

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚC. **Prace oryginalne.** O ciałach obcych metalicznych w oku, napisał B. R. Gepner (syn). (Ciąg dalszy). — Tannigen i tannalbin, skreślił S. Sterling. — **Streszczenia i wyciągi.** 108. O antytoksynach i toksynach. 109. Stan współczesny i doszczętnego leczenia przerostu gruczołu krokowego zwłaszcza zapomocą kastracyi. — Z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie odbytego dnia 13, 14 i 15 lipca r. b. (Ciąg dalszy). — Wystawa higieniczna. — **Korespondencja „Medycyny“.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. R. Gepner—Sur les corps étrangers métalliques dans l'oeil.
2) D-r S. Sterling—Tannigen et tannalbin.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. R. Gepner—Ueber metallische Fremdkörper im Auge.
2) D-r S. Sterling—Tannigen und Tannalbin.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str. 5.

O ciałach obcych metalicznych w oku,

napisał B. R. GEPNER (syn).

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 37).

Wskazanie lecznicze przy większych ciałach obcych jest to samo, co i przy drobnych, t. j. usunięcie ich, doprowadzenie rany do zagojenia, leczenie powikłań. Nie jest to jednak rzecz tak prosta. Jeżeli odłam metalu utkwiał w powierzchownych błonach oka i wystaje nazewnątrz, wydobyć go nie przedstawia jeszcze zbyt wielkich trudności. Po starannem oczyszczeniu worka łącznicowego i całych powiek i znieczuleniu oka zapomocą kokainy, zakładamy rostkówkę powiekową, a unieruchomiwszy gałkę, chwytamy ciało obce wyjąłowionymi szczypczykami i wyciągamy z rany. Jeżeli utkwiało ono w białkowie, często wypada rozszerzyć ranę w łącznicy, żeby się do niego dostać. Zabieg ten należy już do poważniejszych, bo często białkówka jest na wskroś przebita, a więc wewnątrz oka otwarte. Podczas wydobywania nieraz ukazuje się ciało szkliste, które obcinamy ostreimi wyjąłowionymi nożyczkami. Następnie zakładamy szew na łącznicę, oko przewijamy, a chorego kładziemy do łóżka w przyciemnionym pokoju na kilka dni. Przy powikłaniach ze strony worka łzowego, czy łącznicowego należy ranę oraz punkty łzowe przysypać mialkim jodoformem (*jodoformium praecipitatum*). Bywa jednak i tak, że choć ciało obce tkwi w białkowie, nie wystaje na tyle, by można je uchwycić szczypczykami; niebaczne dotknięcie może je wepchnąć do wnętrza oka, a dla tego postępować wtedy należy bardzo ostrożnie. Na szczęście w większości przypadków, ciała obce metaliczne są odłamkami żelaza i stali, a przy ich wydobywaniu nieocenione usługi oddaje

nam elektromagnes. I w rogówce ciało obce może być tak umieszczone, że przykryte jest jakby płatem tkanki rogówkowej, szczególnie, gdy uderzyło w kierunku skośnym do powierzchni rogówki; wówczas ułatwiamy sobie dojście do niego przez odpowiednie powierzchowne cięcie, do wykonania którego najlepiej nadaje się lanca. Nie podobna uwzględnić tu i opisać wszelkich możliwych zmian położenia ciała obcego, pomijam to więc; przy wydobywaniu w każdym przypadku należy wynaleść drogę najprostszą i najbliższą, a najmniej niszczącą tkanki.

Obecność odłamka metalu w komorze przedniej wymagać będzie utorowania drogi do niego przez cięcie w rogówce, zrobione w jej obwodzie lancą lub nożem GRAEFE'go, przez które wprowadza się szczypczyki lub elektromagnes. I ten zabieg powinien być wykonany z największą czystością.

Jeżeli jesteśmy wobec rany drążącej oka, zadanej odłamkiem metalu, przede wszystkim należy jak najstaranniej oczyścić powieki, szczególnie ich brzeg, oraz worek łącznicowy, a następnie określić, czy ciało obce zostało w oku, czy też odbiło się od niego. Na zeznaniach poszkodowanych polegać nie możemy, pomimo, że nieraz twierdzą uparcie, że widzieli odskakujący przedmiot. Tylko badanie obiektywne wykazać może, czy ciało obce jest w oku, czy nie, a polegać winno na dokładnem obejrzeniu samej rany i zbadaaniu wnętrza oka tak gołym okiem, jak i przy pomocy wziernika ocznego ¹⁾. Golem okiem dojrzeć je możemy wtedy, gdy znajduje się tuż po za niezmiętniałą soczewką i wogóle w przednim odcinku oka. Wówczas przy rozszerzonej zapomocą atropiny źrenicy i przy bocznem oświetleniu, a nawet i bez niego, zalecając przytem choremu zwracanie oka w różnych kierunkach, możemy zobaczyć ciało obce w postaci szarego lub błyszczącego przedmiotu, najczęściej wśród skrzepu krwi. Do znalezienia go pomocne dla nas mogą być wywiady, jak chory stał w chwili zranienia, co nam pozwoli określić kierunek, jaki ciało obce przybrać mogło. Gdy tym sposobem ciała obcego nie znajdujemy, należy starannie obejrzeć rogówkę, tęczówkę i soczewkę, albo białkóvkę, zależnie od miejsca, w którym znajduje się rana. Jeżeli oprócz rany w rogówce lub blizny po niej (w przypadkach nie świeżych) znajdziemy drugą w tęczówce, jeśli na powierzchni przedniej i tylnej soczewki znajdziemy miejsca zmętniałe albo i zmętnienie przez całą jej grubość, możemy napewno rozpoznać obecność ciała obcego we wnętrzu oka. Bez postrzału lub wybuchu przebicie przedniej i tylnej ściany oka zdarza się tylko wyjątkowo, choć uderzenia odłamków z pod młota lub dłuta bywają tak silne, że przebijają one powiekę i jeszcze przeniknąć mogą do głębi oka. Naturalnie, wykrycie obecności ciała obcego w samej rogówce, tęczówce lub niezmiętniałej soczewce, nie przedstawia takich trudności.

Jeśli rana leży w białkóвке, decydujące będzie znalezienie w niej czystego lub zropiałego kłaczka ciała szklatego, szczególnie, gdy rana jest mała i nieco otwarta, a brzegi jej nierówne.

Wziernik oczny nie tylko stwierdza obecność ciała obcego w oku, ale i wskazuje nam, gdzie ono się znajduje. Przy tem badaniu kierować nami będą: zmętnienie szarawe lub ślad krwi wzdłuż drogi, którą kawałek metalu prze-

¹⁾ Badanie pola widzenia może nam także dać niejaki wskazówkę, ale musi być ściśle, a przytem możemy znaleźć dwa braki w polu widzenia (*scotoma*), tam, gdzie ciało obce uderzyło i gdzie się znajduje po odbiciu.

chodził przez ciało szkliste, a nawet w świeżych przypadkach i drobne pęcherzyki powietrza; w przedłużeniu tego sztucznego kanału na tylnej ścianie oka znajdujemy, w miejscu, w którym ciało obce uderzyło w siatkówkę, jej rozdarcie lub krwotok, albo też wbity sam odłamek metalu. Częściej jednak ciało obce, zraniwszy siatkówkę, odbija się od leżącej za nią sprężystej siatkówki i opada na dno oka w ciało szkliste. Zdarza się jednak i to nie rzadko, że choć nie mamy wątpliwości, że ciało obce w oku się znajduje, znaleźć go nie możemy, gdy np. przypadek nie jest świeży i nastąpiło zmętnienie ośrodków przezroczystych, lub gdy jest w ciele szklistem obfity krwotok ²⁾).

Szybkie stwierdzenie obecności ciała obcego w oku i jego umiejscowienie jest nadzwyczaj ważne, bo stanowi o wydobyciu go a więc i o uratowaniu oka. Zwlekać z badaniem nie należy ani chwili, bo postępujące mętnienie ciała szklistego lub kataraktowanie przebitej soczewki może nam odebrać w krótkim bardzo czasie możność przeniknięcia wzrokiem do wnętrza oka.

Gdyśmy tedy już stwierdzili obecność ciała obcego w oku i określili jego położenie, powstaje pytanie, co dalej czynić należy. Doświadczenie wykazało, że jeśli ciało obce drobne utkwilo w tylnej ścianie oka, wielkich spustoszeń nie uczyniło, a było jałowe, może w niem pozostać czas długi, wywołując względnie nieznaczne zaburzenia wzrokowe (brak w polu widzenia, w miejscu odpowiadającym obecności ciała obcego). Znane są przypadki, w których kawałek żelaza noszony był w oku 16 a nawet 19 lat ³⁾. Jeżeli jednak znajduje się on w ciele szklistem, staje się zawsze przyczyną utraty oka. Wspomniałem wyżej, że miedź zawsze wywołuje ropienie w oku, żelazo zaś złoto, srebro i ołów łatwiej bywają znoszone; jeśli jednak żelazo, nawet jałowe, leży w ciele szklistem, może także być przyczyną tworzenia się ropnia na drodze chemicznej, bez udziału drobnoustrojów, jak tego dowiódł LEBER ⁴⁾. Na odwrót znam przypadek, w którym kawałek kapiszona przebił rogówkę i utkwil w siatkówce, nie wywołując ropienia. Po wykonanej przez Ojca mego w sześć lat po wypadku operacji zaćmy urazowej, oko miało z odpowiedniem szkłem całkowitą ostrość widzenia. We dwa lata później stan oka był doskonały, a kapiszon pięknie błyszczał w siatkówce, wywoławszy w najbliższej jej części nieznaczne tylko zmiany. W każdym razie pozostawianie ciała obcego w ciele szklistem uważać trzeba za zgubne dla oka już przez samo podrażnienie, jakie ono wywołuje. W ciekawej statystyce WEIDMANN'a ⁵⁾, czytamy, że 24 przypadki ciał obcych w oku, spostrzegane w klinice Zurychskiej w latach 1877 do 1880 wszystkie zostały stracone, a HIRSCHBERG ⁶⁾ przyznaje się, że w ciągu pierwszych 10 lat swej działalności nie uratował ani jednego takiego oka. Wówczas ani przeciwnie postępowanie, ani elektromagnes nie były jeszcze w ogólnem użyciu. Odtąd z antyseptyką i aseptyką warunki się poprawiły powiedzieć możemy, że jeśli odłamek żelaza (z tym metalem mamy najczęściej do czynienia) utkwil w tylnej ścianie i tam się otorbił, to może być przez oko znoszony (wprawdzie wywołać może z czasem zanik siatkówki i na-

²⁾ Jeszcze o jednym objawie obecności żelaza wspomnieć należy, t. j. o rdzewieniu oka (*Siderosis bulbi*). Gdy kawałek żelaza lub stali dłuższy czas w oku przebywał, tęczówka często przybiera barwę brunatną, a na soczewce i rogówce dojrzyć można przez lupę żółto-brunatne drobne punkciiki.

³⁾ J. HIRSCHBERG. Ueber die Ergebnisse der Magnetoperationen in der Augenheilkunde. Arch. f. Ophth. XXXVI. 3. 1890.

⁴⁾ Archiv f. Ophth. XXX. 1.

⁵⁾ Ueber die Verletzungen des Auges durch Fremdkörper. Rozp. Inaug. Zurich. 1888.

⁶⁾ L. c.

czyniówki, lub oddzielenie siatkówki), jeśli zaś opadł na dno oka, musi być wydobyty jak najprędzej, jeśli chcemy już nie tylko część wzroku zachować, ale i oko uratować od wyluszczenia dla zabezpieczenia drugiego. Z nie żelazem udaje się to tylko wyjątkowo, choć opisywano wydobyć nawet okrągłego ziarnka śrótu.

W przypadkach obecności żelaza w oku, ogromne usługi oddaje nam elektromagnes. Ciekawe szczegóły historyczne podaje monografia HIRSCHBERG'a „Elektromagnes w okulistyce“¹⁾. Dowiadujemy się tam, że pierwszy ślad użycia magnesu do wydobywania kawałka żelaza z rogówki istnieje w dziele FABRICIUS'a z Hilden pod Kolonią (zmarł w r. 1634), który użył go za radą żony. Do wnętrza oka, pierwszy wprowadził sztabkę namagnesowanego miękkiego żelaza MAC KEOWN w roku 1874. Niewątpliwie zaś największe zasługi położył w tej sprawie dopiero HIRSCHBERG, który do wydobywania ciał obcych zbudował pierwszy dobrze działający i poręczny elektromagnes i już w roku 1885 ogłosił wyniki 35 własnych operacji. Elektromagnes jego składa się z walcowatego jądra z miękkiego żelaza, które zostaje namagnesowane przez działanie prądu elektrycznego, przebiegającego po drucie, opasującym w zwojach jądro. Cały przyrząd ma kształt walca, w jednym końcu którego mieszczą się śrubki do umocowania przewodników, a w drugim przykręcają się zakończenia żelazne, proste i zagięte, różnej długości i grubości. Duży element GRENET'a wystarcza do wywołania siły elektromagnetycznej, potrzebnej do udźwignięcia 570 gr. Drugi, mniejszy model, unieść może do 200 gr.

Wyżej wspomniałem, że elektromagnes oddaje nam usługi przy wydobywaniu odłamków żelaza utkwionych w zewnętrznych błonach oka, wogóle jednak ciało obce, wklinowane w białkówkę lub rogówkę, stawia zawielki opór; z tem wszystkiem jeśli nie zupełnie wyciągnąć, to przynajmniej na tyle może je przybliżyć do powierzchni, że uchwycenie szczypcami nie stanowi już trudności, wreszcie może je utrzymać w danem położeniu, nie pozwalając mu w chwili chwytania szczypcami zagłębić się w ciełe szklistem. O wydobywaniu z komory przedniej wspomniałem wyżej. Przy operowaniu elektromagnesem wydobyć idzie łatwiej, niż przy użyciu innego narzędzia i z pewnością z mniejszą krzywdą dla tkanek otaczających.

W przypadkach ciała obcego w głębi oka jest to jedyna broń nasza, dająca niejaką nadzieję wyniku dodatniego. Gdy ciało obce przebiło białkówkę i zaraz za nią się zatrzymało, może wystarczyć przybliżenie elektromagnesu do rany; we wszystkich innych przypadkach trzeba go wprowadzać w środek oka. Przy tym zabiegu powinna być zachowana najściślejsza czystość. Końce elektromagnesu, rostwórka, szczypczyki, wogóle wszystkie użyte narzędzia powinny być odkażone, a więc najlepiej—wygotowane, bezpośrednio przed operacją. Sam operujący winien także zachować zwykłe przepisy czystości względem rąk swoich. Najlepiej jest operować pod chloroformem, dla zapewnienia sobie spokojnego zachowania chorego. Jeżeli ciało obce jest w ciełe szklistem lub w ścianie oka, ale wywołało już podrażnienie i musi być wydobyte, postępujemy dalej w sposób następujący. Gdy rana wejściowa jest otwarta i dość obszerna, a znajduje się w białkóвке niezbyt blisko rogówki, możemy wprost przez nią wprowadzić elektromagnes (a w razie po-

¹⁾ J. HIRSCHBERG. Der Electromagnet in der Augenheilkunde. Lipsk. 1885.

trzeby rozszerzyć ją nieco ku obwodowi), starając się dojść zakończeniem elektromagnesu jak najbliżej ciała obcego. Jeżeli rana już jest zagojona, czynimy cięcie obwodowe po za obrębem ciała rzęskowego, a więc o 8 mm. od obwodu rogówki, prowadząc je na 5—6 mm. w kierunku południka, najczęściej od dołu i od zewnątrz, albo od dołu i od wewnątrz. Najwygodniejszy jest do tego ostry nożyk kataraktowy GRAEFE'ego. Jednocześnie z cięciem białkówki przecinamy i ciało szkliste, kierując się ku ciału obcemu: w ten sposób ułatwiamy działanie elektromagnesowi i czynimy mniejszą krzywdę ciału szklistemu, niż gdybyśmy je rozdzielali tęym końcem elektromagnesu⁶⁾. Następnie wprowadzamy przyrząd jak najbliżej do ciała obcego. Po upływie kilku do kilkudziesięciu sekund, daje się słyszeć charakterystyczny stuk kawałka żelaza, przyskakującego do końca magnesu: wówczas powoli cofamy narzędzie, uważając, żeby ciało obce nie odczepiło się przy przejściu przez ranę; jeśli się to stało, wprowadzamy magnes powtórnie. Następnie, opłukawszy oko, zakładamy na łącznicę szew z jedwabiu odkażonego, w razie potrzeby posypujemy ranę jodoformem, nakładamy opaskę dwuoczną i chorego kładziemy do łóżka na tydzień do 10-ciu dni. Jeżeli ciało obce przeszło przez rogówkę i soczewkę, jest także wygodniej i bezpieczniej wydobywać je przez cięcie w białkowie.

Jak widzimy, postępowanie jest proste, wymaga jednak wprawy i dokładnego określenia warunków. Jeżeli po pierwszym wprowadzeniu magnesu nie udało nam się znaleźć ciała obcego wskutek złego kierunku nadanego przyrządowi, lub zbyt silnego wklinowania, można próbę powtórzyć, choć przy tem ciało obce bardzo ucierpieć może. Próbę wydobywania powinniśmy robić jak najwcześniej, bo nie możemy nigdy ręczyć za to, czy ciało obce nie wniosło ze sobą zarodków ropienia, a wtedy tylko we wczesnem wydobyciu może być jeszcze ratunek. Niestety zakażenie pierwotne zdarza się aż nazbyt często, a stąd i wyniki operacji nie są zbyt świetne. Najczęściej chorzy przychodzą już z tak daleko posuniętem zakażeniem, że nie można mieć nadziei nawet na utrzymanie kształtu oka. Tworzy się ropień w cieple szklistem, prowadzący do zaniku oka lub jego wyluszczenia. Gdyby w każdym przypadku natychmiast po zranieniu tak powieki, a szczególnie ich brzeg i rzęsy, jak i oko samo było starannie przemyte sublimatem 1 : 5000, albo i wodą wyjałowioną, a na oko nałożony opatrunek przeciwnilny, nie byłoby z pewnością tylu przypadków zakażenia. Niestety, nigdy mi się nie zdarzyło tego widzieć u nas: zraniony przychodzi zwykle nie umyty, jak stał przy robocie, a nieraz przebywa piechotą lub w dorożce znaczną przestrzeń, a jeśli oko i jest czem związane, to czemś tak brudnem zazwyczaj, że dziwić by się należało, gdyby zakażenie nie wystąpiło. Ale nie tylko na częstoci zakażenia polega mały procent zupełnie zadawalających wyników operacji elektromagnesowej. Często oko traci wzrok w późniejszym czasie przez różne powikłania, a głównie oddzielenie siatkówki. To też, żeby wynik danej operacji mógł być nazwany zupełnie dobrym, HIRSCHBERG wymaga, żeby przynajmniej po roku utrzymany wzrok pozostał niezmienionym.

(C. d. n.).

⁶⁾ Takl sposób postępowania podany został przez HIRSCHBERG'a (l. c.) i ogólnie uznany za klasyczny.

Tannigen i tannalbina,

skreślił S. Sterling.

Tannigen jest środkiem powszechnie już używanym, pomimo że dopiero dwa lata mija od chwili, gdy nim MEYER (Marburg) farmakologię zubożył. Toż samo powiedzieć należy o tannalbinie GOTLIEB'a (Heidelberg), która od roku do farmakologii wprowadzona również dużą popularność już zyskała.

Zalecając jeden z powyższych związków, mamy na celu wprowadzenie do ustroju tanniny, środka zdawna w lecznictwie używanego. Tannina należy do grupy środków zwanych ściągającymi i z białkami (i istotami klejowatymi) tworzy związki nierozpuszczalne.

Ściągające działanie tanniny, wywarne na błonę śluzową w stanie zapalnym, jest w niektórych przypadkach bardzo pożądane, przeciwnie zaś często szkodliwe, jeżeli mamy do czynienia ze zdrową błoną śluzową.

Chcąc, by tannina działała na dotkniętą zapaleniem powierzchnię kiszek, wprowadzamy ją do tychże bądź przez usta, bądź przez odbytnicę. Ostatnia droga wtedy tylko do celu nas doprowadza, gdy płyn, w którym tanninę stosujemy, osiąga chorych odcinków kiszek. Stosowana przez usta tannina nie dochodzi do kiszek, ponieważ przedtem wchłonięta zostaje, a oprócz tego zaś, upośledza czynności błony śluzowej żołądka. Chcąc zatem stosować tanninę na błonę śluzową kiszek (lub drogą krwioobiegu na nerki), podawać należy ją w takiej postaci, by nie psuła żołądka i nie była zbyt szybko rozpuszczana i wchłaniana.

Związek taki istniał dotąd jako *chininum tannicum*; przechodząc przez przewód pokarmowy, trudno rozpuszczalny ten przetwór powoli wydzielal tanninę, która mogła działać na powierzchnię dość znacznego odcinka kiszek. Przeciwno użyciu tego środka przemawiał: 1) bardzo gorzki smak jego i 2) że zawiera w dawce, jaką stosować wolno, bardzo niewiele tanniny.

Dwa związki tanniny, o których tu mówimy, posiadają wszystkie własności, jakich od preparatów tanniny wymagać można.

Tannigen, związek kwasu octowego z tanniną, i tannalbina, swoście przygotowany białkan tanniny, nie rozpuszczają się w kwaśnym soku żołądka, czyli przechodzą przez narząd ten nierozkładając się, a dopiero w zasadowym soku kiszek częściej, biodrowej i grubej stopniowo rozpuszczają się, wydzielając tanninę. Ta ostatnia działa na błonę śluzową jako środek ściągający, jednocześnie zaś łączy się z toksynami bakteryjnymi w związki nierozpuszczalne, czyli nie pozwala na wessanie tych toksyn¹⁾. ESCHERICH przypuszcza jeszcze, że oswabdzający się przy rozkładzie tannigenu kwas wiąże nadmiar zasady.

Dawka tannigenu, jak i tannalbiny wynosi u dzieci małych 0,1 — 0,2 — 0,3 *pro dosi*, 1,0 *pro die*, u dorosłych zaś do 4,0 — 6,0 i wyżej *pro die*.

Miałem możność stosowania środków tych w dwustu z górą ściśle spostrzeganych przypadkach cierpień kiszkowych. Ogólne wrażenie, jakie ze sto-

¹⁾ Na bakteryobójcze własności tanniny nie ma co w przewodzie pokarmowym liczyć, bo i o wiele silniejsze środki na tem polu bezsilnymi się okazały.

sowania środków tych otrzymałem, jest bardzo zachęcające, co zresztą zaznaczają wszyscy, którzy dotychczas o środkach tych pisali. Najwidoczniejszą i najszybszą poprawę widziałem w przypadkach zwykłego ostrego i podostrego niezytu kiszek, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Po jednorazowym podaniu kalomelu i oleju rącznikowego stosowanie następne środków tych sprawiało bardzo wyraźną i szybką poprawę. To samo powiedzieć mogę o przypadkach niezytów przewlekłych kiszek, i o biegunkach u suchotników. We wszystkich podobnych przypadkach ani razu tam, gdzie stosowałem tannigen lub tannalbinę, nie byłem zmuszony uciekać się do przetworów makowca, by zmniejszyć liczbę wypróżnień. Jedynie silne bóle do tego mię zmuszały. Nie tak dobre wszakże wyniki widziałem w ostrych biegunkach letnich u dzieci, zarówno jak i w *enteritis follicularis*; tu w ostrym okresie żadnej prawie ulgi od nich nie widziałem, t. j. ani liczba, ani charakter wypróżnień nie zmieniał się. Czy wszakże preparaty te, nie zdolne w danym razie wpłynąć dodatkowo na samą sprawę, nie przynosiły pewnej korzyści zubożętniając toksyny — odpowiedzieć niepodobna.

Stosować można oba preparaty przez usta, nie mają bowiem wcale smaku przykrego. W praktyce dziecięcej parokrotnie widziałem wymioty po tych środkach, a raz — skurcz głośni. Oba te niepożądane powikłania pochodziły ztąd, że proszek nierozpuszczalny splukano z powierzchni gardzieli zbyt małą ilością płynu. Napad skurczu głośni wywołany był zapewne drobną ilością proszku nieczwilżonego, który się do krtani dostał. To też radzę podawać dzieciom raczej częściej, lecz małe dawki z większą (duża łyżka) ilością płynu zmieszane.

Działanie tych przetworów jest często tak wybitnie przeciwbiegunkowe, że zbyt długie ich użycie wywołuje uporczywe zaparcie. To też uprzedzić należy chorego, by zaprzestał używania leku, lub ilość jego ograniczył, gdy liczba wypróżnień się zmniejszy.

Najodpowiedniej podawać te związki w godzinę po jedzeniu, w tym bowiem czasie zawartość żołądka ma wybitnie kwaśny odczyn, co nam daje rękojmię, że preparaty niezmienione przejdą przez żołądek do kiszek.

O działaniu związków tych w cierpieniach nerek nic powiedzieć nie mogę, mając zaledwie dwóch chorych, którym tannigen podawałem.

Tannalbumina jest od tannigenu tańsza²⁾.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

108. BRIEGER i BOER. **O antytoksynach i toksynach.** Po bardzo długich i znużających badaniach udało się autorom wynaleźć sposoby wydzielania antytoksyn z surowicy. Jednym z nich jest sposób następujący: do 10 ctm. sz. surowicy, rozcieńczonej równą objętością wody, dodaje się 4 grm. chlorku, lub jodku potasu, roztwór ten dokładnie wstrząsa z 5 grm. chlorku sodu i mieszaninę wstawia do termostatu 30°—37° C. Antytoksyny strącają się wtedy po pewnym czasie w całości

²⁾ O środkach tych pisali: MEYER (D. Med. W. 1894. N. 31). MÜLLER (Tamże. 1894. N. 31). KÜNKLER (Allg. M. C. Zt. 1895. N. 13—14). DREWS (Tamże. 1895. N. 35 i 36). GENT (Wien. klin. Rund. 1895. N. 36). WINANDS (Münch. med. Woch. 1895. N. 40). BIEDERT (Therap. Woch. 1896. N. 12). ESCHERICH (Tamże. 1896. N. 10). GOTTLIEB (Deut. med. Woch. 1896. N. 11). ENGEL (Tamże. 1896. N. 11). VIERORDT (Tamże. 1896. N. 25).

z pewną ilością albumin w postaci nierozpuszczalnego osadu, który można prze-
mywać bez obawy czystą wodą. Osad rozpuszcza się w wodzie słabo alkalicznej.
Antytoksyny strącają się przy tym zabiegu stopniowo i dopiero po 18—20 godzi-
nach osiąga się *optimum*. Osad, odsączony na glinie i wysuszony w suszarce, waży
zawsze 0,4 grm. z 10 ctm. sz. surowicy przeciwbłoniczej, rozpuszcza się mniej wię-
cej w tejże ilości wody, a zawiera wszystką antytoksynę, cokolwiek białka i soli.
Sole usunąć może w dializatorze z wodą destylowaną przepływającą, a ilość anty-
toksyny nie zmniejsza się przytem. Znaczną ilość białka można usunąć w ten spo-
sób, że roztwór wodny powyższego osadu traktuje się równą ilością delikatnie
sproszkowanego siarczanu magnezu i wstawia mieszaninę do termostatu na 2—3
godziny; filtrować i przemywać osad nasyconym roztworem siarczanu magnezu na-
leży również w termostacie. Zabieg ten jednak, gdy trwa za długo, powoduje stra-
ty na ilości antytoksyny. Z 10 ctm. sz. surowicy przeciwbłoniczej otrzymano w ten
sposób około 0,2 grm. ciała suchego, rozpuszczalnego w tejże ilości wody. Zabieg
ten jest odpowiedni do powiększania wartości niskich surowic, tembardziej, że
i z surowicą przeciwteżcową również zupełnie się udaje. Z litra mleka kozy, uod-
pornionej przeciw teźcowi, otrzymano w tenże sposób około 1 grm. ciała, posiada-
jącego pełną wartość pierwotnego roztworu.

Innym sposobem jest stosowanie obojętnego octanu ołowiu. Słaby roztwór,
zawierający ślady amoniaku, dodany do surowicy swoistej, wywołuje strącenie bia-
łek, gdy antytoksyna pozostaje w roztworze. Z 10 ctm. sz. surowicy przeciwbło-
niczej można zapomocą tego sposobu, stosując później do filtratu wysalanie siar-
czanem amonu, dializę i suszenie, otrzymać 0,06 grm. proszku łatwo rozpuszczalnego,
zawierającego wszystką antytoksynę. Prawdopodobnie antytoksyny tworzą
z ołowiem związki dość luźne, bardzo łatwo rozpuszczalne w alkaliach; ponieważ
jednak nadmiar, choćby nieznaczny, soli ołowiu wpływa na to, że związki ołowiu
znów się częściowo rozpuszczają, więc robota jest w tych okolicznościach nadzw-
yczaj uciążliwa. Po licznych próbach z innymi metalami ciężkimi wybrano związki
cynku, chociaż z drugiej strony bardzo jest trudno oddzielić od związku cynku
z antytoksyną rozmaite inne ciała. Do zupełnego wydzielenia antytoksyny z 10
ctm. sz. surowicy, rozcieńczonej pięciokrotną objętością wody, wystarcza 20 ctm. sz.
jednoprocentowego roztworu siarczanu lub chlorku cynku; osad, tworzący się po
niedługim staniu, należy odfiltrować i bardzo ostrożnie przemywać wodą, poczem
rozpuścić w wodzie słabo alkalicznej (1 kropla normalnego ługu sodowego na 20
ctm. sz. wody) i działać bezwodnikiem węglanym. Antytoksyny związane z siar-
czanem cynku strącają się z osadem, a związane z chlorkiem pozostają w roztwo-
rze. Następnie należy część mieszaniny, zawierającej antytoksynę, wysuszyć w su-
szarce; zabieg ten wpływa w ten sposób, że białkany cynku rozpuszczają się pono-
wnie w wodzie, gdy związek antytoksyny z cynkiem pozostaje nierozpuszczalny,
a za to rozpuszcza się w słabych alkaliach i soli kuchennej. Bezwodnikiem wę-
glanym udaje się jeszcze usunąć większą część cynku. B. i B. starają się jeszcze
usunąć ślady cynku, przymieszki białka i cukier. W każdym razie przy pomocy
metody powyższej udaje się z 10 ctm. sz. surowicy otrzymać 0,1 grm. proszku roz-
puszczalnego w wodzie, a zawierającego wszystką antytoksynę.

Chlorek cynku strąca również z roztworów toksyny; osad taki jest zupełnie
nierozpuszczalny w wodzie, rozpuszczalny natomiast w wodzie słabo alkalicznej
lub zawierającej nieco soli. Z takiego roztworu bezwodnik węglany strąca cynk,
ale osad porywa z sobą i toksynę. Siarkowodorem nie można tego związku po-
dwójnego rozkładać, niszczy on bowiem toksyny. W każdym razie toksyny nie są

wcale pochodną białka, w pospolitem tego słowa znaczeniu, bo związek podwójny z cynkiem nie wykazuje ani jednego odczynu na białko, pepton, albumozę lub białkan. Z litra hodowli bulionowej błonicy lub tężca można otrzymać około 3 grm. związku podwójnego, zawierającego około 0,3 ciał organicznych, obejmujących całą ilość toksyny.

Związek ten podwójny rozłożyć można, jak dotąd, tylko fosforanem sodu, a w każdym razie wolne toksyny tężca lub błonicy jeszcze są zanieczyszczone ciałami nieorganicznymi.

(*Zeit. f. Hyg. u. Inf. XXI. str. 259*).

A. Ż.

109. P. BRUNS. **Stan współczesny doszczętnego leczenia przerostu gruczołu krokowego zwłaszcza zapomocą kastracyi.** Przerost gruczołu krokowego należy do cierpień u ludzi starszych i od czasu, jak cierpienie to zwróciło na siebie baczniejszą uwagę, przekonano się, iż jest ono dość częste. Jest ono istną plagą tych, których dotyka i dlatego dawniej już pobudzało umysły do prób leczenia doszczętnego, lecz ani wstrzykiwania miąższowe jodu i ergotyny, ani elektropunktura, ani wreszcie operacje, polegające na częściowym wycięciu samego gruczołu krokowego, nie ziszczyły nadziei w nich pokładanych, gdyż pierwsze często zawodziły, drugie t. j. resekcyje, pomijając trudności, jakimi są najeżone, stanowią dla ludzi, w późnym wieku będących, rękoczyn wcale nie obojętny.

Prawdziwą erę w leczeniu przerostu gruczołu krokowego stanowi obustronna kastracja, którą jednocześnie i niezależnie jeden od drugiego zaproponowali norweczyk RAMM i amerykańnin WHITE. Prawie w tymże czasie pojawiły się i inne próby, dążące do tego samego celu. Próby te są następujące:

- 1) Podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych.
 - 2) Kastracja jednostronna.
 - 3) Resekcja przewodów odprowadzających (*ductus referentes*).
- Omówimy po kolei wszystkie cztery metody.

1) Podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych. Metodę tę nasunęła myśl, że mięśniaki macicy po podwiązaniu tętnic macicznych często znikają, lub zmniejszają się. Metodą tą operował trzy razy BIER i dwa razy MEYER. We wszystkich przypadkach gruczoł krokowy zmniejszył się i nastąpiło dowolne wydalenie moczu, lecz dwóch chorych zmarło, (jeden z powodu gnilnego zapalenia otrzewny, drugi na ósmy dzień po operacji w śpiączce), u jednego zaś z trzech pozostałych przy życiu, nastąpiła zgorzel stopy. Okazuje się więc, iż metoda BIER'a jest rękoczynem bardzo ryzykownym, chociaż *quo ad functionem* stanowczo skutecznym.

2) Kastracja obustronna. Na myśl tej operacji naprowadziła również analogia z mięśniakami macicy, które po wycięciu jajników zmniejszały się znacznie w swej objętości. Zaczęto tedy badać gruczoły krokowe u ludzi z wrodzonymi wadami jąder, u eunuchów, rosyjskich skopców, wreszcie u ludzi z zanikiem jąder, spowodowanym ich chorobą, i wszędzie znaleziono zanik, lub brak zupełny gruczołu krokowego. Po nagromadzeniu faktów opartych na badaniu tych chorych, przystąpiono do doświadczeń na zwierzętach i tutaj stwierdzono, iż kastracja prowadzi do zaniku gruczołu krokowego. Oparty na takiej podstawie, WHITE przystąpił pierwszy do wyłuszczenia jąder u chorego, który długi czas cierpiał na dolegliwości w mokrzeniu, spowodowane przerostem gruczołu krokowego. Skutek był znakomity. Nastąpił zanik gruczołu i chory pozbył się cierpienia. Przykład ten zachęcił do naśladownictwa i statystyka sprawy omawianej przedstawia się dzisiaj dość już poważnie. Na 148 przypadków, opisanych w literaturze

74 pochodzi z Ameryki, reszta z Europy. Co się tyczy samej operacji, to przedstawia ona rękoczyn bardzo łatwy, dający się szybko wykonać i nie grożący żadnymi powikłaniami. Z przytoczonych 143 przypadków, nastąpiła śmierć w 23, poczęści dopiero w 2—3 — 6 — 8 tygodni po operacji, i to już po ustąpieniu dolegliwości w oddawaniu moczu. U 9 zmarłych stwierdzono na sekcji zapalenie nerek i miedniczek (*pyelonephritis*), 2 zmarło na zapalenie płuc, 2 z wyniszczenia i wreszcie po jednym na: zanik mięśnia sercowego, na zgorzel stopy (zator), na udar apoplektyczny i na grypę. Co się tyczy celu, do jakiego dążymy, przystępując do operacji, to nie należy zapominać, iż jest on dwójaki: 1) usunąć przerost gruczołu krokowego, 2) uwolnić chorego od zaburzeń w oddawaniu moczu. Otóż na 93 przypadki w 77 (83%) nastąpiło stanowczo znaczne zmniejszenie gruczołu krokowego, co stanowi wynik operacji bardzo pomyślny. Inaczej się rzecz ma z zaburzeniami przy oddawaniu moczu. Otóż u chorych, którzy cierpieli na częste parcie bez zatrzymania moczu, nastąpiła stanowczo znaczna poprawa w 13 na 18 przypadków, w 5-iu zaś poprawa była nieznaczna. W przypadkach ostrego zatrzymania moczu, t. j. w takich, gdzie chorzy dopiero od niedawna posługiwali się cewnikiem, następowała po operacji szybka i zupełna poprawa. Z 20 przytoczonych tutaj przypadków, nie trzeba było ani w jednym czekać dłużej nad 10 dni na pożądaný skutek.

Cokolwiek inaczej rzecz się przedstawia w przewlekłych zatrzymaniach moczu, gdzie wytworzyła się już atonia i bezwład mięśnia pęcherzowego. Już THOMPSON wygłosił na zasadzie bardzo długiego doświadczenia zdanie, iż po dwuletnim używaniu cewnika (*zweijähriges Katheterleben*) jest rzeczą niemożliwą przywrócić choremu swobodne oddawanie moczu. Lecz nawet i w tych przypadkach kastracya sprowadza polepszenie, a często i zupełne wyleczenie. Po 2—3—5—7 a nawet 13-to letniemu używaniu cewnika, osiągnąo prawidłową działalność pęcherza. Przypadki, należące do tej grupy podzielimy na dwie kategorie. Do pierwszej należeć będą takie, w której chorzy posługiwali się cewnikiem mniej niż dwa lata, zaś do drugiej — takie, gdzie cewnik był w użyciu dłużej, niż dwa lata. Z pomiędzy 28 przypadków pierwszej kategorii w 22 zaznaczono zupełne wyzdrowienie, w 6-iu zaś pozostałych przypadkach wynik był albo ujemny, albo też nastąpiło przynajmniej polepszenie o tyle, że chory rzadziej i łatwiej używał cewnika. Wielu jednak chorym tej grupy pozostała pamiątka po przebytem cierpieniu w postaci niewydalonych resztek moczu (t. z. *Residualharn*). W 20 przypadkach należących do drugiej kategorii t. j., w których używanie cewnika trwało dłużej niż dwa lata, zanotowano 12, w których chorzy zostali w zupełności od cewnika uwolnieni (z tych 4 zmarło w parę tygodni po operacji wskutek powikłań), w pozostałych 8-iu przypadkach, gdzie posługiwanie się cewnikiem trwało 3—6—7—8—10 i 20 lat nastąpiło albo nieznaczne polepszenie, albo żadne.

Co się tyczy wpływu kastracyi na samo zapalenie pęcherza, to w połowie wszystkich przypadków było ono usunięte, w połowie zaś wynik był wątpliwy.

3) Kastracya jednostronna. Na mocy spostrzeżeń, czynionych na ludziach z wrodzonymi zboczeniami narządów płciowych z jednej tylko strony (zanik jądra, jądro pachwinowe — *Leistentoden* i t. d.), jak również na mocy danych, otrzymanych po jednostronnej kastracyi, wysnuć należy wniosek, iż kastracya jednostronna nie zawsze wywiera wpływ na gruczoł krokowy, tak iż jako rękoczyn przeciwko przerostowi gruczołu krokowego nie zasługuje na gorące polecenie.

4) Resekcyja przewodów odprowadzających (*Ductus deferentes*). Zanim przystąpiono do tej operacji, robiono doświadczenia z podwiązaniem

sznurka nasiennego, lub jego naczyń u psów. Na 12 przypadków w 10 otrzymał WHITE zgorzel jąder, lecz zastanowienia godnym jest to, że przy tych doświadczeniach działanie na gruczoł krokowy było identyczne z działaniem obustronnej kastracji. Co się tyczy podwiązania, względnie resekcji *duct. deferent.* to wyniki doświadczeń u różnych badaczy różnią się o tyle wzajemnie, iż obecnie nie można nic stanowczego wyrzec w tej sprawie. PRZEWALSKI w doświadczeniach swoich na psach przyszedł do wniosku, iż działanie na gruczoł krokowy zależne jest od przecięcia nerwów, unerwiających *ductus deferentes (nerwi deferentiales)*. Obustronne wycięcie splotu (*plexus deferentialis*) z resekcją *ductus deferentis* lub bez niej prowadziło do zaniku gruczołu krokowego bez jednoczesnego zaniku jąder. Na ludziach robiono tę operację 11 razy. Wynik jej był w większości przypadków pomyślny, w niektórych nawet nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Co się tyczy działania na gruczoł krokowy, to w 4-ch przypadkach nastąpiło znaczne zmniejszenie jego objętości, w dwóch zmniejszenie do połowy dawniejszego wymiaru i raz jeden nie można było wcale wyczuć gruczołu krokowego. W 5-iu przypadkach nastąpiła poprawa w oddawaniu moczu bez zmniejszenia gruczołu krokowego, nareszcie w dwóch operacja nie dała żadnego wyniku. Zestawiając wszystko powyżej powiedziane, przychodzimy do wniosków następujących.

Gruczoł krokowy należy stanowczo do narządów płciowych. Zmiany gruczołu krokowego zależne są od zmian jąder. Na tym ścisły nam związku obu narządów opiera się leczenie przerostu gruczołu krokowego.

Kazuistyka, oparta na 148 przypadkach, opisanych dotychczas w literaturze, uczy nas, iż w większości przypadków (83%) nastąpiło po kastracji stanowczo zmniejszenie przerostu gruczołu krokowego. Czas, w którym operacja daje widoczny już wynik wynosi od paru tygodni do paru miesięcy. Samo zmniejszanie gruczołu krokowego zaczyna się już w parę dni po operacji. Mniej jednak pewnym jest wpływ zmniejszonego gruczołu krokowego na poprawę czynności pęcherza moczowego. Tutaj wyniki operacji przedstawiają się mniej świetnie, chociaż w znacznej większości przypadków następuje znaczna poprawa w oddawaniu moczu, a często nawet powrót do prawidłowej czynności pęcherza. Dla tych to powodów kastracja obustronna powinna być obecnie uważana za najlepszą metodę leczenia przerostu gruczołu krokowego. Może przyszłość pozwoli nam odnaleźć sposób, zapomocą którego będziemy mogli usuwać przerost gruczołu krokowego bez wyluszczenia jąder. Może metodą tą będzie resekcja *duct. referentium*, a może tylko ich splotu nerwowego.

(*Mittheilungen aus dem Grenzgebiete der inneren Med. und Chirurgie N. 1.*
Henryk Gotard.

Z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie

odbytego dnia 13, 14 i 15 lipca r. b.

względnie sprawozdania z „Przeglądu Lekarskiego“.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 37).

IX. Prof. OBALIŃSKI: „Jeszcze w sprawie wyłączenia pętli jelitowej, z zupełnym tejeż zaszyciem“.

(Wykład drukowany w Nrze 32. „Przeglądu lekarskiego“).

KŁECKI przed 3 laty na Zjeździe, przedstawiając wyniki swoich doświadczeń na psach, wyraził zdanie, że operacja wyłączania pętli jelitowych nie będzie mia-

ła wielkiej przyszłości w chirurgii. Niebezpieczeństwo, jakie powoduje obecność wyłączonego i zamkniętego odcinka jelita w jamie brzusznej, zależy w pierwszym rzędzie od zmian zachodzących w samych ścianach tego jelita. Jeżeli ściany te są prawidłowe, jeżeli krążenie w nich odbywa się należycie, to zbytniego nagromadzenia kału obawiać się nie potrzeba. Przeciwnie, jeżeli naczynia krezkowe zostaną uciśnięte i powstaną stąd zaburzenia w krążeniu i odżywianiu ściany jelitowej, to ilość treści zwiększy się znacznie dzięki przesiąkaniu, nastąpią sprawy fermentacyjne pod wpływem znajdujących się tam bakterii, wywiążą się gazy, co wszystko razem sprowadzi ogromne rozszerzenie odcinka jelitowego, dochodzące aż do pęknięcia. Naturalnie tem więcej przyczyniają się do tego zmiany zachodzące w samej ścianie, jak bujanie nowotworowe, rozpad i t. p.

DROBNIK przytacza wyniki doświadczeń HERMAN'a i swoich, robionych w jego pracowni. Stronę bardzo ważną, ze względu na następstwa takiego wyłączenia, stanowi treść wyłączonej pętli. Jeżeli jest to rzeczywisty kał, zawierający wydzielinę gruczołów kiszkowych, resztki pokarmowe, masy bakterii, a często kroc i pasorzyty kiszkowe, to po wyłączeniu odbywają się nader szybko sprawy przesiąkania i fermentacji, powodujące ogromne rozszerzenie, albo i pęknięcie jelita z następczem zapaleniem otrzewny. Jeżeli zaś ten odcinek кишки przed zaszcieniem przemyć bardzo dokładnie płynem antyseptycznym, choć tu działaniu przeciwnie D. znaczenia nie przypisuje, to wynik jest zupełnie odmienny. Zabiwszy zwierzę po 2 — 3 dniach, znajdujemy wyłączoną pętlę mocno napiętą i wypełnioną płynną treścią, po 6 dniach napętnienie to jest znacznie mniejsze, a po 2—3 tygodniach znajduje się taką pętlę zupełnie ściągniętą, skurczoną, wypełnioną twardawą masą szarą, zawierającą dużo soli wapiennych i wielką ilość bakterii. Z tego więc wynika, że wyłączone jelito wydziela przez czas dłuższy, prawdopodobnie odruchowo, lecz z czasem, pod wpływem może znacznego napięcia ścian, czy innej przyczyny, wysiękanie ustaje i z wolna rozpoczyna się wssanie części płynnych w jelicie zawartych i pozostaje tylko zbita masa. Te doświadczenia fizyologiczne znalazły zupełne potwierdzenie w jednym przypadku, u człowieka, operowanego przez D. Nie mogąc wyciąć dużego guza krezki, zrosniętego ściśle z jelitem, wyłączył D. cały odnośny odcinek jelita i po zeszcieniu przewodu jelitowego, zaszył jeden koniec wyłączonej pętli, drugi zaś wszył w ścianę brzuszną. Początkowo wydzielina była znaczna, z czasem zaś tak się zmniejszała, iż D., chcąc uwolnić chorego od przykrości posiadania przetoki, zaszył ten drugi koniec i wynik był dobry. Dlatego więc radzi D., jak i wielu innych chirurgów, zawsze jeden koniec wszywać w powłoki brzuszne, aby nie narażać chorego na niebezpieczeństwo, mające wyniknąć z wpuszczenia wyłączonej pętli do jamy otrzewny, a dopiero później, o ile wydzielina na to pozwoli, zaszyć ten koniec zupełnie.

BARĄCZ omawia operowany przez siebie przypadek i wyraża zdanie, że wyłączenie zupełne robić możnaby daleko częściej, trzebaby tylko pętlę wyłączoną wszywać w ranę ściany brzusznej, ażeby w ten sposób umożliwić otwarcie na zewnątrz i opróżnienie zawartości tej pętli.

RYDYGIER nie jest zwolennikiem tej operacji i mało widzi do niej wskazań. Gdzie jest możliwe, robi zupełną resekcję jelita i wyluszczenie części chorej, gdzie zaś wycięcie jest niemożliwe, tam wykonywa enteroanastomozę pętli jelita, leżącego powyżej, z pętlą leżącą poniżej guza. Tak też postąpił w jednym przypadku u kobiety, mającej wielki guz w brzuchu i przetokę kałową.

ROSSOWSKI przytacza dane, odnoszące się do tego przypadku, który spostrzegał z prof. RYDYGIEREM. Mianowicie, u jednej chorej, mającej w jamie brzusznej guz znacznych rozmiarów, powodujący objawy niedrożności jelit, wykonał prof. OBALIŃSKI laparotomię i przekonawszy się o niemożliwości wydobycia guza, zrobił *anus praeternaturalis*, a jamę brzuszną zaszył. Drożność przewodu jelitowego częściowo wróciła, pozostała jednak przetoka kałowa, z którą zwróciła się ta chora po jakimś czasie do kliniki prof. RYDYGIERA. Prof. R. przystąpił do laparotomii z zamiarem usunięcia przetoki i wycięcia guza, który rozmiarami równał się wówczas wielkości głowy dziecka; wyluszczenie okazało się jednak niemożliwe, przeto prof. R. zrobił enteroanastomozę pomiędzy jelitem cienkim a *colon ascendens* i wyciął przetokę. Chora w stanie względnie dobrym, zupełnie wygojona, poszła do domu i w pół roku później odbyła poród w klinice akuszerzyjnej, po którym, w parę tygodni, zmarła. Przy sekcji okazało się, że punktem wyjścia całego cierpienia była kiszka ślepa, zajęta gruzlicą, a skutkiem zapalenia i powstałych zrostów utworzył się ów guz znacznych rozmiarów, powodujący przed pierwszą operacją objawy niedrożności jelita. Obecnie guz ów był wielkości małej pięści dziecka, przytem można było się przekonać, że krążenie mas kałowych odbywało się prawie wyłącznie drogą nowo utworzoną przez enteroanastomozę, część zaś wyłączona z obiegu była zupełnie skurczona i nie zawierała kału.

Drugi dzień Zjazdu dnia 14 lipca.

Prof. JORDAN: „O wynikach trwałych operacyjnego leczenia opadnięcia jajników“.

Przed 2 laty, na Zjeździe we Lwowie, podał J. metodę leczenia opadnięcia jajników bez uciekania się do trzebień, polegającą na skróceniu więzadeł jajnikowo-miedniczych, przez założenie i związanie szwu kapciuchowego. W tymże samym celu, prawie jednocześnie, podali swe sposoby operacyjne EMLACH z Londynu i SAENGER z Lipska, starając się unieść ku górze i przymocować jajniki przez przyszycie ich do otrzewny bocznej ściany miednicy. Obie te metody, aczkolwiek mogą dać dobre wyniki, mają tę stronę ujemną, że wytwarzają nienormalne stosunki anatomiczne, a mianowicie rodzaj kieszeni w otrzewnie, mogącej dać początek przepuklinie wewnętrznej. Z tego względu operacja proponowana przez J., który ją nazywa *oophoropezia*, zasługuje może na pierwszeństwo. Trudniejsze jest postępowanie tam, gdzie opadnięcie jajników połączone jest z tyłozgięciem macicy. Tu noszenie wianków najczęściej jest niemożliwe, gdyż powodują one ogromne bóle i obrzęk jajników. Wskazane jest jedynie leczenie operacyjne. Metody operacyjne, dążące do usunięcia *retroflexio uteri*, przez skrócenie fałdów DOUGLAS'a i przymocowanie szyi macicznej, nie dają pewnych wyników, a nadto mogą w następstwie powodować *retroflexio fixata*. Pozostają więc sposoby, mające na celu ustalenie samego trzonu, albo przez bezpośrednie przyszycie, albo przez odpowiednie skrócenie więzadeł macicznych. Tu należą: 1) *ventrofixatio*, 2) *vaginofixatio* i 3) operacja ALEKSANDRA ADAMS'a.

Pierwsza z nich rzeczywiście utrzymuje macicę w bardzo dobrym położeniu i leczy opadnięcie jajników, daje więc wyniki zupełnie zadawalające. Jednakże w ostatnich czasach coraz więcej mnoży się w literaturze opisów, świadczących o fatalnym jej wpływie na przebieg ciąży. Sam J. spostrzegł 2 przypadki porodów u kobiet, u których wykonano *ventrofixatio*, ukończone szczęśliwie tylko dzięki bardzo energicznej pomocy akuszerzyjnej. 2) *Vaginofixatio* przedstawia wartość

daleko niższą, gdyż stwarza stosunki anatomiczne nadzwyczaj wadliwe; w skutek zgięcia trąbek chore bardzo rzadko zachodzą w ciążę; w razie zająścia 27% z nich roni; u tych wreszcie, które mogą donosić, przebieg ciąży jest bardzo ciężki tak, że OLSHAUSEN i GRAEFE musieli wykonać cięcie cesarskie, aby uratować chorą. Nadto wszystko u 25% następują nawroty i macica znów przyjmuje dawne wadliwe położenie. 3) Operacja AL. ADAMS'a polega na skróceniu więzadeł okrągłych macicy. Stanowi ona zabieg, aczkolwiek trudny technicznie, zato bardzo łagodny dla chorej i w przypadkach tyłozgięć świeżych i wolnych, daje wyniki wyborne tembardziej, że nie wpływa źle na przebieg ciąży. W przypadkach zaś starszych zasługuje na pierwszeństwo postępowanie MATLAKOWSKIEGO, który po zrobieniu laparotomii, skraca więzadła maciczne i stara się o wywołanie zrostu jajników z otoczeniem w odpowiednim miejscu. Wywody swe streszcza JORDAN następująco:

W przypadkach opadnięcia samoistnego jajników najodpowiedniejszym postępowaniem jest *oophoropexia*; jeżeli opadnięcie takie połączone jest z tyłozgięciem macicy, to w przypadkach świeżych należy stosować operację AL. ADAMS'a, w przypadkach zaś tyłozgięcia starszego i ustalonego—operację MATLAKOWSKIEGO, którą łączyć można z dodaniem *oophoropexiae*.

BOGDANIK wykonał *ventrofixatio* w jednym przypadku wypadnięcia macicy, i to w 3-im miesiącu ciąży. Wynik był dobry i poród odbył się później zupełnie prawidłowo.

JORDAN przekonał się, że w przypadkach wypadnięcia macicy *ventrofixatio* daje wyniki niepewne i należy macicę podnosić bardzo wysoko, gdyż inaczej blizna później łatwo się rozciąga, a macica opada napowrót. W bardzo zaś posuniętych przypadkach lepiej już robić odrazu wycięcie macicy. W jednym przypadku wypadnięcia macicy z tyłozgięciem znacznego stopnia wykonał J. *ventrofixatio*, przy czem podczas operacji stwierdził niezwykłą wielkość macicy. Na drugi dzień po operacji wystąpiły u chorej bóle i odeszło łóżysko, wraz z błonami płodowymi. Pokazało się, że chora przed dwoma tygodniami poroniła, wyszedł jednak tylko płód, a łóżysko pozostało i dopiero *ventrofixatio* umożliwiło jego odejście.

XI. Prof. MARS: „O leczeniu operacyjnem *pruritus vulvae*“. (Wykład ten drukowany w Nr. 31. „Przeglądu lekarskiego“).

UHMA spostrzegał przypadek swędzenia sromu w skutek liszaja (*herpes*), po wyleczeniu którego, ustąpiło i swędzenie. Podobnie w przebiegu ciąży występuje swędzenie sromu. W jednym takim przypadku, idąc za radą prof. MARS'a, usunął włosy i swędzenie rzeczywiście ustało; jednakże po pewnym czasie powróciło i ustąpiło zupełnie po porodzie.

MARS w wykładzie swym nie dotykał wcale strony przyczynowej swędzenia sromu. I ciąża i moczówka cukrowa i białe upławy i inne zaburzenia w ustroju mają związek przyczynowy z tem cierpieniem, nieprawidłowe zaś uwłosienie jest właściwie tylko łącznikiem pomiędzy etyologią a symptomatologią swędzenia.

XII. D-r ROSNER' „O leczeniu operacyjnem włókniako-mięśniaków u nas, a we Francji, Anglii i Niemczech, na podstawie własnych spostrzeżeń, zebranych w klinikach francuskich, angielskich i niemieckich“.

W obszernym wykładzie przedstawia R. wyniki swych spostrzeżeń co do sposobów myomotomii w rękach operatorów różnych krajów. Zaznaczywszy silnie zachowawczy kierunek chirurgii angielskiej, wykonywającej operację tę jedynie dla wskazań życiowych, opisuje R. obszernie znakomite postępy techniki

operacyjnej na tem polu u Francuzów, którzy doprowadzili do wysokiej doskonałości sposoby operowania przez pochwę (*morcélement*); wreszcie przechodzi metody niemieckie, przeważnie laparatomijne, oparte na wydoskonaleniu postępowania aseptycznego. Wywody swe streszcza R. w następujących punktach:

Łącząc najsilniej w Anglii reprezentowany wzgląd na płodność i charakter płciowy kobiety z francuską techniką i niemiecką aseptyką, należy: 1) operować tylko tam, gdzie wymagają tego ciężkie objawy; 2) operować z zasady radykalnie; 3) ponieważ metody pochwowe, lub pochwowo-brzuszne dają rokowanie lepsze od brzusznych, stosować należy przede wszystkim te pierwsze; gdzie zaś wielkość guzów, lub inne czynniki nie pozwalają na to, pochwowo-brzuszne według RYDYGIERA, wreszcie zaś metodę brzuszną DOYEN'a; 4) odcięcie nadpochwowe wykonywać wyjątkowo tam tylko, gdzie całkowite wycięcie macicy nie da się uskutecznić; 5) zabiegów konserwatywnych używać tylko w wyjątkowych przypadkach; 6) zaniechać zupełnie trzebień, które mieszcząc w sobie wielką wadę,—pozbawienie kobiety cech płciowych, nie ma najważniejszej zalety—pewności wyleczenia.

XIII. D-r ZIEMBICKI: „Uproszczenie w postępowaniu przy wycinaniu wielkich włókników macicy“.

Wobec dokładnego opisu postępowania chirurgów francuskich przy myomotomii pochwowej, przedstawionego przez d-ra ROSNER'a, ogranicza się Z. do opisanie metody LEBEC'a, o której zaletach i prostocie mógł się przekonać w swoich przypadkach. Metodę tę, której opis ilustruje Z. pięknymi rysunkami, podzielić można na 6 następujących aktów: 1) wywalcowanie macicy przez tylne sklepienie i zabezpieczenie się od krwawienia *arter. uterinae* i *art. ovaricae*; 2) odłuszczenie pęcherza zapomocą cięcia płatowego i dostanie się do niższych części macicy; 3) odcięcie guza wraz z trzonem macicy, po założeniu węża gumowego w około części pochwowej; 4) podwiązanie naczyń części szyjowej macicy i przecięcie jej podłużne; 5) odcięcie szyi, podwiązanie kikutów i wciągnięcie ich do wnętrza pochwy lub tamponada, stosownie do zapatrywań operatora. Oprócz tego okazuje Z. dwa olbrzymie włókniki, torbielowato zwyrodniałe, które operował sposobem LEBEC'a.

XIV. Prof. MARS: „Przyrząd do badania *per rectum*“.

Wobec przykrości, jaką przedstawia dla akuszerki badanie przez odbytnicę, szczególnie, jeżeli potem ma iść do położnicy, kazał M. zrobić palce gumowe o bardzo cienkiej ścianie, w kształcie kondomów. Oprócz ochrony palca badającego, mają one tę zaletę, że nie upośledzają bynajmniej czucia tego palca, nadto dadzą się z łatwością umyć i dezynfekować. Jedyną ich wadą jest dość wysoka cena (sztuka 15 ct.).

XV. Prof. RYDYGIER: „Leczenie zwichnięć wrodzonych w stawie biodrowym“.

W obec ważności tego cierpienia pod względem leczniczym i zainteresowania, jakie budzi w obecnej dobie pośród chirurgów, przedstawia R. panujące poglądy na terapię zwichnięć wrodzonych i opisuje dwie najwybitniejsze teraz metody lecznicze, a mianowicie: sposób leczenia operacyjnego HOFFY'ego i sposób doprowadzania bezkrwawego LORENZ'a. Po ukończonym wykładzie wykonał prof. RYDYGIER odprowadzenie według LORENZ'a zwichniętej kości udowej w uśpieniu chloroformowem u chłopca 6-cioletniego, dotkniętego zwichnieniem wrodzonym prawostronnem, poczem założono choremu opatrunek gipsowy.

XVI. D-r CIECHANOWSKI: „O przeroście gruczołu krokowego i anatomicznych podstawach niedomogi pęcherza u starców“ (z demonstracją preparatów).

Badania C. wykonane na obfitym materiale sekcyjnym zakładu profesora BROWICZA, miały za zadanie wyjaśnić, czy i o ile dadzą się wykazać w ścianie pęcherza zmiany anatomiczne, tłumaczące starczą niedomogę pęcherza i jaki jest stosunek tych zmian do miażdżycy, która, według szkoły GUYON'a, ma być tłem wszystkich zmian chorobowych, objętych ogólną nazwą *prostatisme*. Badania prowadzone były w dwóch kierunkach: mikrometrycznym i mikroskopowym.

Z badań mikrometrycznych, wykonanych na 40 przypadkach rozległej miażdżycy tętnic, w których połowie istniał także przerost gruczołu krokowego, po porównaniu z wynikami badań przypadków prawidłowych wyprowadza C. następujące wnioski.

1) Zmiany miażdżycowe tętnic nie mogą być uważane za przyczynę zmian anatomicznych narządów moczowych, zmian uważanych przez szkołę GUYON'a za podstawę objawów towarzyszących przerostowi gruczołu krokowego.

2) Jako podstawę anatomiczną niedomogi pęcherza wykazać można zmianę stosunku mięśnia pęcherzowego do tkanki łącznej; jest to zmiana ilościowa, nie jest jednak ani analogiczna, ani współczesna ze zmianami w nerkach i gruczole krokowym, jeżeli one tam zachodzą.

3) Zmiana ta w ścianie pęcherza w ogóle jest w pewnym stosunku do wieku, i potęguje się, jeżeli dołącza się tu wpływ przeszkody mechanicznej zależnej od przerostu gruczołu krokowego, dochodzi zaś do najwyższego stopnia, jeżeli do tych dwu czynników przyłączy się trzeci—wpływ powikłań zapalnych pęcherza. W przeważnej liczbie przypadków niedomogi pęcherza u starców działają te wszystkie przyczyny; wpływ ich może być zmniejszony przez zdolność mięśni pęcherzowych do przerostu, który, zgodnie ze zdaniem GUYON'a, jest regułą przy istnieniu przeszkody mechanicznej w oddawaniu moczu, brak zaś jego — wyjątkiem.

Wyniki badań mikroskopowych gruczołów krokowych przerostychskłaniają C. do przekonania, że t. zw. przerost gruczołu krokowego nie ma, zdaje się, nic wspólnego ze sprawą nowotworową. Owa *hypertrophia*, stanowiąca we wszystkich prawie przypadkach prostatyzmu sprawę pierwotną, polega zawsze na bardzo przewlekłych sprawach zapalnych, toczących się w samym mięszu gruczołu lub w podścielisku łączno-tkankowym, lub w obu razem. Wynik ostateczny tych spraw przedstawiających wielkie podobieństwo do zmian porzeżączkowych gruczołu krokowego, zależy od ich natężenia, a przedewszystkiem umiejscowienia. Mianowicie, im bardziej dośrodkowo usadowiają się zmiany zapalne w podścielisku, a im więcej obwodowo w samym mięszu gruczołowym, tem prawdopodobniejszym staje się przerost, odwrotny zaś stosunek w umiejscowieniu tych spraw może wcale przerostu nie powodować.

XVII. Dr RUFF: „O nowotworach śródbłonkowych“ (z przedstawieniem preparatów mikroskopowych zapomocą projekcji).

R. w wykładzie swoim streszcza obecne poglądy na histogenezę i budowę tych nowotworów, na które w ostatnich czasach zwrócili baczniejszą uwagę anatomiczno-patologowie i chirurdzy, i przedstawiając zapatrywania badaczy na tem polu (VOLKMANN, HANSEMAN), podał wyniki swoich badań dokonanych na materiale nowotworowym kliniki chirurgicznej krakowskiej. Wykład ilustrował R. preparatami mikroskopowymi, odbijanymi zapomocą przyrządu projekcyjnego na ekranie.

XVII. Prof. JORDAN: „Spostrzeżenia nad przypadkami ciąży zamacicznej, operowanymi w klinice ginekologicznej w r. 1895/6“.

Z pomiędzy przypadków ciąży pozamacicznej, spostrzeganych w klinice krakowskiej, opisuje J. jeden, stanowiący *curiosum* tak co do swej niezwykłości, jak i przebiegu. Dotyczył on kobiety 42-letniej, która odbyła 14 porodów prawidłowych i od czerwca roku zeszłego zaszła w ciążę. W listopadzie, w 5 miesiącu ciąży, uczuła silne bóle, które ustały, lecz od czasu do czasu powracały, choć znacznie słabiej. Dopiero w końcu stycznia r. b. uczuła chora bardzo silny ból, jakby coś się w niej urwało i od tego czasu czuła dokładnie, że płód w niej inaczej się ułożył, a mianowicie główka po lewej, nóżki zaś po prawej stronie. Ruchy płodu były wyraźne i często bardzo przykre aż do 5 kwietnia, odkąd znikły zupełnie. Na kilka dni przedtem przyszły bóle o charakterze porodowym, poczem przez cały tydzień odpływała ciecz krwawo-brunatna. Wkrótce potem, dnia 20 kwietnia, zgłosiła się chora do kliniki; rozpoznano *graviditas abdominalis*. Części płodu określić było można dokładnie, główkę po stronie lewej, nóżki po prawej; macica leżała ku przodowi i pośrodku, nadto po stronie prawej znajdował się guz dość miękkiej konsystencji, odpowiadający łożysku. Trudno jednakże było określić w jaki sposób powstał rozwój płodu poza macicą. J. skłaniał się ku przypuszczeniu, że była to ciąża jajowodowa, a po pęknięciu jajowodu i jaja płodowego płód dostał się do jamy brzusznej i żył tam przez 3 miesiące. Ponieważ obecnie płód był nieżywy, należało więc zrobić laparotomię i wyjąć płód wraz z łożyskiem, wobec jednakże znacznej śmiertelności (34%) po tych operacjach z powodu ogromnych krwotoków, postanowił J., idąc za radą LITZMANN'a, czekać jak najdłużej, dopóki naczynia łożyska nie ulegną zarośnięciu, co wymaga 2 — 5 miesięcy. Przeto w dniu 14 czerwca wykonał J. laparotomię i z łatwością wydobyl płód leżący pomiędzy jelitami. Zachodziło pytanie, jak postąpić z łożyskiem i resztą błon płodowych. Wobec tego, że były ogromne zrosty, że od śmierci płodu upłynęło zaledwie 10 tygodni, że przeto groził wielki krwotok, że wreszcie kobieta ta już 14 razy rodziła postanowił J. nie oddzielać łożyska, lecz wyjąć całą macicę wraz z łożyskiem i pępowiną, co też uskutecznił sposobem SCHROEDER'a. Chora zniosła zabieg operacyjny pomyślnie i obecnie ma się zupełnie dobrze. Jak się okazało na wyjętym preparacie, jajowód i jajniki były zupełnie całe, należy więc przypuszczać, że jajo rozwijało się początkowo w macicy, która potem pękła i poczęło przesuwac się przez ten otwór ku jamie brzusznej, aż wreszcie po pęknięciu błon, płód znalazł się między jelitami. Z biegiem czasu łożysko ułożyło się w całości na zewnętrznej powierzchni macicy, zatykając powstały w niej otwór, czemu prawdopodobnie przypisać należy niewielki krwotok, który w innych razach bywa śmiertelny.

XIX. D-r WACHHOLTZ: „Z kazuistyki sądowo-lekarskiej obrażeń czaszki“ (z demonstracyami).

W. przedstawił szereg ciekawych przypadków uszkodzeń czaszki, (pęknięcie czaszki w kilku miejscach, niedające objawów za życia, wynacznienie obszerne z *arteria meningea media*, po którym dopiero w kilkanaście godzin śmierć nastąpiła, ranę kłutą czaszki inne). Przypadki te, zasługujące na uwagę zarówno ze stanowiska medycyny sądowej, jak i chirurgii, objaśnił W. obszernymi uwagami o zachodzących często trudnościach rozpoznawczych za życia tego rodzaju obrażeń i konsekwencji wynikających stąd dla lekarza sądowego.

ZIEMBICKI przytacza 4 przypadki obrażeń czaszki z własnej praktyki, w których pomimo ciężkości uszkodzenia i następnych objawów mózgowych, zabieg

chirurgiczny dał bardzo dobre wyniki. Bezwład połowiczny i padaczka, będące następstwem zmian czaszki urazowych, ustąpiły po wykonaniu trepanacji i usunięciu odłamków, skrzepów, lub, jak w jednym przypadku, małej wybujałości kostnej przy *sinus longitudinalis*.

XX. D-r WRÓBLEWSKI: „O znaczeniu oksyhemoglobiny krwi“.

Ponieważ, zdaniem W., powszechnie używany hemometr FLEISCHL'a daje wyniki bardzo niedokładne, proponuje przeto stosowanie w tym celu spektrofotometru GLAN'a, którego użycie nie jest kłopotliwe, tylko obliczanie nieco złożone, lecz przy pomocy tablicy ułożonej przez W. obliczanie to nadzwyczajnie się ułatwia.

(D. n.).

WYSTAWA HIGIENICZNA.

II. Dział fizyczno-chemiczny i farmaceutyczny.

W najważniejszej grupie tego działu, jaką niewątpliwie jest higiena odżywiania zarzucić można pewną szczególną okoliczność, a mianowicie, że higiena używek, a więc materiałów pokarmowych, którym ze stanowiska higieny czystej zawsze coś zarzucić można, przedstawiona jest o wiele dokładniej, estetyczniej i racjonalniej z punktu widzenia naukowego, niż higiena odżywiania i pokarmów w ścisłym znaczeniu tego słowa.

Weźmy np. dział piwa, wystawiony wzorowo przez p. BOCZKOWSKIEGO, gdzie uwzględniono i cały praktyczny przebieg fabrykacji i naukową jej stronę i higieniczną wartość napoju, gdzie i specjalista i profan wielu się rzeczy nauczyć może i porównajmy choćby z działem cukru, gdzie widz przeciętny nie zdoła się wcale zorientować w niesystematycznie ustawionych produktach fabrykacji. A przecież cukier i ze względu na ciekawy przebieg fabrykacji i ze względu na swe znaczenie w odżywianiu zasługuje chyba na to, by go po macoszemu nie traktować.

Mniej więcej to samo można powiedzieć z jednej strony o wystawie kawy i herbaty, zwłaszcza urządzonej przez p. BUKOWSKIEGO i z drugiej — o wystawie masła, gdzie sprawa badania bakteriologicznego wyglądu na zabawkę, a nie na metodę naukową. Znacznie lepiej wygląda wystawa mleka; bardzo racjonalnie zdołano na niewielkiej przestrzeni zestawić najpospolitsze tłuszcze i sposoby badania ich zafałszowań; to samo można powiedzieć o occie. Niezupełnie wyczerpująco i bez uprzytomnienia sobie celu przedstawiono barwniki, nie znajdujemy bowiem wcale wskazówek, w jakich przypadkach bywa ten lub ów barwnik, zdrowiu szkodliwy, stosowany w przemyśle normalnie lub w celu fałszerstwa. A znajdujemy właśnie na wystawie bardzo ciekawy przyczynek, do co najmniej niepotrzebnego, stosowania barwników sztucznych, mianowicie w makaronach. Może się weszcie publiczność raz odzwyczai od popierania obcego pomysłu barwienia makaronów. Bo gdybyż to były jeszcze barwniki roślinne tylko, ale bywa i kwas pikrynowy.

Zupełnie nieracjonalnie i bez uwzględnienia żadnego celu dydaktycznego wystąpiła pracownia higieniczna miejska, mająca dość obszerny zakres działalno-

ści w sprawie kontroli najrozmaitszych materyałów pokarmowych. Już samo to dawało pracowni sposobność nie tylko do popisu, lecz i do piękniejszej roli nauczania warstw szerszych, jak i gdzie unikać tej masy fałszerstw, jaka nas otacza. Tymczasem wystawiono, co prawda, dość dużo okazów, ale ani ich dokładnie obejrzeć nie można, ani się to jakoś jedno z drugim nie wiąże.

Już to wogóle dość często uderza w oczy, że wystawcy nie zastosowali się do wystawy. Co innego bowiem jest chemia i fizyka, a co innego higiena. Efektowna jest np. wystawa oświetlenia gazowego, znajdujemy także elektryczność i naftę, ale najdokładniejsza tablica zjawisk elektrycznych w lampie łukowej, lub rozkładu poziomego światła z palnika gazowego nie zastąpi poważnego braku oceny światła sztucznego pod względem higienicznym, wykazania wad i zalet każdego gatunku światła sztucznego.

To samo zupełnie można powiedzieć o powietrzu; oprócz chemii niema tu nic, coby higienistę zająć mogło. Znacznie lepiej, choć nie bez usterek wystawiona jest woda.

Chemii żywienia ogólnego ten sam zarzut uczynić można. Pomijając samą formę tablic graficznych, niedostępną dla szerszego ogółu, widzimy tu za dużo fizjologii, a zamało wskazówek czysto praktycznych, o które głównie chodzić powinno. Już to pomimo niepełności działu wogóle, brak zupełny dyetetyki, jest brakiem tak kapitalnym, że wobec niego wszelkie inne schodzą na plan drugi.

Dezynfekcyę opracował specjalista, kol. NENCKI wespół z kol. PRUSZYŃSKIM. Tu mamy stronę teoretyczną i zarazem środki dezynfekcyjne, co do przyrządów, to te rozrzucono po całej wystawie.

Co do strony zewnętrznej—razi cokolwiek zbyteczne rozrzucenie i brak pewnej systematyczności.

Dołączyć tu wypada z natury przedmiotu meteorologię, którą reprezentuje stacya urządzona w pawilonie wychowawczym, tablice ruchu czynników meteorologicznych, spostrzeganych przez p. EHRENFUCHT'a w ciągu trzech lat ubiegłych w tutejszem obserwatorium astronomicznem i estetyczny kiosk na placu.

Z powodu powinowactwa działu farmaceutycznego z poprzednim tu o nim wspomnimy. Że ma on pozór elegancki, co do tego niema mowy, a wśród licznego zbioru preparatów wystawionych przez różne firmy zasługują na uwagę dogodne postaci dawkowanych leków, wyrób kapsulek żelatynowych nie ustępujących w niczem zagranicznym, a jeszcze bardziej odmierzone i wyjałowione dawki morfiny i kofeiny do zastrzykiwań podskórnych. Wobec dążeń do aseptyki należy popierać racjonalny ten pomysł.

Dowcipnie urządzona jest szafka do przechowywania leków gwałtownych, milczeniem wreszcie nie można pominąć bardzo ładnych preparatów mikroskopowych p. BUKOWSKIEGO, wykonanych według jego własnego pomysłu.

Berlin.

Stosowana przez FLECHSIG'a metoda zapowiada wciąż nowe zdobycze na polu budowy drobnowidzowej układu nerwowego. Metoda ta opiera się na historii rozwoju, mianowicie na fakcie, iż różne elementy nerwowe nie jednocześnie przebywają różne stopnie rozwoju. Części, które w ukończonej swej postaci, w ostatecznem stadyum rozwoju, przedstawiają się jednakowo, wykazują na stopniach poszczególnych pewne różnice w swej budowie. Dość przypomnieć tu, że, jak wykazały dawniejsze badania FLECHSIG'a, nie wszystkie włókna w sznurze GOLLA otrzymują jednocześnie otoczkę mielinową, a więc nie wszystkie są równorzędne. Fakt powyższy pozwolił wyodrębnić w sznurze GOLLA dwa pasy: wewnętrzny, przylegający do *septum posterius* (*Ovales Feld*) i drugi pas zewnętrzny. Nadzieję, jaką budzi metoda, usprawiedliwia powszechne zaciekawienie, jakie wywołała zapowiedź odczytu FLECHSIG'a w I Instytucie anatomicznym w Berlinie.

Wobec liczego grona zaproszonych gości zakomunikował FLECHSIG wyniki najnowszych badań swoich. Przedstawił on szereg preparatów, skrawków poziomych (horyzontalnych) i pionowych (frontalnych i sagitalnych) z mózgu zarodków i noworodków ludzkich. Preparaty (sagitalne) 8-miesięcznego zarodka wykazują: brak włókien mielinowych w zrazie potylicowym i skroniowym, a także w *gyrus hippocampi*. Na skrawku poziomym z torebki wewnętrznej widzimy w tylnej jej części miejsce, w którym znajdują się już włókna mielinowe; jest to właśnie ta część torebki, której zniszczenie sprządza znieczulenie. Drogi piramidalne nie są jeszcze zróżniczkowane. Na skrawkach frontalnych znajdujemy liczne włókna mielinowe w *nucl. lenticul.* i w tylnej części wzgórza ocznego; włókna te pozostają w pewnym związku z jądrami pęczków tylnych mleczka przedłużonego. Oprócz tego włókna mielinowe znajdują się w górnej części *corp. restif.*, i w części robaczka. Mamy przeto gotową, już rozwiniętą drogę czuciową projekcyjną, która z jednej strony prowadzi od jąder pęczków tylnych do wzgórza ocznego i *nucl. lentic.* (a ztąd przez tylną część torebki wewnętrznej do *gyri centrales*, przeważnie do *gyr. centralis post.*), z drugiej zaś przez *corp. restif.* do mózdzku. Droga ta stanowi dalszy ciąg korzeni tylnych i po części pęczka bocznego (*Kleinhirnseitenstrangbahn*). Widzimy więc, że najpierwej rozwija się u płodu ta droga, która służy dla zmysłu dotyku, względnie mięśniowego. Nie wchodząc dalej w szczegóły, zaznaczymy, że w mózgu dojrzałego, we właściwym czasie zrodzonego dziecka, różniczkuje się droga zmysłu powonienia, a nieco później wzroku; najpóźniej rozwija się droga słuchowa. W nóżce mózgowej rozwinięta jest już pętlica (*lemniscus*) i drogi piramidalne, oprócz tego zaś *chiasma*.

W mózgu dziecka 1-miesięcznego wyraźnie rozróżniczkowane są: drogi piramidalne, pętlica, nerw węchowy, *tract. opticus* i spoidło MEYNERA'a; w zrazie czołowym najsilniej jest rozwinięty zawój trzeci. Dalej znajdujemy silny pęczek, idący od *thalam. optic.* i *nucl. lenticul.* do *gyri centrales*, a także zewnętrzny korzeń *tractus olfact.* Również liczne włókna mielinowe znajdują się w *gyrus hippocampi*. Droga, która prowadzi do ciała kolanowatego zewnętrznego, a także od *thalam. optic.* ku zrazowi potylicowemu jest także rozwinięta. W tym więc czasie są już zróżniczkowane drogi dla zmysłu dotyku i mięśniowego, drogi wzrokowe i powonienia.

W mózgu dziecka 3-miesięcznego znajdujemy nadto gruby pęczek w *gyr. hippoc.*, idący do *cingulum*.

W mózgu dziecka 9-miesięcznego zraz czołowy jest dobrze rozwinięty. Silne włókna idą od torebki wewnętrznej do zrazu czołowego. Nadto cały mózg posiada już włókna projekcyjne.

Z powyższych faktów wysnuć musimy wnioski następujące: 1) najpierwej, rozwijają się w mózgu ludzkim te drogi czuciowe (projekcyjne), które służą dla zmysłu dotyku, względnie mięśniowego; 2) drogi te stanowią ciąg dalszy tylnych pęczków przez *thalam. optic., nucl. lentic.* do zawojów środkowych, szczególnie zaś do *gyr. postcentral.*; 3) prawie jednocześnie zjawiają się drogi wzroku i powonienia; najpóźniej rozwija się droga słuchowa (pierwszy zawój skroniowy).

Co się tyczy włókien asocyacyjnych, to zjawiają się one względnie później, niż włókna projekcyjne, skutkiem czego badanie pierwszych jest utrudnione, włókna bowiem projekcyjne zasłaniają obraz mikroskopowy. Względnie najwcześniej zjawiają się włókna asocyacyjne w drugim zawoju skroniowym i drugim potylicowym, t. j. drogi asocyacyjne, należące do terytorium słuchowego i wzrokowego. Ujawnia się tu pewna prawidłowość, mianowicie punktem wyjścia dla dróg asocyacyjnych służą zawoje centralne t. j. ta okolica kory mózgowej, gdzie się umiejscawia zmysł skórny i mięśniowy. Ważny także punkt wyjścia włókien asocyacyjnych stanowi terytorium słuchowe. U dziecka 2-miesięcznego znajdujemy liczne drogi asocyacyjne idące od *gyrus postcentralis* w różnych kierunkach. Terytorium słuchowe (pierwszy zawój skroniowy) połączony jest licznymi włóknami z trzecim zawojem czołowym. Liczne drogi asocyacyjne prowadzą od *gyr. postcentral.* ku tyłowi, a ponieważ z drugiej strony liczne włókna asocyacyjne idą od terytorium wzrokowego ku przodowi, spotykają się więc włókna asocyacyjne, służące dla wrażeń dotykowych z włóknami wzrokowymi. Zresztą zdarza się dość często, że włókna dwu sfer zmysłowych spotykają się w jednej okolicy. Włókna asocyacyjne, które prowadzą od zrazu skroniowego do ciemieniowego, rozwijają się później. To samo powiedzieć należy o włóknach, prowadzących od terytorium słuchowego do wzrokowego (*gyrus angularis*) t. j. o tych włóknach, których zniszczenie spowodza aleksyę.

W. Męczkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== W celu łatwiejszego rozpoznania obecności wysięku w jamie opłucnej poleca KELLOCK następujący sposób badania. Chory w położeniu stojącym lub siedzącym, nachyla głowę i kark ku przodowi, dzięki czemu otrzymujemy napięcie mięśni grzbietowych; przykładając lewą dłoń do przedniej powierzchni klatki piersiowej, opukujemy palcem lub młotkiem dosyć silnie żebra tejże połowy klatki poza kątem żeber. W warunkach prawidłowych odczuwa przyłożona dłoń zaledwie lekkie drżenie opukiwanego żebra, w razie zaś obecności wysięku drżenie jest znacznie wzmożone. (Sem. méd. N. 17. 1896).

== W Monachium w instytucie patologicznym podczas sekcji kozy, kupionej dnia poprzedniego, znaleziono w obu płucach głęboko położone ogniska serowate, ciągnące się wzdłuż oskrzeli wśród nacieczonej, lecz zawierającej powietrze tkanki płucnej; najmniejsze—wielkości ziarnka prosa, inne—wielkości wiśni; gruczoły oskrzelowe bądź zserowaciałe, bądź zropiałe; gruczoły krezkowe zupełnie zdrowe. Koza ta, mająca lat sześć, stała w oborze wraz z 8 innymi kozami, uważana była za zupełnie zdrową i kaszlała wtedy tylko, kiedy ją pędzono na miasto, aby dostarczyć konsumentom zupełnie świeżego, ciepłego

jej mleka. Ponieważ mleko kozie spożywane bywa przeważnie przez osobniki słabe, niedokrwiste, a więc bardziej od innych do gruźlicy skłonne, ponieważ nie bywa ono nigdy gotowane, ponieważ wreszcie przyjęty ogólnie pogląd o odporności kóz względem gruźlicy nie jest słuszny, należy zalecać chorym gotowanie koziego mleka i poddawać mięso kozie obowiązkowej kontroli weterynaryjnej. (M. med. W. 20). S. P.

— Ponieważ dotychczasowe sposoby określania siły słuchu grzeszą zbytnią dowolnością, RANGÉ proponuje otyatom, aby przyjęli jednakową metodę, w celu określania jej, oraz wyrażali ją matematycznie, jak to ma miejsce w okulistyce przy określaniu siły wzroku. Metoda polegałaby na określeniu odległości, z której pewien stały dźwięk przestaje być słyszalnym przez osobnika zdrowego oraz osobnika ze słuchem upośledzonym. Stosunek kwadratów tych odległości ($d^2 : O^2$) wyrażałby zmiany chorobowe bystrości słuchowej. (La Méd. moderne 8.IV. 1896).

— PFUHL wykazał, że jedynym źródłem epidemii tyfusu w garnizonie w Schlettstadt było mleko. Laseczniki dostały się doń nie z wody używanej do rozcieńczenia, lecz z rąk chłopca, który dozorował syna chorego na tyfus, nawet sam lekko zachorował, a nie zachowując należytej czystości, ciągle zajmował się dojeniem mleka. Z osób używających mleka z tejże obory nikt nie zachorował, albowiem wskutek zaleceń lekarza spożywały one zawsze mleko gotowane. (Centr. f. Bakt. XIX. N. 6 i 7).

Ż.

— PFEIFFER i PROSKAUER po wielokrotnych nieudatnych próbach wydzielania swoistego ciała z surowicy zwie-

rzał uodpornionych przeciw cholery przyszli do wniosku, że nie może być ono ani globuliną, ani albuminą, nie może być również ani nukleoalbuminą, ani nukleina, ani peptonem, ani albumozą. Natomiast jest ono najpodobniejsze w swych własnościach do enzymów. Jak wiadomo istota tych ostatnich nie jest znana, wytwory bowiem zwane enzymami stanowią mieszaninę ciał rozmaitych, do których enzymy są jedynie przyłączone. Za to znane jest działanie chemiczne enzymów, z którego wnioskujemy o ich obecności. Rozpuszczanie wibryonów cholery pod wpływem surowicy swoistej czyni właśnie wrażenie trawienia; jak samo trawienie może się odbywać jedynie przy pewnym odczynie płynu i ciepłocie, tak samo rozpuszczenie wibryonów ma miejsce tylko w ustroju t. j. wymaga pewnych ściśle ograniczonych warunków. Tak jak w drożdżach według badań FISCHER'a i innych znajdują się enzymy utleniające jedynie cukier pewnej chemicznej budowy, tak samo ciało swoiste surowicy działa tylko na pewien gatunek białka—na białko wibryonów. Jak istnieje hydroliza rozmaitych cukrów, tak samo może istnieć zjawisko analogiczne dla ciał białkowych. (Centr. f. Bakt. XIX. N. 6 i 7)

Ż.

— Według d-ra ZELANDE z 15—16000 lekarzy, praktykujących w Rosji zmarło w ciągu 1891—1893 r. 642 t. j. 14%. W 417 przypadkach przyczyn śmierci nie jest dokładnie oznaczona; z pozostałych 225 przypadków w 71 t. j. $\frac{1}{3}$ części, śmierć nastąpiła w skutek ostrych chorób zakaźnych, w 15% wskutek gruźlicy; skutkiem samobójstwa zmarło 8,8%.

Allg. Wien. Med. Ztg. 1895 N. 45).

W. M.

Wiadomości bieżące.

— Pani Florentyna LIEBKIND - LUBODZIECKA zawiadamia nas, iż urządziła w Zakopanem internat dla chorych przybywających w Tatry na zimę celem klimatycznego leczenia. Na miejscu zapewnione są wielkie wygody oraz opieka pod każdym względem. Dzieci mogą korzystać z pomocy naukowej i wykształcenie swe kontynuować w zakresie gimnazjalnym. Bliższych wiadomości udziela właścicielka listownie.

Adresować: Willa D-ra CHROSTOWSKIEGO w Zakopanem.

— Lekarski angielski Związek liczy 15,669 członków. Dochody jego wynoszą rocznie 38,309 f. szta.

— W Rydze ks. OGŃSKI zamierza założyć zakład kąpielowy, połączony z hotelem i urządzony według wymagań nowoczesnego komfortu.

— Samobójstwa wśród lekarzy rosyjskich, według statystycznych wywodów

prof. SIKORSKIEGO są o 21 razy częstsze aniżeli między ludnością innych zawodów; na 10 lekarzy umierających pomiędzy 25—30 rokiem życia, jeden kończy samobójstwem. S. wyjaśnia ten objaw złym stanem ekonomicznym lekarzy rosyjskich.

— W drugiej międzynarodowej wystawie farmaceutycznej, odbywającej się obecnie w Pradze, biorą udział z polaków: M. ZAKRADNIK i M. DOBROWOLSKI z Podgórze.

— W niektórych miastach prowincjonalnych Francji zaprowadzono wap-

tekach wypoczynek niedzielny. O 1-ej godzinie po południu zamykają się wszystkie apteki, z wyjątkiem jednej, której adres jest widoczny na drzwiach aptek zamkniętych. Aptekarze paryscy do tej pory jeszcze nie porozumieli się w tym względzie.

— Rząd austriacki ma zamiar założyć wydział lekarski w Serajewie.

— D-r YERSIN nadesłał z Anamu sprawozdanie o skutkach leczenia morowego powietrza, wynalezioną przez niego surowicą. Na 25 chorych zmarło tylko dwóch.

Komitet Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia J. MIANOWSKIEGO podaje do wiadomości, że z zapisu Jakuba NATANSON'a przyznane zostaną w roku przyszłym dwie nagrody pieniężne.

Jedna nagroda przeznaczoną będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach 1893, 1894, 1895, 1896; druga, za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, historycznych lub tym podobnych.

Zgodnie z ustawą Kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym.

Komitet zarządzający Kasą, własnem staraniem usiłuje zebrać dla poddania ocenie, prace ogłoszone w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu (Bank Handlowy) lub na ręce jednego z członków Komitetu, przed 1 października r. b.

Za Prezesa Komitetu

Prof. Dr. Baranowski.

Członek Komitetu Sekretarz

St. Libicki.

Komitet Zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Józefy SIERAKOWSKIEJ, znajdującego się w rozporządzeniu Komitetu, będą udzielone Zapomogi bezzwrotne, dla osób pracujących na polu naukowem, stosownie do woli ofiarodawczyni i jej spadkobierców.

Pierwszeństwo do otrzymania Zapomogi będą mieli ci z kandydatów, którzy pochodzą z rodzin podupadłych lub zubożałych obywateli gubernii Płockiej, wyznania rzymsko-katolickiego. Zapomogi imienia Józefy SIERAKOWSKIEJ mogą być przyznane bądź dla ułatwienia pracy na polu naukowem, bądź też na wydanie prac już przygotowanych do druku.

Za Prezesa Komitetu

Prof. Dr. Baranowski.

Członek Komitetu Sekretarz

St. Libicki.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

b2—1

APTEKA EDWARDA TREUTLERA

Nowy Świat Nr. 60

poleca:

Tabulettae Ferratini a 0,5	†	Tabulettae Haemoli a 0,25
„ Haemoglobini a 0,3	†	„ Moduladeni a 0,3
„ Haemogalloli a 0,25	†	„ Saccharini a 0,06
		„ Thyreoidini a 0,06 i 0,1

Tabulettae Hydrarg. corrosiv. a 0,5 i 1,0.

PRZEGŁĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO, ZAŁOŻONY W ROKU 1862, WYCHODZI
staraniem i nakładem:

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO

w objętości 1½ do 2 arkuszy druku w wielkiej 4-ce, co sobota, jak najregularniej pod redakcją

D-ra A. Kwaśnickiego, w Krakowie

I ZAWIERA:

1) Artykuły oryginalne z klinik i szpitali krajowych i zagranicznych i z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. 2) Wyciągi, streszczenia i zdania sprawy z najnowszych prac, publikowanych w kraju i zagranicą, z uwzględnieniem przeważnie *potrzeb lekarza praktycznego*. 3) *Stalą—w każdym numerze—rubrykę zapisków terapeutycznych*, dających dokładny pogląd na najnowsze postępy terapii, wraz z wypróbowanymi formułami przepisywania leków. 4) Zdania sprawy z posiedzeń towarzystw lekarskich; 5) Felieton zajmujący się ważnymi sprawami, dotyczącymi stanu lekarskiego i medycyny publicznej; 6) Wiadomości bieżące, zawierające najświeższe doniesienia o wszystkim co może obchodzić lekarza; 7) Ogłoszenia.

Prenumerata wynosi wraz z przesyłką pocztową: rocznie 6 rubli, półrocznie 3 ruble, kwartalnie 1½ rubla.

REDAKCJA

Kraków, ulica Basztowa 4.

Numer okazowe na żądanie darmo.

ADMINISTRACJA

Kraków, ulica Strzelecka 2.