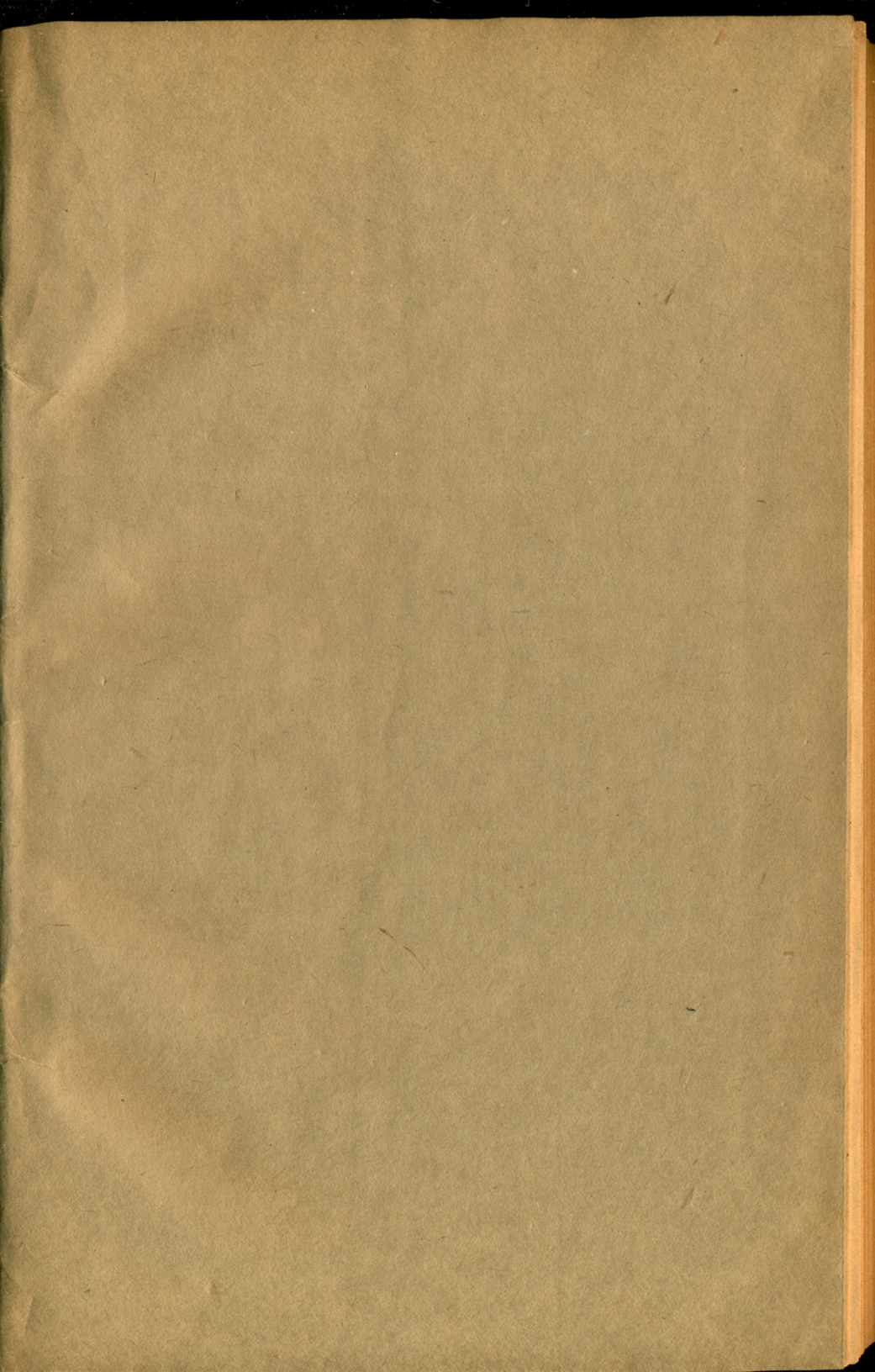
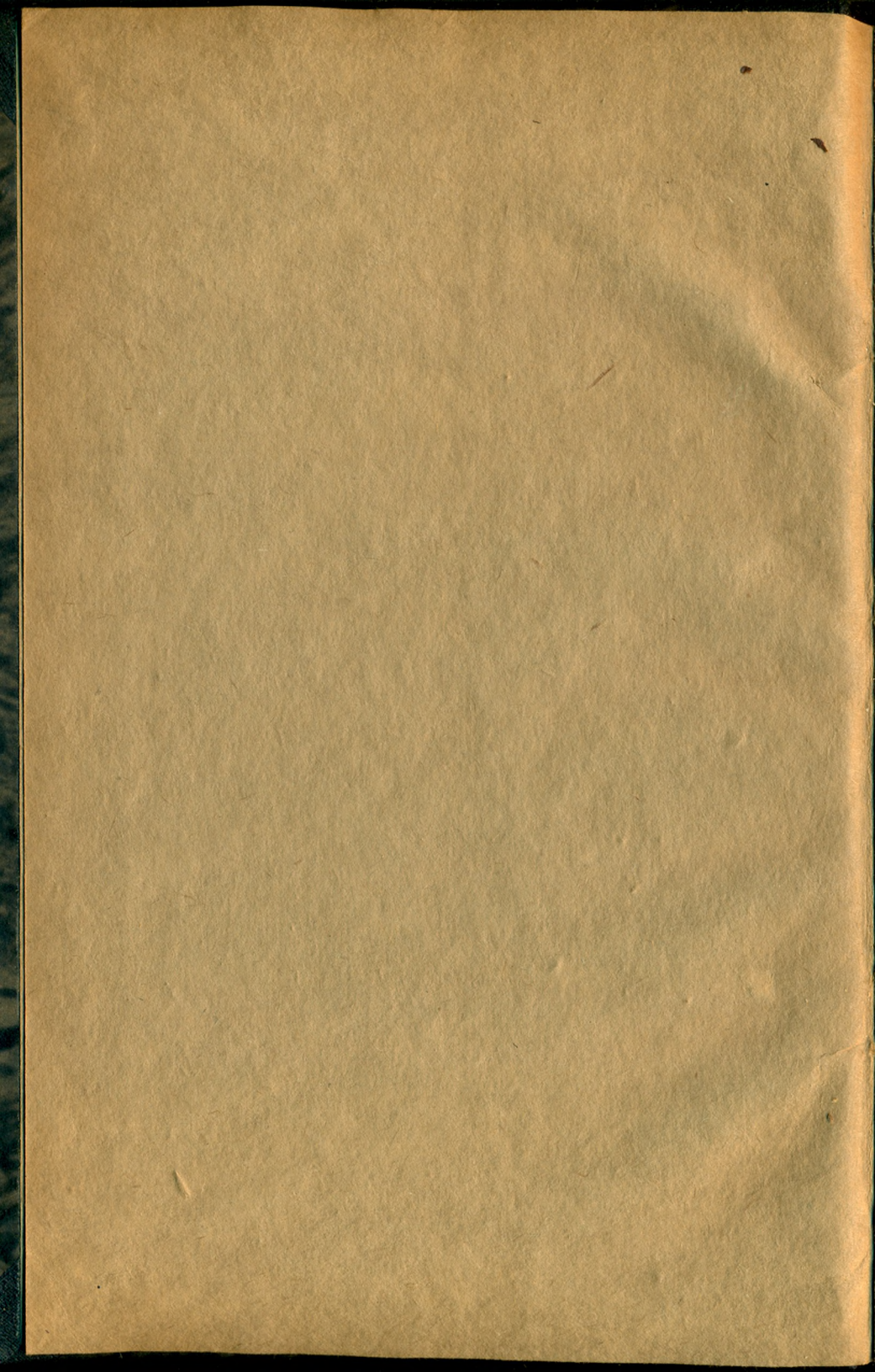


ed. Gdańsk

IL. 1096





PRZEGLĄD
PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO
POLSKIEGO

za r. 1890.

ROK XIII.

Odbitka z *Pam. Tow. Lekar. Warsz.*, 1891.



WARSZAWA.

W Drukarni K. Kowalewskiego. Królewska N. 24

1892.



II 1096

Дозволено Цензурою.
Варшава, 9 Марта 1892 года.



I. ANATOMIJA, HISTOLOGIJA, FIZYJOLOGIJA I CHEMIJA LEKARSKA.

Sprawozdawca

M. Jakowski.

Antoni Kuczyński. Przyczynek do histologii gruczołów Brunner'a. Z pracowni prof. HOYERA. Pam. Tow. Lek. Warsz. Z. III, str. 323.

Streściwszy literaturę przedmiotu, stosunkowo do innych działów histologii niezbyt bogatą, opisuje autor spostrzeżenia własne nad budową gruczołów BRUNNER'a u człowieka, konia, wołu, owcy, świni, psa, kota, kuny, królika, świnki morskiej, szczura i myszy.

Do utrwalenia preparatów używał autor 5% roztworu sublimatu, wysoko bezwodnego, płynu FLEMMING'a, wreszcie płynu PERENYI'ego; zamykał preparaty w parafinie lub celoidynie, skrawki przylepiał do szkiełka przedmiotowego za pomocą wody lub słabego spirytusu. Prócz ogólnie używanych barwników, jak karminu, hematoksyliny, safranina, do barwienia skrawków służyły autorowi: Azoblau w połączeniu z karminem lub Metanilgelb'em, błękit anilinowy [Anilinblau] z karminem, błękit „Victoria“ [Victoriablau], który doskonale ma uwydatniać komórki śluzowe, wreszcie tjonina [Thionin], wypróbowana niedawno przez prof. HOYERA, jako barwnik i zarazem odczynnik na mucynę. Stosował autor również i metodę izolowania za pomocą 40% roztworu wodoru potasu lub „ $\frac{1}{3}$ alkoholu“ (*alcool au tiers*).

Wyniki badań autora znajdujemy zestawione w końcu pracy w sposób następujący:

„1. Gruczoły BRUNNER'a posiadają budowę rurkową; wyścielającą je nabłonek jest słupkowy.

2. Przewody gruczołów BRUNNER'a dochodzą do powierzchni błony śluzowej dwunastnicy [pies, kot, kuna, owca], lub też wchodzą do gruczołów LIEBERKÜHN'a [koń, królik, świnka morska, szczur, mysz]; u człowieka i niektórych zwierząt [wół, świnia] spotykamy oba rodzaje przewodów.

3. Gruczolę BRUNNER'a u większości zwierząt są podobne do gruczolę wypustowych i stanowią ich dalszy ciąg; różniami dwa te rodzaje gruczolę są u owcy; u szczura i myszy przejście gruczolę wypustowych w BRUNNER'owskie nie jest stopniowe: występują one tutaj odrazu w wielkiej masie.

4. Długość warstwy gruczolę BRUNNER'a u różnych zwierząt jest różną; stosunkowo największą jest u konia, wołu, świni, królika i świnki morskiej; średnią u człowieka, szczura i myszy; najmniejszą — u psa, kota i kuny.

5. U pewnej liczby zwierząt gruczolę BRUNNER'a są w mniejszym [koń, królik], lub większym [świnka morska, wół] stopniu śluzowemi; u innych zwierząt gruczolę BRUNNER'a barwią się błękitem anilinowym oraz Azoblaui; gruczolę świni nie dają się zabarwić.

6. W dwunastnicy królika gruczolę BRUNNER'a posiadają pewne zraziki, zbudowane na podobieństwo trzustki.

Przewoński. Sposób przepajania tkanek parafiną dla otrzymania skrawkóv drobnowidzowych stosunkowo znacznej wielkości. Gaz. lek. Nr. 50. str. 988.

Autor podaje tu metodę poczęści ogłoszoną przez SUCHANNEK'a, a polegającą na kolejnym doszczętnym usuwaniu z preparatów wody za pomocą mocnego wysokoku, oleju anilinowego i chloroformu. Preparaty dowolnie szerokie, byleby nie grubsze nad 5—8 mm. wkłada się do słabego, a ztąd do 96% wysokoku na dobę; następnie na kilka do kilkunastu godzin do anilinowego olejku, możliwie bezwodnego, wreszcie na takiz czas do chloroformu, a wreszcie na dobę do odpowiednio przyrządzonej co do gęstości parafiny. Dalszy sposób postępowania jest zwykły przy metodzie parafinowej, ważną tylko jest rzeczą, aby parafina szybko była ostudzona, gdyż inaczej zamiast szklistej i giętkiej staje się mętnawą i kruchą. Preparaty w ten sposób przyrządzone nie tracą na swęj własności barwienia się, przeciwnie zyskują nawet nieco.

Jegorow. Przyczynek do nauki o unerwieniu naczyn kończyn tylnych u żaby. Gaz. lek. N. 48, str. 950.

Autor zajął się zbadaniem drogi, po której biegają nerwy naczynioruchowe, oraz charakteru samych nitek nerwowych przeznaczonych dla naczyn kończyn tylnych. Żaby kuraryzowano, a następnie drażniono prądem elektrycznym pęczki nerwowe, dochodzące do pasma zwojów aorty, istniejącego u żaby wzdłuż całej aorty brzusznej. Krążenie krwi badano na płetwach między palcami kończyn za pomocą mikroskopu [III. 4. Hartn.]. Autor znalazł, że przy drażnieniu wspomnianych gałęzi nerwowych następuje początkowo przyspieszenie krążenia w arteryjach, następnie zwolnienie, a równocześnie naczynie poczyną się zwaćać; stan ten trwa czas jakiś i po ukończeniu drażnienia. W żyłach początkowo ruch krwi wzra-

sta, następnie zwalnia się, poczem następuje prąd krwi w kierunku przeciwnym i trwa przez cały czas drażnienia. Najmocniej objawy te występują przy drażnieniu 3 i 4 gałązki. Toż zjawisko otrzymujemy i przy drażnieniu pni nerwowych, wchodzących w skład splotu kulszowego. Przecięcie splotu kulszowego przeszkadza, nerwu zaś kulszowego nie przeszkadza zupełnie — otrzymaniu tego zjawiska.

Szpanbok. O przejawach ruchowych, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej przy podniesioném i obniżoném ciśnieniu krwi w tętnicach. Gaz. lek. Nr. 9, 10, 11, str. 166, 191, 223.

Doświadczenia autora, dokonane na psach, rozpadają się na dwa działy.

W pierwszym szeregu doświadczeń [6] badał wpływ zatkania światła aorty na przejawy ruchowe, wywołane przez podrażnienie ośrodków ruchowych kory mózgowej. Zwierzętom niekuraryzowanym wprowadzał przez tętnicę podobojczykową cewnik aortalny do aorty, a następnie drażnił ośrodki kończyn przednich, już to przez oponę twardą już też bezpośrednio. Autor dochodzi do wniosku, że pobudliwość kory mózgowej przy zatkanii światła aorty wzrasta, jakkolwiek zmiany pobudliwości mogą być różne co do swego natężenia. Pobudliwość ta wzrasta w stosunku prostym do czasu, przez jaki aorta była zatkaną, a raz zwiększona nie znika odrazu po usunięciu przeszkody w krążeniu; przez często powtarzane zatykanie światła aorty wzrastanie pobudliwości jest coraz mniejsze. Prócz tego autor zauważył, że w warunkach tych podniesienie pobudliwości odpowiada zmniejszeniu ilości oddechów i zwolnieniu tętna.

Drugi szereg [6 dośw.] obejmuje badanie nad wpływem drażeń końca obwodowego nerwu błędnego na pobudliwość kory; nerw odkrywany był na szyi, przewiązywany, a następnie koniec obwodowy układany na elektrody platynowe, drażnienia kory dokonywano jak uprzednio. — Z doświadczeń wynika, że w warunkach tych pobudliwość zmniejsza się; jakkolwiek w pierwszych paru sekundach nieco się zwiększa, lecz następnie maleje i to tém więcej, im dłużej drażnienie ma miejsce i zmniejszenie się to trwa czas jakiś po zaprzestaniu drażnienia; — pobudliwość wraca do normy dopiero po 5—10 minutach.

W końcu pracy autor podaje 3 doświadczenia kontrolujące — i rozbiiera niektóre sporne kwestyje [brak O w krwi, wylewy krwi, transudacje do ośrodków mózgowych], mogące modyfikować wyniki jego doświadczeń, które jednak w danym razie wpływu znaczącego nie miały.

Noiszewski. Hypoteza wybuchowego powstawania śladów pamięci [wzrokowej] i oddechów. Pam. Tow. Lek. Zesz. I, str. 1.

W pracy tej, pisanéj całkiem swoistym językiem, z wprowadzeniem mnóstwa nowych i nie dla każdego zrozumiałych terminów, podaje autor próbę objaśnienia anatomicznego powstawania pamięci wzrokowej przez

zmianę spostrzeganą pod wpływem światła na pręcikach siatkówki [„pręciki zrenne“]. Praca ta zawierająca wiele danych z fizjologii i optyki nie daje się streścić na tém miejscu i dla tego interesujących się tą sprawą musimy z konieczności odesłać do oryginału.

J. Zawadzki. Rozbiór chemiczny soku trzustkowego ludzkiego.
Gaz. lek. Nr. 47, str. 922.

Po zestawieniu nielicznej w tym zakresie literatury, podającą, z wyjątkiem pracy HERTER'a, badania nad sokiem trzustkowym u zwierząt, autor podał krótki opis przypadku z kliniki chirurgicznej wydziałowej tutejszego uniwersytetu, w którym rozpoznano torbiel trzustki i w którym udało mu się parokrotnie zebrać sok trzustkowy za pomocą zakładania do przetoki, utworzonej po operacji, sączka połączonego z czystą banieczką szklaną, pozostawionych pod opatrunkiem na całą dobę. Sok ten, był to płyn ciągnący się, mętnawy, nieco żółtawej barwy, odczyn miał wybitnie zasadowy; osad zawierał komórki nabłonkowe ziarniste, z wyraźnym jądrem. W ciągu 5-ciu godzin sok ten przeprowadzał mączkę w maltozę, a w 4 godziny zupełnie rozpuszczał i zamieniał na peptony białko kurze. Skład chemiczny okazał się następujący:

wody	86,405%
części stałych	13,595%
związków organicznych	13,251% z czego:
ciał białkowatych	9,205%
innych ciał organicznych [wyciągowych, fermentu etc.]	4,046%
ciał wyciągowych, rozpuszczających się w wysoku	
jako N.	0,827%
wreszcie soli [fosfor. węgl. chlork. i siarcz.]	0,344%

Autor wspomina przytém o nieogłoszonej dotąd modyfikacji metody KJELDAL'a, wprowadzonej przez L. NENCKIEGO i MIZERSKIEGO, polegającej na tém, że w celu utlenienia używa się 1 część siarczanu potasu i 2 części kwasu siarczanego. Praca, po szczegóły dokonania której musimy odesłać do oryginału, została przeprowadzoną w laboratoryjum L. NENCKIEGO w Warszawie.

Wł. Bruner. O zachowaniu się trypsyny i pepsyny w moczu w prawidłowych przypadkach i w cierpieniach przewodu pokarmowego.
Gaz. lek. Nr. 21, str. 413.

Pracę rozpoczął autor w klinice prof. SENATOR'a w Berlinie a dokończył w Warszawie. Metoda polegała na własności włóknika napajania się badaniami zaczynami, następnie na rozkładaniu go przez tóż zaczyny, przez pepsynę w obecności HCl [1—2%] i przez trypsynę w obecności KHO [5%], na ostateczne produkty rozkładu białka—peptony. [Szczegóły metody woryginalne].

W przypadkach prawidłowych autor ani razu nie wykazał w moczu trypsyn y, w patologicznych zaś trzy razy przy żółtaczce nieżyłtowej podczas największego natężenia sprawy chorobowej. Autor przypuszcza, iż trypsyna, dostająca się z gruczołu do kiszek, w nich przeważnie ulega zniszczeniu, a po części zostaje wessaną przez krew i zanesioną do różnych narządów, gdzie się zużywa. W nieznacznej tylko części zostaje wydaloną przez nerki i w moczu rozpada się pod wpływem soli kwaśnych i pepsyny, gdyż w obecności téj ostatniej nigdy trypsyny wykazać nie można. Co do pepsyn y, to tę zawsze wykrywał autor w moczu i tylko przy raku żołądka jej nie znajdował. Zasługuje na wspomnienie przypadek, gdzie przy rozpoznaniu raka żołądka znalazł w moczu pepsynę, a przy operacyi okazało się, iż rak znajdował się nie w żołądku lecz w p o p r z e c z n i c y.

D m o c h o w s k i. Nowy sposób ilościowego określania acetonu w moczu. Gaz. lek. Nr. 37 i 38, str. 726 i 751.

Zaznaczywszy na początku niestosunkowość zawartości cukru i acetonu w moczu dyjabetyka, którego przez czas długi miał sposobność badać, autor podaje bardzo szczegółową historję literatury acetonu, przytaczając pracę PETERS'a, BETZ'a, CANTANI'ego, GERHARDT'a, LIEBEN'a, KUSMAUL'a, JAKSCH'a, a wreszcie ocenia krytycznie znane dotąd metody wykrywania acetonu w moczu, LEGAL'a, LE NOBEL'a, PENTZOLD'a, GUNNING'a, LIEBEN'a, JAKSCH'a, modyfikacyje L. NENCKIEGO i MESSINGER'a, nie uznając żadnej z nich za zupełnie bez zarzutu do określenia ilościowego. Próba autora oparta jest na zasadzie metody GUNNING'a. W głównych zarzysach jest ona następująca: Do naczynia wlewa się określoną ilość rozczynu $JwJK$ lub JNH_3 następnie NH_3 , HNO_3 i destylatu moczu. Po kilku minutach, jeśli w destylacie był aceton, tworzy się jodoform; płyn następnie jest filtrowany i w filtracie określa się ilość J niezwiązanego z acetonem w postaci jodoformu. Z różnicy między wziętą do reakcyi ilością J i ilością tegoż, wykazanego jako niezwiązany, wylicza autor ilość J związaną z acetonem. Ponieważ zaś 3 cząsteczki J wiążą się z 1-ą cząsteczką acetonu, aby utworzyć jedną cząsteczkę jodoformu, na téj zasadzie wylicza ilość acetonu znajdującego się w destylacie. Po szczegółowy opis dokonywania reakcyi, przygotowania płynów mianowanych, oraz wyliczenie musimy z konieczności odesłać do oryginału téj interesującej pracy.

Autor podaje na poparcie swój metody szereg cyfr, do jakich doszedł, przeprowadzając próbne badania porównawcze własnej swój metody z metodą JAKSCH'a i L. NENCKIEGO, a w końcu przytacza wnioski, do jakich dochodzi, twierdząc między innemi, że dotychczas przytaczane cyfry zawartości acetonu w moczu są bardzo wątpliwe, że moc normalny niezawsze zawiera aceton, a natomiast inne jakieś ciała, które z J w sferze

alkalicznej dają jodoform, że wreszcie w moczu dyjabetyków znajduje się wprawdzie aceton, lecz w ilościach mniejszych niżli opisywano.

Mintz. O metodach ilościowego określania wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowej. Gaz lek. Nr. 33, str. 646.

Autor omawia szczegółowo nowsze metody ilościowego określania wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, opisując szczegółowo sposoby ich wykonania i czyni im wszystkim zarzuty nieściśłości. Przechodzi w ten sposób metody LEO, HOFFMAN'a, BOURGET'a a zwłaszcza najszczegółowiej SJOEQUIST'a, wykazując na zasadzie 3 doświadczeń, że ta ostatnia metoda wykrywa cały kwas solny t. j. wolny i związany, znajdujący się w soku żołądkowym, a wobec tego zbija zarzuty MEYER'a, skierowane ku własnej metodzie autora [Gaz. lek. Nr. 19, 1890 r.], iż służyć może tylko do przybliżonego określenia i co do ściśłości ustępować musi metodzie SJOEQUIST'a.

Co do możliwych innych zarzutów, skierowanych przeciw metodzie autora, a mianowicie, że ług sodowy używany w jego sposobie, dodany do soku żołądkowego, łączyć się będzie z utajonym HCl lub z kwasem mlecznym pierwój aniżeli z wolnym HCl, sądzi on, iż pierwszy zarzut wydaje się już z góry nieprawdopodobnym, a po przeprowadzeniu doświadczeń [szczegóły w oryginale] dochodzi do wniosku, że ani utajony HCl, ani kwas mleczny nie wchodzi pierwój do związku z ługiem, dopóki nie zostanie związany cały wolny kwas solny.

Wreszcie podając wyniki 12 badań soku żołądkowego za pomocą swój własnej metody, dochodzi autor do wniosku, że określenie HCl wolnego ma daleko większe znaczenie dla oznaczenia zmniejszonej lub zwiększonej kwaśności, aniżeli oznaczenie kwasoty.

Fabian i L. Nencki. Kilka słów o enzymach. Gaz. lek. Nr. 52, str. 1029.

Po podaniu określenia, co to są enzymy i krótkiej historii literatury tego przedmiotu, autorowie wspominają pokrótce naprzód o enzymach określonego już składu chemicznego, napotykanych fizjologicznie w roślinach i zwierzętach [diastaza, emulsyna, pepsyna, trypsyna, ptyalina i inne], opisując ogólne ich własności i działanie na ustrój. Przechodzą następnie do grupy ptomain i leuko main, a opisawszy również ich własności chemiczne, wyliczają cały szereg znanych dotąd tych związków, opierając się na znanój pracy BRIEGER'a. Z kolei przechodzą do kwestyi zabezpieczania organizmu od ponownej infekcyi i przytaczają ważniejsze znane dotąd teoryje w tym względzie [CHEREAU, PASTEUR, BUCHNER, MIECZNIKOW], a wreszcie opisują niektóre z usiłowań na drodze eksperymentu urzeczywistnienia zabezpieczenia organizmu od infekcyi, podając szczegółową historję badań odnośnych nad błonicą, opierając się znów na pracach BRIEGER'a i FRÄNKL'a.

Praca ta zjawiała się w okresie gorączkowego zajmowania się pływem Koch'a. Autorowie zachęcają w końcu do tworzenia instytutów, gdzieby połączone usiłowania chemików, bakteryjologów i klinicystów na drodze szczegółowego badania toksyn i innych produktów życia bakteryj, mogły doprowadzić do wyszukania sposobów zapobiegania infekcyjom i ich leczenia.

II. ANATOMIJA PATOLOGICZNA, BAKTERYJOLOGIJA, PATOLOGIJA OGÓLNA I DOŚWIADCZALNA.

Sprawozdawca

K. Chełchowski.

A d a m k i e w i c z. O przeroście opon rdzenia. Prz. Lek. №№ 19 i 20 str. 253, 269. Rzecz ogłoszona już w Nowinach Lekarskich z r. prz. (patrz Prz. Piśm. Lek. Pols. za r. 1889 str. 12.

B r o w i c z. Przyczynę do histologii zmian w tkankach gruźliczych pod wpływem szczepionki Koch'a. Prz. Lek. № 51 str. 707.

Browicz jeden z pierwszych opisał te zmiany w kawałkach wyciętych z przetoki gruźliczej podczas reakcy na wstrzyknięcie tuberkuliny. Nie znalazł w nich żadnych śladów nekrozy koagulacyjnej, natomiast typowe zapalenie z obitym wysiękiem i nacieczeniem drobnokomórkowem; tu i owdzie zdarzyły się mikroskopowe ropnie i wynaczynienia.

B u c e l s k i. O zmianach w komórkach nerwowych przy bezwładzie postępującym. Gaz. Lek. Nr. 35 i 36, str. 686, 711.

W 12 mózgach, dotkniętych tém cierpieniem, stale się powtarzało zwyrodnienie barwnikowe komórek nerwowych i zmniejszenie ich liczby, nawet w bardzo świeżych przypadkach. Sprawa ta nie zależała od uciśnięcia komórek domniemanym wysiękiem, bo przestrzenie okołokomórkowe wcale nie były powiększone [chyba sztucznie przy stwardnianiu mózgu w sublimacie]. Zmiany tedy komórek nerwowych w bezwładzie postępowym są sprawą zasadniczą i samoistną. Dotychczas zmiany te znajdowano w korze mózgowej; na komórki ośrodków podkorowych nie zwracano prawie uwagi. Buc. spotykał stale to zwyrodnienie, i to daleko posunięte w komórkach wzgórków wzrokowych. Bywało ono tu silniejsze nawet niż w korze, i to nie tylko w zastarzałych, ale i w świeżych przypadkach. W innych zwojach podkorowych stopień zmian był bardzo niestały: najslabszy—we wzgórkach prażkowanych.

Zastosowanie nowszych sposobów barwienia wykazało zmiany w jądrach komórek nerwowych. Jądra albo zmniejszają się i zanikają, albo

też silnie pęcznieją, stają się gruboziarnistými, otoczka ich blednie i niknie, pozostawiając kupkę ziarenek. W 3 mózgach widać było wybitną zmianę w barwieniu się jąder: silniejsze powinowactwo do safraniny, niż do hematoksyliny. Autor przypuszcza, że może ta mikrochemiczna zmiana chromatyny jąder zależała od nawałów do mózgu, którym owi chorzy podlegali przed śmiercią.

Feigel. Przyczynek do kazuistyki „Porencephalii“. Przegl. Lek. NN. 1—4, str. 1, 10, 35, 53.

1. Brak częściowy szarej i białej istoty korowej mózgu w prawej półkuli, odpowiadający zawojom: *centralis ant., post. supramarginalis i subarachnoidealis*. Powstała ztąd jama, wielkości jabłka, wypełniał czysty płyn surowiczny; otwór jej pokrywała zgrubiała pajęczówka. Okoliczne zawoje mózgowe, zupełnie prawidłowe, kończyły się ostro u brzegu owej jamy [co wskazuje na porencefalię nabytą]. Z komorami mózgowymi jama się nie łączyła. Żadnych przypadłości mózgowych za życia.

2. W półkuli lewej na miejscu zawojów *centralis post. supramarginalis, parietalis super. i medius*, jama lejkowata zakryta pajęczówką, łącząca się otworkiem z tylnym rogiem bocznej komory mózgowej. Okoliczne zawoje nie kończą się u brzegu jamy, ale zachodzą wgląd' jej, tworząc na pewnej przestrzeni jej ścianki [porencef. wrodzona]. Lekka asymetryja czaszki. Żadnych przypadłości za życia.

3. Na środku wypukłości półkuli mózgowej lewej głęboka lejkowata jama z otworem trójkątnym, zakrytym pajęczówką, łącząca się z przednim rogiem komory bocznej. Zawoje okoliczne zaginają się wgląd' jamy na ścianki jej boczne. Lewa połowa czaszki pojemniejsza, twarzy drobniejsza. Od urodzenia idyotyzm, przykucie kończyny górnej prawej, upośledzenie mowy.

4. Zupełny brak u noworodka obu półkul mózgowych, wzgórków wzrokowych, czworaczych, mostu Warola. Wzgórki prążkowane, mózdzek i rdzeń przedłuż. prawidłowe. Pajęczówka przylega do opony twardej, tworząc wielki worek z płynem surowicznym. W okolicy skroniowej prawej widać na pajęczówce kawałeczek kory mózgowej—resztkę półkuli. Zupełny zanik opony miękkiej.

5. W czasie noworodka znaleziono mózdzek i rdzeń przedłużony prawidłowe; zresztą zaś zamiast mózgu torbiel surowicza. Na wewnętrznej powierzchni pajęczówki łukowate linije, przypominające przebieg zawojów mózgowych. Nerwy, wychodzące z jamy czaszkowej, prawidłowe. [Tak daleko posuniętej porencefalii jeszcze nie opisywano].

Spółczesne wiadomości o porencefalii.

Krokiewicz. O lizaju żrącym. Przegl. Lek. NN. 23—29. str. 317, 335, 350, 366, 383, 401, 414.

Praca oparta na zbadaniu kilkunastu przypadków wilka. Istotę wilka stanowi rozwój tkanki granulacyjnej, silnie unaczynionej. Sprawa

zaczyna się ogniskowo w głębszych warstwach skóry na około naczyń krwionośnych z komórek tkanki łącznej preegzystujących. W skład ognisk wchodzi przeważnie komórki nabłonkowe i wrzecionowate, komórki olbrzymie [osiągające w wilku mianowicie niezwyklej rozmiarów], rzadziej już drobne okrągłe. Dopiero, zlewając się jedne z drugimi, ogniska posuwają się ku warstwie brodawkowej skóry. W późniejszych okresach naskórek może przerastać, wnikać w ogniska wilkowe, dawać twory koncentryczne, zrogowaciałe, bardzo zbliżone do ciał Waldeyera. Liczba naczyń krwionośnych w wilku jest zwiększona [nowotworzenie]. Ognisk sérowatych nie bywa wcale.

Z 14 przypadków w 3 zaledwie udało się odnaleźć bardzo skąpe prątki gruźlicze [jeden np. na kilkadziesiąt preparatów].

Cząstki wilka, szczepione królikom do jamy brzusznej, 4 razy spowodowały gruźlicę narządów wewnętrznych. Szczepienie do przedniej komory oka i na wewnętrznej powierzchni ucha pozostawało bez skutku.

Z badań swoich oraz z odnośnej literatury, dotyczącej anatomii patologicznej, bakterjologii wilka, oraz stosunku jego do gruźlicy, a zebranej bardzo starannie, autor stanowczo się oświadcza za tożsamością wilka i gruźlicy skóry. Różnice pozorne [bogate unaczynienie wilka, przebieg powolny, charakter miejscowy, zdolność do zabliźnienia] zależą od małej ilości prątków gruźliczych, przez co nie przychodzi do zarosnięcia naczyń, a więc i do nekrozy koagulacyjnej [wyjawszy nekrozę protoplazmy w pojedynczych komórkach—olbrzymich]. Z drugiej strony właściwe skórze zbite utkanie i zmienna jej temperatura nie sprzyjają rozwojowi prątków gruźliczych. Wilk jest niejako gruźlicą skóry pierwotną, powstałą w zdrowym zresztą jeszcze dotąd ustroju. Nic więc dziwnego, że często różni się od niego i wyglądem, i przebiegiem, gruźlica skóry wtórna, przyłączająca się do daleko już posuniętej gruźlicy organów wewnętrznych.

Neugebauer. Przyczynek do nauki o patologii kręgosłupa i miednicy. Medycyna NN. 39—42. str. 609, 625, 641, 658.

Dziewczyna w ostatnim miesiącu ciąży skoczyła z 3 piętra na bruk i po kilku godzinach zmarła. Przy cięciu cesarskiem, wykonanem na zwłokach, znaleziono pęknięcie macicy w kilku miejscach, płód zaś nieżywy z potrójnem pęknięciem czaszki—w jamie brzusznej. Po wyjęciu miednicy i kręgosłupa obok złamania lewej kości łonowej, obok oderwania od kości prawej chrząstki łonowej, przekonano się, że i kość krzyżowa uległa złamaniu. Szło ono pionowo przez prawe skrzydło pierwszych dwóch kręgów krzyżowych, i przedłużało się na ostatni krąg lędźwiowy, mianowicie na łuk jego. Złamanie łuku nastąpiło w 3 miejscach: przy samym trzonie, przy wyrostku ciernistym i w części międzystawowej. Pękł wreszcie i prawy dolny wyrostek stawowy przedostatniego kręgu lędźwiowego. Opona twarda i *cauda equina* ocalały; korzenie nerwowe na odpowiedniej wysokości mocno ucierpiały.—Samobójczyni miała krę-

gów lędźwiowych sześć. W ostatnim z nich prawy jego wyrostek poprzeczny zróśł się z kością krzyżową, przez co fizjologiczna ruchomość tego miejsca zginęła. Oczywiście ta właśnie okoliczność była w danym razie powodem złamania łuku kręgowego przy nadmierném zgięciu kręgosłupa ku tyłowi. Niezawodnie zrost taki [ostatniego kręgu lędźw., z kością krzyżową] zawsze poniekąd usposabia do złamania w tém miejscu.

Przytaczając z literatury inne podobne spostrzeżenia, autor akcentuje fakt, że zdarzają się złamania łuku ostatniego kręgu lędźwiowego [czemu zaprzeczano—Lambl], i że przy teorii spondylolistezy rachować się z nimi trzeba.

Zaznacza N. wreszcie ogromną różnicę w objawach klinicznych pęknięcia macicy, zależną od tego, czy nastąpiło ono już po odejściu wód płodowych [jak to zwykle bywa], czy też jeszcze przed niem.

Noenchen. Typowe skrzywienia stołu pacierzowego. Now. Lek. N. 8 str. 351. [z rysunkiem i tablicami wymiarów].

Skolioza powstaje w ten sposób, że w skutek złego trzymania się, jednostronnego porażenia i t. p. w całym szeregu kręgów trzon każdego z nich nie rozwija się równomiernie. Połowa trzonu, pohamowana w rozwoju [po stronie wklęsłości skoliozy], jest niższa, połowa zaś, rozwijająca się swobodnie [po stronie wypukłości], jest wyższa. Kręgi lędźwiowe obracają się w swych stawach ku wypukłości skoliozy. Natomiast torsyję samego kręgu odrzuca autor, opierając się na układzie beleczek kostnych wewnątrz kręgu. Zwraca uwagę, że od strony wklęsłej chrząstka międzykręgowa nie pokrywa w zupełności kręgu. Tę niepokrytą część kręgu uważa autor za wytwór osteofityowy, powstały w skutek drażnienia uciskiem, a przyczyniający się do powstrzymania rozwoju skoliozy, niejako jój samowyleczenia.

Obrzut. O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych. Przegl. Lek. NN. 35—45. str. 481, 495, 508, 518, 573, 597, 610, 612, 638. Sprawozdanie z tej pracy, której większą część ogłoszono w Przegl. Lek. z r. 1891, odkładamy do Przegl. Piśm. Lek. za rok 1891.

Patek. Zrośnięte bliźnięta. Gaz. Lek. N. 28 str. 561.

Bliźnięta zrośnięte były piersiami i brzuskami w linii środkowej ciała, od obojczyków do pępka prawie. Zupełny brak kości mostkowych. Silniej rozwinięty płód miał dwa serca we wspólném osierdziu, złączone bocznemi częściami. W jamie piersiowej drugiego płodu serca nie było. Jamy brzuszne oddzielone od siebie. Łożysko wspólne; sznurek pępkowy jeden, idący do silniej rozwiniętego płodu.

Święcicki. Ontogenetyczne znaczenie przyrodzonych szczelin płotka usznego. Now. Lek. N. 9. str. 406.

Opis wrodzonego wcięcia na dolnym brzegu płotka usznego u dziecka, którego matce przerwano płatek uszny pociągnięciem za kolezyk.—

SCHMIDT i ORNSTEIN z podobnych spostrzeżeń wysnuli przypuszczenie, że potomstwo może dziedziczyć własność, nabytą za życia przez matkę. ISRAEL i HIS odrzucili to przypuszczenie i tłómaczą owe przypadki zbożeniem rozwojowem [częściowe przetrwanie szczeliny skrzelowój]. W podobny sposób objaśnia HIS i spostrzeżenie Świącickiego.

Ciągliński. Przyczynek do nauki o grzybnicach pleśniowych. Pamiętnik Tow. Warsz. Lek. 1890 str. 491.

Sprawozdanie z téj pracy, ukończonej w Pamiętn. Tow. Lek. Warsz. w r. 1891, odkładamy do Przegl. Piśm. Lek. za r. 1891.

Elsenberg. Grzybek parcha przy „favus herpeticus“. Gaz. Lek. N. 11, str. 208.

QUINCKE twierdzi, że parch na skórze włosem pokrytj zależy od jednego grzybka [w dwóch odmianach β i γ], parch zaś wypryskowy—od innego [α]. Przeczą temu PICK i FABRY. Przeczy temu i ELS., który od 3 chorych, dotkniętych parchem po całym ciele, wyhodował jeden i ten sam grzybek zarówno z tarczki parcha na głowie, jak i z pęcherzyków na skórze niepokrytj włosami.

Karliński. Przyczynek do zachowania się prątków durowych w wodzie. Przegl. Lek. NN. 1 i 2, str. 4, 21.

K. zanieczyścił wodę deszczowj w cysternie kałem tyfusowym, bogatym w prątki swoiste. Na hodowlach płytkowych z téj wody ilość kolonij tyfusowych z każdym dniem się zmniejszała. Wreszcie po 3—4 dniach prątki tyfusowe w wodzie ginęły zupełnie. I przy wielokrotném dodawaniu kału do wody, czy to codzienném czy téż co kilka dni, kolonije tyfusowe wkrótce przestawały się rozwijać, zarówno z próbek wody, jak i z osadu na dnie cysterny. Przyczynj tak szybkiego obumierania prątków tyfusowych jest nader bujne mnożenie się w wodzie grzybków gnilnych kałowych.

Karliński. Poszukiwania nad znachodzeniem się prątków durowych w moczu osób, dorem dotkniętych. Przegl. Lek. NN. 29. 30 str. 413, 433.

Prątki tyfusowe często, bo w połowie przypadków, dają się wykazać w moczu tyfusowych hodowlami. Obok prątków K. zawsze spostrzegł białkomocz. Zjawiają się one w moczu wcześni, niż w kale [nierz już w 3-im dniu choroby] w ilości bardzo zmiennj, od kilku do mnóstwa w 1 cent. sześć. Prątki tyfusowe, dodane do moczu, zawierajjcego białko, długo w nim zachowują swj żywotność, a nawet się rozmnażają, zwłaszcza w termostacie. Kolonije tych prątków rozwijają się równie i w hodowlach, zaszczipionych cząsteczkami nerek od tyfusowych. Mikroskop wykazuje te prątki w istocie korowj nerek w ogniskach, nieraz już gołem okiem dostrzegalnych, a złożonych z komórek okrągłych.

Karliński. Przyczynę do znajomości zachowania się prątków cholery w kale. Now. Lek. N. 7. str. 302.

K. wyhodował z kału cholerycznego, oddanego przed 28 dniami i przysłanego mu z Indyj, niewątpliwe prątki przecinkowe KOCHA. Hodowla udała się na buljonie z trzustki wołowej; inne podłoża zawodziły. Spostrzeżenie to przeczy podaniom KOCHA i innych, którzy [z wyjątkiem GRUBERA] prątki te zaledwie przez 1—4 dni w kale wykryć byli w stanie.

Noiszewski. Drobnoustrój jaglicowy. Gaz. Lek. N. 50 str. 998.

Opis grzybka jakoby swoistego dla jaglicy, wyhodowanego przez autora. [Demonstracja tego grzybka w Tow. Lek. Warsz. bynajmniej nie było przekonywającą].

Szuman. J. N. (z Poznania). Przyczyny zwyrodnienia laseczników wąglika wśród ustroju zwierzęcego i o metodach ich zabarwiania. Now. Lek. N. 12. str. 589.

Opis przypadku zakażenia mieszanego. Objawy kliniczne i zmiany pośmiertne zupełnie odpowiadały wąglikowi twarzy, żołądka i kiszek. Tymczasem ani szczepienia zwierzętom, ani hodowle nie udawały się. Prątków wąglikowych także nie można było odszukać. Znalaziono je dopiero przy badaniu porażonej cierpieniem tkanki żołądka, i to przeważnie zwyrodniałe, barwiące się słabo, często rozpadające się na ziarenka. Natomiast we wszystkich narządach, dotkniętych cierpieniem, znalazło się mnóstwo koków gronowych, [*staphylococcus*]. Przypadek ten uważa autor za wąglik, *sua sponte* wyleczony, z następczym zakażeniem stafilocokami, któremu wyniszczony chory ostatecznie uległ.

Zwyrodniałe prątki wąglikowe barwiły się źle; najlepiej jeszcze fioletem kryształowym przy użyciu do odbarwiania kwasu pikrynowego.

W tymże artykule przegląd teoryj odporności.

Adamkiewicz. O jadowitości nowotworów złośliwych (raków). Przegl. Lek. N. 26 str. 365.

Ad. twierdzi, że znalazł w świeżej tkance rakowej jakiś jad, podobny do zawartego w tkance trupiej, zabijający zwierzęta po kilkunastu godzinach przez porażenie mózgu. Kwas karbolowy i temperatura wrzenia znoszą działanie owego jadu.

Adamkiewicz. O istocie ucisku mózgu i o zasadach leczenia t. z. objawów uciskowych. Przegl. Lek. NN. 45—49. str. 635, 648, 659, 672, 684.

Dawne poglądy na „ucisk mózgu“ wspierały się na następujących 4 podstawach: 1) Istota mózgu jest nieściśliwa; 2) Sprawy chorobowe, zmniejszające pojemność czaszki, podnoszą ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego; 3) W skutek tego następuje uciśnienie najpodatniejszego składnika czaszki, a więc naczyń krwionośnych, zwłaszcza włosowatych—niedokrwistość mózgu. 4) Od tej ostatniej zależą objawy ucisku mózgu.

Ad. twierdzi, że zważył te 4 podstawy. 1) Spostrzeżenia jego nad nowotworami i doświadczenia z laminaryją, pęczniejącą w czasie, wykazały, że mózg jest ściśliwy, że dany jego odcinek może zmniejszyć się i zgęstnieć [pierwiastki tkankowe zmniejszają się i zbliżają do siebie, nawet bez żadnych zaburzeń w funkcji]. 2) Ogniska śródczaszkowe nie podnoszą ciśnienia płynu mózgo-rdzeniowego, zmniejszając bowiem pojemność czaszki laminaryją, Ad. nie znalazł żadnych zmian w ciśnieniu, ani w tętnicy, ani w żyłe szyjowej. Gdyby zaś ciśnienie śródczaszkowe było podniesione, należałoby oczekiwać, że ciśnienie tętnicze wzmoże się, żyłne zaś opadnie. 3) Ogniska śródczaszkowe bynajmniej nie wywołują niedokrwistości mózgu. Owszem—naczynia jego pozostają otwarte i drobne [nastrzykiwania klejem], a nawet, jeżeli ucisk trwał dłużej, rozszerzają się i rozrastają. 4) Objawy ucisku mózgu [wymioty, nystagmus, zaburzenia w tętnie i oddechu, śpiączka] zależą od podrażnienia i porażenia mózgu, są odpowiedzią mózgu na wszelkie czynniki drażniące.

Inne jednak mogłyby zachodzić stosunki przy sprawach rozlanych [wysięki i przesięki w czasie], oraz w doświadczeniach, na których się opierała dawna nauka [wprowadzanie płynów do czaszki pod wysokim ciśnieniem]. Doświadczeniom tym przeciwstawia Ad. swoje, które mu dały całkiem odmienne wyniki. Wysokość ciśnienia, pod którym wprowadzał płyn, nie ma znaczenia dla wywołanych przez to przypadłości chorobowych; między pierwszą a drugąmi wcale niema stosunku proporcjonalnego; przypadłości te występują to przy niskim, to przy wysokim ciśnieniu. Ciśnienie w tętnicy szyjowej w doświadczeniach Ad. okazywało zmiany niestałe, nieregularne i nie proporcjonalne do ciśnienia płynu wtłaczanego do czaszki. Natomiast ciśnienie w żyłe szyjowej wzrastało stale, jeszcze przed wystąpieniem jakichkolwiek objawów. Ad. ztąd wnosi, że płyn, wtłaczany do czaszki, przechodzi niezwłocznie do żył; że ciśnienie, pod jakim go wtłaczamy, wcale nie oznacza ciśnienia w czasie, ale siłę potrzebną do wpędzenia owego płynu do żył. Że dostaje się on do żył, o tém można się przekonać nauce, wtłaczając do czaszki zamiast płynu powietrze, którego pęcherzyki ukazują się wtedy w żyłe szyjowej. Najwyższe ciśnienie śródczaszkowe nie przewyższa nigdy ciśnienia w naczyniach włosowatych mózgu, bo te pozostają drobnymi dla masy iniekcynnej nawet na szczycie doświadczenia. A więc i w tych doświadczeniach niema ani niedokrwistości mózgu, ani jego ucisku. Przy najwyższym ciśnieniu wtłoczonego płynu mózg nigdy nie bywa przytłaczony. Objawy więc chorobowe i tu zależą od czego innego: od podrażnienia mózgu wtłaczanym płynem, który nie mieszcząc się w żyłach, przesiąka z nich do tkanki mózgowej; wreszcie w skutek przedrażnienia następuje porażenie mózgu. To też zupełnie te same objawy otrzymamy, wstrzykując jakikolwiek płyn drażniący do tętnicy szyjowej.

Co się tyczy leczenia, Ad. zaleca przy objawach miejscowych [kurcze i porażenia częściowe] usunięcie drażniącego ogniska. Przy objawach ogólnych trepanacja wobec poglądów powyższych nie miałaby żadnego znaczenia; wskazanym tu jest upust krwi ze względu na przepełnienie żył i grożący obrzęk mózgu.

Cybulski. O ucisku mózgu. Gaz. Lek. NN. 43-51, str. 817, 870, 895, 917, 935, 979, 1001.

Ad. twierdzi, że zwałił starą naukę o ucisku mózgu. Prace jego, jakkolwiek podane przez BERGMANA odpowiedniej krytyce, wznieciły przecież pewne wątpliwości [ALBERT]. W obec tego należało sprawdzić dowody, dawane przez zwolenników starej teorii i nowych poglądów. Zadanie to obok innych [BLUMENAU] podjął i C., i doszedł do wniosku, że przeciwnicy starej teorii nie zwałili żadnego z jej argumentów.

W krytycznych i polemicznych ustępach swój pracy C. wykazuje że Ad. nie liczył się z całym mnóstwem faktów już znanych i stwierdzonych, że używał metod nieściśłych, posługiwał się niemi wadliwie, nie uwzględniał warunków doświadczenia, ani przypadkowych powikłań; wreszcie wyniki otrzymane przez siebie tłómaczył fałszywie.

Pozytywne wyniki pracy C. są następujące.

Ciecz mózgo-rdzeniowa stale zostaje pod ciśnieniem dodatniem, wyższem od atmosferycznego, które ulega znacznym wahaniom, zależnym od warunków krążenia w czaszce, jako też cblonienia i wydzielania tej cieczy. Do oznaczania ciśnienia wewnątrzczaszkowego zastosował C. zamiast dawnych sposobów dogodniejszą metodę KRIES'a. [Wymierzał mianowicie obciążenie potrzebne na to, żeby płytka szklana, ustawiona na wypukłości opony twardej, zetknęła się z nią całą swą powierzchnią].

Że ciśnienie wewnątrzczaszkowe może się podnieść bardzo wysoko, czy to w stanach chorobowych, czy przy odpowiednich doświadczeniach, na to istnieje mnóstwo dowodów w nagromadzonych od dawna spostrzeżeniach i doświadczeniach łatwych do powtórzenia.

Że wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe sprowadza niedokrwiłość mózgu, na to brakowało dotąd dowodów bezpośrednich. Dostarczyli ich obecnie BLUMENAU i C. Pierwszy wprost obserwował niedokrwiłość mózgu podczas ucisku przez otwór trepanacyjny. C. zaś wykazał zmniejszanie się szybkości krwi w tętnicy szyjowej podczas ucisku.

Najważniejszy wynik pracy stanowi wykrycie faktu, że organizm usiłuje usunąć powstającą przy ucisku niedokrwiłość mózgu. Regularnie bowiem przy silniejszym ucisku ogólne ciśnienie tętnicze wkrótce wzrasta. Przez to dopływ krwi tętniczej do uciśniętego mózgu, który już był spadł do zera, a przynajmniej znacznie się zmniejszył, znowu się wznaga, a nawet dochodzi do normy. Świadczy o tém przyspieszona znowu szybkość krwi w tętn. szyjowej. Obok tych zjawisk często występuje zwolnienie tętna, które poniekąd paraliżuje ów dobroczynny wpływ podniesionego

ciśnienia tętniczego. I wzmożone ciśnienie tętnicze, i zwolnienie tętna, zależą zdaniem C. od podrażnienia ośrodków naczyńioruchowego i nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym. Skoro przedrażniony ośrodek naczyńioruchowy ulegnie wyczerpaniu, ciśnienie tętnicze opada i niedokrwistość mózgu znowu wraca. Nie jest więc ona ciągłą, ale raczej ulega wahaniom.

Objawy uciskowe zależą od niedokrwistości mózgu, nie zaś od drażnienia płynem, użytym do infuzji a przesiękającym do tkanki mózgowej. Powstają one bowiem i przy uciskaniu mózgu pęcherzem kauczukowym lub płynem zgoła nie drażniącym—oliwą. Infuzyje drażniących roztworów solnych do tętnicy szyjowej nie dają objawów identycznych z uciskowemi, jak chce Ad. Zresztą wprowadzenie do mózgu zamiast krwi roztworu solnego równa się niedokrwistości mózgu.

Spór o ściśliwość mózgu właściwie jest sporem o wyrazy. Przyczyna uciskająca wyciska z danej części mózgu przedewszystkiém krew, a następnie i ciecz śródtkankową. Ztąd pochodzi pozorna ściśliwość i sprężystość mózgu.

Osobną niejako część pracy stanowi powtórzenie doświadczeń Ad. z blaszkownicą. Wyniki doświadczeń obu autorów znacznie się różnią.

Ucisk na mózg pęcznijącą blaszkownicą wtedy tylko nie daje objawów, jeżeli zmniejszenie jamy czaszkowej nie przenosi $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$. Według Ad. objawów nie bywa nawet przy zmniejszeniu jamy czaszkowej o $\frac{1}{4}$. [Zapewne Ad. badał króliki nie zaraz po śmierci, ale dopiero po jakimś czasie, przez który blaszkownica dalej pęczniała].

Objawy takiego miejscowego ucisku blaszkownicą redukują się głównie do porażenia uciśniętego odcinka mózgu. Objawy podawane przez Ad. zależały zapewne od pęknięć opony twardej, bardzo łatwo powstających w tych doświadczeniach. Wtedy laminaryja styka się z mózgiem, odbiera mu wodę, słowem drażni go silnie. Nadto w doświadczeniach, zakończonych śmiercią, sekcya zawsze wykazywała liczne wynaczynienia.

Uciśnięty laminaryją odcinek mózgu nie przerasta, jak twierdzi Ad., ale zanika. Nowotworzenia naczyń w nim niema [Ad. w swoich doświadczeniach musiał chyba wywoływać zapalenie i ztąd trafiał na obfitsze unaczynienia].

Grosalik. Przyczynek do nauki o krwistości wodnicowej. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 355.

Autor w szeregu doświadczeń wywoływał u psów krwistość wodnicową (*plethora hydraemica*), wprowadzając im do żyły szyjowej 6‰ roztwór soli w takiej ilości, ile przypuszczalnie zwierzę mogło mieć w sobie krwi [$\frac{1}{13}$ wagi]. Chodziło mu o przekonanie się, jak szybko rozwodniona w ten sposób krew wraca do dawnego składu. W tym celu wypuszczał z tętnicy szyjowej małe porcje krwi: pierwszą przed in

fuzyją, drugą niezwłocznie po infuzji, następie w oznaczonych odstępach czasu. Porcje te ważył przed i po wysuszeniu [8 dni w piecyku przy 110°] i w ten sposób oznaczał w nich zawartość wody i części stałych. Teoretycznie można byłoby oczekiwać, że ilość części stałych zmniejszy się we krwi po infuzji o połowę. Faktycznie zmniejsza się ona tylko o 30%—krew więc pozbywa się wody już podczas infuzji. Po infuzji powolnej rozwodnienie krwi jeszcze jest mniejsze. Krew po infuzji wraca do dawnego składu w ciągu 3—6 godzin, najszybciej w pierwszych 10 minutach. W ciągu pierwszej godziny wraca blisko 80% straconych pozornie części stałych. W następnych godzinach to wyrównywanie się składu krwi podlega znacznym wahaniom. Ostatecznie krew może się nawet zagęścić względnie do swego składu przed infuzyją. Wzmożenie wydzielin po infuzji nie zawsze daje się zauważyć. To też pomimo powrotu krwi do dawnego składu, waga zwierzęcia po doświadczeniu może pozostać zwiększoną. [Widocznie część płynu pozostaje w tkankach i jamach ciała]. U sześcioletniego wyrównywanie składu krwi odbywa się powolniej i mniej dokładnie.

Te same doświadczenia przerabiał G., przecinając jednocześnie nn. błędne [zmieniona bowiem czynność serca mogłaby wpłynąć na regulowanie się składu krwi], i kuraryzując psy [zdaje się, że kurara wzmacnia przepuszczalność naczyń]. Oba te czynniki mało zmieniały rezultat doświadczeń, opóźniając tylko powrót krwi do zwykłego składu. Przy wagozomii początkowa szybkość regulacji [pierwsze 10 min.] zmniejsza się prawie o połowę, za to później nie tak prędko maleje.

Fakt, że krew odzyskawszy już dawny skład, często dalej jeszcze się zagęszcza, wymagał doświadczeń kontrolujących. Wykazały one, że i bez infuzji, zarówno niewielkie upusty krwi, jak i długie unieruchomienie zwierzęcia, mogą spowodować pewne zagęszczenie krwi.

III. FARMAKOLOGIIA I TOKSYKOLOGIIA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Biernacki. Strychnina jako środek działający na mózg. *Gaz. lek.* Nr. 19, str. 392.

Pomimo ustalonego twierdzenia, że strychnina działa tylko na istotę szarą rdzenia kręgowego i przedłużonego, istnieją jednak wskazówki, przemawiające za jednoczesnym jej wpływem na mózgowie. Zwiększenie czucia dotykowego, zaostrenie wzroku i słuchu, zjawiska występu-

jące po wprowadzeniu strychniny, muszą wywierać pewien wpływ na ośrodki psychomotoryczne [BUBNOW, HEIDENHEIN, TARCHANOW], z drugiej zaś strony na drodze ubocznej wskutek podrażnienia ośrodka naczynioruchowego istnieją warunki dla zmniejszenia pobudliwości i czynności mózgowia. Powyższe dane, oraz rezultaty z badań nad działaniem strychniny przy hipnozie u żab, skłoniły autora do wykonania szeregu doświadczeń w celu zbadania, jakim zmianom ulega pobudliwość ośrodków psychomotorycznych pod wpływem iniekcji podskórnych, oraz bezpośredniego stosowania azotanu strychniny u królików na pewne ruchowe okolicie mózgowia [ośrodek dla rozginaczy kończyny przedniej przeciwległej i ruchów żucia]. Trepanację wykonywano przy słabej narkozie chloroformowej. Pozostawiwszy zwierzę następnie w spokoju, po 3 kwadransach drażniono ośrodki psychomotoryczne za pomocą saneczkowego przyrządu DU BOIS-REYMOND'a, oznaczając największą odległość cewki wtórnej od pierwotnej, t. j. najmniejszą siłę prądu, którym tak przed, jako i po zadaniu strychniny w postaci iniekcji podskórnych [0,0004 — 0,0006] lub bezpośredniego zastosowania na korę mózgową [w roztworze 0,1—0,4%], podrażnienie odpowiedniego ośrodka sprawiało ruch mięśniowy.

Na podstawie w ten sposób przeprowadzonych doświadczeń, B. dochodzi do przekonania, że pod wpływem niewielkich dawek strychniny pobudliwość elektryczna kory mózgowej zmniejsza się stopniowo, następnie dochodzi do pewnego minimum, nareszcie powraca do stanu prawidłowego, przy czem godnym zaznaczenia jest fakt, że ruch kończyny po podrażnieniu odpowiedniego ośrodka staje się drżącym, że tenże nie zależy od siły prądu, oraz że odczyn utajonego podrażnienia wydaje się przedłużonym.

Na podstawie stopniowego rozwoju zmniejszenia pobudliwości kory mózgowej przy jednoczesnych pierwotnych objawach podrażnienia rdzenia, B. twierdzi, iż strychnina prawdopodobnie nie wywiera bezpośrednio wpływu na istotę szarą okolicy psychomotorycznej, lecz że zmniejszenie pobudliwości ośrodków przy strychninie powstaje wskutek podrażnienia rdzenia kręgowego, a może i innych części ośrodkowego układu nerwowego. Zjawisko to przy stosowaniu prądów słabszych uważa autor za wtórne, przy mniejszych prądach za pierwotne i zależne prawdopodobnie od zwężenia naczyń. Wpływ podrażnienia rdzenia na zmniejszenie pobudliwości ośrodków psychomotorycznych potwierdza poprzednie badania BUBNOW'a i HEIDENHEIN'a, dotyczące stosunku podrażnienia różnych miejsc układu nerwowego do wspomnianych ośrodków, z drugiej strony zależność może od zmniejszonej pobudliwości lub od inhibicji czynności pęczków piramidalnych.

Własność strychniny przygnębienia kory mózgowej, objaśniająca pomyślnie jej działanie przy dyspomanii, padacze i bezsenności, zachęca do stosowania tego środka w ogóle przy wszelkich stanach podrażnienia

okolicy psychomotorycznej a w szczególności przy czystych formach szaru ostrego.

Jakowski. Kilka słów o działaniu antyseptycznym pyoktaniny.
Gaz. lek. Nr. 25, str. 488.

Wyniki doświadczeń STILLING'a nad działaniem pyoktaniny skłoniły autora do przeprowadzenia badań w celu wyjaśnienia wpływu, jaki obie odmiany tego środka (*pyocctaninum coeruleum et aureum*) wywierają na rozwój lasecznika czarnej krosty, gronowca złocistego, lasecznika tyfusu brzuszego i bakteryj zapalenia płuc [FRIEDLÄNDER'a].

Roztwór pyoktaniny dodawano do gruntu odżywczego w stosunku 1:5000 i 1:10000, jużto smarowano powierzchnię rozczyntem 1:1000 i 1:3000 jużto rozwinięte hodowle zlewano rozczyntem 1:1000.

Na podstawie w ten sposób przeprowadzonych doświadczeń, wysnuwa J. wnioski następujące:

1) Pyoktanina niebieska działa silniej niż żółta.
2) Najpewniejsze działanie otrzymać można przy dodawaniu pyoktaniny do gruntu odżywczego. Na gruntach, zawierających pyoktaninę niebieską nawet w stosunku 1:10000, wyżej wspomniane bakteryje nie rozwinęły się w ciągu 6-ciu dni; także działanie okazuje choć w mniejszym nieco stopniu pyoktanina żółta, w dwa razy mniejszem rozcieńczeniu odnośnie do *b. antracis*, zaś *staphyl. pyog. aureus* przy témże rozcieńczeniu rozwija się już po upływie 48 godzin.

3) Posmarowanie powierzchni rozczyntem pyoktaniny niebieskiej [1:1000] wpływa hamująco na zaszczipione następnie bakteryje czarnej krosty i gronowca złocistego; rozczynt 1:3000 jest obojętnym.

4) Posmarowanie rozwiniętych w ciągu 24 godzin kolonij tychże bakteryj działa niszcząco.

Hodowle *b. antracis*, rozwijające się na agarze z dodaniem żółtej pyoktaniny, przybierają zabarwienie żółte, które znika po przeszczipieniu na tenże grunt, zaś zabarwienie hodowli zależne od pyoktaniny niebieskiej, znika po upływie 2—3 dni przy ciepłocie 37°.

Barwnik ten [w rozczyntu 1:1000] żywe bakteryje silnie pochłaniają, o czém mógł się autor przekonać za pomocą badania mikroskopowego, dodając kroplę rozczyntu pyoktaniny niebieskiej do świeżej hodowli, rozpostartej na szkiełku.

L. Nencki. Pyoktanina w chorobach pęcherza moczowego. Otrucie błękitem metylowym. Gaz. lek. Nr. 32, str. 642.

L. N. stosował pyoktaninę w czterech bardzo uporeczywych przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia pęcherza moczowego, z których 3 wystąpiły po zarażeniu trypowem u mężczyzn, 1 u kobiety po zaziębieniu. Objawy kliniczne polegały na silnym bólu przy końcu często odawanego, mętnego moczu, który posiadał oddziaływanie zasadowe i za-

wierał znaczną ilość ciałek ropnych, drobnoustrojów, płaskiego nabłonka i kryształów fosforanu ammonu i magnezu.

Przy zastosowaniu wstrzykiwań rozezynów z początku słabszych [1:1000], następnie mocniejszych [1:500], po 10—14 następowało zupełne wyzdrowienie bez jakiegokolwiek bądź ubocznych objawów.

W jednym z tych przypadków dla zmniejszenia bólów nie zależnie od iniekcji do pęcherza, podano do wewnątrz *experimenti causa* 0,3 błękitu metylowego. W kilka godzin po użyciu pierwszej dawki wystąpiły objawy zatrucia w postaci ogólnego osłabienia, nudności, bicia serca i potów, które wzmogły się po dawce drugiej [osłabione tętno 135, oddech osłabiony] i znikły po zastosowaniu magnezji palonój.

M. Nencki i Sahli. Enzymy w Terapii. Gaz. Lek. Nr. 48, str. 948.

Wiadomo, że peptony [SCHMIDT-MÜHLHEIM] oraz enzymy [BÉCHAMP i BALTUS] czyli według nowego słownictwa toksalbuminy wywierają silnie trujące działanie na ustrój i należą do rzędu ciał białkowych. Na podstawie dotychczasowych badań dochodzimy do przekonania, że każda istota żyjąca, choćby składała się z jednej tylko komórki, wytwarzać musi enzymy, których działanie według zdania prof. M. NEN. zależy od niestałych grup, zawartych w ich cząsteczce i od nadzwyczajnej ich wrażliwości, przez co zachowują się pod wpływem rozmaitych bodźców tak samo, jak żyjąca komórka. Działają one na podobieństwo rozcieńczonych kwasów, rozszczepiając związki pochodne od aldehydów.

Ochronę ustroju od wtargnięcia drobnoustrojów chorobotwórczych przyjmują na siebie fagocyty [MECZNIKOW] i surowica krwi. Enzymy, w ustroju zawarte, są jedną z broni, którymi ustrój posługuje się do walki z inwazyją czynników zakaźnych. W skutek ruchliwości enzymów, łatwo zrozumieć, że mogą one łatwo uleść przemianie na związki pozbawione działania; przez dostarczenie więc czynnych enzymów odpowiednim tkanom prawdopodobnie uda się usposobić ustrój zagrożony infekcją do walki skutecznej. Enzym zeukrzający z korzyścią mógłby służyć do zatrzymania postępu mięsaków, które jak wykazał LANGHAUS zawierają znaczną ilość glikogenu; pomyślnie działanie szczepień streptokoka róży w złośliwe nowotwory zależy prawdopodobnie od enzymu, przez ten wytwarzanego, a BOUCHARD dowiódł, że produkty przemiany materij danego mikroba ochraniają ustrój od szkodliwych jego własności.

Poglądy, na których podstawie autorzy przeprowadzają badania nad odpornością, ogłoszone zostały z powodu pracy KOCHA p. t. „Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose.“ Zdaje się, że szczepionka KOCHA jest ciałem podobnym do enzymów lub peptonu, co tém jest prawdopodobniejszém, że przed 2 laty w pracowni prof. M. N.

HAMMERSCHLAG izolował z laseczników gruźliczych trującą substancję, zbliżoną do albumoz.

Hicner. Improvizowana pompa żołądkowa zastosowana przy otruciu chloranem potasowym. Przegl. Lek. Nr. 5, str. 71.

W przypadku przyjęcia do wewnątrz przez pomyłkę szklanki rozczyynu [20:250] chloranu potasu zamiast pompki żołądkowej do wytworzenia próżni, H. spożytkował beczkę, napełnioną piwem, której czop połączył z drenem wprowadzonym do żołądka, a przez kran wyprowadzał stopniowo jej zawartość.

Karo. Digitalis. Protokóły posiedzeń Towarz. Lek. Lub. 1889/90, str. 51.

Jest to praca referencyjna, dotycząca farmacji naparstnicy.

Podgórski Orexinum muriaticum jako środek natrawieny. Przegl. Lek. Nr. 22, str. 305.

W celu sprawdzenia działania oreksyny [phenyldihydrochinazolinę], zaleconej przez PENZOLDT'a, jako środek wzmagający łaknienie i regulujący czynność wydzielniczą i mechaniczną żołądka, P. stosował jego sól chlorowodorną w opłatku, rozpoczynając od dawek 0,1—0,3 i przecho-dząc następnie do 1,5 i 2,0 dziennie. Wydzielanie i wydalanie badano za pomocą objadu próbnego LEUBEGO, tak bez jako też i po podaniu dwurazowem chlorku oreksyny [zrana 0,20, po południu 0,50]. Z 6-ciu chorych (2 z *rheum. musc.*, 2 z *bronch. lev. grad.*, 1 z *ischias*, 1 z *gonitis traumatica*), których czynność żołądka można było uważać za prawidłową, ogólna kwaśność zawartości żołądka na szczycie trawienia podniosła się o 5—10, u 4-ch po każdym podaniu środka występowało pobudzenie łaknienia, przemijające po kilku godzinach, u osób zaś zdrowych, przywykłych do przyjmowania znacznej ilości pokarmów, wydalanie było znacznie przyspieszonym [zamiast 7-iu w 4 godziny]. Oreksynę stosował autor również w 28-iu przypadkach upośledzonej czynności żołądka, z których 14 przypadło na suchoty płucne, 12 na rozmaite cierpienia, w których również upośledzenie sprawności żołądka zależało od podstawowej choroby, 2 na cierpienia organiczne żołądka (*Catarrhus acidus ventriculi c. dilatatione i carcinoma ventriculi*); w ostatnich po oreksynie objawy przedmiotowe wzmogły się, w innych nie mógł stwierdzić trwałego zwiększenia się apetytu, zaś kilka dodatnich spostrzeżeń przypisuje P. poprawie stanu ogólnego, niezależnie od przyjętych środków.

Niezgodne z PENZOLDEM wyniki zaleźć mogą według zdania autora albo od niejednostajności preparatu, albo [co zdaje się najprawdopodobniejszym] od jego własności drażniących błony śluzowe na podobieństwo środków korzennych. Z ubocznych objawów P. notuje wymioty, występujące u osób poprzednio do nich skłonnych; nareszcie przytacza re-

zultaty badań nad działaniem oreksyny otrzymane jednocześnie z nim przez GLÜCKZIEGLA w Pradze i BELE w Budapeszcie, nieco korzystniejsze, lecz co najmniej nie zachęcające.

Orłowski. Otrucie 9 osób nasionami lulka czarnego (*Sem. Hyoscyami nigri*). Gaz. Lek. Nr. 42, str. 827.

Przypadek powyższy dotyczył wychowañców przytułku imienia Jachowicza, którzy udawszy się na przeciwny brzeg Wisły i natrafwszy na roślinę, mającą owoce podobne do makówek, nasiona jój z wielkim zadowoleniem zjadali. Jak się później okazało, były to niedojrzałe owoce lulka czarnego, inaczej zwanego blekotem (*Hyoscyamus niger L.*), które u 9 winowajców wywołały groźne objawy zatrucia w postaci wysypki szkarlatynowej, śpiączki, poprzedzonej przez pewien stan odurzenia, uczucia suchości i drapania w gardle. Skóra przedstawiała się w wysokim stopniu suchą. Ciężota wynosiła najwyżej 38,06, u większości jednak była prawidłowa; oddech przyspieszony około 30, tętno rytmiczne wynosiło od 120—130 uderzeń na minutę. Brzuch silnie wzdęty dawał przy opukiwaniu odgłos wyraźnie tympanityczny. Błona śluzowa języka łuków i migdałków obrzmiała i zaczerwieniona. Żrenice *ad maximum* rozszerzone nie oddziaływały na światło. Po śpiączce wystąpiły objawy bredzenia z hallucynacjami, do czego przyłączyły w następstwie drgawki kloniczne pojedynczych kończyn, u 3 ciężiej chorych spostrzegali autor *opisthotonus*, a niektórzy z nich moc bezwiednie pod siebie oddawali. Pod wpływem środka przeczyszczającego [olej rycynowy], pilokarpiny i morfiny oraz lodu na głowę, przypadłości te powoli zaczęły ustępować, a po tygodniu żadnych następstw zatrucia wykryć nie było można.

Przytoczywszy opis lulka czarnego, oraz jego części składowych, autor zwraca uwagę na 2 objawy, nieopisywane przez poprzedników, mianowicie na wysypkę płonicową i na podniesienie ciężoty w kilku przypadkach, co w braku etyologicznych danych mogłoby doprowadzić do błędnego rozpoznania zakażenia szkarlatynowego, przeciwko któremu zresztą przemawiałaby *mydriasis*, oraz przebieg cierpienia, w którym najbardziej niepokojące objawy w 16—20 godzin, a inne po 4 dniach zniknęły.

Nareszeie przeprowadza autor różniczkową dyagnozę pomiędzy pierwotnym cierpieniem mózgowym, zatruciem morfią lub ptomatropiną. W rzadkich przypadkach zatrucia blekotem rokowania zależy od stanu serca i ośrodka oddechowego, bywa pomyślniejszym w razie wystąpienia rozwolnienia lub wymiotów. Środki wymiotne mają według zdania autora racyjną bytu tylko bezpośrednio po przyjęciu trucizny i to w postaci podskórnych iniekcji apomorfiny. Proponuje środki czyszczące dla usunięcia trucizny, tanninę dla przeszkodzenia wessaniu, a pilokarpinę jako środek antagonistyczny.

Szuman. Kilka słów o znieczuleniu bromkiem etylu i o niebezpieczeństwie, grożącym życiu przy użyciu bromku etylenu $[C_2H_4Br_2]$ zamiast bromku etylu. Gaz. Lek. Nr. 36, str. 706.

Powołując się na pracę swoją, umieszczoną w IV i V-ym zeszytce *Therap. Monatsh.* [1888], w której autor zalecał bromek etylu, jako środek znieczulający przy krótkotrwałych operacjach, w niniejszym artykule zastanawia się nad niebezpieczeństwem, grożącym życiu przy stosowaniu bromku etylenu zamiast bromku etylu. Kwestyja ta o tyle jest ważniejszą, że nieznamość przetworu i przekręcanie jego nazwy (co spotyka się nawet w lepszych podręcznikach np. w „Arzneiverordnunglehre EWALD'a i LUEDECKE'go”) wywołały nie jeden śmiercią zakończony przypadek. WROCZYŃSKI [1884] i HIRSCH [1888] opisują przypadki, w których bromek etylu okazał się nie skutecznym: w pierwszym prawdopodobnie, w drugim niewątpliwie użytym został bromek etylenu. Daleko gorzej sprawa zakończyła się w przypadku referowanym w *Therap. Monatsh.* z roku 1889, gdzie po inhalacji 40 gr. bromku etylenu nastąpiło śmiertelne zatrucie. Taką pomyłką aptekarza była również przyczyną zejścia śmiertelnego, zależnego od zastosowania bromku etylenu zamiast bromku etylu przy operacji urethrotomii zewnętrznej, wykonanej przez autora w celu przywrócenia światła cewce, nieprzepuszczającej nawet najcieńszych metalowych i elastycznych kateterów.

Po ukończeniu zabiegów chirurgicznych, wśród których pomimo zużycia 40 gr. środka znieczulającego, chory odczuwał dotkliwy ból, wystąpiły wymioty przy ciepocie 37^0 , nie przechodzącej następnie ponad $37,5^0$. Nazajutrz stwierdzono osłabienie tętna ze wzmocnieniem jego częstości do 160 i śmierć nastąpiła w 32 godziny po inhalacji bromku etylenu przy objawach porażenia mięśnia sercowego i bezmocz. Na sekcji sądowej oprócz ogólnego przekrwienia zastojowego wykryto ostre, początkujące stłuszczenie wątroby, a badanie chemiczne mózgu wykryło w nim ślady bromku etylenu.

Czysty bromek etylu w mierniej dawce stosowany jest tak nieszkodliwym, jak i inne ogólnie używane sole bromowe $[NH_4Br, NaBr, KBr]$, co stwierdzają wyniki własnych doświadczeń, oraz zdania innych chirurgów. W celu zabezpieczenia się od zafałszowań, należy przepisywać bromek etylu w postaci *Aether bromatus* MERECK'a i raz na zawsze wyrugować ze zbiorów aptecznych bromek etylenu, który w medycynie nie ma zastosowania, a użyty wywołać może bardzo niebezpieczne objawy.

Chłapowski. Przypadek zejścia śmiertelnego po małej dawce salolu. Now. Lek. Nr. 4, str. 169.

W dość obszerniej literaturze, dotyczącej działania salolu, zanotowanym jest jeden tylko przypadek zejścia śmiertelnego po użyciu tego środka w dawce umiarkowanej przez AUFRECHT'a i BEHM'a przy zapaleniu wśierdza, wikłającym ostry gościec stawowy.

Własności salolu t. j. eteru kwasu salicylowego i fenolu rozkładania się w alkalicznych płynach, *resp.* pod wpływem fermentu trzustkowego na 2 silne czynniki przeciwnie, skłoniły LOEVENTHAL'a do zastosowania go przy cholery, a EWALD'a do użycia salolu, jako środka rozpoznawczego czynności mechanicznej żołądka. Fakt, że salol rozkładać się może w żołądku, stwierdzony przez LEŚNIKA, BRUNNER'a i HUBER'a zachwiał próbę EWALD'a, lecz nie wyrugował jej całkowicie z rzędu metod dyjagnostycznych. Salol stosowany jest często bez przeciwwskazań, a jednak nawet mała dawka salolu może być nieraz zabójczą, co zależy od ilości ostatecznych produktów przemiany materii, szczególnie kwasu siarczanego, który tworząc z aromatycznymi produktami kwasy sprzężone, uchronia ustrój od zatrucia, oraz od stanu nabłonka kłębkowego i kanalikowego nerek. Ztąd też, aby uniknąć groźnych powikłań, należy przkonać się przed podaniem salolu o czynności nerek, przez badanie moczu, wykluczyć stany, w których ilość kwasu siarczanego w moczu jest zmniejszoną [niedokrewność], oraz sprawy przebiegające z długotrwałym wzmożeniem gnicia w przewodzie pokarmowym, zależnym od krwotoków lub niedowładu żołądka i kiszek.

Za dowód, jak należy być ostrożnym przy podawaniu salolu, przytacza autor przypadek, zakomunikowany mu przez D-ra WERNERA z Kissingen, dotyczący osoby lat 30 mającej, wycieńczonej, obciążonej dziecinnie suchotami i od dwóch miesięcy miewającej kwaśne wymioty zaraz po każdym jedzeniu.

Przy dokładniejszym badaniu stwierdzono niedowład żołądka, oraz brak kwasu solnego w obecności znacznej ilości kwasu mlecznego po próbnym śniadaniu EWALD'a. Przepłukanie żołądka wywołało krwotok, który przy zastosowaniu odpowiednich zabiegów przeszedł. W 9 dni potem podano 1,0 salolu w celu badania ruchowej sprawności żołądka, po której dopiero nazajutrz można było wykryć ślady kwasu salicylurowego w moczu, który nie zniknął w ciągu 6 dni. Jednocześnie wystąpiły silne objawy intoksykacji w postaci utraty przytomności, nieregularnego tętna i ogólnego osłabienia z poprawą w dniu 5-ym, z pogorszeniem dnia 6-go. Do powyższych objawów przyłączyły się wymioty i śpiączka, trwające do śmierci, która nastąpiła 12 dnia po przyjęciu salolu. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono: *Gastritis et enteritis haemorrhagica, ulcus ventriculi cicatrisatum ad cardiam, Endometritis chr. Cystoma ovarii.*

Pomimo braku wielu ważnych szczegółów, tak w opisie przebiegu choroby, jak i zmian pośmiertnych, dochodzi autor do przekonania, że mała dawka salolu wywołała w danym bardzo pouczającym przypadku pierwsze objawy zatrucia, których możeby można było uniknąć przez podanie siarczanu sodu.

Surzycki. O pyrodynie. Przegł. Lek. Nr. 46 i 47, str. 148 i 660.

Pyrodyna czyli acetylphenylhydracina [$C_6H_5 NH-NHC_2H_5O$], mająca własność obniżania ciepłoty w stanach gorączkowych, różni się od innych tego rodzaju środków wyższym stopniem toksyczności i pod tym względem zbliża się do fenylhydracyny, która przy podskórnych iniekcjach u zwierząt, w doświadczeniach HOPPE-SKYLER'a wywoływała poważne zmiany we krwi z wytworzeniem barwnika bliżej nieokreślonego.

Pierwszy LIEBREICH robił nad pyrodyną doświadczenia przy łóżku chorego i przestrzega przed jej trującymi własnościami. Następni badacze, jako to: DRESCHFELD, GUTTMANN i ZERNER, LEMOINE, FILEHNE, ZIEGLER, LAFLEUR, A. FRÄNKEL, których prace szczegółowo są omówione, zgadzając się co do znaczenia pyrodyny, jako środka przeciwgorączkowego, a nawet nerwowego [LEMOINE], podnoszą jednak niebezpieczeństwo, jakiemu mogą uleże chorzy, przyjmujący pyrodynę nawet w dawkach średnich, zależnemu od rozpadu czerwonych ciałek krwi i wytwarzania znaczniejszej ilości urobiliny.

Kilkadziesiąt obserwacji D-ra S., dokonanych na chorych przeważnie durowych, z zapaleniem płuc i suchotników w klinice Prof. KORCZYŃSKIEGO nie we wszystkiemu zgadzały się ze spostrzeżeniami poprzednich autorów.

Zaczęto od stosowania dawek małych [0,05], 2 do 3 razy dziennie, stosownie do wysokości gorączki najczęściej bez skutku, przy dawce wyższej [0,1] czasami obniżenie ciepłoty było znaczne, czasami zaś efekt równał się zeru. W większości doświadczeń nie przekraczano dawki 0,2 i nie dostrzegano żadnych ubocznych objawów, chorzy zazwyczaj czuli się rześwieszymi, mieli sen dobry, a nawet zyskiwali na wadze [przypadek zapalenia opłucnej u dziewczynki 16-o letniej].

Dwa razy jednak obserwował autor groźne objawy zatrucia. Pierwszy przypadek dotyczył suchotnika gorączkującego [39,8°], u którego po zażyciu 0,25 gr. pyrodyny w ciągu 3 dni zauważono przy obniżeniu ciepłoty znaczną duszność, zwiększenie ilości oddechów i tętna, oraz krwawe zabarwienie moczu, zależne od hemoglobiny.

Drugi bardzo ciekawy przypadek dotyczył 26-letniej dziewczyny, która w miesiąc po przebytej grypie zapadła na tyfus brzuszny. Po czwarty od 10-go dnia choroby, podawano pyrodynę w dawce 0,05—0,1, dochodząc najwyżej do dziennej dawki 0,2. Chociaż skutek pod względem obniżenia ciepłoty był znakomity, po dniach 16-u wystąpiła żółtaczka i sinica przy zwiększonej ilości oddechów i tętna, mocz zawierał ślady białka i przybrał brunatne zabarwienie od urobiliny. Pomimo pozorniej poprawy, wśród wymiotów, żółtaczki, zajęcia sensorium po dniach kilku w 4-ym tygodniu tyfusu chora życie zakończyła. Na sekcji wykryto oprócz mniej ważnych zmian obszerne owrzodzenia w jelitach, ropnie w wątrobie i nerkach zależne od wtórnej infekcji (*Mischinfection*). Przy-

padek ten, do którego zejścia niewątpliwie przyczynić się mogła urobilinuryja w skutek pyrodyny, w pewnych szczegółach potwierdza doświadczenia FRÄNKLA na psach, a obserwacje kliniczne autora w związku ze spostrzeżeniami innych tak w klinikach, jak i w pracowniach doprowadzają go do wniosku, że pyrodyua, jako posiadająca niejednostajne działanie, a czasem i niebezpieczny wpływ na krew, nie powinna być wcale stosowana.

Rozenblatt. Przypadek idiosynkrazyi względem chininy. Przegl. Lek. Nr. 14, str. 183.

R. opisuje przypadek, w którym 3 razy występowały dość burzliwe objawy zatrucia chininą. Była to osoba, lat 41 licząca, która w dzieciństwie przechodziła zimnicę, a jako dojrzała już panna, zaczęła cierpieć na silne bóle głowy, peryjodycznie powtarzające się w ciągu lata i wiosny. Pierwsze zatrucie wystąpiło przed 14 laty po przyjęciu $\frac{3}{4}$ grama chininy przy objawach czerwonej, mocno swędzącej wysypki, obrzęku na twarzy, utraty mowy i spuchnięcia języka. Pomimo to, że i drugi raz przed 3-ma laty, nawet w groźniejszej postaci wystąpiła intoksykacja, wobec znowu dokuczliwych bólów przepisał autor $\frac{1}{2}$ gramowe proszki salicylanu chininy, przyrzekłszy kontrolować jój działanie, a względnie odpowiedniej udzielić pomocy. W kwadrans po zażyciu lekarstwa wystąpiło łechtanie w gardle, obfitsze ślinienie, wysypka czerwona ze swędzącymi bąblami na czole, twarzy i stopach, silny ból głowy, trzęsienie rąk, bicie serca, znaczny obrzęk twarzy, rąk i nóg, nastrzyknięcie powiek, zwężenie źrenice, z nieznacznym ich oddziaływaniem na światło, obrzęk błony śluzowej podniebienia i tylnej ściany gardzieli, przy ciepłocie 35^oC, słabém, zaledwie wyczuwalném tętnie i ilości oddechów 20 na minutę. W kilka godzin nastąpiły wymioty, ciepłota podniosła się do normy, najdłużej jednak utrzymywało się drżenie i obrzęk kończyn; moczu oprócz zwiększonej ilości barwników żadnych zmian nie przedstawiał.

Przytaczając jedno jeszcze własne spostrzeżenie zatrucia chininą u dziecka, wraz z ciekawszemi przypadkami LIGHTFOOT'a i GARRAWAY'a, autor przypuszcza, iż objawem łagodniejszego zatrucia jest purpura lub *erythema medicamentosum*, wyrazem zaś silniejszych zaburzeń jest *urticaria* lub *erythema exudativum multiforme*. Żadna z 3 kategorii bezpośrednich przyczyn wysypki, podanych przez BEHREND'a: 1) porażenie nerwów naczyńnorożnych skóry, 2) drażnienie jój przez wydzielanie się leku, 3) dynamiczne działanie, odpowiadające idyosynkrazyi, nie nadaje się do tłumaczenia danego przypadku, i tylko nadmierną pobudliwością układu nerwowego pod wpływem często powtarzanej trucizny [jak u alkoholików], możemy sobie objaśnić często stwierdzany fakt, iż ustrój nawet najmniejszych dawek pewnych środków znosić nie może.



Świątecki. O alkaliczności krwi pod wpływem wielkich dawek siarczanu sodu. Przgl. Lek. Nr. 16 i 17, str. 205 i 221.

Fakt, obserwowany przez C. SCHMIDT'a w r. 1850, a dotyczący kwaśnego oddziaływania krwi, występującego niekiedy w zamartwicowym okresie cholery, stwierdzonym został przez francuską komisję pod przewodnictwem STRAUSS'a w r. 1883. Ponieważ zjawisko to nie zostało należycie rozjaśnioném, autor przeprowadził szereg doświadczeń na psach w pracowni Prof. THUMASA w celu wykazania, jak się zachowuje alkaliczność krwi po silném jój zgęszczeniu pod wpływem wielkich dawek siarczanu sodu, oraz w celu przekonania się, czy nie zachodzi pewne podobieństwo pomiędzy niedokrewnością (*oligaemia sicca*), wywołaną na drodze doświadczałnej i podobną, powstającą przy cholercze.

Przypuszczenie to, tém bardziej wydawało się wiarogodném, że już MALY w r. 1882 dowiódł, iż krew w normalnych warunkach pomimo swego odczynu zasadowego jest właściwie cieczą kwaśną i że jeżeli można nazwać ją alkaliczną, to tylko na zasadzie zachowywania się jój względem używanych w chemii odczynników barwnikowych, za pomocą których kwasy krwi, jako słabsze, w obecności właściwie kwaśnych soli NaHCO_3 , Na_2HPO_4 wykryć się nie dadzą.

Dla oznaczenia alkaliczności krwi posiłkował się autor sposobem LANDOIS'a. Przygotowawszy szereg probówek, zawierających różne ilości $\frac{1}{100}$ lub $\frac{1}{200}$ normalnego roztworu kwasu 'szezawiowego, odpowiadające stosownej ilości zasady, 10% roztwór krwi w obojętnym siarczanie sodu dodawano w ilości 5 ctm. i po włożeniu papierka lakmusowego, obserwowano wystąpienie odczynu obojętnego. Doświadczenia, w których oznaczano alkaliczność i ilość czerwonych ciałek krwi przed i po podaniu *per os* lub przez zastrzyknięcie do jamy otrzewnej] znacznych ilości [przeciętnie około 60 gr. w 20% roztworze] siarczanu sodu, doprowadzają autora do wniosku, że:

1) Alkaliczność krwi przy jój zgęszczeniu, wywołaném przez stosowanie wielkich dawek siarczanu sodu, ulega zwiększeniu.

2) Zjawisko to objaśnić można potężniejszém przesiąkaniem do przewodu pokarmowego kwasów krwi, niż mieszczących się w niej zasad na podstawie praw osmozy.

3) Objasnienie zwiększenia alkaliczności krwi przy użyciu wód mineralnych wyłącznie pochłanianiem przez krew soli zasadowych z przewodu pokarmowego nie jest zadawalajacém.

IV. TERAPIJA OGÓLNA I DYJAGNOSTYKA LEKARSKA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Tymowski. O lecznictwie przyczynowem [patogeniczném]. Med. Nr. 5, str. 65.

Jest to krótki przegląd zabiegów leczniczych w nowszej terapii ze szczególném uwzględnieniem doniosłości klimatycznego leczenia gruźlicy.

Piasecki. O umiejętném zastosowaniu wodoleczenia w porze zimowej. Wiad. Lek. Z. IX, str. 259.

Jest-to popularny artykuł, dotyczący hydroterapii w porze zimowej z załączeniem ilości przypadków leczonych w krakowskim zakładzie wodoleczniczym w Górnych Łazienkach przez jesień 1889 i pół zimy 1890. „Leczenie tych ambulantów [16-u], dodaje autor, odbywało się przez miesiąć grudzień, styczeń i luty, więc najzimniejsze i przez ten cały czas nie zaszedł wcale żaden wypadek zaziębienia, jeżeli nie chcemy zaliczyć do téj kategorii dwu wypadków t. z. *morbi intercurrentes*, jakie w ciągu kuracyi przydarzyły się u dwu ambulantów wodolecznicznych.

Kaufman. Dzisiejszy pogląd na fizjologiczne działanie mięsienia. Przegl. Lek. NN. 15, 16 i 17, str. 196, 209 i 224.

Prace LUDWIG'a, WEISS'a, KRAUZE'go, LASSAR'a, MOSENGEIL'a, REIBMEYER'a i innych wykazały, że mięsienie wywiera znaczny wpływ na wszystkie czynności fizjologiczne w ustroju ludzkim, szczególnie zaś na wehłanianie, czynność mięśni i nerwów, oraz na przemianę materyi. Zadaniem pracy autora, dokonanej w pracowni prof. CYBULSKIEGO, było sprawdzenie działania mięsienia na siłę mięśniową. Nie otrzymawszy wybitnych różnic, przy określaniu za pomocą dynamometru maksymalnej siły skurczu mięśni ręki przed i po mięsieniu, ograniczono badania do zmian w sile skurczów, szybko po sobie następujących aż do zupełnego zmęczenia. W jednych doświadczeniach pozostawiano znużone mięśnie przez kilka minut, poczem ponownie zalecano wykonywanie skurczów, o ile można w tych samych odstępach czasu, obliczając ich ilość i zwracając uwagę na ich siłę za pomocą dynamometru, w innych zamiast zwykłego odpoczynku przez ten sam czas stosowano mięsienie, a następnie zalecono wykonywanie skurczów.

Z doświadczeń tego rodzaju wynika, że chociaż absolutna siła skurczów pod wpływem mięsienia nie wzrasta, to jednak ilość skurczów a nawet i praca, jaką mięśnie wykonywają, po mięsieniu jest znacznie większą aniżeli w tych przypadkach, w których mięśnie znużone pozostawały w spoczynku.

W celu poparcia swych poglądów pracę mięśni zapisywano graficznie na walcu, przyczem za jednostkę przyjmowano linije o 15 mm. długości, oznaczającą podniesienie 5 kilogramów na 10 ctm. wysokości. Kilka na ludziach dokonanych doświadczeń dowiodły, że mięśnie zużone daleko prędszej powracają do stanu prawidłowego po mięsieniu i są w stanie wykonywania większej pracy, aniżeli przy zwykłym spoczynku, choć pobudliwość mięśni w pierwszym przypadku zmniejsza się. Ostatni fakt stwierdził autor przez doświadczenia na ludziach, którym przykładano jedną elektrodę prądu indukcyjnego na przedniej powierzchni przedramienia, w odległości 3 ctm. od *condyl. int.*, drugą nad stawem nadgarstko-wo-przedramiennym, oraz na psie, u którego ścięgno *tibialis ant.* połączone z mijografjonem i odpreparowano *n. ischiadicus*, oraz następnie za pomocą 2 par elektrod drażniono tak mięsień, jako i nerw oddzielnie poedyńczę uderzeniami prądu indukcyjnego.

Fakt zmniejszania popudliwości mięśni na prąd elektryczny dowodzi, że mięsienie ma wpływ na samą protoplazmę mięśni, nadając jój jakby bardziej stałą równowagę. Co się tyczy wpływu mięsienia na układ nerwowy, to doświadczenia fizyologiczne GOLZA wykazały, że przez krótko trwające uderzenie następuje zwięzenie naczyń, po dłuższem trwaniu rozszerzenie, które dojść może do porażenia ścian naczyńniowych. Przy stosowaniu uderzeń na bolesny nerw, ból z początku wzmaga się, następnie zaś ustępuje całkowitemu znieczuleniu.

Znaczenie ogólnego mięsienia polega na tém, iż w nieznacznym stopniu podrażniając ośrodki nerwowe, wywiera ono wpływ czysto obwodowy. Pod wpływem mięsienia zwiększa się przeróbka materji, ogólna ilość krwi, na miejscu stosowania podnosi się ciepłota na wszystkich częściach ciała z wyjątkiem powłok brzusznych o 2^o—3^o C., ciśnienie krwi podwyższa się, a prędkość ruchu krwi, jak wykazał Prof. CYBULSKI za pomocą hematochrometru pod wpływem mięsienia jamy brzusznej zwiększa się, przy czem szybkość krążenia podczas jednoczesnego rozkurezu kończyn podnosi się o 50%.

Zabłudowski. Przyczynki do techniki massażu. Gaz. Lek. Nr. 34, str. 666.

Przedmiot niniejszy pracy stanowi zastosowanie massażu przy nerwicach traumatycznych, przy chorobach nerwów obwodowych (*neuritis* i *perineuritis*) głównie pochodzenia traumatycznego, oraz przy dyspepsy nerwowej, połączonej z zaparciem stolca.

Przy nerwicach traumatycznych, w których samo dotknięcie bliźny wywołuje nieraz napady, najskuteczniejszym wydaje się autorowi sposób, polegający na rozpoczynaniu mięsienia, jak można najdalej od strefy hysterotwórczej, w następstwie stopniowe do niej zbliżanie się. Jako przykład tego rodzaju, z korzyścią zastosowanych zabiegów przytacza

ZAB. przypadek, dotyczący 26-letniej panny, osoby nerwowo usposobionej która zraniona została w prawą dłoń całym ładunkiem szrutu. Wyjęcia części zdruzgotanych kości dłoniowych trzeciego i czwartego palca, dokonano bez narkozy i zastosowania antyseptyki, co objaśnia wystąpienie flegmony i gojenie się rany w ciągu 3-ch miesięcy. Pomimo zagojenia chora odczuwała w kończynie dotkliwy ból, a wkrótce do niego przyłączyły się napady hysteroepileptyczne, trwające po 1/2 — 17 godzin i występujące codziennie pod wpływem najdrobniejszych pobudek zewnętrznych. Przed rozpoczęciem kuracji u D-ra Z., chora kończyna z powodu bólu i drżenia przy najmniejszym ruchu niezdatną była do użytku, a wszelkie poprzednio stosowane zabiegi [masaż, narkotyki, unieruchomienie ręki, ekstensyja i t. p.] nie wywarły żadnego skutku. Przy badaniu stwierdzono utrudnienie mowy, drgania w obrębie nerwu twarzowego, sine zabarwienie ręki prawej, która na powierzchni dłoniowej posiada bliźnię promienistą, nadzwyczaj bolesną i najmniej ruchomą w okolicy drugiej i 3-jej kości dłoniowej. 2-gi i 3-ci palec krótsze o 2 1/2 centymetra, ostatnie cztery palce pozbawione były ruchów czynnych w swoich stawach, w stawach dłoniowo-palcowych i ruchów bocznych; palec zaś wielki był zgiętym i posiadał ruchomość minimalną. W ogóle cała prawa kończyna nie zdolną była do pracy, mięśnie jej były zanikłe, a naciśnięcie ręki w kierunku od bliżny do połowy przedramienia wywoływało napad hysteroepileptyczny, trwający około 12 godzin.

Massaż wykonywano codziennie po 2 razy, zrazu poczynając od stawu ramiennego, następnie zbliżając się do bliżny. Oprócz tego chora wykonywała sama trzy razy dziennie po 5 minut ćwiczenia z hantlami i pisanie, ku czemu w pierwszych czasach zalecono użycie t. z. *porte-plume*, a w 3-im tygodniu czterokańczastej obsadki. Po sześciu tygodniach ręka straciła sinicowe zabarwienie i obrzęk, mięśnie jej wróciły do stanu normalnego, a ruchomość i siła palców powiększyła się do tego stopnia, że chora, powróciwszy zresztą do dawnego nastroju ducha, mogła pisać swobodnie. Uderzającym skutkiem masażu w stosunkowo bardzo krótkim czasie zależy nie tylko od mechanicznego działania, od wpływu na obieg krwi i limfy, lecz również i od wpływu psychicznego. Jestto, jak słusznie wyraża się CHARCOT, hipnoza miejscowa, nie naruszająca jednak równowagi psychicznej. Aby posiadać skutek dodatni przy jej stosowaniu, należy postępować wytrwale, a chorych o ile możności izolować w celu uniknięcia wpływów niezgodnych z przepisami lekarza massującego. Mieć może masaż nawet do pewnego stopnia własności środka wychowawczego, jak za przykład tego przystacza autor chorą odwykłą od chodzenia, u której po zapaleniu obu stawów kolanowych pozostało zgrubienie torebki stawowej i bezwład mięśni czterogłowych. Leczenie polegało na massowaniu kończyn i na nadawaniu jej stopniowych ruchów biernych, niezbędnych

do podnoszenia się z krzesła, przestępowania przez próg, chodzenia po schodach, wychodzenia na ulicę i t. d.

Przy chorobach nerwów obwodowych (*neuritis, perineuritis*), należy oprócz wessania wysięków wywołać pewne przemieszczenie molekularne w dotkniętych chorobą tkankach. Zamiast więc stałego przyciskania, stosuje autor przyciskanie przerywane za pomocą skaczących w kierunku dośrodkowym ruchów massującej ręki. W celu poparcia swego zdania przytacza autor przypadek samodzielnej postaci *neuritis* w obrębie splotu ramieniowego lewego, wyleczony w 2 miesiące, oraz przypadek zapalenia nerwów łydkowych wskutek poparzenia, w którym po stosowaniu przerywanego przyciskania znikł bezwład prawego nerwu łydkowego w czwartym tygodniu leczenia, po 3-ch zaś miesiącach pojawiły się objawy regeneracji lewego nerwu łydkowego.

W przypadkach przemieszczenia kiszek i towarzyszących im zwiężeń w naturalnych miejscach ich zgięcia albo w miejscach przymocowania błon rzekomych, gdzie zwykły masaż i inne zabiegi mechaniczne są bezskuteczne, tam massowanie wykonywać należy w ten sposób, że chory leży na kolanach i łokciach, a lekarz stojąc po lewej stronie chorego kładzie obie ręce w poprzek brzucha—prawą poniżej, lewą powyżej pępka; gdy jedna ręka posuwa się naprzód, druga przeciąga się w tył. Naprzemian z temi ruchami należy wykonywać ruchy w kierunku podłużnym, cokolwiek zginając ręce w celu uchwylenia dość głęboko ściany brzusznej wraz ze znajdującymi się pod nią pętlami kiszek; zaś tam, gdzie ściana brzuszna jest napięta, działanie skierować wypada i w ruchu pionowym t. j. z góry do dołu.

Manipulacja ta, przy której pętle kiszek wpadają poniekąd w ręce lekarza, stosuje się w ciągu 5-cu minut, poczem przystąpić można do massowania w zwykłym położeniu na grzbiecie w celu zadośćuczynienia innym wskazaniom masażu. Nigdy nie należy bezpośrednio zastosowywać masażu na ruchomą i przemieszczoną nerkę; w przypadkach zwałenia ścian brzusznej i zboczeń leżących w jamie brzusznej narządów zaleca się postępowanie ostrożne.

Jako wski. Przyczynę do badania plwociny na bakteryje gruźlicze. Gaz. lek. Nr. 49, str. 984.

Wypróbowałszy modyfikację sposobu NEELSENA barwienia laseczników gruźliczych, podaną przez KÜHNE'go, w której błękit metylenowy, używany dla podbarwienia tła, zastąpionym jest przez kwas pikrynowy [dla natychmiastowego rozpatrywania dodawany w olejku anilinowym, do przechowywania preparatów w roztworze 4%], dochołdzi autor do przekonania, że sposób ten uwydatniając wyraźniej na żółtym tle czerwono zabarwione laseczniki, może być poleconym, jeżeli idzie o szybkość roboty, ma jednak tę wadę, iż tło jest jednolite [morfologiczne elementy nie bar-

wią się] i że nawet przy podbarwianiu 4% kwasem pikrynowym laseczniki tracą po jakimś czasie swoje zabarwienie.

Pawiński. O rytmie wahadłowym tonów serca i jego stosunku do rytmu galopującego. Gaz. Lek. Nr. 49, str. 967.

Rytm wahadłowy wyróżnia się głównie tém, iż czas, jaki upływa między pierwszym tonem a drugim, jest mniej więcej równy czasowi, jaki przedziela drugi ton od następnego pierwszego [mała pauza równa się dużej], dalej wyróżnia się wzmożeniem siły tonów serca i podobieństwem ich pod względem akustycznym: szczególnie u wierzchołka serca akcent znajduje się jednocześnie na I i II tonie. Rytm ten spotykał autor najczęściej w postaci mieszanéj i śródmiaższowéj zapalenia nerek, rzadziej przy miażdżycy tętnic i przeroście serca, czasami u chorych ze zwiększonym napięciem niezmiennionych ścian naczyńowych i przy gruźlicy umiejscowionéj w płucu lewém.

Do objawów towarzyszących rytmowi wahadłowemu należą: zwiększone ciśnienie w układzie tętniczym, wzmożona czynność serca, częściej przyspieszenie aniżeli zwolnienie tętna. Przy obliczaniu krzywych kardyjograficznych, P. doszedł do przekonania, że omawiane zjawisko zależy od wahań, jakim ulega czas skurezu i rozkurezu, szczególnie zaś od przedłużenia czasu skurezu: mianowicie czas skurezu przedłuża się w pierwszej jego części, przez co zbliża się do czasu odpowiadającego rozkurczowi. Jakkolwiek rytm wahadłowy w zasadzie podobnie, jak embriocardia jest rytmem jednostajnym, różni się jednak znacznie pod względem klinicznym od téj ostatniéj, przy której czynność serea jest słabą, tony przedstawiają się również osłabionémi, a ciśnienie obniżoném.

Według zdania autora rytm wahadłowy jest w ścisłym związku z t. zw. rytmem galopującym, który może się zjawić po pierwszym u tegoż samego chorego bądź pod wpływem czynników psychicznych, szybkiego oddechania, chodzenia, lub środków pobudzających czynność mięśnia sercowego. Rytm cwałowy może przejść w wahadłowy stosownie do siły mięśnia sercowego i czynności zwojów nerwowych lub téż w niemiarowość z utratą kompensacyi, doprowadzającą do porażenia serea.

Rytm cwałowy podobnie, choć w większym stopniu niż wahadłowy, wskazuje nie tyle na osłabienie serca, ile na przeszkody, przeciwko którym ono walczy. Rokowanie nie jest bezwzględnie złém jednak bywa gorszym niż przy rytmie wahadłowym.

Grundzach. O powstawaniu brunatno-zabarwionych strzępków w zawartości żołądka. Gaz. Lek. Nr. 20, str. 400.

Brunatno-zabarwione strzępki w zawartości żołądka uważano zwykle za rezultat krwotoków lub wybroczyn błony śluzowéj przy zmianach, jakie powstają w przebiegu spraw nieżytowych, wrzodu lub raka tego narządu. Ponieważ przy badaniu takich strzępków czasami próba Тейсн-

MANA na kryształy heminy daje wynik ujemny, oczywiście, że musi być jakaś inna tego faktu przyczyna, którą autor upatruje w przyjmowanych pokarmach lub napojach. Przypuszczenie to nastęczył przypadek, jaki G obserwował w ambulatoryjum REICHMANA, dotyczący chorego, który od lat kilku codziennie zrana po wypiciu szklanki herbaty zwracał płyn żółtawy, zawierający znaczną ilość brunatno zabarwionych strzępków śluzu. Przepłuczyny czczego żołądka zawsze były bezbarwne lub zlekka żółtawe. Gdy zaś płukanie dokonywano w godzinę po przyjęciu szklanki herbaty, w zawartości żołądka stwierdzić można było drobne strzępki brunatno zabarwione. W celu przekonania się, o ile herbata wpływała na powyższe zabarwienie, do szklanego naczynia wlało kilkanaście ctm. sześciennych gęstego śluzu i po dodaniu szklanki mocnej herbaty, oraz kilku kropel 25% HCl, mieszaninę wstawiono do kąpielii wodnej przy 37 — 40° C. Po upływie godziny wytworzyły się ciemno-brunatne strzępki śluzowe, które według zdania autora powstawać mogą przy przyjmowaniu kawy i herbaty wskutek strącenia śluzu garbnikiem w postaci gęstych strzępków, pochłaniających barwnik płynu, w jakim powstają. Prawdopodobnie i inne barwniki powinny zachowywać się podobnie w zetknięciu ze śluzem i tanniną.

Na podstawie powyższych badań, autor dochodzi do wniosków następujących:

- 1) Nigdy nie należy rozpoznawać krwawień żołądka na zasadzie czarnej barwy wydalanych lub wydobywanych z żołądka strzępków śluzowych.
- 2) Dla rozpoznania tych krwawień niezbędnym i rozstrzygającym jest mikrochemiczne badanie tych strzępków za pomocą próby TEICHMANA i rozbioru spektralnego.

V. PATOLOGIIA I TERAPIJA SZCZEGÓŁOWA, ORAZ PEDIATRYJA.

Sprawozdawcy

W. Bruner, A. Ciągłiński i A. Puławski.

Gajkiewicz Wł. Syfilis układu nerwowego. Odczyty kliniczne, Nr. 18, 19 i 20.

Obszerną swą pracę [94 str.] dzieli autor na cztery części. W pierwszej omawia anatomiję patologiczną sprawy przymiotowej mózgu w ogóle i w szczególności cierpienia przymiotowe naczyń krwionośnych, nacieczenie opon mózgowo-rdzeniowych i gumat. Tutaj też znajdujemy szczegó-

ty, dotyczące się rozkładu tętnie w mózgu, nieodzowne do oryentowania się w objawach przymiotu mózgowego.

W drugiej części mówi autor o rozmaitych postaciach przymiotu mózgowia: *hemiplegia et monoplegia syphilitica*, *epilepsia syph.*, *meningitis basilaris syph.*, *cephalalgia syphilitica*, oraz o chorobach umysłowych, w związku z przymiotem będących (*paralysis progressiva*), wreszcie o przymiocie odnóg mózgowych, mostu WAROLA, rdzenia przedłużonego i mózdzku.

W trzeciej części znajdujemy obraz przymiotu rdzenia: *meningomyelitis diff. syph.*, choroby systemowe w związku z przymiotem będące, *tabes dorsalis syph.*

Część czwartą poświęca autor przymiotowi nerwów obwodowych, oraz rozpoznawaniu, rokowaniu i paru ogólniejszym uwagom, wreszcie leczeniu przymiotu układu nerwowego. Ciekawą ilustracją wykładu stanowią historyje chorób [52], spostrzeganych przez autora.

Brunner Mik. Przypadek ciężkiego cierpienia mózgu pochodzenia urazowego. Gaz. lek. Nr. 28, str. 547.

Zdrowy i krzepki 38-letni mężczyzna uderzony został ciężką szyną żelazną w tylną część głowy i prawe ramię; w téjże chwili utracił przytomność i upadł. Po dwóch dniach przytomność wróciła — a mowa w kilka dni później. Uskarżał się wtedy na silny ból w prawej połowie głowy.

W 7 dni po wypadku, chory przedstawiał się jak następuje: uskarżał się na ból w krzyżu, odrętwienie i osłabienie kończyn dolnych i lewego ramienia. *Anaesthesia et analgesia* lewej kończyny dolnej. Porażenie prawej połowy twarzy, źrenice rozszerzone słabo oddziałują na światło. Nie może czytać, gdyż litery zlewają mu się, przyczem z prawej strony pola widzenia występuje zabarwienie zielone, z lewej żółte. *Diplopia*. Zwężenie pola widzenia. Badanie oftalmoskopowe zmian żadnych nie wykrywa. Głuchota obustronna—bez zmian widocznych w tkankach ucha, dostępnych badaniu.

Przy staniu z zamkniętymi oczyma — *vertigo*, odruchy ścięgnowe wzmożone.

Rozpoznano wtedy: *Paraparesis*, *Neurosis traumatica*. W 40 dni po wypadku za powtórna bytnością w szpitalu zanotowano: głuchota po stronie prawej, *diplopia*, daltonizm, odruchy ścięgnowe wzmożone. Czucie w prawej połowie ciała zachowane, w lewej zniesione, na głowie odwrótnie. Przy chodzeniu z zamkniętymi oczyma uczucie zapadania się w przepaść. Od 4 do 12 kręgu grzbietowego *rachialgia*. W 3½ miesiące po wypadku autor po raz pierwszy badał chorego. Znalazł wtedy: *Plosis*, ruchy gałek ocznych, zwłaszcza prawego, ograniczone. *Scotoma centralis et diplopia*. Głuchota ucha prawego. Smak lewej połowy języka zniesiony. Ból głowy. Trudność mowy (*dyslalia sine dysphasia*). Ruchy

ewej połowy ciała osłabione, zwłaszcza noga lewa. Przy staniu z zamkniętymi oczami uczucie padania w przepaść. Odruchy skórne po stronie lewej zniesione, odruchy ścięgnowe obustronnie wzmożone. Pobudzalność elektryczna normalna, *hemianaesthesia et hemianalgnesia sin. completa; anaesthesia facialis dextra.*

Wkrótce do powyższego obrazu dołączyła się padaczka korowa, poczynająca się od lewej nogi, zajmująca potem lewą rękę i twarz; rzadko padaczka zajmowała obie połowy ciała. Ucisk blizny, powstałej na skórze czaszki, lub też wielokrotne wywoływanie odruchów kolanowych sprowadzało także ataki padaczki korowej. Autor przypuszczał w danym przypadku oprócz wstrząśnienia dynamicznego mózgu, liczne wylewy krwawe w tkance mózgu, z których jedne się wsysały, inne zaś powodowały ogniska rozmiękczenia.

Zdanie innych kolegów [DUNIN, GAJKIEWICZ] skłaniało się do przypuszczenia nerwicy traumatycznej.

Rosental Albert. Afazyja i bezwład ogólny postępujący. Gaz Lek. Nr. 10, str. 186.

Autor na podstawie trzech przypadków niemoty: [1] afazyja zmysłowa u dotkniętego bezwładem postępującym—rozmiękczenie lewej wysepki REIL'a; 2) afazyja zupełna wraz z głuchotą wyrazową przy bezwładzie postępującym—zanik I-go zawoju skroniowego lewego; 3) afazyja zupełna wraz z głuchotą wyrazową—zanik zawoju Broca'a i rozmiękczenie I-go zawoju skroniowego lewego], których historyje podaje, oraz na podstawie dawniej opisanego czwartego [4] głuchota wyrazowa—rozmiękczenie I, II zawoju skroniowego lewego], wyprowadza następujące wnioski: a) w przebiegu bezwładu postępującego najczęściej spotykamy się z afazyją zmysłową samą lub połączoną z głuchotą wyrazową, b) podstawa anatomiczna głuchoty wyrazowej leży prawie wyłącznie w I zawoju skroniowym półkuli lewej, c) afazyja zmysłowa zależna jest od zniszczenia wysepki REIL'a lub II i III zawoju skroniowego lewego.

Brunner Mik. Przyczynek do kazuistyki zwyrodnienia pęczków piramidalnych mózgowia. Gaz. Lek. Nr. 7, str. 132.

Przypadek dotyczył dziewczyny 27-letniej, dotkniętej wadą serca skomplikowaną [zwężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawki dwudzielnej, zwężenie ujścia aortycznego, niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty]. Dziewczyna ta pośród pozornego zdrowia utraciła nagle przytomność i upadła na ziemię. Po odzyskaniu przytomności, nie była w możności się podnieść, skutkiem utraty władzy w prawej połowie ciała. Rozpoznano zator tętnicy rowu SILVUS'a po stronie lewej. Po kilku dniach zaczął się objawiać ruch po stronie porażonej, a z nim jednocześnie ból i chwilowe przykurczenia w nodze prawej. Po miesiącu ruchy nogi były dość swobodne, ból jednakże tak w rękę, jak w nogę

stawał się coraz przykrzejszym. Chora zmarła w 4 miesiące po zaszłym przypadku. Przy autopsyi znaleziono oprócz wady serca ognisko rozmiękczenia białego w zawoju ośrodkowym przednim, wielkości dwóch przy sobie leżących orzeszków laskowych.

Badanie drobnowidzowe wykryło zwyrodnienie pęczków piramidalnych zstępujące, poczynające się wistocie korowej mózgu, przechodzące na odnogę mózgową lewą, na lewą połowę mostu WAROL'a, lewą piramidę mlecza przedłużonego, lewy pęczek przedni rdzenia kręgowego, wreszcie na tegoż pęczek boczny prawy.

Pracę swą uzupełnia autor niektórymi uwagami o zwyrodnieniach zstępujących pęczków piramidalnych.

Goldflam S. O powrocie odruchów ścięgnistych w przebiegu władu rdzeniowego. Kron. lek. Nr. 4, str. 165.

Autor opisuje dwa przypadki zniknięcia objawu WESTPHALA w przebiegu władu rdzeniowego [okres przedataktyczny].

W pierwszym przypadku u młodego mężczyzny z notorycznie rozpoznany władem, odruch kolanowy po stronie prawej powrócił po krótko trwałem porażeniu prawostronném, spowodowaném prawdopodobnie zmianami przymiotowými w naczyniach krwionośnych mózgu.

W drugim przypadku u mężczyzny w wieku podeszłym objaw WESTPHAL'a, który istniał od lat paru zniknął po obu stronach w okresie komatycznym na krótko przed śmiercią, spowodowaną wylewem krwi do mózgu.

Jako przyczynę powrotu odruchów kolanowych w początkowych okresach władu, skłonny jest autor przypuścić usunięcie działania ośrodków hamujących odruchy, warunkowane powikłaniami mózgowými cierpienia pierwotnego.

Daniłło S. i Przychodzki E. O wynikach wieszai w władzie mlecza za pomocą aparatu Moczutkowskiego. Przegl. lek. Nr. 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, str. 474, 498, 509, 522, 535, 549, 574.

Autorowie stosowali wieszanie 293 razy u 11 chorych z władem rdzeniowym. Czas zawieszania 1 — 5', stosowano 3 zawieszania w ciągu tygodnia.

Wyniki otrzymali następujące: objaw WESTPHAL'a, ARGYL-ROBERTSON'a nie ulegały zmianie na lepsze. Największą poprawę zauważyć można było co do bólów strzelających i parestezyj; chód także widocznej ulegał poprawie. Objaw ROMBERG'a mało się zmieniał na lepsze. Niejaką poprawę również udawało się osiągnąć co do funkcyj płciowych, mianowicie pojawiały się oddawna zanikłe erekcje i zmazania.

Przeciwwskazaniem do wieszai służy: niedokrewność i wyniszczenie, gorączka, choroby narządów krążenia.

Puławski A. Zupełne porażenie wszystkich kończyn, trwające dwie doby. Gaz. lek. Nr. 40, str. 788.

Cierpienie wymienione w nagłówku dotyczyło 21-letniego chłopca, który już trzykrotnie tracił władzę w podobny sposób.

W pełni ataku przedstawiał się, jak następuje: Porażenie wiotkie mięśni kończyn górnych i dolnych. Czucie na całym ciele zachowane. Zniesienie odruchów kolanowych. Badanie elektrycznością [niedokładne] wykazuje osłabienie pobudliwości mięśni na prąd faradyczny. Atak porażenia skończył się zupełnym wyzdrowieniem po 48 godz. wśród obfitych potów. Odruchy kolanowe powróciły. Chory oddał mocę zasadową, z wielką ilością osadu moczanu ammonu.

Przyczyną cierpienia powyższego było prawdopodobnie samozarażenie ustroju.

Biegański Wł. Przypadek rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem. Gaz. lek. Nr. 38, 39, str. 747, 774.

Przypadek dotyczy 40-letniej kobiety, karczmarki, która od 10 lat nadużywała alkoholu. Choroba rozpoczęła się żółtaczką, osłabieniem i silnymi bólami kończyn dolnych — i w ciągu niespełna 3 miesięcy doprowadziła do zupełnego porażenia kończyn dolnych i wyraźnego bezładu kończyn górnych.

Badanie obiektywne chorąj wykazało:

Kończyny dolne. Czucie dotyku znacznie osłabione; czucie bólu zachowane, lecz opóźnione; bodźce cieplane rozróżnia tylko przy znacznych różnicach ciepłoty. Czucie mięśniowe zniesione. Uskarża się na odrętwienie stóp. Odruchy skórne i ścięgniste zniesione. Ruchy bierne swobodne, ruchy czynne zniesione. Mięśnie goleni i przedniej części uda wiotkie, zanikłe. Mięśnie tylniej powierzchni uda zachowane. Obmacywanie mięśni i pni nerwowych bolesne.

Kończyny górne. Czucie dotyku i bólu zachowane; odczuwanie bodźców cieplanych lepsze niż na kończynach dolnych. Czucie mięśniowe upośledzone.

Odruchy zniesione. Ruchy bierne swobodne; czynne łatwe; w ruchach bardziej złożonych ręki zauważyć można zaburzenia koordynacji. Mięśnie ramienia i barku zachowane; toż samo m. zginacza przedramienia. Niewielki zanik m. rozginaczy przedramienia i m. kłębła pałucha.

Ucisk mięśni i n. promieniowego bolesny.

Nerwy czaszkowe bez zmian widocznych. Zwężenie pola widzenia.

Nerwy i mięśnie tułowia zmian żadnych nie przedstawiają.

Badanie elektryczne zajętych mięśni (*n. peroneus* i *n. medianus*) wykazało częściowy odczyn zwyrodnienia. Rozpoznanie w danym przypadku łatwe, niekiedy może budzić pewne przypuszczenie co do *poliomyelitis anterior* lub *tabes*.

Od pierwszej z wymienionych chorób porażenia alkoholowe różnią się zaburzeniami koordynacji; od wiađu rdzenia zaś omawianą chorobę pozwalają odróżnić: porażenia wiotkie i rozległy zanik mięśni.

Co do leczenia zwraca uwagę autor na dobroczynny wpływ kąpieli ciepłych, elektryzacyi i następnie mięsienia.

Goldflam S. Przypadek połowicznego zaniku twarzy. Kron. lek. Nr. 5, str. 219.

Przypadek powyższy dotyczy 24-letniej choréj, która od 8 lat zauważyła, że jedna [prawa] połowa twarzy jest chudsza od drugiej. Objaw ten zależał od zaniku tkanki łącznej podskórnej, głównie w obrębie rozprzestrzeniania się II i III gałęzi nerwu trójdzielnego.

Czucie skóry po stronie zajętej również jak i inne jéj funkcyjy [pocenie się] zachowane; ruchy mimiczne prawidłowe, oddziaływanie mięśni na bodźce elektryczne niezmienione.

Adamkiewicz Pr. D-r. Monoplegia anaesthetica faciei. Przegl. Nr. 3, str. 33.

Pod tą nazwą autor opisuje znieczulenie skóry twarzy, ściśle ograniczone do przebiegu n. trójdzielnego. Przypadek dotyczył 50-letniego wojskowego, który dość często narażał się na szkodliwe wpływy atmosferyczne i termiczne. Znieczulona skóra twarzy pozostawała bardzo wrażliwą na zimno.

Cierpienie to tłumaczy autor zapaleniem i zanikiem obu nerwów trójdzielnych.

Piotrowski Gustaw. Kilka słów o nerwicy języka. Przegląd lek. Nr. 35, str. 493.

Cierpienie to polegało na swędzeniu i pieczeniu języka, trwającym lata całe i bardzo dla chorych uciążliwém. W badanych [3] przypadkach wykrył autor tylko rozszerzenie i pokręcenie żył języka, oraz pofaldowanie błony śluzowej tegoż. Wszystkie trzy przypadki dotyczą kobiet w wieku podeszłym [74 i 76 lat]. Cierpienie to jest nadzwyczaj uparte. Jako leczenie proponuje autor czyste utrzymywanie jamy ustnej i częste płukanie zimną wodą.

Paschalis Józef. Niezwykły przypadek nerwicy naczyńioruchowej. Gaz. lek. Nr. 30, str. 602.

40-letnia panna z pewnemi zaburzeniami w miesiączkowaniu [pierwsze miesiączkowanie po 30 roku życia, *dysmenorrhoea*], kilkakrotnie cierpiała silne bóle w przedramieniu lewém — raz prawém; kończyna bywała wtedy sina, mocno nabrzmiała, skóra na niéj napięta i zimna. Różne środki lecznicze, stosowane w celu usunięcia bólu [nawet zastrzykiwania 1/2 gr. morfiny], okazywały się bezsilnemi. Jedynie skutecznym środkiem okazało się opuszczenie miejscowości, co do której miała chora narzucone przez osobę drugą przekonanie, że spotka ją tu nieszczęście.

Autor wspólnie z kol. PACZKIEM przyszli do przekonania, że mają przed sobą przypadek nerwicy naczynioruchowej na tle historycznym, wywołanej poddaniem na jawie.

Piotrowski G. O nerwicach urazowych. Przegł. lek. NN. 38, 39, 40, str. 534, 546, 571.

W artykule swym przedstawia autor obecny stan wiedzy o neurozach traumatycznych, ilustrując opis tego cierpienia historią chorób czterech przypadków własnych.

Za nazwę najwłaściwszą dla omawianego cierpienia uważa autor nazwę wymienioną w nagłówku.

Neuroza traumatyczna przebiega albo pod postacią hysteryi, albo też pod postacią neurastenii, czasami nawet przedstawia cechy właściwe obu tym cierpieniom. W końcu poświęca autor kilka uwag stronie lekarsko-sądowej tej sprawy.

Dunin T. Kilka uwag o t. zw. nerwicach traumatycznych. Gaz. lek. Nr. 16, 17, 18, str. 307, 330, 355.

Pochop do pracy niniejszej dały autorowi następujące spostrzeżenia:

I. Robotnik 38-letni został uderzony w grzbiet i prawą rękę spadającym kołem żelaznym. Badany w pewien czas po wypadku przez autora, przedstawiał co następuje: chory chodzi z trudnością, stać nie może, przy zamkniętych oczach pada, bezładnie w ruchach nie zdradza żadnego. Gruba siła mięśniowa kończyn dolnych tak mała, że chory nóg od postania unieść nie może, przy usiłowaniu zaś wykonania poruszenia występuje silne drżenie. Mięśnie odżywiane dobrze. Odruchy kolanowe wzmożone. Czucie na kończynach dolnych a także i na górnych zużone. — Pole widzenia zwężone, ślepotą na barwy, słuch osłabiony. Smak i węch zniesiony. *Rachialgia*. Pęcherz i kiszka prawidłowe.

II. Robotnik 19-letni został uderzony spadającym pasem skórzanym w bok. Na razie stracił on przytomność—nie długo jednak ją odzyskał. Dokuczał mu wtedy silny ból w boku, ból *in epigastrio*, odbijanie, wymioty, oraz drżenie w nogach przy siedzeniu i staniu. Objawy te trwały dość długo, ulegały nawet dość znacznym pogorszeniom.

Badanie obiektywne wykazało: Pole widzenia zwężone koncentrycznie; barwy odróżnia nie zupełnie dokładnie; słuch osłabiony, węch i powonienie prawidłowe.

Porażeń niema; gruba siła mięśniowa niewielka. Czucie dobre; czucie mięśniowe zachowane; bezładnie niema; odruchy ścięgnowe wzmożone, silne drżenie w nogach, które zanika przy chodzeniu. *Rachialgia*.

Co się tyczy istoty i powstawania nerwicy traumatycznych, to zdaniem autora powstawać one mogą bez udziału obrażenia materialnego,

bez wstrząśnienia — wskutek samego przestachu (*Schrecklähmung*), są zatem zaburzeniami czysto czynnościowemi.

Zgadza się autor z poglądem CHARCOT'a, że nerwice traumatyczne uznać należy jako histeryję, chociaż w niektórych przypadkach zamiast hysterji po traumie lub przestachu tylko mogą się rozwinąć: neurastenija lub choroby umysłowe.

Powstawanie objawów nerwice traumatycznych można zgodnie z CHARCOT'em rozpatrywać jako samopoddanie na jawie—tém łatwiejsze, że trauma wywołuje stan osłupienia, równy hipnozie.

Niejako potwierdzeniem ostatniego zdania służy spostrzeżenie III, dotyczące się 28-letniego mężczyzny, u którego po urazie głowy rozwinął się stan automatyzmu umysłowego, poddającego się z łatwością wszelkim sugestyjom na jawie, a który wytłomaczyć sobie jedynie można było zaburzeniami w sprawie woli.

Zabłudowski J. Masaż, jako środek leczniczy przy bezwładach, spowodowanych przez ściśnięcie nerwów. Gaz. lek. Nr. 43, str. 856.

Mięsienie stosował autor tylko w lekkich i średnich formach bezwładów, spowodowanych przez ucisk, wywierany w ten lub inny sposób na pnie nerwów: *radialis*, *axillaris*, *peroneus*.

Oprócz mięsienia (*pétrissage* i *massage à friction*), leczenie polegało na ruchach czynnych, jako też na ruchach podwójnych [ruchy z oporem]. Wyleczenie następowało w kilka dni albo w kilka tygodni.

Biegański Wł. Z kazuistyki chorób układu nerwowego. Medycyna Nr. 18, 19, 20, 21, 22, 23 24, str. 273, 289, 305, 311, 327, 343, 359.

I. *Fractura cranii, haematoma durae matris, hemipilepsia Jacksoni.*

56-letni mężczyzna rzucił się pod pociąg, lecz został odrzucony przez odgarniacz parowozu na bok. W historii choroby zanotowano: chory nieprzytomny, oddech 40, tętno 100, ciepłota 39°. Za lewém uchem na kości potylicowej mała ranka; lewa źrenica węższa od prawej; wymioty, odruchy ścięgniste wzmożone.

6-go dnia choroby wystąpiły drgawki połowiczne prawostronne, rozpoczynające się od mięśni gałki oka (*nystagmus horizontalis*); twarz wykręcała się na stronę prawą, ręka i noga sztywniały; po kilku sekundach występowały drgawki kloniczne w prawej ręce i nodze. Podczas silnego napadu i lewa noga przyjmowała udział w skurczach.

Przy sekcji znaleziono: Złamanie kości potylicowej z lewej strony, na miejscu odpowiedniém ranie skórnój. Wylew krwi pod oponę twardą na rozległej przestrzeni, zajmującej prawie całą prawą [czy nie lewą? przyp. spraw.] półkulę z wyjątkiem zrazu czołowego.

II. *Encephalitis suppurativa lobi temporalis hemisphaerae sinistrae, pneumonia interstitialis lobi inferioris pulmonis sinistrae. Bronchiectases.*

U 32-letniego mężczyzny z cierpieniem chroniczném płuc, wymioném w nagłówku, wystąpiły nagle drgawki padaczkowe i utrata przytomności. Autor początkowo przypuszczał padaczkę samoistną [chory poprzednio padaczkę nie podlegał], wykluczwszy, na podstawie ujemnych wyników badania moczu, mocznicę. W 8 dni chory zmarł. Sekcja wykryła ropień, zajmujący cały zraz czołowy [w nagłówku *temporalis?* przyp. spraw.] półkuli lewój.

III. *Fractura cranii. Encephalitis suppurativa hemisphaerae sinistrae, hemiplegia dextra.*

20-letni robotnik uderzony został nożem w głowę. Krwotok z rany nieznaczny, przytomności chory nie stracił. Na drugi dzień wystąpił ból głowy i wymioty. 5 dnia choroby wstąpił chory do szpitala; zanotowano wtedy: na lewej stronie głowy na kości ciemieniowej rana niewielkich rozmiarów; przy obmacywaniu znaleziono wgłębienie kości naokoło rany. Chory przytomny, uskarża się na mocny ból głowy i na wymioty. Ruchy prawej ręki są ograniczone, siła mięśniowa téżże zmniejszona. Czucie zachowane. Ciężota 37,3—38². Stan ten prędko się poprawił i chory w dobrym stanie zdrowia ze szpitala się wypisał. Powrócił jednak w dwa miesiące z powodu bólu głowy, zawrotu i wymiotów.

Przy badaniu znaleziono ranę w głowie niezagojoną, pokrytą strupem, z pod którego wydziela się nieco ropy. Wgniecenie kości jak poprzednio. Objawów porażen, drgawek, ani przykurczeń niema. Na drugi dzień po przybyciu do szpitala wystąpiło prawostronne porażenie z zajęciem twarzy po stronie prawej. Ruchy oka prawidłowe, źrenice oddziałują na światło dobrze. Odruch kolanowy na prawej stronie zniesiony, na lewej wzmoczony. Stan taki trwał 5 dni, poczem wystąpiły drgawki, które powtarzały się trzykrotnie w odstępach 1/2 godzinnych. W parę dni potem chory zmarł.

Na sekyi znaleziono: złamanie kości ciemieniowej na ograniczonej przestrzeni i kilka odłamków blaszki wewnętrznej uwięznęte w twardej oponie. Opona twarda na przestrzeni kilku kwadratowych ctm. przyrośnięta mocno do miękkiej i pośrednio do kory mózgowej. W tém samym miejscu kory mózgowej znaleziono stwardnienie wielkości dużej wiśni, wnikaące w miąższ mózgu. Stwardniała część na przekroju przedstawiała się jako zbita tkanka łączna. Dopiero pod tém stwardnieniem w lewej półkuli znajdujemy ropień, obejmujący cały prawie ośrodek mózgu VIEUSSEN'a i dochodzący do szarych jąder podstawy mózgu.

IV. *Endarteriitis syphilitica. Haemorrhagia in ponte, hemiplegia sinistra.*

Kobieta lat 38, w rok po przebyciu kuracyi merkuryjalnej przeciwprzymiotowej uległa atakowi porażenia lewostronnego z utratą przytomności. Porażenie twarzy lewostronne. Głowa obrócona na lewo i kierunek osi ocznych zwrócony na lewo. Źrenice zwężone, nie oddziałują

na światło. Lewa ręka zgięta w łokciu, przyciągnięta do tułowia, przedramię w położeniu nawrotném, palce mocno zgięte. Czucie zniesione po obu stronach jednakowo; odruchy kolanowe po obu stronach zachowane, ale nie wzmożone.

Na seceyi znaleziono 2 niewielkie wybroczynowe ogniska w moście WAROLA w przedniej części po stronie prawej.

V. *Luxatio vertebrae II dorsalis. Paraplegia. Myelitis transversa dorsalis.*

Mężczyzna, lat 64, spadł z wysokości 6 stóp na głowę; przytomności nie stracił. Znaleziono zwichnięcie II kręgu grzbietowego. Kończyny dolne porażone zupełnie, czucie i odruchy ścięgniste i skórne na nogach i tułowiu zniesione. Mocz wydalano cewnikiem.—Śmierć.

VI. *Fractura vertebrae XII-ae dorsalis et V-ae lumbalis. Myelitis transversa dorsalis et lumbalis. Fractura antibrachii sin. et costarum sinistr. VI-ae et VII-ae.*

Mężczyzna lat 33 uległ silnemu urazowi na kolei. Przy badaniu znaleziono: zakłębienie wyrostków ciernistych XII-go kr. grzbietowego i V-go kr. lędźwiowego; porażenie kończyn dolnych. Czucie na nich, jak również i odruchy ścięgniste zniesione. Zatrzymanie moczu. W miesiąc po wypadku zmarł. Przy seceyi znaleziono: złamanie zupełne XII-go kr. grzbietowego; w miejscu tęp rdzeń był w zupełności zmiażdżony; V-ty kr. lędźwiowy był złamany niezupełnie.

VII. *Myelitis diffusa dorsalis subacuta. Sanatio.*

Kobieta lat 25. Porażenie wiotkie kończyn dolnych, ruchy bierne swobodne, odżywianie mięśni dobre. Czucie dotykowe osłabione, bólowe zachowane. Odruchy: skórny stopowy wzmożony, ścięgniste — kolanowy i stopowy wzmożone.

Kończyny górne: ruchy czynne zachowane, bierne zupełnie łatwe, czucie zachowane, drętwienie w palcach rąk obu. Ból w pasie opasujący, zaparcie stolca, utrudnione oddawanie moczu. Wyleczenie po stosowaniu środków odciągających na kręgosłup i faradyzacyi mięśni kończyn dolnych.

VIII. *Myelitis e compressione. Spondylitis tuberculosa. Tuberculosis pulmonum.*

Jest to opis typowego przypadku uciskowego zapalenia rdzenia, wywołanego gruźliczym zapaleniem kręgów [I, II, III-cio grzbietowego].

IX. *Tabes dorsalis. Atrophia musculorum progressiva spinalis.*

Rzadki przypadek kombinowanego cierpienia pęczków tylnych i rogów przednich rdzenia. To ostatnie wyrażało się zanikiem mięśni międzykostnych dłoni i mięśni kłębu palucha, w jednakowym stopniu na obu dłoniach.

X. *Neuritis multiplex—(alcoholica).*

Dość typowy obraz rozsianego zapalenia nerwów przebiegał z silnie wyrażonym zanikiem mięśni, co początkowo naprowadzało na myśl

możliwości *poliomyelitis anterioris*. Dalsza obserwacja pozwoliła postawić właściwe rozpoznanie.

XI. *Paralysis ascendens acuta* (LANDRY).

Chory lat 61, po przeziębieniu poczuł osłabienie w dolnych kończynach; osłabienie to wzmogło się wkrótce [w 4 dni] aż do zupełnego porażenia bez żadnych zaburzeń czucia, bez sztywności i przykurczeń w mięśniach, bez zaburzeń w oddawaniu moczu i kału i ze zniesieniem odruchów ścięgnistych.

W takim stanie przybył chory do szpitala na 7 dzień od początku choroby. Stan chorego przez 5 dni pozostał mniej więcej bez zmiany; nagle potem porażenie niezupełne kończyn dolnych przeszło w zupełne i wystąpiło niezupełne porażenie w kończynach górnych, a w dwa dni później porażenie ośrodków oddechowych i chory zmarł od zaduszenia w 15 dni od początku choroby.

XII. *Tetanus. Sanatio.*

Dość niezwykły przypadek tęcza u 30-letniego wyrobnika. Etiologia ciemna. Ataki były dość częste i zajmowały mięśnie twarzy, tułowia i kończyn dolnych. Odruchy ścięgniste bardzo wzmoczone. Choroba trwała 6 tygodni i zakończyła się wyzdrowieniem. Pod koniec choroby miał chory 3 ataki padaczkowe z zupełną utratą przytomności.

XIII. *Hemiparesis sinistra.*

Przypadek powyższy dotyczył 40-letniej wyrobniczki, idyotki, u której ruchy atetotyczne w palcach lewej ręki i lewej nogi wraz ze skróceniem lewej kończyny górnej pozostały po połowicznym porażeniu mózgowym — *paralysis infantilis spastica cerebialis*.

Bąkowski T. Zęby spróchniałe przyczyną 9 miesięcy trwającej padaczki. Przegl. lek. Nr. 35, str. 498.

Przypadek wymieniony w nagłówku dotyczył 16-letniej dziewczyny, obciążonej dziedzicznie, u której autor znalazł 2 zęby trzonowe zepsute. Czasami przed napadem zauważała chora nieprzyjemne uczucie [nie ból], wychodzące od zęba. Ataki ustały po wyjęciu spróchniałych zębów. [Przyp. Spraw. Opisanie ataku: rzucała się na wszystkie strony, krzyczała, przyczem mięśnie kończyn były wyprężone chwilami, akcja serca przyspieszona, a źrenice rozszerzone] pozwala przypuszczać, że nie był to atak padaczkowy [epileptyczny], lecz atak wielkiej hysterii [hystero-epileptyczny].

Zaremba W. Niezwykły przypadek porażenia piorunem. Now. ek. Nr. 11, str. 551.

W stojącego pod drzewem 18-letniego parobka ugodził piorun. Ślady na drzewie zostały widoczne od wierzchołka aż do miejsca, o które opierał się głową ów parobek, na którym to też zaznaczył piorun swą drogę do ziemi w postaci oparzeń i pręgi ciemno-brunatnej na 1 ctm. sze-

rokięj. Oprócz niezbyt długo trwającej utraty przytomności i powyżej opisanych uszkodzeń na skórze, chory odczuwał tylko lekkie rwanie w prawej ręce i dzwonienie w uszach. Pamięć była też nieco zamglona.

Chłapowski Fr. Przyczynek do powstawania objawów t. z. choroby Basedowa. Nowiny lek. Nr. 8, 9, str. 349, 401.

Spostrzeżenie powyższe dotyczy 64-letniego mężczyzny, którego cierpienia rozpoczęły się sprawą zakaźną, przypuszczalnie promieniłą. Sprawa ta spowodowała częściową nekrozę szczęki dolnej, oraz rozległe i długotrwałe ropienie, a po zagojeniu się ropni i przetok pozostał wzrost gruczołu tarczowego, doniosłe i rozległe zmiany anatomiczne w układzie naczyniowym, a także inne patognomiczne objawy choroby BASEDOWA jako to: przyspieszenie tętna, osobliwy wygląd oczu, drżenie i niepokój rąk, nadmierne pocenie się.

Panieński J. Padaczka częściowa [epilepsyja Jacksona], spowodowana przez narośl mózgową kiłową w sferze ruchowej, wyleczona kuracją przeciwkiłową. Now. lek. N. 1, str. 15.

Przypadek dotyczy 30-letniego mężczyzny, który po trzy tygodnie trwającym zawrocie głowy w połączeniu z gorączką dostał ataku padaczki częściowej, poczynającej się od lewej nogi i rozszerzającej się na lewą rękę i lewą połowę twarzy. Atak podobny powtórzył się kilkakrotnie—pozostawiając po sobie niepokój i drżenie lewej połowy ciała.

Badanie wykazało: wzmocnienie odruchów ścięgnistych a osłabienie skórnych po lewej stronie ciała, *hemiparesis sin.*, bolesność przy opukiwaniu młoteczką okolicy czaszki po nad zwojem ośrodkowym przednim na prawej połowie głowy.

Rozpoznano guz w górnej części zawoju ośrodkowego prawego, natury prawdopodobnie przymiotowej. Dobry wynik leczenia po przeprowadzeniu leczenia swoistego, przypuszczenie to w pewność zamienił.

Biernacki E. Płasawica dziedziczna przewlekła. Kron. lek. Nr. 3, str. 103.

Autor opisuje przypadek wymienionej choroby u mężczyzny 48-letniego. Choroba rozpoczęła się w 43 roku życia ruchami choreatycznymi twarzy, które potem dopiero zajęły kończyny i tułów. Matka i dziad chorego [ojciec matki] cierpieli na tę samą chorobę [dziedziczność homologiczna]. Pomimo złego rokowania, jakie ciąży na tém cierpieniu, autorowi udało się otrzymać znaczne polepszenie po zadawaniu arseniku.

Biernacki E. Przypadek hystero-neurastenii u mężczyzny. Kron. lek. Nr. 1, str. 1.

Przypadek powyższy dotyczył 24-letniego mężczyzny, obciążonego dziedzicznie. W skutek nadmiernej pracy, rozwinęły się u niego zwolna objawy neurasteniczne, jako to: łatwość męczenia się, bóle głowy, krzyża

i nóg, bezsenność,—częste polucyje, osłabienie popędu płciowego, brak apetytu, wzdęcie brzucha, odbijanie, osłabienie pamięci, wzroku i słuchu, pognebnienie. Odruchy kolanowe były wzmożone. Do obrazu powyższego choroby dołączyły się po silném wrażeniu moralném [śmierć matki chorego] objawy hysterji męzkiej, a mianowicie: ataki hystero-epileptyczne z wyraźną aurą, potem porażenie wiotkie kończyn dolnych, znieczulenie na dotyk lewostronne, a także znieczulenie prawej kończyny dolnej do wysokości pępka, zwężenie pola widzenia i znieczulenie połowiczne lewostronne organów zmysłów.

Skórkowski A. Mikrobizm wobec psychiatrij. Nowiny lek. Nr. 8, str. 354.

Autor opisał dwa przypadki obłędu przemijającego (*mania transitoria*), wybuchłego po grypie, oraz, powołując się na analogiczne spostrzeżenia innych autorów, wyraża przypuszczenie, że drobnoustroje mogą stanowić niekiedy moment przyczynowy w powstawaniu niektórych postaci samoistnych chorób umysłowych i sądzi nawet, że poznanie tych przyczyn może być korzystném dla leczenia tych chorób.

Puławski. Bulimia [wilczy głód] w następstwie silnego wstrząśnienia mózgu. Gaz. lek. Nr. 37, str. 735.

Chory 21-letni, u którego rozpoznano pęknięcie podstawy czaszki, mianowicie kości skalistej, po przyjsciu do przytomności, to jest 4 lub 5-go dnia choroby zaczął się uskarżać na dotkliwy głód, domagał się natargiwie zwiększenia żywności, uskarżając się na silny ból w dołku, którego przyczyną miał być głód. Pragnienie miał prawidłowe, wypróżnienia codzienne. Mocz prawidłowy. Stan taki trwał 2½ miesiąca, poczem łaknienie powróciło do stanu prawidłowego i chory wyrażał zdziwienie, że mógł tak dużo jadać, nie mając z natury zbyt wielkiego łaknienia. Brom, makowiec, antypyrina, kodeina, kokaina żadnego wpływu na łaknienie nie wywierały. Badanie trawienia żołądkowego wykazało z n a c z n e skrócenie trawienia żołądkowego.

Bulimia nader rzadko występuje samodzielnie, zwykle towarzyszy hysterji, neurastenii, psychozom. Powstawać też może wskutek bezpośredniego podrażnienia ośrodków nerwowych [wstrząśnienie mózgu, guzy, przymiot, bodźce chemiczne [np. cukrzyca], a także przy podrażnieniu nerwów obwodowych, najeźściwej nerwów żołądka.

W danym przypadku wstrząśnienie mózgu wpłynęło na skrócenie trawienia żołądkowego, przyczem autor nie śmie rozstrzygać, czy miał miejsce niedowład odźwiernika, czy też zwiększenie czynności ruchowej. Był to objaw przejściowy i znikł, kiedy bulimia przeszła.

Gryglewicz. Liquor ferro-manganatus peptonatus [Keysser]. Now. lek. str. 120.

W trzech przypadkach blednicy i w jednym przypadku niedokrwistości, autor widział dobre wyniki leczenia tym preparatem żelaza, podając go po 3 łyżeczki dziennie w ciągu 20 godzin w czasie jedzenia [dzieciom po 1/2 łyżeczki].

Arnstein. Niezwykły przypadek ostrego gościa stawowego, zakończony w ciągu trzech dni śmiercią. Gaz. lek. Nr. 42, str. 837.

Chory 50-letni, dobrze zbudowany i odżywiany, poprzednio zupełnie zdrowy, po kilkudniowym niedomaganiu, zachorował na ostry gościec stawowy z gorączką 39.5°. Po salicylanie sodu obrzmienie stawów i bóle stopniowo się zmniejszyły. Natomiast drugiego dnia wystąpiły nudności i wymioty, wysypka pokrzywkowa na całym ciele i osłabienie czynności serca bez jakiegokolwiek dotykalnych fizykalnych objawów ze strony tego narządu. Trzeciego dnia ciepłota 40°, wystąpiło krwioplucie, majaczenie, czynność serca coraz bardziej słabła i przy objawach ogólnego upadku sił chory życie zakończył.

Objawy powyższe zależeć mogą albo od zatrucia salicylanem sodu, co jednak ze względu na dawkę [6,0] trudno jest przypuścić, chyba trzebaby przyjąć jakąś szczególną idyosynkrazyję, albo też od powikłania przez *endocarditis ulcerosa*, któremu jednak nie odpowiadają w zupełności.

Wobec braku oględzin pośmiertnych, przypadek powyższy uważać należy, zdaniem autora, za niewyjaśniony.

Klein. Przypadek białaczki wrzekomiej z gorączką powrotną i jednoczesną marskością wątroby. Przyczynę do patologii białaczki wrzekomiej. Gaz. lek. Nr. 30, 31, str. 586 i 606.

U kobiety 51 letniej, która w ciągu ostatnich 5 lat miewała kilkakrotnie żółtaczkę, obok powiększenia wszystkich gruczołów chłonnych i śledziony, przy prawidłowym składzie krwi, istniała gorączka o typie powrotnym. Napady gorączkowe [2] trwały 11 i 6 dni, przerwy zaś bezgorączkowe 7 i 6 dni. Ciepłota w początku napadów podnosiła się stopniowo i w podobny sposób opadała. Największa ciepłota dochodziła do 39,5°. Charakterystycznym było jednoczesne obrzmiewanie powiększonych gruczołów, występujące z chwilą podniesienia się ciepłoty. Prócz danych powyższych, skonstatowano jeszcze zmniejszenie objętości wątroby, żółtaczkę w niewielkim stopniu, oraz *ascites*. Przymiot można było wykluczyć. Przy autopsii znaleziono — marskość wątroby zanikową, oraz powiększenie śledziony i gruczołów limfatycznych. Mikroskopowe badanie wykryło w wątrobie oprócz zwykłego obrazu marskości wątroby, rozlane, drobne guziczki limfatyczne, a w gruczołach chłonnych rozlany przerost tkanki gruczołowej z przewagą tkanki łącznej, wylewy krwawe, oraz dość rozległe zwyrodnienie szkliste w postaci pasm i kulek rozmaitej wielkości. Badanie na pasorzyty wykazało obecność

sporęj ilości pasorzytów bardzo podobnych do *streptococcus pyogenes*. W wątrobie pasorzytów nie znaleziono. Autor zalicza przypadek powyższy do rzędu przypadków, opisanych dopiero w ostatnich czasach poraz pierwszy przez PELA i EBSTEIN'a pod nazwą „*Recurrirendes lymphosarcom*“ oraz „*chronisches Rückfellsieber*“. W naszej literaturze istnieje podobny przypadek, opisany przez D-ra HEWELKEGO. Autor zwraca wreszcie uwagę na powikłanie jego przypadku przez marskość wątroby, co według niego nie było dziełem przypadku, na dowód czego przytacza spostrzeżenia innych, oraz dane z literatury, z których widać, że pierwsze okresy marskości wątroby przy pseudoleukemii są rzeczą wcale nie rzadką. Pochodzenie takiej białaczki wrzekomęj z gorączką, autor na zasadzie swoich badań widzi w infekcyi; na podsta wie zaś kilku innych jeszcze danych rzuca myśl, że podobnież się rzecz ma w wielu przypadkach marskości wątroby.

Radziszewski. Przyczynek do etiologii tężca reumatycznego.

Med. Nr. 2, 3, 4, str. 17, 33, 49.

Rozpatrując się w teoriach powstawania tężca, autor dochodzi do wniosku, że bakteryjna teoria tężca z konieczności pozostać jeszcze musi w dziedzinie bardzo prawdopodobnych hipotez. W jednym przypadku autor w wigilię śmierci badał krew pod drobnowidzem i zrobił z niej hodowle na agarze i żelatynie. Na zasadzie badań swych dochodzi do wniosku, że u choręj w wigilię śmierci bakteryje swoiste lub NICOLAIERA nie znajdowały się we krwi; sucha krew choręj, będąc zaszczipioną myszy nie objawiła własności patogenicznych. Bakteryje, jakie się rozwinęły w niektórych próbkach, wnikły z powietrza, lub też mogły istnieć u choręj w głębszych warstwach naskórka. Pęcherzykowate formacje, napotymane przez autora w kulkach czerwonych, uważać należy za *vacuolae*, obserwowane przez różnych badaczy przy bezkrwistości złośliwéj; zależą one od głębokich zmian chemizmu.

Sysak G. Przypadek tężca reumatycznego z wyleczeniem.

Przegl. lek. Nr. 25, str. 354.

U 18-letniego chłopca autor spostrzegał tężec, który w ciągu 4 tygodni przeszedł zupełnie. Autor stosował bardzo wiele różnych środków, między innymi pilokarpinę podskórnie i do wewnątrz. Wyleczenie przypisuje pilokarpinie. Dwa inne przypadki, w których pilokarpiny nie stosował, zakończyły się śmiercią.

S z n a b l. Rzadka forma wysypki. [Erythema simplex var. „Erythème scarlatiniforme“]. Medycyna Nr. 16, str. 241.

Autor miał możność spostrzegać u dzieci od lat 6 do 10 szczególną postać wysypki, która cechuje się wystąpieniem nagłym i obszer-

nego wypieku na jednym policzku, a następnie na drugim, lub też na obu razem. Wypiek ma postać plamy, barwy ciemno-czerwonej, wypadającej niekiedy w sinawą. Policzki są obrzmiałe, ciepłota ich podniesiona, skóra paląca. Czerwonosc rozszerza się na brode, podbródek i czoło. Po 7 dniach od pojawienia się pierwszej plamy, występuje silne zaczerwienienie i obrzmienie skóry w okolicy wyprostnej jednego ramienia, a następnie i drugiego. Raz autor spostrzegał zaczerwienienie i na kończynach dolnych, a raz 8 dnia choroby zaczerwienienie migdałków z bólem gardła. Gorączki nie bywa; stan ogólny prawidłowy, łuszczenia w żadnym przypadku autor nie zauważył.

Klarner. Ciekawy wypadek wysypki ostrzej. Prot. posiedzeń Towarz. lekarzy lubelskich 1889/90, str. 57.

Kobieta 30-letnia, skarży się na dreszczyki, ból głowy, brak apetytu, ogólne rozłamanie. Stan bezgorączkowy. Śledziona mocno powiększona. W 3-im dniu tego niedomagania regularność. Szóstego dnia przy ciepłocie bardzo nieznacznie podwyższonej [37°8], na wyprostnych powierzchniach kończyn górnych i dolnych czerwona rozlana wysypka. Skóra i tkanka podskórna naciezione, obrzękłe, tak, że przez to ruchy utrudnione. Wysypka nie swędzi. Przez dwa dni następne wysypka trwa bez zmiany, rozszerzając się nieco na plecy. Dziewiątego dnia od początku choroby wysypka z wolna znika przy drobnym łuszczeniu naskórka. Od pojawienia się wysypki do zupełnego zniknięcia upłynęło 7 — 8 dni. Okres uzdrowienia względnie długi i trudny. Autor nie mógł powyższej wysypki podciągnąć pod żadną ze znanych form nozologicznych. W czasie spostrzegania tego przypadku panowała influenza, w innych zaś miejscowościach spostrzegano wówczas coś podobnego do *dengue'i*.

Seifman. O poczwarkach, właściwiej liszkach (*larvae*) owadów dwuskrzydlnych, pasorzytujących w ustroju zwierzęcym. Medycyna N. 23 str. 358.

Zgadając się ze zdaniem SENATORA, że parazytyzm młodocianych form owadów w jamach ciała ludzkiego głębiej położonych należy rzeczywiście do rzadkich zjawisk, autor zwraca uwagę, że u naszych zwierząt domowych nie są wcale rzadkie przypadki zagoszczenia się liszek dwuskrzydłowców w głębiej położonych jamach ciała. Należą tu w szczególności liszki gzów, oraz tak zwanych żołądkowców. Liszki te, dostawszy się do jam ustroju zwierzęcego, nietylko przebywają tam w charakterze pasorzytów przypadkowych, ale żyją i rosą do pewnego okresu rozwoju nawet jako pasorzyty stateczne, znajdując przytęm taki zapas tlenu, jaki jest niezbędny dla pomyślnego ich bytu i rozwoju.

Zieniec M. O waniach wagi ciała w przebiegu tyfusu brzusz-
nego. Gaz. lek. Nr. 41, str. 808.

Autor streszcza najpierw wyniki swoich badań nad wahaniami wagi

ciała chorych w tyfusie wysypkowym [dokonane przed 6 laty w szpitalu barakowym Aleksandryjskim w Petersburgu na 103 chorych]. Spadek wagi wynosił przeciętnie 0,7% dziennie. Po ustaniu gorączki waga ciała zaczęła się podnosić w ciągu 1—3 dni, wznoszenie przeciętnie wynosiło 0,8% dziennie. U chorych młodych spadek odbywał się wolniej, podnoszenie szybciej, u starszych [po 30 latach] naodwrot. Płeć nie miała wpływu. Środki przeciwgorączkowe przewlekały chorobę. [Spadek wagi był większy i trwał dłużej, wznoszenie odbywało się wolniej].

Materyjał chorych na tyfus brzuszny obejmuje 384 przypadki. Dla badania porównawczego wzięto 46 przyp. tyfusu, gdzie wiek chorych [15—30 lat], płeć [mężczyźni], czas trwania choroby [3—4 tygod.] były jednakowe, przeciętny spadek wagi wynosił 0,6% *pro die*, wznoszenie się 0,7% *p. die*. W 1-ym tygod. spadek = 0,8%, w 2—0,7%, w 3—0,6%, w 4—0,5% *pro die*.

Poty i biegunka przyspieszają spadek wagi [niekiedy 2% *p. die*], tak samo i inne powikłania (*pleurit.*, *pneumonia*, *parotitis*), co się daje zauważyć na kilka dni przed wybuchem tych powikłań. Jeżeli w okresie zdrowienia waga ciała przestanie się prawidłowo podnosić, można się spodziewać recydywy.

Ze spostrzeżeń nad przypadkami śmiertelnymi [33 przyp.], autor wnioskuje, że straty przewyższające 1% *pro die* wzbudzają obawę o życie chorego. Ogólna strata na wadze w tych przypadkach wynosiła przeciętnie 22% t. j. połowę tej straty [40%], która przy głodzeniu wywołuje śmierć.

Polikier B. O poszukiwaniach Brown-Séquarda nad działaniem płynu jądrowego oraz jajnikowego i o sperminie. Kron. lek. 1889, Nr. 11 i 1890, Nr. 1.

Autor nie podaje własnych spostrzeżeń, tylko obszernie zestawia całą literaturę przedmiotu, nie opatrując jej ani odrobiną krytyki. Ostatni rozdział swój obszerniej pracy autor poświęca rozstrzygnięciu następujących pytań: 1) czy kwestyja wstrzykiwań BROWN-SÉQUARD'a zasługuje na dalsze badania naukowe, czy też jest w zasadzie niedorzecznością? 2) Jaki sąd można wydać o wartości leczniczej wstrzykiwań BROWN-SÉQUARD'a na mocy dotychczasowych spostrzeżeń? 3) W jakim stosunku znajdują się wstrzykiwania sperminy do iniekcji BROWN-SÉQUARD'a? 4) Jakie stanowisko wobec tej kwestyi powinien zająć lekarz-praktyk? — Odpowiedzi autor daje takie: 1) Kwestyja poruszona przez B.-S. zasługuje na dalsze badanie, bo teoria na jakiej się Br.-S. opiera jest naukowo uzasadniona, 2) O wartości leczniczej wstrzykiwań nie można sądu wydać, bo doświadczenia były robione w różny sposób, chaotycznie, bo się w nich znajduje dużo subiektywizmu i sugestyi, bo wreszcie są nieliczne, 3) Stosunek sperminy do iniekcji Br.-S. jest niewiadomy, bo niewia-

domo, jaki jest właściwy skład soku jądrowego, 4) Iniekcje Br.-S-a powinny być stosowane sposobem próby w celach naukowych i bezinteresownie w szpitalach i klinikach.

Czarkowski. Wyleczenie czarnej krosty (*pustula maligna*) za pomocą podskórnych zastrzykiwań kwasu karbolowego. Gaz. Lek. Nr. 11, str. 228.

Zachęcony wynikami D-ra NIEDŹWIECKIEGO [Gaz. lek. 1881. N. 27], autor z pomyślnym skutkiem stosował w 12 przypadkach czarnej krosty wypalanie uległych chorobie miejsc stężonym kwasem karbolowym, po uprzednim głębokim ich nacięciu. W jednym bardzo ciężkim przypadku zastosował podskórne wstrzykiwanie 2% roztworu kwasu karbolowego [4 strzykawki PRAVATZ'a w ciągu doby] i dodatni wynik leczenia wystąpił zaraz nazajutrz. Przez następne trzy dni autor wstrzykiwał tylko po jednej strzykawce PRAVATZ'a, później zaś stosował tylko opatrunek z kwasu karbolowego. Przy takim leczeniu 7 dnia ciepota spada do normy i odtąd zaczęło się zdrowienie chorób.

Skórkowski A. Błonica i róża. Now. lek. Str. 164.

Autor przypomina, że lekarz JÓZEF PIRAMOWICZ, zmarły w Humaniu w 1883 r. w czasie epidemii błonicy na Ukrainie spotrzągał pomyślny wpływ róży na przebieg błonicy. Sam autor obserwował dwa razy ciężką błonicę w rodzinach biednych i pozbawionych pomocy lekarskiej. W obu razach z kilkorga dzieci, dotkniętych błonicą, pozostało przy życiu tylko to, które jednocześnie miało różę. Inni członkowie rodziny zmarli.

Bujwid O. O zapobiegawczém leczeniu wścieklizny metodą PASTEUR'a. Now. lek. Str. 580.

Jestto odczyt, jaki kol. B. miał na X międzynarodowym kongresie w Berlinie i zawiera krótko podane wyniki leczenia metodą PASTEUR'a w Warszawie w ciągu lat pięciu, dalej wiadomość o pomyślnych wynikach t. zw. wzmocnionego leczenia metodą PASTEUR'a. Wobec tak dodatnich wyników, kol. B. stawia wniosek, aby we wszystkich miastach Europy [zapewne większych *Spr.*] były założone stacje szczepienne w celu stosowania metody PASTEUR'a. Wniosek ten po krótkiej dyskusji przyjęto.

Lubliner. Pięć przypadków zaszczepienia gruźlicy noworodkom po obrzezaniu napletka. Gaz. lek. Nr. 25, str. 502.

Autor podaje 5 przypadków, spostrzeganych w szpitalu starożytnym, w których zakażenie gruźlicze nastąpiło wskutek wysysania rany po obrzezaniu przez osobniki, dotknięte gruźlicą. W masach serowatych i w zwyrodnionych tkankach wykazano laseczniki gruźlicze. Wydzielina z owrzodzeń, masy serowate i skrawki z tkanek, barwione były metodą NEELSEN'a.

Przegl. piśm. 1890.

Eisenberg. Żoły, jako następstwo zaszczepienia gruźlicy po obrzezaniu napletka. Gaz. lek. Nr. 17, str. 327.

U dziecka, pochodzącego z rodziców zupełnie zdrowych, rana po obrzezaniu, dokonanej przez jakiegoś operatora, wykonywającego od lat wielu ten rękoczyn z powodzeniem, lecz zmarłego wkrótce potem, o ile się zdaje, na suchoty płucne, nie zablizniła się, ale ropiała; powstało owrzodzenie, w obu pachwinach gruczoły limfatyczne znacznie obrzwały, rozpadły się, zropiały i dopiero po przecięciu zablizniły się. Ale owrzodzenie napletka nie uległo żadnej zmianie ku lepszemu, pomimo zachowywania możliwej czystości i starannego opatrywania.

W 4-ym roku życia stan ogólny dziecka doskonały, w płucach żadnych zmian niema. Owrzodzenie jednak nie wiele się zmieniło. Gruczoły pachwinowe powiększone, nadto obrzmieniu uległy i gruczoły szyjowe, karkowe i podszczękowe. Skóra na szyi po stronie prawej zaczyna się czerwienić i zrastać z gruczołami. Badanie drobnowidzowe wykryło w guziczkach napletka budowę gruźliczą i laseczniki gruźlicze. Wobec powyższych zmian, dziecko nazwać możemy popularnym mianem skrofulicznem.

Przypadek powyższy wskazuje, że drogą zaszczepienia gruźlicy na napletku mogą się wytwarzać u pewnej ilości ludzi żoły, a dalej, jakby doświadczalnie, przekonywa o tożsamości gruźlicy i żołów.

Puławski. Przemijająca psychoza w przebiegu wąglika na karku. Gaz. lek. Nr. 32, str. 640.

Chory W., pochodzący z rodziny „nerwowej“, nagle na ulicy dostał zawrotu głowy, osłabienia w prawej połowie ciała, pewnej trudności w mówieniu. Po zastosowaniu łożu na głowę i środka czyszczącego prędko przyszedł do siebie. Przy badaniu znaleziono rozedniętą płuc i stwardnienie tętnic. Zalecono pryszczydło na kark i jodek potasu.

We dwa tygodnie, autor wezwany ponownie do chorego, znalazł u niego na karku w miejscu, gdzie było stosowane pryszczydło—anthrax. Zastosowano leczenie chirurgiczne. Po 3 tygodniach rana zaczęła się pokrywać zdrową ziarniną, stan ogólny zaś stawał się coraz gorszym. Tętno było słabe, zjawiało się rozwolnienie, a co najważniejsza, stan umysłu chorego uległ zupełnej zmianie. Chory tracił pamięć, przestał poznawać otoczenie, nie go nie zajmowało, nocie miewał bezsenne, przerywane widzeniami. Zapomniał, jak się nazywa i t. p. Rozpoznanie było trudnym. Na bredzenie z osłabienia stan taki trwał zbyt długo; za obłędem starszym przemawiało dużo. Wreszcie pozostało przypuszczenie, czy anthrax, jako choroba zakaźna, nie wywołał przemijającej psychozy. Dalszy przebieg wykazał, że przypuszczenie to było najsluszniejszym i chory przy stosowaniu odżywiania i środków pobudzających po kilku miesiącach do

zdrowia powrócił, i władze umysłowe jego nie przedstawiają żadnych zbroceń.

Sokołowski A. Uwagi nad charakterem panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii influenzy ze szczególném uwzględnieniem objawów powikłań ze strony dróg oddechowych. Gaz. lek. N. 5, str. 89.

Autor spostrzegał od ostatnich dni Listopada do pierwszych dni Stycznia 146 przypadków influenzy [141 w prak. prywatnej i 5 w szpitalu]. Z tych 113 formy oskrzelowej, 27 — nerwowej, 6 — żołądkowo-kiszkowej. Zejście śmiertelne autor miał tylko jedno u robotnika w szpitalu, który umarł wskutek obrzęku płuc. 4 inne zejścia śmiertelne były wskutek powikłania grypy — zapaleniem płuc. Co do objawów ogólnych grypy, te nie różnią się od podawanych przez innych autorów. Autor specjalnie zajmuje się objawami ze strony dróg oddechowych, jak kaszel, duszność, ból w boku [autor uważa go za newralgię], krwioplucie, krwawienie z nosa.

Najcięższe objawy towarzyszyły influenzy u osób dotkniętych chronicznymi sprawami płuc i oskrzeli (*emphysema, bronchitis chron.*) a przede wszystkim u suchotników. Na 16 przypadków—w 10 nastąpiło znaczne pogorszenie sprawy, a 3 zmarło. Pogorszenie dotyczyło nie tylko ogólnego stanu, ale i miejscowej sprawy. U jednej mianowicie chorób, dotychczasowa włóknista postać suchot przybrała charakter rozpadowy.

Z powikłań S. zaznacza przede wszystkim kataralne zapalenie płuc [10 przypadków] z przebiegiem krótszym lub dłuższym, ale pomyślnym. Autor szczegółowo charakteryzuje to powikłanie i bezwarunkowo upatruje związek między tą sprawą a influenzą. Za to uważa, że wykazanie ścisłego związku między gripą a zapaleniem płuc włóknikowym napotyka rzeczywiste trudności. Mianowicie na 14 przypadków ostrego zapalenia płuc tylko w 3 przypadkach można było wykazać w anamnezie objawy podobne do sprawy influenzy. Przy tém jednocześnie z influenzą istniała epidemija zapalenia płuc. To tylko zaznacza S., że spostrzegane przez niego przypadki zapalenia płuc odznaczały się niezwykłą złośliwością [na 14 przypadków zmarło 7] i pewnym odrębnym charakterem. Czy te ujemne właściwości można kłaść na karb influenzy, trudno powiedzieć, témbardziej, że w Warszawie bywa niekiedy ciężka epidemija zapalenia płuc [np. w r. 1886 na 61 chorych zmarło w szpitalu Ś-go Ducha chorych 16]. Również autor nie podziela zdania niektórych lekarzy, że z pojawieniem się influenzy zmniejszyły się przypadki tyfusu brzuszego. W roku 1889 w ogóle była słabą epidemija tyfusu [22 chorych w szpitalu Ś-go Ducha t. j. liczba o połowę mniejsza niż w latach poprzednich].

S z y s z ł o. Influenza w Warszawie. Med. Nr. 1, str. 1.

Influenza w Warszawie pojawiała się w trojakićj postaci: nerwowej, gastrycznej i niezżytowej. Wybitną jej cechę stanowiło raptowne zapada-

nie w stanie zupełnego zdrowia, przyczém ciepłota w ciągu godziny dosięgała częstokroć 40 i 40,5 C. Śledzonę prawie zawsze autor znajdował powiększoną. Przebieg był łagodny; przy bólach głowy antipyrina i chinina rychłą sprawiały ulgę.

Autor nie zgadza się, aby influenza była chorobą niezaraźliwą i przypuszcza, że nieznanym dotąd jęj zarazek zapewne odradza się w ustroju ludzkim, bądź zwierzęcym, a ztąd i udzielać się od osoby do osoby może. Czy influenza ma jaki stosunek z cholera? — trudno bezwzględnie odpowiedzieć; każda jednak, zdaniem autora, choroba nagminna ujawnia pewien nieznanym nam zamęt w warunkach tellurycznych ziemi i zawsze musi mieć się na baczności w przypadkach podobnych. W końcu autor staje w obronie znaczenia wpływów tellurycznych.

Szwajcer. Kilka uwag i spostrzeżeń nad przebiegiem epidemii influenzy w Warszawie. Med. Nr. 6 i 7, str. 81, 97.

Autor miał możność spostrzegania około 100 przypadków tego mało rozjaśnionego jeszcze cierpienia, o naturze zarazka którego nie wiemy jeszcze nic i o zaraźliwości którego zdania bardzo są podzielone. Autor przypuszcza, że jest to pandemia; zarazek nie oszczędza nikogo, cała ludność mu ulega, tylko nie w jednakowym stopniu, zależnym od wielu warunków: osobowych, miejscowych, otoczenia. Wobec najróżnorodniejszej kombinacji objawów, trudno ściśle przeprowadzić podział na 3 główne postaci. Przeważały jednak objawy ze strony dróg oddechowych.

Początek choroby zazwyczaj był nagły. Najślabszym objawem były silne dreszcze; jednocześnie zjawiała się gorączka, dosięgająca do 39, rzadziej do 40, a nawet 40,6°. Typ gorączki był różny, niejednostajny. Tętno często nie odpowiadało co do częstotności ciepłocie. Jednocześnie też występowały bóle, najczęściej głowy, krzyża i kończyn dolnych i ustępowały zazwyczaj wraz z ustąpieniem gorączki. Najcharakterystyczniejszy objaw influenzy, zajęcie nieżyłowe błon śluzowych, było bardzo częste, ale w różnym bardzo stopniu, przyczém w niektórych razach objawy podmiotowe nie licują wcale ze zmianami fizykalnymi w płucach. Spostrzegano też krwawienia z różnych błon śluzowych, najczęściej z nosa. Objawy ze strony narządów trawienia były znacznie rzadsze i zazwyczaj natury nieżyłowej. Śledzonę w kilku zaledwie przypadkach autor znalazł powiększoną, cięższych objawów mózgowych nie widział ani razu. Przebieg choroby był łagodny, okres zdrowienia trwał stosunkowo długo. Powikłania w tym okresie były częste; na szczególną uwagę zasługuje z nich zapalenie płuc płatowe, przebiegające niekiedy bardzo ciężko. Epidemija influenzy szkodliwość swą zaznaczyła jeszcze w zgubnym wpływie na wszystkich chorych z przewlekłymi cierpieniami płuc.

Leczenie było czysto objawowóm. Antypyrina, fenacetyna, preparaty salicylowe i bromowe przynoszą niewątpliwą ulgę. Przeciwno nieżyłowi drobnym oskrzeli najskuteczniejszém jest czyste, jednostajnej ciepłoty powietrze i dyjeta stosowna. W okresie zdrowienia szczególną baczność zachować należy.

Paschalis. Grypa w Pilicy [gub. Kielecka] i jój okolicach. Gaz. Lek. Nr. 19, str. 388.

Autor spostrzegał przeszło 300 przypadków grypy. Charakter epidemii był dosyć łagodny. Przeważały objawy nerwowe. Nieżyt dróg oddechowych zdarzał się stosunkowo rzadko, częściej już spotykał autor zaburzenia w narządach trawienia. Ssawey weale nie zapadali. Dzieci do lat trzech—rzadko.

Leczenie ograniczało się do podawania środków czyszczących i sporych dawek chininy, wyjątkowo salicylanu sodu.

Serwiński. Influenza w Sochaczewie i jęgo okolicy. Gaz. lek. Nr. 12, str. 232.

W przypadkach, spostrzeganych przez autora, najczęściej trafiała się postać nieżytowa 60%, następnie nerwowa 30%, wreszcie gastryczna 10%. Wiek i płeć nie stanowiły żadnej przerwy. Przebieg epidemii był dosyć łagodnym, zejścia śmiertelne notowano przeważnie u ssawców, osób wycieńczonych i starych.

W jednym przypadku wystąpiły plamy podobne do tyfusowych, w dwóch—podobne do wysypki szkarlatynowej.

Ze środków lekarskich stosowano chininę, antypyrinę, antifebrynę i salicylan sodu, który, zdaniem autora, jest najskuteczniejszy.

Wyszomirski. Powtórne pojawienie się influenzy w powiecie Węgorwskim. Medycyna Nr. 43, str. 673.

Opis kilku przypadków influenzy, która pojawiła się ponownie w powiecie Węgorwskim po paru miesiącach po wygaśnięciu epidemii.

Holtzer. Influenza w szpitalu SS. Miłosierdzia w Poznaniu. Now. Lek. str. 210.

Od 17. XII—15. II było chorych 105 [mniej więcej?]. Około 84% przebyło chorobę bez powikłań. Z powikłań było zapalenie płuc kataralne. Zapalenie płuc włóknikowe autor zaznacza tylko raz jeden. Inne przypadki zapalenia płuc włóknikowego nie miały, według autora, związku z influenzą. Częstość powikłaniem influenzy było zajęcie stawów i wyraźny reumatyzm stawowy. W jednym przypadku powstało zapalenie nerek i anemija. Co do terapii, widział dobre skutki od antypyriny. Chinina i salicyl nie działały.

Świderski W. Kilka słów o epidemii grypy [influenza] w Poznaniu i bliższej okolicy. Now. Lek. str. 115.

Krótkie sprawozdanie z obserwacji 72 przypadków grypy, dość zwykłych i lekkich. Z cięższych powikłań, oprócz 5 zapaleń płuc kataralnych i 2 włóknikowych, autor zaznacza dwa przypadki, w których nastąpił udar mózgowy w tydzień po przebyciu grypy. Co do leczenia autor zaznacza ujemne działanie antypiryny i antifebryny i zaleca środki podniecające: kamforę, koniak, wino.

Gluziński A. Prof. Kilka uwag o przebiegu grypy w Krakowie. Przegl. lekarski Nr. 9 i 10, str. 16, 139.

Pierwsze przypadki grypy autor widział między 10—15 listopada, od 10 grudnia choroba przybrała charakter epidemii. W sierpniu i wrześniu autor widywał przypadki sporadyczne grypy. Notujemy charakterystyczniejsze spostrzeżenia: autor widywał dwukrotne przebywanie grypy u jednej i téj saméj osoby; spotykał częste nerwobóle, zjawiające się peryjodycznie, tym napadom towarzyszyło peryjodyczne podnoszenie się ciepłoty, niekiedy znaczne [41,5°]. Co do powikłania grypy przez zapalenie płuc, autor jest zdania, że produkty zarazka grypy przygotowują w organizmie grunt do rozwoju zarazka zapalenia płuc [FRAENKEL-WEICHELBAUM], który się znajduje i u zdrowego człowieka w jamach ustnej i nosowej. Zapalenie płuc przy grypie cechuje się nieprawidłowością tak co do objawów fizycznych, jak i co do przebiegu, co zresztą wiadomo powszechnie.

Widman O. O grypie panującej z końcem r. 1889 i początkiem 1890 we Lwowie. Przegl. lek. str. 285, 302, 320.

Autor podaje ogólne wiadomości o grypie [definicja, nazwa, historia, etjologia, postacie], następnie zastanawia się nad szczegółową symptomatologią na mocy własnej obserwacji [120 przypadków]. Tu spotykamy kilka uwag, różniących się od dotychczasowych spostrzeżeń. Co do gorączki, autor spotykał nagłe wzniesienie się téjże do 41° bez względu na ciężkość przypadku. Niekiedy gorączka doszedłszy do szczytu, w ciągu 48 godzin opadała i znowu wznosiła się do 40°, poczem opadała niżej normy i już się nie powtarzała. Częstość tętna często nie odpowiada wysokości gorączki [jest częstsza]. Poty nie są krytyczne lecz towarzyszą gorączce. Język bywa obłożony białym nalotem, spotykamy także białe pasy na języczku, migdałach. Po paru dniach barwa biała przechodzi na brunatną, poczem język jest bardzo zaczerwieniony, usiany brodawkami. Kaszel ma charakter karczowo-napadowy, podobny do koklusu. Z powikłań W. zaznacza zapalenie płuc, które bywa: włóknikowem, nieżytowem i swoistém. To ostatnie zjawia się zwykle 4-go lub 5-go dnia choroby, występuje bez dreszczu, bez podniesienia ciepłoty, bez objawów podmiotowych,

bez plwocin charakterystycznych, niekiedy bez objawów fizykalnych [sic!]. Tę ostatnią cechę należy zapewne rozumieć tak, że objawy fizykalne są krótkotrwałe, ograniczone i stąd mogą być łatwo przeoczone. Z objawów zasługuje na uwagę duszność. Zapalenie płuc influenzyjne z objawów jest zbliżone do *streptococcus pneumoniae* FINKLERA.

Co do zejścia, autor zaznacza, że rekonwalescencyja bywała ciężka i długa. Co do rozpoznania, należy zwrócić uwagę na nagły początek choroby i ogólne osłabienie [różnica od zwykłego nieżytu nosa i dróg oddechowych], na przebieg ciepłoty ciała [różnica od tyfusu, na którą zwraca uwagę WUNDERLICH]. Prócz tego, dla odróżnienia influenzy od tyfusu, WIDMAN zwraca uwagę na zachowanie się języka [w tyfusie jest żółtawy, obłożony mułem, na końcu mocno czerwonny, w influenzy—p. wyżéj] i na zachowanie się mocz u [ilość chlorków jest prawidłową nawet w ciężkich przypadkach].

Co do leczenia, autor powstaje przeciwko użyciu pijawek i w ogóle przeciwko leczeniu farmakologicznemu. Widział za to wyborne skutki od kąpeli 24^o R., dwuminutowych, ze zlewaniem przy końcu kąpeli wodą na 22^o R., przyczém podawał wino, koniak, czarna kawę. Na 120 przypadków tak leczonych nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego.

Bronowski S. Influenza na północy Rossyi wschodniej. Gaz. Lek. Nr. 29, str. 580.

Autor, lekarz ziemski w Czerdynie [gub. Permska]—sposstrzegal w swoim powiecie kilkaset przypadków grypy. Epidemija była zupełnie podobną do naszej. Autor wielokrotnie spotykał jako powikłanie grypy, zapalenie płuc włóknikowe [w 15 przyp.], przy którym znalazł w 3 przyp. na 5 — mikrokokki FRIEDLAENDERA. U 4 suchotników po przebyciu grypy nastąpiło silne pogorszenie sprawy płucnej. Co do leczenia, B. zauważył, że salicyl skracał chorobę. Również dobre usługi oddała autorowi pilokarpina.

Pawiński J. O wpływie influenzy na serce. Gaz. lek. Nr. 14, str. 276.

Przedmiot to w literaturze lekarskiej mało obrobiony. Autor opiera się wyłącznie na własnych licznych spostrzeżeniach. Pracę dzieli na 3 części: 1) wpływ influenzy na błonę wewnętrzną serca — *endocarditis*; 2) wpływ influenzy na mięsień serca; 3) wpływ influenzy na innerwację serca. Dział 1-szy obejmuje 7 spostrzeżeń, dotyczy chorych, których zastawki przedstawiały już dawniej zmiany chorobowe [w przyp. 7-ym tylko zdaje się, że *endocarditis* rozwinęło się na zdrowych zastawkach]. Wskutek influenzy występowało obostrezenie sprawy już to w postaci łagodnej [mniejsza i krótsza gorączka, słabszy

odczyn organizmu], już to bardzo ciężkiej [na 3 przypadki 2 zakończone śmiercią]. O natężeniu sprawy decydował poprzedni stan zdrowia chorych. Ulubionem siedliskiem zakażenia były zastawki półksiężycowe aorty, powikłania występowały najczęściej w nerwowej formie influenzy. Sama sprawa charakteryzowała się długim trwaniem gorączki i skłonnością do powstawania postaci wrzodziejącej zapalenia wsierdza. Dział 2-gi obejmuje 6 przypadków. Tu zgubny wpływ influenzy okazał się głównie na osobach w wieku podeszłym już to w postaci osłabienia i wyczerpania lewej komórki, już to w postaci dusznicy bolesnej. Najgorzej wpływała postać nerwowa influenzy, a przytęm rokowanie było gorszem w przypadkach bezgorączkowych, niż w przebiegających z gorączką. Dział 3-ci obejmuje 3 spostrzeżenia. Tu zjawiła się raz *tachycardia* z zejściem śmiertelnym w skutek paraliżu serca, raz napad dusznicy bolesnej, raz wreszcie kilkakrotnie napady bicia serca z następczą tachykardją. W tym ostatnim przypadku prócz tego było *endocarditis*.

Do kategorii zaburzeń w innerwacyi serca autor zalicza i przypadek kol. SZYSZY, w którym u młodej kobiety po influenzy wystąpiła typowa choroba BASEDOWA.

Małta kowski. Zakrzepy żył jako następstwo influenzy. Gaz. Lek. Nr. 33, str. 660.

Autor podaje dwa przypadki, w których po przebytej influenzy wytworzyło się bolesne opuchnięcie nogi, jakie najczęściej widuje się w okresie połogowym.

Jakkolwiek autor żadnego z obu chorych nie spostrzegł podczas influenzy, i możnaby zatem zarzucić, że nie była to ta choroba, najprawdopodobniejszym jednak to przypuszczenie się wydaje wobec możliwości wykluczenia ostrego gościa stawowego, tyfusu, braku owrzodzeń, złuszczeń i odcisków i t. p., po których zdarza się zapalenie naczyń chłonnych i zakrzepy w rozszerzonych żyłach.

Paw iński J. Influenza czy Dengue. Gaz. Lek. Nr. 8, str. 144.

Opis przypadku, w którym obok silnego bólu głowy, gorączki, bólów stawowych, wystąpiła wysypka podobna z początku do szkarlatynowej, potem do odrowej, wreszcie do ospowej. Wszystko to trwało około 2 tygodni i zakończyło się wyzdrowieniem. Autor słusznie zalicza swój przypadek do opisywanej przez lekarzy praktykujących na wschodzie t. zw. *dengue*, podobnej do influenzy a być może stanowiącej ję odmianę. PAW. przytacza spostrzeżenia innych kolegów warszawskich [KARWOWSKIEGO, SZWECERA, MALINOWSKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO i ŚWIĄTECKIEGO WŁ.], którzy w tymże czasie spotykali podobne przypadki.

Babiński. Sześć spostrzeżeń wysypki ostrój, przypominającej t. zw. „Dengue“. Gaz. Lek. Nr. 13, str. 250.

Już po ustąpieniu influenzy autor miał możność spostrzegać w blizkich odstępach czasu i w tej samej dzielnicy kilka przypadków wysypki ostrój, przypominającej t. zw. złagodzoną dengue, różniącą się dość wybitnie od form powszechnie znanych i posiadającej następujące wspólne cechy: 1) krótki stosunkowo okres zwiastunów [1—2 dni]; w jednym tylko przypadku kilkunastodniowy. 2) Jednakowy prawie [2—4 dni] okres trwania wysypki. 3) Łagodny przebieg choroby i szybki powrót do zdrowia. 4) Bóle rozmaite co do umiejscowienia [głównie w krzyżu i kończynach], ustępujące, niezupełnie jednak, z chwilą wystąpienia wysypki. 5) Charakter wysypki: w 1 przypadku polimorficzny, wreszcie jednak składający się przeważnie z plam (*maculae*). 6) Poty przy istniejącej jeszcze gorączce i w chwili wykwitania wysypki. 7) Okolicie zajęte przez wysypkę [przeważnie plecy i pośladki]. 8) Zmiany na błonie śluzowej gardzieli.

Cechy powyższe, wobec braku zaburzeń gastrycznych, braku ciężkiego przebiegu, niezwykłego osłabienia i powolnego zdrowienia, nie pozwalają uznać cierpienia za niewątpliwą dengę; pamiętać jednak należy, że klasyczne opisy dotyczą przebiegu na południu, gdzie też i złagodzone postacie występować mają.

Czy plamy na gardzieli, o których autorowie przy dendze nie wspominają, przemawiają za lub przeciw niej, tego autor nie śmie rozstrzygać wobec bardzo nieznacznych wzmianek o zmianach w gardzieli, w dostępnych mu opisach dengi.

Świątecki Wł. O stosunku gorączki zwanój „dengue“ do grypy. Kron. Lek. Z. 8, str. 385.

Autor w czasie panującej epidemicznie influenzy w Warszawie, spostrzegł [w szpitalu D-ka Jezus] trzy przypadki wysypek ostrych, niepodobnych do żadnej ze znanych, za to identycznych prawie z t. zw. dengą. Były tu bóle w stawach, gorączka, wysypka, rozbicie ogólne, długie trwanie choroby i t. p. Autor skłonny jest przypuszczać, że denga i grypa są tą samą chorobą, chociaż słusznie zastrzega się, że ostatnie słowo w tej kwestyi należy zostawić bakterjologii, która jak wiadomo dotychczas jeszcze nie wykryła „prawdziwego“ zarazka grypy.

S t a m p k e Fr. Kilka uwag z powodu gorączki, zwanój „dengue“ i epidemii grypy [influenzy]. Now. lek. str. 113.

Krótki opis sześciu przypadków influenzy, które zbliżają się do opisywanych przez lekarzy gorączki, zwanój dengue. Autor przemawia za tożsamością tych dwóch chorób, lubo ostatecznie tej kwestyi rozstrzygać nie chce.

Chełchowski K. Dwa przypadki zebrania płynu mlecznego w jamie opłucnej. Gaz. Lek. Nr. 24, str. 476.

Spostrzeżenie pochodzi z kliniki prof. POPOWA, gdzie w ciągu 2 lat spostrzegano 4 podobne przypadki [dwa opisał WŁ. ZAWADZKI].

W przyp. 1-szym CHEŁCHOWSKIEGO była gruźlica płuc przewlekła, stary wysięk opłucnowy; nastąpiła przemiana wysięku w mleczny z wielką ilością cholestearyny.

W przyp. 2-im był rak żołądka, zajęcie wtórne gruczołów chłonnych, uciśnięcie przełyku, przewodu piersiowego, wylew mleczny do jamy lewej opłucnej.

W obu przypadkach CHEŁ. robił szczegółową analizę chemiczną płynu.

Autor zalicza oba swoje przypadki do t. zw. *hydrops chylosus* [według podziału QUINCKE'go, który rozróżnia *h. adiposus* t. j. zwykle wysięki i przesięki z zawieszonymi w nich tłuszczonymi komórkami i *h. chylosus*, w którym tłuszcz jest doskonale zemulsyjonowany].

Co do powstawania płynu mlecznego, CH. przyjmuje tłumaczenie LETULLE'a, który twierdzi, że stary wysięk w skutek stłuszczenia jego składników białkowych może przybrać cechy płynu mlecznego. Wysięk mleczka, albo przesiekanie tegoż [teoryja SENATORA] może mieć miejsce do jamy otrzewnej, gdzie znajduje się wiele kapilarów mlecznych; do jamy opłucnej mleczko może się dostać, według CHEŁCHOWSKIEGO, tylko w skutek pęknięcia naczyń mlecznych w klatce piersiowej. W ogóle etjologija tej sprawy jest ciemną.

Świątecki Wł. Rzadki przypadek bardzo rozległej rozedmy podskórnej (*emphysema subcutaneum*) powstałej na tle gruźlicy płuc. Gaz. Lek. Nr. 23, str. 452.

U chorą 69-letnią, dotkniętą rozedmą płuc i gruźliczym nacieczeniem lewego płuca, przybyłą do szpitala z powodu złamania III żebra po lewej stronie, po miesięcznym pobyciu w szpitalu wystąpiła rozległa rozedma podskórna, obejmująca przednią powierzchnię szyi, klatkę piersiową i brzuch. Po czterech dniach chora zmarła. Na podstawie badania pośmiertnego, autor w taki sposób tłumaczy powstanie rozedmy skórnej: powstała na tle gruźlicy zapalenie zlepne opłucnej wytworzyło rozległe zrosty płuca lewego z klatką piersiową; następnie powierzchownie położona jama oskrzelowa w skutek owrzodzenia zamieniła się na zwykłą jamę gruźliczą, która szerząc się ku obwodowi doszła do klatki piersiowej. Sprawa gruźlicza stopniowo zajęła opłucną ścienną, okostną żeber, przyczem najbardziej ucierpiało żebro IV, które też łatwo uległo złamaniu. W pobliżu złamania było najgłębsze owrzodzenie części miękkich 3-iej przestrzeni międzyżebrowej i tu nastąpiło pęknięcie w czasie kaszlu. W ten sposób powstała komunikacja między drogami oddechowymi

a tkanką łączną podskórną. W końcu autor mówi w ogóle o rozedmie podskórnej na podstawie treściwie zebranej literatury przedmiotu.

T e t z. Stosowanie salicylanu sodu przy surowiczém zapaleniu opłucnej. Med. Nr. 30, str. 465.

Wspomniawszy o obojętności, z jaką przyjęto zalecenie AUFRECHTA podawania kwasu salicylowego przy surowiczém zapaleniu opłucnej, autor ze swoich spostrzeżeń wyciąga wniosek, że przy użyciu tego środka następuje niekiedy bardzo szybkie uzdrowienie, że czas trwania choroby daleko jest krótszym i że trwające niekiedy po kilka już tygodni wysięki ustępowały pod wpływem jego użycia. Poniekąd, zdaniem autora, ma on téż znaczenie rozpoznawcze, gdyż w braku działania spodziewać się należy ropnego wysięku, co niejednokrotnie było spostrzeganém. Działa kwas salicylowy przy tém cierpieniu w sposób specyficzny. W końcu autor podaje 10 przypadków zapalenia opłucnej, leczonych tą metodą.

S t r o j n o w s k i F. Kilka słów o leczeniu zapalenia opłucnej przetworami kwasu salicylowego. Now. lek. str. 357.

Autor obserwował 22 przypadki zapalenia opłucnej, w których stosował leczenie salicylowe. Wyleczenie zupełne nastąpiło tylko w 3 przyp. [średnio po 4 tygodniach]. W innych przypadkach autor musiał się uciec do innych metod [punkcyjja, środki moczopędne]. Autor powstaje przeciwko utożsamianiu gośćca i *pleuritis* wobec braku dowodów i przeciwko szablono wemu stosowaniu salicylu w téj ostatniej chorobie. Przetwory salicylowe nie są dla organizmu obojętne, a skuteczność ich przy zapaleniu opłucnej wcale nie jest dowiedziona. Nie należy zatem zaniedbywać ani leczenia przeciwwzapalnego, ani operacyjnego, które mają za sobą podstawę teoretyczną i dowiedzioną skuteczność.

B i e g a ń s k i W. W kwestyi leczenia zapalenia opłucnej przetworami salicylowými. Now. Lek. str. 533.

W odpowiedzi na powyższy artykuł, autor zarzuca temu ostatniemu, że stosował salicyl szablono w o t. j. we wszystkich przypadkach zapalenia opłucnej, jakie mu się zdarzyły. Tymczasem etylogija téj choroby jest bardzo różna, a salicyl pomaga tylko w samoistném zapaleniu opłucnej, które jest analogiczne z reumatyzmem stawowym. Ta analogija wpływa nietylko *ex juvantibus*, jak chce kol. S., ale ma podstawy teoretyczne: budowę anatomiczną opłucnej, powikłania reumatyzmu zapaleniem opłucnej, podobieństwo kliniczne tych dwóch chorób. Zasada zresztą rozpoznawania *ex juvantibus* ma szerokie zastosowanie w innych gałęziach medycyny np. w s y f i l i d o l o g i i. Kol. B. podaje wreszcie wskazówki do leczenia zapalenia opłucnej przetworami salicylowými, które dadzą się streścić tak: 1) Salicyl działa dobrze w zapaleniach opłucnej świeżych, przebiegających z gorączką, a szczególnie z potami, łamaniem

w mięśniach i w stawach, zwłaszcza jeżeli wysięk jest mały; 2) Nie należy stosować salicylu w wysiękach ropnych, w przypadkach zastarzałych i w wyraźnie wtórnych wysiękach, występujących w przebiegu innych chorób [z wyjątkiem reumatyzmu stawowego].

Pawinski J. Ostra prosowata gruźlica bez gorączki [w postaci zaduszającej]. Gaz. Lek. Nr. 22, str. 433.

20-letnia służąca przybyła do szpitala z powodu duszności i krwioplucia. Znalaziono: dobre odżywianie, stan bezgorączkowy, tętno częste [140], oddech szybki [60], sstłumienie u lewego wierzchołka, wydłużenie oddechu, wiele rzeżeń, w płwocinie — mnóstwo laseczników Koch'a. W ciągu 7-dniowego pobytu w szpitalu chora nie gorączkowała, ale opadła z sił i cierpiała nadzwyczajną duszność, wśród której zmarła. Na sekcji znalaziono w płucach dwie jamy a na rozkroju mnóstwo drobnych, prosówkowatych guziczków. Takież guziczki znalaziono na wątrobie i na śledzionie. PAW. zalicza swój przypadek do włóknistej postaci suchot płucnych, do której przyłączyła się prosówkowata gruźlica. Obok charakterystyki samego przypadku, autor podaje szczegółowo rozpoznanie różniczkowe, na które szczególną trzeba było zwrócić uwagę wobec braku gorączki. Z chorób, które najbardziej są zbliżone do podobnej postaci chorobowej, są mianowicie choroby serca, jak zwężenie otworu żylnego lewego, zwężenie i zatkanie tętnie wieńcowych i nadruchliwość serca.

Srebrny Z. Sprawozdanie ze spostrzeżeń, poczynionych w Berlinie nad działaniem płynu Kocha. Gaz. Lek. Nr. 48, str. 959.

Są to wrażenia z najpierwszych dni stosowania płynu Koch'a w Berlinie. Przedewszystkiém autor zaznacza, że nie widział ani jednego przypadku wylezonego. Autor wogóle zapatruje się krytycznie na widziane przez siebie przypadki, zaznaczając silną reakcję po zastrzykaniach i zalecając ostrożność w stosowaniu płynu Koch'a u suchotników.

Zielewicz. Dotychczasowe spostrzeżenia i refleksyje nad zastosowaniem płynu Kocha. Now. Lek. Nr. jubileuszowy, str. 46.

Wynik dwutygodniowej obserwacji działania płynu Koch'a. W 3-ch przypadkach nie gruźliczych po zastrzyknięciu 0,01 żadnej reakcji. W 2-ch przypadkach podejrzanych — żadnej reakcji. W 4 przypadkach sprawy kostnej gruźliczej odczyn ogólny, miejscowo — bolesność. W sprawach skórnych gruźliczych w 2 przypadkach odczyn ogólny i miejscowy. Przy wilku bardzo silny odczyn miejscowy i ogólny. W jednym przypadku różne objawy ze strony płuc. Przy raku — żadnej reakcji.

Szprycę Koch'a autor uważa za niepotrzebną — wystarcza Prawa t.z.

Co się tyczy wrażeń, to autor sądzi, że płyn Koch'a jest dobrym środkiem dyagnostycznym, ale z ograniczeniem [bo reakcja może

wystąpić i u człowieka zdrowego], odczyn miejscowy należy uważać za objaw patognomiczny dla gruźlicy. O leczniczej wartości płynu sądzić nie można dotąd. Płyn może być niekiedy zabójczym.

Jarunowski A. Leczenie suchot płucnych środkiem Kocha na podstawie własnych doświadczeń. Now. Lek. Str. 51.

Spostrzeżenia z Görbersdorfu. Opisano szczegółowo sposób i ostrożności, jakie zachowywano przy zastrzykiwaniach. Wnioski autora: 1) Wrażliwość na szczepionkę KOCH'a jest rozmaita u chorych na suchoty i niezależną od stanu ich zdrowia; 2) należy stosować małe dawki, stopniowo je zwiększając; 3) przebieg odczynu bywa rozmaity; 4) odczyn miejscowy umożliwia rozpoznanie w miejscach badaniu nieprzystępnych; 5) leczenie środkiem KOCH'a nie wywiera wogóle złego wpływu; 6) na stan gorączkowy i na poty wstrzykiwania działają niekiedy korzystnie; 7) u niektórych chorych szczepienie wywołuje niekiedy ciągłą gorączkę, przy czém występują zmiany fizykalne w miejscach płuc, dotychczas normalnych; 8) wstrzyknięcie płynu KOCH'a wywołuje zmianę w płwocinie i w lasecznikach gruźliczych w niej zawartych.

Gluziński Prof. Kilka spostrzeżeń nad działaniem środka Kocha szczególnie u dotkniętych gruźlicą płuc. Przegl. Lek. Nr. 51, str. 708.

Wyniki dwutygodniowej obserwacji u kilkunastu chorych. Co do objawów ogólnych, autor potwierdza spostrzeżenie prof. KORCZYŃSKIEGO co do szybkiego powiększania się śledziony podczas reakcji. Prócz tego zaznacza trujące działanie na serce [tętno staje się miękkim, częstym, nieregularnym]. Miejscowo na płuca środek KOCH'a działa według G. w ten sposób, że wywołuje zapalenie reakcyjne wśród żyjącej tkanki gruźliczej, przy czém G. rozróżnia 3 okresy [nawał, naciek i rozdzielenie]. Wartość lecznicza środka KOCH'a zależy będzie od tego, o ile ten środek sprowadzać będzie nekrozę ogniska gruźliczego i o ile umiejscowienie tego ogniska umożliwi jego wydalenie na zewnątrz. W połowie przypadków nastąpiło krwioplucie. Zwiększeniu ilości laseczników w płwocinie, jak również zmienności ich form, G. nie przypisuje żadnego znaczenia.

Surzycki J. Przyczynę do zachowania się płuc przy leczeniu gruźlicy metodą Kocha. Przegl. Lek. Nr. 52, str. 723.

Jest to historia choroby 2 przypadków gruźlicy płuc, w których stosowano wstrzykiwania płynu KOCH'a. Autor szczegółowo opisuje stan płuc po każdym wstrzyknięciu. Reakcja miejscowa objawiała się zwiększeniem ilości rzężeń, stłumieniem odgłosu w najbliższym sąsiedztwie nacieku gruźliczego i w miejscach odległych. Reakcję tę można uważać jako pewien rodzaj zapalenia płuc. Waga ciała w pierwszym przypadku wróciła do pierwotnej, w drugim—zmniejszyła się o 2,1 kilogram.

Chełmoński. Leczenie przewlekłej gruźlicy za pomocą gorącego powietrza. Gaz. Lek. Nr. 13, str. 263.

Fakt, że laseczniki gruźlicze przy wysokiej ciepłocie [42° C.] rozmnażać się nie mogą, pobudził d-ra L. WEIGERTA do zastosowania wdechań gorącego [150—250° C.] powietrza przy gruźlicy płucnej za pomocą odpowiednio zbudowanego przyrządu. Powietrze wydechane ma mieć wtedy około 45° C., czyli ciepłota w płucach musi być wyższą nad 45°. Chory oddycha gorącym powietrzem dwa razy dziennie, z początku po $\frac{1}{2}$, a później po 2 godziny.

Wyniki WEIGERTA otrzymywał znakomite.

Badania większości lekarzy wykazały brak wszelkiej poprawy, lub bardzo nieznaczna tylko przy stosowaniu tej metody, a doświadczenia na zwierzętach dowiodły fałszywego jej założenia.

Autor, stosując tę metodę w 6 przypadkach przewlekłej gruźlicy płucnej, dochodzi do wniosku, że metoda WEIGERTA nie daje wyników, któreby upoważniały do przedsięwzięcia dalszych prób.

Błażejewski. Terapija niektórych chorób płucowych. Now. Lek. Str. 1, 45.

Chodzi tu mianowicie o leczenie chirurgiczne ropnia płucowego, zgorzeli płuc i jam w mięszu płucnym gruźliczych i powstałych wskutek rozszerzenia oskrzeli. Podano w krótkości literaturę przedmiotu i wiadomość o dokonaniu tego rodzaju operacyj przez d-ra ZIELEWICZA. W jednym przypadku u 15-letniego chłopca w czasie operacyi otoku ropnego Z. dostrzegł na powierzchni płuca otwór, z którego sączyła się ropa. Rozszerzono otwór, znaleziono jamę zależną od rozszerzenia oskrzeli. Jamę wypełniono lepką gazą jodoformowa. Chłopiec po 8 tygodniach wyzdrowiał. W drugim przypadku po urazie powstał ropień w płucu [złamanie żebra, ropień powierzchowny, przetoka i ropień w płucu wielkości gęsiego jaja]. Terapija taka sama. W trzecim przypadku u 55-letniego mężczyzny wskutek ropnia płucnego powstał otok ropny z lewej strony. Sprawę uważano z początku za otok ropny, nie podejrzewając ropnia. Zrobiono cięcie w 8-ém międzyżebżu, założono sączek. Następnie resekcya 7-go żebra. Wtedy znaleziono jamę w płucu—prawdopodobnie ślad dawnego ropnia. Przepłukanie sublimatem, założenie gazy jodoformowej. Wyzdrowienie.

Ruppert H. Przyczynę do patologii powikłań zapalenia płuc włóknikowego. Gaz. Lek. Nr. 24, 25, 26, str. 470, 497, 512.

U chorego 52-letniego tragarza [klinikę prof. POPOWA] obok zapalenia płuc włóknikowego rozpoznano za życia: *endocarditis acuta, keratitis, leptomening. cerebro-spinalis*. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie, przyczem okazało się także, że chory miał *panoplitumitis acuta dextra* — to rzadkie bardzo powikłanie zapalenia płuc. W ropie, jakoteż

i w dotkniętych narządach autor znalazł diplobacyle, zupełnie identyczne co do wyglądu, barwienia i hodowli z wykrytym przez WEICHSELBAUMA w 2 przyp. *endocard. ulcer.* drobnoustrojem, nazwanym przez niego *diplobacillus endocarditidis brevis*. Pasożyt ten różni się od t. zw. „diplokokków pneumonicznych“ [FRAENKLA] tém tylko, że daje hodowle na żelatynie odżyweź przy ciepłocie pokojowej. Autor nie rozstrzyga ostatecznie pytania, czy powikłania zapalenia płuc zależą od tego samego pasożyta, co główna sprawa, czy téż od innego — ropotwórczego, gdyż oba te pasożyty są bardzo do siebie podobne i różnica, jaka między niemi zachodzi, mogła być przez innych badaczy przeoczona. W drugim przypadku, jako powikłanie zapalenia płuc wystąpiło zapalenie gruczołu przysusznego. Zapalenie to z początku nie miało charakteru ropnego: w wysięku znajdowano dwa pasożyty [jeden, nie wywołujący ropienia, którego hodowle się nie udawały na zwykłych gruntach i drugi — stafilocok ropny]. Po przecięciu sprawa przybrała charakter ropny i wówczas już nie znajdowano pierwszego pasożyta tylko stafilocok ropny. Autor przypuszcza, że ów pierwszy, nieropotwórczy pasożyt, był właśnie rzeczywistym pasożytem pneumonicznym [FRAENKLA].

Wreszcie autor opisuje zmiany, jakie znalazł [w przypadku 1-ym] w rdzeniu. W oponie miękkiej znaleziono nacieczenie drobnokomórkowe i bardzo liczne *diplobacyle* [wyhodowane przez autora]. W zgrubieniu szyjowém w okolicy tylnego prawego rowu znaleziono 2 ogniska zmienionej substancji rdzeniowej przy odpowiedniém barwieniu znaleziono zmiany w komórkach nerwowych [zmniejszenie objętości, brak wyrostka, zanik jąder], w cylindrach osiowych [znaczne napełnienie].

Sokołowski A. O skrytych postaciach suchot płucnych. Odczyty, wydawane przez Redak. Gaz. Lek. Ser. II, zeszyt I.

Rozpoznanie pewnych postaci suchot płucnych przedstawia niekiedy wielkie trudności. Często mianowicie suchoty płucne przybierają na początku łudzącą postać innych chorób. Autor na mocy własnego doświadczenia, ilustrując rzecz przykładami, przedstawia cały szereg takich „skrytych“ postaci suchot.

1) **Wrzekoma blednica** — główne cechy odróżniające od blednicy prawdziwej: wychudzenie, gorączka, przyspieszenie tętna, kaszel, bezskuteczność żelaza.

2) **Postać wrzekomo-sercowa** — bicia serca, niekiedy szmer w sercu, wychudzenie. Zdarza się u młodych chłopców.

3) **Wrzekome zołzy** — uporeczywy kaszel, zależny od gruźliczej sprawy w gruczołach oskrzelowych.

4) **Wrzekoma zimnica** — odróżnia się od prawdziwej typem gorączki, która zwykle jest ciągłą [przy dokładném i częstém mierzeniu] i bezskutecznością chininy. Nie trzeba jednak zapominać, że

u nas opisywano przypadki *bronchitidis malaricae* [DUNIN] i sam autor widział podobny przypadek a w ostatnich czasach kol. HEWELKE.

5) Postać wrzekomo żołądkowo-kiszkowa. Cechuje ją uporczywy brak łaknienia, bóle i gniecieenie w dołku. Bardzo rzadko zdarzają się owrządzenia ściany żołądka natury gruźliczej [taki przypadek widział autor w szpitalu]. Niekiedy jako objaw pierwotny gruźlicy występuje rozwolnienie.

6) Postać wrzekomokrtaniowa. U ludzi pozornie zdrowych znajdują się niekiedy owrządzenia lub nacieczenia w krtani pochodzenia gruźliczego. Tacy ludzie mogą nie kaszłać, albo też w płwocinie nie mieć laseczników; gdy płuca zwłaszcza są niezajęte, rozpoznanie jest trudnym mianowicie bez troskliwego badania laryngoskopowego. Dla tego też należy, oprócz starannego badania krtani, wziąć pod uwagę całą anamnezę chorego, stosunki, dziedziczność i t. p. Co do objawów miejscowych autor zwraca uwagę na wczesne objawy suchot krtaniowych, a mianowicie: jednostronne zaczerwienie struny głosowej prawdziwej, owrządzenia na tylnych częściach strun głosowych [bywają tu i owrządzenia kataralne!], a szczególnie często się zdarzające nacieczenia na tylny ścianie krtani [w okolicy międzynaławkowej], nieruchomość jednej połowy krtani.

7) Wrzekoma rozedma płuc. Pod taką postacią przebiega nieraz włóknista postać suchot. Chorzy uważani są za emfizematyków. Dopiero krwioplucie, ogólne osłabienie zwraca uwagę lekarza i pozwala wykryć zmiany wierzchołkowe, niekiedy laseczniki w płwocinie.

8) Postać wrzekomopłucnowa. Chorzy przed ostatecznym rozwojem gruźlicy zapadają na *pleuritis sicca*, albo na wysięk do opłucnej, chociaż nie można zaprzeczyć, że i wysięki do opłucnej bywają natury nie gruźliczej. Tu znowu nie pojedynczy jakiś objaw, lecz rozważenie wszystkich danych rozstrzygają o rozpoznaniu.

9) Postać wrzekomokrupowa. Są to suchoty płucne, przebiegające z początku podobnie do ostrego zapalenia płuc. Jeżeli w płwocinie niema laseczników, winniśmy zwrócić uwagę na pewne cechy kliniczne, odróżniające tę sprawę od zwykłego zapalenia płuc: 1) brak stosunku między rozległym stępieniem a mało wyraźnymi objawami wysłuchowými, 2) obrzęk kończyn dolnych, 3) mocna duszność, 4) szybkie chudnienie i upadek sił.

Sokołowski A. Kilka uwag nad stosunkiem wzajemnym dyjatezy artrytycznej do suchot płucnych. Gaz. Lek. Nr. 20, 21, str. 393 i 417.

Dyjateza artrytyczna wpływa dodatnio na rozwój suchot płucnych [w przeciwieństwie do cukromoczu]. Autor podaje owoc swojej 10-letniej obserwacji w tym kierunku. Chorych dzieli na 2 kategorie: 1) chorzy dotknięci dziedzicznym artrytyzmem, o ile dostają suchot

płucnych, sprawa ma charakter przewlekły, zbliżony do postaci włóknistej. Objawy ze strony płuc są nieznaczne, przebieg bezgorączkowy, ogólny stan lichy, bóle w stawach, kolka nerkowa, w moczu dużo kwasu moczowego. Rokowanie niezłe. Leczenie przeważnie skierowane przeciwko ogólnemu stanowi: klimatyczne i hydroterapija. Autor ilustruje rzecz 3-ma przypadkami, długo spostrzeganiami. 2) U chorych płucnych rozwija się dyjateza artrytyczna [2 przykłady]—przebieg podobny t. j. przewlekły. Zastanawiając się nad przyczynami dyjatezy artrytycznej u osób drugiej kategorii, autor dochodzi do wniosku, że najprawdopodobniej gra tu rolę obfity dowóz ciał białkowych, mianowicie mleka. Mleko wpływa na zwiększenie kwaśności moczu i zwiększenie w nim kwasu moczowego. Autor przerobił szczegółową analizę moczu na samym sobie [łącznie z L. NENCKIM] przy użyciu mleka w ciągu 1½ miesiąca [podano szczegółową tablicę]. Co do leczenia suchotników, dotkniętych jednocześnie dyjatezą artrytyczną, to autor radzi przedewszystkiem zwracać uwagę na tę ostatnią, ponieważ dolegliwości ze strony płuc schodzą na plan drugi. A więc zaleca systematyczną kuracyję Marienbadzką, o ile można u źródła i następne zachowania dyjetetyczne, polegające na unikaniu pokarmów tłustych i mącznych [z wyjątkiem kartofli, które zawierają dużo potasu], a także ograniczenie napojów spirytusowych. Dalej potrzebny jest ruch, pilnowanie czynności kiszek [woda gorzka], jak również pielęgnowanie czynności skóry [zimne nacierania]. Podczas napadów kolki—morfina i ciepłe napoje.

Pawiński J. Potrójna wada serca [stenosis ostii venosi sinistri dextri et arteriosi sinistri]. Gaz. lek. Nr. 26, str. 507.

30-letnia praczka zachorowała nagle, zjawił się ból w boku, dreszcze, krwioplucie. Po tygodniu przyszła do szpitala. Rozpoznano: *stenosis ostii venosi sinistri, infarctus pulmonum*. Blizko po 2 tygodniach zmarła. Badanie pośmiertne wykazało, że przyczyną śmierci była *leptomeningitis purulenta basilaris*. Prócz tego znaleziono: *pneumonia dextra cachecticorum, pleuritis fibrinosa dextra*. Co do serca znaleziono zwężenie trzech otworów [żylnego lewego i prawego, tętniczego prawego]. Te trzy wady, kombinując się wzajemnie, zaciemniały obraz kliniczny i dane fizykalne. Prócz tego nie było wcale niemiarowości tętna. Ta ostatnia okoliczność poucza, że niemiarowość tętna w takich razach zależy nie od wady serca, lecz od spraw chorobowych samego mięśnia i zwojów nerwowych.

Pawiński J. Niedomykalność zastawek półksiężycowych, wywołana pęknięciem błony wewnętrznej aorty. Gaz. Lek. Nr. 1, str. 14.

U 70-letniej kobiety rozpoznano za życia: *Insuff. valv. semil. aortae. Endoortitis chronica. Hypertroph. cordis consecutiva*. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono pęknięcie błony wewnętrznej aorty

w poprzek na przestrzeni 6 cent. pod tylną i wewnętrzną zastaw. półksiężycową. Takie pęknięcie błony wewnętrznej nie może być rozpoznane za życia, mianowicie jeżeli jest świeże, gdyż nie daje żadnych charakterystycznych objawów. Z biegiem czasu zjawia się niedomykalność zastawek, ale i wtedy trudno jest odróżnić niedomykalność rzeczywistą od niedomykalności względnej.

R e j c h m a n. Oesophagitis exfoliativa. Gaz. Lek. Nr. 19, str. 381.

U chorego 33-letniego, który od lat kilkunastu doznawał od czasu do czasu nieznaicznego bólu i utrudnienia przy łykaniu, nagle podczas jedzenia mięsa powstało zupełne zamknięcie światła przełyku. Przyjęte pokarmy i płyny wywołują silne krztuszenie, podczas którego piątego dnia od chwili powstania zamknięcia, chory wyrzucił na zewnątrz dość dużą błonę, co pozostało bez wpływu jednak na zamknięcie światła przełyku.

Przy badaniu [6 dnia] zglębnikiem RICHETA 25, autor w dolnej trzeciej przełyku natrafił na przeszkodę, którą przy mocniejszym nacisku nagle udało się pokonać. Możliwość połykania od tego czasu powróciła, a w parę dni później ze stolcem wyszła błona, podobna do tej, jaką chory przez gardło wyrzucił. Tę ostatnią autor miał możliwość badania pod drobnowidzem. Błona ta składała się jedynie i wyłącznie z kilkunastu warstw płaskiego nabłonka, nie różniącego się od komórek przełyku. Część komórek uległa zrogowaceni. Błona rozpatrywana była wytworem błony śluzowej przełyku, przyczém jednocześnie z hyperprodukcją komórek wytwarzała się substancja kitowa, spajająca komórki. Przypadek spostrzegany przez autora dowodzi, że w przełyku wydarzają się sprawy nieżytowo-zapalne, przy których powstają dość mocne, grube i obszerne błony, złożone z komórek nabłonkowych, mogące się stać powodem nagłego zamknięcia światła przełyku. Podobny przypadek spostrzegł BIRCH-HIRSCHFELD i nazwał go *pseudo-croupose Entzündung*. Autor za właściwszą uznaje nazwę podaną w nagłówku. W końcu autor objaśnia, w jaki sposób powstało zupełne zamknięcie światła po spożyciu mięsa.

Podgórski. Orexinum muriaticum, jako środek natrawienny. Przgl. Lek. Nr. 23, str. 305.

Autor w klinice prof. PAREŃSKIEGO stosował ten środek w 26 przypadkach u różnych chorych [nie żołądkowych] i w 2-ch przypadkach u chorego na żołądek (*catarrhus acidus cum dilatatione i carcinoma ventri.*). Trwałego zwiększania się łaknienia nie otrzymał ani razu. To zwiększenie występowało niekiedy dość stale, ale przechodziło prędko. Z ubocznych objawów występowały niekiedy wymioty, szum w uszach, zawrót głowy. Autor przypuszcza, że oreksyna może niekiedy podniecać łaknienie jedynie przez podrażnienie błony śluzowej żołądka.

Biernacki E. Trawienie żołądkowe w cierpieniach nerek. Do-niesienie tymczasowe. Przegl. Lek. Nr. 14, str. 181.

Autor zamierza zbadać trawienie żołądkowe u chorych na nerki. Dotychczas zbadał kilka przypadków zapalenia mięsżowego z obrzękami i dużą ilością białka w moczu. Chorzy mało lub wcale nie uskarżali się na objawy niestrawności. Jako próbnuy pokarm podawano białko lub mleko z bułką. Autor znajduje zawsze zmiejszoną ilość wolnego HCl lub brak zupełny, małą ilość pepsyny. Niedowładu żołądka nie znajdowano.

Puławski. Rak żołądka [scirrhus] z niezwykłym przebiegiem klinicznym. Gaz. Lek. Nr. 35, str. 698.

Chory 36-letni pochodzi z rodziny zdrowej; przymiotu nie przechodził, nau. żywał trunków. Od lat 3-eh miewał bóle w dołku i wymioty po jedzeniu „śliną“. Obecnie łaknienie dobre, skarży się tylko na powiększenie objętości brzucha. Badanie wykryło prawidłowy stan płuc i serca. W moczu nie nie prawidłowego prócz braku pepsyny. Ascites [płyn surowiczny]; po wypuszczeniu płynu wyczuwa się z lewej strony od linii środkowej guz twardy, gładki, ruchomy przy oddechaniu. Żołądek nie rozszerzony. Po próbnym pokarmie [białko kurcze i 200 c. wody] — zawartość oddziaływa zasadowo; po dodaniu HCl nie trawi. Kilkakrotne późniejsze badanie HCl nie wykrywało. Pojawiły się rozwolnienia i obrzęki i przy objawach coraz większego charłactwa chory życie zakończył.

Rozpoznanie wahało się między rakiem żołądka a marskością wątroby, brzmiało w końcu: rak pierwotny żołądka i rak wtórny wątroby. Sekcyja wykazała obecność raka żołądka (*scirrhus*); mała krzywizna, zrosnięta zupełnie z wątrobą. Tym sposobem ucisk, jaki wywierał rakowato zmieniony żołądek, 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 powyższym zasługuje jeszcze na uwagę długie trwanie sprawy, późne wystąpienie objawów charłactwa, zachowanie łaknienia prawie do końca życia, stałe prawie występującej odczynu zasadowy lub obojętny w zawartości żołądka po jedzeniu.

Bąkowski T. Rak odźwiernika jako następstwo wrzodu okrągłego żołądka. Przegl. lek. Nr. 37, str. 522.

Chory 60-letni miał wrzód okrągły żołądka, następnie rozszerzenie tegoż narządu. W zawartości żołądka znajdowano zawsze nadmierną kwasność zależną od HCl. W ciągu kilku miesięcy kwasność zawartości zaczęła się zmniejszać, jak również ilość HCl, wreszcie niekiedy HCl nie znajdowano wcale. Jednocześnie chory zaczął upadać na siłach. Prof. OBALIŃSKI dokonał resekcji odźwiernika, który się okazał rakowato zwyrodniałym. Chory wkrótce zmarł.

Puławski. Żółtaczka złośliwa z zejściem pomysłném. Przyczynę do kazuistyki t. zw. żółtaczek gorączkowych [zakaźnych]. Gaz. Lek. Nr. 27, str. 527.

U człowieka 37-letniego dotychczas zdrowego zjawily się objawy lekkiego niedomagania, dreszczyki, ból głowy, utrata łaknienia, silne bóle w kończynach dolnych. Stan taki trwał około 2 tygodni. W szpitalu zauważono silną żółtaczkę i gorączkę umiarkowaną [nie przechodzi 39° C.], typu zwalniającego, trwającą około 3 tygodni. W ciągu tego czasu zjawiają się bardzo ciężkie objawy nerwowe [majaczenie, apatyja, bóle w kończynach dolnych], wysypka krwotoczna na ciele, krwotoki z wielu narządów [nosa, płuc, kiszek], w moczu barwniki żółciowe, znaczne zmniejszenie ilości mocznika i leucyna. Przez cały ten czas chory cierpi na silne zaparcie stolca, zupełną utratę łaknienia. Stolec z początku bezbarwny, następnie, pomimo trwania żółtaczki i obecności barwników żółciowych w moczu, odzyskuje barwę prawidłową. Badanie przedmiotowe wykazuje zwiększenie częstości tętna i osłabienie tegoż, bardzo silne obłożenie języka, nieznaczne powiększenie śledziony, bolesność w okolicy wątroby bez zmian w jej objętości. Kilkakrotne badanie krwi wykazuje zwiększenie ilości białych ciałek, bez zmian w ciałkach czerwonych, bez obecności pasorzytów. Po 3 tygodniach następuje długie zdrowienie, w czasie którego zjawiają się klasyczne objawy *diabetes insipidus*.

Przypadek powyższy autor zalicza do kategorii żółtaczek złośliwych (*icterus gravis*) w znaczeniu, jakie nadawał temu terminowi TROUSSEAU i inni, przeważnie autorowie francuzcy. Do opisanego obrazu klinicznego zbliża się zimnica ciągła, jaka jest właściwa strefom gorącym. Rozstrzygającym w danym czasie mogłoby być podanie chininy, której chory nie przyjmował, dzięki czemu, zdaniem autora, to rozpoznanie mogło być wykluczonem, gdyż przy takim stanie nie osiągnięto by zdrowienia bez swoistego leczenia. Gorączkę powrotną, bezkrwistość złośliwą i białaczkę wrzekomą ścisłe badanie wykluczało. Do porównania pozostała jeszcze cała grupa żółtaczek gorączkowych zakaźnych, co prawda, również jeszcze mało zbadana pod względem etyologicznym i anatomicznym, jak i powyższy *icterus gravis*, który, być może z czasem w grupie tej miejsce znajdzie, jako posiadający w wysokim stopniu cechy choroby zakaźnej, w której żółtaczka gra pierwszorzędną rolę.

Dunin T. O habitualném zaparciu stolca, jego przyczynach i leczeniu. Odczyty kliniczne, wydawane przez Gazetę Lekarską. Seryja II. Zeszty 12.

Autor przedewszystkiem zbija rozpowszechnione poglądy, co do szkodliwych następstw habitualnego zaparcia stolca. Samootrucie ptomajami, jako następstwo zaparcia stolca, uważa za niedowiedzione: tylko

stagnacja kału rzadkiego może być źródłem obfitszego wytworzenia się ptomain i obfitszego dostawania się ich do obiegu krwi. Również za niedowiedzione uważa zjawienie się gorączki wskutek zaparcia [chorzy po operacjach brzusznych mogą się bezkarnie obywać bez stolca w ciągu kilku lub kilkunastu dni]. Zaparcie stolca może wywoływać niektóre przykre objawy miejscowe np. zsychnanie się i twardnienie kału. W dalszym ciągu autor wykreśla z przyczyn habitualnego zaparcia: katar kiszek, atonię, zanik błony mięsnej kiszek, zbroczenia w położeniu kiszek, nerkę ruchomą, opadnięcie trzew [t. zw. brzuch obwisły]. Za najważniejszą przyczynę habitualnego zaparcia stolca autor uważa neurasteniję, co stara się udowodnić za pomocą rozumowania i trafnie dobranych przykładów z własnej obserwacji. Wychodząc z tego punktu widzenia, autor leczy habitualne zaparcie przez leczenie neurastenii, a zatem zaleca choremu oderwanie się od pracy, hydropatyję, systematyczne użycie [w ciągu 5—6 tygodni] bromu w dużych dawkach [2,0—4,0]. Jako leczenie miejscowe uważa za najważniejsze wstrzymanie się od środków przeczyszczających *resp.* odwrócenie uwagi chorego od troskliwych studyjów stolca i języka, od zbyt ścisłej i jednostronnej diety. Elektryczności i mięsieniu nie przypisuje autor szczególnego działania, chyba w znaczeniu sugestyi.

VI. LARYNGOLOGIIA, RHINOLOGIIA I OTIATRYJIA.

Sprawozdawca

Zygmunt Srebrny.

Sędziak. Kwas trójchloroctowy [acid. trichloroaceticum] w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu. Gaz. Lek. NN. 34 i 35, str. 675, 692.

We Wrześniu i Październiku r. 1889 był autor świadkiem prób stosowania kwasu trójchloroctowego na klinice prof. JURASZA w Heidelbergu. Wyniki były tak pomyślne, że zachęciły autora do użycia tego środka w kilkudziesięciu przypadkach. Po zaznaczeniu własności chemicznych i fizycznych kwasu trójchloroctowego, podaje S. metodę stosowania go *in substantia*. Ponieważ środek ten rozplywa się na powietrzu, więc działa najlepiej tam, gdzie dostęp do chorego miejsca jest łatwy. Do takich okolic należy przedewszystkiem przedni brzeg dolnej muszli nosa, której umiarkowany przerost leczony był pomyślnie. W gardzieli stosował S. kwas trójchloroctowy przy nieznacznych przerostach migdałków, przy ziarninowatém zapaleniu gardzieli oraz przy przeroście migdałka językowego z dobrym wynikiem. Przy owrzodzeniach gardzieli pomyślnego

skutku nie widział. Rozlany i suchy niezbyt gardzieli leczone były roztworami kwasu trójchloroctowego. Z małym skutkiem użyty był środek przy gruźliczych nacieczeniach nagłośni i strun rzekomych. „W obu tych przypadkach niezbędne jest użycie lusterka krtaniowego.“ Co do uszów, to autor sądzi, że środek ten z korzyścią możnaby było stosować w przypadkach niewielkich polipów usznych i granulacji. Kwas trójchloroctowy działa słabiej, niż galwanokaustyka i kwas chromny, ale w porównaniu z pierwszą ma tę wyższość, że stosowanie jego nie wymaga kosztownych aparatów, z drugim,—że nie ma własności trujących i nie wywołuje silnego odczynu, ani bólu.

S ę d z i a k . Leczenie przerostu migdałków. Kronika Lek. NN. 6 i 7, str. 278, 335.

Autor przechodzi kolejno wszystkie metody lecznicze, przy przeroscie migdałków używane: środki ściągające, żrące, żegadło, elektrolizę i operację krwawą. Pierwsze mają więcej znaczenie historyczne, drugie mogą znaleźć zastosowanie przy umiarkowanym stopniu przerostu [kwas trójchloroctowy]. Żegadło działa energicznie i powinno znaleźć zastosowanie tam, gdzie obawiamy się krwotoku, zwłaszcza u dorosłych. Przeważnie używa się galwanokaustyki w postaci płaskiego kauteru, którym przypala się powierzchnię migdałka, lub śpiczastego, za pomocą którego robi się wkłuwania albo głębokie brózdki. Obie te metody wymagają większej ilości posiedzeń. Natomiast za pomocą pętli galwanokaustycznej migdałek może być usunięty odrazu. Metodę tę, według autora, w ostatnich dopiero czasach stosować zaczęto [por: MIDDELDORFF. *Die Galvano-kaustik*. 1854; VOLTOLINI. *Die Anwendung der Galvanok*. etc. 1872; MICHEL. *Die Krankheiten der Mundhöhle* etc. 1880. Spr.]. S. radzi ję używać tylko przy miękkich przerostach, które i przy słabém rozpaleniu drutu szybko usunięte być mogą. Żegadło PAQUELIN'a ma tę ujemną stronę, że widok rozpalonego żelaza przeraża chorego, i że przy użyciu jego może być obrażenie części zdrowych. Elektrolizy przy przeroscie migdałków S. nie stosował, ale przepowiada ję dobrą przyszłość, sądząc z badań swoich nad tą metodą przy wolach, jakie robił w szpitalu MACKENZI'ego na Golden Square w Londynie. Do krwawej operacji niektórzy autorowie używają noża, zarzucając tonsillotomowi MATHIEU'go to, że nóż obrączkowy może przy operacji pęknąć. Przypadek podobny zdarzył się GOUGUENHEIM'owi, o czém S. ustnie od niego się dowiedział podczas swego pobytu w Paryżu. Opisując technikę operowania nożem, autor ostrzega przed możliwością zranienia tętnicy szyjowej wewnętrznej, przytaczając jednocześnie oparte na badaniach anatomicznych zdanie ZUCKERKANDL'a o niesłuszności tego poglądu. Autor oddaje wyższość tonsillotomowi MACKENZI'ego nad tonsillotomem MATHIEU'go i dziwi się, że pierwszy na łądzie stałym jest tak mało używany. Zdziwienie swe

również pod tym względem wyraził SEMON z Londynu w rozmowie prywatnej z autorem. O niesłuszności zarzutu, jakoby przy użyciu tego tonsillotomu mogła wpaść odcięta część migdałka do dróg oddechowych, przekonał się autor podczas swego pobytu w Anglii, gdzie asystował przy setkach tonsillotomii i gdzie pewną ich ilość sam wykonał. Znieczulenie, czy to miejscowe, czy ogólne, jest zbyt cenne. W razie obustronnego przerostu należy natychmiast po wycięciu jednego migdałka usunąć drugi. W ten sposób zwykle postępują w Anglii. I przy operowaniu tonsillotomem, zdaniem autora, można zranić tętnicę szyjową wewnętrzną. Wogóle krwawienie znaczne podczas i po operacji należy do rzadkości: ani autorowi nigdy się to nie wydarzyło, ani też podczas swoich studyjów za granicą nie był świadkiem podobnego zdarzenia. Groźne krwotoki opisane były po operacjach u dorosłych, wskutek przewagi w przerostłych migdałkach elementów łącznotkankowych *resp.* naczyń. Tu więc lepiej stosować żegadło. Autor sądzi, że u nas istnieją jeszcze niezupełnie jasne pojęcia o ważności tonsillotomii i o czasie, kiedy ją wykonywać należy. Konserwatyści twierdzą, że wycięcie migdałków prowadzi do zaburzeń w głosie, i w czynnościach płciowych, oraz że przerost ich jest rodzajem tarczy ochronnej dla chorób zakaźnych. S. odpiéra to, zwracając uwagę właśnie na profilaktyczne znaczenie tonsillotomii wobec grożącej epidemii błonicy. Zaburzenia w głosie po operacji mogą mieć znaczenie tylko dla śpiewaków, zwykle następuje poprawa w głosie. „Co się zaś tyczy upośledzenia funkcji płciowych, jako następstwa ekstyrpacji migdałków, to jest to wprost paradoksalnym.“ Operację należy wykonać jak najwcześniej, a zarazem usunąć często z przerostem migdałków idące w parze wyrosłe adenoidalne. W przeciwnym bowiem razie, gdy przerost dojdzie do wysokiego stopnia, znajdziemy: „wyraz twarzy idiotyczny, mowa nosowa, wadliwa artykulacja, oddech utrudniony, dochodzący w przypadkach stykania się obu przerostłych migdałków w środkowej linii—aż do formalnych ataków zaduszania, chrapania w nocy, ustawiczne zasychanie w gardzieli, niedostateczny rozwój klatki piersiowej..., upadek ogólnego odżywiania, upadek intelektualnych zdolności, skłonność do częstych procesów zapalnych na migdałkach....“ „Objawy te potęgują się przy t. zw. wyczekującej metodzie leczenia. Chorzy tacy często pozostawiani są w tym okresie aż do dojrzałości płciowej—i wtedy, być bardzo może, że migdałki przeroste ulegną częściowemu zanikowi, lecz jakąż ztąd korzyść dla chorego. Następstwa cierpienia pozostaną w całej grozie: osobnik jest skończonym idiotą, nieużytecznym członkiem społeczeństwa, jest on, powiedzmy prawdę, ofiarą nieszczęśliwą źle zrozumianego konserwatyzmu lekarskiego.“ Wskazania do operacji stanowią: zaburzenia w oddechaniu, częste zapalenia migdałków, objawy nerwowe, oraz wyżej wymienione. Przeciwwskazania: *haemophilia*, przerost lewej

komórki, przeważanie tkanki erektylnej oraz panująca epidemia błonicy lub szkarlatyny. Omówienie leczenia ogólnego dopełnia całości.

Barącz. O vegetacjach adenoidowych jamy nosopółkowej. Wiadomości Lek. NN. 10 i 11, str. 291.

Po omówieniu anatomii, etiologii, objawów i rozpoznania choroby [autor bada tylko palcem], przechodzi B. do kwestyi leczenia. Operacje wykonywa zazwyczaj bez narkozy [tylko małe dzieci operował pod chloroformem] i na jedném posiedzeniu. Wiotkie narośle, napotkane przy badaniu zeszkrobuje autor paznogciem, co w wielu razach wystarczało do usunięcia cierpienia. Z narzędzi używa łyżeczki JUSTIG'a i nożyka kolistego HARTMANN'a. Do znieczulenia posilkuje się 10% roztworem kokainy. Krwotok po operacji tamuje, polecając choremu plukać gardło lodowym roztworem kwasu bornego, salicylowego lub nadmanganianu potasu. Poważniejszego krwotoku nie widział, a w danym razie tamponada gazą jodoformową powinna wystarczyć. Z innych powikłań możebne są objawy zakażenia [przeciwko wystąpieniu którym, naturalnie, walczyć należy przestrzeganiem aseptyki], zapalenie średniego ucha i wpadnięcie kawałka odciętych vegetacyj do krtani. Powikłania te są rzadkie. Jako leczenie następcze zaleca autor ostrożne przestrzykiwanie nosa letnim roztworem mieszaniny kwasu bornego z dwuwęglanem sodowym. Towarzyszące wyrosłom zmiany błony śluzowej nosa, przerosłe migdałki, niezżyt jam bębnekowych i trąbek EUSTACHJUSA należy odpowiedniemi leżeniem usunąć. Operowanie kleszczami tnącymi uważa B. za niebezpieczne, ponieważ mogą one ściskać i zdrowe tkanki, nie wystarczają do usunięcia vegetacyj ze ścian bocznych, i wprowadzone bez kontroli palca drugiej ręki mogą zranić muszle nosowe i lemiesz.

Sędziak. W kwestyi rozpoznawania oraz leczenia t. zw. wyrosłości adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Gaz. Lek. NN. 50 i 51, str. 992, 1012.

„Cierpienie powyższe do niedawna jeszcze było bardzo mało znane.“ [porówn. literaturę tego przedmiotu od r. 1868. *Spr.*] Autor podczas dłuższych studyjów na klinikach zagranicznych miał sposobność niezwykle często się spotykać z powyższem cierpieniem i sądzi, że nie bez interesu będzie dla czytelników zapoznać się pokrótce z rezultatami jego w tym kierunku badań.“ Należy operować wyrosłe zawsze, nawet w braku wszelkich objawów, „brak bowiem ich nie daje gwarancyi, że po pewnym czasie ze szkoda dla chorych nie wystąpią“, zaś zdanie o stopniowym ich zaniku z wiekiem jest tylko do pewnego stopnia słuszne. S. stosunkowo często widywał je u dorosłych“. Zwlekając z operacją wobec istniejących już szkodliwych dla ustroju objawów, w nadziei, że cierpienie to samo przez się w wieku późniejszym ustąpi, czyż działamy dla dobra chorego? Bynajmniej, wyrosłe adenoidalne uledz mogą wprawdzie stopnio-

wemu zanikowi, pozostanie jednak cały szereg szkodliwości, będących nieuniknioném następstwem tego cierpienia [upadek zdolności intelektualnych, głuchota, zaburzenia w narządach oddechania, w stanie ogólnym i t. d.] Operacyję wykonywa się od strony jamy ustnej lub przez nos zwykle na ślepo, rzadziej, przeważnie u dorosłych, pod kontrolą lusterka. Miejscowe znieczulanie kokainą w większości przypadków nie jest konieczne. Operowanie pod chloroformem powinno znaleźć jak najszersze zastosowanie, „gdyż odrazu cierpienie usunąć pozwala.“ Niebezpieczeństwo aspiracji krwi lub odciętych kawałków do dróg oddechowych jest przesadzone: autor, asystując przy kilku dziesiątkach podobnych operacyj, z których część sam wykonał, w Anglii, ani razu tego nie widział. Drugi zarzut, stawiany operacyi w narkozie, polega na tém, że jednorazowe usunięcie wszystkich vegetacyj połączone jest z tak silném drażnieniem, iż może wywołać zapalenie średniego ucha. Ale drażnienie to, „bodaj czy nie będzie większe przy kilkakrotnym, niż przy jednorazowym ręko-czynie“. Jeżeli się wykonywa operacyję bez chloroformu, to znowu „kardynalną zasadą być powinno nie za wiele na raz wycinać, aby uniknąć zbyt silnego drażnienia i krwawienia“ — należy więc operacyję rozłożyć na kilka posiedzeń. Dalej opisuje autor technikę operacyjną, krzesło operacyjne, jakie widział u prof. Moos'a w Heidelbergu, i rozmaite narzędzia do operacyi. S. używa kleszczy JURASZ'a do usunięcia większych wyrosli, resztę zaś operuje nożem GOTSTEIN'a i skrobaczką HARTMAN-N'a. Należy usunąć wszystko, o ile to jest możliwe. Przestrzykiwać nosa po operacyi nie powinno się robić, aby nie wywołać zapalenia średniego ucha. Jeżeli obok wyrosli adenoidalnych znajduje się jeszcze przerost muszel nosowych, to, po usunięciu pierwszych, przystępuje się do leczenia ostatniego; w razie znalezienia przerostu migdałków wycięcie ich poprzedza operacyję wyrosli. Z powikłań pooperacyjnych zapalenie średniego ucha zdarza się rzadko: autor, pomimo dość znacznego w tym kierunku doświadczenia, nigdy podobnego zdarzenia nie miał. Krwawienie podczas operacyi bywa dość znaczne, szybko jednak ustaje: MACKENZIE, podobnie, jak i autor nigdy nie widział potrzeby uciekania się do hemostatyków. Możliwe są, ale rzadko, krwawienia następcze. Wpadanie cząsteczek wyskrobanych do przełyku lub dróg oddechowych należy do rzadkości. Co się tyczy rozpoznawania, to „w większości przypadków, zwłaszcza w daleko posuniętych stopniach tego cierpienia już sam wygląd chorych naprowadza na myśl, z czém mamy do czynienia: wyraz twarzy idyiotyczny, twarz blada, wydłużona, nos nieproporcjonalnie wązki, otwory nosowe małe, wargę górną zbyt krótka, ztąd wystające zęby, zwłaszcza sieczne: [zapewne: zęby wystające, ztąd niepokryte wargą górną *Spr.*], usta rozwarte, chrapanie w nocy, często niedorozwój klatki piersiowej, wskutek niedostatecznego aktu oddechania, ogólny upadek odżywiania. Częstokroć głuchota, oddawna istniejąca.

Przy badaniu jamy ustnej w wielu przypadkach znajdujemy przerost migdałków podniebiennych, czasem przerost migdałka językowego, w gardzieli nieżyt przewlekły, często przerostowy (*pharyngitis granulosa*), w nosie często przerost muszel“. Właściwe rozpoznawanie czasem udaje się zrobić przez nos lub za pomocą rinoskopii tylnej. Najczęściej wypada uciec się do badania palcem, czego jednak w Anglii unikają. W końcu uczy autor, jak się bada jamę nosogardzielową za pomocą lusterka.

Przedborski. O krwotocznym zapaleniu krtani [*Laryngitis haemorrhagica*]. Gaz. Lek. NN. 25 i 26, str. 490, 515.

Autor przytacza odnośną literaturę i zaznacza dążenie niektórych autorów do wyosobnienia tej postaci chorobowej, jako mającej polegać na kruchości naczyń krtani. Rozebrawszy krytycznie argumenty, podawane na obronę tego poglądu, autor na zasadzie 3 własnych spostrzeżeń przechyla się na stronę tych, którzy w t. zw. krwotocznym zapaleniu krtani widzą zwyczajny nieżyt, wynaczynienia zaś czynią zależnymi od kaszlu, krzyku, nadużywania głosu i t. d.

Langie. O wilku pierwotnym w krtani. Przegl. Lek. NN. 9, 10, 11, 12, str. 113, 126, 140, 155.

Po krótkiej notatce historycznej, dotyczącej wilka krtani, podaje autor swoje spostrzeżenie, które jest 7-ém z dotychczas ogłoszonych. Przypadek pochodzi z kliniki prof. RYDYGLER'a i dotyczy 32-letniego mężczyzny. Stan krtani następujący: „Zaczerwienienie tak przedniej, jakoteż i tylnej powierzchni nagłośni. Fałdy nalewko-nagłośniowe obrzękłe; od podstawy nagłośni rozciąga się w prawej połowie krtani obrzęk, jak gdyby guz o powierzchni nierównej, ziarnistej, brudno-szaro zabarwiony, który zajmuje również i więzadło prawe. W lewej połowie krtani widać na brzusznej (? *Spr.*) ścianie porozsiewane drobne, płaskie guzki do wielkości ziarnka siemienia dochodzące, o powierzchni szarawej, więzadło lewe również niemi pokryte. Błona śluzowa pomiędzy pojedynczemi wybujałościami zaczerwieniona, wszędzie obrzękła. Pomiędzy wypuklającym się po stronie prawej obrzękiem, a więzadłem lewem utrzymuje się niezbyt wielka wolna przestrzeń kształtu nieregularnego, podłużna, która się przy wydawaniu głosu i przy ruchach oddechowych zwęża i rozszerza. Poniżej głośni znajdziemy również drobne guziczkowate wybujałości, takie same, jak na nagłośni i na błonie śluzowej krtani“. We dwa dni po przybyciu chorego do szpitala, duszność silnie się wzmogła i zmusiła do wykonania tracheotomii, a w 3 tygodnie później prof. RYDYGLER, w przypuszczeniu, że ma do czynienia z nowotworem złośliwym, przystąpił do wyłuszczenia krtani. Prof. BROWICZ atoli na zasadzie badania drobnowidzowego rozpoznał wilka.

Przytoczenie krótkich historyj dawniej ogłoszonych przypadków pierwotnego raka krtani oraz omówienie przyczyn, objawów, przebiegu, rozpoznania i leczenia choroby dopełniają całości.

Heryng. O wynikach chirurgicznego leczenia suchot krtani. Gaz. Lek. NN. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, str. 1, 34, 57, 77, 98, 117, 154, 211.

Z pomiędzy 28 chorych, których historyje zostały ogłoszone w roku 1887 zmarło 11 [czas trwania zablźnienia owrzdzeń krtani: 2—40 miesięcy], losy 9 są nieznane, żyje 8 [czas trwania zablźnienia owrzdzeń: 12—34 miesięcy]. Od r. 1887 do r. 1889 włącznie poddanych zostało leczeniu specjalnemu 60 suchotników, z których u 19 uzyskano zablźnienie za pomocą łyżeczkowania [czas trwania zablźnienia: 3—14 m.], u 10 za pomocą wcierania kwasu mlecznego. Wogóle zaś na 64 przypadki suchot krtani, leczone w przeciągu 3 lat ostatnich otrzymał autor poważną liczbę 50 zablźnień. Poświęciwszy dalej nieco miejsca przytoczeniu zdań rozmaitych autorów o wartości chirurgicznego leczenia, oraz polemice z prof. SCHNITZLER'em, przedstawiwszy dowody histologiczne wyliczalności gruźlicy krtani i omówiwszy kwestyję generalizacyi gruźlicy po rękoczynach chirurgicznych u suchotników, przechodzi autor do zapobiegania i leczenia suchot w ogólności, przypominając potrzebę utworzenia specjalnych sanatoryjów dla suchotników. Ponieważ leczenie miejscowe gruźlicy krtani tém lepsze daje wyniki, im wcześniej choroba została rozpoznana, przeto kładzie H. nacisk na konieczność wprowadzenia laryngologii do programu nauk uniwersyteckich.

Pieniążek. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia. Przegl. Lek. NN. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, str. 137, 153, 169, 182, 195, 208, 223, 239, 272, 304, 318.

Obszerna praca, oparta na 21 spostrzeżeniach, w których rozłupanie krtani wykonane było 14 razy przez autora, 7 razy przez innych w asystencyi P. z następujących przyczyn: przerost błony śluzowej rozmaitego pochodzenia; poderżnięcie i złamanie krtani; powracające po rękoczynach wewnątrzkrtańowych nowotwory łagodne (*papilloma*); nowotwory złośliwe; zapalenia ochrzęstnej, polip usadowiony pomiędzy chrząstkami nalewkowemi i ściągający struny ku linii środkowej; blizny, zwężające światło krtani; rozległe owrzdzenia gruźlicze; zarośnięcie dolnego odcinka krtani; ciało obce. Autor usilnie zaleca operowanie przy zwieszonj głowie, co czyni zbytecznym użycie rurki tamponowych, utrudniających pod pewnemi względami operacyję. P. przecina płyty chrząstki tarczowej od wewnątrz ku zewnątrz, wprowadziwszy przez ranę tracheotomijną herniotom [lub w razie skostnienia chrząstki nożyce kostne załączone] ku górze do przedniego kąta strun: takie postępowanie zabezpiecza w zupełności od uszkodzenia strun. Dla ułatwienia rozwarcia płyt przeciąć należy więz gnyko-tarczowy średni. Jeżeli wypada operować tylko w dolnym odcinku krtani, to przecięcie chrząstki tarczowej można ograniczyć do poziomu strun prawdziwych [licząc od dołu]. Po otworzeniu krtani wewnątrz jej pendzluje się 25% rozczynek kokainy dla uniknięcia

kaszlu i krztuszenia się ze strony chorego. W niektórych razach (*papiloma*) autor nie zeszywał rany, lecz ściągał ją plastrem lepkiem, a to w tym celu, aby mieć możność przeknania się następnego dnia, czy wszystko chore zostało usunięte. P. uważa za właściwsze wykonanie tracheotomii na pewien czas przed laryngofisurą, niż metodę jednoczesnego otwierania tchawicy i krtani. Przed operacją należy dokładnie poinformować się za pomocą lusterka krtaniowego i tchawicowego, co mamy w krtani do zrobienia, gdyż oryjentowanie się w rozłupanej krtani bywa nieraz trudnym. Toż samo badanie po operacji wskazać nam powinno, czy można rurkę tracheotomią usunąć. Wskazanie do przecięcia krtani stanowią: nowotwory łagodne, jeżeli po zabiegach wewnątrz-krtaniowych powracają lub tą drogą z różnych względów usunąć się nie dają; przerost rozlany błony śluzowej, prowadzący do zwężenia, osobliwie t. zw. *chorditis vocalis hypertrophica* [w lżejszych przypadkach tego cierpienia należy najpierw próbować metody dylatacyjnej] i przerost ograniczony do ściany tylnej i ściągający ku sobie struny; blizny po przebytych chorobach lub zranieniach krtani pozostałe, jeżeli leczenie wewnątrz-krtaniowe pozostaje bez skutku [jeżeli laryngofisura z wycięciem bliznowatej tkanki i następczym rozszerzeniem nie prowadzi do celu, to P. uważa za najwłaściwsze połowiczne wycięcie krtani]; urazy krtani, przy których bądź to naderwane płaty błony śluzowej, bądź to złamane jej chrząstki światło krtani zwężają [w pierwszym razie należy najpierw spróbować usunięcia płatów drogą wewnątrz-krtaniową lub przez ranę tracheotomią]; ciała obce, w krtani zaklinowane, które na drodze naturalnej usunąć się nie dają; zapalenie ochrzęstnej z jego następstwami [w ostrych przypadkach — jeżeli już z powodu duszności zrobiono tracheotomię — dla otwarcia ropnia, w przewlekłych dla usunięcia wybujałej tkanki, dla wycięcia klina w płycie chrząstki obrączkowej]; zmiany gruźlicze krtani, jeżeli są bardzo rozległe lub niedostępne leczeniu chirurgicznemu wewnątrz-krtaniowemu; nowotwory złośliwe, o ile nie okaże się potrzeba połowicznego lub całkowitego wycięcia krtani; przypadki nowotworów podejrzanęj natury bez zdecydowanego rozpoznania. W wielu razach po dokonaniu operacji wypada jeszcze stosować metodyczne rozszerzenie krtani.

Wiele bardzo cennych wskazówek praktycznych w krótkim referacie miejsca znaleźć nie może.

Heimann. Przypadek zбочenia rozwojowego uszów. *Medycyna* Nr. 29, str. 450.

Autor wspomina o rozmaitych zбочeniach w rozwoju błędnika, jamy bębenkowej i ucha zewnętrznego. W przedstawionym na rysunku przypadku autora zmiany były następujące: „płatki (*lobuli*) zrastają się przy brzegu wewnętrznym bezpośrednio ze skórą twarzy. Brzeg górny rąbka (*helix*) lewego jest także zrosnięty ze skórą twarzy, oddziela go od

niej powierzchowna bruzdka, zakończona ku przodowi *resp.* przy kącie przednim przymocowania muszli do twarzy małym dołeczkiem. Miejsce grobelki (*antihelix*) i odnóg widelkowych (*crura bifurcata*) zajmuje chrząstka okrągła, idąca od górnej granicy rąbka i wypukłością zwrócona na wewnątrz t. j. w kierunku przeciwnym aniżeli w stanie prawidłowym; krążek chrzęstny obejmuje dość znaczne zagłębienie (*concha?*). Poniżej chrząstki zauważyć można ledwo dostrzegalne zagłębienie skóry; odpowiada ono mniej więcej otworowi zewnętrznemu przewodu słuchowego zewnętrznego. Ze strony prawej, w miejscu, odpowiadającym otworowi zewnętrznemu przewodu słuchowego zewnętrznego, widać w skórze małe dołeczko okrągłe. Przed i nad nim dwa guziczki chrzęstne, pokryte skórą [grobelka?], idące z wewnątrz na zewnątrz i cokolwiek ku górze i dochodzące do brzegu rąbka; na miejscu, gdzie mają się znajdować jedna z odnóg widelkowych, rowek trójkątny i czółenkowy, istnieje okrągłe zagłębienie skóry, mające w części dolnej rowek półksiężycowy, zaś w górnej—dołeczek; inne części składowe muszli nie odznaczają się na skórze. Przy obmacywaniu muszle dają się wyczuć obustronnie pod skórą skrawki (*tragus*). Na powierzchni tylnej obydwóch muszli istnieje po kilka rowków poprzecznych powierzchownych, oraz na płatkach po jednym zagłębieniu okrągłym. W jamie ustnej brak całej części środkowej podniebienia miękkiego i połowy tylnej części środkowej podniebienia twardego. Połączenie kostne między wyrostkiem licowym łuski a wyrostkiem skroniowym kości licowej niezupełne, w miejscu połączenia skóra twarzy tworzy zagłębienie, wyraźniejsze po stronie prawej.“ Przyczyny tych zбочeń są ciemne. W tym razie matka trudni się noszeniem ciężkich koszów, przeiskajając je do brzucha. Może ten moment nie jest bez znaczenia, jakkolwiek zauważyć należy, że 9-ro poprzednich dzieci urodziło się zdrowymi, zajęcie zaś matki było to samo. Na zasadzie danych embriologicznych należy przyjąć, że rozwój powstrzymany został między końcem 2-o a początkiem 3-o miesiąca; zmiany podniebienia wskazują na niedorozwój ucha średniego. O stanie błędniaka rozstrzygnąćby mogło tylko badanie strojnikiem, co u 2-dniowego dziecka jest niemożliwe.

Szumlański. Przyczynę do wrodzonego zniekształcenia ucha zewnętrznego. Gazeta Lek. N. 20, str. 404.

U 17-letniej kobiety, głuchej od dzieciństwa na prawe ucho i narzekającej na strzykanie w tymże uchu znaleziono: „Obwód uszny (*helix*) znacznie powiększony i mocno zagięty w ten sposób, że wolny brzeg jego zwrócony był w górnej części ku dołowi, a w dolnej ku przodowi; przeciwowód (*antihelix*) stanowił nieznaczny wyniosłość, która w kształcie poprzecznie leżącej litery V obejmowała od góry i dołu grzbiety obwodu (*spina helioidis*); dolne zakończenie przeciwowodu, czyli przeciwskawek (*antitragus*) znajdował się tuż pod grzbiety obwodu, zakrywając w znacznej części od tyłu otwór przewodu zewnętrznego. Odnóg widłowych

(*crura furcata*) i znajdującej się pomiędzy niemi jamki (*fossa intercruralis* oraz skrawka (*tragus*) brak. Dolna część muszli przedstawiała się, jako znacznie wydłużony, płaski, mięsisty płatek uszny. Przewód zewnętrzny był zarosnięty: po odchyleniu ku tyłowi przeciwskrawka widać było ślepy kanał długości 5 mm.“ Przewodnictwo zewnętrzne po stronie prawej zniesione, kostne—zachowane. Wskutek tego, oraz na zasadzie symetrycznej budowy czaszki można było przyjąć prawidłowy rozwój ucha wewnętrznego, zaś brak zbocezeń w gardzieli i ruchach podniebienia miękkiego usprawiedliwiał przypuszczenie prawidłowego rozwoju średniego ucha. Pomoc mogła być okazaną tylko na drodze operacyjnej. Poboczne jednak względy stanęły na przeszkodzie wykonaniu zamierzonej operacji.

Koehler. Zapalenie środkowego ucha, jako choroba następcza influenzy. Nowiny Lek. Nr. 3, str. 111.

Autor spostrzegał przeszło 20 odnośnych przypadków: w 2-ch zajęte było ucho lewe, wreszcie prawe, ani razu oba; w 3-ch przypadkach wypływ był ropny, wreszcie śluzowy. Raz tylko skonstatowaną została domieszka krwi, wskutek tego K. nie zgadza się z poglądem innych autorów, uważających krwawienia za cechę charakterystyczną zapaleń średniego ucha w następstwie influenzy. W jednym przypadku wystąpiło powikłanie w postaci zapalenia okostnej wyrostka sutkowego. Raz zapaleniu uległa tylko błona bębenkowa.

Heiman. Kilka uwag o otwieraniu wyrostka sutkowego. Pam. Tow. Lek. Warsz. Zesz. II, str. 201.

Istniejące dotychczas wskazania do otwierania wyrostka sutkowego uzupełnia autor przez dodanie nowych:

1) Przy długotrwałej gorączce umiarkowanej, nawet bez jakichkolwiek bólów w wyrostku sutkowym lub bez objawów niedostatecznego odpływu wydzieliny w przebiegu zapaleń ostrych, a głównie przewlekłych ucha średniego, a względnie i wyrostka sutkowego.

2) Przy zapaleniu ostrém ropném ucha średniego bez wszelkich objawów zapalnych ze strony wyrostka sutkowego i bez objawów zatrzymania ropy, gdy wydzielina jest nader obfitą i nie ustępuje pomimo zastoso-
sowania wszystkich w takim razie używanych środków [w ciągu 2—3 tygodni], zwłaszcza, gdy chory taki gorączkować zaczyna.

3) Przy wyraźnych objawach początkowego okresu zapalenia mózgu i jego opon, jakkolwiek w tym razie, podobnie jak i operowanie przy rozwiniętej już ropnico-posocznicy, jak tego chce SCHWARTZE, daje szanse pooperacyjne bardzo wątpliwe.

Autor jest za wczesnym operowaniem, i od czasu, jak téj zasady się trzyma, w ciągu ostatnich 4½ lat miał na 45 przypadków téj operacji tylko 2 zejścia śmiertelne: jeden u suchotnika, drugi przy trwającym już

tydzień zapaleniu opon mózgowych. Z drugiej strony operuje autor także i wtenczas, kiedy już wystąpiły objawy groźne dla życia [ropnica, objawy mózgowe] i ilustruje pomyślny skutek operacji przez podanie odnośnego spostrzeżenia. Zdaniem H., operację otwierania wyrostka sutkowego powinien robić lekarz uszny, a nie chirurg. Aż do połowy roku zeszłego operował autor dłutkiem, od owego czasu zaś dał pierwszeństwo trepanowi [COLLIN'a], który pod wielu względami okazał się dogodniejszym.

Piętkowski. Olejek miętowy angielski w leczeniu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego. Przegl. Lek. Nr. 37, str. 521.

W 26 przypadkach długotrwałego ropienia stosowany był powyższy środek w następujący sposób: po przestrzyknięciu ucha ciepłym 5% roztworem *natr. sulfur.* i zastosowaniu postępowania POLITZER'a *resp.* próby VALSALV'y, ucho było przestrzykiwane kilkakrotnie mieszaniną, składającą się z 500,0 wody ciepłej, 5,0 olejku miętowego angielskiego i 100 wyskoku, następnie osuszane i zatykane długim tamponem z waty. Po 10—15 dniach ropienie zwykle zmniejszało się, niekiedy zupełnie ustawało. W ostatnim razie P. przechodził do opatrunku suchego z kwasu borowego z 1% roztworem olejku miętowego. W porównaniu z innymi środkami olejek miętowy zasługuje na pierwszeństwo, jako: 1) wcale nie drażniący błony śluzowej, 2) zmniejszający ropienie, 3) zupełnie bezpieczny w zastosowaniu, 4) odwanający wydzielinę, 5) przyjemny dla chorych i doskonale przez nich znoszony.

VII. CHIRURGIA.

Sprawozdawca

Wł. Szteyner.

Rydygier. Opis kliniki chirurgicznej w Krakowie, tudzież kilka uwag o stosownym urządzeniu kliniki chirurgicznej. Przegl. lek. N. 4, 11, str. 60, 145.

Nowa klinika posiada 3 sale operacyjne. 1) Wielka amfiteatralnie zbudowana sala wykładowa [ma 150 miejsc siedzących] oświetlona 9-iu dużymi oknami, amfiteatr zbudowany z żelaza, podłoga z flizów; całą salę można z góry do dołu zmywać wodą. Sterylizator stoi w sali operacyjnej tak, że można bezpośrednio z niego brać opatrunki i kłaść na rany; umywalnie są tak urządzone, że można mieć do woli wodę zimną, ciepłą, i gorącą. Stół operacyjny, cały żelazny, z dwiema pośrodku pochylonymi płytami szklanymi; w sali tej jest lampa elektryczna i przyrząd do projekcji mikroskop. obrazów. 2) Pokój operacyjny, sąsiadujący z salą wy-

kładową jest niewielki i przeznaczony do zmiany opatrunków i mniejszych operacyj poliklinicznych. 3) Pokój przeznaczony do laparotomii według zasad NEUBER'a, woda z podłogi spływa przez szklaną rurę do rury ściekowej na zewnętrznej stronie muru umieszczonej, okno z jednej szyby lustrowanej. Z 4-ch wielkich sal dla chorych każda jest przeznaczona na 12 łóżek i ma około 45 k. m. przestrzeni powietrznej dla łóżka. Sale chorych ogrzewane są za pomocą pieców, zaś sale wykładowe, operacyjne i korytarze za pomocą kaloryferów. Do zwożenia chorych z piętra na dół służy winda; opatrywanie chorych w salach zupełnie zniesione. Oprócz sal wielkich jest jeszcze 5 pokoi osobnych i mieszkanie asystentów. W suterynach są mieszkania dla służby, kuchnia rezerwowa, muzeum, kaloryfer, motor gazowy, pompa, maszyna elektro-dynamiczna i 2 łazienki dla lekarzy. Obok kliniki wybudowany jest mały jednopiętrowy domek, przeznaczony do doświadczeń na zwierzętach i innych prac naukowych.

Bogdanik. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Przegl. lek. Nr. 28, 29, 30, 32, 33, str. 397, 419, 432, 458, 473.

Autor miał sposobność obserwowania kilkunastu rannych z broni MANLICHER'a podczas walki bratobójczej w Białej [w Galicyi], oraz podał wyniki sekcji zwłok zabitych i umarłych z powodu pocisków. Broń, której użyto, był to karabin MANLICHER'a, zaprowadzony w armii austriackiej i pruskiej w roku 1888. Kula z tej broni ma powierzchnię gładką i składa się z cienkiej osłony stalowej i jądra ołowianego, długości ma 31,8 mm., średnicy 8 milimetrów, a waży 15,8 gramów. Do wyrzucenia tego pocisku z lufy potrzeba tylko 4 grm. prochu, mimo to niesie kula na 5000 kroków. Na minutę żołnierz może dać 40 strzałów.

Z ogólnej liczby 14 rannych zmarło po pewnym, dosyć krótkim czasie 9, [oprócz tych 4 sekcje dokonał B. na poległych], wyleczyło się 5. W danych przypadkach strzały padły z małej odległości, kilkadziesiąt do stukilkudziesiąt kroków. Rany zadane kulą całą przesywały najczęściej ciało na wylot; rany na skórze były okrągłe lub eliptyczne, miały przeważnie 5 mm. w średnicy z obwódka jakby od oparzenia, największa rana eliptyczna miała 1 cm. w średnicy. W mięśniach, tkance łącznej, powięzi, jakoteż otrzewnej ścienniej powstawały zawsze małe kanały lub otwory, o średnicy 1 do 1½ cm. t. j. dla małego palca drożne, o brzegach gładkich.

Na jelitach powstawały rany okrągławe dla palca drożne; brzegi ran bywały gładkie, błona śluzowa na około rany była zmarszczona, czopka śluzu, zatykającego zupełnie ranę, B. nie spostrzegł, mimo to często nie znajdował w jamie otrzewnej zawartości pokarmowej. Brzeg nerki okazywał małe okrągławe naddarcia, kula zaś przez całą nerkę przechodząca, pozostawiła tylko mały kanał, mniejszy niż grubość pocisku, miąższ nerki okazywał drobne zmiżdżenia. Jeżeli kula przesyła kość

płaską pod kątem prostym, wtedy powstawał ubytek o średnicy 6 mm. z brzegami mało postrzępionymi, od których widać było drobne szczeliny. W przeważnej liczbie przypadków znajdowano na kościach długich rozległe złamania i zmiżdżenia kości.

Inny zupełnie charakter miały rany postrzałowe, zadane kulą odbitą, były one znacznie rozleglejsze, niekształtne, zazwyczaj z ubytkiem skóry połączone, kule były w tych razach mocno zmienione, osłonka stalowa oderwana, jądro ołowiane na kawałki podzielone. Osłonka stalowa, ostre brzegi okazująca, zadawała większe uszkodzenia; rany na kiszce dochodziły do 1,5 cm. długości. Ogromne zniszczenia sprawiały kawałki ołowiu na oku i w mózgu. Kule odbite w kościach dawały rany niekształtne z rozległymi szczelinami i odłamkami.

Mówiąc o pomocy rannym, udzielać się mającej na polu bitwy, zwraca B. uwagę, że w przyszłej wojnie liczba zbierających rannych na pobojuwisku powinna być znacznie większa i lepiej wyewięziona. Zakładanie opatrunków nie może być zadaniem służby na pobojuwisku zajętej, z wyjątkiem przypadków, gdzie potrzeba unieruchomić zlaną kończynę, lub krwotok groźny zatamować. Wydobycie pocisków będzie trudniejsze z powodu ich gładkiej i twardej osłonki, a zatem wskazane raczej w szpitalach, niż na miejscu opatrunkowym. Przy ranach brzucha należałoby laparotomię wykonywać jak najrychlej, nawet jeżeli można w miejscu pierwszej pomocy. Ciężkość uszkodzenia zależną będzie od liczby przeszytych narządów. Że zaś liczba zadanych uszkodzeń u tego samego rannego będzie znaczną, przeto i śmiertelność będzie dużą, zwłaszcza przy zmiżdżeniu kości, zatem karabinów nowych ludzką bronią nazwać nie można.

W e h r. O zasadach udzielania pierwszej pomocy rannym w najbliższej wojnie. Przegl. lek. Nr. 49 i 50, str. 683 i 696.

W przeważnej liczbie przypadków ranę postrzałową uznać należy jako aseptyczną, która dopiero następnie ulega zakażeniu. Wiadomo, że przebieg rany postrzałowej najpomyślniejszym był wówczas, gdy się nią najmniej zajmowano. Z tych względów większych zabiegów operacyjnych na polu przedsiębrać nie należy. Skuteczną pomoc większej ilości rannym na polu walki można udzielić wobec ran aseptycznych przez założenie jak najrychlejsze opatrunku przeciwnilnego. Jak najszybsze usunięcie i przeniesienie rannego żołnierza z 1-jej linii zawsze pozostanie jednym z najważniejszych zadań. W pierwszej linii na polu walki najmniej zajmować się raną, najwięcej zaś rannym.

J a s i ń s k i. Leczenie ropni zimnych i opadowych metodą Mikulicza. Gaz. Lek. Nr. 3, str. 47.

Autor stosował metodę MIKULICZA w 86 przypadkach ropni zimnych i opadowych; przy tych ostatnich opróżniano ropień dopiero wtedy, gdy
Przegl. piśm. 1890. 6

można było przypuszczać, że pierwotne ognisko w kręgosłupie zagoiło się lub od jamy ropnia oddzielone zostało. Wyniki były następujące: Pewna ilość ropni, leczonych wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej, goi się po jedném zastrzyknięciu. Dla wygojenia innych ropni potrzeba dwóch zastrzyknięć i więcej. W 11 przypadkach po jedném przekłóceniu ropień pękał i po tygodniu przy codziennych płukaniach sublimatem się goił. W 19 przypadkach z powodu dużych strzępów, zatykających trójgranic, rozszerzano otwór za pomocą cięcia, nalewano jodoformu i zaszywano. Kilka razy do takiej rany musiano wstawić sączek. Dwa przypadki ropni wielopiętrowych pomimo szerokich cięć i wyskrobania zakończyły się śmiercią. Objawów zatrucia J. nie widział pomimo, że wstrzykiwał czasami naraz około 6 uncyj dziesięcio-procentowej zawiesiny jodoformowej.

Jaśniński. Balsam peruwijański w leczeniu gruźlicy miejscowej. Gaz. Lek. Nr. 4, str. 69.

Autor stosował balsam peruwijański czysty, lub rozcieńczony nieco alkoholem do opatrywania owrzodzeń gruźliczych oraz do wstrzykiwania w ropnie opadowe już otwarte. Wyniki otrzymał bardzo pomyślne w 11 przypadkach gruźliczych spraw w kościach u dzieci, robiąc od 3 do 20 wstrzyknięć z przerwami parodniowymi w szpitalu. Podobne wyniki otrzymywał i w praktyce prywatnej w 20 przypadkach.

Matlakowski. Główniejsze rodzaje szwu chirurgicznego. Kron. lek. Nr. 5, str. 229.

Autor na żądanie redakcyi opisał treściwie i dokładnie głównejsze rodzaje szwu chirurgicznego, tablica litografowana stanowi dobrą ilustrację opisu.

Obaliński. Dwa nowe własne pomysły, ułatwiające zakładanie przewiązek i szwów. Przegl. Lek. Nr. 43, str. 607.

1) Przy uranorafii O. przebija igłą z nitką oba brzegi rany od przodu ku tyłowi, następnie wewnętrzne a raczej tylne końce nitki wiąże ze sobą, przeciąga węzełek przez jedną z ran ukłucia i następnie szew od przodu zawiązuje. Pomysł nie nowy, jak to wykazał BARĄCZ [Przeg. lek. rok 1891].

2) Szew na szypułę maciczną lub jajnikową. Nawleka dwie mocne nitki o różnych barwach w jedną i tę samą igłę zwyczajną, którą przebija szypułę raz od przodu ku tyłowi, drugi raz od tyłu ku przodowi i t. d. naprzemian tyle razy, ile tego szerokość szypuły wymaga. Poczém w jednej pętli przecina barwną nitkę, w następnej bezbarwną i t. d. naprzemian, przez co otrzymuje szereg pętli mających te same zalety, co pętle ZWERFELA. To samo można wykonać i pojedynczą nitką, w którym to celu nawleka na nią tyle igieł, ile razy zamyśla przebić szypułę. Ten ostatni

sposób opisany był już w roku 1888 przez J. W. LONG'a w „Americ. Journal of. Obstetr.“

Zielewicz. Zastosowanie kreoliny w chirurgii. Przegl. Lek. Nr. 4, str. 49.

Autor uważa kreolinę za nader cenny środek przeciwnilny, odwniający i nietrujący. Do splukiwania ran używa roztworu $\frac{1}{2}$ — 2%, do opatrunku używa często gazy maczanej w tymże roztworze. Mając zaufanie do bezwzględnej nieszkodliwości kreoliny PEARSON'a, stosuje ją Z. u dzieci i starców, u osób osłabionych, oraz do przepłukiwania jam ciała. W przypadku raka odbytnicy stosował Z. po operacji wlewania do odbytnicy trzy razy dziennie po kilka litrów roztworu kreoliny [2%] bez najmniejszej szkody dla chorób, pomimo ciemnego zabarwienia moczu. Pomyślnie wyniki otrzymywał autor przy nieżytych pęcherza, przepłukując pęcherz $\frac{1}{2}$ procentowym roztworem w letniej wodzie. Znakomitą ulgę przynosiło chorym podobne płukanie żołądka rakiem dotkniętego. Wdzięczne pole do zastosowania kreoliny stanowiła opłucna, macica i pochwa.

Jasiński. Pyoktanina w chirurgii. Gaz. Lek. Nr. 39, str. 768.

Autor stosował pyoktaninę w 10 przypadkach ropni z wynikiem ujemnym: po zastosowaniu waty zmoczonej w roztworze 1:1000 wygląd rany zmienił się niekorzystnie, brzegi były wywiniete, ropienie obfite, ból silny przy każdym pędzlowaniu. Środek ten niewątpliwie zabijający drobnoustroje chorobotwórcze, wywierał jednocześnie na tkanki działanie uboczne, drażniące.

Schramm. Elektroliza przy leczeniu raków nie nadających się do operacji. Przegl. Lek. Nr. 40, str. 568.

W dwóch przypadkach stosował S. elektrolizę ze skutkiem niepo-myślnym, w jednym przypadku ustąpiły tylko bóle neuralgiczne.

Dobrucki. Ciekawy przypadek pęknięcia czaszki z następczą paraplegiją. Przegl. Lek. Nr. 1. Str. 5 i Prot. posiedz. Tow. lek. lubel. 1889/90, str. 33.

Mężczyzna 38-letni, uderzony łopatą w lewą okolicę ciemieniową; zupełny bezwład i znieczulenie kończyn dolnych, zatrzymanie moczu. W tydzień po przybyciu chorego do szpitala, po zniknięciu wylewów krwi, spostrzeżono pęknięcie czaszki na znacznej przestrzeni. Na dwa palce ponad prawem uchem wyczuwa się zagłębienie w kości, idące ku górze i ku tyłowi, długości 3 ctm. Od tylnego punktu tej linii idzie pęknięcie czaszki, przyczem górny brzeg więcej wystaje nad powierzchnię w kierunku szwu łuskowego, dochodzi do dolnego przedniego kąta kości ciemieniowej prawej, kąt ten znacznie wystaje i jest widzialny przez skórę. Następnie pęknięcie przechodzi poprzecznie przez kość czołową w samym

jéj środka, z bardzo wyraźnym dla oka wałem, pochodzącym od wystawania górnego odłamka. Przechodząc na kość skroniową lewą, kontury trochę mniej się uwydatniają, palec jednak wyraźnie przeszedł może linię pęknięcia, idącą poprzecznie przez kość skroniową i ciemieniową lewą, następnie pęknięcie podnosi się ku górze i przechodzi w pęknięcie kości ciemieniowej lewej, wyczuwalne w ranie [3-centymetrowej]. Jednym słowem całe sklepienie czaszki jest zsunięte ku przodowi i na prawo. Czynność pęcherza i kiszek i czucie w kończynach powróciło po kilku tygodniach, ruchy kończyn możliwe przy leżeniu. Opisana deformacja czaszki pozostała a nawet stała się widoczniejszą.

Barącz. Przyczynek do nauki o promienicy. Dziewięć przypadków promienicy ludzkiej. *Przegl. Lek.* Nr. 18 — 21, str. 237, 255, 275, 286, 301.

Autor opisuje 7 nowych przypadków a nadto 2 pierwéj ogłoszone, w których nastąpił powrót choroby po dłuższym upływie czasu. W 5 przypadkach choroba rozwinęła się dość szybko w przeciągu kilku tygodni. Co się tyczy siedziby choroby, to w 6-iu przypadkach rozwinęła się promienica w okolicy szczęki dolnej, w jednym zaś w okolicy szczęki górnej, w jednym na końcu języka, w jednym na szyi, w okolicy krtańowej. Promienica języka objawiała się twardym guzkiem, niebolesnym, wielkości małego orzecha. Przypadek promienicy szyi wyróżniał się od innych nadzwyczajną twardością guza, który przedstawiał liczne nierówności, a zbitością przypominał nowotwór chrzęstny; guz ten był zrośnięty za pomocą twardej tkanki łącznej z chrząstką tarczową i kością gnykową, które jednak okazały się zdrowymi. Zawartość chełboczących ognisk cztery razy była przezroczystą, do śluzu podobną, z domieszką znacznej ilości cytrynowo-żółtych grudek.

W jednym przypadku ciecz śluzowa nie zawierała wcale domieszki ropy. We wszystkich przypadkach, oprócz jednego, rozpoznano promienicę z góry, przed nacięciem. W jednym przypadku powrotu choroby w zawartości ropnia znaleziono tylko ogniska, składające się z samych nittek, pokreconych i rozgałęziających się. We wszystkich przypadkach promienicy szczękowej, oprócz jednego, ognisko pierwotne znajdowało się w pobliżu spróchniałych zębów. Obrzmienie gruczołów chłonnych było tylko w jednym przypadku i to przemijające. Na wykonanie operacji doszczętnéj zgodziło się 6-ciu chorych, powrotu u tych chorych nie było.

Powrót choroby w dwóch przypadkach, najpierw opisanych, nastąpił po upływie przeszło 2½ lat.

Drobnik. Nowy sposób operacyi podwójnej wargi zajęczéj [z 3-ma rysunkami]. *Nowiny lek.* Nr. 11, str. 536.

Autor podaje nowy sposób, według którego operował dotychczas w jednym przypadku u pięć-miesięcznego dziecka ze skutkiem pomyśl-

nym. W pierwszym akcie operacji odłączywszy części boczne od szczęki górnej, odświeża brzegi części środkowej i przeciwległe brzegi wargi. Przez zeszytanie odpowiednio odświeżonych brzegów tworzą się otwory nosowe zewnętrzne i łączy się część środkowa z częściami bocznymi w łatwy i prosty sposób. W drugim akcie wytwarza dwa szerokie i grube płyty, zawierające mięsień okrężny wargi. W trzecim akcie operacji, skierowawszy oba boczne płyty w kierunku linii środkowej, zeszywa je najpierw ze sobą, a potem z odświeżonym dolnym brzegiem części środkowej. Autor sądzi, że lepiej jest operację rozdzielić i pierwszy akt wykonać o ile możliwości najrychlej po urodzeniu dziecka, drugi i trzeci zaś w piątym lub szóstym miesiącu, gdy cała warga odpowiednio zgrubieje.

Zielewicz. Konserwatywne leczenie rozległych raków wargi dolnej. Nowiny lek. Nr. 3, str. 117.

Autor przypuszcza, że chorzy z rozległym rakiem wargi dolnej żyją dłużej bez operacji i że recydywa po operacji ostatecznie przyspiesza zgon tych chorych. U ludzi starych z rozległymi rakami wykonywa Z. operację paliatywną przy pomocy galwanokauteru, naprzód robi głębokie przez miąższ całej wargi drażące nakłucia w okolicy rakiem zajętej w odległości 1 centymetra. W kilka dni potem, gdy nowotwór miejscami obumierać zaczyna, odcina go nożem galwanokaustycznym, do czerwonoci tylko rozpalonym. Obie operacje dokonywa pod chloroformem. Operacja ta ma te korzyści według Z., że omija niebezpieczeństwo powrotu, po krwawym wyluszczeniu i rozległej plastyce szybko występujące, oraz usuwa nowotwór w granicach największej jego dla chorego niedogodności, bo potrzeba choremu wygodniej jeść i czyni go znów zdolnym do obcowania z ludźmi.

Szymkiewicz. O plantacji zębów. Przegl. Lek. Nr. 4, 5 i 6, str. 58, 69 i 80.

Replantacja zębów wskazana jest przy wypadkowym wybiciu zęba, dalej w razie przypadkowego wyjęcia zdrowego zęba, w razie niemożności zaplombowania *in situ*, nakoniec w przypadku uporeczywego krwotoku po wyjęciu zęba. Przeciwwskazana jest tu operacja przy braku odpowiedniego zęba w drugiej szczęce, w przypadkach rozległego braku innych zębów, nakoniec przy większych zmianach zapalnych w kości i dziąśle.

Sposób postępowania polega na dokładnym oczyszczeniu spróchniałej jamy i kanalików korzeni i na ich zaplombowaniu, zeszkrobaniu okostnej i odpilowaniu końców korzeni. Dotychczas wykonał S. pomienioną operację 3 razy, z wynikiem pomyślnym w 2 przypadkach.

Barącz. Nowy sposób operowania polipów nosogardzielowych. Nowiny lek. Nr. 12, str. 577.

U chorej 25-letniej z powodu mięsaka jamy nosogardzielowej usunął B. guz za pomocą skombinowanej metody JORDANA i KOENIGA. Nos i wargę znieczulono kokainą. Przecięcie pionowe wargi po stronie prawej i nozdrza prawego. Dla ułatwienia dostępu do nowotworu dołączono osteoplastyczną rezekcycję kości nosowej prawej i wyrostka nosowego szczęki górnej. Cięcie na nosie przedłużono aż do brwi, kości nosowe przecięto w środku i złamano prawą kość wraz z wyrostkiem nosowym szczęki górnej. Doskonałe odsłonięcie pola operacyjnego. Guz wielki, rwący się, usunięto i oddzielono od nasady na podstawie czaszki przy pomocy tępych łyżek. Krwotok był nieznaczny. Chora jest dotąd zdrowa, blizna jest zupełnie niewidoczna. Operacja jest prostą, chloroformowanie zbyt ciężkie, miejsca zyskuje się wiele, podstawę czaszki można dokładnie kontrolować wzrokiem. W razie trudności wydobycia guza przez jedno nozdrze można to samo cięcie zużytkować do odsłonięcia drugiego otworu przez przecięcie błonistej przegrody nosowej i przyczepu wargi.

Heryng i Jawdyński. Przypadek uwięźnięcia kości u nasady języka ze zranieniem i następnie zapaleniem trzonu 4-go kręgu. Pharyngotomia subhyoidea, wyzdrowienie. Gaz. Lek. Nr. 18, str. 349.

Mężczyzna 38-letni, jedząc zającą ze śmietaną, po połknięciu łyżki śmietany, poczuł na raz bardzo silny kłujący ból w gardle, po kilku tygodniach przy krztuszeniu wyrzucił kawałek kości [3½ em.]. W zatoce językowo-nagłośniowej znaleziono przetokę otoczoną nasiękiem, zaś na tylnej ścianie gardzieli obrzmienie rozlane. W dalszym przebiegu wykryto ognisko zapalne pod kością gnykową; gdy po przecięciach nie było polepszenia, przystąpił J. do faryngotomii, wykonawszy uprzednio tracheotomię. W bliskości kości gnykowej znaleziono ognisko ropne a w nim ciało obce—odłamek kości [1 em.], prawą połowę kości gnykowej wyłuszczone. Po przecięciu błony tarczowo-gnykowej i rozwarciu rany, znaleziono na wysokości 4-go kręgu obrzmienie i cienką przetokę, prowadzącą do jamy w kości, wypełnionej ziarniną i piaskiem kostnym; jamę wyłuszczone, brzegi wycięto. Przebieg pooperacyjny pomyślny, wyleczenie zupełne.

Obaliński. O doszczętném leczeniu wola w ogólności a o wyłuszczeniu go sposobem Socina w szczególności. Przegl. lek. Nr. 1 i 2, str. 3.

W ciągu dziesięciolecia wykonał autor 50 razy operację wola. Głównym wskazaniem do operacji były objawy duszności; większa liczba operowanych kobiet [35] wskazuje, że i względy kosmetyczne grały pełną rolę. Na 50 operowanych zmarło dwoje [4%], jeden chory zmarł na

ropnicę, która wzięła początek w pozostawionym guzie dodatkowym, gdzie się wytworzył ropień po zastrzyknięciu jodyny. Drugi operowany 17-letni kretyn umarł z zapadu.

Metody operacyjne były następujące: nakłucie i zastrzyknięcie jodyny 1 raz, nacięcie i drenowanie 3 razy, wycięcie wola 14 razy, odjęcie częściowe 5, wyłuszczenie wola 23, podwiązanie tętnic tarczowych 4 razy. Nakłucie nie miało skutku a natomiast odczyn był bardzo znaczny. Nacięcie w dwóch przypadkach dało wynik dobry, w trzecim z powodu ropienia znacznego wygojenie nastąpiło dopiero po kilku miesiącach.

Na 14 przypadków wycięcia jeden uległ ropnicy, wszystkie inne goiły się szybko [15—30 dni]. Rezekcyję wola O. wykonał 5 razy, 4 razy z dobrym skutkiem, 1 chory zmarł a jeden uległ napadom ciężyczki z objawami padaczkowatymi i ze zmianami w głosie i oddechu, które jednak ustąpiły. Wyłuszczenie wola wykonano 23 razy, wszyscy operowani wyzdrowieli; postępowanie autora nie różni się od tego, które podali Socin i Kocher.

W ostatnich czasach przyjął O. pomysł BeseGO, który radzi dla uniknięcia krwotoku podczas operacji zakładać dren na wnękę gruczołu. Przy metodzie Socina trzeba nabyć wprawy w odróżnianiu warstwy gruczołowej zdrowej od zwyrodniałej; jeżeli natrafie na właściwą między niemi granicę, natenczas wyłuszczenie odbywa się nadzwyczaj łatwo. Metoda wyłuszczenia da się zastosować w 80% przypadków wola. Krwawienie bywa dosyć poważne podczas operacji i w pierwszej dobie po niej. Pierwszemu zapobiedz można przez uciśnięcie wnęki drenem, drugie wymaga tamponady gazą jodoformową. W ostatnich czasach połączył O. wyłuszczenie z resekcją, to zn., że po ukończeniu wyłuszczenia nakłada w miejscu drenu kilka podwiązek jedwabnych i odcina część warstwy gruczołowej po nad niemi. Podwiązanie tętnic tarczowych dokonał autor w 4 przypadkach; w jednym z powodu zsunienia się przewiązki zmuszony był podwiązać tętnicę szyjową wspólną. Podwiązania tętnic autor bezwzględnie nie zaleca, tylko w szczególnych razach stosować je radzi, np. w przypadku wola złośliwego lub bardzo unaczynionego.

Za postępowanie normalne należy uważać wyłuszczenie guzów z pomiędzy prawidłowej warstwy gruczołu a rezekcyja wola wskazana jest w wyjątkowych przypadkach jednostajnego wzrostu istoty gruczołowej.

Rościszewski. Wynik leczenia 19 przypadków wola za pomocą podwiązania tętnic tarczykowych. Nowiny lek. Nr. 2, str. 56.

Na klinice prof. RYDYGIERA podczas dwuletniej obserwacji nie zauważono powrotu choroby, lecz ciągle zmniejszanie się cierpienia, a nawet w 2 przypadkach zupełne wyleczenie. W końcu podaje R. krótki opis ostatnich 7 przypadków, operowanych w klinice krakowskiej, jeden z przypadków tych zakończył się śmiercią, a sekcya wykazała zapalenie płuc i opłucnej.

R y d y g i e r. Ostateczne wyniki po podwiązaniu tętnic tarczowych z powodu wola. Przegł. Lek. Nr. 31, 32, str. 441, 455.

Autor operował na klinice swęj 21 przypadków, których krótkie opisy podaje; w pierwszych przypadkach podwazywał tętnicę tarczową dolną według metody DROBNIKA, w następnych według swęj własnej; podwazywał zawsze tętnicę podwójnie i przecinał pomiędzy podwazykami.

Jednostronne podwiązanie tętnic uważa R. za niepewne i niewystarczające, jeszcze mniej skuteczne byłoby podwiązanie obu tętnic tarczowych górnych lub dolnych. Jednoczesne podwiązanie wszystkich 4 tętnic nie we wszystkich postaciach wola się zaleca. Dobrego skutku nie można się spodziewać wobec wola włóknistego i torbielowego. Przy *struma gelatinosa* miało podwiązanie ten skutek, że nawet przy największych podmiotowe dolegliwości, jak trudność w oddechaniu, zaraz ustawały. Zmniejszenie rozmiarów było znaczniejsze przy mniejszych wolach, nieznaczne zaś przy wielkich. W większych wolach klejowatych i wynik kosmetyczny nie był zbyt świetny, tak, że w jednym przypadku musiano wole następnie wycinać, w drugim zaś wyłuszczać później wybadaną torbiel. Najlepsze wyzniki dawały małe, świeżo powstałe wola mięższowe zwłaszcza silnie unaczynione.

J a s i ń s k i. Wycięcie gałęzi zewnętrznej nerwu przydatkowego Willis'a. Gaz. Lek. Nr. 14, str. 282.

W trzech przypadkach kurezowego skrzywienia szyi dokonał J. naciągnięcia i wycięcia gałęzi zewnętrznej nerwu WILLIS'a. W przypadku pierwszym po naciągnięciu nerwu nastąpiło znaczne polepszenie; w drugim przypadku po wycięciu 2 ctm. nerwu była poprawa zupełna przy porażeniu obu mięśni, po trzech tygodniach wszelako nastąpił powrót choroby. W przypadku trzecim po wycięciu nerwów z obu stron, pojawiły się kureze silne i bolesne w mięśniu łopatkowo-gnykowym. Cięcie robił J. zawsze wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko-obojęzko-sutkowego, po przecięciu powięzi i odsunięciu żyły ku przodowi i na wewnątrz z łatwością znajdował całkowitą gałąź nerwu przed jęj podziałem, prócz jednego przypadku, w którym widocznie nerw nie przebiegał mięśnia m. o. s., lecz przysyłał doń gałąź od m. kapturowego. Doświadczenia autora przekonały: a) że przecięcie nerwu tego u człowieka nie znosi w zupełności i na zawsze czynnościowej sprawności mięśnia mostko-sutkowego i kapturowego; b) przecięcie tego nerwu pociąga za sobą szybki choć niezupełny zanik rzezonnych mięśni; c) że rolę porażonych mięśni biorą na siebie inne, zaopatrzone przez gałęzie splotu szyjowego i przez to głowa nie traci zasobu równowagi mięśniowej; d) że po wycięciu obustronném tęg gałęzi niema zmiany w wydawaniu głosu, gwizdaniu i t. p.; e) że chociaż wyniki tęg operacji nie zawsze są stałe, to jednak co najmniej czasową ulgę przynieść ona może.

Trzebicky. O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznój dolnej [arteria epigastrica inf.] przy paracentezie jamy brzusznej. Przegl. Lek. Nr. 32, 33 i 34, str. 453, 471, 485.

Autor opisuje pouczający przypadek u kobiety 40-letniej, cierpiącej na puchlinę brzuszną, wywołaną guzem jajnikowym; wykonano przekłucie brzucha w środku linii, łączącej pępek z kołecem przedniogórnym kości biodrowej i wypuszczono około 10 litrów płynu surowiczego, nieco różowo zabarwionego. Po wyjęciu rurki chora zbladła, tętno stało się ledwo wyczuwalne a z miejsca nakłucia wytryskała strumieniem krew jasnoczerwona. Pomimo mocnej opaski krew zaczęła się przesączać, wówczas począł T. uciskać obiema rękami tętnicę biodrową przez parę godzin, a następnie wcisnąwszy pęk waty w zatokę biodrową, przymocował mocną opaską, krwawienie się zatrzymało, stan ogólny się poprawił. Po 4 dniach zwolniono opatrunek, a po dalszych 4 dniach usunięto go zupełnie. Wszystko przemawiało za skaleczeniem tętnicy nadbrzusznój.

Aby rozstrzygnąć, czy tętnica przebiegała nieprawidłowo, czy wybór miejsca przekłucia był nieodpowiednim, przedsiębrał autor badanie anatomiczne i przekonał się, że w grupie pierwszej z 23 zwłok o powłokach brzusznych płaskich lub zapadłych, u 5-ciu, tętnica nadbrzusznaja przebiegała przez ogólnie zalecane miejsce do przekłucia a w jednym przypadku nawet po obu stronach; dalej w 3 przypadkach odległość między tętnicą a miejscem wyboru była mniejszą niż 1 cm. Wreszcie w 7 przypadkach trójgranicie wkłuty *lege artis* natrafiał na grubszą gałązkę tętniczą. W drugiej grupie zwłok 10 o powłokach wypukłych w 2 przypadkach tętnica przebiegała przez miejsce wyboru, w jednym zaś przypadku była od tegoż miejsca oddaloną tylko o $\frac{1}{2}$ cm.; u 6-iu zwłok grube gałązki tętnicze przebiegały nad punktem MONRO'a. A zatem w poważnej, choć znacznie mniejszej liczbie przypadków tętnica nadbrzusznaja lub też gałązki téjże może być skaleczoną przy przekłuciu w miejscu MONRO-RICHTERA wykonaném. Ze stanowiska anatomicznego należałoby się oświadczyć za przekłuciem w linii pośrodkowej ciała albo w zewnętrznej połowie linii pępkowo-kołecowej.

Solman. Przyczynek do kazuistyki torbieli krezkowych. Gaz. Lek. Nr. 1, str. 6.

Dziewieczyna 20-letnia, guz wielkości głowy noworodka, chełboczący, górna granica guza na wysokości pępka, dolna na 2 palce powyżej spojenia, guz mało ruchomy i bolesny, otoczony kiszkaami [odgłos bębenkowy].

Laparotomija: zawartość torbieli gęsta, koloru mlecznego, wyluszczenie torbieli z pomiędzy dwóch listków krezki, szew na rozciętej krezce. Zagojenie doraźne.

Na zasadzie powyższego przypadku i danych z literatury autor wyprowadza następujące wnioski: Przekłucie torbieli jest sposobem leczenia najczęściej bezskutecznym a nie zawsze bezpiecznym. Przecięcie i drenowanie torbieli wypada ograniczyć tylko do przypadków ciężkich, w których wyłuszczenie torbieli jest niemożliwe, jedynie racjonalnym jest wyłuszczenie doszczętne.

Matlakowski. O bąblowcu sieci z punktu chirurgicznego, z opisaniem własnego przypadku bąblowca pojedynczego sieci i krézki. Gaz. Lek. Nr. 6, 7, 9, 10, 12 i 13, str. 107, 126, 176, 197, 235 i 258.

Kobięta 43-letnia od kilku miesięcy cierpi na silne bóleści w brzuchu. Przy badaniu pomiędzy smugą, linią poziomą, przeprowadzoną przez pępek, oraz prawym więzmem POUPART'a znaleziono guz twardy, z małymi nierównościami, nie chęłbocący, płaskawo okrągły, gładki, wielkości dwóch pięści, przesuwalny bardzo znacznie we wszystkie strony, niedający się wyżej przesunąć niż do łuku żebrowego, nie dający się odprowadzić i schować w okolicy lędźwiowej, ku dołowi guz daje się nieco zepchnąć pod spojenie łonowe; przy macaniu guz mało bolesny. Rozpoznanie trudne wahało się pomiędzy nowotworem jajnika prawego a mięśniakiem podsurowiczym macicy, niezwykłą rzeczą były straszne bóle, rozpromieniające się aż do obojczyka.

Przy laparotomii wydobyto guz pokryty siecią i ściśle z nią zrośnięty, oddzielono sieć od guza, ujmując oddzielne pasemka w kleszczyki, poczem oddzielono guz od krézki kiszki cienkiej, oraz od licznych wyrostków tłuszczowych poprzeczniccy. W jednym miejscu nadcięto blaszkę warstwy zewnętrznej guza, przyczem pokazał się biały pęcherz bąblowca.

Autor zebrał z literatury 21 przypadków bąblowca sieci leczonych operacyjnie, w tej liczbie niezawodnych przypadków bąblowca pojedynczego, samotnego 9. Ważnym objawem podmiotowym bąblowca sieci bywa ból silny, zależny od wzrostów guza. Położenie guza bywa najczęściej powierzchowne w prawej i dolnej części brzucha; ruchomość guza w przeważnej liczbie przypadków bywa bardzo znaczna. Rozpoznanie jest bardzo trudne, w 15 przypadkach właściwego rozpoznania nie postawiono, 8 razy poczytano guz za torbiel jajnika, raz za mięśniaka podsurowiczego macicy, raz za mięsaka ściany brzusznej. W 5 przypadkach tylko rozpoznano po nakłuciu i otrzymaniu płynu wodojasnego i haczyków. Najpewniejszym sposobem leczenia jest całkowite usunięcie bąblowca przez laparotomię. Z 21 przypadków operowanych 4 zakończyły się śmiercią, zaś na 10 przypadków operowanych bąblowca samotnego było tylko jedno zejście śmiertelne i to po nakłuciu.

Obaliński. O niespodziankach po gastroenterostomii. Nowiny lek. Nr. 11, str. 539.

Gastroenterostomija zdobywa sobie w nowoczesnej chirurgii coraz wybitniejsze stanowisko, wobec doniosłości téj operacyi wszystkie szczegóły winny być notowane. U choréj dotkniętej rakiem żołądka znaleziono przy laparotomii znaczne zrosty z dwunastnicą wątroba i siecią. Gastroenterostomija: z trudnością odszukano pętle właśnie z powodu owych zrostów a przekonawszy się o jej umocowaniu w górze i na lewo [przypuszczalnie dwunastnica], rozcięto ją w oddaleniu 30 ctm. w poprzek i brzegi otworu tego zespojono z brzegami podobnegoż otworu w przedniej ścianie górnej połowy żołądka. Odtąd stan coraz lepszy, reakcyi żadnej, siły przybywają. Tymczasem w nocy z 11-go na 12 dzień zrywa się chora z łóżka z bólem w okolicy żołądka, potem mdleje i wśród znacznego osłabienia kończy życie w przeciągu kilku godzin. Przy sekcyi stwierdzono znaczną niedokrewność i to, że pętla jelitowa przyszyta do żołądka była oddalona o 30 ctm. nie od dwunastnicy lecz od wyrostka robaczkowego. Śmierć była spowodowana wykluczeniem prawie całego jelita cienkiego ze sprawy trawienia.

W trudnych przypadkach na przyszłość proponuje autor odszukanie kątnicy i oryentowanie się od tego punktu, jako łatwiejszego do znalezienia i położonego w tych przypadkach zdala od nowotworu i przezeń wytworzonych zrostów.

Schramm. Resekcyja jelit u dzieci. Przegl. lek. Nr. 37, str. 517.

Herniotomija u dzieci zdarza się bardzo rzadko, na 700 operowanych S. miał jeden przypadek. Chłopiec 12-letni, chory od 5 dni; przepuklina pachwinowo-mosznowa, zgorzel kiszki w miejscu wciśnięcia, wycięcie pętlicy [15 cm.], potrójny szew kiszkowy, zamknięciu kanału pachwinowego; wyzdrowienie.

Drugi przypadek wycięcia kiszki u dziecka dotyczył chłopca 9-letniego od 6 dni chorego. Objawy niedrożności jelit, brzuch wzdęty w najwyższym stopniu, upadek sił; z tych względów postanowiono na razie zrobić enterostomiję i poprowadzono cięcie ponad więzmem Poupert'a prawym. Po otwarciu otrzewny wylało się dość dużo cieczy surowiczokrwawej, wskazującej istnienie ostrego i silnego uciśnięcia jelita. To skłoniło do szukania przeszkody, palcem natrafiono na pierścień otaczający kiszkę cienką; przy ostrożnym wydobywaniu zaciśniętej kiszki pierścień pękł, następnie odszukano uwięzioną pętlicę w stanie zgorzeli w miejscu zesnurowania. W chwili wyciągania téj pętli kiszka pękła i kał wylał się na zewnątrz rany brzusznej. Tuż za zgorzelinowem miejscem osadzony był w już rozdętej pętli kiszki również rozdęty zaulek MECKELA [4 cm.] a od jego szczytu odchodził postronem k długości 4—5 cm. Wycięcie 8 cm. kiszki, wraz z zaulkim M-a, szew trzypiętrowy, zamknięcie całkowite jamy brzusznej. W wy-

ciętym kawałku jelita znaleziono dużą, w kłębek zwiniętą glistę (*ascaris*). Na drugi dzień wypróżnienia nie było, wzdęcie jeszcze większe; z tego powodu otwarto częściowo ranę brzuszną i wykonano enterotomię; do wieczora odeszło do 2 litrów na pół płynnej zawartości jelitowej; odtąd przebieg prawidłowy. Wypróżnienia drogą naturalną pojawiły się trzeciego dnia; 20-go dnia chory opuścił szpital z małą przetoką. W przypadku tym ciekawym jest, że zaulek M-a wraz z kończącym go więzadłem otoczył kiszkę tuż przy swój podstawie, zaciskając jelito, które jakby związane zostało naokoło nitką. Przypadek ten wykazuje wyższość laparotomii nad enterostomią, nadto daje wskazówkę aby wykonać enterostomię tam, gdzie po otworzeniu jamy brzusznej nie uda się odszukać przeszkody. Wreszcie oba przypadki dowodzą, że dzieci noszą dobrze resekcyję jelit.

Barącz. O resekcjach jelit. Przegl. lek. Nr. 44, 46, 48, 49 i 51, str. 620, 650, 674, 687, 712.

1) Przepuklina pachwinowa uwieczona zgorzelinowa; wycięcie jelita, [ogłoszone w r. 86], przetoka kałowa, laparotomija, wycięcie jelita powtórne [w r. 88], wyzdrowienie.

2) Przepuklina pachwinowa wrodzona uwieczona u 70-letniego mężczyzny od 24 godzin, wycięcie jelita, operacyja radykalna, kastracyja; wyzdrowienie.

3) Odbyt nieprawidłowy po przepuklinie zgorzelinowej, laparotomija, wycięcie jelita [znaleziono ropień otorbiony pomiędzy pętlcami jelit], śmierć 4-go dnia z ropnego zapalenia otrzewny.

4) Mięsak kiszki ślepej w bliskości zastawki BAUHIN'a, wPOCHWIENIE biodrowookrężnicowe; laparotomija, wycięcie jelita biodrowego i ślepego [55 cm.] u chłopca 8-letniego. Śmierć na 2 dzień.

Autór wypowiedzi następujące wnioski: a) wobec zgorzeli jelita należy wykonać wycięcie pierwotne, jeżeli stan ogólny chorego na to pozwala, t. j. gdzie nie ma silnego zapadu, zapalenia otrzewny, stanu septycznego; b) w przeciwnym razie ograniczyć się do założenia sztucznego odbytu; c) przy znacznym nowotworze, wobec wPOCHWIENIA i charłactwa ograniczyć się do odbytu sztucznego lub enterokolostomii, gdyż enterorafija daje złe wyniki [50% śmiertelności]; d) cięcie lędźwiowe ukośne nadaje się bardzo do resekcji i wyłuszczenia nowotworów jelita ślepego; e) szew polecony przez SENNA zasługuję na uwzględnienie.

J. Rosenthal. WPOCHWIENIE jelita biodrowego, wycięcie kątnicy i okrężnicy wstępującej z wPOCHWIENIEM tychże do okrężnicy poprzecznej; wycięcie jelit wPOCHWIENIACH; wyzdrowienie. Gaz. lek. Nr. 14, str. 270.

Kobięta 35-letnia zauważyła od 6 tygodni guz, tworzący się w okolicy pępka; wypróżnienia codzienne bez bólów, od czasu do czasu

rozwolnienie. Guz wielkości dwóch pięści, łukowato wygięty, z głębokim wcięciem na górnej powierzchni, poczyna się po stronie prawej w okolicy podpepkowej, gubi się zaś w podżebrzu lewém. Guz ruchomy jest od dołu ku górze, na boki zaś mało, przy badaniu bardzo bolesny, daje odgłos tępy. Rozpoznano nowotwór sieci.

Po przecięciu ściany brzusznej guz przedstawił się jako okrężnica poprzeczna, po otworzeniu téjże cięciem podłużnym znaleziono guz pokryty błoną śluzową, w dwóch miejscach owrzodzoną, było to jelito biodrowe wpochwione do kątnicy i okrężnicy z wyciowaniem tychże i wpochwieniem do poprzecznicy. Po założeniu podwiązki elastycznej odcięto cały guz, naczynia podwiązano i brzegi jelit zeszyto, następnie zamknięto okrężnicę poprzeczną 12-ma szwami. Pierwsze 4 dni po operacji chora gorączkowała, potem przebieg pomyślny; pierwsze wypróżnienie nastąpiło samo przez się 10 dnia. Wycięta kiszka miała długości 60 cm. Na zaznaczenie zasługuje brak objawów niedrożności. Dotychczas opisano 14 przypadków wycięcia wpochwionych jelit, z których dwa tylko skończyły się wyzdrowieniem.

Podgórski. O doszczętném leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego. Przegl. lek. Nr. 50, 51 i 52, str. 695, 710 i 725.

Na 40 przypadków operowanych przez prof. OBALIŃSKIGO metodą MAC-EWENA u trzech chorych skonstatowano po 10—18 miesiącach recydywę. Według sposobu BASSINIEGO, opisanego w téj pracy, operowali OBALIŃSKI i PODGÓRSKI 13 przypadków i otrzymali 9 razy rychłozrost, 2 razy było ropienie, jeden chory zmarł w 13 dni po operacji a przy sekcyi znaleziono między innymi gnilną flegmonę w tkance podotrzewnowej. Metoda BASSINIEGO odpowiada w zupełności warunkom zabiegu doszczętnego; oprócz usunięcia przepukliny i worka wytwarza się dwie silne ściany na długiej przestrzeni, warstwowo na siebie zachodzące, tém silniej do siebie przylegające, im większy ucisk od jamy brzusznej. Metoda ta nadaje się szczególnie do przepuklin zewnętrznych, przy przepuklinach wewnętrznych (*h. directa*) należy połączyć sposób BASSINIEGO z metodą MAC-EWENA t. j. robienie w tych razach z worka tamponu. Wobec przepuklin uwiecznionych zaniedbanych na razie lepij się od téj metody powstrzymać, a w przypadkach świeżych wprowadzić sączek z uwagi na niebezpieczeństwo ropienia w głębi.

Założeniecki. Wysoko usadowiony rak odbytnicy. Operacja podług Kraskego z zastosowaniem pierwotnego obwodowego szwu kiszkowego. Wyleczenie. Przegl. lek. Nr. 30, 31, str. 435, 444.

Chora 26-letnia, w odbytnicy na 3 cm. ponad zwieraczem wyczuć można twardą masę, której tylna część w postaci szerokiego guza o gronowatej powierzchni do światła kiszki wystaje, przednia zaś część

przedstawia na w pół owrzodzony pierścień wysokości około 5 cm., górna granica nowotworu znajduje się na wysokości 7 cm. Przed operacją przez 10 dni z rządu podawano codziennie łyżkę ol. rącznikowego rano, wieczór irygacyję.

Operacja w położeniu na bok lewy; cięcie skórne łukowate od środka spojenia krzyżowo-biodrowego aż do brzegu prawego kości ogonowej, cięcie odrazu do kości, wyłuszczenie kości ogonowej, wycięcie nożycami kości krzyżowej od trzeciego lewego otworu łukowato aż do czwartego prawego. Wyłuszczenie schorzałej kiszki, otwarcie mimowolne otrzewny; zespojenie górnego zdrowego odcinka kiszki z nienaruszoną częścią rzyci za pomocą 60 szwów jedwabnych, paski gazy jodoformowej po obu stronach kiszki, do środka odbytnicy dren gruby owinięty gazą jodoformową, kilka szwów skórnych. Operacja trwała pół czwartej godziny. Przebieg bezgorączkowy, 8 dnia pierwsze wypróżnienie, końce kiszki zrosły się zupełnie. W jedenaście tygodni chora opuściła szpital uleczona.

Jawdyński. Rana kłuta prawego pośladka z przecięciem tętnicy pośladkowej i zranieniem pęcherza moczowego oraz słów kilka o leczeniu obrażeń tegoż narządu. Gaz. lek. Nr. 32 i 33, str. 626, 653.

Mężczyzna 36-letni; rana zadana w bójce nożem w okolicy pośladkowej; palec wprowadzony do rany wchodzi przez dziurę kulszową do jamy miednicy i dochodzi do kiszki stolcowej, od której oddzielony jest tylko błoną śluzową. Krwotok tętniczy zatamowano po rozszerzeniu rany przez podwiązanie tętnicy pośladkowej. Wieczorem wypuszczono cewnikiem mocz krwawy, następnego dnia mocz obficie wyciekał przez ranę. Po trzech miesiącach rana się zagoiła. Do wyjątkowo rzadkich należą przypadki ran pęcherza przez pośladek i dziurę kulszową, w literaturze zanotowano 3 przypadki, wszystkie zakończone śmiercią wskutek jednoczesnego zranienia otrzewny.

Ulatowski. O zatrzymaniu moczu i o usunięciu takowego sposobem wyssania trójgrańcem włoskowatym. Nowiny lek. Nr. 6 i 7, str. 257, 307.

Zatrzymanie moczu u 73-letniego chorego z przerostem gruczołu krokowego, cewnika przeprowadzić się nie udało. wykonano przeto nakłucie pęcherza i wyciągnięto aparatem POTAIN'a 1750 gr. moczu. Przez siedem dni codziennie w ten sam sposób mocz odprowadzono; ósmego i dziewiątego dnia rękoczyn ten dwa razy dziennie powtarzano. Nakoniec dziesiątego dnia wprowadzono po raz pierwszy cewnik elastyczny MERCIERA Nr. 1, wypuszczono moczu przeszło 2500 grm. Chory opuścił klinikę, umiając sam już sobie dobrze wprowadzać cewnik. Metoda pomieniona zasługuje na rozpowszechnienie.

Krajewski. O doraźnej przemocy przy zatrzymaniu moczu. Kronika lek. Nr. 2, 4, 10 i 11, str. 54, 176, 521, 602.

Przypadek opisany na początku tej pracy dotyczy 16-letniego młodzieńca dotkniętego nacieczeniem moczowem, rozległym, trwającym od 10 dni. Chory ten był leczony środkami terapeutycznymi przez innego lekarza. Po rozcięciu zwężonego napletka okazało się, że przyczyną zatrzymania moczu był kamień, tkwiący w zewnętrznym otworze cewki [1:1,5 cm]. Gdy porobiono szerokie cięcia w miejscach nacieczonych, okazało się, że cewka była przedziurawiona w ośmiu miejscach w części gąbczastej. Chory zmarł na 3 dzień po operacji.

W dalszym ciągu pracy nieukończonój znajdujemy obszerny opis anatomii i fizjologii cewki.

Misiewicz. Z kazuistyki chorób moczopłciowych. — Polipy i gruźlica narządu moczopłciowego. Przegl. lek. Nr. 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, str. 344, 367, 385, 417, 430, 442, 456.

Autor opisuje następującą kazuistykę: 1) Mężczyzna 29 lat, mocz krwawy, przy badaniu cewki wziernikiem 10 centymetrowym znalazł polip, który usunięto pętlicą drucianą. 2) Mężczyzna, który przed rokiem leczył się na rzeżączkę przewlekłą, z cewki ma odpływ ropy ze krwią, przy badaniu cewki wziernikiem znalazł guz z budową ziarnistą, który odcięto odpowiednimi nożycami. Następnie opisuje M. trudności w rozpoznawaniu i leczeniu polipów. 3) Chory od dwóch lat na wyciek ropy z cewki zmieszany ze krwią, od czasu do czasu bóle podczas oddawania moczu, poczem krwawienia, jądro powiększone, przyjądrze twarde, wydzielina z cewki wyhodowana w płynie PASTEURA wykazała laseczniki gruźlicze. W cztery lata później chory zmarł na gruźlicę. 4) Chory z uporczywą wydzieliną z cewki, mocz mętny, krwawy oddaje z bólem, okolica nerek bolesna, w gruczole krokowym ognisko chełbocące, z wydzieliny cewkowej wyhodowano laseczniki gruźlicze. Dalej mówi M. o rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy moczopłciowej. Aby stwierdzić doświadczalnie możliwość zarażenia gruźlicą przez narządy płciowe zewnętrzne, zastrzykiwał M. przesażcz produktów gruźliczych do cewki i pochwy królikom i świnkom morskim. Na 6 szczepionych zwierząt u dwóch tylko otrzymał wynik ujemny. Najwydatniejsze zmiany znalazł u jednego samca morskiej świnki, który zdechł w 5 miesięcy po zaszczepleniu; na przecięciu były dwa wrzody drażące, w cewce i pęcherzu gruczolki zserowaciałe, w gruczolach kręzkowych i chłonnych w pachwinie ogniska gruźlicze. Pracę swą kończy M. następującymi wnioskami: obecność, wielkość i charakter guzów cewki i polipów stwierdzić można jedynie za pomocą wziernika, przy wysuwaniu wziernika w razie obecności polipa guz wpada w światło. Co do gruźlicy, w niektórych przypadkach możliwym jest przeniesienie za-

razka gruczlicy z narządów płciowych kobiety na błonę śluzową tylniej części cewki u mężczyzny; powstawanie gruczlicy cewki jest bardzo powszechnym w postaci drobno-guzkowatego wysięku w głębokich jej warstwach, wywołującego niekiedy ropienie i krwawienie, często silne zwięźlenie.

Stankiewicz. O trudnościach napotykanych przy wydobywaniu większych kamieni z pęcherza moczowego za pomocą cięcia. Medycyna. Nr. 50, 51, 52; str. 785, 801, 817.

1) Kamień pęcherza moczowego niezwykłej wielkości u 72-letniego starca, cięcie nadłonowe, wydobyto 7 mniejszych kamieni, celem skruszenia pozostałego większego kamienia przedłużono cięcie ku dołowi i ku górze po oddzieleniu fałdy otrzewnowej na 1 ctm., nadto dodano dwa cięcia poprzeczne, wtedy dopiero można było wprowadzić kleszcze i kamień skruszyć. Największy kamień miał 8 ctm. długości, 7 szerokości i 4 grubości, wszystkie kamienie razem ważyły 235 gramów. Po operacji chory się poprawił, w 3 miesiące później zmarł przy objawach cierpienia nerek.

2) Kamień pęcherza moczowego znacznej wielkości u starca 74-letniego, cięcie nadłonowe, kamień zwrócony był ku przodowi szeroką powierzchnią, przy pomocy podważki obrócono kamień węższą powierzchnią ku ranie, następnie kleszczami skruszono i wydobyto. Kamień ważył 183 gramów, najdłuższy wymiar wynosił 8 ctm. Rana zagoiła się w końcu 8 tygodnia.

3) Przetoka pęcherzowo-kroczoza będąca następstwem kamienia w pęcherzu u 30-letniego mężczyzny. Cięcie kroczoze pośredkowe, kamień było kilka, największy skruszono kleszczami, przetokę lekko wyskrobano, cewnik na stałe, szew cewki i szew rany w dwa piętra. Z powodu istniejącego u tego chorego zrośnięcia stawu biodrowego, dla ułatwienia dostępu do kroczu wykonano przez operację złamanie kości udowej i wyprostowano kończynę. Wyzdrowienie.

Brüner Mich. Przyczynek do leczenia wysiękowego zapalenia powłoki jądra za pomocą zastrzykiwań kwasu karbolowego. Medycyna. Nr. 44, str. 689.

U chorego gruczliczego B. wypuścił wysięk i zastrzyknął 2 grm. kwasu karbolowego 50%; pierwszego dnia wystąpił nieznaczny obrzęk moszny, który niezadługo ustąpił, po upływie 6 tygodni płyn się na nowo nie zbierał.

Faytt. O ropniach poza otrzewną przy chorobie Poita. Kronika lek. Nr. 12, str. 661.

W pracy tej znajdujemy opis dwóch przypadków ropni poza-otrzewnowych. Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 45-letniej od

dwóch lat chorój; ropień zajmował górną i przednią część uda, dół biodrowy i sięgał do okolicy lędźwiowej, przy przekłuciu wydobyto około 2 garnców płynu ropnego i zastrzyknięto emulsyję jodoformową; gdy po dwukrotném zastrzyknięciu płyn nanowo się zbierał, otworzono ropień dwoma cięciami szerokiemi. Chora wypisała się ze szpitala. Ostateczny rezultat nie wiadomy.

Drugi przypadek dotyczył dziewczyny 19-letniej, chorój od lat trzech. W jamie brzusznej, znacznie powiększonej, znaleziono dwa guzy z prawej i lewej strony, wyraźnie chęłboczące. Za pomocą przyrządu POTAIN'a wypuszczono z prawego ropnia przeszło 6 litrów płynu a w parę dni później z lewego 1880 c. c. Po upływie miesiąca z prawego ropnia wypuszczono już tylko 1400 c. c. i zastrzyknięto jedną uncyję emulsyi jodoformowej, następnie z lewego 300 c. c. wydobyto. W dwa tygodnie po ostatniej operacji chora wyszła ze szpitala, na miejscu poprzednich ropni wyczuć można było dwa sznurki grubości palca.

W drugiej części pracy podana jest symptomatologija i dyjagnostyka ropni opadowych, oraz leczenie rzezonych ropni przy pomocy wstrzykiwań jodoformowych.

Jasiński. Skolijozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego. Przegl. lek. Nr. 7 i 8, str. 89 i 102.

Na 102 przypadków bocznego skrzywienia kręgosłupa spostrzeżal J. 2 przypadki skolijozy, zależnej od zapalenia nerwów, 1 zależny od dystrofii mięśni postępowej a jeden od płasawicy. W ostatnim przypadku cały tułów przekrzywiony był w dwóch kierunkach: z boku na bok i z przodu ku tyłowi. Część lędźwiowa i krzyżowa kręgosłupa wraz z miednicą tworzyły z górną jego częścią prawie ką prosty, ztąd ogromna lordoza. Przytém znaczna skolijoza szyjowo-grzbietowa prawa i kompensacyjna lędźwiowa lewa. Podczas snu, gdy skurcze znikają, skolijoza istniała lecz w mniejszym stopniu. W przypadku postępowego zaniku mięśni istniała silna lordoza piersiowa oraz kompensacyjna kifoza szyjowa i lędźwiowa. Nadto było wyraźne boczne skrzywienie kręgosłupa z wypukłością szyjową lewą, grzbietową prawą i największą lędźwiową lewą.

Jasiński. O przymiotowych cierpieniach kręgosłupa. Gaz. lek. Nr. 45 i 46, str. 885, 907.

Autor opisuje kilka przypadków tego rzadkiego cierpienia.

1) Mężczyzna trzydziestokilkoletni przed laty chorował na przymiot, obecnie cierpi straszne bóle w karku, barkach i potylicy, kark ma sztywny, jakby ankylozowany, próby ruchów biernych, oraz obciążanie pionowe kręgow szyjowych bóle te zwiększa, okolica pierwszych 4 kręgow obrzmiała, twarda a kontury i płaszczyzny mięśniowych zle-
Przegl. piśm. 1890.

wają się w jedną gładką walcowaną bryłę. Pod wpływem leczenia swoistego oraz unieruchomienia kręgów nastąpiło wyzdrowienie.

2) Dziecko 5-letnie z bezwładem i przykurzeniami obu kończyn dolnych, z utratą czucia, porażeniem pęcherza i kiszki, oraz z dwoma garbami, w okolicy lędźwiowo-krzyżowej i w grzbietowej dolnej. Po zastosowaniu jodu i rtęci nastąpiła poprawa, zejście niewiadome.

3) Dziecko 6-letnie, garb tylny grzbietowy, okolica garbu mocno nacieczona twardą masą bez wyraźnych granic, na prawej kości czołowej guz płaski, bolesny, nadto mięszsowe zapalenie rogówki. Wynik leczenia nieznan.

4) Chłopiec osiemnastoletni, próchnienie obojczyka wskutek rozpadu gumatu, oraz gumatyczne cierpienie 6-go i prawdopodobnie 5-go kręgu szyjowego. Po 30-tu wcieraniach maści szarzej [4 grm.] i 120 grm. jodku potasu znikł gumat z prawej strony szyi. Pozostała kyfoza z lordozą kompensacyjną karku, boczne ustawienie głowy ustąpiło. Wymacać jeszcze można dwa małe gumaty, siedzące na wyrostkach poprzecznych 6-go i 5-go kręgu szyjowego.

W rozpoznaniu przymiotu kręgów kieruje się J. w sposób następujący: „Z góry przypuszczam, że pierwotna gruźlica w kości zdarza się tylko u osobników rosnących. Gruźlica tylko jako wtórna może zjawić się w kręgach u dorosłego, a wtedy najczęściej z łatwością odnajdziemy gruźlicę w płucach, krtani i t. d. Skoro więc gruźlicy w narządach wewnętrznych nie wykryłem, a dorosły mój chory ma garb spondylityczny lub inne objawy choroby POTT'a, to znowu z góry przypuszczam, albo nowotwór, albo przymiot. Znalazłszy gumaty na gołeniach, czy inne wreszcie objawy przymiotu, wykluczam nowotwór. W razie, gdy takich objawów nie znajde, zalecam jod i szaruchę i wówczas *ex juvantibus* wykluczyć mogę raka, mięsaka i t. p. W niektórych wreszcie przypadkach bez jodu i szaruchy dojść mogę do rozpoznania nowotworu z niezwykłego przebiegu, wzrostu objawów i t. d.“

S a w i k i. O przeszczepianiu płatów z szypułą z odległych okolic ciała. Gaz. lek. Nr. 46, 47, 48, 49, str. 903, 929, 953, 973.

Przedstawiwszy obecny stan sprawy, opisuje S. własne przypadki, w których postępował wogóle wedle zasad MAAS'a.

1) Dziewczyna 18-letnia, owrzodzenie dolnej trzeciej części lewej nogi, prawie koliste. Po wycięciu dna wrzodu wykrojono z przedniej powierzchni prawego uda płat z szypułą nad kolaniem, długości 22 cm., szerokości 12 cm., następnie zgiętą lewą nogą ułożono na prawym udzie, właściwie na jego powierzchni okrwawionej; odchyłony ku dołowi płat przystosowano i przyszyto do braku na nogi. Opatrunek jodformowy i gipsowy na obie kończyny razem. Część płatu, przeciwnie do szypuły zmartwiała [4—5 cm.]; po upływie 3 tygodni gips zdjęto, szypułę przecięto 33 dnia. Wynik bardzo dobry; gruby, mięsisty płat pokrywał owrzodzoną powierzchnię.

2) Wyrobnik 20-letni, owrzodzenie lewej nogi, z prawego uda wycięto płat [23 i 12 cm.] z szypułą nad kolaniem, po 12 dniach zdjęto gips, $\frac{2}{3}$ prawie płatu zmartwiało, pozostała część przyrosła. Wynik ostateczny dodatni.

3) W trzecim przypadku wykonał S. autoplastykę z uda w dwóch tempach. 4) W czwartym przypadku dla pokrycia tylnej i bocznej powierzchni stawu łokciowego, wzięto płat z prawego podżebrza, pozostawiając szypułę na linii pachowej tylnej, którą po upływie 12 dni przecięto; płat przyrósł całkowicie, długość jego wynosiła 6 ctm., szerokość 5 ctm.

Na tułowiu płaty powinny mieć kierunek poprzeczny, na kończynach zaś równoległy do osi tychże; na piersiach i brzuchu można wycinać płaty dłuższe [20 ctm.], na udzie krótsze. Płaty powinny być wycinane z tłuszczem podskórnym.

W razie niemożności dokładnego przystosowania płatu do braku, można przyszyć część jego, lub nawet tylko brzeg przeciwległy szypule. Brak powstający po wycięciu płatu należy odrazu pokryć naciągniętą z brzegów skórą, w tym celu brzegi te można na znacznej nawet przestrzeni odseparować.

Oderfeld. Trzy przypadki raka kończyn. Gazeta lek. Nr. 13, str. 255.

I. Mężczyzna 53-letni, owrzodzenie lewej nogi o brzegach twardych, grubych, składające się z guzów ułożonych na wzór kalafiora, gruczoły pachwinowe powiększone i twarde. Amputacja, wyzdrowienie.

II. Kobieta 75-letnia, owrzodzenie rakowe na grzbiecie prawej ręki, gruczoły pod pachą powiększone.— Amputacja, wyłuszczenie gruczołów, wyzdrowienie.

III. Kobieta 65-letnia, owrzodzenie rakowe 3, 4 i 5 palca stopy, wyłuszczenie według sposobu CHOPART'a.

W końcu podaje O. kilka słów o raku kończyn według VOLKMANN'a.

Radziszewski. Kilka przypadków amputacji z następczym zastosowaniem opatrunków jodoformowych. Medycyna Nr. 9, 10, str. 129, 130.

1) Młodzieniec lat 18, zmiażdżenie stopy i nogi w młocarni, odjęcie nogi na granicy średniej $\frac{1}{3}$ części z górną, częściowa zgorzel skóry, stan gorączkowy 10 dnia ustąpił—wyzdrowienie.

2) Mężczyzna 35 l. zmiażdżenie w młocarni, wysokie odjęcie ramienia—wyzdrowienie w ciągu kilku tygodni.

3) Chłopiec 9-letni, zmiażdżenie kończyny górnej, odjęcie ramienia, zeszyicie i nałożenie opatrunku jodoformowego, 4-go dnia znaleziono zatókę ropną—wyzdrowienie.

4) Mężczyzna 40-letni z wyglądem chłupczym, ropne zapalenie w okolicy stawu łokciowego ze zniszczeniem kości ramieniowej, wysokie odjęcie ramienia, szew i dren, rana zagoiła się doraźnie za wyjątkiem dolnego kąta.

5) Chłopiec 18 l., zmiążdżenie palców, złamanie przedramienia i ramienia—leczenie zachowawcze oprócz wyluszczenia dwóch palców. Leczenie trwało parę miesięcy—wyzdrowienie.

Stankiewicz. O leczeniu złamań rzepki za pomocą szwu kostnego. Przegl. lek. Nr. 5; str. 65.

Autor opisuje 4 nowe przypadki złamań rzepki, leczonych za pomocą szwu kostnego. Zbliżnienie rany i zrost odłamków nastąpiło w trzech przypadkach w ciągu 6 tygodni, a w dwa tygodnie potem pacjenci mogli dobrze chodzić, lubo jeszcze nie byli w stanie zgiąć kończyny w kolanie. W celu przywrócenia tego ruchu, zaraz po zdjęciu kończyny z łupki, rozpoczynano ruchy bierne w kolanie, a nadto masaż mięśni uda i goleni. Również przyspieszano zgięcie kolana przez zawieszanie na stopie ciężaru, podczas gdy chory siedział na krawędzi stołu. W przypadku czwartym z powodu zatok ropnych gojenie trwało parę miesięcy. Aby, o ile możliwości, uniknąć zeszywnienia stawu, postanowił S. w przyszłości nie wprowadzać wcale sączka, który może obecnością swoją wywoływać zgrubienia zapalne w tkaninach włóknistych torebki stawowej.

Pełczyński. Przyczynę do leczenia poprzecznych złamań rzepki kolanowej. Gaz. lek. Nr. 19; str. 384.

W przypadku poprzecznego pęknięcia rzepki z odsunięciem się odłamków na szerokość trzech palców, zastosował P. opatrunek z szyny blaszanej zewnętrznej, do której przymocowane były dwa sztyfty: jeden powyżej, drugi poniżej kolana. Rozchodzące się odłamki rzepki zbliżono przy pomocy bandaża, przechodzącego przez owe sztyfty. Po trzech tygodniach odłamki były nieruchome, między niemi pozostało zagłębienie głębokie na pół grubości palca; po dwu miesiącach chory chodził niezłe bez kija.

Bogdanik. Dermoplastyczna amputacja stopy. Przegl. lek. Nr. 3; str. 39.

Robotnik 35-letni zgłosił się do szpitala z obszernymi wrzodami goleni, prosząc o amputację, bo był niezdolny do pracy. Autor chciał pójść za przykładem RYDYGIERA [ob. rok 1888], lecz ze względu na odmiennie stosunki poszedł jeszcze dalej, przez co uratował kończynę dołną w całej długości. Operację dokonano w ten sposób, że po okoleniu wrzodów głębokimi cięciami i odświeżeniu dna, zeszyły się cięcia po nad stawem skokowym. Od tego punktu przedłużono cięcie przez całą grubość skóry w prostą linię przez grzbiet stopy ku zewnętrznej po-

wierzchni palca. Teraz wyluszczone ze skóry mięśnie i kości stopy, dokonawszy enukleacji w stawie CHOPARTA tak, że cała skóra, stopę i palec pokrywająca, pozostała w związku z skórą goleni wązkim paskiem po nad ścięgnem ACHILLESA. Przekonawszy się, że skóra jeszcze nie wystarczy na pokrycie całego ubytku, odpiłowano część kości skokowej i piętowej. Mniejszy wrzód po stronie wewnętrznej dał się omal zupełnie pokryć płatem skórny z podeszwy, grzbietu stopy i palców, na wrzodzie po zewnętrznej stronie została około 5 ctm. długa płaszczyna nie pokryta skórą. Szew i sączki. Gojenie trwało długo z powodu nieodpowiedniego zachowania się chorego. Ostatecznie chodzić mógł chory dość dobrze bez kija.

O baliński. Nowa metoda resekcji stępu. Przegl. lek. Nr. 38; str. 533.

Jednym silnym pociągnięciem noża przecina części miękkie między trzecią a czwartą kością śródstopową i dostaje się aż do stawu między kością sześcienną a zewnętrzną klinową położonego. Odciągnawszy dobrze od siebie obie połowy stopy, przedłuża O. cięcie w częściach miękkich tak od strony grzbietowej jak i podeszwową po kilka centymetrów, przez co otrzymuje całe przedstopie rozdzielone na dwie połowy aż do linii CHOPARTA, a rozciągnawszy je silnie, można obejrzeć dobrze całe wnętrze stopy i wydobyć po kolei kość sześcienną, czółenkową i wszystkie klinowe a nadto obejrzeć dokładnie przednie części skoku i pięty z jednej strony, a wszystkie podstawy kości śródstopia z drugiej. Przy tej operacji padają ofiarą tylko ścięgna wyprężacza i zginaacza palców 5 i 4-go, jakoteż ścięgno mięśnia strzałkowego długiego, które łatwo później zeszyć można; z większych nerwów ofiarą pada jedynie *n. plantaris externus*. Sposobu tego użył autor raz jeden i był zadowolony tak co do przystępu, jak i co do kształtu stopy po operacji. Niestety przypadek był zaniedbany i w kilka tygodni później z powodu obfitego ropienia musiano odjąć stopę sposobem SYME'a.

Gabryszewski. Nowe wskazania do operacji Władimirowa-Mikulicza i kilka przypadków operowanych tą metodą. Przegl. lek. Nr. 24, 26 i 28; str. 333, 387 i 403.

Autor opisuje przypadek, który naprowadził prof. RYDYGIERA na myśl wykonania operacji MIKULICZA na stopie zdrowej, celem przedłużenia kończyny skutkiem podwójnej resekcji w kolanie znacznie skróconej [przeszło o 12 ctm.]. Osteoplastyczną resekcję stopy wykonano według przepisów MIKULICZA, oszczędzając, ile możliwości, szkielet kostny a więc ścinając tylko płaszczynny stawowe kości goleni, przepiłowując *os naviculare i cuboideum*. Rychłozrost zupełny. Po kilku tygodniach pacjent nabrał tak znakomitej wprawy, że nie tylko szybko chodził, ale biegał całymi godzinami po dziedzińcu. Operowana kończyna okazała się przedłużoną przeszło o 3 ctm. Robiąc próby na trupach

doszedł G. do wyniku, że największe przedłużenie, jakie się da osiągnąć na średniej wielkości nodze wynosi 5 cm. Aby je otrzymać, należy operację M-a nieco zmienić a mianowicie cięcie tylne prowadzi się nieco niżej od dolnego przedniego brzegu kostek, a stąd prowadzi się cięcie strzemiączkowe wprost na dół; kości goleni odpowuje się tuż nad powierzchnią stawową piszczeli, a z kości stopy odcina się tylko część kości piętowej i skokowej.

Oprócz powyższego przypadku operowano w klinice krakowskiej ośm przypadków sposobem WŁADIMIROWA-MIKULICZA. W sześciu przypadkach rana zagoiła się doraźnie, w jednym przyszło do ropienia i rozległego obumarcia skóry, w jednym do zgorzeli stopy z powodu nacięcia tętnicy grzbietowej stopy. W przypadkach zagojonych doraźnie wszyscy chorzy po dwu miesiącach najpóźniej rozpoczęli chodzić w opatrunku gipsowym lub szynowym. Nawrotu gruźlicy w żadnym z przypadków nie było ani razu, pomimo że były też operowane przypadki z bardzo rozszerzoną sprawą chorobową. Takie wyniki nadzwyczajnie zalecają rzeczoną operację, naturalnie przy odpowiednim doborze przypadków i staranności w usunięciu mas gruczeli.

Drobnik. Leczenie wrodzonej stopy szpotawej (*pes varus congenitus*) u dzieci. Nowiny lek. Nr. 5, 6 i 7; str. 205, 251, 297.

Na zasadzie 10 przypadków leczonych przez siebie w klinice MIKULICZA, autor przeciwny jest przecinaniu ścięgna ACHILLESA, gipsowym opatrunkom i maszynkom, natomiast zaleca oprócz wyprostowywania i mięsienia, przecinanie ścięgien mięśni goleniowego tylnego i długiego zginacza palców ponad kostką wewnętrzną [ranę skórną zesywa drutem srebrnym] oraz opaskę elastyczną. Rodzice chętnie i łatwo uczą się zakładania takich opasek, widząc naocznie ich skutek i nie zaniedbują masażu. Chodzenie samo w prawidłowej postawie stopy jest jednym z najważniejszych czynników leczenia szpotawości.

Dobrucki. O tężcu. Prof. posiedzeń Tow. lek. lub 1889/90. Str. 20.

10-letniemu chłopcu weszła drzazga w podeszwę między drugim a trzecim palcem prawej stopy. Po dziewięciu dniach wystąpiły objawy tężca, od którego chory zmarł po dniach 5-u. Chorego dostarczono do szpitala dopiero w dniu jego śmierci, to też wydobycie drzazgi i postawienie rany w warunkach aseptycznych oraz zalecanie chloralu i morfiny okazało się bezskutecznym. Wyjętą drzazgę zaszyto pod skórę po kolei dwóm królikom. Na trzeci dzień wystąpiły objawy tężca a czwartego dnia nastąpiła śmierć u obu królików. Tę samą drzazgę zaszczerpiono potem kociakowi, który zachorował szóstego a zdechł siódmego dnia. Poprzednio temuż kociakowi zaszczerpiono pod skórę ropę, wydobytą z miejsca, w którym drzazga przebywała. Skończyło się na niczym.

AKUSZERYJA I GYNEKOLOGIA.

Sprawozdawca

J. Rogowicz.

Stępkowski Fr. Przypadek wrodzonego braku macicy, pochwy i jajników. Gaz. Lek. Str. 343.

Dziewczyna wiejska 22-letnia, słabo fizycznie rozwinięta, z łepieżkami na wargach sromnych i wysypką plamistą przymiotową przedstawiała brak części w nagłówku wymienionych. Wejście do pochwy zasłonięte jakby błoną mocną, nieco wklęsniętą; spółkowanie odbywało się przez cewkę moczową.

Patek E. Zrosnięte bliźnięta. Gaz. Lek. Str. 561.

Kobięta 35-letnia, 6-ty raz rodząca, urodziła bliźnięta nieżywe [2-eh chłopców], zrosnięte piersiami i brzuskami: zrost półtora cala szeroki od obojczyków do 1 cala powyżej pępka. Poród nóżkowy ukończony rozkawaleniem płodów, które posiadały łożysko wspólne i pepowinę jedną do prawego płodu; lewy płód pępka nie posiadał; jamy piersiowe obu zupełnie z sobą połączone; w jamie piersiowej prawego płodu znajdowały się jego płuca i dwa serca o wspólnym osierdziu; w jamie piersiowej lewego,—tylko płuca; zupełny brak mostka; jamy brzuszne oddzielne, zawierały trzewa prawidłowe; prawy płód silniej od lewego rozwinięty, oba razem ważyły 12 funtów.

Szman L. Pogląd na leczenie ciąży zewnątrzmacicznej i wskazywania operacyjne przy takowej. Nowiny lek. Str. 409, 541 i 590.

Po krótkim wstępie, w którym S. podaje 7 głównych postaci ciąży zewnątrzmacicznej podług R. BARNES'a, następuje opis przypadków przez autora spostrzeganych i leczonych, a mianowicie:

I. Ciąża zewnątrzmaciczna. Krwistek zamaciczny. Lapatomiya mniej więcej po 4 miesiącach życia płodowego. Niemożliwość wydobycia płodu. Później cięcie przez pochwę. Wydobycie i wypłukanie miękkiego płodu kawałkami. Wyzdrowienie zupełne. Treść przypadku opisanego wyrażona w tym nagłówku, do którego dodajemy, że skutkiem głębokiego położenia płodu i niemożności zrobienia dostatecznie dużego nacięcia w guzie z powodu zrostów jego z kiszka, oraz silnego krwotoku, zaniechano dalszego rękoczynu w tem przekonaniu, że chora go nie przetrzyma. Po upływie 3 tygodni wykryto wyraźne chębotanie w tylnym sklepieniu pochwy, które otwarto żegadłem PAQUELIN'a.

II. Ciąża zewnątrzmaciczna. Po 3 miesiącach krwioteki wewnątrzbrzuszne ogromnych rozmiarów. Zro-

pienie zawartości worka płodowego. Przecięcie zropiałego worka płodowego przez pochwę. Odsączanie niedostateczne. Nowe cięcia pochwowo-brzuszne. Zagojenie zupełne, lecz powolne.

III. Cięża ektopieczna w lewym nierozwiniętym rogu macicy [lub cięża śródścienna]? Wyłyżeczkowanie płodu wraz z łożyskiem i błonami jajowými z jamy płodowej przez macicę otwartą i próżną. Wyzdrowienie szybkie. Autor w tym przypadku przystąpił do wyłyżeczkowania macicy z zamiarem wydalenia z jej jamy resztek poroionego jaja płodowego. „Z początku łyżeczka tylko drobne błoniaste kawałki wskrobywała. Po chwili jednakże wyczuł autor, w prawej stronie macicy miękkie, jakby gąbczaste miejsce i wyskrobując je, wydobyl skrobaczką najpierw dużo miękkich błonek, następnie wyszło nieco wody z macicy, a w końcu wyskrobał miękkie jeszcze i bardzo drobne, lecz już uformowane i paluszkami opatrzone nóżki płodu i z czasem resztę ciała płodowego i łożysko“. „Jamka, w której płód siedział, po wyłyżeczkowaniu płodu skórczyła się widocznie i mierzyła tylko 8 ctm. [podezas gdy próżnia maciczna mierzyła 11 ctm.], pomiędzy obiema próżniami można było skrobaczką wyczuć wyraźną przegrodę.“ Rozpoznanie tedy uczyniono w tym przypadku za pomocą skrobaczki. Autor wprawdzie mówi, że natura cierpienia „pozostała niezupełnie jasną w szczególności, czy to była cięża w rudymenarnym rogu macicy, czy też cięża interstycyjalna.“ Nadto S. nadmieniał, że nie spotkał w piśmiennictwie z lat ostatnich opisu takiego przypadku, w którymby wyłyżeczkowanie w pierwszych miesiącach ciąży ektopiecznej przez jamę maciczną dostępną, było ze skutkiem użytém.

Opisane 3 przypadki stały się dla autora punktem wyjścia do nakreślenia przeglądu obecnego stanu nauki o leceniu ciąży zewnątrzmacicznej. Zastanawia się przeto nad różnemi sposobami lecenia takowej ciąży w pierwszych jej miesiącach i starannie zestawia odnośne przypadki z nowszego piśmiennictwa znane. Dalej rozbiiera pytanie: co czynić należy, jeżeli chora dopiero w drugiej połowie ciąży zewnątrzmacicznej zgłosi się o pomoc lekarską? Wreszcie kończy swoją pracę następującemi wnioskami:

1) W pierwszych miesiącach życia płodowego należałoby spróbować elektryzacji [bez punkcji i bez galwanopunktury].

2) Jeżeliby to nie sprawiło skutku zamierzonego, zrobić [względnie zalecić] operację VEIT'a (*laparokelypho-vel laparo-salpingo-ectomia abortiva primitiva*).

3) Przy ciąży ektopiecznej jajowodowej, lub przy ciąży w macicy dwurożnej, jeżeli towarzyszą jej ciężkie dolegliwości lub objawy zapalne

możnaby może spróbować w tym czasie ostrożnego wyłyżeczkowania płodu przez macicę tak, jak w przyp. III-im.

4) W razie objawów pęknięcia worka płodowego, łagodnie przebiegających i nie zagrażających życiu, należy zachować się wyczekująco, jeżeli płód dalej nie rośnie i jeżeli groźniejsze krwisteki, zapalenia i t. p. nie powstają.

5) Jeżeli płód zdaje się dalej rozwijać pomimo objawów pęknięcia worka płodowego, lub gdy zjawiają się kilkakrotnie groźne krwotoki wewnątrzmaciczne, ciężkie objawy zapalne lub nieustanne bóle, należy wykonać operację wczesną, następującą (*laparokelyphoectomia* lub *laparosalpingoectomia abortiva secundaria*).

6) Jeżeli płód jest blizkim dojrzałości i żywym w chwili pierwszego badania ciężarnej, wtedy możemy wykonać laparotomię późną poprzednią t. j. uprzedzającą śmierć donoszonego płodu (*laparokelyphotomia* lub *laparokelyphoectomia serotina primaria*) i uratować matkę i dziecko, albo

7) Przeczekać 8—10 tygodni po obumarciu płodu i wykonać operację późną następującą (*operatio serotina secundaria*).

8) Wyczekująco się zachować po śmierci płodu, w nadziei zwąpnienia, tylko wtedy wolno lekarzowi, gdy matka nie doznaje z tego powodu żadnych dolegliwości.

B r a u n St. O cięciu cesarskiem zachowawczem w przypadkach zbliźnowacenia pochwy. Przegl. lek. Str. 567 i 583.

Obecnie, jak wiadomo, metody t. z. klasycznej, najdawniejszej, używamy jedynie po śmierci matki; gdy zaś mamy rozwiązać matkę przez cięcie cesarskie za życia, wykonywamy to metodą SAENGER'a lub PORRO. Metoda SAENGER'a powstała w ostatnich czasach i jest obecnie powszechnie stosowana. W metodzie zaś PORRO, jak wiadomo, wycinamy macicę razem z jej częściami dodatkowemi, przez co kobieta staje się raz na zawsze bezpłodną. Z tego też powodu stosuje się metodę PORRO bardzo rzadko; nadto statystyka wykazuje, że przypadków śmierci po sposobie PORRO jest daleko więcej, niż po sposobie SAENGER'a. Autor sądzi, że ściśle biorąc mielibyśmy obecnie do cięcia cesarskiego według PORRO za ledwo jedno wskazanie,—to jest jeżeli podczas operacji stwierdzimy objawy zakaźnego zapalenia błony śluzowej macicy. W przypadkach atoli zbliźnowacenia pochwy, gdzie ściśnienie jej jest bardzo znacznem i podczas porodu usunąć się nie da, wykonanie cięcia cesarskiego sposobem SAENGER'a, naraża położnicę na wystąpienie dwóch wielce niebezpiecznych powikłań, a mianowicie: krwotoku i zatrzymania się odchodów położowych w większej ilości w macicy, których uniknąć możemy, jeżeli zastosujemy sposób PORRO. W przypadku pomyślnie zakończonym po sposobie SAENGER'a, zyskujemy to, że później możemy znieść zwężenie pochwy, a tém samém ułatwić nietylko zastąpienie, ale i poród następnym drogą naturalną.

Opisany przypadek zdarzył się w klinice położniczej prof. MADUROWICZA w Krakowie. Kobięta 24-letnia już raz przed 3-ma laty rodziła; poród trwał 3 dni i został ukończony przez wymóżdżenie; w położu ciężko chorowała, miała dreszcze, ból głowy, ból przy wydalaniu stolca i moczu i mocne obrzmienie sromu, z którego przez dłuższy czas wypływała ciecz krwawa, brudna i cuchnąca. Bóle porodowe trwały już 4 dni, a badanie wewnętrzne wykazało zupełny brak krocza, błonę bliznowatą, zatykającą zupełnie pochwę, tak że istniał tylko otworek, do którego nawet końca palca nie można było wprowadzić; po za miejscem ścieśnioném nic się nie wyczuwało. Rozpoznano nadto: płód donoszony żywy, w położeniu czaszkowém drugim, nieustaloném, a główką w szyi macicznej nadmiernie w górę wysuniętej.

Wykonano cięcie cesarskie sposobem SAENGER'a, aby umożliwić poród, a po odbyciu położu przystąpić do usunięcia ścieśnienia pochwy i rozdarcia krocza. Podczas operacji z rany macicy powstał gwałtowny krwotok z powodu usadowienia się łożyska na przodowej ścianie macicy. Jamę macicy wymyto wacikiem, zmaczanym w 5% kwasie karbolowym, zapruszono jodoformem i zeszyto ranę macicy ciągłym szwem katgutowym dwupiętrowym, t. j. zespojono najprzód warstwę mięsna, potem warstwę otrzewnową. Przebieg zupełnie dobry; chora opuściła klinikę w 3 tygodnie po operacji. W 5 miesięcy później zgłosiła się powtórnie; ścieśnienie pochwy usunięto przez wprowadzanie rozszerzadeł HEGAR'a i nacięcia blizn o tyle, że 3 palce z łatwością przeprowadzić się dały i w ten sposób odsłonięto część pochwową macicy, której przodowa warga była zupełnie zrośniętą z przodową ścianą pochwy. Macica, która w dniu wyjścia chorój po cięciu cesarskiém była zrośniętą z powłokami brzusznemi, leżała zupełnie w miednicy małej, była wielkości prawidłowej i na wszystkie strony zupełnie ruchoma. Chora następnie zaraz wyjechała, nie czekając na zamierzone utworzenie sztucznego krocza i dopiero w parę miesięcy wróciła w drugim miesiącu ciąży; polecono jój, aby za 7 miesięcy zgłosiła się do porodu.

B r a u n S t. Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy. Przegl. lek. Str. 193 i 207.

W treściwych uwagach wstępnych zastanawia się autor nad częstotnością i przyczynami pęknięcia macicy podczas porodu, nad sposobem, w jaki pęknięcie powstaje i jak naprzód można rozpoznać niebezpieczeństwo grożącego pęknięcia macicy. Co do ostatniego podaje teorię BANDL'a z 1875 r., jako dotąd w nauce przyjętą, a mianowicie, że wtedy pęka szyjka macicy [najczęstszy przypadek], kiedy jój ściany zostaną nadmiernie wyciągnięte ku górze i ścięte, co można poznać po znaczném wysunięciu się ku pępкови bródzy biegnącej poprzecznie, zaznaczającej granicę między trzonem a dolnym odcinkiem macicy, dającą się wy badać

przez powłoki brzuszne w zwykłych warunkach w wysokości dwóch palców poprzecznie nad górnym brzegiem spojenia łonowego, posuwając się w miarę rozciągnięcia i ścięczenia ścian dolnego odcinka macicy, coraz to więcej ku pępki tak, że tuż przed pęknięciem znajdować się może na wysokości pępka lub nieco powyżej. Opisany zaś przypadek spostrzegano i leczono w klinice prof. MADUROWICZA w Krakowie. Mężatka, 24 lat mająca, 2 razy poprzednio rodziła bez pomocy sztuki, od 3 dni rodząca. Zanim przybyła drogą żelazną do Krakowa, na miejscu daremnie zakładano kleszcze na przodującą główkę płodu, następnie usiłowano zrobić obrót na nóżki, lecz gdy i tych sprowadzić się nie udało, otworzono nożycami NAEGELE'go czaszkę płodu, lecz dalszego operowania zaniechano z powodu zupełnego osłabienia operatora. Że zaś wypuklenie kuliste wielkości główki płodu, twarde, znajdujące się nad spojeniem łonowym, więcej ku stronie prawej, poczytano jako zależne od jakiegoś guza we wchodzie miednicy, lub od potworu bliźniaczego, odesłano rodzącą do kliniki. Tu rozpoznano: pęknięcie macicy, położenie płodu główkowe, główka przedziurawiona. „Nożycami NAEGELE'go odsunięto zachodzące na siebie kości, założono kranioklast i wydobyto z łatwością płód donoszony z pomniejszoną czaszką“. Przy wydobywaniu łożyska ręką przekonano się, że istnieje duży otwór po stronie prawej macicy, komunikujący z jamą brzuszną, w której znajdowało się łożysko wolno pod łukiem żebrowym. Laparotomija,—macica skureczona, rozdarta po stronie prawej i od przodu w warstwie otrzewnowej i mięśniowej, rana długa 15 ctn. przebiegała ukośnie od dolnej granicy trzonu do górnego brzegu pochwy, o brzegach nierównych;—otrzewna w miejscu rany nietylko wzdłuż lecz i poprzecznie była rozdarta. Zeszyto warstwę mięsną i otrzewną szwem ciągnącym się katgutowym; jamę brzuszną zupełnie zamknięto. Operowana w 10 godzin po operacji zmarła.

Święcicki H. Cięcie cesarskie, z powodu narośli kostnej miednicy, wyzdrowienie. Gaz. Lek. Str. 1009.

U kobiety 32-letniej po raz wtóry na czasie rodzącej [pierwszy poród przed 10 laty], rozpoznano narośl kostną, wielkości główki noworodka, wypełniającą większą część miednicy i biorącą początek z prawego stawu biodrowo-krzyżowego. Cięcie cesarskie dokonano sposobem SAENGER'a. Nie wyczyściwszy, mówi autor, jamy macicznej 5% roztworem karbolowym, ani nie posypawszy wnętrza macicy jodoformem, przystąpiłem natychmiast do dokładnego zeszcicia macicy. Użyłem do tego wygotowanego jedwabiu TURNER'owskiego, a szwy przeprowadziłem przez całą grubość ściany macicy, nie wiele dbając o to, czy szew przechodzi także przez błonę doczesną. W odstępach zaledwie jedno-centymetrowych założyłem 12 szwów głębokich i 12 zwyczajnych powierzchownych [nie surowiczo-surowicznych] szwów. Operacja trwała 30 minut, dziecko

asfiktyczne wkrótce docuceno; operowana 20 dnia pierwszy raz wstała. W końcu autor przytacza 12 przypadków, w których chrześniaki miedniccy kostnej były wskazaniem bezwzględnie do wykonania cięcia cesarskiego i wykazuje, że tylko w 5-ju wynik operacyi był pomyślnym tak dla matki jako też i dla dziecka.

Harajewicz Wł. Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu. Przegl. lek. Str. 671, 685, 698 i 728.

Autor we wstępie zwraca uwagę na ważność i znaczenie rozstępu kości miednicowych wskutek pęknięcia połączeń ich stawowych podczas porodu lub następowo w położeniu, a następnie opisuje dwa wybitne tego rodzaju przypadki, spostrzegane i leczone w oddziale położniczo-ginekologicznym prof. MADUROWICZA w Krakowie.

I. Kobięta 30-letnia, poraz wtóry rodząca; pierwszy poród trwał dwie doby i zakończył się urodzeniem dziecka nieżywego, a matka kilka tygodni w położeniu chorowała. Tym razem w 3-ciej dobie trwania porodu założono kleszcze na przodującą główkę płodu i przy 4-jej trakcyi usłyszano i poczuło „krach“, poczem główkę z łatwością na zewnątrz wydobyto. Płód żywy, na jego kości skroniowej i ciemieniowej złamanie czaszki na przestrzeni guldna, wywołane końcem łyżki kleszczowej. Współcześnie z wydobyciem główki wystąpiło podbiegnięcie krwawe wargi sromowej większej prawej. Położnica przebywała zapalenie prawego płuca, miewała dreszcze, gorączkę; 10-go dnia na wardze prawej utworzył się otwór, prowadzący do jamy po wynacynieniu, biegunka, wycieńczenie i śmierć pod koniec 4-go tygodnia położenia z zakażenia ogólnego. Rozbiór zwłok między innymi wykazał: *Sepsis, endometr. puerp, rhagades cervicis uteri ad fornic. poster, vaginitis diphther. exsudatum septic. parametrit. Diastasis symphyseos ossis pubis, caries praestans utriusque ossis pubis.*

II. Pierwiastka 22-letnia odbyła przed 3-ma tygodniami poród kleszczowy w klinice, połów prawidłowy, przybyła do oddziału ginekologicznego z powodu kłucia i boleści w brzuchu i że chód miała utrudniony. Rozpoznano: *exsudatum parametricum post partum, anaemia maj. gradus.* W dalszym ciągu wytworzył się ropień w wardze sromowej mniejszej lewej, z którego wypuszczono około 1/4 litra ropy cuchnącej; zgłębnikiem wykryto obnażoną z okostnej kość łonową lewą. Gorączka ciągła, obrzęk wzgórkę łonowego, rozstęp kości łonowych od przodu na 3 — 4 cm., klinowato ku tyłowi się zwężający. Rozpoznanie tedy zmieniono na: *caries necrotica ossium symph. pubis, seque diastasis ejusdem symphyseos.* Rozszereczono cięcie, wyskrobano ostrą łyżeczką obumarłe części kości i ścian ropy, wypłukano 5% i 3% kwasem karbolowym, opatrunek z gazy jodformowej i sączek przez przeciwotwór po stronie prawej wprowadzono.

Od téj chwili gorączka ustala, chora szybko do sił wracała, gojenie postępowo prawidłowo, kości łonowe napowrót się spoily; wyzdrowienie zupełne po 4 miesiącach.

W pierwszym z opisanych przypadków rozstęp był całkowity odrazu, w drugim zdaje się został wywołany przez zapalenie, do którego zropienie się dołączyło. W obu poród musiał być ukończony przez założenie kleszczy na wysoko ustawioną główkę.

W uwagach końcowych omawia autor mechanizm powstawania tego zбочenia i jego leczenie.

Mars A. Przypadek wycisowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem. Przegl. lek. Str. 51 i 67.

M. O. 25 lat wieku licząca, silnie zbudowana i bardzo dobrze odżywiana, w rok po pierwszym porodzie prawidłowym, przed 2-ma laty zauważyła guz od czasu do czasu występujący z pomiędzy warg sromowych, zwłaszcza podczas natężonej pracy, jako téż podczas wydalania moczu i stolca. Guz wielkości śliwki, niebojący, który chora sama palcem z łatwością odprowadzała. Podczas powtórnej ciąży guz ten wysuwał się coraz częściej, zawsze jednak dawał się palcem odprowadzić. Po ostatnim porodzie, 14 godzin trwającym, guz ten znacznie się powiększył, a mianowicie do wielkości kurzego jaja, występował z ujścia zewnętrznego cewki moczowej i nie dał się odprowadzić ani przez chorą, ani téż przez lekarza. Dopiero po kilkakrotnych daremnych usiłowaniach udało się autorowi guz ten odprowadzić. Od téj chwili rozwinęło się gwałtowne zapalenie ze zgorzelą błony śluzowej pęcherza moczowego, następstwem czego była sprawa zapalna okołomaciczna i śmierć położnicy 14-go dnia po porodzie z posocznicy.

W końcowych uwagach autor wyjaśnia, że w tym przypadku nie sama błona śluzowa wypadła, lecz istniało wypadnięcie przez cewkę moczową częściowo wycisowanego pęcherza moczowego. Następnie zbyt długi, bo 14 godzin trwający poród, przypisuje małej ilości wód płodowych, okres bowiem rozwijania się ujścia macicznego trwał 12 i pół godzin. Nadto rozbiera pytanie: dla czego pęcherz moczowy podczas ciąży nie wypadł tak znacznie? dla czego nie wypadł podczas porodu? i dla czego dopiero wypadł w 21 godzin po porodzie? Wreszcie zastanawia się nad postępowaniem leczniczym i sądzi, że cierpienie to u osoby, mającej warunki do zajścia w ciążę, nabiera poważnego znaczenia i że w podobnym przypadku wykonałby otwarcie jamy brzusznej w celu, aby sztucznie przytwierdzić pęcherz moczowy do wewnętrznej ściany brzucha, a to przez przysycie do niej samej tylko otrzewnej, okrywającej pęcherz moczowy.

Warman M. Tamponada Dürssen'owska przy krwotokach połogowych. Gaz. Lek. Str. 443 i 460.

Tamponada DÜRSEN'a, jak wiadomo, polega na wprowadzeniu do jamy macicy kawała gazy jodoformowej, długiego na 3—4 metrów i szerokiego $\frac{1}{2}$ metra, celem powstrzymania groźnych krwotoków połogowych. Autor po opisie sposobu wprowadzenia gazy do macicy, przytacza zdania autorów, zachwalających ten sposób postępowania, poddaje krytyce inne sposoby powstrzymywania krwotoków połogowych, jako téż zdania przeciwników tamponady DÜRSEN'a. Sam należy do gorących jej zwolenników, opierając się na 6 przypadkach pomyślnego użycia tego sposobu w swojej praktyce prywatnej, z których dwa opisuje. Na zakończenie przytacza smutny przypadek, podany przez VAVRA, w którym chora podczas wprowadzania gazy do macicy nagle zmarła. Rozbiór zwłok wykazał mnóstwo pęcherzyków powietrznych w żyłach więzadeł szerokich macicy, w prawém sercu i tętnicy płucnej.

Matlakowski Wł. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. [Szereg czwarty]. Gaz. Lek. Str. 533, 554, 574, 597, 616 i 633.

Na ten 4-ty szereg [zob. Przegl. piśmien. lekars. polsk. z r. 1887, 1888 i 1889] złożyło się: 5 wycięć macicy, dotkniętej rakiem, przez pochwę, 1 odjęcie jajowodów i jajników z powodu gruźlicy, 1 otwarcie żywota badawcze, 9 owaryjotomij i 9 wycięć guzów macicy samych lub z nią po otwarciu jamy brzusznej.

Z opisu 5 wycięć rakiem dotkniętej macicy, dowiadujemy się, że autor w 4-eh ostatnich przypadkach nie podwiązywał więzadeł szerokich macicy, lecz nakładał na nie kleszcze RICHELOT'a, które po 3 do 6 dniach zdejmował. Nie mówiąc o skróceniu czasu trwania operacji, dodatnią stroną użycia tych kleszczy zamiast podwiązywania więzadeł, stanowi doskonale zatamowanie krwi. W jednym jednak przypadku kleszcze te ześlizgnęły się podczas operacji z lewego więzadła, co dało powód do gwałtownego krwotoku z tętnicy macicznej, którą natychmiast schwytano i podwiązano. W innym znowu przypadku, gdy otwarto jedno zaciskadło RICHELOT'a po skończonych 3-eh dobach od operacji, krew trysnęła tak, że wypadło zostawić je dłużej i dopiero w 6 dni po operacji, zostały oba zdjęte.

W jednym przypadku wycięta macica przedstawiała tę osobliwość, że w jej jamie było zebranych kilka uneyj krwi czarnej, smolistej (*haematometra*), skutkiem zamknięcia przez ściągającą i kurczącą tkankę szyi pod wpływem nacieczenia rakowatego na wysokości ujścia zewnętrznego.

Spostrzeżenie p. n. *Tuberculosis utriusque oviductus; retroflexio fixata; perioophoritis; perisalpingitis; castratio; sanatio*—dotyczy 22-letniej mamki, która zgłosiła się do szpitala w niespełna 3 miesiące po pierwszym poro-

dzie, z powodu silnych boleści w lewym boku i krzyżu i obfitego krwawienia z pochwy od miesiąca datującego i powracającego co tydzień, co dwa tygodnie. „Przypisując główny powód cierpień chorąj wadliwemu tyłozgięciu i tyłopochyleniu, połączoneму z przyrostem dna macicy w zagłębieniu DOUGLAS'a, postanowił M. na drodze operacyjnej po otwarciu jamy brzusznej, narząd od zrostów uwolnić i jednym ze znanych sposobów macicę przyszyć do przedniej ściany brzusznej.“ Po rozerwaniu palcami zrostu w zagłębieniu DOUGLAS'a okazało się, że lewy jajnik był zrosnięty z wylotem jajowodu i razem przyrosłe; że w jajniku było drobno-torbielowe zwyrodnienie; że strzępy wylotu jajowodu były szare, twarde, jakby inkrustowane a sam jajowód skręcony, twardy, kruchy, gruby. Jeszcze większe zmiany istniały w prawych przydatkach tak samo przyrosłych. Uważając te zmiany jako charakterystyczne dla gruźliczego cierpienia, [co następne badanie drobnowidzowe potwierdziło], oba przydatki maciczne podwiązano i wycięto.

Jedno otwarcie brzucha badawcze dokonano z powodu *Kystoma ovarii degeneratum*. Guz sięgający aż do podżebrzy, gładki, sino przeświecający z bardzo licznymi i grubymi naczyniami, wolny w górnej połowie, lecz zupełnie zrosnięty z macicą od przodu, oraz ze wszystkimi ścianami miednicy małej i kiszka prostą. Powierzchnia guza nierówna, delikatna tak, że po przesunięciu ręką krwawiła; guz wychodził z lewych przydatków macicy. Wobec tego odstąpiono od wycięcia guza i ranę w ścianie brzusznej zaszyto.

Z 9-iu owaryotomij zasługuje na uwagę 7, a mianowicie:

1) *Kystoma ovarii dextri, synechia cum parietate anteriore abdominis et cum omento; ovariotomia; sanatio*. Guz wypełniał cały brzuch i dawał się przesuwac i bujac na kiszkach, lecz ściany brzusznej po nim przesuwac nie można było; guz łączyły obszerne i bardzo tęgie zrosty z siecią i ze ścianą brzuszną w dolnej jej połowie. Zrosty rozdzielono częścią palcami, częścią nożem, szeroką szypułkę wpuszczono do jamy brzusznej; podwiązano kilkadziesiąt pęczków sieci i naczyń.

2) *Cystis unilocularis ovarii dextri; torsio pedunculi; peritonitis adhesiva; extravasatio in cavum cystidis; sanatio*. Guz wielkości 2-eh pięści, bolesny, usadowiony między macicą i pęcherzem moczowym, mało ruchomy. Podczas operacji okazało się: że sieć była przyrosnięta na całej przodowej ścianie guza, a sam guz ściśle zrosnięty z kiszkami i ich kręzką od góry i z boków, posiadał szypułkę cienką, kilkakrotnie skręconą; skręty szypuły były pozrastane zarówno ze sobą, jak i z samą torbielą; nie probowano też ich rozkręcać, lecz poniżej skrętów szypuły przewiązano, przecięto i wypuszczono. Przy dokonywaniu toalety koniecznej z powodu bardzo znacznego krwawienia z oddzielonych od guza pętlic i krézki, dostrzeżono, iż kilka z nich zaczepiło się o sznurek grubości pióra krukowego, obły, bardzo twardy, idący swobodnie od przodowej ściany brzucha,

mniej więcej na prawo od pępka, a przyczepiający się, po przebiegu około 8 ctm. do krézki kiszki cienkiej, mniej więcej w okolicy ostatniego kręgu lędźwiowego. Były tu zatem gotowe warunki do zaciśnięcia kiszki przegiętej. Po oswobodzeniu pętlcy kiszki sznurek ten wycięto, albowiem nie mógł być ani moczowodem, ani téż pomocownikiem. Badanie drobnowidzowe [objaśnione rysunkiem] wykazało, że sznurek ten grubości 3 mm. składał się: a) z dosyć grubego pęczka podłużnych włókien mięsnych gładkich, w środku którego znajdowała się b) stosunkowo gruba tętnica. Cały pęczek mięsny z tętnicą otoczony był od zewnątrz tkanką tłuszczową, pokrytą grubą warstwą włóknistą tkanki łącznej.

3) *Kystoma ovarii sinistri; accretiones largissimae cum pariete abdominis; ovariotomia.* Zupełne i mocne zrośnięcie ściany torbieli ze ścianą przodową brzucha. Po nakłuciu torbieli sporo odeszło gęstej klejowatej cieczy, lecz gdy pomimo to guz tylko nieznacznie się zmniejszył, rozszerzono otwór w torbieli, a wprowadziwszy przezeń palec porozrywano przegrrody, aby przez wypływ cieczy z innych komór, osiągnąć zmniejszenie guza. W części udało się to otrzymać, lecz jednocześnie z płynem klejowatym wypływa krew obficie. W obec szybkiej krwi utraty rozszerzono cięcie powyżej pępka aż do górnej granicy guza, szybko oddarto ścianę torbieli od ściany brzusznej, przyczem okazało się, że ściana torbieli z prawej strony była tak słabą i zwyrodniałą, że torbiel pękła i zawartość jej wylała się do jamy brzusznej. Przez szybkie nałożenie przewiązki elastycznej na szypułę krwotok powstrzymano, szypułę przecięto i wypuszczono, wreszcie obkluto szeroko zrost z pęcherzem. Operacja trwała 1½ godziny. Chora wyzdrowiała.

4) *Kystoma ovarii dextra; peritonitis; ovariotomia; sanatio.* Chora od 4 tygodni gorączkowała, brzuch bolący, ściana jego gruba, obrzękła. Chora źle zasypiała, wymiotowała, przestawała oddechać tak, że część operacji robiono bez chloroformu. Zlepne zrośnięcie guza z przodową ścianą brzucha łatwo udało się rozdzielić ręką; długą szypułę przecięto i wypuszczono; krwawienie z otrzewnej ściennéj było bardzo żywe pomimo nacisku włożonych gąbek. Zawartość torbieli brudno-czekoladowa. Godném uwagi było znaczne nasiąknięcie płynem surowicznym ściany brzusznej, jako następstwo zapalenia zlepnego między nią i torbielą, a którego punktem wyjścia była zmiana zaszła w jej zawartości. „Przebieg idealny, bez gorączki.“

5) *Cystosarcoma utriusque ovarii; hernia umbilicalis; ascites; ovariotomia duplex; excisio sacci herniosi.* Przy operacji z jamy otrzewnej wypuszczono 3 garnce płynu surowiczego; guz większy, wielkości głowy dorosłego człowieka, wychodził z prawego jajnika, umocowany był na szypule bardzo szerokiej, grubej, zawierającej potworne sploty żyłne; szypułę podzielono na kilka części, przewiązano, obcięto i wypuszczono; w wiązadle szerokiém poniżej jajowodu, zamienionego w torbiel retencyjną

i przyrośniętego do guza, znajdował się guzik wielkości grochu, twardy, okrągły, który również wraz z szypułą został wycięty. Drugi guz zupełnie do poprzedniego podobny, wielkości głowy dziecka, wychodził z lewego jajnika i był również zrosły z jajowodem. Jelito biodrowe niedaleko od kiszki ślepej, skurczone do grubości cewnika Nr. 24, skłębione w zwitek pętlie, zawierało w kręzce swojej guziki podejrzanej natury. W pierwszych dniach przebieg jak najpomyślniejszy, następnie chora przebyła lewostronne zapalenie opłucnej z niewielkim wysiękiem. Badanie drobnowidzowe wykazało *fibro-sarcoma* z nielicznymi jamami (*cystides*) wysłanymi *endotelium*.

6) *Kystoma proliferum papillare suppuratum; ascites; accretiones permagna; paracentesis; laparotomia; sanatio*. Na 12 dni przed operacją dokonano nakłucia brzucha, dla dokładnego zbadania guza, przyczem wypuszczono 13000 ctm. sześć. płynu krwią zabarwionego. Wobec małej ruchomości guza, niewątpliwych zrostów, o których świadczyły przebyte zapalenia otrzewny i wobec wielkiego wyniszczenia choréj, operacja wydała się z góry bardzo ciężką. I w rzeczy samej takąż téż była z powodu zrostów z całym otoczeniem guza: szerokie zrosty powstałe z przyklejenia do przodowej powierzchni sieci wielkie, łączyły guz z kiszką poprzeczną, z *flexura hepatica*, dalej torbiel bezpośrednio przyrosła była do kiszki grubéj wstępującej, zrosty błoniaste łączyły ją z kiszką ślepą; nadto spojona była z wyrostkiem robaczkowym i z jego krężką. W miednicy małej torbiel zrosniętą była ze wszystkich stron, lecz luźnemi, nasiąkłemi płynem, wrzekomemi błonami, łatwo się rozrywającemi. Wszystkie zrosty, sieć, otrzewna kiszki grubéj, oraz ściana torbieli, były bardzo przekrwione, żywo unaczynione i przy lekkim dotknięciu krwawiące. Po przewiązaniu szerokiej i krótkiej szypuły guza, wychodzącego z prawego jajnika, powstała mozolna praca podwiązywania i przecinania zrostów. Worek MIKULICZA. Operacja trwała 1½ godz. Autor w uwagach końcowych mówi: że jest to najcięższy przypadek owariotomii w jego kasuistyce. Po skończeniu operacji nie miał on nadziei, aby tak wycieńczona chora mogła przeżyć tak morderczy rękoczyn: cała dolna część jamy otrzewnowej przedstawiała się jako miękka krwawiąca rana; w górnej części téj jamy, pod wątrobą z pękniętej torbieli wylała się szara, brudna, skalona zawartość; na kiszce grubéj wstępującej trzymały się resztki ściany torbieli, które musiano pozostawić, aby nie uszkodzić ściany samej kiszki. Jeżeli upadek ciśnienia w naczyniach [chłodne kończyny, nos, język, brak tętna w tętnicach promieniowych, częste uderzenia serca] wolno nazwać wyrazem *colapsus*, to w tym przypadku był on niewątpliwie, a mimo to chora otrzeźwiła się z niego i wyzdrowiała bez gorączki. Takie przypadki, dodaje M., utwierdziły go w przekonaniu, że ani ostudzenie trzew obnażonych, ani utrata krwi, ani mechaniczne wpływy na otrzewną nie stanowią współczynnika głównego, duszy tego, co pojmuje jako

shok, collapsus przy śmiertelnych zejściach po laparotomiach; że nim jest tylko ostre zakażenie septyczne, które nie miało czasu wyrazić się anatomicznymi zmianami i którego znaków trzebaby szukać, jak śladów zatrucia—we krwi. Przypadek ten świadczy również, że prócz przeciwwskazań ze strony narządów wewnętrznych [np. daleko posunięte suchoty, niewyrównana wada serca, choroba BRIGHT'a i t. p.] niema innych przeciwwskazań do owaryotomii.

Wreszcie z opisu wyciętego guza zaznaczamy, że dolna część jego posiadała ścianę grubą na 3 palce wpoprzek; na przecięciu taka ściana wypuszczała z siebie obficie płyn gęsty, szaro-białawy, brudny, nieprzezroczysty, podobny do posoki, lub ropy brudnej; po wyciśnięciu go ze ściany i splukaniu wodą, okazało się, że ściana ta całkowicie składa się z nieprzeliczonej liczby drobnych torbieli z zawartością szarą, gęstą; to tłumaczy nadzwyczajną kruchość ściany pomimo jej grubości.

7) *Kystoma utriusque ovarii; ovariectomy bilateralis; sanatio*. Kobieta 23-letnia, nigdy nie rodziła, przedstawiała brzuch ogromny, skutkiem nagromadzenia się płynu swobodnego w jamie otrzewnowej, wśród którego wyczuwało się guz ruchomy, wielkości główki dziecka, nierówny, w dotknięciu jakby aksamitny, a mimo to niechlebzący. Po operacji okazało się, że guz ten składał się z wielkiego mnóstwa pęcherzy najrozmaitszej wielkości: od ziarna winogrona do wielkości jabłka, owalnych i okrągłych, posiadających ścianę bardzo cienką, przeświecającą, napełnionych płynem żółtawo-zielonkawym, przezroczystym, ciągnącym się, osadzonych na grubym trzonku, twardym, włóknistym, stanowiącym wyciągnięte i zmienione więzadła szerokie lewe.

Z 9-ciu wycięć guzów macicy samych lub z nią po otwarciu jamy brzusznej, 6 razy wycięto guzy z macicą, a 3 razy bez macicy. Z tych ostatnich: w dwóch przypadkach *cystomyoma* i *cystofibroma uteri*, ograniczono się na częściowem wycięciu lub nacięciu guza i wszyciu go w ranę brzuszną, gdyż całkowite wycięcie guzów nawet wraz z macicą okazało się niemożliwem; w jednym tylko [ostatnim, spostrz. 100] wyluszczone guz z tkanki macicznej nożem, przyczem otwartą została i jama macicy, po zaszcyciu dziury w błonie śluzowej i jamy w ścianie macicy, wpuszczono ją do jamy otrzewnej. Wszystkie 9 przypadków zasługują na uwagę tak pod względem techniki operacyjnej, jako też siedliska, rozmiarów i anatomii patologicznej guzów, a opisy ich pomimo swjej treściwości są tak pouczające, że w całości chyba podać by je tu należało. Gdy zaś to jest niemożliwem ze względu na szupłe ramy naszego „Przeglądu“, odsyłamy przeto czytelników do głównego źródła. [Gaz. Lek. Str. 593 — 602, 616—623 i 633—640].

Pomorski J. Śródbłoniak jajnika. Przegląd lek. Str. 17, 38, 103 i 116.

W patologii nowotworów znany jest odrębny rodzaj narośli złośliwych, którego jednakże ani do raków, ani do mięsaków zaliczać nie można. Nowotwory te rozwijają się ze ścian naczyń krwionośnych, a względnie ze śródbłonka albo nabłonka i dla tego jedni nazywają je śródbłonkami (*endothelioma*), inni mięsakami naczyniowými, a LEOPOLD pierwszy opisał śródbłoniaka jajnika, ale nazwał go jeszcze naczyniakiem limfatycznym, torbielowym (*lymphangioma kystomatosum*). Autor podaje opis przypadków LEOPOLD'a, MARCHAND'a i innych, nadto przytacza przypadek ECKARDT'a i sądzi, że oprócz śródbłoniaków szczelin limfatycznych, zdarzają się także śródbłoniaki naczyń włosowatych; dla tego też podział ECKARDT'a na *endothelioma lymphaticum* i *endoth. intravasculare* uważa za bardzo udatny.

Wreszcie P. opisuje przypadek spostrzegany w klinice prywatnej A. MARTIN'a w Berlinie. Chora 49-letnia rodziła 4 razy, od dłuższego czasu gorączkująca, zwiędła, miała guz po prawej stronie macicy, wielkości głowy dziecięcia, gładki, bardzo mało ruchomy, dający się zupełnie odsunąć od macicy. Rozpoznano—nowotwór prawego jajnika, dokonano laparotomii i ovariotomii, przy której okazały się znaczne zrosty z jelitami, przy rozdzielaniu których kiszka cienka pękła; kiszka zeszyto, sypułę wpuszczono do jamy otrzewnej. Operowana 3-go dnia po operacji zmarła, wskutek ropnego zapalenia otrzewny. Wycięty guz złośliwego charakteru tak z wejrzenia, jako też z wyniku badania drobnowidzowego był podobny do zrakowaciatego skórzaka. Następnie jednak po dokładnym stwierdzeniu nowotworu, autor zabrał się do powtórnego badania, którego wyniki szczegółowo opisuje i objaśnia 4-ma rysunkami. Ostatecznie P. tak budowę anatomiczną wyciętej narośli określa: „Mamy więc tkankę, która pokazuje zjawisko rakowego utkania, bo nabłonek i tkanka łączna przerastają się nawzajem, tkanka ta jednakże ma charakter mięsaków, bo pierwiastki łącznotkankowe zmieniają się tu wprost na komórki, podobne do nabłonka, a oprócz tego odbywa się sprawa zapalna w śródbłónkach szpar limfatycznych, a tém samym w jamach łącznotkankowych i takowe daje początek do rozwoju nowotworu. Ponieważ jednakże w nowotworze tym związane są razem charaktery dwóch wielkich grup złośliwych narośli, a mimo tego żadnym z obu mianem guza naszego nazwać nie możemy, z tego powodu uznaję za słuszne i konieczne, ażebyśmy, zważając na jego rozwój, zachowali mu charakter właściwy i przewalili go śródbłoniakiem limfatycznym.“

Rydygier L. O wycinaniu macicy. Przegl. lek. Str. 619 i 636.

Jest to wykład miany na II Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie. Autor na wstępie zaznacza, że rak macicy w początkach jest radykalnie uleczalny. Następnie rozberra pytanie: jaka operacja najczęściej zaleca się w raku macicy? Co do raka trzonu macicy, jako też

i szyjki zdania są jednakowe, gdyż wszyscy zalecają całkowite wycięcie macicy. Sprzeczność zdań istnieje tylko co do postępowania w rakowcu części pochwowej. SCHROEDER i jego szkoła przemawia w tych przypadkach stanowczo za amputacją. MARTIN, OLSHAUSEN i większa część ginekologów i chirurgów za wycięciem całej macicy. W dalszym ciągu autor opowiada treściwie dzieje 16 przypadków wycięcia macicy przez pochwę przez niego dokonanego, z których tylko jeden przypadek śmierci zalicza na karb operacji; w 2-im zaś śmierć nastąpiła w 7 tygodni po operacji z nieszczęśliwego przypadku, a mianowicie wsunięcia dosyć dużego kawała gazy antyseptycznej, założonego dla powstrzymania wysuwania się jelit podczas operacji i niemożności odszukania téj gazy po dokonaniu operacji. Po króciutkiej uwadze historycznej, — z której dowiadujemy się, że pierwszy CURPUS w 1507 r. wyciął macicę z dobrym skutkiem, a przed nim nawet ojciec jego, kończy wreszcie autor swój wykład treściwym opisem sposobu operowania, jaki stosuje, a mianowicie: Wycina macicę, nie przewracając jęj; przewiązki zakłada tylko na zewnątrz od zrobić się mającego cięcia; do zakładania przewiązek używa DECHAMP'a odgiętego pod kątem rozwartym według HAHN'a; kleszczy RICHELOT'a nie używa, bo obawia się przypadkowego ich otwarcia lub zesunięcia; sklepienia nie zeszywał nigdy i nie widział ztąd żadnego niekorzystnego powikłania. Sączek gruby zawinięty w gazę jodoformową zakłada do pochwy tak, żeby sięgał aż nieco powyżej przeciętych jęj ścian; naokoło niego wsuwa paski gazy jodoformowej. Opatrunek pierwszy zostawia 5 — 7 dni, jeżeli nie występują objawy nakazujące wcześniejszą jęj zmianę.

Ko hn Ed. Przypadek pomyślnego wyleczenia przewlekłego wycięcia macicy. Gaz. lek. Str. 426.

Opis przypadku spostrzeganego w szpitalu w Częstochowie. 20-letnia kobieta bardzo wątła, w 12 tygodni po pierwszym porodzie zgłosiła się z całkowitem wycięciem macicy, powstałym przy wydobywaniu łożyska przez akuszerkę. Zastosowano sposób FRIES'a i BOCKENDAHL'a, polegający na wprowadzeniu do pochwy pęcherza gumowego, napełnionego wodą, codziennie zmienianą i otrzymano pomyślny wynik po 9-iu dniach takiego leczenia.

Sielski. Kilka słów w sprawie leczenia wypadnięcia macicy metodą własną [modyfikowaną Thure-Brandt'a]. Wiad. lek. Zesz. I, str. 1.

W artykule tym rozpoczyna autor polemikę z FELLNEREM z powodu pracy tego ostatniego p. t. „*Die Thure Brandt'sche Behandlung der weiblichen Sexualorgane*“, pomieszczonej w „*Klinische Zeit und Streitfragen*“, w której to pracy FELLNER polemizuje z poglądami SIELSKIEGO. Pomimo zapowiedzi ciąg dalszy nastąpi, dalszy ciąg nie ukazał się w „Wiadomościach.“

Zweigbaum M. O stosowaniu elektryczności w ginekologii.
Gaz. Lek. Str. 567, 592 i 612.

Treściwe a dokładne przedstawienie obecnego stanu wiedzy o stosowaniu metody APOSTOLI'ego z podaniem sposobu jęj działania, wskazań, przeciwskażeń i wyników pomyślnych i niepożądanych, otrzymanych tak przez samego twórcę tęg metody, jako tęg i innych autorów. Nadto Z. podaje opis metody L. DANION'a, którą on nazwał metodą tamponu elektrycznego i zwrotów prądu, łatwiejszej w zastosowaniu, nie sprawiającej chorym żadnego bólu lub wstrząśnienia, prędzej i skuteczniej sprowadzającej zmniejszenie guzów i nie przedstawiającej żadnego niebezpieczeństwa. Wreszcie Z. w kilku słowach mówi o faradyzacji, stanowiącej wynik pomocniczy przy leczeniu prądem galwanicznym cierpień narządów rodnych.

Jaworowski Al. O zastosowaniu elektryczności w ginekologii.
Gaz. Lek. Str. 866 i 891.

Jest to treściwy opis 20 przypadków, leczonych przez autora metodą APOSTOLI'ego, a mianowicie: *metritidis chronicae parenchymatosae et interstitialis* 6 przypadków, *endometritidis chronicae* 14 przypadków. Z tych 20-tu wyzdrowiało 13, a polepszenia doznało 7. Wogóle J. stosował metodę APOSTOLI'ego w 34 przypadkach 357 razy i z otrzymanych wyników jest wielce zadowolony. Zwraca w końcu uwagę na 3 spostrzeżenia ze zżewieniami ujścia macicznego i przewodu szyjki, „które rozszerzyły się bezkruwawo pod wpływem katody“ — jak również „na zajście w ciążę w 8 przypadkach, z których 4 przedstawiały zmiany w położeniu macicy, z czego wnosić można o dobroczynnym wpływie leczenia nie tylko na błonę śluzową macicy, lecz i na samą macicę, co do powrotu do prawidłowego położenia“.

Cercha M. O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy młtej. Przgl. lek. Str. 469, 483, 496, 507, 520 i 536.

Praca ta tęg się różni od prac tęgże samęj treści przez STROYNOWSKIEGO, JORDANA i WINAWERA [zob. Przgl. piśmien. lek. pols. z r. 1888, str. 111 i 112 i z r. 1889, str. 105], poprzednio ogłoszonych, że materiały kazuistyczny zebrał autor w klinice położniczo-gynekologicznej prof. MADUROWICZA w Krakowie, w dwu ostatnich latach. Na podstawie tych przypadków autor doszedł do przekonania, że mięsienie zastosowane w sposób umięjętny, jest w stanie szybciej i pewniej leczyć większą część spraw zapalnych macicy i jęj części dodatkowych i dla tego zasługuje ze wszęch miar na dalsze w tym kierunku doświadczenie. Na poparcie swoich spostrzeżeń podaje C. treściwe historyje 9-ciu chorych, u których wyleczenie nastąpiło wyłącznie pod wpływem mięsienia.

Warman M. O użyciu metylfioletu w chorobach kobiecych. Gaz. Lek. Str. 1038.

Nie zważając na zdanie LIEBREICH'a, że metylfiolet (*pyoktanin*), — ze względu na niedostatecznie jeszcze zbadany i skomplikowany jego skład chemiczny, jako też ujemne wyniki otrzymane w okulistyce i chirurgii, — nie nadaje się jeszcze dla praktyki lekarskiej, W. zaczął stosować ten środek „przy chorobach drogi rodnej, na zewnątrz od macicy położonej“, w postaci przemywań 1:10000 i penszlowań 1:1000. „Właściwości antyseptyczne metylfioletu, jak również brak wszelkiego miejscowego podrażnienia tkanek, ośmieliły autora do zastosowania środka tego przy zapalnych, nieżytowych sprawach na błonie śródmaciczej.“ W tym celu używał tuszowań za pomocą wacików na pręciku, zmoczonych w 0,1% roztworze metylfioletu i w 29 przypadkach *endometritis et colpitis* doszedł do tego przekonania, „że metylfiolet, pozostając bez działania wobec gonokoków, stanowi środek dość pewny przy rozmaitych formach endometrytów pochodzenia drobnoustrojowego, a głównie powstałych po porodach lub poronieniach.“

Święcicki H. O arystolu w ginekologii. Nowiny lek. Str. 166.

Związek tymolu z jodem (*dijodthymoljodid*) zowie się *arystolem*. Autor stosował ten lek w postaci laseczek, czopków i maści w kilkunastu przypadkach, z których 5 najwybitniejszych treściwie opisał i sądzi, że jest to cenny lek gynecologiczny, działający przez połączenie swe jodu z tymolem lepiej od jodoformu, a nie posiadający niekorzystnych, trujących jego własności, ani też nieprzyjemnego zapachu. Arystol okazał się autorowi skutecznym przy *parametritis*, *eczema vulvae*, *endometritis*, *erosiones et hyperplasia cervicis*; żadnego wpływu nie okazał na *metritis*.

Ashkenazy. Przyczynek do leczenia chorób kobiecych ichtyolem. Wiad. lek. rok IV. 1890. Str. 310.

Przyczynek ten stanowi poprostu doniesienie, że autor obok leczenia miejscowego, kąpielowego w Krynicy, stosował ichtyol i przekonał się, że takie połączone leczenie daje rychlejsze i pomyślniejsze wyniki, niż leczenie miejscowe. Wskazania: „wypociny skutkiem zapalenia otrzewny w miednicy, wypociny zamaciczne w *cavum Douglasii*, *parametritis*, *salpingitis*, *oophoritis*, *perioophoritis*, *metritis* i nadżerki szyjki macicznej“.

Bylicki W. Gaza jodoformowa zmodyfikowana do celów ginekologicznych. Przegl. lek. Str. 352.

Owa modyfikacja polega na tém, że na propozycję autora jeden z fabrykantów krakowskich wyrabia gazę jodoformową nie w jednym kawałku [$\frac{1}{2}$ —1 metr. kw.], lecz w kształcie bandaża z podwójnej warstwy 30% gazy 10 ctm. szerokości, a 10 — 15 metrów długości, zwiniętego ściśle i umieszczonego w pudełku.

Harajewicz W. Z oddziału położniczo - ginekologicznego prof. d-ra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Sprawozdanie za rok 1887. Przegl. lek. Str. 78, 93, 104, 128, 158 i 172.

Z krótkiego wstępu dowiadujemy się, że wymieniony oddział rozporządza miejscem na 25 łóżek, że mieści się w gmachu starym poklaskrotnym, a składa się z 7 pokoiów sklepionych, niskich, wzdłuż jednego korytarza, z kądem drzwi do każdego pokoiku z osobną prowadzą, że podłogi są stare, z miękkiego drzewa, z licznymi szparami i dziurami a ściany wapnem bielone; że cała służba składa się z jednej akuszerki i 3 posługaczek; że wreszcie pomimo wszelkich wysiłków, w izbach tych jest tak kolosalna mnogość pluskiew w podłogach i szparach zagnieżdżonych, że stanowią prawdziwą plagę. Statystyczne dane o ruchu chorych rozpoczynają się od daty objęcia przez autora obowiązków sekundaryjusza tego oddziału, a mianowicie od Września 1886 r. do końca tegoż roku. Następnie na str. 104, zaczynają się także dane z 1887 r. a na str. 129 z r. 1888. Sprawozdanie to zatem obejmuje 3 okresy czasu, a mianowicie: pierwszy 4-ro miesięczny a dwa następne — roczne, a każdy rozpoczyna się od liczby chorych pozostałych z poprzedniego okresu, przybyłych, wyszłych, zmarłych i pozostałych na rok następny. Dane te wogóle nie nadają się do streszczenia, nagie bowiem cyfry bez licznych objaśnień, dałyby całkiem fałszywe pojęcie, a i takie same statystyczne dane niełatwo wydobyć z tej pracy, z powodu jej wadliwego układu. Poprzestać zatem jesteśmy zmuszeni na zaznaczeniu ważniejszych uwag, kończących to pracowite sprawozdanie.

Przez cały rok prawie wszystkie łóżka bywają zajęte, rzadko kiedy bywają miejsca wolne, a nieraz takie przepełnienie następowało, że tam gdzie zaledwie na 25 łóżek jest miejsce, pomieścić trzeba było 48 kobiet. Mimo to rezultaty, jakże z leczenia osiągnięto, do złych nie należą. Każda rodząca jest przestrzykiwaną $1\frac{1}{2}\%$ kwasem karbolowym. Uderzającą jest rzeczą, występowanie zimnicy w tym oddziale, stale na wiosnę podczas robót w gruncie niedaleko oddziału położonym i wśród czyszczenia i większych reperacyj na oddziale przedsiębranych. Choroba ta jednak nie oddziaływała wogóle szkodliwie na przebieg połogu; dwa razy tylko spostrzegano *atoniam uteri*. Z nowszych środków leczniczych największe zastosowanie miały 3, t. j. *Extr. fluid. hydrastis canad.*, *Cocainum* i *Anti-febrinum*. O pierwszym mówi autor, że kilkanaście przypadków w których *Hydras canadensis* podawano, „nie stanowi wprawdzie jeszcze poważnej i przekonującej cyfry, daje jednak podstawę do zaufania do środka ze wszech miar użytecznego, a to tém bardziej, że w razie koniecznego podawania *Extr. secal. cornuti.*, gdy skutek tegoż wolno postępuje, a grozi obawa zatrucia, można go chwilowo skutecznie zastąpić tym lekiem, aby uniknąć powrotu złego stanu.“ Kokaina w owrzodzeniu brodawek sutkowych u kobiet karmiących okazała się bardzo dobrą, a to

w kształcie przykładania szmateczek napojowych następującym rozczy-nem: *Cocaini muriat.* 0,20—0,50, *Antipyrini* 1,0—3,0, *Glycer. Aq. dest.* $\overline{\text{aa}}$ 7,50. Antifebryny używano w przypadkach silnej i długotrwałej gorączki, wreszcie w nerwobólach i znacznych rozdrażnieniach nerwowych. „Działanie jój w gorączce nie zawiodło w żadnym przypadku.“ Jako środek kojący bóle nerwowe, antifebryna również niepoślednie ma mieć zalety.

Ważniejsze przypadki, w ciągu sprawozdania, zostały szczegółowo opisane zwłaszcza te, które się śmiercią zakończyły.

Radziszewski St. Notatki z kazuistyki położniczej wiejskiej,
Medycyna. Str. 481, 497, 513, 529, 545, 561, 577 i 593.

Autor po większej części bardzo pobieżnie, językiem wielce zaniedbanym, zdaje sprawę z 70 rękoczynów położniczych, dokonanych przez niego u 62 kobiet. We wstępie rozpatruje R. warunki, towarzyszące podawaniu pomocy położniczej na wsi, a następnie spotykamy właściwą kazuistykę, którą rozpoczyna dział: I. „Choroby ciężarnych i ciąży a patologiczna. Zimnica. I. Upadek sił podczas porodu w skutek zimnicy zaniedbanej, parę tygodni temu chora zapadła na febrę, która z obawy o ciążę niczem leczoną nie była. Zaraz po ukończeniu porodu miał miejsce paroksyzm; podczas ziębienia nastąpił tak mocny upadek sił, że o mało nie umarła, jednakże lekarza nie wzywano“ i t. d. a o 8 wierszy dalej kończy się opis tego przypadku oraz tego działu, doniesieniem, że „w czasie późniejszym chora miała zalecony *Decoct. cort. chinae.*“

Dział II. „Wady serca“ zawiera opis przypadku obrzęku płucnego „spowodowanego rozstrojem kompensacyi przy wadzie serca. Ciąża w 30-tym tygodniu, sztuczny przedwczesny poród. Wyzdrowienie.“

Dział III. *Eclampsia*, 3 przypadki.

Dział IV. „Torbiele jajnika.“ 1 przypadek p. n. „Uwięźnięty torbiele jajnika, 4-ty miesiąc ciąży, wstrzymanie uryny. Po odprowadzeniu guza ciąża dobiegła właściwego kresu.“ Autor przyznaje się, że po odprowadzeniu guza „pozostał w wątpliwości: czy miał do czynienia z *retroversio uteri gravidi*, czyli téż z uwięźniętym torbielem jajnika. Rzecz ostatecznie wyświeciła się poniżej,“ a mianowicie po upływie 3 lat; wtedy R. znalazł „guz znacznej wielkości przedstawiającej cechy torbiela jajnika.“

Dział V „poronienia“ i t. d. aż do IX-go „Przedwczesne zjawienie się bóli porodowych.“ Po tém następuje jakby część II omawianej pracy p. n. „Nieprawidłowości ze strony matki lub dziecka zmuszające do zastosowania podczas porodu operacyi: I. *Excerebrationes* 6 przypadków. Następnie idzie rozdział p. n. „II. Do operacyi nałożenia kleszczy a) przy prawidłowych wymiarach miednicy“ 3 przypadki; „b) przy miednicach zwężonych“ 12 przypadków. „III. Do operacyi obrotu“—

8 przypadków i t. d. aż do „VII. *Haematoma*“,—1 przypadek guza krwistego pochwy macicznej.

Cała ta praca została podjęta i ogłoszona, jak to zakończenie jęj wskazuje, celem porównania wyników otrzymanych na wsi i we wzorowo urządzonym zakładzie wielkemiejskim, a mianowicie w oddziale położniczym prof. BUDIN'a w Paryżu. Otóż autor przez zestawienie w 4-ch tablicach swoich przypadków ze statystyką prof. B. z lat 4-ch [1883—1886] doszedł do tego błogiego przekonania, że „różnica cyfr, zwłaszcza co do śmiertelności wziętej *en bloc*, nie jest nadmiernie wielką.“

Kowalski. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pochwie. Wiad. lek. str. 37.

Ciałem obcém w opisanym przypadku była gąbka zwyczajna, 10 ctm. długa, a 6 ctm. szeroka, którą mąż choręj, bez jęj wiedzy, wprowadził [celem zapobieżenia zapłodnieniu] przed spółkowaniem do pochwy swęj żony. Gąbka pozostawała w pochwie 3 tygodnie i wywołała owrzodzenie jęj błony śluzowęj i części pochwowęj macicy oraz upływ brudne i cuchnące: wydobycie gąbki nie przedstawiało żadnych trudności.

Boryssowicz T. Zmiany w budowie niektórych narzędzi gynecyjnycch. Medycyna str. 70 i 113.

Opis następujących narzędzi przez autora zmienionych, objaśniony rysunkami: I. Zgłębnik srebrny, jako penzelek maciczny. II. Kle-szczyki maciczne haczykowate. III. Cewnik do przepłókiwań wnętrza macicy [oryginalny]; wszystkie całe metalowe. IV. Kanka pochwowa do stałych natrysków, o podwójnym biegu płynów; kanka z twardego kauczuku w 3-ch różnych rozmiarach grubości: cienka, średnia i gruba.

IX. OKULISTYKA.

Sprawozdawca.

Bol. Gepner (syn).

L. Noiszewski. Przeszczepiania spojówki przy jaglicy. Now. lek. Nr. I; str. 4.

Przy jaglicy przewlekłęj autor przeszczepiał błonę śluzową ust na miejsce zwyrodniałęj spojówki powieki górnej. Na spojówce górnej powieki N. oznacza miejsce, na które ma się płat przesyć, zeszkrobuje tkanki zwyrodniałe aż do chrząstki a przeniesiony skrawek błony śluzowęj przytwierdza czterema szwami, z których dwa przednie przeni-

kają na wskrós powiekę, a tylne są tylko powierzchowne. Do znieczulenia używa N. 4% roztworu kokainy. Opatrunek — sublimat i opaska uciskająca. Wielkość przeniesionych płatów była mniej więcej $1,5 \times 8,0 - 11,0$ mm.

Z czterech przypadków tym sposobem operowanych w dwu było zajęcie rogówki (*pannus carnosus*) i tu siła widzenia z $V = \frac{1}{\infty}$ po 2—3 tygodniach doszła do liczenia palców w odległości 1 resp. 2 m.

Fr. Sroczyński. Prosty sposób usuwania kontraktur bliznowatych po sparzeniach spojówki gałkowej. Prz. lek. Nr. 30; str. 429.

Po sparzeniu oka roztopioną szlaką utworzyła się blizna w postaci taśmy napiętej, zaczynającej się na brzegu dolno-zewnętrzny rogówki i ciągnącej się ku zewnątrz i dołowi do zewnętrznej kąta powiek. Abdukcja a ztąd dwuwidzenie. Sr. przeciał w poprzek całą bliznę, a podminowawszy łącznicę na około, zeszył dwa przeciwległe końce rany, a wtedy rana przybrała kierunek prostopadły do linii cięcia. Po bokach dodał po jednym szwie. Dwuwidzenie znikło. Autor przypuszcza, że sposób ten w wielu razach mógłby zastąpić trudną plastykę.

Fr. Sroczyński. Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych (*Sarcoma praecorneale*) oka. Prz. lek. Nr. 8 i 9, str. 101 i 114.

Autor spostrzegł dwa przypadki mięsaka przyrogówkowego, z których jeden [mięsak biały] zdjęty został z zachowaniem oka, przy drugim [mięsak czarny] wyluszczenie gałki było koniecznym. Oba brały początek na granicy rogówko-twardówkowej, które to miejsce jest punktem wyjścia znaczniejszej liczby nowotworów zewnątrz-gałkowych. Guzy te są zwykle natury złośliwej: przybłoniaki, raki i mięsaki. Wszystkie pojawiają się dopiero w wieku późniejszym, a szczegółowe ich kliniczne rozpoznanie jest bardzo trudnym. Wyluszczenie gałki w każdym przypadku guza nagałkowego, uważane dawniej za konieczne, często da się uniknąć, dla pewności jednak zapobiegnięcia nawrotom nie należy żałować sąsiedniej łącznicy, a samo miejsce, z którego nowotwór wyluszczone, najlepiej przypalić galwanokauterem.

K. Rumszewicz. Mięsak rogówki. Pzegl. lek. Nr. 39, 40, 41, str. 545, 569, 587.

Oddawna już dostrzeżono, że dwie główne formy nowotworów rogówki t. j. rak i mięsak biorą przeważnie początek na rąbku spojówki. Dla raka jest to łatwo zrozumiałe, gdyż w tym miejscu nabłonek ułożony jest w wiele warstw, a więc i więcej daje materjału do guzów nabłonkowych. Tłómaczenia tego nie można stosować do mięsaka.

To też choć autor uważa wyżej wzmiankowane miejsce początku nowotworów złośliwych [bo nowotwory łagodne często biorą początek na samej rogówce] za usprawiedliwione, to jednak, nie jest to faktem stałym, za dowód czego służyć może i opisany przezeń przypadek. Nowotwór siedział na rogówce, pokrywając ją w postaci czapki grzyba, ale do rąbka nigdzie nie dochodził. Łącznica była nie zajęta, a tylko w jednym miejscu naczyń bardzo liczne były mocno przerośnięte. Naczynia wchodziły tedy do nowotworu, rozgałęziając się w nim promienisto, i tworząc liczne pętle naczyń włosowatych. Kształt i wielkość komórek nowotworu bywa bardzo różna, ale przeważały okrągłe i wrzecionowate. Pętlice zaś naczyń włosowatych otoczone były okrągłymi komórkami, nie różniącemi się od białych ciałek krwi. Te to komórki okrągłe t. j. komórki limfoidalne, według tłumaczenia autora [zgodnie z SCHÖBLEM] były pierwocinami nowotworu.

Boł. Wicherkiewicz. Zapalenie tkanki przytwardówkowej, wywołane większym ciałem obcym, tkwiącym niewidzialnie w otoczeniu oka. Now. lek. Nr. 5; str. 214.

W. u chorego z upartym zapaleniem tkanki przytwardówkowej oka prawego zauważył prawie na środku dolnego brzegu oczodołu twardą stożkowatą wypukłość, sterczącą ku gałce, którą przyjął za rozrost tkanki kostnej. Gdy środki lecznicze nie poprawiały stanu oka, W. w celu rozpoznawczym przeprowadził pod chloroformem cięcie wzdłuż dolnego brzegu oczodołu, i znalazł ostrze noża utkwione w oczodole, długości 46 mm. Zgłębnik, wprowadzony przez ranę w kości, wszedł do jamy HIGHMORA. Chory na dwa lata przedtém był zraniony, ale głęboko uwięziony kawał noża uszedł wtedy uwagi lekarza. W. tłumaczy powstanie zapalenia tkanki przytwardowej przez podrażnienie wywołane przez ciało obce, wydalone powoli siłami ustroju.

J. Strzemiński. Ciało obce w tęczywce. Gazeta lek. Nr. 42; str. 834.

Kawałek pistona, przebiwszy rogówkę, uwiązył w tęczy, wywołując ropne jej zapalenie. W tydzień potém S. zrobił irydektomię, przy czém wy dobył odłamek pistona $2\frac{1}{2}$ mm. długi, 1 mm. szeroki. Po pięciu dniach objawy zapalne ustąpiły, a chora wypisała się, licząc palce na 30°. S. zaznacza rzadkość uwięznięcia ciała obcego w tęczywce i podaje odnośną literaturę, dowodzącą potrzeby usunięcia ciała obcego z tęczy drogą irydektomii, dla ocalenia tak zranionego oka, jak i drugiego od cierpienia sympatycznego.

Boł. Wicherkiewicz. O wartości leczenia samoistnie odczepionej siatkówki sposobem Schoelera. Now. lek. Nr. 1 i 2; str. 10 i 60.

SCHOELER, opierając się na teorii LEBERA-NORDENSONA, która wykazała, że 80—90% oddzielenia siatkówki ma za przyczynę zanik

ciałka szklistego a stąd odciągnięcie siatkówki od naczyńcówki, zastosował nalewkę jodową do wstrzykiwań między ciało i siatkówkę, w celu wywołania miejscowego zapalenia, któreby zlepilo siatkówkę z naczyńcówką, i postawiło opór mechanicznemu odciągnięciu siatkówki przez kurezące się ciało. Oprócz tego postępowania miejscowego, Sch. wstrzykiwał dwujodek rtęci w mięśnie, zakładał opaskę uciskającą, przy mlecznej dyjecie i leżeniu na wznak. Przy tém wpuszczał jeszcze atropinę. Do wstrzykiwania nalewki jodowej Sch. używał strzykawki PRAWAZA z kanką, haczykowato zakrzywioną i kończącą się nożykiem.

WICHERKIEWICZ postanowił sprawdzić tę metodę leczniczą w tym celu stosował ją u 6 chorych podług przepisu SCHOELERA, z tą jedynie zmianą, że jego kankę z nożykiem zastąpił zwyczajną złotą kanką, a cięcie w białkowiec robił igłą (*broad needle*) BOWMANA. Rezultaty otrzymane [pogorszenie we wszystkich przypadkach] przekonały W., że metoda ta daje tak wielkie niebezpieczeństwo pogorszenia stanu pacjenta wskutek zmętnień w ciałku szklistém i w soczewce oraz zapalenia siatkówki i całej jagodówki, że nie nadaje się do stosowania. W. na poparcie swego zdania cytuje podobnie brzmiące orzeczenia SCHWEIGGERA i WECKERA, oraz przypadek GELPKE'go, który zakończył się zejściem śmiertelném.

F. Sroczyński. Dwie operacje wągra podsiatkówkowego (*Cysticercus subretinalis*). Przegl. lek. Nr. 42 i 43; str. 595, 608.

W jednym przypadku pasorzyt siedział w tylnym górno-wewnętrzny odcinku gałki i przez cięcie twardówkowe szczypekami został wydobyty. W drugim zaś osobnik młody siedział w okolicy plamki żółtej. Cięcie wypadło za wysoko i wągra nie wydobyto. Są to pierwsze przypadki operacji wągra podsiatkówkowego w polskiej literaturze opisane.

W drugim przypadku autor zauważył jasnoświecące punkty w siatkówce dookoła pęcherza pasorzyta, przypominające ogniska przy *retinitis albuminurica*, choć u pacjenta białka w moczu nie było. Autor widział takiż objaw w dwu przypadkach tarczy zastoinowej, VOSSIUS zaś przy *Cysticercus* i w 2 przyp. *embol. arter. centr. retinae*. Autor zwraca uwagę na ten obraz, i wzywa do zbierania danych i możliwego objaśnienia jego znaczenia.

K. Rumszewicz. Przyczynki do ankiologii powiek. Przegl. lek. Nr. 27, 28, 29; str. 381, 400, 418.

Oprócz częściej spotykanych na powiekach naczynek, naczynek limfatycznych i epiteliomatów, na powiekach zdarzają się nowotwory, często uważane błędnie za chalaziony. Autor opisuje spotrzone przez siebie przypadki tego rodzaju, które choć miały wy-

gląd chalazionu, miały charakter inny. Były to: ziarniniak powieki, gruczolaki gruczolów KRAUSEGO, MEIBOMA, łojowych i zmienionych potowych, dalej kaszak, skórzak, śluzak i brodawczak. Po ciekawe szczegóły anatomiczne odsyłamy do oryginału.

Br. Ziemiński. O czerwonowidzeniu. Przyczynek do nauki o barwném widzeniu. Gaz. lek. Nr. 15, 16, 17, 18; str. 288, 313, 337, 362.

Barwne widzenie zdarza się: 1) pod wpływem lekkiego a przy dłuższego ucisku gałki ocznej; 2) pod wpływem bodźców elektrycznych [w barwie żółtej lub niebiesko-fioletowej]; 3) po zażyciu santoniny lub kwasu pikrynowego; 4) przy jaskrze, w formie barwnego koła na około światła, a także przy innych zmętnieniach rogówki nie ściśle odgraniczonych, przy *sclero-chorioiditis anterior*, oddzielenia siatkówki. 5) Po usunięciu zmętniałej soczewki. 6) Przy wylewach krwawych wewnątrz-ocznych. 7) Po użyciu silnie zabarwionych okularów.

Jeden z rodzajów barwnego widzenia, czerwonowidzenie, oddawna zwraca na siebie uwagę badaczy. Zdarza się ono u osób nerwowych, które uległy pewnemu wpływowi, od różnych powodów zależnemu, które jednak najłatwiej podprowadzić pod kategorię olśnień. Zdarza się ono u osób, którym usunięto zmętniałą soczewkę, po rozszerzeniu źrenicy atropiną i t. d. Z wielu hipotez, starających się wytłomaczyć ten objaw, autor podnosi hipotezę PURTSCHERA, który uważa czerwonowidzenie za objaw znużenia siatkówki, występującego w odpowiednio usposobionym ustroju.

Rozpatrując zaś spostrzeżenia swoje własne jako też innych badaczy, autor w następujący sposób określa powstawanie czerwonowidzenia.

„Skoro błona siatkowa przygotowana jest do czerwonowidzenia, czy to wskutek usunięcia naturalnej zasłony w oku [soczewki], a zarazem pewnej szczególnej wrażliwości, czy też wskutek ogólnego nerwowego stanu, wówczas ulega działaniu jednej z przyczyn przypadkowych, jako to: niezwykle podrażnienie świetlne, olśnienie z powodu rozszerzenia źrenicy, wyczerpanie sił z powodu nadmiernego utrudzenia i t. d. W tych warunkach przyrząd optyczny, pochwytujący wrażenia wzrokowe, zostaje ultra-fizjologicznie pobudzonym i stąd wyczerpuje się w swęj prawidłowej czynności, wyczerpanie zaś to przejawia się utratą czułości na promienie barwne, najbardziej łamliwe, tak że zachowuje się uczucie li tylko czerwonęj barwy.“

Bol. Wicherkiewicz. Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym. Now. lek. Nr. 6—7; str. 261, 311.

Rozmaite choroby ogólne i oddzielnych organów odbijają się na oku, a w przewodzie pokarmowym już niejednokrotnie wynajdywano

przyczynę chorób oka. Chorobowe zmiany jamy ustnej bezpośrednio lub na drodze zwrotnej przechodzą na oko; zapalenia spojówki i sprawy przyszykowe u dzieci mają związek nieraz z utrudnionem ząbkowaniem; próchnienie zębów wywołuje ograniczenie akomodacji, wyrwanie zęba osłabienie wzroku a nawet ślepotę. Autor widział przypadek zgorzeli powiek i ropnia tkanki oczodołowej z zejściem śmiertelnem po wyrwaniu zęba. Wpływ żołądka jest rzadszy, o ile pominiemy choroby żołądka, osłabiające cały ustrój. Po krwotokach żołądkowych a szczególnie po wymiotach krwawych, występuje zazwyczaj zupełna ślepota. Często osłabienie akomodacji i objawy astenopijne ustępują po kuracji wodami mineralnemi, stosowanej przeciwko krwistości trzewowej. Przy zawałach trzewowych spostrzegano upośledzenie czynności mięśni ocznych, a przy upartych i obfitych rozwolnieniach, szczególnie u osób osłabionych, zdarza się rozpad rogówki (*keratomalacia*) bez znaczniejszych objawów zapalnych. Niewielki ucisk powiek może wywołać ten proces, który już FÖRSTER porównywał z odleżynami na ciele np. po tyfusie. Obecności robaków przypisywano rozszerzenie źrenic a nawet przypadki zapalenia tęczy i rogówki, które się poprawiały po usunięciu przyczyny.

Utrudnione wypróżnianie się u osób krwistych często wywołuje pojawianie się mroczków, błysków i t. d. przed oczami, ale zdarza się to szczególnie przy nawykowem zaparciu stolca. Autor zaś miał sposobność spostrzegania przypadku groźnego zapalenia jagodówki, które przeszło następnie w jaskrę, wywołanego przypadkowem zaparciem stolca. X. 50 lat liczący, M. 5,5 D. lecz przed 20 laty przechodził kilkakrotnie *iritis* i *iridocyclitis*, po których pozostały bardzo liczne zrosty tylne, a w ciałku szklistem tuż po za soczewką było niewielkie ograniczone zmętnienie, wywołujące objaw nieznaczego zamglenia wzroku. W początku roku bieżącego chory przybył z objawami ostrego surowiczego zapalenia jagodówki (*Irido-chorioiditis serosa*) przy T-1, licząc palce chorém okiem na 5'. Zapalenie to chory sam przypisywał niedyspozycji żołądka, mianowicie silnému zaparciu stolca, nieustępującemu przed gorzką solą. Podano atropinę z kokainą, salicylan sodu i wcierania maści szarżj na okoła oka. Wieczorem wystąpiły objawy ostrego napadu jaskry, z T-2, silnemi bólami i dośrodkowem ograniczeniem pola widzenia, i wymiotami. Ani ezeryna, ani pilokarpina, ani też morfina podskórnie stosowana, nie usunęły objawów miejscowych, ustąpił on zaś wówczas i to odrazu, gdy pod wpływem oleju rącznikowego nastąpiło obfite wypróżnienie. Taki sam napad powtórzył się bez zmiany jeszcze 3 razy, zawsze po zaparciu stolca.

Autor notuje rzadkość wystąpienia jaskry przy takiej etylogii i w oku krótkowzroczném, w dodatku z licznemi zrostami tylnemi, a następnie zastanawia się nad sposobem przeniesienia podrażnienia z jamy

brzusznęj na oko. Zastój w żyłach lędźwiowych przeniósł się na żyły ościcowe (*vv. spinales*), będące w związku z całą siecią żyłową mlecza pacierzowego. W ten sposób zastój ten wywarł wpływ swój i na żyły potylicowe i na zatoki poprzeczne (*sinus transversi*), a na tej całej drodze wiele nerwów zostało podrażnionych, a między niemi i nerw trójdzielny. Nerw ten rozszerza naczynia i zarazem jest nerwem wydzielniczym. To nam tłumaczy znaczne podwyższenie wytwarzania soków śródocznych, objawiające się zmętnieniem cieczy wodnej w początkowym stadium ataku. Gdy następnie pod wpływem atropiny i częściowego kurczenia się tęczy kanał FONTANY, a potem, przez ciało rzęskowe kanał SCHLEMMMA zostały zamknięte, równowaga między wytwarzaniem się soków i ich odpływem została zniesioną — i wystąpiły objawy jaskry. Następne ataki występowały już bez atropiny, prawdopodobnie wskutek zmian wyżej opisanych, powstałych już przy pierwszym ataku.

A. w danym przypadku zauważył jeszcze dwa fakty: powiększenie się tylnego garbca (*staphyloma posticum*) i zmniejszenie się stopnia krótkowzroczności. Pierwsze tłumaczy wpływem podniesionego ciśnienia wewnątrz-gałkowego, drugie zmianami w ciałku rzęskowym, które utrudniło zwalnianie się wiązadła ZINNA a więc stałe spłaszczenie soczewki.

Bol. Wicherkiewicz. O wptywie grypy epidemicznej na oko. Prz. lek. Nr. 6; str. 77.

Autor nie zauważył spraw spojówkowych, występujących w zależności od grypy epidemicznej, za to na karb jej kładzie zapalenie tkanki przytwardówkowej (*episcleritis*) [3 przypadki], nerwoból nerwów nad i podoczołowych, oraz ropnia powiek i oczodołu. Wszystkie te przypadki spostrzegął u osób dotkniętych influenżą. Oprócz tego zaznacza powiększenie częstości spraw pryszczykowych (*styktenularnych*), nie decydując co do związku ich z influenżą.

Z. Kramsztyk. O usunięciu pędzelków z praktyki okulistycznej. Gaz. lek. Nr. 5, 6, 7, str. 90, 108, 127.

Za dawnych czasów wszelkie lekarstwa przenoszono na powieki, łącznicę i samą gałkę przy pomocy pędzelków, a i teraz jeszcze w ogólnem są one użyciu przy tuszowaniu płynnemi roztworami i zasypywaniu proszków. Ponieważ pędzelek z samego kształtu i budowy swęj z trudnością może być utrzymywany w czystości, a używany do wielu chorých łatwo może przenosić zarazek, autor usunął go zupełnie z użycia. Krople wpuszcza za pomocą pipetki, tuszując, puszcza strumień roztworu przy pomocy strzykawki o cienkim strumieniu, a zmywa jego nadmiar irygatorem, do proszków używa insulatorów specjalnych a maść zakłada szklaną pałeczką lub zwitkiem papieru. Wszystkich tych przyrządów dostać można u p. BALUKIEWICZA.

X. SYFILIDOLOGIJA I DERMATOLOGIJA.

Sprawozdawca

T. Trzeciński.

Eisenberg Antoni. Xeroderma pigmentosum. Gaz. Lek. Str. 27, 53, 72.

Po dziś dzień ogłoszono 52 przypadki tój rzadkiej choroby, której nazwa podana została przez Kaposi'ego w 1870 r. Na skórze twarzy, uszu, szyi, barków, ramion, grzbietu rąk i piersi występują żółto-brunatne maleńkie plamki, między którymi skóra jest zupełnie bez barwnika, a prócz tego tu i owdzie maleńkie naczyniaki. Skóra w tych miejscach jest napięta, zcieńczała, gładka lub zlekka łuszcząca się, o czuciu prawidłowém i zmniejszonym poceniu. Następnie zanik skóry postępuje, a z plamek barwnikowych wyrastają guziczki i guzy z budową złośliwych nowotworów. Choroba rozwija się u dzieci w pierwszych 2 latach życia, rzadko później; dziedziczność nie gra żadnej roli; żadna z płci niema przewagi.

Zdaje się, że największy procent chorych stanowią żydzi.

Niektórzy autorowie za moment wywołujący uważają działanie promieni słonecznych. Plamki powstają zwykle nagle pod działaniem słońca i wkrótce znikają, później zjawiają się znowu, aż wreszcie pozostają stale. Z początku podobne są one do wykwitów rumienia, zmniejszają się następnie, pozostawiając niewielkie plamki barwnikowe i telangiektazyje. Gdzie barwnika więcej, tworzą się plamki wzniesione i drobne guziczki.

VIDAL odróżnia w przebiegu kserodermatu 3 okresy: 1) okres występowania plamek, ciemniejących stopniowo; 2) okres zaniku skóry i wytwarzania naczyniaków; 3) okres nowotworów złośliwych. Okres pierwszy nie trwa dłużej nad rok lub dwa, — okres drugi trwać może długie lata a w pewnej ilości przypadków do wytwarzania złośliwych nowotworów sprawa wcale nie dochodzi.

Ze znanych 52 przypadków kserodermatu jeden jest opisany przez ELZENBERGA.

Dotyczy on 15-letniej żydówki, pochodzącej ze zdrowej rodziny, która zachorowała nagle w 6 miesiącu życia, będąc w letni dzień na słońcu. Wystąpiły wtedy na twarzy, szyi i rękach drobne czerwone plamki, podobne po upływie dni kilku do piegów. Przez 3 następne lata, przy stanie ogólnym dobrym, ilość plamek stale się zwiększała, a same plamki ciemniały. W 4 roku życia plamka u prawego kąta ust urosła w drobny ciemno-czerwony guziczek; guziczeków tych przybywało coraz więcej aż wreszcie chora, już jako 12-letnia dziewczyna przybyła do kliniki profe-

sora KOSIŃSKIEGO, w stanie następującym: Budowa wąta, odżywianie dobre. Na twarzy guzy i plamki różnej wielkości i barwy. Guzów większych jest 7, największy z nich pokrywa cały nos, powiększając go we wszystkich wymiarach, bez zmiany jego kształtu. Guzy te są po części owrzodzone i pokryte strupami a po części czerwone i pokryte delikatnym naskórkiem. Nadto wiele drobnych guzików ciemno-czerwonego koloru, niektóre na cienkiej szypule. Skóra twarzy, niezajęta przez guzy, karku i grzbietu ręki upstrzona ciemnymi plamkami, wielkości łepka od szpilki, niekiedy zlekką wzniesionymi. Ponieważ badanie wykazało w guzach budowę mięsaka rakowatego, wszystkie więc guzy wyluszczone i wypalono żegadłem PACQUELIN'a. Już po kilku miesiącach zaczęła się regeneracja nowotworów, a w 2 lata chora w stanie rozpaczliwym zapisała się na oddział ELZENBERGA. Znalezione wtedy, co następuje: Skóra cienka, blada i sucha, a na twarzy, czole i uszach zcieńczała i mocno obciągnięta; w miejscach, nie zajętych przez guzy, usiana drobnymi plamkami żółto-brunatnymi, brunatnymi lub prawie czarnymi, kształtu okrągłego bez ostrych zarysów; liczne plamki są wzniesione nad poziom skóry. Po między plamkami, zwłaszcza na policzku, skóra jest zupełnie odbarwiona i zapadła, pokryta nielicznymi ogniskami maleńkich czerwonych naczynek. Skóra szyi, karku, grzbietu rąk i wyprostnej powierzchni przedramion żółto-brunatna, zcieńczała; a na tém tle rozsiane ciemno-brunatne, czarne lub nawet bezbarwne plamki. Na twarzy liczne guzy. Największy z nich, zniekształcający nos i przechodzący na prawą dolną powiekę, jest wielkości średniego jabłka, zrazikowaty, miejscami ciemno-brunatny i owrzodzony. Lewe skrzydło nosa zniszczone. Na czole trzy guziki wielkości orzecha laskowego, miejscami czarne i owrzodzone. Dwa guziki na powiekach górnych i dolnych; powieki dolne wywinęte, rogówki w dolnych częściach zmętniały. Na podbródku i dolnej wardze guz wielkości gęsiego jaja, wrzodziejący i rozpadły.

Pocenie się nieznaczne, uczucie niezmienione.

Po 3 miesiącach pobytu w szpitalu, przy ciągłym wzroście i rozpędaniu się guzów chora umiera, przy ciepłocie podgorączkowej i objawach charactwa.

Przy rozbiórce zwłok znaleziono w organach wewnętrznych: *pericarditis subacuta seroso-fibrinosa*, na przednim brzegu dużej bladłej i twardej śledziony [na powierzchni przekroju] kilka małych ostro-ograniczonych biało-żółtawych guziezków.

Jeszcze za życia chorą zbadano mikroskopowo duży guzik, wycięty z podbródka, łatwo krwawiący, bez barwnika, biało-szarawy na przekroju, budowy siateczkowatej, z rezultatem badania następującym: Naskórek nieco zgrubiał. Bujanie komórek zewnętrznej warstwy nabłonka torebki włosowej i nabłonka gruczołów łojowych. Komórki stożkowate, podobne do komórek najgłębszej warstwy MALPIGHIUSZA, zapuszczają się

w kształcie długich tworów głęboko w skórę właściwą i siatkowato łączą się z innymi podobnymi tworami. W miejscach połączeń komórki obwodowe są stożkowate a ku środkowi owalne i sześciennie. Ciało komórek zlekka ziarniste; jądro owalne, duże, ziarniste z jednym lub kilku większemi ziarenkami, barwi się mocno, również jak protoplazma komórki. Międzybrodawkowe massy naskórka soplowato drażą do skóry właściwej, gałęzając się niekiedy i tworząc ciała rakowe z *globes épidermiques*. W wielu miejscach komórki tych ognisk ulegają zwyrodnieniu klejowatemu. Ogniska te są pooddzielane tkanką mięsاکową. Gruczoły potowe bez zmian. Wycięty przy sekcji guz z brody wykazał budowę mięsaka wrzecionowato-komórkowego z porozrzucanemi gdzieniegdzie ogniskami komórek nabłonkowych, jak w poprzednim guzie. Ciemno-brunatny guzik z czoła zawierał na przekroju jamę, napełnioną gęstą, kleistą masą. Twory rakowe powstają w nim z bujania nabłonka torebek włosowych i gruczołów łojowych; tkanka skóry między temi tworami ma budowę mięsaka wrzecionowato-komórkowego. Drugi guziczek z czoła, prawie czarny, jest mięsakiem olbrzymio-komórkowym i ma bardzo niewiele istoty międzykomórkowej, prawie jednolitéj; w środku jego tkanki mięsاکowej tkwi guziczek rakowy, powstały z długich cylindrycznych tworów nabłonkowych, wychodzących z torebek włosowych, a może i z warstwy stożkowatych komórek naskórka.

Guz nosa stanowią głównie twory rakowe téjże budowy i genezy, co w poprzednich guzach. Barwiłka w guzie niéma. Guziczki z policzka mają budowę przeważnie raka. W tkance skóry, tuż pod naskórkem dużo barwnika, nagromadzonego w komórkach łączno-tkankowych na około licznych i szerokich naczyń. W naskórku i tworach rakowych jest go o wiele mniej, ale bujanie nabłonka tam się odbywa, gdzie barwnik jest nagromadzony. Gdzie jest więcej barwnika, tam zaczyna się rozwijać tkanka mięsاکowa lub nabłoniakowa.

W niezmienionój na oko skórze, otaczającój guziczki, dają się wykryć w warstwach powierzchniowych twory rakowate, czasem zgrupowane w guziczki wielkości łepka od szpilki. Guziczek wycięty z uda okazał się rakiem, biorącym początek z gruczołów łojowych i torebek włosowych, t. j. miejsce, gdzie barwnika było najwięcej.

Guziczki śledziony składały się z ciał rakowatych, z pełniających zatoki żyłne na podścielisku mięższu śledziony.

Budowa plamek niewzniesionych była następująca: naskórek niezmiernie zcieńczały, [warstwa zrogowaciała, 2 lub 3 rzędy komórek zębiastych, i warstwa komórek cylindrycznych z dużą ilością ziarenek barwnika]; brodawek w obrębie plamki brak; cała skóra właściwa jest znacznie cieńszą; komórek zawiera niewiele; naokoło naczyń i torebek włosowych komórek nieco więcej i komórki te zawierają dużo barwnika, który z nich prawdopodobnie dostaje się do naskórka i do nabłonka torebek włosowych;

istota międzykomórkowa zbita, falista, niema włókien sprężystych. W tkance tłuszczowej podskórnej dość znaczne nacieczenie komórkowe naokoło naczyń i komórek tłuszczowych; ściany naczyń w wielu miejscach znacznie zgrubiałe, światło silnie zwężone przez bujające komórki endotelijalne. Smugi łączno-tkankowe zgrubiałe i włókniste. Te zmiany w tkance tłuszczowej, robiące wrażenie sprawy zapalnej i zapalno-zanikowej spotykają się w obrębie wszystkich guzów i plamek.

In suma guzy skórne były zwykle mieszane, były to mianowicie raki z domieszką tkanki mięsakowej; w niektórych tylko guzach tkanka mięsakowa brała przewagę.

Co do etjologii nowotworów, jest rzeczą prawdopodobną, że barwnik lub sprawa wywołująca wytwarzanie się go w daném miejscu gra pod tym względem rolę bodźca. Na wszystkich preparatach uderzającym było, że proces bujania rozpoczyna się w miejscach największego nagromadzenia barwnika. W wytworzeniu raka przyjmują udział głównie torebki włosowe i gruczoły łojowe, a tylko w małej części cylindryczne komórki warstwy MALPIGHISZA.

Trudno jest bardzo objaśnić zanik skóry i stosunek tegoż do nagromadzenia się w skórze barwnika. ELZENBERG na zasadzie zmian, znalezionych przez się w tkance tłuszczowej, podaje taką hipotezę:

Zamknięcie małej gałązki tętniczej w tłuszczowej tkance podskórnej wywołuje zamknięcie całej sieci naczyniowej w odpowiedniej maleńkiej przestrzeni skóry, a tém samém i zanik skóry w tém miejscu. Jednocześnie w sąsiednich okolicach występuje przekrwienie, rozszerzenie naczyń, i nagromadzenie się koło naczyń komórek barwnikowych. Chodzi tylko o to, czy zmiany w tkance podskórnej są pierwotne, czy następcze, jak również w razie badania pośmiertnego o wykazanie drogą wstrzykiwania do naczyń owych terytoryjalnych naczyniowych zaników.

Filipkiewicz S. O pryszczycy na tle skazy dnawej. Gaz. Lek. 440

Jest to opis 3 przypadków pryszczycy u ludzi ze skazą dnawą, z których 2 leczone były w Cieplicach Trenczyńskich.

1) Chora lat 64, z rodziny dziedzicznie dną dotkniętą. Przybyła do Cieplic po licznych atakach dny, od lat 14 powracających, z silnie wyrażoną *eczema madidans*, zajmującą obie kończyny dolne aż do pachwin i pośladków, silnie swędzącą i trwającą od półtora roku. Jednocześnie palce wielkie u nóg były zgrubiałe, zniekształcone a powierzchnie ich stawowe częściowo zrosłe.

Po 5 tygodniach pobytu w Cieplicach i 28 kąpielach, skóra na nogach była miękka, blado-różowa—nieswędząca. W ciągu 2 lat następnych recydywy nie było.

2) Chory lat 54. Przebywał liczne ataki dny wielostawowej. Po ostatnim napadzie wystąpiła pryszczycyca na grzbietach stóp.

Po upływie pół roku znaleziono w Cieplicach *eczema papulosum* na skórze łędźwi i brzucha, na skórze barku lewego i prawego kolana naciecienie skóry i ślady silnego drapania, na rękach *eczema madidans*, a na stopach *eczema squamosum*. Po 6 tygodniach i 36 kąpielach pozostały jedynie plamy barwnikowe skóry.

W obu przypadkach 1) pojawienie się pryszczycy poprzedzały typowe objawy dny, 2) objawy pierwotne ustępowały z chwilą wystąpienia pryszczycy, 3) pryszczycy występowała najprzód w okolicy zajętych stawów, 4) swoiste leczenie dny usuwało pryszczycę.

3) Mężczyzna 43-letni, dziedzicznie obciążony, od lat 15 cierpi na nawąły krwi, bóle głowy, bóle mięśniowe przeplatane postrzałem. Od lat 5 *nephrolithiasis*, również od 5 lat pryszczycy, która wystąpiła po silnym napadzie postrzału. Chory nie chciał się poddać systematycznemu leczeniu, jednakże przy stosownej diecie, używaniu soli morszyńskiej i wody litynowej, a raz w tydzień letniej kąpeli mydlanej pryszczycy znacznie się zmniejszyła.

Perzyński. Przyczynek do leczenia pryszczycy ogólnej ostrój
Wiad. lek. Str. 163.

W ośmiu przypadkach pryszczycy ogólnej ostrój, oblepiał autor miejsca zajęte chorobą zwyczajną gliną czerwoną lub żółtą. Z wyników podobnego leczenia autor jest bardzo zadowolony. Z początku dodawano do gliny 10% karbolu, z powodu jednak swędzenia, jakie dodatek ten wywoływał, używał autor gliny bez wszelkich domieszek.

Eisenberg. Leczenie syfilisu. Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcję Gazety Lekarskiej. Nr. 21, 22, 23.

Obszerna praca na 153 stronach dużej ósemki, niemożliwa do krótkiego streszczenia. Zawiera skrupulatne zestawienie wszystkich metod i środków w syfilo-terapii używanych. Z punktów w danej sprawie nieustalonych i osobistych autora poglądów zaznaczyć należy co następuje. Autor jest przeciwny wycinaniu pierwotnego stwardnienia; leczenie ogólne rozpoczyna zaraz po ustaleniu rozpoznania, nie czekając objawów ogólnych; prowadzi leczenie metodą FOURNIER'a z przerwami przez czas bardzo długi; uważa, że przy frykcyjach lekarz dążyć winien do wywołania „lekkiego podrażnienia dziąseł“ u chorego, a wreszcie co najciekawsze, leczeniu kąpielowemu w zdrojowiskach siarczanych przypisuje jedynie znaczenie dyjetetyczno-hygieniczne, twierdząc nadto, że wielokrotnie czas spędzony w tych uzdrowiskach jest krzywdą, wyrządzoną choremu, przez zaniedbanie racjonalnego leczenia.

Porębski. O leczeniu kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań przetworów rtleńowych. Protok. posiedz. Tow. lek. lubels. 1889/90. Str. 25.

Cheąc uprzystępnąć lekarzom nie specjalistom wybór środka do leczenia syfilisu za pomocą wstrzykiwań podskórnych, autor na zasadzie prac różnych syfilidologów wykazuje, które ze związków rtęci najbardziej nadają się do takiego stosowania. Sam autor stosował wstrzykiwania u 12 chorych, mianowicie u 9 dwusinek rtęci, u 3 zaś chorych tlennik rtęci. Ropienia nie było ani razu.

Krówczyński. Aristol w leczeniu chorób kiłowych i skórnych. Przegl. lek. 336.

Autor stosował aristol w wielu przypadkach zachęcony doniesieniem EICHHOFF'a o wielkiej jakoby skuteczności tego środka. Maść arystolowa 10% przy leczeniu tocznia (*lupus*) okazała się zupełnie bezskuteczna, przy leczeniu późnego, wrzodziejącego przymiotu nie skuteczniejszą od jodoformu, — a przy leczeniu łuszczycy o wiele słabiej działała od innych, używanych zwykle środków. Pierwotne objawy przymiotu goiły się pod proszkiem aristolu znacznie wolniej, niż przy użyciu kalomelu. Przy leczeniu dymienie otwartych jodoform okazał się o wiele skuteczniejszym. Przy zapaleniach przyjądrza natury trypromowej, ropniach okołocewkowych i powstających dymienicach maść arystolowa nie dawała korzystniejszych rezultatów, niż przetwory rtęciowe i jodowe. *In suma* skuteczność aristolu jest bardzo mała, cena bardzo wysoka, a jedyną jego zaletą jest bezwonność.

Krówczyński. Pyoktanina. Przegl. lek. 399.

Pyoktaninę niebieską i żółtą polecił oftalmolog STILLING ze Strasburga; twierdził on, że w słabych roztworach posiada silne działanie antifermentacyjne. K. używał pyoktaniny niebieskiej w roztworach 0,1:200 do 0,1:100 przy leczeniu tryprów, już to pod postacią przepłukiwań, już to zwykłych wstrzykiwań z rezultatem zupełnie ujemnym. Natomiast w kilku przypadkach szankra rezultat leczenia był nadspodziewanie pomyślny i według K. pyoktanina przewyższa pod tym względem wszystkie inne środki. Dla otrzymania najlepszych wyników należy postępować w sposób następujący. Oczyścić dokładnie wrzód roztworem pyoktaniny niebieskiej 1—1000, watą, napojoną pyoktaniną, lekko osuszyć, zwilżoną pałeczką pyoktaniny niebieskiej dokładnie pomazać, proszkiem czystym pyoktaniny posypać i watą pyoktaninową przykryć. Postępowanie to powtarza się przez kilka dni codziennie. Zaniebieszczenie skóry w miejscach zetknięcia się z pyoktaniną usuwa się łatwo za pomocą wysokoku mydłanego lub wódki kolońskiej.

Sztembarth. Urywki terapeutyczne. Przegl. lek. 505.

Jest to kilka uwag o leczniczej wartości absolutnego wysokoku w chorobach skórnych a przedewszystkiem róży. Jak wiadomo dotychczas nie można odróżnić *streptococcus erysipelatis* od *streptococcus pyogenes*. Kokki przy róży rozwijają się w naczyniach limfatycznych i przetworach

łącnotkankowych skóry, szczególnie na brzegach zapalenia, gdzie prawie szalenie zatykają naczynia chłonne, a nie ma ich w miejscach już zapaleniem objętych. Jakkolwiek przez naczynia chłonne dostają się do krwi, giną tam prędko, a zatem pod względem wytrzymałości ustępują *streptococcus pyogenes*. *Streptococcus erysipelatis* rozwija się prawie jedynie w naczyniach chłonnych samej skóry, a nie tkanki łącznej podskórnej, zatem dość powierzchownie.

Powyższe fakty być może teoretycznie tłumaczą skuteczność wysokoku przy róży, ile że wyskok, jako lotny, przy wcieraniu przechodzi przez skórę, ścina białko, przy parowaniu obniża ciepłotę skóry a wskutek wysokiego powinowactwa do wody działa na tkanki wysuszająco.

Technika stosowania wysokoku jest bardzo prosta.

Co 2 lub 3 godziny kwaczem z waty BRUNSA, zmoczanym w wyskoku, naciera się całą przestrzeń objętą zapaleniem a szczególnie nierówne brzegi zapalenia, jako główną siedzibę dalszego rozwoju kokków. Leczone w ten sposób 12 przypadków róży na oddziale KRÓWCZYŃSKIEGO. W 6 przypadkach róży twarzy leczenie trwało 2—3 dni, w 4 przypadkach róży kończyn również krótko. W jednym przypadku róży przy żyłkach, gdzie wszystkie metody leczenia zawiodły, po zastosowaniu wysokoku róża ustąpiła w 3 dni. Jeden tylko przypadek okazał się opornym, ale był raczej gipnicą poporodową.

W 2 przypadkach *herpes zoster*, leczonych w powyższy sposób, sprawa chorobowa zniknęła w ciągu 5 dni, lecz rozdzieranie pęcherzyków przy nacieraniu jest bolesne. W jednym przypadku *herpes tonsurans* zmiany chorobowe ustępowały po trzykrotnym wcieraniu, zaczerwienienie jednak pozostawało i po zaprzestaniu wcierań zmiany powracały. Należy zatem w tych przypadkach powtarzać wcierań aż do zblednięcia skóry.

X. MEDYCYNA SĄDOWA

Sprawozdawca

W. Szumlański.

Krajewski Feliks. Przyczynę do dochodzenia dzieciobójstwa.
Medyc. Nr. 15 i 16, str. 225 i 242.

Na strychu niezamieszkałego domu znaleziono trup noworodka. Śledztwo wykazało, iż matką jego była kobieta niezamężna, która zeznała, iż przed 10 dniami urodziła dziecko nie żywe, a nie mogąc go pochować, ukryła trupa na strychu. Trup był stężony od zimna, tak iż przed badaniem trzymano go przez godzinę w wodzie.

Przy oględzinach zewnętrznych nie znaleziono najmniejszych oznaki gwałtu.

Badanie wewnętrzne wykazało: nagłośnia odchylona do góry tak, że dostęp do krtani był otwarty; na wewnętrznej powierzchni krtani i tchawicy liczne drobne kryształki lodu; płuca przy zanurzeniu w wodzie razem z sercem, po oddzieleniu i po rozcięciu na części toną, lecz na dno naczyń nie opadają; przy ucisku wydzielają płyn krwisto-wodnisty, chrzęstu nie wydają. W żołądku znaleziono kawałek lodu, którym był całkowicie wypełniony i który kształtem odpowiadał w zupełności formie żołądka; prócz tego na krzywiznie wielkiej przymarznięty podłużny kawałek śluzu; lód w żołądku był zupełnie „biały, czysty, nawet dosyć przezroczysty“; w kiszkaach tylko kał pierwotny. Próba uszna wykazała w jamie bębenkowej zawartość żółtawą, zmarzniętą [rodzaj papki].

Na podstawie badania pośmiertnego, z którego danych przytoczyliśmy tylko najważniejsze, autor wydał opinię, że dziecko urodziło się żywem, lecz zmarło zaraz po urodzeniu skutkiem zatopienia. Zeznanie podświadnej opinii powyższą potwierdziło.

Z powodu niniejszego przypadku, autor zastanawia się nad przyczynami tak częstych dzieciobójstw w całym Państwie Rosyjskim, [liczba ich wynosi rocznie 3—4000], i na 1 środkami zapobiegawczymi; z tych, jako najskuteczniejsze uważa: 1) nadzór specjalny nad przebiegiem ciąży nieprawych, z koniecznym zobowiązaniem otoczenia trzeźwionym, aby ją zmusiło do zawiadomienia o swoim stanie lekarza; 2) instytucję dobroczynną dla ciężarnych w ostatnich miesiącach ciąży, w którejby znajdowały przytułek i pracę; i 3) dawanie zasiłków na wychowanie dzieci przy matkach, jak to ma miejsce we Francji.

Panieński. Śmierć przez zmarznięcie ze stanowiska medycyny sądowej. Now. lek. Nr. 1, 2 i 4, str. 6, 52, 160.

Autor rozbiera krytycznie wszystkie objawy pośmiertne, podawane jako charakterystyczne dla śmierci przez zmarznięcie i dochodzi do wniosku, iż na podstawie zmian anatomicznych śmierci tej z wszelką pewnością rozpoznać nie możemy. Dwa z tych objawów mają tylko pewną ważność rozpoznawczą, a temi są: 1) silne przepełnienie serca krwią we wszystkich jego częściach, i 2) jasno-czerwony kolor krwi w sercu. — Brak tych objawów nie wyklucza możliwości zmarznięcia.

Wobec tak niepewnych danych należy bacznie zwracać uwagę i uwzględniać okoliczności, poprzedzające śmierć i towarzyszące takowej. Tu należą: stopień ciepłoty powietrza, konstytucja zmarłego, wiek, choroby, pijaństwo, odzienie i t. p.

Blumenstok. Orzeczenia sądowo-lekarskie wydzi łu lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego—Seryja druga.

XVIII. Śmierć naturalna czy z uduszenia? Przegl. lek. Nr. 7 i 11—13, str. 91, 142, 156, 171.

W obrębie stacyi kolejowej w szopie budnika znaleziono ukryte w słomie zwłoki kobiety, leżące na wznak; głowa i kadłub do pasa przykryte były chustką i przysypane warstwą siana; głowa zawinięta w chustkę, związaną pod brodą; na szyi spostrzeżono ślady od duszenia i z lewej strony ranę nie krwawiącą; w ogóle ani na szatach, ani na sianie nie znaleziono żadnych śladów krwi. Na sianie obok zwłok były wytłoczone ślady, wskazujące, iż ktoś drugi musiał leżeć. Kobięty zmarłej nikt w danej miejscowości nie znał, widziano ją tylko poprzedniego dnia z mężczyzną, który sam koleją odjechał i który w kilka miesięcy potem poszlakowany został o dokonanie zabójstwa.

Nazajutrz d-r A i chir. B. wykonali badanie pośmiertne, przy którym z ważniejszych zmian znaleziono: siność i obrzęk twarzy, dwie powierzchowne poprzeczne rany cięte pośrodku szyi długości 5 i 4 ctm.; krew ciemną, płynną, bez śladu strzępów; przekrwienie powłok czaszki, istoty korowej mózgu i spłotów naczyniowych komór mózgowych; przekrwienie i obrzęk ostry płuc; obecność w powiększonym sercu krwi płynnej i ciemnej; wybroczyny krwawe w żołądku. Otoczka nerek przylegała tak mocno, iż przy zdejmowaniu oddzielała się wraz z częścią istoty nerek; sama istota ciemno-czerwono-czarna, bardzo krucha; istota rdzenna również czerwona odróżnia się znacznie od istoty korowej, nieco obrzmiałej t. j. grubszej i ponad cięciem reszty partyi lekko wzniosłej; w pęcherzu pół łyżki płynu żółtawego, zmętniałego.

Na podstawie powyższego obducenci orzekli, że denatka nie zmarła wskutek czynów gwałtownych, lecz najprawdopodobniej zmarła nagle skutkiem zatrucia krwi moczem—*uraemia*.

Dzięki takiemu orzeczeniu sąd zaniechał na razie dochodzenia zabójcy, i ponowił śledztwo wówczas dopiero, gdy zjawiły się poszlaki, obciążające wyżej wzmiankowanego mężczyznę.

Akty sprawy przedłożone wtedy zostały dwom lekarzom sądowym lwowskim: prof. FEIGLOWI i d-rowi LUKASOWI do ponownego orzeczenia.

Zdanie ekspertów tych było całkiem odmienne: wykluczyli oni cierpienie nerek, któreby mogło spowodować mocnicę i orzekli, że śmierć w danym razie nastąpiła z uduszenia. Rany na szyi, które obducenci uważali, jako zadane własną ręką wespółprzysłanną denatki w celu samobójczym, objaśniono w ten sposób, iż zadał je po śmierci ofiary zabójca, rozciągając chustkę, którą zadusił, lub inne przedmioty zawieszono na szyi.

W skutek takiej sprzeczności zdań, sędzia śledczy udał się na miejsce zbrodni i zarządził ponowne badanie zwłok [w 10 miesięcy po śmierci], głównie w celu sprawdzenia tożsamości osoby, gdyż jak wykazało śledz-

two, miała ona na szyi brodawkę i uszkodzone jedno z lewych żeber, o czém w protokóle sekcji wzmianki nie było.

Obducenci C. i D. z powodu znacznego stopnia zgnilizny [3 stopnia] przyczyny śmierci oznaczyć nie mogli; również z powodu rozkładu brodawki na szyi nie znaleźli; na 8-m lewém żebrze znaleźli obrażenie przyżyciowe, odnoszące się albo do złamania, albo do innéj sprawy zapalnéj.

Pierwotni obducenci A. i B., którym orzeczenie znawców lwo-wskich sędzia przedstawił, wydali i tym razem opinię, zgodną ze swą poprzednią, wykluczając możliwość śmierci gwałtownéj na zasadzie braku dostatecznych po temu danych.

Sąd zwrócił się ostatecznie celem rozstrzygnięcia zdań tak sprze-cznych do wydziału lekarskiego, który po wyczerpującém rozpatrzeniu sprawy orzekł, iż denatka z największém prawdopodobieństwem zmarła śmiercią gwałtowną z uduszenia.

Sąd uznał podsądneho winnym zabójstwa, nie morderstwa. Jakkolwiek autor nie zna powodów, dla jakich wyrok taki zapadł, uważa go za słuszny; przypuszcza, że przed śmiercią miało miejsce spółkowanie i zarzuca pierwszym obducentom, iż nie zbadali mikroskopowo słuza z pochwy. Podczas spółkowania śmierć kobiety z uduszenia przypadkowego lub umyślnego łatwo może nastąpić, a że w danym razie śmierć najprawdopodobniéj nastąpiła z uduszenia gwałtownego, fakt spółkowania mógłby stanowić dla podsądnego okoliczność łagodzącą.

Blumens tok. Przyczynęk sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych. Przegl. lek. Nr. 18, 21, 23—26, str. 240, 288, 321, 337, 352 i 369.

Stosunkowo nowa i niedostatecznie jeszcze wyjaśniona kwestyja nerwic urazowych przedstawia niejednokrotnie znaczne trudności rozpo-znawcze dla klinicysty, o wiele większe jednak dla lekarza sądowego, który zmuszony jest wydać opinię, czy i o ile w danym razie cierpienie nerwowe zależném jest od doznanego urazu.

Powody trudności w orzeczeniu są następujące: 1) Nerwice urazowe wymagają dłuższéj obserwacyi, która w przypadkach sądowych najeź-ściéj jest niemożliwą, ponieważ sądowi zależy na jak najszybszém zała-twieniu sprawy. 2) Lekarz sądowy liczyć się musi z symulacją, a przy-najmniej z egzageracją, ponieważ badanemu zależy na uzyskaniu jak największego odszkodowania. 3) Lekarz sądowy polegać musi naj-częściéj na objawach podmiotowych, a rzadziéj posługiwać się może obja-wami przedmiotowými, które jedynie dają należytą podstawę do stanowi-czego orzeczenia. 4) Jak wszędzie, tak i tu rokowanie odgrywa ważną rolę, ale i pod tym względem brak lekarzowi sądowemu często pewnych danych. 5) Sprawdzenie związku przyczynowego pomiędzy zajściem, od którego badany wywodzi swoje cierpienie, a chorobą, z pewnością lub prawdopodobieństwem sprawdzoną, niemało następuje trudności.

Jako ilustrację powyższego przytacza autor szczegółowy opis przypadku, w którym powołany był do wydania orzeczenia sądowo-lekarskiego. Wszystkie szczegóły tego opisu są tak ważne, iż streszczać ich tu niepodobna.

Bogdanik. Udar mózgowy samoistny, czy w skutek urazu. Brak nerki prawej. Przegl. lek. Nr. 41 i 42, str. 386 i 398.

H. S., mężczyzna 54-letni został uderzony silnie w piersi, poczem jak podaje, przewrócił się na wznak i utracił przytomność. Świadkowie jednak zeznali, że H. S. po uderzeniu nie upadł, lecz tylko potoczył się, następnie został pociągnięty ku stodole, a puszczonej, obszedł stodołę i siadł na kupce śniegu, skąd go na pół przytomnego odwieziono do domu. Nazajutrz po wypadku dokonane zostały oględziny sądowo-lekarskie, przy których znaleziono: Chory w stanie na pół przytomnym, skarży się na ból głowy, krzyża i klatki piersiowej od przodu po stronie prawej; ma nudności i skłonność do wymiotów, których nie było; wyraz twarzy niespokojny, źrenice rozszerzone, energicznie oddziałują na światło; zezu nie ma, fałdy na czole i policzkach, oraz kąty ust symetryczne; język wysuwa się równo. Uszkodzeń zewnętrznych na ciele, ani też zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono.—Kał i mocz oddaje chory pod siebie, lecz z samowiedzą.

W 3 dni po doznaniem uszkodzeniu nastąpiło porażenie lewej połowy ciała, a w dwa tygodnie śmierć.

Przy badaniu pośmiertnym znaleziono: otarcie naskórka w kilku miejscach na czole i twarzy, podbiegnięcie krwawe przy wewnętrznym kącie lewego oka [denat upadł raz już podczas choroby]; na plecach trzy duże czyraki i kilka mniejszych. Śladów uszkodzeń nigdzie na ciele nie dostrzeżono. W prawej półkuli mózgowia wynaczynienie krwi ze zmiażdżeniem mięszu mózgowego na przestrzeni orzecha włoskiego. Serce w trójnasób powiększone, ściany grube, lecz wiotkie i kruche, mięsień stłuszczonej; w tętnicy głównej, tętnicach wieńcowych i w ogóle prawie we wszystkich tętnicach ciała—prawa ateromatyczna. Nerka lewa powiększona, torebka przy zdzieraniu wyszarpuje cząsteczki mięszu; tętniczki mocno rozszerzone; nerki prawej nie znaleziono; brak było również odpowiedniego moczowodu, tętnicy i żyły nerkowej.

Na podstawie powyższych danych eksperci orzekli, iż wymienione powyżej zmiany pośmiertne były wystarczające do wystąpienia samoistnego udaru mózgowego, który śmierć spowodował; nie mógł zaś wywołać go uraz, stosunkowo nieznaczny, po którym denat nawet się nie przewrócił.

Migurski. Wypadek uchylenia się od zdania w orzeczeniu o ostatecznej bezpośredniej przyczynie śmierci. Protokoły posiedzeń Tow. lek. lubelskich z r. 1889/90, str. 54.

Autor opisuje przypadek badania pośmiertnego sądowo-lekarskiego, dotyczący mężczyzny, który nagle zmarł na ulicy.

Rozpoznanie przyczyny śmierci nastęrczało wiele trudności i pozwalało przypuszczać, że śmierć nastąpiła: 1) albo w skutek przyczyn patologicznych, znalezionych przy seceyi [zmiany w sercu], albo 2) skutkiem ostrego zatrucia wyskokiem [reakcyja moczcu na wyskok], lub 3) z powodu zaduszenia [kawalek masy pokarmowej w główném oskrzelu prawém, przycięty język, wymioty, krew płynna ciemna w prawej komórce serca i przekrwienie płuc]; 4) podbiegnięcie krwawe w okolicy prawej kości ciemieniowej, przekrwienie mózgu i błon, pozwala przypuszczać uszkodzenie mózgu z powodu urazu. Wykluczając kolejno wszystkie powyższe możliwości, dochodzi autor do wniosku, iż wobec trudności, jakie przypadek ten przedstawia, jako przyczynę śmierci w orzeczeniu sądowo-lekarskiem uznać można było jedynie wstrząs mózgu (*commotio cerebri*).

XI. HYGIENA, EPIDEMIOLOGIJA, STATYSTYKA LEKARSKA I SZPITALNICTWO.

Sprawozdawcy

Iwanicki, Wł. Szumlański i Waskiewicz.

Polak. O stanie sanitarnym miasta Warszawy w r. 1889. Zdrowie Nr. 63, str. 359.

Praca zawiera sprawozdanie z postępów robót kanalizacyjnych i wodociągowych,—wiadomości o stanie ulic i ich oczyszczaniu, o założeniu i działalności pracowni higienicznej miejskiej, o szczepieniu ospy ochronnej, o stanie fabryk [około 300] i kąpeli publicznych. Wreszcie kilka słów, dotyczących nadzoru nad prostytutcyją, oraz obliczenie służby zdrowia kończy ten ciekawy artykuł.

Danielewicz. Warszawska śmiertelność w 1889 roku. Zdrowie Nr. 60 i 61, str. 276 i 297.

Autor zwraca uwagę na fakt nadzwyczaj wysokięj liczby urodzeń [22125] w porównaniu z latami poprzedniemi. Zejść w 1889 r. było 13049 czyli o 4,086 na 1000 ludności więcej niż w roku 1888. Najsilnięj wzrasta śmiertelność [według załączonej przez autora tablicy] z przyczyny chorób pomorkowych [niezależnie od ospy]. Z chorób zwyczajnych, więcej niż 100 ofiar rocznie zabierających, wzrosła śmiertelność z przyczyny: gruźlicy opon mózgowych, zapalenia płuc, suchot płucnych, chorób serca, kataru żołądka i kiszek, suchot kiszkiowych, zapalenia nerek, raka, uwiadu starego, drgawek i wrodzonego braku sił. Zmniejszyła się z powodu:

apopleksyi mózgowej, zapalenia opon mózgowych, niezytu oskrzeli, zapalenia otrzewny i wodogłowia. Druga tablica przedstawia śmiertelność z podziałem na wiek; z niej wynika, że największe niebezpieczeństwo śmierci z przyczyny chorób pomorkowych grozi dzieciom w wieku od 5 do 10 lat. Z tablicy, przedstawiającej śmiertelność z podziałem na miesiące widać, że w r. 1889 większa śmiertelność przypada na miesiące letnie i zimowe, znacznie mniejsza na wiosenne. *Maximum* w Czerweu i Grudniu — *minimum* w Kwietniu. Najbardziej zwiększyła się śmiertelność w cyrkule IX, potem w X. Najsilniej przez ospę dotknięty został cyrkuł VIII.

Tchórznicki. Sanitarny stan pociągów. Zdr. Nr. 61, str. 294.

Autor w barwnym, okraszonym humorem tonie, opisuje stan sanitarny wagonów, kładąc główny nacisk na brak powietrza *resp.* tlenu [osobliwie zimą]. Dla dokładniejszego określenia objętości powietrza, wypadającego na jednego pasażera, d-r. TCH. przedstawia tablice rozmiarów wagonów w stosunku do ilości pasażerów; stosunek ten jest niższym od tego, jaki spotkać można w lokalu żydowskim w małym miasteczku. We Francyi, Belgii, Szwajcaryi pod tym względem dzieje się jeszcze gorzej. Autor ubolewa nad t \acute{e} m, że lekarze kolejowi, dobrze pojmujący braki w tych względach, nie starają się wpłynąć na przeprowadzenie pewnych ulepszeń, które redukują się do następujących punktów: 1) Mniejsza ilość osób umieszczać w jednym wagonie. 2) Meble [osobliwie w kl. I i II] powinny być dezynfekowane. 3) Ogrzewanie wagonów winno się odbywać za pomocą kaloryferów. 4) Urządzenie podłogi powinno bardzo ułatwiać spływanie zużytych nieczystości, wreszcie 5) Potrzeba, aby w każdym pociągu pasażerskim był wagon zupełnie osobny dla chorych. Dalej autor zwraca uwagę na konieczność zaprowadzenia klasy IV. Z uwagi na bezpieczeństwo samej służby pociągowej powstaje przeciwko chodnikom, umieszczonym na zewnątrz, w wagonach, zamykających się z boku. W końcu na przykładzie d-r T. dowodzi, że niejednokrotnie rozkład pociągów zmusza pasażerów do przepędzenia całej nocy wśród czuwania i niewygody.

Tchórznicki. Hygiena świątyni. Zdrowie. Zeszyt 52, str. 1.

Autor zwraca uwagę, że świątynia, jako miejsce zebrań ludu, winna odpowiadać następującym warunkom: Zbudowana ma być na miejscu suchém, wyniosł \acute{e} m z uwzględnieniem wentylacji, mieć dostateczną ilość światła, wszelkie podziemia—groby familijne powinny być usunięte, w zimie świątynia ma być ogrzewana [w dnie powszednie do 12 $^{\circ}$ R., w dnie zaś świąteczne do 6 $^{\circ}$ R.], drzwi powinny stanowczo otwierać się na zewnątrz dla uniknięcia tłoku *resp.* smutnych następstw takowego. Wstawianie trumien z ciałami zmarłych do wnętrza świątyni nie powinno mieć

miejsca, ze względu na to, że przez powietrze mogą się udzielać rozmaite choroby zakaźne. Tutaj autor zastanawia się nad wartością higieniczną takich zakorzenionych zwyczajów jak: obsypywanie pocałunkami osoby zmarłej przez pozostałą rodzinę, całowanie krucyfiksu, podłogi—w świątyniach. W końcu autor radzi—przynajmniej raz na rok wybielić wnętrze świątyni, wytrzeć ściany świeżym chlebem, a gdy takowe są malowane olejno, wymyć je wodą sublimatową, biorąc $\frac{1}{2}$ łyżeczki od herbaty sublimatu na 3 garnce przegotowanej wody. Należy także utrzymywać w czystości przedmioty, znajdujące się w świątyni.

Tchórznicki. Nasze rzeczki nadbużne. Zdrowie Nr. 60, str. 261.

Na podstawie obserwacji trzech rzeczek, wpadających do Bugu, autor komunikuje, jak ludność miejscowa przez nieświadomość czy też wrodzone niechlujstwo przyczynia się do zanieczyszczenia lub zatrucia [moczenie konopi] wody. Woda w studniach i stawach folwarcznych jeszcze łatwiej się zanieczyszcza w skutek małej głębokości lub niedostatecznego ocebrowania. W końcu autor podaje, co trzeba robić, ażeby wodę rzeki zachować w stanie naturalnej czystości. Tutaj między innymi d-r T. powstaje na zwyczaj stawiania domów tuż nad wodą, — na nieszlamowanie stawów i błotnistych dołów, — na moczenie konopi *resp.* zatrukiwanie wody rzecznej i t. d.

Polak. O plantacjach miejskich. Zdrowie Nr. 58, str. 210.

Wychodząc z zasady, że życie roślin oddawna uważane jest jako czynnik puryfikacyjny [ARNTZ, TARDIEU, CHURCİL], autor wskazuje na pożytek ogrodów, parków, skwerów i t. d. dla zdrowotności mieszkańców miast większych. Przytaczając cyfry, świadczące o zmniejszaniu się placów wolnych wobec przeludnienia Warszawy, autor ubolewa nad tē, że miasto nie temu nie przeciwdziała. Gdy w Londynie ludność wzrosła do 50,8 osób na akr gruntu, towarzystwo ogrodów publicznych zasadziło 167 ogrodów, skwerów lub parków; Warszawa zaś liczy 64 mieszkańców na akr. Podczas gdy w Krakowie przestrzeń zabudowana obejmuje 21,10%, w Wiedniu 20,53%—w Warszawie ulice, place publiczne, ogrody i skwery zawierają zaledwie 13,17%. Paryż liczy ogrodów 88, Londyn 109, podczas gdy Warszawa posiada ich dwa. Nadto Warszawa nie posiada wcale publicznych parków do gier i zabaw dla zdrowia pożytecznych, ani jednego ogrodu ludowego, ani jednego ogrodu dla dzieci. Główną przyczynę zaniedbania tak ważnych plantacji w Warszawie stanowi szczupłość budżetu miejskiego. W konkluzji autor zwraca się do zarządu miejskiego oraz komitetu opieki nad plantacjami, aby zajął się tą ważną a zaniedbaną częścią higieny miejskiej.

Chełchowski. Przyczynę do wiadomości o żywieniu się ludu wiejskiego. Zdrowie Nr. 57 i 58, str. 170 i 218.

Lud wiejski prawie wyłącznie żywi się ciężko strawnymi pokarma-

mi roślinnemi; pożywienie takie jest, jak wiadomo, bynajmniej nieodpowiednie i niewystarczające.

Autor z pięciu miejscowości gub. Płockiej zebrał dane, dotyczące żywienia służby folwarcznej w lecie i w zimie. Z obserwacji swych wyciąga następujące wnioski: 1) W dnie letnie pożywienie służby jest lepsze, niż w dnie zimowe [podwieczorki i większa ilość nabiału]. 2) Ilość tłuszczu, zawartego w pokarmach nie dosięga wymaganej normy, ani w dnie letnie, ani w zimowe. 3) Ilość białka wydaje się na pozór wyższą od normalnej; ponieważ jednak większość stanowi białko roślinne, przyswajające się daleko trudniej, niż zwierzęce, całkowita zatem ilość przyswojonego białka nie dosięga nawet normy. Ogólna ilość całodziennego pożywienia wynosi 8—14 funtów; trawienie takiej masy pokarmu odbywa się chyba bezustannie przez całą dobę. Dla określenia średniej miary pożywienia chłopów wogóle, autor oblicza wartość spożywczą tak zwaną ordynaryi, przytaczając jednocześnie liczby, podane przez ZDZIARSKIEGO, SZCZEPANOWSKIEGO i IZIEGO K. [Głos 1890, Nr. 4]. Tutaj wnioski możnaby postawić daleko smutniejsze, gdyby nie wątpliwość, jaką nasuwają niektóre punkty. Najgorzej żywią się nie ordynaryjusze i nie służba dworska, ale wyrobniicy [komornicy] bez stałej służby, włóścianie małorolni lub dorabiający się pieniędzy na kupno gruntu.

Pomimo zmniejszonej ilości białka w pokarmach, chłop zachowuje swoją równowagę azotową. Od wczesnego dzieciństwa przystosowuje się do pożywienia, z którego nie można wyciągnąć dostatecznej ilości białka. Następstwem tego jest niższy wzrost i waga dorosłego robotnika wiejskiego.

Kadler. O małżeństwie. Zdrowie Nr. 58, str. 209.

Doświadczenie poucza, że małżonkowie z całą nieświadomością wnoszą nieraz do ogniska domowego zapas zbroceń chorobowych, który rozdzielają między sobą, i potomstwu oddają w spuściznie. Dla uniknięcia tego wymagane są ze stanowiska higieny pewne dla małżeństwa warunki: 1) Wiek odpowiedni [25 — 50 dla mężczyzn i 18 — 40 dla kobiet]. 2) Czerstwość zdrowia, przyczem do chorób, niedopuszczających małżeństwa, należą: suchoty, syfilis, choroby nerwowe i umysłowe, skłonność do samobójstwa, choroba angielska, podągra, reumatyzm, skrofule, hemoroidy, padaczka i pijaństwo [według DARWINA, rodziny pijaków wymierają w czwartym pokoleniu]. Doświadczenie poucza, że szczególniejszy wpływ na dziecko wywiera matka [GOETHE, WALTER-SCOTT, BYRON, LAMARTINE]. Bliższe pokrewieństwo zaślubionych wywiera szkodliwy wpływ na potomstwo, które dziedziczy pewien rodzaj „chorowitości”; wreszcie z podobnych małżeństw rodzą się często dzieci głuchonieme.

Do warunków szczęśliwego małżeńskiego pożycia zalicza się pewien antagonizm tak co do ciała, jako też umysłu, emperamentu, charakteru. Normalna długość pożycia małżeńskiego wynosi we Francyi 26 lat.

[WAPPAEUS], w Szwecyi 25, w Norwegii 24, w Belgii 23,9, w Saksonii 22,8 a w Prusach 20,7. Śmiertelność osób, zostających w związku małżeńskim, jest mniejsza, a życie ich dłuższe, aniżeli niezonatych. Bezżeństwo wyraża prócz tego skłonność do chorób umysłowych i samobójstwa. Z drugiej strony bladaczka, hysteryja, rozdrażnienie nerwowe i t. p. podkopują zdrowie niezamężnych kobiet.

Wszystko to jasno wykazuje, jak ważnem dla szczęścia małżeńskiego i przyszłej generacji jest prawo naturalnego doboru. Aby zaś prawo to w życiu przyniosło zdrowy owoc i małżeństwa czyniły zadość zasadniczemu wymaganiu medycyny i biologii, niezbędne jest uprzednie zbadanie stanu zdrowia osób, mających połączyć się dozgonnym węzłem małżeńskim.

B u j w i d. Badania zanieczyszczeń, znajdujących w rzece Wiśle. Zdrowie Nr. 61, str. 294.

Autor badał pod względem chemicznym i bakteryjologicznym, o ile woda wiślana zostaje zanieczyszczoną pod wpływem ścieków. Próby wody były brane na przestrzeni od smoka nowego wodociągu do ujścia Narwi [32 k.] podczas umiarkowanego ciepła i stanu wody, wynoszącego $1\frac{1}{2}$ —2 stóp. Wyniki następujące: 1. Zanieczyszczenia pod względem chemicznym [w bardzo małym stopniu] dają się spostrzedz tylko bezpośrednio poniżej większych ścieków. 2. Pod względem bakteryjologicznym mamy wodę najczystsza nad smokiem, im niżej, tém zanieczyszczeń więcej. Największa ilość bakterij znajdujemy poniżej głównego kolektora oraz przy ujściu Narwi [Modlin—ścieki miejscowe]. 3. Woda Narwi pod względem chemicznym jest gorsza od wiślanej; pod względem bakterij nie różni się od wiślanej przy smoku. Z powyższego wynika, że wpływ zanieczyszczeń kanałowych na wodę wiślana jest bardzo nieznaczny [bakteryje chorobotwórcze nigdzie znalezione nie zostały]. Autor przytacza tablicę analiz.

Malinowski. Znaczenie higieniczne wakacyj letnich. Zdrowie, Zeszyt 57, str. 169.

Autor zastanawia się nad ważnością odpoczynku w czasie lata dla młodocianych organizmów i radzi rodzicom, aby przed wyjazdem na wieś każde dziecko poddane było oględzinom lekarza, który w przypadku jakiegoś zбочenia w rozwoju fizycznym przez odpowiednie wskazówki higieniczno-lekarskie zapobiegnie złemu a istniejące usunie.

Siemieński. O znaczeniu higienicznem rozpuszczonego w wodzie tlenu. Zdrowie. Zeszyty 54—57, str. 67, 119, 138, 181.

Mniejsza lub większa zawartość rozpuszczonego w wodzie tlenu, według higieny nowoczesnej, stanowi kryterjum dla oceny, czy dana woda jest zdalna do picia. Autor w swój sumiennój pracy przytacza cały szereg doświadczeń, które mają na celu wykazać, iż zawartość tlenu w wo-

dzie zmniejsza się, a nawet zupełnie znika przy znaczném zanieczyszczeniu wody łatwo utleniającemi się ciałami organicznemi.

W e n d a K. Wody gazowe warszawskie. Med. Nr. 48, str. 753.

Jest to referat z dwóch posiedzeń sekcji chemicznej Towarzystwa popierania przemysłu i handlu, na których rozbiekana była kwestyja zawartości ołowiu w wodach gazowych, wyrabianych w Warszawie.

Ciemniewski. O małżeństwach w Warszawie w ciągu ostatnich lat 12 [1877—1888]. Zdrowie. Zeszyt 52, str. 14.

W powyższym czasie zawarto ogółem 41340 małżeństw, co wynosi przecięciowo 3445 rocznie. Absolutnie liczba małżeństw największą była w r. 1886 [4058], a najniższą w 1877 [2174]. Przepiętnie w ciągu roku zawierano 892 związki małżeńskie na 100000 mieszkańców.

Na 100 wstępujących w związki małżeńskie mężczyzn wypada: 85,3 kawalerów, 14,1 wdowców i 0,5 rozwiedzionych, a na 100 wstępujących w związki małżeńskie kobiet: 91,5 panien, 8,1 wdów i 0,5 rozwódek.

Najwięcej chrześcian mężczyzn żeni się w wieku od lat 25 — 30, u żydów zaś od lat 20—25. Najwięcej kobiet wychodzi za mąż w wieku od lat 20—25 zarówno u chrześcian, jak i u żydów.

Jak u chrześcian, tak i u żydów na 100 małżeństw w 56 mężczyzna starszy jest od kobiety.

Co się tyczy małżeństw ze względu na zajęcie małżonka, to najwięcej ich zawarto między rękodzielnikami, najmniej zaś skłonni do związków hymenu okazali się przedstawiciele literatury, nauki i sztuki.

Wielka część małżeństw u prawosławnych i protestantów należy do tak zwanych mieszanych. U katolików więcej kobiet aniżeli mężczyzn łączy się z osobami innego wyznania.

P o l a k. Oleo-margaryna jako surrogat masła krowiego. Zdrowie Nr. 62, str. 326.

Najbardziej rozpowszechnionym dzisiaj surrogatem masła jest oleo-margaryna, przedstawiająca prócz innych tę dogodność dla przedsiębiorców [restauratorów], że, zawierając więcej tłuszczu niż masło, przy smażeniu mniej się marnuje. Największa ilość oleo-margaryny przybywa do Warszawy z Petersburga, gdzie według d-ra PEHLA i KARIEJEWĄ produkuje się bardzo niedbale. W ogólności oleo-margaryna, o ile jest czysto przyrządzona, nie zasługuje na wyrugowanie z użycia. Należy jednak wydać przepisy, aby w jadłodajniach oleo-margaryną nie fałszowano masła.

B u j w i d. Sposób odróżnienia zafałszowanego masła krowiego tłuszczem kokosowym. Zdrowie. Zeszyt 56, str. 156.

Metoda REICHERT-MEISL'a polega na zmydleniu pewnej odważonej ilości tłuszczu, oddestylowaniu lotnych kwasów tłuszczowych i okre-

śleniu ich ilości za pomocą mianowania $\frac{1}{16}$ normalnym ługiem sodowym. Ilość ctm.³ ługu nazywamy liczbą REICHERT-MEISL'a, dla masła liczba ta wynosi 27—30, dla margaryny 2, dla masła kokosowego 8—9.

Łącząc powyższą metodę ze sposobem BOCKAIRY'ego *), możemy rozpoznać, czy masło jest zafalszowane i czém mianowicie.

Bujwid i Palmirski. Nowy sposób wykrycia obcych tłuszczów w maśle. Zdrowie. Zeszyt 52, str. 22.

Bardzo praktycznym i prostym okazał się sposób podany przez BOCKAIRY'ego, polega on na tém [przy wykryciu oleo-margaryny w maśle]: do 15 ctm.³ roztopionego i przefiltrowanego masła, zawartego w cylindrze o objętości 100 ctm.³, dolewa on 15 ctm.³ toluolu i 40 ctm.³ alkoholu 96,7°. Skłóciwszy te płyny, zanurza on cylinder na $\frac{1}{2}$ godziny do naczynia z wodą o ciepłocie 50° C., wtedy tworzy się albo jednolity płyn barwy żółtawej, co jest dowodem czystości masła, lub też dwie warstwy wyraźnie oddzielone, co świadczy o domieszkach. Według BOCKAIRY'ego przy 10% domieszki oleo-margaryny dolna warstwa zajmuje 12 ctm.³, przy 20%—13, przy 50%—18, przy 75%—21 ctm.³.

Tchórznicki. Spluwaczka higieniczna. Zdr. Nr. 58, str. 226.

Proponowana przez autora spluwaczka składa się z 3-ch naczyń, przytwierdzonych jedno nad drugim do deski pionowej: naczynie górne, z otworem u dołu i rurką gumową stanowi rezerwoar do wody; środkowe — do spluwania — w kształcie miednicy z dnem lejkwatém i z otworem, przez który płwocina i woda ścieka do naczynia dolnego; to ostatnie winno być téj wielkości, co górne. Jako najodpowiedniejszy materiał proponuje autor szkło grube, kolorowe, półprzezroczyste, lub matowe. Cały przyrząd ustawia się na wysokości 1—2 łokci nad podłogą.

Malinowski. Epidemija influenzy w Warszawie. Zdrowie. Zeszyt 52, str. 2.

Influenza znana już była w IX wieku pod nazwą gorączki włoskiej. Od r. 1510 spostrzegano w Europie 90 epidemij influenzy. Rozebrawszy szczegółowo niektóre z poprzednich epidemij, a następnie wskazawszy, iż etjologija téj choroby dotychczas nie jest nam ściśle znaną, autor przechodzi do ostatniej epidemii influenzy w Warszawie i podaje tu uwagi kliniczne i higieniczne, opierając się na dużej ilości obserwowanych przez siebie przypadków, przeważnie u dzieci. Ssawcy zdają się posiadać przeciwko influenzy pewną odporność, u dzieci do lat 10 przebieg téj choroby bywa mniej więcej łagodny, daleko cięższy u dzieci między 10 — 14 rokiem życia. Przebieg u dorosłych bywał tém cięższy, im organy odde-

*) Patrz niżej streszczenie BUJWID i PALMIRSKI. — Nowy sposób wykrycia obcych tłuszczów w maśle.

chowe więćej były zaatakowane. Osoby w wieku podeszłym — ciężką przebywały postać tej choroby, a to z przyczyny przyłączających się niezży-tów oskrzeli lub zapalenia płuc. Autor spostrzegał trzy formy grypy: mózgową, płucną i żołądkowo-kiszkową.

Z powodu optymistycznych zapatrywań się na grypę ze strony prasy peryjodycznej, publiczność nasza lekceważyła sobie początkowo tę chorobę, która jednakże nie zawsze przebiegała łagodnie, dla tego też autor radzi zachowanie warunków higienicznych jak przed chorobą, tak i po przebyciu takowej, mając w pamięci cięższe jej postaci, powikłania i powroty, które bywają zwykle cięższe i niebezpieczniejsze.

Stępniewski. Endemia ospy w Warszawie od Lipca 1889 do Marca 1890 r. Med. Nr. 10, str. 145.

Ospa w Warszawie w ogóle nie wygasa nigdy; w zwykłych warunkach śmiertelność wynosi około 4% ogólnej ilości zmarłych — od czasu do czasu bywają natężenia, a tych od r. 1877 było wraz z opisaniem obecnie pięć; śmiertelność wynosiła: w r. 1878—8%, w 81—5%, w 82—11%, w 87—6%. Podczas ostatniej endemii śmiertelność wynosiła z początku 7%, podczas największego natężenia [w końcu Września] doszła do liczby niebywałej — około 20% [52 ofiary na tydzień]. Najwięćej tym razem ucierpiała biedna klasa ludności, co autor tłumaczy tém, iż klasa oświeceni-sza pojmuje coraz więćej potrzebę i znaczenie ochronne rewakcyna-cyi i chęćniej niż poprzednio poddaje się takowej. Przy sposobności zwraca autor uwagę na fakt, iż rewakcynacja nie daje nigdy odczynu takiego, jak szczepienie pierwotne, że krosty (*pustulae*) spotyka się sto-sunkowo rzadko, niekiedy bywają formy przejściowe od krosty do grudki (*papulae*), a najczęśćiej te ostatnie bądź pojedynczo, bądź w postaci kon-glomeratu, barwy blado-wiśniowej.

B u j w i d. Sprawozdanie z ochronnego leczenia wścieklizny w r. 1889 w Warszawie. Zdrowie. Zeszyt 53, str. 53.

W ciągu r. 1889 leczono metodą PASTEUR'a 343 osoby, w tej licz-bie mężczyzn 213, kobiet 125. Zwierzętami kąsającymi były: psy w ra-zach 327, koty — 12, konie — 2, świnie — 2. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzoną została na drodze doświadczalnej lub przez jednoczesne wścieknięcie się pokąsanych zwierząt, było osób 101; pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekłe na zasadzie objawów— osób 205. W roku sprawozdawczym zmarło na wodowstręt 3 osoby [0,87%].

C h ł a p o w s k i. Rozszerzenie się gruźlicy przez mięso, a rze-zactwo żydowskie. [Gruźlica bydłęca a rze-zactwo żydowskie]. Now. lek. Nr. 2—4, str. 48, 105, 153.

Po nader szczegółowym rozbiórce sprawy, ważnej niezmiernie ze względu na wielką śmiertelność skutkiem gruźlicy, autor dochodzi do wniosków następujących:

1. Rzeźactwo żydowskie, choć pełne obostrzeń zbytecznych, może przyczyniać się do uchronienia ludności żydowskiej, żyjącej w ziemiach polskich od niektórych chorób zakaźnych.

2. Wzrost żydów w tych krajach przemawiałby za tém, że gruźlica mniej wśród nich zabiera ofiar, niż wśród chrześcian.

3. W okolicach o ludności mieszanéj [chrześcianie i żydzi] należy prowadzić dokładną statystykę śmiertelności z suchot.

4. Należy również w tych okolicach uwzględnić statystykę gruźlicy wśród bydła, mianowicie wśród krów dojnych.

5. Należy popierać zaprowadzenie rzezalni miejskich wspólnych dla chrześcian i żydów i zostających pod ścisłym nadzorem.

6. Rolnicy powinni hodować tylko rasy bydła, odporniejsze na zakażenie gruźlicze i poprawić higieniczne warunki hodowli.

7. W tym celu pożądaném jest rozpowszechnianie wiadomości elementarnych o zakaźności gruźlicy wśród ludzi i bydła.

8. Wynagradzanie przez rząd szkody, jaką ponoszą właściciele bydła, dotkniętych gruźlicą i skonfiskowanych przy rzezi, może być pożytecznym tylko pod tym warunkiem, że nie potrwa dłużej, niż przez lat kilka; w przeciwnym razie nie mogłoby wpłynąć na ulepszenie higienicznych warunków hodowli bydła i na ograniczenie gruźlicy wśród niego, a więc mijałoby się z celem.

Z i e m i ń s k i. Nowoczesne urządzenia szpitalne dla chorych na oczy. Zdrowie Nr. 59 i 60, str. 233 i 268.

Autor ubolewa nad tém, że jeden szpital dla chorych na oczy w Warszawie nie jest w stanie wystarczyć dla całej liczby chorych, zgłaszających się na kurację. Wobec tego najlepiej byłoby albo powiększyć etat Instytutu Oftalmicznego albo otworzyć oddział oczny w jednym ze szpitali warszawskich. W tym celu autor podaje projekt urządzenia szpitala dla chorych na oczy. Budowla najważniejszą jest o układzie korytarzowym. Chorzy oczni, jako dotknięci światłowstrętem, muszą być ochronieni od zbytniego dostępu światła. Wymiary sal winny być wyznaczone w ten sposób, żeby w każdej można było pomieścić nie więcej nad czterech chorych. Dla chorych, których cierpienie nie przykuwa do łóżka, najodpowiedniejszym miejscem dziennego pobytu jest t. zw. sala dzienna lub korytarz, który może się znajdować albo po środku gmachu lub też na jednej ze stron tegoż, [w obu razach odpowiednio do kierunku największej długości budowli]. Dla zakładu ocznego środkowy korytarz przedstawia najważniejszą formę budowy wtedy tylko, skoro jest pewność, że zakład posiadać będzie doskonałą wentylację

i dostateczne oświetlenie. Posadzka winna być wszędzie równa bez żadnych progów między salami chorych i korytarzem. Poczekalnia oraz sala ambulansowa tak winny być umieszczone, aby chorzy przychodni nie mogli wносить nieczystości *resp.* zarazków do wnętrza budynku. Sala operacyjna winna posiadać stosowne i równomierne oświetlenie i dlatego okna należy zwrócić ku północy. Autor opisuje urządzenie podobnych sal w Niemczech. Pokoje, rezerwowane dla zamożniejszych pensjonarzy, jako nie we wszystkiém odpowiadające zadaniu oraz interesom szpitala, autor radzi zredukować do *minimum*. Szczegółowy opis przewietrzania i ogrzewania podaje rzeczy znane. Ogród winien zajmować płaszczyznę, z jednej tylko strony ochronioną od światła i wiatru. W końcu autor kładzie nacisk na konieczność oddzielnego pomieszczenia dla chorych z cierpieniami zaraźliwymi.

Fritsche. O konieczności zbudowania w Warszawie nowego domu podrzutek. Med. Nr. 9, str. 141.

Z powodu wypadkowo wykrytej zbrodni uśmiercania dzieci *en masse* przez Skublińską, autor agituje projekt pobudowania nowego lub rozszerzenia istniejącego domu podrzutek, mając przekonanie, iż fundusze na ten cel łatwo się znajdą przy znanj dobroczynności warszawian. Myśl ta jednak, aczkolwiek podniesiona w porę, nie wyszła ze sfery projektów.

Do brzycki. O konieczności oddzielnych sanatoryjów dla chorych piersiowych. Med. Nr. 11 i 12, str. 161 i 177.

Przy obecném pojęciu o istocie suchot płucnych i środkach do ich zwalczania, środkach, których nie apteka dostarcza, lecz które polegają głównie na pomieszczeniu chorych w odpowiednich warunkach higienicznych, leczenie suchot w szpitalach ogólnych nie tylko nie jest korzystnym dla chorych, lecz wprost szkodliwém i to szkodliwém zarówno dla samych suchotników, jak i dla chorych z innemi cierpieniami, do których podczas pobytu w sąsiedztwie chorych gruźliczych, dołączyć się mogą suchoty. Z tój słusznej zasady wychodząc, autor nie poraz pierwszy nawołuje do zakładania oddzielnych zakładów leczniczych dla suchotników, wówczas bowiem dopiero będzie można liczyć na pomyślniejsze wyniki leczenia tój tak strasznej a tak częstój choroby. Dotychczas, niestety, nawoływania skutku nie odniosły; nawet przez krótki czas istniejący letni szpital dla suchotników od lat 9 przestał funkcjonować.

Klärner. Kilka słów o śmiertelności i rozradzaniu się ludności gminy Bełżyce. Zdrowie Nr. 62 i 63, str. 328 i 365.

Praca, jako zawierająca przeważnie dane liczbowe, do streszczenia nie nadaje się.

Szumlański. Sprawozdanie statystyczno-lekarskie z ruchu chorych w warszawskim szpitalu Ś-go Ducha w ciągu roku 1888. Zdro-
wie. Zeszyty 56 i 57, str. 157, 193.

W roku sprawozdawczym było w ogóle chorych 2686, w tej licz-
bie 1308 mężczyzn i 1378 kobiet. Odsetka śmiertelności w stosunku do
ogólnej ilości chorych wynosi 10,2. Chorych na choroby zakaźne było
288 [m. 153, k. 135], na gruźlicę płuc i innych narządów — 269 [m. 176,
k. 93]. W ambulatoriach szpitalnych udzielono porady 13606 chorym. —
Dane szczegółowe, jako nienadające się do streszczenia, pomijamy.

Giedroń. Wykaz statystyczny lekarski, tyjący się chorych,
leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w r. 1889. Med. Nr. 45
i 46, str. 705 i 721.

Ogólna ilość chorych wynosiła 4156 [męż. 1625, kob. 2471, dzieci
60]; z cierpieniami wenerycznymi było 3593 [86.4%], ze skórnymi [7.8%],
rakowatych 103 [2.5%]. Z innymi cierpieniami było chorych 88, którzy
właściwie kwalifikowali się do innych szpitali. Dni szpitalnych przebyli
chorzy 102,238, co stanowi przeciętnie 24.6 dni na osobę. Zmarło cho-
rych 88, z tych 48 rakowatych.

Dane liczbowe, dotyczące poszczególnych grup chorobowych, jako
nie dające się do streszczenia, pomijamy.

Szwajcjer i Rembieliński. Sprawozdanie z ruchu cho-
rych w szpitalu zapasowym w Warszawie w ciągu roku 1889. Medycyna
Nr. 49, str. 769.

W roku sprawozdawczym szpital funkcjonował przez dni 322,
z których $\frac{1}{3}$, bo 105 dni [od 16/V do 28/VIII] zajęli wyłącznie chorzy ty-
fusowi z więzień warszawskich. Wogóle w ciągu roku leczono osób 689
[męż. 448, kob. 241], którzy przebyli dni 11216, każdy przeto średnio był
dni 16.27; przeciętna dzienna ilość chorych wynosiła 34.83. Odsetka
śmiertelności po wykluczeniu 3 chorych, przywiezionych w okresie kona-
nia, oraz 74 suchotników [śmiertelność 42.86%] wyniosła 8.33%.

Z chorób zakaźnych spostrzegano głównie: 1) tyfus wysypkowy —
przypadków 108 [przeważnie więźniowie]; 8 przypadków przypada na za-
raźonych w szpitalu [lekarz, siostra miłosierdzia, 5 osób ze służby i jeden
chory]; śmiertelność 8.33%; 2) grypę i 15 przypadków grypowego zapale-
nia płuc, z których 3 zakończyły się śmiercią i 3) ospę o dość silném na-
tężeniu; z 15 chorych zmarło 3-ch; z tych 2-ch nieszczepionych, jeden
szczepiony w dzieciństwie i rewakcyonowany w 14-ym roku życia [zmarł
w 21-ym].

Szczegółowe dane liczbowe, odnoszące się do poszczególnych po-
staci chorobowych, pomijamy, jako nie nadające się do streszczenia.

Majkowski. Sprawozdanie lekarskie o chorych, leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i letnim szpitalu Ś-go Mikołaja w Busku podczas pory kąpielowej 1889 r. Med. Nr. 13 i 14, str. 193 i 215.

Wogóle leczyło się chorych 1790, z tych w szpitalu 185; kąpieli wydano 48,464 [bezpłatnych 9,457]; na jednego chorego wypadła kąpiel 27. Autor miał w kuracji chorych 940, z których 34% przypada na przymiot i choroby weneryczne, 26% na reumatyzm i podagrę, 17,3% — na żołądki, krzywicę i inne wady odżywiania; pozostałe kategoryje obejmują choroby nerwowe, skórne i t. p. Odsetka wyzdrowień wynosi 55⁰/₁₀; zmarł 1 chory z zapalenia kiszki ślepej z zamknięciem światła kiszki. Szczegóły sprawozdania, jako nie dające się streścić, zmuszeni jesteśmy pominąć.

W końcu podaje autor kilka szczegółów o szpitalu w Busku. Zakład ten istnieje od r. 1835; rozporządza obecnie 58 łóżkami, których liczba ma być powiększona do 70-u. Chorzy dzielą się na trzy kategoryje z opłatą kop. 71 i 41 za dobę, trzecia kategoryja nie nie płaci.

Dwa oddziały: chrześcijański i żydowski mieszczą się w 2 oddzielnych budynkach i obejmują 10 widnych, wysokich sal. Żywnienie chorych bardzo dobre.

Zawadzki. Ze zdrojowisk krajowych. Sprawozdanie z wycieczki naukowej po kraju. Zdrowie. Zeszyty 53—56, str. 34, 82, 109, 151.

Autor podaje szczegółowe opisy naszych zdrojowisk krajowych: Buska, Solca, Nałęczowa, Sławinka, Nowego-Miasta n. Pilicą i Ojcowa. W sprawozdaniu z wycieczki znajdujemy opis niektórych wód mineralnych naszych, ich skład chemiczny porównawczo do innych wód mineralnych, oraz niektóre praktyczne uwagi. Ze sprawozdania tego widać, że kraj nasz nie jest wcale ubogi, posiadamy bowiem wyborne zdroje siarczane, najsilniejsze w Europie, niezłe wody żelaziste, wyborne zakłady wodolecznicze i piękne schronisko letnie [Ojców], należy tylko umieć to wszystko wyzyskać,—usunawszy bowiem niektóre braki w naszych zdrojowiskach, zapewnimy „znacznemu odłamowi ziemi dobrobyt, a wielu ludziom zdrowie“.

Dymnicki. Wyciąg z XXXII-go Sprawozdania z czynności lekarskiej w Busku w r. 1889. Med. Nr. 17, str. 257.

Sprawozdanie obejmuje 742 chorych, z których 408 było z przymiotem, pozostali z innymi cierpieniami [żołądki, gościec, choroby skórne, pozapalne, nerwowe i nowotwory]. W każdym z tych działów wylicza autor poszczególne postacie chorobowe. W dziale przymiotów zwraca uwagę na 2 przypadki zapalenia stawów, 2 przypadki przymiotu mózgu i 2 z objawami mózgo-rdzeniowemi. Wynik leczenia przymiotu był następujący: w 254 przypadkach wyleczenie, w 109 poprawa, w 35 stan bez zmiany, w 9 wynik niewiadomy, w 1-m zejście śmiertelne.

Do brzycki. Sławuta, zakład kumysowy, oraz stacja klimatyczna leśna. Sprawozdanie z działalności lekarskiej za r. 1889. Med. Nr. 13 i 14, str. 198 i 209.

Materyjał leczniczy stanowiło 716 chorych, z których systematycznie leczono się 693; z tych w zakładzie — 63, poza zakładem — 630. Chorzy ci dzielą się na dwie grupy: 1) 542 osób z cierpieniami narządów oddechowych i 2) 151 z cierpieniami innych narządów [nieżyty dróg pokarmowych, żoły, niedokrewność i t. d.]. W tej drugiej grupie najpomysłniejsze wyniki otrzymano przy systematycznym leczeniu kumysem przewlekłych nieżytów dróg pokarmowych, przy utrudnionej menstruacji, w czem wielki wpływ przypisuje autor klimatowi leśnemu, i przy zimnicy, a właściwie charaktercie zimniczem.

Grupa chorób piersiowych obejmuje: 522 osób z cierpieniami natury gruźliczej i 20—z cierpieniami niegruźliczemi — [rozedma płuc—15, następstwa zapalenia opłucnej—5].

Suchotników, podobnie jak w sprawozdaniach poprzednich *), dzieli autor na cztery kategoryje, a odnośne liczby w roku sprawozdawczym przedstawiają się, jak następuje: 56, 249, 180, 37.

Przypadków powikłanych gruźliczem cierpieniem krtani było 30, przeważnie ciężkich; z tych wyszczególnia autor 2 przypadki, w których cała krtą przedstawiła jedną powierzchnię wrzodzącą; jeden przypadek wegetacji gruźliczej na szypułce; jeden przypadek zniszczenia połowy nagłośni, przyczem druga połowa funkcjonowała o tyle dobrze, że chory nie krztusił się i wreszcie jeden przypadek fissury błony śluzowej tylniej ściany.

W 4 przypadkach wykonał autor z dobrym skutkiem łyżeczkowanie krtani.

Z nowych środków zaleca D. jako lek przeciwgorączkowy pyrodinę, a w zamiar kreozotu myrthol, co do którego jednak stanowczego zdania wypowiedzieć jeszcze nie może.

Chełchowski. Przeszłość i stan obecny zakładu leczniczego w Nałęczowie [z powodu 10-letniego jego istnienia]. Zdrowie. Zeszyt 55, str. 98.

W r. 1878, d-rowie CHMIELEWSKI, LASOCKI i NOWICKI, zebrawszy odpowiedni kapitał, postanowili urządzić w Nałęczowie zakład leczniczy. Zarząd przyszedłego zakładu powierzono d-rowi NOWICKIEMU. W r. 1880 zakład zaczął funkcjonować. Po usunięciu się d-ra NOWICKIEGO, objął zarząd d-r DOLIŃSKI. Następnie zaproszono do zarządu jako kierownika zakładu hydropatycznego d-ra SOKOŁOWSKIEGO. W przeciągu pierwszych

*) Patrz odnośne streszczenie z r. z.

6 lat istnienia zakładu sumienna praca i takt osób stojących u zarządu [RODKIEWICZ, IASOCKI, CHMIELEWSKI, SOKOŁOWSKI, FABJAN], podtrzymują istnienie zakładu i takowy nie tylko nie upadł, na co się chwilo-wo zanosilo, lecz przeciwnie z każdym rokiem udoskonalał się i rozwijał. Najbardziej ożywionym rokiem był r. 1883; od r. 1884 nie było już ani jednego roku, zakończonego deficytem. W przeciągu ostatnich 5 lat licz-
ba przyjezdnych waha się około 700, liczba dni pobytu chorych, systema-
tycznie leczących się dochodzi do 15,000.

Zakład Nałęczowski rozporządza następującymi środkami, które zapewniły mu powodzenie obecne i rokuja dalszy pomyślny rozwój: 1) szczęśliwe bardzo położenie, hojne uposażenie od natury, dogodna ko-munikacyja, zdrowa miejscowość [nie malaryczna]; 2) drugi czynnik lecz-
niczy Nałęczowa stanowi dwa zdroje wody żelaznej [do kąpieli i do pi-
cia]. W tymże gmachu co kąpiele żelazne, mieszczą się i moorbady; 3) trzeci czynnik leczniczy Nałęczowa stanowi instytut wodolecznicy, który zasługuje na uznanie publiczności i cieszy się takowem. Do środ-
ków leczniczych tutejszych należy jeszcze kumys, wyrabiany z mleka ko-
bylego przez Tatarów. Wogóle urządzenie zakładu Nałęczowskiego pod
każdym względem można nazwać wykwiśniętym.

Tchórzniczi. Eksploatacja u wód. Zdrowie. Zeszyt 54, str. 65.

Autor w końcu swego artykułu umieścił streszczenie takowego, po-
zostaje więc tylko powtórzyć je: „1) w miejscowościach kuracyjnych po-
trzeby chorych postawione być winny na pierwszym planie. 2) Starając
się o ulepszenie źródeł i pomocniczych urządzeń, mieć będziemy pacyjen-
tów, a gdy tych wielu przyjedzie nie zbraknie właścicieli lokali i osób
mających staranie około chorych. 3) Zarządy pracować winny, by ceny
wygórowane umiarkować, konkurencyję rozwinąć, filantropiję systema-
tyczniej i lepiej stosować za pomocą „Komitetów Zdrojowych, działających
przez rok cały“.

Tchórzniczi. Felczeryzm w Królestwie. Gaz. lek. Nr. 38—41,
str. 760, 782, 798, 820.

W artykule powyższym autor przytacza różnorodne przyczyny tak
wielkiego rozwielenienia się, zwłaszcza na prowincyi, felczerów, którzy
nie przebijając w środkach, dyskredytują lekarzy, a działalnością swą
przynoszą biednym chorym szkodę niezaprzeczoną. W sposób nader wy-
czerpujący stara się autor rozwiązać kolejno pytania następujące: 1) Ja-
kie atrybucyje zakreśla prawodawca i czego oczekuje od działalności fel-
czerów. 2) Jaka rzeczywiste wyniki korzyść i jaka szkoda z niej. 3)
Dla czego felczerzy nie są tém, czém ich prawo mieć chciało i dla cze-
go przywłaszczyli sobie prawo leczenia zamiast służenia chorym. 4) Jak
do tego rodzaju nadużycia odnosi się publiczność i duchowieństwo. 5) Jak
odnoszą się apteki. 6) Jak traktują tę rzecz lekarze. 7) Jak zapatrują

się władze i sądy i 8) Jakie środki uważać należy za skuteczne do usunięcia złego, o którym mowa. W odpowiedziach porusza autor tyle i tak ważnych kwestyj, iż pobieżne ich streszczenie nie dałoby należytego pojęcia o wartości pracy, która aby jaknajprędzej doczekać się mogła rezultatów praktycznych.

Bujwid. Bakteryjologiczne badania warszawskiego mleka i kilka słów o potrzebie wyjąfawiania. Gaz. Lek. Nr. 9, str. 173.

Mleko zawiera ogromną masę bakteryj: w 1 ctm. znajdowano ich od 50 tysięcy do 2 milionów; w wodzie tymczasem wiślanej, nawet niefiltrowanej ilość ich nie przechodzi 400, a w filtrowanej dochodzi zaledwie do 25. Przeważnie jednak bakteryje te nie są chorobotwórcze; zastrykiwanie zwierzętom do jamy otrzewnej mleka, zawierającego nawet 29,000,000 bakteryj w 1 ctm. zmian chorobowych nie wywoływało; ale jeżeli mleko pochodzi od zwierząt chorych, zwłaszcza zaś dotkniętych gruźlicą, to może być przenośnikiem choroby i wywoływać zaburzenia bardzo poważne. Aby zapobiedz temu, należy zwłaszcza dla niemowląt, używać mleka pasteuryzowanego, a zakłady, mleko takie produkujące, winny podlegać częstym rewizyjom.

Ponikło. Zakopane, jako miejsce klimatyczne. Przegl. Lek. Nr. 17—24, str. 230, 244, 258, 275, 294, 309, 324, 340.

Na podstawie szczegółowo podanych w tablicach danych meteorologicznych autor charakteryzuje klimat Zakopanego w sposób następujący: 1) ciśnienie powietrza jest o $\frac{1}{10}$ mniejsze niż w nizinach; 2) średnia roczna ciepota w cieniu 25° C., niższa niż w Krakowie, o wahaniami mniejszych, zatem jednostajniejsza; 3) promieniowanie słoneczne znacznie silniejsze; 4) względna wilgotność powietrza niższa, niż w nizinach; 5) stan zachmurzenia mniejszy; 6) opady obfitsze; 7) czystość powietrza pod względem chemicznym i bakteryjologicznym większa; 8) kierunek wiatrów korzystniejszy i 9) napięcie elektryczne atmosfery znaczniejsze, zawartość ozonu większa.

Można tedy uważać Zakopane za miejsce klimatyczne alpejskie o średnim wyniesieniu [780—1000 m], za uzdrowisko alpejskie *par excellence*. Jako takie stanowić może miejsce pobytu zarówno w lecie jak i w zimie dla chorych dotkniętych różnorodnemi cierpieniami. Tę kwestyj, pod względem praktycznym nader ważnej, poświęca autor większą część swój pracy, wyłuszcza kolejno wymotywowane należycie wskazania i przeciwwskazania do wysyłania do Zakopanego chorych dotkniętych gruźlicą, cierpieniami narządów oddechowych, krążenia [tu proponuje urządzenie dróg odpowiednich do stosowania metody OERTEL'a], trawienia, nerwowych i t. p., a wreszcie zaleca zaprowadzenie różnych ulepszeń i udogodnień, które przyczyniłyby się choć w części do postawienia jedy-

nej naszej stacy klimatycznej górskiej na równi z podobnemi miejscowosciami zagranicznymi.

Rzecz opracowana pod każdym względem nadzwyczaj sumiennie, a pod względem praktycznym ma ona znaczenie niezaprzeczone.

Stępniewski. Uwagi nad endemią ospy w Warszawie. Przgl. lek. Nr. 18—20, str. 243, 266 i 278.

Jest to rozszerzone i nieco przerobione Sprawozdanie z endemii ospy, pomieszczone poprzednio w Medycynie i streszczone w tym dziale powyżej [p. str. 146].

Beck. W sprawie lekarzy szkolnych. Przgl. lek. Nr. 28 i 29, str. 406 i 422.

W artykule powyższym autor powołuje lekarzy szkolnych galicyjskich do publikowania danych statystycznych, dotyczących chorób pomiędzy młodzieżą szkolną, do zwracania uwagi na braki w urządzeniu szkół, na przeciążanie uczniów pracą i t. p., i do wpływania tym sposobem na poprawę stosunków zdrowotnych u młodzieży w wieku szkolnym.

Jaworski. Davos w Szwajcaryi. Przgl. lek. Nr. 38, str. 540.

Davos wzniesiony na 1573 metry ponad poziomem morza posiada w wysokim stopniu warunki zimowej stacy klimatycznej, to też ilość chorych rok rocznie się zwiększa, dochodząc już obecnie do 10,000. Danych statystycznych co do skuteczności leczenia niema, są jednak żywe dowody dobrych wyników leczniczych w postaci stałych mieszkańców, którzy przed wielu laty przybyli, jako chorzy, do Davos, a potem, uważając się za zdrowych, pozostali na stałe.

Główny czynnik leczniczy stanowi tu powietrze, z którego chorzy przez dzień cały nawet w zimie mogą korzystać. Specyjalnie w tym celu urządzone zostało Sanatorium d-ra TURBANA, w którym domy pobudowano w ten sposób, iż pokoje mieszkalne wychodzą na południe, a obszerne tarasy i balkony pozwalają nawet ciężko chorym po całych dniach na świeżem powietrzu przebywać. Zakład urządzony jest bardzo porządnie, chorzy żywieni należącej; opłata całodzienna z poradą lekarską i lekarstwami wynosi 6—7 złr. dziennie.

W końcu opisuje autor wrażenia ze zjazdu lekarzy i przyrodników szwajcarskich, jaki odbywał się w Davos w Sierpniu r. 1890 pod przewodnictwem SAHLI'ego.

Z odczytów w sekcji lekarskiej wymienia autor następujące:

1) SPENGLER — O leczeniu radykalnem i chirurgicznem suchot płucnych.
2) SOKOŁOWSKI [z Warszawy] — O przebiegu suchot płucnych przy obecności dyjatezy uratycznej i 3) POLLAND [z Davos] — O przesadzonej obawie przed zaraźliwością suchot płucnych, [które jakoby specyjalnie w Davos nie są zaraźliwe].

Jaworski. O pobycie chorych we Włoszech południowych. Przegl. lek. Nr. 44 i 45, str. 628 i 641.

Autor na podstawie tego, co sam widział, z informacjami zebranych od lekarzy, uważa z wielu względów spędzanie zimy w południowych Włoszech za całkiem nieodpowiednie dla chorych piersiowych.

Klarner. Kilka słów o patogennym znaczeniu gruntu. Próba szkicu sanitarno-geograficznego. Protokoły posiedzeń Tow. lek. lubelskich r. 1889/90, str. 37.

Po krótkim opisie warunków, w jakich grunt sprzyja najwięcej szerzeniu się chorób zakaźnych przytacza autor odnośne dane, dotyczące miasteczka Bełżyce, położonego w lubelskiem. Główne cechy gruntu Bełżyc są następujące: 1) warstwa przepuszczalna, grubo ziarnista, grubości $1\frac{1}{4}$ stopy; 2) warstwa gliny z piaskiem — nieprzepuszczalna, gruba na 3 stopy, oraz 3) i 4) dwie warstwy przepuszczalne [żwir i piasek], mające razem $7\frac{1}{4}$ stopy grubości. W tych warunkach, obok jeszcze małego spadku wód opadowych i przy wrodzonym nieporządku mieszkańców, cienka warstwa górna nasyca się z łatwością wszelkimi odpadkami organicznymi, które stanowią grunt nader sprzyjający dla wszelkich bakterij chorobotwórczych. Odbija się to na zdrowotanie mieszkańców, którzy stale opłacają znaczny haracz w postaci zachorowań i śmierci skutkiem chorób zakaźnych. Z chorób panujących w ciągu 3-eh lat ostatnich zapa-
dło rocznie: na tyfus $3\frac{1}{4}\%$ ogólnej ilości mieszkańców, na biegunki letnie 2% , na malaryję $\frac{1}{2}\%$, na gruźlicę $\frac{2}{7}\%$.— 20% wszystkich infekcyj przypada na tyfus, 12% —na biegunki letnie, a z tych ostatnich 90% przypada na dzieci.

W ogóle śmiertelność dzieci stanowi 27% ogólnej śmiertelności.

Seifman, Littich, Kubiccki i Walentowicz. Perlica [gruźlica] była rogatego i trzody chlewniej. Środki policyjno-sanitarne oraz policyjno-weterynaryjne. Wiad. lek. Zesz. 5, str. 131.

Są to wnioski komisyj wybranej na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, w kwestyi używalności mięsa i mleka, z gruźliczych zwierząt pochodzących, wnioski nie nadające się do streszczenia.

Kraus. Sprawozdanie roczne [1890] z ruchu chorych w szpitalu powszechnym w Rzeszowie. Wiad. lek. Zesz. 10, str. 298.

Ogólna ilość chorych wynosiła 1308, z których zmarło 67. Z liczby tej było: na oddziale chirurgicznym—215, na wewnętrznym 581, na skórny i wenerycznym—252, na położniczym—59 i na ocznym—201.

Na chirurgicznym najczęstsze były nowotwory — przypadków 67, z których 20 przypada na raka wargi dolnej; amputacyj wykonano 47. Z nowych antyseptyków stosowano lysol bez wyników pomyślnych.

Z oddziału wewnętrznego zasługują na wzmiankę 2 przypadki: 1) Hystero-epilepsyja z napadami powtarzającymi się stale dwa razy dziennie — wyleczenie zupełne po kilku posiedzeniach hypnotycznych z sugestyją [d-r JABŁOŃSKI]. 2) Przypadek guza wielkości główki dziecka w podżebrzu lewém u mężczyzny 25-0 letniego: przypuszczano bąblowiec, albo amyloid śledziony, lub powiększenie skutkiem zimnicy, albo wreszcie nowotwór, bez bliższego określenia natury. Chory zmarł przy objawach zapalenia otrzewny, a badanie pośmiertne wykazało otorbiony ropień w podżebrzu, którego zawartość wylała się do jamy otrzewny. [Punkeyja próbna? *Spr.*].

Z nowych leków podawano w chorobie BRIGHTA i w ogólnych obrzękach przy cierpieniach serca diuretynę, w dawkach dochodzących od 10—12 grm. dziennie, ze skutkiem nieznacznym.

Na oddziale położniczym wykonano raz cięcie cesarskie przy osteomalacyi kości miednicy; macicę znaleziono pękniętą, płód w jamie brzusznej; śmierć po 24 godzinach.

Na oddziale ocznym ważniejszych operacyj wykonano 40 [d-r ZAGÓRSKI].

J a b ł o n o w s k i. Przyczynki do epidemiologii Wschodu. Przegl. lek. Nr. 2, 3, 9, 10, str. 29, 44, 119, 133.

W pierwszej części téj pracy wzmiankuje autor o epidemii dengue'i jaka panowała w niektórych prowincyjach półwyspu Bałkańskiego i na zachodnich wybrzeżach Anatolii, przytacza pokrótce historję tego cierpienia, symptomatologję i wskazania lecznicze.

Druga część [niedokończona] obejmuje stosunek wzajemny „dengue'i“ i influenzy i kilka uwag o stosunku influenzy do cholery.

XIII. HISTORYJA MEDYCyny.

Sprawozdawca

H. Dobrzycki.

Zaremba. Pogląd na stan sztuki lekarskiej w Indyjach starożytnych. Now. lek., str. 242, 285, 359, 392, 419, 568.

Obszerna, ścisłym drukiem wyłoczona praca, stron 268 wynosząca, nie nadaje się dla różnorodności samej treści przedstawić, i traktuje nie tylko o naukach lekarskich w Indyjach starożytnych, lecz i daje zarazem pojęcie o stopniu rozwoju umysłowości w téj kolebce może najpierwotniejszej cywilizacyi. Dzieło ujęte jest w 16 rozdziałach, traktu-

jących: o kosmogonii i usposobieniu duchowém Indyjan, o anatomii, embryologii, położnictwie, chirurgii, farmakologii, patologii, terapii, higienie i dyjetetyce, toksykologii, wychowaniu lekarzy, prócz wstępu i przedmowy oraz literatury. Dzieło czyta się z wielkiem zajęciem, i każe podziwiać erudycyję autora. Praca wydana bardzo starannie w Poznaniu u Żupańskiego r. 1891.

Świeżawski i Wenda. Wojciech Oczko, syfilidolog polski w XVI wieku. Pam. Tow. Lek. 21, 215.

Obaj autorowie, znani zaszczytnie na polu badań, dotyczących naszej przeszłości w zakresie nauk lekarskich, z prawdziwem zamiłowaniem zabrali się do napisania życiorysu jednego z naszych największych lekarzy. Praca poświęcona pamięci nieodżałowanego E. KLINKA, staraniem którego olbrzymie dzieło Oczki pojawiło się w nowej szacie w r. 1880, opiera się na badaniach źródłowych i dzieli na 10 rozdziałów jako to: Oczko w gramatyce, O. w rodzinie, O. w szkole, O. w Krakowie, O. za granicą, O. za Zyg. Augusta i Walezego, O. za Batorego, Zasługi O. w terminologii, Postępowość Oczka, O. za Zygmunta III-go. Już z prostego wyliczenia treści łącno wywnioskować, że autorowie w sposób poważny zadanie swe pojęli.

XIV. ŻYCIORYSY.

Sprawozdawca

H. Dobrzycki.

Dobrzycki. Rzut oka na naukowo-społeczną działalność prof. Tytusa Chałubińskiego. Medyc. Str. 8, 24, 39, 59, 76, 89.

Autor, jako uczeń CHAŁUBIŃSKIEGO stara się wszechstronnie przedstawić zasługi prof. CH. i podać charakterystykę poglądów jego naukowych. Najobszerniej stosunkowo zastanawia się autor nad sposobem klinicznego nauczania CHAŁ., który przedewszystkiem kształcił umysł i wdrażał do samodzielnego, niezależnego sądu swych słuchaczy, opierając się na ściśłem, przyrodniczym badaniu, albo ściślej biorąc, na genetycznej metodzie. Nie pomijając innych, a licznych zasług CH., jako badacza przyrody, znakomitego botanika i mineraloga, twórcy Zakopanego jako stacyi leczniczej, wreszcie jako obywatela kraju, starał się autor postać CH. przedstawić, jako osobistość, która niezaprzeczenie wywarła silny dodatni wpływ na kilka pokoleń lekarskich.

Zielewicz. D-r Teofil Matecki. Nowiny lek., Nr. jubileuszowy str. 4.

2. Życie i czyny **MATECKIEGO** obfitą dają dla życiopisa treść, jako współtowarzysza i wyznawcy zasad wielkiego obywatela — lekarza **MARCINKOWSKIEGO**. Oba te imiona ze czcią wymawiają ci wszyscy, którzy potrafią ocenić działalność obywatelską obu tych mężów. **MATECKI** był jednym z pierwszych, którzy przystępnym słowem krzewili zdrowe rady z pola higieny; kierowała nim głównie, w tym względzie, wielka, nieograniczona miłość, jaką niósł społeczeństwu. Autor pięknie wywiązał się z zadania, odmalowawszy tę sympatyczną postać ciepłymi farbami i oddawszy należyty hołd zasłudze.

SPIS PRAC ¹⁾

W PRZEGLĄDZIE PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1890.

I. Anatomija, Histologija, Fyzjologija i Chemija lekarska.

Sprawozdawca M. J a k o w s k i.

	Str.
1. K u c z y ń s k i. Przyczynek do histologii gruczołów Brunera	1
2. P r z e w ó s k i. Sposób przepajania tkanek parafiną dla otrzymania skrawków drobnowidzowych stosunkowo znacznej wielkości	2
3. J e g o r o w. Przyczynek do nauki o unerwieniu naczyń kończyn tylnych u żaby	2
4. S z p a n b o k. O przejawach ruchowych, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej przy podniesioném i obniżoném ciśnieniu krwi w tętnicach	3
5. N o i s z e w s k i. Hypoteza wybuchowego powstawania śladów pamięci [wzrokowej] i odruchów	4
6. Z a w a d z k i J. Rozbiór chemiczny soku trzustkowego ludzkiego	4
7. B r u n e r Wł. O zachowaniu się trypsyny i pepsyny w moczu w prawidłowych przypadkach i w cierpieniach przewodu pokarmowego	4
8. D m o c h o w s k i. Nowy sposób ilościowego określenia acetonu w moczu	5

¹⁾ Przegląd ten zawiera wszystkie prace oryginalne w ciągu 1890 roku drukiem ogłoszone.

	Str.
9. Mintz. O metodach ilościowego określenia wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowej	6
10. Fabiani i L. Nenecki. Kilka słów o enzymach.	6

II. Anatomija patologiczna, Bakteryjologia, Patologija ogólna i doświadczalna.

Sprawozdawca K. Chełchowski.

11. Adamkiewicz. O przeroście opon rdzenia.	7
12. Browicz. Przyczynę do histologii zmian w tkankach gruczołowych pod wpływem szczepionki Kocha.	7
13. Bucelski. O zmianach w komórkach nerwowych przy bezwładzie postępującym	7
14. Feigel. Przyczynę do kazuistyki „Porencephalii“	8
15. Krokiewicz. O liszaju żrącym	8
16. Neugebauer. Przyczynę do nauki o patologii kręgosłupa i miednicy	9
17. Noenchen. Typowe skrzywienia stosu pacierzowego	10
18. Obrzut. O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.	10
19. Patek. Zrosnięte bliźnięta	10
20. Święcicki. Ontogenetyczne znaczenie przyrodzonych szczelin płatka usznego.	10
21. Ciągliński. Przyczynę do nauki o grzybnicach pleśniowych.	11
22. Elzenberg. Grzybek parcha przy „favus herpeticus“	11
23. Karliński. Przyczynę do zachowania się prątków durowych w wodzie.	11
24. Karliński. Poszukiwania nad znalezieniem się prątków durowych w moczu osób, dorem dotkniętych	11
25. Karliński. Przyczynę do znajomości zachowania się prątków cholery w kale	12
26. Noiszewski. Drobnoustrój jaglicowy.	12
27. Szuman J. N. [z Poznania]. Przyczyny zwyrodnienia laseczników wąglika wśród ustroju zwierzęcego i o metodach ich zabarwiania.	12
28. Adamkiewicz. O jadowitości nowotworów złośliwych [raków]	12
29. Adamkiewicz. O istocie ucisku mózgu i o zasadach leczenia t. zw. objawów uciskowych.	12
30. Cybulski. O ucisku mózgu.	14
31. Groszlik. Przyczynę do nauki o krwistości wodnicowej	15

III. Farmakologija i Toksykologija.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

32. Biernacki. Strychnina jako środek działający na mózg.	16
33. Jakowski. Kilka słów o działaniu antyseptycznym pyoktaniny.	18
34. L. Nencki. Pyoktanina w chorobach pęcherza moczowego. Otrucie błękitem metylowym	18
35. M. Nencki i Sahli. Enzymy w terapii.	19
36. Hicner. Improvizowana pompa żołądkowa zastosowana przy otruciu chloranem potasowym.	20
37. Karo. Digitalis	20
38. Podgórski. Orexinum muriaticum jako środek natrawienny.	20
39. Orłowski. Otrucie osób nasionami lulką czarnego.	21
40. Szuman. Kilka słów o znieczuleniu bromkiem etylu i niebez- pieczeństwie, grożącym życiu przy użyciu bromku etylenu zamiast bromku etylu.	22
41. Chłapowski. Przypadek zejścia śmiertelnego po małej dawce salolu	22
42. Surzycki. O pyrodynie.	24
43. Rozenblatt. Przypadek idiosynkrazji względem chininy.	25
44. Świątecki. O alkaliczności krwi pod wpływem wielkich da- wek siarcznanu sodu	26

IV. Terapija ogólna i Dyjagnostyka lekarska.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

45. Tymowski. O lecnictwie przyczynowym [patogenicznym]	27
46. Piasecki. O umiejętnym zastosowaniu wodoleczenia w porze zimowej	27
47. Kaufman. Dzisiejszy pogląd na fizjologiczne działanie mię- sienia	27
48. Zabłudowski. Przyczynki do techniki masażu	28
49. Jakowski. Przyczynek do badania płwociny na bakteryje gruźlicze	30
50. Pawiński. O rytmie wahadłowym tonów serca i jego stosunku do rytmu galopującego	31
51. Grundzach. O powstawaniu brunatno-zabarwionych strzęp- ków w zawartości żołądka.	31

V. Patologija i Terapija szczegółowa, oraz Pediatria.

Sprawozdawcy W. Bruner, A. Ciągliński i A. Puławski.

52. Gajkiewicz Wł. Syfilis układu nerwowego	32
53. Brunner M. Przypadek ciężkiego cierpienia mózgu pochodze- nia urazowego	33

	Str.
54. Rosental A. Afazyja i bezwład ogólny postępujący	34
55. Brunner M. Przyczynę do kazuistyki zwyrodnienia pęczków piramidalnych mózgowia	34
56. Goldflam S. O powrocie odruchów ścięgniętych w przebiegu władu rdzeniowego	35
57. Daniłło S. i Przychodzki E. O wynikach wieszkań we władzie mlecznej za pomocą aparatu Moczutkowskiego	35
58. Puławski A. Zupełne porażenie wszystkich kończyn, trwające dwie doby	36
59. Biegański Wł. Przypadek rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wysokiem	36
60. Goldflam S. Przypadek połowicznego zaniku twarzy	37
61. Adamkiewicz Pr. Monoplegia anaesthetica twarzy	37
62. Piotrowski G. Kilka słów o nerwicy języka	37
63. Paschalis J. Niezwykły przypadek nerwicy naczyń ruchowej	37
64. Piotrowski G. O nerwicach urazowych	38
65. Dunin T. Kilka uwag o t. zw. nerwicach traumatycznych	38
66. Zabłudowski J. Masaż, jako środek leczniczy przy bezwładach, spowodowanych przez ściśnięcie nerwów	39
67. Biegański Wł. Z kazuistyki chorób układu nerwowego	39
68. Bakoński T. Zęby spróchniałe przyczyną 9 miesięcy trwającej padaczki	42
69. Zaremba W. Niezwykły przypadek porażenia piorunem	42
70. Chłapowski Fr. Przyczynę do powstawania objawów t. z. choroby Basedowa	43
71. Panieński J. Padaczka częściowa [epilepsyja Jacksona], spowodowana przez narośl mózgową kiłową w sferze ruchowej, wyleczona kuracją przeciwiłową	43
72. Biernacki E. Płasawica dziedziczna przewlekła	43
73. Biernacki E. Przypadek hysteroneurastenii u mężczyzny	43
74. Skórkowski A. Mikrobizm wobec psychiatrii	44
75. Puławski. Bulimia [wileczy głód] w następstwie silnego wstrząśnienia mózgu	44
76. Gryglewicz. Liquor ferro-manganatus peptonatus [Keysser].	44
77. Arnstein. Niezwykły przypadek ostrego gościca stawowego, zakończony w ciągu trzech dni śmiercią	45
78. Klein. Przypadek białaczki wrzekomiej z gorączką powrotną i jednoczesną marskością wątroby. Przyczynę do patologii białaczki wrzekomiej	45
79. Radziszewski. Przyczynę do etiologii tęcza reumatycznego	46
80. Sysak G. Przypadek tęcza reumatycznego z wyleczeniem	46

	Str.
81. Sz n a b l. Rzadka forma wysypki. [Erythema simplex var. „Erythème scarlatiniforme“]	46
82. Kl ar n e r. Ciekawy wypadek wysypki ostrój.	47
83. Se i f m a n. O poczwarkach, właściwiej liszkach [larvae] owa- dów dwuskrzydlnych, pasorzytujących w ustroju zwierzęcym	47
84. Zi e n i e c M. O wahaniach wagi ciała w przebiegu tyfusu brzusz- nego	47
85. P o l i k i e r B. O poszukiwaniach Brown-Séquarda nad działa- niem płynu jądrowego oraz jajnikowego i o sperminie	48
86. Cz a r k o w s k i. Wyleczenie czarnej krosty [pustuła maligna] za pomocą podskórnych zastrzykiwań kwasu karbolowego.	49
87. S k ó r k o w s k i A. Błonica i róża	49
88. B u j w i d O. O zapobiegawczém leczeniu wścieklizny metoda Pasteur'a	49
89. L u b l i n e r. Pięć przypadków zaszczepienia gruźlicy nowo- rodkom po obrzezaniu napletka	49
90. E l z e n b e r g. Zolzy, jako następstwo zaszczepienia gruźlicy po obrzezaniu napletka	50
91. P u ł a w s k i. Przemijająca psychoza w przebiegu wąglika na karku	50
92. S ó k o ł o w s k i A. Uwagi nad charakterem panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii influenzy ze szczegól- ném uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg od- dechowych	51
93. S z y s z ł o. Influenza w Warszawie.	51
94. S z w a j c e r. Kilka uwag i spostrzeżeń nad przebiegiem epide- mii influenzy w Warszawie	52
95. P a s c h a l i s. Grypa w Pilicy [gub. Kielecka] i jej okolicach	53
96. S e r w i Ń s k i. Influenza w Sochaczewie i jego okolicy	53
97. W y s z o m i r s k i. Powtórne pojawienie się influenzy w powie- cie Węgrowskim	53
98. H o l t z e r. Influenza w szpitalu SS. Miłosierdzia w Poznaniu.	53
99. Ś w i d e r s k i W. Kilka słów o epidemii grypy [influenza] w Poznaniu i bliższej okolicy	54
100. G ł u z i Ń s k i A. Prof. Kilka uwag o przebiegu influenzy w Krakowie.	54
101. W i d m a n O. O influenzy panującej z końcem r. 1889 i po- czątkiem 1890 we Lwowie.	54
102. B r o n o w s k i S. Influenza na północy Rosyi wschodniej.	55
103. P a w i Ń s k i J. O wpływie influenzy na serce	55
104. M a t l a k o w s k i. Zakrzepy żył jako następstwo influenzy	56
105. P a w i Ń s k i J. Influenza czy Dengue?	56

	Str.
106. Babiński. Sześć spostrzeżeń wysypki ostrój, przypominającej t. zw. „Dengue“	57
107. Świątecki Wł. O stosunku gorączki zwanéj „Dengue“ do grypy.	57
108. Stampke Fr. Kilka uwag z powodu gorączki, zwanéj „Dengue“ i epidemii grypy [influenzy]	57
109. Chełchowski K. Dwa przypadki zebrania płynu mlecznego w jamie opłucnej	58
110. Świątecki Wł. Rzadki przypadek bardzo rozległej rozemdy podskórnej [emphysema subcutaneum] powstałej na tle gruźlicy płuc	58
111. Tetz. Stosowanie salicylanu sodu przy surowiczém zapaleniu opłucnej	59
112. Strojnowski F. Kilka słów o leczeniu zapalenia opłucnej przetworami kwasu salicylowego.	59
113. Biegański W. W kwestyi leczenia zapalenia opłucnej przetworami salicylowémi	59
114. Pawiński J. Ostra prosowata gruźlica bez gorączki [w postaci zaduszającej]	60
115. Srebrny Z. Sprawozdanie ze spostrzeżeń, poczynionych w Berlinie nad działaniem płynu Koch'a	60
116. Zielewicz. Dotychczasowe spostrzeżenia i refleksyje nad zastosowaniem płynu Koch'a	60
117. Jarnutowski A. Leczenie suchot płucnych środkiem Koch'a na podstawie własnych doświadczeń.	61
118. Gluziński Prof. Kilka spostrzeżeń nad działaniem środka Koch'a szczególniej u dotkniętych gruźlicą płuc.	61
119. Surzycki J. Przyczynę do zachowania się płuc przy leczeniu gruźlicy metodą Koch'a	61
120. Chełmoński. Leczenie przewlekłej gruźlicy za pomocą gorącego powietrza	62
121. Błażejewski. Terapija niektórych chorób płucowych	62
122. Ruppert H. Przyczynę do patologii powikłań zapalenia płuc włóknikowego	62
123. Sokołowski A. O skrytych postaciach suchot płucnych.	63
124. Sokołowski A. Kilka uwag nad stosunkiem wzajemnym dyjatezy artrytycznej do suchot płucnych	64
125. Pawiński J. Potrójna wada serca [stenosis ostii venosi sinistri dextri et arteriosi sinistri]	65
126. Pawiński J. Niedomykalność zastawek półksiężycowych, wywołana pęknięciem błony wewnętrznej aorty.	65
127. Rejchman. Oesophagitis exfoliativa	66

	Str.
128. Podgórski. Orexinum muriaticum, jako środek natrawienny	66
129. Biernacki E. Trawienie żołądkowe w cierpieniach ne- rek. Doniesienie tymczasowe	67
130. Puławski. Rak żołądka [scirrhus] z niezwykłym przebie- giem klinicznym	67
131. Bąkowski T. Rak odźwiernika jako następstwo wrzodu okrągłego żołądka	67
132. Puławski. Żółtaczka złośliwa z zejściem pomyślném. Przyczynę do kazuistyki t. zw. żółtaczek gorączkowych [zakaźnych].	68
133. Dunin T. O habitualném zaparciu stolca, jego przyczy- nach i leczeniu.	68

VI. Laryngologija, Rhinologija i Otiatryja.

Sprawozdawca Zyg. Srebrny.

134. Sędziak. Kwas trójchlorowaty [acid. trichloroaceticum] w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu.	69
135. Sędziak. Leczenie przerostu migdałków.	70
136. Barącz. O wegetacjach adenoidowych jamy nosopół- kowej.	72
137. Sędziak. W kwestyi rozpoznawania oraz leczenia t. zw. wyrośli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej	72
138. Przedborski. O krwotoczném zapaleniu krtani [Laryn- gitis haemorrhagica].	74
139. Langie. O wilku pierwotnym w krtani	74
140. Heryng. O wynikach chirurgicznego leczenia suchot krtani	75
141. Pieniążek. O laryngofisurze na podstawie własnego do- świadczenia	75
142. Heimann. Przypadek zboczenia rozwojowego uszu.	76
143. Szumlański. Przyczynę do wrodzonego zniekształce- nia ucha zewnętrznego.	77
144. Koehler. Zapalenie środkowego ucha, jako choroba następ- cza influenzy	78
145. Heimann. Kilka uwag o otwieraniu wyrostka sutkowego	78
146. Piętkowski. Olejek miętowy angielski w leczeniu prze- wlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego	79

VII. Chirurgija.

Sprawozdawca Wł. Szteyner.

147. Rydygier. Opis kliniki chirurgicznej w Krakowie, tudzież kilka uwag o stosowném urządzeniu kliniki chirurgicznej	79
--	----

	Str.
148. Bogdanik. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.	80
149. Wehr. O zasadach udzielania pierwszej pomocy rannym w najbliższej wojnie.	81
150. Jasiński. Leczenie ropni zimnych i opadowych metodą Mikulicza.	81
151. Jasiński. Balsam peruwijański w leczeniu gruźlicy miejscowej.	82
152. Matlakowski. Główniejsze rodzaje szwu chirurgicznego	82
153. Obaliński. Dwa nowe własne pomysły, ułatwiające zakładanie przewiązek i szwów	82
154. Zielewicz. Zastosowanie kreoliny w chirurgii.	83
155. Jasiński. Pyoktanina w chirurgii	83
156. Schramm. Elektroliza przy leczeniu raków nie nadających się do operacyi.	83
157. Dobrucki. Ciekawy przypadek pęknięcia czaszki z następczą paraplegiją	83
158. Barącz. Przyczynek do nauki o promienicy. Dziewięć przypadków promienicy ludzkiej	84
159. Drobnik. Nowy sposób operacyi podwójnej wargi zajęczej	84
160. Zielewicz. Konserwatywne leczenie rozległych raków wargi dolnej	85
161. Szymkiewicz. O plantacyi zębów	85
162. Barącz. Nowy sposób operowania polipów nosogardzieliowych	86
163. Heryng i Jawdyński. Przypadek uwieżgnięcia kości u nasady języka ze zranieniem i następczym zapaleniem trzonu 4-go kręgu. Pharyngotomia subhyoidea, wyzdrowienie.	86
164. Obaliński. O doszczętném leczeniu wola w ogólności a o wyluszczeniu go sposobem Socina w szczególności	86
165. Rościszewski. Wynik leczenia 19 przypadków wola za pomocą podwiązania tętnic tarczycowych	87
166. Rydygier. Ostateczne wyniki po podwiązaniu tętnic tarczycowych z powodu wola	88
167. Jasiński. Wycięcie gałęzi zewnętrznej nerwu przydatkowego Willis'a	88
168. Trzebicki. O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznnej dolnej [arteria epigastrica inf.] przy paracentezie jamy brzusznej	89
169. Solman. Przyczynek do kazuistyki torbieli kręzkowych	89

	Str.
170. Matlakowski. O bąblowcu sieci z punktu chirurgicznego, z opisaniem własnego przypadku bąblowca pojedynczego sieci i krężki	90
171. Obaliński. O niespodziankach po gastroenterostomii	91
172. Schramm. Resekcyja jelit u dzieci	91
173. Barącz. O resekcjach jelit.	92
174. Rosenthal J. Wpochwienie jelita biodrowego, wycięcie kątnicy i okrężnicy wstępującej z wpochwieniem tychże do okrężnicy poprzecznej; wycięcie jelit wpochwionych; wyzdrowienie	92
175. Podgórski. O doszczętném leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.	93
176. Załoziecki. Wysoko usadowiony rak odbytnicy. Operacyja podług Kraskego z zastosowaniem pierwotnego obwodowego szwu kiszkowego. Wyleczenie	93
177. Jawdyński. Rana kłuta prawego pośladka z przecięciem tętnicy pośladkowej i zranieniem pęcherza moczowego oraz słów kilka o leczeniu obrażeń tegoż narządu	94
178. Ulatowski. O zatrzymaniu moczu i o usunięciu takowego sposobem wyssania trójgrańcem włoskowatym	94
179. Krajewski. O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu.	95
180. Misiewicz. Z kazuistyki chorób moczopłciowych. — Polipy i gruźlica narządu moczopłciowego.	95
181. Stankiewicz. O trudnościach napotykanych przy wydobyciu większych kamieni z pęcherza moczowego za pomocą cięcia	96
182. Brünner Mich. Przyczynek do leczenia wysiękowego zapalenia powłoki jądra za pomocą zastrzykiwań kwasu karbolenowego	96
183. Faytt. O ropniach poza otrzewną przy chorobie Potta	96
184. Jasiński. Skolijozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego	97
185. Jasiński. O przymiotowych cierpieniach kręgosłupa.	97
186. Sawicki. O przeszczepianiu płatów z szypułą z odległych okolic ciała	98
187. Oderfeld. Trzy przypadki raka kończyn.	99
188. Radziszewski. Kilka przypadków amputacji z następczém zastosowaniem opatrunków jodoformowych.	99
189. Stankiewicz. O leczeniu złamań rzepki za pomocą szwu kostnego	100
190. Pełczyński. Przyczynek do leczenia poprzecznych złamań rzepek kolanowej	100

	Str.
191. Bogdanik. Dermoplastyczna amputacja stopy.	100
192. Obaliński. Nowa metoda resekcji stępu.	101
193. Gabryszewski. Nowe wskazania do operacji Władimirowa-Mikulicza i kilka przypadków operowanych tą metodą.	101
194. Drobnik. Leczenie wrodzonej stopy szpotawej [pes varus congenitus] u dzieci	102
195. Dobrucki. O teżcu	102

VIII. Akuszeria i Gynekologija.

Sprawozdawca J. Rogowicz.

196. Stępkowski Fr. Przypadek wrodzonego braku macicy, pochwy i jajników.	103
197. Patek E. Zrosnięta bliźnięta	103
198. Szuman L. Pogląd na leczenie ciąży zewnątrzmacicznej i wskazania operacyjne przy takowej	103
199. Braun St. O cięciu cesarskim zachowawczém w przypadkach zbliźnowacenia pochwy	105
200. Braun St. Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy.	106
201. Święciecki H. Cięcie cesarskie, z powodu narośli kostnej miednicy, wyzdrowienie	107
202. Harajewicz Wł. Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu.	108
203. Mars A. Przypadek wycięcia i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem	109
204. Warman M. Tamponada Dürssen'owska przy krwotokach połogowych	110
205. Matlakowski Wł. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia	110
206. Pomorski J. Śródbłoniak jajnika	114
207. Rydygier L. O wycinaniu macicy	115
208. Kohn Ed. Przypadek pomyślnego wyleczenia przewlekłego wycięcia macicy.	116
209. Sielski. Kilka słów w sprawie leczenia wypadnięcia macicy metodą własną [modyfikowaną Thure-Brandta].	116
210. Zweigbaum M. O stosowaniu elektryczności w ginekologii	117
211. Jaworowski Al. O zastosowaniu elektryczności w ginekologii.	117

	Str.
212. Cercha M. O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małej	117
213. Warman M. O użyciu metylfioletu w chorobach kobiecych	118
214. Świąciecki H. O arystolu w ginekologii	118
215. Ashkenazy. Przyczynek do leczenia chorób kobiecych ichtyjolem	118
216. Bylicki W. Gaza jodoformowa zmodyfikowana do celów ginekologicznych	118
217. Harajewicz W. Z oddziału położniczo-gynekologicznego prof. d-ra Mađurowicz a w szpitalu św. Łazarza w Krakowie	119
218. Radziszewski St. Notatki z kazuistyki położniczej wiejskiej	120
219. Kowalski. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pochwie	121
220. Boryssowicz T. Zmiany w budowie niektórych narzędzi gyniatrycznych	121

IX. Okulistyka.

Sprawozdawca Bol G e p n e r [syn].

221. Noiszewski L. Przeszczepiania spojówki przy jaglicy	121
222. Sroczynski Fr. Prosty sposób usuwania kontraktur bliźnowatych po sparzeniach spojówki gałkowej	122
223. Sroczynski Fr. Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych [Sarcoma praecorneale] oka	122
224. Rumszewicz K. Mięsak rogówki	122
225. Wicherkiewicz Bol. Zapalenie tkanki przytwardówkowej, wywołane większym ciałem obcym, tkwiącym niewydzielnie w otoczeniu oka	123
226. Strzeмиński J. Ciało obce w tęczęwce.	123
227. Wicherkiewicz Bol. O wartości leczenia samoistnie odczepionej siatkówki sposobem Schoelera	123
228. Sroczynski F. Dwie operacje wągra podsiatkówkowego [Cysticercus subretinalis]	124
229. Rumszewicz K. Przyczynek do onkologii powiek	124
230. Ziemiński Br. O czerwonowidzeniu. Przyczynek do nauki o barwnym widzeniu	125
231. Wicherkiewicz Bol. Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym	125
232. Wicherkiewicz Bol. O wpływie grypy epidemicznej na oko	127
233. Kramsztyk Z. O usunięciu pędzelków z praktyki okulistycznej	127

X. Syfilidologia i Dermatologia.

Sprawozdawca T. Trzeiński.

	Str.
234. Elsenberg A. Xeroderma pigmentosum	128
235. Filipkiewicz St. O pryszczycy na tle skazy dnawej.	131
236. Perzyński. Przyczynk do leczenia pryszczycy ogólnej ostrój	132
237. Elsenberg. Leczenie syfilisu	132
238. Porębski. O leczeniu kiły za pomocą podskórnych wstrzy- kiwań przetworów rtęciowych	132
239. Krówczyński. Aristol w leczeniu chorób kiłowych i skór- nych	133
240. Krówczyński. Pyoktanina	133
241. Sztembarth. Urywki terapeutyczne	133

XI. Medycyna sądowa.

Sprawozdawca W. Szumlański.

242. Krajewski F. Przyczynk do dochodzenia dzieciobójstwa.	134
243. Paniński. Śmierć przez zmarznięcie ze stanowiska me- dycyny	135
244. Blumenstok. Orzeczenia sądowo-lekarskie wydziału le- karskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. — Seryja druga. — XVIII. Śmierć naturalna czy z uduszenia?	136
245. Blumenstok. Przyczynk sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.	137
246. Bogdanik. Udar mózgowy samoistny, czy w skutek urazu. Brak nerki prawej.	138
247. Migurski. Wypadek uchylenia się od zdania w orzeczeniu o ostatecznej bezpośredniej przyczynie śmierci.	138

XII. Hygiena, Epidemijologia, Statystyka lekarska i Szpitalnictwo.

Sprawozdawcy Iwanicki, Wł. Szumlański i Waśkiewicz.

248. Polak. O stanie sanitarnym miasta Warszawy w r. 1889.	139
249. Danielewicz. Warszawska śmiertelność w 1889 roku.	139
250. Tchórzniński. Sanitarny stan pociągów	140
251. Tchórzniński. Nasze rzeczki nadbużne	140
252. Polak. O plantacyjach miejskich	141
253. Chełchowski. Przyczynk do wiadomości o żywieniu się ludu wiejskiego.	141
254. Kadler. O małżeństwie	142

	Str.
255. Bujwid. Badania zanieczyszczeń, znajdujących w rzece Wiśle.	142
256. Malinowski. Znaczenie higieniczne wakacyj letnich	143
257. Siemieński. O znaczeniu higienicznóm rozpuszczonego w wodzie tlenu	143
258. Wenda K. Wody gazowe warszawskie	143
259. Ciemniowski. O małżeństwach w Warszawie w ciągu osta- tnich lat 12 [1877—1888]	143
260. Tchórznicki. Hygiena świątyń	144
261. Polak. Oleo-margaryna jako surrogat masła krowiego.	144
262. Bujwid. Sposób odróżnienia zafalszowanego masła krowie- go tłuszczem kokosowym	144
263. Bujwid i Palmirski. Nowy sposób wykrycia obcych tłuszczów w maśle	145
264. Tchórznicki. Spluwaczka higieniczna.	145
265. Malinowski. Epidemija influenzy w Warszawie	145
266. Stępniewski. Endemia ospy w Warszawie od Lipca 1889 do Marca 1890 r.	146
267. Bujwid. Sprawozdanie z ochronnego leczenia wściekliczny w r. 1889 w Warszawie	146
268. Chłapowski. Rozszerzenie się gruźlicy przez mięso, a rze- zactwo żydowskie. [Gruźlica bydłęca a rzezactwo żydowskie].	146
269. Ziemiński. Nowoczesne urządzenia szpitalne dla chorych na oczy	147
270. Fritsche. O konieczności zbudowania w Warszawie nowego domu podrzutek	148
271. Dobrzycki. O konieczności oddzielnych sanatoryjów dla chorych piersiowych.	148
272. Klarner. Kilka słów o śmiertelności i rozradzaniu się lu- dności gminy Bełżyce	148
273. Szumlański. Sprawozdanie statystyczno-lekarskie z ru- chu chorych w warszawskim szpitalu Ś-go Ducha w ciągu roku 1888.	149
274. Giedrojé. Wykaz statystyczny lekarski, dotyczący się cho- rych, leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w ro- ku 1889	149
275. Szwajcer i Rembieliński. Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu zapasowym w Warszawie w ciągu r. 1889.	149
276. Majkowski. Sprawozdanie lekarskie o chorych, leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i letnim szpitalu Ś-go Mi- kołaja w Busku podczas pory kąpielowej 1889 r.	150
277. Zawadzki. Ze zdrojowisk krajowych. Sprawozdanie z wy- cieczki naukowej po kraju	150

	Str.
278. D y m n i e k i. Wyciąg z XXXII-go Sprawozdania z czynności lekarzkiej w Busku w r. 1889.	150
279. D o b r z y e c k i. Sławuta, zakład kumysowy, oraz stacja kli- matyczna leśna. Sprawozdanie z działalności lekarzkiej za r. 1889.	151
280. C h e ł c h o w s k i. Przeszłość i stan obecny zakładu leczni- czego w Nałęczowie [z powodu 10-letniego jego istnienia]. . .	151
281. T e c h ó r z n i e k i. Eksploatacja u wód	152
282. T e c h ó r z n i e k i. Felczeryzm w Królestwie	152
283. B u j w i d. Bakteryjologiczne badania warszawskiego mleka i kilka słów o potrzebie wyjaławiania	153
284. P o n i k ł o. Zakopane, jako miejsce klimatyczne	153
285. S t ę p n i e w s k i. Uwagi nad endemią ospy w Warszawie	154
286. B e c k. W sprawie lekarzy szkolnych.	154
287. J a w o r s k i. Davos w Szwajcaryi.	154
288. J a w o r s k i. O pobycie chorych we Włoszech południowych.	155
289. K l a r n e r. Kilka słów o patogenném znaczeniu gruntu. Próba szkicu sanitarno-geograficznego	155
290. S e i f m a n, L i t t i c h, K u b i e c k i i W a l e n t o w i e z. Per- lica [gruźlica] bydła rogatego i trzody chlewniej. Środki poli- cyjno-sanitarne oraz policyjno-weterynaryjne	155
291. K r a u s. Sprawozdanie roczne [1890] z ruchu chorych w szpi- talu powszechnym w Rzeszowie	155
292. J a b ł o n o w s k i. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.	156

XIII. Historyja medycyny.

Sprawozdawca H. D o b r z y e c k i.

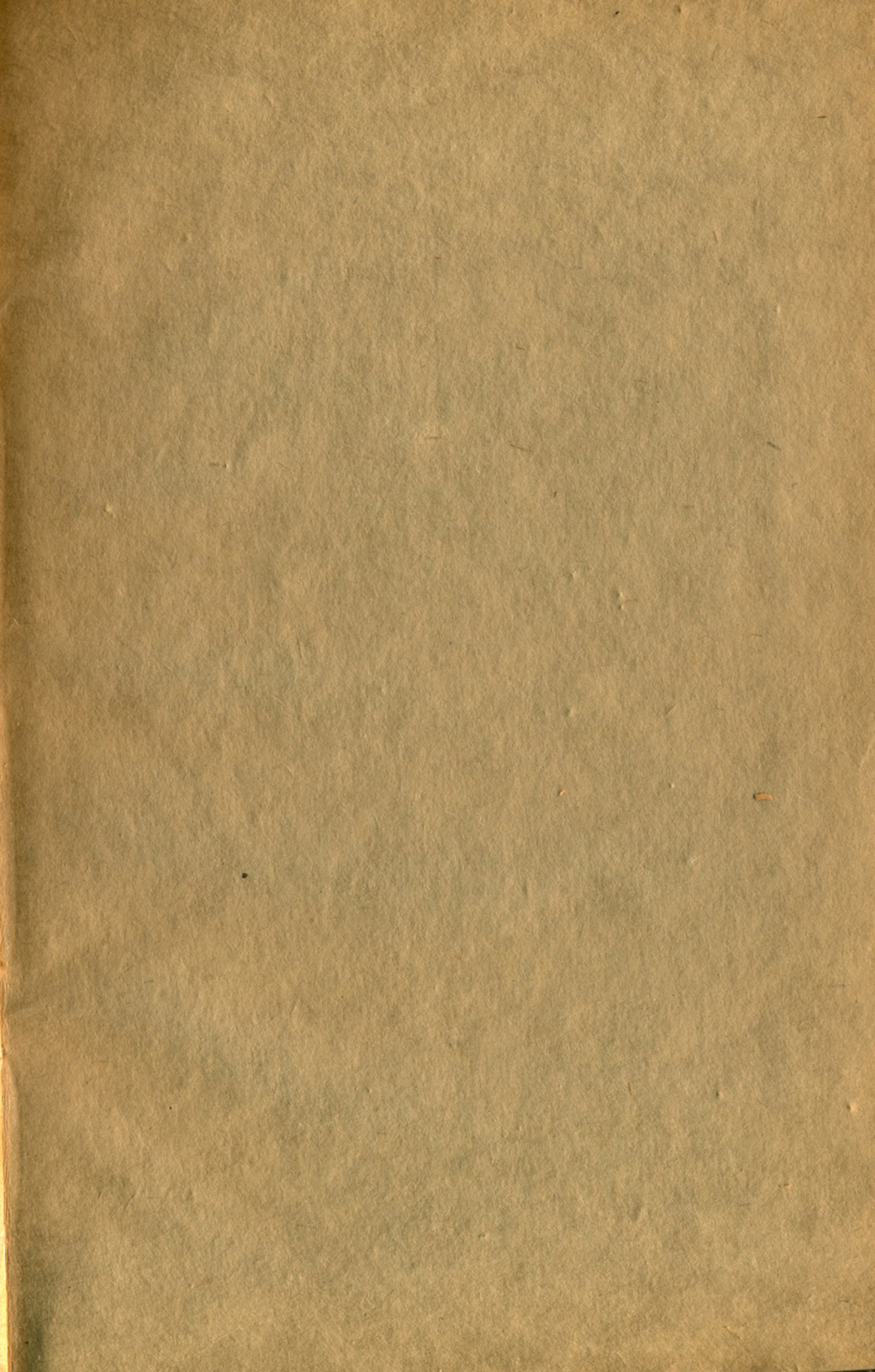
293. Z a r e m b a. Pogląd na stan sztuki lekarzkiej w Indyjach sta- rożytnych.	156
294. Ś w i e ż a w s k i i W e n d a. Wojciech Oczko, syfilidolog pol- ski w XVI wieku	157

XIV. Życiorysy.

Sprawozdawca H. D o b r z y e c k i.

295. D o b r z y e c k i. Rzut oka na naukowo-społeczną działalność prof. Tytusa Chałubińskiego	157
296. Z i e l e w i e z. D-r Teofil Matecki.	158





Biblioteka Akad. Lek. Gdańsk

II. 1096
Informacja

Bibliotek