Gdańsk

II. 1096

Z KSIĘGOZBIORU
Dra J. JAWORSKIEGO
№

PRZEGLĄD
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
POLSKIEGO

za r. 1888.

ROK X.

BIBLIOTEKA
TOW. LEK.
Warszawskiego
DUBLET

Odbitka z Pamiętnika Tow. Lekarskiego Warsz. 1890.

WARSZAWA.
Druk K. Kowalewskiego, ul. Królewska Nr. 29.

1891.

II 1096

Дозволено Цензурою
Варшава, 13 Мая 1891 г.



Z KSIĘGOZBIORU Dra J. JAWORSKIEGO

I. ANATOMIJA, HISTOLOGIJA, FIZYJOLOGIJA I CHEMIJA LEKARSKA.

Sprawozdawca

M. Jakowski.

Momidłowski. O ciałkach nerwowych prof. Adamkiewicza. Przeg. lek. N. 16 i 17. Str. 226 i 241.

W pracy téj autor stara się odeprzéć zarzuty, że tak zwane „ciałka nerwowe“ ADAMKIEWICZA nie są ani wytworami powstałémi pod wpływem płynów użytych do stwardnienia [VIGNAL], ani komórkami tucznémi EHRLICH'a [ROSENHEIM]. Opierając się natomiast na badaniu 31 nerwów ludzi zmarłych na choroby, „niezostające w żadnym związku z chorobami układu nerwowego“, twierdzi, że ciałka te są prawidłowym składnikiem grubszych włókien nerwowych we wszystkich nerwach obwodowych u ludzi, począwszy od wieku około 6 roku życia. Znaczenia ich funkcyjonalnego dotychczas badania nie wykazały i przypuszczać tylko można, „że stoją w pewnym stosunku do czynności włókien nerwowych grubych, podwójnie konturowanych“.

Adamkiewicz. O ciałkach nerwowych człowieka. Przeg. lek. N. 25, 27 i 28. Str. 337, 363 i 373.

Rzecz ta jest niejako dalszym ciągiem pracy nad tymże przedmiotem, ogłoszonéj jeszcze w r. 1885. Aby dowieść, że jego „ciałka nerwowe“ są istotnym czynnikiem fizyjologicznym nerwów u człowieka, autor podjął badania różnych nerwów, wyjętych z trupów ludzkich, [n. sympatyczny, błędny, okoruchowy, bloczkowy, odwodzący, twarzowy, dodatkowy WILLIS'a, podjęzykowy, przeponowy, węchowy, wzrokowy, słuchowy, troisty i językopołykowy] oraz nerwy różnych zwierząt [konia, wołu, świni, barana, kota, zająca, psa, królika, świnki morskiéj, gęsi, kury, sowy i żaby]. Jako wyniki swych poszukiwań podaje autor raz jeszcze, że jego ciałka nerwowe są to stałe składniki włókien nerwowych rdzennych i wskutek swéj „charakterystycznéj reakcyi“ wobec safraniny, stanowią grupę zupeł-

nie samoistnych tworów. Ciałka te występują przeważnie na nerwach ruchowych, lecz nie stanowią specyjalnéj ich własności, bywają i na nerwach czuciowych, chociaż są nerwy [zmysłowe] zupełnie ich pozbawione. Ciałka spotykane na nerwach czuciowych mają być przytém mniejsze od ciałek nerwów ruchowych. Według dotychczasowych poszukiwań wypada, że ciałek nerwowych u zwierząt niema, u człowieka zaś zjawiają się dopiero od 10 roku życia, a ztąd autor wysnuwa wniosek, że obecność jego ciałek u człowieka mogłaby służyć za dowód, że między człowiekiem a zwierzęciem właśnie w tych narządach istnieją różnice, dające się pozytywnie oznaczyć, które służą za podstawę czynności najpotężniejszéj, a dającéj człowiekowi całą jego siłę, tj. w o l i".

Cybulski. Kilka uwag o ciałkach nerwowych prof. Adamkiewicza. Przeg. lek. N. 46, 47 i 49. Str. 585, 601 i 625.

Autor na początku téj pracy wypowiada zdanie, że, na zasadzie znanych dotąd faktów z literatury histologicznéj nerwów, *à priori* można było przypuścić, że ciałka nerwowe prof. Adamkiewicza nie są żadnym nowym elementem histologicznym, lecz oddawna znanémi ciałkami Schwann'a. Następnie przytacza zarzuty, jakie spotkały wynalazcę ze strony różnych innych badaczów [Krause, Vignal, Jacobi, Rosenheim, Ławdanowskij], przypisując błędne wyniki błędnéj i jednostronnéj metodzie badania. W dalszym ciągu podaje autor wyniki swych własnych poszukiwań, podjętych w celu sprawdzenia istnienia owych nowoodkrytych tworów, podając przytém szczegółowe sposoby badania, te same, jakich użył odkrywca i swoje własne. Do badania używał nerwów świeżo-wyciętych z żywych zwierząt, od ludzi zaś nerwy wycięte z części ciała usuwanych przy operacyjach chirurgicznych, a dla porównania używał do badania i nerwy martwe [z trupów ludzkich i zwierzęcych]. Stwardniał, prócz w płynie Müller'a, w 1% i 0.5% kw. nadosmowym [najlepsze wyniki], w azotanie srebra, kw. pikrynowym i sublimacie; badał nerwy niebarwione lub barwione w safraninie, karminie, pikrokarminie i kilku innych barwnikach; wreszcie, prócz skrawków podłużnych i poprzecznych, badał za pomocą rozszczepiania nerwów, który to sposób uważa za najlepszy. Przekonał się autor dowodnie, że żadne specyjalne ciałka nerwowe wcale nie istnieją, lecz że są to c i a ł k a Schwann'a, oddawna znane w literaturze, winą zaś błędu wynalazcy jest to, że ciałka Henle'go [w otoczce tegoż autora] przyjął za ciałka Schwann'a, a otoczkę Henle'go uważał za „zewnętrzną blaszkę" osłonki Schwann'a. Ciałko Schwann'a otoczone jest mniejszą lub większą ilością protoplazmy [pierwoszcza], lecz barwa pomarańczowa, otrzymywana w preparatach prof. Adamkiewicza, zależała nie od niéj, ale od obecności mniéj więcéj licznych kuleczek, będących zdaje się najprawdopodobniéj zjawiskiem, występującém równocześnie z obumieraniem lub wogóle z zawieszeniem czynności nerwu. Między nerwami

zwierzęcémi i ludzkiémi nie znalazł prof. Cybulski różnicy co do budowy histologicznéj. Do pracy autor dodał bardzo ładną tablicę chromolitograficzną, ilustrującą tylko co opisane wyniki.

Piotrowski. Badanie nad unerwieniem naczyń [II nerw podjęzykowy]. Przeg. lek. N. 8 i 9. Str. 115, 134.

Jest to dalszy ciąg badań nad unerwieniem naczyń. Autor potwierdza własności nerwu podjęzykowego, jako nerwu powodującego zwężenie naczyń. Dokonał 10 doświadczeń na psach, wykonywając drażnienie nerwu za pomocą prądu indukcyjnego i badając wpływ tego na naczyniach języka. Wyniki doświadczeń są następujące. Okres podrażnienia utajonego wynosi przy zwykłéj temperaturze około 1", przy ogrzewaniu zaś skraca się, a przy oziębieniu znacznie się przedłuża. *Maximum* zwężenia naczyń występuje przy ogrzewaniu wcześniéj, opóźnia się zaś przy oziębianiu, a powrót naczyń do normalnego stanu również wcześniéj następuje przy ogrzewaniu, a opóźnia się przy oziębianiu. Już jednorazowe uderzenie prądu jest w stanie wywołać zwężenie, a podrażnienie długotrwałe utrzymać je może około 25 minut. Atropina nie może podrażnić nerwu podjęzykowego. Autor jest zdania, że nie można upatrywać analogii między nerwem językowym [rozszerzającym naczynia] i podjęzykowym z jednéj a nerwam serca [błędnym i n. *accelerans*] z drugiéj strony; trudno również przyjąć istnienie samodzielnych zwojów nerwowych. Natomiast wszystko to [zwężanie i rozszerzanie naczyń języka] musi zależéć od bezpośredniego wpływu nerwów na mięśnie naczyń krwionośnych.

Gajkiewicz. Najnowsze poglądy na fizyjologiję mózgu. Gaz lek. N. 39, 40 i 41. Str. 821, 849 i 870.

W rzeczy téj zawarł autor treściwie, a przytém bardzo szczegółowo, zebrane z nowoczesnéj literatury dane co do fizyjologii mózgu. Poprzedziwszy to zestawienie zarysem historycznym rozwoju nauki o umiejscowieniu czynności mózgowych, podaje w krótkości metody doświadczeń, które służyły do wykazania pewnych punktów na korze mózgowéj, jako ośrodków ruchowych lub czuciowych, a potém przechodzi do opisu szczegółowego tychże ośrodków, naprzód ruchowych (*zona motorica corticalis*), potém czuciowych i centrów mowy, wreszcie do roli, jaką grają półkule mózgowe w czynnościach organicznych ustroju. W dalszym ciągu pracy podaje autor szereg panujących dotąd w nauce hypotez i wyjaśnień stosunku, w jakim zostają owe wykryte centry do ruchu mięśni, czyli do fizyjologicznego znaczenia owych „umiejscowień ruchowych"; przechodzi więc kolejno hypotezę centrów psycho-motornych [Ferrier i inni] czuciową [Hitzig, Schiff, wreszcie Munk i Meynert], czucio-ruchową, hypotezę Vulpian'a, hypotezy Nothnagl'a, Brown-Sequard'a a wreszcie François-Franck'a. Pracę tę jakkolwiek krótką i opartą tylko na zesta-

wieniu literatury danego przedmiotu, winniśmy uważać za bardzo cenny i pożyteczny przyczynek do téj gałęzi naszego piśmiennictwa lekarskiego.

Widmann. O powstawaniu uderzeń serca. Przeg. lek. N. 1. Str. 6.

Autor odrzuca istniejące dotąd poglądy o przyczynach uderzania serca o klatkę piersiową, nie tłómacząc go ani zmianą kształtu serca przy skurczu [Arnold, Ludwig i t. d.], ani ruchem dźwigniowym [Kürschner], ani spłaszczeniem łuku aorty i śrubowatym obrotem naczyń [Kornitzer], ani odrzutem serca przy raptownem opróżnianiu zawartości komórek, lecz podaje natomiast, że przyczyną uderzenia serca jest tylko ruch robaczkowy jego mięśnia. Ruch ten robaczkowy istniejący w mięśniach gładkich, rozpoczyna się u podstawy komórek serca, idzie skośnie ku końcowi [wierzchołkowi serca] a doszedłszy w wirze końcowym musi podnieść koniec serca, który wskutek tego uderza w przednią ścianę klatki piersiowéj, po lewéj stronie mostka, zazwyczaj w 4 lub 5 międzyżebrzu.

L. Nencki i P. Rakowski. Przyczynek do ilościowego oznaczenia acetonu w moczu. Gaz. Lek. N. 29. Str. 625.

Autorowie podają modyfikacyję techniczną znanego optycznego sposobu Jaksch'a oznaczania acetonu w moczu. Do zlewka, o średnicy 5—6 ctm., wlewają 2 cc. $^1/_{10}$ prawidłowego roztworu J w JK i 3 cc. średniego stężenia ługu sodowego, i zlewek stawiają na papierze białym, na którym narysowaną jest czarnym atramentem kreska o linijach grubości 2 mm. i z odstępami między linijami po 4 mm. Do tak przygotowanego odczynnika wlewają z biurety mocz, odpowiednio przekroplony i rozcieńczony wodą dystylowaną [100 cc. moczu zakwasza się 3 cc. kwasu solnego, wlewa do kolbki, oddestylowuje z niego 90 cc. i dopełnia się do pierwotnéj ilości, dodając 10 cc. wody przekroplonéj]. Chwila wystąpienia w zlewku mętu zależnego od tworzenia się kryształków jodoformu do tego stopnia, że raptownie zniknie narysowana kréska przy patrzeniu na nią z góry przez ciecz, zawartą w zlewku, jest wskazówką ukończenia reakcyi. Ponieważ autorowie przekonali się, że do wywołania mętu, zależnego od kryształków jodoformu, potrzeba dodać 18,5 cc. roztworu 0,25% czystego acetonu w wodzie t. j. 0,004625 acetonu, łatwo więc wyliczyć za każdym razem [używając koniecznie tego samego zlewku i téj saméj kratki], znając ilość dolanego moczu, ile znajduje się w tym moczu acetonu, według odpowiedniéj proporcyi [np. jeśli trzeba dolać 5 cc. moczu, stosunek będzie następujący—5 : 0,004625 = 100 : X].

M. Nencki. O hematoporfirynie. Gaz. lek. N. 16 i 17. Str. 319 i 344.

Praca ta, jak sam autor zaznacza, jest dalszym ciągiem badań nad barwnikiem krwi, wyniki których ogłoszone są już w Gaz. lek. jeszcze w r. 1884 [1]). Ponieważ przebieg powstawania hematoporfiryny z heminy był

[1]) Patrz Rocznik medycyny polskiéj z r. 1884.

niezupełnie jasny, prof. N. podjął badanie na nowo, przyczém udało mu się otrzymać z heminy za pomocą octu lodowatego, nasyconego bromowodorem, sól chlorowodorną hematoporfiryny, z którego to połączenia otrzymywał czystą hematoporfirynę pod postacią brunatno-czerwonych, bezpostaciowych płatków. Analiza téj hematoporfiryny, różnéj co do własności i składu chemicznego od hematoporfiryny, otrzymanéj za pomocą kw. siarkowego, wykazała, iż ma ona wzór $C_{16} H_{18} N_2 O_3$ i że jest izomeryczną z bilirubiną, barwnikiem żółci. Hematoporfiryna, ogrzewana do 100° rozkłada się łatwo; rozpuszcza się również łatwo w alkalijach, węglanach alkaliowych, rozcieńczonych kw. mineralnych i wyskoku; w eterze, wyskoku amylowym i chloroformie rozpuszcza się trudno, w wodzie nie rozpuszcza się wcale. Roztwór alkoholowy i alkaliowy daje 4 pręgi absorbcyjne w spektroskopie; roztwory w rozcieńczonych kwasach mineralnych—2 pręgi, po bokach pręgi charakterystycznéj dla sodu. Hematoporfiryna daje dwie sole krystaliczne, t. j. chlorowodorową i sodową, a z téj ostatniéj można otrzymać cały szereg soli z innémi metalami jak cynkową, srebrną, barową i wapniową. Co do stosunku hematoporfiryny i bilirubiny wypada jeszcze zaznaczyć, że dwa te ciała prawie jednakowego składu, posiadają wiele własności wspólnych, a najwięcéj to podobieństwo występuje przy działaniu wodoru *in statu nascendi*; fakt jednakże, że urobilina, którą można otrzymywać z obu tych ciał, nie jest jednostajną co do swych własności [fluorescencyi i linij absorbcyjnych w widmie] przeczy ich całkowitéj identyczności. Hematoporfiryna wprowadzona do organizmu zwierzęcego po części wydziela się niezmieniona w moczu, po części zaś może być zatrzymaną w ustroju i zużytą do wytwarzania hemoglobiny.

Metody otrzymywania hematoporfiryny i jéj soli, jak również przebieg i rezultaty analiz oraz doświadczenia na zwierzętach musimy tu z konieczności pominąć, jako nie dające się przedstawić w streszczeniu i ciekawych czytelników musimy odesłać do oryginału téj cennéj pracy.

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

Sprawozdawca

A. Ciągliński.

Klejn. Rozklejenie się komórek mięśnia sercowego. Gaz. Lek. N. 18. str. 358.

Autor pracę swą oparł na badaniu drobnowidzowém mięśnia sercowego, w dwu wypadkach nagłéj śmierci, w których przy autopsyi za jedyną przyczynę zejścia śmiertelnego poczytać należało zmiany w sercu.

W obu przypadkach mięsień sercowy był blado-czerwonawy i przedstawiał się nadzwyczaj wiotkim, miękkim i flakowatym. Badanie drobnowidzowe w obu przypadkach wykryło, że włókna mięśniowe serca, składające się w stanie prawidłowym z oddzielnych komórek walcowatych, mocno spojonych swémi podstawami, utraciły swą ciągłość i w bardzo wielu miejscach rozpadły się na oddzielne komórki, z których każda zawierała w pośrodku po jedném jądrze, wyraźnie zabarwioném. Rozklejenie się komórek sercowych następuje wzdłuż linii EBERTH'a, t. j. wzdłuż linii spojenia oddzielnych komórek ze sobą.

Rozklejenie się komórek sercowych według autora może być albo samoistne, albo też wtórne [w chorobach zakaźnych, przy przeszkodach mechanicznych w krążeniu, albo też przy zapaleniu przewlekłém mięśnia sercowego].

Przewoski. Niezwykła mnogość różnych pierwotnych nowotworów u jednego i tego samego osobnika. Gaz. Lek. N. 19, 20. str. 383, 407.

Autor spostrzegał dwa przypadki mnogości nowotworów u jednego i tego samego osobnika.

W pierwszym u chorego 55-letniego mężczyzny, zmarłego wskutek raka żołądka pierwotnego, znaleziono jeszcze następujące nowotwory: włókniak tłuszczakowy (*fibroma lipomatodes*) w tkance łącznéj podskórnéj nad lewym obojczykiem, naczyniaki jamiste wątroby (*angiomata cavernosa hepatis*), piaszczaki opony twardéj mózgu (*psammomata durae matris*) i włókniaki guzowate nerek (*fibromata tuberosa renum*).

Wszystkie te pięć nowotworów były pierwotne w różnych narządach, bez wzajemnego związku powstałe.

W drugim przypadku u kobiéty 67-letniéj, zmarłéj wskutek raka kiszki stolcowéj (*adenocarcinoma recti*), znaleziono jeszcze pięć nowotworów pierwotnych, a mianowicie: *papillomata cutis*, *struma cystica*, *angiomata cavernosa hepatis*, *fibro-adenoma uteri i cystis dermoidalis ovarii sinistri*.

Autor, rozpatrzywszy różne teoryje powstawania nowotworów, żadnéj z nich nie uważa za dostateczną. Najwięcéj zaokrąglona teoryja COHNHEIM'a grzeszy jednak zbytecznym schematyzmem i wyłącznością.

Przewoski. O jaglicowém czyli folikularném zapaleniu błony śluzowéj dróg moczowych. Gaz. Lek. N. 33, 34. str. 696, 721.

Cierpienie, w nagłówku wymienione, charakteryzuje się prócz zwykłych zmian nieżytowych, obecnością drobnych, mniéj lub więcéj licznych guziczków w błonie śluzowéj dróg moczowych umiejscowionych. Guziczki te przeważnie wytwarzają się w błonie śluzowéj dna pęcherza; mniéj licznie występują w pozostałych miejscach błony śluzowéj pęcherza; rzad-

ko bardzo napotkać je można i na błonie śluzowéj miedniczek nerkowych i moczowodów.

Makroskopowo guziczki te przedstawiają się w sposób następujący: wielkość ich od ziarnka maku, do ziarnka prosa, a nawet do małego ziarnka konopnego; barwa guziczków—szaro-biaława, szaro-różowa lub szaro-żółtawa. Niekiedy guziczki przeświecają tak silnie, że przyjąć je można za drobniutkie torbiele; po ich nakłuciu wycieka wówczas z nich płyn, podobny do ropy. W paru nielicznych przypadkach [3] spostrzegał autor na miejscu guziczków niewielkie owrzodzenia, o brzegach nierównych, zazębionych, często podminowanych; dno tych owrzodzeń zaokrąglone, pokryte płynem ropiastym. Ilość guziczków bywa rozmaita; na przestrzeni 1 cent. kw. bywa ich 15—30 i więcéj.

Błona śluzowa pęcherza moczowego przedstawiała się w badanych przypadkach rozmaicie; zwykle na dnie pęcherza była mniéj lub więcéj a czasami nawet mocno zaczerwieniona i zgrubiała; jednak w niektórych przypadkach bywa ona zupełnie blada, żółto-biaława i tak cienka, że prześwieca leżąca pod spodem warstwa mięsna.

Drobnowidzowo guziczki omawiane przedstawiają się jako nacieczenie drobnokomórkowe o natężeniu dość znacznem, o granicach niezupełnie ściśle określonych. Na cienkich preparatach pędzelkowanych widać, że prócz drobnych komórek stałą składową częścią guziczków jest siateczka łącznotkankowa, któréj oczka są na obwodzie guziczka mniejsze i ciaśniejsze, aniżeli w częściach guziczków środkowych.

Nacieczenie guziczkowate zwykle zajmuje najpowierzchowniejsze części błony śluzowéj lub całą jéj grubość. W głębszych warstwach błony śluzowéj i w podśluzowéj bywa o wiele radziéj.

Oprócz tych nacieczeń ograniczonych, guziczkowatych, istnieje jeszcze nacieczenie drobnokomórkowe tkanki łącznéj błony śluzowéj rozlane. Najsilniéj jest ono wyrażone w warstwach podnabłonkowych, również w ściankach naczyń krwionośnych i w tkance kołonaczyniowéj. Warstwa nabłonkowa zawiera wędrujące komórki okrągłe. Oprócz drobnokomórkowego nacieczenia nabłonek sam ulega pewnym zmianom. Mianowicie w wielu miejscach komórki jego są napęczniałe, powiększone, z protoplazmą więcéj przejrzystą; w innych znów miejscach protoplazma komórek bywa nieco więcéj zamglona i ziarnista.

Oprócz tego nad wielu ogniskami brakuje powierzchownych warstw nabłonka; niekiedy pozostaje tylko najgłębsza jego warstwa, a niektóre guziczki wreszcie zupełnie są pozbawione okrywki nabłonkowéj. Takie to miejsca mianowicie dają początek maleńkim owrzodzeniom. Zdaniem autora, ograniczone nacieczenie w postaci guziczków w błonach śluzowych dróg moczowych, nie mogą być przyjmowane za normalne części składowe tych błon, lecz są wytworem patologicznym, stanowiącym właściwość pewnych form zapaleń nieżytowych tych dróg.

Puławski. Niedokształcenie kilku żeber jako przyczyna rzadkiéj nieprawidłowości w budowie klatki piersiowéj. Gaz. Lek. N. 12. str. 237.

Autor opisuje przypadek niedokształcenia kilku żeber ze strony prawéj, spostrzegany u 36-letniego wyrobnika. W danym przypadku żebro V, nie posiadając własnéj chrząstki przyczepiało się do części wstępującéj żebra VI; żebro IV na 4,5 cent. nie dochodziło do mostka i również jak żebra III i II kończyło się ślepo w postaci zgrubienia guziczkowatego. Z mięśni brakowało piersiowego małego i wielkiego; tego ostatniego rozwiniętą była tylko część obojczykowa; część mostkowa była zastąpiona przez taśmę włóknistą, szeroką na 2 ctm. Również na odpowiednich miejscach klatki piersiowéj nie można było wyczuć brzuśćców mięśnia zębatego wielkiego.

Z zaburzeń funkcyjonalnych zanotować należy niemożność podnoszenia ręki prawéj do linii poziomej.

Przypadek powyższy szczeliny bocznéj klatki piersiowéj, nadzwyczaj rzadki, jest drugim w literaturze teratologicznéj po przypadku Froriep'a, opisanym przez Förster'a.

Przewoski. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowéj z ogólnemi uwagami o tejże chorobie. Gaz. Lek. N. 38—42. str. 800. 829. 853. 874. 893.

Jest to obszerna monografija, w któréj autor oprócz szczegółowego opisu 4 nowych przypadków przepukliny przeponowéj, na zasadzie zestawienia wszystkich dotąd opisanych przypadków [309], przedstawia obraz anatomopatologiczny i kliniczny tego cierpienia wraz ze wskazaniami leczniczémi.

Obrzut. Przyczynek do histologii zapaleń kłębków Malpighiego. Przegląd Lek. N. 17—21. str. 237, 251, 264, 276, 291.

W pracy niniejszéj autor postanowił sprawdzić poglądy autorów, głównie Langhans'a na *glomerulo-nephritis*. Pobudką do przedsięwzięcia téj pracy była praca Hansemann'a, która wszystkie wyniki pracy Langhans'a *en block* odrzuciła.

Autor badał nerki, otrzymane od zmarłych wskutek płonicy. Stara się nerki wyjmować z trupa jak można najwcześniéj i maleńkie kawałki tychże stwardzał w płynie Flemming'a, kw. chromnym [0,2%], wyskoku, lub w płynie Müller'a.

Pytania, jakie sobie autor do rozwiązania postawił, są następujące:

1) Czy istnieje tak zwana *glomerulonephritis*, a raczéj *glomerulitis* i pod wpływem jakich chorób ogólnych spostrzega się ją.

2) Jakie są zmiany anatomiczne w kłębkach Malpighiego, które stanowią istotę téj postaci zapalenia nerek, a mianowicie zmiany w kłęb-

kach samych, tj. ich *a*) nabłonkach, *b*) ścianach naczyń włosowatych wraz z ich śródbłonkami, wreszcie *c*) zmiany, których siedliskiem jest światło naczyń włosowatych.

3) Zmiany w torebce Bowmana.

4) Czy i które z tych zmian są integralną częścią każdego zapalenia nerek ostrego, bez względu na jego etyjologiję.

5) Jaki wpływ w znaczeniu histologicznem mają powyższe zmiany w ostatecznem zniszczeniu [obliteracyi] całego ciałka Malpighiego, i jaki jest ich czasowy rozwój, chronologiczne następstwo tych zmian.

Odpowiada na pytania powyższe autor w sposób następujący:

Ad. 1) Samoistne zapalenie kłębków, do nich tylko ograniczone, jest chorobą względnie dość częstą; autor spotykał ją w okresie zdrowienia po płonicy i skłonnym jest przypuścić pewien przyczynowy związek między tém cierpieniem i wydaleniem drobnoustrojów chorobotwórczych z organizmu drogą moczu.

Ad. 2) Zmiany anatomiczne w kłębkach dają się przedstawić w sposób następujący:

a) Nabłonek kłębków naczyniowych podlega mnożeniu i łuszczeniu; z jednéj strony mnożący się nabłonek może wnikać do wnętrza kłębków i powodować mechaniczne przeszkody w krążeniu; z drugiéj zaś strony nabłonki złuszczające się, wypełniając wolny przestwór torebki Bowmana, mają wywoływać przeszkody w wydzielaniu moczu. Przy nowotworzeniu tkanki łącznéj, nabłonkom autor przypisuje tylko bierną rolę, chociaż spotykał w komórkach ich mitozy.

b) Ściany naczyń wraz z ich śródbłonkami nie podlegają zmianom widocznym, i dla tego autor przypisuje im tylko bierną rolę; mitoz w komórkach śródbłonkowych naczyń włosowatych autor nie spostrzegał.

c) Co się tyczy zmian, spostrzeganych w świetle naczyń włosowatych, to autor obserwował wewnątrz naczyń masy ziarniste, których pochodzenie przypisuje leukocytom; oprócz leukocytów widział autor komórki nabłonkowate [epitelioidowe], którym początek dały też, według autora, bezbarwne ciałka krwi. Oprócz tych dwóch części składowych w naczyniach włosowatych spostrzegał autor masy nierównoziarniste —[ścięte wskutek działania płynów, stwardniających substancyje białkowate] i delikatne włókienka o owalnych, bardzo w chromatynę ubogich jądrach.

Wytworzenie to tkanki łącznéj wśródwłosowatéj —przypisuje autor bezbarwnym ciałkom krwi. [Zapalenie produktywne].

Ad. 3) Zmiany w torebce Bowman'a [powierzchnia wewnętrzna] wyrażają się w postaci rozwoju tkanki łącznéj, bardziéj zbitéj w częściach zwróconych do kłębka naczyniowego, luźniejszéj w warstwach przy saméj torebce Bowman'a. Pomiędzy włókienkami tkanki łącznéj autor spostrzegał komórki nabłonkowate, które wyprowadza z leukocytów i fibroblastów. Mitoz w komórkach nabłonkowych torebki O. nie spostrzegał.

Wytworzona tkanka łączna na wewnętrznéj powierzchni torebki Bowman'a może uciskać kłębek i doprowadzić do zupełnego jego zniszczenia.

Ad. 4) Czy każde ostre zapalenie nerek kombinuje się lub zaczyna od zapalenia kłębków autor nie rozstrzyga na podstawie swego materyjału, nie wydaje mu się to jednak prawdopodobném.

Ad. 5) Sprawa zapalna może wyjść tak od torebki jakotéż i z samego kłębka, a produkt tego zapalenia, tkanka łączna, może sprowadzić zupełne zamknięcie całego kłębka. Sprawy te nie różnią się niczém od zapaleń produktywnych w innych narządach, chyba tém tylko, że nowowytwarzająca się tkanka łączna częściéj niż gdzieindziéj ulega tak zwanemu zwyrodnieniu szklistemu.

Obrzut. Przyczynek do histologii choroby Brighti. Przegl. Lek. N. 43—50. str. 549, 562, 577, 605, 615, 629, 637.

Autor na zasadzie licznych swych badań odnośnych przypadków dochodzi do przekonania, że każda postać zapalenia nerek wychodzi z układu naczyniowego, a zmiany w miąższu właściwym, t. j. w nabłonkach mają znaczenie tylko zmian drugorzędnych, stojących w związku z pewnémi objawami klinicznémi np. białkomoczem, ale nie stanowiącémi nigdy istoty sprawy zapalnéj.

We wczesnych okresach ostrych zapaleń nerek znajdował autor przestrzenie międzykanalikowe rozszerzone; rozszerzenie to warunkowane było albo silném rozciągnięciem naczyń włosowatych, albo też nagromadzeniem ciałek krwi czerwonych i białych zewnątrz naczyń krwionośnych. Wkrótce w świetle naczyń włosowatych międzykanalikowych jak również i w ich otoczeniu można było spostrzedz tkankę łączną, o delikatnych włókienkach i nielicznych komórkach, już to okrągłych lub wrzecionowatych, już to nieco większych—nabłonkowatych. Pochodzenie téj tkanki łącznéj autor wyprowadza z ciałek krwi czerwonych i białych, przeważnie z tych pierwszych.

Zmiany zapalne w kłębkach naczyniowych określić można jako *glomerulo-capillaritis*. Proces i tutaj polega na wytworzeniu się z elementów morfologicznych krwi tkanki łącznéj, która rozwojem swym wywołać może obliteracyję kłębka.

Czasami tkanka nowowytworzona podlega zwyrodnieniu szklistemu, szczególniéj wytworzona w kłębkach Malpighiego i koło torebki Bowmana. W ostatnim razie tkanka łączna wytwarza się nietylko na wewnętrznéj powierzchni torebki ale i naokoło téj ostatniéj, a ściągając się, powoduje zanik całego kłębka. W świetle kanalików moczowych bardzo często spotykamy wynaczynienia; ciałka krwi tych naczynień podlegają albo rozpadowi ziarnistemu albo zwyrodnieniu szklistemu. Tą drogą, zdaniem autora, powstają wałeczki ziarniste i szkliste. Komórki nabłonkowe

kanalików żadnych czynnych zmian nie przedstawiają; zmieniają się tylko biernie wskutek ucisku: Zmiany te polegają na spłaszczeniu komórek, i na ich stłuszczeniu. Czasami też można widzieć złuszczenie się komórek na pewnych niezbyt zresztą znacznych przestrzeniach.

Obrzut. O zapaleniu nerek wybroczynowém i o znaczeniu wybroczyn w miąższu nerkowym. Przeg. Lek. N. 31 i 32. str. 409, 423.

Wybroczyny w miąższu nerkowym są jednym z najczęstszych objawów zapalenia nerek. Wydarzają się one niekiedy jako objaw dominujący (*Nephritis haemorrhagica acuta i chronica*), częściéj jednak mają tylko podrzędniejsze znaczenie.

Wylewy krwawe w miąższu nerkowym wydarzają się: 1) do torebki Bowmana, 2) do światła kanalików moczowych krętych lub prostych, 3) do przestrzeni międzykanalikowych.

Zachowanie się pierwiastków morfotycznych krwi w tych wybroczynach jest bardzo różne.

1) Obok dobrze zachowanych ciałek czerwonych, spotykamy ciałka wybladłe o zachowanych konturach, lub też ciałka rozpadłe w masę połyskującą drobnoziarnistą; niekiedy ciałka czerwone krwi zlewają się w jednorodną masę barwy ciałek krwi czerwonych, prawidłowych lub też podobną do wałeczków szklistych.

2) Dalszém uderzającém zjawiskiem są wakuole, które znajdujemy tak dobrze w krwi wynaczynionéj, jak i w świetle naczyń znajdującéj się. Wakuole te, zdaniem autora, powstają z leukocytów, rzadziéj z ciałek krwi czerwonych.

3) U obwodu wybroczyn lub na brzegach naczyń ciałka krwi układają się w masy jednostajne, cisawo-zielonawe, z których wychodzą liczne wypustki tejże barwy. Sprawia to wrażenie, jakby barwnik ciałek krwi skupił się na ich obwodzie, a środek ich wybladł.

4) W świeżych wybroczynach ciałka czerwone się nie barwią; w starych barwią się jak włóknik (safraniną, gencyjaną). Stąd autor przypuszcza, że siatka barwiąca się jak włóknik pochodzi z hemoglobiny czerwonych ciałek krwi. [Autor odrzuca teoryję A. Schmidt'a o wytwarzaniu się włóknika].

5) Najczęstszą przemianą wybroczyn krwi jest zwyrodnienie jéj szkliste, które się wytwarza:

a) na wewnętrznéj powierzchni torebki Bowman'a;

b) na wewnętrznéj powierzchni ścianek włosowatych;

c) w przestrzeniach międzykanalikowych;

d) w świetle samych kanalików moczowych [wałeczki szkliste].

6) Zdaniem autora i zwyrodnienie skrobiowe jest także pewną przemianą czerwonych ciałek krwi.

Deg. hyalina i *deg. amyloidea* stanowią tylko dwa okresy téj samej przemiany.

Obrzut. Chroniczne zapalenie śródmiąższowe wątroby. Przegl. Lek. N. 5—8. str. 70, 85, 101, 117.

Jest to dalszy ciąg prac autora nad tym przedmiotem. (Patrz Przeg. Piśm. Lek. Polskiego r. 1887 str. 19.

W pracy niniejszéj autor rozpatruje formę zapalenia śródmiąższowego wątroby, wywołanego niedrożnością większych przewodów żółciowych (*Cirrhosis biliaris*). CHARCOT i GOMBAULT proces ten objaśniają jako *angiocholitis et periangiocholitis*, wywołany zastojem żółci. Według tych autorów marskość wątroby żółciowa rozpoczyna się wysepkowato i jest jednozrazikową (*insularis* i *monolobularis*) a jest zarazem około i wśródzrazikową. BELOUSSOW inaczéj zapatruje się na tę sprawę. Według doświadczeń jego z przewiązaniem przewodów żółciowych u królików i świnek morskich [80] cała sprawa rozpoczyna się od wytworzenia mniéj lub więcej rozległych ognisk nekrotycznych koło przewodów żółciowych międzyzrazikowych, z tych to ognisk wskutek zapalenia na obwodzie powstaje marskość żółciowa. Przyczyną ognisk nekrotycznych mają być zdaniem BELOUSSOWA wybroczyny żółci wskutek pęknięcia mniejszych przewodów żółciowych i ucisk komórek wątrobowych przez rozszerzone naczynia żółciowe włosowate. Sprawdzenie poglądów BELOUSSOWA było najprostszém zadaniem pracy autora.

Badając wątrobę królików po przewiązaniu przewodu żółciowego we wczesnych okresach [5—8 godzin po operacyi], autor spostrzegał tylko zwyrodnienie siatkowato—szkliste komórek wątrobowych w postaci oddzielnych ognisk, leżących przy przewodach żółciowych lub też przy ścianach naczyń krwionośnych. W późniejszych okresach [12 dzień] na plan pierwszy występowało rozszerzenie przewodów żółciowych oraz rozrost tkanki łącznéj międzyzrazikowéj. Przestwory międzyzrazikowe przedstawiają się jako wyspy tkanki łącznéj, w któréj znajduje się mnóstwo pseudokanalików. Tkanka łączna tych przestworów zawiera w równéj ilości komórki wrzecionowate i limfoidalne; pseudokanaliki, zdaniem autora, składają się z komórek nabłonkowatych, wytworzonych z komórek wątrobowych.

Przestwory międzyzrazikowe wypuszczają po 2, 3—4 wypustki, które kończą się ślepo między zrazikami, lub wnikają w sam zrazik. Niekiedy wypustki jednego przestworu łączą się z wypustkami sąsiednich i tą drogą powstaje pierścień łącznotkankowy, okalający cały zrazik. Rozwój tkanki łącznéj ma miejsce i w środkowych częściach zrazika koło żyły centralnéj; ten rozrost daje także wypustki, łączące się z wypustkami przestworów międzyzrazikowych. Skoro tylko beleczka wątrobowa znajdzie się otoczona pasemkiem tkanki łącznéj, zaraz możemy zauważyć przemianę

wielkich komórek wątrobowych w wielką ilość małych nabłonkowych, które się łączą z szeregami komórek nabłonkowych w przestworach międzyzrazikowych. Tym sposobem pseudokanaliki wdrążają do samego zrazika.

Autor zgadza się z poglądami CHARCOT i GOMBAULT, a mianowicie, że marskość żółciowa występuje najpierw wysepkowato w przestworach międzyzrazikowych; że później, rozszerzając się z nich, staje się pierścieniowatą, że jest tak wśród—jako też i okołozrazikową, a w każdym razie jednozrazikową.

Nie zgadza się autor z poglądami BELOUSSOWA, by ogniska nekrotyczne powstawały wskutek wylewów żółci, faktu tego autor nigdy nie spostrzegał. Zdaniem autora pochodzenie ognisk nekrotycznych objaśnić trzeba zaburzeniami w krążeniu, jakie bezwątpienia nastąpić muszą wskutek nagle podwyższonego parcia żółci w naczyniach żółciowych włosowatych. Również nie widział autor oddziaływania zapalnego w otoczeniu tych ognisk. Doświadczenia OBRZUTA wykazują, że zmiany zapalne występują tu regularnie we wszystkich przestworach międzyzrazikowych, a z tych sprawa zapalna szerzy się wzdłuż rozgałęzień żyły wrotnéj i z biegiem czasu w postaci pierścieni otacza cały zrazik.

Dwa przypadki marskośei żółciowéj u ludzi, zbadane makro-i mikroskopowo przez autora, ilustrują tę pracę.

Na podstawie dwóch przypadków cyanotycznego zaniku wątroby przy chorobach serca, sekowanych i szczegółowo zbadanych przez siebie, rysuje OBRZUT obraz t. z. *cirrhosis cardiaca*. Proces ten polega na rozroście tkanki łącznéj w częściach środkowych zrazików, w otoczeniu ostatecznych rozgałęzień żyły wrotnéj, lub też niezależnie od tego naczynia. Do zupełnego obrazu marskości brakuje tu zapalnego nacieczenia drobnokomórkowego, przeto proces ten może być poczytywany za prosty rozrost tkanki łącznéj wskutek długotrwającéj zastoiny żylnéj.

Na podstawie niniejszéj i poprzednich swych prac podaje autor następujący podział zapaleń śródmiąższowych wątroby.

1) *Cirrhosis atrophica acuta.* Histologicznie charakteryzuje się ta postać marskości zapaleniem szybko od obwodu ku środkowi zrazików postępującém i zastąpieniem prawidłowego miąższu tkanką granulacyjną.

2) *Cirrhosis atrophica chronica* [LAENNECK]. Jest zawsze jedno— i więcéj zrazikową, międzyzrazikową, a tylko w małym stopniu śródzrazikową.

3) *Cirrhosis hypertrophica.*

a) *C. h. simplex*—bywa zwykle jednozrazikową, chociaż obok tego jest i wielozrazikową. Powiększenie wątroby, żółtaczki może nie być, a natomiast puchlina brzuszna.

b) *C. h. cum infiltratione adiposa.*

c) *Cirrhosis intercellularis luetica* [CHARCOT], którą autor proponuje nazwać *Cirrhosis peritrabecularis dissecans luetica congenita.*

d) *Cirrhosis biliaris.*

4) *Cirrhosis cardiaca.*

Adamkiewicz. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórorzędném rdzenia pacierzowego. Przegląd Lekarski. N. 1, 3 i 4. str. 1, 33, 49.

Prace swe nad zwyrodnieniami rdzenia oparł autor na wynikach badań odnośnych przypadków przy pomocy swéj metody barwienia rdzenia wodnym roztworem safraniny [1:60]. Zdaniem autora sposób ten lepiéj niż wszystkie inne metody, nie wyłączając WEIGERT'a, pozwala wykrywać wczesne okresy zmian w tkance rdzenia.

Zwyrodnienia wtórorzędne rdzenia są to zwyrodnienia ograniczone ściśle do pewnych systemów i rozwijające się w nich następczo, wskutek oddzielenia w ten lub inny sposób od ich ośrodków troficznych. Trzy są systemy, podlegające zwyrodnieniom wtórorzędnym: drogi piramidalne, sznury GOLL'a i drogi móżdżkoboczne.

Ponieważ ośrodki troficzne dla dróg piramidalnych znajdują się w substancyi korowéj półkul mózgowych, zwyrodnienie zatém dróg piramidalnych musi się rozprzestrzeniać z góry na dół, to jest może być tylko zstępującém. Przeciwnie zwyrodnienie dróg móżdżkobocznych i sznurów GOLL'a bywają zawsze wstępujące, albowiem ośrodki troficzne pierwszych leżą w słupach CLARCK'a, a ostatnich — w zwojach międzykręgowych i w istocie szaréj rogów tylnych.

Od czasu badań SCHIEFFERDECKER'a przypuszczano, że punktem wyjścia zwyrodnienia wtórorzędnego jest istota rdzenna nerwów rdzenia, przeciwnie utrzymuje HOMEN, że zmianom pierwotnym podlega zawsze nitka osiowa.

ADAMKIEWICZ, badając rozmaite okresy zwyrodnień, przy pomocy swéj metody safraninowéj doszedł do przekonania, zgodnego zresztą ze zdaniem SCHIEFFERDECKER'a i HOMEN'a, że pierwotnie cierpi tkanka nerwowa rdzenia, a następczo dopiero neuroglia, przytém zmiany w nerwach bywają dwojakie, albo zanik prosty nerwów, wyrażający się na preparatach utratą zdolności barwienia się; proces ten idzie od osłonki rdzennéj do nitki osiowéj; albo też zwyrodnienie, wyrażające się zgrubieniami ograniczonémi na nitce osiowéj—*filovaricosis*, lub téż na osłonce rdzennéj—*myelovaricosis.*

Chociaż *filovaricosis* w zwyrodnieniach wtórorzędnych góruje nad *myelovaricosis*, to jednak autor nie rozstrzyga, co jest częstsze—*filovaricosis*, czy *neurovaricosis* [zgrubienie i nitki osiowéj i osłonki rdzennéj jednocześnie]. Wogóle ADAMKIEWICZ nie może uważać włókna osiowego za pierwotne miejsce, dotknięte zwyrodnieniem wtórorzędném. Co się tyczy neu-

rogli, to ta cierpi tylko następczo, ale nietylko biernie, ale i czynnie przez rozplen.

Przy badaniach nad zwyrodnieniem wtórorzędném pęczków piramidalnych autor zrobił spostrzeżenie, że zwyrodnieniu ulega także i część spoidła białego po stronie przeciwnéj pęczkom piramidalnym bocznym. W fakcie tym autor widzi nowy dowód istniejącego połączenia sznurów piramidalnych przednich z rogami przedniémi strony przeciwnéj przy pomocy odpowiedniéj części spoidła przedniego, co już przypuszczał GERLACH.

Adamkiewicz. O zwyrodnieniu pierwszorzędném rdzenia pacierzowego t. z. Sclerosis disseminata i jego objawach klinicznych. Przeg. Lek. N. 9—13. str. 129, 157, 191, 213.

Cierpienie, o którém mowa, występuje w postaci ognisk, rozsianych w mózgu i rdzeniu. CHARCOT pochodzenie tych ognisk tłómaczył zapaleniem śródmiąższowém mózgu i rdzenia. RINDFLEISCH za pierwotne zmiany przyjmował proces zapalny w naczyniach, który ciągnie za sobą zwyrodnienie włókniste i przerost ilościowy tkanki łącznéj; wśród téj masy nowych składników zanikają następczo nerwy skutkiem ucisku. ADAMKIEWICZ na podstawie badań odpowiedniego przypadku wykazał: 1) że istnieją w schorzałym mózgu ogniska stwardniałe, w których nerwy skutkiem sprawy chorobnéj zanikły, podczas gdy utrzymała się w zupełności prawidłowa neuroglia; rozrost tkanki łącznéj w danych ogniskach ma miejsce u obwodu ognisk, a nie w ich środku, co przemawia za rozrostem następczém tkanki łącznéj, 2) zmiany w naczyniach krwionośnych są wtórne i wywołane są pierwotnémi zmianami w nerwach.

Stwardnienie ogniskowe rozsiane jest to sprawa chorobowa, wśród któréj nasamprzód w makroskopowych ogniskach zanikają włókna nerwowe, a następnie neuroglia, od obwodu ogniska poczynając, przez wytworzenie nowych składników tkaninowych i naczyń gęstniejąc, posuwa się ku środkowi. Na podstawie badań rdzenia w omawianym przypadku autor wykazał, że w początkowych okresach choroby cierpią części chromoleptyczne, to jest pewne części słupów białych, około substancyi szaréj leżące i silniéj niż pozostałe pochłaniające barwnik.

Z części chromoleptycznych proces rozszerza się ku obwodowi i może zająć całe przecięcie rdzenia.

Na szczególną uwagę, zdaniem autora, zasługuje zachowanie się pęczków tylnych przy rozsianém stwardnieniu: jest ono identyczne ze zmianami przy miąższowéj formie *tabes*. Dowodzi to, według A., że obie postacie rozpoczynają się od części chromoleptycznych.

Nieco odmienną formę stwardnień spostrzegał autor w innym przypadku. Tam części zwyrodnione otaczały jak wstęgą cały przekrój rdzenia. Podobne formy przyjmowano zwykle za zwyrodnienia skombinowane.

Na podstawie swych barwień autor zaznacza, że zwyrodnienia przybrzeżne są to zwyrodnienia miąższowe; jest to cierpienie samoistne nerwów, przy brzegu rdzenia położonych. Odmienne rozmieszczenie w podobnych przypadkach autor motywuje tém, że części chromoleptyczne w danych przypadkach właśnie są rozmieszczone u obwodu rdzenia.

Zmiany mikroskopowe polegają albo na prostym zaniku, albo też na procesach neurowarykotycznych. Nitki osiowe okazują wiele odporności, tém też tłómaczyć można fakt, że przy zajęciu całéj powierzchni przekroju rdzenia nie zauważamy zwyrodnień wtórorzędnych. W następstwie zmian zanikowych w nerwach, tkanka neuroglijowa buja, a następnie kurczy się. Ta sprawa wywołuje znowu inną, kurczenia się i deformacyi komórek zwojowych jako też i stwardnienia naczyń.

Adamkiewicz. O zwyrodnieniu skombinowaném rdzenia pacierzowego. Przegl. Lek. N. 8 i 9. str. 249—261.

Zwyrodnieniami skombinowanémi nazywa ADAMKIEWICZ połączenie chorób systemów *resp.* wtórorzędnych, z chorobami części chromoleptycznych, t. j. pierwotnémi.

Oba te cierpienia mogą się kombinować w jednéj parze sznurów [zwyrodnienia skombinowane jednomiąższowe—*monofasciculär*] np. zmiany części chromoleptycznéj w pęczkach BURDACH'a ze zwyrodnieniem pęczków GOLL'a, albo też zwyrodnienia pęczków piramidalnych bocznych i części chromoleptycznéj, w słupach bocznych zawartéj.

W postaci zwyrodnień dwuwiązkowych (*bifasciculär*) zwyrodnienia pierwotne i wtórne odbywają się w dwóch różnych parach sznurów.

Bywają one:

1) Kombinacyja wiądu ze zwyrodnieniem równoczesném dróg piramidalnych bocznych i móżdżkobocznych;

2) Połączenie wiądu ze zmianami w drogach piramidalnych bocznych;

3) Połączenie wiądu ze zwyrodnieniem dróg móżdżkobocznych.

Cechą zwyrodnień wtórorzędnych jest ściśle ograniczony przebieg cierpienia; choroba rozwija się aż do szczytu swego, aby na nim stale pozostać aż do śmierci chorego, któréj nie jest ona przyczyną. Przeciwnie zachowują się zwyrodnienia pierwszorzędne. Te, gdzie się raz zagnieździły, tam niepowstrzymanie kroczą daléj aż do śmierci chorego. którą same sprowadzają. Gdzie do zboczeń, wywołanych przez zwyrodnienie układów, przystępuje jeszcze charakter postępujący, tam zawsze jesteśmy uprawnieni przypuścić zwyrodnienie skombinowane, t. j. połączenie się zwyrodnienia pierwszorzędnego ze zwyrodnieniem układów [wtórorzędném].

Karliński. O nowszych poglądach na etyjologiję zapalenia ropnego. Przegl. Lek. N. 33, 34 i 35. Str. 429, 444, 457.

Autor, przytoczywszy dokładnie zebraną literaturę danego przedmiotu, przedstawia wyniki swych badań, rozpoczętych jeszcze w r. 1886, w prosektoryjum szpitala garnizonowego w Wiedniu i w zakładzie bakteryjologicznym wojskowym, i po półtorarocznéj przerwie w dalszym ciągu prowadzonych.

Przy pomocy odpowiednich hodowli przekonał się autor o obecności w powietrzu pracowni grzybów ropotwórczych, jako to: *Staphylococcus pyogenes aureus et albus, Bacillus pyog. foetidus i Streptococcus pyogenes.*

Ilość kolonij tych grzybów przy powietrzu spokojném była mniejsza [2—3 kolonije na płytce żelatynowéj 12 □ ctm.] niż przy otwartych oknach i przeciągu [6 kolonij na takichże płytkach]. Odkażanie powietrza przy pomocy aparatów rozpylających bardzo nieznacznie tylko wpływała na zmniejszenie ilości otrzymywanych kolonij. Na podstawie odpowiednio przeprowadzonych badań, przekonał się autor, że na powierzchni skóry i włosach psów i królików, trzymanych w klatkach w pracowni, znajdują się przeważnie grzyby pleśniowe, a także *bacillus pyogenes foetidus*, nie brak jednak i grzybów ropotwórczych.

Bardzo staranna toaleta zwierząt [ciepła kąpiel, szorowanie mydłem i twardą szczotką, obmycie sublimatem 1‰] nie zapobiegało temu, by w kilka godzin można było sprawdzić obecność wyżéj wymienionych grzybów na skórze zwierząt.

Doświadczeń wykonał autor 13: 9 na psach, 4 na królikach. Przy pomocy sposobu Strauss'a autor wprowadzał do tkanki łącznéj podskórnéj olejek terpentynowy w ilości 3—5 grm. u psów i 1—3 grm. u królików.

Wynik doświadczeń na królikach był ujemny: tworzyły się tylko ograniczone nacieczenia, tkanka w daném miejscu podlegała koagulacyjnéj nekrozie, ropienia jednak się nie otrzymywało.

Z 9 doświadczeń, na 7 psach wykonanych, jedno należy jako nieudane wykluczyć. Z pozostałych 8—tylko w dwóch rozwinęło się ropienie. Z tych w jednym przypadku obecność pasorzytów ropotwórczych (*staph. p. albus i st. p. aureus*) wykazaną została w zawartości ropnia wyaspirowanego za pomocą strzykawki Pravaz'a jak również i w tkance, przy pomocy badań drobnowidzowych i hodowlanych; w drugim zaś wyaspirowana zawartość ropnia i pod mikroskopem i na hodowlach okazała się jałową, ropa zaś zaszczepiona z przestworów tkankowych, brana igiełką platynową za każdym razem ze świeżéj powierzchni rozkroju dała co do obecności pasorzytów ropotwórczych wynik dodatni (*Staph. pyog. aureus*).

Prowadząc rozpoczęte doświadczenia po upływie 1½ roku w dalszym ciągu, autor przedewszystkiém zapragnął sprawdzić jeszcze raz wła-

sności ropotwórcze terpentyny, stwierdzone doświadczalnie przez Grawitz'a i de Baré'go. Sześć nanowo podjętych doświadczeń, 4 na psach i 2 na królikach dały wynik ujemny.

Szczepiąc rozpuszczoną część żelatyny, otrzymywaną przy hodowli *Stapp. pyogenes aureus*, wyjałowioną ogrzewaniem przez 5 dni przy temp. 62°C., każdym razem po 1½ godz., autor zawsze otrzymywał ropienie [8 doświadczeń], bez udziału pasorzytów.

2 razy po wprowadzeniu królikowi do przedniéj komory oka 0,2—0,3 grm., rozpuszczonéj wyjałowionéj żelatyny otrzymano również ropienie bez pasorzytów.

Karliński. Poszukiwania nad wpływem jodoformu na grzybki ropotwórcze. Przeg. Lek. N. 48, 49 i 50. Str. 613, 627, 638.

Dodatni wpływ jodoformu na gojenie się ran i powierzchni ropiejących, tłómaczono osuszaniem pola operacyi [König] lub też działaniem jodu *in statu nascendi*. Badania doświadczalne nad działaniem omawianego środka na żywotność i własności ropotwórcze grzybków chorobotwórczych dały w ogóle wynik ujemny.

Pierwsze wnioski w tym przedmiocie ogłosił Lübbert w r. 1886, a za nim cały szereg badaczów. [Heyn i Rovsing, Tilanus, Baumgarten, de Ruyter, Senger, Kunz, Kromacher i inni]. W obronie jodoformu zabierali głos Friedländer i Poten. Pierwszy tłómaczył dodatnie działanie jodoformu wzmacnianiem odporności tkanek, drugi, zgodnie z Binzem, wskazywał na działanie wywiązującego się w organizmie żywym jodu.

Autor badał wpływ jodoformu na grzybki ropotwórcze w hodowlach, oraz drogą doświadczeń na zwierzętach.

Wyniki, do jakich doszedł, są następujące:

1) jodoform nie działa swoiście na grzybki ropotwórcze, bo nie znosi ich rozwoju i nie ogranicza żywotności, nie odbiera im własności ropotwórczéj;

2) że działanie jego polegać może jedynie na osuszeniu pola operacyjnego, być może w ten sposób, że wchodzi z białkiem w połączenia, na których grzybki te rosnąć i rozwijać się nie mogą;

3) że znosi lub przynajmniéj ogranicza gnicie, a przez to chronić może od ogólnego zakażenia posocznicowego i dla téj ostatniéj własności zasługuje na uwzględnienie wśród wielkiéj rodziny środków odrażających.

Jakowski. Drugi przypadek twardzieli nosa, zbadany pod względem bakteryjologicznym. Gaz. Lek. N. 37. str. 787.

Autor w pracy cytowanéj stwierdza wyniki swych badań bakteryjologicznych, ogłoszonych w roku zeszłym [Patrz Przegl. Piśm. Lek. 1887 r. str. 121]. Na zasadzie nowo przeprowadzonych badań doświadczalnych

J. jeszcze raz zaznacza, że bakteryje, odkryte przez Frisch'a w wytworach twardzieli nosa, a szczegółowiéj przez Cornil'a i Alvarez'a i zwłaszcza przez Paltauf'a i Eiselsberg'a zbadane, nie są identyczne z bakteryjami Friedländer'a, lecz tylko bardzo do nich zbliżone co do swych cech morfologicznych i wyglądu czystych hodowli.

Jakowski. Otomycosis mucorina. Gaz. Lek. N. 34. str. 717.

Autor opisuje wyniki hodowli [na kwaśnym agarze], otrzymanych z błony pleśniowéj, jaka rozwinęła się w średniéj i wewnętrznéj części przewodu słuchowego zewnętrznego u choréj dra Modrzejewskiego. Otrzymany grzyb autor rozpoznaje jako pleśniak gałęzisty (*mucor ramosus*), opisany po raz pierwszy przez Lindt'a w r. 1886.

Bujwid. Cukier gronowy jako podnieta ropienia w obecności staphylococcus aureus. Przegl. Lek. N. 12. str. 175.

Punktem wyjścia niniejszéj pracy był przypadek, obserwowany przez autora, tworzenia się ropni wąglikowych u 50-letniéj kobiéty, któréj mocz zawierał 5% cukru. Wydzielina tych ropni zawierała czystą hodowlę gronkowca złocistego (*staphylococcus aureus*). Przy odpowiedniéj dyjecie cukier z moczu zniknął, a równocześnie i sprawa miejscowa zaczęła się poprawiać i w ciągu dwu tygodni w zupełności się wygoiła.

Chcąc wyświetlić przyczynę znanego faktu wytwarzania się ropni u dyjabetyków, autor przeprowadził szereg doświadczeń na zwierzętach [39], zastrzykując raz czysty roztwór cukru gronowego, to znów czyste hodowle gronkowca złocistego, to wreszcie hodowlę gronkowca w roztworze cukru.

Wyniki, jakie otrzymał autor, są następujące:

1) Jeżeli zwierzęciu zastrzykniemy hodowlę gronkowca złocistego w 5—10—20% roztworze cukru, wywołujemy zawsze stwardnienia, ropień lub zgorzel miejscową, w niektórych zaś razach, mianowicie u myszy, śmierć, przyczém hodowla na żelatynie wykazuje gronkowca we wszystkich narządach; jest to więc zakażenie ropne ogólne.

2) Ropienia ani nawet stwardnienia nie bywa, gdy wstrzykniemy czysty roztwór cukru, albo czystą hodowlę gronkowca.

Stąd autor wysnuwa wniosek, że tworzenie się ropni w moczówce cukrowéj zależy od zmniejszenia odporności tkanek ustroju, skutkiem czego bakteryje ropne, dostając się do nich i nie doznając przeszkody, rozmnażają się i wywołują ropienie, ustrój bowiem, nie mogąc pochłonąć zbyt wielkiéj ilości, stara się je przez ropienie wydalić.

Bujwid. O oddziaływaniu chemiczném prątków cholery. Sposób oddzielania i rozpoznawania prątków cholery bez pomocy płytek i mikroskopu. Przegląd lek. Nr. 36, str. 465.

Autor opisuje swój udoskonalony sposób odróżniania prątków cholery od wszystkich innych, na zasadzie chemicznego oddziaływania. Spo-

sób ten jest następujący: Jeżeli do probówki z 2% wyjałowionym rozczynem peptonu, z dodatkiem 0,5% soli kuchennéj, oraz węglanu sodu do słabo alkalicznego oddziaływania, zaszczepić prątki cholery i probówkę daną potrzymać w termostacie 12 do 24 godzin, to działając następnie na taką hodowlę kwasem solnym [siarkowym, fosforowym, szczawiowym, najlepiéj jednak solnym], otrzymuje się zabarwienie różowo-fijoletowe.

Odczyn ten polega, według SALKOWSKIEGO, na wytwarzaniu w hodowlach prątków cholerycznych indolu i kwasu azotowego.

Fakt, skonstatowany przez SCHOTELIUS'a i stwierdzony przez autora, że prątki cholery hodują się w płynie głównie na powierzchni, B. spożytkował w celu rozpoznawczym.

Przeszczepiając mianowicie kropelkę z powierzchni hodowli mieszanéj rozmaitych prątków, między innémi i cholerycznych, do nowéj probówki, i powtarzając podobną manipulacyję jeszcze parę razy, autor już w 4-éj próbówce otrzymał zupełnie wyraźny odczyn różowy prątków cholery.

Bujwid. Czerwony odczyn chemiczny bakteryj cholery azyjatyckiéj. Kronika lek. Nr. 1, str. 30.

To samo co wyżéj.

Adamkiewicz. O ucisku mózgu i rdzenia pacierzowego u człowieka. Medycyna Nr. 45, 46, str. 749, 765.

Autor zaznacza przedewszystkiém fakt, że tkanka mózgu przed uciskiem ustępuje, a zatém jest ściśliwą. Zmniejszenie się objętości mózgu, wskutek ucisku, polega na zbliżeniu się do siebie elementów, w skład tkanki mózgowéj wchodzących, t. j. na prawdziwém zgęszczeniu tkanki. Naczynia krwionośne w uciśniętéj tkance pozostają w zupełności otwarte, a nawet w pewnych razach rozszerzają się, dowożąc zgęszczonéj tkance materyjał odżywczy w większéj ilości.

Autor rozróżnia trojakiego stopnia ucisk mózgu. Pierwszy stopień charakteryzuje się brakiem objawów klinicznych i brakiem naruszenia ciągłości tkanki mózgowéj; przy drugim stopniu ucisku istnieje brak naruszenia ciągłości tkanki mózgowéj, lecz ucisk mózgu ujawnia się pewnémi objawami klinicznémi, o których niżéj. Przy ucisku trzeciego stopnia następuje naruszenie ciągłości tkanki mózgowéj—zmiażdżenie—wraz z koniecznémi objawami porażenia.

Objawy ucisku drugiego stopnia, działającego na sferę ruchową mózgu zwierząt, są według autora następujące: Drgawki kloniczne po stronie przeciwległéj uciskowi, występujące w nieregularnych odstępach bez utraty przytomności, w obrębie nerwu twarzowego i splotów kończyny przedniéj i tylnéj—*hemiklonus*; następnie występuje porażenie połowiczne

hemiplegia, wraz ze zwiększoną jędrnością mięśnia i wzmożonémi odruchami ścięgnistémi — *spasmus*; potém *paraplegia posthemiplegica*, nakoniec drżenie.

Że podobne objawy występują przy ucisku mózgu i u człowieka, autor miał sposobność sprawdzić na jednym chorym, któremu wskutek operacyi nowotworu kości czaszki obnażoną została tkanka mózgu.

Spokojny ucisk, wywierany na tkankę mózgową przez tampon z siłą 7 klgm. pozostawał bez skutku (ucisk I stopnia). Gdy jednakże po zranieniu zatoki sierpowatéj [przy drugim akcie operacyi] okazała się, wskutek silnego krwotoku, potrzeba wytamponowania otworu czaszkowego gazą jodoformową i nałożenia dość silnie ugniatającéj opaski, wystąpiły objawy drgawek krótkotrwałych, 2—3 sekundy, wyrażonych w mięśniach zginaczach lewéj ręki i nogi, wpośród których chory życie zakończył.

Badanie pośmiertne wykazało, że ucisk wywierany był przeważnie z prawéj strony na górną trzecią część przedniego zwoju centralnego. Podobnież trzy stopnie ucisku rozróżnia autor i dla rdzenia kręgowego. Istnienie I i III stopnia nie podlega, zdaniem autora, wątpliwości, i doświadczenia na zwierzętach potwierdzają ten fakt.

Że istnieje u ludzi i drugi stopień ucisku rdzenia, przekonał autora przypadek następujący. U dziewczynki 15-letniéj wystąpiły objawy porażenia kończyn dolnych, zależne od ucisku skrzywienia kręgosłupa (*kyphoscoliosis*). Po zmniejszeniu ciśnienia kręgosłupa za pomocą zawieszania choréj na pasach, pod ramiona chwytających, na równi pochyłéj, objawy zaczęły ustępować i udało się otrzymać dość znaczną poprawę, co, zdaniem autora, przemawia za brakiem materyjalnych zmian rdzenia.

Chełchowski. O pogorączkowém zmniejszeniu częstości tętna. Gaz. lek. Nr. 10, str. 195.

Autor pracę swą oparł na dość znacznéj ilości chorych [200], badanych w okresie pogorączkowym. W 2/3 wszystkich przypadków zauważył zwolnienie tętna. Zwolnienie to występowało [w $^2/_3$ przypadków] jednego z pierwszych trzech dni; maximum zmniejszenia częstości [w $^3/_4$] przypada pomiędzy 3 a 7 dniem stanu bezgorączkowego. Trwanie tego objawu równa się dniom kilku do tygodnia; czasami jednak [$^1/_3$ przypadków] dłużéj do dni 10, dwu tygodni, miesiąca a nawet i dwóch miesięcy.

Obok zwolnienia w $^1/_6$ przypadków obserwowano niemiarowość tętna. Zwolnienie tętna wyraźniéj daje się zauważyć u mężczyzn niż o kobiet, u młodych niż u starych, a także wyraźniéj występuje po gorączkach stenicznych, t. j. silnych, niezbyt długich, zakończonych przełomem, napastujących ludzi także silnych i poprzednio zdrowych.

W okresie zwolnienia tętna gorączkowego prawidłowy stosunek częstości oddechu do częstości tętna, zmienia się na 1:2,8.

Szukając przyczyny zwolnienia tętna, autor bardzo szczegółowo rozbiera poszczególne teoryje, wyjaśniające omawiany objaw, wykazując ich niedostateczność; wskazawszy następnie podobieństwo, jakie panuje pomiędzy zwolnieniem tętna pogorączkowém, i tymże objawem u położnic, dochodzi do przekonania, że w obu przypadkach istnieje jednakowa przyczyna, a mianowicie obecność we krwi pewnego jadu, wytworzonego wskutek przemian wstecznych tkanki mięśniowéj [macica, mięśnie dowolne]. Pogląd ten jest dalszém rozwinięciem teoryi TRAUBE'go i EICHHORST'a, którzy również zwolnienie tętna pogorączkowe tłomaczą działaniem na serce jakiegoś jadu, powstałego w gorączce.

Głogowski. Kilka szczegółów o trujących własnościach moczu ludzi zdrowych. Medycyna Nr. 21, 22, 23, str. 365, 381, 397.

Praca w nagłówku wymieniona, a niewłaściwie zaliczona do rzędu prac oryginalnych, jest obszernym referatem z pracy BOUCHARD'a [Les autointoxications, 1887 r.], odczytanym w lubelskiém towarzystwie lekarskiém. Własnych spostrzeżeń ani wniosków G. nie podaje.

Biernacki. Wpływ wprowadzonych pod skórę wielkich ilości roztworów solnych na krew i wydzielanie moczu. Przegl. lek. Nr. 41 i 42, str. 525, 541 [1]).

Autor do wstrzykiwań podskórnych używał fizyjologicznego [0,7%] roztworu chlorku sodu. Ilość wstrzykiwanego płynu była równą całéj ilości krwi, połowie, $^3/_4$ i $^1/_4$. [Ilość krwi$=^1/_{13}$ wagi zwierzęcia]. Rozczyn soli wprowadzono ogrzanym do 37°—39° C. Żywienie zwierząt przez cały czas całego doświadczenia było jednostajne. Działanie wstrzykiwań podskórnych nie jest krótkotrwałe, ale przeciwnie, wywołuje zaburzenia we krwi i w wydzielaniu moczu na tydzień, lub nawet dłużéj.

W ogóle objawy co do krwi dają się podzielić na trzy okresy.

1] Pierwszy okres, trwający 24—48 godzin. Rozrzedzenie krwi; ilość wody we krwi zwiększa się o 2,79%. Ciężar gatunkowy krwi zmniejsza się bardzo nieznacznie. Ilość ciałek białych zwiększa się, a czerwonych przeciwnie się zmniejsza. Zwiększenie zawartości soli we krwi jest nieznaczne i jest prawie zawsze jednakowe [0,038%—0,039%].

2) W drugim okresie, trwającym również jednę lu dwie doby, występują objawy zgęszczenia krwi w porównaniu z normą. Ilość wody we krwi jest mniejsza, zawartość części stałych i ciężar gatunkowy się zwiększa. Ilość ciałek czerwonych jest zwiększona, a bezbarwnych zmniej-

---

[1]) Praca ta w całości drukowaną była w Pam. Tow. Lek. Warsz. za r. 1888 i 1889, w Przeglądzie Lekarskim została pomieszczoną w streszczeniu.

szona; ilość barwnika we krwi zwiększa się. Ilość chlorku sodu pozostaje zwiększoną.

3) Trzeci okres charakteryzuje się zmniejszeniem ilości czerwonych ciałek krwi w porównaniu z normą i to znaczniejszą niż w pierwszym okresie. Ilość ciałek białych wraca do normy. Ilość soli organicznych [NaCl] jeszcze 4—5 dni bywa zwiększoną, zawartość wody wraca do normy, przez co ciężar gatunkowy krwi jest znaczny. Dnia 5—7 ilość czerwonych ciałek powraca do normy.

Co się tyczy ciśnienia krwi w tętnicach, to na to wstrzykiwania podskórne roztworów solnych wcale nie wpływają.

Ilość dobowa moczu po hypodermoklizmie zwiększa się tak, że nietylko zostaje wydzielona ilość normalna i wprowadzona ilość wody, ale i pewien nadmiar, dochodzący w niektórych doświadczeniach do 800 ctm. Dowodzi to moczopędnych własności roztworów solnych.

Ciężar gatunkowy moczu w tym okresie się zmniejsza; zawartość procentowa części stałych, z wyjątkiem chlorków, zmniejsza się, ale bezwzględnie jest większą od normy. Ilość chlorków zwiększa się i odsetkowo i bezwzględnie.

W drugim okresie ilość dobowa moczu zmniejsza się; dnia 3—4 ilość moczu wraca do normy; ciężar gatunkowy podlega wahaniu. Zawartość chlorków przy zmniejszonéj ilości moczu obniża się nietylko bezwzględnie, ale i procentowo, wzrasta za to późniejszych dni, czasem nawet 6 lub 8 po hypodermoklizmie. Zachowanie to dowodzi, że wprowadzona sól zachowuje się długo w organizmie.

Zawartość mocznika w drugim okresie zmian czasem i wcześniéj zmniejsza się, dnia 4 lub 5 wraca do normy.

Siarkany w drugim okresie są bezwzględnie w mniejszéj ilości; w trzecim okresie [ilość moczu normalna] zawartość kwasu siarkowego zwiększa się znowu bezwzględnie i trwa czasem do 6—7 dnia.

Podczas okresu zwiększonego, wydzielanie siarkanów [4—5 dzień doświadczenia] wystąpiła w kilku doświadczeniach haemoglobinuryja, trwająca 2—3 dni. Ilość ciałek czerwonych krwi w tym okresie spadała.

Zawadzki. Wpływ wstrzykiwań podskórnych 0,7% roztworów soli kuchennéj na krew i mocz po silném zgęszczeniu krwi. Przegląd lek. Nr. 46 i 47, str. 587 i 603 [1]).

Autor badał wynik wstrzykiwań podskórnych roztworów solnych [0,7%] po uprzedniém sztuczém wywołaniu zgęszczenia krwi za pomocą

---

[1]) Praca ta w całości drukowaną była w Pam. Tow. Lek. Warsz. za r. 1888 i 1889, w Przeglądzie Lekarskim została pomieszczoną w streszczeniu.

środków silnie przeczyszczających, a mianowicie 20% roztworu soli glauberskiéj, zadawanéj w ilości 30,0 grm. soli na 4 kilo wagi zwierzęcia.

Po przeczyszczeniu ilość czerwonych ciałek krwi w 1 mm³ zwiększa się; względne to zwiększenie może dojść do 63%; ilość białych ciałek nie ulegała zwykle zwiększaniu, czasem jednak podnosiła się dość znacznie [50%].

Zgęszczenie krwi po wstrzykiwaniach solnych wkrótce przechodziło bezpowrotnie.

Ilość czerwonych ciałek krwi zmniejszała się względnie do normalnego stanu i dopiero po upływie 3 – 4 dni powracała do normy. Ilość białych ciałek krwi, zaraz po wstrzyknięciu roztworu solnego, zwiększała się bezwzględnie o 0%—150%; po 24 godzinach o 86% – 330%; pewien czas pozostawała na téj wysokości i 4 dnia wracała do normy.

Ilość haemoglobiny w 1 mm³ krwi po przeczyszczeniu zwiększała się o 2,5% –5%; po wessaniu zaś wstrzykniętego płynu, ilość haemoglobiny zmniejszała się względnie do normy i dopiero 4 dnia wracała do stanu normalnego.

Ciężar gatunkowy krwi po dodaniu środka przeczyszczającego znacznie się wznosił po nad stan normalny; po wstrzyknięciu pod skórę roztworu solnego, ciężar właściwy stawał się o wiele niższym niż prawidłowo; jeszcze niższym był po 24 godzinach od chwili wstrzyknięcia i stale odtąd się zmniejszał w ciągu dni 5. Im większe było zgęszczenie krwi po przeczyszczeniu, tém silniejsze i długotrwalsze następcze jéj rozcieńczenie po wstrzykiwaniu roztworu solnego.

Ilość wody we krwi po przeczyszeniu znacznie się zmniejsza [o 1,4%—3,5%]; ilość związków organicznych znacznie się zwiększa [1,3%—3,7%]; ilość związków mineralnych zmniejsza się prawie o połowę.

Po wessaniu wstrzykniętego płynu zaraz następuje zwiększenie się ilości wody we krwi; bardziéj jeszcze po 24 godzinach, kiedy zwiększenie to dosięga 4,2% nad normę. Odtąd ilość wody we krwi stale wzrasta; koło piątego dnia zauważyć się daje prawie powrót do normy, z następczém znowu zwiększeniem, które zaznaczyć się daje jeszcze po 12 dniach po wstrzyknięciu.

Równolegle ze zwiększeniem ilości wody we krwi zmniejszyła się w niéj odsetkowa ilość związków organicznych. Stan ten krwi określa autor jako krwistość surowiczą (*polyhaemia serosa*).

Ciśnienie tętnicze po przeczyszczeniu znacznie spada [z 153 mm. rtęci na 143 mm. z 146 mm. na 111 mm.].

Po wessaniu się zastrzykniętego płynu, ciśnienie nieznacznie się podnosi [o 2 milim.]. Dopiero 5 dnia wraca do normy.

Ilość moczu po silném przeczyszeniu zmniejsza się [o 38%—45%) pierwotnéj ilości.

Ciężar właściwy podnosi się, ilość mocznika zmniejsza się prawie o połowę [45%—55%] a chlorków o 39%.

Po wstrzykiwaniach solnych ilość moczu się nie zwiększa, przeciwnie się zmniejsza [o 72% względnie do normy]. Ciężar właściwy podnosi się, ilość mocznika się zmniejsza [o 61%], również ilość chlorków, siarkanów i fosforanów. Koło 5-go dnia stan ten prawie powraca do normy, chociaż i później dają się zauważyć pewne wahania.

Gluziński. O zachowaniu się chlorków w moczu w chorobach żołądka. Gaz. lek. Nr. 1, str. 6.

Autor w pracy niniejszéj stara się wyświetlić fakt, spostrzegany przez siebie wspólnie z JAWORSKIM w 1884 r.; mianowicie fakt zmniejszenia, a nawet zupełnego braku chlorków w moczu przy nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego w żołądku.

Wnioski, do jakich doszedł autor na podstawie swych badań klinicznych, są następujące.

Zmniejszenie się chlorków w moczu w chorobach żołądka stwierdzić można w następujących przypadkach:

1) Gdy mała ilość chlorków dostaje się do organizmu [inanicyja, ustawiczne wymioty zaraz po jedzeniu].

2) Gdy wprawdzie dostateczna ilość chlorków zostaje wprowadzoną, ale wessanie ich jest upośledzone. Stan ten ma miejsce przy znacznych stopniach rozszerzenia żołądka, wskutek zwężenia rakowatego odźwiernika.

3) W nadmiernem wydzielaniu się soku żołądkowego, ale tylko wtedy, gdy wydzielony w nadmiarze HCl wydostaje się na zewnątrz przez wymioty, albo gdy znów błona śluzowa żołądka nie jest w stanie go wchłonąć napowrót, co ma miejsce przy znacznych rozszerzeniach żołądka, już to somoistnych, już to wskutek zwężenia odźwiernika, np. po wrzodzie okrągłym powstałych.

Dyjagnostycznie zmniejszenie ilości chlorków lub brak tychże w moczu, przy obecności znacznego rozszerzenia żołądka, przemawia ze prawą, połączoną z nadmiernem wydzielaniem HCl, t. j. nie za sprawą nowotworową.

Chrostowski i Jakowski. Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc i wyniki badań bakteryjologiczuych w endemii spostrzeganéj w Warszawie. Gaz. Lek. Nr. 29, 30 i 31, 614, 641, 665. Część II i III.

Badania bakteryjologiczne [Dr. JAKOWSKI] miały na celu: 1) Określić rodzaj drobnoustrojów, które wywołały cierpienie; 2) przekonać się, czy przypuszczalne ognisko zarazy resp. ziemia, wyrzucana z rozkopywanego podówczas dołu nie zawierała tych samych bakteryj chorobotwórczych.

BIBLIOTEKA AKADEMII LEKARSKIEJ w Gdańsku

Quo ad I) Na preparatach przygotowanych z płynu surowiczo- krwawego, wyciągniętego za pomocą wyjałowionéj strzykawki PRAVAZ'a z ognisk zapalnych w płucu i zabarwionych według zmienionéj metody FRIEDLAENDER'a znaleziono pod drobnowidzem, wśród ściętego białkowatego płynu leżące, liczne ciałka krwi czerwone i bezbarwne, nabłonki pęcherzyków płucnych i prócz tego po części swobodnie, wśród cieczy, a po części wewnątrz komórek nabłonkowych i zrzadka tylko w ciałkach białych owalne ciemno-fijoletowo zabarwione koki, lub rzadziéj bardzo krótkie o zaokrąglonych końcach laseczniki, otoczone wyraźną jasno-fijoletową, dość szarą otoczką.

Quo ad II) Hodowla, wykonana z ziemi na płytkach żelatynowych, a również w probówkach z żelatyną, z agarem i z agarem glicerynowym, tudzież na kartoflu, dowodnie przekonały autora, że miał w przypadku danym do czynienia z diplokokami, opisanemi przez FRIEDLAENDER'a, co w zupełności się zgadzało z wynikiem badań drobnowidzowych płynu, otrzymanego z płuc obydwóch chorych.

Z otrzymanych hodowli zrobił autor 16 szczepień u 13 myszy białych. Wynik tych szczepień był następujący: na 12 wstrzyknięć do opłucnéj, 5 myszy zdechło w 24—48 godzin i przy sekcyi znaleziono u nich ogniska zapalne w płucach w stanie zwątrobienia, krwawo surowiczy płyn w opłucnéj i powiększenie śledziony; 2 myszy zabito w 48—72 godzin i znaleziono na sekcyi obraz podobny jak u myszy zdechłych; 2 myszy zdechły natychmiast z krwotoku płucnego a 3 pozostały zdrowe; z téj ostatniéj kategoryi jedna zdechła przy powtórném szczepieniu w skutek krwotoku. Na 3 szczepienia pod skórę, 2 myszy zdechły przy objawach cierpienia ogólnego, bez umiejscowienia się choroby w narządach oddechowych; 1 zaś mysz z téj ostatniéj kategoryi i jednéj, któréj szczepiono do otrzewnéj pozostały zdrowe.

Badanie drobnowidzowe płynu z płuca, śledziony i krwi wykazały obecność w nich diplokoków i diplobacyllów FRIEDLAENDER'a. Tenże sam wynik otrzymano przy barwieniu skrawków z zajętych narządów. Przy barwieniu według metody GRAM'a bakteryje się odbarwiały.

Autor, opierając się na pracach innych autorów [FRENKEL'a, WEICHSELBAUM'a, BAUMGARTEN'a] i wynikach danego spostrzeżenia, dochodzi do wniosku, że diplokoki FRIEDLAENDER'a i diplokoki FRENKEL-WEICHSELBAUM'a mogą wywoływać w dogodnych dla rozwoju swego warunkach zapalenie płuc, jakkolwiek drugie są znacznie częstszą, niżeli pierwsze jego przyczyną.

III. FARMAKOLOGIJA I TOKSYKOLOGIJA.

Sprawozdawca.

Pruszyński.

Arnstein. Ostre otrucie kwasem karbolowym, wprowadzonym przez kiszkę odchodową, zakończone wyzdrowieniem. Gaz. Lek. N. 47. Str. 1007.

U choréj na tyfus brzuszny w celu dezinfekcyi kiszek zalecono lewatywę z roztworu kwasu karbolowego. Po wstrzyknięciu przez omyłkę 1 funta roztworu kwasu karbolowego, zawierającego 3 drachmy czystego kwasu, chora krzyknęła, straciła przytomność i dostała drgawek. A. wezwany na konsultacyję stwierdził następujące objawy zatrucia: chora oblana potém, drgawki tężcowe w kończynach dolnych, szczękościsk, sinica twarzy, oczy otwarte szeroko, źrenice lekko rozszerzone nie oddziaływają, oddech powierzchowny, tętno nitkowate ledwie wyczuwalne, tony serca, słabe t. 37°C. Po zastosowaniu lewatywy z zimnéj wody, mięsienia brzucha, gorczyczników na piersi, ręce i nogi, oraz po wstrzyknięciu kilku szprycek eteru, chora powoli przyszła do siebie i przebieg tyfusu był zupełnie prawidłowym. W uwagach do téj notatki A. ostrzega przed wprowadzeniem kwasu karbolowego przez kiszkę odchodową i zaleca w celu dezynfekcyi środki, nie działające zabójczo na ustrój, do których należy przez Dujardin-Beaumetz'a zachwalany roztwór siarku węgla (*aq. sulfocarbonata*).

Chełmoński. O podskórném stosowaniu środków przeczyszczających. Gaz. Lek. N. 18. Str. 364.

Zaznaczywszy fakt, że środki przeczyszczające, wprowadzone do ustroju podskórnie, mogą sprowadzać wypróżnienia tylko na drodze nerwowéj, Ch. wylicza przypadki, w których metodzie podskórnéj należałoby oddać pierwszeństwo nawet przed lewatywą lub wlewaniami Hegar'a Przytoczywszy literaturę omawianych środków, zatrzymuje się autor dłużéj nad badaniami Ellenberger'a, który wykonał na zwierzętach próby podskórnych wstrzykiwań 31 środków przeczyszczających i doszedł do wniosku, że w działaniu swém nie zawodzą muskaryna, ezeryna i pilokarpina. Wobec niedostatecznych, jakkolwiek nie zbyt zachęcających, doświadczeń Bouchut'a, Cadet Gassicourt'a, Lewin'a i innych, celem autora było sprawdzenie badań poprzedników.

Na podstawie 7-iu przypadków, z których w 4-ch zastosowaną była ezeryna, w 3-ch pilokarpina, dochodzi Ch. do wniosków następujących:

1) Przeczyszczające działanie siarczanu ezeryny, wprowadzonego do ustroju ludzkiego podskórnie, co najmniéj jest niepewne: na 4 przypadki w 2 nastąpiły wypróżnienia.

2) Chlorek pilokarpiny po podskórném wstrzyknięciu w dawce 0,01 wbrew mniemaniu autorów, działa niekiedy na ludzi przeczyszczająco: na 3 przypadki w 1 dwukrotne obfite wypróżnienia, w drugim parcie na stolec.

3) Oba środki sprowadzają wielenader niepożądanych powikłań,, jak np. wymioty, drgawki, osłabienie czynności serca [ezeryna), ślinotok poty, ogólne osłabienie, parcie na mocz [pilokarpina]. Wobec niekorzystnych rezultatów z zastosowania podskórnego ezeryny i pilokarpiny, Ch. zaniechał prób z muskaryną, która według Ellenberger'a działa w ten sam sposób co i pilokarpina.

Jerzykowski. Przyczynek do zgorzelinowego zapalenia jelita grubego (colitis diphteritica) przy otruciach sublimatem. Gaz. Lek. N. 21. Str. 419.

Wobec rozpowszechnionego zastosowania sublimatu zatrucie rtęcią nie należy do rzadkich wypadków. Gdy dawniejsi autorowie zwracali głównie uwagę na ślinotok, nudności, wymioty, wydymania i stolce krwawe, to w nowszych czasach, oprócz powyższych objawów, notowane bywają objawy, dotyczące przeważnie jelita grubego, a występujące pod postacią zapalenia błonicowego (*colitis dyphteritica*) kiszki grubéj. Przytoczywszy obserwacyje Gravitz'a, oraz doświadczenia Wibmer'a i Ruttledge, J. opisuje 2 przypadki zatrucia sublimatem, w których objawy chorobowe dotyczyły przeważnie jelita grubego. Przyczyną zatrucia było przemywanie 1:1000 sublimatem, oraz gaza sublimatowa [10%], w pierwszym przypadku zakładana w ciągu 4 dni codziennie w jamę opłucną po operacyi resekcyi żebra, w drugim takaż gaza, pozostawiona w ciągu 4 dni w postaci tamponu z powodu krwotoku, jaki nastąpił po operacyi wyskrobania szyjki macicznéj. Objawy zatrucia były groźne: u pierwszego chorego uwydatniało się wyraźne zgorzelinowe zapalenie jelita grubego, przy czém przyszło do wydzielenia bardzo wielkiéj ilości mas zgorzelinowych, w drugim zaś przypadku przebieg był daleko łagodniejszym.

Fakt, że zgorzeli błony śluzowéj jelit przeważnie ulegają wystające fałdy, objaśnia autor na podstawie doświadczeń Gravitz'a gwałtownem kurczowém zaciśnięciem pokładu mięśniowego kiszek, oraz równocześnie wytwarzającém się silném przekrwieniem błony śluzowéj.

Jopkiewicz. Eteryzacyja okolicy żołądka przy uporczywych wymiotach. Gaz. Lek. N. 13. Str. 273.

Autor zastosował z pomyślnym rezultatem silny strumień rozpylonego eteru na okolicę nadbrzuszną w przypadku uporczywych wymiotów u dwuletniego dziecka, w którym to przypadku wszelkie środki, w tych ra-

zach używane, pozostały bez skutku, a zwiększające się osłabienie chorego zapowiadało zejście śmiertelne.

Zawadzki J. O wpływie kalomelu na gnicie żółci, oraz o przyczynie zabarwienia t. zw. wypróżnień kalomelowych. Gaz. Lek. N. 48. Str. 1019 [1]).

Zadaniem autora było wyjaśnić działanie kalomelu na żółć oraz przyczynę zabarwienia t. zw. wypróżnień kalomelowych. Kwestyja przeciwgnilnego działania kalomelu na żółć, poruszona przez KOEHLER'a, VOIT'a, HOPPE-SEYLER'a i innych, była sprawdzoną w r. 1882 przez WASILJEWA, który twierdził, że zabarwienie wypróżnień kalomelowych zależy od biliwerdyny, oraz ze kalomel w jelitach zamienia się na sublimat. Z. na podstawie wielu doświadczeń przekonał się, że kalomel działa nietylko antyseptycznie lecz i aseptycznie, że dodany do żółci pozostawia w niéj część rozpuszczonéj rtęci, oraz ze ta część rtęci nie przedstawia się tw połączeniu z ciałami białkowatémi w postaci białkanów, lecz w postaci tlenku rtęci. Zabarwienie wypróżnień kalomelowych zależy z jednéj strony od téj biliwerdyny, która tworzy się w kiszkach z bilirubiny [a być może i hydrobilirubiny] przez utlenienie jéj za pomocą tlenku rtęci z wydzieleniem rtęci metalicznéj, z drugiéj zaś strony od téj biliwerdyny, która znajduje się w żółci jako część składowa i wraz z nią nie gnije wskutek przeciwgnilnych własności tlenku rtęci.

Z dalszych doświadczeń autora wynika, że siarek rtęci i azotan rtęci działają na bilirubinę podobnie do kalomelu tylko w rozczynach zasadowych i że takież działanie posiadają tlenki tylko tych metali, które, oprócz tlenków mają związki o wyższym stopniu utleniania. Wielokrotnie stwierdzony brak charakterystycznych wypróżnień po użyciu kalomelu objaśnia Z. przemaganiem w kiszkach spraw odtleniających oraz niesprzyjającémi warunkami ze strony oddziaływania chemicznego zawartości kiszek, przeczyszczające zaś własności kalomelu przypisuje mechanicznemu działaniu kropelek rtęci metalicznéj.

[Do rezultatów dochodził autor tylko drogą wykluczenia, co przedstawia metodę nie zawsze pewną, następnie tworzenie się biliwerdyny z bilirubiny stwierdził tylko na drodze badania spektralnego, zamiast oddzielania nowopowstałego barwnika żółciowego i dokonania nad chemicznie czystą substancyją analizy elementarnéj. Że biliwerdyna tworzy się z bilirubiny po użyciu kalomelu—fakt ten można uważać za stwierdzony i że po części zielonkowate zabarwienie kału pokalomelowego można przypisywać obecności biliwerdyny—nie ulega najmniejszéj wątpliwości Od czasu jednak wykrycia w zawartości jelit przez L. NENCKIEGO mer-

---

[1]) Praca ta w całości była drukowaną w Pam. Tow. Lek. Warsz. z r. 1887—w Gazecie lekarskiéj pomieszczoną została w streszczeniu.

kaptanu metylowego, który wstępuje z solami rtęciowémi w związek koloru zielonego, kwestyję zabarwienia wypróżnień pokalomelowych, według zdania sprawozdawcy, należałoby w tym kierunku zbadać. Przyp. Sprawozdawcy].

Zawadzki J. Działanie siarczanu sodu na krew i mocz. Gaz. Lek. N. 51. Str. 1080.

W pracy téj Z. bada zmiany, jakim podlega krew po użyciu soli glauberskiéj, oraz jéj działanie przeczyszczające.

Gdy Poisseuille i Liebig twierdzili, że przeczyszczające własności soli średnich polegają na obfitym przesięku surowicy krwi na zasadzie praw osmozy, Buchheim obecność znacznéj ilości płynnéj zawartości kiszek przypisuje upośledzonemu wchłanianiu, zaś Moreau, Voit, Vulpian i inni—wzmożonym wydzielinom gruczołów trawiennych.

Autor badał krew u psów po zadaniu znacznych dawek 20% roztworów siarczanu sodu i doszedł do wniosku, że sole przeczyszczające wywołują silne zgęszczenie krwi, któremu towarzyszy zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi w pewnéj objętości o 25—60%, zwiększenie ilości hemoglobiny o 2,5—5%, znaczne powiększenie ciężaru gatunkowego krwi z 1,05778 do 1,07608, zmniejszenie ilości wody we krwi o 1,4%—3,5%. Zgęszczenie krwi trwa nader krótko, jeżeli zwierzęciu wrócimy dawne jego pożywienie, wszelako zmiany, wywołane przez nie, są o wiele trwalsze [np. zniżenie ciśnienia w tętnicach i wskutek tego zmniejszone wydzielanie moczu]. Oprócz wody krew traci pod wpływem soli średnich znaczną ilość soli [10—15%]; ilość utraconych soli jest tém większą, im większą jest jednocześnie utrata wody, odsetkowa zaś ilość związków organicznych we krwi zwiększa się znacznie, co wobec utraty wody jest rzeczą zrozumiałą. Silne zgęszczenie krwi prócz tego wywołuje znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego, które nawet po wstrzykiwaniach pod skórę znacznych ilości wody nie prędko znika. Ilość moczu po dużych dawkach 20% roztworu siarczanu sodu zmniejsza się znacznie, a równocześnie zmniejsza się w nim ilość mocznika i chlorków.

Wobec tych danych autor dochodzi do przekonania, że działanie soli przeczyszczających polega na przesiąkaniu surowicy krwi do kiszek, czém objaśnia się znaczna utrata soli we krwi po użyciu soli przeczyszczających, która bywa tém znaczniejszą, im większą jest utrata wody.

Nakoniec na podstawie doświadczeń swoich Z. wnosi, że przeciwwskazanie do użycia soli przeczyszczających bywa tam, gdzie ilość soli w ustroju jest zmniejszoną, oraz objaśnia korzyść z energicznego zastosowania tych soli w celu obniżenia ciśnienia tętniczego.

Eichorn. W sprawie otrucia chinowego. Przegl. Lek. N. 14. Str. 210.

E. podaje przypadek idyjosynkrazyi do chininy, dotyczącéj choréj na zimnicę dwudniową, u któréj po zażyciu $\frac{1}{2}$ grama chlorku chininy wy-

stąpiła duszność, połączona z tętnem znacznie przypieszoném i wymiotami oraz z rozlaném jednostajném zaczerwienieniem całego ciała.

Rosenbusch. Przypadek ostrego zatrucia chininą z wysypką wejrzenia płonicowego. Przegl. Lek. N. 7. Str. 130.

R. opisuje przypadek podwyższenia ciepłoty do 39,°7 skomplikowany objawami intoksykacyjnémi i jednolitém szkarłatném zabarwieniem całego ciała, który nastąpił wkrótce po przyjęciu 1 gr. siarczanu chininy i dotyczył chorego nieco niedokrewnego ze zmianami szczytowemi i z wieczorném nasileniem gorączkowém od 37,°8—38°4.

Kretowicz. Saccharin. Wiad. Lek. Zesz. XII. Str. 360.

Jest-to opisanie chemicznych własności saccharyny i jéj zastosowania bez własnych spostrzeżeń, niestosownie, według zdania sprawozdawcy, umieszczone przez Redakcyję pomiędzy pracami oryginalnémi.

Barącz. Spostrzeżenia nad miejscowém znieczuleniem kokainą. Med. N. 18 i 19. Str. 317 i 333.

Wobec niedokładnych i sprzecznych doświadczeń nad znieczulającémi własnościami kokainy, B., idąc za radą Wölfler'a, zajął się bliższém zbadaniem téj kwestyi odnośnie do działania tego środka przy operacyjach na skórze i tkance podskórnéj w stanie niezapalnym, zapalnym oraz przy operacyjach na błonach śluzowych. Podając szczegółową kazuistykę operowanych przypadków przy znieczulaniu kokainą, autor dochodzi do przekonania, że dwuprocentowe rozczyny, są dostateczne do znieczulenia w przeważnéj ilości przypadków, wprowadzone kilkakrotnie za pomocą szprycki Parawatza na rozmaite punkty miejsca operacyjnego, tam zaś, gdzie spodziewać się można znacznéj bolesności, użyć należy rozczynu 5%. W 4-ch przypadkach (*lymphomata colli, unguis incarceratus hallucis dextri, extractio dentis, pustula maligna regionis sacralis*) wystąpiły objawy zatrucia u osób zupełnie zdrowych i nie zdradzających wady serca, które występowały nawet po użyciu bardzo małych dawek [0,1], a których podstawą był ogólny skurcz naczyń obwodowych, ten że sam skurcz naczyń miejscowy, będąc korzystnym podczas operacyi wskutek braku krwotoków miejscowych i następczych, może wszelako być bardzo przykrym, jeżeli jako objaw jego wystąpi miejscowe obumarcie tkanki, szczególniéj przy operacyjach, mających na celu dobry wynik kosmetyczny, czego jednakowoż można uniknąć, stosując roztwory J%.

Reiss. Jedenastomiesięczna dziewczynka rozpojona wódką. Przegl. Lek. N. 14. Str. 209.

Jestto jeden z tych przypadków upajania dzieci alkoholem przez mamki i piastunki, które szczególniéj w Warszawie do rzadkich bynajmniéj nie należą i na które pedyjatrzy zawsze zwracają uwagę.

Lachowicz. O działaniu fenacetynu Bayer'a (paraacetphenetidin). Przegl. Lek. N. 20. Str. 274.

Autor przeprowadził badania nad przeciwgorączkowémi własnościami fenacetyny u 4-ch chorych na tyfus wysypkowy w tym okresie choroby, kiedy gorączka utrzymywała się jednostajnie, oraz w jednym przypadku pneumonii kataralnéj, nadto w jednym przypadku wysięku lewostronnego w jamie opłucnéj. Załączając krótkie historyje chorób wraz z tablicą, na któréj notowano co 2 godziny ciepłotę, ilość tętna, liczbę oddechów, a w uwagach ogólny stan każdego chorego, dochodzi L. do wniosku, że fenacetyna należy do środków obniżających ciepłotę nawet bardzo wysoką [np. 40,8] o 1.5—3° i to już w małych dawkach [0,5] na przeciąg mniéj lub więcéj sześciu godzin, a w większéj dawce do ośmiu i więcéj, że obniżanie łatwiéj osiąga się w godzinach przedpołudniowych, niż przy wzniesieniu się popołudniowém, przyczém liczba tętna, którego napięcie zwiększa się i liczba oddechów się zmniejsza bez wystąpienia nieprzyjemnych objawów, w czém przewyższa antipyrynę i antifebrynę. Podobnie jak inne środki przeciwgorączkowe nie mając wpływu na przebieg choroby, jako antineuralgicum fenacetyna ma działać znakomicie w dawce 1—2, o podawana kilka razy dziennie, nawet tam, gdzie zawodzi antipyryna i antifebryna.

Obaliński. Nowy rodzaj narkozy mięszanéj. Przl. Lek. N. 16 i 17. Str. 225 i 239.

Poświęciwszy kilka słów dawniéj używanéj narkozie podwójnéj [eter i chloroform, olejek terpentynowy i chloroform, podskórne zastrzyknięcie chlorku morfiny i chloroform], autor podaje rezultaty swoich badań nad narkozą mieszaną kokainy z chloroformem. Punktem wyjścia stanowiły stwierdzone przez klinicystów własności kokainy uśmierzania wymiotów, oraz doświadczenia Anrepa i Mossy'ego, które wykazały, że kokaina, będąc antagonistą chloroformu, należy do najlepszych środków pobudzających oraz podnoszących ciepłotę ciała.

W jednéj seryi doświadczeń [41] kokaina stosowaną była wewnętrznie przed i po narkozie chloroformowéj, w drugiéj zaś [24 przyp.] w postaci podskórnych injekcyj 2—5 ctgr. w roczynie 2,5—5%-ym.

Podając wiek chorych, długość narkozy, ilość zużytéj kokainy i chloroformu, oraz częstość pojawiania się wymiotów przy narkozie mieszanéj w porównaniu z narkozą chloroformową, autor wyprowadza wniosek, że metoda mieszana łączy w sobie korzyści obu znieczuleń, t. j. ogólnego, wywołanego chloroformem i miejscowego, sprowadzonego wstrzyknięciem kokainy w skórę. Oba środki, wspierając się nawzajem w celu znieczulenia, wykluczają jako antagoniści niebezpieczeństwa, jakie mogą się wydarzyć przy osobném ich użyciu. Metoda mieszanéj narkozy ma posiadać tę jeszcze dodatnią stronę, że przy jéj stosowaniu wymioty wydarzają się o wiele rzadziéj, a jeżeli występują, to bywają o wiele łagodniejsze niż przy narkozie chloroformowéj. Łatwe przebudzenie, nadto

brak osłabienia i zmęczenia również metodę tę zalecają, chociaż objawy silniejszego podniecenia, podobnie jak i przy chloroformie przez O. u osób nerwowych niejednokrotnie stwierdzone zostały.

Nakoniec O. proponuje użycie wewnętrzne kokainy, w celu badania, lub do rękoczynów bezkrwawych, przy zadawaniu zaś ran większych rozmiarów injekcyję podskórną, ile że przy drobniejszych operacyjach samo znieczulenie kokainą bez pomocy chloroformu wystarcza.

Pawiński. O działaniu siarczanu sparteiny. Gazeta Lekarska. N. 1, 2 i 3. Str. 10, 27 i 52 [1]).

W obszernéj pracy podaje P. rezultaty spostrzeżeń klinicznych, dotyczących 33 chorych z różnémi cierpieniami serca, płuc, nerek etc., a dokonanych w celu przekonania się o leczniczéj wartości sparteiny, zasady amonijakalnéj, którą zazwyczaj stosuje się w formie soli kwasu siarczanego, $C_{15}H_{26}N_2H_2SO_4+8H_2O$.

Wpływ sparteiny na serce, na arytmiję serca, na częstość tętna, na wydzielanie moczu, na układ nerwowy, oraz najodpowiedniejsze dawkowanie tego środka, mającego według twierdzenia Sée'a przewyższać naparstnicę—oto główne punkty, na jakie autor daje odpowiedź, zbijając lub potwierdzając rezultaty poprzedników. Materyjał dość znaczny pozwolił autorowi zbadać działanie sparteiny w tych przypadkach, gdzie wskazaném było jéj zastosowanie, już to na podstawie badań fizyjologicznych, już to na podstawie prac klinicznych Prior'a, Sée'a, Gluzińskiego, Clarke'a, Leo'a etc.

Nie zaprzeczając sparteinie wpływu na serce, wbrew zdaniu Sée'a autor stawia ją niżéj niż naparstnicę i zaleca jéj stosowanie tylko w tym razie, jeżeli naparstnica nie działa, lub nie może być podawaną, nareszcie tam, gdzie idzie o szybkie uregulowanie czynności serca.

Z 14 przypadków arytmii, pomyślny wpływ sparteiny na czynność serca stwierdził P. w 4 tylko przypadkach, dotyczących osób nerwowych i anemicznych, natomiast w cierpieniach mięśnia sercowego stosowanie sparteiny według zdania autora pozostaje bez skutku

Pod wpływem małych dawek ($1/4 - 1/3 - 1/2$ grn. *pro dosi*, $1 - 1\,1/2$ grn. *pro die*) siła serca wzmaga się, czynność staje się regularniejszą, przytém następuje zwolnienie akcyi serca i częstości tętna, jednocześnie parcie krwi zwiększa się. Średnie dawki ($1 - 1\,1/4$ grn. *pro dosi*) nie wywierają wybitnego wpływu na serce, podczas gdy dawki duże ($1\,1/2 - 2$ grn. *pro dosi* co 2 godz. $12 - 16$ *pro die*) działają porażająco na serce, wywołują zmniejszenie częstości uderzeń serca z jednoczesném osłabieniem tegoż,

[1]) Praca ta w całości drukowaną była w Pam. Tow. Lek. Warsz. z r. 1888—w Gazecie lekarskiéj pomieszczoną została w streszczeniu.

czemu towarzyszy tętno rzadkie, słabe, często przerywane, niemiarowe. Będąc lekkim narkotykiem, wywiera sparteina pewne uspakajające działanie; na wydzielanie moczu wpływ jéj bywa zwykle nieznacznym, a nie posiadając kumulacyjnych własności i nie wywołując zaburzeń w przewodzie pokarmowym, sparteina może być podawaną przez czas dłuższy bez szkody dla organizmu.

Na podstawie powyżéj przytoczonych własności, autor dochodzi do przekonania, że sparteina może być stosowaną z pomyślnym skutkiem:

1) przeciw różnym t. zw. funkcyjonalnym cierpieniom serca;

2) przy wadach zastawek serca w okresie zachowanéj lub utraconéj kompensacyi dla usunięcia nieprzyjemnych podmiotowych uczuć chorego;

3) w początkowych okresach upośledzonego wyrównania wad zastawek bez wielkich zmian mięśnia sercowego i przy nieznacznych obrzękach naprzemian z naparstnicą;

4) przeciwko dusznicy bolesnéj (*angina pectoris*) powstałéj na tle chorobowéj właściwości układu nerwowego lub też przy astmie u emfyzematyków;

5) w początkowym okresie choroby Basedow'a.

Rappel. Ostre otrucie rtęciowe przy zewnętrznem stosowaniu sublimatu. Gaz. Lek. N. 19 i 20. Str. 390, 412.

W pracy téj autor zestawia dane, wiadome z literatury, o warunkach, sprzyjających powstawaniu otrucia rtęciowego przy stosowaniu sublimatu, oraz o obrazie klinicznym intoksykacyi. Nie mając pretensyi do oryginalności, R. opisuje objawy zatrucia jasno i zwięźle, rozpoczynając od zaburzeń w ogólnym stanie chorych i zatrzymując się dłużéj na przewodzie pokarmowym i nerkach. Część anatomiczna opracowana gruntownie na podstawie prac Fränkel'a, Dahla, Netzel'a, Virchow'a, Prevost'a, Elsenberga i innych, zawiera szczegóły, nie dające się streścić w krótkim referacie. Według zdania autora przy otruciu sublimatowém udział przyjmuje cała błona śluzowa przewodu pokarmowego, najpoważniejsze jednak zmiany dotyczą kiszek grubych, gdzie w przypadkach lżejszych znajdujemy powierzchowne obumarcie błony śluzowéj, rozciągające się na znacznéj przestrzeni, w cięższych zaś proces przyjmuje charakter dyfterytyczny w postaci ograniczonych ognisk różnéj wielkości lub też rozlany na całéj przestrzeni kiszki grubéj. Podzielając zdanie Grawitz'a, R. twierdzi, że najważniejszą rolę w powstawaniu tych zmian odgrywa nadzwyczajnie silny skurcz mięśni, wywołany przez przepływającą przez naczynia krew, obfitującą w rtęć, czego prostém następstwem bywa obumarcie leżącéj nad mięśniami błony śluzowéj.

W nerkach, które zazwyczaj bywają powiększone o $^1/_3$ — $^1/_2$ objętości w istocie korowéj, komórki nabłonkowe kanalików prostych i krę-

tych przedstawiają się zmętniałémi i obrzmiałémi i zawierają złogi wapienne.

Badając warunki, wśród których występowały przypadki otrucia R. dochodzi do przekonania, że w sprawie téj okres połogowy jest najwięcéj sprzyjający wskutek obszernéj rany z ziejącémi otworami naczyń, jaką przedstawia macica po odejściu płodu, jakkolwiek zdarzały się przypadki śmiertelnego otrucia jedynie wskutek przemywań pochwy. Aby zapobiedz otruciu należy zwrócić uwagę na następujące okoliczności:

1) Sublimat nie powinien być wcale stosowanym u chorych z cierpieniami nerek.

2) Wymaga ostrożności, gdy ma być zastosowany u chorych wyniszczonych, gorączkujących i u osób z ostrą niedokrwistością oraz u tych, które już były leczone rtęcią.

3) Gdziekolwiek sublimat ma być zastosowany, należy dbać, aby odpływ był zapewnionym.

4) Przy pierwszych objawach otrucia, sublimat powinien być usunięty. Leczenie według zdania autora powinno polegać na podniesieniu czynności serca, za pomocą środków podniecających i pożywnej dyjety, wrazie bólów brzucha, wydymania i rozwolnienia zaleca się podanie olejku rącznikowego w celu jaknajprędszego wydalenia rtęci.

Siergiejenko. Poszukiwania nad działaniem adonidyny. Gazeta Lek. N. 32. Str. 679.

Wobec sprzecznych zdań co do działania adonidyny, glukozydu, stanowiącego główną część składową gorzykwiatu wiosennego (*adonis vernalis*), autor przeprowadził szereg doświadczeń tak na zwierzętach zimnojakotéż i ciepłokrwistych, które w głównych zarysach stwierdziły fakty, podane przez Bubnowa o naparze i wyciągu gorzykwiatu wiosennego. Jest to właściwie doniesienie tymczasowe o pracy, która późniéj ogłoszoną została w Pam. Tow. Lek., i stanowi poniekąd jéj streszczenie.

Na podstawie licznych doświadczeń drogą wykluczenia dochodzi S. do wniosku, że adonidyna zwalnia tętno i podnosi ciśnienie tętnicze tak u zwierząt zimnokrwistych jako téż i ciepłokrwistych, gdy jednak u pierwszych zwolnienie tętna wzmaga się do saméj śmierci, u ciepłokrwistych ustępuje ono miejsca tętnu bardzo częstemu. Zwolnienie tętna u zimnokrwistych zależy przedewszystkiém od działania adonidyny na mięsień sercowy, w mniejszym już stopniu od podrażnienia zakończeń sercowych przyrządu hamującego w rdzeniu przedłużonym; na mięsień zaś działa dopiero w ostatnim okresie i to porażająco. Wzmożenie ciśnienia tętniczego u zimnokrwistych również zależy od wpływu na mięsień sercowy, od większéj pracy serca; u ciepłokrwistych od podrażnienia ośrodka naczynioruchowego.

Zatém adonidyna u zwierząt zimno-krwistych istotnie jest trucizną dla mięśnia sercowego, u ciepłokrwistych dla rdzenia przedłużonego.

Biegański. Doświadczenia kliniczne nad działaniem salolu Med. N. 24. 25. 26. Str. 413. 429. 445.

Doświadczenia autora wykonane na 42 przypadkach miały na celu wykazanie, jaki wpływ wywiera salol na stan ogólny trawienię, różne wydzielnicze czynności, gorączkę], oraz jakie może być jego działanie swoiste w różnych chorobach.

Trawienie pod wpływem salolu bardzo niewiele bywa upośledzoném, jeżeli przewód pokarmowy znajduje się tylko w normalnych warunkach; tam zaś gdzie istnieją zaburzenia ze strony żołądka lub kiszek, z zastosowaniem salolu należy być bardzo ostrożnym, a teoretyczne twierdzenie, jakoby użycie salolu przy biegunkach miało być korzystném wskutek rozkładu jego w alkalicznéj zawartości jelit na kwas salicylowy i fenol w praktyce potwierdzoném nie zostało.

Nie posiadając wyraźnego wpływu na serce, salol w mniejszym nieco stopniu niż kwas salicylowy wywołuje nieprzyjemne objawy ze strony systemu nerwowego. U 30 chorych po użyciu 5—6 grm. dziennie salolu występował szum w uszach, zawrót głowy i pewnego rodzaju odurzenie, które w 3 przypadkach doszło do wysokiego stopnia i połączone było z bólem głowy, sennością i uczuciem ogólnego osłabienia. Objawy intoksykacyi wyrażone były szczególnie w jednym przypadku, dotyczącym chorego na tyfus brzuszny, u którego w ciągu 5 dni stosowano salol w dawkach 3—6 grm. dziennie, i manifestowały się w postaci podwyższonéj o ½ stopnia gorączki [wyżéj 41°], szybkiego, drobnego tętna [140] majaczenia, bredzenia, które przechodziło w prawdziwy obłęd. Działania moczopędnego salol nie posiada, obfitsze pocenie się wywołuje tylko zadany przy gośćcu i gruźlicy, jako środek przeciwgorączkowy ustępuje antipyrynie, antifebrynie i kairynie, przy gośćcu natomiast i sprawach pokrewnych jemu, przeciwgorączkowe działanie salolu występuje bardzo wyraźnie.

Perkowski. O znieczuleniu miejscowém i środkach miejscowo-znieczulających. Med. N. 36, 37, 38, 39. Str. 605, 621, 637, 653.

Mając na względzie zadanie praktyczne, a mianowicie zamierzając rozstrzygnąć, w jaki sposób, lub dzięki jakiemu środkowi farmaceutycznemu możnaby osiągnąć najlepsze pod względem miejscowego znieczulenia rezultaty przy najmniejszéj stracie czasu i wydatkach, a największéj prostocie i dogodności w zastosowaniu, P. w pracy swojéj zastanawia się nad znanémi sposobami, używanémi w celu znieczulenia miejscowego i zatrzymuje się na kokainie, któréj własności i działanie rozbiera na podsta-

wie prac poprzedników i swoich własnych doświadczeń w szpitalu Ujazdowskim.

Trzymając się podziału Buma środków miejscowo znieczulających, P. opisuje zastosowanie ucisku, elektryczności, zimna, eteru i płynu znieczulającego Richardson'a, eteru amylo-wodorowego, bromku etylu, leków zmniejszających lub znoszących czasowo czucie i ból, do których zalicza chloroform, *aeter hydrochloricus chloratus* i *Liquor Hollandicus*.

Żaden z tych środków nie przedstawia leku, któryby przy zetknięciu z całą niepozbawioną naskórka skórą, wywoływałby miejscowe znieczulenie, umożliwiając ze względu na swą siłę i długotrwałość dokonywanie drobnych operacyj.

Duży krok naprzód zrobiony został przez wprowadzenie do chirurgii kokainy, która aczkolwiek nie znieczula nieobrażonéj skóry, zastosowana na błony śluzowe i w postaci podskórnych injekcyj nieocenione oddaje przysługi przy wykonywaniu mniejszych operacyj. Opisując pochodzenie tego alkaloidu i jego własności fizyjologiczne, przechodzi autor do zastosowania jego w celu znieczulenia błony śluzowéj jamy ustnéj, nosowéj, gardzieli, błony śluzowéj wpustu cewki moczowéj pęcherza, pochwy, macicy, użycie jego w dentystyce. Ze względu na drożyznę kokainy, autor proponuje połączenie kokainy z morfiną, jako środkiem utrwalającym jéj działanie oraz podaje niektóre praktyczne wskazówki, tyczące się stosowania tego środka samego lub w połączeniu z morfiną, przytaczając kazuistykę przypadków, w których dokonane było przez niego miejscowe znieczulenie.

Kaczorowski. O antipyrynie, szczególniéj pod skórę stosowanéj. Przegl. Lek. N. 21. Str. 289.

Na podstawie stwierdzonego prawa, że wszystkim środkom, hamującym podniecony ośrodek cieplny w mózgu, wspólną jest także własność uspakajania podrażnionych nerwów czuciowych, oraz zachęcony badaniami Germain'a Sée'a, K. przeprowadził szereg doświadczeń nad podskórném stosowaniem antipyryny przy nerwobólu międzyżebrowym, lędźwiowym, kulszowym, nerwobólach na tle wewnętrznych spraw chorobowych i doszedł do przekonania że antipyryna w formie wstrzykiwań podskórnych jest najdzielniejszym środkiem przeciwko nerwobólom czynnościowym, przewyższającym morfinę tak co trwałości skutku, jak i co do braku ubocznych objawów, które bardzo często mają miejsce przy stosowaniu morfiny; natomiast przy zapaleniach nerwów, kolce wątrobowéj, tężcu, antipyryna nie posiada uśmierzającéj własności.

Wicherkiewicz. Przypadek otrucia pilokarpinem i kilka uwag nad działaniem tego ośrodka. Wiad. Lek. N. VII. Str. 194.

W. podaje przypadek zatrucia pilokarpiną, dotyczący kobiety 40-o letniéj bladéj, zresztą zdrowéj, u któréj badanie wzroku wykazało na pra-

wém oku znaczne upośledzenie, wskutek zmian zapalnych naczyniówkosiatkówkowych w okolicy żółtéj plamy oprócz zaćmienia ciała szklistego. Wkrótce po zastosowaniu podskórném na czoło 1 ctgr. pilokarpiny w 2% roztworze, wystąpiły objawy intoksykacyjne, jakoto: obfity ślinotok, poty, ustawiczne mdłości i wymioty, przyspieszenie tętna, nadto co 10—15 minut powtarzające się, a ½—1 minuty trwające, kurcze mięśni karku przy zwróconych w słup oczach i utracie przytomności. W dwie godziny po zastrzyknięciu 0,001 gr. atropiny chora zaczęła przychodzić do stanu normalnego, jakkolwiek źrenice przez czas dłuższy pozostały nieco rozszerzone lubo ruchome.

Dodając jeszcze dwie osobiste obserwacyje co do trujących własności pilokarpiny, w małych dozach zadawanéj, autor zaleca zastrzykiwania rozpoczynać szczególniéj u osób nerwowych od dawek, o ile możności nawet słabszych od tych, jakie uchodzą za skuteczne [½ ctmgr.]. Chcąc miéć pewny rezultat, należy zaopatrywać się w pilokarpinę z odpowiedniego źródła [Merck], gdyż często można miéć do czynienia z preparatem zanieczyszczonym jaboryną, która działa podobnie do atropiny, a wytwarza się przez wyparowanie pilokarpiny w kwaśnym roztworze. Jako odtrutkę zaleca W. atropinę, oraz proponuje sprawdzenie na drodze doświadczalnéj wartości wodobromku homatropiny przy leczeniu zatrucia, wywołanego przez pilokarpinę.

Szuman. Spostrzeżenia dotyczące znieczulania za pomocą bromku etylu. Wiad. Lek. N. XI. Str. 321.

Opierając się na 90—100 przypadkach znieczulania za pomocą bromku etylu, Sz. zaleca użycie tego środka przy krótkotrwających i niebolesnych operacyjach, jako w działaniu swém szybszego od chloroformu rzadko powodującego wymioty i mniéj od niego groźnego; 10—15—20 gramów wystarcza do znieczulenia, które trwa zazwyczaj krótko, jakkolwiek u osób przywykłych do nadużycia trunków wyskokowych bromek etylu zwykle nie wywiera dostatecznego wpływu, a u suchotników, u chorych na cierpienia sercowe lub zadany w większéj ilości może być tak niebezpiecznym, jak chloroform, eter, tlenek azotu i inne środki znieczulające. Do inhalacyi używa autor maski chloroformowéj Esmarcha, obciągniętéj grubą flanelą, a znieczulanie za pomocą bromku etyla stosuje przy operacyjach, trwających nie dłużéj nad 10 minut.

IV. TERAPIJA OGÓLNA I DYJAGNOSTYKA LEKARSKA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Chełchowski. W sprawie osłuchiwania szeptu. Gazeta Lekarska. N. 12. Str. 247.

Z licznych spostrzeżeń C. przyszedł do wniosku, że wzmożone przewodnictwo szeptu, czyli objaw Baccelli'ego, towarzyszy stale oddechowi oskrzelowemu i bronchofonii w cierpieniach płuc rozlanych [zapalenie włóknikowe, śródmiąższowe, ucisk płuc, zserowacenie rozlane]. Przy cierpieniach płuc ogniskowych [jamy, niejednostajne nacieczenie] niema już takiéj zgodności pomiędzy temi trzema zjawiskami przysłuchowémi. Często różnicę pomiędzy chorém a zdrowém płucem łatwiéj zauważyć w przewodnictwie szeptu niż głosu, zwłaszcza wysłuchując bezpośrednio uchem.

Pisek. O gorączce i jéj leczeniu. Gaz. Lek. N. 36. Str. 758.

W odczycie, mianym na Zjeździe lekarzy we Lwowie, poruszył P. kwestyję zabiegów leczniczych przy gorączce. Gorączka nie jest chorobą, lecz objawem jakiéjś choroby i o tyle można mówić o ogólnych zasadach leczenia, o ile własności poszczególnych chorób nie zmieniają ogólnych wskazań. Długotrwałe podwyższenie ciepłoty ciała [z wyjątkiem t. zw aseptycznéj gorączki Volkmann'a, w któréj ciepłota dochodząca do 40° trwać może przez kilka lub kilkanaście dni bez szkodliwych następstw dla ustroju] uważaném bywa przez większość badaczy za groźny objaw chorobowy: wywołuje ono zazwyczaj bardzo poważne zaburzenia w ustroju, jakoto zwyrodnienia miąższowe ostre (*trübe Schwellung*) w nerkach, wątrobie, mięśniu sercowym, zwyrodnienie woskowe Zenker'a mięśni prążkowanych, zwiększenie skłonności do spraw zapalnych, łatwość obumierania tkanek; zmienia części składowe krwi oraz przyczynia się do zmniejszenia ciężaru ciała.

Wobec tego nasuwa się pytanie: co mamy leczyć przy gorączce i jak leczyć należy. Wskutek różnic jadów, wywołujących choroby, nie może być mowy o zasadach jednolitych, szczegółowych dla leczenia gorączki wszystkich chorób zakaźnych, z drugiéj zaś strony nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że ustrój sam może osiągnąć wyleczenie samoistne bez interwencyi lekarza jużto przy pomocy automatycznych przyrządów regulujących, jużto przez szczególne własności anatomiczne lub fizyjologiczne. Bakteryje i ich produkty [ptomainy] również bez naszego przyczynienia się znikają z ustroju wyłącznie tylko przy pomocy natury, gdyż w inny

sposób nie można sobie objaśnić ogromnéj odsetki (65—92%) wyzdrowień z nieleczonych przypadków różnych chorób infekcyjnych. Opierając się na badaniach Kocha, Toussaint'a, Pasteur'a, Gaffky'ego dochodzi P. do wniosku, że najwyższa ciepłota ustroju człowieka jest zbyt nizką, aby sama przez się miała niszczyć bakteryje, że natomiast według wszelkiego prawdopodobieństwa pod wpływem gorączki w wielu przypadkach, aczkolwiek nie we wszystkich, zmienia się, do pewnego stopnia wyjaławia się podłoże, t. j. sam organizm i zachowuje nawet na czas dłuższy odmienne, nam bliżéj nieznane własności, które go czynią „*immum*“ wobec działania tychże bakteryj.

Zadaniem więc naszego sztucznego leczenia powinno być nieprzeszkadzanie naturze w jéj działaniu, z drugiéj zaś strony chronienie ustroju od zgubnych następstw gorączki, pomiędzy którémi na pierwszym miejscu należałoby umieścić zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Zestawiając zdania zwolenników leczenia gorączki oraz przeciwników antipyrezy z Naunyn'em na czele, P. streszcza obecny stan poglądów na leczenie gorączki w tezach następujących:

I. Jednostronne usilne obniżenie gorączki nie może obecnie stanowić wskazania leczniczego.

II. Obniżenie gwałtowne i znacznie wygórowanéj ciepłoty za pomocą środków aptecznych nie jest dla chorego korzystném w przeważnéj części.

III. Zbyt wygórowaną gorączkę należy tylko łagodzić i to aptecznémi środkami w mierze oględnéj, a wybrać z nich najlepsze na razie, antipyrynę i antifebrynę.

IV. Zabiegi hydropatyczne, a w szczególności kąpiele chłodne [od 18 R. względnie letnie] są najracyjonalniejszym środkiem, jakkolwiek ściśle biorąc nie „antipyreticum“, lecz znakomitém „tonicum“ dla ośrodków nerwowych, mianowicie dla ośrodków krążenia, oddechania, trawienia [zwiększając wydzieliny] oraz dla ośrodków odżywczych czyli troficznych naczyń krwionośnych.

Gluziński. Kilka słów o tak zwaném odwrotném działaniu środków przeciwgorączkowych. Przegl. Lek. N. 9. Str. 133.

Z okazyi artykułu Rosenbuscha p. t. „Przypadek ostrego zatrucia chininem z wysypką wejrzenia płonicowego“ [p. Farm. i Toks.] G. zwraca uwagę na stwierdzone przez tegoż autora podniesienie ciepłoty po podaniu chininy w dawce odpowiedniéj zamiast obniżenia. Fakt, że u niektórych osób po zadaniu pewnego środka otrzymać można skutek wprost przeciwny, znany w farmakodynamice pod nazwą „działania odwrotnego“ (*conträre v. paradoxe Wirkung*) obserwował G. w klinice Korczyńskiego po antipyrynie u choréj z podkopaném odżywianiem, dotkniętéj sprawą

gruźliczą w płucach, gdzie ciepłota nagle podskoczyła do 40°C., a skóra pokryła się obfitą wysypką.

Z obserwacyj własnych, oraz z przypadków, ogłoszonych przez innych autorów G. dochodzi do wniosku:

1) że zachowanie się to ciepłoty występuje po rozmaitych środkach przeciwgorączkowych;

2) że najczęściéj występuje u ludzi osłabionych, z podkopaném odżywianiem;

3) że zwykle podwyższeniu temu ciepłoty towarzyszy wysypka na skórze, a niekiedy zaczerwienienie na błonach śluzowych, dostępnych dla oka;

4) że to niespodziewane podwyższenie ciepłoty [jak przypuszczał Aronsohn] nie jest niczem inném, jak objawem przekrwienia ośrodka gorączkotwórczego, wskutek zaburzenia w krążeniu.

Chełmoński. Kilka słów o wypróżniającém działaniu prądu stałego. Gaz. Lek. N. 19. Str. 397. Str. 421. 432. 422. 456.

Ch. sprawdzał wyniki doświadczeń Schillbach'a nad wypróżniającém działaniem prądu stałego w 10 przypadkach, w 8 z nawykowém zaparciem stolca i u dwóch zdrowych osobników. Z badań swoich wysnuwa autor wniosek, że wypróżniające działanie prądu stałego nie jest tak pewne i szybkie, jak podaje Schillbach i że prąd ten w pewnych razach wywołać może wpływ szkodliwy, porażający na serce i naczynia kiszkowe.

Goldflam. O nierówności objawów kolanowych w wiądzie rdzeniowym. Przegląd Lek. N.N. 32, 33, 34, 35. Str. 421. 432. 442. 456.

Korzystając z dużego materyjału klinicznego (64 przypadki), G. zastanawia się nad wczesnym objawem wiądu rdzenia, nierównością objawów kolanowych. Nie posiadając miary dla oznaczenia wielkości tego objawu, G. radzi w każdym przypadku przeprowadzać badania wielokrotnie i zawsze z jednakową siłą, przyczém chory powinien leżéć na wznak, z kończynami lekko zgiętémi pod kątem rozwartym przez podsunięcie ręki badającego. Chociaż znak Westphala wraz jednym z innych objawów np. objawem Argyll-Robertsona lub charakterystycznémi bólami, wystarczają do rozpoznania wiądu rdzenia, niewątpliwie jednak symptomy te muszą być poprzedzone przez zboczenia przejściowe, których rozpoznanie wczesne może posiadać doniosłe znaczenie dla terapii. Nierówność i niejednostajność objawów kolanowych, według zdania autora, zdarza się dość często [w 7 na 64 przypadki]. Z opisu bardzo szczegółowego 6 spostrzeżeń, G. dochodzi do wniosku, że nierówność dotyczy tak objawów ścięgnistych wzmożonych jak i osłabionych, że nie jest objawem stałym lub długotrwającym, ale dość prędko przemijającym i przechodzącym

w brak tego objawu. Nierówność objawów ścięgnistych zwłaszcza kolanowych z obu stron ciała, nie decydując wprawdzie rozpoznania wiądu, jako przejściowe zjawisko jednak ma ważne znaczenie w dyjagnostyce. Wobec nierozstrzygniętej kwestyi pochodzenia zjawisk ścięgnistych, nie wchodzi G. w szczegółowe objaśnienie nierówności i niejednostajności objawu kolanowego, wyraża jednak przypuszczenie, że niejednostajność, którą obserwował w 3 przypadkach, zależéć może od zmian w przewodnictwie nerwowém, wywołanych zwyrodnieniem włókien nerwowych, nierówność zaś od niejednakowego zwyrodnienienia obu połów rdzenia.

Biegański. Przyczynek do rozpoznania wysięków prawostronnych opłucny. Przegląd Lek. N. 5 i N. 6. Str. 83 99.

W 8-iu przypadkach prawostronnego wysięku opłucnowego B. stwierdził stały objaw, który może miéć bardzo doniosłe znaczenie dla rozpoznania wczesnych okresów tego cierpienia. Jest-to powiększenie poprzecznego wymiaru stłumienia serca, które zajmuje całą szerokość mostka, a nawet przechodzi o 1—2 ctm. po za prawy brzeg jego. Prawy brzeg stłumienia serca przedstawia wtedy liniję nie równoległą do środkowéj linii ciała lecz ukośną; zaczyna się ona na miejscu przyczepienia 4 prawego żebra, idzie na dół, coraz więcej oddalając się od prawego brzegu mostka Na granicy prawego brzegu stłumienia odgłos opukowy płucny przyjmuje odcień bębenkowy. W miejscu stłumienia, mianowicie na mostku i na prawym brzegu tegoż, słychać przy wysłuchiwaniu bardzo osłabiony szmer oddechowy. Tony serca wysłuchiwane na dolnym końcu mostka nieco wyraźniéj są słyszalne. Akcentowania drugiego tonu tętnicy płucnéj zwykle niema. Objaw powyższy występuje bardzo wcześnie i trwa dopóki wysięk na tyle się nie powiększy, że stłumienie wysięku zlewa się ze stłumieniem serca. Po wessaniu zaś wysięku, objaw znów występuje, a nawet po zupełném wessaniu, daje się wykazać przez bardzo długi czas, rok lub więcéj. W tym ostatnim razie występuje niekiedy przemieszczenie całkowite stłumienia serca o 2 ctm. lub więcéj na prawo. Przyczynę powyższego objawu, poprzednio przez Rosenbacha opisanego, upatruje B. w małéj ruchomości średniego płatu prawego, a głównie jego brzegu zewnętrznego, który przy zapaleniu opłucnéj wcześnie zaczyna się kurczyć, opadać i przez to odkrywać znajdujące się pod nim narządy *resp.* serce.

Rzeczniowski. O hypnotyzmie w medycynie. Kronika Lek. N.N. 4. 5. 6. 7. Str. 201. 261. 305 i 413.

W obszernéj pracy R. zapoznaje czytelnika z nauką o hypnotyzmie, opierając się na odnośnéj literaturze i własném doświadczeniu. Przytaczając historyję hypnotyzmu, autor zatrzymuje się dłużéj przy szkole Salpétrièrowskiéj, Pitié i Nancy. Według Charcot'a, przedstawiciela pierw-

széj szkoły, który zajmował się hypnotyzowaniem hysteryczek, hypnotyzm jest to odrębna nerwica wywołana doświadczalnie (*neurose experimentale*: a *grand hypnotisme*) [hypnotyzowanie wielkich histeryczek czyli histero-epileptyczek] jest typem najkompletniejszym hypnozy, któréj objawy dają się sprowadzić do 3 obrazów: 1) stan kataleptyczny, 2) letargiczny, 3) somnambuliczny.

Szkoła Pitié (Dumontpalier), zasadniczo nie różniąc się od Salpêtrierowskiéj, nie zgadza się jednak z tą ostatnią co do nadpobudliwości mięśniowo-nerwowéj, którą Charcot uważa za objaw bardzo ważny dla hypnozy.

Nareszcie szkoła Nancy [Bernheim] hypnotyzm uważa za odrębną nerwicę, bardzo zbliżoną do snu naturalnego.

Manipulacyje hypnotyczne mają na celu zwrócenie uwagi na ideę snu, resztę kończy suggestyja słowna, która wystarcza do wywołania hypnozy u tych, co łatwo jéj podlegają. Wrażliwość na suggestyję bywa rozmaitą i w każdym razie według zdania Cybulskiego zależy od pewnych zaburzeń w czynnościach mózgowych i prawdopodobnie od zboczeń w działaniu impulsów, hamujących ośrodki świadomych czynności mózgu; powiększa się niewątpliwie wskutek edukacyi hypnotycznéj i naśladownictwa.

Sposoby hypnotyzowania dzielą na 1) środki fizyczne, 2) środki psychologiczne. Do pierwszych należą podniety rozmaitego natężenia, dłużéj lub krócéj działające na wszystkie zmysły, podstawą zaś drugich jest wpływ wywierany na psychiczną stronę, na wyobraźnię pacyjenta. Budzenie zahypnotyzowanych otrzymuje się przez wrażenie obwodowe lub ośrodkowe psychiczne [dmuchanie w oczy i czoło, ucisk okolicy jajnika u hysteryczek, pocieranie *verticis* etc.). Przytoczywszy wskazówki praktyczne co do budzenia, przechodzi R. do objawów przy t. z. wielkim hypnotyzmie Charcot'a i przy t. z. małym hypnotyzmie.

Przy wielkim hypnotyzmie najważniejszym objawem stanu letargicznego jest nadpobudliwość nerwo-mięśniowa, polegająca na wzmożeniu oddziaływania mięśni, nerwów, nawet ośrodków nerwowych na bodźce mechaniczne; dla stanu kataleptycznego najwięcéj charakterystyczną cechą jest nieruchomość [t. z plastyczność kataleptyczna], przy czém osoba zahypnotyzowana przyjmuje wszelkie nadawane pozycyje; cechą zaś charakterystyczną somnambulizmu wielkich histeryczek jest nadpobudliwość skórno-mięśniowa, która wywołuje się przez podrażnienie skóry lekkiego stopnia na ograniczonéj przestrzeni [podmuch wywołany poruszeniem ręki w pewnéj od skóry odległości] i zasadza się na przykurczu, ograniczonym do pewnego odcinka kończyny, lecz nie mającego tego ścisłego umiejscowienia anatomicznego co przykurczenie letargiczne.

W stanie letargicznym i somnambulicznym ruchy oddechowe są powolne, głębokie i różnią się od prawidłowych antagonizmem pomiędzy oddechaniem brzusznem a piersiowém, w stanie zaś kataleptycznym odde-

chanie zmienia się znacznie, bywa zazwyczaj powierzchownem i powolném, a nawet od czasu do czasu wstrzymuje się. Zmysły przy wielkim hypnotyzmie przechodzą różne fazy od znieczulenia do nadczułości; stan pamięci, zbadany dotychczas przy somnambulizmie jest w wysokim stopniu zaostrzonym.

Stan intellektualny w letargu redukuje się do zera, kataleptyk jest automatem, w somnambulizmie natomiast wyraża się charakter osobnika, który posiada swoje „ja“, ma możność incyjatywy w mniejszym stopniu [stan bierny] lub w większym [stan czynny].

Czynnikiem, wywołującym mały hypnotyzm, według Bernheima jest suggestyja słowna, poparta wpatrywaniem lub pociągami wzdłuż twarzy przy skoncentrowaniu uwagi hypnotyzowanego na ideę snu. Wrażliwość na syggestyję hypnotyczną objaśnia R. nadpobudliwością psychiczną i inercyją psychiczną wobec braku idei moderujących, która dochodzi do najwyższego stopnia w letargu, najsłabszą zaś, prawie pozorną, bywa w somnambulizmie. Najrozmaitszémi sposobami [słowem, gestem etc.] wywołać można suggestyję, jakkolwiek i wrażenia zmysłowe, od przedmiotów zewnętrznych wychodzące, wywołać mogą suggestyję u osób usposobionych, bez pomocy hypnotyzera i nie podczas hypnozy [autosuggestyja]. Chcąc ocenić należycie zjawiska suggestyi, należy zbadać warunki doświadczenia, nie omijając możności symulacyi i nawet suggestyi nieświadomej. Wpływ suggestyi [której są dwa zasadnicze rodzaje: hallucynacyja i anaestesia] na oddzielne organy, dotychczas nie jest zbadanym. Co się tyczy hallucynacyi suggestyjnéj, to tę objaśnić można za pomocą wielkiego prawa skojarzenia wyobrażeń (*associatio idearum*), przyczyna zaś anaestesii według wszelkiego prawdopodobieństwa polega na wytworzeniu wyobrażenia, które ze swojéj strony wywiera działanie hamujące [inhibicyja] odpowiednich przez suggestyję wskazanych czynności ośrodków psycho-ruchowych i psycho-zmysłowych. Ze względu na czas, w którym skutki się ujawniają, suggestyje hypnotyczne dzielą się na: 1) objawiające się i trwające tak długo, jak trwa hypnoza, 2) suggestyje pohypnotyczne, które mogą wywołać skutek po obudzeniu, 3) suggestyje wsteczne, odnoszące się do czasu przeszłego (*hallucinations rétroactives*). Oprócz wyżéj wspomnianych rodzajów suggestyi istnieją przypadki suggestyi na jawie, którą Braid przypisuje wygórowanéj wyobraźni, rozwijającéj się pod wpływem uwagi kierowanéj i podsycanéj przez wrażenie, wywarte zapewnieniem hypnotyzera, jakkolwiek i bez hypnozy można wywołać suggestyję u osób niehypnotyzowanych, jeżeli tylko uda się sprowadzić proces fizyjologiczny suggestyi do procesu skupienia uwagi.

Hypnoza, jako funkcyjonalny rozstrój fizyjologicznych czynności kory mózgowéj, a następczo innych części systemu nerwowego, posiada ogólną cechę w dyssocyjacyi czynnościowéj ze spotęgowaniem jednych

a zahamowaniem innych z tych czynności, powstaje według zdania jednych na gruncie zmian w krążeniu mózgowém, według zaś innych na podstawie zmian molekularnych, zachodzących w samych komórkach nerwowych.

Hypnotyzm w zastosowaniu do terapii obejmuje 2 czynniki: 1) hypnozę, 2) suggestyję. Przytaczając przypadki z literatury, w których dodatni wpływ hypnozy został niewątpliwie stwierdzonym, autor nie wierzy w szkodliwe skutki hypnozy, umiejętnie stosowanéj, natomiast podnosi jéj wyższość nad środkami znieczulającémi wskutek braku właściwego dla tych ostatnich poprzedzającego okresu pobudzenia. Posiedzenia hypnotyczne powinny trwać długo (12—15 godzin. Voisin), a zbyt wczesne zaprzestanie leczenia hypnozą narazić może chorego na przykre następstwa.

W celu wywołania pożądanych wyobrażeń, suggestyja oddawna ma zastosowanie w psychoterapii [zmiana zajęcia, otoczenia, ruch czynny kończyny zdrowéj celem wywołania ruchów biernych w kończynie choréj przy monoplegiach funkcyjonalnych etc.], wszelako suggestyja hypnotyczna posiada tę wyższość, że pozwala działać w ściśléj oznaczonych granicach i że działanie jéj jest pewném.

Przyznając hypnotyzmowi ważne znaczenie w leczeniu hysteryi, a odrzucając wpływ téj metody na zmiany anatomiczne, autor podnosi jéj działanie kojące, i zachęca do stosowania jéj w cierpieniach nerwowych, nawet ze zmianami automicznémi obok innych środków, gdzie można działać na współtowarzyszące zjawiska inhibicyi i dynamogenii, jakkolwiek leczenie takich chorób tylko hypnotyzmem według zdania autora jako niesięgające do podstawy zła i łudzące chorego, godném jest potępienia.

V. PATOLOGIJA I TERAPIJA SZCZEGÓŁOWA, ORAZ PEDIATRYJA.

Sprawozdawcy

W. Bruner i A. Puławski.

Adamkiewicz Prof. Sclerosis lateralis amyotrophica z następowem porażeniem opuszkowem (paralisis bulbaris). Med. Nr. 1 i 2, str. 1 i 17.

Przypadek rzadki, spostrzegany klinicznie i potwierdzony przez sekcyję. 48-letni wieśniak przed 2 laty dostał bezwładu i drżenia w palcach lewéj ręki. Stopniowo ulegały bezwładowi wszystkie kończyny,

wystąpiły zaburzenia w połykaniu i w mowie. Znaleziono zanik mięśni na kończynach i tułowiu, wzmożenie odruchów kolanowych i stopowych, brak ruchu. Na sekcyi znaleziono gruźlicę płuc. Co się tyczy rdzenia, to w przypadku tym autor znalazł pewne różnice od zwykłego typu *scler. lat. amyotr.* a mianowicie: zwyrodnienie rogów przednich z pierwotnego ogniska przeniosło się na obszar *plex. brachialis* aż do rdzenia przedłużonego i zajęło jądra dla *hypoglossus*; prócz tego były zwyrodniałe nietylko piramidy, ale i reszty pęczków bocznych (*Seitenstrangrest*) a także pęczki przednie (*Vordenstranggrundbündel*). Autor swój przypadek zalicza do formy pasmowéj zwyrodnienia skombinowanego i potwierdza zdanie CHARCOT'a, że w chorobie téj bierze udział i szara istota rdzenia.

Adamkiewicz Prof. Przypadek t. zw. zwyrodnienia skombinowanego rdzenia pacierzowego. (Wycinek w streszczeniu z dzieła, znajdującego się pod prasą). Gaz. Lek. Nr. 11. str. 220.

Chory, młody nauczyciel, po przebytym syfilisie dostał objawów *tabesu*. Obok zwykłych objawów téj choroby, wystąpiło wkrótce osłabienie grubéj siły mięśniowéj w kończynach dolnych i zniknięcie czucia mięśniowego. Po upływie 4 lat, chory zmarł nagle. Szczegóły badania pośmiertnego niewiadome, ale wyjęto i zbadano mózg i rdzeń. Mózg nie przedstawiał nic szczególnego. Co się tyczy rdzenia, to przy badaniu mikroskopowém znaleziono zwyrodnienie dla wiądu właściwe [t. j. pęczków GALLA] i zwyrodnienie dróg móżdżkowo-bocznych [pęczki BURDACH'a]. Osłabienie mięśniowe zależało od zwyrodnienia dróg piramidalnych.

Autor nazywa zwyrodnieniem skombinowanem zwyrodnienie właściwe dla wiądu w połączeniu ze zwyrodnieniem pewnego systemu. To, co uważają zwykle za zwyrodnienie dróg piramidalnych bocznych, jest zwykle zwyrodnieniem partyi przybrzeżnej pęczków bocznych [degeneracyja przybrzeżna].

Dunin T. O padaczce częściowéj bez zmian anatomicznych w mózgu, oraz kilka uwag o symptomatologii mocznicy. Gaz. Lek. Nr. 41, str. 863.

Autor spostrzegał 4 przypadki padaczki częściowéj bez zmian anatomicznych w mózgu: trzy w przebiegu zapalenia nerek, czwarty — bez wyraźnéj a przynajmniéj znanéj przyczyny. 1 i 2-gi przypadek autor widział dorywczo, trzeci szczegółowo w szpitalu. Dotyczył on suchotnika, mającego jednocześnie *nephr. chron. cum deg. amyl.* Chory nagle dostał drgawek w prawéj połowie ciała, poczém zaniemówił i dostał porażenia dolnéj gałęzi nerwu twarzowego i prawéj kończyny górnéj. Drgawki powtarzały się jeszcze przez kilka dni, a pod koniec życia zjawiły się i po stronie lewéj, przyczém wystąpiło porażenie lewego nerwu twarzowego

i lewéj kończyny górnéj. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie, ale na wypukłości mózgu znaleziono kilka gruzełków. Autor nie przypuszcza, aby one, ze względu, że były nieliczne i małe, mogły brać udział w wywoływaniu opisanych miejscowych objawów mózgowych i zalicza drgawki i porażenia na karb mocznicy.

Jako dowód, że objawy ogniskowe mogą się zdarzać w przebiegu mocznicy, autor przytacza inny przypadek, gdzie nefrytyk [mający jednocześnie *insuf. valv. mitr* i *insuf. valv. aortae*] miał *nystagmus*, porażenie *m. rect. int.* i *hemianopsia.* Objawy te kazały przypuszczać cierpienie wzgórków czworaczych i zrazów potylicowych. Tymczasem sekcyja wykazała, że mózg był absolutnie zdrowy. Ostatni wreszcie przypadek padaczki częściowéj, autor widział u kobiety 30-kilkoletniéj zdrowéj, która podlgała chwilowemu zatrzymaniu regularności. Nagle na ulicy zaniemówiła i osłabła. Zjawiły się drgawki w lewéj połowie twarzy i lewéj kończynie górnéj. Drgawki powtórzyły się raz jeszcze i chora wpadła w śpiączkę. Po przystawieniu pijawek do nosa, obudziła się, oprzytomniała i zasnęła. Na drugi dzień była już zupełnie zdrowa. Histeryję i padaczkę autor wyłącza.

Anders. Obwodowe wrodzone porażenie nerwu twarzowego prawego. Gaz. Lek. Nr. 52, str. 1113.

Dziecko 16-dniowe, urodzone siłami natury. Porażenie według zeznań matki i akuszerki spostrzeżono natychmiast po urodzeniu. Charakter porażenia—obwodowy (*lagophtalmos*), pochodzenie niewiadome [wyłącza się uraz]. W ciągu 25 dni obserwacyji — żadnéj zmiany. W końcu jednak porażenie przeszło. O ile je uważać można za wrodzone—przypadek rzadki.

T. Bohosiewicz. Udar słoneczny. Wiad. Lek. N. 7, 8, 9. str. 199, 228, 257.

Monografija, uwzględniająca przedewszystkiem t. zw. udar słoneczny pochodowy, zdarzający się w wojsku. Rzecz nie oryginalna ale umiejętnie napisana przez człowieka fachowego [lekarza pułkowego].

Idziński Wiktor. Ostry zanik mięśni barku po urazie w głowę. Przegląd Lek. Nr. 28, str. 375.

Autor podaje historyję choroby mężczyzny, u którego po urazie w głowę w okolicy prawego rowka środkowego nastąpił zanik mięśni lewego barku. Autor wyłącza wszelkie przyczyny, mogące spowodować zanik i wiąże go z urazem w głowę, który według autora miał spowodować zmiany molekularne w korze mózgowéj.

Zawisza K. Kilka uwag o leczeniu dusznicy oskrzelowéj samoistnéj. Gaz. Lek. Nr. 12, str. 240.

Autor przytacza pobieżnie 4 przypadki dusznicy oskrzelowéj samoistnéj, spostrzegane przez czas dłuższy i na zasadzie ich zastanawia się nad leczeniem, które wymaga ścisłego indywidualizowania i przedewszystkiem skierowane być winno ku uregulowaniu tych czynności, które, czy to pośrednio, czy też bezpośrednio, wpływają na powstawanie napadu duszności. Z całego szeregu rozbieranych przez autora, powszechnie znanych środków lekarskich, największe znaczenie przy napadach przypisuje morfinie, podanéj zwłaszcza, we wczesnym okresie. Po przejściu napadu przy męczącym kaszlu stosował autor kali jodatum 5—8 gr. pro dosi, przy obfitém wydzielaniu plwociny, *terpinum hydricum* lub olejek terpentynowy.

Pełczyński J. (Tykocin) Zapalenie gardzieli z łuszczeniem się naskórka na całém ciele. Gaz. Lek. Nr. 3, str. 61.

Mężczyzna 33-letni miał *pharyngitis* i łuszczenie naskórka na całém ciele, przypominające łuszczenie po szkarlatynie. Możnaby przypuścić istnienie téj ostatniéj, gdyby nie to, że chory podaje, iż regularnie 2 razy do roku miewa ból gardła, po którém następuje swędzenie na skórze i łuszczenie płatami.

Sokołowski A. Czy obrażenie ciała może być przyczyną zapalenia płuc? Gaz. Lek. Nr. 6, str. 117.

13-letni chłopiec został silnie pobity i spadł z woza. Następstwem tego był silny ból głowy i wymioty. Na drugi dzień dopiero zjawiła się nieprzytomność, majaczenie, gorączka. W tym stanie przywieziono go do szpitala. Tu dopiero po 2-ch dniach [a więc 4-go choroby] znaleziono w szczycie prawego płuca objawy zapalenia, a następnie diplokokki w plwocinie. Po 12-u dniach chory wyzdrowiał. Autor odpowiednio motywując, wyprowadza wnioski, że w danym razie objawy mózgowe i zapalenie płuc zależały od pobicia, co ma znaczenie pod względem sądowo-lekarskim, a zarazem i klinicznym, gdyż jest dowodem, że uraz danego narządu może go usposobić do przyjęcia zarazka.

Chrostowski B. i Jakowski M. Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc i wyniki badań bakteryjologicznych w endemii spostrzeganéj w Warszawie. Gaz. Lek. Nr. 29, 30, 31. Str. 614, 641 i 665. Część I.

W Październiku 1887 r. przybyło do szpitala Św. Rocha dwóch uczniów piekarskich i jeden robotnik z piekarni p. Ł. wszyscy chorzy na włóknikowe zapalenie płuc. Okazało się, że w tymże czasie jeszcze 2 uczniów zapadło na tę samą chorobę. Po sprawdzeniu na miejscu okazało się, że w piekarni na podwórzu kopano dół na wychodek. W resztkach wykopanéj ziemi znaleziono *diplococcus* Friedlander'a.

U dwóch chorych wyciągnięto z płuc płyn, który również zawierał te pasorzyty. Tym sposobem słusznie należy przypuścić, że w danéj miej scowości istniała endemija zapelenia płuc. Źródłem endemii była ziemia poruszona przy kopaniu, a zawierająca diplokoki Friedlander'a. Bardzo staranne poszukiwania wykazały, że w piekarni p. Ł. od lat kilkunastu endemia zapalenia płuc.

Sędziak J. O leczeniu suchot płucnych kreozotem. Gaz. Lek. Nr. 7 i 8. str. 132 i 156.

Jest to nadzwyczaj szczegółowe zestawienie 175 przypadków suchot płucnych, leczonych kreozotem w oddziale Dr. Sokołowskiego w szpitalu Św. Ducha w Warszawie. Niepodobna streścić na tém miejscu dość rozwlekle podanych wniosków autora. Są one zresztą identyczne z wnioskami innych autorów [Bouchard, Sommerbrodt, Guttmann], mianowicie, że kreozot zasługuje na rozpowszechnienie, z powodu niewątpliwie dobrego wpływu, jaki wywiera na ogólny stan suchotników. Ze 175 przypadków leczonych kreozotem, zauważono poprawę w stanie ogólnym w 45%, wtedy kiedy ze 125 leczonych objawowo, poprawę w stanie ogólnym zauważono u 6%. [Szkoda wielka, że autor nie podaje żadnego objektywnego *criterium*, które mu służyło do oceny owéj poprawy w stanie ogólnym. Najwłaściwszém i jedynie przekonywającém byłoby podanie wagi ciała spostrzeganych chorych. *Przyp. spr.*].

Rosenbusch L. O leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami miąższowemi kreozotu. Przegląd lek. Nr. 5 i 6. str. 66 i 87.

Autor wstrzykiwał w miąższ płucny kreozot, rozcieńczony olejkiem migdałowym [3% rozczynu $^1/_2$ strzykawki Prawaz'a] i otrzymywał wyniki dodatnie: ciepłota opadała, kaszel, duszność i poty ustępowały, siły się wzmagały. Zatrucia i krwotoków po zastrzykiwaniu autor ani razu nie zauważył. [Praca napisana bardzo pobieżnie, wskazania i przeciwwskazania przy tak ważnym rękoczynie bardzo niedokładnie uwzględnione].

Stachiewicz Teofil. Wstrzykiwania w miąższ płucny kreozotu z uwzględnieniem literatury chirurgii płuc. Przegląd lekarski N. 18, 20, 21, str. 153, 277, 292.

Rozprawka stanowi polemikę z kol. Rosenbuschem, który w Przeglądzie Lekarskim ogłosił rzecz p. t. „O leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami śródmiąższowémi kreozotu“ (p. wyżéj), lecz nie uwzględnił licznéj literatury odpowiedniéj, jak również literatury chirurgii płuc. S. dopełnia te braki pracy Rosenbuscha, traktuje czytelnika licznémi przykładami nieuwzględnionémi przez ostatniego i dowodzi w ten sposób, że miejscowe leczenie w rozmaitych chorobach płuc jest możliwém i dawno już było stosowaném. Nareszcie przytacza sam dwa przypadki, w których stosował

wstrzykiwania kreozotu do miąższu płucnego i w których otrzymał wyniki niezgodne z opisem optymistycznym Rosenbuscha. Ani kaszel, ani gorączka, ani ilość plwociny nie zmniejszały się, a ilość laseczników Koch'a nawet się powiększała. Objawy te objaśnia autor przez zapalne działanie kreozotu tém silniejsze, że dostaje się do *locus minoris resistentiae*. Autor jednak nie jest otwartym przeciwnikiem téj metody leczenia i dla tego, wymagając jak najdokładniejszego rozpoznania, podaje technikę samego rękoczynu i wskazania do niego: 1) jednostronność sprawy gruźliczéj, 2) nieskłonność do krwotoków, 3) powierzchowność jam, 4) obecność silnego nacieku gruźliczego, 5) ultimum remedium przy rozpadzie obustronnym, 6) wskazania dawniejszych autorów, jak Mosler'a, Fenger'a, Hollister'a i in. przy bąblowcu w płucach i jamach zgorzelinowych przewlekłych i powierzchownych.

Pawlński J. Przypadek ostréj prosowatéj gruźlicy płuc (w postaci zaduszającéj) z niezwykłą nadruchliwością serca (tachycardia). Gaz. Lek. Nr. 13, str. 263.

Chora 19-letnia przybyła do szpitala z powodu bardzo silnego kaszlu i gorączki, trwającéj od tygodnia. Znaleziono wygląd anemiczny, wysoką gorączkę, niesłychanie częste tętno [170] i duszność. W płucach znaleziono wyraźne nierozległe objawy zgęszczenia w wierzchołku lewym, a oddech zaostrzony w pozostałych częściach [rzężeń nie było]. W ciągu kilku tygodni tętno było ciągle częstém [dochodziło do 200 uderzeń] duszność znaczna, ciepłota wysoka. Na sekcyi znaleziono ostrą prosówkowatą gruźlicę. Autor tłomaczy w danym przypadku duszność przez podrażnienie gałązek czuciowych n. błędnego, idących do błony śluzowéj oskrzeli. Przyspieszenie tętna autor, na zasadzie doświadczeń prof. Heringa [z Pragi] i spostrzeżeń Somerbrodt'a, tłomaczy w sposób następujący: silny kaszel zwiększał ciśnienie wewnątrz—oskrzelowe, to ostatnie drażni gałązki czuciowe n. błędnego, osłabia jego pobudliwość i zmniejsza napięcie nerwów, hamujących ruchy serca. Na powstanie *tachycardiae* wpływały również zmiany we krwi, spowodowane chorobą zakaźną, bezkrwistość rdzenia przedłużonego z powodu ogólnéj anemii, wyczerpanie sił i gorączka.

Chełmoński A. Przypadek odmy piersiowéj w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek. Gaz. Lek. Nr. 35, str. 753.

Przewlekłe zapalenie nerek—*asthma uraemicum* —rozedma międzyzrazikowa, odma piersiowa, zapalenie płuc środkowe, nierozpoznane za życia z powodu niejasnych objawów i braku rozbioru moczu. Przypadek pouczający.

Jaworski W. Ectasia ventriculi paradoxa. Przegląd Lekarski, N. 12, str. 176.

Autor opisuje cztery przypadki, w których istniały niewątpliwie objawy rozszerzenia żołądka, a w których nie można było jednak za pomocą wytłaczania lub aspiracyi wydostać treści żołądkowéj i dochodzi do wniosku, że rozszerzeniu w tych razach towarzyszy albo nieprawidłowe położenie narządu, albo nieprawidłowy kształt, albo też nieprawidłowy sposób kurczenia się żołądka podczas sondowania. Zauważywszy zarazem, że przy niestosownem badaniu możnaby też dojść do fałszywych wyników, autor podaje sposób stosownego badania i wzór odpowiedniéj sondy. Nareszcie przy leczeniu takich przypadków (*ectasia paradoxa*) radzi używać środków przeciwgnilnych, boraksu, kwasu bornego, faradyzowania i mięsienia żołądka, a w celu opróżnienia go nie przemywania, lecz środków wymiotnych.

Bączkiewicz J. Przypadek niezwykłego rozszerzenia żołądka. Gaz. Lek. Nr. 17. str. 339.

Chory, lat 75 liczący, przybył do szpitala z powodu trwających od 2 dni wymiotów, z wyglądu przypominających fusy kawowe. Choroba rozpoczęła się przed 3 laty od braku apetytu, odbijań i wymiotów, składających się z mas śluzowych [naczczo] lub resztek pokarmów. Od miesiąca pogorszenie: upadek sił, wychudnienie, obrzęki.

Przy badaniu znaleziono: znaczne wyniszczenie, obrzęk na stopach i rękach. T° 38, tętno 80, małe, w płucach rozedma. Wymiar poprzeczny serca powiększony, język obłożony. Żyły podskórne brzucha dość liczne i wyraźne. Oznaki obecności płynu w jamie otrzewnowéj. Żołądek rozszerzony. Dolna granica żołądka poniżéj pępka w okolicy prawego płatu wątroby, odgłos bębenkowy. Śledziony i wątroby nie wyczuwa się. W moczu nic nieprawidłowego. Rozpoznanie wahało się między marskością wątroby (*ascites*, *caput medusae*, nadużycia *in Baccho*) i rakiem żołądka [wyniszczenie, wiek, rozszerzenie żołądka, wymioty krwawe]. Dalszy przebieg choroby, podczas którego wymioty krwawe się powtarzały i upadek sił coraz się zwiększał, nie wyjaśnił wątpliwości. 10 dnia pobytu w szpitalu, chory życie zakończył.

Sekcyja wykazała: brak płynu w jamie otrzewnowéj, znaczne rozszerzenie żołądka, zajmującego $^4/_5$ odkrytéj przestrzeni jamy brzusznéj i zawierającego kilka litrów płynu, podobnego do fusów kawowych. Błona śluzowa żołądka w stanie kataru; tuż u przejścia do dwunastnicy znajdują się dwa otwory ujścia przetok, prowadzących z pęcherzyka żółciowego; liczne przetoki prowadzą też z dróg żółciowych do dwunastnicy. Pod ujściami przetok błona śluzowa odźwiernika tworzy fałdę poprzeczną w postaci grzebienia kurzego. Światło odźwiernika zwężone. Dwunastnica przegięta. Kiszki niepomiernie ściągnięte. Śledziona i wątroba zmniejszone. W pęcherzyku żółciowym kamień. Błona śluzowa pęcherzyka strzępiasta, pokryta cuchnącą cieczą. Między pęcherzykiem, odźwiernikiem i częścią dwunastnicy liczne zrosty. W innych narządach nic osobliwego.

Wynik sekcyi dozwala przypuszczać, że kamienie żółciowe wywołały zgorzel ścian dróg żółciowych z następczém zapaleniem zlepném. Ściąganie się zaś tkanki łącznéj spowodowało zwężenie odźwiernika i przegięcie dwunastnicy, następstwem których było rozszerzenie żołądka. Znaczny stopień rozszerzenia warunkowany też był jednoczesną obecnością przewlekłego nieżytu żołądka i ogólną wiotkością tkanek.

W danym przypadku, przeszkodą do rozpoznania tak znacznego stopnia rozszerzenia żołądka i do dokładniejszego badania były: ogólny stan chorego i krwotoki, które stanowiły przeciwwskazanie do zastosowania właściwych metod badania.

Rejchman Mikołaj. O sztucznem trawieniu trzustkowém w żołądku, zastosowaném do celów leczniczych. Gaz. Lek. Nr. 47. Str. 989.

Przy zanikowym nieżycie żołądka, przy którym z powodu zaniku gruczołów trawieńcowych, nie można pobudzić wydzielania soku żołądkowego, autor, w celu wywołania sprawy peptonizacyjnéj, stosował z dobrym skutkiem sztuczny sok trzustkowy, który przy tém cierpieniu znajduje w żołądku odpowiedniejsze dla swego działania warunki. Jeżeli nawet miazga pokarmowa w żołądku posiada odczyn słabo kwaśny, lub nawet mała ilość kwasu solnego jeszcze się wydziela, to okoliczność ta bynajmniéj działaniu soku trzustkowego nie przeszkadza. Przy takiém postępowaniu, objawy chorobowe znikają, chorzy czują się lepiéj. Najlepszym jest wyciąg wyskokowy z trzustki, świeżo przygotowany: na świeżą, posiekaną, wołową trzustkę nalewa się pół litra 12—15% wyskoku, pozostawia się w zimném miejscu na 1—2 dni i następnie dokładnie się cedzi. Wyciągu tego chorzy używają mniejszy lub większy kieliszek zaraz po jedzeniu. Preparaty, znajdując się w handlu, są prawie zawsze bez żadnéj wartości. Najlepszą jest jeszcze pankreatyna Defresne'a, ale tylko zupełnie świeża, w ilości 0,5—2,0.

Jaworski W. Sokotok, nieżyt kwaśny i wrzód żołądka. Gaz. Lek. N. 24 i 25. Str. 512 i 537.

Zestawiając znaczną liczbę chorych na sokotok żołądkowy, spostrzeżemy znaczne różnice podmiotowe i przedmiotowe. Jedni chorzy skarżą się prawie tylko na przypadłości ze strony żołądka, nie zwracając uwagi na istniejące równocześnie dolegliwości w innych okolicach ciała; drudzy zaś skarżą się przeważnie na cierpienia charakteru czuciowego, występujące w najodleglejszych częściach ciała, a cierpień żołądkowych nawet dokładnie określić nie umieją. W pierwszych przypadkach: 1) Sok żołądka czczego zawiera kwas solny po części lub całkowicie utajony, a siła jego trawiąca jest po części lub całkowicie zniesiona. 2) W soku czczym jest dużo peptonów, a niekiedy dużo białka. 3) Z żołądka czczego można wydobyć dużo płynu mętnego z białémi strzępami. 4) Pod drobno-

widzem widać złuszczony nabłonek zwyrodniały, częściowo wypadnięte gruczoły trawieńcowe i znaczną ilość jąder ciałek wypocinowych bez lub ze śladami protoplazmy. 5) W żołądku czczym można wywołać pluskanie. 6) Kwaśność miazgi pokarmowéj nie wiele przewyższa kwaśność zawartości czczéj, lub jest od niéj mniejszą. 7) Równocześnie bywa rozszerzenie i opóźnienie wydalania zawartości żołądkowéj. Stan ten—nieżyt kwaśny, autor wyróżnia od nieżytu śluzowego, objaśnia jego powstawanie i zmiany anatomiczne, jakie sprowadza w żołądku.

W drugim szeregu przypadków spotykamy: 1) Zupełnie wolny kwas solny i odpowiednią mu siłę trawiącą w soku czczym. 2) Brak peptonów lub innych ciał białkowych. 3) Niewielką ilość płynu niemętnego, bez znacznéj ilości strzępów. 4) Brak składników morfologicznych oprócz miernéj ilości połyskujących jąder z ciałek wypocinowych. Ten rodzaj przypadków przedstawia—sokotok żołądkowy zwyczajny. Autor przytacza daléj przypuszczalny związek przyczynowy między témi dwoma cierpieniami i robi uwagę, że podmiotowe objawy gastryczne nie zawsze są równoległe do objawów przedmiotowych. Nareszcie na podstawie historyi choroby z sekcyją autor wypowiada zdanie, że nieżyt kwaśny może bardzo łatwo spowodować wrzód żołądka.

W. Jaworski. O rozpoznaniu i leczeniu nieżytu zanikowego żołądka. Wiad. Lek. Zeszyt X. Str. 290.

Nieżyt zanikowy żołądka J. rozpoznaje wtedy, kiedy znajduje brak wydzielania pepsyny, kwasu solnego i fermentu, ścinającego sernik. O nieobecności pepsyny nie można sądzić z braku téjże w treści żołądkowéj. Wydzielanie pepsyny zostaje pod wpływem kwasu solnego. U osób, u których zwykłémi środkami nie można było otrzymać treści trawiącéj białko [a więc zawierającéj pepsynę] udawało się to zawsze JAWORSKIEMU, jeżeli wprowadzono wprzód do żołądka pewną ilość rozcieńczonego HCl. Dla tego też, według J., większa część przypadków opisanych dotąd pod nazwą *cat. atrophicus*, badana za pomocą HCl wykazałaby, zapewne obecność pepsyny i fermentu ścinającego sernik, tj. powinnaby być uważaną za *catarrhus mucosus*, który charakteryzuje się tylko brakiem wolnego HCl. Tym sposobem J. *catar. atrophicus* uważa za chorobę bardzo rzadką, co do rokowania—nieuleczalną. Leczenie może być objawowe, tj. używanie pokarmów i napojów kwaskowatych a z leków kwas solny w rozczynie, przesyconym kw. węglanym [np. Woda kwaśna burząca wyrobu RZĄCY i CHMURSKIEGO w Krakowie].

Borsuk Maryjan. Przypadek cholelithiasis połączonéj z niezwykłą ruchomością powiększonego pęcherzyka żółciowego. Gazeta Lek. N. 28. Str. 106.

Chora 56-letnia przybyła do szpitala z powodu bólów w okolicy lędźwiowéj i bolesnego oddawania moczu, trwającego od 2 tygodni. Chorą

jest od lat 18; przed 7 laty bez widocznéj przyczyny utraciła wzrok. Znaleziono znaczne wyniszczenie; w płucach nieliczne rzężenia, drugi szmer nad tętnicą główną. W podżebrzu prawém wyczuwano guz jajowato podłużny, gładki, równy, niebolesny, wielkości pięści, bardzo ruchomy, przy ruchach oddechowych nie poruszający się. Narządy płciowe w stanie zaniku. Mocz kwaśny, ciężaru właściwego 1025, zawiera białko, w osadzie krew, komórki z pęcherza i moczowodów. Oczu oftalmoskopem nie badano. Opierając się na ruchliwości, bezbolesności i odprowadzalności guza ku nerce, oraz na zmianach w moczu rozpoznawano nerkę wędrującą. Przeciw guzowi pęcherzyka żółciowego przemawiała niezwykła przesuwalność guza i jego jednostajna, elastyczna konsystencyja. Stan choréj powoli się poprawiał. Na raz po kilku tygodniach wystąpiły wymioty i bóle się wzmogły, przy badaniu zauważono, że guz się zmniejszył znacznie, był podawnemu ruchomy, lecz większy i połączony za pomocą grubéj szypuły z dolną powierzchnią wątroby, oraz wypełniony kamieniami, co zmieniało pierwotne rozpoznanie. Chora wkrótce zmarła i sekcyja wykryła prócz rozedmy i tętniaka *aortae descendentis*, zapalenie nerek przewlekłe, katar pęcherza z owrzodzeniami, a w pęcherzyku żółciowym kilka kamieni i żółć ze śluzem. Prawdopodobném było, że w pęcherzyku żółciowym wypełnionym kamieniami, zebrał się płyn, być może z powodu zatkania przewodu żółciowego śluzem, co nadawało mu pozór nerki wędrującéj. Z ustąpieniem obrzęku można było rozpoznać istotę guza.

Przypadek powyższy, wykazujący, że w pewnych razach i bez zabiegu operacyjnego puchlina pęcherzyka może ustąpić, przewód może się odetkać, świadczy, że nie należy w przypadkach kamieni żółciowych, powodujących zebranie się płynu surowiczego lub ropnego przystępować natychmiast do operacyi, jeżeli brak jest innych jeszcze objawów, zabiegów operacyjnych wymagających.

Hewelke O. Przypadek niedrożności przewodu kiszkowego. Gaz Lek. N. 3. Str. 48.

U 16-letniego chłopca wystąpiły nagle objawy niedrożności, które z początku przyjmowano za niestrawność i leczono środkami czyszczącemi [olej, kalomel]. Autor, wykluczywszy istnienie przepukliny, otrucie lub zapalenie otrzewnéj, rozpoznawał ostre zamknięcie światła kiszek i zastosował właściwe leczenie [makowiec, lód, HEGAR], po którém stan się nie poprawił, wskutek czego miano przystąpić do operacyi 3 dnia choroby. Nagła poprawa 4 dnia zrodziła pewne powątpiewania co do pierwotnego rozpoznania i operacyję odłożono; 6 i 7 dnia choroby zjawiły się stolce, bóle jednakże i wymioty wzmagać się zaczęły i 8 dnia wśród objawów upadku sił chory życie zakończył. Sekcyja wykryła istnienie nitki rzekoméj, grubości średniéj struny od skrzypiec, ciągnącéj się od podstawy kreski poprzecznicy do początkowéj części jelita czczego. Na nitce téj [co

zdarza się wyjątkowo rzadko] zawisły pętlice kiszkowe i załamując się wskutek swego ciężaru, wywołały zamknięcie ich światła. Autor szczegółowo opisuje ciekawy wielce wynik sekcyi i mechanizm zaciśnięcia.

Sawicki J. W. (Grajewo). Odprowadzenie przepukliny za pomocą faradyzacyi na czwarty dzień trwania jéj uwięzgnięcia. Gazeta Lekarska. N. 47. Str. 1008.

U 18-letniego mężczyzny przepuklina pachwinowa, prawostronna odprowadzalna, istniejąca od lat sześciu. Po uwięzgnieniu stosowano ciepłe kąpiele, lód, makowiec, wreszcie faradyzacyję w ciągu 20 min. silnym prądem [jedna elektroda w kiszce prostéj, druga—na przepuklinie]. Gdy to nie pomogło, miano przystąpić do operacyi. Przy powtórném zastosowaniu faradyzacyi, objawy uwięzgnięcia przeszły.

Pełczyński J. (Tykocin). Kilka słów o leczeniu żółtaczki za pomocą wlewań zimnéj wody do odbytnicy, czyli za pomocą t. zw. metody Krull'a. Gaz. Lek. N. 38. Str. 815.

Autor stosował metodę KRULLA w 2 przypadkach żółtaczki. W pierwszym skutek był bardzo szybki [w ciągu 5 dni], w drugim (*icterus febrilis*, przypuszczalnie *febr. remittens*) powolniejszy. Autor zaleca, aby u osobników słabszych i w przypadkach cięższych stosować wlewania cieplejsze [15°R], gdyż zimna temper. wody [12°R] wywołuje boleści.

Pełczyński J. (Tykocin). Glisty, tworzące guz w przebiegu tyfusu. Gaz. Lek. N. 3. Str. 61.

U 7-letniéj dziewczynki w przebiegu niewątpliwego tyfusu autor znalazł w miejscu odpowiadającém *flexurae coli lienalis* podłużny duży guz, który uważał z początku za twarde masy kałowe. Gdy po oleju ryc. nie następowały wypróżnienia, autor, który wiedział, że dziecku w ciągu choroby wychodziły glisty, podał santoninę z kalomelem. Wyszły 22 glisty i guz zniknął.

Pawiński J. Dusznica acetonowa (asthma acetonicum). Przyczynek do nauki o acetonuryi. Gaz. Lek. N. 28 i 29. Str. 594 i 621.

22-letnia służąca miewała częste napady duszności, połączonéj z bólem głowy i wymiotami. W moczu znajdywano białko, cylindry a przed napadem duże ilości acetonu [2,16 grm. na dobę]. Prócz tego chora miała raz napad niedośłepu w ciągu kilku godzin. Napad przeszedł, ale pozostało zwężenie pola widzenia i *dyschromatopsia* w oku lewém. Chora w końcu zmarła [nie w szpitalu] w czasie napadu duszności. Wyłączywszy jako przyczynę duszności, uremiję, a jako przyczynę zaburzeń we wzroku—histeryję, autor uważa przypadek powyższy za dusznicę acetonową. Druga część pracy poświęconą jest odpowiedziom na to, jaki wpływ wywiera aceton na ustrój, jak powstaje i jak się w moczu wykrywa.

Birencweig J. (Łódź). Przypadek bakteryjomoczu (Bacteriuria), Gaz. Lek. N. 34. Str. 731.

Chory 36-letni przed 4 laty miał rzerzączkę. Przed kilku miesiącami leczył się ponownie na rzerzączkę. Od kilku dni objawy częstego i bolesnego moczenia. Mocz kwaśny bez białka i cukru. Pod mikroskopem trochę ciałek ropnych i mnóstwo ruchliwych laseczników. Gonokokków nie było. Po 8 wstrzykiwaniach sublimatu [1:15000] i *natr. salicyl.* do wewnątrz—mocz stał się czystym, laseczniki znikły. Autor wyłącza *pyelitis* i *cystitis*. Etyjologija—niewiadoma.

Warman Mikołaj (Kielce). Przypadek bezmoczu (anuria), trwającego dni kilka. Gaz. Lek. N. 1. Str. 22.

Niedokładna historyja choroby w przypadku bezmoczu, spowodowanego obecnością kamieni nerkowych, (moczanów), po odejściu których stan chorego zupełnie się poprawił.

Malinowski A. Zapalenie gruźlicze otrzewnéj u dziecka po przebyciu odry w przebiegu nieżytu kiszek. Wyzdrowienie. Gaz. Lek. N. 29. Str. 627.

5-letni chłopczyk przybył do szpitala z powodu rozwolnienia, powstałego nagle. Po kilku tygodniach polepszenie, jednakże obrzęk stóp [badania moczu nie podano]. W tym czasie chłopiec dostał odry przyczém wysypka miała charakter niezwykły [kółka i place wielkości grosza do talara]. Kiedy wysypka odrowa zaczęła blednąć, pokazała się wysypka płonicowa [około kolan punkcikowate, zlewające się plamy]. W dalszym ciągu zjawia się rozwolnienie, wymioty, obrzmienie gruczołów chłonnych, bolesność brzucha, *ascites* [w moczu białka nie było]. Badanie płuc w tym czasie wykazało z tyłu między łopatkami oddech nieokreślony, wzmocnienie głosu, późniéj zaś oddech oskrzelowy w wierzchołkach. Po kilkomiesięcznéj chorobie nastąpiło polepszenie i okres zdrowienia. Autor zwraca uwagę na pomyślne zejście zapalenia otrzewnéj, które, według niego, miało w danym przypadku charakter sprawy gruźliczéj.

Malinowski A. Zapalenie gruźlicze jądra u dziecka 4-letniego, zapalenie gruźlicze opon mózgowych. Gaz. Lek. N. 3. Str. 59.

U chłopca 4 letniego bolesność i obrzmienie lewego jądra; autor ze względu na stan ogólny chorego rozpoznał gruźlicę i zalecił operacyję. Rodzice nie usłuchali. W miesiąc potém dziecko zmarło na zapalenie opon mózgowych. Przy swojém pierwotném rozpoznaniu autor miał jeszcze na względzie tę okoliczność, że babka chłopca zmarła na suchoty.

Prof. Brodowski Wł. i Dunin T. Przypadek tak zwanéj „choroby zakaźnéj Weil'a." Gaz. Lek. N. 37. Str. 779.

Chory 36-letni przed 10 dniami dostał bólu głowy, dreszczy. W ciągu choroby pocił się, miał silne bóle brzucha i zaparcie stolca. Znaleziono

lekką żółtaczkę, ciepł. 38, obrzęki, powiększenie wątroby i bolesność, powiększenie śledziony, obrzmienie gruczołów limfat. całego ciała. W moczu białko i cylindry. We krwi powiększenie ilości białych ciałek, brak spirochetów. Po kilku dniach—śmierć. Wyłączywszy tyfus, ostry zanik wątroby, zimnicę ciągłą i białaczkę, zatrzymano się na rozpoznaniu choroby Weil'a. Badanie pośmiertne wykazało: wylewy krwawe na błonie śluzowéj gardzieli, krtani, tchawicy i oskrzeli; w płucach—liczne śledzionowate stwardnienia, na rozkroju ciemno-czerwone, nie zawierające powietrza; w wątrobie na rozkroju plamki żółtawe, towarzyszące gałązkom żyły wrotnéj; śledziona—pięć razy większa od normalnéj, rozpływająca się; nerki—powiększone, istota korowa znacznie zgrubiała, usiana plamkami, istota rdzeniowa, czerwona, także usiana plamkami; w kiszkach—zwiększenie gruczołów samotnych. Badanie drobnowidzowe wykazało we wszystkich prawie narządach drobnoguziczkowe nacieczenia drobnokomórkowe tkanki łącznéj śródmiąższowéj rozmaitego natężenia.

Objawy kliniczne w danym przypadku odpowiadają tym, jakie podał Weil, badanie zaś anatomo-patologiczne pozwala wykluczyć wszystkie pod względem klinicznym zbliżone cierpienia.

W czasie kiedy praca powyższa była pisaną, znane były 33 przypadki t. zw. choroby Weil'a, z których dwa zakończyły się śmiercią i były badane pośmiertnie. Ale przypadki te [Aufrechta] były niezwykłe [suchoty—w jednym, bezmocz—w drugim], a badanie pośmiertne—pobieżne. Jest to więc pierwsza praca, która może posłużyć do wyjaśnienia nowéj, a zagadkowéj dotąd choroby.

Pawiński J. Przypadek choroby Addison'a. Gaz. Lek. N. 4 i 5. Str. 78 i 90.

Chora 30-letnia przybyła do szpitala z objawami uporczywych wymiotów, rozwolnienia i ogólnego osłabienia. Skóra była barwy bronzowéj. W płucach znaleziono objawy zgęszczenia w obu wierzchołkach. W ciągu kilkunastu dni chora była w stanie wysokiéj apatyi. Na 4 dni przed śmiercią wystąpiły objawy zapalenia osierdzia (*africtus pericard.*), ciepłota podniosła się do 40,5°. Badanie pośmiertne wykazało gruźlicę płuc i nadnerczy [w tych ostatnich znajdywano komórki olbrzymie i laseczniki]. Autor bardzo szczegółowo zastanawia się nad chorobą Addison'a pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym.

Puławski A. Przyczynek do leczenia błonicy. Gazeta Lekarska. N. 36. Str. 771.

Autor, opierając się na spostrzeżeniach w oddziale Dr. Dunina i w praktyce własnéj, zaleca stosowanie jodoformu przy błonicy w postaci zasypywań. Sposób ten, oprócz działania przeciwgnilnego miejscowego i ogólnego, posiada jeszcze tę dogodność, że łatwo daje się wykonać i wy-

klucza traumę, która się okazuje tak szkodliwą przy dyfterycie. Zasypywania można robić za pomocą pędzelka z waty lub insuflatora. Objawów otrucia nie spostrzegano. W 17 przypadkach wynik był pomyślny.

Syssak G. Przyczynek do leczenia róży. Przegląd Lekarski. N. 14. Str. 205.

W ciężkim przypadku róży wędrującéj przyrannéj zastosował autor pędzlowanie zajętych części *Ferro sesquichlorato soluto c. Collodio pp. aeq.* i pędzlowanie czystym kwasem karbolowym o kilka centymetrów poza granicą zaczerwienienia: temperatura opadała, stan ogólny, zwłaszcza subjektywny znacznie się poprawiał, wreszcie róża znikła, przyczém skóra goiła się łatwo.

Łychowski J. Przyczynek do leczenia niektórych objawów tyfusu brzusznego. Gaz. Lek. N. 29. Str. 611.

Majaczenie i inne objawy zajęcia mózgowia przy tyfusie autor usuwa stosowaniem kilka razy dziennie lawatyw z wody ciepłoty pokojowéj. Zamiast wody przegotowanéj używał także z dobrym skutkiem 3% roztworu *kali hyperm.* Naftalina wywołuje wymioty.

Sokołowski Henryk. 86 przypadków gośćca stawowego leczonego antipyrinem. Przegląd Lekarski. N. 42. Str. 539.

Autor przytacza rezultaty badań lekarzy, którzy podawali antipyrinę przy gośćcu stawowym, a również i ich zdania o środku powyższym. Sam stosował ją z rozmaitém powodzeniem, jednak dochodzi do wniosków: 1) że antipyrina jest bardziéj swoistą w gośćcu stawowym, niż kwas salicylowy, ponieważ działa pewniéj, niż ten ostatni: przy podawaniu antipyriny zupełne wyleczenie następuje w 41,8%, a kwasu salicylowego tylko w 31,8% przypadków; 2) działanie kojące antipyriny zawodzi rzadko; 3) objawy uboczne, częste przy kwasie salicylowym, a niebezpieczne przy powikłaniach chorobami serca, są rzadkie przy antipyrinie.

Pawiński J. Szkarlatyna przebiegająca bez gorączki ze znacznem zwolnieniem tętna. Gaz. Lek. N. 44. Str. 931.

40-letnia służąca na 2 dni przed przybyciem do szpitala miała nudności i osłabienie, później zjawiła się wysypka na kończynach dolnych. Znaleziono ciepł. 37,4, tętno 40, wysypkę szkarlatynową na kończynach dolnych i tułowiu, trochę na szyi. 6-go dnia łuszczenie charakterystyczne. Ciepłota w ciągu choroby wahała się między 37,6°—38. Tętno było 40, w końcu 60. Autor podnosi różnorodność objawów przy szkarlatynie, dobrze, zresztą lekarzom znaną.

Sztampke F. Tyfus brzuszny, powikłany napadami zimnicy i zapalenia płuc przerywanego. Gaz. Lek. N. 22. Str. 455.

W ciągu 18 dni autor spostrzegał przypadek tyfusu brzusznego u chorej 25-letniej, 6-go dnia choroby nastąpiły poty, upadek sił, potém dreszcz wstrząsający i podniesienie ciepłoty do 42,7°. Takich napadów było kilka w czasie całéj choroby. Śledziona była bardzo bolesna na ucisk, ale nie wyczuwalna. W czasie napadów autor znajdywał w szczycie lewego płuca objawy fizykalne zapalenia, które na drugi dzień znikały. Cała sprawa zakończyła się wyzdrowieniem.

Obtułowicz Ferdynand. Kilka uwag o epidemijach duru plamistego i sposobach rozwlekania téj zarazy. Przegląd Lekarski. N. 35 i 36. Str. 453 i 466.

Autor, lekarz powiatowy, miał sposobność badania kilkakrotnego epidemii tyfusu plamistego w rozmaitych miejscowościach. Opisuje on kilka epidemij, nawet podaje drogę i sposoby rozwleczenia, uważa, że jakość wody, ziemi i powietrza ma zapewne mały wpływ na przebieg epidemii i dochodzi do wniosku, że chorobę roznoszą sami chorzy, a nawet rekonwalescenci, lub osoby już zdrowe, w odzieży należycie nie zdezynfekowanéj. Autor zastanawia się nad statystyką tyfusu plamistego, zgubnym wpływem wszelkich zbiorowisk ludzkich, szczególniéj w miejscach niehygienicznie urządzonych i w końcu podaje szereg środków, których powodzenie jest zależném albo od rozkazów wydanych z góry, albo od dobréj woli jednostek i dlatego ów szereg ma przeważnie charakter *pia desideria*.

Chełchowski K. Przypadek niedokrwistości złośliwéj postępującéj. Gaz. Lek. N. 14. Str. 292.

37-letni mężczyzna z objawami wybitnéj niedokrwistości. W jednym milim. sześć. krwi znaleziono 550.000 krążków czerw. Ilość hemoglob. = 20. Ciałka czerwone przeważnie normalne, ale zdarzały się w dużéj ilości gruszkowate, nerkowate, opatrzone wyrostkami i zmniejszone. Krążki czerwone rzadko gdzie układają się w rulony. W pierwszych dniach było podniesienie ciepłoty, potém ciepłota normalna. Przy badaniu pośmiertném [makro-i mikroskopowém] znaleziono stłuszczenie mięśnia sercowego; szpik kostny zawierał mało tłuszczu; dużo małych jednojądrowych komórek. W końcu pracy autor przytacza spostrzeżenia, mające blizki związek z niedokrwistością złośliwą, mianowicie stany wysokiéj niedokrwistości z powodu pasorzytów kiszkowych (*anchylostom. duodenale, bothrioceph. latus*). W danym przypadku badanie kiszek nie wykazało żadnych wnętrzaków.

Arnstein Feliks. Obecny stan nauki o cholerze azyjatyckiéj, czyli indyjskiéj. Kron. lek. N. 1. Str. 2.

Praca kompilacyjna, w któréj autor podaje etyjologję, zmiany anatomiczne, obraz kliniczny różnych postaci cholery, a także rozpoznanie jéj, środki zapobiegawcze i leczenie według dawniejszych i nowszych metod.

Florkiewicz Władysław. Kilka uwag nad objawami promienicy u ludzi. Medycyna. Nr. 52, str. 829.

Autor przytacza dokładną literaturę polską promienicy, zastanawia się w ogólnych zarysach nad istotą tego cierpienia, etyjologiją i rokowaniem i wyraża nadzieję, że przy stosowaniu leczenia chirurgicznego można będzie otrzymać pomyślniejsze niż dotąd wyniki.

Barącz Roman. Przenośność promienicy z człowieka na człowieka. Przegl. Lek. Nr. 14. str. 201.

Autor przytacza w krótkości literaturę i opisuje dwa przypadki promienicy, wykazując po raz pierwszy przenośność téj choroby z człowieka na człowieka drogą ust. Etyjologija jednego przypadku nie jest jednak jasną, co zaś do drugiego, to grzybek zdołał dostać się prawdopodobnie bezpośrednio do ustroju, mianowicie przez pocałunek.

Bujwid O. Rzadki przypadek wścieklizny u człowieka o nieznanym czasie pokąsania. Gaz. Lek. N. 43, str. 914.

Chora, leżąca w szpitalu Św. Łazarza z powodu *pediculosis* i *lues*, dostała objawów wścieklizny. Chora zaprzecza, żeby kiedykolwiek była pokąsana przez psa, a w szpitalu leżała już 2 miesiące. Z anamnezy był wiadomy ten szczegół, że się upijała i sypiała często pod gołém niebem. Po śmierci B. zaszczepił cząstkę rdzenia przedłużonego 2 królikom pod oponę twardą. Po 16 dniach króliki padły na wściekliznę paralityczną, Trzeci królik, któremu zaszczepiono cząstkę trzustki, pozostał zdrowym. W tym przypadku mieliśmy do czynienia ze wścieklizną uliczną wynikłą z pokąsania [prawdopodobnie w czasie owych noclegów pod gołém niebem]. Dawniéj uważanoby przypadek podobny za *rabies spontanea*.

Bujwid. O. Wyniki stosowania wzmocnionéj metody Pasteur'a w Warszawie. Gaz. Lek. Nr. 15, str. 310.

Gdy autor u 100 pokąsanych otrzymał w jednym przypadku wynik niepomyślny, zaczął stosować szczepienia słabsze [dochodził do rdzenia 5 dni suszonego, poprzestał na 6-o a nawet 7-o dniowym] Wyniki były znacznie gorsze: na 130 chorych zmarło 6. Wtedy zwrócił się do szczepień silniejszych [dochodził do rdzenia 2-dniowego i powtarzał szczepie-

nia 2—3 razy dziennie]. Pierwsze próby wykonał na 4 chorych ciężko pokąsanych w głowę przez wilki. Wynik był pomyślny. Odtąd autor stosuje metodę wzmocnioną z pomyślnym wynikiem. Od czasu prowadzenia szczepień zgłosiło się do autora o poradę 536 osób pokąsanych. Uległo szczepieniu 430, zmarło na wodostręt 8.

Bujwid O. Wyniki leczniczego stosowania metody Pasteur'a w Warszawie. Przel. Lek. Nr. 38, str. 493.

Metoda ta została zastosowaną w Warszawie w drugiéj połowie 1886 r.; szczepienia były robione ściśle według wskazówek Pasteur'a. Gdy jednak jedna ze szczepionych osób zmarła w cztery miesiące po zastosowaniu szczepień, autor zaczął stosować szczepienia słabsze, tembardziéj, że pojawiło się dzieło p. Lutaud p. t. „M. Pasteur et la rage" potępiające metodę Pasteur'a i praca prof. Fritsch'a również nieprzemawiająca na jéj korzyść. Kiedy jednak bezskuteczność słabszéj metody okazała się na kilku osobach pokąsanych w twarz, autor zastosował z zupełném powodzeniem metodę szczepień silniejszych i uznał całą doniosłość odkryć Pasteur'a.

Adamkiewicz prof. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórorzędném rdzenia pacierzowego. Przegląd Lekarski. N. 1. 3. 5. Str. 1. 33. 49.

Jest to badanie anatomo-patologiczne [streszczone wyżéj p. dział anat. patol.] w dwóch przypadkach, obserwowanych nie przez autora. Rdzenie pochodziły ze zbioru wiedeńskiego zakładu anatomii patologicznéj. Historyje chorób podano w kilku słowach. W jednym przypadku nastąpiło zstępujące zwyrodnienie rdzenia wskutek zgniecenia kręgów. W drugim—krwotok w lewéj półkuli mózgowéj przerwał prawdopodobnie drogi u *capsula interna* i w ten sposób dał powód do wytworzenia zwyrodnienia zstępującego.

Adamkiewicz prof. O zwyrodnieniu pierwszorzędném rdzenia pacierzowego t. zw. Sclerosis disseminata i jego objawach klinicznych. Przegląd Lekarski. N. 13. 15. Str. 129. 157. 191 i 213.

Anatomo-patologiczną część pracy znajdzie czytelnik w odpowiedniéj rubryce [p. dział anat. patol.]. Co się tyczy strony klinicznéj, ta nic nowego nie zawiera. Zupełną utratę energii, téj chorobie właściwą, autor przypisuje brakowi istoty rdzennéj w nerwach. To osłabienie energii autor widzi w osłupiałym wyrazie twarzy, mowie skandującéj, osłabieniu i drżeniu przy każdym ruchu mięśniowym. Różnorodność objawów chorobowych tłómaczy się tém, że sposób zajęcia pojedyńczych części chromoleptycznych na każdéj wysokości rdzenia może być inny i nie trzyma się żadnego prawidła. Choroba przeważa raz w zakresie bocznych sznurów [pęczków], drugi raz—tylnych: raz więc przeważają objawy spastyczne, innym razem ata-

ktyczne. Napady zawrotu głowy i *nystagmus* trzeba odnieść do ogólnego zajęcia mózgu przez wiele a małych ognisk.

Rolle J. O dziedziczności obłąkania. Przegląd Lekarski. N. N. 46—52. Str. 594. 608. 622. 633. 645. 657. 665.

Jestto streszczenie pracy większych rozmiarów, nieskończone w roku sprawozdawczym, a więc odkładamy je do roku następnego.

Jaworski. Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka. Medycyna. N. 27—50. Str. 461—829.

Jest to obszerna i wyczerpująca monografija nie nadająca się do streszczenia.

VI. LARYNGOLOGIJA, RHINOLOGIJA I OTIATRYJA.

Sprawozdawca

Zyg. Srebrny.

Jakowski. Otomycosis mucorina. Gazeta Lekarska. N. 34. Str. 717. (patrz Dział Anat. Patol. i Bakteryjologii).

Jakowski. Drugi przypadek twardzieli nosa, zbadany pod względem bakteryjologicznym. Gazeta Lekarska. N. 37. Str. 787.

Przypadek pochodzi z oddziału chirurgicznego D-ra Jawdyńskiego i dotyczy 25-letniéj kobiety z guberni siedleckiéj. Przed 6 laty zauważyła chora w nosie mały swędzący strup, który ciągle zdrapywała. Następnie rozwinęło się na tém samém miejscu kilka małych guzów, które powoli w zupełności nos zatkały. Przed 2 laty ukazały się takie same guzy i zewnątrz nosa; chora poddała się wtenczas operacyi, która jéj przywróciła drożność nosa. Wkrótce jednak cierpienie powróciło i doprowadziło do zmian następujących: w obu nozdrzach widać guzy twardości chrzęstnéj, prawa jama nosowa zatkana zupełnie, przez lewą można przeprowadzić cienki zgłębnik. Z prawéj strony guz przechodzi na wargę górną. W obu nozdrzach tylnych rozlane twarde nacieki: zupełny brak języczka. Innych zmian w gardzieli, ani w krtani nie ma. Guzy zostały usunięte za pomocą noża i zbadane pod względem bakteryjologicznym przez autora, który też kliniczne rozpoznanie potwierdził. (Patrz Dział Anat. Patol. i Bakteryjologii).

Ołtuszewski. Przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowéj (Mycosis pharyngis leptothricia). Gazeta Lek. N. 4. Str. 83.

W przypadku tym, który jest 21 z opisanych dotychczas, autor znalazł biało-szarawe guziczki na obu łukach tylnych i na nasadzie języka, oraz białe czopki i złóg wapienny w prawym migdałku. Badanie drobnowidzowe wyrwanych guziczków potwierdziło zrobione już przed tém przez

autora rozpoznanie. Leczenie polegało na płukaniu roztworem sublimatu 1:2000 i na wyrywaniu czopków szczypczykami. Ta ostatnia manipulacyja zastosowaną została tylko do czopków, umiejscowionych na łukach, przyczém okazało się, że guziczki na nasadzie języka znikły, podczas gdy wyrywane z łuków odnawiały się. Dowodzi to, że należy unikać wszelkiego drażnienia błony śluzowéj przy tém cierpieniu. Złóg wapienny usunięty został za pomocą łyżeczki ostréj. Jako warunek, sprzyjający zagnieżdżeniu się włoskowca, uważa autor obrażenia błony śluzowéj jamy ustnéj i gardzieli. Pod względem rozpoznawczym ważne są następujące cechy, odróżniające omawianą chorobę od błonicy z jednéj, a od mieszkowatego zapalenia migdałka z drugiéj strony: 1) przy grzybicy ogniska chorobowe są ograniczone, małe, nigdy się nie zlewają i nie tworzą błon; 2) pojawiają się przeważnie na migdałkach, nasadzie języka, rzadziéj na łukach i tylnéj ścianie gardzieli, a bardzo rzadko w tchawicy; 3) po ustąpieniu gorączki, [która zależéć może tylko od wpływów nbocznych, a nie od saméj choroby] nie znikają; 4) brak bólu przy łykaniu; 5) badanie drobnowidzowe. Trudność leczenia grzybicy włoskowcowéj polega na tém, że pasorzyt, jak to wykazał Heryng, zagłębia się w otwory migdałków, przez co nie dochodzą do niego stosowane w postaci płukań leki; doszczętne zaś niszczenie ognisk za pomocą żegadła nie zabezpiecza od powrotu choroby, dlatego że łatwo jest przeoczyć jakiś guziczek. Dotychczas za najlepszy środek przeciwko temu cierpieniu uważa Jakobson sublimat.

Stan. Przyczynek do leczenia zboczeń przegrody nosowéj. Przeg. Lek. N. 10 i 11. Str. 145 i 159.

Pracę rozpoczyna zestawienie różnych metod leczenia zboczeń przegrody nosowéj, które to metody dzieli autor na dwie kategoryje: 1) radykalne t. j. ortopedyczne i operacyjne, 2) objawowe. W klinice prof. Jurasza, z któréj materyjału autor korzystał, przy wyborze metody leczniczéj uwzględniane są osobiste właściwości chorego, rodzaj i stopień zmiany chorobowéj. W zboczeniach nieznacznych wystarcza zalecane przez Mackenzie'go i Delavan'a przyżeganie muszli kw. chromnym, albo żegadłem galwaniczném. W przypadkach świeżych, zależnych od urazu—wprowadzanie czopków z waty. Przy głębszych i dawniejszych zboczeniach waciki nie przynoszą korzyści, najlepiéj działa zakładanie kleszczy Adams'a-Jurasza, jak o tém przekonywa spostrzeżenie następujące: zboczenie prawostronne od lat 2 skutkiem upadku, prawa jama nosowa całkiem zamknięta. Po 24 godzinném trzymaniu kleszczy zupełne sprostowanie przegrody; nazajutrz znów lekkie zboczenie, usunięte w zupełności zakładaniem przez dni 14 oliwek z kości słoniowéj. Przy zboczeniu w przedniéj części przegrody, zwłaszcza przy przednim brzegu przegrody chrząstkowéj, stosowaną jest metoda krwawa: przecięcie błony śluzowéj, odcięcie wystającéj chrząstki, nałożenie szwów i tampony z jodoformem

lub sublimatem. [Dwa przypadki z wynikiem zupełnie pomyślnym]. Przy zboczeniach, polegających na krzywém ustawieniu kości lemieszowéj, używa Jurasz galwanokaustyki: oddziela stopniowo żegadłem w odstępach 8—10 dniowych część wystającą. Metodę tę stosowano w jednym przypadku znacznego skrzywienia przegrody chrząstkowéj, gdzie przyżeganie muszli spowodowało zrost téjże z przegrodą, a na założenie kleszczy chory dla braku czasu nie mógł zezwolić. Po 3 posiedzeniach usunięcie wystającéj części, wynik ostateczny w chwili ogłoszenia pracy nie wiadomy, gdyż rana po przyżeganiu jeszcze niezagojona.

Przedborski. Nieżyt przewlekły nosa przerostowy, związek i stosunek tegoż z cierpieniami sąsiednich bardziéj oddalonych narządów i z licznémi nerwicami zwrotnémi ciała. Gazeta Lekarska. NN. 22—27. Str. 449. 473. 518. 541. 560 i 587.

Obszerna praca, do któréj autor wplótł kilka uwag o anatomii i fizyjologii nosa w tym celu, aby obalić teoryję Hack'a. Do objaśnienia nerwic, powstających w samym nosie i w jego najbliższém sąsiedztwie, P., dziwnym zbiegiem okoliczności, użył prawie tych samych wyrazów, co Chiari w pracy swéj p. t. „*Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals und Nasenkrankheiten*". Nerwice oddalone tłómaczy autor zgodnie z Ziem'em i Erlenmeyer'em, przeważnie jako skutek chorób zatok nosowych lub zastoju żylnego. Dla dychawicy nosowéj przyjmuje autor teoryję Voltolinie'go. P. nie przeczy wprawdzie, że przerost błony śluzowéj nosa może wywoływać nerwice zwrotne, ogranicza jednak znacznie ich liczbę. Niezbyt szczęśliwie atoli opiera on swój pogląd na statystyce Herynga i swojéj własnéj, które prędzéj dowodzą czegoś wręcz przeciwnego. Heryng przez przypalanie błony śluzowéj nosa otrzymał—w 6 przypadkach dychawicy—4 wyleczenia; w 10 przypadkach połowicznego bólu głowy—4 wyleczenia, 2 poprawy; w 2 przypadkach nerwobólu nadoczodołowego—2 niedługotrwałe poprawy; w 3 przypadkach kichawicy—3 wyleczenia; w 4 przypadkach bezgłosu i kurczu krtani—2 wyleczenia, 1 poprawę. Jeszcze pomyślniéj brzmi tablica autora: 4 przypadki kichawicy zostały wszystkie wyleczone; 3 przypadki zaczerwienienia skóry nosa—wszystkie wyleczone; 2 przypadki surowiczego wypływu z nosa — oba wyleczone; z 4 przypadków zapalenia łącznicy i mroczków—3 wyleczone, 1 z poprawą; 2 przypadki *globus histericus*—obydwa bez poprawy; 1 przypadek krztuśca bez poprawy; 4 przypadków dychawicy—3 z poprawą; z 4 przypadków bezgłosu i kurczu krtani—2 wyleczone, 2 z poprawą; z 4 przypadków połowicznego bólu głowy—2 wyleczone; z 24 przypadków kaszlu i dławienia w gardle—20 wyleczonych—3 z poprawą; z 10 przypadków nerwobólu nadoczodołowego—6 wyleczonych, 3 z poprawą. Przypadki kaszlu, mroczków i zapalenia łącznicy, kichawicy, surowiczego wypływu, zmory i zaczerwienienia skóry nosa autor uważa za objawy nieżytu nosa, migre-

nę w swoich przypadkach stawia w zależności z cierpieniem zatoki czołowéj; czystych więc nerwic zwrotnych w tablicy jego mamy 21. Jeżeli zwrócimy uwagę, że na tę liczbę autor otrzymał 8 wyleczeń i 8 poprawy, to dziwném zdawać się musi, jak można na takich wynikach opierać zdanie [słuszne może zkądinąd], że „niszczenie przerostów błony śluzowéj nosa na usunięcie nerwowych zaburzeń bardzo mały wpływ wywarło“.

W dalszym ciągu swéj pracy autor mówi o etyjologii, anatomii patologicznéj, symptomatologii i terapii nieżytu przerostowego nosa. Zdaniem autora kaszel ze strony błony śluzowéj nosa może być wywoływanym tylko przez dotknięcie tylnego końca przegrody nosowéj.

Srebrny. O krwotocznem zapaleniu krtani (Laryngitis haemorrhagica. Gazeta Lekarska. N. 38. Str. 809.

Pod powyższą nazwą rozumie S. wraz z STRÜBING'em takie wynaczynienia na powierzchnię lub w miąższu błony śluzowéj, które zależą od zmian w ścianach naczyń krtani, a nie od chorób ogólnych, urazów lub niezwykle silnego natężenia sprawy zapalnéj. W przypadku autora, dotyczącym zdrowéj zresztą, 28letniéj kobiéty, objawy zapalne były słabo wyrażone, a krwawienia nie zbyt obfite pochodziły z obu strun rzekomych. Przytoczywszy jeszcze znane w literaturze przypadki krwotocznego zapalenia krtani, podaje autor krótkie streszczenie pracy STRÜBING'a o tym przedmiocie.

Sokołowski. O samodzielném głębokiém [obrzękowém] zapaleniu krtani (Laryngitis phlegmonosa submucosa) idiopatica. Gazeta Lekarska. N. N. 20 i 21. Str. 401 i 423.

W liczbie opisanych przez autora 7 przypadków znajdują się 2, w których sprawa przeszła w ropienie i jeden, ograniczony do obrzęku części podstrunowéj krtani. Przyczyną choroby w 6 przypadkach było zaziębienie, w jednym uraz. Pod względem rozpoznawczym ważne jest odróżnienie tego cierpienia od gruźlicy, témbardziéj, że sprawa podobna, jak to miało miejsce w jednym z przypadków autora, może wystąpić w przebiegu suchot płucnych. Daléj kreśli S. obraz anatomopatologiczny i kliniczny omawianéj choroby, wreszcie podaje wskazówki terapeutyczne.

Srebrny. Gruźlica gardzieli i krtani wobec najnowszych metod jéj leczenia. Gazeta Lekarska. N. 10. Str. 203.

Autor, sam będąc zwolennikiem miejscowego leczenia gruźlicy krtani, w czém oddaje pierwszeństwo żegadłu galwanicznemu przed łyżeczką ostrą, nie unosi się zbytnio nad wynikami jego. ¦Rzekome zwycięztwa nasze w tym kierunku niweczy prowadząca do śmierci sprawa choro-

bowa w płucach. Wskutek tego nie w zagojeniu wrzodu gruźliczego krtani lub gardzieli należy szukać ratunku dla chorego, lecz w dążeniu do zwalczenia choroby płucnéj. Pozostawiwszy znalezienie ogólnie działającego środka swoistego przypadkowi, proponuje S. wykonywać u suchotników tracheotomię i przez ranę w tchawicy wstrzykiwać do płuc płyny przeciwgnilne. Tracheotomija sama przez się daje dobre wyniki przy leczeniu suchot krtani, jak na to zwrócił uwagę Moritz Schmidt, a dla należytéj wentylacyi płuc ma także bardzo ważne znaczenie. Być może, że skombinowanie tracheotomii z wstrzykiwaniami okazałoby się skuteczną metodą w leczeniu suchot, czego najpierw należałoby probować na suchotnikach, którym z konieczności tchawicę przecinać wypadnie. Jako ilustracyję poglądu swojego, że przedewszystkiém na leczenie suchot płucnych uwagę zwrócić należy, podaje autor przypadek z oddziału chirurgicznego szpitala na Pradze, znajdującego się pod kierunkiem dra Jawdyńskiego. Chory, dotknięty gruźliczém zapaleniem opłucnéj, miał nacieczenia gruźlicze strun głosowych prawdziwych. W 3 tygodnie po dokonaniu przecięcia klatki piersiowéj, nacieki w krtani prawie w zupełności, bez żadnego miejscowego leczenia, znikły.

Sokołowski. O wyleczalności i leczeniu miejscowém t. z. suchot krtaniowych. (Odczyt, wypowiedziany na V zjeździe lekarzy i naturalistów polskich we Lwowie, 19. VII. 1888). Gazeta Lek. N. 35. Str. 737.

Na zasadzie „obfitego i sumiennie obserwowanego materyjału klinicznego oraz licznego doświadczenia z praktyki swojéj w Goerbersdorfie i prywatnéj warszawskiéj“ autor podaje wyniki swoich spostrzeżeń, dotyczących wymienionéj w tytule kwestyi. Co się tyczy zupełnego wyleczenia suchot krtaniowych, to „bardzo rozległe doświadczenie“ przekonało autora, że zdarza się ono stosunkowo rzadko. Jako ilustracyję tego, podaje autor 10 spostrzeżeń, z których w 6 nastąpiło wyleczenie bez stosowania jakiegokolwiek energicznego leczenia miejscowego, w 4 zaś wynik ów osiągnięty został pod wpływem pendzlowań kwasem mlecznym lub azotanem srebra. Te 10 przypadków stanowią atoli niesłychanie mały procent ogólnéj liczby spostrzeganych chorych i dotyczą ludzi, dotkniętych włóknistą postacią suchot płucnych i prawie bez wyjątku żyjących w dobrych warunkach. Daléj idzie druga grupa przypadków, w których nie otrzymano całkowitego, lecz tylko częściowe wyleczenie. Ażeby wykazać całą doniosłość miejscowego leczenia, S. zestawia 50 przypadków suchot, nie poddawanych temu leczeniu, z 50 przypadkami, w których leczenie takie zostało przeprowadzone. Z pierwszych 50 chorych otrzymano poprawę tylko u 8, podczas gdy z drugich u 40. Przy leczeniu gruźlicy krtani stosuje autor kwas mleczny, jodol, łyżeczkowanie, żegadło galwaniczne, wyrywanie granulacyj za pomocą szczypczyków i tracheotomiję w razie bezpośredniego do niéj wskazania.

Sokołowski. O uleczalności i leczeniu miejscowém t. z. suchot krtaniowych. Przegląd Lekarski. N. 38. Str. 491.

Streszczenie pracy, drukowanéj pod tym samym tytułem w N. 35 Gazety Lekarskiéj z r. 1888 (patrz wyżéj).

Ołtuszewski. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia przymiotu krtani. (Rzecz, czytana na V zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie). Gaz. Lek. N. N. 46 i 47. Str. 968 i 1000.

W pracy téj podaje autor opis 18 przypadków cierpienia krtani, z których 2, rozpoznane jako przymiotowe, okazały się: jednogruźliczém drugie rakowatém. W innych przypadkach znajdywał autor lepieże płaskie, najczęściéj na ścianie tylnéj, rzadziéj na nagłośni, raz na strunach prawdziwych, nacieki, zapalenia, przerosty, owrzodzenia, blizny, cierpienia chrząstek i nerwów. Pod względem rozpoznawczym ważne jest badanie innych narządów, wywiady i wyniki leczenia swoistego; dla wrzodów specyjalnie podaje autor następujące cechy charakterystyczne: forma nieregularna, mniéj lub więcéj okrągława, dno szaro-żółte i otoczone czerwoną obwódką. W leczeniu przypisuje S. bardzo ważne znaczenie miejscowemu stosowaniu sublimatu.

Czajkowski. Przyczynek do etyjologii samoistnego ostrego nieżytu gardzieli. Gazeta Lekarska. N. 27. Str. 576.

Na zasadzie spostrzeganych przez się 311 przypadków mieszkowatego zapalenia migdałków i kilku epidemij téj choroby, oraz badań bakteryjologicznych zawartości migdałków, przychodzi autor do następujących wniosków:

1) Ostry samoistny nieżyt gardzieli jest chorobą zakaźną, mogącą być przenoszoną od jednéj osoby do drugiéj.

2) Istotną przyczyną choroby są prawdopodobnie *staphylococcus* i *streptococcus pyogenes*.

3) Zaziębienie i obrażenie błony śluzowéj mają znaczenie tylko jako zmniejszające odporność tkanek przeciwko szkodliwemu działaniu drobnoustrojów chorobotwórczych.

(*Staphylococcus* i *streptococcus pyogenes* w zawartości szczelin migdałków przy *angina lacunaris* znalezione już były w r. 1886 przez B. Fraenkel'a. Badacz ten jednak sądzi, że nie te pasorzyty, a jakiś inny, jeszcze nie znaleziony, jest przyczyną choroby. Sprawozd.).

Malinowski. Przewlekłe zwężenie przymiotowe krtani i tchawicy u dziecka, obrzęk głośni, tracheotomija, śmierć. Gazeta Lekarska. N. 28. Str. 609.

U 15 miesięcznego dziecka z przymiotem dziedzicznym od 4 miesięcy występują napady duszności z kaszlem, podobnym do krupowego.

W przerwach pomiędzy napadami oddech utrudniony. W ostatnich dniach pod wpływem zaziębienia nowy napad duszności, która następnego dnia jeszcze bardziéj się powiększyła. Stan bezgorączkowy. Przy badaniu znaleziono w płucach oddech osłabiony równomiernie, wciąganie dołka pod mostkiem, ostry nieżyt gardzieli, bardzo znaczny przerost migdałków. Przy badaniu lusterkiem widać krtań obrzmiałą, bladą, w jamie gardzielowéj pienisty śluz. Na zasadzie powyższych objawów, oraz powolnego przebiegu choroby, M. rozpoznał przewlekłe zwężenie tchawicy i krtani, obrzęk krtani. Następnego dnia stan pogorszył się do tego stopnia, że zaszła potrzeba wykonania tracheotomii, przy czém okazało się, że światło tchawicy, skutkiem przerostu błony śluzowéj, było tak zwężone, że zaledwie najmniejsza rurka tracheotomiczna mogła być wprowadzoną. W nocy dziecko zmarło. Autor dodaje kilka uwag o patologii zwężeń przymiotowych krtani i tchawicy i jako objawy, dowodzące rozlanego zwężenia, podaje przerostowy nieżyt gardzieli (? Spr.) oraz zachowanie się klatki piersiowéj przy oddechaniu (? Spr.).

Przedborski. Przyczynek do nauki o powstawaniu, rozpoznawaniu i leczeniu wypadnięcia błony śluzowéj zatoki Morgagni'ego (Prolapsus vel hernia ventriculi Morgagni). Gazeta Lekarska. N. N. 51 i 52. Str. 1087 i 1101.

P. opisuje dwa przypadki tego cierpienia, jeden u kobiety, dotkniętéj gruźlicą, drugi u pijaka z rozedmą płuc. W pierwszym wywrócona, $^1/_3$ część przednia błony śluzowéj zatoki Morgagni'ego wtłaczała się od czasu do czasu między struny prawdziwe, wywołując chrypkę; w drugim „prawa struna głosowa na całéj przestrzeni widoczna, takowa pokrywa 6 gładkich, okrągłych, o szerokiéj podstawie, jaskrawo czerwoném zabarwieniu i różnéj wielkości guzów". Co słowa te znaczyć mają, nie łatwo odgadnąć, przypuściwszy nawet, że zamiast „takowa", powinno być „takową". Guzy te wywoływały chrypkę i duszność. W celu postawienia pewnego rozpoznania, autor wprowadził do krtani zgłębnik i przekonał się, że guzy „zwłaszcza mniejsze do pewnego stopnia dają się odprowadzić w przestrzeń pomiędzy obu strunami prawdziwemi" [zapewne powinno być „prawemi" Spr.]. W pierwszym przypadku autor zniszczył wypadniętą błonę śluzową za pomocą przypalań kwasem chromnym, w drugim usunął guzy szczypczykami Fauvel'a i ugniataczem Schrötter'a. Kilka uwag o rozpoznawaniu, powstawaniu i leczeniu wymienionego w tytule cierpienia, zamyka pracę. [Jako małe sprostowanie należy dodać, że nie Massei, pierwszy, jak twierdzi P., wspomina o wypadnięciu błony śluzowéj zatoki Morgagni'ego, gdyż już przed nim Morell Mackenzie opisał dwa takie przypadki, spostrzegane na trupie, a Lefferti jeden, rozpoznany za życia. Spawozd].

Sokołowski. Przyczynek do kazuistyki leczenia operacyjnego polipów krtaniowych. Gazeta Lekarska. N. 9. Str. 174.

W przeciągu dwóch lat ostatnich autor operował 20 polipów krtani: 12 twardych (*fibromata*) i 8 miękkich (*fibromyxomata, papillomata*). Do usuwania pierwszych używał S. kleszczy Fauvel'a lub Mackenzi'ego, do drugich chętniéj stosuje metodę Voltolini'ego, wycierania za pomocą gąbki. Dla rozpoznania konsystencyi guza, radzi autor wprowadzić do krtani pendzelek, zmaczany w kokainie: jeżeli po wyjęciu z krtani pendzel będzie zakrwawiony, to jest to dowodem miękkości polipa. Z pomiędzy brodawczaków jeden wskutek powrotu po rękoczynie wewnątrzkrtaniowym, operowany był przez rozłupanie krtani. [Wobec braku badania drobnowidzowego jeden z przypadków autora nasuwa wątpliwości co do rozpoznania: nowotwór u 63-letniego mężczyzny, powodujący krwawienia i bóle, usadowiony na tylnym końcu struny i mający tuż obok siebie drugi guziczek, wygląda podejrzanie. Ref.].

Sędziak. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w tchawicy. Gazeta Lekarska. N. 40. Str. 842.

Ciałem obcém była pestka dyni, którą chory, chłopiec 14-letni, zadławił się przed 3 miesiącami. Po bezowocnych próbach wydobycia jéj *per vias naturales*, dokonaną została przez prof. Kosińskiego tracheotomija z wynikiem pomyślnym. Przypadek pochodzi z oddziału dra Sokołowskiego.

Wspomniawszy o rodzaju ciał, jakie najczęściéj dostają się do dróg oddechowych, o objawach, towarzyszących tym przypadkom, następstwach, rozpoznaniu i zabiegach leczniczych, podaje autor przegląd odnośnéj literatury zagranicznéj i naszéj.

Obtułowicz. Kilka uwag o nowéj chorobie, nazwanéj przez Senatora „ostrém, zakaźném zapaleniem różycowatém połyku". Przegląd Lekarski. N. N. 12. 13 i 15. Str. 173. 193 i 216.

Wśród grupy przypadków, należących do zwykłego zapalenia gardzieli w jednéj i téj saméj rodzinie spostrzegał autor jeden z przebiegiem złośliwym, zakończony śmiercią. Przypadek ten dotyczył 19-letniéj ciężarnéj kobiety, która skarżyła się na dreszcze i ból przy łykaniu. Badanie wykazało silne zaczerwienienie błony śluzowéj podniebienia miękkiego i tylnéj ściany gardzieli, obrzmienie migdałków i wypuklenie obrzękłéj błony śluzowéj nad prawym migdałkiem bez chełbotania. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe. Ciepłota nie dochodziła 39° przez cały czas choroby, tętno 120. Białkomoczu nie było. Wkrótce wystąpił obrzęk na szyi i górnéj części klatki piersiowéj, oraz bardzo wybitne osłabienie ogólne. Głos stał się ochrypłym, zwężenia krtani jednak nie było. Przy objawach wzrastającego upadku sił, chora zmarła 8-ego dnia choroby.

W kilka dni później zachorował na zapalenie gardła znowu jeden z członków téj saméj rodziny, przebył jednak chorobę szczęśliwie, jednocześnie zaś ojciec tegoż chorego dotknięty był różą twarzy bez zajęcia gardła. Z dawniejszych lat przypomina O. spostrzegany przez się jeszcze jeden przypadek złośliwego zapalenia gardzieli z zejściem śmiertelném. Omawiając naturę tego cierpienia, autor zastanawia się nad pytaniem, czy należy opisaną przez SENATOR'a chorobę wogóle, a przypadek jego w szczególności, stawiać w jakimkolwiek związku z różą. Nie mogąc w braku pewnych danych bakteryjologicznych nic stanowczego o tém powiedzieć, O. sądzi jednak, że przynajmniéj w jego przypadku związku takiego wykazać nie można, gdyż u pacyjenta z różą twarzy nie było żadnego cierpienia gardzieli, róża więc tu wystąpiła czysto przypadkowo. Autor przytacza w swojéj pracy przypadki złośliwego zapalenia gardzieli, opisane przez SENATOR'a i LANDGRAF'a wraz z wynikami oględzin pośmiertnych i badania bakteryjologicznego, oraz debaty nad tym przedmiotem w towarzystwie lekarskiém berlińskiém.

Srebrny. Błonica (diphtheritis) i dławiec (croup). Kronika Lekarska. N. N. 8. 9. 10. 11 i 12. Str. 485—775.

Obszerna monografija, nie nadająca się do krótkiego referatu. Zaznaczyć należy, że autor oprócz dławca błonicowego przyznaje istnienie dławca czysto-zapalnego, że po szczegółowym rozbiorze wszelakich momentów przyczynowych, uważa laseczniki LÖFFLER'a za najprawdopodobniejszą przyczynę choroby, i że zgodnie z tém traktuje ją, jako cierpienie z początku miejscowe, które później dopiero staje się ogólném. Wychodząc też z téj zasady, zaleca głównie leczenie miejscowe, przeciwgnilne, w postaci przestrzykiwań, pendzlowań, wziewań, maści, wdmuchiwań i t. d., powtarzanych na przemian w odstępach półgodzinnych dniem i nocą; w miarę słabnięcia objawów miejscowych rękoczyny te można stosować rzadziéj. Daléj uwzględnione jest leczenie ogólne oraz powikłań następczych.

Guranowski. Przypadek krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowéj. Gaz. Lek. N. 33. Str. 709.

Jedno z rzadszych cierpień, [BEZOLD na 5605 chorych spostrzegał je u 24] dotyczyło mężczyzny 32-letniego, dotkniętego od 3 lat wypływem ropnym z lewego ucha; od 3-ch dni w témże uchu silny ból; muszla obrzmiała, zaczerwieniona, ciepłota jéj podwyższona, bolesność silna. Otwór przewodu obrzmiały, w pobliżu otworu zielonawo-żółta gęsta masa, któréj wystrzykiwaniem usunąć nie można. Szczypczykami wyjęto masę 1 ctm. dług., 2—3 mm. szer., żółtą, wpółprzezroczystą, galaretowatą, nie zmieniającą się w wodzie, a ścinającą się w alkoholu. Badanie

wziernikiem wykazało tętnienie w głębi i drugą błonę, którą również usunięto; przewód kostny obrzmiały, przekrwiony, głównie na przedniéj i dolnéj pow. Błona przedziurawiona w odcinku tylnym i dolnym, pokryta żółtozielonawym nalotem. Leczenie polegało na przestrzykiwaniu roztworem kw. bornego i zakładaniu wacików z glicerynąą karbolową [1 : 10]. Błony tworzyły się jeszcze dwukrotnie, przyczém występował silny ból; do usunięcia błon wystarczało przestrzykiwanie. Po upływie 10 dni cierpienie ustąpiło, pozostała jedynie sprawa dawna—przewlekłe zapalenie ropne. Badanie drobnowidzowe potwierdziło krupową naturę błon, badanie zaś bakteryjologiczne wykazało obecność pasorzyta zielonéj ropy (*Bacillus pyocyaneus*). Czy pasorzyt ten ma znaczenie patogeniczne w danym razie, rozstrzygać tego na podstawie jednego spostrzeżenia nie można.

Heiman. Przypadek eksostozy przewodu słuchowego zewnętrznego. Medycyna N. 35. Str. 589.

26-letni mężczyzna, dotknięty przewlekłém ropném zapaleniem średniego ucha i operowany z powodu polipów usznych, skarży się na bólzawroty głowy. Badanie wykazało: lekki niedowład lewéj połowy twarzy, bolesność okolicy lewego wyrostka sutkowego przy ucisku, zatkanie kostnéj części lewego przewodu zewnętrznego przez guz, wychodzący z tylnéj i górnéj ściany tegoż.

Guz ten przy badaniu zgłębnikiem okazał się twardym, jak kość, nieruchomym na szerokiéj podstawie i bolesnym. Ściany zewnętrznego przewodu słuchowego pokryte są ropą. Po przedmuchnięciu jamy bębenkowéj sposobem Politzer'a, pokazuje się trochę ropy, słuch mocno przytępiony. Powodująca zatrzymywanie się ropy w jamie bębenkowéj, eksostoza usuniętą została za pomocą dłutka. Długość jéj wynosiła 0,75 ctm., szerokość 6 mm. grubość 7 mm. Po 4 tygodniowém leczeniu następczém usunął autor znalezione późniéj granulacyje jamy bębenkowéj, jak również ropienie. Wyleczenie zupełne. Kilka uwag o pochodzeniu eksostoz zewnętrznego przewodu słuchowego i o leczeniu ich zamyka pracę.

Szumlański. Kreolina w cierpieniach gardzieli, krtani i uszów. Medycyna. N. 51. Str. 845.

Autor podaje opis własności kreoliny i sposobów użycia tego środka w klinikach Schnitzler'a i Urbantschitsch'a w Wiedniu.

VII. CHIRURGIJA.

Sprawozdawca.

Wł. Szteyner.

Rydygier. Leczenie ran bez sączków. Gaz. Lek. N. 26. Srt. 549.

Autor podaje wyniki, jakie osiągnięto przy leczeniu ran bez sączków w ostatniém półroczu kliniki krakowskiéj. Postępowano według następujących zasad: tylko te rany, o których napewno sądzić można, że nic chorobowo zmienionego w nich nie pozostało i że się przez rychłozrost najprawdopodobniéj zagoją, leczono bez zakładania sączków. Daléj stosowano najdokładniejszą dezinfekcyję pola operacyjnego, rąk i narzędzi, bardzo rzadkie spłukiwanie środkami przeciwgnilnemi podczas operacyi, połączenie brzegów rany luźnym szwem [zwykle kuśnierskim] z pozostawieniem otworów w najniższych miejscach rany. Ranę pokrywano zwykle gazą sublimatową [bez silku], wyjątkowo jodoformową, maczając ją bezpośrednio przed użyciem w 1‰ rozczynie sublimatu; na tę gazę przykładano w miejscach, gdzie pod skórą były jamki, odpowiednie tampony z gazy lub waty sublimatowéj; na to kładzie się kilka pokładów suchéj gazy sublimatowéj, następnie watę sublimatową i przymocowuje cały ten opatrunek za pomocą opasek kalikotowych i krochmalnych. Z 43 przypadków, w ten sposób opatrywanych, tylko 8 się nie udało. Wynik ten ze względu na nieświetne stosunki owoczesnéj kliniki trzeba uważać za dobry. Za najważniejsze przy całém tém postępowaniu uważać należy, że tam, gdzie się przebiegu aseptycznego nie udało osiągnąć, żadnéj przez to szkody choremu się nie wyrządza.

Janiszewski. Badania nad nowym sposobem leczenia ran pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku, dokonane w szpitalu ś-go Jana Bożego w Lublinie. Gazeta Lek. N. 44—50. Str. 926. 963. 980. 1028. 1045 i 1063.

W pracy powyższéj znajdujemy opis 98 spostrzeżeń przypadków operacyjnych, leczonych według metody Schede'go, przeważnie ambulatoryjnie. We wszystkich podanych spostrzeżeniach rany goiły się dość szybko; wykonanie rękoczynu i nieodłączne od nich obrażenie, nie wywoływały nigdy dłużéj nad 24 godzin trwającego stanu gorączkowego i to w bardzo nielicznych przypadkach, wogóle zaś rany, nawet bardzo ciężkie, goiły się w stanie bezgorączkowym. Ropienie przy użyciu tego sposobu należało do wyjątków; większość przypadków goiła się pod jednym opatrunkiem. Na zasadzie przytoczonych spostrzeżeń autor podaje następujące wnioski: 1) Przy odpowiedniém staraniu każdą (? Spr.) ranę postawić można w warunkach zupełnéj *asepsii*. 2) Dla dopięcia tego celu potrzeba bezwzględnéj czystości. 3) Aseptycznie utrzymana rana może być

śmiało wypełniona krwią, która pewniéj zabezpiecza ranę od wpływów szkodliwych niż środki chemiczne. 4) Zbytnie wypełnienie krwią nie powoduje innych następstw, jak utrudnienie wessania pewnéj jéj części, co przecież nie wywołuje zaburzeń ogólnych i bardzo mało okres leczenia przedłuża. 5) Sposób ten odpowiada wymaganiom ogólnych praw przyrody, albowiem krew wypływająca z rany nie ginie bezpożytecznie, ale pozostając w ranie, zabezpiecza ją od wpływów szkodliwych i organizując się idzie na pożytek chorego. 6) Technika jest łatwa. 7) Sposób ten szczególnie jest dogodnym w praktyce ambulatoryjnéj a także na polu bitwy, bo nie wymaga ciągłego nadzoru rannego. 8) Nakoniec sposób ten odpowiada wymaganiom ekonomicznym ze względu na znacznie mniejsze zużycie kosztownych materyjałów opatrunkowych.

Bossowski. Krótki pogląd na rozwój antiseptycznego traktowania ran i sposób ich leczenia w klinice chirurgicznéj krakowskiéj w obecnéj chwili. Przegląd Lek. N. 26 i 42. Str. 350 i 542.

W krótkim przeglądzie postępów przeciwgnilnego leczenia ran omawia autor obszerniéj metody Schedego i Neubera. W drugiéj części znajdujemy opisane sposoby leczenia ran w klinice krakowskiéj [staréj]. Dezinfekcyja rąk, narzędzi i pola operacyjnego odbywa się z wielką ścisłością. Polewanie świeżych ran ograniczone. Leczenie ran bez sączków znajduje najrozleglejsze zastosowanie. Gąbek się nie używa wcale. Do oczyszczania wnętrza jamy brzusznéj i trzew bierze się płatki gazy sublimatowéj lub jodoformowéj, maczane w ciepłym rozczynie kwasu karbolowego 1%, salicylowego lub bornego 3%. Opatrunek antyseptyczny składa się z gazy sublimatowéj, którą w pokładzie 8—12 warstwowym stosuje się bezpośrednio na ranę i z grubych pokładów waty drzewnéj, napojonéj sublimatem i owiniętych gazą. Opatrunek ten odpowiada najzupełniéj warunkom żywego wsysania i wysuszania przesiękłéj z rany wydzieliny. Gazę jodoformową stosują przy ranach na błonach śluzowych, oraz przy tamponadzie ran i sprawach gruźliczych.

Gabryszewski. Przyczynek do resekcyi szczęki górnéj. Przegląd Lekarski. N. 26. 30. 31. Str. 354. 400. 411.

W ciągu roku prof. Rydygier wykonał pięć razy resekcyję szczęki górnéj; z liczby nowotworów operowanych były dwa chrząstniaki, dwa mięsaki, z których jeden wychodził z wyrostka zębodołowego, drugi z trzonu szczęki i jeden rak, wychodzący z wyrostka zębodołowego i podniebienia twardego. Na zasadzie przytoczonych przypadków podaje autor szczegóły operacyjne, przyjęte w klinice krakowskiéj. Najlepszym wydaje się autorowi sposób operowania w postawie siedzącéj, w niezupełném znieczuleniu; pierwsze cięcia wykonywa się w zupełnéj narkozie, dalszą część operacyi uskutecznia się w niezupełném uśpieniu, tak, że chorzy krew,

spływającą do krtani już odkrztuszać mogą. Cięcia skórne wykonywano według zmodyfikowanego sposobu Dieffenbacha. Do rozdzielenia połączeń kostnych posługiwano się wyłącznie dłutem i młotkiem. Wszystkie zaułki jamy rannéj dokładnie wypełniano gazą jodoformową i przestrzegano ściśle odrażania jamy ustnéj. Wyniki po operacyi były następujące: czterej chorzy znieśli ten ciężki zabieg nadzwyczaj dobrze, jeden, człowiek stary, wyniszczony, umarł w 3 godziny po operacyi skutkiem niedokrewności. Innych powikłań ze strony płuc np. nie było wcale, przebieg pooperacyjny był zadawalający, ciepłota nie przekraczała 38,5. Ropienie w szwach częściowo spostrzegano w jednym tylko przypadku. Wrzodów rogówki nie widziano, chociaż w trzech przypadkach, nie opatrując rany skórnéj, nie przewiązywano i oka. Co się tyczy powrotów choroby, to w przypadku raka po 9 miesiącach recydywy nie było. W końcu pracy podane są krótkie historyje chorób, przyczém dołączono jeszcze opis 5-ego przypadku wycięcia szczęki górnéj z powodu chrząstniaka u dziewczyny 18 letniéj, zakończonego wyzdrowieniem.

Rościszewski. Wycięcie II i III gałęzi nerwu troistego przy otworze okrągłym i jajowatym sposobem Kroenleina. Przegląd Lekarski. N. 26. Str. 355.

Osoba 70-letnia cierpi od lat 20 na silne nerwobóle w zakresie II i III gałęzi nerwu troistego po stronie lewéj. Przed 5 laty wycięto u niéj nerw poniżéj oczodołu. Bóle ustały, lecz po 2 latach wróciły i chora po 3 latach nowych cierpień prosiła o ponowną operacyję, którą wykonał prof. Rydygier sposobem Kroenleina, z tą tylko różnicą, że nie podwiązał tętnicy oponowéj średniéj, gdyż bez jéj obrażenia można było nerw odciąć; do oddzielania kości używano wyłącznie dłuta. Po odszukaniu i wycięciu nerwów zeszyto kości grubym katgutem, zaszyto ranę zewnętrzną, założono sączek i opatrunek przeciwgnilny. Na drugi dzień po operacyi wystąpił dość znaczny obrzęk, który po kilku dniach ustąpił. Bólów żadnych chora nie doznaje [1 miesiąc po operacyi], skarży się tylko na trudność przy otwieraniu ust; po lewéj stronie twarzy czucie jest znacznie upośledzone, a na płacie prawie zupełnie zniesione. Metodę Kroenleina zalecić można, gdyż przystęp do obu gałęzi jest bardzo dobry, krwawienie bardzo małe, zeszpecenie bardzo nieznaczne.

Link. Przyczynki kazuistyczne do operacyjnego leczenia nagromadzenia ropy w jamie Highmora według sposobu prof. Mikulicza. Przegląd Lekarski. N. 5. Str. 65.

Autor opisuje 2 przypadki przez siebie leczone.

1. Kobieta 38-letnia, od roku cierpiąca na bóle w szczęce; po wyjęciu zęba mądrości górnego bóle ustąpiły, lecz z miejsca, gdzie przed tém był ząb, sączyła się ropa kroplami, przestrzykiwania codzienne przetoki by-

ły bez skutku. Rozszerzono przetokę na tępo, przyczém się wylała znaczna ilość masy podobnéj do zawartości kaszaka, następnie pod chloroformem otworzono kolcem Mikulicza jamę szczękową poniżéj muszli nosowéj i wypróżniono zawartość gęstawą. Już po tygodniu zamknęła się przetoka w wyrostku zębowym zupełnie a wydzielina przez nos była bardzo skąpa, po trzech miesiącach wydzielina z jamy była bardzo mała, tak że chora bardzo rzadko sobie przepłukuje.

2. Mężczyzna 22-letni, chory od 6 miesięcy, ma dwie przetoki: jednę w zębodole, drugą poniżéj wewnętrznego kąta oka; oprócz tego normalny otwór jamy był rozszerzony; zgłębniki, wprowadzone przez przetoki, spotykają się w jamie szczękowéj. W uśpieniu chloroformowém wyskrobano przetoki, oraz wykonano otwór w ścianie jamy poniżéj dolnéj muszli przyczém wydalono zawartość gęstawą.

Przetoki zagoiły się wkrótce, przewód nosowy poprzednio zatkany, stał się wolnym.

Dwa pomienione przypadki dostarczają dowodu użyteczności metody Mikulicza i odpierają twierdzenie Stoerka, jakoby ona była ciężkim i niewdzięcznym zabiegiem.

W końcu zwraca autor uwagę na jeden objaw otoku jamy szczękowéj; jeżeli się przyłoży walcowaty, gładki patyczek, długi na palec, jednym końcem na podniebieniu twardém, zaraz powyżéj drugiego zęba trzonowego i jeżeli się opukuje na wolnym końcu tego patyczka palcem, to otrzymuje się, gdy jama Highmora jest próżną, pełny i jasny ton, który jednak staje się stłumionym, jeżeli jamę napełnimy wodą.

Barącz. Nowy sposób operowania polipów noso-gardzielowych. Gazeta Lekarska. N. 32. Str. 675.

Autor podaje opis przypadku, operowanego według sposobu Furneaux Jordan'a z Birminghamu. Ponieważ guz rozszerzał się głównie do nozdrza lewego, postanowiono tą drogą usunąć nowotwór. Najpierw wprowadzono nóż sierpowaty pod wargę górną w miejscu odpowiadającém nozdrzu lewemu i wykłuto go przez to nozdrze. Oba brzegi przeciętéj wargi chwycono w większe kleszcze krew tamujące, powleczono drenami. W przedłużeniu tego cięcia wprowadzono możliwie wysoko w jamę nosa długi nóż kończysty i wykłuwając go na zewnątrz, przecięto na całéj długości części miękkie nosa. Płaty nosowe chwycono również w kleszcze. Po kilku jeszcze nacięciach rany w wardze, płat dokładnie dał się odwinąć, przez co uzyskano bardzo dokładny widok wnętrza jamy nosowéj. Następnie nożyczkami zagiętémi oddzielono dokładnie nowotwór od nasady i wydobyto palcami drugiéj ręki, wprowadzonémi poza podniebienie. Krwotok przy tém był bardzo znacznym, zatamowano go za pomocą przestrzykiwania lodową wodą karbolową. Jamę całą wytamponowano gazą

jodoformową, wprowadzoną przez nos. Ranę nosa i wargi zeszyto. Chory 52-letni zniósł cały zabieg mężnie, bez uśpienia, ani też miejscowego znieczulenia; przy końcu operacyi czuł się mocno osłabionym z powodu znacznéj utraty krwi. Wydobyty nowotwór przedstawiał wraz z wypustkami nosowémi bryłę wielkości jaja gęsiego. Przebieg bezgorączkowy; wyzdrowienie. Według B-a metoda opisana jest nadzwyczaj prostą, nie wymaga ogólnéj narkozy, da się wykonać szybko i nie oszpeca zupełnie chorego. Celem zmniejszenia krwotoku, można zresztą użyć zamiast nożyczek szerokiéj i nie bardzo ostréj łyżki, podanéj przez KOENIGA.

Zaleski. O niestosowności srebrnych kanek tracheotomicznych. Przegląd Lekarski. N. 10. Str. 147.

Rurka srebrna tracheotomiczna nosowa przez dwa lata bez wyjmowania u chorego okazała się bardzo zcieńczoną, podobną do grubéj pajęczyny. Takaż rurka u kota w przeciągu miesiąca straciła na wadze 0,282% Z tych dwóch faktów wnioskuje Z., że srebrne rurki tracheotomijne w tchawicy rozpuścić się mogą, a tym sposobem metaliczne srebro dostać się może do soków ustroju i przy trwałém zastosowaniu takiéj rurki wszelkie są warunki do powstania srebrzycy. Nadto rurka zcieńczona przez długotrwałe noszenie może się oderwać. Z tych względów radzi Z. używać rurek z platyny, złota, a przedewszystkiém z kryształu górskiego, a dla mniéj zamożnych chorych ze szkła, porcelany lub kości słoniowéj.

Matlakowski. Aneurysma traumaticum arteriae carotidis dextrae, oraz uwagi o sposobie Antylla. Gazeta Lek. N. 6—9. Str. 111. 140. 160 i 182.

Niezmiernie ważny i interesujący przypadek dotyczył kobiety 41 letniéj, która poprzednio miała w okolicy poniżéj żuchwy torbiel, prawdopodobnie w okolicy rozdziału tętnicy szyjowéj leżącą. Według wszelkiego prawdopodobieństwa skutkiem wstrzyknięcia drażniącego płynu do jamy, znajdującéj się w bezpośredniéj styczności ze ścianką tętnicy, a jednocześnie pod wpływem zmniejszenia ciśnienia powstałego po opróżnieniu torbieli, ścianka tętnicy pękła, krew wylała się najprzód do jamy torbieli, a ztąd przedarła się w tkanki i wytworzyła ogromną jamę napełnioną krwią, przepływającą swobodnie ze światła tętnicy do guza, czego dowodem szmer podmuchowy. W ten sposób wytworzył się tętniak traumatyczny. Guz sięgał od wyrostka sutkowego i żuchwy prawie do obojczyka. Chora przysłaną została przez lekarzy do szpitala po zrobieniu próbnego nakłucia nożem, krwotok zatrzymano szwem i uciskiem.

Ratunek był tylko jeden możliwy, zamiast wyczekiwać krwotoku, postanowił M. rozciąć od góry i od dołu guz szybkiém a śmiałém szerokiém cięciem, natychmiast palcami nacisnąć na dziurę w tętnicy, poczém jamę oczyścić z krwi i ze skrzepów, i wtedy naczynie podwiązać. Tę nadzwy-

czaj śmiałą, poważną i niebezpieczną operacyję wykonał Matlakowski dnia 24 kwietnia 1887 roku w szpitalu Dzieciątka Jezus. Po zrobieniu szybkiém szerokiego cięcia z góry na dół i wygarnięciu skrzepów, wprowadził M. palec do jamy, na dnie której wyczuł tętnicę szyjową wspólną, nacisnął na nią, lecz widząc, że tętnicza krew mimo to leje się z górnéj części dna jamy, nacisnął tam na ślepo na punkt, z którego lała się krew, przypierając go do kręgów. Po zatamowaniu w ten sposób krwi, zrobiono dwa szerokie cięcia poprzeczne uchwycono w kleszcze tętnicę szyjową wspólną, oraz krwawiące naczynie pod palcem i dwa pomniejsze.

Wtedy rozpatrzéć można było dobrze ściany jamy. Obnażona i widoczna dla swéj białości tętnica szyjowa wspólna przebiegała po tylnéj ścianie jamy, obok niéj nie widać wcale żyły szyjowéj wewnętrznéj; w górnéj części dna jamy widać rozwidlenie tętnicy, właściwe miejsce krwotoku, powstałego przez oderwanie tętnicy szyjowéj zewnętrznéj od pnia wspólnego, nadto krwawiły dwa punkty, być może tętnica tarczowa górna i gardzielowa wstępująca; dalszy bieg tętnicy szyjowéj wewnętrznéj i zewnętrznéj zamaskowany przez naciekłe krwią tkanki. W okolicy rozwidlenia widać gładką błoniastą tkankę, podobną do ściany kaszaków lub do błony wewnętrznéj tętnic, łatwo dającą się odrywać od głębszych pod nią tworów.

Odstąpiwszy na 2—3 ctm. od punktu rozerwania naczynia podwiązano tętnicę szyjową wspólną grubym jedwabiem, podprowadzonym igłą Déchamps'a. Gdy wówczas zdjęto kleszcze z tętnicy zewnętrznéj i krew rzuciła się z siłą, podwiązano, ją oraz t. wewnętrzną ponad rozwidleniem a także dwa pomniejsze tryskające naczynia. Nazajutrz po operacyi znaleziono u choréj całkowite porażenie lewéj połowy ciała. Rana zagoiła się bez ropienia na początku piątego tygodnia. Chora opuściła szpital z częściowym bezwładem kończyny górnéj, lecz mogła choć z trudnością sama chodzić i wcale nieźle poruszać kończyną górną.

Autor zebrał z literatury tylko 7 w podobny sposób operowanych tętniaków na szyi, z wyjątkiem dwóch, wszystkie inne przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Na podstawie zestawionych przypadków stawia M. wskazanie, nie podlegające żadnéj wątpliwości, że przy tętniaku traumatycznym na szyi jedyny pewny i godny nowożytnéj chirurgii sposób postępowania jest p o d w i ą z a n i e n a c z y n i a p o o b u s t r o n a c h r a n y w t ę t n i c y z j e d n o c z e s n é m o t w a r c i e m w o r k a. Jest to metoda Antylla, zwana starożytną, podług téj ostatniéj metody worek otwiera się na ostatku, jak dowodzi cytata z oryginału Oribasius'a. Syme i Weir, nie mogąc z początku podwiązać tętnicy otwierali worek naprzód na tyle, aby wprowadzić dwa palce do worka, wyszukać ranę w tętnicy i otwór ucisnąć. Matlakowski zrobił odrazu szerokie cięcie bez żadnego wstępnego rękoczynu. Drugiém wskazaniem do podobnéj operacyi jest obok tętniaków urazowych pęknięcie tętniaka leczonego w inny sposób.

Nad innémi podwiązkami metoda Antylla ma wyższość ogromną i niezaprzeczoną: operuje się napewno, a nie poomacku, podwiązuje się wszystkie gałęzie, oba końce tętnicy i w ten sposób ma się najwięcéj szans uniknięcia krwotoków wtórnych. Druga zaleta téj metody polega na doraźném usunięciu worka, który niejednokrotnie pękał, ulegał zropieniu lub wreszcie dawał recydywę. Wyższość tego sposobu nakoniec staje się widoczną każdemu w przypadkach anomalii podziału tętnicy [np. promieniowéj], w których powraca tętnienie lub krwotok pomimo podwiązania naczynia.

Niebezpieczeństwo téj metody, wynikające z ropienia zakrzepu żył, ropnicy, dziś już prawie nie istnieje. Trudności anatomiczne mogą być nie raz bardzo wielkie, ale wybrnięcie z nich nie może być uważane za niepodobne.

Jawdyński. Przypadek raka pierwotnego szyi t. zw. raka skrzelowego Volkmann'a. Wycięcie nowotworu wraz z resekcyją tętnicy szyjowéj wspólnéj i żyły szyjowéj wewnętrznéj. Wyzdrowienie. Gazeta Lek. N. 25—27. Str. 530. 554 i 582.

Chory 70-letni od 4 miesięcy zauważył pod prawym kątem szczęk dolnéj twardy guzik, wkrótce potém pojawiły się silne bóle. Przy badaniu znaleziono guz wielkości małéj pięści, stanowiący jakoby jednę całość z mięśniem mostko-obojczyko-sutkowym. Spójność guza twarda, chrząstkowata; powierzchnia nierówna, brodawkowata; guz wyraźnie tętni, izolować go od tętnicy szyjowéj przy badaniu nie daje się, zaś z kością gnykową, ani téż z krtanią i tchawicą zrośniętym nie jest. Operacyja: Po przecięciu skóry i mięśnia podskórnego oddzielono guz od przodu razem z licznémi pęczkami mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego. Podstawa guza okazała się zrośniętą z wielkiémi naczyniami, naprzód podwiązano podwójnie i przecięto żyłę szyjową wewnętrzną poniżéj guza, następnie oddzielano guz wraz z żyłą, pozostawiając na dnie rany nerw błędny, a od wewnątrz tętnicę, daléj podwiązano i przecięto żyłę na górnym brzegu guza, poczém podwiązano i przecięto u dołu guza tętnicę szyjową wspólną, a od góry tętnicę szyjową wewnętrzną, zewnętrzną i tarczową górną i guz wyjęto. Zagojenie nastąpiło pod wilgotnym skrzepem po trzech tygodniach. Badanie drobnowidzowe wykazało raka rogowego, takiego, jaki zawsze powstaje z naskórka, a zatém nowotwór analogiczny z przypadkami opisanémi przez Volkmann'a.

Na 15 przytoczonych przypadków operacyja doszczętna wykonaną została tylko w 5 przypadkach i to prawie że we wszystkich z wycięciem wielkich naczyń szyi. W danym przypadku rezekcyja naczyń nie sprowadziła za sobą ani miejscowych, ani téż oddalonych powikłań.

Trzebicky. Przyczynek do resekcyi wola. Przegląd Lekarski. N. 13. 14. 15. Str. 189. 219. 228.

W powyższéj pracy autor ogłasza 23 przypadków resekcyi wola, operowanych częścią przez Mikulicza, częścią przez siebie. Z tych przypadków jeden tylko zakończył się śmiercią przez zakrwawienie naczyń tarczowych górnych. Jest to jedyny przypadek śmierci ze wszystkich [42], operowanych w klinice krakowskiéj w ubiegłém pięcioleciu. Z pozostałych 22 przypadków w jednym wytamponowano ranę gazą jodoformową, w pozostałych ranę zaszyto, wprowadziwszy 2 lub 3 dreny, z tych ostatnich w jednym tylko przypadku nie nastąpiła *prima intentio* z powodu obumarcia podwiązanego kikuta gruczołowego. W pozostałych 20 przypadkach nastąpiło zagojenie przez rychłozrost. Wogóle przy niezakażonéj ranie gojenie się nie doznaje żadnéj przeszkody, ani opóźnienia ze strony tych kilku [3—5] podwiązek, założonych w samym miąższu gruczołu. W żadnym przypadku nie nastąpiło po operacyi pogorszenie głosu lub porażenie strun głosowych. Przy dokładném przestrzeganiu metody Mikulicza, zazwyczaj się nie spotyka z nerwem wstecznym. We wszystkich przypadkach duszność ustąpiła bezpośrednio po operacyi i nie pojawiła się późniéj. Recydywy, wychodzącéj z pozostałego kikutu gruczołu tarczowego, obawiać się nie potrzeba. Resekcyja wola według Mikulicza, jak może żadna inna operacyja, uwalnia chorego od jego dolegliwości *cito*, *tuto et jucunde* [wynik kosmetyczny]. Szyja po téj operacyi ma postać piękną, podłużną.

Rydygier. O leczeniu wola za pomocą podwiązania tętnic tarczowych. Gazeta Lekarska. N. 49 i 50. Str. 1031 i 1052

W dwunastu przypadkach, operowanych w klinice, podwiązywano wszystkie 4 tętnice tarczowe na jednem posiedzeniu, tylko w pierwszym przypadku podwiązano tętnice po jednéj stronie. We wszystkich przypadkach posługiwano się sposobem Drobnika, podwiązując tętnicę tarczową dolną na zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, z tą różnicą, że cięcie prowadzono na dolnym brzegu obojczyka, a to z téj przyczyny, raz że w ten sposób łatwiéj dotrzéć do *truncus thyreo-cervicalis*, a powtóre że cięcie, niżéj położone, łatwiéj zakryć ubraniem. Na każdą tętnicę zakładano dwie podwiązki i pomiędzy niémi przecinano naczynie. Rany zeszywano zupełnie szwem kuśnierskim bez sączków, wywierając małémi czopkami gazy antyseptycznéj lekki, ograniczony ucisk na ranę. Zagojenie rany następowało pod jednym opatrunkiem. Wynik wszystkich tych operacyj był i wkrótce po operacyi i przy późniejszém badaniu wyborny, z wyjątkiem dwóch przypadków: w pierwszym z nich, gdzie tylko po jednéj stronie tętnice podwiązano, obwód szyi tylko nieznacznie się zmniejszył i dolegliwości bardzo powoli ustępowały; w drugim przypadku znajdowała się torbiel w powiększonym płacie.

Zastanawiając się w ogólności nad wartością metody, autor sądzi, że podwiązanie tętnic tarczowych po jednéj stronie do osiągnięcia stałego

wyleczenia nie wystarcza. Po podwiązaniu wszystkich 4 tętnic następował zanik, utrzymujący się kilkanaście miesięcy; na téj zasadzie przypuszczać można, że wole nie powróci. Podwiązanie nie może miéć dobrego skutku w postaciach wola włóknistego, torbielowego a prawdopodobnie i klejowatego; najwdzięczniejszémi przypadkami wola do podwiązania są świeższe przypadki mniéj lub więcéj unaczynionych postaci wola przerostowo-pęcherzykowego. Ponieważ po podwiązaniu zupełny zanik gruczołu następuje bardzo powoli, dopiero w przeciągu kilku tygodni, a nawet miesięcy, przeto nie mogą zapewne nastąpić przypadłości ogólne, jakie spostrzegano po zupełném wyłuszczeniu wola. Tętnica tarczowa dolna przy podwiązaniu niekiedy się rozrywa, prof. R. zdarzyło się to w jednym przypadku [na 23 podwiązań], krwotok zatamowano, pozostawiwszy dwie zasuwki w ranie, trzeciego dnia po zdjęciu zasuwek krwotok na nowo się powtórzył, tym razem założono 3 zasuwki, które zdjęto dopiero po 6 dniach, krwotok się nie ponowił i chora wyzdrowiała. Pomimo tego nieprzyjemnego przypadku w następnych operacyjach nie ograniczano się tylko jednorazowém podwiązaniem, ale przeciwnie podwiązywano jak i przed tém 2 razy i pomiędzy podwiązkami tętnicę przecinano.

W końcu podany jest krótki opis 12 operowanych przypadków, z którego się okazuje, że w znacznéj liczbie chorzy w pierwszych dniach po operacyi gorączkowali, mimo że przebieg dalszy był zupełnie dobry. Podwyższenie ciepłoty można sobie wytłómaczyć jako skutek wessania fermentu włóknistego krwi w całkowicie zaszytéj ranie.

Obaliński. W sprawie leczenia zwężeń gardzieła za pomocą kaniul trwale w nim pomieszczanych. Przeg. Lek. N. 20. Str. 273

Jak wiadomo Renvers wprowadza w miejsce zwężone lejek z twardego kauczuku, przytwierdzony dwiema długiémi nitkami jedwabnémi do prętu fiszbinowego. Nitki te, wyprowadzone przez usta lub przez nos, służą do tego, żeby w razie potrzeby można za nie wydobyć na zewnątrz ów lejek. Z uwagi, że lejek taki pozostawać musi w przełyku całémi tygodniami a nawet miesiącami, że więc noszenie dwóch nitek jest niedogodne, że nareszcie nitki owe mogą się przerwać, obmyślił autor narzędzie do wydobywania pomienionych lejków. Jest to rodzaj pręta metalowego, ukrytego w zgłębniku elastycznym, pręt ów jest dłuższy nieco od zgłębnika, na końcu posiada widełki, rozsuwające się przy wypychaniu ku dołowi. Za pomocą rzeczonych widełków można wydobyć kaniulę z przełyku, jak również ją założyć.

Rydygier. Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych. Medycyna. N. 41. Str. 687.

Autor rozbiera wskazania do różnych zabiegów operacyjnych, jakie spotyka się w przebiegu następujących chorób żołądkowych:

1. Wobec ciał obcych w żołądku przystępuje się tylko wtenczas do operacyi, jeżeli kształt i wielkość ciała obcego nie dozwala spodziewać się, że może być ono wydaloném drogami naturalnémi. Wskazanie do gastrostomii, wobec zwężeń rakowych, nie jest tak stanowcze z powodu smutnego rokowania; dotychczas tylko około 15% chorych przetrzymuje operacyję. Zupełnie inaczéj należy oceniać gastrostomiję, podjętą wobec zwężenia bliznowatego, wtedy nietylko chorego się odżywia, ale jeszcze tą drogą można rozszerzać zwężenie przełyku; w ostatnich czasach zalecano téż przez otwór gastrostomiczny rozszerzać mechanicznie zwężenia odźwiernika.

2. Rany żołądka, czy to postrzałowe, czy téż cięte należy zaszyć. Autor zwrócił pierwszy uwagę na to, że w przypadkach przedziurawienia żołądka przez wrzód należy wykonać laparotomiję, okroić brzegi i zaszyć.

3. Przetoki żołądkowe większe zamyka się po okrwawieniu brzegów szwem, lub przesuwa się płaty z najbliższego otoczenia. Gdzie sposoby te nie prowadzą do celu, zaleca się odłączenie ściany żołądka od powłok brzusznych i zeszycie oddzielnie żołądka i ściany brzusznéj.

4. Wobec krwotoku z wrzodu okrągłego, jeżeli środki wewnętrzne nie wystarczają i jeżeli pomoc chirurgiczna jest na miejscu, to należy wyciąć wrzód, podwiązać krwawiące naczynia i zeszyć ranę.

5. Autor przed 7 laty postawił wskazanie do wycięcia odźwiernika wobec wrzodu żołądka, zwężającego część odźwiernikową; operowana wówczas kobieta żyje i ma się wybornie. Jeżeli są znaczne zrosty z otoczeniem, to można dać pierwszeństwo gastroenterostomii. W innych przypadkach, gdzie wrzód jest zagojony, a chodzi tylko o zniesienie zwężenia bliznowatego, możnaby nieraz z korzyścią użyć sposobu Heineke'go. Jeszcze w innych przypadkach można wyciąć tylko sam wrzód lub bliznę i odpowiednio zeszyć ściany żołądka, nie wycinając okrężnie całych ścian.

6. Rak odźwiernika daje wskazanie do resekcyi żołądka tylko tam, gdzie guz jest bardzo ruchomy i nie ma zrostów z narządami sąsiedniémi, a mianowicie z wątrobą i trzustką, oraz gdzie siły chorego jeszcze nie zanadto są wycieńczone. Jeżeli znajdzie się znaczne zrosty i nie można wykonać resekcyi, natenczas pozostaje jeszcze gastroenterostomija, operacyja mniéj niebezpieczna, a usuwająca przynajmniéj dokuczliwe objawy zwężenia.

Obtułowicz. Wypadnięcie wielkiéj pętli jelita cienkiego, enterektomija kawałka 69 cm. długiego. Wyzdrowienia. Przegl. Lek. N. 8—11. Str. 113. 131. 162.

Kobieta 30-letnia cierpiała od 7 lat na przepuklinę pępkową, która, niepodtrzymywana żadną opaską, ciągle się powiększała przy ciężkiéj pracy, a skóra, pokrywająca ją, ustawicznie cieńczała. Nareszcie jednego dnia

przy podnoszeniu wiązanki konopi rozcieńczona skóra, osłaniająca przepuklinę, pękła nagle koło pępka i wypadła pętla jelita, która przy nieodpowiednich ruchach chorej jeszcze się więcej wysuwała, tak że dosięgła długości przeszło ½ metra. Chora przez 5 dni nie miała stolca i cierpiała skutkiem tego na mocne rozdymanie żywota i boleści, piątego dnia nastąpił stolec obrzędni. Przy badaniu znaleziono pętlicę w stanie zapalnym, mocno rozdętą, tak że szerokość pętli wynosiła co najmniej 10 cm. Obok i ponad pętlą widać było mocno pomarszczony i ściągnięty worek przepuklinowy. W kilka dni później przywieziono chorą do szpitala w Buczaczu, pętla cała pokryta była ziarniną, wydzielina była ropna, wymiotów chora nie miała, a stolce były dość regularne; ciepłota nieco podwyższona [38,3]. W 11 dni po wypadnięciu, autor przystąpił do operacyi. Przy badaniu zgłębnikiem przekonano się, że pętla nie była szczelnie zrośniętą z raną zewnętrzną, a po otwarciu worka przepuklinowego znaleziono w nim części jelita również pokryte wydzieliną włóknikowo-ropną. Po wysunięciu dalszej części jelita znaleziono ramię wstępujące pętli w odległości 10—12 cm. od otworu zewnętrznego worka w stanie prawidłowym; ramię zaś zstępujące było w głębi zrośnięte z otrzewną i w jednem miejscu swego obwodu okazywało smugę zapalną w kierunku podłużnym. Wraz z klinem krezki wycięto pętlicę jelita cienkiego długości 69 cm.; szew dwurzędowy jelita, szew krezki kuśnierski; koniec nitki tego ostatniego szwu umieszczono w worku przepuklinowym obok drenów; wycięcie brzegów rany zewnętrznej i szew; pętla zeszyta pozostała pokrytą workiem przepuklinowym. Czwartego dnia z otworu drenów pokazała się miazga pokarmowa bez zapachu kałowego, ósmego dnia otworzono zatokę ropną i namacano małą przetokę jelitową w miejscu dawnej smugi zapalnej. Stan ogólny zwolna się poprawiał, przetoka jelitowa przepuszczała coraz mniejsze ilości miazgi pokarmowej; chora po kilku tygodniach szpital opuściła i powróciła do swoich ciężkich zajęć. Po 7 miesiącach autor dokonał zeszycia przetoki.

Przypadek opisany jest pierwszy, w którym wycięcie jelita było wykonane z powodu niemożności odprowadzenia pętlicy jelitowej, silnem zapaleniem dotkniętej. Autor zasługuje na uznanie, że wśród niekorzystnych warunków w szpitaliku prowincyjonalnym zdołał za pomocą trudnej operacyi przywrócić zdrowie nieszczęśliwej chorej.

Gross. Transplantacyja jelit według pomysłu Nicoladoniego. Przegląd Lek. N. 26. Str. 353.

Autor robił doświadczenia na zwierzętach według pomysłu NICOLADONIEGO, który w przypadkach, gdzie po resekcyi jelita, głównie grubego, odcinki nie dają się zbliżyć do siebie, tak, aby je bezpośrednio zeszyć, zaleca wyciąć z ruchomej jakiej pętli jelita cienkiego odpowiedniej długości odcinek i pozostawiając go na jego kresce przemieścić go i wszyć

w pozostały ubytek. Z doświadczeń swych, aczkolwiek nieukończonych, Gr. wnosi, że podobne przemieszczenie i zeszycie jelita jest zabiegiem ciężkim i dużo czasu zabierającym; operacyja ta na psie z początku trwała 3 godziny a i później już po wprawieniu się do 9 kwadransy. Z 6 psów pozdychało 4 w pierwszéj dobie z przyczyny samego urazu. Podobna transplantacyja, wykonana u człowieka, zajęłaby co najmniéj 3, 4 a nawet więcéj godzin. Ażeby przemieszczona pętla mogła miéć dostateczne odżywianie, powinna być odpowiednio długą, trzy większe naczynia w krezce wystarczają zazwyczaj do dostatecznego odżywiania, co odpowiada długości 30—40 cm. Możliwość zaciśnięcia jelita w nowoutworzonéj szczelinie stwierdzono w jednym przypadku; częściowo można temu zapobiedz przez zeszycie wolnych brzegów przeciętych krezek. Pomimo, że z 7 psów operowanych żaden nie przeżył 9 dnia po operacyi, dalsze doświadczenia są potrzebne, zwłaszcza, że odżywianie pętli przemieszczonéj okazało się jak dotychczas możliwém.

Grünbaum. Wrodzony kolbiasty przydatek zewnętrznéj ściany kiszki cienkiéj—jako zawartość przepukliny pachwinowéj. Medycyna. N. 47. Str. 781.

Przy operacyi u mężczyzny 24-letniego znaleziono w worku przepukliny pachwinowéj, uwięzionéj, wypuklenie kiszki, zrośnięte na znacznéj przestrzeni z workiem. Następnie otworzono jamę brzuszną powyżéj i oglądając pętlę kiszki, znajdującą się nad wewnętrznym pierścieniem kanału pachwinowego, przekonano się, że to nie była przepuklina ścienna lecz *diverticulum* Meckeli, a objawy niedrożności zależały od zgięcia kiszki. Skutkiem tego odcięto kiszkę od przydatka i po wypłukaniu zawartości jelitowéj, otwór w kiszce zeszyto, poczém wyłuszczono przydatek oraz cały worek przepuklinowy i zaszyto jamę brzuszną. Wyzdrowienie.

Janiszewski. Wycięcie 32-ch centymetrów kiszki cienkiéj zakończone wyzdrowieniem. Medycyna. N. 20. Str. 349.

Chora 58-letnia z przepukliną uwięzioną w prawéj pachwinie; 6-go dnia wykonano operacyję: kiszka okazała się uległą zgorzeli, była kruchą, koloru ciemno-sino-czerwonego; w dośrodkowém przedłużeniu kiszki widać było kilka ciemnych plam i nieco włóknistego wysięku. Wycięcie 32 ctm. kiszki, podwiązanie licznych naczyń w krezce, szew krezki, szew dwurzędowy kiszki, rozcięcie obrączki przepuklinowéj, odprowadzenie zeszytéj pętli. Opatrunek przeciwgnilny z wilgotnym strupem krwi. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy przy ropieniu cuchnącém; pierwsze wypróżnienie 8-go dnia po oleju rycynowym. Wyzdrowienie.

Kosiński. Sześć przypadków wycięcia i zeszycia jelita. Medycyna. N. 40—42. Str. 669. 689. 701.

1. Gruźlica jelit i otrzewny wraz z przetoką pępkowo-kiszkową u dziewczynki 10-letniéj. Przy laparotomii znaleziono zwój kiszek

cienkich, zrośniętych ze sobą i z ścianą brzuszną; powierzchnia kiszek pokryta grubą warstwą tkanki ziarninowéj śluzowatéj, tu i owdzie rozpadającéj się, z mocno rozwiniętémi naczyniami krwionośnémi, łatwo się rozrywającémi. Po rozdzieleniu zrostów w jednéj z pętlic widać było otwór [3 ctm.] przetoki o brzegach poszarpanych, nierównych, nadto w dwóch innych miejscach były dwa małe otworki, dziurawiące na wylot ścianę kiszek a powstałe podczas rozlepiania zrostów. Gruczoły krezkowe powiększone. Wewnętrzna powierzchnia ściany brzusznéj, w miejscu odpowiadającém przyrośnięciu kiszek czyli odczepionego guza była pokrytą rozpadającémi się guzikami i ziarniną. U obwodu głównego ogniska znajdowały się liczne oddzielne guziki wielkości od ziarna konopi, aż do ziarna fasoli. Takie same twory znajdowały się nadto tu i owdzie na krezce i na sieci. Za pomocą łyżeczki ostréj i nożyczek usunięto rozpadające się twory gruźlicze, wycięto kawałek kiszki 8 ctm. długości wraz z klinem krezki. Następnie po złączeniu krezki zeszyto kiszkę podwójnym szwem, jednym głębokim przez wszystkie warstwy idącym i drugim powierzchownym, który pierwszy szew zakrywał. Szew ściany brzusznéj z pozostawieniem otworu pośrodku, gdzie założono gruby pasek jodoformowy, nadto zrobiono szeroki przeciwotwór na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha z prawéj strony. Przebieg pomyślny, pierwsze wypróżnienie piątego dnia z niewielką ilością krwi. Po trzech tygodniach rana była prawie całkowicie zagojona. Chora wyszła z kliniki, a dalszy jéj los opisany w spostrzeżeniu 5-ém.

2. Odbyt nieprawidłowy, utworzony przy uwięzionéj przepuklinie pachwinowéj u mężczyzny 29-letniego. Wszystkie wypróżnienia odchodziły przez odbyt nieprawidłowy, nadto istniały zatoki ropne, które najpierw otworzono i wyskrobano. Po paru tygodniach laparotomija: cięcie, otaczające otwór zewnętrzny, przedłużono ku górze i ku dołowi, oddzielenie przyrośniętéj kiszki, która miała otwór 4 ctm. długości, zajmujący przynajmniéj połowę ściany jelita. Wycięcie 6 ctm. kiszki, szew dwurzędowy; szew ściany brzusznéj w dwa piętra. Wyzdrowienie zupełne po 24 dniach.

3. Chora 24-letnia przybyła do kliniki z wysiękiem ropnym okołomacicznym, otorbionym, sięgającym do pępka i gorączką. Przy pomocy trójgrańca przeprowadzono gruby dren od podbrzusza do pochwy w tylném sklepieniu. Po téj operacyi gorączka ustąpiła, ilość ropy codziennie się zmniejszała, lecz ropa zawsze była cuchnącą. Po dwunastu dniach dostrzeżono w ropie domieszkę kału, tego samego dnia ciepłota podniosła się do 39,4. Następnie ilość kału coraz znaczniejszą się stawała. Kał był dobrze sformowany i zdawało się, że z kiszki grubéj pochodzić musiał. Pojawienie się kału tak późne wskazywało, że przedziurawienie kiszki nastąpiło dopiero po otworzeniu ropnia i nie inaczéj powstać mogło, jak tylko drogą owrzodzenia. Stan ogólny znacznie się pogarszał. Po

trzech tygodniach przystąpiono do laparotomii. Znaleziono w dolnéj części macicę, jajniki, wiązy i pęcherz pozlepiane i pozrastane; w górnéj i bocznéj jelita również pozrastane, w jednych miejscach mocniéj, w drugich słabiéj. W okrężnicy zagiętéj znajdował się otwór [2 ctm.] o brzegach nierównych rozstrzępionych, z którego kał wypływał do ogólnéj jamy ropnéj; dolny koniec kiszki z trudnością dał się oddzielić od części otaczających. Wycięto 10 ctm. kiszki. Szew dwurzędowy; w niektórych miejscach brakowało błony surowiczéj. Szew ściany brzusznéj częściowy; gruby dren owinięty gazą jodoformową. Piątego dnia wyraźniejsze objawy podrażnienia otrzewny; szóstego dnia pokazały się ślady zawartości jelita w ranie. Śmierć po 22 dniach. Autopsyja: ogólne ropne posokowate zapalenie otrzewny, szew rozpuszczony w $^3/_4$ częściach i końce jelita rozeszły się i tak zmienione leżały w jamie, w któréj się ropa i zawartość jelita zbierały.

4. Przetoka kałowa w okolicy pępkowéj po przepuklinie uwięzionéj u kobiety 34-letniéj, bardzo otyłéj.

Laparotomija, wycięcie 10 ctm. kiszki cienkiéj, szew dwurzędowy, szew ściany brzusznéj po obcięciu brzegów przetoki. Wyzdrowienie po trzech tygodniach.

5. Opisaną w 1 spostrzeżeniu dziewczynkę przywieziono po roku powtórnie do kliniki z przetoką w okolicy pępka. Laparotomija: ognisko gruźlicze z pozrastanémi pętlicami, lecz nie tak już obszerne jak przy pierwszéj operacyi; wycięto 7 ctm. kiszki, szew dwurzędowy, szew ściany brzusznéj częściowy, pasek gazy jodoformowéj, zagojenie zupełne rany w ścianie brzusznéj.

6. Torbiel wyrastająca z krezki kiszki grubéj u kobiety 54-letniéj. Zrobiono najpierw przekłucie i wypuszczono 13 litrów płynu surowiczego, mocno krwią zabarwionego, po dwóch tygodniach laparotomija, wypuszczono z jamy brzusznéj 5 litrów płynu. Torbiel wielkości głowy człowieka, opleciona siecią i z nią zrośnięta. Po oddzieleniu częściowém zrostów przecięto torbiel, która wychodziła z krezki poprzecznicy; następnie wyłuszczono torbiel wraz z częścią obu listków krezki mocno z nią połączonych, przez to jelito na znacznéj przestrzeni zostało pozbawioném naczyń krwionośnych, i nie mogło być pozostawioném. Wycięto przeto 19 ctm. kiszki grubéj, szew krezki, szew kiszkowy dwurzędowy. Przebieg pomyślny. Wyzdrowienie.

Razem z poprzednio opisanémi trzema przypadkami było 7 u kobiet a 2 razy tylko u mężczyzn. Z 9 przypadków jeden tylko zakończył się śmiercią, któréj przyczyny szukać należy w ogólnéj sprawie chorobowéj. W sześciu przypadkach wycięto jelito cienkie, w trzech grube. Siedem operacyj wykonano przy kałowych przetokach, jednę operacyję przy nowotworze jelita i jednę przy torbieli krezkowéj. W trzech przypadkach przetoka powstała na skutek uwięzionéj przepukliny, w dwóch utworzyła

się przez owrzodzenie gruźlicze; nakoniec w dwóch przypadkach przetoka powstała skutkiem ograniczonego ropnego zapalenia otrzewny, przy czém, jak się zdaje, przedziurawienie jelita było następcze.

Kosiński. Przyczynek do chirurgicznego leczenia ropnego zapalenia otrzewnéj i niedrożności jelit. Medycyna. N. 6. Str. 85.

Dziewczyna 14-letnia przedstawia objawy zapalenia otrzewny i niedrożności jelit, od 5 dni trwające. Przy badaniu pod chloroformem stwierdzono obecność płynnego wysięku i charakterystyczne tarcie w otrzewnéj. Po rozcięciu brzucha w linii środkowéj, wylała się znaczna ilość cuchnącego płynnego wysięku z przymieszką włóknika i ropy. Celem wyszukania miejsca niedrożności rozszerzono cięcie na kilka ctm. powyżéj pępka oraz dodano cięcie poprzeczne pod pępkiem przez całą szerokość prawego mięśnia prostego brzucha. Dno jamy brzusznéj, dół Douglasa i organy miednicy pokryte były grubym nalotem, ropno-włóknikowym. Wyrostek robaczkowy mocno zgrubiały, przerzucony końcem swym wolnym ku górze i zrośnięty z powierzchnią jelita biodrowego, uciskał pętlicę kiszki i powodował objawy niedrożności. Po odczepieniu wyrostka wypłukano jamę brzuszną roztworem kwasu bornego, założono szew piętrowy i gruby sączek, sięgający do dołu Douglasa. Przebieg pomyślny pomimo parę dni trwających objawów zapalenia płuc. Sączek usunięto 12 dnia. Chora wyzdrowiała, rana zabliźniła się całkowicie.

Chwat. Wycięcie części kiszek cienkich przy operacyi przepukliny pachwinowéj zaciśniętéj, nałożenie szwu kiszkowego. Wyzdrowienie. Gazeta Lekarska. N. 8. Str. 153.

Chory 35-letni, przepuklina pachwinowa prawostronna. Przy operacyi 6 dnia choroby znaleziono jelito w stanie zgorzeli. Wycięto 18 ctm. kiszki. Szew Lemberta węzełkowy; z krezki wycięto klin jak najmniejszy, nie połączywszy wcale brzegów krezki szwem (czemu? Spr.). Pierwsze wypróżnienie w dwie godziny po operacyi pomimo makowca. Trzeciego dnia wydzielina z rany cuchnąca, siódmego dnia wystąpiła róża. Wyzdrowienie. Objawów otrzewnowych wcale nie było.

Krajewski. O doszczętném leczeniu przepuklin nieuciśniętych metodą Mac-Ewen'a. Przegl. Lek. N. 23. 24. 25. Str. 313. 325. 339.

Na początku téj pracy znajdujemy dokładny opis metody Mac-Ewena, objaśniony rysunkami. Daléj opisany jest przypadek własny, dotyczący 50-letniego robotnika, mającego przepuklinę prawostronną pachwinowo-mosznową, 2 razy większą od głowy dorosłego człowieka. Operacyję doszczętną wykonano według sposobu Mac-Ewena; cięcie długości 20 ctm., oddzielenie worka przepuklinowego dość łatwe, oddzielenie szyi worka od wrót przepuklinowych, które przedstawiały się jako cienki bardzo

obszerny pierścień ścięgnisty—oddzielenie otrzewnéj ściennéj palcem od tylnéj powierzchni powięzi poprzecznéj na przestrzeni 2 cali w około pierścienia, przy czém bardzo dokładnie można było wyczuć tętnienie *art. epigastricae* na wewnętrznym brzegu wrót przepuklinowych. Następnie worek, począwszy od dna, przeszyto w kierunku podłużnym dwiema nitkami grubego katgutu [nie zaś jedną, jak czyni Mac-Ewen] w równych od siebie odstępach; umocowując nitki u dna worka, pozostawiono tu dość długie kawałki katgutu. Poczém jednę z nitek, znajdujących się przy szyi worka, po nawleczeniu igłą, przeprowadzono przez całą grubość ściany brzusznéj od tyłu ku przodowi nieco wyżéj od wewnętrznego [bliższego spojeniu łonowemu] brzegu pierścienia ścięgnistego, drugą zaś też od tyłu ku przodowi przez wiąz Pouparta niżéj od wewnętrznego brzegu tegoż pierścienia. Przy przeprowadzaniu tych nitek baczną zwracano uwagę, aby nie zranić igłą *art. epigastricae*, a także, żeby po ściągnięciu i związaniu ich ze sobą sznurek nasienny nie był zbyt uciśnięty. Przez pociąganie za tak przeprowadzone nitki worek został sfałdowany i wytworzyła się wielka poduszka. Teraz zwrócono się do końców nitek, umocowanych u dna sfałdowanego worka, nawleczono na igły i, wepchnąwszy sfałdowaną poduszkę po za pierścień ścięgnisty, przeprowadzono jednę nitkę powyżéj drugą poniżéj zewnętrznego [leżącego bliżéj kolca biodrowego] brzegu pierścienia, od tyłu ku przodowi przez całą grubość ściany brzusznéj. Sfałdowany worek zakrywał cały otwór równomiernie. Na wrota przepu. klinowe nałożono szew dwupiętrowy z katgutu, poczém związano ze sobą nitki, idące do poduszki, tak iż oba końce, odpowiadające szyi worka przypadły na wewnętrzny, a idące od dna na zewnętrzny koniec szwu położonego na wrota. Szew rany skórnéj i pasek gazy jodoformowéj zamiast sączka.

Na drugi dzień po operacyi ciepłota 39°, która opadła po zrobieniu obszernego otworu w dnie moszen i zaprowadzeniu sączka. Górna część rany zagoiła się doraźnie, w jamie zaś moszen powstało dość obfite ropienie, które przedłużyło okres gojenia do 4 tygodni.

W 8 miesięcy po operacyi na miejscu wrót przepuklinowych wyczuwał się zawsze twardy guz; przy kaszlu i wydymaniu trzewa stale pozostawały w jamie brzusznéj, pacyjent pracował w fabryce i paska nie nosił. Czy ten rezultat utrzyma się nadal, przyszłość to dopiero okaże.

Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Metoda Mac-Ewen'a lepiéj niż dotychczasowe czyni zadość postulatom, stawianym operacyjom, mającym doszczętne wyleczenie przepukliny na celu. Z tego też powodu metoda ta będzie prawdopodobnie stosowana w najtrudniejszych przypadkach, przeważnie przy operowaniu przepuklin niezaciśniętych. 2) Wielkość urazu przy ścisłéj aseptyce nie może powstrzymywać od stosowania przepisów Mac-Ewena. 3) Prawdziwe usługi odda rzeczona metoda przy operowaniu wielkich przepuklin, a nieznaczna modyfikacyja, polegająca na zwró-

ceniu szyi worka ku wewnątrz na dół i ulokowanie peloty z worka wytworzonéj, na zewnątrz i ku górze, prawdopodobnie okaże się pożyteczną.

Krause. Parę uwag o oderwaniu kiszki od krezki. Gazeta Lek. N. 23. Str. 467.

Mężczyzna 20-letni uderzony w brzuch walącym się słupem telegraficznym zmarł w 13 godzin po wypadku. Przy badaniu pośmiertném znaleziono tuż za dwunastnicą jelito czcze, oderwane od krezki na przestrzeni 25 ctm., w listkach krezki znajdowały się skrzepy i nacieczenie krwawe. Poniżéj na kilka cali znajdował się otwór [7 ctm.] powstały wskutek oderwania się krezki od kiszki, nacieczenie krwawe tak znaczne, że krezka w tém miejscu ma 2 i pół ctm. grubości, naokoło odczyn zapalny.

Drugi przypadek dotyczy mężczyzny 52-letniego, który się dostał jak w kleszcze między baryjerę i tramwaj w biegu będący, a zmarł 4-go dnia. Przy sekcyi znaleziono górny listek *mesocoeci* naderwany, w odległości 8 ctm. od zastawki Bauhina, jelito biodrowe oderwane od krezki przy samym przyczepie, na 18 ctm. długości, listki krezki rozdwojone wskutek nacieczenia krwawego, które rozprzestrzeniało się aż do dolnéj ściany pęcherza moczowego; na błonie śluzowéj pęcherza znaczne wylewy krwawe. Innych obrażeń nie było.

Na zasadzie danych z literatury K. mniema, że gdyby w analogicznym przypadku doszło do laparotomii, to wycięcie kiszki nie byłoby konieczne, jeżeli oderwanie miało miejsce nie na dużéj przestrzeni; w przeciwnym razie należy kiszkę, pozbawioną krezki, wyciąć i to tém bardziéj jeżeli jest tylko podejrzenie, że kiszka zmieniła swój kolor.

Wł. Orłowski. Skręcenie kiszki cienkiéj. Rozcięcie brzucha, [Wyzdrowienie]. Gazeta Lek. N. 11. Str. 216.

Chory 16-letni na dwa dni przed przybyciem do szpitala uczuł bóle w brzuchu, wkrótce przyłączyły się wymioty, wypróżnień nie było. Przed rokiem chorował podobnie i po kilku dniach przy użyciu lawatyw wyzdrowiał. Brzuch nieco wzdęty, w okolicy kiszki ślepéj wyraźne przelewanie. Wymioty uporczywe, lecz bez zapachu kałowego. Operacyja 6-go dnia choroby. Po otworzeniu jamy brzusznéj znaleziono zrost na znacznéj przestrzeni zakończenia kiszki cienkiéj z kiszką ślepą. Po wydobyciu dwóch łokci kiszki cienkiéj na zewnątrz, napotkano na kiszkę najwyraźniéj w postaci sznurka od strony prawéj do lewéj na około swéj osi skręconą. Skręcenie to było wydatném i usunąć się dało nadzwyczaj łatwo, po wykonaniu trzech ruchów obrotowych od strony lewéj ku prawéj całéj masy kiszek wydobytych na zewnątrz. Na drugi dzień bóle w brzuchu uspokoiły się, wymioty ustały, na trzeci dzień odeszły wiatry. Pierwsze wypróżnienie 9-go dnia. Przebieg bezgorączkowy, wyzdrowienie.

Matlakowski. Dwa przypadki zapalenia otrzewnéj pochodzenia połogowego leczone za pomocą laparotomii. Gazeta Lekarska. N. 23. Str. 461.

I. Zapalenie otrzewnéj ropne gnilne ograniczone; poronienie przed dwoma miesiącami; cięcie brzucha w linii pośrodkowéj, śmierć w trzy tygodnie po operacyi.

II. Zapalenie otrzewnéj ropne gruźlicze ograniczone; przed tygodniem poród przedwczesny; krótkie cięcie brzucha w linii pośrodkowéj, po którém wyszły z sykiem gazy cuchnące oraz płyn ropiasty w ilości 2500 c. c.; wyzdrowienie.

Obaliński. O laparotomii jako środku leczniczym w niedrożności jelit. Przegląd Lek. N. 39, 40 i 41. Str. 501. 515. 527.

Przed czterema laty autor ogłosił 20 przypadków niedrożności jelit, leczonych przez laparotomiję; w powyższéj pracy znajdujemy opis nowych 18 spostrzeżeń. Nie mogąc dla braku miejsca streszczać wszystkich przypadków, podamy tu tylko te, które zakończyły się wyzdrowieniem. Przyp. 24. Chory 37 letni, objawy niedrożności trwały 8 dni, rozpoznano zwężenie światła jelita, laparotomija, kiszka esowata zajęta naciekiem zbitym, do ściany tylnéj przytwierdzonym, sztuczny odbyt, wyzdrowienie. Przyp. 25. Chory 45-letni, ósmy dzień choroby, rozcięto pasmo, uciskające kątnicę, wyleczenie z niedrożności [śmierć z zapalenia płuc]. Przyp. 28. Chora 29 l., po otwarciu jamy brzusznéj natrafiono zaraz na kłąb, składający się ze zrośniętych ze sobą jelit czczego, biodrowego i poprzecznicy i to za pomocą dosyć sporych taśm, które porozcinano i przekonawszy się, że zapadnięte dotąd jelita zaczęły się guzami wypełniać, brzuch zaszyto. Stolce pojawiły się zaraz w kilka godzin; wyzdrowienie. Przyp. 29. Chora 46 l. wybitne ruchy antiperistaltyczne, skręcenie jelita, laparotomija, wyzdrowienie. Przyp. 30. Chora 30 l. objawy przewlekłéj niedrożności, laparotomija, kątnica przemieszczona, twarda, naciekła, do tylnéj ściany przytwierdzona i gruczołami powiększonémi otoczona; sztuczny odbyt; wyzdrowienie, obrzęk [zapalny] znikł po miesiącu. Przyp. 34. Chora 48 l. objawy od 4 dni, skręcenie kątnicy, laparotomija, wyzdrowienie. Przyp. 36. Chory 39 l. rzekome odprowadzenie uwięzionéj przepukliny przed 8 dniami, przy laparotomii znaleziono pętlę jelita, przytrzymaną w okolicy wewnętrznego ujścia kanału pachwinowego za pomocą taśmy zbitéj, przecięcie taśmy, doszczętna operacyja przepukliny z wycięciem całego worka oraz jądra, w kilka godzin wypróżnienia. Przyp. 37. U tego samego chorego 6 dnia wystąpiły objawy niedrożności, 8-go dnia powtórna laparotomija, skręcenie jelita, wyprostowanie, opróżnienie jelita po nacięciu, zeszycie, wyzdrowienie. Przyp. 38. Chory 36 l. objawy przewlekłéj niedrożności, laparotomija rozpoznawcza, znaleziono *typhliti s chronica*. Po lekkiém kilko-

razowém wymięsieniu guza, odprowadzono go nazad do jamy brzusznéj, którą zaszyto; wyzdrowienie.

Wogóle w 38 przypadkach operowanych u 36 osób 23 razy było zejście śmiertelne a 15 razy wyleczenie, czyli że śmiertelność wynosiła 60,5%. Wyłączywszy 7 przypadków rozpaczliwych, procent ten wynosi tylko 51%; według przekonania autora, największe posiadającego doświadczenie pod tym względem, przy lepszym doborze i przy wzrastającéj wprawie osiągnąć będzie można odsetkę znacznie poniżéj 50-ciu, co wobec absolutnéj prawie śmiertelności tych przypadków za bardzo wielką poczytać należy korzyść.

Z powodu trudności rozpoznania, należy zadawalać się ogólném rozpoznaniem niedrożności jelit, a rozstrzygnięcie szczegółów należy pozostawić laparotomii próbnéj, która dopiero o dalszych postanowieniach i losach orzekać powinna. Do operacyi należy przystępować o ile można wcześniéj, w ostrych przypadkach nie czekać dłużéj nad 24 godzin. Na wyczekiwanie decydować się należy, gdzie rozpoznano niedrożność funkcyjonalną, powstałą w następstwie spraw zapalnych. Enterostomii autor nie odrzuca, lecz poleca ją nie jako główne postępowanie, a raczéj jako *ultimum remedium* przy bardzo rozszerzonym nowotworze, lub przy braku sił u chorego.

Przy rozpoznaniu należy wielką uwagę zwracać na wywiady; daléj należy pamiętać, że kształt kulisty brzucha przemawia więcéj za niedrożnością powyżéj kątnicy, kształt zaś więcéj czworoboczny za przeszkodę w dolnym odcinku kiszek grubych. Wielkie wzdęcie każe przypuszczać sprawę nagle i ostro przebiegającą, mniejsze zaś chroniczną. Wybitne cieniowanie się rozdętych jelit przez powłoki brzuszne przemawia za mechaniczną przeszkodą, objawu tego najczęściéj nie bywa, jeżeli niedrożność jest funkcyjonalna. Dokładne wymacywanie i wypukiwanie brzucha jest bardzo ważném, gdyż wyszukanie guza bolesnego może nadzwyczaj ułatwić rozpoznanie. Pomimo to zaledwie w $\frac{1}{3}$ części przypadków można rozpoznać na pewno, w razie przeto niepewności należy przystąpić do laparotomii rozpoznawczéj; szukanie przeszkody powinno odbywać się z wielką oględnością, ażeby nie rozlać otorbionego wysięku; należy naprzód szukać około kiszki esowatéj i kątnicy, a potém odszukać zapadnięte jelito i po niém posuwać się ku górze. Przy nadmiernem rozdęciu jelit i trudném odprowadzeniu, najlepiéj jest naciąć jelito na zewnątrz wydobyte w poprzek, wypuścić gazy i kał do podstawionej tacki, a zaszywszy je i oczyściwszy nazad wprowadzić do jamy brzusznéj. Jeżeli się okaże wybitne zapalenie otrzewny, to przy samoistném trzeba się starać prędzéj operacyję ukończyć, przy następowém zapaleniu trzeba koniecznie odszukać otwór w jelicie i zeszyć, a dopiero należycie otrzewnę oczyścić. Co się tyczy szwu, to lepiéj jest otrzewnę ścienną zeszyć osobnym szwem kuśnierskim z katgutu. Jeżeli dla różnych przyczyn nie można wyciąć je-

lita na rozległéj przestrzeni zwężonego, korzystniéj będzie zamiast założenia sztucznéj odbytnicy powyżéj tego miejsca, połączyć jelito powyżéj położone z kiszką poniżéj położoną, a przez to wykluczyć zupełnie miejsce zwężone (*enteroanastomosis*, HACKER).

Rydygier. W sprawie chirurgii dróg żółciowych. Przegląd. Lekarski. N. 4. Str. 60.

Z powodu przypadku ZIELEWICZA (Cholecystotomia z podwiązaniem przewodu pęcherzykowego—zob. Przegląd z r. 1887) prof. R. sądzi, że w przypadkach podobnych lepiéj zastosować zwyczajną cholecystotomię ze względu na możliwość znajdowania się kamieni w rozszerzonych przewodach żółciowych wątroby.

Szadek. Chirurgiczne leczenie dymienic wenerycznych. Gazeta Lekarska. N. 15—18. Str. 299. 325. 350. 367.

Na początku téj pracy znajdujemy zestawienie rozmaitych sposobów postępowania leczniczego w ropiejących dymienicach wenerycznych, z którego widać, iż leczenie chirurgiczne zrobiło w ostatnich latach bardzo znaczne postępy, niezupełnie uwzględniane w wielu podręcznikach chorób wenerycznych. Rokowanie w dymienicach pachwinowych, leczonych według zasad chirurgicznych, jest zupełnie pomyślne, gdyż powikłania, dawniéj tak częste, dziś do rzadkich zjawisk należą. Za podstawę pracy służył autorowi materyjał kliniczny, obejmujący 244 przypadków. Za pomocą środków odciągających nie udało się nigdy zatrzymać poczynającego ropienia w gruczołach zajętych. Leczenie polegało na szerokiém przecięciu i wyskrobaniu ostrą łyżeczką lub palcami pozostałych resztek gruczołów i ziarniny. W jednym tylko przypadku podczas operacyi potrzebne było podwiązanie naczyń krwionośnych, z czego widać, że Sz. miał do czynienia ze świeżémi a więc łatwémi do operacyi przypadkami. Gruczoły „sprzeciwiające się wyłuszczeniu“ pozostawiano w jamie ropnéj, otworzywszy je nożem i wyskrobawszy zawartość. Do opatrunku rany używano jodoformu w proszku, samego lub zmieszanego z ałunem. Czas potrzebny do zupełnego zabliźnienia się jamy dymienicowéj wynosił od 10—45 dni. W końcu pracy przytoczone są krótkie wyciągi z historyi chorób 20 przypadków dymienic.

Matlakowski. Przypadek wycięcia nerki prawéj przy t. zw. phthisis renalis. Gazeta Lek. N. 1 i 2. Str. 1 i 33.

Chora 26-letnia, przed 11 miesiącami odbyła trzeci poród, po którym gorączkowała. Podczas ostatniéj ciąży oddawała mocz z krwią w ciągu dwóch tygodni. Od kilku miesięcy zauważyła guz w podżebrzu prawém. Przy badaniu znaleziono wychudnienie znaczne i gorączkę. Prawa kończyna dolna bardzo opuchnięta, żyły podskórne rozszerzone. Mocz nie

zupełnie przezroczysty zawiera ślady białka, laseczników gruźliczych nie znaleziono. Guz w prawém podżebrzu, oddzielony od wątroby kiszkami, dochodził prawie do linii środkowéj. Chełbotanie wyraźne, płyn wypuszczony strzykawką Pravaza zawierał tylko białe ciałka w rozpadzie i krople tłuszczu. Rozpoznano gruźlicę nerki, mając na względzie oprócz danych wyżéj przytoczonych: niedorozwinięcie ustroju choréj, upośledzone w najwyższym stopniu odżywianie, brak łaknienia oraz obecność sprawy gruźliczéj w płucach.

Nędzny stan ogólny choréj przemawiał przeciw ciężkiéj operacyi, lecz natomiast wiele było danych nader sprzyjających i tak najprzód: 1-o bardzo małe zmiany w płucach; 2-o brak rozwolnienia lub nawet usposobienia do niego; 3-o zdrowy pęcherz moczowy; 4-o najważniejsza zaś prawidłowy lub bardzo mało zmieniony stan nerki lewéj. Mając przed sobą ogromny guz nerki prawéj z płynną zawartością, a jednocześnie mocz prawie normalny, należało przypuścić, że prawy moczowód musi być zatkany, a lewa nerka jest zdrową.

Operacyja: cięcie równoległe do XII żebra, poczynające się z tyłu na trzy palce od linii wyrostków ciernistych, a kończące się od przodu na kilka palców, niedochodząc do linii pośrodkowéj ciała. Od tyłu cięcie poprowadzono do saméj powierzchni guza, od przodu zaś tylko do tkanki podotrzewnowéj, poczém na pół przezroczystą otrzewnę odsunięto ku przodowi. Następnie przecięto tkankę tłuszczową oraz osłonę włóknistą nerki i zaczęto odłuszczać guz od niéj z wielką łatwością przy nieznaczném krwawieniu. Przekłucie trójgrańcem i wypuszczenie 500 c. c. płynu szarobiaławego, z kłaczkami i mętami, nieco cuchnącego nie wiele wpłynęło na zmniejszenie guza. Po odłuszczeniu guza ze wszystkich stron, utworzono szypułę, złożoną z naczyń i moczowodu, na którą nałożono podwiązkę elastyczną, poczém guz odcięto.

Po wyjęciu guza widać było kolosalną jamę, a w niéj ku dołowi mięsień biodrowy, ku wewnątrz zaś i przodowi przeświecały pętlice jelit, ku górze widać było wątrobę z pęcherzykiem żółciowym. Ażeby zmniejszyć tak wielką ranę, zeszyto kąty rany kilku szwami, poczém górny brzeg rany czyli raczéj górną część rozciętéj ściany brzusznéj wwinięto na około 12, 11, 10 żebra w głąb', w jamę klatki piersiowéj, wytapetowano ją jak daleko starczyła, to samo od dołu wytapetowano skórą dół biodrowy i przyszyto brzeg jéj do mięśnia biodrowego. Od przodu, aby fałda otrzewnéj odciągnięta z jelitami nie nasunęła się na szypułę, przyszyto skórę do przedniéj powierzchni szypuły poniżéj od ligatur kilku szwami; w ten sposób zarazem osłonięto cienką i przeświecającą otrzewnę, *resp.* jamę jéj od ogniska możliwego zakażenia. Tą drogą udało się możliwie zewsząd zmniejszyć ranę, lecz i tak pozostała duża jéj przestrzeń swobodną, a w środku grzyb szypuły wraz z jéj podwiązkami. Całe to zagłębienie wypełniono gazą subl imatową.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny, ciepłota wieczorami dochodziła do 39°, szypuła odpadła 24 dnia, poczém ciepłota już się nie podnosiła. Ilość dobowa moczu zwiększała się stale od 250 c. c. w pierwszéj dobie; już w 10 dni po operacyi było moczu 700, t. j. blizko dwa razy tyle co przed operacyją; *maximum* było 1550 w miesiąc po operacyi. Chora wyzdrowiała i utyła. Nerka wyjęta po długotrwałém macerowaniu, miała wymiary 19 i 10,5 ctm.; na rozkroju widać było cały szereg dużych jam [14] komunikujących z mocno rozszerzoną miedniczką nerkową. Pod mikroskopem znalezione nacieczenie drobnokomórkowe i komórki olbrzymie, laseczników nie udało się wykryć. Opisano dotąd 16 przypadków wycięcia nerki gruźliczéj, 11 chorych zmarło, u jednego zaznaczono poprawę, a 4 wyzdrowiało.

Operacyja zasługuje na wykonanie, bo najprzód możliwe jest zupełne wyzdrowienie, powtóre jeżeli nie wyleczenie, to może nastąpić poprawa znaczna. Co do sposobu operowania to autor zaleca wyłuszczenie podtorebkowe, ponieważ ono nadzwyczajnie ułatwia operacyję i zapobiega szarpaniu naczyń nerkowych.

Orłowski. Przyczynek do zapaleń zgorzelinowych pęcherza moczowego. Gazeta Lek. N. 14. Str. 279.

Autor opisuje jednę z najrzadszych odmian zapaleń pęcherza moczowego, mianowicie zapalenie odłuszczające, zgorzelinowe. Ze względu na przyczyny odróżniają dwa działy: zapalenia u mężczyzn i kobiet nieciężarnych, oraz zapalenie u ciężarnych i dotkniętych tyłopochyleniem macicy. Cyfra spostrzeżeń dotyczących działu pierwszego jest nader ograniczoną, 4 przypadki u mężczyzn i dwa u kobiet. Spostrzeżenie autora dowodzi, że podobna sprawa może się zdarzyć i u dziecka. Przebieg choroby i jéj objawy w danym przypadku dowodzą, iż zapalenie to występuje jako powikłanie lub następstwo chorób zakaźnych. Wyzdrowienie bywa rzadko i zwykle miewa miejsce wtenczas tylko, gdy błony zgorzelinowe odejdą na zewnątrz. Dziewczynka trzyletnia zachorowała na krwawą biegunkę, po pewnym czasie spostrzeżono krwawienie ze sromu i mocz cuchnący, oddawanie tegoż częste i bolesne. W kilka dni uspokoiły się te objawy, gdy nagle wystąpiły gwałtowne bóle i częste parcie na mocz bez możności oddania moczu. Na drugi dzień znaleziono pęcherz moczowy wystający na trzy palce ponad spojenie łonowe. Wprowadzono cewnik miękki, przez który początkowo wydzielił się strumień mętnego cuchnącego moczu, a potém nagle przy skurczach pęcherza po wypchnięciu cewnika w otworze cewki uwydatnił się szarawy cylindryczny czopek, poczém szczypczykami wydobyto zwitek śmierdzącéj tkanki, grubości prawie pióra, długości około $3\frac{1}{2}$ do 4 cali. Chora wyzdrowiała. Badanie drobnowidzowe wykazało utkanie błony śluzowéj pęcherza. Autor oblicza, że odeszło

nazewnątrz około 25 ctm. błony śluzowéj, a w pęcherzu pozostała większa część. [35 c.] niezmieniona.

Wł. Orłowski. Niezwykła ilość kamieni w pęcherzu moczowym. Gazeta Lek. N. 52. Str. 216.

Chory 67-letni, cierpiący od lat przeszło siedmiu, wyniszczony i osłabiony, co 10 minut oddaje mocz cuchnący z ogromną ilością ropy. Wykonano cięcie pęcherza nadłonowe: wierzchołek pęcherza sięgał do miejsca odległego od pępka na 5—6 c. po zastrzyknięciu płynu zaledwie około dwóch uncyj, ściany pęcherza niepodatne i grube do 1,5 c. Jama pęcherza od dołu i ze strony lewéj do samego wierzchołka literalnie wybrukowana kamieniami, przylegającémi do siebie dosyć ściśle; wolnym pozostawał tylko odcinek niewielki ze strony prawéj. Kamieni różnéj wielkości kolejno wydobyto 32 i ta część operacyi przy końcu była dość mozolną, a to z powodu, iż kamyki mniejsze mieściły się w fałdach i zagłębieniach ścian. Na trzeci dzień po operacyi wystąpiła gorączka, później upadek sił, objawy mocznicy i śmierć w 9 dni. Kamienie po wysuszeniu ważyły 144 grm. wielkości różnéj, największe miały 6×4 ctm., najmniejsze 2 i 1 c., powierzchnie gładkie okrągławe.

Rydygier. Nowy sposób cięcia podbrzusznego (sectio alta) oraz kilka uwag o wyzyskiwaniu plastycznéj właściwości otrzewny w operacyjach na pęcherzu wogóle. Przeg. Lek. N. 6 i 7. Str. 81 i 97.

Pomimo wszelkich starań i najliczniejszych zmian i poprawek szwu pęcherzowego nie udawało się dotychczas zagoić rany pęcherza po operacyi doraźnie ani w $^1/_3$ przypadków; w reszcie przypadków szew trzymał zaledwie przez kilka dni pierwszych. Autor powziął myśl znakomitą, aby wyzyskać właściwości zlepiania się otrzewnéj w tym celu i na przyszłość wykonywać cięcie podbrzuszne tak, żeby to, przed czém dotychczas tyle ostrzegano, t. j. otwarcie otrzewnéj w każdym przypadku robić zasadniczo i ranę pęcherza założyć w części jego pokrytéj otrzewną. Doświadczenia robione na psach, przypadki wyzdrowienia u ludzi, którym pęcherz pęknięty zeszyto w części pokrytéj otrzewną, ośmielały do wykonania nowego sposobu u chorego. Opisując nowy sposób operowania autor dzieli operacyję na 5 aktów. I. Przysposobienie jak do każdéj laparotomii, zaprowadzenie jaknajgrubszego cewnika Nélatona, przepłukanie pęcherza. II. Otwarcie jamy brzusznéj w smudze białéj ponad spojeniem kości łonowych w zwykły sposób. Cięcie nie powinno sięgać poniżéj załamka otrzewnéj. III. Wydobycie pęcherza i przymocowanie go tak, żeby po otwarciu nic nie spłynęło do jamy otrzewnowéj. Cięcie pęcherza na 4 cm. długie; wydobycie kamienia łyżką. IV. Szew pęcherza dwurzędowy z jedwabiu, kuśnierski, mający swój początek i koniec przymocowany po za początkiem i końcem rany. Taki szew tém silniéj i mocniéj zaciągnie ranę,

im bardziéj rozciągną się ściany pęcherza i dla tego to autor uważa ten rodzaj szwu właśnie w ranach pęcherza za najlepszy. Oba rzędy szwów zakłada się w kierunkach przeciwnych, żeby krzyżując się tém pewniéj zamykały ranę; a więc na ranę przebiegającą z przodu ku tyłowi pierwszy rząd od przodu do tyłu, a drugi przeciwnie rozpoczyna się w tyle a kończy na przodzie. V. Szew ścian brzusznych zakłada się po zapuszczeniu pęcherza w zwykły sposób, nie zakładając wcale sączka. Leczenie następowe wymaga założenia na stałe cewnika w ciągu 8—12 dni po operacyi i baczeniu, aby się tenże skrzepami nie zatkał. Sposób zalecany przez autora, jeśli się okaże pewnym w większéj liczbie przypadków, musi korzystnie wpłynąć na całą chirurgiję pęcherza moczowego, szczególniéj wobec nowotworów złośliwych i ran wewnątrz-otrzewnowych. Pierwszy opisany przypadek autora dotyczy chłopca 13 letniego, cierpiącego na kamień; chory ten gorączkował i miał mocz cuchnący i alkaliczny. Operacyję według sposobu wyżéj opisanego wykonano 5 grudnia 1887 r.; cewnik N. 9 przyszyto po operacyi do napletka. Przebieg bezgorączkowy. Rana zagoiła się przez rychłozrost, tylko w kilku kanałach szwowych było lekkie ropienie.

Barącz. Cztery przypadki podwiązania tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki. Przegl. lek. N. 42 i 43.

Zachęcony świetnémi wynikami, zyskanémi przez Jonesa, B. podwiązał w czterech przypadkach tętnice kręgowe.

I. Chory 22-letni miewa napady padaczki od 6 lat, powtarzające się w ostatnich czasach co 3 tygodnie. Cięcie poprowadzono wzdłuż tylnego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, żyłę szyjową zewnętrzną podwiązano, mięsień mostko-obojczyko sutkowy wraz z pochwą naczyniową i nerwami odciągnięto hakiem ku wewnątrz, mięsień zaś pochyły przodkowy ku zewnątrz. Po odnalezieniu *tuberculum caroticum* przecięto głęboką powięź szyi i podwiązano podwójnie tętnicę kręgową wraz z żyłą. Dren i szew. Zagojenie. Chory od czasu operacyi był weselszym, napadu od Marca do Lipca nie miał, tylko 2 razy lekki zawrót głowy.

II. Chory 24-letni miewa od 7 miesiąca życia napady występujące w nieregularnych odstępach czasu, oprócz napadów odosobnionych dłuższym odstępem czasu, miewał okresy, w których ilość napadów dochodziła od 60—70 na dobę. Podwiązanie tętnicy kręgowéj z prawéj strony. Ilość dobowa napadów po operacyi zmniejszała się zwolna przez 24 dni; następnie w okresie 3 miesięcznym przeszło miał tylko jeden lekki napad.

III. Chory 29-letni cierpi od 8 lat na napady drgawkowe, ostatnio raz na dwa miesiące. Podwiązanie tętnic kręgowych z obu stron, w 33 dni po operacyi lekki napad, trwający kilka minut.

IV. Chory 14-letni miewa częstsze napady od roku; ostatnio powtarzały się one co 4 dni. Podwiązanie obu tętnic kręgowych. W 10 dni po operacyi miał jeden napad.

Czas obserwacyi we wszystkich przypadkach jest jeszcze zbyt krótki, ażeby można przyjść do stanowczych wniosków. W przypadku 1 i 2 wynik można uważać za pomyślny, w 3 i 4 widoczne jest polepszenie. Fizyjologicznie pozostaje rzeczą nierozstrzygniętą czemu przypisać należy korzystny wpływ operacyi na epilepsyję; być może wpływa na to i obrażenie gałęzi nerwu współczulnego, w każdym przypadku podwiązania występowało zwężenie źrenicy i niedowład powieki górnéj. Operacyję pomienioną wykonano dotąd 45 razy, z dobrym zupełnie skutkiem ostatecznym w 8 przypadkach, z polepszeniem w 11, ze skutkiem ostatecznym nieznanym w 7, bez skutku w 19 przypadkach.

Sondermayer. Mięsak kości ramieniowéj. Odjęcie całéj odnogi górnéj wraz z łopatką i częścią obojczyka. Wyleczenie. Przegl. Lek. N. 26. Str. 351.

Chora 44-letnia: nowotwór wychodził z kości ramieniowéj i rozszerzał się na mięsień podłopatkowy. Wyłuszczenie odnogi górnéj wraz z całą łopatką wykonano według metody Langenbecka. Operacyję rozpoczęto od cięcia resekcyjnego na ramieniu, następnie za pomocą dwóch cięć, jednego ciągnącego się wzdłuż górnego, drugiego wzdłuż wewnętrznego brzegu łopatki utworzono trójkątny płat skórny o podstawie na zewnątrz leżącéj. Po oddzieleniu tego płatu skórnego, otworzono najpierw staw łopatko-obojczykowy, następnie przecięto mięśnie przyczepiające się do górnego brzegu i do grzebienia łopatki (*cucullaris et omohyoideus*) a wreszcie mięśnie przyczepiające się do wewnętrznego brzegu łopatki, m. rombowy i m. podnoszący kąt łopatki, wszystkie o ile możności jak najdaléj od niéj. Tętnicę grzbietu łopatki w górnym wewnętrznym kącie, tętnicę poprzeczną łopatki na więzadle poprzecznem podwiązano przed przecięciem, inne zaś zaraz po przecięciu, tak, iż chora wiele krwi nie straciła. Podniósłszy potém lewą ręką wewnętrzny brzeg łopatki ku górze, odcięto mięsień zębaty przedni jak najbardziéj ku przodowi. Przyczepy mięśni dwu i trójgłowego oddzielono od dołu stawowego, mięśnie piersiowy mniejszy i kruczobarkowy od wyrostka wroniastego i w ten sposób zwolniono łopatkę, tak że tylko za pomocą głównych naczyń i nerwów w związku z odnogą pozostawała. Od szczytu cięcia resekcyjnego na 5 cm. poniżéj poprowadzono na ramieniu dwa cięcia ku dołowi rozchodzące się a zchodzące się na wewnętrznéj powierzchni ramienia w linii kolistéj. Podczas uciskania palcami wielkich naczyń, przecięto od razu naczynia, nerwy i pozostałe jeszcze mięśnie: piersiowy większy i barkowy i w ten sposób usunięto odnogę górną i łopatkę. Ucisk był należyty, chora prawie wcale nie krwi teraz nie straciła. Po podwiązaniu naczyń usunięto kilka

gruczołów powiększonych. Szew bez sączków; opatrunek sublimatowy, lekko uciskający. Przebieg po operacyi prawidłowy, w 3 tygodniu przy pierwszéj zmianie opatrunku znaleziono ranę zgojoną i częściowe obumarcie płatu na końcu obojczyka. Skoro się część obumarła oddzieliła, pozostał ubytek, w środku którego sterczał koniec obojczyka; wtedy wypiłowano $^1/_3$ część zewnętrzną obojczyka i po odświeżeniu brzegów ranę zeszyto. Po trzech tygodniach zagojenie zupełne. Według Adelmana dotychczas podobną operacyję przy nowotworach wykonano 50 razy, wyleczenie nastąpiło tylko w 24 przypadkach.

Rydygier. Osteodermoplastyczna amputacyja stopy. Przegląd Lek. N. 26. Str. 349.

W przypadku bardzo rozszerzonego i głęboko w kość drążącego wrzodu goleni, wykonał autor amputacyję stopy nowym sposobem własnym, stanowiącym modyfikacyję sposobu Pirogowa: zamiast cięcia strzemiennego, wykrojono z całéj podeszwy aż do palców płat gruby z mięśni i skóry, który to płat obrócony ku górze miał następnie po oczyszczeniu dna wrzodu i odświeżeniu brzegów służyć do pokrycia ubytku. Pomiędzy dolnym brzegiem wrzodu a cięciem poprowadzoném przez grzbiet stopy, pozostał mostek skóry, który przecięto w środku, a odpreparowawszy obie połowy od środka do podstawy, użyto tych płatów do pokrycia bocznych części wrzodu, których płat podeszwowy nie był w stanie przykryć.

Płat podeszwowy utrzymywał się prawie cały, tylko mała przestrzeń tuż przy brzegu uległa obumarciu; wyżéj jednak wspomniane płatki boczne zupełnie obumarły, co przedłużyło czas leczenia. Tę niepomyślną okoliczność przypisuje autor złemu odżywianiu chorego i daleko sięgającym zmianom miejscowym, sądząc, że się to chyba bardzo rzadko zdarzy, żeby płaty tak niewielkie, z tak szeroką podstawą, miały uledz obumarciu. W chwili ogłoszenia pomienionéj pracy chory był na wyleczeniu, przytém można było już widziéć, że będzie mógł bardzo dobrze chodzić na swym kikucie, a duży płat podeszwowy będzie go zupełnie chronił od powrotu wrzodu. Sposób autora zdaje się być daleko odpowiedniejszym od podobnego sposobu Keetley'a, gdyż skrócenie odnogi jest mniéj znaczne, a niebezpieczeństwo obumarcia płatu podeszwowego bez porównania mniejsze, co tu jest najważniejszém.

Jasiński. Nadwichnienie stopy przy wrodzonym niedorozwoju kości strzałkowéj. Gazeta Lek. N. 51. Str. 1073.

Autor stara się dowieść, że wrodzony niedorozwój kości strzałkowéj prawdopodobnie jest zjawiskiem wtórném, a nie przyczyną pewnéj bardzo rzadkiéj postaci wrodzonego wykoszlawienia nogi. Uwzględniając przyczyny wrodzonych zwichnień, nie należy odrzucać bezwzględnie dziedziczności i atawizmu. Autor spostrzegał dziecko 6-o tygodniowe, które miało

prawą stopę wykręconą na zewnątrz, prawie zwichniętą, przyczém pięta zlekka ku górze była ustawioną. Przy badaniu okazało się, że kostka zewnętrzna jest za wysoko, że jest za małą w porównaniu ze stroną lewą i że nie można po stronie choréj wymacać kształtów kości strzałkowéj, tak jak po drugiéj stronie. Rozpoznano wrodzone zwichnienie w stawie golenio-stopowym i następczy zanik strzałki. Za pomocą plastra lepkiego ustawiono stopę w położeniu prawidłowém, z obu stron goleni nałożono dwie deseczki, do których nóżkę przywiązano. Po kilku miesiącach J. przekonał się, że wynik leczenia był zadawalniający, stopa prawidłowo ustawiona, kontury łydki normalne, kostka zaś zewnętrzna prawie tak nizko stoi jak lewa i strzałkę prawą prawie tak samo jak lewą wymacać można.

Jasiński. Wrodzone zwichnienie kolana. Gazeta Lekarska. N. 43. Str. 905.

Autor podaje trzy przypadki wrodzonego zwichnienia kolana, w których stwierdzić można było jako przyczynę: położenie pośladkowe płodu w 2 przypadkach, rozciągnięcie więzów hamujących ruch wyprostny stawów kolanowych przez sznur pępkowy oplątany w jednym przypadku, oraz wczesne odejście wód płodowych jako przyczynę urazów wewnątrzmacicznych w 1 przypadku. Nakoniec potwierdzić można była łatwość pomocy chirurgicznéj w 2 przypadkach świeżych.

Drobner. Przypadek tak zwanéj „płonicy chirurgicznéj“. Wiadomości Lek. Zeszyt XI. Str. 329.

U choréj 16-letniéj z *caries femoris sinistri*, przed operacyją niegorączkującéj, następnego dnia po nekrotomii ranna ciepłota 38,5 a popołudniowa 40,5. Jednocześnie na szyi, piersiach, brzuchu i obu kolanach pojawiła się wysypka różycowa w postaci punkcikowych, gęsto usianych zaczerwienień. Wysypka ta wyglądała na płonicę zwyczajną bez zajęcia wszelako błon śluzowych, dostępnych badaniu. Następnego dnia rano ciepłota 40°, C.. wysypka nieco zbladła, wieczorem 39,4. Nazajutrz ciepłota 37°C. i na tym stopniu już stale pozostała. Czwartego dnia po operacyi zaledwie tylko ślady wysypki, a ósmego dnia żadnego śladu nie pozostało. Trzeciego dnia przy opatrunku znaleziono ranę zupełnie dobrze wyglądającą. Autor przyjmuje w tym przypadku, „płonicę t. z. chirurgiczną“ albo właściwie „różycę t. z. toxyczną“, jaka się czasami po zabiegach chirurgicznych, albo po użyciu środków znieczulających, albo też po użyciu karbolu lub sublimatu pojawia.

W danym przypadku podczas operacyi zwilżano ranę 3% rozczynem karbolu, a przy końcu operacyi 1‰ rozczynem sublimatu.

VIII. AKUSZERYJA I GYNEKOLOGIJA.

Sprawozdawca

J. Rogowicz.

Krysiński S. Rzadka anomalija błony dziewiczéj. Gazeta Lekarska. N. 2. Str.

W „notatkach lekarskich“ opisane zboczenie polegało na tém, że w błonie dziewiczéj znajdował się jedyny trójkątny otworek po lewéj stronie, przepuszczający zaledwie 5-cio milimetrowy zgłębnik, a w górnéj części téjże błony znajdował się 2 razy większy kieszonkowy wyrostek, ze zdwojenia błony dziewiczéj powstały; nigdzie żadnego innego otworu nie było; mocz chora wydalała przez wymieniony otwór; cewka moczowa otwierała się w górnéj ścianie pochwy około 2—3 ctm., poza błoną dziewiczą.

Mars. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu. Przegląd Lek. N. 2. 3. 4 i 10. Str. 17. 35. 53. 148.

Autor na podstawie dokonanych odlewów pochwy macicznéj, jéj przekrojów, wymierzania i badań nad zachowaniem się pochwy podczas ciąży i porodu u kobiet w klinice prof. Madurowicza poczynionych, oraz krytycznego przeglądu zdań innych autorów, dochodzi w téj pracy do następujących wyników:

1. Pochwa ze względu na swą szerokość przedstawia się u osób, które już rodziły, w górze węższą a w dole szerszą, nie tak jak się to ogólnie przypuszcza.

2. Mięśnie podłużne pochwy, schodzące z powierzchni macicy ku dołowi, zbiegają równolegle do przodowéj ściany pochwy więcéj niż do połowy jéj długości i poniżéj dopiero wplatają się w jéj utkanie, podczas gdy na tylnéj ścianie pochwy dzieje się to niedaleko górnego przyczepu pochwy mniéj lub więcéj koło 2 ctm. niżéj od tegoż.

3. Pochwa kurczy się podczas porodu sama w sobie na długość, skraca się i przygotowuje się tym sposobem do objęcia wstępującéj główki, a tém samém i działanie jéj nie może się nazywać biernem lecz czynném. Kurczenie się i skracanie się pochwy widoczném jest szczególniéj w przodowéj jéj ścianie.

Jerzykowski St. O rzadszych powikłaniach ciąży ze względu na system trawienia. Gaz. Lek. N. 49. Str. 1042.

Jest to opis następujących przypadków:

1. Pierwszy dotyczy kobiety od 2-ch lat zamężnéj, 3-ci raz ciężarnéj, cierpiącéj od 3-go miesiąca ciąży na uporczywe wymioty, które po

bezskutecznem stosowaniu różnych leków nagle ustały po zbadaniu choréj wziernikiem macicznym. „Z powodu wązkiego ujścia pochwy badanie dość obszernym wziernikiem było nadzwyczaj bolesném“, nie stwierdzono jednakże żadnéj nieprawidłowości, wywołało to dosyć duży odpływ krwi i chora bardzo nieszczęśliwa z powodu téj ponownéj ciąży, sądziła że już nie jest ciężarną, co tak silnie na jéj układ nerwowy oddziałało, że uporczywe wymioty ustąpiły niepowrotnie.

2. Jako dowód skuteczności wpływów psychicznych w uporczywych wymiotach u ciężarnych przytacza autor wspomnienie przypadku z pierwszych lat swojéj praktyki, w którym zapowiedział dokonanie poronienia sztuką, „lecz wiadomość ta podziałała tak mocno na chorą, że od téj chwili wymioty ustały i ciąża prawidłowego dobiegła kresu.“

3. W trzecim przypadku kobieta 20 lat wieku mająca, od roku zamężna, nieregularnie miesiączkująca [nieraz 2—3 miesięcy nie miesiączkowała], cierpiała na ślinotok tak obfity, że do 1000 ctm. sześciennych śliny dziennie wydzielała, aż nareszcie popadła w pewien rodzaj zadumy i zupełnego zobojętnienia. Z tego powodu podawano wewnętrznie *natrium bromatum* (10,0 na 200.0) 3 razy dziennie łyżkę stołową, które oddziaływało zadziwiająco. „W ciągu 4 tygodni ślinotok ustał zupełnie, łaknienie powiększyło się znacznie i chora, dawniéj przygnębiona i blada, stała się wesołą i przybrała czerstwy wygląd twarzy.“ Była to wówczas już druga połowa ciąży.

4. W czwartym przypadku przyczyna uporczywych wymiotów u ciężarnéj było żywienie się jéj przeważnie wędzoném mięsem wieprzowém, do którego miała nieprzezwyciężony pociąg. Po usunięciu tegoż i zastosowaniu odpowiedniéj dyjety, wymioty, niedające się poprzednio niczém usunąć, ustały w ciągu dni kilku.

5. W piątym nakoniec przypadku, podczas 10-éj ciąży, od 3-go jéj miesiąca zaczęły dziąsła obrzmiewać i krwawić, a z czasem język tak obrzmiał, że groziło choréj zaduszenie. Przez dokonane nacięcia języka wydobyto zeń znaczną ilość cuchnącéj ropy. W ciągu następnych 4-ch miesięcy zapalenie głębokie języka powróciło się 4 razy.

Sielski F. Vomitus gravidarum. Wiad. Lek. Zeszyt 8. Str. 225 i 227.

Artykuł polemicznéj treści, wywołany art. Święcickiego, (zob. *vomitus gravidarum* w Przegl. piśm. lek. polsk. z r. 1887 str. 83 i 84, w Pamięt. Tow. lek. warszaw. z r. 1890), w którym Sielski nie podzielając hypotezy Święcickiego o nadmiernéj pobudliwości układu nerwowego w ciąży, wskutek zmniejszonéj ilości hemoglobiny w pierwszych jéj miesiącach, sądzi, „że wymioty u ciężarnych polegają na

sprawie odruchowéj, wywoływanéj ze strony brzemiennéj macicy lub téż być może, ze strony ugniatanych i naciąganych jajników".

Braun St. Przypadek pęknięcia dobrowolnego macicy podczas ciąży i wydobycia płodu przez laparotomiję w sześć tygodni późniéj. Przegląd Lek. N. 41. Str. 528.

Kobieta, 38 lat mająca, 9 razy poprzednio rodziła prawidłowo; ostatni raz miesiączkowała przed 10 miesiącami, pierwsze ruchy płodu poczuła w 5-ym miesiącu; nie czuła ich od 6-u tygodni; od 2-ch tygodni wydzielała się w znacznéj ilości mocno cuchnąca ropa ze szpary sromnéj i przez pępek, w którym znajdował się otworek wielkości prosa. Znacznie osłabiona i wycieńczona z dreszczami, co wieczór się powtarzającémi, bólem głowy i silném pragnieniem przybyła do kliniki prof. Madurowicza w Krakowie. Rozpoznanie było trudne i wahało się pomiędzy *peritonitis saccata* i ciążą, lub ciążą zamaciczną ze zropieniem płodu i przebiciem się ropy ku pępkowi i pochwie. Wykonano laparotomiję, prowadząc cięcie od pępka do spojenia łonowego, na całéj téj długości natrafiono na obszerną jamę, któréj ściana przodowa tworzyła z otrzewną jednę całość; w jamie téj o powierzchni gładkiéj, powleczonéj nalotem błonicowym, a wypełnionéj ropą i miazgą tkaniny nekrotycznéj leżał płód dobrze rozwinięty, zmacerowany, z pępowiną 14 ctm. długą, bez łożyska, którego w téjże jamie odszukać nie można było. Przebieg po operacyi był niepomyślny, chora była ciągle nieprzytomną, zrywała opatrunek, nie chciała nic przyjmować, tak, że trzeba było karmić ją sztucznie przy pomocy zgłębnika, co jednakże nie zapobiegało szybkiéj sił utracie i operowana w 6 tygodniu z ogólnego wyniszczenia zmarła.

Przy rozbiorze zwłok znaleziono macicę wielkości prawidłowéj, znacznie w ścianach swoich stłuszczoną, zgiętą ku przodowi, pękniętą po prawéj stronie w szyjce na granicy między trzonem a szyjką; w miejscu pęknięcia otwór wielkości centa, przez który palec wprowadzony od pochwy przechodził po ścianach gładkich do jamy w brzuchu umieszczonéj, z przodową ścianą jamy brzusznéj zupełnie zrośniętéj; to samo z tyłu z jelitami i siecią. Otwór w pępku zabliźniony komunikował z jamą brzuszną a nie z jamą otorbioną, przez któréj górny brzeg przebiegało kilka otworków z jamy brzusznéj do owéj jamy.

Kolejność następstw w tym przypadku była następująca: w 8-ym miesiącu ciąży pękła dobrowolnie macica z niewiadomych przyczyn, jaje płodowe przedostało się do jamy brzusznéj, co sprowadziło śmierć płodu i zapalenie ropne otrzewny, potworzyły się ropnie wśródotrzewnowe, z których jeden przebił się przez pępek na zewnątrz, inne do worka płodowego; te sprowadziły zropienie błon płodowych i łożyska, następnie przedostała się ropa przez szyjkę do pochwy na zewnątrz,

a wskutek zetknięcia się pęcherza moczowego z ogniskiem ropy, powstało zapalenie ropne pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych.

Braun St. Wzniecenie porodu przedwczesnego z powodu obrzęku płuc, następnie rozszerzenie szyjki macicznéj balonem Braun'a dla przyśpieszenia porodu. Zejście pomyślne dla matki i płodu. Przegląd Lek. N. 45. Str. 573.

30 lat licząca pierwiastka, ostatni raz miesiączkująca przed 9 miesiącami; od 3-go miesiąca zaczęły jéj coraz więcéj puchnąć nogi, ręce i twarz; wreszcie wystąpił bardzo mocny kaszel, duszność i znaczne osłabienie ogólne, co zniewoliło ciężarną do udania się do kliniki położniczéj w Krakowie. Rozpoznano rozpoczynający się obrzęk ostry płuc w przebiegu zapalenia nerek przewlekłego u ciężarnéj. Dla uratowania życia matki i płodu postanowiono wzniecić poród przedwczesny przez wprowadzenie świeczki do jamy macicy metodą Krauze'go. Gdy jednakże w 12 godzin nie stwierdzono czynności porodowéj, a chora utraciła przytomność, obrzęk płuc powiększył się znacznie, siły upadały pomimo wstrzykiwania eteru podskórnie co 2 godziny, poczęto stosować kolejno cały szereg innych środków, skurcze macicy wzniecających, jako to: prąd elektryczny stały, wstrzykiwania do pochwy większéj ilości ciepłego rozczynu kwasu karbolowego, wlewania przez cewnik elastyczny do jamy macicy takiegoż rozczynu. W 16 godzin od założenia świeczki poród się rozpoczął, lecz postępował bardzo powolnie, a siły choréj coraz bardziéj słabły. Wtedy przez ujście macicy, przepuszczające zaledwie palec, wprowadzono balon Braun'a, w kilkoro zwinięty jak cygaro, w szyjkę maciczną, następnie lekko wypełniono go wodą do wielkości małéj pięści; gdy to nastąpiło, podczas bólu porodowego powoli balon wyciągano, przyczém kurek był otwarty. Po przeprowadzeniu balonu w ten sposób 4—5 razy w ciągu dwóch godzin ujście maciczne rozwarło się dostatecznie do wprowadzenia ręki dla dokonania obrotu płodu na nóżki i wydobycia go pomyślnie na zewnątrz. Sposób ten wymaga wielkiéj ostrożności, ażeby nie wywołać pęknięcia ścian szyi macicznéj.

Braun St. Przypadek dobrowolnego oderwania się macicy od pochwy podczas porodu z powodu zwężenia bliznowatego wejścia do pochwy, (sectio cesarea post mortem). Przegląd Lekarski. N. 40. Str. 518.

Przypadek opisany spostrzegano w klinice prof. Madurowicza w Krakowie, dokąd rodząca przybyła drogą żelazną z Brzeska. Kobieta 2-gi raz na czasie rodząca; pierwszy poród kleszczowy, przed 5 laty, w połogu owrzodzenia pochwy, po którém pozostało bliznowate zwężenie jéj wejścia tak znaczne, że zaledwie koniec palca przepuszczało.

Poród trwał od 3-ch dni, w drodze nagle bóle porodowe ustały bez krwotoku i znacznego narazie osłabienia. Po nacięciu bliznowatego pierścienia w pochwie założono kleszcze na przodującą główkę płodu; po dwóch pociągnięciach kleszczami nastąpił tak znaczny zapad, że rodząca wkrótce zmarła. Płód nieżywy wydobyto przez cięcie cesarskie, przyczém zauważono „że macica w przodowém sklepieniu od pochwy zupełnie była oderwaną, a połączoną z pochwą tylko wązkim płatkiem w tylném sklepieniu; brzegi rany pokryte były wydzieliną szarą, zielonkowatą, mocno do ścian przylegającą.“

Jawdyński. Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia tejże podczas porodu. Gaz. Lek. N. 42 i 43. Str. 884. 908.

Drugi raz na czasie rodząca, 28-letnia kobieta, z powodu nagłego ustania silnych bólów porodowych i krwotoku ze szpary sromowéj została przewiezioną ze wsi Kamionek do przytułku położniczego na Pradze, gdzie stwierdzono „pęknięcie macicy zupełne z prawéj strony, zajmujące $^1/_3$ jéj trzonu i sięgające ku dołowi na sklepienie przodowe.“ Płód nieżywy w położeniu poprzeczném drugiém. Po dokonaniu wydobycia płodu przez obrót na nóżki, odesłano chorą do szpitala na Pradze dla dokonania laparotomii i wycięcia pękniętéj macicy, co téż niebawem zostało przez autora wykonane. Przy operacyi okazało się „że pęknięta była, a raczéj rozerwana szyjka maciczna z prawéj strony; pęknięcie to przechodziło w kształcie coraz bardziéj zwężającéj się szpary na trzon macicy z prawéj strony, zaginając się nieco ku przodowi“. Macicę odcięto wraz z jéj dodatkami ponad przewiązką elastyczną, brzegi kikuta zbliżono szwami, a na pęknięte miejsce otrzewnéj pod ligaturą nałożono szew kuśnierski. Kikut został umocowany na zewnątrz za pomocą t. z. szpilki bezpieczeństwa.

Przebieg pooperacyjny był nadzwyczajnie ciężki i długi, pełen udręczenia i niebezpieczeństwa dla choréj a mozolnéj pracy, troski i niepokoju dla operatora. Chora ta oprócz trudnego porodu z bardzo ciężkiém powikłaniem, które doprowadziło do wycięcia macicy, przebyła w okresie pooperacyjnym: posocznico-ropnicę, jako następstwo rozpadu gnilnego w pochwie, ropne zapalenie około maciczne z wytworzeniem przetoki kiszkowo-brzusznéj, dwukrotne zapalenie płuc, jako następstwo ropnicy, zakrzep żyły biodrowéj i przetokę pęcherzo-pochwową, nie mówiąc już o odleżynach i ropniu na prawém udzie. Słusznie téż mówi autor, „że prędko się wylicza ten szereg chorób i powikłań, ale gdy się pomyśli, że przykuły one chorą do łóżka na blizko pół roku, że wysoka gorączka wyniszczała jéj ustrój przez tyle czasu, to doprawdy dziwić się potrzeba, co nieraz organizm ludzki wytrzymać jest wstanie.“

Autor kończy obszerny opis tego przypadku uwagami nad sposobami leczenia, dziś używanémi przy pęknięciach macicy podczas porodu, a mianowicie: 1) ukończenie porodu drogą naturalną z drenowaniem jamy poza pęknięciem *resp.* jamy brzusznéj, lub bez drenowania; 2) laparotomija i 3) wycięcie macicy wraz z jéj dodatkami. Wprawdzie statystyka dotąd wykonanych operacyj wycięcia macicy przy jéj pęknięciu nie jest zachęcającą, gdyż na 12 przypadków, śmierć nastąpiła u 8, to jednakże pomyślnie zakończone przypadki Sławiańskiego, Krassowskiego i naszego autora mogą zachęcać do zastosowania téj operacyi w tych przypadkach, gdzie życiu choréj z powodu pęknięcia macicy grozi wielkie niebezpieczeństwo.

Braun St. O cięciu cesarskiem wykonanem na karlicy według metody Porry. Przeg. lek. N. 2, 4 i 5. Str. 23. 55. 69.

Dnia 28 listopada 1887 r. zgłosiła się do kliniki prof. Maduro-wicza w Krakowie, karlica (120 ctm. wysoka), 36 lat mająca, u któréj rozpoznano: że jest pierwszy raz w ciąży, położenie płodu czaszkowe 2-gie, nieustalone, płód żyje a okres ciąży odpowiada początkowi 10-go miesiąca księżycowego. Nadto przyjęto, że to położenie nieustalone w tak późnym okresie ciąży u pierwiastki pochodzi ze zwężenia znacznego miednicy: wzgórek kości krzyżowéj nizko umieszczony i z łatwością dający się palcem dosięgnąć, a wymiar prosty przekątny (*conjugata diagonalis*) długości 7½ ctm. Miednica zaś przy mierzeniu okazała się ścieśnioną we wszystkich wymiarach, a główniej w wymiarze prostym wchodu; jedném słowem miednica płaska, ogólnie ścieśniona, krzywicowa. Wreszcie chora przedstawiała wyraz twarzy głupowaty, a nadto miała naciek w szczytach płuc. Zważywszy, że główka płodu miała rozmiary główki płodu prawie donoszonego, zaś wymiary miednicy znacznie mniejsze, niż prawidłowe i nie odpowiadające wymiarom główki, można było na pewno twierdzić, że poród u téj kobiety nie może odbyć się siłami natury.

Po tém orzeczeniu autor rozpatruje różne środki i sposoby do zapobieżenia i zwalczenia niestosunku porodowego służące i ostatecznie wybierając z dwojga złego mniejsze, oświadcza się raczéj za cięciem cesarskiém niż za wymóżdżeniem. Postanowiono zatém wykonać cięcie cesarskie dla wskazania względnego, bo dla ominięcia wymóżdżenia żywego płodu, chociaż cięcie cesarskie nie stanowi w danym przypadku jedynego możliwego sposobu rozwiązania matki.

Daléj autor, odpowiadając na pytanie, według jakiéj metody dokonać należało cięcia cesarskiego, a mianowicie, czy metodą dawną, czy według Porro, czy téż według Saenger'a, podaje B. treściwie historyję i opis tych 3-ch metod, oraz wskazania do ich wyboru i tak motywuje wybór sposobu Porro w tym przypadku: „aby kobieta ta zna-

cznie osłabiona i z naciekiem w płucach, znajdująca się w późnym wieku, operowana metodą Porry była narażoną na mniejsze niebezpieczeństwo, zabezpieczona nadal od powtórnego zastąpienia, a tém samém powtórzenia operacyi niebezpiecznéj i nie obdarzała społeczeństwa dziećmi, które zrodzone z matki głupkowatéj i suchotnicy, nie przyniosłyby mu wielkiego pożytku". Ma to służyć za usprawiedliwienie, iż pomimo braku właściwego wskazania do użycia metody Porro, jednakże sposób ten w tym razie wybrano. Nieco wyżéj bowiem autor mówi, że metoda Porro obecnie ograniczoną została do następujących tylko przypadków: 1) jeżeli dla znacznego ścieśnienia lub zabliźnienia szyjki i pochwy odchody połogowe nie mogą swobodnie odpływać z macicy; 2) jeżeli macica zajęta jest nowotworem złośliwym; 3) jeżeli podczas porodu rozwinęło się zakaźne zapalenie błony śluzowéj macicy.

Dnia 30 listopada zaraz po zjawieniu się bólów porodowych dokonano operacyi, wydobyto płód żywy; po podwiązaniu więzadeł szerokich poniżéj jajowodów i jajników aż do ujścia wewnętrznego macicy, odcięto macicę, tworząc z pozostałego kikuta klin, którego brzegi zespojono czteropiętrowym szwem ciągłym, z katgutu chromowego, w kierunku prostym wchodu miednicy i zapuszczono do jamy brzusznéj. Operacyja trwała 6½ godziny. Przebieg po operacyi nie pozostawiał nic do życzenia. Operowana opuściła klinikę wyleczona w d. 4 stycznia 1888 r.

Braun St. Nowy przypadek cięcia cesarskiego, dokonanego na karlicy według metody Saenger'a z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu. Przegl. lek. N. 34. Str. 441.

Bardzo podobny do poprzedniego przypadek operowano w téjże saméj klinice d. 8 czerwca 1888 r. Karlica [długość ciała 120 ctm.], 24 lat licząca, pierwiastka, w 10 miesiącu księżycowym ciąży będąca; z powodu znaczniejszego zwężenia miednicy (*conjug. diagonalis* 9 ctm.), ogólnie ścieśnionéj, płaskiéj, krzywiczéj, przy położeniu płodu czaszkowém, po wykluczeniu możebności porodu siłami natury, dla ominięcia wymóżdżenia płodu żywego, postanowiono ze wskazania względnego wykonać cięcie cesarskie według metody Saenger'a „gdyż ciężarna była dobrze odżywianą, silną, zdrową, o inteligencyi odpowiadającéj jéj stanowisku społecznemu". Gdy przy pierwszych bólach porodowych nagle wody płodowe odeszły, przystąpiono niebawem do operacyi. Cięcie w macicy zespojono trzypiętrowym szwem ciągłym katgutowym. Operacyja trwała godzinę, w tém od przecięcia powłok brzusznych do wydobycia żywego płodu upłynęło 26 minut. Przebieg po operacyi wyborny; operowana opuściła klinikę dnia 14 lipca.

Wroczyński Cz. Płód o dwu głowach. Wydobycie po uprzedniem oddzfeleniu jednej głowy. Gaz. lek. N. 48. Str. 1030.

Notatka o przebiegu porodu 5-ty raz rodzącéj, u któréj bóle porodowe od 24 godzin ustały. Po daremnych usiłowaniach wydobycia przodującéj główki płodu kleszczami, autor postanowił odprowadzić główkę [?!] dla zrobienia obrotu na nóżki, lecz gdy i to okazało się niemożebném odcięto główkę [bez wymóżdżenia] i zapomocą haka pociągano za tułów płodu lecz bezskutecznie. Wtedy W. przystąpił po raz drugi do obrotu na nóżki i dopiero wtedy przekonał się, że płód ma drugą głowę; wydobycie za nóżki nie przedstawiało żadnych trudności. Obie głowy średniéj wielkości, prawidłowo rozwinięte, między główkami sterczała trzecia rączka do góry; pępowina jedna.

Sielski F. Antypirin jako środek kojący bóle porodowe. Wiad. lek. Zesz. 10 str. 289.

Krótkie doniesienie tymczasowe, w którém autor wyznaje, że nigdy nie mógł się zdecydować na stosowanie przy porodach prawidłowych któregokolwiek z zalecanych leków, mających uśmierzać zbyt silne bóle porodowe. W ostatnich dopiero czasach zaczął podawać rodzącym *antypirin* „i z wielkiem zadowoleniem przekonał się, że takowy przewyższa pod wielu względami wszystkie dotychczas zalecane leki". A do przekonania tego doszedł, podając antipyrinę po 1 grm. [co kilka godzin] trzem rodzącym na czasie i jednéj roniącéj w 4-ym miesiącu ciąży.

Sielski T. Przyczynek do operacyjnego leczenia przodopochylenia macicy. Wiad. lek. Zesz. 12. str. 354—360.

Autor na sporne dotąd pytanie: kiedy właściwie możemy i mamy prawo mówić o macicy, że jest patologicznie pochyloną ku przodowi, taką daje odpowiedź: „Macica pochylona ku przodowi bywa wogóle powiększoną, twardszą, wyprostowaną a jama rozszerzoną i wydłużoną. Powiększona część pochwowa macicy bywa skierowaną ku tyłowi i ku górze [ku kości krzyżowéj], i w tém położeniu silniéj niż w stanie prawidłowym ustaloną. Ciało macicy zaś leży stale skierowane dnem ku przodowi, na przedniém sklepieniu i na pęcherzu".

„Leczenie przy przodopochyleniu macicy wymierzone głównie przeciw *metritis chronica* et *parametritis posterior*, daje najczęściéj dobre wyniki; zwykle następuje wyzdrowienie. Są jednak przypadki, aczkolwiek rzadkie, które mimo stosowania wszelkich zalecanych i zresztą racyjonalnych środków leczniczych, okazują się bardzo uporczywemi". Taki właśnie przypadek S. opisuje, a dotyczy on kobiety 25 lat liczącéj, która 3 razy na czasie rodziła, a 2 razy roniła. „Ponieważ

wszelkie usiłowania utrzymania macicy w położeniu średniém za pomocą mechanicznych środków podpory nie odniosły pożądanego skutku, a nawet często większą szkodę niż pożytek przynosiły, a więc dla chorej nie były obojętnémi, przeto nie pozostawało nic innego, jak usiłować osiągnąć to, czego zapomocą krążków i innych zabiegów osiągnąć nie było można, za pomocą operacyjnego zabiegu". W tym celu autor skrócił przodową ścianę pochwy przez wycięcie błony śluzowéj w kształcie owala lecz nie podłużnego (jak przy *colporrhaphia anterior*), lecz poprzecznego, i zeszycie brzegów rany. Wynik operacyi miał być pod każdym względem dobry.

Braun St. Przypadek tyłozgięcia i uwięźnięcia macicy przez włókniak podśluzowy. Wyłuszczenie włókniaka. Wyzdrowienie. Przeg. lek. N. 39. Str. 503.

Jest to opis przypadku uwięźnięcia macicy, powiększonéj przez włókniaki podśluzowe, rozszerzające jamę, a przeto i objętość macicy, nie dającéj się do jamy brzusznéj odprowadzić z powodu rozlicznych zrostów otrzewnéj macicy z otoczeniem, a który to przypadek został wyleczony przez wyłuszczenie tych guzów od strony pochwy. Przypadek ten spostrzegano i operowano w klinice położniczo-gynekol. prof. Madurowicza w Krakowie. Kobieta, 30 lat mająca, od 9 lat zamężna, nigdy nie rodziła i nie roniła, od roku miesiączkowała co 2 tygodnie bardzo obficie bez bólów; od 3-ch tygodni zauważyła powiększenie brzucha i coraz większą trudność w wydalaniu moczu i zaparcie stolca. Po wypuszczeniu 4 litrów moczu, badanie przez pochwę i odbytnicę doprowadziło do rozpoznania uwięźnięcia macicy zgiętéj ku tyłowi i prawdopodobnie przez ciążę powiększonéj i przystąpiono w narkozie chloroformowéj do odprowadzenia macicy do jamy brzusznéj, lecz gdy to się nie powiodło, ograniczono się do podawania środków kojących. W 3 tygodnie chora opuściła klinikę ze znacznem polepszeniem i rozpoznaniem włókniaka podśluzowego macicy. We dwa miesiące później chora znowu powróciła i wtedy „rozcięto całą torebkę i guz aż do podstawy, a w szczelinę pozostałą założono paski gazy jodoformowéj. Dnia 3-go znaleziono guz ten w całości obniżony do pochwy, który po ściągnięciu ku dołowi w zupełności dał się wyłuszczyć i odciąć w 2-ch posiedzeniach".

Święcicki. Wyłuszczenie szerokopodstawnego śródściennego mięśniaka szyi macicznej. Przeg. lek. N. 2. Str. 37.

Kobieta, 36 lat licząca, od 13 lat zamężna, 6 razy rodziła, ostatni raz przed 6 laty, od tego czasu miesiączkowanie obfite, dochodzące do krwotoków, co zniewoliło S. do wyłyżeczkowania błony śluzowéj macicy przed 2-ma laty.

W 2 lata później konstatowano, „guz wielkości pięści dorosłego człowieka wypełniający zupełnie pochwę, wychodzący z całéj tylnéj ścianki szyi macicy“. Guz ten odcięto; przebieg po operacyi był w pierwszych dniach zakłócony dokuczliwémi bólami, jakich operowana doznawała w podbrzuszu. W końcu autor zwraca uwagę na to, że tak znaczne *fibroma interparietale cervicis uteri* wytworzyło się w przeciągu jednego roku, gdyż przed 2-ma laty istniała jedynie *endometritis glandularis*. Wreszcie przestrzega, ażeby ostrożnie pociągać za nowotwór, z szyjki macicznéj biorący początek, gdyż bardzo łatwo może nastąpić jéj rozdarcie.

Barącz R. Przypadek wyłuszczenia macicy przez pochwę. Przegl. lek. N. 22. Str. 301.

Opis przypadku *carcinomatis portionis vaginalis et colli uteri et fornicis postici et dextri vaginae*, u kobiety, od roku już nie miesiączkującéj, u któréj dokonano wycięcia macicy przez pochwę po poprzedniém nacięciu obu warg sromowych większych (*episiotomia*). W uwagach końcowych podaje autor wszystko, co w tym przypadku na uwagę zasługuje; dla tego też uwagi te prawie w całości tu podajemy. Macica była prawie nieruchomą z powodu wielkości nowotworu, który zajmował szyję macicy na całéj jéj długości; był on bardzo kruchym i rozpadłym, pochwa była wązka i ztąd trudności operacyjne bardzo znaczne. Grube nici jedwabne, przeprowadzone jako pętle częściowo przez nowotwór, przeważnie zaś przez zdrowy brzeg utkania pochwy, stanowiły najlepsze i jedynie użyć się dające narzędzie do pochwycenia nowotworu. Ani pęcherz moczowy ani też moczowody nie uległy zranieniu. Leczenie następcze powikłaném było przez często powtarzające się wymioty przez 6 dni po operacyi. Przypadek ten poucza, że nawet przy bardzo znaczném zajęciu sprawą nowotworową szyi macicy, tak że jest ona prawie nieruchomą, możemy uskutecznić z korzyścią doszczętne wyłuszczenie macicy przez pochwę. Chora w 4 tygodnie po operacyi szpital opuściła, a w pół roku później miała się mieć jeszcze zupełnie dobrze.

Bylicki Wł. Kilka słów o wynicowaniu macicy i przypadek wyleczenia go. Przegl. lek. N. 2 i 4. Str. 19 i 51.

W tych „kilku słowach“ kreśli autor treściwie znane poglądy, dotyczące przyczyn wywołujących, warunków powstawania, anatomii patologicznéj, objawów, przebiegu, rozpoznania i leczenia wynicowania macicy połogowéj (*inversio uteri puerperalis*). Kończy zaś swoją pracę przeglądem sposobów odnicowania macicy i opisem następującego przypadku. Kobieta, 23 lat mająca, przed 6 miesiącami raz tylko rodziła i od tego czasu krwawiła. Badanie wykazało wynicowanie macicy

tworzące obrzęk wielkości gruszki bery. Leczenie polegało na stopniowo coraz większém wypełnianiu pochwy macicznéj kolpourynterem, codziennie zwiększając zawartość w nim wody, aż do 500 grm. W tydzień dopiero po rozpoczęciu takowego leczenia przystąpiono do odprowadzenia dna macicy palcami, lecz się to nie udało. I druga taka próba, w 7 dni po pierwszéj przedsięwzięta, pozostała bez skutku. W 3 dni późniéj wykonano próbę z przytrzymaniem szyi przez uchwycenie przodowéj i tylnéj wargi kleszczykami Museux'a, i współczesném wpychaniem dna; choréj tym razem nie usypiano, lecz ułożono ją *à la vache*. „Odnicowanie wprawdzie także się nie powiodło, lecz przekonano się, że w tém położeniu choréj można wypełnić szyję gazą jodoformową, aby utrzymać dno ponad ujściem zewnętrznem, co też B. uczynił, poczém przytrzymując gazę w szyi dwoma palcami i naciągając kleszczykami, odwrócono chorą na wznak, a po zdjęciu kleszczyków i ustaleniu wklęsłego dna macicy przez powłoki brzuszne, założono kolpourynter obok palców, tym razem wypełniany 775 grm. wody." W 3 godziny potém wystąpiły gwałtowne bóle w krzyżu i parcie, które po 3-ch godzinach zupełnie ustały, a nazajutrz po usunięciu kolpouryntera i gazy z pochwy, przekonano się, że macica została zupełnie odnicowaną.

Autor z opisu tego przypadku wyprowadza dla leczenia wynicowania macicy takie wnioski: 1) Potrzeba przedewszystkiém umożebnić kolpourynterowi działanie na wynicowaną część macicy w kierunku środka szyi. 2) O ile to tylko da się uskutecznić, należy częściowo odprowadzone dno ponad ujściem zewnętrznem starać się ustalić, do czego w danym przypadku użyćby można zalecanego nawet przez Emmet'a szwu ujścia zewnętrznego.

Matlakowski Wł. Zestawienia 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (szereg drugi). Gaz. Lek. N. 44—47. Str. 934. 955. 974. 993.

Jest to drugi szereg 25 laparotomij (zob. Przegląd piśmienn. lek. polsk. za r. 1887 w Pam. Tow. lek. Warsz. z 1889 r.), nietylko dokonanych w szpitalu, lecz i w praktyce prywatnéj. W ten sposób przedstawia autor całość wszystkich przez siebie dokonanych laparotomij, pozostaje tylko kilka tém zestawieniem nie objętych z powodu powikłań (*ileus*, zapalenie otrzewnéj), które osobno w przyszłości M. ma zamiar podać do druku. Ten nowy szereg składają:

I. Pięć wycięć przez pochwę. W 4-ch przypadkach dokonano wycięcia macicy z powodu raka części pochwowéj, a w jednym z powodu zupełnego wypadnięcia macicy, pochwy i pęcherza moczowego. W pierwszym przypadku (spostrz. XXVI) operacyja poszła gładko i przebieg po operacyi zupełnie pomyślny, tak, że operowana w 3 tygodnie wstała z łóżka a w 1 ½ r. późniéj jeszcze cieszyła się zupełném

zdrowiem. (O ile mi wiadomo regenaracyja raka obecnie nastąpiła; zatém w 4 przeszło lata po operacyi. *Spr.*).

W 2-im przypadku dokonano operacyi w celu palijatywnym, bowiem zamiast części pochwowéj istniało owrzodzenie kraterowate z twardém dnem, w sklepieniu tylném wyczuwało się nacieczenie, niepozwalające na zupełne ściągnięcie macicy; gruczoły chłonne w pachwinach nieco powiększone. Operacyja była mozolna i trudna, krwawienie obfite; mimo to przebieg był dość dobry. Ścieńczała część ściany pęcherza moczowego uległa zgorzeli, ztąd przetoka pęcherzowo-pochwowa, którą następnie zeszyto.

W 3-im owrzodzenie części pochwowéj, szerzące się zarówno w kanał szyjki macicznéj, jak i nazewnątrz ku sklepieniom, macica niebardzo dawała się ściągnąć na dół, pochwa ciasna, krocze niepodatne. Przebieg wogóle dobry. W kilka miesięcy potém chora z powodu manii pomieszczoną została w zakładzie dla obłąkanych.

W 4-ym przypadku nowotwór ściśle ograniczał się do wargi przodowéj macicy, która zresztą była zupełnie prawidłową. Przebieg bez gorączki; w 3 tygo dnie chora opuściła Warszawski dom zdrowia gdzie była operowaną.

II. Cztery miomotomije.

1-sza z powodu mięśniaka, wychodzącego z samego dna macicy, z prawéj strony o szerokiéj i krótkiéj szypule, grubości 4-ch palców. Guz ważył 850 grm., cały był złożony z oddzielnych guziczków wielkości orzecha, powstałych ze splecenia pęczków włókien mięsnych. Po otwarciu jamy brzusznéj wraz z płynem surowiczym (kilkanaście uncyj) wypłynęły „cztery wielce oryginalne pęcherzyki, przypominające bardzo swym kształtem i przezroczystością pęcherze rybie". Przebieg bez gorączki, wymiotów i boleści.

2-ga. Guz ogromny wraz z macicą (*hysterectomia*) został wycięty. Chora przez cały miesiąc gorączkowała aż do odejścia przewiązki z obumarłym kikutem.

3-ia. Guz wielkości główki noworodka wycięto, szypułę jego zeszyto kilkunastu szwami i do jamy otrzewnéj wpuszczono.

4-ta. *Myoma intraligamentosum lacunare*; *excisio partialis per enucleationem*; *sanatio*. Przypadek wielce na uwagę zasługujący, tak ze względu stosunków anatomicznych, jako też saméj techniki operacyjnéj, wielkie nastręczającéj trudności. Szczegółowy opis tego przypadku nie nadaje się do streszczenia; dla tego też ciekawych odsyłamy do oryginału (Gaz. lek. 1888. N. 45. Str. 955—958).

III. Czternaście owaryjotomij.

W 5 przypadkach istniała *kystoma ovarii*, a w jednym z nich obu jajników, oba też wycięto, lecz operowana 12-go dnia zmarła z zapalenia otrzewny. W 4-ch przypadkach istniała *cystis dermoidalis*; wszystkie

operowane wyzdrowiały. U jednéj zwyrodnienie dotyczyło obu jajników, a nadto zawartość jednego torbielaka wielokomorowego „stanowił tłuszcz gęsty, zastygły, uformowany w gałki, zupełnie kuliste, gładkie, jednakowéj wielkości, mniéj więcéj rozmiarów galasówki, dające się łatwo rozgniatać i przylepiające się do naczynia; takich gałek było około tysiąca, pływały one w cieczy brudnoszaréj". W drugiéj komórce zawartość była płynną, obrzydliwie brudno-szarą, podobną do grochówki; w 3-iéj również płynną, na pół przezroczystą pięknéj żółtéj barwy; po wylaniu zastygła ona w massę tłuszczową, podobną do smalcu gęsiego; w 4-éj zawartość na pół stężała szaro-brudna z włosami. Szypuła zaś torbieli drugiego jajnika była 7 razy skręconą na około swéj osi.

W jednym przypadku wycięto kolosalny guz, ważący 31 funtów, przedstawiający zwyrodnienie rakowate torbieli, a nadto znaleziono wtórne nowotwory w sieci i w otrzewnéj ściennéj. Chora nazajutrz po operacyi zmarła. W jednym operowano po uprzedniém rozpoznaniu raka, którego regeneracyja bardzo szybko nastąpiła.

W 3-ch wreszcie przypadkach miano do czynienia, z *cystes colloideae*, z tych raz obu jajników; z 3-ch operowanych jedna zmarła w 3 tygodnie po operacyi, w skutek przewlekłego zapalenia otrzewnéj.

IV dział obejmuje tylko jedno spostrzeżenie, a mianowicie: wycięcie jajnika przy nerwowości u kobiety 42 letniéj, od kilku lat zamężnej, lecz bezdzietnej. Okazało się podczas operacyi, że oba jajniki było torbielowato zwyrodniałe: prawy przedstawiał guz torbielowy wielkości jaja gołębiego, a lewy wielkości orzecha włoskiego.

V wreszcie dział stanowi jedna laparotomija badawcza, dokonana przy *cysto-sarcoma utriusque ovarii*; *exsudatum serosanguinolentum in cavo peritonei.*

Winawer A. O zastosowaniu elektryczności w gynekologii. Metoda prof. Apostol'iego. Kron. lek. N. 7. str. 438—445.

Zwięzły opis przyrządów i narzędzi, używanych w klinice prof. Apostoli'ego w Paryżu, jako też wyliczenie wszystkich wskazań, jakie prof. A. autorowi osobiście podał; wreszcie W. podaje prawidła, jakie mieć na uwadze należy, przy stosowaniu elektroterapii gynekologicznéj.

Stroynowski E. O zastosowaniu mięsienia w chorobach kobiecych, mianowicie przy wypadnięciu macicy całkowitém, metodą Thure Brandta. Przeg. lek. N. 37. Str. 477.

Opis dwóch przypadków wypadnięcia macicy, wymienionym sposobem wyleczonych, poprzedza autor zarysem dziejów téj metody,

podaniem wskazań do jéj stosowania, i opisem saméj techniki wykonania. Ze względu, że są to dane powszechnie już znane, powtarzać ich tu nie będziemy. Zwracamy jedynie uwagę na same wskazania, do zastosowania mięsienia, któremi są: 1) źle zwinięta macica (*involutio incompleta*), 2) długotrwały obrzęk macicy (*metritis chronica*), 3) wypociny w więzadłach szerokich, 4) krwiak zamaciczny (*haematocele retrouterina*), 5) opadnięcie macicy (*prolapsus uteri*). Najważniejszym zaś warunkiem jest ustanie wszelkich objawów ostrego zapalenia, a przeciwwskazaniem: ciąża, podejrzenie o gruźlicę, ropne zapalenie macicy lub też jajowodów (*gonorrhoea*). Wreszcie musi być wprzód dokładnie ustaloném rozpoznanie, w jakim stanie znajdują się wszystkie narządy miednicy małéj i że mięsić może tylko lekarz i to taki, który jest dokładnie wyćwiczonym w badaniu narządów płciowych kobiety.

Jordan H. O Thure Brandtcie i jego metodzie leczenia cierpień ginekologicznych. Przeg. lek. N. 43 i 44. Str. 551 i 564.

Autor na podstawie tego, co spostrzegał u wynalazcy téj metody w Stokholmie, skreślił w ogólnych zarysach zasady i wartość téj metody z przeświadczeniem o jéj użyteczności, powołując się co do tego ostatniego na zdanie Schultze'go, Profanter'a, Schauta, Preuschen'a i innych.

Sękowski Wł. Hydrastis canadensis przeciw krwotokom macicznym. Gaz. lek. N. 12. Str. 249.

W t. z. „Notatkach lekarskich" autor donosi, iż „od lat kilku używa z pewném powodzeniem wymienionego leku w rozlicznych krwotokach macicznych". W jednym przypadku, którego S. pobieżny opis podaje, u osoby 52 lat mającéj, krwotok maciczny przy użyciu *hydr. canad.* stopniowo się zmniejszał i 4-go dnia całkiem ustał, lecz po 3-ch dniach zjawił się znowu jeszcze obfitszy; wtedy połączono *extr. fluid. hydr. canad.* c. *extr. secal. cornuti* 15:1. Po 3-ch dniach użycia téj mieszanki po 15 kropel 3 razy na dzień, krwotok ustał na 3 tygodnie. W tym więc przypadku, mówi S. „*hydr. canad.*, jeżeli nie sprowadziło nowego nawału krwi, jak chce Jermans, to przynajmniéj nie powstrzymało go".

Arnstein. W sprawie stosowania hydrastis canadensis przeciw krwotokom macicznym. Gaz. lek. N. 19. Str. 397.

Z powodu powyższego A. podaje wyniki i wnioski, do jakich doszedł w ciągu lat dwóch przepisywania tego leku, a mianowicie, że *hydr. canad.* bardzo mały ma wpływ na powstrzymanie krwotoków macicznych różnego pochodzenia, że przetwory sporyszu o wiele przewyższają w działaniu *hydr. canad.*, że zatém lepiéj trzymać się da-

wniejszego, a pewnego środka, aniżeli uganiać się za nowym lekiem, który najczęściéj zawodzi.

Podane powyżéj przez S. spostrzeżenie stwierdza ten pogląd A., albowiem krwotok ustał dopiero wtedy, gdy *hydr. canad.* połączono z *extr. secal. cornuti.*

Mars A. Kilka uwag nad badaniem ginekologicznem za pomocą palca. Przegląd Lek. N. 27 i 28. Str. 361. 374.

Autor wychodząc z założenia, że palec badający jest przyrządem rozpoznawczym, którym się najwięcéj posługujemy, a jednakże w dziełach gynekologicznych tak mało uwagi poświęcano jego własnościom, postanowił przez skreślenie tych „kilku uwag“ brakowi temu zaradzić. Jest to umiejętnie spisany wykład, z którego czytelnik dowie się, że przy badaniu palcem nie należy używać siły, lecz ile możności delikatnie badać, albowiem im delikatniéj się bada, tém dokładniéj można wyczuć części badane. Daléj, że są własności wszystkim palcom wspólne i własności osobnicze; że ważną role odgrywa ułożenie osoby badanéj; że palec badający ma już to pewne przyrodzone własności, z którémi przy badaniu liczyć się należy, już też to, że wpływy, od zewnątrz działające, często zmieniają delikatność i czułość wrażeń wśród badania otrzymywanych; że jeżeli badamy kształty macicy, wyczuwamy je bardzo dokładnie, podczas gdy pęcherza moczowego, albo pętli jelita nie czujemy wcale; że opuszką palca czujemy najwyraźniéj, bocznémi ścianami palca mniéj wyraźnie, a grzbietem jego najmniéj wyraźnie i t. p. Z wniosków zaś, jakie autorowi nasuwają się z jego pracy, dowiadujemy się, że:

1) Kwestyja własności palca używanego do badania gynekologicznego jest dość poważną, aby jéj w dziełach poświęcono więcéj uwagi niż dotychczas.

2) Należy ją uwzględniać w wykładach klinicznych i wśród ćwiczeń w badaniu gynekologicznem.

3) Każdy gynekolog powinien ręce swe pielęgnować, używać jednego środka dezinfekcyjnego do mycia i jednakowo zawsze miéć obcięte paznogcie.

4) Im ciało badane jest miększe, podatniejsze, drobniejsze, powinien tém dokładniéj badać i tém więcéj skupiać uwagę wśród badania, a nigdy nie używać siły.

5) Ilekroć rozchodzi się o ocenienie odległości ścian szczeliny, do któréj palec wprowadzamy, powinien miéć badający na uwadze różnicę unerwienia palca na stronie jego dłoniowéj i grzbietowéj i posługiwać się do oceniania bocznémi okolicami palca, które są więcéj jednakowo unerwione.

6) Nie należy w ważniejszych przypadkach zadawalać się jednorazowém badaniem, lecz powtórzyć badanie po pewnym czasie dla stwierdzenia rozpoznania.

7) Należy już to ćwiczyć się w badaniu w różném ułożeniu osoby badanéj, już téż w praktyce badać przypadki ile możności w jednakowém ułożeniu.

Rosenthal J. Stół operacyjno-gynekologiczny. Gazeta Lekarska. N. 35. Str. 750.

Jest to stół pomysłu autora: cały żelazny, olejno pomalowany, z blatem rozsuwanym, nieco wklęsłym i pochylonym ku przodowi, tak, że woda z boków i z góry stołu spływa do naczynia miedzianego cynkowanego, umieszczonego w ramie szuflady na przodzie stołu. Autor sądzi, że stół jego „nie posiada żadnych zawias, kątów, zagłębień i t. p.“ tymczasem na załączonym rysunku tyle przedstawia się w rozmaitych kierunkach przebiegających prętów, zagłębień dla stóp i kolan, tyle szrubek, szarnierów, rolek i t. p. że dziwić się wypada, iż autor tego wszystkiego nie dostrzegł. A owa szruba z korbą umieszczona na kole zębatém, służąca do rozsuwania dwóch części blatu, czyż nie przedstawia mnóstwa zagłębień, których nawet do sucha wycierać nie można, bo szruba przeraźliwie by piszczała lub całkiem w ruch wprowadzić by się nie dała? Jedném słowem jest to stół posiadający zalety i wady wszystkich o złożonym mechanizmie stołów operacyjnych.

IX. OKULISTYKA.

Sprawozdawca

Bol. Gepner (syn).

M. Kępiński. Zapalenia łącznicy. Wskazówki praktyczne przy ich rozpoznawaniu i leczeniu. Kron. Lek. Str. 61. 119.

We wstępie autor mówi o zmianie w poglądzie na choroby łącznicy oka pod wpływem nauki o grzybkach chorobotwórczych. Powstawanie niektórych spraw chorobowych zostało obecnie jaśniéj pojętém a i wskazania stały się racyjonalniejszémi, bo przyczynowémi. Różnym badaczom udawało się określić gatunki grzybków, spotykane stale przy téj lub owéj chorobie łącznicy, swoistość ich jednak pozostaje dotychczas sporną wobec niepewnych prób szczepień na zwierzętach lub ludziach. Po krótkiéj ogólnéj charakterystyce chorób łącznicy, autor opisuje treściwie budo-

wę téj błony, poczém przechodzi do czysto praktycznéj strony pracy. W rozdziale, zatytułowanym „Badanie chorego“, mówi o cechach charakterystycznych dla choroby oka a w szczególności łącznicy, jako też wogóle o sposobach badania. W rozdziale następnym autor kładzie nacisk na hygienę ogólną i miejscową przy chorobach łącznicy, wylicza głównie używane środki lecznicze, ich dawki i sposób stosowania, wskazania i przeciwwskazania przy normalnym przebiegu spraw chorobowych, jako też i przy ich powikłaniach, opierając te uwagi głównie na własném doświadczeniu.

W części szczegółowéj autor rozbiera następujące sprawy: 1) Przekrwienie łącznicy (*Hyperaemia conjunctivae, Hyperhémie conjonctivale*). 2) Zapalenie łącznicy kataralne czyli nieżyt łącznicy (*Conj. catarrhalis v. simplex. Conjonctivite simple ou catarrhale*). 3) Zapalenie śluzoropne czyli śluzotok łącznicy (*Conj. blennorrhoica v. purulenta. Conj. purulente*). Autor podaje wyczerpujący obraz kliniczny i przebieg danéj choroby, z uwzględnieniem anatomii patologicznéj, etyjologiją oraz leczenie.

Praca ta w roku sprawozdawczym jeszcze do końca doprowadzoną nie została.

Dr. Zygmunt Kramsztyk. Szczypczyki do wyciskania ziarn jaglicowych ze spojówki. Przegląd Lek. N. 38. Str. 494.

Autor stosuje od pewnego czasu wyciskanie ziarn jaglicowych na większą skalę i jest z wyników zupełnie zadowolony. Czyste torebkowe zapalenie spojówki (*Conj. follicularis*) daje się w ten sposób wyleczyć w krótkim czasie, a nawet w sprawach powikłanych rękoczyn ten przyspiesza wyzdrowienie. Do wyciskania torebek autor wymyślił narzędzie wzorowane na szczypczykach Desmarres'a, z tą odmianą, że oba ramiona kończą się obrączką gruszkowatą o gładkich, wyszlifowanych powierzchniach. Autor przyznaje, że narzędzie to potrzebuje jeszcze udoskonalenia, ale już takiém, jakie ono jest w pierwotnéj swéj formie, można się z korzyścią posługiwać.

Dr. Z. Kramsztyk. O potrzebie oddzielnych zakładów leczniczych dla chorych na jaglicę. Przegląd Lek. N. 43. Str. 558.

Chorzy na jaglicę stanowią u nas około połowy wszystkich chorych na oczy, a wobec powolności leczenia téj choroby, stanowią stały ciężar wszelkich zakładów leczniczych. Pomimo, że sprawa leczenia jaglicy jest traktowana po macoszemu w porównaniu z innémi chorobami oczu, posiadamy nie jeden sposób terapeutyczny lub chirurgiczny, który pozwala co najmniéj przynieść ulgę choremu. Z tém wszystkiém nieraz się zdarza, że uporczywa ta sprawa chorobowa nie ustępuje pomimo leczenia, a natomiast stan chorego znakomicie się poprawia, jeśli chory wyjedzie na wieś

i na świeżém powietrzu, przy rzecznych kąpielach czas jakiś przebędzie. Wobec tego autor zwraca uwagę na pożyteczność zakładania na wsi oddziałów dla chorych na jaglicę. Oddział taki mógłby przyjmować i innych chorych na oczy, choćby i do operacyjnego leczenia, a przebieg wszelkich spraw byłby z pewnością lepszym przy dobrych hygienicznych warunkach oddziału wiejskiego, aniżeli w przepełnionych zawsze miejskich zakładach leczniczych.

Kazimierz Noiszewski (Dynaburg). **Lipomo-fibroma. Excentratio orbitae.** Gaz. Lek. N. 4. Str. 85

Autor operował u osoby 19-o letniéj nowotwór usadowiony w lewym oczodole, a rozpoznany jako lipomo-fibroma. Nowotwór rósł w ciągu lat 12-tu, wywołując stopniowo coraz większe wypchnięcie gałki ku przodowi i ku wewnątrz. Działalność mięśni oka zachowana; tęczówka czuła na światło, ezerynę i atropinę. Ślepota oka lewego od lat 7-iu. Niedowład nerwu twarzowego. Nowotwór twardy, brudno-żółtéj barwy, rozwinął się z osłon pozagałkowéj części nerwu wzrokowego. Badanie drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie. Skutkiem znacznéj objętości nowotworu lewy oczodół znacznie większy od prawego, a cała lewa połowa twarzy dłuższa i grubsza od prawéj.

J. Przybylski. Kilka przypadków kosmków źrenicowego brzegu tęczówki. Gazeta Lek. N. 5. Str. 106.

Autor podaje 4 przypadki téj wady rozwojowéj tęczówki, polegającéj na przeroście warstwy barwnikowéj téjże błony. Poprzednio ogłoszono już 8 podobnych przypadków. Autor proponuje nazwę: „*Villositates congenitae strati retinalis marginis pupillaris iridis*“, zamiast dawnych: *Papilloma iridis* [Colsmann] i *Ectropium uveae congenitum* [Hirschberg], jako niedosyć dokładnie określających tę wadliwość budowy.

Dr. M. Konrad Rumszewicz. Przypadek przerostu fałdu półksiężycowego spojówki. Przegląd Lek. N. 37. Str. 479.

W literaturze ostatnich lat kilkunastu autor odnalazł opisy kilkunastu zaledwo przypadków prostego przerostu fałdu półksiężycowego, podczas gdy opisy nowotworów umiejscowionych na téj błonie częściéj się spotykają. Autor wspomina pokrótce o tych znanych przypadkach i opisuje szczegółowo własne spostrzeżenie. U osoby lat 32 na fałdzie półksiężycowym powstała narośl, około 1 cm. wysoka, 6 mm. szeroka a 2 mm. gruba, która przeszkadzała odpływowi łez i zamykaniu powiek. Autor usunął ją za pomocą nożyczek, a zbadanie drobnowidzowe przekonało, że to był prosty przerost fałdu półksiężycowego.

Dr. Franciszek Sroczyński. Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w oddziale okulistycznym prof. Rydla przy szpitalu ś-tego Łazarza w Krakowie z roku 1887—88. Przegl. Lek. N. 37. Str.

Oddział, o którym mowa, istnieje dopiero od roku i na początek posiada tylko 2 sale z 14 łóżkami. Z powodu złego oświetlenia sal na oddział ten nie przyjmowano chorych, wymagających leczenia operacyjnego; w przypadkach zaś, w których wdanie się chirurgiczne było nieodzownem, chorych przenoszono na klinikę okulistyczną.

W ciągu roku sprawozdawczego leczono chorych 181, z tych wyleczono 109, wypisano z poprawą 45, nieuleczonych wypisano 9, reszta pozostała na rok następny lub przeniesiona została na oddział kliniczny. Największa liczba chorych bo 51, dotknięta była jaglicą; w leczeniu jéj najlepsze rezultaty otrzymywano po wygniataniu. Leczenie wrzodów rogówki polegało na pilném przemywaniu oka rozczynem sublimatu $2^0/_{000}$, stosowaniu okładów ciepłych i atropiny, względnie pilokarpiny. Na 8 przypadków *keratitis suppurativa* tak leczonych raz tylko uciekano się do przekłucia rogówki i raz stosowano galwanokauter. W sprawozdaniu pomieszczono opis 3 ciekawszych przypadków, jako to: obustronnego wypadnięcia tęczówki, *keratitis neuroparalytica i neuroretinitis luetica.* Po szczegóły odsyłamy do oryginału.

J. Strzemiński. Przypadek wrodzonéj wadliwości oczu. Gazeta Lek. N. 38. Str. 813.

U trzytygodniowego dziecka autor spostrzegał następującą wadliwość budowy oczu. Szpara powiekowa prawéj strony stale przymknięta, większa i wyżéj położona niż po stronie lewéj. Dolna powieka mocno wypuklona i naprężona, szaro niebieskiéj barwy. Górna powieka prawidłowa. Pod dolną powieką wyczuwa się guz, zachodzący głęboko w oczodół a do oka prawidłowego całkiem niepodobny, koloru ciemno-niebieskawego, mięki, sprężysty, nie bolesny, nie zmieniający się przy ucisku ani pod wpływem tętna i pokryty zdrową łącznicą. Przyrząd łzowy prawidłowo rozwinięty.

Z lewéj strony *microphthalmus, microcornea et aniridia.* Duo oka nie daje się zbadać z powodu mętności cieczy.

Dziecko, zresztą prawidłowo zbudowane, przyszło na świat z tą wadliwością budowy oczu. Wywiady nie dają żadnych danych o jakichkolwiek zboczeniach ustroju rodziców i krewnych dziecka. Guz oka prawego rozpoznano jako torbiel.

Autor wspomina o 30 znanych przypadkach podobnéj wadliwości budowy oka, rozbierając niektóre z nich i podając teoryje, tłomaczące ich powstawanie.

Dr. J. Talko Badanie bystrości wzroku podczas zaćmienia słońca w Jarosławiu nad Wołgą. Przegląd Lek. N. 40. Str. 518.

Autor badał zmianę bystrości wzroku podczas zaćmienia słońca u osobnika mającego $V = \frac{50}{40}$. W półgodziny po rozpoczęciu zaćmienia nie było jeszcze żadnego obniżenia V; dopiero po 40 minutach zaczęła się ona zmniejszać i w chwili całkowitego zaćmienia zmniejszyła się o $2^1/_2$ razy ($V = \frac{20}{40}$). Z chwilą ukazania się pierwszych promieni słońca zpoza tarczy księżyca V poczęła wzrastać tak szybko, że w 5 minut później doszła już do stanu normalnego.

Dr. Bol. Wicherkiewicz. Zapalenie wiosenne rąbka spojówkowego. Przegląd Lek. N. 1. Str. 4.

„Zmiany, zachodzące w zapaleniu wiosennem, dotyczą przeważnie rąbka spojówkowego i przyległéj części spojówki gałkowéj. Rąbek spojówki znacznie się rozszerza i pokrywa wyniosłościami, pochodzącémi od nacieczenia tkanki, któréj naczynia są dość silnie nastrzyknięte". Przylegla część spojówki gałki jest też mocno obrzmiała i pokryta mięsistémi wypukłościami bladoróżowego koloru, ściśle przylegającémi do rogówki, względnie twardówki. Na spojówce górnéj powieki widać znaczne nabrzmienie brodaweczek. Wydzielina bywa często, nieraz nawet dość obfitą, nie jest jednak zjawiskiem stałém, to też autor radzi zmienić termin dany przez Saemisch'a: „nieżyt wiosenny" na „powrotne zapalenie wiosenne rąbka spojówkowego".

Chorzy skarżą się tylko na łzawienie, lekkie ciśnienie i światłowstręt. Objawy chorobowe trwają od 6 do 12 tygodni, poczém przechodzą bez śladu, nawet i bez leczenia, by po pewnym czasie znów powrócić. Przypadki choroby téj zdarzają się rzadko, częściéj wiosną niż w inną porę roku. Rokowanie byłoby zupełnie pomyślném, gdyby nie skłonność do powrotów. Upośledzenia wzroku nie bywa zresztą nigdy. Leczenie ograniczać się musi do usuwania światłowstrętu [ciemne okulary] i zmniejszania wydzieliny [leki ściągające]. Miejscowo autor stosował przyżeganie wypukłości termokauterem. U swego chorego autor miał sposobność spostrzegać już cztery powroty téj choroby, z których trzy zdarzyły się na wiosnę, a jeden na jesieni.

Dr. Ziemiński. O rażeniu krwawém ciałka szklistego u osób dorastających. Gazeta Lek. N. 4 i 5. Str. 69. 98.

Krwotoki do ciałka szklistego powstają pod wpływem spraw chorobowych ogólnych lub zmian miejscowych, przyczém albo ścianki naczyń albo krew sama bywają zmienione. U osób wieku późniejszego krwotoki śródoczne występują na podstawie zmian chorobowych ścian naczyń

krwionośnych (*Arteriosclerosis*); u chorych z zapaleniem stawów natury dnawéj; u kobiet po ustaniu miesiączki lub przy czasowém jéj zatrzymaniu. U 14-to letniéj dziewczyny np. autor spostrzegał w czasie przerwy w miesiączkowaniu krwotok do ciałka szklistego z powodu pęknięcia *Venae temporalis inferior retinae*. Siła widzenia ograniczona do liczenia palców z odległości 50 cm., dopiero po 8 tygodniowém leczeniu wróciła do normy.

U pięciu młodych ludzi w wieku od lat 15 do 22 autor spostrzegał znaczne wylewy krwi do ciałka. U czterech z tych chorych osłabienie wzroku następowało stopniowo w ciągu kilku dni do 2 tygodni, piąty zaś zaniewidział nagle. We wszystkich przypadkach dno oka nie było widoczne zaraz po powstaniu krwotoku. Dla ułatwienia rozpoznania między czarną zaćmą, oddzieleniem siatkówki i krwotokiem śródocznym, autor wskazuje na ważność obrazów Purkynie'go, zachowanych przy 2 ostatnich sprawach. Oprócz tego przy zaćmie czarnéj i krwotoku śródocznym, oświetlając wziernikiem do *maximum* rozszerzoną źrenicę, możemy otrzymać w jéj obwodzie obrączkę świetlną o barwie dna oka; przy oderwaniu siatkówki obrączka taka będzie przerywaną. Po upływie 2—3 miesięcy siła wzroku wspomnianych 5 chorych wróciła zupełnie lub prawie zupełnie do normy, w ciągu jednak następnych 4 miesięcy u 4 z tych chorych ponowił się krwotok w tém samém lub w drugiém oku, u jednego zaś krwotok powtórzył się trzykrotnie, prowadząc w końcu do oderwania siatkówki. W jednym przypadka z powodu objawów jaskry autor zrobił irydektomiję.

Autor rozbiera mniemania różnych badaczów co do pochodzenia krwotoków śródocznych i opierając się na spostrzeżeniu przez siebie, w dwu przypadkach skrzepu, będącego w związku z naczyniem żylném, oraz na widocznych objawach przepełnienia naczyń siatkówki, zgodnie ze zdaniem Abadie i Panas'a, a przeciwko Nieden'owi i Weeker'owi, uważa za źródło krwotoku naczynia żylne i włosowate siatkówki. Na mocy badania ustroju chorych jako téż i wywiadów, autor w następujących słowach określa etyjologiję krwotoku śródocznego, który przez podobieństwo do rażenia krwawego mózgu nazywa „rażeniem krwawém ciałka szklistego". „Krwotok śródoczny spowodowany być może obecnością samoistnego przerostu serca; jak już zauważono, nadmierny, nagły wzrost serca w tych przypadkach nie pozostaje w odpowiednim stosunku do wzrostu pozostałych części ustroju, a szczególniéj do wzrostu reszty układu naczyniowego. Samoistny przerost serca niezbyt często jednak spotyka się u młodzieży dotkniętéj ogólném rażeniem krwawém cieczy szklistéj. Poszukiwania staranne pozwalają nam orzec, że w większéj części przypadków zatrzymanie zbyt długie oraz rozkład kału w kiszkach wywołały u naszych chorych samozakażenie ustroju, sprowadziły zakażenie kałowe krwi (*stercoraemia*), które uważać należy jako jeden z głównych

powodów krwotoku śródocznego, jaki u młodzieży dorastającéj „samodzielnie“ się wydarza“.

Br. Ziemiński. O drżeniu gałek ocznych u osób pracujących w kopalniach węgla. Gazeta Lek. N. 49 i 50. Str. 1037 i 1056.

Autor w czasie pobytu swego w Anglii miał sposobność przekonania się, że u 5% górników, pracujących w kopalniach, powstaje drżenie gałek ocznych (*nystagmus*). Zaburzenie to bywa w niektórych przypadkach bardzo widoczném, w innych musi być dopiero wywołane silném a raptownem oświetleniem siatkówki [np. wziernikiem], podniesieniem oczu ku górze, a czasem zaledwo macaniem może być odczute. Niekiedy przyłącza się drżenie głowy i mięśni karku. Chorzy skarżą się przytém na ból i zawrót głowy, zjawisko poruszania się przedmiotów świetlnych i t. d. Autor rozbiera panujące w nauce teoryje tego zaburzenia, mianowicie Drausarta [miejscowe wyczerpanie mięśni oczu, wskutek ustawicznego patrzenia ku górze] oraz v. Reuss'a [działanie powietrza kopalnianego na ośrodki nerwowe] a uznając je za nie tłómaczące dostatecznie wszystkich zjawisk tego zaburzenia, rozbiera warunki, w jakich górnik znajduje się przy pracy. Czynniki mogące tu mieć wpływ szkodliwy są następujące: 1) wziewanie pyłu węglowego i gazów; 2) niedostateczne oświetlenie; 3) nienaturalnie skrzywiona postawa [górnik pracuje zwykle, trzymając głowę silnie zgiętą ku tyłowi i spoglądając w górę].

Wobec niedostatecznego oświetlenia siatkówki oko górnika znajduje się w warunkach zbliżonych do tych, w jakich jest oko dziecka z wrodzoną zaćmą, przy któréj zdarzają się często objawy drżenia gałek. Brak więc dostatecznego oświetlenia może się przyczynić do wywołania tego zjawiska.

Silne zgięcie głowy ku tyłowi wywołuje ucisk na naczynia krwionośne, powodując częściową niedokrewność mózgu; siatkówka niedostatecznie odżywiana staje się mniéj wrażliwą. Jednocześnie i percepcyja wrażeń przez ośrodki zostaje upośledzoną. Przy stale podniesionéj do góry głowie namiot móżdżku może uciskać przyległe części, a wiadomo, że móżdżek stoi w związku [choć nie zbadanym dokładnie] z ośrodkami mięśni ocznych. Tu więc może leżéć druga przyczyna, wywołująca drżenie gałek.

W dopisku autor notuje wyniki pracy prof. Knolla, który na drodze doświadczalnéj badał ruchy odruchowe gałek po sztucznie wywołanéj niedokrewności mózgu. Wyniki te popierają wywody autora.

X. SYFILIDOLOGIJA I DERMATOLOGIJA.

Sprawozdawca

T. Trzciński.

Dr. Józef Dymnicki. Uwagi dotyczące ogólnego leczenia rtęcią w czasie pierwotnego objawu przymiotu. Gazeta Lekarska. N. 14. Str. 284.

Do pracy niniejszéj pobudził autora pogląd, wygłoszony przez M. Zeissl'a, według którego rtęć, stosowana w czasie pierwotnych stwardnień lub owrzodzeń, nie zapobiega wcale wybuchowi objawów ogólnego przymiotu, opóźniając go niekiedy jedynie i czyniąc jego przebieg nieprawidłowym.

D. przez czas 30-letniéj praktyki w Busku obserwował 452 przypadki pierwotnego objawu, bez żadnych cech ogólnego przymiotu; z tych przypadków objaw pierwotny obserwowano w 269 razach w 2—8 tygodni po powstaniu tegoż, w 122 przypadkach w 2—3 miesięcy, w 54 przypadkach w 3—6 miesięcy, w 4 wreszcie w 6—12 i w 3 przypadkach w 12 do 20 miesięcy. Z wymienionych chorych 332 przed przybyciem do Buska nie przedsiębrali żadnego leczenia, a 120 leczyło się rtęcią lub jodkiem potasu.

Z pośród chorych pierwszéj grupy autor poddał 208 leczeniu rtęcią a 16 leczeniu mieszanemu, mając możność dłuższéj obserwacyi chorych w 121 przypadkach; obserwacyja trwała od 3 lat w 72 przypadkach aż do 20 w 2 przypadkach. Przymiot ogólny stwierdzono w 63 przypadkach pozostałe zaś 58 były wolne od objawów cierpienia przez czas trwania obserwacyi.

Z 79 przypadków drugiéj grupy, u których zastosowano leczenie rtęcią i z 43 poddanych leczeniu mieszanemu obserwowano 43 przypadki przez czas od lat 2 aż do 10. W 18 przypadkach wystąpiły objawy ogólne, w 28 zaś nie było ich przez czas obserwacyi.

Z 3 grupy zastosowano wcierania w 38 przypadkach, leczenie mieszane w 16, obserwowano zaś chorych 32 od lat 3 aż do 13. Z téj liczby obserwowanych chorych uległo ogólnemu przymiotowi 16.

Z 7 przypadków 4 grupy obserwowano 4 przez lat 6 do 15; z tych jeden uległ objawom ogólnym w 5 roku trwania zarażenia.

Z danych powyżéj przytoczonych D. czuje się poniekąd uprawnionym do wyciągania następujących wniosków:

1) Leczenie wcieraniami w czasie trwania objawu pierwotnego mogłoby w niektórych przypadkach powstrzymać rozwój ogólnego przymiotu.

2) Skutek leczenia jest o tyle o ile pewny w tych tylko przypadkach, w których wcierania stosowane są aż do zupełnego zaniku pierwotnego objawu.

3) Rtęć podawana w czasie pierwotnego okresu przymiotu nie sprowadza następnie groźniejszych objawów ani też nie przedłuża przebiegu choroby.

Dr. Karol Szadek. Stosowanie salicylanu rtęciowego w chorobach kiłowych. Przegląd Lek. N. 22 i 23. Str. 302 i 315.

Salicylan rtęciowy wprowadził do leczenia przymiotu Silva Aranjo w Rio de Janeiro i na zasadzie swych spostrzeżeń uznał środek za działający bardzo skutecznie, za nie wywołujący objawów zatrucia i nie drażniący przewodu pokarmowego przy użyciu do wewnątrz. S. zachęcony powyższą opinią stosował salicylan rtęci w rzeżączce i przymiocie. W 30 przypadkach ostréj i przewlekłéj rzeżączki środek okazał się mało skutecznym. Co się tyczy chorych przymiotowych, 25 przyjmowało środek do wewnątrz u 12 zaś stosowano go pod postacią wstrzykiwań śródmięśniowych. Do wstrzykiwań używano 2% zawiesiny. Autor przychodzi do wniosku, że salicylan rtęciowy jest w przymiocie równie skuteczny, jak inne przetwory rtęci, nie wywołuje żadnego ubocznego działania, a przy zastrzyknięciach nie wywołuje bólu ani stwardnień.

Mówiąc o metodzie wstrzykiwań śródmięśniowych autor uważa je za pożyteczniejsze niż wstrzykiwania podskórne i popiera to zdanie poglądami licznych specyjalistów polskich i cudzoziemskich. Obrona metody śródmięśniowych wstrzykiwań wywołaną została przez rozprawkę Funka, umieszczoną w Kronice Lekarskiéj, w któréj tenże Funk uważa owe wstrzykiwania za bezpożyteczne a nawet wprost szkodliwe.

Funk. Odpowiedź na artykuł dra Szadka. „O stosowaniu salicylanu rtęciowego w chorobach kiłowych. Przegląd Lek. N. 29. Str. 387.

Funk twierdzi stanowczo, że wstrzykiwania kalomelu i innych nierozpuszczalnych związków rtęci sprawiają silny ból, wywołują bolesne i długotrwałe nacieczenia, czasami ropnie i nie dają możności dokładnego dawkowania, bo kalomel szybko opada na dno naczynia. Wstrzykiwania kalomelu mogą wywołać śmiertelne zatrucie rtęcią [przypadek Krausa]. Że Szadek przy stosowaniu salicylanu rtęci nie otrzymał nacieczeń ani ropni, zależy to jedynie od tego, że brał zawiesinę 30 razy słabszą od kalomelowéj, zwykle używanéj.

Giedroyć. O powrotach objawów przymiotu przy leczeniu głębokiemi wstrzykiwaniami żółtego tlenku rtęci. Medycyna. N. 32. Str. 541.

G. zestawia rezultaty otrzymane przy leczeniu przymiotu za pomocą wprowadzonego do terapii przez Watraszewskiego żółtego tlenku rtęci (wstrzykiwania) z rezultatami, osiągniętémi przez wcierania.

Za materyjał służyły kobiety publiczne, leczone w szpitalu ś-go Łazarza w Warszawie, z których 250 leczono wcieraniami a 122 wstrzykiwaniami żółtego tlenku. Z rozpatrzenia klinicznego materyjału wypadło, że powroty choroby nie są wcale częstsze ani poważniejszéj natury przy stosowaniu wstrzykiwań. Okazało się prócz tego, że ogólna ilość powrotów jest nieco mniejsza po frykcyjach, ale natomiast powroty owe następują po sobie w mniejszych odstępach czasu.

Misiewicz. Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym, wywołane zapaleniem cewki. Przegląd Lek. N. 38—45. Str. 489—589.

Autor streszcza swe uwagi poparte licznémi historyjami chorób w sposób następujący. Pomiędzy niektóremi nerwowémi cierpieniami, powstałémi na drodze zwrotnéj a patologicznémi sprawami w cewce i jéj adneksach istnieje związek przyczynowy. W cewce, w miejscach ściśle ograniczonych, znajdują się okręgi hyperestezyjne, a mianowicie u mężczyzny są to: błona śluzowa *partis prostaticae* i *ductus ejaculatorii*, u kobiety błona śluzowa przedsionka w okolicy łechtaczki i otworu cewki aż do mięśnia *constrictor cunni*. Autor obserwował liczne sprawy chorobowe, jako to: niemoc płciową, *enuresis*, *diabetes*, białkomocz, tenezmy, pewne postacie porażenia pęcherza, jako skutek chronicznych katarów wyż wspomnianych okolic, lub następstw tychże katarów t. j. blizn lub nacieków. Podobne skutki mogą również wywoływać żylaki, pęknięcia, przerosty lub pasorzyty, umiejscowione w odbytnicy lub w *canalis cervicis uteri*. Przy niemocy płciowéj, powstałéj z tych przyczyn, refleks dochodzi do skutku za pośrednictwem wszystkich gałęzi *nn. hypogastrici*, przy białkomoczu za pomocą *ramus anastomoticus plexus spermatici*, przy *enuresis* i porażeniach pęcherza za sprawą *n. haemorrhoidalis medius et inferior*. Zazwyczaj taka zwrotna nerwica znika wraz z ustąpieniem miejscowéj sprawy uretralnéj, z drugiéj zaś strony podrażnienie okolic hyperestezyi w cewce może nerwicę niespodzianie wywołać.

Dr. med. A. Elsenberg. Przypadek pryszczycy (Eczema madidans) powikłanéj zakażeniem septycznem. Gazeta Lek. N. 13. Str. 258.

Pasorzyty często wnikają do organizmu przez skórę, czy to normalną, czy to obnażoną z naskórka. Tą drogą zapewne powstaje gruźliczéj natury *tuberculum anatomicum*, *tuberculosis verrucosa cutis*; przypadki gruźlicy po obrzezaniu napletka u żydów i t. d. W wykwitach wysypek skórnych, np. pryszczycy, znajdowano też laseczniki gruźlicze, co, być może, jest wstanie wyjaśnić stosunkową częstość zapalenia gruźliczego opon u dzieci długo na pryszczycę głowy cierpiących. E. obserwował ciekawy przypadek zakażenia w następstwie pryszczycy w szpitalu żydowskim w Warszawie. Chory lat 30 w Czerwcu 1887 r. przechodził obustronne zapalenie przyjądrzy w przebiegu trypra, a przepisaną mu szaruc hę wcie-

rał obficie w jądra, brzuch i uda; powstała wskutek tego uparta pryszczyca skłoniła go do udania się do szpitala w Listopadzie. Przy badaniu znaleziono: Chory z nitkami tryprowémi w moczu i stwardnieniem w główkach obu przyjądrzy, bez zmian w narządach wewnętrznych, ma skórę brzucha, pachwin, prącia, moszny, lędźwi, pośladków i ud pokrytą wysypką pryszczycową (*eczema madidans et pustulosum*). Swędzenie i ból bardzo silne, wskutek tego bezsenność i niezmierne utrudnienie ruchów. Gruczoły pachwinowe powiększone, zwłaszcza prawe, które są bardzo bolesne.

Przy odpowiedniém leczeniu natężenie wysypki zaczęło się zmniejszać; tylko gruczoł w prawéj pachwinie, ile że wyczuwano w nim chełbotanie, został przecięty $^{3}/_{12}$ i opatrzony gazą sublimatową. Po tym rękoczynie wysypka znów poczęła się szerzyć, $^{8}/_{12}$ ciepłota nagle podniosła się do 40,5 a $^{13}/_{12}$ chory zmarł przy objawach ostréj posocznicy. Przez czas trwania gorączki znaleziono w okolicy podłopatkowej i pachowéj prawéj zaczerwienienie, ciastowatość i bolesność skóry, wraz ze stępieniem odgłosu opukowego i silném osłabieniem oddechu, jak również powiększenie śledziony, wygląd zaś rany pooperacyjnéj był zupełnie dobry, a wysypka znacznie się zmniejszyła.

Badanie zwłok, dokonane nazajutrz po śmierci, wykazało ropne zapalenie opłucnéj i zmiany narządów miąższowych, właściwe zakażeniu septycznemu. W żadnym z narządów nie znaleziono pasorzytów, natomiast z wysięku opłucnéj wyhodowano kolonije *staphylococcus albus*. Czysta hodowla tych pasorzytów, wstrzyknięta w dużéj ilości pod skórę lub do jamy otrzewnéj, zabijała myszy w ciągu 12 godzin. E. przypuszcza, że *staphylococcus* rozwinął się na obnażonéj i sączącéj skórze, a następnie drogą naczyń limfatycznych przeniknął do gruczołów pachwinowych. Czy pasorzyt przeniknął do krążenia z gruczołów czy też z powierzchni skóry, trudno rozstrzygnąć, choć udział gruczołów mało jest prawdopodobny, wobec zdrowéj ziarniny, wypełniającéj ranę, a z drugiéj strony wysypka pryszczycowa, uległszy nasileniu po opatrunku sublimatowym, wytworzyła znaczną powierzchnię skóry obnażonéj i sączącéj, a tém samém zdolnéj do chłonienia pasorzytów.

Dr. med. A. Elsenberg. Przypadek pokrzywki barwnikowéj (Urticaria pigmentosa). Gaz. Lek. N. 22. Str. 442.

Obserwacyja dotyczy dziecka dwuletniego, u którego wysypka zaczęła się w 6 tygodniu życia i pokryła całą skórę po upływie kilku tygodni. Całą skórę dziecka pokrywały plamki czerwono-brunatne, nieco wzniesione, wielkości soczewicy do grosza. Wykwity, zlewające się ze sobą, tworzą duże nieregularne plamy. Wysypka najobfitszą jest na grzbiecie, brunatno wskutek tego zabarwionym, najmniéj obfitą na dłoniach i podeszwach. Na miejscu wykwitów starszych skóra jest bardzo mało naciéczoną, wykwity zaś świeższe mają większe wzniesienie i pewną twardość,

a kolor ich jest więcéj różowo-brunatny. Na młodszych wykwitach tworzą się pęcherze z przezroczystą, płynną zawartością, które po kilku dniach pękają, zasychają w strup i znikają bez śladu. Wykwity i skóra niémi pokryta, przy najlżejszém podrażnieniu nabierają czerwonawego odcienia, a na miejscu podrażnienia powstaje lekka wyniosłość lub białawy bąbel na czerwono-brunatném polu. Pod wpływem ciepła silne swędzenie, stale towarzyszące wysypce, zwiększa się, a skóra z brunatnéj staje się czerwonawą, pod wpływem ucisku znika kolor brunatny, a zostaje oliwkowe zabarwienie.

Przez czas dwuletniéj obserwacyi często zjawiały się na języku białawe, okrągłe plamki, z których nabłonek szybko się złuszczał i zostawiał czerwone nadżarcia, ograniczone wązkim pasem zbielałego i podminowanego nabłonka. Po za wysypką i silném swędzeniem dziecko było zupełnie zdrowe i dobrze odżywiane; po dwuletniéj obserwacyi nowe wykwity zaczęły się pokazywać coraz rzadziéj, a swędzenie znacznie się zmniejszyło. Prawdopodobnie sprawa poczęła wygasać, choć zabarwienie skóry pozostać może jeszcze na czas długi.

Pokrzywkę barwnikową pierwszy opisał Nettleship w 1869 r. a dopiero w 1874 Baker i Fox ogłosili 4 następne przypadki. W 1887 Sangster, opisując nowy przypadek choroby, zaliczył wysypkę do grupy pokrzywek i nazwał ją pokrzywką barwnikową. Dotychczas ogłoszono 19 przypadków téj wysypki, któréj etyjologija dotychczas pozostaje zagadką.

Kaposi przypuszcza pewien stopień porażenia naczyń włosowatych i wielką przepuszczalność tychże dla krążków krwi i ziarenek barwnika. Thin uważa pokrzywkę barwnikową za cierpienie histologicznie pokrewne z wilkiem. Według G. i F. Hoggan'ów cierpienie zależy od podniesionéj pobudliwości podnaskórkowych zwojów, a wykwity składają się z masy komórek przezroczystych, zbito leżących, z istotą międzykomórkową zaledwie dostrzegalną. Gruczoły są niezajęte, naskórek prawidłowy zawiera barwnik w warstwach głębokich. Wyniki badań Foxa są mniéj więcéj też same. Dla Unny bąbel téj pokrzywki jest guziczkiem, składającym się z komórek plazmatycznych (*Mastzellen*), których pochodzenie jest niejasne.

W prawidłowéj skórze jest ich bardzo mało, w stanach zapalnych o wiele więcéj, ale nigdy tyle. Form przejściowych do komórek stałych tkanki łącznéj ani też podziału jąder jednych i drugich komórek nie zauważono, przypuścić więc można, że komórki plazmatyczne immigrują do skóry. Wyniki badań drobnowidzowych Elzenberga są zgodne z wynikami Unny. Leczenie dotychczas nie dawało rezultatów. Elzenberg stosował wiele środków, między innémi arszenik, salicylan sodu, wszystko to jednak bez żadnego wpływu na wysypkę. Jedna tylko atropina zmniej-

szała swędzenie, jak również ilość nowych wykwitów, nie wywołując atoli trwałego polepszenia.

Dr. Władysław baron Lesser. O pierwotném zakażeniu gruźliczém skóry. Gaz. Lek. N. 31. Str. 654.

Kobieta 48-letnia, piorąca często bieliznę swego chorego męża, u którego po śmierci sekcyja wykazała *tuberculosis miliaris*. przybyła do L. z guzem wielkości wiśni na dolnym odcinku prawego przedramienia. Guz po wycięciu okazał budowę zrazikowatą, z masami serowatémi pośrodku; od guza do właściwéj skóry ciągnęły się serowate smugi. W skórze około gruczołów potowych znaleziono znaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Pod gruczołami w luźnéj tkance łącznéj liczne czopy z ogniskami serowatémi i olbrzymiémi komórkami. W 17 dni po operacyi na środku blizny ukazała się serowata ziarnina, którą wyłyżeczkowano i rana ostatecznie się zabliźniła. Uprzednio jeszcze, w ośm dni po operacyi, na lewym palcu pierścieniowym powstała *perionychia tuberculosa*, zagojona szybko po wyskrobaniu.

Przypadek powyższy należy zaliczyć do kategoryi zakażeń, w których zarazek gruźliczy przenika z zewnątrz do skóry osobników zdrowych. Są to przypadki bardzo rzadkie i wymagające szczególniejszych sprzyjających warunków. Jednym z takich warunków jest długie maczanie rąk w płynach, zawierających laseczniki gruźlicze, np. przy praniu bielizny suchotników, lub przy autopsyjach, dających często początek t. zw. *tuberculum anatomicum*, którego gruźlicza natura nie ulega wątpliwości. Do zakaźnych, gruźliczych guzików zalicza autor guziki skórne, napotykane często u dzieci na skórze twarzy lub nosa i opisuje 2 przypadki gruźlicy u dzieci, w których takie guziki były pierwszym objawem zakażenia. Mniemać by można, że źródłem zakażenia jest częste całowanie dzieci w policzki przez osobniki gruźlicze. Przy przewlekłych pryszczycach, a zwłaszcza na głowie u dzieci większość badaczy przyjmuje możność przeniknięcia do skóry gruźliczego zarazka z zewnątrz. Stosunkowa rzadkość i trudność ogólnego zakażenia organizmu przy gruźlicy skóry jest prawdopodobnie zależną od natury saméj skóry, która dąży do wydalenia zarazka, gdy tymczasem błona śluzowa kiszek i narządów oddechowych wsysa tenże jad często z wielką szybkością.

Franciszek Roszczkowski. Rumień lombardzki. Pellagra. Przypadki spostrzegane w powiecie Sorokskim, gubernii besarabskiéj. Gazeta Lek. N. 48. Str. 1010.

Autor z początku podaje streszczenie kompilacyjnéj pracy o pellagrze, którą ogłosił Chołmskij, a następnie krótką wzmiankę o trzech chorych obserwowanych osobiście w szpitalu. Pierwszy chory był jedynie dotknięty wysypką i zabarwieniem skóry, drugi oprócz wysypki cierpiał na

niedokrwistość i zaburzenia w trawieniu; u trzeciéj wreszcie choréj przeważało cierpienie układu nerwowego. W końcu podaje autor zestawienie 38 przypadków pellagry, obserwowanych przez 6 lekarzy sorokskiego powiatu przez ciąg kilku tygodni. Wykaz jest jedynie imienny, z dołączeniem w niektórych przypadkach czasu trwania choroby. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi kolegów, w południowéj Rosyi zamieszkałych, na stosunkowo częstą, a mało znaną postać chorobową.

Dr. Bolesław Wicherkiewicz. Czarny uogólniony mięsak skóry. Gaz. Lek. N. 33. Str. 704.

Licząca 40 lat żona szewca z Poznania przedstawiła się autorowi w Kwietniu 1884 z powodu narośli na prawym policzku i pod lewą dolną powieką. Chora, pochodząca z rodziny zdrowéj, sama również dotychczas zupełnie zdrowa, miała na prawym policzku czarne znamię. Przed 8 miesiącami po połogu powstała maleńka czarna plamka pod lewém okiem, z początku rosła powoli, późniéj zaś znacznie szybciéj. W chwili badania znaleziono: pod lewém okiem guz wielkości włoskiego orzecha, czarny, zrazisty, przesuwalny, dość twardy i łatwo krwawiący. Podobny guz, lecz znacznie mniejszy i pokryty zdrowym naskórkiem na prawym policzku. Okoliczne tkanki bolesne na dotyk i mocno nacieczone. Na całém ciele rozsiane guzy częścią skórne, częścią podskórne, wielkości od ziarnka soczewicy do małego orzecha laskowego w liczbie około 70. W niektórych przebija czarny kolor.

Chora, któréj przepisano jodek potasu i posilne pożywienie, zjawiła się po raz wtóry po 4½ miesiącach. Liczba guzów przechodziła 200, poprzednio istniejące znacznie się rozrosły, a twarz nabrała ciemnego zabarwienia. Chora, mocno osłabiona, skarży się na ból przy dotykaniu guzów, a od 2 tygodni miewa częste i obfite krwotoki gardłem i nosem. Mocz, podobny z barwy do porteru, białka ani cukru nie zawiera a badanie chemiczne nie wykryło barwników krwi lub żółciowych. Po miesiącu chora zmarła.

Mięsak czarny powstaje tam, gdzie normalnie istnieją komórki barwnikowe (oko, opona miękka), lub w tkankach chorobowo ubarwionych (znamiona). Barwnik tego mięsaka—czarny lub brunatny, gromadzi się pod postacią bezkształtnych ziarenek w tkance łącznéj lub ściankach naczyń. Czarne mięsaki należą do najzłośliwszych guzów. Uogólniony mięsak czarny skóry dokładnie opisał Kaposi.

Według tego opisu w skórze bez widomych przyczyn powstają niewielkie guzy brunatno i niebiesko czerwone, elastyczne, gładkie. Występują pojedyńczo, a doszedłszy do pewnéj wielkości uogólniają się w gromadkach. Guzy środkowe w gromadzie ulegają zmianom wstecznym, zkąd powstaje ciemne wdrążenie, czasem guzy zanikają, a w zgorzel przechodzą dość późno. Pierwsze guziki zjawiają się na stopach i rękach, następnie

na całém ciele, a wreszcie na błonie śluzowéj krtani, tchawicy, żołądka, kiszek, jak również w wątrobie. Choroba zabija w ciągu 2—3 lat. Gruczoły przy ogólnym mięsaku prawie nigdy nie bywają przeistoczone. Kaposi przeto sądzi, że mamy tu do czynienia z ogólnym stanem chorobowym, z którego potém wytwarzają się guzy, podczas gdy przy raku czarnym istnieje guz miejscowy, uogólniający się następnie drogą przerzutów.

Dr. Karol Szadek. Przyczynek do kazuistyki osutki bromowéj. Przegląd Lek. N. 11. 12. 14. Str. 160. 178. 203.

Osutka bromowa zasługuje na szczególną uwagę, ile że często daje powód do rozpoznawczych *respective* terapeutycznych pomyłek. Autor przytacza bardzo dokładną literaturę przedmiotu, która zaczyna się od roku 1868, ważniejsze opisy kazuistyczne i obraz saméj wysypki na zasadzie zebranéj z literatury kazuistyki. Osutka występuje zwykle dopiero po dłuższém używaniu bromu, wyjątkowo już po kilku dawkach; szerzy się przewlekle, bez gorączki, wykwity jéj zwolna się zwiększają i pod wpływem dłuższego używania środka odnawiają się nieraz przez lata całe. Wykwity pod postacią blado lub ciemnoczerwonych guzików i krostek pojawiają się najpierw na owłosionéj skórze, zwiększają się stopniowo, dochodzą nawet do wielkości laskowego orzecha i zawierają mazidło zmieszane z ropą. Następnie wykwity sadowią się coraz gęściéj obok siebie, i tworzą rozległe nacieczenia, wzniesione nad powierzchnię skóry, otoczone zapalnym obwodem; nacieczenia te, spotykane najczęściéj na kończynach, pokrywają się czasem brodawkowatémi narośłami, a nierzadko wrzodzieją. Czasami nacieki zlewają się ze sobą i znaczne powierzchnie skóry pokryte są wtedy wielkiémi strupami, po usunięciu których widać nieczyste wrzody z ciemnoczerwonémi brzegami, obszerne blizny, ciemnobrunatne nacieki i guzy. Rozpoznanie, niekiedy bardzo trudne, winno rozstrzygnąć między trądzikiem pospolitym, *Theerakne*, *akne syphilitica* i *akne cachecticorum*.

Przymiot zwłaszcza i trądzik charłaczy najwięcéj nastręczają trudności przy rozpoznaniu, które znajduje wielką pomoc w wywiadach—*respective* w wiadomości o przyjmowaniu przez chorego preparatów bromu. Pierwszém wskazaniem przy leczeniu jest zaprzestanie używania bromu, poczém lżejsze formy wysypki znikają same przez się, cięższe przy odpowiedniém leczeniu.

Przypadek opisany przez autora dotyczy 32-letniego lekarza, z dziedzicznem usposobieniem nerwowém, który kilkakrotnie miewał napady padaczki i często cierpiał na dotkliwe bóle głowy. Przed 9 laty miał wrzód twardy na napletku, a następnie lekkie objawy ogólnego przymiotu, powracające w ciągu kilku lat. Od trzech lat powroty objawów przymiotu ustały, lecz chory cierpiał na dotkliwe bóle głowy. Uważając je za objawy przymiotu mózgowego, chory stosował leczenie swoiste, używając nadto do wewnątrz bromu i chloralu. Wtedy to zjawiła się na skórze wysypka,

rozpoznana przez lekarzy, jako przymiotowa—wskutek czego chory przez trzy lata z rzędu przebywał sezon kąpielowy na Kaukazie, stosując tam leczenie swoiste, nie zaprzestając jednak użycia bromu i chloralu, a po owém trzechleciu autor znalazł go w stanie następującym:

Charłactwo, przygnębienie, bóle głowy, bezsenność. Na tyłogłowiu i skroniach kilka kolistych łysin, bez żadnych zmian na skórze.

Po całéj skórze rozsiane guziki od ziarna prosa do laskowego orzecha, blado lub ciemnoczerwone, przeważnie pokryte strupami, z pod których wyciska się ciecz ropiastą, krwistą; niektóre guziki są owrzodziałe. Obok guzików rozrzucone blizny i plamy barwnikowe. Poniżéj lewego stawu łokciowego owalny naciek wielkości dłoni, złożony w dolnéj części z nagromadzenia miedziano-czerwonych guzików, ułożonych nerkowato, a w górnéj części zajęty przez brunatno-czerwoną bliznę. Dwa podobne nacieki powyżéj obu stawów skokowych, wklęsłe w środku, złożone z guzików poczęści owrzodziałych i strupami pokrytych.

Po rozpoznaniu wysypki autor zalecił zaprzestanie używania bromu, żelazo do wewnątrz, empl. diachylon zewnętrznie i plaster rtęciowy na większe nacieki. Po upływie kilku miesięcy wysypka zniknęła, łysiny na głowie zarosły, stan ogólny znakomicie się poprawił i jedynie żółtawe plamy na skórze i powierzchowne blizny świadczyły o przebytéj ciężkiéj chorobie.

W danym przypadku pełzający charakter wykwitów na przedramieniu znakomicie wzmagał podobieństwo wysypki do wysypek przymiotowych. Koliste łysiny na głowie autor jest skłonny przypisać wpływowi przetworów bromu.

Majkowski. Pokrzywka barwnikowa (urticaria pigmentosa). Medycyna. N. 3. Str. 33.

Podstawą fizyjologiczną pokrzywki jest porażenie nerwów naczynioruchowych, skutkiem czego powstaje nagły przypływ krwi do skóry i surowiczy przesięk, tworzący istotę wykwitów choroby. Jeżeli ściany naczyń i kapilarów nie kurczą się czas dłuższy, wtedy przepuszczają wraz z surowicą czerwone ciałka krwi i hematynę, a proces wchłaniania opóźnia się. Wykwity trwają wskutek tego czas długi i nabierają ciemnoczerwonego zabarwienia. Jest to pokrzywka barwnikowa. Opisał ją pierwszy Nettelship w Anglii w 1869, badał Kaposi i Pick, który w wykwitach znalazł wynaczynienia krwi i uzależnia samą chorobę od specyjalnego osobniczego usposobienia.

M. obserwował pokrzywkę barwnikową u 40-letniéj kobiety, dobrze odżywionéj, w 5 miesięcy po wystąpieniu pierwszych wykwitów. Przy badaniu znaleziono na krzyżu, w pasie i na tylnéj powierzchni prawego uda kilkanaście plam wielkości paznogcia, niezlewających się z sobą, koloru

ciemno-brunatnego, nieustępujących pod naciskiem palca. Plamy są niebolesne, niekiedy tylko swędzą, a konsystencyja ich nie różni się od otaczającéj skóry.

Wykwity późniejszéj formacyi, powstałe przed 2—3 tygodniami, znajdują się na przedramionach i rękach pod postacią małych, ciemnoczerwonych, silnie swędzących guziczków. Na udach eczema wywołana ciągłém tarciem i drapaniem swędzącéj skóry. Przy rozpoznaniu należało wyłączyć *erythema multiforme* (symetrycznie zawsze rozmieszczone wykwity na wyprostnych powierzchniach kończyn) i *lichen ruber planus* (wykwity o charakterystycznym połysku z zagłębieniem we środku), odróżnienie od *pithyriasis versicolor*, *eczema marginatum*, *syphilis pigmentosa*, *maculosa* i *papulosa* nie przedstawiało trudności.

W celu leczenia zastosowano 1% roztwór kwasu salicylowego w spirytusie dla usunięcia swędzenia, maść Wilkinsona na wykwity i stosowne środki na komplikującą pryszczycę. Wyleczenie było zupełne, przyczém wykwity najmłodsze znikły najprędzéj.

X. MEDYCYNA SĄDOWA.

Sprawozdawca

Fr. Jawdyński.

Przewoski. Przypadek śmierci z czystego wstrząsu nerwowego (shock). Gazeta Lek. N. 41. Str. 947.

Młody, silny i zdrów człowiek został kopnięty przez swego towarzysza nogą w brzuch, poczém zachwiał się, zbladł, jęknął, upadł i wyzionął ducha. Sekcyja, oprócz bladości narządów i stosunkowo dosyć mocnego napełnienia krwią większych pni żylnych, ani gołém okiem, ani za pomocą drobnowidza nic wykryć nie pozwoliła. Jakiekolwiek zatrucie można było bezwarunkowo wyłączyć. Przypadki podobnego rodzaju znane są w literaturze. Śmierć następowała nietylko po uderzeniu w brzuch, ale też po uderzeniu w klatkę piersiową, w okolicę krtani. Wreszcie i przy prostém dotknięciu śmierć następowała jak np. w przypadku Desaulta, w którym tenże, mając robić litotomiję niezniecznlonemu choremu, pociągnął paznogciem po kroczu, chory krzyknął i natychmiast umarł.

Wszystkie te przypadki cechują się tém, że po więcéj lub mniéj silném zewnętrznem podrażnieniu następowała śmierć bez żadnych dostrzegalnych zmian anatomicznych, tylko w jednych przypadkach śmierć nastę-

powała natychmiastowo, kiedy w innych dopiero po kilku lub kilkunastu minutach, a nawet po kilku lub kilkunastu godzinach.

Przypadki tego rodzaju do dzisiaj jeszcze trudno objaśnić i pomimo postępu w nauce, sprawa w tym względzie pozostaje zupełnie ciemną. Zadawalniać się musimy tylko hypotezami, które można podzielić na dwie grupy, stosownie do tego, czy największą wagę przypisuje się zmianom w układzie krążenia, czy też w układzie nerwowym. W pierwszéj grupie mamy jeszcze dwa poddziały, jedni wysuwają na pierwszy plan zachowanie się serca, drudzy naczyń krwionośnych. Savory, Nussbaum i Blum, opierając się na faktach, wykrytych przez Webera, Goltza i Bernsteina, starali się objaśnić zjawiska szoku wpływem podrażnień nerwowych na hamujący lub paraliżujący układ serca. Ta jednak hypoteza nie pozwala wyjaśnić wszystkich zjawisk przy szoku, gdyż szoki bywają często i z tętnem przyspieszonem.

Mitchell, Morehouse i Keen oraz Fischer, a za nimi i inni zaczęli uważać szok za zwrotne porażenie nerwów naczynio-ruchowych i ta jednak teoryja wyjaśnia tylko pewne objawy, ale nie tłómaczy nam całego obrazu szoku. Najdawniéj i przez największą liczbę lekarzy istnieje pogląd, przypisujący wystąpienie szoku silnemu wstrząśnieniu układu nerwowego.

Według Groeningena szok jest bardzo silném zmęczeniem albo czynnościowém wyczerpaniem się mleczapacierzowego i rdzenia przedłużonego, wywołaném przez zewnętrzne podrażnienie. Ta ostatnia hypoteza daje możność objaśnienia wszelkich zjawisk, obserwowanych przy szoku, a więc jako hypoteza wydaje się wystarczającą. Czy jednak rzecz tak się ma rzeczywiście w naturze, na to odpowiedzieć trudno.

Zaleski. Jeszcze słów kilka w sprawie t. zw. prób życia noworodka. Przegląd Lekarski. N. 1. Str. 8.

Jest to dopełnienie do artykułu ogłoszonego w Przeglądzie Lekarskim w r. 1887 (patrz Przegląd piśmiennictwa lekarsk. polskiego za r. 1887. Pam. Tow. Lek. Warsz. r. 1889). Z początku jako odpowiedź profesorowi Blumenstokowi autor zaznacza, że próba na żelazo nie wyłącza wcale próby hydrostatycznéj, a tylko ją ogranicza. Następnie przechodzi autor do rozbioru kwestyi powstawania tak zwanego małego, czyli płucnego krwiobiegu, kwestyi, która była punktem wyjścia badań podjętych przez autora. Powszechnie przyjmują, że mały krwiobieg rozwijać się ma prawie nagle, z początkiem życia zewnątrzmacicznego, tkankę płucną ma odżywiać krew tętnic oskrzelowych, a system tętnicy płucnéj niema być wcale czynny podczas życia płodowego. Na tém to zdaniu autor oparł się przy podaniu próby płuc na żelazo i w razie, jeżeliby mały krwobieg miał nagle powstawać, to ilość krwi *resp.* żelaza w płucach, z chwilą oddychania, musiałaby być znacznie zwiększoną i odwrotnie, jeżeliby ilości żelaza w płucach noworodka oddychającego miały być mniéj więcéj równe ilo-

ściom żelaza podczas ostatnich dni życia płodowego, to zdanie o nagłém powstawaniu małego krwiobiegu musiałoby upaść. Otóż autorowi chodziło głównie o podjęcie badań w celu rozstrzygnięcia tego dylematu, a dopiero w dalszym ciągu o wyprowadzenie z tego wniosków. Na zasadzie badanego przez siebie przypadku, autor dochodzi do wniosku, że w miarę postępu życia wewnątrzmacicznego, coraz więcéj krwi a tém samém i żelaza dostaje się do płuc płodowych, że przyrost ten jest stosunkowo wyższy, aniżeli rozwój saméj tkanki płucnéj i dlatego właśnie od dowozu inną drogą, aniżeli przez tętnice oskrzelowe, zależnym być się zdaje. Obecnie autor na zasadzie badań embryjologicznych preparatów płuc zwierząt, może twierdzić stanowczo, że naczynia, odpowiadające układowi tętnicy płucnéj, zawsze są krwią wypełnione, czyli, że mały krwiobieg, jeżeli i nie jest fizyjologicznie czynny podczas życia płodowego, to jest przynajmniéj o tyle rozwinięty, że krew się doń dostaje i w nim krąży. Jest więcéj niż prawdopodobném, że to samo ma miejsce i u człowieka. Na zasadzie tych badań, jak również wahań w ilości żelaza u płodów donoszonych a zmarłych na krótko przed porodem i żywo urodzonych, a wreszcie na zasadzie niewielkiéj różnicy w ilościach żelaza u płodów 8-o miesięcznych i donoszonych, autor dochodzi do przekonania, że mały krwobieg istnieje już i nie zachowuje się obojętnie podczas życia wewnątrzmacicznego, czyli że dogmat o nagłém powstawaniu małego krwobiegu stoi w sprzeczności z faktami fizyjologicznémi.

Karliński. Z praktyki sądowo-lekarskiéj. II. Śmierć z zapalenia opon mózgowych bez związku przyczynowego z obrażeniem. Przegląd Lekarski. N. 24. Str. 327.

25-letnia włościanka została pobita przez sąsiadkę. Lekarz pułkowy, badając chorą, znalazł starcie naskórka przy skrzydle nosowém, pokryte brudno-czerwonym strupem krwawym, takież samo starcie za uchem prawém i na grzbiecie ręki lewéj. Żadnych innych obrażeń na całém ciele nie znaleziono. Chora skarżyła się na bóle we wszystkich członkach ciała, osobliwie w karku i tyłogłowiu, powiększające się przy wszelkiém poruszaniu się choréj. Z powodu bałamutnego lokalizowania bólów, lekarz uważał je za przesadzone, a w każdym razie, za nie będące w związku z obrażeniem. W 2 dni potém chora zmarła.

Sekcyja wykazała ropne zapalenie zatok czołowych i opon mózgowych. W blaszce wewnętrznéj kości czołowéj znaleziono otwór wielkości grochu, przez który zatoki czołowe komunikowały z oponami mózgowémi.

Jasném było, że ropne zapalenie opon mózgowych powstało wskutek przebicia się otoku ropnego z zatok czołowych do jamy czaszkowéj, chodziło tylko o to, czy pobicie, jakiemu zmarła przed 6-ciu dniami uległa, stoi w ścisłym związku ze znalezionémi zmianami. Śledztwo wykazało, że chora już od dłuższego czasu skarżyła się na ból głowy, umiejscowiając go

dokładnie w okolicy czołowéj. Objawy alarmujące wystąpiły dopiero na 2-gi dzień po badaniu choréj przez lekarza pułkowego. Wskutek tego orzeczono, że wieśniaczka zmarła śmiercią naturalną z porażenia mózgu, jako następstwa ropnego zapalenia opon mózgowych. Że choroba ta nie stała w związku z pobiciem dowodzi badanie lekarza, który w stanie zdrowia choréj nie znalazł nic niepokojącego, jak również, że zmiany w oponach, a względnie przebicie się otoku ropnego do czaszki, nastąpić mogło co najwyżéj na 48 godzin przed śmiercią. Co się tyczy pytania, czy wstrząśnienie i wzruszenie podczas doznanego pobicia i bójki z obwinioną nie było w stanie przyspieszyć powstania otworu w blaszce wewnętrznéj, to na potwierdzenie tego ani sekcyja, ani opis przebiegu choroby dowodu nie dostarczają. W końcu autor przytacza drugi podobny przypadek, w którym wskutek otwarcia się otoku ropnego z zatok czołowych do czaszki bardzo szybko śmierć nastąpiła.

Blumenstok. Orzeczenia sądowo-lekarskie wydz. lek. uniwer· Jagiellońskiego. Seryja II. X. Śmierć na szynach kolejowych, czy przez zaklinowanie szyi pomiędzy drzwi. Przegląd Lek. N. 29 i 30. Str. 385. 397.

Antoni G. lat 19 liczący znaleziony został martwym na torze kolejowym, obok i równolegle do szyn, z twarzą zwróconą do rowu. Zmarły miał na sobie buty i spodnie, koszulę miał zdjętą po pas, w pasie zaś była w spodniach. Oględziny pośmiertne wykazały ranę na tyłogłowiu z brzegami równémi, ciętémi, przedziurawienie kości· tyłogłowia po prawéj stronie wielkości bobu, przekrwienie błon mózgowych i saméj istoty mózgu. Prócz tego znaleziono na lewéj stronie szyi zabarwienie brunatno-czarne, z charakterystyczną twardością pergaminową, zaś na prawéj stronie szyi smugę czarniawą, twardawą, a na karku znaczne obrzmienie części miękich z zabarwieniem brunatno-czarniawém. Wszystkie chrząstki krtani były zdruzgotane, a kość gnykowa i tchawica oderwane od krtani. Na zasadzie powyższych danych lekarze sądowi doszli do przekonania, że nieboszczyk, obnażywszy koszulę po pas, położył się na torze kolejowym z twarzą zwróconą ku ziemi, a doznawszy gwałtownego uderzenia w potylicę przez spodnią część maszyny kolejowéj, [prawdopodobnie przez ostrokończystą kwadratową skrzynię na popiół], mógł być łatwo uchwyconym za szyję i kark przez łańcuchy lub haki, zwieszające się z pociągu, wskutek czego nastąpiło zduzgotanie szyi. Tymczasem 7-mioletnia córka ojca nieboszczyka i jego kochanki zeznała, że rodzice jéj, obnażywszy nieboszczyka z koszuli, wypchnęli go do sieni. Gdy dziewczynka usłyszawszy krzyki, wołające o pomoc, uchyliła drzwi od sieni, ujrzała, iż „Antoś miał nogi w sieniach a tylko głowę za drzwiami, zaś kark miał między drzwiami, mama stojąc w sieniach biła Antosia haczykiem po plecach i po głowie. Tato stał koło drzwi w sieniach i przyciskał drzwi. Mama haczyk odrzuciła i także drzwi przyciskała“. W dalszym ciągu dziew-

czynka zeznaje, że rodzice wynieśli nieboszczyka na plant drogi i tam go koło szyn ułożyli, aby tém dać do myślenia, że go maszyna zabiła. Na drzwiach budki kolejnéj znaleziono podejrzane plamy, przy badaniu których znawcy znaleźli ciałka krwi i kryształy Teichmanowskie, na zasadzie czego orzeczono, że plamy owe pochodzą z krwi ludzkiéj.

Z powodu sprzeczności orzeczenia obducentów z zeznaniem naocznego świadka, sąd zażądał zdania od Wydziału Lekarskiego. Inżenier kolejowy orzekł, że tak objętość rany jak i położenie, w którém znaleziono nieboszczyka, nie przemawiają za tém, aby przez lokomotywę uszkodzony został, a nawet wszelkie uszkodzenie przez lokomotywę bezwarunkowo jest wykluczone [maszyna, prowadząca pociąg w owym czasie, była bez płużka].

Wydział Lekarski orzekł: 1) że jakkolwiek obrażenie głowy mogło nastąpić wskutek uderzenia wystającéj części lokomotywy, to jednak trudno wytłómaczyć, jakim sposobem równocześnie mogłoby powstać śmiertelne uszkodzenie krtani i tchawicy bez rany zewnętrznéj; z tego powodu Wydział zgadza się z orzeczeniem znawcy inżeniera; 2) że zajście opisane przez 7-mioletnią dziewczynkę w sposób przez nią podany odbyć się mogło i 3) że plamy, znalezione na drzwiach, są plamami krwawémi, że jednak wniosek chemików, jakoby te plamy pochodziły z krwi ludzkiéj, jest za śmiałém i nie należycie uzasadnioném.

Przytoczywszy przypadki z kazuistyki sądowo-lekarskiéj Hofmanna i Maschki, autor dochodzi do wniosku, że orzeczenie w podobnego rodzaju przypadkach zupełnie stanowczém być nie może.

XI. **Śmierć z zadławienia lub nie.** Przegl. Lek. N. 48. Str. 616.

W r. 1881 znaleziono 26-letniego mężczyznę pod domem matki jego, bez życia, ze śladami obrażenia. Sekcyja wykazała ranę na zewnętrznéj stronie oka prawego, wzdłuż łuku brwiowego, drążącą przez skórę i zadaną narzędziem tępém; przekrwienie opon mózgowych mózgu i obu płuc, wreszcie odarcia naskórka na szyi. Lekarze obducenci orzekli, że śmierć mogła nastąpić z uduszenia, lub wstrząśnienia mózgu, które wobec rany na głowie przypuścić należy, dodano przytém, że ponieważ nieboszczyk był pijakiem, więc jako człowiek pijany o wiele łatwiéj mógł zginąć śmiercią z uduszenia. Dwaj inni lekarze sądowi orzekli, że denat umarł śmiercią gwałtowną, najprawdopodobniéj przez uduszenie, na korzyść czego najwięcéj przemawia mnogość zdarć przyskórka na szyi [po lewéj stronie 11, po prawéj 6], co dowodzi, że ucisk na okolicę krtani i tchawicy był długotrwały, a nie chwilowy, albo też, że denat był parę razy za gardło chwytany. Zresztą śmierć niekoniecznie przez samo uduszenie, ale i przez porażenie serca skutkiem wywartego na nerw błędny ucisku nastąpić mogła. Efekt duszenia mógł szybciéj nastąpić wskutek tego, że denat był pijany, a uderzenie czy też uderzenie się w głowę mogło

współdziałać przez sprowadzenie pewnego rodzaju onieprzytomnienia. Wydział lekarski orzekł, że przyczyna śmierci nie jest dokładnie wyjaśnioną, a tém samém nie jest rzeczą pewną, czy denat umarł śmiercią gwałtowną, a więc czy nastąpiła z uduszenia. Wprawdzie otarcia na szyi zasługują na uwagę, ale nie stanowią one dowodu dławienia za życia, skoro nie wykazano wylania krwi w tkance podskórnéj, ani téż w częściach głębszych.

Wskutek tego orzeczenia matka denata, obwiniona o morderstwo została wypuszczona na wolność. W 6 lat potém siostra nieboszczyka zeznała, że gdy w r. 1881 brat jéj wrócił do domu pijany, matka uchwyciła go za szyję i dławiła, w czém pomagał drugi syn, wówczas 15 lat liczący, uciskając przyrodzenie brata. Ten ostatni początkowo przyznał się do udziału w zbrodni, a następnie zeznał, że sam starszego brata zamordował, matka zaś nie brała w tém żadnego udziału. Sąd wskutek tego przesłał sprawę do Wydziału lekarskiego, do ponownego orzeczenia. Wydział orzekł, że i teraz orzeczenie jego nie może być bezwzględnie pewném i stanowczém, że jednak przypuszczenie uduszenia nabiera więcéj prawdopodobieństwa wskutek zeznania siostry nieboszczyka i przyznania się jednego świadka, wreszcie i za uduszeniem przemawia i brak innéj przyczyny śmierci u człowieka młodego i nie schorzałego.

XII. **Pęknięcie wątroby powstałe za życia, lub po śmierci.** Przegląd Lek. N. 51. Str. 649.

Kobietę 30-letnią, znaną z nałogowego pijaństwa, znaleziono bez życia na gościńcu. W południe dnia tegoż nieboszczka stoczyła bójkę. Przy sekcyi oprócz znaków od pobicia oraz zadrapania na twarzy, rany nadłukiem brwiowym lewym, oraz śladów pobicia na kończynach, znaleziono około 2-ch litrów czarnéj, płynnéj krwi w brzuchu, oraz poprzeczne pęknięcie wątroby z promienistémi mniéj lub więcéj głębokiémi szczelinami bez naruszenia większych naczyń krwionośnych tegoż narządu. Lekarze obducenci oświadczyli, że stanowczéj przyczyny śmierci denatki oznaczyć nie mogą, z wszelkiém atoli prawdopodobieństwem przyjąć można, że denatka zmarła skutkiem wewnętrznego krwotoku od pęknięcia wątroby, zaczém przemawia obecność wielkiéj ilości krwi w brzuchu, przerwa łączności tkanki wątrobowéj, brak krwi w sercu i suchość płuc na przekroju. Wszelako stanowczo wyłączyć nie można, ażeby pęknięcie nie mogło nastąpić dopiero po śmierci przy przenoszeniu ciała, wskutek biernego wstrząsu, co przy obecności wielkich pni żylnych w wątrobie wskutek rzeczonego wstrząsu przedartych, również znaczny wylew krwi do brzucha spowodowaćby mogło. W razie przyjęcia pęknięcia i krwotoku za życia obducenci oświadczają, że powodem tego obrażenia mogło być rzucenie o ziemię ze znaczną siłą, lub spadnięcie ze znacznéj wysokości na twardą niepodatną podstawę, przyczém brak zewnętrznych śladów obrażenia nie jest okolicznością przeciw przemawiającą. Wskutek braku stanowczo-

ści w orzeczeniu, sąd zażądał opinii Wydziału lekarskiego, który orzekł, że denatka umarła z krwotoku wewnętrznego wskutek rozległego pęknięcia wątroby. Wprawdzie pęknięcie może nastąpić i po śmierci człowieka, nie wystarcza jednak do tego proste wstrząśnięcie trupa, lecz potrzeba gwałtu wielkiego, jak spadnięcia ze znacznéj wysokości, przejechania ciężkim wozem i t. p., ale i wtedy pęknięcie nie byłoby tak rozległe i nie pociągnęłoby za sobą tak wielkiego krwotoku; płynność zaś krwi wynaczynionéj nie przemawia koniecznie za wydostaniem się jéj po śmierci, bo i krew za życia wynaczyniona pozostaje płynną, jeżeli śmierć następuje bardzo szybko. Pęknięcie wątroby za życia powstaje skutkiem silnego wstrząśnienia lub ugniecenia przy spadnięciu ze znacznéj wysokości, przejechaniu, przytłoczeniu lub ugnieceniu narzędziem tępém. Jeżeli spadnięcie lub przejechanie można wyłączyć, to nie pozostaje nic innego do przypuszczenia, jak tylko, że pęknięcie nastąpiło skutkiem ugniecenia narzędziem tępém, jakiém być mogło i kolano. Takie ugniecenie może nie pozostawić, a nawet zazwyczaj nie pozostawia śladów zewnętrznych. Inne obrażenia, zresztą lekkie, mogłyby świadczyć o walce i obronie, jeżeli nie pochodziły od bójki, pierwéj jeszcze stoczonéj.

Że pęknięcie wątroby może nastąpić i po śmierci, to wątpliwości żadnej nie ulega [Hofmann], ale również nie podpada wątpliwości, że do takiego pęknięcia potrzeba wielkiéj siły, a w każdym razie większéj aniżeli za życia [Casper]. W opisanym powyżéj przypadku przeciw przypuszczeniu powstania pęknięcia wątroby za życia przemawiać by mogła tylko płynność krwi wynaczynionéj do brzucha. Wszelako i ta okoliczność niekoniecznie przemawia za powstaniem pęknięcia po śmierci, gdyż krew może pozostać płynną, jeżeli śmierć szybko następuje. W 6-ciu przypadkach Caspera pęknięcia wątroby za życia, krew była płynną, pomimo że w jednym przypadku chłopiec przejechany żył jeszcze pół godziny. Tak samo w 2-ch przypadkach, opisanych przez Maschkę, krew była płynną, a wydział lekarski w Pradze oświadczył się za powstaniem pęknięcia za życia.

XI. HYGIENA, EPIDEMIJOLOGIJA, STATYSTYKA LEKARSKA I SZPITALNICTWO.

Sprawozdawca

W. Szumlański.

Polak. Podstawy hygieny społecznéj. Zdrowie. Zeszyt 37. Str. 318.

Autor w pracy téj, czytanéj na Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie, dowodzi gwałtownéj potrzeby inicyjatywy prywatnéj w sprawie

rozwoju hygieny społecznéj. Państwo i gmina w tym względzie dużo czynić mogą, ale i samopomoc społeczna w kierunku hygieny jest nieodzownie potrzebną, a niestety u nas najsłabiéj rozwiniętą.

Najpotężniejszém źródłem inicyjatywy prywatnéj są stowarzyszenia sanitarne, odpowiednio zorganizowane. Pod tym względem przoduje w Europie Anglija i Francyja. Jako wynik swéj pracy postawił autor następujące wnioski:

1. Zjazd V lekarzy i przyrodników polskich uważa za nieodzowną i nagłą potrzebę natychmiastowego założenia prywatnego towarzystwa hygienicznego w kraju.

2. Zjazd uważa organizacyję służby zdrowia, opartą na samorządzie gmin, jako jedyną, która potrzebom hygieny społecznéj odpowiada.

Oba te wnioski przez Zjazd przyjęte zostały.

Lutostański. Służba zdrowia w Galicyi. Zdrowie zesz. 31 i 34. Str. 98 i 237.

Autor opisuje smutne dzieje organizacyi gminnéj służby zdrowia w Galicyi. Sprawa to niezmiernie ważna dla Galicyi upośledzonéj w porównaniu z innémi krajami monarchii austryjackiéj pod względem pomocy lekarskiéj dla ludności niezamożnéj i dzięki temu nawiedzanéj bezustannie przez rozmaite epidemije, które pochłaniają bardzo liczne ofiary. Dotychczas jednak sprawa ta, pomimo iż poruszoną była po raz pierwszy jeszcze w r. 1865, nie została pomyślnie rozstrzygniętą; kołacze się ona od owego czasu po różnych władzach krajowych, a gdy wreszcie dochodzi pod rozpoznanie sejmu, natrafia na liczne przeszkody i na opozycyję większości, a biedna ludność wiejska, którą lekarze powiatowi nie są poprostu wstanie należycie się zaopiekować, żyje w warunkach najniehygieniczniejszych, marnieje i ginie skutkiem chorób. Dwukrotna inicyjatywa ze strony rządu (w r. 1870 i 76) pozostała również bezskuteczną. Jakie są losy rozporządzenia rządu, wydanego jeszcze w r. 1887, nie wiemy, pozytywnych jednak rezultatów tegoż dotychczas nie widać. W rozporządzeniu tém hr. Taafe z wielkim naciskiem polecał ówczesnemu namiestnikowi Galicyi, „aby natychmiast rozpoczął prace przygotowawcze do projektu ustawy krajowéj o gminnéj służbie zdrowia“ i wyniki tych prac przedstawił w ciągu trzech miesięcy do ministeryjum spraw wewnętrznych. I znów trzy lata przeszły, a gminy dotychczas lekarzy nie mają!

Krówczyński. Profilaktyczne dążenia nowoczesnéj medycyny. Przegląd Lek. N. 33 i 34. Str. 437 i 448.

Zadanie dzisiejszéj medycyny polega nie tyle na leczeniu chorób, ile głównie na zapobieganiu ich rozwojowi. Zarówno w chorobach dzie-

dzicznych, jako też wrodzonych i nabytych, najskuteczniejszym po temu środkiem jest wytwarzanie odporności komórek, tkanin i całego ustroju na wpływy chorobotwórcze. Odporność nabywa się przez wzmacnianie i hartowanie ciała, przez życie w myśl przepisów hygieny. Niezbędną przeto jest znajomość tych przepisów, znajomość gruntowna, i to nietylko dla lekarzy, lecz dla całego ogółu ludności. Ani ciągłe przestrzeganie ze strony lekarzy, ani żadne objęte prawem przepisy nie zapobiegną złemu dopóty, póki ogół nie zrozumié całéj ich ważności i nie będzie usiłował stosować się do nich. Najskuteczniéj zaradzić by temu mogło zakładanie towarzystw, mających na celu zdrowie publiczne, w czém, jak i w wielu innych ważnych sprawach, wyprzedzono nas już za granicą. Towarzystwa takie mogłyby zdziałać bardzo wiele; członkowie ich spełniali by jednocześnie największy i najszczytniejszy obowiązek obywatelski, pamiętając o tém, że „składając przyszłość narodu w ręce zdrowego pokolenia, mieliby prawo spodziewać się lepszéj przyszłości".

M. Zweigbaum. O pierwszéj pomocy w nagłych przypadkach. Zdrowie zesz. 38. Str. 362.

Ofiary przypadków i katastrof ulicznych, jak również wszyscy ci, którzy zasłabną nagle bądź w domu, bądź na ulicy, pozostają u nas w pierwszéj chwili bez należytéj i umiejętnéj pomocy, brak nam bowiem zarówno środków ratunkowych, jak ludzi odpowiednio uzdolnionych; słowem, nie posiadamy instytucyi, któraby, rozporządzając i środkami i ludźmi, niosła w danéj chwili pomoc i ratunek. Zorganizowanie takiéj pomocy w mieście tak dużém jak Warszawa, jest rzeczą niezbędną i pilną; przy organizowaniu wzorować się można na ustawie wiedeńskiego towarzystwa ratunkowego, którą autor przytacza w swéj pracy w dosłownem tłomaczeniu.

Walther. Pomoc dla położnic w guberniach Królestwa Polskiego w r. 1887. Zdrowie. Zesz. 36. Str. 290.

Są to dane statystyczne, dowodzące jak małą względnie do ludności jest liczba akuszerek w kraju naszym, jak niedostatecznie obsługiwane są rodzące, które w braku akuszerek dyplomowanych zmuszone są uciekać się do pomocy bab-samouków, nie tylko mało pomocnych, lecz częstokroć szkodliwych. Aby się o tém przekonać, dość przytoczyć ważniejsze liczby. W r. 1886 w kraju całym [prócz Warszawy] było urodzeń 268849; przyjmując jako przeciętny czas trwania połogu dni 9, i przypuszczając nawet, że akuszerka obsługuje jednocześnie 2 położnice i pracuje rok cały bez wypoczynku, przekonamy się, że może ona w ciągu roku przyjąć tylko 81 dzieci; ilość akuszerek w Królestwie [prócz Warszawy] wynosi 780; wszystkie one przeto obsługują na rok najwyżéj 63.180 porodów; reszta zaś rodzących, t. j. 205.669 (co stanowi 76%) obywa się bez pomo-

cy dyplomowanéj akuszerki. Następstwa takiego stanu rzeczy łatwo pojąć i przytaczać ich za autorem nie mamy potrzeby. Chcąc złemu zaradzić, należy powiększyć ilość szkół dla akuszerek, jedyna bowiem na całe Królestwo szkoła przy instytucie położniczym nie jest wstanie dostarczyć potrzebnéj ich ilości. Biorąc przykład ze Szlązka, gdzie na 4.200.000 ludności istnieją 2 szkoły, z których corocznie wychodzi 60 akuszerek, wypadało by u nas urządzić szkół co najmniéj 4, któreby dostarczały po 120 do 150 akuszerek na rok.

Marceli Nencki. Przyczynek do wpływu naczyń metalowych na skład chemiczny konserwów mięsnych. Zdrowie. zesz. 33.

Badanie dotyczyło konserwów amerykańskich (*corned boef*), jakie pozostawały w puszce metalowéj w ciepłéj sali przez ciąg lat 10. Skład chemiczny puszki był następujący: 98.3% żelaza, 1.2% cyny, 0.3% ołowiu i ślady substancyj organicznych. W konserwach wykryto tylko znaczną ilość cyny 0.0604%, a ponieważ konserwy zawierały 57.1% wody i 42.9% części stałych, ilość więc cyny w nich wynosiła 0.0386%. Przy dłuższém przeto użyciu takich konserwów, licząc po 250—500 grm. na dobę i człowieka, tak znaczna ilość cyny musi oddziałać na organizm szkodliwie. W konserwach świeżych zawartość cyny wynosiła 0.0024%.

Domański. Zakład dezinfekcyjny miejski w Krakowie. Przegląd Lek. N. 3 i 4. Str. 44 i 61.

Zakład wzorowy, urządzony kosztem 7500 złr. posiada przyrząd stały systemu Schimmela i S-ki w Chemnitz, dezynfekujący za pomocą pary wodnéj przy ciepłocie 100°C. Opis zakładu i sposobu dokonywania dezynfekcyi nie nadaje się do streszczenia. Komisyja sanitarna Krakowska uznała dezynfekcyję za konieczną w następujących chorobach: ospie, szkarlatynie, odrze, róży, błonicy, gorączce połogowéj, nosaciznie, tyfusie brzusznym, osutkowym i powrotnym, cholerze azyjatyckiéj, czerwonce, zapaleniu nagminném opon mózgordzeniowych, ropnicy, krztuścu, wąglíku i wściekliznie. W suchotach zaleciła dezynfekcyję za życia i uznała za obowiązkową w razie śmierci; prócz tego, jako pożądaną, zaleciła w świerzbie, przymiocie i egipskiém zapaleniu oczu.

Przewoski. Przepisy dezynfekcyi podczas choroby zaraźliwéj i po chorobie. Gazeta Lek. N. 18. Str. 375.

Znając w wielu chorobach zarazek i po części jego własności, należy przedsiębrać środki celem zwalczenia zarazka i ograniczenia chorób zakaźnych. Środki takie, jak pokazało doświadczenie [prawo holenderskie wydane przed 7 laty] pozwalają na osiągnięcie zamierzonego celu, lecz wówczas jedynie, jeżeli we wszystkich przypadkach chorób zakaźnych będą bezwarunkowo obowiązujące.

Dezynfekcyja ma cel podwójny: 1) dąży do tego, aby miejsce w którém chory przebywa, nie stało się rozsadnikiem zarazy i 2) stara się postawić chorego w jak najkorzystniejszych warunkach zdrowienia. Choroby zaraźliwe szerzą się przez samych chorych, ich wydzieliny i wypróżnienia, przez rzeczy, jakich chorzy używają, przez osoby dozorujące i odwiedzające, przez izbę chorego, pokarmy, i wreszcie przez zmarłych. Należy przeto przy dezynfekcyi uwzględnić i u. ieszkodliwić wszystkie powyższe czynniki, a w tym celu podaje autor cały szereg przepisów, których streszczać niepodobna.

Przewoski. Dezynfekcyja przestrzeni mieszkalnych po usunięciu chorego na chorobę zaraźliwą. Gazeta Lek. N. 1 i 2. Str. 19 i 39.

Dezynfekcyja taka jest niezmiernie ważna, wykonanie jéj jednak bardzo trudne. Grzybki chorobotwórcze osiadają na suficie i ścianach [Esmarch], oraz na podłodze mieszkania [Pettenkofer] i mogą stanowić nowe źrodło zarazy. Należy przeto bezwarunkowo je zniszczyć, przyczém zachować trzeba następujące warunki: 1) Mieszkanie winno zostać nieuszkodzone; 2) dezynfekcyja ma być nieszkodliwa ani dla robotników ani dla mieszkańców; 3) powinna być łatwa i 4) jak najtańsza. Autor rozbiera pokrótce wartość różnych sposobów dezynfekowania, zarówno chemicznych [kwas siarkowy, chlor, brom, sublimat, kwas karbolowy i t. p.], jako też mechanicznych [przewietrzanie, usuwanie tapetów, skrobanie ścian i t. d.], i zaleca jako najodpowiedniejszy sposób postępowania następujący:

1) Zarządziwszy silną wentylacyję przez otwarcie okien i palenie w piecu, wytrzéć mocno suchym chlebem sufit i ściany.

2) Wszelkie spadłe na podłogę okruszyny starannie zmieść i wraz z miotłą spalić.

3) Podłogę, okna i piec zmyć naprzód roztworem sublimatu (1:1000), tak aby na 1 m. kw. powierzchni przypadało 500 c. c. roztworu sublimatu, a następnie dla zniszczenia trujących własności sublimatu wodą gorącą, albo 1% roztw. węglanu sodu.

Bujwid. Wyniki poszukiwań bakteryjologicznych nad wodą i powietrzem miasta Warszawy. Przegl. Lek. N. 44. Str. 561.

Powietrze badano metodą Hessego, polegającą na przepuszczaniu powietrza przez rurę, zawierającą galaretę żelatynową, wyjałowioną; znaleziono w powietrzu warszawskiém 48 gatunków bakteryj niechorobotwórczych, pomimo, iż badano między innémi nawet powietrze szpitali. Na téj zasadzie autor wyprowadza między innémi śmiały wniosek, że „powietrze nie gra w zakażeniu żadnéj roli lub może nieznaczną, nie potrzeba zatém odrażać powietrza w salach operacyjnych“. Najwięcéj bakteryj zawiera powietrze suteryn i miejsc przepełnionych ludnością, np. sal wykładowych. Najodpowiedniejszém jest powietrze mieszkalne, zawierające

w stanie spokojnym nie więcéj nad 80, a uliczne nad 60 bakteryj w 10 litrach.

Woda dobra zawiera 100.000 razy więcéj bakteryj niż dobre powietrze, t. j. około 300 w 1 ct. sz. Metoda badania taka sama jak w streszczeniu poprzedniém. Badanie wykazało, że: 1) Woda wiślana powyżéj miasta zawiera około 300, poniżéj i w środku około 50.000 bakteryj w 1 ct. sz.; chorobotwórczych nie znaleziono. 2) Po przejściu przez stacyję filtrów—30—40 w 1 ct. sz. 3) Woda źródlana 20—60 bakteryj. 4) Studzienna wogóle więcéj niż wiślana powyżéj miasta. 5) Filtry CHAMBERLAND'a działają dobrze tylko przez pewien czas po wyjałowieniu. 6) Im więcéj woda zawiera części organicznych, tém więcéj znajduje się w niéj bakteryj, analiza przeto bakteryjologiczna ma przewagę nad chemiczną, jako łatwiejsza i czulsza.

Bujwid. Wyniki rozbiorów bakteryjologicznych wody wiślanéj filtrowanéj i niefiltrowanéj. Gazeta Lek. N. 21. Str. 428.

Badano wodę: 1) niefiltrowaną; 2) filtrowaną na centralnéj stacyi filtrów na Koszykach i 3) przepuszczaną przez filtry domowe po uprzedniém przefiltrowaniu na stacyi głównéj. Wodę zbierano na miejscu w probówki wyjałowione; z tego 1 c. c. mieszano z 9 c. c. żelatyny i wylewano na wyjałowione płytki szklane, które nakrywano kloszem. Po 2—4 dniach liczono kolonije bakteryj, z których każda odpowiadała jednemu zarodnikowi. Na podstawie otrzymanych ztąd liczb, których tu przytaczać niepodobna, autor dochodzi do wniosków następujących: 1) Miejsce, zkąd czerpie wodę nowy wodociąg, jest daleko odpowiedniejsze od tego, zkąd czerpie dawny. 2) Woda filtrowana zawiera bezporównania mniéj drobnoustrojów, niż niefiltrowana, z wyjątkiem, jeżeli przechodzi przez filtr świeży (jednodniowy). 3) Filtr CHAMBERLAND'a działa dobrze tylko z początku, lub po wyjałowieniu; w przeciwnym razie woda zawiera po przepuszczeniu przezeń więcéj bakteryj, niż niefiltrowana. 4) Filtry domowe tylko zanieczyszczają wodę drobnoustrojami.

Stępniewski. Sprawa ospowa u nas od najdawniejszych czasów po rok 1888. Medycyna. N. 12. 13. 14. 15. 16 i 17. Str. 197. 222. 241. 260. 277. 297.

W pracy powyższéj autor wziął sobie za zadanie podać dzieje sprawy ospowéj u nas i wykazać obecny stan téjże. Zaczyna autor od pierwszych zaczątków w tym względzie. Ochronne szczepienie ospy za inicyjatywą BAUDOUIN'a i ROEMER'a pierwszy raz dokonaném zostało za pozwoleniem Stanisława Augusta w r. 1769 w szpitalu Dzieciątka Jezus. W r. 1811 z rozporządzenia króla saskiego zalecono pod pewnémi nawet rygorami, ogólne szczepienie dzieciom ospy krowiéj w piérwszym roku życia. Dopiéro jednak w drugiéj połowie bieżącego stulecia ochronne szcze-

pienie ospy zyskało pewniejsze i racyjonalniejsze podstawy, wskutek powiększenia funduszu instytutu szczepienia ospy przy tymże szpitalu. Następnie autor podaje rys historyczny prac zajmujących się sprawą ospową, w dalszym ciągu przytacza dane z badań bakteryjologicznych, a wreszcie podaje dane statystyczne co do ilości mieszkańców, ilości urodzeń i śmierci wogóle oraz śmierci na ospę za przeciąg czasu od r. 1877—1887. Wreszcie dane co do ilości zejść na ospę w stosunku do ilości mieszkańców podaje autor w porównawczéj statystyce dla Warszawy, Petersburga, Wiednia, Pesztu, Pragi, Wrocławia i Berlina. Jako dodatek do swéj pracy, dołącza autor obszerny wykaz chronologiczny, streszczający ważniejsze u nas prace o ospie, począwszy od pierwszego pisanego dokumentu aż po obecną chwilę [1768—1888] oraz „Dodatek specyjalny o formach zawieralników szczepionek i porównawczéj ich wartości". Praca powyższa jest bardzo skrzętnie zebraną i stanowi ważny przyczynek do dziejów sprawy ospowéj w naszym kraju.

Stępniewski. Krowianka: rodzima, humanizowana, retrowakcyna, transwakcyna. Medycyna. N. 43 i 44. Str. 717 i 733.

W pracy pod powyższym tytułem autor z właściwą sobie skrzętnością i drobiazgowością podaje dzieje szczepienia ospy rodziméj, humanizowanéj, retrowakcyny i transwakcyny tak zagranicą jak i u nas.

Obtułowicz. Kilka uwag w sprawie powszechnego szczepienia ospy za pomocą krowianki. Przegląd Lek. N. 46. Str. 596.

Praca powyższa ma na celu zachęcenie władzy krajowéj galicyjskiéj do zaprowadzenia powszechnego szczepienia ospy za pomocą krowianki i do wprowadzenia na drodze ustawodawczéj szczepienia przymusowego. Dane liczbowe wykazują, że w krajach, w których od szczepienia nikt się nie uchyla, śmiertelność podczas epidemii ospy jest bardzo mała: w Niemczech np. wynosi ona 0,3—0,4 na 100,000 mieszkańców, w Anglii 7,7, w Austryi zaś 32,5, w Węgrzech aż 242,8, a w Galicyi 81,3. Liczby zaprawdę bardzo przekonywające!

Szczepić należy krowiankę, nie zaś limfę humanizowaną; przeszczepiając tę ostatnią z dziecka na dziecko, można jednocześnie przenieść przymiot, co wobec coraz bardziéj grasującéj choroby, staje się z każdym dniem łatwiejszém; z drugiéj zaś strony, pozbawiając dziecko limfy przed przyschnięciem krost, czynimy dziecko mniéj odpornem na zarazek ospowy, o czém autor miał możność się przekonać. Przy tém samo szczepienie w takich warunkach jest uciążliwsze, bo matki niechętne zbieraniu limfy z ich dzieci, kryją się wraz z niémi i zmuszają lekarza do odbywania kilkakrotnych podróży do jednéj i téj saméj miejscowości. Zwiększa to bezwarunkowo koszty, które prawie w zupełności mogłyby wystarczyć na zakup odpowiedniéj ilości krowianki.

P. Seifman. W kwestyi ochronnego szczepienia gruźlicy. Medycyna. N. 40. Str. 677.

Autor rzuca myśl i zachęca do ochronnych szczepień za pomocą szczepionki, w właściwy sposób złagodzonéj, perlicy u bydła rogatego, z którego gruźlica przechodzi na człowieka. Jako naukową podporę swéj myśli przytacza spostrzeżenie i rozumowania prof. PERRONCITO.

Skabiczewski. O środkach zapobiegających rozprzestrzenianiu ospy naturalnéj w m. Warszawie. Zdrowie. zesz. 37. Str. 325.

W r. 1887, zwłaszcza w drugiéj połowie, grasowała w Warszawie ciężka epidemija ospy. O ilości przypadków chorobowych nie można mieć dokładnego pojęcia z powodu wadliwego urządzenia w przesyłaniu kartek do urzędu lekarskiego [obecnie zmieniono na lepsze, *sprw.*]. Sądząc jednak z ilości zmarłych 570 — i przyjmując wysoki procent śmiertelności 20, wypada, że przypadków ospy było w tym czasie co najmniéj 2850 [zawiadomiono o 1196]. Urząd lekarski, celem złagodzenia epidemii, wydał rozporządzenie do felczerów miejskich [?! *sprw.*], aby ci szczepili ospę pod kontrolą lekarzy. Dodać należy, że felczerów takich na całe miasto jest d w ó c h. Przepis ten, jak się można było spodziewać, korzyści wielkich nie przyniósł. Autor proponuje w 14 punktach różne racyjonalne środki zapobiegawcze, środki znane, lecz wogóle mało lub całkiem nie przestrzegane; tu należą: szczepienie i rewakcynacyja, odosobnianie chorych, przewożenie w oddzielnych ekwipażach, dezynfekcyja podczas i po chorobie i t. p..

Wieliczko. Zatrucie wody i powietrza w powiecie łódzkim. Zdrowie. Zesz. 35. Str. 267.

Umieszczanie fabryk nad małémi rzekami, lub w miejscowościach rzek pozbawionych, a do takich należy powiat łódzki, jest bezwarunkowo szkodliwe: odpadki fabryczne zanieczyszczają wodę i powietrze, co musi oddziaływać ujemnie na stan zdrowotny mieszkańców. Woda rzeczek powiatu łódzkiego jest tak zła, że nie ma w niéj ani ryb, ani innych stworzeń żyjących, a jednak mieszkańcy zmuszeni są z wody téj korzystać. Należy więc przedsiębrać środki zaradcze, z których najważniejszym i jedynie skutecznym jest budowanie nowych fabryk tylko w miejscowościach położonych nad większémi rzekami, głębokiémi i ze znacznym spadkiem.

Seifmann. Kilka uwag w kwestyi zaraźliwości wścieklizny. Przegląd Lek. N. 3. Str. 39.

Uwagi autora mają na celu stwierdzenie faktu, że głównem siedliskiem jadu wścieklizny w ustroju jest istota nerwowa i że w niéj jad zachowuje swą siłę przez długi czas po śmierci zwierzęcia. Jako dowód przytacza autor spostrzeżenie MERGEL'a, który cząstki mózgu wilka, zagrzebanego

przed 2 tygodniami, szczepił królikowi i wywołał u niego objawy typowe wścieklizny porażonéj, jakie wystąpiły po upływie z górą 3 tygodni. Dla upewnienia się jeszcze, czy była to rzeczywiście wścieklizna, M. cząstki mózgu padłego królika szczepił świnkom morskim i królikowi, i u wszystkich tych zwierząt śmierć wśród „charakterystycznych objawów wścieklizny porażennéj“ nastąpiła w ciągu dni 14—20. Nie była to więc posocznica, gdyż ta zabija zwierzę zwykle w 2—3 dni po zaszczepieniu.

Grodecki. Statystyka szczepień ochronnych wścieklizny, stosowanych przez Dr. O. Bujwida w Warszawie. Zdrowie. Zeszyt 39. Str. 412.

Rzecz ta, jako tylko oparta na cyfrach, nie nadaje się do streszczenia.

B. Serkowski. W jakim kierunku możebnym jest postęp w naszych urządzeniach sanitarnych do stłumienia chorób zakaźnych zmierzających. Przegląd Lek. N. 40 i 41. Str. 521 i 532.

Rozporządzenia rządu, mające na celu ograniczenie chorób nagminnych są i pozostaną czczą literą prawa dopóty, dopóki nie zostanie ustanowiony należyty nadzór nad ich wykonywaniem i póki samo wykonywanie nie będzie łatwiejsze. Sam lekarz powiatowy, który raz na tydzień tylko bywa w gminie, wszystkiemu podołać nie jest wstanie. Trzeba mu przeto dać do pomocy tak zwaną straż sanitarną, złożoną w każdém starostwie z 3 lub 4 ludzi, obznajmionych z pielęgnowaniem chorych i pojmujących ważność swego zadania. Straż ta winna pilnować wykonywania przepisów lekarskich, t. j. przestrzegać odosobniania chorych zaraźliwych, a po chorobie przeprowadzać należytą dezynfekcyję, za pomocą przenośnych dezynfektorów. Wymagania bardzo słuszne, nawet niezbędne, a jednak pewno tak, jak wiele innych, na długo pozostaną w sferze projektów.

Pietrzycki. Spostrzeżenia nad okresem wylęgania chorób ostrych nagminnych i nad niektórémi ich własnościami, a w szczególności nad przenoszeniem się tychże. Przegląd Lekarski. N. 50—52. Str. 640. 651 i 661.

Autor, jako lekarz powiatowy, miał możność spostrzegania bardzo licznych przypadków chorób nagminnych. Przyznać należy, że z materyjału klinicznego korzystał bardzo umiejętnie, spostrzeżenia swe notował z całą dokładnością, a wywiady zbierał tak skrupulatnie, że na ich podstawie mógł w każdym przypadku choroby dojść do źródła, z którego przeniesiony został zarazek. Dodajmy jeszcze, że autor korzystał nietylko z własnych spostrzeżeń, lecz czerpał je również z dostępnéj mu literatury i na podstawie całego tego materyjału wyprowadzał ostateczne wnioski. Pracy téj streszczać niepodobna; ograniczymy się przeto jedynie na

przytoczeniu w krótkości wniosków, a te są następujące: 1) Zarazek błonicy, płonicy i ospy udziela się nietylko bezpośrednio z chorych na zdrowych, lecz i za pośrednictwem osób zdrowych i różnych przedmiotów; tyfus brzuszny ma ognisko zarazy w gruncie, zkąd dostaje się do ustroju ludzkiego wraz z wodą, może jednak również zostać przeniesiony ze zdrowych na chorych lub za pośrednictwem przedmiotów; odra przenosi się tylko z osoby na osobę; co do kokluszu zaś i duru osutkowego danych pewnych w tym względzie niema. 2) Okres wylęgania się chorób nagminnych jest następujący: dla duru brzusznego dni 7—14—21, odry 9—11, ospy 3—9, duru osutkowego 4—8, powrotnego 5—8, kokluszu 2—7, płonicy 1—5, błonicy 1—3. 3) Twierdzenie, jakoby choroby nagminne rozwijały się tylko wówczas, gdy są importowane, jest zbyt śmiałe i niczém należycie nie usprawiedliwione. 4) Szerzeniu się chorób nagminnych, prócz tyfusu brzusznego, zapobiedz można przez najściślejsze odosobnienie chorych, stanowiących ogniwo każdéj większéj epidemii; w tyfusie nie jest to wystarczające—należy tu jeszcze poprawić wodę do picia przez zakładanie nowych studzien. Wskazówki bardzo cenne, lecz w obecnych warunkach niewykonalne, odosobnienie w biednéj klasie ludności wiejskiéj prawie że niepodobne, raz dla braku odpowiedniego pomieszczenia, a powtóre, ogół „ludności“, nie pojmując ważności tych przepisów, po odjeździe lekarza nie pomyśli nawet o ich wypełnieniu; na budowę zaś nowych studzien biedne gminy galicyjskie nie są w stanie się zdobyć. Autor i na to radę znajduje, rady te jednak z pewnością powiększą tylko liczbę „*pia desideria*“, tak licznych w sprawach, dotyczących hygieny. A jednak są to środki tak łatwe: należy jedynie ustanowić dozorców zdrowotnych, podległych lekarzowi powiatowemu, którzyby stale przebywali w miejscowościach dotkniętych epidemiją i pilnowali wykonywania rozporządzeń lekarskich; gminom zaś nawiedzanym często przez tyfus wyjednać bezprocentową pożyczkę na budowę nowych studzien w miejscach, wskazanych przez lekarza; gminy opierające się, należałoby do tego zmuszać.

Malinowski. O jedném ze źródeł szerzenia się chorób zaraźliwych i zakaźnych. Zdrowie. Zesz. 38. Str. 361.

Źródłem tém są mieszkania, w których przebywali chorzy. Mieszkania takie nie są obowiązkowo dezynfekowane ani po chorobie, ani też po wyprowadzeniu się lokatora, którego rodzina przechodziła jednę z chorób zakaźnych. Właściciele domów nie informują, naturalnie, o tém nowych lokatorów, którzy są narażeni na zakażenie. Urząd lekarski korzystając z kartek, nadsyłanych przez lekarzy, winien wydać następujące przepisy: 1) Aby w cyrkułach co kwartał sporządzano wykazy mieszkań, w których znajdowali się chorzy na choroby zakaźne, a które to mieszkania przez poprzednich lokatorów mają być opuszczone. 2) Aby właściciele domów po usunięciu lokatorów poddawali dezynfekcyi mieszkania wynaję-

te nowym lokatorom. 3) Aby ciż właściciele starali się oświecać klasę uboższą lokatorów o potrzebie dezynfekcyi mieszkania po każdéj chorobie zakaźnéj i o potrzebie wczesnego oddzielania chorych przez oddawanie ich do szpitali.

Szokalski. Epidemija morowego powietrza w Warszawie w r. 1624—1625 za Zygmunta III. Gazeta Lek. N. 34 i 35. Str. 718 i 738.

Owoczesne warunki hygieniczne wielce sprzyjały szerzeniu się chorób zakaźnych wogóle. Obok tego częste wojny, nieodłączne od nich głód i nędza, zakażanie powietrza przez setki i tysiące podlegających na polu bitwy rozkładowi trupów ludzkich i zwierzęcych, stanowiły materyjał bardzo podatny, na którym z całą swobodą rozwijały się miljardy czynników chorobotwórczych, jakie następnie, niczém niepowstrzymywane, przenosiły się coraz to daléj, szerząc śmierć i zniszczenie. Jedną z ciężkich chorób owego czasu była dżuma. Wybuchła ona w Warszawie na wiosnę r. 1624 i zabrała do końca Października 179 ofiar z pośród 25.000 mieszkańców; potém do końca roku wzrastała: w Listopadzie zmarło osób 307, w Grudniu 391, w Styczniu r. 1625 już tylko 205, a w Lutym 95, i tak daléj coraz mniéj aż do połowy Maja. Wogóle ilość zmarłych podają na 2375, co stanowi około 13% ogólnéj ilości mieszkańców. „Burmistrzem powietrznym“ z władzą dyktatorską naznaczony był ówczesny wójt staréj Warszawy Łukasz Drewno, z którego sprawozdania dane powyższe zostały zaczerpnięte. Wspomina również Drewno o lekach ówczesnych, powidełkach i proszkach napotnych, a leki to zaprawdę ciekawe; dość powiedzieć, że w skład powidełek wchodziło aż 13 środków!! Po przytoczeniu takiéj recepty *in extenso* słusznie woła autor: „O biedna ludzkości! wiele to téż fantazyjnych lekarstw nałykać się musiałaś, zanim do rozumu przyszłaś!“ W końcu swéj interesującéj pracy porównywa autor ówczesną sztukę lekarską ze stanem dzisiejszéj nauki, a jako główną zdobycz téj ostatniéj słusznie poczytuje hygienę, stokroć ważniejszą i skuteczniejszą od proszków i eliksirów aptecznych.

Merunowicz. Epidemie dysenteryi w Galicyi w ostatnich latach. Zdrowie. Zesz. 28.

Okres sprawozdawczy obejmuje lata od 1879—1886 włącznie; w tym czasie umierało w Galicyi skutkiem czerwonki kolejno osób 55, 132, 66, 140, 97, 80, 119 i 100 w stosunku do 100.000 ludności. Porównywając te liczby z przeciętnémi dla całéj monarchii Austryjackiéj (od r. 1879—84: 31, 53, 30, 59, 37 i 32), przekonywamy się, że śmiertelność w Galicyi znacznie przekracza średnią cyfrę całego Państwa. Zmuszeni jesteśmy pominąć inne dane liczbowe, zebrane bardzo skrzętnie dla poszczególnych powiatów Galicyi: dane te pozwalają wnioskować, że dysenteryja nie ma ulubionego terenu, że pojawia się zarówno w miejscowościach

górskich, jak i na nizinach, zarówno na glebie urodzajnéj, jak i kamienistéj, piaszczystéj lub bagnistéj, zarówno na pokładzie gliniastym, jak i na wapiennym. Własności wody do picia nie odgrywają również ważnéj roli: w miejscowościach górskich, mających wodę zdrojową, epidemije czerwonki są bardzo częste, nawet częstsze, niż w powiatach cierpiących na brak dobréj wody. Wpływy natomiast atmosferyczne mają znaczenie niezmiernie ważne: wysoka ciepłota i raptowne jéj zmiany—oto jedne z główniejszych czynników etyjologicznych. Dla czego jednak pomimo jednakowych warunków atmosferycznych, są miejscowości uprzywilejowane, w których czerwonka zjawia się rzadziéj, niż w innych? Zależy to od wpływów zewnętrznych, dziś jeszcze nie zbadanych. Z chwilą wykrycia właściwego zarazka dysenterycznego można będzie łatwiéj poznać warunki jego rozwoju. Dziś głównym środkiem profilaktycznym jest odpowiednia dyjeta, należyte żywienie dzieci, a zwłaszcza ssawców. W razie wybuchu epidemii należy odchody niszczyć i chorych odosobniać, a w czasie choroby zalecać dyjetę mleczną i olej rącznikowy.

Jabłonowski. Cholera w Europie od roku 1884 do 1887 Przegl. Lek. N. 13 i 14. Str. 197 i 210.

Autor opisuje dokładnie wędrówkę, jaką te trzy lata trwająca epidemija odbyła po Europie, wybuchając z większą lub mniejszą gwałtownością w różnych miejscowościach Francyi, Hiszpanii, Włoch, Austryi i Węgier i kilkakrotnie nawet ponawiając się w jedném i tém samém miejscu. Ofiar przytém zabrała nie mało: we Francyi zmarło osób 15.000 od r. 1884 do 86, w Hiszpanii 180.000 od 1884 do 85 r., w Austryi i na Węgrzech 4.000 w r. 1886, we Włoszech w r. 1887 prawie 50.000 i 500 osób na Malcie—w przybliżeniu 250.000 ofiar w Europie w ciągu lat czterech. Stosunek zmarłych wynosił: we Francyi 1:3000 mieszkańców, we Włoszech 1:600, w Hiszpanii 1:100, w Austryi i Węgrzech 1:10.000. Przebieg epidemii, przenoszenie się jéj z jednéj miejscowości do drugiéj i ponowne wybuchy w miejscach, w których niedawno grasować przestała, stanowią niezbite dowody, że była to ciągle jedna i ta sama epidemija, która wreszcie z końcem roku 1887 przycichła, ale prawdopodobnie nie wygasła, i nic nie usprawiedliwia przypuszczenia, że plaga ta doszła do swego cyklu i że dla niéj wybiła już ostatnia godzina".

Tchórznicki. Odzież i akcesoryja szpitalne. Zdrowie. Zesz. 34. Str. 227.

Zarówno odzież, jak pościel, jak wogóle wszystkie przedmioty, z któremi styka się chory mogą być przenośnikami chorób zaraźliwych, należy przeto starać się o zniszczenie tego źródła przenoszenia się zarazy w szpitalach z jednych chorych na drugich. W pracy powyższéj autor podaje środki, zastosowane w tym celu przezeń od lat kilku w szpitalu

w Sterdyni, środki proste, dające się przy dobrych chęciach z łatwością zastosować, a jak pokazało doświadczenie, bardzo skuteczne. Nie tu miejsce na ich wyliczanie. Każdy lekarz szpitalny, zwłaszcza z prowincyi, gdzie szpitale wiele bardzo pozostawiają do życzenia, może z wielką korzyścią pracę tę odczytać i przekonać się o skuteczności zalecanych środków.

Tchórznicki. Użycie materyjałów torfowych w ustępach szpitalnych. Zdrowie. Zesz. 29.

Wadliwe urządzanie ustępów szpitalnych jest głównym powodem zanieczyszczenia powietrza. W miastach dużych, skanalizowanych, złemu zapobiedz łatwo, w szpitalach jednak prowincyjonalnych ustępy stanowią istną plagę zarówno dla chorych, jak i dla służby, przebywającéj stale w szpitalu. Dr. T., lekarz szpitalu ś-go Pawła w Sterdyni, usunął tę jednę z głównych wad swego szpitala, postarawszy się o gruntowną przeróbkę ustępów, w których obecnie za pomocą proszku otwockiego przetwarza się odchody na bezwonny kompost. Koszty takiego przetwarzania wynoszą rs. 1 kop. 60 na chorego i na rok. Przy nadzorze ze strony lekarza, a głównie posługi szpitalnéj, która chorych nowowstępujących objaśnia, jak sobie mają postępować, cała manipulacyja, bardzo zresztą prosta, odbywa się z wielką łatwością. Kubły z kompostem są codzień opróżniane i po wymyciu wstawiane do ustępów. Wymywaniu temu pragnę zaoponować ze względów ekonomicznych. Chcąc, aby kubły nie ulegały prędkiemu zniszczeniu, należy części odchodów, przylegające do dna i ścian bocznych pozostawić, a po wstawieniu kubłów do ustępów wsypać w nie nieco proszku; zapobiegnie to wydzielaniu się woni, a codzienne wymywanie nie będzie niszczyło kubłów.

Jawdyński. Sala operacyjna w Warszawskim szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandryi. Gaz. Lek. N. 13. Str. 276.

Uznając za niezbędne istnienie w szpitalu dwóch sal operacyjnych, jednéj dla ran czystych, drugiéj dla zakażonych i zgodnie z zasadą, że ideałem sali operacyjnéj jest nie antyseptyka, lecz aseptyka, ordynatorowie oddziału chirurgicznego w szpitalu dla dzieci, Peszke i Jasiński, postarali się o odpowiednie przerobienie sali poprzedniéj, bynajmniéj nie odpowiadającéj tegoczesnym wymaganiom. W sali téj mieści się obecnie właściwa sala operacyjna, operacyje zaś na chorych zakaźnych i porada dla przychodzących, odbywają się w oddzielnych pomieszczeniach. Sala położona na 1-ém piętrze ma wysokości stóp 16, objętości 4880 stóp sześc. posiada jedno okno weneckie od zachodu i dwa od południa; wszystkie węgły w niéj są zaokrąglone, ściany pomalowane olejno na kolor jasno-perłowy, podłoga z okrawków marmuru i cementu. Ujemne strony stanowią: spadek w podłodze ku środkowi i zagłębienie tamże, w którém wobec bra-

ku rury odpływowéj zbierają się wszelkie płyny i po operacyi zostają usuwane za pomocą ścierek; daléj piec kaflany z zagłębieniami między kaflami, i wreszcie drzwi i okna, nieodpowiadające warunkom aseptyki. Umeblowanie sali jest następujące: 1) stół operacyjny, żelazny, malowany olejno, z blatem szklanym, materacem kauczukowym nadymanym i takąż poduszką; 2) szafa żelazna oszklona z półkami szklanémi; 3) półka szklana przy ścianie do narzędzi podręcznych; 4) stół żelazny z blatem marmurowym i 5) wodociąg z miednicą porcelanową.

Zygmunt Kramsztyk. O salach szpitalnych. Gazeta Lekar. N. 28. Str. 604.

Jest to część dyskusyi, jaka w Komitecie hygieny Warsz. Tow. lek. toczyła się nad rodzajem sal w projektowanym szpitalu żydowskim. Autor, zwolennik sal małych, stara się zwalczyć argumenty przemawiających na korzyść sal wielkich i przytacza swoje, mające głównie na względzie spokój chorych, ich uczucia, rozmaitość warunków, jakich w różnych chorobach wymagają, i możność łatwiejszego utrzymania czystości. Ciekawych szczegółów odsyłamy do pracy oryginalnéj.

Szumlański. Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie w ciągu roku 1886 i 1887. Zdrowie Zesz. 33—39. Str. 210—411.

Ogólna ilość chorych w ciągu lat sprawozdawczych była 2635 i 2325 (miejsc etatowych 188): odsetka śmiertelności: 11.2 i 11.5 a po wyłączeniu suchot płucnych 7. 5 i 7. 2. Praca, jako obejmująca wyłącznie dane liczbowe, dotyczące poszczególnych chorób nie nadaje się do streszczenia.

Wojnarski. Sprawozdanie z oddziału I-go A. chorób wewnętrznych prof. dra Pareńkiego w szpitalu ś-go Łazarza w Krakowie za r. 1885. Medycyna. N. 4 i 5. Str. 49 i 69.

Oprócz danych co do ruchu chorych i rodzaju chorób przytoczono cztery ciekawsze spostrzeżenia a mianowicie:

1) zapal. płuc włóknikowe powikłane zapal. osierdzia,
2) „ „ „ „ „ rop. gruczołu przyusznego prawego i ostrym nieżytem kiszek,
3) „ „ „ „ „ opon mózgowych,
4) „ „ „ „ „ worka osierdziowego.

A. Poznański. I-sze sprawozdanie z oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci Bersonów i Baumanów. Medycyna. N. 33 i 34. Str. 557 i 574.

W sprawozdaniu tém znajdujemy opis oddziału chirurgicznego i sali operacyjnéj, dane co do ruchu chorych, a oprócz tego kilka spostrzeżeń z ciekawszych przypadków chorobowych.

Bednarski. Przyczynek do statystyki chorób zakaźnych w szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie od r. 1879 do r. 1886, wraz z uwagami co do róży. Medycyna N. 1 i 2. Str. 5 i 22.

Wobec niemożebności przedstawienia sprawozdania z całego ruchu chorób i chorych leczonych na oddziale, autor podaje tylko urywek z działu chorób zakaźnych, leczonych w oddziale chorób wewnętrznych B. Dr. Paszkowskiego. Rzecz ta głównie oparta na cyfrach, nie nadaje się do streszczenia. Bardziéj szczegółowe dane przedstawia autor z przypadków róży. Co się tyczy przebiegu i leczenia téj choroby, autor nie podaje nic nowego.

Fr. Sroczyński. Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w oddziale okulistycznym prof. Rydla przy szpitalu Ś go Łazarza w Krakowie z roku 1887—88. Przegląd Lek. N. 37. Str. 480.

Patrz dział Okulistyki (str. 117).

J. Majkowski. Sprawozdanie z praktyki lekarskiéj przy zdrojowisku w Busku podczas pory kąpielowéj 1887 r. Medycyna. N. 12. 13. 14 i 15. Str. 201. 217. 237 i 257.

Oprócz danych co do ogólnéj liczby chorych autor podaje sprawozdanie o chorych, leczonych przez siebie na następujące choroby: 1) przymiot; 2) długotrwały gościec stawów i mięśni, podagrę, zapalenie stawów zniepodabiające, 3) zołzy i chorobę angielską, 4) choroby układu nerwowego, 5) choroby skóry. Przypadki przymiotu opisane są bardzo szczegółowo.

SPIS PRAC [1])

W PRZEGLĄDZIE PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1888.

I. Anatomija, Histologija, Fizyjologija i Chemija lekarska.

Sprawozdawca M. Jakowski.

	Str.
1. Momidłowski. O ciałkach nerwowych prof. Adamkiewicza	1
2. Adamkiewicz. O ciałkach nerwowych człowieka . . .	1
3. Cybulski. Kilka uwag o ciałkach nerwowych prof. Adamkiewicza	2
4. Piotrowski. Badanie nad unerwieniem naczyń	3
5. Gajkiewicz. Najnowsze poglądy na fizyjologiję mózgu . .	3
6. Widmann. O powstawaniu uderzeń serca	4
7. L. Nencki i P. Rakowski. Przyczynek do ilościowego oznaczenia acetonu w moczu	4
8. M. Nencki. O hematoporfirynie	4

II. Anatomija patologiczna, Bakteryjologija, Patologija ogólna i doświadczalna.

Sprawozdawca A. Ciągliński.

9. Klejn. Rozklejenie się komórek mięśnia sercowego . . .	5
10. Przewoski. Niezwykła mnogość różnych pierwotnych nowotworów u jednego i tego samego osobnika	6

---

[1]) Przegląd ten zawiera wszystkie prace oryginalne w ciągu 1888 r. drukiem ogłoszone, oprócz drukowanych w Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego z roku 1888.

Str.

11. Przewoski. O jaglicowém czyli folikularném zapaleniu błony śluzowéj dróg moczowych 6
12 Puławski. Niedokształcenie kilku żeber jako przyczyna rzadkiéj nieprawidłowości w budowie klatki piersiowéj . . 8
13. Przewoski. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowéj z ogólnémi uwagami o téjże chorobie 8
14. Obrzut. Przyczynek do histologii zapaleń kłębków Malpighiego 8
15. Obrzut. Przyczynek do histologii choroby Brighti . . . 10
16. Obrzut. O zapaleniu nerek wybroczynowém i o znaczeniu wybroczyn w miąższu nerkowym 11
17. Obrzut. Chroniczne zapalenie śródmiąższowe wątroby . . 12
18. Adamkiewicz. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórorzędném rdzenia pacierzowego 14
19. Adamkiewicz. O zwyrodnieniu pierwszorzędném rdzenia pacierzowego t. z. Sclerosis disseminata i jego objawach klinicznych 15
20. Adamkiewicz. O zwyrodnieniu skombinowaném rdzenia pacierzowego 16
21. Karliński. O nowszych poglądach na etyjologiję zapalenia ropnego 17
22. Karliński. Poszukiwania nad wpływem jodoformu na grzybki ropotwórcze 18
23. Jakowski. Drugi przypadek twardzieli nosa, zbadany pod względem bakteryjologicznym 18
24. Jakowski Otomycosis mucorina 19
25. Bujwid. Cukier gronowy jako podnieta ropienia w obecności staphylococcus aureus 19
26. Bujwid. O oddziaływaniu chemiczném prątków cholery. Sposób oddzielania i rozpoznawania prątków cholery bez pomocy płytek i mikroskopu 19
27. Bujwid. Czerwony odczyn chemiczny bakteryj cholery azyjatyckiéj 20
28. Adamkiewicz. O ucisku mózgu i rdzenia pacierzowego u człowieka 20
29. Chełchowski. O pogorączkowém zmniejszeniu częstości tętna 21
30. Głogowski. Kilka szczegółów o trujących własnościach moczu ludzi zdrowych 22
31. Biernacki. Wpływ wprowadzonych pod skórę wielkich ilości rozczynów solnych na krew i wydzielanie moczu 22

Str.

32. Zawadzki. Wpływ wstrzykiwań podskórnych 0,7% roztworów soli kuchennéj na krew i mocz po silném zgęszczeniu krwi 23
33. Gluziński. O zachowaniu się chlorków w moczu w chorobach żołądka 25
34. Chrostowski i Jakowski. Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc i wyniki badań bakteryjologicznych w endemii spostrzeganéj w Warszawie . . . . . , 25

III. Farmakologija i Toksykologija.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

35. Arnstein. Ostre otrucie kwasem karbolowym, wprowadzonym przez kiszkę odchodową, zakończone wyzdrowieniem . 27
36. Chełmoński. O podskórném stosowaniu środków przeczyszczających . , ... , ... 27
37. Jerzykowski. Przyczynek do zgorzelinowego zapalenia jelita grubego (colitis diphteritica) przy otruciach sublimatem 28
38. Jopkiewicz. Eteryzacyja okolicy żołądka przy uporczywych wymiotach 28
39. Zawadzki. O wpływie kalomelu na gnicie żółci, oraz o przyczynie zabarwienia t. zw. wypróżnień kalomelowych . . . 29
40. Zawadzki J. Działanie siarczanu sodu na krew i mocz . . 30
41. Eichorn. W sprawie otrucia chinowego 30
42. Rosenbusch. Przypadek ostrego zatrucia chininą z wysypką wejrzenia płonicowego 31
43. Kretowicz. Saccharin 31
44. Barącz. Spostrzeżenia nad miejscowém znieczuleniem kokainą 31
45. Reiss. Jedenastomiesięczna dziewczynka rozpojona wódką . 31
46. Lachowicz. O działaniu fenacetynu Bayer'a (paraacetphenetidin) 32
47. Obaliński. Nowy rodzaj narkozy mieszanéj 32
48. Pawiński. O działaniu siarczanu sparteiny 33
49. Rappel. Ostre otrucie rtęciowe przy zewnętrznem stosowaniu sublimatu 34
50. Sergiejenko. Poszukiwania nad działaniem adonidyny . . 35
51. Biegański. Doświadczenia kliniczne nad działaniem salolu 36
52. Perkowski. O znieczuleniu miejscowém i środkach miejscowo znieczulających 36
53. Kaczorowski. O antipyrynie, szczególniéj pod skórę stosowanej 37
54. Wicherkiewicz. Przypadek otrucia pilokarpinem i kilka uwag nad działaniem tego środka 37

Str.

55. Szuman. Spostrzeżenia dotyczące znieczulania za pomocą bromku etylu 38

IV. Terapija ogólna i Dyjagnostyka lekarska.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

56. Chełchowski. W sprawie osłuchiwania szeptu 39
57. Pisek. O gorączce i jéj leczeniu 39
58. Gluziński. Kilka słów o tak zwaném odwrotném działaniu środków przeciwgorączkowych 40
59. Chełmoński. Kilka słów o wypróżniającém działaniu prądu stałego 41
60. Goldflam. O nierówności objawów kolanowych w wiądzie rdzeniowym 41
61. Biegański. Przyczynek do rozpoznawania wysięków prawostronnych opłucny 42
62. Rzeczniowski. O hypnotyzmie w medycynie 42

V. Patologija i Terapija szczegółowa, oraz Pedyjatryja.

Sprawozdawcy W. Bruner i A. Puławski.

63. Adamkiewicz Prof. Sclerosis lateralis amyotropica z następowem porażeniem opuszkowem (paralisis bulbaris) 45
64. Adamkiewicz Prof. Przypadek t. zw. zwyrodnienia skombinowanego rdzenia pacierzowego 46
65. Dunin T. O padaczce częściowéj bez zmian anatomicznych w mózgu, oraz kilka uwag o symptomatologii mocznicy . . 46
66. Anders. Obwodowe wrodzone porażenie nerwu twarzowego prawego 47
67. T. Bohosiewicz. Udar słoneczny 47
68. Idziński Wiktor. Ostry zanik mięśni barku po urazie w głowę 47
69. Zawisza K. Kilka uwag o leczeniu dusznicy oskrzelowéj samoistnéj 48
70. Pełczyński J. Zapalenie gardzieli z łuszczeniem się naskórka na całém ciele 48
71. Sokołowski A. Czy obrażenie clała może być przyczyną zapalenia płuc? 48
72. Chrostowski B. i Jakowski M. Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc i wyniki badań bakteryjologicznych w endemii spostrzeganéj w Warszawie 48
73. Sędziak J. O leczeniu suchot płucnych kreozotem . . . 49

Str.

74. Rosenbusch L. O leczeniu gruźlicy płuc wstrzykiwaniami miąższowemi kreozotu 49
75. Stachewicz Teofil. Wstrzykiwania w miąższ płucny kreozotu z uwzględnieniem literatury chirurgii płuc 49
76. Pawiński J. Przypadek ostréj prosowatéj gruźlicy płuc (w postaci zaduszającéj) z niezwykłą nadruchliwością serca (tachycardia) 50
77. Chełmoński A. Przypadek odmy piersiowéj w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek 50
78. Jaworski W. Ectasia ventriculi paradoxa 50
79. Bączkiewicz J. Przypadek niezwykłego rozszerzenia żołądka 51
80. Rejchman Mikołaj. O sztucznem trawieniu trzustkowém w żołądku, zastosowaném do celów leczniczych 52
81. Jaworski W. Sokotok, nieżyt kwaśny i wrzód żołądka . . 52
82. W. Jaworski. O rozpoznawaniu i leczeniu nieżytu zanikowego żołądka 53
83. Borsuk Maryjan. Przypadek cholelitiasis połączonéj z niezwykłą ruchomością powiększonego pęcherzyka żółciowego . 53
84. Hewelke O. Przypadek niedrożności przewodu kiszkowego 54
85. Sawicki J. W. Odprowadzenie przepukliny za pomocą faradyzacyi na czwarty dzień trwania jéj uwięzgnięcia 55
86. Pełczyński J. Kilka słów o leczeniu żółtaczki za pomocą wlewań zimnéj wody do odbytnicy, czyli za pomocą t. zw. metody Krull'a 55
87. Pełczyński J. Glisty, tworzące guz w przebiegu tyfusu . 55
88. Pawiński J. Dusznica acetonowa (asthma acetonicum). Przyczynek do nauki o acetonuryi 55
89. Birencweig J. Przypadek bakteryjomoczu (Bacteriuria) . 56
90. Warman Mikołaj Przypadek bezmoczu (anuria), trwającego dni kilka 56
91. Malinowski A. Zapalenie gruźlicze otrzewnéj u dziecka po przebyciu odry w przebiegu nieżytu kiszek. Wyzdrowienie . 56
92. Malinowski A. Zapalenie gruźlicze jądra u dziecka 4-letniego, zapalenie gruźlicze opon mózgowych 56
93. Prof. Brodowski Wł. i Dunin T. Przypadek tąk zwanéj „choroby zakaźnéj Weil'a“ 56
94. Pawiński J. Przypadek choroby Addison'a 57
95. Puławski A. Przyczynek do leczenia błonicy 57
96. Syssak G. Przyczynek do leczenia róży 58
97. Łychowski J. Przyczynek do leczenia niektórych objawów tyfusu brzusznego 58

Str.

98. Sokołowski Henryk. 86 przypadków gośćca stawowego leczonego antipyrinem 58
99. Pawiński J. Szkarlatyna przebiegająca bez gorączki ze znacznem zwolnieniem tętna 58
100. Sztampke F. Tyfus brzuszny, powikłany napadami zimnicy i zapalenia płuc przerywanego 59
101. Obtułowicz Ferdynand. Kilka uwag o epidemijach duru plamistego i sposobach rozwlekania téj zarazy 59
102. Chełchowski K. Przypadek niedokrwistości złośliwéj postępującéj 59
103. Arnstein Feliks. Obecny stan nauki o cholerze azyjatyckiéj, czyli indyjskiéj 60
104. Florkiewicz Władysław. Kilka uwag nad objawami promienicy u ludzi 60
105. Barącz Roman. Przenośność promienicy z człowieka na człowieka 60
106. Bujwid O. Rzadki przypadek wścieklizny u człowieka o nieznanym czasie pokąsania 60
107. Bujwid O. Wyniki stosowania wzmocnionéj metody Pasteur'a w Warszawie 60
108. Bujwid O. Wyniki leczniczego stosowania metody Pasteur'a w Warszawie 61
109. Adamkiewicz prof. O zjawiskach klinicznych i zmianach anatomicznych w zwyrodnieniu wtórorzędném rdzenia pacierzowego 61
110. Adamkiewicz prof. O zwyrodnieniu pierwszorzędném rdzenia pacierzowego t. zw. Sclerosis disseminata i jego objawach klinicznych 61
111. Rolle J. O dziedziczności obłąkania 62
112. Jaworski. Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka 62

VI. Laryngologija, Rhinologija i Otyjatryja.

Sprawozdawca Zyg. Srebrny.

113. Jakowski. Otomycosis mucorina 62
114. Jakowski. Drugi przypadek twardzieli nosa, zbadany pod względem bakteryjologicznym 62
115. Ołtuszewski. Przypadek grzybicy gardzieli włoskowcowéj (Mycosis pharyngis leptothricia) 62
116. Stan. Przyczynek do leczenia zboczeń przegrody nosowej . 63

Str.

117. Przedborski. Nieżyt przewlekły nosa przerostowy, związek i stosunek tegoż z cierpieniami sąsiednich bardziéj oddalonych narządów i z licznémi nerwicami zwrotnémi ciała . . 64
118. Srebrny. O krwotocznem zapaleniu krtani (Laryngitis haemorhagica) 65
119. Sokołowski. O samodzielném głębokiém (obrzękowém) zapaleniu krtani (Laryngitis phlegmonosa submucosa idiopatica) 65
120. Srebrny. Gruźlica gardzieli i krtani wobec najnowszysh metod jéj leczenia 65
121. Sokołowski. O wyleczalności i leczeniu miejscowém t. zw. suchot krtaniowych 66
122. Sokołowski. O uleczalności i leczeniu miejscowém t. zw. suchot krtaniowych 67
123. Ołtuszewski. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia przymiotu krtani 67
124. Czajkowski. Przyczynek do etyjologii samoistnego ostrego nieżytu gardzieli . . . . . , 67
125. Malinowski. Przewlekłe zwężenie przymiotowe krtani i tchawicy u dziecka, obrzęk głośni, tracheotomija, śmierć . . . 67
126. Przedborski. Przyczynek do nauki o powstawaniu, rozpoznawaniu i leczeniu wypadnięcia błony śluzowéj zatoki Morgagni'ego (Prolapsus vel hernia ventriculi Morgagni). . . 68
127. Sokołowski. Przyczynek do kazuistyki leczenia operacyjnego polipów krtaniowych 69
128. Sędziak. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w tchawicy 69
129. Obtułowicz. Kilka uwag o nowéj chorobie, nazwanéj przez Senatora „ostrém, zakaźném zapaleniem różycowatém połyku“ 69
130. Srebrny. Błonica (diphtheritis) i dławiec (croup) 70
131. Guranowski. Przypadek krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowéj. 70
132. Heiman. Przypadek eksostozy przewodu słuchowego zewnętrznego 71
133. Szumlański. Kreolina w cierpieniach gardzieli, krtani i uszów 71

VII. Chirurgija.

Sprawozdawca Wł. Sztyner.

134. Rydygier. Leczenie ran bez sączków 72
135. Janiszewski. Badania nad nowym sposobem leczenia ran pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku, dokonane w szpitalu ś-go Jana Bożego w Lublinie 72

Str.

136. Bossowski. Krótki pogląd na rozwój antiseptycznego traktowania ran i sposób ich leczenia w klinice chirurgicznéj krakowskiéj w obecnéj chwili 73
137. Gabryszewski. Przyczynek do resekcyi szczęki górnéj . 73
138. Rościszewski. Wycięcie II i III gałęzi nerwu troistego przy otworze okrągłym i jajowatym sposobem Kroenlein'a 74
139. Link. Przyczynki kazuistyczne do operacyjnego leczenia nagromadzenia ropy w jamie Highmor'a według sposobu prof. Mikulicza 74
140. Barącz. Nowy sposób operowania polipów noso-gardzielowych 75
141. Zaleski. O niestosowności srebrnych kanek tracheotomicznych 76
142. Matlakowski. Aneurysma traumaticum arteriae carotidis dextrae, oraz uwagi o sposobie Antylla 76
143. Jawdyński. Przypadek raka pierwotnego szyi t. zw. raka skrzelowego Volkmann'a. Wycięcie nowotworu wraz z resekcyją tętnicy szyjowéj wspólnéj i żyły szyjowéj wewnętrznéj. Wyzdrowienie 78
144. Trzebicky. Przyczynek do resekcyi wola 79
145. Rydygier. O leczeniu wola za pomocą podwiązania tętnic tarczowych 79
146. Obaliński. W sprawie leczenia zwężeń gardziela za pomocą kaniul trwale w nim pomieszczanych 80
147. Rydygier. Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych 80
148. Obtułowicz. Wypadnięcie wielkiéj pętli jelita cienkiego, enterektomija kawałka 69 ctm. długiego. Wyzdrowienie . . 81
149. Gross. Transplantacyja jelit według pomysłu Nicoladoni'ego 82
150. Grünbaum. Wrodzony kolbiasty przydatek zewnętrznéj ściany kiszki cienkiéj, jako zawartość przepukliny pachwinowéj 83
151. Janiszewski. Wycięcie 32-ch centymetrów kiszki cienkiéj zakończone wyzdrowieniem 83
152. Kosiński. Sześć przypadków wycięcia i zeszycia jelita . . 83
153. Kosiński. Przyczynek do chirurgicznego leczenia ropnego zapalenia otrzewnéj i niedrożności jelit 86
154. Chwat. Wycięcie części kiszek cienkich przy operacyi przepukliny pachwinowéj zaciśniętéj, nałożenie szwu kiszkowego. Wyzdrowienie 86
155. Krajewski. O doszczętném leczeniu przepuklin nieuciśnionych metodą Mac-Ewen'a 86
156. Krause. Parę uwag o oderwaniu kiszki od krézki 88

Str.

157. Wł. Orłowki. Skręcenie kiszki cienkiéj. Rozcięcie brzucha. Wyzdrowienie 88
158. Matlakowski. Dwa przypadki zapalenia otrzewnéj pochodzenia połogowego leczone za pomocą laparotomii 89
159. Obaliński. O laparotomii jako środku leczniczym w niedrożności jelit 89
160. Rydygier. W sprawie chirurgii dróg żółciowych 91
161. Szadek. Chirurgiczne leczenie dymienic wenerycznych . . 91
162. Matlakowski. Przypadek wycięcia nerki prawéj przy t. zw. phthisis renalis 91
163. Orłowski. Przyczynek do zapaleń zgorzelinowych pęcherza moczowego 93
164. Wł. Orłowski. Niezwykła ilość kamieni w pęcherzu moczowym 94
165. Rydygier. Nowy sposób cięcia podbrzusznego (sectio alta) oraz kilka uwag o wyzyskiwaniu plastycznéj właściwości otrzewny w operacyjach na pęcherzu wogóle 94
166. Barącz. Cztery przypadki podwiązania tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki 95
167. Sondermayer. Mięsak kości ramieniowéj. Odjęcie całéj odnogi górnéj wraz z łopatką i częścią obojczyka. Wyleczenie 96
168. Rydygier. Osteodermoplastyczna amputacyja stopy . . . 97
169. Jasiński. Nadwichnienie stopy przy wrodzonym niedorozwoju kości strzałkowéj 97
170. Jasiński. Wrodzone zwichnienie kolana 98
171. Drobner. Przypadek tak zwanéj „płonicy chirurgicznéj“ . 98

VIII. Akuszeryja i Gynekologija.

Sprawozdawca J. Rogowicz.

172. Krysiński S. Rzadka anomalija błony dziewiczéj . . . 99
173. Mars. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu . . 99
174. Jerzykowski. O rzadszych powikłaniach ciąży ze względu na system trawienia 99
175. Sielski F. Vomitus gravidarum 100
176. Braun St. Przypadek pęknięcia dobrowolnego macicy podczas ciąży i wydobycia płodu przez laparotomiję w sześć tygodni późniéj 101
177. Braun St. Wzniecenie porodu przedwczesnego z powodu obrzęku płuc, następnie rozszerzenie szyjki macicznéj balo-

Str.

nem Braun'a dla przyśpieszenia porodu. Zejście pomyślne dla matki i płodu 102

178. Braun St. Przypadek dobrowolnego oderwania się macicy od pochwy podczas porodu z powodu zwężenia bliznowatego wejścia do pochwy, (sectio cesarea post mortem) 102

179. Jawdyński. Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia téjże podczas porodu 103

180. Braun St. O cięcie cesarskiém wykonaném na karlicy według metody Porry 104

181. Braun St. Nowy przypadek cięcia cesarskiego, dokonanego na karlicy według metody Saenger'a z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu 105

182. Wroczyński Cz. Płód o dwu głowach. Wydobycie po uprzedniém oddzieleniu jednéj głowy 106

183. Sielski F. Antypiryn jako środek kojący bóle porodowe . . 106

184. Sielski T. Przyczynek do operacyjnego leczenia przodopochylenia macicy 106

185. Braun St. Przypadek tyłozgięcia i uwięźnięcia macicy przez włókniak podśluzowy. Wyłuszczenie włókniaka. Wyzdrowienie 107

186. Święcicki. Wyłuszczenie szerokopodstawnego śródściennego mięśniaka szyi macicznéj 107

187. Barącz R. Przypadek wyłuszczenia macicy przez pochwę . 108

188. Bylicki Wł. Kilka słów o wynicowaniu macicy i przypadek wyleczenia go 108

189. Matlakowski Wł. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (szereg drugi) 109

190. Winawer A. O zastosowaniu elektryczności w gynekologii. Metoda prof. Apostoli'ego. 111

191. Stroynowski E, O zastosowaniu mięsienia w chorobach kobiecych, mianowicie przy wypadnięciu macicy całkowitém, metodą Thure Brandta 111

192. Jordan H. O Thure Brandtcie i jego metodzie leczenia cierpień ginekologicznych 112

193. Sękowski Wł. Hydrastis canadensis przeciw krwotokom macicznym. 112

194. Arnstein. W sprawie stosowania hydrastis canadensis przeciw krwotokom macicznym 112

195. Mars A. Kilka uwag nad badaniem ginekologiczném za pomocą palca 113

196. Rosenthal J. Stół operacyjno-ginekologiczny 114

IX. Okulistyka.

Sprawozdawca Bol. Gepner (syn).

Str.

197. M. Kępiński. Zapalenia łącznicy. Wskazówki praktyczne przy ich rozpoznawaniu i leczeniu 114
198. Dr. Zygmunt Kramsztyk. Szczypczyki do wyciskania ziarn jaglicowych ze spojówki 115
199. Dr. Z. Kramsztyk. O potrzebie oddzielnych zakładów leczniczych dla chorych na jaglicę 115
200. Kazimierz Noiszewski. Lipomo-fibroma. Excentratio orbitae 116
201. J. Przybylski. Kilka przypadków kosmków źrenicowego brzegu tęczówki 116
202. Dr. M. Konrad Rumszewicz. Przypadek przerostu fałdu półksiężycowego spojówki 116
203. Dr. Franciszek Sroczyński. Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w oddziale okulistycznym prof. Rydla przy szpitalu ś-go Łazarza w Krakowie z roku 1887—88. 117
204. J. Strzemiński. Przypadek wrodzonéj wadliwości oczu . 117
205. Dr. J. Talko. Badanie bystrości wzroku podczas zaćmienia słońca w Jarosławiu nad Wołgą 118
206. Dr. Bol. Wicherkiewicz. Zapalenie wiosenne rąbka spojówkowego 118
207. Br. Ziemiński. O rażeniu ciałka szklistego u osób dorastających 118
208. Br. Ziemiński. O drżeniu gałek ocznych u osób pracujących w kopalniach węgla 120

X. Syfilidologija i Dermatologija.

Sprawozdawca T. Trzciński.

209. Dr. Józef Dymnicki. Uwagi dotyczące ogólnego leczenia rtęcią w czasie pierwotnego objawu przymiotu 121
210. Dr. Karol Szadek. Stosowanie salicylanu rtęciowego w chorobach kiłowych 122
211. Funk. Odpowiedź na artykuł dra Szadka. O stosowaniu salicylanu rtęciowego w chorobach kiłowych 122
212. Giedroyć. O powrotach objawów przymiotu przy leczeniu głębokiémi wstrzykiwaniami żółtego tlenku rtęci. 122
213. Misiewicz. Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym, wywołane zapaleniem cewki 123

Str.

214. Dr. med. A. Elsenberg. Przypadek pryszczycy (Eczema madidans) powikłanéj zakażeniem septycznem 123
215. Dr. med. A. Elsenberg. Przypadek pokrzywki barwnikowéj (Urticaria pigmentosa) 125
216. Dr. Władysław baron Lesser. O pierwotném zakażeniu gruźliczém skóry 126
217. Franciszek Roszczkowski. Rumień lombardzki. Pellagra. Przypadki spostrzegane w powiecie Sorokskim, gubernii besarabskiéj 126
218. Dr. Bolesław Wicherkiewicz. Czarny uogólniony mięsak skóry 127
219. Dr. Karol Szadek. Przyczynek do kazuistyki osutki bromowéj 128
220. Majkowski. Pokrzywka barwnikowa (urticaria pigmentosa) 129

XI. Medycyna Sądowa.

Sprawozdawca Fr. Jawdyński.

221. Przewoski. Przypadek śmierci z czystego wstrząsu nerwowego (shock) 130
222. Zaleski. Jeszcze słów kilka w sprawie t. zw. prób życia noworodka 131
223. Karliński. Z praktyki sądowo-lekarskiéj. II. Śmierć z zapalenia opon mózgowych bez związku przyczynowego z obrażeniem 132
224. Blumenstok. Orzeczenia sądowo-lekarskie wydz. lek. uniwer. Jagiellońskiego. Seryja II. X. Śmierć na szynach kolejowych, czy przez zaklinowanie szyi pomiędzy drzwi . . . 133
225. XI. Śmierć z zadławienia lub nie 134
226. XII. Pęknięcie wątroby powstałe za życia, lub po śmierci . . . 135

XII. Hygiena, Epidemijologija, Statystyka lekarska i Szpitalnictwo.

Sprawozdawca W. Szumlański.

227. Polak. Podstawy hygieny społecznéj 136
228. Lutostański. Służba zdrowia w Galicyi 137
229. Krówczyńskki. Profilaktyczne dążenia nowoczesnéj medycyny 137
230. M. Zweigbaum. O pierwszéj pomocy w nagłych przypadkach 138
231. Walther. Pomoc dla położnic w guberniach Królestwa Polskiego w r. 1887 138

Str.

232. Marceli Nencki. Przyczynek do wpływu naczyń metalowych na skład chemiczny konserwów mięsnych. 139
233. Domański. Zakład dezinfekcyjny miejski w Krakowie . . 139
234. Przewoski. Przepisy dezynfekcyi podczas choroby zaraźliwéj i po chorobie 139
235. Przewoski. Dezynfekcyja przestrzeni mieszkalnych po usunięciu chorego na chorobę zaraźliwą 140
236. Bujwid. Wyniki poszukiwań bakteryjologicznych nad wodą i powietrzem miasta Warszawy 140
237. Bujwid. Wyniki rozbiorów bakteryjologicznych wody wiślanéj filtrowanéj i niefilitrowanéj 141
238. Stępniewski. Sprawa ospowa u nas od najdawniejszych czasów po rok 1888 141
239. Stępniewski. Krowianka: rodzima, humanizowana, retrowakcyna, transwakcyna 142
240. Obtułowicz. Kilka uwag w sprawie powszechnego szczepienia ospy za pomocą krowianki 142
241. P. Seifman. W kwestyi ochronnego szczepienia gruźlicy . . 143
242. Skabiczewski. O środkach zapobiegających rozprzestrzenianiu ospy naturalnéj w m. Warszawie 143
243. Wieliczko. Zatrucie wody i powietrza w powiecie łódzkim 143
244. Seifman. Kilka uwag w kwestyi zaraźliwości wścieklizny 143
245. Grodecki. Statystyka szczepień ochronnych wścieklizny, stosowanych przez Dr. O. Bujwida w Warszawie . . . 144
246. B. Serkowski. W jakim kierunku możebnym jest postęp w naszych urządzeniach sanitarnych do stłumienia chorób zakaźnych zmierzających 144
247. Pietrzycki. Spostrzeżenia nad okresem wylęgania chorób ostrych nagminnych i nad niektórémi ich własnościami, a w szczególności nad przenoszeniem się tychże. 144
248. Malinowski. O jedném ze źródeł szerzenia się chorób zaraźliwych i zakaźnych 145
249. Szokalski. Epidemija morowego powietrza w Warszawie w r. 1624—1625 za Zygmunta III 146
250. Merunowicz. Epidemie dysenteryi w Galicyi w ostatnich latach 146
251. Jabłonowski. Cholera w Europie od roku 1884 do 1887 . 147
252. Tchórznicki. Odzież i akcesoryja szpitalne 147
253. Tchórznicki. Użycie materyjałów torfowych w ustępach szpitalnych 148

Str.

254. Jawdyński. Sala operacyjna w Warszawskim szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandryi 148
255. Zygmunt Kramsztyk. O salach szpitalnych 149
256. Szumlański. Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie w ciągu roku 1886 i 1887 149
257. Wojnarski. Sprawozdanie z oddziału 1-go A. chorób wewnętrznych prof. dra Pareńkiego w szpitalu ś-go Łazarza w Krakowie za r. 1885 149
258. A. Poznański. 1-sze sprawozdanie z oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci Bersonów i Baumanów 149
259. Bednarski. Przyczynek do statystyki chorób zakaźnych w szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie od r. 1879 do r. 1886, wraz z uwagami co do róży 150
260. Fr. Sroczyński. Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w oddziale okulistycznym prof. Rydla przy szpitalu ś-go Łazarza w Krakowie z roku 1887—88 150
261. J. Majkowski. Sprawozdanie z praktyki lekarskiéj przy zdrojowisku w Busku podczas pory kąpielowéj r. 1887 . . . 150

PRZEGLĄD

PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

POLSKIEGO

za r. 1889.

ROK XI.

Odbitka z Pamiętnika Tow. Lekarskiego Warsz. 1891.

BIBLIOTEKA
TOW. LEK.
Warszawskiego
DUBLET

WARSZAWA
Druk K. Kowalewskiego, Królewska, Nr. 29.

1891.

Z KSIĘGOZBIORU
Nr
dra J. JAWORSKIEGO

II 1096

Дозволено Цензурою.
Варшава, 30 Сентября 1891 года.

I. ANATOMIJA, HISTOLOGIJA, FIZYJOLOGIJA I CHEMIJA LEKARSKA.

Sprawozdawca

M. Jakowski.

Krysiński. Przyczynek do techniki histologicznéj. Gaz. lek. Nr. 28, str. 545.

Autor podaje w dalszym szeregu już dawniéj ogłoszonych przyczynków, nowy barwnik—karmin miedziany. Otrzymać go można, rozpuszczając przez zagotowanie karmin w 5—10% roztworze siarczanu miedzi. Skrawki barwią się nim natychmiast na kolor żółto-pomarańczowy, lecz opłukując w twardéj wodzie studziennéj, otrzymujemy barwę fioletową do ciemno-bronzowéj. W miarę dłuższego lub krótszego przemywania, otrzymać można różne natężenia barwy dla różnych tkanek. Jest to barwnik tani, nie psuje się przez powstawanie osadów.— Do barwienia na różowo jąder, zaleca autor karmin litynowy, przygotowany przez rozpuszczenie karminu w gotującym się 1% roztworze węglanu litynu.

Święcicki. Nowszy kierunek w technice histologicznéj. Nowiny lek. N. 1, str. 16.

Zaznaczywszy na początku, że celem histologii obecnéj nie jest li tylko zbadanie położenia i składu pojedyńczych tkanek, lecz i poznanie biologii komórki, podaje autor bardzo szczegółowy sposób otrzymywania preparatów i ich barwienia poczwórnego, podany przez prof. Ganle'go z Zurichu, a mający na celu uchwycenie, ile możności, bez zmian pośmiertnych zjawisk zachodzących w komórkach za życia i uwidocznienia ich za pomocą szeregu barwników [hematoxyliny, eozyny, nigrozyny i safraniny]. Metoda Ganle'go jest kłopotliwą, wymaga wprawy, daje jednak bardzo ładne i pouczające preparaty.

Fajersztejn. Zakończenia nerwowe w tarczach końcowych (Endscheiben) żaby. Pamięt. Tow. lek. Zesz. 4, str. 561.

Praca została dokonana w pracowni histologicznéj prof. Hoyera. Autor zestawia na początku szczegółowo literaturę odnośnego przedmiotu, a następnie, pomijając opis ogólnéj budowy anatomicznéj brodawek, którym nadaje nazwę „tarcz końcowych“ [w tłomaczeniu ścisłém nazwy nadanéj przez Merkel'a „*Endscheiben*“], przechodzi do opisu budowy drobnowidzowéj, którą badał na skrawkach z preparatów, stwardnionych w sublimacie, płynie Fleming'a lub mieszaninie Carnoy, a zwłaszcza za pomocą metody izolowania preparatów macerowanych w 0,4% roztworu dwuchromianu potasu [w 1% wod. chloralu], a następnie rozszczepianiu w kropli bardzo słabego roztworu eozyny i zieleni jodowéj [ciało komórek barwiło się na czerwono, a jądra na zielono].

Nabłonek tarczy końcowéj składa się z 4 rodzajów komórek, których jądra układają się [na skrawkach] w 4 niezupełnie regularne szeregi. Poniżéj ostatniego szeregu jąder widać jakby delikatną warstwę ziarnistéj istoty, pod którą leży warstwa jednorodnéj zbitéj, silnie łamiącéj światło blaszki podnabłonkowéj, która przechodzi ku dołowi stopniowo w zwykłą tkankę łączną, stanowiącą podścielisko tarczy końcowéj. Dzięki izolowaniu można było opisać postacie komórek nabłonkowych tarczy. 1) Komórki słupkowe, odpowiadające pierwszemu szeregowi jąder, są to komórki, które jedynie widocznémi są na skrawkach i mają postać zwykłą komórkom nabłonka słupkowego, ściśle do nich przylegają, koniec zewnętrzny pokryty często jest kroplą wydzieliny śluzowato-galeretowatéj, dolny zaś przechodzi tuż pod jądrem w nieregularny, poszarpany wyrostek, prawdopodobnie dochodzi do blaszki podnabłonkowéj; jądro duże, owalne. 2) Komórki skrzydełkowate, odpowiadają drugiemu szeregowi jąder, również dużych, owalnych; ciało komórki w górnéj części przechodzi w delikatne protoplazmatyczne blaszki, pofałdowane i pozałamywane w najrozmaitszych kierunkach, a na załamach widać mocno błyszczące pręcikowate żeberka, dolne wyrostki są kształtu urozmaiconego, postrzępione, zawsze bardzo długie, prawdopodobnie również dochodzące do blaszki podnabłonkowéj. W zagłębieniach utworzonych przez skrzydełka [górne wyrostki tych komórek] spoczywają ciała komórek słupkowych. 3) Komórki widełkowate, odpowiadają trzeciemu szeregowi jąder, również dużych, jajowatéj postaci. Kształty ich są bardzo fantastyczne. Górne wyrostki, sięgające do saméj powierzchni tarczy są rozgałęzione, dolne zaś w liczbie 2—4 są to rozgałęzione długie paciorkowate niteczki i rozpościerają się poziomo po blaszce podnabłonkowéj. 4) Kom. pręcikowate [4 szereg jąder], w postaci pręcika, górny wyrostek dochodzi do powierzchni tarczy, a dolny bywa albo pojedyńczy lub po kilka w skupieniu razem. Poplątane ze sobą wyrostki dolne wszystkich tych rodzajów komórek dają właśnie ową delikatną warstwę ziarnistą, widoczną przy silnych powiększeniach, a leżącą tuż nad

blaszką podnabłonkową. Ta ostatnia składa się ze zbitych pęczków włókien, przebiegających nieco falisto, i co do natury można ją uważać za pośrednią między tkanką sprężystą a zbitą tkanką łączną; jąder żadnych nie zawiera.

Unerwienie tarcz końcowych badał autor według ogłoszonéj w r. 1886 metody Ehrlich'a. Injekcyje roztworu [1 : 1000] błękitu metylenowego robiono do żyły środkowéj (*vena abdominalis*) Rdzenne włókna nerwowe, falisto przebiegające, na wysokości pętlicy naczyniowéj stają się bezrdzennémi i rozchodzą się pod blaszkę podnabłonkową, jako gołe paciorkowate nitki osiowe, sprawiające wrażenie luźnego splotu. Po przebiciu blaszki pewna część rozchodzi się w niéj saméj, a pozostałe przechodzą do nabłonka, tworząc pod warstwą wyrostków splot bardzo gęsty, a potém wchodzą między komórki nabłonkowe i niektóre dochodzą do saméj powierzchni. Na przebiegu ich i na końcach widać paciorkowate zgrubienia, a pomiędzy témi ostatniémi niektóre dość duże [wytwory patologiczne]. Nerwy nie łączą się bezpośrednio z komórkami nabłonka, a połączenie istnieje tylko przez proste zetknięcie (*per contiguitatem*). Zastanawiając się nad tém, jakie kom. nabłonkowe mogą tu odgrywać rolę kom. zmysłowych, autor odmawia słuszności hypotezie Merkel'a [o kom. pręcikowatych] natomiast przypuszcza, że rolę tę grać mogą kom. widełkowate, najwięcéj odpowiadające pojęciu kom. zmysłowych z racyi swego układu i postaci morfologicznéj

Ścisłą tę pracę ilustrują wyborne rysunki chromolitografowane, robione przez samego autora.

Obrzut i Defay. Sprawy nowotworowe i wsteczne w części macicznéj łożyska. Przegl. lek. N. 24, 25 i 27, str. 297, 315, 339.

Badania autorów dotyczyły przeważnie warstwy zbitéj w łożysku maciczném, pokrywającéj kosmki łożyska płodowego. W powstawaniu téj warstwy główną rolę przypisują oni krwi. Ciałka jéj białe mianowicie mają się stawać komórkami téj warstwy, krążki zaś czerwone z surowicą—tworzyć istotę międzykomórkową.

Teoryję tę budują autorowie z obrazów mikroskopowych. W bardzo wielu naczyniach hemoglobina skupia się u samego tylko obwodu krążków czerwonych i w przestworach między niémi, tworząc w ten sposób siatkę barwnikową, oczka któréj stanowi pozostała odbarwiona część ciała krążków czerwonych. Ta siatka hemoglobinowa często oddziaływa na barwniki zupełnie tak jak włóknik. Otóż często widać bezpośrednie przejście siatki hemoglobinowéj w istotę międzykomórkową sąsiedniéj tkanki. Powtarza się to zwłaszcza w zatokach naczyniowych łożyska, nie mających własnéj ścianki. Jednak i zdala od naczyń dają się dostrzedz ślady krążków czerwonych w istocie między

komórkowéj. W innych naczyniach krążki czerwone spływają się w jednolitą masę, nieznacznie przechodzącą w ściankę naczynia.

Pomiędzy tak zmienionémi krążkami czerwonémi, widać leukocyty w zwiększonéj liczbie z jądrami obrzmiałémi, bardzo bogatémi w chromatynę, proliferującémi. Proliferacyja ich odbywa się w sposób opisany przez Arnolda i Ogatę. Właściwe figury karyjokinetyczne: nie zdarzają się tu prawie wcale. Od leukocytów do komórek łożyska istnieje cały szereg przejść.

Komórki olbrzymie łożyska powstają także ze krwi: jądra ich z proliferujących ciałek białych, protoplazma zaś—ze zmienionych w powyższy sposób krążków czerwonych, których ślady często można jeszcze zauważyć.

I w łożysku świnek morskich widzą autorowie tę samą, co i w ludzkiém, organizacyję krwi w stałą tkankę łożyska. Obok tego jednak istnieje tam szeroka szklista warstwa nekrobiotyczna z licznémi komórkami olbrzymiemi. Warstwa ta ma powstawać także ze krwi, ale już na drodze przemian wstecznych. Z obrazów, widzianych w téj warstwie, możnaby wnosić, że przez rozpad krążków czerwonych tworzy się chromatyna dla ciałek białych.

Adamkiewicz. Prof. Cybulski, a moje ciałka nerwowe. Przegl. lek. N. 49 i 50, str. 601, 613.

Jestto artykuł nawskroś polemiczny, wywołany krytyką prof. Cybulskiego, ogłoszoną jeszcze w roku 1888; autor opisuje jeszcze raz cechy swych „ciałek nerwowych", podaje krótki przegląd literatury w tym przedmiocie [Vignas, Benda, Ranvier, Rosenheim], a wreszcie przechodzi do szczegółowego rozbioru pracy prof. Cybulskiego, odpierając zarzuty tegoż, że „ciałka nerwowe" identyczne są z komórkami Schwann'a, oddawna w nauce znanémi.

Nowych faktów żadnych autor nie podaje.

Cybulski. Prof. Adamkiewicz i jego ciałka nerwowe. Przegl. lek. Nr. 51, str. 624.

Rzecz ta jest odpowiedzią na polemiczny artykuł prof. Adamkiewicza. Autor przytacza zdania różnych badaczów [Krause, Jakobi, Ławdowskij, Köllikeb], uznających „ciałka nerwowe" albo za wytwory sztuczne, zależne od preparowania albo za komórki Schwann'a, a wreszcie raz jeszcze wypowiada poglądy krytyczne na tę sprawę, wygłoszone już na zjeździe lekarskim w r. 1888, w których „ciałka nerwowe" uznaje za zwyczajne komórki Schwann'a.

Misiewicz. Poszukiwanie nad innerwacyją nerki. Now. lek. N. 3, 4 i 5, str. 113, 171, 224.

Zaznaczywszy na początku braki, istniejące w literaturze, co do innerwacyi nerki oraz różne zjawiska i doświadczenia, świadczące o wpływie wielkim układu nerwowego na czynność nerek, podaje autor dość szczegółową literaturę, zajmującego go przedmiotu oraz wyniki onych poszukiwań anatomicznych i histologicznych [za pomocą metody złocenia], dokonanych w instytucie anatomo-patalogicznym w Wiedniu.

Rezultaty tych poszukiwań są następujące: Splot nerkowy otrzymuje włókna swe za pomocą *n. Splanchnicus major et minor* ze splotu lędźwiowego, daléj z *ganglion coeliacum*, ze splotu słońcowego, a następnie łączy się za pomocą pojedyńczych gałązek z dolną częścią splotu krezkowego górnego. W utworzeniu splotu nerkowego przyjmuje również udział nerw błędny, a mianowicie odnogi *n. pneumogastrici*. *Plexus capsularis medius et inferior*, przyczyniają się do innerwacyi górnego odcinka nerek za pośrednictwem *ramus anastomoticus plexus capsularis*, a wreszcie i splot nasienny za pomocą *ramus anastomoticus plex. spermatici ad plex. renalem*.

Włókna nerwowe otaczają moczowód nieregularną siatką, poczém w towarzystwie tętnicy i żyły wchodzą do miedniczki i istoty rdzeniowéj, przyczém każdéj tętnicy i żyle towarzyszy nerw, dający się dobrze prześledzić aż do istoty korowéj, dzieląc się wraz z niémi widełkowato [nieco wcześniéj jednak] i leży przeważnie na przedniogórnéj powierzchni naczyń. Dalszy przebieg opisuje autor w następny sposób: „przy wyjściu z istoły rdzeniowéj do korowéj, nerwy towarzyszą zwykle grubszym naczyńkom krwionośnym i zaopatrzone są w tém miejscu rozszerzeniami guziczkowatémi. W istocie korowéj przechodzą nagle we włókienka pierwotne, tworzące misterną siatkę nerwową w ten sposób, iż z każdéj grubszéj gałązki powstająca siatka unerwia pojedyńczą piramidę Bertini'ego. Istota korowa zaopatrzona jest tak w naczynia ruchowe jak i w czuciowe twory, pierwsze znalazłem u człowieka w ścianie naczyń, drugie zaś w nerkach cieląt w postaci t. zw. ciałek czuciowych (*Sensibilitätsplatten*). W istocie korowéj nerek ludzkich znajdują się nieliczne ziarniste zwoje bezbiegunowe, towarzyszące grubszym pniom nerwowym".

Prus. Czy po wyjęciu gruczołów tarczykowych występują zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych i czy gruczoł tarczykowy jest niezbędny do utrzymania życia. Wiad. lek. 1888 Zesz. 2, str. 37.

W pracy téj autor podaje wyniki doświadczeń na 6 psach, podjętych w pracowni prof. Browicza w celu sprawdzenia twierdzeń Rogowicza, że po wycięciu gruczołów tarczykowych następuje w mózgu i rdzeniu podostre, miąższowe zapalenie, stwierdzone drogą badania mikroskopowego. Rana po operacyi goiła się przez ropienie w ciągu 10—20 dni, 3 zwierzęta zdechły między 5 — 8 tygodniem, a przed śmiercią dała się spostrzegać

senność i osłabienie, 2 zaś w ciągu pierwszego tygodnia na posocznicę; 1 pies wyzdrowiał zupełnie i był zabity w 13½ miesięcy po operacyi. U zwierząt, które zdechły, żadnych zmian anatomopatologicznych autor nie wykrył. Co do psa zabitego w rok przeszło po operacyi, to ani przed śmiercią jego nie przekonano się o zwyrodnieniu śluzowém ślinianek [za pomocą badania śliny], co twierdzi VIRCHOW, ani też po zabiciu nie znaleziono nigdzie gruczołów tarczykowych dodatkowych [według FUHRA]. Biorąc porównanie, że u ludzi nie napotyka się zawsze charłactwa KOCHERA, mimo zwyrodnień w gruczole znajdowanych, autor nie przypuszcza, aby gruczoł tarczykowy odgrywał tak ważną rolę w organizmie, jaką mu w ostatnich czasach przypisują.

Piotrowski. O tamowaniu czynności fizyjologicznych w ustroju zwierzęcym. Przegl. lek. 28 i 29, str. 349, 364.

W pracy téj autor zestawia to wszystko, co dotąd znaném było z zakresu tamowania różnych czynności fizyjologicznych w ustroju zwierzęcym, począwszy od podstawowego odkrycia braci WEBERÓW, co do hamującego działania nerwu błędnego na serce; podaje przytém całą historyję teoryj i poglądów co do istoty tego zjawiska. Później nieco zjawiają się spostrzeżenia o tamującém działaniu nerwów trzewiowych na ruchy robaczkowe kiszek, następnie na inne części przewodu pokarmowego, wreszcie badanie BERNARD'a nad dwojakim rodzajem nerwów w naczyniach krwionośnych [zwężających i rozszerzających światło naczynia]. Oprócz tych hamowań, otrzymywanych na drodze drażnienia obwodowych końców nerwów, a więc otrzymywanych na drodze odśrodkowéj, istnieją liczne fakty tegoż zjawiska, powstającego na drodze odruchowéj. Czynność rdzenia przedłużonego, a właściwie ośrodków automatycznych w nim istniejących [ośrodki oddychania i t. d.], uledz może również zahamowaniu, jak np. drażnieniem *n. laryng sup.* zatamować można ruchy oddechowe. Mózg jest głównym organem posiadającym własności hamujące, a najważniejszą może jego częścią w tym sensie jest kora mózgowa.

Na czém polega istota hamowania? Istniejące dotąd teoryje nie dają nam dostatecznego wyjaśnienia. Nie wystarczającą jest teoryja mechaniczna MUNCK'a, SCHLÖSSER'a i innych, tłumacząca zniesienie czynności pewnych grup mięśni przez podrażnienie grup antagonistycznych, oparta na eksperymencie — nie tłumaczy ona np. odruchowego zatamowania oddechu, lub wydzielania śliny. Cały szereg pokrewnych teoryj [GOD, HEIDENHAIN, WUNDT] przypisujących różnym sprawom, zachodzącym w komórkach zwojowych możność tamowania rozlicznych czynności fizyjologicznych, jest również nie wystarczającym, zwłaszcza wobec faktu, że tak mało dotąd wiemy coś pewnego o działaniu komórek zwojowych. Istnieją przytém fakty, stwierdzające

przypuszczenie, że sama protoplazma komórek mięsnych może mieć pewne własności wysyłania i tamowania podniet i że to odbywa się całkiem bez udziału elementów nerwowych. Bardzo jest możebném, według autora, że wszystkie te przyjmowane dotąd czynniki, odgrywają równoznaczną rolę; przyszłe badania wykażą dopiero istotne ich znaczenie, przy czém w badaniach tych trzeba będzie uwzględnić i rodzaj działającéj podniety i stan badanego narządu. Jakkolwiek bądź tamowanie nie jest nigdy, jak to często czytać można, zniesieniem stanu czynnego, lecz jest to zamiana stanu czynnego, ujawniającego się na zewnątrz na stan czynny, więcéj ukryty. Energija podobnie jak materyja nie ginie i nie może być zniesioną — zmienia tylko jedynie swe objawy.

Pruszyński. O okresie utajonego podrażnienia nerwów błędnych. Przegl. lek. Nr. 17, str. 206.

Badanie zostało podjęte w pracowni fizyjologicznéj prof. Cybulskiego w Krakowie i przeprowadzone wyłącznie na zwierzętach ciepłokrwistych. Ewolucyje serca notowano graficznie, albo bezpośrednio za pomocą akupunktury lub kardyografu, albo też pośrednio, łącząc jednę z tętnic udowych lub szyjowych z kymografem Fick'a.

Okres utajonego podrażnienia zależy: 1) od siły prądu przerywanego i ilości przerw na sekundę i do pewnego stopnia stoi on w stosunku odwrotnym do obu tych czynników, jakkolwiek oznaczyć stałéj siły prądu, mogącéj wywoływać podrażnienie, nie można nawet dla zwierząt jednego gatunku; 2) od czasu upływającego między jedném i drugiém podrażnieniem nerwów i stoi w prostym do niego stosunku i 3) od środków tamujących samego serca, np. przy wstrzyknięciu muskaryny, pojedyńcze podrażnienia wywołują zatamowanie u zwierząt, u których uprzednio nie można było tego stwierdzić; 4) wreszcie od różnych czynników, których wpływu na nerwy błędne i ich narządy obwodowe nie da się objaśnić np. przy zamianie N powietrza na CO_2, lub przy długiém oddychaniu O, a zwiększa się przy małych dawkach strychniny. Autor nie uważa za dowiedzione twierdzenia, że maximum podrażnienia występuje zawsze na początku działania prądu. Co do czasu trwania okresu utajonego podrażnienia zgadza się z Nüelem, że przy średniéj sile okres ten trwa dłużéj, niż $^1/_6$". Na podstawie swych doświadczeń autor przyszedł do wniosku, że zatamowanie ruchów serca przy drażnieniu nerwów błędnych zwykle dla tego zjawia się po 1, 2, 3 lub więcéj normalnych ewolucyjach, że pobudliwość obwodowego narządu tamującego jest małą i okres jego utajonego podrażnienia dość długi.

Kazem-Bek. O przyczynach powstawania pierwszego tonu serca. Gaz. lek. N. 31, str. 610.

Zestawiwszy szczegółowo literaturę przedmiotu, dotyczącą teoretycznéj i doświadczalnéj strony kwestyi [Williams, Helford, Dogiel, Ludwig, Gutmann, Bayer, Ostroumoff i inni] i rozebrawszy poglądy zarówno zwolenników mięśniowego pochodzenia pierwszego tonu serca, jak i zastawkowego, autor opisuje dwa szeregi doświadczeń, jakich dokonał i jakie doprowadziły go do wniosku, że pierwszy ton serca jest bezwarunkowo zależny od skurczu mięśnia sercowego, że więc jest tonem pochodzenia mięśniowego, drugi zaś zależny jest li tylko od drgania półksiężycowych zastawek aortycznych.

Pierwszy szereg doświadczeń dokonany na wyciętych z klatek piersiowych sercach psów, przeprowadzony był według sposobu, użytego przez Dogiela i Ludwiga, z możliwém usunięciem robionych im zarzutów; część ściany przedsionka była usuwaną i wkładano przez oba otwory żylne wzierniki uszne kauczukowe, aby usunąć możność kurczenia się zastawek. — Drugiego szeregu [10 doświadczeń], dokonał na sercach, leżących w klatce piersiowéj; klatka piersiowa była otwierana z boku, zasuwano palec pod aortę, a drugi kładziono na granicę przedsionków i komórek, i uciskając, wywoływano wstrzymanie dopływającéj krwi do serca. Po szczegóły téj interesującéj pracy musimy odesłać czytelników do oryginału.

M. Nencki. O rozkładzie białka pod wpływem anerobów. Gaz. lek. Nr. 37 i 38, str. 732, 753.

W cennéj téj pracy prof. Nencki podaje wyniki swych badań nad produktami rozkładu białka surowiczego krwi pod wpływem anerobów: *bac. liquefaciens magnus*, *bac spinosus* i *bac. charbon symptomatique* [Rauschbrand].

Po dokładnym opisie otrzymywania hodowli bakteryj *charbon symptomatique* przechodzi autor do opisu sposobu swych doświadczeń t. j. wyjałowienia gleby, daléj otrzymania azotu, w którym to gazie zarówno jak i w wodorze najlepiéj idzie rozwój bakteryj na przygotowaném podłożu, a wreszcie cały przebieg otrzymywania i badania produktów rozkładu. Po szczegóły zwięzłego opisu, podanego przez autora, musimy odesłać do oryginału, gdyż streścić się one na tém miejscu nie dadzą.

Produkty otrzymane przy działaniu wszystkich trzech wyżéj podanych bakteryj na białko zawsze były jednakie. Nie otrzymał prof. Nencki, jako produktów rozszczepienia białka ani fenolu, ani indolu, ani skatolu, ani też alkoholów grupy tłuszczowéj. Z wyciągu eterycznego otrzymano tylko trzy następujące aromatyczne produkty rozkładu: kwas fenylpropionowy, kwas paraoksyfenylpropionowy i kwas skatoloctowy. Ilość zależała od czasu fermentacyi i rodzaju użytych do tego bakteryj anerobów, np. największą ilość kwasu skatoloctowego,

otrzymano po 3—4 tygodniowéj fermentacyi białka pod wpływem *b. charb. sympt.*, gdy przy obu pozostałych drobnoustrojach była ona znacznie mniejszą. Kwas skatoloctowy dotąd jako produkt rozkładu białka otrzymanym nie był. Sposób oddzielenia trzech podanych kwasów i szczegółowy opis ich własności i budowy chemicznéj, a zwłaszcza kwasu skatoloctowego i fenylpropionowego wymaga rozczytania się w oryginale i streścić się nie da. Ponieważ przy rozkładzie białka pod wpływem anerobów nie otrzymał autor ani kw. benzoesowego, ani fenyloctowego, ani odpowiednich kwasów z grupami hydroksylowémi, przychodzi więc do przekonania, że w cząsteczce białka zawierają się 3 kwasy aromatyczne: tyrozyna, kw. fenylamidopropionowy i kw. skatolamidooctowy, a przy odnośnéj fermentacyi, wskutek wykluczenia utlenienia, następuje przemiana ich na amoniak i wyżéj podane 3 odpowiednie kwasy bezazotowe, otrzymane przez prof. NENCKIEGO, jako produkty rozkładu białka pod wpływem anerobów. Nie dochodzi tu więc do wytworzenia kwasu benzoesowego, fenyloctowego, fenolu i t. d. to jest tych produktów, jakie możnaby daléj otrzymać, gdyby działał tlen na produkty rozkładu beztlenowego.

L. Nencki. Metylmerkaptan [CH_3SH], **gaz nowootrzymany z kiszek ludzkich.** Gaz. lek. Nr. 35, str. 691.

Opierając się na pracach prof. M. NENCKIEGO, nad gniciem białka bez dostępu powietrza, przy którém to zjawisku prof. NENCKI wykazał obecność metylmerkaptanu, autor przypuścił, że gaz ten istnieć powinien i w kiszkach, a szczególniéj w grubych, gdzie rozkład białka następuje pod wpływem bakteryj, również bez dostępu powietrza. Do badania użył kału ludzi zdrowych i chorych i zastosował przy tém metodę podaną przez prof. NENCKIEGO, przy czém istotnie metylmerkaptan otrzymać mu się udało. Po szczegóły metody otrzymania musimy odesłać czytelnika do oryginału.

Pruszyński. O zachowaniu się kwasów amidosalicylowych w ustroju. Gaz. lek. Nr. 49 i 50, str. 972, 992.

Rzecz ta czytaną była na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego i szczegółowe streszczenie jéj znajduje się już w naszym organie, w protokółach z posiedzeń Towarzystwa w t. LXXXVI, z. II, na str. 290, r. 1890.

Zaleski. Uproszczenie mikrochemicznych odczynów na żelazo. Gaz. lek. Nr. 36.

Oprócz ścisłego chemicznego określenia ilości żelaza, autor bardzo zaleca badanie makro i mikro-chemiczne. Zwłaszcza zaś uważa je za bardzo pożyteczne tam, gdzie czy to ze względu na małą objętość badanego organu, czy z innych jakich powodów, określenia chemicznego

przeprowadzić nie można. Tą drogą np. można otrzymać bardzo pouczające preparaty z drobnych zarodków zwierząt i t. p., a kwestyję rozmieszczenia żelaza w różnych narządach uważa autor za sprawę pierwszorzędnéj wagi.

Jako odczynniki zaleca Z. siarek amonu, żółtą i czerwoną sól żelaza, lub rodanek potasu. Sposób postępowania jest następujący: kawałek tkanki lub organu stwardnić trzeba przez 24 godzin w 90% wyskoku, następnie umieścić go na 24 godz. w takimże wyskoku z dodatkiem paru kropel siarku amonu, a następnie przenieść do absolutnego wyskoku, również z dodatkiem paru kropel siarku amonu. Gdy się używa innych odczynów, to po stwardnieniu trzeba preparat zamoczyć w 1% roztworze żółtego lub czerwonego cyanku potasu, lub rodanku potasu w 90% wyskoku na 2 — 3 doby. Następnie przebywają preparaty przez 1 dobę w takichże roztworach odczynników w 65% wyskoku, a potém idą do 1 — 2% roztworu kwasu solnego w 96% wyskoku; wreszcie natępuje przeniesienie do samego tylko 96% wyskoku, w celu usunięcia nadmiaru kw. solnego. Jeżeli zwłaszcza preparaty przygotowane z żółtą lub czerwoną solą zabarwiono następnie karminem, to otrzymują się ładne bardzo obrazy, gdyż barwa niebieska wybitnie odbija się od czerwonego tła. Z kawałków tak przygotowanych tkanek można następnie robić całe seryje skrawków. Podane sposoby dają możność otrzymywania stale dobrych preparatów; po paru latach nie ma żadnéj różnicy na powierzchni lub przekroju.

Biernacki. Badania nad działaniem środków przeciwgnilnych na fermentacyję wyskokową. Now. lek. N. 8, 9, 10, str. 377, 431, 487.

Autor w pracy téj, po części już ogłoszonéj w języku polskim w Pamięt. Tow. lekarskiego [p. sprawozdanie rocznika za rok 1886] rozbiera następujące fakty, do których doszedł na drodze doświadczeń 1) własność środków przeciwfermentacyjnych wzmagania fermentacyi alkoholowéj, 2) zależność siły przeciwfermentacyjnéj od budowy chemicznéj antyseptyków, 3) zależność tychże środków od ilości fermentu, na który działają i 4) znaczenie kombinacyj środków przeciwgnilnych dla ich siły—a wreszcie wyciąga wnioski ogólne.

Opis doświadczeń pomijamy, jako streścić się nie dający i odsyłamy interesujących się tą sprawą do oryginału.

Co do pierwszego punktu autor dochodzi do wniosku, że wszystkie środki przeciwgnilne działają hamująco na fermentacyję wyskokową do pewnego tylko rozcieńczenia, poniżéj którego, a więc przy coraz większém rozcieńczeniu, rozpoczynały się dawki, przyspieszające fermentacyję. Pomiędzy jednémi i drugiémi istniały dawki przejściowe, t. j. raz hamujące, a drugim znów razem przyspieszające sprawę fermentacyjną. Przyspieszenie fermentacyi zazwyczaj odbywa się najsilniéj przy początku do-

świadczenia t. j. gdy tylko co zaczął działać roztwór płynu przeciwgnilnego. Fakt ten autor stara się wytłomaczyć wytwarzaniem się produktów działania antyseptyków na protoplazmę, które to produkty, drażniąc fermentacyjne komórki, przyspieszają sprawę. Dawki, przyspieszające fermentacyję przy coraz większém rozcieńczeniu powoli tracą tę własność, tak iż każdy środek przeciwgnilny można doprowadzić do tego stopnia rozcieńczenia, że jest ono całkiem dla sprawy fermentacyjnéj obojętném. Na téj drodze zbadano wpływ na fermentacyję alkoholową sublimatu, siarczanu miedzi, nadmanganianu potasu, bromu, kwasu siarczanego i bornego ze związków nieorganicznych, oraz wodanu chloralu, chlorku chininy, tymolu, kw. bendżwinowego, kw salicylowego, fenolu, rezorcyny i pyrogallolu—z organicznych.

Jako przykład przytoczymy kw. salicylowy, którego najmniejsza dawka zabójcza = 1:1000, pierwsza dawka przyspieszająca = 1:6000, a 1:100000 całkiem jest obojętna dla fermentacyi.

Co do drugiego—autor przychodzi do wniosku, że wogóle środki przeciwgnilne nieorganiczne większą posiadają siłę przeciwfermentacyjną niżli organiczne, w tych zaś ostatnich większa ilość atomów węgla nadaje również środkom większą siłę i przeciwnie, im środek posiada więcéj hydroksylów [OH], tém jest słabszym.

Co do trzeciego punktu—autor zaznacza niezgodność wyników przez się otrzymanych z ogłoszonémi przez innych i dochodzi do wniosku, że zależy to od różnych warunków, przy jakich odbywa się fermentacyja, od własności *resp.* dobroci drożdży, a zwłaszcza od ilości zawartego w nich fermentu; przy zwiększaniu ilości fermentu użytego, trzeba użyć zwiększoną dawkę t. j. mocniejszy roztwór płynu antyseptycznego. Roczyn glukozy użyty do doświadczeń nie wpływa wcale na siłę działania tych środków.

Wreszcie co do czwartego punktu—podaje autor ważny fakt, że łączenie różnych środków antyseptycznych wzmaga ich siłę działania antyfermentacyjnego i im jest ich więcéj, tém działanie to występuje wydatniéj, a przytém połączenie środków nieorganicznych z organicznémi działa znacznie silniéj niżli samych organicznych lub nieorganicznych. Rozumié się, że używać trzeba takie przetwory, które nie wywierają na siebie działania chemicznego i są jedynie prostém mechanicznem zmieszaniem dwóch lub więcéj roztworów środków przeciwgnilnych.

Z wniosków praktycznych można z pracy autora zaznaczyć, że pożyteczniéj jest używać związków antyseptycznych nieorganicznych, oraz, że bardzo dobre rezultaty dać mogą kombinacyje różnych tych środków, a zwłaszcza, jak to dopiero, co zaznaczono, nieorganicznych z organicznémi.

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

Sprawozdawca

K. Chełchowski.

Adamkiewicz. O zachowaniu się ciałek nerwowych w chorych nerwach. Now. lek. N. 11 str. 537.

W uciśniętych i zwyrodniałych korzeniach nerwowych od zmarłego na *pachymeningitis hypertroph. spinal.* Ad. znajdywał zanik głośnych swoich ciałek nerwowych, równoczesny i równomierny z zanikiem samych włókien nerwowych. Uważa to za nowy dowód swych poglądów na owe ciałka.

Adamkiewicz. Pachymeningitis hypertrophica i zawał chroniczny [infarctus chronicus] rdzenia pacierzowego. Now. lek. N. 7, 8 i 9, str. 315, 373 i 427.

Suchotnik pod koniec życia okazywał: porażenie spastyczne kończyn dolnych z zupełnym prawie zanikiem mięśni, porażenie pęcherza i odbytu (*incontinentia*), czucie prawidłowe, mowę powolną, niewyraźną. Przypadłości te rozpoczęły się przed 7 laty napadami bólów w lewéj kończynie górnéj, następnie osłabieniem i zanikiem mięśni téjże kończyny. Po 3 latach bóle, osłabienie i zanik mięśni w kończynie dolnéj lewéj, a po jakimś czasie i w prawéj. Natomiast kończyna górna powoli wróciła do prawidłowego stanu.

Opis zmian pośmiertnych, podany przez prof. Ad., po części niezgodny z prawdą, wywołał ostre zaprzeczenie w Przegl lek. i Now. lek. ze strony prof. Browicza, w którego pracowni sekcyję wykonano. Zmiany w układzie nerwowym, badane wyłącznie już niemal przez samego prof. Ad., były następujące: Obfita zbita tkanka łączna obrastała móżdżek, rdzeń przedłużony i kręgowy aż do 6-go kręgu grzbietowego (*pachymeningitis*). Na téjże przestrzeni zrosty opony twardéj ze rdzeniem. Tkanka łączna przenikała i wewnątrz rdzenia i to w dwóch kierunkach. 1) Wzdłuż naczyń rdzenia promienistych, powodując tak nazwany przez autora infarkt chroniczny rdzenia. Nazwą tą oznaczył Ad. zanik pierwiastków nerwowych i zgrubienie neuroglii w przybrzeżnym obwodowym pasku rdzenia, oraz wypustki łącznotkankowe, przenikające od obwodu klinowato wewnątrz rdzenia, odpowiadające zgrubiałym jego naczyniom. 2) I wzdłuż układu tętnicy szczeliny przedniéj (*art. sulci*)

tkanka łączna wniknęła do rdzenia, wywołując w nim zwyrodnienie rogów przednich, jąder nerwów podjęzykowych, pęczków piramidalnych bocznych, spoidła przedniego i wiązek przednich korzeni — słowem, obraz anatomiczny *sclerosis lateralis amyotrophicae*. Ad. sądzi, że przenikanie tkanki łącznéj w obu tych kierunkach i opisane zmiany w rdzeniu stanowią stałe, konieczne następstwa *pachymeningitidis*.

Nadto u tegoż chorego, jako zmiany nie istotne, ale przypadkowe, znalazły się: guz serowaty otorbiony w lewéj połowie rdzenia kręgowego szyjowego, oraz ogniska rozmiękczenia gruźliczego w rdzeniu szyjowym i lędźwiowym.

Anders. Przypadek spinae bifidae z zarośniętym otworem w kolumnie kręgowéj. Gaz. Lek. N. 3, str. 61.

U 2-tygodniowego niemowlęcia znaleziono: *spina bifida cystica lumbalis, leptomeningitis cerebro-spinalis purulenta, ependymitis chronica exacerbata purulenta, hydrops ventriculorum chronicus, pes varus duplex*..

Browicz. O zachowaniu się istoty kitowéj beleczków mięsnych w stanach chorobowych. Przegl. lek. N. 34 i 35, str. 417 i 426.

Z badania w tym względzie 50 serc wynika przedewszystkiém, że rozklejenie się komórek mięsnych serca nie jest sprawą pośmiertną. W sercach, dotkniętych tym procesem, widać go już w 12 godz. po śmierci. Nie występuje on natomiast w innych sercach, choćby pozostawionych na powietrzu na 3 i 4 doby. W paru przypadkach w sercu dotkniętém tą sprawą, znalazł Br. mikroskopowe wylewy krwi: otóż krążki krwi przenikały tu pasmami między rozklejone komórki, co oczywiście nie mogłoby zajść po śmierci. Sprawa to dość częsta [$^1/_3$ badanych przypadków], to rozlana, to ograniczona do pojedyńczych części mięśnia. Samo serce zwykle bywa przytém rozszerzone, wiotkie, miękkie, flakowate; mięsień jego blady. Mikroskop już to nie wykazuje żadnych innych zmian, już to — stłuszczenie lub zwyrodnienie włókniste serca. Sprawa dość często towarzyszy ostrym chorobom zakaźnym. Obok daleko posuniętych przypadków, gdzie komórki mięsne serca są zupełnie rozłączone, albo nawet rozrzucone bez żadnego ładu, dość często zdarza się, jak gdyby wstępny okres téj sprawy. Istota kitowa, spajająca komórki mięsne, widoczną jest tu bez użycia odczynników w postaci szerokiego pasma, jakby napęczniałego, nawet prążkowanego.

Browicz sądzi, że sprawa ta może wywoływać zaburzenia w czynności serca, nawet śmierć nagłą; przypuszcza, że może się ona przyczynić do pęknięcia serca lub jego zwyrodnienia włóknistego. Przyczyną jéj muszą być jakieś zaburzenia w odżywianiu istoty kitowéj, bardzo zresztą odpornéj.

Dmochowski. O wtórném cierpieniu migdałków gardzielowych i gruczołów woreczkowatych na podstawie języka u suchotników. Gaz. lek. N. 15, str. 308.

U zmarłych z suchot płucnych lub krtaniowych Dm. stale znajdywał w migdałach, zwykle zaś i w gruczołach woreczkowatych na podstawie języka—zmiany gruźlicze. Wykrywał je dopiero mikroskop; gołém okiem najczęściéj nie dawały się dostrzedz. Zmian tych nie było, jeżeli gruźlica zajmowała nie narządy oddechowe, ale jakieś inne. Widocznie więc ma tu miejsce wtórne zakażenie plwociną, z któréj prątki gruźlicze dostają się do krypt migdałów i owych gruczołów, a ztąd już do komórek nabłonkowych, lub do fizyjologicznych szczelin, tu i owdzie istniejących między niémi. Pod wpływem prątków przedewszystkiém nabłonek ulega nekrozie i złuszczeniu, dając mikroskopowe powierzchowne owrzodzenia, otwierające się do krypt. Następnie zjawiają się typowe gruzełki z mnóstwem prątków, najpierw w zatokach limfatycznych, potém po całych follikułach. Najpóźniéj ulega gruźlicy tkanka łączna pomiędzy follikułami, a i w niéj przedewszystkiém naczynia limfatyczne, dążące do gruczołów szyjowych. Wyjątkowo w migdałach gruźliczych może nie być wcale właściwych gruzełków, tylko zwykłe zmiany zapalne z mnóstwem prątków gruźliczych. Wyjątkowo również wskutek zserowacenia zlewających się gruzełków mogą powstać obszerne jamy w migdałach.

Kamocki. Dalszy przyczynek do badań anatomo-patologicznych nad zmianami w oczach przy cukrzycy. Gaz. lek. N. 34, str. 671.

Znalezione dawniéj już przez Kamockiego zmiany w oczach [mianowicie w siatkówkowéj warstwie tęczówki] przy cukrzycy potwierdzili i inni [Deutschmann, Sattler]. Stwierdzają to i dalsze badania K., dokonane już to nad kawałkami tęczówek, otrzymanémi przy irydektomii przygotowawczéj, już nad gałkami ocznémi całkowitémi. I tu w 5 dodatnich spostrzeżeniach nizkie i jednostajnie czarne komórki nabłonkowe owéj warstwy, zamieniły się w wielkie pęcherzyki z wodnistą zawartością, wyraźném jądrem i skąpémi rozproszonémi ziarkami barwnika. Zmiany te mogą występować w postaci ograniczonych ognisk, nie zajmując jednostajnie całéj warstwy. Wbrew twierdzeniu Deutschmann'a, sprawa ta nie szerzy się ani na nabłonek wyrostków rzęskowych, ani siatkówki. Z dwóch przypadków ujemnych K. wnosi, że sprawa ta zapewne związana jest wyłącznie z zaćmą cukrzycową, a nie z cukrzycą w ogóle. W związku z tą sprawą będące zjawisko, opisane przez Hirschberg'a i Snellen'a, że podczas irydektomii ciecz wodna mętniała, jakby po dodaniu tuszu, widział i Kamocki kilkakrotnie.

W jednéj z badanych soczewek wcale jeszcze nie było zmian właściwych zaćmie; natomiast — wyraźne zmiany wsteczne nabłonka wewnątrztorebkowego [drobna ziarnistość ciała komórek, złe barwienie się

jąder, złuszczanie i rozpad komórek]. Przemawia to za teoryją Deutschmanna, który w tych zmianach widzi pierwszą przyczynę zaćmy cukrzycowéj. Tenże chory miał typowy wrzód neuroparalityczny rogówki. Dokładne badanie mikroskopowe nie wykazało w owrzodzeniu żadnych zmian swoistych dla cukrzycy; drobnoustrojów nie było. W obwodzie bliznowato przeistoczonéj rogówki znalazły się liczne gromadki nierównych, jednorodnych kuleczek, których zachowanie się względem barwników odpowiadało zwyrodnieniu szklistemu.

Krokiewicz. Fałd zastawkowy, wychodzący z górnego brzegu i tylnéj ściany żołądka w okolicy odźwiernika, jako przyczyna rozstrzeni żołądkowéj. Przegl. lek. N. 1, str. 5.

Na trupie znaleziono: przedziurawienie kiszki ślepéj, wielki ropień kałowy zaotrzewnowy, zrosty kiszek, tworzących istny kłąb. Silne zrosty łączyły odźwiernikową część żołądka, mianowicie ściankę jéj tylną i brzeg górny, z trzustką i otaczającą tkanką. W skutek tego na górnym brzegu żołądka powstało zgięcie kątowate o prawém ramieniu krótkiém, lewém — długiém, wierzchołku zwróconym na dół. Odpowiednio temu zagięciu i wewnątrz żołądka ścianka jego u góry i z tyłu sfałdowała się w całéj swéj grubości, tworząc półkulistą zastawkę, 12 ctm. długą, 4,8 szeroką, zamykającą niemal zupełnie ujście odźwiernika. Żołądek znacznie powiększony, dolną granicą sięgał na 3 ctm. niżéj pępka. Za życia chory przed 7 tygodniami miał objawy *typhlitidis*, ostatnie 19 dni wymiotował po wszelkich pokarmach.

Krokiewicz. Skręt uchyłku Meckela (torsio diverticuli Meckeli) z następową niedrożnością. Przegl. lek. N. 12, str. 42.

U płodu zmarłego podczas ciężkiego porodu znaleziono w jamie brzusznéj dużo wolnéj smołki, otrzewnę, wątrobę i śledzionę — jakby oblepione smołką i włóknikiem. Sieć wielka, zwinięta w powrózek, dolnym końcem przyrosła do kiszki cienkiéj prawie w samym środku jéj długości. Tuż nad miejscem przyczepienia sieci, kiszka cienka zupełnie zarosła, tworząc zbity powrózek z tkanki łącznéj, $1\frac{1}{2}$ ctm. długi. Niżéj, na miejscu przyczepu sieci, kiszka na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ ctm. okazywała i światło, i właściwe utkanie. Niżéj jeszcze następowało silne zwężenie kiszki, przepuszczające zaledwie cienką sondę, 2 ctm. długie, prowadzące do rozszerzonéj kiszki biodrowéj. I powyżéj zarośniętego miejsca, i poniżéj zwężonego, kiszka była rozciągnięta smołką; tam znaleziono zupełne pęknięcie kiszki, tu — dwa nadpęknięcia: jedno — saméj tylko błony śluzowéj, drugie — błony śluzowéj, podśluzowéj i mięsnéj. Krezka długa, bardzo ruchoma, nie okazywała żadnych zmian.

Autor dowodzi, że w powstaniu niedrożności zrost kiszki z siecią nie grał tu żadnéj roli. Natomiast poczytuje on część kiszki, pozostałą

między miejscem zarośniętém i zwężoném, za *diverticulum* Meckeli, wyjątkowo wysoko umieszczone. *Div.* Meck. stoi w ścisłym związku z pępowiną płodu; otóż w skutek ruchów pępowiny nastąpiło długotrwałe skręcenie (*torsio*) samego uchyłka oraz najbliższéj części kiszki, następnie zaś zanik i zarośnięcie kiszki u podstawy pętli. Pęknięcie i nadpęknięcia musiały powstać podczas bólów porodowych.

Mars. Miednica skośnie ścieśniona skutkiem złamania. Przegl. lek. N. 22 i 23, str. 273 i 287.

Miednica ta pochodziła od 50 letniéj kobiety, którą przed 13 laty przysypały gruzy zawalonego domu. Nastąpiło złamanie prawéj kości biodrowéj i obu łonowych. Po 2 miesiącach poziomego ułożenia — wyzdrowienie. Wprowadzenie palca do pochwy było wtedy utrudnione w skutek zwężenia łuku łonowego i guza zbitego po prawéj stronie pochwy. Po wyzdrowieniu chora wyszła za mąż, nie rodziła. Szczegółowy opis miednicy z rysunkami. Kość biodrowa prawa złamaną była w pobliżu zrostu krzyżo - biodrowego, wielki odłamek przedni przesunął się ku górze, ku wewnątrz i w tył, ścieśniając prawą połowę wielkiéj miednicy. Kość łonowa prawa rozszczepiła się w całéj swéj długości na dwie blaszki, znacznie odsunięte od siebie: wewnętrzna z nich sterczała wolno wgłąb miednicy. Kostnina po podwójném złamaniu kości łonowéj lewéj. Skrócenie linii bezimiennej prawéj i konjugaty. Wywrócenie panewki prawéj ku przodowi. Dokładne roztrząśnięcie przypadku doprowadza do wniosku, że siła łamiąca działała od strony prawéj i od przodu i że na ułożenie odłamków wpłynęło pociąganie mięśni podczas gojenia. Mięśnie brzuszne ciągnęły w górę przedni odłamek kości biodrowéj; *obturatorius ext.* i *int.* pociągały go w tył i rozsuwały blaszki kości łonowéj; *quadratus fem.* przesuwał guz siedzeniowy ku przodowi.

Przewóski. Jeszcze jeden przypadek przepukliny przeponowéj. Gaz. lek. N. 34. str. 685.

W przypadku tym w przednim odcinku lewéj mięsnéj połowy przepony istniał okrągły otwór o gładkich brzegach, średnicy $1^1/_2$ ctm. (*Hernia diaphragmatica spuria sinistra interstitialis*). Przez otwór ten do jamy opłucnéj wchodził dolny koniec sieci wielkiéj, długi na 20 ctm., rozrosły; twardy, przyrośnięty do wewnętrznego brzegu otworu. Za życia chorego przez wspomniany otwór przeszła nadto do jamy opłucnéj i uległa uwięzieniu pętlica kiszki grubéj (*flex. lienalis*), 10 ctm. długa. Przekonawszy się o tém podczas laparotomii, Krajewski ściągnął palcem na dół przeponę przez ów otwór, rozszerzył go nacięciem ku zewnątrz i uwolnił zaciśniętą mało jeszcze zmienioną kiszkę. W kilka dni potém zgorzel i przedziurawienie kiszki, ropień kałowy, operacyja sztucznego odbytu, zapalenie otrzewny posokowate. Chory ów 24 letni podlegał był często cięż-

kim przypadłościom brzusznym [wymioty, czkawka, zaparcie], mianowicie po wysiłkach fizycznych. W sąsiedztwie przepony żadnych śladów jakiegoś przypuszczalnego obrażenia.

Przewóski. Trzy przypadki torbieli surowiczych zaotrzewnowych. Gaz. lek. N. 41, str. 820.

W każdym z tych trzech przypadków torbiel była jednokomorową, luźno tylko połączoną z sąsiedniémi narządami. Składały ją: cieńsza lub grubsza błona ze zbitéj tkanki łącznéj z domieszką włókien sprężystych, nabłonek jednowarstwowy podobny do śródbłonka, wreszcie rzadki surowiczy płyn, o ciężarze właściwym 1005—1011. Torbiele leżały zawsze w tém samém miejscu, mając za sobą nerkę, przed sobą — otrzewnę i kiszkę grubą. W jednym przypadku torbiel zajmowała całą prawą połowę jamy brzusznéj, spychała żołądek i kiszki cienkie na lewo, uciskała wątrobę, podnosiła wysoko przeponę, pozorowała puchlinę brzucha i stanowiła główny powód śmierci. Dopiero na 3 lata przed śmiercią chory ten zauważył, że brzuch mu zaczął puchnąć. Już sam wzgląd na typografiją tych torbieli skłania Prz. do poglądu, że punktem ich wyjścia były szczątki organów zarodkowych [ciała Wolffa, przewody Wolffa i Müllera], lub narządy zarodkowe dodatkowe.

W téjże pracy pomieszczono opis torbielaka w *ligam. phrenico-lienale*, wysłanego nabłonkiem rzęskowym, wypełnionego gęstym ciągliwym płynem.

Przewóski. Niezwykłe zejście wpochwienia kiszki cienkiéj. Gaz. lek. N. 44, st. 874.

Na zwłokach zmarłego po kilkudniowéj chorobie znaleziono obok ostrego ropnego zapalenia otrzewny jamę kałową, otoczoną posklejanémi kiszkami. Do jamy téj i od góry i od dołu otwierało się światło kiszki cienkiéj zupełnie przerwanéj, w górnym odcinku ziejące, w dolnym uciśnięte, ze zgorzelinowémi strzępami na wolnych brzegach. Krezka, która pozostała po brakującym kawale kiszki cienkiéj i łączyła oba odcinki, także była niecała, zgrubiała, zaczerwieniona i pofałdowana, ze zgorzelinowémi strzępami na wolnym brzegu. Długość jéj [bez rozprostowania] wynosiła 6 ctm. Długość całéj kiszki cienkiéj bez dwunastnicy dochodziła zaledwie do 4,5 metra. Brakowało więc co najmniéj metra kiszki cienkiéj. Z roztrząśnięcia krytycznego danych, dostarczonych przez sekcyję, wynika, że powodem tak obszernéj utraty kiszki nie mogła być żadna inna sprawa [np. obrażenie, nowotwór, zatkanie tętnicy krezkowéj], tylko jedynie: wpochwienie kiszki, zgorzel następcza całéj części wpochwionéj i szybkie jéj wydalenie. Zwykle w takich razach odcinki kiszki nad i pod miejscem zgorzeli łączą się w skutek zlepnego zapalenia otrzewny. W danym przypadku takie zapalenie nie zdążyło przyjść do skutku — odcinki kiszki zupełnie się rozeszły, i to daleko. Temu szybkiemu przebie-

gowi mogły sprzyjać: siła i energija okrężnéj muskulatury kiszkowéj, oraz przepełnienie kałem górnego odcinka. Obie te okoliczności tamowały krwiobieg we wpochwionéj kiszce.

Święcicki. Przyrodzona szczelina mostkowa i brzuszna. Now. lek. N. 7, str. 335.

4 dniowe dziecko miało szczelinę w średniéj i dolnéj części kości mostkowéj oraz w mięśniach brzusznych ponad pępkiem. Tuż pod skórą zupełnie prawidłową leżało serce i trzewa brzuszne. Te ostatnie tworzyły nad pępkiem silnie napięty guz wielkości cytryny, który zwiększał się podczas wdechu, zmniejszał — podczas wydechu.

Bujwid. Hodowla promienicy. Gaz. lek. N. 52, str. 1032.

Autorowi udało się otrzymać czyste hodowle promienicy na agarze dzięki szczęśliwemu zastosowaniu atmosfery pozbawionéj tlenu. Promienica bez tlenu rozwija się dobrze, daleko lepiéj od innych drobnoustrojów, które też łatwo może pokonać. B. ostrożnie umieszczał w probówkach z agarem grudki z ropy promienicowéj, nie rozcierając ich wcale. Probówkę taką umieszczał w innéj szerszéj, napełnionéj alkalicznym roztworem pyrogallolu [pochłaniającego tlen] i zamknąwszy szczelnie tę ostatnią, pozostawiał w termostacie przy 37°C. Rozwinięta hodowla bardzo podobna do *cladothrix* tworzy grudki twarde, trudno odrywające się od gleby. Dalsze pokolenia z hodowli oczyszczanych rosną i w obec tlenu. Mikroskop wykazuje w hodowli wężowate nitki rzadko opatrzone bocznémi gałązkami, w starszych hodowlach kolbowate zakończenia nitek. W kolbowato zakończonych nitkach roztwór anilinowy fioletu gencyjanowego uwydatnia szeregi grubszych i drobniejszych ziarn, jak u pleśniowców. Szczepienia podskórne królikom nie sprowadzały żadnych następstw.

Bujwid. Wyniki bakteryjologicznych badań wody warszawskiéj w latach 1887—9. Zdrowie N. 43, str. 546.

Badania te wody wiślanéj, niefiltrowanéj, filtrowanéj i wodociągowéj, dokonywane co miesiąc, po części były już ogłoszone w roku ubiegłym [patrz. Przegl. piśm. lek. r. 1888 str. 141]. Ilość bakteryj w 1 ctm. sześć. wody filtrowanéj rzadko przekracza 100, dość często nie dochodzi 50. Ilość ich w Wiśle podlega ogromnym wahaniom, zawsze wzrasta podczas przyboru, dochodzi co najwyżéj do 150 tys. Wodociąg na Pradze dostarcza wody nie dość czystéj. — 30 rozbiorów bakteryjologicznych wody z różnych studzien.

Bujwid. Rys zasad bakteryjologii w zastosowaniu do medycyny hygieny. Zdrowie z r. 1888—9. NN. 31 do 51, str. 108, 152, 189, 229

254, 296, 329, 443, 487, 513, 582, 625, 655, 682, 730, 750, 781, 810. To samo w osobnéj książce z tablicami str. 116.

Praca ta obejmuje: 1) dokładną historyję bakteryjologii od najdawniejszych czasów, [Kircher, Leeuvenhoek, spory o samorodztwo] do Kocha, podaną w 10 rozdziałach, uwzględniającą obszernie i prace francuzkie. 2) Badanie drobnoustrojów w cieczach i tkankach, barwienie, szczepienia zwierzętom, użycie mikroskopu, zastosowanie fotografii. W części téj nie tyle chodziło autorowi o systematyczny i wyczerpujący wykład, ile o jego praktyczność i zastosowanie go nawet dla samouków. Hodowle i wyjaławianie — część książki, w porównaniu z poprzednią, wyłożona zbyt treściwie i zbyt wiele zawierająca szczegółów. 4) Bardzo pożądaną część książki stanowi biologija drobnoustrojów [skład ich chemiczny, wpływ czynników zewnętrznych na ich życie, produkty działalności życiowéj, fermentacyje, saprofity i pasorzyty, chorobotwórczość, odporność, szczepienia ochronne, dezynfekcyja].

Książka ta więc jest pierwszą połową barteryjologii, częścią jéj ogólną.

Elsenberg. Grzybek parcha. Gaz. lek. N. 9 i 10, str. 170, 198.

Czyste hodowle grzybka parcha łatwo się udają, jeżeli szczepić cząstkę wziętą z dolnéj powierzchni tarczek parchowych, pojedyńczo rozrzuconych na tułowiu lub kończynach. Włosy nie dają czystych hodowli. U 27 swoich chorych E. znajdował grzybek parcha w dwóch odmianach, zawsze zmieszanych z sobą, mało różniących się od siebie, i to jedynie sposobem wzrostu na kartoflu i agarze. Na kartoflu kolonije grzybka rozwijają się w postaci szarego półkulistego guziczka, od spodu żółto-siarkowego, wrastającego mocno i głęboko w kartofel, który po dłuższym czasie ciemnieje i cuchnie. W odmianie pierwszéj kolonije pokrywa gęsty biały meszek (*hyphae*), w drugiéj— krótkie grubsze szarawe nici, znikające późniéj. I na agarze odmianę drugą wyróżnia mniéj obfity ów biały meszek, nadto większe rozmiary kolonij, ciemniejsze dno i barwa agaru. I tu grzybek mocno przyrasta do agaru żółto-siarkową powierzchnią. Grzybek parcha rozwija się i na surowicy, i w bulijonie [bardzo dobrze], i na żelatynie, byleby niezbyt kwaśnéj. Żelatynę powoli rozpuszcza. Rośnie i w temperaturze pokojowéj, najlepiéj wszakże przy 30°—35°C. Kolonije składają się z nici grzybni, w środku cieńszych i na krótsze członki podzielonych, niż u obwodu, rozgałęzionych widełkowato. Zaokrąglone końce nici często wyrastają w twory kolbowate, pękające przy dalszym rozwoju, podobne do sporangiów, ale napełnione nie zarodnikami, lecz ziarnistą protoplazmą. Twory te wyrastają z nici i w postaci bocznych wypustek, rzadziej powstają w środku nici. Zarodniki prawdziwe są dość duże, wy-

rastają bezpośrednio z bocznych wyrostków nici, rzadziéj na swobodnych końcach.

Zarodniki parchowe łatwo giną [przy 55°C], na kwaśniejszym nieco gruncie od słabych roztworów antyseptycznych. Skłoniło to E. do stosowania w celach leczniczych gorących [60—65°C.] okładów z 2% kwasu bornego na dotkniętą skórę; pożądanego skutku nie było. Próby szczepienia grzybka zwierzętom i ludziom nie udawały się.

Opisany grzybek, zwłaszcza 2-ga jego odmiana odpowiada poniekąd grzybkom β i γ Quincke'go. Grzybka α E. nigdy nie znajdował.

Jakowski. Niezwykły przypadek przewlekłéj nosacizny u człowieka. Gaz. lek. N. 46, 47 i 48, str. 923, 933 i 964.

Chłopiec stajenny przy dorożkach zachorował i zmarł na nosaciznę, stwierdzoną na sekcyi. Zdrowy i silny 19 letni następca jego po 2 tygodniowéj służbie spostrzegł na łydce krostkę, nie gojącą się. Wkrótce wśród dreszczów, gorączki, bólów głowy i nogi, goleń spuchła i pokryła się sinémi plamkami. W szpitalu [w miesiąc od początku choroby] znaleziono nadto obrzmienie jądra. Niezadługo wśród gorączki zwalniającéj zaczęły zjawiać się po ciele guziki; przechodziły one w pryszcze, pękały i przysychały; trwało to przeszło miesiąc. Jednocześnie zjawiło się i kilka większych guzowatych nacieczeń w mięśniach w pobliżu stawów; nie przeszły one w ropienie, ale powoli uległy wessaniu. Surowiczo-krwawy płyn, wyciągnięty z takiego guza, dał typowe hodowle prątków nosaciznowych. W ciągu następnych 7 tygodni przy ciągłém wytrwałém użyciu jodoformu do wewnątrz [4 gr. *pro die*], chory zupełnie się poprawił: pozostało tylko obrzmienie jądra. Po 2 miesiącach pozornego zdrowia znowu dostał na łydce plamy, która przeszła w pryszcz i owrzodzenie; jądro spuchło silniéj, stwardniało, wreszcie zaczęło ropieć przez owrzodziałą skórę na mosznie. Od czasu do czasu dreszcze i parudniowa gorączka. Wyłuszczono mu chore jądro, z którego cząstki dały również typowe hodowle nosacizny. Po operacyi szybki powrót do zdrowia. W ciągu całego prawie następnego roku żadnych przypadłości chorobowych. Tylko owa parudniowa gorączka z dreszczami, potami, mierném obrzmieniem śledziony, kilkakrotnie się jeszcze powtarzała w pierwszych tygodniach po operacyi.

We krwi, moczu, zawartości pryszczów, nie udało się ani znaleźć prątków nosaciznowych, ani też je wyhodować z tych płynów. Hodowle, otrzymane ze świeżego nacieczenia mięśniowego i z jądra, nie pozostawiały żadnych wątpliwości. Hodowle młode prócz prątków nosaciznowych dobrze wyrosłych zawierały i króciutkie. Przeciwnie w hodowlach starszych żelatynowych i agar - glycerinowych prątki wyrastały w bardzo długie nitki. Trafiały się w hodowlach i ziarenka połyskujące, podobne do zarodników, ale nie dawały odczynu barwnego, właściwego tym ostatnim. Hodowle na mleku z peptonem i agarem [według Raskinej] uda-

wały się, ale nie uważa ich J. za tak charakterystyczne, jak hodowle na kartoflu.

Hodowli otrzymanych z wyłuszczonego jądra użył J. do szczepień. Wszystkie 10 zaszczepionych świnek morskich zachorowały na nosaciznę, stwierdzoną mikroskopem i hodowlami, 4 wyzdrowiały po 8—10 tygo" dni, 4 zdechły w 17—70 dni, 2 zabito w 25 i 80 dni po zaszczepieniu. Ogniska nosaciznowe u tych zwierząt składały się w środku z komórek stałych, tkankowych i nabłonkowatych, u obwodu zaś—z komórek wędrujących. W środku starszych ognisk następowała nekroza koagulacyjna. Prątki nosaciznowe w ogniskach tych i w wyłuszczoném jądrze były skąpe [to pojedyńcze, to po kilka równolegle ułożonych]; rzadko leżały w komórkach, zwykle swobodnie, niekiedy wewnątrz naczyń krwionośnych. Przy barwieniu wyprobowano z powodzeniem metody Kuehne'go i Gaule—Weigerta.

Wreszcie rzuca J. przypuszczenie, że w nosaciźnie przewlekłéj zarazek jéj jest mniéj zabójczy [wyniki szczepień] i trudniejszy do wyhodowania z ropy, niż w ostréj.

Jakowski. Przyczynek do etyjologii ostrego zapalenia płuc. Gaz. lek. N. 30, str. 584.

W dwóch przypadkach ciężkiego zapalenia płuc płyn surowiczo-krwawy, wyciągnięty na szczycie choroby z chorego odcinka, zawierał liczne koki lancetowate. I własności ich mikroskopowe, i zachowanie się względem barwników, i wszelkie własności hodowli, wykazały zupełną ich identyczność z pneumokokkami Fraenkla—Weichselbauma. Na jednym tylko punkcie zachowywały się one nieco odmiennie, mianowicie pod względem wyników szczepień. Białe myszy, zaszczepione cząstką hodowli u nasady ogona, zdychały po 48—60 godzin. Krew ich z serca, płuc i powiększonéj śledziony zawierała opisane koki i dawała właściwe im hodowle. Płuca w ogóle były mocno przekrwione; u niektórych myszy dolne ich płaty były dość twarde, bezpowietrzne, w wyskoku tonęły odrazu. Mikroskop wykazywał w pęcherzykach płucnych ograniczone wylewy krwi i ograniczone nacieczenia [z krążków czerwonych, ciałek białych i włóknika]. Diplokokki widać było głównie u obwodu ognisk w naczyniach włosowatych lub obok nich. Dotąd po zakażeniu opisanemi kokami zapalenie płuc spostrzegano chyba wtedy, gdy je wstrzykiwano wprost do klatki piersiowéj. Odmienne swe wyniki J. stawia w związku z dość późną śmiercią swoich myszy, przez co było dość czasu na powstanie zapalenia płuc.

Janowski. O przyczynach ostrego zapalenia ropnego. Pam. Tow. Lek. Warsz. tom 85. str. 369.

Kryński. O przyczynach ostrych zapaleń ropnych. Kron. lek. N. 9, 10 i 11, str. 543, 607 i 667.

Obie te rozprawy konkursowe, nagrodzone medalami [Kryńskiego złotym, Janowskiego srebrnym], streszczamy w jedném sprawozdaniu. Obie one bowiem zostały napisane na ten sam temat, dokonane w téj saméj pracowni [prof. Brodowskiego]; autorowie ich, posługując się témi samémi metodami, na mocy téj saméj niemal liczby identycznych doświadczeń, doszli do identycznych prawie wyników. Rozprawę Kr. korzystnie wyróżniają prócz liczniejszych doświadczeń wysokie zalety literackie planu pracy i wykładu.

Sprzeczne poglądy na przyczyny ropienia, z jednéj strony wyłącznie parazytarna teoryja Straussa, Klemperera i innych, z drugiéj czysto chemiczna Gravitz'a i de Bary'ego, były powodem wyznaczenia powyższego tematu. Obaj nasi autorowie stanowczo rozstrzygają kwestyję na korzyść ostatniéj teoryi — chemicznéj.

U obu znajdujemy: 1) wyczerpującą historyję bakteryjologii ropienia, 2) własne doświadczenia, przy których posługiwali się najnowszémi metodami [przeważnie zmodyfikowaną Straussa], przestrzegając ściśle aseptyki. Doświadczeń tych wykonali na psach i królikach każdy po 200, przeważnie z różnémi ciałami chemicznémi, [przeszło 50]. Jakoż pomimo ścisłego wyłączenia wszelkiego udziału drobnoustrojów, pomimo nieobecności ich i w ropie, i w ściankach ropni, autorowie stwierdzili niewątpliwe działanie ropotwórcze niektórych ciał chemicznych. Są to: terpentyna, [20 doświadczeń Kr., 14 Jan.], rtęć [16 Kr. 8 Jan.], 5% roztwór azotanu srebra [9 Kr., 11 Jan.], kreolina [7 Kr., 6 Jan.], *ol. sabinae* [5 Kr., 6 Jan.] i nafta [Kr.]. Wyszedł przytem na jaw ciekawy a nieznany dotąd fakt, że terpentyna i rtęć wywołują ropienie nie tylko u psów, ale i u królików, tylko, że znacznie późniéj niż u pierwszych [po 3 tygodniach]. Ropienie to u królików ma charakter przewlekły bez ostrych objawów zapalnych; ropa jest gęsta, biała, w znacznéj części stłuszczona i rozpadająca się. *Ol. Sabinae* sprowadza rozległe flegmony. Wszystkie wymienione ciała tylko wstrzyknięte podskórnie dają ropienie; wprowadzone zaś do jam surowiczych, albo ulegają wessaniu bez śladu, albo sprowadzają śmierć zwierzęcia. Inne z badanych ciał chemicznych wywoływały wprawdzie słabsze lub silniejsze zapalenie, nawet zgorzel, ale nie ropienie. Dotyczy to i oleju krotonowego [14 doświadczeń Kr., 12 Jan.], i ammonijaku, [15 Kr., 10 Jan.], którym Gravitz i de Bary mylnie przypisywali własności ropotwórcze. Bodźce mechaniczne [sterylizowany proszek szkła, kalomel, *lycopodium*], wprowadzone pod skórę, ulegały otorbieniu, nie wywołując ropienia. [Kr.].

Drobnoustroje ropotwórcze [stafilo i streptokokki], wstrzyknięte w zdrową tkankę rzadko wywoływały ropienie. Daleko już częściéj, choć także nie zawsze [Jan.], powstawało ropienie, jeżeli tkanka po-

przednio już była zmieniona, czy to obrażeniami [silne uderzenie, złamanie kości, wstrzyknięcie *lycopodium*, kilkakrotne wstrzykiwanie hodowli w to samo miejsce], czy też bodźcami chemicznémi [wstrzykiwanie oleju kretonowego, ammonijaku, cukru i t. p.]. Wpływ ropotwórczy streptokokków ma być słabszy, niż stafilokokków [Kr.]. *Bac. pyogen. foetid.* wywoływał ropienie [Kr.]; *micrococcus prodigiosus*, *diplobacillus* Friedländer'a nigdy go nie dawały. Badając na drobnoustroje ropę z różnych przypadków klinicznych, nie zauważyli autorowie żadnego stałego związku pewnych drobnoustrojów, ani z pewnémi formami klinicznémi ropienia, ani z natężeniem odczynu gorączkowego. Hodowle drobnoustrojów ropotwórczych nawet po wyjałowieniu niekiedy dawały ropienie, zależne już oczywiście nie od zabitych pasorzytów, ale od produktów ich przemiany materyj—ptomain. Sterylizacyja wysoką temperaturą zdaje się bardziéj osłabiać działanie ropotwórcze takich hodowli, niż sterylizacyja przez odcedzenie [Kr.]. Ani wyciąg mięsny Scheuerlena, ani neuryna [Jan.], nigdy nie dawały ropienia.

Ostatecznie obaj autorowie wnioskują, że drobnoustroje ropotwórcze wywołują ropienie nie same przez się, ale przez wytwory chemiczne swéj działalności życiowéj.

Karliński. Przyczynek do znajomości duru brzusznego o nietypowym przebiegu. Now. lek. N. 8 i 9, str. 384 i 437.

W Hercegowinie południowéj co lato powtarza się endemija tak zwanéj „choroby psiéj“ (*gastro-enterit. endemica* według lekarzy szpitalnych], uznanéj przez Pick'a za chorobę swoistą. Obraz kliniczny w różnych przypadkach bywa różny. Zwykle po 2—5 dniowym okresie zwiastunów, ciepłota się wznosi bez dreszczu do 39,5 i wyżéj, przy tętnie zrazu 100—110. Gorączka stała i silna [do 40°], trwa 4 — 6 dni; tętno zwykle rzadkie [do 60]; stolec zaparty. Wreszcie ciepłota spada wśród potów i teraz dopiero następuje uparta 10—14-dniowa biegunka. Powrót do zdrowia powolny. Śmiertelność mała [1%]. W 4 przyp., zakończonych śmiercią, K. znalazł na sekcyi typowe wrzody tyfusowe w kiszkach obok obrzmienia śledziony. Szczepiąc miazgę śledzionową na grunty odżywcze, otrzymał hodowle prątków tyfusowych. Wreszcie wykazał je i w skrawkach z kiszek i śledziony. Z 26 osób, dotkniętych tą chorobą, K. u 14 znalazł prątki tyfusowe w kale. W tym celu z żelatyny, zaszczepionéj mocno rozcieńczonym kałem, przygotowywał hodowle płytkowe i obrotowe. Kolonije podejrzane przeszczepiał na kartofel i inne grunty odżywcze, czém ostatecznie stwierdzał ich naturę tyfusową.

Większość osób, dotkniętych tym poronnym atypowym tyfusem brzusznym, przebywała na jakiś czas przedtém zimnicę. Przyjezdni zapadają daleko częściéj i ciężéj od ludności miejscowéj.

Karliński. Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w kale. Przegl. lek. N. 30, 31 i 32, str. 374, 386 i 398.

Badanie kału od 21 tyfusowych, nigdy w nim nie wykazało prątków tyfusowych przed 9 dniem choroby i po 23. Najczęściéj zjawiają się one w kale pod koniec 2-go tygodnia; najwięcéj ich bywa w stolcach krwawych. Może obecność ich w kale związana jest z odpadaniem obumarłych strupów. Przy przechowywaniu kału tyfusowych, prątki te zrazu się rozmnażają: w 2-im już miesiącu ilość ich zaczyna się zmniejszać; w ogóle zachowują żywotność nie dłużéj, niż 3 miesiące [według UFFELMANN'a, który posługiwał się inną mniéj pewną metodą,—5½ mies.]. Prątki tyfusowe szybko giną w kale, zawierającym dużo drobnoustrojów, rozpuszczających żelatynę. Zazwyczaj te ostatnie względnie znikają ze stolców tyfusowych. Szybko też, bo już po kilku dniach, giną prątki tyfusowe w kale, rozcieńczonym wielką [20-krotną] ilością wody rzecznéj lub deszczowéj, albo też zmieszanym z cieczą kloaczną [2 — 5 objętości]. Przeciwnie, zmieszanie stolców tyfusowych ze zwykłym stałym kałem albo z ziemią ogrodową wyjałowioną, wcale nie wywiera niszczącego wpływu na te prątki. Żywotność ich nie cierpi wiele i przez wysuszenie kału na słońcu. Z faktów tych wnioskuje K., że obfita domieszka wody lub cieczy kanałowéj, najlepiéj ułatwia wyniszczenie prątków tyfusowych przez grzybki gnilne.

Karliński. Przyczynek do etyjologii posocznicy noworodków (septicaemia neonatorum). Now. lek. N. 1, 2 i 3, str. 3, 49, 111.

Położnica w parę dni po porodzie dostała gorączki, a po tygodniu róży twarzy. Dziecię, choć niezwłocznie odłączone od piersi, wkrótce zmarło (*septicaemia, peritonitis, parotitis, enteritis*). Zarówno mleko położnicy, jak i krew dziecka, oraz treść jego kiszek, zawierały różne drobnoustroje ropotwórcze. Zachodzi więc podejrzenie, czy dziecko nie uległo zakażeniu przez karmienie. KAR. powtarzał doświadczenia ESCHERICHA i LONGARDA. Wstrzykiwał królicom karmiącym lub ciężarnym w krew, w sutki i do pochwy drobnoustroje ropne (*staphyloc. pyog. aur. i alb.*). Wkrótce zjawiały się one i w mleku. Młode dość często zdychały; krew ich i kiszki zawierały drobnoustroje ropne; ognisk ropnych w narządach czasami wcale nie było. Młode zwierzęta, karmione mlekiem z domieszką *staphyloc. pyog. aur.*, dość często zdychały [ostry katar żołądka i kiszek, niekiedy rozrzucone drobne ogniska ropne].

Ostatecznie K. twierdzi wbrew LONGARDOWI, że mleko, zakażone drobnoustrojami ropnémi, nie jest obojętne dla zdrowia, że może ono wywołać nietylko zaburzenia w przewodzie pokarmowym, ale i posocznicę [zakażenie ogólne bez ognisk ropnych], lub ropnicę.

Kijewski. O promienicy u człowieka. Gaz lek. N. 3, str. 50.

Wykazanie w podejrzanéj wydzielinie grudek, zawierających grzybki promieniste, nieraz bywa trudném. W jednym przypadku promienica, zająwszy początkowo żuchwę, przeszła na kości twarzy i czaszki, wreszcie na mózg. W ropie dopiero lupą można było odkryć drobniutkie ziareczka, zawierające grzybki promieniste. Guzy znalezione w mózgu miały budowę jamistą: ogniska z drobnych okrągłych komórek, rozdzielone smugami tkanki łącznéj, tu i owdzie rozmiękły, tworząc jamki wypełnione ropą. Kolonije grzybka w tych ogniskach w środku były zbite i niewyraźne, u obwodu zaś złożone z błyszczących pałeczek, kulisto zakończonych [formy inwolucyjne]. W drugim przypadku promienicy żuchwy w świeżych kilkutygodniowych zaledwie guzikach sprawa nie doszła jeszcze do rozmiękczenia i jam. Kolonije grzybka, które tu w ogniskach drobno-komórkowych z trudnością ledwie można było odnaleźć, składały się w środkowéj swéj części ze zwoju nici, u obwodu zaś z nitek promienistych bez kolbkowatych zgrubień.

W tymże artykule K. zebrał z literatury spostrzeżenia, nie dające się podciągnąć pod 3 kategoryje Israel'a [wniknięcia grzybka przez jamę ustną, przewód pokarmowy i drogi oddechowe].

Raum. O wpływie światła na bakteryje i na ustrój zwierzęcy.— Zdrowie NN. 44—50, str. 571, 621, 647, 686, 719, 746. 791.

Jest to właściwie dopiero wstęp do rozpoczętéj pracy, obejmujący przegląd całéj odnośnéj literatury z ostatnich kilkudziesięciu lat, oraz plan rozpoczętych badań. Pracę tę, ogłoszoną i w Zeitschr. f. Hyg., krytyka niemiecka przyjęła bardzo życzliwie. Zestawiona literatura dotyczy: wpływu światła na bakteryje, na czynności fizyjologiczne roślin i zwierząt, na człowieka zdrowego i chorego, wreszcie przeświecania ciała ludzkiego [diafanoskopija], odzieży, wody. Już z zestawienia tego wypływa poniekąd wniosek, że światło działa szkodliwie na pewne drobnoustroje, i że wpływa pobudzająco na przeróbkę materyj zwierzęcych.

Rydygier. O twardzielu nosa. Przegl. lek. N. 26, str. 325.

Patrz dział Laryngologii i rhinologii.

Biernacki. Wpływ na krew i wydzielanie moczu roztworów solnych, wprowadzonych pod skórę w wielkiéj ilości. Pam. Tow. Lek. Warsz., tom 84, str. 594; tom 85, str. 75, 291.

Patrz sprawozdanie w Przegl. piśm. lek. za rok 1888, str. 22.

Dobieszewski. Miażdżyca tętnic i krwistość. Przegl. lek. N. 15 i 16, str. 206, 222.

Przekład wykładu klinicznego prof. Germain Sée'a w Paryżu.

Drobnik. O charłactwie śluzowo-opuchlinowém (myxoedema) Pam. Tow. Lek. Warsz., tom. 85 str. 1, 197. Gaz. lek. N. 7 i 8, str. 129, 151.

Przegląd odnośnéj literatury. — Właściwości anatomiczne gruczołu tarczowego u psów, zwłaszcza jego unerwienia, w porównaniu z témiż stosunkami u człowieka, znalezione przez autora. Szczegółowy obraz kliniczny przypadłości, spostrzeganych u psów po wyłuszczeniu gruczołu. Składają się nań: włókienkowe drgania i kurcze drgawkowe wszystkich mięśni; zaburzenia w oddechaniu, zwolnienie ruchów serca, odetchnięcia sercowe [kurcz przepony przy każdém uderzeniu serca]; zapadnięcie gałek ocznych, skoszenie oczu; parestezyje *n. trigemini*, zwłaszcza swędzenie [od którego zdaniem Dr. zawisło częste zapalenie ropne oka]; dławienie, wymioty; niemożność szczekania, połykania; porażenie kończyn; wreszcie śmierć. Zmiany pośmiertne polegały na obrzmieniu wrzecionowatém nerwu zwrotnego, przekrwieniu nerwów sympatycznego i błędnego, zrostach z blizną bardzo licznych gałązek różnych nerwów gruczołu tarczowego. Żadnych oznak *neuritidis ascendentis*.

D. broni teoryi, że ciężkie przypadłości i śmierć po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego powstają sposobem odruchowym, zależą od silnego a ciągłego drażnienia nader licznych nerwów w torebce gruczołowéj i jéj otoczenia; ma to miejsce nietylko podczas operacyi, ale przedewszystkiém podczas ropienia i gojenia. Domniemana czynność gruczołu nie gra tu zdaniem D. żadnéj roli. Zbija on teoryję Schiffa i Fuhra, że gruczoł tarczowy, a przynajmniéj jego trzecia część, nieodzownym jest do utrzymania równowagi w gospodarstwie ustroju. Poglądy swoje popiera doświadczeniami.

Wynika z nich bowiem, że pojedyńcze psy [1 z 8] mogą znieść wyłuszczenie gruczołu całkiem bezkarnie. Inne [?] chorują ciężko, ale wreszcie wyzdrowiewają. Podobnież całkowity zanik gruczołu, wywołany podwiązaniem jego naczyń, nie pociągnął za sobą śmierci zwierzęcia. [Zanik niezupełny nie wywołał nawet żadnych przypadłości chorobowych]. — Uprzednia transplantacyja gruczołu tarczowego do jamy brzusznéj bynajmniéj nie chroni operowanych psów od ciężkich przypadłości i śmierci, jak to błędnie utrzymywał Schiff. Po wyłuszczeniu jednego tylko zraza gruczołu [3 doświadczenia], albo nie było żadnych przypadłości, albo tylko lekkie i przemijające; żadnych śladów przerostu zastępczego pozostałéj części gruczołu. Zmiażdżenie gruczołu kleszczami sprowadzało rychłą śmierć, choć istota gruczołowa pozostawała tu w ustroju.

Objawom powyższym odpowiada u ludzi tetanija, zależna również od drażnienia obrażonych nerwów. Charłactwo śluzowo-opuchlinowe z właściwém mu stępieniem umysłowém, uważa D. za zaburzenie troficzne, zależne również od układu nerwowego, który ze stanu wzmożonéj pobudliwości przechodzi w stan pognębienia.

Zawadzki Józ. Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0,7% roztworów soli kuchennéj po silném zgęszczeniu krwi. Pam. Tow. Lek. Warsz., tom 84, str. 612; tom 85, str. 52, 244.

Patrz Sprawozdanie w Przegl. piśm. lek. za r. 1888, str. 23.

III. FARMAKOLOGIJA I TOKSYKOLOGIJA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Hewelke. Przyczynek do farmakologii fluorku sodu. Gaz. lek. N. 12, str. 240.

W doniesieniu tymczasowém autor streszcza wyniki, odnoszące się do własności antifermentacyjnych i antiparazytarnych oraz do wpływu fluorku sodu na organizm zwierzęcy. Grzybek drożdżowy w obecności NaFl w stosunku 1:100 — 1:350, nie jest w stanie rozwijać się zupełnie; hamujące działanie jego na fermentacyję alkoholową zmniejsza się w miarę rozcieńczenia, zaś w rozczynach 1:16.000, 1:32000 proces fermentacyjny ulega przyspieszeniu. Środek omawiany zwalnia również robienie alkaliczne moczu, począwszy od rozczynu 1:1300, bardzo zaś wyraźnie w koncentracyi 1:100 [odczyn kwaśny trwa 30 dni i więcéj]. Gnicie ciał białkowych, zawartych we krwi i przesiękach, oraz rozwój bakteryj chorobotwórczych i niechorobotwórczych zostaje powstrzymanym w obecności FlNa w rozczynie 1:80—1:200.

Doświadczenia, przeprowadzone przeważnie na zwierzętach ciepłokrwistych, wykazały, że FlNa zastosowany podskórnie w małych dawkach [0.02 — 0.03], nie wywołując wyraźnych objawów ogólnych, sprawia na miejscu zastrzyknięcia uderzające zmiany w postaci zaczerwienienia oraz miejscowego nacieku na skórze, która w następstwie ulega zgorzeli i po odpadnięciu martwiaka przedstawia wrzodziejącą powierzchnię.

Po wprowadzeniu do żołądka średnich dawek [0.04 — 0.09 na 1 K wagi] FlNa otrzymywano u psów ślinotok i wymioty. Dawki wyższe [0.09—0.1], wywoływały poważne zaburzenia, które objawiały się w postaci ślinotoku, biegunki, wymiotów, tętna i oddechu zrazu przyspieszonych, następnie zwolnionych i nakoniec przerywanych. W sferze nerwowéj uderza silne przygnębienie, co wyraża się apatycznością zwierząt. Odruchy zazwyczaj bywają osłabione, niekiedy występuje porażenie kończyn dolnych, poprzedzające zazwyczaj zejście śmiertelne.

Przy badaniu pośmiertném zwierząt zatrutych NaFl, H. spostrzegał znaczne zmiany w odźwiernikowéj części żołądka i w kiszce prostéj w po-

staci silnego przekrwienia i wybroczyn krwawych, serce zaś znajdował w silnym skurczu.

Kucharzewski. O przesięku do kiszek pod wpływem soli przeczyszczających. Gaz. Lek. NN. 5 i 6, str. 82 i 114.

Do pytań nierozstrzygniętych farmakologii należy niewątpliwie przyczyna działania soli przeczyszczających; gdy bowiem Liebig twierdził, że działanie to zależném jest od stężenia rozczynów, to Aubert na podstawie badań swoich wyprowadził wniosek, że sole obojętne wzmagają ruchy robaczkowe jelit i wpływ ich na ilość kału zależy tylko od ilości soli.

Poddawszy krytyce rezultaty badań Radziejewskiego, Buchheim'a, Hay'a, Thiery'ego i Henrichsen'a, autor dochodzi do przekonania, że wnioski różnych autorów co do omawianéj kwestyi przeczą sobie wzajemnie, a doświadczenia ich albo nie wytrzymują krytyki naukowéj, albo nie doprowadzają do pewnych rezultatów.

Zadaniem niniejszéj pracy, opierającéj się na 7-u szeregach doświadczeń, było dojść przy pomocy metody wykluczającéj do wykazania przyczyny czyszczącego działania soli obojętnych, oraz zwiększonego zbierania się płynu w kiszkach. Do każdego szeregu doświadczeń autor wybierał 3 lub 4 królików mniéj więcéj jednakowéj wagi, z których jeden służył do porównania [kontroli] 2 lub 3 bezpośrednio do doświadczeń.

W celu usunięcia wpływu wody, jaką wypija królik, na zwiększanie się zawartości płynnéj w kiszkach, na 4 dni przed doświadczeniem pozbawiano królików wody, zastępując ją podskórnémi wstrzyknięciami 0,7% rozczynu NaCl; dla usunięcia wpływu żółci i soku trzustkowego, przewiązywano przewody żółciowy i trzustkowy, wreszcie w celu wykluczenia wzmożonéj wydzieliny gruczołów kiszkowych, królików atropinizowano.

W 7 — 8 godzin po wprowadzeniu do żołądka 50 — 60 ctm. sz. 15% roztworu Na_2SO_4 królików zabijano, otwierano jamę brzuszną, zbierano zawartość kiszek i po wysuszeniu do stałéj wagi w termostacie przy +60—70° C., oznaczono wagę kału po wprowadzeniu siarczanu sodu, oraz bez użycia tego środka.

Na podstawie tych doświadczeń autor dochodzi do wniosku, że użycie do wewnątrz soli przeczyszczających wywołuje wzmożone wydzielanie się płynu w kiszkach grubych, które nie zależy od zwiększonego wydzielania się żółci, soku trzustkowego i wydzieliny gruczołów kiszkowych, lecz prawdopodobnie od wzmożonego przesięku z naczyń kiszek, co zgadza się z twierdzeniem Liebig'a.

Co się zaś tyczy samego mechanizmu przeczyszczenia, to ono powstaje według zdania autora w ten sposób, że woda, przesiąkająca ze krwi do kiszek, rozrzedza znajdujący się tam kał, a wzmożone ruchy robaczkowe, wywołane drogą odruchową przez drażnienie błony śluzowéj, pomagają do wydalenia go na zewnątrz.

Z powyższém twierdzeniem zgadzają się badania Hesse'go, stwierdzające wyraźny wpływ soli obojętnych na wzmożenie się ruchów robaczkowych; od czego jednak fakt ten zależy, — pytanie to pozostaje dotychczas nierozstrzygniętém.

Pawiński. Strophantus i jego wpływ na serce. Gaz. Lek. NN. 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, str. 462, 477, 493, 513, 531, 550, 571, 589.

W obec sprzecznych zdań, dotyczących wartości leczniczéj strophantu, P. przedsięwziął szereg badań klinicznych u chorych, dotkniętych wadami zastawek serca, chorobami mięśnia sercowego, przewlekłém zapaleniem aorty, rozedmą płuc, chorobami nerek, niedorozwojem serca i naczyń oraz u ludzi zdrowych.

Kazuistyka 24 przypadków, w których stosowany był strofant, zaopatrzona w zdjęcia sfigmograficzne i tablice, na których notowano codziennie ilość tętna, dobową ilość moczu, ciężar gatunku i ilość podanego środka — oto materyjał, na którym autor opiera wnioski co do działania i wskazania do zastosowania strofantu.

Co się tyczy wpływu na serce, to według twierdzenia P., strofant pobudza je do energicznych skurczów, przyczém te ostatnie stają się silniejszémi i rzadszémi pod względem szybkości działania, oraz oddziaływania na mięsień serca, przewyższa naparstnicę i wszystkie inne środki sercowe. Powyższe własności posiada podany w dawkach małych i średnich 5—10—15 kropel *pro die*, podczas gdy po użyciu 30—40 kropel *pro die* w ciągu kilku dni skurcze stają się słabszémi, fale tętna zmniejszają się, a często nawet bywają niemiarowémi [tętno bliźniacze lub też *hemisystolia*]. Zwolnienie tętna, które jest pożądanym efektem stosowania strofantu, zależy według Blumenau od pobudzenia dośrodkowego odcinka aparatu hamującego, obwodowe zaś zakończenia nerwu błędnego nie przyjmują w tém ważnego udziału, przyspieszenie zaś tętna od porażenia aparatu hamującego, oraz od podrażnienia ekscytomoryjnych ośrodków, założonych w samym sercu.

Co się tyczy wpływu strofanta na układ naczyniowy, to zdania fizyjologów są podzielone: pomimo to podniesienie ciśnienia tętniczego przypisywać należy wzmożonéj akcyi serca, własność zaś zwężania naczyń strofant posiada w nieznacznym tylko stopniu. Powyższe dane eksperymentalne nie dadzą się dokładnie sprawdzić na człowieku z powodów technicznych, sądząc jednak z własności fal według zdjęć sfygmograficznych, dochodzi P. do wniosku, że strofant nie posiada ważnego wpływu na naczynia, a jeżeli ma miejsce zwiększenie napięcia naczyniowego, to powstaje ono głównie wskutek wzmożonéj czynności serca i większéj fali krwi. Fakt, że niekiedy w pierwszych kilkunastu minutach po podaniu strofantu można zauważyć zmniejszenie napięcia naczyniowego, uważa P. za objaw kompensacyjny, t. j. za własność samozapobiegawczą organizmu

przeciwko nadmiernemu ciśnieniu w układzie tętniczym w skutek podrażnienia ośrodka naczynio-ruchowego, rozszerzającego ścianki naczyń.

Moczopędne działanie strofantu zależném jest według zdania autora tylko od podniesienia czynności serca, ztąd też zwiększoną diurezę stwierdzał P. przy wadach otworu żylnego lewego, a jeszcze więcéj w *myocarditis chr.*—w okresie niedomogi mięśnia sercowego. Moczopędny wpływ leku w przypadkach, gdzie nie doszło do obrzęków, występuje między 5—7 dniem, w razie obrzęków znacznie wczesniéj.

W cierpieniach nerek moczopędny wpływ strofantu jest bardzo niewyraźny, jakkolwiek szkodliwego wpływu na nerki nigdy nie obserwowano.

Ani na obniżenie gorączki, ani na przewód pokarmowy powyższy środek działania widocznego nie posiada.

Na mocy powyższych własności strofantu, autor podaje następujące wskazania:

1) Wady zastawek serca w początkowym okresie zrównoważenia tak u osób młodych jak i starszych.

2) Choroby mięśnia sercowego zwłaszcza *myocarditis fibrosa*, gdzie strofant przewyższa naparstnicę.

3) *Adipositas cordis i deg. adiposa cordis.*

4) Zaburzenia czynności serca [duszność], zależne od miażdżycowego zwyrodnienia tętnic [przewyżka naparstnicy].

5) *Angina pectoris.*

6) Choroby nerek tylko przy osłabieniu czynności serca.

7) Osłabienie czynności serca w przebiegu chorób gorączkowych.

Warman. O kwasie kamforowym i jego działaniu przeciwgnilném. Gaz. Lek. N. 36, str. 726.

Opisawszy własności chemiczne i działanie fizyjologiczne kwasu kamforowego, autor proponuje przepisywać go zewnętrznie w postaci roztworu spirytusowo-glicerynowego (*Rp. Ac. camph. 2,00. solve in spir. vini rectif. 5,00, misce dein adde glycerini 5.00*), 20%-ego do pędzlowania, 1—2%-ego do płukania i przemywań. Wobec notowanych przez Niessel'a objawów intoksykacyjnych [zaburzenia żołądkowe, bóle w kroczu i w okolicy nerek] po podawaniu większych dawek, W. radzi stosować wewnętrznie kwas kamforowy w ilości 1.00 cztery razy dziennie, a przy dłuższéj kuracyi zmniejszać dawkę do 0.50. Kwas kamforowy stosował autor wewnętrznie w 5-ciu przypadkach trypra ze znakomitym rezultatem, zewnętrznie zaś w 3-ch przypadkach sprawy dyfterytycznéj w gardzieli i krtani z dobrym rezultatem, natomiast w 1 przypadku *pharyngitidis granulosae* widocznych zmian nie zauważył. Powyższe wyniki objaśnia W. własnością antyseptyczną kwasu kamforowego, który, stosowany nie tylko zewnętrznie, lecz i wewnętrznie, przy wydzielaniu się z ustroju ma wła-

sność dezynfekowania błon śluzowych. Mocz wydzielony po podaniu kwasu kamforowego, zaczyna gnić pomiędzy 10—13 dniem, a mięso surowe, posypane tą substancyją, rozkłada się dopiero szóstego dnia. Ze względu na to, że przecedzenie moczu wpływa na szybkość fermentacyi, dochodzi autor do przekonania, że kwas kamforowy wydziela się z moczem w związku, który na zewnątrz ustroju łatwo się strąca. Nakoniec W. wspomina o stosowaniu kwasu kamforowego przez FÜRBRINGERA i NIESSEL'a w celu ograniczenia obfitych potów u suchotników.

Jaworski. Kilka słów o środkach tajemnych i specyficznych. Medycyna N. 8, str. 125.

W artykule niniejszym J. podaje według dzieła HAGER'a skład niektórych więcéj rozpowszechnionych pomiędzy publicznością specyfików przeczyszczających, jakoto pigułek MORISSON'a, CAUVIN'a, szwajcarskich aptekarza BRANDTA, RICHTER'a, soli żołądkowéj SCHAUMANN'a, proszków Seidlickich MOLL'a, Tamar indien—GRILLON'a, kropli żołądkowych Mariazelskich. Że sprzedaż specyfików, obliczonych na ciemnotę publiczności, jeszcze istnieje wbrew obowiązującym przepisom, winni są również według zdania autora i sami lekarze, którzy w skutek swéj nieudolności i zacofania więcéj mają zaufania do dzikich byle nowych pomysłów szalbierzy niż do trzeźwych doświadczeń szpitalnych i narażają nieraz godność lekarza i professora przez kładzenie swojéj aprobaty w celu ułatwienia wyzysku spekulantów. Wreszcie autor notuje przypadek zejścia śmiertelnego, ogłoszony przez PALTAUF'a, który nastąpił po zażyciu 14 pigułek MORISSON'a przez 11 letnią dziewczynkę, oraz dwa przypadki zatrucia z własnych obserwacyj, które malują w opłakany sposób skutki zabronionéj przez prawodawstwo praktyki aptekarzy.

Rosenzweig i Jaworski. Sakcharyna jako lek i przyprawa. Przegl. Lek. NN. 40, 41, 43, str. 477, 491, 518.

Z powodu sprzecznych zdań co do szkodliwego działania sakcharyny $C_6H_4 \begin{matrix} CO \\ SO_2 \end{matrix} > NH_2$ t. j. bezwodnika kwasu orto-sulfo-amino-będźwinowego, opartych tak na badaniach laboratoryjnych jak i na obserwacyjach klinicznych R. i J. przeprowadzali doświadczenia z powyższym środkiem u osób zdrowych i u dotkniętych małémi zboczeniami w różnych narządach w celu przekonania się, jaki wpływ wywiera sakcharyna na pojedyńcze czynności ustroju po jednorazowém lub długotrwałém użyciu w stanie normalnym i patologicznym, oraz jaką najwyższą dawkę bez szkody dla organizmu podawać można, jako lek i przyprawę.

Prócz stosowania sakcharyny w warunkach fizyjologicznych, autorzy podawali ją jako lek w chorobach pęcherza moczowego, oraz dokonywali ściśle badania w zakresie organów trawienia tak wewnątrz, jako też i na

zewnątrz organizmu. Ze względu na stwierdzony przez pracę poprzedników szkodliwy wpływ czystéj sakcharyny, stosowano jéj sól sodową, rozpoczynając od 1 gr. i dochodząc do najwyższych dawek 50 gr., które podawane być mogą bez obawy nawet przez czas dłuższy.

Streszczając wyniki spostrzeżeń klinicznych R. i J. dochodzą do następujących wniosków.

a) Sakcharynijan sodowy nie sprowadza żadnych zboczeń, ani w zakresie zmysłów i systemu nerwowego, ani w narządach krążenia, oddychania lub moczowych, będąc stosowany w dawkach nawet 100 gr. dziennie.

b) W narządach trawienia dawki nawet do 25 gr., nie sprawiają widocznych zaburzeń; dopiero dawki ponad 25 gr., mogą sprowadzić biegunkę, która jednak i przy dawce dziennéj 100 gr., nie jest bardzo znaczną, a po odstawieniu przetworu zaraz ustępuje. Działanie to, podrażniając przewód pokarmowy, jest mniejsze, aniżeli po użyciu téj saméj ilości soli kuchennéj.

c) Na szereg tak przewłocznych jak i gorączkowych chorób zdaje się być sakcharynian sodowy w zupełności bez wpływu.

d) Odżywianie w skutek użycia sakcharynijanu sodowego nie bywa upośledzoném.

e) Sakcharyna nie przechodzi do śliny, lecz przeważnie do moczu.

f) Ponieważ, jako przyprawa do pokarmów i napojów dawka dzienną sakcharyny 0,3 gr., odpowiadająca 84 gr. cukru, najzupełniéj wystarcza, przeto według zdania autorów wpływ jéj na wszystkie czynności ustroju jest żaden, a na żołądek miniminialny, w każdym razie mniéj szkodliwy aniżeli z przypraw korzennych, codziennie używanych.

g) Wskazaną jest sakcharyna, jako przyprawa do pokarmów zamiast cukru w cukrzycy, otyłości, rozstrzeni żołądka, przebiegającéj z brakiem kwasu solnego, w raku żołądka, w nieżycie jelit, połączonym z bębnicą lub biegunką, do słodzenia leków, wreszcie do łakoci dla dzieci.

Bednarski. O podskórnem użyciu antipyriny. Przegl. Lek. NN. 46 i 47, str. 560 i 576.

Robiąc od lat 2-ch wstrzykiwania podskórne antipyriny w celach znieczulających, na oddziale D-ra Parenskiego, autor podaje 5 przypadków (*stenosis pylori post ulcus rot., irritatio spinalis, myelitis chr., gonitis rheumatica, vitium cordis in stadio discompens.*), w których przez dłuższy czas używana antipyrina, dała znakomite rezultaty nie tyle pod względem szybkości działania, ile pod względem trwałości efektu. Ten ostatni wzgląd, jako też brak ubocznych objawów i możności przyzwyczajenia się stawia antipyrinę wyżéj od morfiny. W celu uniknięcia bólu, nieodłącznego od stosowania antipyriny, autor proponuje zastosować przed injekcyją 2—3 ctm. kokainy, a szpryckę wprowadzać o ile możności nie w tkankę podskórną, lecz w samą skórę, gdzie warunki wchłaniania są o wiele do-

godniejsze, przez co ustrzedz się można przy zastosowaniu antyseptyki spostrzeganych nieraz przypadków napięcia skóry, które może przejść w zgorzel miejscową.

Siergiejenko. Materyjały do badań nad działaniem adonidyny na ustrój człowie'a i zwierząt. Pam. Tow. Lek. zesz. IV 1888, str. 634, oraz zeszyty I, II, III, IV z r. 1889, str. 103, 311, 471, 611.

Na własności lecznicze gorzykwiatu wiosennego, zalecanego jako środek przeciwko puchlinie wodnéj różnego pochodzenia Nosa i Kriwokurcewa, należytą uwagę zwrócił Botkin, w którego pracowni wykonaną została poważna praca Bubnowa, który na podstawie doświadczeń na zwierzętach i ludziach doszedł do przekonania, że działająca substancyja téj rośliny pod względem wpływu na układ krwionośny zbliża się do składowych pierwiastków naparstnicy. Starania, aby wyłączyć z gorzykwiatu wiosonnego materyję działającą, uwieńczone zostały pomyślnym skutkiem: w roku 1882 Cervello w laboratoryjum Schmideberg'a w Strasburgu wydzielił glukozyd-adonidynę w postaci proszku amorfnego łatwo rozpuszczalnego w alkoholu, trudno zaś w eterze i w wodzie.

W obec niezgodnych zdań Bubnowa, Cervello'a, Huchard'a Hare'go co do przyczyny działania gorzykwiatu wiosennego, a niewątpliwie stwierdzonéj skuteczności tego środka przy rozstroju dzialalności serca, zadaniem autora było wyjaśnienie na drodze doświadczalnéj własności adonidyny, oraz sprawdzenie wyników otrzymanych w pracowni na obserwacyjach klinicznych.

Do doświadczeń nad zimnokrwistémi używane były przeważnie żaby (*Rana temporaria*), którym wprowadzano adonidynę lub substancyje porównawcze [digitalinę niemiecką i scillitynę] w dawkach małych i w rozczynie wodnym 1 : 1000 najczęściéj podskórnie, w innych razach do worka osierdziowego, nareszcie do jakiéjkolwiek żyły za pomocą uprzednio wprowadzonéj cewki; serce obnażano, a zmiany w jego skurczach zapisywano przy pomocy przyrządu Marey'a. Z doświadczań na żabach okazuje się, że po kilku minutach od wprowadzenia środka skurcz komórki staje się dłuższym, rozkurcz krótszym, przy czém ilość uderzeń serca nieznacznie się zmniejsza [o 4—6 uderzeń na minutę]. Następnie na ściankach komórki głównie zaś u jéj podstawy pokazują się wypuklenia podczas skurczu, w skutek czego przy skurczu przedsionki rozszerzają się więcéj niż prawidłowo. Stopniowo ilość i częstość wypuklin powiększa się, następnie dochodzi do skurczu tężcowego całéj komórki bez możności rozkurczu, natenczas przyjmuje ona postać morwy i przechodzi po 5—6 minutach w stan spokoju, z którego wyprowadzić ją nie może żaden bodziec ani termiczny, ani mechaniczny. Przedsionki jeszcze kurczą się, choć o połowę wolniéj, nareszcie pozostają rozszerzonémi. Po ustaniu działal-

ności serca żaba żyje dość długo, przyczém zdolność do ruchów dowolnych jest osłabioną, lub zniesioną, odruchy bólowe giną w 30—60 minut, dotykowe zaś utrzymują się nieco dłużéj.

Na podstawie doświadczeń porównawczych dochodzi S. do wniosku, że adonidyna działa prawie 10 razy silniéj niż digitalina, a zbliża się najwięcéj do digitotoksyny i scyllainy.

Cały przebieg działania adonidyny na serce żaby można podzielić na następujące okresy: 1) Okres nieznacznego zwolnienia uderzeń serca bez naruszenia rytmiczności, lecz ze wzmożeniem skurczów komórki, zaczynający się zaraz po wprowadzeniu środka; 2) Okres powstania zmian podczas rozkurczu komórki z wyraźnémi ruchami robaczkowémi, z niezgodnością skurczów między komórką a przedsionkami, przy znacznéj sile skurczu z ciągle następującém zmniejszeniem się ilości uderzeń serca, 3) Okres osłabienia działalności serca aż do zupełnego ustania.

Wobec tego, że zwolnienie uderzeń serca następuje po zupełném zniszczeniu mózgu, oraz rdzenia, po przecięciu nerwów błędnych, po wstrzyknięciu atropiny, zanim działać zaczyna adonidyna, można przypuszczać, że główna przyczyna, warunkująca zwolnienie uderzeń serca, zawartą jest w pobudzeniu ekscytomotornych ośrodków serca, a być może i w samych jego mięśniach; upadek zaś działalności serca, jaki występuje w 3-im okresie zależy według wszelkiego prawdopodobieństwa od zniknięcia bodźców do ruchu ze strony automatycznych zwojów nerwowych serca, wyczerpanych pod wpływem nadmiernego pobudzenia.

Do doświadczeń fizyjologicznych nad ciepłokrwistémi S. używał królików, myszy, a głównie psów, którym wprowadzał adonidynę podskórnie, do żołądka, lub bezpośrednio do krwi przez żyły. W przebiegu otrucia autor notuje 3 okresy wpływu adonidyny na tętno ciepłokrwistych:

1) Zwolnienie tętna, które powstaje natychmiast po wprowadzeniu małych i średnich dawek i przy użyciu pierwszych zmienia się kolejno z przyspieszeniem tętna, a przy drugich nie zmienia się czas jakiś wcale.

2) Przyspieszenie tętna, które powstaje albo przy dalszém działaniu dawki większéj od średniéj w następstwie, lub też doraźnie przy użyciu dawek bardzo dużych.

3) Tętno w małych jednostkach czasu nierówne, ani co do częstości, ani też co do wielkości fali.

Zestawiając fakty, na podstawie doświadczeń nad ciepłokrwistémi, autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Główne działanie adonidyny u zwierząt ciepłokrwistych ześrodkowywa się w rdzeniu przedłużonym, wyrażając się jego pobudzeniem, które słabnie pod koniec otrucia; co się zaś tyczy końcowego bezwładu rdzenia przedłużonego, to co do tego nie mamy dostatecznie przekonywających danych.

Dowodami takiego mniemania są następujące fakty: *a*) po otruciu zwierzęcia występuje ślinotok, nudności, wymioty, a ponieważ objawy te powstają zarówno po wprowadzeniu adonidyny do żołądka, jak i pod skórę lub bezpośrednio do krwi, to widocznie zależą one nie od podrażnienia miejscowego błony śluzowéj, lecz od pobudzenia ośrodków w rdzeniu przedłużonym. Ośrodek wymiotny może być jednak pobudzonym i zapomocą podrażnienia obwodowych zakończeń nerwów w błonie śluzowéj żołądka i kiszek; pobudliwość zaś ośrodka wymiotnego jest tém większą, im częściéj powtarzamy wprowadzanie adonidyny i czém większa jest jéj dawka. *b*) Bardzo często przy użyciu średnich i dużych dawek bywają drgawki, co także zależy od podrażnienia ośrodka drgawkowego w rdzeniu przedłużonym. *c*) Przyspieszony i nieprawidłowy oddech także jest rezultatem podrażnienia ośrodka oddechowego, w rdzeniu przedłużonym. *d*) Zwolnienie uderzeń serca zależy od podrażnienia przyrządu hamującego nie w samém sercu, jak u zwierząt zimnokrwistych, lecz w rdzeniu przedłużonym, ponieważ po przecięciu obu nerwów błędnych zwolnienia nie spostrzegamy bez podrażnienia ich za pomocą prądów przerywanych. *e*) Podwyższenie ciśnienia tętniczego głównie zależy od pobudzenia ośrodka naczynioruchowego w rdzeniu przedłużonym, ponieważ po przecięciu rdzenia ciśnienie pod wpływem adonidyny podnosi się bardzo mało.

2. Adonidyna nie wywiera wpływu na mózg, ponieważ zwierzę zachowuje przytomność do saméj śmierci.

3. Za przyczynę zwolnienia uderzeń serca należy przyjąć tylko pobudzenie rdzenia przedłużonego, ponieważ z doświadczeń wcale nie widać tego, aby pobudliwość obwodowych końców nerwów błędnych zwiększała się po otruciu adonidyną, raczéj słabnie ona; przyspieszenie zaś uderzeń serca, spostrzegane po przecięciu nerwów błędnych, jest wynikiem wyłączenia wpływu pobudzającego rdzenia przedłużonego na przyrząd hamujący w sercu.

4. Przyspieszenie uderzeń serca w 2-gim okresie i przy użyciu dużych dawek zależy od osłabienia lub porażenia przyrządu hamującego w samém sercu i od powstającéj w skutek tego przewagi przyrządu przyspieszającego.

5. Przyspieszenie powstałe w 1-ym okresie działania adonidyny po zwolnieniu, i zmiana jednego stanu na drugi, wskazuje nam, że równocześnie z pobudzeniem początku nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym następuje także pobudzenie i ośrodka przyspieszających nerwów sercowych.

6. Po śmierci zwierzęcia od adonidyny, przy drażnieniu prądem przerywanym pnia nerwu błędnego, okazują się niewrażliwémi tylko jego włókna hamujące, lecz nie ulegają porażeniu włókna, wpływające na ruchy żołądka i kiszek.

7. Działalność serca upada w skutek ostatecznego porażenia samego mięśnia sercowego, ponieważ zaraz po śmierci nie jest on pobudliwym na elektryczność, kiedy tymczasem mięśnie prążkowane i przepona pozostają dość długo wrażliwémi.

8. Działaniem na mięsień sercowy warunkuje się arytmija w 3 okresie.

9. Serce zawsze zaprzestaje działać podczas rozkurczu.

10. Podniesienie się ciśnienia tętniczego, które ma miejsce w 1-ym okresie, bardzo mało zależy od wzmożonéj działalności serca, lub samodzielnego skurczu naczyń bez wpływu ośrodka naczynioruchowego.

11. Spadek ciśnienia tętniczego zależy od powstającego w okresie arytmii niedowładu mięśnia sercowego i osłabienia ośrodka naczynioruchowego, lecz nie bezwładu [Hare], ponieważ czasem za pomocą wstrzykiwania strychniny a niekiedy i adonidyny można jeszcze podwyższyć ciśnienie dosyć wysoko.

12. Śmierć zwierzęcia następuje tylko od bezwładu serca, ponieważ oddech trwa jeszcze po ustaniu uderzeń serca.

13. Wynaczynienia powstają w sercu wskutek rozerwania naczyń włosowatych, wywołanego podwyższeniem ciśnienia zewnątrz na ich ścianki.

14. Adonidyna wywołuje u psów w małych dawkach zmniejszenie wydzielania moczu, a w większych zupełne powstrzymanie téjże wydzieliny.

15. Istotną różnicę w działaniu digitaliny i adonidyny na ustrój zwierząt ciepłokrwistych stanowią następujące momenty; *a*) przy otruciu digitaliną serce znajdujemy czasem w stanie skurczu, kiedy tymczasem przy otruciu adonidyną zawsze w stanie rozkurczu; *b*) Digitalina oprócz pobudzenia początku nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym, widocznie pobudza także i przyrząd hamujący w sercu, ponieważ zwolnienie uderzeń serca spostrzegamy i po przecięciu pni nerwów błędnych; przy użyciu zaś adonidyny tętno i po przecięciu nerwów błędnych pozostaje zawsze przyspieszoném i ja przynajmniéj nigdy nie spostrzegałem zwolnienia; *c*) Przy użyciu digitaliny ciśnienie podnosi się bardzo znacznie i po przecięciu rdzenia; przy użyciu adonidyny podwyższenie to jest bardzo nieznaczném.

W klinice stosował autor adonidynę w 6 przypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnéj [wynik najwidoczniejszy], w 4 przyp. naruszonéj kompensaty przy wadach zastawek aorty i endoarteriitis [rezultaty niewyraźne] w 2 przypadkach z naruszoną kompensatą serca przy utrudnioném krążeniu w małym krwiobiegu [działanie dodatnie].

Na podstawie badań klinicznych S. wysnuwa następujące wnioski:

1) Działanie adonidyny w małych dawkach jest zawsze nieszkodliwém, i występując bardzo szybko po zastosowaniu, szybko również ustaje po zaprzestaniu jej użycia;

2) Siła skurczów serca pod wpływem adonidyny zwiększa się, wskutek wpływu na przyrząd hamujący następuje zwolnienie tętna, a fala tętnicza staje się prawidłowszą nawet przy poprzednim wysokim stopniu asystolii;

3) Wskutek zwiększonéj siły skurczów serca i podniesienia ciśnienia tętniczego pod wpływem bezpośredniego podrażnienia ośrodka naczynio-ruchowego, napełnienie tętnic i naprężenie ich ścianek staje się daleko większém;

4) Podniesienie się ciśnienia tętniczego razem ze zwolnionémi i wzmożonémi skurczami serca, wytwarza warunki więcéj prawidłowego krążenia, wskutek czego czynność nerek poprawia się, co znów wpływa na zmniejszenie się wszystkich przykrych objawów zależnych od puchliny;

5) Największe zastosowanie adonidyna mieć może przy wadach lewego otworu żylnego, a także w niektórych przypadkach cierpień zależnych od twardzieli tętnic, dobrym jest także wpływ adonidyny przy osłabieniu działalności serca w niektórych przypadkach cierpień płucnych (*emphysema*); jako środek moczopędny przy chroniczném cierpieniu nerek adonidyna zajmuje pod względem diurezy miejsce pośledniejsze między innémi środkami sercowémi;

6) Dawka adonidyny nie powinna być większą niż 0,05 gr. *pro die* a 0,005 *pro dosi*; w celu otrzymania dodatnich wyników używać należy przeparaty świeżo przygotowane a z powodu silnych bólów przy podskórnych injekcyjach, stosować należy adonidynę tylko wewnętrznie.

Sysak. Przypadek zatrucia morfiną 6-miesięcznego dziecka. Now. Lek. N. 11, str. 543.

S. opisuje przypadek zatrucia [w skutek niestosownego przepisania recepty?] 3-ma centygramami chlorku morfiny, dotyczący 6-mies. dziecka płci żeńskiéj. Główne objawy: głęboki sen, sinica, oddech utrudniony chrapiący, od czasu do czasu drgawki, źrenice zwężone, nie oddziaływujące na światło, tętno zaledwie wyczuwalne. Zabiegi lecznicze zalecone przez D-ra S., jako to: *Aq. laxat. Vien.* wewnętrznie i w postaci lawatyw, podskórne zastrzyknięcie jednego centigr. kokainy, czarna kawa, okłady zimne na głowę, skrapianie klatki piersiowej zimną wodą połączone z rozcieraniem ciała, chłodne lawatywy i ciągłe noszenie dziecka na świeżém powietrzu, w ciągu kilku godzin przyniosły pożądany skutek, gdyż dziecko dostało wymiotów, przebudziło się, drgawki ustały, a tętno powróciło powoli do stanu normalnego. W 2 dni pacyjentka była zdrową.

Powyższy przypadek rzadki ze względu na zatrucie dziecka tak znaczną ilością morfiny, dowodzi naocznie, że w najrozpaczliwszych nawet stanach nieraz można ocalić życie chorego.

Przy tej okazyi autor zwraca uwagę aby przy przepisywaniu lekarstw unikać wyszukanych formułek, które mogą dać powód do dwuznacznego tłumaczenia. W omawianym bowiem przypadku omyłka powstała wskutek przepisania *Muriat. hydr. mit.* zamiast *Calomel* lub innych niedwuznacznych synonimów.

[Zgadzając się, na słuszność powyższéj uwagi wogóle, przyznać jednak należy, że w danym przypadku niewątpliwie winną była apteka, ekspedyjująca lekarstwo, gdyż wyrażenie *Muriat. hydr. mit.* trudno chyba przyjąć za równoznaczne z *morfium muriat.*].

[Przyp. Sprawoz.].

Alkiewicz. Spostrzeżenie dotyczące niebezpieczeństwa przy podawaniu wielkich dawek wyciągu eterowego paprotki. (Ex. filic. maris aeth.) Now. Lek. Zesz. 5, str. 235.

Na zasadzie swego własnego przypadku, w którym u 30-letniéj panny po zadaniu 20 gramów wyciągu wystąpiły ciężkie objawy podrażnienia żołądka i upadku sił, oraz innych ogłoszonych spostrzeżeń, przestrzega autor przed użyciem zbyt wielkich dawek eterowego wyciągu paprotki, zalecanych przez De Man'a. Brak objawów zatrucia w przypadkach tego ostatniego autora tłómaczy Al. tém, że wyciąg był zapisywany w kapsułkach, z których zapewne jakaś ilość odeszła ze stolcem. Za największą dawkę u kobiet uważa Al. 15,0, u mężczyzn 17,5.

IV. TERAPIJA OGÓLNA I DYJAGNOSTYKA LEKARSKA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Gluziński. W sprawie objawu Stoffeli i Pinsa. Przegl. Lek. N. 12, str. 143.

Z powodu uwagi Widmana, że objaw Stoffeli i Pinsa, tyczący się rozpoznawania wysięku w osierdziu, jest tylko „pseudo—nowym wynalazkiem", występuje Gluziński z obroną i wykazuje, że niesłusznie obu autorów złączono razem; każdy z nich bowiem inny właściwie podaje objaw.

Stoffela mówi w sposób następujący: W przypadkach zapalenia osierdzia, w których można u chorego w pozycyi leżącéj za pomocą perkusyi wykazać wysięk powyżéj podstawy serca, gdy chory usiądzie, to w miejsce stłumionego odgłosu powyżéj podstawy serca, występuje zaraz odgłos mniéj lub więcéj jasny. Prus natomiast pisze, co następuje: U chorych z wysiękiem w osierdziu przy opukiwaniu lewéj połowy klatki piersiowéj z tyłu, w pozycyi siedzącéj chorego, znajdujemy nieraz odgłos przytłumiony i tympanityczny, przechodzący od dolnego kąta łopatki ku dołowi w odgłos tępy [śledziona], a ku paszе albo w odgłos jasny płucny, albo w stłumienie [serce]. To stłumienie od tyłu jest ograniczone do nieznacznego obszaru [wielkość talara], na 3 palce poniżéj kąta łopatki i tutaj słyszy się oddech oskrzelowy, wzmożenie drżenia klatki piersiowéj i głosu. Gdy chory przechyli się ku przodowi, to po kilku minutach możemy stwierdzić, że obszar stłumienia zwniejszył się, a zamiast oddechu oskrzelowego słyszymy oddech nieoskrzelowy. Jeszcze wydatniéj ta zmiana nastąpi, gdy chory przyjmie pozycyję „á la vache". W ogóle należy zaznaczyć, że zmiana objawów opukowych przy wysiękach w osierdziu już oddawna znaną była lekarzom.

Co się tyczy istotnéj wartości wyżéj opisanych objawów, to téj strony Gluziński zupełnie nie przecenia i pozostawia ją bez uwagi.

Noiszewski. Topotermaestesiometr. Gaz. Lek. Nr. 10 str. 204.

Ze względu na to, iż oznaczenie lokalizacyi czucia termicznego nie da się dokonać przyrządami, używanémi do mierzenia czucia ciepłoty, autor przedstawia przyrząd swojego pomysłu, zw. topotermaesthesiometrem, który pod względem czułości nie ustępuje termaesthesiometrowi Eulenburga, przewyższa go jednak pod względem niewywoływania uczucia dotykowego.

Przyrząd d-ra N. składa się z cienkiéj blaszki z kości słoniowéj poprzebijanéj nawskróś w ściśle oznaczonych odstępach, nie wystającémi nad powierzchnię platynowémi lub srebrnémi ćwieczkami, na które przy doświadczeniu nakłada się cyrkiel zaopatrzony u końców dwiema przystawkami poprzednio nagrzanémi. Do kontroli służy termometr, włożony w laseczkę, której cienkie i gładkie zakończenie zrobione jest z tegoż metalu, co i ćwieczki w blaszce.

Przy doświadczeniu dotykamy się jednocześnie cyrklem [którego końce ogrzane są do żądanéj ciepłoty] do dwuch ćwieczków na blaszce, a ogrzanem zakończeniem laseczki z termometrem do skóry zaraz po za blaszką, uprzedziwszy badanego by powiadomił, kiedy czucie ciepłoty pod blaszką i po za blaszką się zrówna, a następnie po odjęciu cyrkla, czy czuł pod blaszką dwa ciepłe miejsca czy jedno.

Puławski. Przyczynek do rozpoznawczéj wartości kwasu solnego. Gaz. Lek. NN. 1, 2, str. 11, 37.

Autor przytacza dwa przypadki, obserwowane na oddziale d-ra Dunina, które za życia przedstawiały wielkie trudności pod względem rozpoznawczym. Przypadek I dotyczył chorego, l. 51 mającego, który uskarżał się na bóle w brzuchu, brak łaknienia, mdłości i od czasu do czasu występujące fusowate wymioty. Wobec powyższych danych, wyglądu kachektycznego, obecności guzów, z których jeden wystawał z pod lewego łuku żebrowego i zmieniał położenie przy ruchach żołądka, stwierdzonego rozszerzenia żołądka i widocznych ruchów jego perystaltycznych, rozpoznano raka żołądka. Tymczasem badanie chemiczne zawartości nie zgadzało się z powyższą dyjagnozą: stwierdzono bowiem obecność kwasu solnego w bardzo kwaśnéj zawartości tak naczczo, jakoteż w 4, 7 i 8 godzin po spożyciu pokarmów. Sekcyja wykazała zaciśnięcie odźwiernika przez guzy rozrosłe na otrzewnéj powstałe, jako przerzuty z pierwotnego raka kiszki ślepéj.

Drugi przypadek dotyczył 42-letniego włościanina, któremu od lat 15 dokuczały bóle w okolicy żołądka, połączone niekiedy z „kwaśnémi“ wymiotami. Powyższa anamneza wraz ze stwierdzonym nadmiernym wydzielaniem kwasu solnego, przy badaniu zawartości obok obfitego wydzielania fosforanów w moczu — upoważniła autora do rozpoznania okrągłego wrzodu żołądka. Próbna jednak laparotomija stwierdziła obecność guza, który można było przyjąć za rak, a na sekcyi okazało się, że owym guzem była trzustka, wchodząca w dno wrzodu, którego ścianka została zupełnie zniszczoną.

Grundzach. Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka. Gaz. Lek. NN. 7, 8, 9, str. 135, 157 i 177.

W pracy niniejszéj G. zastanawia się nad kwestyją, jakim pokarmem należy badać czynność żołądka w sposób możliwie najprostszy i najlepszy, rozbierając krytycznie dotychczasowe metody badania żołądka:

1) Metoda lodowa Leube'go, zmodyfikowana przez Jaworskiego i Gluzińskiego. Zalety: *a*) czystość otrzymywanéj zawartości; *b*) znaczna siła bodźca. Wady: *a*) nie wskazuje na warunki, w jakich się odbywa wydzielanie pod wpływem zwykłych pokarmów; *b*) nie daje pojęcia o przebiegu trawienia w żołądku.

2) Objad próbny Leube'go daje dokładne pojęcie o mechanicznéj sprawności żołądka.

3) Próba białkowa [Korczyński, Jaworski, Gluziński] wskazuje na chemizm i mechanizm żołądka. Zalety: *a*) badanie czynności żołądka za pomocą pokarmu, *b*) oznacza naturę czynności i siłę, w jakiéj się ta czynność w żołądku odbywa, *c*) łatwą jest do wykonania, *d*) nie wymaga sztucznego trawienia i potrzebnych do tego przyrządów. Wady: *a*) zby t

prosty skład pokarmu, nie pozwalający ocenić w sposób właściwy czynności żołądka, *b*) zbyt mała ilość pokarmu, *c*) nie wskazuje na zmiany, jakim ulegają w żołądku wodany węgla.

4) Śniadanie próbne Ewald'a i Bras'a. Zalety: pozwala badać trawienie większéj części pokarmów niż metoda poprzednia. Wady: *a*) brak w podawanych w niéj pokarmach białka zwierzęcego, ciał wyciągowych, tłuszczów etc. *b*) zbyt mała ilość pokarmu, wskutek czego żołądek czynności swoich nie jest wstanie wykazać.

5) Metoda Ritter'a i Hirsch'a [500 gr. mleka, 2 jaja na mięko i bułka].—[Przez autora nie rozebrana].

6) Metoda Riegel'a posiada wartość niepospolitą, wyższość jéj nad innémi metodami polega na ilości i składzie pokarmu, który zawiera w odpowiedniéj ilości wszystkie składniki, posiada jednak trudność techniczną w dokładném przygotowaniu i w kontroli chorych.

7) Śniadanie próbne Reichmana [200 ctm. sz. ciepłéj wody, w któréj rozpuszcza się 30 gr. drobno-sproszkowanego mięsa i 2 gr. NaCl., oraz bułka ważąca 50 gr. Zawartość bada się 1-go dnia po $1^1/_2$ godz., 2-go po 3-ch godzinach]. Zarzuty według zdania D-ra G. mało znaczne: *a*) pokarm niezwykły, *b*) brak w nim tłuszczu, *c*) stosowanie tego pokarmu w niewłaściwéj formie. Zalety: *a*) pokarm mieszany, *b*) bodziec silny dla czynności żołądka, *c*) łatwość przyrządzania, *d*) łatwiejsza kontrola chorych niż przy metodzie Riegel'a.

W warunkach normalnych w $1^1/_2$ godz. po spożyciu tego „śniadania“ wydobywa się z żołądka około 150 ctm. sz. zawartości po części płynnéj, po części stałéj o barwie żółtawéj. Większa ilość zawartości wskazuje na wzmożone wydzielanie *resp.* upośledzone wchłanianie i wydalanie. Zapach zazwyczaj bywa swoisty, kwaśny, a stosunek płynu do osadu ma się jak 1:2, mniejszym bywa w sprawach przebiegających ze wzmożonym wydzielaniem soku żołądka lub też przy upośledzoném wydalaniu i wchłanianiu, większym przy upośledzoném lub zniesioném wydzielaniu soku żołądkowego.

W warunkach prawidłowych odczyn przesączu bywa kwaśny, zależny przeważnie od wolnego kwasu solnego i nieznacznéj ilości kwasu mlecznego Kwaśność 0,15 - 0,28% obliczona na HCl. Z produktów trawienia białka wykrywa się znaczną ilość parapeptonu i peptonu, z wodanów węgla ślady maltozy. Przy upośledzoném lub zniesioném wydzielaniu, stwierdzić można obecność znacznych ilości kwasu mlecznego, białka, śluzu, cukru, brak kw. solnego, pepsyny i erytrodekstryny; natomiast przy wzmożoném wydzielaniu—znaczną kwaśność 0.4 — 0.5% HCl, wolny kwas solny, pepton, erytrodekstrynę, brak maltozy, śluzu i produktów przejściowych trawienia białka.

W 3 godziny po „śniadaniu“, zawartości zazwyczaj nie udaje się wydobyć, a obecność jéj wskazuje na stan patologiczny.

Bruner. O czynności ruchowéj żołądka. Gaz. Lek. NN. 2 i 3, str. 25, 58.

W obec pierwszorzędnego znaczenia, jakie posiada dla terapii chorób żołądka jego czynność ruchowa, autor zajął się w klinice prof. Riegel'a sprawdzeniem wartości metody salolowéj Ewald'a i Siewers'a. Do doświadczeń używał osobników chorych i niedotkniętych cierpieniem żołądka, podając tak jednym, jak i drugim stale po 0.2 gr. salolu na czczo, z próbném śniadaniem [500 gr. mleka i bułka], oraz na wysokości trawienia t. j. w 2 3 godzin po objedzie, przy czém badał mocz na obecność kwasu salicylurowego półtorachlorkiem żelaza po 20 — 40 — 60 i więcéj minutach od czasu przyjęcia salolu.

Z doświadczeń tych dochodzi B. do przekonania, że wyniki próby salolowéj są bardzo niejednostajne, ponieważ:

1) wypełnienie żołądka nie wpływa znacząco na wystąpienie odczynu w moczu;

2) u jednego i tego samego osobnika odczyn wystąpić może w różnych okresach czasu;

3) w niektórych razach odczyn na kwas salicylurowy w moczu, pomimo starannego badania, wykryć można dopiero w czasie przekraczającym podane przez Ewald'a maximum dla zdrowych żołądków; zaś faradyzacyja okolicy żołądka, która wzmaga jego czynność ruchową, nie wpływała w doświadczeniach autora na wcześniejsze wystąpienie odczynu. Co się zaś tyczy osobników dotkniętych cierpieniami żołądka, to wobec stwierdzonego niewątpliwie znacznego rozszerzenia tego organu, odczyn w moczu nie opóźniał się bynajmniéj w porównaniu ze stanem normalnym.

Stwierdziwszy podobne wahania również przy stosowaniu próby Klemperer'a z oliwą, B. dochodzi do wniosku, że ani próba salolowa, ani próba Klemperer'a nie daje nam wskazówek pewnych co do czynności ruchowéj żołądka; zaś za najlepszą metodę, choć nie zbyt dokładną, uważa badanie chorych w 5 godzin po próbnym objedzie Riegel'a.

Czyrniański. Nowa forma analizy ilościowéj, zastosowana do przybliżonego oznaczenia kwasoty żołądkowéj. Przegl. Lek. N. 41, str. 493.

W celu oznaczenia kwaśności żołądkowéj, autor używa do zobojętnienia w przybliżeniu odważoną ilość dwuwęglanu sodu w stanie suchym. Za koniec reakcyi uważać należy zaprzestanie tworzenia się baniek gazu naokoło zanurzonéj pigułki CO_3HNa.

[Sposób niniejszy jest tak przybliżonym, iż nie ustępuje chyba różnicy zabarwienia papierka lakmusowego; uproszczenie to tém jest mniéj potrzebne, gdyż $^1/_{10}$ n. KOH można zamówić w każdém chemicznem laboratoryjum, a przy odpowiedniém urządzeniu flaszki i biurety, roztwór nawet do bardzo dokładnych rozbiorów dość długo używać można].

Przyp. Spr.

Mintz. O kwasach żołądkowych. Gaz. Lek. N 13, str. 275.

Jest to zestawienie znanych form cierpień żołądka, przebiegających z brakiem kwasu solnego, lub ze wzmożoném jego wydzielaniem wraz z krótkim opisem jednego przypadku zanikowego kataru żołądka.

[Praca powyższa, odznaczając się przymiotami dobrego referatu, nieodpowiednio, według zdania sprawozdawcy, umieszczoną została przez Redakcyję w rzędzie artykułów oryginalnych].

Chłapowski. Krótki pogląd na obecny stan rozpoznawania chorób żołądka. Now. Lek. Zesz. 6, str. 267.

W treściwym wykładzie podaje autor najnowsze zdobycze, tyczące się trzech funkcyj żołądka, a mianowicie: funkcyi chemicznéj t. j. wydzielniczéj, funkcyi rezorbcyjnéj t. j. wessalności czyli zdolności wchłaniania i funkcyi ruchowéj czyli mechanizmu żołądka, oraz wynikających z dokładnego zbadania téj trojakiéj funkcyi wskazówek do rozpoznawania chorób żołądka. Zgodnie z największą liczbą prac, ogłoszonych w ostatnich dwu lat dziesiątkach a zajmujących się funkcyją chemiczną żołądka, autor najwięcéj poświęca miejsca i najszerzéj się rozpisuje o téj właśnie czynności żołądka. W końcu swéj pracy naznacza autor, że do obecnego stanu dyjagnostyki chorób żołądka, do istotnego jéj postępu, w znacznéj mierze przyczynili się Polacy, a przedewszystkiém szkoła krakowska, oraz że z powodu konieczności kilkorazowego badania chorych w tym kierunku, zakładanie osobnych klinik dla rozpoznawania chorób żołądka znajduje pewne uzasadnienie.

Dr. Ignacy Grundzach. O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek za pomocą fizjologicznéj metody badania. Medyc. NN. 39, 40, 42, 43, 44, 45, str. 625, 641, 681, 701, 721, 743.

Autor wziął sobie za zadanie skreślić możliwie krótko i zwięźle metody badania t. z. fizjologicznego czyli czynnościowego, zastanawia się więc nad niémi, opisując samą metodykę i wyciągając wnioski, dotyczące rozpoznawania i leczenia chorób przewodu pokarmowego. Dla celów praktycznych autor rozdzielił pracę swoją na kilka działów tak, aby ułatwić czytającemu orjentowanie się pośród mnóstwa danych fizyjologicznych i patologicznych, mających wartość diagnostyczną.

W pracy, napisanéj w celach praktycznych, a nie zawierającéj wcale cytat i nazwisk autorów, kol. Grundzach nie wyczerpuje zgoła metod badania, podaje jedynie w skróceniu używane, najlepsze metody badania, przez siebie wypróbowane i stosowane w praktyce, jakotéż wnioski rozpoznawcze, z nich wypływające. Praca rozpada się na następujące działy:

I. Badanie fizyjologicznéj i patologicznéj czynności żołądka.

1) Badanie czynności wydzielniczéj.

2) Badanie czynności ruchowéj.

3) Badanie czynności chłonniczéj.

4) Badanie czczego żołądka.

5) Badanie czynności żołądka na szczycie trawienia: *a*) Ilość zawartości żołądkowéj. *b*) Barwa. *c*) Zapach. *d*) Gęstość czyli stosunek objętościowy płynu do cząstek pokarmowych. *e*) Charakter, ilość i barwa osadu. W przesączu badamy: α) Odczyn. β) Stopień kwaśności. γ) Kwas solny. δ) Kwas mleczny i mleczany. ε) Peptony. ζ) Białko rozpuszczone i produkty przejściowe jego trawiennéj przemiany. η) Śluz rozpuszczony. ϑ) Erythrodekstrynę. ι) Cukier gronowy *resp.* maltoza.

6) Badanie mas wymiotowych i wnioski, z tego badania wypływające.

II. Badanie fizyjologicznéj i patologicznéj czynności kiszek, wątroby i trzuszki.

7) Badanie kału. *A*) Makroskopowe badanie kału. *a*) Ilość i częstość wypróżnień. *b*) Spoistość i forma kału. *c*) Barwa kału. *d*) Zapach. *e*) Domieszki.

B) Mikroskopowe badanie kału.

a) Włókna mięsne, *b*) ciała krochmalowe, *c*) igły i miotełki kryształów tłuszczowych, *d*) tripelfosfaty, *e*) czerwone ciałka krwi, *f*) ciałka ropne, *g*) komórki nabłonkowe, *h*) „Wysepki śluzowe“ [Nothnagl'a], *i*) *Clostridium butyricum s. amylobacter* Prażmowskiego, *j*) laseczniki tyfusowe, cholery, choleryny, gruźlicze. Pleśnie, drożdże. Wymoczki: *monadiny*, *amoeba coei*, *cercomonas intestinalis*, *trichomonas intestinalis*, *paramaecium s. balantidium coli*, *k*) Jajka solitera (T. *solium*, T. *mediocanellata*), *l*) Jajka brózdogłówca szerokiego (*Botriocephalus latus*), *ł*) Jajka glisty kiszkowéj (*Ascar. lumbricoides*), *m*) Jajka glistnicy robaczkowéj (*Oxyuris vermicularis*), *n*) Jajka włosogłówki (*Trichocephalus dispar*.

C. Mikrochemiczne badanie kału.

a) Badanie barwników krwi.

b) Badanie barwników żółciowych.

c) Badanie chemiczne i mikrochemiczne kryształów tłuszczowych.

Nie możemy tutaj podawać i omawiać danych, przez autora przytoczonych, zarówno fizyjologicznych jak patalogicznych, zajęło by to bowiem więcéj miejsca, niż ramy streszczenia wymagają. Jest to w skróceniu cały dział Diagnostyki szczegółowéj, gdyż w pracy téj zebrane są wszystkie dane, jakie zdobywamy przez badanie czynnościowe [t. j. fizyjologiczne] przewodu pokarmowego. Autor zaznacza na wstępie, że badanie podmiotowe i przedmiotowe [oglądanie, obmacywanie, opukiwanie i osłuchywanie] tym razem pominął zupełnie.

V. PATOLOGIJA I TERAPIJA SZCZEGÓŁOWA. ORAZ PEDIATRYJA.

Sprawozdawcy

W. Bruner i A. Puławski.

Gluziński Antoni. Przyczynek do patologii układu mięśniowego. (Polyomyositis acuta progressiva infectiosa). Przegl. lek. N. 1 i 2, str. 1 i 17.

Chory A. R., kelner, przybył do kliniki prof. Korczyńskiego w dniu 6 Lutego 1886 roku, skarżąc się na bóle i obrzęk kończyn. Choroba rozpoczęła się w ostatnich dniach Grudnia od bólów w kończynach, do których przyłączył się obrzęk. Przy badaniu znaleziono ciepłotę 37,7, P. 92. Narząd oddechowy i krążenia bez zboczeń. Śledziona powiększona. Białka w moczu niema. Ruchy tak dowolne, jak i bierne wszystkie możebne, ale bolesne. Kończyny górne obrzękłe, szczególniéj lewa, obrzęk ten jest twardy, zarysów pojedyńczych mięśni nie widać, ucisk palca nieznaczny dołek pozostawia. Kończyny dolne obrzękłe tylko na udach. Przy ucisku stwierdzono silną bolesność. Zajęte mięśnie na prąd nie oddziaływały: zmian w czuciu niema; ucisk na pnie nerwowe nie bolesny. Obrzęk rozprzestrzenił się na mięśnie twarzy, szyi i klatki piersiowéj. Chory ciągle gorączkował, wystąpiło rozwolnienie. Środki przeciwgośćcowe okazały się bezskutecznémi. W d. 2/II nastąpił zwrót ku lepszemu, obrzęki a następnie i bóle ustąpiły i chory wyzdrowiał.

Przypadku tego autor nie mógł wtłoczyć w żadne znane dotąd formy nozologiczne. Światło na niego rzuciła dopiero praca Unverrichta, od którego autor przyjął nazwę „polyomyositis acuta progressiva," i wraz z którym przypuszcza zakaźne pochodzenie cierpienia.

Trzebiński S. Rozsiane zapalenie mięśni ostrawe i przewlekłe (polymyositis acuta et chronica) podług najnowszych prac. Gaz. Lek. N. 18, str. 378.

Na podstawie 5-u najnowszych spostrzeżeń, autor treściwie kreśli obraz kliniczny i anatomo-patologiczny téj rzadkiéj choroby. Do tego dołącza własne spostrzeżenie, dokonane w oddziale kol. Dunina. Przypadek dotyczył suchotnika, który od dłuższego czasu miał bóle prawie we wszystkich mięśniach. Nie mogło być mowy o *polyneuritis* wobec braku wszystkich cech téj choroby, [jak zanik mięśni, zmiany w oddziaływaniu

elektrycznem, brak odruchów ścięgntych, zmiany w czuciu]. Chory doznał polepszenia. Badania drobnowidzowego mięśni wykonać się nie dało.

Filipkiewicz Stefan. O guzach podskórnych, spostrzeganych na tle gośćca przewlekłego u dorosłych. Przegl. Lek. N. 14, str. 171.

Szczegółowa literatura i opis trzech przez autora spostrzeganych przypadków odnośnego cierpienia. Jeden z tych przypadków wyróżniał się długiém trwaniem [8 lat] guzów i brakiem dążności do ich ustąpienia. Autor dochodzi do wniosków, że guzy te:

1) Stanowiąc niekiedy jedyny objaw gośćca, mogą wyjaśnić naturę cierpień, jak chorób skórnych, nerwowych, narządu krążenia.

2) Umożliwiają rozróżnienie gośćca od innych cierpień ustrojowych, jak kiły.

3) W gośćcu u dzieci napotkane powinny zwrócić uwagę lekarza na potrzebę częstego badania serca.

4) Leczenia oddzielnego nie wymagają, w razie dłuższego trwania, użycie środków wessanie przyspieszających jest wskazane.

Hewelke O. Przypadek pseudo-leukemii z gorączką okresową. Kronika Lek. N. 12, str. 735.

Chory 32-letni od 4 miesięcy leżał w łóżku, gorączkował z przerwami. Do szpitala przybył wyniszczony. Przedmiotowo znaleziono lekkie stłumienie u wierzchołka lewego płuca, ciepłotę podniesioną, przypuszczano ostrą gruźlicę, lubo laseczników w plwocinie nie było. Gorączka jednak spadła, wreszcie zniknęła. Po 8 dniach znów podniesienie ciepłoty, widoczne obrzmienie śledziony. Chininę podawano bez skutku. Badanie krwi dało wynik ujemny, po krótkiéj euforyi znów podniesienie ciepłoty. Przy objawach zapaści chory umiera. Na sekcyi znaleziono znaczne powiększenie gruczołów pozaotrzewnowych i pachowych [z lewéj strony], powiększenie śledziony. Autor znalazł w literaturze 7 podobnych przypadków. Dają im autorzy różne nazwiska [pseudoleukemija powrotna, *lymphosarcoma* etc.]. Autor skłania się do nazwy pseudoleukemija i przypomina, że zajęcie gruczołów pozaotrzewnowych jest cechą charakterystyczną téj zagadkowéj choroby.

Andrzejowski Jan. Nagłe zejście śmiertelne w przebiegu choroby plamistéj Werlhofa. Gaz. Lek. N. 35, str. 705.

Pobieżny opis przypadku choroby plamistéj Werlhofa z zejściem śmiertelném, bez badania pośmiertnego. Inne możliwe przyczyny tak nagłego zejścia zupełnie nie zostały uwzględnione.

Zielewicz Dr. W sprawie przepłukiwania układu naczyniowego w cholerze. Now. Lek. N. 2, str. 99.

Autor przypomina, że operacyję tę zalecał jeszcze w r. 1859 lekarz Brzeziński, a Marcinkowski jeszcze w 1832 r. widział ją w Edynburgu, stosowaną przez Mackintosh'a.

Strojnowski F. Rzadki przypadek tyfusu powrotnego o jednym napadzie zakończony wyzdrowieniem. Now. Lek. N. 9, str. 448.

Młody żyd nagle dostał dreszczy, ciepłota 41,5°, bólów w łydkach. Stwierdzono obrzmienie śledziony. Wystąpiły wymioty i czkawka. W ciągu 8 dni ciepłota utrzymywała się na wysokich stopniach [dochodząc do 42°] 8-go dnia ciepłota spadła do 34,8 wśród obfitych potów. Jakiś czas trwały objawy niestrawności, żółtaczka, poczém chory wyzdrowiał. [Krwi nie badano, trudno zatém coś stanowczego orzec o tym przypadku. *Przyp. Spraw.*]

Hewelke i Jakowski. Przypadki tyfusu wysypkowego, spostrzegane na sali 32-éj szpitala Dz. Jezus. Medycyna Nr. 48, 49, 50, str. 789, 805, 821.

Z 9 przypadków tyfusu wysypkowego opisanych przez autorów i spostrzeganych przez nich na wiosnę 1889 r. w spitalu Dz. Jezus, wynieśli oni wrażenie o charekterze epidemii, że natężenie jéj nie było zbyt silném, stopień zaraźliwości jednak miała dość znaczny, gdyż mieli możność zanotowania 4 przypadków zarażenia po stosunkowo krótkiém zetknięciu z osobami, cierpiącémi na tyfus wysypkowy. Przebieg przypadków był mniéj więcéj prawidłowy; zejście śmiertelne miało miejsce w jednym tylko przypadku, był to chory, cierpiący na wadę serca.

Leczenie było przeważnie wyczekująco dyjetetyczne.

Koral. Przypadek t. z. tężca z przeziębienia (Tetanus rheumaticus) u II-letniego chłopca. Medyc. N. 20, str. 321.

Krótki opis przypadku tężca pochodzenia prawdopodobnie reumatycznego. Chory zmarł 2-go dnia pobytu w szpitalu. Sekcyja dla względów rytualnych robioną nie była.

Feilchenfeld A. Cukrzyca (Diabetes mellitus). Kronika Lek. Nr. 7, str. 437.

Treściwy wykład o cukrzycy z uwzględnieniem nowszych prac [etyjologija, zmiany w narządach, objawy i leczenie].

Rozenbusch Leon. Przyczynek do kazuistyki t. zw. Diabetes lipogeneticus. Przegl. lek. N. 13, str. 155.

Pobieżny opis dwóch przypadków moczówki cukrowéj w następ-

stwie ogólnego stłuszczenia, na co pierwszy zwrócił uwagę KISCH w 1887 r.

Krysiński S. Wylew krwi do mózgu u zupełnie zdrowéj 29-letniéj dziewczyny. Gaz. Lek. N. 7, str. 145.

U zdrowéj dziewczyny nagle bez powodu wystąpił bardzo silny ból głowy, wymioty, wolny nieregularny puls, śpiączka [bez utraty przytomności]. Na drugi dzień nastąpiła śmierć. Przy badaniu pośmiertném znaleziono znaczny wylew krwi do dolnéj części prawéj bocznéj komory mózgowéj. Pękniętego naczynia nie znaleziono. Serce i inne narządy były normalne, żadnych śladów przymiotu.

Adamkiewicz Prof. Pachymeningitis hypertrophica i zawał chroniczny [infarctus chronicus] rdzenia pacierzowego. Now. lek. Nr. 7, 8 i 9-ty, str. 315, 373, 427.

Na podstawie własnego przypadku [spostrzeganego w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO], autor rozwija swój ulubiony temat „ściśliwości" substancyi nerwowéj. W danym przypadku znaleziono *sclerosis lateralis amyotrophica*, w następstwie *pachym. hypertrophica*. CHARCOT tłomaczy tę sprawę uciskiem rdzenia wskutek zmian w oponach, LEYDEN—przejściem zapalenia z opon na rdzeń i uciskiem substancyi nerwowéj ADAMKIEWICZ, zaprzeczając, aby substancyja nerwowa była nieściśliwą, twierdzi, że objawy *pachymenigitis* zależne są nie od ucisku, lecz od chronicznego procesu w rdzeniu, którego źródłem jest bujanie opon i wniknięcie téj sprawy na drodze naczyń do rdzenia. Sprawę tę AD. nazywa infarktem rdzenia. Szczegóły do streszczenia się nie nadają.

Feilchenfeld A. Rozsiane zapalenie nerwów. Cukromocz. Gaz. Lek. N. 18, str. 364.

Szczegółowa historyja choroby, spostrzeganego przez autora w klinice prof. LAMBLA przypadku rozsianego zapalenia nerwów i cukromoczu z dokładném uwzględnieniem odnośnéj literatury. Przyczyną cierpienia w danym przypadku prawdopodobnie było otrucie arszenikiem, które tu zdaniem autora wywołało i cukromocz, gdyż szczegółowe bardzo wywiady i badanie nie dozwalały przypuszczać istnienia cukromoczu przed otruciem lub jakiejbądź innéj jego przyczyny.

Adamkiewicz. Porażenie połowiczne, postępujące nerwów mózgowych. Medycyna N. 9, 10, 11, str. 137, 157, 177.

Autor podaje szczegółową historyję choroby i badanie pośmiertne przypadku tego tak ciężkiego i rzadkiego cierpienia, posiadającego tendencyję niszczenia mniéj więcéj wszystkich nerwów mózgowych jednéj strony, a jeżeli między niémi pewne nerwy oszczędza, to je zupełnie dowolnie obiera. Postawione przez autora za życia rozpoznanie, że choroba jest

wynikiem ognisk, których siedliskiem jest podstawa czaszki, a mianowicie miejsca wyjścia zajętych nerwów mózgowych—a zatém, że to jest cierpienie obwodowe—sekcyja stwierdziła w zupełności, wskazując jednocześnie przyrodę cierpienia—mianowicie raka. Przed autorem wiarogodne przypadki tego cierpienia opisali Bamberger i Nothnagel. W przypadku Nothnagela próchnienie kości czaszkowych było przyczyną cierpienia.

Zielewicz J. Nerwice urazowe (neuroses traumaticae). Now. lek. N. 9, str. 440.

Pobieżny wykład o nerwicach urazowych, ilustrowany opisem dwóch własnych przypadków, spostrzeganych u dwóch kobiet, przedstawiających objawy t. z. nerw. traum. miejscowéj. Autor zwraca uwagę na trudne położenie, w jakiém znajduje się lekarz w obec sądu, jeżeli chodzi o oznaczenie stopnia niezdolności do pracy (*Erwerbsunfähigkeit*) wskutek nerwicy urazowéj.

Fabian A. Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. Gaz. Lek. NN. 35—41, str. 693, 718, 762, 807, 846, 880, 907.

Odczyt, miany w Tow. Lek., a streszczający w sobie najnowsze poglądy na daną kwestyję. Autor zwraca uwagę przedewszystkiém na kliniczną stronę przedmiotu: rozpoznanie, objawy i rokowanie w chorobach mózgu i rdzenia pochodzenia przymiotowego. Rzecz się do streszczenia nie nadaje.

Kramarzyński Karol. Zawieszanie chorych jako środek leczniczy w uwiądzie rdzenia pacierzowego, oraz innych cierpieniach układu nerwowego. Przegl. lek. N. 29, str. 368.

Krótki opis metody zawieszania i kilku przypadków z własnéj praktyki autora i spostrzeganych w szpitalach warszawskich, gdzie zawieszanie stosowaném było z bardzo pomyślnym skutkiem.

Chłapowski. Hysteroepilepsyja wyleczona poddawaniem (suggestyją). Now. Lek. Zesz. 3, str. 123.

U jednéj choréj po usunięciu napadów hystero-epileptycznych, zależnych od urazowego tyłozgięcia macicy na drodze mechanicznéj za pomocą krążka Hodgego, usunął autor 2 przykre objawy mianowicie bezsenność i oddawanie moczu tylko przez cewnik za pomocą suggestyi.

W drugim przypadku, w którym badanie wykazało również tyłozgięcie, założenie krążka Thomasa nie przerwało napadów histero-epileptycznych. Autor uciekł się do suggestyi, która uwieńczoną została bardzo pomyślnym skutkiem.

Autor jest zdania, że świeże objawy histeryczne w ogóle łatwo usuwać się dają przez poddawanie. Chodzi tylko o dobre przeprowadzenie takiéj kuracyi.

wynikiem ognisk, których siedliskiem jest podstawa czaszki, a mianowicie miejsca wyjścia zajętych nerwów mózgowych—a zatém, że to jest cierpienie obwodowe—sekcyja stwierdziła w zupełności, wskazując jednocześnie przyrodę cierpienia—mianowicie raka. Przed autorem wiarogodne przypadki tego cierpienia opisali Bamberger i Nothnagel. W przypadku Nothnagela próchnienie kości czaszkowych było przyczyną cierpienia.

Zielewicz J. Nerwice urazowe (neuroses traumaticae). Now. lek. N. 9, str. 440.

Pobieżny wykład o nerwicach urazowych, ilustrowany opisem dwóch własnych przypadków, spostrzeganych u dwóch kobiet, przedstawiających objawy t. z. nerw. traum. miejscowéj. Autor zwraca uwagę na trudne położenie, w jakiém znajduje się lekarz w obec sądu, jeżeli chodzi o oznaczenie stopnia niezdolności do pracy (*Erwerbsunfähigkeit*) wskutek nerwicy urazowéj.

Fabian A. Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. Gaz. Lek. NN. 35—41, str. 693, 718, 762, 807, 846, 880, 907.

Odczyt, miany w Tow. Lek., a streszczający w sobie najnowsze poglądy na daną kwestyję. Autor zwraca uwagę przedewszystkiém na kliniczną stronę przedmiotu: rozpoznanie, objawy i rokowanie w chorobach mózgu i rdzenia pochodzenia przymiotowego. Rzecz się do streszczenia nie nadaje.

Kramarzyński Karol. Zawieszanie chorych jako środek leczniczy w uwiądzie rdzenia pacierzowego, oraz innych cierpieniach układu nerwowego. Przegl. lek. N. 29, str. 368.

Krótki opis metody zawieszania i kilku przypadków z własnéj praktyki autora i spostrzeganych w szpitalach warszawskich, gdzie zawieszanie stosowaném było z bardzo pomyślnym skutkiem.

Chłapowski. Hysteroepilepsyja wyleczona poddawaniem (suggestyją). Now. Lek. Zesz. 3, str. 123.

U jednéj choréj po usunięciu napadów hystero-epileptycznych, zależnych od urazowego tyłozgięcia macicy na drodze mechanicznéj za pomocą krążka Hodgego, usunął autor 2 przykre objawy mianowicie bezsenność i oddawanie moczu tylko przez cewnik za pomocą suggestyi.

W drugim przypadku, w którym badanie wykazało również tyłozgięcie, założenie krążka Thomasa nie przerwało napadów histero-epileptycznych. Autor uciekł się do suggestyi, która uwieńczoną została bardzo pomyślnym skutkiem.

Autor jest zdania, że świeże objawy histeryczne w ogóle łatwo usuwać się dają przez poddawanie. Chodzi tylko o dobre przeprowadzenie takiéj kuracyi.

Żukowski A. Histeryja wysokiego stopnia. Obustronna kastracyja—wyleczenie. Wiad. lek. Zesz. 11, str. 335.

Chora 24-letnia panna, od urodzenia nędzna i słabo rozwinięta. W 15-ym roku podczas miesiączki dostała napadów histero epilepsyi, które się stale powtarzały przez czas jakiś. Następnie zjawiły się bóle brzucha, obfite wypływy z pochwy, ogólne wycieńczenie. Autor wykonał obustronną kastracyję. Po operacyi chora czuła się dobrze, objawy histeryczne nie wystąpiły. Jajniki były przerosłe i torbielowato zwyrodniałe.

[Autor uważa chorą za wyleczoną z histeryi, lubo od operacyi upłynęło dopiero sześć tygodni. *Przyp. Spraw.*).

Smoleński S. Hydroterapija chorób rdzenia pacierzowego. Now. Lek. N. 2, 3 i 4, str. 55, 117, 176.

Ogólne podstawy hydroterapii rdzenia autor przedstawia w zastosowaniu do leczenia różnorodnych chorób tegoż, opierając się na najnowszych po części własnych dość licznych spostrzeżeniach. Streszczenie niemożliwe.

Pisek W. O nerwowéj niemocy serca (neurasthenia cordis). Wiad. Lek. Z. 14 i 15, str. 432, 489.

Cechującym objawem jest podmiotowe uczucie bicia serca i różne parestezyje odnoszone do serca [drżenie, lęk etc.]. Dla rozpoznania niemocy nerwowéj serca, należy wykluczyć wszelkie organiczne zmiany na zastawkach, w mięśniu i naczyniach, a zarazem wynaleźć objawy ogólnéj neurastenii. W przebiegu rozróżniamy okres podrażnienia [bicie serca, bóle etc.] i okres znużenia, jako następstwo dłużéj trwającego okresu pierwszego. Dalszém następstwem może być zwyrodnienie mięśnia sercowego. Leczenie takie, jak leczenie ogólnéj neurastenii. Wielką rolę autor przypisuje wpływom psychicznym.

Biegański Władysław. O leczeniu zapalenia opłucnéj przetworami salicylowémi. Gaz. Lek. N. 32 i 33, str. 631 i 655.

Autor spostrzegał pomyślne działanie przetworów salicylowych przy t. zw. pierwotném surowiczém zapaleniu opłucnéj i przypisuje im działanie swoiste, wychodząc z zasady, mającéj wiele cech prawdopodobieństwa, że owe zapalenia patogenetycznie identycznémi są z gośćcem stawowym.

Pomyślne działanie autor widział tu i przy gośćcowém zapaleniu wsierdzia.

Sokołowski A. O urazowém (traumatycznem) ostrem zapaleniu płuc. Nowiny Lek. N. 1, str. 13.

U stangreta po silném uderzeniu w górną prawą część klatki piersiowéj, wystąpiło w téjże części typowe zapalenie płuc, zaznaczone kry-

tycznie 12-go dnia choroby. Poprzednio autor opisał podobny przypadek u 14-letniego chłopca, gdzie zapalenie płuc wystąpiło po pobiciu w głowę i przednią część klatki piersiowéj. Przypadki podobne warto mieć na uwadze przy badaniach sądowo-lekarskich.

Stachiewicz T. Rokowanie w gruźlicy płuc. Wiad. lek. N. 7 i 8, str. 201, 237.

W celach prognostycznych autor szematycznie dzieli gruźlicę na 1) katar szczytowy, 2) naciek w ścisłém znaczeniu, 3) naciek rozpadowy, 4) jamę, jako pewne pojęcie. Prócz tego ze względu na etyjologiję i przebieg autor przyjmuje: 1) gruźlicę dziedziczną i 2) nabytą, którą jeszcze dzieli na *a*) chroniczną i *b*) ostrą czyli zapalną.

Wyleczenie całkowite S. dopuszcza: 1) przy katarze szczytowym, 2) przy nacieku w ścisłém znaczeniu, 3) przy nacieku rozpadowym zapalnym.

Wyleczenie całkowite względne otrzymujemy we włóknistéj postaci suchot, głównie w formie nabytéj.

Wyleczenie względne jest wtedy, kiedy część płuca ulega zwapnieniu, albo kiedy konstatujemy suchą jamę przy dobrym ogólnym stanie. Bywa to wtedy, kiedy rozpad płuca nastąpił przez utworzenie dużéj jamy, która jest za dużą aby mogła się zabliźnić.

Uzyskanie trwałéj poprawy bywa wtedy, kiedy chorzy mogą żyć w dobrych hygienicznych warunkach, chociaż mają jamy z naciekiem trwałym

Wreszcie autor zastanawia się nad prognostycznem znaczniem pojedyńczych objawów gruźlicy, jak plwocina, kaszel, krwotoki, gorączka, poty, odżywianie, mocz etc.

Reiss. Noworodek z zębami. Przegl. lek. N. 9, str. 106.

Noworodek posiadał w obu szczękach wszystkie zęby prócz zębów mądrości dobrze rozwinięte i bardzo mocno osadzone.

Witkowski Wł. Chlorek pilokarpinowy jako swoisty środek przy żółtaczce. Now. Lek. N. 5.

Autor w wielu przypadkach żółtaczki nieżytowéj stosował z pomyślnym skutkiem wstrzykiwania 2% chlorku pilokarpiny w ciągu kilku tygodni po jednéj lub pół szprycce Pravatza, dwa razy dziennie. Najuporczywsze zastarzałe żółtaczki miały ustępować prędko i radykalnie. Przeciwskazaniem winno służyć osłabienie serca, [gdyż może wystąpić zapaść].

Czyrniański J. Aspirator żołądkowy pneumatyczny dla celów leczniczych i rozpoznawczych. Now. Lek. N. 7, str. 323.

Jest to butelka z rurką syfonową i kranem trójdrożnym, który służy do komunikacyi z sondą żołądkową, z naczyniem zawiérającém wodę do płukania i z naczyniem do wylewania zawartości żołądka. Rurka syfonowa butelki łączyć się może z balonikiem. który służy do zgęszczania i rozrzedzania powietrza w butelce. Przyrząd ma tę dogodność, że nie wymaga pomocy drugiéj osoby, do przepłukiwań lub wydobywania zawartości żołądkowéj.

Czyrniański Dr. O znaczeniu leczenia niedomogi jelitowéj (atonia intestinorum) i o metodzie brzusznego mięsienia. Nowiny Lek. NN. 9 i 10, str. 493, 541.

Atonija kiszek może być samoistną, albo zależną od innych chorób [morfinizm, przeszkody w drożności kiszek, charłactwo etc.]. Objawem jéj jest długotrwałe zaparcie stolca, wzdęcie brzucha, guzy kałowe *in coeco*, nieskuteczność środków przeczyszczających. Główną przyczynę atonii autor upatruje w leniwych ruchach kiszki grubéj. Dla tego też zaleca jako metodę leczniczą — mięsienie, przedewszystkiém kiszki grubéj. Z rękoczynów massażu zaleca wstrząsanie rytmiczne przez powłoki brzuszne w ciągu kilkunastu minut codziennie o jednéj porze przez 4—6 tygodni.

Rejchman Mikołaj. O związku pomiędzy pewnémi objawami żołądkowémi a cierpieniami gardzieli. Gaz. Lek. N. 9, str. 185.

Autor zwraca uwagę, że przy niektórych chorobach gardzieli i jamy noso-gardzielowéj, zwłaszcza przy *pharyngitis sicca*, *pharyngitis granulosa*, *tonsillitis caseosa*, *hypertrophia uvulae* i przy istnieniu zatok pomiędzy przedniémi łukami podniebiennémi a migdałkami, mogą występować drogą odruchową objawy ze strony żołądka, najczęściéj wymioty, rzadziéj zwracania pokarmów, odbijanie i zgaga. Te zwrotne objawy żołądkowe zwykle dopiero wówczas się zjawiają, skoro nadczułe gałązki nerwowe zostają podrażnione albo przez połykane pokarmy, albo przez płukanie gardła, albo przez nagromadzenie chorobowéj wydzieliny, albo też nakoniec przez skurcz mięśni, towarzyszący aktowi odcharkiwania. Objawy te są zazwyczaj bardzo uporczywe i trwają dopóty, dopóki choroba gardzieli nie zostanie usuniętą. Wszelkie leczenie skurczów przeciwko przypuszczalnéj chorobie żołądka zawsze zawodzi. W końcu autor przytacza dane, ułatwiające rozpoznanie zależności objawów żołądkowych od choroby gardzieli.

Grundzach Ignacy. Kamienie żółciowe w żołądku. Przyczynek do etyjologii rozszerzenia żołądka. Gaz. Lek. N. 19, str. 402.

W przypadku rozszerzenia żołądka niewiadomego pochodzenia, przy przepłukiwaniu żołądka znaleziono 4 kamienie żółciowe, co rzuciło, zda-

niem autora, pożądane światło na naturę cierpienia, dającego się objaśnić przez wytworzenie się przetoki pomiędzy pęcherzykiem *rsp.* przewodem żółciowym i żołądkiem z następném pokurczeniem się ścian i wytworzeniem się zwężenia, lub też przez istnienie zwężenia dwunastnicy poniżéj otworu przewodu żółciowego przy jednoczesnéj obecności kamieni żółciowych.

Pacanowski H. Kilka uwag w kwestyi t. z. zanikowego nieżytu żołądka. Wiadomości lek. Zesz. 4 i 5, str. 105, 143.

Nie można utożsamiać nieżytu śluzowego z nieżytem zanikowym [a raczéj zanikiem gruczołów błony śluzowéj żołądka]. Ten ostatni jest zjawiskiem rzadkiém [kilka tylko znanych przypadków, stwierdzonych przez sekcyję] i zawsze ciężkiém. Zanik zdarza się przy raku żołądka, najczęściéj jako następstwo nieżytu śluzowego, niekiedy samoistnie. Fenwik dowiódł, że zanik gruczołów błony śluzowéj żołądka zdarza się przy raku innych narządów [głównie sutki]. Przy nieżycie zanikowym brak w żołądku nietylko HCl, ale i brak fermentów [pepsyny i fermentu mlecznego]. Z objawów klinicznych najwydatniejsze są objawy ogólne — osłabienie, wyczerpanie sił. W przeciwstawieniu do nieżytu zanikowego, P. uważa nieżyt śluzowy za chorobę częstszą, niezbyt ciężką, dopóki mechaniczna sprawność żołądka jest nienaruszoną i dopóki trawienie kiszkowe dopełnia braki w trawieniu żołądkowém. Wogóle P. jest zdania, że wbrew twierdzeniu Leubego, chemizm trawienia zołądkowego gra wielką rolę w ekonomii ustroju.

Jaworski. Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka. Medycyna N. 1, 2, 3, 5, 6, 7, str. 7, 25, 37, 67, 81 i 111.

Dalszy ciąg pracy rozpoczętéj w Medycynie w roku 1888. Praca ta zawiera bardzo wiele cennych szczegółów, zaznajamia z najnowszémi metodami badania i leczenia; do szczegółowego streszczenia nie nadaje się.

Jaworski. Uwagi terapeutyczne nad krwotokami i guzami krwawnicowémi. Medycyna N. 9, str. 147.

Guzy krwawnicowe i krwotoki są częstém i niepożądaném powikłaniem wielu cierpień żołądka i wymagają energicznego leczenia. Przy leczeniu objawów krwawnicowych staramy się przedewszystkiém zadość uczynić wskazaniu przyczynowemu. Jeżeli to się nie udaje, co najczęściéj się zdarza, to stosujemy środki symptomatyczne. Zalecamy stosowną dyjetę, działamy przeciw zaparciu stolca [lawatywy, lekkie środki czyszczące, łagodziny ból, palenie, parcie]. Wypadnięte guzy wprowadzać należy ostrożnie do odbytnicy, a przy znaczném obrzmieniu — pijawki *ad anum*.

W celu zmniejszenia guzów — kąpiele nasiadowe, Marienbad, Karlsbad, a w uporczywych wypadkach — zabiegi chirurgiczne.

Krwotoki krwawnicowe zwłaszcza u osobników bezkrwistych wymagają energicznego leczenia środkami, krwotoki wstrzymującémi, z pomiędzy których w ostatnich czasach zachwalają *hamamelis virginica*.

We wrzodach krwawnicowych dobre usługi oddawać ma zasypywanie antipyriną sproszkowaną.

Chłapowski F. O rozpoznawaniu niektórych zboczeń w położeniu jelit i o zapobieganiu ich skutkom. Now. Lek. N. 12, str. 592.

Zboczenia w położeniu kiszek wywołują wiele przykrych sensacyj, które nieraz się kładzie na karb histeryi, neurastenii i t. d. Na zboczenia te czyli t. zw. enteroptozę zwrócił uwagę Glénard, którego poglądy streszcza autor. Zboczenia w położeniu żołądka dają się wykazać za pomocą metody Obrazcowa — opukiwanie z obmacywaniem po przyjęciu płynu: otrzymujemy wtedy objaw pluskania i możemy oznaczyć dolną granicę żołądka. Autor uważa tę metodę za najlepszą. Jako środek zapobiegający objawom, wywołanym przez enteroptozę, Ch. zaleca noszenie odpowiednich opasek.

Jaworski. Sprawozdanie z ważniejszych ostatnich prac z zakresu dyjagnostyki i terapii chorób żołądka. Medycyna N. 10. str. 160.

Praca ta jest referatem z 22 prac z zakresu dyjagnostyki i terapii chorób żołądka.

Korczyński i Jaworski. O niektórych dotąd nieuwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka. Przegl. Lek. NN. 23, 24, 25, 26, str. 286, 299, 313, 326.

Autorzy na zasadzie bardzo szczegółowo przeprowadzonych obserwacyj klinicznych i badań sekcyjnych doszli do wniosku:

1) Że w przypadkach, w których istniały jakiekolwiek objawy wrzodu, napotykali wydzielanie kwasu solnego zawsze utrzymane.

2) Że istnieje bardzo wiele przypadków wrzodu, w których to wydzielanie co do jakości i ilości kwasu żołądkowego jest zwiększone (*hyperchlorhydria, hyperaciditas secretoria*).

3) Że nasilenie nadmiernego wydzielania kwasu żołądkowego się zwiększa, równocześnie ze zwiększeniem się przypadłości podmiotowych i przedmiotowych; największe nasilanie bywa w czasie krwotoków żołądkowych. Tak jakościowe, jako też ilościowe podwyższenie się wydzielania soku żołądkowego, nie zawsze wymaga długiego czasu, w pewnych przypadkach może to nastąpić już w przeciągu kilku dni.

4) Że to zwiększone wydzielanie soku żołądkowego jest trwałe, niezależne zupełnie od wprowadzonych pokarmów i odbywa się także w żołądku czczym (*hypersecretio continua chronica*).

5) Że mocz w miarę zwiększania się wydzielania soku żołądkowego staje się skąpszym, o wyższym ciężarze gatunkowym, mniéj kwaśnym, a nawet alkalicznym, z chlorkami zmniejszonémi, lub zupełnie ustępującémi.

6) Nadmierne wydzielanie soku, towarzyszące wrzodowi okrągłemu, zmniejszyć się i ustąpić może, przez co także przypadłości żołądkowe znikają. Może nawet nastąpić niedomagalność wydzielnicza, lub zupełna utrata siły wydzielniczéj.

Co się tyczy sprawy anatomicznéj w przypadkach wrzodu okrągłego, z trwałém nadmiernem wydzielaniem soku, to autorzy na zasadzie obcych i własnych badań przekonali się, że w częściach błony śluzowéj od wrzodu odległych znajdujemy:

1) Zmiany nieżytowe makroskopowo dostrzegalne, polegające na rozpulchnieniu i zgrubieniu błony śluzowéj z mniéj lub więcéj wybitną powierzchnią brodawkowatą (*état mamelonné*).

2) Naciek drobno-komórkowy, powstający pod warstwą nabłonka łuszczącego się łatwo, organizujący się w tkankę granulacyjną, dążący od powierzchni przez tkankę międzygruczołową wgłąb do błony podśluzowéj, a mogący wypełnić nawet gruczoły trawieńcowe.

3) Zwyrodnienie, a ostatecznie rozpad komórek głównych, podczas gdy komórki okółkowe (*Belegzellen*) w jak najlepszym stanie są utrzymane, ważny szczegół ze względów klinicznych i rokowania.

4) W miejscach, w których powyższe zmiany są daleko posunięte, zarysy pojedyńczych gruczołów znikają, a zamiast nich znaczne przestrzenie są utworzone z nacieku drobnokomórkowego i masy rozpadowéj komórek głównych, wśród któréj znajdują się licznie porozrzucane dobrze utrzymane komórki okółkowe.

W końcu autorzy starają się wyjaśnić związek przyczynowy faktów klinicznych i anatomicznych, o ile to jest możliwém na podstawie obecnego stanu wiedzy.

Obaliński A. i Jaworski W. Przypadek resekcyi odźwiernika rakowato-zwyrodniałego, oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu z téj operacyi. Now. Lek. N. 1, str. 9. 167.

U choréj 64-letniéj wyrobnicy w wysokiém stopniu wycieńczonéj, a przedstawiającéj od roku wyraźne objawy raka odźwiernika prof. Obal. wyciął około 7 cnt. odźwiernika rakowato-zwyrodniałego (*carcin. alveolare*). Po 5 tygodniach chora mogła już jeść zwykły objad szpitalny i przechadzać się po sali. W tym stanie na klinice prof. Korczyńskiego, Jaworski w 6, 7 i 8 tygodni po operacyi wykonał cały szereg prób na trawienie

żołądkowe. Próby te wykazały: znaczne osłabienie mechanicznéj czynności żołądka [zatrzymywanie zawartości], znaczne upośledzenie chemizmu trawienia [zupełny brak HCL, zmniejszenie pepsyny], a zatém pomimo operacyi ani chemizm, ani mechanizm żołądka wcale do prawidłowego stanu nie powrócił. Usunięto jednak przypadłości podmiotowe, zależne od zwężenia odźwiernika: chora czuje się silniejszą, łaknienie wróciło a nawet się wzmogło, wymioty nie zjawiały się, nastąpiło zaparcie stolca. Na wadze za to choréj nie przybywało, wygląd charłaczy pozostał w dalszym ciągu i mocz zawierał białko.

Jak się pokazuje z następnego doniesienia [„Nowiny“ N. 4], chora powyższa zmarła w 4 miesiące po operacyi przy objawach ogólnego osłabienia, braku łaknienia, wymiotach i zaparcia stolca. Badanie pośmiertne wykazało oprócz zapalenia płuc i opłucnéj, a także zwyrodnienia tłuszczowego serca—generalizacyję raka w wątrobie i otrzewnéj, rakowate naciecżenie ścian żołądka. Okazało się, że rozsiane ogniska rakowe znajdowały się jeszcze przed operacyją w różnych miejscach błony podśluzowéj żołądka, oddalonych od pola operacyjnego.

Obaliński dochodzi do wniosku, że w danym przypadku wykonanie mniéj niebezpiecznéj gastroenterostomii zamiast resekcyi odźwiernika byłoby przyniosło tę samą a nawet większą korzyść dla choréj.

Rydygier i Jaworski. Przypadek gastroenterostomii z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu. Przeg. Lek. N. 8 i 9, str. 89 i 103.

Szczegółowa historyja choroby i ścisłe bardzo badanie czynności żołądka i jelit w przypadku, w którym z powodu zwężenia rakowatego odźwiernika wykonano gastroenterostomię. Operacyja ta w tym przypadku nietylko polepszyła stan chorego pod względem przedmiotowym i podmiotowym, ale przybliżyła czynność mechaniczną żołądka w pewnym stopniu do stanu prawidłowego, chemizm zaś trawienia pozostał bez zmiany po operacyi. Nie pojawiło się téż żadne nieprzyjemne powikłanie, jakie inni autorowie przytaczają. Wobec faktów, że rezekcyja przy raku żołądka nie daje wcale lepszych wyników [nie poprawia mechanizmu, nie zmienia chemizmu trawienia], że jest operacyją bardziéj narażającą chorego i daje dużo większy % śmiertelności, autor wraz z innymi chirurgami skłania się więcéj do gastroenterostomii niż do resekcyi raka żołądka.

Rolle. O dziedziczności obłąkania. Przegl. Lek. N. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, str. 11, 24, 31, 47, 60, 71, 96, 112, 124. Odczyt miany na zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie, rozpoczęty już w ostatnich NN. Przeglądu lekarskiego z roku 1888. Rzecz bardzo ciekawa, do streszczenia się nienadająca.

VI. LARYNGOLOGIJA, RHINOLOGIJA I OTIATRYJA.

Sprawozdawca

Zyg. Srebrny.

Rydygier. O twardzieli nosa (Rhinoscleroma). (Wykład, miany na XVIII zjeździe chirurgów w Berlinie, połączony z przedstawieniem chorych]. Przegląd Lekarski N. 26, str. 325.

Pierwszy z przedstawionych przypadków dotyczy kobiety, u któréj obie jamy nosowe zwężone są do tego stopnia, że przepuszczają tylko bardzo cienki zgłębnik. Na podniebieniu twardém i miękkiém widać liczne zbliznowacenia, łuki podniebienne ściągnięte, miękkie podniebienie przyrośnięte do tylnéj ściany gardzieli. W drugim przypadku, dotyczącym młodego mężczyzny, widać znaczne zmiany, wychodzące z przegrody nosowéj [bliższe szczegóły nie podane, *Sprawozdawca*], podniebienie twarde i miękkie wykazują gruboziarniste wejrzenie, na tylnéj powierzchni podniebienia miękkiego znajdują się wybujałości wielkości orzecha laskowego. Oddechanie nosem niemożebne, zmysłu powonienia brak zupełny, słuch przytępiony. Pomimo, że chory ma chrypkę, w krtani zmian twardzielowych znaleźć nie można. R. zamierza u tego chorego usunąć doszczętnie chore części, gdyż wyskrobanie i wypalenie, dokonane przed kilku laty przez Mikulicza, pozostało bez skutku. Autor zwraca uwagę na możliwość przejścia twardzieli na podniebienie twarde. Mówiąc o bakteryjach twardzieli, podaje R. następujące cechy, pozwalające je rozróżnić od bakteryj zapalenia płuc.

1) Hodowle laseczników twardzieli rosną wolniéj, niż pneumoniczne.

2) Pierwsze wzrastają na skośnie stężałym agarze jednostajnie, zachowują powierzchnię gładką i opalizująco szarą, drugie mają w hodowlach powierzchnię nierówną, są mniéj przezroczyste i okazują rysunek pasmowaty biały.

3) Pierwsze okazują w odpowiedniém ułożeniu względem światła wyraźniejszy i silniejszy połysk perłowéj macicy; w drugich widzieć go można wyraźnie tylko po brzegach.

Próby przeszczepienia laseczników twardzieli, dokonane przez autora na psach, królikach, świnkach morskich i na małpie nie udały się.

Wróblewski. Wyrośle adenoidalne w nosowéj części gardzieli. Gazeta Lekarska NN. 34, 35, 37, 39, 41. str. 676. 698, 741, 781, 828.

Praca zawiera znane rzeczy z symptomatologii, patologii i terapii tego cierpienia. Zmiany w budowie górnéj szczęki opisane są niedokład-

nie, a zdanie o „zbyt wielkim rozwoju szczęki dolnéj, która jest wtedy ku przodowi wysuniętą“, jest mylne: szczęka dolna u osobników z wyroślami adenoidalnémi nie przedstawia żadnych zmian, opisane zaś przez autora zboczenie odnosi się do krzywicy. Nie można się zgodzić ze zdaniem autora, aby „przerost gruczołu Luschki, był przyczyną przerostu migdałków podniebiennych“ — są to zjawiska współrzędne. Nie wszystkim „wiadomo dobrze, że przerostowa forma kataru nosa w większości przypadków nie bywa samodzielną, lecz jest tylko powikłaniem lub wyrazem innych cierpień“ — dosyć przytoczyć wpływ wilgoci oraz rozmaitych substancyj, drażniących błonę śluzową nosa: kurzu, pyłu mącznego, kamiennego, węglowego, tytoniowego, tabaki, dymu, gazów, alkoholu. Pomiędzy powikłaniami spotykał autor kilkakrotnie dusznicę, którą jednak przypisuje nie wyroślom adenoidalnym, lecz towarzyszącemu im przerostowemu nieżytowi nosa.

Modrzejewski. Zupełne zarośnięcie przewodów nosowych. Utworzenie sztucznego przewodu na drodze operacyjnéj. Gaz. Lekarska N. 16, str. 328.

Autor opisuje dwa przypadki tego cierpienia, usuniętego na drodze operacyjnéj. Oba dotyczyły dzieci dotkniętych przymiotem dziedzicznym. W jednym przypadku zarośniętą była tylko lewa jama nosowa, w drugim obie. Zarośnięcie rozpoczynało się w odległości 1 i 1½ ctm. od zewnętrznego otworu nosowego. Leczenie polegało na przepaleniu żegadłem galwaniczném błony i rozerwaniu zrostów za pomocą zgłębnika. Ażeby zapobiedz ponownemu zarośnięciu, autor wprowadzał do nosa w pierwszym przypadku *laminariam digitatam*, w drugim świeczki elastyczne, które w końcu zamienione zostały przez rurki drenowe różnéj grubości. Wynik leczenia w obu przypadkach był dodatni.

Sędziak. O stanie laryngologii w Londynie. Gazeta Lekarska NN. 36, 37, 38, 39, 41, str. 713, 733, 754, 774, 815.

Z artykułu tego najbardziéj chyba interesować może czytelnika wiadomość, że autor przebywa od 4 miesięcy w Londynie.

Sędziak. Intubacyja krtani (Metoda O'Dwyer'a). Gazeta Lekarska NN. 45, 47, 49, 50, str. 895, 942, 985, 1002.

Chcąc zbadać przyczyny obojętnego zachowania się lekarzy europejskich względem metody O'Dwyer'a, tak entuzjastycznie przyjętéj przez lekarzy amerykańskich, autor zapoznaje nas z całą przedmiotu tego dotyczącą literaturą, czerpaną przeważnie z referatów, i z techniką operacyjną, oraz dzieli się z czytelnikiem wiadomością, że wprowadzał rurki O'Dwyer'a do krtani trupów. Na postawioną zaś na czele pracy kwestyję, czy intubacyja krtani zasługuje na stosowanie, czy nie, obiecuje

dać innym razem odpowiedź. gdy odpowiednie badanie na dzieciach, dotkniętych dławcem, przeprowadzi.

Freidenson. Przypadek ciała obcego w krtani. Gazeta Lekarska N. 12. str. 264.

Wydobytém drogą naturalną ciałem obcem był odłamek kości, który leżał w krtani 3 tygodnie.

Sędziak. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych oraz w przewodzie pokarmowym. Gazeta Lekarska N. 31, str. 621.

I. Rurka tracheotomijna zewnętrzna, oddzieliwszy się od blaszki zewnętrznéj, wpadła do dróg oddechowych. Następstwem tego była krótkotrwała duszność. Przy badaniu dnia następnego klatki piersiowéj nie można było znaleźć żadnych zmian w płucach. Chory oddychał swobodnie. Badanie tchawicy okiem nie doprowadziło do żadnych wyników, natomiast wprowadzony do tchawicy zgłębnik napotykał przeszkodę w oskrzelu głównem prawém. Wydobycie rurki rozmaitémi do oskrzela wprowadzanémi narzędziami nie udało się. Obecny przy badaniu Dr. Sztejner poradził chorego położyć na wznak ze zwieszoną głową. W téj chwili chory zaczął silnie kaszlać, a wprowadzony przez otwór tracheotomijny palec wyczuwał w tchawicy rurkę, która teraz łatwo usunąć się dała. Długość rurki była $5^1/_2$ ctm., średnica 1 ctm.

[Uwagę autora, że „sondowanie tchawicy i oskrzeli ma w tych razach pierwszorzędne znaczenie, jakkolwiek i tracheoskopija często może być użyteczną", należałoby sformułować wprost przeciwnie, i w danym przypadku badanie tchawicy okiem niewątpliwie dałoby wynik dodatni, gdyby do tchawicy, dobrze wypędzlowanéj kokainą, wprowadzono wziernik. *Sprawozdawca*].

II. Zakładany do zwężonéj krtani czopek cynowy, został przez chorą połknięty bez żadnych złych następstw. Ażeby zapobiedz możliwości przedziurawienia kiszki przez ostre końce czopka, zalecono choréj spożycie dużéj ilości kartofli i mleka. Po 5 zupełnie dobrze przepędzonych dniach chora ze stolcem wydaliła czopek, ważący 40 grm., długości 5 ctm., szerokości $1^1/_2$ ctm., grubości $^3/_4$ ctm., wraz z przymocowaną do niego nitką.

Pieniążek. Wydobycie kaniuli tracheotomijnéj z oskrzela głównego strony prawéj. Przegląd Lekarski, N. 14, str. 41.

Jako ilustracyję korzyści badania wiernikowego tchawicy podaje autor przypadek wydobycia zewnętrznéj rurki tracheotomijnéj okienkowatéj z oskrzela głównego. Rurka pozostawała w oskrzelu od 7 tygodni. Do badania użyty został z początku wziernik dwulistny, późniéj rurkowa-

ty. Przy pierwszém badaniu mało na chloroform czułego chorego, wprowadzenie wziernika do tchawicy wywołało napad kaszlu, wskutek czego P. był w stanie dojrzeć tylko na chwilę w oskrzelu prawém ciało czarne z otworem do góry zwróconym.

Wziąwszy otwór ten za górny otwór rurki, wprowadził weń haczyk i zwrócił zagięty jego koniec ku stronie lewéj, sądząc, że w ten sposób zaczepi o górny brzeg okienka. Poczuwszy opór, zaczął ciągnąć ku górze ale bezskutecznie. Pozostawało uwolnić haczyk, co jednak dopiéro po długich usiłowaniach udało się. Okazało się więc, że bez dokładnego obejrzenia tchawicy nic zrobić się nie da, ponieważ zaś chloroform nie był w stanie znieść odruchów, autor wypędzlował dwukrotnie tchawicę 25% rozczynem kokainy i, wprowadziwszy teraz swobodnie wziernik rurkowaty, przekonał się, że widzi nie górny otwór rurki, lecz okienko, że zatém poprzednio zahaczył nie o okienko, lecz o dolny otwór rurki. Górny otwór rurki skierowany był ku ścianie prawéj tchawicy. Teraz dopiero po wprowadzeniu haczyka przez ów otwór, zahaczył o brzeg okienka i łatwo rurkę do otworu tracheotomijnego doprowadził, a, uchwyciwszy ją w szczypczyki, uwolnił haczyk. Tutaj nastręczyła się nowa trudność z powodu ściągnięcia się rany tchawicy. Rozszerzenie jéj przez przecięcie chrząstki tarczowéj nie udało się z powodu jéj skostnienia. Dopiero, odgarniając brzegi rany przy pomocy swojéj łyżeczki oskrzelowéj, P. rurkę nakoniec wydobył. Chory nazajutrz czuł się zupełnie dobrze. W przypadku tym okienko w rurce wielce ułatwiło jéj wydobycie. Gdyby rurka była bez okna, autor sądzi, że należałoby użyć szczypczyków lub pętli.

Sokołowski. Przyczynek do patologii i terapii rozrostowego zapalenia części podgłośniowéj krtani. (Laryngitis subglottica hypertrophica chronica) Gazeta Lekarska N. 29, str. 564.

Z 4 opisanych przez autora przypadków togo cierpienia jeden był pochodzenia tyfusowego, w 3 pozostałych etiologija jest ciemną. Leczenie polegało na rozszerzaniu krtani metodą Schrötter'a z mniéj lub więcéj pomyślnym wynikiem. W jednym przypadku, gdzie postępowanie to nie doprowadziło do żadnego celu przystąpiono do rozłupania krtani i wycięcia przerosłych części. Następcze rozszerzania uwieńczone zostały pomyślnym skutkiem.

Wróblewski. Przypadek samoistnego ropnia krtani z pomyślném zejściem [Abscessus laryngis idiopathicus]. Gazeta Lekarska N. 51, str. 1012.

Cierpienie dosyć rzadkie. Ropień mieścił się na wewnętrznéj powierzchni chrząstki nalewkowéj prawéj. W czasie dokonywania przecięcia tchawicy nastąpiło pęknięcie ropnia. Autor przeprowadza rozpozna-

nie różniczkowe pomiędzy ropniem samoistnym, ostrym obrzękiem krtani, różą pierwotną i zapaleniém ochrzęstnéj.

Stachiewicz. Suchoty gardlane, wyleczalność i leczenie takowych kwasem mlekowym. Wiadomości lekarskie N. 11, str. 329

Materyjał obserwacyjny stanowią chorzy z zakładu Brehmer'a w Goerbersdorfie w ilości 124, na którą to liczbę autor otrzymał 42 wyleczenia przez wkraplanie do krtani lub wcieranie kwasu mlecznego. U 29 z nich zabliźnienie owrzodzeń trwa 1—3 lat, u reszty wystąpiły powroty, kilku zmarło. Autor utrzymuje, że przez silne pędzlowanie można przerwać naciek tylnéj ściany krtani, co ma się równać łyżeczkowaniu [? *Spr.*], że wszystkie owrzodzenia krtani po wtarciu 50% rozczynu kwasu mlecznego pokrywają się strupem [? *Spr.*].

Unikanie germanizów w rodzaju „wytworzy się strup, wtedy należy" i t. d., byłoby pożądaném.

Sędziak. O leczeniu t. z. suchot krtaniowych wraz z uwagami o gruźlicy krtani pierwotnéj oraz uleczalności takowéj. Kronika Lekarska N. 4, 5, 6, str. 249, 31, 373.

Jest to obszerna i wyczerpująca kwestyję praca, w któréj uderza tylko szczególne zamiłowanie autora do czerpania materyjału literackiego z kilkowierszowych referatów.

Wnioski, do których dochodzi autor, są następujące:

1) Pierwotna gruźlica krtani niewątpliwie istnieje, jest jednak niesłychanie rzadką.

2) Wyleczalność suchot krtaniowych nie ulega wątpliwości.

3) Wyleczenie gruźlicy krtani zdarza się rzadko i może nastąpić zarówno przy leczeniu miejscowém, jakotéż i bez niego (*sanatio spontanea*).

4) Zabliźnienie pojedyńczych owrzodzeń gruźliczych krtani przytrafia się dość często.

5) Wyleczenie suchot krtaniowych *rsp.* zabliźnienie pojedyńczych owrzodzeń gruźliczych ma miejsce przeważnie tam, gdzie stan ogólny jest dobry, i gdzie zmiany w płucach są natury łącznotkankowéj.

6) Z licznych środków, przy t. z. suchotach krtaniowych miejscowo stosowanych, pierwszorzędne miejsce zyskał sobie kwas mleczny.

7) Najlepsze wyniki daje leczenie skombinowane [kwas mleczny, jodol z kokainą, galwanokaustyka, leczenie chirurgiczne].

8) Bywają bliznowate zwężenia krtani natury gruźliczéj.

9) Guzy krtani gruźlicze nie należą do wielkich rzadkości, mogą one być objawem gruźlicy krtani pierwotnéj.

10) Kombinacyja przymiotu krtani z gruźlicą zdarza się nierzadko.

nie różniczkowe pomiędzy ropniem samoistnym, ostrym obrzękiem krtani, różą pierwotną i zapaleniém ochrzęstnéj.

Stachiewicz. Suchoty gardlane, wyleczalność i leczenie takowych kwasem mlekowym. Wiadomości lekarskie N. 11, str. 329

Materyjał obserwacyjny stanowią chorzy z zakładu Brehmer'a w Goerbersdorfie w ilości 124, na którą to liczbę autor otrzymał 42 wyleczenia przez wkraplanie do krtani lub wcieranie kwasu mlecznego. U 29 z nich zabliźnienie owrzodzeń trwa 1—3 lat, u reszty wystąpiły powroty, kilku zmarło. Autor utrzymuje, że przez silne pędzlowanie można przerwać naciek tylnéj ściany krtani, co ma się równać łyżeczkowaniu [? *Spr.*], że wszystkie owrzodzenia krtani po wtarciu 50% rozczynu kwasu mlecznego pokrywają się strupem [? *Spr.*].

Unikanie germanizów w rodzaju „wytworzy się strup, wtedy należy" i t. d., byłoby pożądaném.

Sędziak. O leczeniu t. z. suchot krtaniowych wraz z uwagami o gruźlicy krtani pierwotnéj oraz uleczalności takowéj. Kronika Lekarska N. 4, 5, 6, str. 249, 31, 373.

Jest to obszerna i wyczerpująca kwestyję praca, w któréj uderza tylko szczególne zamiłowanie autora do czerpania materyjału literackiego z kilkowierszowych referatów.

Wnioski, do których dochodzi autor, są następujące:

1) Pierwotna gruźlica krtani niewątpliwie istnieje, jest jednak niesłychanie rzadką.

2) Wyleczalność suchot krtaniowych nie ulega wątpliwości.

3) Wyleczenie gruźlicy krtani zdarza się rzadko i może nastąpić zarówno przy leczeniu miejscowém, jakotéż i bez niego (*sanatio spontanea*).

4) Zabliźnienie pojedyńczych owrzodzeń gruźliczych krtani przytrafia się dość często.

5) Wyleczenie suchot krtaniowych *rsp.* zabliźnienie pojedyńczych owrzodzeń gruźliczych ma miejsce przeważnie tam, gdzie stan ogólny jest dobry, i gdzie zmiany w płucach są natury łącznotkankowéj.

6) Z licznych środków, przy t. z. suchotach krtaniowych miejscowo stosowanych, pierwszorzędne miejsce zyskał sobie kwas mleczny.

7) Najlepsze wyniki daje leczenie skombinowane [kwas mleczny, jodol z kokainą, galwanokaustyka, leczenie chirurgiczne].

8) Bywają bliznowate zwężenia krtani natury gruźliczéj.

9) Guzy krtani gruźlicze nie należą do wielkich rzadkości, mogą one być objawem gruźlicy krtani pierwotnéj.

10) Kombinacyja przymiotu krtani z gruźlicą zdarza się nierzadko.

Sokołowski. Przypadek złamania krtani z zejściem pomyślném. [Rzecz, czytana wraz z demonstracyją choréj na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego 18, III, 1889]. Gazeta Lekarska N. 17, str. 351.

Złamanie spowodowane zostało pochwyceniem 20 letniéj dziewczyny przez tryb sieczkarni za fartuch, zarzucony na plecy, a w przedniéj części związany na supeł. Przy badaniu znaleziono silną duszność, chrypkę i kaszel z obfitą ropiastą plwociną. Szyja obrzmiała, przy obmacywaniu wyczuwa sie obecność powietrza pod skórą. Przy ucisku na lewą połowę chrząstki tarczowéj czuje się zagłębienie i wyraźne trzeszczenie. Nagłośnia obrzmiała i czerwona, w głębi widać dwa grube czerwone wały, odpowiadające górnym brzegom chrząstki tarczowéj, idące w kierunku strun rzekomych. Wały te wypełuiają całe wnętrze krtani. Tylnéj ściany krtani nie widać. Wobec silnéj duszności przystąpiono do przecięcia tchawicy, przyczém na miejscu dolnego kąta chrząstek tarczowych okazał się otwór, powstały ze zmiażdżenia tych ostatnich i części przedniéj chrząstki obrączkowéj. Otwór ten został rozszerzony ku dołowi, po czém wprowadzono rurkę tracheotomijną. Wczasie operacyi wydzieliły się dwa małe odłamki chrząstki. Następnych dni plwocina stała się cuchnącą, a od czasu do czasu znajdywano w niéj odłamki zmartwiałych chrząstek. Po upływie 4 tygodni plwocina straciła charakter cuchnący, kaszel ustał zupełnie. W czasie tym znaleziono następujący obraz krtaniowy: poniżéj niezmienionéj nagłośni widać dwa grube czerwone wały, odpowiadające kierunkowi strun rzekomych; więzy nagłośnio-nalewkowe idą nie od zewnątrz do wewnątrz, lecz prawie prostopadle od przodu ku tyłowi i od góry ku dołowi, co zależy od tego, że chrząstki Santorinie'go nie znajdują się w ich właściwém miejscu, lecz są rozsunięte. Część międzynalewkowa leży znacznie niżéj od strun rzekomych i chrząstek Santorini'ego. Ponieważ po upływie 2 miesięcy rurki wyjąć nie można było, postanowił więc S. szukać sposobu usunięcia jej na drodze zewnątrzkrtaniowej. Przy operacyi rozłupania krtani, okazał się zupełny brak blaszki chrząstki obrączkowéj, to zaś, co przyjmowane było za tylną ścianę krtani, jest przednią ścianą dolnego ustępu gardzieli. Wobec tego żadnej dalszéj interwencyi przedsięwziąć nie można było. Chora z rurką wypisała się ze szpitala. Przy ponownem widzeniu choréj, usunięcie rurki okazało się niemożliwém.

W dalszym ciągu autor przytacza statystykę złamań krtani i zastanawia się nad mechanizmem, objawami, przyczynami, rokowaniem oraz leczeniem.

Sokołowski. Przyczynek do kazuistyki i terapii pierwotnego raka krtani. [Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 4. XII. 1888]. Gaz. Lek. N. 12, str. 233. U 40-letniego, dotkniętego od 4 lat chrypką mężczyzny, którego matka zmarła na sucho-

ty, znalazł S. w krtani lekki obrzęk prawéj chrząstki nalewkowéj, ograniczoną ruchomość struny głosowéj prawéj i umiarkowane nacieczenie $^1/_3$ części przedniéj téjże struny. W płucach, w okolicy nadgrzebieniowéj prawéj wydech nieco wydłużony. Chory kaszle od 9 lat. Autor uważał cierpienie za poczynającą się gruźlicę krtani. W kilka miesięcy późniéj przedstawił się chory z objawami wysoko posuniętego zwężenia krtani, które zniewoliło do wykonania przecięcia tchawicy. Wówczas obie chrząstki nalewkowe były znacznie obrzmiałe, ruchomość prawéj bardzo ograniczona, $^1/_3$ przednia część struny prawdziwéj prawéj przedstawiała się pod postacią grubego ciemno-czerwonego wału. W plwocinie znaleziono tylko ciałka ropne. Wkrótce nasięk struny głosowéj prawéj zaczął rozpadać się, a w dalszym ciągu w témże miejscu powoli wyrastały wykwity brodawkowate białego koloru. Dwie takie największe brodawki zbadane drobnowidzowo wykazały budowę włókniaków brodawkowatych [Przewoski]. W 2 miesiące późniéj przy ogólnym stanie zupełnie dobrym, struna w miejscu opisanego nacieczenia przedstawiała się ściągniętą, pomarszczoną, zgrubiałą, jakby zbliznowaciałą. Na powierzchni jéj i na brzegach widać białe brodawkowate narośle. Te ostatnie zostały w zupełności usunięte, a miejsca przyczepu przypalone żegadłem galwaniczném. Badanie drobnowidzowe tych narośli dało ten sam, co i poprzednio, wynik. Chory czuł się zupełnie dobrze, i rurka tracheotomijna została usuniętą. Po upływie jednak pięciu miesięcy znowu rozwinęła się silna duszność, wskutek czego tracheotomiję wykonano powtórnie. Teraz struna prawa była zupełnie nieruchomą, obie chrząstki nalewkowe silnie obrzmiałe, prócz brodawek w dawném miejscu, pod kątem przednim widać narośl większą, wychodzącą z wolnego brzegu struny prawej. Z tego miejsca wydobyto dwa kawałki nowotworu, który okazał się pod drobnowidzem brodawkowcem [Przewoski]. Dla upewnienia się wreszcie w rozpoznaniu S. wydobył cały guz, i tym razem badanie drobnowidzowe wykazało budowę raka [Brodowski, Przewoski]. Poprzednie wyniki badania drobnowidzowego zależały od tego, że dostarczane były powierzchownie położone części guza. Pod względem leczniczym autor zwraca uwagę na wynik leczenia miejscowego, za pomocą którego osiągnięto zabliźnienie sprawy i wstrzymanie się jéj w rozwoju na przeciąg kilku miesięcy. [Pod tym względem należy zauważyć, że już przed leczeniem miejscowém nacieczona poprzednio część struny „przedstawiała się ściągniętą, pomarszczoną, nieco zgrubiałą, jakby w stanie poczynającego się bliznowatego zwyrodnienia.“ *Spr.*)

Zaleski. O niestósowności aluminiowych cewek tracheotomijnych. Nowiny Lek. N. 5, str. 232.

Na zasadzie odpowiednich doświadczeń przychodzi autor do wniosku, że glin przy dłuższém zetknięciu z płynami i tkankami ustroju rozpuszcza się i podlega wessaniu, wywołując w ten sposób zatrucie przewlekłe.

ty, znalazł S. w krtani lekki obrzęk prawéj chrząstki nalewkowéj, ograniczoną ruchomość struny głosowéj prawéj i umiarkowane nacieczenie $^1/_3$ części przedniéj téjże struny. W płucach, w okolicy nadgrzebieniowéj prawéj wydech nieco wydłużony. Chory kaszle od 9 lat. Autor uważał cierpienie za poczynającą się gruźlicę krtani. W kilka miesięcy późniéj przedstawił się chory z objawami wysoko posuniętego zwężenia krtani, które zniewoliło do wykonania przecięcia tchawicy. Wówczas obie chrząstki nalewkowe były znacznie obrzmiałe, ruchomość prawéj bardzo ograniczona, $^1/_3$ przednia część struny prawdziwéj prawéj przedstawiała się pod postacią grubego ciemno-czerwonego wału. W plwocinie znaleziono tylko ciałka ropne. Wkrótce nasięk struny głosowéj prawéj zaczął rozpadać się, a w dalszym ciągu w témże miejscu powoli wyrastały wykwity brodawkowate białego koloru. Dwie takie największe brodawki zbadane drobnowidzowo wykazały budowę włókniaków brodawkowatych [Przewoski]. W 2 miesiące późniéj przy ogólnym stanie zupełnie dobrym, struna w miejscu opisanego nacieczenia przedstawiała się ściągniętą, pomarszczoną, zgrubiałą, jakby zbliznowaciałą. Na powierzchni jéj i na brzegach widać białe brodawkowate narośle. Te ostatnie zostały w zupełności usunięte, a miejsca przyczepu przypalone żegadłem galwaniczném. Badanie drobnowidzowe tych narośli dało ten sam, co i poprzednio, wynik. Chory czuł się zupełnie dobrze, i rurka tracheotomijna została usuniętą. Po upływie jednak pięciu miesięcy znowu rozwinęła się silna duszność, wskutek czego tracheotomiję wykonano powtórnie. Teraz struna prawa była zupełnie nieruchomą, obie chrząstki nalewkowe silnie obrzmiałe, prócz brodawek w dawném miejscu, pod kątem przednim widać narośl większą, wychodzącą z wolnego brzegu struny prawej. Z tego miejsca wydobyto dwa kawałki nowotworu, który okazał się pod drobnowidzem brodawkowcem [Przewoski]. Dla upewnienia się wreszcie w rozpoznaniu S. wydobył cały guz, i tym razem badanie drobnowidzowe wykazało budowę raka [Brodowski, Przewoski]. Poprzednie wyniki badania drobnowidzowego zależały od tego, że dostarczane były powierzchownie położone części guza. Pod względem leczniczym autor zwraca uwagę na wynik leczenia miejscowego, za pomocą którego osiągnięto zabliźnienie sprawy i wstrzymanie się jéj w rozwoju na przeciąg kilku miesięcy. [Pod tym względem należy zauważyć, że już przed leczeniem miejscowém nacieczona poprzednio część struny „przedstawiała się ściągniętą, pomarszczoną, nieco zgrubiałą, jakby w stanie poczynającego się bliznowatego zwyrodnienia.“ *Spr.*)

Zaleski. O niestósowności aluminiowych cewek tracheotomijnych. Nowiny Lek. N. 5, str. 232.

Na zasadzie odpowiednich doświadczeń przychodzi autor do wniosku, że glin przy dłuższém zetknięciu z płynami i tkankami ustroju rozpuszcza się i podlega wessaniu, wywołując w ten sposób zatrucie przewlekłe.

Zmiany przy tém mają być nadzwyczaj wybitne zarówno pod względem symptomatologicznym, jak i co do anatomo-patologicznego obrazu. Bliżéj zmian tych autor nie podaje. Za najstosowniejsze rurki tracheotomijne uważa S. srebrne, pozłacane; aluminium złocić się nie daje.

Heiman. Uderzenie w twarz—śmierć po ośmiu dniach. Medycyna N. 47, str. 773.

[Przedstawione na posiedzeniu Towarzystwa Lekarsk. Warszawsk. T. XI, 1889]. Przypadek ten przedstawia pewien interes pod względem sądowo-lekarskim. 21-letni szeregowiec przybył do oddziału autora z krwotokiem usznym, trwającym od 2 dni i powstałym po uderzeniu go w twarz. Od kilkunastu dni czuł się słabszym, na ucho jednak nigdy nie chorował. Według słów felczera i lekarza pułku atoli krwotok miał wystąpić dopiero w 40 godzin po uderzeniu. Przy badaniu znaleziono na muszli lewéj krew świeżo zapieczoną, a w przewodzie słuchowym zewnętrznym płyn krwisto-ropny, błona bębenkowa była zaczerwieniona, a w odcinku przednim przedziurawiona. Ciepłota ciała 40,5, tętno 120; odpowiedzi apatycznego chorego zdradzały pewien stopień przyćmienia umysłu. Język suchy, przy wymawianiu wyrazów porusza się niezupełnie swobodnie, znaczne powiększenie śledziony i bolesność w okolicy kiszki ślepéj. Następnego dnia wystąpiło porażenie *n. abducentis*, a także ból wraz z obrzmieniem lewego stawu napięstko-promieniowego. W dalszym ciągu przy ciepłocie wyżéj 40° występuje utrata przytomności, opadnięcie lewéj powieki górnéj, rozszerzenie źrenicy lewéj, ropienie w stawie zajętym i żółtaczka. 6-o dnia chory zmarł.

Badanie pośmiertne wykazało przewlekłe zapalenie ropne lewéj jamy bębenkowéj z próchnieniem wyrostka sutkowego i jako następstwo tegoż zapalenie opon mózgowych i zakażenie ropnico-posocznicowe. Nie można więc w żadnym razie uważać uderzenia w twarz za przyczynę zapalenia ucha średniego *resp.* za przyczynę śmierci. [Rozstrzygnięcie téj kwestyi możebne było przy pierwszém badaniu chorego: jeżeliby cierpienie ucha spowodowane było uderzeniem, to przedziurawienie błony bębenkowéj miałoby kształt prosto-linijny, a wydzielina nie byłaby cuchnącą, jaką w danym przypadku być musiała. Prócz tego, jak autor sam zwraca uwagę, w przeciągu 48 godzin nie przyszłoby do tak jaskrawo wyrażonych objawów ropnicy. *Spr.*).

VII. CHIRURGIJA.

Sprawozdawca

Wł. Szteyner.

Matlakowski. Przypadek wyleczonéj promienicy. Gaz. Lek. N. 3, str. 46.

Mężczyzna 46-letni, od 6 tygodni zauważył guz niebolesny poniżéj kąta żuchwy, przed tygodniem otworzył się mały ropień. Znaleziono twarde nacieczenie okolicy podszczękowéj prawéj, oraz dwie małe przetoki w miejscach rozmiękczenia; pod drobnowidzem stwierdzono obecność grzybków promienicowych. Pod chloroformem wykonano wycięcie w całości guza, jak nowotworu, wraz z częściami mięśni i ślinianką podżuchwową, podwiązano bardzo wiele tętnic i żył. Przez kilka dni chory gorączkował, szczęki przez kilka tygodni pozostały zbliżone, po eliminacyi krawędzi żuchwy rana zagoiła się. W dwa lata po operacyi M. miał wiadomość, że chory jest zupełnie zdrów.

Jaworowski. Leczenie nowotworów za pomocą prądu stałego stosowanego zewnętrznie. Gaz. Lek. N. 40, str. 794.

Dodatnie wyniki, otrzymane za pomocą prądu stałego w obrzmieniach gruczołów chłonnych, skłoniły autora do stosowania elektryczności przy nowotworach. Pierwszy przypadek dotyczył 19-letniéj panny, mającéj guz twardy, nieruchomy, wielkości jaja kurzego w okolicy dolnego przyczepienia mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego. Z początku stosowano strumienie słabsze [5—8 miliamperów], późniéj mocniejsze [10—12—14]; po kilku tygodniach codziennych posiedzeń 10-cio minutowych, nowotwór uległ znacznemu zmniejszeniu, a po 2½ miesiącach z guza nie pozostało śladu. Po 2 latach osoba ta jest zupełnie zdrowa. II. Panna 20-letnia, guz wielkości jaja kurzego w piersi prawéj; po 30 posiedzeniach guz się zmniejszył do połowy, po 70 posiedzeniach pozostał ślad w formie soczewki; po dwóch latach można było skonstatować, że gruczoł prawy niczém prawie nie różni się od prawidłowego lewego. III. 40-letnia wdowa, guz w piersi lewéj wielkości orzecha włoskiego, w dole pachowym gruczoł twardy, nieco bolesny przy ucisku, dotkliwe bóle rozpromieniające się. Po 2 tygodniach codziennych 10—15 minutowych posiedzeń o sile 10 — 15 m. a., chora zauważyła znaczne zmniejszenie bólów, po 10 tygodniach guz zmniejszył się do ¼ swéj wielkości; doszczętne usunięcie bólów i gruczołu pachowego udało się dopiero po 165 posiedzeniach.

Wyleczenie sprawdzono po upływie 1½ roku.

W drugiéj części pracy podaje autor wyniki stosowania metody Apostoli'ego. I. 29-letnia mężatka, bezdzietna, miesiączkowanie w ostatnich latach równało się obfitym i groźnym krwotokom $\left(\frac{8-12}{2}\right)$, połączonym z ogromnémi bólami; guz twardy, wypełniający całkowicie jamę brzuszną. Już po 9 posiedzeniach [20 — 30 M. A.] miesiączka była umiarkowana, trwała dni 4 i przeszła bez najmniejszych boleści. Trzecie i czwarte miesiączkowanie trwało jeszcze krócéj. Po 30 posiedzeniach [40—60 M. A.], wygląd choréj i cera wyraźniéj uległy poprawie, wymiary guza znacznemu uległy zmniejszeniu. Po 60 posiedzeniach obwód brzucha zmniejszył się o 4 ctm., chora pomimo, że jeszcze nosi guz, dorównywający wielkością głowie dorosłego człowieka, czuje się szczęśliwą, że została uwolnioną od krwotoków i cierpień. II-gi przypadek włókno-mięśniaka macicy dotyczy 30-letniéj bezdzietnéj mężatki; obfite, ciągłe upławy i krwawe plamy w przerwach miesiączkowych; dno macicy na 2 — 3 palce ponad spojeniem łonowém, guz w sklepieniu tylném. Po 3 posiedzeniach, miesiączkowanie było mniéj obfite, po 5 następnych znikły upławy, po 10 ustanie krwawień, wyleczenie względne; badając chorą po 8-iu miesiącach, guza w tylném sklepieniu nie znaleziono, wyleczenie nastąpiło zupełne. W 3-im przypadku torbieli surowiczéj jajnika, leczenie elektrycznością zawiodło.

Szuman. Słowo o leczeniu większych oparzeń. Nowiny Lek. N. 9, str. 450.

Wszelkie wody dezynfekcyjne przy większych oparzeniach szkodę przynoszą, ponieważ drażnią w wysokim stopniu skórę z nabłonka ogołoconą i obfitą bardzo wydzielinę, względnie obfite ropienie, mimo dezinfekcyi powodują, zaś następstwem ropienia są obszerne i niepodatne blizny. Płomień lub gorąca woda i t. d. przy oparzeniu zwykle samo przez się dość dobrą dezynfekcyję powierzchni skóry powodować się zdają. Skoro tylko chory z większém oparzeniem się przedstawi, nakłada S. grubą warstwę żółtéj waseliny z salicylem [1—2:30], dla uśmierzenia bólu dodaje nadto kokainy [0,2 — 0,3]. Następnie przykłada grubą warstwę suchéj gazy jodoformowéj lub salicylowéj, na to watę i opaskę, którą zmienia w razie potrzeby w blizkości ust i nosa kilka razy na dobę, na ręku po kilku dniach.

Jeżeli rana oparzelinowa była już wyraźnie zanieczyszczoną np. piaskiem i t. p., wtedy do obmycia jéj przed opatrunkiem nie używa płynów przeciwgnilnych, lecz oliwy z wodą wapienną, również tą mieszaniną pozwala zwilżyć gazę w razie silniejszych bólów. Przy zmianie opatrunku nie należy odrywać nigdy kawałków gazy mocno przylegających. Bąbli powstałych przy oparzeniu nie przecina S., tylko ostrożnie grubą warstwę maści i gazy na nie przykłada, przy czém bąble zasychają, a ropienie rzadko i nieduże się wydarza.

W ten sposób postępując, zagojono w ciągu 10 dni zupełnie wielkie i głębokie oparzenie twarzy i rąk płomieniem gazowym; w ciągu 9 tygodni oparzenie zapaloną naftą obu rąk zagojono gładko bez wszelkich stwardnień i pokurczeń bliznowych na palcach, pomimo, iż skóra w wielu miejscach na palcach i na grzbiecie ręki była brunatną i pergaminową, ropienia prawie nie było. Równie szczęśliwie wyleczono wiele innych. Przy bardzo rozległych oparzeniach trzeba być ostrożnym z dawką kokainy.

Bossowski. O zabiegach plastycznych dla pokrycia większych ubytków i owrzodzeń. Przegl. Lek. N. 38 i 39, str. 453 i 468.

Autor w wykładzie habilitacyjnym opisuje różne metody plastyki, zastanawiając się szczegółowo nad najnowszémi metodami Thiersch a i Maasa.

Bossowski. Szereg przypadków operowanych według metody autoplastycznéj Maasa. Przegl. Lek. N. 40, 41 i 42, str. 479, 489, 507.

Siedm przypadków transplantacyi opisuje Bos.; trzykrotnie przeszczepiano płat skórny na odświeżoną powierzchnię ziarninową, w innych zaś 4 przypadkach przeniesiono płat na świeżą powierzchnię rany po wycięciu nowotworu lub blizny. W 6 przypadkach użyto do przeszczepienia skóry brzucha, skąd wycięty płat już to bezpośrednio, jak w pierwszych 5 razach, dotyczących pokrycia plastycznego kończyny górnéj, już to na drodze wędrówki powolnéj, jak w przypadku 6-tym z blizną przyciągającą ramię do klatki piersiowéj, przeniesiono na istniejący lub dokonany ubytek. W 5-ciu przypadkach plastyki na kończynie górnéj do ustalenia téjże w pobliżu wykrojonego z brzucha płatu, użyto poduszek i wałków z waty, podpierających kończynę na brzuchu i klatce piersiowéj, a umocowanych zwojami opaski miękiéj i krochmalonéj. Sposób ten mniéj sprawia choremu niewygody, aniżeli opaska gipsowa. Do szwu używano z dobrym skutkiem jedwabiu; do zabezpieczenia szypułki płatu od zasychania, posługiwano się gazą powleczoną maścią borną, pożądanym byłby środek równie ochronny a dzielniejszy pod względem antyseptyki z powodu zdarzającego się ropienia w szwach.

Faytt. Pośrednie pęknięcie podstawy czaszki [jeden z przykładów do teoryi Wahl'a]. Med. N. 46, str. 757.

Mężczyzna 50-letni, uderzony tępém narzędziem miał 3 rany; jedna największa szła w kierunku górnego brzegu kości ciemieniowéj lewéj, dwie drugie podłużne, jedna w odległości 2-ch cali poza pierwszą, druga na wysokości wyrostka sutkowego. Bezprzytomność, obfity wypływ krwi z lewego ucha i nosa, wylew krwawy do prawego oczodołu, oraz wypływ cieczy mózgowo-rdzeniowéj z ucha, wskazywały na pęknięcie podstawy czaszki. Przy sekcyi znaleziono: znaczny wylew krwi pomiędzy skórą i czepcem ścięgnistym po stronie lewéj; poprzeczne pęknięcie kości cie-

mieniowéj lewéj na dolnym jéj brzegu; złamanie części łuskowatéj kości skroniowéj lewéj, przez całą jéj szerokość, dochodzące do podstawy kości potylicowéj. Pęknięcie o brzegach nierównych zaczynało się o 6—7 ctm. poniżéj miejsca uderzenia i odkrytych powłok czaszki. Uderzenie tępém narzędziem nastąpiło prawdopodobnie w kierunku od góry do dołu w kość ciemieniową lewą.

Neufeld. Limfotoki podskórne. Gaz. Lek. N 11 i 12, str. 212 i 242.

Przytoczywszy z Gussenbauera opis omawianego cierpienia, podaje N. trzy przypadki przez siebie spostrzegane. 1) Robotnikowi spadł kawał węgla na udo i ześlizgnął się po niém na ziemię, [siła działała w kierunku stycznym do powierzchni skóry]. Przy badaniu znaleziono guzowatość od 1/4 górnéj uda aż do kolana na całéj przedniéj i obu bocznych powierzchniach uda, skóra niezmieniona, chełbotanie niezwykle wyraźne. Przy przewracaniu się chorego, cały płyn przelewa się na tę stronę, w którą się chory obraca. W pozycyi stojącéj cały płyn opuszcza się ku dołowi i stanowi na 2 cale wysoki wał ponad kolanem.

Po dwóch tygodniach wydobyto szprycką przezroczysty żółty płyn; chory od pierwszego dnia po obrażeniu nie miał bólów i ani razu nie gorączkował. Po dwóch miesiącach, gdy nie następowało wessanie, zrobiono cięcie, które po pewnym czasie zupełnie się zagoiło.

W drugim przypadku robotnikowi spadł spory kawał węgla na plecy i zsunął się na ziemię; znaleziono chełbotanie na całéj tylnéj powierzchni klatki piersiowéj od 1-go kręgu grzbietowego, aż do połowy okolicy lędźwiowéj; z początku robiono zimne okłady, późniéj chory zaczął leżeć na chełboczącym grzbiecie w następstwie czego po kilku tygodniach płyn uległ wessaniu. W trzecim przypadku uderzenie nastąpiło opuszczającą się windą, chełbotanie znaleziono po obu stronach lędźwi, na obu pośladkach, na kości krzyżowéj, a nawet ponad kością ogonową i na kroczu. Przy zmianie położenia cały płyn przelewał się własnym ciężarem ku dołowi. Wyciągnięto strzykawką płyn jasno-różowy, pół przezroczysty, po paru tygodniach płyn w znacznéj części uległ wessaniu. W 41 dni po obrażeniu jeszcze na kości krzyżowéj znaleziono wyraźne chełbotanie, strzykawką wyciągnięto płyn jasny, przezroczysty, ciągnący się. Dotychczas opisano 13 podobnych przypadków.

W opisanych trzech przypadkach nie było bólu, obrzmienia i gorączki, skóra też nie była naprężoną.

Autor jest przeciwny otwieraniu zbiornika limfy w pierwszych dniach po stłuczeniu z obawy powikłań.

Szuman. Przypadek limfotoku z rany podpachowéj (lymphorrhoea traumatica). Now. lek. Z. 10, str. 502.

Po operacyi recydywy raka piersiowego w gruczole pod pachą na krańcu dawniejszéj blizny, operacyi łatwéj i niewielkiéj, trzeciego i szó-

stego dnia trzeba było zmienić opatrunek obficie przesiąknięty blado-różową wydzieliną. Ósmego dnia widzieć można było, iż z rany, z tego miejsca gdzie leżała przedtém rurka drenowa, sączył się bezustannie i spływał po boku ciała drobny strumyczek limfatycznego, bezbarwnego, wodnistego płynu. Po przypaleniu płynnym skoncentrowanym karbolem i założeniu opaski uciskającéj, zagojenie nastąpiło szybko, choć chora długo jeszcze osłabioną się czuła.

Szymkiewicz. Kilka słów o plombowaniu zębów złotem. Przegl. Lek. N. 11, 14 i 15, str. 132, 173, 185.

Autor opisuje nową metodę plombowania złotem Herbsta, którą w praktyce stosuje rzadko, oddając pierwszeństwo dawnemu sposobowi amerykańskiemu.

Obaliński. Uwagi nad recydywą bólu twarzowego po newrektomijach jednéj z gałęzi nerwu trójdzielnego. Przegl. Lek. N. 33, str. 405.

Wieśniak 62-letni, operowany kilkakrotnie w ciągu $8^1/_2$ lat, powrócił do szpitala z gwałtownémi bólami w zakresie 2-iéj gałęzi nerwu trójdzielnego. O. miał zamiar wykonać powtórnie czasową resekcyję Langenbecka i wydobyć resztę nerwu, gdy jednak z powodu kostnin i zrostów, okazało się to niemożliwém, celem usunięcia stężenia szczęki dolnéj, przepiłował tę ostatnią po nad jéj kątem, wyłuszczył część stawową i wyciął kilka centymetrów nerwu żuchwowego. Nerwobóle odrazu ustąpiły. Przypadek ten może dowodzić, że pewne recydywy, występujące po wycięciu nerwów, mają przyczynę w anastomozach pomiędzy pojedyńczémi gałęziami.

Obaliński. Uwagi nad czasową resekcyją szczęki dolnéj, dokonywaną w celu wycięcia nerwu żuchwowego. Gaz. Lek. N. 6, str. 107.

Czasową resekcyję podaną pierwotnie przez Mikulicza zmienił autor w następujących punktach.

1) Części miękkie przecina wzdłuż dolnego brzegu żuchwy, począwszy od punktu 3 ctm. ponad jéj kątem położonego, aż do punktu na 3 ctm. przed tymże, przez co późniéj blizna jest schowaną. 2) Piłuje O. kość pod okostną, nie przed mięśniem żwaczem, lecz za nim, a raczéj pod jego tylnémi wiązkami, czém osięga tę korzyść, że jeden z mięśni do żwania służących pozostaje przy oddzielonéj gałęzi, a drugi przy trzonie. 3) Piłuje kość ukośnie ku przodowi i ku górze, przez co dolny odłamek ruszając się podpiera górny. Według tych zasad wykonał autor tę operacyję u 48-letniego mężczyzny, przyczém wyciął nerw żuchwowy i przekonał się, że można dostać się aż do otworu jajowatego. Kość zeszyto drutem srebrnym, ranę zeszyto bez drenu. Zagojenie pod jednym opatrunkiem, 14-go dnia po operacyi chory mógł gryźć twardą bułkę.

Krajewski i Wróblewski. Rak krtani. — Całkowite wycięcie krtani. Med. N. 1—7, str. 1, 19, 49, 65, 85 i 105.

Mężczyzna 51-letni, choruje od 1½ roku; z powodu utrudnionego oddechu wykonano tracheotomiję dolną, badanie mikroskopowe kawałka nowotworu wydobytego za pomocą ostréj łyżeczki krtaniowéj potwierdziło rozpoznanie raka włóknistego. W 9 dni po tracheotomii wykonano całkowite wycięcie krtani przy użyciu rurki tchawicowéj, obszytéj gąbką prasowaną i przy zwieszonéj głowie chorego. Pierwotnie rozpoczęto oddzielanie krtani od dołu, od strony tchawicy, a gdy się to okazało zbyt trudném, zatampowano tchawicę powyżéj rurki, następnie przecięto pod kierunkiem palca, wprowadzonego przez usta wiąz tarczo-gnykowy, poczém wyłuszczono krtań od góry i z boków. Tętnice krtaniowe górne podwiązano po przecięciu; rogów chrząstki tarczowéj nie wyłuszczano, lecz przecięto nożyczkami. Po wycięciu krtani przyszyto do skóry od dołu tchawicę, od góry zaś błonę śluzową gardzieli, cięcie skórne poprzeczne zeszyto; pozostawiono na stałe zgłębnik żołądkowy, tampon jodoformowy i rurkę tchawicową zatykową. Przebieg po operacyi był pomyślny, 5-go dnia wyjęto rurkę Hahn'a i zastąpiono ją długą zwyczajną rurką, obszytą gazą jodoformową, 12-go dnia usunięto zgłębnik żołądkowy i wprowadzono go parę razy dziennie. 25 dnia chory zaczął łykać dobrze pokarmy stałe i półpłynne, 33 dnia wprowadzono sztuczną krtań Gussenbauera, 49 dnia rana zupełnie się zagoiła. W ciągu 4½ miesiąca choremu przybyło 15 funtów wagi, krtań sztuczna funkcyjonowała dobrze, z wyjątktem aparatu fonacyjnego, którego chory coraz rzadziéj używał. Po 8 miesiącach chory zmarł na zapalenie płuc, na kilka tygodni przedtém lekarz zauważył powiększenie gruczołów podszczękowych, prawdopodobnie rakowéj natury.

Autor zebrał w tablicy 129 przypadków wycięcia krtani, dokonanych do końca 1887 roku; śmiertelność wynosi 44,9%. Jedynym faktem przemawiającym na korzyść operacyi jest 5,5% [*resp.* 80,4%] radykalnych wyleczeń, których żadną inną drogą osiągnąćby się nie dało.

S. Kruszewski. Ciało obce ruchome w tchawicy. Tracheotomija. Wyzdrowienie—notatka lekarska. Gaz. Lek. N. 11, str. 227.

Chłopczyk 7-letni, trzymając w ustach nasienie bobu, wciągnął je do tchawicy. Oddech silnie utrudniony, ciało obce przesuwające się w tchawicy można wyczuć pod palcami. Tracheotomija, przy silnym wydechu ciało obce wyskoczyło z rany.

Sunderland. Zadławienie się igłą i wydobycie jéj przez skórę w prawéj okolicy szyi—notatka lekarska. Gaz. Lek. N. 9, str. 187.

U kobiety 50-letniéj, która przed 4 miesiącami po spożyciu ciastka doznała silnego dławienia, wydobył S. z pod skóry szyi igłę.

Matlakowski. Trzy przypadki podwiązania tętnic tarczowych, dokonanego przy wolu sposobem Drobnika. Gaz. Lek. N. 18, str. 376.

Sposób Drobnika jest technicznie łatwiejszym i właściwszym od innych, obawa zgorzeli gruczołu tarczowego jest płonną. I. Kobieta 20-o letnia z wolem twardém, elastycznem, obwód szyi 40 ctm; przy operacyi krwawienie miąższowe było nadzwyczaj małe, mięsień łopatko-gnykowy przebiegał bardzo nizko, *art. cervicales ascend.* były bardzo cienkie. Po 18 dniach obwód szyi zmniejszył się o 2 ctm. II. Chora 17-letnia, po 10 dniach opuściła szpital. III. Chora 20-letnia — odszukanie tętnic bardzo trudne, żyły szyjowe wewnętrzne bardzo rozszerzone, stanowiły wielką przeszkodę. Po 10 dniach chora opuściła szpital; niepodobna było zauważyć jakiéjś zmiany wyraźnéj w samém wolu.

Rydygier. Przyczynek do sposobu operowania przy podwiązaniu tętnicy tarczykowéj dolnéj. Przegl. Lek. N. 10, str. 117.

Autor operował 4 nowe przypadki wola. Cięcie skórne wykonywa poprzecznie, mięsień mostko-obojczyko-sutkowy wraz z naczyniami unosi palcem ku przodowi i na wewnątrz, wtedy z łatwością, trzymając się na wewnątrz od *m. scalenus* spostrzedz można *truncus thyreo-cervicalis*, z którego wychodzi tętnica tarczowa dolna, zwracając się łukowato ku wewnątrz. Do dalszego preparowania używa R. dwóch długich kleszczyków anatomicznych, którémi oddziela tętnicę z łatwością, następnie podwiązuje ją podwójnie i między podwiązkami przecina. Stosunki stają się jasne, jeżeli sobie palcami dość miejsca utorować i hakami tępémi dobrze jamkę rozciągnąć.

Drobnik. O charłactwie śluzowo-opuchlinowém (myxoedema) studyjum doświadczalne. Pam. Tow. lekar. str. 1 — 197, oraz Gaz. Lek. N. 7 i 8.

Autor w pracowni kliniki chirurgicznéj prof. Mikulicza w Królewcu przedsiębrał szereg doświadczeń na psach celem wyjaśnienia etyjologii danego cierpienia i doszedł do następujących wyników. Po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego występują następujące objawy u psów: 1) Włókienkowe drgania i kurcze drgawkowe wszystkich dla oka i ręki dostępnych mięśni; 2) Zboczenia w oddechaniu, zrazu trudność wdechu, późniéj utrudnione wydechanie; 3) Uwolnienie ruchów serca i nieprawidłowe ich skutki; 4) zapadnięcie gałki ocznéj, zmniejszenie ciśnienia wewnątrz-ocznego i skoszenie oka ku górze i ku zewnątrz; 5) Zboczenie w zakresie nerwu trójdzielnego; 6) Dławienie i wymioty. U przeważnéj liczby psów objawy sprowadzają śmierć za sobą, przy sekcyi znaleźć można: 1) Obrzmienie wrzecionowate nerwu zwrotnego; 2) Zrost z blizną gałązek nerwowych, łączących nerw krtaniowy dolny z górnym, jako też cienkich gałązek nerwu współczulnego i języko-gardzielowego, oraz szyjowego pierwszego;

3) przepełnienie krwią naczyń pnia nerwu współczulno-błędnego. Wyłuszczenie gruczołu tarczowego bezwzględnie jednakże nie sprowadza śmierci lub istotnych zmian w czynnościach ustroju.

Doświadczenia z transplantacyją gruczołu tarczowego jednego zwierzęcia do jamy brzusznéj drugiego zwierzęcia i z następczém dopiero wyłuszczeniem tak przysposobionemu zwierzęciu jego własnego gruczołu tarczowego okazały: że 1) u psa wessanie istoty gruczołowéj wcale nie wpływa na rozwój objawów występujących po wyłuszczeniu gruczołów tarczowych; 2) że objawy rzeczone i śmierć następują po operacyi wyłuszczenia nawet wówczas, gdy w organizmie znajduje się dostateczna ilość istoty gruczołowéj. W ogólności objawy występujące u psa po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego występują niezależnie od obecności lub braku w ustroju zwierzęcia przypuszczalnéj czynności gruczołu; objawy te wywołane są drażnieniem nerwów znajdujących się w torebce gruczołowéj i jéj otoczeniu; pomiędzy psami znajdują się [chociaż rzadko] takie, które operacyję wyłuszczenia gruczołu, pomimo następczego ropienia ran, znoszą bez żadnéj przeszkody. Niektóre objawy u psa są analogiczne do tężyczki u człowieka. Etyjologija charłactwa śluzowo-opuchlinowego pomimo badań i doświadczeń jest jeszcze całkiem ciemną, choć wiele przemawiać się zdaje za tém, że szukać jéj należy w ciągłém drażnieniu nerwów przez sprawę zabliźniania, odbywającego się w głębi ran jeszcze przez długi czas po uznaniu chorego za wyleczonego.

Matlakowski. Tegoczesny sposób operowania raka sutki. Odczyt kliniczny N. 11, str. 28.

Przytoczywszy statystyczne dowody uleczalności raka sutki, autor przemawia za doszczętném i rozległém operowaniem. Przedewszystkiém zaleca wyjmować cały gruczoł mleczny, mając na względzie okoliczność, że w olbrzymiéj większości przypadków nowotwór odrasta w bliźnie lub jéj sąsiedztwie, radzi oprócz gruczołu usuwać także całą lub prawie całą skórę pokrywającą go, również w myśl zasady, że przy nowotworach należy ciąć w częściach zdrowych jak najdaléj od nowotworu. Mięsień piersiowy nawet przy raku sutki zupełnie na nim przesuwalnym powinien być ze względu pewności powierzchownie skrajany, gdy zaś sutka nie jest przesuwalną, należy wycinać cały mięsień na grubość. Jeżeli nowotwór sięga głębiéj, [nie zajmując jednak płuca i opłucnéj], należy wyciąć część klatki piersiowéj, t. j. żeber, międzyżebrzy i opłucnéj.

Drugą część operacyi stanowi wyjęcie gruczołów limfatycznych pachowych wraz z tkanką tłuszczową we wszystkich przypadkach raka sutki, nawet tam, gdzie nie można wymacać powiększonych gruczołów. Jeżeli gruczoł zrośnięty jest z żyłą pachową na małym ściśle ograniczonym odcinku to należy wyciąć część żyły między dwiema podwiązkami. Gru-

czoły podobojczykowe, trudno dosięgalne od strony pachy, najlepiéj usuwać osobném cięciem równoległém do obojczyka.

Po tak rozległéj operacyi pozostają olbrzymie braki skóry, które w części tylko mogą być pokryte przez naciągnięcie brzegów rany. Płaty nieco naciągnięte lepiéj nadają się do rychłozrostu, niż obszerne. Jeśli siły choréj są duże, to można wyciąć szeroki płat z klatki piersiowéj, lub z brzucha i przesunąwszy go, pokryć cały brak. Należy wystrzegać się, aby, tnąc lub szyjąc, nie przenosić cząstek raka. Na 30 operacyj bardzo rozległych, M. stracił jednę tylko chorą na zapalenie płuc; przy ścisłéj aseptyce największe niebezpieczeństwo po nowoczesnéj operacyi raka sutki, zagraża ze strony powikłań płucnych. Po wycięciu sutki ranę bez polewania wyciera wacikami przygotowanémi *ex tempore* w sublimacie i zeszywa całą ranę bez drenu, ani paska gazy, zostawiając i to nie zawsze rozporki między szwami. Ranę pachową zeszywa zrobiwszy przeciwotwór od tyłu lub pozostawia otworem część rany od dołu, wprowadzając niekiedy pasek gazy jodoformowéj. Po dwóch tygodniach rana jest zagojoną zupełnie i wtedy zdejmuje szwy.

Schramm. Chirurgiczne leczenie ropnego wysięku opłucnéj. Przegl. Lek. N. 19 i 20, str. 238 i 251.

Na 19 chorych operowanych przez autora zmarło 4. Z tych jednak u jednego dziecka operacyja nie miała żadnego wpływu na niepomyślny koniec, gdyż dziecko operowane w szpitalu dostało zapalenia jelit i téj chorobie uległo; u drugiego operacyja była wykonana tak późno, że nie mogła zapobiedz zejściu śmiertelnemu. Trzecia $1^1/_2$ roczna dziewczynka zmarła wskutek ponownego zapalenia płuc również w szpitalu. Tylko u czwartego chorego operacyja wykonana w warunkach bardzo niepomyślnych przyśpieszyła śmierć chorego przez wywołanie krwotoku w gruźliczo-zmienionych płucach. W obec daleko posuniętéj gruźlicy płuc, ograniczyć się należy przeto tylko do nakłucia i wypuszczenia ropy częściowego.

Jak prawie wszyscy chirurgowie, S. jest zwolennikiem otwarcia klatki piersiowéj w ogóle przy wysiękach ropnych przez wycięcie kawałka żebra, zwykle 7 lub 8-go, z tyłu poniżéj kąta łopatki [długości 4 — 5 ctm.].

Wyniki miał S. zadawalające z wyjątkiem jednego chorego, u którego po 4 miesiącach zagojenie nie nastąpiło, a na powtórną operacyję chory się nie zgodził.

Do przestrzykiwań po operacyi ucieka się S. tylko w razie koniecznéj potrzeby, t. j. gdy ropa zaczyna być cuchnącą, gdy chory zaczyna gorączkować, lub gdy ropa jest gęsta, zawiera strzępy włóknikowe, tak, że przez założony sączek nie może odchodzić.

Alkiewicz. Przyczynek do kazuistyki obrażeń przełyku Nowiny Lek. N. 1, str. 23.

1. Zwężenie przełyku po wypiciu kieliszka ługu potażowego; po wprowadzeniu cewy żołądkowéj wydobyto kawał jakiéjś błony [12 ctm. i 1 ctm.]; przy zbadaniu okazało się, że była to osłonka od kiszki, którą chory jadł przed 4 tygodniami. Od tego dnia wprowadzanie zgłębników coraz grubszych odbywało się bez przeszkód.

2. Oparzenie przełyku po wypiciu 60 grm. ługu potażowego. Śmierć we dwa tygodnie. Znaleziono w jamie opłucnéj około litra płynu; w dolnéj trzeciéj części przełyku ropień wielkości głowy dziecięcéj, wypełniający tylne śródpiersie.

3. Chory w napadzie obłąkania połknął krzyż od różańca. Wprowadziwszy nie bez trudności poza ciało obce przyrząd Graefego [w pobliżu chrząstki pierścieniowatéj krtani], starał się A. najpierw krótkiémi uderzeniami z dołu do góry uwolnić jedno z tkwiących napoprzek ramion krzyża, co mu się wreszcie udało, poczém wydobył mosiężny krzyż [7 i 5½ ctm.].

Szuman. Wysięk gruźliczy jamy brzusznéj, leczony operacyjnie, tudzież uwagi nad wyleczalnością tego cierpienia. Nowiny Lek. N. 2, str. 57].

Chora 24-letnia, niezamężna; rozpoznano torbiel jajnika o cienkiéj ścianie, nie wykluczając możliwości otorbionego wysięku. Po otworzeniu jamy brzusznéj, znaleziono mocno zgrubiałą otrzewnę oraz płyn surowiczy, dość gęsty [2½ litra], ściany jamy zasiane gęsto drobnémi guziczkami; ognisk ropiejących lub zserowaciałych nie było widać. Zgrubiałą i zwyrodniałą otrzewnę ścienną odpreparowano; irygacyja sublimatem i kreoliną, szew, kilko-calowe sączki. Przebieg pomyślny, zagojenie. Badanie mikroskopowe wykazało budowę gruzełka oraz prątki.

Autor zwraca uwagę na stosunkowo dobre widoki wyleczenia téj choroby drogą operacyjną, [na 61 przyp. 45 razy], zwłaszcza gdzie płuca, kiszki i t. p. są mało lub wcale nie zajęte.

Sawicki Br. O ranach przepony. Gaz. Lek. N. 42—46, str. 834, 854, 883, 899, 928.

Robotnik 20-letni otrzymał cztery pchnięcia nożem, jedna z ran znajdowała się w siódmém lewém międzyżebrzu, rozpoczynała się o 1 ctm. na lewo od linii sutkowéj lewéj i miała 6 ctm. długości, po nad powierzchnię rany wystawał kawałek sieci. Przy badaniu pokazało się, że chrząstka 8-go żebra i kość 9-go żebra były przecięte, nadto złamane było 9-te i 10-e żebro na miejscu połączenia z chrząstką. Po wycięciu ósmego żebra [6 ctm.] i dziewiątego [10 ctm.] okazało się, że przepona była zranioną i część sieci dostała się do opłucnéj jednym odcinkiem, a drugim na zewnątrz; wydobywszy przez pociąganie odcinek sieci, leżący w opłucnéj,

usłyszano charakterystyczny szmer wciąganego do opłucnéj powietrza, otwór w przeponie przepuszczał swobodnie 2 palce; z powodu wycięcia żeber i odłuszczenia przyczepów przepony od chrząstek, zraniona część przepony przesunęła się mocno ku górze i ku środkowi; dla ułatwienia zeszycia, wydobyto zranioną część przepony kleszczykami na zewnątrz i założono cztery szwy głębsze na ranę przepony. Następnie zeszyto otrzewnę, potém mięśnie, nakoniec skórę. Po przebyciu surowiczego zapalenia opłucnéj, chory wyzdrowiał, rana w przeponie, jak przypuszczać można, zabliźniła się.

Przytoczywszy obszerną literaturę przedmiotu, autor radzi zeszywać rany przepony przez laparatomiję, a w celu uprzystępnienia znacznie wypuklonéj ku górze przepony zaleca usunięcie paru przednich przyczepów przepony, oraz resekcyję trzech lub czterech żeber [8, 9, 10]. Przez ten sposób zyskujemy większe pole operacyjne i możność przyciągnięcia przepony ku sobie, zmniejszamy napięcie mięśnia saméj przepony, które to napięcie może spowodować rozejście się szwu; sprzyjamy zbliżeniu się i zrośnięciu obu listków opłucnéj ponad przeponą, wreszcie zmniejszamy pojemność odpowiedniéj strony klatki piersiowéj, a co za tém idzie, ciśnienie ujemne w opłucnéj.

W końcu podaje S. tabelaryczny spis 37 przypadków ran przepony, nieobjętych statystyką Lachera.

Radziszewski. Rana kłuta ścianki brzusznéj, zadana nożem, wypadnięcie trzewiów, wyzdrowienie. Medycyna N. 21, str. 337.

Mężczyzna 30-tetni otrzymał pchnięcie nożem w okolicę dołka podsercowego, wkrótce poczuł ręką występujące przez ranę trzewa. Wypadnięte trzewa, żołądek i sieć przedstawiały guz wielkości prawie główki dziecięcia. Po zachloroformowaniu trzewa odprowadzono, ściana brzuszna rozciętą była na przestrzeni około 4 palców poprzecznych. Szew; w jednym kącie rany ropienie; wyzdrowienie.

Wróblewski z Baku. Przestrzelenie brzucha kulą — wyzdrowienie. Nowiny Lek. N. 11, str. 545.

Ranny stał nieco pochylony i tyłem do strzelającego w odległości 150 kroków; kula ze sztućca ugodziła go pomiędzy jedenastém a dwunastém żebrem na 5 ctm. od środka kręgosłupa, a wyszła po prawéj stronie brzucha w przedniéj, przedłużonéj linii pachowéj, tuż pod dolną granicą stłumienia wątroby. Krwotok nieznaczny; mocz krwawy, na 3 dzień już mocz czysty zupełnie; po tygodniu objawy wysięku opłucnéj, po 4 tygodniach powiększenie stłumienia wątroby i objawy nacieku w ścianie brzusznéj. Do utworzenia się ropnia niedoszło, chory wyzdrowiał. Kula nie naruszyła kiszek; ranny na dzień przed wypadkiem użył ze skutkiem dość dużą dawkę oleju rącznikowego, a w dzień wypadku dla braku łaknienia jadł bardzo mało.

Friedlaender. Połknięty pędzel kauczukowy. Perforacyja żołądka i ściany brzusznéj ku zewnątrz. Nowiny lek. N. 10, str. 498.

Przed kilku miesiącami pacyjent połknął odłamany pędzel [20½ ctm. długości mający]; w lewém podżebrzu F. wyczuł chełbotanie oraz twarde ciało nieco poruszalne. Po otworzeniu ropnia wypuszczono płyn żółtawy o woni kwaśnéj, oraz wydobyto ów pędzel. Rana szybko się zagoiła bez pozostawienia przetoki.

Zielewicz. Igła połknięta, odnaleziona przypadkiem w gruczole tarczykowym. Nowiny lek. N. 10, str. 501.

U 16 letniéj panny rozpoznano przerost gruczołu tarczowego i postanowiono wykonać częściową resekcyję prawego płatu. Po odpreparowaniu skóry i powięzi szyjowéj, przekonano się, że ów guz wystający nie odznacza się zwykłém w takich razach odgraniczeniem, nadto przy głębszym ucisku wyczuć można było ciało twarde. Po nacięciu wydobyto igłę zwyczajną krawiecką [4 ctm.], rdzą pokrytą. Rana zagoiła się doraźnie; pacyjentka przyznała się, że przypadkowo połknęła igłę.

Chrząszczewski. Ugrzęźnięcie ciała obcego o ostrych brzegach w przełyku, zepchnięcie sondą połykową, wyleczenie. Przegl. lek. N. 9, str. 107.

Ciałem obcém była kostka długości 2,6 ctm., szerokości 1,2 ctm., zepchnięta sondą wyszła ze stolcem w 10 dni po jéj połknięciu.

Rydygier i Jaworski. Przypadek gastroenterostomii, z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu. Przegl. lek. N. 8, 9, str. 99 i 103.

Mężczyzna 60-letni, zwężenie odźwiernika rakowe [charłactwo], z powodu znacznych zrostów i wielu gruczołów powiększonych, dokonano gastroenterostomiję. Pętlę dwunastnicowo-jelitową przyszyto do żołądka szwem Lembert'a, a mianowicie do jego ściany przedniéj na przestrzeni 3 ctm., w dość znacznem oddaleniu 8—10 ctm. od odźwiernika, a na 2 palce ponad tętnicą wieńcową dolną. Przecięto następnie tuż przy założonych szwach i wzdłuż tychże wszystkie warstwy tak jelita, jak i żołądka z wyjątkiem tylko błony śluzowéj [sposób dotąd niewykonywany] i założono szew Czerny'ego. Dopiero teraz przecięto błonę śluzową i takie same szwy, tylko w odwrotnym kierunku, założono na przednie brzegi utworzonego otworu. Zagojenie doraźne. Chorego przeniesiono dla dalszego badania do kliniki lekarskiéj; z tych badań okazało się, że operacyja nietylko polepszyła stan chorego pod względem przedmiotowym i podmiotowym, ale przybliżyła czynność mechaniczną żołądka w pewnym stopniu do stanu prawidłowego, chemizm zaś trawienia, jak był zniesiony przedtém, takim i obecnie pozostał. Wynik zatém nie gorszy a może lepszy niż po wycięciu odźwiernika [cf. Obaliński). W przebiegu raka

żołądka lekarz nastawać może na wykonanie gastroenterostomii a wycięcie odźwiernika zalecać tylko w wyjątkowo sprzyjających wczesnych przypadkach. Najgłówniejszém, a może jedyném wskazaniem do wycięcia będzie zwężenie bliznowe odźwiernika.

Obaliński i Jaworski. Przypadek resekcyi odźwiernika rakowato zwyrodniałego, oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu z téj operacyi. Now. lek. N. 1 i 4, str. 9, 167.

Kobieta 64 lat, chora od roku. Cięcie równoległe do łuku żebrowego, usunięto kilka gruczołów, wycięcie odźwiernika, szew Woelflera, operacyja trwała 157 minut.

Po zbadaniu w klinice wewnętrznéj okazało się, że ani mechanizm, ani chemizm żołądka do prawidłowego stanu nie powróciły. Wycięcie nowotworu usunęło tylko przypadłości symptomatyczne, wywołane przez zwężenie. Fakt ten przemawia za poglądem, że nowotwór rakowy rozwija się w żołądku już chorobowo zmienionym, tam gdzie istnieje nieżyt śluzowy. Chociażby w obecnym przypadku recydywa nie nastąpiła, to zawsze żołądek z powodu postępującéj choroby, stagnacyi i gnicia pokarmów funkcyjonować nie może. Należałoby zmienić operacyję w ten sposób, aby umożliwić rychlejsze dostawanie się pokarmów do jelit.

Matlakowski. Przyczynek do chirurgii żołądka. Gaz. lek. N. 5, 6 i 7, str. 93, 110, 140.

1. Dwa przypadki wycięcia odźwiernika: I. *Carcinoma pylori et proximae partis ventriculi; resectio pylori et partis ventriculi.* Chora 45 lat, początek cierpienia od 4 miesięcy, odżywianie niezłe, guz owalny [7—8 c.] bardzo ruchomy. Operacyjne cięcie w smudze białéj, oblamowanie brzegów cięcia otrzewną ścienną przyszytą do skóry, wydobycie guza na zewnątrz wraz z poprzecznicą przyciągniętą do krzywizny wielkiéj, kilka guzików rakowych w sieci dużéj; oddzielenie części dotkniętéj rakiem tak wzdłuż krzywizny dużéj, jak i małéj; podłożenie płatu z gazy pod oddzielony guz. Przecięcie żołądka od strony krzywizny małéj na tyle, żeby pozostała nieprzecięta część równała się światłu dwunastnicy; zaraz szew zwężający i to najprzód kuśmierski na błonę śluzową, potém węzełkowy na mięsną i surowiczą, teraz odcięcie guza, poczém zeszycie w sposób opisany u Rydygiera. Operacyja trwała $3^1/_2$ godzin. Na 5 dzień wystąpiło zapalenie płuc, 16 dnia otworzono ropień na bliźnie brzusznéj. Chora wyszła ze szpitala zdrową co do stanu żołądka, z raną zagojoną, lecz z ogniskami gruźliczémi w obu płucach i przy ogromném wychudnięciu zmarła w 50 dni po operacyi. II. *Carcinoma pylori cingens; dilatatio ventriculi; resectio pylori.* Chora 46 lat, bardzo osłabiona, guz ograniczony ściśle, nader ruchomy, ogromne rozszerzenie żołądka. Operacyja: guz wielkości jabłka, niezrośnięty, z łatwością wydo-

byto na zewnątrz, sieć duża skurczona skutkiem kilku guzików raka, wycięcie odźwiernika i zeszycie. Operacyja trwała 2 godzin, śmierć w 16 godzin. Przypadek powyższy pod względem warunków miejscowych należał do wyjątkowo pomyślnych, operacyja wcześnie dokonana dałaby wynik bezwarunkowo lepszy.

2. Trzy przypadki laparotomii w celach badawczych przy raku i wrzodzie żołądka, chorzy zmarli po pewnym nawet znacznym czasie [3 miesiące], operacyja bez względu na smutny stan chorych nie przyczyniła się wcale do niepomyślnego zejścia, a subjektywnie przyniosła im wyraźną, trudną do wytłomaczenia, ale niezaprzeczoną ulgę.

3. Dwa przypadki gastroenterostomii zakończone śmiercią, jeden w parę tygodni, drugi u 19 letniego mężczyzny ze zwężeniem odźwiernika bliznowém w cztery dni po operacyi.

4. Dwa przypadki gastrostomii: jeden u 70 letniéj kobiety ze zwężeniem bliznowém [po wypiciu ługu], operacyja miała być dwuczasową, gdy chora zmarła wśród objawów zapalenia płuc, a przy sekcyi znaleziono nadto raka w pęcherzyku żółciowym; drugi u choréj 53 lat, z rakiem przełyku, niepomyślnie zakończony po 36 godzinach.

Obaliński. O wtórorzędnéj t. j. skutkiem zabiegów na otrzewny powstającéj niedrożności jelit. Przegl. lek. N. 6 i 7, str. 66 i 77.

Na 86 przypadków laparotomii autor spostrzegał trzy razy objawy niedrożności, w dwóch przypadkach przyczyną niedrożności były zrosty, w jednym skręt jelit. Bardzo ważną rzeczą jest wczesne rozpoznanie, które nie jest trudne, ze względu na obecność wybitnego kłębowania się jelit rozdętych powyżéj mechanicznéj przeszkody [objawu tego brakuje przy *ileus paralyticus*]. Jedynie wczesna laparotomia przynieść może rzeczywistą pomoc; rokowanie w obec tego nie jest tak złe. Robiąc doświadczenia na zwierzętach, autor przekonał się, że płyny wodniste ulegają prędko wessaniu i nie zapobiegają zrostom, przeciwnie zdają się one sprawiać pewnego stopnia drażnienie w otrzewnie, które połączone z zadrażnieniem ciała obcego w jamie otrzewnéj się znajdującego prowadzi do zrostów o wiele silniejszych i rozleglejszych, niżby ciało to samo mogło było wywołać.

Płyny, które bardzo trudno ulegają wessaniu, wprowadzone do jamy brzusznéj zapobiegają wprawdzie powstawaniu zrostów w miejscach zranienia otrzewny, lecz natomiast wywołują takie drażnienie, że jego następstwem bywa zapalenie otrzewny śmiertelne.

Tylko powstrzymanie się od wprowadzenia wszelkich środków do jamy otrzewnowéj daje najmniejszy odsetek zrostów a najlepszy wyzdrowień.

Obaliński. W sprawie doszczętnego leczenia przepuklin za pomocą metody Mac-Ewena. Przegl. lek. N. 1, str. 3.

Autor zmienił metodę M. E. w sposób następujący: aby utworzyć

z worka przepuklinowego trwały i pewny tampon, podwiązuje go głęboko w saméj szyi, a następnie fałduje go lub zwija w rulonik, który w kilku miejscach przeszywa katgutem, podwiązek tych naturalnie mocno nie ściąga, aby nie wywołać obumarcia. Przez tak zabezpieczony tampon przeprowadza w poprzek jednę lub dwie nitki jedwabne, odprowadza tampon w głąb i końce nitek po każdéj stronie przeszywa przez odpowiednie filary kanału pachwinowego od wewnątrz ku zewnątrz, tak że jedne końce nitek przechodzić będą przez filar wewnętrzny, drugie końce przez filar zewnętrzny. Następnie związuje mocno ze sobą po dwa do jednéj i téj saméj nitki należące końce, przez co zbliża do siebie filary i utwierdza po ich wewnętrznéj stronie ów pewny nie mogący się rozfałdować żywy tampon. Należy uważać na przebieg sznurka nasiennego, aby przez zbyt mocne zaciśnięcie szwów nie sprawić jego uwięźnięcia.

W opisany sposób autor operował z pomyślnym skutkiem sześć przypadków i doszedł do wniosków:

1) Że metoda ta daje się użyć nawet w przypadkach przepukliny mosznowéj wrodzonéj, przyczém nie potrzeba usuwać jądra, lecz utworzyć osobną dla niego pochewkę z dolnéj połowy poprzecznie przeciętego worka przepuklinowego.

2) W przypadkach krótkich, a szerokich worków przepuklinowych możebną jest tylko metoda O-go.

3) Przewiązywanie i przeszywanie worka jest konieczne tam, gdzie worek uległ przedarciu w pobliżu szyi.

Opisaną metodę można zastosować do każdéj przepukliny.

Krajewski. Jeszcze kilka słów w kwestyi doszczętnego leczenia przepuklin metodą Mac-Ewena. Przegl. lek. N. 18 i 19, str. 221 i 239.

Autor opisuje przypadek przepukliny udowéj wielkości głowy u kobiety 30 letniéj, operowany według metody M. E. zmieniony przez Keetlego. Po skręceniu szyi worka przepuklinowego, przeszyto worek dwiema nitkami i sfałdowano, témi samemi nitkami przeszyto skręconą szyję worka i przeprowadziwszy przez ścianę brzuszną, związano; następnie zbliżono wiąz Pouparta do powięzi łonowéj szwem kuśmierskim. Przebieg powikłany obumarciem części worka. Wyzdrowienie bez recydywy. Modyfikacyja Keetlego i Obalińskiego, doskonałe dla małych i średnich przepuklin, nie dadzą się prawdopodobnie zastosować do przepuklin wielkich, o starych, zgrubiałych workach.

Obaliński. Dalsze uwagi nad doszczętną operacyją przepuklin metodą Mac-Ewena. Przegl. lek. N. 27, 28, str. 337 i 351.

Na 17 doszczętnych operacyj w czterech przypadkach tampon wytworzony z worka przepuklinowego uległ zgorzeli. Uwagi autora są na-

stępujące: Modyfikacyja poprzecznego zamknięcia worka przepuklinowego jest najprostszą i najpewniejszą ze wszystkich co do zapobiegania wsunięcia się jelit między jego blaszki. Do osiągnięcia tego celu najlepiéj jest użyć poprzecznego sfałdowania worka w saméj szyi, gdyż podwiązanie sprowadzić może obumarcie. Za wielkie worki przepuklinowe należy znacznie skracać przez obcięcie; powstały bowiem materyjał wystarczy zupełnie na wytworzenie dostatecznéj poduszeczki, a usuwa się przez to jednę z przyczyn, pośrednio do zgorzeli prowadzących. Tylko rany po małych przepuklinach można leczyć przez zupełne zaszycie, większe należy drenować albo lepiéj tamponować gazą jodoformową.

Trzebicky. W sprawie przepuklin ściennych. Przegl. lek. N. 16, str. 195.

Autor opisuje przypadek przepukliny ściennéj, uwięzionéj, udowéj, u kobiety 80 letniéj, przy operacyi autor przekonał się, że uwięzgniętą była część ściany kiszki po stronie przeciwnéj krezki, pod postacią wypuklenia [1 ctm. średnicy].

Wobec podejrzenia o zgorzel jednego miejsca obwódki, wpuklono część schorzałą w głąb, zespajając po nad nią ściany jelita czterema szwami. Wyzdrowienie. Rozpoznanie przepukliny ściennéj nie ulegało wątpliwości. Podobny przypadek widział T. w klinice Mikulicza.

Bogdanik. Szkice hernijologiczne. Wiad. lek. Zesz. 6 i 7, str. 176, 207.

Opis 10 przypadków herniotomij. W 2 przypadkach nastąpiło otwarcie jelita—w jednym w skutek skaleczenia nożem podczas operacyi, w drugim w skutek ucisku palcem nadętéj pętli kiszki. Po nałożeniu szwu kiszkowego i odprowadzeniu jelita nastąpiło tak jak i w pozostałych 8 przypadkach wyzdrowienie. W jednym przypadku autor operacyję, pomimo wyraźnych wskazań do niéj, odłożył do dnia następnego z tego powodu, że tylko co przedtém robił sekcyję. Podobne postępowanie według sprawozdawcy słusznem nie jest. Przypuszczać należy, że w ciągu choćby pół godziny ręce można już nie dokładnie oczyścić ale chyba najdoskonaléj sterylizować, tymczasem odkładając operacyję do dnia następnego, mógł autor narazić chorego na wystąpienie zgorzeli kiszki.

Chrząszczewski. Obrażenie prawéj okolicy podżebrowéj—pęknięcie torebki wątrobowéj wraz z rozdarciem samego miąższu wątroby—śmierć. Przegl. lek. N. 52, str. 639.

Robotnik 21 lat, uderzony klocem, staczającym się ze znacznéj pochyłości; objawy krwotoku wewnętrznego, w 16 godzin chory życie zakończył; w jamie brzusznéj znaleziono około 3 litrów płynnéj krwi; płat prawy wątroby rozszczepiony od dołu na długości 6—8 ctm., prócz tego złamanie 5-go żebra na 3 palce od mostka.

Matlakowski. Przypadek ropnia podprzeponowego (pyothorax subphrenicus). Nowiny lek. N. 1 i 2, str. 6 i 52.

Przypadek dotyczył 51 letniego mężczyzny, który w podróży uległ stłuczeniu, do czego nie przywiązywał wielkiéj wagi i nie leczył się porządnie. Przy zbadaniu znaleziono z prawéj strony tępość in l. mam. na piątém żebrze, in l. axil. na szóstém, z tyłu na dziesiątém; poniżéj téj linii szmer oddechowy zniesiony. Na wysokości prawego łuku żebrowego wzniesienie płaskie ale obszerne, skóra zaczerwieniona, blizka przedziurawienia. Poniżéj łuku prawego wyczuwa się guz, sięgający ku dołowi aż na dwa palce ponad *spina ant. sup.*, guz gładki, płaski, kulisty; w całym guzie, tak w jego części nażebrowéj, jak i poniżéj w części brzusznéj wyraźne chełbotanie.

Zrobiono szerokie cięcie, wypuszczono ogromną ilość cuchnącéj ropy, wypełniającéj jamę, któréj ścianę przednią stanowiła dolna część ściany klatki piersiowéj aż do V-go żebra, oraz przednia ściana brzuszna, dolną ścianę — zlepione pętlice kiszek, lewą ścianę wątroba, miejsce wątroby zajmowała ropa, górną ścianę stanowiła przepona. Chrząstki żeber 8-go i 9-go zupełnie pływały w ropie, obnażone, obumarłe, lecz nie nosiły śladów przebytego zapalenia. Wypłukanie jamy, przeciwotwór w jedenastém międzyżebrzu przy kręgosłupie, dwa sączki; śmierć w tydzień po operacyi. W ropie znaleziono masę rozpadu. a nadto laseczniki gruźlicze w ogromnéj ilości. Jest to pierwszy przypadek *peritonitis tuberculosa saccata*, podchodzący pod obraz kliniczny, podany przez Leydena.

Trzebicky. O operacyjnem leczeniu hemoroid. Przegl. lek. N. 47, 48, 49, 50 i 51, str. 573, 587, 599, 611, 626.

Na podstawie 121 przypadków hemoroidów, operowanych przez siebie metodą Langenbecka, uważa autor niszczenie guzów hemoroidalnych za pomocą termokauteru za postępowanie najpewniejsze, a tém samem i najodpowiedniejsze. Krwotok następczy wydarzył się tylko u jednego chorego, powrót cierpienia zdarzył się u dwóch chorych. Przeciwwskazanie do operacyi stanowią tylko sprawy zapalne i ropne w guzach i ich otoczeniu. Z przytoczonych historyj chorób widać, że 120 razy wynik był pomyślny, jeden tylko pacyjent zmarł w 24 godzin po operacyi nagle z porażenia serca; z chorób przyrannych raz jeden wydarzyła się ropnica w formie łagodnéj, zakończonéj wyzdrowieniem. Na 120 chorych. było tylko 7 chrześcijan a 113 izraelitów.

Bogdanik. O resekcyi odbytnicy w razie wypadnięcia tejże. Przegl. lek. N. 44, str. 533.

Resekcyję odbytnicy wykonywa B. w ten sposób, że przeprowadziwszy pętlę przez najniżéj leżącą część wypadniętéj odbytnicy, nacina

przednią ścianę przez całą grubość i równolegle do ujścia stolcowego w oddaleniu $^1/_2$ cm. od niego. Przekonawszy się naocznie, że pomiędzy ścianami wypadniętéj odbytnicy nic niema, zakłada szew węzełkowy równolegle do ujścia stolcowego między nim a raną utworzoną, którym to szwem spaja nadciętą ścianę zewnętrzną wypadniętéj odbytnicy ze ścianą wewnętrzną nie naciętą. Ranę w zewnętrznéj ścianie odbytnicy przedłuża stopniowo małemi cięciami równolegle do ujścia stolcowego, zakładając natychmiast szew zwany stębenkiem. Gdy już tym sposobem obie ściany odbytnicy ze sobą są naokoło zeszyte, odcina wewnętrzną ścianę i spaja błony śluzowe obu ścian szwem kuśmierskim. Szew stębnowy znakomicie ułatwia i skraca operacyję, zakładanie podwiązek staje się zbytecznem, a niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny redukuje się do minimum.

S. Kraszewski. Zarośnięcie odbytu i odbytnicy. Proctotomia. Wyzdrowienie.—Notatka lekarska. Gaz. lek. N. 8. str. 165.

U noworodka płci męzkiéj z zarośnięciem odbytu zrobił K. cięcie w głębokości 2 ctm. otworzył odbytnicę i dren założył. Po 2 tygodniach z powodu wyjęcia drenu nastąpiło zwężenie otworu; powtórne rozcięcie ku tyłowi; zalecono 3 razy dziennie zakładać kankę kauczukową. Po 2 miesiącach zagojenie z odbytem dobrze funkcyjonującym.

Matlakowski. Podwiązanie tętnicy pośladkowéj prawéj w jamie miednicy z powodu rany kłutéj. Gaz. lek. N. 33, str. 651.

Kobieta 35 letnia pchnięta została nożem przez ubranie w pośladek, natychmiast powstał silny krwotok, od którego chora straciła przytomność, ranę zeszyli felczerzy. Na trzeci dzień powstał krwotok przez ranę zeszytą, po zdjęciu szwów i wprowadzeniu palca pod chloroformem okazało się, że rana drąży aż do miednicy i mocno krwawi. Podczas gdy pomagający kolega palcem zatrzymywał krwawienie M., szeroko przeciąwszy miękkie części aż do brzegu więzu krzyżokulszowego na ślepo, uchwycił tkankę szczypczykami i krwotok powstrzymał. Wówczas swobodnie można było wyosobnić tętnicę pośladkową, która okazała się nadciętą i po obu stronach jéj rany ją podwiązać, a dla pewności między podwiązkami przeciąć. Okazało się, że rana a *eo ipso* podwiązanie miało miejsce głębiéj niż mięsień gruszkowaty, który szeroko nadcięty wpoprzek przez nóż w czasie zadania rany, znajdował się ku dołowi od naczynia. Rana, zadana nożem, drążyła głębiéj niż płaszczyzna, w któréj skaleczoną została tętnica; dno jéj leżało zupełnie w jamie miednicy i na tém dnie widać było ruchy oddechowe choréj. Gojenie następowało powoli przez ropienie; chora miewała silne bóle w kończynie, po paru miesiącach opuściła szpital uleczoną.

Matlakowski. Periurethritis dissecans. Gaz. lek. N. 28, str. 559.

Opisany przypadek dotyczy mężczyzny 48 letniego, który przed 5 tygodniami dostał rzeżączki i wstrzykiwał sobie łagodne środki. Przy badaniu znaleziono: stan bezgorączkowy, prącie mocno zgrubiałe, podniesione, gorące; *pars pendula* niejednostajnie garbowato zgrubiała, na spodniéj stronie wypuklona, zgrubienie sięga wzdłuż cewki od rowka żołędziowego aż pod mosznę. Z cewki leje się ropiasty płyn, kanał cewki odsunięty od powierzchni skóry, oddawanie moczu niebolesne, przy nacisku na członek ropa nie wypływa z cewki. Pod chloroformem przecięto ropień długiem cięciem, po wylaniu się ropy okazała się cewka moczowa ze swojém ciałem jamistém zupełnie oddzielona przez ropę zarówno od skóry jak i od ciał jamistych prącia na przestrzeni 9 ctm. Godną uwagi jest okoliczność, że ciało jamiste cewki ogołocone i opłukiwane ropą nie uległo zgorzeli.

Po pewnym czasie przez ranę, pokazywał się kroplami mocz podczas oddawania moczu. Rana zagoiła się z pozostawieniem minimalnéj przetoki cewkowéj.

Stankiewicz. O cięciu zewnętrznem cewki moczowéj przy zwężeniach téjże. Medycyna N. 12, 13 i 14, str. 193, 213 i 225.

1. Zwężenie cewki moczowéj zadawnione u starca 73 letniego, liczne przetoki moczowe, większa część moczu odchodzi przez przetoki, wprowadzenie najcieńszéj świeczki okazało się niemożliwém. Cięcie cewki zewnętrzne na przewodniku, ciągłości kanału odkryć nie można, po długich poszukiwaniach odnaleziono tylną część cewki z lewéj strony linii środkowéj przecięcia bliznowatego zwężenia, wyskrobanie przetok i wycięcie części bliznowatych, cewnik na stałe [przez 4 miesiące], przebieg pomyślny. Po wyjściu ze szpitala oddaje mocz cienkim strumieniem, przyczém otworek malutki w kroczu zatyka palcem, co kilka dni przemywa pęcherz cewnikiem wązkim i twardym.

2. Zwężenie zadawnione cewki moczowéj, zatrzymanie moczu raptowne, przedziurawienie cewki i ostry naciek moczowy u starca 87 letniego. Cięcie cewki zewnętrzne na przewodniku i zgłębniku, cewnik na stałe przyszyty do brzegów rany, po miesiącu cewnik wyjęto, po 6 tygodniach zagojenie.

3. Zwężenie zadawnione cewki moczowéj w bliskości żołędzi, guz słoniowaty napletka, przetoki moczowe na ścianach bocznych prącia u 39 letniego chorego. Przecięcie napletka, cięcie cewki wewnętrzne (*Maisonneuve*) wprowadzenie cewnika okazało się niemożliwém. W kilka godzin dreszcze, gorączka z majaczeniem, nazajutrz — nacieczenie moczowe. Wówczas zrobiono cięcie głębokie przez środek moszny, przecięcie

cewki po za zwężeniem, przez ten ostatni otwór wprowadzono cewnik do pęcherza na stałe. Po kilku dniach nowe 3 obszerne cięcie na podbrzuszu. Chory szybko powracał do zdrowia; następnie wycięto guz zapalny napletka. Chory wyszedł ze szpitala z zagojonémi ranami, mocz odpływał strumieniem cienkim. Po miesiącu powrócił z objawami zapalnego zwężenia przedniéj części cewki, po ustąpieniu objawów zapalnych, rozszerzano cewkę świeczkami, a następnie wprowadzono na stałe do cewki rurkę srebrną [długości 4 ctm., średnicy 5 mil.], przymocowaną do prącia. Rurkę co 3 dni wyjmowano i po przemyciu zakładano, w 4 tygodnie późniéj opuścił szpital. W rok potém chory oddaje mocz swobodnie, rurkę wprowadza raz na tydzień, w miejscu zwężenia czuć twardszą tkankę.

Obaliński. O doszczętném leczeniu zatrzymania moczu u dotkniętych przerostem gruczołu krokowego za pomocą prostatektomii.— Przegl. Lek. N. 37, str. 441.

Chory 62-letni od roku oddaje mocz tylko przez kateter, znaleziono kamień i wykonano litolapaksyję. Bóle i krwawienie ustały, lecz oddawać moczu dobrowolnie chory nie mógł. Po roku stwierdzono znowu obecność kamienia i zaproponowano choremu operacyję krwawą. Operacyja: cięcie podbrzuszne, wydobycie dwóch kamyków; palcem można było wyczuć ciało twardawe pod samém ujściem wewnętrznem cewki, sterczące ku górze na kształt końcowego członka palca ręki ludzkiéj. W ten sposób przerosły środkowy płat gruczołu krokowego usunięto nożyczkami na płask wygiętémi, w części zaś zgiętémi szczypczykami.

Krwotok umiarkowany zatamowano termokauterem. Cewnik na stałe, opatrunek jodoformowy. Przebieg powikłany zatruciem jodoformowym, po 18 dniach rana w głębi zasklepiona, cewnik wyjęto, a chory pierwszy raz od lat kilku oddał sam mocz drogą naturalną. Odtąd oddawanie moczu nie doznawało przeszkody.

Autor zaleca cięcie podbrzuszne w celu doszczętnego leczenia przerostu średniego płatu gruczołu krokowego.

Gabszewicz. Przypadek wycięcia nerki. Med. N. 37, str. 593.

Kobieta 26-letnia przed $1\frac{1}{2}$ rokiem odbyła pierwszy poród prawidłowy; od 6 miesięcy odczuwa bóle w lewém podżebrzu, od 5 miesięcy zauważyła wyniosłość w téj okolicy, częste oddawanie moczu mętnego, od 2 miesięcy dreszcze i poty. Chora nadzwyczaj osłabiona, ciepłota 39,5°; guz duży zajmuje całą lewą połowę brzucha, przechodzi także po za smugę białą, guz mocno napięty, bolesny, nieco chełboczący, przy opukiwaniu daje odgłos tępy prawie wszędzie, z wyjątkiem pasma w pośrodku. Mocz mętny, w ilości 1000 ct. sz., osad zajmuje $\frac{1}{3}$ część naczynia i składa się z ogromnéj ilości ciałek ropnych; laseczników gruźliczych nie znaleziono. Po przekłuciu próbném guza wydobyto płyn mętny, rzadki, ropiasty.

W wierzchołku płuca zaostrzenie oddechu, nieco rzężeń, w plwocinie znaleziono nie wielką ilość laseczników Koch'a. Rozpoznano gruźlicę nerki.

Operacyja: cięcie łukowate od 12 żebra do kolca biodrowego górnego przodkowego, po otwarciu otrzewnéj widać było okrężnicę poprzeczną i zstępującą w poprzek guza przebiegającą i zrośniętą z guzem. Po rozcięciu na przestrzeni 6 cali otrzewnéj trzewiowéj guza, przyszyto jéj brzegi do otrzewnéj ściennéj i jednocześnie do skóry, zabezpieczając w ten sposób i samą ranę od możliwego zakażenia. Następnie po oddzieleniu otrzewnéj od guza z wielu trudnościami, gdy po przekłuciu trójgrańcem guz nie o wiele się zmniejszył, usunięto częściowo oddzielne torbiele, przecinając każdą komorę oddzielnie, wypuszczając ropę, a w końcu wycinając ściany torbieli. W ten sposób usunięto aż 15 dużych komór torbieli, z których każda zawierała około szklanki ropy z grudkami sérowatémi.

Na szypułę torbieli nałożono grubą jedwabną podwiązkę, jamę rany wypełniono gazą jodoformową, część brzegów zeszyto. Operacyja trwała 2½ godziny; krwi stosunkowo chora utraciła bardzo niewiele. Przebieg pomyślny, prawie bezgorączkowy, ilość moczu czwartego dnia była już 1000 cnt. sz. ze śladami zaledwie białka. Podwiązka jedwabna odeszła dopiero po 4-ch miesiącach, w tydzień potém przetoka się zagoiła. Po 7 miesiącach operowana czuła się zupełnie dobrze, mocz jéj nie zawierał nic patologicznego.

Rydygier. Nowy sposób chirurgicznego leczenia mięśniaków macicy. Gaz. Lek. N. 48, str. 953.

Przed 1½ rokiem przyszła autorowi myśl, czyby nie można, podobnie jak wole, leczyć i mięśniaki macicy przez podwiązanie tętnic doprowadzających. Chcąc uzyskać skutek trwały, trzebaby podwiązać wszystkie tętnice doprowadzające, a więc obustronnie *art. spermatica interna*, obie *art. uterinae*, a nawet gałąź, łączącą *art. spermatica externa* z *art. uterina*, [gałązka ta przebiega w więzie szerokim]. Dla odżywiania macicy pozostałyby tylko drobne tętniczki, zaopatrujące pochwę.

Skutek po téj operacyi jest pewniejszym, niż po kastracyi, gdyż się zapobiega krążeniu obocznemu. Podwiązanie tętnic doprowadzających jest łatwiejsze do wykonania i mniéj niebezpieczne, zwłaszcza w trudniejszych przypadkach. Na chorą wpływa mniéj przygnębiająco moralnie. Po rozważeniu tego wszystkiego, prof. R. wykonał pomienioną operacyję u choréj 49-letniéj, cierpiącéj od 7 miesięcy na krwotoki z powodu mięśniaka przedniéj ściany macicy, sięgającego na 2 palce poniżéj pępka i będącego wielkości niespełna 2 pięści. Po otworzeniu jamy brzusznéj w linii pośrodkowéj odszukano przy wejściu do miednicy małéj wiązkę naczyń, obejmującą tętnicę i żyłę nasienną; przecięto po nad nią otrzewnę na przestrzeni około 4 ctm., odsłonięto tętnicę i podwiązano podwójnie, na-

przód z lewéj i to samo z prawéj strony. Małe ranki w otrzewnéj zeszyto. Obie tętnice maciczne podkłuto, o ile się dało jaknajniżéj przy bocznych ścianach macicy i również podwiązano. Przytém macicę uniesiono, o ile się dało, ku górze, a otrzewnę ponad tętnicami przecięto; wreszcie podwiązano pojedyńczo każdy wiąz szeroki. Przebieg operacyjny był zupełnie prawidłowy. Krwotok maciczny, który był jeszcze w dniu operacyi [przed operacyją], ustał zupełnie. W 4 miesiące po operacyi guz zmniejszył się o $^3/_4$ swéj objętości. Chora nie skarży się na żadne dolegliwości. Wskazaniem do takiéj operacyi będą mniejsze i średnie śródścienne mięśniaki macicy.

Pełczyński. Spina bifida i wodogłowie—notatka lekarska. Gaz. Lek. N. 27, str. 539.

Dziecko 7-io miesięczne, obwód główki wynosił 51 ctm. [średnio $42^1/_2$ ctm.]; w okolicy lędźwio-krzyżowéj guz wysokości 7 ctm., w obwodzie u podstawy miał 31 ctm. Brak objawów uciskowych i paralitycznych. Śmierć nastąpiła po pęknięciu worka puchliny kręgowéj.

Bossowski. Skolijoza i jéj leczenie — nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże. Przegl. Lek. N. 29 — 34, str. 361, 375, 387, 398, 407 i 420.

Obszerna rozprawa o istocie skolijozy i różnych metodach leczenia. Autor obmyślił gorset, służący do cięższych ustalonych przypadków skolijozy; ideę owego gorsetu, trwale mającego redresować skrzywienie kręgosłupa, przejął B. z opatrunku podanego przez Mikulicza w celu wyprostowania *genu valgum*. Gorset gipsowy poprzecznie jest podzielony na 2 części: górną i dolną, po stronie wypukłości skoliozy wycięty jest owal, którego oś krótka prostopadle przebiega i pada na wypukłość skrzywionych żeber; przez pociąganie sznura elastycznego, między haczykami wlepionémi w gorset założonego, zbliżają się do siebie części wyciętego owala, a wypukły kontur tułowia staje się wklęsłym. Pod działaniem takowego gorsetu, łuk krzywizny przypłaszcza się i to znacznie więcéj, niż pod wpływem zawieszania ciała w kierunku prostopadłym. Autor przypuszcza, że po dłuższém noszeniu gorsetu osiągnąć się da w przeważnéj liczbie przypadków zupełne wyprostowanie skrzywienia bocznego, w przypadkach zaś daleko posuniętych przynajmniéj znaczne wyrównanie zboczenia.

W końcu dołączone są opisy trzech przypadków skoliozy, wyrównywającéj się przy zawieszaniu i jednego przypadku skolijozy krzywiczéj, leczonych w opisany sposób, objaśnione fotodrukami.

Jasiński. „Astasia congenita." Gaz. Lek. N. 1, 2, 4, str. 1, 30, 68.

Autor opisuje rzadki przypadek astazyi u chłopca 14-letniego, pochodzącego ze zdrowéj rodziny. Zaraz po urodzeniu zauważono, że chło-

piec nie porusza nóżkami tak energicznie jak inni, pierwszy raz stanął i zaczął chodzić dopiero pod koniec trzeciego roku życia, na kości krzyżowéj zauważono wtedy garbek [krzywicy nie przechodził]. Chodzenie aż do 10 roku życia było zupełnie nieprawidłowe, a mianowicie opierał się na ziemi palcami nóg, a nie całą stopą, nogi w kolanach miał nieco zgięte i rozkraczone, ciało pochylone ku przodowi, daléj tułów przechylał się to w jedną, to w drugą stronę. Gdy doszedł chłopiec do lat 10, tułów jego wzniósł się więcéj w górę, kręgosłup w części lędźwiowéj wygiął się mocno ku przodowi; chód stawał się trudniejszym. W 11 i 12 roku życia chodził dosyć dużo, ale męczył się bardzo, przechylał się z boku na bok, opierał rękami o swe uda, od paru miesięcy chodzenie stało się jeszcze trudniejsze.

Przy badaniu przekonano się, że chłopiec nietylko wcale chodzić, ale i stać nawet nie może, bez oparcia się o stół. Zaledwie kilka sekund może utrzymać równowagę, gdy prawą dłonią oprze się na udzie, a lewą ręką uchwyci od tyłu swe prawe ramię. Przy siedzeniu wykonywa wszelkie ruchy kończynami dolnémi i tułowiem, najtrudniéj podnosi pochylony tułów bez pomocy rąk, siła mięśniowa dostateczna, czucie skórne i odruchy nie zmienione. Wzrost więcéj niż średni, kończyny górne nieco dłuższe [o 4½ c.]. Uderzająca wątłość i wielkość wszystkich mięśni, ale największa wątłość mięśni pośladkowych. Lordoza lędźwiowa przy siedzeniu i leżeniu znika; kątowaty garb ku tyłowi 2 i 3 kręgu kości krzyżowéj wrodzony. Miednica za wązka i za wysoka; nachylenie miednicy zwiększone, przypadłości nerwowych żadnych nie ma. J. sądzi, że niemożność stania i chodzenia w danym przypadku zależy od nienormalnéj budowy miednicy, a co za tém idzie od niesprawności mięśni ustalających tułów przy staniu i chodzeniu. Aby umożliwić choremu stanie i chodzenie, Jas. obmyślił aparat, składający się z gorsetu filcowego, obejmującego dolną część tułowia i miednicę, oraz dwóch szyn stalowych, przytwierdzonych do gorsetu od góry, a do obu ud i łydek od dołu; nadto kilka sznurów gumowych miało dopomagać osłabionym mięśniom. W opisanym przyrządzie chory mógł chodzić po kilka godzin, podpierając się laską.

Andrzejowski. Zmiażdżenie całéj goleni, zgorzel téjże i połowy dolnéj uda. — Wyzdrowienie przy zastosowaniu na kończynę ciągłéj ciepłéj kąpieli. Notatka lekarska. Gaz. lek. N. 37, str. 747.

Zmiażdżenie nastąpiło wskutek uderzenia padającą sosną w lesie przy wyrąbywaniu drzewa. 30-letniego włościanina przyniesiono do szpitala po tygodniu z gorączką 41,2° C. i zgorzelą całéj goleni; nadto na udzie prawie do połowy znajdowały się oddzielne ogniska zgorzelinowe, przy opukiwaniu uda odgłos bębnisty, a na połowie brzucha i dolnéj części klatki piersiowéj przy naciskaniu czuć trzeszczenie. Wobec tak ciężkiego stanu, zastosowano na kończynę ciągłą kąpiel ciepłą, wodę co parę godzin zmieniano. W pierwszych zaraz dniach nieco niżéj połowy uda utworzyła

się wyraźna linija odgraniczająca, z pod której zaczęło wypływać dużo ropy z górnéj części uda. W końcu trzeciego tygodnia nastąpiło zupełne oddzielenie goleni w stawie kolanowym i części miękkich uda do linii odgraniczającéj. Po 4 tygodniach kończynę wyjęto z kąpieli, rana pokryła się ziarniną, wtedy odpiłowano wystającą część kości udowéj. Wyzdrowienie.

Szuman. Rzadko się zdarzająca postać wywichnięcia rzepki. — [Luxatio patellae horizontalis]. Nowiny lek. N. 8, str. 389.

Mężczyzna 27-letni dostał się pod żelazny walec, łączący konny maneż z sieczkarnią, przyczém walec ten, tylko kilka cali ponad powierzchnią ziemi przechodzący, podarł mu but i pogniótł lewe kolano. Lewe kolano zgięte pod kątem rozwartym, bolesne, wyprostowanie niemożliwe, skóra ciemno-sina, obrzękła. Na miejscu rzepki wyraźne zagłębienie skóry i części podskórnych. W okolicy więzu zewnętrznego kolana, znajduje się twardy wyrostek, który z głębi kolana pomiędzy zewnętrznym kłykciem uda i goleni wystaje. Od tego wyrostka ku górze widać napięte ścięgno mięśnia cztero-głowego. Więzadło rzepki osadzało się na wewnętrznym brzegu wyrostka owego. Wklinowaną rzepkę można było poruszyć, ale wydobyć niepodobna było. Ponieważ wyczekiwanie nie zapowiadało dobrego zejścia, zrobiono pod chloroformem i opaską elastyczną cięcie podrzepkowe, a gdy jeszcze wydobyć rzepki nie udało się, przecięto wiąz rzepkowy i dopiero wprowadziwszy oba palce wskazujące po za rzepkę i pociąganiu równoczesném za wiąz rzepki, tę ostatnią nakoniec z łoskotem wydobyto na swoje miejsce. Równocześnie wypadł ze stawu drobny kawałek kości, z brzegu rzepki pochodzący. Więzy krzyżowe były przerwane, jakby gładko przecięte, wiąz zewnętrzny w kawałki poszarpany, torebka stawowa mocno porozrywana. Szew katgutowy więzu rzepki, sączki, szyna wyprostna, wysokie położenie. Przebieg prawie bezgorączkowy. Po trzech tygodniach już chory mógł nieco zginać kolano bez bólu. Wyzdrowienie. Do tego czasu opisano tylko jeden podobny przypadek.

Kraszewski S. Przyczynek do leczenia ostrego ropnego zapalenia stawu kolanowego. Gaz. Lek. N. 2, str. 437.

Chory 21-letni, uderzony kłodą drzewną przed $1^1/_2$ tygodniem, przybył z objawami zapalenia stawu kolanowego, trójgrańcem wydobyto około 200^3 c. płynnéj ropy, gęstawéj i przepłukano jamę stawową fenolem [3%]. Na trzeci dzień zrobiono przecięcie stawu długości 5 c., przyczém wypłynęło wiele żółtawego, zupełnie przezroczystego płynu, oraz strzępy ciemnego i odbarwionego włóknika, ranę spojono ściśle 4 głębokiémi szwami [bez drenu], opatrunek jodoformowo-sublimatowy. W trzy dni po operacyi zauważono ponowne zebranie płynu w jamie stawowéj, które jednak uległo wessaniu. Zagojenie zupełne; chory w krótkim czasie powrócił do swoich

zajęć. Podobny sposób może być zastosowanym tylko w lżejszych przypadkach ropnego zapalenia stawu.

Matlakowski. Przytykający palec. Gaz. Lek. N. 17, str. 345.

Kobieta 45-letnia, ciężką pracą zajęta, zauważyła od pewnego czasu, że czwarty palec u prawéj ręki nie chce się zginać wcale, lub naodwrót, jeśli się zgiął, chora go wcale wyprostować nie może bez pomocy drugiéj ręki. Przy badaniu okazało się, że zginać może palec dopiero przy największym wysiłku, co zaś do wyprostowania, to dopiero po posunięciu drugą ręką palec nagle się wyprostowywa, jak ostrze scyzoryka. Na przebiegu ścięgien 4-go palca na dłoniowéj powierzchni stawu dłonio-palcowego przy wykonywaniu ruchów można wyczuć na ścięgnie zgrubienie paciorkowate, wielkości małego grochu, które przy wyprostowywaniu zgiętego palca umyka z pod badającego palca ku górze i chowa się w pochwie ścięgnistéj. Cała sprawa zatém zależy od tego, że zgrubiałe w jednym punkcie ścięgno nie może wchodzić swobodnie w pochwę włóknistą, zawadzając się o jéj ostry brzeg, wypadający właśnie na dłoniowéj powierzchni główki kości śródręcznéj. W drugiéj części pracy rozebraną jest krytycznie literatura tego rzadkiego cierpienia.

Matlakowski. Dwa przypadki osteo-plastycznéj operacyi stopy. Gaz. Lek. N. 4, str. 66.

I. 28-letnia służąca, stopa końska w najwyższym stopniu, tak że chora chodzi, opierając się na powierzchniach główek kości metatarsalnych; nieruchomość w stawie golenio-skokowym, jako wynik przebytego kiedyś zapalenia. Wypiłowanie z kości stopy klina za pomocą dwóch cięć, z których jedno przeszło przez główkę kości skokowéj, oraz przez kość piętową, drugie zaś przeszło przez kości klinowate i sześcienną. Spojenie jednym szwem kostnym z drutu srebrnego.

Wynik pomyślny, chora wybornie chodziła na operowanéj stopie, we dwa miesiące wgojony drut wyjęto, ponieważ sprawiał ból przy chodzeniu.

II. 24-letnia służąca—*pes varo-equinus*; chora chodzi na grzbiecie stopy, gdzie wytworzyła się obszerna i stwardniała bursa. Wycięcie klina z kości stopy wraz z częścią skóry i modzelowatego stwardnienia pod opaską Esmarcha bez podwiązywania naczyń. Zebranie krwi i obumarcie brzegu płatu na nieznacznéj przestrzeni. W dwa miesiące po operacyi chora zaczęła chodzić. Chód w trzewiku z wyższym obcasem bardzo swobodny.

Przy metodzie zastosowanéj poświęca się ścięgna mięśni wyprostnych, oraz nerwy dla palców z grzbietowéj strony; w obu przypadkach zaniechano zeszywania, ponieważ chore przed operacyją palcami poruszać nie mogły, czucie zaś w palcach zwolna powróciło.

Borsuk. Przyczynek do leczenia operacyjnego sposobem Thierssh'a owrzodzeń goleni. Gaz. lek. N. 14, str. 300.

Chora 50 letnia z wrzodem, zajmującym przednią i zewnętrzną część dolnéj połowy lewéj goleni. Długość wrzodu 16 ctm., szerokość 15 ctm., brzegi modzelowate. Po okrwawieniu dna i brzegów owrzodzenia pod opaską Esmarcha, przeszczepiono płaty skórne z lewego ramienia i prawego uda, wycięte cienkim i wązkim nożem amputacyjnym i przeniesione na silku [płatów 9—16 ctm. długości, a 2—3 ctm. szerokości mających]. Po obmyciu fenolem i sublimatem opatrzono silkiem i gazą jodoformową, po trzech dniach zmieniono opatrunek, w wielu miejscach naskórek przesadzonych płatów podniósł się w formie pęcherzy, po przecięciu których wylało się sporo surowiczego płynu. Na dnie pęcherza leżała jednak głębsza warstwa naskórka koloru różowego. Przy następnym opatrunku w dwóch miejscach znaleziono obumarcie płatów, wielkości $1\frac{1}{2}$ ctm. Po paru miesiącach wrzód był całkowicie zagojonym. Oprócz tego w dwóch innych przypadkach operował B. w podobny sposób, zagojenie nastąpiło po 2—3 tygodniach. Wystrzeganie się środków przeciwgnilnych nie jest niezbędne, opaska sprężysta nie ma wpływu ujemnego, przenoszenie płatów na silku jest bardzo dogodne.

Jasiński. Zniepodobnienie stawu wskutek sąsiedztwa z wrodzonym naczyniakiem. Gaz. lek. N. 8, str. 149.

Dziewczyna 11 letnia, *pes calcaneo-inflexus*, na łydce naczyniak gąbczasty 9 ctm. długości, a 7 ctm. szerokości mający. J. sądzi, że dziecko urodziło się z wrodzonym naczyniakiem, który, rozrastając się, przyczynił się do dezorganizacyi układu mięśniowego łydki przez zanik mięśnia gastrocnemius i ścięgna Achillesowego.

VIII. AKUSZERYJA I GYNEKOLOGIJA.

Sprawozdawca

J. Rogowicz.

Aleksa J. Przypadek zupełnego wrodzonego braku macicy i pochwy. Gaz. lek. N. 32, str. 643 i 644.

Kobieta wiejska 28-o letnia, od lat 8 zamężna, prawidłowo zbudowana, uskarżająca się na brak miesiączkowania, zamiast czego doznaje co miesiąc różnych dolegliwości, dni kilka do kilkunastu trwających. Sutki i narządy płciowe zewnętrzne prawidłowo rozwinięte; między wargami sromnémi brak ujścia pochwowego, w miejscu odpowiedniém znajdu-

je się pofałdowana zgrubiała błona śluzowa; ku przodowi znaczniejsze zagłębienie w kształcie lejka; błona śluzowa w tém miejscu bardzo podatna, tak że palec bez najmniejszego oporu cały się weń zagłębia i wyczuwa ścianki domniemanéj pochwy. Zdawało się autorowi, że to jest tylko błona dziewicza nieprzedziurawiona, która skutkiem 8-letniego spółkowania zgrubiała, rozciągnęła się i utworzyła wspomniony lejek. Gdy jednakże po przecięciu na 2—3 milim. wgłąb owéj błony do spodziewanego przewodu pochwy A. nie dotarł, zaniechał dalszego operowania, a natomiast zabrał się do dokładniejszego badania gynekologicznego, zapomocą palca wprowadzonego w odbytnicę i cewnika metalowego do pęcherza moczowego, wynikiem czego było przekonanie, że jest to przypadek zupełnego braku macicy i pochwy.

Rymarkiewicz J. M. Niezupełne zamknięcie pochwy z zanikiem części rodnych wewnętrznych. Nowiny Lek. N. 3, str. 126 i 127.

Jest to opis przypadku wady rozwojowéj, spostrzeganéj u kobiety 33 letniéj, zamężnéj, u któréj części płciowe zewnętrzne były prawidłowo rozwinięte, a pochwa maciczna zaledwie 3 ctm. długa, zakończona sklepieniem bez części pochwowéj macicy. Po za tém sklepieniem odnaleziono $1\frac{1}{2}$ ctm. długie „w środku wklęśnięte zgrubienie“, z którego po obu stronach odchodziły jakby sznurki: prawy grubszy i dłuższy, lewy cienki i krótki, nadto na samym końcu prawego było gruszkowate zgrubienie. Z tego rozpoznano: *atresia vaginae congenita et uterus bipartitus.*

Friedländer L. Tyłozgięcie macicy u ciężarnéj (retroflexio uteri gravidi). Now. lek. N. 12, str. 606.

Krótki opis przypadku tyłozgięcia ciężarnéj macicy, spostrzeganego w 5 miesiącu ciąży. Po odprowadzeniu w 8 tygodni nastąpił poród 7-o miesięcznego płodu.

Kadyi J. Znaczny rozmiar brzuszka płodu, jako przeszkoda porodowa. Przegl. lek. N. 22, str. 275.

Krótki opis następującego przypadku: Kobieta 4-ty raz od 2—3 godzin rodząca, u któréj babka wiejska już poprzednio urwała główkę płodu, a rączka jego sterczała z otworu sromnego; bóle porodowe od godziny prawie całkiem ustały. Przy wprowadzaniu ręki do macicy dla zbadania przeszkody, autor przekonał się, że wypadła rączka płodu tylko wązkim mostkiem była połączoną z jego tułowiem i że przeszkodę porodową stanowi ogromna objętość brzuszka płodu. Działanie polegało na wbiciu esowatego hartkauczuwego cewnika [jedynego narzędzia jakie K. miał pod ręką], do jamy brzusznéj płodu. Natychmiast wypłynęło około 2—3 litrów cieczy żółtéj, do moczu podobnéj; potém poród bez zwłoki ukończył się dobrowolnie. W braku sekcyi i wobec tego, że w jamie

brzusznéj opróżnionéj nie wyczuto żadnego guza, autor sądzi, że prawdopodobniéj była to *retentio urinae* aniżeli *ascites*.

Mars A. O nowym zabiegu operacyjnym w celu wydobycia płodu za pośladki. Przegl. lek. N. 20 i 21, str. 249 i 262.

Autor po krótkim przeglądzie krytycznym sposobów sprowadzania pośladków wysoko ustawionych, opisał 3 przypadki porodu pośladkowego, w których sprowadził pośladki przez pociąganie wprowadzaną ręką do macicy i ułożoną na grzbiecie płodu tak, że trzy palce: wskazujący, średni i czwarty były wyprostowane wzdłuż kręgosłupa płodu, palec zaś wielki i mały obejmowały płód tuż nad grzebieniami obu kości biodrowych. Tak ułożoną ręką pociągano podczas bólu płód ku dołowi w sposób, jakby się chciało rękę na zewnątrz wyciągnąć. We wszystkich tych 3-ch przypadkach płody były niewielkie, a jeden z nich niedonoszony; słusznie zatém M. sądzi, że może być, że właśnie ta okoliczność przyczyniła się do pomyślnego wyniku tego zabiegu, który możeby nie był tak łatwym do wykonania, gdyby płody były dużo większe.

Kronland M. Opadnięcie macicy podczas porodu. Rozdarcie szyi macicznéj. Gaz. lek. N. 52, str. 1038 i 1039.

Kobieta 7-my raz rodząca, u któréj „już w końcu 6-ej ciąży macica zaczęła się ukazywać w szparze sromnéj i dotąd trwa jéj opadnięcie". Z powodu opieszale postępującego porodu, trwającego już dzień 3-ci, autor przystąpił do rozwierania ujścia macicznego palcami, a gdy ujście to rozszerzył do 3-ch cali w średnicy, założył na przodującą główkę kleszcze, któremi „powoli wyprowadził główkę na zewnątrz miednicy, ale jednocześnie z główką, a raczéj przed nią, wyszła także na zewnątrz szyja maciczna, a ujście zewnętrzne zacisnęło się znowu ponad główką". „Po pewnym czasie udało się odprowadzić przednią wargę macicy, następnie tylną po za główkę płodu. W téj chwili macica zacisnęła się mocno na około szyi dziecka", przy wywiązywaniu palcami lewéj kończyny górnéj „pękła szyja maciczna po lewéj stronie na 3 cale w kierunku od ust ku górze". Dziecko w stanie asfyktycznym wydobyte docucono; rozdarcie macicy zeszyto 5 szwami węzełkowémi, które 4-go dnia wyjęto, przekonawszy się, że rozdarcie się nie zrosło.

Rogowicz J. Wskazówki do zapobiegania powstawaniu zakażenia połogowego w praktyce prywatnéj. Med. N. 18 i 19, str. 289 i 305, (i oddzielnie str. 11).

Treściwe podanie elementarnych zasad postępowania, niestety, dziś jeszcze bardzo często gwałconych przez zajmujących się niesieniem pomocy rodzącym i położnicom lekarzy, a prawie powszechnie przez akuszerki. Z tego powodu powtórzenie tych wskazówek w całości bardzo by

się przydało. Ze względu jednak na ciasne ramy naszego „Przeglądu“, zmuszeni jesteśmy poprzestać na powtórzeniu w ogólnych zarysach podstawowych zasad postępowania.

Wszelkie usiłowania nasze celem zapobieżenia zakażeniu rodzącéj lub położnicy winny być skierowane do tego: 1) aby uniknąć jéj zranienia i 2) aby już istniejące zranienie nie zostało zakażoném. Należy zatém:

1) Umiejętnie kierować pracą porodową prawidłową, a wprawném i oględném zastosowaniem pomocy operacyjnéj, oszczędzać wewnętrzne części rodne. Że zaś i samo badanie położnicze, palcami dokonywane, może wywołać zranienie, przeto należy przyjąć za zasadę, ażeby rodzących całkiem palcem nie badać, a gdzie tego uniknąć niepodobna, ograniczyć takowe badanie do jak najmniejszéj liczby: 1 lub 2 razy, a mianowicie: raz po przybyciu do rodzącéj, a 2-gi zaraz po pęknięciu pęcherza płodowego.

2) Samo badanie wewnętrzne rodzącéj winno być dokonywane ze świadomością i systematycznie palcem niewątpliwéj czystości, pomazanym czystą waselina. Przyczém należy się trzymać wyłącznie części płodu poprzedzającéj i starannie unikać dotykania, a tém bardziéj bezcelowego grzebania po wewnętrznéj powierzchni szyi macicznéj.

3) Pęcherz płodowy starać się jak najdłużéj utrzymać w całości i bez naglącéj potrzeby nigdy go nie przedzierać.

4) Po urodzeniu się dziecka wszelkiego dotykania się części rodnych wewnętrznych najstaranniéj unikać.

5) Położnicę należy w ciągu pierwszych dziewięciu dni pozostawić w zupełnym spokoju. Nie badać jéj ani palcem, ani też zapomocą wzierníka, zgłębnika i t. p. Nie przepłukiwać jamy macicy, ani nawet saméj pochwy macicznéj; a gdy do tego znajdziemy istotne wskazanie, należy to wykonywać bardzo ostrożnie i własnoręcznie.

6) Naddarcie krocza dokładnie zeszyć, obrażenia części płciowych zewnętrznych zasypywać jodoformem i przemywać codziennie płynem antyseptycznym.

Zaleski K. Ciąża pozorna. Przegl. lek. N. 22, str. 276.

Kobieta 32-letnia, 6 razy rodziła, lecz wszystkie dzieci już to wcześniéj, już to późniéj pomarły, bardzo gorąca, pragnąca mieć jeszcze choć jedno dziecko, od 3-ch miesięcy przestała miesiączkować. Wynik badania swego w postawie stojącéj tak autor opisuje: „brzuch nadzwyczaj silnie wzdęty, po upływie kilkudziesięciu sekund łagodnym ruchem zmienił swój kształt w taki, jaki cechuje 9-ty miesiąc księżycowy ciąży pier-

wiastki; po krótkim odpoczynku w téj postaci rozpoczynało się kilkuminutowe falowanie ściany [przodkowéj] brzusznéj w ten sposób, że odbierałem wrażenie, jakoby dojrzały płód w położeniu poprzeczném walcował około swéj osi podłużnéj wewnątrz brzucha, który potém przybierał znowu wspomniany kształt bębnicy i t. d.; stan ten obserwowałem blizko pół godziny; zajmowanie uwagi choréj rozmową nie zmieniało go wcale". W pozycyi poziomej nie znaleziono żadnego obrzęku ani stłumienia w brzuchu, a badanie przez pochwę nie wykazało nic, coby ciążę wskazywało. Na podstawie tego autor choréj stanowczo oświadczył, że nie jest w ciąży ani „wody w brzuchu niema" i że wkrótce będzie zdrowa. W tydzień chora zapewniała, że choroba ustąpiła zaraz po pierwszym proszku [1.0] antipyriny, tak że kąpiel i smarowanie nie było potrzebne", lecz zastosowała je także.

Matlakowski. Przyczynek do ciąży zamacicznéj. Gaz. Lek. N. 41—43, str. 814, 839 i 859.

Punktem wyjścia do określenia tego zajmującego przyczynku do nauki o ciąży zamacicznéj, był następujący przypadek. Kobieta 36 lat wieku licząca, przed 16-ma laty raz rodziła, powtórnie od $1\frac{1}{2}$ roku zamężna; od $11\frac{1}{2}$ miesięcy, miesiączkowanie, dotąd prawidłowe, zmieniło swój typ, a mianowicie: w ciągu 5 zrzędu miesięcy krwawienie pojawiało się często, co tydzień, co 10 dni, w postaci plam na bieliźnie. Następnie przez 3—4 miesięcy żadnych plam krwistych nie było, dopiero późniéj t. j. w 9 miesięcy od ustania miesiączki, czyli mniéj więcéj przed $2\frac{1}{2}$ miesiącami zjawiło się znowu skąpe krwawienie, przyczém wtedy odeszło bez boleści coś, co chora porównywa do kawałka wątroby. Przed 12—14 tygodniami wystąpiły silne boleści w brzuchu, kilka tygodni trwające, z wymiotami po wszelkiém jadle, a gdy i to ustało, pozostał jedynie znośny ból w okolicy podżebrza lewego i w nadbrzuszu, który trwał do czasu operowania choréj. Chora sama uważała się od samego początku za brzemienną, ruchy płodu czuła i inne osoby ruchy te widziały i stwierdziły. Gdy jednakże po 11 miesiącach poród nie nastąpił, prawdopodobieństwo ciąży zamacicznéj zyskało na pewności.

W sutkach mleko rzadkie; obwód brzucha przez pępek 90 ctm., brzuch bardzo wypukły w okolicy pępkowéj, pępek płaski; prawa połowa brzucha wypuklejsza u dołu, nieco bardziéj płaska w podżebrzu; lewa wręcz przeciwnie. W jamie brzusznéj guz gładki, w ogóle niebolący, wszędzie jednostajnie napięty z niewyraźném chełbotaniem, nieruchomy; nad pępkiem twardszy niż gdzieindziéj, a na prawo od smugi białéj pod pępkiem daje uczucie delikatnego trzeszczenia. Macica mała, odchylona na prawo i ku przodowi, mało ruchoma; dół Douglas'a nie zajęty przez sprawę zapalną. Guz jest w związku z prawémi dodatkami macicy i leży prawie całkowicie ponad wchodem do miednicy małéj.

Podczas operacyi [laparotomia], przekonano się: że guz posiadał bardzo liczne i rozległe zrosty luźne, błoniaste, nitkowate, nabrzękłe galaretowato płynem klejowatym, brudnawo-żółtawym, wypełniającym także oka i szczeliny między zrostami; że guz dochodzi aż do poziomu kości łonowych i nie znajduje się w związku z pęcherzem moczowym; że na powierzchni przodowéj guza przebiega ukośnie od dołu ku górze i zlewa na prawo listwa $1|_2$ ctm. wysoka, spłaszczona, twarda, podobna do mocnéj fałdy. Po nakłuciu, a następnie przecięciu worka płodowego, wydobyto płód donoszony, martwy, zmacerowany i przystąpiono do wycięcia worka, z powodu wyraźnych śladów rozpoczynającego się jego gnicia; była to praca niezmiernie mozolna z przyczyny obszernych i bardzo licznych trwalszych, niż już poprzednio rozdzielone, zrostów z siecią, z pętlicami kiszek, z krézkami t. j. w okolicy lędźwiowéj kręgosłupa. Pracując wytrwale i ostrożnie, udało się nareszcie oddzielić cały worek z wyjątkiem od strony macicy, z któréj prawym rogiem był w najściślejszym związku za pomocą szypuły grubéj na 2 palce, którą, po przewiązaniu na kilka pęczków, obcięto. Po załatwieniu się z krwawieniem i usunięciu licznych kleszczyków hemostatycznych i gąbek, dostrzeżono sznurek, biegnący z góry na dół i z tyłu ku przodowi po dole biodrowym prawym, przecięty, z nałożonémi na oba jego końce kleszczykami, które umieszczono na zewnątrz jamy brzusznéj; był to przecięty moczowód prawy, oddzielony na znacznéj rozciągłości od tylnéj ściany brzucha. Mając na uwadze znaczną liczbę obkłuć i podwiązań grubych pęczków tkanki, szeroko okrwawioną i pozbawioną otrzewnéj powierzchnię tylnéj ściany brzucha *resp.* dołu biodrowego prawego, przeprowadzono dren z gazy jodoformowéj przez dół Douglas'a do pochwy. Ranę brzuszną zamknięto kilkunastu szwami; oprócz 2-ch dolnych szwów wszystkie zawiązano; przez to miejsce wyprowadzono końce przeciętego moczowodu, zaciśnięto kleszczykami, i wprowadzono pasek gazy jodoformowéj. Na wszystko suty opatrunek z gazy jodoformowéj i waty; operacyja trwała $2^1|_2$ godziny.

Przez 5 dni po operacyi nękały chorą gwałtowne wymioty i czkawka; 16 go dnia w dolnym końcu rany brzusznéj 2 otwory moczowodu coraz mniéj widoczne zajmowały miejsce szczupłéj kępki ziarniny; przez odcięcie dwóch płatów skórnych i zetknięcie okrwawionych powierzchni, utworzono rodzaj daszka po nad otworami, w nadziei, że mocz dostawszy się pod ów daszek, trafi do otworu końca obwodowego moczowodu tuż obok leżącego i że w ten sposób przywróci się drogę naturalną do pęcherza, a tém samém uniknie się drugiéj operacyi — wycięcia nerki. Niestety pomimo to, że płaty przyrosły, pozostał maleńki włosowaty otworek, który sobie mocz przetorował na zewnątrz. We 2 tygodnie ponowiono próbę ocalenia prawéj nerki z tą różnicą, że najprzód spojono 4-ma najsubtelniejszémi szwami oba otwory przeciętego moczowodu, a po nad tém spojono płaty skórne boczne. Tegoż dnia chora dostała dreszczu wstrząsają-

cego, a ciepłota poraz pierwszy podskoczyła do 39° C., mocz zaczął się na nowo sączyć; szwy wyjęto i płaty rozpruto. W 16 dni później wykonano wycięcie prawéj nerki (*nephrectomia*) przez cięcie równoległe do kręgosłupa na 3 palce odległe od niego, a dokonane między 12-ém żebrem a grzebieniem biodrowym. W miesiąc potém, operowana opuściła szpital zupełnie zdrowa.

Autor dodał do opisu powyżéj streszczonego, pouczające „oświetlenie opisanego przypadku," w którym zwraca uwagę:

1) Że ciąża w tym przypadku nastąpiła u osoby, przedstawiającéj nieprawidłowości w życiu płciowém: pierwsza ciąża w 20 roku życia, potém 5-cio letnie pożycie małżeńskie bezowocne, powtórne wyjście zamąż, wreszcie druga ciąża lecz zamaciczna. Zgadza się to z zauważoném oddawna prawidłem, że kobiety, które są w ciąży zamacicznéj, częstokroć przed tém niezdolne są do poczęcia.

2) Nasza chora od samego początku uważała się za brzemienną, lecz nic, prócz może owego krwawienia w ciągu 4-ch miesięcy, nie zwróciło jéj uwagi na to, co jéj zagraża.

3) Ciąża dobiegła swego kresu bez najmniejszych przypadłości podmiotowych.

4) W końcu 9-go miesiąca przyszedł czas porodu, któremu towarzyszyły ciężkie objawy, boleści i wymioty, przy czém z macicy odeszła z krwią najprawdopodobniéj *decidua*.

5) Mleko w sutkach jest bardzo ważnym objawem ciąży w późnych okresach, nawet po obumarciu płodu.

6) W każdym przypadku ciąży zamacicznéj, przychodzącym na stół sekcyjny lub operacyjny, powinno się rozjaśniać, o ile się da, ciemne strony przedmiotu i możliwie szczegółowo oznaczać rodzaj ciąży. Tu autor podaje poglądy L. Tait'a, krytykujące wszelkie znane przypadki mniemanéj ciąży jajnikowéj i brzusznéj.

L. Tait podaje następujący szemat ciąży zamacicznéj:

I. Ciąża jajnikowa możliwa, lecz niedowiedziona.

II. Ciąża jajowodowa w swobodnéj części jajowodu, — najczęstsza.

III. Ciąża śródścienna (*gr. tubouterina s. interstitialis*), jeżeli jajo zawarte jest w części jajowodu, przechodzącéj przez ścianę macicy; ta forma ciąży fatalnie pęka do jamy otrzewnéj przed 5-ym miesiącem.

Poglądy te Tait'a znalazły potwierdzenie w pracy Werth'a. Po przytoczeniu stosunków anatomicznych i zmian zachodzących w ciąży zamacicznéj [jajowodowéj] podług Tait'a i Werth'a, autor przystępuje do odpowiedzi na pytanie: do jakiéj postaci odnieść opisany przypadek? Zdaniem M. była to „ciąża jajowodowa śródwięzowa." Po wymotywowaniu tego zdania, kreśli autor podług wymienionych dwóch autorów po-

glądy na zasady postępowania przy ciąży zamacicznéj, które w ostatnich czasach uległy ważnym zmianom.

Wreszcie na zakończenie podaje autor uwagi z powodu skaleczenia *resp.* przecięcia moczowodu w tym przypadku, w którym szczególniéj jest ciekawém to, że moczowód oddzielony przy oddzielaniu worka od tyłu, na przestrzeni kilkunastu centimetrów od swojego łoża, naciągnięty do rany w ścianie brzusznéj do wszycia, mimo to nie uległ zgorzeli, choć ogołocony był z naczyń odżywczych na pewnéj rozciągłości.

Jerzykowski St. Ciąża zamaciczna. Wyzdrowienie. Now. Lek. N. 4, str. 183—187.

Po kilku słowach wstępu, w którym J. kreśli pogląd na dzisiejszy stan nauki co do wskazań operacyjnego działania w obec ciąży zamacicznéj, podaje autor opis następującego przypadku:

Kobieta 37 lat licząca, matka trojga dzieci, ostatnie urodziła przed 2-ma laty. W Październiku przestała miesiączkować, lecz nie na długo, gdyż po 7—8 tygodniach zjawiło się znowu krwawienie, które to ustawało, to znowu powracało aż do Lutego następnego roku. Autor widział chorą we Wrześniu t. r. w stanie wycieńczenia w wysokim stopniu, wszystko zrzucającą, oprócz maślanki. Brzuch niezmiernie przy dotykaniu bolący, wzdęty, a w nim wyczuwało się mniéj więcéj w środku ponad spojeniem łonowém guzowatość nieruchomą, twardą, nierówną, jakby z powłokami brzusznémi zrosłą. „Macica przechylona ku stronie lewéj i nieco opuszczona, cała zaś prawie lewa połowa małéj miednicy była wypełniona jakimś twardym guzem nieporuszalnym, który sięgał aż do wielkiéj miednicy do opisanego powyżéj miejsca.“

Przy nakłuciu próbném guza przez powłoki brzuszne, wydobyto nieco cuchnącéj ropy. Chora doznawała tak silnych boleści, że nawet wysokie dawki morfiny nie zdołały ich uspokoić. Przystąpiono tedy do laparatomii, lecz po otwarciu jamy brzusznéj przekonano się, że guz tak dalece był pozrastany z kiszkami, że ich od guza całkiem oddzielić się nie dało; —takież zrosty sięgały wgłąb miednicy małéj tak, iż guz zdawał się być szczelnie zrosłym z otrzewną miednicową. Ogólne wrażenie na operującego guz ten zrobił takie, że uważał go za narośl złośliwą jajnika. Stwierdzono przy tém, że narośl ta nie była zrosła z macicą. Tymczasem operowana tak siły straciła, „że trzeba było długiego czasu, aby ją do życia przywrócić.“ Zaszyto przeto ranę brzuszną i nałożono odpowiedni opatrunek. Ogólny upadek sił trwał jeszcze dni kilka, ciepłota ciała nie przechodziła 38.5° C.; gwałtowne boleści przed operacyją prawie zupełnie ustąpiły. Dopiero 19 dnia po operacyi wystąpiły gwałtowne boleści w okolicy odbytnicy i wtedy ponad zwieraczem wewnętrznym znaleziono miejsce tak miękkie i chełbocące, że łatwo przerwano je palcem, poczém wy-

lała się znaczna ilość ropy, a następnie i płód wielkości płodu 4-ro miesięcznego.

Bukowski R. O wyłuszczaniu twardych guzów z macicy za pomocą cięcia w jéj ścianach. [Martinischer Kaiserschnitt]. Gaz. Lek. NN. 21—24, str. 425, 444, 469 i 484.

Jak wiadomo, pierwszy MARTIN w 1874 r. powziął zamiar usuwania guzów rosnących w ścianach macicy, przez cięcie cesarskie, aby niém zastąpić uciążliwe i często z niebezpieczeństwem połączone operowanie przez pochwę maciczną, i zamiar ten w 5 lat później świadomie urzeczywistnił. Metoda jego zatém polega na wykonaniu laparotomii, nałożeniu elastycznego uciskadła czasowego na macicę, zrobieniu odpowiedniego cięcia w ścianach macicy dla dostania się do guza, wyłuszczeniu go z łożyska, zeszyciu rozciętych ścian macicy, zdrenowaniu jéj jamy przez pochwę, i opuszczeniu całéj macicy do jamy otrzewnéj. Tak idealna metoda przedstawia jednak oprócz trudności technicznych w wielu razach, niebezpieczeństwo zakażenia; niemniéj atoli po ocenieniu jéj przez LOMER'a w 1883 roku pojawiły się liczne prace, wykazujące jéj wartość, jako też wady i braki, wskazania i przypadki, gdzie ją z prawdziwym pożytkiem zastosować należy. Taki też cel miał nasz autor w ogłoszeniu wymienionéj pracy, któréj treść w ogólnych zarysach tu podajemy.

Po zwięzłych uwagach, dotyczących operowania guzów macicznych w ogólności, podaje B. opis 2-ch przypadków przez siebie operowanych, a mianowicie:

I. *Fibromyoma uteri interstitialis. Laparotomia. Enucleatio neoplasmatis methodo Martini. Sutura parietum uteri. Sanatio.* Dziewica 18-letnia, od 15-go roku życia miesiączkująca co 4 tygodnie bardzo obficie, z boleściami, w ostatnich 3-ch miesiącach doznająca częstego zaparcia moczu i krwawienia tak obfitego, że zmuszoną była położyć się do łóżka. Badanie wykazało obecność guza w jamie brzusznéj, kształtem, umiejscowieniem i wielkością przypominającego macicę u kresu ciąży będącą. Odpływ z pochwy cuchnący, w sklepieniu tylném nieco na lewo sterczał guz ciastowaty, stożkowaty, opuszczający się prawie do połowy długości pochwy. „Dawał się on dokładnie obejść palcami od tyłu; z lewéj zaś strony i od przodu bezpośrednio przechodził w tylną (?) wargę macicy, która, rozciągnięta i wygładzona na guzie, utraciła zupełnie pierwotną swą formę. Całą powierzchnię wystającego do pochwy odcinka pokrywała błona śluzowa gładka i bez owrzodzeń. Przy dwuręcznem badaniu stwierdzić można było zupełną łączność i jednolitość dopiero co opisanego guza z guzem macicy." Zgłębnik maciczny wchodził na 8 ctm.

Daléj autor wnioskuje, że był to twardy, jednolity, śródścienny, częściowo podśluzowy, guz macicy, który „wierzchołkiem swoim sięgał do pochwy, coraz niżéj wgłąb jéj się opuszczając. Był to więc obraz zaczy-

nającego się porodu, który jednakże wobec wielkości guza, w bezpośrednim znajdującego się związku z miąższem macicy i w obec znacznego upadku sił choréj, nie mógł być uwieńczony pomyślnym skutkiem. Nowotwór uwiązł w wązkiéj pochwie, a silnie przez elastyczne usta maciczne zaklinowany, wskutek utrudnionego a być może nawet przerwanego krwiobiegu, częściowéj uległ zgorzeli“ [1]). Odleżyny i ropnie w miejscach zastrzykiwania ergotiny.

Dokonano operacyi ściśle podług pierwotnego planu MARTIN'a; wyłuszczony nowotwór ważył 1280 grm. Przebieg pooperacyjny był powikłany wytworzeniem się ropnia z następową przetoką ścienno-maciczną; chora po 3 miesiącach szpital opuściła jako wyleczona.

II. *Fibromyoma uteri interstitialis. Laparotomia. Enucleatio neoplasmatis methodo Martini. Amputatio supravaginalis uteri. Sanatio.* Chora lat 42 wieku mająca, od lat 20 zamężna, nigdy nie rodziła, od lat dwóch co 2—3 tygodni obficie przez pochwę krwawiąca, osłabiona. Guz w brzuchu złożony jakby z 2-ch części, z których większa, wychodząca z próżni miednicy małéj, sięgała do pępka, druga półksiężycowatego kształtu obejmowała wierzchołek pierwszéj; obie mocno ze sobą spojone; obie razem łatwo na prawo i na lewo i ku górze przesuwalne. Przez pochwę: część pochwowa macicy przy podnoszeniu i opuszczaniu guza mało była ruchoma, ujście maciczne szczelnie zamknięte, wprowadzenie zgłębnika niemożebne. Rozpoznano guz twardy macicy śródścienny znacznych rozmiarów.

Po otwarciu jamy otrzewnéj okazało się, że guz składa się z 2-ch oddzielnych guzów: górnego, przyrośniętego do wierzchołka [?] macicy, wyrastającego tuż pod otrzewną; na nim zaś rozpięte było *mesocoecum* które z kiszką ślepą opuszczało się na tylną powierzchnię macicy, wypchniętéj ku górze przez drugi guz śródścienny. Ten drugi guz był to mięśniak macicy, wyrastający z dolnego jéj odcinka od tyłu i wypełniający całkowicie jamę DOUGLAS'a. Z powodu niemożności podniesienia macicy ku górze tak, ażeby można było nałożyć uciskadło sprężyste i trudnego dostępu do tylnéj ściany macicy, należało zaniechać operowania ściśle podług metody MARTIN'a. Po oddzieleniu *mesocoeci*, przyrośniętego na całéj długości do podsurowiczego mięśniaka, przecięto przodową ścianę macicy przez całą jéj grubość, a nawet guz górny i tą drogą doszedłszy do guza, wyłuszczono go, częścią ręką, częścią nożyczkami, przyczém uległa rozerwaniu zcieńczała tylna ściana macicy wraz z pokrywającą ją otrzewną. Tym sposobem macica została rozdzieloną na dwie połowy, wobec czego

---

[1]) Opis badania gynekologicznego podaliśmy dosłownie, jako też i wnioski z niego wyprowadzone, albowiem podane wyniki badania przez pochwę do takiego rozpoznania nie upoważniały. (*Przyp. Spr.*)

nie pozostawało, jak tylko amputować macicę, czego też niebawem dokonano. Wreszcie nałożono kilka szwów na rozdarcie dolnego odcinka macicy, na część odciętéj krezki kiszki ślepéj i nareszcie obszyto kikut szwami, łączącémi otrzewnę ścienną z otrzewną pokrywającą macicę; szypułę umocowano na zewnątrz.

Przebieg pooperacyjny był bardzo ciężki, już to z powodu znacznéj krwi utraty podczas saméj operacyi, już też z powodu zapalenia obu płuc, jakie 8-go dnia wystąpiło. 19-go szypuła odpadła, a rana po niéj zabliźniła się w 9-ym tygodniu po operacyi. Nim to jednak nastąpiło, operowana 28-go dnia po operacyi zapadła na ostre zapalenie nerek z objawami mocznicy i dopiero 40-go dnia po operacyi, gorączka spadła i zaczęła się poprawa stanowcza.

Po opisie tych dwóch przypadków autor podaje znane wskazania do operowania guzów macicy, wspomina o metodzie Apostoli'ego leczenia włókniaków macicy za pomocą elektryczności, wreszcie ocenia krytycznie dwie metody operowania: *per vaginam* i *per laparatomiam*, a wymieniając cały szereg powikłań przy usuwaniu nowotworów przez pochwę zdarzających się, lub przytrafić się mogących, gorąco przemawia za metodą Martin'a, któréj przyznaje wysokie zalety i znakomite pierwszeństwo przed operowaniem przez pochwę. Szczegółowo też opisuje dzieje téj metody, jéj zmiany i uzupełnienia, jakim w krótkim czasie uległa, jako też przeszkody napotykane w jéj wykonaniu, a mianowicie:

1) Niezmierną czasami trudność w tamowaniu krwotoków śródmiąższowych.

2) Możebność pęknięcia ścian łożyska przy wyłuszczaniu guzów znacznych rozmiarów, jak to miało miejsce w opisanym przypadku.

3) W skutek silnych zrostów guza z łożyskiem macica może uledz poszarpaniu.

4) W najpomyślniejszych nawet razach może nastąpić krwotok do jamy łożyska, sam przez się groźny, a w następstwie stać się może punktem wyjścia ropnia lub posokowatego gniazda, grożącego otwarciem się do otrzewnéj i jéj zakażeniem.

5) Znaczna ilość szwów, mogąca stać się przyczyną ropienia, z przetoką na zewnątrz lub zakażenia otrzewnéj.

6) W razie otwarcia jamy macicy, zagraża niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnéj.

7) Wreszcie znane są przypadki, w których po wyłuszczeniu nowotworu, po pewnym czasie nowe mięśniaki w macicy się rozwijały.

Na zakończenie podaje B. opis szczegółów rękoczynu, spotykanych przy Martin'owskiém wyłuszczaniu i wskazania do dwóch wymienionych sposobów usuwania guzów macicy, z których jedne dadzą się operować przez pochwę, inne zaś wymagają laparatomii. Do pierwszych należą:

I. Nowotwory na długiéj i cienkiéj szypule, przez usta maciczne, chociażby sztuką rozszerzone, przesuwać się dające.

II. Nowotwory z szerszą nieco podstawą, siłą skurczów macicy w znacznéj części przez ujście maciczne wypchnięte do pochwy.

III. Z nowotworów uległych zgorzeli częściowéj, te tylko przez pochwę operować należy, które bezwarunkowo na jedném posiedzeniu wyłuszczyć możemy.

IV. Wszystkie zaś inne operować należy od strony otrzewnéj, sposobem Martin'owskiego wyłuszczenia.

Po dokonaniu zaś tego:

a) Starać się należy zostawić macicę w razie możebności traktowania łożyska zewnątrz-otrzewnowo [wszycie ścian jego w dolny koniec rany brzusznéj, sposób Albert'a].

b) W razie sprzyjających warunków, trzeba nałożyć szew materacowy na ściany łożyska i całą macicę opuścić do jamy brzusznéj [Martin, Zweifel].

c) Tam zaś, gdzie jama macicy została otwarta, macica uległa znacznemu uszkodzeniu, gdzie wreszcie podejrzywamy istnienie mięśniaków wtórnych, należy macicę amputować, a szypułę wszyć w ściany, lub też opuścić do jamy otrzewnéj.

d) Nakoniec gdzie nowotwór uległ zgorzeli, trzeba zawsze macicę, z obawy następowego zakażenia otrzewnéj, nadpochwowo amputować i szypułę traktować zewnątrz-otrzewnowo.

Matlakowski. Zestawienie 25-iu przypadków otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. [Szereg trzeci]. Gaz. Lek. Nr. 47—50, str. 941, 956, 979 i 996.

Ten trzeci szereg 25 laparatomij [zob. Przeg. piśmiennictwa lekars. polskiego z r. 1887 i 1888] składają: 7 owariotomij, 6 myomohysterektomij, 1 laparotomija przy ciąży zamacicznéj, 1 laparatomija [badawcza], 3 przyszycia wypadłéj macicy według sposobu autora i 7 wycięć macicy przez pochwę.

Z owariotomij zasługuje na uwagę przypadek I-szy, p. n. *Cystoma ovarii sinistri; accretiones largae cum flexura sygmoidea; laparotomia; consutio cystidis ad vulnus abdominis; sanatio.* Po otwarciu jamy otrzewnéj, przekonano się, że guz był ściśle zrosły z tylną powierzchnią macicy, z boczną lewą stroną miednicy aż do wiązadła Poupart'a, daléj wzdłuż brzegu wolnego lewego *m. psoas*, od tyłu z *promontorium*, wreszcie najściśléj z kiszką grubą, z *flexura sygmoidea.* Ograniczono się też w tym razie na wypuszczeniu zawartości płynnéj z torbieli i przyszyciu jéj ścianki do otrzewnéj dolnego kąta cięcia w ścianie brzusznéj, przyszyciu skóry do torbieli, przecięciu i wymyciu téj ostatniéj.

Przypadek II-gi godny jest uwagi z powodu skręcenia szypuły guza naokoło jéj osi 6 razy, co było przyczyną zaburzeń w stanie ogólnym choréj i sklejania z guzem, wielkości główki noworodka, wszystkich pętlic jelita, które się z torbielą stykały.

W 2-ch następnych przypadkach wycięto oba jajniki zwyrodniałe, a z tych drugi p. n. *Cystis dermoidalis ovarii dextri*; *contentum globosum*; *torsio pedunculi*; *accretiones cum mesenterio*; *degeneratio cystoidea ovarii sinistri*; *ovariotamia bilateralis* jest bardzo ciekawy z powodu zawartości torbieli, którą to zawartość stanowił płyn gęsty, w ilości 1-go litra, kawowéj barwy, kilkanaście kawałów tłuszczu, kształtu kulistego i jajowatego, wielkości orzecha włoskiego do wielkości jaja gęsiego i większych, barwy brudno-popielato-gliniastéj; na dnie torbieli leżał zwój włosów zlepionych tłuszczem w kłąb, wielkości małéj pięści. Przyczyną tego ma być skręcenie szypuły, które wywołało zapalenie ściany torbieli, wysięk do jéj jamy i wynaczynienia krwi, a domieszka tych płynów wpłynęła na zmianę tłuszczu płynnego na stały i kulisty. Skręcenie zaś szypuły ma być zależném zdaniem Lawson Tait'a od działania ruchów odbytnicy.

W jednym wreszcie przypadku jedynym powodem skłaniającym chorą do operacyi był ból ponad lewém wiązadłem Poupart'a; osoba zamężna od lat 6, nigdy w ciąży nie była. Rozpoznano guz wielkości dużéj pomarańczy, twardy, nierówny, bolący, przesuwalny, który po wycięciu okazał się włókniakiem, nie zawierającym nigdzie resztek prawidłowéj tkanki jajnika.

W 6 przypadkach, operowanych z powodu guzów macicy, 5 razy dokonano hysterektomii, a w jednym tylko pozostawiono macicę. Z pierwszych zasługuje na uwagę:

1) *Myoma interstitiale*; *degeneratio cystoidea utriusque ovarii*; *hysterectomia supravaginalis*; *ovariotomia bilateralis*; *disjunctio marginum vulneris*; *sutura consecutiva*, *sanatio*: W tym przypadku nazajutrz po zdjęciu szwów [7-go dnia brzegi rany sklejone bez kropli ropy], w skutek kaszlu i oddawania stolca, górna i średnia część rany pękła, a przez otwór wyszło kilka pętlic jelita cienkiego, tworząc wielki zwój trzew pod opatrunkiem przemokłym od wydzielającéj się z nich wilgoci na brzuchu. Pooddzierano bardzo silnie przywarte do gazy pętlice, odprowadzono je, a obtarłszy silnie aż do krwi brzegi rany gazą, zeszyto je na nowo. W 10 dni po zdjęciu szwów znaleziono brzegi rany zagojone *per primam*.

2) *Sarcoma uteri*; *hysterectomia supravaginalis*; *excochleatio tumoris*; *sanatio*. Górującym objawem przed operacyją było wrośnięcie guza pomiędzy pęcherz i spojenie łonowe, guz prawie nieruchomy, tak że ani go oddalić od kości łonowych, ani unieść z miednicy, ani z boku na bok przesuwać nie można było. Podczas operacyi okazało się, że guz składa się z 2-ch części: górnéj [macicy i nowotwór śródścienny], nieprzyrosłéj i dosyć twardéj i z części dolnéj miękkiéj i rozrywającéj się pod palcami na-

kształt rozlanéj massy, przyrosłéj do kości łonowych. Nie wyłuszczając części twardéj guza bezpośrednio w miękką przechodzącéj, odcięto ją wraz z macicą i jéj dodatkami, a część miękką nowotworu po za spojeniem łonowém będącą wyskrobano, nie zapuszczając się zbyt głęboko z obawy otwarcia pęcherza, lub moczowodów. W ranie brzusznéj pozostawiono w dolnym jéj kącie szeroki otwór niezaszyty, prowadzący do szypuły wpuszczonéj [lecz przyszytéj do listków otrzewnéj ściennej] i do krwawiącego miękkiego nowotworu. Po operacyi stan operowanéj był krańcowo ciężki z powodu ogromnego osłabienia, wymiotów, czkawki, dreszczów, gorączki, błonicy gardła, *parotitis suppurativae dextrae* i smrodliwéj wydzieliny z rany brzusznéj. W 6 tygodni jednak po operacyi, chora szpital opuściła z drenem wchodzącym przez ranę do miednicy małéj, bez śladów regeneracyi nowotworu.

Jedna laparatomija przy ciąży zamacicznéj, została opisana oddzielnie [zob. str. 94].

Jedna laparotomija badawcza, dokonana została w przypadku *Cystis dermoidalis ovarii sinistri; punctio; laparotomia explorativa, mors e degeneratione amyloidea renum.*

Z siedmiu wycięć macicy przez pochwę zasługują na uwagę:

1) *Carcinoma uteri et graviditas.* Tylna warga maciczna kraterowato wyżarta, całkowicie zajęta przez nowotwór; przednia zupełnie zdrowa, sklepienia nie zajęte. Wycięta macica okazała się ciężarną w drugim miesiącu. W 5 miesięcy po operacyi, odrastanie nowotworu w miejscu wyciętéj macicy.

2) W 2-gim przypadku część pochwowa ogromna, twarda, w kształcie guza krwawiącego sterczała do pochwy; macica powiększona [car. ut. 12 ctm.], sklepienia wolne. Badanie drobnowidzowe wyjętéj macicy wykazało raka płasko-komórkowego, zajmującego całą macicę. Najciekawszém jest w tym przypadku to, że o ile rak w szyi szerzył się od błony śluzowéj w miąższ macicy, o tyle część pochwowa okazała się pod drobnowidzem wolną od nacieczenia rakowatego. W 3 miesiące po operacyi wyjęto jeszcze kilka podwiązek i operowana przedstawiała ranę, prawie zagojoną.

3) W 3-im przypadku część pochwowa przedstawiała guz wielkości pomarańczy, owrzodzony, łatwo krwawiący, ale z boków twardy; sklepienia niezajęte, gruczoły pachwinowe niepowiększone. Wycięta macica przedstawiała zupełnie zdrowy trzon, o ścianach zgrubiałych i część pochwową w guz rakowaty zmienioną;—jedném słowem rak zajął tylną wargę i boczne odcinki części pochwowéj i wyrósł do ogromnéj wielkości, gdy tymczasem zarówno od strony kanału macicy, jak i od zewnątrz od strony sklepień błona śluzowa pozostała zdrową, tak że nowotwór był zupełnie i ściśle odgraniczony. Pomimo to, w niespełna miesiąc nastąpiła regeneracyja raka w pochwie macicznéj.

Sztembarth W. Cztery przypadki otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia. Medycyna N. 32, 33 i 34, str. 513, 529 i 545.

Po krótkim wstępie, w którym Sz. po naszkicowaniu dziejów operacyi wycinania macicy u nas, jako też miejscowych stosunków lekarskich, dotyczących chorych gynekologicznych, podaje opis 4-ch następujących przypadków przez siebie operowanych w praktyce prywatnéj.

I. *Myoma corporis uteri subserosum et interstitialis et cysta ovarii sinistri; myomotomia et ovariotomia; sanatio.* W tym przypadku istniały 3 guzy: 1) torbiel jajnika lewego, wielkości główki noworodka; torbiel odcięto, a szypułę jego wpuszczono do jamy brzusznéj; 2) mięśniak na grubéj szypule z przodowéj ściany macicy wyrastający, nieco od torbiela mniejszy; szypułę umocowano w dolnym kącie rany brzusznéj; 3) mięśniak o wiele mniejszy w tylnéj ścianie macicy, który pozostawiono. Przebieg pomyślny.

II. *Carcinoma corporis uteri, cysta ovarii dextri, salpingitis purulenta sinistra. Amputatio supravaginalis uteri cum adnexis; sanatio.* Po odcięciu torbieli jajnika prawego wielkości około 2-ch pięści, odcięto macicę na wysokości jéj szyjki, która wydawała się zdrową; kikut ustalono zewnątrz jamy otrzewnéj. Przebieg o tyle pomyślny, że po operacyi dokonanéj dn. 9 Maja, Sz. widział ostatni raz operowaną, na kilka tygodni przed ogłoszeniem opisu tego przypadku [d. 17 Sierpnia], „cieszącą się jak najlepszém zdrowiem."

III. *Cystis utriusque ovarii; ovariotomia duplex; sanatio.* Jeden guz gładki, miękki, sięgał prawie do połowy odległości między spojeniem łonowém a pępkiem, a drugi mały, wielkości orzecha włoskiego po lewéj stronie, na szerokość 2-ch palców ponad wiązadłem Poupart'a. Szypuły wpuszczono do jamy otrzewnéj. Operacyja nie przedstawiała żadnych trudności; po operacyi ropienie w kilku szwach ścianki brzusznéj. Torbiel większa z zawartością płynną, mniejsza dermoidalna zawierała przeważnie włosy.

IV. *Cystis ovarii dextri; ovariotomia; sanatio.* Chora *virgo intacta*, lat 22 wieku mająca; operacyja łatwa, żadnych zrostów; szypułę wpuszczono do jamy otrzewnowéj; zawartość torbieli znacznych rozmiarów płynna ze znaczną ilością włosów; przebieg pomyślny.

Matlakowski. Nowy sposób przytwierdzania wypadłéj lub w tył pochylonéj macicy za pomocą przeszczepienia więzów obłych. Przeg. lek. N. 46 str. 557 i 558.

Proponowany przez autora sposób polega: na przecięciu ściany brzusznéj w smudze białéj, otwarciu jamy otrzewnowéj o tyle tylko, ażeby przeszły 3—4 palce, ujęciu i wyciągnięciu macicy aż do rany brzusznéj, gdzie odstąpiwszy 1—1½ ctm. od rogu macicy przecina się wzdłuż powło-

kę surowiczą więzadła (*boutonnière*) i przez tę szparę wyciąga się wiązadło, pociągając palcami za jego koniec obwodowy na 6—8 ctm., przewiązuje i dośrodkowo od przewiązki przecina; koniec centralny tymczasowo ujmuje się w kleszczyki hemostatyczne. Toż samo robi się z wiązadłem po drugiéj stronie; następnie przebija się zamkniętą pincetą rozcięgno brzuszne oraz mięsień prosty brzucha i otrzewnę, w odległości 1—2 ctm. od brzegu rany i tyleż ponad górnym brzegiem spojenia łonowego; ujmuje pincetą odpowiedni koniec więzadła i przez ścianę brzuszną [b e z s k ó r y] przewłóczy, poczém aby się ten koniec nie wyśliznął, chwyta go się kleszczykami hemostatycznémi. Tak samo postępuje się z drugiéj strony. Za przykładem Saenger'a zeskrobuje się zlekka otrzewnę z przodowéj powierzchni macicy i przyszywa ją 3-ma szwami do ściany brzusznéj, najwyższy szew na linii macicznych końców wiązadeł obłych. Mając wszystkie szwy przeprowadzone upewnić się należy po raz ostatni, że pętlice jelit i sieć nie wśliznęły się przed macicę i zaraz z a w i ą z u j e s i ę n a s u p e ł przewleczone przez ścianę brzuszną [wyjąwszy skórę] wiązadła obłe, ściągając je jak najmocniéj; zbywające końce po zawiązaniu supła zawiązujemy dla pewności jedwabiem i same koniuszczki nadmiażdżone od ujmowania kleszczykami odcinamy. Teraz zawiązuje się 3 szwy, przechodzące przez macicę i ścianę brzuszną; powierzchownémi szwami na ranę brzuszną kończy się operacyja. Na brzuch lekki opatrunek i obcisła najlepiéj elastyczna opaska; po 10—14 dniach leżenia w łóżku wyjmuje się szwy, macica pozostaje już nadal na łasce wywołanych sklejeń i przesadzonych wiązadeł obłych. Autor wykonał tę operacyję w 3-ch przypadkach; operacyja sama ma być nadzwyczaj prostą i łatwą, o ile macica nie jest umocowana zrostami w dole Douglas'a, lub też zmienione jajniki lub jajowody nie poprzyrastały do macicy i więzadeł szerokich, słowem, gdy sam akt oswobodzenia i zbliżenia macicy do rany nie jest utrudniony.

W i n a w e r A. O zastosowaniu mięsienia w chorobach kobiecych podług metody T h u r e B r a n d t'a. Kron. lek. str. 1, 91 i 193 [i oddzielnie. Warszawa 1889 str. 107].

Autor w téj pracy podaje rys historyczny, opis rękoczynów, podstawy fizyjologiczne i kazuistykę przypadków tą metodą przez niego leczonych. Staranne, umiejętne a zwięzłe opracowanie przedmiotu przez autora, który badał wymienioną metodę osobiście w Sztokholmie u Thure Brandt'a, jako też u jego ucznia Nissen'a w Chrystyjanii, sprawiło, że rozprawa W. jest najbardziéj wyczerpującą z tych, jakie piśmiennictwo nasze dotąd posiada.

S i e l s k i F. Na czém polega leczenie wypadnięcia macicy metodą T h u r e - B r a n d t'a? Zmiana w sposobie tego leczenia. Wiad. lek. N. 5, str. 137—143.

Autor, wychodząc z założenia że „tkanka mięsna w organizmie służy do kurczenia się i powodowania ruchów, a nie do ustalania narządów,

a to z téj prostéj przyczyny, że mięsień męczy się i potrzebuje odpoczynku", twierdzi, że w metodzie Thure Brandt'a leczenia opadniętéj macicy, jedynie unoszenie jéj jest zabiegiem leczącym. Wszelkie zatém napukiwanie okolicy lędźwiowéj, i ruchy odporne kolan, na całość téj metody się składające, są niecestetyczne, niepotrzebne i mogą być nawet niekiedy szkodliwe, a cała metoda okazuje się autorowi „jako udałe odprowadzenie pochwy i macicy zapomocą „unoszenia" do prawidłowego ułożenia", co znowu S. dokonywa zapomocą narzędzia, które nazwał „podnosicielem macicy (*elevator uteri*)" Jest to zwykły zgłębnik maciczny, uzbrojony stałym krążkiem poziomym, nie dozwalającym na tak głębokie wprowadzenie zgłębnika, ażeby koniec jego dotykał się aż dna jamy macicznéj. Sposób postępowania tak autor opisuje: „przyrząd ten wkładam do jamy macicznéj w ten sam sposób, jak zgłębnik maciczny, a kiedy macica oprze się częścią pochwową na wspomnionéj płytce [krążku], podnoszę macicę tym przyrządem z miednicy do jamy brzusznéj tak wysoko, jak wysoko bez bólu choréj podnieść ją można, i na tém odprowadzenie macicy się kończy". W końcu S. podaje, że tym sposobem wyleczył 5 przypadków wypadnięcia macicy; wszystkie chore były ambulatoryjne; odprowadzenie powtarzało się codziennie; czas trwania kuracyi 2—4 tygodni.

Winawer A. O zapaleniu fałd Douglas'a (parametritis posterior, Schultze) i leczeniu tegoż cierpienia metodą Thure Brandt'a. Gaz. lek. N. 15 i 16, str. 318 i 335.

Pod nazwą „zapalenie fałd Douglas'a, *parametritis posterior*, Schultze", pojmujemy ostrawą lub przewlekłą postać zapalenia wiązadeł maciczno-krzyżowych (*lig. sacro-uterina*), które Fritsch radzi nazywać wiązadłami wieszadłowémi tylnémi (*lig. suspensoria uteri postica*), gdyż one niewątpliwie przyczyniają się do utrzymania szyjki macicznéj w prawidłowém położeniu. Łatwo zatém pojąć, że zbytnio rozciągnięte wywołują tyłopochylenie macicy, nadmiernie zaś skrócone ciągną szyjkę macicy ku tyłowi i ku górze, a wtedy trzon macicy przechyla się ku przodowi. Aczkolwiek wpływ zapalenia fałd Douglas'a na powstawanie przodozgięcia macicy można uważać za klinicznie dowiedziony, to jednakże na stole sekcyjnym prawie nigdy nie spotyka się zgrubienia, bliznowatego ściągnięcia się owych wiązadeł, natomiast resztki wysięków, przyczepiny, błony pozapalne i wiązadła rzekome napotyka się dosyć często w jamie Douglas'a; sprawa zapalna przebiega zatém w otrzewnéj, gdyż fałdy Douglas'a jéj część stanowią.

Daléj autor przypomina, że fizyjologicznem położeniem macicy jest przodozgięcie, przyczém szyjka z trzonem macicy tworzy kąt prawie prosty. Lecz w celu rozpoznania przodozgięcia patologicznego kąt zgięcia stanowi okoliczność mniéj ważną, a głównie rzecz polega na tém, iż przo-

dozgięcie jest stałém i niezmiennem, a mianowicie, że napełniony pęcherz moczowy nie unosi trzonu macicy ku górze, lecz odsuwa macicę całą ku tyłowi, a nadto przy miesiączce kąt zgięcia również się nie zwiększa.

Następnie W. podaje 3 sposoby Schultze'go rozpoznawania przodozgięcia patologicznego, opisuje objawy zapalenia fałd Douglas'a, częstość przodozgięcia macicy, powstającego z téj przyczyny, jako téż przyczyny tego zapalenia i wymienia dotychczasowe sposoby jego leczenia podług Schultze'go. Autor jednak sądzi, że najodpowiedniejszém i najskuteczniejszém będzie mięsienie metodą Thure Brandt'a dokonywane. Z 50 przypadków tą metodą przez W. leczonych, podaje on opis 3, w których osiągnął wyniki znakomite, spostrzeżone nietylko w tych trzech opisanych przypadkach, lecz i w innych tą metodą leczonych, zarówno w pierwszym okresie cierpienia, jak i w drugim t. j. gdy fałdy Douglas'a były już bliznowato ściągnięte.

Święcicki H. Elektrolyza w gynekologii. Now. lek. N. 7, str. 325—330.

Artykuł téjże saméj treści co Winawera [zob. Przegl. piśmien. lek. pol. z r. 1888 str. 111], zawierający głównie poglądy Engelmann'a na stosowanie elektrolyzy w gynekologii.

Święcicki H. Tłocznia brzuszna i jéj znaczenie w gynekologii. Now. lek. N. 12, str. 600—606.

Zwięzła kompilacyja, objaśniona rysunkiem mięśni, dźwigacza, i zwieracza odbytu podług Landois'a, których wzmocnienie wystarczyło autorowi do usunięcia opadnięcia pochwy i macicy, którego operacyja doszczętnie usunąć nie zdołała. Mięśnie te w gynekologii wielkie mają znaczenie, gdyż naruszenie ich czynności oddziaływa na położenie narządu moczopłciowego. Daléj mówi autor o obwisłości powłok brzusznych, o zapobiegawczém jéj leczeniu zapomocą odpowiednich ćwiczeń gimnastycznych; zaś mięsienie, faradyzacyja, galwanizacyja, noszenie dobrze przylegających opasek przy obwisłości brzucha, uważa S. jedynie za środki pomocnicze, łagodzące, które nigdy nie zdołają zastąpić leczenia zapobiegawczego i przyczynowego za pomocą systematycznéj gimnastyki mięśni brzusznych. Jednem słowém, autor jest zdania, „1° Że systematyczne ćwiczenie tłoczni brzusznéj od saméj już młodości powinno być zadaniem każdéj kobiety, a więc wchodzić w zakres pedagogiki w szkole. 2° Przy opadnięciu pochwowo-maciczném jest jedyném racyjonalném leczeniem fizyjologiczném wzmacnianie tłoczni, a szczególniéj dolnéj jéj ściany t. j. dźwigaczy odbytu i zwieraczy zewnętrznych".

Mars A. Brak miesiączki do 48-go roku życia. Mimowolne wywołanie téjże. Przeg. lek. N. 9, str. 101, 102,

N. N. 48 lat licząca, od 20 lat zamężna, dotąd nigdy nie miesiączkowała. Stan ogólny był zawsze zupełnie dobry, nie żaliła się na żadne do-

legliwości, aż do 46 roku życia, Wtedy to po ustaniu białych upławów. przy użyciu odpowiednich przestrzykiwań wystąpiły bóle nad pachwiną lewą, od czasu do czasu się powtarzające. Nadto chora zaczęła cierpieć na bóle w brzuchu, które przez kilka dni w miesiącu powracały, a z czasem wytworzył się stan taki, że chora zupełnie regularnie przez dwa tygodnie miewała te bóle codziennie, a przez następne dwa tygodnie była od nich wolną. Stan taki trwał dwa lata, a wszelkie przedsiębrane kuracyje pozostały bezskutecznémi. W ostatnich miesiącach wspomniony ból tępy nad pachwiną lewą począł choréj coraz więcéj dokuczać, a w pierwszych dniach po wystąpieniu napadów bólów brzusznych stawał się nieznośnym. Na podstawie badania i wywiadów rozpoznano: *Uterus parvus, amenorrhoea, oophoritis sinistra, catarrhus intestinorum chr., convulsiones hystericae, enteralgiae.* Następujący związek przyczynowy uważa autor za najprawdopodobniejszy: od kilku lat trwający nieżyt błony śluzowéj macicy przesunął się na jajowody i w następstwie sprowadził *perioophoritis i oophoritis sinistra chronica.* Zadrażnienie narządu płciowego tym sposobem wywołane sprowadziło okresowe nawały krwi do tego narządu, przez co pogarsza się sprawa chorobowa w jajniku, która znowu drogą odruchową wywołuje objawy ze strony narządu pokarmowego jako *in loco minoris resistentiae.*

Użycie środków rozdzielających na obrzmienie jajnikowe i przeciw nieżytowi jelit, aczkolwiek tkliwość znacznie zmniejszyło, to jednak napady nie zmniejszyły się wcale. Zastosowano miejscowe krwi upusty, pomimo że część pochwowa macicy była bladą, powtarzane przez 6 miesięcy w pierwszym dniu lub w przeddzień napadów. Chora następnie przepędziła lato w Zakopanem i tam już napadów nie miewała, ale zato pojawiły się w odstępach 4-ro tygodniowych skąpe odpływy miesiączkowe.

Od tego czasu minęło lat 4, chora ma obecnie 52 lat wieku i miesiączkuje daléj regularnie, aczkolwiek skąpo; chora wygląda bardzo dobrze, napady nie wróciły i na ból nad pachwiną lewą się nie żali.

Cercha M. Przypadek gwałtownego krwotoku z pochwy, wywołanego przedarciem przegrody pochwowéj podczas spółkowania. Przegl. lek. N. 15, str. 181—183.

Autor stara się wykazać, że spółkowanie może wywołać krwotok w tkance zdrowéj, nie okazującéj żadnych zmian chorobowych i na poparcie tego zdania przytacza 4 przypadki obce i podaje opis swojego, spostrzeganego w klinice prof. Madurowicza.

Kobieta 23 lat wieku mająca, niezamężna, przybyła do kliniki z objawami wysokiéj niedokrwistości ogólnéj w skutek utraty krwi z pochwy. Chora spółkowała w nocy trzy razy, w 10 dni po ostatniéj miesiączce i za 3-im razem doznała bólu i krwotoku; nigdy nie rodziła i nie roniła; dawniéj spółkowała prawidłowo bez boleści.

Badanie ginekologiczne wykazało, że wejście do pochwy jest podwójne: lewe szersze, prawe wązkie, albowiem pochwa podzielona wzdłuż przez przegrodę pionową, sięgającą aż do części pochwowéj na dwie części; przegroda w części dolnéj tylnéj, zdaje się być oderwaną od tylnéj ściany pochwy, która w tém miejscu jest nierówna; oderwana część przegrody wisi w pochwie w kształcie płatka o brzegach strzępiastych. Przez obydwa przewody pochwy można wprowadzić zgłębnik do jamy macicznéj, która jest również przegrodą na dwie części podzielona; istnieją dwa ujścia zewnętrzne macicy. Rozpoznano: *Vagina et uterus septus. Ruptura septi vaginae in parte posteriori intra coitum, subsequente haemorrhagia et anaemia majoris gradus.* Leczenie polegało na przyżegnięciu broczącego miejsca termokauterem, założeniu gazy jodoformowéj i następném w 3 dni powtarzaném przyżeganiu lapisem małéj powierzchni ziarninującéj,— po 2-ch tygodniach chora opuściła klinikę.

IX. OKULISTYKA.

Sprawozdawca

Bol. Gepner (syn).

M. Kępiński. Zapalenia łącznicy. Wskazówki praktyczne przy ich rozpoznawaniu i leczeniu. Kron. lek. 41 [Ciąg dalszy, patrz Przeg. piśm. lek. pol. za rok 1888, str. 114].

W téj części swéj pracy A. rozbiera śluzotok łącznicy noworodków oraz zapalenia krupowe, dyfterytyczne, follikularne, pryszczykowe i wiosenne. Znajdujemy tu szczegółowy opis przebiegu każdéj poszczególnéj sprawy, etyjologiję, hygienę oraz leczenie. Wiele tu praktycznych wskazówek, które choć dotyczą rzeczy przeważnie znanych, dla lekarza nie specyjalisty mogą być bardzo pomocne.

K. Noiszewski. Przesadzenie błony śluzowéj ust na spojówkę, jako sposób doszczętnego leczenia jaglicy przewlekłéj. Gaz. Lek. 800.

A. wyciął trachomatycznie zwyrodniałą łącznicę powieki górnéj, wszywając na to miejsce płat wzięty z wewnętrznéj powierzchni wargi dolnéj. Płat przyjął się bardzo dobrze.

Dr. Br. Ziemiński. O operacyjném leczeniu jaglicy spojówki oka [Trachoma]. Przegl. Lek. 505.

Zwracając uwagę na potrzebę zjednoczenia sił przeciwko takiéj pladze mieszkańców nizin, jaką jest jaglica i podawszy krótką charaktery-

kę zmian patalogicznych przy téj sprawie [podług Raehlman'a], autor przebiega w krótkości różne rękoczyny przy leczeniu jaglicowatych używane, od pierwszych prób na tém polu, aż do obecnie stosowanych sposobów. Wygniatanie ziarn jaglicowych paznogciem uważa za zbyt bolesne i niepraktyczne głównie z powodu pozostawiania nieforemnych i niegładkich blizn; te same złe strony posiada zdrapywanie i wyskrobywanie mieszków limfatycznych. Dobre rezultaty widzi po skaryfikacyi spojówki powiek i wycinaniu spółśrodkowego paska spojówki i tkanki podspojówkowéj około rogówki w przypadkach zajęcia téj błony. Autor stosuje, w przypadkach zajęcia załamka spojówki powieki górnéj, wycinanie tegoż z pozostawieniem tkanki podspojówkowéj. W razie konieczności wycina téż i przylegający brzeg chrząstki. Zakładanie szwów nie jest konieczne, o ile rękoczyn ograniczony jest tylko do załamka. Rana, po wycięciu załamka powstała, pozostawia linijną bliznę, a skrócenie worka jest stosunkowo nieznaczne. Objawów złych po operacyi autor nie spostrzegał. Stan reszty spojówki, o ile ona jest zajętą, wymaga odpowiedniego leczenia. Oprócz azotanu srebra i siarczanu miedzi, autor uważa za pomocne traktowanie łącznicy, o ile ona jest rozpulchnioną, stężonémi roztworami sublimatu, oraz proszku Wicherkiewicza [3 cz. kwasu borowego 1 cz. taniny]. Po wycięciu załamka spojówki, zmętniała uprzednio rogówka wyjaśnia się często sama przez się. Dla usunięcia mieszków limfatycznych na spojówce chrząstkowéj A. uważa za stosowną galwanokaustykę. Postępowanie to skraca przebieg jaglicy, zmniejsza możliwość powikłań. Najodpowiedniejszémi do leczenia chirurgicznego są według autora niezbyt wczesne chroniczne formy jaglicy, zwłaszcza przy rogówce zajętéj już właściwą sprawą chorobową.

Dr. Bol. Wicherkiewicz. O zaniku spojówki a mianowicie o rzadkiéj postaci samoistnego zaniku. Now. lek. 278.

Rozróżniamy zanik miąższowy spojówki (*xerosis parenchymatosa s. squamosa*), oraz częściowy w postaci plamek powierzchownych (*xerosis pithelialis, glabra, partialis*). Pierwszy występuje pod wpływem oparzeń chemicznych czy termicznych, daléj jako skutek pewnych chorób skórnych (*pemphigus, psoriasis*), a także choć rzadko, czysto samoistnie.

Do 2 znanych w literaturze przypadków tego rzadkiego procesu, autor dołącza dwa przez siebie spostrzegane, obydwa u podeszłych w wieku izraelitów. Leczenie żadnéj poprawy nie dawało i nie powstrzymywało postępu sprawy zanikowéj. Autor notuje następujące znamiona téj sprawy: 1. Zniesienie czynności gruczołków — a w następstwie zrogowacenie nabłonka spojówki, który się oddziela w postaci szarych listków. 2. Spojówka niepodrażniona kurczy się, a worek łącznicowy zmniejsza się stopniowo, co się naprzód przejawia na górnym załamku, gdzie łącznica układa się w prostopadłe fałdy. 3. W dalszym przebiegu chrząstka

zrasta się z gałką. 4. Mięszko łzowe i fałda półksiężycowa zanikają, a czasem i worek łzowy się zmniejsza, przy zatkaniu punkcików łzowych. 5. Rogówka mętnieje i pokrywa się rodzajem skorupy. 6. Chrząstka nie rzadko zamienia się w bliznę a gruczoły Meiboma zanikają. 7. Chory skarży się na suchość, utrudnienie lub bolesność ruchów gałki.

Leczenie nie daje żadnych rezultatów pewnych.

Zanik częściowy spostrzeganym bywa na téj części spojówki gałki, która najwięcéj wystawiona jest na działanie powietrza. Spojówka wygląda tu sucho, bez połysku, a miejsce zajęte ma kształt trójkąta. Czasem proces przechodzi i na rogówkę. Często spostrzeganą bywa hemeralopia. Autor opisuje dwa przypadki tego zaburzenia odżywiania spojówki, przebiega literaturę, oraz teoryje powstawania téj sprawy. Pomimo przyjętego w ogóle mniemania o grzybkowém pochodzeniu częściowego zaniku, autor nie spostrzegał poprawy przy użyciu środków odkażających, za to opaska uciskowa okazała się w wielu razach skuteczną.

J. Strzemiński. Dwa przypadki obustronnego wrodzonego braku tęczówek (Aniridia congenita completa). Gaz. Lek. 1035.

Autor spostrzegał dwa przypadki w tytule wymienionéj nieprawidłowości u dwojga rodzeństwa, brata i siostry; w jednym z tych przypadków miał miejsce oprócz tego jednostronny zanik nerwu wzrokowego, w drugim rodzaj zaćmy warstwowéj (*cat. stratiformis*). Nieprawidłowość ta przeszła téż na jedno z dzieci obserwowanych osobników [kobiety]. Autor podaje w krótkości literaturę téj niezbyt rzadkiéj wady rozwoju oka.

Prof. Dr. L. Rydel. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne. Przegl. lek. 544.

Autor rozbiera krytycznie główne fazy historyi operowania zaćmy, zatrzymując się dłużéj nad sposobem Graefego. Podawszy strony dodatnie i ujemne tegoż sposobu, wykazuje następnie wyższość cięcia płatowego obwodowego, które więcéj odpowiada warunkom, jakie rana dopełnić winna. Warunki te są: 1. Dostateczne rozmiary. 2. Łatwość schodzenia się powierzchni cięcia, co ułatwia gojenie się. 3. Takie położenie cięcia, któreby znosiło lub zmniejszało do minimum możliwość wypadnięcia tęczówki. Następnie zastanawiając się nad kwestyją, czy przy tém cięciu wycięcie kawałka tęczy jest potrzebném, czy nie, odpowiada na nią twierdząco. Statystyka wykazuje że $^3/_4$ przypadków bez irydektomii operowanych daje rezultaty zadawalniające, w jednéj czwartéj jednak występują zaburzenia, jak wypadnięcie tęczy, zarośnięcie źrenicy po *iritis* większéj części których irydektomija mogłaby zapobiedz. Wobec tego uważa za właściwsze robić niewielką irydektomiję, gdyż ta krzywdy nie przynosi, a wiele oczu od zguby lub przynajmniéj niebezpieczeństwa może uchronić. Obszerną tę pracę R. kończy opisem postępowania swego przed, przy i po operacyi, którego głównem zadaniem jest ścisła aseptyka, oraz

podaje wyniki swoje. Na 332 operacyje, sprawozdaniem objęte, rezultat dobry osiągnięto w 92,18% przypadków, średni w 5,11%, zły w 2,71%.

Dr. Bolesław Wicherkiewicz. O wartości i sposobach wypłukiwania komórek ocznych. Now. Lek. 19.

Autor podaje zarys historyi wypłukiwania komórki, a mówiąc o jego wartości i celu, ten ostatni w ten sposób określa: „wypłukiwanie podejmujemy: *a)* dla wywierania działania przeciwgnilczego, *b)* dla lepszego wydobycia z przedniéj komórki, czy to krwi, czy ropy nagromadzonéj *c)* dla usunięcia pozostałości soczewkowych". W. odpierając zarzuty przeciwników wypłukiwania komórki, opisuje przyrząd swego pomysłu, służący do tego celu, oraz jego użycie; tłomaczy wyższość wody przekroplonéj nad innémi płynami tu używanémi i kończy niniejszą pracę zapowiedzią ogłoszenia szczegółowéj statystyki kilkuset operacyj zaćmy, przy których wypłukiwanie było stosowane.

Dr. Bol. Wicherkiewicz. Zaćmy urazowe nieświadomego na pozór pochodzenia. Now. Lek. 282.

Dwa przypadki zaćmy urazowéj, w których o przyczynie i rodzaju urazu chorzy nic nie wiedzieli. W jednym przypadku przyczyna ta pozostała ciemną [dziewczyna 14-oletnia], w drugim wraz ze zmętniałą soczewką usunięto kawałek żelaza 1,5 mm. długi. Operacyja bez przypadłość i o dobrym wyniku w obu przypadkach.

Dr. Bolesław Wicherkiewicz. O najwłaściwszych sposobach otwierania torebki soczewkowéj, celem wydobycia zaćmy. Gaz. Lek. 270.

Idealnym sposobem rozcięcia torebki przed usunięciem soczewki byłby taki, któryby jednocześnie dawał pewność usunięcia przynajmniéj części przedniéj torebki. Przy zwykle używaném rozcinaniu torebki za pomocą cystotomu nie zawsze jest to możebném, a nigdy pewném, a wszelkie prowadzenie cięcia w formie krzyża, koła lub kwadratu jest tylko w teoryi możebne. Stosunkowo najlepszém jest cięcie ostrym haczykiem podług sposobu przez RYDLA podanego. Daleko lepsze usługi oddają tu szczypczyki, które rozdzierając torebkę, jednocześnie część jéj wyprowadzają na zewnątrz. W. posługuje się w tym celu szczypczykami własnéj konstrukcyi, na podobieństwo szczypczyków FÖRSTERA zbudowanémi używając ich tak przy ekstrakcyi z irydektomiją, jak i bez niéj; operując z irydektomiją A. używa téż jeszcze innego instrumentu, który jednocześnie służy jako cystotom i szczypczyki. Po dokładny opis tych instrumentów odsyłamy do pracy oryginalnéj, w któréj pomieszczone są i rysunki tychże.

Dr. J. Koliński. Przyczynek do nauki o odżywianiu oka na zasadzie badań nad działaniem naftaliny na oko. Pam. Tow. Lek. 177.

Na zasadzie doświadczeń nad działaniem naftaliny na organizm psów, królików, świnek morskich i białych myszy, autor przychodzi do następujących wniosków: naftalina wywiera działanie na cały organizm, a więc i na oko, wywołując zaburzenia w układzie krwionośnym. Tworzenie się zaćmy jest objawem wtórnym, zależnym od zmian w naczyniówce, siatkówce i ciałku szklistém; powstała zaćma ma wielkie podobieństwo do zaćmy cukrzycowéj. Twory krystaliczne, znajdywane w tkankach przy zatruciu naftaliną, składają się z fosforanu wapnia. Pomimo, że po powstrzymaniu zadawania naftaliny ogólny stan zwierzęcia może powrócić do normy [o ile stopień zatrucia nie przeszedł pewnéj granicy], zmętnienie soczewki nigdy w zupełności nie znika. Prąd płynów odżywczych w oku dąży od naczyniówki przez siatkówkę do ciałka szklistego, a stąd do soczewki i przedniéj komórki. Ciecz wodna w części przesiąka przez rogówkę, a w części ulega rezorbcyi przez *Spatium Fontanae*, kanał Schlemm'a i przednie żyły rzęskowe.

W. Kamocki. Dalszy przyczynek do badań anatomo-patologicznych nad zmianami w oczach przy cukrzycy. Gaz. Lek. 671.

A. zbadał 5 kawałków tęczy wyciętych przy irydektomijach przygotowawczych u chorych, dotkniętych zaćmą cukrzycową, oraz dwie całkowite gałki diabetyków. W 6 z tych przypadków K. znalazł charakterystyczne, poprzednio przezeń opisane zmiany w tęczówce, a osobliwie w jéj warstwie nabłonkowéj. W jedném z badanych oczu była rzadko zdarzająca się przy cukrzycy *keratitis neuroparalytica*. Opisując rezultat badania zmętniałych soczewek, z tychże gałek pochodzących, K. skłania się ku teoryi Deutschmanna, który za przyczynę tworzenia się zaćmy przy cukrzycy uważa obumieranie nabłonka torebki.

Dr. Br. Ziemiński. O najnowszych poglądach co do wartości metody zawieszania chorych przy leczeniu zaniku nerwów wzrokowych. Gaz. Lek. 640.

Gałęzowski, Gilles de la Tourette, Wecker, Laudolt, Gillet de Graumont, Parinaud zgadzają się na to, że zawieszanie tabetyków nie ma żadnego wpływu na objawy mózgowe wiądu, do których i zaburzenia wzroku należą. Darier twierdzi, że wszyscy jego chorzy odczuwali wyraźne polepszenie, które w kilku przypadkach przedmiotowo sprawdzoném być mogło. W przypadku *Atrophia n. opt. juvenilis S* wzrosła z $^1/_{15}$ do $^1/_6$. Abadie potwierdza spostrzeżenia Dariera, nadmieniając, że najlepsze wyniki miewał u chorych nie tabetyków. Wecker są-

dzi, że metoda ta dałaby się z korzyścią stosować przy blepharospasmus w formie naciągania nerwu twarzowego. Z. u trzech swoich chorych, którzy się poddawali leczeniu metodą Moczutkowskiego, nie znalazł wprawdzie polepszenia, ale też zanik nerwu daléj nie postąpił, co byłoby już ważnym wynikiem tego postępowania.

Dr. Konrad Rumszewicz. Przyczynek do teratologii tarczy nerwu wzrokowego. Przeg. Lek. 261.

Autor opisuje dwa przypadki nieprawidłowéj budowy tarczy nerwu wzrokowego. W jednym, w dolnym i zewnętrznym odcinku tarczy znajdowało się lśniące owalne zagłębienie, naczynia zaś wychodziły pojedyńczo z tarczy w środku odległości od brzegu do środka téjże. W drugim przypadku tarczy właściwéj nie było wcale, na jéj zaś miejscu znajdował się mały, poprzecznie owalny utwór z trzema dodatkami po stronie wewnętrznéj o wyglądzie pęczka włókien nerwowych cewkowych, z niewielką ilością ziaren barwnika, który wązkim paskiem łączył się z drugim takimże owalem, leżącym w miejscu, plamce żółtéj odpowiadającém. Górne naczynia siatkówki wychodzą z brzegu pierwszego z tych dwu utworów i przebiegają prawidłowo, dolne zaś pnie nie dają wcale gałęzi skroniowych.

Dr. Med. Konrad Rumszewicz. O zespoleniach tylnych naczyń rzęskowych z naczyniami układu nerwu wzrokowego i siatkowego. Wiad. lek. 233.

Wbrew zdaniu Lebera, iż pomiędzy układami naczyniowémi siatkówki i naczyniówki istnieją tylko zespolenia włosowate, autor zdaje sprawę z pewnego przypadku, w którym musiał przyjąć, że jedno z naczyń żylnych (*v. nasal. super.*) niosła krew z naczyniówki. Naczynie to na brzegu tarczy raptownie się urywało, a raczéj zagłębiało pod siatkówkę.

Autor popiera swoje spostrzeżenie przeglądem literatury danéj kwestyi.

Dr. J. Talko. Ósmy przypadek wrodzonego torbiela oczodołowego. Przegl. Lek. 624.

U 42 letniéj kobiety A. znalazł torbiel, wielkości dużego orzecha laskowego, usadowioną jak zwykle pod dolną powieką, która była na zewnątrz wywiniętą. Worek spojówki ma postać lejka, którego wązka część w głębi tworzy kanał, na dnie którego zgłębnikiem wymacać się daje ciało twarde, niedorozwiniętą gałkę. A. przyłącza się do teoryi Arlta-Manza, objaśniającéj tworzenie się torbieli oczodołu niezarastaniem szpary embryjonalnéj gałki ocznéj.

Dr. Br. Ziemiński. O pierwotném (samoistnem) zapaleniu osłonki gałkowéj Tenona („Tenonitis“ idiopathica), przy tém o chłonicach okołogałkowych uwag kilka. Gaz. Lek. 508.

Po wyczerpującym opisie osłonki Tenona z punktu widzenia anatomicznego, autor opisuje objawy kliniczne tego niedostatecznie znanego a przez niektórych autorów w wątpliwość podawanego samoistnego cierpienia téj osłonki. Najważniejszémi objawami są tu: ból charakteru dnawego, występujący gwałtownie przy najlżejszych poruszeniach gałki, obrzęk surowiczy łącznicy gałkowéj, lekkie wypchnięcie gałki ku przodowi, oraz utrudnienie jéj ruchów. Początek bywa zawsze ostry. Oftalmoskop wykazuje rozszerzenie żył siatkówki i często pulsacyję w tychże. Objawy zapalne w obrzękłéj łącznicy są skutkiem mechanicznego podrażnienia. Ropienie przy samoistném zapaleniu osłonki Tenona nigdy się nie zdarza. Wątpliwości nie ulega, że samoistne zapalenie osłonki Tenona jest pochodzenia dnawego; ulegają mu też przeważnie osoby skłonne do dny. *Ex juvantibus* można by też już podobny wniosek uczynić, A. bowiem sprawdził bardzo pomyślne w tém cierpieniu działanie salolu, który podaje w dawkach 1,0 *pro dosi ad* 10,0 *pro die*. Miejscowo stosuje opatrunek uciskający, który unieruchamiając gałkę, zmniejsza w skutek tego bóle. Jeżeli po ustąpieniu obrzęku i objawów subjektywnych pozostaje jeszcze pewna nieruchomość gałki, A. stosuje maść lanolinową z tlenkiem rtęci. W zakończeniu A. podaje szczegółowy opis dwu obserwowanych przez siebie przypadków tego cierpienia.

St. Radziszewski. Kilka obserwacyi z działu okulistyki. Medycyna 574.

Autor opisuje 3 operacyje wydobycia zaćmy starczéj na dowód, że cząstki substancyi korowéj pozostałe w oku ulegają wessaniu; następnie donosi o ujemnym rezultacie badania wydobytéj soczewki na drobnoustroje. 2 pozostałe obserwacyje dotyczą *pustula maligna* dolnéj powieki, usuniętéj żegadłem, oraz zniszczenia niektórych kości twarzy po szkarlatynie.

Dr. Med. Br. Ziemiński. O znaczeniu dziedziczności w rozwoju krótkowzrocznéj budowy oka. Zdrowie 503.

Możność odziedziczania skłonności do myopii jest nader prawdopodobną. Skłonność ta może pozostać ukrytą lub, jeżeli hygiena wzroku została zaniedbaną, doprowadzić do rozwoju krótkowzroczności. Pewna liczba przypadków krótkowzroczności powstaje bez żadnych wpływów.

K. Noiszewski. Elektroftalm. Gaz. Lek. 1018.

Wychodząc z zasady, że wzrok jest szczególnym rodzajem dotykania przedmiotów, a właściwie odbitych od nich promieni, autor zbudował

przyrząd przeznaczony dla ślepych, a mający na celu zamianę zmysłu widzenia, zmysłem dotyku. Jest to mała ciemnia optyczna, któréj tylna ścianka składa się z 3 warstw: 1) cienkiéj siatki metalowéj, nieizolowanéj, 2) połączonéj z nią płytki selenowéj i 3) warstwy izolowanych złotych pręcików. Selen staje się dobrym przewodnikiem elektryczności tylko w punktach, wystawionych na działanie światła. Świecący lub oświecony przedmiot, daje promienie, które, załamawszy się w soczewce ciemni, dają na płytce selenowéj swój obraz. Oświetlone miejsce staje się przepuszczalném dla prądu, który, przechodząc na odpowiednią ilość pręcików, nagrzewa je. Elektroftalm umieszcza się na gładyszce, któréj skóra rozróżnia wahania ciepła, wynoszące 0,2°C. Stąd obecność świecącego lub oświeconego przedmiotu jest wyczuwaną jako wrażenie ciepła i ciśnienia na skórze, a różnice w wielkości powierzchni odczuwającéj ciepło lub w jéj położeniu dają pojęcie o wielkości przedmiotu świetlnego, oraz o jego położeniu, ruchach lub stanie spoczynku.

Dr. Cz. Podgórski. Sprawozdanie z ruchu chorych na oddziale ocznym prof. Rydla w Szpit. Św. Łazarza w Krakowie, za czas od I Lipca 1888 po koniec Czerwca 1889 r. Przegl. lek. 455.

W drugim roku istnienia tego oddziału, służącego do przyjmowania chorych z chorobami przewlekłémi, którzy przez to na klinikę uniwersytecką przyjmowani być nie mogą, leczono tamże chorych 205, w téj liczbie 48 przypadków jaglicy. Przy leczeniu téjże trzymano się téj saméj metody, co i w roku poprzednim, to jest wygniatano ziarna jaglicowe pod kokainą, po czém tuszowano łącznicę 1—2% azotanem srebra i siarczanem miedzi. Próby nad stosowaniem stężonych roztworów sublimatu [1:100, 1:120 do pędzlowania, 1:400 lub 500 do wpuszczania] nie dały pewnych wyników; polepszenie trwałe otrzymano tylko w 2 z 19 przypadków, w innych było ono tylko nieznaczném i przemijającém, przytém chorzy skarżyli się na bolesność. Sprawozdawca poleca za to gorąco używanie proszku Wicherkiewicza [2 cz. kwasu borowego, 1 cz. taniny] we wszelkich formach jaglicy, a szczególniéj tam, gdzie siarczan miedzi i azotan srebra są źle znoszone, lub gdzie po dłuższém używaniu skuteczność ich malała. Sprawozdanie zawiera téż opis postępowania przy innych sprawach chorobowych, z którego zanotować należy wkraplanie mieszaniny: *Kalii jodati* 0,15, *Natri bicarbonici* 0,25, *Aq. dest.* 15,0 przy *keratitis diffusa*.

X. SYFILIDOLOGIJA I DERMATOLOGIJA.

Sprawozdawca
T. Trzciński.

Krówczyński. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego. Odczyty kliniczne N. 8.

Jest to wyczerpujące studyjum, zawierające w sobie anatomiję cewki, jak również patologiję i terapiję trypra. W części terapeutycznéj autor kładzie nacisk na szkodliwość wczesnych szprycowań w ostrym okresie trypra; endoskopowi odmawia praktycznéj wartości przy leczeniu.

Biron. Leczenie ostrego i chronicznego trypra. Kron. lek. Zesz. VIII, str. 489.

Praca ta dotąd ukończoną nie została.

Kossak. Retentio urinae completa z powodu urethritis membranacea. Wiad. lek. Zesz. 17, str. 521.

U 24 l. chorego, który przebywał trypra, nastąpiło nagłe zatrzymanie moczu. Po założeniu cewnika z moczem odeszła błona 8 ctm. długa, stanowiąca jakoby odlew cewki moczowéj.

Kopytowski. Zastosowanie soli sodowych i potasowych kwasu sozojodolowego przy leczeniu szankrów i dymienic. Gaz. Lek. N. 20, str. 406.

We Wrześniu 1888 r., pojawił się w handlu preparat, zwany sozojodolem, zawierający w sobie jod, fenol i siarkę i mający łączyć w sobie działanie tych środków przeciwgnilnych.

Jest to sodowa lub potasowa sól kwasu dijodparafenolsiarczanego, nazwanego dla krótkości przez wynalazcę Trommsdorff'a kwasem sozojodolowym, rozpuszczalna w wodzie i proponowana przy leczeniu szankrów zamiast jodoformu, dla uniknięcia silnego zapachu tego środka.

K. stosował sozojodolnatrium w klinice pr. Trautfettera w 9 przypadkach szankra pod postacią proszku, nasypywanego na owrzodzenie, obmyte uprzednio 1% roztworem kwasu karbolowego. Działanie środka nie ustępowało działaniu jodoformu.

W 2 przypadkach zropiałych dymienic przy stosowaniu 5% roztworu sozojodolnatrium po uprzedniém używaniu jodoformu, normalna ziarnina przybrała wygląd śluzowy i blady, środek więc odstawiono. W jednym przypadku dymienicy zastosowano po przecięciu sozojodolkalium *per se* z bardzo dobrym skutkiem. Dymienica zagoiła się bez ropienia po trzykrotnéj zmianie opatrunku w 16 dni po przecięciu.

Szadek. Stosowanie potasu sozojodolowego przy leczeniu wrzodów wenerycznych miękkich. Medycyna N. 35, str. 561.

Autor stosował potasek sozojodolowy *per se* [w proszku] lub z domieszką 1% kreoliny w 30 przypadkach szankra. W 28 przypadkach środek działał zadawalniająco, w 2 trzeba było uciec się do innych przetworów. Leczenie trwało najkrócéj 6 dni, najdłużéj 20, przeciętnie 16. Autor sądzi, że potas sozojodolowy przy leczeniu szankrów nie ustępuje jodoformowi, a nawet ma nad nim wyższość z powodu swéj bezwonności.

Szadek. O stosowaniu jodolu w chorobach wenerycznych. Gaz. Lek. N. 14, str. 291.

Pojawienie się jodolu w terapii jest następstwem nieustannego poszukiwania takiego przetworu, któryby posiadał cenne własności jodoformu, bez jego przenikliwego zapachu. Jodol (chemicznie *tetrajodpyrol*), jest to szaro-żółtawy proszek bez smaku i zapachu, prawie nierozpuszczalny w wodzie i glicerynie; zawiera 89% czystego jodu. Autor przytacza opiniję licznych badaczów o terapeutycznéj wartości nowego środka, z których wynika, że według jednych jest w stanie zastąpić jodoform, według innych zaś jest środkiem wątpliwéj mocno wartości. Pick pierwszy zaczął stosować jodol do wewnątrz w dawce 1,0 *pro die*. Twierdzi on, że jodol wydziela się z ustroju o wiele wolniéj, niż jodek potasu, a więc wskazany jest w formach późnego przymiotu, przebiegających opieszale. Autor stosował jodol w 21 przypadkach szankra, w 10 przypadkach trzeciorzędnych owrzodzeń i w 7 przypadkach ropiejących dymienic. W 22 przypadkach przymiotu zadawał jodol wewnątrz, zamiast jodku potasu.

Z obserwacyi nad działaniem środka w tych 60 przypadkach wyciąga wnioski następujące: Jodol działa bardzo skutecznie przy leczeniu trzeciorzędnych owrzodzeń przymiotowych; przy leczeniu szankra działa słabiéj od jodoformu;—w przypadkach przewlekłych późnego przymiotu, nie wymagających szybkiego działania jodu, może być stosowany z równą korzyścią, jak jodek potasu.

Krówczyński. Jakie leczenie kiły daje najlepsze rezultaty? Przegląd Lek. N. 13, 14, str. 153, 169.

Ponieważ przymiot niebezpiecznym jest dla samego chorego, a ze względu na swą zaraźliwą naturę i dla otoczenia, — przeto teoretycznie najlepszym sposobem leczenia go będzie taki, który najszybciéj usuwa istniejące objawy i daje największą gwarancyję rzadkości powrotów, zwłaszcza na częściach płciowych, jako najczęstszém źródle zarażenia. Najszybszym sposobem usunięcia objawu pierwotnego jest wycięcie go, w razach, gdy to jest możliwe i gdy rozpoznanie nie ulega wątpliwości. Doświadczenie uczy, że możliwie wczesne wycięcie pierwotnego objawu nieraz zupełnie zapobiega pojawieniu się objawów ogólnych, a zwykle czyni je łagodnémi.

Wychodząc z tego punktu widzenia, że przymiot w epoce istnienia objawu pierwotnego jest cierpieniem miejscowém, a następnie rozradza się w gruczołach chłonnych i ztąd dopiéro zakaża cały organizm, również, że rtęć tém skuteczniéj działa na objawy choroby, im bliżéj ich usadowienia się jest stosowana, autor po ustaleniu rozpoznania wycina objaw pierwotny i jednocześnie stosuje wcierania szaruchy na gruczoły pachwinowe. Wrazie, gdy wycięcie pierwotnego stwardnienia jest niemożliwe, leczy się je *lege artis*—a równocześnie robi wcierania w gruczoły, nie czekając wystąpienia objawów ogólnych. Jednocześnie z wcieraniami [po 1,5 do 2,0 na dawkę], autor zadaje do wewnątrz sublimat lub jodek potasu.

Z przytoczonéj kazuistyki okazuje się, że w 2 przypadkach wycięcia pierwotnego stwardnienia i równoczesnych wcierań, w ciągu dwóch lat nie wystąpiły wcale objawy ogólne, z wyjątkiem lekkiego nalotu na migdale w jednym przypadku; a w jednym przypadku wystąpiły zwykłe objawy ogólne. Przypadków, w których wycięcie było niemożliwe, a w których stosowano wcierania w gruczoły pachwinowe wraz z sublimatem lub jodkiem potasu do wewnątrz, zaraz po ustaleniu rozpoznania, było 60. W 4 przypadkach wystąpiła wysypka plamista, w 8 bardzo skąpo grudkowa, tylko w 4 przypadkach zmiany na częściach płciowych. We wszystkich przypadkach objawy ogólne [pod postacią obłożenia migdałów i zmian na błonach śluzowych] opóźniły się: w jednym przypadku wystąpiły w 79 dni po zarażeniu, w 8 w 97 dni, w 24 między 108 i 115, a we wszystkich innych wyżéj 115. Reasumując, autor twierdzi, że:

1) Najlepsze rezultaty w leczeniu przymiotu daje wycięcie pierwotnego objawu wraz z równoczesnémi wcieraniami w okolicę gruczołów pachwinowych.

2) Leczenie témiż wcieraniami przy jednoczesném zadawaniu rtęci lub jodu do wewnątrz przed wystąpieniem objawów ogólnych, opóźnia wystąpienie tychże objawów, czyni je łagodnémi i zmniejsza ilość nawrotów na częściach płciowych.

Dymnicki. O działaniu chininy w niektórych cięższych przypadkach przymiotu przy leczeniu wcieraniami szaruchy; tudzież znaczenie ciepłoty, tętna i wagi ciała w tychże przypadkach. Gaz. Lek. N. 19, str. 388.

W przeciągu lat kilkunastu D. stosował chininę w 178 przypadkach cięższego przymiotu. Z tak obfitego klinicznego materyjału przytacza najbardziéj typowe przykłady, świadczące na korzyść metody i odwrotnie, jak również wyciąga wnioski ogólnej natury.

Spotykamy przedewszystkiém osiem historyj chorób chorych, dotkniętych przeważnie rozległémi i uporczywémi owrzodzeniami skóry i gardzieli, wraz z wychudnięciem, wielką utratą sił, łaknienia i poruszeniami gorączkowémi. Gdy wcierania szaruchy, kąpiele buskie i miejscowe leczenie

owrzodzeń we wszystkich przypadkach wywoływały szybkie pogorszenie ogólnego stanu, dodawano chorym siarczan chininy do wewnątrz, w dawce 1,00 do 1,75 dziennie. Już po kilku dniach takiego leczenia, poruszenia gorączkowe ustawały, łaknienie wzmagało się, siły rosły, waga ciała szybko się zwiększała, a po kilku tygodniach następowało względne lub zupełne wyleczenie istniejących objawów choroby. We wszystkich przypadkach zaznaczono już po kilku dawkach chininy spadek ciepłoty do normy, zmniejszenie częstości tętna, zwiększenie się wagi ciała i poprawę łaknienia. W przytoczonych następnie czterech przypadkach, w których chinina nie wywarła żadnego dodatniego działania, spotykamy mniej więcéj analogiczne formy ciężkiego przymiotu, w których prócz tego występował stały ból głowy, uporczywe zaparcie stolca i silne obrzmienie licznych gruczołów chłonnych. W przypadkach tych wahania ciepłoty przy zadawaniu chininy były bardzo nieznaczne, waga ciała wzrastała również bardzo mało, a stan ogólny żadnéj nie ulegał poprawie. Zaniechawszy więc wcierań i chininy, zalecano chorym jedynie kąpiele i wodę buską do wewnątrz w dawkach czyszczących, co zwolna sprowadzało taką poprawę stanu ogólnego, że leczenie można było dokończyć zwykłą metodą — [wcierania i kąpiele]. Zestawiając główniejsze rysy klinicznego przebiegu choroby w przypadkach, w których chinina okazała się skuteczną i w przypadkach przeciwnych, D. dochodzi do wniosku, że chinina wskazaną jest w przypadkach ciężkiego przymiotu, połączonych ze zbyt przyspieszoną wymianą materyi, za czém przemawiają gwałtowne w tych razach wahania ciepłoty, tętna a szczególniéj wagi ciała.

W przypadkach pomyślnego działania chininy wszelka sprawa zimnicza stanowczo wyłączoną być mogła.

Krówczyński. O poronném leczeniu kiły. Przegląd lek. N. 16, 17, str. 193, 208.

Teoryja poronnego leczenia przymiotu, przez zniszczenie objawu pierwotnego, powstała jeszcze w wieku XVI i do czasów obecnych ciągle miała zwolenników. W sprawie téj przypada również poważny udział naszym badaczom, jako to Rydygierowi, Klinkowi, Krówczyńskiemu, Zarewiczowi, Dankowi i Watraszewskiemu. W ostatnich czasach pojawiły się w tym kierunku prace Böhm'a, głosującego stanowczo za wycinaniem pierwotnego objawu, i Cornil'a, który jest mu wręcz przeciwny. Ze wszystkich przypadków wycięcia z dodatnim rezultatem, ogłoszonych przez Auspitz'a, żaden nie jest zupełnie wiarogodnym; odnosi się to również do 7 przypadków Bumm'a, który wraz z objawem pierwotnym wyłuszczał również obrzmiałe gruczoły pachwinowe. Wycinanie gruczołów nie ma racyi nawet wtedy, gdy się daje łatwo uskutecznić, ponieważ nie wiadomo nigdy, czy nie ma już zarazka w gruczołach głębokich. [Według spostrzeżeń Fournier'a gruczoły pachwinowe i miednicowe bywają zajęte między 6 a 8 dniem po zarażeniu].

Z własnéj kazuistyki autor przytacza 2 przypadki, obserwowane przez 2 lata, w których po wycięciu pierwotnego objawu wystąpiły wkrótce bardzo słabe objawy ogólne, aby już się więcéj nie ukazać. Obaj chorzy mają zdrowe dzieci. Trzeci z chorych autora, któremu wycięto stwardnienie pierwotne, przez czas rocznéj obserwacyi miał jedynie w 4 miesiące po zarażeniu małe owrzodzenie na migdale. W rok po zarażeniu uległ typowéj reinfekcyi, po któréj nastąpiły objawy ogólne znacznie cięższe, aniżeli podczas pierwszéj choroby.

Ostatni przypadek jest zdaniem autora najbardziéj przekonywający. Dotyczy on chorego, który stanowczo przed tém nie przebywał przymiotu nabytego ani odziedziczonego, spółkował z kobiétą notorycznie syfilityczną i któremu w 13 dni po spółkowaniu wycięto stwardniałe owrzodzenie. Gruczoły pachwinowe nie były zajęte. Obserwacyja trwała 3 lata, w ciągu których żadnych objawów przymiotu u chorego nie było. Opierając się na tym przypadku, autor sądzi, że w wyjątkowych przypadkach wczesne wycięcie pierwotnego objawu może zapobiedz uogólnieniu się przymiotu.

Dembiński. Leczenie kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęciowych. Nowiny lekarskie N. 3, 4, str. 109, 163.

Przy leczeniu przymiotu używa się wstrzykiwań związków rtęci rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych. Z nierozpuszczalnych związków pierwszy Scarenzio zaczął wstrzykiwać kalomel w rozczynie z gliceryną 1:10. Inni badacze wypróbowali metodę, uznali, że działa skutecznie, lecz nie zataili stron ujemnych, mianowicie silnego odczynu na miejscu wstrzyknięcia, pod postacią nacieczeń a nawet ropni. Dla uniknięcia tych ubocznych następstw, Lewin zwrócił się do związków rozpuszczalnych, *respective* sublimatu; wypróbował go na wielkiéj liczbie chorych i doszedł do wniosków następujących: wstrzykiwania sublimatowe, codzienne, w dawce 0,005—0,012, nie drażnią miejscowo, bardzo rzadko wywołują *stomatitis*, zmniejszają znacznie częstość nawrotów choroby w porównaniu z innémi sposobami leczenia. Prócz sublimatu wielu badaczów wprowadziło do terapii liczne związki rozpuszczalne rtęci — jako to: *hydrarg. bijod. c. kali jodato, Hydrarg. bicyanat. Hydrarg. bichlorat. c. Natr. chlor. Hydrarg. peptonatum, formamidatum.* Dembiński stosował 4 ostatnie przetwory u 26 chorych; na każdego przecięciowo wypadło 25 wstrzyknięć. Najmniéj podrażnienia sprawiały ostatnie 2 przetwory. *Stomatitis* nie występowało ani częściéj ani rzadziéj, niż przy wcieraniach, nawroty zaś choroby, o ile się zdaje, pojawiały się częściéj.

Ostatnia okoliczność tłomaczy się tém, że rozpuszczalne przetwory rtęci szybko się wydalają z ustroju. Konieczność codziennych wstrzykiwań stanowi również ujemną stronę metody z punktu widzenia życiowéj praktyczności. W obec słabego działania rozpuszczalnych związków zawrócono znowu do nierozpuszczalnych. Starano się ulepszyć technikę

wstrzyknięć kalomelowych przez ścisłą antyseptykę igieł i skóry na miejscu wstrzyknięcia, jak również wybór miejsca [pośladki] i głębokość samego zastrzyknięcia [w mięśnie]. Dembiński stosował kalomel w roczynie 1,0:10,0 czystéj oliwy u 8 chorych po 0,1 na dawkę w odstępach tygodniowych i uważa, że metoda ta stoi na równi z wcieraniami. Ujemną jéj stronę stanowi silne podrażnienie miejscowe. Watraszewski wprowadził do terapii inny nierozpuszczalny przetwór rtęci, mianowicie *hydrarg. oxyda. flavum*, według formuły:

Rp. *Hydrarg. oxyd. flavi* 1,0
Gumi arabici 0,25
Aquae destil. 30,0.

Szprycką Pravaz'a [zastrzykiwano w odstępach 5—6 dniowych] zawiera 0,04 czystego tlenniku. Środek ten badali później Szadek, Trzciński, Rosenthal, Harttung, Reinhard, Kühn, wyrażając się bardzo korzystnie o jego działaniu. Dembiński stosował go u 6 chorych, ropni na miejscu zastrzyknięcia nie spostrzegał, nacieki słabe po 3 zastrzyknięciach, zajęcia dziąseł nie było. Uważa środek ten za wyższy od kalomelu dla jego małéj bolesności. Podany przez Lang'a do zastrzyknięć olej szary okazał się mniéj drażniącym, lecz i słabiéj działającym od kalomelu i żółtego tlenniku.

W ostatnich czasach zaczęto stosować *hydrarg. salicylicum* i *thymolicum*, jako nie strącające białka, a więc nie wywołujące miejscowego podrażnienia. Silva Azanio ogłosił świetne wyniki zastrzykiwań *hydrarg. salicylicum. c. kali carbonico* $\overline{\text{aa}}$ 0,1 na 10 wody, które po części potwierdzili inni. Do usunięcia objawów potrzeba zwykle 6 do 8 zastrzyknięć po 0,1 na dawkę.

[Wzmiankę o ujemnych stronach zastrzyknięć kalomelowych uzupełnić należy w ten sposób, że przez czas stosowania ich w Europie zanotowano [zestawienie Runeberg'a] 9 przypadków śmierci, wywołanych przez ostre otrucie rtęcią. *Przypisek sprawozdawcy*).

Szadek. Stosowanie kwasu salicylowego w praktyce dermatologicznéj i syfilidologicznéj. Nowiny lek. N. 4, 5, str. 180, 227.

Autor przytacza przedewszystkiém dane z literatury, tyczące się stosowania kwasu salicylowego w chorobach skórnych, a następnie rezultat własnych doświadczeń. Stosował kwas salicylowy: 1) w chorobach, wywołujących przerost naskórka pod postacią maści 1 — 2 na 10 (*callus, verrucae, eczema squamosum, psoriasis inveterata*), z pomyślnym skutkiem; 2) w pierzchnicach płaskich [1 przypadek]; 3) w dermatozach pasorzytniczych (*favus, herpes tonsurans, pityriasis capillitii seborrhoica*) z korzyścią; 4) w świeżéj pryszczycy pod postacią proszku z cynkiem i krochmalem [1,0—20,0—80,0] lub maści Lassar'a; 5) wreszcie przy *hyperhydrosis pedum* jako wyżéj wzmiankowany proszek.

Co do użycia kwasu salicylowego w chorobach wenerycznych, Hans Hebra w r. 1884 stosował go w proszku w 10 przypadkach szankra i doszedł do wniosku, że jest to leczenie poronne i zapobiegające powstawaniu dymienic. Z wyjątkiem Anglanda Farriols liczni spostrzegacze wprost zaprzeczyli temu poglądowi.

Szadek, stosując kwas salicylowy w 12 przypadkach szankra, znalazł, że środek ten w proszku działa wprost szkodliwie, dymienicom nie zapobiega, a jedynie pod postacią maści 5% — 10% oddaje niejakie, dość zresztą małe, usługi.

Elsenberg. Przymiot i gruźlica. Gaz. Lek. N. 39 i 40, str. 773, 801.

Już Hunter i Ricord uważali przymiot za bodziec, przyspieszający rozwój i przebieg gruźlicy, a dziś powszechnie jest uznany wpływ, jaki wywierają na siebie oba te stany chorobowe. Przymiot, podkopując odżywianie ustroju, przygotowuje grunt dla zarazka gruźliczego i naodwrót,—gruźliczy osobnik, którego tkanki posiadają zmniejszoną odporność, zaraziwszy się przymiotem, najczęściéj ulega złośliwéj i niszczącéj formie téj choroby.

Według Verneuil'a, gruźlica i przymiot, istniejące w jednym osobniku, albo przebiegają zwykłym trybem, albo wytwarzają formy mieszane. Tak np. jeśli gruźlica modyfikuje przebieg przymiotu, to objawy tegoż umiejscowiają się przeważnie na skórze, w gruczołach i okostnéj, przebiegają bez podniesionéj czułości i bólów. Objawy wrzodziejące późnego okresu bywają do tyla zmienione, że trudno je rozpoznać jako przymiotowe. Przeciw téj teoryi Verneuil'a wystąpił Hutchinson, Bennet, Drysdale, zaś Mauriac, Schnitzler, Colomiati i wielu innych stanowczo ją popierają. Trudność rozstrzygnięcia kwestyi polega na tém, że wygląd i budowa drobnowidzowa tak tworów przymiotowych, jak i gruźliczych są bardzo do siebie podobne.

W ziarniniakach przymiotowych znajdowano często guziczki zupełnie podobne do gruzełków z komórkami olbrzymiémi i epitelioidalnémi. Komórki olbrzymie znalazł między innymi Brodowski w ziarniniakach serca, a Elzenberg w tychże tworach ciał jamistych prącia. Dowodem stanowczym istnienia form mieszanych byłoby wykazanie współczesnego bytowania w tych tworach laseczników gruźliczych i pasorzytów przymiotu, co jest, jak na dziś, niemożliwe, ze względu na problematyczność przymiotowego lasecznika, a być może i niedostateczność metod barwienia. Przytoczony poniżéj przypadek, należy zdaniem E. do opisanych powyżéj mieszanych form przymiotu i gruźlicy.

M. N. 27-letni szewc, zaraził się przymiotem przed półtora rokiem, leczył się pigułkami i wziął następnie XI głębokich wstrzykiwań. W Listopadzie 1888 r. miał kilka napadów epileptycznych. W Grudniu wystąpiła wysypka na całém ciele, — wskutek czego chory w szpitalu Ś-go Ła-

zarza wtarł 13 frykcyj, a w kilka dni po wyjściu ze szpitala [31 Stycznia 1889], zapisał się na oddział Elzenberga. Osobnik wątły, bardzo źle odżywiany; na skórze goleni, czoła i łopatek głębokie ektymatyczne owrzodzenia, pokryte grubym, wystającym strupem, ze skórą dookoła nacieczoną; na kończynach i tułowiu liczne czerwono-brunatne blizny; na przedniéj powierzchni krtani guz podskórny, jajowaty, wielkości kurzego jaja, pokryty skórą ruchomą i normalną, poruszający się wraz z krtanią, niebolesny, miękki; guz tegoż charakteru, lecz znacznie większy na chrząstce 5 i 6 prawego żebra i końcach odpowiednich żeber, bardzo bolesny; jądro lewe wielkości pomarańczy, bolesne, zlane z przyjądrzem, skóra na niém zaczerwieniona i napięta.

Obszerne stępienie w prawym wierzchołku z oddechem nieokreślonym. Kaszel ciągły. Brzuch bolesny, wzdęty; częste, wodniste wypróżnienia. Śledziona wyczuwalna. W plwocinie znaczna ilość laseczników gruźliczych. Gorączka ciągła.

Rozpoznano: *ecthyma syphiliticum, sarcocele et periorchitis exsudativa, perichondritis gumosa, tuberculosis pulmonum et intestinorum.*

Chory zmarł 22. II, a nazajutrz dokonano rozbioru zwłok.

Guz na powierzchni krtani, przylegający ściśle do niezmienionéj chrząstki tarczowéj i obrączkowéj, składa się z kilku mniejszych guzików, zlewających się pośrodku w jedną zapadłą sérowatą massę, a tworzących tkankę sérowatą zbitą w obwodzie. Guz na piersiach jest téj saméj budowy—tylko chrząstki żebrowe i kości pod nim są obnażone, nadżarte. Opłucna ścienna i trzewiowa usiana szarawémi guziczkami. W obu płucach liczne gruzełki i stare ogniska sérowate. Na przekroju śledziony mnóstwo drobnych, szarawych guziczków. Wątroba stłuszczona, muszkatołowa. Miąższowe zmętnienie nerek. W błonie pochwowéj lewego jądra znaczna ilość mętnego różowego wysięku, z obfitą ilością skrzepów włóknikowych. Jądro chore większe kilkanaście razy od jądra zdrowego, jest zupełnie zlane z przyjądrzem. Przyjądrze, znacznie powiększone, w ogonie sérowato rozmiękczone. Na powierzchni przekroju, cały miąższ jądra usiany jest żółtawo sérowatémi guzikami różnéj wielkości, które również usadowione są na zgrubiałéj błonie białéj. Przewód nasienny znacznie zgrubiały, na powierzchni przekroju sérowato nacieczony, ze światłem grubości końca szpilki. W kiszce biodrowéj, ślepéj i *colon ascendens* liczne wrzody gruźlicze, z których dwa przedziurawiły otrzewnę i wywołały rozlane, ropne zapalenie téjże.

Przy poszukiwaniu laseczników Lustgartena w opisanych powyżéj guzach podskórnych i w jądrze, znaleziono ogromne ilości prątków gruźliczych. Ten sam rezultat dało badanie owrzodzeń skórnych, płuc, śledziony, wątroby, owrzodzeń kiszkowych i gruczołów krezki.

Rezultat sekcyi był tedy w wyraźnéj sprzeczności z obserwacyją przyżyciową. Drobnowidzowe badanie samego jądra—wykazało niewąt-

pliwą przymiotową naturę zmian w jego utkaniu, owrzodzenia skórne były typowo przymiotowe, a tymczasem tak tu, jak i tam znaleziono niebywałe ilości gruźliczego laseczníka. Wypada więc przyjąć, że istniejące twory przymiotowe podczas generalizacyi gruźlicy, jako *loci minoris resistentiae*, jako bardzo korzystne podłoże dla gruźliczego prątka, uległy gruźliczemu zakażeniu i wytworzyły mieszane gruźliczo-przymiotowe.

Elsenberg. Grzybek parcha. Gaz. Lek. N. 9 i 10, str. 170, 198, Jest to obszerne studyjum bakteryjologiczne, bez uwzględnienia strony klinicznéj parcha i jako takie mieści się pod odpowiednią rubryką. [Bakteryjologija].

Funk. Studyja kliniczne nad mięsakami skóry. Gaz. Lek. N. 11, str. 220, oraz Pam. Tow. Lek. str. 34 i 215.

Mięsak skóry w początkowych okresach przedstawia się jako mała plamka, drobny guzik, czasami zagłębiony w środku, jak przy *lichen ruber planus*, guzik większy, powstały z poprzednich wykwitów, brunatno lub sino-czerwony, guz miękki, gąbczasty, rozlane twarde nacieczenie koloru śliwki, lub wreszcie guz podskórny, z własną otoczką, dający się wyłuszczyć.

Guz mięsakowy rośnie albo przez rozmnażanie się własnych komórek i w takim razie jest wyłuszczalny, albo przez zwyrodnienie sąsiednich tkanek i wtedy naokoło guza powstaje nacieczenie, lub nowe guzy, zlewające się późniéj z guzem macierzystym. Środkowa część guza, *respective* najstarsza, często ulega tłuszczowemu zwyrodnieniu i wessaniu, zkąd powstaje zagłębienie w środku guza. Niekiedy guzy miękną, pękają, wrzodzieją a owrzodzenia mogą się zagoić z pozostawieniem blizn.

Istnieje kilka, niezbyt zresztą wyraźnych, typów mięsaka skóry:

a) Mięsaki pierwotne, barwnikowe, mnogie skóry. Rozwijają się między 40 a 70 rokiem życia, zwykle symetrycznie, na rękach i nogach, mniéj na przedramionach i goleniach, pod postacią guzików płaskich, twardych, koloru śliwki, zlewających się w aglomeraty. Po kilku nieraz latach powstają guzy na błonach śluzowych, gruczoły brzmieją, pojawia się gorączka, biegunka i śmierć.

W téj formie mięsaka niekiedy liczne guzy ulegają rozmiękczeniu a wtedy podobne są do gumatów, tém więcéj, że ugrupowanie guzów w łuki, kształt owrzodzeń, ich szybkie gojenie się, poniekąd przypominają późny przymiot.

b) *Mycosis fungoides*, którego przebieg daje się podzielić na 3 okresy: okres plam czerwonych, nieco wzniesionych gładkich, swędzących; okres powstałych na miejscu plam ciemno-czerwonych, twardych nacieczeń i wreszcie okres guzów. Guzy z początku twarde, gładkie, połyskujące, lub zrazikowate niekiedy wiotczeją i znikają bez śladu. Prócz tych

istnieją jeszcze guzy gąbczaste, zmniejszające się pod uciskiem i rozlane, twarde nacieczenia o powierzchni sino-czerwonéj, nierównéj. Gruczoły chłonne często są bardzo powiększone;

c) *Leukaemia cutis*. Nieliczne znane w literaturze przypadki, są to po większéj części przypadki białaczki z guzami wtórnémi skóry. Guzy białaczkowe zajmują najczęściéj twarz, biorą początek w tkance tłuszczowéj, niekiedy ulegają rozpadowi;

d) Pojedyńczy pierwotny guz mięsakowy skóry, niekiedy wrodzony, bardzo często powstaje ze znamion skóry, pod wpływem urazu;

e) Pierwotny mięsak czarny skóry.

Przy leczeniu w razie pojedyńczego guza, stosować należy wyłuszczenie, a przy guzach mnogich próbować wstrzykiwań arszenikowych.

Rzecz powyższa jest streszczeniem obszerniejszéj pracy, pomieszczonéj w Pamiętniku Tow. Lek. Warsz. r. 1889.

Rydygier. O twardzieli nosa. Przegląd lek. N. 26, str. 326.

Jest to krótkie sprawozdanie z demonstracyi dwojga chorych, mężczyzny i kobiéty, na zjeździe chirurgów w Berlinie, z dodaniem kilku słów o bakteryjologicznéj stronie twardzieli.

Panieński. Kwas chromowy (acidum chromicum), jako środek przeciw poceniu się nóg. Nowiny lekarskie N. 8, str. 387.

Skóra posmarowana kwasem chromnym wysycha i twardnieje; przy głębszém wsiąkaniu kwasu bez wątpienia i gruczoły potne również kurczą się i zwężają. Przy nadmiernem poceniu się nóg, autor stosował kwas chromowy w sposób następujący: po wymoczeniu i osuszeniu stopy wszystkie miejsca mokrawe lub zaczerwienione smarowano 5% roztworem kwasu. W lżejszych przypadkach jedno zapendzlowanie wystarczało, w cięższych powtarzano je 3 — 4 razy w odstępach 6 — 8 dniowych. Żadnego szkodliwego ubocznego działania nie zauważono.

XI. MEDYCYNA SĄDOWA.

Sprawozdawca

W. Szumlański.

Blumenstok. Orzeczenia sądowo-lekarskie wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagielońskiego. Seryja druga. XIII i XIV. Przyczynek do kazuistyki samobójstwa.

XIII. **Śmierć w skutek złamania kości czołowéj siekierą i zmiażdżenia mózgu. Poderżnięcie gardła. Rany rżnięte w okolicy sercowéj.** Przegl. Lek. N. 1—3, str. 6, 19 i 31.

Kobieta, lat 40, znalezioną została w komórce własnéj chaty, w stanie nieprzytomnym, zbroczona krwią; obok niéj leżały siekiera i sierp; zmarła w 1½ godziny potém; mąż, który pierwszy denatkę spostrzegł i pobiegł po księdza, posądzony został o zabójstwo i osadzony w więzieniu. Sekcyja wykazała na czole ranę czworoboczną, przechodzącą przez wszystkie części miękkie, kość czołową i dochodzącą do mózgu, który w odpowiedniém miejscu był zmiażdżony, a w ranie mózgowéj znajdowały się odszczepy kostne; obok téj rany z każdéj strony 3 — 4 ran równoległych, dochodzących tylko do kości; na szyi rana poprzeczna, przechodząca tylko przez skórę, tkankę łączną i powięź; w okolicy lewéj brodawki sutkowéj 8 powierzchownych nacięć. Obducenci orzekli, że śmierć nastąpiła skutkiem rany na czole i wykluczyli absolutnie możność samobójstwa; — inne rany mogły być zadane albo przez samą denatkę przed wypadkiem, albo, co prawdopodobniejsza, przez zabójcę już po zadaniu ciosu śmiertelnego. Akty sprawy odesłano wydziałowi lekarskiemu, który, zgadzając się z orzeczeniem obducentów co do przyczyny śmierci, postawił w wątpliwość morderstwo, a raczéj skłaniał się więcéj do samobójstwa, a to na téj zasadzie, że przypadki identyczne opisane były w literaturze [Frank zestawił ich 20], że w danym przypadku kolejność uszkodzeń mogła być inna, a mianowicie: denatka po bezskutecznem usiłowaniu pozbawienia się życia sierpem [nacięcia koło sutki, rana cięta szyi], uciekła się do siekiery i zadała sobie opisane rany na czole; przypuszczenie to jest tém prawdopodobniejsze, że dane śledztwa wykazały stan rozdrażnienia umysłowego, w jakim się denatka znajdowała od pewnego czasu z powodu przewlekłéj choroby żołądkowéj.

XIV. **Samobójstwo przez zastrzelenie karabinem.** Przegl. Lek. N. 5 i 10, str. 54 i 118.

Przypadek dotyczy żandarma austryjackiego, którego znaleziono martwym, leżącego na wznak, z głową pokaleczoną i z karabinem pomiędzy nogami; lufa karabina sięgała do piersi, koniec jéj znajdował się pod lewą ręką. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono ranę postrzałową z lewéj strony pod brodą, która komunikowała się z otworem na prawéj połowie twarzy, i drugą ranę na sklepieniu czaszki w okolicy czołowéj; brzegi obu ran okopcone; rana pod brodą nie komunikuje z raną czaszki. Na podstawie powyższego obducenci orzekli, że śmierć nastąpiła skutkiem rany postrzałowéj, zadanéj w czoło; że druga rana [od podbródka do twarzy], nie ma nic wspólnego z pierwszą i nie stanowi uszkodzenia ciężkiego, i że wreszcie rany te musiały być zadane ręką obcą, bez względu bowiem na ich kolejność niepodobna przypuścić, aby człowiek w celach samobójczych mógł sam sobie zadać dwie takie rany. Wydział lekarski, któremu akta sprawy do oceny przesłano, nie czuł się w możności wydania orzeczenia, zażądał ekshumacyi i nadesłania czaszki denata. Przy bada-

niu téj czaszki wykryto ranę kostną w okolicy kości sitowéj, łączącą się z raną pod brodą. Orzekł przeto wydział, że wystrzał był tylko jeden, kula weszła pod brodą, przeszła przez jamę ustną, przebiła podstawę czaszki i wyszła w okolicy czoła; — otwór na twarzy zależny był od silnego ciśnienia gazów po wystrzale. Rana taka mogłaby być zadana obcą ręką tylko wówczas, gdyby denat stał na wzniesieniu, a ktoś strzelał z dołu, co w danym razie miejsca mieć nie mogło; lub też gdyby denat leżał, a morderca strzelał, leżąc na brzuchu, co znów trudno dopuścić. Samobójstwo natomiast jest tém prawdopodobniejsze, że żandarmi mają karabiny krótkie, tak, iż po przyłożeniu otworu lufy pod brodę można swobodnie ściągnąć ręką cyngiel.

XV. **Śmierć z zadławienia, czy z utonięcia?** Przegl. Lek. N. 35 i 36, str. 425 i 435.

Kobieta 52-letnia znalezioną została w studni, twarzą ku górze. Po wydobyciu z wody wykonano badanie pośmiertne, na podstawie którego obducenci orzekli, że śmierć nastąpiła z zadławienia i że zadławienie było następstwem zaduszenia rękami. Na dowód powyższego przytaczają z protokółu sekcyi: *a*) symetryczne starcia skóry na pozioméj gałęzi szczęki dolnéj; *b*) takież starcie na skórze odpowiadającéj prawéj połowie krtani [bez wynaczynienia]; *c*) przekrwienie i wynaczynienia w saméj krtani. Na posiedzeniu sądowém znawcy orzekli, że uduszenie należy przyjąć bezwarunkowo, ale trudno rozstrzygnąć, czy było to uduszenie mechaniczne, czy też skutkiem utonięcia; w pierwszym razie działały nie palce, lecz uciskano szyję pięścią, lub jakim płaskim, twardym przedmiotem; uszkodzenia na szczęce powstać mogły przy padaniu do studni, skutkiem uderzenia o wiadro. W obec pozornéj sprzeczności w zdaniach obducentów i znawców, zwrócono się do wydziału lekarskiego, który orzekł, że najprawdopodobniéj śmierć nastąpiła z uduszenia wskutek ucisku, wywołanego na szyję, lecz nie końcem palców, a dłonią, pięścią, lub innym przedmiotem twardym.

XVI. **Bąblowiec wątroby, śmierć naturalna, czy skutkiem urazu?** Przegl. Lek. N. 45, str. 546.

Kobieta 40-letnia ściągnięta została przez męża za włosy z pieca, skutkiem czego padła na ziemię; potém uderzył ją jeszcze mąż dwa razy po twarzy, potargał za włosy i kopnął bosą nogą w pośladki. Wkrótce potém denatka zmarła i została pochowana. Sąd polecił ekshumacyję i sekcyję, która wykryła: 4 sińce na krzyżach i biodrze; w organach zaś wewnętrznych wykryto bąblowca w wątrobie i emboliję płuca lewego, która powstała skutkiem pęknięcia pęcherza bąblowca do dolnéj żyły głównéj, skąd konkrementy wapienne dostały się do prawego serca i lewéj tętnicy płucnéj. Obducenci orzekli, że śmierć nastąpiła skutkiem pęknięcia pęcherza bąblowca, a do tego mogły przyczynić się uderzenia, zadane

denatce przez męża; uderzenia te same przez się spowodowały uszkodzenia, należące do rzędu lekkich. Sąd uważał takie orzeczenie za niedosyć jasne i stanowcze i odniósł się o opiniję do wydziału lekarskiego, który w zupełności potwierdził opiniję obducentów.

XVII. **Śmierć z powieszenia. Morderstwo czy samobójstwo?** Przegl. Lek. N. 46, str. 561.

Przypadek dotyczy kobiety, którą znaleziono wiszącą w ciemnéj sieni, z twarzą zwróconą ku ścianie; na ścianie ślady obuwia. Z powodu złego pożycia denatki z mężem, powstało podejrzenie zabójstwa, skutkiem czego sąd zarządził sekcyję.

Przy oględzinach zewnętrznych znaleziono na głowie i twarzy kilka powierzchownych zdarć naskórka, pergaminowo zaschłych, i większe brunatne starcie skóry powyżéj prawéj łopatki; na skórze szyi poniżéj krtani przechodziła poprzeczna bróżda, brunatno zabarwiona, która przebiegała z obu stron ku górze i ginęła raptem po za muszlami usznémi; bróżda na całéj długości sucha, nigdzie nie okazuje krwi. W narządach wewnętrznych znaleziono tylko obrzęk płuc. Obducenci uznali, że bróżda przedstawia cechy bróżdy pośmiertnéj, że przeto denatka zawieszoną została po śmierci; przyczyną zaś śmierci był obrzęk płuc, którego powstania nie umieją wytłómaczyć. Przy powtórném badaniu, zdanie obducentów nie było tak stanowcze: obstawali w dalszym ciągu przy tém, że śmierć nastąpiła skutkiem obrzęku płuc, ale skłonni byli przypuszczać, że powieszenie nastąpiło za życia, że zatém nie było to zabójstwo, lecz samobójstwo. Wobec takiéj sprzeczności w zeznaniach, sąd odniósł się do wydziału lekarskiego, który orzekł, że ponieważ niema cech charakterystycznych dla bróżdy przyżyciowéj lub pośmiertnéj, należy przypuścić, iż w danym razie śmierć nastąpiła wskutek powieszenia; okoliczności faktowi towarzyszące przemawiają za samobójstwem.

Bogdanik. Dwa rzadkie przypadki obrażenia klatki piersiowéj względnie kręgosłupa. Przegl. Lek. N. 39, str. 468.

W pierwszym przypadku opisuje autor ranę kłutą klatki piersiowéj z przebiciem oskrzela i otwarciem osierdzia, czego następstwem był pneumothorax i haemothorax. Chory, 25-letni wyrobnik, po cztero-tygodniowym pobycie w szpitalu opuścił go w stanie najzupełniéj zadawalniającym. Objawy chorobowe znikły w zupełności. W ogóle odsetka wyzdrowień przy takich ranach wynosi, według G. Fischer'a 30% [na 52 przypadki]. Badanie rany zgłębnikiem, jak to czynił autor, nie powoduje pogorszenia, jeżeli zachowujemy ściśle przepisy przeciwgnilne.

W drugim przypadku 18-letnia dziewczyna ugodzoną została ostrzem siekiery w plecy, w chwili gdy była pochylona ku ziemi. Za życia choréj autor nie widział. Śmierć nastąpiła w 32 godzin po wypadku; przy bada-

niu sądowo-lekarskiém znaleziono: ciętą ranę poprzeczną 8 ctm. długą pomiędzy łopatkami, która przechodziła przez skórę, części miękie, wyrostek kolcowy 4-go kręgu grzbietowego, rdzeń, trzon piątego kręgu, główki 5-ych żeber i wreszcie opłucnę ścienną symetrycznie po obu stronach.

Chrząszczewski. Obrażenie prawéj okolicy podżebrowéj—pęknięcie torebki wątrobowéj wraz z rozdarciem samego miąższu wątroby—śmierć. Przegl. Lek. N 52, str. 639.

Robotnik, lat 21, doznał powyższych obrażeń skutkiem uderzenia klocem drzewa, staczającym się ze znacznéj pochyłości. Śmierć nastąpiła w 16 godzin po wypadku, a badanie pośmiertne wykryło wzmiankowane uszkodzenia i potwierdziło przypuszczenie krwotoku wewnętrznego.

XII. HYGIENA, EPIDEMIJOLOGIJA, STATYSTYKA LEKARSKA I SZPITALNICTWO.

Sprawozdawca

W. Szumlański.

A. Malinowski. O zapobieganiu chorobom zaraźliwym pomiędzy dziećmi i młodzieżą. Zdrowie N. 41, str. 471.

Zestawienie przepisów, dotyczących izolacyi nietylko chorych dzieci, lecz i podejrzanych o chorobę, izolacyi zarówno podczas choroby, jak i po chorobie i niepuszczania do zakładów naukowych przed upływem pewnego czasu, po dokładném zdezynfekowaniu mieszkania i sprzętów.

A. Koral. O zapowietrzeniu miejscowém w szpitalu dla dzieci wyznania mojżeszowego w Warszawie od r. 1878—1888. Zdrowie N. 40, str. 449.

Autor podaje dane statystyczne, dotyczące zapadania na choroby zakaźne dzieci, które z powodu innych cierpień odbywały kuracyję w szpitalu. Przyczyną infekcyi jest z jednéj strony nadmierna wrażliwość organizmu dziecięcego na wpływ zarazków, z drugiéj — wadliwe urządzenie szpitala: niedostateczna izolacyja chorych zakaźnych i pomieszczenie sal ambulatoryjnych w głównym budynku szpitalnym.

W ciągu dziesięciolecia leczono w szpitalu dzieci 3863; z téj liczby było 80 przypadków [2.07%] infekcyi szpitalnéj, mianowicie zaś u chorych chirurgicznych—60 [75%], reszta u wewnętrznych i skórnych; z liczby 80 zmarło 11 [14%]. Z pomiędzy cierpień chirurgicznych zakażenie zdarzało się najczęściéj przy chorobach kości i stawów, co autor tłomaczy po części usposobieniem takich chorych do łatwiejszego przyjmowania zarazka, po

części zaś dłuższym ich pobytem w szpitalu i komunikowaniem się z innymi chorymi.

Spostrzegano, jako zależne od infekcyi w szpitalu, następujące choroby zakaźne: różę — 19 razy [1 śmierć], tyfus wysypkowy—14, tyfus brzuszny—12, szkarlatynę—11 [4], odrę—9 [2], ospę i ospicę—3 [2], zapalenie płuc włóknikowe—3, ospę wietrzną—2, tropnicę—2 [2], gorączkę powrotną i zapalenie gruczołu przyusznego—po 1.

Tchórznicki. Jak się myje lud? Zdrowie N. 44, str. 576.

Właściwie mówiąc, nie myje się wcale, ponieważ nie ma gdzie się myć. Latem jeszcze jako tako, kąpiele rzeczne pozwalają na utrzymanie czystości ciała, lecz w zimnéj porze roku mycie ogranicza się do twarzy i rąk, a czasem przy wielkiém święcie głowy; na całym tułowiu i kończynach zbiera się w ciągu kilku miesięcy warstwa brudu, zamykająca naturalnie otworki skórne, co jest powodem różnorodnych zaburzeń w ustroju. Aby złemu zapobiedz, autor proponuje budowanie po wsiach łaźni, podaje plan i koszt budowy i nawołuje do energicznego współdziałania w téj tak ważnéj sprawie zdrowotnéj.

Tchórznicki. Handel starzyzną. Zdrowie N. 41, str. 472.

Przedmiot handlu stanowią: odzież, bielizna, pościel, meble, sprzęty domowe i kuchenne, i wreszcie szmaty. Z wyjątkiem ostatnich, które, jako szkodliwe, należy stanowczo niszczyć, pozostałe mogą przechodzić od jednych osób do drugich z warunkiem wszakże, iż za każdym razem podlegać będą dokładnéj dezynfekcyi. Tą jedynie drogą zapobiedz można przenoszeniu się wraz z przedmiotami, używanémi przez chorych, różnych zarazków chorobotwórczych. Nad dezynfekcyją, jak w ogóle nad wszelkiémi sprawami zdrowotnémi, czuwać winna oddzielna policyja sanitarna, do któréj żadne inne sprawy nie powinny należeć. Kwestyja to niezmiernie ważna i słusznie przez autora poruszona. Wszelkie przepisy sanitarne pozostaną bezowocne dopóty, dopóki należycie zorganizowana i pojmująca swe zadanie służba sanitarna nie będzie czuwała nad ich wykonaniem.

Tchórznicki. Co się dzieje u wód? Zdrowie N. 45, str. 609.

Autor utyskuje na wadliwe i niezgodne z wymaganiami hygieny urządzenia w zakładach zdrojowych: wspólność mieszkań dla zdrowych i chorych, jak również przedmiotów codziennego użytku. Słusznie napada na czerpanie wody bezpośrednio ze zdroju, przy czém każdy chory opłukuje pozostałości plwociny, jakie wraz z wodą dostają się do kubków innych chorych i do flaszek przeznaczonych na eksport. Należy stanowczo baczniejszą na te braki zwracać uwagę; trzeba przeznaczyć oddzielne mieszkania wyłącznie dla chorych, a po opróżnieniu trzeba je przewietrzać i odkażać, aby nowy przybysz nie wchodził odrazu do zbiornika różnorodnych miazmatów; to samo odnosi się do mebli i sprzętów. Wszelkie wymagania, jakie autor stawia, są bardzo łatwo wykonalne, a jednak jakże

jeszcze daleko do ich urzeczywistnienia nietylko w naszych zdrojowiskach, lecz i w wielu zagranicznych, gdzie każdy myśli tylko o tém, aby jaknajwięcéj na chorych zarobić, mało zaś zwraca się uwagi na słuszne ich żądania. Artykuł powyższy zaleca się przedewszystkiém uwadze lekarzy zdrojowych.

Tchórznicki. Dyfteryt i kwarantanny. Zdrowie N. 47 i 48, str. 706 i 759.

W roku 1882 grasowała silna epidemija dyfterytu w gub. Kurskiéj w pow. szczygrowskim, w którym autor pracy pełnił obowiązki lekarza ziemskiego, a pełnił je z taką gorliwością, że przez 2 miesiące nie opuszczał wsi, dotkniętych epidemiją i energiją swą i wytrwałością zapobiegł choć w części szerzeniu się choroby o niezwykle silném natężeniu. Kwarantanna polegała na tém, że specyjalni stróże czuwali nad tém, aby ze wsi zarażonych nikogo z dzieckiem nie wypuszczać i nikogo nie wpuszczać; ograniczono przy tém wogóle ruch, kierując wszystkie furmanki w inną stronę, a na znak niebezpieczeństwa stawiano na drogach flagi czerwonego krzyża; chaty zarażone izolowano, ubrania zmarłych palono; w mieszkaniach robiono dezynfekcyję. Zmarli chowani byli na oddzielnym cmentarzu, przy czém trumny posypywano grubą warstwą wapna. Mimo to jednak nie udało się umiejscowić choroby, która bądź przez odzież po zmarłych, bądź przez pośrednictwo duchownego, odwiedzającego chorych, przedostała się do wsi sąsiednich i wogóle grasowała podówczas w dziewięciu wsiach, a w 139 domach. Z pomiędzy 551 dzieci zachorowało 274 t. j. 49.7%, z tych zmarło 96 t. j. 17.4% ogólnéj ilości, a 38.6% chorych. O ile pomoc lekarza i środki przezeń stosowane były skuteczne, okazuje się z tego, iż przed przybyciem lekarza śmiertelność wynosiła 97%, w czasie pobytu jego 26%, a po wyjeździe, gdy pomoc nieśli tylko felczerzy — 33%. Przy leczeniu okazały się najskuteczniejszémi: chinina, wino i olejek terpentynowy; biédnym rozdawano mięso, kaszę, herbatę, cukier, mleko i wino. Z pomiędzy tych, którzy leczyli się prawidłowo i chętnie, zmarło 16.2%, z pozostałych 73.3%. Do dezynfekcyi chat używano siarczano-chlorowych ładunków Trappa. W zakończeniu wyprowadza autor następujące wnioski: 1) główną podstawą walki z dyfterytem jest dobrze zorganizowana pomoc lekarska; 2) kwarantanny są pożyteczne, lecz mimo to często choroba przekrada się drogą nieznaną; 3) obok leków należy dostarczać biédnym środków pożywnych.

Danielewicz. W przedmiocie statystyki śmiertelności. Zdrowie N. 48, str. 732.

W artykule powyższym autor podnosi kwestyję niedokładności, co do wieku osób zmarłych. Tak samo, jak przed laty 15-u, gdy dane statystyczne wogóle pozostawiały bardzo wiele do życzenia i podług obecnych wykazów najwięcéj osób umiéra jakoby w okrągłych latach życia [30, 40,

50 i t. d.]. Jak rażące są różnice, widać np. z następującego: w wieku od 41—49 lat włącznie umiéra przeciętnie w każdym roku życia osób 69.8, a tymczasem w 50 roku aż 119; różnica ta wskazuje, że i obecnie dane pod tym względem są bardzo niedokładne, a niedokładność zależy od tego, iż wiek osoby zmarłéj podawany bywa gołosłownie, a nie opiera się, jak być koniecznie powinno, na dokumentach urzędowych.

Ciemniewski. Śmiertelność m. Warszawy w ciągu ostatnich lat dwunastu. Zdrowie N. 45, str. 617.

Praca oparta na materyjale sekcyi statystycznéj magistratu m. Warszawy; do streszczenia nie nadaje się.

Puławski. Sprawozdanie z ruchu chorych w czasowym oddziale dla kobiét z chorobami wewnętrznémi przy szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie. Zdrowie N. 45, str. 634.

Brak miejsca we wszystkich stałych oddziałach wewnętrznych zmusił do urządzenia czasowego oddziału przy szpitalu, przeznaczonym wyłącznie dla chorych skórnych i wenerycznych. Łatwo pojąć, w jak niedogodnych warunkach znajdował się taki oddział, tém więcéj, iż urządzono go na 2-m piętrze gmachu, którego piętro 1-sze zajmowały prostytutki. Słusznie też bardzo autor na wszystkie te niedogodności utyskuje i słusznie twierdzi, iż przy dobréj woli wielu z nim można było zapobiedz [np. używaniu bielizny brudnéj, poplamionéj maściami, jodyną i lapisem]. Oddział ten otwarty był od 6 Stycznia do 5 Maja t. j. przez dni 120; chorych było 144, które przebyły dni 2736; zmarło 11, co stanowi 7.6% śmiertelności. Szczegółowe dane liczbowe, jako niedające się streścić, pomijamy.

Danielewicz. Warszawska śmiertelność w 1888 roku [według przyczyn śmierci]. Zdrowie N. 50, str. 773.

Praca nie nadająca się do streszczenia.

Polak. Przenośne mieszkania i kolonje letnie. Zdrowie N. 43, str. 539.

Pobyt i odpoczynek na wsi w porze letniéj niezbędny jest dla każdego mieszkańca miasta; z dotychczasowych jednak mieszkań letnich, jako zbyt kosztownych, niewielu tylko może korzystać. Jedyny sposób uprzystępnienia ich dla ogółu widzi autor w urządzaniu przenośnych namiotów pojedynczych lub całych obozów; namioty te odpowiadają wszystkim warunkom, jakich od letnich mieszkań wymagamy, i przewyższają nawet te ostatnie o tyle, że można je dowolnie przenosić i ustawiać w miejscu jak najkorzystniejszém. Opis chatki drewnianéj, pałatki wojskowéj, namiotów płóciennych, jułamejki [dżułamejka] kirgizkiéj i drewnianych baraków [szpitalnych] zapoznaje czytelnika z różnémi typami tych mieszkań, z pomiędzy których jako najtańsze, a zupełnie odpowiednie zaleca autor namioty płócienne. Wielkość ich winna być zastosowana do ilości

mieszkańców. Wydatek jednorazowy na taki namiot dla jednéj rodziny, wraz z kuchnią [która mieścić się winna w oddzielnéj szopie], nie przenosi rsr. 200.

Polak. Wyniki rozbiorów 3-kopiejkowych obiadów tanich kuchni warszawskich. Zdrowie N. 45, str. 611.

Celem zbadania pożywności potraw, wydawanych w zimie r. 1888/9 w jednéj z tanich kuchni warszawskich, autor wykonał rozbiór chemiczny: kapuśniaku, krupniku, grochówki i żuru. Części składowe tych pokarmów określał w sposób następujący: białko—sposobem SCHTUTZER'a w połączeniu ze sposobem ilościowego oznaczania azotu KJELDALA; węglowodory—według metody FAULENBACH'a ze zmodyfikowanym przez GUSTAWSON'a sposobem przyrządzania diastazy; tłuszcz — za pomocą przyrządu SOXLEHT'a; popiół—przez spalanie do stałéj wagi.

Badanie wykazało skład następujący:

	Białko	Tłuszcz	Węgiel	Popiół
Kapuśniak	14.28 grm.	23.29 grm.	104.95 grm.	61.12 grm.
Krupnik	20.44 „	20.49 „	75.13 „	12.58 „
Grochówka	78.31 „	21.08 „	108.22 „	20.39 „
Żur	16.44 „	10.20 „	70.96 „	8.64 „

Do każdéj porcyi dodawano jeszcze 100 grm. chleba, co stanowi 6 grm. białka, 0.5 grm. tłuszczu, 43.5 grm. węglowodorów.

Ponieważ zaś człowiek dorosły potrzebuje dziennie 120 grm. białka, 55 tłuszczu i 500 węglowodorów, dwie porcyje przeto grochówki z jedną porcyją chleba stanowić mogą wystarczający dzienny posiłek. Co się tyczy innych potraw, [z wyjątkiem żuru] to pod względem tłuszczu odpowiadają one połowie, a pod względem białka i węglowodorów $^1/_4$ — $^1/_5$ dziennéj normy.

Na podstawie tych rozbiorów uważa autor wydawanie nadal takich obiadów za rzecz bardzo pożyteczną, chroniącą ubogą ludność od śmierci głodowéj.

Stępniewski. Porównawcza wartość w praktyce krowianki i detrytu oraz metody ich stosowania. Medycyna N. 12, str. 205.

Opisawszy własności krowianki i detrytu, autor wnioskuje, iż *ceteris paribus* krowianka ma przed detrytem pierwszeństwo, a jak jedna, tak drugi—przed limfą humanizowaną.

W drugiéj części pracy pragnie S. ujednostajnić procedurę szczepienia i postępowanie następcze, i w tym celu podaje odpowiednie wskazówki, których streszczać niepodobna.

Stępniewski. Biuletyn śmiertelności Warszawy za rok 1888: na odrę, szkarlatynę i ospę, w porównaniu z odnośną śmiertelnością

miast wielkich najbliższych Cesarstwa i zagranicy. Medycyna N. 13, str. 209.

Na podstawie danych biura statystyki międzynarodowéj Brukselskiéj, podaje autor tablicę śmiertelności dla 18 większych miast, posiadających mniéj więcéj jednakowe warunki meteoryczne i telluryczne. Z tablicy téj widać, że śmiertelność na ospę jest w Warszawie największa: 1 na 1372 mieszkańców i 1 zgon na 37 zejść śmiertelnych, podczas gdy gdzieindziéj stosunek ten jest rażąco lepszy: w Wiedniu np. 1:16.197, w Peszcie 1:34.061, a w miastach niemieckich i stolicach półwyspu skandynawskiego nikt na ospę nie umiera. W Warszawie umierają na ospę przeważnie starsi, zdaniem autora dla tego, że po 9-ym roku życia siła szczepienia ochronnego ustaje i należy wykonywać rewakcynacyją, któréj u nas nikt prawie się nie poddaje. [W ubiegłym roku wydano rozporządzenie, dotyczące obowiązkowéj rewakcynacyi u uczniów wstępujących do zakładów naukowych. *Spr.*]

Giedrojć. Wykaz statystyczny lekarski tyczący się chorych, leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w ciągu 1887 i 1888 r. Medycyna N. 51 i 52, str. 837 i 853.

Statystyczna część sprawozdania nie nadaje się do streszczenia. W zakończeniu swéj pracy porusza autor bardzo ważną kwestyję szerzenia się przymiotu między ludnością przeważnie wiejską za pośrednictwem dzieci, branych przez kobiéty wiejskie na wykarmienie z domu podrzutków. Z ogólnéj liczby 50 mamek, leczonych w szpitalu w ciągu lat 2-ch, należało do téj kategoryi 49; w niektórych przypadkach zarazek udzielił się nietylko karmiącéj, lecz i innym domownikom, którzy mieli styczność z dzieckiem. Chore po bezskuteczném leczeniu się środkami domowémi, przybywały do szpitala w okresie rozwiniętéj choroby; a ileż ich jeszcze albo wcale się nie leczyło, lub leczyło u lekarzy w miastach sąsiednich? Kwestyja to bezwarunkowo niezmiernie ważna, tém ważniejsza, że w naszym domu podrzutków żadne lub prawie żadne środki zapobiegawcze nie są przedsiębrane. Słusznie przeto autor przypomina o niezbędności środków stosowanych we wszystkich domach podrzutków, środkach, których skuteczność została niejednokrotnie stwierdzona.

Poznański A. 2-e Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci. Med. N. 38, str. 600.

Autor podaje ogólną ilość chorych [156] bez podziału na oddzielne formy chorobowe, nie wykazuje również ilości wykonanych operacyj, zejść ich i t. p. Opisuje natomiast dosyć pobieżnie niektóre spostrzeżenia, a w opisie tym nie wspomina [z wyjątkiem 1 przypadku nowotworu pęcherza moczowego], po jakich operacyjach lub z jakiego powodu nastąpiło zejście śmiertelne, choć ilość tych zejść była stosunkowo nieznaczna, bo wynosiła tylko 5% [8 przypadków].

W oddziale krupowo-dyfterytycznym leczono dzieci 51, z których operowano 29, a z tych zmarło 21; z 22 nieoperowanych zmarło 4. Ponieważ autor podaje, iż dzieci przybywały wogóle w okresie silnie rozwiniętéj laryngostenozy, zdawałoby się, że wskazanie do operacyi istniało u wszystkich; skoro zaś z operowanych zmarła więcéj niż połowa, a z nieoperowanych mniéj, niż $^1/_5$, możnaby wnioskować, że przy laryngostenozie wyczekująca metoda lecznicza daje wyniki lepsze od przecięcia tchawicy [?]. Nie pojmujemy wreszcie, w jaki sposób autor oblicza odsetkę śmiertelności, podając 30—35% śmiertelności w szpitalu; jeżeli przyjmiemy, że z ogólnéj ilości 51 chorych zmarło 25, [21 operow., 4 nieoper.] otrzymamy blizko 50%; dla samych zaś operowanych [29] odsetka śmiertelności wypadnie przeszło 72.

Polak. Uwagi nad instrukcyją o kanalizowaniu domów. Zdrowie N. 40, str. 430.

Praca nie nadaje się do streszczenia.

Kanalizacyja Warszawy. Medycyna N. 3, 4 i 6, str. 33, 58 i 102.

Zestawienie materyjałów, dotyczących kwestyi kanalizacyi m. Warszawy, mające na celu przekonanie ogółu mieszkańców, a głównie właścicieli domów, o hygieniczném znaczeniu kanalizacyi i niezbędności skanalizowania wszystkich posesyj.

W sprawie kanalizacyi miasta Warszawy. Medycyna N. 2, str. 17.

Motywowana uchwała komitetu hygieny publicznéj, wykazująca niezbędność przymusowego kanalizowania wszystkich nieruchomości w Warszawie.

Ciemniewski. Teraźniejsza epidemija ospy w Warszawie. Zdrowie N. 51, str. 805.

Sprawozdanie obejmuje przebieg epidemii w ciągu Października roku 1889 w porównaniu z poprzedniémi miesiącami tegoż roku; do streszczenia nie nadaje się.

Pawlikowski. Gruźlica we Lwowie. Wiad. lek. N. 9, str. 267.

Jest to wyjątek ze sprawozdania fizykatu miasta Lwowa, obejmujący okres czasu od 1883—88 r.

Z tablic, jakie autor przytacza, wynika:

1. W okresie sprawozdawczym zmarło wogóle na gruźlicę osób 5145, czyli średnio rocznie 857.5.

2. Śmiertelność roczna gruźlicy [87.7 na 10,000 mieszkańców] jest przeszło dwa razy większa od śmiertelności pozostałych chorób zakaźnych [36.47].

3. Mężczyzn umiera więcéj niż kobiet.

4. Największa śmiertelność jest w wieku dziecięcym od 0 — 5 lat i w zupełnie dojrzałym od 30—40 lat.

5. Co się tyczy zajęć, to najwięcéj umiera na gruźlicę wyrobników, więźniów, urzędników, szewców, żołnierzy, stolarzy, cieśli, djetarjuszów, krawców i szwaczek.

W zakończeniu podano pokrótce środki ochronne przeciwko szerzeniu się gruźlicy.

Pawlikowski. Choroby zakaźne we Lwowie. Wiad. Lek. N. 12—15, str. 361, 393, 425, 457.

Urzędowe Sprawozdanie za r. 1888, obejmujące dokładne dane liczbowe o wszystkich, grasujących chorobach zakaźnych. Do streszczenia nie nadaje się.

Tchórznicki. Uwagi nad ustawą szpitalną dla Królestwa polskiego 1842 r. Gaz. Lek. N. 12, str. 247.

Nie nadaje się do streszczenia.

P. Seifman. Wpływ perlicy u bydła rogatego na powstawanie i rozszerzanie się gruźlicy u ludzi z wnioskami policyjno-sanitarnémi. Wiad. Lek. r. 1888, N. 1—4, str. 40, 73, 109.

Po wyczerpującéj monografii perlicy [gruźlicy] bydła rogatego, któréj zakończenie stanowią środki zapobiegawcze przeciwko szerzeniu się téj choroby u zwierząt, autor wyprowadza wnioski następujące: 1) Czynnikiem etyjologicznym perlicy zwierząt i gruźlicy człowieka jest jeden i ten sam pasorzyt—laseczník Koch'a. 2) Powyższe zatém choroby są co do istoty identyczne i mogą przenosić się z jednego rodzaju zwierząt na drugi; dowodów jednak, stwierdzających możność wywołania gruźlicy u człowieka za pomocą jadu perlicy zwierząt dotychczas niéma. 3) Do powstawania choroby niezbędném jest usposobienie, które bywa albo wrodzone, albo nabyte. 4) Zakażenie nastąpić może albo podczas życia wewnątrz macicznego — drogą dziedziczności, albo po urodzeniu — drogą zarażenia. 5) Zarażenie następuje najczęściéj przez drogi oddechowe, rzadziéj przez kanał pokarmowy, do którego wraz z pokarmami dostać się mogą masy gruźlicze. Aby, o ile można, zapobiedz zarażaniu się ludzi od zwierząt perliczych drogą kanału pokarmowego, autor proponuje następujące przepisy: 1) Nie wolno spożywać mięsa i wnętrzności zwierzęcia, u którego wykryto zmiany, świadczące o generalizacyi choroby. 2) Przy braku generalizacyi wyklucza się z użycia tylko narządy zajęte chorobą wraz ze zwyrodnionémi gruczołami chłonnémi, sąsiednią tkanką łączną i naczyniami. 3) Bezwarunkowo należy wyłączyć mięśnie międzyżebrowe i krezki, jako zawierające gruczoły limfatyczne. 4) Wyłącza się również mléko, pod wszelką postacią, zwłaszcza jeżeli znaleziono choćby najmniejsze zmiany w sutkach. 5) Orzeczenie należy do prawnie ukwalifikowanych weterynarzy. 6) Mleczarnie, zwłaszcza dostarczające mléka do zakładów leczniczych lub wychowawczych, jak również wyrabiające

przetwory kuracyjne [kumys, kefir i t. p.] winny pozostawać pod stałą kontrolą weterynarzy.

Wreszcie proponuje autor środki policyjno-weterynaryjne, mające na celu ograniczenie, ewentualnie stłumienie perlicy u zwierząt i zachęca do prób nad szczepieniem ochronném.

Majkowski. Sprawozdania z praktyki u wód mineralnych w Busku podczas pory kąpielowéj 1888 r. Medycyna str. 241, 257 i 273, N. 15—17.

Ogólna ilość chorych wynosiła 1743, w téj liczbie 176 leczonych w szpitalu, jest to największa ilość chorych w Busku w ciągu jednego roku; kąpieli wydano 47.593. Sprawozdanie szczegółowe obejmuje tylko 743 chorych, leczonych przez autora, z któréj to liczby 258 [34.7%] przypada na przymiot, 231 [31%] na reumatyzm, podagrę i zapalenie stawów zniepodabniające, reszta na inne cierpienia. Każda grupa chorobowa została w sprawozdaniu drobiazgowo opisana wraz z ciekawszémi spostrzeżeniami; pierwsze miejsce pod każdym względem zajmuje przymiot.

Dobrzycki.—Sławuta. Zakład kumysowy oraz stacyja leśna. Sprawozdanie z działalności lekarskiéj za rok 1888. Medycyna str. 121, 142, 182, 198, N. 8, 9, 11 i 14.

Ogólna liczba chorych wynosiła osób 617, w tém externów 573, w zakładzie 44. Przeważną ilość stanowią chorzy z cierpieniami narządu oddechowego, mianowicie 492, pozostali 125 dotknięci byli innémi cierpieniami [nieżyt dróg pokarmowych, zołzy, niedokrwistość i t. d.] z tych ostatnich 80 doznało bardzo znacznéj ulgi, inni wyjechali w stanie polepszenia. W pierwszéj grupie było 450 osób dotkniętych gruźlicą i 42 z cierpieniami dróg oddechowych natury niegruźliczéj [rozedma płuc—29, zjawiska następcze po zapaleniu opłucnéj—13]. Chorych gruźliczych dzieli autor, jak następuje: 1) Przewlekłe lub często odnawiające się nieżyty, bądź umiejscowione, bądź rozlane—osób 64; 2) Wszelkie zmiany miąższu płuc, ujawniające się zjawiskami przysłuchowémi i wypukowémi — 214; 3) Obok zmian dwóch pierwszych działów jamy, bez znaczniejszych zmian w stanie ogólnym — 150; 4) Uogólnienie sprawy gruźliczéj i znaczne podkopanie odżywiania — 22. Chorzy działu pierwszego nie mogą właściwie uważani być za gruźliczych; pomieszczenie ich w téj grupie autor motywuje tém, że przewlekłe nieżyty stanowią nader ważny moment, usposabiający do przyjęcia zarazka gruźliczego, że trudno przeprowadzić granicę, gdzie się kończy *bronchitis simplex*, gdzie zaczyna gruźlica, że wielu takich chorych kończy ostatecznie na gruźlicę. Czy jednak właśnie te motywa nie przemawiają zatém, aby chorych téj kategoryi usuwać z zakładów leczniczych, w których przeważny kontyngens stanowią suchotnicy i istnieje największéj sposobności do przyjęcia zarazka, który tak odpowiedni grunt w ustroju znajdzie. Że powietrze leśne na takich chorych oddziaływa zba-

wiennie, nikt o tém nie wątpi, ale prawdopodobnie ten sam skutek sprawiłby pobyt po prostu na wsi w okolicy lesistéj.

Chorzy 2-go działu doznawali przeważnie znacznéj poprawy; 3-a kategoryja opuszczała zakład również w stanie względnie pomyślnym, za to pacjenci działu 4-go, na których wysyłanie do zakładów leczniczych słusznie autor powstaje, dostarczyli przeważnie kontyngensu zejść śmiertelnych.

Przypadków powikłanych cierpieniami krtani było 56, z których 49 natury gruźliczéj: a mianowicie u 28 chorych działu 2-go, 12-u—3-go i 9-u 4-go. W tych przypadkach obok ogólnego stosowano leczenie miejscowe [kwas mleczny, łyżeczkowanie]. Ze środków leczniczych stosowano: kreozot, wcieranie mydła szarego z lanoliną przy obrzmieniu gruczołów limfatycznych (*phtisis lympogenica*), kumys i leki przeciwgorączkowe.

Piasczyński. Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Solcu w sezonie 1888 r. Medycyna str. 284, N. 17.

Liczba chorych wynosi 315 osób, które przedstawiały 39 postaci chorobowych. Z pomiędzy nich, jako zasługujące na wzmiankę ze względu na pomyślny wynik kuracyi przytacza autor następujące: 1) złogi w mięśniach i stawie barkowym po reumatyzmie. 2) Obrzmienie, sztywność i trzask w stawach kolanowych, także po reumatyzmie. 3) *Arthritis deformans*. 4) Biały guz kolana. 5) *Lymphadenoma colli*. 6) *Plethora abdominalis*. Kąpieli wydano 11638. Wody sprzedano flaszek 1200, ługu garncy 80. Obok tego urządzono loteryję fantową i bal.

Stępniewski. Odnowa generacyi materyjału ospowego. Mikrob ospowy. Medycyna str. 657, 677, 697, 718 i 739, N. 41—45.

W lecie 1889 odsetka przyjęć po ochronnych szczepieniach ospy zaczęła się gwałtownie zmniejszać w całéj Europie, wskazywało to na konieczność odnowy generacyi. Odnowa taka odbywać się może według jednéj z trzech metod: 1) Odnowa Jenner'owska, polegająca na rozmnożeniu zawartości krosty ospy naturalnéj krowiéj na krowie lub cielęciu; metoda to rzadko daje się stosować, gdyż ospa naturalna u krowy jest chorobą bardzo rzadką. 2) Odnowa variolo-wakcynacyjna [ospo-krowiankowa] polega na rozmnożeniu na krowie lub cielęciu limfy z krosty ospy naturalnéj ludzkiej; opisy takich odnów są nieliczne i nie przedstawione krytycznie. 3) Metoda wreszcie odnowy retrowakcynacyjnéj polega: a) na wyborze osobnika zdrowego i pochodzącego od zdrowych przodków w możliwie najdalszém pokoleniu, b) na zaszczepieniu go krowianką czystą i świeżą, c) zebraniu zeń limfy i d) zaszczepieniu jéj na cielęciu. Tę ostatnią metodę autor wybrał dla odnowy materyjału ospowego w swoim instytucie. Po zwiedzeniu zakładów krowiankowych w Krakowie, Wiedniu, Pradze i Dreznie, zatrzymał się przez dłuższy czas w Berlinie, na którego

urządzeniach wzorują się miasta poprzednie, i tam w państwowym instytucie hodowli limf ochronnych zdobył odpowiedni materyjał, poczém odsetka przyjęć powróciła do normy 90—98%.

Drugą, oddzielną zupełnie część pracy, stanowi opis poszukiwań nad mikrobem ospowym; poszukiwań tych autor nie przedsiębrał sam, a wykonywał je w jego instytucie Dr. G. [?]. Autor śledził za postępem pracy D-ra G., i opisuje jéj wyniki, lecz czyni to w sposób tak w wielu miejscach niezrozumiały, tak dziwnie ciężkim stylem, że doprawdy trudno dojść, o co właściwie chodzi. Rezultatem badań było wykrycie i odosobnienie mikrokokka wakcyny i lasecznika ospy naturalnéj. Z pierwszym z nich wykonywano próby szczepienia na zwierzętach [cielętach] i na ludziach; po zaszczepieniu czystéj hodowli otrzymywano w rezultacie 5-go dnia guziczki (*papulae*); do pęcherzyków jednak i krost nie dochodziło; mimo to szczepienie było, o ile się zdaje wystarczające, gdyż powtórne szczepienia zwykłym detrytem dawały stale wynik ujemny t. j. nie przyjmowały się. Rzecz cała wymaga sprawdzenia.

Biegański. Opis sanitarny fabryki worków jutowych w Błesznie. Zdrowie N. 48 i 49, str. 706 i 759.

Pierwsza to bodaj w naszéj literaturze praca, tak szczegółowo traktująca sprawy sanitarne fabryki, praca na któréj mogliby i winni wzorować się wszyscy lekarze fabryczni, oni jedni bowiem mogą, jeśli zechcą, dać rzeczywiste pojęcie o stanie sanitarnym naszych zakładów przemysłowych. Niepodobna nam tu wchodzić w szczegóły téj bardzo interesującéj pracy, ograniczymy się przeto na wykazaniu głównych kwestyj, jakie autor porusza. Opisuje on kolejno: położenie fabryki, jéj budynki, rozmieszczenie w fabryce, rodzaj zajęcia i ilość godzin pracy robotników, wynagrodzenie ich, *respect.* stan materyjalny; daléj następuje dokładny opis domów mieszkalnych i samych mieszkań; sposób żywienia się i stopień odżywienia, a wreszcie pomoc lekarską i choroby, jakie spostrzegał w roku 1888.

Na zakończenie podaje autor niektóre „desiderata“ pod względem zmian, jakie należałoby zaprowadzić w celu poprawienia warunków zdrowotnych; główne z nich są: 1) zniesienie pracy nocnéj, 2) przedłużenie czasu na odpoczynek, 3) pobudowanie większéj ilości mieszkań, 4) dostarczenie robotnikom tanich i świeżych środków spożywczych, 5) urządzenie tanich kąpieli i 6) zaprowadzenie lepszéj wentylacyi w przędzalni.

Pietrzycki. Spostrzeżenia nad okresem wylęgania chorób ostrych nagminnych i nad niektórémi ich własnościami, a w szczególności nad przenoszeniem się tychże. Przegl. Lek. N. 12, str. 150.

Jako uzupełnienie rozprawy, pomieszczonéj pod powyższym tytułem w N. 50—52 Przegl. Lek. z r. 1888, podaje autor spostrzeżenia nad durem brzusznym u 5 członków jednéj rodziny. Na podstawie dokładnych wywiadów, dotyczących źródła i czasu zarażenia się, dochodzi do wniosków

następujących: 1) Okres wylęgania duru wynosi nieco więcéj nad dni 13. 2) Zarażenie następuje najprawdopodobniéj przez wydzieliny stolcowe i 3) Zwiastuny „silnego zatrucia“ występują w 2 — 5 dni, jakkolwiek do rozwoju słabości przychodzi późniéj.

Zaremba. Zarys sztuki lekarskiéj w Chinach. Nowiny Lekars. N. 3, 5, 6, 8 i 10, str. 153, 256, 303, 418 i 519.

Zarys, przedstawiający w bardzo smutném świetle naukę medycyny u narodu, który na polu wielu wynalazków wyprzedził jakoby ludy cywilizowane. Dość powiedzieć, że w wykształceniu lekarzy pomija się zupełnie anatomiję, fizjologiję i inne nauki pomocnicze, a całe studyja medyczne polegają na leczeniu więźniów, których oddano tam na pastwę tak zwanym uczniom medycyny, wybieranym zazwyczaj z pośród synów „lekarzy“, kształconych w ten sam sposób. Za to podręczniki teoretyczne mają chińczycy bardzo dokładne. Najważniejszém dziełem jest: „Ching-che-chum-ching“, czyli „Doświadczony przewodnik lekarskiego zawodu“; składa się ono aż z 40 tomów, z których 7 poświęcono nozologii, 8—farmakologii, 5—patologii, 6—chirurgii, a pozostałe chorobom kobiét i dzieci. Poszczególny opis działów chorobowych, jaki autor przedstawia, poucza najlepiéj, jak dzieło to kwestyje medyczne traktuje i jakich lekarzy kształci.

Jabłonowski. Przyczynek do epidemiologii wschodu. Przegl. Lek. N. 27, 28, 31, 33, 46, 47, 48 i 51, str. 343, 357, 393, 413, 567, 581, 593 i 632.

Pierwsza część pracy dotyczy warunków sanitarnych Turcyi Europejskiéj. Autor ubolewa nad niedołęztwem i niedbalstwem władz w zaprowadzeniu środków ochronnych przeciwko cholerze i dżumie. Dużo się o tych środkach mówi i pisze, lecz mało bardzo przepisów wprowadza w wykonanie.

Rzadkie stosunkowo są w Turcyi przypadki wścieklizny, pomimo bezwzględnéj swobody, z jakiéj w tym kraju i w jego stolicy korzystają psy. Ze względu jednak, iż przypadki téj choroby są od czasu do czasu spostrzegane, zwraca autor uwagę na metodę szczepień ochronnych według metody Pasteur'a i zaleca wydelegowanie lekarzy, którzyby u źródła metodę samą zbadali, a to w tym celu, aby obowiązkowo wykonywać ochronne szczepienia na psach.

W dalszym ciągu przedstawiony jest stan sanitarny Konstantynopola w zimie roku 1888/9. Z chorób nagminnych notowano częste przypadki duru brzusznego i zapalenia gruczołu przyusznego; przebieg obu chorób był wogóle łagodny. Liczne natomiast ofiary zabierała płonica. — Epidemiczny wreszcie charakter miało zapalenie płuc z zejściem przeważnie pomyślném.

Drugą część pracy zajmuje opis dżumy, jaka grasowała od Lutego do końca Czerwca 1889 r. w Assyrze [Arabija]. Charakterystycznem jest

wielce, że władze odnośne dopiéro w połowie Maja dowiedziały się o istnieniu zarazy i wtedy dopiéro delegowały lekarzy do jéj stłumienia. Religijny fanatyzm ludności i obawa utraty zysków wskutek zastoju handlowego wpływały na ukrywanie i tajenie epidemii, która w ciągu kilku miesięcy pochłonęła mnóstwo ofiar.

Nie mniéj groźną była także cholera w miejscowościach położonych nad Eufratesem, grasująca tam prawie współcześnie z dżumą w Assyrze. Tutaj niedołęztwo władz było powodem gwałtownego szerzenia się epidemii.

Zieleniewski. Rys balneotechniki. Medycyna N. 22 — 31, str. 353, 369, 385, 401, 417, 433, 449, 465, 481 i 497.

Praca bardzo szczegółowo i wyczerpująco traktująca przedmiot, i z tego właśnie powodu niemożebna do streszczenia.

Kraus. Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w szpitalu powszechnym w Rzeszowie w r. 1888. Przegl. Lek. N. 36 i 37, str. 433 i 444.

Nowo wybudowany szpital według wymagań tegoczesnych, przeznaczony jest na 80 chorych, a w danym razie pomieścić może i 140. W roku sprawozdawczym przyjęto: 1) na oddział chirurgiczny osób 285, 2) na oczny 184, a na tych wykonano operacyj 54 i 3), *a*) na wewnętrzny 398, *b*) syfilityczny 316, *c*) położniczy 62. W grupie tych chorób zmarło osób 116. Podawanie nowych leków dało niejednokrotnie wynik bardzo pomyślny i tak np. zaleca autor bardzo *strophantus* przy osłabieniu czynności serca w następstwie rozedmy płuc lub miażdżycy tętnic i *sulfonal*, jako bardzo skuteczny środek nasenny w tych nawet razach, gdy inne [morfina, chloral] są przeciwwskazane.

Podgórski. Sprawozdanie z ruchu chorych, na oddziale ocznym prof. Rydla w szpitalu św. Łazarza w Krakowie za czas od I Lipca 1888 po koniec Czerwca 1889. Przegl. Lek. N. 38 i 39, str. 455 i 466.

W drugim roku istnienia oddziału, posiadającego 14 łóżek, leczono chorych 205, z których wyszło wyleczonych 133, z polepszeniem 44, niewyleczonych 14. Pierwsze miejsce między leczonémi cierpieniami zajmuje jaglica [24.2%]. Operacyj, jak widać ze sprawozdania, w oddziale nie wykonywano; stanowią one przywiléj kliniki. Pracę uzupełnia opis kilku ciekawszych spostrzeżeń.

Chrząszczewski. Epidemija ospy u Lipowanów. Przegl. Lek. N. 23, str. 291.

Lipowanie, zamieszkujący w liczbie 6000 kilka gmin na Bukowinie, należą do t. zw. starowierców. Jeden z ich przepisów religijnych brzmi: „Człowiek nie powinien się sprzeciwiać niczemu, co Bóg na niego zsyła lub zesłać zamierza, a tém mniéj przeciwdziałać temu.“ Na téj podstawie nie pozwalają szczepić sobie ospy, a rząd austryjacki ostrzega lekarzy,

których tam wysyła, aby nie próbowali wywierać w tym kierunku nacisku. Dzięki temu, wszyscy prawie Lipowanie przechodzą ospę, bądź w wieku dziecięcym, bądź w późniejszym. Epidemije powtarzają się tam, co 8—10 lat i wówczas zapadają na ospę wszystkie dzieci, urodzone w tym okresie i wszyscy starsi, którzy wyszli cało z poprzednich epidemij. Na dowód powyższego autor przytacza, co następuje: gmina Białokiernica liczy 900 mieszkańców, z których przebyło ospę 853; podczas ostatniéj epidemii [od 2 Stycznia do 10 Marca 1889] chorowało 156, z tych zmarło 23. Przypadków powtórnego zakażenia jadem ospy, autor w żadnéj z 3 epidemij, jakie widział, nie spostrzegał. Przepisy sanitarno-policyjne trzeba było wprowadzać w wykonanie przy pomocy siły zbrojnéj, która téż nie zawsze mogła przeciwdziałać oporowi mieszkańców.

XIII. HISTORYJA MEDYCYNY.

Sprawozdawca

H. Dobrzycki.

Bieliński Józef. Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-chirurgicznéj Wileńskiéj bibiograficznie przedstawiony. Przyczynek do dziejów medycyny w Polsce. Stron 907 i III. [Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. r. 1888 i 1889].

Olbrzymie dzieło na szczegółowém zbadaniu i uporządkowaniu źródeł oparte, jednogłośnie nagrodą konkursową imienia A. Helbicha przez Warsz. Tow. Lek. w dniu 25. X, r. 1888 uwieńczone, składa się z pięciu części, które stanowią: Historyja Akademii urzędowa, bibliografija, zakłady naukowe i pomocnicze, nauczający i słuchacze, i nakoniec: towarzystwo lekarskie, jego prace i wydawnictwa. Rozmiary dzieła oraz ogrom danych w niém zawartych czynią streszczenie niemożebném. Ogólnie da się tylko powiedzieć, iż autor stanął całkowicie na wysokości swego zadania, spożytkowawszy wszelkie odnośne materyjały i uporządkowawszy je wedle metod zapewniających ścisłe i wyczerpujące przedstawienie rzeczy. Słusznie téż autor, niezależnie od udzielenia mu nagrody, godnością członka honorowego Warsz. Tow. Lek. zaszczycony został.

[Obszerną ocenę pracy powyższéj podał H. Dobrzycki w Pam. T. L. W. Zeszyt I z r. 1888].

SPIS PRAC

W PRZEGLĄDZIE PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1889.

I. Anatomija, Histologija, Fizyjologija i Chemija lekarska.

Sprawozdawca M. Jakowski.

		Str.
1.	Krysiński. Przyczynek do techniki histologicznéj . . .	1
2.	Święcicki. Nowszy kierunek w technice histologicznéj .	1
3.	Fajersztejn. Zakończenia nerwowe w tarczach końcowych (*Endscheiben*) żaby	1
4.	Obrzut i Defay. Sprawy nowotworowe i wsteczne w części macicznéj łożyska	3
5.	Adamkiewicz. Prof. Cybulski, a moje ciałka nerwowe . .	4
6.	Cybulski. Prof. Adamkiewicz i jego ciałka nerwowe . .	4
7.	Misiewicz. Poszukiwania nad innerwacyją nerki . . .	4
8.	Prus. Czy po wyjęciu gruczołów tarczykowych występują zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych i czy gruczoł tarczykowy jest niezbędny do utrzymania życia	5
9.	Piotrowski. O tamowaniu czynności fizyjologicznych w ustroju	6
10.	Pruszyński. O okresie utajonego podrażnienia nerwów błędnych	7
11.	Kazem-Bek. O przyczynach powstawania pierwszego tonu serca	7
12.	M. Nencki. O rozkładzie białka pod wpływem anerobów .	8
13.	L. Nencki. Metylmerkaptan [CH_3SH], gaz nowootrzymany z kiszek ludzkich	9
14.	Pruszyński. O zachowaniu się kwasów amidosalicylowych w ustroju	9

Str.

15. Zaleski. Uproszczenie mikrochemicznych odczynów na żelazo 9
16. Biernacki. Badania nad działaniem środków przeciwgnilnych na fermentacyję wyskokową 10

II. Anatomija patologiczna, Bakteryjologija, Patologija ogólna i doświadczalna.

Sprawozdawca K. Chełchowski.

17. Adamkiewicz. O zachowaniu się ciałek nerwowych w chorych nerwach 12
18. Adamkiewicz. Pachymeningitis hypertrophica i zawał chroniczny (*infarctus chronicus*) rdzenia pacierzowego . . . 12
19. Anders. Przypadek spinae bifidae z zarośniętym otworem w kolumnie kręgowéj 13
20. Browicz. O zachowaniu się istoty kitowéj beleczków mięsnych w stanach chorobowych 13
21. Dmochowski. O wtórném cierpieniu migdałków gardzielowych i gruczołów woreczkowatych na podstawie języka u suchotników 14
22. Kamocki. Dalszy przyczynek do badań anatomo-patologicznych nad zmianami w oczach przy cukrzycy 14
23. Krokiewicz. Fałd zastawkowy, wychodzący z górnego brzegu i tylnéj ściany żołądka w okolicy odźwiernika, jako przyczyna rozstrzeni żołądkowéj 15
24. Krokiewicz. Skręt uchyłku Meckel'a (*torsio diverticuli Meckeli*) z następową niedrożnością 15
25. Mars. Miednica skośnie ścieśniona skutkiem złamania . . . 16
26. Przewoski. Jeszcze jeden przypadek przepukliny przeponowéj 16
27. Przewoski. Trzy przypadki torbieli surowiczych zaotrzewnowych 17
28. Przewoski. Niezwykłe zejście wpochwienia kiszki cienkiéj 17
29. Święcicki. Przyrodzona szczelina mostkowa i brzuszna . . 18
30. Bujwid. Hodowla promienicy 18
31. Bujwid. Wyniki bakteryjologicznych badań wody warszawskiéj w latach 1887—1889 18
32. Bujwid. Rys zasad bakteryjologii w zastosowaniu do medycyny i hygieny 18
33. Elsenberg. Grzybek parcha 19

Str.

34. Jakowski. Niezwykły przypadek przewlekłéj nosacizny u człowieka 20
35. Jakowski. Przyczynek do etyjologii ostrego zapalenia płuc 21
36. Janowski. O przyczynach ostrego zapalenia ropnego . . . 21
37. Kryński. O przyczynach ostrych zapaleń ropnych 22
38. Karliński. Przyczynek do znajomości duru brzusznego o nietypowym przebiegu 23
39. Karliński. Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w kale 24
40. Karliński. Przyczynek do etyjologii posocznicy noworodków (*septicaemia neonatorum*) 24
41. Kijewski. O promienicy u człowieka 25
42. Raum. O wpływie światła na bakteryje i na ustrój zwierzęcy 25
43. Rydygier. O twardzielu nosa 25
44. Biernacki. Wpływ na krew i wydzielanie moczu roztworów solnych, wprowadzonych pod skórę w wielkiéj ilości . . 25
45. Dobieszewski. Miażdżyca tętnic i krwistość 25
46. Drobnik. O charłactwie śluzowo-opuchlinowém (*myxoedema*) 26
47. Zawadzki Józ. Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0,7% roztworów soli kuchennéj po silném zgęszczeniu krwi 27

III. Farmakologija i Toksykologija.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

48. Hewelke. Przyczynek do farmakologii fluorku sodu. . . 27
49. Kucharzewski. O przesięku do kiszek pod wpływem soli przeczyszczających 28
50. Pawiński. Strophantus i jego wpływ na serce 29
51. Warman. O kwasie kamforowym i jego działaniu przeciwgnilném 30
52. Jaworski. Kilka słów o środkach tajemnych i specyficznych 31
53. Rosenzweig i Jaworski. Sakcharyna jako lek i przyprawa 31
54. Bednarski. O podskórnem użyciu antipyriny. 32
55. Siergiejenko. Materyjały do badań nad działaniem adonidyny na ustrój człowieka i zwierząt. 33
56. Sysak. Przypadek zatrucia morfiną 6-miesięcznego dziecka. 37

Str.

57. Alkiewicz. Spostrzeżenie dotyczące niebezpieczeństwa przy podawaniu wielkich dawek wyciągu eterowego paprotki (*Ex. filic. maris aeth.*) 38

IV. Terapija ogólna i dyjagnostyka lekarska.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

58. Gluziński. W sprawie objawu Stoffeli i Pinsa. . 38
59. Noiszewski. Topotermaestesiometr. 39
60. Puławski. Przyczynek do rozpoznawczéj wartości kwasu solnego 40
61. Grundzach. Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka. 40
62. Bruner. O czynności ruchowéj żołądka 42
63. Czyrniański. Nowa forma analizy ilościowéj, zastosowana do przybliżonego oznaczenia kwasoty żołądkowéj. . . 42
64. Mintz. O kwasach żołądkowych. 43
65. Chłapowski. Krótki pogląd na obecny stan rozpoznawania chorób żołądka 43
66. Dr. Ignacy Grundzach. O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek za pomocą fizyjologicznéj metody badania. . . 43

V. Patologija i terapija szczegółowa, oraz pediatryja.

Sprawozdawca W. Bruner i A. Puławski.

67. Gluziński Antoni. Przyczynek do patologii układu mięśniowego. (*Polyomyositis acuta progressiva infectiosa*) . . . 45
68. Trzebiński S. Rozsiane zapalenie mięśni ostrawe i przewlekłe (*polymyositis acuta et chronica*) podług najnowszych prac 45
69. Filipkiewicz Stefan. O guzach podskórnych, spostrzeganych na tle gośćca przewlekłego u dorosłych. 46
70. Hewelke O. Przypadek pseudo-leukemii z gorączką okresową 46
71. Andrzejewski Jan. Nagłe zejście śmiertelne w przebiegu choroby plamistéj Werlhofa 46
72. Zielewicz Dr. W sprawie przepłukiwania układu naczyniowego w cholerze. 47
73. Strojnowski F. Rzadki przypadek tyfusu powrotnego o jednym napadzie zakończony wyzdrowieniem. 47

Str.

74. Hewelke i Jakowski. Przypadki tyfusu wysypkowego, spostrzegane na sali 32-éj szpitala Dz. Jezus 47
75. Koral, Przypadek t. z. tężca z przeziębienia (*Tetanus rheumaticus*) u 11-letniego chłopca 47
76. Feilchenfeld A. Cukrzyca (*Diabetes mellitus*) . . . 47
77. Rozenbusch Leon. Przyczynek do kazuistyki t. zw. *Diabetes lipogeneticus*. 47
78. Krysiński S. Wylew krwi do mózgu u zupełnie zdrowéj 29-letniéj dziewczyny 48
79. Adamkiewicz Prof. *Pachymeningitis hypertrophica* i zawał chroniczny (*infarctus chronicus*) rdzenia pacierzowego. . 48
80. Feilchenfeld A. Rozsiane zapalenie nerwów. Cukromocz 48
81. Adamkiewicz. Porażenie połowiczne, postępujące nerwów mózgowych 48
82. Zielewicz J. Nerwice urazowe (*neuroses traumaticae*) . 49
83. Fabian A. Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego 49
84. Kramarzyński Karol. Zawieszanie chorych jako środek leczniczy w uwiądzie rdzenia pacierzowego, oraz innych cierpieniach układu nerwowego 49
85. Chłapowski. Hysteroepilepsyja wyleczona poddawaniem (suggestyją) 49
86. Żukowski A. Histeryja wysokiego stopnia. Obustronna kastracyja — wyleczenie 50
87. Smoleński S. Hydroterapija chorób rdzenia pacierzowego 50
88. Pisek W. O nerwowéj niemocy serca (*neurasthenia cordis*). 50
89. Biegański Władysław. O leczeniu zapalenia opłucnéj przetworami salicylowémi 50
90. Sokołowski A. O urazowém [traumatyczném] ostrém zapaleniu płuc 50
91. Stachiewicz T. Rokowanie w gruźlicy płuc 51
92. Reiss. Noworodek z zębami. 51
93. Witkowski Wł. Chlorek pilokarpinowy jako swoisty środek przy żółtaczce 51
94. Czyrniański J. Aspirator żołądkowy pneumatyczny dla celów leczniczych i rozpoznawczych 52
95. Czyrniański Dr. O znaczeniu leczenia niedomogi jelitowéj (*atonia intestinorum*) i o metodzie brzusznego mięsienia . 52
96. Rejchman Mikołaj. O związku pomiędzy pewnémi objawami żołądkowémi a cierpieniami gardzieli 52

Str.

97. Grundzach Ignacy. Kamienie żółciowe w żołądku. Przyczynek do etyjologii rozszerzenia żołądka 52
98. Pacanowski H. Kilka uwag w kwestyi t. z. zanikowego nieżytu żołądka. 53
99. Jaworski. Ważniejsze szczegóły z nowoczesnéj dyjagnostyki i terapii chorób żołądka 53
100. Jaworski. Uwagi terapeutyczne nad krwotokami i guzami krwawnicowémi 53
101. Chłapowski F. O rozpoznawaniu niektórych zboczeń w położeniu jelit i o zapobieganiu ich skutkom. 54
102. Jaworski. Sprawozdanie z ważniejszych ostatnich prac z zakresu dyjagnostyki i terapii chorób żołądka. 54
103. Korczyński i Jaworski. O niektórych dotąd nieuwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka 54
104. Obaliński A. i Jaworski W. Przypadek resekcyi odźwiernika rakowato-zwyrodnionego, oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu z téj operacyi 55
105. Rydygier i Jaworski. Przypadek gastroenterostomii z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu 56
106. Rolle. O dziedziczności obłąkania 56

VI. Laryngologija, rhinologija i otiatryja.

Sprawozdawca Zyg. Srebrny.

107. Rydygier. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma*). [Wykład, miany na XVIII zjeździe chirurgów w Berlinie, połączony z przedstawieniem chorych] 57
108. Wróblewski. Wyrośle adenoidalne w nosowéj części gardzieli. 57
109. Modrzejewski. Zupełne zarośnięcie przewodów nosowych. Utworzenie sztucznego przewodu na drodze operacyjnéj 58
110. Sędziak. O stanie laryngologii w Londynie. 58
111. Sędziak. Intubacyja krtani [Metoda O'Dwyer'a] 58
112. Freidenson. Przypadek ciała obcego w krtani 59
113. Sędziak. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych oraz w przewodzie pokarmowym. 59
114. Pieniążek. Wydobycie kaniuli tracheotomijnéj z oskrzela głównego strony prawéj 59

Str.

115. Sokołowski. Przyczynek do patologii i terapii rozrostowego zapalenia części podgłośniowéj krtani. (*Laryngitis subglottica hypertrophica chronica*). 60
116. Wróblewski. Przypadek samoistnego ropnia krtani z pomyślném zejściem (*Abscessus laryngis idiopathicus*). 60
117. Stachiewicz. Suchoty gardlane, wyleczalność i leczenie takowych kwasem mlekowym. 61
118. Sędziak. O leczeniu t. z. suchot krtaniowych wraz z uwagami o gruźlicy krtani pierwotnéj, oraz uleczalności takowéj . 61
119. Sokołowski. Przypadek złamania krtani z zejściem pomyślném. [Rzecz, czytana wraz z demonstracyją choréj na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego 18, III, 1889]. . . . 62
120. Sokołowski. Przyczynek do kazuistyki i terapii pierwotnego raka krtani 62
121. Zaleski. O niestosowności aluminiowych cewek tracheotomijnych 63
122. Heiman. Uderzenie w twarz — śmierć po ośmiu dniach . . 64

VII. Chirurgija.

Sprawozdawca Wł. Szteyner.

123. Matlakowski. Przypadek wyleczonéj promienicy. . . 65
124. Jaworowski. Leczenie nowotworów za pomocą prądu stałego stosowanego zewnętrznie. 65
125. Szuman. Słowo o leczeniu większych oparzeń. 66
126. Bossowski. O zabiegach plastycznych dla pokrycia większych ubytków i owrzodzeń 67
127. Bossowski. Szereg przypadków operowanych według metody autoplastycznéj Maasa. 67
128. Faytt. Pośrednie pęknięcie podstawy czaszki. 67
129. Neufeld. Limfotoki podskórne 68
130. Szuman. Przypadek limfotoku z rany podpachowéj (*lymphorrhoea traumatica*) 68
131. Szymkiewicz. Kilka słów o plombowaniu zębów złotem. 69
132. Obaliński. Uwagi nad recydywą bólu twarzowego po newrektomijach jednéj z gałęzi nerwu trójdzielnego 69
133. Obaliński. Uwagi nad czasową resekcyją szczęki dolnéj, dokonywaną w celu wycięcia nerwu żuchwowego. 69
134. Krajewski i Wróblewski. Rak krtani. — Całkowite wycięcie krtani 70
135. S. Kruszewski. Ciało obce ruchome w tchawicy. Tracheotomija. Wyzdrowienie — notatka lekarska. 70

Str.

136. Sunderland. Zadławienie się igłą i wydobycie jéj przez skórę w prawéj okolicy szyi — notatka lekarska 70
137. Matlakowski. Trzy przypadki podwiązania tętnic tarczowych, dokonanego przy wolu sposobem Drobnika. . . . 71
138. Rydygier. Przyczynek do sposobu operowania przy podwiązaniu tętnicy tarczykowéj dolnéj 71
139. Drobnik. O charłactwie śluzowo- opuchlinowém (*myxoedema*) studyjum doświadczalne 71
140. Matlakowski. Tegoczesny sposób operowania raka sutki 72
141. Schramm. Chirurgiczne leczenie ropnego wysięku opłucnéj 73
142. Alkiewicz. Przyczynek do kazuistyki obrażeń przełyku. 74
143. Szuman. Wysięk gruźliczy jamy brzusznéj, leczony operacyjnie, tudzież uwagi nad wyleczalnością tego cierpienia . . 74
144. Sawicki Br. O ranach przepony 74
145. Radziszewski. Rana kłuta ścianki brzusznéj, zadana nożem, wypadnięcie trzewiów, wyzdrowienie 75
146. Wróblewski z Baku. Przestrzelenie brzucha kulą — wyzdrowienie 75
147. Friedlaender. Połknięty pędzel kauczukowy. Perforacyja żołądka i ściany brzusznéj ku zewnątrz 76
148. Zielewicz. Igła połknięta, odnaleziona przypadkiem w gruczole tarczykowym 76
149. Chrząszczewski. Ugrzęźnięcie ciała obcego o ostrych brzegach w przełyku, zepchnięcie sondą połykową, wyleczenie 76
150. Rydygier i Jaworski. Przypadek gastroenterostomii, z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu 76
151. Obaliński i Jaworski. Przypadek resekcyi odźwiernika rakowato zwyrodniałego oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu z téj operacyi. 77
152. Matlakowski. Przyczynek do chirurgii żołądka . . . 77
153. Obaliński. O wtórorzędnéj t. j. skutkiem zabiegów na otrzewny powstającéj niedrożności jelit 78
154. Obaliński. W sprawie doszczętnego leczenia przepuklin za pomocą metody Mac-Ewen'a 78
155. Krajewski. Jeszcze kilka słów w kwestyi doszczętnego leczenia przepuklin metodą Mac-Ewen'a 79
156. Obaliński. Dalsze uwagi nad doszczętną operacyją przepuklin metodą Mac-Ewena 79
157. Trzebicky. W sprawie przepuklin ściennych 80

Str.

158. Bogdanik. Szkice hernijologiczne 80

159. Chrząszczewski. Obrażenie prawéj okolicy pożebrowéj — pęknięcie torebki wątrobowéj wraz z rozdarciem samego miąższu w wątrobie — śmierć 80

160. Matlakowski. Przypadek ropnia podprzeponowego (*pyothorax subphrenicus*) 81

161. Trzebicky. O operacyjnem leczeniu hemoroid 81

162. Bogdanik. O resekcyi odbytnicy w razie wypadnięcia téjże 81

163. S. Kraszewski. Zarośnięcie odbytu i odbytnicy. Proctotomia. Wyzdrowienie 82

164. Matlakowski. Podwiązanie tętnicy pośladkowéj prawéj w jamie miednicy z powodu rany kłutéj 82

165. Matlakowski. Periurethritis dissecans 83

166. Stankiewicz. O cięciu zewnętrznem cewki moczowéj przy zwężeniach téjże 83

167. Obaliński. O doszczętném leczeniu zatrzymania moczu u dotkniętych przerostem gruczołu krokowego za pomocą prostatektomii 84

168. Gabszewicz. Przypadek wycięcia nerki 84

169. Rydygier. Nowy sposób chirurgicznego leczenia mięśniaków macicy 85

170. Pełczyński. Spina bifida i wodogłowie 86

171. Bossowski. Skolijoza i jéj leczenia—nowy sposób ortopedycznego traktowania téjże 86

172. Jasiński. „Astasia congenita“ 86

173. Andrzejowski. Zmiażdżenie całéj goleni, zgorzel téjże i połowy dolnéj uda. Wyzdrowienie przy zastosowaniu na kończynę ciągłej ciepłéj kąpieli 87

174. Szuman. Rzadko się zdarzająca postać wywichnięcia rzepki. (*Luxatio patellae horizontalis*) 88

175. Kraszewski S. Przyczynek do leczenia ostrego ropnego zapalenia stawu kolanowego 88

176. Matlakowski. Prztykający palec 89

177. Matlakowski. Dwa przypadki osteo-plastycznéj operacyi stopy 89

178. Borsuk. Przyczynek do leczenia operacyjnego sposobem Thierssh'a owrzodzeń goleni 90

179. Jasiński. Zniepodobnienie stawu wskutek sąsiedztwa z wrodzonym naczyniakiem 90

Str.

VIII. Akuszeryją i Gynekologija.

Sprawozdawca J. Rogowicz.

180. Aleksa J. Przypadek zupełnego wrodzonego braku macicy i pochwy 90
181. Rymarkiewicz J. M. Niezupełnie zamknięcie pochwy z zanikiem części rodnych wewnętrznych 91
182. Friedländer L. Tyłozgięcie macicy u ciężarnéj (*retroflexio uteri gravidi*) 91
183. Kadyi J. Znaczny rozmiar brzuszka płodu, jako przeszkoda porodowa. 91
184. Mars A. O nowym zabiegu operacyjnym w celu wydobycia płodu za pośladki 92
185. Kronland M. Opadnięcie macicy podczas porodu. Rozdarcie szyi macicznéj 92
186. Rogowicz J. Wskazówki do zapobiegania powstawaniu zakażenia połogowego w praktyce prywatnéj 92
187. Zaleski K. Ciąża pozorna 93
188. Matlakowski. Przyczynek do ciąży zamacicznéj 94
189. Jerzykowski St. Ciąża zamaciczna. Wyzdrowienie . . . 97
190. Bukowski R. O wyłuszczaniu twardych guzów z macicy za pomocą cięcia w jéj ścianach. (*Martinischer Kaiserschnitt*) . . 98
191. Matlakowski. Zestawienie 25-iu przypadków otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia 101
192. Sztembarth W. Cztery przypadki otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia 104
193. Matlakowski. Nowy sposób przytwierdzania wypadłéj lub w tył pochylonéj macicy za pomocą przeszczepienia więzów obłych 104
194. Winawer A. O zastosowaniu mięsienia w chorobach kobiecych podług metody Thure-Brandt'a 105
195. Sielski F. Na czém polega leczenie wypadnięcia macicy metodą Thure-Brandt'a? Zmiana w sposobie tego leczenia . 105
196. Winawer A. O zapaleniu fałd Douglas'a (*parametritis posterior Schultze*) i leczeniu tegoż cierpienia metodą Thure-Brandt'a 106
197. Święcicki H. Elektrolyza w gynekologii 107
198. Święcicki H. Tłocznia brzuszna i jéj znaczenie w gynekologii 107

Str.

199. Mars A. Brak miesiączki do 48-go roku życia. Mimowolne wywołanie téjże 107
200. Cercha M. Przypadek gwałtownego krwotoku z pochwy, wywołanego przedarciem przegrody pochwowéj podczas spółkowania 108

IX. Okulistyka.

Sprawozdawca Bol. Gepner [syn].

201. M. Kępiński. Zapalenia łącznicy. Wskazówki praktyczne przy ich rozpoznawaniu 109
202. K. Noiszewski. Przesadzenie błony śluzowéj ust na spojówkę, jako sposób doszczętnego leczenia jaglicy przewlekłéj . . 109
203. D-r Br. Ziemiński. O operacyjném leczeniu jaglicy spojówki oka (*Trachoma*) 109
204. D-r Bol. Wicherkiewicz. O zaniku spojówki a mianowicie o rzadkiéj postaci samoistnego zaniku 110
205. J. Strzemiński. Dwa przypadki obustronnego wrodzonego braku tęczówek (*Aniridia congenita completa*) 111
206. Prof. D-r L. Rydel. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne 112
207. D-r Bol. Wicherkiewicz. O wartości i sposobach wypłukiwania komórek ocznych 112
208. D-r Bol. Wicherkiewicz. Zaćmy urazowe niewiadomego na pozór pochodzenia 112
209. D-r Bol. Wicherkiewicz. O najwłaściwszych sposobach otwierania torebki soczewkowéj, celem wydobycia zaćmy . 112
210. D-r J. Koliński. Przyczynek do nauki o odżywianiu oka na zasadzie badań nad działaniem naftaliny na oko 113
211. W. Kamocki. Dalszy przyczynek do badań anatomo-patologicznych nad zmianami w oczach przy cukrzycy 113
212. D-r Br. Ziemiński. O najnowszych poglądach co do wartości metody zawieszania chorych przy leczeniu zaniku nerwów wzrokowych 113
213. D-r Konrad Rumszewicz. Przyczynek do teratologii tarczy nerwu wzrokowego 114
214. D-r K. Rumszewicz. O zespoleniach tylnych naczyń rzęskowych z naczyniami układu nerwu wzrokowego i siatkowego 114
215. D-r J. Talko. Ósmy przypadek wrodzonego torbiela oczodołowego 114

Str.

216. D-r Br. Ziemiński. O pierwotném [samoistném] zapaleniu osłonki gałkowéj Tenon'a („*Tenonitis*“ *idiopatica*), przy tém o chłonicach okołogałkowych uwag kilka 115

217. St. Radziszewski. Kilka obserwacyj z działu okulistyki . 115

218. Br. Ziemiński. O znaczeniu dziedziczności w rozwoju krótkowzrocznéj budowy oka 115

219. K. Noiszewski. Elektroftalm 115

220. D-r Cz. Podgórski. Sprawozdanie z ruchu chorych na oddziale ocznym prof. Rydla w szpit. św. Łazarza w Krakowie, za czas od 1 Lipca 1888 po koniec Czerwca 1889. . . . 116

X. Syfilidologija i Dermatologija.

Sprawozdawca T. Trzciński.

221. Krówczyński. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego . . 117

222. Biron. Leczenie ostrego i chronicznego trypra. 117

223. Kossak. Retentio urinae completa z powodu urethritis membranacea 117

224. Kopytowski. Zastosowanie soli sodowych i potasowych kwasu sozojodolowego przy leczeniu szankrów i dymienic . . . 117

225. Szadek. Stosowanie potasu sozojodolowego przy leczeniu wrzodów wenerycznych miękkich 118

226. Szadek. O stosowaniu jodolu w chorobach wenerycznych . . 118

227. Krówczyński. Jakie leczenie kiły daje najlepsze rezultaty? 118

228. Dymnicki. O działaniu chininy w niektórych cięższych przypadkach przymiotu przy leczeniu wcieraniami szaruchy, tudzież znaczenie ciepłoty, tętna i wagi ciała w tychże przypadkach 119

229. Krówczyński. O poronném leczeniu kiły 120

230. Dembiński. Leczenie kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań przetworów rtęciowych 121

231. Szadek. Stosowanie kwasu salicylowego w praktyce dermatologicznéj i syfilidologicznéj 122

232. Elsenberg. Przymiot i gruźlica 123

233. Elsenberg. Grzybek parcha 125

234. Funk. Studyja kliniczne nad mięsakami skóry 125

235. Rydygier. O twardzieli nosa 126

236. Panieński. Kwas chromowy (*acidum chromicum*), jako środek przeciw poceniu się nóg 126

Str.

XI. Medycyna sądowa.

Sprawozdawca W. Szumlański.

237. Blumenstok. Orzeczenia sądowo-lekarskie wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Seryja druga. XII i XIV Przyczynek do kazuistyki samobójstwa 126
238. XIII. Śmierć wskutek złamania kości czołowéj siekierą i zmiażdżenia mózgu. Poderznięcie gardła. Rany rznięte w okolicy sercowéj 126
239. XIV. Samobójstwo przez zastrzelenie karabinem 127
240. XV. Śmierć z zadławienia, czy z utonięcia 128
241. XVI. Bąblowiec wątroby, śmierć naturalna, czy skutkiem urazu 128
242. XVII. Śmierć z powieszenia. Morderstwo czy samobójstwo . . 129
243. Bogdanik. Dwa rzadkie przypadki obrażenia klatki piersiowéj względnie kręgosłupa 129
244. Chrząszczewski. Obrażenie prawéj oklicy podżebrowéj, pęknięcie torebki wątrobowéj wraz z rozdarciem samego miąższu wątroby, śmierć 130

XII. Hygiena, epidemijologija, statystyka lekarska i szpitalnictwo.

Sprawozdawca W. Szumlański.

245. A. Malinowski. O zapobieganiu chorobom zaraźliwym pomiędzy dziećmi i młodzieżą 130
246. A. Koral. O zapowietrzeniu miejscowem w szpitalu dla dzieci wyznania mojżeszowego w Warszawie od r. 1878—1888 . 130
247. Tchórznicki. Jak się myje lud? 131
248. Tchórznicki. Handel starzyzną 131
249. Tchórznicki. Co się dzieje u wód? 131
250. Tchórznicki. Dyfteryt i kwarantanny 132
251. Danielewicz. W przedmiocie statystyki śmiertelności. . . 132
252. Ciemniewski. Śmiertelność m. Warszawy w ciągu ostatnich lat dwunastu. 133
253. Puławski. Sprawozdanie z ruchu chorych w czasowym oddziale dla kobiét z chorobami wewnętrznémi przy szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie 133
254. Danielewicz. Warszawska śmiertelność w 1888 roku . . 133
255. Polak. Przenośne mieszkania i kolonje letnie 133
256. Polak. Wyniki rozbiorów 3-kopiejkowych obiadów tanich kuchni warszawskich 134

Str.

257. Stępniewski. Porównawcza wartość w praktyce krowianki i detrytu oraz metody ich stosowania 134
258. Stępniewski. Biuletyn śmiertelności Warszawy za r. 1888: na odrę, szkarlatynę i ospę, w porównaniu z odnośną śmiertelnością miast wielkich, najbliższych Cesarstwa i zagranicy . . 134
259. Gedrojć. Wykaz statystyczny lekarski tyczący się chorych, leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w ciągu 1887 i 1888 roku 135
260. Poznański A. 2-e sprawozdanie z oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci 135
261. Polak. Uwagi nad instrukcyją o kanalizowaniu domów . . . 136
262. Kanalizacyja Warszawy 136
263. W sprawie kanalizacyi miasta Warszawy 136
264. Ciemniewski. Teraźniejsza epidemija ospy w Warszawie . 136
265 Pawlikowski. Gruźlica we Lwowie 136
266. Pawlikowski. Choroby zakaźne we Lwowie 137
267. Tchórznicki. Uwagi nad ustawą szpitalną Królestwa Polskiego 1842 137
268. P. Seifman. Wpływ perlicy u bydła rogatego na powstawanie i rozszerzanie się gruźlicy ludzi z wnioskami policyjno-sanitarnémi 137
269. Majkowski. Sprawozdanie z praktyki u wód mineralnych w Busku podczas pory kąpielowéj 1888 138
270. Dobrzycki. Sławuta. Zakład kumysowy oraz stacyja leśna. Sprawozdanie z działalności lekarskiéj za rok 1888 138
271. Piaszczyński. Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w zakładzie zdrojowo kąpielowym w Solcu w sezonie 1888 . 139
272. Stępniewski. Odnowa generacyi materyjału ospowego. Mikrob ospowy 139
273. Biegański. Opis sanitarny fabryki worków jutowych w Błesznie 140
274. Pietrzycki. Spostrzeżenia nad okresem wylęgania chorób ostrych nagminnych i nad niektóremi ich własnościami, a w szczególności nad przenoszeniem się tychże 140
275. Zaremba. Zarys sztuki lekarskiéj w Chinach 141
276. Jabłonowski. Przyczynek do epidemijologii wschodu . . 141
277. Zieleniewski. Rys balneotechniki 142
278. Kraus. Sprawozdanie roczne z ruchu chorych w szpitalu powszechnym w Rzeszowie w r. 1888 142
279. Podgórski. Sprawozdanie z ruchu chorych, na oddziale

Str.

ocznym prof. Rydla w szpitalu św. Łazarza w Krakowie za czas od 1 Lipca 1888 pod koniec Czerwca 1889 142

280. Chrząszczewski. Epidemija ospy u Lipowanów 142

XIII. Historyja Medycyny.

Sprawozdawca H. Dobrzycki.

281. Bieliński Józef. Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-chirurgicznéj Wileńskiéj biblijograficznie przedstawiony 143

BIBLIOTEKA AKADEMII LEKARSKIEJ w Gdańsku

Biblioteka Akad. Lek. Gdańsk
1096
Informacja