

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Guz mózgu w okolicy bruzdy Roland'a lewej. Padaczka Jacksonowska. Prawostronny bezwład twarzy, ręki i nogi. Trepanacja i wycięcie guza. Wyzdrowienie, przez prof. J. Kosińskiego. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 20. Histerya u dzieci. 21. Nowa próba na barwniki jółciowe. 22. Przyczynę do nauki o samozatruciu przy chorobie Addison'a. — **Krytyka i bibliografia.** Podręcznik higieny. — Ze spraw bieżących. — Kilka uwag z powodu artykułu D-ra Wroczyńskiego p. t. „Ropień na oponie twardej”. — Ś. p. D-r Karol Zagórski (wspomnienie pośmiertne). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. J. Kosiński — Tumeur de l'encéphale dans les environs de la fissure de Rolando gauche. Epilepsie Jacksonienne, paralysie de la face et des extrémités du côté droit. Trépanation et extirpation de la tumeur. Sanation.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. J. Kosiński — Eine Gehirngeschwulst in der Gegend der linken Rolando'schen Furche. Jackson'sche Epilepsie; rechtsseitige Lähmung des Gesichts und der Extremitäten. Trepanation. Extirpation der Geschwulst. Heilung.

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

Guz mózgu w okolicy bruzdy Roland'a lewej.

Padaczka Jacksonowska. Prawostronny bezwład twarzy, ręki i nogi.

Trepanacja i wycięcie guza. Wyzdrowienie.

przez prof. J. KOSIŃSKIEGO.

(Dokończenie—Zob. N 3).

Przebieg choroby pooperacyjnej.

22. II. Przebudzenie chorego z uspienia było bardzo powolne; wczoraj skarżył się na ból głowy i kilka razy wymiotował. Wieczorem T. 37,8°. Lekkie drgawki w prawej ręce zauważono raz jeden w nocy. Spał z przerwami. Dziś T. 37,2°, tętno 108. Czucie ogólne lepsze niż przed operacją. Ani bólu głowy, ani wymiotów niema. Wygląd lepszy, raźniej się porusza na łóżku niż przed operacją. Zauważył, że smak i powonienie utracił. Zrenice obie jednakowej wielkości, bardziej zwężone niż przed

operacją. Porażenie nerwu twarzowego pozostaje w tym samym stopniu. Mówi mało, ale wyrazy wymawia lepiej. Piśze więcej i lepszym charakterem. Dynamometr pokazuje jak dla prawej tak i dla lewej ręki 40 stopni.

23. II. T. 37,6°. Tętno 120. W nocy nie spał. Uskarża się na szum w głowie. Były lekkie drgawki w twarzy, zresztą czuje się lepiej. Było wypróżnienie. Ma łaknienie; pije bez tej trudności, jaka była przed operacją. Powieki lewego oka nieco obrzękłe, na górnej powiece podbiegnięcie krwawe, źrenice mniej zwężone niż wczoraj, lewa szersza od prawej; obie oddziałują słabo. Objawy bezwładu bez zmiany. Wymowa nieco gorsza. Dynamometr daje ciekawe liczby: prawą ręką chory ściska do 110 stopni, lewą do 65. Wieczorem T. 38,8°, tętno 140.

24. II. Po zastrzyknięciu podskórnem morfiny chory spał całą noc dobrze. Dziś T. 38,6°, tętno 120. Znaczny obrzęk czoła i powiek; prawego oka chory nie może otworzyć. Powieki nieco zaczerwienione. Uskarża się na szum w głowie, przytępienie słuchu i ból tępy w okolicy potylicowej. Opatrunek zmieniono, zdjęto szwy, usunięto gazę, silk i krążki kości spod płata, gdyż nie okazywały one żadnej skłonności do przyrośnięcia. Mózg i błony jego przedstawiały ciemno-czerwoną masę wypełniającą otwór w czaszce i wystającą w postaci przepukliny nad powierzchnią kości. Ropienia nie ma. Skóra na szyi i potylicy obrzękła i znacznie zaczerwieniona. Objaw ten zależy od podbiegnięcia krwi, które się rozlało po całej głowie.

25. II. W nocy spał dobrze. T. 37,8°, tętno 120. Obrzęk powiek mniejszy; oczy otwiera; czerwoność skóry również mniejsza. Ból w potylicy mniejszy, słuch lepszy. Stan ogólny chorego bardzo dobry.

26. II. T. 38,2°. Stan chorego bardzo dobry; spał dobrze. Obrzęk i zaczerwienienie skóry znika. Bólu w potylicy już nie ma. Zmieniono opatrunek. Na dnie rany mózg mocno jeszcze zaczerwieniony i nacieczony krwią.

27. II. T. 37,4°, tętno 100. Chory czuje się bardzo dobrze, siedzi na łóżku. Spał dobrze. Łaknienie ma dobre. Objawy niedowładu bez zmiany. Podczas snu chory, który przed operacją i w pierwszych dniach po operacji spał z niedomkniętym prawym okiem, obecnie śpi z powiekami zamkniętymi. Połykanie daleko łatwiejsze i prędzse niż przedtem. Dynamometr wskazuje siłę jednakową dla obu rąk, po 90 stopni.

28. 29. II. Stan chorego zupełnie zadawalający. Pierwszy raz po operacji opuścił łóżko na dwie godziny i siedzi na fotelu.

1. III. W nocy chory nie spał dobrze; zdaje się, że siedzenie wczorajsze przez dwie godziny w fotelu zaszkodziło mu, bo czuje się osłabiony i senny. T. 37,5°. Tętno zmienne od 80 do 120.

2. III. Czuje się dziś znów dobrze. T. 37,2°, tętno 80 — 100. Smak znacznie lepszy. Rozpoznaje smak słodki od gorzkiego daleko lepiej niż zaraz po operacji, a nawet wyraźniej niż przed operacją. Zmieniono opatrunek. Mózg jeszcze czerwony i znacznie wypukłony nad otworem kostnym. Płat skórny pomimo starannego ucisku odwija się i kurczy na swojej podstawie. Ropienia zaledwie ślady.

3. III. Oftalmoskopowano oczy chorego, przyczem znaleziono, że obrzęk brodawek nerwu wzrokowego znacznie jest mniejszy niż przed operacją (*neuritis retrograda*). Prawa źrenica nieco mniejsza od

lewej; oddziaływają obie jednakowo. Chory czyta daleko więcej niż przed operacją.

4. III. Powierzchnia wystająca mózgu pokryta cienką zgorzelinową warstwą. Wypuklenie zmniejsza się, a mózg wypuklony tętni wyraźniej niż w pierwszych dniach. W środku wypuklonej części mózgu uwidatnia się szpara dzieląca go na dwie połowy. Szpara odpowiada ranie, a raczej jamie pozostałej w mózgu po usunięciu nowotworu.

5—12. III. Stan chorego wogóle jest zupełnie zadawalający.

13. III. Dziś z rana chory miał w twarzy drgawki kloniczne, czuje się nieco osłabiony i zmęczony, doznaje rodzaju nudności i to uczucie niepokoi go i przypomina mu stan, w jakim znajdował się zwykle przed większymi napadami padaczki przed operacją. Przedmiotowo nic się nie spostrzega. Ciężota 37,2°.

14. III. Obawa, by padaczka nie wróciła, minęła i dziś chory ma się dobrze i jest w dobrym humorze.

15—16. III. Wypuklony mózg oczyszcza się na powierzchni i zmniejsza się. Na powierzchni obnażonej kości występuje unaczynienie, a miejscami pokazuje się ziarnina.

17—21. III. Stan dobry. Objawy bezwładu nerwu twarzowego zmniejszają się wyraźnie. Ruchy mimiczne stają się bardziej prawidłowe. Prawa żrenica jeszcze nieco węższa od lewej. Wystający mózg ma coraz mniejsze rozmiary, powierzchnię znacznie czystsza i pokrytą warstwą szarawej limfy.

24. III. Wczoraj były lekkie drgawki twarzy trwające kilka sekund.

25. III. Dziś również powtórzyły się drgawki w twarzy, co chorego niepokoi i wprawia w zły humor. Ciężota przez wszystkie dni utrzymuje się około 37°; często 36,8°.

27. III. Powonienie wraca.

Od 28 marca do 12 kwietnia w stanie chorego znacznych zmian nie zaistniało. Objawy podmiotowe nie budzą żadnej obawy. Przy pomocy oftalmoskopu stwierdzono na dnie oka powrót brodawki nerwu wzrokowego do stanu prawidłowego. Tarczy zastoinowej niema wcale. Ropienie w ranie nieco obfitsze. Mózg wyglądający przez otwór już się nie wypukla; tętnienie bardzo wyraźne; powierzchnia pokryta szaro-czerwoną ziarniną. Na powierzchni kości obnażonej obfita ziarnina, pomiędzy którą tu i owdzie pozostają wysepki gładkiej kości. Te blaszki kostne zaczynają się podnosić i oddzielać. Chory opuszcza klinikę na własne żądanie.

Odtąd K. może być uważany za rekonwalescenta. Przychodzi do kliniki codziennie dla opatrunku rany, która umiarkowanie ropicie i powoli się goi. Na powierzchni kości ziarnina miejscami zaciąga się blizną, miejscami oddzielają się blaszki kostne, a pod nimi ziarnina także się zabliznia. Mózg, który się zrównał z powierzchnią brzegów kości, również zaciąga się cieniutką blizną. Co się tyczy płata skórniego, to ten ściągnął się i zmniejszył znacznie.

Z powyższego opisu przebiegu pooperacyjnego rany czytelnik widzi, że jakkolwiek zaraz po zrobionej operacji na płat nałożyłem szew w nadziei, że część jego przyrośnie przez rychłozrost, to jednak już na czwarty dzień, gdy zakrzepy krwi, nacieczenie płata i otaczającej skóry, a głównie występujący z otworu w postaci przepukliny mózg odebrały wszelką nadzieję, aby rana mogła się inaczej zagoić jak tylko przez ropienie, staranie utrzymania płata

przyrośniętym zostało zaniechane. Opatrywałem ranę gazą jodoformową wkładaną pomiędzy płat skórny a czaszkę, lub też przykrywałem powierzchnię mózgu silkiem a następnie warstwą gazy. Dla bardziej szybkiego oczyszczenia powierzchni mózgu z warstwy wysięku od czasu do czasu pędzlowałem ją nalewką jodową. Oddzielające się blaszki kostne uległe zgorzeli usuwałem szczypcami lub elewatorem. W ten sposób oczekiwałem, aby cała rana pokryła się blizną. Gdy to nastąpiło i ropienia już prawie żadnego nie było, natenczas postanowiłem przystąpić do operacji plastycznej t. j. okrwawić bardzo delikatnie powierzchnię wewnętrzną płata i brzegi jego, to samo zrobić z powierzchnią bliznowatą na kości, powiększyć płat przez przedłużenie cięcia u podstawy i przykryć nim całkowicie kość i otwór trepanacyjny. Zanim jednak rana przyszła do stanu pożądanego dla wykonania zamierzonej operacji plastycznej, upłynęło cztery miesiące. Nie spieszyłem się też z nią, dbając o to głównie, aby w ranie nie pozostawić blaszek obumarłej kości lub ropienia, co niezawodnie mogłoby wpłynąć na nieudanie się operacji, a oddzielanie się owych blaszek szło bardzo wolno. Operacji tej mogłem dokonać dopiero 1 lipca. Wynik jej był najzupełniej pomyślny. Płat na całej przestrzeni przyjął się doskonale, wyjąwszy małą szparę od przodu, która jednak prawie bez ropienia pokryła się suchym strupem i pod nim się zagoiła. K. dla wykonania owej operacji plastycznej powrócił na tydzień do kliniki. Operację zrobiono pod chloroformem.

Godne uwagi jest wahanie, jakie notowaliśmy w wadze ciała naszego chorego w okresie pooperacyjnym. (Jak się ta rzecz miała w ciągu długiej choroby przed operacją, nie wiemy. Żona utrzymuje, że chory schudł bardzo). Otóż waga ciała przed samą operacją wynosiła 146 $\frac{1}{2}$ funtów, 14 kwietnia chory ważył 154 funtów, 13 maja 170 funtów, t. j. po operacji przybyło choremu przez trzy miesiące około 16 funtów. Następnie zaczął znów tracić na wadze, a mianowicie 1 lipca ważył tylko 143 funtów, a 25 lipca już tylko 138 $\frac{1}{2}$ funtów i wtenczas to z zagojoną zupełnie raną opuścił klinikę po powtórnej w niej bytności.

Musimy teraz skreślić ogólny wynik operacji, a dla lepszego uwydatnienia, co osiągnęliśmy przez zabieg operacyjny, przedstawię opis stanu K. w dwóch kolumnach, w jednej przed operacją, w drugiej po zupełnem zagojeniu rany, kiedy chory opuszczał klinikę.

STAN PRZED OPERACJĄ.

Napady padaczkowe z utratą przytomności w początkach rzadkie, następnie coraz częstsze, a w ostatnich sześciu, ośmiu tygodniach co parę tygodni i częściej.

Drgawki w twarzy powtarzają się bardzo często i przechodzą na kończynę górną prawą, a czasami na obie.

Bezwład prawej połowy twarzy niezupełny; lekki bezwład w kończynach.

STAN PO OPERACJI.

Ani razu napadu padaczki od chwili zrobionej operacji nie było.

Drgawki wracają od czasu do czasu, lecz ograniczone są tylko do samej twarzy i znacznie są słabsze.

Bezwład twarzy pozostaje, chociaż w słabszym stopniu. Śpiąc, powieki ma chorey zamknięte.

Straszne bóle głowy w ostatnich kilku tygodniach przed operacją, prawie stałe a chwilami tak gwałtowne, że chory nie może sobie dobrać położeń, żeby małej doznać ulgi.

Oslabienie siły mięśniowej w prawej kończynie górnej i po części w lewej.

Neuritis optica zanotowana w ostatnich dniach choroby.

Mowa bardzo utrudniona i w końcu niewyraźna.

Czyta z wielką trudnością i pisze charakterem bardzo zmienionym.

Polykanie bardzo utrudnione i z postępem choroby staje się prawie niemożliwe.

Otwieranie ust utrudnione.

Łaknienie bardzo upośledzone.

Sen z powodu bólu głowy bardzo zły.

Bóle znikły z chwilą operacji całkowicie; w pierwszych dniach były tylko w postaci ociążałości głowy i niewielkiego bólu w potylicy, odmiennego jednak charakteru. Już w drugim tygodniu po operacji nie było żadnych bólów.

Już na czwarty dzień po operacji siła w prawej kończynie jest większa niż w lewej; wkrótce potem nastąpiło zrównanie zupełne.

Znikła po operacji w ciągu kilku pierwszych tygodni.

Znacznie lepiej mówi, chociaż wymawia wyrazy powoli.

Czyta łatwo i chętnie; pisze charakterem ładniejszym.

Je i pije zupełnie swobodnie.

Otwiera usta z zupełną łatwością.

Łaknienie wróciło zupełnie; jada bardzo chętnie i wiele.

Sen zupełnie dobry.

Z zestawienia objawów choroby K. przedoperacyjnych z tymi, które pozostały po operacji, widzimy, jak pomyślny wynik dała nam operacja. Przypadek ten bez zaprzeczenia należy do rzadkich i wielce ciekawych i pouczających w kazuistyce guzów mózgowych. Rozpoznanie guza i jego umiejscowienie nie było zbyt trudne, a dokładność rozpoznania została przez operację stwierdzona. Sprawdziły się również oczekiwane od operacji wyniki. Owe straszne bóle głowy z chwilą operacji ustąpiły zupełnie. Znajdują one objaśnienie swoje, jak wzmiankowaliśmy wyżej, w tem, że guz, póki był mały, leżał w pewnem oddaleniu od opon i żadnego zapalenia nie wywoływał, a więc i bólu nie sprawiał. W miarę wzrastania i przybliżania guza do powierzchni opona miękka mózgu ulegała drażnieniu i zapaleniu, powstały zrosty i to, zdaje się, było powodem owych bólów. Padaczka z usunięciem guza znikła zupełnie; tylko lekkie drgawki w mięśniach twarzy od czasu do czasu wracają. Objawy niedowładu jeszcze częściowo pozostały w twarzy. Również i mowa, jakkolwiek poprawiła się znacznie, jednak do stanu prawidłowego nie wróciła. Czy te pozostałe jeszcze zmiany ustąpią z czasem całkowitego, nie wiem, ale zdaje mi się, że nie. A zdaje mi się dla tego, że wskutek operacji, następczego ropienia i zgorzeli wypukłonej części mózgu, pozostał znaczny brak tego narządu i brak ten chyba nie będzie nigdy wyrównany.

Pozostaje ważniejsza troska, a jest nią obawa nawrotu guza i objawów chorobowych. Dotąd (do 25 października) nic nie zdradza powrotu nowotworu i mniemam, że go nie będzie, jakkolwiek mikroskopowa budowa guza przemawia za jego złośliwością. Ponieważ jednak guz był wyjęty w całości, a nadto znaczna część istoty mózgu w najbliższem otoczeniu guza została usu-

nięta bądź podczas operacji, bądź wskutek dłuższego ropienia pooperacyjnego i ponieważ dotąd w ciągu siedmiu miesięcy nie wystąpiły żadne objawy nawrotu choroby, można więc mieć pewną otuchę, że wyleczenie chorego będzie trwałe.

Anatomiczne cechy guza wyjętego z mózgu K. były następujące: kształt jego kulisty, powierzchnia garbowata, z uwydatnionemi wypukłościami i zakłębieniami, barwa szaro-czerwona, wielkość sporego orzecha włoskiego, waga 20,4 gm. Twardość dość znaczna, mniej lub więcej taka, jak twardość prawidłowego gruczołu chłonnego. Do powierzchni guza przylegała bezpośrednio miękka istota mózgu, tu i owdzie dająca się na guzie rozpoznać po jego wyjęciu.

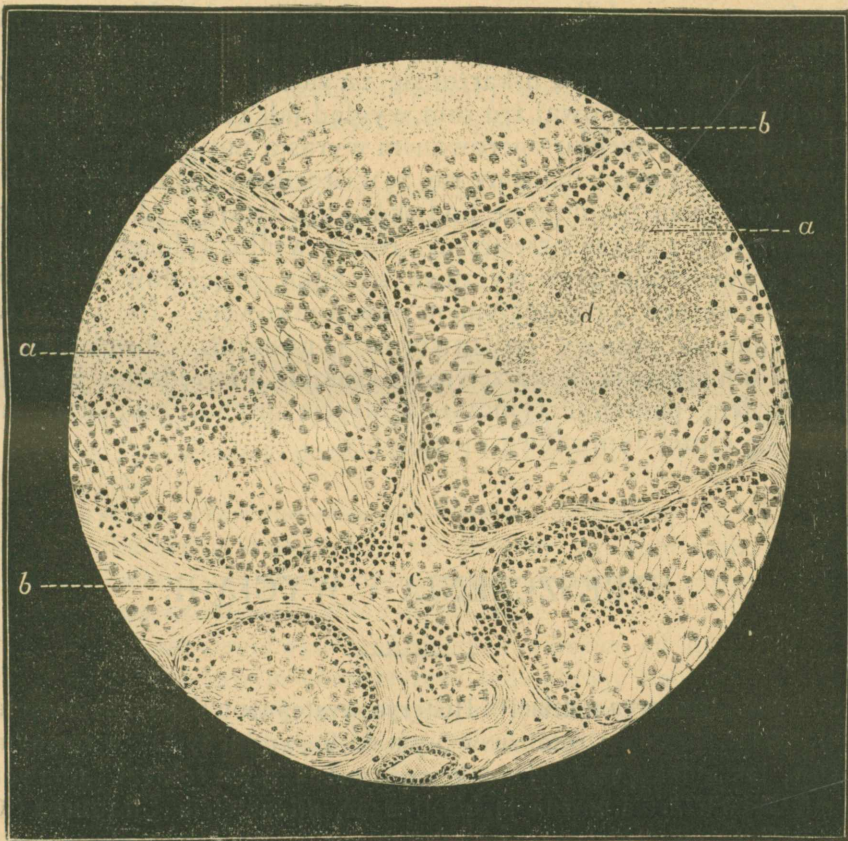
Na powierzchni przekroju guz wszędzie jednolity, gładki, znacznie jaśniejszej barwy niż jego powierzchnia, szarawo-białawy. Jak to już zauważyliśmy przy opisie operacji, guz małą tylko powierzchnią przylegał do opony twardej, będąc przykryty oponą miękką, która była do niego ściśle przyrośnięta z wyjątkiem małej przestrzeni na najbardziej wypukłej części guza, w której zawierała się przezroczysta wodnista ciecz, oddzielająca oponę miękką od guza i tworząca niejako małą torbiel wielkości ziarna małej fasoli. (Obraz ten podczas operacji, zrodził we mnie chwilowe mniemanie, czy przypuszczalny guz nie jest torbielą wągra). Całą zresztą masą swoją guz leżał w istocie zarówno szarej jak i białej mózgu, wrastając wń i rozpychając oraz sprawdzając znaczne rozmiękczenie jego w najbliższym sąsiedztwie.

Budowę drobnowidzową guza z preparatu zrobionego przez d-ra DYDŃSKIEGO opisuje prof. PRZEWOSKI następującemi słowy¹⁾. „Cały nowotwór składa się z grubościennych tworów rurkowatych (*a, a*), które po części przebiegają samodzielnie, poczęści zapomocą odnóg bocznych łączą się ze sobą w sposób bardzo rozmaity. Całość nowotworu stanowi splot wymienionych rurek w najrozmaitszym kierunku, tak iż na każdym polu mikroskopu spotyka się przecięcie rurek poprzeczne, skośne, podłużne i t. d. Rurki łączy ze sobą włóknista tkanka łączna (*b, b*), która zawiera niewielką ilość komórek wrzecionowatych, tu i owdzie jest dość mocno nacieczona leukocytami (*c*) i nigdzie nie zawiera wielkiej ilości naczyń krwionośnych. Ściana każdej rurki nowotworowej zbudowana jest z tkanki łącznej zawierającej bardzo wiele dużych komórek i mało istoty międzykomórkowej. Komórki w ścianie rurek są okrągławe, wielościennie, owalne, wrzecionowate, a nawet walcowate. Zaródź komórek obfita, słabo włóknista. Jądra tych komórek także dosyć duże, owalne lub okrągławe, posiadają bardzo rozmaitą ilość chromatyny. Jąderka również duże. O ile komórki posiadają jedną przeważającą średnicę, o tyle uwydatnia się na nich promieniste ułożenie w stosunku do osi rurek. Zwykle przytem komórki największe, wrzecionowate lub walcowate, leżą tuż dokoła światła rurki, a inne, wielościennie, okrągławe i t. d. głębiej w ścianie. Wszędzie zauważyć też można, że promienisto ułożone, centralne komórki rurek łączy bardzo nieznaczna ilość prawie jednorodnej istoty międzykomórkowej, gdy tymczasem w miarę oddalania się ku obwodowi rurek ilość istoty międzykomórkowej wzrasta i staje się ona nieco włóknistą. Nigdzie jednak pomiędzy centralnemi komórkami rurek a obwodowemi niema wyraźnej grani-

¹⁾ Załączony rysunek, wykonany przez d-ra KUCZYŃSKIEGO ilustruje podany tu opis.

cy. Tak samo od zewnątrz ściana rurek bez jasnej granicy przechodzi w otaczającą włóknistą tkankę łączną. W ścianach rurek nowotworowych nigdzie nie można było zauważyć naczyń krwionośnych. Dodać tylko należy, że w komórkach wchodzących do budowy ściany rurek nowotworowych często spotykano postaci karyokinetyczne. Najczęściej znajdowano kłębek (*spirema*), gwiazdę (*aster*) i rzadziej *diaster*.

Światło rurek nowotworowych było rozmaicie szerokie, miejscami bardzo nieznaczne, w innych miejscach znowu takie, jak światło zwiniętych kanalików moczowych w istocie korowej nerki człowieka i większe. Prawie zawsze



światło rurek było wypełnione jednorodną, szklistawą lub "drobnoziarnistą" masą (*d*), na której tu i owdzie wykazać można było naturę białkową.

Badając części obwodowe nowotworu, można się było przekonać, że punktem wyjścia dla wytworzenia rurek nowotworowych były ściany naczyń krwionośnych i to ściany w całej swojej grubości. Powiększenie komórek w ścianach i ich mnożenie się stwierdzić można było zarówno na śródbłonku jak i na komórkach leżących głębiej w ścianie. Światło rurek nowotworowych stanowiło zmienione światło naczyń krwionośnych. O ile nowotworze-

nie z naczyń opony miękkiej przechodziło na korę mózgową, o tyle w wytwarzaniu rurek przyjmowały udział i pochewki naczyniowe.

Opierając się na powyższej budowie, nowotwór należy zaliczyć do mięsaków (*sarcoma*), a mianowicie do tej ich odmiany, którą nazywają *angiosarcoma plexiforme*¹⁾.

Nie mogę zakończyć niniejszego artykułu, aby nie wyrazić podziękowania p.p. asystentom kliniki mojej za ich staranną i troskliwą opiekę około chorego i umiejętną pomoc przy operacji. Szczególnie wdzięczny jestem kol. SZPILREINOWI, który zajął się z wielką gorliwością doglądaniem chorego i niezmiernie ścisłym prowadzeniem dziennika, co mi w znacznym stopniu ułatwiło opisanie niniejszego spostrzeżenia.

Gdy powyższe spostrzeżenie już się drukować zaczęło, K., który stosownie do mego życzenia co kilka tygodni przychodził do kliniki celem prowadzenia kontroli stanu jego zdrowia, po dwumiesięcznej przerwie znów się nam przedstawił. I tym razem nie uskarżał się na żadne nowe objawy ze strony układu nerwowego, zachował ten sam wygląd jak za ostatniej bytności, spostrzegł jednak, że na miejscu operowanym wyrasta mu płaski guz. Przy dokładniejszym oglądaniu przekonał się, że wistocie na gęsto pokrytem włosami miejscu operowanym znajduje się pod skórą guz twardy, płaski, prawie nieruchomy, zajmujący znaczną przestrzeń. Nadto wzdłuż tylnego brzegu mięśnia mostko-obończyko sutkowego wyczuwa się kilka gruczołów chłonnych niezawodnie dotkniętych przeistoczeniem nowotworowem. Nie ulega więc wątpliwości, że nawrót sprawy nowotworowej nastąpił. Sprawa ta, jak się zdaje, dotąd umiejscawia się na zewnątrz czaszki, oszczędzając jamę jej i mózgowie. Zaleciłem choremu tymczasem użycie płynu FOWLER'a; może później okaże się niezbędnym zabieg operacyjny.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

20. BÉZY. **Histeria u dzieci**¹⁾. Histeria występuje u dzieci najczęściej w wieku od 8 do 15 lat, dość często także w 5-ym do 8-go roku życia, w równym stopniu u chłopców, jak u dziewcząt. Jednakowoż i przed 5-ym rokiem, a nawet w pierwszych miesiącach życia można ją spostrzegać, mianowicie CHAUMIER i OLLIVIER znaczną część przypadłości nerwowych i drgawek wczesnego okresu dzieciństwa kładą na karb histerii. Podstawową przyczynę choroby stanowi dziedziczność bezpośrednia i pośrednia, na której tle wybucha histeria głównie pod wpływem trzech czynników: niewłaściwego wychowania, silnych wzruszeń oraz naśladownictwa²⁾. Prócz tego choroba może powstać pod wpływem posiedzeń hipnotycznych, sugestyi, a także w następstwie chorób zakaźnych; onanizm, zdaniem autora, nie ma pod tym względem wpływu.

¹⁾ Jest to sprawozdanie z dyskusyi w tej sprawie na kongresie neurologów i psychiatrów francuskich, który odbył się w Tuluzie w sierpniu r. z. Głównym referentem był BÉZY. W nawiasie podane są poglądy lekarzy, przyjmujących udział w dyskusyi.

²⁾ Autor używa terminu „*contagion*“.

Symptomatologia histeryi dziecięcej jest nie mniej rozmaita, jak u ludzi dorosłych. Przedewszystkiem cierpienie to może się objawić jako napad drgawkowy całkowity, który niczem się nie różni od takiegoż napadu u osób dorosłych, albo też drgawki są miejscowe np. tak zw. płasawica rytmiczna, elektryczna (*chorea rhythmica, electrica*), niektóre formy płasawicy zwykłej, kaszel spazmatyczny, czkawka, jękanie i t. d. Drugą postać histeryi u dzieci stanowi postać niedrgawkowa; zaliczyć tu należy porażenia, przykurczenia, astazyę, abazyę, atetozę; tutaj też należą liczne zaburzenia krążenia i trawienia, niektóre krwotoki, stany somnambuliczne i hipnotyczne oraz znieczulenia i nadczułości. Wreszcie histerya może naśladować najrozmaitsze choroby organiczne wieku dziecięcego jakoto: koksalgję, chorobę POTT'a, zapalenie opon mózgowych, porażenie połowiczne, spastyczne, skrzywienie kręgosłupa, nietrzymanie moczu, strach nocny i t. d.

Ro z p o z n a n i e histeryi u dzieci jest często nader trudne wskutek trudności w wykrywaniu stygmatów histerycznych.

Całkowity napad histeryczny łatwo rozpoznać, natomiast gdy drgawki nie są typowe, trudno odróżnić je od padaczkowych. Wskazówek pewnych dostarcza stan umysłowy chorego: histeryk bywa zwykle pojętny, ruchliwy, czynny, epileptyk zaś jest najczęściej ograniczony, niepojętny, apatyczny. Sam napad przy padaczcze powtarza się zwykle wciąż jednakowo, podczas gdy obraz napadu histerycznego jest bardziej zmienny.

W przypadkach histeryi, naśladowującej inne cierpienia, rozpoznanie również nie jest łatwe, najbardziej zaś da się to powiedzieć o koksalgii histerycznej.

Cechy pozwalające odróżnić koksalgję rzeczywistą od powstałej na tle histeryi są następujące. Koksalgia rzeczywista powstaje i rozwija się powoli, bóle dowolne są przy niej słabe, natomiast ból przy ucisku jest bardzo żywy; istnieje obrzęk miejscowy, skóra jest gorąca i nieczuła, położenie kończyny jest ciągle jednakowe, zanik mięśni jest wyłącznie miejscowy; przy koksalgii histerycznej choroba powstaje nagle, rozwija się skokami, bóle dowolne są bardzo mocne, skóra jest nadczuła, położenie kończyny często się zmienia, a zaniki mięśniowe są często bardzo rozległe.

Histeryczne udawanie choroby POTT'a odróżniamy na tej zasadzie, iż przy histeryi przykurczenia znikają podczas narkozy chloroformowej, ból zaś jest inaczej umiejscowiony, niż przy cierpieniu organicznem i zależy od istnienia nadczułości (*zones hyperesthésiques*) wzdłuż kręgosłupa.

Rzekome zapalenie opon mózgowych zależne od histeryi odróżnia się od rzeczywistego napadowym charakterem bólu głowy, będącym w związku z nadczułością skóry owłosionej; prócz tego przy *pseudomeningitis* brak zwykle gorączki, tętno zaś może być przyspieszone lub zwolnione, lecz nigdy nie bywa nierówne.

Porażenia kończyn pojedynczych histeryczne nie mają tego nagłego początku, który jest właściwy porażeniom pochodzenia organicznego; towarzyszące im znieczulenia nie trzymają się obrębu nerwów obwodowych, jak to bywa przy porażeniach pochodzenia obwodowego.

Niemota histeryczna jest łatwa do rozpoznania w tym przypadku, gdy zjawia się nagle po napadzie histerycznym lub też w związku z jakimś odległym urazem np. w okolicy nogi; jeśli zaś objaw ten ukazuje się po przebudzeniu u osobnika poprzednio zupełnie zdrowego lub też po napadzie udarowym, należy podejrzewać organiczne jego pochodzenie.

Porażenie połowiczne pochodzenia histerycznego w braku stygmatów rozpoznajemy na podstawie danych etyologicznych, sposobu rozwoju cierpienia oraz

wpływu zabiegów leczniczych; przy porażeniach histerycznych zmiany odżywcze są mniej wyrażone niż przy organicznych, natomiast strona czynnościowa jest bardziej upośledzona.

Skrzywienie kręgosłupa histeryczne wyróżnia się sposobem powstania nagłym, zboczenie kręgosłupa jest przy niem bardziej rozległe, niż przy skrzywieniu rzeczywistym oraz umiejscowione głównie w części lędźwiowej; przytem odnaleść można cechy, charakteryzujące przykurczenie histeryczne.

(PITRES ostrzega przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem histeryi u dzieci i radzi być pod tym względem bardziej oględnym zwłaszcza wobec trudności w wykrywaniu stygmatów histerycznych u dzieci. Zdanie to podzielają RÉGIS i BRIAND; ten ostatni zwraca uwagę, iż objawy, przypisywane histeryi, mogą być wynikiem pewnych stanów zwyrodnienia umysłowego).

Rokowanie przy histeryi dsieczącej jest o tyle pomyślne, o ile choroba zostaje wczesnie rozpoznana i leczona. (Zwłaszcza, zdaniem PITRES'a stosuje się to do jąkania oraz drgawek miejscowych (*tics*). Znaczne obciążenie dziedziczne czyni rokowanie mniej pomyślnem.

Leczenie zapobiegawcze polega na usunięciu dziecka z otoczenia rodziny, o ile ona może mieć wpływ szkodliwy. Leczenie właściwe polega głównie na stosowaniu sugestyi; autor radzi odbywać sugestyę na jawie, przeciwny zaś jest stosowaniu sugestyi w śnie hipnotycznym, który szkodliwie działa na młodych chorych; sugestya dla większej skuteczności powinna być połączona z ośrobinieniem chorego z pod wpływu zwykłego otoczenia.

(Przeciwko temu oponuje BÉRILLON, twierdząc, iż przy umiejętnem stosowaniu metoda hipnotyczna nie może przynieść szkody dzieciom, które wogóle łatwo jest wprowadzić w stan snu hipnotycznego; według zdania tego autora histerya u dzieci w większym stopniu zależy od wadliwego wychowania, niż od dziedziczności; najłatwiej zaś usunąć wpływ tego czynnika właśnie zapomocą sugestyi w stanie uśpienia hipnotycznego).

(*Semaine Médicale* Nr. 37. 1897)

A. Tumpowski (Łódź).

21 GLUZIŃSKI. **Nowa próba na barwniki żółciowe.** Autor zauważył na preparatach BROWICZA, że zawartość kanalików żółciowych wątroby, stwardnionej w formalinie, przyjmuje pewne zabarwienie żółtawe lub zielonkawe. Fakt ten skłonił go do przedsięwzięcia prób, mających na celu stosowanie formaliny jako odczynnika na żółć, a właściwie na barwniki żółciowe.

Jeżeli dodamy do żółci nieco formaliny, na razie żadnych zmian nie zauważymy, lecz po 24-ch godzinach barwa staje się zieloną, po kilkuminutowem zaś zagotowaniu otrzymujemy piękną szmaragdowozieloną barwę, która po zakwaszeniu kilku kroplami kwasu mineralnego (np. solnego) przechodzi w barwę ametystowo-fioletową.

Z rozczynami bilirubiny, biliwerdyny, bilifuscyny i in. przerobiono ten sam odczyn i przekonano się, że i tu powtarza się to samo. Każdy z tych barwników nawet w znacznem rozcieńczeniu daje tę samą szmaragdową barwę (po zagotowaniu z formaliną), która przechodzi w części do chloroformu i eteru, jeżeli płyny te skłócimy. Po dodaniu HCl barwa ametystowa po skłóceniu z chloroformem pozostaje w płynie, na dnie którego osiada chloroform zabarwiony na zielono.

Barwniki żółciowe w rozczynach alkoholowych (dodanie kilku kropel ługu sodowego) dają również po zagotowaniu z formaliną barwę zieloną, a po dodaniu HCl barwę niebieską. Formalina, jak wiadomo, silnie odtleniająca stanowi tedy

dobry odczynnik na barwniki żółciowe, a czułością odczynu przechodzi dotychczas używane.

W moczu, zawierającym składniki żółci, barwy te występują bardzo wyraźnie. Mało wyraźna jest barwa ametystowa w moczu, zawierającym ślady barwników żółciowych obok dużych ilości urobiliny, odróżnić ją jednak można, a barwa zielona i tu bardzo jest wyraźna. G. na zasadzie swych badań przypuszcza, że w przypadkach żółtaczki do moczu z barwników żółciowych przechodzi głównie biliwerdyna.

Co się tyczy barwników krwi, zauważyć można, że zagotowanie moczu, zawierającego barwniki krwi z formaliną, a następnie dodanie HCl wywołuje w wyciągu chlorormowym barwę czerwonawą i daje widmo właściwe hematynie w roztworach kwaśnych.

(*Przegląd Lekarski* Nr. 52. 1897).

Grundzach.

22. M. MOSSE. **Przyczynę do nauki o samozatruciu przy chorobie Addison'a.** W celu zbadania czynności nadnerczy autor wstrzykiwał zwierzętom wyciąg z nadnerczy, śledziony i wątroby osobnika zmarłego wskutek typowej choroby ADDISON'a. Wyciąg przygotowywał on podług sposobu BLUMENTHAL'a: X gramów narządu rozcierał w moździerzu z równą ilością fizyologicznego roztworu soli kuchennej nasyczonej chloroformem (z dodatkiem 0,5 cm. 10% węglanu sodu na 100 cm), miazgę wlewał do flaszki, stawiał na lód na 24 godziny, następnie cedził przez płótno, centrifugował i otrzymany płyn brał do doświadczeń.

Wyciąg nadnerczy zabijał myszy w przeciągu czasu od kilku minut do kilku godzin; po zastrzyknięciu zaczynały się one chwiać, a po minucie kładły się nieruchomo. Wyciąg śledziony w małej ilości zabijał myszy w kilka minut, do jednej doby; od 0,3 mysz zostawała przy życiu pomimo wystąpienia objawów otrucia jak przy stosowaniu wyciągu nadnerczy; u ostatniej myszy pozostało osłabienie kończyn tylnych; od 5,0 wyciągu śledziony świnka zginęła po 4-ch dniach; od wyciągu wątroby zginęła jedna mysz z 4-ch po upływie 1½ doby. Wstrzyknięcie równej ilości wyciągu tychże samych narządów osobnika z *nephritis chronica* pozostało zupełnie bez skutku. Z tych doświadczeń można wyprowadzić wniosek, że w narządach szczególnie w śledzionie nagromadza się jakaś substancja trująca, pochodząca prawdopodobnie ze krwi. Jadowitość wyciągu samych nadnerczy może zależeć nie od ich swoistej czynności, lecz od zmian patologicznych, jakie w nich zaszły (masy serowate, gruźelki). Spostrzeżenia autora zgadzają się zupełnie z wynikami francuskich i włoskich autorów, którzy stwierdzili wielką jadowitość krwi zwierząt pozbawionych nadnerczy.

SZYMANOWICZ i CYBULSKI wypowiedzieli pogląd, że nadnercza wytwarzają i wprowadzają do krwi pewną substancję, która utrzymuje w stanie tonicznego napięcia ośrodki nerwów naczynioruchowych, błędnego, ośrodki oddechowe i rządzące napięciem mięśni. Autor jednak uważa pogląd ich za niewystarczający, gdyż po ustaniu czynności nadnerczy następuje podług jego doświadczeń samozatrucie organizmu. Przychyla się on do zdania NEUSSER'a, że nadnercza mają zadanie podwójne: po pierwsze wytwarzanie pewnej substancji, mającej bardzo ważne znaczenie fizyologiczne, powtórne zubożenie jadów. Ustanie obu czynności nadnerczy jest powodem objawów chorobowych i śmierci przy chorobie ADDISON'a.

(*Fortschritte der Medecin. T. XV. Nr. 21*).

J. Maliniak.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

PODRĘCZNIK HIGIENY

(Handbuch der Hygiene) wydawany przez d-ra T. Weyl'a. Nakładem G. Fischer'a w Jenie.

Najobszerniejsze dzieło zbiorowe o higienie, opracowane przez kilkadziesiąt specjalistów, opuści wkrótce prasę. Sądźmy, iż wiadomość ta u pracujących na polu higieny obudzi żywe zajęcie i z tego względu pragnęlibyśmy z dziełem tem czytelników zapoznać.

Jeżeli anglicy trzymają palmę pierwszeństwa na polu popularyzacji wiedzy i potrafią najzawikłańsze naukowe kwestye dostępne dla ogółu wyłożyć, powierzając spełnienie tego zadania swym najznakomitszym uczonym, to Niemcom trzeba oddać sprawiedliwość, iż posiadają umiejętność opracowywania dzieł zbiorowych i dążą do ogarnięcia całości danej gałęzi wiedzy i jej wyczerpującego przedstawienia. W żadnej literaturze nie znajdziemy chyba tyle dzieł zbiorowych i tak dobrze zorganizowanej pracy w tym względzie, co w Niemczech. Jeżeli się nie mylimy, to jednym z najwcześniejszych działaczy na tem polu był VIROHOW, który w r. 1854, a zatem już przeszło lat czterdzieści temu rozpoczął wspólnie z piętnastoma innymi ówczesnymi uczonymi wydawnictwo obszernej patologii i terapii szczegółowej. Od tego czasu wydawnictwa podobne w Niemczech tak się rozpowszechniły, że dziś nie masz prawie specjalności, któraby w postaci zbiorowego i wyczerpującego dzieła nie była tam reprezentowana. Oczywiście i o higienie również nie zapomniano, a pierwsze dzieło zbiorowe jej poświęcone, jakie się w Niemczech pojawiło, wydane było przez szwajcarskiego uczonego i badacza na polu higieny, T. E. ERISMANN'a, przed laty kilkunastu. Atoli obszary higieny we wszystkich kierunkach tak szybko i silnie się rozrastają, że dzieło z przed kilkunastu laty już dziś nie odpowiada potrzebom. Nadto należy jeszcze uwzględnić i to, że higiena nie jest jakąś w sobie zamkniętą specjalnością, lecz stanowi zbiór bardzo licznych umiejętności, stosowanych w celu ochrony zdrowia społecznego i osobniczego. O ile przeto i obszary tych umiejętności rozszerzeniu ulegną i jako czynniki pomocnicze na pole higieny wkroczą, o tyle częściej zachodzi potrzeba przedstawienia całokształtu higieny i uporządkowania faktów tak szybko ją wzbogacających. Tą tylko drogą da się osiągnąć możność utrzymania czytelnika na współczesnej wysokości nauki i zapoznania go z nowymi jej zdobyczami.

Dzieło zbiorowe, jeśli jest wedle odpowiedniego celowi planu opracowane i konsekwentnie rozwija pewną przewodnią ideę, a nie jest tylko zbiorem luźnych monografii, ma bardzo ważne znaczenie, gdyż niezmiernie ułatwia pracę, zaoszczędza wiele czasu każdemu chcącemu się z przedmiotem zapoznać i podaje wszelkie a tembardziej najnowsze źródła, dając tym sposobem wskazówki, gdzie czego szukać należy w zakresie danej specjalności.

Wszystkie te dodatnie warunki posiada zbiorowe dzieło WEYL'a obliczone na dziesięć wielkich tomów, a których już wyszło ośm i początek dziewiątego. Aby dać pojęcie o rozmiarach dzieła, dość powiedzieć, że dotąd wyszło już 350 arkuszy i to ścisłego, bez interlinii druku, co odpowiada 400 arkuszom druku zwyczajnego. Udział w pracy wzięło przeszło 60-ciu specjalistów, jako to lekarzy, bakteriolo-

gów, inżynierów, budowniczych i techników, pedagogów, kierowników różnych instytucji i t. d., a w liczbie tej spotykamy nie mało nazwisk w nauce zasłużonych, lub należących do dzielnych specjalistów w zakresie higieny.

Dla braku miejsca nie możemy tu podawać szczegółowej treści wszystkich 10-ciu tomów, ograniczymy się tylko na wymienieniu głównych działów.

Tom I zawiera historyczny rozwój urządzeń zdrowotnych w państwach ucywilizowanych i higienę gruntu ze szczególnem uwzględnieniem epidemiologii i budownictwa, klimat, aklimatyzację i higienę strefy międzyzwrotnikowej, odzież, wodę, badanie wody, wodociągi, zaopatrywanie miast w wodę. Tom ten zawiera stron 804.

Tom II (stron 722) ma za przedmiot utrzymanie czystości w miastach, system wywozowy, kanalizację, los fekaliów w miastach skanalizowanych i nie mających kanalizacji, zraszanie pól podmiejskich, higienę rzek, grzebanie ciał łącznie z ich paleniem, usuwanie padliny, oprawców, higienę ulic, brukowanie, zamiatanie, zraszanie, wreszcie usuwanie stałych odpadków fabrycznych.

Tom III (stron 566) zawiera żywienie się mas i jednostek, pokarmy i używki, naczynia i przedmioty w związku z przygotowaniem i przechowaniem pokarmów i napojów będące, oraz odnośnie w różnych państwach prawa, mięso i dozór sanitarno-policyjny nad niem.

Tom IV (stron 953) poświęcony jest higienie mieszkań i zasadom budownictwa ze względu na wymagania higieny. Opracowaniem tego tomu zajęło się dzieło wielu specjalistów. Oto ogólna jego treść: higiena budowli i mieszkań; wpływ mieszkania na zdrowie, statystyka mieszkań i ich rewizye sanitarne, oświetlanie, oświetlanie gazowe, zasady oświetlania elektrycznego i zabezpieczenie od przypadków, ogrzewanie i przewietrzanie, budowa miast, czuwanie nad mieszkaniami, urzędnicy mieszkaniowi; dom mieszkalny, jego budowa i urządzenie, bakteriologia i biologia mieszkań, prawa, rozporządzenia i t. d. dotyczące tanich mieszkań. Tom to niezmiernie interesujący, który nietylko w rękach lekarza, lecz każdej oświeconej jednostki znaleźć się powinien.

Tom V (str. 534) poświęcony jest wyłącznie budowie szpitali i więzień. Część traktująca o szpitalach posiada dla nas, jak w tej chwili, bardzo doniosłe znaczenie. Gdyby praca owa nie była obca osobom kierującym budową jednego z naszych największych szpitali, wielu błędów by się uniknęło.

Tom VI jest stosunkowo najmniejszy (str. 355). Zawiera rzecz o rynkach dla sprzedaży produktów, bydłobójniach czyli rzeźniach i rynkach dla sprzedaży bydła, o kąpielach ludowych i domowych, o zabezpieczaniu od przypadków teatrów i budynków do zebrania publicznych; o przytułkach, gospodach, kuchniach ludowych i t. d., o higienie okrętów, dróg żelaznych i budowli przeznaczonych dla wojska.

Bardzo wyczerpująco i obszernie jest opracowana higiena szkolna oraz opieka społeczna nad dziećmi. Oba te tematy stanowią tom VII, 687 stron zawierający. Prawie $\frac{2}{3}$ tego tomu zajmuje higiena szkolna, której opracowanie zaszczyt autorowi przynosi. Kto się choć pobieżnie sprawami higieny szkolnej zajmował, tego uderzyć musi obszar badań, licznych danych statystycznych i ogrom materiału pozytywnego, jaki się w tym tomie mieści. Wydanie tego tomu po polsku, otworzyłoby oczy ogółowi, jak dalecy jesteśmy od tego ideału, jaki przez świat ucywilizowany osiągnięty został na polu higieny szkolnej. Nie mniej interesująca jest część druga, o opiece nad zdrowiem dzieci i urządzeniach społecznych w tym względzie traktująca.

Tom VIII (najobszerniejszy, stron 1224) poświęcony jest ogólnej higienie rzemiosł i odnośnemu prawodawstwu. Nadto zawiera szczegółową higienę niektórych zawodów jak: górników, pracujących przy budowie tuneli, hutników, młynarzy, piekarzy i pracujących w fabrykach tytoniu; dalej, higienę wielkiego chemicznego przemysłu oraz higienę przemysłu ceramicznego, higienę kamieniarzy, mularzy, hut szklanych i fabrykantów luster, wreszcie higienę osób pracujących przy obróbce wszelkiego rodzaju tkanin. Jestto część dzieła nader interesująca i opracowana wedle planu, który spożytkowyywa wszystkie gałęzie wiedzy ludzkiej, zaznając czytelnika z ogromem faktów, z których wiele uszło dotąd uwagi lekarzy, statystyków lub prawodawców.

Początek tomu IX stanowi nauka o uodparnianiu treściwie przez MIECZNIKOW'a wyłożona. Prof. WEICHSELBAUM ma opracować rzecz o etyologii i zapobieganiu chorobom zakaźnym oraz o bakteriologii i epidemiologii tychże chorób; d-r WEYL o odkażaniu.

Ostatni, t. j. X tom, ma stanowić uzupełnienie tomów poprzedzających i zawrzeć wszelkie rzeczy nowe, jakie się w czasie druku dzieła w r. 1893-im rozpoczętego pojawiły. Ma on również pomieścić higienę prostytucyi przez NEISSER'a opracowaną.

Słowem dzieło, o którem mowa, zawiera ogrom wiadomości systematycznie ułożonych i jeżeli jaki zarzut zrobićby mu można, to ten, że nie wszystkie zawody uwzględnia. Wiadomo bowiem, iż z punktu widzenia higieny wyróżniamy do kilkudziesięciu zawodów czyli fachowych zajęć lub rzemiosł. Tymczasem w dziele, o którem mowa, wiele zawodów zostało pominiętych. Wprawdzie przy opisywaniu szkodliwości wynikających np. z ciągłej styczności z jakimś trującym czynnikiem wymienione są fache, których pracownicy na szwank są wystawieni, jednakże jestto wzmianka tylko, gdy tymczasem nie mało jest i takich zawodów, które przedstawiają swój specjalny układ warunków, i te to zawody powinny być pod względem higienicznym przedstawione. Z tego powodu znane dzieło EULENBURG'a o higienie zawodowej nie przestanie być jednym z najlepszych, jako uwzględniające szczegółowo każdy oddzielny zawód. Kto wie, czy główny redaktor dzieła, d-r WEYL, nie postara się o uzupełnienie w mowie będące, t. j. o wydanie higieny poszczególnych zawodów, a wtedy całość dzieła posiadać będzie jeszcze większą wartość.

Układ dzieła jest bardzo praktyczny; wszystko w niem łatwo odszukać można, gdyż nietylko każdy tom, lecz każda oddzielna część onego, a nawet każda specjalna kwestya ma swój oddzielny wykaz rzeczy. Literatura jest opracowana wybornie. Druk bardzo staranny, papier doskonały, rysunków całe setki, co razem wzięte wobec bogatej treści czyni dzieło to jednym z najpożyteczniejszych wydawnictw. Cena stosunkowo jest bardzo umiarkowana, bo wynosi około 30 pfenigów za arkusz; kupując oddzielnemi tomami, wypadnie o 25% drożej. Cena całego dzieła wyniesie około 60 rs. Dziś, gdy od każdego lekarza słusznie wymagamy, aby miał zarazem dokładne pojęcie o zasadniczych pytaniach z higieny, mieć podobne dzieło w razie potrzeby jest niemal koniecznością. Każde stowarzyszenie, każda biblioteka, czytelnia lub redakcyja posiadać je powinna.

H. D.

Ze spraw bieżących.

W ostatnich czasach dużo się u nas mówi i pisze o konieczności zakładania nowych szpitali, o pomocy lekarskiej dla ludu, o zakładach dla nieuleczalnych, dla wychodzących ze szpitali i t. p., dziwne jest jednak, że o biednych chorych na oczy nikt jakoś nie pomyśli. Gdy biedak oślepił i nie ma z czego żyć, może się ludzi nadzieją, że kiedyś, po wielu latach kołatania otrzyma kilkudziesięciu rublowe wsparcie z zapisu ś. p. Janusza ROSTWOROWSKIEGO. Ale czy robi się co, by uchronić ludność od utraty wzroku? Niestety, nie.

Bo czy można powiedzieć, że pomoc okulistyczna jest u nas dobrze zorganizowana, jeśli na cały kraj mamy szpitale oczne jedynie tylko w Warszawie i w Łodzi i jeżeli ilość łóżek dla dorosłych chorych na oczy nie dochodzi w Warszawie do osmdziesięciu? Osmdziesiąt łóżek na sześćkroćstotysięczną ludność Warszawy jest za mało, a tymczasem muszą one jednocześnie służyć tylu milionom ludności całego kraju! A jednak kraj, w którym stale panuje jaglica, gdzie mnóstwo noworodków ślepie z powodu ropnego zapalenia łąznicy, gdzie ospa grasuje i poraża tak często oczy, powinienby przecie myśleć o tych członkach swego społeczeństwa, którzy wśród zupełnego zdrowia ogólnego zamiast być jednostkami pod względem ekonomicznym wytwórcami, przez chorobę oczu stać się mogą i stają zbyt często kalekami, ślepyimi, będącymi ciężarem swemu społeczeństwu.

Zaznaczyłem, że pomoc szpitalna jest niedostateczna, więc może lekarze nasi, stykający się częściej z ludnością uboższą, a więc głównie lekarze prowincjonalni są odpowiednio przygotowani do walki z chorobami oczu? I znów powiedzieć muszę niestety, nie.

Zamiast zajmować to pierwszorzędne stanowisko w szeregu różnych oddziałów medycyny, jakie zajmuje na całym świecie, u nas okulistyka jest jakimś kopcuszkim. Młody lekarz, kończący studia uniwersyteckie i zamierzający osiąść na prowincyi, poświęca mniej lub więcej czasu dla dopełnienia swych wiadomości klinicznych; widzimy go w oddziałach chirurgicznych, ginekologicznych, w oddziałach dla chorób wewnętrznych, za to w oddziałach ocznych to kruk biały raz na parę lat spotykamy. A jednak od pierwszego dnia lekarz prowincjonalny ma do czynienia z chorobami oczu, a jeśli umie sobie z nimi poradzić, od razu zaskarbia sobie wdzięczność swych chorych i zjednywa zaufanie; słyszałem to od jednego. Ale na to trzeba trochę czasu poświęcić, trochę dobrej woli. W klinikach ocznych uniwersyteckich widzi się chorego zdaleka, bo słuchaczów nawał; jakże tu wyrobić sobie biegłość w rozpoznawaniu choroby tam, gdzie oznaki i różnice bywają nieraz tak delikatne.

Dzięki takim stosunkom ślepych u nas wielu, a niezdolnych do pracy wskutek osłabienia wzroku przez chorobę wywołanego jeszcze więcej. W żadnym kraju bez ślepych się nie obejdzie, w Holandyi np. było ich w r. 1886 — 445 na milion mieszkańców, w Szkocyi prawie 700, w Stanach Zjednoczonych 800, w Niemczech blisko 900, we Francyi 947, a u nas? Dobrze, że nie mamy dotąd ścisłej pod tym względem statystyki, bo by nas zgroza przejęła.

Są ślepi i ślepi jednak; jak dana choroba ogólna daje pewną odsetkę śmiertelności, tak i różne choroby oczu w pewnej ilości przypadków muszą się kończyć utratą wzroku, ale naszym staraniem być powinno, żeby przynajmniej te, które zawsze prawie są uleczalne, nie przysparzały ślepych. Nie potrzeba na to pesymizmu, by przyznać, że u nas właśnie bywa wręcz przeciwnie; choroba względnie lekka przez spóźnione lub nieodpowiednie leczenie kończy się często utratą oka.

Na zły przebieg chorób oczu w kraju naszym wpływają jeszcze i inne przyczyny, że wspomnę złe warunki zdrowotne mieszkań ludu naszego, niezasadność jego i znane niedbalstwo o swoje zdrowie, to zwykle „może przejdzie“ i t. d.

Jeżeli wśród tak fatalnych stosunków zjawi się projekt jakiś, dążący do ich poprawy, musi wzbudzić zaciekawienie i na rozpatrzenie zasługuje. Chodzi tylko o to, by projekt był racjonalny, wykonalny, a przede wszystkim korzystny.

Czy zalety te można przyznać projektowi Ks. J. T. LUBOMIRSKIEGO, kuratora Instytutu Oftalmicznego Warszawskiego, który chciałby pod opieką lekarzy tegoż Instytutu urządzić ruchome oddziały okulistyczne, rodzaj szpitali polowych, które wysyłane corocznie w różne okolice kraju, w ciągu pewnej ilości dni czy tygodni leczyłyby chorych na oczy, a niedoleczonych odsyłały do Instytutu? Jedno tylko można na korzyść tego projektu powiedzieć, t. j. że wywołał dyskusję między ludźmi w tej sprawie kompetentnymi; poza tem myśl ta, choć sama w sobie zacna, jako dążąca w rozumieniu projektodawcy do niesienia pomocy cierpiącym, jest równie niepraktyczna, jak wyżej wspomniany zapis ś. p. ROSTWOROWSKIEGO. Tam wielki kapitał, za który możnaby postawić i utrzymać duży szpital dla chorych na oczy, któryby z pewnością wpłynął na zmniejszenie ilości ślepych i niedowidzących, poszedł na drobne wsparcia dla niewidomych, wystarczające więc do uchronienia biednego kaleki od śmierci głodowej, ale niedostateczne na jego i rodziny jego utrzymanie; w dodatku tych wsparć wystarcza dla bardzo nieznacznej części potrzebujących. Projekt ks. LUBOMIRSKIEGO jest także kosztowny i także niepraktyczny.

Czy przeciwko stale u nas panującym chorobom, prowadzącym do ślepoty, wystarczy pomoc chwilowa, z miejsca na miejsce wędrująca? Przypuszczam nawet, co nie jest możliwe, że oddział ruchomy, zabawiwszy w pewnej miejscowości czas jakiś, wyleczy wszystkich jej mieszkańców w danej chwili chorych na oczy, uchroni od grożącej im ślepoty, to co się stanie z tymi, którzy zachorowali nazajutrz po wyjeździe oddziału! Albo pojedą do Warszawy, by tam nie znaleźć miejsca w szpitalu już zapelnionym choćby przez wysyłanych przez oddział chorych, albo będą czekali, aż znów wróci do nich „oddział latający“. Nim słońce wzejdzie, rosa oczy wyje.

Zastanówmy się, z czem będzie miał do czynienia taki oddział. Najprzód zjadą do niego wszyscy okoliczni nieuleczalnie ślepi; czy ich uzdrowi? rzecz prosta — nie. Następnie zjadą wszyscy trachomatycy, a przede wszystkim tacy, którym zardawniona choroba już pracować nie pozwala. Przyjdą, zalegną obozem po okolicznych chatach, pozarządzają ich mieszkańców, a czy będą uleczeni w ciągu kilku tygodni lub choćby dwu miesięcy działalności oddziału? Nie. Bezsprzecznie wielu z nich zyska na czas pewien zdolność do pracy, gdy im odpowiednie leczenie usunie przykre ropienie, gdy łuszcza na rogówce nieco się przeświecili, gdy właściwy zabieg chirurgiczny przywróci prawidłowe położenie rzęsowe ich powiek, przez blizny pokurczonych, ale gdy tacy chorzy wrócą do zwykłych warunków życia, po paru tygodniach z poprawy ani śladu nie zostanie, choroba wróci do dawnego stanu i dalej postępować będzie. Po trachomatykach przyjdą łzej chorzy, a więc na nieżyłowe sprawy łącznicy, owrzodzenia rogówki, żółzowe zapalenie oczu, choroby brzegu powiekowego i dróg łzowych, urazy; tym bez zaprzeczenia „oddział“ dać może trwałą poprawę lub nawet zdrowie, ale właśnie w tych chorobach może i powinien dać skuteczną poradę lekarz miejscowy. Są to rzeczy nie tak zawiłe, by wymagały kilkoletnich studyów; parę miesięcy czasu wystarczy, by się nauczyć, jak w takich razach postępować, by choremu ulgę przynieść, a przynajmniej pierwszą doraźną podać pomoc, a przede wszystkim nie zaszkodzić.

Zostaną się jeszcze dla oddziału przypadki operacyjne, a więc katarakty, bliźny rogówki, wymagające irydektomii, zezy i t. d. Operacje, wymagające już większej biegłości i umiejętności, odpowiednich narzędzi, tylko lekarz specjalnie wykształcony wykonywać powinien. Ale czy odpowiednim miejscem dla tych operacji będzie namiot wędrownego oddziału? Że na polu bitwy trzeba nieraz dokonywać ciężkich operacji, to rzecz inna, tam warunki odrębne tego wymagają, ale teraz, kiedy dzięki dobremu urządzeniu szpitali, dzięki możliwości postawienia oka w najlepszych warunkach dla gojenia się rany, dzięki umiejętności odpowiedniego postępowania przed, podczas i po operacji, dokonawszy wydobycia zaćmy, odchodzimy spokojni, że nazajutrz zastaniemy oko w pomyślnym stanie, czyż mamy się zrzekać tych dobrych warunków i operować po dusznych, brudnych wiejskich izbach, w złym oświetleniu, czyż mamy z samowiedzą wracać do tych warunków, w jakich operowaliśmy przed paru dziesiątkami lat, gdy operacja się udawała, a chory nazajutrz tracił oko bezpowrotnie wskutek ropienia?

Czy na to mamy tworzyć oddziały okulistyczne wędrowne, byśmy zmniejszyli dobre szanse naszej pracy?

Nie, nam nie tego potrzeba, nie czasowej, wędrownej pomocy, ale stałej, zawsze gotowej do niesienia ratunku choremu, takiej pomocy, którą chory mógłby świątek czy piątek zastać w tem samym miejscu i pełną tej samej energii i umiejętności. Nam przede wszystkim potrzeba liczniejszych szpitali dla chorych na oczy i to nie szpitali specjalnie okulistycznych, ale oddziałów ocznych przy szpitalach ogólnych. Dawno minęły te czasy, gdy okulistyka stanowiła jakąś odrębną gałąź medycyny, wykładaną razem z chirurgią, jako przedmiot dodatkowy, drugorzędny. W dzisiejszym stanie nauki oko ludzkie to już nie tylko owo poetyczne okienko duszy, ale okienko, przez które zajrzeć można do głębi ustroju ludzkiego i nie jedno wyjaśnić, niezrozumiałe inaczej. Dziś internista i chirurg, neuropatolog i otyatra niejednokrotnie obejść się nie mogą bez badania wnętrza oka, a z drugiej strony wielu chorobom oczu przyznano taką zależność od stanu całego ustroju, że odpowiednio zastosowane leczenie ogólne obok miejscowego sprowadzić może wyzdrowienie w tych przypadkach, które za nieuleczalne dawniej uchodziły. Gdy przedstawiciele odrębnych specjalności będą pracować pod jednym dachem i wzajemnie ze sobą spółdziałać, zyskają na tem chorzy.

Dalej dążyć powinniśmy do podniesienia wykształcenia okulistycznego naszych lekarzy prowincjonalnych. A więc namawiamy młodych kolegów, udających się na prowincję, by się przedtem należycie zapoznali z chorobami oczu, a dla tych, którzy już na wsi osiedli, wydajmy jaknajśpieszniej stojący na wysokości nauki współczesnej podręcznik okulistyki oryginalny lub tłumaczony, bo książki takiej nasza literatura medyczna nie posiada. Tymczasem starajmy się o to, by wśród „odczytów klinicznych“, wydawanych peryodycznie, częściej ukazywały się odpowiednie monografie, omawiające ten lub ów dział okulistyki praktycznej, pouczające, jak chorobę rozpoznać, co przeciw niej poczynać, by pomódz, a nie zaszkodzić, co czynić, by szerzeniu się chorób zaraźliwych zapobiegać.

Gdy będzie więcej oddziałów ocznych, gdy będą one odpowiednio po całym kraju rozrzucone, chory łatwo do nich trafi zaraz w początku choroby, lekarz nie będzie miał do czynienia z chorobą zadawnioną i łatwiej da jej radę; niech jeszcze nasz praktyk prowincjonalny lepiej pozna tak lekceważoną przez niego okulistikę, wtedy mniej będzie u nas ślepych, a o takich środkach jak wędrowni okuliści nikt nie pomyśli.

-w-d-r.

Kilka uwag z powodu artykułu D-ra Wroczyńskiego
p. t. „Ropień na oponie twardej” i t. d.

W N-rze 4-ym „Medycyny” r. b., kol. WROCZYŃSKI pod powyższym tytułem opisał przypadek następujący następujące wątpliwości. Przedewszystkiem autor na zasadzie twierdzenia chorej, że została uderzona przed 6-ma tygodniami kijem w głowę, uważa uraz w danym przypadku za moment przyczynowy przy powstaniu niewątpliwie istniejącego powikłania wewnątrzczaszkowego sprawy przewlekłej prawego ucha środkowego. Wszystkie opisane objawy w historii choroby jak bóle głowy, wymioty, zawroty głowy, a przedewszystkiem niedowład prawego nerwu twarzowego przy istniejącej bolesności całej okolicy prawego wyrostka sutkowego, dreszczach, gorączce i t. d. stałyby się dla autora zupełnie jasnymi i naprowadziłyby go na właściwe rozpoznanie, gdyby dokonał dokładnego badania ucha, co uchroniłoby go od błędnego rozpoznania „głębokiego cierpienia wyrostka sutkowego (*necrosis*) wywołanego przez uraz”. Twierdzenie chorej, jakoby nigdy nie było wycieku z ucha, wobec powyżej wymienionych objawów nie uwalnia bynajmniej lekarza od przekonania się zapomocą lusterka, czy rzeczywiście niema ropienia w uchu. Przy sprawach ropnych przewlekłych ucha środkowego, a szczególnie próchnienia górnych odcinków jamy bębnekowej (*atticus*) zwykle ropienie jest małe i nie ujawni się obfitem ropieniem z ucha. Dla mnie nie ulega najmniejszej wątpliwości, sądząc z opisu podanego przez autora, że w danym przypadku istniało przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, próchnienie kości w okolicy *atticus* i następny ropień podoponowy. Że tak było istotnie, o tem się przekonał autor, lecz dopiero po drugiej operacji, co go też skłoniło do wypowiedzenia końcowego ustępu „znaleziony przy operacji ropień nadoponowy powstał naturalnie wskutek przewlekłego zapalenia ropnego jamy bębnekowej”.

Gdyby Sz. autor rozpoznanie takie postawił pierwotnie, miałby jasne wskazanie, jaką w danym przypadku wykonać operację i uniknąłby konieczności wykonania operacji powtórnej. Oparacją wskazaną w tym przypadku była antroattikotomia, którą można też było wykonać na jednym posiedzeniu. Z dalszego opisu operacji dowiadujemy się, że po usunięciu ziarniny z jamy bębnekowej kol. W. przekonał się, że górna ściana jamy bębnekowej była zniszczona i że przy wprowadzeniu zgłębnika ku tyłowi pod oponą popłynęła gęsta ropa. A zatem autor przekonał się, że istnieje ropień podoponowy. Tu już powtórne wprowadzenie zgłębnika nic wyjaśnić nie mogło, a raczej należało wydłutować kość ku tyłowi i ku górze i obnażyć zatokę poprzeczną; uniknąłby autor tym sposobem zranienia przetoki, które choć w danym przypadku zakończyło się pomyślnie, z łatwością jednak wobec istniejącego ropienia mogło wywołać zakażenie zatoki ze wszystkimi groźnami dla chorej następstwami. Na zakończenie mała uwaga co do samego tytułu; „ropień na oponie” nie wydaje mi się nazwą odpowiednią, należy raczej ropnie te nazywać zewnątrzoponowymi—*extradural*, lub podoponowymi *subdural*.

D-r Guranowski.

ś. p. D-r Karol Zagórski.

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 19 stycznia r. b. zmarł w Lublinie ś. p. Karol ZAGÓRSKI, starszy lekarz szpitala św. Wincentego, znakomity chirurg, człowiek szlachetnego serca, wielkiej inteligencji, niezrównany przyjaciel, doskonały kolega, długoletni współpracownik „Medycyny“.

Ś. p. Karol ZAGÓRSKI urodził się w Lublinie w r. 1850; w rodzinnem mieście ukończył szkoły, które podówczas miały wybornych nauczycieli i wydały немало znakomych ludzi, wybitne w społeczeństwie zajmujących stanowisko. Nauki lekarskie rozpoczął w Warszawie, w Szkole Głównej, a ukończył w uniwersytecie w r. 1873, już wówczas bardzo był ceniony przez swych kolegów za odwagę przekonań, z jaką bronił swoich towarzyszków od krzywd niezasłużonych. Zaraz po otrzymaniu dyplomu wyjechał do Lubartowa, gdzie wtedy panowała silna epidemia cholery, potem praktykował w Kurowie, dalej w Lublinie, gdzie podczas wojny prowadził oddział chirurgiczny w szpitalu, następnie przez parę lat był lekarzem powiatowym. W Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem często zabierał głos; w r. 1880 wystąpił z projektem wprowadzenia lekarzy ordynatorów bezpłatnych (nadetatowych) w szpitalach lubelskich; projekt ten w niedługim czasie został urzeczywistniony, tym sposobem zyskały na tem wiele szpitale i młodszy lekarze, praktyki szpitalnej pozbawieni. Miewał też odczyty publiczne na cele dobroczynne, ciesząc się wielkim powodzeniem dla pięknych myśli w wytwornem wypowiedzianych słowie.

Jeszcze w uniwersytecie odznaczał się wielkim zamiłowaniem do chirurgii i chciał się jej specjalnie poświęcić, atoli dopiero w roku 1884 zdołał swój zamiar doprowadzić do skutku, przeniósłszy się do Warszawy, gdzie wkrótce został ordynatorem kliniki prof. KOSIŃSKIEGO. Tu z wielkim zapałem oddał się studyowaniu chirurgii, a rozpatrzywszy się w bogatym materiale klinicznym, zaczął ogłaszać przyczynki chirurgiczne w naszych pismach lekarskich, oraz zachęcać innych kolegów do prac piśmienniczych, nie szczędząc swych uwag i pomocy. Pierwszą pracę z kliniki prof. KOSIŃSKIEGO ogłosił zaraz w r. 1884 w „Gazecie Lekarskiej“ p. t. „Przyczynek do kazuistyki szwów nerwowych“, w następnym roku ogłosił tamże „Dwa przypadki zwichnięcia kości ramiennej ku tyłowi“ i spostrzeżenie z praktyki prywatnej p. t. „Niezwyczajny przebieg ropnego zapalenia miedniczki nerkowej“.

Zostawszy wkrótce członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, od tamtej pory prace swoje najpierw przedstawiał w Towarzystwie w postaci odczytów wypowiedzianych zwykle z pamięci, bardzo wymownie, językiem pięknym, stylem wytwornym. Pierwszy taki odczyt miał w roku 1886 p. t. „Dwie laparotomie przy urazowie uszkodzeniu jelit bez obrażenia ściany brzusznej“, drukowany następnie w „Medycynie“; od tego też czasu datuje się jego stałe współpracownictwo na kartach naszego pisma. W następnym roku miał dwa odczyty, jeden p. t. „Przyczynek do kazuistyki nietypowych owaryotomii“, drukowany w „Medycynie“, drugi pod nazwą „Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych“, drukowany w „Przeglądzie Lekarskim“.

Obdarzony wielkimi zdolnościami, wysoko wykształcony, zajmował się nie tylko medycyną; odczuwając silne wrażenia estetyczne, znał się na sztuce plasty-

cznej; wyrazem tego poczucia i znawstwa był odczyt publiczny w sali Ratuszowej na dochód Towarzystwa Osad Rolnych: „O oku i malarstwie, szkic fizjologiczny“, pomieszczony później w całości w „Ateneum“ (1887). W tymże czasie prowadził dalsze studia w klinice prof. GUYON'a w Paryżu nad chorobami dróg moczowych, których wynikiem były piękne wykłady dla młodszych kolegów prywatnie udzielane o tej specjalności.

Po sześciu latach takiej usilnej i płodnej pracy otrzymał наконец miejsce samodzielne w szpitalu sióstr miłosierdzia św. Wincentego à Paulo w swoim rodzinnym mieście Lublinie, tu właśnie oddał społeczeństwu swemu największe przysługi. Wkrótce po jego przybyciu wybuchła gwałtowna i pamiętna wszystkim epidemia cholery; dobrawszy sobie dzielnych kolegów, literalnie nie tylko dnie całe, ale i noce bez wytchnienia przepędzał w szpitalu, ratując z całym zapalem i zaparciem się nieszczęśliwych chorych. Ale nie na tem kończą się jego zasługi; staraniem jego i usilną pracą szpital św. Wincentego zajął pierwszorzędne stanowisko. Przed jego przybyciem jeden lekarz sam wszystkich chorych leczył w szpitalu. Ś. p. ZAGÓRSKI przedewszystkiem powiększył liczbę lekarzy, pomnożył blisko w dwójnasób ilość łóżek, podzielił szpital na oddziały: chirurgiczny, wewnętrzny, ginekologiczny, położniczy i psychiatryczny, które prowadzone były przez oddzielnych lekarzy. Sam zajął się specjalnie chirurgią, urządził wielką aseptyczną salę operacyjną, zaopatrując ją w wielki dobór najlepszych przyrządów i narzędzi, założył pracownię kliniczną, sprowadził mikroskopy, zachęcił kolegów do pracy, utworzył bardzo dogodne ambulatoryum z oddzielną salą operacyjną. Jak to było potrzebne dla ubogiej ludności miejskiej i okolicznej, o tem świadczyły liczne rzęsy zgłaszających się chorych. Urządziwszy tak szpital, rozpoczął szeroką działalność lekarską i chirurgiczną, zaczął wykonywać wielkie operacje z chirurgii brzusznej, przyczem asystowało mu zwykle wielu kolegów z innych szpitali. Przedtem odbywał często długie narady, na których starał się jaknajdokładniej swoje zapatrywania i poglądy uzasadnić, innych do dyskusji pobudzić, a wszystko dla tego, aby choremu jaknajlepiej pomódz, a przy tem wyjaśnić wątpliwości własne i cudze. W Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem i teraz czynny bardzo brał udział, przedstawiał chorych operowanych przez siebie, miewał odczyty, zabierał głos wielokrotnie w dyskusjach nad sprawami higieny społecznej, sprawami szpitalnemi i t. d. Nie zapominał jednak przytem o Warszawie i o naszym Towarzystwie Lekarskiem; ilekroć przygotował większą pracę, przyjeżdżał umyślnie, by w naszym Towarzystwie podzielić się wynikami swoich spostrzeżeń i operacji, dążąc zawsze do postępu, do udoskonalenia naszych metod, nie znosząc ciasnej rutyny i wygodnego konserwatyzmu. Na ten czas przypada rzecz p. t. „Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika“ („Medycyna“ r. 1894) i „O cięciu nadłonowem“ (1896). Ostatnią jego pracą była rzecz drukowana w roku ubiegłym p. t. „O znieczulanii ogólnem i miejscowem“, będąca jeszcze świeżo w pamięci naszych czytelników.

Wobec tylu zasług śmiało rzec można, że ś. p. Karol ZAGÓRSKI umarł zawczasie dla naszego społeczeństwa, które gorąco miłował, zawczasie dla piśmiennictwa lekarskiego polskiego, któremu służył wiernie i stale, zawczasie dla opłakującej go rodziny, zawczasie dla tych, którzy utracili w nim prawdziwego przyjaciela.

Cześć jego pamięci!

Wł. Sztejner.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ARDIN-DELTEIL w Montpellier zużytkował skutecznie własności przeciwbólowe i ściągające antypiryny w przypadku biegunki ostrej i ciężkiej u 26-letniego mężczyzny. Trzy razy dziennie robił ławatywy z 5 na 250 gm. wodnego roztworu antypiryny. Chory zatrzymywał ławatywy około kwadransa i potem przez godzinę nie było ani stolca, ani bólu i parcia. W przerwach między ławatywami ilość wypróżnień zmniejszała się o połowę, czynność fizyologiczna była mniej bolesna i wygląd kału lepszy. Chory wyzdrowiał zupełnie. (La Sem. méd. Nr. 50. 97).

= Metodę HEBRA'y pozostawiania chorych z chorobami skórными w kąpieli w przeciągu tygodni, a nawet miesięcy, zastosował obecnie KUEMMEŁ w klinice hamburskiej przy odleżynach pochodzenia nerwowego, obszernych zapaleniach tkanki podskórnej, przetokach moczowych i kałowych, raku macicy i odbytnicy w okresie rozpadowym, gruźlicy kości i stawów, wreszcie oparzelinach 2 i 3-go stopnia. Chory pozostaje stale we wciąż odświeżanej wodzie 30°—40°, śpi w niej, oddaje mocz i stolec. Pod wpływem tego leczenia poprawia się stan ogólny dzięki ustaniu gorączki, pobudzeniu łaknienia i lepszemu snu, miejscowo zaś rany się oczyszczają, bóle przy raku i oparzelinach znikają i wyleczenie otrzymuje się szybciej. Jedyną ujemną stroną kąpieli są niekiedy wysypki skórne i nadczułość dłoni i stóp, które ustępują jednak pod wpływem lanoliny. (Semaine méd. 13. X. 97).

= FABER spostrzegł przypadek złośliwej małokrwistości z zejściem śmiertelnym w pół roku po pojawieniu się podmiotowych objawów choroby. Badanie zwłok wykazało dwa zwężenia (*strictura*) w jelitach cienkich, spowodowane przez blizny niewiadomego pochodzenia, z wyglądu podobne do gruźliczych lub przymiotowych; zwężenia przepuszczały zaledwie ołówki, ponad niemi jelita były rozszerzone. Autor sądzi, że w danym przypadku w jelitach wytwarzany był jad, działający na czerwone ciała krwi, podobnie jak to zachodzi w złośliwej małokrwistości spowodowanej przez brzośdogłowca szerokoczołkowego (*botryo-*

cephalus latus) (Berl. klin. Woch. Nr. 30. 97).

= NASSAUER stosował styptycynę w krwotokach macicznych zarówno *per os* 0,1 cztery razy dziennie, jak i podskórnie 0,2 w postaci 10% wodnego roztworu. Środek działał świetnie w krwotokach zależnych od pokwitania, złego uwstecznięcia macicy po poronieniu lub porodzie, chorób przydatków macicznych. W mięśniakach macicy środek stosowany naprzemian ze sporyszem dawał wyniki niezłe. Cena styptycyny wynosi obecnie $\frac{1}{2}$ marki za gram. (Therap. Woch. Nr. 32, 33. 97).

= ROBBE zachwala w rzeżączkowym niezycie cewki i pęcherza ostrym, bądź przewlekłym przepłókiwania roztworem kwasu chromnego 1:4000; mocniejsze roztwory wywołują czasami krwawienia. (Policlinique Nr. 13. 97).

= RENZI stosuje w bieguncie u suchotników *t-ram jodi* wewnątrz sześć razy dziennie po jednej kropli w łyżce stołowej płynu oraz ławatywy z 200,0 letniej wody z dodatkiem 0.5 kwasu salicylowego i kilku kropli makowca. Wyniki otrzymuje R. dobre. (Semaine méd. 17. XI. 97).

= Choroby wątroby powodują często krwotoki maciczne. Według DALCHÉ'go najbardziej wpływa na przebieg miesiączkowania kamica żółciowa; po napadzie miesiączka jest obfita, trwa 10 do 12 dni i towarzyszą jej silne bóle; po szeregu napadów kamicy wszelka prawidłowość miesiączkowania znika. Przy marskości wątroby początkowo bywają krwotoki maciczne, następnie zaś miesiączka zupełnie ustaje. (Soc. méd. des hôp. Pos. 12. XI. 97).

= Wśród 178-iu chorych na padaczkę znalazł FÉRÉ brak odruchu gardzielowego u 64% nieleczonych i u 88% leczonych preparatami bromu. Wbrew zatem mniemaniu różnych autorów znikanie odruchu gardzielowego nie można przypisywać leczniczemu wpływowi bromu. (Soc. de biol. Pos. 13. XI. 97).

= LEWIS twierdzi, że obecność w moczu nadmiaru kwasu szczawiowego i moczowego może powodować podrażnienie zdrowej zupełnie błony śluzowej cewki z objawami pozornej rzeżącz-

czki; w razie istnienia rzeżączki choroba się pogarsza. Leczenie powinno być dyetetyczne. (Journ. of. genit. urin. dis. IX. 97).

= W Tow. lek. paryz. przedstawił DEBOWE 23-letnią chorą, dotkniętą od ośmiu miesięcy obrzękiem kończyn dolnych, niezwykle umiejscowionym; obrzęk jest nader silny na goleni i tylnej powierzchni stopy, bardzo nieznaczny w dołku podkolanowym, na stawie skokowym i palcach nogi, a niema go zupełnie na pośladkach. Obrzęk nie utrudnia zupełnie ruchów i chora czuje się zupełnie zdrową. Ponieważ w moczu niema śladów białka, niema zaburzeń w układzie żylnym i chłonnym, wreszcie chora nie jest nerwowo chorą, D. pozostawia rozpoznanie w zawieszeniu i nazywa obrzęk „segmentaire”. (Pos. 15. X. 97).

= Statystyka zebrana przez JOERS-S'a co do nawrotów raka sutki wykazuje że w przypadkach operowanych podług HEIDENHAIN'a (wycięcie powięzi i wierzchniej warstwy mięśnia piersiowego wielkiego oraz dokładne wycięcie gruczołów i tkanki tłuszczowej w okolicy barkowej i pozamięśnieniu piersiowym do obojczyka) nawroty miejscowe występują zaledwie w 30,3%, gdy statystyki poprzednie wykazywały 66,8%. (Deut. Ztschr. f. Chir. 44. 2).

= Wiadomo, że CHARCOT leczył migrenę oczną zapomocą związków bromowych. Leczenie to często było skuteczne, chociaż czasami zawodziło; to samo można powiedzieć o chininie, antypirynie i t. p. D-r A. JACQUEAU wykazał, że akonityna w pewnych przypadkach może być bardzo skuteczna w dawce $\frac{1}{4}$, albo $\frac{1}{2}$ mgr. (La Sem. méd. Nr. 50. 97).

= Lekarz angielski H. BRAMWELL (Cheltenham) przekonał się, że dłuższe stosowanie salolu w tyfusie brzuszny skracia chorobę i czyni jej przebieg łagodniejszym. Salol podawano w dawkach od 0,3 do 0,6 gm. co 4 godziny, dopóki mocz nie zabarwił się na ciemno. Wtenczas dawkę zmniejszano, o tyle jednak, aby mocz pozostawał ciemnej barwy.

= Żeby w łatwy sposób usunąć twarde złogi woszczku z ucha Alberto Ricci zapuszcza na parę minut kilka kropli wody utlenionej i następnie ucho przemywa. Woda utleniona znakomicie rozpuszcza woszczek uszny. (La Sem. méd. Nr. 50. 97).

= BERTON podaje wyniki otrzymane w klinice WINCKEL'a przy wyłyżeczowaniu macicy dotkniętej rakiem z następczem przyżeganiem zapomocą przyrządu PACQUELIN'a. Ze stu leczonych przypadków w 60,8% krwawienie i wypływ ustały na przeciąg czasu od pół do 6-ciu miesięcy; na zmniejszenie bólów operacja nie wpływa. (Inaug. Dis.).

= HUMMEL na podstawie licznych spostrzeżeń wyprowadza następujące wnioski o zabiegach leczniczych w przewodzie słuchowym: 1) ciała obce w uchu nie przedstawiają bezpośredniego niebezpieczeństwa, wobec czego zbyt pośpieszne usiłowanie wydobycia ich jest zbyteczne; 2) lekarz-praktyk powinien mieć zasadę wydobywać ciała obce wyłącznie zapomocą strzykawki, co zazwyczaj jest zupełnie wystarczające; 3) wydobywanie ciał obcych zapomocą narzędzi powinno być pozostawione specjalistom. (Münch. med. Woch. Nr. 17. 97).

= REINBACH zbadał anatomicznie 15 przypadków guzów krwawnicowych w klinice MIKULICZA i doszedł do wniosku, że są to nowotwory, naczyniaki, nie zaś żylaki żył krwawnicowych; często towarzyszy im zastój żylny lub objawy zapalne. (Beitr. z. klin. Chir. 19. 1).

= TRUMPP spostrzegał u dwóch sióstr (5 i 8 l.), obciążonych dziedzicznie przymiotem, napady krwimoczu po przebytej płonicy. Napady przedstawiały się w następujący sposób: nagle dreszcze, gorączka i wymioty, poczem jednorazowe oddanie krwawego moczu; po kilku godzinach chore czują się zupełnie dobrze, mocz jest prawidłowy. Leczenie było dyetetyczne, celem wzmocnienia ustroju. (Münch. med. Woch. Nr. 18. 97).

= MALDARESCU stosował w przeszło dwustu przypadkach okolicznych wysięków i zapaleń otrzewny międniczy jodol wewnątrz i otrzymał dobre wyniki. W ostrym okresie choroby podaje M. początkowo 0,4 *pro die*, po trzech dniach 0,6 i powoli dochodzi do 1,0 *pro die*. Już na 4—5 y dzień bóle i wzdęcie brzucha zmniejszają się, gorączka spada, wysięk ogranicza się i szybko zostaje wessany, lecz i wówczas nie należy zaprzestać podawania jodolu. Środek ten najlepiej podawać w postaci pigulek z *pulv. et extr. liquiritiae*. Otrućcia jodem autor nie spostrzegał nawet przy stosowaniu dawki 3,0 dziennie przez kilka dni zrzędu. (Wien. med. Presse. 3. X. 97).

= NYULASY popiera mniemanie PLAYFAIR'a o istnieniu u położnic charakterystycznego zapalenia płuc; stłumienie jest o wiele silniejsze i obejmuje większą przestrzeń niż przy zwykłym zapaleniu płuc, przy osłuchiowaniu spotyka się lekki szmer tarcia opłucny; spadek ciepłoty nie jest krytyczny. (Brit. med. Jour. 1. V. 97).

= GOEBEL prześwietlał chorą na osteomalację i na fotografii nie otrzymał zupełnie cienia kości ramienia i słaby bardzo cień kości przedramienia, skąd wnosi, że kości te pozbawione były soli wapiennych. Gdyby stwierdziło się to i w dalszym ciągu, röntgenografia może być cennym pomocniczym środkiem dla różniczkowania osteomalacji. (Dtsch. med. Woch. Nr. 17. 97).

= Eufalmina, pochodna kwasu migdałowego, jest środkiem rozszerzającym żrenice. TREUTLER stosował ją w mاربurskiej klinice i żadnego pobocznego działania nie spostrzegali; roztwór 5%—10% działa również skutecznie jak 1% roztwór homatropiny, lecz rozszerzenie żrenic i porażenie akomodacji znika o wiele prędzej; u ludzi starych środek ten działa mniej skutecznie, niż u młodych. (Therap. Woch. 26. IX. 97).

= Przy odmrożeniach stosuje BINZ chlorek wapnia w postaci maści z wazeliną (2:18); co wieczór należy wcierać w odmrożone miejsce maść tę w przeciągu pięciu minut, poczem nałożyć nieprzepuszczalny opatrunek, by zapobiedz szybkiemu parowaniu chlorku. Wyleczenie następuje po tygodniu. (Semaine méd. 27. X. 97).

= LOEWENTHAL stosował w celu odkażania jelit amyloform, który rozkładając się dopiero w jelitach uwalnia stopniowo formaldehyd. Doświadczenia wykazały skuteczność tego środka, zalecającego się jeszcze tem, że działanie jego można kontrolować, badając moc na zawartość w nim formolu i kwasu żarzanego związanego. (Berl. med. Ges. Pos. 22. XI. 97).

= CORDIER radzi zastąpić wyluszczenie gruczołu BARTHOLIN'a przy przewlekłym zapaleniu jego zastrzykiwaniem wewnątrz gruczołu nasyczonego roztworu kwasu salicylowego w wysoku. Ująwszy w dwa palce wyczuwalny dobrze gruczoł wstrzykuje C. zapomocą strzykawki PRAVAZ'a 0,5 cm. sz. wspomniane

go roztworu. Nazajutrz po wstrzyknięciu gruczoł jest powiększony, obrzęk ten jednak znika w 5—6 dni a jednocześnie znika wydzielina i następuje trwałe wyleczenie. W niektórych przypadkach należy wstrzyknięcie powtórzyć. (Semaine méd. Nr. 57. 97).

= WIDAL zwraca uwagę, że naturalny olej Wintergreen (*ol. gaultheriae*), stosowany w okładach w gościecu, często powoduje zapalenie skóry i wysypki, zawiera bowiem prócz kwasu metylsalicylowego różne związki drażniące. Wobec tego W. radzi stosować zamiast oleju czysty kwas metylsalicylowy, znany pod nazwą sztucznego oleju Wintergreen. (Nouv. remèdes. 24. X. 97).

= W Tow. Lek. Berl. przedstawił FRANK dwie chore dotknięte nerwobólem nerwu trójdzielnego wyleczone zastrzyknięciem kwasu nadosmowego w miejsce wyjścia na zewnątrz nerwu nadoczodołowego (*n. supraorbitalis*), podczas gdy wszelkie poprzednio stosowane środki, a między nimi nawet wycięcie u jednej chorej części nerwu nadoczodołowego, były bezskuteczne. U jednej chorej zastrzyknął F. $\frac{3}{4}$ strzykawki PRAVAZ'a 1% roztworu kwasu, a po trzech dniach całą strzykawkę i otrzymał trwałe zdrowienie; u innej skutek ten wystąpił po jednorazowym zastrzyknięciu całej strzykawki 1,5% roztworu. Używać należy roztworu wodnego i starać się ukłóć bezpośrednio nerw; ból podczas zastrzykiwania jest bardzo silny, ustaje jednak prędko. EULENBURG zwraca uwagę, że roztwór kwasu nadosmowego należy przechowywać w ciemnych fiaskach, rozkłada się on bowiem pod wpływem światła. (Pos. 13. XII. 97).

= BAQUÉ na podstawie licznych i bardzo dokładnych spostrzeżeń nad działaniem salofenu dochodzi do wniosku, że środek ten ma niezaprzeczone działanie lecznicze w ostrym i podostrym gościecu stawowym, a chociaż ustępuje w niektórych przypadkach salicylanowi sodu, ma tę nad nim wyższość, że nie powoduje pobocznych przykrych objawów, jak ból głowy, szum w uszach, ogłuszenie, ani też zaburzeń żołądkowych. Pod względem usmierzającego działania w nerwobólach, migrenie i t. d. nie ustępuje salofen antypirynie oraz fenacetynie. Dawka dzienna wynosi 4,0. (Inaug. diss. Paris. 1897).
M. B.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt IV ogólnego zbioru Tom XCIII. 1897 „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ i zawiera: 1) E. BIERNACKI—Dalsze spostrzeżenia nad samoistną sedimentacją krwi, 2) St. CIECHANOWSKI i J. NOWAK — Przyczynek do badań nad etyologią dysenterji; 3) Z. KRAMSZTYK — Z optometryi obiektywnej, pole widzenia wzziernikowe i pole oświetlone; 4) J. W. SAWICKI — Falowanie nerwowe jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego; 5) Wł. TYRCHOWSKI — Instytut położniczy w Warszawie od roku 1802—1884, (dokonczenie); 6) Protokoły posiedzeń Tow. Lek. Warsz.; 7) Sprawozdanie z obrotu funduszków Kasy Wsparcia; 8) Ogłoszenia.

— Z wydanego rocznika statystycznego cesarstwa niemieckiego dowiadujemy się, iż w miastach liczących po 15000 i więcej mieszkańców, razem wziętych, zmarło w latach 1885—1894 na błonicę i dławicę 119038 osób, średnio rocznie 11904, przyczem najwięcej (15860) zmarło w roku 1893, najmniej (9934) w roku 1888, w roku 1895, t.j., pierwszym, w którym zaczęto ogólnie używać surowicy, 7266 osób. Odnosząc te liczby do ogółu liczby mieszkańców wypada, iż gdy z 10000 ludności umierało na błonicę i dławicę w latach 1885—1894 średnio 10,69, odpowiednia liczba dla roku 1895 wynosi tylko 5,40 t. j. w pierwszym roku ogólnego stosowania surowicy do leczenia błonicy i dławca zmniejszyła się śmiertelność o 49,48% czyli prawie o połowę. Stosownie do tego, gdy na 100 zmarłych było w latach 1885—1894 przypadków śmierci z błonicy i dławca 4,53, odpowiednia liczba dla roku 1895 wynosi tylko 2,53. Tak małej jak w roku 1895 śmiertelności z błonicy i dławca nie spostrzegano jeszcze nigdy w Niemczech. Nie można przeto wątpić, iż leczenie błonicy i dławca surowicą swoistą jest niewątpliwie i bardzo skuteczne i stanowi prawdziwy postęp terapii.

— W ostatnich czasach z rozporządzenia Rady Miejskiej we wszystkich

szpitalach warszawskich powiększono o 5 kop. na chorego dotychczasowy wydatek dzienny na żywność. Wskutek tego ilość dodatków do porcji szpitalnych może być dosyć znacznie powiększona.

— W dniu 24 b. m. na posiedzeniu Rady Miejskiej na kuratora szpitala Dz. Jezus wybrano hr. PAHLENA, Zapasowego — radcę magistratu p. RATYŃSKIEGO i Wolskiego—inżyniera CHORAŻEGO. Na temże posiedzeniu na miejsce inspektora szpitali, który z urzędu przyjmuje udział w naradach, członkiem rady miejskiej wybrano prof. CZAUSOWA.

— Kol. ZABOROWSKI Stanisław mianowany został lekarzem przytułku położniczego Nr. 1.

— Zmarli. W Łodzi d-r Juliusz GENSH w 59 roku życia. Zmarły był wychowalcem Akademii Medyko-chirurgicznej i Szkoły Głównej. Jako członek Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego brał czynny udział w jego obradach i posiedzeniach. Dużą poczytność zjednał sobie zmarły pracami swojemi na niwie popularnego piśmiennictwa lekarskiego. W swoich „Gawędach z ludem o chorobach ważniejszych“, w „Listach ze Starego Rynku“ poruszał wiele spraw ważnych na dobie będących. Brał również żywy udział w sprawach higieny miasta Łodzi.

W Warszawie, w dniu 21 stycznia d-r Mikołaj KARO w 46 roku życia.

W Rosławlu, gub. Smoleńskiej, d-r Antoni MUNKIEWICZ, urodzony w Lipnie w 1831 r. Zmarły cieszył się dużą wziętością i najgorętszą sympatią i czcią wśród chorych i kolegów. Zmarły prace swoje w liczbie 18 z dziedziny kazuistyki lekarskiej umieścił w „Klinice“, „Tygodniku Lekarskim“, „Przeglądzie Lekarskim“ i w „Służbie Zdrowia“.