii, która nie tylko w naszej lecz i w zagranicznej literaturze niewątpliwie poważne miejsce zajmować może.

Pruszyński.

Wiadomości bieżące.

— Podczas zeszłorocznego sezonu kąpielowego w Pystyanie D-r EDUARD WEISZ leczył trzy w średnim wieku kilkakrotnie już przedtem rodzące mężatki, dotknięte poporodowem rozmiękczeniem kości. Chore te narzekały na mocne, przy ruchach wzmagające się bardziej jeszcze bóle w kończynach i w tułowi; dwie z nich od wielu miesięcy chodzić wcale nie mogły, trzecia zaś od lat dwóch zaledwie kilka kroków, na lasce opierając się, zrobić była w stanie. Przy oględzinach u wszystkich tych trzech kobiet stwierdzono nieprawidłowości w kośćcu, a więc: wykrzywienie kręgosłupa na bok i ku tyłowi, kogucią postać klatki piersiowej, stykanie się kątów łopatek, mocne wygięcie kości krzyżowej ku przodowi, sterczące ustawienie się ko-

ści biodrowych, które do łuków żebrowych sięgały, wreszcie znaczne w postaci dziobu wykrzywienie się ku przodowi spojenia łonowego oraz wybitne objawy przedwczesnego starczego uwiązdu. Miesiączkowanie prawidłowe. Chorem zalecono miejscowe siarczane i szlamowe kąpiele. Już po 2-tygodniowym użyciu tychże jedna z chorych mogła chodzić w postawie wyprostowanej i bez laski, druga zaś — po 5-tygodniowym okresie o własnych siłach czas dłuższy stać mogła oraz ruszała się żwawo lubo przy pomocy kuli; bóle u obu ustały zupełnie. Trzecia wreszcie po użyciu 45 kąpielei wraz z ustaniem bólów odzyskała dawniejsze siły i bez zmęczenia chodzić mogła. Gdy z wiosną r. b. bóle w krzyżu zjawily się znowu — kilka kąpielei w Pistyan'ie do usunięcia tychże wystarczyły zupełnie. Wszystkie trzy w pożądanym stanie zdrowia do domu powróciły, jakkolwiek zboczenia w kościoladzie nie wyrównały się, czego zresztą od żadnej z metod leczenia spodziewać się chyba nie można. Wszystkie trzy chore pochodziły z biednego stanu włościańskiego. Osiągniętej poprawy nie należy, zdaniem autora, przypisywać ani pomyślniejszym warunkom bytowym, gdyż chore w czasie pobytu w uzdrowisku żyły bardzo biednie, ani też działaniu świeżego powietrza, jako włościanki bowiem miały go chyba zawsze pod dostatkiem. Nie przesadzając więc, wobec małej ilości spostrzeżeń, dobroczynnego wpływu wód siarczanych, autor sądzi, że źródła te umieścić powinniśmy w szeregu środków działających przeciw rozmięczeniu kości. (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr, 23. 1894).

K. Niedzielski.

— W dwudziestu pięciu przypadkach małogłowia (*mikrocephalia*) LANNELONGUE, po zastosowaniu kraniotomii widział jakoby polepszenie odnośnie do inteligencji chorych. HORSLEY i inni nie mogli zauważyć wyników pomyślnych po tym zabiegu. TILLMANS sądzi, że w przypadkach, w których przyczyną małogłowia jest niedorozwój mózgu, wszelkie operacje będą bezowocne; w tych zaś razach, kiedy małogłowie spowodowane zostało wskutek przedwczesnego zrostu szwów kostnych, tam zabieg chirurgiczny jest całkiem uprawniony; autor ten stwierdził poprawę u dwóch chorych, którym z powodu małogłowia wyciął 10—12 centymetrowe kawałki kości czaszkowych. (*Deutsch. med. Woch.* 24. 1894).

W. Ż.

— Z powodu obfitych i uporczywych krwotoków żołądkowych, które niepomiernie wyniszczały dwudziesto-letnią chorą, przystąpił KUESTER do operacji; po przecięciu powłok brzusznych i otwarciu bardzo rozszerzonego żołądka, znalazł w okolicy odźwiernika na tylnej ścianie żołądka wrzód głęboki, na dnie którego tkwiła pestka wiśni; dno wrzodu zrosnięte z trzustką. KUESTER przypalił wrzód za pomocą termokauteru, a ponieważ nie można było odnaleźć światła, wiodącego do dwunastnicy, wykonał *gastrojejunostomię*, długości 5 ctm.. Powrót do zdrowia był zupełny. Autor wnioskuje: 1-o, że krwotoki wskutek wrzodu żołądka powstrzymują się znakomicie po zastosowaniu energicznego przypalania, 2-o, że przy wrzodach mieszczących się w pobliżu odźwiernika, należy przenosić gastroenterostomię nad pyloroplastykę, i 3-o że zalecać winniśmy połączenie żołądka z kiszka na znacznej przestrzeni, ze względu na następcze kurczenie się i ściąganie linii szwu. (*Deut. med. Woch.* Nr. 24. 1894).

W. Ż.

D-r LAFESCHKO przedstawił na zjeździe w Rzymie otrzymane przez siebie wyniki przeszczepiania błony śluzowej. Wykonał on szereg doświadczeń przenoszenia błony śluzowej z królika, kurczęcia, żaby, psa i małpy na człowieka. We wszystkich przypadkach przeniesiona błona śluzowa przerastała, niekiedy jednakże, przyjąwszy się początkowo, w końcu pierwszego miesiąca ulegała zanikowi. Drugi szereg doświadczeń [50 przypadków] dotyczył przenoszenia błony śluzowej, przeszczepionej z człowieka na człowieka. Platy błony śluzowej brano z wargi lub z pochwy i pokrywano nimi worki łącznicy [wynik dobry], brzegi powiek przy *cetropion* [wynik zawsze ujemny], wreszcie używano ich z dodatnim rezultatem przy operacjach plastycznych na powiekach. Zachęcony doświadczeniami WOELFLER'a, L. w trzech przypadkach przenosił błonę śluzową, wziętą z wargi, do cewki moczowej. We wszyst-

kich trzech przypadkach wynik był dobry. Jeden z tych przypadków dotyczył dziecka ze zwięzieniem cewki urazowego pochodzenia. Po wycięciu blizn okazał się brak 4 ctm. długi, który wyrównano za pomocą przeszczepienia błony śluzowej. (*Gaz. des hôpit.* 12 Mai. 1894). S.

— Od 10. VI do 10. VII ruch w oddziale cholerycznym przy szpitalu Dzieciątka Jezus był następujący:

Pozostało ¹⁾	Przybyło	Zmarło	Wyzdrowiało	Pozostaje
21	72	26	44	23.

W liczbie przybyłych jest 13 przypadków z okolic miasta, reszta zaś z Warszawy i Pragi z następujących ulic:

Stawki Nr. 22 przypadków 2, Nr. 57 prz. 1; Łucka Nr. 29 przyp. 3; Muranowska Nr. 22 prz. 3; Grójecka Nr. 6 prz. 3, Nr. 15 prz. 1; Krochmalna Nr. 6 prz. 3, Nr. 12 prz. 1; Czerniakowska Nr. 89 [Dom Przytulku i Pracy] przyp. 2, Nr. 51 prz. 3; Zakątna Nr. 1 prz. 2; Rybaki Nr. 29 prz. 1, Nr. 2 prz. 1; Sto-Krzyska Nr. 7 prz. 1, Nr. 35 prz. 1; Stacya wodna na Pradze, berlinki i tratwy na Wiśle prz. 7; po jednym przypadku z następujących ulic: Dobra Nr. 51, Pańska Nr. 58, Nowo-Dzika Nr. 3, Hoża Nr. 48, Browarna Nr. 10, Plac Krasińskich Nr. 3, Prosta Nr. 52, Niska Nr. 60, Żelazna Nr. 72, Marszałkowska Nr. 79, Maryensztad Nr. 11, Stara Nr. 2, Krzywe-Kolo Nr. 12, Kozia Nr. 10, Łomżyńska Nr. 27, Szeroka Nr. 5, Targowa Nr. 36, Grochowska Nr. 19, Brukowa Nr. 3, Wołomińska Nr. 14, Białostocka Nr. 1 i Nr. 47.

D-r Wł. Świątecki.

— W Krakowie w d. 7 b. m. odbyła się ze zwykłą w podobnych razach uroczystością [dekoracją sali, przemówieniami ze strony młodzieży i profesora, korowód z pochodniami i t. d.] ostatnia lekcya prof. TEICHMANA, który z powodu dojścia do 71 r. życia, musi obowiązkowo ustąpić z zajmowanej katedry.

— D-r ALFRED NOSSIG wydał niedawno obszernie dzieło p. t.: „*Einführung in das Studium der Sozialen Hygiene*“. Jest to wstęp do higieny publicznej, obejmujący jej rozwój historyczny i traktujący obszernie o jej znaczeniu dla społeczeństw. Podaną więc tu jest historia higieny ludów starożytnych, mianowicie wschodnich [Chińczyków, Indyan, Persów, Egipcyan i Żydów] i europejskich [Greków i Rzymian], jako też badania nad higieną nowożytną. Wykład nie ogranicza się na wyszczególnieniu zwykłych przepisów sanitarnych, lecz zawiera również rozbiór dokładny tego wszystkiego, co może mieć wpływ dodatni lub szkodliwy na zdrowie i życie narodów, a więc zajmuje się ich obyczajami, prawodawstwem małżeńskim, życiem płciowem i t. d.. Zwłaszcza higiena socyalna Żydów została szczegółowo opracowaną i krytycznie objaśnioną. Biblia, talmud i księgi rabiniczne dostarczyły autorowi dużo materiału faktycznego. Higienę socyalną nowożytną i higienę ostatnich czasów również obszernie uwzględniono i znaczenie ich dla gospodarstwa społecznego należycie wyświetlono. Wogóle dzieło NOSSIG'a jest wielce zajmujące i pouczające, przyczynić się też winno do sprostowania nie jednego błędnego pojęcia o znaczeniu, higieny, jako nauki społecznej. Autor, władający dobrze językiem polskim, powinien dzieło to przyswoić literaturze ojczystej. Z.

— **Zmarł:** D-r JÓZEF HYRTL, były profesor anatomii w Wiedniu.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

¹⁾ Patrz Nr. 24 Gazety Lekarskiej z roku bieżącego.