

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI PSYCHIJATRYCZNEJ PROF. M. M. POPOWA.

I. O ZMIANACH W KOMÓRKACH NERWOWYCH PRZY BEZWŁADZIE POSTĘPUJĄCYM.

Napisał

S. Bucelski,

ordynator kliniki.

Sprawa, poczynająca się od przesiąknięcia i pęcznienia mięśszowego komórek nerwowych w mózgu, kończąca się zaś ich barwnikowo-tłuszczowem zwyrodnieniem i rozpadem, stanowi, zdaniem MESCHEDE'go ¹⁾, ²⁾, początek i istotę bezwładu postępującego. Jakkolwiek nie wszyscy pogląd ten podzielają, jednak za małym wyjątkiem [WESTPHAL ³⁾, L. MEYER ⁴⁾, TUCZEK ⁵⁾] prawie nikt nie odmawia zmianom, w komórkach nerwowych zachodzącym, bardzo poważnego znaczenia.

Najwybitniejszym zmianom, według opisu MIERZEJEWSKIEGO ⁶⁾, ulegają komórki, leżące w sąsiedztwie wylewów krwawych pod błoną zewnętrzną naczyń. Komórki te czasem są powiększone; wymiar ich podłużny dochodzi 0,075 mm., poprzeczny zaś 0,042 mm., czasem przeciwnie — wydają się one zmniejszonymi, jakby zmarszczonymi.

Silnie barwiące się karminem komórki te o zmętniałej protoplazmie, pozbawionej swej prążkowatości, powoli i stopniowo coraz więcej napełniają się ziarnistym, brunatno-żółtym barwnikiem, zbierającym się w komórce w kie-

¹⁾ MESCHEDE. Die paralytische Geisteskrankheit und ihre organische Grundlage. VIRCHOW's Archiv. Bd. 34. 1865.

²⁾ MESCHEDE. Ueber fettige und fettigpigmentöse Degeneration der Ganglienzellen des Gehirns in den paralytischen Geisteskrankheiten. VIRCHOW's Archiv. Bd. 56.

³⁾ WESTPHAL. Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Kenntnisse von den allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Arch. für Psychiatrie. Bd. 1.

⁴⁾ L. MEYER. Die Veränderungen des Gehirns in der allgemeinen progressiven Paralyse. Centralblatt f. med. Naturwissensch. 1867. N. 8, 9.

⁵⁾ TUCZEK. Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 40. 1883.

⁶⁾ MIERZEJEWSKY. Etudes sur les lésions cérébrales dans la paralysie générale. Archives de Physiol. II. 1875.

runku od obwodu ku środkowi i w tym też kierunku zaczyna się następnie rozpad jąder, które zwzkle przyjmują również udział w sprawie doprowadzającej w końcu komórki do zupełnej zagłady.

Prócz powyższych, dają się spostrzedz w komórkach nerwowych przy bezwładzie postępującym jeszcze i inne zmiany. Już w 1866 r. MEYNERT, a później w 1873 r. LUBIMOFF ⁷⁾ zauważyli w komórkach pewne zjawiska, na podstawie których całą sprawę chorobową określili jako sklerozę; protoplazma prztem traci swój wygląd drobnoziarnisty, pęcznieje, staje się jednolitą, mocno łamiącą światło; kontury komórek stają się bardzo wyraźne, nierówne, kątowate, lub powygryzane. Zmiany te, zdaniem VIRCHOW'a, przypominają przeistoczenie mączkowate, lecz nie dają odczynu jodowego, dla braku którego nazwał więc je sklerozą, a później v. RECKLINGHAUSEN zwyrodnieniem szklistem, co podług LIEBMANN'a ⁸⁾ stanowi jedno z najczęstszych zjawisk w komórkach przy bezwładzie postępującym. W pierwszym okresie choroby — mówi LIEBMANN — przy ogółnem silnem przekrwieniu mózgu, komórki podlegają pęcznieniu miąższowemu [MESCHÉDE], po którem następuje tylko w rzadkich przypadkach rozpad, zwykle zaś w protoplazmie lub wyrostkach komórek zjawia się ograniczona masa hyjaliny, której ilość z czasem stopniowo wzrasta, aż w końcu cała komórka zamienia się na jedno ognisko hyjalinowe. Wtedy hyjalina traci już swe pierwotne własności i gdy w początku karmin zabarwia ją silnie, a pod wpływem kwasu siarczanego staje się czerwoną, później, gdy już masa hyjalinowa zajęła całą treść komórki i występuje nawet na zewnątrz w postaci wyrostków, kropelek i t. p., bardzo słabo barwi się karminem i kwasem siarczanym i z łatwością rozpuszcza się w olejku gwoździkowym. Jądra, nigdy nie podlegające zwyrodnieniu szklistemu, stają się ziarnistemi, niewyraźnemi. Tak przeistoczone komórki marszczą się coraz więcej i zamieniają się na błyszczące, małe, trójkątne ciałka, jakie MENDEL ⁹⁾ widział we wszystkich warstwach kory, a ADLER ¹⁰⁾ tylko w drugiej warstwie komórek MEYNERT'a.

Zdaniem MENDEL'a ¹¹⁾, nie ulega najmniejszej wątpliwości fakt przeistoczenia barwnikowego, sklerozy, oraz ogólnego zaniku komórek nerwowych, lecz zmiany te występują jedynie w późnych okresach, w przypadkach zastarzałych, gdy chory przedstawia już obraz zupełnego osłabienia władz umysłowych; w przypadkach zaś świeżych żadnych zmian patologicznych w komórkach nerwowych dostrzedz nie można. Nareszcie, przy bezwładzie postępującym w komórkach spostrzegać się daje zjawisko, polegające na częściowem, miejscowem zniszczeniu protoplazmy, która w tym razie przedstawia się jakby powygryzaną.

⁷⁾ LUBIMOFF. Studien über die Veränderungen des geweblichen Gehirnbaues und deren Hergang bei der progressiven Paralyse der Irren. VIRCHOW's Archiv. Bd. 57. 1873.

⁸⁾ LIEBMANN. Zur pathologischen Histologie der Hirnrinde bei Irren. Jahrbücher der Psych. Bd. V. 1884.

⁹⁾ MENDEL. Die progressive Paralyse der Irren. Berlin. 1880.

¹⁰⁾ ADLER. Ueber einige pathologischen Veränderungen an den Hirngefäße Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. V. 1875.

¹¹⁾ MENDEL. Ueber die Ganglienzellen der Hirnrinde bei progressiven Paralyse der Irren. Neurologisches Centralblatt. 1885. N. 21.

Nie wypowiedziano jeszcze ostatniego słowa w kwestyi pochodzenia i znaczenia tej tak zwanej w a k u o l i z a c y i komórek nerwowych i gdy jedni z bardzo poważnych przedstawicieli nauki, jak ERB, LEYDEN, ADLER i wielu innych, a wraz z nimi wszyscy prawie rosyjscy autorowie poczytują wakuolizację za zjawisko patologiczne, inni z R. SCHULTZ'em ¹²⁾ na czele przypisują pochodzenie jej działaniu stwardniających płynów na delikatną zawartość komórek. Zresztą zjawisko to przy bezwładzie postępującym, zdaniem MENDEL'a, spostrzegać można bardzo rzadko.

Jak już nadmienilem, sprawa chorobowa w komórkach nerwowych nie ogranicza się do zmian w protoplazmie, lecz obejmuje także jądro i jąderko.

Jądra zwykle przybierają kształt okrągły [MENDEL], czasem są powiększone, nabrzmiałe do tego stopnia, iż zajmują prawie całą komórkę. Oprócz okrągłych, zdarzają się i iunych kształtów, jak: trójkątne, gruszkowate, wielokątne i t. d..

Jądra zwykle bardzo długo opierają się sprawom patologicznym, jednakże w niektórych komórkach, stosunkowo dobrze zachowanych, tracą wyrazistość swych konturów, a nawet zupełnie giną ¹³⁾.

Jąderko dopiero w późnych okresach bezwładu ulega sprawie patologicznej, a przy ogólnym zaniku komórek ginie ostatnie.

Kończąc ten krótki rys zmian, w komórkach nerwowych zachodzących, nie mogę pominąć badań, jakie w tym kierunku przedsięwziął niedawno I. FISCHL ¹⁴⁾.

Badając histologiczną budowę mózgu zdrowego, stwardniałego w wysoku, autor przyszedł do następujących wniosków: jądra komórek nerwowych zwykle przypominają kształt elipsoidy, posiadają wyraźne kontury, jednak, jakkolwiek rzadko, i w zdrowym mózgu trafiają się trójkątne, z zaokrąglonemi kątami, jądra. W małych komórkach jąderka, często pozbawione swych wyraźnych konturów, otoczone są niekiedy regularnie rozrzuconemi około nich ziarnami, co sprawia wrażenie jakby dzielenia się jąder. To samo, lecz bez porównania rzadziej, daje się widzieć i w dużych komórkach. Nareszcie w niektórych komórkach jąderka posiadają nieprawidłowe, zazębione kontury, albo też są w stanie zarodkowym.

Co się tyczy komórek nerwowych u paralityków, to najpierw liczba ich stanowczo jest zmniejszona, przynajmniej w trzeciej warstwie MEYNERT'a; komórki częściej i w wyższym stopniu, niż w mózgu zdrowym, podlegają zwyrodnieniu tłuszczowemu i barwnikowemu, co doprowadza je do zupełnej zagłady. Jądra komórek nerwowych wogóle tym samym podlegały zmianom, jakie autor

¹²⁾ Zdaniem MEYNERT'a (*Vierteljahrsschrift f. Psych.* 1868), tylko jądra, mające kształt wielokątu lub gwiazdki, należy uważać za prawidłowe; kulisty kształt jąder, jaki mianowicie przy bezwładzie ogólnym postępującym najczęściej spotyka się, stanowi zjawisko patologiczne, nazwane przez autora przemianą pęcherzykową.

¹³⁾ R. SCHULTZ. Ueber artificielle cadaveröse und pathologische Veränderungen des Rückenmarks. *Neurol. Centralbl.* 1883. N. 23.

¹⁴⁾ FISCHL. Die progressive Paralyse. Eine histol. Studie. *Prag. Zeitschr. f. Heilkunde.* 1888,

spostrzegał w zdrowym mózgu, zmiany te atoli zdarzały się daleko częściej w mózgach paralityków, niż w mózgach zdrowych.

Powyższy opis zmian dotyczy głównie komórek nerwowych kory, której badaniu poświęcono prawie wyłącznie wszystkie dotychczasowe prace; autorowie wogóle nie wspominają nawet, czy w kierunku anatomo-patologicznym, prócz kory, badali inne części mózgu. W dostępnej mi literaturze tylko dwa razy spotkałem takie wzmianki, a mianowicie HOFFMANN ¹⁵⁾ w dwóch przypadkach bezwładu postępującego znalazł we wzgórkach wzrokowych i prążkowanych tłuszczowo-barwnikowe zwyrodnienie komórek nerwowych, a Czyż ¹⁶⁾ w pracowni FLECHSIG'a, zbadawszy wszechstronnie 12 mózgów, pochodzących od osób, cierpiących na bezwład postępujący, przyszedł do wniosku, o ile to dotyczy komórek nerwowych, że najwybitniejszym zmianom podlegają zrazy czołowe i zraziki przyśrodkowe (*lobi frontales et lobuli paracentrales*), w ośrodkach (*nuclei*) zaś nerwów czaszkowych zmiany są mniej wyraźne i występują dopiero w późnych okresach choroby.

Mając na względzie powyższą okoliczność, oraz to, że do badania komórek stosowane były przeważnie stare sposoby barwienia, zająłem się badaniem zmian komórek nerwowych w różnych częściach mózgu i w tym celu do barwienia skrawków użyłem sposobu GAULE'go. Sposób ten, mało stosowany do badań anatomo-patologicznych, w dziedzinie patologii ogólnej zajął ważne miejsce i nauce tej oddał już wielkie usługi ¹⁷⁾.

Dwanaście mózgów osób zmarłych po $\frac{1}{2}$ do 7 lat trwającym klasycznym bezwładzie postępującym stanowią materiał, na podstawie którego przedstawiam opis zmian, spostrzeganych w komórkach nerwowych kory i wielkich zwojów podkorowych.

Na wstępie wspomnieć muszę, iż przestrzenie okołokomórkowe tylko w wyjątkowych przypadkach były powiększone, zwykle zaś rozszerzenia ich zauważyć nie mogłem ¹⁸⁾. Ilość komórek nerwowych, przynajmniej w korze mózgowej, stanowczo jest zmniejszona, najstalej jednak powtarzającem się zja-

¹⁵⁾ HOFFMANN. Einige Mittheilungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns bei Geistes-Krankheiten. Vierteljahrsschrift f. Psych. 1868.

¹⁶⁾ Czyż. O patologo-anatomiczeskich izmieniieniach gołównago mozga w progressiwnom paralizie pomieszannych. Wojenno-medicinskij żurnal. Kn. 1. 1886.

¹⁷⁾ Sposób przygotowania preparatów oraz kolejnego barwienia skrawków hematoksyliną, nigrozyną, eozyną i safraniną opisał już w języku ojczystym kol. ŚWIECICKI [Nowiny lekarskie N. 1. 1889]; powtórzenie więc opisu metody GAULE'go na tem miejscu byłoby zbyt bezużytecznem; nadmienię tylko, iż ściśle trzymałem się przepisów podanych przez autora.

¹⁸⁾ Spostrzeżenia moje, dotyczące się przestrzeni okołokomórkowych, jak również protoplazmy, opierają się przeważnie na przeglądaniu skrawków zabarwionych karminem. Sposób GAULE'go w tym razie nie jest dogodny. Jednolite niebieskie, a nawet fioletowe zabarwienie zawiera w wielu przypadkach nawet bardzo znaczne zmiany w protoplazmie. Z drugiej zaś strony użycie sublimatu do stwardniania preparatów wywiera znaczny wpływ na obraz drobnowidzowy i w tak przygotowanych preparatach, nawet ze zdrowego mózgu, przestrzenie okołokomórkowe prawie bez wyjątku są powiększone, dochodząc niekiedy do olbrzymich rozmiarów.

wiskiem jest mniejsze lub większe napełnienie protoplazmy ziarnami barwnika, którego złogi zwykle zajmują jeden z biegunów komórki; rzadziej już ten drobno lub grubo-ziarnisty, brunatno-żółtawego koloru, barwnik zajmuje całą zawartość komórki, skutkiem czego niejednokrotnie nie można dostrzedz ani jądra, ani jąderka, częściej jednak nawet i w tym razie wspomniane części komórki można dokładnie widzieć. Na komórki zupełnie wolne od barwnika tylko wyjątkowo natrafić można.

Komórki zwykle posiadają wyraźne, zaokrąglone kontury, mocno barwią się karminem, zachowują tylko niewielką ilość wyrostków, które prócz tego są krótsze, niż w mózgu zdrowym.

Stosunkowo rzadko spotykałem komórki o niewyraźnych, nierównych konturach, bladej, jakby rozplywającej się, protoplazmie, pozbawionej prawie zupełnie wyrostków, a jeszcze rzadziej zamiast komórek widoczne były jedynie ślady ich w postaci jądra, otoczonego bezkształtną grupą drobnych, białych ziarenek, wśród których niekiedy spostrzedz się dawała niewielka ilość brunatno-żółtawego barwnika.

Prócz tego, jakkolwiek bardzo rzadko, widziałem komórki zmienione w odmienny zupełnie sposób, a mianowicie mocno zabarwione karminem, zmarszczone, matowo połyskujące, zupełnie lub prawie zupełnie pozbawione wyrostków, wyraźnie występowały wśród innych komórek, różniąc się od ostatnich prócz połysku, wielkości i zabarwienia, jeszcze brakiem jądra i jąderka, które z wielką trudnością i tylko w niektórych z tak zmienionych komórek udało mi się dopatrzyć.

Komórki zmełniałe, napęczniałe, oraz zawierające w protoplazmie wakuole w kilku z badanych przezemnie mózgach były zjawiskiem bardzo rozpowszechnionem, w największej jednak liczbie przypadków nic podobnego nie miało miejsca.

Co się tyczy jąder komórek nerwowych, to zmiany, jakim uległy są bardzo wyraźne i dają się z łatwością wykazać na skrawkach, barwionych sposobem GAULE'go ¹⁹⁾.

W niektórych tylko komórkach daje się widzieć okrągławe jądro o wyraźnych, równych konturach z rozrzuconemi w równych odstępach drobnemi ziarenkami na całej ich przestrzeni. W innych znów jądrach ziarnistość ta jest tak gęsta, iż nadaje im wygląd jednolicie na niebiesko zabarwionych. Częściej atoli można zauważyć w jądrach z drobnemi ziarenkami tu i owdzie porozrzucone większe ziarna różnych nieregularnych kształtów; w niektórych zaś takie grube ziarna, stanowiące całą zawartość jądra i grupujące się przeważnie około jąderek w łuki, koła, promienie i t. d., pozostawiają pomiędzy sobą niezabarwione okrągłe, podługowate, najczęściej jednak nieforemne przestrzenie, zajmujące niekiedy całe prawie jądro. Inne znów jądra, napełnione drobnemi lub większemi, równomiernie rozrzuconemi ziarnami, mają do tego stopnia blade niewyraźne kontury, iż dokładnie rozpatrzyć je na całym obwodzie

¹⁹⁾ Do badania jąder używałem wyłącznie drobnowidza Zeiss'a z apochromatycznymi obiektywami Oc. 8, Ob. 4,0 i Oc. 8, Ob. 2,0 [immersja].

jądra jest niemożliwym. Nareszcie w wielu komórkach można wnioskować o jądrze tylko z bezkształtnej grupy ziarenek, otaczających jąderko.

W bardzo wielu komórkach jądra są powiększone, dochodząc niekiedy do olbrzymich rozmiarów; zajmują bowiem większą część protoplazmy, a nawet nie mieszcząc się, występują po za jej brzegi; najczęściej takie nabrzmiałe jądra miewają kształt podłużny, rzadziej kulisty. Zawartość tych jąder zwykle składa się z drobnych ziarenek, których ilość niekiedy bywa tak nieznaczna, a odstępy między nimi są tak duże, że nadaje to jądom pozór bardzo bladych; a jeżeli przytem — jak to się niezbyt rzadko zdarza — i kontury są niewyraźne, wtedy wśród protoplazmy widzimy bladą drobnodziarnistą przestrzeń, otaczającą jąderko. Opisane tu jądra przeważnie spostrzegałem w komórkach małych; w większych — zdarzały się tylko wyjątkowo.

Powiększenie jąder widocznem było już na pierwszy rzut oka, niemniej jednak przekonałem się o tem i za pomocą wymiarów, przyczem dla porównania zdrowego mózgu z patologicznym starałem się wymierzać średnicę jąder w komórkach mniej więcej jednakowej wielkości [15—17 μ] i gdy średnica jąder w mózgu zdrowym przeciętnie wynosiła 5—6 μ , w mózgach paralityków wielkość jąder dochodziła 16 μ .

Prócz zmian w jądrach, moje preparaty przekonać mogą, że i jąderko — wprawdzie w niektórych tylko przypadkach — podlega pewnym zmianom. W niektórych mianowicie, stosunkowo bardzo rzadko trafiających się komórkach, w samym środku lub bliżej do obwodu jąderka, widać małą, okrągłą, niezabarwioną przestrzeń, w innych zaś komórkach jąderko nie było, jak zwykle, okrągłe, lecz trójkątne, lub też najczęściej przybierało kształt gwiazdki.

W niektórych stosunkowo dużych jądrach, jąderka niekiedy były tak drobne, iż wśród dużych ziarn, napełniających jądra, można je było rozpoznać jedynie przez ich czerwone zabarwienie. Przeciwnie, w niektórych bardzo małych jądrach widziałem jąderka, mające 3—4 μ średnicy.

Należy dodać, iż w największej liczbie komórek jąderka nie przedstawiają żadnych widocznych zmian, nawet wtedy, gdy jądra są już zupełnie zniszczone, jednakże z drugiej strony trafiają się komórki z mało lub zupełnie nawet niezmiennymi jądrami, zawierającymi atoli jąderka wyraźnie zmienione w sposób, jak wyżej opisałem.

W poprzedzającym opisie zmian, w jądrach komórek nerwowych zachodzących, umyślnie nic nie wspominałem o jednym jeszcze zjawisku, jakie dało się zauważyć na moich preparatach.

Jak wiadomo, przy zastosowaniu sposobu GAULE'go, substancyje chromatynowe jąder barwią się hematoksyliną na niebiesko, a nawet na fioletowo, tymczasem jąderka przybierają czerwony, ciemno-malinowy kolor. Przeważna ilość jąder i jąderek tak właśnie w moich preparatach zachowywała się względem hematoksyliny i safraniny. W niektórych jednak komórkach i jądro i jąderko otrzymywały jednakowe malinowe zabarwienie. Takie wyjątki głównie dotyczyły jąder komórek drobnych, znalezienie zaś dużej komórki z „czerwonym“ jądrem i jąderkiem należało do wielkich rzadkości.

Ziarna malinowego koloru, napełniające jądra, niekiedy tak blisko przylegały jedno do drugiego, że nadawało to jądom pozór jednolicie na czerwono zabarwionych. W innych znów jądrach takie ziarna, dochodzące do wielkości jąderka i zbliżone do niego swym kształtem, nie pozwalały na dokładne rozróżnienie wśród nich jąderka.

Jądra, posiadając po większej części równe, całe kontury, odróżniały się wyraźnie od protoplazmy, zdarzały się jednak jądra i z nierównymi, zazębiłymi, strzępiastymi konturami, a niekiedy zamiast jądra mieliśmy tylko bezkształtną grupę ziarenek malinowego koloru, otaczającą tak samo zabarwione jąderka. Nareszcie trafiały się, jakkolwiek stosunkowo rzadko, jądra z ziarnami mieszanymi, t. j.: jedno z nich zabarwione było na niebiesko, inne na czerwono. [D. n.]

II. KWAS TRÓJCHLOROCTOWY

(*acidum trichloraceticum*)

W CHOROBAH GARDŁA, KRTANI, NOSA I USZU.

Napisał

Dr Jan Sędziak.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 34].

Tak, czy owak, muszla przerosła mniej lub więcej znacznie się zmniejsza; w przypadkach uporczywych po kilku dniach, *resp.* po zniknięciu śladów pierwszego przypalania, rękoczyn powyższy należy powtórzyć.

Jakiegoś znaczniejszego odczynu zapalnego nigdy nie udało mi się zauważyć. Czasami chorzy uskarżają się na uczucie palenia w zewnętrznych powłokach nosa, co jednak zwykle przechodzi bez śladu po zimnych okładach. Gorączkowego stanu po operacji nigdy nie widywałem. Wielką, jedyną, zdaniem mojem, ujemną stroną kwasu trójchloroctowego, jest trudność jego stosowania; z jednej bowiem strony dość trudno umieścić kryształek na końcu sondy, z drugiej zaś z zawieszonym na zgłębniku kryształkiem trzeba nadzwyczaj szybko manipulować, gdyż niesłychanie łatwo rozplywa się na powietrzu. I dlatego to najlepiej nadaje się środek ten tam, gdzie do powierzchni, którą przyżegać mamy, dostęp jest łatwy, a więc, jak to już wspomniałem, w przypadkach przerostu przednich końców dolnych muszel nosa. STEIN ¹⁾ stosuje z powodzeniem kwas trójchloroctowy jeszcze przy innych cierpieniach nosa, i tak: przy ostrym niezycie, w roztworach $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{2}\%$, dwa, trzy razy dziennie wlewać do nosa z łyżeczki na ciepło. Dalej przy ożeniu pod postacią pędzlowań $\frac{1}{2}$ —1%-ym roztworem

¹⁾ Loco citato.

trzy razy dziennie, albo samego kwasu, lub w połączeniu z jodem, według następującego przepisu:

Rp. *Jodi puri* 0,06
Kalii jodati 0,2
Glycerini puri 30,0 — *Post solutionem adde*
Acidi trichloracetici 0,3—0,5.

W ogóle próby z kwasem trójchloroctowym w postaci roztworów w ostatnich dopiero czasach ¹⁾ rozpocząłem, wstrzymuję się więc z wypowiedzeniem mego sądu o nich. Wspomnę tu tylko nawiasowo, że przy ożeniu działania pomysłnego nie widziałem.

II. Kwas trójchloroctowy przy cierpieniach gardła.

Dwa są główne cierpienia gardła, przy których środek powyższy stosuję, mianowicie przerost migdałków podniebiennych, oraz granulacje, na tylnej ścianie gardzieli się znajdujące (*pharyngitis granulosa, seu follicularis*). Z góry wyznać muszę, że wogóle stosowanie kwasu trójchloroctowego przy cierpieniach gardła daje o wiele mniej korzystne wyniki, niż przy chorobach nosa, a to głównie ze względu na trudniejsze warunki stosowania. Przerost migdałków (*hypertrophia tonsillarum*) nadaje się do tego środka w następujących warunkach: 1) gdy przerost nie jest zbyt znacznym, 2) gdy przerost dotyczy przeważnie miększu migdałka, *resp.* torebek limfatycznych z małym udziałem elementów łączno-tkankowych, a więc przedewszystkiem w przypadkach, w których po większej części istnieje jednocześnie zajęcie migdałka trzeciego, gardzielowego [adenoidalne wyrośle], ewentualnie i zajęcie migdałka językowego (*tonsilla lingualis*), jako więc wyrażenie istniejącego ogólnego zółzowatego skażenia ustroju. W przypadkach podobnych HERYNG z powodzeniem stosował kwas chromny. Jakkolwiek przy migdałkach twardych — przeważnie u dorosłych — kwas trójchloroctowy również do pewnego stopnia działa pomyślnie, ustępuje on jednak pod względem siły działania innej metodzie, mianowicie żegadłu galwanicznemu, o czem zresztą obszerniej wzmiankowałem w pracy mej: „O leczeniu przerosłych migdałków“, która znajduje się pod prasą [Kronika Lekarska].

Sposób użycia jest ten sam, co i przy przerosłych muszlach nosowych, a więc po zakokainowaniu danego miejsca [często jest to zbyt czułym], zawieszonym na końcu zgłębnika kryształkiem dotyka się przerosłego migdałka, przy czem powstaje taki sam biały strup, o jakim powyżej wzmiankowaliśmy. Działać tu trzeba szybciej, niż w nosie, ze względu na łatwiejsze rozpływanie się kryształka kwasu trójchloroctowego. Dalej procedurę tą powtarzać należy kilka razy, *resp.* użyć kilku kryształków na jednym posiedzeniu, a to ze względu na znacznie większą powierzchnię, na którą chcemy wyrzucić żrące działanie. Oprócz tego, po odpadnięciu strupa po paru, lub kilku dniach, stosownie do

¹⁾ Praca STEIN'a, który środek ten stosował przeważnie pod postacią roztworów, wpadła mi w ręce już po ukończeniu całego szeregu doświadczeń.

mniej lub więcej energicznego rękoczynu, powtórzyć go należy raz, lub kilka razy.

Ból, zazwyczaj nieznaczny, szybko przechodzi, zarówno jak i uczucie gorczy, lub palenia w gardle. Wystarcza przepłukiwanie wodą zimną.

I tu, jak w nosie, odczynu zapalnego po większej części nie ma, co, jak już wspomniałem, stanowi jedną z dodatnich stron tego środka. Drugiem cierpieniem, przy którym próbowałem stosować kwas tróchloroctowy, są granulacje na tylnej ścianie gardzieli, jakoteż ta odmiana, którą znamy pod nazwą *pharyngitis lateralis* [HERYNG], lub *retroarcualis* [JURASZ]. Próby moje jednak w tym kierunku, zwłaszcza przy *pharyngitis granulosa*, nie dały mi zbyt dobrych wyników, ze względu głównie na trudności, zachodzące przy umiejscowieniu danego żrącego działania, na pewnej, ściśle ograniczonej, małej powierzchni, jaką przedstawiają granulacje. Zwykle następuje mniej lub więcej znaczne rozlanie się kwasu tróchloroctowego, stosowanego pod postacią kryształka, po sąsiednich zdrowych częściach błony śluzowej gardzieli. O wiele lepszem jest działanie środka tego przy *pharyngitis lateralis*. W każdym jednak razie przy obu tych cierpieniach galwanokaustyka działa o wiele lepiej, łatwiej działanie jej umiejscowić się daje jedynie do danych miejsc, *resp.* granulacyj. Prócz przerostu migdałków, oraz spraw granulacyjnych w gardzieli, kwas tróchloroctowy stosuję jeszcze, wprawdzie już nie sam, lecz w połączeniu z jodem, przy t. zw. *pharyngitis sicca* i *pharyngitis diffusa chronica*, podług następującej formuły¹⁾:

Rp. *Jodi puri* 0,15
 Kalii jodati 0,20
 Acidi trichloracetici 0,15 – 0,30
 Glycerini 30,0.

Mieszaniną tą pędzluje się dwa, lub trzy razy dziennie tylną ścianę gardzieli, jakoteż i jamę nosogardzielową [przy suchym nieżycie].

STEIN próbował, acz bezskutecznie, kwas tróchloroctowy jeszcze przy t. zw. adenoidalnych wyrostach jamy noso-gardzielowej. Zdaniem mojem, wszelkie inne metody [przypalania], prócz radykalnego usunięcia wyrosła, bądźto za pomocą kleszczy, bądź skrobaczek [najlepiej pod chloroformem], nie prowadzą do celu, są poprostu stratą czasu. Zresztą w przedmiocie tym w danem miejscu wkrótce szczegółowiej będę miał sposobność pomówić. Zanim przejdę do stosowania kwasu tróchloroctowego przy cierpieniach krtani, wspomnę tu jeszcze w kilku słowach o jednym cierpieniu, przy którym z pewną korzyścią stosowałem ten środek. Mam tu na myśli przerost migdałka językowego (*tonsilla lingualis*), na nasadzie języka [między *papillae circumvallatae* i nagłośnią] się znajdującego.

Cierpienie to nierównie częściej, niż by się zdawać mogło, spostrzegać się daje. Zwykle bywa przeoczonym, gdyż jedynie tylko przy użyciu lusterka krtaniowego znajdujemy je najczęściej przypadkowo. Zdarza się częściej u ko-

¹⁾ Tak samo i na klinice JURASZA stosowano ten środek.

biet, niż u mężczyzn. Jak już wspomniałem, często towarzyszy ono przerostowi innych migdałków [podniebiennych, gardzielowego]. Cierpienie to, nie objawiające się częstokroć żadnymi podmiotowymi uczuciami, stanowi czasami przyczynę wielu nieprzyjemnych dla chorych uczuć [uczucie ciała obcego, palenie, zmęczenie głosu, wreszcie kaszel, tłomaczący się mechanicznem drażnieniem nagłośni]. Nawet t. zw. *globus hystericus* niektórzy autorowie, jak SWAIN¹⁾, chcą przypisywać temu cierpieniu. I przy przeroście migdałka językowego używałem w kilku przypadkach z korzyścią kwasu tróchloroctowego według zwykłej mej metody, t. j. w postaci kryształka, zawieszonego na końcu zgłębnika krtaniowego. Naturalnie rękoczyn ten winien być wykonanym pod kontrolą lusterka krtaniowego.

Wreszcie w kilku słowach wspomnę o próbach mych stosowania kwasu tróchloroctowego przy sprawach wrzodziejących w gardzieli [gruźlicze owrzodzenia i t. d.]. Wynik był ujemnym; wogóle na podstawie dotychczasowych moich spostrzeżeń byłbym skłonny przypuszczać, że środek ten nadaje się tylko do przerostowych spraw chorobowych.

III. Kwas tróchloroctowy przy cierpieniach krtani.

Stosowanie kwasu tróchloroctowego w krtani pod postacią kryształków napotyka na te same techniczne trudności, jak i w gardzieli, tylko w wyższym stopniu. Kryształki kwasu tego, zanim dojdą do miejsca swego przeznaczenia, najczęściej się rozplývają, ztąd trudność w umiejscowieniu działania tego środka, ztąd obawa przypalenia części zdrowych.

W tej postaci, t. j. *in substantia*, stosowałem środek ten przy gruźlicy krtani, mianowicie przy gruźliczem nacieczeniu nagłośni, jakoteż strun fałszywych [przy wydawaniu głosu, gdy głośnia całkowicie zamkniętą była przez owe nacieczone wały]. W obu przypadkach niezbędnem jest użycie lusterka krtaniowego. Czasami tylko, gdy krtąń stoi wysoko, nacieczoną ową nagłośnię widzieć można bez lusterka, nacisnąwszy jedynie silnie szpatłem nasadę języka. W przypadkach tych użyć też można zwykłego, prostego, nie krtaniowego [zagiętego] zgłębnika. W kilku przypadkach gruźlicy krtani, w których kwas tróchloroctowy w powyższy sposób stosowałem, nie widziałem zbyt wielkich wyników, wprawdzie nasięki się zmniejszały nieco. Zresztą wstrzymuję się jeszcze od wypowiedzenia stanowczego sądu, a to ze względu na małą jeszcze ilość odnośnych spostrzeżeń. STEIN również nie widywał dodatnich wyników od stosowania środka tego [w słabych roztworach] przy gruźlicy krtani. HERRING w ostatniej swej pracy²⁾ wspomina, iż rozpoczął próby z kwasem tróchloroctowym [w stężonym roztworze] przy suchotach krtaniowych, wyników jednak swoich dotąd nie ogłosił. O ile stosowanie środka tego *in substantia* w nosie jest, zdaniem mojem, najracyjonalniejszym, o tyle znowu w krtani wła-

¹⁾ Cytowany u SCHECH'a [loco citato].

²⁾ O wynikach chirurgicznego leczenia suchot krtaniowych. Gaz. Lek. N. 8. 1890.

ściwemi będą roztwory, z którymi rozpocząłem już cały szereg prób w różnych cierpieniach krtani.

STEIN również jest tego zdania, stosuje on kwas tróchloroctowy przy ostrym niezycie krtani. Używa on $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{5}$ % pod postacią pędzlowań, lub pulweryzacyj — dwa razy dziennie. Dalej używał on środka tego i przy przewlekłych niezytach krtani w roztworach silniejszych [$\frac{1}{2}$ —1—2%] [pędzlowania codzienne, lub rzadziej]. Wreszcie przy t. zw. *laryngitis hyperplastica* stosował różne stężenia tego kwasu [od 5% aż do czystego], nie widując nigdy objawów obrzękowych.

We wszystkich powyższych cierpieniach krtani STEIN chwali użycie kwasu tróchloroctowego.

IV. Kwas tróchloroctowy przy cierpieniach uszu.

Z góry zastrzedz się muszę, że w tym kierunku dotąd [dla braku odnośnego materiału] mam bardzo małe doświadczenie. Mam nadzieję, że i specjaliści, otyjatrzy, zechcą wypróbować środek ten, choćby ze względu na to, że STEIN, który kwas tróchloroctowy stosował dość często przy cierpieniach usznych, rokuje mu w otyjatrii wielką przyszłość, wychodząc z tej zasady, że środek ten nie daje trudnych do usunięcia osadów, które mogłyby w sprawach perforacyjnych szkodliwie działać przez zatykanie przedziurawień błony bębenkowej. Wogóle przy przedziurawieniach, zwłaszcza zaś *membranae flaccidae Shrapnelli*, STEIN, stosując kwas tróchloroctowy w różnych stężeniach, otrzymywał bardzo dobre wyniki: wydzielanie się ropy ustawało względnie szybko. Radzi on bardzo dobrze kokainować przedtem z powodu znacznej bolesności przy stosowaniu środka tego przy cierpieniach usznych.

Sądzę, że do pewnego stopnia z powodzeniem stosować można środek ten pod postacią kryształków w przypadkach niewielkich polipów usznych [a być może i granulacji], gdzie galwanokaustyki dla różnych względów nie chcemy stosować, a pętlicą dość trudno je usunąć. W każdym jednak razie ze stosowaniem kwasu tróchloroctowego, jako ciała żrącego, należy być przy cierpieniach usznych niesłychanie ostrożnym.

Zestawiwszy wszystko, co o kwasie tróchloroctowym w powyższej pracy wypowiedziałem, ośmielam się wyprowadzić następujące wnioski.

- 1) Kwas tróchloroctowy przy cierpieniach nosa zwłaszcza, a po części gardła, krtani i uszu, może i powinien znaleźć mniej lub więcej rozległe zastosowanie.
- 2) Środek powyższy, *par excellence*, nadaje się do spraw przerostowych średniego natężenia.
- 3) Kwas tróchloroctowy najskuteczniej działa przy przeroście dolnych muszel nosa.
- 4) Najodpowiedniejszym jest w tych razach użycie środka tego pod postacią kryształków.

5) Działanie kwasu tróchloroctowego jest analogicznem do działania żegadła galwanicznego, oraz kwasu chromnego, lecz znacznie od nich jest słabszem.

6) Kwas tróchloroctowy jest środkiem żrącym zupełnie bezpiecznym, mało bolesnym, środkiem, który z łatwością przez każdego lekarza, niespecjalistę, zastosowanym być może ¹⁾.

Już po napisaniu niniejszej pracy znalazłem w *Wien. Med. Presse* . 12 . 1890 streszczenie z pracy EHRMANN'a, drukowanej w N-rze 9 *Munch. Med. Woch.* [oryginału dostać nie mogłem].

Ze streszczenia tego dowiadujemy się, że autor, wielki zwolennik kwasu tróchloroctowego, stosował środek ten w 140 przyp. również w postaci kryształków. Oto szereg cierpień nosa i gardła, przy których EHRMANN używał z mniejszem lub większem powodzeniem ²⁾ *acidum trichloraceticum*.

1) *Hypertrophia diffusa conchiarum inferiorum nasi* w 40 przypadkach.

2) " " " *mediarum* " 12 "

3) " *circumscripta (polypoides)* " 4 "

To są cierpienia nosa; co się zaś tyczy gardzieli, to są one następujące:

1) *Tonsillitis hypertrophica* w 9 przypadkach.

2) *Uvulitis* " 4 "

3) *Pharyngitis follicularis* [t. j. *granulosa*] w 44 przypadkach.

4) " *retroarcualis* [t. j. *lateralis*] w 21 "

5) *Hypertrophia tonsillae lingualis* w 3 przypadkach.

W 87 przyp. EHRMANN stosował kwas tróchloroctowy jednorazowo, w 30 przypadkach dwa razy, w pozostałych częściej [3—5 razy].

W połączeniu z jodem [podług tego samego przepisu, co i mój] autor stosował środek ten przy następujących cierpieniach gardła i nosa:

1) *Tonsillitis follicularis* [wszystkie wyleczone].

2) *Ozaena* w 2 przypadkach [bez poprawy].

3) *Pharyngitis diffusa chr.* w 14 przypadkach [z tych 8 wyleczonych, 6 z poprawą].

4) *Pharyngitis sicca* w 13 przypadkach [z tych 2 wyleczone, 5 z poprawą].

W chorobach krtani i uszu EHRMANN nie próbował kwasu tróchloroctowego.

¹⁾ Dostać można w aptece „Wendy i Wiorogórskiego“ na Krak. Przedm.

Do doświadczeń radzę jednak używać oryginalnych flaszeczek [od MERCK'a z Darmsztadtu], szczególnie zakorkowanych, gdyż kryształki w tym razie mniej się rozpylają na powietrzu.

²⁾ Większość tych przypadków miałem sposobność obserwować podczas mego dłuższego pobytu w Heidelbergu.

NOTATKI LEKARSKIE.

10. Rak żołądka (*scirrhus*) z niezwykle przebiegiem klinicznym.

Puchlina brzucha łącznie z obrzękami całego ciała, jako ostatni wyraz charłactwa rakowego, zjawia się zwykle w końcowym okresie raka żołądka. Niekiedy znamionuje ona generalizację nowotworu w innych narządach jamy brzusznej ¹⁾. Zjawiając się, wcześniej, może w znacznej mierze utrudniać rozpoznanie, jak to miało miejsce w przypadku, który zamierzam w krótkości opisać ze względu na jego dość niezwykle przebieg kliniczny.

We Wrześniu roku zeszłego przybył do oddziału D-ra OBRĘBSKIEGO, którego zastępowałem, chory M. D., stróż, w wieku lat 36. Do szukania pomocy lekarskiej w szpitalu skłoniło go powiększenie objętości brzucha, jakie od niedawna zauważył. Gdyby nie to puchnięcie brzucha, które mu ciąży, chory czułby się dobrze: ma łaknienie i nic mu tak bardzo nie dolega. Ale wypytując się bliżej, dowiedziałem się, że M. D. właściwie jest już chorym od lat trzech, a mianowicie miewał bóle w dołku i wymioty po jedzeniu. Wymioty nigdy nie były czarne, zawsze takie jak „ślina“. Stan ten w ostatnich kilku miesiącach znacznie się poprawił. Chory był kilka miesięcy na wsi, pił dużo mleka. Wymioty i bóle ustały, ale „za to“ jak mówił, „zjawilo się puchnięcie brzucha“. Niegdyś pijał dużo wódki, przymiotu nie przechodził, pochodzi z rodziny zdrowej. Przy badaniu znalazłem stan bezgorączkowy, tętno 72 pełne, odżywianie dobre, cerę rumianą. Serce i płuca nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Brzuch wzdęty, tępość przy leżeniu dosięga pępka, przy stanie podnosi się na dwa palce. Chęłbotanie [falowanie, undulacyja] wyraźne. Przekłócie próbne wykazuje obecność płynu żółtawego, przezroczystego. Nigdzie na ciele obręzków nie ma. Mocz przezroczysty, jasno-żółty, z ciężarem właściwym 1018, białka nie zawiera. Ponieważ obecność płynu w jamie brzusznej dokuczała choremu i zarazem przeszkadzała badaniu, przeto przedewszystkiem wypuściłem płyn w ilości 3600 ctm. sześcienn. Płyn był czysty, żółtawy; ciężar właściwy 1012. Pod drobnowidzem — białe ciała, nieco czerwonych. Po wypuszczeniu płynu można było wyczuć z lewej strony od linii środkowej w głębi leżący guz, niewielki, nieściśle ograniczony, twardy, gładki, ruchomy przy oddechaniu, robiący na mnie i na innych kolegach, którzy chorego widzieli [DUNN, GOLDFLAM], wrażenie powiększonego lewego płata wątroby. Prawego płata też wyczuć nie mogłem. Przy ucisku guza chory uczuwał dość silną bolesność. Nie zdając sobie dobrze sprawy z charakteru guza, zwróciłem baczniejszą uwagę na żołądek. Określenie dolnej granicy żołądka za pomocą opukiwania przy zmianie położenia i przy rozdymaniu kwasem węglanym dawało wyniki niejasne. Ruchów robaczkowych nie można było wywołać, ani też dolna granica nie przechodziła poza połowę odległości między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem. Tym sposobem wyłączyłem zwężenie odźwiernika i rozszerzenie żołądka. Badanie zgłębnikiem przedstawiało wielkie trudności z powodu oporu, jaki okazywał chory, który rzeczywiście bardzo był na ten rękoczyn wrażliwy. Jednakże kilka razy udało mi się badanie przeprowadzić. Z badania tego okazało się, że: 1) w 7 godzin po jedzeniu żołądek był pusty; naczczu zawierał nieco śluzu, 2) w $\frac{3}{4}$ godzin po spożyciu jednego białka kurzego i 200 ctm. sześciennych wody, zawartość składała się z mętnego białawego płynu, zawierającego drobne kawałki białka. Odczyn był s ł a b o z a s a d o w y. Po dodaniu HCl białka nie trawił. 3) W godzinę po spożyciu bułki i wody otrzymano płyn mętny, żółtawy,

¹⁾ MATHIEU. Du cancer précoce de l'estomac. Paris. 1884, str. 38.

zawierający cząstki bułki. Odczyn słabo kwaśny. Odczynnik GUENZBURG'a i papier kongo nie wykazywały obecności HCl. Odczynnik UFELMANN'a dawał słaby odczyn na kwas mleczny. Pod drobnowidzem ani sarcyny, ani drożdży nie było. 4) W godzinę po spożyciu szklanki mleka żołądek był pusty. Chory nie tracił łaknienia, język miał czysty, jednak po zjedzeniu mięsa lub bułki miewał odbijania, czasem nawet wymioty, lecz nie pokarmem, tylko śluzowe. Mleko znosił dobrze, dla tego też ono stanowiło główną zawartość jego żywienia. Puchlina brzucha po przekłuciu zjawiała się dość szybko na nowo. W 3 tygodnie znowu wypuściłem 3000 ctm. sześć. płynu; ciężar właściwy 1010; a po następnych 3 tygodniach — 2000 ctm. sześciennych; ciężar właściwy 1010.

Mocz, badany w tymże czasie przez kolegę WŁ. BRUNERA, p e p s y n y nie zawierał.

Chory wypisał się ze szpitala d. 1. XI. Ale nie zniknął mi z oczu. Jeszcze 5 razy po dłuższych lub krótszych przerwach zapisywał się do oddziału, gdzie wreszcie zakończył życie 7 Maja r. b. wśród objawów zupełnego charłactwa, które jednakże wystąpiło w całej pełni dopiero w ostatnich kilku tygodniach. Przez cały ten czas choremu peryjodycznie wykonywałem przekłucia brzucha [ogółem 16 razy], otrzymując za każdym razem od 3000—6000 ctm. sześciennych płynu, zwykle żółtawego, przezroczystego; ciężar właściwy 1014—1006. Guz powiększał się ciągle, tak, że w ostatnich dniach przedstawiał się w postaci kopy, wypełniającej całe prawe podżebrze i część lewego; górna część guza była gładka; dolna i brzeg dolny nierówne, guzowate; guz poruszał się przy oddechaniu, był bolesny przy ucisku. Chory doznawał bólu w dołku podsercowym, miewał częste wymioty [zawsze śluzowe], nie mógł znieść żadnego pokarmu z wyjątkiem mleka w małej ilości.

Kilkakrotnie w ciągu tego czasu wykonywane badanie zawartości żołądka po jedzeniu wykazywało brak HCl, odczyn zawartości zwykle był zasadowy lub obojętny. W ciągu dwóch tygodni na tydzień przed śmiercią znajdowałem stale naczecz w żołądku zawartość cuchnącą, mającą wygląd ropy, pomieszanej z płynem. Pod drobnowidzem zawartość ta przedstawiała się jako zbiór ciałek ropnych, płaskich komórek nabłonkowych, igieł tłuszczowych i wszelkiego rodzaju pasorzytów, głównie laseczników. Po dwóch tygodniach takiego stanu znalazłem żołądek naczecz pustym, a wymioty nie były cuchnące. W ostatnich tygodniach życia chorego zjawiało się silne rozwolnienie.

Wychudnięcie z początku powolne, potem coraz szybsze, było maskowane przez obrzęki całego ciała. W moczu nigdy białka nie znajdowałem. Rozpoznanie, które z początku wahało się między rakiem żołądka a marskością wątroby [zwłaszcza że chory nadużywał napojów wysokowych]¹⁾, brzmiało w końcu: rak pierwotny żołądka i rak wtórny wątroby.

Badanie pośmiertne, wykonane łaskawie przez D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazało, co następuje: s e r c e i p ł u c a nie przedstawiają nic szczególnego; wątroba zmniejszona, blada, budowa zrazikowa dość jasna. Na przekroju dają się zauważyć czerwone plamy, na miejscu których tkanka wątroby jest miękka, łatwo dająca się rozrywać (*atrophia partialis hepatis*). Przejście przełyku do wpustu i odźwiernika do dwunastnicy swobodne. Żołądek zmniejszony do połowy, ściągnięty. Na całej przestrzeni ściana żołądka twarda, chropawa i zgrubiała [1,5 ctm.]. Błona śluzowa zgrubiała, w niektórych miejscach owrzodziła, nieruchoma wskutek zgrubienia tkanki podśluzowej. Błona mięsna 4 razy grubsza od prawidłowej.

¹⁾ GOURMAND w swojej tezie: *Cancer latent de l'estomac*. Paris. 1888, str 33, opisuje przypadek, w którym chory, oprócz charłactwa, nie miał żadnych objawów raka żołądka. Nadzwyczajna puchlina brzucha kazała przypuszczać zanik wątroby. Badanie pośmiertne wykazało obecność raka żołądka na małej krzywiznie i ucisku żyły wrotnej.

Mała krzywizna żołądka zupełnie zrosnięta z wątrobą. Błona surowicza zgrubiała, pokryta guzikami i przyrosła do części sąsiednich (*scirrhous ventriculi*). Błona śluzowa kiszek cienkich błada. Błona śluzowa kiszek grubych zgrubiała, pokryta przez woreczkowate owrzodzenia.

Tym sposobem ucisk, jaki wywierał rakowato zmieniony żołądek na żyłę wrotną, mógł wywołać puchlinę brzucha. Sam zaś żołądek, ściśle zrosnięty z wątrobą, robił wrażenie jednolitego guza, który łatwo mógł być wzięty za raka wątroby ze względu na swą wielkość, umiejscowienie i ruchomość. W przypadku tym, oprócz trudności rozpoznawczych, zasługuje na uwagę długie trwanie sprawy, późne wystąpienie objawów charłactwa, zachowanie łaknienia prawie do końca życia, stale występujący odczyn zasadowy lub obojętny w zawartości żołądka po jedzeniu.

Symptomatologia raka żołądka nie jest jeszcze wyczerpaną, dla tego uważałbym za właściwe ogłaszanie opisu przypadków raka żołądka, przebiegających klinicznie nieco odmiennie od powszechnie przyjętego typu. Przypadki takie, stwierdzone przez badanie pośmiertne, mogłyby wzbogacić symptomatologię danej choroby i oświecić znane już dawniej objawy.

A. Puławski.

Sprawozdanie z drugiego zjazdu chirurgów w Krakowie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 34].

Posiedzenie czwarte rozpoczęło w sali wykładowej prof. CYBULSKIEGO odczytem asystenta jego, D-ra BECKA: „O oznaczaniu lokalizacji czynności kory mózgowej na podstawie zjawisk elektrycznych w mózgu“.

Dotąd umiejscowienie ośrodków w korze mózgowej badano dwiema drogami: albo przy sekcji osobnika, pozbawionego pewnych czynności prawidłowych, znajdowano odpowiednie utraty, czy też zmiany w tej lub owej części mózgu, albo drażniono to lub owe miejsce na korze mózgowej, notując zjawiska, wywołane przez taki rękoczyn w tym lub innym narzędzie obwodowym. Doświadczenia, w pracowni prof. CYBULSKIEGO podjęte, polegały na drażnieniu narządów obwodowych przy jednoczesnej kontroli kory mózgowej za pomocą galwanoskopu. Opierano się na tem przypuszczeniu, że dana część układu nerwowego ośrodkowego wykaże powstawanie prądu elektrycznego, czyli zdradzi tą drogą swój stan czynny z chwilą, gdy podrażnimy rządzoną przez nią część obwodową [np. oko, ucho, kończynę], i gdy wprowadzimy ją w stan pobudzenia. Przypuszczenie to na drodze dobrze przez prof. CYBULSKIEGO pomyślnych doświadczeń dało się stwierdzić niezawodnie, o czem przekonał się, widząc powtórzenie tych doświadczeń w naszej obecności. Odchylenia skazówki galwanometru pokazywano nam rzutem na ekranie. Strzałka galwanometru wykazywała np. powstawanie prądu w zrazie potylicowym kory wówczas, gdy drażniono oko zwierzęcia światłem magnetyjowym i t. d..

Prof. CYBULSKI przypuszcza, że badanie kory mózgowej u ludzi dałoby na tej drodze bardzo ważne wyniki, a badanie takie wykonać może tylko chirurg, gdyż on jedynie spotyka przypadkowe, czy umyślne odsłonięcia kory mózgowej u ludzi.

SAWICKI opisuje 2 rzadkie przypadki krwawych torbieli szyi. Zasługują one głównie na uwagę ze względu na to, że pomimo znacznej wielkości i groźnych dla chorego objawów, guzy te, niewątpliwie krwawe, znikały samo-

wolnie. Powstawanie ich objaśnia SAWICKI zboczeniem w rozwoju gruczołów naczyń chłonnych i żylnych na szyi [praca ta przeznaczoną jest do Przeglądu Lekarskiego]. SZUMAN zacytował dwa podobne przypadki przez siebie spostrzegane, z których jeden operował i przytem przekonał się, że torbiel wypełniona była limfą.

BARĄCZ proponuje w odczycie swoim nowy sposób operowania dużych polipów noso-gardzielowych za pomocą modyfikacji przecięcia grzbietu nosa w kierunku szwu strzałkowego.

W dyskusyi zabierali głos: OBALIŃSKI [chwalący metodę BRUNS'a], KIRJEWSKI [zalecający wrywanie nowotworu kleszczami przez nozdrza i jamę ustną bez cięć na twarzy], wreszcie SZUMAN i BOSSOWSKI.

SAWICKI mówił: „o przepuklinie przedotrzewnowej i przestwórkowej“. Odczyt jego miał na celu wyjaśnienie i uproszczenie zawilej teoryi tych niezwykłych postaci przepuklin. Praca jego pomieszczoną będzie w Gazecie Lekarskiej.

CIECHOMSKI opisywał przypadek przerwania ścięgna długiej głowy mięśnia dwugłowego ramienia, wskutek nadmiernego napięcia tegoż mięśnia, przy silnym ruchu nawrotnym ręki. Dokładny obraz zjawisk klinicznych ilustrował przedstawieniem odpowiednich fotogramów. Na zapytanie, stawione przez SZUMAN, odpowiedział prelegent, że leczenie przedsięwzięte żadnego wyniku nie dało, a tymczasem czynność kończyny powróciła do stanu prawidłowego samowolnie. BARĄCZ przytacza podobny przypadek. CIECHOMSKI i BARĄCZ są tego zdania, że zeszyt ścięgna długiego mięśnia dwugłowego ze względów anatomicznych nie jest wskazanem.

Na zakończenie GROSS mówił o pierwotnej twardzieli krtani. Odczyt jego dotyczył przypadku, w którym prof. PIENIĄŻEK rozpoznał „*choroditis vocalis inferior hypertrophica*“, a GROSS znalazł drobnoustroje twardzielowe. Na zasadzie tego przypadku twierdzi on, że prawdopodobnie, jeżeli nie wszystkie, to przynajmniej większość przypadków przerostowego zapalenia strun krtaniowych dolnych należy uważać za t. zw. laryngoskleroma. Z drugiej strony przypuszcza prelegent, iż prątki twardzieli mogą powstawać z pneumokoków na drodze zmian warunków bytu tych drobnoustrojów.

Posiedzenie 5-e rozpoczęliśmy d. 17 Lipca o godzinie 8-ej rano, zwiedzając oddział chirurgiczny w szpitalu Ś-go Łazarza. W oddziale tym widzieliśmy nadzwyczaj obfity materiał operacyjny [przeważnie choroby kości i stawów], z którym prof. OBALIŃSKI tak dzielnie daje sobie radę, o czem świadczą liczne i świetne wyniki jego pracy.

O godzinie 9½ w sali operacyjnej prof. RYDYGIERA opisał LESZCZYŃSKI [Warszawa] przypadek wycięcia dużego kawała jelit z powodu wgłobienia. Wielec zajmująca ta obserwacja, o której LESZCZYŃSKI mówił już poprzednio w Towarzystwie Lek. Warszawskiem, ogłoszoną będzie w Gazecie Lekarskiej.

Docent BOSSOWSKI mówił o 2-ch przypadkach *ileocolostomii* i jedną z operowanych przedstawił. Obie operacje wykonano z powodu zwężenia kiszk ślepej. Prelegent opisał wskazania, technikę i znaczenie tego zabiegu zapobiegawczego, porównyując go z założeniem rzyci sztucznej i wykazując wyższość pierwszego nad ostatnim, a nawet nad operacją doszczętną tam, gdzie powodem staje się zwężenie kiszk bliznowate. W jednym przypadku istniał rak kiszk ślepej, postrastany ze ścianami brzuszniemi i zajmujący gruczoły kręzkowe. Wynik był dobry ze względu na stan ogólny. W drugim było mnóstwo guzów i guzików w jamie otrzewnej, z których jeden zwęzał kışkę, a usunięcie ich doszczętnie okazało się niemożliwem. W tym przypadku trzykrotnie przedsiębrano laparotomię. Stan chorej po *ileocolostomii*, którą przy trzeciej laparotomii wykonano, poprawił się znacznie; w kilka miesięcy jednak potem chora umarła, przyczem przekonano się, że guzy były pochodzenia gruczliczego.

CIECHOMSKI opisał przypadek wycięcia poprzecznicy, zajętej rakiem. Rozpoznanie było trudne ze względu na niezwykłą ruchomość guza, który ku dołowi łatwo zesuwać się dawał. Dlatego to rozpoznano błędnie nowotwór sieci, tembardziej, że guz ten dosięgł wielkości głowy dziecka, a drożność kiszkki pomimo to zupełnie była zachowaną. Pomimo, że wycięto część kiszkki za pomocą cięć znacznie oddalonych od granic nowotworu, laparotomija powtórna, w rok potem wykonana, przekonała, że nastąpił powrót raka w postaci tym razem nie dającej się już doszczętnie usunąć. Sam fakt przecięcia ściany brzusznej wywołał niespodziewaną poprawę stanu ogólnego chorej.

Dalej tenże CIECHOMSKI mówił o chorej 60-letniej z przepukliną udową uwięźniętą, u której w ciągu herniotomii nastąpiło oderwanie krézki od uwięzionej pętlicy i pęknięcie ściany kiszkki z wylaniem kału. CIECHOMSKI nie odważył się na wycięcie uszkodzonej części przewodu pokarmowego, ze względu na rozpaczliwy stan ogólny chorej, przyszył jednakże krézkę oderwaną do jelita, a samą kiszkę zacerował szwem dwupiętrowym. Chora wyzdrowiała zupełnie.

TRZEBITZKY wygłosił odczyt o paracentezie brzucha. Przyczyną podjęcia pracy anatomicznej nad przebiegiem tętnicy podbrzusznej (*art. epigastrica inf.*) był przypadek, w którym TRZEBITZKY, robiąc przekłucie na środku linii, łączącej pępek z kolcem biodrowym przednim górnym, zranił ową tętnicę i wywołał bardzo znaczny krwotok.

Ta praca pojawiła się już na szpaltach Przeglądu lokarskiego.

Cały ten szereg odczytów, dotyczących chirurgii trzewi i jamy otrzewnej [stosownie do propozycji RYDYGIERA], pod koniec dopiero od razu poddany został dyskusji.

Otóż, BARĄCZ przytoczył własny przypadek enteroanastomozy z dobrym wynikiem.

JASIŃSKI objaśnia sobie polepszenie stanu ogólnego chorych po laparotomijach próbnymi sugestyjami, a więc usunięciem podmiotowych uczuć ciężko chorego osobnika, a OBALIŃSKI, WEHR i DEMBOYSKI pogląd ten popierają.

RYDYGIER na mocy własnych doświadczeń [na zwierzętach] twierdzi, że najniebezpieczniejszą rzeczą dla odżywiania danego odcinka kiszkki przy rezekcyi jest oderwanie od niej krézki przy samem jej cięciu, że jednak oderwanie takie na niezbyt znacznej przestrzeni tam, gdzie ciągłość samej kiszkki przerwana nie została, złych następstw nie wywołuje, że więc CIECHOMSKI postąpił racjonalnie w opisanym przez siebie przypadku.

JASIŃSKI zwraca uwagę na przypadek, w którym po trzykroć wykonano laparotomię, sądząc, że należało przy tej sposobności wyciąć choćby jeden guzik w celu zbadania dokładnego, a koleźce TRZEBITZKIEMU komunikuje, że chirurdzy warszawscy przy paracentezie brzucha wybierają zawsze punkt, leżący na linii, łączącej pępek z kolcem biodrowym przednim górnym, ale na granicy $\frac{2}{3}$ wewnętrznych tej linii z $\frac{1}{3}$ zewnętrznych. Tam nigdy na tętnicę natrafić nie można.

Prof. OBALIŃSKI wygłosił odczyt z zakresu chirurgii nerek. Wyciął on guz nerki o ścianach cienkich z zawartością płynną przezroczystą.

Podczas operacji okazało się, że nerka lewa jest prawidłowa, a z prawej strony ani nerki, ani moczowodu nie znaleziono. Guz po nadcięciu otrzewnej z łatwością dał się wyluszczyć.

Bliższe zbadanie tego guza, który prelegent przedstawił na posiedzeniu, wykazało, że zależał od hydronefrozy do tego stopnia rozwiniętej, iż z tkanki nerkowej pozostała zaledwie błoniasta opona.

BOGDANIK opowiada, że raz przy sekcyi nie znalazł zupełnie nerki prawej. DEMBOYSKI mówi, że w przypadku znacznej hydronefrozy, przez niego operowanej, wyluszczenie torbieli było bardzo łatwe. KJEWSKI przytacza przypadek, operowany przez BUKOWSKIEGO, analogiczny z przypadkiem OBALIŃSKIEGO. TRZEBITZKY napotkał przy operacji, zamiast nerki, szypułkę z małą resztką

mięszu nerkowego. JASIŃSKI wspomina, że prof. BRODOWSKI posiada preparat takiej hydronefrozy z zupełnym zanikiem tkanki nerkowej.

ROSNER [syn] doświadczeniami na zwierzętach starał się sprawdzić twierdzenia PONFICK'a o odrastaniu wyciętych części wątroby. Piękna praca ROSNERA wykazała, że wątroba nie regeneruje się, lecz, że przeciwnie część mięszu, stanowiąca brzeg rany, a leżąca poniżej koniecznej w tym razie ligatury masowej, ulega zgorzeli koagulacyjnej. Przyczyną śmierci u zwierząt w tych doświadczeniach ani razu nie była nagła zmiana w krążeniu, której tak ważną rolę przypisywał PONFICK.

Nastąpił szereg odczytów o promienicy.

WEHR na zasadzie własnych spostrzeżeń powiada, że objawy kliniczne promienicy są bardzo różnorodne. Kształt i rozmieszczenie guzów, konsystencja ropy, obecność kolb promienicowych lub innych postaci tego grzyba i t. d., są zjawiskami niestałymi i dlatego rozpoznanie nieraz bywa niepewnem lub trudnem, a wymaga zawsze długiej obserwacji i wielokrotnego badania ropy. Najstalszym może objawem klinicznym jest beleczkowata i jamista budowa guzów, spostrzegana przy skrobaniu ich łyżeczką ostrą, czego nie bywa w ropniach, czy to zwykłych, czy gruczliczych.

Zwrócenie uwagi na promienicę wogóle stało się przyczyną, że w ostatnich czasach nadzwyczaj mnożą się spostrzeżenia, choroby tej dotyczące, i coraz łatwiej lekarze rozpoznają odnośne przypadki.

BARĄCZ demonstruje preparat i fotogramy, dotyczące przypadku promienicy mostka, klatki piersiowej i płuc.

GROSS przedstawia chorą, u której RYDYGIER z powodu promienicy usunął sutkę, żebra, ogniska położone w płucu i na osierdziu. Chora ma się dobrze, widać jednak nowe ogniska w postaci drobnych guzików. Oprócz tego, Gross pokazuje oczy królicze, zabarwione karminem, do których szczepił promienicę. Białawe guziczki występują na różowym tle bardzo wyraźnie.

KIJEWSKI, zestawivszy 10 badanych przez siebie nowych przypadków promienicy szczęk, twarzy, piersi i brzucha, twierdzi, że promienica szczęk i twarzy odznacza się bardzo charakterystycznym obrazem klinicznym, tak, że rozpoznać ją można nawet bez drobnowidza. Tu wspomina o ziarenkowatości wydzielin, którą okiem i palcami rozpoznać można, o szczękościsku, szerzeniu się niezwykłym ropni i przetok i t. d. Radzi wycinanie guzów, a nie ich skrobienie.

Prof. BROWICZ twierdzi, że grudki, podobne do promienicznych, często spotkać można w tkankach patologicznych, nie mających nic wspólnego z aktinomykozą.

Posiedzenie 6-e. WOŁKOWICZ [Warszawa] pokazywał bardzo piękne preparaty anatomiczne, zachowywane przez czas długi w roztworach tymolu, metodą WYWODCEWA, ulepszoną przez siebie.

RYDYGIER zachwala wypilowanie stawu golenio-stopowego podług metody HUETER'a [z przecięciem ścięgien i nerwów na grzbiecie stopy przy cięciu poprzecznym i z następnem ich zeszcyciem]. Cięcie HUETER'a daje dostęp do stawu wyborny i odsłania końce stawu goleni i strzałki. Wynik funkcjonalny jest bardzo dobry, jak o tem przekonaliśmy nas liczne przypadki, łaskawie pokazane w oddziałach RYDYGIERA i OBALIŃSKIEGO.

RYDYGIER przedstawił na trupie artrektomiję stawu golenio-stopowego metodą LAUENSTEIN'a, wykazując zalety tego sposobu.

PODGÓRSKI pokazywał także na trupie metodę OBALIŃSKIEGO wypilowania stępu. Do drobnych stawów i kości dochodzi OBALIŃSKI za pomocą głębokiego cięcia w przestrzeni międzykostnej pomiędzy trzecim i czwartym palcem przez wszystkie części miękkie.

JASIŃSKI mówi o kontrakturach historycznych u dzieci. Praca ta drukowaną będzie w Gazecie Lekarskiej.

GABRYSZEWSKI pokazywał preparat, wypiłowany ze stawu kolanowego, oraz chorą z cierpieniem tabetycznem tegoż stawu na drugiej kończynie. Zmiany tkanek a głównie kości, zdaniem mówcy, niewątpliwie zależą głównie od zmian w innerwacyi.

TRZEBITZKY pokazuje preparat zgorzeli starczej kończyny dolnej. Nastrzyknięte naczynia wykazywały zwężenie znaczne, ale drożność stosunkową, w pewnej części zachowaną.

SAWICKI przedstawia rysunki 4-ch przypadków transplantacji MAAS'a. Na mocy własnego doświadczenia stawia autor następujące wnioski: w razie rozleglejszych owrzodzeń część tych radzi pokrywać płatkami THIERSCH'a, część zaś, najbardziej wystawioną na obrażenia, płatem MAAS'a. Przy wykonywaniu operacji na kończynach dolnych radzi umocowywać je za pomocą 2 szyn gipsowych, z których jedną podkłada pod nogę wyprostowaną, drugą zaś esowato zgiętą łączy obie kończyny. Dla dokładnego przylegania płata przytwierdza go na całej powierzchni szwami pogrążonemi i uciska z wierzchu kulą z gazy jodoformowej. Dla pokrycia wrzodów gołeni bierze płat z uda drugiej nogi i operacyję wykonywa w 2-ch posiedzeniach. Najprzód wycina płat z szypułami górną i dolną, podkładając poden gazę, a po niejakiem czasie szypułę górną odcina i płat przyszywa na owrzodzenie drugiej kończyny.

Tenże SAWICKI mówi o cheiloplastyce w tych razach, gdzie nie ma zkąd wziąć płata z błoną śluzową. Płat bierze wówczas z szyi, który bądź to zdwaja, bądź wszywa powierzchnię okrwawioną na zewnątrz, aby ją pokryć płatkami THIERSCH'a, bądź też wreszcie wszywa tylko jeden brzeg płata w jeden brzeg rany, ranę wypełnia tymczasowo gazą, a powierzchnię krwawą płata pokrywa płatkami THIERSCH'a. Po niejakiem czasie szypułę przecina, płat odwraca powierzchnią pokrytą płatkami na wewnątrz i wszywa w brzegi defektu.

BOHOSIEWICZ [Kraków] przedstawia 3 przypadki wrodzonych guzów krzyżowych. We wszystkich przypadkach były to torbiele skórzaste.

TRZEBITZKY pokazywał ładnie zrobione opatrunki z fornirów drewnianych, lekkie, zręczne, ale kosztowne i trudne do przygotowania.

Na zakończenie GROSS pokazywał swoją metodę wycinania trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, która nikomu z obecnych się nie podobała. Sam autor zresztą, operując na trupie swoim sposobem, nerwu odszukać nie zdołał.

Wogóle 2-gi Zjazd Chirurgów Polskich zrobił na nas wrażenie bardzo dodatnie. Treść rozpraw obfitą była i zajmującą, a dyskusya żywą i pouczającą. Porównyując Zjazd ten z ostatnim Zjazdem Chirurgów w Paryżu, śmiało powiedzieć możemy, że w Krakowie treść rozpraw bogatszą i lepszą była niewątpliwie.

P. S. „Szanowny Redaktorze! Pozwól nam, niżej podpisanym sprawozdawcom z 2-iego Zjazdu chirurgów w Krakowie, a jednocześnie członkom Redakcyi Gazety Lekarskiej, usprawiedliwić się przed czytelnikami z możliwego zarzutu opieszałości w podaniu do druku naszego referatu. Jednocześnie będzie to sprostowanie mylnych o Zjeździe owym wiadomości, w jednym z pism naszych podanych.

Jako sprawozdawcy Gazety Lekarskiej chcieliśmy wywiązać się z zadania naszego jaknajdokładniej, czekaliśmy więc umyślnie na ukazanie się w druku sprawozdań Przeglądu Lekarskiego Krakowskiego, sądząc, iż te ostatnie będą mogły uzupełnić nasze notatki pobieżne, danemi, czerpanymi ze streszczeń oryginalnych i stenografowanych. Nadzieje te zawiodły nas w zupełności.

Sprawozdawca Przeglądu w najniekorzystniejszem świetle stawia i Zjazd i prelegentów samych. Zresztą w tem samem piśmie już jeden z wykładających, mianowicie prof. OBALIŃSKI, wystąpił z artykułem, prostującym najzupełniej błędnie podane o głosie jego wiadomości.

Lekceważenie przez sprawozdawcę nie tylko treści odczytów ale i nazwisk samych jest dla nas zupełnie niezrozumiałem. Występuje np. jakiś kol. BERGER, którego na liście prelegentów nie było wcale. Dopiero w N-rze 31 wspomnianego tygodnika na stronie 448 znajdujemy potwierdzenie przypuszczeń naszych, że to, ni mniej ni więcej, tylko BARĄCZ, którego w chirurgii polskiej w całym sprawozdaniu w ten sposób zdegenerowano. A dziwił się niezbyt dawno, że jedno niemieckie pismo NENCKIEGO „NENELLI“m nazywało!

Dziekan BRODOWSKI nazywa się tam BRODOWICZEM, a WEHR — WEBEREM.

Ów BERGER [czytaj BARĄCZ] podobno „operował 2 przypadki z powodu uchwycenia w ligaturę moczowodu”. SAWICKI: „przytacza swój przypadek, gdzie nie zondował, a podczas operacji wylała się ropa [z macicy], więc dopiero wtenczas dowiedział się o posocznicy. Również zwraca uwagę na nadęcie kiszki w wycięciu macicy”. JASIŃSKI: „pleśń ta przeszczepiona na agar dawała bardzo bujne pleśniowe hodowle. Z tego powodu uważa, że pyoktanina nie jest dobrym antyseptykiem”.

Znowu BERGER [czytaj BARĄCZ]: „Już w zeszłym roku podał sposób operowania polipów cięciem pionowym wzdłuż nosa, oddzielając przyczep wargi od wyrostków zębowych, a obecnie idąc za przykładem KÖNIG'a, który radzi otwierać nozdrze w linii środkowej ku górze i wprowadzoną łyżką oderwać nasadę, kol. BERGER skombinował metodę KÖNIG'a z metodą inną, co można było zastosować bez uszczerbku, a wyniki jakie otrzymał, zachęcają go do dalszego stosowania”. Proszę to zrozumieć! Takich miejsc jest znacznie więcej.

W streszczeniach tych nawet, w których jako tako sens odnaleźć można, pominięto najważniejsze punkty; opuszczono to, na czem prelegentowi najwięcej zależało. W odczycie np. OBALIŃSKIEGO o gastroenterostomijach pomieszczono przytoczone przezeń cytaty, a opuszczono jego własne spostrzeżenia i wnioski.

Jasiński i Sawicki.

Przypisek redakcyi. Redakcyja Przeglądu lekarskiego już sama oceniła niedbalstwo swego sprawozdawcy, przeprosiła czytelników i prelegentów za nieściśle sprawozdanie, a sprostowania obiecuje pomieścić na żądanie prelegentów.

Wiadomości bieżące.

W numerze 32 *Berlin. Klin. Woch.* z r. b. znajdujemy sprawozdanie z odczytu F. HUEPPE'go, wypowiedzianego w niemieckim Towarzystwie lekarskim w Pradze d. 4 Lipca 1890 r. na temat: „Co ma robić lekarz w razie grożącej lub panującej cholery?” Z powodu ważności przedmiotu podajemy tu odczyt ten w streszczeniu.

W celu zniszczenia bezpośredniego bakteryj cholerycznych w kiszkach, a więc w celu dezynfekcyi wewnętrznej, należy mieć na uwadze te środki lecznicze, przez usta do ustroju wprowadzane, które, nie ulegając rozkładowi w żołądku pod działaniem kwaśnego soku żołądkowego, dopiero w kiszkach, pod działaniem alkalicznego soku kiszkowego, działać zaczynają [naprz. *tribramphenil* i *trichlorphenil*, o użyteczności których zbyt mało dotychczas wiemy], albo też te, które rozkładają się dopiero w kiszkach na swe części składowe i w ten sposób w stanie nasycenia działają bezpośrednio. Typem tych ciał jest przede wszystkim wykryty przez NENCKIEGO salol, a następnie para-kresalol. H. zaleca podawać salol w dawce 0,5 z dodatkiem 0,2 *bismuthi salicylici*.

Rozumie się, że salol wtedy tylko może działać skutecznie, jeśli będzie podany wcześniej, t. j. gdy jest jeszcze w stanie zniszczyć bacyllę przecinkową, a więc zanim pod ich działaniem zdąży wytworzyć się w ustroju produkty trujące: toksyna ogólna i specyficzna. A jednak i później nawet działa salol bardzo dobrze na bezmocz (*anuria*), jakkolwiek tenże jest już następstwem zatrucia specyficznego.

Przeciwko zatruciu ogólnemu przydałaby się być może najbardziej atropina do wewnątrz.

Przeciwko bólowi kiszkowemu, zależącemu od obnażenia błony śluzowej z nabłonka, zaleca się makowiec, albo, gdzie nie można podawać makowca—czopki z kodeiny.

Utratę wody można wyrównać za pomocą irygacyi lub ławatyw z 1—2 litr. wody o 38°—40° C.. Jako dodatek do wody zaleca H. na pierwszym miejscu *acidum tannicum* 0,25—1%, następnie *plumbum aceticum* w roztworze 0,1%. Złe następstwa, zależące od utraty wody, może ustroić łatwiej przezwyciężyć, gdy skóra zachowuje swą sprawność, którą najłatwiej podtrzymać, lub nawet przywrócić za pomocą owijak całego ciała w bardzo gorące, wilgotne prześcieradła.

Do zwalczania pragnienia i pobudzania do wymiotów, zaleca się tykanie kawałków lodu, jako napój zaś—wody alkaliczne, a zwłaszcza wodę sodową, przygotowaną z wody destylowanej. Jako środek podniecający w ciężkich przypadkach służyć może emulsja z koniakiem.

Na zakończenie powraca HUEPPE raz jeszcze do leczenia początkowego za pomocą salolu i opierając się na otrzymanych dotychczas wiadomościach z Indyi, o próbach z tem leczeniem, wykazujących znakomitą wyższość jego nad innemi, zachęca bardzo do przedsięwzięcia prób z tym środkiem w razie mogącej i u nas nadarzyć się ku temu sposobności.

Sprostowanie. W Nr-ze 34 na pierwszej stronie tekstu w pracy I. ZABŁUDOWSKIEGO w 4 wierszu od dołu zamiast „*buteroptose*” powinno być „*Enteroptose*”.

Na str. 682 w 2 wierszu od dołu zamiast „BOŁOSIEWICZ” powinno być „BOŁOSIEWICZ”.