

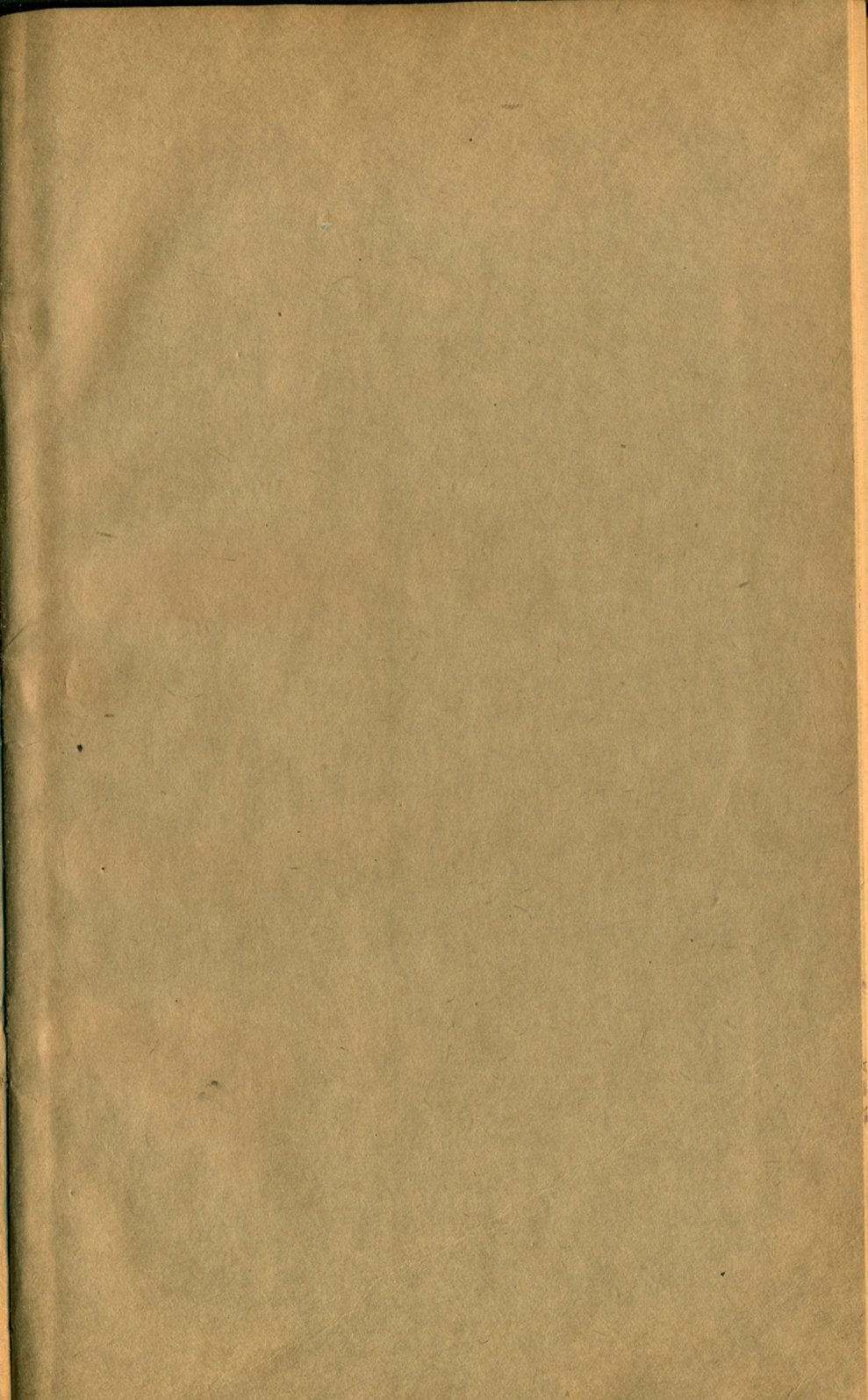
100  
101  
102

Med. Gdańsk

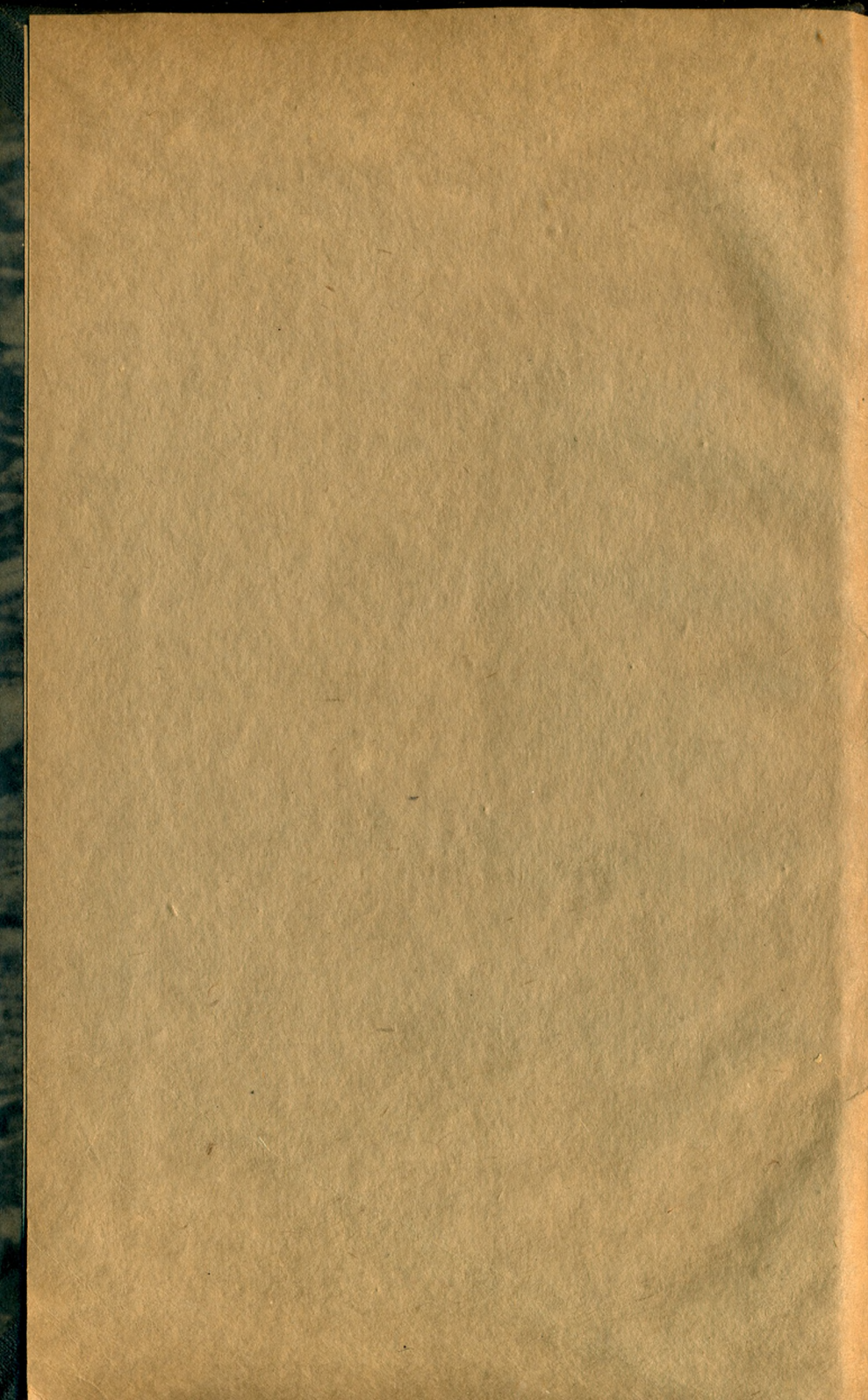


II. 1096











PRZEGLĄD  
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO  
POLSKIEGO

za rok 1892,

wydany staraniem Tow. Lek. Warszawskiego

pod redakcją M. Jakowskiego,

*opracowany przez*

J. Bądkiewicza, Wł. Brunera, K. Chełchowskiego, H. Dobrzyckiego,  
B. Gepnera, Wł. Janowskiego, Wł. Kopytowskiego, A. Puławskiego,  
J. Pruszyńskiego, R. Radziwiłłowicza, J. Rogowicza, B. Sawickiego, Wł.  
Świąteckiego, J. Świeżyńskiego, Wł. Szteynera, W. Szumlańskiego,  
J. Zawadzkiego i E. Zielińskiego.

ROK XVI.

(Odbitka z Pam. Tow. Lek. Warszaw. Tom LXXXIX. Zesz. II).

BIBLIOTEKA  
TOW. LEK.  
Warszawskiego  
DUBLET

WARSZAWA.

DRUK K. KOWALEWSKIEGO, KRÓLEWSKA 20.

1893.





II 1096

Дозволено Цензурою.  
Варшава, 14 Июля 1893 года.





# PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1892.

---

## I. ANATOMIJA I HISTOLOGIJA.

Sprawozdawca

**E. Zieliński.**

---

**H. Hoyer.** O zastosowaniu płytek miki do badań mikroskopowych. *Gazeta Lekarska* Str. 576—579. N. 27.

Szanowny profesor w krótkiej swej notatce gorąco poleca względem lekarzy, praktyków, mikę, jako materyjał, na którym łatwo bardzo umieścić i zasuszyć każdą wydzielinę chorego tuż przy łóżku, następnie tak otrzymany preparat, wrazie potrzeby, przesłać w liście bez obawy zbitcia go i zepsucia (jakto miewa miejsce przy użyciu szkiełek przykrywkowych). Pozwala to też bez żadnych niedogodności przechowywać na zapas setki całe skrawków z tkanek i całe masy krwi zasuszonej, wydzielin gruczołów etc. i wykrawać żądane kawałki tylko w miarę potrzeby, przez co zaoszczędza się i masę miejsca, i odpowiednie odczynniki chemiczne i barwniki.

**Z. Dobrowolski.** Guziczki limfatyczne (*folliculi lymphatici*) błony śluzowej przełyku, żołądka, krtani, tchawicy i pochwy u dzieci i zwierząt. (Z dwiema tablicami chromolitograficznymi). *Pamięt. Tow. Lekar.* Warsz. str. 458—499 i 807—843. Tom. LXXXVIII.

Sprawozdanie ze swej sumiennej, zmuśnej a drobiazgowej pracy zaczął autor od przejrzenia odpowiedniej literatury przedmiotu, a sprzeczne zdania eo do omawianej kwestyi tłomaczą wybór tematu. Dla sprawdzenia zaś tak różnych poglądów uciec się musiał do zastosowania skombinowanej metody badania: 1) na skrawkach i 2-o) na zdartych błonach śluzowych. Szczegóły otrzymywania jednych, jak drugich, oraz barwienia, wyszukiwania i obliczania guziczek wyłożone



zostały we wstępie, również jak i jasne określenie pojęcia, guziczka i jego składowych części. Poczem dopiero autor przeszedł do opisu badania poszczegółowych błon śluzowych: przełyku, żołądka, krtani, tchawicy i pochwy, notując przy każdym organie: ilość badanych wypadków, ilość guziczków, ich wielkość, kształt, umiejscowienie, stosunek do przewodów gruczołów śluzowych. Przytem dodać musimy, że badanie nie ograniczyło się na przejrzeniu wyszczególnionych organów u ludzi tylko, lecz uzupełnionem zostało przez badania zwierząt. Wogóle wnioski ostateczne, do jakich przyszedł autor, dają się streścić w ten sposób: 1) follikuł nie jest niezbędną i stałą częścią składową błon śluzowych przełyku, żołądka i dróg oddechowych (za wyjątkiem *sinus pyriformis*), 2) zjawia się natomiast sam przy nieżytach, 3) w *sinus* zaś i w pochwie bywa zjawiskiem normalnem, 4) przyczem w *sinus pyriformis* po obu stronach stale tworzy skupienia podobne do migdałków, dzięki czemu autor proponuje dla nich nazwę: *tonsillae s. amygdalae sinus pyriformis*.

**K. Klecki. O połączeniach protoplazmatycznych między komórkami mięśniowemi przewodu pokarmowego.** Nowiny Lekarskie str. 362—374. Nr. 8 i 9.

Praca autora co do treści dałaby się podzielić na cztery działy: dział pierwszy (literacko-historyczny) uwzględnia 32 prace różnych badaczy, dotyczące podjętej kwestyi;—dział drugi stanowi metodykę (sposoby karmienia lub głodzenia zwierząt, ich zabijania, otrzymywania preparatów, ich utrwalania, krajania i barwienia), — dział trzeci (kazuistyczny) omawia poszczegółowe rezultaty badań pojedynczych zwierząt, wreszcie dział czwarty, mieści w sobie wnioski ogólne. Te ostatnie zaś streszczają się w ten sposób: 1) największe i najwyraźniejsze mostki komórkowe były w jelitach tych zwierząt, które zabite zostały w 1½ względnie w 3 godziny po nakarmieniu; 2) mostki te przytem występowały mniej lub więcej wyraźnie (albo też nie było ich weale w różnych częściach jelita tegoż samego zwierzęcia), w zależności od mniejszego lub większego wypełnienia naczyń chłonnych; 3) nie miały wpływ na wielkość omawianych mostków miało większe lub mniejsze rozciągnięcie jelit, w bardzo rozciągniętych częściach bywały one bardzo wąskie, w skurczonych natomiast znacznie grubsze; 4) niezależnie od połączenia komórek zapomocą mostków—autor znajdował i istotę spojową w bardzo grubej warstwie; 5) wreszcie nawet znaczne zmiany patologiczne nie zacierały konturów mostków spajających komórki mięśniowe.

**W. Łepkowski. Przyczynek do histologii zębiny z podaniem nowej metody sporządzania preparatów z zębów i kości.** Przegląd Lekarski str. 225—227 i 240—242 z 6 światłodrukami NN. 19 i 20.

Nowa metoda polega na tem, że skrawki zęba lub kości  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  mm. grube pogrąża się na 24 godzin w mieszaninę sześciu części 1% wodnego roztworu chlorku złota z 3-ma częściami czystego kwasu mrówkowego. Poczem przemyte w wodzie skrawki te przenoszą się



do mieszaniny gumy arabskiej z gliceryną, aż do zupełnego wypadnięcia złota; znowu przemywają się w wodzie, odwadniają w wysoku i zatapiają w celloidynę lub parafinę. Pod wpływem kw. mrówkowego następuje zupełne odwapnienie kości, która przyjmuje twardość korka, pod wpływem znów chlorku złota barwią się kanaliki kostne, i występują bardzo wyraźnie. W zębnie odchodzą one w korzenie w kierunku pionowym do osi zęba, wyżej zaś pochylają się do niej coraz to bardziej, przyczem dość często bywają esowato pogiete, wysyłają od siebie anastomozy, lub rozgałęziają się w postaci sosenek. Na granicy szkliwa rozgałęzienia są bardzo drobne i kończą się pałeczkowato. Odpowiednie światłodruki znakomicie ułatwiają zrozumienie rzeczy.

**J. Steinhaus. Morfologija wydzielania się mleka.** Kronika Lekarska str. 771—783. N. 12.

Badaniu swemu autor poddał gruczoły mleczne świnek morskich (17), z których część nigdy jeszcze nie karmiła, część pozostawała w ciąży, część karmiła, reszta dobiegała okresu zanikania gruczołów. Do utrwalania preparatów używano bądź sublimatu (5%), bądź płynu ALTMAN'a lub FLEMING'a, — do barwienia metodą potrójną: hematoksyliny, eozyiny i safraniny, — lub też odpowiednio przygotowanej fuksyny. Skrawki otrzymywano przy pomocy metody parafinowej. Tą drogą udało się autorowi wykryć wiele ciekawych zmian w gruczole mlecznym, które dają się stręścić w następujący sposób: przy tworzeniu się mleka komórki gruczolowe powiększają się i wypełniają ziarenkami fuksynowemi, które podlegają przytem przeobrażeniom cyklicznym: z początku są kuliste, później stają się jajowate, pałeczkowate, wreszcie zakrecają się grajczarkowato, przeniknąwszy jednak w światło przewodu odzyskują znów formę kulistą. Jednocześnie jądra komórek rozmnażają się tak, iż liczne komórki stają się dwujądrowemi: w jądrach zjawiają się częstokroć kropelki tłuszczowe, zwiększające się kosztem substancji jądrowej, wreszcie wypełniające całe jądro, które w ten sposób ginie. W protoplazmie również powstają kulki tłuszczowe, prawdopodobnie dzięki stłuszczeniu ziarenek fuksynowych. Zarówno te ostatnie, jak stłuszczone jądra i kulki tłuszczowe występują z komórek, przechodzą do wydzieliny, pozostałe zaś części komórek (o ile zawierają jądra) regenerują i znów zaczynają ulegać powyżej opisanym przeobrażeniom.

**Rychliński. Przyczynek do badania drobnowidzowego mózgu.** Kronika Lekarska str. 576.

Autor proponuje następujący sposób przygotowywania preparatów: 1) kawałki mózgu, stwardnionego w dwuchromianie potasu, przenosi się do spirytusu, coraz to większej mocy, i wreszcie do absolutnego alkoholu; tam pozostawia się ich 2 — 3 doby, 2) poczem pogrąża się w olejku anilinowym do zprzezrocyszczenia, 3) następnie do nasyconego roztworu parafiny w terpentynie francuzkiej, 4) zkad kładą się do termostatu (48°C. — 50°) w mieszaninę równych części parafiny, o topli-



wości 45° C., z parafiną rozpuszczalną przy 58° C. z dodatkiem 10°60 wosku, 5) ostudzone krają się łatwo, a skrawki uwolnione od parafiny przez przeprowadzenie ich przez ksyloł, olejek anilinowy, spirytus i alkohol, barwią się *a*) w hematoxylinie BÖHMER'a, *b*) następnie w ni-grozyinie, *c*) w spiritusowym roztworze eozyiny i *d*) w kwaśnej fuksynie; po każdej manipulacji trwającej od 1/2 — 1 minuty, nadmiar barwnika usuwa się przez przepłukanie wodą (przy barwieniu *a*, *b* i *d*) lub spiry-tusem (przy *c*), fuksynę zaś prócz wody jeszcze i kwasem pikrynowym.

## II. FIZYJOLOGIJA I CHEMIJA FIZYJOLOGICZNA.

Sprawozdawca

**E. Zieliński.**

**A. Hołowiński. Metody i przyrządy fizyczne do badania fal fizyologicznych.** (z 4-ma tablicami). Pam. Tow. Lekarskiego Warsz. 1891 r. Zeszyt IV. str.

Ścisłe naukowa a oparta na gruntownej znajomości matematyki (mechaniki i akustyki) i odpowiedniego działu medycyny — praca prof. HOŁOWIŃSKIEGO bez zaprzeczenia stanowi cenny nabytek w dziale kardyjografii. Prócz bowiem wzbogacenia jej nowymi przyrządami, jako to bębnem akustycznym, rytmofonem, mikrofonem kardyjograficznym i mikrofonografem, prostuje błędne teoryje poprzedników (MARTIUS'a), uzupełnia zrozumienie fal sfigmografów, upraszcza sposób obliczania fal kardyjograficznych. Tłumaczy znaczenie t. zw. drgań pasorzytnych. Dzięki nowym przyrządom; autorowi udało się wykazać, że I ton serca wyprzedza zawsze pierwszy ton dołkowy kardyjogramu (*a*), II ton zaś przypada w dołku trzecim, że otwarcie zastawek półksiężycowych aorty niezawsze odpowiada wierchołkowi kardyjogramu (*b*), lecz może wypaść nieco wcześniej lub nieco później. Wreszcie przez odpowiednie zmodyfikowanie kardyjografu KNOLL'a umożliwił autor wykreślanie kardyjogramów nawet u osób ze słabemi uderzeniami wierchołkowemi serca. Po bliższe zaś szczegóły, dotyczące tak budowy przyrządów, jak ich użytkowania i wniosków, musimy odesłać czytelników do oryginalu; streszczenie ich bowiem staje się niemożliwem zarówno ze względu na charakter (informacyjny) naszego sprawozdania, jak na matematyczną ścisłość i specjalność tyloletniej wyczerpującej pracy autora.

**A. Hołowiński. O wpływie oddychania na kształt sfigmogramów.** Gazeta Lekarska. str. 536—538. N. 25.



Streszczenie bez możliwości podania odpowiednich rysunków i zaznajomienia się z metodą badania było-by niezrozumiałem. Musimy przeto odesłać czytelnika do oryginału, traktującego rzecz z matematyczną ścisłością i treściwością wykładu.

**J. W. Sawicki.** Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na elektryczne własności nerwów i innych tkanek (z 1 tablicą). Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 1—50 i 341—388 w zeszytach I i II. 92 r.

Sprawa elektrycznych własności nerwów, jak każdemu wiadomo, należy do najtrudniejszych działów fizjologii. Aby należycie pojąć i ocenić, zachodzące zjawiska i oparte na nich teoryje (DU-BOIS-REYMOND'a, HERMANN'a i innych), trzeba umieć, że tak powiem, myśleć matematycznie, iść krok w krok za autorem, nie przepuścić żadnego słowa. To też prace z tej dziedziny wiedzy, nie nadają się do streszczeń, jak nie nadaje się do tego twierdzenie geometryczne, lub wyprowadzenie formuły algebraicznej. Kto chce zrozumieć ostatnią musi nie przeoczyć ani jednej przesłanki. A zbiorem takich przesłanek do ogólnego wniosku jest cała praca autora. Nie przysłużyłyby się ani autorowi, ani czytelnikowi ten, toby chciał podać skrót z tego, co przez kolegę S. i tak już nadzwyczaj treściwie i zwięźle przedstawionem zostało. Natomiast pozwolę sobie zachęcić każdego do przestudyjowania tej pracy i ręczę, że nikt żałować nie będzie spędzonego czasu, bo prócz jasnego przedstawienia teoryj dawnych autorów, znajdzie ponętą i szeroko pomyślaną nową hipotezę autora, która rzuca jasne światło na wiele, jeżeli nie na wszystkie ciemne i zawile punkty elektrycznych własności nerwów.

**J. Dogiel.** Przyczynek do sprawy odtwarzania się krwi. Gaz. Lek. str. 476—478. N. 22.

Jestto krótka notatka z pracy studentów SPOROWA i IWANOWA, dokonanej w pracowni autora. Rezultatem ich badań (według DOGIELA) jest to, że odtwarzanie się krwi odbywa się bardzo szybko nawet po znacznej utracie krwi ( $\frac{3}{5}$ ), jeżeli tylko pozostawimy ustrojowi czas konieczny do odtworzenia jej przez wzmożoną czynność narządów krwiotwórczych, dopomagając organizmowi w tem, nietyle przez powiększenie materyału odżywczego, ile przez poprawienie samego mechanizmu krwiotwórczego, zapomocą zwiększenia ilości płynu w naczyniach krwionośnych przez wstrzyknięcie takowego (najlepszym okazał się roztwór soli kuchennej 0,6—0,7%).

**J. Dogiel.** O wpływie niektórych soli potasowych na mięśnie i nerwy. Gaz. Lek. str. 622. N. 29.

Patrz i dział Farmak. i Toksyk.

**N. Cybulski.** Kilka słów o dzisiejszym stanie nauki o lokalizacji. Przegląd Lekarski str. 7—9 i 18—20. NN. 1 i 2.

Jakkolwiek od chwili ukazania się pracy HIRZIG'a i FRITSCH'a kwestyja lokalizacji funkcyj w korze mózgowej niemal codziennie zy-



skiwiała więcej zwolenników i faktów, niemniej jednak rozstrzygnięta stanowczo i po dziś dzień być nie może, dokładniejsze bowiem i na większą skalę przeprowadzone doświadczenia sprawiły pewne zamieszanie w pojęciach o umiejscowieniu i zakwestyjonowały poważnie MEYNER'owską hipotezę, uważającą korę mózgową jako najdokładniejsze pole rzutu (projekcyi) naszej powierzchni czuciowej ciała. Metoda drażnienia pewnych części kory mózgowej, zw. ośrodkami, w celu wywołania odpowiednich czynności w organach peryferycznych nie może być uważaną za rozstrzygającą w sporze o lokalizację, jest bowiem obosieczną. Trzeba więc użyć metody odwrotnej, któraby wykazywała stan czynny w pewnych ograniczonych częściach kory mózgowej przy podrażnieniach peryferycznych. Metodę tę autor wraz z uczniem swym Dr. BECKIEM odkryli zużytkowawszy w tym celu obserwacją, że każda cząsteczka tej lub innej tkanki, zostająca w stanie czynnym, staje się ujemną w stosunku do części, pozostającej w spoczynku,—przyczem podczas stanu czynnego w nerwach powstaje t. zw. wahanie wsteczne prądu elektrycznego. Dla wykrywania tych to zmian elektrycznych w korze, autorowie użyli dwu galwanometrów (by jeden kontrolował drugi), łącząc z nimi okolicę badaną mózgu, przez ustawienie dwu elektrod: jednej na miejscu obojętnem, drugiej na miejscu badania. Tą drogą udało się odnaleźć u psa i małpy takie okolice kory mózgowej, w których stałe występowały zmiany elektryczne, ilekroć drażniono odpowiednio okolicę czuciową. Okolice te przytem dość są ograniczone i stałe. Tak więc metoda ta nowa, zdaje się potwierdza przypuszczenia lokalizacyi w korze mózgowej i egzystencyję t. zw. ośrodków.

**L. Wachholz. Sposoby wywoływania analgezji ogólnej drażnieniem krtani i jej okolicy podług Brown-Sequard'a.** Przegląd Lek. str. 188—190 i 204—206. NN. 16 i 17.

Praca niniejsza wywołaną została publikacyjami BROWN-SEQUARD'a, jakoby udało mu się wywoływać zupełną, a niekiedy długotrwałą analgezją całego ciała, małp, psów etc. przez drażnienie bądź to błony śluzowej krtani, bądź nerwów krtaniowych, bądź przez przecięcie pionowe tchawicy, bądź przez drażnienie skóry na szyi. Wyniki te Dr. W. sprawdzał na żabach, świnkach morskich, królikach i psie, i niestety przyszedł do zupełnie ujemnych rezultatów, przyczem tłumaczy to tem, że BROWN-SEQUARD posługiwał się tylko „podmiotowem zachowaniem się zwierzęcia“ przy ocenie analgezji i dzięki temu przyszedł do fałszywych twierdzeń.

**H. Higier. Kilka słów dotyczących fizjologicznych czynności rdzenia.** Medycyna str. 249—253 i 266—269. NN. 16 i 17.

Artykuł ten stanowi zbiorowe streszczenie prac w tej kwestyi ogłoszonych w ostatnich czasach.



**S. Dzierzgowski i L. Rekowski.** O chemicznych przemianach w glebach hodowlanych pod wpływem drobnoustrojów błonicy i o produktach tej przemiany. Nowiny Lekarskie str. 269—276; 321—325. N. 6 i 7.

Jako gleby dla rozwoju bakterij LOEFFLER'owskich użyto peptonu CHAPOTEAUX, który składa się z 48,10% materij, wypadających z 90% wysokości i z 51,90% materij w nim nierozpuszczalnych. Te ostatnie pod wpływem bakterij dyfterytycznych prawdopodobnie tylko w małej swej części zamienione zostały w albumozy toksyczne, przy czem zubożały w ilości węgla, a wzbogaciły się w wodór. Materije zaś, rozpuszczalne w 90% wysokości, uległy znaczniejszym zmianom: ilość zawartego w nich azotu uległa znacznemu zmniejszeniu, a ilość wodoru i tlenu znacznie się wzmogła, prawdopodobnie więc zaszedł w nich proces odszczepienia azotu w postaci amonijaku i jego pochodnych, a jednocześnie odbyła się hydratacja. Na otrzymane przytem toksyczne albumozy autorowie patrzą jako na prostą mieszaninę albumoz toksycznych z albumozami podłoża. Bakterije dyfteryi, rozkładając białko podłoża, wydzielają amonijak i silnie trujące zasady, które po dodaniu stężonego roztworu wodoru tlenka potasu wydają zapach trymetylaminy. Cukier pod wpływem tychże bakterij rozkłada się na prawozwrotny kwas mleczny i mrówkowy (w niewielkiej ilości). Gliceryna rozkłada się pod ich wpływem bardzo słabo z utworzeniem kwasu propionowego, amyldekstryna i tłuszcze natomiast wcale nie ulegają rozkładowi.

**M. Jakowski.** Przyczynek do badań nad sprawami chemicznymi w kiszkiach u człowieka. Pam. Tow. Lekar. Warsz. str. 576 — 603, w zeszyće III.

Korzystając z możności otrzymywania wydzieliny kiszki przez przetokę w okolicy pachwiny prawej, autor poddał badaniu chemicznemu i bakteryjologicznemu zawartość kiszki; przy czem pierwszą metodą wykrył obecność peptonu, istoty redukującej miedź (cukier?) urobilinę, ślady kwasów żółciowych, kwas węglowy, siarkowodor, merkaptan metylowy, skatol, fenol, aldehyd etylowy, wyższe kwasy tłuszczowe, kwas bursztynowy, kryształy leucyny, tyrozyny, amonijak i kadawerynę. Badanie zaś bakteryjologiczne pozwoliło mu wyodrębnić 7 rodzaj drobnoustrojów, jakoto *bac. liquefaciens ilei*, *bac. pyocyaneus*, *bacterium aërogenes*, *streptococcus coli gracilis*, *vibrio* (który dokładniej nie mógł być określony) wreszcie dwa nieznanne dotąd gatunki, które odkrywca nazywa: *diplococcus albus intestinorum* i *staphylococcus rosaceus*. Dokładny opis metod badania i wykrywania związków chemicznych, wyżej wliczonych, oraz zachowywanie się poszczególnych rodzaj drobnoustrojów na różnych glebach, a także zbadanie produktów rozkładu białka pod wpływem tychże, i stopień zabójczości każdego mikroorganizmu na ustroj zwierzęcy—wypełniają tę ciekawą pracę, która tym sposobem uzupełnia i potwierdza pracę MACFADYEN'a, SIEBEROWEJ i NENCKIEGO.



**J. Bączkiewicz. O szybkości wchłaniania jodku potasu w kiszce prostej.** Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 112—126. w zeszyście I.

Patrz dział Farm. i Toksyk.

**W. Łepkowski. O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie.** Przegląd Lekar. str. 65—67; 79—83 i 93. NN. 6, 7 i 8.

Ilość wapna (właściwie zaś CaO) wydzielanego w ślinie wynosi na dobę około 75 grm., wahając się w stanach normalnych od 2%—3%. Wahania te, prawdopodobnie zależne od wpływów nerwowych, stają się jeszcze wybitniejszymi przy patologicznych zmianach bądź w jamie ustnej, bądź w całym ustroju; tak np. gorączka ilość CaO obniża; przy próchnicy zaś zębów zawartość tego związku podnosi się do 3%, a nawet do 5,073%. Zwiększenie to wszakże ilości wapna żadną miarą nie daje się wytłumaczyć sprawą próchnicową, najbardziej bowiem posunięte zniszczenie zębów i dostawanie się z tego źródła wapna do śliny daje tak minimalne ilości (0,000004) że żadną metodą wykazać by go nie było można, wreszcie *maximum* wapna (6,9) znajdujemy w ślinie starców bezzębnych, trzeba więc przypuścić, że wzmożenie to powstaje z innej jakiejś przyczyny, którą autor ma nadzieję odkryć, przez badanie śliny ciężarnych.

**W. Łepkowski. Przyczynek do nauki o chemicznym składzie zębów.** Now. Lek. str. 93—96 i 149—151. N. 3 i 4.

Jako przedmiot badań wzięte zostały zęby zupełnie zdrowe i normalne mężczyzny, lat 24, zmarłego szybko na krupowe zapalenie płuc. Określano w każdym z nich ilościowo części organiczne i nieorganiczne oraz wapno. Ilość tego ostatniego, jak pokazało się, była różną w różnych zębach, przyczem, jeżeli przyjąć za zasadę, że większa zawartość części nieorganicznych (*resp.* wapna) uspasabia do łatwiejszego próchnienia, i według tego ułożyć skalę trwałości poszczególnych zębów, to pokaże się, że skala taka jest analogiczną do skal LINDERER'a, opierającego się na zbadaniu 1000 zębów, metodą empiryczną, oraz MARGOT'a, wyciągającego swe wnioski z 10,000 wypadków.

**J. Majewski i A. Bukowski. O metodach oznaczania procentowości tłuszczu w mleku.** Zdrowie str. 147 — 156 i 203 — 209. NN. 79 i 80.

Scharakteryzowawszy w ogólnych zarysach różne grupy metod oznaczania tłuszczu w mleku (areometryczną, wagową, objętościową, kremometryczną, optyczną), autorowie podali szczegółowy opis metod: SOXHLET'a, SCHMIDT'a-BONDZYŃSKIEGO, SZOMBATHY-SOXHLETA, LIEBERMANN'a i DIETZSCH'a; oraz rezultaty otrzymane przy analizach według tych metod warszawskiego mleka z najróżnorodniejszych źródeł. Poddając każde mleko badaniu zapomocą prawie wszystkich wymienionych sposobów, określili dokładnie wartość każdego z nich, przyczem szczególniejszą uwagę zwrócili na metodę DIETZSCH'a jako zachwalaną bardzo gorąco. Ostatecznie wnioski ztąd otrzymane, autorowie formułują w ten sposób: 1) rezultaty, otrzymane metodą DIETZSCH'a nie zgadzają



się z rezultatami metod wagowych, będąc stale niższe o 0,3% z górą; metoda ta więc może mieć zastosowanie dla oznaczenia przybliżonej tylko procentowości tłuszczu w mleku, 2) inne metody są dokładne; przytem metoda SCHMIDT'a i BONDZYŃSKIEGO odznacza się praktycznością i godną polecenia; 3) średnia procentowość badanego mleka wyniosła 3,55%, co przemawia za dobrocią warszawskiego mleczywa; *minimum* tłuszczu było 2,87%,—*maximum* zaś 4,24%.

**J. Grundzach.** O popiołach normalnego kału. *Gazeta Lekarska* str. 48—55. N. 3.

Badania popiołów kału ludzkiego dokonali: FLEITMANN, PORTNER i GRUNDZACH. Ilość tych popiołów według ostatniego wynosi 3 grm. na 100 grm. kału, a więc na dobę 4,5 grm., i zawiera w sobie: tlenek sodu, potasu, wapna, magnezu, żelaza; chlor i kwasy siarczany i fosforny; kw. krzemowy i piasek w ściśle wyliczonych przez autora ilościach. Że jednak cyfry podane przez G. są znacznie mniejsze co do zawartości kwasów mineralnych, aniżeli odpowiednie cyfry dwu dawniejszych badaczy, autor stara się to usprawiedliwić odmienną metodą badania, poezem wprost przechodzi do hipotez nad fermentacją kwaśną w kiszkach cienkich, alkalizacją w grubych, procesami rozszczepiania, działaniem kwasu mlecznego i salolu przy biegunkach, wszystko to na podstawie pracy NENCKIEGO, MACFADYENA i SIEBEROWEJ.

**M. Flaum.** O różnicy chemicznej pomiędzy białkiem właściwym, albumozą i peptonem. *Medycyna* str. 14—15. N. 1.

Jestto tłumaczenie streszczenia z odczytu, jaki wygłosił M. F. w Towarzystwie chemicznem w Bernie 20 sierpnia 1891 r., a który zreferował *Schweiz. Wochenschr. f. Pharmacie*. Odczyt ten w całości już był drukowany w r. 1891 w *Wiadomościach Farmaceutycznych*.

**M. F.** *Chemija chrząstki.* *Wiadomości Farmaceutyczne* str. 119—127. N. 6.

Jestto streszczenie pracy SCHMIEDEBERG'a.

### III. ANATOMIJA PATOLOGICZNA.

Sprawozdawca

Wł. Janowski.

**J. Raum.** O ziarnistych zawartościach w komórkach nowotworów. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* T. 88. Zeszyt I, str. 107. Z jedną tablicą.



Autor zbadał sposobem ALTMANN'a 8 nowotworów, świeżo operowanych. Przekonał się przytem, że wszystkie zawierały w sobie opisywane przez ALTMANN'a ziarenka fuksynoflowe. W 4 przypadkach raka były one ułożone w elementach nabłonkowych, czasami w postaci łańcuszka. Większe z pomiędzy nich miały średnicę dwa razy większą od najmniejszych. Budowy nie widać w nich żadnej. Niema ich w jądrach komórek nabłonkowych, ani też w podścielisku łącznotkankowem. Gdy następuje zwyrodnienie tłuszczowe raka, część ziarenek barwi się fuksyną, a część kwasem osmowym. Autor uważa jednak te dwa rodzaje ziarenek za identyczne. Ziarenek z pierścieniowatym obwodem od kwasu osmowego i częścią środkową zabarwioną fuksyną autor nie widział. Te same własności posiadały ziarenka widziane przez autora w komórkach nabłonkowych gruczoło-mięsaka, a nawet w zachowanych w nim częściach normalnych gruczołu. Znajdywał je również autor w dwóch mięsakach drobnokomórkowych. Leżały one w nich w postaci łańcuszków między dużemi jądrami komórek. Autor uważa to wykazanie w tkanach człowieka ziarenek ALTMANN'a, dotąd opisywanych tylko u zwierząt, za rzecz niezmiernie ważną. Przypuszcza on, że ziarenka te przyjmują udział w stłuszczeniu komórek nowotworowych.

**J. Mitwalsky. O niektórych guzach oczodołowych.** Nowiny lek. N. 2, 3 i 4, str. 41, 87 i 144.

Patrz dział Okulistyki.

**Rumszewicz. Dwa przypadki mięsaka, powstałego w samej rogówce.** Przegląd Lek. str. 566.

Patrz dział Okulistyki.

**Muttermilch. Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy.** Gaz. Lek. N. 20, str. 416.

Patrz dział Okulistyki.

**W. Kamocki. Badania anatomo-patologiczne nad szklistem zwyrodnieniem łącznicy.** (Z dwiema tablicami). Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom. 88. Zeszyt 2 i 3, str. 326 i 562.

Autor opisuje szczegółowo klinicznie i anatomo-patologicznie 5 przypadków zwyrodnienia szklстого łącznicy. Choroba ta stanowi niezmierną rzadkość i zdarza się przeważnie w części Europy, położonej na wschód od Wisły. W Europie środkowej nie opisano jej dotąd wcale. Przyczyny tego cierpienia są dotąd wcale nieznanne. Zdarza się ono najeczęściej u ludzi zkadinał zdrowych. Obraz jego kliniczny jest typowy. Powieki są ociężałe, zgrubiałe, przy wymacywaniu nierówne, guzowate, ze skórą niezmienioną, twarde. Łącznica jest bezkrwista, kredowo lub żółtawo-biała. Wewnętrzna powierzchnia łącznicy jest gładka lub pokryta narostami. Nabłonek jej bywa zwykle zachowany, lub nieco tylko ścięnczały. Czasami zdarzają się na takiej łącznicy owrzodzenia o dnie pokrytem masami serwowatemi, twardemi. Chorzy skarżą się tylko na utrudnienie ruchów powiek, ból i wydzielina prawie



lub też wcale nie istnieją. Cierpienie to zajmuje tkankę właściwej łącznicy i podłącznicową. Chrzastka powiekowa nie cierpi wcale lub niewiele. Zwyrrodnienie szkliste przechodzi zczasem i na rogówkę. Czasem znów powstają na niej zmiany wtórne pochodzenia mechanicznego wskutek tarcia o wewnętrzną powierzchnię zwyrodniałych powiek.

Wyciąwszy w spostrzeganych przez siebie przypadkach części zwyrodniałe i zbadawszy je bardzo drobiazgowo i wszechstronnie autor doszedł do następujących wniosków.

Woda, eter i rozcieńczone kwasy nie działają na istotę szklistą wcale. Twardnieje ona nieco i mętnieje od alkoholu, pęcznieje w lodowym kwasie octowym i rozpuszcza się w kwasie solnym po dłuższym czasie, zabarwiając go na fioletowo. Daje odczyn ksantoproteinowy i ADAMKIEWICZA. Odczynnik MILONA nie działa na nią. Toż samo amoniak i rozcieńczone alkalia. Żadna z reakcyj mikrochemicznych nie wskazuje na związek istoty szklistej z mączkowatą. Nie barwią jej zupełnie: karmin alonowy, boraksowy, haematoksylina, purpuryna, dahlia, błękit metylenowy i wezuwina. Przeciwnie, barwią ją bardzo mocno na kolor sobie właściwy: eozyna, safranina, indygokarmin, kwaśna zaś fuksyna na kolor rubinowy, thianina na kolor seledynowy, odbijający od ciemnoniebieskiego tła tkanek otaczających, a pikrokarmin na żółto. Wybornie też barwi się ona sposobem GRAM'a, WEIGERT'a, sposobem używanym dla zabarwienia laseczników gruczkowych oraz RUSSEL'a (2% karbol nasycony fuksyną przez 10 minut, przemycie wodą i wysokiem, 1% roztwór zieleni jodowej w 2% karbolu przez 5 minut). Wszystkie te odczyny przemawiają za naturą białkową istoty szklistej.

Pod względem histogenetycznym autor rozróżnia dwie postacie szklistego zwyrrodnienia łącznicy. Do pierwszej zalicza wszystkie dotąd w literaturze notowane i cztery własne, do drugiej jeden tylko przypadek przez siebie spostrzegany.

Postać zwykle spostrzegana cechuje się tem, że zmiany w tkance zaczynają się od naczyń. Następnie ulegają zwyrrodnieniu beleczki istoty siatkowatej tkanki adenoidalnej.

Światło naczyń znika stopniowo zupełnie z powodu zgrubienia ich ścianek. Ze zlania się tych ostatnich z przyległemi tkankami powstają jednolite bryłki. Jednolitość ta okazuje się pozorną po zastosowaniu metod barwienia GRAM'a, WEIGERT'a lub RUSSEL'a, po których staje się widoczną bardzo obfita siatka zmienionych naczyń i beleczek łącznotkankowych.

W drugiej postaci zwyrrodnienia szklistego, reprezentowanej przez przypadek 3-ci autora, zmiany zaczynają się od komórek limfoidalnych. Zawartość ich staje się gruboziarnistą i zaczyna dawać wyżej wymienione odczyny. Pozornem jest tylko podobieństwo ich do tak zwanych komórek tucznych, gdyż ziarenka ich barwią się thianiną na kolor seledynowy, a nie jak w komórkach tucznych, na ciemnofioletowy, a nadto nie barwią się dahlia z kwasem octowym, jak wiadomo



mocno barwiącą ziarenka komórek tucznych. Wielkość i ilość tych ziarenek stopniowo się zwiększa, aż w końcu zlewają się one w większe kropelki, które załamują światło tak silnie, że komórki całe przypominają wskutek tego tłuszczowo nacieczone. Autor uważa za rzecz możliwą tożsamość swoich ziarenek z ziarenkami ALTMANN'a, a za pewność tożsamość ich z kulistymi tworami, opisanymi przez RUSSEL'a w komórkach raka. Głównej masy szklistych bryłek dostarczyła jednak i w tym razie istota międzykomórkowa, której zeszklenie było w tym przypadku większe, niż we wszystkich innych. Robiła ona wskutek tego makroskopowo, a nawet, do pewnego stopnia, mikroskopowo wrażenie chrząstki szklistej, co zależało od regularnych konturów przestworów między zwyrodniałymi pęczkami tkanki łącznej.

W obydwóch postaciach zwyrodnienia szklistego spotykał autor komórki olbrzymie. Zapatruje się na nie, jako na wynik odczynu tkanek żyjących na otaczające je martwe. Za martwe bowiem uważa można naczynie, znajdujące się w stanie nekrozy. Zdaniem autora, komórki olbrzymie nie bywają ani w najwcześniejszych, ani w najpóźniejszych okresach zwyrodnienia szklistego. Widział on je tylko w miejscach ze średnim natężeniem tych zmian.

Figur karyjokinetycznych autor nie spotykał nigdy, co zgadza się z tak bardzo przewlekłym przebiegiem omawianej sprawy.

**H. Ruppert. O pochodzeniu żółciowej marskości wątroby.** Pam. Tow. Lek. Warsz. T. 87 Zeszyt 3-ci; T. 88 Zeszyt 1-y str. 126. (z jedną tablicą podwójną).

Po wyczerpującym rysie literackim autor przystępuje do opisu swoich doświadczeń z przewiązaniem *d. choledochi*, robionych na 16 świnkach, 5 królikach, jednym kocie i jednym psie, i 4-ch przypadków żółciowej marskości wątroby u człowieka.

Przy swoich doświadczeniach badał wątroby świnek w 4½ godz. 24 godz., i 3, 4 i 6 dni po przewiązaniu im *d. choledochi* wątrobę kota w 24 dni i psa w 3 dni. Z badań tych wynika, że po przewiązaniu *d. choledochi* występują szybko w wątrobie ogniska nekrotyczne, nacieczenie naokoło nich i zapalenie oraz rozrost dróg żółciowych drobnych i znaczniejszych. Przyczyną zapalenia dróg żółciowych jest rozkład żółci przy jej zastaniu się. Uważa jednak za możliwe szerzenie się zapalenia dróg żółciowych zewnątrz ich ścianek—*periangiocholitis*. Nacieczenie powstałe naokoło tych ostatnich prowadzi do szybkiego rozrostu tkanki łącznej między zrazikami. Znajdujemy ją tam zwykle w postaci ognisk, czasami w postaci pasem. Ponieważ tkanka łączna rozwija się też na miejscu nacieczenia naokoło ognisk nekrotycznych, więc ostatecznie na powstanie marskości składają się: zapalenie naokoło ognisk nekrotycznych i naokoło dróg żółciowych. Przy występowaniu zapalenia tylko naokoło dróg żółciowych (u kota) zmiany w wątrobie nie osiągały nigdy tego stopnia, w jednoczesnem działaniu obu tych bodźców u innych zwierząt.

Przyczyną powstawania ognisk nekrotycznych, występujących najczęściej w częściach obwodowych zrazików wątrobowych, jest ane-



mija tkanki wątrobowej, powstała wskutek ucisku, wywartego przez rozszerzone drogi żółciowe na gałązki międzyzrazikowe żył i na kapilary krwionośne wewnątrzszazikowe.

Jednocześnie z powyższymi zmianami odbywają się też zmiany proliferacyjne w komórkach wątrobowych. Prowadzą one do odrodzenia tkanki wątrobowej dopiero po ustąpieniu zastoju żółci, jak to wykazało doświadczenie na śwince, w którym autor zdjął z *d. choledochus* ligaturę w 24 godziny po jej nałożeniu. Rozmnażanie się komórek wątrobowych możliwym też jest drogą odpowiedniej przemiany komórek nabłonkowych przewodów żółciowych. Rozrost samych dróg żółciowych odbywa się tylko drogą mnożenia się komórek ich nabłonka.

Badanie wątroby w 4-ch przypadkach jej marskości u człowieka doprowadziło autora do wniosku, że powstawanie tej sprawy u ludzi odbywa się drogą zupełnie analogiczną do tej, jaką widział u zwierząt.

**W. Janowski. Przyczynek do anatomii patologicznej marskości wątroby u człowieka.** (Z dwiema tablicami podwójnemi). Pam. Tow. Lek. Warsz. T. 88. Zeszyt drugi i trzeci str. 221 i 419.

Autor opiera swoją pracę na 10-iu przypadkach cyrrozy bilijarnej, zebranych w tutejszym instytucie anatomo-patologicznym. Zbadanie tych przypadków oraz zestawienie wyników tego badania z wynikami poszukiwań doświadczalnych nad skutkami podwiązania *d. choledochi* u zwierząt doprowadziło autora do następujących wniosków.

Najstalszem prawie zjawiskiem w przypadkach cyrrozy bilijarnej wątroby są ogniska nekrotyczne, leżące w części obwodowej szazików wątrobowych. Inne ich umiejscowienie zdarza się znacznie rzadziej. Ilość i wielkość tych ognisk waha się bardzo znacznie. Pierwsza jest tem mniejszą, im później po ustaleniu się zastoju żółci wątroba poddana zostaje badaniu, gdyż każde ognisko po pewnym czasie znika. Naokoło ognisk nekrotycznych daje się zauważyć nacieczenie drobno-komórkowe i przepełnienie krwią kapillarów krwionośnych. Pierwsze jest skutkiem działania ognisk nekrotycznych, jako ciał obcych na tkankę otaczającą.

Pierwszym czynnikiem przy powstawaniu ognisk nekrotycznych, jest pęknięcie kapillarów żółciowych pod wpływem podniesionego ciśnienia żółci. Zjawisko to występuje najczęściej w częściach obwodowych szazików wątrobowych, gdyż tutaj najłatwiej przenosi się podniesione ciśnienie z przewodów żółciowych, tu więc najłatwiej powstają wylewy żółci z następującą anemią i nekrozą w najbliższem otoczeniu. Działanie szkodliwe żółci przy marskości bilijarnej uważa za tem większe, że własności jej pod wpływem zastoju się zmieniają. Wypadnięcie z niej osadu w postaci kamieni, *resp.* pasorzyty mają chyba w tej mierze też znaczenie poważne. Do powyższych momentów autor dołącza nadto zacienienie kapillarów krwionośnych pod wpływem ciśnienia wylania żółci. Następstwem tego jest anemia. Ta ostatnia prowadzi, z jednej strony, do przekrwienia obocznego, z drugiej zaś—do upośledzenia w odżywia-



niu komórek wątrobowych, które wskutek tego łatwiej poddają się nekrotyzującemu działaniu żółci.

Drugim również stałym objawem były we wszystkich przypadkach autora zapalenie i rozrost przewodów żółciowych. Ścianki przewodów żółciowych są w całej swojej grubości nacieczone drobnokomórkowo; nabłonek jest w nich jakby odklejony u swojej podstawy, przyczem ilość komórek nabłonkowych jest niewątpliwie powiększona. Spotykać można między nimi często komórki dwujądrowe. Nacieczenie drobnokomórkowe, szerzy się naokoło przewodów żółciowych i prowadzi do rozrostu naokoło nich tkanki łącznej. Im dłużej trwa cała sprawa chorobowa, tem słabszem jest nacieczenie drobnokomórkowe naokoło przewodów żółciowych, tym większą jest ilość tkanki łącznej naokoło nich i tem więcej włókien, a mniej komórek posiada nowowytworzona tkanka łączna.

Rozrost przewodów żółciowych zależy przeważnie, prawie chyba wyłącznie, od mnożenia się komórek nabłonkowych starych przewodów żółciowych. Na zasadzie jednak kilku preparatów autor nie uważa się za upoważnionego do nieprzyjmowania możliwości przechodzenia komórek wątrobowych w nabłonkowe przewodów.

Charakterystyczne rozmieszczenie tkanki łącznej przy cyrozie bilijarnej zależy od rozrostu jej naokoło wszystkich nowowytworzonych przewodów żółciowych i na miejscu znikających z czasem ognisk nekrotycznych.

W samych komórkach wątrobowych można wykazać miejscami rozrost regeneracyjny w postaci zwiększenia ich ilości i ilości jąder w nich. Daleko częściej spotkać się można ze spłaszczeniem komórek wątrobowych wskutek wywartego na nie ucisku, zabarwieniem ich na kolor żółci i z zanikiem, czasami bardzo znacznym.

Objętość wątroby jest przy jej cyrozie bilijarnej powiększoną tylko w początku sprawy chorobowej, gdyż wtedy tkanka łączna nie jest jeszcze bliznowatą, kurezliwą, a sprawy zanikowe w komórkach wątrobowych nie posunęły się dostatecznie naprzód. Przeciwnie, później, w miarę posuwania się naprzód zaniku samych komórek wątrobowych i nabywania przez tkankę łączną śródmiąższową coraz większej kurezliwości, następuje coraz wyraźniejsze zmniejszenie się objętości całej wątroby.

**W. Janowski. Przyczynek do nauki o ziarnistościach białych ciałek krwi.** Kronika Lekarska. N. 5, str. 285.

Autor badał ropę tryprową w pięciu przypadkach i znalazł w niej mnóstwo ciałek eozynofilowych. Sądzi, że ciałek tych może być w ropie tem więcej, im świeższym jest badany przypadek. Ilość komórek neutrofilowych nie przewyższa w niej 60%. Nie wie, jakie mają znaczenie komórki eozynofilowe w ropie tryprowej. Wogóle jednak jest zdania, że znaczenie ich rozpoznawcze jest prawie żadne, gdyż zwiększoną ich ilość spotyka się przy najrozmaitszych chorobach zarówno skórnych, jak i konstytucjonalnych. Nawet znaczenie ich rozpoznawcze dla bia-



łączki, jest żadne, gdyż widział przypadek ciężkiej białaczki prawie bez komórek eozynofilowych.

Co się tyczy morfologii komórek eozynofilowych, J. zaznacza, że łatwo je poznać nawet bez barwienia po wielkiej, świecącej ziarnistości, i po tem, że nie widać między temi ziarenkami łączącej je części. Kształt komórek eozynofilowych pod mikroskopem zmienia się łatwo, dzięki nadzwyczajnej delikatności części, łączącej ze sobą ziarenka, wskutek czego te ostatnie zostają z łatwością rozciągnięte w rozmaitym kierunku. Ztąd też na jednym i tym samym preparacie widać obok komórek z ziarenkami skupionemi i takie, w których są one skupione w rozmaitych kierunkach na znacznej nawet przestrzeni.

Ná mocno barwionych preparatach widać czasami bardzo delikatnie na różowo zabarwioną protoplazmę między ziarenkami eozynofilowemi. Jeżeli ziarenka te odsunięte są w jedną stronę komórki, widać po drugiej obok jądra bardzo delikatny, różowy rąbek protoplazmy. Uwytadnia się to najlepiej na preparatach barwionych zwykłym roztworem eozyny ( $\frac{1}{2}\%$  w  $70\%$  alkoholu) i podbarwionych lekko błękitem metylenowym. Barwienie ziarnistości eozynofilowych udaje się nie tylko na preparatach suszonych przy  $110^{\circ}$  C., ale i na zwykłych, a nawet stwardnionych w płynie ALTMANN'A. Te ostatnie jednak trzeba barwić długo (przeszło 30 m.). Ilość jąder w komórkach eozynofilowych waha się od 2 do 4. Jednojądrowe należą do wielkich rzadkości.

Ziarnistości eozynofilowe barwią się sposobem ALTMANN'A, zarówno po zwykłym utrwaleniu preparatu, jak i po utrwaleniu go według sposobu ALTMANN'A, na mocno czerwony kolor. Sądzi, że we krwi granulata ALTMANN'A są identyczne z ziarnistością eozynofilową. Komórki neutrofilowe na tych samych preparatach przy barwieniu sposobem ALTMANN'A nie występują, chociaż obecność ich wykrywa barwienie metodą EHRLICH'A. Wątpi, czy wogóle ALTMANN'owską ziarnistość neutrofilową można wykryć. Gdyby nawet tak było, to nie będzie ona tak wielkoznaczną, jak barwienie się jej płynem EHRLICH'A, gdyż mogłoby doprowadzić do wniosku, że ziarnistości eozynofilowe i neutrofilowe, jako barwiące się jednym barwnikiem, są jednoznaczne, gdy tymczasem barwienie EHRLICH'owskie przeczy temu wyraźnie.

**A. Kosiński. O zwyrodnieniu śluzowem komórek rakowych.**  
Gaz. Lek. Nr. 38, str. 784.

Wielu badaczy zaprzecza istnieniu sporozoów w komórkach nowotworów złośliwych i utożsamia opisywane w ostatnich zmiany z produktami zwyrodnień wstecznych. Dla odparcia tego zarzutu autor postanowił zbadać szczegółowo rozmaite sprawy zwyrodnienia w komórkach wspomnianych nowotworów. Treść tego artykułu stanowi wynik badania *carc. colloidei*. Autor barwił skrawki z niego aż 18-oma barwnikami, między innymi safraniną i toluidin-błękitem, i doszedł do wniosku, że komórki badanego przez niego nowotworu uległy zwyrodnieniu śluzowemu; twierdzi to na zasadzie barwienia się ich w sposób dla śluzu charakterystyczny safraniną i toluidyną (pomarańczowy, resp. fi-



joletowy). Zwyrrodnienie ma miejsce w protoplazmie komórek, ale zdarza się i w jądrach. W jednym i drugim razie zaczynać się ono może zarówno od środka, jak i od obwodu. Komórek ze zwyrrodnieniem tylko jądrem lub tylko protoplazmą bywa dużo. Zejście sprawy jest w obu razach jednakowe, mianowicie, występuje zwyrrodnienie całej komórki. Autor twierdzi stanowczo, że spostrzegane przez niego obrazy drobnowidzowe nie są wcale podobne do tych, jakie dają dawniej przez niego opisywane sporozoa. Sądzi, że zbadanie w ten sam sposób zwyrrodnienia serowatego, koloidowego, szklistego i t. d. pozwoli mu zaprzeczyć utożsamieniu sporozów z produktami przemian wstecznych wogóle.

**K. Zieliński. Przypadek wrodzonego braku wielkiego i małego mięśnia piersiowego.** Gaz. Lek. Nr. 14, str. 297.

Wrodzony brak mięśnia piersiowego wielkiego lub małego, należy do wielkich-rzadkości. Z poszukiwań literackich wie autor, że spostrzegano go dotąd tylko u mężczyzn, i tłumaczy to tem, że mężczyźni łatwiej są przy badaniu obnażani niż kobiety. Przypadek autora dotyczy pewnego 31-letniego strażaka, u którego rozpoznano brak prawego mięśnia piersiowego małego i części mostko-żebrowej piersiowego wielkiego. Przemawiały za tem: spłaszczenie klatki piersiowej po stronie prawej, powiększenie tam przestrzeni międzyżebrowych, obsunięcie włosienia jamy pachowej, nieco wyższe położenie po tej stronie brodawki sutkowej. Przy kaszlu występowało wypuklenie się przestrzeni międzyżebrowych 2-ej i 3-ej. Sekcyja stwierdziła w zupełności rozpoznanie.

**W. Orłowski. Zmiany w komórkach nerwowych przy wścieklicznie.** Gaz. Lek. Nr. 22, str. 465.

Autor szczeplił królikom przez trepanacyję pod oponę twardą *virus fixe*. Gdy zwierzęta po 8 — 9 dniach zdychały, autor stwardniał niezwłocznie potem wyjęty z nich rdzeń w rozmaitych płynach, barwił go haematoksyliną i eożyną i badał szczegółowo zachodzące w nim zmiany. Poleca przytem autor modyfikacyję w barwieniu haematoksyliną taką, że zamiast zabarwić nią preparat odrazu, robi się to w kilka razy (np. zamiast 20 m. odrazu, barwi się 4 razy po 5 minut), przemysławając preparat za każdym razem w słabym wyskoku lub ałunie. Autor opisuje dwa rodzaje komórek w rdzeniu kręgowym: jedne mają protoplazmę wyraźnie włóknistą, z ziarenkami położonemi między temi włóknkami; drugi rodzaj komórek składa się z protoplazmy nadzwyczaj drobnoziarnistej, bez włókienek, trudno się barwiącej. Spostrzegał on w nich „szkliste“ masy, wypełniające czasem większą część komórki, a czasem tak małe, że przedstawiały się w postaci bardzo drobnych pęcherzyków. Ciała te szkliste nie barwią się ani eożyną, ani haematoksyliną, nie rozpuszczają się w eterze i nie dają odczynu z kwasem osmowym. Forma ich jest elipsoidalna, kulista, czasem nerkowata, gruszkowata, ameboidalna, lub nawet nieprawidłowa. Małe z pomiędzy nich mają kontur bardzo wyraźny, w dużych brak go całkowicie lub



częściowo. Zawierają one w sobie często drobne, a nawet większe ziarenka, niteczki, kłaczkki, strzępki, zmienione leukocyty i pewne nadtę „ciałka błyszczące“, mniejsze od jąderek komórki, kuliste, lub eliptyczne, barwiące się przy barwieniu podwójnem haematoksyliną i cozyną, bądź jedną, bądź drugą lub wcale się niebarwiące. Pośrodku „szklistych“ w komórce nerwowej bywa zmienna, ułożenie środkowe lub obwodowe. Naokoło nich protoplazma staje się więcej zbitą, włóknistą.

Jądra komórek nerwowych, zamiast prawidłowej postaci okrągłej, przyjmują wydłużoną, wrzecionowatą, mają po 1 lub 2 wklęsnięcia w sąsiedztwie ciała szklistego, lub wreszcie przyjmują postać zupełnie nieprawidłową. Kontur jąder jest niewyraźny, miejscami przerywany, co zależy czasem od przechodzenia ciała „szklistego“ z protoplazmy na substancję jądra. Wielkość jego jest czasem 2—3 razy od normalnej mniejszą. Powstają wskutek tego naokoło jąder błyszczące przestrzenie jednolite. Jądro traci swoją siatkę chromatynową. Natomiast skupiają się w nim mniejsze lub większe ziarenka chromatyny, dobrze się haematoksyliną barwiące. Przestrzenie między nimi wypełnione są jednolitą masą bez żadnej budowy, silnie łamiącą światło.

Jąderka leżą w jądrach obok skupień protoplazmy, przeważnie ekscentrycznie, czasem przy samej błonie jądra. Forma ich bywa nieprawidłowa. Jeżeli jądro zawiera dwa jąderka, jedno barwi się na kolor bardziej czerwony, drugie—na bardziej niebieski.

Wszystkie te zmiany znajdował autor przeważnie w komórkach rogów przednich. Występowały one lepiej w rdzeniu zwierząt zabijanych chloroformem lub przez przecięcie im rdzenia przedłużonego.

#### IV. PATOLOGIJA OGÓLNA.

Sprawozdawca

K. Chełchowski.

J. Fajersztajn i A. Kuczyński. Trzy przypadki białaczki (*leukaemia*) u myszy białej (*mus musculus, var. alba*). — Gaz. Lek. N. 30, str. 650.

Dotychczas opisano jeden tylko przypadek białaczki u myszy. Autorowie w ciągu kilku miesięcy znaleźli to cierpienie u trzech myszy. Reszta tych zwierząt, zamieszkała w tej samej klatce, pozostała zdrową.

Zmiany pośmiertne były następujące: olbrzymie zwiększenie ilości ciałek białych we krwi, olbrzymi przerost śledziony i gruczołów chłon-



nych, nacieki limfatyczne w wątrobie, nerkach, płucach, błonie śluzowej żołądka i kiszek. Szczegółowy opis zmian mikroskopowych we krwi, śledzionie i szpiku kostnym.

Drobnoustrojów mikroskopem wykazać się nie udało. Z cząsteczek śledziona wyhodowane mikrokokki, rozpuszczające żelatynę, które jednak przy szczepieniach okazały się niewinnymi.

**M. Misiewicz.** Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnej patologii. Prz. Lek. N. 9, 10, 11 i 13, str. 101, 114, 127, 153.

Przegląd literatury, dotyczącej białkomoczu fizjologicznego i patologicznego, warunków jego powstawania, towarzyszących mu zmian w nerkach i jego leczenia.

## V. BAKTERYJOLOGIJA I PARAZYTOLOGIJA.

Sprawozdawca

**K. Chełchowski.**

**E. Biernacki.** Spirylle choleryczne w wodzie studziennej i w wodzie z wanny. Gaz. Lek. N. 41 str. 874.

Wodę ze studni, w najbardziej nawiedzonej przez cholere dzielnicy Lublina, B. zaszczerpił w próbówce z żelatyną ukłóciem. W przygotowanych z owej żelatyny we dwa dni potem hodowłach płytkowych powstały liczne kolonije, z których większość składała się z drobnoustrojów, posiadających wszelkie cechy spirylli cholerycznych. Taki sam wynik dało badanie wody z wanny, w ten sam sposób wykazane podczas kąpienia chorej cholerycznej.

**O. Bujwid.** Kilka słów o poszukiwaniach zarazka cholery. Med. N. 31, str. 493.

Treściwe przypomnienie sposobów badania spirylli cholerycznych.

**Bujwid O.** Jodoform w zapobieganiu i leczeniu cholery. Med. N. 32, str. 509.

Powtarzając doświadczenia RIEDLIN'a i NEISSER'a nad działaniem jodoformu na spirylle choleryczne, B. przekonał się, że środek ten w rozcieńczeniu 1 : 1000 zabija je w ciągu minuty, w rozcieńczeniu 1 : 10 tys.—po 24 godzin, w rozcieńczeniu zaś 1 : 80 tys. powstrzymuje ich rozwój. Samo już ulatnianie się jodoformu w próbówce bez zetknięcia nawet bezpośredniego z gruntem odżywczym wystarcza do powstrzymania ich wzrostu. B. wnosi stąd, że jodoform okaże się dobrym środkiem leczniczym i profilaktycznym w cholere.



**Bujwid O.** Bakteryjologiczne badanie epidemii cholery w Biskupicach. Gaz. Lek. N. 35, str. 764.

Patrz dział Hygieny.

**O. Bujwid.** Woda warszawska wobec grożącej epidemii cholery oraz woda studzienna. Gaz. Lek. N. 40, str. 850.

Patrz dział Hygieny.

**Ciągliński A. i Hewelke O.** W kwestyi t. zw. czarnego języka. Kr. Lek. N. 11, str. 703 (z tablicą).

24-letnia kobieta po 10 dniowej gorączce (influenza?) zauważyła czarne zabarwienie na całej niemal górnej powierzchni języka. Znikło ono po kilku dniach przy płukaniu kwasem bornym. Przy badaniu mikroskopowym zeszkobanego z języka osadu znaleziono w nim grube nitki pleśniowe oraz główki obsypane czarnymi zarodnikami.

Hodowle na kartoflach, papce chlebowej i żelatynie z chlebem rozwijały się już po jednej dobie pod postacią śnieżnego nalotu przy temp. 15—27° C. Na trzeci dzień na końcach nitek, sterzących swobodnie w górę, zjawiały się czarne okrągłe główki, poczem wkrótce czerniała jednolicie cała hodowla.

W probówkach z hodowlami, oglądanymi *in toto* pod mikroskopem widać było, że nitki wyrosłe z zarodników dosięgały częstokroć bardzo znacznej długości, przebiegały np. przez całą wysokość próbki, szukając odpowiedniego gruntu odżywczego. Znalazłszy go, puszczały wąż liczne korzonki; w przeciwną zaś stronę wyrastają z nich owocnośnie z główkami.

Grzyb ten pleśniowy okazuje wiele podobieństwa do *mucor rhizopodiformis*. Różni się jednak od niego barwą hodowli, formą zarodników, niższym stopniem temperatury przyjaznej jego rozwojowi, przede wszystkim zaś brakiem działania chorobotwórczego na króliki. Wykazały to wstrzykiwania do żył sztyjowych jego zarodników rozmąconych w wodzie.

Może i w innych przypadkach „języka czarnego“, mianowicie przebiegających ostro da się wykazać ta sama przyczyna. Dotychczasowe poszukiwania bakteryjologiczne były daremne.

**Czajkowski J. O** drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowej nosa chorych na odrę. Gaz. Lek. N. 21, str. 442.

Badając krew od 37 chorych na odrę, C. w preparatach, barwionych płynem PLEHN'a lub płynem CANON'a, stale znajdował jedne i te same krótkie pałeczki, barwiące się lepiej na końcach niż pośrodku, zwykle pojedynczo rozrzucone pomiędzy czerwonymi krążkami. Śluz z nosa od odrowych zawierał te same pałeczki, ale ułożone w grupy i niejednakowo długie. Na skrawkach z wyciętych grudek odrowych (*papulae*) nie udało się wykazać tych drobnoustrojów. We krwi chorych na inne choroby zakaźne nigdy ich nie znaleziono. Niezawodnie stanowią one, według autora, przyczynę wywołującą odrę.



**Dzierzgowski S. i Rekowski L. O chemicznych przemianach w glebach hodowlanych pod wpływem drobnoustrojów** Now. Lek. str. 269, 321.

Patrz dział Chemii fizyologicznej.

**Dzierzgowski S. Rekowski L. Nowy przyrząd do badań bakterjologicznych.** Now. Lek. N. 7, str. 325 (z tablicą).

Przyrząd ten służy do szybkiego wyparowywania większych ilości hodowli bulijonowych przy niskiej względnie temperaturze (np. 23°—38°C) bez obawy o zakażenie hodowli. Nadaje się też i do odcedzania drobnoustrojów. Składa się on z destylatora, połączonego z jednej strony z filtrem w destylatorze CHAMBERLAND'a, z drugiej—z pompką ssącą rozrzedzającą powietrze. Szklane naczynie z płynem przeznaczonym do wyparowywania mieści się w zmodyfikowanym termostacie, nastawianym na żadaną temperaturę. Destylat zbiera się we fiaskach WULFF'a. Rozrzedzanie powietrza przyśpiesza zarówno parowanie, jak i ewent. odcedzenie hodowli przez filtr CHAMBERLAND'a. Przyrząd filtruje w 20 minut litr bulijonu, a wyparowuje w ciągu doby przy 38°C. dwa litry płynu.

**F. M. O tuberkulinie.** Wiad. Farm. str. 71.

Referat zbiorowy.

**Jakowski M. W kwestyi etylogii zapalenia opłucnej.** Gaz. Lek. N. 11 i 12, str. 219, 254.

Wyniki badań bakterjologicznych dokonanych w 52 przypadkach zapalenia opłucnej (poszukiwania drobnoustrojów w wysięku, hodowle na gruntach odżywczych—szczepienia zwierzętom).

W przeważnej większości tych przypadków znalazł J. ten lub inny gatunek drobnoustrojów. To też zdaniem jego każde zapalenie opłucnej zależy od drobnoustrojów chorobotwórczych, chociaż wyjątkowo można ich nie znaleźć w wysięku.—Ujemny wynik badania zdarzył się tylko kilka razy, i to w przypadkach wysięku niewątpliwie lub prawdopodobnie gruźliczego. Wiadomo zaś dobrze, jak trudno jest wykazać tu mianowicie prątki gruźlicze. Nadto raz jeszcze w wysięku posokowym, towarzyszącym zgorzeli płuc, żadnych bakteryj nie było; zapewne albo wywoławszy już zapalenie zginęły one w posoocie, albo też wysięk powstał pod wpływem jedynie ich produktów życiowych.

Większość przypadków zapalenia opłucnej samoistnego (tak zwanego reumatycznego) zależała od pneumokoków FRAENKEL'a. Bakteryje te nie giną tu tak szybko, jak w płucach lub w sztucznych hodowlach. Widocznie wysięki opłucnowe bardziej sprzyjają ich istnieniu. Rzadziej przyczyną tych pierwotnych zapaleń opłucnej okazywały się bakteryje ropotwórcze, zwłaszcza *streptoc. pyogenes*. W dwóch takich przypadkach wysięk z surowiczego przeszedł w ropny, co nakazuje ostrożność w rokowaniu przy obecności bakteryj ropnych w wysięku.



W zapaleniach opłucnej, tak surowicznych jak i ropnych, powstałych podczas lub po zapaleniu płuc, stale prawie znajdował J. pneumokoki FRAENKEL'a, albo samo, albo obok innych bakteryj (ropnych FRIEDLÄNDER'owskich). Pomyślny zwykle przebieg tych zapaleń zapewne zależy od małej żywotności pneumokoków FRAENKEL'a.

W zapaleniach opłucnej gruźliczych, jak już wspomniano, kilkakrotnie nie udało się wykazać żadnych bakteryj. Gruźlicze prątki znalazł tu J. dwa razy: raz w wysięku surowicznym i raz w ropnym. W innych przypadkach wysięk zawierał bakteryje ropotwórcze. Ropne wysięki w przebiegu gruźlicy lub tyfusu uważa J. za zakażenia mieszane.

Wysięki towarzyszące ostremu reumatyzmowi stawowemu zawierały stafilocoki (*staphyloc. pyogen. aur. i alb.*).

Wogóle zapalenia opłucnej zależne od bakteryj FRAENKEL'a przebiegają łagodniej od innych.

**Jakowski M. Przyczynek do nauki o bakteryjach błękitnej ropy** (*bacillus pyocyaneus*). Gaz. Lek. N. 49 i 50, str. 1045 i 1075.

Po wyczerpującym przeglądzie dotychczasowych prac o tym laseczniku, autor szczegółowo opisuje wyniki samodzielnie przerobionych nad nim badań.

Bakteryje te udało się znaleźć autorowi kilkakrotnie. Dwa razy wykrył je w ropie (z rozległej flegmony uda i z ropnia gruczołów pachwinowych), i to bez domieszki jakiegokolwiek innych drobnoustrojów. Dwa razy znowu otrzymał je z przetok kiszkiowych (raz kiszki cienkiej i raz grubej) do badań (hodowle, szczepienia, własności chemiczne barwnika) posłużyły mu prątki wyhodowane z przetok kiszkiowych.

Prątki te różniły się nieco od opisywanych dotąd. Przedewszystkiem rosły one nawet i bez dostępu tlenu (anaërobioza), jakkolwiek bardzo wolno i nie wytwarzając barwnika. Być może, że do anaërobiozy przystosowały się one w kiszkiach, z kąd je otrzymano. Dalej—hodowle ich na kartoflach i w mleku okazywały pewne cechy odrębne. Przeprowadzenie hodowli przez zwierzęta nie odejmowało tym bakteryjom zdolności produkowania barwnika, co opisują inni autorowie. Jakkolwiekbądź, J. sądzi, że wszystko to jednak nie wystarcza, by jego prątki uznać za nową odmianę *bacilli pyocyanei*.

Wytwarzaniu zarodników przez te bakteryje J. stanowczo przeczy.

Poszukiwania chemiczne przekonały autora, że prątki te rozkładają białko zarówno przy dostępie powietrza, jak i bez takowego. Ostateczne produkty rozkładu były następujące: kwas węglany, wodór, siarkowodór, merkaptan metylowy, ślady oksydwiazków aromatycznych, kwas masłowy, pepton. Nadto przy dostępie tlenu powstawał skatol, bez dostępu zaś tlenu—kwas skatolooctowy.

**Janowski Wł. Badanie bakteriologiczne pierwszych dwóch przypadków cholery w Warszawie.** Gaz. Lek. N. 40, str. 852.

Patrz dział Epidemiologii.



**Karliński J.** O obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy gardła. Rozprawy z zakr. medyc. prakt. Serya I, zeszyt 6 (z tablicą).

Jasny a treściwy przegląd krytyczny odnośnych badań bakteryjologicznych, sprawdzanych i przez samego autora.

Wbrew zdaniu LÖFFLER'a udawało mu się wyhodować prątki dyfterytyczne i na kartoflach (sztucznie zalkalizowanych przy t. 33° C.)

Zdaniem K. z dotychczasowych zdobyczy bakteryjologicznych, mogliby i powinnyby już korzystać nawet i lekarze praktyczni, gdy chodzi o wątpliwe przypadki dyfterytu. Szczepiąc bowiem cząsteczkę z głębokiej powierzchni błony dyfterytycznej do próbówki z surowicą LÖFFLER'a, spostrzeżemy rozwój prątków dyfterytycznych już po jednej dobie; przypuszczalna zaś domieszka streptokoków rozwinie się dopiero po 2—3 dniach.

**Kosiński A.** Sporozoa w komórkach raka. Gaz. Lekarska N. 6, str. 109.

Częstą obecność wakuol (zwanych inaczej fisalidami) w komórkach raka objaśniano różnemi przypuszczeniami. K., badając raki wątroby i sutki, doszedł do następujących wniosków. Wspomniane wakuole zdarzają się to w jądrze, to w protoplazmie komórki. Wakuola taka mieści w sobie protoplazmę i to albo jednorodną, albo z jądrem i jąderkiem, albo z mnóstwem jednolitych kulek, barwiących się safraniną, albo wreszcie z licznemi sierpowatemi ciałkami, barwiącemi się safraniną.

Oczywiście więc niepodobna poczytywać tworów zawartych w wakuolach za produkty przemian wstecznych. I drugie przypuszczenie—powstawanie młodych komórek wewnątrz starych—dzisiaj straciło już rację bytu. Trzecie przypuszczenie—wnikanie ciałek białych lub wogóle młodych komórek do wewnątrz komórek rakowych — mało ma prawdopodobieństwa za sobą. Na wspomnianych bowiem tworach nie widać przecież żadnych śladów ucisku, a zresztą wakuole zdarzają się nie tylko w protoplazmie, ale i w jądrze. Najprawdopodobniwszem więc będzie uznać te twory za pasorzyty w różnych fazach rozwoju. Podobieństwo ich do kokcydyj jednosporowych (*sporozoa*), mianowicie do *Eimeria*, jest rażące.

**Kulczycki Wł.** Owady pasorzytujące u ludzi i zwierząt, z 96 rysunkami i 1 tablicą poglądową. Lwów 1892. 8-vo str. 146.

Według oceny SEIFMAN'a (Przeł. Weter. str. 258) jest to cenny podręcznik, podający ogólne pojęcia o parazytyzmie, ogólną charakterystykę owadów i szczegółowy opis przeszło 100 gatunków owadów pasorzytnych, fauny grobowej (muchy trupożerze) i owadów przypadkowo pasorzytnych.

**Noniewicz E.** Bakteryjologiczne badanie krwi końskiej przy nosaciznie (*Phagocytosis* i *État bactéricide*). Przeł. Weter. str. 9, 35, 89 i 114 z rysunkami.



Punktem wyjścia tych bardzo ciekawych badań były dwa przypadki z jednej stajni nosacizny utajonej, stwierdzonej dopiero szczepieniami i na seceyi. Krew tych koni okazywała wysoki stopień leukocytozy. W wielu ciałkach białych obecne były pochłonięte przez nie prątki nosaciznowe, po jednym do kilku, dobrze zabarwione, skupione po jednej stronie komórki, to leżące równolegle od jej brzegu, to zwrócone ku jej środkowi. Jądra takich ciałek białych były jakby odepchnięte w przeciwną stronę, często ułożone w podkowę. Inne ciałka białe nie zawierały wyraźnych prątków nosaciznowych, ale natomiast charakterystycznie zabarwione kuleczki, czasami jeszcze ułożone w szeregi. Kuleczki takie, prawdopodobnie powstałe ze zwyrodnienia prątków, widać było i wolne we krwi i w wewnętrznych organach, zwłaszcza wątrobie i śledzionie.

Koty, szczepione tym samym materyjałem, dostawały nosacizny. I tu leukocytoza krwi była wybitna. Prątki nosaciznowe we krwi trafiały się wolne, i te barwiły się mocno. Przeważnie jednak były one pochłonięte przez ciałka białe, gdzie barwiły się słabiej. Natrafiał tu autor na ciałka białe, utrwalone na preparatach jeszcze z ameboidalnymi wypustkami. Zdarzały mu się prątki nosaciznowe do połowy tylko pochłonięte przez leukocyty, w części zaś jeszcze wolne i pochłonięta ich część barwiła się słabiej od wolnej. Widać tu było wreszcie w pochłoniętych prątkach przejściowe formy od prątków do wspomnianych kuleczek.

Obrazy te wyraźnie wskazują na fagocytozę.

Prątki nosaciznowe we krwi końskiej zazwyczaj się nie rozwijają. Jeżeli jednak wyjątkowo znajdują w niej przyjazne dla rozwoju, warunki to niezwłocznie następuje leukocytoza (znajdywana już i dawniej w nosaciznie przez wielu autorów) i fagocytoza. Ostatecznie pochłonięte prątki rozpadają się na wyżej wspomniane kuleczki; często też rozpadają się i same ciałka białe. Jeżeli fagocytoza odbyła się pomyślnie, to jednocześnie i tkanki nabywają zdolności bakteryjologicznych (stan zwany przez BOUCHARD'a *état bactéricide*). Pozostaną do wytepienia tylko zarodniki, a gdy i te powoli zginą, zwierzę całkiem wyzdrowieje i nabywa zupełnej odporności.

#### **Palmirski Wł. Notatki o obecnej epidemii cholery w Odessie i jej okolicach. Med. N. 46 i 47, str. 740 i 764.**

Z badań swych nad spiryllami cholerycznymi w pracowni bakteryjologicznej w Odessie P. wnosi, że w obecnej epidemii spirylle były grubsze i dłuższe od typowych, (mianowicie w wypróżnieniach), i że energiczniej rozrzedzały żelatynę.—Reakcyje BUJWIDA i BUCHNERA (odbarwianie buljonu zabarwionego lakmusem) dawały dość pewne wyniki praktyczne. Za charakterystyczny dla cholery uważa autor wpływ pary jodoformu, zupełnie prawie hamujący rozwój jej hodowli. Z innych drobnoustrojów tylko *vibrio* MIECZNIKOW' i bakteryje DENECKE tak samo się zachowują.



W samej Odessie epidemia była słaba, w okolicach—silna. Pierwsi zachorowali atoli mieszkańcy miasta, na pozór bez żadnego uprzedniego zetknięcia z miejscami lub osobami zakażonemi.

Spiryлле choleryczne znaleziono raz w przypadku łagodnego *gastro-enteritis*.

**Parański St. i Blatteis St. O pasorzyce zimnicy.** Przegląd Lek. N. 10, 12, 13, 14, 19, 20, str. 113, 139, 151, 163, 2. 8, 242.

Wyniki poszukiwań we krwi plasmodyjów zimniczych w bardzo licznych (81) przypadkach zimnicy z Powiśla, oraz u stu kilkudziesięciu osób zdrowych lub dotkniętych innemi chorobami.

U chorych na zimnicę zawsze niemal udawało się wykazać plasmodyje, mianowicie w przypadkach gorączkowych. W przypadkach bezgorączkowych (charłactwie zimniczem) częściej ich brakowało. Kilka razy znaleziono formy półksiężycowe: raz w przypadku zimnicy przywiezionej z Egiptu, zresztą zaś w zimnicy niewątpliwie miejscowej z Powiśla. (W Niemczech form półksiężycowych nie znajdowano). Obok najczęstszych form zimnicy, codziennej i trzeciaczki, widywano też czwartaczkę, zwalniającą ciągłą, codzienną podwójną, wreszcie formy maskowane (nerwobóle i nerwice). Dwa razy zimnica przebiegała pod postacią ostrego reumatyzmu stawowego.

U osób zdrowych plasmodyj we krwi nigdy nie było. W innych chorobach znajdowano plasmodyje wyjątkowo tylko, najczęściej jeszcze w zapaleniu przewłokiem nerek. Chorzy tacy przebywali poprzednio zimnicę, a niektórzy z nich mieli powiększoną jeszcze śledzionę.

U wszystkich dotkniętych zimnicą stwierdzono we krwi znaczne zmniejszenie ilości krążków czerwonych oraz haemoglobiny, stosunek zaś ilościowy ciałek białych do krążków czerwonych—niemal zwykły.

W leczeniu zimnicy najskuteczniejszym okazało się podawanie chininy w jakiś czas po napadzie (nie zaś na krótko przed napadem). Błękit metylenowy, czy to stosowany podskórnie, czy do wewnątrz, zawsze działał szybko i skutecznie bez żadnych przykrych objawów ubocznych. Przetwory salicylowe, antypiryna i antyfebryna wyraźnego wpływu na zimnicę nie miały.

**Ponikło St. Wzmianka o wyniku bakteryjologicznego badania moczu w przypadku podejrzanego duru brzuszego.** Przegl. Lek. N. 16, str. 190.

W wątpliwym przypadku tyfusu brzuszego (na seceyi nie znaleziono wrzodów w kiszkiach) moc chorego dawał czyste hodowle jednego tylko gatunku drobnoustrojów, które wszystkiemi swemi własnościami odpowiadały prątkom tyfusowym. Nasuwa się więc pytanie, czy nie dałoby się zastosować badania bakteryjologicznego moczu do rozpoznawania wątpliwych przypadków tyfusu brzuszego.

**Radziszewski St. Bakteryjologiczne prace Cornil'a i Bares'a na polu aethiologii zapaleń nerek, oraz szereg własnych spostrze-**



**żeń, dotyczących zapalenia tego narządu.** Med. N. 5, 6 i 7, str. 65, 81 i 97. (z tablicami).

Skrócony przekład odpowiednich rozdziałów z dzieła CORNILL'a i BABES'a. W kilku przypadkach zapalenia nerek R. znajdował w świeżo zebrany moczu streptokoki, krótkie prątki, mikrokokki, i podał ich obrazy na tablicach mikrofotograficznych.

**Szpilman J. Szelestnica (wąglik alpejski) w Galicji.** Przegl. Weteryn. str. 245, 274, 306.

Od roku 1885 z różnych stron Galicji donoszono (zwłaszcza Dr. RASP) o pojedynczych przypadkach tej zarazy (*Rauschbrand*) u bydła. Obecnie po wyczerpujących badaniach Szp. charakter tej choroby nie ulega już wątpliwości.—Sok z podejrzanych kawałków mięsa, zaszczipiony świnkom morskim, wywoływał na miejscu szczepienia obrzmienie rozlane, ciemno-czerwone, bolesne, trzeszczące pod palcami, zależne od krwawego nacieczenia tkanki podskórnej i mięśni, oraz od przepełnienia pierwszej bańkami gazów. Śmierć po 21 godzinach przy podwyższonej temp. Żadnych zmian w śledzionie i we krwi; nacieczenie surowiczokrwawe sąsiednich gruczołów chłonnych.—Króliki, jak wiadomo, niezmiernie wrażliwe na czarną krostę (*anthrax*), okazały się całkiem odpornymi względem opisywanego jadu.

Sok z nacieczonej tkanki podskórnej i mięśni od szczepionych tym jadem świńek zawierał charakterystyczne prątki, bardzo ruchliwe, zakończone zarodnikiem na jednym końcu. Prątki te szybko wznastały w liczbie po śmierci. Barwiły się one wodnymi roztworami barwników anilinowych, nie barwiły się zaś metodą GRAM'a. Szp. zaleca do podwójnego barwienia płyn ZIEHL-NEELSEN'a. Na prątkach udało się wykazać i rzęski, opisane przez LÖFFLER'a. Hodowle na żelatynie, agarze, w buljonie, przygotowane bez dostępu tlenu, (prątki te bowiem są anaërobami), rosły powoli przy t-rze 18—20° C., szybciej przy t-rze krwi. Prątki rozpuszczały powoli żelatynę, w której nadto, równie jak i w agarze, powstawały pęcherzyki gazów.—Wysuszone mięso zachowało swą jadowitość.

Podobne rezultaty otrzymał Szp. i przy badaniu mięsa, nadesłanego z innego przypadku.

Wiadomo, że przez ogrzewanie zarazek ten traci na sile i nadaje się do szczepień ochronnych. Szp. zauważył, że jeden z królików, szczepionych szelestnicą oczywiście bezskutecznie, w następstwie okazał się całkiem odpornym na jad karbunkułu. Spostrzeżenie to zachęcało do badań w tym kierunku, tembardziej że donoszono o znikaniu epidemii karbunkułu tam gdzie szczepiono w celach ochronnych szelestnicę. Dalsze jednak próby zawiodły: inne króliki ginęły od czarnej krosty, tylko u niektórych okres wylegania przedłużał się (zamiast 1—2 wynosił do 7 dni).





## VI. FARMAKOLOGIJA I TOKSYKOLOGIJA.

Sprawozdawca

J. Zawadzki.

**K. Ciągliński. Przypadek idyjosynkrazji względem chininy.**  
Gaz. Lek. str. 283.

Autor opisuje przypadek, gdzie po zażyciu 5 granów siarczanu chininy, z powodu bólu, zęba u młodej 22-letniej dziewczyny wystąpiły objawy zatrucia: 1) tętno 120 nitkowate, 2) zwężenie źrenic, 3) suchość języka, 4) wymioty i rozwolnienie, 5) wysypka różycowa (z opowiadań otoczenia). Brzuch był zapadnięty, niebolesny. Chora przed laty po zażyciu chininy chorowała w ten sam sposób, po morfinie miała wymioty, przy zapachu poziomek stale występują wymioty, siostra jej cierpi po poziomkach na pokrzywkę. Na tych zasadach autor twierdzi, iż miał do czynienia z zatruciem chininą wskutek idyjosynkrazji. Chora wyzdrowiała.

**M. Wołkowicz. O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej.** Gaz. Lek. str. 934.

Autor podaje wyniki leczenia salolem 200 chorych ambulatoryjnych w czasie epidemii w Niżnim-Nowogrodzie. Opierając się na swoich spostrzeżeniach autor zaznacza, iż od chwili wystąpienia biegunki do objawów ogólnych upływa często dość długi okres czasu, kiedy pomoc lekarska może skuteczną czasem przynieść pomoc. Na zasadzie np. wywiadów u 100 chorych autor zaznacza, iż

u 10 chorych	wystąpiły ogólne objawy	po 6 godz. od pierw. rozwoln.
u 21	" " " "	po 6—12 god. " " "
u 7	" " " "	po 12—24 " " " "
u 15	" " " "	przeszło 24 " " " "
u 10	" " " "	48 " " " "
u 14	" " " "	więcej niż 4 dni " " "
u 4	" " " "	tydzień
u 4	" " " "	kilka tygodni

Autor jest stronnikiem rozpowszechnionego poglądu, iż niemal każdą biegunkę w czasie epidemii można uważać za specyficzną. Z 200 przypadków autora, biegunki trwały od kilku godzin do paru tygodni. Ilość wypróżnień wynosiła 3—7—12—15 na dobę, niekiedy występowały wymioty, a niektóre przeszły w okres zatrucia cholerycznego. Salol stosowano w dawkach po 2,0 u dorosłych, u osłabionych po 1,0, a następnie co 3 godziny po 1,0 3 dawki i też dawkę później w 4—5 godzin. W ciągu pierwszej doby tą drogą chorzy przyjmowali 8,0, rzadko 10,0. Skoro rozwolnienie ustało dawki były coraz rzadsze. Zwykle już po 12 godzinach wypróżnienia były mniej ciekłe i obfite, często występowało 12—24 godzinne zaparcie stolca i stolec prawidłowy.



Prócz sałolu zalecano spokój, okłady na brzuch, herbatę gorącą z cytryną. Pobocznych objawów przy podawaniu sałolu autor nie zauważył. Autor w końcu wyraża życzenie aby w czasie epidemii na stacjach sanitarnych były apteki dla natychmiastowego udzielenia leku.

**Prof. N. Dogiel. O wpływie niektórych soli potasowych na mięśnie i nerwy.** Gaz. Lek. str. 622.

Autor w krótkości podaje wyniki doświadczeń, w swojej pracowni podjętych przez stud. med. Rożkowa w celu wyjaśnienia panujących w nauce sprzeczności. Chodziło mu mianowicie o porównawcze zmiany kurezliwości mięśni serca z kurezliwością mięśni gładkich żołądka, kiszek i tęczówki, mięśni kośca oraz zmiany w ruchach robaczkowycy kiszek i szerokości źrenice przy podrażnieniu *n. vago-sympatici*.

Do doświadczeń służyły psy i koty, a wyniki były następujące. Mięśnie serca wcześniej ulegają porażeniu, niż mięśnie kośca, a wogóle droga, którą były wprowadzone do ustroju sole potasowe, posiada wpływ na szybkość porażenia tkanki mięśniowej wogóle.

W działaniu soli potasowych na mięśnie serca daje się zauważyć różnica co do szybkości porażenia obydwu połów serca: lewa połowa wcześniej ulega porażeniu, uszko prawe kureczy się jeszcze wtedy, kiedy całe serce uległo porażeniu w stanie rozkurczu i nie oddziaływało już na bodźce elektryczne.

Po ustaniu skurczów serca czas jakiś trwa jeszcze oddechanie, ruchy oddechowe są jednak rzadkie i konwulsyjne. W tym czasie oddziaływanie mięśni kośca na bodźce elektryczne istnieje, podrażnienie obwodowego odcinka n. błędnego na szyi wywołuje silne skurcze żołądka i kiszek, a podrażnienie dośrodkowego odcinka ma jako następstwo wysadzenie gałki ocznej i rozszerzenie źrenicy.

Jeżeli doświadczenia powyższe dokonywano po uprzednim zatruciu ustroju atropiną, serce zachowywało się w sposób taki, jak bez zatrucia atropiną, natomiast podrażnienie obwodowego odcinka n. błędnego nie wywoływało ruchów kiszek, a podrażnienie dośrodkowego odcinka wywoływało większe rozszerzenie źrenicy. Bezpośrednie podrażnienie kiszek i żołądka dawało silne skurcze.—Z doświadczeń więc tych wynika, iż sole potasowe wzmacniają wpływ nerwu błędnego na przewód pokarmowy.

**M. Bojasiński. Otrucie esencją octową resp. kwasem octowym.** Medycyna, str. 301.

Autor zwraca uwagę na częstość zatrucia kwasem octowym w okolicach Grodziska i Pruszkowa u dzieci z powodu niedozoru i łatwości otrzymania tego produktu, dzięki znacznej ilości fabryk esencji w okolicy. Spostrzegwał on 4 przypadki zatrucia, z tych 2 zakończone śmiercią, a we wszystkich na plan główny występowały zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych. Z tego względu autor zaleca zwrócić przy leczeniu główną uwagę na środki zapobiegające następstwu zatrucia—



nduszeniu, oraz żąda wydania przepisów, ograniczających dostępność esencji.

**M. Bojasiński. Z dziejów morfinizmu.** Medycyna, str. 70.

W notatce tej autor podaje przypadek 22-letniego przyjmowania morfiny *per os* w roztworze, gdzie dawka dzienna doszła do gr. X *pro die*. Z początku objawy wyniszczenia były niewielkie, później jednak już po wyżyciu 7—8 funtów morfiny, nastąpiła śmierć z wyniszczenia. Próby leczenia, kilkakrotnie podejmowane, pozostały bez skutku.

**J. Bączkiewicz. O szybkości wchłaniania jodku potasu w kiszce prostej.** Pam. Tow. Lek. str. 112.

Dotychczasowe doświadczenia nad zdolnością wchłaniania w kiszce prostej były wykonywane w warunkach prawidłowych, podczas gdy tą drogą wprowadzania leków posługujemy się głównie w stanie chorobowym ustroju, z tego względu podjął autor tę kwestyę i przeprowadził odpowiednie badania w szpitalu Ś-go Ducha.

W tym celu chorym podawano jodek potasu w ilości 10 gm. w postaci lawatyw z 20% roztworu wodnego o ciepłocie 35° C., lub w postaci czopków z masła kakaowego i poszukiwano jodu w ślinie. Przemysłań kiszki przed podaniem środka skutkiem tego, iż wywoływały wypróżnienia w czasie doświadczeń zaprzestano; ograniczył się autor na sprawdzaniu zapomocą palca stopnia wypełnienia kiszki.

Z doświadczeń swych, zestawionych w tablicy, autor wysnuwa następujące wnioski. Fizjologicznie jod, wprowadzony do kiszki prostej, ukazuje się w ślinie przecięciowo po 7 min. (5—9 min.), w sprawach w samej kiszce (rak) lub w bliskości (zapalenie okołomaciczne, krwistek zamaciczny) wchłanianie KI, ulega opóźnieniu; ten sam skutek powodują w większym jeszcze stopniu obrzęki ogólne i zastoje żyłne, a stopień opóźnienia w tym względzie zależy od natężenia cierpienia. Jodek potasu wreszcie łatwiej się wchłania z roztworów, niż z czopków.

**H. Kucharzewski. O leczniczym działaniu fenokolu.** Kronika Lekarska, str. 627.

Zachęcony wynikami, otrzymanymi z chlorkiem fenokolu przez HERTEL'a i HERZOG'a, autor rozpoczął z nim próby w szpitalu Ewangelickim. Działanie tego środka obserwował w 15 przypadkach, mianowicie: w 3 przypadkach suchot płucnych, po jednym tyfusu brzuszego, róży twarzy, kamicy żółciowej, przewlekłego zapalenia rdzenia, nerwobólu twarzy, w 5 przypadkach gośca stawowego i 2 rwy kulszowej. Ze swych spostrzeżeń autor wysnuwa wnioski, iż fenokol w dawkach 0,5—0,6 co 2 godz. jest dobrym i pewnym środkiem przeciwgorączkowym; jedna dawka nieraz wystarczała do utrzymania ciepłoty prawidłowej, zwykle w tym celu trzeba było 2—3 dawek. Spadkowi ciepłoty towarzyszyły niekiedy poty, a podnoszeniu się ciepłoty niekiedy dreszcze. Jako antineuralgicznie działa kojąco w dawkach 0,5 gm. 3—5 r. dz., niekiedy bóle tylko się zmniejszały. Działanie przeciwgośceowe tego środka w goścu przewlekłym było bardzo dodatnie. W ostrym goścu zauważył



autor tylko działanie przeciwgorączkowe. *Phenocollum hydrochloricum* stosował autor *per os*, lub podskórnie (przy rwie) w roztworze glicerynowym. Ze strony serca, płuc, przewodu pokarmowego, skóry lub nerek działania ubocznego autor nie widział; odczyn HERTL'a nie zawsze można było wykazać w moczu, który zazwyczaj bywał ciemny.

**J. Zawadzki. Przyczynę do kwestyi zbiorowego zatrucia tlenkiem węgla.** Kronika Lek. str. 713.

Autor podnosi kwestyję oddziaływania warunków miejscowych pomieszczenia na stopień zatrucia tlenkiem węgla współcześnie kilku osób i przytacza dwa identyczne nieomal przypadki, gdzie rozmieszczenie drzwi i pieców miały wpływ widoczny na stopień zagorzenia. Opisując dokładnie plan sytuacyjny mieszkań, gdzie się zdarzyło zatrucie, oraz podając odpowiednie rysunki ze swych spostrzeżeń, autor dochodzi do wniosku, iż w każdym pojedynczym przypadku zbiorowego zatrucia tlenkiem węgla winniśmy zwracać baczniejszą uwagę na rozmieszczenie osób i plan pomieszczenia. Obok czasu przebywania w przestrzeni, napełnionej tlenkiem węgla, bliskości otworów zewnętrznych i t. p. zwracać winniśmy uwagę na prąd najwyższej wentylacji. Dalej autor żąda, aby pod żadnym pozorem w ekspertyzach lekarsko-sądowych, lekarz sądowy bez planu sytuacyjnego pomieszczenia nie twierdził, iż osoby śpiące obok drzwi i okien ulegają słabszemu zatruciu, niż śpiące obok źródła wytwarzania się gazu, ale w każdym pojedynczym przypadku winien dokładnie zbadać warunki pomieszczenia, wreszcie autor nadmienia, iż zgadza się z SEIDLEM co do poglądu, iż przy zatruciu tlenkiem węgla wrażliwość indywidualna małą odgrywa rolę.

**Jerzykowski. Przypadek otrucia ulepkim makowcowym.** Nowiny Lekarskie, str. 151.

Autor opisuje przypadek zatrucia ulepkim makowcowym, zadannym w ilości 1 łyżeczki kawianej dziecku 10 dniowemu. Dziecko w chwili, kiedy autor widział je po raz pierwszy, było w stanie zapaści: zwięźlenie źrenic, tętno niewyczuwalne, oddech powierzchowny sinica i oziębienie kończyn. Zastosowane sztuczne oddechanie w ciągu 3 godzin chwilowe tylko wywołało polepszenie oddechu i tętna, poczem znów wystąpiła zapaść, która ustąpiła po dwu godzinnem stosowaniu sztucznego oddechania, wstrzyknięciu kamfory, podaniu czarnej kawy z koniakiem. Śpiączka trwała 10 godzin, a do karmienia trzeba było dziecko cucić. Po zupełnem przebudzeniu wystąpiło kilkudniowe zaparcie stołca.

**F. Chłapowski. O zielonym i modrym moczu.** Nowiny Lekarskie, str. 13.

Autor opisuje przypadek, gdzie po przemyciu żołądka z upośledzonym wchłanianiem i o ile się zdaje rakiem krzywizny małej, zapomocą roztworu pyoktaniny 1:20000 i 1:10000 wystąpiło 30 godzinne zabarwienie na zielono moczu, podczas gdy u autora trwało to zabar-



wienie zaledwie 7 godzin.—Tak długie wydzielanie się barwnika zależy według autora od upośledzonego wchłaniania w żołądku i z tego względu autor poleca pyoktaninę do oznaczenia szybkości wchłaniania w tym narzędzie, pyoktanina bowiem łatwiej się wykazać daje w moczu, niż jodek potasu. Wreszcie autor zaznacza, iż dzięki własności pyoktaniny zabarwiania moczu można ją dodawać do leków, gdy mamy do czynienia z chorym co do którego mamy wątpliwości, iż zażywa lekarstwa.

Pyoktaninę autor zaleca w małych dawkach i uważa ją za ciało dość słabe, gdyż przy gotowaniu i zadawaniu z rozmaitymi odczynnikami nie zmienia się zupełnie.

**J. Pawiński. O stosowaniu kofeiny w chorobach serca.** Gaz. Lek. str. 1, 40, 61, 77, 117, 140, 160, 171, 205.

Patrz dział Choroby naczyń serca i nerek.

**Czarkowski. O podniecającem działaniu kofeiny na mózg alkoholików.** Gaz. Lek. str. 963.

Autor w 3 przypadkach przewlekłego alkoholizmu spostrzegał objawy zatrucia, po podaniu kilku niezbyt wielkich dawek kofeiny. Zpośród objawów zatrucia zanotować należy podniecenie jak przestрах, trwoga lub przeciwnie wczesna, niewytłomaczona wesołość. Objawy te szybko ustępowały po odstawieniu kofeiny i trwalszych śladów nie pozostawiały.

Autor opierając się na powyższych spostrzeżeniach, zaleca umiarkowanie i ostrożność w podawaniu kofeiny osobom, stale nadużywającym napojów wysokokowych.

**Wojtaszek. O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustroj zwierzęcy.** Przegl. Lek. str. 53, 70, 83.

Z licznych doświadczeń, dokonywanych na zwierzętach, wyprowadza autor następujące wnioski, które wobec teorii działania żelaza na ustroj posiadają pewną wartość.

Żelazo trująco działać może jedynie wtedy, gdy zostanie wprowadzone do żył lub podskórnice, przy podawaniu wewnętrznem natomiast nie posiada żadnego trującego działania.

Działanie trujące żelaza polega na porażeniu układu nerwowego ośrodkowego, poprzedzonego zazwyczaj przez krótko trwałe pobudzenie. Śmierć następuje przy zatruciu skutkiem porażenia ośrodków oddechowych.

Obok porażenia ośrodków, w mniejszych wstrzykiwane dawkach, ale przez czas dłuższy, żelazo działa na nerki, wywołując w nich zmiany o cechach zapalnych.

Na mięsień sercowy żelazo nie działa, nie działa również i na krążenie krwi. Ztąd też, zdaniem autora, niema zasady przypisywać krwotoków, występujących jakoby po nadużyciu żelaza, jak chce SCHARFF, podniesieniu ciśnienia tętniczego po nad normę, gdyż ciśnienie nie wzmagą się po żelazie, ale łacniej przypisać je należy powrotowi



ciśnienia do wysokości prawidłowej, co może ułatwić krwawienie tam, gdzie ono ustało jedynie skutkiem obniżonego ciśnienia.

Wstrzykiwania podskórne przetworów żelaza częstokroć wywołują ropnie, nie jest przeto autor ich zwolennikiem w terapii. Z rozmaitych przetworów zaleca przede wszystkim związku z kwasami organicznymi, zdaniem jego bowiem mniej drażnią przewod pokarmowy i łatwiej ulegają wchłanianiu, mleczan żelaza uważa za przetwór nieodpowiedni. Do wstrzykiwań podskórnych, jako środek najmniej drażniący, poleca *ferrum pyrophosphoricum cum natrio citrico*.

**Rosenblatt.** **Niezwykły stopień idyjosynkrazji względem przetworów rtęciowych.** Przegl. Lekarski, str. 349.

Autor opisuje 2 przypadki idyjosynkrazji względem rtęci, którą wykrył przypadkowo. Wezwany do chorego dziecka, przepisał kalomel. Na drugi dzień u matki dziecka wystąpiła wysypka o cechach płonicowych na tułowiu i twarzy, z czego chora wywnioskowała, iż pochodzi to od pocałunków dziecka, które zażywało kalomel. Z wywiadów autor dowiedział się, iż p. Ch. od 21 roku życia przy każdym zetknięciu z rtęcią lub przetworami rtęciowymi dostawała podobnej wysypki. Pierwszy raz miało to miejsce przy dotknięciu się do rtęci z termometru, drugi po zażyciu kalomelu, trzeci po maści *hydrarg. praec. alb.* Wysypce nieraz towarzyszyła kilkudniowa gorączka i następcze łuszczenie naskórka.

Podobną idyjosynkrazję zdradza starsza jej 15-letnia córka. Pacjentka autora, druga jej córka, zniosła kalomel dobrze.

**J. Skłodowski.** **Moczopędne działanie kalomelu w chorobach nerek.** Gaz. Lek. str. 490, 525, 546, 564 i 579.

Patrz dział X. D. Choroby serca naczyń i nerek.

**S. Bądyński.** **O zwierciadle kadmowem, otrzymanem przy badaniu na rtęć według metody Ludwiga.** Gaz. Lek. str. 116.

Jak wiadomo, metoda LUDWIGA polega na strąceniu rtęci przez pył cynkowy i prażeniu osadu w rurce szklanej; powstawanie zwierciadła w miejscu rurki nieograniczone świadczy o obecności rtęci. Autor zwraca uwagę, iż przy tej metodzie mogą powstać omyłki, gdyż podobne zwierciadło daje kadm, często zawarty w pyłku cynkowym. Z tego powodu w każdym przypadku radzi autor próbować pył cynkowy na obecność kadmu, albo zastąpić go proszkiem, opiłkami, blaszką miedzianą, wreszcie wata z mosiędzu lub złotkiem mosiężnym.



## VII. DYJAGNOSTYKA LEKARSKA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

**S. Bądryński. O metodzie Sjöquist'a, oznaczenia kwasu solnego w zawartości żołądka.** Gaz. Lek., str. 89.

Przekonawszy się, że błąd przy oznaczaniu kwasu solnego według metody Sjöquist'a zależy od rozkładu materij białkowych, których S i P, po wyżarzeniu mieszaniny, tworzy po dodaniu  $BaCO_3$ , siarczan i fosforan baryty, rugujące równoważną ilość HCl, zaleca B. dodawać octan baryty który, jako ciało rozpuszczalne i zamieniające się przy żarzeniu na węglan baryty, sprawia dokładne zmieszanie  $BaCO_3$  z rozkładającym się białkiem, zatrzymuje S i P przez to zapobiega rozkładowi  $BaCl_2$ . W doświadczeniach kontrolujących przekonał się B., że błąd przy oznaczeniu Cl w  $BaCl_2$  wahał się w granicach 1,6—2,3%, przy oznaczeniu Ba 2,2%—2,7% wynosił w jednym tylko doświadczeniu dochodził do 4,2%).

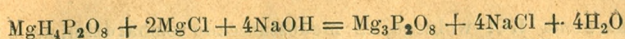
**Z. Mierzyński. O znaczeniu prób Günzburg'a i Boas'a.** Gaz. Lek. str. 425.

Fosforan wapnia jednozasadowy [ $Ca(H_2PO_4)_2$ ] nie zmienia zabarwienia czerwieni kongo, metylvioletu, tropeoliny, metyloranżu, natomiast z odczynnikami GÜNZBURG'a i BOAS'a daje bardzo wyraźne purpurowe zabarwienie. Fakt ten zmniejsza wartość dyjagnostyczną dwóch ostatnich prób tembardziej, że w zawartości żołądka kwaśne fosforany stale wykrywali BIDDER i SCHMIDT, LEO, MALY, KLEMPERER i inni.

**Z. Mierzyński. O oznaczeniu kwasu solnego w zawartości żołądka.** Gaz. Lek., str. 885.

Dodając do wskazanych przez DMOCHOWSKIEGO (p. Przegl. piśm. za r. 1891, str. 41) 2 błędy powstające przy oznaczeniu kwasu solnego metodą Sjöquist'a (rozkład  $BaCl_2$  przez węglany potasowców i odflebianie  $BaSO_4$  przez C filtru na BaS) autor na podstawie dokonanych, a w oryginale przytoczonych doświadczeń do oznaczenia ogólnej kwasności soku żołądkowego, zaleca używać wyłącznie fenolftaleiny, która stanowi wskaźnik nie tylko odnośnie do kwasów mineralnych, lecz i organicznych oraz soli kwaśnych. Co się zaś tyczy ilościowego oznaczenia HCl, to za najprostszą i najdokładniejszą uznaje metodę SEEMANN'a z metyloranżem jako wskaźnikiem, który nie zmienia się pod wpływem kwaśnych fosforanów. Jeżeli po oznaczeniu HCl do tejże próby dodać fenolftaleiny i miareczkować, natenczas liczba zużytych c. sz.  $\frac{1}{10}nNaOH$  oznaczać będzie ilość kwaśnych fosforanów według równania:





a z tych wynika, że 1 cząsteczka  $\text{P}_2\text{O}_5 = 4$  cz.  $\text{NOH}$

czyli że 1 cz.  $\frac{1}{10}\text{nNaOH} = 0,00355 \text{ P}_2\text{O}_5$ .

**A. Mizerski i L. Nencki.** Przegląd krytyczny sposobów oznaczenia zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym. *Gaz. Lek.* str 357, 384.

Krytyce poddają autorzy 3 metody, używane przeważnie w praktyce klinicznej, mianowicie: 1) metodę barytową SJÖQUIST'a, 2) alkalimetryczną SEEMANN-BRAUN'a, 3) chlorometryczną PROUT-WINTER'a.

Ad 1-um. Metoda SJÖQUIST'a na podstawie doświadczeń, dokonanych w pracowni L. NENCKIEGO przez DMOCHOWSKIEGO (p. *Przeł. piśm.* 1891 str. 41) ma być uważaną za przydatną tylko przy zwęglaniu zawartości żołądka z  $\text{BaCO}_3$ .

Ad 2-um. Metoda alkalimetryczna jest od poprzedniej łatwiejszą, prostszą i dogodniejszą dla praktyki klinicznej. Przeprowadzając doświadczenia porównawcze przy użyciu metody SEEMANN'a i metody chlorometrycznej poprzednio przez M. i N. podanej (p. *Przeł. piśm.* 1891 str. 43) otrzymali cyfry jednoznaczne; w niektórych jednak analizach metoda alkalimetryczna dawała cyfry większe o 0,006 — 0,012 HCl na 100 soku żołądkowego. Błąd ten zależy od obecności większej ilości ciał białkowych, (przemiana zawartej w nich siarki na kwas siarczany) i usuniętym być może przez uprzednie strącenie, z soku zalkalizowanego, białka i peptonu zapomocą taniny. Przy oznaczeniu kwasności soku żołądkowego za wskaźnik zalecają autorzy fenolfaleinę, gdyż inne barwniki (metyloranż, cyanina, lakmus, kwas rozolowy i t. d.) wrażliwość obecności materij białkowych nie dają wyraźnej barwy przejściowej i wykazują kwasność mniejszą od rzeczywistej.

Metody barytowa i alkalimetryczna oznaczają całkowitą zawartość kwasu solnego t. j. kwas solny wolny i związany. Z doświadczeń wykonanych przez autorów wynika, że 100 części peptonu łączy się 16 cz. HCl i z 53,4 HBr czyli że 1 cząsteczka peptonu łączy się co najmniej z 2 cz. HCl i 3 cz. HBr. Związek HCl z peptonem jest stałym, nie podlega dysoecjacji, t. j. nie rozkłada się przy 100°, a HCl w nim zawarty ma wszelkie własności HCl wolnego; oznaczyć go można alkalimetrycznie i wykryć zapomocą wszystkich dla HCl charakterystycznych odczynników, (kongo, metylviolet, odczynnik GÜNZBURGA i t. d.).

Ad 3-um. Porównując metodę PROUT-WINTER'a z metodą alkalimetryczną w rozbiórach sztucznego soku żołądkowego, dochodzą autorzy do przekonania, że metoda chlorometryczna jest najodpowiedniejsza, gdyż daje możność oznaczenia wszystkich składników chlorowych zawartości żołądka, jest nadto ścisłą, prostą i łatwą w wykonaniu.

Wobec tego, że przy analizach dokonanych metodą PROUT-WINTER'a, połączenia HCl z ciałami organicznymi występują jako główny produkt trawienia i stanowią niejako miarę zdolności peptonizującej żołądka, M. i N. uważają wszystkie metody, ograniczające się wyłącznie



do oznaczenia HCl wolnego, za niedostateczne tembardziej, że, z wyjątkiem metody HOFFMANN'a i JOLLES'a, opierają się one na fałszywej zasadzie oznaczeń acydymetrycznych przy użyciu wskaźników barwnikowych; wiadomo bowiem, że nadmiar mleka, cukru, krochmalu, białka, peptonu wstrzymuje częściowo lub zupełnie wystąpienie charakterystycznego odczynu. Zdanie to stosują autorzy do metody barwnikowej. MINTZA, którą sprawdzali w porównaniu z metodą chlorometryczną PROUT-WINTER'a.

**J. Opieński i J. Rozenzweig. Kilka uwag o metodach oznaczenia ilościowego kwasu solnego w treści żołądkowej.** Przegl. Lek. str. 429.

Na podstawie 8 doświadczeń, przeprowadzonych porównawczo ze sztucznym sokiem żołądkowym, w celu ilościowego oznaczenia kwasu solnego zapomocą metod SJÖQUIST'a, MINTZA, SEEMANN'a, za najwięcej przydatny do celów klinicznych i najdogodniejszy uważają autorzy sposób SEEMANN'a, który w jednej próbie daje możność oznaczenia ogólnej kwaśności, kwasu solnego i kwasów tłuszczowych. Zamiast lakmusu, jako wskaźnik, zalecają O. i R. użycie czułych papierków lakmusowych

**T. Heryng. O zastosowaniu prześwietlania elektrycznego do badania jam i organów ustroju.** Gaz. Lek. str. 171, 199.

W poruszonej przez się w 1889 r. kwestyi rozpoznawania zapalenia ropnego jamy HIGHMOR'a zapomocą prześwietlania H. dodaje, że w przeszło 30 przypadkach stwierdził to cierpienie bez użycia operacyjnych zabiegów badania. Również udało się autorowi prześwietlić jamę czołową (najdogodniej zapomocą przyrządu VOHSEN'a), (wspólnie z GURANOWSKIM) wyrostek sutkowy, wreszcie pęcherz oraz przednią i tylną ścianę pochwy. Doświadczenie na kocie przekonało autora, że prześwietlenie płuc i aorty u zwierząt jest możliwem, a w przypadku stwierdzonego za życia raka krezki przy sekcji przez prześwietlenie H. miał możność oznaczyć dokładnie jego istotne kontury. Zapomocą zbudowanego przez się a dokładnie w pracy opisanego dyjafanoskopu wspólnie z REICHMANEM w jednym przypadku oznaczył dolną i boczne granice żołądka oraz dolną i lewą granicę wątroby, a rozpoznanie to innemi potwierdził metodami; wreszcie w przypadku dotyczącym chorej, cierpiącej na *colectasia* po wprowadzeniu przez odbytnicę 2000 ctm. wody i wsunięciu aż pod okolicę żebrów lewą lampki EDISSON'a, H. i R. zauważyli jasno-czerwony pas poprzeczny 14 ctm. szerokości, który sięgał od prawego do lewego podżebra i odpowiadać miał poprzecznicy. Metoda prześwietlania, według twierdzenia autora, okazać się może przydatną do oznaczenia górnej granicy żołądka, granic wątroby i śledziony.



## VIII. TERAPIJA OGÓLNA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

**C. Wroczyński.** Kilka słów w kwestyi wskazań dla upustu krwi. Gaz. Lek. str. 507.

Upust krwi według twierdzenia autora wskazanym bywa: 1-o przy osłabieniu mięśnia sercowego, wynikłego wskutek znacznych przeszkód w małym krążeniu (*pneumonia crouposa*, *pleuritis exsudativa*, *vitia cordis*) lub przy przeszkodach w całym układzie naczyniowym z powodu miażdżycy tętnic i następujących zmian troficznych w mięśniu sercowym; 2-o przy objawach zatrucia produktami przemiany materii w przebiegu *diathesis arthritica*, *uraemia*, *diabetes*, *eclampsia grav. e part.* Co się zaś tyczy upustu krwi przy blednicy, w ostatnich czasach przez niektórych autorów zalecanego, to zabieg ten wobec znacznego stopnia w tych razach występującej niedokrwistości uważa W. za ryzykowny.

**F. Arnstein.** O upuście krwi ogólnym w praktyce włościańskiej u nas. O jego skuteczności, przez autosugestyję. Med. str. 40.

Wobec zakorzenionego u ludu przekonania o potrzebie upustu krwi przy najrozmaitszych dolegliwościach, autor radzi w praktyce włościańskiej zabieg ten stosować w celu wywołania autosugestyji. W 2 przytoczonych w pracy przypadkach terapija pierwotnie zaordynowana dopiero po upuście krwi okazała się skuteczną.

## IX. KLIMATOLOGIJA, BALNEOLOGIJA I HYDROTERAPIJA.

Sprawozdawca

H. Dobrzycki.

**Jaworski W.** Uwagi nad leczeniem w Sanatoryjach dla chorych na gruźlicę płuc. Przegl. Lek. str. 226 i 243.

Praca powyższa lubo nie zawiera w sobie nic nowego, przeprowadza jednak bardzo dobrze zcharakteryzowaną paralelę pomiędzy leczeniem chorych piersiowych w sanatoryjach zamkniętych, takich jak Goerbersdorf, Falkenstein, Davos i t. d., a leczeniem hotelowym w t. z. miejscowościach klimatycznych. I tak: gdy pierwsze zakładają się



w miejscowościach na ten cel odszukanych i starannie pod względem zdrowotnym ocenionych, drugie, t. j. hotele, sadowią się w miejscach najwidoczniejszych, w ogniskach ruchu, ze względu na stronę dochodową. Sanatoryja zamknięte zbudowane są w sposób, zapewniający dostęp słońcu do wszystkich mieszkań dla chorych; hotelarz zaś mieści chorych nawet tam, gdzie promień słońca nigdy nie dochodzi.

Najważniejszym czynnikiem leczniczym jest możebnie długi, ciągły nawet, pobyt chorego na otwartem powietrzu (*Freiluftcur*), ku czemu istnieją odpowiednie urządzenia w zakładach specjalnych; w hotelach jest to absolutnie niemożliwym. W zakładach chorzy jedzą ile chcą, i oniemi kiedy chcą (sześć razy dziennie), w obecności lekarza, którego najusilniejszym dążeniem jest, aby chorzy możebnie obficie się odżywiali, bo od tego w znacznej części wynik leczniczy jest zależnym; lekarz sam ich zachęca, oraz zmienia dyjetę w razie potrzeby i czuwa nad kuchnią. W hotelu dają 3 razy dziennie zwykle to, co sami chcą, wcale nie zwracając na to uwagi, jak i ile chorzy jedzą, owszem, nawet chętniej patrzą na tych, którzy nie jedzą. Dozór lekarski w zakładach jest zapewniony; pacjent przechodzi w zakładzie rodzaj szkoły, uczy się rozsądnego sposobu zachowywania się, co w przyszłości może mu nieraz życie ocalić. W hotelach nie podobnego nie istnieje. Chory, gdyby nawet codziennie był przez lekarza odwiedzany, doznawszy choć lekkiego polepszenia, łatwo się zapomina, korzysta ze swobody, udaje się nieraz na karkołomne wycieczki i często zmienia miejsce swego pobytu bez żadnej uzasadnionej potrzeby, trafiając na jeszcze gorsze warunki, aniżeli je miał poprzednio. Słowem, istnieje cały szereg danych, stanowiących o całe niebo wyżej prowadzenie kuracji w zakładach takich jak Goerbersdorf, aniżeli np. w hotelach na Rivierze.

Gdy jednakże leczenie w dobrze urządzonych zakładach dostępem jest tylko dla ludzi zamożniejszych, przeto, chcąc udostępnić możliwość korzystania z podobnego leczenia i ludziom niezamożnym, należałoby zbiorowemi, współkowemi siłami starać się o zakładanie podobnych sanatoryjów w kraju, t. zw. przez autora sanatoryjów ludowych, co już wielokrotnie i przez innych podnoszonym było. Nawet dla chorych zamożnych obecnie istniejąca liczba sanatoryjów jest za mała i w małej tylko części czyni zadość istotnej potrzebie.

#### **Ja w o r s k i W. Kilka słów o zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim. (Gaz. Lek. str. 497).**

Autor miał sposobność robienia spostrzeżeń w sanatoryjum dla chorych piersiowych dra Turbana w klimacie wysokogórskim w Davos, wyniesionem 1576 m., czyli około 5500 stóp n. p. m., u 44 chorych (przeważnie suchotników) z wybitnymi objawami dyspeptycznymi, jako to: brakiem łaknienia, ciśnieniem w żołądku po zjedzeniu, bólami w żołądku i wreszcie wymiotami. Z uwagi, iż objawy dyspeptyczne u suchotników nie przedstawiają nic swoistego, t. j. że mają przebieg taki, jak nie u suchotników, oraz z uwagi, że wszyscy spostrzegani znajdowali się ściśle w jednakowych warunkach, można wyprowadzonym przez autora wnio-



skom przypisać cechy należytej ściśłości. U 30 dyspeptyków, u których objawy niestrawności znikły, przybytek na wadze był nieco mniejszy, niż u chorych nie cierpiących na żołądek, lecz w każdym razie bardzo był znaczny, bo aż do 15,5 kg. dochodzący. Ponieważ wyniki te otrzymano u chorych zamożnych, którzy, zamieszkując niziny, znajdowali się w bardzo dobrych warunkach higienicznych i mieli wielkie wygody, przeto przypisuje je autor klimatowi wysokogórskiemu, a celem wyrażenia tego, przytacza autor 3 historyje chorób, które w sposób oczywisty uzasadniają jego twierdzenie.—Chorych z przypadłościami jelit, a mianowicie: cierpiących na zaparcie stolca, biegunkę, lub guzy krwawicowe, spostrzegł autor 25. Z tych 15 wyleczyło się całkowicie, u 5-ii nastąpiła znaczna poprawa, u 5-ii zaś tylko stan pozostał ten sam. W jaki sposób klimat górski działa w tym razie, trudno jest ściśle zformułować; zdaniem autora, lepsze odżywianie błon śluzowych, a tąd energiczniejsza sprawność przewodu pokarmowego, gra tu zapewne dodatnią rolę, zwłaszcza, że, jak to EGGER wykazał, w klimacie wysokogórskim ilość czerwonych ciałek krwi o 10% się zwiększa. Nadto, szybkie parowanie skóry i utrata części płynnych z oddychaniem, znikanie potów, szorstkość skóry, zmniejszanie się wysięków opłucnowych i t. d., co wszystko ma miejsce w górskim klimacie, ma za następstwo wzmożone wessanie w przewodzie pokarmowym. Tem się tłumaczy, fakt, iż osoby, które przedtem nawet małych ilości płynów nie znosiły, piją po 10 szklanek mleka w Davos. Z ustępowania objawów dyspeptycznych u znacznej większości chorych, a także łatwiejszej przyswajalności przez drogi pokarmowe, można wyprowadzić ten pośredni wniosek, że tam, gdzie chodzi o szybkie tuczenie i możebne wyrównanie utrat przez sprawę chorobną spowodowanych, klimat górski ważną odegrywa rolę.

**Dobrzycki H. Sławuta, zakład kumysowy oraz klimatyczna stacja leśna. Sprawozd. z działaln. lek. za r. 1891.** (Medycyna, str. 321 i 349).

Po krótkim scharakteryzowaniu danego sezonu leczniczego pod względem klimatycznym i zaznaczeniu, że pewne wahania w stosunkach klimatycznych w ostatnich latach na wielkich przestrzeniach stwierdzić się dają, zwraca D. uwagę na niewłaściwość przyjętego zwyczaju końca sezonu leczniczego z początkiem września, gdyż miesiąc ten pod względem klimatycznym należy w naszej strefie do bardzo korzystnych; że raczej należałoby ograniczyć sezon w początkowym jego okresie, a wrzesień cały spożytkować na leczenie. Ogólna ilość chorych leczonych przez D. wynosiła osób 522, z których przedmiotem dłuższej obserwacji było osób 490; z tych znowu było 353 osób różnym chorobom płuc (przeważnie gruźlicy) uległych, gdy reszta, t. j. 119 leczyła się na wszelkie inne choroby, mianowicie na nieżyty dróg pokarmowych, niedokrwiłość i osłabienie po wycieńczających chorobach.—Chorych piersiowych rozklasyfikował autor na cztery grupy: I obejmująca przewlekłe sprawy nieżytowe dróg oddechowych—tych było 34 przypadki; II-ga stanowiła



przypadki ze zmianami mięsznu, atoli bezrędaających się wykazać zniszczeń tkanki—przypadków 196; III-cia ze zniszczeniami przy względnie niezłym stanie ogólnym—przypadków 104; IV wysoki stopień rozwinięcia się choroby przy silnem podkopaniu ogólnego odżywiania i licznych powikłaniach ze strony innych narządów—tych ostatnich było 19. Nadto, do liczby tych chorych włączonymi zostali ulegli gruźlicy krtani, których było 31, a z cierpieniami krtani niegruźliczej natury 3—razem 34. Jako środek leczniczy stawia autor na pierwszym planie działanie leśnego klimatu, mogącego wytrzymać porównanie z górskim i morskim klimatem, szczególnie w przypadkach, którym nie towarzyszy zbyt wysoka gorączka. Kumys, odżyweza dyjeta, miejscowe (operacyjne) leczenie cierpień gruźliczych krtani, oprócz innych leków o ustalonych wskazaniach, dopełniało szeregu stosowanych środków leczniczych.—Pod względem wyników leczniczych, to najlepsze otrzymano w grupie I-ej i III-ej, mniej w II-ej i jeszcze mniej w IV-ej, która właściwie składała się z chorych niekwalifikujących się do żadnego leczenia i którzy całkiem niewłaściwie przysłani zostali do Sławuty. Ogólny wniosek, jaki autor wyprowadza tak z ostatniego roku, jak i z szeregu lat poprzednich, jest ten, że klimat swojski, leśny, wybornie się nadaje nie tylko do leczenia chorych piersiowych, lecz z wielką korzyścią stosować się daje we wszelkich przypadkach cechujących się opieszalą wymianą materij. Z cierpień niegruźliczej natury zwraca autor uwagę na nieżyty dróg pokarmowych, które w klimacie leśnym, przy kuracji kumysowej, oraz właściwej dyjecie dają bardzo dobre wyniki lecznicze, szczególnie w przypadkach, którym towarzyszy wycieńczenie lub neurastenija.

**Ponikło St. O Jaszczurówce. Sprawozdanie przedstawione komisji przemysłowo-lekars. Tow. lek. Krak. Przegl. Lek. str. 229.**

Autor przedewszystkiem zaznacza, iż J. jeszcze przed niewielu laty była dzikim zakątkiem górskim, gdy dziś ta cieplica górską w sąsiedztwie najbliższem Zakopanego będąca, ma drogi bite, liczne wille, hotel obszerny, kurhaus i t. p. Następnie w 8-iu oddzielnych punktach wylicza P. szczegółowo co od r. 1883 po dziś dzień zrobiono. I tak, J. posiada dziś (czego przedtem nie było) 3 zbiorniki do ujęcia wody ciepliczej, 50 pokoi wygodnie urządzonych, z piecami i wszelkimi potrzebami, restaurację, ścieżkę kuracyjną „à la Oertel“, oraz łatwe komunikacje. Z czynników leczniczych są: 1) wyniesienie 907 m., 2) sąsiedztwo lasów obszernych (iglastych), 3) wodę o ciepłocie 20,4 C. (cieplica obojętna, uboga w składniki stałe) i 4) klimat podalpejski. Jaszczurówka jest niepośledniem miejscem klim. leczniczem w stosownie dobranych przypadkach chorobowych, oraz tonizującym miejscem dla zdrowych, latem wypoczynku potrzebujących.

**Tymowski J. Rzut oka na wyniki lecznicze 15-letniej praktyki w San-Remo. Medycyna, str. 397 i 416.**

Po krótkim wstępie, w którym autor uzasadnia twierdzenie, iż przedstawienie wyników leczniczych w odsetkach stanowiłoby statysty-



kę bez wartości i nie budziłoby zaufania, uważa autor za właściwe za-  
 stanowić się nad stanem obecnym, „*status praesens*“ chorych i zarazem  
 dodaje, iż chorzy, którzy po większej części w stanie rozpaczliwym  
 przybywali, nie byli przez lekarzy tam skierowywani, lecz z własnej  
 pobudki jako ostatej deski zbawienia, czepiali się klimatu. Dalej pod-  
 nosi autor sumiennosc lekarzy polskich, którzy przypadków beznadziej-  
 nych do leczenia klimatem nie kwalifikują, gdy tymczasem lekarze innych  
 krajów wysyłają jak dawniej chorych nieprzedstawiających najmniej-  
 szych nawet widoków poprawy. Stwierdziwszy, iż obecnie powracamy  
 znowu do poglądu, że dobry klimat i dobre higieniczne warunki są naj-  
 dzielniejszymi środkami w leczeniu suchot, wylicza autor całe szeregi  
 używanych środków, pomiędzy którymi niemało znalazło się szkodliwych,  
 raz z powodu, iż lekarze i chorzy ich nadużywali, jak np. arsenu i kreoz-  
 zotu, powtóre, że wiele z nich było wprost szkodliwych samych przez  
 się, jak tuberkulina lub powietrze gorące; przyznaje autor najwięcej  
 względnej skuteczności, na zasadzie własnego doświadczenia: arseniko-  
 wi, ostrożnie dłuższy czas stosowanemu, lecz w dawkach nie przekra-  
 czających 0,005 dziennie kwasu arsenowego, terpentynie (wcieranie  
 w skórę, wziewanie, lub wewnętrznie do 60 kropli *pro die*; w tym osta-  
 tnie razie z przerwami 10-dniowymi co 3 tygodnie) i kreozotowi w umiar-  
 kowanych dawkach. Chorych dzieli autor na 3 grupy: a) chorych wła-  
 ściwie na leczenie klimatem Riviere przysłanych, b) niewłaściwie przy-  
 słanych i c) chorych, którzy z powodów meryjalnych lub psychicznych  
 znajdowali się w zupełnie złych dla leczenia warunkach. Pierwsza ka-  
 tegoryja, rzecz prosta, dostarczyła najwięcej uleceń lub znacznej po-  
 prawy, chociaż T. zauważył nieraz, iż chorzy trzeciej kategorii nieje-  
 dnokrotnie uleczonymi San-Remo opuszczali. Czynniki leczniczymi  
 w klimacie są: łagodna temperatura, wśród której wszelkie czynności fi-  
 zjologiczne sprawniej się odbywają, obfitosc światła przy czystej at-  
 mosferze, suchosc powietrza (w przypadkach cechujących się obfitem  
 wydzielaniem), obfitosc tlenu i ozonu, a nadto wpływ pięknego otoczenia,  
 rozległych widoków, bujnej roślinności i t. d., co razem wzięte, korzyst-  
 nie oddziaływa na usposobienie psychiczne chorych. Ostatecznie, z pra-  
 cy autora można dojść do wniosku, że wszelkie środki o tyle mogą być  
 skutecznymi, o ile ich stosowanie odbędzie się w odpowiednich klimaty-  
 cznych warunkach.

**C z a r n o c k i J. O znaczeniu praktycznem limanów i morza Czar-  
 nego w lecznictwie.** Medycyna, str. 477, 514, 527, 546.

Przedewszystkiem opisuje autor same limany: Andrejewskij, Chad-  
 zibejski, Klein-Liebenthalski i Kujaliński. Są to, jak wiadomo, zbiorniki  
 wody morskiej, ławami piaszczystymi od morza oddzielone, o poziomie  
 niższym znacznie, niż poziom morza, a które to zbiorniki przez stopnio-  
 we parowanie, szczególnie podczas pory gorącej, mogą uleść większe-  
 mu lub mniejszemu zageszczeniu; ubytek zaś wody w nich wynagradza  
 się ciąglem przesączaniem wody morskiej. Stosownie do stopnia zge-  
 szczenia soli, wody limanów mogą się w swym składzie zbliżać do źró-



deł Soden, Frankenhausen, Reichenhall, Hall i t. p., lub też, ze względu na zawartość soli kuchennej, do Kreuznach, Kissingen i t. d. Największe zagęszczenie zawartości limanu przypada na Lipice i Sierpień. Literatura limanów w języku polskim wcale nie jest obszerna; dużo pouczających badań nad limanami pod względem leczniczym dokonał dr Moczurkowski. Nie możemy tu wchodzić w szczegóły; dość zaznaczyć, że wskazania do użycia leczenia limanowego są takie same, jak do stosowania kąpiei solankowych, mułowych lub szlamowych, a po części i borowinowych. Ze względu, iż wskazania te wogóle są w nauce już ściśle sformułowane, pomijamy je tutaj, aby nie powtarzać rzeczy znanych. Najbliższym miasta jest liman Chadźibejski, przy którym istnieje miejski zakład leczniczy dla biednych i gdzie można się obeznać ze stroną techniczną różnych procedur leczniczych. Andrejewski liman, do którego się dojeżdża drogą żelazną, ze względu na wspaniałe swe urządzenie kąpielowe, mogące zaimponować nawet temu, komu pierwszorzędne zakłady kąpielowe nie są obce, godzien jest zwiedzenia. Dość należy, że w bardzo wielu miejscach, przylegających do morza Czarnego, a także i Azowskiego, limanów podobnych jest wielka obfitość. Co do samego morza Czarnego jako czynnika leczniczego, to i w tym razie służą do jego użycia (kąpiei) te same wskazania, co i dla mórz południowo-europejskich, wskazania te zatem są ustalone.

**Majkowski J. Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i letnim szpitalu św. Mikołaja w Busku podczas pory kąpielowej 1891 roku. Medycyna str. 171 i 185.**

Autor jako lekarz zakładu i szpitala ma pod ręką cały materiał statystyczny. W zakładzie leczono się 1415 osób, a w szpitalu 243, razem 1658 chorych; nadto istniał i szpital wojskowy, gdzie było leczonych 28 osób. Z ogólnej tej summy leczył M. 534 osoby, z których wyzdrowiała blisko połowa (48%), doznało polepszenia 40%, reszta zaś, t. j.  $\frac{1}{10}$  ogólnej liczby chorych, przypada na nieuleczalnych, lub takich, co do których wyniki leczenia były niewiadome. Bezwzględnie największa cyfra przypada na syfilityków, których było 612; drugie miejsce zajmują reum-artycy: 423; trzecie żołnowaci: 255; dalej chorzy z zajęciem układu nerwowego: 126; wreszcie chorzy skórni 82. Reszta, stanowiąca liczebnie małe grupy, przypada na inne cierpienia. W dziale kazuistyki opisuje autor przypadek przymiotu skórniego drobnoguziczkowego w tórnego, u 24-letniego dotąd zdrowego mężczyzny, u którego występowały trzykrotnie powroty choroby, pomimo metodycznego leczenia, co stanowi jeden dowód więcej uporeczywości tej postaci chorobowej. Drugi przypadek przymiotu trzeciorzędnego skórniego z zapaleniem okostnej i stawów zasługuje na uwagę ze względu na dobry i stosunkowo szybki wynik leczenia, polegającego na połączeniu leczenia zdrojowego z leczeniem swoistem w groźnej postaci choroby u wielce wycieńczonego osobnika. Dalej opisuje autor niezwykłą bolesność owrzodzeń u chorej, przeciwko któremu to stanowi długotrwała kąpiel mineralna z zupełnym skutkiem była zastosowana, gdy



inne środki okazały się bezskutecznymi. Wreszcie, podaje autor opis nieczęsto spotykającej się postaci choroby, był nią przymiot skórnym brodawkowaty. Nakoniec zwrócił autor uwagę na często przytrafiające się zapalenia dziąseł rzęciowe, czego w ciągu lat 12 nigdy w tym stopniu nie spostrzegł i winuje w tem deszcze i zimna, któremi się sezon sprawozdawczy wyróżniał.

**Dymnicki J. Sprawozdanie XXXIV z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku w czasie pory zdrojowej 1891 r.** Medycyna, str. 124, 140 i 156.

Liczba wszystkich chorych leczonych przez D. w Busku w sezonie sprawozdawczym wynosiła 548 chorych; rozmięcił ich autor w 7-iu grupach: pierwszą stanowili chorzy żółzowaci: tych było 62 osoby; drugą dotknięci chorobami skóry, osób 29; trzecią, chorzy dnawi i gościecowi 111; krzywicowych było 2; z chorobami nerwów 27; z przewlekłymi różnymi zapaleniami osób 38; najliczniejszy poczet przedstawiali chorzy przymiotowi, a liczba ich wynosiła 279 osób. Każdej z tych grup poświęca autor sporo miejsca, omawiając szczegółowo rolę zdroju buskiego w ich leczeniu, uzasadniając swe postępowanie lecznicze i przytaczając w treściwym opisie przypadki, mogące interesować każdego lekarza-praktyka. Jak w dawniejszych 33-ch sprawozdaniach, tak i w obecnym najszczegółowiej opracowuje autor dział przymiotu. Pouczającymi są mianowicie przypadki przez lata całe przedmiotem obserwacji będące, oraz formy lokalizujące się w układzie nerwowym. Odsyłając po szczegóły do oryginału, podamy cyfry ogólne, iż z 548 osób uleczyło się wogóle osób 299, doznało polepszenia 192, bez ulgi 33; w 24 zaś przypadkach wynik leczenia był niewiadomy.

## X. PATOLOGIIA I TERAPIJA SZCZEGÓŁOWA.

### A. Choroby ogólne (*Przemiany materji*).

Sprawozdawca

**J. Pruszyński.**

**A. Puławski. Blednica z przebiegiem gorączkowym** Gaz. Lek. str. 68. N. 4.

P. opisuje przypadek, w którym rozpoznanie wahało się przez czas pewien pomiędzy zapaleniem opon mózgowych, niedokrwiistością złośliwą, malaryją i histeryją. Była to panna lat 17, dziedzicznie do gruźlicy usposobiona, poprzednio dotknięta uporeczywą blednicą, w której nagle wystąpiły dreszcze, gorączka, ból głowy i wymioty. Przy badaniu stwier-



dzono błądność skóry i błon śluzowych, oddech szybki, tętno drobne, szybkie (120), serce w wymiarze poprzecznym powiększone, u wierzchołka szmer skurczowy, podmuchowy, burczenie w żyłach szyjowych. Zmianom tym towarzyszyła gorączka nietypowa,—na którą chinina żadnego wpływu nie wywierała; doskonały wynik z zastosowania żelaza (zupełne wyleczenie), wobec braku zmian gruźliczych w płucach, przemawiał najbardziej za błędnicą powikłaną gorączką.

#### Ż. Krówczyński. Myxoedema. Med. str. 129. N. 9.

Autor opisuje 2 przypadki obrzęku śluzowego u młodych wieśniaczek. Początek powstania tego cierpienia w obu przypadkach był niejasny. Przy badaniu pierwszego w 3-cim roku choroby stwierdzono: zgrubienie skóry na całej twarzy, zwłaszcza na policzkach i czole, obrzęk skóry powiek, zgrubienie chrzęstnej części nosa, błony śluzowej warg oraz niejednostajne zgrubienie skóry tułowia z wyjątkiem przedramion, rąk i kończyn dolnych, w których to miejscach skóra przedstawiała się prawidłową. Gruczoł tarczowy bardzo mały, a płat prawy więcej zanikły niż lewy. Głos przytępiony ochrypli. Błona bębnowa obu uszu zgrubiała, nadto z ucha prawego wyciek ropny. Po przebyciu ospy, na którą chora zapadła w szpitalu stan jej znacznie się poprawił, tak pod względem umysłowym jak i zmian skórnych. Przypadek drugi bardzo mało się różnił od pierwszego.

#### L. Knaster. Wartość lecznicza *Syzygium jambolanum* w cukrzycy. Med. str. 621, N. 37.

Autor stosował *syzygium jambolanum* w jednym przypadku cukrzycy, dotyczącym kobiety lat 20-u, u której pierwsze wyraźne objawy podmiotowe tej choroby wystąpiły 10 miesięcy przed przybyciem do kliniki. Przy badaniu stwierdzono, oprócz osłabionego oddechu pęcherzykowego i stopienia w dolnych ustępach prawego płuca, *retinitis haemorrhagica diffusa*, *cataractu incipiens utriusque oculi*, oraz osłabienie odruchów kolanowych. Przez cały czas obserwacji chora pozostawała na jednakowej dyjecie (2 jaja, kotlet lub kawałek pieczeni, filiżanka buljonu,  $\frac{1}{2}$  bułki, 2 kubki mleka, 2 kubki nieocukrzoney herbaty). Wciążu 9 dni bez używania lekarstw chora wydzielala przeciętnie *pro die* 4216 c. sz. moczu, zawierającego 323,9 cukru (metoda fermentacyjna) 32,37 mocznika (sposób BORODINA) i aceton. Po użyciu *syzygium jambolanum* w ilości od 15—45 gr. *pro die* przeciętna ilość moczu na dobę wynosiła 4307 c. sz., cukru 356,3, mocznika 29,04. Po 15 dniach leczenia stan ogólny i objawy podmiotowe pozostały bez zmiany, ilość zaś cukru jak widać z przytoczonych cyfr, nawet uległa zwiększeniu. Pozornie korzystne wyniki z zastosowania jambolu w przypadkach LEWANOWA, POSNER-EPSTEIN'a i innych upatruje autor w jednostronnem ocenianiu wartości środka na podstawie ilości wydzielanego moczu i cukru przy dyjecie węglowodanowej, wiadomo bowiem z badań HILDERBRANDT'a że jambol posiada wpływ hamujący na działanie fermentów. Co się zaś tyczy przemiany materii, to Jambol ma podobieństwo do przetworów arsenu (zmniejszenie ilości mocznika).



**T. Dunin. Przyczynę do leczenia blednicy (chlorosis).** Nowiny Lek. str. 4. N. 1.

Żelazo, według zdania autora, jest środkiem niejako specyficznym przeciwko blednicy, którego skuteczne działanie występuje dopiero przy postawieniu chorych w odpowiednich warunkach higienicznych. Jeżeli jednak pod względem leczenia tej choroby zachodzą sprzeczności w poglądach u różnych klinicystów, to zależą one niewątpliwie od sposobu rozpoznawania i metody leczenia.

Często bowiem żelazo zalecanem bywa w stanach, w których ukrwienie nie przedstawia najmniejszych zбочzeń (osoby stare) lub w przypadkach t. z. blednicy fałszywej (*pseudochlorosis*), która z blednicą nie ma wspólnego, lecz zależy od innych cierpień (początkowe okresy gruźlicy, neurastenija, hysteryja). Nieskuteczność żelaza przy blednicy prawdziwej, dość często stwierdzana, zależy według zdania autora od niedostatecznego uwzględnienia warunków higienicznych. Że przeciążenie umysłowe sprzyja rozwojowi blednicy, pod tym względem nie ma wielkiej różnicy zdań; na szkodliwość jednak innych czynników jakoto ruchu i ćwiczenia ciała albo zbyt małą zwraca się uwagę, albo co gorsza zalecane bywają spacer, gimnastyka, taniec, zabawy.

Zgadzać się z NIEMAYEREM, przy leczeniu blednicy zaleca autor przedewszystkiem mniejszy lub większy spoczynek, w zależności od natężenia sprawy chorobowej, stosując w najcięższych przypadkach, obok żelaza, kurację WEIR-MITSCHEL'a.

**F. Stampke. Kilka słów z powodu ostrego gościca stawowego i przebiegającego z nim razem zapalenia wsięrdzia i płuc. Leczenie fenacetyną.** Now. Lek. str. 223. N. 5.

Opisując jeden przypadek gościca stawowego, leczonego fenacetyną autor uważa środek ten, wogóle w 3 przypadkach przez niego zadawany, za przewyższający wszystkie inne preparaty przeciwreumatyczne. Wreszcie stara się objaśnić znany związek pomiędzy gościcem a zapaleniem wsięrdzia i płuc.

**Wł. Biegański. Mięsak limfatyczny uogólniony (Lymphosarcoma generalisatum) i stosunek jego do wrzekomej białaczkii (pseudoleukaemii).** Nowiny lekarskie, str. 451, N. 10.

Autor opisuje przypadek mięsaka limfatycznego, dotyczący 18-letniego studniarza. Przy badaniu stwierdzono stłumienie na przedniej powierzchni klatki piersiowej w postaci nieprawidłowego trójkąta, z podstawą zwróconą ku dołowi a wierzchołkiem przypadającym na lewy staw obojczyko-mostkowy, obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi, następnie gruczołów pachowych, obrzęk i sinica stóp i lewej kończyny górnej, wreszcie po 15 dniach pobytu chorego w szpitalu *Caput Medusae*. Rozpoznanie wahało się między mięsakiem złośliwym, a białaczką wrzekomą; przeciwko tej ostatniej formie przemawiały wyniki z badania krwi tak pod względem stosunków ilościowych pierwiastków upostaciowanych jak i haemoglobiny. Po 4 tygodniowym pobycie w szpitalu, chory zmarł, sekcya wykazała znacznej wielkości nowotwór wy-



pełniący śródpiersie, przyrosły do mostka i chrząstek żebrowych; otaczający i uciskający oskrzela przełyk i główne pnie naczyń. Gruzoły pachowe i szyjowe z obu stron, a nadewszystko gruczoły poza-  
 otrzewnowe i krézkowe były znacznie powiększone. Na podstawie badania klinicznego i anatomopatologicznego B. dochodzi do przekonania, że miał do czynienia z mięsakiem limfatycznym, którego przyrost do klatki piersiowej był przyczyną tętna paradoksalnego; rozszerzenie zaś żył skórnych w okolicy pępka zależało od ucisku żyły wrotnej przez powiększone gruczoły limfatyczne.

**M. Piątkowski. O działaniu benzosolu w moczówce cukrowej.** Przegl. Lek. str. 529. 541. 567. NN. 44, 45, 46.

Doświadczenia przeprowadził autor na 8 chorych w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO; głównym wskaźnikiem działania benzosolu (*benzyl guajacolu*) były własności moczu, zwłaszcza ilość dzienna wydzielanego cukru, oznaczona sposobem FEHLING'a i sprawdzana przyrządem polaryzacyjnym SOLEIL—VENTZKE'go; tak przy doświadczeniach kontrolujących, jak i podczas podawania benzosolu, uwzględniono dyjetę wyłącznie mięsną i mieszaną. Ze spostrzeżeń dokładnie opisanych wynika, że benzosol jest w istocie środkiem bardzo skutecznym przeciwko moczówce cukrowej; obniża znakomicie ilość cukru, zwłaszcza przy dyje-  
 cie mięsnej, podnosi odżywianie, a działania ubocznego nie posiada.

**J. Wiczkowski. Przyczynek do nauki o bielicy.** Przegl. Lek. str. 31, N. 3.

Autor opisuje przypadek białaczki u kobiety lat 34. Początek choroby pacjentka wiązała z krwotokami jelitowymi, po których wkrótce uczuła guz w okolicy pępka, który rosnąc, przesuwając się miał ku stronie lewej. Przy badaniu stwierdzono oprócz wybitnej białości skóry i błon śluzowych oraz zmian w szczytach płuc i tarcia opłucnowego ze strony lewej, zmian w siatkówce obu oczu—znaczne powiększenie śledziony (7 żebro, spojenie łonowe, linia środkowa), stan gorączkowy niestały (zrana 36—37, wieczorem 38—40°C.); w moczu o cięż. gat. 1,028—1,032—moczniaka 1,2—1,4‰, kw. moczowego 2,8—3,1 gram. *pro die*, białka 0,08‰: waleczki nerkowe, moczany, kryształki kwasu moczowego, ksantynę, hypoksantynę i natomiast brak kwasu mlecznego; we krwi—w stanie gorączkowym stosunek białych ciałek do czerwonych 1 : 37, w stanie bezgorączkowym 1 : 17, haemoglobiny 60—55%. Zabarwiając preparaty mikroskopowe haematoksyliną i eozyną lub metodą HUBER'a autor wykrył ciała czerwone różnej wielkości i kształtu: mikrocyty, megaloblasty (przechodnie i jądrzaste) wrzecionowate, gruszkowate, półksiężycowe (*poikilocytosis*). Również i ciała białe miały różną postać, a między niemi w znacznej ilości duże leukocyty z dużemi jądrami i ciałka eozyonoflowe. We krwi ze śledziony wydobytej za życia, jako też w szpiku kostnym i skrzepach krwi przy badaniu pośmiertnem W. stwierdził obecność kryształów CHARCOT—NEUMAN.



Przypadek powyższy uważa autor za białaczkę szpikowo-śledzionową, głównie na podstawie badania krwi (obecności ciałek eozynofilowych wobec komórek rdzennych). Co się tyczy ciałek eozynofilowych, to dla rozpoznania białaczki ważną jest nie ich ilość lecz jakość *resp.* wielkość.

**Gluziński A. O blednicy (chlorosis) i jej leczenie.** Przegl. lek. str. 253, 267, 282, 299, N. N. 21, 22, 23, 24.

Etyjologię blednicy autor upatruje w pewnem usposobieniu wrodzonym, wadliści budowy całego ustroju, a zwłaszcza w niedokształceniu układu naczyniowego i narządów płciowych, wytwarzających się z jednej blaszki zarodnikowej środkowej, wreszcie we właściwej kobiecie skłonności do oligocytemii i warunkach jej życia. Pod względem klinicznym G. rozróżnia następujące postacie blednicy: 1) blednicę prostą (*chlorosis simplex*); 2) blednicę trawieńcową (*chlorosis dispeptica*); 3) blednicę sercową (*chlorosis cardiaca*); 4) blednicę mieszaną (*chlorosis mixta*). Pierwsza przedstawia postać najłatwiejszą do leczenia, a zaniedbana przechodzi w jeden z typów następnych. Postać blednicy trawieńcowa wyraża się powikłaniami ze strony żołądka i kiszek. Już poprzednio BUZDYGAN i GLUZIŃSKI (p. Przegl. piśm. lek. r. 1891 str. 51) dowiedli, że w przebiegu blednicy powstają zaburzenia nie tylko w chemizmie, lecz i w mechanizmie trawienia żołądkowego, że upośledzony mechanizm może w następstwie wywołać poważniejsze zmiany w żołądku, podtrzymując blednicę. Daleko ważniejszą jest jednak poruszona przez autora kwestya powstawania krwotoków żołądkowych, powstających (jak to opisał VINCHOW) na tle zwyrodnienia tłuszczowego ścian naczyniowych. Żołądek jednak nie jest w przebiegu tej choroby jedynem miejscem krwotoków (gdyż chore na blednicę nieraz miewają krwawienia z nosa i macicy, wynaczynienia na dnie oka), jest jednak najeżystszy. W celu odróżnienia takich przypadków od wrzodu żołądka, zwrócić należy uwagę 1) na brak napadowych bólów, wymiotów i odbijań kwaśnych; 2) na korzystny wpływ krwotoku na przebieg choroby; 3) na brak nadmiaru kwasu solnego.—Do typu blednicy sercowej zalicza autor przypadki, w których obok szmerów anemicznych i burezenia żylnego występuje osłabienie mięśnia sercowego (tętno przyspieszone, rosnące w liczbie przy każdym ruchu) i rozszerzenie prawej komórki. Przytaczając teoryje powstawania szmerów anemicznych, autor zastanawia się nad stwierdzoną możliwością istnienia przy bladaczej szmerów rozkurezowych, zwłaszcza nad tętnicą główną, które mogą doprowadzić do błędnego rozpoznania wady organicznej. Następnie zwraca uwagę G. na objawy nerwowe, będące w związku z blednicą (ból głowy, drażliwość, nastrój melancholiczny) i stanowiące jej powikłanie (histeryja), oraz na niezbyt rzadko występującą gorączkę. Co się tyczy leczenia, to oprócz wskazań chorobowych (dostarczenie tlenu w postaci czystego powietrza, żelazo, spokój) należy zabiegi skierować przeciwko ważniejszym powikłaniom.



**Rosenblatt.** *Purpura haemorrhagica* czy *haemophilia*? Przegl. lek. str. 383, N. 31.

Autor opisuje przypadek wysypki, która u dwumiesięcznego dziecka wystąpiła na całym ciele w postaci krwawych wybroczyn (plamek, kresiek, punkcików) wielkości ziarna prosa i najczęściej umiejscowionych na czole i obu policzkach; w niektórych miejscach (pod brodą, na karku i w lewej pachwinie) wynaczynienia te wznosiły się ponad powierzchnię, postać miały podłużną, kolor ciemnofioletowy, konsystencję mięką. Błona śluzowa jamy ustnej była barwy ciemnofioletowej, a na dziąsłach szczyki górnej widać było niewielkie wybroczyny. Przy stosowaniu kwasu fosforowego i odpowiednich warunkach higienicznych przypadek ten zakończył się pomyślnie. Co się zaś tyczy rozpoznania—to wahało się między *purpura rheumatica*, *m. maculosus Werlhoffi* i *haemophilia*. Brak danych dla gośceca, brak usposobienia wrodzonego, krwawienia pępkowego, nosowego, wreszcie przebieg łagodny przemawiały najbardziej za rozpoznaniem *m. maculosus Werlhoffi*.

---

## B. Choroby zakaźne.

Sprawozdawca

A. Puławski.

---

**Korczyński i Gluziński.** Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzuszny. Nowiny, str. 1. N. 1.

Dawna klinika chirurgiczna krakowska znajdowała się w jaknajgorszych warunkach higienicznych, dla tego też w czasach przedantyseptycznych róża i ropnica stałe z niej nie wychodziły. Po przeniesieniu kliniki chirurgicznej do nowego gmachu, dawne jej pomieszczenie obrócono na rozszerzenie kliniki wewnętrznej. Umieszczono tu chorych na choroby zakaźne.

Podczas epidemii tyfusu w r. 1889/90 zauważono niezwykłą śmiertelność i częste powikłania ropnicowego charakteru. Przy badaniach w ropie nie znajdowano lasecznika tyfusowego tylko pasorzyty ropne—było to więc zakażenie mieszane. Wobec tego, że epidemia sama nie odznaczała się jakąś nadzwyczajną złośliwością, że w klinice wciąż lat 17 śmiertelność od tyfusu nie była tak wysoką (z 9-u chorych umarło 5, nadto u dwóch było ropne zapalenie ucha średniego), przypuszczono iż źródła złego należało szukać w pomieszczeniu samej kliniki. I rzeczywiście, po gruntownem oczyszczeniu tejże, nie zdarzało się już powikłań, a 17 przypadków tyfusu, leczonych na tak odnowionych salach, przebiegało zupełnie pomyślnie.



Przed oczyszczeniem sal, zrobiono analizę bakteriologiczną powietrza, kurzu ze ścian, z pod podłogi i znaleziono (przy zachowaniu odpowiednich znanych ostrożności) w ogromnej ilości różne gatunki pasorzytów gnilnych i ropnych (*streptococc. pyogenes*, *staphylococ. citr. albus* i *aureus*).

**Szwajcer J.** O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie w r. 1889 Gaz. Lek. str. 368. N. 17—21.

Od 2. II do 18. VIII 1889 r. było chorych 109 (mężczyzn 102, kobiet 7). Najwięcej chorych pochodziło z lazaretu głównego więzienia karnego (32) i z lazaretu czasowego oddziału tegoż więzienia (51) w szpitalu samym zaraziło się 8 osób. Sprawozdawca b. szczegółowo zastanawia się nad etiologią danej epidemii; również wiele miejsca poświęcono symptomatologii, zaznaczono ważniejsze powikłania (ciekawym opisem gorzeli kończyn dolnych, dalej porażenia półowicznego i nagłej śmierci, spowodowanej wybroczynami na dnie czwartej komórki mózgu). Śmiertelność wynosiła 9% (10 przypad. śmierci), podano krótki opis przypadków śmiertelnych wraz z badaniem pośmiertnym (w 4 przypad.). Leczenie polegało na przestrzeganiu czystości powietrza i bielizny, podawaniu środków pobudzających. W 16 przypadkach cięższych stosowano chłodne kąpiele.

**Chelmoński A.** Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych). (Doniesienie tymczasowe). Medycyna, str. 166. N. 11.

Metoda polega na zastrzykiwaniu pod skórę ekstraktu gnilnego, przygotowywanego w ten sposób: wodny nastój mięsa wołowego (1:1) poddaje się gniciu w ciągu 7 — 10 dni przy temperaturze 15 — 16 R°. Otrzymany mocno cuchnący płyn gotuje się na wolnym ogniu, trzymając go w stanie wrzenia około 1—2 minut. Po przeffiltrowaniu płyn już zdatny jest do zastrzykiwań. (0,1—0,5 na dawkę). Działanie płynu autor wypróbował najpierw na królikach, na sobie i na ludziach zdrowych.

U ludzi zdrowych po 5 — 8 god. następuje podniesienie ciepłoty, sennność, czasem dreszcz, gorąco i poty. Po 36 god. powrót do stanu normalnego.

W dalszym ciągu autor przeprowadził doświadczenia u chorych na tyfus brzuszny. U tych ostatnich autor zauważył po zastrzykiwaniach spadek ciepłoty, poprawę tętna i wszelkich innych objawów chorobowych (biegunki, kaszlu). Chory ma się czuć rześkim, odmłodzonym. W ilu przypadkach płyn był stosowany autor nie podaje.

**Janowski W.** Przegląd krytyczny metod leczenia dysenterji. Kron. Lek. str. 783. N. 12.

Zestawienie krytyczne metod leczenia dysenterji na podstawie najpoważniejszych źródeł. Autor uważa za najracjonalniejsze możliwie małe kuszenie się wpłynięcia stanowczo na samą sprawę zapalną w tym lub owym kierunku. Główna za to uwaga powinna być zwróconą na leczenie ogólnodyjetetyczne i na profilaktykę.



**Szwajcer J. Opłaty czy środki czyszczące w leczeniu dysenterji.** Medycyna, str. 784. N. 48.

Autor powstaje przeciwko metodzie, zalecanej przez DUNINA, mianowicie przeciwko stosowaniu opłatów w dużych dawkach dla zapewnienia spokoju kiszkom i wypełnienia tym sposobem pierwszego wskazania metody przeciwzapalnej. Autor uważa pobudzenie ruchów robaczkowych kiszki za moment pożądany, gdyż ruch ten oswobadza kiszki z kału, produktów gnilnych i innych chorobotwórczych czynników. Doświadczenie empiryczne przeszłych wieków przemawia również na korzyść środków opróżniających. Jednakże autor opłaty uważa za wskazane tam, gdzie na pierwszy plan występują gwałtowne bóle kurczowe, wydymania, bezsenność, nigdy zaś we wstępnym okresie choroby.

**Jaworski W. Zestawienie szczegółowej profilaktyki i terapii cholery.** Przegl. Lek. str. 393, 405 i 421. NN. 32—34.

Praca ta jest ułożona według wskazówek naukowej komisji cholerycznej Tow. Lek. Krakow. i opiera się na przypuszczeniu, że cholera jest chorobą zakaźną, wywołaną przez lasecznik przecinkowy Kocn'a. Część I—profilaktyka, obejmuje przepisy higieniczne, oparte na własnościach bijologicznych lasecznika. W części II-iej podane są ważniejsze szczegóły z patologii klinicznej, opis objawów, przebiegu cholery, statystyka śmiertelności. Część III—terapeutyczna obejmuje wskazania lecznicze w cholery według naszego dzisiejszego zapatrywania się na istotę choroby. Wskazania te, według autora, są następujące: 1) trzeba działać na źródło zakażenia i to o ile można zaważa su Jest to wskazanie trudne do wypełnienia, bo doprowadzenie środków niszczących zarazek przez żołądek jest utrudnione wskutek wymiotów, a przez kiszki prostą — wskutek zbyt wielkiego oddalenia od kiszki cienkich; na zarazek zresztą można działać wtedy, kiedy on jest jeszcze w zawartości kiszki, a nie na jej ścianach, 2) trzeba uczynić nieszkodliwymi toksyny, wytworzone przez laseczniki—przez wydalenie, przez zamianę ich na związki nieszkodliwe (sole metalów, kwas garbnikowy) a o ile wejda do krążenia przez podniecanie czynności gruczołów wydających, czemu sprzyjają wlewania podskórne SAULI'ego lub poprostu picie wody. 3) Osłabiać szkodliwe skutki toksynów na narządy, a przede wszystkim przeciwdziałać zubożeniu krwi w sole i wodę, staranie o podniesienie ciepłoty ciała, pobudzenie działalności serca. Wskazaniom tym odpowiadają, według J. enteroklimy garbnikowe CANTANI'ego, obok innych środków pomocniczych, jak rozgrzewanie ciała, podawanie gorących napojów i leczenie oddzielnych objawów. Autor proponuje zastrzykiwania pilokarpiny „dla odwrócenia prądu cieczy (przeięku) od kiszki cienkich“. Autor w dalszym ciągu poddaje krytyce niektóre więcej znane metody leczenia cholery, jak powstrzymanie biegunki, podawanie środków przeczyszczających i wymiotnych, puszczenie krwi i cały szereg środków farmaceutycznych. Hydroterapii przy cholery autor poświęca dużo miejsca, zaznaczając że do-



tychczas nigdzie nie ogłoszono wyników leczenia tą metodą. — Rozdział czwarty zawiera zastosowanie szczegółów terapeutycznych do danego przypadku. — W ostatnim wreszcie rozdziale p. t. Dopełnienie z chwili bieżącej autor uzupełnia podane wiadomości przez najświeższe, podawane z taką skwapliwością podczas panowania epidemii.

**Hewelke O. Przegląd krytyczny niektórych metod leczenia cholery.** Gaz. Lek. str. 756. N. 37.

Dotychczas najlepszym sposobem jest profilaktyka. Inne metody autor przedstawia w porządku następującym: metoda opóźniająca (kalomel), makowiec, metoda napoju, hydroterapija, metoda CHAŁUBIŃSKIEGO (*vomitorium*), metoda CANTANI'EGO (wlewanie gorących 1% roztworów taniny do kiszki i roztworów solnych pod skórę); wreszcie szczepienie zapobiegawcze hodowli przecinków cholerycznych. Autor podaje zasady, na których się opiera każda ze wzmiankowanych metod, a gdzie to było możliwem, statystykę jej skuteczności.

**Wołkowicz M. O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej.** Gaz. Lek. str. 934. N. 44.

U 100 chorych cholerycznych autor w 90% znalazł, iż od pierwszego rozwolnienia do wystąpienia ogólnych objawów upłynął dłuższy lub krótszy przeciąg czasu (od 12 godzin do tygodnia). W pewnej liczbie przypadków na pewno można było to początkowe rozwolnienie uważać za biegunkę choleryczną. Dla zwalczenia tej biegunki autor używał z dobrym skutkiem salolu w dawkach 8,0—10,0 *pro die* (w 200 przypadkach). Biegunka ustępowała zwykle szybko po 2 dniach) ujemnego działania ubocznego nie było. Autor podnosi myśl, żeby podczas cholery biedna ludność mogła otrzymywać w każdej porze dnia i nocy nietylko poradę lekarską, ale i odpowiednie środki, gdyż w przypadkach prawdziwej biegunki cholerycznej niema czasu do stracenia.

**Mierzyński Z. O leczeniu cholery.** Gaz. Lek. str. 909. N. 43.

Autor spostrzegł 106 przypadków cholery (zmarło 32) w powiecie Chełmskim i zaleca taki plan leczenia: w początku choroby kalomel 0,5 — 0,6, potem 2 — 3 wlewania czystej gorącej wody, nagrzewanie butelkami, masaż brzucha płatami maczanymi w gorącej wodzie, obfite ilości gorących płynów wewnątrz (kawa, herbata, mięta) przy ryżowych wypróżnieniach—enteroklizma. Przeciw wymiotom—morfina podskórnie. W *stadium algidum*—hypodermoklizma, którą autor uważa za środek tak nieoceniony, jak tracheotomię w dyfteryi), alkohol, gorące płyny. Unikać szmatyzowania i polifarmacyi!

**Szwajcer J. Pierwszy przypadek cholery azjatyckiej w Warszawie.** Medycyna str. 657. N. 41.

Jest to niesłychanie szczegółowy opis zwykłego zresztą przypadku cholery u Karoliny Gadomskiej. Autor uważa swój przypadek za



pierwszy na tej zasadzie, że wprzód zmarły na cholere flisak Łyjak przybył już jako chory do Warszawy. Pomimo starannych poszukiwań nie zdołał wynaleźć związku między tymi dwoma przypadkami.

**Ehrlich. Przyczynek do leczenia cholery.** Medycyna str. 674. N. 12.

Na mocy własnej 45-letniej obserwacji autor uważa cholere za ostro przebiegające zapalenie nieżyłowe przewodu pokarmowego, wskutek zatrucia przez wytworzone w tymże pierwiastki trujące (toksyny); do wytwarzania się tych toksyn przyczyniają się różne mikroby, a w liczbie ich i przecinek Koch'a. E. przeczy stanowczo, aby ten lub ów lasecznik był *primum movens* przy wytwarzaniu cholery.

Leczenie polega na usuwaniu jadu i zaburzeń chorobowych przez zatrucie wywołanych. W tym celu autor podaje ipekę po 20 granów co kwadrans aż do wystąpienia wymiotów żółciowych, a potem co  $\frac{1}{2}$  godz. po łyżeczce oleju rycynowego aż do wystąpienia stołców lajnistych. Jeżeli pomimo tych środków stan się nie poprawia i choroba przechodzi w *stadium algidum*, autor stosuje zimne prześcieradła, z wycieraniem całego ciała i następnem obwijaniem w koce, aż do wywołania obfitych potów. Procedurę taką powtarza się co 2 godziny. Po wywołaniu potów, chorego traktuje się jak każdego, kto jest dotknięty ostrym nieżytem przewodu pokarmowego, — autor rozumie przez to podawanie oleju rycynowego, emulsji z tegoż oleju i środków ściągających: *colombo*, *bismut*, *plumbum*. Za pożywienie — kleiki, mleko kwaśne, kaszki, polewki i t. p. Przeciw kurczom i bólom autor stosuje podskórnie morfinę; przy „asfiksyi“, — kamforę, i t. p. kofeinę i wyskok „w ilościach umiarkowanych“.

Autor oświadcza się stanowczo przeciwko stosowaniu środków przeciw-pasorzytniczych, narkotyków; również za niedogodne uważa lewatywy CANTANI'ego, które zalicza do tortur.

**Dobrzycki H. Kilka słów o przyrządach używanych do wlewań podskórnych w napadzie cholery (wskazówki praktyczne).** Medycyna str. 829 i 845. N. 51—52.

Wszystkie te przyrządy mają wielką wadę, mianowicie taką, że są drogie, gdyż najprostszy kosztuje 6 rubli. Przyrząd SAHLI'ego, zmodyfikowany przez Berenta przez dodanie drugiej rurki, może łatwo uleść pęknięciu przy gotowaniu wody, przytem trudno jest w nim utrzymać jednostajną ciepłotę. Tu autor ostrzega, iżby do wlewań podskórnych nie kupować igieł (które pozostając dłużej pod skórą, ranią i sprawiają ból) lecz trójgrańce z pochewką. Najlepszy jest przyrząd CANTANI'ego, ale kosztuje 16 rubli. Można na wzór tego przyrządu kazać zrobić naczynie blaszane (jak irygator) i obszyć je wołjokiem, termometru można używać zwyczajnego lekarskiego. Wtedy koszt całego przyrządu nie przeniesie 4 rubli. Zamiast zbiornika *ad hoc* zrobionego można użyć butelki, okrytej wołjokiem a nawet samowaru. Praktycznym również jest przyrząd FILIPPOWA z Moskwy. Jest to butelka WULFFA, zaopatrzona w korek z 3-ma otworami (dla termo-



metru, dla rurki odprowadzającej i dla balonu, który służy do powiększenia ciśnienia na powierzchni płynu w naczyniu). Wogóle lekarze prowincjonalni powinni zawczasu zaopatrzyć się w części składowe takich przyrządów, mianowicie w rurki, trójgrańce, zbiornik bowiem łatwiej improwizować.

**Karczewski A. O wlewaniu rozczyну soli przy cholercze.** Medycyna, str. 705 i 723. N. 44—45.

Wlewania rozczyń soli przy cholercze, według zdania Rumpf'a, przynoszą względnie najwięcej pożytku, pobudzając działalność serca i ożywiając krążenie. Autor podaje wskazówki praktyczne, jakich należy się trzymać przy stosowaniu wlewań, opierając się na danych z literatury tego przedmiotu. Za najdogodniejszy autor uważa przyrząd SAHLR'ego, radzi tylko, żeby do utworzenia syfonu *resp.* wyciągania powietrza używać rurki z rozdęciem balonowem we środku, pożądanem byłoby, żeby koniec rurki szklanej, doprowadzającej powietrze znajdował się powyżej poziomu płynu w naczyniu. Następuje znany powszechnie opis techniki wlewań podskórnych. Do wlewania do żył najlepiej jest używać transfusora COLLIN'a tenże przyrząd stosuje się przy wlewaniach do tętnic. W końcu autor podaje opis 2 przypadków, w których stosowano w szpitalu D. Jezus wlewania do żył. W obu przypadkach wlewań dokonał kol. KRAJEWSKI. W obu przypadkach działanie ograniczyło się do chwilowej dość znacznej poprawy w krążeniu. Poprawa jednak trwała krótko i chorzy zmarli. W przypadku drugim oprócz wlewań do żył, wykonano wlewanie do tętnicy promiennej.

**Dzierżawski, Hewelke, Janowski i Zawadzki. Cholera, jej dawniejsze epidemije u nas, przyczyny, objawy, zapobieganie i leczenie.** Kron. Lek. str. 483. N. 8.

Jestto bardzo szczegółowy i wyczerpujący referat zbiorowy. Oryginalną jego część stanowi opis dawniejszych epidemij u nas.

**Niedźwiecki A. Czy cholera stanowi oddzielną jednostkę chorobową?** Nowiny Lek. str. 459. N. 10.

Autor u chorych na cholere i choleryne (które uważa za jednę i tę samą chorobą o różnem natężeniu) znajdował we krwi pasorzyty zimnicy „w dużej ilości“, prócz tego zauważył świetne działanie chininy przeciwko tym chorobom. Dla tego dochodzi do wniosku, że „tak zwana“ cholera i choleryna jest właściwie złośliwą postacią zimnicy formy nieregularnej, występującą epidemicznie. Przeciwko cholercze autor stosuje chininę podskórną, mianowicie 1,2 *chinini bichlorati* dziennie. Po ustaniu wymiotów podaje się do wewnątrz. W stadium algidum radzi zastrzyknięcie roztworu soli kuchennej a potem dopiero chininy. Za najskuteczniejszy lek zapobiegawczy przeciwko cholercze uważa chininę.



**Ja w o r s k i J.** Włóknikowe zapalenie płuc chorobą Werlhofa wi-  
klane. Kron. Lek. str. 637. N. 10.

27 letni robotnik przy kanalizacji, poprzednio zdrowy, dostał nagle dreszczów, potem krwotoku z ust i nosa. Nastąpiła utrata przytomności, krwotoki się powtórzyły, wystąpiło klócie w boku. Przy badaniu znaleziono temp. 40,2., plamy krwawe na goleni udach i brzuchu, wynaczenia na łącznicy oczu, języku i wargach, prócz tego znaleziono objawy zapalenia w prawem płucu. Następnie zjawilo się krwawienie z pęcherza i kiszek. Chory po 3 dniach umarł. Na seceki znaleziono wybroczyny krwawe na opłucnych, osierdziu i błonie śluzowej kanału pokarmowego. Obok tego zwątrobień prawego płuca. Poszukiwań bakteryjologicznych nie robiono. Autor na mocy danych z literatury podnosi prawdopodobieństwo zakaźnego pochodzenia choroby WERLHOFA i jej bakteryjologicznego związku z zapaleniem płuc włóknikowem.

**Wojciechowski Br.** O kilku wypadkach „choroby zakaźnej Weila“ spostrzeżonych w więzieniu Kaliskiem. Now. Lek. str. 8. N. 1—2.

Autor spostrzegł 11 przypadków (jeden zakończony śmiercią) choroby gorączkowej ostrej, połączonej z żółtaczką, powiększeniem gruczołów limfatycznych, wysypką, powiększeniem śledziony. Białkomocz skonstatowano w jednym przypadku, w innych moczu nie badano. W przypadku, zakończonym śmiercią, znaleziono (mikroskopowo) takie zmiany, jak w znanym przypadku choroby WEILA, opisanym przez BRODOWSKIEGO i DUNINĄ. Autor *per exclusionem* przyjmuje, iż miał do czynienia z chorobą WEILA, którą uważa za najbardziej zbliżoną do ostrego zaniku wątroby z łagodnym przebiegiem.

**Rosenblatt.** Pozorna ospica krwawa (czarna), *Varicella haemorrhogica*, istotnie zaś ospica ukrawca (*varicella in individuo haemophilico*). Przeg. Lek. str. 373. N. 30.

U 4 letniego chłopca przy objawach drgawek i nieprzytomności, a także przy temp. 39,9 zjawila się wysypka na całym ciele w postaci małych pęcherzyków, wypełnionych surowiczo-krwawym płynem, niemających czerwonej obwódki. Wysypka robiła wrażenie krwawej (czarnej) ospy. Po rozważeniu jednak wielu okoliczności (brak epidemii, brak zwiastunów, wystąpienie wysypki odrazu, nieodpowiedniość obrazu ze względu na czas choroby), autor rozpoznał ospicę, o niezwykłym przebiegu. I rzeczywiście, okazało się że rodzeństwo chłopca przechodziło z nim razem ospicę. Niezwykłość obrazu zależała od tego, że chłopiec był skłonny do krwawień (*haemophilia*). Chłopiec po kilku dniach zdrowiał.

**Iwanicki S.** Kilka uwag o epidemii włóknikowego zapalenia płuc (*pneumonia crouposa s fibrinosa*) w roku 1891, na podstawie 50 obserwowanych przypadków (z oddziału Dr. Sokolowskiego w szpitalu S. Du-cha). Now. Lek. str. 511. N. 11.



Rok 1891 był w porównaniu z ubiegłymi 5-ma najobfitszy w zapalenia płuc i jednym z najszcześniejszych, bo śmiertelność wyniosła 13,7% (w ubiegłych od 14%—28%), a w oddziale S.—4%. W 12 przyp. spadanie gorączki odbyło się *per crisin completam*, w 15—*per lysin*. Typową pneumonieczną płwocinę widziano w 30 przyp., w innych była śluzoropna.

Z przypadków szczególnych zanotowano 2 przypadki urazowego zapalenia płuc i jeden przypadek z zejściem w zgorzel (zejście po-myślne). Śmiertelnie zakończył się przypadek obustronnego zapalenia płuc i przypadek, powikłany chorobą WERLHOFF'a.

**Rosenblatt Em. Nowsze sposoby leczenia krztusćca.** Rozprawy z zakr. med. prakt. Seryja I, zeszyt 8.

Prawie wszyscy zaliczają obecnie krztusiec (koklusz) do rzędu chorób zakaźnych, z tą różnicą, że jedni uważają go za zakażenie ogólne, drudzy za miejscowe, ztąd różnica w leczeniu. Zarazek sam nie jest znany, gdyż przeciwko swoistości odkrytego przez AFANASIEFF'a lasecznika przemawia wiele faktów klinicznych. Ze środków wewnętrznych, stosowanych przeciwko kokluszowi autor zastanawia się nad chininą, antypiryną, rezorcyną (przeciwparazytyczne) z jednej, a chlorałem, bromoformem i kokainą (obniżające pobudliwość) z drugiej strony. Działanie ich nie ma w sobie nic swoistego. Środki zewnętrzne, działające na błonę śluzową całego narządu oddechowego jak kwas karbolowy (wziewania), zgęszczone powietrze, pędzlowanie kokainą—działają pomyślniej. Swoiste jednak działanie otrzymał tylko MICHAELIS przez wdmuchiwanie do nosa żywicy będzwinowej (ze 100 przyp. w 8-u zniknięcie napadów po jednorazowym wdmuchnięciu).

Osobiste poglądy autora, opierające się na obfitym materiale (150 przyp. w 96 rodzinach) dają się streścić tak. Koklusz jest chorobą zakaźną, udzielającą się; zarazek pierwotnie osiada na błonie śluzowej nosa, przetyku lub gardła, zktąd przechodzi na krtani oskrzela. Przyczyną pojedynczych napadów bywa toksyna, wydzielona przez bakteryje i wydalana z kaszlu. Po kaszlu następuje przerwa, dopóki zarazek nie wytworzy nowej ilości toksyn.

Co do leczenia, autor przedewszystkiem przestrzega, żeby kokluszowi nie uważać za chorobę białą, gdyż według danych statystycznych zabiera ona dużo ofiar i miewa smutne następstwa (gruźlica, ślepotą, głuchota i t. d.). Ze względu na zaraźliwość należy odosabniać chorych i nie roznosić choroby pod pozorem, że zmiana miejsca ma leczyć koklusz. Jestto przesąd. Z szeregu metod leczniczych autor najbardziej zaleca wziewania [sublimatu (1:2000) zapomocą aparatu SIEGLA — co 3 god., obok płukania chlorałem potasu (młodszym dzieciom do wewnątrz 1% roztwór co 2 god. łyżeczkę). Obok tego dobrze jest pędzlować gardło 10% roztw. kokainy. Niezłe wyniki otrzymał autor od wziewań mocnego karbolu przy jednoczesnem podawaniu chininy lub antypiryny. Bardzo dobre wyniki] otrzymał również



od wdmuchiwań do nosa żywicy będzwinowej (lubo wyniki te nie były tak świetne, jak to opiewa MICHAELIS). Wogóle autor w początkach kokluszki radzi używać środków przeciwpasorzytniczych, głównie miejscowo (wziewania sublimatu), w późniejszych okresach radzi środki znieczulające (pędzlowanie kokainą), które nie tylko zmniejszają kaszel, ale, przeszkadzając wydzielaniu toksyn, tworzą dla pasorzytów grunt niepomyślny do dalszego ich rozwoju, *resp.* sprzyjają pędzemu wyleczeniu. Leczenie takie należy wspierać odwietrzaniem pokoju, czystem utrzymaniem, przebywaniem na świeżem powietrzu.

**Olszewski B.** O działaniu przeciwpotnem *Extracti fluidi Hydrastis Canadensis* u gruźliczych. *Przeł. Lek.* str. 602. N. 50.

Autor w oddziale prof. PAREŃSKIEGO stosował ten środek (25 kropeł 3 razy dziennie) w 93 przypadkach, z których 73 przypadkało na suchoty płucne. Skutek okazał się dobrym (tylko u 3 suchotników skutku nie było). Ubocznego działania nie zauważono. Środek ten okazał się o wiele pewniejszym w działaniu od wszystkich innych dotychczas używanych (*atropina, kali tellur, sulfonal, ac. agaricinicum etc.*).

**Bujwid O.** Wścieklizna u ludzi i leczenie zapobiegawcze metodą Pasteur'a. *Pam. Tow. Lek.* str. 50 i 254. Z. I i II.

Po krótkim wstępie, uwzględniającym najważniejsze badania poprzedników PASTEUR'a (GALTIÈRE, DUBOUE) autor w pierwszej części swej pracy wyklada to wszystko, co wiadomem jest o wściekliznie od czasów PASTEUR'a. Treść tej pierwszej części jest następująca: przy czyny i powstawanie wścieklizny, siedlisko zarazka wścieklizny (układ nerwowy, B. znajdował go we krwi i śliniance podszczękowej) drogi szerzenia się zarazka wścieklizny w ustroju ludzkim i zwierzęcym (nerwy, lubo niekiedy zakażenie może się szerzyć przez krew i kanał pokarmowy). Lubo bakteryjologiczne poszukiwania zarazka wścieklizny (przeważnie BABES'a) nie doprowadziły do pozytywnego wyniku, to jednak mamy pojęcie o jego własnościach, z których najważniejszą jest ta, iż wmsuszanie zarazka (właściwie rdzenia, w którym się on znajduje) zmniejsza jego zabójczość: po 14 dniach według PASTEUR'a, a po 10 według BUJWIDA, rdzeń taki staje się nieszkodliwym. Zaszczepienie kociego mózgu lub rdzenia zwierzęcia padłego na wściekliznę pod skórę wywołuje takową niezawsze i w czasie różnym, zaszczepienie zaś pod oponę twardą wywołuje wściekliznę zawsze. Jeżeli takie szczepienie przeprowadzimy przez pewien szereg pokoleń, będziemy wywoływali ją po pewnym określonym czasie, mianowicie po 10 dniach (w 50 pokoleniu). Jąd taki nazywa się stałym (*virus fixe* dla odróżnienia od zwykłego jadu—*rage de rue*, który po zaszczepieniu pod opony wywołuje śmierć u królika po dniach 15—18). Na mocy tej ostatniej własności możemy w każdym danym razie sprawdzić, czy wrażliwość wykonywania ochronnych szczepień, śmierć nastąpiła wskutek szczepienia, czy wskutek przeniesienia zwykłego jadu: gdyby po zaszczepieniu ochronnem nastąpiła śmierć i rdzeń lub



mózg zaszczipiony królikowi wywoływał śmierć po dniach 10, musieliśmy przyznać że zejście śmiertelne nastąpiło wskutek zaszczipienia jadu stałego. Dótychczas nie zanotowano takiego przypadku. To właśnie jest kamieniem węgielnym szczipień ochronnych, mianowicie dowodem ich nieszkodliwości. W dalszym ciągu autor podaje okres wylegania wścicklizny po pokasaniu (1—12miesiący, PASTEUR—po 26 mies.), opisuje objawy wścicklizny u zwierząt i człowieka. Przechodząc do wścicklizny u człowieka, B. podaje statystykę pokasań—śmiertelność zależy od okolicy ciała (80% przy pokasaniach w głowę, 7% w kończyny)—BUJWID opisuje objawy wścicklizny u człowieka, zmiany anatomiczne u zwierząt i ludzi, oraz kliniczne formy wścicklizny. Tu autor podaje wyniki badań kol. ORŁOWSKIEGO nad histologicznymi zmianami w mózgu i rdzeniu, objaśnione odpowiednimi rysunkami. Drugą część pracy stanowi opis metody PASTEUR'a. Tu znajdujemy—przygotowanie szczipionki, badania komisji angielskiej stwierdzającej wyniki leczenia metodą PASTEUR'a, szczipienie zarazka nierozcieńczonego do żył zwierząt trawożernych w celach leczniczo-zapobiegawczych, doświadczenia HÖGYESA z rozcieńczonym zarazkiem. Co do wyleczalności wścicklizny już rozwiniętej, autor przytacza kilka przykładów, gdzie z pewnem prawdopodobieństwem można podobny fakt przypuścić. Wyniki niezgodne i zdania przeciwne—stanowią część polemiczną pracy kol. BUJWIDA (PETER, LUTAUD, FRISCH, RYBICKI). Następnie podana jest statystyka szczipień metodą PASTEUR'a w Paryżu, Warszawie, Odesie i innych miastach, spostrzeżenia na chorych nieleczonych metodą PASTEUR'a (45 przyp. za 6 lat) i spostrzeżenia nad osobami zmarłymi pomimo leczenia metodą PASTEUR'a (15 przypadków). Teoryja działania szczipień ochronnych wścicklizny według obecnych poglądów, literatura przedmiotu i 3 tablice statystyczne (statystyka szczipień met. PASTEUR'a w Paryżu, tudzież w Warszawie i tablica królików szczipionych dla wykazania wzmocnienia zarazka) uzupełniają wyczerpującą pracę kol. BUJWIDA, której w całości na tem miejscu streścić niepodobna.

**Bujwid O. Treściwe uwagi o wścickliznie i jej leczeniu według metody Pasteur'a.** Rozprawy z zakr. med. prak. Ser. I — zeszyt II.

Po krótkim wstępie historycznym autor opisuje własności zarazka wścicklizny, mówi o okresie wylegania wścicklizny po pokasaniu i podaje statystykę śmiertelności przy pokasaniach (10%). Dalej idzie opis objawów wścicklizny u człowieka wraz z opisem szczipień leczniczo-ochronnych i teoryja działania szczipień, jak również przygotowanie szczipionki i stosowanie szczipień. Oryginalną część pracy stanowią dane odnoszące się do szczipień według metody PASTEUR'a w Warszawie.—Praca ta jest streszczeniem pracy, obszerniejszej drukowanej w Pam. Tow. Lek. Warszawskiego.

**Boja siński M. Influenza, ostra nosacizna czy też ostra gruźlica prosówkowa.** Med. str. 87. N. 6.



„Niedokładny i zanotowany tylko w grubych zarysach“ (słowa autora) opis przypadku choroby 34-letniego felczera, zakończonej śmiercią w przeciągu dwóch tygodni. Przypuszczenie i influenzy opierało się na istnieniu tejże w okolicy, a także na obecności takich objawów, jak: mocny ból głowy, dreszcze, zaburzenia gastryczne, bóle w kończynach, „nietypowe zmiany w płucach, przypuszczenie nosacizny opierało się na spostrzeganiu śluzowo-krwawej wydzieliny z nosa, wysokiej gorączki, niepokoju. Przypuszczenie wreszcie gruźlicy prosówkowej (do czego najwięcej skłania się autor) opierało się na poprzednim wątlym wyglądzie chorego, na istnieniu bólu głowy, wymiotów, potów nocnych i wysokiej gorączki. „Przypadek ten (słowa autora) nie przedstawia nic nowego i nauczającego“, ma tylko wzywać do ostrożności każdego lekarza, aby podczas panującej influenzy nie rozpoznawać zbyt pochopnie tej choroby i rachować się z możliwością omyłki.

### C. Choroby narządów oddechowych.

Sprawozdawca

W ł. J a n o w s k i.

**Biegański Wł. O marskości płuc (Cirrhosis pulmonum).** Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. Seryja II, zeszyt 14.

Pewien chory, atletycznej budowy, spadł 15 lat temu z konia i został przez tego ostatniego kopnięty w lewy bok. Rozwinął się ropień, który się przez czas dłuższy nie goił. Gdy autor 8 lat temu widział go po raz pierwszy, na miejscu ropnia były tylko przyrośnięte do kości blizny. Chory kaszlał. Przy zbadaniu go znaleziono tylko nieznaczne stłumienie lewego wierzchołka pod obojczykiem i obfite wilgotne rzężenia w tem samym miejscu. Przez 8 lat objawy te nie zmieniały się prawie zupełnie. Ostatnim razem chory przybył do szpitala w końcu roku 1891 z objawami niesprawności serea i po kilkumiesięcznym nadaremnie leczeniu zmarł w maju 1892 roku. Na seceyi znaleziono przyrośnięcie lewego płuca do klatki piersiowej, szczególnie silne w górnej części. Cały górny płat płuca twardy, na rozkroju suchy, czarny, z białymi pasemkami pomiędzy rozszerzonymi waleowato oskrzelami, wypełnionymi miejscami przez serowate czopki. Serce olbrzymio rozszerzone, stłuszczone. Stwardnienie płuc w swoim przypadku autor uważa za wynik szerzenia się zapalenia z opłucnej na tkankę międzypęcherzykową, śródmiąższową. Następnie autor rozpatruje sprawy, mogące prowadzić do marskości płuc i zaznacza różnicę etyologiczną między marskością płuc ograniczoną, powstającą przy pylicy, zawałach, ropniach i zgorzeli ograniczonej płuc, i rozlaną, powstającą przy włóknikowem



zapaleniu płuc i długotrwałych nieżytych oskrzelowych. Sprawa ograniczona bardzo rzadko przechodzi w rozlaną. Następstwa omawianego cierpienia są dwojakie. Jeżeli zrosty z opłucną są nieliczne i słabe, następuje skurczenie się płuca z ewentualnym przemieszczeniem odpowiednich narządów, w razie zaś przeciwnym skurczenie się tkanki bliźnowatej odbywa się w kierunku ośrodkowym, z kądem powstają rozszerzenia oskrzeli, cylindryczne przy marskości płuc rozlanej i ograniczone, jamiste przy ograniczonej. Trzecim następstwem marskości płuc są zaburzenia w krwiobiegu płucnym, zależne od tego, że równocześnie z zanikiem pęcherzyków płucnych zarastają też i odpowiednie kapilary. Praca serca wzrasta w ten sposób, gdy zaś nie jest ono w stanie tej podniesionej pracy wykonać, chory umiera przy objawach dyskompensacji.

Przechodząc do obrazu klinicznego marskości płuc, autor opisuje oddzielnie ograniczoną i rozlaną. Przy pierwszej opisuje w krótkości typowy obraz ogniska ograniczonego gruźliczego i pylicy, dodając, że odróżnić od siebie te dwie postaci można często tylko na zasadzie wywiadów (zajęcie) i braku lub obecności łaseczników Koch'a. Marskość płuc rozlaną w górnym płacie cechuje się zapadaniem klatki piersiowej, nieznacznym stłumieniem odgłosu opukowego przy lekkiej perkusji, brakiem szumu oddechowego lub oddechem oskrzelowym ew. nieokreślonym, rzężeniami wilgotnymi, zaostreniem drugiego tonu tętnicy płucnej wskutek utrudnionego krwiobiegu w płucach, oraz kaszlem najczęściej suchym, po którym naraz występuje wydalenie wielkiej ilości płwociny ropiastej. Jest to cechującym objawem dla rozszerzenia oskrzeli, towarzyszącego marskości płuc. Gdy zajętem jest płuco lewe, przybývają do tego jeszcze przesunięcie tępości serca głębiej i powiększenie przestrzeni Traub'ego. Gdy zaś idzie o prawe płuco, tępość serca może być powiększoną naprawo, wskutek odkrycia go w tem miejscu.

Przy marskości dolnych zrazów płuc zapadnięcie wytwarza się znacznie później, odgłos opukowy jest prawie zawsze zupełnie tępy, z powodu braku większych oskrzeli, przez któreby wprowadzić można w drganie większy słup powietrza, szmer oddechowy jest prawie zawsze bardziej oskrzelowym, objawów przemieszczenia sąsiednich narządów stwierdzić nie można. Przytoczony przez autora przykład wykazuje, że objawy marskości płuc w płacie dolnym mogą skłonić badającego do rozpoznania zap. pł. krupowego, jeżeli nie uwzględni dostatecznie wywiadów.

Do powikłań w przebiegu marskości płuc należą: gorączka o typie nieprawidłowym, najczęściej spadająca po obfitem wykrztuszeniu płwociny i zależna prawdopodobnie od produktów jej rozkładu, zapalenie oskrzeli gnilne, zgorzel płuc i krwotoki płucne. Ostatnie mogą powstać albo wprost dzięki przepełnieniu naczyń krwią, zależnym od utrudnionego krwiobiegu płucnego, albo też od nadżarcia ich przez rozkładającą się płwocinę. Krwotoki te bywają zazwyczaj obfite. Rozkład płwociny w rozszerzonych oskrzelach prowadzić może do wytworzenia



się skrzepu krwi o własnościach gnilnych. Skrzep taki stosunkowo często zaniesiony zostaje do mózgu i tam wywołuje ropienie. Autor podaje swój jeden przypadek tego rodzaju. Do częstych względnie powikłań należą też ostry gościec stawowy (również 1 własny przypadek), marskość zanikowa wątroby (2 własne przypadki), marskość nerek (1 własny przypadek), a wreszcie zapalenie włókniste mięśnia sercowego i osierdzia (Korczyński). Rozedmę płuc autor uważa za konieczne następstwo ich marskości. Powstawaniu jej sprzyja bardzo kaszel, trwający lata całe.

Przebieg choroby jest powolny. Rokowanie jest, *quoad vitam*, pomyślne, dopóki serce działa dobrze. Przy objawach niedomogi jego, lub przy innych powikłaniach (rozkład płwociny, krwotoki) rokowanie znakomicie się pogarsza. Leczenie jest właściwie zapobiegawcze i objawowe i wymaga indywidualizacji w najszerszym znaczeniu tego słowa.

**Br. Chrostowski i K. Wisłocki. O stosowaniu kreozotu w lewatywach u suchotników.** Gaz. lek. str. 743 i 758. N. N. 34 i 35.

Autorowie stosowali u 14-u chorych lewatywy z kreozotu, przygotowane według recepty: kreozotu 31, wody f. 1 i 1 żółtko D. S. Na trzy lewatywy. Ilość lewatyw u tego samego chorego autorowie podnosili stopniowo od jednej do trzech, zwiększając w ten tylko sposób dawkę dzienną kreozotu. Ogółem autorowie dali 14-u chorym 792 lewatywy. Z opisów ich i z wyprowadzonych przez autorów wniosków widać, że lewatywy te 5-iu chorym pomogły, na 7-iu wcale nie działały, a 2-m zaszkodziły. Podawanie kreozotu *per anum* nie wywołuje żadnych dolegliwości ze strony kiszki—przeciwnie, usuwa ono rozwolnienie przedtem istniejące i trochę powiększa łaknienie. W kilka minut po zadaniu lewatywy występuje charakterystyczny smak kreozotu w ustach. Mocz przyjmuje po dawce skrupułowej zabarwienie zielone tylko u chorych niegorączkujących. Zależy to, zdaniem autorów, od tego, że w organizmie ich krąży mniej trujących toksalbuminów, z którymi kreozot, tak bowiem objaśniają jego działanie dodatnie, mógłby się związać łatwiej, niż to ma miejsce u chorych gorączkujących. Nadmiar więc jego wydziela się z moczem przy zwykłej dawce. To samo będzie miało miejsce przy zbyt wielkiej dawce kreozotu u chorych gorączkujących. Dla tego właśnie, że kreozot łączy się z produktami laseczników gruźliczych, wywołującymi gorączkę, autorom wydaje się jasnym działanie jego przeciwgorączkowe u osobników z objawami niezbyt znacznego rozpadu w płucach. Poprawa u nich tłumaczy się tem, że osobniki te nie były wycieńczone, wskutek czego, po obniżeniu gorączki, pierwotne zaburzenia mogły się z łatwością wyrównać. U chorych ze znacznym rozpadem w płucach ilość kreozotu była zbyt małą, aby całą ilość toksalbuminy związać, a nadto chorzy byli już zbyt wycieńczeni, aby nawet w razie, gdyby się to udało, mogli się już poprawić. Ztąd żaden wynik leczenia. U osobników z postacią włóknistą gruźlicy płuc ilość trujących substancji we krwi jest nieznaczna. Wprowadzony więc kreozot,



nie mając z czem się związać, działa głównie na krążki krwi, a przeto wywołuje ogólne pogorszenie. Ostatecznie więc autorowie zalecają podawanie kreozytu w lewatywach osobnikom z objawami niewielkiego rozpadu w płucach, szczególnie nieznoszącym większych jego ilości *per os*. Nie uważają oni jednak tej metody za ściśle przeciwgorączkową. Przeciwskazaniem do dalszego stosowania omawianych lewatyw jest zielone zabarwienie moczu.

**Wisłocki K. Nowoczesne metody leczenia suchot płucnych.**  
Medycyna, str. 333, 369 i 384. N. N. 21, 23 i 24.

Autor przytacza i streszcza wszystkie znane dotąd metody leczenia suchot płucnych i oświetla je zawsze swemi uwagami krytycznemi. Wszystkie sposoby leczenia dzieli na zapobiegawcze, ogólne i miejscowe. Z pomiędzy pierwszych rozpatruje znane metody postępowania przeciwzakaźnego i sposoby uczynienia organizmu odporniejszym przeciwko lasecznikowi gruźliczemu. Z pomiędzy środków, służących do ogólnego leczenia, rozpatruje zgorą 25 stosowanych w tym celu leków, zastanawiając się najbardziej nad działaniem kreozytu. Co do tego ostatniego, jak również i co do arystolu, przytacza wynik własnych poszukiwań klinicznych, z których dowiadujemy się, że arystol przy zastrzykiwaniach podskórnych nie działa wcale i że kreozyt bardzo dobrze jest podawać *per anum*. Następuje krótki przegląd leczenia suchot chirurgicznego i wstrzykiwaniami, a następnie klimatoterapii, aëroterapii i leczenia dyjetetycznego. Spokojnie na wszystkie te metody leczenia się zapatrując, autor dochodzi do wniosku, że o ile kuszenie się o zabicie lasecznika gruźlicy w ustroju ludzkim dodatnim skutkiem uwieńczone być nie może, o tyle, przeciwnie, staranie się o zwiększenie przeciwko niemu odporności naszego ustroju przez stosowanie szeregu metod dyjetetycznych i klimatycznych i o osłabienie własności chorobotwórczych lasecznika gruźlicy zapomocą tych środków i pewnych leków (kreozyt) może dać i daje wyniki stosunkowo dodatnie.

**Iwanicki St. Przypadek zatoru tętnicy płucnej o przebiegu długotrwałym.** Gaz. lek. str. 1029. N. 48.

Chora 42-letnia dostała nagle duszności i silnego osłabienia. Przy zbadaniu stwierdzono w ciągu pierwszych dni t. 38,2° C., tętno około 120, miękie i szmer skurezowy w 1-em międzyżebrzu po stronie prawej. Chora miała nadto na lewej nodze żyłaki. Autor przypuszczał, że przyczyną cierpienia chorej jest *endocarditis valv. aortae*. Po kilku dniach nowy atak duszności w nocy. Po 9-iu dniach znowu to samo i chora zmarła. Na sekcji znaleziono skrzep krwi, wypełniający oba pnie tętnicy płucnej i na miejscu rozgałęzienia pnia głównego tętnicy płucnej częściowo już odbarwiony, okrakiem siedzący czop. Zator powstał w danym razie z żyłaków na lewej kończynie i nie wywołał śmierci dlatego, że pierwotnie nie zamykał, lecz tylko zwiężał światło tętnicy płucnej. Dopiero nowy czop spowodował zejście śmiertelne prawie natychmiastowe. Za życia chorej autor nie zwrócił uwagi na objawy ze strony



zaskrzepów żylnych, dlatego, że były one zbyt nieznaczne w porównaniu z tem, jakie zwykle przy tem bywają. Ponieważ szmer w 1-em międzyżebżu przewężenia światła tętnicy płucnej słyszał już przedtem LITTEN, a nikt inny objawu tego nie zanotował, autor jest więc zdania, że jego przypadek podnosi znaczenie rozpoznawcze tego objawu i że on jeden powinien był właściwie naprowadzić go na prawdziwe rozpoznanie.

**Ja run t o w s k i A.. Przyczynek do powstawania suchot płucnych wskutek urażenia klatki piersiowej.** Nowiny lek. str. 137. N. 4.

Po dokładnem przedstawieniu literatury suchot pochodzenia urazowego, autor podaje odnośne własne spostrzeżenie. 30-letni mężczyzna, przedtem doskonałym zdrowiem się cieszący i dziedzicznie do cierpień płucnych nieusposobiony, został uderzony znacznym ciężarem w lewą połowę klatki piersiowej. Nastąpił zaraz krwotok, powtarzający się przez kilka dni, i osłabienie ogólne. Chory po  $4\frac{1}{2}$  miesiącach nieco się poprawił, ale po 8-iu miesiącach krwotok się powtórzył, badany zaś przez autora w rok po opisanem zdarzeniu, chory przedstawiał wyraźny obraz gruźlicy płuc, z lasecznikami gruźliczymi i włóknami elastycznymi w płwocinie. Autor jest zdania, że w danym razie uraz był niezawodną przyczyną rozwinięcia się suchot płucnych, chociaż nie chce przesądzać, czy w podobnych przypadkach odpowiednie zakażenie następuje dopiero po urazie i odnosi skutek dodatni dzięki osłabionej odporności tkanki, czy też zwykle ofiary przypadku, pomimo pozornie kwitnącego stanu zdrowia, noszą już w sobie drobne ukryte ogniska gruźlicze, z których dopiero po urazie sprawa zaczyna się rozwijać i szerzyć dalej.

**Arnstein F.. Trzy przypadki wysięków surowicznych w worku opłucnej dłuższy czas istniejących, wyleczonych zapomocą salicylanu sodu, oraz kilka uwag o etyologii i leczeniu surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej w ogólności.** Medycyna, str. 365 i 400. N. N. 23 i 25.

Autor opisuje trzy przypadki bardzo obfitego wysięku surowiczego w opłucnej, które wyleczył salicylanem sodu. Jest zdania, że nie tylko świeże, ale nawet długotrwałe przypadki zapalenia opłucnej z wysiękiem surowicznym należy leczyć, a przynajmniej spróbować leczyć salicylanem sodu, zanim się do przekłucia opłucnej przystąpi. Sądzi, że pierwotne zapalenia opłucnej pochodzenia gruźliczego należą do rzadkości, że etylogija ich jest wogóle ciemną, że jednak pneumokoki Fränkla grają w niej pewną, dość znaczną rolę.

**Wła ż ł o w s k i. O doszczętej operacji ropnia opłucnej i o potrzebie rozszerzenia wskazań do radykalnej operacji na uporczywe wysięki surowicze.** Nowiny lek. str. 464. N. 10.

Autor operował 12 przypadków ropnia opłucnej, z których 9 ze skutkiem pomyślnym, chociaż, jak widać z przytoczonego opisu niektórych przypadków, były one ciężkie. Jest zdania, że operację tę powinni wykonywać wszyscy praktyczni lekarze, gdyż jest ona prosta,



a często życie choremu ratuje. Radzi robić cięcie skórne szerokie, a wy-  
piłowywać żebro nie niżej 5-go. Inne szczegóły są znane. Zdaniem  
autora, należy wykonywać tę samą operację przy wielkich wysiękach  
surowicznych, nieulegających szybkiemu wchłanianiu. Tą bowiem drogą  
można będzie uniknąć rozmaitych kosztownych, a nieskutecznych po-  
dróży, oraz stosowania wielu zbyt wielu i niedziałających leków.

**Rydygier.** O leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej. Nowi-  
ny lek. str. 379. N. N. 8 i 9.

Patrz dział Chirurgii.

**Jakowski M.** W kwestyi etjologii zapalenia opłucnej. Gaz.  
lek. str. 219 i 259. N. 11 i 12.

Patrz dział Bakteryjologii.

### *D. Choroby serca, naczyń i nerek.*

Sprawozdawca

### **K. Chełchowski.**

**Czarnecki J.** Cierpienie nerek wskutek rzerzączki. Gaz. lek.  
str. 439. N. 20.

Chory po niedawnym tryprze doznawał bolesnego parcia na mocz  
i bólu w okolicy nerki. Mocz bez białka zawierał w osadzie cylindry  
szkliste i bardzo podobne do gonokoków diplokokki. Koki te udało się  
znaleźć i na jednym z cylindrów. (Identyczność owych diplokoków z go-  
nokokami podał w wątpliwość CIĄGLIŃSKI, Gaz. lek. str. 463).

**Dąbrowski W.** O nieorganicznej niedostateczności zastawek  
aorty. Gaz. lek. str. 554. N. 26.

Oparty na nielicznych spostrzeżeniach, wyszukanych w literatu-  
rze, oraz na kilku własnych, D. kreśli obraz niedostateczności wzglę-  
dnej zastawek aorty.

Cierpienie to zależy od rozszerzenia aorty, a mianowicie samego  
otworu tętniczego; oczywiście zastawki nie mogą go zamknąć, choćby  
były zresztą całkiem prawidłowemi. W jednym przypadku stwierdził  
to autor na sekcji, wlewając wodę do aorty. Cierpieniu temu niemal  
zawsze towarzyszy arteryjaskleroza i ściśle z nią związane dwa warun-  
ki, konieczne dla powstawania rozszerzenia aorty: wzmożone ciśnienie  
krwi i utrata sprężystości.

Objawy fizyczne i zaburzenia w krążeniu są tu te same, co  
i w zwykłej organicznej niedostateczności zastawek aorty. Nawet tę-  
tno może być i tu skaczącem (*celer*). Pomimo to często można odróżnić



niedomykalność względną od organicznej, biorąc pod uwagę całość obrazu klinicznego: późniejszy wiek chorych, skryty początek choroby, brak związku z ostrym reumatyzmem stawowym, wreszcie objawy arteryjasklerozy, dokładniej poznane w ostatnich czasach. Niekiedy obok szmeru rozkurczowego słychać tu i słaby szmer skurczowy, zależny, zdaniem HUCHARD'a, od tarcia o nierówności na intymie aorty, zdaniem zaś autora od nagłego rozszerzenia aorty wstępującej. Własności tętna i sfigmogramy, wskazując na arteryjasklerozę, mogą się bardzo przyczynić do rozpoznania.

A dobre rozpoznanie ma tu wielkie znaczenie: niedomykalność bowiem względna, występując w późnych okresach arteryjasklerozy, daje rokowanie całkiem złe, czego bynajmniej nie można powiedzieć o organicznej niedomykalności.

Pomiędzy nieorganiczną niedostatecznością aorty a takąż zastawki dwudzielnej zachodzi rażąca sprzeczność. Pierwsza zależy od trwałego rozszerzenia aorty, druga od czasowego osłabienia mięśnia sercowego. Pierwsza nie może już zniknąć i ma znaczenie fatalne, druga często zupełnie ustępuje i to na długo.

**Gabszewicz A. Przypadek ropnego zapalenia osierdzia.** Gaz. lek. str. 1070. N. 50.

Patrz dział Chirurgii.

**Pawiński J. O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek.** Gaz. lek. str. 1, 40, 61, 74, 117, 140, 160, 175, 205. N. N. 1—10.

Skreśliwszy historję zastosowania leczniczego kofeiny, P. z liczných swych spostrzeżeń nad jej użyciem przytacza 14 przypadków, bardzo szczegółowo opisanych z danymi sfigmograficznymi i sfigmomanometrycznymi, podaniem wahań dobowych w ilości moczu i t. p.

Wnioski z tej pracy są następujące:

Kofeina u zdrowych zwykle przyspiesza ruchy serca o kilka do kilkunastu uderzeń na minutę. Przeciwnie u chorych na serce skurcze jego stają się raczej nieco rzadszymi; takiego jednak zwolnienia tętna, jak po naporstnicy lub strofancie, kofeina nie sprowadza. Ciśnienie krwi w tętnicach stale wzrasta pod wpływem tego środka i to bardzo wybitnie (sfigmograf i sfigmomanometr), niekiedy silniej, niż po naporstnicy. Powtarzało się to nawet wtedy, gdy moczopędne działanie kofeiny zawodziło. Ciśnienie krwi wzmaga się od kofeiny nie odrazu, ale stopniowo z każdym dniem, dochodzi do pewnego *maximum*, potem już pomimo dalszego użycia nie wzrasta a nawet niekiedy nieco opada. Kofeina posiada niewątpliwe działanie moczopędne, mianowicie w chorobach serca i nerek. Działanie to, zdaniem P., idzie w parze ze wzmożeniem ciśnienia tętniczego. Przypuszczany przez SCHRÖDER'a, pobudzający wpływ kofeiny na nabłonek nerek nie może tu grać głównej roli.

Przy wadach serca kofeinę należy stosować tylko podczas zaburzonej kompensacyi i to w późniejszych okresach, gdy zwykle środki na-



sercowe już zawodzą; w okresach wcześniejszych pierwszeństwo się należy naparstnicy lub strofantowi. Energiję serca kofeina może tu wzmacniać silniej nawet od wspomnianych środków, w regulowaniu jednak rytmu serca stanowczo stoi od nich o wiele niżej.

Tak samo i w zapaleniu nerek śródmiąższowem wtedy dopiero trzeba stosować kofeinę, gdy zwykłe środki nasercowe zawodzą. Daje ona jednak dobre wyniki i w zapaleniu nerek miąższowem, a nawet i w ostrem ich zapaleniu (mianowicie w 2-im lub 3-im tygodniu choroby).

Najwdzięczniejsze jednak pole dla kofeiny stanowią cierpienia mięśnia sercowego, zarówno degeneracyjne (*myocarditis degen. adiposa, sclerosis arter. coronariar.*), jak i czynnościowe (osłabienie serca po wstrząśnieniach, wysiłkach, a zwłaszcza w chorobach gorączkowych). U chorych sercowych kofeina często okazuje się wyborym środkiem nasennym. Osobom hysterycznym lub neurastenicznym trzeba ją przepisywać ostrożnie, poczynając od małych dawek. Łączenie naparstnicy z kofeiną często bywa bardzo korzystnem. Z pomiędzy narkotyków jedynie kombinacja kofeiny z morfiną zasługuje na zalecenie. Twierdzeniu Schröder'a, że moczące działanie kofeiny najsilniej występuje przy jednoczesnem użyciu chloralu lub paraldehydu, P. przeczy.

Kumulatywnego działania kofeina nie posiada. Tetanizującego wpływu (znanego u zwierząt) nie okazywały nawet ogromne, skrupułowe dawki. Po dłuższem używaniu zdarzały się biegunki, które jednak łatwo ustępowały.

P. stosował *coffein. natro-benzoic.* (po 5 gr.) i *natro-salicylicum* (po 4 gr.) stopniowo od 3 do 8 razy dziennie przez 6—8 dni. Te same preparaty zaleca i do podskórnych wstrzykiwań, które w rozpaczliwych przypadkach powtarzał bardzo często (nawet 10—20 razy w ciągu kilku godzin).

**Pawiński J. O t. zw. ostrem i ostrawem zapaleniu aorty (aortite aigue francuskich autorów).** Gaz. lek. str. 976 i 1001. N. N. 46 i 47.

Autorowie francuzcy (Huchard i inni) wyosobnili tę odrębną formę chorobową. Cechy jej anatomiczne stanowią galaretowate szarawe i żółtawe zgrubienia intymy z nacieczeniem drobnokomórkowem powierzchownych zwłaszcza jej warstw; nadto *periaortitis* i brak współdziałania *mediae*. Objawy kliniczne mają zależeć od utraty sprężystości i rozszerzenia aorty, od zwężenia lub zamknięcia owemi zgrubieniami otworów większych i mniejszych tętnic, wychodzących z aorty (np. szyjowe, wieńcowe serca), wreszcie od szerzenia się sprawy zapalnej na osierdzie aorty i na sąsiednie nerwy i sploty nerwowe.

P. wbrew powyższemu w owych galaretowatych zgrubieniach intymy znajdował nacieczenie drobnokomórkowe przeważnie głębszych jej warstw; w słabym stopniu widać i w *media* i w *adventitia*.

Takie galaretowate zgrubienie znalazł P. w 2 przypadkach. W jednym (30-letnia niedokrwista kobieta) zajmowało ono dość szerokim pasem cały obwód aorty w pobliżu jej zastawek. Za życia słychać było



głośny muzyczny systoliczny szmer wzdłuż całej aorty piersiowej. Choroba trwała od 10 miesięcy.—W drugim przypadku, gdzie objawy datały się dopiero od kilku tygodni, liczne owe ogniska galaretowate rzeczywiście zwęzły ujścia tętnicy bezimiennej, zwłaszcza zaś tętnic wieńcowych serca, powodując nawet *myomalaciam* i *myocarditidem fibrosam*.

Ostatecznie P. uważa wspomnianą sprawę nie za ostrą, ale za ostrawą, stanowiącą pierwszy okres ateromatozy, przebiegającą zwykle skrycie, wyjątkowo tylko zdradzającą się objawami klinicznymi.

**Skłodowski I. Moczopędne działanie kalomelu w chorobach nerek.** Gaz. lek. str. 490, 525, 546, 564, 579. N. N. 23—27.

Dotychczas panował pogląd, że w obrzękach, zależnych od chorób nerek, moczopędne działanie kalomelu nie dopisuje, a nawet, że choroby te stanowią przeciwwskazanie dla takiego użycia kalomelu. S., wypróbowałszy ten środek w całym szeregu chorób nerkowych, przyszedł do całkiem odmiennego wniosku.

S. przytacza w swej pracy przeważnie przypadki zapaleń nerek ostrych oraz miąższowych przewlekłych. Zapalenia nerek śródmiąższowe, jako powikłane zwykle cierpieniem serca, a więc nie dość czyste, mniej się nadają do rozstrzygnięcia tej kwestyi. Wspomina więc o nich autor ogólnikowo tylko, że i tu niejednokrotnie stwierdził wyraźną skuteczność kalomelu.

Wogóle w chorobie Bright'a wcale nie rzadko (w 7 przypadkach z przytoczonych 14) udaje się znacznie podnieść kalomelem wydzielanie moczu i uwalniać chorego od obrzęków. W pomyślnych razach wzmożenie dyurezy trwa aż do zupełnego zniknięcia obrzęków. Nigdy się nie da przewidzieć zgóry, kiedy moczopędne działanie wystąpi i kiedy zawiędzie. Nawet w najcięższych przypadkach może się ono zjawić. Czasami kalomel działa tam, gdzie inne środki zawiodły, czasami przeciwnie po bezskutecznej próbie z kalomelem obrzęki giną od kofeiny, parówek. Żadnego szkodliwego wpływu kalomelu na nerki nie dało się zauważyć (zwiększenia ilości białka, krwi w moczu, bólów). Wogóle próby z kalomelem wypadły autorowi korzystniej nawet dla chorób nerek, niż chorób serca.

Wielu klinicystów uważa wszelkie środki moczopędne w chorobie Bright'a, zwłaszcza ostrej, za nieodpowiednie, jako drażniące nerki. Zwalczając ten pogląd, S. przypomina, że właściwie wzmożona dyureza odbywa się kosztem tych odcinków nerek, które wcale nie są dotknięte sprawą zapalną, albo bardzo słabo.

Co do teoryj moczopędnego działania kalomelu, autor oświadcza się przeciwko ROSENHEIM'owi (wpływ drażniący na nerki) a za JENDRASIK'iem (zwiększona osmoza płynów z przestrzeni międzytkankowych do naczyń).

**Waśkiewicz M. Przypadek ropnego zapalenia tkanki okołonerkowej z przebiegiem do miedniczki i zejściem pomyślnem.** Gaz. lek. str. 506. N. N. 23.



Po dźwignięciu ciężaru chorey dostał bólu w pasie z jednej strony, gorączki przepuszczającej z potami i biegunką, nie mógł inaczej leżeć, tylko na wznak ze zgiętymi kolanami. W moczu żadnych rażących zmian. Po 3 tygodniach nagle bóle i gorączka ustąpiły, mocz zaś stał się gęstym, brudno-żółtym, cuchnącym; przechodząc przez cewkę sprawiał ostry ból, w osadzie zawierał dużo krwi i ropy. Po 10 dniach zupełne wyzdrowienie.

**Zapolski-Downar H.** Przypadek nadmiernego przyspieszenia skurczów sercowych (*tachycardia paroxysmalis*) z napadem trwającym 19 dni i 8 godzin. *Med. str.* 809 i 835. *N. N.* 50—51.

39-letni oficer, po przebyciu reumatyzmu stawowego, w ciągu 18 lat miał 16 napadów przyspieszonego bicia serca, trwających od 12 godzin do kilkunastu dni. Zaczynały się one i kończyły nagle. Towarzyszyły im niekiedy bóle kręgosłupa, znieczulenie połowiczne, zaburzenia mowy. W przerwach chorey czuł się dobrze. W opisanym 19-dniowym napadzie częstość tętna wynosiła 192 do 230 uderzeń; zaburzenia w krążeniu pod koniec były widoczne: sinica, obrzęk stóp, obrzmienie wątroby, mocz zastoinowy, obrzęk dolnych i tylnych odcinków płuc, śluzowa krwawa płwocina. Temp. kilkakrotnie wznosiła się nawet do 39,6°; częste poty. Przytomność zupełna; humor i apetyt niezłe. Powrót do zdrowia po napadzie szybki.

Przegląd literatury *tachycardiae paroxysmalis*.

### *E. Choroby narządów trawienia.*

Sprawozdawca

**Wł. Bruner.**

**Mintz.** Niezwykły przypadek uchyłka przełyku (*Diverticulum oesophagi*). *Medycyna*, str. 461. *N.* 29.

Chory, 49 lat liczący, skarżył się na utrudnienie w połykaniu i wymioty bardzo częste, w różnych po jedzeniu odstępach czasu. Wywiady na nie ważnego nie wskazały; pomimo od lat 8 trwającej choroby z ciała nie opadł. Wskazywał na dolny koniec mostka, jako na miejsce, gdzie się pokarm zatrzymują i z kąd wyrzucane zostają. Badanie płuc, serca wątroby, śledziony i nerek nie nieprawidłowego nie wykryło. Przyuszczano zwięźnienie przełyku w dolnej części. Zgłębnik TROUSSEAU w odległości 40 ctm. od zębów siecznych napotykał nieprzewyciężoną przeszkodę. Miękkim zgłębnikiem autor wielokrotnie wydobywał zawartość, która nie zawierała HCl, nie posiadała własności trawiennych,



nie wykazywała ani zaczynu sernikowego, ani labzymogenu, ani odczynu na żółć. Mogła pochodzić zatem tylko z przełyku. Co się tyczy pytania, jakiej natury było rozszerzenie przełyku, czy było ono równomiernem (*ectasia*), mogącem w danym przypadku być wywołanem tylko przez zwężenie wpustu, czy też ograniczało się do jednej ściany (*diverticulum*) to wypadkowe przedostanie się lampki do żołądka przy próbie prześwietlania uchyłka, oraz przy następnych próbach przedostanie się zglębniaka do żołądka, wykluczało istnienie zwężenia wpustu i dozwoliło autorowi rozpoznać uchyłek przełyku w dolnej jego części. Zdaniem autora, uchyłek ten należy do rzędu pulsyjnych. Co się tyczy leczenia, to autor zaleca częste przemywania uchyłka roztworami alkalicznymi lub antyseptycznymi.

**Rejchman i Mintz. O znaczeniu kwasu solnego w leczeniu chorób żołądka.** Gaz. Lek. str. 444. N. 21.

Brak pewnych dowodów, przemawiających za korzystnym wpływem kwasu solnego, wpływem, któryby występował bezpośrednio po wprowadzeniu tego kwasu do żołądka, oraz niewątpliwie empirycznie stwierdzona skuteczność jego przy pewnych postaciach niestrawności skłoniły autorów do wykonania doświadczeń, czy kwas solny nie wywiera czasem wpływu na wydzielanie soku żołądkowego. Ażeby uniknąć zarzutu zbyt krótkiego, jak to dotychczas czyniono, podawania kwasu solnego, podawano go przez czas dłuższy w dość dużych dawkach (45 kropel dwa razy dziennie). Zawartość badano w odstępach 10 lub 20 dniowych u chorych poliklinicznych, pozostających w jednakowych warunkach dyjetetycznych i higienicznych. Oprócz stopnia kwaśności, określano ilość wolnego kwasu solnego sposobem MINTZA, oraz ilość kwasów organicznych metodą SEEMAN'a; w kilku razach ogólną ilość kwasu solnego metodą SJÖQUIST—JAKSCH'a.

Z nieukończonych jeszcze badań autorów wynika, że w niektórych przypadkach zmniejszonego wydzielania, kwas solny, wprowadzony do żołądka, pobudza wydzielanie tego kwasu w żołądku.

**Zawadzki J. Wymioty nerwowe i przyczynę do ich leczenia.** Kron. Lek. str. 1 i 81. N 1 i 2.

Autor streszcza wyniki prac, podjętych dla określenia ruchów żołądka, mechanizmu wymiotów i ośrodka wymiotnego, podaje podział wymiotów, obszerniej zajmuje się wymiotami nerwowymi, ich pochodzeniem i podziałem, wreszcie przechodzi do leczenia, które dzieli na ogólne i miejscowe i wyliczywszy różne używane przy tem cierpieniu środki, zatrzymuje się dłużej na podanem przez siebie leczeniu zapomocą spray'u z wody sodowej przez zglębniak, które autorowi bardzo dobre dawało wyniki. W początku wprowadzano przez syfon małe ilości wody, 60 ctm., później 150—200 i więcej. W końcu autor podaje teoryję działania tej metody, jej wskazania i przeciwwskazania oraz godniejsze uwagi przypadki, leczone tą metodą.



**Alkiewicz.** Kwas solny przeciw wymiotom. Nowiny Lekarskie, str. 54, N. 2.

Autor gorąco zachwala stosowanie kwasu solnego przy wymiotach w ostrym zakaźnym nieżyłciu żołądka i kiszki, po spożyciu niestrawnych pokarmów i w przebiegu niektórych chorób infekcyjnych, szczególnie influenzy.

**Dąbrowski W.** Przypadek zwężenia dolnego odcinka dwunastnicy. Gaz. lek. str. 316, N. 15.

Autor w treściwych słowach podaje z literatury opis 10 przypadków omawianego cierpienia, w których uwzględniono badanie zawartości żołądka i przytacza swój własny przypadek, w którym najwybitniejszym objawem w pierwszym okresie choroby był guz w jamie brzusznej, guz nieruchomy, o powierzchni nierównej, niezminiającej położenia przy ruchach oddechowych i pokryty przez kiszki, oraz wyniszczenie organizmu. Wobec braku objawów ze strony pozostałych narządów, rozpoznano nowotwór gruczolów pozaotrzewnowych, a mianowicie *lympho-sarcoma*. Rozpoznanie to utrzymane zostało i w drugim okresie choroby, gdy dołączyły się: obfite wymioty, ogromne rozszerzenie i przepełnienie żołądka, ruchy robaczkowe,—objawy niewątpliwie wskazujące na zwężenie światła żołądka lub kiszki. Wygląd wymiotowanej i wydobywanej z żołądka miazgi pokarmowej i brak kałowego zapachu wskazywał, że zwężenie ma miejsce w górnej części przewodu pokarmowego, obecność zaś żółci i fermentów trzustkowych, jakoteż zmienność w oddziaływaniu na odczynniki, używane do wykrycia wolnego HCl oraz obecność zawartości w żołądku przez kilka dni z rzędu, pomimo że chory nie przyjmował żadnego pokarmu, a żołądek był codziennie czysta przemywany—dowodziły zwężenia dwunastnicy poniżej ujścia przewodu żółciowego i trzustkowego.

Badanie pośmiertne wykazało, że zwężeniu uległ rzeczywiście dolny odcinek dwunastnicy, przyczyną zaś zwężenia był guz charakteru gruzliczego, powstały z gruczolów pozaotrzewnowych. Prócz tego znaleziono gruzlicę górnej części kiszki, przeważnie dwunastnicy, zjawisko niezmiernie rzadkie. W lewym płucu ognisko gruzlicze.—W końcu autor podaje dotychczasowe wyniki badań zawartości żołądka przy jednoczesnym działaniu na miazgę pokarmową soku żołądkowego i kiszkowego, który przy zwężeniu dolnego odcinka dwunastnicy może stale znajdować się w żołądku.

**Bruner Wł.** O zapaleniu kiszki błoniastem. (*Enteritis membranacea*). Gaz. lek. str. 602, N. 28.

Na zasadzie 6 obserwowanych przypadków oraz chemicznego i mikroskopowego badania kału, jakoteż krytycznego rozbiórki odnośnej literatury, autor przychodzi do wniosku, że nie można sprawy tej uważać za nerwową, lecz tylko za specjalny wyraz istniejącego nieżytu. Prócz znacznej ilości śluzu, złuszczonego i zmienionego nabłonka, okrągłych komórek i wielkiej ilości pasorzytów, za tłumaczeniem sprawy



jako zapalnej przemawia także obecność znalezionych w wydzielinie grudek, podobnych do ziarn gotowanego sago, na co dotychczas o ile się zdaje, nie zwrócono uwagi.

**Arnstein i Troczewski.** Niedrożność kiszek wskutek wewnętrznej uwięźnięcia (*incarceratio interna*), spowodowanego najprawdopodobniej wpochwieniem (*invaginatio, intussusceptio*). Niezupełne samodzielne wyzdrowienie przez przywrócenie niezupełnej drożności kiszek. Gaz. lek. str. 1095, N. 51.

U 58-letniej chorej, poprzednio zupełnie zdrowej, nagle po grubym błędzie dyjetetycznym i wstrząśnieniu fizycznym wystąpiły gwałtowne bóle brzucha, wymioty ciągle się powtarzające i uporeczywe zaparcie stolca w połączeniu z wzdęciem brzucha. W okolicy, odpowiadającej okrężnicy wstępującej, wymacywano guzowatość kształtu nieprawidłowo-cylindrycznego, sprężystą i bardzo bolesną; dolny jej koniec nie dochodził do kątnicy (*coecum*), górny odpowiadał mniej więcej początkowo okrężnicy poprzecznej. Na całej tej przestrzeni odgłos opukowy tępy, na pozostałej przestrzeni brzucha bębniasty.

Rozpoznano: niedrożność kiszek wskutek mechanicznej przeszkody, najprawdopodobniej—wpochwienie okrężnicy wstępującej do okrężnicy poprzecznej. Wykluczono na zasadzie wywiadów i badania: guz w jamie brzusznej, guz w ścianie kiszek, zawał kałowy, zapalenie kątnicze i okołokątnicze.

Czwartego dnia choroby i prawie bezpośrednio po zastosowaniu (stosowanych już od samego początku) wysokiej irygacji wystąpiły kilkakrotne wymioty kałowe i częste, płynne wypróżnienia. Stan chorej poprawił się znacznie, lecz niezupełnie, gdyż i guzowatość, choć w mniejszych rozmiarach, pozostała i chora ani razu nie miała prawidłowego stolca.

To zejście w niezupełne wyzdrowienie przemawia, zdaniem autorów, za istnieniem w danym przypadku wpochwienia, mechanizm zaś przywrócenia drożności tłomaczy w ten sposób, że silny strumień wody wypchnął prawdopodobnie odcinek кишки wpochwionej lecz niezupełnie, a częściowo, przyczem jednak wzajemne ciśnienie wpochwionych kiszek o tyle się zmniejszyło, że otworzyło się światło przewodu przechodzącego przez długość guzowatości. Przemawiają za takim mechanizmem i wymioty kałowe, wywołane przy podrażnieniu przeciwbaczkowym ruchem kiszek i zmniejszenie guzowatości, zwłaszcza w wymiarze poprzecznym.

**Trzciński.** Przypadek nawykowego zaparcia stolca z objawem nerwowym. Nowiny lek. str. 468, N. 10.

U dziecka 1-rocznego równocześnie z rozwinięciem się zaparcia wystąpił skurek kończyn dolnych, zwłaszcza mięśni zbliżaczy lewego uda. Chorobę rdzenia lub mózgu można było wykluczyć, współczesność zaś pojawienia się objawu tego z zaparciem i ustąpienie jego po usunię-



ciu tego stanu dozwalało go postawić w związku z zaparciem, wskutek którego kał w zagłębieniu krzyżowym uciskał na nerwy i wywoływał wspomniany objaw.

**Rosenbusch. O nawykowym zaparciu żywota.** Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. etc. Zeszyt 9.

Autor szczegółowo opisuje przyczyny tego cierpienia, jego objawy i leczenie; wskazuje na złą wpływ ciągłego stosowania środków czyszczących, a radzi posiłkować się głównie środkami fizycznymi: gimnastyką, mięsieniem, elektro i hydroterapią.

**Roterozen. Niezwykły przypadek zapalenia otrzewnej.** Kronika lek. str. 580, N. 9.

Czteroletnie dziecko, kopnięte przez konia, i przejechane przez bryczkę, zmarło wśród objawów zapaści po 12 godzinach. Przypuszczało krwotok wewnętrzny. Badanie pośmiertne (w 6 godzin po śmierci) wykazało zapalenie otrzewnej bez przedziurawienia. W jamie otrzewnej przeszło 2 uncje płynu cuchnącego. Kręgosłupa nie otwierano.

Zdaniem autora zapalenie otrzewnej było pochodzenia urazowego, śmierć nastąpiła wskutek szoku, cuchnący zaś płyn zależał od zmian pośmiertnych.

---

## F. Choroby układu nerwowego i Psychjatria.

Sprawozdawca

### R. Radziwiłłowicz.

---

**Gajkiewicz Wł. O drżeniu histerycznym (tremor hystericus).** Gaz. lek., str. 640.

Drżenie jest objawem często napotykanym w przebiegu histeryi. Zazwyczaj jest ono słabe, bardziej przez chorego wyczuwalne niż widzialne. Czasami jednakże występuje w takiej sile, że odsuwa inne objawy na dalszy plan i może symulować organiczne cierpienia, cechujące się drżeniem. Drżenie histeryczne, jak wogóle wszystkie drżenia, można podzielić na dwie kategorie: na drżenia występujące w spokoju, i pojawiające się, lub przynajmniej wzmagające się przy ruchach dowolnych. Pierwsza kategoria dzieli się (według ilości drgań mięśni) na: 1) drżenia powolne, 3—4 razy na sekundę, np. *paralysis agitans*, 2) drżenia szybkie, 8—10 na sekundę (*paralysis generalis progressiva*). Druga kategoria dzieli się na: 1) drżenia pojawiające się wyłącznie przy ruchach dowolnych (*sclerosis multilocularis*), 2) drżenie istniejące i w spokoju, a zwiększające się tylko przy ruchach dowolnych (otrucie rtęcią).



Drżenia histeryczne odznaczają się tem, że naśladować mogą wszystkie wymienione postacie i że u jednego chorego może występować to jedna, to druga forma drżenia histerycznego.

Trzy główne postacie odróżniamy w drżeniu histerycznym: 1) drżenie wibracyjne—drżania bardzo małe, drobne, jednostajne (8—10 razy na sekundę); 2) *tremblement trepidatoire*—rytmiczne zginanie i prostowanie kończyn, *resp.* ruchy nawrotne i wywrotne, najeczęściej raz jeden, raz drugi; 3) najrzadsze *tremblement intentionale*—występujące wyłącznie przy ruchach dowolnych.

Najeczęściej drżenie umiejscowionem jest w pojedynczych kończynach, rzadko bywa ogólne. Zaczyna się zwykle nieznacznie, powoli, bez widocznych powodów.

Z 6-iu opisanych przypadków w 5-iu przypadkach drżeniu podlegały kobiety, w 1-ym mężczyzna. W każdym oprócz drżenia były i inne stygmaty histeryczne, które umożliwiały dyagnozę. Poprawa następowała przy stosowaniu kąpiei oziębianych, ogólnej elektryzacji, przykładaniu magnesu, zastrzyknięciu ezeryny.

**Kamiński St. Początki histeryi u dziecka. Próba objaśnienia przyczyny objawów histerycznych.** Gaz. lek., str. 668, 697, 716, 744, 750, 769, 788, 811.

Autor zwraca uwagę na znaczenie spostrzeżeń kazuistycznych, dotyczących się codziennego życia dzieci histeryków, w okresie choroby, gdy niema jeszcze ściśle patologicznych objawów. Następuje opis fizycznego i umysłowego stanu chłopca histerycznego; opisuje jego obyczaje, popędy, skłonności, drobne, prawie fizjologiczne zboczenia w układzie nerwowym. Dalej autor uzasadnia swą dyagnozę przez przytoczenie przypadków histeryi ściśle patologicznych, odpowiadających drobnym zboczeniom u danego osobnika.

Istotę objawów histeryi stanowią zaburzenia psychiczne, jako zjawiające się daleko wcześniej od ruchowych, uczuciowych i troficznych. Histeryja jest więc chorobą najwyższych ośrodków mózgowych, nerwicą korową. Autor stara się obalić teorię MOEBIUS'a o wyobrazeniowym początku histeryi, a to głównie na tej zasadzie, że histerycy nie posiadają zdolności wytworzenia stałych i jasnych wyobrażeń w swym umyśle. Następnie samo zjawianie się pewnych wyobrażeń nie wystarcza do objaśnienia objawów histerycznych. Trzebaby prócz tego przyjąć pewną predyspozycyję w rodzaju CHARCOT'owskiego „zamglenia samowiedzy“. To ostatnie zaś musiałoby istnieć przez cały czas trwania objawów chorobowych, gdyż wszelkie wyobrażenia, a więc i chorobowe, np. hamujące ruchy, są u histeryków nietrwałe. — Powstawanie napadów histero-epileptycznych również nie przychodzi pod wpływem wyobrażeń (halucynacyj), czego dowodzi z jednej strony niezgodność ruchów z obrazami halucynacyjnymi, z drugiej to, że halucynacje są objawem wtórnym, ruchy zaś pierwotnym napadu; przyczyna zaś zawsze winna poprzedzać skutek. Przyczyną objawów ruchowych jak i halucynacyj napadu jest nagromadzenie się energii nerwowej w ustroju,



Ponieważ jednak ani wyobrażenia, ani uczucia nie mogą być przyczyną objawów histerycznych, pozostaje więc jedynie sfera działalności korowej mózgu, której zakłócenie powodować może objawy histeryczne—wola. Autor widzi przyczynę histeryi w nieprawidłowym rozwoju woli. Kreśli on naprzód normalny rozwój woli u osobnika, zwraca uwagę na udział pierwiastku woli w wytwarzaniu się naszych wyobrażeń, uczuć i spostrzeżeń zmysłowych, oraz na coraz większy udział woli we wszystkich przejawach nerwowej działalności osobnika.

Tu wykazuje autor, jak zaburzenia histeryczne zarówno w obserwowanym przez niego przypadku, jak i w bardziej posuniętych przypadkach histeryi mogą być objaśnione przez nieprawidłowy rozwój woli, brak jasnych wyobrażeń i brak bezwiednego powściągu działalności niższych ośrodków nerwowych.—Rozumowanie swoje streszcza autor w następujących punktach: 1) Histeryja jest chorobą rozwoju psychicznego, dla tego też początków jej szukać należy w dzieciństwie. 2) Wadliwy rozwój psychiczny histeryków polega na wytwarzaniu się w ich umyśle niedokładnych i nietrwałych obrazów ruchowych i zmysłowych. 3) Bezpośrednim tego następstwem jest niewytworzenie się woli u histeryków; histeryja jest więc chorobą rozwoju woli. 4) Brak woli pociąga za sobą nadrucliwość psychiczną i mięśniową, której głównym wyrazem jest to, że wszelkie podrażnienie przechodzi przeważnie na drogi ruchowe. 5) Zaburzenia czuciowości, choć nieraz bardzo wybitne i zwracające uwagę, nie są jednak zasadniczymi i głównymi cechami histeryi, tem, co szkoła francuska nazywa stygmatami histerycznymi. Owszem, zmiany czuciowości zdają się być tylko objawami, wklajającymi zaburzenia w sferze ruchów i towarzyszącymi im. 6) Histeryk, pomimo zdolności umysłowych, pozostaje zawsze dzieckiem pod względem psychicznym.

W ostatniej części swej pracy kreśli autor w głównych zarysach terapię psychiczną histeryi. Najważniejszą tu jest rzecz kształcenie silnej woli. Środki tego kształcenia woli znajdują się zarówno w nauczaniu, jak i kształceniu charakteru. Z zabiegów fizycznych doradza autor hydroterapię i gimnastykę, natomiast niewiele spodziewa się od odosobnienia, a także psychicznego wpływu silnych wrażeń.

**Higier H. Kilka słów o jankaniu histerycznem (balbaties hysterica).** Gaz. lek. str. 805.

G. F., kobieta lat 21, zamężna—jeden brat chory nerwowo, siostra miewa spazmatyczne napady płaczu i śmiechu. Przed 10 laty przechodziła tyfus brzuszny i od tej pory datują się u niej objawy nerwowe. Najdokuczliwsze z pośród nich były wymioty, które ustąpiły w pół roku po nowej chorobie zakaźnej, nazywanej przez pacjentkę tyfusem płamistym. Parę lat temu miała ciężki napad nerwowy z utratą przytomności, wywołany przez silne wstrząśnienie moralne. 21 Czerwca dostała wymiotów i rozwolnienia, które mocno wystraszyły chorą; objawy dyspeptyczne znikły, pozostała natomiast niemota i porażenie kończyn dolnych. Przy badaniu 22 Czerwca znaleziono: prawie zupełne zniszczenie ruchów dowolnych w stawach kolanowych, stopowych i palcowych—najbardziej



porażone *extensor cruris i peronei (pes varus)*, obustronna bolesność jajników, afonija i występujące z nią naprzemian zaburzenia artykulacji i fonaeyi. Chora szeroko przeciąga pojedyncze sylaby, zaczyna się na każdej spółgłosce, która musi 4 — 5 razy powtórzyć, zanim ją dokładnie wypowie. Czasami udaje się jej, szczególnie przy głośnie mowtarzaniu jednego i tego samego wyrazu, wymówić kilka głosek bez zatrzymania się, ale wkrótce napotyka nową przeszkodę, przy której zatrzymuje się znacznie dłużej, niż to bywa przy zwykłym jakanu. Czasami dźwięki poprzedzają zbyteczne litery lub zgłoski i wtedy mowa wydaje się płynniejszą. Mowa jej nie przypomina żadnego ze znanych typów zaburzenia mowy. Liczenie cyfr i mówienie umianych na pamięć pacierzy nie wpływa na poprawę mowy. Zmęczenie i pobudzenie pogarsza mowę.

Oprócz tego znaleziono u chorej: wrażliwość kregostupa na ucisk, nieokreślone bóle newralgiczne w prawej kończynie dolnej, znikające bóle kiszkowe. Pod wpływem faradyzacji mięśni krtaniowych poprawa mowy, pod wpływem hipnozy i sugestyi zupełna poprawa lewej nogi i niezupełna prawej. W półzwarta miesiąca powtórny napad afonii z jakanem, w postaci napadów 5 — 10 minutowych. Uczucie ściskania w szyi, *hemispasmus glossofacialis*, znaczne koncentryczne zwężenie pola widzenia, lewostronna czułość skóry i zmniejszenie wrażliwości na bodźce bólowe. Z tej samej strony wzrok, słuch i smak znacznie zmienione. *Diplopia monocularis*, *plaques d'anaesthesie* po prawej stronie ciała. Przy ukłuciu krwawi tylko prawa kończyna górna, lewa zaś nie. Odruch połykowy, podniebienny i oczny—zniesione. *Irritatio spinalis*.

Obecność tyłu stygmatów histerycznych doskonale wykazuje naturę cierpienia. Opis ważniejszych przypadków histerycznego jakanu poprzedza artykuł.

**Gajkiewicz Wl. O spazmie skaczącym (spasmus saltatorius).**  
Gaz. lek. str. 1023.

Spazm skaczący jest cierpieniem, w którym chory nagle lub stopniowo traci możność utrzymania się na nogach; czasem doznaje przez kilka dni przedtem bólu lub uczucia ciężaru i osłabienia w nogach.

Nieemożność ta stania i chodzenia zależy od skurczów mięśni wyprostnych i zginaaczy голени a czasem i uda, skurczów zazwyczaj bardzo silnych, wskutek czego chorzy zamiast stać prosto, nieustannie skaczą, „jak gdyby stali na rozżarzonych węglach“. Wola nie ma na nich żadnego wpływu.

Spazm ten występuje najczęściej przy staniu, przy dotknięciu się ziemi podeszwami, w niewielu przypadkach istniał on i w położeniu leżącym przy łechtaniu podeszwy, przy wyprostowywaniu stopy, przy uderzaniu w rzepkę, a nawet i pod wpływem wrażeń moralnych. Mięśnie drgające nie są osłabione, są one silne i najczęściej nawet podczas spokoju znajdują się w stanie zwiększonego *tonus*, mają skłonność do przykurczów. Odruchy ścięgniste najczęściej bywają wzmożone, rzadko osłabione lub brak ich. Cierpienie dotyka ludzi w sile wieku (19 — 46



lat), częściej mężczyźni, niż kobiety, trwa od kilku dni do pięciu lat; jest bardzo rzadkiem (około 20 w literaturze).

Pierwszy GOWERS, a po nim BRISSAUD uznali w spazmie skaczącym zjawisko histeryczne. Do ich zdania przyłącza się i autor.

M. Z. S., t. 32, pochodzi z rodziców zdrowych, na kilka miesięcy przed zapisaniem się do szpitala, podczas manewrów po uciążliwych marszach miał silne bóle w łydkach, obrzmienie kolan, osłabienie nóg tak, że pewien czas nie mógł chodzić. Przy badaniu znaleziono: silną bolesność przy naciskaniu na mięśnie łydkowe i na nerw strzałkowy i goleniowy, ból głowy na wierzchołku, zwiększający się przy ucisku, ból w niektórych okolicach kręgosłupa, bolesność prawych międzyżebry, *hemihypraesthesia dextra* z wyjątkiem warg, języka i twardówki, *plaques analgesiques*, znieczulenie twardówki lewej i gardzieli. Małe zwięźlenie pola widzenia, smak nieco stępiony. Mięśnie prawej strony znacznie słabsze. Tonus mięśni nieco zwiększony. Nerwy kończyn dolnych oddziałują prawidłowo na prąd galwaniczny, gdy mięśnie nie kurczą się zupełnie (oprócz łydkowych). Osłabienie w mięśniach i nerwach pobudliwości faradyzycznej. Podczas pierwszych 6 dni pobytu w szpitalu chory trzymał się dobrze na nogach, ale chód miał utrudniony i bolesny. Po 6 dniach przy próbach chodzenia lub stania, kończyny dolne zaczynały drżeć, trząść się, chory wykonywał ruchy skakania z początku więcej prawą nogą.

Po kilku podskokach chory mimowolnie mocno prostował kończyny w kolanach i wysuwał je naprzód, później wyciągał prawą naprzód, a lewą wtył, robiąc ruchy jak przy froterowaniu; nie mogąc utrzymać się w równowadze, padał na ziemię i wtedy to uderzał stopami o siebie, to zginał je we wszystkich stawach. Ruchy były szybkie i bardzo energiczne. Przytomności nigdy nie tracił. Przy silniejszych wrażeniach (demonstracja obcym) po napadzie drgawek występowało i drżenie kończyn górnych, zwłaszcza lewej. Odruchy kolanowe to istniały, to ginęły. Terapija: sugestycja i faradyzacja ogólna—skakanie ustąpiło. Gdy chory chodził już niezgorzej, wystąpiły: objaw Romberga i lateropulsja.

Przez krótki czas były: *globus*, *polyuria* i *pollakuria*.

Autor analizuje pojedyncze objawy cierpienia i przychodzi do wniosku, że ponieważ nie było ani jednego objawu, któregooby nie można było napotkać w histeryi, należy na mocy całości chorobowego obrazu uznać histeryczne pochodzenie spazmu skaczącego.

**Biernacki E.** Przyczynek do nauki o syringomyelii. Gaz. lek. Str. 250, 268.

Opisany przypadek posłużył i BERNSTEINOWI (cf. niżej) jako przypadek N. 3 w pracy jego o syringomyelii.—Maryja S. l. 21, od 9-go roku życia ma skrzywienie kręgosłupa bez bólów i innych dolegliwości, w 14-ym roku osłabienie dwu pierwszych palców lewej ręki przy jednoczesnym istnieniu bólów w stawach dłoni, w rok potem osłabienie i wychudnięcie



mięśni prawej dłoni równie przy bólach; w drugim roku choroby bóle znikły, wystąpiło natomiast palenie pod prawą, rzadziej pod lewą pachą, a także klócie w okolicy łopatki, jednocześnie uczucie zimna w rękach i w nogach. Kąpiel rzeczna sprowadza na górnych kończynach sine plamy, które trwają po 24 godziny.

Bóle w krzyżu, bóle głowy. Od roku osłabienie nóg, klócie w łydkach, uczucie duszności i silnego ciężaru w piersiach. Przy badaniu stwierdzono: lewa szpara oczna węższa od prawej, lewe oko wciągnięte w oczodół, lewa źrenica węższa od prawej. Na obu kończynach górnych zanik mięśni *thenaris* i *hypothenaris*, oraz międzykostnych, lewe przedramię wyraźnie cieńsze od prawego, oba znacznie wychudłe, mięśnie wiotkie, w lewej dłoni mimowolne krótkie skurcze i drżenie, odczyn zwyrodnienia w mięśniach *thenaris*. Czucie bólowe i uczucie ciepłoty zmniejszone na całej kończyni górnej prawej, inne formy uczucia zachowane. Odruchy kolanowe wzmożone. *Scoliosis sinistra*, 4, 5, 6 wyrostki cierniste na ucisk bolesne. Chora wypisała się ze szpitala po miesiącu z poprawą objawów uczuciowych i palenia w prawym boku; inne zjawiska pozostały bez zmiany.

**Bernstein St. O syringomyelii.** Medycyna, str. 167, 181, 200, 217 i 233.

Syringomyelią nazywamy tworzenie się w rdzeniu, zwykle w nabrzmieniu szyjowym, w istocie szarej, jam podłużnych owalnych. Jamy te powstają przeważnie za kanałem centralnym, rozszerzają się następnie na tylne pęczki i na resztę substancji białej. Tym zmianom anatomicznym odpowiadają następujące zmiany kliniczne: 1) zanik mięśni dowolnego ruchu; 2) zaburzenia w sferze uczucia pod postacią częściowego porażenia—obok zachowanego uczucia dotykowego istnieje nieczułość na bodźce ruchowe i termiczne; 3) zmiany troficzne i naczynioruchowe w skórze i głębiej położonych tkankach.

Choroba nie jest rzadką; zebrana przez Annę BAUMLER w 1887 r. statystyka dochodzi liczby 100. Nazwę „syringomyelia“ wprowadził pierwszy OLLIVIERS DE AUGERS 1837 r., nazywając tem mianem przypadkowo w rdzeniu spotykane jamy, dopiero badania SCHULTZE'go i KAHLE-RA wykryło związek między stroną kliniczną i anatomopatologiczną choroby. Podobną jest bardzo do tak zwanej choroby MORVAN'a i zapewne choroba MORVAN'a jest tylko lepiej zbadanym typem syringomyelii.

Opisane są 4 przypadki syringomyelii, 3 z obserwacji GOLDFLAMA. Najbardziej interesującym jest przypadek 2-gi, w którym sekcycja stwierdziła obecność nowotworu (glejak) w części szyjowej rdzenia.

**Goldflam S. Przyczynek do patologii porażen ołowianych.** Medycyna, str. 413, 433, 467.

Wobec mało rozwiniętego u nas przemysłu, zatrucie ołowiem, a więc i porażenie ołowiane spostrzega się dosyć rzadko; przeto tem większy interes przedstawia przypadek autora, poparty makroskopowem i mikroskopowem zbadaniem pośmiertnem.



Chora lat 19 dwa lata pracowała w giserni czcionek, po upływie pół roku nabawiła się kolki brzusznej, zaparcia stolca i ogólnego osłabienia i zmuszoną była przejść do innego oddziału. Poprawa była krótkotrwała, gdyż chora na nowo musiała się podjąć wyrabiania czcionek. Na pół roku przed wstąpieniem do szpitala wystąpiły rwące bóle w kończynach, kolka brzuszna, nudności, brak apetytu, duszność i ogólne osłabienie; chora zajęcia nie przerywała, dopiero na trzy tygodnie przed zapisaniem się do szpitala wskutek drżenia kończyn i zwiększonego ogólnego osłabienia położyła się do łóżka. Przy badaniu znaleziono: zęby spróchniałe, na dżiąsłach charakterystyczna ciemno-niebieska obwódka, ucisk na brzuch bolesny. Porażenie kończyn dolnych i górnych, niecharakterystyczne dla porażenia ołowianego; zajęte, obrąby nerwu *radialis* (*m. supinator* i *abd. poll. long.* zajęte), *circumflexus musculocutaneus*, *n. peroneus cruralis*, mniej *ner. tibialis*. Z mięśni tułowia tylko mięśnie brzucha—paretyczne.

Odczyn zwyrodnienia nawet w mięśniach mało porażonych. Od-ruchy ścięgniste zniesione, ucisk na mięśnie bolesny bardziej, niż na pnie nerwowe. Prawa bardziej czynna kończyna była mocniej dotknięta. Chora zmarła przy objawach zapalenia płuc i otrzewnej.

Makroskopowo w rdzeniu i mózgu zmian nie znaleziono. Mikroskopowe dotyczyły przeważnie części szyjowej i lędźwiowej. W części szyjowej zajęta głównie część dolna i częściowo górna, grzbietowa. Zmiany dotyczą substancyj i szarej i białej.

W szarej głównie przednie rogi; komórki zmienione, źle się barwią, są napeczniałe, pigmentowane, ziarniste, przeważnie bez jądra, jąderka i wyrostków. Włókna nerwowe częściowo zanikły lub uległy rozpadowi—głównie przednich pęczków. Neuroglia wybujała, o zwiększonej ilości jąder.

W korzeniach nerwowych widoczne napecznienie nici osiowej, barwienie się otoczki rdzennej karminem, częściowy rozpad włókien nerwowych. W części lędźwiowej zmiany ograniczone są tylko do przednich pęczków (zmiany zanikowe); w komórkach siatka włókien rdzennych przerzedzona, w przednich korzeniach uderzająco dużo cienkich włókien nerwowych. Asymetria w upostaciowaniu prawego przedniego rogu.

W mięśniach: ilość jąder zwiększona, włókna pierwotne ścięzione, podłużne i poprzeczne prążkowanie niewyraźne, miejscami rozpad ziarnisty i rozszepienie się włókien mięsnych, ściany naczyń zgrubiałe i nacieczone.

Pnie nerwowe zwyrodnione.

Przegląd literatury odnośnej poprzedza opis przypadku.

**Domaniński S. O rozpoznawaniu kiły (syfilis) układu nerwowego.**  
Gaz. lek., str. 737 i 964.

Do rozpoznania kiły układu nerwowego służyć nam winny: 1) wykazanie przebycia syfilisu pierwotnego; 2) wykazanie ogólnego zakażenia jadem syfilitycznym; 3) poprawianie się i znikanie jednych a występowanie



innych zjawisk w układzie nerwowym; 4) kombinacyja zjawisk dla innych chorób układu nerwowego bardzo rzadka; 5) do pewnego stopnia skuteczność leczenia specyficznego. Rozpoznanie syfilisu nie opiera się ani na jednym zjawisku wyłącznie; niema symptomatów syfilisu układu nerwowego wyłącznie cechujących, czyli dla niej patognomicznych. Rozpoznanie tem jest pewniejsze, im więcej z wyżej wymienionych okoliczności daje się wykazać i naodwrot rozpoznanie tem jest niepewniejsze, im tych okoliczności jest mniej.

W przypadkach, gdzie mamy objawy całkiem odosobnione, doświadczenie kliniczne i statystyka decydują o rozpoznaniu syfilisu. Wogóle rozpoznanie tego cierpienia jest zadaniem wymagającym gruntownego zbadania całego ustroju, znacznego doświadczenia i bardzo wielkiej bystrości, tudzież dużo kombinacyi ze strony lekarza.

**Wizel A. Najnowsze poglądy na kwestyję agrafii.** Gaz. lekar. str. 479.

Artykuł jest streszczeniem poglądów DEJEVINE'a na teorię agrafii, wypowiedzianych na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu, w Lipcu 1891 i na lekcjach o afazji w Grudniu 1881 r.

DEJEVINE odrzuca specyjalny ośrodek pisania i na mocy analizy przypadków, na których wspiera się teoriya istnienia owego ośrodka, na mocy analizy własnych, przez siebie obserwowanych przypadków agrafii, jak również na mocy analizy psychologicznej mowy pisanej, przychodzi do wniosku, że bez hipotezy ośrodka pisania możemy z łatwością pojąć wszelkie odmiany agrafii. Analiza mechanizmu mówienia i jego zaburzeń objaśnia zupełnie wszystkie rodzaje agrafii.

**Biernacki E. O uciskowym porażeniu czucia.** Gar. lek., str. 956 i 981.

Częściowe porażenie czucia—kombinacyja termoanestezji i analgezji—uważaną była dotychczas za patognomiczny objaw syringomyelii. Doświadczenia autora nad uciskiem pni nerwowych, doprowadziły go do wniosku, że ten objaw uważać należy jako uciskowe porażenie czucia. Ucisk na pień nerwowy wywołuje upośledzenie, względnie zupełne zniesienia czucia bólowego i ciepłoty przy stosunkowo mniej, jednakże stale osłabionem czuciu ucisku i zupełnie zachowanej zwykłej wrażliwości dotykowej, normalnem czuciu mięśniowem, umiejscowienia i niezwolnionem przewodnictwie.

Kliniczne obserwacyje, których sześć autor w swoim artykule przytacza, dowodzą, że ten sam rodzaj częściowego porażenia czucia spotyka się i w tych przypadkach, w których ucisk wywołany został przez proces chorobowy i że naodwrot ten rodzaj częściowego porażenia czucia powinien na ucisk, jako na przyczynę cierpienia, wskazywać.

**Bojasiński M. Wstrząśnienie mózgu (commotio cerebri).** Medycyna, str. 120.

Opisany przypadek pod tym względem jest ciekawy, że wyzdrowienie nastąpiło bardzo szybko, na drugi dzień po uderzeniu, pomimo,



że zjawiska wstrząśnienia były bardzo groźne: nieprzytomność trwająca kilka godzin, ataki duszności, niewysłowność i t. d. Pomyślny ten przebieg zaliczyć należy zapewne do właściwości dziecięcego organizmu.

**Biegański Wł. Kilka uwag o bredzeniu pogorączkowym w przebiegu chorób zakaźnych.** Medycyna, str. 285 i 304.

Liczne obserwacje autora, z których trzy najbardziej typowe w artykule przytoczono, upoważniają go do postawienia następujących wniosków ogólnych: 1) Bredzenie występuje najczęściej po zapaleniu płuc, po tyfusie wysypkowym, róży, rzadziej po tyfusie brzuszonym, ospie, szkarlatynie i innych chorobach. 2) Bredzenie nie zawsze idzie w parze z natężeniem choroby. 3) Bredzenie przytrafia się w równej mierze u starców, dorosłych i dzieci. Stopień odżywiania nie odgrywa żadnej roli. Uspodobienie indywidualne ma pewne znaczenie. Częściej chorują mężczyźni, niż kobiety. 4) Bredzenie występuje najczęściej przy *crisis*, lecz może wystąpić i przy *lysis*. 5) Trwa najczęściej 2 doby. 6) Zejście prawie zawsze bywa pomyślne.

Przyczyny choroby szukać należy w zatruciu toksynami, wstrzymaniami w organizmie i niewydzielonemi w moczu i pocie. Autor od roku przeprowadza doświadczenia nad działaniem moczu chorych zakaźnych na organizm zwierzęcy i wyniki doświadczeń potwierdzają powyższe teoretyczne przypuszczenie.

Między bredzeniem pogorączkowym i gorączkowym niema różnicy; obie te sprawy nie zależą od gorączki, lecz od zakażenia. W terapii dbać należy o zwiększenie wydzielania moczu i potu i pobudzenie *resp.* uspokojenie układu nerwowego.

**Rychliński K. Przyczynek do nauki o ostrych psychozach.** Gazeta lek., str. 377 i 405.

Autor przechodzi w krótkości historję rozwoju pojęcia ostrej psychozy i zatrzymuje się dłużej na najnowszej jej formie, opisanej przez MEYNERT'a *amentia*. Dwie historje choroby ilustrują teoretyczne rozumowanie autora. Zestawiając je ze sobą i analizując patogenezę cierpienia, autor przychodzi do wniosku zgodnie z innymi współczesnymi autorami, że pojęcie *amentia* nie wyczerpuje obrazu chorobowego ostrego obłąkania, że w klasyfikacyi ostrych cierpień psychicznych powinna egzystować grupa ostrego obłąkania, *paranoia acuta*, dla tych wypadków amencyi, które MEYNERT nazywa halucynacyjną formą.

**Świątecki Wł. Przypadek tężyczki czyli tetanii.** Gaz. lek., str. 135, 150, 181.

Antosia S., 2 1/2 lat, ma od dwóch miesięcy płaczący nastrój, niespokojny sen, od 2 tygodni upośledzone łaknienie, niechęć do zabawy, senność, dreszcze, osłabienie i bóle w członkach, po których nastąpiły objawy typowej tężyczki: wszystkie palce zgięte w stawach dłonio-palcowych, a wyprostowane w dwóch międzyczłonkowych, wielki i mały palec w sil-



nej addukcyi, końcami stykają się ze sobą a zarazem z trzema pozostałymi. Staw nadgarstkowy w stanie lekkiego zgięcia. Ułożenie to rąk jednakowe po obu stronach i kuczowo utrzymuje się stale. Ten sam charakter skurczu i analogiczne ułożenie palców znajdujemy na stopach. Dziecko skarży się na bóle w rękach i stopach: nadczułość skóry na kończynach, bolesność wyrostków szyjowych. Ciepłota 38°, puls 100. Po kąpieli i bromie przykurzenia ustąpiły; na drugi dzień temp. 38,7°, puls 108, nóżki i rączki w stanie lekkiego niedowładu. Ucisk na pnie nerwowe wywołuje napad — objaw TROUSSEAU. Przesuwając palcem po skórze twarzy przez skroń ku kąтови dolnej szczęki, z chwila, gdy palec mija dolny brzeg łuku twarzowego, występuje błyskawiczne dźwignięcie kąta ust i skrzydła nosa — objaw CHWASTEK'a. Zalecono santoninę i kalomel. Po kilku dniach matka, uważając dziecko za zupełnie zdrowe, przestała przychodzić z niem do szpitala. W niespełna miesiąc objawy tężeżki wróciły znowu i znikły dopiero zupełnie po 3-ch miesiącach.

Obustronny toniczny skurcz z charakterystycznym ułożeniem ich widział autor w trzech przypadkach ostrego nieżytu kiszek i żołądka i przytacza ich historje.

Przegląd odnośnej literatury uzupełnia opis przypadku.

**Higier H. Ischias scoliotica.** Gaz. lek., str. 288.

Z pięciu przypadków skoliozy, wywołanej neuralgią nerwu kulszowego, autor opisuje tylko trzy, z których każdy przedstawia inny typ tego cierpienia. W przypadku pierwszym skolioza była skrzyżowaną, t. j. przy nerwobólu z lewej strony pochylenia tułowia były w stronę prawą. W przypadku drugim skolioza była homologiczną, t. j. skrzywienie kręgosłupa było w kierunku chorego nerwu. Trzeci przypadek przedstawia typ skoliozy zmiennej. Skolioza, która w początku choroby była skrzyżowaną — nerwoból prawej kończyny — skrzywienie tułowia w lewo, w biegu choroby na przeciąg około trzech i pół tygodni stała się homologiczną, t. j. tułów był skrzywiony w chorą stronę, ażeby znowu przejść do poprzedniego stanu skoliozy skrzyżowanej. Przegląd i analiza odnośnej literatury i poglądów uzupełnia opis przypadków.

**Higier H. Kilka słów dotyczących fizjologicznych czynności rdzenia.** Medycyna, str. 249 i 265.

Przegląd najnowszej literatury o fizjologii i anatomii rdzenia.

**Ołtuszewski Wł. O zбочeniach mowy: jąkanii i bełkotaniu.** Medycyna, str. 429, 450, 481, 494, 510.

Obszerna i wyczerpująca monografia jąkania i bełkotania, poprzedzona przeglądem odnośnej literatury.

W części poświęconej jąkanii autor omawia kolejno patogenezę cierpienia — szkoły: wiedeńską COEN'a i berlińską GUTZMANN'a, etjologję, rozpoznanie, zatrzymuje się dłużej na leczeniu jąkania i opisuje dokładnie metody lecznicze szkoły wiedeńskiej i berlińskiej.



W bełkotaniu uwzględnia autor dwie tylko formy: funkcyjnalne (seplenienie, charczenie, bełkotanie gardlane) i obwodowe mechaniczne pochodzenia.

Mowa nosowa, ściśle biorąc, należąca również do bełkotania, w celach praktycznych osobne zajmuje miejsce. Hygijenie mowy i zapobieganiu jękaniu poświęca autor osobny rozdział.

Dokładniejszego streszczenia obszernej tej monografii ze względu na szczupłość miejsca podać tu niepodobna.

**Biegański Wł. Kilka uwag o biegunce pochodzenia nerwowego.** Medycyna, str. 737.

Autor zwraca uwagę na pewną formę zaburzeń trawienia, posiadających wszelkie cechy przewlekłego nieżyty kiszek, a spowodowanych nerwicą nerwu współczulnego.

Cechują tę formę chorobową: 1) niestałość objawów—wolne przestanki pomiędzy napadami choroby; 2) niezależność objawów chorobowych od diety—w czasie wolnym od biegunki chorzy trawią znakomicie, wszystko im nie szkodzi i zaburzenia trawienia przechodzą nieraz bez żadnego błędu w dyjecie; 3) obecność pewnych idyosynkrazji w dyjecie—trudnostrawne potrawy znoszone są lepiej, niż łatwostrawne; 4) zależność zaburzeń trawienia od wpływów psychicznych: zmartwienie, przestrasz, kłopoty, nadmierna praca umysłowa; 5) zależność zaburzeń nieżytowych od zmian temperatury.

Ogólne badanie nie wykrywa zmian żadnych w narządach trawienia; wykazuje natomiast zawsze obecność jednego lub kilku objawów neurastenicznych. Jako przyczynę wywołującą chorobę podaje autor nadużycie palenia tytoniu, zaś w drugiej linii *abusus in Venere*.

Leczenie ogólne — wzmocnienie układu nerwowego, miejscowe i ogólne leczenie zimną wodą.

**Fruchtman A. Kilka słów o przyrządach bezpośrednio zapobiegających zmażom nocnym.** Medycyna, str. 69.

Opisany przyrząd wynalazku p. Wiktora FLAMM'a; cały przyrząd stanowi kółko z twardego kauczuku, złożone z dwóch połówek, obciążonych cienką taśmą gumową.

W miejscu połączenia połówek u jednego ich końca umieszczone są dwa sztyfciki, nadające równomierny kierunek podczas rozszerzania się kółka, a u drugiego zaś znajdują się dwa kontakty, stykanie się których w razie rozszerzenia się kółka, spowodowanego naprężeniem prądu, powoduje zamknięcie prądu i dzwonienie. Kółko kauczukowe nakłada się na prącie przed ułożeniem się do snu; z chwilą pojawienia się erekcyi dzwonek zaczyna dzwonić i budzi śpiącego.

**Rosenblat. Drżenie członków (tremor) jako pierwszy objaw choroby Bassedowa.** Przegląd lek., str. 440.

Opis przypadku choroby BASSÉDOW'a (*eczema impetiginosum, ex-ophthalmos*, poduszkiowaty obrzęk powiek dolnych, zaczerwienienie obu



spójówek, struma). w którym jako pierwszy i najbardziej wybitny objaw wystąpiły: drżenie kończyn, początkowo tylko dolnych, a później i górnych. Pomiędzy pierwszym napadem drgawek i wystąpieniem pierwszych zjawisk choroby BASSÉDOW'a upłynęło  $1\frac{3}{4}$  roku.

**Wachholtz L. O przewrotnym popędzie płciowym.** Przegląd lekarski str. 357 i 370.

Pobieżny przegląd rozmaitych rodzajów przewrotnego popędu płciowego, poparty opisem trzech przypadków: dwa z obserwacji autora i jeden z obserwacji d-ra JAKUBOWSKIEGO.

**Strojnowski Fr. Przypadek utraty mowy z porażeniem górnej prawej kończyny.** Nowiny lekar. str. 393.

Opisany przypadek dotyczy chorej izraelitki lat 33, u której podczas porodu (prawdopodobnie wskutek zatoru tętnicy) wystąpiło nagle porażenie prawej kończyny górnej, zupełna utrata mowy (*aphasia atactica*), neuralgia w okolicy *n. n. ophthalmicus* i *maxillaris* z prawej strony. Do opisu przypadku dodano analizę patogenetyczną zaburzeń mowy i szemat powstawania takowych według MURIE'go.

**Chłapowski. W sprawie opieki nad obłąkanymi.** Nowiny lek. str. 259.

Rzecz napisana z powodu broszury d-ra ŁUKASZEWSKIEGO, dyrektora zakładu dla obłąkanych w Jassach.

Autor staje w obronie duchownej, zakonnej opieki nad obłąkanymi, przyznając im wielką przewagę w pielęgnowaniu obłąkanych nad dozorcami świeckimi.

**Goldflam S. Dwa przypadki t. zw. myoclonus multiplex. Paramyoclonus multiplex Friedreich.** Kronika lekarska, str. 67.

Przypadek I. Gospodarz wiejski l. 26, przed 3 laty bezpośrednio po zakaźnej chorobie (prawdopodobnie tyfus) dostał drżączki w prawym stawie łokciowym. Po recydywie tej zakaźnej choroby zaczęła się trząść i kończyna górna lewa. Skurcze stają się z biegiem czasu coraz silniejsze, po 2 latach chory nie może już kończyn górnych do pracy używać. Wreszcie po krótkiej gorączkowej chorobie głowa i tułów wzięły udział w drgawkach. Są one kloniczne, mocne, prędkie, we wszystkich prawie mięśniach górnych kończyn, szyi, tylnej i bocznej powierzchni tułowia się ukazujące, powodując zmianę położenia danego odcinka ciała. Istniały one prawie bez przerwy podczas czuwania, najłatwiej w położeniu poziomem, w którym czasem na krótko ustawały. Jeżeli jednak chory wiedział, że jest obserwowany, występowały z coraz większą gwałtownością. Ruchy dowolne wzmagają znacznie kurcze nie tylko w porażonej kończynie: rozchodzą się one szybko na wszystkie dotknięte części ciała. Drgawki nie występują jednocześnie w symetrycznych mięśniach. Napięcie skurczów bywa o tyle większe, o ile powolniejszy był ruch. We śnie ustawały wszystkie mimowolne ruchy.



Przypadek II. Rolnik 1. 24. Przed 7-iu laty po wielkim przestraszeniu występuje drżenie rąk. Przed 2 laty po powtórnym przerażeniu—drżenie w lewej kończynie górnej, w pół roku potem w prawej górnej, w obydwóch dolnych i tułowiu. Mimowolne ruchy zaczynały się zawsze od części ciała obwodowych i rozszerzały się w kierunku ku tułowiu.

Drgawki obejmują całe ciało; głowa i wargi przyjmują w nich udział. Powstają one wskutek konwulsyjnych skurczów i rozkurczów całych mięśni i grup mięśniowych; gdy napady są silne, skurcze stają się tężcowymi. Drganie niejednakowego napięcia—chwilami jest ono nieznaczne—ale prawie nie bywa zupełnego spokoju mięśni; takowy zjawia się tylko podczas snu.

Wzruszenie umysłowe, ruchy dowolne i zmiana położenia niezmiernie potęgują kurcze. Mechaniczna pobudliwość mięśni była wybitnie wzmożona, jak również i galwaniczna pobudliwość mięśni i nerwów. Żrenice nierówno, leniwie oddziaływały na światło.

Autor, zgodnie z poglądem Fr. SCHULTZE'go, uznaje w *Paramyoclonus* stan bardzo pokrewny do *tic convulsif*.

**Momidłowski J. O istocie i leczeniu histeryi.** Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej, wydawane przez wydawnictwo dzieł lekarskich w Krakowie. Seryja II, N. 7.

W symptomatologii histeryi największe znaczenie przypisuje autor zjawiskom psychicznym.

Uważa on histeryję za psychozę, cechującą się wygórowaną wrażliwością psychiczną, i ztąd wynikającą zmiennością uczucia, umysłu i woli chorego. Dla tego też i w leczeniu największy nacisk kładzie na leczenie psychiczne i od niego największych spodziewa się wyników.

Zgodnie z tem zapatrywaniem hipnoza i sugestya w leczeniu histeryi dawać powinny prędzej ujemne, niż dodatnie rezultaty.

## G. *Pedjatrjja.*

Sprawozdawca

J. Bączkiewicz.

**Arnstein F. Pouczający przypadek krztuśca, powikłanego ropniem płucnym. Wyzdrowienie.** Gaz. lek. str. 305, N. 14.

U dziewczynki 8-letniej, w przebiegu krztuśca, powstała gorączka z charakterem to przepuszczającym, to zwalnającym, w dolnej części



prawego płuca na nieznacznej przestrzeni stłumienie odgłosu wypukowego. Po 10 dniach gorączki dziecko przy mocnym kaszlu wykrztusiło kilka łyżek ropy, zmieszanej z krwią. Wystąpienie objawów jamy w dolnej części prawego płuca przemawiało za ropniem płuc, co należy do bardzo rzadkich powikłań.—Dziecko wyzdrowiało.

W danym przypadku napady krztuścowe rozpoczynały się kichaniem; sądzi autor, że główne siedlisko zarazka w tych razach jest jama nosowa i wówczas może być skuteczne miejscowe leczenie—wdmuchiwanie.

**Wolberg L. Nowy przypadek szkarlatyny i ospy, jednocześnie przebiegających u tegoż samego dziecka.** Gaz. lek. str. 626, N. 29.

W. opisuje szczegółowo przypadek, w którym u chłopca 6 $\frac{1}{2}$ -letniego w okresie łuszczenia po szkarlatynie wybuchła ospa. U czworga pozostałych dzieci z tej rodziny W. obserwował bądź jedną bądź obie z tych wysypek o przebiegu lekkim, poronnym. Zestawiając daty wystąpienia wysypek w przypadku pierwszym ze znanymi okresami utajenia szkarlatyny i ospy, przychodzi W. do wniosku, że chłopiec jednocześnie zaraził się szkarlatyną i ospą; pierwsza poprzedziła i zmodyfikowała przebieg drugiej. Opis tego przypadku uzupełnia W. krótkimi danymi z literatury, dotyczącymi jednoczesnego i następczego zarażania się ospą i szkarlatyną i uwagą co do *rash'u* ospowego.

**Wolberg L. Przyczynek kliniczny do etyjologii i trwania okresu wylegania się nieżytowego zapalenia migdałków (*angina follicularis*) u dzieci.** Gaz. lek. str. 906, N. 43.

Przytoczywszy pokrótce wyniki badań FRIEDREICH'a, FRAENKL'a, SEIFERT'a i CZAJKOWSKIEGO nad zaraźliwością i etyjologią *anginae follicularis*, podaje W. własną obserwację kliniczną. W pewnej rodzinie troje dzieci, dziewczynka 8 lat i dwóch chłopców 3 i 5 letnich, jedno po drugim w odstępach 3—4 dniowych zapadło na typową *angina follicularis*. Na zasadzie tej obserwacji autor wypowiada wnioski: 1) *angina follicularis* jest cierpieniem niewątpliwie zaraźliwym od osoby. 2) trwanie okresu wylegania się *anginae follicularis* wynosi 3—4 dni. 3) ze względu na lekkość choroby autor uważa za słuszne izolowanie tylko dzieci słabowitszych, a szczególniej żółzowatych, limfatycznych i krzywocowych, jako skłonnych do ropienia gruczołów.

**Wolberg L. Kilka uwag o erythema nodosum u dzieci.** Gaz. lek. str. 693, N. 32.

Autor opisuje 2 przypadki tego cierpienia przez się spostrzegane. W przypadku pierwszym, u dziewczynki 2 $\frac{1}{2}$ -letniej choroba rozpoczęła się gorączką i następnie wytworzeniem się czerwono-sinawych guzów skórnych na kończynach i pośladkach. W ciągu dni kilkunastu chora wyzdrowiała zupełnie. W przypadku drugim, o przebiegu bezgorączkowym., u dziewczynki 6-letniej, obok guzików skórnych na kończynach i pośladkach, na twarzy było kilka drobnych pęcherzyków, wypełnio-



nych żółtawą cieczą. W tym przypadku cierpienie trwało około 7 tygodni. Na podstawie danych z literatury kreśli W. objawy, przebieg, etjologiję, rokowanie i leczenie omawianego cierpienia.

**Bączkiewicz J.** Notatki kazuistyczne z ambulatoryjum dla dzieci w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie. *Medycyna* str. 269, 288, N. 17, 18.

Obok dat statystycznych podane są następujące obserwacje:

1) U dziewczynki 3-letniej odra okazała wpływ leczniczy na *lichen scrophulosorum*.

2) z 5 przypadków duru brzuszego w jednym u dziewczynki 5-cio letniej wystąpiły objawy krwotoku kiszki, z przedziurawieniem kiszki i następczem zapaleniem otrzewnej.

3) 2 przypadki intubacji krtani przy dławcu, obadwa zakończone śmiercią, w jednym z powodu zapalenia płuc, w drugim z powodu zstępującego dyfterytu na oskrzela.

4) Dwa przypadki tężyczki.

5) Przypadek kiwaczki u dziecka 7 miesięcznego.

6) *Vulnus morsum linguae* u chłopca, liczącego 1 rok i 9 miesięcy.

7) połknięcie płytki szklanej  $\pm$  1 centym.  $\square$  i 3 milimetry grubości o brzegach ostrych. Wydalenie takowej przez odbył po 46 godzinach bez złych następstw. Dotyczyło to chłopca 3 letniego.

8) Dwa przypadki znacznego chronicznego obrzmienia śledziony.

9) Przypadek ostrego pierwotnego zapalenia pęcherza u chłopca, liczącego 1 rok i 9 miesięcy. Badanie sondą pęcherza wykluczyło obecność kamienia. Wyzdrowienie wciągu dni kilku.

**Kramsztyk J.** Tężyczka samoistna (Tetania) u dzieci. *Medycyna* str. 557, 589, N. 35, 37.

Na podstawie własnych spostrzeżeń (17) i danych z literatury kreśli autor obraz kliniczny, oraz przebieg i leczenie danej choroby. W końcu przytacza K. opis dwóch przypadków, dokładnie przedstawiających obraz i przebieg tego cierpienia. Oba przypadki dotyczyły dzieci dotkniętych krzywicą; w jednym z nich występował skurez głośni. Badanie elektrycznością wykazało pobudliwość mięśni i nerwów wzmożoną. Oba przypadki dotyczyły chłopców w wieku  $1\frac{1}{4}$  roku i 11 mies.; u pierwszego wywołać było można objaw TROUSSEAU i CHWOSTEK'a, u drugiego tylko objaw TROUSSEAU. W obu przypadkach wyzdrowienie.

**Jaworski J.** Przyczynę do etjologii t. zw. sapki i leczenia jej u ssawców. *Kron. lek.* str. 435, N. 7.

Podawszy krótkie uwagi co do przebiegu i etjologii t. zw. sapki u dzieci, przechodzi autor do opisu własnej obserwacji, dotyczącej 9 miesięcznego dziecka, dotkniętego sapką od urodzenia. Wypływ wydzieliny śluzowej wodnistej z nosa, sapka, oniemiał stałe otwarcie jamy ustnej, silnie utrudnione ssanie, nieco podupadłe odżywianie oraz drgawki przedstawiały objawy kliniczne w tym wypadku. Badanie jamy



nosogardzielowej palcem wykazało obecność wyrosli adenoidalnych. Usunięcie takowych skrobaczką przywróciło natychmiast drożność nosa i zniknięcie wszystkich powyższych objawów.

Zestawiając dane z literatury, autor dochodzi do wniosku, że tego rodzaju cierpienia, częściej się zdarzają, niż są rozpoznawane i opisywane.

**Krysiński St. Niezwykły wypadek z praktyki chorób dziecięcych.** Now. lek. str. 156, N. 4.

U dziecka 10 miesięcznego nagle od rana wystąpiły przykurczenia w kończynach górnych, na kończynach dolnych, zgiętych w stawach biodrowych i kolanowych, twardy jak deska obrzęk stóp aż do kostek. Skóra prawidłowa, stan bezgorączkowy, oddawanie moczu i kału prawidłowe. Wyprostowywanie rącek łatwe, jednak musiało być bolesne. Dziecko pochodziło z ojca zupełnie zdrowego, matki dobrze zbudowanej, ale nerwowej; mamka była w kwitającym stanie zdrowia. Dnia następnego dziecko było zupełnie zdrowe, obrzęk stóp znikł; położenie kończyn górnych podobne było do tego, jakie bywa przy porażeniu nerwu szprychowego. Przypuszczenie jednak tego porażenia, czy to obwodowej, czy centralnej natury nie tłómaczyłoby obrzęku stóp.— Brak zmian na całej skórze i lokalny obrzęk nie pozwalały myśleć o poprzedzającej szkarlatynie ani też o cierpieniu nerkowym. Czy to wszystko wypadło tłómaczyć jedynie histeryją, osądzenie w tej mierze pozostawia autor czytelnikowi.

**Rosenblatt. Zatrucie karbolowe po opatrunku. Scleroderma adultorum u dziecięcia 5-cio tygodniowego.** Przegl. lek. str. 359. N. 29.

U dwutygodniowej dziewczynki, z powodu przecięcia ropnia w okolicy prawej brodawki sutkowej, zastosował autor opatrunek z gazy jodoformowej, zwilżonej w 3% roztworze kw. karbolowego i dobrze wyciśniętej. W kilkanaście godzin wystąpiły u dziecka wymioty, biegunka i objawy zapaści, plamy moczowe na pieluchach barwy czerwono-fioletkowej, nawet czarnej, co naprowadziło autora na myśl o zatruciu karbolowem. Objawy te wkrótce po usunięciu opatrunku ustąpiły.

W parę tygodni później wezwany autor u tegoż dziecka stwierdził stan następujący: bledź twarży, wejrzenie skóry tułowia i kończyn prawidłowe, kończyny nieruchome, deskowata twardość skóry w postaci nieforemnej na zewnętrznych stronach obu ramion i obu ud; w tych miejscach za uciskiem palca powstawała białozółta smuga. Ruchy bierne wywoływały ból. Temperatura 36,2, tętno 136, oddechów 32. Mocz zawierał ślad białka. Rodzice dziecka i mamka zdrowi; dziecko urodzone w właściwym czasie. Podano dziecku *calomel in dosi refracta* i zalecono nacieranie miejsc stwardniałych skóry *ol. camphorato c. spiritu aromático*. Stopniowo stan dziecka się poprawiał, naciek skóry znikał powoli. W miesiąc później dziecko zmarło z powodu *furunculosis* i biegunki.— Wykluczwszy możliwość tego rodzaju cierpienia w danym przypadku,



ku jak: *myxoedema*, *keloid*, *lepra* i *syphylis*, autor przeprowadza szczegółowo rozpoznanie różniczkowe między *sclerema neonatorum* i *scleroderma adultorum* i dochodzi do wniosku, że z tem ostatniem miał do czynienia w danym przypadku.

**Rosenblatt. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.** Przegl. lek. str. 459, 471, 496, 507, 532, 545, 558, 579, 592. N. 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 49.

Omówiwszy pokrótce warunki, sprzyjające wybuchowi tej choroby (wiosna, temperatura, poprzedzające choroby, zębowanie) oraz rokowanie (możność wyleczenia — obok przypadków innych autorów, trzy własne służą dowodem) — przechodzi autor do opisu spostrzeżeń na zasadzie obserwacji 29 chorych, wciągu lat 3-eh. Chłopców było 16, dziewcząt 13, najmłodsze dziecko  $1\frac{1}{4}$ , najstarsze 11 lat; w 7 przypadkach przekonano się o gruźlicy rodzinnej, w 8 przypadkach choroby układu nerwowego w rodzinie. Średni czas trwania choroby dni 10 — 12, najkrótszy  $2\frac{1}{2}$  najdłuższy 32 dni. W trzech przypadkach przebieg całkiem utajony (brak objawów cierpienia opon lub mózgu, natomiast sekcya wykazała gruźlicę takowych). W 26 przypadkach wykonano sekcję, w 3 sekcya nie wykazała zapalenia opon gruźliczego, natomiast stwierdzono: zserowacenie gruczołów oskrzelowych, nacieki gruźlicze w płucach i gruźlicę prosówkową ogólną. W 4 przypadkach znaleziono guzy gruźlicze odosobnione w mózgu. Gruźlicę opony miękkiej bez zmian zapalnych wykazała sekcya w jednym przypadku.

Z objawów klinicznych w okresie zadrażnienia u dzieci, u których choroba powstała w szpitalu zauważono następujące: apatyję, chwilowe ogłupienie, ospałość, wykrzykiwania, złośliwość. Jako patognomiczny objaw uważał autor poprzeczne zmarszczki czoła, w przeciwieństwie do podłużnych występujących w durze. Ból głowy jest jednym z najstarszych objawów, jak również zaparcie stolca i wymioty. Obstrukcyi i wymiotów nie obserwowano w 4 przypadkach. W praktyce prywatnej częściej niż w szpitalu obserwował autor w okresie zwiastunów szybkie i nieuzasadnione schudnięcie dziecka.

W okresie już rozwiniętego zapalenia opon główne objawy stanowią: zmiany w ciepłocie, tętnie, torze oddechowym, w zakresie nerwów naczynio-ruchowych, nerwów ruchowych, czuciowych, wreszcie w sferze psychicznej. Ciepłota przedstawia wahania nieregularne, tętno w różnych okresach bywa zwolnione, to znów przyspieszone, często już na samym początku choroby występuje arytmia pulsu. Po zestawieniu w tabelkę przebiegu ciepłoty i zachowania się tętna z danymi anatomicznymi, dochodzi autor do przekonania, że żadnego dodatniego wniosku co do ich związku wyprowadzić nie można. Przedśmiertne znaczne podwyższenie ciepłoty jest to objaw niestały, w tych atoli przypadkach, w których występuje, pozwala przypuszczać, że śmierć jest kwestyją kilku godzin. Zachowanie się oddechu nie przedstawia nic cechującego. Z objawów naczynioruchowych już w pierwszym okresie występuje zmienienie się twarzy, nie jest to objaw charakterystyczny. Mocz badano w 9 przypadkach; w 4-eh nie było biał-



ka. Nieckowate zakłębienie brzucha nie jest objawem stałym. W sferze ruchowej pierwsze występują przykurczenia drgawki i porażenie w zakresie nerwu twarzowego, okoruchowego i podjęzykowego. Często okres pierwszy rozpoczyna się od drgawek ogólnych lub częściowych, przykurczenia najczęściej są przemijające. Porażenia występują z końcem drugiego okresu. Ze strony czuciowej występują: światłowstręt, przeczulica, ustępujące w późniejszym okresie miejsce znieczuleniu. Ze sfery psychicznej objawiają się u dzieci młodszych: śpiączka, odurzenie, u starszych bezsenność bredzenie. Znaczne wypuklenie ciemienia według obserwacji autora nie przemawia za gruźlicą opon mózgowych.

W końcu podaje autor opis 29 przypadków, spostrzeganych w szpitalu Ś-go Ludwika w Krakowie.

**Komorowski B. Przyczynek do kazuistyki chorób narządu moczowego u dzieci.** Przegl. lek. str. 324, N. 26.

K. podaje opis 3-ch przypadków uwięźnięcia kamyków moczowych w cewce. Przypadki te spostrzegał w szpitalu św. Ludwika w Krakowie. W dwóch przypadkach uwięźnięcie kamienia powstało nagle, podczas urynowania, w ujściu zewnętrznym cewki u chłopców 2 i 4-letniego. W pierwszym przypadku usunięto kamień po uprzednim rozszerzeniu krwawym ujścia cewki; w drugim przypadku kamień został wydany parciem moczu, skoro tylko skośne położenie kamyka sondą zostało zmienione. Trzeci przypadek dotyczył chłopca 4-let. u którego od 2 tygodni istniało utrudnione urynowanie i który był katetyryzowany. Chory przywieziony do szpitala w stanie nieprzytomnym, t. 39,9 śpiączka moszna, prącie, powłoki skórne w obu pachwinach i na międzycroczu twarde naciekle. Mocz wypuszczono kateterem NELATON'a. Gdy wciągu dni następnych pomimo nacięć, opatrunków i środków wewnętrznych stan ogólny i miejscowy chorego się pogarszał, przystąpiono do głębokiego nacięcia i po wykonaniu *urethrotomiae externae* wydobyto z *isthmus urethrae* kamyk chropowaty, który jednym końcem sterczał w cewce, drugim wystawał przez cewkę do *fascia perinei*. Chory, pomimo dyftertycznego zapalenia pęcherza, przy właściwej kuracji wyzdrowiał.

**Komorowski B. Przyczynek do etjologii raka wodnego.** Przegl. lek. str. 611, 623, NN. 51, 52.

Opisawszy w krótkości wyniki badań bakteriologicznych, oraz wyliczywszy momenty usposabiające do powstawania raka wodnego, przytacza autor dane statystyczne, oparte na 23 przypadkach, obserwowanych w szpitalu św. Ludwika w Krakowie. Leczone chłopców 7; dziewcząt 16; między 3 a 4 rokiem zdarza się największa ilość przypadków; w szpitalu św. Ludwika przypada 1 rak wodny na 458 dzieci chorych. Najwięcej usposobiła do tej choroby chera zimnicza (12) później dopiero odra (2). Usadowanie się raka było: po lewej stronie 17 przyp., po prawej 5 przypad., po obu stronach 1 przyp. Na wiosnę 8 przyp.;



na lato 8, na jesień 2, na zimę 5 przyp.—Z 23 chorych zmarło 22. Badanie krwi w jednym przypadku wykazało: zmniejszoną ilość haemoglobiny, oligocythemię, *poikilo i microcytosis*, oraz zmiany zimnicze daleko posunięte. Wyniki badań krwi ogłosi autor później.

Ogólne wnioski na podstawie 23 przypadków są następujące: 1) większa część przypadków jest na tle chery zimniczej; 2) przypuszczenie zatkania naczyń, czopkami barwikowymi lub plasmodyjami, jako moment wywołujący zgorzel, wobec rozwiniętej sieci naczyń jest niemożliwe; 3) zmiany w składzie krwi nie są dostatecznym momentem, aby tylko skutkiem złego odżywiania tkanek, nawet wobec procesów gnicia i fermentacji, co pociąga za sobą — drażnienie i sprawy zapalne na dziąsłach i policzkach, przyjsć mogło do powstawania zgorzeli policzka.

**Krause.** Dwieście przypadków tracheotomij przy krupie i dyfteryi u dzieci. Gaz. lek. str. 498, 518, 539, 569. N. 23, 24, 25, 26.

Patrz dział XII Chirurgija.

**Kamieński.** Początki histeryi u dziecka. Próba objaśnienia przyczyny objawów hysterycznych. Gaz. lek. str. 668, 697, 716, 741, 750, 769, 788, 811, N. 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39.

Patrz dział X. F. Choroby układu nerwowego i Psychiatryja.

**Rosenblatt.** Pozorna ospica krwawa (czarna) *Varicella haemorrhagica*, istotnie zaś ospica u krwawca. *Varicella in individuo haemophilico*. Przegl. lek. str. 373, N. 30.

Patrz dział X. B. Choroby zakaźne.

**Rosenblatt.** Nowsze sposoby leczenia krztuśca. Rozpraw. prakt. etc. Zeszyt 8. Seryja I.

Patrz dział X. B. Choroby zakaźne.

**Momidłowski.** O intubacyi w dławcu. Przegl. lek. str. 265, 284, 311, N. 22, 23, 25.

Patrz dział XI. Laryngologija.

**Raczyński.** Kilka słów o leczeniu ropotoku opłucnowego (*empyema thoracis*) u dzieci. Nasze wyniki po resekcji żebra. Przegl. lek. str. 67, N. 6.

Patrz dział XII Chirurgija.

**Jerzykowski.** Przypadek otrucia ulepkim makowcowym. Now. lek. str. 151. N. 4.

Patrz dział VI Farm. i Toksyk.

**Trzciniński.** Przypadek nawykowego zaparcia stolca z objawem nerwowym. Now. lek. str. 486, N. 10,

Patrz dział E. Chor. narz. trawienia.



## XI. LARYNGOLOGIIA, RHINOLOGIIA I OTIJATRIJA.

Sprawozdawca

W. Szumlański.

**Krause L.** Dwieście przypadków tracheotomij przy krupie i dyp-  
teryście u dzieci. Gaz. lek. str. 498, 518, 539, 569. N. N. 23—26.

Po krótkim wstępie historycznym, autor podaje wyniki własnych operacji: z 200 operowanych (113 chłopców, 87 dziewcząt) zmarło 102 (53 chł., 49 dziew.); śmiertelność 51%, u dziewcząt o 10% większa, niż u chłopców; w przypadkach czystego krupu śmiertelność była 43.75%, w powikłanych nalotem na migdałkach — 60.22%; podług wieku — największa śmiert. (63.1%) między 5 — 6 rokiem, najmniejsza (33.3%) między 4 — 5. Operacje wykonywano pod chloroformem, nożem CHWATA, przecinając kolejno wszystkie warstwy i podwiązując naczynia; rozszerza używano dwuramiennego, rurek podwójnych z nowego srebra, pozłacanych. We wszystkich przypadkach robioną była tracheotomija wysoka, t. j. powyżej *isthmus gland. thyreoidae*.

Największa liczba operacji i największa liczba śmiereci przypada między 2 i 4 dniem choroby.

W dalszym ciągu pracy omawia autor objawy i leczenie pooperacyjne, przyczem duży nacisk kładzie na ważność należytego doglądania dziecka i we dnie i w nocy; wreszcie podaje powikłania, jakie spostrzegł, a te były następujące: zapalenie płuc — 8 razy (6 lewo i 2 prawostronne); raz — zapalenie opłucnej; szkarlatynę, różę twarzy i bezwład podniebienia miękiego — po 2 razy odra i ospa i po 4 razy — zapalenie nerki i drgawki.

W przypadkach zakończonych pomyślnie rurkę usuwano jak można najwcześniej, kierując się przy tem dobrym stanem ogólnym, brakiem nalotu, swobodnym oddechem, umiarkowaną wydzieliną i brakiem powikłań; najwcześniej usunięto rurkę 5-go dnia, najpóźniej w 108 dni po operacji. Po usunięciu zmarło skutkiem powikłań (zapalenie płuc, ospa) — dwoje. Największą i najczęstszą przeszkodę do usunięcia rurki stanowi zbyt wybujała ziarnina, co zdarzyło się 12 razy.

**Momidłowski S.** O intubacji w dławcu. Przegl. lek., str. 265, 284, 311. N. N. 22. 23, 25.

Na 153 przypadki dławca, spostrzegane w ciągu roku, wykonano intubację w 82, przecięcie tchawicy w 31; odsetka uleczonych wynosiła przy intubacji 42.6, przy tracheotomii 21; wogóle jednak wynik był mniej pomyślny, niż w latach, gdy robiono tylko tracheotomije; tu na 153 wyzdrowiało 50, co stanowi 32.6%; w innych zaś latach przeciętna odsetka



wyzdrowień była 37.37%. — Autor sądzi, że jakkolwiek intubacja tracheotomii zastąpić nie jest w stanie, to jednak obok niej, lub w połączeniu z nią, więcej może zdziałać, niż sama tracheotomija. Przeciwwskazania do intubacji podaje M. następujące: 1) wszystko, co zmniejsza odporność tkanek (z obawy przed odleżyną), więc: a. wiek poniżej lat 2-eh; b. błonica migdałów z zakażeniem ogólnem, c. powikłania odra, płonicą lub zapaleniem płuc; 2) znaczny przerost migdałów; 3) przejście sprawy chorobowej na tchawicę i oskrzela.

W porównaniu z tracheotomiją, intubacja stanowi zabieg łatwiejszy, szybciej dający się wykonać, skraca czas leczenia pooperacyjnego i nie daje tych, co tracheotomija, powikłań. Ma jednak i strony ujemne, jakimi są: 1) częste wykrztuszanie rurki, 2) możliwość jej połknięcia, 3) wpadnięcie do tchawicy, 4) trudność wkładania i 5) następcze zapalenie płuc, oraz odleżyny; prócz tego do stron ujemnych należy 6) konieczność ciągłego dozoru ze strony lekarza, obeznanego z intubacją i tracheotomiją.

**Her yng T. Gruźlica błony śluzowej nosa.** Medyc., str. 525, 605, 625, 640, 691, 708. N. N. 33, 38.

Cierpienie to jest przeważnie (jeśli nie wyłącznie) wtórnem, zależnem od bezpośredniego przenoszenia lasecznika za pośrednictwem zanieczyszczonych gruźliczą płwociną palców lub chustek. Występuje głównie w dwóch formach: jako owrzodzenia *resp.* nadżarcia i, co bywa częściej, jako ograniczone guzowatości *resp.* narośle. Ulubionem siedliskiem owrzodzeń jest przednia część przegrody; z początku występuje owrzodzenie pojedyncze, wielkości od ziarna soczewicy do monety 10-kopiejkowej, kształtu przeważnie podłużnego, o dnie szaro-czerwonem lub białem, pokrytem wodnistą śluzowo-ropną wydzieliną; brzegi z początku równe, mało wzniesione, w miarę rozwoju sprawy pokrywają się ziarniną w postaci wałeczka, w dalszym przebiegu wytwarzać mogą nawet twory, zbliżone do polipów lub brodawczaków; przy zajęciu i zniszczeniu chrząstki lub kości granulacje mogą się zmieniać w twory grzybiaste, zakrywające przedziurawienie. Powierzchnia owrzodzenia łatwo krwawi. Do objawów podmiotowych należą krwawienia i bóle; wydzielina bywa przeważnie bez odoru. Przy rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na względzie przymiot, wilka i wyprysk przewlekły; momentem rozstrzygającym będzie znalezienie w wydzielinie lub produktach owrzodzeń laseczników gruźliczych.

Narośle guzowate powstają również najczęściej na chrzęstnej części przegrody, rzadziej na błonistej, jeszcze rzadziej na muszlach. Są to guzy twarde, gładkie, o szerokiej podstawie, ciemnawo zabarwione, niekiedy dość liczne, czasem szypułkowe, podobne do włókniaków. Najwybitniejszym ich objawem jest zatkanie nosa. Rozpoznanie wahać się może pomiędzy guzem gruźliczym, wilkiem i mięsakiem. — Przebieg cierpienia jest długotrwały; rokowanie wątpliwe. — Leczenie obok ogólnego, klimatycznego, winno być miejscowe; tu najskuteczniejszymi oka-



zały się: ostra łyżeczka i kwas mleczny. Kazuistyka, podana przez H., obejmuje 10 przypadków gruźlicy nosa, przeważnie w postaci owrzodzeń.

**Wróblewski Wł. Przyczynki do patologii i terapii migdałka językowego.** Gaz. lek., str. 240, 275, 302. N. N. 12—14.

Najczęstszym i najważniejszym cierpieniem migdałka językowego jest przerost, występujący w postaci jednego lub dwóch rozdzielonych brózdą guzów różnej wielkości. Chorzy, dotknięci takim przerostem, skarżą się na uczucie ciała obcego w gardle i uczuwają przeszkodę w mowie, oraz w śpiewie. Podlegają mu najczęściej osobniki skrofuliczne i limfatyczne; do przyczyn miejscowych należą: drażnienie ostrymi i zbyt gorącymi pokarmami, nadużycia tytoniu i wysokoku. Jako środki lecznicze poleca autor: pędzlowanie rozezynem jodu w glicerynie, 20 — 50%—owym rozezynem mentolu, lub 2 — 10%—owym rozezynem azotanu srebra; dalej przypalanie azotanem srebra i kwasem chromnym, wreszcie żegadło galwaniczne w postaci noża lub pętli; obok tego stosować należy leczenie ogólne.

Z innych cierpień opisuje W. ostre zapalenie migdałka językowego, *mycosis leptothricia*; przy której zaleca pędzlowanie nalewką jodową i płukanie naparem cygar; dalej gruźlicę i przymiot, a wreszcie rzadko spotykane nowotwory łagodne i złośliwe. Każdy dział ilustrują licznymi spostrzeżeniami z własnej praktyki.

**Sokołowski A. O stosunku wyrosli adenoidalnych jamy nosogardzielowej do t. zw. „enuresis nocturna“.** Gaz. lek. str. 72, N. 4.

Chłopiec 10-letni, podlegający od najmłodszych lat moczeniu nosemu, miał wyrosłe adenoidalne, które usunięto. Moczenie ustało, po dwóch tygodniach jednak powróciło, a powtórne usunięcie resztek wyrosli w niezem na tę przypadłość nie wpłynęło. — Na podstawie tego przypadku autor zwalcza pogląd MAJERA, BŁOCHA i in., którzy w myśl odruchowej teorii HACK'a, stawiają w związku przyczynowym dwa te cierpienia; chwilowe ustanie moczenia tłumaczy wstrząśnieniem nerwowym skutkiem przestrawu i bólu przy operacji.

**Sokołowski A. Kilka uwag o róży krtani.** Gaz. lek., str. 688, N. 32.

Z czterech podanych przypadków róży krtani, pierwszy, zakończony pomyślnie, rozpoczął się jako lakunarne zapalenie gardła; wobec tego, iż SEUDTER przy cierpieniu tem wykrył obecność *streps. pyog.* i *str. erysip.*, możliwym jest przypuszczenie, że sprawa drogą naczyń chłonnych przeszła z migdała na krtani i wywołała tam różę.

Drugi typowy przypadek róży krtani, która następnie przeszła na twarz, z przebiegiem bardzo ciężkim, zakończył się śmiercią; badanie zwłok wykazało ropny naciek krtani, który prawdopodobnie wskutek zakażenia ogólnego spowodował zejście śmiertelne.



W pozostałych przypadkach, zakończonych pomyślnie, sprawa zaczęła się od lakunarnego zapalenia migdałów, przy którym w następstwie wystąpił niezbyt silny obrzęk krtani; i tu przeto można przypuszczać zależność obrzęku krtani od bakteryj róży, co jednak potwierdzić mogłyby jedynie badania bakteryjologiczne.

**Lubliner L. Zwężenie tchawicy pochodzenia przymiotowego.** Medycyna, str. 197 i 229, N. N. 13 i 15.

Autor opisuje dwa przypadki omawianego cierpienia, zakończone śmiercią i potwierdzone badaniem pośmiertnym. Jako główne objawy podaje: 1) duszność, występującą atakami, 2) bóle za mostkiem, 3) głos względnie silny, 4) duszność nawet po tracheotomii, 5) obraz otrzymany przy przeświecaniu krtani i tchawicy. — W celach leczniczych L. radzi wykonać tracheotomię jaknajwcześniej i dopiero potem przystępować do katetyzacji.

**Lubliner L. Gruczolak krtani.** Medycyna, str. 445, N. 28.

Jestto opis przypadku rzadko spotykanego nowotworu krtani (9-ty w literaturze); dotyczył mężczyzny 68-letniego. Operację wykonano endolaryngealnie. Rozpoznanie postawione zostało na podstawie badania drobnowidzowego.

**Heryng T. Przerost migdałków, warunki powstawania i leczenie na drodze operacyjnej.** Gaz. lek., str. 861, 892, 912, N. N. 41—43.

Czynnikiem usposabiającym do przerostu migdałków są zoiży, istotną przyczyną — różnorodne sprawy zapalne, często powtarzające się. Przerost występuje w dwóch formach: albo w formie okrągłych guzów, albo płaskich, owalnych tworów; w obydwóch tych formach odróżniamy pod względem anatomo-patologicznym przerost tkanki adenoidalnej i follikulów i b) przerost tkanki łącznej; zazwyczaj jednak bywa i jedno i drugie. Najważniejszy objaw stanowi mechaniczne zwężenie gardzieli i, co zatem idzie, utrudniony oddech, zwłaszcza w nocy. Badanie skutecznie należy zapomocą wzroku (szczegóły budowy i wielkości), zgłębnika (zrost z łukiem) i palca (konsystencyja, stwardniałe złoży i zboczenia tętnicy podniebiennej wstępującej).—Leczenie znacznego przerostu migdałów zapomocą środków ściągających, lub stopniowego przyżegania lekami żrącymi albo pętlicą galwaniczną, nie prowadzi do celu; jedynem racjonalnem postępowaniem jest operacja: nożem, tonsylotomem, lub pętlicą galwanokaustyczną. Nóż znajduje zastosowanie tylko u osobników starszych, mało wrażliwych; tonsylotom wskazany jest przedewszystkiem u dzieci, mających migdałki miękie, kuliste, niezrośnięte z łukami; pętlica wreszcie najodpowiedniejsza jest do usuwania u dorosłych migdałów twardych, włóknistych, bardziej umocynionych, a przeto wzbudzających obawę pooperacyjnego krwotoku. Opisawszy szczegółowo każdą z tych metod operacyjnych i podawszy rady, co robić, a czego unikać w razie większego krwawienia, kończy autor wyliczeniem wskazań do tej operacji. Są one dwojakie:



zapobiegawcze (zołży, usposobienie do gruźlicy i zapalen dyfterytycznych) i przyczynowe. U dorosłych usunięcie migdałów wskazane jest: 1) przy często pojawiających się stanach zapalnych lub ropnych, 2) przy owrzodzeniach gruźliczych, 3) przy gromadzeniu się w kryptach wydzieliny serowatej lub konkrementów, 4) przy *mycosis leptothricia*. Wogóle wskazanie istnieje przy zaburzeniach w połykaniu lub oddechaniu.

**Heryng T. O łagodnych owrzodzeniach gardzieli.** Gaz. Lek. str. 130, 155, N. 7 i 8.

Owrzodzenia te, nigdzie dotychczas nieopisane, występują pojedynczo, w postaci owalnego płytkiego wyżarcia na przednich łukach; brzegi mają ostre, bez obwódki zapalnej, dno zagłębione, pokryte szarawo-białym nalotem, który trudno się ściiera; wymiar podłużny owrzodzenia około 1 cm., poprzeczny 6 — 8 mm.; bolesność bardzo mała; nie krwawia. Goją się w ciągu 10—12 dni, bez wytwarzania tkanki bliznowatej. — Etiologia tych owrzodzeń dotychczas jest ciemną. H. od r. 1881 do 1891 spostrzegł 10 przypadków tego cierpienia, które nazywa: *angina ulcerosa benigna*. W opisie podaje różniczkową dyagnozę pomiędzy tą formą i *angina ulcerosa* (MACKENZIE'GO), *herpes*, *soor* i *aphtae*. Badanie bakteriologiczne, dokonane przez BUJWIDA, wykazało stałą obecność dwóch drobnoustrojów, które B. nazywa: *streptococcus monomorphus* i *strept. variegatus*. Na podstawie dokonanych doświadczeń H. opisuje własności biologiczne pierwszego z tych paciorkowców (drugi szybko ginie), oraz wyniki szczepień na zwierzętach i ludziach, które pozwalają wnioskować, iż należy on do rzędu chorobotwórczych. Prof. RIBBERT (z Bonn) uważa go za odmianę zwykłego paciorkowca.

**Sędziak J. Przypadek t. zw. anginae ulcerosae benignae.** Przeg. lek. str. 345, N. 28.

**Sędziak J. Drugi przypadek t. zw. anginae ulcerosae benignae.** Now. lek. str. 390, N. 8.

W dwóch tych przypadkach opisuje S. cechy łagodnych owrzodzeń gardzieli, zgodnie z opisem, podanym przez HERYNGA. Na wyróżnienie zasługuje jedynie to, że w pierwszym przypadku dwa symetryczne owrzodzenia były na tylnych łukach w pobliżu języczka. Cierpienie powstało prawdopodobnie od nadużyć w paleniu papierosów. Badanie bakteriologiczne wykryło w pierwszym przypadku tylko co opisane obydwu paciorkowce, w drugim kokki pojedyncze, przypominające *strept. monomorphus*; drugiego paciorkowca nie znaleziono. Odmienny ten wynik przypisuje S. zbyt późnemu badaniu wydzieliny owrzodzeń.

**Heryng T. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardzieli i krtani.** Przeg. lek., str. 1, 17, 77, 90, 125, 137 i 149, N. N. 1, 2, 7, 8, 11, 12, 13.

Jako wstęp do pracy powyższej podaje autor uwagi, dotyczące się istoty oraz działania elektrolizy, przedstawia rys historyczny stosowania tej metody w celach leczniczych i opisuje baterije elektryczne oraz



narzędzia pomocnicze. W pewnych przypadkach elektroliza, zdaniem autora, przewyższa inne metody operacyjne, trudne i bolesne, a przewyższa je tem mianowicie, iż daje się łatwo stosować, nie powoduje ani krwotoków, ani pooperacyjnego odczynu zapalnego; blizny wytwarzają się miękkie, gładkie, operacja odbywa się dzięki kokainie prawie bez bólu, a czas jej trwania można skrócić, stosując strumień silniejszy. H. używał tej metody przy różnorodnych cierpieniach: w gardzieli przy przeroście migdałów, w nosie przy przerostach muszel i skrzywieniach przegrody, głównie jednak zaleca ją przy umiejscowionej, poczynającej się gruźlicy krtani. Wogóle stosował ją w 27 przypadkach, z tych w 12 w krtani (z których 11 przypada na gruźlicę), 1 przy gruźliczem owrzodzeniu języka i 1 przy *rhino- et laryngoscleroma*. W 5 przypadkach pomysłnego stosowania elektrolizy przy gruźlicy krtani podane zostały szczegółowe historyje chorób.

**Sędziak J.** Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Kron. lek., str. 297 i 366, N. 5 i 6.

Autor, gorący zwolennik galwanokaustyki, jest zdania, że 1) jest to metoda nieoceniona, niczem niedająca się zastąpić w leczeniu różnorodnych cierpień górnego odcinka dróg oddechowych; 2) największe zastosowanie znajduje galwanokaustyka w cierpieniach nosa, przede wszystkim przy leczeniu przerostów muszel, jako też guzów (polipów); 3) niemniej skuteczną jest w cierpieniach jamy noso-gardzielowej, mianowicie przy leczeniu operacyjnem guzów (włókniaków); 4) bardzo nadają się do leczenia pewne sprawy chorobowe w jamie ustnej i gardzielowej, przedewszystkiem *pharyngitis granulosa* i przerost migdałów, przy których żegadło galwaniczne redukuje stosowanie tonsillotomu do praktyki przeważnie dziecięcej; 5) gruźlica krtani nadaje się *par excellence* do leczenia żegadłem galwanicznym; 6) wreszcie, przy cierpieniach uszów, mianowicie sprawach granulacyjnych i polipach, galwanokaustyka stanowi jedną ze skuteczniejszych metod leczniczych.

**Sędziak J.** Krup czy dyfteryt nosa? Gaz. lek. str. 737, 765, N. 34 i 35.

**Sędziak J.** Przyczynek do kwestyi t. zw. „croup“ u nosa. Now. lek. str. 460, N. 10.

W artykułach powyższych autor opisuje dwa spostrzeżenia cierpienia nosa z tworzeniem się błon, z których na podstawie danych klinicznych i badania bakteriologicznego wyprowadza wniosek, że „t. zw. krup nosa, zarówno pod względem klinicznym, jako też anatomicznym i etjologicznym jest cierpieniem samoistnem, cierpieniem *sui generis*, z właściwym dyfterytem nie wspólnego niemającym“. Przypadki opisane przedstawiają się w streszczeniu jak następuje: 1) Lekarz został skałeczony przy goleniu brzytwą w brodę z prawej strony: w kilka dni wystąpiły objawy ogólne (gorączka, rozłamanie), ranka pokryła się brudnym nalotem, gruczoł chłonny szyjowy po stronie odpowiedniej powięk-



szył się i stwardniał; w tydzień po skaleczeniu wystąpił w prawej połowie nosa ostry nieżyt, z następczym wytwarzaniem się błon, które przy stanie prawie bezgorączkowym tworzyły się w ciągu dwóch tygodni. Po upływie tego czasu chory powrócił w zupełności do zdrowia, powikłań w okresie zdrowienia nie było, z otoczenia nikt nie zachorował. Badanie bakteryjologiczne błon wykazało obecność li tylko gronkowca ropotwórczego złocistego; szczepienie zarazka na śwince morskiej objawów błonicy nie wywołało. 2) Chora, lat 21, skarży się na katar i zatkanie w nosie od dni kilku; objawy te przy ciepłocie 38,6° C. wystąpiły po zdrapaniu krostki w prawej dziurce nosa. Badanie wykazało: stan bezgorączkowy, gruczoły niezajęte, nos obrzmiały, prawa połowa niedrożna, wypełniona błonami rzekomymi, po usunięciu których błona śluzowa mało zmieniona, bez owrzodzeń. Sprawa przy odpowiednim leczeniu trwała około 2 tygodni; błony wytwarzały się codziennie świeże, lecz coraz cieńsze. Zaburzeń stanu ogólnego nie było. Rozpoznanie krupu potwierdzono badaniem bakteryjologicznym i zaszczerpieniem wyjętej z nosa błony pod skórę królika, co nie wywołało objawów błonicy. Laseczników KLEBS-LOEFFLER'a w błonach nie znaleziono.

**Heryng T.** Bąblica (*pemphigus*) błony śluzowej gardzieli i krtańi. Now. lek. str. 201, N. 5.

MANDELSTAMM, jako cechy rozpoznawcze tego cierpienia, podaje: 1) Występowanie w jamie ust, gardzieli i na nagłości nalotów, wielkości od soczewicy do grosza, szarawych lub białych, ostro odgraniczonych, czasem cienkich jakby krupowych, to znów zbitych grubszych, zbliżonych do dyfterytycznych; zdejmują się one kleszczykami trudno, po usunięciu powierzchnia nieco krwawi; gdy znikną w jednym miejscu, tworzą się w drugim. 2) Brak gorączki. 3) Uporczywość cierpienia, opierającego się wszelkiemu leczeniu.—HERYNG opisuje 3 spostrzeżenia własne i 3 ELZENBERGA, w których cierpienie przebiegało typowo i w 4-ch przypadkach zakończyło się śmiercią (w 2-ch skutkiem ogólnego wyniszczenia, w 2-ch z zapalenia płuc). W 4 przypadkach wystąpił *pemphigus universalis* po upływie 4 — 6 miesięcy od czasu ukazania się plam w gardzieli; w tych przypadkach rozpoznanie jest niewątpliwe, w 2-ch pozostałych, obserwowanych przez czas krótki, w których zajęta była tylko nagłośnia mogą się nasuwać pewne wątpliwości co do natury cierpienia.

**Spira R.** O nowym środku w leczeniu przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego i o sposobie jego stosowania. Przeg. lek. str. 347, N. 28.

Nowym środkiem jest zalecony przez JAENICKE'go do wkraplania roztwór *Natrii tetraborici*; ulepszenie w stosowaniu, wprowadzone przez autora, polega na wkraplaniu po uprzednim wprowadzeniu do trąbki E. przez kateter zgłębnika, który, zatykając trąbkę, zapobiega ściekaniu płynu do gardzieli; dzięki temu płyn wciska się do wszystkich zaułków jamy bębnekowej, działa na samo miejsce, będące źródłem ropie-



nia i znakomicie przyspiesza wyleczenie. O skuteczności powyższego przekonał się autor w jednym uporeczywym przypadku sprawy ropnej, na podstawie którego artykuł w formie tymczasowego doniesienia ogłosił.

**Koehler.** Narzędzia do przebijania czyraków w zewnętrznym przewodzie słuchowym. Now. lek. str. 13, N. 1.

Przyrząd stanowi przewodnik stalowy osadzony pod kątem rozwartym na rączce; na końcu przewodnika, nie w przedłużeniu lecz z boku osadzony jest kolec, w postaci końca grotu, który „zatapia się“ w czyrak i tym sposobem otwiera go.

**Ożegowski A.** Sposób leczenia błonicy. Now. lek. str. 96, N. 3.

Autor zaleca pędzlowanie co 2—3 godziny miejsce, zajętych błonicą, zapomocą pędzelka z waty oczyszczonej, roztynem następującym: *Acidi carbolicæ crystallisati*, *Acidi citrici crystallisati*, *Trae jodi aa* 3.00—5.00, *Cognac. (fine Champagne)* 100.00. Obok tego starszym dzieciom każe płukać gardło gorącym roztynem *kali chlorici* albo soli kuchennej; za napój daje limonadę z soku cytrynowego, mleka natomiast słodkiego pić nie pozwala. Na dowód skuteczności polecanego środka O. przytacza 9 własnych spostrzeżeń prawdziwej błonicy, zakończonej pomyślnie i zaznacza, że w ciągu lat 10 nie miał ani jednego przypadku śmierci wskutek błonicy.

**Szukalski S.** Przypadek niedorozwoju ucha. Nowiny lek. str. 391, N. 8.

Dziecko 8-dniowe miało lewą muszlę o połowę mniejszą od prawej, bez zwykłych bruzd; w miejsce skrawka była narośl twarda, czerwona (taka sama narośl była na środku lewego policzka); na miejscu otworu zewnętrznego i na 1 cm. poniżej miała wgłębienia, kończące się ślepo, dno ich twarde. Zresztą ustrój cały prawidłowy. Z 6-ga starszych dzieci żadne nie okazywało jakichkolwiek zboceń.

**Modrzejewski E.** O ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego, powikłanych ziarninowym rozrostem błony bębenkowej. Gaz. lek. str. 514, N. 24.

Przy tego rodzaju zapaleniach błona wygląda jak polip, wychodzący z ucha średniego, jest ciemno czerwona, łatwo krwawi, przedstawia się jak dojrzała malina. Z 4 opisanych przypadków 2 dotyczyły dorosłych i dziecka; wysięk był we wszystkich obfity śluzo-ropny, często z krwią. Główną przyczynę tego cierpienia stanowią anormalne warunki w jamie nosowej i nosogardzielowej, dalej kataplazmy i wlewania ciepłe do ucha. Leczenie polega na: przemywaniu ucha średniego przez kateter, tuszowaniu błony azotanem srebra, półtorachlorkiem żelaza lub przypalaniu żegadłem galwanicznym przy jednoczesnym leczeniu zmian w nosie i gardzieli. Cechy charakterystyczne tak po-



wikłanych zapaleń stanowią: 1) uporeczywość w leczeniu i niekorzystne następstwa dla słuchu, 2) możliwość zatrzymania się ropy w uchu średnim, z następczem zajęciem wyrostka sutkowego i błędnika i 3) trudność leczenia.

**Heryng T. Przypadek gruźlicy gardzieli, zakończony wyleczeniem.** Gaz. lek. str. 678, N. 31.

Chory 49-letni wciągu ostatnich lat 4-ch miał czterokrotne powroty sprawy gruźliczej w krtani, która po traktowaniu kwasem mlecznym, żegadłem galwanicznym lub kiuretą, kończyła się pomyślnie zabliznieniem. Ostatnim razem powstały także owrzodzenia gruźlicze na podniebieniu miękkim, które wciągu 2-ch tygodni zablizniły się po przypaleniu 80%-owym kwasem mlecznym i pędzlowaniu roztworem pyoktaniny (1%).—Przypadek ten dowodzi, że odpowiednia terapia, stosowana od samego początku cierpienia gruźliczego, jest w stanie powstrzymać jego rozwój i zapobiedz uogólnieniu sprawy.

**Guranowski L. O ciałach obcych w uchu.** Med. str. 113, 132, 145, N.8—10.

Ciałem obcym w uchu nazywa się wszelka nienormalna zawartość w przewodzie słuchowym lub w jamie bębenkowej, pochodząca ze światła zwierzęcego, roślinnego lub mineralnego; stosunek procentowy ciał obcych do innych chorób ucha wynosi przeciętnie 1%.—Przed przystąpieniem do usunięcia ciała obcego należy przedewszystkiem sprawdzić, czy znajduje się ono rzeczywiście w uchu, poczem, o ile to możliwe, określić za pomocą zgłębnika, wielkość, kształt, konsystencyję i położenie. W celu usunięcia stosować trzeba przedewszystkiem mocne przestrzykiwania ucha ciepłą wodą, w pozycyi chorego siedzącej, leżącej na boku odpowiadającym stronie, którą zamierzamy przestrzykiwać, lub na wznak, z głową zwieszoną. Jeżeli w uchu są poczwarki *muscid. sarcophagae*, trzeba przed wystrzykiwaniem wlać do ucha ciepłej oliwy, lub gliceryny z terpentyną; przy ciałach pęczniejących należy uprzednio wlewać glicerynę lub spirytus. — Przestrzykiwania są przeciwwskazane: 1) przy kostkach od ołówków, zwróconych otworem ku zewnątrz 2) przy przedziurawieniu błony bębenkowej i 3) jeżeli przestrzykiwanie wywołuje zawroty głowy. — Gdy przestrzykiwanie nie prowadzi do celu, a pozostawienie ciała obcego w uchu uważamy za niebezpieczne, należy przystąpić do wydobycia zapomocą narzędzi, jakimi są: kleszczyki, szczypeczyki, haczyki [pętla, łyżeczki i t. p.; narzędziami temi wolno manipulować tylko lekarzowi dokładnie obeznanemu z techniką otyjatryczną, bezwarunkowo po głębokiem zachloroformowaniu i po ponownej próbie usunięcia ciała obcego przestrzykiwaniem ucha w narkozie.— Skoro i to nie pomaga, pozostaje jedynie droga operacyjna przez oddzielenie muszli i przewodu chrzęstnego.



**Radziszewski J.** Wypadnięcie polipa znacznych rozmiarów z tylnej części przewodów nosowych do przełyku, chwilowy napad zaduszenia, wycięcie od strony gardła, wyzdrowienie. Med. str. 151, N. 60.

Chora w napadzie duszności palcami wyciągnęła „mięso z gardła“ do jamy ustnej; był to polip, wychodzący z lewego tylnego otworu nosowego, którego płaskie ciało leżało między zębami i językiem i dało się nawet wyciągnąć po za zęby; usunięto go zapomocą krzywych цап-ków i nożyczek. Wciągu lat 5-u recydywa nie nastąpiła.

## XII. CHIRURGIIA.

### A.

Sprawozdawca

**Wł. Sztayner.**

**Barącz.** Spostrzeżenia nad znieczuleniem bromkiem etylu w praktyce chirurgicznej, na podstawie 200 znieczuleń tym środkiem. Nowiny lek. str. 276.

Większa połowa tych przypadków dotyczyła kobiet; do narkozy używał B. 10—30 gramów bromku etylu MERCK'a; u dzieci wystarczała dawka od 10 do 15 gramów. Uczucie bólu znikало najczęściej przed utratą świadomości i czucia, jednak sztywność mięśniowa utrzymywała się przez cały czas znieczulenia. W jednym przypadku pomimo pełnej dawki znieczulenie nie nastąpiło. Korzyści z tego środka są te, że da się on użyć ambulatoryjnie: na maskę z grubej flaneli nalewa się szybko obliczoną zgóry dawkę, znieczulenie trwa od 2 do 5 minut, poczem chorzy mogą odejść do domu; sinica i wymioty nie występują prawie nigdy; środek ten jest tani. Wskazaniem są operacje, trwające od 2 do 5 minut. Dwa razy operował B. otoki ropne płucnowe; u dziecka wystarczyło 20 gramów, u mężczyzny 30 gramów do zupełnego znieczulenia.

**Bogdanik.** O martwinie fosforowej. Przegl. lek. str. 505 i 519.

Autor opisuje 4 przypadki martwiny szczęki, operowane przez siebie. Na podstawie tych przypadków radzi B. wyluszczać podokostnowo całą szczękę odrazu, przez co unika się poddawania chorego dwukrotnej operacji, co nie jest rzeczą obojętną. Żucie i mowa po resekcji częściowej o wiele więcej są upośledzone, aniżeli po wyluszczeniu całej szczęki. Zniekształtnienie twarzy po wyluszczeniu całej żuchwy jest znacznie mniejsze, aniżeli po resekcji częściowej, zwłaszcza jeżeli się nie robi cięcia skórniego. Operowani przez B. po wyluszczeniu całej szczęki mają się zupełnie dobrze; w miejsce kości wytworzyła się twar-



da kostnina, stawiająca dostateczny opór, aby górnemi zębami zgnieść chleb lub mięso i jakkolwiek broda jest nieco cofniętą ku tyłowi, nie wiele ich to szpeci, a usta są zamknięte. W końcu autor zwraca baczna uwagę władz, iż tylko najsurowsze przestrzeganie przepisów zapobiegawczych powstrzymać może powstawanie martwiny fosforowej.

**Szymkiewicz. O plombowaniu zębów obumarłych.** Przegl. lek., str. 105, 117, 141.

Opisawszy różne sposoby dezynfekcyi rdzenia zębowego, podaje S. sposób przez siebie używany, a mianowicie przestrzykiwanie kwasem karbolowym z następczem wdmuchiwanem gorącego powietrza o ciepłocie 60° C. O korzystnych wynikach przekonał się S. w swej praktyce. W przypadkach powikłanych zapaleniem ropnem stosuje drenowanie ochronne, t. j. wytwarza w plombie kanalik, służący do odpływu wydzieliny.

**Radojewski. Dwa ciekawe a szczęśliwie wyleczone przypadki postrzału w głowę.** Nowiny lek., str. 153.

1) Dziecko trzymiesięczne, postrzelone przypadkowo z rewolweru; kula (7 mm. średnicy), uszkodziwszy brzeg zewnętrzny powieki górnej lewej, weszła w oczodoł pomiędzy gałką oczną i górną ścianą oczodołu, przebiła tę ostatnią i wyszła w środku kości ciemieniowej ponad lewem uchem, zabierając za sobą kawałek kości (1,5 cm.). Nazajutrz po przestrzeleniu pokazało się całkowite porażenie prawej strony i przez kilka dni utrudnione połykanie. Zagojenie następowało wolno z powodu ropienia, porażenie kończyn ustępowało powoli; w oku stwierdzono zaćmienie ciała szklistego, nerwu wzrokowego dokładnie dostrzedz nie można, gdyż gubił się w zanikłej siatkówce.

2) Mężczyzna dojrzały uderzony odłamem drzewa przy wybuchu prochu; rana w okolicy kości czołowej; po rozszerzeniu rany wydobyto ułamany kawałek kości, oraz skrawek czapki baraniej; pęknięcie kości przechodziło i na okolicę skroniową; po paru tygodniach z lewego ucha wyciekała ropa a z nią pojedyncze czarne włosy z baraniej czapki. Ostatecznie rana zagoiła się.

**Dziembowski. Igła tkwiąca w osierdziu.** Now. lekar. str. 52.

Uczeń krawiecki 15-letni, mając igłę dużą nawleczoną i zatkniętą ukośnie w kamizelce, uderzony został w piersi drzwiami; po uderzeniu zemdlał. Igła weszła chłopcu w piersi tak, że tylko nitka czarna ze skóry wystawała; zapomocą tej nitki wyciągnięto igłę, okazało się jednak, że nie całą i że większa jej część w piersi chorego została! Przy badaniu usłyszał D. szmer miarowy, wyraźny, donośny już zdala w odległości 1/4 metra; najwyraźniej słyhać było ów szmer na wysokości 6-go żebra, jako powstający podczas skurezu serca. W kilka godzin później kol. DROBNIK zrobił cięcie skośne od miejsca, gdzie igła w ciało weszła, aż po za okolicę, w której słyhać było szmer i, doszedłszy do chrząstki 4-go żebra, którą obnażył, znalazł w niej tkwiący grubszy koniec igły,



wystający jeszcze o tyle, że zdołał go szczypcykami schwytać i wydobyć. Po wyjęciu igły szmer zupełnie ustąpił; przebieg gojenia prawidłowy.

**Rydygier.** O leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej. Nowiny lekar., str. 379.

Autor opisuje wskazania i sposób wytworzenia nakłócia klatki piersiowej wobec wysięku surowiczego. Według R., używanie przyrządów aspiracyjnych nie zasługuje bezwzględnie na pierwszeństwo przed zwyczajnem wypuszczeniem płynu zapomocą trójgrańca.

Wobec wysięku ropnego do operacji przystąpić należy jaknajwcześniej; bezpośrednio przed samą operacją należy zrobić przekłócie próbne, aby mieć pewność, że ropa znajduje się właśnie na tem miejscu, gdzie zamierzamy naciąć. Szerokie nacięcie ścian klatki piersiowej wykonywa się w przestworze międzyżebrowym na linii pachowej, albo po wypłowaniu kawałka żebra 5—6 lub 7-go na jego miejscu; w każdym przypadku, po opróżnieniu jamy opłucnowej, uważa R. za stosowne przepłukać letnim roztworem kwasu borowego, następnie wlewać jodoform z gliceryną. Przy zmianie opatrunku przepłukuje się tylko wtenczas jamę opłucnową, jeżeli wydzielina cuchnie; zresztą przepłukiwania nie zaleca, bo to opóźnia wyleczenie. Sposób BUELAU'a (ciągłe aspiracyjne osączanie jamy) poddany został słusznej krytyce; jedynie w obustronnym otoku piersiowym mógłby on być wskazanym.

**Raczyński.** Kilka słów o leczeniu ropotoku opłucnowego (empyema thoracis) u dzieci. Nasze wyniki po resekcji żebra. Przegl. lek. str. 67.

W jednym przypadku przekonał się R., jak szybko odradza się wycięte żebro: w 3 tygodnie po wycięciu, gdy sączka wypadłego wprowadzić się nie udało, przystąpiono do powtórnej resekcji, wówczas okazało się, że żebro w znacznej części już od okostnej się wytworzyło, zostawiając jeszcze otwór wielkości fasoli.

Wszystkich przypadków, leczonych zapomocą resekcji żebra, było 44, mianowicie 8 ostrych, w przebiegu zapalenia powstałych, t. zw. metapneumonicznych wysięków (uleczone wszystkie); przypadków ciężkich, przewlekłych, powikłanych 22—z tych zmarło 6; gruźliczych 3—z tych uleczonej 1. Razem na 33 chorych, leczonych zapomocą resekcji żebra, zmarło 8 (24%). Średnia ilość dni leczenia w ostrych przypadkach 51, w przewlekłych 92.

**Rosenblatt.** Przyczynek do przebywania ciał obcych w jelicie. Przegl. lek., str. 272.

Dziecko 16-miesięczne połknęło miedzianą monetę (cent), która pozostawała prawie 7½ miesiąca w przewodzie pokarmowym. Obecność tego ciała obcego wtedy tylko dawała oznaki, gdy cent uwięzła w ciasnem miejscu. I tak, uspokoiło się dziecko, gdy cent zepchnięty został z przełyku do żołądka, wystąpiły zaś objawy ponownie, gdy z żołąd-



ka przedostał się do dwunastnicy, poczem nastąpił okres spokoju, aż cent znów osiadł w jelicie ślepem i dłuższym swoim uciskiem dał powód do powstania zapalenia, na razie ograniczonego, a w dalszej części zapalenia ogólnego otrzewnej.

**Schramm.** Przyczynek do chirurgii żołądka. Przegląd lekar. str. 29, 41, 55.

Autor opisuje 4 przypadki raka żołądka, operowane przez siebie; w 2 przypadkach dokonał wycięcia odźwiernika, w dwóch innych gastroenterostomii. Według S., rak żołądka powinien być przedmiotem leczenia chirurgicznego; ugruntowane podejrzenie tego cierpienia powinno być wskazaniem do wykonania laparotomii probierczej; tym sposobem umożliwia się wczesne rozpoznanie choroby, wcześniej zaś wykonana resekcja odźwiernika daje wyniki coraz to lepsze. Główny nacisk przy operacji kłaść należy na dokładność szwów. Dalej opisuje S. przypadek raka dolnej części przełyku, w którym wykonał gastrostomię. Pomimo polepszenia śmierć nastąpiła w 18 dni, z powodu zapalenia płuc. I tu operację radzi S. robić wcześniej, mianowicie wtedy, gdy polykanie płynnych pokarmów zaczyna sprawiać znaczniejsze trudności. W końcu podaje S. dwa przypadki przeszzywających ran brzucha; w jednym była rana postrzałowa z rewolweru w okolicy żołądka. Gdy wystąpiły wymioty krwawe, doradzał S. operację; chora się nie zgodziła, mimo to wyzdrowiała. W drugim przypadku była rana 1½ cm., nożem zadana, wypadnięcie kawałka sieci; po podwiązaniu sieć odcięto, ranę zaszyto; wyzdrowienie. Autor dochodzi do wniosku, że w przypadkach ran postrzałowych jamy brzusznej można w zwykłych warunkach ograniczyć się do leczenia wyczekującego, jeżeli niema na razie żadnych groźnych objawów (krwotoku, wylania kału).

**Barącz.** Nowy materiał do zastąpienia płytek z kości odpapnionej przy szwie jelitowym płytkowym Senn'a. Przegl. lek., str. 281.

Ze świeżej, zdrowej, surowej brukwi wycina B. zapomocą ostrego większego noża płyty ½ cm. grubości mające; z jednej płyty można wyciąć zapomocą scyzoryka 2—4 owalne płytki. W każdej płytce wycina otwór owalny, odpowiedni światłu jelit, które się ma połączyć i 4 otworki toczone szydełkiem. Korzystniej jest sporządzać zawsze świeże płytki. Wyniki 8 doświadczeń na zwierzętach były korzystne. Ostatnio wykonał B. przy pomocy takich płytek z brukwi gastroenterostomię u człowieka, wobec raka odźwiernika, przechodzącego na tylną ścianę żołądka. Płytki z brukwi stanowią materiał zupełnie przydatny do wykonania enteroanastomozy, a względnie gastroenterostomii. Główną korzyścią opisanych płytek jest szybkość sporządzania tychże i łatwość nabycia brukwi.

**Barącz.** Gastroenterostomija wykonana szwem płytkowym Senn'a zapomocą płytek z brukwi własnego pomysłu. Przegl. lek., str. 297.

Mężczyzna 60-letni, chory od 8 miesięcy, w okolicy pepka guz, wystający w położeniu leżącym. Cięcie brzuszne w linii białej; z powo-



du znacznego guza przystąpiono do gastroenterostomii; w ścianie żołądka zrobiono ranę na 3 cm., w tę ranę wprowadzono płytkę z brukwi (7,5 cm. długości, 3,5 szerokości, 0,5 grubości), toż samo zrobiono z kiszka czezą; błony surowicze obu narządów skaryfikowano ostrzem noża i po założeniu szwów płytkowych dodano rzadki szew kuśnierski. Cała operacja trwała zaledwie 3 kwadransy. Przebieg prawidłowy; 6 dnia po operacji znaleziono w rzadkim stolcu kilka kawałków niezupełnie strawionej brukwi; 7-go dnia znaleziono w stolcu większy kawałek niestrawionej płytki (prawie połowę); kawałki te były zupełnie miękkie, do ugotowanej marchwi podobne. Pierścienie z brukwi zbliżają szeroko powierzchnie surowicze, są odpowiednio twarde, szwy zatem się nie wyrywają i nie przeryniają ścian jelit, nie zmieniają się w pojemności, nie mogą wywołać zgorzeli przez ucisk, a ulegając strawieniu stosunkowo późno, dość stosunkowo długo przybliżają do siebie odpowiednie powierzchnie surowicze.

**Matlakowski. O wycięciu kiszki ślepej wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.** Przegl. lek., str. 161, 173, 185, 201, 214, 255, 270, 309, 321, 333.

Przypadek pierwszy autora dotyczył mężczyzny 42 letniego, chorego od roku; w dole biodrowym prawym dość głęboko wyczuwał się doskonale guz wielkości małej cytryny, nieco ruchomy, twardy, przy badaniu niebolesny; przy opukiwaniu dawał odgłos słaby, bębnowy; rozpoznano raka, wychodzącego z zastawki BAUHNA i zamykającego światło kiszki. Cięcie ponad guzem skośne, guz wydobyto nazewnątrz; nowotwór był ograniczony, twardy jak chrząstka; od niego szła w jedną stronę kiszka biodrowa bardzo rozszerzona, jędrna, z grubemi ścianami; z drugiej kiszka ślepa, wiotka; w krezce dwa gruczoły powiększone. Przez obkłócie podwiązano krezki; pomiędzy podwiazkami przecięto jelita i wycięto nowotwór wraz z gruczołami, poczem spojono jelita szwem dwupiętrowym, jednym błony śluzowe i mięsne, drugim błony surowicze i mięsne. Przebieg po operacji jaknajlepszy; choremu przybyło na wadze 45 funtów. Po dwóch latach stan ogólny doskonały, czynności kiszki prawidłowe. Długość wyciętej kiszki grubej 10 cm., cienkiej 7; nowotwór (rak) zajmował zastawkę jelito-kątniczą w kształcie bardzo twardego wałka, opasującego światło w kształcie pierścienia; przez otwór trudno przepchać ołówek; na granicy między kiszka ślepa i wstępującą istnieje drugie zwężenie, przepuszczające palec, i od tegoż nowotworu zależne.

Przypadek drugi: mężczyzna 67 lat, od 7 lat zauważył guz; lekarz upewniał chorego, że to jest nagromadzenie kału. Przy badaniu znaleziono guz gładki, twardy, płaski, zupełnie nieruchomy, sięgający do smugi białej, a ku górze do linii poprzecznej, przeprowadzonej przez pępek; na guzie przebija przy opukiwaniu odgłos bębniasty, przytłumiony. Przeciwnakowi przemawiało do pewnego stopnia długie trwanie i dobry stan odżywiania; przeciw wyjściu z kiszki ślepej brak wszelkich objawów kiszkowych. Cięcie pierwsze wzdłuż guza; pod ścianą brzuszną natra-



fiono na jamę ropną; wprowadziwszy palec, natknięto się na masę pulchną, rozrywającą się, niekrwawiącą, nakoniec palec wszedł do jamy obszerniejszej—wnętrza kiszki ślepej. Po rozcięciu szerokiem na krzyż i otworzeniu jamy brzusznej stosunki się wyjaśniły; wówczas po rozdzieleniu zrostów wycięto oddzielne części guza, następnie kiszkę ślepa wraz z kilkoma gruczołami. Zeszycie końców jelita grubego z kiszką grubą nie przedstawiało żadnej trudności z powodu ogromnego przerostu ściany i powiększenia światła tej ostatniej. Trudniej było ze spojeniem ścian brzusznych, gdyż głębsze jej warstwy były z powodu zwyrodnienia wycięte; szew na skórę, pasek gazy jodoformowej. Operacja trwała 3 godziny. Przebieg powikłany ropieniem cuchnącem i oddzieleniem strzępów obumarłej tkanki. Zwolna zablizniła się cała rana, stan ogólny coraz lepszy. Po roku i 3 miesiącach stan ogólny świetny, wypróżnienia prawidłowe. Pod mikroskopem stwierdzono *carcinoma colloideum*.

Autor zebrał 29 przypadków wycięcia kiszki ślepej, z tej liczby przypadko 19 na nowotwory (8 razy z zejściem śmiertelnem) i 10 na zwięźnienie gruczołowe i bliznowate (2 razy śmierć); wszystkich cytowanych przypadków wycięcia kiszki ślepej ogółem było 57, lecz szczegóły nie były dostępne autorowi.

Obszerną część rozprawy obejmuje dokładny i pouczający opis objawów i sposobów leczenia omawianych chorób kiszki ślepej. Cierpienia te nie są tak rzadkie, jak się może wydawać; niejednokrotnie z powodu ruchomości guza przyjmowano go za nerkę ruchomą; obecność odgłosu bębnowego, chociaż stłumionego, przemawia za guzem kiszki, również jak dołączające się objawy zwięźnienia kiszki.

W końcu autor streszcza poglądy, poruszone w tej pracy, w następujących punktach. Rak kiszki ślepej nierzadko jest cierpieniem bardzo przewlekłym, istniejącym całe lata wprzód, nim dojdzie do obecności guza. Wycięcie i zaszywanie kiszki stanowią operację idealną, do której dążyć się powinno w każdym przypadku nowotworu lub guza zapalnego kiszki ślepej. Jeśli chory dostaje się operatorowi w okresie zamknięcia kiszki z objawami niedrożności, bezwarunkowo należy nie przystępować ani do resekcji, ani do anastomozy, a poprzestać na utworzeniu rzyci sztucznej. Skoro chory przyjdzie do siebie po tej operacji, można przystąpić do resekcji i zeszywania lub do anastomozy. Gdzie resekcja guza okazuje się niemożliwą lub za ciężką, należy wykonać anastomozę kiszkową. Gdzie niema rozpowszechnienia i rozsiania raka, lecz operacja na jednym posiedzeniu wydaje się za ciężką, można przełożyć kolej tych operacji, a guz sam wykluczyć z jamy brzusznej i ekstyrpować go po zupełnym poprawieniu się stanu chorego. W pomyślnych przypadkach, po resekcji można osiągnąć zadziwiająco dobre wyniki co do stanu ogólnego, oraz sprawności kanału kiszkowego, utrzymujące się całe lata.

**Rydygier.** O nowej metodzie tymczasowego wypłowania kości krzyżowo-ogonowej w celu swobodnego przystępu do narządów miednicy. Przegl. lek., str. 609.



Cięcie skórne rozpoczyna się na wysokości lewej *spina ilei poster. super.* i prowadzi się skośnie ku dołowi na lewo od brzegu kości krzyżowej. Od końca kości ogonowej cięcie przebiega w linii środkowej; głębsze cięcie ku górze prowadzi się tuż przy kości, przecinając lewe *lig. spinoso i tuberoso sacrum*; ku dołowi cięcia, jak zwykle, przebiegają głębiej. Części miękie na przedniej stronie kości krzyżowej odkłada się ku przodowi, przez co dokładnie widzieć można wychodzące nerwy krzyżowe. Następnie poniżej 3-go otworu krzyżowego, a więc prawie na dwa palce powyżej połączenia kości krzyżowej z ogonową, prowadzi się drugie cięcie poprzeczne, poziome do pierwszego. Na tej wysokości i w tym kierunku przecina się poprzecznie dłuikiem kość krzyżową, nie obrażając nerwów, z prawej strony wychodzących. Poczem cały płat trójkątny z łatwością można odgiąć ku prawej stronie. Po wycięciu raka odbytnicy i założeniu szwu jelitowego, tamponuje się luźno jamę gazą jodoformową, odkładając następnie zlekką pokrywkę bez zaszycia.

Zaletą tego sposobu jest dostateczne odżywianie kości, dobry odplyw wydzieliny; operacja przedwstępna jest łatwiejsza, niż przy zwykłej reseceki, a krwotok mniejszy. W razie potrzeby można kość krzyżową wypiłować wyżej. Całe cięcie można wykonać też z prawej strony, jeżeliby szło o operację innych narządów miednicy.

**Sysak.** Przypadek urwania się cewnika elastycznego w cewce śród katetyryzowania celem przestrzykiwania pęcherza. Przegl. lek., str. 46.

U mężczyzny 40-letniego, cierpiącego na niezbyt pęcherza rzeźczakowego pochodzenia, przemywał S. pęcherz przez cewnik NELATON'a nr. 6; podczas wyjmowania cewnik, przytrzymany skurczem cewki, urwał się. W braku innych przyrządów, wydobyto urwaną część zapomocą cienkich zakrzywionych szczypeków krtaniowych; z powodu krwawienia założono cieńszy cewnik na 48 godzin. Po kilku dniach w podobnych okolicznościach oderwał się znowu koniec cewnika i pozostał w pęcherzu; po kilku tygodniach ów kawałeczek cewnika wydobyty został zapomocą litotryptora przez BARĄCZA.

**Krajewski W. H.** O chirurgicznym leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu. Odczyty kliniczne, N. 48.

Przypadek pierwszy dotyczy kobiety 26-letniej, która poprzednio dwa razy rodziła stosunkowo łatwo. Ostatni poród trwał trzy dni, poczem lekarz, znalazłszy poprzeczne położenie płodu, wykonał obrót i wydobył martwe dziecko; bezpośrednio potem nastąpił obfity krwotok. Przy badaniu chorej, bezkrwistej, znaleziono w prawej bocznej ścianie pochwy na 4 palce ponad otworem sromnym szparę podłużną, przechodzącą przez sklepienie na część pochwową i szyję macicy. Po usunięciu skrzepów przekonano się, iż otrzewna, tworząca pierwszy listek więzuszerekiego, jest rozdarta na 2 palce; górna część szpary, istniejącej w szyi macicy, łączyła się bezpośrednio z jamą brzuszną. Celem powstrzymania krwotoku, uwolnienia jamy brzusznej od skrzepów i zaszycia



otworu w otrzewnej lub usunięcia macicy, wykonano laparotomię. Po otwarciu brzucha wylało się wiele płynu krwawego; usunięto dużo skrzepów. W szyi macicy istniało rozdarcie po prawej stronie i na powierzchni przedniej; szpara w otrzewnej wynosiła około 4 cm. Prawy wiąz szeroki mocno krwią rozciągnięty, w przednim listku więzu szerokiego istniał drugi otwór; połączywszy oba otwory, uchwycono kilka tętnic i żył obficie krwawiących. Rozdarcie macicy było po części tylko wewnątrz-otrzewnowe, rozprzestrzeniało się niżej przez całą długość szyi macicy, a ztąd na część pochwową i prawą stronę pochwy; rozdarcie miało kierunek przeważnie podłużny; brzegi rozdarcia nierówne, zmiażdżone. Wobec takiego stanu rzeczy, jakoteż prawdopodobieństwa zakażenia macicy zdecydował się K. na usunięcie tej ostatniej w całości. Nałożono 2 podwiązki na nierozzerwaną część prawego więza, tuż przy odejściu jajowodu i odcięto tę część od macicy; lewy jajowód wraz z więzem szerokim oddzielono od macicy po podwiązaniu; oba jajniki i jajowody pozostały w jamie brzusznej. Przeciawnym nożem otrzewną, palcami na tępo oddzielono przednią i tylną powierzchnię szyi macicy i pochwy od pęcherza i kiszki. Doszedłszy do dolnego końca szpary w pochwie, odcięto w tym miejscu rozdartą część pochwy od zdrowej po uprzednim podkłóciu i podwiązaniu częściami. Po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej zeszyto rozcięte części więzu szerokiego prawego, do jamy zaotrzewnowej wsunięto jeden pas gazy jodoformowej, którego koniec wyprowadzono do pochwy wraz z podwiązkami, drugi pas pomieszczono w szparze otrzewnowej, pomiędzy pęcherzem i kiszka. Przebieg pomyślny; ropienie w dolnym końcu rany brzusznej; zabliznienie w 35 dni po operacji.

Drugi przypadek: kobieta 26 l., w 3 dni po odejściu wód płodnych zgłosiła się do przytulku położniczego. „Zrobiono bez narkozy obrót na jedną nóżkę, który, aczkolwiek z wielką trudnością, dał się jednak uskutecznić. Wnętrze macicy zupełnie suche. Wszelkie próby natychmiastowej ekstrakcji pozostają bez skutku“. „O godz. 10-ej wieczorem tegoż dnia, w głębokiej narkozie dokonano ponownych prób ekstrakcji, również bezskutecznych“. Na drugi dzień wieczorem chorą przeniesiono do oddziału chirurgicznego. Przy badaniu znaleziono temp. 38°, brzuch bolesny, w pochwie znajduje się wypadła rączka, pętlica pepowiny i lewa nóżka; części te gniją i wydają woń smrodliwą. Podejrzewając pęknięcie macicy, wobec trudności rozkawalenia płodu, przystąpił K. do laparotomii. Przedtem jeszcze odjęto ekrazerem wypadłą rączkę i nóżkę. Po otwarciu brzucha macica trzeszczy przy naciskaniu palcami; lewy wiąz szeroki mocno rozciągnięty wielkim wylewem krwawym; podwiązano i przecięto prawy wiąz szeroki i górną część lewego. Następnie otworzono cięciem macicę i wydobyto płód (z wielką ilością smrodliwych guzów) przytem pękła szyja z prawej strony na przestrzeni kilku centymetrów; jednocześnie powstał krwotok kolosalny. Uciskając ręką w dole DOUGLAS'a, obcięto macicę tuż nad uciskającą ręką, szeregiem szwów węzłowych zatrzymane krwotok z kikutu macicznego, a przeciwnym listek przedni więzu szerokiego, podwiązano kilka tętnic.



Ponieważ chora zaczęła tracić siły, zakończono operację przez zeszytowanie rozciętego więzu szerokiego i wszycie szyi macicznej w dolny kąt rany brzusznej. Śmierć 4-go dnia.

Laparotomija okazała się zbawienną w pierwszym przypadku, w drugim przyczyniła się niewątpliwie do zakażenia jamy otrzewnowej, czego następstwem była śmierć chorej. Na przyszłość w podobnym do ostatniego przypadku, po otworzeniu jamy brzusznej i zeszytciu rozdarcia, ochraniając ręką zagrożone miejsce macicy, zalecałby K. wytrzymanie drogą normalną, a dopiero po opróżnieniu macicy przystąpiłby do dalszego ciągu operacji.

W końcu, na zasadzie opisanych wyżej dwóch przypadków i danych z literatury, podaje następujące wskazania do leczenia pęknięć macicy. I. W przypadkach czystych: A) przy niezupełnym rozdarciu, 1) jeśli niema krwotoku, przedrenować rozdarcie gaza jodoformową i nałożyć opatrunek uciskający na brzuch; 2) jeśli jest krwotok i tamponada nie pomaga, zrobić cięcie pachwinowe zewnątrz-otrzewnowe BARDENHEUR'a, doszedłszy do jamy pozaotrzewnowej, podwiązać naczynia i przedrenować rozdarcie od pochwy, a do jamy zaotrzewnowej wprowadzić worek MIKULICZA przez ranę brzuszną. B) Przy zupełnym rozdarciu, 1) jeśli niema krwotoku, ściągnąć ostrym hakiem ciało macicy ku dołowi i zatamponować; 2) jeśli jest krwotok, zrobić laparotomię, powstrzymać krwotok przez podwiązanie, a jeśli to niemożliwe, usunąć macicę. Po zatrzymaniu krwotoku, rozdarcie zeszyć; jeśli brzegi rozdarcia są zbyt poszarpane, lub w dolnej części rozdarcia nie można w szew ująć nic więcej, prócz otrzewnowego pokrycia macicy, należy odjąć macicę nad pochwą, jeśli rozdarcie nie rozciąga się na szyję, lub usunąć całą macicę, jeśli rozdarcie zajmuje większą jej część lub przechodzi na sklepienie. Kikut po odjęciu macicy nad pochwą bezpieczniej traktować zewnętrznie. Otwór po usunięciu całej macicy zaszyć i jamę brzuszną zamknąć w całości. II. W przypadkach podejrzanym lub zakażonym, A) przy niezupełnym rozdarciu, 1) jeśli niema krwotoku, usunąć całą macicę przez pochwę, pozostawiając nietkniętą jej pokrywę otrzewnową, 2) jeśli jest krwotok, wykonać cięcie pachwinowe zewnątrz-otrzewnowe; powstrzymać krwotok i usunąć całą macicę bez naruszenia otrzewnej; jeśli się to nie udawało, wyciąć zakażoną macicę przez pochwę, z pozostawieniem jej pokrywy otrzewnowej, przedrenować gaza jodoformową, ranę w części zaszyć. B) Przy zupełnym rozdarciu, czy jest, czy niema krwotoku, zrobić laparotomię, oczyścić jamę brzuszną, usunąć całą macicę, otrzewną w miednicy zeszyć, jamy zaotrzewnowe wytamponować od pochwy, zaś worek MIKULICZA od rany brzusznej wprowadzić do miednicy.

**Obaliński. O wynikach, osiągniętych zapomocą własnej metody resekcyjnej na stopie.** Przegl. lek., str. 5.

Metodę swą opisał autor w r. 1890 (por. Przegląd piśmiennictwa), obecnie opisuje sześć przypadków, operowanych według tej metody.



Na zasadzie doświadczenia podaje autor, że mniejsze cięcie podłużne na stopie rzadko może być użytem z powodu rozległości sprawy gruźliczej, lecz z łatwością daje się zamienić na duże cięcie podłużne. Kształt stopy bywa bardzo dobry, lepszy, niż przy metodzie HUEBER'a. Że z sześciu przypadków tylko w trzech otrzymał O. rezultat pożądany, nie jest winną metoda, lecz sama sprawa chorobowa, dla której jej użyto. W żadnym z tych przypadków nie było po reseceyi nerwobólów ani porażen. Zgorzeli poniżej poprzecznego cięcia resekcyjnego na stopie nie spostrzegął O., tylko w jednym przypadku przyszło do zgorzeli końca palca czwartego, z powodu ucisku, wywartego przez krew, nagromadzoną w jamie między płatami.

Podczas pisania powyższej pracy zdarzyła się autorowi sposobność zastosowania cięcia podłużnego jeszcze potrzykroć; w jednym przypadku musiał przystąpić do amputacyi, dwa inne stwierdzają zalety podanej metody.

**Kapelusz. W sprawie nowego sposobu operacyjnego wobec gruźlicy kości piętrowej i skokowej, podanego przez d-ra Bogdanika.** Przegl. lek., str. 535.

Cięcie rozpoczyna się nieco poniżej kostki wewnętrznej, przebiega przez środek guza kości piętrowej do kostki zewnętrznej, zaraz drażące do kości, potem przepiłowuje się kość piętrową w tym samym kierunku, przy równoczesnem mocnem zginaniu grzbietowem stopy. Po rozłożeniu przepiłowanych części, można dokładnie wyźłobić ognisko gruźlicze lub całą kość usunąć. Przez to samo cięcie otrzymuje się przystęp do dolnej powierzchni stawowej kości skokowej i w razie potrzeby można ztąd całą kość skokową wyłuszczyć. W jednym przypadku, opisanym przez K., wyłuszczone w ten sposób kość skokową; w drugim wydłutowano i wyskrobano ognisko gruźlicze w kości piętrowej.

Cięcie opisane ma te zalety, że nie przecina się żadnych naczyń, ścięgien albo nerwów, blizna ma położenie najkorzystniejsze, wreszcie kształt stopy najmniejszej ulega zmianie, zwłaszcza, jeżeli się przepiłowane odłamki kości piętrowej szwem kostnym spoi.

---

## B.

Sprawozdawca

**B. Sawicki.**

---

**Grünbaum. Dwa przypadki ropnia podprzeponowego.** Med. str. 317 i 337.

1) Mężczyzna lat 32 zachorował przed 4 blisko miesiącami przy objawach gwałtownego bólu w prawem podżebrzu i codziennie powta-



rzających się napadów gorączki z dreszczami. Po 6 dniach udał się do szpitala, gdzie znaleziono powiększenie wątroby, żółtaczkę, stępienie odgłosu wypukowego i osłabienie oddechu w dolnej połowie prawego płuca. Kilkakrotne próbne przekłucia opłucnej dawały wynik ujemny. Po 6-tygodniowym pobyciu pacjent opuścił szpital, jako uzdrowiony. Niespełna w 2 miesiące potem gwałtowne bóle w prawym podżebrzu znowu się ponowiły, a w 3 tygodnie później chory zasięgnął rady autora, który znalazł: wysoką gorączkę, wypuklenie prawego podżebrza i dolnej części prawej połowy klatki piersiowej, zniesienie oddechu i drżenia piersiowego na tem miejscu. Prawa okolica podżebrzowa dawała chełbotanie, odgłos tępy i zapomocą silnie przesuniętej ku dołowi wątroby oddzielała się od reszty brzucha. Znalazłszy przy krótnem przekłuciu ropę, G. otworzył cięciem, równoległem do łuku żebrowego, jamę, leżącą pod przeponą i zawierającą około 6 litrów ropy. Jama leżała pomiędzy przeponą i otrzewną, która na znacznej przestrzeni była oddzielona od przepony i od ściany brzusznej. Przebieg pooperacyjny, z początku dobry, pogorszył się raptownie 15 dnia po operacji i zakończył śmiercią. Przyczyna śmierci ściśle nieoznaczona (brak sekcyi). Spowodowało ją ropne zapalenie opłucnej lub też nagromadzenie się ropy pod lewą częścią przepony.

2) Mężczyzna, 50-letni, zapadł na zapalenie kiszki ślepej, poczem wystąpił ból w prawym boku, po upływie 2 tygodni chory zapisał się do szpitala, w którym leżał 2 tygodnie, a następnie został wypisany bez gorączki z poprawą stanu ogólnego. Stan zadawalniający trwał 4 miesiące, poczem wystąpiła gorączka, duszność i ból w prawym boku. Autor znalazł wówczas osłabienie oddechu i stępienie w dolnej części prawej połowy klatki piersiowej, a nadto jamę ropną w okolicy 6 prawego żebra na linii sutkowej. Po wypłukaniu kawałka tegoż żebra autor otworzył opłucną i znalazł w niej ograniczoną zapomocą zrostów jamę, napełnioną ropą. Jama ta zapomocą otworu w przeponie łączyła się z drugą o wiele większą jamą, leżącą pod przeponą i zawierającą ropę. Po operacji początkowo polepszenie, trzeciego dnia jednakże podniesienie się ciepłoty, silne bóle w brzuchu i obfite wypróżnienia, zawierające cuchnącą ropę. Śmierć 6-go dnia po operacji.

**Solman. Skręcenie i zgorzel kiszki esowatej, wycięcie i t. d.**  
Med. str. 213 i 253.

49-letni mężczyzna przed 12 i przed 4 laty doznawał krótkotrwałych objawów niedrożności, które ustępowały same. Częste bóle w dolnej okolicy brzucha i skłonność do zaparc. Teraz niedrożność wystąpiła po raz trzeci, przy objawach bólu w lewym podbrzuszu, zaparcia, rozdęcia brzucha. Wymioty w trzecim dniu choroby. Woda, wlewana do prostnicy, wypływa niezwłocznie. W szóstym dniu choroby, przy objawach zapaści, S. wykonał laparotomię i znalazł skręcenie kiszki esowatej, która była już w stanie rozpoczynającej się zgorzeli. Po wycięciu całego *S romani* autor zrobił odbył sztuczny, a w 2½ miesiące później zeszył ze sobą oba odcinki. Po drugiej operacji wytworzyła



się początkowo mała przetoka kałowa, która zresztą wprędce się zagoiła. Pracę swą kończy autor ogólnym opisem skręcenia kiszki esowatej, opartym na ogłoszonych dotąd przypadkach.

**Warman. Wyjąławiacz w formie samowaru.** Med. str. 861.

Aparat składa się z dwóch blaszanych kociołków, połączonych ze sobą zapomocą trzech rurek. Jeden z tych kociołków ma postać samowaru i służy do wytwarzania pary, drugi zaś stanowi kamerę, do której wkładają przedmioty, mające ulec wyjąławianiu.

**Radziszewski. Dwa przypadki kamieni uwięzionych w cewce moczowej u dzieci.** Med. str. 355.

1) Chłopczyk 1½ roczny przedstawia objawy zatrzymania moczu. Przy badaniu cewki zgłębnikiem R. znalazł kamień, uwięziony w dołku czótenkowatym. Wykonawszy rozcięcie napletka, R. wyjął kamień szczypcami.

2) Chłopczyk 5-letni zaczął doznawać objawów zatrzymania moczu, który wciągu dni kilku wypuszczano cewnikiem. Raz jeden udało się przytem autorowi wyczuć kamień w cewce w pobliżu szyjki pęcherza. Wprędce potem, znowu przy objawach zatrzymania moczu, autor znalazł kamień, mocno uwięziony w dołku czótenkowatym. Kamień ten udało się autorowi usunąć zapomocą drucianej pętli dopiero po uprzednim nadeięciu ku dołowi ujścia cewki moczowej.

**Radziszewski. Rana drążąca brzucha, zadana rogiem i t. d.** Med. str. 118.

4-letnia dziewczynka, bawiąc się z krową, otrzymała pehnięcie rogiem w prawą okolicę podżebrową. Rana drążąca z wypadnięciem kiszki cienkiej. W 4 godziny po wypadku R. jelito odprowadził i ranę zaszył. Śmierć dziecka wskutek zatrucia kwasem karbolowym, przez pomyłkę danym do wewnątrz.

**Grünbaum. Dwa przypadki ran wielkich naczyń.** Med. str. 7.

1) Szeregowiec l. 28 otrzymał 3 rany kłute, z których jedna, zadana w szyję, przecięła prawą tętnicę tarczową górną, zraniła żyłę szyjową wewnętrzną i przełyk. Krwotok udało się nareszcie zatamować zapomocą tamponacyi i ucisku. W 7 godzin potem krew zaczęła się przesączać, a nadto wystąpiły wymioty krwawe. W 9 godzin po zranieniu autor podwiązał zranioną tętnicę tarczową i nałożył podwiązkę ścienną na żyłę szyjową wewnętrzną. Rany w przełyku nie mógł odszukać. Wyzdrowienie.

2) Żołnierz, wskutek wybuchu rakiety, uległ powikłanemu złamaniu prawego uda. Podczas wydobywania odłamów powstał gwałtowny krwotok z tętnicy udowej, w której tkwił jeden z odszczepów kostnych. Podwiązanie tętnicy. Wyzdrowienie.



**Jawdyński i Dobrzycki. Przypadek znacznej wielkości włókniaka tłuszczakowego.** Med. str. 1.

Mężczyzna lat 45 posiadał znacznej wielkości guz zwisający, za pomocą szypuły przymocowany do szyi ponad wcięciem mostkowym i sięgający dolną swą częścią do dołka sercowego. Usunięty operacyjnie, guz ten wykazał budowę włókniaka tłuszczakowego.

**Dzierżawski. O t. zw. palcu przytkającym.** Kron. lek, str. 567.

Autor rozróżnia dwa rodzaje cierpienia: 1) przytkanie, zależne od zmian (zwykle zgrubień) w ścięgnach lub ich pochwach; 2) przytkanie, powstające wskutek zmian w stawach. W celu rozpoznania przyczyn cierpienia autor posiłkuje się następującymi danymi: w razie cierpienia ścięgien lub ich pochew przytkanie nie występuje przy ruchach biernych. Natomiast ruchy czynne, wywołujące najczęściej przytkanie w stawie palco-dłoniowym, w razie unieruchomienia tegoż stawu, powodują zjawienie się przytkania w stawie, łączącym pierwszą falangę z drugą. W tych przypadkach, gdzie przytkanie zależy od zmian w stawach, występuje ono zarówno przy ruchach czynnych, jakoteż i przy biernych. Duże znaczenie w sprawie powstawania palca przytkającego D. przypisuje dnie, na co radzi zwracać uwagę przy leczeniu. Pracę swą, opartą na pilnie zebranej literaturze, autor uzupełnia dwoma własnymi spostrzeżeniami.

**Sędziak. Niezwykły przypadek: sarcoma multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae.** Gaz. lek. str. 928.

Wieżniak lat 48, dobrze zbudowany, przed kilku miesiącami zauważył na lewej łydce mały guziczek, który się szybko powiększał. Wprędce potem gruczoly pachwinowe obrzękły, i w rozmaitych okolicach ciała na skórze zaczęły występować zupełnie podobne guziczki. Przy badaniu S. znalazł na łydce rozlany guz wielkości pomarańczy, pokryty skórą ciemno-fioletową. Na górnych kończynach, na piersiach, plecach i na twarzy liczne, podobne, choć słabiej zabarwione i mniejsze guziki. W jamie ustnej na miejscu prawego migdała guz wielkości jaja kurzego. Guz ten usunięto pętlicą galwanokaustyczną; badany pod drobnowidzem okazał się on lymphosarkomatem.

W czasie pobytu chorego w szpitalu zauważono stopniowe zmniejszenie się i znikanie opisanych guzów na ciele, co S. przypisuje zaleconemu wewnątrz arsenikowi. Po 7 tygodniach guz na łydce zmniejszył się do  $\frac{1}{3}$  swej wielkości, guziki zaś w innych okolicach ciała bądź to zupełnie się wessały, bądź też znacznie się zmniejszyły.

**Warszawski. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pęcherzu moczowym.** Gaz. lek. str. 856.

21-letnia dziewczyna zjawiała się z objawami bolesnego oddawania moczu. Przy badaniu przez pochwę znaleziono poprzecznie ułożoną w pęcherzu szpilkę podwójną, którą, po poprzednim nacięciu



cewki i rozszerzeniu jej zapomocą wziernika SIMON'a, palcem wydobyto. W następstwie pozostało nietrzymanie moczu.

**Sawicki. Przypadek owrzodzeń prostaty, które spowodowały zapalenie otrzewnej i niedrożność jelit.** Gaz. lek. str. 55.

Kobieta lat 30 od dzieciństwa cierpiała na zaparcia, do których w ostatnich latach przyłączyły się, występujące od czasu do czasu, bóleci brzoza. Od 4 dni objawy niedrożności. Badana palcem prostaty okazała się owrzodzoną i zwężoną; pomimo to jednakże udało się wprowadzić do niej kankę i zrobić wlewania HEGAR'owskie, które atoli pozostały bez skutku. Laparotomija. Znaleziono 4 taśmy przebiegające od pętlic kiszki do dołu DOUGLAS'a i powodujące kolankowate zgięcie tychże pętlic. Nadto cała masa cienkich kiszki była dwukrotnie zakręcona około swej kreski. We 2 dni po operacji śmierć. Oględziny pośmiertne: ściany prostaty zgrubiałe, owrzodzone, z licznymi przetokami. Jedna z przetok prowadziła do dołu DOUGLAS'a i tu się otwierała. *Peritonitis diffusa*. Zarówno znalezione podczas operacji taśmy, jakoteż i świeżo powstałe zapalenie otrzewnej S. objaśnia owrzodzeniami w prostaty.

**Gabszewicz. Przypadek ropnego zapalenia osierdzia.** Gazeta lek. str. 1070.

22-letni mężczyzna z objawami sinicy i duszności, z częstem, utrudnionem oddechaniem, częstem, nieregularnem, słabem tętnem i wysoką ciepłotą, oraz z objawami gościca stawowego. Na lewej stronie klatki piersiowej, przodu w okolicy IV, V i VI żebra, rozlane, nader bolesne na ucisk obrzmienie. G. wykonał cięcie wzdłuż V żebra i znalazł przednią powierzchnię tegoż obnażoną. Po usunięciu chrząstki żebrowej zauważył prowadzący wgląd otwór, z którego ropa się sączyła. Po rozszerzeniu otworu pokazało się, że prowadził on do napełnionego ropą osierdzia. Po przemyciu tegoż założono pasek gazy jodoformowej. Po upływie 6 tygodni ciepłota zupełnie wróciła do normy. Wyzdrowienie zupełne.

**Gabszewicz. Przypadek rany postrzałowej żołądka.** Gazeta lek. str. 324 i 336.

22-letni mężczyzna strzelił do siebie z rewolweru, przy czem kula weszła na lewej linii sutkowej poniżej VI żebra, wyszła zaś pod skórę pomiędzy XI i XII żebrem. Wymioty krwawe, brzuch wzdęty, objawy zapaści. W 5 godzin po wypadku G. wykonał laparotomię i znalazł 3 cm. długą ranę na tylnym obwodzie dużej krzywizny żołądka, nazewnątrz od przelyku. Rana w przeponie pozwalala na wprowadzenie małego palca. Ranę żołądka zaszyto szwem dwupiętrowym. Wyzdrowienie bez powikłań. Autor jest zwolennikiem możebnie wczesnej laparotomii przy ranach postrzałowych brzoza i wnioski swe popiera bardzo sumiennie zebraną statystyką.



**Krajewski. O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu.**  
Kron. lek. str. 141, 209, 351.

Jest to druga część obszernej i wyczerpującej pracy, początek której Kronika lekarska drukowała w r. 1890. Autor w tej części zajmuje się opisem różnych rodzajów cewników, świeczek i szpryc. Opisy te przeplata własnymi praktycznymi wskazówkami odnośnie użycia różnych narzędzi; na końcu rozdziału podaje sposoby wyjąłowania i przechowywania instrumentów.

**Bogdanik. Antiseptyka i Aseptyka.** Rozpr. z zakr. med. prakt. etc. 1892. Ser. II zes. 15.

Autor podaje w krótkości historyczny rys rozwoju antiseptyki i aseptyki, oraz opis ich stanu dzisiejszego. Głównie zastanawia się nad urządzeniem sali operacyjnej, a także nad przygotowaniem i oczyszczaniem wszystkiego, co do operacji jest niezbędne. Zachwala użycie kreoliny przy ranach zakażonych.

**Grosalik. Przyczynki do kazuistyki ciał obcych w cewce, i pęcherzu.** Med. str. 777, 793, 812.

Autor opisuje pięć przypadków ciał obcych w drogach moczowych. Przypadki były operowane przez Dra KRAJEWSKIEGO.

1) 22 letni chłopak wepchnął sobie do cewki igłę, która uwięzła w części opuszkowej. Igłę tę usunięto przez odbytnicę, przebiwszy nią odpowiednią ścianę cewki i odbytnicy. Wyzdrowienie.

2) 30 letni robotnik, operowany cięciem nadłonowym z powodu kamienia pęcherza. Jądro tego kamienia stanowiła świeczka parafinowa, przed paru laty wepchnięta przy rozszerzaniu zwężonej cewki. Wyzdrowienie.

3) U 29-letniego mężczyzny znaleziono przy badaniu kamień w cewce, który wytworzył się naokoło wepchniętego tamże przed 2 laty patyka. Gdy się okazało, po zrobieniu cięcia kroczka na linii środkowej, że znaczna część kamienia leży jeszcze w pęcherzu, dokonano cięcia nadłonowego. Kamień usunięto, pomimo to wyniszczony chory umarł przy objawach moczniccy.

4) 22-letnia dziewczyna przed 7 laty wepchnęła sobie do pęcherza szpilkę podwójną, naokoło której wytworzył się kamień. Cięcie nadłonowe, usunięcie kamienia. Wyzdrowienie.

5) 35-letnia służąca przed tygodniem wepchnęła sobie do pęcherza szpilkę podwójną. Po uprzednim rozszerzeniu cewki wziernikami SIMON'a udało się schwycić szpilkę szczypcami i wydobyć nazewnątrz. Wyzdrowienie zupełne.

Pracę swą uzupełnia autor treściwym lecz dokładnym opisem objawów i leczenia ciał obcych w cewce moczowej i w pęcherzu.

**Rosenthal. Rak okrężnicy wstępującej. Laparotomia.** Medyc. str. 721.

Kobieta, lat 49, przed 8 miesiącami spostrzegła małe stwardnienie w pachwinie prawej, które się szybko powiększało i na ucisk było bo-



lesne. Wypróżnienia zawsze były prawidłowe. Przy badaniu R. znalazł nad prawą pachwiną guz, sięgający od wzgórka łonowego do przedniego guzika kości biodrowej prawej. Guz ten wypukła prawe sklepienie pochwy, przez które łatwo się wyczuwa, a nadto jest tak ruchomy, że z łatwością daje się przeprowadzić do pachwiny lewej. Podczas takiego odprowadzania wysledzić można odchodzący od macicy powróżek, na którym guz jakby był zawieszony. Autor rozpoznał mięsak prawego jajnika, tymczasem po otwarciu jamy brzusznej znalazł rak okrężnicy wstępującej. Zajętą nowotworem część kiszki R. wyciął i odcinki zeszył. Wyzdrowienie.

**Trzebicky. O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucnej.** Rozp. z zakr. med. prak. etc. 1892. Ser. II zes. 13.

Bardzo sumienna i wyczerpująca praca, oparta na dawnej i bieżącej literaturze, oraz na własnej dużej kazuistyce. W sprawie leczenia ropnego otoku opłucnej T. przechyla się stanowczo na stronę cięcia z rezekeją żeber, którą radzi wykonywać bez chloroformu. Opłucnej nie przepłukuje, przykrywa tylko sączek silkiem, na który kładzie opatrunek. Aspiracya zapomocą lewaru (BUELAU) może mieć przewagę nad cięciem tylko w wyjątkowych przypadkach, naprzykład w razie otoku ropnego po obu stronach. Opisując chirurgiczne leczenie chorób płuc, T. podaje dwa operowane przez siebie przypadki; w jednym z nich otworzył ropień przerzutowy płuca, w drugim zaś—ognisko zgorzelinowe. Oba przypadki zakończyły się śmiercią. Na końcu pracy pomieszczono wykaz wszystkich operacyj, wykonanych dotąd na płucach.

### XIII. OFTALMOLOGIJA.

Sprawozdawca

**B. G e p n e r** (jun.).

**Gepner B. (ojciec).** Badanie wzroku w celu oznaczenia refrakcyi oka, jego siły widzenia i rozmiarów pola widzenia. Medyceyna str. 61 i 76. N. 4 i 5.

Praca ta ma na celu zapoznanie lekarzy kolejowych ze sposobem badania oka; podaje najprostsze tegoż sposoby i zapoznaje z wprowadzonym na drodze żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej optometrem LOISEAU.

**Mutermilch. I. Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy. II. Powstawanie, rozwój, zanik i odrodzenie follikułów.** Gaz. lek. str. 419 N. 20.



W dalszym ciągu swych badań nad anatomiją przewlekłych zapaleń łącznicy (patrz Przegl. piśmienn. 1891) autor zajął się sprawą follikulów. Według M. follikuły są tylko specjalną lokalną odmianą nacieczenia drobnokomórkowego, której postać zależy tu od miejscowych warunków tkanki. Gdy z początkiem sprawy zapalnej rozpoczyna się występowanie białych ciałek krwi z naczyń, zbierają się one pod nabłonkiem. Leżące pod powierzchnią, mając dostatek tlenu, nie zamierają, ale częścią przechodzą przez nabłonek, częścią zaś po skończeniu sprawy wracają do naczyń. Leżące zaś głębiej zamierają i koło nich, jako koło ciał obcych zbierają się follikuły. Tworzą one w ten sposób jądra follikulów. Wobec jednakowego ciśnienia ze wszystkich stron tworzy te przybierają postać kulistą. To co po wygaśnięciu zapalenia zostaje w tkance, gromadki zwyrodniałych elementów, niesłusznie nazywanem bywa follikulami. W taki sam sposób przy każdym nowem obostrzeniu tworzy się nowe nacieczenie około resztek dawnych elementów — tworzą się nowe follikuły. Follikuł, rozwijając się, dosięga głębszych warstw tkanki łącznej, bardziej zbitej od właściwej podnabłonkowej, adenoidalnej tkanki; tkanka ta w małym stopniu ustępuje przed follikulem, we włóknaach jej następuje szereg zmian — zgrubienie, zlanie się, skleryzacja, a rezultatem tego jest utworzenie naokoło follikulu wyrażnej torebki. Od tej strony więc dostęp nowych elementów jest zamknięty. Rozszerzając się zaś ku nabłonkowi — follikuł wywołuje zanik tegoż — a część zawartości obnażonego follikulu wydziela się na zewnątrz.

Jeżeli zaostrenie sprawy nastąpiło wtedy, gdy już follikuły wskutek uformowania koło nich otoczki nie mogą się powiększać, a zbita tkanka łączna nie pozwala na utworzenie kulistego nacieczenia, follikuły odróżniamy tylko dzięki ich jądom.

**Mutermilch I. O istocie jaglicy (Trachoma, ophthalmia granulosa, autor.).** Gaz. lek. str. 1090, N. 51. (Praca w roku sprawozdawczym nie dokończona).

W pierwszej części swej pracy autor zwraca przedewszystkiem uwagę na brak jedności poglądów na sprawę chorobową, zwaną jaglicą (*trachoma*). Jedni uważają jaglicę za bardziej rozwiniętą *conjunctivitis follicularis*, inni między temi dwiema sprawami chorobowymi nie widzą nic wspólnego. Follikuł — zwiększone drobnokomórkowe nacieczenia w tkance podnabłonkowej, — nie może być uważany za objaw rozpoznawczy, gdyż follikuły spotykamy w wielu przypadkach, w których niema nawet zapalenia (u osobników z wadami refrakcyi; pod wpływem dłuższego używania atropiny, u osób wystawionych na kurz, działanie par gryzących i t. d.). Ten stan łącznicy ADAMIUK określił nazwą *folliculosis*. Nieraz zapalenia łącznicy, przy których widzimy follikuły, kończą się zupełnem wyzdrowieniem — nie dlatego, że ilość follikulów była nieznaczna, lub że mieściły się one na fałdach przejściowych a nie na chrząstce powiekowej i nie wskutek jakości pasorzytów, wywołują-



eych sprawę zapalną, ale wskutek warunków, których szukać należy w ogólnym stanie ustroju chorych i w warunkach ich otoczenia. Liczne spostrzeżenia przechodzenia *conj. follicularis* w trachoma w endemicznie występującej tej sprawie chorobowej „zarówno jak przypadki, w których stwierdzono, że jaglica udzielając się wywołac może lżejszą postać nieżytową, dowodzą jasno, że dualiści nie mają tu racyi“. Z drugiej strony zaraźliwość jaglicy, jest według autora wątpliwą, gdyż nieraz ludzie obcujący z trachomatykami nie zarażają się. Według niektórych autorów w sprawie zarażenia się jaglicą gra rolę wybitną indywidualność ustroju. Poszukiwania pasorzyta swoistego jaglicy nie dały dotąd danych rozstrzygających, dla tego, że według autora, pasorzyt taki nie istnieje.

**Kamocki W. Badania anatomo-patologiczne nad szklistem zwyrodnieniem łącznicy,** Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 326 i 562. tab. XI, XII.

Patrz dział III. Anatomija patologiczna.

**Wicherkiewicz B. O operacyjnem leczeniu jaglicy ostrej przez liczne nakłucia w połączeniu z używaniem środków odkażających.** Now. lek. str. 330, N. 6 i 7.

Po znieczuleniu łącznicy kokainą i oczyszczeniu worka łącznicowego, autor robi nakłucia skaryfikatorem swego pomysłu (8 obosiecznych nożyków na krótkiej rękojeści) a następnie stosuje przemywanie sublimatem 0,01% lub zakłada maść sublimatową, 1 : 3000. Opaska po rękoczynnie nie jest konieczną, ale przyjemną dla chorego. Rękoczyn powtarzać niekiedy należy 3 — 4 razy lub łączyć z nim wyciskanie torebek.

Korzystne działanie tego rękoczynu W. w ten sposób określa:

1) przez miejscowy ubytek krwi zmniejsza się zapalenie, 2) przez liczne z nakłuc powstałe otwory środki odkażające łatwiej wnikają w tkanki i działają wprost na zarazki chorobotwórcze. Złych skutków tych rękoczynów autor nie spostrzegął; przeciwwskazanie widzi tylko chyba w głębokim wrzodzie rogówki, grożącym jej przedziurawieniem.

**Ziemski Br. Przyczynek do lekowej terapii chorób spojówki. O lekach ściągających.** Gaz. lek. str. 237, N. 20.

Do leków ściągających (*adstringentia*) zaliczają się kwasy garbnikowe, rozpuszczalne sole tlenku glinu i większej części metali ciężkich, wiele kwasów (kw. borowy, octowy, cytrynowy i inne), przetwory grupy aromatycznej (kw. karbolowy, salicylowy, pyrogallusowy, rezorecyna, naftol i t. d.) wyskok, boraks i woda wapienna. Różne te związki chemiczne wywierają jednakie działanie na błonę śluzową: wytwarzają substancję nierozpuszczalną w powierzchniowych jej warstwach. Wnikając między komórki, działa niejako osuszająco, utrudnia wnikanie drobnoustrojów do tkanek, a wywierając pewien ucisk, przeciwdziała skutkom sprawy zapalnej (nowotworzeniu się komórek, rozpulchnieniu i obrzmieniu, przekrwieniu, powiększeniu się wydzieliny. Odkrycie



takiego działania leków ściągających zawdzięczamy dopiero najnowszemu czasom; dawniej tłamaczono je zwężeniem naczyń i ściąganiem tkanek.

Substancja nierozpuszczalna tworzy się kosztem białka, które tworzy z lekami ściągającymi albo związki nierozpuszczalne, albo ścina się, przyczem zamiera, zupełnie tak samo, jak pod działaniem środków żrących (*caustica*) które się różnią pod względem działania od środków ściągających tylko ilościowo. Niektóre leki wywierają i jedno i drugie działanie, zależne od stopnia stężenia, na co należy zwracać szczególną uwagę przy ich stosowaniu. Sole metali ciężkich tworzą z białkiem białkany nierozpuszczalne, kwas zaś zostaje uwolniony. Od stopnia skupienia połączeń białka i siły żrącej uwolnionego kwasu zależy działanie danej soli. Stąd pochodzi, że azotan srebra działa pomyślnie w ostrych sprawach zapalnych spojówki, sublimat w chronicznych postaciach jaglicy, kwas borny, boraks, octan ołowiu, siarczan cynku i miedzi oraz tanina w przewlekłych postaciach nieżyty. Woda wapienna nie działa nigdy żrąco, a nierozpuszczalną substancję w tkankach tworzy kosztem ciał tłuszczowych i kwasu węglowego nie zaś białka, przy tem rozpuszcza mucynę. Autor z powodzeniem stosuje ją przy dyfteryie spojówki — błony wrzekome oddzielają się łatwiej dzięki rozpuszczaniu się mucyny, a niezależnie od tego woda wapienna wywiera działanie ściągające. Sublimat, oprócz działania ściągającego, posiada również bakteryjóbójce, ale tylko tam gdzie niema wolnego białka. Tem tłamaczy się rozczarowanie tych, którzy stosowali sublimat, niepamiętając o tym warunku. A jednak sublimat zazwyczaj bywa nader skutecznym przy jaglicy, ale tylko w przypadkach zadawnionych, powikłanych sprawami rogówkowemi, i bez obfitej wydzieliny. Przemywanie i wycieranie spojówki watą namoczoną w sublimacie, z początku słabym, później mocniejszym (od 0,01 do 0,2%), jest najważniejszym sposobem stosowania tego leku.

**Ziemiński Br.** Przyczynek do patologii rzęs. Kron. lekarska str. 293, N. 5.

Po opisie rzęs, miejsca ich wzrostu, liczby oraz postaci, Z. rozpoczyna opis ich patologii od pasorzytów na nich spotykanych; oprócz roślinnych (*achorion*, *trychophyton*, *mikrosporon* i t. d.) spotykamy tu i zwierzęce (*acarus folliculorum*, *pediculus pubis* i inne). O wszawicy rzęs (*phthiriasis ciliarum*) wspomina już CELS. Same zwierzęta tkwią u nasady rzęsy, jajka zaś ich pokrywają samą rzęsę. Skutki obecności tych pasorzytów nieraz bywają brane za chorobę powiek a najczęściej za *blepharitis ulcerosa*. *Eczema palpebrarum, conjunctivae et corneae* często polega na obecności wszy na rzęsach.

Przedwczesna siwizna wszystkich rzęs lub oddzielnych grup może być wynikiem unerwienia chorobowego (*poliosis nervotica*); czasem bowiem rzęsy tracą barwę nagle (przy sympatycznym zapaleniu oka i innych groźnych sprawach zapalnych głębszych części oka), niekiedy przy migrenie i innych objawach ze strony nerwu spółczulnego. — Oły-



sienie powiek i brwi bywa wrodzone lub nabyte (*pityriasis rubra*, drugorzędne objawy syfilisu, *alopecia areata*). Tu ostre kanty powiek bywają zachowane, co różni to łysienie od innego, przy zapaleniach powiek.

Zmiany chorobowe dotyczą również wielkości rzęs, ich postaci i barwy. Chore rzęsy bywają czasem dłuższe i grubsze od zdrowych, nie bywają łukowato wygięte, zwężone ku obu końcom, lecz klinowate i proste; tracą swą sprężystość. Chore rzęsy zazwyczaj są mocniej zabarwione. Jest to postać przerostowa rzęs.

Czasem znów spostrzegamy rzęsy cieńsze i krótsze, zgięte lub załamane, barwy normalnej lub nieco bledsze. Na podstawie badania drobnowidzowego postać tę uważać należy za zanikową.

**Kramszyk Z. Pryszczyk na łącznicy skutkiem wewnętrzne-go użycia jodu.** Gaz. lek. str. 897, N. 41.

Autor spostrzegał niejednokrotnie tworzenie się pryszczyków na łącznicy osób, zażywających jod dowewnątrz przez dłuższy przeciąg czasu. Pryszczyki te robią wrażenie *scleritis* i *episcleritis* i właściwych pryszczyków (flikten) oka, choć zwykle mieszczą się nie tak blisko rogówki, jak flikteny; ponieważ stosowany w takich przypadkach kalomel wywołać może owrzodzenie łącznicy, autor, widząc podobny obraz u chorego dorosłego, przedewszystkiem zapytuje, czy chory nie zażywa jodu. Pryszcze, będące objawem zatrucia jodem, znikają po paru dniach po odstawieniu tego leku.

**Kamocki W. Zapalenie białkówki, oderwanie siatkówki, uleczenie dobrowolne w następstwie przebytej odry.** Gaz. lek. str. 608, N. 28.

Dziesięcioletnia rachityczna dziewczynka przybyła do Instytutu Oftalmicznego z ograniczonym zapaleniem białkówki oka prawego, w miejscu przyczepu m. prostego zewnętrznego, oraz zapaleniem białkówki oka lewego, zajmującego cały przedni odcinek oka; wziernik wykazał oderwanie siatkówki w całej dolnej połowie oka. W parę dni po przybyciu do Instytutu chora dostała odry i przeniesioną została na oddział chorób wewnętrznych. Gdy w 3 tygodnie potem powróciła, z zapalenia białkówki pozostały tylko nieznaczne ślady w postaci rozszerzenia żył rzęskowych, oddzielona zaś siatkówka w całości się przyklepiła. V, ograniczony do liczenia palców na kilka stóp, podniósł się do  $\frac{1}{4}$ . Przyklepiona siatkówka usiana była smugami szyflowego koloru, robiącemi wrażenie jakby jakiegoś osadu na siatkówce.

**Zapolski Downar. Owrzodzenia rogówki w tyfoidzie cholerycznym.** Gaz. lek. str. 1015 N. 47.

U chorych na tyfoid choleryczny autor zauważył znieczulenie oraz wysychanie rogówek, a także niedomykanie się powiek. W kilkunastu przypadkach spostrzegał tworzenie się owrzodzeń w dolnej części lub w środku rogówki, niekiedy głęboko drażących. W tych przypad-



kach radzi używanie maści z żółtego tlenku rtęci (2%), pyoktaninę fioletową 0,2% i ciepłe okłady z sublimatu (1:6000). Jako prezerwatywę poleca wpuszczanie do worka łącznicowego przytoczonego wyżej rozzynu sublimatu a choćby i wody czystej.

**Rumszewicz K. Drugi przypadek mięsaka w samej rogówce powstałego.** Przegl. lek. str. 556, N. 46.

W roku 1890 autor opisał w Przegl. lek. przypadek mięsaka rogówki, w niej samej powstałego. Od tego czasu w literaturze spotykamy jeden tylko opis nowotworu pierwotnego rogówki (SIMON), mianowicie śluzaka, obecnie autor podaje opis nowego spostrzeżenia.—A. młoda dziewczyna miała w obu oczach lekką postać sprawy jaglicowej. Rogówka lewego oka pokryta była silnie rozwiniętą łuszczką mięsistą (*pannus sarcomatosus*), pomimo że sprawa jaglicowa była zaledwie w okresie początkowym. Po dwumiesięcznym leczeniu, pomimo poprawy w stanie łącznicy, łuszcзка nie tylko że się nie zmniejszała, ale nawet zyskiwała na grubości. Wypukłość jej była tak znaczna, że szpara powiekowa była z tej strony o 3 mm. szerszą niż w oku prawem. Łącznica gałkowa bez śladu podrażnienia. Autor rozpoznał teraz mięsak rogówki i oko wyłuszczył. Przy badaniu anatomicznem znaleziono co następuje. Naczynia spojówki rozszerzone, dookoła nich naciek drobnokomórkowy. Nabłonek spojówki prawidłowy; w miejscu przejścia na nowotwór wielowarstwowy, tworzy stożki ku wewnątrz skierowane, z kilkunastu warstw komórek złożone, a dochodzące nieraz do błony *Descemeta*. Komórki warstwy zewnętrznej miały kształt walcowaty, głębiej nieprawidłowy. Błona *Descemeta* i jej śródbłonek prawidłowe. Wewnętrzne warstwy rogówki, około 0,5 mające, z wyjątkiem dość znacznego rozluźnienia innych zmian nie przedstawiały. Po za tą warstwą cienkie naczynia włosowate, przeważnie z zewnętrznej warstwy białkówki pochodzące. Dookoła naczyń naciek drobnokomórkowy. Z błony przedspojówkowej wchodziły pęczki tkanki łącznej, rozgałęziając się w nowotworze. Naczynia nowotworu przeważnie wychodziły ze spojówki, częścią zaś z samej rogówki. Sam nowotwór co do budowy należał do mięsaków okrągłokomórkowych.

**Rumszewicz K. Przyczynek do teratologii soczewki.** Przegląd lek. str. 621, 629, N. 52, 53.

Autor omówiwszy wkrótce znane w literaturze przypadki wad rozwojowych i wrodzonych soczewki, opisuje jedyny dotąd znany przypadek zupełnego braku soczewek.

P. 28 lat mający, od dzieciństwa miał wzrok słaby i tylko przy pomocy szkieł + 3,5 D. mógł czytać grubszy druk. Wziernik oczny wykazał zupełną przezroczystość środków łamiących, ale badanie obrazów Purkinje-Sansona wykazało brak soczewek. Dno oczu, za wyjątkiem tylnych stafilomatów, prawidłowe. H 4,5 D. Przy rozszerzonej sztucznie źrenicy, na wewnątrz od pionowej średnicy rogówki widać



w obu oczach utwory szaro białe, okrągłe i gładkie, o średnicy 2 mm. mniej więcej. Utwory te, u dolnego brzegu rozszerzonej źrenicy umieszczone, przyjąć wypada za szczątki soczewek.

Dla objaśnienia powstania tego stanu autor przypuszcza, albo, że 1) soczewka w pierwszych okresach rozwoju była wgłębiona do pierwotnego pęcherzyka, lecz zanikła wkrótce po wyodrębnieniu się od blaszki rogowej, a w takim razie należałoby przyjąć ten przypadek za wadę rozwojową, *aphakia congenita*, albo 2), że soczewka w późniejszym okresie rozwoju opadła na dno przyszej komory tylnej, i pozostała tutaj. Wówczas musielibyśmy przypuścić wadę wrodzoną, zwichnięcie soczewki w bardzo wczesnym okresie rozwoju.

**Popławska S. Przypadek mimowolnej ekstrakcji soczewki.**

Gaz. lek. str. 625, N. 12.

65-letni mężczyzna padając uderzył okiem o poręcz od krzesła. Nastąpił silny ból i utrata wzroku w uderzonym prawym oku. Pod zimnymi okładami ból ustąpił i wzrok powrócił, wystąpiła jednak niemożność widzenia zbliżona. Badanie wykazało na obu rogówkach bardzo szerokie obwódki starcze (*gerontoxon*); rogówka w tem miejscu jest cieńsza i wypukłona. Najszerszą jest obwódka starcza od góry. W oku prawym u góry widać szarą, nieco wypukłą bliznę. Tęcza przeciągnięta ku górze, wrosnięta jest wraną. Warstwy łamiące czyste.

$H \frac{1}{4\frac{1}{2}} V = \frac{20}{100}$ . Uderzenie w oko wywołało widocznie pęknięcie rogówki u góry, w miejscu przypadkowego *locus minoris resistentiae* i wypadnięcie tą drogą soczewki wraz z torebką. Oko lewe posiada refrakcję krótkowzroczną z  $V = \frac{20}{70}$ .

**Kozłowski K. Antypiryna w okulistyce.** Now. lekar., str. 467 N. 10.

„Antypiryna bardzo korzystnie działa przy ropiastem zapaleniu worka łzowego i przy zamgleniu naczyniowem rogówki (*pannus trach.*), w których to przypadkach obecnie bezwarunkowo używam 10 — 15% rozez. antypiryny. Przy zaćmieniach (*nubeculae corneae*) i zapaleniach twardówki (*scleritis*) nie zauważyłem korzystnego wpływu antypiryny“.

**Kramsztyk Z. Jaskra (Glaucoma).** Odczyty kliniczne, N. 47.

Autor wziął sobie za zadanie zapoznanie ogółu lekarzy niespecjalistów z charakterystyką, przebiegiem i leczeniem jaskry, kładąc specjalny nacisk na jej rozpoznanie i odpowiednie leczenie, które w większości przypadków, o ile jest stosowane w początku sprawy, prowadzi do wyzdrowienia, podczas gdy błąd w rozpoznaniu i leczeniu prowadzi często do niepowrotnej utraty wzroku.

**Kramsztyk Z. Pomyłki w leczeniu jaskry. Rzecz dla nieokulistów.** Gaz. lek., str. 967, N. 45.



„Największymi stronnikiemmi jaskry są atropina i zwłoka“. Autor zwraca uwagę na to, że atropina nie jest wcale tak niewinnym środkiem, za jaki jest uważana; nie tylko, że, użyta w czasie ataku jaskry, wywołać może znaczne jego pogorszenie, ale nawet u ludzi starszych, mających usposobienie do jaskry, może ją wywołać. Dla tego autor ostrzega przed stosowaniem atropiny u ludzi starszych nad lat pięćdziesiąt. Mniej zaszkodzi nieużycie atropiny tam, gdzie jest ona wskazana, niż użycie jej wobec przeciwwskazania.

Nieraz znowu lekarz niespecjalista, widząc szary kolor soczewki w ataku jaskry, bierze to za objaw zaćmy starej i radzi zwlekać z udaniem się do okulisty „póki zaćma nie dojrzeje“. W przypadkach jaskry zwykle ratunek przy takim zwlekaniu bywa niemożliwy.

**Kramsztyk Z. Zakończenie jaskry przez pęknięcie gałki ocznej,**  
Gaz. lek., str. 709, N. 33.

Jeżeli jaskra doprowadzi oko do zupełnej utraty wzroku, sprawa chorobowa niezawsze się na tem kończy. Często bardzo silne bóle trwają dalej, odbierając choremu spokój; w takich przypadkach wyłuszczenie gałki przynosi dopiero choremu uwolnienie od cierpień. Zdarza się niekiedy, że w oku, oślepiem wskutek jaskry, tworzy się w środku rogówki wrzód pełzający o dnie mętne, z ropą na dnie komórki. Wrzód taki przebiega przy silnym bólu; najczęściej, pomimo leczenia nawet, pogłębia się ciągle, wreszcie przedziurawia rogówkę, zawartość gałki wylewa się wówczas przez powstały otwór nadzwyczaj gwałtownie i powstaje krwotok, nieraz bardzo obfity i do paru tygodni trwający. W końcu krwotok ustaje, gałka zanika w sposób charakterystyczny, pozwalający z wyglądu gałki określić sprawę chorobową, która zanik wywołała. Środek, odpowiadający miejscu, gdzie była rogówka, tworzy zagłębienie stożkowate, od którego rozchodzą się w cztery strony ostre wazkie zagłębienia, odpowiadające mięśniom prostym.

Wrzód powstaje prawdopodobnie w ten sposób, że pod wpływem podniesionego ciśnienia wewnątrzgałkowego, osłona nabłonkowa rogówki pęka, otwierając drobnoustrojom drogę do właściwej rogówki, której odporność i tak przez złe odżywianie jest upośledzona.

**Sroczyński F. O oślepieniu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek.** Przegl. lek., str. 517, N. 43.

Następstwa ucisku na gałkę zzewnątrz mało dotychczas są zbadane; właściwie znanym jest w literaturze tylko jeden przypadek BEERA, dotyczący oślepienia po silnym ucisku gałek rękami. Przypadki czasowej ślepoty z zachowaniem oddziaływania źrenicy i z prawidłowym obrazem wziernikowym, spostrzegane u dzieci, u których przez czas dłuższy trwał kurcz powiek z powodu światłowstrętu, nie należą tutaj. ALFR. GRAEFE i SCHIMER tłumaczyli je wprawdzie uciskiem mechanicznym powiek, ale już LEBER obalił to przekonanie, kładąc tu ślepotę na karb *amblyopia ex anopsia*. S. przypuszcza tu prędzej istnienie ślepoty historycznej, a w każdym razie zwraca uwagę, że przyczyna musi tu le-



żeć w korze mózgowej po za ośrodkiem odruchu źrenicowego. Na dowód jednak, że ślepotą może powstać skutek ucisku zzewnątrz, S. podaje dwa swoje spostrzeżenia.—Pierwsze dotyczy kobiety 30-letniej, która w 12 dni po przebyciu ciąży, powikłanej ostrem zapaleniem wsierdza (*endocarditis subacuta*), w ciągu kilku godzin oślepiła prawie zupełnie na jedno oko wśród silnych bólów w oku. Rozpoznano krwotok do oczodołu (gałka wysadzona silnie ku przodowi, nieruchoma, źrenica rozszerzona. T + 3. Żyły siatkówkowe mocno poskręcane i rozszerzone, tętnice cienkie, tętnienie głównego pnia). Rozcięcie zewnętrznego spoidła szpary powiekowej usunęło bóle. Już w dwa dni potem tarcza nerwu była zupełnie biała, siatkówka szaro zamglona bez połysku. Około plamki żółtej kilka wynaczynień. V = 0. Później nastąpił taki sam krwotok do prawego oczodołu. Chóra zmarła skutkiem zgorzeli kończyny dolnej.— W drugim przypadku, w przebiegu wąglika wargi górnej (*carbunculus*), wystąpił tak silny obrzęk powiek oka prawego, że samodzielne rozwarcie szpary powiekowej było niemożliwym. Wzrostnik wykazał zanik nerwu wzrokowego w parę dni po wystąpieniu obrzęku.

Autor stawia następujące wnioski: 1) Ucisk zewnętrzny, nagle wzrastający, doszedłszy do pewnego stopnia, może spowodować nagłą ślepotę. 2) Ślepotą ta przebiega wśród objawów, podobnych do jaskry i kończy się zanikiem tarczy a nawet nekrozą siatkówki skutkiem zaciśnięcia naczyń siatkówkowych. 3) Należy w podobnych przypadkach zmniejszać napięcie powiek przez rozcięcie zewnętrznego spoidła szpary powiekowej.

**Wicherkiewicz B. Przyczynę do zranień ścian oczodołowych.** Now. lek., str. 374, N. 8 i 9.

Strzaskanie kości oczodołowych, o ile nie może być rozpoznane okiem, palcem lub zgłębnikiem, zwraca na siebie uwagę przez nader obfite krwotoki z oczodołu lub jam sąsiednich, wysunięcie gałki ocznej ku przodowi i jej zbrzezienie. Opisany przez W. przypadek nie przedstawiał tych cech rozpoznawczych, i dopiero objawy ogólne wskazały rzeczywisty stan rzeczy.

8-letni chłopiec padł na stos chrustu, przyczem kawałek gałęzi wtłoczył sobie do oczodołu; część wystająca odłamał sam; duży, przeszło 4,5 cm. długi kawałek wyjęty został ręką lekarza. Gałka nie była obrażona, tylko łącznica w wewnętrznym kąciku rozdzarta. Ani przy wydobywaniu, ani po takowym krwotoku nie było. W 48 godzin nastąpiła śmierć przy objawach śpiączki. Badanie pośmiertne wykazało: przebite kości sitowej, przedziurawienie opony twardej mózgu, ograniczone zmiążdżenie istoty korowej mózgu, obecność kawałeczka drzewa w jamie czaszki. Przyczyną śmierci było ropne zapalenie opony mózgowej (*leptomeningitis purulenta baseos et convexitatis*).

**Mitvalsky J. O niektórych guzach oczodołowych.** Now. lek str. 41, 87, 144, N. N. 2, 3, 4.



Autor opisuje w tej pracy klinicznie i anatomopatologicznie przypadek torbieli oczodołu, powstałej z wylania krwi, oraz trzy przypadki kościaków oczodołu. Opis poprzedzony jest przez zebranie danych bibliograficznych i krytykę różnych poglądów. Po szczegóły tej pracy, nie nadającej się do krótkiego streszczenia, odsyłamy do oryginału.

**Wicherkiewicz B.** Zgubny wpływ słońca na oko, a zwłaszcza skutki udaru słonecznego na wzrok. Now. lek., str. 526, N. 11.

Na podstawie dwu przypadków, z których jeden dotyczył chłopca 9-letniego, drugi robotnika kolejowego, autor wnioskuje, iż w następstwie udaru słonecznego występują podmiotowe dolegliwości, objawiające się miganiem, niedomogą mięśniową i utrudnionem oryjentowaniem się, polegającym na obniżeniu pola widzenia; prawdopodobnie towarzyszy temu upośledzenie poczucia barw, a do pewnego stopnia i zmysłu światła (*Lichtsinn*). Ograniczenie pola widzenia w wyższym stopniu odnosi się do przedmiotów białych, aniżeli barwnych.

W. podaje również ogólną charakterystykę udaru słonecznego.

**Gepner B. R. (syn).** Przypadek zaniku nerwu wzrokowego po krwotoku do oczodołu u hemofilika. Medycyna, str. 573, N. 36.

14-letni hemofilik uderzony został w okolicę oka prawego. Nastąpiło silne wysadzenie gałki, powieki mocno zostały napięte i wraz z większą częścią prawej połowy twarzy krwią podbiegły. Wzrok od razu znacznie osłabł. Po zmniejszeniu się napięcia, gdy można było przedsięwziąć badanie wzornikiem ocznym, spostrzeżono obraz, podobny do znanego dla zatoru głównej tętnicy nerwu wzrokowego. Sprawa zakończyła się zupełnym zanikiem nerwu, z utratą widzenia.

**Gepner B. R. (syn).** Szczypczyki Knappa do wyciskania ziarn jaglicowych. Medycyna, str. 689, N. 43.

G. gorąco poleca szczypczyki KNAPPA, zakończone obracającymi się wałeczkami zębatymi, które, wyciskając dobrze zawartość follikulów, a względnie mało obrażając tkanekę, mogą mieć dodatnie zastosowanie w leczeniu jaglicy, nie tylko w ręku specjalisty, lecz i prowincjonalnego praktyka.

#### XIV. GYNEKOLOGIJA.

Sprawozdawca

J. Rogowicz.

**Kreff O.** O niedorozwoju przewodu rodneg. Nowiny lek., str. 282 i 327.

Autor rozpoczyna od tego, że „do niedorozwoju przewodu rodneg zalicza zwiężenia i nieprawidłowe ukształtowania pochwy, macicy lub



jajowodów“. Dalej powołuje się na hipotezę DARWIN'a o „dziedzicznym ruchu molekularnym w fałszywym kierunku, mającym być przyczyną wad pierwotnego rozwoju narządów rodnych. Wreszcie podaje odpowiedź na pytanie: „jak się tworzy przewod rodny w prawidłowych warunkach, i to na mocy najnowszych danych naukowych“. Z tego wstępu należałoby się spodziewać, że treścią tej pracy będą wyłącznie wady pierwotnego rozwoju, które autor nazywa „niedorozwojem przewodu rodnego“. Tymczasem oprócz opisu przypadku Świącickiego — zupełnego braku narządów rodnych wewnętrznych — i 2-ch przypadków zarośnięcia błony dziewiczej z praktyki prof. HENNIG'a w Lipsku, znajdujemy z M. WEISS'a opis przypadku błonicy pochwy u 7-letniej dziewczynki, z zupełnym zarośnięciem pochwy „zwyż ujścia“, a także opis przypadku tegoż autora, całkowitego zarośnięcia wejścia do pochwy, jako następstwo jej zapalenia, wywołanego gwałtownem spółkowaniem. Na zakończenie mówi autor o zrośnięciu całkowitem lub częściowem warg sromnych i wspomina „o pochwach, które na przestrzeń większą lub mniejszą w zroście się opóźniły, które zatem są za wąskie, żeby się dziecko urodziło“.

**Rad.(ziszewski) St. Wrodzony brak macicy.** Med., str. 356.

25-letnia zamężna kobieta nigdy nie miesiączkowała. Chora dobrze zbudowana, sutki wydatne, jędrne, wzgórek łonowy włosem gęstym porosły; części płciowe zewnętrzne prawidłowe i dobrze rozwinięte. Palec wchodzi do pochwy „do drugiego stawu i napotyka worek ślepo zakończony“. Przy badaniu dwuręcznem przez odbytnicę i ściany brzuszne, znalazł autor „w linii środkowej przesuwające się ciało, chrząstkowej konsystencji; z lewej strony w pobliżu napotkał drugi podobny guzik, lecz nieco większy, jak ziarnko fasoli“.

**Świącicki H. Colpitis adhaesiva u 19-letniej dziewczyny.** Now. lek., str. 285.

Rzadki ten przypadek dotyczy dziewczyny, która nigdy nie rodziła, ani też nie chorowała na żadne cierpienie macicy lub pochwy. U chorej znaleziono pochwę w górnej  $\frac{1}{3}$  zamkniętą błonami w różnych kierunkach pokrzyżowanymi, tak, że nie można było palcem dotrzeć do ujścia macicznego. W ciągu dwóch minut wszystkie te zlepy palcem porozrywano, przyczem prawie żadnego krwawienia nie było, ani też chora żadnego nie czuła bólu. Wobec braku wszelkich danych o przebytem zapaleniu pochwy, najprawdopodobniejszym jest przypuszczenie, że zlepy te datowały od urodzenia i były następstwem przebytego zapalenia pochwy podczas życia wewnątrzmacicznego.

**Lebensbaum. Rak pochwy, powstały w przebiegu raka ciała macicy drogą samozaszczepienia (autoimplantatio).** Gaz. lek., str. 191 i 227.

Przypadek, spostrzegany i leczony w szpitalu starozakonnym w Warszawie, dotyczy 27-letniej kobiety, poprzednio zawsze zdrowej,



która w 4 miesiące po 6-ym porodzie czasowym i prawidłowym, z powodu przejawiających się krwotoków przybyła do szpitala w stanie znacznego osłabienia i niedokrwistości. Owrzodzenie na tylnej ścianie pochwy zdawało się być źródłem krwotoków, zwłaszcza, że już poprzednio dokonano wyłuszczenia wewnętrznej powierzchni macicy. 10-go dnia pobytu w szpitalu chora dostaje nieżyłowego zapalenia płuc, które po dziesięciu dniach znika bez śladu. Zabliźnienie owrzodzenia pod jodoformem nastąpiło w 5 tygodni. W 7-ym tygodniu pobytu chorej w szpitalu wystąpił silny krwotok z macicy, a badanie jej jamy palcem wykazało obecność w niej nowotworu, którego wyskrobane kawałki, zbadane pod drobnowidzem, okazały się rakiem gruczołowo-włóknistym. Blizna w pochwie szybko zaczęła się wypuklać i powiększać; w pochwie rozwinął się nowotwór w postaci raka gruczołowo-komórkowego. Nowotwór pochwy wycięto, ranę spojono szwami, a w 5 tygodni później dokonano całkowitego wyluszczenia macicy przez pochwę. W 6 dni po tej operacji chora zmarła, przy objawach ogólnego wyniszczenia.

W końcowych uwagach autor zaznacza trudności w rozpoznaniu; czas krótki, bo zaledwie 4 miesiące, jaki upłynął od ostatniego porodu do wystąpienia krwotoków macicznych, znamionujących w opisanym przypadku raka trzonu macicy; wreszcie stosunek wzajemny raka i ciąży. Obszernie też autor zastanawia się nad powstaniem nowotworu rakowatego w pochwie, jako następstwem raka trzonu macicy i przypuszcza, że rak pochwy mógł w tym przypadku powstać nie drogą przetrzutu, t. j. naczyń chłonnych i krwionośnych, lecz tym sposobem, że wydzielina maciczna, ściekając do pochwy, stykała się wciąż z owrzodzeniem, znajdującem się na tylnej jej ścianie. Ma to być zatem przypadek raka wtórnego pochwy, powstałego przez samozaszczepienie (*autoimplantatio*).

**Pomorski. Leczenie raka macicznego wyskokiem.** Now. lek. str. 592.

Autor, zachęcony opisem SCHULTZ'a dwóch przypadków raka warg macicznych, wyleczonych wstrzykiwaniem wysokoku w mięszsz części przez raka zajętej, w jednym przypadku, w którym rozpoznał: *myoma uteri submucosum, in stadio degenerationis adiposae, carcinoma portionis, metastasis carcinomatosa*, zrobił takowych wstrzykiwań 21 w ciągu 5 tygodni. Stan cierpienia miejscowego tak dalece zmienił się na lepsze, że P. zaczął „wątpić o wartości drobnowidzowego badania, gdyż nie widział dotychczas tkanki rakowatej tak łatwo się gojącej, jak pod zastosowaniem wysokoku“. W ciągu 3-ch miesięcy po zaprzestaniu tego lekowania, rak uczynił znakomite postępy: rozszerzył się na pochwę i *parametrium*, powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa i t. d. Pomimo to autor twierdzi, że w tej postaci stosowany wyskok jest znakomitym środkiem paljatywnym, usuwającym cechujące bóle w krzyżu i brzuchu; ma nadto zapobiegać krwotokom i powstrzymywać upławy cuchnące,



**Święciecki H.** O postępowaniu z szypułką przy wycięciu przez brzech mięśniakowej macicy (coeliohysteromyomectomia), Now. lekar. str. 516.

Autor w pracy tej roztrząsa zagadnienie: jak należy, po odcięciu mięśniakowo zwyrodniałej macicy, postąpić z pozostałą szypułką?

Po treściwym zestawieniu dotąd znanych sposobów postępowania z szypułką po odcięciu mięśniakowo zwyrodniałej macicy, Ś. opisuje przypadek przez siebie operowany sposobem następującym: u kobiety 37-letniej, niezamężnej (zapewne i nigdy nierodzącej?), z powodu mięśniaka macicy, wielkości 2-ch głów dorosłego człowieka, przystąpiono do laparotomii. „Po otwarciu powłok brzusznych, wydobyciu na zewnątrz mięśniakowej macicy, podwiązano szwem łańcuszkowym, używając do tego igły ZWEIFEL'owskiej, w dwóch poreycjach po każdej stronie, szerokie wiązadło poniżej i za jajnikami, i to rozpoczynając od wiązadła miedniczo-lejkowatego (*lig. infundibulopelvicum*), a dochodząc prawie do boków macicy. Pierwsza podwiązka katgutowa, skierowana ku tyłowi, obejmowała naczynia jajnika, ich tętnicę nasienną, wewnętrzną i okrągłe wiązadło; druga, ku macicy idąca, tętnicę maciczną i jej odnogi“. Po przecięciu wiązadeł, przewiązka elastyczna ponad igłą przez górną część szyi poprzecznie była przeprowadzona. „Około 3 cm. poniżej związano silnie długą podwójną katgutową nitką (katgut DRACKE'go N. 4) w taki sposób szyjkę maciczną, aby pozostałe końce podwójnej podwiązki wystarczyły do jednego jeszcze podwiązania szypułki“. Powyżej odcięto macię z pozostawieniem jaknajmniejszej szypuły, której całą powierzchnię, a głównie jej środek, t. j. „ściągnięte ścianki otworu szyjki macicznej, posmarowano ichtyjolową kleją (*collodium* i *ichtyolana*) i opasano dla pewności raz jeden jeszcze pozostałymi końcami podwójnej katgutowej podwiązki szypułkę, silnie ją ścisnąjąc“. Ranę brzuszną zaszyto sposobem ZWEIFEL'a. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Pierwszy KOCHER użył tego sposobu zaciśnięcia szyi macicy przy myomektomijach, a doświadczenia WALDHARD'ai opisany przypadek zdają się, zdaniem autora, najzupełniej potwierdzać, że „najlepszą, najracjonalniejszą i najprostszą metodą postępowania z szypułką przy koeliohysteromyomektomii jest zwyczajne lecz silne podwiązanie szypułki *en masse*, posmarowanie jej powierzchni ichtyjolową kleją i zanurzenie następnie szypułki w jamę brzuszną. Zeszywanie otrzewnej na szypułce jest zupełnie niepotrzebne“.

**Skałkowski Br.** Przypadek t. zw. „morcellement“ macicy według metody Pean'a przy extirpatio uteri totalis per vaginam. Przegl. lek., str. 553.

U kobiety dotkniętej włóknakiem, w dniu macicy swoje siedlisko mającym, wykonano wycięcie całej macicy przez pochwę. Do chwili przewiązania i przecięcia *parametrium* po obu stronach, operacja szła



zwykłym trybem; następnie przekonano się, że pomimo to, iż parametryja są wolne, jednakże o obniżeniu macicy nawet przy najsilniejszym ciągnięciu jej ku dołowi niema mowy. Na propozycję ZIEMBIKIEGO i przez niego dokonaniem zostało t. zw. „*morcellement*“ metodą PEAN'a, polegające, jak wiadomo, na rozcięciu szyi macicy po bokach jak można najgłębiej i przecinaniu poprzecznie przodowej ściany macicy w miarę tego, jak ciągniona silnemi kleszczami wysuwa się ku dołowi. To poprzeczne przecinanie nasuwającej się przodowej ściany macicy, dokonywane łukowato od jednego boku macicy do drugiego, wypukłością skierowane ku dnu macicy, przez całą grubość tejże ściany, zwane *evidement conique*, trzeba było w tym przypadku powtórzyć czterokrotnie, aby macicę przed szparę sromną wydobyć.

**Świącicki H. Torbiel skórzasta jajnika u dziewczyny 13-letniej.**  
Gaz. lek., str. 1052.

Opis rzadkiego przypadku torbiela skórzastego, który dosięgnął znacznych rozmiarów i został przez autora usunięty przez cięcie brzuszne. Przy przecięciu narodził nożem, wypłynęło około 7 litrów cieczy bursztynowo-żółtej i lepkiej. Oprócz nieznacznych nitkowatych zrostów z tylną ścianą pęcherza, żadnych innych nie było; lewy jajnik prawidłowy. Szypułka, szeroka i skręcona, utworzoną była przeważnie z *lig. ovarii*. Na szypułę nałożono jedną *en masse* i 7 częściowych przewiązek katgutowych, poczem przecięto ją żegadłem i wpuszczono do jamy otrzewnowej. Ranę brzuszną zaszyto podług ZWEIFEL'a: osobno otrzewną (katgut chromowy), osobno powięź poprzeczną (katgut) i osobno skórę (jedwab). Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy; szwy skórne 7-go dnia wyjęto, a dnia ósmego po operacji dziewczynka zdrowa opuściła zakład.

Wycięta narośl okazała się torbielem skórzastym prawego jajnika. W jamie torbiela znaleziono wielkie ilości masy mazistej, wśród której tu i owdzie ukazywały się czerwonawe włoski. Nadto w guzie, na dnie worka się znajdującym, wielkości główki dziecka, znaleziono twory, podobne do zębów i kostek. Cały prawie torbiel składał się z kilkunastu guzów różnej wielkości, nadających powierzchni jego wygląd groniasty. Maź serowata składała się przeważnie z kulek tłuszczowych, komórek naskórkowych, żółto-zielonego barwnika, torebek włosowych i drobinowego rozpadu. Niektóre komórki bez jąder miały na całej swej powierzchni delikatne prążkowanie. O ile autorowi wiadomo, komórek takich w torbielach skórzastych dotąd nie znaleziono.

**Harajewicz Wł. Kilka przypadków leczonych elektrycznością podług metody d-ra Apostolego.** Przegl. lek., str. 129.

Autor opisał trzy przypadki, w których stosował z pomyślnym skutkiem prąd stały, a mianowicie:

I. *Tumor fibrosus uteri ad parietes pelvis adhaerens*, u dziewicy 26-letniej, która zawsze podczas miesiączki doznawała dolegliwych boleści,



a w ostatnich czasach i w przerwach pomiędzy miesiączkami cierpiała ustawiczne bóle, potęgujące się wśród chodzenia. Chora dla uśmierzania tych nieznośnych dolegliwości wypijała do garnca wódki dziennie. Rozpoznanie wymienione uczyniono na zasadzie tego, że „sklepienia (pochwy) wszystkie były nieco wypukłone i twarde, przesuwalne jednak na obrętku nad nimi umieszczonym, twardym, okrągłym, o gładkiej powierzchni. Granic tego guza niepodobna było oznaczyć, raz z powodu twardości powłok brzusznych, a powtóre, że tak ściśle przylegał do ścian miednicy małej w próżni tejże, że pomiędzy nimi a guzem niepodobna było palca wyżej wprowadzić“. Podczas pierwszych 5-iu posiedzeń stosowano do macicy biegun ujemny; sonda dała się wprowadzić na 3½ cm. W następnych 14-tu posiedzeniach stosowano biegun dodatni od 100—180 M. A. Chora odzyskała apetyt (wódki całkiem pić zaprzestała), sen i stolce, miesiączkowała bez bóleści i prawidłowo obficie—jednym słowem, czuła się zupełnie dobrze. „Guz, chociaż od ścian miednicy nie dawał się odsunąć, był jednak poruszalny i miękki“.

II. *Anteflexio uteri sequente stenosi cervicis, dysmenorrhoea*, u kobiety od lat 6 zamężnej, która nie rodziła, ale w pierwszym roku po zamążpójściu poroniła w 3 m. ciąży; miesiączkowanie zawsze bolesne. 8 posiedzeń, 40—80 M. A., miesiączka bez żadnych dolegliwości.

III. *Endometritis gonorrhoeica, sequente metrūide, salpingitide et perisalpingitide praecipue dextra*, u kobiety zamężnej, matki trojga dzieci. Przed rokiem „przeżyła zapalenie w dolnej części brzucha, w połączeniu z wielkimi bólami po stronie prawej“. Chora poddała się leczeniu prądem stałym z powodu upławów żółtych, obfitych i uporeczywych; bóleści żadnych nie doznawała. Badania na gonokoki nie dokonano, pomimo to autor „postanowił zastosować naprzód prąd dodatni, w celu zniszczenia gonokoków i powstrzymania upławów, potem zaś ujemny w celu ułatwienia wessania wysięków pozapalnych i zmniejszenia macicy, przez stan zapalny przewłoczny powiększonej“. Po 11-tu posiedzeniach i używaniu przestrzykiwań pochwy 1½‰ roztworem kw. karbolowego oraz zmywań zewnętrznych letnią wodą (chora żadnych leków nie używała), w 3 miesiące później autor stwierdził „wynik leczenia najzupełniejszy: upławy całkowicie ustały, bólów żadnych niema nawet wśród peryjodu, a badanie wewnętrzne okazało przywrócone prawidłowe stosunki części rodnych“.

### Świącicki H. Elektroliza w gynecologii. Now. lek., str. 216.

Autor podaje wyniki, jakie otrzymał z leczenia 36 kobiet metodą Arosoliego. Z tych 36 pacjentek było 13 z mięśniakami macicy, 11 z krwotokami macicy (nie podano, z jakiego powodu. *Spr.*), 9 z silnymi upławami a 3 z brakiem miesiączkowania. Wiek chorych od 26—45 lat. Ani w jednym przypadku S. nie zauważył widocznego zmniejszenia się mięsaka, a na krwotoki maciczne, guzom tym towarzyszące, wpływ był bardzo nieznaczny albo żaden; w 6-iu przypadkach z bólami peryjo-



dłuzsze się powtarzającymi, otrzymano skutek dodatni, dłuższy czas trwający, niż po użyciu narkotyków (kodeina). W 11-tu przypadkach krwotoków macicznych z innych przyczyn tylko w 5-iu przypadkach krwotoki ustały na czas dłuższy; w pozostałych 6-iu wpływ elektrolizy był albo nieznaczny, albo wprost bezskuteczny. Korzystny wpływ elektrolizy uważał Ś. w 9-iu przypadkach silnych upławów wskutek *endometritis corporis et cervicis uteri*; upławy się zmniejszyły, a w 3-ch razach znikły zupełnie. We wszystkich 9-iu przypadkach miesiączkowanie opóźniło się znacznie, a w jednym dopiero po 4-ch miesiącach się pojawiło. W 3-ch przypadkach braku miesiączki otrzymał autor wynik dodatni.

Z otrzymanych wyników Ś. sądzi, że „elektroliza jest w ginekologii co najwięcej środkiem leczniczym paliatywnym“. Wreszcie autor jest zdania, że w tych przypadkach, w których elektroliza działała pomyślnie, możnaby może nie bez słuszności powiedzieć, że kto wie, czy i innymi środkami tego samego pomyślnego nie otrzymałoby wyniku.

**Kurtz S. O stosowaniu thiolu w ginekologii.** Kronika lekar., str. 429.

Autor stosował thiol w ciągu 3-ch miesięcy u 47 chorych, z których o 19 tylko posiada pewne dane. Stosował go zaś w 5 przypadkach *endometritis post abortum*, w 9-iu *endometritis cervicalis c. erosionibus*, w 2-ch *parametritis dextra*, w 1-ym *parametritis sinistra* i w 2-ch *param. poster. et dextra*. Opisy 5-iu przypadków K. podaje; wszystkie chore zostały wyleczone. Ostateczne wnioski autora są następujące: A) Thiol działa bardzo dobrze przy owrzodzeniach szyjki macicznej i przy cierpieniach zapalnych błony śluzowej macicy. B) Thiol dobrze działa przy zapaleniach okołomacicznych chronicznych z wysiękami. Wprawdzie w tych ostatnich działaniu thiolu jest „prawie takie same, jak ichtyolu“, ale: „1) thiol jest zupełnie bez zapachu; 2) nie sprawia najmniejszego palenia, ichtyol zaś niekiedy lekko szczypie, 3) działa znieczulająco i 4) plamy thiolowe na bieliznie łatwo się usuwają zapomocą mydła i ciepłej wody“.

**Warszawski M. Haematoma vulvae et vaginae.** Gaz. lek., str. 876, N. 41.

U chorej 22-letniej mężatki, 11 dnia po szczęśliwie odbytym porodzie nagle przy przemywaniu jamy macicy, wśród objawów ostrej niedokrewności wystąpiło znacznych rozmiarów obrzmienie krocza i prawej wargi sromnej większej. Przy badaniu stwierdzono *haematoma vulvae et vaginae post partum* i *endometritis puerperalis*. 11 dnia po przybyciu do szpitala, ciepłota, która poprzednio do 40° dochodziła, spadła do normy i chora, oprócz krwawienia z dziąseł, na żadne przypadłości się nie uskarżała. W 2 tygodnie po wypisaniu się ze szpitala dostała silnego krwotoku macicznego, a po 7 dniach przywieziona była do szpitala w stanie bardzo ciężkim: oprócz objawów niedokrwistości stwierdzono



obfitą wysypkę, w postaci małych niebieskawo-czerwonych plamek wielkości łebka od szpilki, w niektórych miejscach zlewających się,—krwawienie z dziąseł, powiększenie wątroby i śledziony, moczkę krwawą, skrzepę krwi w macicy. Był to więc obraz choroby WERLHOF'a, z którym autor wiąże cierpienie poprzednie.

## XV. AKUSZERYJA.

Sprawozdawca

J. Rogowicz.

**Rad.(ziszewski) St. Ciąża przy nienaruszonej błonie dziewiczej oraz rzadki przypadek idiosynkrazji do potraw mięsnych.** Medycyna str. 355.

Autor, w drugim miesiącu (?) od zatrzymania się miesiączki, rozpoznał u kobiety 22-letniej od 1 1/2 roku zamężnej, ciążę przy nienaruszonej bł. dziewiczej. Co się zaś dotyczy nieprzewyżczonego wstrętu do wszelakiego mięsa, to ten datuje u tej kobiety od lat 15, a mianowicie po przebytej przez nią ospie naturalnej. Chora odtąd żywi się wyłącznie jarzynami, mlekiem, kaszą, chlebem i jajami; je nadto śledzie i ryby.

**Tenże. Drugi przypadek ciąży przy nienaruszonej błonie dziewiczej.** Med. str. 356.

Autor drugi, zupełnie podobny do poprzedniego, przypadek ciąży spostrzegł w tymże samym roku u dziewczyny, drugi miesiąc nie miesiączkującej (?)

**Rosner Al. Włókniaki macicy i ciąża. Przypadek wyłuszczenia włókniaków z następnem poronieniem i wyleczeniem.** Przegl. lekarski str. 469, 431 i 493.

Większą część tej pouczającej pracy zajmuje pogląd na stan obecny wiedzy o wzajemnym stosunku włókniaków macicy i ciąży. Statystyka wykazuje, że włókniaki są jednym z najcięższych powikłań ciąży i porodu, cięższem od drgawek porodowych i łożyska poprzedzającego. Guzy rozwijające się w miednicy małej są najgroźniejsze. Włókniaki śródmiąższowe rozsiane gęsto w mięszsu macicy, wywołują często poronienie, nawet wtenczas, kiedy nie doszły do zbyt wielkich rozmiarów, a poronienie w tych przypadkach ma często wynik bardzo niepomysłny; macica wtedy niezdolna do rozwijania się, traci również



zdolność kurezenia się należytego. Ztąd podczas poronienia krwotoki często groźne, czasami śmiertelne. Również i wpływ włókniaków macicy na poród i połóg jest niekorzystny. Wpływ połogu na rozwój włókniaków jest bardzo wybitny: korzystny lub niekorzystny. Wpływ korzystny polega na tem, że włókniaki, które w czasie ciąży korzystały niejako z niezwykle dobrych warunków odżywiania, teraz ulegają podobnie jak narządy rodne inwolucyi i zmniejszają się.—Wpływ niekorzystny polega na tem, że włókniaki obumierają, ulegają rozkładowi i wywołują śmiertelne zakażenie.

Po takim zestawieniu, przechodzi autor do kwestyi najważniejszej: do leczenia w czasie ciąży. Aczkolwiek wiemy że włókniaki macicy ciężarnej są sprawą ciężką, której ofiarą pada więcej niż połowa chorych, to jednakże w danym przypadku nasuwa się mimowoli myśl, czy ten przypadek nie należy do tych szczęśliwych i bynajmniej nie wyjątkowych, w których ciąża, poród i połóg pomimo włókniaków przebiegać będą prawidłowo, w których włókniaki zanikną w połogu i przez długi lat szereg stanowiąc będą niedolegliwą zmianę anatomiczną. Zważywszy więc, że dany przypadek może zakończyć się najpomyślniej dla matki i dziecka, zważywszy nadto, że rękoczyn jakkolwiek, przedsięwzięty w ciąży, narazić może i matkę i płód;—nabierzemy przekonania, że leczenie powinno być ile możności wyczekujące.

Następnie autor mówi o wskazaniach do zabiegu operacyjnego, gdyż samo rozpoznanie nie usprawiedliwia operacyi radykalnej, tak jak np. w przypadkach złośliwych nowotworów lub guzów jajnika.—Zebrawszy zapatrywania różnych autorów, takie R. wypowiada wskazania: 1) jeżeli nowotwór w pierwszych miesiącach ciąży bardzo szybko rośnie tak, że łatwo można przewidzieć groźne następstwa; 2) jeżeli guz, chociażby niewielki, wywołuje objawy uwięźnięcia, a pomimo usiłowań w narkozie odprowadzić się nie daje; 3) jeżeli rozwinąwszy się podśluzowo w szyi, wywołuje groźne krwotoki tak, że wyczekiwanie końca ciąży, chociaż bardzo pożądané, może stać się dla matki niebezpieczne; 4) jeżeli nowotwór obumarł i ulegając rozkładowi grozi posocznicią i śmiercią. — W dalszym ciągu autor rozważa pytanie: co robić, jeżeli istnieje jedno z 4-ch wymienionych wskazań? Leczenie operacyjne najradykalniejsze polega na wycięciu macicy ciężarnej razem z włókniakami (*amputatio supravaginalis*) i jest wskazaniem wobec włókniaków śródmiąższowych, wobec włókniaków podsurowicznych szeroko osadzonych, mnogich i wobec takich podśluzowych, które przez pochwe wyjąć się nie dają. Usunięcie włókniaków przez laparotomię z pozostawieniem macicy jest wskazaniem głównie przy guzach podsurowicznych uszypułowanych, a nadto przy włókniakach podsurowicznych szeroko osadzonych, które jednak łatwo dają się wyłuszczyć z macicy, a w każdym razie bez otwarcia jej jamy. Tylko w wyjątkowych przypadkach, w których z przyczyn technicznych inny zabieg nie daje się wykonać, a ciężkie objawy zmuszają do czynnego działania, można myśleć o wywołaniu sztuka poronienia lub porodu przedwczesnego.



Przypadek spostrzegany i operowany przez autora w klinice prof. MADUROWICZA w Krakowie tak się przedstawiał:

Kobieta 30-letnia, od lat 12 zamężna, rodziła 5 razy prawidłowo; ostatni poród przed 16 miesiącami; 3 miesiące karmiła; w 8 m. po porodzie pierwsza miesiączka, w 4 m. potem druga; od 4 m. chora nie miesiączkowała.—Guz w brzuchu, dostrzeżony podczas ostatniego porodu, od kilku miesięcy powiększał się bardzo szybko. Przy badaniu brzucha znaleziono: nad spojeniem łonowym guz wielkości głowy dorosłego człowieka, gładki, elastyczny, jakby chełboczący i sięgający na szerokość 2-ch palców poniżej pępka. Nad prawą pachwiną obrzęk wsuwający się małym odcinkiem w miednicę małą, sięgający w górę aż do podżebrza, również gładki i elastyczny. Między tymi obrzękami, tuż pod pępkiem, guz wielkości jabłka, złączony z poprzednimi szypułą. Tuż obok drugi takiż guz ruchomy; na lewo od pępka i w górze (w podżebrzu) znów guz wielkości dużej pięści o tych samych cechach, co wyżej opisane.—Przy badaniu wewnętrznem przekonano się, że ruchy guza brzusznego nie udzielają się palcowi, leżącemu w szyi, do której koniec palca można było wprowadzić; dalszy ciąg macicy nie dawał się napewno wykazać.

Rozpoznanie cierpienia wahało się między guzem jajnikowym a włókniakiem macicy.—Laparotomija; nad spojeniem łonowym guz wielkości macicy w 5-ym miesiącu ciąży; po obu jego stronach odchodzą prawidłowe części dodatkowe macicy, w której części płodowych wykazać nie można było.—Od dna macicy, po stronie prawej, powyżej jajowodu odchodził guz, w miejscu odejścia gruby jak ramię mężczyzny, zaraz przechodzący w guz, zajmujący całą jamę brzuszną; miał on kształt fantastyczny i składał się jakby z 3-ch dużych guzów, na których na krótkich szypułkach siedziały w okolicy pępka dwa mniejsze guzy, wielkości małych jabłek.

Guz wyluszczone z zachowaniem macicy, w której ubytek zaszyto szwem katgutowym w trzech piętach. Jamę brzuszną zamknięto 3-ma piętami szwów (1, otrzewnowy, katgutowy, kuśnierski, 2, cztery głębokie szwy jedwabne, i 3, szew skórny jedwabny, kuśnierski)—Przebieg pooperacyjny w pierwszym tygodniu nie pozostawiał nic do życzenia. 7-go dnia szwy głębokie wyjęto; rana zagojona doraźnie. Dnia 11-go podwyższenie ciepłoty do 38°, a nazajutrz do 39°; tegoż dnia o północy operowana urodziła całe jajo płodowe, zawierające płód 5<sup>3</sup>/<sub>4</sub> m. żywy—połóg zaburzony lekkim krwawieniem i wytworzeniem się małego ropnia w lewej tkance okołomacicznej.—Chora wyleczona w 7 tygodni po operacji klinikę opuściła.—W uwagach końcowych zastanawia się autor nad trudnościami rozpoznania ciąży powikłanej włókniakiem, jako też nad przyczynami, wywołującymi poronienie po operacji w tego rodzaju przypadkach, i sądzi, że w opisanym przypadku „przyczyną poronienia było zadrażnienie otrzewnej przez naciąganie świeżych zlepów w okolicy rany macicznej; to naciąganie zaś było następstwem powiększania się ciężarnej macicy“.



**Matlakowski Wł. Dwa dalsze przypadki ciąży zamacicznej.**  
Gaz. lek. str. 9 i 31.

Do opisu dwóch przypadków ciąży zamacicznej (zob. Przegl. piśm. lek. polsk. z r. 1887 str. 89 i z r. 1889 str. 94) dodał autor dwa nowe przypadki, przez niego spostrzegane i operowane.

Pierwszy przypadek. Cięża zamaciczna w 15-ym miesiącu; gnucie płodu; przedziurawienie kiszki; laparotomija; śmierć z wyniszczenia, dotyczy kobiety 22-letniej, od lat 5 zamężnej, która rodziła 2 razy na czasie, ostatni raz przed 2½ laty. Od 15 miesięcy uważała się za ciężarną, oprócz kilku pierwszych tygodni, które z powodu nadzwyczajnego osłabienia przeleżała w łóżku; dalszy przebieg ciąży był zupełnie prawidłowy aż do zwykłego jej kresu, t. j. do końca 9-go miesiąca od ustania miesiączki. W tym czasie wystąpiło krwawienie, dni kilka trwające, bez żadnych boleści, i wtedy wypadł „jakiś mięsisty kawałek“. — Gdy jednakże spodziewany poród nie nastąpił chora udała się do Instytutu położniczego, gdzie przeleżała 2 tygodnie, lecz na proponowaną jej operację się nie zgodziła. — Od tego czasu zaczęła coraz więcej słabnąć i chudnąć, lecz jakoby bez gorączki i bez boleści w brzuchu. W połowie 15-go miesiąca wystąpiło silne rozwolnienie i brzuch zaczął się widocznie zmniejszać tak, że w końcu 15-go miesiąca zmalał do połowy poprzedniej swej wielkości. Chora mała, drobna, wychudła i blada w najwyższym stopniu, tętno słabe 120, zaledwie wyczuwalne. — Brzuch niesymetrycznie powiększony: prawa połowa większa od lewej. Najwypuklejsza część guza była najtwardszą, a przy mocniejszym pociskaniu trzeszczała, jakoby kości czaszki płodu tuż były pod skórą. Guz, o ile bolesność brzucha na to pozwoliła, można było przesunąć dosyć swobodnie z boku na bok, lecz otrzymywało się wrażenie iż przesuwają się tylko głęboka czyli tylna część worka, a że przodowa jest zrosłą ze ścianą brzucha. — Część pochwowa macicy bardzo mała, trzonu nie można było wymacać, sklepienie miękkie ku dołowi wypukłone, zwłaszcza przodowe, tylne zaś było mało wypukłone i odporniejsze od przodowego. Macica wogóle bardzo mała; ujście jej zewnętrzne zamknięte. W płucach rżenia wilgotne, chora kaszlała; tętno nadzwyczaj słabe; od tygodnia po 15 wypróżnień bez boleści na dobę; stolce płynne nie zawierały żadnych części, świadczących o obecności płodu lub wód płodowych w kiszkiach; w moczu ślady białka. Chora nie gorączkowała, nie miewała ziębienia ani potów, co jest najbardziej uderzającym faktem.

Przy słabem odurzeniu chorej chloroformem przystąpiono do laparotomii, przypuszczając, że będzie to proste przecięcie ściany brzusznej i zrosłego z nią worka oraz wydobycie płodu. — Tymczasem okazało się, że worek płodowy, z wyjątkiem małego miejsca, nie był do ściany przyrośniętym. Od góry przyrosła do niego sieć szeroko; od tyłu wolny i tylko z lewej strony był jaknajściślej spojony z kiszką, prawdopodobnie esowatą; wreszcie szeroka podstawa był zrosniętą z prawym dołem biodrowym i z prawą krawędzią macicy; ku dołowi guz wypełniał próżnię miednicy małej. Ze względu na wielkie wyni-



szczenie operowanej ograniczono się na opróżnieniu worka płodowego wszyciu go w ranę brzuszną.—Wewnętrzna powierzchnia worka przedstawiała się jako szaro-popielata, nierówna, strzępiasta i śmierzcząca błona; łożyska nie znaleziono. Wydobyty płód w stanie daleko posuniętej zgnilizny, leżał główką w górę a nogami na dół.—9-go dnia szwy zdjęto z części rany brzusznej, powyżej i poniżej worka zaszytej; rychłozrost. Chora przez ten czas nie gorączkowała, tętno 124 — 128; w prawem płucu wykryto rozwijającą się *pneumoniam cachecticorum*; chora coraz więcej słabła i w 31 dni po operacji zmarła.

Wynik badania zwłok nie przedstawia żadnych danych, któreby wyszukać można było dla nauki o ciąży zamacieznej, a sam przypadek, zdaniem autora, jest pouczającą, chociaż smutną lekcją, do czego prowadzi długie czekanie i liczenie na problematyczne i rzadko zdarzające się skamienienie płodu.

W końcu zwraca autor uwagę na panujące dziś poglądy co do leczenia ciąży zamacieznej, a mianowicie:

1-o. Już w pierwszych miesiącach ciąży zamacieznej, przed pęknięciem worka płodowego, przystępować zawsze należy do operacji radykalnej wycięcia całego guza.

2-o. Lecz i w środkowych miesiącach ciąży przy żywym płodzie przeważa dziś pogląd WERTH'a, według którego na płód, rozwijający się zewnątrz macicy, należy zapatrywać się jak na złośliwy nowotwór i operować go jaknajwcześniej.

3-o. Operacyja wskazana jest również w przypadkach ciąży zamacieznej, po dojściu do kresu i po śmierci płodu, skoro tylko związane z tem burzliwe nieraz objawy przejdą i krażenie łożyskowe ustanie.

4-o. Do niedawna przeważało zdanie, żeby w końcowych miesiącach ciąży czekać śmierci płodu i dopiero operować w jakie 8—10 tygodni po niej. OLSHAUSEN wygłosił pogląd, że należy raczej bez względu na życie i zdolność do niego płodu w interesie ciężarnej zawsze jak najrychlej operować, ponieważ niebezpieczeństwo, jakie przedstawia operacyja jest mniejsze od niebezpieczeństwa, na jakie ciężarna stale jest narażoną.

5-o. Po pęknięciu worka we wczesnych okresach ciąży zamacieznej, jedni radzą czekać i tylko wyjątkowo przy groźnych objawach imać się noża, inni natomiast są bezwarunkowo za laparotomią.

6-o. Gdzie tylko można, należy wydalic cały worek płodowy; od tej zasady OLSHAUSEN czyni wyjątek dla przypadków, gdzie doszło do sposoczenia.—Jednak proste przecięcie i wszycie worka w ranę brzuszną jest tak dalece łatwiejsze, że dla mniej technicznie wyćwiczonych operatorów będzie zawsze sposobem nie dającym się żadnym innym zastąpić.

Drugi przypadek opisał M. p. n. Krwistek w prawym jajowodzie jako zejście ciąży zamacieznej; wycięcie; wyzdrowienie. M. N. żona lekarza, 30 lat wieku licząca, poprzednio 2 razy na czasie rodziła pomyślnie; ostatni raz w Lipcu 1889 poroniła



w 3-cim miesiącu ciąży; 13 Września i 13 Października t. r. prawidłowo miesiączkowała, a 14 Listopada wystąpiły silne bóle w brzuchu i w krzyżu z nieznacznym odpływem, poczem nastąpiła 17-dniowa przerwa, po której ponowiło się krwawienie z bolesciami, obfitsze niż poprzednio, a w 4 dni później znowu krwawienie dni kilka trwające z wydalaniem strzępów bł. doczesnej. Wówczas znaleziono: macię powiększoną, rozpulchnienie warg rozwartego ujścia macicznego i guz ruchomy, sprężysty, okrągły i gładki, wielkości orzecha włoskiego, w odległości dwóch palców na prawo od macicy, więcej przez sklepienie przednie wyczuwalny; z sutek powiększonych wycisnąć można było krople wydzieliny. Przy badaniu chorej przez autora w d. 18 Grudnia t. r. okazało się: że z sutek powiększonych i jędrnych można wycisnąć nieco płynu wodnistego, przezroczystego, chora jednak ostrzeża, że zawsze u niej, nawet między dwoma porodami, dawała się wycisnąć wydzielina z sutek; że w parametrium prawem znajduje się guz opisany; że wreszcie stan ogólny chorej zadowolający i dla tego postanowiono czekać i chorą wyprawiono do domu. Po 6 tygodniach obok nieustannego krwawienia z macicy guz wzrósł do wielkości małej cytryny i był mniej wyraźnie wymacalny od strony pochwy niż poprzednio; macica zmniejszyła się; ujście jej zewnętrzne zamknięte, a przy śmielszem stąpieniu chora czuła ból w prawym dole biodrowym. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że sieć jest przyrosła w jamie miednicy małej; po przewiązaniu i przecięciu tego zrostu, wymacano z prawej strony guz twardy, nierówny, ku tyłowi od niego guz drugi miękki i mniejszy, a nadto za spojeniem łonowem, a zatem na lewo od pierwszego, trzeci guz duży, lecz bardzo miękki, podobny do pękniętej i w części opróżnionej torbieli.—Po wydobyciu tych 3-ch guzów, ściśle ze sobą sklejonych, na zewnątrz rany brzusznej wyjaśniło się, że 1-o guz lewy miękki jest częścią sieci przyrosła do guza środkowego i zawierająca w sobie płyn krwisto-brudny; przy wyciąganiu ten pseudotorbiel pękł; tkanka sieci była zabarwiona nacieczonym i zmienionym barwnikiem krwi. 2-o Główny guz stanowiło jajowate rozszerzenie brzusznej połowy prawego jajowodu; był on twardy, napreżony i wiszący na zadziwiająco swobodnem i długim więzadle szerokiem (*mesosalpinx*). Część prawego jajowodu niezmieniona między prawym rogim macicy a guzem wynosiła 6 ctm. Na obwodowym biegunie widać wylot jajowodu i strzępki wylotu. Jajnik prawy torbielowato zmieniony i przyklejony do tylnej i dolnej powierzchni guza. Szypułę całego guza od strony macicy tworzył jajowód. Po przewiązaniu naczyń, wiązadła szerokiego i szypuły, guz odcięto; otwór jajowodu przypalono żegadłem PAQUELIN'a, szypułę wpuszczono do jamy brzusznej i ranę zaszyto. Przebieg pooperacyjny dobry; chora w 3 tygodnie po operacji Warszawę opuściła, a w roku następnym zaszła w ciążę.

Szczegółowy opis wyciętego guza objaśnia autor dwoma rysunkami. Po przecięciu powłok guza okazał się twardy, zbity skrzep krwi, ciemny, jednolity w całej swej grubości, szczelnie wypełniający



worek, którego ściana z łatwością daje się oddzielać od skrzepu, po-  
czem okazuje się wewnętrzna powierzchnia worka gładka, równa, jak  
błona surowicza. Nigdzie nie widać śladów błon jaja płodowego, lub  
zarodka.—Autor zakończył opis tego przypadku obszernymi uwagami,  
w których rozważa rozmaite możliwości i dowodzi, że żadna z nich nie  
mogła być powodem zebrania się krwi w jajowodzie w tym przypadku;  
sądzi zatem, że pochodziło ono z pękniętego brzemiennego jajowodu.

**Cercha. O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnej.** Przegl.  
lek. str. 565, 577 i 589.

Autor opis 3-eh przypadków, spostrzeganych i leczonych w klinice  
prof. MADUROWICZA w Krakowie, poprzedził treściwą opowieścią o przy-  
czynach, rozpoznawaniu, zejściach możliwych i leczeniu tyłopochylenia  
macicy ciężarnej, nie rozróżniając tyłopochylenia od tyłozgięcia. Rę-  
koczyn odprowadzenia macicy tak C. opisuje: po zachloroformowaniu  
chorej, opróżnieniu jej pęcherza moczowego i kiszki stołcowej, układa  
się chorą na łożku poprzecznem i wprowadza dwa palce lub połowę  
ręki do pochwy aż do tylnego jej sklepienia, drugą ręką układa się nad  
spojeniem łonowem. Wtedy ręka, znajdująca się w pochwie, stara się  
zwolna od jednej lub drugiej zatoki krzyżo-biodrowej wysunąć macicę z  
miednicy małej; ręka zaś na powłokach ułożona stara się zająć za tylną  
ścianę macicy, uchwycić ją i ku przodowi przegiąć. Nie należy nigdy  
próbować odprowadzenia macicy wprost przez wzgórek kości krzyżo-  
wej, bo tam jest znacznie mniej miejsca, co zabieg czyni trudniejszym.  
Dla utrzymania macicy odprowadzonej w prawidłowem położeniu za-  
kłada się tampon z waty w tylne sklepienie, albo układa się chorą na  
boku lub w rączka.

Przypadek I. Uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej, z na-  
stępczem zapalnym odłuszczeniem błony śluzowej i mięsnej pęcherza  
moczowego. Śmierć z powodu zapalenia otrzewnej. Przypadek zanie-  
dbany, w którym, pomimo odprowadzenia macicy bez znacznych trudno-  
ści, 5-go dnia nastąpiło poronienie 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> m. płodu, a w drugiej dobie potem  
chora zmarła.—Rozbiór zwłok wykazał: *Pelveoperitonitis purulenta ex cy-  
stitide et pericystitide diptheritica. Exfoliatio totius mucosae et muscularis  
vesicae urinae, perforationes multiplices vesicae. Vulvitis et vaginitis di-  
ptheritica. Pneumonia incipiens pulmonis sinistri lobi inferioris.* Wszystkie  
te zmiany były oczywiście następstwem uwięźnięcia macicy.

Przypadek ten należy do tych nielicznych, a znanych w piśmien-  
nictwie przypadków, w których nastąpiło zupełne odłuszczenie błony  
śluzowej i mięsnej pęcherza moczowego. (Porównaj przypadek ogło-  
szony przez prof. MADUROWICZA p. n. Wyparcie martwego kawał-  
ka pęcherza po odprowadzeniu odchyłonej macicy ciężarnej. Przegl. piśmien. lek. polskiego w Roczniku medycyny polskiej.  
Rok I—1879 str. 139).

Przypadek II. Uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej.  
Zapalenie pęcherza moczowego. Odprowadzenie macicy. Wyzdrowienie.



Przypadek III. Tyłozgięcie macicy ciężarnej. Zapalenie pęcherza moczowego, odprowadzenie, wyzdrowienie.

Dwa ostatnie przypadki dowodzą, że pomimo objawów uwięźnięcia, zmian w pęcherzu i zadrażnienia otrzewnej, jeżeli tylko wcześniej do leczenia przystąpimy, bez wielkich a niebezpiecznych zabiegów cel osiągnąć można; w wielu razach płodowi dalszy pomyślny rozwój zapewniamy, matkę zaś prawie zawsze od niechybnej ratujemy śmierci.

**Harajewicz W. Przypadek poronienia przewlekłego, leczony metodą Apostoli'ego.** Gaz. lek., str. 402.

Kobieta 34-letnia, która poprzednio już 6 razy rodziła, po 2-ech miesiącach wstrzymania się miesiączki dostała krwawienia, trwającego niezbyt obficie przez cały miesiąc, bez bóleści. Następnie po zwykłej jakoby miesiączce, wystąpił krwotok gwałtowny, bez skurczów macicy, ze skrzepami, wśród których nie znaleziono nic, coby wskazywało poronienie; odtąd odpływ krwisty trwał z małemi przerwami przez cały miesiąc. Macica powiększona, ujście jej zamknięte. Zastosowano prąd stały, z biegunem dodatnim platynowym, do macicy 150 M. P. przez 5 minut. Po trzech dniach, bez bóleści, wypadło z ujścia do pochwy jakieś ciało wielkości jajka gołębiego, posiadające utkanie łożyskowe, co badaniem drobnowidzowem stwierdzono. Macica się zmniejszyła (8 cm.); zastosowano powtórnie prąd stały 120 M. P. dla zdezynfekowania wnętrza macicy i pobudzenia jej do ściągnięcia się. Odtąd chora powróciła do zupełnego zdrowia. — Autor kończy opis tego przypadku zwróceniem uwagi na to, o ile zastowanie prądu stałego w tego rodzaju przypadkach jest łatwiejszem od wskazanego i zwykle dokonywanego w takich razach wyłyżeczkowania wewnętrznej powierzchni macicy, celem jej opróżnienia z resztek jaja płodowego.

**Salutryński. Poród opóźniony, przodujące ramiona, obrót na nóżki, przepuklina mózgowa.** Now. lek., str. 219.

Jest to opis przypadku, spostrzeżanego przez S., u kobiety 9-ty raz rodzącej, w 312 — 315 dni po zastąpieniu. Autor mówi, że „przy badaniu napotkał najpierw na koniec ramion“ (?), główka znajdowała się na prawo, grzbiet płodu od przodu matki. Obrót na nóżki i wydobyć płodu przez pociąganie za dolny koniec jego ciała. Dziecko nieżywe było aż do głowy prawidłowo zbudowane. „Czaszka niezupełnie wykształcona, tylne jej środkowe części pokryte zamiast kości błoną grubą, a na szczycie czaszki wychodzą z jej wnętrza również błoną okryte części mózgu, wielkości gruszek“.

Ze względu na oryginalność, podajemy dosłownie pogląd autora na przyczynę i sposób powstania nieprawidłowego położenia płodu w opisywanym przypadku. Zdaniem S., nieforemna głowa była główną tego przyczyną. „Stać się to musiało w ten sposób: w czasie bólów porodowych macica była mocno przechyloną ku prawej stronie, a więc



główka dziecka ukośnie skierowaną być musiała na dół i ku lewej stronie miednicy. W tej pozycji dolna część przodującej główki natrafiła na brzeg górnego zwięzienia (?), a dolną swą częścią o takowe się oparła. Następnie pod wpływem powtarzających się bólów płód przekreślił się zlekka, unióśł główkę (!) i takową zepchnął ku lewej stronie wielkiej miednicy, przez co wytworzyło się nieprawidłowe położenie dziecka—którego główka, w chwili badania rodzącej przez autora, „leżała na prawej stronie“.

Niemniej oryginalnem jest zdanie autora o sposobie CRÉDE'go wygniatania łożyska, a mianowicie: „ten tak praktyczny rękoczyn, znany w Niemczech pod nazwą rękoczynu zmarłego co dopiero prof. CRÉDE'go, a ja widziałem go po raz pierwszy zastosowany przez akuszerkę francuską z Algieru. Mogę go najsumiennie polecić“. „Ubolewam, że klasyczne dzieła francuskich badaczy tak mało są znane za granicą, a głównie w naszych dzielnicach. Tyczy się to szczególnie znakomitego dzieła o położnictwie prof. PARSOT'a. Jest to pod każdym względem głęboko obmyślane dzieło, oparte przytem na wieloletniem doświadczeniu. Oto pragnąłbym z całego serca, aby i szanowni czytelnicy raczyli się przy sposobności z dziełem tem zapoznać, a zgóry ręczę, że żalować tego nie będą“.

**Szmakfefer. Przyczynek do postępowania przy łożysku przodującym środkowem.** Gaz. lek., str. 347 i 363.

Autor na podstawie 4-ch przypadków łożyska przodującego, przez siebie spostrzeganych i treściwie opisanych, wypowiada naprzód słów kilka o zabiegach leczniczych, stosowanych przy łożysku przodującym środkowem, a nakoniec i swoje zdanie, zresztą nie nowe, o najodpowiedniejszym postępowaniu przy tego rodzaju nieprawidłowości sprawy porodowej. Zasadą tego postępowania jest: przy krwawieniu umiarkowanem wyczekiwanie; przy krwotoku, zagrażającym życiu rodzącej, wzniecenie pracy porodowej i możliwie szybkie opróżnienie macicy. W tym celu przy ujściu macicznem zamkniętem lub zaledwie jeden palec przepuszczającym, rozszerzenie go zapomocą szklanych lub metalowych rozszerzadeł, albo też przez wypełnienie przewodu szyi macicznej paskami gazy jodoformowej. Następnie obrót płodu na nóżki po poprzedniem odklejeniu łożyska z jednej strony, lub też przedziurawieniu go; po sprowadzeniu nóżki płodu do pochwy, dalszy przebieg porodu pozostawia się siłom macicy. Przy opieszaleń kurezeniu się macicy po porodzie, wytampowanie jej gazą jodoformową sposobem DUERSSEN'a.

Wreszcie autor sądzi, że, „jeśliby przyszłość stwierdziła możliwość rozpoznawania łożyska przodującego przez powłoki brzuszne, a chora nie utraciłaby jeszcze wiele krwi, to czy nie byłoby właściwem dla uratowania życia i matce i dziecku, wykonać cięcie cesarskie. Przy udoskonalonej technice i dzięki postępowaniu antiseptyki, operacja ta nie byłaby zbyt ryzykowną“.



**Kohn J. Przypadek zupełnego wycięcia macicy.** Gaz. lek., str. 264.

Pierwiastka 28 lat wieku mająca, silna i zdrowa, wskutek spadnięcia ze schodów w 7-ym miesiącu niespodziewanie w nocy urodziła bez akuszerki. Udzielająca jej pomocy sąsiadka, widząc silne krwawienie z nieprzewiązanego końca pępowiny od strony łożyska, przez pociąganie jedynie za pępowinę łożysko wydobyla, lecz przytem macica uległa wycięciu. W kilkanaście minut potem przybyły autor wycięwaną macicę łatwo odprowadził, gdyż ujście zewnętrzne macicy nie było jeszcze zaciśnięte.

**Huzarski. Kilka słów o leczeniu ostrej niedokrwistości wstrzykiwaniami podskórnymi soli kuchennej.** Kron. lek., str. 228.

Te kilka słów dotyczą wyłącznie leczenia ostrej niedokrwistości u świeżo rozwiązanych kobiet. Osnowę tych słów kilku stanowi opis dwóch przypadków położniczych i uwagi końcowe, dotyczące zasady fizjologicznej działania tego rodzaju leków, jako też warunków, od których zależy jego skutek, wreszcie samej techniki wykonania. Rzeczy to powszechnie znane, głównie czerpane z pracy MUENSCHEIMER'a, bez podania źródła, z którego zostały poczerpnięte. Co się zaś dotyczy opisu dwóch przypadków, przez autora leczonych, to jeden z nich był już przez niego ogłoszonym przed dwoma laty, a mianowicie w N. 28 „Centralblatt f. Gynaekologie“ z 1890 r., a drugi dotyczył kobiety 18-ty raz rodzącej w 9-ym miesiącu ciąży, w której poprzedzała czaszka płodu, a obok niej wyczuwało się z lewej strony łożysko; z tego powodu krwotok znaczny i objawy ostrej niedokrwistości: „szum w uszach, zawroty głowy i osłabienie“. Gdy pomimo ustania krwotoku objawy te nie ustępowały nawet po zastrzykiwaniu eteru z kamforą podskórną i t. p., zastrzyknięto 900 grm. 0,6% roztworu soli kuchennej pod skórę w okolicę jednej i drugiej łopatki; posługiwano się przy tem igłą z kranem od przyrządu POTAIN'a, osadzoną na końcu cewki gumowej zwyczajnego irygatora szklanego. Po upływie 2-eh godzin zastrzykiwanie to powtórzono w ilości 600 grm. w tkanek łączną obu pośladków. Jedno i drugie stosowano podczas porodu i przy zatamponowaniu pochwy i ujścia macicznego gazą jodoformową. W pół godziny potem urodziło się dziecko żywe; łożysko natychmiast wyciągnięto i pochwę wytamponowano ponownie gazą jodoformową; wewnątrznie podawano sporysz. W położu powstały ropnie w kilku miejscach zastrzykiwania eteru z kamforą i ciepłota ciała do 40° C. dochodziła.

Autor wyprowadza ze swoich spostrzeżeń następujące wnioski:

- 1) W podskórnem zastrzykiwaniu 0,6% roztworu soli kuchennej zyskałszy cenny środek do usunięcia ciężkich następstw upływu krwi.
- 2) Samo zastrzykiwanie jest tak prostym rękoczynem, że może go wykonać każdy lekarz.
- 3) Litr takiego roztworu zazwyczaj wystarcza do sprawienia pożądanego skutku, który występuje zwykle natychmiast po zastrzykiwaniu.
- 4) Samo zastrzykiwanie, zastosowane w chwili odpowie-



dniej, niezbyt późno, i z zachowaniem przepisów antyseptyki, nie wywołuje żadnych złych następstw.

**Święcicki H. Na czym polega korzystny wpływ wysokoku w zakażeniu połogowym?** Med., str. 761.

Aczkolwiek autor jest zdania, że zwiększenie działalności narządów gruczołowych (nerki, gruczoły potowe, ślinianki), celem wydalenia jadu z zatrutego ustroju położnicy (zob. Przegl. piśm. lekar. polsk. z r. 1891; str. 157), ma większe może uprawnienie naukowe, to jednakże połączenie terapii wysokokowej z leczeniem, mającem na celu uwolnienie ustroju od jadu w nim krążącego, oddziaływało w spostrzeganych przez Ś. przypadkach zawsze korzystnie na przebieg choroby. Podaje zatem w zakażeniach połogowych wyskok, aby serce chorej przy wielkiej jego pracy, wskutek zwiększonej czynności narządów gruczołowych, wzmoćnić. Z zestawienia zapatrywań różnych autorów na wpływ wysokoku na ustrój okazuje się, że dziś jeszcze sprawa ta nie jest dostatecznie wyjaśnioną, a tem trudniej objaśnić można korzystny wpływ wysokoku w zakaźnych chorobach połogowych. Autor sądzi, że wyskok dlatego tak korzystnie działa w zakażeniu połogowym, „że zwiększa w krwiobiegu ilość białych ciałek krwi, które, zawierając może w swem wnętrzu drobnoustroje, wydzielane bywają następnie z organizmu“.

W końcu autor dodaje uwagę, że gdy w ostatnich czasach HORBACZEWSKI wykazał, że i chlorek pilokarpiny zwiększa leukocytozę, zatem sądzi, że użycie tego leku przy zakażeniu połogowym jest tem więcej uzasadnione.

**Neugebauer. Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego, czyli symfyseotomii, przez szkołę położniczą neapolitańską.** Medycyna, str. 541, 559, 575, 592, 742, 766, 796, 817, 849 i 863 i oddzielne odbicie, Warszawa 1892 r., str. 58.

Praca ta jest kompilacją i przeważnie tłumaczeniem odczytu CHARPENTIER'a (*de la Symphyséotomie*), wypowiedzianego na 2-eh posiedzeniach akademii medycznej w Paryżu, w d. 15 i 22 Marca 1892 r. Aczkolwiek nie jest to praca oryginalna i jako taka nie kwalifikuje się do streszczenia w „Przeglądzie piśmien. lekarskiego polskiego“, to jednakże daje ona dokładne pojęcie o dziejach, wskazaniach, sposobach wykonywania i przypadkach, leczonych zapomocą cięcia łonowego, i każdy zajmujący się zagadnieniem wskrzeszenia tej operacyi, winien się z tą monografią zapoznać.



## XVI. CHOROBY WENERYCZNE (SYFILIDOLOGIJA).

Sprawozdawca

Wł. Kopytowski.

**Elzenberg A. Choroba Raynaud'a (gangrena symmetrica) pochodzenia syfilitycznego.** Gaz. lek., N. 5.

Ita K...fus, lat 22, źle odżywiana, wątłej budowy ciała, z silną biegunką. W wywiadach lues. Skóra brunatnej barwy, pokryta wysypką pod postacią czerwonych plamek, nieginących przy ucisku. Na rękach, również jak i na goleniach bure plamy wskutek zgorzeli skóry, sączące płyn surowiczy, cuchnący. Palce na prawej nodze, a w części i na lewej, uległy zgorzeli. Chora przebyła w szpitalu około miesiąca; zmarła wskutek osłabienia, wywołanego biegunką i zgorzela. Na sekcji znaleziono: kilaki w wątrobie; miażdżycowe zwyrodnienie tętnicy grzbietowej prawej stopy. Preparaty, przygotowane ze skóry, branej na krawędzi owrzodzeń, wykazały pod drobnowidzem: drobnokomórkowe nacieki w okolicach naczyń i gruczołów skóry, rozrost śródbłonka w arteriach, prowadzący do zwężenia światła naczyń, a nawet do zupełnego jego zaniku. Niekiedy autor obserwował małe kilaki między wewnętrzną i środkową warstwą naczyń.

Przypadek ten dowodzi, że zgorzel symetryczna może powstać wskutek zmian, wywołanych w naczyniach przez przymiot; do znanych więc przyczyn tej choroby należy zaliczyć i syfilis. Zdanie RAYNAUD'a, jakoby zgorzel symetryczna miała powstawać wyłącznie wskutek odruchowego skurczu naczyń, zupełnie nie wytrzymuje krytyki.

**Elzenberg A. Czy bywa samoistne zapalenie przyjądrza i jądra?** Gaz. lek., N. 47.

Zapalenia przyjądrza trafiają się niezwykle często jako komplikacje różnorodnych chorób; na pierwszym planie należy tu postawić rzeżączkę, dalej gruźlicę, niekiedy przymiot i wiele chorób infekcyjnych, jako to: ospę, szkarlatynę, nagminne zapalenie gruczołu przyusznego i t. d. Autor miał możność obserwowania sześciu przypadków zapalenia tego narządu; w pierwszych trzech przypadkach, pomimo troskliwego badania chorego, przyczyna choroby pozostała nieznaną; w czwartym przypadku za przyczynę choroby autor uważa zapalenie gruczołów przyusznych, które chory przebył przed dwoma tygodniami. Najbardziej interesujące są dwa ostatnie przypadki, albowiem autor uważa za przyczynę zapalenia przyjądrzy odrę i influencję, na co dotychczas nikt jeszcze nie zwrócił uwagi.



**Gorski R. Przypadek powtórnego zarażenia się syfilisem.** Gaz. lek., N. 24.

Autor, jeszcze jako słuchacz medycyny w kijowskim uniwersytecie, na oddziale klinicznym widział chorego, u którego przy pierwotnym owrzodzeniu, zagojonym pod wpływem jodoformu, wystąpiła różyczka w 5 tygodni po spółkowaniu; chory otrzymał 18 wieleń 2-gramowych, wypisał się pozornie zdrowy. W 11 lat od opisanego zdarzenia kol. G. spotkał się z tymże chorym, który zasięgał u niego porady wskutek owrzodzeń w rowku pozałożdziowym; owrzodzenia te goiły się przy obmywaniu sublimatem 1 : 3000 i zasypywaniu jodoformem. Jedno z owrzodzeń stwardniało, a w piątym tygodniu od początku choroby pojawiła się różyczka, przy ogólnem powiększeniu gruczołów. Między pierwszą i drugą wysypką chory nigdy nie zauważył żadnego objawu przymiotu.

**Trzcziński T. Kilka słów o leczeniu rzeżączki.** Gaz. lekar. N. 1, 2.

Wyjątkowo rzadko tryper ogranicza się tylko do przedniej części cewki, a stopniowo przechodzi i na tylną; autor przyjmuje cyfrę, podaną przez LETZL'a—92,5%—za zgodną z rzeczywistością, wskazującą w odsetkach częstość zajęcia tylnej części cewki przy tryprze. Chronicznego trypra uważa zawsze za trypra tylnej części kanału moczowego; przy leczeniu poleca swój sposób, stanowiący poniekąd modyfikację metody DIDAR'a: chory oddaje mocz, zawarty w pęcherzu, a wtedy wprowadza mu *bougie à boulle* N. 6—8 skali CHARRIERE'a za wzgórek nasienny i robi irygację od tyłu ku przodowi roztworem lapisu 1 : 10000 do 1 : 6000, powtarzając to w początkach dwa razy dziennie, następnie rzadziej. Irrygacje te poleca, gdy wydzielina przedstawia się pod postacią szarawej kropli rano, t. j. po 2, 3 miesiącach trwania choroby. Odrzuca natomiast, jako bezskuteczne, inne sposoby leczenia, jako to: endoskop, benikety, GURON'owskie wkraplania lapisu. Przy zapaleniu przyjądrza poleca maść lapisową w stosunku 1 : 8 zaraz w początku choroby.

**Kopytowski Wł. Wpływ obustronnego tryprowego zapalenia przyjądrzy na płodność mężczyzn.** Kron. lek., N. 11.

Chory lat około 32 mieć mogący, żonaty od lat sześciu, bezdzietny, cierpi od lat dwóch na osłabienie płciowe, *impotentia nervosa irritativa*; w wywiadach onanija. Przy zbadaniu jąder okazały się zgrubienia przyjądrzy wskutek trypra, przebytego jeszcze za kawalerskich czasów. Leczenie zwykłymi sposobami niemocy płciowej sprowadziło poprawę tych funkcyj, a nasienie, zbadane raz w 7 godzin po stosunku (z kondona) wykazało brak zupełny nittek nasiennych (*azoospermia e epididimite bilateralis*). Tak więc, jak wskazuje podany przypadek, przebycia dwustronnego zapalenia przyjądrzy przy trzyprze może sprowadzić zupełną niepłodność mężczyzn, choć wypadki to bardzo rzadkie.



**Borzęcki E. O rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u mężczyzn ze stanowiska bakteriologicznego.** Rozprawy z zakresu med. prakt. etc. S. II, zeszyt 10.

Wykrycie w 1879 r. swoistego grzybka tryprowego przez NEISSER'a wywarło wielki wpływ na leczenie tego cierpienia; a choć w cewce przy tryprze można znaleźć, podobnie jak i gonokoka, kilka innych diplokoków, rozpoznawanie właściwego gonokoka wskutek odbarwienia się go przy użyciu metody GRAM'a, jest łatwym. STEINSCHNEIDER i GALEWSKI znaleźli cztery gatunki diplokoków, które wyhodowali z wydzieliny tryprowej.

Przy leczeniu *urethritis anterior acuta* poleca NEISSER od samego początku choroby wstrzykiwanie wodnych roztworów lapisu w stosunku 1 : 3000 i 1 : 4000, 3—4 razy dziennie. Użyć można również w tym celu i roztworu sublimatu 1 : 20000; przy tem leczeniu wydzielina tryprowa, badana pod drobnowidzem, wskazuje znaczne zmniejszenie się grzybków tryprowych, które znikają w wydzielinie w ciągu 2—3 tygodni; następnie autor poleca stosować naprzemian to słabe roztwory lapisu, to środki ściągające.

Toż samo leczenie poleca przy *urethritis posterior acuta*, w tym jednak wypadku stosuje duże ilości płynu, 250 — 300 grm. na raz (tylko lapis) zapomocą szprycy i miękiego cewnika.

Leczenie chronicznej rzeżączki, bądź to przedniej, bądź tylnej części cewki, zależy od obecności gonokoka; przy obecności grzybka roztwory lapisu, przy braku — środki ściągające.

**Finger E. O dziedziczeniu kiły.** Rozpr. z zakresu med. prakt. etc. S. II, zeszyt 12.

Przymiot nie tylko udziela się przez bezpośrednie zarażenie, ale przenosi się z rodziców na potomstwo. Przy dziedziczeniu przymiotu u dzieci choroba ta ujawnia się jużto podczas życia płodowego, jużto zaraz po przyjsciu na świat, lub wreszcie dopiero w wieku młodzieńczym. Zaburzenia w odżywianiu chorej matki i płodu sprowadzają poronienia, porody przedwczesne, porody dzieci nieżywych; w szczęśliwszych warunkach, dzieci spłodzone przez rodziców chorych giną po przyjsciu na świat w 80% przypadkach z powodu braku sił żywotnych.

Wpływ najbardziej szkodliwy wywiera na potomstwo świeży przymiot obojga rodziców; według FOURNIER'a ilość przypadków przymiotu u potomstwa wynosić ma 92%. Przy chorobie samej matki odsetka dzieci chorych stanowi 84, przy chorobie tylko ojca — 18%.

Dzieci zdrowe, zrodzone z rodziców chorych, są odporne na przymiot. Matki zdrowe, rodzące chore dzieci, są również odporne na przymiot i mogą bezkarnie karmić swe dzieci; mamka zdrowa zaraża się w tych warunkach. Autor objaśnia to toksynami, przechodzącymi z chorej matki na dziecko i odwrotnie. Toksyny te wytwarzają odporność organizmu na zarażenie przymiotem. Leczenie rodziców rtęcią wywiera wpływ dodatni na potomstwo, które może zdrowe na świat przycho-



dzie. Przy zarażeniu przymiotem zezwolić można na małżeństwo osobnika nie wcześniej, jak w rok od ostatnich objawów przymiotu.

**Krówczyński Ż. Doświadczenia w sprawie zapobiegania kile.**  
Przegl. lek., N. 37.

Poronne leczenie przymiotu daje dotychczas złe rezultaty; wynalezienie więc jakiegobądź środka, mogącego niszczyć doszczętnie zarazek przymiotu na miejscu jego wnikięcia do organizmu, zaprzęta od dawna umysły praktyków. Otóż autor, wychodząc ze znanego w bakteriologii faktu, że hodowle bakterij w zetknięciu z powietrzem tracą swe własności wskutek utleniania, proponuje niszczyć przerzut przymiotu i miękkich szankrów zapomocą wody utlenionej, zakwaszonej kwasem solnym.

Doświadczenia były przeprowadzone w 15 przypadkach z ropą szankrów, którą mieszano przed szczepieniem z wodą utlenioną, lub też po szczepieniu czystej wydzieliny szankrowej, stosowano zaraz zakwaszoną wodę utlenioną. Szczepienia wszystkie, z wyjątkiem jednego, były poronne; w tym przypadku użyto prawdopodobnie wody rozłożonej. Następnie przeprowadzone były doświadczenia nad syfilitykami, w późnych stadyjach choroby, którym szczepiono wydzielinę, bądź to pierwotnego owrzodzenia, bądź to kłykcin sączących, zmieszaną z wodą utlenioną—bez rezultatu. Doświadczenia te nie mogą jednak mieć naukowego znaczenia, ponieważ chorzy z późnymi objawami przymiotu są odporni na świeże zarażenia. Nakoniec autor dwóm młodym lekarzom, na ich prośbę, szczepił wydzielinę pierwotnego owrzodzenia syfilitycznego, zmieszaną z wodą utlenioną — z ujemnym skutkiem. We wszystkich przypadkach użytą była 3% woda utleniona.

**Krówczyński Ż. Kilka słów o leczeniu kity.** Przegl. lekarski, N. 8 i 9.

Leczenie chorych, zarażonych przymiotem, w prywatnej praktyce daje lepsze wyniki, aniżeli leczenie w szpitalach. Składa się na to lepsze pożywienie, lepsze powietrze; natłoczenie chorych w szpitalach wpływa głównie na mniej pomyślne skutki kuracyi. Leczenie ręciami należy przedsięwziąć dopiero przy ogólnych objawach choroby; autor oddaje pierwszeństwo wecieraniom szaruchy, stosowanym dorosłym w ilości 3 — 4 grm. na dawkę; dzieciom w ilości 1 grm. Wecieranie należy robić 50—60 minut; na jedno leczenie należy użyć 20—40 wecierañ, stosownie do natężenia choroby. Podczas leczenia szczególnie zwracać należy uwagę na czyste utrzymywanie jamy ustnej.

W późniejszych okresach choroby autor stosuje leczenie to ręciami, to jodem, lub równocześnie podaje oba środki, zależnie od tego, czy chory we wczesnych okresach przymiotu dostatecznie był leczony ręciami. — Autor uważa chorobę za pochodzenia pasorzytniczego i sądzi, że ręcć, łącząc się z produktami przemiany materij grzybków, wydziela się z ustroju.



**Uhma. Leukoderma syphiliticum.** Przegl. lek., N. 40.

Autor spotykał ten objaw przymiotu u połowy chorych (w 48,87%) przeważnie przy wtórnych objawach syfilisu; przypisuje mu ważne znaczenie rozpoznawcze. Przy pierwotnym objawie przymiotu znajdował leukodermę w 6,66% przypadków; w późnych okresach choroby nie spotykał go wcale. Choroba występuje nierównie częściej u kobiet, niż u mężczyzn, pod postacią plam jasnych, okrągłych, różnej wielkości, bez poprzedzającej wysypki na tem miejscu. Plamy giną bez łuszczenia, wciągu 2 — 20 miesięcy. Jako przyczynę choroby autor uważa podrażnienie ośrodków nerwowych, spowodowane przez przymiot; podrażnienie to ma wpływać na wytwarzanie się barwnika w skórze; pogląd ten podziela również KAPOSI.

**Gold J. Przypadek kilaka gruczołu pachwinowego.** Przegl. lek., N. 15.

Chora lat 42, dobrze odżywiana, zaraziła się przymiotem przed 25 laty. Stare zmiany syfilityczne przedstawiają się pod postacią blizn na czole, miękiem podniebieniu i otworze w lewej małej wardze sromnej. Ostatni nawrót choroby był przed dwoma laty. Obecnie w lewej pachwinie znajduje się wrzód podługowaty, lejkowaty; dno jego pokrywa ją szaro-żółtawe nekrotyczne masy; podstawę zajmuje chorobliwie zmieniony gruczoł chłonny; okolice wrzodu prawie że bez odczynu zapalnego, niebolesne. Rozpoznanie: *gumma exulcerans glandulae lymphaticae ad inguen sinistrum*. Leczenie ogólne jodkiem potasu, miejscowe jodoformem i gliceryną jodową. Wyzdrowienie w trzy tygodnie.

Przypadek to rzadki bardzo. Na 553 przypadków późnego przymiotu, obserwowanych w oddziale d-ra ZAREWICZA w Krakowie, był to jedyny przypadek kilaka, mającego siedlisko w gruczole chłonnym.

**XVII. CHOROBY SKÓRNE (DERMATOLOGIJA).**

Sprawozdawca

**Wł. Kopytowski.**

**Halpern J. Rzadki przypadek zgorzeli, powstały z eczema intertrigo.** Gaz. lek., str. 99.

KAPOSI pierwszy zauważył, że *eczema intertrigo* może być powodem zgorzeli; autor przytacza przypadek z swej praktyki, potwierdzający to zdanie. Chłopczyk 2½-letni dobrze odżywiany, w okolicy *angulus peno-scrotalis* miał dwa głębokie dyfterytyczne owrzodzenia, na stykających się ze sobą powierzchniach skóry członka i moszny. Gruczoły pachwinowe obrzmiałe, na ciele pokrzywka.



Leczenie zasadzało się na oddzieleniu owrzodzeń zapomocą waty oczyszczonej, zwilżonej roztworem *cali caustici* 0,02 — 55,0; opatrunek zmieniano 3 razy dziennie. Po oczyszczeniu owrzodzeń stosowano *emplastrum saponato salicylicum*. Zagojenie zupełne po upływie 2 tygodni.

**Halpern J. Niezwykły przypadek powikłania rybiej łuski (Ichthyosis).** Gaz. lek., str. 1056.

Chłopiec 14-letni wątły, małokrwisty, przedstawiał następujące zmiany skóry: na tylnej powierzchni rąk i nóg skóra była niezwykle suchą, szorstką, z silnie łuszczącym się naskórkiem i niezwykle mocno rysującymi się liniami (bruzdami) skóry. Na innych miejscach ciała skóra była mniej zmienioną. Pod pachami, w pachwinach i pod kolanami skóra prawidłowej budowy. Na zmienionej skórze wystąpiły małe guziczki i grudki, bolesne przy ucisku i w części ropiejące; zmiany te wystąpiły przeważnie na odnogach. W przypadku tym stwierdzono dziedziczność.

Leczenie zasadzało się na myciu *spiritu saponato calino*, oraz wcieraniu tranu. Do środka chory miał przepisane użycie tranu. Po trzech tygodniach cierpienie ustąpiło, pozostawiając barwnikowe plamy.

**Srebrny i Bujwid. Przypadek twardzieli nosa.** Now. lek., str. 81.

Chory lat około 40, starozakonny z gub. Wołyńskiej, cierpi od kilku miesięcy na silną duszność i niedrożność lewej połowy nosa. Cierpienie to zniewoliło chorego zasięgnąć porady w Warszawie. Kol. Sr. badając chorego, znalazł przerost lewej dolnej muszli, zgrubienie zewnętrznej ściany kostnej nosa; po rozszerzeniu zwężonego dolnego przewodu nosa zauważył również guz, wielkości wiśni siedzący na szerokiej podstawie i biorący swój początek na zewnętrznej ścianie nosa.

Duszność, oprócz niedrożności nosa, spowodowaną była przerostem części podstrunowych krtani (*laryngitis subchordalis hypertrophica* ZIEMSEN'a). Przy leczeniu nowotwór i dolna część przerostłej muszli była usunięta.

Badania bakteriologiczne dokonał BUJWID. Szczepienia na agarze dały typowe kolonije lasecznika twardzieli, który w początkach swojego rozwoju bardzo jest podobny do pneumokoka FRIEDLAENDER'a.

W kawałkach tkanki, stwardnionej w spirytusie, zaledwie z trudnością można było odszukać bardzo nieliczne laseczniki, bez typowego układu. Autorowie zwracają uwagę na ważność bakteriologicznego badania w danym przypadku, bez którego prawidłowe rozpoznanie choroby byłoby niemożliwym.

**Krówczyński Ż. Erythema keratodes.** Now. lek., str. 135.

H. G. BROOKE ogłosił dwa przypadki choroby skóry pod nazwą *erythema keratodes*, którą uważa za trofonewrozę pochodzenia cen-



tralnego. Autor podobny przypadek widział w 1887 roku, a następnie z powrotem w 1890 r.

Mężczyzna lat około 30, dobrze odżywiany, o delikatnej skórze blondyn, zauważył, że naskórek na podszewkach, a w części i na dłoniach jest zgrubiałą (do 0,4 cm.), suchy, kruchy, barwy szaro-żółtawej. Po usunięciu zgrubiałej warstwy naskórka zauważyć można było skórę różową, delikatną, suchą. Cierpienie utrudniało chodzenie i wywoływało bóle wskutek pękania naskórka. Choroba trwała od dwóch lat, w lecie zwykle się powiększała. Leczenie zasadzało się na użyciu tłuszczu i kąpieli dla oddzielenia naskórka a następnie na stosowaniu maści HEBRY, to czystej, to w połączeniu z dziegciem. Chory przy tem leczeniu doznał znacznej ulgi. Zbytek zajęć nie pozwolił choremu na systematyczne leczenie i dopiero pogorszenie się choroby zmusiło go powtórnie do zasięgnięcia porady. Stan nieczem się nie różnił od pierwotnej choroby, objawy były tylko silniej wyrażone. Tym razem użyty był plaster 5% z kwasu salicylowego, a działanie jego było jeszcze lepsze niż maści HEBRY.

Autor pierwotnie uważał chorobę za wyprysk i dopiero po opisie Brook'a skłonił się do uznania swego przypadku za nową chorobę, za *erythema keratodes*.

**Wlazłowski.** Leczenie wyprzenia sublimatem. Nowiny lekar., str. 470.

Zwykle leczenie wyprzenia zasadza się na użyciu rozmaitych proszków i czystości; bywają jednak uporczywe przypadki, nie ustępujące przy użyciu zwykłych środków. W jednym z takich przypadków autor stosował obmywanie 1‰ wodnym roztworem sublimatu z następnym pudrowaniem talkiem, z zadziwiającym rezultatem. Autor zaznacza, że WERTHEIMBER w roku 1878 zalecał na wyprzenie okłady z rozczywnu sublimatu w stosunku 0,05—100,0.

**Mendelsburg H.** O nowych metodach leczniczych w chorobach skóry ze szczególnem uwzględnieniem mydeł Eicoffa. Przegl. lekarski, N. 2, 3, 4.

Przy leczeniu chorób skóry do ostatnich czasów używano przeważnie maści, w skład których wchodziły organiczne tłuszcze; ponieważ tłuszcze te na powietrzu się utleniają, czyli, jak się mówi zwykle, jełczeją, maści nie mogą długo być przechowywane bez utraty swych pierwotnych własności; do ujemnych własności maści, przygotowywanych na tłuszczu, należy również zaliczyć; walenie bielizny, zniesienie perspiracji skóry, zatkanie przewodów gruczołów skórnych i t. d. Aby zastąpić tłuszcz organiczny, wprowadzono do terapii chorób skórnych wazelinę; substancja ta ma jedną tylko przewagę nad tłuszczem: że nie jełczeje.

W ostatnich latach UNNA z Hamburga wprowadził w użycie przy leczeniu chorób skórnych klej żelatynowy, maści rozprowadzone na mu-



ślinie (mule) i maście (plastry) na gutaperce. Kleje i plastry na muślinie działają osuszająco; plastry na gutaperce działają macerująco. Klej zazwyczaj cynkowy, przygotowuje się podług następującego przepisu: *Rp. Zinci oxydati 15,0, Gelatinae albae, Glycerini, Aq. destillatae aa. 300, D. S.* Zewnętrz. Przed użyciem kleju, naczynie z nim należy włożyć w gorącą wodę, aby go rozpuścić. Chore miejsca smaruje się miękim pendzlem, a następnie okłada watą. Przy nowym opatrunku stary zdejmuje się, usuwając watę i klej ciepłą wodą. Do kleju cynkowego, który w zwykłej ciepocie jest ciałem stałym, można dodawać różne środki będące zazwyczaj w użyciu przy leczeniu chorób skórnych, jako to: kwas salicylowy, rezorcynę, i t. d.

Przetwory według przepisu UNNY zaczął najpierwej wyrabiać aptekarz BEIERSDORFF w Hamburgu i znane są u nas w handlu pod nazwą plastrów BEIERSDORFF'a.

Ostatnią nowością w leczeniu chorób skórnych stanowią leki, przedstawiające się pod postacią mydeł. Mydła te zawierają w swym składzie zazwyczaj używane środki, przy nadmiarze tłuszczu. Erchoff w Hamburgu pierwszy zaczął je wyrabiać; przeważnie weszły w użycie mydła, zawierające dziegieć, ichtyjol, rezorcynę, siarkę, sublimat, kwas salicylowy; dotychczas wyrabiają ich około 20 gatunków. Działanie leczniczego mydła zależy od czasu mydlenia i od czasu, jaki pozostaje piana w zetknięciu się ze skórą. Działanie mydła powiększa się, jeżeli mydliny na skórze pozostawiają się aż do wyschnięcia, a następnie pokrywają się papierem gutaperkowym.

Autor robił porównanie z działaniem odpowiednich maści i mydeł leczniczych i doszedł do przekonania, że mydła dają lepsze wyniki lecznicze, wskutek tego poleca je uwadze kolegów.

---

## XVIII. MEDYCYNA SĄDOWA.

Sprawozdawca

Wł. Świątecki.

---

**Blumenstok (Halban). Wątpliwe dzieciobójstwo** Przegl. lekar. str. 202.

Zwłoki noworodka z pętlą zaciśniętą na szyi znaleziono w wodzie. Śledztwo wykazało że noworodek wkrótce po śmierci został pochowany w ziemi, po miesiącu wydobyto go z ziemi i wrzucono do wody. Matka zeznała, że zaraz po porodzie dziecko swoje, które nie krzyczało, tylko ruszało się, pozbawiła życia przez ucisk na klatkę piersiową, a potem silnie zawiązała mu tasiemkę na szyi. Lekarz sądowy



dokonawszy sekcji na zwłokach uległych wysoko posuniętemu gniciu, na szyjce znalazł tasiemkę, trzykrotnie silnie owiniętą dokoła i zawiązaną na węzeł; próba płucna wypadła dodatnio; w kiszkach treść gęsta przypominała kał. Na podstawie sekcji lekarz ten orzekł stanowczo, że dziecko donoszone urodziło się żywym, było już karmionem ze 2 dni i zginęło śmiercią gwałtowną przez uduszenie zapomocą taśmy znalezionej na szyi. Wobec sprzeczności zeznań podsądnej i zbyt kategorycznego orzeczenia obducenta sąd zażądał zdania Wydziału lekarskiego, który na podstawie aktów sprawy orzekł: że sekcya nie dała dostatecznych danych, iż dziecko urodziło się żywym, próba bowiem płucna, wobec tak daleko posuniętego rozkładu zwłok, nie ma znaczenia; nie wszakże nie przemawia przeciw temu, że ono mogło urodzić się żywym i zostało uduszonem. Sposób w jaki mogło być to skutecznionem nie da się oznaczyć i z punktu widzenia sądowno-lekarskiego zeznaniom matki nie można zaprzeczyć. Autor powstaje przeciw zbyt kategorycznemu orzeczeniu rzeczoznawcy, który na zasadzie wątpliwych danych sekcji, na zgnitych zwłokach, nie był uprawnionym do tak bezwzględного orzeczenia. Lekarz sądowy nie powinien przekraczać granic przedmiotowego zbadania, bo w przeciwnym razie ze znawcy staje się sędzią przysięgłym.

**Halban. Dzieciobójstwo popelnione na dziecku ślubnem.** Przegl. lek. str. 457, 484.

W potoku znaleziono zwłoki noworodka, który, jak śledztwo wykazało był dzieckiem ślubnem urodzonem przed 4 dniami. Matka podsądzona o dzieciobójstwo twierdziła, że dziecko urodziło się nieżywym i takie wrzuciła do wody. Sekcya sądowa wykazała prócz daleko posuniętego gnicia zwłok dziecka o wymiarach płodu dojrzałego, że namuł znajdował się tylko w jamie ust i połyku; płuca o barwie łupkowo-popielatej nie wypełniające klatki piersiowej i jakby przyparte do kregosłupa, dały wynik dodatni próby płucnej, serece, wątroba i śledziona również pływały na wodzie; pod czaszką i w wątrobie znaleziono krew płynną. Orzeczenie obducentów brzmiało: że dziecko donoszone urodziło się żywym, a więc zdolnem do życia, wkrótce po przyjęciu na świat zostało uduszonem i potem wrzuconem do wody.

Zawezwani przez sąd rzeczoznawcy lekarze z aktów sprawy wydali zdanie wręcz przeciwne pierwszemu, a mianowicie: dziecko urodziło się nieżywym i wymiary jego nie odpowiadają płodowi donoszonemu; próba płucna dała wynik dodatni tylko dla tego, że organ znajdował się w stanie gnicia, jak o tem świadczy podana ich barwa łupkowo-popielata, nie jasno różowa. Nic wreszcie nie przemawia za śmiercią zaduszenia.

Wobec tego, sąd zażądał wyjaśnienia od pierwszych rzeczoznawców, którzy swoje orzeczenie starali się usprawiedliwić, powołując się na znane powagi sądowno lekarskie.



Ostatecznie orzekający wydział lekarski przychylił się do zdania znawców drugih przez sąd wezwanych.

Przypadek ten daje autorowi pohop do wypowiedzenia swoich uwag co do trudności orzeczeń o śmierci z uduszenia, a tembardziej wobec sekeyi zgniłego trupa, wykazuje on z nieubłaganą logiką, błędy orzeczenia pierwszych rzeczoznawców, którzy zapomnieli o zasadzie „*in dubiis mitius*“, która w wątpliwych sprawach dotyczących dzieciobójstwa przed wszystkim powinna być stosowana.

**Schaitter I. Zaniedbanie ze strony nieuprawnionej położnej.**  
Przegl.l Lek. str. 437.

Rozwódka rodzi dziecko. Przy porodzie podaje pomoc kobieta nieposiadająca upoważnienia na praktykę położniczą od władzy. Wkrótce po porodzie dziecko umiera. Z powodu zaszłego podejrzenia o dzieciobójstwo, sąd zarządza śledztwo, które wykazuje, że dziecko urodziło się żywym, że bardzo mocno skrwawiło pieluszki, którymi było owinięte, i nawet pościel łóżka, na którym spoczywało; oglądacz zwłok zaś zwrócił uwagę na niezwykłą bladłość powłok zmarłego noworodka. O zaniedbanie dziecka przy porodzie pociągniętą została do sądowej odpowiedzialności owa kobieta, która przywołana do zmarłego dziecka trupek jego wykapała, a skrwawione pieluchy wyrzuciła. Zawiadomiony o wszystkim sąd w 3 tygodnie zarządza ekshumację zwłok i sekeyę takowych. Obducenci na nieodtajanych zwłokach dokonywają badania sądowego, prócz ogólnej anemii, znajdują jakoby przekrwienie mózgu i płuc; na pępownie zaś łatwo przesuwalną podwiązkę. Mimo to, a także mimo iż prócz powyższych zeznań świadków, znany im jest fakt, że nieznaczny nawet upust krwi może spowodować śmierć noworodka, a także fakt, iż ta sama akuszerka już w trakcie śledztwa tak źle podwiązała pępwinę innemu noworodkowi, iż ten ledwo zostaje uratowany, dzięki wczesnemu spostrzeżeniu tego błędu — mimo to wszystko wrzekome przekrwienie płuc i mózgu uznają za przyczynę śmierci, nie mogąc jednakowoż wykazać co spowodowało te zmiany, przypuszczają, iż mogły powstać dzięki wadliwemu ułożeniu dziecka w czasie porodu.

Wobec takiej rażącej sprzeczności tego orzeczenia z wynikami uprzedniego śledztwa, sąd zażądał orzeczenia dwóch innych znawców lekarzy, którzy na podstawie aktów sprawy i protokołu sekeyi, wykazawszy bezpodstawność pierwszego orzeczenie, orzekli, że dziecko zmarło wskutek skrwawienia przez źle podwiązaną pępwinę.

Z powodu danego przypadku autor wypowiada swoje uwagi o wadliwym urządzeniu sanitarnem Galicji pod względem braku dostatecznie wykwalifikowanych położnych. Dzięki wadliwemu opatrywaniu pępownicy, zdaniem autora, pomiędzy 5—15 dniem do 90% noworodków ginie ze skrwawienia, tężca lub ropnicy.

**Ciąglewicz St. W sprawie wątpliwości w orzeczeniach sądo-wo-lekarskich.** Przegl. lek. str. 57.



Z powodu odnośnego artykułu Dr. I. KADYJEGO (Prz. lek. N. 52 r. z.) autor wypowiada kilka uwag co do orzeczeń sądowo lekarskich w wątpliwych przypadkach, dotyczących uszkodzeń ciała, objętych §§ 152 i 155 kodeksu austriackiego, przy czem powołuje się na dotyczące kwestyi zdania CASPER'a, LIMANN'a i HOFFMANN'a. Rzecz nienadająca się do streszczenia na tem miejscu.

**Blumenstok L. (Halban). Śmierć ze wstrząśnienia mózgu, czy z uduszenia przez ucisk na klatkę piersiową?** Przegl. lek., str. 369 i 381.

Martwe ciało posługacza łaźni I. T., noszące ślady uszkodzeń, znaleziono w basenie łaźniennym. O zbrodnię morderstwa posądzono dwóch braci I. i D. Ch. Sąd przysięgłych uznał winnym tylko D., brat drugi został uniewinniony. Przy śledztwie, zarządzonym przez najwyższy sąd kasacyjny, okazały się poszlaki i przeciw I. Ch. W sprawie tej nie zupełnie zgodnie orzekało aż 6 znawców. Wobec wątpliwości, jakie stąd wynikały, akta sprawy odesłano Wydziałowi lekarskiemu do ostatecznego orzeczenia.

Wynik oględzin sądowo lekarskich, dokonany przez lekarza i t. zw. chirurga, był następujący. Prócz znacznego zmacerowania naskórka na rękach i stopach, przy oględzinach zewnętrznych okazały się: dwa duże sińce jeden na lewej stronie czoła, drugi na lewej skroni, sine podbiegnięcia obu powiek z 1 ctm. długą raną na prawej powiece; kompletne rozdarcie prawego przewodu nosowego i zdruzgotanie prawej kości nosowej; 3 ctm. długa, do okostnej dochodząca, rana poprzeczna na ciemieniu; poniżej prawego guza ciemieniowego rana do okostnej dochodząca, 4 ctm. długa, o zgniecionych obrzękłych brzegach; wreszcie po lewej stronie nad szwem skroniowym boczny guz ciastowaty wielkości połowy jaja kurzego. Przy oględzinach wewnętrznych znaleziono objawy przekrwienia i obrzęku mózgu, obrzęk płuc; płynną krew w sercu; złamanie mostka między przyczepieniem 3 i 4 żeber z odłamaniem blaszki okostnej wewnętrznej tegoż i krwawem podbiegnięciem w miejscu złamania; symetryczne złamania wymienionych żeber w liniach pachowych, żołądek zawierał trochę szarawego płynu i powietrza; tchawica i oskrzela wolne od wody.

Na podstawie znalezionych danych obducenci orzekli, że denat zmarł śmiercią gwałtowną, a ostateczną przyczyną jej było uduszenie.

Wszystkie uszkodzenia powstały za życia i zadane zostały morderczą ręką zapomocą kija lub kamienia (na twarzy i głowie), albo kamieniem lub kolaniem (złamanie mostka); odtwarzając opisem scenę morderstwa obducenci przypuszczają, że najprawdopodobniej ofiara pobita narzędziem tępem na stopniach łaźni, straciwszy przytomność zmysłów wskutek wstrząśnienia i przekrwienia mózgu, popadła w stan asfityczny, w którym została po niejakiem czasie wrzucona do wody. Możliwą rzeczą jest, iż złamania 4 żeber i mostka powstało wskutek zrzućcia ciała z wysokości na krawędź schodów. Brak wody w żołądku i dro-



gach oddechowych, zdaniem pierwszych rzeczoznawców, wykluczać ma utopienie. Obrzęki i skrzepy krwi, znalezione w miejscach uszkodzeń ciała, świadczą według nich o tem, że między zaczepieniem J. S., a śmiercią upłynęło 10—15 minut.

Orzeczenia dwukrotne, wezwanych za każdym razem po dwóch, lekarzy sądowych nie zgadzały się z pierwotnem orzeczeniem i pozostały wątpliwości co do ostatecznej przyczyny śmierci, a względnie, czy denat żywym jeszcze, czy po śmierci wrzucony został do wody. Jedni z rzeczoznawców utrzymywali, że w danym przypadku miało miejsce wstrząśnienie mózgu i t. zw. *shock*, powstały wskutek gwałtownego złamania żeber i mostka.

Wydział lekarski orzekł na podstawie przesłanych aktów sprawy przeczem zwrócił uwagę na dwa ważne zeznania świadków: 1) 6-letniego synka denata, który spał w łaźni i widział, jak dwaj bracia I. i D. Ch. bili po głowie i gniotli kolanami pijanego jego ojca, a potem wrzucili do wody. A drugi: 2) przechodzeń, który, widząc późno w noc światło w łaźni, zajrzał przez okno i widział, jak dwaj ludzie znosili do wody ciało człowieka. Świadek ten zgłosił się ze swem zeznaniem dość późno, bo już w toku sprawy. Zeznania dziecka, badanego kilkakrotnie, nie zupełnie zgadzały się ze sobą i z początku obciążały tylko D. Ch., ponieważ żona I. Ch. obdarzyła dziecko i namówiła, aby przeciw jej mężowi nie zeznawało. Ztąd pierwotne uniewinnienie I. Później atoli malec twierdził, że ojca bili obaj bracia Ch.

Wydział lekarski orzekł, dostatecznie umotywowawszy swoje twierdzenia, że ostateczną przyczyną śmierci gwałtownej I. T. było uduszenie, wywołane przez silne przyeiskanie klatki piersiowej kolanami, który to gwałt zupełnie wystarcza do sprowadzenia szybkiej śmierci, zwłaszcza u pijanego i śpiącego. Stanowcze orzeczenie, czy I. T. za życia, czy po śmierci wrzucony został do wody—jest niemożliwem, albowiem brak wody w drogach oddechowych i żołądka niekoniecznie wyklucza uduszenie w niej, czyli utonięcie; jednakowoż świadczy o tem, że denat dostał się do basenu w stanie bezdechu (asfiksji) i nieprzytomności, co mogło nastąpić wskutek ciężkich obrażeń głowy i kl. piersiowej. Najprawdopodobniej śmierć nastąpiła przed wrzuceniem do wody.

Śmierć ze wstrząśnienia mózgu wyklucza się w danym przypadku brakiem uszkodzeń czaszki i naczynek śródczaszkowych, a wreszcie obecnością wystarczającej przyczyny śmierci w duszeniu i uduszeniu, wobec czego zbytecznem jest conajmniej szukanie przyczyny w przypuszczeniu wstrząsu.

W końcu autor robi pouczające uwagi, jakie nasunęły mu się z powodu orzeczeń 6-iu rzeczoznawców, wykazując, o ile i dla czego były błędne. Między innymi przypomina znaną prawdę, że w obecnym stanie nauki stanowcze rozpoznanie śmierci z utonięcia jest niemożliwe. Radzi ostrożnie orzekać o śmierci ze wstrząśnienia mózgu, wobec wykazanej i uchwytnej innej przyczyny. Nakoniec daje wskazówki, jak oce-



niać wiarogodność zeznania świadków, zgłaszających się późno, a także zeznania wogóle dzieci. W danym razie niepodobna było odmówić wiarogodności zeznaniom 6-letniego dziecka, ponieważ najlepiej tłumażyły one całe zajście i nie stały w sprzeczności z doświadczeniem sądowno-lekarskim.

**Rybicki St. Czy usiłowanie spędzenia płodu miało miejsce.** Med. str. 23, 37 i 52.

Kobieta powtórnie zameżna, mająca z pierwszego małżeństwa kilkoro dzieci, żyjąc z drugim mężem, kilkakrotnie roni. Opinia publiczna danego miasteczka posądza ją o sztuczne przerywanie ciąży. W tym stanie rzeczy dostaje ona objawów zapalenia otrzewnej, co występuje po badaniu jej przez akuszerkę. Druga akuszerka, powziąwszy przy badaniu chorej przekonanie, że poprzedniczka usiłowała spędzić płód, zawiadamia o tem władzę. Chorą bada różnymi czasy aż 4 lekarzy już to jako leczący ją w chorobie, już jako rzeczoznawcy sądowi. Opinie ich, jakkolwiek niezupełnie zgodne ze sobą, obciążają obwinioną, która, jakoby w celu przerwania ciąży, miała wprowadzić drut do pochwy i wywołać chorobę. Autor, wezwany przez sąd, zbadał chorą, zwrócił szczególną uwagę na guz w prawej pachwinie, o którym mimochodem w orzeczeniu swem wspominał jeden z poprzednich znawców; guz ten autor uznał za uwięźniętą przepuklinę i wbrew opinii poprzedników wyraził zdanie, że ona to jest przyczyną choroby. Nie wykluczając możliwości, że ciąża w danym razie istnieje, narazie przypuszczał, że powiększenie macicy zależy od stanu zapalnego jej mięszsu. Przypadek zakończył się śmiercią, a sekcya sądowa, dokonana przez autora, wykazała, że macica zawierała nieuszkodzone jajo płodowe w 4-ym miesiącu; żadnych zaś śladów usiłowania spędzenia płodu ani badanie za życia, ani oględziny pośmiertne nie wykryły. Guz w pachwinie okazał się przepukliną, zrosniętą z kanałem pachwinowym, uległą zgorzeli i komunikującą się z jamą ropiejącą w ścianie brzucha. Wobec tego dochodzenie sądowe zostało zaniechanem.

Autor, analizując dany przypadek, wypowiada kilka uwag na temat, że lekarz sądowy nie powinien przystępować do badania ze zgóry powziętem zdaniem, narzuconem, jak w danym przypadku, przez opinię publiczną.



## XIX. HYGIENA—EPIDEMIOLOGIJA—SZPITALNICTWO— STATYSTYKA I SPRAWOZDANIA.

Sprawozdawca

J. Świeżyński.

**Pietrzycki A. Szkoła i jej wpływ przeważny na powstawanie i szerzenie nagminnego zapalenia gruczołu zausznego.** Przegląd lekarski str. 110, N. 9.

Autor na podstawie praktyki dochodzi do wniosku, że szkoła ma wpływ na powstawanie i szerzenie się nagminnego zapalenia gruczołu zausznego, jeżeli nie absolutny to przeważny, ponieważ w wypadku, który opisuje w pracy, obserwował omawiane zapalenie wyjątkowo tylko u dzieci szkolnych, a lecząc tę samą chorobę w innej miejscowości zauważył, że chociaż nie tylko dzieci szkolne, ale przeważnie one, stosunek bowiem ostatnich do nieszkolnych był jak 5:2 cierpieniu temu ulegały.

**Ponikło S. Projekt assanacyi Zakopanego.** Przegląd lekarski str. 475, N. 39.

W Sierpniu roku sprawozdawczego w Zakopanem odbyło się posiedzenie grona lekarzy miejscowych w celu omówienia spraw assanacyjnych, jakieby przeprowadzić należało dla zagwarantowania dalszego rozwoju Zakopanemu. Omawiano kwestyje urządzenia mieszkań, zapewnienia wzorowej wody do picia, czyszczenia placów i dróg, osuszenia bagnisk, dalej sprawę rozporządzenia odpadkami, poczem wydelegowano komisyję, która wygotowała szczegółowy projekt, jak i w jaki sposób wspomniane ulepszenia w życie wprowadzić.

**Ponikło S. Hygieniczna doniosłość nowej ustawy państwowej, „o budynkach przeznaczonych na mieszkania dla robotników“.** Przegląd lekarski str. 122, N. 10.

W artykule omawia autor doniosłe znaczenie nowej ustawy państwowej w Austrii, według której wszelkie budynki, wyłącznie dla robotników budowane, nie zawierające przytem suterenu, z określoną dokładnie przez ustawę powierzchnią, zajmowaną przez jedno mieszkanie (*minimum* 15 metrów kwadratowych) z określonym także przez tę ostatnią czynszem najwyższym mieszkalnym od 1 metra kwadratowego powierzchni (w Wiedniu rocznie 1,75 zł. r. od 1 metra) będą wolne przez lat 24 od wszystkich podatków, co umożliwi klasie robotniczej pozyskanie zdrowych, przyzwoitych i tanich mieszkań.



**Cybulski N.** Mleko wapienne jako środek dezynfekcyjny. Przegl. lek. str. 522, 31, 43.

Na początku artykułu mówi autor o znaczeniu urządzeń sanitarnych i dezynfekcji w celu zapobiegania szerzeniu się epidemii. Wylicza autor dalej środki dezynfekcyjne i zatrzymuje się nad mlekiem wapiennym, środkiem jakoby dezynfekcyjnym, wprowadzonym i stosowanym na szeroką skalę podczas ostatniej epidemii, przytacza rezultaty badań nad mlekiem wapiennym PHUL'a i GИAXA, z których wypływa, że mleko wapienne może służyć do dezynfekcji wypróżnień cholerycznych i tyfusowych chorych, nie działa jednak na inne rodzaje bakterij chorobotwórczych. Powątpiewając na zasadzie tych wyników w skuteczność mleka wapiennego w walce z bakteryjami, przeprowadza autor doświadczenia nad błotem, braniem z ryszotoku, polanego tym środkiem i dochodzi do wniosku, że polewanie ryszotków niema najmniejszego celu, ponieważ mleko nie zabija bakterij gnilnych. Chcąc się przekonać, czy rzeczywiście omawiany środek ma zabójcze znaczenie dla bakterij cholerycznych i tyfusowych—miał autor przeprowadzić badania nad błotem, zakażonym przez bakterje choleryczne, uwolniły go od tego jednak nowe doświadczenia PHUL'a, który doszedł do wniosku, że przy polewaniu mlekiem kału cholerycznego, zabija się tylko część przecinków, co znowu budzi podejrzenie co do dokładności badań, ponieważ niewiadomo w jaki sposób odróżnia PHUL bakterje martwe od żywych. Opierając się na wyżej przytoczonych danych nie radzi autor stosować w sposób dotąd praktykowany mleka wapiennego do dezynfekcji ryszotków i poczytuje za więcej celowe częste zlewanie tych ostatnich wodą.

**Tchórznicki J.** Czyszczenie pieniędzy. Zdrowie str. 414, N. 85.

Autor, zaznaczając, że bakterjologowie znaleźli w kurzu, osiadającym na monetach, zarodki najróżnorodniejszych chorób, radzi i podaje sposoby czyszczenia pieniędzy, wyraża życzenie, aby uskuteczniały to kassy państwowe i publiczne, a także osoby, np. lekarze, u których zanieczyszczenie rąk może pociągnąć za sobą niepożądane skutki.

**Kohn E.** Opis sanitarny przędzalni wełny czesankowej Peltzer et fils w Częstochowie. Zdrowie str. 195, 252, 299, N. 80, 81, 82.

Praca obejmuje wiadomości co do położenia fabryki ilości budynków fabrycznych, podziału ich na oddziały, oświetlenia, urządzeń sanitarnych t. j. wodociągów, kanałów, filtrów i ustępów, wiadomości o fabrykacji i o zarządzie fabryki; dalej następują wiadomości o robotnikach, zebrane od 600 robotników, badanych przez autora, a mianowicie dane co do płci pracujących, wieku, wzrostu, odżywiania i wykształcenia. Wyprowadzwszy na zasadzie tych danych wnioski, że w fabryce przeważa liczba robotników niepełnoletnich (43,2% ogólnej liczby) że kolosalną jest liczba kobiet niezamężnych (74%), niezonatych mężczyzn tylko 56%, że wyniki badań co do odżywiania były pomyślne



(52% odżywiania miernego, 44,6% dobrego) i w końcu, że pod względem wykształcenia mężczyźni stoją wyżej (umiejących czytać i pisać mężczyzn 51,6%, kobiet 15,4<sup>0/0</sup>) przedstawia autor wiadomości o zarobkach i wypłatach, nagrodach i karach, o rozkładzie godzin pracy, mieszkaniach i żywieniu się robotników. Dalej następuje opis sklepu spożywczego, szkoły, łaźni, kasy oszczędności. Kończy autor pracę podaniem wiadomości co do pomocy lekarskiej, ilości udzielonych porad lekarskich w ambulatoryjum, w mieszkaniach robotników przy fabryce i w mieście, wiadomości co do rodzaju chorób, z załączeniem tablic, z których wypływa, że pierwsze miejsce zajmują cierpienia kanału pokarmowego, drugie—dróg oddechowych, a trzecie—obrażenia ciała. W końcu do opisu dodaje autor pewne desideraty, jakie dla dobra robotników powinny fabryka uskutecznić.

**Malinowski A. Zalety i wady warszawskiego mleka sterylizowanego.** Zdrow. str. 243, N. 81.

Na początku pracy podaje autor skład chemiczny mleka kobiecego i zaznacza, że to ostatnie, chociaż czyni zadość wymaganiom co do składu chemicznego, nie zawsze jednak bywa dobrze trawionem przez ssawca. Tłumaczy autor fakt ten przyjmowaniem przez karmiącą pewnych pokarmów, które, nie wywierając wpływu na skład mleka co do głównych jego składników, czynią go jednak nieodpowiedniem dla ssawców (Pokarmy kwaśne—neutralizując sole zasadowe, niezbędne dla dziecka). O ile dyjeta kobiety karmiącej, pisze autor dalej, o tyle i pożywienie krowy wpływa na wartość trawienną mleka i z tego to powodu zarzuca autor SOXHLETOWI, twórcy mleka sterylizowanego, że na ten fakt uwagi nie zwrócił. Mleko bowiem krowie, chociaż pozbawione bakteryj, ze względu na swój skład i ilość soli zasadowych może być jednak nieodpowiedniem dla ssawców. W końcu w streszczeniu podaje autor swe zapatrywania na wartość trawienną i odżywczą mleka sterylizowanego, zaznacza, że mleko sterylizowane nie zawsze w praktyce zadawalniało jego zaufanie i dziwi się propagowaniu u nas karmienia mlekiem sterylizowanym bez zwrócenia uwagi na sposób karmienia krów, jakoś paszy i części składowe mleka krowiego.

**Sznabl J. Uwagi nad zdrowotnością rasy semickiej w Warszawie.** Med. str. 49, N. 4.

Z porównania warunków sanitarnych w niektórych cyrkulach miasta Warszawy i zestawienia śmiertelności w tychże dzielnicach za rok 1890-ty wypływa, że cyrkuł bieleński odznacza się najmniejszą śmiertelnością, mając mniej więcej najgorsze warunki sanitarne. Autor zaznaczając, że złe warunki sanitarne nie stanowią jedynych i najbliższych przyczyn chorób, że usposobienie indywidualne, a także rasowe ważną tu rolę odgrywa, przypisuje nieznaną śmiertelność w cyrkule bieleńskim, zamieszkałym w 0,9% przez żydów, różnym zwyczajowym i obyczajowym urządzeniom, panującym u żydów, a mającym jakoby na celu względy zachowania zdrowia.



**Tchórznicki J. i Papée. O rzezi i rzeźniach.** Zdrowie str. 51, N. 77.

Pracę swą rozpoczynają autorowie od zaznaczenia, że kontrola rzezi w Królestwie istnieje tylko na papierze, że wszystkie prawie rzeźnie znajdują się w rękach żydów, którzy dopuszczają się różnych nadużyć, oddając chore i złe mięso chrześcijanom, dalej, że rzeźnie w Warszawie i na prowincyi nie tylko nie odpowiadają wymaganiom higieny, ale są „zbiornikiem zgnilizny z krwi i odpadków“. Po tym wstępie następuje szczegółowy opis rzeźni Krakowskiej, dane co do ilości bitego rocznie bydła i wypadków chorobowych, rozpoznanych u zwierząt i w końcu dane co do opłat i akcyzy. Kończą pracę autorowie, zaznaczając, że urządzenie rzeźni Krakowskiej nie odpowiada jeszcze wszystkim stawianym przez higienę wymaganiom, że brak jej dobrze urządzonego ścieku kanałowego i dostatecznej ilości wody, potępiają wygórowane opłaty od bitego inwentarza, co prowadzi do odbywania się rzezi pokątnie w mieście lub za rogatkami.

**Polak J. Określenie higieny i jej stanowisko w klasyfikacji nauk.** Zdrowie str. 2, N. 76.

Autor przytacza określenia higieny, wygłaszane od XVII wieku, w którym to czasie higienę, jako odrębną naukę, traktować zaczęto, przez adeptów higieny i filozofów, kończąc na najnowszych poglądach, poczem dochodzi do wniosku, że higijena ani ustalonej definicyi, ani ośreślonego stanowiska w klasyfikacji nauk nie posiada. Fakt ten objaśnia nam autor niezmiernie złożonym charakterem higieny, w skład której wchodzi z jednej strony nauki, studjujące ustrój ludzki, z drugiej statystyka i meteorologija, budownictwo i inżynierija, chemija i prawo. Jako jedyną podstawę określenia higieny pożytuje autor jej cel i dlatego tłumaczy sobie rozpowszechnienie ośreślenia higieny, jako nauki o zachowaniu i udoskonaleniu zdrowia; mając jednak na względzie, że wyraz „zdrowie“ jest bliżej nieokreślonym, proponuje nazywać higienę nauką o ochronie i udoskonaleniu ustroju. Chcąc dać stanowisko higienie w klasyfikacji nauk, powoduje się autor potrzebami, które człowiekiem kierowały, gdy tworzył naukę. Ideałem człowieka jest szczęście, warunkiem do szczęścia zdrowie, później dostatek, poczem dopiero zjawiają się dążenia idealne. Opierając się na tem, dzieli autor nauki na grupy i zalicza higienę do grupy pierwszej, ekonomiję—do drugiej i t. d. (patrz w oryginale).

**Bujwid O. Woda warszawska woboc grożącej epidemii cholery oraz woda studzienna.** Gaz lek. str. 850, N. 40.

Zaznaczając, że dowiedzionem nie zostało, ażeby woda z większych rzek stała się kiedykolwiek przenośnikiem zarazy, że nawet w wodzie rzek małych np. Giełzwi przepływającej w Biskupicach, nie udało się podczas epidemii znaleźć zarazka, dalej że liczne badania wody warszawskiej wodociągowej nigdy chorobotwórczych bakterij nie wy-



kazały, dochodzi autor do wniosku, że woda wodociągowa daje pewność czystości i podczas epidemii może być używaną nawet bez przegotowania. Inaczej ma się rzecz z wodą studzienną. Na podstawie licznych badań twierdzi autor, że tylko woda z tak zwanych studzien abisyńskich jest prawie zupełnie wyjałowiona, woda zaś ze wszystkich innych studzien zawierała bakterie gnilne i często w dużej ilości. Z tych powodów odradza autor używania wody studziennej nieprzegotowanej i zwraca jednocześnie uwagę, że woda przegotowana, stojąc w otwartym naczyniu może uleść zakażeniu, od czego chronią wodę zamknięte naczynia z kranem.

**Tchórznicki J. Przygotowania sanitarne w osadach i wsiach wobec epidemii cholery.** Zdrowie str. 334. N. 83.

W pracy przedstawione są rady, jak zorganizować w powiatach władzę, której obowiązkiem byłoby przeprowadzenie ulepszeń sanitarnych wobec epidemii i wskazówki, w jaki sposób i jakie ulepszenia sanitarne powinny być w miasteczkach, osadach i wsiach przeprowadzone. Do pracy dołączony jest plan kompostowego ustępu.

**Natanson L. Hygijena praktyczna.** Warszawa r. 1892.

Książka składa się z dwóch części. Część pierwsza obejmuje wstęp i rozdziały: o odżywianiu organizmu, napoju, bodźcach, wydzielinach, oddychaniu, potrzebie utrzymania ciepła, potrzebie ochrony od zewnętrznych wpływów szkodliwych; część druga obejmuje rozdziały: o potrzebie spełniania czynności organów, potrzebie wywierania energii, potrzebie utrzymania rodzaju, pielęgnowaniu dziecka, wychowaniu i ostatni o zadaniach higieny społecznej. Praca ta do krótkiego streszczenia na tem miejscu nie nadaje się.

**Przewóski E. Sprawozdanie z wycieczki do Lublina i okolic w celu rozpoznania natury panującej tam epidemii.** Gaz. lekar., str. 825, N. 40.

Wspomniawszy, jak ważną jest rzeczą rozpoznanie pierwszych przypadków cholery azyjatyckiej przy rozpoczynającej się epidemii i zarazem jak łatwo popełnić jest błąd przy różniczkowym rozpoznaniu trzech stanów patologicznych, a mianowicie: cholery azyjatyckiej, cholery swojskiej i przypadków przy pewnych zatruciach, rozbiiera autor te trzy stany, opierając się na własnej obserwacji i badaniach, przeprowadzonych podczas wycieczki i wiadomościach, zaciągniętych od lekarzy, ordynujących w Lublinie i Biskupicach, ze strony klinicznej, anatomo-patologicznej (kładzie autor nacisk na obecność lepkiego płynu ciągnącego się, na powierzchni błon surowiczych u zmarłych na cholere azyjatycką), bakteriologicznej i epidemiologicznej i wyprowadza odpowiednie wnioski.



**Szwajcer.** O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w roku 1889 w Warszawie. Gaz. lek., str. 368, 387, 412, 435, 450.

Patrz dział X. Choroby zakaźne.

**Bujwid O.** Kilka słów o początku obecnej epidemii cholery w Królestwie Polskiem. Now. lek., str. 589, N. 12.

Autor wskazuje na przypuszczalny sposób dostania się epidemii do Biskupie, wioski, położonej w gub. Lubelskiej, wylicza miejscowości, do których cholera z Biskupie zawleczoną została, wspomina o pierwszych przypadkach cholery w Warszawie i wkońcu przechodzi do rozstrzygnięcia pytania, czy zakażenie przez przecinki choleryczne większych zbiorników wody, większych rzek jest wogóle możliwem i rozstrzyga pytanie twierdząco; przytem podaje autor metodę poszukiwań zarazka w wodzie.

**Ciemniewski.** Tyfus wysypkowy w Warszawie. Zdrowie, str. 295, N. 82.

Autor porównyjuje śmiertelność w Warszawie z tyfusu wysypkowego w r. 1892 i w pięciu latach ubiegłych w stosunku do tegoż roku. Z porównania tego wypływa, że w r. 1892 śmiertelność z tyfusu wzniosła się znacznie (w przeciągu 5 lat 82 wypadki śmiertelne, w przeciągu pierwszych pięciu miesięcy 1892 r.—85). Oprócz tego przedstawia autor dane co do wieku zmarłych, mianowicie w przeciągu wspomnianych lat pięciu śmiertelność największą była u osób w wieku od 40 — 60 lat i bardzo małą u dzieci do lat 5. W roku zaś 1892 stosunek ten pozostał w ciągu pierwszych trzech miesięcy, w ostatnich dwóch śmiertelność wśród dzieci była znaczną, a u osób od lat 60 większą, aniżeli w innych kategoriach. Największa śmiertelność miała miejsce w dzielnicach przez żydów zamieszkałych.

**Danielewicz S.** Z historii cholery w 1892 roku. Zdrowie, str. 405, N. 84.

Droga żelazna Zakaspijska, według autora, łącząc centralną Azyję z Europą, połączyła Europę z niewyczerpanymi źródłami chorób zaraźliwych. Droga była skończoną w 1888 roku, w 1889 mieliśmy influencję, a w 1892 cholere. Rozszerzeniu cholery sprzyjał głód we wschodnich guberniach Rosyi i urodzaj na Kaukazie, wskutek czego miała miejsce emigracya z gubernij wschodnich na Kaukaz i powrót emigrantów do rodzinnych gubernij z chwilą wybuchnięcia cholery. Wkońcu przypisuje autor emigracyi żydów zjawienie się cholery w Hamburgu, Kiel, Antwerpii, Hawrze i przypuszcza, że niedługo usłyszymy o cholercie w Ameryce, t. j. w krańcowych punktach żydowskiej emigracyi.

**Szwajcer I.** Pierwszy przypadek cholery azjatyckiej w Warszawie. Med., str. 657, 676, N. 41, 42.

Patrz dział X. B. Choroby zakaźne.



**Skabieczewski K.** Krótki rys epidemii cholery azyjatyckiej w gubernii lubelskiej w roku 1892. Zdrowie, str. 487, N. 87.

Praca obejmuje liczbowe dane co do ilości zachorowań na cholere i ofiar, zabranych przez nią w powiatach: lubelskim, lubartowskim, nowoaleksandryjskim, hrubieszowskim, janowskim, chełmskim, zamojskim i w samym Lublinie. Do pracy dołączone są tablice graficzne, wykazujące liczbę przypadków zachorowania w pojedynczych dobach i śmiertelność dla każdego okresu, na drugiej zaś tablicy zachorowania według ulic w Lublinie. Dalej w pracy tej przedstawione są rezultaty badań wody w 8 studniach miejskich. W końcu, zaznaczywszy, że dezynfekcyjja i izolacyjja stanowiły główne środki zapobiegające szerzeniu się epidemii, podaje autor ilość zdezynfekowanych domów i ilość izolowanych osób.

**Bujwid O.** Bakteryjologiczne badanie epidemii cholery w Biskupicach, w gub. lubelskiej. Gaz. lek., str. 764, N. 35.

Autor podaje rezultat badań, przeprowadzonych nad wypróżnieniami, pochodzącymi od chorych z Biskupic. Wspomniawszy dalej o własnościach biologicznych i cechach morfologicznych zarazka, wskazuje najodpowiedniejszy sposób przesyłania preparatu (wypróżnień) w celu badania; w końcu artykułu rozbiera autor pierwszy przypadek cholery w Biskupicach epidemijologicznie.

**Biernacki E.** Cholera w Lublinie. Sprawozdanie z wycieczki, odbytej w dniu 21, 22 i 23 Września roku bieżącego. Gaz. lek., str. 837, N. 40.

Na podstawie danych, zebranych od lekarzy lubelskich, podaje autor wiadomości co do pierwszych przypadków cholery w Lublinie, rozwoju i głównego siedliska epidemii, z dołączeniem szematycznego planu miasta Lublina i wykazaniem higienicznych warunków w zagarniętych przez epidemiję dzielnicach miasta, dalej wiadomości co do urządzeń, zaprowadzonych w szpitalach z powodu epidemii, wzmianki o energicznej działalności lekarzy lubelskich, władzy lekarskiej i dwóch komitetów: chrześcijańskiego i żydowskiego; w końcu wiadomości o środkach i sposobach dezynfekcyj w szpitalach i mieszkaniach prywatnych.

**Janowski W.** Przebieg cholery azyjatyckiej w Warszawie wciągu pierwszych dziesięciu dni po jej ukazaniu się Gazeta lekarska, str. 869, N. 41.

Autor podaje imiona, nazwiska i miejsce zamieszkania 35 osób, które zachorowały na cholere wciągu dni 10 po jej ukazaniu się, rozbiera niektóre przypadki ze strony epidemijologicznej i bakteryjologi-



cznej i wspomina o środkach, stosowanych przez urząd lekarski w celu zapobieżenia szerzeniu się zarazy.

**Janowski W. Badanie bakteriologiczne pierwszych dwóch przypadków cholery w Warszawie.** Gaz. lek. str. 852, N. 40.

W pracy przedstawione są rezultaty badań bakteriologicznych dwóch pierwszych przypadków cholery, obserwowanych w szpitalu Dzieciątka Jezus w dniu 24 września roku sprawozdawczego i szpitalu zapasowym w dniu 28 września tegoż roku.

**Polak J. Stan sanitarny Warszawy w roku 1891.** Zdrowie str. 420, N. 86.

Artykuł ten obejmuje sprawozdanie z czynności i ulepszeń sanitarnych dokonanych w Warszawie w roku 1891. Zawiera on statystykę urodzeń, śmiertelności i przyrostu ludności, chorób zakaźnych w szpitalach, działalność komitetu sanitarnego (ankieta sanitarna wszystkich mieszkań) ulepszenia zaprowadzone w mieście, działalność stacyi szczepienia ospy (7503 szczepień bezpłatnych) i stacyi szczepienia wścieklizny (ilość leczonych 372), wykaz rozbiorów dokonanych w pracowni higienicznej miejskiej (268 rozbiorów), działalność komitetu lekarsko-policyjnego (domy publiczne, prostytutki); w końcu wykaz liczbowy lekarzy, felezerów, akuszerok, dentystów, masażyistów, personelu farmaceutycznego, dalej wykaz liczbowy chorych, leczonych w prywatnych domach zdrowia, w zakładach gimnastyczno-leczniczych i prywatnych schronieniach dla ciężarnych i rodzących.

**Klarner Sz. Niejakie wskazówki co do chorobliwości naszej ludności.** Zdrowie str. 423, 457.

W artykule tym, na podstawie pięcioletniego materiału z wolnej praktyki, przedstawione są dane porównawcze co do chorobliwości, żydów, chłopów i mieszczan. Zaznaczywszy, że największy odsetek chorób wogóle przypada na choroby ostre, wpośród których pierwsze miejsce zajmują choroby zakaźne, podaje autor tablice z wykazem odsetków dla poszczególnych chorób u żydów, chłopów i mieszczan. Z zestawienia tych danych wyprowadza autor wnioski, że u żydów częstszymi są, aniżeli u chrześcijan przypadki gruźlicy płuc, ostrych chorób dróg pokarmowych, chorób kobiecych, neurastenii, zołzów, krzywicy, tyfusów, odry i szkarlatyny, u chrześcijan natomiast częstszymi choroby ostre dróg oddechowych, gościec, chirurgiczne przypadki, choroby skórne; jednocześnie przytacza autor przypuszczalne tłumaczenie tego faktu. Do artykułu dołączone są z odpowiedniami objaśnieniami dwie tablice: 1) dotycząca wieku chorych, 2) wahań w natężeniu chorobliwości w pojedynczych miesiącach roku.

**Ciemniewski M. Śmiertelność z zapalenia płuc w Warszawie w ciągu okresu 6-io letniego (1886—1891).** Zdrowie str. 375, N. 84.



Praca, oparta wyłącznie na liczbach; do streszczenia na tem miejscu nie nadaje się.

**Danielewicz.** **Warszawska śmiertelność w 1891 roku.** (Według przyczyn śmierci). *Zdrowie* str. 344, 387, N. 83, 84.

Praca ścisła, oparta wyłącznie na cyfrach. Po szczegóły odsyła my do oryginału.

**Biegański.** **O zakładaniu pracowni klinicznych mikroskopowo-chemicznych przy szpitalach prowincjonalnych.** *Kron. lek.* str. 10, N. 1.

Autor, ubolewając nad fatalnemi okolicznościami, w jakich się znajdują lekarze praktycy na prowincyi, nieposiadający odpowiednich pracowni klinicznych, koniecznych dla ścisłego rozpoznania, opiera się na własnem doświadczeniu i proponuje urządzenie pracowni klinicznych przy szpitalach prowincjonalnych. Pracownię kliniczną dzieli autor na 3 oddziały: oddział mikroskopowy, chemiczny i bakteryjologiczny. Podając potrzebne do każdego oddziału przyrządy i odczynniki, oblicza koszt urządzenia całej pracowni na 500 r. Kompletować pracownię radzi autor w przeciągu lat 3—4, w przeciągu którego to czasu można zebrać fundusz potrzebny drogą dobrowolnych ofiar przy ambulatoriach szpitalnych, dalej koncertów i teatrów amatorskich, a wreszcie i z własnej kieszeni. W końcu mając na uwadze, że młodzi lekarze, wyjeżdżając po skończeniu uniwersytetu na prowincyję, nie mają potrzebnego wyrobienia i doświadczenia w klinicznem badaniu, rzuca autor myśl urządzenia przy Towarzystwie lekarskiem krótkoterminowych kursów z zakresu klinicznego. Zanim to jednak nastąpi zaleca lekarzom podręczniki, z pomocą których i własnej wytrwałości dojść do wprawy można a mianowicie: do badań mikroskopowych „*Mikroskopische Technik*“ FRIEDLAENDER'a, ostatnie wydanie EBERTH'a z roku 1889, do badań chemicznych WILCZKOWSKIEGO „*Podręcznik do badania moczu*“ z roku 1889, wydanie Krakowskie, do badań bakteryjologicznych wyczerpany już podręcznik JAKOWSKIEGO „*Grzybki chorobotwórcze*“, lub niemiecki podręcznik FRAENKELA.

**Sprawozdanie roczne z działalności lekarskiej zakładu ginekologicznego w Warszawie przy ulicy Hortensyja podane przez współwłaścicieli—ordynatorów zakładu.** *Medycyna* str. 3, 19, 33, 56, N. 1, 2, 3, 4.

Właściwe sprawozdanie poprzedza opis wewnętrznego urządzenia lokalu, w którym zakład się mieści, urządzeń lekarskich, metod przeciwniejących, a także środków opatrunkowych, stosowanych przy poważniejszych operacjach. Do zakładu za czas od 12 Października 1890 roku do tegoż dnia i miesiąca 1891 roku wstąpiło chorych 142. Bez leczenia z powodu niezgodzenia się na operacje opuściło zakład chorych 4. Z pozostałych 138 chorych 16 leczono środkami wewnętrznymi i zewnętrznymi, a 120 chorym uskuteczniiono rękocezyń operacyjne.



**Radziwiłłowicz R. Szpital dla obłąkanych w Tworkach.** Gaz. lek. str. 331, 353, N. 15, 16.

Autor zaznajamia czytelników z historią powstania i szczegółowym opisem wewnętrznego urządzenia szpitala. Praca ta do streszczenia w tem miejscu nie nadaje się, po szczegóły odsyłamy do oryginału.

**Szwajcer I. i Rembieliński St. O szpitalu zapasowym w Warszawie.** Zdrowie str. 156, N. 79.

Autorowie podają do wiadomości, że szpital zapasowy, otwierany dawniej tylko na kilka miesięcy zimowych z dniem 13 Lutego 1892 roku przeznaczonym został na szpital stały dla chorób zaraźliwych ostrych. Wspomniawszy o urządzeniu i warunkach zdrowotnych. (40,18 metr. sześć. powietrza na łóżko—przy 7,24 metr. kwadr. powierzchni), o składzie osobistym kierownictwa szpitala, zaznajamiają autorowie czytelników z regulaminem, obejmującym przepisy co do przyjmowania chorych zachowywania się ich w szpitalu, odwiedzania i wypisywania chorych, postępowania ze zmarłymi, przepisy co do obowiązków służby niższej, prania i dezynfekcyi, oraz wizyt lekarskich.

**Michalski St. Szpital dla obłąkanych w Tworkach pod Warszawą.** Zdrowie str. 97, N. 78.

W pracy z dołączeniem planu sytuacyjnego podane są wiadomości co do rozkładu zabudowań szpitalnych, położenia szpitala, sposobów zapatrywania szpitala w wodę, co do kanalizacji, urządzenia pralni, kuchni i opis urządzeń mechanicznych, oświetlenia elektrycznego i wentylacyi.

**Rybicki St. Szpital Ś-go Stanisława w Skierniewicach od dnia 1 Października 1872 roku do dnia 1 Kwietnia 1892. Przyczynek do historii szpitalnictwa krajowego.** Med. str. 609, 662, 694, N. 38, 41, 43.

Autor przedstawia dosyć wyczerpującą historję rozwoju szpitala Ś-go Stanisława, poczem przechodzi do wykazu działalności tej instytucyi za lat 19 $\frac{1}{2}$ .—Z tablic podanych dowiadujemy się: Chorych, którym uskuteczniiono ważniejsze operacyje przez cały ten czas było 199—z tych zmarło 12 (6%). Przeważającą liczbę stanowili chorzy na zakażenia, zatrucia i choroby krwi razem 103, zmarło 96; drugie miejsce zajmują chorzy, dotknięci cierpieniami dróg oddechowych 311—zmarło 72, trzecie miejsce dotknięci chorobami, będącemi następstwem uszkodzeń mechanicznych 318—zmarło 14, dalej „choroby zewnętrznych powłok ciała i gruczołów“ 278—zmarło 13, choroby narządów trawienia 222—zmarło 47 ostatnią z ważniejszych pozycyi zajmują choroby narządów moczopłciowych 176—zmarło 24. Ogółem było chorych 2201—zmarło 351. Znaczną śmiertelność tłomaczy autor wstępowaniem do szpitala wielkiej liczby chorych beznadziejnych. Średnia dzienna liczba chorych do roku 1886 wynosiła od 8 do 11 osób, od tego czasu dochodzi do 12 a nawet 14. Stosunek mężczyzn kobiet i dzieci przedstawiał się jak 12:8:1.



**Modrzejewski E.** Cesarski instytut medycyny doświadczalnej w Petersburgu. Gaz Lek. str. 313, N. 14.

Zaznajomiwszy czytelników z historją powstania Cesarskiego instytutu medycyny doświadczalnej mówi autor o celach, wewnętrznej organizacyi i w końcu o urządzeniach i składzie instytutu.

**Rybicki.** Sprawozdanie z IV zjazdu chirurgów w Krakowie w Lipcu roku 1892. Medycyna str. 536, 553, 585, 599, 630, 647, 668.

**Beck.** Sprawozdanie z IV zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w 1892 r. Przegl. Lek. str. 364, 376, 389, 400, 417, 424, 432, 443, 452, 463.

Szczegółowe sprawozdania z posiedzeń i streszczenia prac komunikowanych i dyskusyj—do streszczenia na tem miejscu nie nadają się.

**Obtułowicz.** II zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie. Przegl. Lek. str. 274, 290, N. 22, 23.

Opis posiedzeń i referaty dyskusyj—praca ta na tem miejscu do streszczenia nie nadaje się.

**Beck.** Drugi zjazd międzynarodowy fizjologów w Leodyum odbyty w dniach 29, 30 i 31 Sierpnia 1892 roku. Przegląd lekarski, str. 525, N. 43.

Referaty odczytów i dyskusyj i treściwy opis demonstrowanych eksperymentów—do streszczenia nie nadaje się.

**Borzęcki.** Drugi zjazd międzynarodowy dermatologów w Wiedniu. Przegląd lekarski str. 476, N. 39.

Autor podaje krótki szkic przebiegu zjazdu, i obiecuje sprawozdania z odczytów nadesłać później.

---

## XX. HISTORYJA MEDYCyny I ŻYCIORYSY.

Sprawozdawca

**H. Dobrzycki.**

---

**Rothe A.** Rys dziejów psychiatrii w Polsce. Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom LXXXVIII, zes. III i IV.

Praca ta, na źródłowych badaniach oparta, jest nie tylko obrazem dziejów psychiatrii u nas od najdawniejszych czasów aż po dziś dzień, lecz poniekąd i obrazem rozwoju wszystkich umiejętności i stanu oświaty u nas wogóle. Poprzedzona przedmową, uzasadniającą tezę, iż tylko



badania historyczne rzucają najlepsze światło na rozwój danej gałęzi wiedzy, dzieli się na XI rozdziałów. W pierwszych pięciu, zatytułowanych: „wstęp do historii psychiatrii w Polsce“, czasy chrześcijańskie, rozkwit umiejętności i medycyny, początek historii literatury chorób umysłowych, wiara w czarta i czary, oraz prześladowanie czarownic w Polsce — stara się autor przedstawić historyczny rozwój pojęć o chorobach umysłowych, a w tym względzie opiera się nie tylko na naszych, lecz i na obcych źródłach historycznych, zestawiając i porównując pomiędzy sobą ówczesny stan wiedzy wogóle, a pojęć lekarskich w szczególności.

Epoce przedchrześcijańskiej, oraz okresem czasu między rokiem 965-ym a początkiem wieku XIV, z natury rzeczy nie mógł autor dać wiele miejsca, jako dziejom zbyt niepewnym i całym szeregiem wieków od nas oddzielonym. Aczkolwiek o padacze i wścieklicznie już w dziełach z owej epoki znajdują się wzmianki, to jednak na zaburzenia umysłowe, na obłąkanych wcale uwagi nie zwracano. Dopiero wiek XVI wydał szereg autorów, w dziełach których można znaleźć ustępy, dowodzące, iż znane im były zboczenia umysłowe. Następne dwa wieki, pomimo zacofania, wydają cały szereg pisarzy (w odnośnych wyciągach przez autora przedstawionych), mających już nieco jaśniejsze pojęcie o rzeczy, a nawet tu i ówdzie pewna klasyfikacja cierpień umysłowych zarysowywać się zaczyna. Dzieła: JANA Z SZAMOTUL (JONSTONEM zwanego), ERNDTEL'a, F. L. LAFONTAIN'a, oraz PERZYNY, analizowane przez autora i w najważniejszych swych ustępach przytoczone, stanowią materiały do wyprowadzenia już pewniejszych wniosków o ówczesnym stanie wiedzy psychiatrycznej.

Rozdział: wiara w czarta i w czary i t. d., w którym przytoczona jest bulla Innocentego VIII, aby jaknajsurowiej prześladować czarownice, jasnym światłem rzuca światło na ówczesny stan pojęć i okrucieństwo ze strony, z której najmniej spodziewaćby go się należało.

Następne trzy rozdziały, a mianowicie: prawodawstwa polskie i litewskie i obłąkani, opętani, wreszcie przykłady prześladowania czarownic i sprawy o czary, mają na celu wykazanie stosunku prawa do obłąkanych, przedstawienie poglądów ówczesnych na zboczenia umysłowe i wynikię ztąd jakoby przestępne czyny, wreszcie atrybucyje sądów duchownych i świeckich w sprawach, dotyczących tej kategorii przestępców o czary pomówionych, a właściwie chorobom umysłowym uległych. Już statut wiślicki (r. 1347) rozciąga pewną opiekę nad obłąkanymi i wkłada obowiązek na otaczających ich, aby czuwali nad nimi i nie dopuścili do uczynienia przez nich krzywdy postronnym. Nadto, obłąkany (szalony) już z mocy prawa był ubezwłasnowolnionym: nie mógł pisać testamentu, oraz rozrządzać swą własnością. Nie uszło też uwagi prawodawcy to, iż tacy szaleni mogą powrócić do zdrowia, lub też napowrót uleść obłąkaniu. Cały szereg artykułów rzeczzonego statutu, poświęcony bliższemu określeniu kwestyi w mowie będącej, cechuje się wielką roztropnością prawodawcy, a chociaż Paweł SZCZERBA bardzo ostro krytykuje niektóre jego ustępy, to jednak, jak na ówczesny



stan wiedzy, prawodawstwu Kazimierza Wielkiego przewodniczą ideje humanitarne i dążność do zapewnienia bezpieczeństwa publicznego. Wogóle prawo ówczesne pojmowało już wtedy obłąkanych nie jako przestępców, lecz jako ludzi chorych. Spaczenie tej idei było wynikiem religijnego fanatyzmu, który wielu obłąkanych posądzał o współkę z czartem. Czarnoksiężnicy, również współkę z czartem mający, a nadto i t. zw. opętani, których czart pomimo ich woli opanował, stanowili również kategorię przestępców godnych kary, jako Boga się wypierających. Tym sposobem nieszczęśliwi ci ze względu na naturę mniemanych przestępstw, podlegali sądom duchownym i kwalifikowali się do tortur, przez świętą inkwizycję tak chętnie stosowanych. Na szczęście jednak, inkwizycja, która na podstawie bulli Jana XXIII do nas przypelzła, nie miała tu dla siebie przyjaznego gruntu, ztąd też i nadużycia względem obłąkanych rzadziej się przytrafiały; zato t. zw. czarownice niejednokrotnie były przedmiotem znęcania się z jej strony a ciemnota przesładowczy ten kult do niedawnych jeszcze czasów podtrzymywała. Temu ostatniemu przedmiotowi poświęcił autor sporą część swej pracy, godnej odczytania w oryginale. Rozdział zatytułowany: „Przykłady przesładowania czarownicy i sprawy o czary w Polsce“, można uważać za uzupełnienia poprzednich.

Dwa ostatnie rozdziały: „Opieka nad obłąkanymi w Polsce“ i „Czasy najnowsze“ stanowią, że się tak wyrazimy, środek ciężkości całej pracy, w nich bowiem przedstawia nam autor szczegółowo rozwój historyczny szpitalnictwa w Polsce, oraz to, co było dla cierpiących umysłowo w naszych instytucjach zrobione. Począwszy od XIII stulecia czyni autor przegląd ważniejszych szpitali aż do naszych czasów i dochodzi ostatecznie do zestawienia cyfr ze szpitali obecnie istniejących, które dając przytułek 785 umysłowo chorym (Tworki łożek 420, Jan Boży 200, oddział w szpitalu żydowskim 50, zakład Chomentowski 15, dwa oddziały w Lublinie 50, przytułek w Górze Kalwaryi 50, razem, jak wyżej, 785) spełniają zaledwie małą część istotnej potrzeby. Gdy bowiem ściśle obliczenia przekonywają, że na 1000 ludności przypada jeden obłąkany, przeto na 8 i pół miliona ludności należałoby mieć zapewnionych 8500 łożek, z czego wynika, że to, czem rozporządzamy, stanowi mniej, niż  $\frac{1}{10}$  część tego, co być powinno.

Nader cennym jest dodatek zatytułowany: „Literatura“, 36 stron obejmujący. Dodatek ten przedstawia w porządku chronologicznym nie tylko wszystkie prace z zakresu psychiatrii, lecz podaje zarazem gruntowną ocenę każdej wydatniejszej z nich. Niektóre oceny są nawet wyczerpujące. Tym sposobem praca autora, acz rozmiarami nie imponuje (str. 136), stanowi jednak zaokrągloną całość, dającą wyborne i krytyczne o rzeczy pojęcie.

**Przewoski E. Działalność naukowa Rudolfa Virchow'a i jej znaczenie dla medycyny.** Odczyty kliniczne, N. 40.

Rzecz napisana z powodu 70-letniej rocznicy urodzin wielkiego badacza, ma na celu nie tyle uczczenie zasług V., ile wykazanie wpły-



wu jego badań i odkryć na rozwój umiejętności lekarskich. Dla plastyczniejszego przedstawienia tej monumentalnej postaci kreśli autor szerokimi zarysami współczesny V. stan wiedzy, albo ściślej, przedstawia ówczesne osnovy pojęć z patologii, oraz tych różnych działów wiedzy przyrodniczo-lekarskiej, w których V. niespożyte położył zasługi.

Aczkolwiek rozmiary obecnej pracy są stosunkowo szczupłe (str. 46), to jednak bogactwo treści i faktów jest w niej tak wielkie, iż z natury rzeczy krótkie streszczenie musi się ograniczyć na zaznaczeniu najważniejszych. Wogóle rzec można, że niema prawie ważniejszego działu w naukach lekarskich, w którymby V. nie zaznaczył swej dodatkowej działalności i nie zdobył faktów bądź to rdzennie przekształcających przyjęte dotąd pojęcia, bądź całkiem nowe torujących drogi. Wielki ten reformator medycyny, twórca nowej szkoły anatomo-patologicznej, badacz i myśliciel ścisły, umysł nawskroś filozoficzny, traktujący całokształt zjawisk biologicznych, jako nierozzerwalny łańcuch przyczyn i skutków, wreszcie socjolog i humanista — był wychowawcem pierwszorzędnego badacza JOHANNESA MUELLER'a, którego dodatni wpływ na jego uczniów najlepiej ujawnił się tem, iż z jego to szkoły wyszedł cały szereg gruntownych badaczy, współczesnych VIRCHOW'owi.

Działalność swą rozpoczął V. od ufundowania trzech działów patologii, t. j.: nauki o zakrzepie krwi (*thrombosis*), o sprawie zatorowej (*embolia*) i o białaczce (*leukaemia*), której niebawem w ciągu dalszych prac dwie postacie ściśle wyróżnił. Do wyników w sprawie rozjaśnienia dwóch pierwszych procesów, doszedł V. nie tylko na drodze obserwacji klinicznej i całych setek starannie robionych sekcyj, lecz i drogą doświadczeń na zwierzętach, które w Niemczech, jak wiadomo, podówczas prawie były nieznanne, a przynajmniej w patologii niestosowane. Pracami temi zadał V. pierwszy i potężny cios krazeologii, której ROKITSKY był podówczas przedstawicielem.

Prace V. były już wtedy tak liczne, że już w r. 1847 (w r. 1843 się doktoryzował) ujrzał się zmuszonym do założenia wspólnie z REICHERT'em własnego pisma, które po dziś dzień pod nazwą „*Archiv für pathologische Anatomie*“ wychodzi, zjednawszy sobie najwybitniejsze w piśmiennictwie lekarskiem świata stanowisko.

W sprawozdaniu, które V. złożył swemu rządowi, jako delegat do zbadania wybuchu na Szlaku tyfusu głodowego, okazał się on nie tylko ścisłym w badaniu epidemii i nakreśleniu obszernego i wymotywowanego programu epidemiologicznego, lecz i działaczem politycznym, który miał odwagę wypowiedzieć swoje przekonania o przyczynie złego. W tym względzie niepodobna nie odesłać czytelnika do omawianej pracy P. (str. 13), gdyż ona zawiera w sobie streszczenie programu, jakim się V. rządził i rządzi dzisiaj jako działacz polityczny. Usunięty z powodu swego śmiałego wystąpienia od zajmowanej posady prosektora, powołany został w r. 1849 do Würzburga, gdzie wkrótce po jego przybyciu założono „Towarzystwo Fizyko-Medyczne“, które niebawem poczęło wydawać swój organ: „*Würzburger Verhandlungen*“. W pierwszych siedmiu tomach tego pisma pomieścił V. ogrom prac swych, bo 40



blisko, z których każda była rzetelnym przyczynkiem naukowym, a nadto zasilali współcześnie założone przez siebie archiwum, podając w niem wyniki swych rozległych badań (1852—1855).

Powołany w r. 1856 do Berlina na wyłącznie dla niego utworzoną katedrę anatomii patologicznej, rozpoczął V. nową seryję prac swych, i działalność swą jeszcze wszechstronniej rozwinął, mianowicie jako profesor, na którego wykłady ze wszystkich zakątków świata się zjeżdżano. Najpłodniejszy atoli okres działalności naukowej V. przypada na jego pobyt w Würzburgu. Prace tamże dokonane można uważać za zasadnicze, stanowiły one bowiem jakby cegiełki, z których V. miał zbudować gmach swej patologii celularnej (1855). Środkiem ciężkości pat. cel., jak wiadomo, są dwa twierdzenia: 1) iż komórka jest ostatnim elementem morfologicznym, z którym związane jest życie i od którego wyprowadzać należy wszelkie sprawy bijo-fizjologiczne i patologiczne i 2) że nowa komórka tylko ze starej, macierzystej powstać może; a lubo w ostatnich czasach (1890) R. ALTMANN usiłuje dowieść, że komórka nie jest ostatnim morfologicznym elementem tkanek, lecz że się składa z tworów jeszcze drobniejszych, z ziarenek, zwanych przez niego (*granulum, bioblast*), to jednak pojęcie takie w niczem nie osłabia fundamentów nauki V., nadającej autonomiczne prawa każdej komórce, jako oddzielnemu ustrojowi, po za którym nie istnieją zjawiska życiowe.

Jak olbrzymi wpływ we wszystkich kierunkach wywołała nauka V. na umiejętności lekarskie, możebnem jest tylko ocenić, gdy się porównawczo rozpatruje stan wiedzy naszej, a głównie patologii, do czasów V. i bezpośrednio prawie po ogłoszeniu przez niego patologii celularnej. Patologija celularna dopiero wykazała, jaki jest udział elementów tkankowych w sprawach chorobowych, inaczej mówiąc, zlokalizowała je i tym sposobem usunęła jednostronność w poglądach, wyprowadzających powstawanie chorób tylko z wadliwej mieszaniny soków (*kra-sis*). Lubo jednak w sprawach chorobowych i ten ostatni czynnik bierze udział, a nadto rola drobnoustrojów, mianowicie w patogenezie spraw infekcyjnych, jest stanowczą, to jednak dopiero w zakłóceniu czynności życiowych komórek, w zmianach, dających się morfologicznie w nich stwierdzić, widzimy skutki podziałania czynników chorobotwórczych, widzimy zmiany chorobne, słowem lokalizujemy chorobę.

Jeśli jednak dzieło o patologii celularnej słusznie za wyłączne i najdonioślejsze uznanem zostało, to niemniej wielkiego znaczenia jest drugie olbrzymie dzieło V., a tem jest dzieło o guzach patologicznych („*Die Krankhaften Geschwülste*“), czyli o t. zw. nowotworach, w którym jego nauka celularna znajduje jeszcze pełniejsze rozwinięcie. Aczkolwiek już przed V. mistrz jego J. MUELLER wypowiedział zdanie, że nowotwory chorobowe składają się z tych samych i tak samo rozwijających się elementów komórkowych, co tkanki normalne, to jednak V. dopiero pogląd ten dotykalnie uzasadnił, zbadawszy jaknajściślej całe szeregi znanych po dziś dzień postaci nowotworów.

W badaniach swych wogóle V. posilkował się wszelkimi metodami: embryjogenetyczną, porównawczą, doświadczalną, historyczną i t. d.,



a oświetlwszy zebrany materiał krytycznie, dopiero wyprowadzał wnioski, przechodzące od faktów na różnych polach zebranych, do uogólnień, które w ten sposób przedstawiały obraz złożony z części, nie sztuczną, lecz organiczną całość przedstawiających. „Ramy jednej specjalności były dla V. zaciąsnie“, jak się słusznie autor wyraża. Widzimy też tego tytana nauki, pracującego i na wielu innych polach; i tak: w antropologii zajął V. wybitne stanowisko; wycieczki jego na wschód i prace ze SCHLIEMANN'em przedsięwzięte zgromadziły materiał naukowy, posiadający dla antropologii ważne znaczenie; szeregiem odczytów, wspólnie z HOLTZENDORF'em wydawanych, niemało się przyczynił do spopularyzowania licznych działów wiedzy wogóle. W epidemiologii oraz w pracach czysto higienicznych, V. jako stały członek berlińskiej rady zdrowia dobrze się zasłużył, biorąc czynny udział w sprawie kanalizacji Berlina. Muzeum anatomo-patologiczne, które V. przeszło do 17000 doprowadził, stanowi jeden dowód więcej nieustającej mrówczej pracy i działalności tego fundatora nowszej patologii. Mniemamy, iż odczytanie omawianej pracy P. jest obowiązkiem każdego lekarza, rozwojem nauk lekarskich i biologicznych się interesującego.

**Zaremba W. Kult Asklepiosa i połączone z nim wykonywanie sztuki lekarskiej w Grecji starożytnej.** Nowiny lekarskie, str. 34, 72, 127, 191.

Po krótkim wstępie, zaznaczającym kolosalną różnicę między kulturą obecną a starożytną Grecji, pomiędzy duchem pełnym poezji i bezgranicznego zamiłowania sztuki, a dzisiejszą ciemnotą i zabobonem, opisuje nam autor wygląd, sposób budowania oraz wewnętrzny ustroj świątyń, budowanych ku czci Asklepiosa, bożka lecznictwa w starożytności, którego ulubioną córką była Higieja, bogini zdrowia. Dalej, dodaje autor niektóre ustępy z modlitw, odmawianych przez właściwych kapłanów na cześć boga-lekarza, a nadto dziękczynne wynurzenia, jakimi uzdrowieni tegoż bożka czcili, a że bożek śnać nie gardził darami, więc pacjenci wedle możności przysyłali podobizny uzdrowionych swych części, co poniekąd—mówi autor—zbioru okazów patologicznych robiło wrażenie; ci zaś, którzy leczyc się przybywali, po obmyciu się szli do świątyni i tam pewne *quantum* spożywczych artykułów w ofierze bożkowi składali. Bożka obsługiwali kapłani, zwani asklepiadami, atoli i tak zwani zamiatacze świątyni i kluczniczy byli osobami nie małego znaczenia, jako przedewszystkiem styczność z chorymi mający. Kapłani, oprócz bardzo umiejętnego i zręcznego wpływania na stronę psychiczną chorego, stosowali w całej rozciągłości metodę przyrodolecznictwa i polecali: gimnastykę, odpowiednie dyjetyczne zachowanie się, jazdę konną, pobyt w zdrowych miejscowościach, a nakoniec i w o d o l e c z e n i e, które, jak to wnosić można z licznych opisów, już wówczas było znacznie rozwinięte. W liczbie procedur było i chodzenie boso po rosie, którą to procedurę widocznie ks. KNEIPP sobie przyswoił. W leczeniu, jak się zdaje, pewną rolę odegrywały i zwierzęta. Oczy, dotknięte językiem węża, miały wzrok odzyskiwać. Psy i owce również



posiadały uzdrawiające własności, najważniejsze jednak znaczenie w le-  
czeniu miała autosugestyja, którą kapłani umieli znakomicie na korzyść  
cierpiących wyzyskiwać. Gdy jednakże kapłani zaczęli się dopuszczać  
coraz cięższych nadużyć i wyzyskiwać chorych, a nawet sami grać rolę  
bożka Asklepiosa, masy straciły do nich wszelkie zaufanie, a niejedno-  
krotnie niekapłani zaczęli się brać do leczenia. Zjawienie się ojca me-  
dycyny, Hipokratesa (r. 460 przed Chr.), zadało stanowczy cios askle-  
piadom, gdyż odtąd nauka lekarska stała się własnością ludzi, zdobywa-  
jących wiedzę leczenia bez udziału bożka. Liczne podania kazuistycz-  
nej natury urozmaicają wielce historyczną opowieść o kulcie Asklepiosa  
i asklepiadach.

**Zaremba W. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do  
roku 1800. Zarys historyczny.** Przegl. lek., str. 157, 168, 180, 194, 207,  
218, 230.

Ścisłe biorąc, jest to praca, nie nadająca się do streszczenia, ze  
względu na obfitość i różnorodność materiału. Przyszły historyk musi  
pracę tę znać w oryginale. Autor, oprócz źródeł, jakie znaleźć można  
w obszerniejszych ogólnych bibliotekach, spożytkował i materiały ar-  
chiwalne, z archiwum państwowego w Poznaniu. GĄSIOROWSKI, NARU-  
SZEWICZ, BIELSKI, KROMER, MIECHOWSKI, DŁUGOSZ, J. ŁUKASZEWICZ i wiel-  
kie mnóstwo innych autorów, tudzież liczne akta grodzkie, dokumenty  
urzędowe i t. d., i t. d., oto materiały, z którego autor korzysta, pojedyn-  
cze jego części ze sobą porównywa, krytyczne wnioski wyprowadza  
i tym sposobem kreśli obraz klęsk od najdawniejszych czasów po koniec  
wieku XVIII w postaci pomorów, kraj nawiedzających. „Czarnej śmierci“  
(*mors nigra*), która prawdopodobnie była pojęciem zbiorowem, wiele  
współcześnie zaraz obejmującym, poświęca autor najwięcej miejsca.  
Pierwotnie zamiarem autora było doprowadzić pracę aż do ostatnich cza-  
sów. Gdy jednakże materiały w wieku bieżącym nagromadzony (ze  
względu chociażby na samą cholere) jest olbrzymi, przeto ograniczył się  
Z. na doprowadzeniu dziejów epidemii, jak wspomniano, do r. 1800, pozo-  
stawiając opracowanie bieżącego stulecia na później i mając zamiar po-  
święcić temu przedmiotowi oddzielne dzieło. Wogóle pracę tę, autora  
znanego już z innych na tem polu poszukiwań, można uważać za uzupeł-  
nienie zawsze cenionego dzieła historyka medycyny w Polsce, GĄSIORO-  
WSKIEGO.

**Minkiewicz J. Obyczaje Chewsurów w stosunku do ciężarnych  
i położnic.** Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 841, tom LXXXVIII. r. 1892.

Jestto, jak sam autor powiada, ustęp z obszerniejszej pracy p. t.:  
Porównawcze badania nad medycyną ludową na Kauka-  
zie. Autor opiera się nie tylko na danych, które jako mieszkaniec Kau-  
kazu (Tyflisu) od dawna miał możność osobiście stwierdzić, lecz zara-  
zem korzysta z całego szeregu źródeł literackich, raportów rządowych,  
słowem ze wszystkich materiałów danego przedmiotu dotyczących,  
a nadto, czerpie ze źródeł opisujących stan medycyny u ludów na niż.



szym szczeblu cywilizacji stojących w innych częściach świata. Obyczaje tu opisywane są szczególnie charakterystyczne u Chewsurów i Pszawów. Nie wliczając tu całego szeregu plemion Kaukazu, których zwyczaje i obyczaje, nawet gdy wspólnie jedną wieś zamieszkują, mogą być całkiem różne, zaznaczyć należy, iż u ludów tych kobieta ciężarna, rodząca, położnica a nawet i kobieta miesiączkująca, uważane są za istoty nieczyste, za istoty opanowane przez złego ducha, które winny być wydalone po za granice zamieszkiwanej miejscowości. Nie wolno z nimi nawet mówić, lub mieć jakąkolwiek styczność. Szczególniej unikają ich duchowni, jako istot skalanych, godnych najwyższej pogardy, którym nawet po drogach publicznych chodzić nie wolno. Z tego powodu kobiety we wspomnianych stanach się znajdujące kryją się ze swą ciążą a gdy ma nadejść chwila rozwiązania, udają się do odpowiednio przez drugie kobiety zbudowanych szałasów po za wsią lub miastem, i tam pozostawiane bywają własnemu losowi, bez żadnej pomocy. Gdy ofiara tego zgubnego przesądu ma ciężki poród, zwłaszcza który siłami natury nie może się ukończyć, wtedy zwabieni jej jękami mężczyźni, skradają się pod szałas, i strzałami starają się rodzącą przestraszyć w tem mniemaniu, że nagły przestrah poród przyspieszy. W razie szczęśliwego rozwiązania, położnica sama odrywa pepek, obmywa dziecko i t. d. i dopiero po dniach 5 — 7 wraca do rodziny. U Swanetów może najdawniejszych mieszkańców Kaukazu, podobnie panują zwyczaje. Położnica odbywa 40-dniową jakąś kwarantannę i zamieszkuje oddzielne, izolowane pomieszczenie. Dociekając krytycznie punktu wyjścia podobnych obyczajów, autor twierdzi, iż połączenie idei nieczystości i opanowania kobiety w tym stanie przez złe duchy, stało się zapewne przyczyną wydalania ich z rodziny. O ile ten zwyczaj jest barbarzyńskim, o tyle racjonalnym jest inny zwyczaj, mianowicie oddzielanie osób uległych chorobom zaraźliwym od zdrowych. W tym celu albo chorych wynoszą do oddzielnych szałasów, albo też zdrowi dom opuszczają, pozostawiając w nim chorych. Smutnem tylko jest znowu to, że chorzy ci pozbawieni są wszelkiej pomocy. Do liczby chorób zaraźliwych ludy te oddawna zaliczają również suchoty i chorych z objawami tej choroby do lasu wynoszą. W ogóle rzecz można, iż wydalanie położnic spotykamy u bardzo wielu plemion tak amerykańskich jak i afrykańskich, oraz i na wyspach australijskich, u ludów stojących na najniższym szczeblu cywilizacji. W każdym razie trudnem będzie rozwiązanie pytania, dla czego u ludów etnograficznie różnych i rozdzielonych tak wielkimi przestrzeniami, gdzie zatem możność przejścia zwyczaju jednych do drugich musi być stanowczo wyłączoną, jednak ten barbarzyński zwyczaj jest wspólny.

Ściborowski Wł. Dr. Onufry Trembecki. Przegl. Lek. str. 145  
r. 1892.

Jestto życiorys opisujący zasługi T. Jako postać ze wszech miar godna wysokiego uznania i nie bez rzetelnych zasług dla społeczeństwa pracująca, T. zasłużył sobie na dłuższą pamięć u potomnych. Ułan z pułku Dwernickiego a potem z korpusu Ramoriny, ukończył wy-



dział lekarski w Wiedniu r. 1839 a od roku następnego stale funkcyjnował jako lekarz zdrojowy w SzczaŹnawicy, osiadłszy w Nowym Sączu, gdzie oprócz rozległej praktyki czynną przykładał rękę do rozwoju instytucji municypalnych, naukowych i t. d., obierany był bowiem wielokrotnie członkiem różnych filantropijnych i miejskich instytucji pracując gorliwie i bezinteresownie. Miasto ofiarowało mu tytuł honorowego obywatela. Ogłosił szereg prac, z których monografie dotyczące zdrojów SzczaŹnawickich, dla których wiele zrobił, zasługują na uwagę. Miłość u ludzi miał wielką i już weznie umiał na nią zapracować; bo gdy w r. 1846 został uwięziony, gmina żydowska ręczyła za niego całym swym majątkiem.

**Tchórznicki J. Stary rękopis o dżumie.** Zdrowie. Zeszyty 78, 79, 80, 81 i 82 z r. 1892.

Niezmiernie ciekawy rękopis mający kształt książeczki złożonej z 32 kartek i stanowiący odpis dziełka Marcina RUFFA p. t. „*Epitome opusculi*“ z r. 1588 miał sobie T. udzielony do użytkowania przez księdza S. Pióro, proboszcza z Ceranowa. Dziełko to (a względnie i odpis onego) stanowi tak wielką bibliograficzną rzadkość, że nieznanem ono było nawet ESTRAJCHEROWI z Krakowa, jak wiadomo, niezrównanemu znawcy na tem polu. Egzemplarz tego dziełka jak uwiadomił T-go p. ENGSTRÖM znajduje się w biblijot. Towar. Przyj. Nauk w Poznaniu, a J. PESZKE, biblijotekarz Warsz. Towarz. Lek., mniema że jest to jedyny egzemplarz drukowany, o którym jest obecnie wiadomo. Nietylko jednak jako wielka rzadkość, jako istny biały kruk, dziełko to jest ciekawe i pod względem swej treści budzi ono nie mały interes, jest bowiem w znacznej mierze odbiciem współczesnych o leceniu pojęć i na dżumę poglądów. Z tego względu T. dobrze się zasłużył historii medycyny w naszym kraju, podawszy dziełko to w Zdrowiu *in extenso*, i swemi uwagami poprzedziwszy. Ciekawych musimy odesłać do pracy T. tu tylko za właściwe wzmiankować uważamy, że jak z „*Epitome opusculi*“ widać, już wówezas uznawano doniosłość urządzeń higienicznych, skoro autor wszystkim radzi „aby od środka Listopada błota i wyziewy usuwać i domostwa oczyszczać“.

**Kwaśnicki A. Frankowski Władysław półwiekowy jubileusz 1840 — 1890 obchodzony w Charkowie r. 1892.** Przegl. Lek. str. 291 i nast. z r. 1892.

**Dobrzycki H. Jubileusz Dra Władysława Frankowskiego w Charkowie.** Medycyna r. 1892 str. 192.

Obaj autorowie opisują nie często się przytrafiający objaw uznania dla lekarza, któremu wdzięczne miasto ze wszystkimi warstwami swego społeczeństwa urządziło uroczysty jubileusz za jego 50-cio letnie trudy, poniesione na polu lekarskiem, społecznem i obywatelskiem. Nadanie jubilatowi godności honorowego obywatela miasta Charkowa, nazwanie jednego z oddziałów szpitala dziecięcego oddziałem FRANKOWSKIEGO, wydelegowanie licznych deputacji do F. w dzień jubileuszo-



wy, ozdobienie sali porad w szpitalu dziecięcym portretem jubilata, i wreszcie opracowanie książki w wspaniałem wydaniu, opisującej różnorodną działalność jubilata, w czem wzięło udział kilkunastu członków Tow. Lek. Charkowskiego i nareszcie, liczne telegramy nadesłane przez osoby wybitne stanowisko w Państwie zajmujące — oto szereg dowodów uznania, na które niewątpliwie jubilat zasłużył. Jako człowiek obdarzany najpiękniejszymi przymiotami serca, umysłu i charakteru, był F. inicjatorem wielu pożytecznych instytucyj w Charkowie, a jako biegły praktyk znanym był na południu Państwa bardzo szerokim kołem zarówno najbogatszym jako i najbiedniejszym. Pomysł wydania wspomnianej książki utrwalającej wspomnienie o człowieku, który zawsze pięknym służyć będzie dla przyszłości przykładem, jest bardzo szczęśliwy i zaszczyt jej autorom przynoszący.

## XXI. VARIA.

Sprawozdawca

Wł. Świątecki.

**Fr. Giedroyć. Prostytutki jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie w ciągu ostatnich lat kilku.** Warszawa, 1892 nakładem „Medycyny“.

Praca niniejsza zajmująca 76 stron in 8-o, jest jak autor sam powiada, przyczynkiem do statystyki lekarskiej naszego miasta. Autor podzielił swą pracę na następujące działy: 1) ludność Warszawy; 2) nierząd publiczny; 3) prostytutki jako źródło zarazy; 4) nierząd pokątny czyli tajny; 5) domy nierządu czyli bordele; stosunek ilościowy nierządnie do ogółu ludności miasta; 6) Rozpowszechnienie chorób wenerycznych w Warszawie. Główną uwagę zwraca autor na przymiot, a tylko dla zupełności obrazu mówi też o wrzodzie wenerycznym i rzeżączce. Do wyprowadzenia wniosków użył autor 40 przeszło tablic statystycznych, które bardzo dokładnie analizuje, porównując nasze miasto z innemi większemi miastami Europy.

Wnioski te są następujące:

1) Prawie  $\frac{2}{3}$  mieszcz. Warszawy składają osoby w wieku dojrzałym; prawie połowa (nie licząc wojskowych) z tego przypadku na wiek największej energii płciowej. Z osób wieku produkcyjnym około połowy mężczyzn (46,70%) i kobiet (49,43%) należy do stanu wolnego.

Pod względem ilości zawieranych małżeństw w rządzie dziesięciu większych miast europejskich Warszawa zajmuje miejsce pośrednie.

Liczba osób wczesnie wstępujących w związki małżeńskie stopniowo się zmniejsza. Nieślubnych noworodków w Warszawie, względem do innych miast, jest niewiele,



Warszawa należy do miast z niezmiernie szybkim przyrostem ludności: od r. 1882 przyrost ten wynosił przeciętnie 18%, gdy np. w Paryżu w tym samym czasie tylko 7% rocznie.

2) prostytutką jest kobieta, która sprzedaje się wielu mężczyznom bez wyboru. Zawodowa prostytutka jest istotą nienormalną pod względem fizycznym i moralnym. Czynnych prostitutek pod kontrolą w Warszawie jest zawsze 2000 z górą. Rocznie zapisuje się nowych i ubywa dawniejszych przeciętnie tysiąc. Z nowozapisywanych więcej niż połowa jest recydywistek. Za ledwie trochę więcej niż połowa żyje w nierządzie przez lat 5, tylko piąta część przez lat 10.

Na drogę cnoty wraca prostitutek mało. Najwięcej czynnych nierządnie jest w wieku od lat 15—30.

Twierdzenie jakoby najwięcej prostitutek rekrutowało się z żydów, nie jest zgodne z rzeczywistością.

3) Największy procent (90,55%) prostitutek zaraża się przymiotem przed 25 rokiem życia.

Najwięcej prostitutek zaraża się w domach rozpusty.

Prostitutek dostają przymiotu najpóźniej w trzecim roku swojej karyjery (93,72%). Dwa typy obserwujemy w przebiegu przymiotu u nierządnie publicznych: w 42,84% przypadków bez powrotów i w 37,16% z powrotami.

Przeciętnie 22,51% wszystkich czynnych prostitutek bywa w każdym czasie w najniebezpieczniejszym dla otoczenia okresie przymiotu.

W ciągu drugiego okresu choroby 100 prostitutek będzie się znajdowało 219 razy w najlepszych warunkach do udzielenia jej osobie drugiej.

Wrzód weneryczny i rzeżączka należą do rzędu chorób niezmiernie często spotykanych u prostitutek warszawskich.

4) Pokątna nierządnicą jest o wiele niebezpieczniejszą dla otoczenia od jawnej i kontrolowanej.

W Warszawie jest do 10000 kobiet, żyjących życiem płciowym po za małżeństwem. Większa ich część stanowi właściwą klasę pokątnych nierządnic, mniejsza — po jakimś czasie przechodzi do liczby jawnych. Szeregi prostitutek najliczniej zapełniają służące i wyrobnice.

Pomiędzy kobietami, przysyłanymi do szpitali przez władze, a więc mocno podejrzanymi, najwięcej rozpowszechnioną chorobą jest przymiot.

5) Najpożądanszą formą prostytucji są nierządnicę w bordelach.

Dwojakie jest zadanie bordelu: mężczyźnie zdrowemu dać możliwość zaspokojenia swych popędów bez narażenia własnego zdrowia, mężczyźnie choremu — bez niebezpieczeństwa dla kobiety.

Środków, któreby mogły przerwać szerzenie się zarazy, obecnie nie posiadamy, powinniśmy się przeto starać, by chociaż zmniejszyć jej rozmiary.



Liczba zarażanych może się zmniejszyć tylko przy odpowiednim zachowaniu się mężczyzn, należy ich przeto pouczać o istocie i zaraźliwości chorób wenerycznych<sup>1)</sup>.

Bezwzględna liczba prostytutek w ostatnich czasach wzrosła, w stosunku jednak do ogółu ludności jest mniejszą niż dawniej. Oznaczenie rzeczywistej liczby chorych uległych chorobom wenerycznym jest niemożliwym. Autor w celu tym proponuje używanie pewnych jednostajnych szematów do zapisywania chorych takich.

W trzech szpitalach w ciągu roku w Warszawie szuka pomocy osób zarażonych w przybliżeniu 3646, z czego na przymiot przypada 1304, na wrzód weneryczny i rzeżączkę — 2342; ponieważ około 20% wraca do szpitala z powrotami choroby, przeto świeżo zarażonych ogółem w trzech szpitalach leczy się 3386 w liczbie tej przymiotem 1044. Prócz tego przy szpitalu Ś-go Łazarza i Żydowskim są ambulatoryja, gdzie, jak w pierwszym udziela się około 3500 porad w chorobach wenerycznych rocznie; wreszcie istnieje 6 lecznic prywatnych, a w każdej przyjmuje 3—4 specjalistów. W jednej z nich na 37057 porad udzielonych w 1890 r. było 12690 — w chorobach wenerycznych wogóle, a 3172 porady w przymiocie.

Na zakończenie swej pracy autor przytacza tablicę popisowych w Królestwie Polskiem, którym w latach 1870 — 1880 syfłis (tylko w późnym okresie) nie pozwolił wstąpić do wojska. Pod tym względem najgorzej przedstawiają się gubernije łomżyńska, kaliska i siedlecka (2,50; 2,17; 2,16%); najlepiej kielecka i lubelska (0,26; 0,47%). Tablica ta daje w przybliżeniu pojęcie o rozpowszechnieniu się przymiotu w całym Królestwie Polskiem.

**J Baschakopf. Kilka słów o ochotniczych towarzystwach raktunkowych w ogólności, a o peszteńskim w szczególności.** Now. Lek. str. 577.

Celem towarzystwa jest ratowanie i udzielanie pierwszej pomocy w nieszczęściach wszelkiego rodzaju (na ulicach, w fabrykach, w publicznych budynkach, na miejscach zabawy i kolejach żelaznych), podczas wylewu rzek, w czasie mobilizacji i wojny, jako też w ogóle wspieranie władz policyjnych i urzędowych na tem polu. Umieszczony w nagłówku wyjątek z ustawy tow. ochot. peszteńskiego, dostatecznie wyjaśnia zadanie pomienionych towarzystw. Istnieją one w Wiedniu, Pradze, Krakowie i Peszcie, a powstały ofiarnością publiczną. Ostatnie założone zostało w maju 1887 r. Do końca 1890 r. udzieliło pierwszej pomocy w 20214 przypadkach. W ciągu ostatniego roku 6014 razy, a mianowicie: w nagłym zaślabnięciu 948, w zranieniach 2322, samobójstwach 294, w innych przypadkach 66 razy, w przypadkach śmierci 110.

<sup>1)</sup> Dla ostrzegania, zamiast istniejących obecnie książeczek z adnotacjami lekarza o zdrowiu prostytutki, autor proponuje używanie w tym celu fotografij.



Autor dalej szczegółowo opisuje urządzenie towarzystwa pęszteńskiego, które rzeczywiście jest wzorowe pod każdym względem. Między innymi posiada ono 300 członków czynnych, prawie wyłącznie słuchaczy medycyny, i w Peszcie swoje własne budynki: tak zwaną stację centralną, urządzoną zupełnie odpowiednio celowi.

---

## XXII. NOWE KSIĄŻKI \*).

---

**Natanson L. Hygijena praktyczna.** Warszawa. 1891.

Patrz dział XIX—Hygijena.

**Giedroyć Fr. Prostytutki jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie w ciągu ostatnich lat kilku.** Warszawa 1892 nakładem „Medycyny“.

Patrz dział XXI—Varia.

---

\*) Książki wydawane zeszytami, które w całości w ciągu roku sprawozdawczego nie zostały wydane, nie są objęte w tym dziale.

---



# SPIS RZECZY

zawartych w przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego  
za rok 1892.

## I. Anatomija i Histologija.

Sprawozdawca E. Zieliński.

	<i>Str.</i>
1. Hoyer H. O zastosowaniu płytek miki do badań mikroskopowych . . . . .	1
2. Dobrowolski Z. Guziczki limfatyczne (folliculi lymphatici) błony śluzowej przełyku, żołądka, krtani, telawicy i pochwy u ludzi i zwierząt . . . . .	1
3. Klecki K. O połączeniach protoplazmatycznych między komórkami mięśniowemi przewodu pokarmowego . . . . .	2
4. Łepkowski W. Przyczynek do histologii zębiny z podaniem nowej metody sporządzania preparatów z zębów i kości. . . . .	2
5. Steinhaus J. Morfologija wydzielania się mleka . . . . .	3
6. Rychliński. Przyczynek do badania drobnowidzowego mózgu . . . . .	3

## II. Fyzjologija i Chemija fizyologiczna.

Sprawozdawca E. Zieliński.

7. Hołowiński A. Metody i przyrządy fizyczne do badania fał fizyologicznych . . . . .	4
8. Hołowiński A. O wpływie oddychania na kształt sfygmoqramów . . . . .	4
9. Sawicki J. W. Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na elektryczne własności nerwów i innych tkanek . . . . .	5
10. Dogiel J. Przyczynek do sprawy odtwarzania się krwi . . . . .	5
11. Cybulski N. Kilka słów o dzisiejszym stanie nauki o lokalizacyi . . . . .	5
12. Wachholz L. Sposoby wywoływania analgezji ogólnej drażnieniem krtani i jej okolicy podług Brown-Sequard'a . . . . .	6
13. Higier H. Kilka słów dotyczących fizyologicznych czynności rdzenia . . . . .	6
14. Dzierzgowski S. i Rekowski L. O chemicznych przemianach w glebach hodowlanych pod wpływem drobnoustrojów błonicy i o produktach tej przemiany . . . . .	7
15. Jakowski M. Przyczynek do badań nad sprawami chemicznymi w kiszkach u człowieka . . . . .	7
16. Łepkowski W. O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie . . . . .	8
17. Łepkowski W. Przyczynek do nauki o chemicznym składzie zębów . . . . .	8



18. Majewski J. i Bukowski A. O metodach oznaczania procentowości tłuszczu w mleku . . . . . 8  
 19. Grundzach J. O popiołach normalnego kału . . . . . 9  
 20. Flaum M. O różnicy chemicznej pomiędzy białkiem właściwym, albumozą i peptonem. . . . . 9  
 21. M. F. Chemija chrząstki . . . . . 9

### III. Anatomija patologiczna.

Sprawozdawca Wł. Janowski.

22. Raum J. O ziarnistych zawartościach w komórkach nowotworów. . . . . 9  
 23. Kamocki W. Badania anatomo-patologiczne nad szklistem zwyrodnieniem łącznicy. . . . . 10  
 24. Ruppert H. O pochodzeniu żółciowej marskości wątroby. . 12  
 25. Janowski W. Przyczynę do anatomii patologicznej marskości wątroby u człowieka . . . . . 13  
 26. Janowski W. Przyczynę do nauki o ziarnistościach białych ciałek krwi . . . . . 14  
 27. Kosiński A. O zwyrodnieniu śluzowem komórek rakowych 15  
 28. Zieliński K. Przypadek wrodzonego braku wielkiego i małego mięśnia piersiowego . . . . . 16  
 29. Orłowski W. Zmiany w komórkach nerwowych przy wściekłości . . . . . 16

### IV. Patologija ogólna.

Sprawozdawca K. Chełchowski.

30. Fajersztajn J. i Kuczyński A. Trzy przypadki białaczki (leukaemia) u myszy białej (mus musculus, var. alba) . . 17  
 31. Misiewicz M. Anatomija i klinika białkomocezu w świetle nowoczesnej patologii . . . . . 18

### V. Bakteryjologija i Parazytologija.

Sprawozdawca K. Chełchowski.

32. Biernacki E. Spiryle choleryczne w wodzie studziennej i w wodzie z wanny . . . . . 18  
 33. Bujwid O. Jodoform w zapobieganiu i leczeniu cholery . . 18  
 34. Ciagliński A. i Hewelke O. W kwestyi t. zw. czarnego języka. . . . . 19  
 35. Czajkowski J. O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowej nosa chorych na odrę . . . . . 19  
 36. Dzierzgowski S. i Rekowski L. Nowy przyrząd do badań bakteryjologicznych . . . . . 20  
 37. F. M. O tuberkulinie . . . . . 20  
 38. Jakowski M. W kwestyi etyjologii zapalenia opłucnej . . 20  
 39. Jakowski M. Przyczynę do nauki o bakterjach błękitnej ropy (bacillus pyocyaneus). . . . . 21  
 40. Karliński J. O obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy gardła . . . . . 22



41. Kosiński A. Sporozoa w komórkach raka . . . . . 22  
 42. Kulezycki Wł. Owady pasorzytujące u ludzi i zwierząt. . . . . 22  
 43. Noniewicz E. Bakteryjologiczne badanie krwi końskiej w nosaciznie (Phagocytosis i État bactéricide). . . . . 22  
 44. Palmirski Wł. Notatki o obecnej epidemii cholery w Odessie i jej okolicach . . . . . 23  
 45. Pareński St. i Blatteis St. O pasorzycie zimnicy . . . . . 24  
 46. Ponikło St. Wzmianka o wyniku bakteryjologicznego badania moczu w przypadku podejrzanego duru brzuszego . . . . . 24  
 47. Radziszewski St. Bakteryjologiczne prace Cornil'a i Babes'a na polu aethiologii zapaleń nerek, oraz szereg własnych spostrzeżeń, dotyczących zapalenia tego narządu . . . . . 24  
 48. Szpilman J. Szelestnica (wąglik alpejski) w Galicyi . . . . . 25

## VI. Farmakologija i Toksykologija.

Sprawozdawca J. Zawadzki.

49. Ciagliński K. Przypadek idyjosynkrazji względem chininy 26  
 50. Wołkowiec M. O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej . . . . . 26  
 51. Dogiel N. O wpływie niektórych soli potasowych na mięśnie i nerwy . . . . . 27  
 52. Bojasiński M. Otrucie esencją octową resp. kwasem octowym . . . . . 27  
 53. Bojasiński M. Z dziejów morfinizmu. . . . . 28  
 54. Bączkiewicz J. O szybkości wchłaniania jodku potasu w kiszcze prostej . . . . . 28  
 55. Kucharzewski H. O leczniczym działaniu fenokolu . . . . . 28  
 56. Zawadzki J. Przyczynę do kwestyi zbiorowego zatrucia tlenkiem węgla . . . . . 29  
 57. Jerzykowski. Przypadek otrucia ulepkim makowcowym 29  
 58. Chłapowski F. O zielonym i modrym moczu. . . . . 29  
 59. Czarkowski. O podniecającem działaniu kofeiny na mózg alkoholików. . . . . 30  
 60. Wojtaszek. O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy . . . . . 30  
 61. Rosenblatt. Niezwykły stopień idyjosynkrazji względem przetworów rtęciowych. . . . . 31  
 62. Bądziński S. O zwierciadle kadmowem, otrzymanem przy badaniu na rtęć według metody Ludwiga . . . . . 31

## VII. Dyjagnostyka lekarska.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

63. Bądziński S. O metodzie Sjöquist'a, oznaczenia kwasu solnego w zawartości żołądka . . . . . 32  
 64. Mierzyński Z. O znaczeniu prób Günzburg'a i Boas'a . 32  
 65. Mierzyński Z. O oznaczeniu kwasu solnego w zawartości żołądka . . . . . 32



66. Mizerski A. i Nencki L. Przegląd krytyczny sposobów oznaczenia zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym . . . 33
67. Opieński J. i Rozenzweig J. Kilka uwag o metodach oznaczenia ilościowego kwasu solnego w treści żołądkowej . . . 34
68. Heryng T. O zastosowaniu prześwietlania elektrycznego do badania jam i organów ustroju . . . . . 34

### VIII. Terapia ogólna.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

69. Wroczyński C. Kilka słów w kwestyi wskazań dla upustu krwi . . . . . 35
70. Arnstein F. O upuście krwi ogólnym w praktyce włościańskiej u nas. O jego skuteczności, przez autosugestyję . . . 35

### IX. Klimatologija, Balneologija i Hydroterapija.

Sprawozdawca H. Dobrzycki.

71. Jaworski W. Uwagi nad leczeniem w Sanatoryjach dla chorych na gruźlicę płuc . . . . . 35
72. Jaworski W. Kilka słów o zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim . . . . . 36
73. Dobrzycki H. Sławuta, zakład kumysowy oraz klimatyczna stacyja leśna. Sprawozd. z działaln. lek. za r. 1891 . . . . . 37
74. Ponikło St. O Jaszczurówce. Sprawozdanie przedstawione komisji przemysłowo-lekars. Tow. lek. Krak. . . . . 38
75. Tymowski J. Rzut oka na wyniki lecznicze 15-letniej praktyki w San-Remo . . . . . 38
76. Czarniecki J. O znaczeniu praktycznem limanów i morza Czarnego w lecznictwie. . . . . 39
77. Majkowski J. Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i letnim szpitalu św. Mikołaja w Busku podczas pory kąpielowej 1891 roku . . . . . 40
78. Dymnicki J. Sprawozdanie XXXIV z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku w czasie pory zdrojowej 1891 r. . . . 41

### X. Patologija i Terapia szczegółowa.

A. Choroby ogólne. (Przemiany materji).

Sprawozdawca J. Pruszyński.

79. Puławski A. Blednica z przebiegiem gorączkowym . . . . . 41
80. Króweczyński Ż. Myxoedema . . . . . 42
81. Knaster L. Wartość lecznicza Syzygium Jambolanum w cukrzycy . . . . . 42
82. Dunin T. Przyczynę do leczenia blednicy (chlorosis) . . . 43
83. Stampke F. Kilka słów z powodu ostrego gośćca stawowego i przebiegającego z nim razem zapalenia wśierdza i płuc. Leczenie fenacetyną . . . . . 43



84. Biegański Wł. Mięsak limfatyczny uogólniony (Lymphosarcoma generalisatum) i stosunek jego do wrzekomej białaczki (pseudoleukaemii) . . . . . 43
85. Piątkowski M. O działaniu benzosolu w moczówce cukrowej 44
86. Wiczkowski J. Przyczynek do nauki o bielicy . . . . . 44
87. Gluziński A. O blednicy (chlorosis) i jej leczeniu . . . . . 45
88. Rosenblatt. Purpura haemorrhagica czy haemophilia? . . . 46

*B. Choroby zakaźne.*

Sprawozdawca A. Puławski.

89. Korczyński i Gluziński. Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzuszny . . . . . 46
90. Szwajcer J. O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie . . . . . 47
91. Chełmoński A. Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych . 47
92. Janowski W. Przegląd krytyczny metod leczenia dysenterji . . . . . 47
93. Szwajcer J. Opijaty czy środki czyszczące w leczeniu dysenterji . . . . . 48
94. Jaworski W. Zestawienie szczegółowej profilaktyki i terapii cholery . . . . . 48
95. Hewelke O. Przegląd krytyczny niektórych metod leczenia cholery . . . . . 49
96. Wołkowiec M. O wartości leczniczej salolu w bieguncie cholerycznej . . . . . 49
97. Mierzyński Z. O leczeniu cholery . . . . . 49
98. Szwajcer J. Pierwszy przypadek cholery azyjatyckiej w Warszawie . . . . . 49
99. Ehrlich. Przyczynek do leczenia cholery . . . . . 50
100. Dobrzycki H. Kilka słów o przyrządach używanych do wlewania podskórnych w napadzie cholery (wskazówki praktyczne) . . . . . 50
101. Karczewski A. O wlewaniu roztworu soli przy cholercie . 51
102. Dzierżawski, Hewelke, Janowski i Zawadzki. Cholera, jej dawniejsze epidemie u nas, przyczyny, objawy, zapobieganie i leczenie . . . . . 51
103. Niedźwiecki A. Czy cholera stanowi oddzielną jednostkę chorobową? . . . . . 51
104. Jaworski J. Włóknikowe zapalenie płuc chorobą Werlhofa wikulane . . . . . 52
105. Wojciechowski Br. O kilku wypadkach „choroby zakaźnej Weilla“ spostrzeżonych w więzieniu Kaliskim . . . . . 52
106. Rosenblatt. Pozorna ospica krwawa (czarna), Varicella haemorrhagica, istotnie zaś ospica u krwawca (Varicellain in dividuo haemophilico) . . . . . 52
107. Iwanicki S. Kilka uwag o epidemii włóknikowego zapalenia płuc (pneumonia crouposa s fibrinosa) w roku 1891, na podstawie 50 obserwowanych przypadków . . . . . 52



108. Rosenblatt Em. Nowsze sposoby leczenia krztuśca . . . . . 53  
 109. Olszewski B. O działaniu przeciwpotnem Extracti fluidi Hydrastis Canadensis u gruźliczych . . . . . 54  
 110. Bujwid O. Wścieklizna u ludzi i leczenie zapobiegawcze metodą Pasteur'a . . . . . 54  
 111. Bujwid O. Treściwe uwagi o wściekliznie i jej leczeniu według metody Pasteur'a . . . . . 55  
 112. Bojasiński M. Influenza, ostra nosacizna czy też ostra gruźlica prosówkowa . . . . . 55

*C. Choroby narządów oddechowych.*

Sprawozdawca Wł. Janowski.

113. Biegański Wł. O marskości płuc (Cirrhosis pulmonum). . . . . 56  
 114. Chrostowski Br. i Wiśłocki K. O stosowaniu kreozotu w lewatywach u suchotników . . . . . 58  
 115. Wiśłocki K. Nowoczesne metody leczenia suchot płucnych . . . . . 59  
 116. Iwanicki St. Przypadek zatoru tętnicy płucnej o przebiegu długotrwałym . . . . . 59  
 117. Jarunowski A. Przyczynę do powstawania suchot płucnych wskutek urażenia klatki piersiowej . . . . . 60  
 118. Arnstein F. Trzy przypadki wysięków surowicznych w worku opłucnej dłuższy czas istniejących, wyleczonych zapomocą salicylanu sodu, oraz kilka uwag o etjologii i leczeniu surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej w ogólności . . . . . 60  
 119. Wlaziłowski. O doszczętej operacji ropnia opłucnej i o potrzebie rozszerzenia wskazań do radykalnej operacji na uporczywe wysięki surowicze . . . . . 60

*D. Choroby serca, naczyń i nerek.*

Sprawozdawca K. Chełchowski.

120. Czarnocki J. Cierpienie nerek wskutek rzeźączki. . . . . 61  
 121. Dąbrowski W. O nieorganicznej niedostateczności zastawek aorty . . . . . 61  
 122. Pawiński J. O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek . . . . . 62  
 123. Pawiński J. O t. zw. ostrem i ostrawem zapaleniu aorty (aortite aigue francuskich autorów) . . . . . 63  
 124. Skłodowski J. Moczopędne działanie kalomelu w chorobach nerek . . . . . 64  
 125. Waśkiewicz M. Przypadek ropnego zapalenia tkanki okołonerkowej z przebiciem do miedniczki i zejściem pomyślnem . . . . . 64  
 126. Zapolski-Downar H. Przypadek nadmiernego przyśpieszenia skurczów sercowych (tachycardia paroxysmalis) z napadem trwającym 19 dni i 8 godzin . . . . . 65

*E. Choroby narządów trawienia.*

Sprawozdawca Wł. Bruner.

127. Mintz. Niezwykły przypadek uchyłka przelyku (Diverticulum Oesophagi) . . . . . 65



128. Rejchman i Mintz. O znaczeniu kwasu solnego w leczeniu chorób żołądka. . . . . 66
129. Zawadzki J. Wymioty nerwowe i przyczynek do ich leczenia. . . . . 66
130. Alkiewicz. Kwas solny przeciw wymiotom . . . . . 67
131. Dąbrowski W. Przypadek zwięzienia dolnego odcinka dwunastnicy . . . . . 67
132. Bruner Wł. O zapaleniu kiszki błoniastej. (Enteritis membranacea) . . . . . 67
133. Arnstein i Troczewski. Niedrożność kiszki wskutek wewnętrznego uwięzienia (incaeratio interna), spowodowanego najprawdopodobniej wpochwieniem (invaginatio, intususceptio). Niezupełne samodzielne wyzdrowienie przez przywrócenie niezupełnej drożności kiszki. . . . . 68
134. Trzcziński. Przypadek nawykowego zaparcia stolca z objawem nerwowym . . . . . 68
135. Rosenbusch. O nawykowym zaparciu żywota . . . . . 69
136. Roterowen. Niezwykły przypadek zapalenia otrzewnej . . . 69

*F. Choroby układu nerwowego i Psychiatria.*

Sprawozdawca R. Radziwiłłowicz.

137. Gajkiewicz Wł. O drzeniu histerycznym (tremor hystericus) 69
138. Kamiński St. Początki histeryi u dzieci. Próba objaśnienia przyczyny objawów histerycznych . . . . . 70
139. Higier H. Kilka słów o jąkanii histerycznym (balbates hystericus) . . . . . 71
140. Gajkiewicz Wł. O spazmie skaczącym (spasmus saltatorius) 72
141. Biernacki E. Przyczynek do nauki o syringomyelii . . . . 73
142. Bernstein St. O syringomyelii. . . . . 74
143. Goldflam S. Przyczynek do patologii porażen ołowianych . 74
144. Domański S. O rozpoznawaniu kiły (syfłis) układu nerwowego . . . . . 75
145. Wizel A. Najnowsze poglądy na kwestyję agrafii . . . . . 76
146. Biernacki E. O uciskowym porażeniu uczucia. . . . . 76
147. Bojasiński M. Wstrząśnienie mózgu (commotio cerebri). . 76
148. Biegański Wł. Kilka uwag o bredzeniu pogorączkowym w przebiegu chorób zakaźnych . . . . . 77
149. Rychliński K. Przyczynek do nauki o ostrych psychozach. 77
150. Świątecki Wł. Przypadek tężyczki czyli tetanii . . . . . 77
151. Higier H. Ischias scoliotica . . . . . 78
152. Ołtuszewski Wł. O zboczeniach mowy: jąkanii i bełkofanii . . . . . 78
153. Biegański Wł. Kilka uwag o biegunce pochodzenia nerwowego 79
154. Fruchtman A. Kilka słów o przyrządach bezpośrednio zapobiegających zmasom nocnym . . . . . 79
155. Rosenblat. Drżenie członków (tremor) jako pierwszy objaw choroby Basedowa . . . . . 79



156. Wachholtz L. O przewrotnym popędzie płciowym . . . . . 80  
 157. Strojnowski Fr. Przypadek utraty mowy z porażeniem gór-  
 nej prawej kończyny . . . . . 80  
 158. Chłapowski. W sprawie opieki nad obłąkanymi. . . . . 80  
 159. Goldflam S. Dwa przypadki t. zw. myoclonus multiplex. Pa-  
 ramyocionus multiplex Friedreich . . . . . 80  
 160. Momidłowski J. O istocie i leczeniu histeryi . . . . . 81

*G. Pediatria.*

Sprawozdawca J. Bączkiewicz.

161. Arnstein F. Pouczający przypadek krztusca, powiklanego  
 ropniem płucnym. Wyzdrowienie . . . . . 81  
 162. Wolberg L. Nowy przypadek szkarlatyny i ospy, jedno-  
 cześnie przebiegających u tegoż samego dziecka . . . . . 82  
 163. Wolberg L. Przyczynek kliniczny do etjologii i trwania  
 okresu wylęgania się nieżytowego zapalenia migdałków (angina  
 follicularis) u dzieci. . . . . 82  
 164. Wolberg L. Kilka uwag o erythema nodosum u dzieci . . . 82  
 165. Bączkiewicz J. Notatki kazuistyczne z ambulatoryjum dla  
 dzieci w Szp. Św. Ducha . . . . . 83  
 166. Kramsztyk J. Teżyczka samoistna (Tetania) u dzieci . . . 83  
 167. Jaworski J. Przyczynek do etjologii t. zw. sapki i lecze-  
 nia jej u ssawców . . . . . 83  
 168. Krysiński St. Niezwykły wypadek z praktyki chorób dzie-  
 cięcych . . . . . 84  
 169. Rosenblatt. Zatrucie karbolowe po opatrunku. Scleroderma  
 adutorum u dziecięcia 5-io tygodniowego . . . . . 84  
 170. Rosenblatt. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia  
 opon mózgowych gruźliczego u dzieci . . . . . 85  
 171. Komorowski B. Przyczynek do kazuistyki chorób narządu  
 moczowego u dzieci . . . . . 86  
 172. Komorowski B. Przyczynek do etjologii raka wodnego . . 86

**XI. Laryngologija, Rhinologija i Otijatrija.**

Sprawozdawca W. Szumlański.

173. Krause L. Dwieście przypadków tracheotomij przy krupie  
 i dyfteryście u dzieci . . . . . 88  
 174. Momidłowski S. O intubacji w dławcu . . . . . 88  
 175. Heryng T. Gruźlica błony śluzowej nosa . . . . . 89  
 176. Wróblewski Wł. Przyczynek do patologii i terapii migdał-  
 ka językowego . . . . . 90  
 177. Sokołowski A. O stosunku wyrosli adenoidalnych jamy noso-  
 gardzielowej do t. zw. „enuresis nocturna“ . . . . . 90  
 178. Sokołowski A. Kilka uwag o róży krtani . . . . . 90  
 179. Lubliner L. Zwężenie tchawicy pochodzenia przymiotowego  
 180. Lubliner L. Gruźlak krtani . . . . . 91  
 181. Heryng T. Przerost migdałków, warunki powstawania i le-  
 czenie na drodze operacyjnej . . . . . 91



182.	Heryng T.	O łagodnych owrzodzeniach gardzieli . . . . .	92
183.	Sędziak J.	Przypadek t. zw. anginae ulcerosae benignae . . . . .	92
184.	Sędziak J.	Drugi przypadek t. zw. anginae ulcerosae benignae . . . . .	92
185.	Heryng T.	Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardzieli i krtani . . . . .	92
186.	Sędziak J.	Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokautyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów . . . . .	93
187.	Sędziak J.	Krup czy dyfteryt nosa? . . . . .	93
188.	Sędziak J.	Przyczynę do kwestyi t. zw. „croup'u“ nosa . . . . .	93
189.	Heryng T.	Bąblica (pemphigus) błony śluzowej gardzieli i krtani . . . . .	94
190.	Spira R.	O nowym środku w leczeniu przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego i o sposobie jego stosowania . . . . .	94
191.	Koehler.	Narzędzia do przebijania czyraków w zewnętrznym przewodzie słuchowym . . . . .	95
192.	Ożegowski A.	Sposób leczenia błonicy . . . . .	95
193.	Szukalski S.	Przypadek niedorozwoju ucha . . . . .	95
194.	Modrzejewski E.	O ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego, powikłanych ziarninowym rozrostem błony bębenkowej . . . . .	95
195.	Heryng T.	Przypadek gruźlicy gardzieli, zakończony wyleczeniem . . . . .	96
196.	Guranowski L.	O ciałach obcych w uchu . . . . .	96
197.	Radziszewski J.	Wypadnięcie polipa znacznych rozmiarów z tylnej części przewodów nosowych do przełyku, chwilowy napad zaduszenia, wycięcie od strony gardła, wyzdrowienie . . . . .	97

## XII. Chirurgija.

### A) Sprawozdawca Wł. Sztejner.

198.	Barącz.	Spostrzeżenia nad znieczuleniem bromkiem etylu w praktyce chirurgicznej, na podstawie 200 znieczuleń tym środkiem . . . . .	97
199.	Bogdanik.	O martwinie fosforowej . . . . .	97
200.	Szymkiewicz.	O plombowaniu zębów obumarłych . . . . .	98
201.	Rodojewski.	Dwa ciekawe a szczęśliwie wyleczone przypadki postrzału w głowę . . . . .	98
202.	Dziembowski.	Igła tkwiąca w osierdziu . . . . .	98
203.	Rydygier.	O leczeniu wysiękowego zapalenia opłucnej . . . . .	99
204.	Raczyński.	Kilka słów o leczeniu ropotoku opłucnowego (empyema thoracis) u dzieci. Nasze wyniki po resekcji żebra . . . . .	99
205.	Rosenblatt.	Przyczynę do przebywania ciał obcych w jelicie . . . . .	99
206.	Schramm.	Przyczynę do chirurgii żołądka . . . . .	100
207.	Barącz.	Nowy materiał do zastąpienia płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym płytkowym Senn'a . . . . .	100
208.	Barącz.	Gastroenterostomija wykonana szwem płytkowym Senn'a zapomocą płytek z brukwi własnego pomysłu . . . . .	100
209.	Matlakowski.	O wycięciu kiszki ślepej wobec zwięzienia rakowatego i bliznowatego . . . . .	101
210.	Rydygier.	O nowej metodzie tymczasowego wypłowania . . . . .	



- kości krzyżowo-ogonowej w celu swobodnego przystępu do narządów miednicy . . . . . 102
211. Sysak. Przypadek urwania się cewnika elastycznego w cewce śród katetyryzowania celem przestrzykiwania pęcherza . . . 103
212. Krajewski W. H. O chirurgicznym leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu . . . . . 103
213. Obaliński. O wynikach, osiągniętych zapomocą własnej metody resekcyjnej na stopie . . . . . 105
214. Kapelusz. W sprawie nowego sposobu operacyjnego wobec gruźlicy kości piętrowej i skokowej, podanego przez d-ra Bogdanika 106

B) Sprawozdawca B. Sawicki.

215. Grünbaum. Dwa przypadki ropnia podprzeponowego . . . 106
216. Solman. Skręcenie i zgorzel kiszki esowatej, wycięcie i t. d. 107
217. Warman. Wyjąławiacz w formie samowaru . . . . . 108
218. Radziszewski. Dwa przypadki kamieni, uwięzionych w cewce moczowej u dzieci . . . . . 108
219. Radziszewski. Rana brzucha, zadana rogiem i t. d. . . . 108
220. Grünbaum. Dwa przypadki ran wielkich naczyń . . . . 108
221. Jawdyński i Dobrzycki. Przypadek znacznej wielkości włókniaka tłuszczakowego . . . . . 109
222. Dzierżawski. O t. zw. palcu prztykającym . . . . . 109
223. Sędziak. Niezwykły przypadek: sarcoma multiplicata cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae . . . . . 109
224. Warszawski. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pęcherzu moczowym . . . . . 109
225. Sawicki. Przypadek owrzodzeń prostaty, które spowodowały zapalenie otrzewnej i niedrożność jelit . . . . . 110
226. Gabszewicz. Przypadek ropnego zapalenia osierdzia . . . 110
227. Gabszewicz. Przypadek rany postrzałowej żołądka . . . 110
228. Krajewski. O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu . 111
229. Bogdanik. Antiseptyka i Aseptyka . . . . . 111
230. Groszlik. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu . . . . . 111
231. Rosenthal. Rak okrężnicy wstępującej. Laparotomia . . 111
232. Trzebicki. O operacyjnym leczeniu chorób płuc i opłucnej . 112

XIII. Oftalmologija.

Sprawozdawca B. Gepner (jun.).

233. Gepner B. (ojciec). Badanie wzroku w celu oznaczenia refrakcyi oka, jego siły widzenia i rozmiarów pola widzenia . . . 112
234. Mutermilch I. Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy. Powstawanie, rozwój, zanik i odrodzenie follikulów. . . . 112
235. Mutermilch I. O istocie jaglicy (Trachoma, ophthalmia granulosa, autor.). . . . . 113
236. Wicherkiewicz B. O operacyjnym leczeniu jaglicy ostrej przez liczne nakłucia w połączeniu z używaniem środków odkażających . . . . . 114



237. Ziemiński Br. Przyczynek do lekowej terapii chorób spojówki. O lekach ściągających . . . . . 114
238. Ziemiński Br. Przyczynek do patologii rzęs . . . . . 115
239. Kramsztyk Z. Pryszczki na łączniey skutkiem wewnętrznego użycia jodu. . . . . 116
240. Kamocki W. Zapalenie białkówki, oderwanie siatkówki, uleczenie dobrowolne w następstwie przebytej odry . . . . . 116
241. Zapolski-Downar. Owrzodzenia rogówki w tyfoïdzie cholearycznym. . . . . 116
242. Rumszewicz K. Drugi przypadek mięsaka w samej rogówce powstałego . . . . . 117
243. Rumszewicz K. Przyczynek do teratologii soczewki . . . . . 117
244. Popławska S. Przypadek mimowolnej ekstrakcji soczewki 118
245. Kozłowski K. Antypyryna w okulistyce . . . . . 118
246. Kramsztyk Z. Jaskra (Glaucoma). . . . . 118
247. Kramsztyk Z. Pomyłki w leczeniu jaskry. Rzecz dla nieokulistów . . . . . 118
248. Kramsztyk Z. Zakończenie jaskry przez pęknięcie gałki ocznej. . . . . 119
249. Sroczyński F. O oślepieniu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek. . . . . 119
250. Wicherkiewicz B. Przyczynek do zranień ścian oczodołowych . . . . . 120
251. Mitvalsky J. O niektórych guzach oczodołowych . . . . . 120
252. Wicherkiewicz B. Zgubny wpływ słońca na oko, a zwłaszcza skutki udaru słonecznego na wzrok . . . . . 121
253. Gepner B. R. (syn). Przypadek zaniku nerwu wzrokowego po krwotoku do oczodołu u hemofilika . . . . . 121
254. Gepner B. R. (syn). Szezypeczyki Knappa do wyciskania ziarn jaglicowych. . . . . 121

#### XIV. Gynekologija.

Sprawozdawca J. Rogowicz.

255. Krefft O. O niedorozwoju przewodu rodnego . . . . . 121
256. Rad. (ziszewski) St. Wrodzony brak macicy . . . . . 122
257. Święciecki H. Colpitis adhaesiva u 19-letniej dziewczyny . 122
258. Lebensbaum. Rak pochwy, powstały w przebiegu raka ciała macicy drogą samozaszczepienia (autoimplantatio) . . . . . 122
259. Pomorski. Leczenie raka macicznego wysokiem . . . . . 123
260. Święciecki H. O postępowaniu z szypułką przy wycięciu przez brzuch mięśniakowej macicy (coeliohysteromyomectomia) 124
261. Skałkowski Br. Przypadek t. zw „morcellement“ macicy według metody Pean'a przy extirpatio uteri totalis per vaginam 124
262. Święciecki H. Torbiel skórzasta jajnika u dziewczyny 13-letniej . . . . . 125
263. Harajewicz Wł. Kilka przypadków leczonych elektrycznością podług metody d-ra Apostoli'ego . . . . . 125



264. Świąciecki H. Elektroliza w gynecologii . . . . . 126  
 265. Kurtz S. O stosowaniu thiolu w gynecologii . . . . . 127  
 266. Warszawski M. Haematoma vulvae et vaginae. . . . . 127

### XV. Akuszeryja.

Sprawozdawca J. Rogowicz.

267. Rad.(ziszewski) St. Ciąża przy nienaruszonej błonie dziewiczej oraz rzadki przypadek idiosynkrazji do potraw mięsnych 128  
 268. Tenże. Drugi przypadek ciąży przy nienaruszonej błonie dziewiczej . . . . . 128  
 269. Rosner Al. Włóknaki macicy i ciąży. Przypadek wyłuszczenia włókniaków z następnem poronieniem i wyleczeniem . 128  
 270. Matlakowski Wł. Dwa dalsze przypadki ciąży zamacicznej . . . . . 131  
 271. Cercha. O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnej . . 134  
 272. Harajewicz W. Przypadek poronienia przewlekłego, leczony metodą Apostoli'ego. . . . . 135  
 273. Salutryński. Poród opóźniony, przodujące ramiona, obrót na nóżki, przepuklina mózgowa. . . . . 135  
 274. Szmakfefer. Przyczynę do postępowania przy łożysku przodującym środkowym . . . . . 136  
 275. Kohn J. Przypadek zupełnego wycisowania macicy . . . 137  
 276. Huzarski. Kilka słów o leczeniu ostrej niedokrwistości wstrzykiwaniami podskórnymi soli kuchennej. . . . . 137  
 277. Świąciecki H. Na czem polega korzystny wpływ wysokości w zakażeniu połogowym? . . . . . 138  
 278. Neugebauer. Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego, czyli symfyseotomii, przez szkołę położniczą neapolitańską. . 138

### XVI. Choroby weneryczne (Syfildologija).

Sprawozdawca Wł. Kopytowski.

279. Elzenberg A. Choroba Raynaud'a (gangrena symmetrica) pochodzenia syfilitycznego . . . . . 139  
 280. Elzenberg A. Czy bywa samoistne zapalenie przyjądrza i jądra? . . . . . 139  
 281. Górski R. Przypadek powtórnego zarażenia się syfilisem . 140  
 282. Trzeciński T. Kilka słów o leczeniu rzeżączki . . . . . 140  
 283. Kopytowski Wł. Wpływ obustronnego tryprowego zapalenia przyjądrzy na płodność mężczyzn . . . . . 140  
 284. Borzęcki E. O rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u mężczyzn ze stanowiska bakteriologicznego . . . . . 141  
 285. Finger E. O dziedziczeniu kiły. . . . . 141  
 286. Krówczyński Ż. Doświadczenia w sprawie zapobiegania kile . . . . . 142  
 287. Krówczyński Ż. Kilka słów o leczeniu kiły. . . . . 142  
 288. Uhma. Leukoderma syphiliticum . . . . . 143  
 289. Gold J. Przypadek kilaka gruczołu pachwinowego . . . . 143



**XVII. Choroby skórne (Dermatologija).**

Sprawozdawca Wł. Kopytowski.

290. Halpern J. Rzadki przypadek zgorzeli, powstały z eczema intertrigo. . . . . 143
291. Halpern J. Niezwykły przypadek powikłania rybiej łuski (Ichtyosis). . . . . 144
292. Srebrny i Bujwid. Przypadek twardzieli nosa . . . . 144
293. Krówczyński Ż. Erythema keratodes . . . . . 144
294. Wlazłowski. Leczenie wyprzenia sublimatem . . . . . 145
295. Mendelsburg H. O nowych metodach leczniczych w chorobach skóry, ze szczególnem uwzględnieniem mydeł Eichoffa . 145

**XVIII. Medycyna Sądowa.**

Sprawozdawca Wł. Świątecki.

296. Blumenstok (Halban). Wątpliwe dzieciobójstwo . . . . 146
297. Halban. Dzieciobójstwo popełnione na dziecku ślubnem . . 147
298. Schaitter I. Zaniedbanie ze strony nieuprawionej położnej 148
299. Ciągiewicz St. W sprawie wątpliwości w orzeczeniach sądowo-lekarskich . . . . . 148
300. Blumenstok L. (Halban). Śmierć ze wstrząśnienia mózgu, czy z uduszenia przez ucisk na klatkę piersiową? . . . . 149
301. Rybicki St. Czy usiłowanie spędzenia płodu miało miejsce 151

**XIX. Hygijena—Epidemijologija—Szpitalnictwo—Statystyka i Sprawozdania.**

Sprawozdawca J. Świeżyński.

302. Pietrzycki A. Szkoła i jej wpływ przeważny na powstawanie i zerzenie nagminnego zapalenia gruczołu zausznego . 152
303. Ponikło S. Projekt assanacyi Zakopanego . . . . . 152
304. Ponikło S. Hygieniczna doniosłość nowej ustawy państwowej, „o budynkach przeznaczonych na mieszkania dla robotników“ 152
305. Cybulski N. Mleko wapienne jako środek dezynfekcyjny . 153
306. Tchórzniński J. Czyszczenie pieniędzy . . . . . 153
307. Kohn E. Opis sanitarny przedzalni wełny czesankowej Peltzer et fils w Częstochowie . . . . . 153
308. Malinowski A. Zalety i wady Warszawskiego mleka sterylizowanego . . . . . 154
309. Sznabl J. Uwagi nad zdrowotnością rasy semickiej w Warszawie 154
310. Tchórzniński J. i Papée. O rzezi i rzeźniach . . . . . 155
311. Polak J. Określenie higieny i jej stanowisko w klasyfikacyi nauk . . . . . 155
312. Bujwid O. Woda warszawska wobec grożącej epidemii cholery oraz woda studzienna . . . . . 155
313. Tchórzniński I. Przygotowania sanitarne w osadach i wsiach wobec epidemii cholery . . . . . 156
314. Natanson L. Hygijena praktyczna . . . . . 156



315. Przewóski E. Sprawozdanie z wycieczki do Lublina i okolic w celu rozpoznania natury panującej tam epidemii . . . . . 156
316. Bujwid O. Kilka słów o początku obecnej epidemii cholery w Królestwie Polskiem . . . . . 157
317. Ciemniowski. Tyfus wysypkowy w Warszawie . . . . . 157
318. Danielewicz S. Z historii cholery w 1892 roku . . . . . 157
319. Sz wajcer I. Pierwszy przypadek cholery azyjatyckiej w Warszawie . . . . . 157
320. Skabiczewski K. Krótki rys epidemii cholery azyjatyckiej w gubernii lubelskiej w roku 1892 . . . . . 158
321. Bujwid O. Bakteryjologiczne badanie epidemii cholery w Biskupicach, w gub. lubelskiej. . . . . 158
322. Biernacki E. Cholera w Lublinie. Sprawozdanie z wycieczki odbytej w dniu 21, 22 i 23 Września roku bieżącego . . . 158
323. Janowski W. Przebieg cholery azyjatyckiej w Warszawie w ciągu pierwszych dziesięciu dni po jej ukazaniu się . . . . . 158
324. Janowski W. Badania bakteryjologiczne pierwszych dwóch przypadków cholery w Warszawie . . . . . 159
325. Polak J. Stan sanitarny Warszawy w roku 1891 . . . . . 159
326. Klarner Sz. Niejakie wskazówki co do chorobliwości naszej ludności . . . . . 159
327. Ciemniowski M. Śmiertelność z zapalenia płuc w Warszawie w ciągu okresu 6-io letniego (1886—1891) . . . . . 159
328. Danielewicz. Warszawska śmiertelność w 1891 roku (Według przyczyn śmierci) . . . . . 160
329. Biegański. O zakładaniu pracowni klinicznych mikroskopowo-chemicznych przy szpitalach prowincjonalnych . . . . 160
330. Sprawozdanie roczne z działalności lekarskiej zakładu ginekologicznego w Warszawie przy ulicy Hortensya podane przez współwłaścicieli—ordynatorów zakładu . . . . . 160
331. Radziwiłłowicz R. Szpital dla obłąkanych w Tworkach . 161
332. Sz wajcer I. i Rembieliński St. O szpitalu zapasowym w Warszawie . . . . . 161
333. Michalski St. Szpital dla obłąkanych w Tworkach pod Warszawą . . . . . 161
334. Rybicki St. Szpital Ś-go Stanisława w Skierniewicach od dnia 1 Października 1872 roku do dnia 1 Kwietnia 1892. Przyczynę do historii szpitalnictwa krajowego . . . . . 161
335. Modrzejewski E. Cesarski instytut medyczny doświadczalnej w Petersburgu . . . . . 162
336. Rybicki. Sprawozdanie z IV zjazdu chirurgów w Krakowie w Lipcu roku 1892 . . . . . 162
337. Beck. Sprawozdanie z IV zjazdu chirurgów w Krakowie w 1892 r. . . . . 162
338. Obtulowicz. II zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie . . 162
339. Beck. Drugi zjazd międzynarodowy fizjologów w Leodym odbyty w dniach 29, 30 i 31 Sierpnia sprawozdawczego roku . 162



340. Borzęcki. Drugi zjazd międzynarodowy dermatologów w Wiedniu . . . . . 162

## XX. Historyja medycyny i życiorysy.

Sprawozdawca H. Dobrzycki.

341. Rothe A. Rys dziejów psychiatrii w Polsce . . . . . 162  
 342. Przewoski E. Działalność naukowa Rudolfa Virchow'a i jej znaczenie dla medycyny . . . . . 164  
 343. Zaremba W. Kult Asklepiosa i połączone z nim wykonywanie sztuki lekarskiej w Grecyi starożytnej . . . . . 167  
 344. Zaremba W. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do roku 1800. Zarzys historyczny . . . . . 168  
 345. Minkiewicz J. Obyczaje Chewsurów w stosunku do ciężarnych i położnic . . . . . 168  
 346. Ściborowski Wł. Dr. Onufry Trembecki . . . . . 169  
 347. Tchórznicki J. Stary rękopis o dżumie . . . . . 170  
 348. Kwaśnicki A. Frankowski Władysław półwiekowy jubileusz 1840—1890 obchodzony w Charkowie r. 1892 . . . . . 170  
 349. Dobrzycki H. Jubileusz D-ra Władysława Frankowskiego w Charkowie . . . . . 170

## XXI. Varia.

Sprawozdawca Wł. Świątecki.

350. Giedroyć Fr. Prostytutki jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie w ciągu ostatnich lat kilku . . . . . 171  
 351. Baschakopf J. Kilka słów o ochotniczych towarzystwach ratunkowych w ogólności, a o peszteńskiem w szczególności . 173

## XXII. Nowe książki.



SPIS IMIENNY AUTORÓW,  
których prace streszczono w Przeglądzie piśmien-  
nictwa lekarskiego polskiego za rok 1892.

---

- A**lkiewicz str. 67.  
Arnstein F. str. 35, 60, 68, 81.
- B**arańcz str. 97, 100, 100.  
Baschakopf I. str. 173.  
Bączkiewicz str. 8, 28, 83.  
Bądryński str. 31, 32.  
Beck str. 162.  
Bernstein str. 74.  
Biegański Wł. str. 43, 56, 77, 79, 160.  
Biernacki str. 18, 73, 76, 158.  
Blatteis str. 24.  
Blumenstok (Halban) str. 146, 149.  
Bogdanik str. 97, 111.  
Bojasiński str. 27, 28, 55, 76  
Borzęcki str. 141, 162.  
Bruner Wł. str. 67.  
Bujwid str. 18, 18, 54, 55, 155, 157,  
158.
- C**ercha str. 134.  
Chelmoński str. 47.  
Chłapowski str. 29, 80.  
Chrostowski str. 58.  
Ciągiewicz St. str. 148.  
Ciagliński A. str. 19.  
Ciagliński K. str. 26.  
Cierniewski str. 157, 159.  
Cybulski str. 5, 153.  
Czajkowski str. 19.
- Czarkowski str. 30.  
Czarnocki str. 39, 61.
- D**anielewicz S. str. 157, 160.  
Dąbrowski W. str. 61, 67.  
Dobrowolski str. 1.  
Dobrzycki str. 37, 50, 109, 170.  
Dogiel str. 5, 5, 27.  
Domański str. 75.  
Dunin str. 43.  
Dymnicki str. 41.  
Dziembowski str. 98.  
Dzierżawski str. 51, 109.  
Dzierzgowski str. 7, 20.
- E**hrlich str. 50.  
Elsenberg str. 139, 139.
- F**ajersztajn str. 17.  
Finger str. 141.  
Flaum str. 9.  
Fruchtman str. 79.
- G**abszewicz str. 110, 110.  
Gajkiewicz str. 69, 72.  
Gepner B. str. 112.  
Gepner B. R. str. 121, 121.  
Giedroyć Fr. str. 171.  
Gluziński str. 45, 46.  
Gold str. 143.



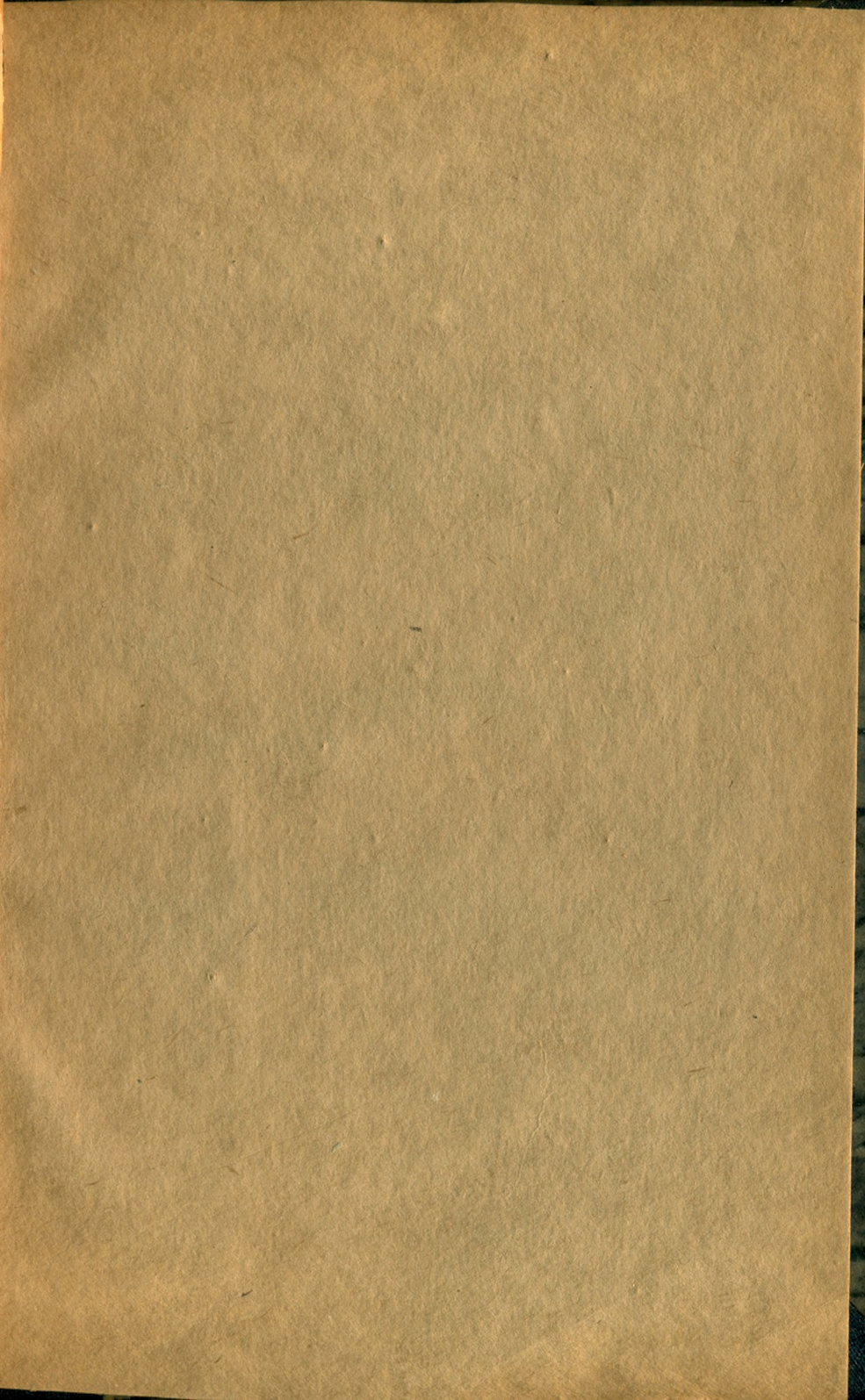
- Goldflam str. 74, 80.  
 Górski str. 140.  
 Groszlik str. 111.  
 Grundzach str. 9.  
 Guranowski str. 96.  
 Grünbaum str. 106, 108.  
**H**alban str. 147.  
 Halpern str. 143, 144.  
 Harajewicz str. 125, 135.  
 Heryng str. 34, 89, 91, 92, 92, 94, 96.  
 Hewelke str. 19, 49, 51.  
 Higier str. 6, 71, 78, 78.  
 Hołowiński str. 4, 4.  
 Hoyer str. 1.  
 Huzarski str. 137.  
**I**wanicki str. 52, 59.  
**J**akowski str. 7, 20, 21.  
 Janowski str. 13, 14, 21, 47, 51, 158, 159.  
 Jaruntowski str. 60.  
 Jawdyński str. 109.  
 Jaworski W. str. 35, 36, 48.  
 Jaworski I. str. 52, 83.  
 Jerzykowski str. 29.  
**K**amięński str. 70.  
 Kamocki str. 10, 116.  
 Kapelusz str. 106.  
 Karczewski str. 51.  
 Karliński str. 22.  
 Klarner Sz. str. 159.  
 Klecki str. 2.  
 Knaster str. 42.  
 Kohn I. str. 137, 153.  
 Kohn E. str. 153.  
 Koehler str. 95.  
 Komorowski str. 86, 86.  
 Kopytowski str. 140.  
 Korczyński str. 46.  
 Kosiński A. str. 15, 22.  
 Kozłowski str. 118.  
 Kramsztyk Z. str. 116, 118, 118, 119.  
 Kramsztyk J. str. 83.  
 Krause str. 88.  
 Krówczyński str. 42, 142, 142, 144.  
 Krajewski str. 103, 111.  
 Kreft str. 121.  
 Krysiński str. 84.  
 Kucharzewski str. 28.  
 Kuczyński str. 17.  
 Kulezycki str. 22.  
 Kurtz str. 127.  
 Kwaśnicki A. str. 170.  
**L**ebensbaum str. 122.  
 Lubliner str. 91, 91.  
**L**epkowski str. 2, 8, 8.  
**M**ajewski str. 8.  
 Majkowski str. 40.  
 Malinowski A. str. 154.  
 Matlakowski str. 101, 131.  
 Michalski St. str. 161.  
 Mierzyński str. 32, 32, 49.  
 Minkiewicz I. str. 168.  
 Mintz str. 65, 66.  
 Misiewicz str. 18.  
 Mitvalsky str. 120.  
 Mizerski str. 33.  
 Modrzejewski str. 95, 162.  
 Moldensburg H. str. 145.  
 Momidłowski I. str. 81.  
 Momidłowski S. str. 88.  
 Mutermilch str. 112, 113.  
**N**atanson L. str. 156.  
 Nencki L. str. 33.  
 Neugebauer F. str. 138.  
 Niedźwiecki str. 51.  
 Noniewicz str. 22.  
**O**balliński str. 105.  
 Obtułowicz str. 162.  
 Olszewski str. 54.  
 Ołtuszewski str. 78.  
 Opieński str. 34.  
 Orłowski W. str. 16.  
 Ożegowski str. 95.



- P**almirski str. 23.  
 Pareński str. 24.  
 Pawiński str. 62, 63.  
 Pietrzycki A. str. 152.  
 Płaskowski str. 44.  
 Polak J. str. 155, 159.  
 Pomorski str. 123.  
 Ponikło S. str. 24, 38, 152, 152.  
 Popławska str. 118.  
 Przewoski E. str. 156, 164.  
 Puławski str. 41.
- R**aczyński str. 99.  
 Radojewski str. 98.  
 Radziszewski 24, 97, 108, 108, 122, 128, 128.  
 Radziwiłłowicz R. str. 161.  
 Raum str. 9.  
 Rejchman str. 66.  
 Rembeliński str. 161.  
 Rekowski str. 7, 20.  
 Rosenblatt str. 31, 46, 52, 53, 79, 84, 85, 99.  
 Rosenbusch str. 69.  
 Rosenthal str. 111.  
 Rosner str. 128.  
 Rothe str. 162.  
 Roterzen str. 69.  
 Rozenzweig str. 34.  
 Rumszewicz 117, 117.  
 Ruppert str. 12.  
 Rybicki str. 151, 161, 162.  
 Rychliński str. 3, 77.  
 Rydygier str. 99, 102.
- S**alutryński str. 135.  
 Sawicki Br. str. 110.  
 Sawicki I. W. str. 5.  
 Schaitter J. str. 148.  
 Schramm str. 100.  
 Sciborowski Wł. str. 169.  
 Sędziak str. 92, 92, 93, 93, 109.  
 Skabczewski K. str. 158.  
 Skałkowski str. 124.  
 Skłodowski str. 64.  
 Solman str. 107.  
 Sokołowski str. 90, 90.
- Spiro str. 94.  
 Srebrny str. 144.  
 Sroczyński str. 119.  
 Stampke str. 43.  
 Steinhaus str. 3.  
 Strojnowski str. 80.  
 Święcicki str. 122, 124, 125, 126, 138.  
 Świętecki Wł. str. 77.  
 Sysak str. 103.  
 Szmakfefer str. 136.  
 Sznabl I. str. 154.  
 Szpilman str. 25.  
 Szukalski str. 95.  
 Szwajcer str. 47, 48, 49, 161.  
 Szymkiewicz str. 98.
- T**chórzniczy I. str. 153, 155, 156, 170.  
 Trzebicki str. 112.  
 Trzeński str. 68.  
 Trzeński T. str. 140.  
 Troczewski str. 68.  
 Tymowski str. 38.
- U**hma str. 143,
- W**achholtz str. 6, 80.  
 Warman str. 108.  
 Warszawski str. 109, 127.  
 Waśkiewicz str. 64.  
 Wiaźłowski str. 145.  
 Wicherkiewicz str. 114, 120, 121.  
 Wiczkowski str. 44.  
 Wisłocki str. 58, 59.  
 Wlazłowski str. 60.  
 Wojciechowski str. 52.  
 Wojtaszek str. 30.  
 Wolberg str. 82, 82, 82.  
 Wołkiewicz str. 26.  
 Wroczyński str. 35.  
 Wróblewski Wł. str. 90.
- Z**apolski-Downar str. 65, 116.  
 Zaremba str. 167, 168.  
 Zawadzki J. str. 29, 51, 66.  
 Zieliński K. str. 16.  
 Ziemiński str. 114, 115.









Biblioteka Akad. Lek. Gdańsk

II. 1096  
Informacja

Biblioteka