

GAZETA LEKARSKA.

Z PRACOWNI WŁASNEJ.

I. HODOWLE PROMIENICY.

[Z dwoma fotografiami w cynkotypowym odbiciu].

Podał

O. B u j w i d.

Na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego, w Kwietniu r. b., miałem sposobność komunikować fakt otrzymania hodowli promienicy, która natenczas nie była jednak dostatecznie czystą. Obecnie posiadam preparaty z zupełnie czystych hodowli, które przedstawiałem na Zjeździe międzynarodowym hygienistów w Paryżu i na I Zjeździe chirurgów w Krakowie.

Sposób otrzymania hodowli jest następujący:

Grudki z ropy, zawierającej znane kolbowate wytwory promienicze, o wyglądzie rozpostartych palców ręki, lub kłaczów gieorginii, umieszczamy w próbówce z pochyło-skrzeplą dwuprocentową galaretą odżywczą agarową [przyrządzoną w sposób powszechnie znany z wyciągu mięsa z dodatkiem 2% agar-agaru, 1% sody, 0,5% soli kuchennej i 1% peptonu]. Najlepiej jest grudki umieszczać jedna od drugiej w odległości kilku milimetrów, za każdym razem wypalając drucik platynowy, który do tego służy. Powierzchni galarety nie należy dotykać drutem, zanieczyszczonym resztkami umieszczonej już grudki, gdyż natenczas rozwija się zbyt dużo ropnych i gnilnych bakteryj. Probówka z tak zasianymi grudkami umieszczoną zostaje w innej szerszej, zawierającej 10% roztwór pyrogalolu w 10% ługu sodowym, gdzie tlen zostaje całkowicie pochłonięty w ciągu kilku godzin. Baczyc należy tylko, ażeby szeroka probówka zatkaną była świeżym, dobrze przylegającym korkiem kauczukowym. Na dnie szerszej próbówki, w samym roztworze pyrogalolu, umieszczamy drucianą podpórkę w postaci dwu kółek połączonych, na której wspiera się probówka z hodowlą.

Najlepiej jest umieścić probówkę z mającym być użytym agarem na 24 godzin przed tem ponad roztworze pyrogalolu, ażeby pochłonać tlen, w samej galarecie rozpuszczony. Roztwór pyrogalolu przygotowujemy, lejąc na 1 gram jego, umieszczony na dnie szerokiej próbówki, 10 ctm. sześć. 10% ługu sodowego. Mieszanina przybiera natychmiast ciemno-brunatne zabarwienie, którego natężenie wzrasta w miarę pochłaniania tlenu. Szeroka probówka, mieszcząca alka-

liczny rozczyn pyrogalolu, musi wciąż pozostawać ściśle zamkniętą, gdyż inaczej działanie pochłaniające szybko niknie.

Po umieszczeniu zasiewu w ogrzewniku [termostat] w ciepłocie 37° C., spostrzegamy już po 24 godz. pewne zmiany w grudkach. Większa część ich rozrasta się napłask, inne tylko pęcznieją; po upływie 2—3 dni na te ostatnie należy zwrócić uwagę, gdyż pierwsze są zwykle zbyt zanieczyszczone obcemi domieszkami. Grudka, zawierająca dość czystą hodowlę, jest napęczniałą, twardą i mocno wrasta w galaretę; gdy przedstawia masę podobną do serowatej, rozciągającą się, natenczas jest mocno zanieczyszczoną.

Tylko twarde grudki, po rozgnieceniu na ścianie próbówki za pomocą grubego drucika platynowego, zaopatrzonego w łopatkę, mogą być użyte do dalszych przeszczepiań. W tym celu po roztarciu, grudkę rozprowadzamy po powierzchni agarowej galarety, pociągając łopatką, lecz, o ile możliwości, raz tylko dotykając miejsc, na których cząstki hodowli spoczęły. Zaszczepione świeżo próbówki znów umieszczamy w beztlenowej przestrzeni, w sposób już opisany powyżej.

Zwykle za drugim razem, a wyjątkowo i za pierwszym, otrzymujemy czystą hodowlę promienicy; bakteryje obce i ropne beztlenowo rosną słabiej od niej i dla tego w końcu pokonane zostają. Błędem jednak jest mniemanie, ażeby bakteryje ropne i inne beztlenowo rosnać nie mogły; rosną one nieraz nawet dosyć bujnie.

Jak widać z powyżej przytoczonego, grzybek promienicy jest beztlenowcem, jeżeli nie zupełnym, to, co najmniej, względnym. To pewna, że dalsze pokolenia hodowli oczyszczonych rosną również w powietrzu.

Hodowla przedstawia się w postaci grudek twardych, bardzo trudno odrywających się od gleby, trudno rozgniataalnych. Przypominają one z wyglądu grudki gatunku *cladothrix*, znajdowanego w wodzie, oraz pewnego gatunku, znalezionego przemennie w powietrzu; do ostatnich mianowicie łądząco są podobne.

Drobnowidzowo spostrzegamy nitki, pozginane wężowato, grubości około 2 μ , [fotogr. N-r 1], niekiedy, rzadko jednak, opatrzone bocznymi gałązkami. Rosnąc w głąb agaru, w ciągu 2—3 tygodni na końcach uwytadniają kolbowate rozszerzenia widoczne na fotogramie N-r 2 [pow. 840 razy]. Metodą GRAM'a za pomocą anilinowego rozczyну fioletu gencyjana, który bardzo dobrze barwi grzybek promienicy, uwytadnić można w nitkach, kolbami opatrzonych, ziarenka, jak to się spostrzegać daje u pleśniowców, tak, iż nitka zabarwia się w postaci szeregu grubszych i drobniejszych ziarn. Niekiedy spostrzegamy znów podział nitki na krótkie członeczki.

Własności wymienione upodobniają grzybek promienicy do *cladothrix* z jednej strony, do pleśniowców zaś z drugiej. Za podobieństwem do pleśniowców przemawiają mianowicie boczne gałązki, które, o ile się zdaje, są rzeczywiste, nie zaś fałszywe, jak u *cladothrix*. Nie wiem dotąd, jaką rolę grają kolbowate twory, odmienne od spotykanych w ropie. Nie mogłem dotąd również sprawdzić chorobotwórczości hodowli otrzymanych, które zaszczepione królikowi pod skórę nie nie wywołały.

Preparaty hodowli, otrzymane w postaci skrawków z hodowli agarowych stwardniałych w wysoku i fotoksylinie, łudząco przypominają ogniska promienne, jakie widziałem w preparatach CROOKSHANK'a z Londynu i WEHRA ze Lwowa, otrzymanych z narządów ludzi, promienicą dotkniętych.

Dalej prowadzone próby mają na celu rozstrzygnąć stosunek otrzymanych hodowli do tworów kolbowatych, w ropie znajdujących, oraz działanie chorobotwórcze, jak również określić stopień tożsamości promienicy człowieka i zwierząt.

Fotogramy, otrzymane przezemnie za pomocą przyrządu ZEISS'a na płytach izochromatycznych ATTOUT-TAILFER'a i SCHIPPANG-WEHENKEL'a, są podobiznami preparatów, otrzymanych z hodowli agarowej. Skrawki hodowli zabarwiono metodą GRAM'a za pomocą fioletu; promienie fioletowe pochłonięte zostały za pomocą zielonego roztworu ZETTNOW'a ¹⁾, podczas wystawienia przez 10—15 sekund na działanie natężonego światła słonecznego, z zastosowaniem apochromatu 1,30 m. o 3 m. ogniskowej odległości [N. 1 powiększony 320 razy, N. 2 — 840 razy]. Cynkotypy wykonane zostały w Monachium prze *Autotype-Company*.

Hodowle promienicy zostały już otrzymane przez ISRAEL'a ²⁾, BOSTROEM'a ³⁾ i AFANASJEW'a ⁴⁾. Pierwszy szczeplił je na surowicy skrzepłej, pozostali zaś w galarecie. Podobnież NOCARD na Zjeździe higienistów w r. b. w Paryżu mówił, iż otrzymał hodowlę promienicy w bulionie. Wszyscy ci badacze nie otrzymali jednak hodowli całkowicie czystych, co sądzić można ztąd, iż wszyscy wspominają o ziarnach, jakie spostrzegać się dają w hodowli.

Żaden z autorów nie otrzymał również kolbowatych zgrubień, które jednak są bardzo dla promienicy charakterystyczne. AFANASJEW, który, o ile sądzić można, był najbliższym celu, uważa promienicę za *cladothrix*, co nie jest prawdą, gdyż nitki dają wyraźne rozgałęzienia.

Opisany przezemnie sposób hodowania anaerobów, oparty na metodzie, przez BUCHNER'a podanej, ułatwia zadanie otrzymania czystej hodowli, jakkolwiek nie pozwala otrzymać bardzo bujnego rozrostu, jaki w innych bakteriach i pleśniach widzieć się daje. Zależy to, być może, od gleby, jakiej używamy, zapewne nie dość odpowiedniej do tego celu. Sposób ten pozwala również otrzymać kolbowate zgrubienia, o jakich przy innych sposobach badacze nie wspominają.

¹⁾ Centralblatt f. Bacteriologie. T. IV. Nr. 2.

²⁾ VIRCHOW's Archiv. T. 95, str. 140.

³⁾ Centralblatt f. kl. Med. 1885. Nr. 20.

⁴⁾ Centralblatt f. Bacteriologie. T. 5. str. 683.

II. DWA PRZYPADKI OBUSTRONNEGO WRODZONEGO BRAKU TĘCZÓWEK

(*Aniridia congenita completa*).

Napisał

J. Strzemiński.

Przypadki te widziałem przed kilku miesiącami w ambulatoryjum wileńskiego szpitala oftalmicznego u dwóch osób: brata i siostry.

Mejer Gilels, lat 25, odrazu zwraca na siebie uwagę dziwnem wejrzeniem oczu, z powodu niezwykłego wyglądu źrenic. Źrenice zajmują całą powierzchnię za rogówkami i zamiast barwy czarnej, zwykłej dla źrenicy, mają odbłask szaro-czerwonawy. Powierzchowne części gałek ocznych: białkówka i rogówka, są prawidłowe. Rogówka zwykłego kształtu i wielkości, z odznaczonymi, jak zwykle granicami, przezroczysta, bez żadnego śladu zmętnienia. Przednia komórka ma prawidłową głębokość. Przy pomocy oftalmoskopu widzi się na całym przestrzeni rogówki czerwony odbłask dna oka, nigdzie zaś; przy najstaranniejszym badaniu nie znajdujemy ani śladu tęczówki. Brzegi soczewki są widoczne w obu oczach jako ciemne linie. Obie soczewki znajdują się na zwykłym miejscu, są zwykłej wielkości, przezroczyste i przy ruchach oka nie ulegają żadnym falowaniom i zmianom położenia, tak, iż o zwicnięciu nie może być mowy. Dno prawego oka, oprócz słabej pigmentacji naczyńówki i lekkiego zagłębienia fizjologicznego tarczy, nic szczególnego nie przedstawia. W lewym oku zato oftalmoskop wykazuje zanik nerwu wzrokowego. Innych zmian w oczach i innych częściach ciała nie znajdujemy, z wyjątkiem lekkiego opuszczenia powiek górnych i gęstego porośnięcia brzegów ich rzęsami. Wielkość gałek ocznych i ich naprężenie [T] normalne. Oko prawe $V = \frac{1}{3}$, czyta J.AEG. nr. 3 i barwy rozróżnia zadowalająco. Zachowanie akomodacji wskazuje, że mięsień rzęskowy choć w części istnieje. Na olśnienie chory nie uskarża się, światłowstrętu nie uczuwa [może z powodu obniżenia górnych powiek i gęstych rzęs, a może w części wskutek osłabienia wrażliwości siatkówki przez długie używanie oka]. Chory nie zauważył, aby miał lepiej widzieć o zmroku, lub w dzień pochmurny, wbrew temu, co przy podobnych przypadkach opisano w literaturze. Okiem lewym chory nie odróżnia światła od ciemności, co jest skutkiem zaniku nerwu wzrokowego, o którym wspominałem. Zanik ten jednak nie jest wrodzonym, gdyż chory twierdzi, że przed kilku laty widział tem okiem w tymże stopniu, jak i drugim. Obecny stan wzroku prawego oka wystarcza choremu na potrzeby życia codziennego, pozwalając mu z powodzeniem prowadzić handel [utrzymuje on sklepik na ulicy Szklanej w Wilnie]. Inne części ciała żadnych wadliwości nie przedstawiają.

Starsza siostra poprzedniego chorego, zamężna, odznacza się taką samą wadliwością oczu, jak i brat, mianowicie: obustronnym zupełnym brakiem tęczó-

wek. Prócz tego jednak obie soczewki mają zmętnioną warstwę obwodową, przedstawiającą rodzaj zaćmy warstwowej (*cataracta stratiformis*). Dno oka i inne części prawidłowe. Tak u brata, jak i siostry, wadliwości opisane należy przyjąć za wrodzone, gdyż:

1) Jak stwierdzonem zostało, istniały one od urodzenia;

2) Opisane osobniki nie doznały żadnego uszkodzenia mechanicznego ¹⁾, nie przechodziły przymiotu ²⁾, ani jaskry ³⁾, które to cierpienia mogłyby spowodować podobną wadliwość.

3) Okoliczność, że opisana wadliwość spotyka się u kilku członków jednej rodziny, przemawia także za tem, iż jest wrodzoną; oprócz bowiem brata i siostry, wyżej opisanych, syn ostatniej [drugie z rzędu dziecko] ma także, podobno, oczy bez tęczówki. Inne dzieci nie mają wadliwości wrodzonych. Matka badanych osobników, dawno zmarła, miała jakąś wadę w oczach, która jednak na podstawie opowiadania nie daje się ściślej określić. Najstarsza jej córka, opisana powyżej, ma obustronny brak tęczówki i częściową zaćmę; druga córka zdrowa, a w końcu syn z brakiem tęczówki, opisany wyżej Mejer Gilels. Ojciec zdrow.

Przypadki zupełnego braku tęczówek wielokrotnie były opisane w zagranicznej literaturze, u nas zaś dość rzadko. TEXTOR ⁴⁾ w 1884 zna 34 przypadki tej wadliwości.

Z później opisanych przypadków wspomnę te, które znalazłem w dostępnej mi literaturze. STADERINI ⁵⁾ opisuje zupełny brak tęczówek ze zwężeniem zmętnionych soczewek u 18-letniego chłopca. SOELBERG WELLS [w swoim dziele o chorobach oczu] wspomina o *aniridia duplex* ze zwężeniem i zmętnieniem soczewek u ojca, u syna zaś tylko *aniridia*. HJORT ⁶⁾, SAMELSOHN ⁷⁾, WURST ⁸⁾, KLEIN ⁹⁾, GOUVEA ¹⁰⁾, REULING ¹¹⁾, JANY ¹²⁾, GAŁĘZOWSKI ¹³⁾ [obustronna *aniridia* i zaćma u 48-letniej kobiety, której matka, dziesięciorodzieństwa

¹⁾ Brak tęczówki pochodzenia traumatycznego opisują, między innymi, SAMELSOHN [Centralblatt für pract. Augenheilk. Juni. 1880], SCHAEFER [GRAEFE's Arch. T. XXIX, 1, B. 51], HOLMES z Chicago [Clinical contributions. III, 169], GAŁĘZOWSKI [Recueil d'ophtalm. 1887, Nr. 11, p. 641] przyczem brak bywa jednostronny i połączony często z wypadnięciem soczewki.

²⁾ MAWOLESCU [Archives d'ophtalm. 1885, T. V, p. 449] widział u dziedzicznego syfilityka, wskutek przejścia zapalenia naczyńówki na tęczówkę, źrenicę, rozszerzającą się aż do zapalnego zniknięcia tęczówki [wysiłek do tęczówki z następczem skurczeniem się jej tkanki].

³⁾ Zanik tęczówki wskutek jaskry opisuje GAŁĘZOWSKI [Recueil d'ophtalmologie. 1887, Nr. 11].

⁴⁾ Journ. f. Chirurg u. Augenheilk. T. VII. 204.

⁵⁾ Annali di ottalmologia. XIV, fasc 5, 6.

⁶⁾ Norsk. Magas. f. Lægevidt, referat w Jahresberichte HIRSCH-VIRCHOW. 1873.

⁷⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1877. 189.

⁸⁾ Przegląd Lekarski. 1877. Nr. 38.

⁹⁾ Klin. Monatsbl. 1877. 21.

¹⁰⁾ Case of aniridia congenital of both eyes. [Transaction of the London Congress, p. 120].

¹¹⁾ American Journal of med. sc. vol. 69, 1875, p. 143.

¹²⁾ Sitz. ber. d. Schles. Ges. f. Cultur. Sitz. v. 29 Oct. 1875.

¹³⁾ Recueil d'ophtalm. 1880, p. 122.

i dzieci dotknięci są tą samą wadliwością], LANG¹⁴⁾, GAND¹⁵⁾, RÉGNE¹⁶⁾, CANDRON¹⁷⁾, HERRENHEISER¹⁸⁾, HOLDEN¹⁹⁾ z Cincinnati, THEOBALD²⁰⁾ z Baltimore, FELSER²¹⁾ z Kazania, opisali inne podobne przypadki.

Rozpatrzywszy opisane przypadki, widzimy, że brak zupełny tęczówki wrodzony istnieje zwykle obustronnie, częściej się spotyka, niż częściowy brak tęczówki, częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Bywa zwykle dziedzicznym, przechodzi szczególnie łatwo od ojca do dzieci, a zwłaszcza do synów, choć są przypadki, w których przechodzi od matki do córki, czasem nawiedza kilka pokoleń z rzędu, lub z przerwami. Czasem częściowy brak tęczówki u rodziców przechodzi w zupełny u dzieci; bywa też na odwrót. Po większej części przy braku tęczówki spostrzegane były inne wadliwości oka: zaćma wrodzona, lub tworząca się w dzieciennym wieku i grająca rolę zasłony dla siatkówki od nadmiernego światła, wchodzącego przez szeroki otwór źrenicy. Czasem bywał brak soczewek. Rogówka często zmniejszona, spłaszczona, lub przeciwnie zanadto wypukła, wydłużona, pokryta plamami, przemieszczona na lewo, lub na prawo. Soczewki w części lub w całości zmętnione, czasem zupełny ich brak. Ciało rzęskowe w wielu przypadkach nie istniało i wtedy też nie było akomodacji oka. Brak ciała rzęskowego spostrzegali KLEIN (9) i GOUVEA (10), słaby jego rozwój REULING (11), przypadek z dobrze rozwiniętym ciałem rzęskowym opisuje WURST (8). Ciało szkliste też czasem nie istnieje. Dno oka często szare, wzrok upośledzony, zwykle lepszy o zmierzchu, najczęściej refrakcja krótkowidza. Światłowstręt, zwykły po urodzeniu, w późniejszej epoce życia znika. Mięśnie oka często są w stanie nieprawidłowym: bywa zez zbieżny i skurcze mięśni (*nystagmus*). Oczy, zwykle w dół spuszczone, chronią się pod opadającą powiekę górną. Spostrzegano w niektórych przypadkach całe oko znacznie zmniejszone (*microphthalmos*), w kilku innych przypadkach brak wrodzony drugiego oka; bywały też i takie, w których jedno oko zupełnie pozbawione było tęczówki, w drugim zaś brak tęczówki był częściowym. Nieznany jest jednak przypadek, w którymby przy braku tęczówki w jednym oku, w drugim byłaby szpara (*coloboma iridis*).

¹⁴⁾ Posiedz. Tow. Bryt. oftalm. w British Med. Journal, 11 Lipca. 1885: u matki i dwojga jej dzieci *aniridia completa*; u matki prócz tego zaćmy.

¹⁵⁾ Bulletin de la clinique nationale des Quinze-Vingts, vol. III, Nr. 4, p. 246, 1885. *aniridia* i zwichnięcie wrodzone soczewek u dziecka, czworga jego dzieci i jednego wnuczka.

¹⁶⁾ Bulletin de la clinique nationale des Quinze-Vingts. Janv.-Mars. 1885, p. 55.

¹⁷⁾ Revue générale d'ophtalmologie. 1887, 1, 16. Kobieta z anirydją, zarówno jak jej matka, dziad, młodsza siostra i troje dzieci.

¹⁸⁾ Verein deutscher Aertze in Prag w Prag. med. Woch. 1883, Nr. 5. Dwa bliźniaki 15-letnie z *aniridia compl.* i zaćmą obustronną.

¹⁹⁾ The Medical Record. 11 Sierpnia. 1888.

²⁰⁾ Posiedz. Tow. amerykańsk. d. 19 Lipca. 1888 w The Medical Record. U 18-sto-miesięcznego chłopca *aniridia* i brak soczewek. *Strabism. convergens*. U matki *coloboma congenita iridis duplex* w rzadkim położeniu, bo na prawem oku idącą w górę, a na lewem w górę i zewnątrz.

²¹⁾ Wiestnik oftalmologii. Maj-Czerwiec. 1888 i Klin. Monatsbl. Sierpień. 1888. Dwie siostry *aniridia, strabism. converg., nystagmus* i zmętnienie soczewki. U ojca też *aniridia*. Dwoje dzieci brata mają zaćmę wrodzoną.

Powyższych powikłań w moich przypadkach nie znalazłem, z wyjątkiem jedynie częściowego zmętnienia soczewek w drugim przypadku. Pośród opisanych przypadki te należą do najmniej powikłanych.

NOTATKI LEKARSKIE.

13. Opadnięcie macicy podczas porodu. Rozdarcie szyi macicznej.

Rysakowa, mieszcanka z Tarnogóry, lat 46 licząca, od 24 lat zamężna, rodzi po raz siódmy. Pierwsze pięć porodów odbyła łatwo, ostatni szósty, przed 8-u laty, był ciężki; już w końcu szóstej ciąży macica zaczęła się ukazywać w szparze sromnej i dotąd trwa jej opadnięcie. Wianka macicznego rodząca nie nosiła. Obecny poród rozpoczął się we właściwym czasie, d. 28. VIII. 89., wody odeszły 29. VIII.. Wraz z pierwszymi bólami, skutkiem nadymania się rodzącej przy defekacji, macica opuściła się bardziej, niż zwykle. Bóle z początku silne osłabły i rzadziej powracały; przy każdym bólu wypadnięcie zwiększało się, a główka nie postępowała naprzód. Babka wiejska napróżno usiłowała wprawić macicę i 30. VIII. posłała po mnie.

Rodząca jest średniego wzrostu, szczupła, ale dobrze zbudowana. Miednica prawidłowa. Dno macicy stoi w pośrodku między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem. Macica jest silnie na tułowi obciągnięta. Główka znajduje się już w jamie małej miednicy. Bicie serca płodu słabe, ale regularne, wynosi 140 na minutę. Szpara sromna szeroka, krocze krótkie, otwór cewki moczowej, rozszerzony, przepuszcza mały palec. Z pomiędzy obrzękłych warg sromnych wystaje szyja maciczna stożkowata, przerośnięta i znacznie zgrubiała; jej otwór zewnętrzny, okrągły, jest otoczony obrzękłym twardym wałem zgrubiałych warg macicznych; przepuszcza palec wskazujący, który swobodnie dochodzi do główki, zwróconej tyłogłównie ku przodowi i nieco na lewo. Szyja maciczna jest od przodu pokryta wycisowaną przednią ścianą pochwy, tworzącą nieznaczne *cystocele*; przednie sklepienie jest miernie ku dołowi opuszczone. Tylne sklepienie jest mniej ku dołowi opuszczone, tylna ściana pochwy tworzy jednak od dołu fałdę dość znaczną. Biorąc to wszystko pod uwagę, przyszedłem do przekonania, że w danym przypadku mamy do czynienia z opadnięciem macicy, (*descensus uteri*) podczas porodu i z przerostem szyi macicznej (*hypertrophia colli uteri*). Przez trzy godziny czekałem, czy poród nie postąpi naprzód. Przy każdym bólu szyja maciczna występowała ze szpary sromnej, główka jednak pozostawała zaklinowaną w miejscu. Obrzek warg macicznych wzrastał coraz bardziej. Babka już przed moim przybyciem dawała rodzącej sporysz, przez co bóle zwiększyła, lecz poród nie posunął się naprzód.

Widząc, że bóle pozostają bez skutku, postanowiłem sztuką dokonać rozwiązania, a to z następujących powodów: praca porodowa trwała już dzień trzeci, wody odeszły przed dobą, bóle stawały się coraz słabsze; mogło więc nastąpić wyczerpanie sił matki i śmierć dziecka. Przypuściwszy nawet i tę możliwość, że główka sama się wywiąże, to jednak można się było obawiać zerwania, albo nawet oderwania obrzmiałej, niepodatnej szyi macicznej od ścięczkałej i uciśnionej przez główkę macicy. Zresztą już to samo, że w pochwie i macicy manipulowała przez całą dobę babka, mająca ręce nadzwyczaj brudne, skłoniło mnie do szybkiego ukończenia porodu w obawie przed zakażeniem połogowem.

Po opróżnieniu pęcherza i kiszki stolcowej i po przeszprycowaniu pochwy i szyi macicznej 2% kwasem karbolowym, spróbowałem najprzód, czy mi się nie uda odprowadzić szyję macicy poza główkę, ale to okazało się niemożliwym

z powodu zaklinowania tej ostatniej. Następnie dwoma, trzema, nareszcie czterema palcami, stożkowato złożonemi, rozszerzyłem ujście zewnętrzne macicy do 2-ch—3-ch cali w średnicy. Brzeg otworu pozostał gruby, twardy i naprężony. Wreszcie przystąpiłem do nałożenia kleszczy. Pociągałem ostrożnie, bo trakcyjne były bolesne, chorej bowiem nie chloroformowałem; powoli wyprowadziłem główkę na zewnątrz miednicy; ale jednocześnie z główką, a raczej przed nią, wyszła także nazewnątrz szyja maciczna, tak, iż w wyniku miałem przed otworem sromnym główkę, otoczoną dolnym odcinkiem macicy i rozciągniętą szyją. Bojąc się pęknięcia macicy, zdjąłem kleszcze. Ujście zewnętrzne zacisnęło się znowu ponad główką. Usiłowałem ją wyprzeć z macicy w ten sposób, że wskazującym i średnim palcem prawej ręki cisnąłem bezpośrednio na tyłogłowie, a temi samemi palcami lewej ręki, umieszczonemi w zagłębieniu kiszki stolcowej (*rectocele*), naciskałem na twarz dziecka po obu stronach nosa, jednocześnie lewą dłoń podtrzymując rozciągnięte krocze. Trud mój był daremny. Po pewnym jednak czasie udało mi się odprowadzić przednią wargę macicy, następnie tylną poza główkę płodu. W tej chwili macica zacisnęła się mocno na około szyi dziecka, wskutek czego główka zsiniała, a bicie serca płodu zwolniło; trzeba więc było zająć się spiesznie ukończeniem porodu. Ponieważ główka przeszła przez szyję maciczną bez rozdarcia ust macicznych, nie uważałem więc za konieczne rozciąć zacisnięte ujście maciczne; wprowadziwszy zgięty pod kątem palec wskazujący prawej ręki pod pachę, wydobyłem lewą górną kończynę dziecka. W tej chwili jednak pękła szyja maciczna po lewej stronie na 3 cale w kierunku od ust ku górze. Natychmiast wydobyłem prawą kończynę, a następnie wyciągnąłem całe dziecko w stanie asfitycznym. Przewiazawszy i obciawszy pępowinę, ocuciłem dziecko, zlewając je zimną wodą w ciepłej kąpeli, a ostatecznie, stosując sposób SCHULTZE'go, powróciłem do matki. Szyja maciczna nieco się skurczyła. Pęknięcie nie dochodzi do sklepienia, krwotok bardzo nieznaczny. Dolna część rozdarcia jest prostolinijna, brzegi w tem miejscu są blade, w górnej zaś połowie ciemno-czerwone, zmiażdżone i nierówne. Wycisnąwszy łożysko sposobem CREDE'go i przesprycowawszy macicę roztworem kwasu karbolowego, złączyłem miejsce rozdarce za pomocą pięciu szwów węzełkowych i macicę wprowadziłem napowrót; całe sklepienie pochwy naokoło szyi wypełniłem kłębkiem waty karbolowej, owiniętymi gazą jodoformową. Wieczorem kłębki wyjąłem, macicę i pochwę znowu przesprycowałem, lecz tamponów więcej nie założyłem, bo pomimo nich szyja ze sromu się wysuwała. Szprycowania dokonywałem dwa razy dziennie. Czwartego dnia, założywszy wziernik, przekonałem się, że skutkiem zmniejszenia się obrzęku szwy się rozluźniły, brzegi rozdarcia wywinęły się (*ectropium*) i są pokryte obfitą wydzieliną krwawo-ropną; szwy, jako nie prowadzące do celu, usunąłem. W ciągu całego okresu połogowego ciepłota ani razu się nie podniosła ponad 37,6° C.. Macica skurczyła się dobrze, wydzieliny było coraz mniej, bólesci nie było żadnych; zwiększyło się tylko opadnięcie macicy i pochwy, tak, iż przy wstawaniu chorej, lub defekacji, macica prawie całkowicie wysuwa się nazewnątrz. W przyszłości zamierzam u chorej naszej wykonać operację EMMET'a, t. j.: okrwawić i zeszyć rozdarte brzegi szyi macicznej; tymczasem zaś założyłem wianek pochwowy.

M. Kronland [Izbica].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

55. Klingel. Przyczynek do chirurgii pęcherzyka żółciowego.

W niniejszym streszczeniu pomijamy część historyczną, dotyczącą chirurgii dróg żółciowych. W 1885 r. MATŁAKOWSKI w Gazecie Lekarskiej [N. 52] podał wyczerpujące streszczenie z obszernej i gruntownej pracy РОТН'а; potem ZAGÓRSKI w Przeglądzie Lekarskim szeroko rozebrał ten przedmiot. Chcemy tu zaznaczyć czytelnika jedynie z najnowszei propozycjami.

W r. 1886, opierając się na pomyślnych doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach, podał COLZI nową metodę operacyjną, polegającą na utworzeniu przetoki między pęcherzykiem żółciowym i dwunastnicą. Celem otrzymania szerokiego połączenia pomiędzy kiszka i pęcherzykiem, radzi on oba te narządy przeciąć, brzegi ran wargowato obrąbić i dla pewnego zamknięcia od otrzewnej naokoło przetoki nałożyć szew LEMBERT'a. Następnie podwiązuje przewód żółciowy, tak, iż jedyną drogą wydzielania się żółci pozostaje nowoutworzona przetoka. Otwieranie przetoki pomiędzy pęcherzykiem i kiszka grubą jest niewłaściwem, ponieważ zatrzymujący się tu kał wywołać może niezbyt dróg żółciowych z następczemi ropniami w wątrobie.

W 1887 r. wykonał KAPPELER cholecystenterostomią u chorego, u którego przewód żółciowy był zamkniętym wskutek guza, wychodzącego z trzustki; przewód pęcherzykowy i wątrobowy pozostały natomiast zupełnie wolnemi. KAPPELER odrazu utworzył przetokę żółciowo-kiszkową, nie tak, jak WINIWARTER, który radzi najprzód zeszyć pęcherzyk z kiszka, zespolone części przyszyć do rany brzusznej i dopiero po 5—6 dniach, kiedy nastąpi zrost, połączyć dwa te narządy za pomocą przetoki, dostawszy się do zrostu przez nacięcie kiszeki.

LORETTA wykonał cholecystotomią u 37-letniego mężczyzny, który od lat wielu cierpiał na przemijającą żółtaczkę i kolki żółciowe. Po wykonaniu skośnego cięcia pod łukiem żebrowym, odpreparowaniu pęcherzyka, znaleziono w przewodzie pęcherzykowym kamień wielkości orzecha leśnego, który dawał się przesunąć do pęcherzyka. Ponieważ oddzielenie przewodu pęcherzykowego i wydobyć pęcherzyka z wnętrza wątroby przedstawiało znaczne trudności, przeto, zamiast wycięcia pęcherzyka, LORETTA zrobił tylko cięcie w pęcherzyku, wydobyl kamień i ranę napowrót zaszył. Ażeby osiągnąć obliterację pęcherzyka, wpuklił swobodną [zeszytą] powierzchnię pęcherzyka żółciowego w niższą wątrobową, a powstałe przytem dwie fałdy podłużne zeszył szwem. [Wątpię można, czy autor osiągnął zamierzony cel. Przypisek sprawozdawcy].

Zielewicz operował chorą, u której rozpoznano rozszerzenie pęcherzyka. Wobec znacznego krwawienia przy próbach oddzielenia pęcherzyka, podwiązał Z. przewód pęcherzykowy w dwóch miejscach i przeciął go pomiędzy podwiązkami, a sam pęcherzyk wszył do rany brzusznej, naciął i wydobyl kamień wielkości orzecha leśnego. Za pomocą galwanokaustycznych przyżegań doprowadzono przetokę pęcherzykową prawie zupełnie do zarośnięcia.

KLINGEL opisuje cztery przypadki z kliniki CZERNY'ego.

I przypadek. Cholecystostomią z utworzeniem przetoki przy istnieniu zapalenia otrzewnej. Zejście śmiertelne.

32-letnia kobieta zachorowała w końcu Sierpnia na silne bóle w prawem podżebrzu i zaparcie, które po 4 łyżkach oleju rycynowego nie ustąpiło. W takim stanie chorą odwieziono na klinikę wewnętrzną. Przy badaniu znaleziono po prawej stronie brzucha guz wielkości 3-ch pięści, idący od łuku żebrowego do kolca biodrowego, guz elastyczny, mało ruchomy, bolesny przy ucisku. Chora przeleżała na wewnętrznej klinice przez miesiąc, leczona makowcem i lodowemi okładami. Przez ten czas guz przedstawiał różne własności: to się

zmniejszał, to powiększał, raz był bolesny, to znowu bardzo mało bolesny; raz nawet można było wyczuć chęłbotanie. Ciepłota stale prawidłowa, czasami tylko dochodziła 38° C.. Nagle w końcu Września chora dostała silnych dreszczów, ciepłota ranna 38,2° C., wieczorna 40,7° C.. Tętno 116. Stan ten trwał kilka dni, podczas których chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny z rozpoznaniem: *peritonitis circumscripta purulenta*. Tutaj zrobiono operację. Po wykonaniu odpowiedniego cięcia do samej otrzewnej, ta ostatnia była w wysokim stopniu napiętą, przeświecającą przez nią ropą. Przez cięcie w otrzewnej chlusiła znaczna ilość ropy. Wprowadziwszy palec do jamy ropnia, operator wyczuł mógł miejscami gładkie, miejscami chropowate ściany tegoż i wydobyl niewielki kamień żółciowy, po usunięciu którego ku wielkiemu zdziwieniu swemu, można było wejść do drugiej znacznie mniejszej jamy. Jama ta ku górze i w bok stopniowo się zwężała, kończąc się pod brzegiem wątroby. Tym sposobem okazało się, że otwarta jama była tylko pęcherzykiem żółciowym, silnie do ściany brzusznej przyrośniętym. Ściany pęcherzyka zeszyto z otrzewną ścienną, dla większej pewności, na całej przestrzeni rany. Do pęcherzyka włożono grubą dren. Po południu *collaps*, tętno 120—136, wymioty, nazajutrz śmierć. Sekcja w zupełności potwierdziła rozpoznanie, podczas operacji zrobione.

W powyższym przypadku sprawa rozpoczęła się od wytworzenia się kamienia żółciowego w *ductus cysticus*, jak to anamneza stwierdza. Autor przypuszcza, że wcześniejsza interwencja chirurgiczna możeby uratowała chorą.

II przypadek. Cholecystektomia z powodu ropnego otoku pęcherzyka i *pericystitis*. Śmierć.

42-letnia chora od wielu lat skarżyła się na bóle w prawym podżebrzu i zaparcie stolca. Przy badaniu stwierdzono guz w jamie brzusznej na prawo od pępka, guz długości 7 ctm. i 5 milim. szerokości. Ściany guza gładkie, silnie napięte, sam dawał się więcej przesunąć w kierunku poprzecznym, niż w podłużnym. Próbné przekłócie najcieńszym trójgrańcem DIEULAFOY'a stwierdziło ropę, wskutek czego rozpoznano otok ropny pęcherzyka i przystąpiono do operacji.

Cięcie wzdłuż zewnętrznego brzegu *m. recti abdominalis*, oddzielenie pęcherzyka żółciowego, otoczonego przez ropień otorbielony i podwiązanie szypuły. Wyłuszczony pęcherzyk długości 10 ctm., w średnicy 5 ctm.; w kierunku *ducti cystici* przejścia swobodnego nie ma, z powodu uwięźnięcia w tym ostatnim 2-ch kamieni żółciowych; w samym pęcherzyku znaleziono do 1000 wielościennych małych kamyków, płynących w niewielkiej ilości wodnistej ropnej cieczy; ropa gęsta, którą przy operacji wydobyto trójgrańcem, pochodziła od ropnia na około pęcherzyka. Wydobycie pęcherzyka z wnętrza wątroby nie obyło się bez krwawienia miąższu wątroby, wskutek czego nałożono na ten ostatni 3 szwy. Chora po operacji miała się przez pewien czas względnie dość dobrze, rana zabiłżniła się *per primam*, nagle na 20-ty dzień po operacji przy poruszeniu się w łóżku dostała bólu w lewym boku, duszności i nazajutrz zmarła wskutek zatoru płucnego, jak sekcyja wykazała, przy której stwierdzono również, że na miejscu wyłuszczonego pęcherzyka wytworzył się otorbielony ropień; nadto znaleziono ograniczone zapalenie otrzewnej.

W powyższym przypadku obecność kamieni w pęcherzyku była powodem wytworzenia się otoku ropnego tegoż; operacyja była najzupełniej wskazaną i dałaby najprawdopodobniej dobry wynik, gdyby nie przypadkowe powikłanie w postaci okołopęcherzykowego ropnia. Ten ostatni był prawdopodobnie przyczyną zapalenia otrzewnej.

III przypadek. Cholecystotomia, wszycie pęcherza żółciowego do rany brzusznej. Wyzdrowienie.

49-letnia kobieta podaje, że cierpienie jej datuje się dopiero od 3 miesięcy, a rozpoczęło się zaburzeniami gastrycznymi: wymiotami, niesmakiem



No. 1.



No. 2.

w ustach, bólem w dołku, bólami głowy, obok łaknienia znośnego. Chora przez ten czas straciła na wadze 24 kil. Przy badaniu przez powłoki brzuszne stwierdzono w jamie brzusznej guz wielkości orzecha włoskiego, guz, położony nieco na prawo i ku górze od pępka, mało ruchomy, bolesny przy ucisku. Przy sztucznem wzdęciu żołądka guz ten, pozostając na tejże wysokości, przesuwa się na 1½ poprzecznych palców na prawo. Dno żołądka zachodzi nieco za pępek. Próbné trawienie wypadło ujemnie, stały brak wolnego kwasu solnego. Wobec tych danych, oczywiście, że rozpoznano raka żołądka. Na szczęście chorej rozpoznanie to nie sprawdziło się, gdyż po przecięciu ściany brzusznej w białej smudze i wydobyciu guza na zewnątrz, ten ostatni był, nie rakiem, lecz pęcherzykiem żółciowym, wypełnionym kamieniami. Okazało się, że był on zrośniętym z błonami rzekomymi z dwunastnicą i odźwiernikiem, że ten ostatni był przeto ku górze pociągniętym i tym sposobem wytworzyło się rozszerzenie żołądka. Po wydobyciu pęcherzyka na zewnątrz i nacięciu wydobyto 280 kamieni różnej wielkości. Następnie obszyto ranę pęcherzyka sposobem CZERNY'ego [szew kiszkowy], i przymocowano 2-ma kuśnierskimi szwami do otrzewnej ściennej. Chora po trzech tygodniach opuściła szpital zdrową.

Przypadek ten pod dwoma względami jest interesującym: po pierwsze, co do rozpoznania, które, mając wszelkie pozory słuszności, okazało się jednak mylnem; powtórne, że brzegi zeszytego pęcherzyka zespolono z otrzewną ścienną. Metodę tę uważać można za połączenie pierwotnego postępowania przy tworzeniu przetoki i cholecystotomii z zeszytciem rany i wpuszczeniem pęcherzyka do jamy brzusznej. Tym sposobem zabezpieczeni jesteśmy od przejścia zawartości pęcherzyka do jamy otrzewnej w razie późniejszego rozejścia się szwów.

IV przypadek. *Angiosarcoma* pęcherzyka z kamieniami żółciowymi.

50-letnia chora od kilku lat cierpiała na bóle w okolicy lędźwiowej prawej, zaparcie stolca. Chora sama od dawnego czasu wyczuwała w jamie brzusznej guz, który w 1888 r. wskutek silnego wzruszenia miał się jakoby wysunąć naprzód i powiększyć. W istocie, przy badaniu w środkowej części brzucha stwierdzono guz, mający długości 19 ctm., a szerokości 12 ctm.; guz naprężony, twardej. Skóra naokoło pępka zaczerwieniona. Po wykonaniu cięcia w linii środkowej, wypłynęła ropa żółciowa zabarwiona; po wprowadzeniu palca do ropnia, przekonano się, że ten ostatni łączy się z drugą wielkością pięści jamą, z której wydobyto 47 małych kamieni. Ściany tej jamy, wysłane rozpadającą się ziarniną, wyskrobano ostrą łyżeczką. W 3 tygodnie chora opuściła szpital. Badanie drobnowidzowe wyskrobanych mas wykazało: *angiosarcoma* w okresie rozpadu tłuszczowego.

W s k a z a n i a do zabiegów operacyjnych na pęcherzyku żółciowym, zdaniem autora, są następujące: 1) *Cholelithiasis*. 2) *Hydrops et empyema cystidis*, 3) Zamknięcie światła przewodu żółciowego. 4) Rany pęcherzyka. Można tu zaliczyć jeszcze nowotwory pęcherzyka. Niezłोśliwe guzy są za życia nie do rozpoznania; złośliwe zaś mają tak szybki przebieg, że na operację trudno się decydować [patrz przyp. IV]. Przy kamieniach żółciowych mamy na widoku operacje, jak: cholecystotomia, wycięcie pęcherzyka [cholecystektomia], utworzenie przetoki pomiędzy pęcherzykiem i kiszka cienką, według metody WINWARTER'a, lub KAPELER'a, lub pęcherzykiem i dwunastnicą, według COLZI. Co do cholecystotomii, to należy rozróżnić cholecystotomię „naturalną” i cholecystotomię „idealną”. Pierwsza polega na utworzeniu przetoki przez rozcięcie pęcherzyka i przyszytciu brzegów rany do rany brzusznej; jest to operacja, nie przedstawiająca wiele niebezpieczeństwa dla życia chorego, przedstawia jednak tę niedogodność, że nie usuwa zasadniczego cierpienia, ponieważ siedlisko tworzenia się kamieni pozostaje nadal; nadto przetoka taka nie pozostaje dla chorego cierpieniem samo przez się obojętnem; nigdy również, nie możemy być pew-

nymi, że ta w przyszłości się zabiłżni. Na 18-cie przypadków, cytowanych przez autora, tylko u 12 z czasem nastąpiło zabiłżnienie.

Druga, t. z. „idealna“, polega na przecięciu pęcherzyka, wypróżnieniu tegoż, zaszyciu brzegów cięcia i wpuszczeniu pęcherzyka do jamy brzusznej. Cięcie brzuszne również się zeszywa. Na 5-ciu operowanych: wyzdrowiało 3, umarło 2. Jako odrębną metodę cholecystotomii uważać by należało kombinację „naturalnej“ i „idealnej“ cholecystotomii [patrz przyp. III]. Należy również mieć na względzie i zabiegi LORETT'a i ZIELEWICZA, celem wywołania (*Verödung*) obliteracji pęcherzyka.

Cholecystektomija, czyli wycięcie pęcherzyka, poleca szczególnie LANGENBACH. Przez długi czas powątpiewano, czy wyluszczenie tak ważnego narządu, jakim jest pęcherzyk żółciowy, nie stanowi samo przez się poważnego niebezpieczeństwa dla danego osobnika. Zwolennicy tej operacji powołują się atoli na spostrzeżenie, że niektóre zwierzęta, jak np. jeleń, koń, słoń od natury pozbawione są tego narządu; nadto, że przy sekcjach u wielu ludzi znajdowano pęcherzyk zupełnie zarośnięty, pomimo to za życia żadnych poważnych objawów nie można było stwierdzić. Najwymowniejszym jednak dowodem nieszkodliwości tego zabiegu dostarczają chorzy, którzy, pomimo dokonanego na nich zabiegu, pozostali zdrowi. Która z powyższych operacji zasługuje na pierwszeństwo, na to trudno dać stanowczej odpowiedzi. Podług zdania większości chirurgów, na 1-em miejscu stać winna cholecystotomija; z wyluszczeniem całego pęcherzyka spieszyć nigdy nie należy. Na potwierdzenie tego zdania pragnę użyć słów samego autora, który powiada: „nie należy nigdy uważać pęcherzyka żółciowego za narząd zbyteczny, skoro sprawia on jakie takie dolegliwości; tylko w razie długotrwałych guzów, owrzodzeń, otoku ropnego, przystąpić można do wyluszczenia go; nawet i w tych razach niekiedy należy wyluszczenie zastąpić wytworzeniem czasowej, lub stałej przetoki, otwierając sobie tym sposobem dostęp do chorej błony śluzowej i miejscowo usiłując ją leczyć“.

(*Beiträge zur klinische Chirurgie. 1889. V Band. I Heft.*) Oderfeld.

56. O nowych metodach całkowitego wyluszczenia macicy i innych narządów małej miednicy.

W roku 1886 KRASKE (1) wprowadził do chirurgii nową operację przygotowawczą, mającą na celu ułatwienie wyluszczenia raka kiszki stolcowej [*resp.* samej kiszki] w tych przypadkach, gdzie z powodu wysokiego usadowienia się nowotworu operacja ta uchodziła dotychczas za niewykonalną. Metoda jego, nazwana *k r z y ż o w ą* (*sacrale*), polega na odsłanianiu odbytnicy od tyłu w sposób następujący. Cięcie pionowe skóry i miękkich części wykonywa KRASKE w linii środkowej kości krzyżowej, prowadząc je od środka kości krzyżowej aż do otworu stolcowego, następnie oddziela przyczepy lewych mięśni pośladkowych i wyluszcza kość ogonową, oddziela więzy krzyżokulszowe: wielki i mały, tuż przy kości krzyżowej i wreszcie dłutkiem odbija dolno-zewnętrzny odcinek lewej połowy kości krzyżowej. W ten sposób powstaje jama, przez którą dostać się można łatwo do kiszki stolcowej, do nowotworu. KRASKE kilka razy tą drogą wyluszczał z dobrym skutkiem nowotwory, a raz nawet wykonał wycięcie kiszki stolcowej.

W r. 1888 J. HOCHENEGG, a za nim K. HERZFELD powzięli myśl zastosowania operacji przygotowawczej KRASKE'go do ginekologii, w celu wyluszczenia nowotworów, usadowionych głęboko w małej miednicy, albo w jej narządach, których ani przez pochwę, ani też przez ścianę brzuszną wydobyć niepodobna. HOCHENEGG (2) robi cięcie skóry łukowate, poczynwszy od lewego spojenia krzyżobiodrowego, idąc ku dołowi wzdłuż grzebienia krzyżowego, aż do wierzchołka kości ogonowej; następnie, podobnie jak KRASKE, wyluszcza kość ogonową i wypiłowuje dolno-zewnętrzny odcinek lewej połowy kości krzyżowej; wre-

szcie oddziela odbytnicę i odsuwa ją na prawą stronę, wskutek tego w polu operacyjnem ukazuje się otrzewna, wyścielająca zagłębienie macicznie-odbytnicze, którą szoroko nacina i przez otwór jej wydobywa do rany zewnętrznej macicę, albo inne narządy płciowe, chorobowo zmienione i do wycięcia przeznaczone.

HERZFELD (3), chcąc dostęp do macicy uczynić jeszcze łatwiejszym, proponował wykonywanie cięcia skośnego po stronie prawej i wypylowywać części kości krzyżowej z prawej strony. W ten sposób uniknąć można niepotrzebnego oddzielania kiszki stolcowej i odsuwania jej na prawą stronę [odbytnica, jak wiadomo, leży więcej na lewo w zagłębieniu kości krzyżowej. Ciało do operacyi proponuje HERZFELD układać w położeniu kolanowo-łokciowem, jak do operacyi przetok].

Prof. E. ZUCKERKANDL (4), rozpatrując szczegółowo stosunki anatomiczne okolicy pośladkowej, przyszedł do przekonania, że małą miednicę i narządy, w niej leżące, można odsłonić od tyłu, torując sobie drogę li-tylko przez części miękkie, wyścielające okolicę pośladkową lewą, bez wyłuszczenia i wycięcia kości miednicowych. Cięcie skóry i miękkich części na lewym pośladku, poczynające się od guza kości biodrowej (*tuberositas ossis ilei*), prowadzi ZUCKERKANDL ku dołowi łukowato tuż po brzegu kości krzyżowej aż do dołu kulszo-odbytnicowego i kończy je mniej więcej po środku między guzem kulszowym i otworem stolcowym. Po odcięciu i odprowadzeniu od kości przyczepów mięśnia pośladkowego wielkiego, więzów krzyżo-kulszowych: wielkiego i małego, następnie mięśnia kulszo-ogonowego, a ewentualnie i tylnej części mięśnia unoszącego odbyt, pozostaje jama, ograniczona na zewnątrz wejściami kulszowymi, na dnie której widać część zewnątrzotrzewnową odbytnicy. Przenikając głębiej do jamy DOUGLAS'a, można po przecięciu otrzewnej dotrzeć do narządów małej miednicy. Ciało podczas operacyi spoczywa na prawym boku.

Prof. WOELFLER (5) operuje w ten sam sposób, lecz cięcie prowadzi po stronie prawej [ciało więc spoczywa na lewym boku]. Zaczyna je niżej, aniżeli ZUCKERKANDL, a mianowicie nieco ponad miejscem połączenia kości ogonowej z kością krzyżową i w oddaleniu 1—2 ctm. na zewnątrz od tego miejsca; następnie zakreśla nożem lekki łuk z wklęsłością, zwróconą ku guzowi kulszowemu prawemu, prowadząc go w kierunku ku dołowi i na zewnątrz, obok kiszki stolcowej, na krocz, aż do miejsca, odpowiadającego tylnemu spoidłu sromu, w oddaleniu 2—3 ctm. od tegoż. W ten sposób po przecięciu skóry dochodzi się w górnej części cięcia do brzegu mięśnia pośladkowego wielkiego, a pod nim do więzu krzyżo-kulszowego wielkiego. W dolnej zaś części cięcia dochodzi się do zagłębienia kulszo-odbytnicowego, a w tem zagłębieniu do przebiegających w kierunku poprzecznym żył hemoroidalnych dolnych. WOELFLER przecina mięsień pośladkowy wielki, w bliskości jego przyczepu do kości krzyżowej i ogonowej i oddala średnią część jego wraz z kością ogonową. Po przecięciu więzów krzyżo-kulszowych: wielkiego i małego, przecina mięsień unoszący odbyt i w ten sposób dochodzi do tętnicy i obu żył sromnych, które na tępo usuwa na stronę. Wreszcie, oddzieliwszy palcami odbytnicę od tylnej ściany pochwy, dochodzi do otrzewnej, stanowiącej fałdę jamy DOUGLAS'a. Aby się dostać do macicy w celu jej wyłuszczenia, trzeba fałdę tę przeciąć; jeśli zaś operacyja ma się ograniczyć na odcięciu szyi macicznej, to trzeba otworzyć sklepienie pochwy. Dla metody tej WOELFLER proponuje nazwę o k o ł o k r z y ż o w e j (*parasacrale*).

Wreszcie wspomnieć należy o jeszcze jednej metodzie odsłaniania narządów małej miednicy, mianowicie od strony kroczu, polegającej na przecięciu przegrody odbytnico-pochwowej. Pomysł ten należy do OTTONA ZUCKERKANDL'a (6), który metodę swą nazwał k r o c z o w ą (*perineale*). Ciało leży na wznak z udami rozwartymi i zbliżonemi do brzucha [położenie jak do cięcia kamienia]. Cięciu płatowemu na kroczu nadaje Z. kształt . Ramię po-

przecne cięcia tego, długie na 6—7 ctm., przebiega na środku krocza, odnogi zaś boczne, tej samej prawie długości, rozchodzą się na obie strony ku tyłowi aż do tylnych końców guzów kulszowych. Po przecięciu skóry i tkanki łącznej podskórnej i po oddzieleniu całego płata, przenikamy nożem do przegrody kroczonej, utworzonej z włókien mięśni zwieraczy odbytu i pochwy i mięśnia poprzecznego międzykrocza wierzchniego. Po przecięciu tej mocnej przegrody mięsnej odsłania się nam luźna warstwa łączno-tkankowa [wyściełająca przestrzeń między odbytnicą i pochwą], przez którą palec operatora łatwo przenika aż do fałdy otrzewnej. Aby dostęp do niej uczynić łatwiejszym, należy jeszcze przeciąć na prawo i lewo pęczki przednie mięśnia unoszącego odbyt, przez co kieszka stolcowa, uwolniona w ten sposób od swego przyczepu przedniego, daje się mocno ściągnąć ku dołowi. Jeśli jednocześnie i pochwę odsuniemy ku górze do spojenia łonowego, to w głębi rany ukaże się nam fałda otrzewnej w kształcie pęcherza, którą rozcinamy w całej jej szerokości i przez otwór ten wyprowadzamy macicę na zewnątrz, wyracając ją dnem ku tyłowi i ku dołowi.

Streszczając to, cośmy powiedzieli, widzimy, że do dwu dawnych metod odsłaniania i wyluszczenia macicy: przez powłoki brzuszne i przez pochwę, przybyły w ostatnich czasach trzy nowe, a mianowicie: 1) HOCHENEGG-HERZFELD'a, t. z. *krzyżowa (sacrale)*, 2) E. ZUCKERKANDL-WOELFLER'a, t. zw. *około krzyżowa (parasacrale, v. parasectale)* i 3) OTTONA ZUCKERKANDL'a, t. z. *kroczonej (perineale)*.

O wartości ich praktycznej trudno w tej chwili rozstrzygać, bo poza pracami autorów, zalecających, rzecz naturalna, swoje metody, nie wielu dotychczas chirurgów głos w tej kwestyi zabierało; zresztą, przypadki zastosowania tych operacji na żywych są dotąd bardzo nieliczne. HOCHENEGG podaje dwa przypadki jego metodą operowane: 1) przez GERSUNY'ego, *exstirpatio uteri*, 2) przez niego samego — *exstirpatio uteri et tumoris cystici ligamenti lati*. WIEDOW (7) opisuje trzy przypadki z kliniki HEGAR'a, operowane metodą HOCHENEGG-HERZFELD'a: 1) otwarcie ropnia podotrzewnowego, 2) *castratio*, 3) *exstirpatio uteri*. WOELFLER wreszcie podaje 4 przypadki, operowane metodą E. ZUCKERKANDL-WOELFLER'a, a mianowicie: dwa przypadki wycięcia odbytnicy i dwa *exstirpationis uteri*. Wszystkie wspomniane przypadki zakończyły się pomyślnie. Metoda kroczonej OTTONA ZUCKERKANDL'a nie była dotychczas na żywych wykonaną.

(1) (*Archiv f. T. 33, str. 563 i Berlin. klin. Woch. 1887. Nr. 48*).

(2) (*Wiener klinische Wochenschrift. 1888. Nr. 19. i 1889. Nr. 9*).

(3) (*Allgemeine Wiener med. Zeitung. 1888. Nr. 34*).

(4) (*Wien. klin. Wochenschrift. 1889. Nr. 14 i 18*).

(5) (*Wien. klin. Wochenschrift. 1889. Nr. 15 i 16*).

(6) (*Wiener medizin. Presse. 1889. Nr. 7 i 12*).

(7) (*Berlin. klin. Woch. 1889. Nr. 10*).

M. Zweigbaum.

57. René Colin. O naturze zakaźnej tęcza.

Niewiele jest chorób, których istota powstawania tak byłaby zagadkową, jak tęcza, niewiele też było przedmiotem równie wszechstronnie prowadzonych doświadczeń i tylu teoryj, dążących do objaśnienia przyczyny choroby, co tęzec. Pomimo to jednak dopiero w ostatnich kilku latach, dzięki pracom NICOLAIER'a, ROSENBACH'a, BRIEGER'a i innych, nauka o istocie tęcza weszła na właściwą drogę i tęzec powiększył szereg chorób niezaprzeczenie zakaźnych, zrzuciwszy na plan drugi cały szereg czynników, wprzód za *causa efficiens morbi* uważanych.

Szczegółowe zestawienie wszystkich w tym przedmiocie istniejących doświadczeń, jak również zebranie całego kazuistycznego materiału, służącego za

podstawę wszystkich, istotę teżca tłumaczących, poglądów, obrał COLLIN za temat do swej sumiennej, acz niemniej rozwlekłej pracy.

Na czele znajdujemy rozdział o doświadczeniach, zmierzających do sztucznego wywołania teżca na zwierzętach. Po nieudatnych w tym kierunku próbach ARLOING'a i TRIPIER'a, NOCARD'a i innych, udało się to po raz pierwszy panom CARLE i RATTONE, którzy przeszczepili za pomocą substancji, wziętej z zapalnego guzika trupa, zmarłego na teżec, tę chorobę królikom i za pomocą cząstki substancji nerwowej tych ostatnich, drugiej seryi tychże zwierząt. Ze swoich doświadczeń wyprowadzają autorzy następujące wnioski:

- 1) teżec ludzki jest chorobą zakaźną;
- 2) przenosi się z człowieka na królika i z królika na królika.

Prawie jednocześnie, t. j. w 1884 r., NICOLAIER w pracowni ELUEGGE'go, badając własności zakaźne różnych gatunków ziemi, zauważył, że wpływ ich na ustroj zwierzęcy bywa rozmaity. Podczas gdy ziemia ogrodowa, zastrzyknięta pod skórę w dostatecznej ilości, wywołuje chorobę, zwaną obrzękiem złośliwym (*oedema malignum*), ziemia, pochodząca z ulic miejskich, wywołuje objawy, przypominające teżec. Ziemia ulic Beriina, Lipska, Wiesbadenu, przechowywana nawet lat kilga, dawała te same wyniki szczepienia. Badanie drobnowidzowe ropy z miejsca podskórnego wstrzyknięcia wykazało obecność mikrokoków i laseczników różnej postaci. Przeważał jednak rodzaj laseczników: bardzo wydłużonych i bardzo cienkich, trochę dłuższych i gładszych, niż laseczki posocznicy myszy, odkryte przez KOCH'a. Najlepiej barwią się one fuksyną. Znajdywane były w tkance łącznej podskórnej, a nawet oddzielne i w rdzeniu, nie było ich jednak we krwi i innych narządach. Ropa, zawierająca te pasorzyty, wywoływała po wstrzyknięciu teżec u 66 królików i myszy na 88 szczepień. Lecząc teżec, tą drogą wywołany, miał okres wylegania znacznie krótszy [15—20 godzin], szybszy i cięższy przebieg. Krew, wątroba, śledziona, mięśnie, nerwy, rdzeń, dawały wynik niepewny. Ziemia, wywołująca w doświadczeniach teżec, traciła tę własność chorobotwórczą po ogrzewaniu jej przez godzinę w cieple 190° C.. Ta okoliczność i dłuższy okres inkubacyjny po zastrzyknięciu ziemi, niż ropy, kazały NICOLAIER'owi przypuszczać, że tu nie działa trucizna chemiczna, lecz, że jest to zakażenie za pomocą pasorzyta, przez niego opisanego. Hodowle tego laseczka udawały się tylko w głębi surowicy krwi, utrzymywanej przez 2—3 dni w termostacie, lecz zawierały zawsze domieszki innych drobnoustrojów; na powierzchni żelatyny i przy cieple zwyczajnej nigdy się nie udawały. Jakkolwiek nieczyste, hodowle te wywoływały teżec u królików i myszy. Twierdzi więc słusznie NICOLAIER, że przyczyną teżca, wywołanego w doświadczeniach, są pasorzyty, należące do anaerobów, cienkie i wydłużone laseczki, zgrubiałe na jednym swym końcu, barwiącym się dobrze, i zawierające zarodniki, które nie barwią się prawie wcale.

W 1886 r. ROSENBAACH zaszczerpił 2 kawałki mięsa, wziętego z nogi trupa, zmarłego na teżec, dwóm świnkom morskim, które tegoż dnia zginęły od teżca. Powtarzając to doświadczenie na całym szeregu tychże zwierząt [szczepiąc produkty chorobowe poprzedniego szeregu następnemu], otrzymywał te same zawsze wyniki. Hodowle ROSENBAACH'a, również jak i NICOLAIER'a, nie były czyste, gdyż, oprócz wspomnianych pasorzytów, zawierały mikrokok gnilne. Ogrzane do ciepłoty, przy której pozostawały przy życiu tylko zarodniki, i zaszczerpione zwierzętom, wywoływały teżec, co jest niezbitym dowodem, że te to właśnie laseczki, przez NICOLAIER'a po raz pierwszy opisane, są przyczyną teżca. Jaką drogą szerzą się one w ustroju, jaki jest ich stosunek do nerwów i rdzenia kręgowego? Być może, mówi ROSENBAACH, wydzielają one jakąś substancję, podobną do strychniny, która stopniowo wywiera swój wpływ na cały ustroj.

W 1887 r. BRIEGER, opierając się na 2 faktach: 1) że ilość laseczników, znajdujących w narządach zwierząt, które zdechły na tężec, jest bardzo małą i 2) że ROSENBACH nie mógł otrzymać hodowli ani z rdzeniem, ani z nerwami, ani z mięśniami królików tetanicznych — przypuszcza, że działa tu jad chemiczny, a nie sam pasorzyt. I rzeczywiście, udało mu się z hodowli lasecznika tężcowego otrzymać ptomainę, którą nazwał tetaniną, w postaci kryształów, mających kształt igieł, nie ulegających działaniu alkaliów, a ginących od kwasów. Tetanina, wstrzyknięta pod skórę, wywołuje istotnie tężec. Kilka miligramów jej zabija myszy.

Mniej zabójczą, bo dopiero w ilości 2—3 decygramów działającą, jest druga ptomaina, otrzymana z tychże hodowli: tetanotoksyna. Należy jednak zwrócić uwagę, że tetanotoksyna działa nie na wszystkie zwierzęta.

Hodowle lasecznika tężca zawierają jeszcze inne ptomainy lotne. BRIEGER'owi udało się wyosobnić kadawerynę i putrescynę, produkt mieszaniny bakterij gnilnych z tężcowymi. Podczas gdy bakteryje tężca, hodowane na mięsie siekanem, lub mózgu, konia, lub wołu, zawierały tetaninę z tetanotoksyną, hodowle na mleku zawierały inną, bardzo gwałtownie działającą ptomainę, przez BRIEGER'a nazwaną: spazmotoksyną. Grunt więc odżywczy odgrywa tu, jak widzimy, pewną rolę. Pod wpływem ciepłoty, wyższej niż 37° C., rozkładają się te ptomainy na amonijak; być więc może, że gorączka, towarzysząca tężcowi, jest dla ustroju zbawienną. HOCHSINGER [1887 r.], robiąc doświadczenia z krwią żyłą chorego na tężec człowieka i z ropą, wziętą z rany ręki, otrzymał mniej więcej te same wyniki. Krew w jego badaniach nie wykazywała pasorzytów, hodowle zaś udawały się też tylko w głębi, a nie na powierzchni gruntu odżywczego. Czystych hodowli lasecznika NICOLAIER'a nie udało się i jemu otrzymać, lecz na podstawie swych doświadczeń uważa ten lasecznik za swoisty dla tężca i przychyła się do zdania ROSENBACH'a, potwierdzonego przez BRIEGER'a o ptomainach.

Badania SHAKESPEARE'a, prowadzone przez zastrzykiwanie części mózgu i rdzenia, bądź pod oponę twardą mózgu, bądź pod skórę zwierzętom, doprowadziły go do następujących wniosków:

- 1) tężec traumatyczny konia i muła bywa przenoszony na inne zwierzęta, a nawet i na człowieka;
- 2) jad tężca zawiera się w substancji nerwowej ośrodków;
- 3) jak w wściekliznie, jadowitość jego wzmacnia się przez zaszczepianie pod oponę z królika na królika i również metodą PASTEUR'a osłabioną być może; wreszcie, jadowitość jego jest większą przy zaszczepieniu pod oponę, niż pod skórę.

Istnieją jeszcze doświadczenia innych badaczy, przyznające stanowczo lasecznikowi NICOLAIER'a i ROSENBACH'a znaczenie patogeniczne dla tężca.

Za pasorzytniczym pochodzeniem tężca, dopiero w ostatnich latach doświadczalnie stwierdzonem, przemawiała cała dotychczasowa odnośna literatura lekarska. Opisywane są bowiem epidemie i endemie tej choroby, która, na szczęście u nas tak rzadka, śroży się w okolicach podzwrotnikowych, a w Europie na południu nawiedza Turcję, Włochy i Hiszpanię. Towarzyszyła ona niektórym znacznijszym w historii wojnom, gdzie prawdziwie dziesiątkowała rannych żołnierzy. Szczególnie często nawiedzała szpitale, gdzie nie tylko rozszerzała się po całych salach, lecz niekiedy obierała sobie za siedlisko jedno, lub parę łóżek w sali szpitalnej, co jako epidemia łóżek jest opisanem. Przenosi się ona wszelkimi możliwymi sposobami z osobnika na osobnik, co, zwłaszcza w przypadkach nietraumatycznych, czyniło pochodzenie jej wielce zagadkowym. Natworzono też mnóstwo hipotez, starając się niemi wytłómaczyć pochodzenie tężca. Jedni przypisywali cały wpływ czynnikom tellurycznym i nawet dzielili tę chorobę na 2 kliniczne formy: 1) jedną błotną, zależną wprost od

miazmatu malaryi i przejawiającą się w postaci tęcza przepuszczającego, 2) inni znowu utrzymywali, że istnieje w gruncie oddzielny miazmat tęczowy.

Inni znowu obwiniali wpływy atmosferyczne, jak nagłe zmiany ciepłoty, szczególnie ciepło i wilgoć.

Najnowszą i najwięcej zyskującą zwolenników jest teoria VERNEUIL'a [1886]. Twierdzi on, że tęzec u człowieka jest pochodzenia końskiego, że zawsze tęzec wywołowanym bywa przez jakiś pośredni, a często i bezpośredni wpływ koni, które, jak twierdzą niektórzy lekarze, w pewnych miejscowościach wyłącznie zapadają na tę chorobę, a każdy przypadek tęcza u człowieka pozwala wykazać wpływ tych zwierząt. Pierwszą obserwacją, która posłużyła za podstawę tej teorii, była D-ra LARGER'a. Odnosi się ona do jednej pani, która upadłszy na podwórzu swego domu i zrobiwszy sobie ranę w łokciu, zapadła na tęzec. W tej to miejscowości, nigdy przedtem LARGER tęcza u człowieka nie spostrzegał. Bardzo blisko podwórza tego domu znajdowała się stajnia, w której konie kilkakrotnie chorowały na tęzec.

Doświadczenia NICOLAIER'a bardzo popierają tę teorię; ziemia bowiem ulic i pól ciągle jest przesiąknięta odpadkami końskimi, podczas gdy w ogrodach i lasach stanowi to wyjątek. Jeżeli się ona sprawdzi, tęzec powiększy pod względem swej etylogii grupę chorób pochodzenia zwierzęcego, jak: wścieklizna, karbunkul, nosaczna, prawdopodobnie dyfteryt, a być może, i szkarlatyna.

Nic to nieznaczy, że znane są przypadki zarażenia się tęcem człowieka od konia zupełnie zdrowego; teorii VERNEUIL'a bynajmniej to nie przeczy: gdyż śmiało można przypuścić, że zarodniki, pochodzące z ziemi, odnajdują sobie grunt dogodny u rozmaitych zwierząt, który zamieszkują bez szkody dla ustroju zwierzęcia, aż do czasu wystąpienia jakiejś sprzyjającej wybuchowi choroby okoliczności.

Po wystąpieniu VERNEUIL'a ze swą teorią posypały się z różnych stron obserwacje na jej obronę. Na ich podstawie dzieli VERNEUIL chorych na tęzec na 4 kategorie:

1) Do pierwszej należą ci, którzy z profesji swej ciągle mają do czynienia z końmi.

2) Ludzie, którzy przypadkowo znaleźli się w zetknięciu z końmi choremi, lub nawet zdrowymi, i zostali ranieni przez też konie, lub ich utensylja. Do takich przypadków należy np. spadnięcie z konia.

3) Chorzy na tęzec, którzy przypadkowo znaleźli się w zetknięciu ze zwierzętami, lub ludźmi tęczowymi.

4) Wreszcie są przypadki tęcza, gdzie żadnego związku z chorem lub zdrowym koniem, człowiekiem chorem na tęzec, ani z żadnymi przedmiotami, należącymi do chorych na tęzec — dopatrzyć się nie można.

Pod wpływem tej teorii, która zdaniem COLLIN'a, zapewne utrzyma się w nauce, runęły wszystkie dotychczasowe na istotę tęcza poglądy i zredukowane zostały do znaczenia czynników, sprzyjających rozwojowi zarodników choroby, niezaprzeczenie infekcyjnej i zaraźliwej.

Należy więc odtąd w każdym przypadku tęcza zwrócić baczną uwagę na punkt wyjścia choroby, wypytać się chorego, czy nie ma epidemii tęcza w tej miejscowości, z której on pochodzi, zbadać na miejscu umeblowanie chorego, i stosunek jego ze stajnią i t. p., znać dokładnie sposób jego zarobkowania i wiedzieć, w razie istnienia tęcza urazowego, gdzie powstała rana i przy jakich okolicznościach. Należy się dowiadywać, czy ranny w chwili wypadku, przed nim, lub po nim, nie znajdował się w bezpośrednim, lub pośrednim zetknięciu z końmi, lub ich odpadkami, i czy nie było przypadków tej choroby u zwierząt domowych.

Mieczysław Goldbaum.

(*De la nature infectieuse du tetanos. Paris 1889. str. 275*).

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dodatkowo w dniu 26 Listopada r. b. kol. FABIAN opisał 2 przypadki obłąkania, jakie zdarzyły się w jednej rodzinie naprzód u męża, a następnie u żony. z jednaką cechą przejawów zboczenia umysłowego, którą kol. FABIAN nazywa: *mikromanią*. Żona pochodziła z rodziny zdrowej zupełnie, była tylko bardzo bezkrwistą i wycieńczoną ciąglem pielęgowaniem obłąkanego męża. Rozchorowała się w 4 miesiące po mężu i obecnie po przeprowadzeniu odpowiedniego leczenia jest najzupełniej zdrową. Mąż pochodził z rodziny, w której obłąkanie zdarzało się niejednokrotnie, a obecnie stan jego doszedł do zupełnej demencji. Fakt udzielenia się obłąkania żonie, i w tejże postaci, jakie było u męża, uważa kol. FABIAN za przypadek t. zw. *zakazenia psychicznego*.

W dyskusji kol. ROTHE zaznaczył, że nie uważa nazwy zakazenie psychiczne za dobrą; podobna nazwa była już używaną przez uczonych niemieckich, lecz zarzucono ją obecnie. Kol. R. sądzi, że lepiej byłoby w danym razie obłąd żony nazwać *maniją naśladowczą*, lub wprost terminem znanym: *folie à deux*. Przypadek, opisany przez kol. F., jest istotnie rzadki i ciekawy.

Kol. A. ROSENTHAL zauważył, że spostrzeżenia takie były już opisywane i zgadza się z kol. R., że nazwa zakazenie psychiczne nie jest dobrą. Nie uważa również za stosowną nazwy: mikromanija, gdyż chorobę żony w danym przypadku możnaby uważać za melancholię.

Kol. CIĄGLIŃSKI zapytuje, czy w danym razie żona nie uległa zarażeniu przymiotem od męża, co mogło wpływać usposabiająco na wystąpienie następnie obłąkania.

Prof. PŁASKOWSKI zapytuje, czy w danym przypadku żona nie była słabo rozwiniętą pod względem umysłowym, gdyż manija naśladowcza rozwijać się zwykła u takich właśnie, a naśladownictwo wogóle jest cechą ludzi o słabym rozwoju umysłowym.

Kol. FABIAN odpowiada na to, że nazwy zakazenie psychiczne nie stara się wprowadzić do nauki, gdyż sam nazywa to: t. zw. *zakazenie psychiczne* i wolałby, zamiast tego, nazwę obłąkanie przeniesione, przekazane, naśladowcze, lub t. p.. Co do przymiotu, to żadnych objawów tego cierpienia nie było, co zaś do inteligencji chorej, to była ona pod względem umysłowym dobrze rozwiniętą i sądzi, że mógł tu działać tylko wpływ długiego pielęgowania chorego męża. Obecnie jest ona najzupełniej zdrową i, co najważniejsza, ma zupełną świadomość o cierpieniu, jakie sama przeżyła.

Wiadomości bieżące.

— Pożyteczną pod wieloma względami książkę wydali czescy lekarze p. t. „Synonyma latinska, česká, polská i německá“ [příručný slovník lékárnický]. Sestawili D-r LERCH, K SCHÜRRER, i K. VANÍČEK. [Praga 1890. Cena 5 zlr.]. Książka odda usługi tym zwłaszcza, którzy czytając prace polskie, nie łatwo mogą zrozumieć wyrazy mające zupełnie odmienne znaczenie w języku polskim.

— Od Nowego Roku zacznie wychodzić w Paryżu nowy tygodnik lekarski pod redakcją GERMAIN SÉE p. t. *La nouvelle médecine*. Stałymi współpracownikami będzie 13 profesorów zwyczajnych i 21 nadzwyczajnych (*agrégés*) lekarskiego wydziału paryzkiego. Zarazem także najwybitniejsi członkowie uniwersytetów prowincjonalnych we Francji przyrzekli swoje współpracownictwo.

Numer pierwszy tygodnika ukazać się ma d. 25 Grudnia r. b. [nakładem ROUFF'a].

— W instytucie patologicznym w Bolonii E. CENTANNI miał sposobność badać zwłoki osobnika zmarłego na typowe porażenie LANDRY'ego. Główne zmiany anatomiczne w ostrem porażeniu wstępującem znajdują się w korzeniach i pniach nerwowych w postaci ostrego zapalenia interstycyjnego (*neuritis interstitialis acuta*); mogą one wszakże przechodzić i na sam rdzeń kręgowy, aczkolwiek tylko nieznacznie i niejako pośrednio; fakt, któremu jak wiadomo, inni autorowie zaprzeczają. We wszystkich nerwach obwodowych znaleziony został w obfitej ilości *lasecznik* o charakterystycznych znamionach i typowo rozmieszczony. Barwiony według sposobu SAHL'ego błękitem metyle-