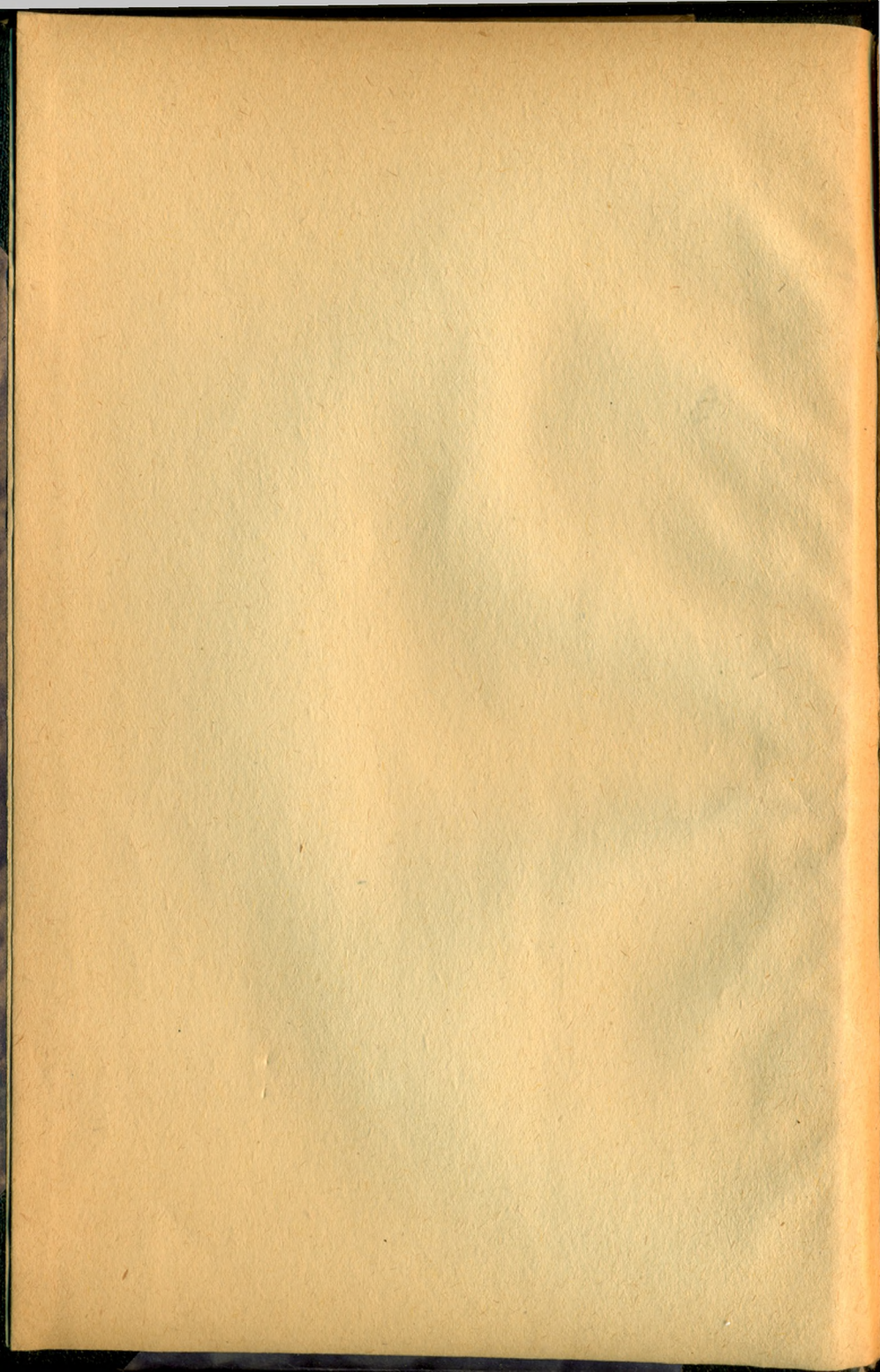


d. Gdańsk



PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1891

wydany staraniem Tow. Lek. Warszawskiego
pod redakcją M. Jakowskiego,

Jx
opracowany przez

J. Bączkiewicza, Wł. Brunera, K. Chełchowskiego, H. Dobrzyckiego,
B. Gepnera, Wł. Janowskiego, A. Puławskiego, J. Pruszyńskiego, R. Ra-
dziwiłłowicza, J. Rogówicza, B. Sawickiego, Wł. Świąteckiego, Wł. Sztey-
nera, W. Szumlańskiego, J. Zawadzkiego i E. Zielińskiego.

ROK XV.

(Odbitka z Pam. Tow. Lek. Warszaws. Tom LXXXVIII. Zesz. II).

WARSZAWA.
W Drukarni M. Ziemkiewiczowej,
Krakowskie Przedmieście Nr. 17.

1892

1096.

Дозволено Цензурою
Варшава, 1 Июля 1892 года.



1955. D. 724.

Za rok 1891 Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego ukazuje się staraniem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, podobnie jak to już miało miejsce za ubiegłe cztery lata. Obecny rocznik jest z kolei XV, licząc od początku wydawnictwa, prowadzonego uprzednio przez D-ra Rogowicza.

W bieżącym roczniku wprowadzamy podział na działy, starając się rozgraniczyć i wydzielić rzeczy, łączone dawniej w jeden dział, a jednak w dość luźnym z sobą stojące związku. Starano się przytem możliwie zebrać wszystko, cokolwiek drukowaniem było w zakresie nauk lekarskich i włączono do rzędu czasopism streszczanych Wiadomości Farmaceutyczne i Przegląd Weterynarski.

Prace, odnoszące się swą treścią do dwóch jakich-bądź działów, streszczano w jednym ważniejszym, a w drugim jedynie robiono tylko wzmiankę wraz z odnośnikiem, gdzie szukać streszczenia danej pracy. Ponieważ jednak zasadę tę nie odrazu przyjęto, trzy więc prace zostały streszczone szczegółowo w dwóch działach przez dwóch referentów.

I. ANATOMIJA I HISTOLOGIA.

Sprawozdawca

E. Zieliński.

Wołkowicz. O przygotowaniu i przechowywaniu przekrojów ciała ludzkiego. Przegląd Lek. 377.

Po omówieniu wszelkich niedogodności suchych preparatów anatomicznych, jako-to zmian w zabarwieniu i objętości mięśni, we wzajemnych stosunkach topograficznych mięśni, naczyń, nerwów i kości, autor przechodzi do podania metody przygotowywania preparatów mrożonych, które mają braki wypełnić. Aby można było robić 1 cent. grube poprzeczne przekroje ciała ludzkiego, trzeba, żeby trup przez dobę pozostawał pod wpływem $t^0 = 7 - 8 R^0$ niżej zera (bądź pozostawiony na mrozie, bądź zamrożony zapomocą mieszaniny ochładzającej). Dla przechowywania tą drogą otrzymanych preparatów najbardziej nadaje się płyn: *Thymoli 1,0, spir. vin. 9,0, glicerini 432,0 Aq. destill. 216,0.*

A. Ciagliński. Przyczynek do techniki mikroskopowej rdzenia i nerwów peryferycznych. Kron. Lek. 1.

Zasługa autora niniejszej pracy polega na umożliwieniu zastosowania metody parafinowej do rdzenia, oraz na zmodyfikowaniu barwienia safraniną przez następcze zabarwianie preparatów błękitem anilinowym. Dzięki ostatniemu uwydatniają się cylindry osiowe i tkanka neuroglii, zwykle barwiące się bardzo niewyraźnie samą tylko safraniną. Po odpowiednim stwardnieniu rdzenia, otrzymaniu zeń skrawków, zabarwieniu ich i prześwietleniu, otrzymuje się preparaty, na których widzimy zabarwionymi na pomarańczowo myelinę, na kolor mniej lub więcej niebieski — komórki zwojowe, neuroglię, cylindry osiowe, ścianki naczyń i oponę miękką, wreszcie na czerwono — błonę sprężystą tętnic, jądra mięśni gładkich i ciała czerwone krwi. Części zwyrodnione barwią się intensywnie na niebiesko; granice zwyrodnień zarysowują się b. jasno, a kule ziarniste mają wygląd pomarańczowy.

II. FIZYJOLOGIJA I CHEMIJA FIZYJOLOGICZNA.

Sprawozdawca

E. Zieliński.

H. Święcicki. Przyczynek do prawa peryjodyczności w przyrodzie i życiu. Przegląd Lek. Str. 409.

O peryjodyczności niektórych objawów w przyrodzie świadczą prace: 1) ADSESEN'A nad zwiększaniem się w mleku krowiem składników suchych od Sierpnia do Listopada; 2) MALLING-HANSEN'A nad przybywaniem wagi ciężaru dzieci w tymże peryjodzie czasu; 3) OTT'A nad peryjodycznym zwiększaniem się energii funkcji ustroju kobiecego przed miesiączkowaniem, co zresztą potwierdzało tylko odnośne badania REINL'A, STEPHANSON'A, RABUTEAU i inn. Lecz OTT twierdzi, że prawo peryjodyczności dotyczy tylko kobiet zdolnych do funkcji płciowej. Aby się przekonać, czy OTT ma rację, autor przedsięwziął szereg badań nad sobą i 2 choremi, podając co godzina kw. salicyłowy (wł. *natr. salicyl.*) i określając kolorometrycznie ilość jego w moczu również co godzina. Najsilniejsze zabarwienie występowało o godzinie 4 po południu. Takież wyniki dawało zastrzyknięcie pod skórę 3% roztworu sodowego. Przyjmowanie objadu między 12 a 1 miało tu drugorzędne znaczenie. Oczywiście więc siła wydzielająca ustroju stosuje się do pewnych praw peryjodyczności bez względu na płeć osobnika.

E. Biernacki. Działanie wysokiej ciepłoty na fermenty trawienne. Gaz. Lek. Str. 419, 445. 473.

Autor zajął się tu szczegółowo określeniem *maximum* ciepłoty, przy jakim giną własności trawienne fermentów ciała ludzkiego (ptyalin, pepsyny i trypsyne). Badanie te przeprowadzał bądź nad wydzielinami, zawierającymi powyższe czynniki, bądź też nad możliwie czystymi enzymami. Im ostatnie są czystsze, tem mniej są odporne na wpływ podniesionej ciepłoty, tak np. trypsyna utracą swe własności trawienne przy 45° C., gdy sok trzustkowy (z fistuly) dopiero przy 55° C., podobnież pepsyna staje się nieczynną przy 60° C., gdy sok żołądkowy (z żołądka świni) traci swoją sprawność po ogrzaniu go przez minut 5 do 65° C.; działanie amylolityczne śliny nie precedzonej ustaje po ogrzaniu do 75° C., precedzonej do 70° C., a możliwie oczyszczonej i rozcieńczonej do 60° C. Ciepłoty nieco niższe od maksymalnych zwalniają proces trawienia, a niższe od najodpowiedniejszych, nie znosząc działania enzymów, osłabiają tylko ich sprawność trawinną. *Optimum* zaś temperatury dla trypsyne wynosi 38°—40° C. Cyfry te wszakże ulegają zmianie stosownie do odczynu badanego roztworu, który wpływa niezmiernie na odporność enzymu względem wysokiej temperatury. Tak np. działanie roztworu ustaje wrazie oddziaływania alkalicznego dopiero po ogrzaniu do 50° C., gdy przy odczynie kwaśnym lub obojętnym ginie przy 45° C.; — dla pepsyny najpomysłniejszym jest odczyn kwaśny (60° C), mniej znacznie obojętny (55° C.). Tylko dzia-

łanie śliny zostaje niezmienionem przy wszystkich trzech odczynach. Innym jeszcze czynnikiem, wysoce modyfikującym działanie wysokich temperatur na fermenty, zjawia się domieszka soli i niektórych ciał organicznych. Niektóre z nich (chlorek, fosforan i azotan amonu i chlorek sodu), oraz albumoza amfo-i anty-pepton mają działanie ochronne na fermenty; w ich obecności enzymy tracą swe własności przy temperaturach o 5^o—10^o C. wyższych, niż bez nich, przytem i tu wchodzi w grę czynnik powyższy t. j. odczyn roztworu. Dodanie soli do roztworu kwaśnego pepsyny pozwala podnieść ciepłotę do 70^o C., przy oddziaływaniu zaś obojętnem dodatek ten soli pozostaje bez znaczenia. Również bez znaczenia pozostaje dodanie wodoru węgla (cukru grochowego, krochmalu), a także siarczanów i szczawianów amonu, sodu i magnezyi. Ciekawym wreszcie jest fakt, że trypsyna jest w stanie trawić włókniak (aczkolwiek trochę leniwiej niż prawidłowo) i w nasyconych roztworach soli (kuchennej, siarczanu magnezyi i sodu, fosforanu sodu, węglanu i szczawianu amonu), a więc i bez obecności chemicznie niezwiązanej wody.

J. Dogiel. Następstwa upustu krwi. Gaz. Lek. Str. 661.

Uczeń autora niniejszej notatki KAZEM-BEK wykonał szereg doświadczeń na żabach, królikach, głównie psach, przyczem wynika, że przy wypuszczeniu $\frac{2}{3}$ całej masy krwi zwierzę (pies) zawsze ginęło przy końcu doświadczenia, mniejsze zaś straty nie pozbawiały go życia; częstość uderzeń serca zwiększała się aż do utraty krwi do $\frac{1}{2}$ masy, przy której można było zauważyć bądź to zwolnienie, bądź też przyspieszenie uderzeń. Rytm serca przy znacznych upustach stawał się nieprawidłowym. Siła skurczów zmniejszała się już przy średnich upustach, przy powtarzanych zaś występował szmer skurczowy. Ciśnienie krwi zwiększało się przy obfitym upuszczeniu z tętnic, przy upuszczeniu zaś z żył częściej występowało obniżenie ciśnienia. Ciepłota ciała z początku się podnosiła, następnie opadała, a wreszcie znów się podnosiła. Ciężar ciała przy powtarzanych upustach z początku się zwiększał, a następnie zmniejszał. Zdolność odruchowa po obfitych upustach niekiedy ulegała zwiększeniu. Oddech zmieniał się w stosunku do ilości utraconej krwi. U zwierząt padłych wskutek powtarzanych upustów znajdowano zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, nerek, zmętnienie i nabrzmienie mięśni prądkowanych i gładkich.

Beck. Oznaczenie lokalizacji w mózgu i rdzeniu zapomocą zjawisk elektrycznych. Pamięt. II 2 jaz. chir. polsk w Krakowie, str. 128.

Pod kierunkiem prof. CYBULSKIEGO wykonał BECK szereg doświadczeń na żabach i ciepłokrwistych. Użyta do doświadczeń metoda polegała na drażnieniu nerwów obwodowych i jednocześnie kontrolowaniu odpowiednich ośrodków mózgowych zapomocą galwanometru. Doświadczenia wykazały, że, drażniąc odpowiednie nerwy (np. wzrokowy, słuchowy), można wywołać w odpowiednich miejscach mózgu prądy czynnościowe, przejawiające się nazewnątrzym wychyleniem strzałki galwanometru. Wielce cenna praca ta do krótkiego streszczenia się nie nadaje.

M. Flaum. Wpływ niskich temperatur na czynność żołądka. Gaz. Lek. Str. 1019, 1048.

Praca niniejsza składa się z 2 części. Część pierwszą wypełniają doświadczenia ze sztucznym sokiem żołądkowym (*in vitro*). Druga poświęcona została zachowaniu się trawienia w żołądku żab przy niskich temperaturach (*in vivo*). Z doświadczeń w próbowce wynika, że osłabienie natężenia trawienia w miarę opadania ciepłoty wyraża się tylko w zwolnieniu całej sprawy, nie odbija się zaś zupełnie ani na jakości, ani na stosunkowych ilościach produktów trawienia. Tak np. zjawienie się acid. albuminy występowało po 2 god. przy 40°C. , $2\frac{1}{2}$ godz. przy $16, 5^{\circ}\text{C.}$, po $3\text{—}3\frac{1}{2}$ g. przy 10°C. , po 8 g. przy $5^{\circ}\text{—}6^{\circ}\text{C.}$, po $2\text{—}3\text{—}4$ dniach przy 0° . Przytem dodać należy, że tworzyły się i dalsze produkty trawienia (albumozy i peptony), a ilość ich była jednaką bez względu na ciepłotę. Co się tyczy doświadczeń *in vivo* — nad żabami, to u tych, które przebywały na lodzie, nie można było wykazać śladów trawienia krążków kurzego białka nawet po 2-u tygodniach, gdy przy 10°C. , już nazajutrz białko ulegało całkowitemu strawieniu. Przyczyna zjawiska polegała na niewydzielaniu się soku trawiennego przy niższej ciepłocie. Już poniżej 10°C. , występowało wyraźne osłabienie sprawy trawienia, a przy 7° i niższych już nie było śladów jego obecności. Taki sam wpływ uwidocznił się w sprawie regeneracji białka w żołądku: pepton przetwarzał się w białko w tych tylko granicach temperatury, w których miało miejsce trawienie białka, a więc, począwszy od 7° do 0° , nie udawało się nigdy wykryć białka we wprowadzonych uprzednio do ustroju roztworach peptonu. Wreszcie stosunku zmian temperatury do ruchów żołądka w żadne stałe określone prawo ująć nie było można.

Kopf. O własności chłonnicej skóry ludzkiej. Gaz. Lek. Str. 398, 425, 449, 488, 511, 548, 570.

Praca ta rozpada się na 2 części: 1) dział historyczno-sprawozdawczy i 2) dział własnych doświadczeń. Pierwszy poczyną się z rokiem 1783, kończy zaś z 1890, obejmuje razem prac 167 przeszło 100-tu autorów, streszcza je prawie wszystkie ze szczególnem uwzględnieniem przy każdej metody badania, stopniowych jej modyfikacji, oraz ocenia jej dokładność, a więc i wartość wnioskowań. Pod tym ostatnim względem pokazują się ogromne braki i sprzeczności. Tyluż autorów bowiem oświadcza się za zdolnością chłonnicej skóry, ilu i przeciw niej. Najsprzeczniejsze zdania co do wchłaniania cieczy, ciał sproszkowanych i maści wypowiadają najpoważniejsi uczeni. Jedni bowiem nie uwzględniają czułości wag, inni nie odróżniają nasiąkania naskórka od wchłaniania lub zapominają o przeziwiewie skórny i płucny, to znowu wnioskują na zasadzie zwiększonej ilości moczu, a co najważniejsze nie liczą się z *minimum* ilości ciała, koniecznem dla wykazania go w wydzielinach, niektórzy znów nie baczą na ostatnie zupełnie, wreszcie są i tacy, co chcą z przenikliwości martwej skóry wnioskować o wchłanianiu przy życiu. Nie brak też i doświadczeń na zwierzętach, a tych więcej przemawia za zdolnością chłonnicej skóry; są jednak i tu zdania przeciwnie. Wobec więc tego autor podjął znów szereg doświadczeń,

w których starał się ustrzedz wszelkich błędów poprzedników. To go zmuszało nieraz do modyfikowania metod, wykrywania pewnych związków, do obliczania *minimum* możliwego do wykrycia w moczu i t. p. Ogółem autor wykonał doświadczeń 25. Z tych 2 poświęcił kwestyi, czy para ciała stałego ulatniającego się jest w stanie przejść przez skórę i dostać do obiegu krwi,—14 pytaniu, czy ciała w wodzie rozpuszczalne przechodzą do krwi,—4 czy tego rodzaju ciała, stosowane w postaci maści, mogą przejść do krwiobiegu,—5 wreszcie zagadnieniu, czy ciała rozpuszczalne w wysoku są wchłaniane?—Do doświadczeń używał autor ciał następujących: jodku potasu, salicylanu sodu, chlorku litu i rtęci, i siarczanu atropiny bądź to w roztworach wodnych, bądź to wyskokowych, bądź też w postaci maści z wazeliną i ung. *emolliens*; wskazicielami obecności ciał tych w wydzielinach (mocz) były dla jodu CS_2 , i skrobia, dla kw. salicylowego $Fe_2 Cl_6$, dla lityny widmo spektru, dla rtęci osad na blaszce miedzianej lub złotej, albo też wytwarzanie HgI_2 . Wchłanianie atropiny oceniano zjawieniem się jednego z objawów toksycznych. Obserwacyj dokonano przeważnie na osobnikach zdrowych, zachowując z całą pedanterią wszelkie ostrożności. Doświadczenia te pozwoliły autorowi przyjść do bardziej ogólnych wniosków, dających się streścić w następujący sposób, że trzeba przyjąć możliwość wchłaniania przez skórę ciał zarówno w postaci parów, jak roztworów wodnych i wyskokowych oraz maści, że jednak ilości wchłonięte są bardzo małe i różne dla ciał różnych, różnej postaci ich stosowania a także zgęszczenia roztworów, że więc własność chłonna skóry nie posiada dla medycyny praktycznej zbyt rozległego znaczenia, jakie jej niektórzy autorowie chcą przypisywać.

Macfadyen. Nencki M. Sieberowa. Badania nad zjawiskami chemicznymi w kiskach cienkich u człowieka. Gaz. Lek. Str. 765, 792, 809, 835, 853.

Mając możliwość obserwowania w ciągu 6 miesięcy chorej z odbytem sztucznym, zrobionym na granicy kiszek cienkiej z grubą, autorowie przedsięwzięli szereg najszczegółowszych badań nad trawieniem w kiskach cienkich u człowieka, które doprowadziły ich do zupełnie nowych, nad wyraz ciekawych wniosków. Chcąc streszczać pracę tę, trzeba by było wszystko powtarzać, tak bowiem wszystko jest w niej ważnem i koniecznem. Nigdzie zbytecznego faktu, nigdzie nie „*ad hoc*” odnoszącej się notatki—i dzięki temu praca ta powinna się znaleźć w ręku każdego myślącego lekarza i jako wzór skńczoności i jako rzecz, rzucająca zupełnie nowe światło na masę faktów i teoryjek. Krótka notatka sprawozdawcza, jaką podajemy, niech będzie zachętą do zaznajomienia się pełniejszego z oryginałem. I tak konsystencyja miazgi pokarmowej kiszek cienkich przedstawiała się po pokarmie zwierzęcym, jako rzadka podobna do kału biegunkowego masa, zawierająca 50/0 części stałych, po pokarmie roślinnym bywała nieco gęstsza, zawierając 100/0 substancyj stałych. Odpływ miazgi do kiszek grubej odbywał się stale, opadając ilościowo w nocy do *minimum*. Szybkość perystaltyczna

była różną: czasem spożyty groch zielony pokazywać się zaczął w odbycie po $5\frac{1}{2}$ godzinach, inną razą po $2\frac{1}{4}$ g. po spożyciu; salol natomiast najwcześniej zawsze po 2 godz. Barwa miazgi bywała żółta lub żółto-brunatną, zależną od bilirubiny; zwykle bez woni, niekiedy z zapachem przypalonego czegoś. Pod mikroskopem w częściach stałych wykazać można było: włókna mięsne poprzecznie prążkowane, ziarnka barwników, kosmki białka, włókna roślinne i bakteryje. Przy badaniu chemicznem pokazało się, że miazga w kiszkaach cienkich miała stale odczyn kwaśny. Odczyn ten (o którym nadmieniali TIEDEMANN i GMELIN, PREVOST, de ROGER, MEISNER i EWALD, zależnym był od kwasów organicznych (przeważnie octowego). Kwasu solnego nie można było wykazać. Fakt ten dowodzi, że pankreatyna działa oczywiście w odczynie kwaśnym, a nie alkalicznym, jak sądzono dotąd. Odczyn zaś alkaliczny zjawia się dopiero w kiszce grubej. Część płynną miazgi stanowiło białko w roztworze ($<1\%$), mucyna, pepton, dekstryna, cukier (od 0,3 — $4,75\%$), indyferentny optycznie kwas mleczny, kw. paramleczny, lotne kw. tłuszczowe, kw. żółciowe i bilirubina. Suchą pozostałość miazgi tworzyły: ciała białkowe (30% — 42%), sole nieorganiczne ($8,5\%$), tłuszcze i ciała rozpuszczalne w eterze ($8,5\%$), wodany węgla i ciała rozpuszczalne tylko w alkoholu (45%). Ilość wodoru węgla po grochu podnosiła się do 55% . Ostatecznych produktów gnicia białka, kwasów fenylpropijowego, skatol-octowego i aromatycznych oksykwasów, a również produktów hydratacji białka, leucyny i tyrozyny, nie znajdowano ani śladu. Oczywiście sok trzustkowy nie odszczepiaiał tych w kiszkaach cienkich, również tutaj i białko wcale się nie rozkłada pod wpływem bakteryi. Nie ma też miejsca i sprawa redukcji bilirubiny w urobiline, której nie wykrywano nigdy. Wszystkie te przemiany rozkładu, gnicia, hydratacji mają miejsce dopiero w kiszce grubej. W cienkich zaś pod wpływem drobnoustrojów, ich zamieszkujących, odbywa się rozkład węglanów węgla z wytworzeniem przeważnie kwasów mlecznych. Bakteryje te wyosabniano, hodowano na stałych i płynnych podłożach bez dostępu i przy dostępie powietrza, obserwowano ich rozwój, badano produkty ich życia, zachowanie się wobec mleka, cukru, białka, organizmu zwierzecego: tą drogą wyodrębniono 7 nowych gatunków 1) *bacterium Bischleri*, 2) *streptococcus liquefaciens s. acidilactici*, 3) *bacterium ilei Freyi*, 4) *bacillus liquefaciens ilei*, 5) *bact. ovale ilei*, 6) *bacil. gracilis ilei*, 7) *bacterium b.* podobne do *b. lactis aërogenes* ESCHERICH'A. Badania te (bakteryjologiczno — chemiczne) raz jeszcze potwierdziły fakt, że białko się nie rozkłada lub b. mało w kiszkaach cienkich, że zaś mikroby rozkładają tam wodany węgla, a produktami rozkładu bywają: alkohol etylowy, obadwa kw. mleczne, kw. octowy i bursztynowy. Kwasy te zwiększają oczywiście w kiszkaach cienkich kwasność miazgi pokarmowej, której zneutralizować nie są w stanie ani żółć, ani sok trzustkowy, ani alkalicznie oddziałująca błona śluzowa kiszek. Ostatni fakt wskazuje na nieuwzględnioną dotąd czynność błony kiszek cienkich a mianowicie oddawanie alkaliu miazdze, czyn-

ność nadmiernie ważną, gdyż z chwilą, gdy czynność ta ustaje, gdy zjawia się nadkwaśność miazgi, wydzielona miazga i kw. żółciowe osiadają na błonie śluzowej, upośledzając trawienie i chłonięcie, co manifestuje się przez stolce biegunkowe, obfitsze w cukier i kwasy, niż prawidłowo. Odczyn kwaśny w żołądku i kiszkach ma też i tę dodatnią stronę, że zapobiega fermentacji białka i ogranicza rozkład wodorów węgla, nie znosi go jednak dzięki większej odporności na kwasy bakterij sprowadzających rozkład wodorów węgla, niż bakterij gnilnych. Niemniej jednak trzeba tu dodać, że ani sok żołądkowy ani żółć (2%) nie są zupełnymi antyseptykami: Bakterije nie tracą swej żywotności, tylko przycichają; znalazłszy się jednak w odpowiednim otoczeniu (w kiszcze grubej) odzyskują swą sprawność. Tam to wre fermentacja białka i tworzą się: indol, skatol, fenol, kwasy mleczne, lotne, kw. tłuszczowe i aromatyczne, amonijak, dwutlenek węgla, wodór, siarkowodor, metan, merkaptan metylowy, —produkty, które bynajmniej nie są środkami pokarmowymi, lecz raczej szkodzą ustrojowi. Jeżeli dodamy do tego, że 85,75% białka wchłania się przez żołądek i kiszki, gdzie mowy być nie może o działaniu mikrobów na jego fermentację, że chora zyskała na wadze, a przemiana azotu ustawicznie wzrastała, pomimo wykluczenia z trawienia kiszki grubej, a więc i bakterij rozszechpiających białko, —to w cóż się obrócić hipotezy PASTEUR'A i twierdzenia innych, że dla życia i trawienia koniecznym jest udział mikrobów?

S. Mintz. O metodzie Winter-Hayem'a i stosunku wolnego kwasu solnego do utajonego w soku żołądkowym. Gaz. Lek. Str. 541, 565.

Artykuł treści polemicznej wymierzony został przeciwko pracy HAYEM'A i WINTER'A pod tytułem „*Du chimisme stomacal.*” Autor krok za krokiem zbija francuzkich pracowników. Metoda ich, zasałzająca się na określaniu: 1) całej ilości chloru w przesączu zapomocą roztworu AgNO_3 , 2) wolnego HCl , 3) chlorków mineralnych i 4) chlorków organicznych, według autora artykułu nie ma prawa rościć pretensyi ani do nowości, ani też do ścisłości. Nie jest bowiem w niej nowością odróżnianie kw. solnego wolnego od utajonego, gdyż to odróżniali już inni. Nie jest metoda ta też ścisłą, gdyż „ilość wolnego kwasu solnego, oznaczona za jej pomocą zawsze jest mniejszą od ilości wolnego HCl , otrzymanej zapomocą mego (MINTZA) sposobu.” Podobnież nie posiada zdaniem autora żadnej wartości hipoteza W. i H. co do powstawania kw. solnego w żołądku z wydzielenych przez gruczoły żołądkowe chlorków mineralnych, z których pod wpływem ciał białkowych powstaje kw. solny. Doświadczenia z przekroplaną wodą, na których opierają pp. W i H. swoją hipotezę, wydają się autorowi mało przekonującymi. Kwas bowiem solny wolny znajdujemy bez obecności w żołądku białków po próbie lodowej, po wprowadzeniu do czczego żołądka, nawet wody przekroplonej przy *gastro-succo-rhoea*. Również „nie przypada do gustu” autorowi artykułu klasyfikacja niestrawności podana przez W. i H. Jest bowiem „powikłana”, a niektóre formy chorobowe wprost „wydają się (autorowi) wąt-

pliwemi.“ Na zakończenie autor „poleca kolegom, zajmującym się badaniem soku żołądkowego“, własny „bardzo praktyczny“ szemat badania, zasadzający się na określeniu: 1) A—ogólnej kwasności (zapomocą $\frac{1}{10}$ norm. roztworu NaOH ze wskaźnikiem lakmusowym), 2) L—wolnego kwasu solnego (własną metodą), 3) T—całkowitego kw. solnego (metodą SJÖQUIST'A), 4) C—utajonego HCl z równania $T=L-C$ i 5) $L=A-T$.

Z. Dmochowski. Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka według Sjöquist'a. Gaz. Lek. Str. 663.

Metoda SJÖQUIST'A oznaczania ilościowego kwasu solnego w soku żołądkowym o tyle tylko mogłaby być ścisłą, o ile istotnie chlorek barytu, z którego określamy ilość HCl, byłby ciałem stałym, jak to sądzi twórca metody. Tak jednak nie jest. Chlorek bowiem barytu przy żarzeniu rozkłada się; część chloru ulatnia się, z wytworzeniem tlenku barytu, który przechodzi wnet w wodan barytu. Prócz tego węglan barytu pierwotnie dodany do soku żołądkowego, podobnież częściowo rozkłada się przy żarzeniu z wytworzeniem węglanu barytu. Oczywiście więc powstają ztąd liczne omyłki w jednym lub drugim kierunku. A że omyłki te niezawsze są jednakie, zależą bowiem od stopnia i czasu żarzenia, więc nawet porównawczej wartości metoda ta, zdaniem autora, mieć nie może. Odpowiednie liczne doświadczenia ilustrują każdy z motywów autora.

A. Mizerski i L. Nencki. Oznaczenie zawartości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym. Gaz. Lek. Str. 641.

Ponieważ dotychczasowe sposoby ilościowego oznaczania wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym nie są dość ścisłe, autorowie podają dwa przez siebie obmyślane sposoby. Pierwszy polega na: 1) zobojętnieniu danej ilości soku żołądkowego nadmiarem normalnego roztworu węglanu sodu dla związania wolnego HCl, 2) odparowaniu i następnie wyżarzeniu powyższej mieszaniny, aż do przeprowadzenia soli organicznych w węglan sodu, 3) wreszcie rozpuszczeniu wyżarzonej pozostałości w nadmiarze $\frac{1}{10}$ normalnego kw. solnego, którego część niezobojętniona oznacza się przez t. zw. mianowanie z różnicy zapomocą $\frac{1}{10}$ normalnego ługu sodowego. Ztąd zawartość (Z) wolnego HCl oblicza się z oznaczonej przez mianowanie ilości nierozłożonego węglanu sodu, czyli z różnicy (R) ctm. sześciennych, $\frac{1}{10}$ normalnego HCl, użytych do zobojętnienia pierwotnego nadmiaru (A) węglanu sodu oraz nierozłożonej ilości tegoż (B), zawartej w wyżarzonej pozostałości po odparowaniu soku żołądkowego, — według równania $A-B=R$. $Z=R \times 0,00365$.

Drugi sposób polega na oznaczeniu chloru zapomocą $\frac{1}{10}$ norm. $AgNO_3$ raz w soku żołądkowym, zobojętnionym zapomocą Na OH, drugi raz w soku, pozbawionym HCl, przez wyparowanie HCl na kąpieli wodnej. Otrzymana tą drogą różnica odpowiada zawartości wolnego HCl.

M. Nencki. Merkaptan metylowy w ludzkim moczu po spożyciu szparagów. Gaz. Lek. Str. 41.

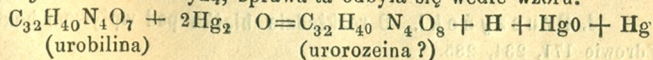
Gaz ten znaleziony pierwotnie przez autora i SIEBEROWĄ przy beztlennej fermentacji białka pod wpływem grzybków rozszczepkowych, jak okazało się następnie, tworzy też składową część gazów jelita grubego, a także lotnych części sera „Camembert“, wreszcie warunkuje nieprzyjemną woń moczu po spożyciu szparagów. W celu wykazania go w moczu autor uprosił 4 pracujących aby spożywali w miejsce obiadu szparagi. Ilość tych ostatnich wynosiła niekiedy 7 kil. Gaz wykrywano, przeprowadzając gazy, wydzielające się przy destylacji moczu, przez roztwór cyjanku rtęci, poczem ogrzewano otrzymany osad z kw. solnym, a wywiązujące się pary merkaptanu wprowadzano do świeżo przygotowanego roztworu cukru ołowianego. W ostatnim tworzy się żółto-kryształiczny nalot na rurce, który wraz z charakterystyczną wonią merkaptanu, wskazuje dostatecznie na jego obecność w moczu.

M. N e n c k i. Kwasy mleczne izomeryczne, jako środek rozpoznawczy poszczególnych grzybków rozsiewkowych. Gaz. Lek. Str. 192

Przy badaniu guzów u świnek morskich, którym szczepiono lasecz-
niki „*Rauschbrand*”^u, wyizolował autor mikrokok rozszczepiający
cukier gronowy z wytworzeniem kwasu mlecznego prawozwrotnego.
Podobnież różni autorowie znajdowali mikroorganizmy, tworzące kwas
mleczny optycznie czynny przy badaniu gnijącego sera, produktów
fermentacyjnych, dekstrozy, oraz spraw chemicznych w jelitach cienkich
u człowieka. Czyste hodowle tych drobnoustrojów tworzą zawsze ten
sam gatunek kwasu mlecznego. To pozwala niekiedy rozpoznawać dwa
morfologicznie podobne do siebie gatunki, jak to wykazała praca
BRISCHLER'A (z pracowni autora) nad krótkim lasiecznikiem jelita cienkie-
go, bardzo zbliżonym pod każdym względem do *bacterium coli commune*,
wytwarzającym wszakże kwas mleczny optycznie nieczynny, gdy *bacte-*
rium coli commune tworzy kw. mleczny prawozwrotny. Zresztą drobnou-
stroje tego rodzaju hodowane przez czas dłuższy na stałych podło-
żach tracą swe rozkładowe własności.

J. Z a w a d z k i. Urozozeina i jej pochodzenie. Gaz. Lek Str. 30.

Autor, zajmując się kwestyją możliwości przeprowadzenia hydrobilirubiny w bilirubinę lub biliwerdynę przy pomocy tlenku rtęci, wypadkowo otrzymał czystą uroerozeinę. Barwnik ten wykryty został i szczegółowo zbadany przez M. NENCKIEGO w moczu niektórych chorych na tyfus, zapalenie płuc etc. Własności jego fizyczne i chemiczne, podane przez powyższego uczonego (jako to, przechodzenie do wysoku amylowego, odbarwianie się w alkaliach, dawanie charakterystycznej smugi absorbcyjnej) pozwoliły autorowi określić go w roztworze, jaki otrzymał po dodaniu kalomelu do roztworu urobiliny w wodanie sodu. Oczywiście więc uroerozeina powstała tu przez utlenienie urobiliny, sądząc więc *per analogiam* z biliwerdyną, sprawa ta odbyła się wedle wzoru:



Jaką jednak drogą odbywa się jej wytworzenie w organizmie, i czy jest ona rezultatem rozkładu białka w ustroju, czy przetworem barwników żółci lub krwi,—rozstrzygnąć trudno.

J. Zawadzki. O wpływie mięsienia na szybkość wchłaniania.
Kron. Lek. Str. 376, 523.

Po zarejestrowaniu wyników, otrzymanych przez różnych autorów (MEZGER'A, GOPADZE, KÖLLER'A, ZABUDOWSKY'EGO, MOSENGEIL'A BUM'A i wielu innych) co do wpływu mięsienia na ogólną przemianę materii, tętno, składniki moczu, napięcie naczyń, szybkość krążenia krwi, ciepłotę masowanych członków etc.—autor przechodzi do opisu własnych doświadczeń, wykonanych na zwierzętach w pracowni pr. THUMAS'A. Doświadczenia te dzielą się na 7 grup. Z pierwszej (doświadczeń 5, wykonanych z apomorfina) wynika, że wymioty zjawiają się przy mięsieniu wcześniej niż bez niego, że więc wchłanianie bywa szybszem, a działanie środka silniejszym i jednorazowem. Podobnie przyśpieszenie wchłaniania mógł autor obserwować w trzeciej seryi doświadczeń (5) po zastrzyknięciu podskórnem strychniny; objawy zatrucia w tym razie występowały po mięsieniu o 5% prędzej niż w stanie normalnym. Druga grupa doświadczeń (3) pozwoliła autorowi wysnuć wniosek, iż po mniejszych nawet dawkach osiągamy przy mięsieniu działanie znacznie silniejsze, niż przy większych bez mięsienia, przytem objętość wstrzykniętego płynu nie wpływa na szybkość działania. Następna (IV) seryja doświadczeń przedsięwzięta została przez autora w celu przekonania się, jaki wpływ mają podrażnienia nerwów czuciowych obwodowych na szybkość wchłaniania. Dla wykluczenia ich wpływu autor nieczułał je zapomocą kokainy, przyczem przekonał się, że środek ten pozostawał bez wpływu na szybkość wchłaniania, że więc działanie mięsienia na wchłanianie nie zależy od podrażnienia nerwów czuciowych obwodowych,—a że z drugiej strony wiadomem jest, iż kokaina wywołuje zwężenie naczyń, a więc doświadczenia powyższe jednocześnie wykazują, że zwężenie naczyń nie ma wpływu na działanie chłonicze mięsienia. W jaki zaś sposób modyfikuje się działanie to przy naczyńach kończyny rozszerzonych, wynika z V-ej i VI-ej seryi doświadczeń, dokonanych po przecięciu nerwu kulszowego, a więc po wywołaniu rozszerzenia naczyń. Przytem pokazało się, że po przecięciu nerwu wessanie płynu wstrzykniętego odbywa się znacznie prędzej, że szybkość działania strychniny po mięsieniu, jest taką samą jak przed przecięciem wciągu pierwszych dni, że jednak następnie wzmaga się ciągle przez dni parę, aby następnie znów się zmniejszać stopniowo. Wreszcie ostatnie doświadczenia (grupa VII) autor poświęcił zachowaniu się szybkości wchłaniania przy mięsieniu miejsca symetrycznego miejscu wstrzyknięcia (na kończynach przeciwnych), przytem przyszedł do wyników ujemnych. Mięsienie takie nie ma widocznego wpływu na szybkość wchłaniania.

J. Pruszyński. O rozkładzie białka pod wpływem bakteryj.
Zdrowie 171, 234, 285.

Praca powyższa jest mniej lub więcej szczegółowym opisem własności fizycznych, chemicznych, fizjologicznych lub toksycznych, z podaniem niekiedy wzoru strukturalnego, historii odkrycia, sposobów otrzymywania lub wytwarzania się ciał następujących: 1) merkaptanu metylowego, 2) indykanu, 3) indolu, 4) skatolu, 5) produktów aromatycznych pochodnych kwasu feniloamidoctowego, 6) ptomain grupy: a) pirydynowej (pirydyny, parwoliny, korryndyny) b) amonjakalnej (metyljaków, etylamin, propyljaku, putrescyny, kadaweryny, sapryny), c) grupy choliny, (muskaryny, izo-i oksycholiny, mydatoksyny), d) liguanidyny. Wreszcie poświęcono słów parę pracom BOUCHARD'A, VILIER'S'A, POUCHET'A i BRIEGER'A o opracowywanych wówczas toksynach.

M. Flaum. Białko, albumoza i pepton. Wiadom. Farmaceutyczne. Nr. 19, 20, 21, 22.

Zadanie szeregu artykułów polegało widocznie na daniu wyobrażenia czytelnikowi—niespecyjaliście o obecnym stanie nauki o ciałach białkowych i w ogólności na wskazaniu mu tych ścieżek, po których dąży wiedza nasza do zbliżenia się ku poznaniu budowy cząsteczkowej białka. Co się tyczy zaś szczegółów, to znajdzie tu czytelnik: systematykę ciał białkowych według HOPPE SEYLER'A i według M. NENCKIEGO, odczyn białka i odczynniki na nie, produkty jego rozkładu pod wpływem: a) kwasów i alkali, b) gotowania z wodą barytową, c) ogrzewania z H_2SO_4 i braunstejnem, i t. p.; dalej hipotezy o losie białka w organizmie zwierzęcym, o wpływie wodoru *in statu nascendi*, działaniu stopionego wodoru potasu, chloru, bromu, suchej destylacji, organizmów gnilnych, wreszcie o zmianie jego pod wpływem trawienia. Ostatnie pozwala autorowi poruszyć kwestyję wykrycia hemialbumozy, jej własności, podziału KÜHNE'GO na proto-deutero-i dysalbumozę, i niezgodność co do tego rodzaju poglądu na hemialbumozę, wypowiedzianą przez R. HERTH'A. W końcu podano pogląd ogólny na peptony i sposoby otrzymywania amfo i anty-peptonu.

A. Jaworowski. Odczynnik na białko, pepton i mucynę. Wiad. Farmaceutyczne. Nr. 21.

Odczynnikiem tym jest mieszanina molybdenianu amonu z kwasem winnym, w stosunku 1 części molib. amonu na 40 wody i 5 kwasu. Jedna kropla wystarcza do wywołania mętu w moczu, zawierającym białko. Za niezawierający białka mocz uważa się taki, który po dodaniu doń 1—2 kropeł odczynnika nie mętnieje w ciągu 2 minut. Przytem odczynnik ten ma i tę zaletę, że daje się stosować w postaci napojonych nim papierków. Wykazuje też pepton i śluz, strącając obadwa ciała.

III. ANATOMIJA PATOLOGICZNA.

Sprawozdawca

K. Chęłchowski.

Brodowski. Sprawozdanie ze spostrzeżeń, czynionych w Warszawie nad leczeniem chorych gruźliczych metodą Koch'a. Pam. Tow. Lek. Warsz. Str. 87.

Uwagi, oparte na wynikach 3-ch sekcyj, dokonanych nad leczonymi tuberkuliną. W częściach płuc wolnych od gruźlicy zdarzały się mniejsze i rozleglejsze, świeże, rozlane zapalenia z wysiękiem przeważnie wewnątrzpęcherzykowym, to głównie surowiczym z domieszką złuszczonego nabłonków, to włóknikowym z domieszką ciałek białych. Niekiedy wreszcie w zapaleniach takich ciała białe przepełniały zarówno pęcherzyki, jak i tkankę śródmiąższową, przez co sprawa zbliżała się do ropnej. Rozległość takich zapaleń zdaje się zależeć od stanu odżywiania tkanek. Obrazów przemawiających za nekrozą, przypuszczaną przez Koch'a, nie było. Dokoła świeżych gruzełków często brakło zupełnie reakcji zapalnej.

U jednego z leczonych znaleziono bardzo silne i rozległe zapalenie większych i mniejszych oskrzeli. U innego mierne przewlekłe zapalenie nerek obostrzyło się bardzo silnie i przybrało charakter krwotocznego.

Zalecenie ostrożności w dawkowaniu.

Czepurkowski. Wrodzone zupełne zarośnięcie przełyku. Brak języka. Gaz. Lek. str. 844.

Treść w tytule.

Dunini i Dąbrowski. Badanie histologiczne płuc w jednym przypadku leczonym metodą Koch'a. Gaz. Lek. str. 439 (z tablicą chromolit.).

Suchotnik w późniejszym okresie choroby, poddany leczeniu tuberkuliną, wkrótce dostał gorączki i wielkiej duszności; ilość rzeżeń w płucach i prątków gruźliczych w płwocinie niezmiernie wzrosła; wreszcie nastąpiła śmierć. Ze zmian pośmiertnych następujące wypadało przypisać tuberkulinie. Przedewszystkiem liczne ogniska, ulegające obumarciu w pobliżu mas serowatych. Widać tu było: niesłychany obrzęk tkanki śródmiąższowej, uciśnięte pęcherzyki płucne w postaci szczelin, liczne prątki gruźlicze. Wiele z tych ognisk okazywało nadto silne nacieczenie drobnokomórkowe. W innych natomiast wcale go nie było. Ten brak wszelkich śladów odczynu tkanki na obecne w niej prątki gruźlicze, każe przypuszczać, że te ostatnie ogniska powstały świeżo wskutek uruchomienia bakterij gruźliczych, занiesionych tu z surowiczym płynem, idącym z mas serowatych. Liczne ogniska zapalenia płuc zrazikowego bez prątków gruźliczych zdala od mas

serowatych, nie miały zapewne nic wspólnego z szerzeniem się gruźlicy. Przypisać je raczej należy działaniu toksycznemu tuberkuliny na zdrową tkankę płucną. Mnóstwo gruzelków prosówkowych leżało wpośród całkiem zdrowej tkanki. Żadnych dowodów zależności ich od tuberkuliny nie było. Żadnych śladów gojenia się gruźlicy.

Feigel. Pierwotny rak kości goleniowej, wytworzony w jamie kostnej po zapaleniu szpiku (osteomyelitis). Przeg. Lek. str. 457, 470 (z rysunkami).

Chora w 15 roku życia przebyła *osteomyelitis* goleni. Po wydzieleniu kilku kawałków kości przetoki zupełnie się zabiłniły. W 10 lat potem ponowiły się bóle w teje kości, a i potem kilkakrotnie się powtarzały. Wreszcie w 40 roku życia na miejscu starej blizny zjawilo się bolesne obrzmienie, skóra na niem uległa owrzodzeniu, przez które wyciekała cuchnąca ropa z drobnymi kawałeczkami kości. Wkrótce brzegi owrzodzenia zaczęły się pokrywać brodawkami. A że wycięta z nich chrząstka miała budowę rakową, przeto wyluszczone chorej nogę w stawie kolanowym.

Odjęta piszczel w górnej swej części była niezmiernie zgrubiała. (*Spina ventosa carcinom.*). Wspomniane wyżej owrzodzenie prowadziło do wielkiej jamy, zajmującej całe niemal wnętrze zgrubiałej piszczeli. Cienka warstwa zbitej tkanki kostnej otaczała jamę, wypełnioną szarym płynem rozpadowym, oraz tkanką szaro-czerwonawą, brodawkowatą, łatwo dającą się odłuszczyć od kości. Kilka otworów w kości prowadzących do jamy. Piszczel poniżej uległa stwardnieniu zapalnemu z zupełnym zanikiem jamy szpikowej.

Tkanka brodawkowata składała się z silnie nacieczonego podścieliska i tworów nabłonkowych, często zrogowaciałych (perły nabłonkowe). Często się trafiały komórki kolczaste (*Stachelzellen*). Słowem, był to typowy obraz rakowca—*cancer*.

Sposób powstania tego rzadkiego przypadku pewnie był taki, że do jamy po *osteomyelitis* przy zabliźnieniu wrósł nakształt jęczyczka bujający naskórek.

Heryng. Zapalenie gruzlicze opon mózgowych, zakończone śmiercią. Gaz. Lek. str. 1037.

Patrz dział patologii i terapii szczegółowej (med. wewnętrznej).

Janowski. O zmianach anatomicznych w pęcherzyku żółciowym pod wpływem kamieni. Gaz. Lek. str. 95, 128, 163, 182, 201 (z rysunkami).

Brak w literaturze dokładniejszego opisu mikroskopowych zmian w pęcherzyku żółciowym przy obecności w nim kamieni, skłonił autora do podjęcia tej pracy. Po zbadaniu kilkunastu przypadków daje on następujący opis. Ściany takiego pęcherzyka żółciowego grubieją i podlegają zwyrodnieniu włóknistemu. Zmiany dotyczą wszystkich błon pęcherzyka. W błonie jego śluzowej widzimy: spłaszczenie ko-

mórek nabłonkowych z cylindrycznych w sześciennie, nawet całkiem płaskie; znikanie rąbka (*cuticula*), istniejącego na wolnej powierzchni tych komórek; mętnienie ich i zatarcie granic pomiędzy niemi, wreszcie złuszczenie nabłonków. W tkance łącznej błony śluzowej zmniejsza się ilość komórek, zwiększa ilość włókien, z początku jeszcze luźnych, później coraz bardziej zbitych. Ostatecznie błona śluzowa przechodzi w tkankę bliznową. Liczne jej fałdy stopniowo wygładzają się. Błonka mięsna, zapewne wskutek częstych usiłowań wydalenia kamieni, zrazu przerasta i grubieje (często nierównomiernie); później jednak włókna mięsne w niej zanikają, ustępując miejsca włóknistej tkance łącznej. Zewnętrzna łącznotkankowa warstwa pęcherzyka znakomicie grubieje, przeistaczając się stopniowo w zbitą tkankę bliznową.

Są to zmiany najczęstsze. Daleko rzadziej zdarzają się owrzodzenia błony śluzowej, sięgające i do głębszych warstw, zwykle ograniczone. Jeszcze rzadziej trafiają się drobne rozrosty brodawkowe w zanikającej błonie śluzowej.

J. sądzi, że w powstawaniu powyższych zmian prócz głównego czynnika mechanicznego (tarcie i ucisk kamieni), gra ważną rolę i upośledzone odżywianie tkanek, czy to pod wpływem zmienionej żółci, czy w skutek zmian w naczyniach.

W pęcherzyku żółciowym często widzimy gęsty żółtawy płyn całkiem podobny do ropy. Rozpoznawać jednak wtedy zapalenie ropne pęcherzyka można chyba dopiero po zbadaniu płynu pod mikroskopem. Autor kilkakrotnie w takiej mniemanej ropie znajdował tylko żółć zmienioną, zmieszaną ze śluzem, kropelkami tłuszczu i stłuszczonej nabłonkami; ani śladu zaś nie było ropnych ciałek i koków, ani w samym płynie, ani w ścianach pęcherzyka.

Ciekawy ustęp pracy stanowią pomieszczone w niej poglądy prof. BRODOWSKIEGO na raka pęcherzyka żółciowego. Na 40 przypadków tego cierpienia, Br. w każdym znalazł kamienie żółciowe, zwykle liczne, jeżeli nie w pęcherzyku, to w przewodzie lub przetokach żółciowych. Prawie zawsze rak pęcherzyka był włóknistym, zanikowym, bardzo rzadko mózgowym, raz jeden koloidalnym. Często szerzy się on bezpośrednio na wątrobę. Często też daje przerzuty w wątrobę i po całej otrzewnej. Śluszniej będzie przypuścić, że kamienie, drażniące błonę śluzową pęcherzyka, wywołują w niej bujanie rakowe, niż odwrotnie, że w zwyrodniałym już pęcherzyku łatwiej tworzą się kamienie.

Matlakowski. O szczególnej kulkowej zawartości torbieli skórzastych. Gaz. Lek. str. 1001.

Torbiel skórzasta jajnika zawierała około tysiąca kulek zupełnie jednakowych, pływających w brudno-szarej cieczy, złożonych ze śródśrodkowych warstw żółtawo-brunatnego tłuszczu. Inne komory w tejże torbieli zawierały to tłuszcz płynny, zastygający dopiero po wylaniu, to na pół stężały. Rozbiór chemiczny (PRAUS) kulek wykazał w nich 53% wody, 25 tłuszczów (głównie oleiny i kw. oleinowego wolnego),

20 białka i 1 soli. W innej torbieli, skróconej około osi, znalazł M. płyn gęsty brudno-krwawy i kule tłuszczowe różnej wielkości. Stężenie płynnego tłuszczu polega tu zdaniem M. na zmydleniu tłuszczów pod wpływem soli, przesiakających do jamy torbieli razem z białkiem skutkiem zapalenia jej ściany.

Monsiorski. Przypadek nieprawidłowego rozwoju narządów moczowo-płciowych. Gaz. Lek. str. 941.

Przypadek rozszczepienia pęcherza moczowego (*extrophia ves. urinar.*) u 44-letniego wieśniaka. Wynecowany pęcherz tworzył nad spojeniem łonowym kulistą narośl, pokrytą błoną śluzową z widocznymi otworami moczowodów. Prącie i żołądz rozszczepione z rowkiem na górnej powierzchni. Brak *corp. cavern. urethrae*, napletka, *orific. urethrae ext.* Jądra w pachwinach. Mocz odpływał często i mimowolnie. Nasienie nigdy się nie pokazywało. Erekcje bywały.

Mutermilch. Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy. Gaz. Lek. str. 602, 625.

Patrz Dział Okulistyki.

Obrzut. O zwyrodnieniu koloidowem. Przegląd Lek. str. 517.

Autor odmawia wszelkich podstaw przypuszczeniom, że istota koloidowa pochodzi z przeistoczenia nabłonków, lub też stanowi ich wydzielinę. Twierdzi natomiast w myśl swej znanej teorii (patrz roczniki z lat zeszłych, oraz niżej dział patolog.), że koloid jest poprostu zmienioną krwią, (wynaczynioną np., jak to często bywa, do wnętrza pęcherzyków gruczołu tarczowego). Powołuje się na to, że masy koloidowe rosną nawet i po zniszczeniu nabłonków. Wakuole w istocie koloidowej dają nieraz obraz zupełnie podobny do opisanej przez autora siatki hemoglobinowej. W masach koloidowych widywał resztki zmienionych krążków czerwonych. Zwyrodnienie koloidowe spostrzegał i wewnątrz naczyń krwionośnych. Widział i bezpośrednie przejście istoty koloidowej w treść pękniętego naczynia krwionośnego. Wreszcie wszędzie gdzie powstają masy koloidowe (gruczoł tarczowy, łożysko, nadnercza), wylewy krwi są zjawiskiem pospolitem.

Pański. O barwniku w śledzionie zastoinowej. Gaz. Lek. str. 968.

WICKLEIN z obliczeń ziaren barwnika w śledzionie prawidłowej i zastoinowej doszedł do wniosku, że zastój żylny nie wpływa na ilość ziaren barwnika w śledzionie. Ilość jednak tych ziaren podlega olbrzymim wahaniom i w stanie normalnym. Otóż P. wywoływał zastój żylny nie w całej śledzionie, ale w połowie jej, 4-tej, 6 tej części, a to przez częściowe podwiązanie *ligl. gastro-lienal.* Pozwalało to porównywać część prawidłową i zastoinową tej samej śledziony. Odczyn skrawków, przygotowanych ze śledziony, na kwas solny i żelazosinek potasu dawał miarę ilości barwnika, przynajmniej bogate w żelazo.

Po podwiązaniu żył śledzionowych powstaje zawał krwawy. Pó-

źniej wynaczynienia się odbarwiają, krążki czerwone tracą hemoglobinę i ulegają rozpadowi, śródbłonki żyłne i komórki śledzionowe obumierają. Rozpad krążków czerwonych nie prowadzi jednak do nagromadzenia się barwnika w obrębie zawału krwawego. Przeciwnie—barwnik bogaty w żelazo znika tu zupełnie i to szybko, bo w ciągu 1—3 dni, choćby nawet przed doświadczeniem było go w śledzionie dużo. Za przyczynę tego poczytuje autor brak tlenu w obrębie zawału i twierdzi, że istnienie w tkance ciemnego, bogatego w żelazo barwnika, związane jest z obecnością w niej tlenu.

Rabek. Przypadek postępowego kostnienia mięśni (*myositis ossificans progressiva*). Gaz. Lek. str. 896, 908 (z rysunkiem).

3¹/₂-letnia dziewczynka okazywała skostnienie wielu mięśni w różnym stopniu. Oba *latissimi dorsi* i *biceps brach. dext.* skostniały w całości i zrosły się z sąsiednimi kośćmi, ograniczając przeto znacznie ruchy łopatek i kończyn górnych, zwłaszcza prawej. W innych mięśniach wyczuć się dawały rozsiane oddzielne guziczki kostne (w *pectoral. maj. dext.*, *cucullar. sin.*, w mięśniach grzbietu między łopatkami, w mięśniach lewej łopatki i lewej okolicy łędźwiowej). Inne jeszcze mięśnie (*masseter dext.*, górna część *sterno-cleido-mastoid. dextr.*), jakkolwiek zgrubiałe i twarde, przecież nie okazywały jeszcze konsystencji kostnej. Ruchy zuchwą były bardzo utrudnione, obie szczęki prawie zemknięte ze sobą.

Już w pierwszych miesiącach życia dziecko to dostało jakichś twardych guzów na głowie i szyi. Zniknęły one jednak wkrótce, a jeden z nich zropiał. Pierwsze stałe już guzy spostrzeżono na grzbiecie, gdy dziecko miało pół roku.

Zestawienie odnośnej literatury.

Rychliński. Przyczynek do anatomii patologicznej amencji (*Meynert'a*). Gaz. Lek. str. 825.

17-letni wieśniak z neuropatycznej rodziny, po dłuższej hulance wpadł w szal. Przez pierwszy tydzień—okres podniecenia i przez następne trzy—to rozdrażnienie, to apatya. Śmierć z wyczerpania. Przekrwienie opon. Zmętnienie opony miękiej wzdłuż naczyń. W korze i zwłaszcza w zwojach podkorowych znaleziono w protoplazmie wielu komórek nerwowych złoży barwnika, wakuolizacją, wreszcie różne stopnie rozpadu i zaniku (w zrazach potylicowych). Zmiany w wielkości, kształcie i ziarnistościach jąder tychże komórek. Na bardzo wielu włóknach nerwowych zgrubienia różańcowe. W przestrzeniach okołonaczyniowych włókien ścięty w siatkę. Przpełnienie krwią naczyń; rażący rozrost jąder w błonach zewnętrznej i średniej.

R. rozpoznał u chorego amencję MEYNERT'A i zmiany, znalezione w mózgu, uważa za następstwo zaburzeń odżywczych, wywołanych zatruciem leukomainami.

IV. PATOLOGIJA OGÓLNA.

Sprawozdawca

K. Chełchowski.

Adamkiewicz. Dalsze spostrzeżenia nad jadowitością nowotworów złośliwych. Przegl. Lek. str. 49.

Adamkiewicz. O jądzie i o komórkach nowotworów złośliwych (raków). Doniesienie trzecie. Przegl. Lek. str. 153.

Adamkiewicz. Zasady racjonalnego leczenia nowotworów złośliwych (raków). Doniesienie czwarte. Przegl. Lek. str. 177.

Silny jad, o otrzymaniu którego z tkanki rakowej donosił autor w roku poprzednim, wywołuje u zwierząt najprzód okres podrażnienia, później—porażenie i śmierć. Wprowadzony do krwi, zabija zwierzęta natychmiast.

W doniesieniu 3-iem Ad. zapewnia, że kawałki świeżego raka, szczepione zwierzętom, wkrótce dają przerzuty szybko rosnące nie tylko w pobliżu, ale i w odległości od miejsca szczepienia. Nadto obiecuje dowieść, że komórka rakowa różni się bardzo od komórki nabłonkowej, a nawet mało ma wspólnego z komórkami w ogóle, że jest to więc twór *sui generis*.

Wreszcie w doniesieniu 4-tem zapowiada Ad. nową metodę leczenia raków, niemiejscową, ale ogólną, zabezpieczającą od przerzutów i zakażenia rakowego. Przy stosowaniu jej przerzuty zmniejszą się i zmaleją, rak zaś pierwotny wśród odczynu zapalnego będzie obumierał. W 3-ch przypadkach raka wargi dolnej pod wpływem takiego leczenia powiększone gruczoły chłonne zmniejszyły się. (Prof. KORCZYŃSKI i OBALIŃSKI, na ścisłą kontrolę których powołał się Ad., niezwłocznie zaprotestowali (Przegl. Lek. Nr. 15) przeciwko mieszanii ich nazwisk do tej sprawy).

Biernacki. O gniciu w jelitach przy zapaleniu nerek i żółtaczce, razem z uwagami o normalnem gniciu kiszki. Kron. Lek. str. 389 i 449.

Przy gniciu białka powstają ciała aromatyczne, wiążące się w ustroju z kwasem siarczanym w tak zwane kwasy etero-siarczane (kwas siarczany sprzężony) i w tej postaci opuszczające ustrój z moczem. W mniemaniu, że ilość tych kwasów w moczu daje miarę gnicia białka w kiszki, a nawet i w całym organizmie, przedsięwzięto szereg prac, określających ilość kwasu siarczanego sprzężonego w różnych warunkach fizjologicznych i patologicznych. Do takich prac należy i zatytułowana.

Przedewszystkiem zwrócił w niej B. uwagę na zachowanie się kwasu siarczanego sprzężonego przy różnych dyjetach szpitalnych. Najbardziej ograniczają gniciu białka dyjety: mleczna i słaba 1-sza.

Dyjeta ściśła, złożona niemal wyłącznie z kleiku, bardzo więc uboga w białko, zwiększa jednak jego gnicie. To samo dotyczy i najobfitszej dyjety—całej. Zdaje się, że ze zwiększonym spożyciem białka zwiększa się i rozkład jego w kiszka; białko jednak zwierzęce (mleko) daleko mniej jest skłonem do gnicia od roślinnego (kleiki). Wodany węgiel (w dyjecie całej) bynajmniej nie ograniczają gnicia, co można było podejrzewać z prac dotychczasowych.

W zapaleniu nerek B. stale znajdował w moczu zwiększoną ilość kwasu siarczanego sprzężonego, zwłaszcza u chorych z podupadłym trawieniem, brakiem kwasu solnego w żołądku. Z poprawą apetytu i trawienia, albo też przy podawaniu do wewnątrz kwasu solnego, ilość kwasów etero-siarczanych w moczu niezwłocznie spada. Wynika ztąd, że 1) zwiększone gnicie u tych chorych zależy poniekąd od braku kwasu solnego w soku żołądkowym i że 2) kwasowi solnemu przysnąć należy (wbrew NOORDEN'OWI) wpływ dezynfekcyjny na zawartość kiszek.

Ilość omawianych kwasów w moczu żółtaczkowych (*icterus catarrh.*) zawsze była zwiększoną; spadała zaś szybko podczas ustępowania żółtaczki, z pojawieniem się żółci w wypróżnieniach. Ztąd wniosek, że w żółtaczce gnicie w kiszka się wzmacnia i że obecność żółci powstrzymuje to gnicie.

Z głównym przedmiotem streszczanej tu pracy, luźnie tylko się wiążą następujące spostrzeżenia. W zapaleniu nerek krwotocznem wymaga się ogólna ilość kwasu siarczanego w moczu (wskutek rozpadu krążków czerwonych). Znikaniu żółtaczki towarzyszy obfite wydzielanie moczu (*polyuria*). Ogólna ilość kwasu siarczanego (wolnego i sprzężonego) w moczu podczas żółtaczki zmniejsza się, przy wyzdrowieniu wzrasta. Zapewne zależy to od leniwszej w żółtaczce przeróbki materji. Kalomel, zadawany jednemu z żółtaczkowych, bynajmniej nie zmniejszał ilości kwasu siarczanego sprzężonego w moczu (*resp.* gnicia w kiszka).

Biernacki. O znaczeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka. Przegl. Lek. str. 614, 628, 641.

W celu zbadania tej kwestji, B. u zdrowych i chorych ściśle oznaczał sprawność ruchową i wydzielniczą żołądka w dwóch szeregach doświadczeń. W doświadczeniach pierwszego rzędu wykluczono trawienie ustne i działanie śliny: wprowadzono bowiem śniadanie próbne do żołądka przez sondę i unikano troskliwie połykania śliny, odpływając ją przez cały czas próby. W doświadczeniach drugiego rzędu te same osoby takie samo śniadanie spożywały w zwykły sposób, przeżuwając je i połykając ze śliną. Okazało się, że w tych ostatnich doświadczeniach i ruchowa i wydzielnicza sprawność żołądka była daleko dzielniejsza (niemal w dwójnasób). Do podobnych wyników doszedł już przed autorem STICKER, a i w dawniejszej literaturze istnieją wzmianki, przemawiające za wielkiem znaczeniem przeżuwania i połykania śliny dla trawienia.

Chodziło tedy o wykrycie, od czego to znaczenie zawisło? STICKER przypisywał ślinie wpływ pobudzający na czynność żołądka. Dodanie jednak do wprowadzonego przez sondę śniadania wszystkiej śliny, zebranej od tej samej osoby podczas doświadczenia kontrolującego, często wprawdzie podniecało trawienie żołądkowe, ale w nieznacznym tylko stopniu. Odpowiednimi doświadczeniami wykluczył również B. przypuszczalny wpływ peptogenów (materyjały do wytworzenia pepsyny, powstające z krochmalu pod działaniem śliny),ptyaliny, rodanku potasu. Natomiast pokarm, przeżuty w ustach i wypłuty, a następnie dopiero wlany przez zgłębnik do żołądka, pobudzał go do równie energicznej czynności, jak gdyby był przyjęty zwykłą drogą. Główną więc tu rolę gra sam akt przeżuwania w ustach.

Autorowi udało się wyosobnić czynnik działający. Zauważył, że przeżucie pokarmu w ustach słabo go zakwasza. I woda również, trzymana i poruszana w ustach, nabiera słabo-kwaśnego odczynu. Ten zakwaszający wpływ jamy ustnej daje się wykazać i na płynach alkalicznych, oraz słabo kwaśnych. Dopiero płyny bardziej kwaśne (kwasota 5 i wyżej) tracą w ustach na kwaśności.

Nowy szereg doświadczeń, w których pokarmom wprowadzonym przez sondę nadawano różny odczyn, wykazał, że najlepiej pobudzają żołądek pokarmy bardzo słabo kwaśne lub obojętne; alkaliczne zaś i mocno kwaśne—upośledzają jego sprawność. Dobroczynny więc wpływ trawienia ustnego sprowadza się do nadawania pokarmom słabo kwaśnego odczynu, najpożądalszego dla trawienia żołądkowego.

Przy alkalizowaniu jednak pokarmów soda nie upośledza sprawności żołądka (w przeciwieństwie do ługu sodowego). Zapewne gra tu rolę wydzielony z sody pod wpływem soku żołądkowego kwas węglany, którego podniecający wpływ na żołądek dobrze jest znany. Zapewne też od kwasu węglanego, zawartego w ślinie, zależy ów słaby jej wpływ podniecający na trawienie pokarmów, nieprzeżutych w ustach.

Chełchowski. Obliczanie ciałek ropnych w ropie. *Gaz. Lek.* str. 415.

Liczba ciałek ropnych, obliczanych w ropie przyrządem MALLASSEZ'A, wynosi 400 do 1,600 tysięcy w 1 mil. sześć. Ropa gęsta, pochodząca ze spraw ostrych, bogatsza jest w ciałka. Domieszka ropy do płynu surowiczego daje się rozpoznać w szprycie PRAVAZ'A dopiero przy 40 — 60 tys. ciałek na 1 mil. sześć., kiedy domieszka krwi widoczną już jest przy 12 — 15 tys. krążków czerwonych. Wysięki surowicze zawierają daleko więcej ciałek białych, niż płyny prześiekowe.

Hoyer. Pogląd teoretyczny na przeciwgruźliczy środek Koch'a. *Gaz. Lek.* str. 25, 44 i 59.

Artykuł ten prócz ustępów okolicznościowych, mających oddziaływać na wzburzoną opinię, oraz dać plan pracom przedsiębranym z tuberkuliną, zawiera wiele ciekawych myśli. Mamy tu więc porównanie

domniemanego działania leczniczego enzym z działaniem znanych środków lekarskich (specyfiki, środki działające elektywnie). Dalej idą przypuszczenia, dotyczące działania tuberkuliny: 1) właściwie działa nie sama tuberkulina, lecz jakaś enzyma, powstająca przez zetknięcie się tuberkuliny z ogniskiem gruźliczem; 2) ogólna reakcja organizmu gruźliczego na tuberkulinę prawdopodobnie zależy głównie od domieszek toksycznych; 3) tuberkulina, przechodząc przez krwiobieg płucny, zapewne w znacznej części się ulatnia. Inaczej trudno byłoby pojąć różnicę w dawkach, koniecznych dla reakcy ogólnej, pomiędzy gruźlicą płuc a wilkiem.

Sama już budowa płuc niezmiernie sprzyja rozmnażaniu się w nich drobnoustrojów. Dziwić się właściwie trzeba względnej rzadkości cierpień płucnych. To też musimy przypisać płucom jakieś urządzenia ochronne, funkcjonujące zapewne bardzo energicznie u osób odpornych, upośledzone zaś u dotkniętych dyjatezą (między innymi energija rzęs migawkowych). Z budowy płuc i warunków miejscowych wynika niezmierna rzadkość czystej gruźlicy płucnej. Pospolicie widzimy komplikacje — zakażenie mieszane. To też nawet posiadłszy już niezawodny środek przeciwgruźliczy, jeszcze będziemy musieli się rachować z komplikacyjami gruźlicy płucnej. Wreszcie wyleczony nawet suchotnik pozostanie wątłym, zachowa dyjatezę, będzie umierał wcześniej.

Nussbaum. O „natężeniu“ w zjawiskach patologicznych. Odczyt kliniczny. Ser. III, Nr. 12.

Patologija szczegółowa i anatomija patologiczna zwykle dają nam obrazy stanów i spraw chorobowych średniego i silnego natężenia, pomijają zaś lub mało uwzględniają najmniejsze zjawiska chorobowe. Że dzieje się to z krzywdą dla lekarzy, wykazuje autor w b. ciekawych dedukcyjach, odszukując prawo minimum chorobowych w całej patologii.

1) Minimalne zmiany patologiczne. To co nazywamy konstytucją, o ile nie jest ona zdrową, jest już najmniejszym stanem patologicznym, jakąś niepochwytną wadliwością protoplazmy. Minimalne anomalije anatomiczne, stanowiące to co nazywamy *locus minoris resist.*, wychodzą na jaw dopiero w niekorzystnych dla ustroju warunkach. Licząc się z tem, lekarz winien patrzeć na wiele cierpień miejscowych, jako na pierwszy objaw zaburzeń ogólniejszych. Poczynając się niedokrwiłość, ukryta dyjateza artrytyczna lub choroba cukrowa, syfilis, malaryja, zdradzają się często jakimś cierpieniem miejscowem (np. nerwobólem kulszowym), które z każdą poprawą stanu ogólnego znika, z każdym pogorszeniem wraca. Musi tu zachodzić jakaś minimalna anomalija owego nerwu (może np. w jego unaczynieniu), w zwykłych warunkach niczem się nie zdradzająca, w niekorzystnych wychodząca na jaw. Nieznaczną choćby asymetryja półkul mózgowych czyż nie może tłumaczyć nam, że skargi neurasteników, hypochondryków tak często dotyczą stale i niezmiennie jednej połowy ciała, że zmiany w składzie krwi dają objawy połowiczne.

2) Najmniejsze sprawy chorobowe. Życie musi się przystosowywać do bardzo zmiennych warunków zewnętrznych i przy wszelkiem trudniejszym przystosowaniu powstaje zaburzenie czynnościowe — najmniejsza sprawa chorobowa. Takie zaburzenia w trawieniu, przeróbce materii i połączone z nimi przemijające bóle, darcia, zawroty, niedomagania, bezsenność, spotykamy na każdym kroku. Bez znaczenia u zdrowych, nabierają one jednak wagi u chorego, gdzie słaby nawet czynnik szkodliwy może poważnie potęgować istniejące cierpienie. Zabezpieczenie chorego od trudniejszych przystosowań się do czynników zewnętrznych, daje nieraz nieoczekiwane rezultaty.

3) Minimalne formy chorobowe. Powszechnie są znane rudymentarne przypadki szkarlatyny, dyfterytu, ospy. Mniej już — zapalenia płuc włóknikowego. Niewątpliwie dotyczy to i innych chorób zakaźnych. Niewątpliwie np. trafiają się najłagodniejsze wyleczalne przypadki gruźlicy opon mózgowych. Te łagodne przypadki podczas epidemii należy podciągać pod formę choroby panującej i przestrzegać przy nich tych samych przepisów higienicznych i terapeutycznych. Osłabienie zarazka, przyczyna łagodności takich przypadków, winno być celem terapii. Ma to znaczenie zwłaszcza w chorobach zakaźnych przewlekłych, gdzie energija drobnoustrojów w całym łańcuchu pokoleń może słabnąć i gasnąć (okresy uśpienia choroby), ale może się i wzmacniać (odnowienie się choroby bez nowego zakażenia).

4) Najpierwsze początki choroby i rekonwalescencyja, opóźniająca się lub przedwczesna dojrzałość lub starość, to także minimalne sprawy chorobowe. Okresy początkowe chorób przewlekłych każą nam pamiętać, że często dyagnoza bywa niemożliwą, oraz każą nam gorliwie poszukiwać wczesnych, a pewnych objawów.

Obrzut. O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Przeg. Lek. str. 481, 495, 508, 518, 573, 597, 610, 622, 638 z r. 1890, i str. 40, 54, 108, 168, 180, 198 z r. 1891.

Poglądy swoje na znaczenie krwi w sprawach patologicznych, wypowiedane już kilkakrotnie w dawniejszych pracach, zebrał obecnie O. w jedną teorię, niezmiernie śmiałą i oryginalną, stojącą w rażącej sprzeczności z wielu pojęciami, panującemi bezspornie w nauce.

Krew jest tkanką krążącą, i ile razy tylko opuści naczynia krwionośne, zawsze dąży do przejścia w tkankę stałą, i to w typ jej najprostszy — w tkankę łączną. Częstokroć dzieje się to nawet wewnątrz naczyń: krzepnięcie krwi, *endovasculitis obliterans*. Wszelkie nowotworzenie tkanki łącznej, wszelkie produkty zapalne, błony rzekome, krupowe i dyfterytyczne powstają z organizującej się krwi. Istniejące już tkanki stałe zachowują się w tych sprawach całkiem bierne. Z drugiej strony zwyrodnienie serowate, szkliste, mączkowate, koloidalne, komórki olbrzymie, płytki krwi Bizzozzer'a, wszystko to polega także na przeistoczeniu krwi: albo na jej nekrozie, albo też na wadliwej, jakby nieudanej, organizacyi.

Główną rolę w tych wszystkich sprawach grają krążki ozerwone. Są to komórki w całym znaczeniu tego wyrazu, w których jednak ja-

dro złożyło się z protoplazmą w jedną całość. Skoro krew przestanie krążyć, objawia się w nich dążność do oddzielania części składowych, protoplazmy i jądra. Z jąder powstają komórki tkanki łącznej, z protoplazmy — istota międzykomórkowa bezpostaciowa i włóknista.

Fazę, pośredniczącą przejściu krążków czerwonych w istotę międzykomórkową, stanowi tak nazwana przez autora siatka hemoglobi nowa. W krążkach czerwonych, natłoczonych obok siebie, barwnik ich znika ze środka każdego krążka, a skupia się u jego obwodu; — powstaje ztąd siatka z nagromadzonej hemoglobiny i oczka z wybladłych krążków. Ta siatka hemoglobi nowa przechodzi w istotę międzykomórkową włóknistą, wybladłe zaś krążki w bezpostaciową.

Z drugiej strony, z krążków czerwonych wyosabniają się jądra (istota chromatynowa), będące zawiązkiem przyszłych komórek tkanki łącznej. Krążki czerwone, jak wiadomo, nie mają powinowactwa do większości barwników. We krwi jednak, dążącej do organizacyi, dają się zauważyć w niektórych krążkach czerwonych to jądra, to ziarenka chromatynowe, to skupienia tych ziarenek. Przy pomyślnej organizacyi krwi powstają nowe komórki, czy to wprost z krążków czerwonych zawierających jądra, czy też przez skupienie ziarenek chromatynowych i otoczenie ich protoplazmą. Niekiedy jednak organizacyja krwi nie udaje się: istota chromatynowa krążków czerwonych, zamiast wytworzyć komórki, układa się w siatkę chromatynową; tak bywa w błonach rzekomych, często w skrzepach.

Autor więc przypisuje krążkom czerwonym i tę rolę, którą dawniejsze poglądy przyznawały ciałkom białym. Zdaniem jego i ciałka białe, emigrujące z naczyń, pochodzą z krążków czerwonych. Wszyscy wprowadzili twierdzą wprost przeciwnie, ale nie mają za sobą żadnych dowodów. Pośrednie formy (krążki czerwone z jądrami) równie dobrze mogą przemawiać za jednym, jak i za drugim poglądem. Przyjawszy pochodzenie leukocytów od krążków czerwonych, dopiero można będzie zrozumieć niepojętą dotąd obfitość leukocytów w ogniskach zapalnych, skrzepach krwi, wynaczynieniach.

Oto są główne rysy teorii O. Dowodów dla niej szukał w badaniach mikroskopowych nad różnemi postaciami zapalen śródmiąższowych wątroby, nad powstawaniem łożyska, nad gruźlicą, oraz w doświadczeniach (wynaczynienia, rany wątroby w różnych okresach gojenia się, wprowadzanie ciał obcych do jamy otrzewnej). Otóż w przeróżnych tych warunkach widywał cały szereg przejść od wspomnianej wyżej siatki hemoglobi nowej, do tkanki łącznej. Często się zdarza i bezpośrednie przechodzenie pierwszej w drugą. Dalej — w tkance łącznej, zwłaszcza młodej, odnajdywał w istocie międzykomórkowej bezpostaciowej kontury krążków czerwonych, a na włóknach łącznotkankowych zabarwienie, przypominające hemoglobinę. Wyosabnianie się istoty chromatynowej w krążkach czerwonych i zewnątrz nich widywał i w naczyniach, i w wynaczynieniach, i w zawałach krwawych, i w skrzepach. Wreszcie szereg obrazów mikroskopowych wykazują

obok krążków czerwonych z jądrami, stopniowe przejście od ziarenek chromatynowych, do większych ich skupień — do jąder.

Pruszyński. O zatruciach ustroju przez zasady organiczne zwierzęce (ptomainy i leukomainy). Kron. Lek. str. 581.

Przy rozszczepianiu białka zwierzęcego pod wpływem fermentów powstają zasady organiczne, posiadające często silnie trujące własności. Są to alkaloidy zwierzęce—zasady, przeważnie pochodzące od amonijaku. Stosownie do tego, czy powstały one z białka pod wpływem fermentu dostarczonego przez bakteryje, czy też przez komórki samego ustroju, nazywamy je w pierwszym razie ptomainami, w drugim leukomainami. Ustrój posiada wprawdzie urządzenia ochronne, broniące go od tych alkaloidów, ale niezawsze wystarczające.

Znane są tedy zatrucia ptomainami zepsutych pokarmów zwierzęcych: zatrucie ostrygami, rybami, serem, prawdopodobnie i mięsem gnijącym. Zbliżają się tu i zatrucia zepsutemi pokarmami roślinnemi: epidemije ergotyzmu, pellagry, lupinozy, zatrucie groszkiem *lathyrus sativus*.

I w chorobach zakaźnych bardzo wiele zjawisk patologicznych niewątpliwie zależy od działania powstających tu substancyj trujących, toksyn, składem swoim częstokroć odpowiadających alkaloidom. Źródłem ich może tu być zarówno przemiana materji samych bakteryj, jak i rozszczepienie białka ustrojowego pod ich wpływem. Dla niektórych chorób zakaźnych z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem wykazano już wywołujące je ptomainy: tężec, cholera, febra żółta.

Trujące związki zasadowe powstają wreszcie z białka i w normalnym ustroju; i tu mogą one stać się przyczyną poważnych zaburzeń. Współ z innemi produktami przemiany materji zapewne one to stanowią przyczynę wielu dyskrazji i chorób konstytucyjnych (mocznicą, artrytyzm, cukrzyca).

Rosner. Badanie doświadczalne nad odrastaniem wątroby po odcięciu częściowem tejże. Pam. II zjaz. chirurgów polskich w Krakowie Str. 297.

R. wykonał 11 doświadczeń na królikach i jedno na psie. Wycinał lewe platy wątroby. Dwoje zwierząt zdechło z zapalenia otrzewnej, dwoje z *zileus* i dwoje z niewiadomej przyczyny. Odrastania wątroby nie znaleziono ani razu; poniżej podwiązki znajdowano nekrozę koagulacyjną.

Hempel. O zmianach w narządach wewnętrznych w przebiegu narkozy chloroformowej. Pam. II zjaz. chirurgów polskich w Krakowie. Str. 45.

Autor robił doświadczenia na psach, chloroformując je wciągu kilku dni po dwa razy dziennie. Wyniki doświadczeń były następujące: W sercu H. nigdy zwyrodnienia tłuszczowego nie znajdował. Istota

kitowa bywała szersza i wyraźniejsza. Wątroba zawsze przedstawiała zziarnienie lub tłuszczowe zwyrodnienie. W nerkach przybliżone kanalików przedstawiał znaczne zziarnienie. Odsetka hemoglobiny obniżała się o 5—10. Ilość ciałek czerwonych krwi była taka, jak przed rozpoczęciem narkozy lub nieznacznie się zmniejszała. Śmierć od chloroformu powstawała przez porażenie oddechania.

A. Szpanbok. O zmianach pobudliwości kory mózgowej przy podwiązaniu moczowodów. Gaz. Lek. Str. 946.

Pierwszych 8 doświadczeń, dokonanych na królikach, którym uprzednio trepanowano czaszkę i określano pobudliwość kory mózgowej, a następnie podwiązano moczowody, — pozwoliły autorowi skonstatować fakt, że im dalej posuwa się sprawa mocznic, tem silniejszy strumień elektryczny musi być zastosowany dla wywołania jednakowego, najmniejszego odczynu ruchowego przy podrażnieniu ośrodków kory, a więc pobudliwość aparatów ruchowych przy mocznicie zmniejsza się. Że zaś zmiany te pobudliwości zależne są od kory mózgowej, dowiodły tego następne dwa doświadczenia, przy których usuwano istotę szarą kory; przyczem pokazało się, że najmniejszy odczyn ruchowy przed usunięciem substancji szarej u zwierzęcia, znajdującego się w stanie uremicznym, występuje przy większej sile strumienia, aniżeli w warunkach prawidłowych, podczas gdy pobudliwość istoty białej podkorowej nie ulega przy mocznicie eksperymentalnej żadnej zmianie. Jaka jest jednak przyczyna tych zmian w pobudliwości, trudno orzec; prawdopodobnie jest to wpływ różnych substancji chemicznych, niewydalanych z ustroju; nie można bowiem zmian tych brać ani na karb głodzenia się zwierząt, ani obniżenia się ciepłoty ciała, ani traumy, ani wreszcie chloroformowania zwierzęcia. Doświadczenia kontrolujące wykluczają możliwość podobnych przyczyn.

V. BAKTERYJOLOGIJA I PASORZYTY ZWIERZĘCE.

Sprawozdawca

K. Chełchowski.

Bujwid. Sprawozdanie ze spostrzeżeń, czynionych w Warszawie, nad leczeniem chorych gruźliczych metodą Koch'a. Pam. Tow. Lek. Warsz., str. 103.

W większości przypadków leczonych tuberkulą, mianowicie bezpośrednio po jej iniekcjach, B. widywał prócz zwiększonej ilości prątków gruźliczych w płwocinie zmiany w ich budowie: skrócenie,

rozpad na szeregi lub kupki ziaren, słabe barwienie się. Pojedyncze ziarna przypominały zarodniki.

Bujwid. Tuberkulina i jej przygotowanie. Gaz Lek. str. 68.

Autorowi szczęśliwie udało się otrzymać z hodowli gruźliczych płyn, wyglądający i działający całkiem podobnie do płynu KOCH'A. Płyn ten, nazwany przez B. tuberkuliną, zastrzyknięty śwince gruźliczej, oraz ludziom chorym na wilka, wywoływał odczyn miejscowy i ogólny, właściwy płynowi KOCH'A, wydawał się tylko o połowę słabszym.

Płyn ten otrzymał B. z 6—8 tygodniowych hodowli gruźliczych w glicerynowym buljonie, wyjaławiając, filtrując i zagęszczając. Wytrawianie hodowli gruźliczych 50% gliceryną (sposób, który zdawał się wynikać z pierwiastkowego doniesienia KOCH'A) nie doprowadziło do żadnych rezultatów. Tak samo i wyciąganie wysokiem agar-glicerynowych hodowli. Natomiast wytrawiając wodą 4-tygodniowe hodowle agarglicerynowe (zwłaszcza zaś ich podłoże), otrzymuje się po zagęszczeniu płyn żądanych własności.

Bujwid. Doświadczenia na zwierzętach z tuberkuliną. Gaz. Lek. str. 582.

Wyniki doświadczeń, rozpoczętych z wyżej opisaną tuberkuliną na zwierzętach. Zwierzęta zdrowe mało są na nią wrażliwe, dostają gorączki dopiero po wielkich dawkach (świnki morskie po 0,3—0,5, króliki po 0,5—1,0). Daleko wrażliwszymi są zwierzęta gruźlicze, u których po tuberkulinie niekiedy zamiast podniesienia ciepłoty następuje znaczny jej spadek. Królik, któremu gruźlicę zaszczerpiono do oka, daleko dłużej nie oddziaływał na tuberkulinę, niż inne szczepione podskórnice i do jamy otrzewnej. Dwie świnki gruźlicze, zdechłe podczas leczenia tuberkuliną, okazywały zmiany pośmiertne daleko mniejsze, niż inne świnki, zaszczerpione jednocześnie gruźlicą, a nie leczone. Ogniska gruźlicze jednej z leczonych świnek były nadzwyczaj ubogie w prątki gruźlicze.

Ciągliński Adam. Przyczynek do nauki o grzybnicach pleśniowych. Pam. Tow. Lek. Wars. z r. 1890, str. 491 i z r. 1891 str. 457.

Pracę rozpoczyna wyczerpujący przegląd odnoszącej literatury, obejmujący zarówno spostrzeżenia, dokonane na zwierzętach (ptakach mianowicie) i ludziach, jak i doświadczenia przedsiębrane, by wyjaśnić znaczenie pleśni dla ustroju. Doświadczenia te, rozpoczęte przez GROHE'GO, skierowane na fałszywą drogę przez GRAWITZ'A, dopiero po pracach LÖFFLER'A, GAFFKY'EGO, KOCH'A zwróciły się na właściwe tory. Ostatnie prace w tej kwestyi (LICHTHEIM, SCHNETZ, RIBBERT i inni) spoczywają już na pewnym gruncie.

C. wstrzykiwał do żył kilkunastu królikom zarodniki od *aspergillus fumigatus*, po 1—7 dniach zabijał te zwierzęta i badając zwłoki, stale znajdował szare guziczki prosówkowe w nerkach, płucach, wą-



trobie, rzadziej w mięśniach. W śledzionie i szpiku kostnym ani okiem, ani mikroskopem nie można było znaleźć żadnych zmian. Wstrzykiwanie zarodników do płuc i do jamy otrzewnej pozostawało bez skutku.

Wstrzyknięte do krwi zarodniki zatrzymują się w naczyniach włosowatych i najdrobniejszych żyłach wspomnianych organów; tylko w płucach często przenikają one niezwłocznie do pęcherzyków płucnych. Wkrótce zarodniki zaczynają kiełkować, co się objawia ząbicciem ich konturu zewnętrznego. Następnie z ząbków tych powstają nici grzybni, przedziurawiają ściankę naczyniową i rozrastają się w sąsiedniej tkance śródmiąższowej, kanalikach moczowych i t. p. Gdzie zarodników zatrzyma się więcej, (co się powtarza zwłaszcza w pęcherzykach płucnych), tam powstają z nich figury podobne do gwiazdy. Kielki bowiem wyrastają tu w postaci wyrostków protoplazmatycznych jedynie na wolnej powierzchni zarodników; brakuje zaś ich zupełnie na powierzchniach, któremi zarodniki zwrócone są ku sobie. Co się tyczy zmian, zachodzących w tkankach pod wpływem zarodników, to przedewszystkiem dokoła nich stałe komórki tkankowe okazują figury karyjokinetyczne i dzielą się. Widać to w śródbłónkach naczyń, w nabłonkach pęcherzyków płucnych, kanalików żółciowych, a niekiedy i nerkowych, w komórkach tkanki łącznej, w komórkach wątrobowych. Następnie nowopowstałe komórki zlewają się ze sobą w komórki olbrzymie. Wskutek tego zarodniki i powstałe z nich figury gwiazdowe, otoczone zewsząd komórkami młodeymi po zlaniu się ich zajmują wnętrza komórek olbrzymiej i w niej niszczyją. Do tych zjawisk proliferacyjnych (częstych mianowicie w płucach, rzadkich zaś w nerkach) przyłącza się później nacieczenie drobnokomórkowe, dając często obraz mikroskopowy, całkiem podobny do gruzelków. Owo nagromadzenie ciałek białych najwybitnijszem bywa w naczyniach krwionośnych, w których zarodniki się zatrzymały. Niebrak go jednak i w samej tkance, zwłaszcza w nerkach. Ostatecznie sprawa się kończy nekrozą i grzybka, i otaczających go komórek. Niekiedy przy tem jądra leukocytów ulegają fragmentacji na odłamki, które zrazu barwią się nader silnie, później tracą to powinowactwo do barwników. (Autor poczytuje więc ową fragmentację za zjawisko rozpadowe).

Poócz skreślonych wyżej zjawisk zapalnych z zejściem ostatecznem w nekrozę, trafiają się w sąsiedztwie pleśni i ogniska nekrozy pierwotnej (mianowicie w wątrobie i w nerkach), zależne zapewne od zabójczego wpływu pleśni na tkankę. Tutaj także trzeba odnieść i zmiany w mięśniach prądkowanych, odpowiadające zupełnie zwyrodnieniu woskowemu ZENKER'A.

C. uważa grzybki pleśniowe za pasorzyty warunkowe, oświadcza się za tem, że zdolne są one niekiedy nawet owocować w napaśtowanym ustroju. Zmiany tkanek zapalne (proliferyacja komórek stałych i nacieczenie drobnokomórkowe) uważa za wyraz samoobrony organizmu w myśl teorii MIECZNIKOW'A. O poglądzie autora na komórki olbrzymie wyżej była mowa. Twory gwiazdowe w ogniskach ple-

śniowych, podobne często do promienicy, poczytuje C. za powstrzymane w rozwoju grzybnie.

Dla dokładniejszego badania hodowli pleśniowych, powziął autor myśl przygotowywania skrawków ze stwardnionych gruntów ordinarych, na których te grzybki posiano.

Dunin. Kilka słów o tak zwanem zakażeniu mieszanem. *Gaz. Lek.* str. 786.

Zakażeniem mieszanem nazywać należy taką chorobę, która dotąd uchodziła za jednostkę patologiczną, a jednak powstaje pod wpływem dwóch lub więcej rodzajów bakteryj. Przeciwnie wyłączać trzeba z pod tej nazwy jednocześnie przebiegające u tegoż chorego choroby zakaźne różne. Do znanych dzisiaj zakażeń mieszanych należy przede wszystkim tyfus brzuszny, na obraz kliniczny którego składają się nader często prątki tyfusowe i drobnoustroje ropne. Gruźlica najczęściej bywa zakażeniem mieszanem (pyo i pneumokoki, wpływające całkiem wyraźnie na obraz choroby). W szkarlatynie obok nieznanego zarazka specyficznego stale występuje streptokok, w ospie — drobnoustroje ropne. W zapaleniu płuc włóknikowym obok diplokoków, często wchodzą w grę streptokoki. W ogóle w znanych dotąd zakażeniach mieszanych pasorzytowi głównemu towarzyszą niemal wyłącznie pyo i diplokokki.

Powikłania ropne i zapalenia nerek w dyfterycie, cierpienia dróg oddechowych w influenzy, odmienny przebieg tęcza przyrannego od reumatycznego, wiele wznówek gorączkowych w chorobach zakaźnych, różny charakter różnych epidemij, wszystko to prawdopodobnie odnieść wypadnie zczasem do zakażeń mieszanych. Często zakażenia te niewątpliwie powstają w ten sposób, że jeden rodzaj bakteryj niszcząc tkanki, otwiera wrota drugiemu (tyfus, gruźlica). Często jednak pewnie gra tu rolę i symbioza: jedna bakteryja swemi sprawami żywymi stwarza dogodnie warunki dla życia drugiej (spotęgowanie jadowitości streptokoka przez zarazek szkarlatynowy w dyfterycie szkarlatynowym).

W zakażeniach mieszanych terapija etyologiczna zawsze spotykać będzie ciężką przeszkodę.

Fedecki. Trychiny w mięsie z krajowej trzody chlewnej. *Zdrowie* str. 94.

Wyniki badań mikroskopowych mięsa z trzody chlewnej w bydłobójni kaliskiej w ciągu ostatnich lat 4-ch. Kontrola ta natury całkiem prywatnej, powstała w Kaliszu wskutek kilkunastu przypadków choroby trychinowej u ludzi w latach 1885 i 86. Na 20,000 świń zbadanych, znaleziono dotkniętych trychinami sztuk 26. Stosunek to (1 : 758) wcale nielepszy, raczej gorszy, niż w Niemczech.

Feigel. Nieopisane dotychczas zmiany w prątkach gruźliczych po wstrzyknieniach płynu Koch'a. *Przeg. Lek.* str. 79 (z rysunkiem).

Prócz wielokrotnie już opisywanych zmian w prątkach gruzliczych po wstrzykiwaniach płynu KOCH'A, F. spostrzegał całkiem odrębne. W obumierających białych prątkach widział on kuliste wypuklenia zgęszczonej protoplazmy, barwiące się bardzo silnie, w środku nieco jaśniejsze. Widać je było to na jednym, to na obu końcach prętka, to w środku jego długości. Niekiedy wreszcie leżały one całkiem z boku od prętka, łącząc się z nim jednak wyraźną zabarwioną wypustką. F. stawia pytanie, czy nie były to zarodniki.

Flaum. O chemizmie bakteryj. Wiadom. Farm. str. 327, 347.

Artykuł napisany, jak to autor zaznacza, według pracy LOEV'A, zawiera ciekawe uogólnienia, dotyczące przemiany materii właściwej różnym bakteryjom, ich zdolności fermentacyjnej, wreszcie związku pomiędzy budową cząsteczkową różnych ciał, a ich wpływem na życie bakteryj.

Heipern. Bijologiczne własności bakteryj. Wiadom. Farmac. str. 1.

Jasny treściwy popularny wykład.

Karliński. Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi. Zdrowie, str. 270, 326.

Część tych doświadczeń wykonał autor w pracowni, posługując się hodowlami prątków tyfusowych, oraz odpowiednimi zbiornikami napełnionymi ziemią. Inne doświadczenia starał się przystosować do warunków, zachodzących w przyrodzie, zakopując np. kał lub śledzionę tyfusową, posiewając na zakażonej ziemi szybko rosnące trawy i t. p.

Z doświadczeń tych wynikają następujące wnioski:

Prątki tyfusowe giną w ziemi najpóźniej po 3-ch miesiącach. Zakopane z kałem tyfusowym giną prędzej, niż wzięte z czystej hodowli (zapewne wskutek walki z drobnoustrojami gnilnemi). Z powierzchniowych warstw ziemi (do głębokości 10, 20, 30 cent.), wystawionych na działanie słońca i deszczu, prątki tyfusowe znikają szybko. Głębiej nieco (20, 30 do 80 cent.) zachowują one żywotność w ziemi daleko dłużej, niż na głębokości znacznej (90 cent. i więcej). Przez posianie ziemi szybko rosnącymi roślinami, których korzenie sięgają do warstwy zakażonej, zniszczenie prątków daleko prędzej się odbywa. Zmienne nasycenie ziemi wodą wpływa szkodliwie na ich żywotność. W śledzienie tyfusowej, zakopanej w ziemi prątki żyją dłużej, niż 3 miesiące, byleby ten narząd zabezpieczyć sublimatem od drobnoustrojów gnilnych.

Karliński. Poszukiwania nad podnoszeniem się ciepłoty podczas gnicia narządów ustroju, uległego chorobom zakaźnym. Przegląd Lek. str. 241, 254.

K. zakopywał w ziemię termometry maksymalne włożone to w zdrowe organy, to w dotknięte chorobą zakaźną, zostawiając w po-

bliżu w ziemi inny termometr maksymalny. Po kilku tygodniach lub miesiącach, odkopawszy resztki organu i termometry, odczytywał różnicę pomiędzy najwyższą za ten czas temperaturą ziemi, a gnijącego organu. Temperatura gnijących w ziemi organów znacznie przewyższała temperaturę sąsiedniej ziemi, bo o 10 do 25° C., zwłaszcza, jeżeli te narządy pochodziły z ustroju, dotkniętego chorobą zakaźną (tyfus, gruźlica, zapalenie płuc, węglik, cholera kur). W zakopanych organach przy utrudnieniu dostępu grzybkom gnilnym udawało się wykazać prątki tyfusowe jeszcze po 3-ch miesiącach., gruźlicze po 4-ch. Ubocznie wspomina tu K. o swych doświadczeniach wykazujących, że grunty odżywcze, na których choćby krótko rósł grzybek gnilny *proteus vulgaris*, pomimo wyjałowienia stają się już nieprzydatnymi dla hodowli tyfusowych.

Karliński. Poszukiwania nad przyrodą zimnicy. Now. Lek. str. 1, 58, 91 (z tabl. chromolit.).

Streściwszy dokładnie we wstępie dotychczasowe badania nad pasorzytnem pochodzeniem zimnicy, autor oparty na bardzo licznych poszukiwaniach własnych, podaje opis plasmodyjów zimniczych i sposoby ich badania.

Do barwienia zaleca roztwór błękitu metylenowego w płynach prześiękowych (*ascites*), który i barwi plasmodyja i zostawia je kilka godzin przy życiu. Odbarwianie krwi słabym kwasem octowym przed zastosowaniem barwnika rozjaśnia preparaty.

Plasmodyja zimnicze, całkiem wykształcone z rzęskami, krążą swobodnie we krwi bardzo krótko, bo tylko przez parę godzin po napadzie gorączki. Wkrótce potem wnikają one w czerwone krążki krwi, tracą tam rzęski, rosną, zmieniając swą postać i przerabiają hemoglobine krążków na melaninę. Po 2—3 dniach na kilka godzin przed napadem zimnicy widać w plasmodyjach pierwszy okres dzielenia się—formy rozetkowe, z których każda podczas napadu rozpada się na kilka lub kilkanaście nowych osobników. Chinina wcale nie działa na plasmodyja rzęskowe, tylko na śródciałkowe, i to jeżeli będzie podana na krótko przed ich mnożeniem.

W zimnicy ciągłej zapadowej (*continua comatosa*) K. znajdował odmianę plasmodyjów półksiężycową. Plasmodyja, właściwe zimnicy trzeciaczce, różnią się od znajduwanych w czwartaczce. W większości przypadków zimnicy codziennej żyją we krwi obok siebie dwa pokolenia plasmodyjów różnego wieku; każde z nich mnoży się innego dnia (trzeciaczka podwójna). To też podczas napadu obok form dzielących się widać tu i spoczywające; wkrótce zaś po napadzie krew zawiera nie tylko formy rzęskowe, ale i śródciałkowe. Jeszcze większą różnorodność form znajdziemy w przypadkach czwartaczki podwójnej. Niekiedy po 2—3 napadach trzeciaczki następuje kilka dni (5—7) stanu bezgorączkowego, poczem się zjawia czwartaczka. W tym okresie pośrednim bezgorączkowym K. znajdował we krwi odmianę plasmodyjów, krążących swobodnie, pozbawioną rzęsek.

Karpiński. Mikroskopowe badanie wody. Wiadom. Farmaceut. str. 103.

Patrz Dział higieny.

Kryński. Przyczynę do zachowania się laseczników gruźliczych w lupus pod wpływem płynu Koch'a. Przegl. Lek. str. 129.

Ropa z pod strupów wilkowych nie zawierała wcale prątków gruźliczych. Nie było ich też i w strupach powstałych po pierwszych wstrzyknięciach tuberkuliny. Tymczasem po 3-ej iniekcji znaleziono w strupie na granicy z żyjącą tkanką całe kolonije dobrze barwiących się prątków. Po późniejszych wstrzykiwaniach nigdy się już nie podobnego nie powtórzyło.

Trudność wyszukania w ogniskach wilkowych choćby jednego prętka gruźliczego jest dobrze i powszechnie znana. Wobec tego K. sądzi, że spostrzeżone przez niego liczne kolonije musiały chyba powstać wskutek mnożenia się prątków gruźliczych pod wpływem tuberkuliny.

Leśnik. Laseczники smegmy w moczu ludzkim. Gazeta Lek. str. 713.

L. kilkakrotnie mylnie wziął prątki smegmowe za gruźlicze. Sposób odróżnienia jednych od drugich podaje MAYZEL w tymże numerze Gaz. Lek.

Nenckii i Zawadzki Józef. Przyrząd do domowego wyjaławiania mleka. Gaz. Lek. str. 974.

Patrz Dział higieny.

Noniewicz. W sprawie samouleczałości nosacizny u koni. Przegl. Weter. str. 81, 113.

Klacz, zaszczipiona nosacizną, po półrocznej ciężkiej chorobie wyzdrowiała. Wszystkie zwierzęta, szczepione materiałem od niej, dostały nosacizny. Po paru latach teje klacze znowu zaszczipiono nosacizną, której skuteczność stwierdzono na innym koniu. Na miejscu szczepień krótkotrwałe ropienie; w ropie mikrokoki, brak prątków nosaciznowych; jeden większy guz po szczepieniu trwał przez czas dłuższy. Po tem powtórnem wyzdrowieniu zaszczipiono teje klacze czystą hodowlę prętka nosaciznowego. I tym razem podobne objawy zapalne. Ropa zawierała prątki nosaciznowe źle się barwiące, ale dokonane nią szczepienia udawały się. Klacz znowu wyzdrowiała.

Na sekcji znaleziono blizny promieniste na przegrodzie nosowej, oraz stwardnienia drobniutkie w wątrobie, duże zaś w śledzionie. Blizny w nosie i stwardnienia w śledzionie składały się ze zbitej tkanki łącznej, drobne zaś ogniska w wątrobie z tkanki granulacyjnej. Prątków nosaciznowych nigdzie nie było, natomiast wszędzie podłużne gromadki mikrokoków, często ułożonych w łańcuszki. Ani hodowle, ani szczepienia z organów nie udały się.

Wspomniane mikrokoki autor uważa za ostatnie stadyum życiowe prątków nosaciznowych, całkiem już osłabionych, czy też obumarłych. Akcentuje on fakt, że po 2-giem i 3-ciem szczepieniu klacz daleko lepiej chorowała, niż po 1-szem. Przypuszcza ztąd, że dalsze szczepienia byłyby uczyniły zwierzę zupełnie odpornem.

Do opisu tego pięknego spostrzeżenia, dodał autor dokładny przegląd literatury wyleczalności nosacizny u koni.

Opieński. O przyczynach, wywołujących zmiany w konsystencji moczu. Przegl. Lek. str. 649.

Chory stale oddawał mocz śluzowo-ciągłej konsystencji. Mocz zawierał ślady białka, ale ani śluzu, ani ciałek ropnych w nim nie było. Badanie chemiczne nie wykazało w nim ani metalbuminy, ani gumy zwierzęcej, ani mucyny, co tłumaczyłoby ową ciągliwość. Natomiast znalazło się w nim ciało białkowe, bardzo zbliżone do mucyny, różniące się jednak od niej niektórymi reakcjami.

W tymże moczu znaleziono liczne krótkie nieruchome prątki, rozwijające się dobrze na agarze i galarecie (hodowle gwoździowe). Otóż prątki te, dodane do moczków słabo białkowych lub do rozcieńzonego roztworu białka surowiczego, nadawały tym płynom konsystencję ciągliwą. Co więcej, w płynach tych powstawało wspomniane ciało białkowe podobne do mucyny.

Stępniewski. Tani termostat, ogrzewany naftą lub benzyną z regulatorem eterowym, wodnym lub powietrznym. Med. str. 81.

S. zmodyfikował termoregulator, obmyślony przez SAHLI'EGO dla termostatów naftowych. Przy nadmiernem ogrzaniu termostatu z umieszczonego w nim zbiornika z eterem wydobywają się pary eteru, podnoszą słup rtęci i za pośrednictwem spoczywającego na niej drążka wkręcają knot lampy, zmniejszając przeto jej płomień. Gdy termostat stygnie, pary eteru i słup rtęci cofają się, a ruchy drążka powstające teraz wykręcają knot i wzmagają płomień.

Walentowicz. O walce pasorzytów w przewodzie pokarmowym konia. Przegl. Weter. str. 225.

Wyliczenie pasorzytów żyjących w przewodzie pokarmowym konia i ich znaczenie patologiczne. Opis preparatu z muzeum weterynaryjnego, wskazujący, że gąsienice gza końskiego (*gastus equi* i *gastus haemorrhoidalis*) tępią w przewodzie pokarmowym konia glistę *ascaris megalocephala*.

VI. FARMAKOLOGIA I TOKSYKOLOGIJA.

Sprawozdawca

J. Zawadzki.

Piotrowski. Błękit metylenowy, jako środek usmierzający ból. Przeg. Lek. str. 24.

Autor, zachęcony wynikami, otrzymanymi przez EHRLICH'A i LIPPMAN'A, stosował środek na sali szpitalnej dra WIDMANA, oraz w praktyce prywatnej w postaci 2⁰/₁₀ i 4⁰/₁₀ roztworu do wstrzykiwań podskórnych i w proszku do wewnątrz. Podaje szczegółowe historyje chorób osób, u których ów środek stosował i na zasadzie ich dochodzi do wprost odmiennego wniosku, aniżeli wymienieni badacze. Przy zastrzykiwaniu zawsze otrzymywał silną bolesność, obrzęk skóry, zaczerwienienie, niekiedy połączone z gorączką, przy stosowaniu wewnętrznem nudności i wymioty. Żadnej poprawy, t. j. zniesienia bólu po użyciu środka nie było. Obok tych własności ujemnych, środek jest przy stosowaniu nader nieprzyjemny, barwi bowiem ręce lekarza, ubranie chorego i jak wiadomo, wydziela się ze śliną, potem, kałem i moczem, barwiąc je również na niebiesko. Środek więc to nieodpowiedni, a autor słusznie dziwi się zachwalaniu go przez wymienionych autorów, tembardziej, iż używał tegoż preparatu w tych samych dawkach i roztworach i na tego samego rodzaju chorych, co i wymienieni autorzy.

Wojtaszek. O sulfaminolu. Przeg. Lek. str. 411.

Sulfaminol, czyli *thiooxyphenyldiamin* (połączenie fenolu z siarką), jest proszkiem żółtym bez woni i smaku, rozpuszcza się dobrze w alkaliach, wyskoku i kwasie octowym. Autor robił z tym środkiem doświadczenia nad królikami i doszedł do przekonania, iż bez szkody można zwierzęciu wstrzyknąć nie 0.9 grm. pro kilo, ale 3—4 razy większe dawki bez wywołania jakichkolwiek zmian. Tak samo podawany do wewnątrz, okazał się zupełnie obojętnym. Również nieskutecznym okazał się sulfaminol jako antyseptyk; przy szankrze miękkim, zapaleniu pęcherza, raku języka i t. p. autor nie zauważył żadnego działania, w szankrze miękkim ziarnina była wiotką i bładą.

Srebrny. Objawy odczynu ogólnego u chorych leczonych metodą Koch'a. Pam. Tow. Lek. zesz. I.

Autor z 50 obserwacji (patrz BARANOWSKI) zestawia obraz ogólnego działania tuberkuliny. Jak wiadomo, objawem dość stałym u osobników gruźliczych jest gorączka; najwyższego natężenia osiąga u dziecka z gruźlicą kości (41⁰ C.) i u dorosłego z wilkiem (40,7). Zwykle najwyższa ciepłota występowała po 1-szem wstrzykiwaniu, wyjątkowo po następnych. Gorączka trwała zwykle 12—24 godzin, był jednak chory, który gorączkował 180 godzin. Przy powtórnych

wstrzykiwaniach długotrwałość gorączki była mniejszą. Odczyn gorączkowy występował zwykle w 5—8 godzin po wstrzyknięciu, najpóźniej w 25 1/2 godziny. Typ gorączki był rozmaity. W większości przypadków przed wystąpieniem gorączki zjawiał się dreszcz, czasem dwukrotny. Tętno było zwykle przyspieszone 100 — 160 niekiedy dwubitne, a przy ciężkim odczynie przepuszczające. Oddech przyspieszony 30—60 na minutę. Ogólny stan niekiedy podupadał znacznie. Waga ciała spadała, później wyrównywała się lub podnosiła się nawet. Kaszel z początku wzmagał się, później łagodniał; występowało to u osób nawet ze zdrowymi płucami. Raz zauważono krwotok płucny, a w 3-ch przypadkach krwioplucie. Ilość laseczników zwiększała się w toku wstrzykiwań; w kilku przypadkach zauważono degeneracyjne zmiany w lasecznikach. Mocz zwykle zachowywał się bez zmiany, choć spostrzegano oligurię, haematurię i albuminurię. Ze strony kanału pokarmowego zauważono nudności, brak łaknienia, wymioty, rzadziej rozwolnienie, należy również zanotować ślinotok i uczucie suchości w gardle. Z objawów nerwowych najważniejszym był ból głowy, kończyn i krzyża, senność, bredzenie, palenie i zaczerwienienie skóry, raz wystąpił obłęd ostry, wreszcie po wielkich dawkach zauważono wysypkę. Wkońcu autor zaznacza brak wyraźnego stosunku między odczynem ogólnym i miejscowym.

Wł. Bruner. O działaniu oreksyny. Gaz Lek. str. 196.

Autor podaje na wstępie krótką, bc datującą od r. 1890, historię oreksyny, zachwalanej jako środek pobudzający łaknienie przez prof. PENZOLD'A. Wymienia kilku autorów, którzy nad kwestyją tą pracowali, a następnie określa, co właściwie pod środkami wzmagającymi łaknienie rozumieć należy i zwraca uwagę, iż tam, gdzie brak łaknienia pochodzi od zmian w narządach odległych, które właśnie wywołują stan chorobowy żołądka, jako środki pobudzające łaknienie mogą być uważane tylko te, które zasadnicze cierpienie usunąć są zdolne. Inna rzecz, jeżeli cierpienie mieści się w samym żołądku, tu to t. zw. stomachica odgrywają ważną rolę. Z punktu widzenia autora, za taki środek uważać należy każdy, który wzmacnia uczucie głodu, nie wywołując nawet koniecznie zmian w chemizmie trawienia. Oreksynę autor stosował w 30 przypadkach (180 spostrzeżeń) ludziom zdrowym i chorym, w ilości 0,25 — 0,3 *pro dosi*, 2—3 razy dziennie w kapsułkach żelatynowych z filizanką rosołu. U zdrowych występowało bądź uczucie głodu, bądź też bólu *in epigastrio* i wymioty. Chemizm trawienia zmianom nie ulegał. U 12 chorych nerwowych w połowie przypadków nastąpiła poprawa, kwas solny u tych chorych zjawiał się po upływie 1/2 godz. (wcześniej, niż zwykle), mechanizm żołądka był przyspieszony; trwało to jednak krótko, gdyż 2—3 dni po zaprzestaniu środka stan dawny powracał. Obok tego występowały uboczne objawy: bóle, szum w uszach i utrata łaknienia. U drugiej połowy chorych działanie było żadne. Stosowanie oreksyny w chorobach serca, gruźlicy i t. p. dało również rezultat ujemny,

a w kilku przypadkach widziano nawet wymioty i bóle. Stosowanie przy niezycie kwaśnym, rozszerzeniu żołądka i raku wywoływało pogorszenie. Wobec tego autor uważa, iż oreksynę śmiało można usunąć z grupy leków t. zw. natrawiennych.

Sznabl. Zależność działania leków od ich budowy chemicznej. Medycyna, str. 369, 385, 419, 465, 481, 497. 513, 534.

Autor w pracy niniejszej starał się zgrupować środki lekar-
skie dawniej i nowowprowadzone do leczenia i wykazać jak się zmie-
nia działanie ich stosownie do budowy chemicznej. Samej pracy, ze
względu na jej treść, niepodobna streszczać, ograniczymy się tylko
do wniosków. Budowa chemiczna znacznej ilości środków, dotąd jest
jeszcze gęstą przed nami zakryta zasłoną. Dążność do syntezy środ-
ków, spotykanych w roślinach, dotąd niezupełnym została również
uwieczniona skutkiem, prace jednak w tym kierunku przyniosły już
dziś korzyść niemałą, gdyż w czasie tego otrzymano znaczną ilość
środków chemicznych, niekiedy o większej doniosłości leczniczej, niż
środki, których poszukiwano. Zbadanie środków lekarskich bądź no-
wo, bądź też dawniej otrzymanych, pod względem działania na ustrój
napotyka i dotąd jeszcze na pewne trudności. Badanie musi być em-
piryczne, z budowy bowiem środka—często nieznaney lub mylnie po-
jętej—nic wnioskować niemożna. Dzięki KNORROW' i LIEBREICHOW' i
innym, coraz jaśniej występuje jednak kwestya zależności dzia-
nia leków od ich budowy. Wkońcu autor zbija mniemanie, jakoby
środek leczniczy miał być zawsze trucizną. Jadowitość środków che-
micznych jest tylko działaniem według autora ubocznem, odrębnem
i niezbędnem w związku z wywołanem działaniem leczniczem. Zdaje
się, że czasem uda się trucizny zastąpić środkami działającemi do-
datnio, a nie posiadającymi cech ujemnych.

Scheller. Chlorek etylu, nowy środek do znieczulań miej-
scowych. Gaz. Lek. str. 253.

Po krótkim wstępie, w którym autor streszcza wymagania ja-
kie stawiać należy środkom znieczulającym, używanym w dentysty-
ce, oraz po wyliczeniu używanych dotąd w tym celu środków następuje
opis wymienionego w nagłówku preparatu. Chlorek etylu C_2H_5Cl jest
płynem bezbarwnym o przyjemnym zapachu; C. wł. 0,874; ulatnia się
przy 10^0 C. wre przy $25-30^0$ C.; otrzymuje się przez działanie
półtora chlorku fosforu na wyskok. Pierwszy prof. RÉDARD zastoso-
wał go w praktyce, jako środek znieczulający. Płyn, przygotowany
sposobem MAUNET'A, znajduje się w handlu w szklanych rurkach,
o wydłużonym włosowato i zatopionym końcu. Koniec rurki włos-
owatej przy użyciu należy złamać; ogrzewając rurkę w palcach, wy-
wołujemy wypływanie strumienia chlorku etylu, kierując strumień na
miejsce, które chcemy znieczulić. Początkowo występuje zaczerwie-
nienie skóry, później anemija, oraz znieczulenie. Aby uniknąć żrą-
cego działania płynu, dobrze jest przedtem skórę powlec warstwą gli-

ceryny. Po 20-tu sekundach do 1-ej minuty występuje zwykle znieczulenie. Na szybkość wpływa cienkość strumienia i odległość rurki od ciała (20—40 cm.). Przy wyjmowaniu zębów strumień puszczaemy na dźwieszko zęba, który usunąć zamierzamy, oddychać należy przez nos. Wstrzymanie wytrysku chlorku etylu uskuteczniamy przez zatkanie otworu palcem i zaklejenie woskiem. Wogóle autor jest zdania, iż środek powyższy przy operacjach powierzchownych oddać może ważne usługi z powodu prostoty zastosowania, łatwości przechowania i przenoszenia, niskiego punktu wrzenia i szybkości a pełności działania.

Sznabl. Silne własności napotne rośliny, zwanej bagnem, albo dzikim rozmarynem. Medycyna, str. 565.

Bagno (*Ledum palustre* *Rosmarinum sylvestre*) z rodziny wrzósów (*Ericaceae*), bardzo u nas pospolite. W gospodarstwie domowym używa się jako środek przeciw mólom, a przez lekarzy szwedzkich uważane było za dobry środek wykrztuśny. Według autora napar z 6,0—12,0 na 200,0 posiada własności w wysokim stopniu napotne, wyższe, niż maliny i kwiat bzu. Stosował środek ten u kilkunastu chorych, gdzie mógł skonstatować napotne własności, radzi więc środek ten w tym celu używać. (Czy, podobnie jak w malinach i kwiecie bzu, i w danym razie działa nie jedynie tylko ilość wypitej gorącej wody, a nie sam środek? *Przyp. spraw.*).

Dunin. Otrucie spowodowane zabawkami, zawierającymi sole chromowe. Zdrowie Nr. 24.

Autor spostrzegł zatrucie u trojga dzieci, spowodowane zabawkami, których farba, jak dowiodło badanie, dokonane przez L. NENCKIEGO, zawierała chromian ołowiu w znacznej ilości. U jednej chorej objawy zatrucia wystąpiły w postaci gorączki (40° C.) i nalotu na migdałkach, który znikł na trzeci dzień. Natomiast tegoż dnia autor zauważył rozpułchnienie dziąseł, owrzodzenia, obrzmienie gruczołów podszczękowych. Dziecko chorowało 2 tygodnie i wskutek bólu przy żuciu nie chciało przyjmować pokarmów, co spowodowało silne wycieńczenie. Podobne objawy były i u pozostałych dwojga dzieci. Z powodu tego przypadku, autor wspomina o jednej z dawniejszych swych obserwacji, dotyczącej młodej panny, uskarżającej się na ból dziąseł. I wtedy już autor zwrócił uwagę, iż cierpienie zależało od zatrucia chromem, wykrytym w żółtej sukni, którą chora szyła.

Polikier. O poszukiwaniach Brown-Séquard'a nad działaniem płynu jądrowego, oraz jajnikowego i o sperminie. Kronika Lek. z r. 1890 z. XII i z r. 1891 z. I, str. 9.

Praca ta jest krytycznym zestawieniem i streszczeniem literatury danego przedmiotu. Przytaczamy tylko wnioski autora. Według autora, hipoteza BROWN-SÉQUARD'A co do działania soku jądrowego

jest zupełnie możliwą, ale wymaga jeszcze dowodów. Wobec braku ścisłych badań farmakologicznych o działaniu soku jądrowego *resp.* jajnikowego, jako środka leczniczego, niewiele da się powiedzieć; w większości przypadków niewątpliwie działa on przez poddawanie (sugestyję). Jeszcze mniej powiedzieć można o sperminie i jej stosunku do soku jądrowego, gdyż dotąd ciało to nie jest należycie zbadane. Wobec tego, uważając badanie środka za rzecz pożądaną w klinikach i szpitalach, autor powstaje przeciw stosowaniu go w praktyce prywatnej.

Chełchowski. O leczeniu gruźlicy płynem Koch'a. Gazeta Lekarska.

W artykule tym autor, na zasadzie prac wydanych w tej kwestyi aż do chwili ukazania się artykułu, streszcza i ocenia krytycznie działanie środka KOCH'A przy gruźlicy. Autor uwzględnił zarówno wyniki stosowania tuberkuliny, jak i jego wskazania, przeciwwskazania i dawkowanie. „Jakikolwiek byłby los zastosowania leczniczego płynu KOCH'A w dzisiejszej jego postaci, pisze w słowie końcowem autor, najzawziętsi przeciwnicy nie odmówią mu tego, że otworzył on całkiem nową drogę do pokonania gruźlicy, a może i innych chorób zakaźnych. Na tę nową drogę zwracają się już nowe usiłowania. LIEBREICH, zalecając obecnie kantarydynę przeciwko gruźlicy, otwarcie przyznaje, że do swego środka doszedł bez żadnych prób i doświadczeń, lecz drogą czystej dedukcyi z tego, co widział przy stosowaniu płynu KOCH'A.”

Arnsztejn. Przyczynek do leczenia gruźlicy metodą Koch'a. Medycyna str. 36.

Autor przytacza rozmaite spostrzeżenia z klinik berlińskich, dotyczące gruźlicy umiejscowionej w rozmaitych narządach, a leczonoj metodą KOCH'A. Przedewszystkiem podnosi wysoką wartość rozpoznawczą środka, zastrzegając się jednak, iż należy zwracać uwagę na indywidualność chorego, niekiedy bowiem nawet przy cierpieniach niegruźliczych występuje tak zwany odczyn. W przypadku KOEHLER'A naprzykład odczyn wystąpił u chorego z mięsakiem brzucha. Niekiedy odczynowi towarzyszą groźne objawy, np. duszność, śpiączka, krwioplucie, biegunka. Przechodząc do wartości leczniczej, autor zaznacza, iż ani w wilku twarzy, ani w gruźlicy stawów wyleczenia nie obserwował, lecz tylko poprawę; poprawa również występowała przy *pharyngitis tuberculosa*, *caries* kości. W przypadkach chirurgicznych, niezależnie od stosowania iniekcij, należy używać noża w celu usunięcia zmartwiałych ognisk. Co do medycyny wewnętrznej, autor ogranicza się na cytowaniu GERHARDT'A i w końcu wyraża wątpliwość, czy rzeczywiście środek KOCH'A jest środkiem leczniczym lub może „czynnikiem, wywołującym cierpienia miejscowe.”

Chełchowski. Przypadek otrucia benzyną. Gaz. Lekarska str. 133,

Autor podaje opis jednego przypadku otrucia benzyną, spotrzągnięty u 4-letniego chłopca po wypiciu nieznaczonej ilości benzyny. Objawy polegały na utracie mowy, wybitnej sinicy, tętnie małym i szybkim, powierzchownym i szybkim (72 na minutę) oddechu, ogólnym bezwładzie, utracie przytomności. Czuć, według wszelkiego prawdopodobieństwa, było zachowane. Po podaniu środka wymiotnego (ipecacuanha) nastąpiły wymioty z zapachem benzyny. Podano środki pobudzające (kawa, wino, skrapianie wodą zimną), dziecię powoli zaczęło odzyskiwać mowę i przytomność, która zupełnie wróciła dopiero po kilku godzinach. Na drugi dzień sinica była dość wyraźna, tętno częste, oddechów 40 na minutę. Na podniebieniu miękkim lekko nadżarcie nabłonka. W moczu wykryto 0,1% białka, wałeczki krwiste i włóknikowe, czerwone ciała krwi. Łaknienie zniesione, wymioty. Po kilku dniach dziecię wyzdrowiało. Autor zaznacza następnie przypadki HEWELKEGO, gdzie w celu upojenia dwie młode dziewczyny używały wzięcia benzyny, upojenie u jednej dochodziło do hallucynacji. Jako odtrutkę proponuje autor kwas siarczany, sądząc, iż przez to ułatwi połączenie aromatycznego tego związku i zobojętnienie jego działania. Autor rozróżnia benzol, *benzinum petrolei* i benzynę z węgli kamiennych nieoczyszczoną. Z czem miał do czynienia w danym przypadku—nie wie.

(Uwaga autora o kwasie siarczanym jako odtrutce, stosować się może tylko do benzolu C_6H_6 , który jest właśnie związkiem aromatycznym, natomiast benzyna, otrzymana drogą przekroplenia ropy naftowej jako węglowodór nie łączy się z kwasami. (*Przypisek sprawozdawcy*).

Bąkowski. Otrucie nasieniem bielunia dziedzierławego (*Datura stramonium*). *Przeg. Lek.* str. 557.

Autor podaje w krótkiej notatce z praktyki prywatnej 3 przypadki zatrucia bielunem, zażytych w celach samobójczych przez matkę 50 cio i córki 20 to i 12-letnie. U chorych oprócz rozszerzenia źrenic i utraty przytomności, przyspieszenia tętna i oddechu, autor innych objawów nie zauważył. Widział je raz, a że wyzdrowiały, dowiedział się od osób postronnych.

Trzebicki. Przypadek zatrucia kokainą. *Przeg. Lek.* str. 253.

Autor oddając kokainie, jako środkowi znieczulającemu, wielkie pochwały, zaznacza, iż większość przypadków zatrucia położyć należy na karb zbyt wielkich dawek, stosowanych u osób zatrutych. Za maksymalną dawkę do wstrzykiwań podskórnych, idąc za zdaniem WÖLFER A., uważa na głowie 0,02 grm., na kończynach 0,05. Prócz tego radzi zwracać uwagę na stan chorego ogólny, oraz pojedynczych narządów, jako to: serca, płuc, nerek. Największa stosunkowo ilość zatruc była u dzieci; jeden z przypadków opisuje autor. Przypadek dotyczył 2½ letniego chłopca, gdzie przy herniotomii autor wstrzyknął pod skórę 0,05 grm. kokainy. Po upływie ½ godz. wystąpił wyra-

zny okres pobudzenia, połączony z hallucynacjami, względna przytomność była jeszcze zachowaną. Wkrótce wystąpiły silne drgawki kloniczne kończyn, bladość twarzy, rozszerzenie źrenic z odczynem opieszalym, zez zbieżny, tętno nitkowate, oddech CHEYNE-STOCKES'A; dziecię w tym okresie było nieprzytomne. Po tym okresie zapadu, który dopiero po $8\frac{1}{2}$ godzinach przy ciągłym stosowaniu środków pobudzających ustąpił, napady drgawek ustały i chory usnął na 9 godzin. Po przebudzeniu znowu wystąpił podobny do pierwszego 4-godzinny napad, poczem dziecko wróciło do pożądanego stanu. Z przypadku tego autor wyprowadza wniosek, iż dawka powyższa (0,05) dla dzieci jest stanowczo za wielką.

Finger. Kilka uwag o ostrem zatruciu jodowem i jego niebezpieczeństwie przy leczeniu syfilisu. Gaz. Lek. str. 461.

Autor główny nacisk kładzie na objawy ze strony narządów głowy. Pomijając już mniej groźne objawy, jak zapalenie spojówki, światłowstręt, łzotok, niekiedy groźniejsze występują objawy, jak obrzęk powiek a niekiedy *chemosis*. Ze strony błony śluzowej nosa występuje zwykle katar z obrzękiem nosa i krwawieniami. Obrzęk niekiedy rozprzestrzenia się na twarz całą, która przybiera wtedy barwę bladą lub siną. Ze strony jamy ustnej również wystąpić może stan zapalny z silnym obrzękiem gardzieli, trąbki Eustachiusza, języczka i nagłośni, wreszcie z zapaleniem ślinianek. Na uwagę zasługują również przypadki zapalenia krtani, prowadzące niekiedy do obrzęku nagłośni.

Zaburzenia nerwowe często się dają zauważyć, ból głowy, umiejscawiający się w jamach nosowych; natężenie ich może być znaczne, a niekiedy zauważyć się dają objawy ucisku mózgu z wymiotami, przynoszącymi chwilową ulgę. Towarzyszą też im niekiedy zawroty głowy, a czasem t. zw. pobudzenie jodowe; chód staje się chwiejnym, członki ociężałe, myśli gubią się co chwila, stan taki dojść może do śpiączki, która niekiedy przechodzi w stan komatyczny. Notowano również bredzenie, z następnym śmiertelnym upadkiem sił. Nerw trójdzielny i potylicowy bywają niekiedy wciągnięte przy zatruciu, występuje wtedy nerwoból o znacznym natężeniu; podobne nerwobóle mogą się zjawiać w kończynach i na tułowi. W zakresie nerwów zmysłowych występuje nadczułość np. nadczułość siatkówki, zwężenie i rozszerzenie źrenic i t. p.

Objawy nieżytowe tłumaczy się działaniem uwalniającego się jodu, co według BINZ'A odbywa się dzięki własności soli azotowych uwalniania jodu ze związków jodowych pod wpływem dwutlenku węgla. Natomiast objawy nerwowe wymagają innego objaśnienia. Autor, wbrew zdaniu innych, uważających je za sprawy odruchowe, jest zdania, iż objaśnić je można przekrwieniem mózgu, które w przypadkach zmian w naczyniach stać się może groźnem dla życia chorego. Jako ilustrację przytacza autor 2 przypadki, z których wyprowadza

wniosek, iż jod należy stosować z oględnością przy chorobach narządów, mieszczących się w czaszce. Rozpoczynać należy od małych dawek, zmiekczać zaś je stopniowo.

Dla zapobiegania zatruciu jodek potasu autor radzi podawać w mleku, mniej skutecznem jest jednoczesne podawanie extr. *Belladonnae* (0,01 na 1,0 Kl.), zmniejsze niebezpieczeństwo zatrucia podawanie jednoczesne bromku potasu. Wrazie wystąpienia objawów zatrucia WALLACE radzi *chininę* (0,15—0,2) EHRlich *acid sulfanilicum* (*Ac. sulfanilici* 4,0—6,0 *Natri bicarb.* 3,0—4,0. *Aqu. destill.* 150,0 użyć odrazu), ROCHMAN radzi wprost 2 dawki *Natri bicarb.* po 5,0 — 6,6, wreszcie *antipyrina* po 0,5 3 razy co 1/2 godziny przy zaburzeniach nerwowych daje dobre wyniki.

Wachholz. Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temiz zatrutych. Przegląd Lek. Str. 514, 555.

Autor ze szczególną skrupulatnością opisał tu próbę sinomethemoglobiniową KOBERT'A „wobec której wszystkie inne ostać się nie mogą.“ Polega zaś ona na widmowem badaniu krwi, w której przypuszczamy obecność związku sinu; ostatnie dzięki odtleniającym swym własnościom zmieniają oksyhemoglobinę na związek, zachowujący się spektralnie podobnie do methemoglobiny. Próba ta ma wykazywać 0,000003 sinu, jest przeto zdaniem autora decydującą. Innym próbom poświęcono bądź krótką bardzo wzmiankę, lub słów kilkanaście, jak np. o własności odbarwiającej związków sinu na fioletowy roztwór kleiku skrobi z jodem.

VII. DYJAGNOSTYKA LEKARSKA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Biegański. Dyjagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Wydawnictwo Gaz. Lek. Warszawa, 1891, str. 585 in 4-to.

Obszerne to dzieło stanowi cenny nabytek dla literatury lekarskiej polskiej. Jakkolwiek wszystkie działy (Część I Choroby dróg oddechowych; II Choroby serca; III Choroby narządów jamy brzusznej; IV Choroby ogólne; V Choroby nerwowe) są z jednakową starannością opracowane, to jednak pod względem jasności wykładu, pierwszeństwo oddać należy chorobom narządów klatki piersiowej,

a zwłaszcza chorobom serca. Nie tutaj jest miejsce na krytyczny rozbiór tej poważnej pracy, a streszczenie poszczególnych działów zmusiłoby sprawozdawcę do wyliczenia różnych postaci chorób i możliwych przy ich rozpoznawaniu pomyłek; ograniczymy się przeto na zaznaczeniu, że zadaniem autora był nie rozbiór powstawania pojedynczych objawów, lecz porównywanie całych obrazów chorobowych ze sprawami podobnemi. Punktem wyjścia do różniczkowego rozpoznawania stanowi tutaj nie jeden oderwany objaw, jak np. w szczegółowej dyagnostyce DA-COSTY, lecz zbiór zjawisk, cechujących pewną postać chorobową. Choroby oddzielnych narządów B. dzieli przeważnie na podstawie etyologii, podział zaś anatomiczny przyjmuje tylko tam, gdzie taki podział może posiadać znaczenie dla kliniki. W podręczniku BIEGAŃSKIEGO znalazły się i nowsze zdobycze na polu dyagnostyki, co stosuje się zwłaszcza do chorób mięśnia sercowego, żołądka i przemiany materii. Nie są one tu tylko wyliczone, lecz opracowane gruntownie w świetle osobistych poglądów autora. Ztąd też niektóre przypuszczenia i twierdzenia mogłyby uleść dyskusji, możeby się udało stwierdzić pewne usterki, możnaby nawet zrobić zarzut autorowi, że literaturę zagraniczną zbyt mało uwzględnił, znakomicie opracowując zdobycze literatury lekarskiej polskiej; niemniej przeto należy się uznanie za pracę, w której autor okazał się nie tylko bardzo biegłym klinicystą, lecz i zdolnym pedagogiem. Dyagnostyka BIEGAŃSKIEGO warta jest wyczerpującej oceny, jako dzieło oryginalne, jedyne w naszej literaturze, a o wiele przewyższające dyagnostykę różniczkową DA-COSTY.

Biernacki. O wartości nowych sposobów badania treści żołądkowej. Pam. Tow. Lek. str. 443. III.

Podając opis sposobów SJÖQUIST'A (w modyfikacji JAKSCH'A), LEO'A i WINTER'A, oraz protokoły własnych analiz, wykonanych w pracowni HAYEM'A, porównawczo temi trzema sposobami nad sztucznym sokiem żołądkowym (przy dodaniu lub bez fosforanów) i nad treścią żołądkową w stanie normalnym i patologicznym, B. dochodzi do przekonania, że posilkując się metodą WINTER'A, stwierdzamy zbyt wielką ilość kwasu solnego w zawartości żołądka. Błąd na polegać na nieuwzględnieniu przez WINTER'A obecności kwaśnych fosforanów, przez co przy określaniu ilości chlorków stałych (c) wskutek przejścia kwaśnych fosforanów w obojętne lub alkaliczne ulatnia się HCl resp. zmniejsza się ilość chloru, wykrywanego w postaci soli chlorowych. Ponieważ ogólna ilość HCl według tej metody określa się przez odjęcie ilości chlorków stałych od ogólnej ilości chloru ($a - c$), gdzie a nie zmienia się, c zaś przedstawia ilość mniejszą od rzeczywistej wskutek obecności fosforanów, przeto ilość HCl ostatecznie otrzymuje się zbyt wielką. Z porównania trzech sposobów oznaczania HCl, wysnuwa B. wniosek: 1) najściślejszą jest metoda SJÖQUIST-JAKSCH'A, 2) do celów klinicznych przydatnym, choć nieco mniej dokładnym jest sposób LEO'A, wreszcie 3) sposób WINTER'A

służyć może tylko do oznaczenia wolnego kwasu solnego i przez to do badania klinicznego mało się nadaje.

Buzdygani i Gluziński. Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowej. *Przeg. Lek.* str. 613.

Na podstawie kilkuset mikroskopowych rozbiórów treści żołądkowej, B. i G. doszli do przekonania, że z samego obrazu mikroskopowego można sądzić o obecności lub braku HCl. W obecności HCl obok resztek pokarmowych, oprócz jąderek, opisanych przez JAWORSKIEGO, i porzrzucanych ciałek śluzowych lub wypocinowych, napotykamy komórki nabłonkowe w różnych okresach strawienia (od jądra i ziarnistej protoplazmy z otoczką aż do wolnego jądra). Ilość jąderek, uwalniających się najczęściej z ciałek wypocinowych pod wpływem HCl, nie ma znaczenia rozpoznawczego, gdyż jąderka te mogą wytworzyć się z pierwiastków złączających się z dróg oddechowych i z jamy ustnej. Obok komórek płaskich (z jamy ustnej) i wałeczkowych (z błony śluzowej żołądka) w każdej prawie zawartości żołądka stwierdzić można obecność komórek już to okrągławych, już to wielokątnych, które mogą być pozbawione treści lub też zawierać ziarnistą protoplazmę. W obecności HCl już po kilku minutach tworzy te przeistaczają się: komórki ziarniste na komórki jednorodne, przyczem jądro pozostaje pośrodku, przechodzi na brzeg, wreszcie uwalnia się; w braku HCl w komórkach tych napotykamy ciemną ziarnistą treść. Pierwiastki powyżej opisane, jak przypuszczają B i G., są komórkami gruczołów trawieńcowych, wydzielającymi pepsynę (*Hauptzellen*).

Dmochowski. Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka według Sjöquista. *Gaz. Lek.* str. 663.

Metoda SJÖQUIST'A sprawdzona przez BLUMENAN'A, MEYER'A i MINTZ'A opiera się na stałości BaCl_2 . Tymczasem według CLASSEN'A $\text{BaCl}_2 + \text{H}_2\text{O}$ ogrzany w tyglu platynowym traci wodę krystalizacyjną, a następnie przy żarzeniu topnieje i rozkłada się częściowo, pozostawiając $\text{BaCl}_2 + \text{Ba(OH)}_2$, przyczem część HCl, związanego poprzednio z barytem uwalnia się i ulatnia. W ten sposób powstały wodan barytu, przechodząc do przesączu, przy miareczkowaniu dwuchromianem potasu, podobnie jak BaCl_2 , tworzy chromijan baryty, co na rezultat ostateczny pozostałoby bez wpływu, gdyby nie ta okoliczność, że Ba(OH)_2 przy żarzeniu z materjami organicznymi, a nawet na powietrzu pochłania szybko CO_2 przemieniając się na BaCO_3 , który na sączku osiada, zaś BaCO_3 , dodany pierwotnie do soku żołądkowego, rozkłada się na $\text{BaO} + \text{CO}_2$, a tworzący się BaO nie tylko pokrywa braki, lecz daje nadmiar barytu.

Twierdzenie to opiera D. na 10 szczegółowo w pracy opisanych doświadczeniach. Oznaczając oddzielnie ilość Ba i Cl w sztucznym soku żołądkowym przy dodaniu czystego BaCl_2 , autor wykrywał

zwykle ilość Ba większą, a Cl mniejszą niż wymagała tego pierwotnie wzięta do doświadczenia ilość BaCl_2 , a błędy ztąd powstałe, dla Ba—2,2%, +9,9%, +14,2%, +54,4%, dla Cl—3,8%, —15,3%, zależały od czasu spalania.

Na podstawie swych badań D. dochodzi do wniosku, że ponieważ przy oznaczaniu HCl w treści żołądkowej metodą SJÖQUIST'A błądzimy w kole 3-ich pomyłek: 1) tworzenie się $\text{Ba}(\text{OH})_2$ z BaCl_2 , 2) powstawanie BaCO_3 z $\text{Ba}(\text{OH})_2$ w obecności CO_2 i 3) rozkład pierwotnie dodanego BaCO_3 z utworzeniem $\text{Ba}(\text{OH})_2$, których granic określić nie można, przeto sama metoda nie ma racji bytu, błędy zaś nieuniknione przy niej możnaby nieco ograniczyć, gdyby zamiast żarzenia zwęglać tylko odparowaną zawartość żołądka.

Mintz. O metodzie Winter-Hayem'a i o stosunku wolnego kwasu solnego do utajonego w soku żołądkowym. *Gaz. Lek.* str. 541 i 565.

M. poddaje krytyce dwutomowe dzieło HAYEM'A i WINTER'A p. t. *De chimisme stomacale*, którego autorzy podają: 1° nowy sposób rozbioru treści żołądkowej, 2° nowy podział zaburzeń czynnościowych żołądka.

Ad 1-um. Sposobem WINTER-HAYEMA oznacza się: α) całkowitą ilość chloru $a = T$. (*chlore total*), β) wolny kwas solny $(a - b) = H$ (*HCl libre*), γ) chlorki mineralne $c = F$ (*chlore fixe*), δ) chlorki organiczne (przeważnie t. zw. utajony HCl $b - c = C$), ϵ) $\alpha = \frac{A - H}{C}$, gdzie A oznacza kwasność ogólną.

W celu wyświeślenia kwestyi, o ile metoda WINTER-HAYEM'A daje dokładne pojęcie o ilości wolnego i utajonego HCl w soku żołądkowym, M. powołuje się na pracę WAGNER'A, wykonaną w klinice HAYEM'A w r. 1891, a rozpatrującą porównawczo wartość trzech metod do rozbioru treści żołądkowej (WINTER-HAYEMA'A, SJÖQUIST'A i MINTZA), przytaczając tablice z pracy WAGNER'A, w których ułożone są wyniki doświadczeń nad białkiem kurzem i peptonem zawsze w obecności NaCl i HCl, M., — zaznacza, że ilość H (wolny kwas solny), oznaczana zapomocą metody WINTER-HAYEM'A jest mniejsza od ilości H według MINTZA, nadto, że jednakowa ilość białka nie wiązała jednakowej ilości HCl przy użyciu sposobu WINTER HAYEM'A, że zbliżone więcej pod tym względem rezultaty otrzymał WAGNER zapomocą metody MINTZA; zarzuca wreszcie WAGNER'OWI, tylko odnośnie do swego sposobu, nieścisłość badania i ostatecznie dochodzi do wniosku, że ilość wolnego kwasu solnego, oznaczona metodą WINTER-HAYEM'A, jest mniejszą od rzeczywistej.

Wobec tego, że $H + C$ w doświadczeniach WINTER'A i HAYEM'A, oraz WAGNER'A przewyższa A, t. j. kwasność ogólną, przeto sposób powyższy nie ma dawać żadnego pojęcia o ilości utajonego kwasu solnego, tembardziej, że autorzy używali za wskaźnik przy miareczkowaniu fenolfaleiny, wobec której otrzymuje się kwasność wyższą od rzeczywistej.

Ad 2-um. Nie zgadza się M. na wnioski fizyologiczne, które WINTER i HAYEM wyprowadzają z doświadczeń na dwóch psach i jednym człowieku. Ze względu na to, że po wprowadzeniu wody przekrojonej do żołądka F (chlorki stałe) powiększa się w doświadczeniach WINTER-HAYEM'A stopniowo i równolegle z T (ogólna ilość chlorków), że po pokarmie więcej złożonym (woda i mięso) ilość chlorków mineralnych zwiększa się dopiero w późniejszych okresach trawienia, autorzy ci doszli do przekonania, że gruczoły żołądkowe nie wydzielają HCl, lecz że kwas ten ma być produktem działania chlorków na ciała białkowe. Błądność tego twierdzenia polega, według MINTZA, na nieodpowiedniej metodzie oznaczenia HCl i na niewłaściwie przeprowadzonych doświadczeniach, gdyż nie tylko woda lodowa, lecz i woda przekrojona o ciepocie pokojowej stanowi dostateczny bodziec do wydzielania się HCl, którego obecność zwykłymi sposobami stwierdzić można, a brak HCl w 3 godziny po pokarmie złożonym dowodzi tego, że przy podaniu takiego pokarmu kwas solny wolny wykrywa się w późniejszych dopiero okresach trawienia.

W klasyfikacji zaburzeń czynnościowych żołądka, podanej przez HAYEM'A i WINTER'A, opartej na badaniu jednego człowieka po śniadaniu EWALD'A, którą po dodaniu nieprawidłowych fermentacji rozszerzyć można było do 14 podziałów, obok zaburzeń znanych w patologii żołądka tylko nieco podzielonych, WINTER i HAYEM podają dwie nowe postacie: a) *hyperpepsie atténuée* (ilość $H <$ od normalnej, $H + C <$), b) *hyperpepsie qualitative, forme atténuée* (ilość $H >$, $H + C <$).

Formy te uważa M. za bardzo wątpliwe wobec tego, że w jego doświadczeniach w godzinę po śniadaniu EWALD'A ilość C okazywała się prawie stałą, a wahaniom ulegała tylko H. Wobec tego M. wyprowadza wniosek, że dla rozpoznania nadmiernej jak i zmniejszonej kwaśności ilościowe oznaczenie wolnego HCl jest ważniejszym od określenia ogólnej kwaśności. Wreszcie określenie kwasów żołądkowych proponuje M. wykonywać według następującego szematu:

- 1) A (*Aciditas*) - $\frac{1}{10}$ NaOH, lakmus jako wskaźnik.
- 2) L (*Acidum hydrochloricum liberum*) - sposób MINTZA.
- 3) T (*Acidum hydrochloricum totale*) - sposób SJÖQUIST'A.
- 4) C (*Acidum hydrochloricum combinatum*) = $T - L$.
- 5) $\alpha = A - T$; α oznacza ilość soli kwaśnych i kwasów organicznych.

A. Mizerski i L. Nencki. Oznaczanie zawartości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym. Gaz. Lek. str. 641.

M. i N. podają dwa sposoby oznaczania wolnego kwasu solnego w zawartości żołądka.

I. Dana ilość soku żołądkowego zobojętnia się nadmiarem normalnego Na_2CO_3 dla związania wolnego kwasu solnego. Mieszankę tych płynów odparowuje się do suchości i wyzarcha celem przeprowadzenia soli kwasów organicznych w Na_2CO_3 . Pozostałość, zawiera-

jąca KCl, NaCl, Na_2CO_3 , $\text{Mg}_3(\text{PO}_4)_2$, $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$, rozpuszcza się w nadmiarze $\frac{1}{10}$ n. HCl, którego część niezobojętnioną oznacza się $\frac{1}{10}$ n. NaOH. Wyliczenie dokonać należy według wzoru:

$$Z = R \times 0,00365,$$

$R = A - B$, gdzie A oznacza ilość cen. sześć. pierwotnie użytego roztworu Na_2CO_3 obliczoną na $\frac{1}{10}$ n. HCl, B ilość Na_2CO_3 , zawartą w pozostałości z odparowania soku żołądkowego, oznaczoną $\frac{1}{10}$ n. HCl (lc. n. = 0,00365).

II-gi sposób polega na oznaczeniu chloru roztworem $\frac{1}{10}$ n. AgNO_3 , raz w soku zobojętnionym zapomocą $\frac{1}{10}$ n. NaOH dla związania wolnego HCl, drugi raz w soku, pozbawionym HCl przez odparowanie. Różnica zużytych centymetrów sześciennych $\frac{1}{10}$ AgNO_3 odpowiada ilości wolnego HCl.

VIII. TERAPIJA OGÓLNA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Piotrowski. O działaniu fizyologicznem i leczniczem elektryczności statycznej. Przegl. Lek. str. 63, 96, 106, 132, 144, 170.

Elektryczność statyczna jako zabieg leczniczy, stosowana w XVIII w. przez KRUGER'A, KRATZENSZTEIN'A, FALLAHERT'A, SAUVAGES'A i innych, ustąpiwszy z pola po odkryciach GALVANIEGO i VOLTY oraz FARADAY'A przed elektrycznością dynamiczną i prądem indukcyjnym, wskrzeszoną została w r. 1865, w którym SCHARANDA zbudował maszynę influencyjną na wzór przyrządu HOLC'A. Zrazu przyjęta z niedowierzaniem, od czasu badań ARTHÜRS'A, CHARCOT'A i VIGOUREUX'A nie tylko wywalczyła sobie prawo istnienia, jako jedna z metod terapeutycznych, lecz zdołała zjednać najzapaleńszych przeciwników. W dawniejszych maszynach do wytwarzania elektryczności statycznej elektryczność zradzała się przez tarcie, nowsze zbudowane są na zasadzie rozkładania elektryczności przez wpływ czyli influencyję zapomocą małego pierwotnego naładowania i następnego powiększania jego nowemi ładunkami.

Do badań swoich używał P. maszyny HIRSCHMAN'A, w której ładunek pierwotny powstaje przez tarcie, następne zaś przez wpływ pierwotnego ładunku na elektryczność przewodnika, składającego się z grzebienia, który łączy się zapomocą wałka z kulą spoczywającą na słupku. Pomiędzy kulami przewodników w miarę ich oddalania się przebiegają coraz jaśniejsze iskry, choć w większych odstępach czasu,

w czasie zaś ruchu maszyny, przy grzebieeniu dodatnio naelektryzowanym, tworzy się na obracającej szybie (druga jest nieruchoma) smuga światła fioletowego, biegnąca w kierunku obrotu, zaś przy grzebieieniu naelektryzowanym ujemnie przeskakują jasne iskierki. Maszyna wprawia się w ruch ręką lub zapomocą motoru.

W celu franklinizowania przedewszystkiem odosobnić należy chorego, umieszczając go na stołku, którego nogi są sporządzone ze złego przewodnika, np. szkła, lub też na płycie blaszanej, odosobnionej od ziemi płytą kauczukową. Jeden z biegunów (dodatni *resp.* ujemny) łączy się z płytą blaszaną zapomocą sznuru splecionego z drutu miedzianego, drugi z elektrodami, kule zaś przewodników ustawia się tak, aby wyładowanie pomiędzy niemi było niemożliwem.

Sposoby franklinizowania są następujące: 1) *Kąpiel frankliniczna*. Odosabniacz łączy się z biegunem dodatnim, ujemny odprowadza się do ziemi. 2) *Tusz głowowy Franklina*. Odosabniacz łączy się z biegunem dodatnim, biegun ujemny z elektrodą, składającą się z talerza metalowego, osadzonego na wysuwalnej wmiarę wzrostu chorego rękojeści odosobnionej, przyczem wyładowanie powstaje na głowie chorego. 3) *Strumień pojedynczy lub złożony*. Odosabniacz łączy się z biegunem ujemnym, biegun zaś dodatni z elektrodą, zakończoną cienkim sztyftem (strumień pojedynczy) lub krążkiem, na którym nabite są obok siebie mosiężne sztyfciki (strumień złożony). 4) *Pocieranie*. Z biegunem dodatnim łączy się rękojeść, na którą zakłada się dużą mosiężną kulę i pociera się nią chorego. 5) *Iskry*. Otrzymać je można, trzymając w pewnem oddaleniu od chorego odosobnionego kulkę mosiężną połączoną z biegunem dodatnim. 6) *Ciemne wyładowanie*. Do tego służą tak zw. tablice Franklina, oparte na zewnętrznych kulach przewodników, kule zaś, umieszczone wewnątrz szafki przykrywającej przyrząd, rozstawia się tak, aby wyładowanie między niemi jeszcze mogło nastąpić. Gdy iskra przechodzi pomiędzy kulami, następuje wyładowanie między chorym, a elektrodą.

W kwestyi rozdziału elektryczności w ciele ludzkim, dotychczas mało posiadamy danych, niewielej również rozjaśnionym jest wpływ elektryczności statycznej na ustrój zwierzęcy. Badania dokonane w klinice MIERZEJEWSKIEGO przez ROŻDESTWIENSKIEGO, który stosował iskry elektryczne na mózg i rdzeń u królików i psów ze względu na otrzymane wyniki nie mogą być spożytkowane w celach klinicznych; P. zaś ze swych doświadczeń na żabach wyprowadza wniosek, że silniejsze iskry elektryczne stosowane na rdzeń, obniżają jego pobudliwość. To też dane fizjologiczne, na których opiera się zastosowanie elektryczności w celach leczniczych, polegają na obserwacji przy łóżku chorego. Nie więc dziwnego, że istnieją pomiędzy klinicystami znaczne różnice w zapatrywaniach na metody franklinizowania, a w pierwszym rzędzie na kąpiel frankliniczną.

Tusz głowowy, oraz strumień elektryczny sprawiają na głowie i twarzy parestezyję, uczucie swędzenia, mrowienia i t. d., na języku smak kwaśny, oraz, według zdania autora, bardzo ważne uboczne działanie, polegające na wytwarzaniu ozonu. Działanie to, którego nie posiadają ani prądy stałe, ani indukcyjne da się spożytkować przy leczeniu porażen powierzchownie leżącego nerwu twarzowego; wiadomo bowiem na podstawie badań SAWICKIEGO, że nerwy restytuują się nader szybko w atmosferze czystego tlenu.

Iskry statyczne wywołują na miejscu działania zblednięcie skóry i podwyższenie czucia. Pojedyncze iskry lub uderzenia przy użyciu tablic Franklina, stosowane na mięśnie lub nerwy, wywołują kurcze tężcowe. Ze względu na możność dokładnego umiejscowienia iskiei, franklinizacja nadać by się mogła do badań zwyrodnienia, tembardziej, że według zdania niektórych autorów pobudliwość faradyczna niknie prędzej od statycznej.

Pomimo bardzo rozległego stosowania elektryczności statycznej we Francyi, zabieg ten oddać może znakomite usługi tylko w pewnych chorobach nerwowych.

Przy hysterii franklinizować należy krótko (od 3-ch minut) i w każdym przypadku rozpoczynać o1 sposobów najłagodniejszych. Najodpowiedniejszą jest z początku kąpiel frankliniczna przy połączeniu odosobniacza z biegunem dodatnim, później tusz głowowy, strumień wielokrotny, iskry, wreszcie zastosować można kombinacyję wszystkich tych sposobów (ogólna franklinizacja). Pod wpływem tych zabiegów mają znikać ogólne objawy (niepokój, zbytnia wrażliwość, *globus hystericus*, bezsenność), oraz bóle głowy, migrena, astazyja i abazyja, objawy katalepsy, a zwłaszcza znieczulenia, chociaż w niektórych razach wyleczenie sugestyi przypisać należy. W neurastenii zaleca P. tusz głowowy i strumień wielokrotny stosowany na głowę przy postaci mózgowej, na rdzeń i nerwy obwodowe przy postaci rdzeniowej; przy bezsenności i neurastenicznem biciu serca kąpiel frankliniczną, przy rozstrzeni żołądka i zwiótczeniu jelit ciemne wyładowanie przy pomocy tablic Franklina.

Leczenie elektrycznością statyczną w 2-ch świeżych przypadkach płasawicy dało wynik pomyślny, natomiast pozostało bez skutku w 6-ciu przypadkach epilepsy, a przy stosowaniu tego zabiegu przez autora w chorobie PARKINSON'A (2 przypadki) nastąpiło pogorszenie.

Choroba BASEDOWA bardzo nadaje się do stosowania elektryczności statycznej: przy stosowaniu ogólnej franklinizacyi, zwłaszcza w połączeniu z galwanizacją, zauważyć można w krótkim czasie obniżenie wrażliwości, zwolnienie tętna, nawet zmniejszenie wola.

Wyleczenie bólów nerwowych otrzymał P. tam, gdzie galwanizacja nie doprowadziła do pożądanego skutku (2 przypadki nerwicy nadoczodołowej, 1 podoczodołowej); w nerwicy kulszowej radzi używać iskiei silniejszych, oraz ciemnego wyładowania wzdłuż nerwu kulszowego.

Najwdzięczniejsze pole dla użycia elektryczności statycznej, przedstawiają porażenia nerwów obwodowych pochodzenia reumatycznego, zwłaszcza nerwu twarzowego. W przypadkach tych stosuje się strumień pojedynczy lub wielokrotny, wreszcie iskry. Z 7-miu leczonych tym sposobem przypadków, 4 lekkie postaci ustąpiły po 10—14 dniach i 3 średnie w przeciągu 3—6 tygodni.

Próbować można franklinizacji i przy szczękościsku (BENE-DIKT), przy *tic convulsif*, przy *torticolis spastica*, w zadawnionych przypadkach gośćca stawowego i mięśniowego; przy chorobach rdzenia franklinizacja ustępuje galwanizacji i faradyzacji.

Na podstawie swojego doświadczenia P. dochodzi do przekonania, że elektryczność statyczna ma dość ciasny zakres działania, ograniczający się na nerwicach ogólnych i na porażeniach nerwów obwodowych.

Puławski. Spostrzeżenia kliniczne nad zastrzykiwaniami soku jądrowego (metoda Brown-Séquard'a). Gaz. Lek. str. 744 i 774.

Od r. 1889 według wskazówek BROWN-SÉQUARD'A wykonano szereg doświadczeń, nad stosowaniem podskórnych wstrzykiwań płynu z rozartych jąder zwierzęcych, przy rozmaitych cierpieniach. Płyn ten miał tonizować i podniecać układ nerwowy i był zalecany przy uwiąznięciach starczym, niemocy płciowej i przy wycieńczeniu po przewlekłych chorobach. W krótkim czasie zjawilo się mnóstwo tymczasowych doniesień o skuteczności nowego środka przy gośćcu, charłactwie zimniczem, trądzie, cukrówce, wiazdnie rdzenia, nawet w suchotach płucnych.

Tak pomyślne, choć bardzo podejrzone wyniki skłoniły autora do doświadczeń, które przeprowadził przeważnie w szpitalu u 12 chorych (*marasmus senilis* 3 przyp., *tabes dorsalis* 2, *arthritis deformans* 1, *nephritis* 1, *impotentia virilis* 2, *enuresis nocturna* 1, *neurasthenia* (*dyspepsia nervosa*) 1), rekonwalescencyja po tyfusie 1), którym wykonano wogóle 43 wstrzykiwań: 1) emulsi z rozartych jąder, przepuszczonej przez filtr CHAMBERLAND'A (14), 2) emulsi filtrowanej przez płótno (27), 3) nasienia przepuszczonego przez filtr CHAMBERLAND'A (2), wreszcie dla kontroli kilka razy zastrzyknięto mleko wyjąłowane. Wyniki otrzymane przez autora można streścić w sposób następujący.

Wstrzykiwania BROWN-SÉQUARD'A sprawiają: 1) miejscowo ból, rzadko ropień, 2) dość często gorączkę z dreszczami, z tętnem przyspieszonym, czasami z pobudzeniem układu nerwowego, 3) podmiotowe uczucie polepszenia zależne od sugestyi, niekiedy od gorączki bez swoistego, dającego się stwierdzić przedmiotowo, wpływu na układ nerwowy. Tak niekorzystne, a sprzeczne z wieloma autorami wyniki objaśnia P. tem, że zazwyczaj mało zwracano uwagi na sugestyję u chorych i na możliwość, a nawet konieczność polepszenia, np. w przypadkach MAIRET'A, w których po wstrzykiwaniach absolutna apatya przechodziła w stan nadmiernego pobudzenia, nieróżniący się niczem od ich zwykłego stanu chorobliwego.

Sperminy P. nie stosował już to dlatego, że działania jej nie można utożsamiać z działaniem emulsji, już to z powodu trudności otrzymania czystego preparatu; użycie zaś sperminy POEHLA musiało być wykluczone choćby ze względu na bardzo poważne zarzuty, jakie ten przetwór spotkały ze strony chemików i lekarzy.

Surzyczki. O nowszych środkach nasennych. Przeg. Lek. str. 194 i 207.

Zaznaczywszy we wstępie trudności w ocenianiu działania środków nasennych ze względu na rozmaite warunki snu fizjologicznego, na indywidualność chorego, na bodźce zewnętrzne, S. podaje wyniki otrzymane przy stosowaniu w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO wodnika amylenowego, sulfonalu, uretanu, hyponu i *Cannabini tannici*. Idąc za radą ROSENBACH'A, środki te stosował autor w rozmaitych porach dnia, a zamiast środka nasennego często podawał chorym cukier lub sodę w celu wykluczenia sugestji.

Wodnik amylenu, t. j. trzeciorzędny alkohol amylowy, syntetycznie otrzymany przez WÜRTZ'A, pod względem działania fizjologicznego przez THIERFELDER'A zbadany, po raz pierwszy zastosowanym był w terapii przez MERING'A, przeważnie u neurasteników w dawkach od 2,0—5,0 zawsze z pożądanym rezultatem. Zalecano użycie tego środka w przypadkach szalu opileczego, manii, szalu ostrego (SCHARSCHMIED), przy świądzie żółtaczkowym (ARELIS), przy nieżycie oskrzelowym (GÄRTNER, MAYER, LARES), przeciw padaczce (WILDERMUTH). Przy użyciu znaczniejszych dawek, według DIETZ'A, sprawiać miał objawy podobne do ostrego zatrucia wysokowego, które przechodziły po użyciu kamfory.

Wodnik amylenowy, stosowany przez autora u 9-ciu chorych (zapalenie płuc, wiał rdzenia, suchoty płucne, nowotwór mózgowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wypocina opłucnowa, neurastenija, gruźlicze zapalenie opon mózgowych, rak żołądka), w rozmaitych dawkach od 2,0—8,0 wywoływał sen po 15—30 minutach, trwający 5—6 godzin; najlepiej działał w przypadkach powikłanych objawami mózgowymi. Bólów środek ten nie koi, zaburzeń w krążeniu ani w oddychaniu nie wywołuje, działa skuteczniej od sulfonalu i paraldehydu, w niektórych razach ustępuje chloralowi, który jednak jest przeciwskazany przy chorobach płuc i serca; z powodu nieprzyjemnego smaku podawany być winien w winie czerwonym z dodatkiem syropu.

Sulfonal (*diäethyl-sulfon-dimethyl-methan*) u ludzi zdrowych sprawiać miał uczucie znużenia, u osób cierpiących na bezsenność—sen wciągu 5—8 godzin. Według RASIN'A, sulfonal podany suchotnikom zmniejsza pobudliwość błony śluzowej oskrzeli i kaszel. Nieprzyjemne objawy, o jakich wspominają niektórzy autorzy przy stosowaniu sulfonalu ze strony narządu krążenia, trawienia i układu nerwowego, FRÄNKEL przypisuje właściwościom nieczystego preparatu i zaleca sulfonal tylko z fabryki Bayer'a.

Doświadczenia robione przez S. opierają się na 16-tu przypadkach rozmaitych chorób, w których środek ten stosowano 56 razy w różnych porach dnia, poczynszyszy od dawek 1-gramowych.

Dawka jednogramowa wyjątkowo skutkowała; dopiero po 2,0 sen następował w godzinę i trwał 4—6—8 godzin. Ubocznych objawów ze strony serca ani płuc nie zauważył S. nawet w przebiegu zapalenia płuc przy $+40^{\circ}$; w dwóch przypadkach stwierdził zmniejszenie potów u suchotników. Osobom starym radzi podawać sulfonal w dawkach małych, poczynając od 0,5.

Uretan wprowadzony do terapii przez JAKSCH'A, stosowany przez S. w tych samych przypadkach co sulfonal i wodnik amylenny, w dawce 1,0 snu nie wywoływał, w dawce 2,0—3,0 sprawiał sen zwykle przerywany, który pozostawiał po sobie ciężkość i ospałość. *Hyproni* i *Cannabinum tannicum* w większości przypadków zawodziły.

Na podstawie swojego doświadczenia S. zaleca użycie sulfonalu w przypadkach zwykłej bezsenności nerwowej, w przypadkach zaś bezsenności połączonej z majaczeniami, niepokojem, rzucaniem się radzi stosować wodnik amylenu w dawkach 4,0 - 8,0.

IX. PATOLOGIIA I TERAPIA SZCZEGÓŁOWA.

A) Choroby ogólne.—Przemiany materyi.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Buzdygan. Myxoedema. Przegl. Lek. str. 52, 65, 82, 95.

Cierpienie, którego stałym i najwięcej wpadającym w oczy objawem jest zgrubienie i obrzmienie skóry szczególnie na twarzy i kończynach, któremu towarzyszy zazwyczaj zmniejszenie lub zanik gruczołu tarczowego, w późniejszych zaś okresach, obok nieznacznych zmian w sferze ruchowej i czuciowej, wybitne upośledzenie władz umysłowych, utrata popędu płciowego, białkomocz i t. d., cierpienie, na które pierwszy zwrócił uwagę GULL w roku 1874, otrzymało od ORD'A nazwę *Myxoedema*, a od CHARCOT'A *cahexie pachydermique*. Istota tej choroby polegać ma według VIRCHOW'A na procesie tworzenia się i rozrastania tkanki łącznej z charakterem zapalnym, według HORSLEY'A mucyna w myxoedemie ma być produktem zastoinowym. Nie ulega jednak wątpliwości, że tak myxoedema, jak *cahexia strumipriva* posiadają swe źródło w zmianach gruczołu tarczowego, którego wpływ na ustrój według zdania jednych autorów

ma być mechanicznym, t. j. regulującym krążenie w mózgu, według zdania innych — chemicznym. Ztąd też prawie wszyscy chirurgowie, z małemi wyjątkami, ostrzegają przed wyluszczeniem tego gruczołu w całości, opierając się na doświadczeniach, dokonanych na zwierzętach, na wynikach operacyjnych, wreszcie na zmianach pośmiertnych.

Przy badaniu klinicznym w przebiegu myxoedemy gruczoł tarczycowy prawie zwykle w pierwszych okresach bywa powiększonym i zwyrodniałym, w późniejszych zaś zanikłym. Wszelako zmiany anatomiczne w tej chorobie, jak wykazał ORD, dotyczą nie tylko omawianego gruczołu; przerost tkanki łącznej z charakterem zapalnym napotyka się w skórze i we wszystkich narządach, mucyna zaś prawdopodobnie pojawia się w pierwszym okresie tej choroby.

Jako przykłady myxoedemy podaje autor dwa przypadki szczegółowo zbadane w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO. Przypadek I-szy dotyczył kobiety 34-letniej, u której choroba trwająca 2 lata rozpoczęła się utratą miesiączki, bólami we wszystkich stawach i kościach z gorączką i dreszczami, z nudnościami, z zawrotami głowy i dusznością. Powiększające się od tego czasu zgrubienie skóry na całym ciele wobec wzmagających się objawów podmiotowych zmusiło chorą do szukania pomocy w szpitalu, gdzie przy badaniu przedmiotowym stwierdzono: skóra na twarzy blada, obrzękła, miękka, dobrze przesuwalna, na czole szerokie grube zmarszczki, w narządzie wzroku zapalenie kataralne spojówek; nos powiększony zgrubiał, wargi o konsystencji galaretowatej również zgrubiałe, zęby szczęki dolnej pochylone naprzód i porozsuwane wskutek powiększenia wdwojnasób języka; migdałki były wielkości jaja kaczego; twarz miała wyraz smutny, głupkowaty.

Gruczoł tarczycowy wielkości jaja kurzego twardy, okrągły, ruchomy, niebolesny. Skóra na tułowie obrzękła i blada. Gruczoły pachwinowe powiększone. W płucach objawy nieżytu suchego. W narządzie płciowym stwierdzono zanik macicy. Kończyny zgrubiałe, ręce i stopy powiększone zachowały swobodne ruchy tak czynne, jak i bierne. W sferze nerwów obwodowych zmian nie wykryto, w sferze zmysłowej smak gorzki w ustach, szum w uszach; w sferze umysłowej osłabienie pamięci, usposobienie apatyczne, myślenie trudniejsze.

Mocz prawidłowy; stolec dość obfity, ciastowaty. Przy badaniu podmiotowym żołądka stwierdzono *hypersecretionem acidam digestivam*. Stosunek ciałek białych do czerwonych z początku obserwacji 1 : 667, później 1 : 373. Ilość hemoglobiny wahała się między 60—65%. Ciepłota wynosiła 36,1—37°, tętno 66—72 na minutę. Z objawów podmiotowych najprzykrzejszemi były: uczucie palenia na policzku prawym, które przenosiło się na czoło, brodę, szyję i piersi, oraz ból opasujący w okolicy pasowej, wreszcie niezdolność do pracy, zwłaszcza delikatniejszej. Tak miejscowe leczenie zapalenia spojówek, jak i ogólne było bez skutku.

Przypadek II-gi dotyczył mężczyzny 50-letniego, dziedzicznie pod żadnym względem nieobciążonego, który od czasu przebytej,

choć bliżej nieokreślonej, choroby piersiowej doznawał kaszlu i duszności w porze nocnej. Choroba miała się rozpocząć przed 2-ma laty bólami w podżebrzach i dołku podsercowym, zwiększeniem pojemności brzucha i uczuciem palenia na skórze pomiędzy łopatkami. Przy badaniu przedmiotowym stwierdzono: twarz o wyrazie głupkowatym pokryta skórą bladą nabrzęklą, na czole zwłaszcza pofałdowaną w grube zmarszczki; w narządzie wzroku: *Conjunctivitis catarrhalis, pterygium oculi sinistri, hypermetropia et presbyopia*, gałki oczne wytrzeszczone; nos zgrubiały, wargi wywinięte i wydłużone w postaci grubych płatów; język w trójnásób powiększony wysłania się przez rozstęp w samym środku zębów; błona śluzowa jamy ustnej i nosa zgrubiała, w gardzieli nieżyt suchy; gruczoły limfatyczne przyuszne, szyjowe, pachowe i pachwinowe znacznie powiększone; ślinianki podszczękowe wielkości jaja kurzego; gruczoł tarczycowy niewyczuwalny; temperatura $36^{\circ},4-36^{\circ},7$. Puls 72—76 na minutę. *Hernia inguinalis bilateralis*.

Kończyny górne znacznie grubsze w porównaniu z dolnemi, stopy zaś, znacznie powiększone niż ręce, pokryte są zgrubiałą skórą zwłaszcza na podeszwie i palcach. W układzie nerwowym przy badaniu przedmiotowym zmian nie wykryto, zdolności umysłowe zachowane. Mechanizm żołądka dobry, treść żołądkowa zawiera na czczo i po próbach lodowej, białkowej i beł-ztykowej znaczną ilość śluzu.

Głos ochrypły; w krtani zauważono zgrubienie błony śluzowej między chrząstkami nalewkowemi, oraz rozlane guziczkowate zgrubienie na strunie wrzekomej lewej. Stosunek ciałek białych do czerwonych 1 : 438; ilość hemoglobiny 70% .

Zastanawiając się nad powyższemi przypadkami, B. stwierdza w nich obecność głównych objawów opisywanych w myxoedemie przez ORD'A, nadto zwraca uwagę na zachowanie się żołądka, w którego treści w przypadku I-szym w nocy tylko i w małej ilości, w przypadku II-gim stale napotykał znaczną ilość mucyny, subnormalną ciepłotę (najczęściej $36^{\circ},1$), na ścisły związek między zmianami w narządzie płciowym u kobiet a myxoedemą, wreszcie na nieskuteczność zabiegów terapeutycznych przy tem cierpieniu.

Buzdygan i Gluźński. Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrwistości, a szczególnie w blednicy, oraz kilka uwag leczniczych. Przegl. Lek str. 433.

Z doświadczeń przeprowadzonych w klinice prof. KORCZYŃSKIEGO na 14-tu chorych, dotkniętych niedokrwistością (2 przypadki ostrej niedokrwistości po krwotokach, 1 ciężkiej niedokrwistości u mężczyzny bez wiadomej przyczyny, 1 „chery zimniczej,” 10 blednicy u kobiet w wieku 16 — 20 lat) odnośnie do trawienia żołądkowego, B. i G. otrzymali następujące wyniki:

1. Przy ostrej niedokrwistości z powodu polipa macicy chemizm i mechanizm zachowywał się prawidłowo, przy niedokrwistości przewlekłej chemizm i mechanizm był upośledzonym.

2. W przypadku „chery zimniczej” stwierdzono brak kwasu solnego i znaczną ilość śluzu w treści żołądkowej, odżywianie chorego nie było jednak upośledzonym, co przemawia za twierdzeniem JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO, iż żołądek jest raczej „zbiornikiem i dezinfektorem, aniżeli digestorem.”

3. W przebiegu czystej blednicy najczęściej (5 przypadków) spotykano prawidłowe wydzielanie kwasu solnego, rzadziej (3) nadmierną kwaśność podczas trawienia; natomiast siła motoryczna w większości przypadków była upośledzoną.

Na podstawie tych danych dochodzą autorowie do przekonania, że jakkolwiek zmieniony skład krwi musi wywierać wpływ na skład rozmaitych wydzielin *resp.* soku żołądkowego, niemniej jednak i zmiany w czynnościach żołądka mogą stanowić przyczynę jeżeli nie usposabiającą, to przynajmniej podtrzymującą blednicę.

Upośledzona czynność mechaniczna, sprawająca zatrzymanie się resztek pokarmowych, a w następstwie upośledzenie łąknienia, nieprawidłowe trawienie pokarmów i ztąd nieodpowiednie odżywianie, skłania autorów w przebiegu bladaczki do stosowania leczenia miejscowego zaburzeń żołądkowych. W 10-ciu przypadkach leczenia bezskutecznie przetworami żelaza, codzienne przepłukiwanie żołądka dało pomysłne rezultaty.

Chełchewski. Reumatyzm ostry jednostawowy. Gaz. Lek. str. 290.

Z obserwacji 5-ciu przypadków ostrego gościa jednostawowego (przeważnie w stawie kolanowym, rzadziej w golenio-ścięgnowym), które, przy oporności na zabiegi miejscowe, ustępowały pod wpływem leczenia ogólnego, CH. wyprowadza wniosek wbrew twierdzeniu CHARCOT'a i SENATOR'a, że ostry gościec ograniczyć się może na jednym stawie i wtedy gościec jednostawowy przedstawia bardziej łagodną postać zakażenia reumatycznego. Rozpowszechnione przez francuzkich klinicystów zdanie o uporczywości ostrego gościa jednostawowego, zależy, według zdania autora, od niewłaściwego umieszczenia w jednej kategorii, reumatyzmu odrazu umiejscawiającego się w jednym stawie, zapalenia płonnicowego, tryprowego, nawet gruźliczego, wreszcie pozostałości w jednym ciężiej dotkniętym stawie po reumatyzmie wielostawowym.

Pruszyński. Przyczynę do kwestyi dyjatezy oksalurycznej. Kron. Lek. str. 299.

Kwestya samoistności dyjatezy oksalurycznej jako osobnej postaci chorobowej dotychczas nie jest rozstrzygniętą, pomimo to, że w praktyce napotykamy często przypadki, w których chorzy uskarżają się na rozmaite przypadłości (dolegliwości ze strony narządu trawienia, bóle łędźwiowe, ogólne osłabienie), a jedynym dającym się

stwierdzić przedmiotowo objawem, jest wydzielanie z moczem znaczniejszych ilości $(\text{COOH})_2$ w postaci soli wapiennej, która w osadzie moczowym ma wiadomą charakterystyczną postać.

Gdy lżejsze postaci oksaluryi spotykamy dość często, natomiast przypadki cięższe, połączone z objawami charłactwa, zasługują na bliższe zastanowienie.

Do ostatniej kategorii zalicza P. przypadek dotyczący 16-letniej pensjonarki, która od 3-ch miesięcy zaczęła podupadać na zdrowiu, od 6-ciu zaś zauważyła znaczną ilość czyraków, zwłaszcza na górnych i dolnych kończynach.

O b j a w y p o d m i o t o w e. Ogólne osłabienie, wyczerpanie, senność, wilczy apetyt i niczem nie dające się ugasić pragnienie.

O b j a w y p r z e d m i o t o w e. Cera blado-żółtawego koloru, błony śluzowe nadzwyczaj blade, lekkie zaostrenie oddechu nad prawym obojczykiem, tętno miękie przy ilości 84 uderzeń na minutę. Kręgosłup bolesny, odruchy ścięgniste i skórne znacznie wzmożone, czucie skórne również podwyższone. Dobowa ilość moczu, wahała się pomiędzy 4—5 litrami. Mocz o ciężarze gat. 1030 wkrótce po oddaniu tworzył zazwyczaj znaczny, bo więcej niż połowę naczynia zajmujący, osad, który prawie wyłącznie składał się z kryształów szczawianu wapnia i zwiększał się pod wieczór w dwie godziny po obiedzie.

Przypadek ten mający z objawów. podmiotowych wielkie podobieństwo do eukrówki moczowej, uważa P. za skażenie ustroju wskutek nadmiernego wydzielania $(\text{COOH})_2$, który rozszczepiając trójzasadowe fosforany, pozbawia ustroju Ca i H_3PO_4 . Typowe postaci oksaluryi na podobieństwo omawianego przypadku uważa P. za samoistne formy chorobowe nie tylko ze względu na określoną klinicznie postać, lecz i ze względu na warunki tworzenia się $(\text{COOH})_2$ w ustroju. Poddawszy krytyce twierdzenie SZCZERBAKOW'A, jakoby $(\text{COOH})_2$ nie tworzył się w ustroju i przytoczywszy rozmaite źródła, oraz warunki powstawania tej materii w organizmie, autor dochodzi do przekonania, że wydzielanie się znaczniejszych ilości $(\text{COOH})_2$ jest objawem poważnych zaburzeń w przemianie materii, być może na wet mającym pewien związek z cukromoczem, gdyż oksaluryja towarzyszy często cukromoczowi lub też go poprzedza.

S t o c k m a n n. Kilka uwag nad sprawami chorobowymi natury żółzowej. Med. str. 529, 545, 561, 577.

Opierając się na znacznym materiale obserwacyjnym (około 10,000 chorych), autor skreśla poglądy swoje na etjologię, rozpoznanie, przebieg i leczenie żółzów. Po krótkim zarysie historycznym, odnoszącym się do rozwoju nauki o żółzach, S. jest zdania, że żółzy przedstawiają „zaburzenie ogólnego odżywiania ustroju, dyjatezę ogólną, dotykającą wszystkie tkanki i narządy“.

Najczęstszą przyczyną tej choroby jest dziedziczność, która może być, jak twierdzi autor, istotną, gdy rodzice dotknięci byli żołąkami lub rzekomą (*pseudo-hereditas*), gdy w ustroju ojca lub matki brak danych na przebyte żoły, lecz anamneza wskazuje na syfilis, krzywicę, niedokrewność, upośledzenie odżywiania.

W daleko rzadziej napotykaney postaci, w żołąkach nabytych należy przypuścić pewne usposobienie wrodzone i słabą odporność na szkodliwości zewnętrzne.

Do przyczyn uspasabiających do żołąków należą: brak światła słonecznego i powietrza uposażonego w tlen, karmienie ssawców przez mamki żołąkate, niestrawne pokarmy, nie dość czyste utrzymanie powłok ciała, przebyte cierpienia (np. odra), szkodliwości zewnętrzne wreszcie wpływy klimatyczne, meteorologiczne i telluryczne. Z tablicy podanej przez autora wynika, że na 9,500 chorych przez niego zbadanych, 6,31% przypada na żoły nabyte bez usposobienia dziedzicznego. Z liczby 600 przypadków należących do tej kategorii więcej niż połowę, S. przypisuje karmieniu dzieci przez mamki żołąkate, w 20% błędem higienicznym, w 6,66%—przebytych chorobom w dzieciństwie, wreszcie w ostatniej grupie (20%) anamneza żadnych danych co do etylogii nie dostarczyła.

Żoły dziedziczne spotykał S. w 99,79% (?) chorych żołąkatych, z której to liczby 66,32% przypada na dziedziczność istotną a 27,37% na rzekomą. — W tej ostatniej kategorii pierwsze miejsce zajmuje gruźlica, drugie syfilis.

Co do wieku najczęściej zdarzają się żoły między 3—12 rokiem, rzadziej między 13—16; w wieku późniejszym choroba ta jest rzadkością, chociaż nawet w wieku 40—50-ciu lat czasem obserwować ją można.

Płeć nie ma wpływać na częstość żołąków; niemniej jednak cięższe przypadłości spotykamy częściej u chłopców niż u dziewcząt. Opisawszy szczegółowo przebieg żołąków i objawy ze strony skóry, błon śluzowych, narządów zmysłów i organów wewnętrznych, w przytoczonej tabliczce zestawia S. porównawczo objawy żołąków opiesziałych (*scrophulosis torpida*) i wrażliwych (*scrophulosis eretica*). Za żoły uważa tylko pierwszą formę, formę zaś drugą za pierwsze stadyum gruźlicy. Stosownie do tego stawia przy *scrophulosis torpida* rokowanie pomyślne przynajmniej względnie, przy *scroph. eretica* wątpliwe. Leczenie pierwszej postaci więcej oparte być winno na ćwiczeniu ciała i higienicznem urządzeniu życia; przy rozwiniętem cierpieniu zaleca S. podawanie tranu, solanki jodo-bromowej; *trac jodi* w mleku, zastosowanie kąpiei słonych. W postaci t. zw. *scrophulosis torpida* wskazane są też same środki co i w gruźlicy; wreszcie przy przemianie serowatej w gruczołach chłonnych, w cierpieniach stawów—interwencja chirurgiczna.

Zawadzki. Przyczynek do patologii wylewu mleczka do jam surowiczych. Gaz. Lek. str. 104.

Autor opisuje 2 dość rzadkie przypadki wylewu mleczka do jam surowiczych, obserwowane w klinice prof. Porow'a.

Przypadek I-szy dotyczył kobiety 67 lat, która przez całe życie będąc zupełnie zdrową, w ostatnim dopiero roku zaczęła doznawać tegoż bólu w dolnej części brzucha. Po urazie w prawą okolicę lędźwiową objętość brzucha zaczęła się powiększać, a zwiększająca się z każdym dniem duszność, skłoniła ordynującego lekarza do przekłucia ściany brzusznej, przy czym z jamy otrzewnej wypuszczono znaczną ilość żółtawego przezroczystego płynu. Gdy pomimo tego zabiegu w tem samym miejscu na nowo zbierał się płyn, chora udała się do kliniki, gdzie obok znacznej ilości płynu nagromadzonego w jamie otrzewnej, stwierdzono obecność guza w okolicy pępka oraz znaczną ilość guzów wielkości ziarnka grochu do orzecha włoskiego, które wyczuć było można przez tylne sklepienie pochwy i przednią ścianę odbytnicy. Mocz o cięż. gat. 1033 zawierał ślady białka; w zawartości żołądka obecnym był HCl. Przy pierwszym przekłuciu powłok brzusznych wypuszczono 8500 ctm. sześć. płynu zielonkawatego, zupełnie przezroczystego, przy drugim zaś wydobyty płyn z jamy otrzewnej w ilości 6000 ctm. sześć. miał podobieństwo do mleka z nieco żółtawym odcieniem.

Płyn ten, posiadający alkaliczny odczyn i cięż. gat. 1018, przedstawiał zawiesinę tłuszczu, który przechodził do eteru i, przy odparowaniu eterycznego ekstraktu, wydzielał się.

W 3 dni po tem przekłuciu chora zmarła, a na sekcji stwierdzono: rak jajników pierwotny oraz wtórne raki w wątrobie, otrzewnej, opłucnej, ze szczególnem zajęciem gruczołów kreskowych i rozszerzeniem naczyń chłonnych, które w wielu miejscach tworzyły woreczkowate występy o ścianach ścięćcałych. Z tak zmienionych naczyń wylew mleczka mógł powstać z powodu zmniejszenia ciśnienia wewnątrzbrzuszego wskutek kilkakrotnego opróżnienia jamy otrzewnej, *per rhexin* albo *per diapedesin*.

Przypadek II-gi dotyczył kobiety lat 37-iu, która poprzednio oprócz malarii żadnych chorób nie przeżywała. Choroba, z której powodu przybyła chora do szpitala trwała od 4 lat i rozpoczęła się utratą apetytu, ściskaniem w dołku, do czego później przyłączyły się często powtarzające się wymioty. Z powodu zakrzepu w żyłę pachowej lewej przed 3-ma miesiącami leżała w oddziale chirurgicznym, zaś doznawszy poprawy zapadła wkrótce znowu i z powodu duszności, powiększenia brzucha, przerostu gruczołów chłonnych szyjowych, zwłaszcza prawych i znacznego obrzęku i rozszerzenia żył na prawej górnej kończynie przybyła do kliniki.

Tutaj stwierdzono płyn w jamie opłucnej lewej i otrzewnej, stłumienie na rękojęści mostka, maloruchomy guz w okolicy dna żołądka, którego treść nie zawierała HCl.—Po zmniejszeniu się obrzęku kończyny górnej, zwiększający się płyn w opłucnej skłonił autora do przekłucia, przyczem otrzymał 2,800 ctm. sześć. cieczy mlecznej

o odczynie słabo alkalicznym i ciężarze gat. 1016. — W 2 dni potem przy objawach wzrastającego osłabienia i duszności chora zmarła.

Sekcja okazała, obok znacznego rozszerzenia żył na tułowiu, szyi i górnych i dolnych kończynach, rak żołądka, zwyrodnienie i powiększenie *gl. supraclavicularium, submaxillarium, jugularium superf, cervicalium, axillarium et mesenteriale*. Oprócz tego *struma alveolaris substernalis*, zachodząca za pierwsze żebra, uciskała żyły bezimiennie i podobojczykowe, wywołując, przy współistniejącym znacznym osłabieniu działalności serca wskutek ogólnego wyniszczenia ustroju przez rak żołądka, zakrzep w uciśniętych żyłach. Wskutek tego wytworzyła się przeszkoda do wylewania się mleczka do krwiobiegu i powstał zastój, rozszerzenie naczyń chłonnych i w następstwie wylew do jam płucnej i otrzewnej.

Przytaczając spostrzeżenia podobne z literatury Z. nie zgadza się ze zdaniem QUINKE'GO jakoby *hydrops adiposus* powstawać miał wyłącznie przy raku i gruźlicy otrzewnej, przyjmuje jednak, wbrew poglądom OPPOLZER'A, VEIL'A i innych, twierdzenie tego autora, że zawartość tłuszczu w prześiędkach może zależeć od rzeczywistej domieszki mleczka (*hydrops chylosus*) albo od zwyrodnienia tłuszczowego, i że wątpliwości w tych razach rozstrzyga mikroskopowe badanie.

B. Choroby zakaźne.

Sprawozdawca

A. Puławski.

Bronowski. Influenza w Czerdyniu (gub. permska) w roku 1890. Gaz. Lek. str. 346.

Jest to dodatek do zeszłorocznej pracy autora p. t. „Influenza“ na północy Rosyi wschodniej (Gaz. Lek. 1890 N 29). Autor spostrzegał influencję w powyższej miejscowości począwszy od połowy Września 1890 r. Była to przeważnie influenza krtaniowa i nerwowa, przebieg był po większej części łagodny tak co do objawów, jak i co do rozszerzania się zarazy. Ztąd autor wnosi, że w przypadkach przez niego opisanych przejawiał się chyba zarazek pozostały z roku przeszłego, i że przypadki te „niby iskry gasnącego płomienia, jak bywa i po innych epidemijach, były stosunkowo małego natężenia“. W znacznej części przypadków nie było gorączki.

Chełmoński. O wpływie ostrych gorączek na przebieg suchot płucnych. Gaz. Lek. str. 77.

Autor spostrzegł dwa przypadki, w których nastąpiło wyleczenie z suchot płucnych, raz po przebyciu róży, drugi raz — po przebyciu tyfusu wysypkowego. W obu przypadkach rozpoznanie było potwierdzone znalezieniem w płwocinie laseczników gruźliczych. Wyleczenie zaś autor opiera na zniknięciu owrzodzeń gruźliczych krtani i zniknięciu laseczników z płwociny — w przyp. pierwszym. W drugim zaś obok zniknięcia laseczników z płwociny, zniknięcia kaszlu i gorączki, nastąpiła znaczna poprawa w stanie ogólnym, przybytek na wadze etc. Zestawiając z powyższymi faktami parę przykładów z literatury o dobroczynnym wpływie róży na leczenie przynależności i gruźlicy, a także dane doświadczalne, które świadczą o tem, że gorączka może być czynnikiem leczniczym w chorobach zakaźnych, autor przypuszcza, że przyłączenie się do gruźlicy jakiegoś nowego zakażenia może spotęgować dobroczynny odczyn, jakim jest gorączka dla ustroju i na tej drodze doprowadzić do wyzdrowienia. Dla czego w rzeczywistości zdarza się to stosunkowo rzadko, autor tłumaczy w ten sposób: 1-o) suchotnicy rzadko zapadają na inne choroby zakaźne, jak o tem przekonał autora przegląd protokołów sekcyjnych za wiele lat w prosektoryjum szpitala Dzieciątka Jezus. 2-o) nowe zakażenie resp. gorączka może odebrać choremu resztki sił, podkopać ustrój, zmniejszyć jego odporność, stając się tym sposobem czynnikiem szkodliwym.

Klej n. Leczenie róży. Gaz. Lek. str. 521.

Autor podaje 31 własnych przypadków róży, leczonej ichtyjołem. Stosowano maść złożoną z różnych części waseliny i ichtyolu (*ammonium sulpho-ichtyolicum*). Wnioski, do jakich autor dochodzi są następujące:

1-o) ichtyjol niewątpliwie wpływa hamująco na żywotność zarodka róży, przebywającego w skórze, 2-o) pod wpływem ichtyolu skraca się średni przebieg róży o połowę, 3-o) czas trwania leczenia wynosi 3 dni, a najdalej 4 dni, tyleż dni trwają przypadki od samego początku leczone ichtyjołem, 4) przebieg róży leczonej ichtyjołem pod wpływem tego środka staje się znacznie łagodniejszym, czego dowodem jest zmieniony typ gorączki, oraz często bardzo spadki ciepłoty ranne a nawet i wieczorne.

Lubliner. Przypadek zaniku twardzieli nosa po tyfusie wysypkowym. Gaz. Lek. str. 829.

Chory 35-letni z niewątpliwą twardziłą nosa (*rhinoscleroma*), co zostało stwierdzone zapomocą badania mikroskopowego i hodowli, przebył w szpitalu Ś. Rocha tyfus wysypkowy (na oddziale kol. CHROSTOWSKIEGO). W sześć tygodni po wyjściu ze szpitala chory ten był badany przez autora, który zaznacza ten ciekawy fakt, że po tyfusie wysypkowym nastąpiła prawie zupełna inwolucja rozlanych produktów twardzieli nosa, uprzednio tak dalece rozwiniętych, że czyniły jamę nosową zupełnie niedrożną zarówno dla strumienia wody, jak i dla powietrza.

Prócz powyższego, autor przytacza jeszcze 2 przypadki, spostrzegane na oddziale d-ra ELSENBERGA, dowodzące że tyfus wysypkowy wpływa na zanik produktów spraw przewlekłych natury pasorzytniczej, mianowicie w obu tych przypadkach pomysłnie wpływał na przebieg wilka (lubo po kilku tygodniach nastąpiło znów pogorszenie i powrót do dawnego stanu).

Fakty te pokazują, że zarazek tyfusu wysypkowego, czy też produkty jego wpływają na wessanie nacieczeń i guziczków wilkowych, a także nacieczeń i produktów twardzieli nosa.

Inne zarazki mają wpływ analogiczny na sprawy przewlekłe lecz niezakaźnej natury. Dr. HERYNG obserwował przypadek zniknięcia i zagojenia się gumatów i owrzodzeń rozpadowych u mężczyzny po róży w 14 dni. Powrotów cierpienia nie było.

Przedborski. Wyniki stosowania płynu Koch'a w szpitalu starozakonnych w Łodzi. Gaz. Lek. str. 669.

Szczegółowy opis 10 przypadków z następującymi wynikami: w jednym uzyskano czasowe wyzdrowienie, w pozostałych uwydatniało się stopniowe pogorszenie, lub też *status quo ante*. W dwóch przypadkach wilka, zajmującego stosunkowo bardzo ograniczone obszary skóry, zmiany chorobowe nie tylko że nie ustąpiły, lecz przeciwnie rozszerzyły się na znaczniejszą przestrzeń pomimo kilkomiesięcznego stosowania płynu KOCH'A. Autor dalszego stosowania płynu KOCH'A zaniechał w Kwietniu.

Szwajcer. Przyczynek do zaraźliwości zapalenia płuc włóknikowego. Gaz. Lek. str. 634.

Obok chorego na zapalenie płuc włóknikowe leżał inny chory z rozlanym nieżytem oskrzeli, zależnym od niedokładnie wyrównanej wady zastawki dwudzielnej. Chory ten prócz tego miał ślady zakrzepu żyły udowej a kilka tygodni przedtem był dotknięty zawałem krwotocznym w prawem płucu (we Włocławku pod obserwacją kol. GRUELA). Przy tych objawach chory nie gorączkował przez 5 dni. Tymczasem nagle dostał dreszczów, wymiotów, bólu głowy, klucia w prawym boku z gorączką, rdzawą płwonicą i objawami fizykalnymi zapalenia płuc włóknikowego. Okazało się że na łóżku jego sadał często sąsiad, dotknięty zapaleniem płuc i pijał z nim z jednego naczynia. Autor wyprowadza wnioski następujące:

- 1) przebyte cierpienie płuc usposabia do przyjęcia zarazka zapalenia płuc włóknikowego a zarazek ten kieruje się prawdopodobnie w stronę słabszego płuca;
- 2) chorych z wrażliwą błoną śluzową dróg wdechowych trzeba oddzielać od dotkniętych zapaleniem płuc włóknikowym;
- 3) okres inkubacji zapalenia płuc włóknikowego może być bardzo krótki 1—2 dni.

K i e w s k i. Promienica u człowieka (*Actinomycosis hominis*)—
(odeztyt kliniczne wydaw. przez Redak. Gaz. Lek. NN. 30, 31.

Jestto monografia, oparta na obszernej już literaturze przedmiotu i na własnych spostrzeżeniach autora, który większość swoich przypadków spostrzegał w klinice prof. KOSIŃSKIEGO. Po krótkim wstępie historycznym autor opisuje postać, rozwój i sposoby badania grzybka promienicy, jak również hodowle i próby szczepień na zwierzętach. Dalej idzie anatomo-patologiczny obraz działania grzybka na ustrój ludzki, sposób zarażenia się i klasyfikacja promienicy, przy czem autor, stojąc na gruncie klinicznym, dzieli ją na promienicę narządów z e w n ę t r z n y c h (skóry, szczek, twarzy, szyi, kończyn) i p. narządów wewnętrznych (pierwotne zajęcie narządów umieszczonych w 3-ich jamach ciała: czaszce, klatce piersiowej i jamie brzusznej; przedstawiony bardzo wyczerpujący obraz kliniczny promienicy narządów z e w n ę t r z n y c h; autor podaje własną kazuistykę, obejmującą 14 przypadków (13 na twarzy lub szyi, 1—w kiszce prostej i częściach otaczających). Wszystkie te przypadki dały wynik po-myślny przy leczeniu chirurgicznym.

Przedstawwszy, podobnie jak wyżej, obraz kliniczny prom. narządów w e w n ę t r z n y c h K. opisuje 4 własne przypadki. W przypadku pierwszym, jak pokazało bad. pośmiertne, punktem wyjścia było płuco, przy czem sprawa miała przebieg dość łagodny dopóki nie przeszła na opłucną, gdzie wywołała ropne zapalenie opłucnej, powodując śmiertelne zejście. W przypadku drugim sekcja wykazała przedziurawienie wyrostka robaczkowego, na końcu wyrostka przedziurawionego znaleziono guz grzybowaty wielkości orzecha laskowego, zniszczenie mięśni lędźwio-biodrowych, próchnienie 2, 3 i 4 kręgu lędźwiowego, próchnienie kości biodrowej, ropnie przerzutowe w wątrobie i płucach. W przypadku 3-im sprawa z kiszki grubych wywołała ognisko w okolicy lędźwiowej i w dole biodrowym; jedno z ognisk przeszło na pęcherz i opróżniło do niego swoją zawartość, ztąd z moczem wydzieliła się ropa; chory żyje. Przypadek 4-ty wręcz przebiegał pod postacią guza w ścianie brzucha i przetoki pępkowej, przebieg pooperacyjny był dobry i chory wypisał się z kliniki.

Leczenie promienicy z e w n ę t r z n e j wchodzi ściśle w zakres chirurgii. Operację należy wykonać jaknajwcześniej, polega ona na: 1) przecięciu ognisk, wypuszczaniu zawartości i wyskrobaniu doszczętnem, albo na 2) usunięciu wszystkich nacieków, postępując, jak przy nowotworach. To ostatnie postępowanie, o ile jest możliwe, daje najlepsze wyniki. Przy leczeniu prom. narządów w e w n ę t r z n y c h pomoc można dać niewielką. Probowano leczyć prom. tulerkuliną (pomyślny przypadek BILROTH'A prom. jamy brzusznej).

W. Grabowski. Kwas karbolowy w leczeniu czarnej krosty. Gaz. Lek. str. 274).

Leczenie takie zalecał ŻARNOWSKI w r. 1881. Autor stosował je w taki sposób: wstrzykiwał 1—3 szpryce PRAWATZ'A 5% kwa-

su karbolowego promienisto w koło krosty i pod nią pó $\frac{1}{2}$ szpryki na jedno wstrzyknięcie. Samą krostę pędzlował raz jeden kwasem karbolowym *per se*, w dalszym ciągu kładł okład rozgrzewający z 5% roztworu kwasu karb. Do wewnątrz podawał wino. Spostrzegł ogółem przypadków 10, z tych 4 ciężkie. We wszystkich nastąpiło wyliczenie. Z literatury autor (łącznie ze swojemi) zebrał 99 przypadków leczenia tą metodą z odsetkiem śmiertelności = 0%. Autor gorąco poleca tę metodę, skłaniając się widocznie do zdania STRITZOWER'A, który uważa „kwas karbolowy w leczeniu czarnej krosty za lek tak swoisty jak chinina w zakażeniu zimniczem“.

Bujwid. Sprawozdanie z ochronnego leczenia wodowstrętu według metody Pasteur'a w r. 1890. Medycyna str. 150.

W r. 1890 zgłosiło się 537 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub podejrzone o wściekliznę. U 89 osób pokąsania uznano za nieszkodliwe, w 448 przypadkach stosowano wstrzykiwania lecznicze (289 mężczyzn, 159 kobiet). Autor podaje statystykę co do wieku pokąsanych, miejscowości gdzie pokąsanie miało miejsce (na Warszawę i przedmieścia przypada 62 przypadki) i zwierząt (najczęściej psy — w 421 przypadkach, potem koty — 23 przypadkach). Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekle na mocy szczerpienia na królikach lub wścieknięcie się jednocześnie pokąsanych zwierząt lub ludzi było 32, pokąsanych przez zwierzęta uznane za wściekle na zasadzie sekcji było 77, wreszcie pokąsanych przez zwierzęta uznane za wściekle z objawów, podejrzone lub niewiadome — 339. Dalej idzie podział pokąsań co do miejsca ciała, z oznaczeniem czy były robione uprzednie przyżegania lub nie, oznaczenie czasu, w którym rozpoczęto wstrzykiwania (w 1 — 2 dni po ukąszeniu leczyło się 126 osób, w 2 — 5 — 172, w 5 — 10 — 113, w 10 — 20 — 27, w 20 — 30 — 8, w 30 — 40 — 2).

Stosowano wyłącznie metodę wzmocnioną (poczynając od rdzeni suszonych przez 8 dni do suszonego przez 2 dni). W zwykłych przypadkach stosowano dwie takie seryje, w cięższych stosowano trzecią seryję (od rdzenia 5-dniowego). W zwykłych warunkach kuracja trwa 5 dni, w cięższych — dłużej.

Z ogólnej liczby pokąsanych był jeden przypadek śmierci (chłopiec 3 letni, pokąsany w twarz, sekcja wykazała wściekliznę). Z nieleczonych B. zebrał wiadomość o 6 przypadkach śmierci w bliższych okolicach kraju i w Warszawie.

Rybicki. O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny metodą Pasteur'a. Medycyna str. 353.

Jest to streszczenie pracy większych rozmiarów, skierowanej głównie przeciwko zdaniu kol. BUJWIDA, że przypalania ran, zadanych przez zwierzęta wściekle, nie przynosi pożytku i że pokąsani winni się poddawać leczeniu metodą PASTEUR'A. RYBICKI jest zdania, że drogą teorii samej trudno jest uzasadnić metodę PASTEUR'A, posta-

nowił więc wykazać, czy i o ile wprowadzenie tej metody u nas w kraju od r. 1886 wpłynęło faktycznie na zmniejszenie się cyfry śmiertelności ludzi od wścieklizny. Ponieważ niema w tym kierunku gotowych danych statystycznych, przeto autor zwrócił się do 200 przeszło lekarzy krajowych, którzy podali mu własne obserwacje. Na tym materyjale opierają się dalsze rozumowania autora. Poprzezdają je ogólne uwagi, niekorzystne dla metody PASTEUR'A, a mianowicie: odporność na wściekliznę u ludzi jest b. wielka (zapada na nią tylko 10% pokąsanych), dotychczas nie znamy zarazku wścieklizny, brak łagodnej formy wścieklizny, przez wywołanie której sztuczne można by mówić o wytworzeniu sztucznej odporności (jak np. przy ospie), brak w naturze gotowej limfy, przez co nie można być pewnym, czy sztucznie przygotowana szczepionka nie jest szkodliwą.

Co się tyczy samej statystyki, autor od 182 lekarzy zebrał 130 przypadków wścieklizny za przeciąg mniej więcej lat 18. W ciągu lat 13 t. j. do r. 1886 umarło 76 osób na 6,100,000 ludności co daje niecałe 6 na rok, w ciągu ostatnich lat 5 — zmarło 54, co daje 11 na rok. Ten niekorzystny stosunek daje się jednak wytłumaczyć następującymi okolicznościami: 1) dokładniejszymi danymi o przypadkach wścieklizny, 2) zwrócenie się w stronę Warszawy pokąsanych z zagranic Królestwa, przez co według autora należy obliczać cyfrę ludności nie 6,100,000 lecz przeszło 8,000,000 (czy nie więcej, wobec tego, że ludność Królestwa wzrosła, a chorzy przybywają nawet z głębszych gubernij Cesarstwa i z Galicji. *Przyp. spraw.*). Co do szkodliwości metody PASTEUR'A lubo autor utrzymuje, iż „do tąd nie posiadamy pozytywnych dowodów, że by metoda PASTEUR'A była szkodliwą w zastosowaniu“, to jednak ma pewne wątpliwości i pod tym względem (notuje zwiększenie przypadków śmierci w ostatnich latach pięciu, notuje, że w dwóch przypadkach podejrzanych było stosowanie wzmocnionej metody). BUJWID podaje że miał śmiertelność od wścieklizny w przypadkach leczenia 0,9% (PASTEUR 1%), RYBICKI temu przeczy. Co do skuteczności przypałów podaje swoją statystykę osobistą, z której wypada, że śmiertelność wynosi tylko 0,22% (Blizszych szczegółów nie podano *przyp. spr.*). Wnioski ze swej pracy, autor podaje następujące: 1) wścieklizna u ludzi jest chorobą u nas tak rzadką, iż nie należy nią bezustanku straszyć, 2) wszyscy wiedzieć powinni o prawdzie, iż z liczby pokąsanych przez zwierzęta wściekle zaledwie 2% ulega chorobie, 3) leczenie metodą PASTEUR'A nie daje się objaśnić teoretycznie, 4) metoda PASTEUR'A stosowana u nas od lat 5 nie zmniejszyła śmiertelności od wścieklizny a obliczenia, dowodzące skuteczności metody, są tylko złudzeniem, opartem na wykazaniu wszystkich szczepionych, jako zagrożonych, co jest niewłaściwem, 5) jako środek jedynie logiczny z punktu widzenia teorii i praktyki jest według autora tylko przypalanie ran, wynikłych z pokąsania przez

zwierzęta wściekłe lub o wścieklizę podejrzane.

Wyszomirski. Influenza za r. 1889 — 90 w powiecie węgrowskim. Medycyna str. 689.

Pracę rozpoczyna pogląd ogólny na chorobę. Autor jest zdania, że pierwsiastek zakaźny grypy przeważnie działa na układ nerwowy, że tylko nerwowa postać grypy istnieje w formie czystej, kataralna zaś i gastryczna zawsze istnieje w połączeniu z nerwową. Grypa jest chorobą miazmatyczno-kontagijną. Resztę uwag ogólnych pomijamy, jako rzecz powszechnie znaną. Następnie autor podaje ogólny zarys grypy, panującej w powiecie węgrowskim, wstępne wiadomości, opis ogólny samej epidemii, ważniejsze przypadki spostrzegane w praktyce lekarskiej. Tu znajdujemy krótki opis miejscowości stan pogody w danej miejscowości. Przez cały czas trwania epidemii panowały jednocześnie: szkarlatyna, ospa, odra, koklusz. Autor notuje udzielanie się choroby od osób chorych zdrowym i wytwarzanie się domowych epidemii. Forma grypy bywała albo poronna bez gorączki z objawami nerwowymi, albo gorączkowa. Gorączka trwała 1—6 dni. Typ gorączki zwykle ciągły lub zwalniający.

Spadek zwykle krytyczny. Objawy przeważnie nerwowe. W leczeniu grała główną rolę chinina. Autor podaje kazuistykę złożoną z 34 opisów pojedynczych przypadków lub miejscowych epidemii (według wsi). Podobnie jak w całej Europie tak i w powiecie Węgrowskim grypa wystąpiła powtórnie na początku 1891 roku przeważnie pod postacią niezżytu nagminnego, z towarzyszeniem wysypek skórnych i różnorodnych objawów nerwowych. Autor pojawienie się epidemii łączy ze zjawieniem się mgieł z zapachem cuchnącym.

J. Zawadzki. Przyczynek do zaraźliwości zapalenia płuc włóknikowego. Kron. Lek. str. 33.

4-o letni chłopiec zapadł na zapalenie płuc włóknikowe. Siódmego dnia ciepłota spadła. Na drugi dzień zachorował brat poprzedniego chłopiec 7-io-letni, jak się okazało także na zapalenie płuc włóknikowe. Chłopiec ten przebywał w pokoju brata, nigdzie nie wychodząc; stąd autor przypuszcza, że zaraził się od brata. Starsze rodzeństwo, chodzące do szkoły i śpiące w innym pokoju, nie uległo zarazie. Autor zaleca, aby zapalenie płuc traktować na równi z innymi chorobami zakaźnymi t. j. chorych odosabniać a pomieszczenie, gdzie chory przebywał, odkażać.

Sierpiński. Nowy przyczynek do zaraźliwości zapalenia płuc włóknikowego. Pyopneumothorax jako zejście zapalenia płuc włóknikowego. Kron. Lek. 89.

50-letnia kobieta miała prawostronne wierzchołkowe zapalenie płuc włóknikowe. 10-go dnia ciepłota spadła do normy. W cztery

dni potem na zapalenie płuc zapadła matka chorej, która ją przez cały czas choroby doglądała. Osoba ta była poprzednio dotknięta przewlekłym nieżytem oskrzeli i alkoholizmem. Przebieg choroby był ciężki i zakończył się śmiercią. Na parę dni przed zgonem wystąpiły objawy *pyopneumothoracis* (sekcji nie było). Autor naznacza prawdopodobieństwo zarażenia się matki od córki i dość niezwykle zejście zapalenia płuc włóknikowego.

Hewelke. W kwestyi powikłań płucnych przy malarii. Kron. Lek. 590

18-letni ślusarz, przedtem zdrowy, bez usposobienia dziedzicznego, zapadł na kaszel w połączeniu z gorączką. Przy badaniu znaleziono zaostrozony oddech w całym płucu; pod prawym obojczykiem stępienie oddech nieokreślony, rżenia wilgotne, wzmocnienie przewodnictwa głosu. W płwocinie laseczników Kocha nie było. Gorączka miała z początku typ ciągły, potem przerywany. Przy spadku ciepłoty bywały poty; przed podniesieniem tejże — dreszcze. Śledziona była powiększona ku górze, niewyczuwalna. Autor z początku przypuszczał podostrawą gruźlicę płuc, następnie gruźlicę w połączeniu z zimnicą. Przy podawaniu chininy nastąpiło zupełne wyzdrowienie i objawy w płucach zupełnie zniknęły.

Zupełnie taki sam przypadek autor obserwował u 16-letniego szewczyka — tu tylko typ gorączki był zwalniający.

Autor przypomina spostrzeżenie DUNINA o zimnicy powikłanej nieżytem oskrzeli (Gaz. Lek. 1885 NN. 24 i 25) i poleca uwadze kolegów tego rodzaju przypadki ze względu na ważność pomyłek w rozpoznaniu.

Sierpiński. Cztery przypadki influenzy powikłanej wysypkami skórnymi na podobieństwo t. zw. „dengue“. Kron. Lek. 702.

We wszystkich swoich przypadkach autor notuje obok zwykłych objawów influenzy wysypkę skórną krótkotrwałą i bóle w stawach i kręgosłupie. Wysypka przedstawiała się to w formie rozlanego zaczerwienienia, to w formie mieszanych wykwitów. Niekiedy występowało następne łuszczenie naskórka a prawie zawsze poty. To skłania autora do uważania przypadków swoich za t. zw. dengue czyli influenzę podzwrotnikową.

Lachowicz. Kokaina w leczeniu ospy. Przegl. Lek. 603.

Środek ten wprowadzony do leczenia ospy przez LUTON'A, autor miał sposobność sprawdzić w kilkunastu przypadkach ospy, podając po 0,25 grm. kokainy (na 125 grm. wody) na dobę na początku choroby w przeciągu dni ośmiu. Wpływ na wysypkę był następujący: krosty bywały większe, pełne, nie rozlewały się, nie wywoływały roupienia skóry, nie pękały: naskórek marszczył się, a ropa bywała wessana powoli. Blizny zwykle bywały nieznaczne. Czas trwania choroby wogóle się skracał. Autor przypisuje ten zbawienny wpływ ko-

kainy — własności zwiększania pobudliwości układu naczyniowego, przez co następuje szybsza przemiana materii w całym organizmie i w skórze.

Pisarzewski. O leczeniu czarnej krosty. Przeg. Lek. 592.

Autor w 25 przypadkach leczył czarną krostę wstrzykiwaniem $5\frac{0}{10}$ kwasu karbolowego. Wynik był zawsze pomyślny, usprawiedliwiając zdanie STRITZOWER'A że „wstrzykiwanie kwasu karbolowego są specyfikami dla czarnej krosty”. Czas potrzebny do wyleczenia t. j. do opadnięcia gorączki i początku linii demarkacyjnej krosty równa się średnio 3 — 4 dn. Wtedy autor używa stale $5\frac{0}{10}$ roztworu kwasu karbolowego, który wstrzykuje na granicy obrzęków podskórnie (nie w mięśnie) w ilości 3—5 szprycek na raz, kilka razy dziennie. Kiedy gorączka spada i obrzęki się zmniejszają, używa $3\frac{0}{10}$ kwasu. Ubocznego działania nie zauważono. W 99 przypadkach zebranych przez GRABOWSKIEGO (Gaz. Lek. N. 15) i 25 przypadkach autora nie było ani jednego zejścia śmiertelnego, tymczasem przy innych sposobach leczenia śmiertelność wynosi $17,7\frac{0}{10}$.

Serkowski. O leczeniu róży i tkanki podskórnej (phlegmone) wyskokiem bezwodnym, Przeg. Lek. 209.

W 3 przypadkach róży stosowano z dobrym skutkiem wcierania $90\frac{0}{10}$ spirytusu, w czwartym przypadku (u samego siebie) autor stosował moczenie w wyskoku palca, zajętego przez poczynające się phlegmone. Skutek również był pomyślny. Autor przypomina, że w czasach przedantyseptycznych, na I zjeździe lekarzy w Krakowie zalecano rany leczyć wyskokiem.

Pisarzewski. Przypadek błonicy powikłany różą. Przeg. Lek. 7.

Dwuletnia dziewczynka zapadła na błonicę gardzieli i krtani. Tymol, terpentyna, inhalacje antyseptyczne były bez skutku. Stan był tak ciężki, że autor nie chciał wykonywać tracheotomii. Wykonał ją jednak na żądanie rodziców. W 13 godzin po tracheotomii ciepłota ciała podniosła się do $41,4$, ale ogólny stan dziecka się polepszył. Przy zmianie opatrunku okazała się róża na klatce piersiowej. Miejscowo i ogólnie nastąpiła poprawa. Róża przeszedłszy na drugą stronę klatki piersiowej już się dalej nie szerzyła. 12-go dnia rurek wyjęto. Dziecko wyzdrowiało. Autor zaleca próby leczenia błonicy przez szczepienie róży.

Widmann. O zapaleniu płuc włóknikowem ze stanowiska klinicznego. (Krakowskie wydawnictwo rozpraw z zakresu medycyny praktycznej, Ser. I zes. 5).

Zamiarem autora było przedstawić rzecz ze stanowiska ściśle klinicznego. Dla tego też zupełnie pomija kwestyję pasorzytniczego

pochodzenia zapalenia płuc, ponieważ badacze nie są w zgodzie, który ze znalezionych przy tej chorobie pasorzytów jest właściwie chorobotwórczym. Zaznaczywszy wogóle ubóstwo naszych wiadomości co do etiologii zapalenia płuc, autor treściwie omawia anatomiję patologiczną i przechodzi do nader szczegółowo opracowanej symptomatologii (zwłaszcza badanie fizykalne). Obok zapalenia płuc pierwsotnego, autor zaznacza zapalenie płuc wtórne albo następowe, które się przyląca do innej choroby. Z powiększenia poświęcono słów kilka zapaleniu opłucnej, nieżytowi oskrzeli, i wśierdzia, zapaleniu opon mózgowych. Przy rozpoznawaniu autor zwraca uwagę na różniczkowanie od zapalenia opłucnej tyfusu, gruźlicy, jak również od zapalenia płuc występującego niekiedy przy influenzy.

Rokowaniu autor poświęca dużo miejsca, podając wiele uwag praktycznych.

W leczeniu autor ostro protestuje przeciwko upustom krwi, jak również przeciwko bańkom ciętym a w szczególności pijawkom. Powrót do stosowania tych środków u nas autor tłumaczy, „zwiększoną konkurencyją lekarską i skłanianiem się chętnem do życzeń chorej publiczności ze względów łatwo pojąć się dających”. Autor również jest bezwzględny przeciwnikiem antiflogozy, jak i antipyrezy. „Obniżeniem ciepłoty nie wyleczymy zapalenia płuc i nie wpłyniemy niczem na jego przebieg”. Głównem zadaniem lekarza ma być wśród „całego trwania choroby podtrzymania siły i odporności serca i to od jej początku aż do końca, a nawet po za tem, bo w stanie bezgorączkowym, który jeżeli nagle wystąpi, może się stać niebezpiecznym dla chorego.” Tego nie mogą zdziałać szablonowo stosowane leki, jak „napar ipeki z senegą, jako środek wykrztuśny, z dodatkiem naparstnicy dla zwolnienia tętna, z jednoczesnem podaniem morfiny dla uśmierzania kłócia i liq. amm. anis.—dla podtrzymania siły serca, a jeżeli kłócie nie ustaje—bańki i pijawki, prócz tego—chinina sama lub w połączeniu z antipyriną, antifebriną etc”.

Metoda autora jest następująca: na okolicę serca worek z lodem lub śniegiem położony na wilgotnym kompresie, także kompres zimny na stronę zajętą przez zapalenie. W razie bólu głowy kompres zimny na głowę. Z środków aptecznych *coffein. natrio-salicyl.* mniej więcej 0,15 kilka razy dziennie. Chorem rozdrażnionym antipyrinę po 0,5 lub bromek sodu 1,0—2,0. Przy kłóciu w boku zastrzyknięcie 1—2% kwasu karbolowego. Jako środek nasenny opium lub kode-

ina, a w obłędzie opilożym sulfonal. W pewnych razach autor zaleca kąpiel (24° R.) 2—3 minutową z zimnem polewaniem. W razie chwilowej niemocy serca radzi podskórne wstrzykiwania kofeiny. W okresie zdrowienia, obok innych środków odżywczych zaleca hemoglobinę.

Chłapowski. Teleologiczne znaczenie zmian patologicznych, występujących w gruźlicy i wynikające ztąd wskazówki leczenia jej. (Nowiny Lek. 123).

Chociaż hasłem dzisiejszej nauki jest oswobodzenie się od teleologicznych poglądów t. j. od przyznawania celowości naturze, to jednak w medycynie, według autora, poglądy te spotykamy na każdym kroku. Zwłaszcza bakteriologia przyczyniła się do rozwinięcia się tego kierunku. Walka organizmu z pasorzytami jest przykładem tej celowości w budowie organów, procesów fizjologicznych i zmian patologicznych. W zastosowaniu do gruźlicy widzimy, że organy oddechowe, przez które najczęściej zaraza gruźlicy się udziela, są zbudowane jakby w celach obrony organizmu (kręta droga w jamach nosowych, nabłonek migawkowy etc.). Kaszel służy do wyrzucania pasorzytów i mass zniszczonych. Nacieczenie drobnokomórkowe, fagocyty, komórki olbrzymie etc., to reakcja tkanek w celu zniszczenia i osłabienia zarazka. Dopóki więc nie mamy swobodnego leku przeciwko gruźlicy, winniśmy podierać i podsycać biologiczne funkcje komórek. Z tego punktu winniśmy patrzeć na dotychczasowe, nierzadko szczęśliwe, leczenie gruźlicy. (Klimatoterapija, kreozot etc.). Tuberkulina KOCH'A wywoływała żywą reakcję w otaczających tkankach. Ale reakcja czasem była za silną, organizm nie był w stanie czasem wyrzucić z siebie znekrotyzowanych części i laseczniczki rozprzaskały się po całym organizmie. Trzeba zatem było działać powoli, przeczekać reakcję, która miejscowo musiała zapewne dłużej trwać, niż reakcja ogólna. Jednym słowem autor zaleca nieczęsto powtarzać iniekcje tuberkuliny. Również ostrożność autor zaleca i przy chirurgicznych rękoczynach: jeżeli nie mamy pewności, że zdołamy całkowicie usunąć ognisko gruźlicze, lepiej jest go nie ruszać.

Chrząszczewski. Śmierć skutkiem ukąszenia muchy. Przegl. Lek. str. 201.

W krótkiej notatce podaje Ch. przypadek, dotyczący mężczyzny 40-letniego, u którego w 3 dni po ukąszeniu przez muchę wystąpił znaczny obrzęk powiek i lewego policzka wraz z lewą połową szyi aż do wyrostka sutkowego kęci skroniowej. Z jamy nosowej i z ust wydzielala się lepka ciecz o żółto-zielonawej barwie, ze szpary powiekowej ropa, gruczoły limfatyczne powiększone. Przy ciepłocie ciała $40^{\circ},2$ chory doznawał wielkiego pragnienia, wydzielal bardzo mało moczu, miał stolec zaparty i uporeczywe wymioty. Pomimo miejscowego stosowania kwasu karbolowego, przecięcia zropiałych

gruczołów, podania do wewnątrz salicylanu sodu, w 9 dni po ukąszeniu przez owad chory zakończył życie przy objawach porażenia serca.

W okolicach Russ-Moldawitz na Bukowinie, autor obserwował jeszcze 3 podobne przypadki, które zakończyły się pomyślnie. Nie zastanawiając się bliżej nad istotą tak poważnego cierpienia, autor przypisuje zakażenie przenoszeniu przez owady materij zakaźnych z rozkładającej się padliny.

Czajkowski. O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego nieżyty gardzieli i ich stosunku do tegoż cierpienia. Gaz. Lek. str. 360.

Nie zgadzając się z francuskimi autorami co do istnienia odmiany *angina rheumatica* ze względu na umiejscowienie, objawy i przebieg, autor zwraca uwagę na te przypadki ostrego samoistnego nieżyty gardzieli, które powikłane bywają przez ostry gościec stawowy i ostre nieżytowe zapalenie nerek. Przytaczając dwa tego rodzaju przypadki, Cz. sądzi, iż powikłania wyżej przytoczone nienależy przypisywać zbiegowi okoliczności, lecz że istnieje pomiędzy nimi pewien związek etjologiczny. Do wniosku takiego doprowadzają autora liczne spostrzeżenia różnych klinicystów, którzy obserwowali: gościec stawowy i mięśniowy w przebiegu lub po ostrym nieżycie gardzieli, oraz własne i MOJSIEJEW'A badania, które okazały, że przyczyną podobną przyczyną obu tych spraw jest *staphylococcus pyogenes*. W 6-ciu spostrzeżeniach, opisanych przez autora z jego własnej praktyki, w których przy ostrym nieżycie gardzieli wystąpiło zapalenie nerek, w osadzie moczowym barwiąc preparaty gencyjaną i metodą GRAM'A, oprócz niewielkiej ilości laseczników gnilnych wykryła znaczną ilość koków, które „układem i wielkością” miały przypominać *staphylococcus pyogenes*.

Na podstawie przytoczonych w swej pracy i wielu spostrzeżanych przez siebie w praktyce przypadków, dochodzi Cz. do przekonania, że przy dokładnem zbadaniu moczu chorego dotkniętego ostrym nieżytem gardzieli rzadziej objaśnić będziemy obrzmienie twarzy utrudnionym odpływem limfy wskutek obrzmienia gruczołów chłonnych. Być może nawet, że w przyszłości będziemy uważać ostry nieżyt gardzieli za miejscowy tylko odczyn ustroju na działanie drobnoustrojów chorobotwórczych, które dostawszy się do krwiobiegu, poważne zaburzenia w innych narządach wywołują.

Ciagliński K. W kwestyi zakażeń mieszanych. Gaz. Lek. ssr. 732.

Opis epidemii domowej, podczas której troje dzieci przebyło każde i odrę, i szkarlatynę niemal jednocześnie. Jedno w 9-tym dniu odry dostało szkarlatyny, drugie zaś w 5-tym i 6-tym dniu szkarlatyny zapadło na odrę.

C. Choroby narządów oddechowych.

Sprawozdawca

J. Zawadzki.

Józefowicz. Przyczynek do kazuistyki zapalenia włóknikowego oskrzeli. Gaz. Lek. 653.

Autor opisuje przypadek zapalenia oskrzeli włóknikowego w przebiegu gościec stawowego, powikłanego zwężeniem lewego ujścia żylnego i niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Przypadek dotyczył 19-letniego alumna seminaryjum, który poprzednio 4 lata temu przechodził ostry gościec stawowy. Autor został wezwany do chorego na trzeci dzień choroby i przy podniesionej ciepłocie znalazł gościec umiejscowiony w stawach kolanowych i biodrowych, oraz objawy *insuf. et sten. ostii ven. sin.* Szóstego dnia choroby tętno silnie osłabło, a wśród wysokiej gorączki i bólu w prawej połowie klatki piersiowej, tchawicy i gardła znaleziono z prawej strony od kąta łopatki do dołu stopień odgłosu opukowego, u kąta łopatki wdech zaostrozony, wydech oskrzelowy, poniżej na całej przestrzeni oddech zniesiony, przewodnictwo oddechowe wzmożone, z lewej strony pod łopatką odgłos opukowy bębniasty i rżenia wilgotne drobnopęcherzykowe, płwocina śluzoropna z domieszką żyłek krwi i drobnych zlepek włóknika. W nocy z 8-go na 9-ty dzień choroby obfity krwotok z płuc i nosa wraz z subiektywnem polepszeniem. 9-go dnia na miejscu stopienia odcień bębniasty, oddech zaostrozony, rżenia wilgotne drobnopęcherzykowe, z lewej strony oddech zaostrozony. We krwi wyrzuconej znaleziono liczne zlepki włóknika, rozgałęzione, ze zgrubieniami paciorkowatemi, niektóre zlepki miały kształt rurek, niektóre wreszcie twarde niejednostajnej grubości. Pod mikroskopem włóknik skrępiły, ciała ropne, nabłonek, czerwone ciała krwi. Następnego dnia również nieznaczny krwotok; na miejscu stopienia oddech zaostrozony. Wciagu dni następnych poprawa stopniowa, trwająca przez tydzień, poczem znów wystąpiła gorączka i po dwóch dniach krwotok z nosa z pojedynczemi zlepkami włóknika. Przy badaniu wzornikiem na dolnym brzegu muszli i przegrodzie nosa nalot biały, trudno usuwalny, przy częściowem zdejmowaniu nalotu krwawienie.

Oceniając powyższy przypadek, jako przyczyne zapalenia autor uważa wadę zastawkową z zaburzeniami w krążeniu, trudno mu jednak objaśnić tą drogą nawrót *rhinit. crouposae*, którą prędzej za samoistne uważać należy cierpienie (dla czego nie można by tego powiedzieć o *bronchitis crouposa? przyp. spraw.*). Co do spostrzeganych przez się objawów zgęszczenia miąższu płuc, autor skłania się ku

przypuszczeniu, iż objaśnić je można wylewem krwi do pęcherzyków płucnych, „a może i wysiękiem włóknika“.

Sokołowski. Kilka słów o działaniu kantarydynianu potasu (metoda Liebreich'a) w suchotach płucnokrtaniowych. Gaz. Lek., str. 339.

Fimum non nocere, jak mówi dewiza ojca medycyny, wzięł sobie autor za dewizę swej pracy, w której podaje wyniki stosowania kantarydynianu potasu u 6-ciu chorych szpitalnych w ciągu 6-ciu tygodni. Autor wstrzykiwał chorym po 0,0001—0,0002 grm. roztworu. Jeden przypadek, zakończony śmiercią w szpitalu, podany jest wraz z wynikami oględzin pośmiertnych. Aczkolwiek autor zastrzega się, iż krótkotrwałość stosowania metody nie pozwala mu odezwać się z zupełną stanowczością, nie jest jednak zbyt zachęcony dotychczasowymi wynikami stosowania środka. Przedewszystkiem zaznacza, iż w ogóle ustroj zawsze ma tendencję do wyrównania wielkich zaburzeń, *non nocere* więc jest pierwszą zasadą naszego postępowania. Wszelkie cechy szkodenia ustrojowi posiada właśnie środek LIEBREICH'A. Przedewszystkiem w przypadku zakończonym sekcją można było stwierdzić zapalenie nerek, jak wykazało badanie drobnowidzowe (*nephritis chronica diffusa exacerbata*); białka przed stosowaniem środka w moczu nie było; wystąpiło ono dopiero po 2-giej iniekcji; podobnież w innym przypadku wystąpił po stosowaniu środka obfity białkomocz. Ze względu, że nigdy przewidzieć nie możemy kiedy i w jakim stopniu podrażni on nerki, wobec problematycznych dodatkowych wyników środek raczej za szkodliwy niż pożyteczny uważać należy. Niezależnie od białkomoczu u chorych występuje niekiedy gorączka z odczynem podobnym do odczynu KOCH'A; objawy upadku ogólnego odżywiania, a w krtani szybki rozwój nacieczeń i obrzęku, które niekiedy ustępowały, niekiedy zaś pozostawały, pogarszając naturalnie sprawę miejscową. Podmiotowe polepszenia, w rodzaju zmniejszenia bólu (w 2-ch przypadkach), prędzej na karb sugestii położyć można. Tym sposobem wyniki stosowania metody LIEBREICH'A bynajmniej świetne nie są, autor jednak wyraża nadzieję, iż może liczniejsze spostrzeżenia innych badaczy zmienią jego zdanie.

Jaworski. O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego. Przegląd lekarski str. 193, 232 i 243.

Na wstępie autor zaznacza, iż mimo usiłowań uczonych, szukających środków swoistych dla leczenia gruźlicy, dobre żywienie i czyste powietrze zawsze stać winny na wybitnem miejscu. W wielu przypadkach tą drogą wyłącznie uzyskać można polepszenie lub nawet wyzdrowienie zupełne.

Autor przedewszystkiem zwraca uwagę, iż w dalszych okresach gruźlicy rozpad płuca wraz z wtórnem zakażeniem powoduje szybsze wyniszczenie ustroju. Płuco oczyszcza się od wtórnych drobnoustrojów ropnych jakie się w niem zagnieździły przez wykrztuszanie. Jeżeli zatem powierzchwnie wrzodziejącą wystawimy na działanie czy-

stego powietrza dajemy jej możność łatwiejszego zablźnienia. W naszej atmosferze pokojowej nie znajdujemy takiego powietrza, po nią zatem szukać jej musimy. Dążyli do tego starożytni, a w naszych czasach BREMER szeroki dał podkład klimatycznemu leczeniu suchot. Dziś główny nacisk kładzie się na dłuższe przebywanie chorego na wolnem powietrzu niż na ruch, który dawniej za pożyteczny uważano. Tak zw. permanente Freiluftcur weszło w użycie w Davos. Chorych czas dłuższy pozostawiają na wolnem powietrzu nawet przy gorączce 38.3° C., dopiero przy wyższej gorączce radzą choremu położyć się do łóżka. Prócz samego powietrza działa niewątpliwie i ogólne podniecenie chorego, wyrwanego z łóżka, z dusznego, nudnego i nużącego otoczenia; dajemy mu nadto na wolnem powietrzu owo nieodczuwalne i mało uchwytnie a jednak ważne dla podtrzymania napięcia tkanek wahania ciepłoty i prądy powietrzne, od których chory wysobniony jest w łóżku.

Nie należy jednak trzymać się szematu, dla niektórych chorych nie tylko dłuższy spoczynek na wolnem powietrzu, ale i przechadzki mogą mieć znaczenie, niekoniecznie trzeba tu gór i miejsc klimatycznych; ogród, las wystarczą. Przebywanie na powietrzu zaczynać należy stopniowo i stopniowo kierując się pogodą, zwiększać ilość godzin, w czasie których chorzy znajdują się na powietrzu. Naturalnie powietrze na wyżynach posiada wyższość niezaprzeczoną, gdyż tam jest ono czystsze a wilgotność powietrza, ciśnienie, zasłonięcie od wiatrów odgrywają też rolę nie małą.

W końcu autor zachęca do utworzenia w Zakopanem leczenia na wolnem powietrzu, tembardziej, że nakładów wielkich tego rodzaju kuracyja nie wymaga.

Barącz. Przypadki promienicy płuc i klatki piersiowej. Przeg. Lek. str. 313 i 326.

Przypadek dotyczył 45-letniego wieśniaka u którego choroba rozpoczęła się gorączką i bólem gardła, połączonym z obrzękiem szyi; od 4 tygodni obrzęk na klatce piersiowej. Chory miał częstą styczność z bydłem. Przy badaniu znaleziono w okolicy prawego mięśnia mostko-obojęzycznego obrzęk płaski, przechodzący na drugą stronę szyi, skórę zaczerwienioną, na szczycie opuchnienie wielkości orzecha włoskiego, z wyraźnem chelbotaniem. W środku przetoka. Na zewnątrz ropień nad obojęzkiem z przetokami, z których wypływa żółtawa ropa. Na przedniej części klatki piersiowej obrzęk twarzy od łuku jarzmowego do końca mostka i od jednej do drugiej brodawki. Wpółrodku ropień z przetoką, prowadzącą do obnażonego mostka. W płwocinie grudki promienicowe. W płucach stłumienie ztyłu od szczytu prawego do końca łopatk. Oddech oskrzelowy, zprzodu średnio pęcherzykowe rżenia, ztyłu nadto tarcie opłucnowe. Po krótkiej obserwacji autor przystąpił do operacji: wyskrobano kość zniszczoną, przecięto ropnie. W 6 dni śmierć. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: *Actinomyces pulmonis dextri*. *Induratio*

fibrosa lobi super. et med. pulm. dextri, oedema lobi inferioris. Cavernae actinomycosae lobi sup. d. Pleuritis adhaesiva pulm. d. l. sup. Fistula oesophagi in glandulas retrobronchiales et in pseudomembranas pleurae lateris dextri. Concretio cordis cum pericardio. Caries costarum I, II, III, IV, V lat. dextri. Abscessus actinomycotici fistulosi colli lateris dextri et sterni. Caries sterni. Cysticerci dispersi cerebri.

Autor kładzie nacisk na możliwość przejścia sprawy z gardzieli na płuca, co w danym razie odbyło się drogą przetoki, podnosi nadto wbrew ISRAEL'owi i PARTSCH'owi fakt umiejscowienia sprawy u szczytu, jak również względnie szybki przebieg choroby.

Hewelke. Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc. Kronika Lek. str. 72.

Ani ściśle farmakologiczne, ani chirurgiczne leczenie zgorzeli płuc dotąd nie dało wyników zupełnie zadowalniających, dla tego też autor w kilku przypadkach swej praktyki szpitalnej zdecydował się na wstrzykiwania śródmiaśzowe płynów przeciwgnilnych wprost do ogniska zgorzeliowego. Przypadków leczonych tą metodą było 4, z tych jeden zakończony śmiercią z powodu krwotoku płuconego i 3 pomyślnie. Do zastrzykiwań autor używał z początku mentolu (2 c. c. t. z. roztworu: *mentholi 2,0, ol. eucalypti glob. 3,0 aquae dest. 100,0*) następnie tymolu w roztworze wyskokowym 1:300 i 1:200. W ten sposób wprowadzał 0,006 grm. tymolu, co łącznie z płynem zawartym w jamie (autor podaje 20 — 30 cc.) daje stosunek działający jeszcze przeciwgnilnie. Wstrzykiwań dokonywał zapomocą strzykawki o zawartości 2,5 cc. z grubą igłą, 5 — 7 cm. długą. Igłę wkładał w miąższ płuca na miejscu zgorzeli. Po wstrzyknięciu u chorych występował napad kaszlu, niekiedy nader silny, jednocześnie zjawiało się obfite wykrztuszanie ze smakiem i zapachem wstrzykniętego płynu, niekiedy w płwocinie zjawiały się żyłki krwi. Wogóle chorzy dobrze znosili wstrzykiwania, dokonywane codziennie lub rzadziej. U jednego z chorych po 3 tygodniach, u drugiego po 6 zupełne wyleczenie. Ten wpływ zbawienny wstrzykiwań autor przypisuje nie tylko przeciwgnilnym własnościom wprowadzonych tą drogą płynów, ale i pobudzeniu do kaszlu i znacznemu opróżnianiu jamy zgorzeli, wreszcie przyspieszonemu tworzeniu się wkoło ogniska tkanki łącznej.

W drugiej części swej pracy autor zajmuje się kwestyją pochodzenia zgorzeli płuc, przytaczając dawniejsze poglądy, według których jedyną przyczyną zgorzeli jest zapalenie płuc (badania LAENNEC'A, HIRSCHFELD'A, ORTH'A i in.). Chcąc przekonać się o istotnym stanie rzeczy zsumował wszystkie protokoły sekcji w Prosektoryjum Uniw. Warsz. Na 2,359 oględzin pośmiertnych znalazł 50 przypadków zgorzeli płuc. Zmiany w okolicy ogniska prawie wyłącznie określono jako *pneumonia cachecticorum*, albo *pneumonia chronica*, a zaledwo w kilku *pneumonia lobaris acuta* przy współczesnym istnieniu ropnia nerki, wady serca lub *bronchitis purulenta* (autor wszystkie 50 przypadków zestawia w tablicy). Jednocześnie na tę samą liczbę sekcji

było 146 przypadków zapalenia płuc włóknikowego bez zejścia w zgorzel. Wobec tego i badań bakteriologicznych, które wykazały, iż przyczyną jest gronkowiec ropny żółty i biały (BONOME) autor jest zdania, iż zapalenie płuc nie odgrywa w etiologii roli wybitnej, przeciwnie jest ono tylko przypadkowym i w związku bezpośrednim nie stoi; zgorzel jest nową infekcją gronkowcami wprowadzonymi bądź przez oddechanie, bądź inną drogą do ustroju; chore płuco daje im dogodne podłoże do rozwoju.

Bojaśński. O potach w gruźlicy płucnej. Medycyna str. 68.

Autor zwraca uwagę na poty suchotników i szuka dla nich wyjaśnienia. Zaznacza przede wszystkim, iż są one stałym objawem przy gruźlicy płuc, ale przyczyny ich nie można szukać ani w wysiłkach cielesnych, ani w krytycznym spadku ciepłoty, ani w zatrzymaniu moczu, ani w zmianach w krążeniu, ani wreszcie w samym wycieńczeniu chorego, lecz należy odnieść do zaburzeń w unierwieniu skóry pod wpływem swoistych produktów życia lasecznika. Tą drogą ustroj uwalnia się od tych produktów trujących, gdyż, prawdopodobnie, nerki i płuca nie wystarczają pod tym względem; badanie moczu i potu w rozmaitych okresach gruźlicy może to wykazać. W myśl swego przypuszczenia autor mniema, iż zatrzymywanie potów przez wytworzenie w ustroju t. z. *etat bactéricide* może być racjonalną metodą leczenia; toż dotyczy wstrzykiwań pod skórę produktów życia bakterij np. płynu KOCH'A; zwłaszcza po potach nagromadzenie naturalne lub sztuczne w ustroju produktów laseczników działa nań zabójczo.

Pohorecki. O wpływie kali telluricum na poty. Przegl. lek. str. 580.

Autor, zachęcony badaniem E. NEUSSER'A, rozpoczął stosować środek w oddziale prof. Pareńskiego i na zasadzie 50 spostrzeżeń doszedł do przytoczonych wniosków, podając dawkę 0,01 *pro dosi* 0,05 *pro die* i dochodząc 0,00,06 *pro die*.

Przy posuniętej gruźlicy płuc potrzeba było stosować najwyższe dawki do 0,05—0,06 *pro die*, jeżeli poty występowały tylko w nocy, połowa tej dawki wystarczała przy kilkakrotnych potach w ciągu dnia; szczególnie nad ranem, używać trzeba było dawek większych. Na stan ogólny nie miały wpływu nawet dawki 0,04, dopiero przy dawkach 0,06 występował brak łaknienia, odbijania, a w jednym przypadku senność. W mniej posuniętych stanach wystarczały mniejsze dawki, a najwzdzięczniejszymi są początkowe okresy, gdzie 0,02 wystarczało do usunięcia potów. Przyzwyczajania do środka autor nie zauważył. W nielicznych przypadkach środek nie działał zupełnie. U ludzi zdrowych, skłonnych do potów środek znosił nadmierne wydzielanie. Stronę ujemną kali telluricum stanowi woń, zbliżona do czosnku, woni tej chorzy nie czują, tylko ich otoczenie; utrzymuje się ona jeszcze przez 6—7 dni po odstawieniu środka.

Baranowski. Sprawozdanie ze spostrzeżeń, czynionych w Warszawie nad leczeniem chorych gruźliczych płynem Koch'a. Uwagi ogólne o leczeniu gruźlicy metodą prof. Koch'a ze szczególnem uwzględnieniem suchot płucnych. Pam. Tow. Lek. Z. I.

Materiału do uwag ogólnych dostarczyło 50 obserwacji, dokonanych przez autora wspólnie z licznymi lekarzami warszawskimi w szpitalach miejscowych, a chociaż materiał to względnie znaczny i czas obserwacji 8-miu dochodził tygodni, już na wstępie prof. B. zaleca oględność w formułowaniu ostatecznych wniosków. Materiał obserwacyjny daje się podzielić jak następuje: 8 przypadków rozpoznawczych, 16 wilków, 6 cierpień stawowo-kostnych, 1 blizna gruźlicza i 19—krztaniowo-płucnych. Jako pierwszy najogólniejszy wniosek, wynikający z doświadczeń nad wilkiem autor podaje, iż płyn Koch'a (dziś tuberkuliną zwany) działa specyficznie na tkankę gruźliczą i ma do niej silne powinowactwo, tembardziej zaś utwierdza się przy tym wniosku, iż wstrzykiwanie płynu przy *acne rosacea*, *tuberculum syphiliticum* daje wynik ujemny. Dawkowanie jednak płynu dla wywołania odczynu natrafia na trudności, indywidualność gra tu wielką rolę i chorzy rozmaicie oddziałują na tuberkulinę. U jednych 1 mlgrm. wystarcza do wywołania odczynu miejscowego, innym w tym celu 4-ry razy większe dawki nie wystarczają. Fakt to tem donioślejszy, iż należy brać zawsze pod uwagę stan ogólny chorych i stan narządów wewnętrznych, inaczej możemy wywołać wiele niepożądane a groźne objawy. Swoistości płynu na tkankę gruźliczą prócz przypadków wilka dowodzą przypadki chirurgiczne cierpień stawów, kości i t. p., a nawet niekiedy przy gruźlicy wewnętrznej udaje się przy pomocy badań fizykalnych stwierdzić swoistość tuberkuliny. Dla autora nie pozostawia ona żadnych wątpliwości, tem bardziej, iż dowodzą tego oględziny postmortem w 3 przypadkach i badania krtań u niektórych chorych za życia.

Prócz odczynu miejscowego przy stosowaniu środka widzimy i odczyn ogólny. Formułka, podana w tym względzie, wobec naszych badań, ostać się nie może. Byli chorzy, niewątpliwie dotknięci gruźlicą którzy nie oddziaływali na tuberkulinę, (na zdrowych badań nie prowadzono) byli i tacy, którzy po 1 mlgrm. umierali. Dla tego też opierać się na odczynie ogólnym nie można z taką stanowczością jak na odczynie miejscowym i ztąd dyagnostyczna wartość odczynu ogólnego nie może być tak wielką, jak to Koch podaje. Brak odczynu ogólnego gruźlicy nie wyklucza.

Dawki w początkach autor radzi podawać małe, następnie zaś kierować się przy podnoszeniu zarówno ogólnym stanem chorego jak i odczynem miejscowym.

Nie zgadza się dalej autor na pogląd Koch'a, iż tuberkulina czyni ustrój odpornym na laseczniki swoiste; ze swych obserwacji wniosku tego wyprowadzić nie mógł.

W końcu autor podaje przeciwskazania i wskazania do leczenia tuberkuliną. Rozległe zmiany w płucach, zwłaszcza powikłane gruźlicą krtań i kiszek, nie nadają się do leczenia, natomiast pierwsze okresy

suchot, mały nieżyt wierzchołkowy, nieznaczne lub niezbyt rozrzucone zmiany w krtani, świeże zapalenia opłucnej, (nawet w razie obecności jam, komunikujących z oskrzelami) mogą być leczone tuberkuliną.

Dunin i Dąbrowski. Badanie histologiczne płuc w jednym przypadku, leczonym metodą Koch'a. Pam. Tow. Lek. Z. 1 str. 97.

Treść pracy tej podaną jest już w dziale Anatomii patologicznej (str. 12), według oryginału umieszczonego w Gazecie Lekarskiej na str. 439.

Korczyński i Adamkiewicz. Kilka uwag tymczasowych o sposobie w jaki zdrowi i podejrzani o gruźlicę płuc oddziaływają na środek Koch'a. Przegląd Lekarski str. 18.

Autorzy przedewszystkiem zaznaczają konieczność zbadania działania środka KOCH'A na ludziach zdrowych, *resp.* poznania jego działania fizyologicznego. W tym celu wykonali cały szereg doświadczeń, których ilościowo robili nie wiele, starając się za to każdy przypadek obserwować wszechstronnie. U osobników, u których stanowczo wykluczono zbroczenia w płucach, po małych dawkach (0.001—0,004) autorzy widzieli powiększenie śledziony, występujące niekiedy nader szybko, ciepłota niekiedy podnosiła się nad stan prawidłowy, tętno i oddech ulegały przyspieszeniu. Z objawów miejscowych w płucach w 1 przypadku było obostrzenie nieżyty, niekiedy również występował wyprysk wargowy, biegunka, bóle głowy. Ciężar ciała w przypadkach obserwowanych obniżał się nawet bez wystąpienia gorączki. Większe dawki (0,02—0,04) wywołują już wyraźny odczyn gorączkowy, połączony z dreszczami, bólem głowy, zmniejszeniem ogólnym, dusznością, przyspieszeniem tętna i oddechów, uczuciem ciężaru w piersiach, bolesnością w podżebrzu, pobudzeniem do kaszlu, i t. p. Objawy te trwać mogą do 42 godzin, poczem szybko ustępują. Z innych objawów zauważono powiększenie śledziony i bolesność jej na ucisk, powiększenie wątroby we wszystkich wymiarach, połączone z bolesnością oraz zmniejszenie ciężaru ciała. W drugiej seryi doświadczeń autorzy przytaczają badania nad wpływem tuberkuliny na ludzi ze zgęszczeniami u szczytów, bez możliwości jednak wykazania laseczników i bez gorączki. Doświadczeń było 2. W tych przypadkach autorzy nie mogli dojść do wyników pozytywnych.

Korczyński. O zmianach przelotnych jakie powstać mogą w płucach osób niegruźliczych pod wpływem płynu Koch'a. Przegląd Lekarski 33.

U jednej z chorych w doświadczeniach, dokonanych razem z prof. ADAMKIEWICZEM, autor zauważył zaostrzenie wdechu podczas odczynu, u drugiej wzmoczenie objawów nieżyty oskrzeli; fakty te mógł stwierdzić i na innych chorych. U jednej np. histeryczki zauważono obok innych objawów odczynu zaostrzenie wdechu na całej przestrzeni klatki piersiowej, w drugim przypadku z *arthr. gonorrh.* po 4 in-

jekecy 0,006, grm. obok podniesienia się ciepłoty do 39.4°C. , zauważono stłumienie odgłosu opukowego wraz z zaostreniem wdechu, które trwało dni kilka; jednocześnie ilość chlorków w moczu zmniejszała się. U innego chorego stwierdzono stłumienie i osłabienie oddechu bez rzężeń, jednocześnie ilość chlorków zmniejszała się w moczu. Również u chorych z nieżytem oskrzeli występowały przelotne zagęszczenia w płucach mimo braku odczynu (po 0,006 — 0,02 grm.) ilość chlorków w moczu może nie być zmniejszoną, a stan ogólny bywa bez zmiany.

Korczyński. Wyniki dotychczasowych doświadczeń nad działaniem szczepianki Koch'a na płuca chorych, dotkniętych gruźlicą płuc. Przegl. Lek. str. 61.

Autor w niniejszej pracy zestawia dane, dotyczące suchotników, którym wstrzykiwano tuberkulinę, u wszystkich chorych znajdowano w płwocinie laseczniki, a po zastosowaniu środka zauważyć się dawały zmiany odczynowe w płucach, znacznie słabsze od zmian u osób zdrowych. Przy opukiwaniu można zauważyć znaczniejsze, niż przedtem stłumienie a poniżej dawnego stłumienia odgłos bębnekowy; w częściach przybrzeżnych płuc częstokroć występował wtedy odgłos bębnekowy wysoki. Niezależnie od tego autor widział obniżenie granic płuc, a w miejscach odległych od ognisk gruźliczych występowały niekiedy bądź stłumienia odgłosu opukowego, bądź też odgłos bębnekowy. Z tego wynika, iż zmiany polegają na zniszczeniu miększego płuc, chwilowem rozdęciu oraz na zęszczeniu w miejscach odległych od ognisk. Zmiany te trwają krótko i występują u suchotników przy małych dawkach. Przy wysłuchiwanie, współcześnie z odgłosem opukowym bębnekowym występuje osłabienie szmeru oddechowego, które trwa krócej lub dłużej, dopiero jednak po 2—3 dniach wraca do stanu prawidłowego. W tych warunkach występuje niekiedy trzeszczenie wdechowe, przy przytłumieniu odgłosu opukowego oddech zaostreny, niekiedy trzeszczenia; jeśli te ostatnie istniały, natężenie ich wzrasta; nie bywa to jednak zawsze, owszem niekiedy żadnych zmian wysłuchowych nie możemy zauważyć i przy stłumieniu odgłosu opukowego tam, gdzie dawniej był jasny, występuje niekiedy wydech oskrzelowy lub wdech i wydech oskrzelowy, z drobnymi rzęzeniami lub bez nich. Tam, gdzie uprzednio były zagęszczenia lub jamy, objawy wysłuchowe mogą być natężone lub zmniejszone, tam zaś, gdzie żadnych zmian wypukowych niema możemy znaleźć niekiedy drobne rzęzenia.

Autor obok tych zmian spostrzegał objawy suchego zapalenia osierdzia i opłucny. Natężenie zapalenia tej ostatniej dojść może do wypociny, co nie stoi w związku ścisłym z odczynem gorączkowym, najczęściej jednak wogóle zmiany odczynowe w płucach występują po większych dawkach. Zmiany te występują w 20 — 28-miu godzin po wstrzyknięciu i trwają dni kilka.—Dalszy przebieg zagęszczeń odczynowych w płucach może być rozmaity: w późniejszych okresach powstają jamy świeże, we wcześniejszych również jamy tworzyć się mogą.

W najwcześniejszych jednak okresach małe dawki zazwyczaj nie wywołują zmian trwalszych, owszem ilość rzężeń może zmaleć a płwocina staje się mniej obfita. Zaznacza nadto autor, iż widział zwiększenie wątroby i śledziony, podrażnienie otrzewny, nerek i błony śluzowej przewodu pokarmowego. W końcu autor dodaje, iż ilość wstrzykiwanego płynu nie powinna przenosić 0,01—0,015 i że nowe stosowanie leku dopiero wtedy może nastąpić, gdy zupełnie znikły objawy miejscowego odczynu w płucach. Od oczyszczenia tuberkuliny ze związków nieswoistych oczekuje autor lepszych wyników.

Strojnowski.—Jeszcze w sprawie leczenia zapaleń opłucnej zapomoca przetworów salicylowych. Now. Lek. str. 64.

Artykuł niniejszy zawiera polemikę autora z Wł. BIEGAŃSKIM co do zapaleń opłucnej i ich leczenia. Autor jest zdania, iż prócz podobieństwa opłucnej pod względem budowy histologicznej do stawów, nie przemawia za podobieństwem zapalenia opłucnej do gośćca, tembardziej że przebieg kliniczny obu tych chorób różni się znacznie. Stwierdzenia podobieństwa tych chorób oczekiwać możemy dopiero po wykryciu swoistych zarazków. Skuteczność salicylatów żadną miarą nie może dowodzić podobieństwa tych chorób, gdyż w zapaleniu opłucnej środki te działają mogą zupełnie inaczej.

D. Choroby serca, naczyń i nerek.

Sprawozdawca

Wł. Bruner.

Dąbrowski W. O nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej. Gazeta Lekarska 1891, Nr. 49, 50, 51.

Niektórzy klinicyści, np. BAMBERGER, nie uznają zupełnie nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej, inni zaś niedokładnie przedstawiają przyczyny i sposób powstawania tej wady, jako też jej częstotść. Nieorganiczna niedostateczność zdarza się: 1) przy rozszerzeniu serca, spowodowanem przeszkodą w krążeniu krwi (zwężenie aorty, zapalenie nerek); 2) przy rozszerzeniu, spowodowanem „grubemi” zmianami w mięszu serca; 3) przy różnych nerwowych cierpieniach (*hysteria, chorea*); 4) w chorobach gorączkowych. W trzech spostrzeganych i opisanych przypadkach (*emphysema pulm. insuff. valv. bicuspid*) wady zastawki były nieorganiczne, gdyż objawy chorobowe kolejno znikwały i pojawiały się. Powiększony wymiar poprzeczny

serca zmniejszał się, znikają wyraźne szmery, by się powtórzyć przy pogorszeniu stanu chorego. Sekcja w dwu śmiertelnych przypadkach wykazała brak jakiegokolwiek zmian na zastawce dwudzielnej, prawidłową wielkość ujścia żylnego lewego i powiększenie serca w wymiarze poprzecznym.

Autor zbija przypuszczenie, iż niedostateczność nieorganiczna powstaje wskutek rozszerzenia ujścia żylnego przez rozciągnięcie otaczającego je pierścienia włóknistego. W doświadczeniach wykonanych przezeń na trupie tylko bardzo wysokie ciśnienie wody powodowało rozchodzenie się brzegów zastawek. Następnie, niemożliwość istnienia niedostateczności zastawki nie da się pogodzić z istnieniem stałego rozciągnięcia pierścienia włóknistego; badanie pośmiertne rzeczywiście wykazuje brak rozszerzenia ujścia. Klinika daje wskazówki, że niedostateczność nieorganiczna występuje przy jednoczesnym obrazie niedoskurczu serca, zaburzeń kompensacji, znaczne zaś rozszerzenie serca może już jako takie stworzyć niedostateczność przez rozciągnięcie podstaw przyczepu *mm. papillares* i oddalenie przyczepu nici ściągających od powierzchni ujścia; jeżeli się przyłączy niedostateczny skurcz serca, wtedy żagle zastawki nie mogą zbliżyć się do siebie należycie. Jednym słowem, przyczyną tej wady jest niedoskurcz i następne rozszerzenie serca. Proponuje tedy autor dawne „*insufficiencia relativa*“ zastąpić przez termin „*insuff. functionalis*“, co więcej wskazuje na sposób powstawania tej wady.

Biegański. O stwardnieniu tętnic. (Krakowskie wydawnictwo rozpraw z zakresu medycyny praktycznej).

Praca podzielona na pięć wykładów. W wykładzie pierwszym autor zwraca uwagę, że stwardnienie tętnic, jako choroba ogólnego obiegu krwi, jest stosunkowo mało znaną lekarzom praktykom. Niemiecka literatura tego przedmiotu jest bardzo szczupła. Więcej danych w tym przedmiocie spotykamy w literaturze francuskiej. Prace HUCHARD'A, GRASSET'A i innych, jakkolwiek może nieco krańcowe, są jednak wybornym przyczynkiem do nauki o stwardnieniu tętnic, to też autor głównie opiera się na tych pracach, posilując się dość obszernym materiałem swoich spostrzeżeń szpitalnych. Anatomopatologicznie wyróżnia ściśle dwie postacie stwardnienia tętnic: jedną, zachodzącą w dużych tętnicach, gdzie przeważa sprawa zwyrodnienia tłuszczowego i zwapnienia; drugą, zachodzącą w małych tętniczkach, gdzie nie ma zwyrodnienia tłuszczowego, ani zwapnienia, lecz znajdujemy właściwe stwardnienie t. z. łącznotkankowe zwyrodnienie (*degeneratio fibrosa*). Obie te sprawy, jakkolwiek anatomicznie bardzo różne wzajemnie się dopełniają i stanowią różne fazy jednego i tego samego procesu. Jako główny moment przyczynowy stwardnienia tętnic uważa wiek schyłkowy. Wpływu płci nie przyznaje wcale i wielki nacisk kładzie na wysiłki fizyczne i moralne. Zatruciom wyskokiem, ołowiem, skażeniom krwi mocznicowym przyznaje tylko względne znaczenie w etiologii tej sprawy. W końcu pierwszego wykładu następuje roz-

biór teoryj patogenetycznych tej sprawy. Przedewszystkiem rozbiera teorię tak zwaną chemiczną, która zmiany w naczyniach objaśnia zmienionym składem krwi. Podstawy tej teoryi, zdaniem autora, są bardzo słabe i nie wytrzymują ściślejszej krytyki. Następnie zwraca się autor do teoryi mechanicznej, bronionej przez ROKITANSKY'EGO i TRAUBE'GO, a w nowszym czasie przez THOMA. Na zasadzie tej teoryi, stwardnienie tętnic powstaje wskutek częstych zmian w parciu krwi, zawartej w tętnicach. Teoryja ta ma za sobą liczne dowody anatomopatologiczne, nie jest jednak w stanie wytłumaczyć wielu spostrzeganych zjawisk. Dlatego autor sądzi, że teoryja ta musi być dopelnioną przez przypuszczenie istnienia pewnych właściwości tkanek, które odpowiadają zwyrodnieniem na insulcie. Tym sposobem stwardnienie tętnic da się sprowadzić do dwóch głównych patogenetycznych momentów: 1) mechanicznych zaburzeń w obiegu krwi i 2) właściwego zaburzenia żywotności tkanek, spotykanych stale w wieku starczym. Trzecia teoryja MARTIN'A sprowadza całą rzecz na troficzne nerwowe zaburzenia.

W wykładzie drugim autor przechodzi do klinicznego obrazu ogólnego stwardnienia tętnic. Rozbiera wszystkie spotykane objawy i jako najgłośniejsze i najstalsze uważa: zaostrzenie drugiego tonu aorty i przerost serca (lewej komórki). W dalszym przebiegu choroby, jako pierwsze zjawisko zaburzeń wyrównania, występuje dusznica sercowa (*asthma cardiacum*), objawy której i sposób powstawania obszerniej opisuje. Po krótkiej wzmiance o obrzękach i końcowym okresie choroby, autor przechodzi do stwardnienia umiejscowionego na zastawkach. Stwardnienie wsierdzia autor uważa za sprawę identyczną ze stwardnieniem tętnic. Wskutek tego stwardnienia powstają wady zastawkowe serca, wklajające tak często stwardnienie tętnic. Następnie autor rozbiera pod względem klinicznym na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków, niedomykalność zastawki dwudzielnej i zastawek aorty, organiczne i względne, spotykane w przebiegu ogólnego stwardnienia tętnic.

W wykładzie trzecim autor rozbiera stwardnienie tętnic wieńcowych serca. W krótkim zarysie anatomicznych następstw tej sprawy, mówi o zwyrodnieniu mięśnia sercowego, ostrem i przewlekłym, i objawach tegoż. Do objawów stwardnienia tętnic wieńcowych autor zalicza i dusznicę bolesną który to objaw autor szczegółowo rozbiera, na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków. Rozpoznanie różniczkowe dusznicy bolesnej nerwowej od organicznej, oraz uwagi anatomiczne i kliniczne o pęknięciu serca i nagłej śmierci kończą ustęp o stwardnieniu tętnic wieńcowych. Drugą część tegoż wykładu stanowi rzecz o stwardnieniu tętnic nerkowych. Autor anatomicznie ściśle wyróżnia t. z. marskość nerek od śródmiąższowego zapalenia. Sprawę pierwszą uważa za wyraz, za następstwo ogólnej sprawy stwardnienia tętnic i stara się uzasadnić ten pogląd na zasadzie kilku spostrzeganych przez siebie przypadków. Przyznaje jednak, że trudno niekiedy przeprowadzić różniczkowanie pomiędzy dwoma temi

sprawami, gdyż objawy kliniczne są w większości przypadków rażąco podobne.

W wykładzie czwartym przechodzi autor do stwardnienia tętnic mózgowych. Mówi o przechodniej niemocie, przechodnich porażeniach, zawrotach głowy i t. p., jako głównych objawach rozwijającego się skrycie stwardnienia tętnic mózgowych. Wskazuje na krwotoczne zapalenia opony twardej, jako na sprawę znajdującą się w pewnej zależności przyczynowej od stwardnienia tętnic i w końcu w krótkim zarysie przedstawia zmiany w czynności psychicznej, jakie spotykamy przy stwardnieniu tętnic mózgowych. W opisie stwardnienia tętnic rdzeniowych, autor przytacza spostrzegany przez siebie objaw właściwego niezupełnego porażenia dolnych kończyn, który objaśnia nie zmianami w rdzeniu, lecz zmianami w tętniczkach odżywczych mięśni kończyn dolnych. Następnie autor przechodzi do opisu marskości wątroby, jaką spotykał w przypadkach ogólnej arteryjasklerozy. Marskość tę opisuje w postaci bardzo podobnej do prawdziwej marskości zanikowej LAENNEC'A. W końcu autor zwraca uwagę na tę właściwość osobników ze stwardnieniem tętnic, że często u nich każda zapalna sprawa przechodzi w stwardnienie.

W wykładzie piątym autor przechodzi do rokowania i leczenia stwardnienia tętnic. W leczeniu mówi o leczeniu jodowem, o leczeniu odtłuszczającym i innych sposobach zapobiegawczych. Leczeniu jodowemu nie nadaje zbyt wielkiego znaczenia, przyznaje mu zaledwie pewną ograniczoną skuteczność przy stwardnieniu tętnic wieńcowych. Przy opisie symptomatycznego leczenia, pierwszeństwo oddaje naparstnicy, zaleca ostrożny sposób jej podawania z przestankami. Po naparstnicy na pierwszym miejscu stawia *adonis vernalis*; innym środkiem nie przyznaje wielkiego znaczenia. Przy obrzękach radzi stosować kalomel. W leczeniu stenocardii stosuje *nitroglicerynę*, *amylum nitrosum*, a w leczeniu dusznicy sercowej morfinę na przemian ze środkami wzmacniającymi czynność serca.

B r o n o w s k i. Kilka myśli dotyczących leczenia tętniaków aorty. Medycyna, Nr. 51.

Autor w swej pracy zwraca uwagę, że często zaburzenia przy tętniakach aorty wstępującej i łuku jej wywołane są nie tylko przeszkodą w krążeniu, jaką przedstawia tętniak, ale i ciśnieniem ostatniego na nerwowe aparaty serca i jego okolic. Nadto, przy usuwaniu przeszkody w krążeniu za pomocą zwiększonej pracy serca i podniesionego ciśnienia w naczyniach, często jeszcze więcej zwiększamy worek tętniakowy, co według autora jest nieracjonalnem, gdyż przedewszystkiem trzeba się starać o zmniejszenie worka tętniakowego do *minimum*, zarówno jak i średniej amplitudy wahań ciśnienia krwi w nim, aby ciśnienie worka na nerwowe aparaty było jak najmniejsze. Dla potwierdzenia swej myśli, autor przytacza doświadczenia LEWASZOW'A, z których wynika, że za pomocą sztucznego podnoszenia ciśnienia w aorcie można było wytworzyć sztuczny tętniak, a tembardziej można

powiększyć już egzystujący. Dlatego też autor radzi podawać przy tętniakach aorty nie naparstnicę, lecz *trastrophanti*, a to dlatego, że ostatnia (jak wykazano) nie zmniejsza na tyle światła naczyń drobnych i nie podnosi tak ciśnienia wewnątrz naczyńowego, jak naparstnica, na sam zaś mięsień sercowy działa, zarówno jak naparstnica, wybornie. Dalej autor opisuje przypadek tętniaka łuku aorty, gdzie stosowano z dobrym skutkiem wdechanie tlenu, co zmniejsza potrzebę energicznych wdechów i wydechów, a zatem, w myśl autora, zmniejsza i średnią amplitudę wahań ciśnienia krwi w tętniaku.

B i e r n a c k i. Spostrzeżenia nad trawieniem żołądkowym w zapaleniu nerek. Przegląd Lekarski Nr. 1—4, 1891.

Mając na względzie brak danych o zmianach mechanizmu i chemizmu żołądkowego w cierpieniach nerek, autor przedsięwziął badanie w tym kierunku. Obserwacje zostały przeprowadzone w 25-ciu przypadkach czystych form zapalenia nerek, bez szczególnych zaburzeń sercowych i płucnych i bez gorączki. Przypadki należały głównie do tego okresu chronicznego miąższowego zapalenia nerek, gdzie oliguryja i obrzęki zjawiały się po raz pierwszy na 1 — 3 tygodni przed wstąpieniem chorego do kliniki; większość chorych była w wieku 25—40 lat. Trawienie żołądkowe obserwowano dopóty, póki obrzęki i białko w moczu nie znikło, lub też obrzęki zniknęły, a białko wydzielalo się dalej, jako dowód dalszego istnienia cierpienia. Kilka razy udało się autorowi badać przewlekłe formy miąższowego zapalenia nerek w okresie, kiedy oliguryja i obrzęki nie istniały już od pewnego czasu. Przy leczeniu chorych nerkowych unikano środków i metod, mogących wpływać ujemnie na trawienie żołądkowe.

Badanie trawienia autor wykonywał przy różnego rodzaju próbnym śniadaniach: EWALD'A, JAWORSKIEGO i GLUZIŃSKIEGO, KLEMPERER'A etc. Okazało się, że sprawność wydzielnicza żołądka przy zapaleniu nerek jest osłabiona: ilość kwasu solnego w przesączu (określona metodą Sjöqvist'A) jest zmniejszona, znacznie lub słabiej, niekiedy brak HCl zupełny. Często ilość HCl po śniadaniu EWALD'A nie przewyższała 0,02%—0,04%; ilość pepsyny i fermentu sernikowego jest również zmniejszoną. Mimo to kwasu mlecznego nie można było wykryć odczynnikami UFFELMANN'A w ilości zwiększonej.

W obecności obrzęków i oliguryi zmniejszenie ilości HCl jest znaczniejsze, niż przy obfitem wydzieleniu moczu i po zniknięciu obrzęków—naturalnie u jednego i tego samego chorego. Im większe są obrzęki, im mniejsza ilość moczu i funkcyja nerek słabsza, im więcej wydziela się białka, tem znaczniej ilość HCl w treści żołądkowej jest zmniejszona. Wskutek tych wpływów w ciężkich przypadkach zapalenia nerek, kwasu solnego w okresie obrzęków wogóle nie ma zupełnie, w lżejszych znajduje się HCl w pewnej, acz zmniejszonej ilości. Mocznica silnie zmniejsza wydzielenie HCl w żołądku.

Mimo te zmiany wydzielnicze, autor nie widywał u nerkowych chorych silnie wyrażonego niedowładu żołądkowego, a przeciwnie, czę-

sto konstatował wzmożenie czynności ruchowej żołądka, tak, że w godzinę po śniadaniu próbnem EWALD'A z żołądka nie prawie wydobyć nie można było i płyn przemywający pozostawał prawie czystym. Wzmocnieniem mechanicznej siły żołądka objaśnić można według autora fakt uderzający, że większość badanych chorych nie przedstawiała najmniejszych przedmiotowych objawów ze strony żołądka, mimo nieraz braku lub małej, zawartości kwasu solnego w przesączu. Przyspieszonym wydalaniem do kiszki ubogiej w kwas solny treści żołądkowej objaśnia się również fakt, że przesącz nie zawierał dużo kwasu mlecznego, czyli że fermentacje żołądkowe nie były wzmożone.

Oslabienie sekrecji żołądkowej podczas oligurii i obrzęków zależy według wszelkiego prawdopodobieństwa od pogłębiającego działania nagromadzonych w organizmie produktów przemiany materii na nabłonek gruczołowy w żołądku; im dłużej trwa *nephritis*, tem więcej mamy prawo przypuszczać, że osłabienie czynności wydzielniczej polega na namacalnych zmianach anatomopatologicznych w żołądku. Prawdopodobnie wreszcie zmiany krwi same przez się uczestniczą bezpośrednio w zaburzeniach czynności wydzielniczej żołądka w zapaleniu nerek.

Zawisza. Kilka uwag z powodu spostrzeganych 3-ch przypadków tak zwanej wodnej puchliny nerek przepuszczającej. Medycyna, str. 1 i 17.

Historie choroby 3-ch przypadków, rozpoznanych przez autora jako wodna puchlina nerek przepuszczająca. Cierpienie to, warunkowane czasowem zatkanie moczwodów, zdarza się rzadko; najwięcej okoliczności, sprzyjających jego powstawaniu, znajduje się przy nerce wędrującej, gdyż wskutek zmiany jej położenia, łatwo przyjść może do czasowego zgięcia, skręcenia lub uciśnięcia moczwodu. Wobec faktu, że przy częstoci przypadków nerki wędrującej, cierpienie powyższe zdarza się jednak rzadko, autor przypuszcza, że przy obecności jego nieprawidłowemu umocowaniu nerki towarzyszy i nieprawidłowe wrodzone osadzenie moczwodu w miedniczce. Zależność występowania napadów bólów od spożycia pokarmów trudnych i oduymających, jest zupełnie jasną wobec stosunku, w jakim pozostają do nerek kiszki wstępująca, zstępująca i dwunastnica.

E. Choroby narządów trawienia.

Sprawozdawca

Wł. Bruner.

Buzdygani Gluziński. Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrwistości, a szczególnie w blednicy, oraz kilka uwag leczniczych. Przegl. Lek. str. 433.

Doświadczenia autorów opierają się na 14-tu przypadkach, badanych codziennie w ciągu 1—5 miesięcy. Do badania używali metody, podanej przez JAWORSKIEGO-GLUZIŃSKIEGO. Wyniki otrzymali następujące:

W przypadku ostrej niedokrwistości z powodu krwotoku z polipa macicy trawienie zachowywało się zupełnie prawidłowo; w przypadku zaś przewlekłego krwawienia przez lat kilka z guzów krwawnicowych kwas solny rzadko wykazać się dawał i mechanizm też był upośledzony. W przypadku charłactwa zimniczego przez cały czas obserwacji 2-miesięcznej wydzielanie HCl nie było zniesione, w żołądku znajdowała się zawsze większa ilość śluzu (*catarrhus ventriculi mucosus*). W przypadkach czystej blednicy (10) u kobiet od lat 16—30 spotykano u jednych brak kwasu solnego, u innych zaś prawidłową, zmniejszoną lub wreszcie zwiększoną ilość jego. Czynność mechaniczna, z wyjątkiem 4-ch przypadków, wszędzie była upośledzoną, osłabioną. Wszystkie chore z blednicą uskarżały się na rozmaite przypadłości żołądkowe, mające podstawę w zmianach czynności żołądka. Autorzy dochodzą do wniosku, że trawienie żołądkowe przy blednicy gra niepoślednią rolę pośrednio, czy bezpośrednio. Zwłaszcza upośledzenie czynności mechanicznej, w znacznej liczbie przypadków stwierdzone, może być wynikiem istniejącej blednicy. Zboczenia te w trawieniu muszą podtrzymywać blednicę, pociągając za sobą upośledzenie łąknienia, nieprawidłowe trawienie pokarmów, a co za tem idzie i upośledzenie odżywiania.

W leczeniu więc blednicy uwzględnienie tych zboczeń w trawieniu na pilną zasługuje uwagę i zabiegi przeciwko nim skierowane do szybszego i lepszego doprowadzają wyniku, niż szablonowe podawanie przetworów żelaza, jak to autorowie na swoich przypadkach dokładnie przekonali się mogli. Zarzut, że obserwowane przez autorów przypadki były przypadkami *pseudochlorosis* na tle choroby żołądka, ze względów praktycznych niema znaczenia, bo wszystkie te przypadki przedstawiały obraz ten, jaki w praktyce blednicą nazywają i jako takie leczą.

Buzdygani i Gluziński. Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowej. Przegl. Lek. str. 613.

Badanie drobnowidzowe treści żołądka mało dotychczas jest uwzględnianem i w kierunku tym, prócz cennej pracy JAWORSKIEGO, nic prawie się nie ukazało.

Z kilkuset badań drobnowidzowych treści żołądkowej autorzy dochodzą do wniosku, że z obrazu drobnowidzowego można ocenić, czy dany żołądek wydziela kwas solny, czy nie. W obrazie mikroskopowym zawartości żołądka, który trawi i wydziela HCl, widzieć można prócz resztek pokarmów, nabłonka z jamy ust i t. p. mniej lub więcej żółtawych jąder, poukładanych po 2, 3 lub 4, tu i owdzie ciałko śluzowe lub wypocinowe, a prócz tego komórki nabłonkowe w rozmaitym okresie strawienia.

Jąderka pochodzą z rozpadu ciałek wypocinowych i komórek nabłonkowych pod działaniem HCl. Ilość ich niema znaczenia, gdyż z wydzieliny gdzieindziej powstałej (z nosa, jamy ustnej etc.), a za wierającej te składniki, wytwarzać się mogą.

Z komórek nabłonkowych spotykamy: 1) komórki płaskie z jamy ustnej, mało pod działaniem HCl się zmieniające; 2) komórki wałeczkowate z błony śluzowej żołądka—spotykają się bardzo rzadko; 3) komórki jużto okrągławe, jużto wielokątne z dużem okrągłym jądrem, odpowiadające komórkom głównym (*Hauptzellen*), pepsynowych gruczołów błony śluzowej żołądka. Autorzy znajdowali je prawie w każdym badanym przypadku i przy braku HCl przedstawiają się one w całości z treścią ziarnistą, zwykle ciemną, w obecności zaś HCl stają się jasnymi, tracą swą treść ziarnistą, tak, że widać tylko jądra objęte bładą otoczką lub wolne jądra, na których stwierdzić się dawało dzielenie i rozpad na części. Im więcej w zawartości znajduje się HCl, tem strawienie komórek odbywa się szybciej.

Opierając się na wynikach badania, autorzy dochodzą do wniosku, że w żołądku odbywa się stałe łuszczenie komórek, wydzielających pepsynę; obecność ich zatem i bez próby trawienia dowodzi wydzielania pepsyny, a zmiana wyglądu ich i większa ilość jąder—wydzielania HCl. Obraz zatem drobnowidzowy może stanąć na równi ze znanymi odczynnikami na kwas solny.

Pacanowski. Czy i o ile najnowsze zdobycze w dziedzinie dyagnostyki chorób żołądka wpłynęły na postęp w leczeniu tychże chorób? Med. str. 242.

Autor zaznacza, jaką pierwszorzędną rolę odegrał cewnik żołądkowy dla dyagnostyki cierpień żołądka, która dzięki jemu w ostatnich czasach olbrzymie uczyniła postępy i dochodzi do wniosku, że i w leczeniu widnieje postęp znaczny. Dawniejsze działania po omacku ustąpiło miejsca ściślej postawionym wskazaniom, zastąpieniem

zostało przez leczenie, liczące się z fizjologicznymi warunkami żołądka, oraz z istotą danej sprawy chorobowej.

Mintz. Przypadek gastritidis phlegmonosae diffusae w przebiegu raka żołądka. Gaz. Lek. 1894. Nr. 13 i 15.

Autor szczegółowo opisuje spostrzegany przez siebie przypadek, gdzie za życia rozpoznano *carcinoma ventriculi et peritonitis acuta*, pomimo wieku chorego (33 lat), na mocy stale powiększającego się charłactwa, oraz stałych wyników badania zawartości żołądka. Badanie pośmiertne wykazało *carcinoma ventr.*, *gastritis phlegmonosa diffusa*, *peritonitis acuta*. Pod drobnowidzem znaleziono mnóstwo ognisk nacieczenia ropnego po obu stronach *muscularis mucosae*, w *submucosa* zaś zmiany można oznaczyć mianem zapalenia krupowego; liczne streptokoki, zupełnie podobne do ropnych, znajdują się w ropniach naokoło *muscularis mucosae*. W dalszym ciągu pracy autor przytacza z literatury opis 41 przypadków *gastritidis phlegm. diffusae et circumscriptae (abscessus ventriculi)* i wyprowadza z nich wskazówki ogólne co do zmian anatomicznych, przebiegu i objawów, rozpoznawania i t. d.

Bronowski. Usuwanie tasiemca. Gaz. Lek. Nr. 14.

Autor zaleca podawanie chloroformu razem z wyciągiem paproci w mieszaninie np. takiej postaci: *Rp. Extr. filic. maris aeth. 3jj—3jjj, Chloroformii—3jj, Emulsion. ol. ricini (ex. 3III—3IV), T-rae Menthae—3j. M. f. l. a. emulsio. DS.* Na dwie dawki, co pół godziny. Chloroform ma odurzać tasiemca i zarazem przeciwdziała nudnościom, występującym zwykle przy podawaniu czystego wyciągu paproci.

Świderski. Słów kilka o kamieniach żółciowych. Now. Lek. str. 570.

Z licznych teoryj powstawania kamieni żółciowych, najbardziej odpowiada autorowi teoria NAUNYN'A, przypuszczająca pewien stan zapalny w przewodach żółciowych lub pęcherzyku. Pewne znaczenie mają też płeć, wiek, ciąża, dyjeta, nadużycia wysokokowe i t. p. Najczęściej znajdują się kamienie w pęcherzyku żółciowym i jego przewodzie głównym, mogą się jednak tworzyć i wewnątrz wątroby w drogach żółciowych. Objawy kamicy nie dadzą się ściśle określić i pewne rozpoznanie jest trudnem. Obraz staje się jaśniejszym z chwilą wystąpienia kolki wątrobowej, która powstaje przez uwięźnięcie kamieni zazwyczaj w przewodzie żółciowym, wyjątkowo w przewodzie wspólnym. Autor rozpatruje następnie objawy i następstwa kolki, wskazuje na trudność rozpoznania, a w leczeniu stawia 2 wskazania: przeszkodzić wytwarzaniu się kamieni i złożeń, utworzone kamyki usuwać i objawy ich zwalczać. W celu zadość uczynienia ostatniemu wskazaniu zaleca: gorące okłady, opium, morfinę, przy upadku sił środki pobudzające, w lekkich przypadkach belladonnę. W celu zadośćuczynienia 1-szemu wskazaniu radzi: krople Du-

RAND'A (mało, lub wcale nie pomagają), wody alkaliczne, sole sodowe, oliwę, lipaninę, kalomel, stosowną dyjetę, według niektórych wyłącznie mleczną, wreszcie zabiegi chirurgiczne.

Rajchman. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (cholelithiasis). Odczyt kliniczny Nr. 34.

Cierpienie to zdarza się u nas dość często, przeważnie w wieku dojrzałym i starszym, znacznie częściej u kobiet, niż u mężczyzn. O warunkach i sposobach powstawania kamieni nie mamy dotychczas dokładnego pojęcia. Przyczynę tej choroby autor upatruje w niezauważonej nam dyjatezie ustrojowej, za czem przemawia: dziedziczność, tworzenie się kamieni u kilku członków, należących do danej rodziny, powstawanie kamieni u osób, pochodzących z rodzin artrytycznych, lub dotkniętych moczwą cukrową, jednoczesne występowanie kamieni z podagrą, powstawanie podczas ciąży i t. p. Oprócz tych głównych przyczyn, polegających prawdopodobnie na wadliwej przeróbce materii, tworzeniu się kamieni sprzyjają okoliczności utrudniające odpływ żółci do kiszek (cięża, nawykowe zaparcie stolca). Co się tyczy objawów, to bardzo często brak ich zupełnie i na powstawanie ich wielki wpływ ma stopień wrażliwości chorego. Zaznaczywszy następnie w krótkości główne objawy (kolka wątrobową, żółtaczką i odchodzenie złożeń ze stolcami), autor podnosi częste pojawianie się w przebiegu kamicy bólów żołądkowych i kiszkowych, występujących napadami, bez kolki wątrobowej. Bóle te przychodzą do skutku prawdopodobnie drogą odruchową i polegają na silnem kurczeniu się ściany żołądka lub kiszek. Napady kurczów żołądka i kiszek, przez kamienie wywołane, różnią się od kolki wątrobowej: 1) umiejscowieniem i charakterem bólu, 2) brakiem żółtaczki, barwników w moczu i kamieni w kale. Przy kolce bóle umiejscawiają się w prawem podżebrzu, przy gastralgii — w dolku podsercowym, przy enteralgii — w różnych miejscach brzucha. Rozpoznanie, czy gastralgia i enteralgia jest na tle kamicy, nie jest łatwem; rozstrzygają tu po części wywiady, pojawianie się kamyków w stolcu i wykluczenie innych cierpień, mogących także objawy sprowadzać.

Z następstw kamicy autor wspomina o dwóch rzadkich: o rozstrzeni żołądka i o przetokach pomiędzy pęcherzykiem *resp.* przewodem żółciowym wspólnym, a żołądkiem. Co do leczenia, to najlepsze wyniki daje dyjeta mleczna, wody alkaliczne (Karlsbad, Marienbad, Vichy), następnie sole sodowe, zwłaszcza salicylan sodu, leki wypróżniające (kalomel, rheum, podofilina, oliwa), przepłukiwanie kiszek. Prócz tego zwrócić należy uwagę na leczenie ogólne, wpływające pomysłnie na przemianę materii (kąpiele, ruch). Wrazie nagromadzenia się dużych kamieni w pęcherzyku — leczenie chirurgiczne.

Podczas silnego napadu kolki wątrobowej — morfina sama lub z atropiną, stosowana podskórnie, najlepsze oddaje usługi, a w razie nieznoszenia jej — krótkotrwałe wdechanie chloroformu.

F. Choroby układu nerwowego i Psychiatria.

Sprawozdawca

R. Radziwiłłowicz.

Goldflam. Przyczynek do etyologii obwodowego porażenia nerwu twarzowego. Gaz Lek. str. 730.

Opisano 4 przypadki obwodowego porażenia twarzowego w przebiegu bardzo wczesnym przymiotu, gdy jeszcze o gummatkach mowy być nie może. Porażenie rozwinęło się w pierwszym przypadku w miesiąc, w drugim w 3 miesiące, w trzecim w 2 tygodnie, w czwartym w $2\frac{1}{2}$ miesiąca po zarażeniu.

W jednym przypadku pod wpływem leczenia swoistego cierpienie zupełnie ustąpiło; w jednym osiągnięto znaczne polepszenie (wcieranie i galwanizacja), w jednym—nieznaczne (leczenie mieszane), w jednym rezultat niewiadomy.

We wszystkich czterech przypadkach przyczyn wywołujących porażenie albo nie było wcale albo były one bardzo nieznaczne; autor skłania się do wniosku, że pod wpływem zakażenia przymiotowego, w najwcześniejszych okresach choroby, a najczęściej podczas istnienia pierwszej wysypki, powstaje wzmożona predyspozycja do pojawienia się porażenia nerwu twarzowego.

Gajkiewicz. Przypadek wylewu krwi w rdzeniu przedłużonym (hamorrhagia bulbi s. medullae oblongatae). Gaz. Lek. str. 952.

Opisany przypadek wylewu krwi w rdzeniu przedłużonym, na samej jego granicy z mostem Warola. Ognisko krwotoczne, wielkości fasoli, znajdowało się ściśle w połowie *sinus rhomboidalis*, sięgało nieco wewnątrz mostu Warola, leżało w prawej dolnej połowie dna 4-ej komórki, oddzielone od zdrowej ependymy i nie przekraczało linii środkowej (*raphe*). Przyczyną wylewu było: *arteritis syphilitica bulbi* (stwierdzone badaniem drobnowidzowym—WIZEL), przy wysiłku cielesnym t.j. heblowaniu. Cierpienie rozpoznano i umiejscowiono za życia. Objawy kliniczne: osłabienie mięśni twarzowych prawych, głównie dolnych, szum w uszach (słyszcy dobrze), podniebienie miękie po stronie prawej opuszczone (mowa ma silny dźwięk nosowy), niemożność polkania, porażenie struny głosowej prawej, znieczulenie błony śluzowej krtani i gardzieli (prawostronne). Struna fałszywa prawa mocno obrzmiała i zaczerwieniona, język zbacza na prawo, nieznaczne osłabienie lewej kończyny górnej i dolnej, ból głowy i twarzy (*radix ascendens nervi trigemini*). Brak zaburzeń inteligencji, zupełna przytomność umysłu. Ciężota do 39°. Oddech do 40, tętno do 130.

Gajkiewicz O obrzęku pochodzenia histerycznego (oedema histericum). Gaz. Lek. str. 4, 50.

R. Sz. I. 17 panna, dziedzicznie nie obciążona, dotychczas zupełnie zdrowa, bez widocznych powodów dostaje bólu w prawem przedramieniu, trwającego bez zmiany kilka miesięcy; po upływie kilku miesięcy przedramię i ręka spuchły, a po kilku tygodniach obrzęk znikł nagle. Powtarzało się to kilkakrotnie—za każdym razem obrzęk trwał kilka lub kilkanaście dni.

Przy wstąpieniu do szpitala skonstatowano następuje zjawiska: cała ręka i dolna część przedramienia po stronie prawej silnie spuchnięte, skóra na miejscach obrzękłych różowo czerwona. Ilniaca, gładka, fałda jej dwa razy grubsza niż po stronie lewej, ucisk nie zwiększa bólu i nie pozostawia wgłębienia. Różnica temperatury 0,9 na korzyść prawego przedramienia. Osłabienie ruchu, *monoparesis brachialis*, czucie na całej kończynie prawej górnej i dolnej i na prawej połowie twarzy, na wszystkie bodźce słabsze.

Pobudliwość elektryczna nerwów prawej kończyny słabsza. Zwiększenie pola widzenia na barwy i światło po prawej stronie. Żrenica prawa szersza. Siła widzenia słabsza w prawem oku. Osłabienie wrażliwości zmysłów słuchu, smaku i powonienia z prawej strony. Obrzęk najwyraźniejszy był rano i wieczorem niekiedy zupełnie znikał. Zaburwienie skóry zmienne; różowo-czerwona, czasem fioletowo-niebieskawa, czasem marmurkowa. Najstałszym zjawiskiem był ból w ramieniu. Leczenie wywoływało tylko skutek przelotny—najwyraźniej działało przyżeganie karku i kręgosłupa. Chora wypisała się ze szpitala zdrową.

Gajkiewicz. O akromegalii. Gazeta Lekarska str. 846, 869.

Akromegalia (choroba MARIE'GO) jest chorobą przewlekłą (l. 30) dotyczącą zarówno mężczyzn i kobiety i cechującą się stale następującymi zmianami obiektywnymi: przerostem wszystkich tkanek (*hypertrophie en masse*) rąk i stóp — głównie: palce, śródstopie i śródreżce przeważnie na grubość i szerokość mniej na długość — i głowy głównie twarz (wydłużona owalna), przerost brzegów oczodołów, nosa, warg (dolnej), języka i żuchwy. Niestale spotykamy: przerost gruczołu tarczowego, grasicy, krtani, warg sromnych, łechtaczki, prącia (macica, jajniki, jądra najczęściej zanikają) przerost serca, polyuria (mocz zawiera białko, cukier, pepton i aceton). Objawy subiektywne stałe: ból głowy, wstrzymanie miesiączki, zmniejszenie popędu płciowego, *amblyopia*, *amaurosis* (zanik nerwu); rzadziej: *hemianopsia*, głuchota, zaburzenia smaku, bicie serca, psychiczna depresja. Etiologia ciemna—najprawdopodobniejsze pochodzenie nerwowe.

Ch. L. I. 43, skarży się tylko na uporczywy ból głowy i osłabienie wzroku. Objawy obiektywne: nieproporcjonalnie długa twarz; owalna, powieki górne za duże, gruczoł łzowy wielkości dużego migdała (lewy znacznie mniejszy), nos nieproporcjonalnie duży, dolna

warga bardzo gruba odwinięta na zewnątrz, szczęka dolna bardzo gruba głównie koniec przedni, język gruby i szeroki, sutki duże z nich wyciskać się daje ciecz mleczna, przezroczysta, dość obfita, do siary podobna; migdały grube, duże, kolumna nieco zgarbiona (część szyjowo-grzbietowa). Ręce i stopy zaduże, grube, szerokie o skórze mocno pofalowanej grubej, brunatnawej, mocno spoczone, na skórze kilka mięczaków. *Hypermetropia laevis*, *hemianopsia externa bilateralis* (obraz perymetryczny niestały, niejednakowy, przedstawiał nieraz pewne różnice). W moczu ślady *acetonu*.

Opisany przypadek wyróżnia się: *hemianopsią* (spotykaną bardzo rzadko) i przerostem gruczołu łzowego, *acetonurią* i nadmiernem wydzielaniem gruczołów sutkowych (niespostrzeganych dotąd ani razu).

Do artykułu dołączono: dokładne pomiary zmienionych części ciała, obrazy perymetryczne i fotografiję.

Higier. Pseudotabes s. tabes peripherica. Gaz. Lek. str. 501, 533.

Opis trzech przypadków rzekomego władu rdzenia, obserwowanych wspólnie z GAJKIEWICZEM, na oddziale jego w szpitalu starozakonnym.

Przypadek I. M. R. 44 l. po przejściu silnej biegunki z wymiotami i gorączką, zaczął doznawać zjawisk właściwych przewlekłemu wladowi: niepewny chwiejny chód, uczucie jakoby nogi i łydki obwinięte były w futro, niemożność wchodzenia na schody, niemożność wykonywania drobniejszych czynności bez kontroli wzroku i t. p. Badanie stwierdziło: siła mięśniowa znacznie zmniejszona, czucie dotykowe znacznie osłabione, chory nie zdaje sobie sprawy ilu palcami się go dotyka, Uczucie mrowienia w palcach. Bezład wzmagający się przy zamykaniu oczu, objaw ROMBERG'A bardzo wyraźny, zupełny brak objawu kolanowego i stopowego. Czucie skórne zwłaszcza na stopie i paluchach osłabione. Znaczna poprawa po 6-ciu miesiącach.

Przypadek II. Z. S. Na 10 tygodni przed chorobą silne przeziębienie, poczem przeszedł tyfus, a po nim odrazu silne osłabienie kończyn, uczucie mrowienia w palcach obu rąk, wrażenie odrętwienia, uczucie klócia i palenia w paluchach. Badanie wykazało: mięśnie kończyn górnych w zaniku, siła mięśniowa znacznie osłabiona (szczególnie *tenar*, *hypothetar* i *extensores*). Zmysł dotykowy nieco upośledzony, zmysł umiejscowiania również. Ogólna nadczułość, zmysł mięśniowy zupełnie zniesiony. Przy zamkniętych oczach wyraźny bezład. Odruchy prawie nie istnieją. Ruchy stawu biodrowego i kolanowego ograniczone, mięśnie wiotkie, objętość i odporność uda zmniejszona. Brak odruchów rzekopowych i ścięgna Achillesowego, brak odruchów podszewowego i mosznowego. Badanie elektrycznością wykazało obniżenie pobudliwości nerwów i mięśni na prąd stały, bez zmian jakościowych. Bóle mięśniowe występujące samoistnie. Podczas pobytu w szpitalu trzykrotny napad podrażnienia umysłowego, musiano przepisywać cho-

rego do oddziału obłąkanych. Po upływie 6-ciu tygodni chory chodził o własnych siłach, chód chwiejny, niepewny, po 5-ciu miesiącach zniknął zanik mięśni a przedtem objaw ROMBERGA. Po 8-miu miesiącach siły fizyczne poprawiły się znacznie, ruchy czynne i bierne wykonywane były swobodnie.

Przypadek III. 35 l., syfilis przed 12-u laty; przeziębienie, w 4 tygodnie nieprzyjemne uczucie w rękach, osłabienie w nogach, bezład występujący bardzo wyraźnie przy zamkniętych oczach, odruchu rzepkowego ani śladu, sfera czuciowa i ruchowa bez wyraźnych zmian. Dalszy przebieg nie podany.

Cechę charakterystyczną, podług autora, stanowi ostre zniknięcie odruchów ścięgniętych, uczucia mięśniowego i ściśle związanej z niem zdolności wykonywania ruchów koordynacyjnych. To ostre *resp.* ostrawe znikanie i powracanie wzmiarkowanych czynności, łącznie z innemi zaburzeniami w sferze czuciowej, stanowi właśnie cechę znamionującą wiał obwodowy.

Jaśiński. Przykurczenia stawów histeryczne u dzieci. *Gazeta Lekarska* str. 378.

Opis pięciu przypadków przykurczeń, przyczyną których była histeryja. Cztery pierwsze obserwacje dotyczą czterech dziewczynek w wieku lat 8, 10, 13 i 15 u których cierpienie umiejscowione było: u dwu w stawach udowym i kolanowym z obu stron, u jednej w stawach kolanowym i udowym z jednej strony i u jednej w stawie udowym (przy tem i *lordoskolioza* kręgosłupa). We wszystkich czterech przypadkach dyagnoza chwiała się między rzeczywistym porażeniem stawu lub mięśni (*coxitis v. psotitis*) a histeryją; w trzech przypadkach rozpoznanie histeryi ułatwiała bardzo obecność stygmatów histerycznych: zaburzenia w miesiączkowaniu, częściowa utrata pola widzenia, nadczułość w okolicy obu jajników, anestezja, analgezyja, stopienie węchu i t. p.; w czwartym przypadku dyagnoza była trudną, bo dziecko pochodziło z rodziny dziedzicznie do gruźlicy usposobionej i brak było zupełnie zjawisk, któreby możliwość gruźlicy przypuścić pozwoliły. — Dopiero głęboka chloroformowa narkoza rozstrzygała kwestyję—przykurczenia zniknęły same.

Sugestyja przez cudowną wodę (w jednym przypadku gdzie dziewczynki nie można było zachloroformować, duszność, sinica i t. d.) opatrunek gipsowy i rurka pomysłu autora, służąca do rozszerzania kąta przykurczeń, kończyły kuracyję.

Piąta obserwacyja jest to opis przypadku epidemicznego powstania stopy szpotawo-końskiej w obu nogach u czterech córek w rodzinie z 7-miu córek złożonej w l. 17, 14, 12, 10. Przyczyną powstania choroby była auto-sugestyja na histerycznym podkładzie.

Wizel. Z dziedziny histeryi. Astazja-abazja. *Gazeta Lekarska* str. 155, 176, 222, 246, 258, 296, 322.

Po dokładnej i obszernej analizie teoretycznej, popartej własnymi obserwacjami, dochodzi autor do wniosku że: 1) astazja-abazja nie jest samodzielną chorobą tylko objawem chorobowym, 2) jaka tako posiada wielorakie źródło pochodzenia, 3) ze znanych spostrzeżeń klinicznych wypada: że a) zdarza się najczęściej przy histeryi i jest wówczas wynikiem auto-suggestyi, b) rzadziej bywa przy hypochondrycznym nastroju chorych, wówczas zbliża się do agorafobii i stanowi wynik wyobrażeń natrętnych c) w nader rzadkich przypadkach zjawia się w następstwie zakłócenia pamięci, jako częściowy objaw dezorganizacji pamięci.

Opisane są 5 przypadków; cztery z oddziału chorób nerwowych GAJKIEWICZA, obserwowanych przez autora, i jeden z obserwacji CHEŁCHOWSKIEGO w Nałęczowie.

Obserwacje dotyczyły dzieci w latach 6, 14, 15 (chłopcy) i 12 i 13 (dziewczynki). U wszystkich 5-ciu chorych oprócz zjawisk astazy-abazy — mniej lub więcej liczne stigmata historyczne. W przypadku obserwowanym przez CHEŁCHOWSKIEGO obserwowano i afekty strachu i niepokoju na myśl o stanie i chodzeniu.

Jeden przypadek niezupełnie czysty — powikłany parczą kończyn dolnych.

Wyzdrowienie nastąpiło w 3-ch przypadkach, w jednym nieznaczne polepszenie, w jednym — bez poprawy.

Najskuteczniwszem było — przyżeganie żegadłem PACQUELIN'A i zawieszanie syst. Charcot-Mocutkowskiego.

Ko h n. Z kazuistyki szpitalnej. Przyczynek do nauki o umiejscowieniach zbroczeń mowy. Gaz. Lek. str. 142.

Przypadek *insufficienciae et stenoseos valv. aortae, valvulae bicuspidal. et arteriosclerosis arteriarum baseos encaphali*; na 9-ó dni przed śmiercią wskutek zatorów w arteryjach *fossae Sylviae* (sprawdzone po śmierci), objawy organicznego porażenia mózgu z zaburzeniami mowy. Opisany przypadek dowodzi prawidłowości umiejscowienia centrum mowy w lewej półkuli; przy dwukrotnym zatorze lewej *arter. fossae Sylv.* dwukrotne wyraźne zaburzenia w mowie, przy zatorze takim samym w prawej półkuli zaburzeń w mowie nie było.

Rembieliński. Przyczynek do symptomatologii neurastenii. Gaz. Lek. str. 529.

Autor opisuje dwa przypadki obrzęku pochodzenia nerwowego na tle neurastenii: bicie serca, ból w okolicy serca, niemiarkowosć tętna, uczucie obawy, duszność, bóle głowy, kręgosłupa i t. d. W jednym przypadku obrzęk dotyczył rąk (głównie lewej), w drugim policzku.

W obu przypadkach obrzęk zjawiał się nagle pod wpływem czynników psychicznych i nagle zniknął i znowu powracał. Obrzękłe miejsce (policzek) było blade, ciepłotą nie różniące się od pozostałych części twarzy, dosyć sprężyste, nieciastowate.

Heryng. Zapalenie grzlicze opon mózgowych zakończone nagłą śmiercią. Gaz. Lek. str. 1639.

Opisany przypadek grzlicy *piae matris, pleurae et serosae intestini ten. et crassi*, zakończony nagłą śmiercią, spowodowaną ostrem przekrwieniem mózgu i jego opon.

Historyja choroby w niczem możliwości grzlicy w tych organach nie zdradzała—chłopak zasięgał porady u autora z powodu przewlekłego nieżyty nosa.

Pawiński. Przyczynek do rozpoznania guzów wzgórków czworaczych. Gaz. Lek. str. 643.

Opisany przypadek glejomięsaka wzgórków czworaczych z następstwem wodogłowiem (z rozpoznaniem pośmiertnem).

Zjawiska kliniczne: *bradycardia, cephalalgia, hemiparesis et tremor, ptosis, strabismus externus oculi dextri, spasmus nictitans, enuresis, dysphagia, somnolentia*. Za charakterystyczne dla nowotworu uważać należy: porażenie jednostronne gałązek przeznaczonych dla mięśni gałki ocznej (*strabismus*) i dla mięśnia unoszącego powiekę (*ptosis*), kombinację drżenia i porażenia nerwu okoruchowego.

Brak zaburzeń w czuciu. Brak zaburzeń ze strony nerwu wzrokowego. Brak zaburzeń inercyjnych w mięśniach oczu (podług **Adamk'a** wzgórki czworacze są ośrodkiem ruchowym wspólnym dla obu gałek ocznych—prawy wzgórek rządzi ruchami obu oczu na lewo—lewy na prawo). Brak ataksji—potwierdzenie zdania **NOTENAGEL'A**, że ataksja występuje tylko przy zajęciu tylnych wzgórków; w danym wypadku zajęte były przednie.

Drgawkowe mruganie potwierdziłoby przypuszczenie **MENDEL'A**, że włókna nerwu twarzowego, przeznaczone dla *m. orbic. oculi*, mają swój początek w jądrze trzeciej pary.

Goldflam. Kliniczny przyczynek do etjologii władu rdzeniowego. Przegląd Lek. str. 495, 508.

Sześć przypadków władu rdzeniowego, w których przyczyną choroby był syfilis, z nich w trzech wład rdzenia powikłany wadą sercową (jeden przypadek—niedomykalność zastawki dwudzielnej, dwa—niedomykalność aorty, z tych w jednym włóknista postać suchot płucnych).

Jeden przypadek władu rdzenia powikłany (spowodowany?) wyraźnem stwardnieniem tętnic.

Dwie tablice genealogiczne, wykazujące, że wpływ kiłowego zakażenia na rozwój władu rdzeniowego szczególnie się uwytadnia u osób z dziedzicznym usposobieniem do chorób nerwowych.

Adamkiewicz. Postrzelenie mózgu. Stwierdzenie przebiegu i siedziby kuli za życia. Przegląd Lekarski, str. 117.

H. S. dziewczynka 3 1/2 lat, otrzymała postrzał kulą rewolwerową w głowę, w sam środek korzenia nosowego, w miejscu, gdzie odchodzą wyrostki nosowe kości czołowej. Kula zniszczyła tu: w mózgu dolną powierzchnię czołowego płata, zmiotła zupełnie prawy nerw węchowy, przecięła górny i średni zwój skroniowy, oddzieliła *art. fossae Sylv.*; w kości przebiła tkankę sitkową kości sitowej, zmiotła *proc. clinoid. ant.* prawego małego skrzydła kości klinowej i prawy brzeg siodła tureckiego, rozdarła prawy nerw wzrokowy z oponą twardą, zniszczyła nerwy okoruchowy, błęzkowy i odwodzący, przedziurawiła oponę twardą na tylnym wewnętrznym brzegu środkowej jamy czaszki, uszkodziła szczyt kości skalistej, przy otworze słuchowym wewnętrznym i utkwiała poniżej szczytu kości skalistej, pomiędzy nią a tylnym brzegiem dużych skrzydeł kości klinowej w miejscu, gdzie z trzonu kości klinowej odchodzi prawy wyrostek skrzydłasty. Zjawiska kliniczne bezpośrednie były: porażenie połowiczne strony lewej, porażenie głębokich mięśni grzbietu (obrażenie dolnego płatu czołowego i zwoju centralnego), porażenie prawych nerwów: twarzowego, wzrokowego, okoruchowego, błęzkowego odwodzącego i pierwszej gałęzi trojстого (obrażenie obwodowe grupy idącej po opuszczeniu mózgu przez rąbek opony twardej, tworzący granicę wewnętrzną środkowego dołu). Zjawiska pośrednie: utrata mowy, słuchu i wzroku po obu stronach.

Zjawiska pośrednie wskazują, że wszystkie sobie odpowiadające ośrodki obu półkul mózgowych stoją do siebie w symetrycznej czynnościowej zależności, ponieważ na półkuli nieobrażonej straciły swą czynność takie obszary, jakie na półkuli drugiej skutkiem postrzału pozabawione zostały swych funkcji.

A d a m k i e w i c z. O uleczałnej formie „tabes“. Przegląd Lekarski, str. 77, 93.

P r z y p a d e k I. H. S. mężczyzna l. 44; nagle bez wszelkich zwiastunów osłabienie i niedowład kończyn dolnych, w 1 1/2 miesiąca chód wybitnie niezborny, obok znacznej niepewności w ruchach, brak energii i siły w pracującej muskulaturze. Zupełny brak odruchów ścięgnistych. Czuć we wszystkich rodzajach utrzymane. Czuć mięśniowe niezmienione. W dalszym przebiegu zajęcie kończyn górnych, niepewność pojedynczych ruchów, zmniejszenie grubej siły mięśniowej, uczucie zdrętwienia w rękach i nogach. Przed 10-ciu laty syfilis. Leczenie jodkiem potasu — po czterech miesiącach zupełne wyzdrowienie.

P r z y p a d e k II. Robotnik lat 45; w przeciągu 4-ch tygodni rozwinął się niedowład kończyn dolnych, gwałtowny ból głowy, trudność przy oddawaniu moczu, *contractio paradoxa* w zginaaczach, zupełny brak objawów ścięgnistych, wyraźne osłabienie mięśni grzbietu, wyraźne osłabienie kończyn górnych i lekkie drżenie takowych, niedowład prawego nerwu ustnego, prawa źrenica rozszerzona, *impotentia*, uczucie mrowienia w rękach i nogach, uczucie odrętwienia i zimna

w nogach, ból przy ucisku kręgosłupa w okolicy lędźwiowej i dolnej piersiowej, wyraźne uczucie opasania. Syfilis przed 5-ciu laty. 40 wciełek szaruchy po 4,0 i 4,0 jodu potasu dziennie — w czwartym miesiącu choroby zupełne wyzdrowienie.

Autor przypuszcza, że przyczyną cierpienia były kiłowe zmiany w tych naczyniach rdzenia, które z opony miękiej dostają się na sznur tylny i boczny, przebieg których autor opisał w pracy „*Pachymeningitis hyperthophica und der chronische Infarkt des Rückenmarkes*“. Prawdopodobnem było także i zajęcie *arteria sulci*.

Na mocy powyższych przypadków, autor dochodzi do wniosku, że 1) *tabes luetica* rzeczywiście istnieje, 2) objawy jego są: niezborność ruchów, znaczne osłabienie motoryczne, prowadzące w krótkim czasie do *paraplegii*, brak wszelkich przedmiotowych zaburzeń w czuciu, 3) zjawiska chorobowe powstają i znikają szybko. 4) forma ta jest uleczalna, jeśli przeciwkiłowe leczenie w odpowiednim czasie zastosowaniem zostało.

Adamkiewicz. O napadzie apoplektycznym. Przegląd Lekarski, str. 349, 364, 379.

Autor zbija dotychczasowe mechaniczne teoryje przyczyny napadu apoplektycznego, WERNICKE'GO — podniesienie parcia w istocie mózgowej i z nim zmieszane, ucisk i mechaniczne podrażnienie mózgu, i GEIGEL'a *adiamorrhysis cerebri*. Stawia natomiast swoją teoryję fizjologiczną, według której przyczyną napadu apoplektycznego jest podrażnienie pewnej stałej okolicy mózgowia (centrum wywołujące napad apoplektyczny), które dla królika, podług jego doświadczeń, leży w samej substancji i *fornix* rogów AMON'a, a mianowicie poniżej jego powierzchownych warstw.

Goldflam. Przypadek *polioencephalitis superior inferior* i *poliomyelitis anterior* po influenzy z zejściem śmiertelnem, drugi niewiadomego pochodzenia z zejściem pomyślnem. Medycyna, str. 97, 113, 134.

Spостeżenie I. Dr. L. lat 60. W rekonwalescencji po ciężkiej influenzy lewostronne opadnięcie powieki i podwójne widzenie, po tygodniu opadnięcie drugiej powieki, po 2-ch miesiącach porażenie zewnętrznych mięśni oka przy nienaruszonym oddziaływaniu zrenie na światło i akkomadacyję, wzrok normalny, żadnych zmian oftalmoskopowych. Następnie występuje drętwienie palców lewej ręki, z przemijającym porażeniem m. wyprostnych, porażenie zginaczy prawej ręki, zanik m. trójęłowego ramienia. Osłabienie lewej dolnej części mięśni twarzy. Zmniejszenie odruchów podniebienia, ruchy warg słabe, mowa męczy chorego, nieregularność tętna, wzmożenie paretycznych i paralitycznych objawów kończyn górnych (zmniejszenie pobudliwości fardycznej mięśni, zniknięcie odruchów trójęłowego, porażenie zwyrodniające). Zaburzenia w polykaniu, oddychaniu, po 6-ciu miesiącach śmierć.

Spostrzeżenie II. B. F. lat 30. Bez wiadomej przyczyny, przy towarzyszeniu gwałtownych bólów tyłogłowia — *ptosis, diplopia*. Ogólne osłabienie po 3-ich miesiącach *paresis*, prawie zupełny paraliż naprzód górnych kończyn, później dolnych, zaburzenia w polykaniu, utrudnienie mowy, napady duszności.

Oddech powierzchowny, tętno małe i słabe do 140, wysokie poruszenia gorączkowe, pareza obu stron twarzy, włącznie ze zwieraczem powiek, pareza wiotkiego języka, znacznie wzmożona wydzielina śliny, zmniejszenie pobudliwości odruchowej podniebienia. Powoli poprawa; duszność zmniejsza się, oddech swobodniejszy, tętno spada, gorączka więcej się nie pokazuje, polykanie staje się lepsze, w funkcjach kończyn, języka, gałek ocznych polepszenie — w końcu zupełne wyzdrowienie. Spostrzeżenie II, ze względu na pomyslnie zejście, jest jedynem w literaturze.

Goldflam. O niezwyklej postaci peryjodycznego rodzinnego porażenia, powstałego prawdopodobnie na tle samozatrucia. Kronika Lekarska, str. 65, 133, 209.

Opisany przypadek peryjodycznego paraliżu kończyn i tułowia u 12-stu osób w jednej rodzinie. Autor obserwował jednego tylko członka tej rodziny, siedemnastoletniego chłopca. Podczas 7-u napadów choroby, każdy napad stereotypowo jeden do drugiego podobny. Paraliż rozpoczynał się od kończyn dolnych, przechodził na kadrę, a potem na górne kończyny, poprawa następowała w odwrotnym kierunku, głowa nigdy zajęta nie była. Najciekawszem w całym zjawisku było zupełne znikanie pobudliwości elektrycznej nerwów i mięśni w porażonych częściach ciała w czasie napadów. Nigdy żadnych zmian w sferze czucia. Napady powtarzały się średnio co dwa tygodnie i trwały jedną, a częściej dwie doby. Analiza drzewa genealogicznego całej rodziny wykazała, że choroba dotyczy jedynie członków rodziny ze strony matki i że tylko ta choroba jest dziedziczna, innych chorób nerwowych w rodzinie nie było. Chcąc zbadać przyczynę napadów, autor poddał doświadczeniom mocz chorego podczas napadów i w przerwach między napadami, określił jego współczynnik urotoksyczny i ponieważ takowy podczas napadów stale był wyższy, przypuszcza, że przyczyną cierpienia było samozatrucie.

Goldflam. O przymiocie rdzenia. Odczyty kliniczne, wydawane przez redakcyję Gazety Lekarskiej Nr. 32 i 33.

Autor pozostawia na boku rozstrzygnięcie kwestyi stosunku przewlekłego wiađu mlecza paciierzowego do syfilisu; w niniejszej pracy zajmuje się tylko temi cierpieniami rdzenia i jego opon, których pochodzenie syfilityczne nie ulega wątpliwości i przedstawia formy pod jakimi syfilis rdzenia ukazuje się w klinice. Opisane i poparte spostrzeżeniami własnymi następujące formy: 1) *meningitis spinalis et meningomyelitis syphilitica* (3 spostrzeżenia: jedno poprawa znaczna, je-

dno nieznaczna, jedno bez poprawy); 2) *myelitis dorsalis syphilitica*, spostrzeżeń 6, z nich znaczna poprawa w 1, nieznaczna w 2, bez poprawy 2, śmierć 1 (sekcja); 3) *myelitis acuta (myelomalacia)*, spostrzeżeń 3: 2 śmiertelne (sekcje) i jedno pomyślne (znaczna poprawa); 4) *poliomyelitis anterior subacuta syphilitica*, poparte jednym spostrzeżeniem z zejściem pomyślnem (znaczna poprawa).

Dokładniejsze streszczenie tej obszernej monografii, ze względu na szczupłość miejsca—niepodobne.

Żuławski. O urojeniach. Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej, wydawane przez Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Seryja I, zeszyt 2.

Pobieżne przedstawienie obecnego stanu nauki o urojeniach.

Biegański. Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach urazowych. Nowiny Lekarskie, str. 522.

Wskutek urazu (upadek, złamanie obojczyka), u chorej dotychczas zupełnie zdrowej, pochodzącej ze zdrowej rodziny, wystąpiły następujące zjawiska nerwowe i psychiczne: ból w ramieniu (miejsce urazu), zmienny ból w plecach między łopatkami, w nogach i brzuchu, bezsenność, apatja, psychiczna depresja, częsty płacz, natrętne myśli o samobójstwie, dwukrotne próby odebrania sobie życia, z nich jedna podczas pobytu w szpitalu, podpalenie własnego domu (przyczyna umieszczenia chorej w szpitalu dla zbadania stanu jej władz umysłowych). Pamięć i sprawność myślenia zachowane, zupełny brak przywidzeń.

Oprócz tego następujące znaleziono zjawiska historyczne: 1) tężcowe kurcze dolnych kończyn, występujące napadami; 2) *tympanitis*; 3) zwężenie koncentryczne pola widzenia, i *neurasteniczne*: 1) ograniczona nadeżność w przestrzeni międzyłopatkowej; 2) bóle w krzyżu i utrudniony wskutek tego chód; 3) ciągła bojaźliwość; 4) bezsenność.

Autor przychylił się do zdania (CHARCOT-SCHULTZE), że wszystkie przypadki t. zw. nerwic traumatycznych dadzą się sprowadzić bądź do histeryi, bądź do neurastenii, bądź na koniec do czystej psychozy.

Chłapowski. O nasieniotoku i jego leczeniu. Nowiny Lek. Nr. 6—8.

Najczęstszą przyczyną utraty nasienia, podług autora, bywa nie cierpienie miejscowe, ale ogólne, a mianowicie stan tak zw. neurastenii, wyczerpania nerwowego.

Zgodnie z tym poglądem i terapia nasieniotoku głównie przeciw objawom neurastenii skierowaną być powinna. Bardzo energicznie zwalcza autor twierdzenie, że spermatorrhea może powstawać *ex abstinencia* i stanowczo występuje przeciwko zalecanym w tym celu spółkowaniom. Ze środków miejscowych najlepsze rezultaty daje

leczenie mechaniczne. Używa do tego uciskadła podobnego do tych, jakich używają chorzy na hemoroidy; uciskadła rozciągają wzdłuż najdrażliwszą część cewki moczowej, rozciągają przez to i włókienka nerwów i wypróżniają otaczające je naczynia. Opis dwóch przypadków potwierdza skuteczność podanej metody.

G. *Pediatryja*.

Sprawozdawca

J. Bączkiewicz.

Godlewski. Kilka uwag o zaopatrywaniu resztki pępowninowej u noworodków. Przegl. Lek. str. 337 i 350.

W prawidłowych warunkach pępownina noworodka podlega nekrozie suchej. Częściej jednak występuje wilgotna (gnilna) nekroza pępownicy; w praktyce prywatnej często wskutek złego opatrunku i zanieczyszczeń (zwilżanie pępka śliną, mlekiem, używanie brudnych szmat)—w szpitalach nieraz wskutek miejscowych własności powietrza (ciasne pomieszczenia, przepełnienie choremi).

Według RUNGE'go, niekorzystne warunki w usychaniu pępownicy warunkują mokrą nekrozę takową. Na tej zasadzie EPSTEIN skonstruował swoją opaskę, a inni używali do opatrunku proszków hygroskopijnych.

Badania CHOŁMOGOROW'A wykazały, że we krwi świeżo odciętej pępownicy mikroorganizmów nie ma, stale zaś wykryć je można w resztkę pępownicy, pozostawionej przy pępku. CH. spotykał mikroorganizmy chorobotwórcze (*staphylococcus aureus*, *albus*, *citreus* i *streptococcus pyogenes*) i niechorobotwórcze. Przy opatrunku gipsowym *streptococcus pyogenes* nie znajdował się nigdy, inne w mniejszej ilości. Autor miał na celu drogą doświadczeń klinicznych wykazać najwłaściwszy sposób opatrywania resztki pępownicy. Na klinice prof. Czyżewicza we Lwowie stosował u noworodków wszystkie znane i poniżej przytoczone sposoby opatrywania, trzymając się ściśle zasad antyseptyki.

I. Gaza jodoformowa 30% stosowana w 29 przypadkach — w 24 wystąpiła nekroza wilgotna — choroby pępka stanowiły 82,7%.

II. Wata Bruns'a. Obserwacji 42, we wszystkich nekroza gnilna, Chorób pępka 54%.

III. *Płótno maczane w oliwie prowansalskiej* stosowano u 52 noworodków, u wszystkich wilgotna nekroza. Chorób pępka 30,4⁰/₀.

IV. *Płótno czyste*. Obserwacyj 32, zawsze wilgotna nekroza. Chorób pępka 34,4⁰/₀.

V. *Emplastrum adhaesivum* podług DOHRN'A stosowano u 16 noworodków, u wszystkich nekroza gnilna. Chorób pępka 50⁰/₀.

VI. *Gips* podług SUTAGIN'A (zawijanie pępowiny w watę obsypaną gipsem) stosowano u 52 noworodków — zawsze nekroza sucha. Chorób pępka 7,5⁰/₀.

VII. *Acid. salicylicum et amyllum* (1 : 5). 22 obserwacyj, zawsze nekroza sucha. Chorób pępka 18,1⁰/₀.

VIII. *Acid. boricum et amyllum* (1 : 3). 46 obserwacyj, nekroza sucha zawsze. Chorób pępka 18,7⁰/₀.

IX. *Magnesia carbonica* stosowana u 40 noworodków. 6 razy nekroza gnilna. Chorób pępka 25⁰/₀.

X. *Opatrunek EPSTEIN'A* stosowano u 50 noworodków. Zawsze nekroza wilgotna. Chorób pępka 56⁰/₀.

Autor na zasadzie własnych doświadczeń dochodzi do wniosku, że proszki hygroskopijne, na ich czele gips, najlepiej odpowiadają celowi.

Kramsztyk J. Epidemija różyczki (rubeola) i odry w bezpośrednim po sobie następstwie. Kilka słów o różyczce i wysypkach podobnych do szkarlatyny. Przegl. Lek. str. 625 i 637.

Różyczka (*rubeola*) dopiero w ostatnich czasach zyskała odrębne stanowisko w patologii szczegółowej, gdyż dawniej najczęściej uważaną była za odmianę odry. Autor, przystępując do opisu własnych spostrzeżeń wspomnianej choroby, skrzętnie zgromadził odpowiednie dane z literatury obcej i naszej. Różyczka często poprzedza odrę, tak w przypadkach sporadycznych, jak i epidemijach. K. przekonał się o tem z własnej praktyki. Spostrzeżenia autora pochodzą z praktyki prywatnej, w szpitalach bowiem *rubeola*, jako choroba lekka, obserwowaną nie bywa.

Ogółem spostrzegł 88 przypadków (chłopców 38, dziewcząt 50). Raz pacjenci autora przynieśli zarazę do domów własnych i pokrewnych z pensyi, drugi raz ze szkoły froeblovskiej — zaraźliwość różyczki okazała się b. znaczną. U dzieci młodszych niż półrocznych różyczki K. nie widział ani razu. Według wieku chorych było: od 1¹/₂—1 roku 7, od 1—3 lat 9, od 3—5 lat 6, od 5—7 lat 28, od 7—10 lat 22, od 10—13 lat 16.

W czterech domach różyczka dotknęła 12 dzieci, wszystkie one wkrótce (3—8 dni) zapadły na odrę, której przedtem nie przechodziły; kilka z tych obserwacyj autor przytacza obszernie. Na zasadzie tych 12 przypadków K. dochodzi do następujących wniosków:

że różyczka nie zabezpiecza od odry, że przebieg i charakter jednej i drugiej choroby jest różny, dlatego też w danych przypadkach powtórne zapadnięcie ani za recydywę, ani za dwukrotne przebywanie tej samej choroby uważane być nie może. Podobieństwo różyczki do odry istnieje, stąd też łatwość omyłki w przypadkach sporadycznych. W żadnym ze swych spostrzeżeń różyczki nie miał K. wątpliwości co do podobieństwa do szkarlatyny. Wprawdzie K. spostrzegł kilkanaście razy u dzieci wysypkę podobną do szkarlatyny, lecz ani przebieg, ani inne objawy nie przemawiały za tą chorobą (brak objawów ze strony gardła, brak łuszczenia).

Parę takich spostrzeżeń autor przytoczył, w dwóch z nich dzieci na 2 lata przedtem już przechodziły szkarlatynę. K. nie sądzi, aby te przypadki za przykładem FILATOW'A nazwać było można *rubeola scarlatinosa*, skłonny jest raczej zaliczyć je do influenzy.

Ja k u b o w s k i. Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii i intubacji krtani metodą O'Dwyer'a.

(Patrz dział Laryngologii).

Ja s i ń s k i. Przykurczenie stawów histeryczne u dzieci.

(Patrz dział Chorób nerwowych).

S a w i c k i. O nadwichnieniach ku przodowi główki kości promieniowej u dzieci.

(Patrz dział Chirurgii).

Arnstein. Przyczynek do rozpoznawania zimnicy u dzieci w pierwszych okresach życia. Medycyna str. 549.

Zimnica jest częstym cierpieniem u dzieci nie tylko starszych, lecz i młodszych, u tych ostatnich zwykle ma przebieg nieprawidłowy i przedstawia trudności rozpoznawcze. Jako ilustrację tego rodzaju przypadków przytacza autor dwie własne obserwacje: Pierwsza dotyczy 8-miesięcznej dziewczynki, u której bez widocznej przyczyny wystąpiły drgawki i silna gorączka. Inne objawy, spostrzegane przez A. nazajutrz, nasuwały podejrzenie na *meningitis*. *Febris continua* trwała 3 dni. Ustąpienie gorączki i innych objawów po podaniu chininy skłoniło autora do rozpoznania zimnicy. W drugim przypadku u dziecka półtoraletniego choroba przebiegała pod postacią ostrego zapalenia nieżyłowego płuc. Rozpoznanie w tym przypadku autor oparł na chwilowym zmniejszeniu ciepłoty i objawów ze strony płuc. Po podaniu chininy wszystkie objawy chorobowe znikły dnia następnego.

W końcu swej pracy autor zaznacza, że rozpoznanie zimnicy u małych dzieci opierać się powinno: 1) na wykluczeniu innych cierpień, 2) głównie zaś na skuteczności chininy i dlatego przy nieprawidłowym przebiegu cierpienia gorączkowego w celu rozpoznawczym należy podawać chininę.

Koral. O zaburzeniach płciowych u dzieci. Kron. Lek. str. 327.

Na podstawie skrzętnie zebranej literatury i kazuistyki, po części własnej, skreślił autor studjum o zaburzeniach płciowych u dzieci.

Przyczyny wywołujące te zaburzenia dzielą się na dwie grupy: a) indywidualne, t. j. zależne od spraw patologicznych lub bodźców bezpośrednio lub pośrednio działających na narządy płciowe (*phimosis, balanitis, balanopostitis, vulvo-vaginitis, pruritus, urticaria, lichen et eczema vulvae, hypertrophia clitoridis et labiorum minor.*; kamienie moczowe, *obstipatio habitualis*, choroby kręgosłupa, ząbkowanie, *helminthiasis*, ostre nieżyty błon śluzowych, środki farmaceutyczne, dłubanie i grzebanie palcami).

b) społeczne, pozostające w związku z otoczeniem dziecka i warunkami jego rozwoju, (dziedziczność, wychowanie dzieci, przykład starszych, towarzystwo rówieśników, służby i t. p. namiętne karesowanie dzieci, wpływ koleżeński w szkole).

Objawy i przebieg. Najczęstszą postacią nawet u ssawców jest onanizm. Różne sposoby wykonywania tego aktu u dzieci różnego wieku ilustruje odnośna kazuistyka. Dłuższy czas trwające tego rodzaju zaburzenie, wywołują zmiany w ogólnym stanie dzieci, t. j. szereg zaburzeń cechujących psychiczną degradację (MAURIAC'A). U dzieci starszych rozwinąć się może wyższy stopień zaburzeń płciowych: *satyriasis i nymphomania*.

Następstwa. Zwrócenie uwagi na stan dzieci i odpowiednia pomoc we właściwym czasie najczęściej usuwają złe bez śladu. Szkodliwe następstwa objawiają się albo: 1) w organach płciowych (*phimosis, balanitis, atrophia testicularum vulvo-vaginitis*), albo 2) w stanie ogólnym dziecka (*anaemia, chlorosis*), lub 3) w układzie nerwowym (zaburzenia w sferze czuciowej, *eclampsia, chorea, epilepsia, contractura — meningitis*). HENOCH spostrzegał objawy ataktyczne u dziecka. Występują również i zaburzenia w sferze psychicznej (*hysteria, neurasthenia cerebialis, imbecillitas, paranoia, mania*, skłonność do samobójstwa i zabójstwa).

Rozpoznanie nie jest łatwe. Gdy jest podejrzenie, lekarz winien zbadać dobrze genitalia, zwracając jednocześnie uwagę na zachowanie się dziecka, uwzględnić dziedziczne dane. W braku pozytywnych danych, zalecić rodzicom obserwację dziecka.

Rokowanie jest dobre u ssawców i w tych przypadkach, gdzie przyczyna polega na miejscowym cierpieniu (*phimosis, eczema etc.*). U dzieci obciążonych dziedzicznie i w przypadkach długotrwałych zaburzeń rokowanie jest złe.

Leczenie na pierwszym planie zapobiegawczo-hygieniczne (baczną uwagę na odzież, pościel dzieci, zachowanie się osób otaczających, usuwanie pokarmów pobudzających).

Ważną rolę odgrywa leczenie cierpień, usposabiających do zaburzeń płciowych.

Ze środków farmaceutycznych zaleca się brom, *lupulinę, tonica*.

Ćwiczenia gimnastyczne, zabiegi hydropatyczne u dzieci starszych są pożądane.

Leczenie moralno-pedagogiczne stosowane być może tylko u starszych dzieci.

Nencki i Zawadzki. Wyjaławianie mleka i sztuczne karmienie niemowląt.

(Patrz dział Hygijeny).

Arnstein. O biegunce letniej, czyli cholery dziecięcej. Odczyt kliniczny, Wydawn. Gazety Lekarskiej Nr. 35.

Na mocy dotychczasowych badań doświadczalnych, spostrzeżeń klinicznych, oraz na mocy 249 własnych przypadków w ciągu ostatnich 3-ch lat w praktyce prywatnej spostrzeganych, autor kreśli studjum kliniczne, traktujące o etylogii, przyrodzie i leczeniu cholery dziecięcej. Wysoką ciepłotę atmosferyczną i upały letnie, na zasadzie własnego materiału i zgodnie z innymi obserwatorami, uważa za dominujący moment w etylogii tej choroby. Upały letnie mają wpływ pośredni, zmieniają bowiem warunki otoczenia dziecka, a głównie szkodliwie wpływają na mleko krowie, stanowiące główne pożywienie dzieci w pierwszych okresach życia. Badania ESCHERICH'A, LESSAGE'A, a szczególnie BAGINSKY'EGO, wykazały, że w kanale pokarmowym u dzieci chorych na cholere dziecięcą, przy udziale różnych drobnoustrojów, odbywa się fermentacja, rozpad i gnicie ciał organicznych w skład mleka wchodzących, z wytwarzaniem różnego rodzaju ciał trujących. Z drugiej znów strony badania ESCHERICH'A, DUCLAUX, VANGHAN'A i wielu innych wykazały, że podobnym zmianom pod wpływem bakterij ulega mleko i po za ustrojem.

Zepsute podczas upałów letnich, uległe fermentacji i rozpadowi mleko uważa autor za najczęstszą i najważniejszą, bezpośrednią przyczynę biegunki cholerycznej u dzieci. Na 249 przypadków przez autora spostrzeganych, 66 było piersią karmionych dzieci, lecz tylko u 13 (5%) napewno dało się stwierdzić, że niebyły dokarmiane mlekiem.

Jako charakterystyczną zmianę anatomiczną, przytacza autor: stan przekrwienia narządów w jamie brzusznej. Zmiany nieżytowe są albo poprzedzające biegunkę choleryczną, albo następce. Istotę tej choroby stanowi nie zakażenie, lecz zatrucie ustroju toksynami, wessanemi z kanału pokarmowego, gdzie powstały.

Autor rozróżnia parę postaci cholery dziecięcej, a mianowicie: 1) postać, przedstawiającą biegunkę bez wymiotów i bez objawów cholerycznych (101 przypadków); 2) postać—biegunkę i wymioty bez objawów cholerycznych (46); 3) postać—cholere z rozwojem powolnym (37); 4) postać—napad cholery dziecięcej (65). Autor, opierając się na odnośnych badaniach bakteryjologicznych BAGINSKY'EGO, jest zdania, że biegunki letnie bez objawów cholerycznych, szczególnie spotykane u dzieci sztucznie karmionych, uważać należy za cho-

leryczne. Różnice te w przebiegu choroby prawdopodobnie zależą od natężenia spraw fermentacyjnej i rozpadowej w kiszkiach i od ilości wessanych do krwi toksyn.

Odróżnienie niezytu kiszek i gruźlicy kanału pokarmowego od cholery dziecięcej niekiedy przedstawiać może trudności. Szczególniej wyróżnić należy odrębną postać tak zw. biegunki u dzieci odstawionych; pod względem klinicznym od cholerycznej różni się ona następującymi objawami: ciepłota ciała podniesiona (39° – 40° C.), język obłożony, brzuch wzdęty, bolesny, stolce cuchnące.

Rokowanie w cholery dziecięcej zależy od wieku dziecka, warunków wśród których ono się znajduje, od okresu choroby, postaci i pory roku. Śmiertelność bywa różną; w roku 1890 na 51 przypadków autora śmiertelność wynosiła $82\frac{0}{100}$.

W leczeniu cholery dziecięcej szczególniejszy nacisk położony jest przez autora na środki zapobiegawcze, jako to: karmienie niemowląt piersią matek, w porze letniej wystrzegać się dokarmiania dzieci mlekiem krowim, przy sztucznem zaś karmieniu używać mleka sterylizowanego, zwracać uwagę na ogólne warunki higieniczne. Ważne znaczenie pod względem zapobiegawczym ma unikanie odstawiania dzieci od piersi w porze letniej.

Gdy choroba się już rozwinęła, autor uważa za konieczny warunek czasowe usunięcie mleka we wszelkiej postaci dla powstrzymania sprawy fermentacyjnej i rozpadowej w kiszkiach, nawet u ssawców radzi autor czasowo nie podawać piersi, natomiast jako pożywienie zaleca wodę białkową, zachwalaną przez EPSTEINA, samą lub z dodatkiem wina, koniaku i t. p.

Z leków używać należy środków przeciwnilnych, jak: rezorcyny, kalomelu, kwasu mlecznego, przetworów benzoesowych, salicylowych, szczególniejsz autor zachwala salicylan bismutu. Przemywania zasługują na obszerniejsze niż dotąd zastosowanie.

W ostatnim okresie choroby wskazane są: ogrzewanie ciała i kąpiele gorzyczne, zawijania w mokre prześcieradła, koce. W ostatnich czasach EPSTEIN poleca wstrzykiwania podskórne roztworu soli żołądka i kiszek kuchennej ($0,1\frac{0}{100}$).

Pomorski. Przyczynek do etjologii czarnej choroby noworodków (Melaena neonatorum). Nowiny Lek. str. 152, 199, 249, 303.

Nad powyższym tematem autor pracował w Gryfii, wspólnie z prof. PREUSCHEN'EM, i następnie w Berlinie u MARTIN'A.

PREUSCHEN obserwował poród u pierwiastki, zakończony kleszczami z powodu atonii macicy. Dziecko w 3 dni później życie zakończyło przy objawach czarnej choroby. Sekcyi dziecka dokonał autor i znalazł: w płucach przekrwienie i zawały krwotoczne, w żołądku przekrwienie z małymi krwotokami, w jamie czaszkowej wybroczyny, które zniszczyły początek ośnóg mózdzka do ciał czworaczych i do mostu, większą część mózdzka, oraz zmiażdżyły całą wewnętrzną

ścianą czwartej komórki; krwotoki te w jamie czaszkowej spowodowane były uciskiem podczas porodu na główkę *resp.* kleszczami.

Badanie mikroskopowe ognisk krwotocznych w żołądku wykazało, iż skutkiem pęknięć naczyń tworzyły się głębsze i powierzchowne wybroczyny, z tych zaś ostatnich pod wpływem kwasu solnego tworzyły się owrzodzenia błony śluzowej. Szukając w swoim przypadku przyczyn znalezionych zmian w narządach, autor krytycznie rozbiera dane z literatury i hipotezy, dotyczące tej choroby.

Nie znalazłszy wyjaśnienia, autor spostrzegane przez się zmiany w jamie czaszkowej, *resp.* w mózgu, stawia w przyczynowym związku ze zmianami w żołądku i płucach, opierając się na fakcie znanym w fizjologii, że skaleczenia pewnych części czwartej komórki u królików wywołują owrzodzenia w żołądku, przekrwienia i zawał w płucach.

Na poparcie swego przypuszczenia, podjął autor szereg doświadczeń na królikach podług EPSTEINA i KLOSTERHALFEN'A.

Doświadczeń dokonano 18 w sposób trojaki: 1) igłę lub sztylet wciskano w odnogi mózdzka do ciał czworaczych i do mostu; 2) kaleczono ośrodek naczynio-ruchowy na dnie czwartej komórki; 3) naśladując KLOSTERHALFEN'A, robiono cięcie poprzeczne przez skrzydła popielate (*ala cinerea*). Przy tego rodzaju skaleczeniach w większości doświadczeń autor znalazł u królików w płucach i żołądku zaburzenia w obiegu krwi, jak: przekrwienia, krwotoki i następne owrzodzenia. Nie jest koniecznem pustoszyć ośrodek naczynio-ruchowy—krwotok w pobliżu takowego może wywołać nań ucisk i porażenie tego ośrodka.

Doświadczenia powyższe doprowadziły autora do wniosku, że zmiany w ośrodkach nerwowych powodują zmiany w krwi obiegu w organach wewnętrznych i szereg objawów następnych, zatem ucisk porodowy, ucisk szyjki (macicznej) na główkę i szyję największe ma znaczenie w rozwoju choroby czarnej.

X. LARYNOLOGIJA, RHINOLOGIJA I OTIATRYJA.

Sprawozdawca

W. Szumlański.

Wróblewski. Przyczynek do kwestyi wyrosli adenoidalnych. Wyrosłe adenoidalne u głuchoniemych. Przegl. Lek. str. 289 i 302.

Wyrosłami adenoidalnymi nazywamy rozrost migdałka gardzielowego LUSCHK'I; spotyka się je najczęściej u dzieci, jakkolwiek i u do-

rosłych są niekiedy tak duże, że wymagają operacji. Na 80 przypadków, operowanych przez autora, 15 dotyczyło osobników powyżej lat 18-tu. Objawy główne: zatkanie nosa, chrapanie we śnie, suchość w gardle, katar, chrząkanie, sapanie i t. p.; niekiedy zdarzają się krwawienia z nosa, krwioplucie bez zmian w płucach i *aproszeria* t. j. niezdolność zwrócenia uwagi na dany przedmiot. Stwierdzić obecność wyrosła można albo zapomocą rhinoskopii tylnej, albo badając jamę noso-gardzielową dokładnie wymytym palcem. Wskazania do operacji są różnorodne; zależą od objawów i powikłań. Operację autor wykonywał przeważnie skrobaczką GOTTSTEIN'A i kleszczami JURASZA; resztki wyrosła usuwa paznogciem, poczem nos i gardziel przestrzykuje płynami antyseptycznymi i wyciera jamę nosogardzielową gazą jodoformową, zmoczoną w sublimacie 1:1000; 4-go i 8-go dnia po operacji powtarza przestrzykiwanie. W ostatnich czasach operował 25 razy w półśpieniu chloroformowem i sposób ten zaleca. Przebieg pooperacyjny był zawsze pomyślny; w jednym tylko przypadku spostrzegł W. błonicę jamy nosogardzielowej u dziecka, któremu, wbrew zakazowi, przestrzykiwano nos szpryczką, używaną poprzednio u dziecka chorego na błonicę. Krwotoki pooperacyjne tamować należy tamponowaniem zapomocą rurki BELOCQ'A.

W drugiej części pracy podaje autor wyniki ogólne badania jamy nosogardzielowej u głuchoniemych. Na 160 badanych, znalazł wyrosłe u 92, co stanowi 57.5%. Badanie w tym kierunku wszystkich głuchoniemych i usuwanie wyrosła w wieku jaknajmłodszym, mogłoby niejednokrotnie, jak sądzi W., wpłynąć na przywrócenie słuchu resp. mowy.

Sokołowski. Przypadek owróżdzenia gruzliczego wargi dolnej, leczony zapomocą wstrzykiwań płynem Koch'a Gaz. Lek. str. 468.

Chory, niegorączkujący, z objawami zgęszczenia w obu szczytach płucnych, nacieczeniami z nieznacznymi owróżdzeniami w krtani i z istniejącem od 7-iu miesięcy owróżdzeniem na błonie śluzowej wargi dolnej, poddany został leczeniu wstrzykiwaniami płynu KOCH'A; w ciągu 2-ech tygodni zrobiono 7 wstrzyknięć, przyczem zużyto 29 mgrm. płynu. Chory z początku reagował słabo, potem bardzo wyraźnie; w płucach zmiany nie występowały; w krtani potworzyły się obszerne owróżdzenia; wrzód na wardze z początku oczyścił się i, jakkolwiek nie zmniejszył się, miał skłonność do zabliznienia; po dalszych jednak wstrzyknięciach znów pokrył się nalotem, potem znacznie się rozszerzył i otoczony był drobniemi świeżemi gruzelkami. Dalszych wstrzykiwań zaniechano; chory jednak od tej pory ciągle gorączkował, ogólnie znacznie podupadł i ostatecznie zmarł w 2 $\frac{1}{2}$ miesięcy po pierwszym zastrzyknięciu. Dokonano badania pośmiertnego i tkanki gruzlicze poddano badaniu drobnowidzowemu. Wnioski z powyższego spostrzeżenia wyprowadza autor następujące: 1) Płyn KOCH'A posiada działanie swoiste na tkankę gruzliczą (odczyn miejscowy na owróżdzenie na wardze przy braku odczynu ogólnego). 2) Dalsze wstrzykiwa-

nia mogły uruchomić laseczniki, które, przenikając drogą naczyń limfatycznych, spowodowały tworzenie się nowych gruzelków i rozszerzenie owrzodzenia. 3) Na podstawie wreszcie drobnowidzowego badania płuc, które wykazało wśród starych mas serowatych liczne ogniska usiane lasecznikami i odczynowe zapalenie płuc (VIRCHOW'A), autor przypuszcza, że i tu uruchomione laseczniki mogły wywołać szybki rozwój sprawy serowatej z zejściem śmiertelnem.

Jakubowski. Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii a intubacji krtani metodą O'Dwyer'a. Gaz. Lek. str. 682 i 710.

W szpitalu Ś-go Ludwika w Krakowie na 59 przypadków błonicy pierwotnej: 1) stosowano samą intubację 32 razy, wyleczeń 21 (65.6%); 2) robiono dodatkową tracheotomię 27 razy, wyleczeń 2 (7.4%); razem 59 razy, wyleczeń 23 (39%). W błonicy następczej stosowano intubację 5 razy, wyleczeń 3 (60%). Ogółem 64 razy, wyleczeń 26 (40%).

Autor porównywał przebieg dławca i powikłania po dokonanej tracheotomii i intubacji i dochodzi do wniosków następujących:

1) Do usunięcia objawów zwężenia krtani przy dławcu i innych chorobach krtaniowych posiadamy dziś 2 sposoby leczenia: intubację i tracheotomię.

2) Intubacja jest łagodniejsza i mniej niebezpieczna.

3) Ujemne strony intubacji: a) chory musi zostawać pod stałym nadzorem lekarza, b) każdorazowa intubacja i ekstubacja jest dla chorych przykra i uciążliwa, c) z powodu zachłystywania się przy jedzeniu i dochodzenia do płuc mniejszej ilości powietrza, częściej występuje zapalenie płuc.

4) W dławcu, ograniczającym się do krtani i górnej części tchawicy, wyniki po intubacji są równie dobre, jak po tracheotomii, a leczenie trwa krócej.

5) Jeżeli po intubacji dławiec opuści się do tchawicy i oskrzeli, należy spieszenie wykonać tracheotomię.

6) W dławcu rozległym (krtani, tchawica i oskrzele) najlepiej odrazu wykonać tracheotomię.

7) Jeżeli po tracheotomii skutkiem powikłań istnieją trudności w usunięciu kaniuli, zastąpić ją może rurka intubacyjna.

8) Obydwa zatem sposoby wzajemnie się dopełniają.

Wróblewski. Sprawozdanie za rok 1890 z ambulatoryjum dla chorych z cierpieniami nosa, gardła i krtani w szpitalu Ewangelickim w Warszawie. Kron. Lek. str. 157 i 222).

Od 14/IV do 31/XII przyjęto chorych 650, w tej liczbie 120 z chorobami uszu, 14 z chorobami szyi i 7 z innymi cierpieniami; porad udzielono 1808; operacji wykonano 78. Sprawozdanie uzupeł-

nią krótkie notatki o ważniejszych przypadkach, oraz uwagi dotyczące: operowania przerostowego nieżyty nosa, wyrosli adenoidalnych pod chloroformem, przypalania kwasem chromnym w krtani, i usuwania przerosty migdałów pętlą galwanokaustyczną.

Lubliner. Sposób ułatwiający wprowadzenie cynowych czopków Schröttera przy zwężonej krtani. *Gaz. Lek.* str. 709.

Ułatwienie polega na znieczuleniu kokainą krtani i tchawicy ponad rurką i wprowadzeniu przez otwór w tchawicy i krtani do gardzieli najcieńszej rurki SCHRÖTTER'A lub cienkiego zgłębnika cynowego, na który nasadza się dolny guziczek czopka; przy wyprowadzeniu zgłębnika nazewną, czopek wchodzi do krtani *resp.* tchawicy, po czem umocowuje się zwykłym sposobem.

Puterman. Przypadek grzybicy włoskowcowej gardzieli. *Gaz. Lek.* str. 345.

W omawianym przypadku autor, widząc białoszarałe guziczki na migdałach, w żyłkach między łukami, na nasadzie języka i w jamie nosogardzieli, rozpoznał grzybicę gardzieli; guziczki te, według słów 20-letniej chorej, istniały bez zmiany od miesiąca i nie ustępowały pomimo dosyć energicznego leczenia. Prof. PIENIAŻEK, do którego chorą skierowano i który leczył ją przez 4 miesiące, wykrył *leptothrix*; leczenie polegało na wyrzucaniu wytworów chorobowych za pomocą kleszczyków, niszczeniu ich żegadłem galwanicznym i pędzlowaniu $\frac{1}{2}$ —2% roztworem sublimatu.

Kraszewski. Przyczynę do leczenia dyfterytu gardzieli i dławca. *Gaz. Lek.* str. 555.

Autor stosował dawniej roztwory półtorachloru żelaza do pędzlowania przy błonie i do wewnątrz przy dławcu; wyniki jednak otrzymywał niepomysłne.

Opierając się na pracy ROUX'A i YERSIN'A, którzy wykazali, że toksyny, wydzielane przez mikroby dyfterytyczne, stają się mniej trującymi po zakwaszeniu kwasem mineralnym, począł K. do wyższych wzmiankowanych roztworów dodawać kwasu solnego i od tej pory nie miał ani jednego przypadku z zejściem śmiertelnym. Spostrzeżenia, których zresztą autor nie przytacza, dotyczą 6-ciu przypadków dławca u dzieci i 5-ciu błonicy: z tych 2 u dzieci i 3 u dorosłych.

Sokołowski i Dmochowski. Przyczynę do patologii i kliniki spraw zapalnych migdałów. *Gazeta Lek.*, str. 560, 588, 607, 630.

Sokołowski. Przyczynę do patologii spraw zapalnych migdałów. *Przegląd Lekarski*, str. 393.

Celem zbadania zmian anatomicznych, jakie przy różnych cierpieniach zachodzą w migdałach, wycinano je tonsilotomem i, po odpowiednim stwardnieniu i zabarwieniu, poddawano badaniu drobnowidzowemu. Przy zwykłym przerostie migdałów krypty są rozszerzone, wysłane płaskim, wielowarstwowym nabłonkiem; na ścianach ich widać

już gołem okiem liczne drobne ziarenka, jakby brodawki; mikroskop przekonywa, że są to mocno przerosłe folikuly. W kryptach znajdują się twarde czopy, składające się prawie wyłącznie ze zrogowaciałych komórek nabłonkowych z niewielką ilością ciałek limfatycznych. Taki skład czopków wskazuje, że nie powstają one wyłącznie skutkiem zatrzymywania się wydzieliny krypt, że nie zależą li tylko od przerostu migdałów, lecz że stanowią one następstwo sprawy kataralnej z proliferacją i złuszczeniem nabłonka. Dane kliniczne, oraz fakt, że czopy znajdują się niekiedy i w migdałach niepowiększonych, przemawiają zatem, aby cierpienie to odosobnić i nadać mu nazwę *tonsillitis lacunaris desquamativa chronica*. W przebiegu tego cierpienia występuje niekiedy zaostrzenie; zjawia się ból gardła, zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej. Przy badaniu gardzieli widzimy takie same czopy; różnica jednak polega na tem, że przy sprawie przewlekłej czopy wydzielają się z łatwością, tu zaś nawet mocny ucisk nie jest ich w stanie usunąć. Ponieważ jednak pod mikroskopem czopy w obu przypadkach przedstawiają się jednakowo, należy obie te sprawy uważać za identyczne; zmiana zaś obrazu klinicznego zależeć może albo od tego, że uwięźnięcie czopów skutkiem większego zwężenia ujścia krypty wywoływać może obostrzenie, albo też obostrzenie, wywołane innym czynnikiem, powoduje uwięźnięcie czopów. Tej postaci cierpienia migdałów nadają autorzy nazwę *tonsillitis lacunaris desquamativa exacerbata*.

Przy tak zwanej *angina lacunaris s. follicularis*, którą na zasadzie zmian spostrzeganych w migdałach radzą autorzy nazywać *tonsillitis lacunaris pseudomembranacea*, znajdowano krypty mocno rozszerzone, wypełnione zawartością, składającą się z wielkiej ilości ciałek limfatycznych, pasorzytów (przeważnie drobnych diplokoków) i siatki włókniaka; słowem, były to zmiany, podobne do tych, jakie występują przy błonicy, tylko nie tak silnego natężenia. Dlatego też przy tej formie cierpienia należy przedsięwziąć te same środki zapobiegawcze, co przy błonicy, tem więcej, że i doświadczenie kliniczne wskazuje na możliwość jednoczesnego zapadania w jednym domu jednych osób na zapalenie rzekomo-błonowe i innych na błonicę. Z pracy powyższej wysnuwają autorowie następujące wnioski: 1) Przerost folikuliów może dawać warunki zwężenia lub zatkanie krypt i przez to wywoływać zatrzymanie się zawartości. 2) Zapalenie krypt migdałów, przy których wydzielina jest zmieniona jakościowo i ilościowo, bywają zależnemi lub niezależnemi, przewlekłemi, lub ostrymi. 3) Sprawy przewlekłe deskwamacyjne najczęściej stoją w bezpośrednim związku z przerostem migdałów, lub przewlekłym nieżytem krypt. 4) Tak zwana *angina follicularis* jest zapaleniem rzekomo-błonicowem, umiejscowionem jedynie w kryptach.

Kochler. Ciała obce w uchu. Now. Lek., str. 312.

W pracy powyższej autor wskazuje, jak szkodliwem i niebezpiecznem jest poszukiwanie i usuwanie z ucha ciał obcych na ślepo, poda-

je, jako najprostszy i zazwyczaj skuteczny sposób, przestrzykiwanie ucha wodą ciepłą, po przekonaniu się, że ciało obce rzeczywiście się znajduje. Spostrzeżenia zarówno z praktyki własnej, jako też poczerpnięte z literatury przekonywają, jak łatwo usuwa z ucha ciało obce ręka umiętlna i jaką szkodę przynieść niejednokrotnie choremu może zabieg nieodpowiedni lub niezręczny.

Drobnik. Dwadzieścia tracheotomij, oraz uwagi dotyczące leczenia dławca i błonicy. Now. Lek., str. 196.

(Patrz dział Chirurgii).

Heryng. Sprawozdanie ze spostrzeżeń czynionych w Warszawie nad leczeniem chorych gruźliczych metodą Koch'a. Leczenie suchot krtani. Pam. Tow. Lek., Z. I, str. 73.

Komunikat dotyczy 10-ciu przypadków gruźlicy krtani, leczonych w Warszawie zastrzykiwaniami płynu KOCH'A. Czas trwania obserwacji wynosił 2—5 tygodni; ilość zastrzyknięć 4—12; ogólna ilość zastrzykniętego płynu 7—12 mgrm. Wynik leczenia był następujący: w dwóch przypadkach—znakomita poprawa, prawie wyleczenie (chorzy ci mieli bardzo nieznaczne zmiany w płucach i krtani, łaseczników w płwocinie nie wykrywano); w jednym nieznaczna, chwiejna poprawa, w dwóch nieznaczne pogorszenie, w czterech wybitne pogorszenie, w dwóch śmierć.

Po zastrzyknięciu odczyn miejscowy w krtani występuje wyraźnie i poprzedza odczyn ogólny: z początku występuje przekrwienie i obrzęk; później nasięki gruźlicze bledną, pokrywają się szarym nalotem, a następnie stają się blade-żółtymi. W innych razach nasięki blizkie rozpadu lub powierzchowne owrzodzenia pokrywają się nalotem sadowatym, który następnie odpada, pozostawiając szarawe owrzodzenie, które szybko się oczyszcza, granuluje i ostatecznie ulega zabliznieniu. Niekiedy przy większych dawkach nieowrzodzone nasięki tylnej ściany zmniejszają się, nie przechodząc w rozpad. Świeże gruzelki w pobliżu owrzodzeń gruźliczych, jakie niekiedy występują po zastrzyknięciu, dowodzą raczej generalizacji sprawy gruźliczej, niż uwidocznienia ognisk skrytych.

W każdym razie ani rozpoznawczej, ani leczniczej wartości płynu KOCH'A, autor nie przesądza i praw pod tym względem żadnych nie stawia.

Sędziak. O zboczeniach przegrody nosa. Przegl. Lek., str. 80, 98, 122, 158, 165, 181.

Z 200 przypadków, w jakich znajdowano zboczenia, wyłącza autor 33, w których przegroda była względnie prosta, symetryczna.

Pozostałe 167 przypadków dzieli podług własnej klasyfikacji na: 1) zboczenia w ścisłem tego słowa znaczeniu i 2) zboczenia pod postacią zgrubień *resp.* wyrostków (oście, grzebienie, zrosty), podaje przyczyny, objawy i leczenie tego cierpienia, porównyując przez ciąg

całej pracy wnioski i wyniki własne, z poglądami wielu innych autorów, którzy kwestyję tę poprzednio obszernie opracowali, na podstawie znacznie większego materiału klinicznego.

XI. CHIRURGIIA.

4).

Sprawozdawca

Wł. Szteyner.

Rydygier. O leczeniu ran. Odezty kliniczne. Wydawn. Gaz. Lek. N. 27.

Największem dla rany niebezpieczeństwem jest zakażenie przez dotykane, daleko mniej groźnem jest zakażenie z powietrza. Największem zadaniem w leczeniu ran jest czystość bez względu na, dająca się wszędzie przy należytych chęciach osiągnąć. Dezynfekcja rąk lekarza i otoczenia rany opisana jest szczegółowo. Narzędzia oczyszczają należy przez zanurzenie na 15 minut do wrzącego 1% roztworu sody; noże kładą się tylko na 1 minutę do wrzącej wody, po dokładnem wytarciu płatkami, zmaczanym w 5% karbolu.

Ran czystych, zadanych przez chirurga w tkankach nie uległych zapaleniu, nadających się do rychłozrostu nie należy zlewać z adnami płynami, operując na sucho, albo używać tylko 0,6% roztworu soli kuchennej w wodzie wyjałowionej. Naczynia krwionośne dokładnie się przewiązują, rany, nie zawierające nic chorobowo zmienionego, leczą się bez sączków. Opatrunek składa się z gazy sterylizowanej i waty drzewnej i pozostaje nieraz przez 3 — 6 tygodni bez zmiany aż do zupełnego zagojenia. Rany zanieczyszczone należy dokładnie oczyścić sublimatem i drenować. Rany stykające się z jamami wysłanymi błoną śluzową tamponują się gazą jodoformową. Rany w częściach zajętych gruźlicą splukuje sublimatem i wyciera jodoformem, lub zlewa gliceryną z jodoformem. Ten ostatni środek używa się też wszędzie tam, gdzie niewiadomo na pewno, czy w ranie pozostają jakie bakteryje. Wobec ran postrzałowych nie trzeba być za nadto czynnym, mianowicie wtenczas, jeżeli nie rozporządzamy dostatecznymi środkami i pomocą. Opatrunki wilgotne wysychające, z octanu glinu, stosuje się przy flegmonach. Jedwab do ligatur wygotowuje się przez godzinę w 10% karbolu, a przechowuje w 5%. Katgut w lekko zwiniętych pasmach wkłada się do 1% roztworu wodnego sublimatu na dobę, a przechowuje się w roztworze alkoholowym sublimatu 1%.

Wachholz. Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową na podstawie 4057 przypadków. Przegl. Lek. str. 31, 32, 33, 395, 411, 426.

W ciągu lat dwudziestu w oddziale prof. OBALIŃSKIEGO dokonano 4057 znieczuleń chloroformowych.

Narkozę mieszaną stosowano w 45 przypadkach z eterem, w 43 z kokainą, w 20 z eterem i kokainą.

Sposób użycia był następujący: z początku polewano obfitszą ilością chloroformu maskę i zbliżano ją ścielnie do ust, z chwilą gdy znieczulenie nastąpiło, dolewano chloroformu tylko kroplami, aby chorego w jednakim stanie znieczulenia utrzymać. Przeciętnie potrzeba było do wywołania narkozy 10,6 gm. chloroformu w czasie 9,1 minuty; zaś celem utrzymania chorego aż do końca zabiegu w znieczuleniu zużyto średnio 17,6 gm. w czasie 34,3 minut.

Ilość zużytego chloroformu aż do wywołania narkozy zupełnej zależała od tego, czy chory nadużywał napojów wysokowych; nadto okazało się z kilku przypadków, w krótkim odstępie czasu kilkakrotnie usypianych, iż i tu dawka chloroformu do wywołania znieczulenia za każdym następnym razem musiała być zwiększana. U niedokrewnych ilość chloroformu zużyta, jakkolwiek nieznacznie, przeważnie większą była. Wszyscy dotknięci nowotworami złośliwymi, głównie zaś rakiem żużytkowywali znaczniejsze ilości chloroformu; średnia ilość chloroformu u chorych na raka = 13,7 gm., u innych chorych = 10,05 gm., taż sama różnica była i w czasie 10,3 : 9,1 minut. Najwięcej chloroformu zużyto w przypadkach raka warg, dla tego to później w tych przyp. stosowano do pomocy chloroformowi kokainę.

Eter stosowano przy zmianach w sercu, u osób niedokrewnych i wyniszczonych, lub wtedy, gdy wystąpiły groźne objawy zblednienia, osłabienia tętna i omdlenia; z początku aż do zupełnego znieczulenia stosowano chloroform, narkozę zaś tę podtrzymywano nadal wdechaniem par eterowych.

Kokainę zastrzykiwano wroczynie 3—5% w ilości 1—10 ctg.; ilość chloroformu, zużyta obok kokainy, wahała się między 2,0 a 100 gramów.

Asfiksję zanotowano na 1793 przyp. 22 razy (1,2%), 15 razy u mężczyzn, 7 razy u kobiet. Omdlenie zdarzyło się 6 razy (0,28%). Na 6 wypadków omdlenia dwa razy tylko zaszyły przypadki śmierci w przebiegu tegoż, (z ogólnej liczby 4057). Pierwszy przyp. dotyczył kobiety 60 l. z rakiem odbytnicy; gdy chora usnęła, wprowadzono wżiernik do odbytnicy, wówczas stała się chora niespokojną, dolano więc kilka kropel chloroformu, poczem chora zbladła i oddychać przestała; w ciągu godziny bezskutecznie stosowano sztuczne oddychanie, wstrzykiwanie eteru, faradyzację; sekcyja stwierdziła nieznaczne zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej. Drugi przyp. Chłopiec 16 l., po wyluszczeniu guza kostnego u szczęki dolnej chory po dokonany zabiegu obudził się w czasie opatrywania, gdy nagle zbladł, przestał oddychać i mimo wszelkich starań życie zakończył; sekcyja wykazała, że prawa komórka serca była rozszerzona, mięsień błady, krew płyn-

na z wybitną wonią chloroformu. Według statystyki własnej wypada 1 przypadek śmierci z chloroformu na 2024 narkoz. — W jednym przypadku stały się wymioty przyczyną śmierci, chory operowany był z powodu przepukliny, w narkozie wystąpiła duszność, sinica i kaszel z powodu aspiracji treści kałowej wymiotowanej.

Podwyższenie niezwykle ciepłoty po narkozie zauważono w jednym przypadku. Chory 30 l. chloroformowany 4 razy; za trzema pierwszymi razami dochodziła ciepłota ciała pod wieczór po operacji do 40°C ., ostatnim razem o północy $39,4$. Chory ten nigdy przedtem nie gorączkował, rany zaś operacyjne (artrektomija, rezekcja) goiły się dobrze, bez wydzieliny. W. przypuszcza działanie chloroformu na środki regulujące utratę ciepła.

W 105 przyp. stosowano przyrząd WISKEMANN'A, z którego, zależnie od nastawienia wskazówki, od 10 do 86 kropeł chloroformu na minutę pada na namiot z flanelki, otoczony z boków szklanym walcem; namiot połączony jest rurą z maską, zaopatrzoną w wentyl, otwierający się (z odgłosem) tylko przy wdechu. Przy pomocy owego przyrządu zaoszczędzono w 100 narkozach 700 gm. chloroformu, a czasu $6\frac{1}{2}$ godzin. Ujemne strony stanowią nieściśła dokładność wskazówki i niezupełne przyleganie maski u niektórych chorych; wreszcie należy bacznie zwracać uwagę, aby powietrze w namiocie zbyt chloroformem się nie przesycało, ztąd to należy z chwilą gdy narkoza została już wywołaną, zmniejszyć ilość padających kropli z 80 na 10 lub 20 na minutę, z chwilą zaś oddalenia maski od twarzy chorego należy wkraplać zamknąć.

Schram. Doświadczenia z limfą Koch'a w oddziale chirurgicznym szpitala ś-tej Zofii we Lwowie. Przegl. Lek. str. 205, 219, 233.

Autor podaje w skróceniu historję chorób, dotyczące 17 dzieci z gruźlicą chirurgiczną, leczonych wstrzykiwaniami limfy KOCH'A. Na podstawie doświadczeń własnych oświadczą S., że wartość leczenia limfą KOCH'A w gruźlicy chirurgicznej jest bardzo mała. W dwóch przypadkach wilka wynik na razie był zadawalniający, u jednej chorej przyszło nawet do zagojenia się owrzodzeń na podniebieniu i na głośni. Niestety pomyślny ten stan trwał niedługo. Już w czasie dalszych wstrzykiwań, przy coraz wyższem stopniowaniu dawek, zaczęły występować nowe guziki, tak w miejscu dawnych jak i w okolicy, i stan miejscowy chorych był ostatecznie taki sam w chwili przestania wstrzykiwań, jak przy rozpoczęciu leczenia. W siedmiu przypadkach gruźlicy kostnej nie osiągnięto żadnego dodatniego wyniku. Limfa KOCH'A czyni ustroj mniej odpornym i słabszym. Prawie wszystkie dzieci leczone, u których robiono wstrzykiwania, mają się znacznie gorzej; u dwojga wystąpiły nacieczenia w płucach, których poprzednio nie było, u dwojga innych istniejące, małe stłumienia znacznie i stale się powiększyły.

Kraus. O pyoktaninie. Przegl. Lek. str. 266.

Na podstawie 12 spostrzeżeń podaje Kr. następujące wnioski. Pyoktanina jest słabym środkiem przeciwnilnym, oddaje niezle

usługi w leczeniu wrzodów goleni, ale tylko do pewnego okresu, jest niezłym środkiem kojącym ból. Wstrzykiwania pyoktaniny w nowotwory mają działanie więcej niż problematyczne. Ujemną własność stanowi zabarwienie rąk i bielizny.

Barącz. W sprawie nowego sposobu zakładania szwów pomysłu prof. Obalińskiego. Przegl. Lek. str. 244.

Autor zwraca uwagę, że sposób ten nakładania szwów jest znany i opisany w podręcznikach francuskich i angielskich pod nazwą sposobu FERGUSSON'A. Jeszcze lepszą modyfikację podał BÉRARD; zamiast wiązać nitki, przeprowadza pętlę, przy pomocy której przewleka nitkę od tyłu do przodu.

Bednarski. Niezwykły przypadek zranienia. Przegl. Lek. str. 46.

Robotnik 30 l., trzymając w ręku pręt żelazny, $1\frac{1}{2}$ m. długości a 3 cm. grubości mający, spadł z pochyłości, nadziewając się na ów pręt. Rana wejścia znajdowała się tuż nad kością łonową, rana wyjściowa zaś na wysokości obojczyka prawego. Kanał rany podskórnej miał długości 67 cm. Rany zagoiły się szybko, wytworzył się tylko ropień na wysokości pępka. Po 10 dniach chory opuścił szpital.

Szymkiewicz. O wyjmowaniu zębów (dla użytku lekarzy praktykujących, z 26 rycinami. Rozprawy wydane w Krakowie zeszyt 3.

Autor zachęca lekarzy prowincjonalnych do wykonywania tej, po największej części nader łatwej, operacji i podaje najniezbędniejsze do wyjmowania zębów narzędzia (w rysunkach) oraz sposoby ich najpraktyczniejszego użycia. Na początku podaje wskazania i przeciwwskazania do wyjmowania zębów, te ostatnie są obecnie o wiele mniej liczne, a ograniczają się tylko do pewnych chorób ogólnych (*haemophilia*, *morbis Werlhofii* etc). Mówiąc o dezynfekcyi kleszczy, nie wspomina Sz. o najpewniejszym sposobie wyjaławiania narzędzi przez gotowanie w 10% roztworze sody.

Obaliński. Z zakresu chirurgii nerek. Przegląd Lekarski, str. 3, 20, 35.

I. O pęknięciu nerki, jako wskazaniu do wycięcia tejże.

Mężczyzna 33 lat, przewrócił się wraz z koniem w ujeżdżalni i uderzył się prawym bokiem o baryerę. Mocz był przez pierwsze dwa dni krwawym, trzeciego dnia czystym, czwartego znów nieco krwawym. Dziewiątego dnia zauważono powiększenie się obrzęku w okolicy lędźwiowej prawej i większą tegoż bolesność. Jedenastego dnia znaleziono w podżebrzu prawem guz wielkości głowy dziecka, ograniczony, z głębi wychodzący, do linii pępkowej sięgający, nieco chęlboczący; mocz czysty, ciepłota prawidłowa. Po trzech tygodniach guz doszedł do wielkości blisko głowy dorosłego człowieka, sięgał na dół w pobliżu kołka biodrowego przed. górnego ku wewnątrz poza linią białą. Guz

gładki, chelbozący, na szczycie podczas ugniatania czuć przelewanie się płynu. Stan bezgorączkowy, tętno dobre (80), anemii nie ma. Mocz oddaje chory łatwo i bez krwi 950—1450 c. c. Po kilku dniach guz się powiększał, bóle częstsze i silniejsze, bezsenność. Postanowiono przystąpić do radykalnej operacji. (Do r. 1888 zanotowano w literaturze trzy przypadki wycięcia nerki z powodu obrażenia podskórnego, w r. 1889 dwa FENGER'A i HOCHENEGG'A).

Na 28-y dzień po obrażeniu przystąpił O. do operacji, wybrawszy obszerne i wygodne cięcie wrotowe BARDENHEUR'A; cięcie to rozpoczynało się od końca 11-go żebra prostopadle ku grzebieniowi kości biodrowej przez skórę i wszystkie trzy warstwy mięśniowe aż do powięzi poprzecznej. Ta ostatnia była w niniejszym przypadku z odrzewną ściśle złączona, po oddzieleniu załamku otrzewny przecięto odrazu mocnymi nożycami wszystkie warstwy aż do otrzewny w dwóch kierunkach na jakie 10 cm., to jest od górnego końca rany wzdłuż łuku żebrowego ku wewnątrz i gorze — i od dolnego końca rany ku wewnątrz i dołowi; przez co otrzymano płat mięsno-skórny, dający się ku linii środkowej łatwo odchylić. Nadto dodano jeszcze jedno cięcie ku tyłowi od dolnego końca głównej rany. Po zatamowaniu krwotoku przecięto przeświecającą ścianę guza, z którego wypłynęło około 2 litrów moczu, z początku zupełnie jasnego, przy końcu z osadem moczanów, a w samym spodzie jamy znaleziono garść skrzepów odbarwionych. Wprowadziwszy wgląd jamy ręką, można było wyczuć nerkę, poprzecznie na dwie nierówne części pękniętą przez całą swą grubość tak, że rozstęp między niemi co najmniej 2 cm. wynosił. Sączenia krwi z przepołowionej nerki nie było wcale, dopiero przy wyluszczeniu dolnego odcinka powstał dość znaczny krwotok skutkiem urwania się tego kawałka nerki w samej wnęce. Tu się pokazała wielka korzyść wrotowego cięcia, albowiem dogodnie można było krwawiące naczynie uchwycić palcami i podwiązać; górną część nerki wyluszczone i podwiązano oddzielnie. Po wydobyciu z osobna każdej części nerki i ustawieniu okazało się, że pęknięcie drażyło przez całą grubość nerki i przez jej miedniczkę do wnęki tak, iż w dole była jedna trzecia część jej istoty wraz z częścią miedniczki i gałązką tętniczą odchodzącą od głównej tętnicy nerkowej, w gorze zaś były dwie trzecie istoty nerkowej, przeważna część miedniczki z moczowodem i główne naczynia nerkowe. Jamę rany wytamponowano gazą jodoformową, obok której wyprowadzono przewiązkę od tętnicy nerkowej, ranę zewnętrzną zasztyto, zostawując pośrodku otwór, przepuszczający dwa palce. Operacja trwała 160 minut, chloroformu zużyto 65 grm. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 36,5, drugiego dnia wieczorem 38, moczu oddał przez pierwszą dobę 450 c. c., w następnych dobach 900, 980, 1130, 1400, 1800. Ósmego dnia wyjęto tampony, część zeszyta zagoiła się doraźnie. Po dwóch miesiącach chory opuścił szpital zupełnie wyleczony.

Okoliczność, że tak ciężki uraz nerki nie pociągnął za sobą ani tak znacznego moczenia krwią, ani też zebrania się większej ilości

krwi dookoła nerki, wyjaśniły autorowi stosunki znalezione przy operacji, a mianowicie wytworzenie się torby o ścianach cienkich, lecz zbitych, sięgającej aż do wnęki nerkowej tak, że przepołowiona nerka była torbą tą odjęta. Mocz, zbierający się w niej, znajdował się pod wielkiem parciem i uciskał na moczowód i naczynia krwionośne, skutkiem czego przyszło do powstrzymania odpływu moczu z tej nerki do pęcherza, jako też i do zatamowania się miejsc broczących. Torba ta utworzona była przez torebkę zewnętrzną, czyli tłuszczową; jeżeli i ta torebka pęknie, natenczas krew i mocz rozsuwają tkankę łączną niczem nie powstrzymane i stają się przyczyną groźnej niedokrewności i złośliwych zapaleń. W przypadku podobnym radzi O. na przyszłość, przed przystąpieniem do operacji radykalnej, wypompowanie za pomocą przyrządu POTAIN'A, a dopiero w razie ponownego nabrania guza, wykonać rękoczyn doszczętny. Wogóle radzi wcześniej wycinać nerkę, gdzie istnieją racjonalne objawy pęknięcia. W nagłych przypadkach należy operować przez cięcie brzuszne, w przypadkach późniejszych przy możliwości ropienia i sposoczenia lepiej się trzymać metod zaotrzewnowych, a zwłaszcza sposobu BARDENHEUR'A.

II. Ropień przynerkowy — cięcie wrotowe podwójne, wyleczenie w półtora roku po utworzeniu ropnia; u chorego 47 lat, wykonano cięcie dwuwrotowe i utworzono jamę wielkiego ropnia.

III. Kamień nerkowy; przetoka moczowodowa; zrośnięcie tkanki łącznej zaotrzewnowej; nefrektomia, przecięcie brzuszne; zejście śmiertelne na drugi dzień.

IV. Roponercze, wywołane kamieniem w miedniczce nerki wędrującej, u chorej 24-ro letniej; wycięcie nerki przez otworzenie brzucha na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego, zeszyte całkowite; zagojenie doraźne.

W końcowych uwagach autor powiada: a) sprawy ropne w nerce z rozszerzeniem się na części sąsiednie wymagają typowej nefrektomii przez cięcie lędźwiowe tylne, czyli SIMON'A, w przypadkach z zatokami lepiej dokonać cięcia wrotowego; b) przetoka moczowodowa powinna być usunięta przez wycięcie odpowiedniej nerki; c) wszędzie tam, gdzie sprawa odbywa się wśród torebki nerkowej, należałoby użyć metody śródotrzewnowej, gdzie zaś zajęte są części sąsiednie, należy się ograniczyć do metody zaotrzewnowej.

Rydygier. Pomysł dorabiania moczowodu. Przegląd Lekarski str 589.

Autorowi przyszła myśl, czyby nie można ubytków moczowodu, bez poświęcania tak ważnego przyrządu, jakim jest nerka, wyleczyć przez dorobienie moczowodu w sposób następujący. Jeżeli kawalek moczowodu wycięliśmy w przebiegu operacji, wyluszczać guz z jamy brzusznej, wszywamy koniec moczowodu górny i dolny w ścianę brzusznej, tak, że górny będzie się znajdował w pewnym oddaleniu od dolnego i utworzymy w ten sposób dwie przetoki. Po pewnym czasie

wykrawamy ze skóry ku jednej stronie płatek, którego długość odpowiada odstępowi przetok, a szerokość jest nieco większa, niż potrzeba po zawinięciu do utworzenia rurki o równym świetle, jak moczowód prawidłowy.

Podstawę tego płata pozostawiamy w linii łączącej przetoki. Wykrojony płat czworoboczny odwracamy i tak zawijamy, że będzie tworzył rurkę łączącą obie przetoki; naskórek będzie zwrócony ku wewnątrz, powierzchnia skrwawiona na zewnątrz.

Po odpowiednim zeszyciu i połączeniu górnego i dolnego otworu tej rurki z górną i dolną przetoką, pokrywamy skrwawioną powierzchnię rurki płatem skóry nieco dłuższym niż pierwszy i szerszym, naciągniętym z drugiej strony.

Idziński. Równoczesne wycięcie tętnicy i żyły udowej powyżej odejścia gałązek głębokich—wyzdrowienie. *Przeg. Lek.*, str. 277, 291.

Według nowszej statystyki dokonano równoczesnego podwiązania obu tych naczyń 50 razy, z tych w 24-ch razach przyszło do zgorzeli. Przypadki te dzielą się na 19 podwizań wśród wycinania nowotworów, a pomiędzy temi było 9 przypadków zgorzeli, i 6 podwizań po skaleczeniu przypadkowem, a pomiędzy temi były trzy przypadki zgorzeli.

Przypadek opisany dotyczył mężczyzny 37-letniego, dotkniętego recydywą raka prącia i gruczołów chłonnych w pachwinie. Przy operacji okazało się, że nowotwór sięga bardzo głęboko i że całkowicie obejmuje naczynia udowe. Prof. RYDYGIER podwizał tętnicę i żyłę udową w miejscu, znajdującem się tuż przed odejściem gałązek głębokich, wyciął oba te naczynia (3 cm.) wraz otaczającym je guzem, poczem ranę skórną zaszyto i ułożono kończynę dolną lewą na równi pochylej. Wieczorem kończyna była bledsza i zimniejsza, tętno w tętnicy grzbietowej wyczuwalne, lekki obrzęk około kostek. Następnego dnia stan lepszy — wyzdrowienie. Do pomyślnego wyniku przyczyniła się po części ta okoliczność, że naczynia przez nowotwór ulegały powolnemu naciskowi przez czas dłuższy.

Ziembicki. Przyczynek do leczenia tętniaków. *Przegląd Lekarski*, str. 42.

1. Mężczyzna 25 lat, z tętniakiem t. podkolanowej prawej wielkości gęsiego jaja; zastosowano ucisk elastyczny, skutek był ten, że tętnienie ustało, natomiast obrzęk znacznie się powiększył z powodu pęknięcia ściany tętniaka. Następnie zastosował Z. metodę ANEL'A i podwizał tętnicę udową tuż nad samym tętniakiem; wynik był niezupełnie zadowalniający. Funkcyjja kończyny jest tak samo złą; guz mało co się zmniejszył—jednak tętnienie ustało.

2. Mężczyzna 33 lat, przed laty dziewięciu skaleczony został sozorykiem o 6 cm. poniżej wiązadła POUPART'A; od 4-ch lat guz tętniacy, nagle w przeciągu 48-miu godzin doszedł do ogromnych rozmiarów, równając się objętości strusiego jaja. W przypadku tym

podwizał Z. tętnicę powyżej i poniżej tętniaka, a cały guz wyciął. Trudności były wielkie przy oddzielaniu worka, krwawienie znaczne, część ściany tylnej z obawy zranienia tętnicy udowej głębokiej pozostawiono; szew i tampon jodoformowy. W 7 tygodni chory całkowicie wyleczony, władza w kończynie odzyskana, wynik jak najlepszy. Autor przemawia za operacją doszczętną, wyjątek stanowią tętniaki t. szyjnych.

Szuman. Kilka słów o użyciu lyzolu (*Lysolum purum*) przy dezynfekcji ran. *Nowiny Lek.* str. 231.

W roku 1891 autor, zachęcony pracą MICHELSEN'A, zaczął używać lyzolu w lecznicy swej chirurgicznej konsekwentnie; do dezynfekcji rąk operatora, do dezynfekcji skóry przed operacją w okolicy rany i do przestrzykiwania ran ropiejących oraz ran w tkankach zakażonych gruźlicą, zgorzelą kości etc. Złych skutków do końca kwietnia autor nie widział. W jednym przypadku po otwarciu otoku piersiowego przepuścił około 7 litrów półprocentowego roztworu lyzolu przez jamę opłucnową, dopóki wszelkie ślady cuchnącej ropy nie wypłynęły z otoku. Gorączka natychmiast opadła i już się nie podniosła; więcej przepłukiwań nie robiono. W przypadku cięcia brzucha przy gruźlicy otrzewnej przepłukanie lyzolem nie spowodowało najmniejszych objawów zatrucia. Do ran zakażonych, do mycia rąk używał autor 2% roztworu, później do rąk 1%. Do dezynfekcji narzędzi metalowych lyzol się nie nadaje, na narzędzia gumowe zaś złego wpływu nie wywiera.

Talko. Wypadek wycięcia nerwu nadoczodołowego. *Nowiny lekarskie* str. 481.

Chora lat 43, nerwoból trwający przeszło 4 lata; napad bólu zwykle rozpoczynał się w lewej połowie czoła, z kąda przechodził na odpowiednią stronę ciemienia, nosa, górnej wargi i części twarzy. Wycięto dwa centymetry nerwu nadoczodołowego, od tej chwili bóle w zupełności ustąpiły.

Krysiewicz. O narkozie eterowej. *Nowiny lek.* str. 8.

Technika narkozy eterowej różni się zupełnie od chloroformowej, chory musi wdychać gazy eterowe w stanie prawie skoncentrowanym, ztąd maska powinna być większa i pokryta płótnem woskowanym; narkozę rozpoczynać trzeba odrazu większą ilością eteru (50, u dzieci 30 grm.), które odrazu wlewa się do maski; maskę zdejmuje się tylko podczas dolewania świeżego eteru w warunkach prawidłowych. W oddziale d-ra ZIELENICZA narkozę eterową stosowano w 50 przypadkach; z groźniejszych powikłań spostrzegano dwa razy ustanie oddechu, tętno było względnie dobre i oddech po zdjęciu maski powrócił. Pewność, że póki chory dobrze oddycha, o tętno troszczyć się nie potrzeba, jest wielką zaletą narkozy eterowej

Jeden przypadek zakończył się śmiercią. 3 letni chłopiec, z krupem krtani i nacieczeniem w płucach, przestał nagle oddychać; szybkie przecięcie tchawicy i sztuczne oddychanie pozostało bez skutku; śmierć w warunkach tak niekorzystnych mogła nastąpić w każdej chwili i bez narkozy.

Przebudzenie z narkozy eterowej następuje w ogóle wcześnie, często prawie bezpośrednio po zdjęciu maski. Ciepłota podczas narkozy eterowej stale się obniża, tak, że pod koniec jest najniższa, w jednym przypadku było $35,5^{\circ}\text{C}$. Ilość eteru w przypadkach autora wynosiła w przecięciu 45 grm. do wywołania odurzenia, do półgodzinnej narkozy wystarczało 90 grm.

Drobnik. Dwadzieścia tracheotomij wykonanych w jesieni 1890 roku w Poznaniu, oraz uwagi dotyczące leczenia i przebiegu dławca i błonicy. Nowiny lekarskie str. 196 i 242.

Autor, pracując w klinice chirurgicznej w Królewcu, zauważył, że epidemie błonicy wiosenne odznaczały się nadzwyczaj złośliwym przebiegiem, zaś epidemie jesienne dawały dobre rokowanie. Ze-stawienie przypadków tracheotomij, jesienią 1889 r. dokonanych, wykazało zaledwie 10% , gdy na wiosnę 1888 r. śmiertelność była aż 80% . Z 20 tracheotomij robionych przez autora podczas jesieni w Poznaniu zmarło 10 dzieci. Autor uważa taki wynik za zadawalniający ze względu, że w kilku przypadkach zakończonych śmiercią, operował *in extremis* tylko na wyraźne życzenie rodziców. Od kilku lat używa D. przy błonicy roztworu octanu glinu ze skutkiem co najmniej równym wszelkim innym środkom; używa w postaci wtierań roztworu rozrzedzonego w stosunku 1 : 4; roztwór octanu glinu jest kwaśnym antyseptykiem, posiadającym w znacznym stopniu własności ściągające; w cięższych przypadkach oczyszcza D. gardziel za pomocą wacików, zmoczonych w wyżej podanym roztworze.

Matlakowski. Wycięcie żyły podskórnej odgoleniowej przy żylakach i wrzodach goleni. Nowiny lek. str. 471.

W dwóch przypadkach dokonał M. wycięcia żylaków i otrzymał wynik doskonały i wyleczenie trwałe. W pierwszym przypadku (kob. 50 l.) pod chloroformem podwiązano żyłę podskórną na 4—5 cm, poniżej włania się do żyły udowej, poczem wyłuszczone jej rozszerzone odcinki i żyłaki na udzie, w okolicy kolanowej i górnej goleniowej, tam zaś, gdzie skóra ścięta była i ściśle zrośnięta, wycięto z żylakami i skórę; owrzodzenie goleni również wycięto; ogółem podwiązano około stu żył, ranę zaszyto, z wyjątkiem miejsca po wycięciu wrzodu; zagojenie doraźne. W drugim przypadku (kob. 24 lat) wykonał M. takąż operację z pomyślnym skutkiem.

Wyłuszczenie żylaków i rozszerzonych żył nie przedstawia żadnej trudności w tkankach, które nie uległy zapaleniu i jego następstwom. Opaska ESMARCHA pozwala łatwo separować żyły. Przez jedno cięcie, przy pewnem odłuszczeniu skóry na prawo i na lewo, mo-

zna wyciąć i sąsiednie równoległe żyłaki. Na goleni, w bliskości wrzodu i blisko, separowanie jest trudniejsze, tutaj wypadnie nieraz poprowadzić dwa i trzy cięcia ukośne na przebiegu głównych smug żyłakowych. Owrzodzenia goją się po operacji z zadziwiającą szybkością. Operacja zasługuje na zastosowanie w każdym przypadku, gdzie istnieją duże sploty rozszerzonych żył lub pęki żyłaków z owrzodzeniami lub bez nich. Szczególniej gorąco można polecić ją wśród biednej klasy.

Salutryński. Przyrządy do ustalenia kończyn przy złamaniach i ranach stawowych (z rysunkami). Nowiny lek. str. 310.

Zasadą opisanych przyrządów jest myśl, aby można opatrywać rany stawów bez zdejmowania opaski unieruchamiającej. W tym celu przy zranieniu kolana sporządza się z 8 warstw muślinu, zmoczonego w rozrobionym gipsie, dwie rynienki: jedną na udo, drugą na goleń; po wyschnięciu zdejmuje się opaskę i do niej przystosowuje się metalowe pręty, umocowane za pomocą 4 taśm plastra lepkiego i nowych 4 warstw muślinu gipsowego, a wszystko utwierdza się za pomocą jeszcze jednej opaski. Przy zranieniu stawu goleniowo-stopowego lub promieniowo-napięstkowego, stopa lub ręka spoczywa na deseczce drewnianej, od której idą metalowe pręty do opatrunku gipsowego, nałożonego na goleń lub przedramię. W kilku przypadkach stosował S. opisane przyrządy z dobrym skutkiem.

Lachowicz. O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów. Rozprawy wyd. w Krakowie zeszyt 1 str. 19.

W przeciągu 16 lat leczono w oddziale 278 przypadków gruźlicy stawów; najwięcej przypada na staw kolanowy, bo aż 133; u chorych tych 69 razy wykonano resekcyję stawu kolanowego. Na 69 resekowanych w kolanie wyszło wyleczonych $45 = 65,2\%$, u 11 musiano wykonać amputacyję następową $= 15,9\%$, niewyleczonych wyszło $4 = 5,8\%$; umarło $4 = 5,8\%$, a w leczeniu pozostał 1.

Przyczyną śmierci była 2 razy gruźlica płuc, 1 zwyrodnienie mączkowe nerek, 1 zapalenie miąższowe nerek. Artrektomiję wykonano w kolanie 24 razy, po największej części u ludzi młodych i u dzieci, przeciętny czas leczenia, aż do pierwszych prób chodzenia, wynosił 2,8 miesięcy. W 5 przypadkach z powodu recydywy musiano uciekać się do resekcyi lub amputacyi.

Wyleczonych wyszło 15, niewyleczonych 3, umarł 1 (obustronna artrektomija, znaczna utrata krwi). Amputacyję uda wykonano odrazu w 29 przypadkach, następowo zaś w 13 przypadkach; z pierwszej grupy zmarło 4, z drugiej 2.

W stawie biodrowym wykonano 16 resekcyj, 7 przypadków zakończyło się śmiercią (z choroby ogólnej), 8 wyleczonych, 1 z polepszeniem. Resekcyja stawu biodrowego, w dobrych warunkach a szczególnie u ludzi młodych wykonana, dała bardzo pomyślne wy-

niki, po dłuższym przeciągu czasu stwierdzone, jak świadczą 3 przytoczone przypadki. Z powodu gruźlicy stawu stopowego wykonano 61 operacji: 10 resekcji (1 śmierć), 7 enukleacji, 5 wyłyżeczkowań, (1 niewyleczony), 4 wstrzykiwania KOLISCHER'A (1 wyleczenie, 2 polepszenia, 1 niewyleczony), 2 *extirpatio tali*, 33 amputacji (1 zmarł). Resekcję metodą WŁADYMIROW'A-MIKULICZA wykonano 5 razy, wszyscy wyleczeni prócz jednego, któremu dokonano amputacji.

W stawie łokciowym wykonano resekcji 19 (zmarł 1), resekcji z następowym odjęciem 1, wyłyżeczkowań 3, wyłyżeczkowań z następową resekcją 1, drenowanie 1, (1 niewyleczalny) amputacji 5.

W stawie barkowym 2 razy tylko zrobiono resekcję. W stawie nadgarstkowym wykonano 13 operacji, z tych 6 resekcji, 1 artreтомię i 3 amputacje, oprócz tego 2 wyłyżeczkowania, a następnie wykonano w jednym z tych przypadków *extirpatio carpi*; wszystkie wyleczone. Oprócz tego wykonano z powodu gruźlicy wyluszczenie palców 13 razy.

Materiał szpitalny był bardzo obfity, jednakże jednostronny, bo dotyczył tylko przypadków już bardziej rozwiniętych i posuniętych a nawet zaniedbanych; i w tych przypadkach atoli dużo uratować się dało na drodze operacyjnej.

Bossowski. Przypadek tętniaka art. carotid. intern. operowany przed tygodniem. Pamiętnik II Zjazdu Chir. polskich str. 75.

Kobieta 55 lat; przed 4 laty po stronie prawej szyi za kątem szczęki dolnej guzik niebolesny, który zrazu zwolna, od 2 lat silniej poczał się rozrastać. Guz wielkości jaja kurzego, wybitnie tętniący, przy ucisku na tętnicę szyjową wspólną następuje osłabienie szmerów i tętna w guzie. Położenie guza odpowiadało najwięcej przebiegowi tętnicy szyjowej zewnętrznej. Operacja: podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej; guz przedstawił się jako worczone rozszerzenie tętnicy szyjowej wewnętrznej; po podwiązaniu gałęzi odwodzącej w końcu obwodowym, guza wyluszczone worek i podwiązano tętnicę szyjową zewnętrzną. Zagojenie doraźne. (W dyskusji prof. OBALIŃSKI wspomina, że w trzech przypadkach wyciął tętniak z wynikiem zupełnie pomyślnym).

Bossowski. Dwa przypadki ileo-colostomii. Pam. II Zjazdu chirurgów polskich str. 275.

I przypadek—zwężenie nowotworowe kątnicy; przy laparotomii okazało się, że nowotwór zbyt daleko się rozszerzył i wytworzył silne zrosty między boczną i tylną ścianą brzucha, a jelitem ślepym.

Gdy następnie stwierdzono, że liczne gruczoły kreskowe są naciekle, stwardniałe, rakowato-zwyrodniałe, odstąpiono od myśli resekcji, a natomiast wykonano entero-anastomozę między jelitem biodrowym a okrężnicą poprzeczną. W stanie chorej nastąpiło czasowe polepszenie.

II. Chora 30-letnia, objawy zwężenia jelita, laparotomija, kieszka ślepa przemieszczona ku stronie lewej i zamieniona w guz twardy wielkości 2 pięści, gruczoły kreskowe powiększone, stwardniałe; założono odbył sztuczny w linii środkowej brzucha.

W cztery miesiące później przystąpiono do resekcji jelita, z powodu jednak silnych i rozległych zrostów, poprzestano na wykonaniu anastomozy, połączwszy dolny koniec jelita biodrowego z okrężnicą. Przebieg pomyślny, po 5-ciu miesiącach stawiała się pacjentka w klinice w kwitnącym stanie zdrowia, nowotwór nie tylko się nie rozrósł, ale się nieco zmniejszył. Prof. RYDYGIER wyraził przypuszczenie, że to jest gruzlica jelita ślepego, skłaniał chorą do operacji, na co się chora nie zgodziła. Potem chora ta zaszła w ciążę, po porodzie w 14 dni zmarła wśród objawów durowych.

Ogledziny pośmiertne wykazały gruzlicę prosówkową, dla której punktem wyjścia było jelito ślepe gruzliczo-zwyrodniałe.

Przypadek powyższy wykazuje, jak korzystny wpływ na stan ogólny a po części i miejscowy, o ile on zawisł od podrażnienia zapalnego, wywiera entero-anastomoza przez wyłączenie z obiegu kałowego części zwężonej jelita; równocześnie zaś dowodzi, jak nie należy przeceniać chwilowych korzyści w tych przypadkach, w których się rozchodzi o sprawę gruzliczą. W podobnych razach entero-anastomozę należy uważać za zabieg przedwstępny, poprzedzający operację doszczętną.

Kosiński. Podskórne rozdarcie nerki. Wycięcie tejże. Medycyna str. 657, 673.

26-cio letni mularz spadł z wysokości 3 łokci na ziemię i uderzył prawym bokiem o brzeg szaflika; wstrząśnięcie musiało być wielkie, gdyż chory zemdlął i przez chwilę pozostawał w nieprzytomności. Po ocuceniu odwieziony został dorożką do domu, lecz w drodze z powodu bólu wysiadł z niej, oddał mocz krwawy i poszedł dalej pieszo. Nazajutrz w szpitalu znaleziono tylko ślady krwi w moczu, brzuch bardzo naprężony i bolesny, najbardziej w prawem podżebrzu, i w dolnej części. Ósmego dnia znowu krew z moczem wydzielala się obficie; chory stracił około dwóch szklanek krwi; objawy niedokrewności; krew z moczem wydzielala się w przeciągu 2 tygodni stopniowo coraz mniej. W pięć tygodni po obrażeniu nowy krwotok silny, połączony z bólem w okolicy prawej nerki. Po ośmiu tygodniach trzeci krwotok, poczem przeniesiono chorego do kliniki chirurgicznej.

Chory bardzo osłabiony, z trudnością trzyma się na nogach, pochylony naprzód i nieco na prawy bok, białe śluzki skóry przerażające. W okolicy lędźwiowej prawej daje się dostrzedz nieznaczny obrzęk, odporność przy macaniu zwiększona, odgłos tępy od 10 żebra do kości bezimiennej. Wyraźnego chęłbotania wyczuć nie można, temp. 38, puls mały 100.

Rozpoznano zranienie podskórne nerki. Wobec trwającego krwotoku postanowiono zrobić cięcie aż do nerki i stosownie do zna-

leżonych okoliczności podwiązać krwawiące naczynia, ewentualnie wyciąć nerkę.

Po zachloroformowaniu chorego, wypłukano pęcherz moczowy i wydobyto zeń około dwóch uncyj strupów ciemnych, prawie czarnych, cienkich, w postaci wałków. Następnie zrobiono cięcie lędźwiowe; po nacięciu powięzi poprzecznej wypuklił się ogromnych rozmiarów skrzep włóknisty, brudno szaro czerwony, rozpadający się, cuchnący amoniakiem. Celem rozszerzenia pola operacyjnego wycięto XII żebro i dodano cięcie od góry prostopadłe. Po usunięciu skrzepów pokazała się jeszcze krew tętnicza, rozerwane naczynie schwycono długimi kleszczykami. Nerka była całkowicie przepołowioną na dwie nierówne części, z których górna leżała głęboko do przepony przyparta; przy tej części znajdował się moczowód i rozdarta miedniczka nerkowa ku jamie odkryta, oraz naczynia nerkowe; druga część, dolna, była oddalona od pierwszej o 5—6 cm. i żadnego z nią związku nie zachowała. Po podwiązaniu grubą ligaturą jedwabną, odcięto część górną, z dolnej zaś wycięto tylko część środkową bardziej ruchomą, w nadziei, że pozostały odcinek, pozbawiony naczyń, ulegnie zanikowi.

Przebieg bezgorączkowy, 8-go dnia zauważono, że opatrunek jest przesiąknięty moczem. W kilka tygodni później, na skutek ciągłego wydzielania się moczu z pozostawionej części nerkę, wypadło usunąć tę część, poczem rana w zupełności się zagoiła.

Radziszewski. Czyrak i wąglik (studjum kliniko-bakterjologiczne). Medycyna str. 593, 609, 625, 641.

W pracy tej znajdujemy opis 18 spostrzeżeń, dotyczących chorób podanych w tytule, nadto wyniki sztucznych hodowli, oraz tablice przedstawiające rozmaite gatunki mikroorganizmów, wyhodowanych z ropy: czyraka języka, ropnia języka i z ropy dwóch przypadków wąglika.

Dzierżawski. O tak zwanej periostitis albuminosa. Kronika Lek. str. 647, 693.

Periostitis albuminosa jako choroba *sui generis* nie istnieje. Wyсіk surowiczy, *resp.* podobny do białka lub mazi stawowej, spotyka się w niektórych przypadkach ostrego, zakaźnego zapalenia szpiku kostnego, jako wyraz słabego natężenia sprawy zapalnej, oraz przy gruźlicy jako rzadka odmiana gruźliczych ropni. Względny brak ciałek ropnych w ogniskach t. zw. *periostitidis albuminosae* daje się wytłumaczyć, albo małą ich produkcją wskutek słabego natężenia sprawy zapalnej, albo też wtórnem rozcieńczeniem, pierwotnie ropnego wysięku, surowiczym przesiękiem. Okostna może pod wpływem bodźców pewnego rodzaju i natężenia wytwarzać wysięk, zawierający śluz; zatem dla wytłumaczenia obecności takiego wysięku nie należy uciekać się do naciąganej przemiany śluzowej ciałek ropnych. Autor zebrał 19 przypadków, przedstawiających niewątpliwie odmianę ostrego, zakaźnego zapalenia szpiku kostnego, oraz 4 przypadki, w któ-

rych *periostitis aluminosa* rozwinęła się na gruncie gruźliczym. Do tej ostatniej grupy należy także przypadek D-go. Wyrobnik 48-letni, źle odżywiany, przed 2 miesiącami, jakoby po stłuczeniu zauważył guz na górnej części prawego ramienia. Ruchy w stawie barkowym nieco ograniczone, kończyna słabsza od lewej. Guz leży na przedniej powierzchni górnej trzeciej części ramienia, jest mało bolesny, wielkości jaja kurzego, pokryty skórą niezmienną. Przy przecięciu, wbrew oczekiwaniu, wylał się płyn gęsty, zupełnie przezroczysty, barwy ciemno-żółtej, ciągliwy a gęsty prawie jak galareta. Pomimo szerokiego przecięcia, kości obnażonej ani połączenia ze stawem nie znaleziono. Jamę, wysłaną cienką warstwą ziarniny, wyskrobano. Rana prędko się zagoiła. Po 5 miesiącach zgłosił się chory do szpitala powtórnie z przetoką na miejscu poprzedniego cięcia, prowadzącą teraz wprost do stawu i kości obnażonej. Wykonano resekcję stawu; sprawą gruźliczą dotknięta była głównie część stawowa łopatki. W kilka miesięcy po zagojeniu rany po resekcji, chory umarł na tyfus. Nadto przytoczone są jeszcze 4 przypadki z literatury, nie dające się pomieścić w powyższych dwóch grupach.

B.

Sprawozdawca

B. Sawicki.

Barącz. Tracheocele mediana. Gaz. Lek., str. 136.

U 8-mio letniej dziewczynki w dołku nadmostkowym na tchawicy leży guz wielkości orzecha włoskiego, kulisty, chęlboczący, niebolesny, przy połykaniu podnoszący się wraz z tchawicą. Przy ścisłaniu objętość guza zmniejsza się wskutek częściowego opróżnienia jego zawartości. Odgłos wypukowy nad guzem bębnowy, stłumiony. Podczas kaszlu lub nadymania się guz powiększa się do rozmiarów małego jaja kurzego, przyczem odgłos wypukowy nad nim staje się bębnowym. Chora cierpi silne napady kaszlu, zwłaszcza rano, przyczem wykrztusza znaczną ilość płwociny. B. wyluszczył guz, który przedstawiał torbiel, zawierający śluz zgęszczony, podobny do papki. Torbiel łączył się ze światłem tchawicy zapomocą małego otworu. Zagojenie rychłozrostem; wyleczenie zupełne. B. przypuszcza, że guz się rozwinął z niezupełnej, wewnętrznej przetoki szyi.

Przytoczywszy literaturę, dotyczącą przedmiotu, B. stawia następujące wnioski odnośnie leczenia takich guzów: 1) w przypadkach, w których istnieje wązka szypułka, łączna z tchawicą lub krtanią, nale-

ży ją podwiązać i odjąć; 2) w przypadkach, w których otwór łączny z tchawicą jest znaczny, a także w przypadkach, w których otwór ten jest mały, lecz tylna ściana torbiela zrosła się z tchawicą, należy odjąć ścianę torbiela częściowo, a pozostały kikut zeszyć szwami pograżonymi z catgut; 3) w razie powikłania gruzlicą, należy ranę wytamponować i dopiero po jednym lub dwóch dniach nałożyć szew następczy; do tego należy dołączyć tracheotomiję; 4) w przypadkach, powikłanych torbielami powietrznymi śródkraniowymi, należy wykonać tracheotomiję dolną, laryngofissurę, wyluszczenie torbieli, tamponowanie rany i szew następczy.

Gabszewicz. Przypadek trepanacji jamy czołowej. *Gazeta Lek.* str. 292.

Chłopiec 1. 16-tu, przed kilkoma tygodniami otrzymał przytka w okolicy gładyskiej, po którym dostał gwałtownego bólu w okolicy czołowej. Na temże miejscu wytworzył się ropień, który G. przeciął w 3-cim tygodniu po wypadku. Przytem znalazł obnażenie kości w okolicy gładyskiej i wewnętrznej części górnej lewej krawędzi oczodołu. Rana zupełnie się zagoiła, lecz w 5-tym tygodniu po operacji chory zaczął doznawać mocnego bólu w okolicy gładyskiej, zwiększającego się przy ucisku. Ciepłota wykazywała stan podgorączkowy. G. wydlutował dolną część przedniej blaszki jamy czołowej i znalazł w tejże jamie ropę i 2 martwiaki, po usunięciu których rana się w ciągu 2 miesięcy zagoiła. Za przyczynę cierpienia w tym przypadku G. uważa *osteoperiostitis* przedniej blaszki jamy czołowej.

Gabszewicz. Przypadek gastrostomii przy zwężeniu przełyku rakowem. *Gaz. lek.* str. 312.

Opisawszy krótko, lecz dokładnie wszystkie rękożyny, stosowane dziś w celu leczenia zwężeń przełyku bliznowatych i nowotworowych, autor najdłużej zastanawia się nad gastrostomią HAHN'A. Sam on zastosował tę operację w 1 przypadku u 58-letniego, niezmiernie wyniszczonego chorego, z rakowem zwężeniem przełyku. Otworzywszy jamę brzuszną cięciem, równoległem do łuku żebrowego, G. odszukał żołądek, zrobił drugie cięcie w VIII międzyżebżu (tuż przy połączeniu chrząstek VIII i IX żebra), wprowadził przez drugą ranę kornecang, uchwycił fałdę żołądka i, wyciągnawszy tenże, przyszył do brzegów rany. Pierwszą ranę zaszył. Żołądek otworzył na drugi dzień; chorego karmił przez cewnik, który od 4-go dnia pozostawiał w żołądku na stałe. Śmierć z wyniszczenia w 9 dni po operacji. Ustalenie żołądka na miejscu przyszycia było zupełnie dokładne; zawartość się nie wylewała.

Jakubowski. Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii a intubacji krtani metodą O'Dwyer'a. *Gazeta Lekarska* str. 682 i 710.

(Patrz dział Laryngologii).

Jasiński. Leczenie gruźlicy kości płynem Koch'a. Gaz. Lek. str. 33.

Autor wstrzykiwał płyn KOCH'a sześciorgu dzieciom, z których jedno dotknięte było mięsakiem wyrostka zębodołowego, pięcioro zaś — gruźlicą kości. W przypadku mięsaka nie otrzymano po zastrzyknięciu 0,001 — 0,003 grm. płynu ani odczynu miejscowego, ani ogólnego. Zastrzykiwania, stosowane przy gruźlicy kości, dały wyniki następujące: 1) u dzieci dawki małe (0,0005) nie wywołują żadnego odczynu; 2) dawki większe (0,001) wywołują mocny odczyn miejscowy, objawiający się obrzmieniem, bólem, zaczerwienieniem, rozmiękczeniem i rozpadem ognisk gruźliczych; 3) odczyn ogólny (dreszcze, wysypka szkarlatynowa, gorączka, przyspieszenie tętna, upadek sił) o tyle jest słabszy, o ile odpływ produktów rozpadu jest swobodniejszy; 4) łącząc wstrzykiwania KOCH'a z nacięciami, skrobaniami, usuwaniem martwiaków etc., możemy panować nad reakcją ogólną, otrzymując tylko odczyn miejscowy; odczyn ten przejawia się występowaniem nowych ograniczonych rozpadów lub ropni, albo uruchomieniem niedostrzeżonych sekwestrów; 5) same wstrzykiwania nigdy nie wywoływały zjawienia się barwników żółci lub białka w moczu; w razie wystąpienia odczynu ogólnego w moczu zwiększa się ilość moczanów; 6) same wstrzykiwania nie powodują zmniejszenia ilości hemoglobiny we krwi.

Jasiński. Pierwsze wyniki leczenia gruźlicy kostnej metodą Koch'a. Gaz. Lek. str. 114; także Pamiętn. Tow. Lek. Z. I str. 63.

Autor, opierając się na nowych danych, rozwija i uzupełnia wnioski, w poprzedniej pracy podane. Główne jego wnioski są następujące: 1) wstrzykiwania płynu KOCH'a w gruźlicy kości przyspieszają oddzielenie się martwiaków; 2) odczyn miejscowy występuje o wiele później w tkankach bliznowatych, niż w dobrze unaczynionych; 3) wysypki nie widziano ani razu tam, gdzie stan ogólny był bezgorączkowy; 4) odczyn ogólny należy uważać za skutek wysysania rozpadów, powstających pod wpływem działania kochiny, a nie za objaw toksyczny, t. j. nie za zatrucie samą kochiną; 5) procent hemoglobiny, zawsze spadający zaraz po dokonaniu cięcia, skrobań i sekwestrotomii, podnosił się znowu o wiele szybciej u dzieci leczonych kochiną, aniżeli u dzieci, u których wstrzykiwań nie stosowano; 6) w tych razach, w których eliminacja miejscowa jest niedostateczna (odczyn ogólny), występuje, jako jej uzupełnienie, eliminacja przez nerki; wskazują na to zjawiające się wówczas w moczu związki aromatyczne.

Jasiński. Przykurczenia stawów histeryczne u dzieci. Gaz. Lek. str. 378, a także Pam. II Zjaz. Chir. pols. w Krakowie str. 402.

(Patrz dział Chorób nerwowych).

Sawicki. Obecny stan wiedzy o przepuklinie przedotrzewnowej (h. properitonealis), przestworkowej czyli śródściennej (h. interstitialis) i powierzchownej (h. superficialis). Pam. II Zjaz. chir. pols. w Krakowie str. 196.

Jest to monografia trzech pokrewnych sobie rodzajów przepukliny. Pierwsza jej część (o przep. przedotrzewnowej) stanowi skrócenie z dawniej już ogłoszonej pracy (patrz spraw. z r. 1877, str. 71), uzupełnione nowemi danemi. Autor dodał tu jedno swoje spostrzeżenie, jedno JAWDYŃSKIEGO i 22 z obcej literatury. Ogółem zebrał 88 przypadków. Odnośnie pochodzenia przepukliny przedotrzewnowej S. zajmuje stanowisko pośrednie. Na poparcie teorii BAR'A i LINHARDT'A przytacza jeden odpowiedni przypadek, przez siebie spostrzegany. Druga i trzecia część pracy (o przepuklinie przestwórkowej i powierchownej) zostały świeżo opracowane na zasadzie ogłoszonych dotąd materyjałów i dwóch przypadków (*h. interstitialis*), spostrzeganych przez autora. W końcu swej pracy S. stara się uzasadnić nieślusność rozróżniania trzech rodzajów przepuklin (przedotrzewnowej, przestwórkowej i powierchownej), uważając je za jeden rodzaj. Wskutek tego proponuje połączyć je w jedną, nadając jej miano przepukliny pachwinowo *resp.* udowo-brzuszej.

Leszczyński. Rzadki przypadek wgłobienia jelit, operowany podług nowej metody. Pam. II Zjazd. chir. pols. w Krakowie str. 268

L. operował chorego z powodu wgłobienia кишки cienkiej do grubej (*invaginatio ileo-colica*), przyczem wgłobione jelito wypadło *per rectum* nazewnątrż. Nie mogąc podczas operacyi wyciągnąć wgłobionego jelita z кишки grubej, L. resekował kioskę ślepą, dolny odcinek jelita wgłobionego wpuścił do кишки grubej, górny zaś wraz z resekowaną kioską ślepą usunął. Następnie okrężnicę wstępującą, po okieżeniu jej światła, przyszył do jelita biodrowego. Wpuszczony do okrężnicy odcinek кишки wgłobionej wyszedł ze stolcem 9-go dnia po operacyi. L. przypuszcza, że zastosowany przez niego rękoczyn możnaby jeszcze uprościć w sposób następujący. Zamiast resekowania кишки dla usunięcia obrączki wgłobienia, można kioskę grubą (pochwę zewnętrzną) przeciąć cięciem podłużnem tuż przy obrączce wgłobienia. Przez otrzymany w ten sposób otwór należy wgłobione jelito wyciągnąć i poprzecznie przeciąć, naczynia kreski podwiązać, dolny odcinek wgłobionego jelita wpuścić do okrężnicy, górny zaś obrąbić; wreszcie ranę кишки grubej należy zaszyć.

Rydygier. Przyczynek do rzadszych chorób języka. Pam. II Zjazd. chir. pols. w Krakowie str. 392.

Autor opisuje jeden przypadek t. zw. czarnego języka i jeden przypadek tłuszczaka języka. Czarny język, zdaniem autora, pochodzi wskutek przerostu brodawek nitkowatych i przypadkowego zanieczyszczenia.

Obaliński. Nowa metoda resekcji stępu. Pam. II Zjazd. chir. pols. w Krakowie str. 398.

Dla odsłonięcia dolnych kości stępu oraz podstaw śródstopia, O. proponuje prowadzić podłużne cięcie nawskroś pomiędzy 3 i 4

palcem stopy. Tym sposobem nóż przenika pomiędzy 3 i 4 kością śródstopia, następnie pomiędzy kością klinową zewnętrzną i sześcienną do kości skokowej. Zapomocą takiego cięcia można wydobyć kości: sześcienną, członkową i wszystkie klinowe; nadto można dokładnie obejrzeć przednie części skoku i pięty oraz podstawy kości śródstopia.

Gabryszewski. Przypadek cierpienia neuropatycznego stawu kolanowego. Pam. II Zjaz. chir. pols. w Krakowie str. 410.

Autor przedstawia obecny stan nauki o t. zw. *arthropathia tabidum* i przytacza spostrzegany przez siebie przypadek u 48 l. kobiety, chorej na *tabes*, ze zmianami w obu stawach kolanowych. Jeden staw resekowano.

Sawicki. Przyczynek do nauki o plastyce warg. Pam. II Zjaz. chir. polsk. w Krakowie str. 434.

W tych przypadkach cheiloplastyki, w których chirurg nie może wykroić płata policzkowego z błoną śluzową, S. radzi zastosować płat z szyi sztucznie podszyty. Cel ten można osiągnąć w trojaki sposób: 1) można wszyć płat okrwawioną powierzchnią nazewnątrż i powierzchnię tę pokryć płatkami *THIERSCH'A*; — 2) można zastosować płat wędrujący, okrwawioną powierzchnię którego pokrywa się także płatkami *THIERSCH'A*; powierzchnia ta przy ostatecznem wszyciu płata zostaje zwrócona do wewnątrz, 3) należy wykroić płat długi, zdwoić go i następnie wszyć. Sam autor podług ostatniego sposobu raz operował, wytwarzając wargę dolną, pół górnej i część policzka.

Bohosiewicz. Trzy przypadki guza wrodzonego w okolicy krzyżowej. Pam. II Zjaz. chir. pols. w Krakowie str. 437

Z pomiędzy trzech opisanych przez B. przypadków wrodzonego guza w okolicy krzyżowej, dwa spostrzegano i operowano u małych dzieci. Były to teratomata. Jeden z nich był znacznych rozmiarów i sięgał dziecku do stóp. W trzecim przypadku guz spostrzegł B. u 20 l. dziewczyny, którą przedstawił na Zjeździe.

Jonszer. Kłęb włosów, wydobyty z kiszki odchodowej. Gaz. Lek. str. 347.

17-letnia dziewczyna od 4 miesięcy cierpiała na objawy przewlekłej niezdrożności jelit. Przy badaniu przez odbytnicę znaleziono kłęb włosów, 18 cm. długi i 8 cm. szeroki, który wypełniał światło kiszki prostej i powodował niedrożność. Wyzdrowienie.

Kraszewski. Nowy sąccek metalowy przy torakotomii. Gaz. Lek. str. 593

Autor wykonał torakotomię z powodu ropnego otoku opłucnej i w światło rany, dla zapewnienia odpływu ropy, włożył spłaszczoną metalową rurkę. Rurkę tę zrobił sobie naprędce z pochwy termometru lekarskiego, odciawszy od niego kawałek, 6 cm. długi, i spłasz-

czywszy go młotkiem. Na jednym końcu rurki zrobił nacięcia i otrzymane blaszki odgiął, zapobiegając w ten sposób możności wsunięcia się metalowego sączka do jamy płucnej. Autor radzi używać takich spłaszczonych, metalowych sączków w tych przypadkach, w których brak odpowiedniej pomocy nie pozwala lekarzowi wykonać resekcji żebra, a w których sączek gumowy z powodu wężkości przestrzeni międzyżebrowych mógłby ulegać zaciskowi.

Leszczyński. Przypadek zranienia pęcherza moczowego przy herniotomii. *Gaz. Lek.* str. 173.

Z powodu uwięźnięcia przepukliny udowej, powikłanego zgorzelą kiszki, L. wykonał u 34-letniego mężczyzny hernio-laparotomię, resekcję kiszki i zeszytę tejże. Przy zeszywaniu rozciętej przedniej ściany kanału udowego, L. zauważył na dnie rany mięką różową tkankę, którą także zachwycił szwem. Przebieg pooperacyjny, z początku zupełnie dobry, 5-go dnia po operacji został powikłany przeciekaniem moczu przez ranę. Po rozpróciu brzegów rany okazało się, że łączy się ona z pęcherzem. Założono cewnik na stałe do kanału moczowego, ranę szczelnie wytamponowano. Po 5-ciu dniach mocz przestał się wydzielać przez ranę; po 6 ciu tygodniach wyzdrowienie. L. przypuszcza tu obecność wrodzonego uchyłku pęcherza, który to uchyłek został przy zaszywaniu rany w szew chwycony.

Leszczyński. Kilka spostrzeżeń nad plantacją zębów. *Gaz. Lek.* str. 620, 677, 693

Przedstawiwszy dokładnie historję plantacyi zębów, autor przechodzi do swoich wniosków, które opiera na 60-ciu przypadkach, wykonanych przez siebie replantacyi. Wszystkie te replantacyje wykonywał na zębach zepsutych, które poprzednio oczyszczał i plombował cementem, amalgamą lub złotem. Od wyrwania zęba do jego osadzenia upływało od 5-ciu minut do 30-tu i więcej. Procent wyzdowień wogóle wynosił około 60%. Zupełne umocowanie zęba w szczęce spostrzegać się dawało dopiero po upływie 3 — 4 tygodni od operacyi. Najlepiej udaje się operacyja u osobników do lat 35-ciu. Niewielki stopień zapalenia okostnej nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, byle tylko ząb oczyścić dokładnie. Aseptyka przy plantacyi większe ma znaczenie, niż antyseptyka; zbytnie traktowanie karbolem i sublimatem szkodzi nawet poniekąd, wywołując znaczniejszy odczyn zapalny.

Matlakowski. Kilka myśli w przedmiocie chirurgii dróg żółciowych. *Gaz. Lek.* str. 481, 505.

Autor poddaje ocenie krytycznej każdy z pięciu podanych dotąd sposobów operowania dróg żółciowych przy cierpieniu tychże. Na punkcie cholecystotomii z wytworzeniem przetoki i cholecystotomii LANGENBUCH'A jest stanowczym zwolennikiem ostatniej, ponieważ pierwsza może prowadzić w następstwie do wytworzenia wielce przy-

krej nieuleczalnej fistuły. Cholecystotomię, o ile ta jest nieunikniona, woli wykonywać na jednym posiedzeniu. Z operacją wogóle nie radzi się bardzo spieszyć, chyba że istnieje zapalenie otrzewnej, lub też zagraża pęknięcie pęcherzyka żółciowego. Na końcu pracy M. podaje dwa przypadki, przez siebie operowane. Pierwszy z nich dotyczył 28-letniej panny z ropnym otokiem pęcherzyka żółciowego, który tworzył w prawym podżebrzu guz, wielkości prawie głowy noworodka. Z powodu gwałtownych bólów M. wykonał cholecystotomię. Przebieg bardzo dobry, chora opuściła szpital z przetoką, która, pomimo przyżęgań i wyskrobywań, nie chciała się goić. To zmusiło autora do drugiej operacji, którą wykonał w rok przeszło po pierwszej. Tym razem wyciął cały pęcherzyk. Wyzdrowienie. — W drugim przypadku u 47-letniej kobiety M. także wykonał cholecystotomię z powodu wodnego otoku pęcherzyka żółciowego. Chora opuściła szpital z przetoką, wydzielającą bardzo małą ilość ropy.

Obaliński. O surowiczych torbielach zaotrzewnowych. Przyczynek do nauki o rozróżnianiu guzów jamy brzusznej. Gaz. Lek. str. 769; także Pamiętn. II Zjazd. chir. pols. w Krakowie str. 295.

Autor opisuje dwa przypadki, mało dotąd znanych, surowiczych torbieli zaotrzewnowych, z których jeden operował. Przypadek ten dotyczył 57-letniej kobiety z wypadnięciem macicy i z guzem w prawej części brzucha. Guz wielkości głowy dorosłego człowieka, napięty, nieco wydłużony, chęlboczący. Przy laparotomii pokazało się, że guz pokrywała otrzewna ścienna, przechodząc wprost z niego na śródjelcie i jelita. Po przecięciu otrzewnej O. wyłuszczył z łatwością cały guz bez wszelkiego krwawienia. Guz miał ścianę cienką — zawartość przezroczystą, surowiczą. Badana pod drobnowidzem ściana guza wykazała budowę tkanki łącznej i sprężystej. — U drugiej chorej z podobnym guzem, którą autor spostrzegał przed kilkoma laty, robiono kilkakrotne przekłucie, przyczem otrzymano taki sam płyn przezroczysty. Obecnie guz się nie powiększa. Pracę swą autor uzupełnia literaturą, dotyczącą przedmiotu.

Oderfeld. Nowe uciskadło kiszkowe. Gaz. Lek. str. 606.

Proponowane przez autora uciskadło zbudowane jest na wzór *serre fin* i obejmuje kishkę od strony przeciwległej kresce. Do opisu dodany rysunek.

Barącz. Uciskadło kiszkowe H. Oderfelda, a uciskadło G. H. Makins'a. Gaz. Lek. str. 851

Uciskadło MAKINS'A jest zbudowane na tych samych zasadach, co i uciskadło ODERFELDA. Odróżnia się od ostatniego tylko dodaniem śrubki, która pozwala zmieniać siłę ucisku ramion uciskadła. B. daje mu pierwszeństwo.

Oderfeld. O niedrożności jelit wskutek obecności w jamie brzusznej t. zw. *diverticulum Meckelii*. Gaz. Lek. str. 723, 751.

Autor opisuje, operowany przez MATLAKOWSKIEGO, przypadek ostrej niedrożności jelit u 33-letniego mężczyzny. Niedrożność spowodował wyrostek MECKEL'A, który będąc przyczepionym swym obwodowym końcem do podstawy kreski, wytworzył szparę, przez którą przesunęła się dość duża pętlica kiszek i w tem miejscu została uciśnięta. Sam wyrostek, grubości palca i długości 10 cm., wychodził z dolnego odcinka jelita biodrowego, na kilkanaście centymetrów od zastawki BAUHIN'A. Wyzdrowienie. W literaturze z lat ostatnich udało się autorowi odnaleźć kilkanaście przypadków niedrożności, spowodowanej wyrostkiem MECKEL'A, nie objętych statystyką CAZIN'A. Opierając się na tych danych, O. kreśli dokładny obraz omawianego cierpienia, przychem zwraca uwagę na dwa ważne szczegóły, mogące przynajmniej w niektórych razach służyć za ważne wytyczne przy rozpoznawaniu przyczyn niedrożności. Tu należą: 1) wyrostek MECKEL'A często zdarza się u osobników, dotkniętych innemi wadami rozwojowemi (warga zająca etc.); obecność przeto tych wad może rodzić podejrzenie wyrostka MECKEL'A, 2) ważnych danych mogą dostarczyć wywiady, jeżeli się okaże, że w dzieciństwie chory posiadał przetokę pępkową (niezarośnięty *ductus omphalo-mesentericus*).

Sawicki. O nadwichnieniach ku przodowi główki kości promieniowej u dzieci. Gaz. Lek. str. 702.

Autor spostrzegł u dzieci dwa przypadki nadwichnienia główki kości promieniowej ku przodowi, z charakterystycznymi jego objawami (bezwład rączki, ból, niezupełna *pronatio*). Pod względem mechanizmu powstawania tego rodzaju nadwichnień i ich nastawiania, autor skłania się na stronę LINDEMAN'A (mechanizm — *pronatio extensio*; leczenie — *supinatio, extensio* z napychaniem główki), wbrew poglądom HUTCHINSON'A (mechanizm — *supinatio extensio*, leczenie — *flexio et pronatio*). Nadto autor jest zdania, że samo cierpienie polega tu na przesunięciu ku przodowi główki promienia, a nie na ześlizgnięciu się więzu obrączkowego.

Szuman. Kilka słów o użyciu lizolu w chirurgii operacyjnej. Gaz. Lek. str. 805.

Autor od kilku miesięcy stosuje w lecznicy swojej lizol, jako środek antyseptyczny i jest z niego bardzo zadowolniony. Używając go w roztworze 0,5⁰/₀, wyjątkowo 1,0⁰/₀ do przepłukiwania ran w tkance, gruźlicą lub ropą zakażonej, otrzymywał bardzo dobre wyniki bez jakiegokolwiek śladu zatrucia.

W przypadku rozległych ropni kałowych, powstałych w następstwie *paratyphlitis* z przedziurawieniem kiszek, pomimo zastosowania znacznych ilości lizolu, nie zauważył S. żadnych objawów ubocznych, aczkolwiek stosowana przedtem kreolina wywoływała zaburzenia w trawieniu. W dwóch przypadkach zastosował S. 0,2⁰/₀ roztwór lizolu do przemywania pęcherza, lecz musiał go odrzucić, ponieważ nawet tak słaby roztwór powodował mocne bóle i parcie; zarówno i w pochwie

0,5⁰/₀ rozczyń wywołuje pieczenie, wskutek czego lepiej zadawałniać się 0,3⁰/₀ roztworem.

Wróblewski J. W kwestyi sztucznych przepuklin. Gaz. Lek. str. 355, 385.

Jako lekarz wojskowy szpitala Ujazdowskiego, W. spostrzegł tam dziwny rodzaj przepuklin. Przepukliny te, z wyglądu zewnętrznego i umiejscowienia zupełnie podobne do przepuklin pachwinowych wewnętrznych, prawie zawsze znajdowały się na stronie lewej, miały postać okrągłą lub okrągławo-owalną, nie opuszczały się do moszny. Zamiast otworu pachwinowego zewnętrznego znajdowano tylko dziurę, wytworzoną przez brak przedniej ściany kanału pachwinowego. Dziura miała postać owalną lub trójkątną, z podstawą, zwróconą na wewnątrz i wierzchołkiem na zewnątrz i ku górze. Przez taką dziurę swobodnie można było wprowadzić 2 palce do jamy brzusznej. Opierając się na szczególnej postaci tych przepuklin, jako też i na tem, że spotykają się one u rekrutów młodych, zupełnie zdrowych, a przysięm wyłącznie u żydów, przypuszczono sztuczne ich pochodzenie. Na poparcie tego przypuszczenia autor wykonał doświadczenia na trupach. Wprowadzając tępy przedmiot (np. trzonek skalpela) do kanału pachwinowego i unosząc go szybko ku górze, zdołał on rozrywać powięź m. skośnego zewnętrznego, przyczem otrzymywał dziurę zupełnie podobną do tej, jaką spotykano w przepuklinach na miejscu pierścienia pachwinowego zewnętrznego.

Seemann. Płyn Koch'a w chorobach chirurgicznych. Gaz. Lek. str. 8.

Jest to. krótkie doniesienie o próbach, wykonywanych w klinice prof. Mikułicza. Wstrzykiwano płynu Koch'a 0,0005 do 0,008. Autor podaje opis znanych objawów ogólnych i miejscowych. Obszerniej nieco omawia zmiany ziarniny w zewnętrznych owrzodzeniach gruczliczych. Płynowi Koch'a przypisuje dużą wartość przy rozpoznawaniu cierpień gruczliczych.

Łepkowski. O leczeniu miejscowej gruczlicy jodoformem i balsamem peruwiańskim. Pam. II zjazdu chir. pols. w Krakowie str. 61.

Autor spostrzegł 60 przypadków gruczlicy, leczonych bądź to balsamem peruwiańskim, bądź to jodoformem. Szaro-siną ziarniną gruczliczą pod wpływem balsamu szybko przekształcała się w zdrową czerwoną; często jednak po za tym zdrowym ziarninowym wałem szerzyła się dalej gruczlica w najbliższej okolicy. Autor przeto radzi w przypadkach z owrzodzeniami i przetokami wykonywać najpierw operację, a dopiero potem opatrywać ranę balsamem. W dwunastu przypadkach gruczlicy stawowej, która nie doprowadziła jeszcze do wytworzenia przetok, stosowano wstrzykiwania mieszanki jodoformowej. Wyniki niepewne. W większości przypadków było polepszenie (krótki okres czasu nie pozwala mówić o wyleczeniu), w innych nie widziano żadnego efektu.

Sawicki. O krwistych torbielach szyi. Pam. II zjazdu chir. polsk. w Krakowie str. 169.

Autor przytacza 2, spostrzegane przez siebie, przypadki krwistych torbieli szyi. W pierwszym przypadku (mężczyzna l. 53) guz zjawiał się w lewej okolicy nadobojczykowej i powiększał się w ciągu lat 5 powolnie; potem nagle zaczął się szybko powiększać, osiągnął wprędce znacznych rozmiarów i wywołał objawy duszności. Strzykawką wyciągnięto z guza krew, poczem nastąpiły rozległe wynaczynienia pod skórą i guz począł się zmniejszać, aż zniknął zupełnie. Po upływie roku znowu zjawia się guz na tem samem miejscu, rośnie szybko, wywołuje swym uciskiem na tchawicę i tętnicę szyjową groźne dla życia objawy, wreszcie zaczyna się zmniejszać i znika zupełnie. W drugim przypadku krwisty torbiel leżał na prawej stronie szyi, u 23 l. mężczyzny. Guz ten, w ciągu kilku miesięcy, powiększał się potem zaczął się zmniejszać, nareszcie zniknął na przeciąg paru miesięcy zupełnie, poczem zjawiał się znowu, aczkolwiek znacznie mniejszy, niż był początkowo. Autor zdołał odszukać w literaturze 30 przypadków krwistych torbieli szyi. Opierając się na tym materyjale, przedstawia w swej pracy cały obraz cierpienia.

Rydygier. Przypadek promienicy u człowieka. Pamiętnik II zjazdu chir. polskich w Krakowie str. 308.

Jest to opis przypadku promienicy sutka i klatki piersiowej u 40 l. kobiety. R. wykonał usunięcie sutka z resekcją żeber.

Wehr. Przypadek promienicy brzusznej. Pamiętnik II zjazdu chir. polsk. w Krakowie str. 358.

U 60-letniego handlarza wołów, w 3 lata po przebyciu septycznego zapalenia około prostnicy, wytwarza się guz w jamie brzusznej poniżej pępka. Guz ten zropniał i otworzył się do kiszki. W rok potem zaczynają się wytwarzać ropy jeden w tkance podskórnej, drugi w tkance mięśniowej ściany brzusznej. Mikroskop wykazał grzybek promienicy. W następstwie wytworzył się jeszcze naciek około nerki prawej i wzdłuż moczowodu prawego i w mosznie.

XII. OKULISTYKA.

Sprawozdawca

B. Gepner.

Mutermilch. Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy. Gaz Lek str. 602 i 625

Autor notuje, że jedynym stałym objawem anatomicznym przy przewlekłych zapaleniach łącznicy, są zmiany w jej nabłonku. W literaturze spotyka się różne opisy budowy nabłonka zdrowej łącznicy, ponieważ trudno spotkać się z zupełnie zdrowym i niezmiennym nabłonkiem. Autor badał taką, zupełnie zdrową łącznicę i tak opisuje jej budowę.

Na fałdzie przejściowej nabłonek składa się z trzech lub czterech warstw komórek. Powierzchnowa, to „ciałka śluzowe,” kształtu dzbanuszkowatego, o wyraźnych konturach, drobnoziarnistej topłazunie, z jądrem na dnie komórki, t. j. bliżej podłoża osadzonem. Drugą warstwę zajmują nieliczne ciała śluzowe i komórki nabłonkowe okrągłe; są to młode, nierozwinięte jeszcze ciała śluzowe. W pozostałych warstwach znajdują się przeważnie młode komórki. Równolegle do powierzchni łącznicy bywają wąskie szczelinki, wypełnione ziarenkami. Tworzenie się tych szczelin jest skutkiem rozpadu ciałek śluzowych lub powolnego rozwoju nowych elementów. W zagłębieniach nabłonkowych, które autor widział tylko na górnej powiece, komórki układają się w dwie warstwy, w wewnętrznej komórki są cylindryczne, w zewnętrznej okrągłe. Pod nabłonkiem znajduje się tkanka adenoidalna, składająca się z luźnej tkanki łącznej, nacieczonej ciałkami limfatycznymi.

W początkowych okresach przewlekłych zapaleń, w formach nieżytowych, ma miejsce wzmoczenie funkcji ciałek śluzowych, ich szybsze mnożenie się i przedśmiera. Komórki są mniej rozwinięte. W tkance podnabłonkowej znajduje się rozlane nacieczenie lub pojedyncze torebki. *Restitutio ad integrum* możliwa.

Przy dalszym postępie sprawy chorobowej, komórki okrągłe tracą zdolność przeobrażania się w ciała śluzowe, istniejące już—ulegają rozpadowi. Torebki są tu często tak obfite, że granice ich trudno odróżnić. Kliniczny obraz tej fazy jest łagodny, jest to faza przejściowa między zapaleniem nieżytem i jaglicowem.

Przy najbardziej przewlekłych formach spraw łącznicowych, przy różnych postaciach jaglicy z łuszczką (*pannus*), torebki występują mniej lub więcej licznie, ale czasem ich brak zupełnie. Obala to znaczenie patognomoniczne torebek. Przy długotrwałych sprawach z częstymi pogorszeniami infiltracja nie przybiera formy torebek, gdyż tkanka jest zbita, a stąd nieodpowiednią do tworzenia się infiltracji w formie torebek. Charakterystycznym zmianom podlegają tu resztki nabłonka łącznicy, t. j. komórki okrągłe. Zmiany te zaszadają się na postępującem zwyrodnieniu i rozpadzie komórek, które w końcu giną zupełnie. Nabłonkowe zagłębienia przy przewlekłych zapaleniach wytwarzają się licznie, tworzą niby rurki bez światła, nawet rozgałęziające lub łączące się między sobą. Koniec ich głębszy rozszerza się w kształcie kolbki, która może się oddzielić i tworzy wtedy rodzaj torbieli. W ten sposób autor przyjmuje trzy stopnie zmian nabłonkowych, które określa jako: 1) *Stadium proliferativum*; 2) *St. destructionis superficialis* i 3) *St. destructionis totalis*.

Tworzenie się łuszczyki występuje zaraz z początkiem trzeciego okresu.

Przy odpowiednim leczeniu (*argent. nitr., cuprum sulfur.* i t. d.) następuje regeneracja nabłonka dzięki tym elementom, które, leżąc głębiej, nie uległy zniszczeniu. Kiedy łącznica, a właściwie jej nabłonek, wchodzi w ten nowy okres—*stadium regenerativum*, łuszczyka zaczyna zanikać.

Przypadki, trwające bardzo długo, w rezultacie nie dają *restitutionis ad integrum*, powierzchowne komórki nabłonka przyjmują charakter epidermoidalny, są płaskie, jakby zrogowaciałe. Ciałek słuzowych brak.

Rumszewicz. Przyczynek do onkologii spojówki. Przegl. Lek. str. 265 i 279.

1) Mięsak czarny fałdu półksiężycowego.

Autor wyciął narośl płaską czarną, wielkości małego ziarnka konopnego, umiejscowioną w samym środku wolnego brzegu fałdy półksiężycowej.

Badanie anatomiczne wykazało, że był to czarny mięsak siatkowy. Pomimo, że cięcie przeprowadzono w częściach zdrowych, już w 3 miesiące po operacji w zewnętrznym kącie spojówki utworzyła się nowa narośl, rosnąca bardzo szybko. Usunięciu jej stanęła na przeszkodzie śmierć chorego wskutek tyfusu.

Autor w literaturze specjalnej znalazł tylko 5 przypadków nowotworów złośliwych mięsaka łzowego i fałdy półksiężycowej.

2) Śródbłoniak spojówki powiekowej.

Z zewnętrznej części dolnej powieki młodego człowieka wyciął autor nowotwór wielkości i kształtu małej fasoli, przyczepiony przy pomocy cienkiej szypułki do spojówki, w okolicy jej fałdy przejściowej. Nowotwór ten składał się jakby z całego układu utworów walcowatych, otoczonych jakby bardzo grubemi pochwami z komórek najrozmaitszych kształtów, przeważnie płaskich, a także wrzecionowatych. Dłuższe wymiary tych komórek położone były prostopadle do ścian tych utworów walcowatych, któremi były rozgałęzienia naczyń, wchodzących do nowotworu przez szypułkę. Naczynia te, o ścianach podobnych do naczyń włosowatych, ku obwodowi nowotworu ściśniały tak znacznie, że światła ich dojrzeć nie można było, a tylko pozostawało to samo charakterystyczne ułożenie komórek, jakie było przy grubszych rozgałęzieniach. Przerwy między temi „pochawkami” naczyń, wypełnione również były komórkami śródbłonka, różnego kształtu. Światło naczyń w niektórych miejscach przerywane było grupami komórek, bezpośrednio ze śródbłonkiem naczyńia połączonych.

Tkanka łączna znajdowała się tylko u podstawy nowotworu, w istocie jego nigdzie jej nie było. Między komórkami nigdzie nie było istoty międzykomórkowej.

ZIEGLER i KLEBS utrzymują, że śródbłoniaki, do których opisywany nowotwór należy, powstają z naczyń limfatycznych. W tym przypadku jednak ani naczyń, ani przestworów limfatycznych nie było. Komórki zaś, z których nowotwór się składał, stanowiły ciąg dalszy śródbłonka naczyń, który właśnie, według autora, dał początek nowotworowi.

Autor notuje opisy kilku pokrewnych nowotworów, wyjęte z nowszej literatury.

Sroczyński. O leczeniu jaglicy (trachoma). Przegląd Lek. str. 505, 519, 521.

Autor stawia następujące tezy, tyżące się danego przedmiotu:

I. Leczenie jaglicy nie może być szablonowe, ale winno stosować się do każdorazowej formy okresu i stopnia cierpienia, a mianowicie:

a) w okresie pierwszym w przypadkach rozsianych ziarn jaglicowych i przerosłych brodawczek dojdziemy najszybciej do celu przez galwanokaustykę;

b) w okresie drugim, w stadium stłuszczenia, przez metodę wygniatania;

c) w przypadkach cięższych okresu 1-go i 2-go i na przejściu do okresu 3-go, najszybciej prowadzi do celu postępowanie operacyjne, podług metody HEISRATH'A;

d) w licznych przypadkach, nieobjętych temi 3-ma grupami, a nawet w pewnych przypadkach pomienionych grup, nie obejdziemy się bez terapii farmaceutycznej (*argent. nitric.*, *cupr. sulf.*), zwłaszcza w leczeniu następczem.

II. Każda metoda leczenia jaglicy daje najlepsze rezultaty przy pomyślnych warunkach higienicznych, a z tych najważniejsze jest czyste, zwłaszcza górskie, powietrze.

(Podług Dziennika Zjazdu Krakowskiego, gdzie praca powyższa była odczytaną).

Wicherkiewicz. Krótki pogląd na operacyjne leczenie jaglicy ze szczególnem uwzględnieniem własnego postępowania. Nowiny Lek. str. 328 i 475.

Autor przebiega w krótkości większość rękoczynów, stosowanych przy jaglicy, poczynając od czasów starożytnych (liść figowy używany do wycierania łącznicy przez Egipcyan).

Pumex i *sepija* COSTOMINIS'A, *lapides cancerorum* naszego ludu, szczotkowanie, wyciskanie ziarn jaglicowych przez różnych autorów w różny stosowane sposób, elektroliza, przyżeganie, wreszcie wycinanie załameków HEISRATH'A są tu uwzględnione. Wspomniawszy o rękoczynie pośrednio działającym, to jest o kantonoplastyce, autor przechodzi do własnego sposobu postępowania. W ostrem stadium wszelkie chirurgiczne postępowanie uważa autor za niestosowne. Środki odkażające i zimne okłady są tu stosowane.

W stanie przewlekłym autor przyżega pojedyncze jagielki na kilku lub kilkunastu posiedzeniach, gdzie zaś jest ich bardzo dużo, przecina je odpowiednimi cienkimi nożykami, osadzonemi na jednym trzonku.

Środków odkażających wraz ze ściągającami autor nigdy nie zaniedbuje, uważając je za leczenie właściwe, operację zaś za pomocnicze. Przy ważkiej szparze powiekowej, gdzie powieki są mocno zgrubiałe, autor wykonywa kantoplastykę, która uwalnia rogówkę od zbytniego ucisku i przez znaczne krwawienie zmniejsza stan zapalny. Gdzie granulacje są rozmiękle, a wydzielina wskutek tego nader obfita, autor wyciska ziarenka paznogciami, a gdzie ich dosięgnąć nie można, szczypczykami od rzęs. Inne instrumenty uważa za zbędne.

Przy rozwoju granulacji w tkance podspojówkowej, gdzie sama spojówka ma wygląd galaretowaty (*sulziges Trachom*), autor wycina cienki pasek z załamka wraz z tkanką podspojówkową, a przez spojówkę chrząstki przeprowadza głębokie cięcia.

Wicherkiewicz. Słów kilka o lekowym leczeniu jaglicy. Now. Lek. str. 532 i 562.

W pracy tej, wygłoszonej na posiedzeniu Tow. Lek. Kaliskiego, autor po treściwym omówieniu charakterystyki, przebiegu i objawów jaglicy, podaje wszystkie przy traktowaniu tej sprawy używane leki wraz z ich dozowaniem, wskazaniami i przeciwwskazaniami. Po szczegóły odsyła do oryginału.

Wicherkiewicz. O znaczeniu antypiryny jako środka leczniczego w okulistyce. Nowiny Lek str 140

Autor używa roztworu antypiryny (od 5 do 25⁰/₀), który zapuszcza do worka łącznicowego.

Antypiryna działa odkażająco, powstrzymuje wydzielinę przy zapaleniach spojówki, wpływa na wessanie się nacieków rogówki w przebiegu jaglicy, ułatwia i podnosi działanie środków ściągających, a w niektórych przypadkach, gdzie żaden z ogólnie używanych środków ściągających nie dawał poprawy, antypiryna przynosiła wyraźną i trwałą korzyść.

Dalej autor korzystnie stosował antypirynę przy zapaleniach kataralnych z przerostem ciał brodawkowatych; przy ropnem zapaleniu worka łzowego (pod postacią wstrzykiwań do worka 25⁰/₀ roztworu). W przypadku *episcleritis* po wrzodzie rogówki, gdy inne środki były bezsilne, antypiryna sprowadziła wessanie nacieków podłącznicowych i wpłynęła na wyjaśnienie się rogówki. Już w 20⁰/₀ roztworze antypiryna wywołuje palenie, które jednak szybko przechodzi. Na ruchy źrenicy, akomodację, czułość rogówki antypiryna nie działa, łagodzi zaś zbytnią nadczułość. Podnosi ostrość widzenia.

Autor zachęca gorąco do dalszych prób nad miejscowem działaniem antypiryny w chorobach ocznych.

Z i e m i ń s k i. Antyseptyka w oftalmologii. Tróchlorkek jodu jako środek przeciwniepalny. Przegl. Lek. str. 445, 459, 472, 485.

Autor zwraca uwagę na prawdopodobieństwo pochodzenia pasorzyźniczego wszystkich prawie chorób, tak jak to już stwierdzonem zostało co do niektórych, i notuje coraz bardziej rozpowszechniające się użycie leków przeciwniepalnych w leczeniu oka. Przebiega w krótkości wszystkie używane w oftalmologii antyseptyki, podnosząc doskonale działanie mało dotąd używanego tróchlorku jodu (ICl_3), który używa w roztworze $\frac{1}{60}\%$. Środek ten posiada silne własności utleniające, a oka nie drażni, czem przewyższa ogólnie używany sublimat. Dalej wspomina autor o próbach wstrzykiwań wewnątrzgałkowych i podspojówkowych, przy sprawach we wnętrzu gałki umiejscowionych i radzi w tym celu wstrzykiwania antyseptyczne do przestworu TENON'A.

Przechodząc następnie do chirurgii ocznej, A. zwraca uwagę na konieczność antyseptyki subiektywnej (tyczącej się operatora) i obiektywnej (oka), i szczegółowo opisuje, jak sam tę antyseptykę przeprowadza, powtórnie podnosząc zalety tróchlorku jodu.

R u m s z e w i c z. O szklistem i skrobiowatym zwyrodnieniu spojówki oka. Przegl. Lek. str. 366, 383, 401, 413, 423.

Autor przebiega w krótkości historję i literaturę danego przedmiotu, opisuje klinicznie i anatomicznie swoje własne 4 spostrzeżenia i kresli na podstawie badań swoich i innych autorów następujący obraz tej sprawy:

Powieki mocno powiększone, a górne jakby przednią powierzchnią swoją półkolce tworzące. Skóra na nich przesuwalna, w późnych stadiach żyły mocno rozszerzone. Odwracanie powiek bardzo utrudnione, przyczem tkanka łatwo łamać się może, powstają w niej szpary i krwotoki. Powieki zwyrodniałe są twarde i guzowate. Początek sprawy pochodzi ze spojówki, mianowicie fałdy przejściowej — dalej pod względem częstości zmiany zdarzają się na fałdzie półksiężycowej, spojówce gałki i spojówce powiek. Barwa zgrubień i rozlanych obrzmień jest żółtawo czerwona, lub czerwona. Przebieg bardzo przewlekły. Etiologia zupełnie ciemna. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że z jaglicą sprawa ta nie ma nic wspólnego.

RAEHLMANN i KUBLI przyznają cztery okresy rozwojowe: 1) okres bujania adenoidalnego, 2) szklatego zwyrodnienia, 3) prawdziwego skrobiowatego zwyrodnienia i 4) zwapnień i skostnień. Autor zaś zgodnie z teorią v. RECKLINGHAUSEN'A utrzymuje, że „prawdopodobnie zwyrodnienie ściśle skrobiowate poprzedza zwyrodnienie szkliste” (str. 423).

Zwapnień zaś i skostnień nie należy uważać za epilog sprawy skrobiowatej, gdyż nieraz brakowało ich w przypadkach daleko posuniętych, a także znów zdarzały się przy tylko szklistem zwyrodnieniu. Co się tyczy czynnego udziału komórek w zwyrodnieniu, to autor nie przyznaje tego. Komórki olbrzymie nie odgrywają żadnej roli

przy wytwarzaniu istoty szklistej lub skrobiowatej. Terapija: wyciśnięcie, choćby nawet częściowe, które stanowczo prowadzi do zaniku mas zwyrodniałych.

E. Machek O gruźlicy tęczówki. *Przeg. Lek.* str. 142 i 155.

Początkowy okres gruźlicy tęczówki charakteryzuje się bardzo nieznaczem podrażnieniem chorego oka i robi wrażenie lekkiego zapalenia tęczówki. W następstwie pojawiają się oddzielne gruzelki, lub większy nowotwór gruźliczy. Rogówka zwykle mętnieje, szczególnie w miejscu przylegającym do tej części tęczówki, która najbardziej jest zajęta sprawą chorobową. Chwilowo występuje podniesienie ciśnienia śródocznego, a wraz z niem bóle głowy. Im więcej występuje gruzelków, tem większe jest podrażnienie tęczy i ciała rzęskowego, z jego następstwami. Jeżeli nowotwór gruźliczy, powiększając się, przebija rogówkę, obraz kliniczny staje się mniej jasnym, gdyż na pierwszy plan występują objawy przebitego wrzodu rogówkowego, z wypadnięciem tęczy. Przebieg bywa rozmaity co do długości trwania, w jednych przypadkach wcześniej, w innych później występuje ogólne zakażenie organizmu i śmierć.

Rozpoznanie bywa łatwe, gdy gruzelki są widoczne; w innych przez wywiady i wykluczenie może być ułatwione. Decydującem byłoby przeszczepienie kawałka tkanki na tęczówkę królika, lecz wymaga to operacji bolesnej i krwawej i która przyspiesza przebieg choroby. Gruźlica tęczówki zdarza się najczęściej przed 8-ym rokiem życia, rzadziej między 8-ym i 20-ym, później tylko wyjątkowo.

Ponieważ tęczówkę, zajęłą przez sprawę gruźliczą, uważać należy za ognisko sprawy, która prędzej czy później wywołuje ogólne zakażenie (w literaturze znanych jest tylko parę przypadków uleczałości gruźlicy tęczówki), przeto wskazanem jest wydalenie tego ogniska z organizmu. Irydektomija nie daje rękojmi usunięcia całego ogniska, pozostaje więc tylko wyluszczenie gałki, ale i to tylko we wczesnym okresie. Notowano gruźlicze zapalenie opon mózgowych po enukleacyi. Gdzie niema pewności, że organizm nie jest jeszcze zakażony, wyluszczać gałki według autora nie należy.

Anatomicznie autor rozróżnia trzy rodzaje gruźlicy tęczówki.

1) Naciek gruźliczy—objawy zapalenia tęczówki, tylko bez odpowiedniego podrażnienia. Zgrubienie tęczówki tu spostrzegane pochodzi od „rozmieszczenia komórek gruźliczych w miąższu tęczówki.” 2) Rozsiane drobne gruzelki (*tubercula disseminata*), ułożone przeważnie przy brzegu rzęskowym i żrenicznym tęczy; gruzelki barwy białawo-szarej lub szaro-żółtej, przy brzegach przeświecają, są wyraźnie odgraniczone i nieunaczynione. 3) Zbiorowe gruzelki (*conglobierter Tuberkel*) także ostro odgraniczone, często z wyniosłościami na powierzchni, najczęściej bez naczyń. Oprócz tych typowych obrazów, zdarzają się i mieszane.

Autor ilustruje swą pracę opisem dwóch własnych przypadków.

Rumszewicz. O nieprawidłowych szparach tęczówki. Przeg. Lek. str. 105, 119, 167, 196.

Teoryja AMMON'A, przypisująca powstawanie szpar nieprawidłowych w tęczówce i naczyniówce nieprawidłowemu zarosnięciu szpary płodowej oka, przez długi czas była jedyną w tej sprawie. Ale, gdy możnaby ją z pewnem zastrzeżeniem przyjąć dla szpar będących w dolnym odcinku oka, nie nadaje się ona dla tych przypadków, gdzie szpary leżały nie w dolnym odcinku, a takich przypadków swoich własnych i innych autorów R. podaje 28. I teoryja rotacyjna VOSSIUS'A i zapalna DEUTSCHMANN'A nie mogą tu być zastosowane. Autor tłumaczy ich powstawanie nieprawidłowym rozwojem oka u płodu. Tęczówka tworzy się przez zrost dwu listków — pęcherzyka ocznego i blaszki przedniej, ze średniego listka pochodzącej. Zrosnięcie to rozpoczyna się zawsze u brzegu źrenicznego i postępuje następnie ku obwodowi. Jeżeli w niektórych miejscach zrosnięcie to nie nastąpi, powstać może „rozrzedzenie tkanek“, którego skutkiem może być albo brak podścieliska, albo też powstanie jednego lub więcej otworów w tęczy. W ten sposób można wytłumaczyć powstanie wszelkich szpar tęczy, niezależnie od ich umiejscowienia.

Talko. Przypadek rozdwojenia n. wzrokowego wraz z czerniakiem wyrostka rzęskowego. (Coloboma n. optici et melanoma processus ciliaris). Przeg. Lek str. 565

U 5-letniego chłopca z *nystagmus horisontalis* i *strabismus converg. dext.*, znalazł autor w obu oczach rozdwojenie nn. wzrokowych. Obok tego w oku prawem zauważył autor czarne okrągłe ciało, przeszło 2 mm. wielkości, siedzące na szerokiej szypułce i wyrastające po za tęczówką z okolicy rzęskowej, które rozpoznał jako wrodzony czerniak wyrostka rzęskowego.

Gepner (syn). Przyczynę do patologii torebki soczewki i błony Descemet'a. Gaz Lek str. 334.

1. Badając budowę zaćmy torebkowej przedniej w oku lina, autor dochodzi do wniosku, że w zaćmie takiej niema rozszczepienia torebki i wchodzenia komórek jej nabłonka pomiędzy rozszczepione części, ale że komórki same wydzielają istotę szklistą, która, pokrywając od wewnątrz samą torebkę, daje obraz rozszczepienia. W danym przypadku widać było całą sieć takich szklistych beleczek, pomiędzy którymi znajdowały się komórki, istotę tę wytwarzające.

2. Oko, operowane parokrotnie z powodu przewlekłego zapalenia tęczówki, w dziesięć lat później zostało wyluszczone. Przy badaniu anatomicznem okazało się, że blizna pokryta była od strony komórki przedniej blaszką substancji identycznej z błoną DESCOMET'A, przecięte zaś części tej ostatniej leżały bardziej ku przodowi. Śródbłonek pokrywał całkowicie to miejsce. W ten sposób rana w błonie DESCOMET'A przez wspomnianą blaszkę, wytwór śródbłonka, została zagojona.

Do artykułu należą dwa rysunki.

Sroczyński. Kilka słów o prowadzeniu cięcia płatowego, celem wydobycia zaćmy twardej. *Nowiny Lek.* str. 5-8.

Autor rozbiera krytycznie rezultaty 175 operacji katarakty, przy których stosowano trzy sposoby prowadzenia cięć: 1) cięcie brzegiem *limbus* (WECKER'A). 2) cięcie w samym *limbus* z małym płatem spojówkowym i 3) cięcie ściśle rogówkowe z punktem wklucia i wyklucia w *limbus*. Przy wszystkich tych operacjach, według sposobu przez klinikę krakowską przyjętego, wykonywano małą i wąską irydektomię, niedochodzącą do brzegu rzęskowego. Wnioski swoje autor w ten sposób streszcza. 1) Cięcie rogówkowe przynajmniej przy wykonywaniu irydektomii nie da się utrzymać. (Główne zarzuty: późne gojenie się rany, a ztąd łatwość zakażenia i wypadnięcia tęczy; duży astygmatyzm następczy). 2) Cięcie WECKER'A ułatwia ekspulsję soczewki i oczyszczenie źrenicy z resztek. 3) Cięcie z płatem spojówkowym w *limbus* przeprowadzone, jako najłatwiej i najprędzej się gojące, wskazane jest najwięcej u ludzi starych, osłabionych, niemogących długo spokojnie uleżeć, i wszędzie tam, gdzie z powodu wątpliwego stanu spojówki i worka łzowego chodzi o zabezpieczenie się od zakażenia.

Wicherkiewicz. O niezwyklej przypadłości po prawidłowym wydobyciu zaćmy starczej. *Przeg. Lek.* str. 481.

Przy operacji zaćmy z cięciem płatowym górnem bez irydektomii, po usunięciu soczewki, chory wycisnął sobie w ranę ciałko szkliste. Założony natychmiast, po uprzednim wpuszczeniu ezeryny, opatrunek zdjęty był po 24 godz., i bez podnoszenia powieki górnej wpuszczono znów ezerynę. Następna zmiana opatrunku była w 48 godzin i wówczas autor zauważył, że cały płat rogówkowy odgięty był ku przodowi, a tęcza w ten sposób w górnej części obnażona. Odwinętej części rogówki nadano normalne położenie, a już nazajutrz zauważono wytwarzanie się komórki przedniej, dowodzące sklejenia się ranki.

Autor wyciąga z tego przypadku następujące wnioski: 1) „nie rodzaj cięcia przyczynia się bezpośrednio do spraw ropnych w rogówce po operacjach zaćmy, ale wyłącznie brak należytej aseptyki; 2) rany rogówki i po kilku jeszcze dniach mogą zagoić się doraźnie, skoro wymaganiom aseptyki zadość uczyniono.”

Rumszewicz. Jeszcze o tak zwanych rzęskowo-siatkówkowych naczyńniach. *Przeg. Lek.* str. 2-1.

W dalszym ciągu badań swoich o naczyniach siatkówkowo-rzęskowych (patrz Przegląd piśmiennictwa za rok 1890) autor notuje przypadek NICKELS'A, oraz podaje opis nowego własnego spostrzeżenia, które tem się szczególnie odznacza, że w mowie będąca zmiana rozwojowa dotyczy obu oczów i w dodatku nie jedno naczynie, ale w oku prawem trzy, mianowicie żyły: górna skroniowa i dolna noso-

wa, oraz tętnica dolna nosowa, w oku zaś lewem żyła górna nosowa przebiegają jako naczynia rzęskowo-siatkówkowe.

Rumszewicz. O wrzekomych glejakach siatkówki. Przegląd Lek. str. 541 i 553.

Autor streszcza znane w literaturze przypadki, w których w gąłkach wyluszczanych z powodu rozpoznania glejaka (*glioma*) siatkówki, znajdowano sprawy zupełnie inne, jako to *cisticercus*, wysięki wskutek zapalenia naczyniówki, oddzielenie siatkówki i ciała szklistego, ropnie ciała szklistego i t. d. Następnie opisuje szczegółowo własny przypadek, gdzie u 12-letniej dziewczyny rozpoznał glejak, a badanie anatomiczne wykazało sprawę zapalną w naczyniówce, z całkowitem oddzieleniem siatkówki.

Szulistański. Przypadek kilkakrotnie powracającego urazowego odczępienia siatkówki. Nowiny Lek str. 16.

49-letni robotnik przy próbach wyjęcia kawałka słomy, który mu wpadł do oka lewego, zauważył osłabienie wzroku w temże oku. W trzy tygodnie potem znaleziono częściowe oddzielenie siatkówki od dołu. Chorego położono do łóżka, wkroplono atropinę, założono opaskę uciskającą. Nazajutrz siatkówka przyczepiła się, a $v =$ liczeniu palców na 15'. — W 6 dni po opuszczeniu kliniki, chory powrócił z oddzieleniem siatkówki od góry, zewnątrz i dołu. Przy poprzednim postępowaniu z dodatkiem zastrzyków pilokarpiny, siatkówka przyczepiła się w całości po 4-ch dniach. $V =$ palce na 16'. — Chory wypisał się, by powrócić w 12 dni później, z oddzieleniem siatkówki od góry i zewnątrz. I teraz po 13 dniach siatkówka znów się przyczepiła. Chory opuścił klinikę z $v = \frac{6}{60}$ i więcej się nie zgłosił.

Autor zbija teorię LEBER-NORDENSON'A, jakoby każde samoistne oddzielenie siatkówki było skutkiem marskości ciała szklistego, gdyż w danym przypadku ciało, z wyjątkiem niewielkich mętów, było niezmienione. Autor przyjmuje tu za przyczynę *amotiois* wysięk surowiczy pomiędzy siatkówką i naczyniówką.

Autor zaznacza, że oddzielona siatkówka nie utraciła tu swej funkcji i tłumaczy to tem, że siatkówka oddzielona świeżo, może przez jakiś czas odżywiać się przy pomocy swych własnych naczyń, bez udziału naczyniówki.

Ziemieński. Objawy oftalmoskopowe przy gruzliczych cierpieniach opon mózgowych. Kronika Lek str. 201 i 271.

Chorzy z cierpieniami opon mózgowych dotknięci są znacznym światłowstrętem, źrenice bywają zwężone. To są objawy w okresie podrażnienia mózgu; w okresie przygnębienia zdarza się wyraz osłupienia (zdziwienia) w oczach; spostrzega się przemijające porażenie pojedynczych mięśni ocznych i twarzowych, zdarza się obrzęk łącznicy gąłkowej, wysadzenie gałki i *keratitis neuroparalytica*. Na dnie oka,

zależnie od rodzaju procesu gruzliczego i jego nasilenia, znajdujemy objawy zastoinowe w siatkówce i tarczy nerwu ocznego razem lub oddzielnie, gruzelki w naczyniówce, siatkówce i w tarczy, zapalenie nerwu i siatkówki z zejściem w zanik lub bez tegoż.

Zmiany oftalmoskopowe spostrzegać się dają conajmniej w 80% przypadków gruzliczego zajęcia opon mózgowych.

Autor szczegółowo opisuje wygląd, przebieg i zejście tych zmian, notując zarazem w każdym przypadku związek tych zmian z umiejscowieniem procesu gruzliczego w oponach.

Kramsztyk Z. Z kazuistyki okulistycznej. Gaz. Lek. str. 82.

1) Kawałek bicia utkwiony w gałce ocznej.

Woźnica, zacinając silnie konia, zemdlął; po ocuceniu uczuł ból w prawem oku. Ból ten wzrastał się ciągle, a w dwa dni po wypadku autor wezwany znalazł ropne zapalenie gałki ocznej. Więcej niż połowa rogówki zajęta była przez wrzód; na twardówce o kilka milimetrów od rogówki było okrągłe owrzodzenie o nieczystem, prawie czarnem dnie. W pięć dni później zauważono cienką nitkę, włóką się po rogówce; nitka ta była w związku z owrzodzeniem na twardówce, a właściwiej z jego czarnem dnem. Gdy nitkę uchwyciono szczypcykami, okazało się, że była ona częścią ciała obcego, tkwiącego w gałce, którem był koniec bata z węzłem. Zdziwiałem jest, że koniec bata, zrobionego z mocnego nasmołowanego sznurka, urwał się, przebiwszy twardówkę.

2) Sparzenie oka roztopioną cyną bez uszkodzenia.

Przy zalewaniu cyną roztopioną uszkodzonego naczynia kuchennego, kilka kropel cyny przysło w oko. Na powiekach kilka białych pęcherzy od oparzenia; rzęsy pozlepiane kropelkami cyny; całą rogówkę pokrywała błyszcząca blaszka. Po wpuszczeniu kokainy wyjęto tę blaszkę, pod którą była zupełnie zdrowa rogówka. Autor tłumaczy ten rzadki przypadek ocalenia rogówki w ten sposób, że pokrywająca rogówkę cienka warstewka łoż, przy zetknięciu się z roztopionym metalem, może w parę zmieniona, stanowiła przedział pomiędzy cyną a rogówką i ochroniła oko.

3) Wrodzone zboczenie kanalików łzowych.

U młodego człowieka, skarżącego się oddawna na łzawienie z oka prawego, znalazł autor brak górnego punktu łzowego, a zato nad mięskiem łzowym, ale już na górnej powiece otwór okrągły, kilka razy większy od zwykłego punktu łzowego, otoczony szarym rąbkiem. Był to bezpośredni otwór w worku łzowym. Niedrożności kanału nie było, łzawienie więc autor tłumaczy w ten sposób, że przy ruchach powiek zawartość worka wylewała się przez ten pośredni otwór do szpary powiekowej.

Wicherkiewicz. Skuteczny środek przeciw wypryskowi jodoformowemu. Nowiny Lek. str. 99.

(Patrz dział Dermatologii).

XIII. GYNEKOLOGIJA.

Sprawozdawca

J. Rogowicz.

Świącicki. O wtórzanym moczocięku wskutek owrzdzeń cewki moczowej u kobiety. Medycyna, str. 289.

Po kilku słowach wstępu o przyczynach powstawania moczocięku u kobiet, opisał autor przypadek następujący:

M. G. 29 lat wieku mająca, błada i zdenerwowana nauczycielka, od 6-ciu miesięcy doznawała bólu przy wydalaniu moczu, a od trzech tygodni mocz ciągle mimowolnie kroplami odchodził. Cały srom obrzmiał, tu i owdzie większe lub mniejsze owrzdzenia. W okolicy ujścia zewnętrznego cewki moczowej nabrzmienie, o nierównej powierzchni, okryte ropiasto-krwawą wydzieliną; w środku nabrzmienia otwór o nierównych brzegach. „Wprowadzonym palcem przez cewkę moczową aż do pęcherza wykryto: owrzdzenie całej cewki, łatwo krwawiące i ropą pokryte“, pochwa i macica zdrowe. Badanie na gonokoki NEISSER'A dało wynik ujemny; przymiot wykluczony. Miejsce owrzdzenia w całej cewce przyżegnieto dość głęboko żegadłem PAQUELIN'A; cewnik do pęcherza na stałe; moczocięk ustawał stopniowo, tak, że po 5-ciu tygodniach nastąpiło wyzdrowienie zupełne. W końcowych uwagach zestawia autor 37 przypadków owrzdzeń cewki moczowej z piśmiennictwa obcego; opisany przypadek jest 38-m. Z tych 38-miu przypadków, 21 miało prawdopodobnie podstawę przymiotową.

Boryssowicz. Siodełkowate odjęcie części pochwowej macicy (amputatio partialis sellaeformis portionis vaginalis uteri). Kronika Lekarska, str. 637.

Jest to wykład, miany na VI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, w 1891 odbyty. Autor po treściwym opisie sposobów dawniej używanych, jako też obecnie powszechnie stosowanych, a mianowicie sposobu klinowego SIMON'A i resekcyjnego SCHRÖDER'A, przechodzi do spostrzeżeń własnych, oraz przedstawia

(w opisie i na rysunkach) swój sposób amputowania części pochwowej macicy. Sposób ten polega na wycięciu z boków części pochwowej trójkątnych symetrycznych piramid dla ścięnięcia, powstającego po operacji, kikuta, oraz dla zmniejszenia nadmiaru błony śluzowej pochwowej. Po wycięciu dopiero tych piramid i zeszytciu ran, przez te wycięcia utworzonych, odejmuje się część pochwowa za pomocą dwóch cięć, przodowego i tylnego, spotykających się w środku szyi macicznej, pod kątem rozwartym, zwróconym wierzchołkiem swoim ku górze (ku macicy). Operację tę nazwał autor siodełkową (*sellaeformis*), gdyż po jej dokonaniu, jeżeliby płaty nie były zeszyte, pozostały kikut miałby kształt siodła. Po usunięciu odcinka części pochwowej, należy obszyć brzegi ujścia zewnętrznego macicy, do czego zwykle wystarcza założenie 4-ch szwów głębokich. W dziewięciu przypadkach tym sposobem operowanych stwierdził B. już 10-go dnia po operacji rychłozrost płatów, a kikut przedstawiał się jako mniej więcej krótka, lecz kształtna stożkowata część pochwowa.

Sposób ten zalecają przed innymi: łatwość wykonania, znacznie krótszy czas trwania operacji, a co najważniejsza bardzo mała krwi utrata, prędkie i doraźne gojenie się pooperacyjnej rany, a nade wszystko to, że pozostała część pochwowa ma kształt wielce zbliżony do normalnego.

Zalety tego sposobu operowania stwierdził Ref. własnem doświadczeniem, a w jednym przypadku operował jedynie przy znieczuleniu miejscowem za pomocą kokainy.

Świadcicki. O operacjach celem usunięcia tyłozgięć macicy. Kronika Lekarska, str. 515.

Jest to wykład, wypowiedziany na tym samym, co poprzedni, Zjeździe w Krakowie. Autor krytycznie rozbiera sposoby operowania, przez różnych autorów cudzoziemskich dokonywane lub proponowane, i dochodzi do wniosku, że cały szereg metod i projektów, jakie dla usunięcia tyłozgięcia macicy proponowano i wykonywano, najlepiej świadczy, że niezawsze wynik operacji jest zadawalający i uwalniający chorą od jej cierpień. Z własnego zaś doświadczenia autor podaje, że przymocowanie macicy do powłok brzusznych *per laparotomiam* (hysteropeksya) nie jest operacją trudną i „że ze wszystkich metod, najracjonalniejszym wydaje mu się sposób LEOPOLD'A, polegający na przymocowaniu dna macicy trzema szwami głębokimi do ściany brzusznej“. „W wysokości dna nie odskrobywał błony surowiczej nożem, jak to poleca LEOPOLD, a mimo to wynik był każdym razem pomyślny i macica pozostawała w naprzd pochyleniu“. W jednym tylko przypadku (ile ich operował, S. nie podaje) u chorej hysteryczki operacja żadnego na jej dolegliwości nie wywołała wpływu, co dowodzi słuszności zdania LEOPOLD'A, „że nie zawsze hysteropeksya i wogóle operacyjne leczenie tyłozgięć dobre i dodatnie dają wyniki i dawniejsze usuwają cierpienia“. Z tego też autor wnosi, „że wskazywania do operacyjnego leczenia tyłozgięć trzeba będzie więcej może jak dotychczas ścieśniać, nie podpisując się

jednakże tem samem na zadaleko sięgające zapatrywania VEDELER'A, który usilnie twierdzi, że tyłozgięcia nie mają anatomiczno-patologicznego znaczenia, lecz jedynie znaczenie anatomiczno-fizjologiczne, gdyż na 313 tyłozgięć zauważył 40⁰/₀ przypadków bez chorobowych objawów, a w pozostałych 60⁰/₀ objawy chorobowe inną zupełnie miały podstawę i racjonalniej mogły być tłumaczone“.

Na zakończenie S. taki podaje „projekt operowania tyłozgięć macicznych“. Jeżeli chodzi o tyłozgięcie bez zrostów w jamie DOUGLAS'A, wtedy zrobiłby można nacięcie w przednim sklepieniu i takowe wypełnić odjałowioną gazą, maczaną w w y s k o k u. Reponowaną macię przytrzyma i utrwali w tej pozycji, wytwarzając się wskutek wysokiem nasączonego tamponu, z a p a l e n i e z l e p i a j ą c e. Przy tyłozgięciach, połączonych ze zrostami w jamie DOUGLAS'A, zrobiłby wypadało cięcie poprzeczne w tylnem sklepieniu, wypełniając następnie jamę takim samym tamponem, po poprzednio dokonanej repozycji, i tamponując zwykłą watą przednie sklepienie, aby część pochwową zbliżyć ku tyłowi“.

M a r s. Przypadek tętniaka tętnicy macicznej. Przegląd Lekarski, str. 601.

Przypadek, przedstawiony w sekcji ginekologicznej VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, dotyczy kobiety 44-letniej od 25 lat zamężnej, która wkrótce po wyjściu za mąż zaszła w ciążę i po dwóch miesiącach poroniła; przed 15-u laty leczyła się z powodu bezpłodności, leczenie polegało na kilkakrotnem stawianiu pijawek na części pochwowej macicy, lecz bez pożądanego skutku. Od lat kilku skarżyła się chora na uczucie w brzuchu jakby ciąglego pukania. Badanie ginekologiczne wykazało „guz wielkości orzecha włoskiego albo raczej jaja kurzego“, leżący w wiązadle szerokiem lewem tuż przed sklepieniem pochwowem, które spycha na dół, przylega szczelnie do lewego brzegu macicy, poczynając od miejsca przyczepu pochwy do części pochwowej macicy, aż niemal do dna tejże. Guz w dotknięciu elastyczny i tak wyraźnie tętniący, że nie można powątpiewać o jego naturze; pod uciskiem zmniejsza się znacznie, bo prawie do połowy swej objętości; po zwolnieniu ucisku napęlnia się znowu, wracając do pierwotnych rozmiarów. Autor zastosował ucisk dwuręczny w sposób taki, jak przy mięsieniu ginekologicznem, wprowadzając do pochwy nie jeden, ale dwa palce: wskazujący i średni. Od 20-go lipca do 9-go września wykonano taki ucisk 29 razy, wynikiem czego było to, że guz zmniejszył się bardzo znacznie „może do $\frac{1}{5}$ pierwotnych rozmiarów, przybrał kształt grubego postrooka tuż nad sklepieniem pochwowem przebiegającego, zwężającego się w kierunku ku ścianie miednicy, a rozszerzającego się nieznacznie ku macicy“, a pacjentka podaje, że jej uczucie pukania w brzuchu nie dokucza.

Przypadek ten należy do osobliwości, a tem samem i wywołać go musiały wyjątkowe i przypadkowe okoliczności. Przed 15-u laty stawiano chorej pijawki na części pochwowej, możebnem przeto jest,

że jedna z pijawek uczepiła się w sklepieniu pochwowem, skaleczyła tętnicę maciczną, poczem powstanie w niej tętniaka mogło nastąpić, szczególnie jeżeli naczynia tętnicze do tego były usposobione.

Bąkowski. Wielki ropień macicy z przebicciem się do jamy tejże—wyzdrowienie. Przegląd Lekarski, str. 533.

Kobieta 65 lat licząca, od lat 20-u już niemiesiączkująca, a od lat 42-ch mająca całkowite wypadnięcie pochwy „z mocno obniżoną macicą“, dającą się odprowadzić, źle odżywiana, mieszkająca w izbie, gdzie zimą i latem suszą się świeże skóry cielece z sierścią; boleści silne w dole brzucha, gorączka, brzuch wzdęty, nad spojeniem łonowem guz elastyczny, mocno bolący przy ucisku. W trzy tygodnie później odpływało „z brzucha co dni kilka bardzo wiele cuchnącej obrzydliwiej cieczy w ilości pół litra na raz“, co chorej sprawiało ulgę. Po dwóch tygodniach ani kropla cieczy z części rodnych nie odpływała, a brzuch stawał się coraz większym; wykryto, że guz ten był znacznie powiększoną macicą. Po kilku próbach udało się wprowadzić zgłębnik chirurgiczny przez zewnętrzne ujście macicy, a następnie i zgłębnik maciczny, wreszcie cewnik maciczny do przestrzykiwania jamy macicy, przyczem wypływała cuchnąca ropa; przestrzykiwania jamy macicznej 1 litrem 2⁰/₀ kreoliny, laseczki jodoformowe w ujście macicy, tamponowanie pochwy gazą jodoformową, opaski na części rodne w kształcie litery T. Po upływie dwóch tygodni nastąpiło zupełne wygojenie; macica przybrała wielkość małej, ale twardej gruszki, ujście zaś zewnętrzne zupełnie się zmniejszyło. W końcu autor wyraża przypuszczenie, czy wobec tego, że chora zajmowała się często rozwieszaniem skór z cieląt, a czasem i z wolów, nie wprowadziła brudnymi rękami do pochwy ze zwitkami waty grzybka promienicowego.

Matlakowski i Przewoski. Przyczynę do lepszego poznania t. zw. torbieli-mięśniaków macicy. 'Gazeta Lek., str. 926, 955.

Na pouczający ten przyczynek złożyło się dwóch autorów, chirurg i anatomopatolog. Punktem wyjścia stał się przypadek, operowany przez M. a przez P. dokładnie histologicznie zbadany. Podajemy tu treść opisu tego przypadku pod względem klinicznym.

Pod nazwą *lymphangioma cavernosum uteri*, autorowie podali opis następującego przypadku: 34-letnia kobieta raz jeden rodziła przed 9-ciu laty; przed 7-u laty zjawilo się niezwykle krwawienie maciczne. Niedługo potem chora zauważyła, że po każdej miesiączce brzuch się powiększa, a wydalanie moczu staje się utrudnionem. Od trzech lat co miesiąc, po miesiączce, przy objawach trudnego wydalania moczu i pełności w brzuchu, brzuch powiększa się ogromnie, poczem w 8 — 10 dni, zaczyna się wypływ prze-

zroczystego płynu przez pochwę maciczną i jednocześnie zmniejszanie się guza tak znaczne, że zaledwie wyczuć go można za kośćciami łonowemi; wtedy wydalanie moczu jest swobodne i chora czuje się zupełnie zdrową.

Badanie wykazało: guz w dolnej połowie brzucha, gładki, elastyczny, niewyraźnie chelboczący, kulisty, z prawej strony przedstawiający jakby twardsze nierówności, a jeszcze dalej naprawo i ku dołowi, twarawy guzik obok dużego guza i z nim nieruchomo złączony. Guz górną połowę porusza się dosyć swobodnie, lecz właściwie posiada tylko ruchy bujania. W pochwie guz twardy, gładki, kulisty, od przodu spłaszczony, wypełniający od tyłu prawie zupełnie światło górnej połowy pochwy. Od przodu palec wchodził do jamy, ograniczonej z tyłu przez guz wymieniony, od przodu zaś przez fałdę elastyczną. Jama ta była stożkowata, im wyżej, tem ciśniejsza; najwyżej i na prawo wyczuwano mały otvorek; zgłębnik wchodził w ową jamę tak wysoko, że chowała się cała jego rękojeść w pochwie, a wtedy górny jego koniec wyczuć można było w okolicy pępka dosyć powierzchownie. Po kilkakrotnem badaniu doszedł M. do przypuszczenia, że guz wyczuwalny w pochwie jest olbrzymio powiększoną i zwyrodnioną wargą tylną ujścia macicznego, wargę zaś przodową uległą tak znacznemu rozciągnięciu, że przedstawiała się w kształcie cienkiej, gładkiej, sprężystej fałdy, niezem prawie nie różniącej się od fałd pochwy przy jej zwężeniu. Guz zajmował nadto szyję i trzon macicy, co stanowiło główną jego masę, wyczuwalną przez ścianę brzuszną. Dalsze spostrzeżenie potwierdziło, że guz po ustaniu odpływu przez pochwę zrazu nieznacznie, a następnie coraz szybciej wzrastał, a gdy raz po wprowadzeniu zgłębnika puścił się przez ujście maciczne z szelestem strumień cieczy, która wkrótce ścięła się w piękny skrzep czerwony, guz zaczął się zmniejszać i wreszcie doszedł w brzuchu do wielkości pięści, przyczem guz w pochwie zwiądł znacząco i stał się bardzo ruchomym, lecz nie zmniejszył się w tym stopniu jak guz w brzuchu.

Najprawdopodobniejszym rozpoznaniem wydało się: *myoma intraparietale lacunare*. Operacja *per laparotomiam*: guz bez zrostów z wyjątkiem nieznacznego zrostu z prawej strony; jajniki i jajowody zdrowe. Gdy przez nakłócie chelboczącego guza nie udało się zmniejszyć, otworzono go cięciem na przedniej jego powierzchni, poczem zaczął obficie wydobywać się płyn krwisto-surowiczy, zaraz krzepnący. Wewnątrz guza wprowadzona ręka natrafiła na nieprzeliczone beleczkowate przegrody, mostki, nitki, które obrywając wydobywano na zewnątrz, a z otwartych jam wypływała coraz nowa ilość płynu. Wreszcie trójgrańcem, zaprowadzonym do jamy macicy, zrobiono otwór w tylnej jej ścianie, żeby utworzyć szerokie połączenie jamy pozostałej wewnątrz guza z jamą macicy i zapewnić swobodny odpływ do pochwy; narzucono przewiązkę elastyczną na guz poniżej lewego a ponad prawym jajnikiem; umieszczono objętą część ($\frac{2}{3}$ górne) guza

w dolnej części rany brzusznej, obszyto ją pod przewiązką otrzewną ścienną, zaszyto pozostałą część rany brzusznej, obcięto większą część nowotworu, a brzegi pozostałej części zeszyto, aby zamknąć jamę guza. Pochwę i jamę macicy wytamponowano gazą jodoformową. Operacja trwała 1½ godziny. Przebieg pooperacyjny bez szczególnych powikłań. Szwy zdjęto 7-go dnia, szypułę z przewiązką elastyczną odcięto w połowie 3-go tygodnia; od tej pory chora szybko zmierzrzała ku wyzdrowieniu tak, że w sześć tygodni po operacji szpital opuściła.

Harajewicz. Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich według metody Thure-Brandta. Kraków 1891 r. Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

Autor obeznany osobiście pod kierunkiem THURE-BRANDT'A z jego metodą, podał dokładnie a treściwie opis sposobów stosowania tej metody, tak jak ją wynalazca jej wykonywa. Całe dziełko dzieli się na dwie części: część pierwsza od str. 3—18, obejmuje ogólną gimnastykę, druga—miejscową czyli t. zw. *massage* (str. 19—46). Kto zatem zapragnie zapoznać się z metodą THURE-BRANDT'A w całej jej rozciągłości, a mianowicie z techniką jej wykonywania i stanami chorobowymi, przy których wynalazca ją stosuje, ten niewątpliwie odpowiednie wskazówki i opisy w omawianej książce znajdzie. Daremnie jednakże szukałby w niej krytycznej oceny wartości i znaczenia tego sposobu lekówania wielu różnorodnych cierpień przyrządu rodzajnego kobiecego; autor bowiem jedynie obiektywnie opisuje samą metodę postępowania i podaje stany chorobowe, w których jest stosowaną. O wynikach zaś uzasadnionych doświadczeniem własnem autora, nie znajdujemy ani słowa, co byłoby rzeczą pożądaną, chociażby ze względu na to, co H. w końcowych uwagach podaje, a mianowicie, że „metoda ta znalazła bardzo gorących wielbicieli, oraz nieprzebieganych przeciwników. Jedni i drudzy grzeszą przesadą, pierwsi — przez stosowanie jej bez wyboru we wszystkich przypadkach, drudzy zaś—przez zupełne jej odrzucanie jasność sprawy zaciemniając. W Niemczech przyjęła się ona; w samej zaś Szwecyi, kolebką jej będącej, tak zaciętych do dziś dnia posiada przeciwników, że w wyjątkowych tylko razach jej się używa“.

Targoński. Metoda Thure-Brandt'a przy leczeniu zastarzałych zapaleń macicy. *Gazeta Lekarska*, str. 404.

Autor zachęcony pomyślnemi wynikami ze swojego leczenia w 12-u przypadkach „chorób kobiecych“, z których pięć opisał, wypowiada spostrzeżenia i wnioski, do jakich doszedł, celem wzbudzenia „żywszego zajęcia się kwestyją chorób kobiecych, która u nas szczególnie na prowincyi, traktowaną jest prawdziwie po macoszemu“. Zamierzony cel T. osiągnął, albowiem wywołał krytykę swej pracy, jaką podjęli WINAWEŁ i ZWEIFBAUM w „*Gaz. Lek.*“ (493—500). Aczkolwiek T. w temże piśmie (str. 595) ogłosił odpowiedź na

krytykę W. i Z., to jednakże oponentów nie przekonał, jak to zaznaczyli oni w swoich odpowiedziach (str. 660). Opisy przypadków przez autora leczonych, jako też i wnioski z nich wyprowadzone są bardzo oryginalne. I tak: przypadek I-szy p. n. „*Retroflexio uteri posterior*“, zaś w ciągu opisu dowiadujemy się, że w przypadku tym rozpoznano: „*retroflexio uteri posterior fixata, para et endometritis*“. Tak samo zatytułowany przypadek IV „*Retroflexio uteri posterior*“, w opisie zawiera „rozpoznanie niewątpliwe: *retroflexio uteri posterior fixata, peri-para et endo-metritis; urethritis et cystitis subacuta*“. W innym znowu przyp. II p. n. „*Retro-latero-flexio uteri dextra*“ rozpoznanie brzmi: „*retro-latero-flexio uteri dextra fixata, para-peri-et endo-metritis, oophoritis duplex*“. W żadnym jednakże nie znajdujemy „zastarzałego zapalenia macicy“, przez które rozumiećby należało *metritis parenchymatosa v. interstitialis chronica*, przy leczeniu którego, metoda THURE-BRANDT'A przez autora stosowaną być miała.

W końcowych uwagach T., między innemi, zaznacza, iż „o ile zauważył, każda chora, pomimo długotrwałego cierpienia, połączonego z silnemi boleściami i innemi bardzo przykremi objawami, wygląda względnie dobrze, a niektóre nawet tyją w czasie cierpienia i dopiero wyleczone chudną“, jako też, że „niektóre chore miewają po kilkanaście razy na dzień wymioty, a jednak wyglądają wcale nieźle“.

Co się zaś dotyczy sposobów leczenia, przez autora stosowanych, to opisanie ich „nie jest pozbawione pewnego interesu“. Sposobami temi są: 1) Metoda THURE-BRANDT'A tak dalece przez autora zmieniona, że jedynie nazwa z niej pozostała. 2) „Usunięcie ziarniny z powierzchni kanału macicy“, jeżeli ziarnina jest zbyt bujna, to T. dokonywa jej usunięcia na kilku posiedzeniach, co dni kilka naprzemian z mięsieniem powtarzanych. 3) „Badanie z głębinikiem macicy“, z głębnika używa T. i przy mięsieniu, gdy palcem macicy należyście znaleźć nie może. 4) „Tamponowanie pochwy“.

Wygodzki. Przyczynek do leczenia włókniaków i mięśniaków macicy. Gaz. Lek str. 906

Jest to opis dwóch przypadków mięśniaków (*myoma*) macicy podśluzowych, które pod wpływem działania prądu galwanicznego stałego, metodą APOSTOLI'EGO stosowanego, wyeliminowały się tak, że stały się dostępnymi dla rękoczynu chirurgicznego. W pierwszym przypadku nowotwór posiadał szypułkę, prawie cały wysuwał się z macicy i został całkowicie odgniataczem usunięty; w drugim nowotwór znajdował się w torebce, ściśle związanej z błoną śluzową macicy. — W obu macica poprzednio zamknięta „pod wpływem elektryzacji stawała się miększą, ciastowatą, występowały bóle maciczne, sprawiające zmniejszenie się szyi i nowotwór się rodził“. — Bardzo wyraźnie

uwidatniła się zmiana elektrody metalowej na węglową. — W obu przypadkach po takiej zmianie, pomimo niewielkiej siły prądu (100—110 m. p.) występowały wymienione zmiany w macicy, gdy tymczasem posiedzenia z elektrodą metalową, pomimo siły prądu do 220 m. p. dochodzącej, wywoływały zaledwie dostrzegalne zmiany. — Ztąd autor wnioskuje, że we wszystkich tego rodzaju przypadkach wypadałoby zacząć elektryzację odrazu, o ile to jest możebnem, przy pomocy elektrody węglowej, oczywiście z anodą do macicy.

Jerzykowski. O leczniczej wartości ichtyolu. Nowiny Lek. str. 287.

Autor stosował ichtjyol w różnych przypadkach chorobowych, z których niektóre w krótkości opisuje. Ichtyjol posiada tę wielką wadę, że ma brzydką woń, smakuje wstrętnie i jeszcze w kilka godzin po zażyciu przypomina się woń jego, a niektórzy chorzy całkiem używać go nie mogą. — Nadto brudzi mocno bieliznę i ciało i dla tego zewnętrznie, zwłaszcza na twarzy stosować go niepodobna. J. w kilku przypadkach przewlekłego nieżytu żołądkowo-kiszkowego „po wyczerpięciu wszelkich środków lekarskich i różnych metod leczenia, stosował ichtyol z znakomitym skutkiem”, podając go najczęściej w pigułkach: *ammon. sulphoichtyolici 5.0, extr. rhei, extr. quassiae aa 2.5. M. f. l. a. pil. N. 50 Consp. D. S. w 3 godz. od 1—3 pigułek.*

W kilku przypadkach przewlekłego zapalenia oskrzeli u osób w wieku podeszłym, połączonem z napadami duszności, zauważył autor „widoczne zmniejszenie się nieżytu, płwocin i duszności”. „W jednym nadto przypadku przewlekłego zapalenia nerek ichtyol oddziałował wyraźnie na zmniejszenie się białka”. Używał też J. ichtjolu z pomyślnym skutkiem w kilku przypadkach przewlekłego alkoholizmu. „Nadzwyczaj pomyślnem okazało się działanie ichtyolu w 2-ch przypadkach d n y (pedagry).”

Najczęściej jednak autor stosował ichtjyol przy przewlekłych wysiękach okołomaciczyh, w których okazał się nie tylko środkiem kojącym, lecz także „wysysającym”; również dobre wyniki otrzymywał J. w zapaleniach wewnątrzmacicznych ciała oraz szyjki macicy (*endometritis corporis et cervicis*). Przy wysiękach okołomaciczyh robił autor tamponadę pochwy z 10⁰/₀ maści ichtjolowej, zrazu codzień, następnie rzadziej; przytem stosował gorące natryski do pochwy; nadto na podbrzusze maść ichtjolową, a u niektórych chorych przepisywał czopki *ad anum*, albo też podawał ichtjyol w pigułkach przy zapaleniach szyjki macicy. Naprzód tamponował autor pochwę przez kilka dni zrzędu „gliceryną ichtjolową i czekał aż obrzmienie i czerwoność szyjki znacznie opadły. Potem przy pomocy wziernika wypędził delikatnym penzelkiem (sterylizowanym) całą szyjkę maciczną czystym ichtyolem, tak samo całe usta maciczne i nałożył tampon z gazy jodoformowej”. Rękoczyn ten powtarzano 2 razy na tydzień „wogóle 4—5 razy, poczem błona śluzowa szyjki tak opadła i zasychała, że do doszczętnego wyleczenia wystarczały już zupełnie gorące wstrzykiwania

z wody słonej“. Przy *endometritis corporis* rozszerzano poprzednio ujście maciczne, a następnie wypendzlowywano całą jamę macicy czystym ichtjolem. „W przypadkach silnego ropnego wysięku, stosowano poprzednio wyskrobanie macicy“.

Stroynowski. O wpływie cukrzycy (diab. mellitus) na części płciowe kobiety. Przegl. Lekarski str. 469 i 483.

Po przytoczeniu przypadków i prac cudzych jako to: HOFMEIER'A, LECORCHÉ, KOHN'A, FRERICH'S'A, NEBEL'A i GOTARD'A, autor podaje spostrzeżenia własne, w liczbie 11 przypadków, spostrzeganych od 1879 r., z których wyprowadza wnioski następujące: 1) zgodnie ze zdaniem LECORCHÉ cukrzyca często występuje w wieku pomiesiączkowym, jakkolwiek większość przypadków autora należy do kobiet miesiączkujących; 2) cukrzyca występująca w wieku rozkwitu przebiega ostrzej, niż w okresie życia pomiesiączkowym; 3) zanik macicy i jajników, a tem samem utrata miesiączki jest następstwem cukrzycy, gdyż objawy cukrzycy występują wcześniej; 4) zanik macicy tem spieszej postępuje im mniej się zważa na cukrzcę i na odpowiednie leczenie; 5) nie tylko zupełny brak miesiączki, ale skąpe i rzadkie jej pojawianie się, jest niekiedy objawem cukrzycy; 6) wartość rozpoznawcza tych objawów często ułatwia rozpoznanie cukrzycy; 7) świąd (*pruritus*) sromu jest bardzo częstym objawem cukrzycy, lecz nie jedynym; 8) świąd ten leczeniem miejscowem, połączonem z leczeniem ogólnem, można usuwać; zmywania $2-3-3\frac{1}{2}\%$ wodą karbolową dają najpomyślniejszy wynik; 9) zwykle leczenie cukrzycy zapomocą odpowiedniej diety, wód karlsbadzkich i t. p. wywiera stanowczo zbawienny skutek na objawy pochodzące od części płciowych.

Panecki. Kilka słów o stosunku tyłozgięcia macicy do nerwicy żołądkowej. Nowiny Lekarskie str. 293.

Autor 15 przypadków tyłozgięcia macicy niepowikłanych, t. j. bez zrostów macicy z tylną ścianą miednicy lub jajowodami, bez ropiastych zapaleń jajowodów, bez guzów lub wysięków w miednicy i t. p. poddał badaniu wydzielniczej czynności żołądka, a w szczególności zbadaniu chemicznemu soku żołądkowego. Główne objawy ze strony żołądka w tych przypadkach polegały na bólach: u jednych chorych ból żołądka był nader silny, przychodził gwałtownie i przez kilka godzin nie ustępował; u innych ból był przemijający lecz w peryjodycznych powracał napadach; u innych znowu słaby i jednostajny; u innych wreszcie raz silny, raz słaby, raz gwałtowny, raz zwolna przychodzący. Wszystkie te postacie bólu żołądkowego jedną miały anamnestycznie stwierdzoną tę właściwość, że „dyjeta, jakoś i ilość spożytych potraw ani na powstanie ani na czas trwania, ani też na powtarzanie się bólu najmniejszego nie wywierały wpływu“. Przypadki te podzielił autor na 3 grupy: 1-sza (przyp. 1—8) obejmuje czyste nerwobóle żołądkowe, tyłozgięciem macicy przez odruch wywołane, gdyż po usunięciu tyłozgięcia nerwoból ustąpił; 2-ga (przyp. 9—12) „czyste nerwice

z tyłozgięciem macicy żadnego niemające związku; 3-cia (przyp. 12—15) choroby żołądkowe, na zboczeniach wydzielniczej lub ruchowej czynności lub też anatomicznych zmianach żołądka polegające“.

Wreszcie autor wypowiada dwa następujące twierdzenia.

1) Objawy żołądkowe, tyłozgięciu macicy towarzyszące, nie tak często są nerwicami odruchowymi, jak to wielu ginekologów rozpoznawać zwykło.

2) Jeżeli zboczenia żołądkowe po odprowadzeniu macicy nie ustępują, natenczas należy żołądek dokładnemu poddać zbadaniu.

Redakcja „Nowin Lekarskich“ uznała za stosowne artykuł wymieniony zaopatrzyć przypiskiem, w którym między innemi zaznacza, że „nerwobóle żołądka powstają też na tle hysterii, neurastenii, towarzyszącą zimnicy i innym ukrytym chorobom, a nadto występują w następstwie wielu innych (gruźlica, blednica, choroby nerek, serca, wątroby i t. p.). Może niektóre objawy, zauważone przez autora, niezawsze tylko tyłozgięciem macicy były wywołane nawet wtedy, gdy bóle z usunięciem tego ustawały, ale były skutkiem np. blednicy“.

Starkman. Coitus reservatus. Medycyna str. 197.

Autor treściwie opisał przypadek szkodliwego wpływu „sztucznego spółkowania“ na zdrowie młodej mężatki, która po urodzeniu pierwszego syna, nie życzyła sobie mieć więcej dzieci.

XIV. AKUSZERYJA.

Sprawozdawca

J. Rogowicz.

Święcicki. Gdzie powstaje szmer pępowinowy? Nowiny Lek. str. 187.

Autor podaje ogólny pogląd na dotychczasowy stan nauki o powstawaniu szmeru pępowinowego, z którego to poglądu okazuje się, że kwestya powstawania tego szmeru dotąd całkiem nie jest rozstrzygnięta. Teoryja pępowinowa jest wręcz przeciwną teorii sercowej, a bronią obu badacze sumienni i poważni. S. przytacza dwa przypadki, w których szmer ten spostrzegali i dochodzi do wniosku, że „szmer pępowinowy nie jest, mianowicie dopóki pęcherz płodowy nie pękł i jeżeli dziecko niema organicznego błędu (zapewne wady, *Spraw.*) serca, żadnym złym objawem przepowiadnim i powstaje najprawdopodobniej w tętnicach pępowinowych“.

Arnstein. Przypadek daleko posuniętego poronienia, powstrzymanego zapomocą makowca, stosowanego przez kiskę prostą. Przyczynek do nauki o użyciu makowca w celu powstrzymania poronienia. *Gaz. Lek.* str. 657.

Przypadek opisany dotyczy kobiety trzeci raz ciężarnej, w 3-cim miesiącu. Autor został do chorej wezwany w kilka godzin po ukazaniu się krwi „nie bardzo obficie,” poprzedzonym boleściami w dole brzucha i w krzyżu. Przy badaniu A. znalazł „część pochwową macicy rozpulchnioną, po prawej stronie znacznie wypukłą, szyję maciczną skróconą, usta maciczne miękie, otwór zewnętrzny szyi macicznej na tyle rozwarty, że łatwo przepuszczał palec, krwawienie nieznaczne”; chora dwa razy poprzednio rodziła na czasie. Leczenie polegało na zadawaniu w enemach po 15 kropel *trae opii simpl.* z dwoma łyżkami wody letniej; w godzinę powtórzono taką dawkę, gdyż bóle nie ustawały, a następnie toż samo po upływie dwóch godzin, poczem bóle całkiem ustały i poronienie nie nastąpiło. Chora, po zadaniu jej 45 kropel nalewki makowcowej w ciągu kilku godzin, „skarżyła się na nieznaczną ciężkość w głowie i senność; objawy te ustąpiły na drugi dzień.” Autor sądzi, że można i należy nieraz dojść do 80 i 100 kropel, gdyż przypadki ciężkiego zatrucia, i to niezabójczego, zdarzają się rzadko przy tak wielkich dawkach u ciężarnych.

Święcicki. W jaki sposób dopomaga sobie nieraz organizm przy poprzecznych lub skośnych położeniach i czy lekarz na „pomoc” tę liczyć powinien? *Nowiny Lek.* str. 320.

Jak wiadomo, jeżeli przy poprzecznym lub ukośnym położeniu płodu nie ukończymy porodu sztuką, to niekiedy, lecz wogóle bardzo rzadko, następuje obrót dobrowolny (*versio spontanea*), albo też płód rodzi się przez tak zw. wyklucie się dobrowolne (*evolutio spontanea*), lub też następuje tak zw. *partus conduplicato corpore*; częściej jednakże następuje pęknięcie macicy, przedwczesne odklejenie się łożyska, a wskutek tego śmierć z krwotoku wewnętrznego, rozkład zawartości macicy (*sepsis*) i wreszcie śmierć wskutek zapadu (*collapsus*). Autor rozpatruje szczegółowo te trzy rodzaje „samopomocy” ustroju i dochodzi do wniosku, że „jedynym powodem „samopomocy” organizmu przy poprzecznych położeniach, pod wpływem ze wszystkich stron równocześnie silnie skurczającej i zmniejszającej się macicy, jest większa lub mniejsza łatwość dziecka do naginania i zginania się w różnych kierunkach, czy to wskutek zbutwienia lub z innych powodów.” Jedynie wtedy można pozostawić ukończenie porodu siłom macicy, gdy płód jest niedonoszony, gdy nie przekroczył 28-go tygodnia życia wewnątrzmacicznego. Wtedy obawy pęknięcia macicy niema. Toż samo stosuje się i do płodów starszych, lecz już wymiękłych (zbutwiałych, według autora). W każdym zaś innym przypadku poprzecznego lub ukośnego położenia płodu z czynną wystąpić należy pomoc: czy to przez dokonanie obrotu na nóżki, czy też w zaniedbanych zwłaszcza przypadkach przez wytrzewienie (*eventratio*)

i wydobyć płodu przez pociąganie (*extractio*); zawsze z obawy mogącego nastąpić pęknięcia macicy.

Braun. O operacjach położniczych. Kraków, 1891 r., str. 244, VIII i 16 tablic litografowanych. Nakład wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

Starannie opracowany podręcznik, którego cel autor w przedmowie wyraźnie zaznaczył, mówiąc, że przeznacza go głównie dla uczącej się młodzieży, „choć przydać się może i lekarzowi praktycznemu, raz, aby sobie mógł od czasu do czasu przypomnieć zasady dawniej w klinice położniczej słyszane, powtórzyć, aby się mógł obeznać ze stanowiskiem, jakie klinika krakowska zajmuje obecnie w pewnych kwestiach położniczych, będących na porządku dziennym.”

Autor wprowadził podział operacji według okresu zapłodnienia, w jakim się kobieta znajduje, gdyż podział ten wydał się autorowi „najprościejszym i najzrozumialszym.” Rozróżnia zatem operacje, wykonywane podczas ciąży, porodu i w połogu.

Cercha. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu z powodu wodogłowia płodu (wyzdrowienie). Przegl. Lek. str. 529

Po krótkim wstępie, w którym jest mowa o przyczynach i objawach pęknięcia macicy podczas ciąży i porodu, autor opisuje następujący przypadek.—Kobieta czwarty raz rodząca; poród rozpoczął się przed 4-ma dniami, w którym po jednym nagłym bólu w prawym boku, skurcze macicy całkiem ustały; rodząca gorączkowała. Rozpoznano: poród rozpoczęty u wielorodki, wodogłowie płodu i wynikły ztąd niestosunek, który sprowadził prawdopodobnie jeżeli nie zupełne, to częściowe pęknięcie macicy—zakażenie. Rodzącą rozwiązano przez rozszerzenie ujścia macicznego zapomocą trzykrotnego wprowadzenia do szyi macicy balonu BRAUN'A, wypełniając go za każdym razem większą ilością wody i potem ostrożnie wyciągając; następnie dokonano wy-możdżenia i nakoniec płód wydobyto zapomocą obrotu na nogi. Przy wydobywaniu łożyska stwierdzono zupełne pęknięcie szyi macicy po stronie prawej, łożysko bowiem znajdowało się w jamie brzusznej między jelitami. Bez poprzedniego przestrzykiwania zatamponowano szyję macicy i całą pochwę 30% gazą jodoformową; okład lodowy i opatrunek uciskający na dół brzucha; wewnętrznie sporysz i środki pobudzające. Położnica gorączkowała przez 4 — 5 tygodni. Piątego dnia wydobyto gazę, przepłukano pochwę 3% kw. bornym i założono świeżą gazę, którą odtąd zmieniano co dwa tygodnie. Położnica wyzdrowiała; pozostała tylko przetoka pęcherzowo-pochwowa wielkości ziarenka grochu. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że pękła macica we wczesnym okresie porodu bez poprzednich bólów.

Thieme. Cięcie cesarskie z pomysłem zejściem dla matki i dziecka. Med. str. 305, 321 i 337.

Przypadek operowany w prywatnym Zakładzie ginekologicznym w Warszawie, dotyczy 36-letniej w wysokim stopniu rachitycznej pierwiastki, ze znacznie zwężoną miednicą (*conj. exter.* $16\frac{1}{2}$, *conj. diag.* 7 — $7\frac{1}{2}$, *conj. vera* 5 — $5\frac{1}{2}$ ctm.). Do operacji przystąpiono w kilka godzin po wystąpieniu pierwszych bólów porodowych, podczas których woda płodowa odeszła; „ujście maciczne otworzyło się na 3 palce”; żadna część poprzedzająca nie stawiała się do porodu; operowano sposobem SAENGER'A; do zeszczenia rany macicy użyto jedwabiu wygotowanego; nałożono szew kuśnierski 3-piętrowy: 1) warstwa mięsna tuż nad doczesną, 2) warstwa mięsna środkowa, 3) otrzewna, — szew RAMBERT'A. Zeszycie rany w ścianie brzusznej i opatrunków jak po każdej laparotomii. Przebieg pooperacyjny i pógłowy bardzo dobry i prawidłowy tak, że operowana w 3 tygodnie zakład opuściła wraz z dzieckiem zdrowym.

W końcowych uwagach po krótkim rysie historycznym operacji cięcia cesarskiego, podaje autor opis sposobu dokonywania tej operacji według SAENGER'A, różne modyfikacje tegoż sposobu, dotyczące nakładania szwu na ranę macicy i materiału do szwu używanego; podaje nadto statystykę do 1891 r. dokonanych operacji sposobem SAENGER'A; wreszcie mówi o znaczeniu tej operacji, jakie ona ma w obecnym stanie nauki wśród operacji położniczych.

Rosenthal. Cięcie cesarskie metodą Saenger'a. Gaz. Lek. str. 865.

Przypadek operowany w szpitalu starozakonnym w Warszawie, dotyczy 28-letniej pierwiastki, u której poród trwał już 2 doby, przodowała główka przy nienaruszonym pęcherzu płodowym; miednica ścieśniona rachityczna (*conj. diagon.* $7\frac{1}{2}$ — 8, *conj. vera* $5\frac{1}{2}$ — 6 ctm.). Po pęknięciu pęcherza płodowego nałożono kleszcze na główkę, lecz bezskutecznie. Operacji cięcia cesarskiego dokonano podług sposobu SAENGER'A. Po wydobyciu dziecka jamę macicy oczyszczono „z najdrobniejszych strzępków *deciduae* i wymyło dokładnie roztworem sublimatu 1 : 3000.” Ranę macicy zaszyto sposobem następującym: 8 szwów jedwabnych w odległości 1 — $1\frac{1}{2}$ ctm., nie zajmujących ani błony doczesnej, ani otrzewnej; szwów tych narazie nie związano; następnie dwupiętrowy szew ciągły kuśnierski z katgutem, tak samo jak poprzedni bez ujęcia bł. doczesnej i otrzewnej. Po ukończeniu tego szwu pozwiązywano poprzednio przeprowadzone nitki jedwabne. Nareszcie szwem kuśnierskim ciągłym zeszyto samą otrzewną, którą cała rana została pokryta. Do zaszczenia rany w ścianie brzusznej użyto 7 szwów głębokich i tyleż powierzchownych. Dziecko w stanie śmierci pozorowej wkrótce docucono. Operowana w 4-ej dobie zmarła z *peritonitis septica*.

Ponieważ szew katgutowy na otrzewnej wpośród siebie się rozszedł, jak o tem przekonano się na zwłokach, przeto autor postana-

wia sobie w przyszłości użyć i do tego szwu jedwabiu, jako materyjału wytrzymalszego od katgut.

Święcicki. Cięcie cesarskie z powodu eklampsji przy końcu ciąży. *Nowiny Lek.* str. 239.

Autor zachęcony pomyślnemi wynikami cięcia cesarskiego, dokonanego 6 razy w Hollandji przy eklampsji w ostatnich miesiącach ciąży (5 matek wyzdrowiało i tyleż dzieci ocalono), wykonał cięcie cesarskie w Poznaniu u kobiety 7-my raz ciężarnej w ostatnim miesiącu, a od 5-ciu godzin mającej drgawki. Płód żywy; ujście maciczne zaledwie palec przepuszczało; chora nieprzytomna, rzęzenia tchawicze, upadek tętna. Sposób operowania zwykły podług SAENGER'A, z tą tylko różnicą, że na ranę macicy założono 22 szwy jedwabne, przeważnie głębokie, przechodzące nie tylko przez całą warstwę mięśniową macicy, ale i przez błonę doczesną. Płód wydobyto w stanie śmierci pozornej niedotrzeźwiony; chora wkrótce po operacji zmarła.

W końcowych uwagach autor podaje, że przypadek ten jest dopiero 8-ym, w którym z powodu eklampsji wykonano cięcie cesarskie (6 w Hollandji u HERFF'A). Korzystnego oddziaływania opróżnienia macicy na przebieg drgawek w tym przypadku, nie dostrzeżono, a w przypadku HERFF'A i po dokonanej operacji występowały drgawki i napady obłędne. Wreszcie Ś. twierdzi, że im wcześniej do operacji cięcia cesarskiego przystąpimy, tem lepszy będzie wynik, i jest przekonany, że w opisanym przypadku byłby wynik pomyślny, gdyby wcześniej zażądano pomocy lekarskiej.

Braun. O rozmięczeniu kości (osteomalacia) u rodzących i wyleczeniu tegoż przez wycięcie jajników po wykonaniem cięcia cesarskiem. *Przeg. Lek.* str. 217 i 229.

Autor po treściwym skreśleniu objawów, mechanizmu powstawania zniekształcenia kości, zwłaszcza miedniczych, przy osteomalacji, anatomii patologicznej, teoryj tłómaczących powstawanie tej choroby i jej leczenia podaje opis dwóch przypadków, spostrzeganych i leczonych w klinice prof. MADUROWICZA w Krakowie 1890 r.

Pierwszy przypadek dotyczył izraelitki 37-letniej, 5-ty raz rodzącej na czasie, przedstawiającej zwykły obraz osteomalacji. Wobec trwania porodu przez 4 dni i bólów porodowych silnych, nie można się było spodziewać, że poród w danym razie odbędzie się siłami natury. Nastręczało się zatem pytanie: w jaki sposób matkę rozwiązać. Wobec ogólnego, niejednostajnego ściśnięcia miednicy, a szczególnie w wymiarach poprzecznych znacznego stopnia, niemożna się było spodziewać, że będzie można wydobyć płód żywy drogą naturalną. Pozostawało zatem albo główkę płodu wymóżyć, albo też według rady FEHLING'A i KLEINWAECHTER'A wykonać cięcie cesarskie metodą PORRO. Prof. M. postanowił jednak wykonać

cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, czego nikt dotąd nie wykonał, głównie dla doświadczenia, czy samo wycięcie jajników wpływa korzystnie na przebieg osteomalacji. Operacji dokonano według prawideł; po wydobyciu łożyska jamę macicy wymyto gąbką zmaczaną w 5% kwasie karbolowym, poczem zespojono ranę macicy dwoma szeregi szwu ciągłego katgutowego; następnie wycięto oba jajniki. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Bóle kostne już w parę dni po operacji były znacznie mniejsze; w 10 dni ustąpiły z miednicy, a w 3 tygodnie z klatki piersiowej; wreszcie znikły zupełnie tak, że chora może się oddawać pierwotnemu zajęciu i pracy.

D r u g i p r z y p a d e k, daleko cięższy i więcej skomplikowany, dotyczył wieśniaczki 28 lat liczącej, 3 razy poprzednio rodzącej, ostatni raz przed 1½ rokiem; pierwsze dwa porody trwały dosyć krótko, ostatni znacznie dłużej. Na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego rozpoznano miednicę osteomalacyjną, ścieśnioną w 3-cim stopniu, niepomiarową, oraz zapalenie stawu kolanowego prawego. Ze względu na życie płodu, wykonano cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników w ten sam sposób, jak w 1-m przypadku. Przebieg po operacji był zupełnie dobry; bóle w kościach już w dwa tygodnie ustąpiły, z wyjątkiem stawu kolanowego prawego, z powodu którego operowaną przeniesiono do kliniki chirurgicznej.

Na zakończenie autor wyprowadza wnioski następujące:

1) Tłomaczenie FEHLING'A patogenezy osteomalacji, jakoby osteomalacja była nerwicą troficzną kości, zawisłą od jajników, jest najwięcej do prawdy zbliżone.

2) Twierdzenie FEHLING'A, że samo wycięcie jajników leczy osteomalację, jest uzasadnione.

3) Sposób podany przez MADUROWICZA, t. j. cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jest w osteomalacji u rodzących sposobem rozwiązania łatwym, odpowiednim, a zarazem wystarczającym do wyleczenia osteomalacji.

4) Cięcie cesarskie według PORRO w podobnych przypadkach jest tylko wtedy wskazane, jeżeli zachodzi powikłanie z nowotworem lub zakażeniem połogowym, albowiem cięcie zachowawcze z wycięciem jajników jest, jak to statystyka wykazuje, zabiegiem lepsze dającym wyniki.

Świecicki. O zbutwiałych płodach i ich wpływie na przebieg połogu. Nowiny Lek. str. 146.

Autor na zasadzie spostrzegania 247 płodów wymiękłych na 9,100 porodów, opisuje zmiany pośmiertne takich płodów, przez innych i przez siebie spostrzegane. Wogóle wszystkie narządy w płodzie wymiękłym (po krakowsku „wymokłym,” a według autora „zbutwiałym”) są nabrzmiałe i rozmiękczone, oprócz macicy, trzustki, płuc, a nieraz i serca, które zachowują najwięcej jeszcze prawidłowy wygląd. Jeżeli płód był syfilityczny, spotykało się zawsze w kościach długich tak zw. *osteochondritis syphilitica*, t. j. wąską, gładką, żółto-

białą linię między chrząstką nasady, a częścią gąbczastą trzonu kości; wnika ona tak w nasadę, jak w trzon. W 65% ogółu przypadków autora, przymiot był przyczyną przedwczesnego obumarcia płodu; w innych: psychiczne lub fizyczne natężenia (12 razy), bezkrwistość matki, gorączkowe lub inne choroby ciężarnej, łożysko przodujące, wypadnięcie pępowiny i t. p. Poród zwykle trwał krótko w położeniu podłużnem płodu. Na 247 przypadków, wyłączając położnice syfilityczne, (które według MEURIS'A mają pewną skłonność do wyższej ciepłoty w położu), w 10-ciu tylko przypadkach był przebieg położu nieprawidłowy, a prawie zawsze połączony z odchodami cuchnącemi. Zdaniem autora, w tych przypadkach powód zachorowania nie zależał od płodu wymiękłego, lecz raczej od zakażenia z zewnątrz pochodzącego. Ostatecznie autor twierdzi, że „ani z butwienie płodu, ani jego poród nie oddziaływa zbyt niekorzystnie na poród.”

M a r s. Powikłanie położu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglas'a. Przegl. Lek. str. 493.

Autor opisał przypadek następujący: 22-letnia kobieta, poraz wtóry ciężarna, skłonna do zaparcia stolca, po zjedzeniu dużej porcji kapusty kwaszonej nazajutrz prawidłowo urodziła. Trzeciego dnia położu poczęło występować wzdęcie brzucha, bardzo szybko się wzmagające, tak, że dnia następnego rozmiary brzucha były takie, jak na końcu ciąży. *Colon transversum* mocno rozdęte zwieszało się w długiej pętli półksiężycowato od prawego do lewego podżebrza. Badanie przez odbytnicę wykazało, że odbytnica była spłaszczoną przez guz znacznych rozmiarów, wypełniający miednicę małą. Badanie przez pochwę stwierdziło, że pochwa szczeliniowata przypartą była do spojenia łonowego, ponad którym znajdowała się część pochwo-wa macicy znacznie ku górze wysunięta. Przez tylną ścianę pochwy wyczuwało się guz jednostajnie napięty, elastyczny, od dołu kulisty, wypełniający miednicę małą, a tworzący z guzem przez odbytnicę wybadanym jednolitą całość. Guz ten był niebojący. Z tego rozpoznano opadnięcie jelit do zatoki DOUGLAS'A, uciśnięcie tychże między ciałem macicy, a wzgórkiem kości krzyżowej, a w następstwie ucisk na odbytnicę wywołujący niedrożność tejże z następowem rozcięciem jelit gazami. Chora nie wymiotowała, ani też nie gorączkowała aż do 6-ej doby, w której ciepłota ciała podniosła się do 38,5° C.

Gdy zwykle środki nie sprowadziły pożądanego wypróżnienia stolcowego, myślano o laparotomii, której dokonanie odłożono do dnia następnego; zalecono częstą zmianę położenia chorej w łóżku na bok i masaż okolicy ponad załamkiem esowatym kiszki grubej. Po tych zabiegach odeszły najpierw gazy, a następnie pojawił się pierwszy stolec; od tam codziennie stolce występowały regularnie tak, że we dwa tygodnie położnica miała się zupełnie dobrze, a badanie

przez pochwę wykazało prawidłowe ułożenie narządów, w miednicy malej się znajdujących.

W uwagach końcowych zastanawia się autor nad warunkami i przyczynami, usposabiającymi do opadnięcia jelit do zatoki DOUGLAS'A i ucisnięcia kiszki grubej, z następową niedrożnością jelit, i sądzi, że w danym przypadku opadnięte były jelita cienkie i te uciskały odbytnicę. Wreszcie M. tłumaczy mechanizm powstawania zagłobienia jelit w zatoce DOUGLAS'A i powstawania ucisku na kiszkę stołcową w opisanym przypadku.

Święcicki. Przyczynek do leczenia zakażeń połogowych. Przeg. Lek. str. 49.

Święcicki. Kilka słów o leczeniu gorączki połogowej. Przeg. Lek. str. 423.

Autor, opierając się na badaniach BOURGET'A, który wykazał, że moczu w gorączce połogowej zawiera bardzo trujące ptomainy, jako też QUEIROLO, który wykazał, że w niektórych chorobach zakaźnych, jak np. w durze, malarii, trujące jady zakaźne wydzielane bywają przez skórę *resp.* gruczołki potne skóry, sądzi, że racjonalne leczenie zakażeń połogowych polegać powinno na tem, aby przez nerki, skórę i gruczoły śliniankowe tyle jadu trującego z ustroju wydalić, ile tylko jest w naszej mocy i o ile zezwalają na to siły zakażonej chorej, a głównie jej serce. Według tego Ś. w jednym przypadku ropnicy połogowej przeprowadził leczenie z pomyślnym skutkiem. Sposób leczenia tego polegał na wlewaniu, zapomocą cewnika żołądkowego, co 1 — 2 — 3 godzin 1 litra letniego fizjologicznego roztworu soli kuchennej, i na podskórnem wstrzykiwaniu dwa razy dziennie przez 3 dni 0,01 chlorku pilokarpiny.

Dotychczas starano się zakażenie połogowe usuwać przez wczesne miejscowe leczenie zakaźnego ogniska, czy to przez przemycanie jamy macicznej środkami przeciwnieśnami, czy to przez przysięganie lub wyskrobanie błony śluzowej. Przeciw temu ostatniemu wystąpił niedawno FRITSCH, gdyż zdaniem jego jest rzeczą więcej niż problematyczną, czy przez wyskrobanie błony śluzowej istotnie możemy jad zakaźny z macicy usunąć. Wyłżeczowanie macicy jest, jak słusznie twierdzi F., w tych przypadkach albo zbyt ciężkie, albo, co gorsza, wprost szkodliwe. FRITSCH nadto zauważył, że istotne ognisko zakaźne nie tyle może w strzępach błony doczesnej, jak raczej o wiele głębiej się znajduje. Ś. zatem sądzi, że jedynie racjonalną rzeczą w takich razach jest wytamponowanie jamy macicy gazą jodoformową, czy zwyczajną, byle aseptyczną. Wytamponowawszy jamę macicy, pobudzamy ją do skurczów, a odnawiając gazę codziennie lub co drugi dzień, wyprowadzamy przez włoskowate sączkowanie jad z zakażonego narządu. Ponieważ ciepło zwiększa, jak wiadomo, przesączanie, przeto należałoby chorą trzymać w ciepłym pokoju. Jeżeli jad zagnieździł się już na dobre w całym ustroju, wtenczas z le-

zeniem tem łączyłoby należało wprowadzenie znacznych ilości płynów do ustroju i użycie środków napotnych. Jest to jednak tylko projekt, nawet przez autora niezastosowany.

Drzewiecki. O wpływie wrażeń matki na ukształtowanie się płodu, czyli o tak zw. „zapatrzeniu się“ ciężarnych. *Nowiny Lekarskie* str. 44.

Autor „jaknajmocniej przekonany, że rozmaite wady fizyczne i duchowe, jakie dotychczas przypisywano wpływom dziedzicznym, są nieraz tylko wynikiem wpływów moralnych rodziny, działających wciąż na kobietę,“ podaje opisy 10-ciu spostrzeżeń, głównie poczerpnięte z czasopism angielskich i amerykańskich, mających dowodzić „zapatrzenia się“ kobiet ciężarnych.

XV. CHOROBY WENERYCZNE.

(Syfilidologija).

Biegański. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci. *Przeg. Lek.* str. 361, 380 i 398.

Prócz teoretycznej, autor uwzględnił i praktyczną stronę kwestyi.

Po krytycznym rozbiorze prac poprzedników swoich na tem polu (WALBUSZEWICZA, KEYS'A, SCHLESINGER'A, GALLARD'A i innych), którzy badali zmiany krwi pod wpływem minimalnych dawek rtęci, oraz zachowanie się krwi w przymiocie, autor szczegółowo opisuje metodę, jaką się posługiwał w swojej pracy. Do obliczania morfotycznych składników krwi użył autor przyrządu THOMA-ZEISS'A, przyczem krew otrzymana każdorazowo z palca, rozcieńczał fizjologicznym roztworem soli, albo płynem HAYEM'A. Do oznaczenia ilości hemoglobiny, posługiwał się autor przyrządem FLEISCHL'A.

Krew badano przed leczeniem, w czasie takowego i po niem u 30 chorych, 10 mężczyzn i 18 kobiet w wieku od 16—42 lat i u 2 dzieci od $\frac{1}{4}$ — $1\frac{3}{4}$ roku. Co do morfotycznych składników, to autor oznaczał ilość i jakość ciałek czerwonych, białych i płytek BIZZAZER'A, a między białymi uwzględniał jednojądrowe małe i duże, oraz wielojądrowe, wreszcie stosunek liczby białych do czerwonych.

Przy leczeniu stosowano wcierania szarej maści w 17-tu przypadkach, zastrzykiwania podskórne nierozpuszczalnych przetworów rtęci (kalomelu w oliwie w 6-ciu przypadkach i żółtego tlenku rtęci

w 1-nym), wreszcie 4 chorym podawano do wewnątrz jodnik rtęci i kalomel w pigułkach i proszkach.

Wyniki swych badań autor streszcza w następujący sposób:

1) Pod wpływem jadu przymiotowego ilość czerwonych krążków krwi przez bardzo długi czas nie zmienia się wcale i pozostaje prawidłową.

2) Ilość białych ciałek pod wpływem jadu przymiotowego znacznie się powiększa.

3) Wśród białych powiększa się przeważnie ilość małych ciałek jednojądrowych (tak zw. limfocytów), a zmniejsza się odpowiednia ilość wielojądrowych ciałek.

4) Pod wpływem przymiotu zabarwienie krwi (ilość hemoglobiny) znakomicie się zmniejsza.

5) Pod wpływem rtęci ilość czerwonych krążków ulega licznym wahaniom, które zależą od większego lub mniejszego zgęszczenia krwi, a nie od stopnia odżywiania chorego.

6) Pod wpływem rtęci ilość białych ciałek zmniejsza się i stosunek białych ciałek do czerwonych zbliża się do prawidłowego.

7) Wśród białych ciałek zmniejsza się liczba małych jednojądrowych, a powiększa się procentowy stosunek wielojądrowych komórek.

8) Ilość hemoglobiny pod wpływem rtęci powiększa się stale i znacznie.

9) Przy prawdziwej niedokrewności występującej przy nadmiernem stosowaniu rtęci, czerwone krążki ulegają zmianom głównie co do jakości (rozpad krążków, megalocyty, mikrocyty).

Wyniki te po części zgadzają się, po części zaś różnią od takichże u innych autorów.

Świąt.

Goldflam. O przymiocie rdzenia—odeczyt kliniczny Wydaw. Gaz. Lekarskiej.

(Patrz dział Chorob nerwowych).

Kopytowski. W kwestyi wycinania pierwotnego objawu przymiotu. Gaz. Lek. str. 248.

U młodego mężczyzny na wewnętrznym brzegu napletka wystąpił *herpes progenitalis*. Po kilku dniach ekskoryjacje zagoiły się, powstała jednak grudka wielkości soczewicy z rozpadem w środku, przyczem odpowiedni gruczoł w pachwinie był wyczuwalny, bezbolesny. Prócz tego udało się skonstatować, że kobieta, z którą chory wyłącznie od 3-ich miesięcy spółkował, miała lepięże płaskie na częściach płciowych. K. wyciął owrzodzenie. Od operacyi minęło p r z e s z ło dwa lata, a przez ten czas nie zaszło nie takiego, coby wskazywało na zarażenie ogólne przymiotem.

Autor twierdzi, że wycięcie pierwotnego objawu przymiotu w początku jego rozwoju ma ra-

cyję bytu i nie może być bezwarunkowo odrzucone, jak to czynią niektórzy. *Puł.*

Kopytowski. Przyczynek do kazuistyki zewnątrz-płciowego zarażenia przymiotem. *Gaz. Lek.* str. 1011.

Młody mężczyzna goląc się w razurze, został zacięty brzytwą w policzek. W miejscu tem zrobił się strupek, który chory przypadkowo żdzierał, wskutek czego powstało stwardnienie. Stwardnienie to miało cechy *ulceris primitivi*. Prócz tego znaleziono: *sypilis cutanea papulosa lenticularis*. *Ulcera venerea in stadio destructionis* na rowku poząoładziowym członka.

Po zastosowaniu leczenia swoistego choroba ustąpiła czasowo, na miejscu jednak pierwotnego owrzodzenia powstała skóra buro zabarwiona, lśniąca, zgrubiała.

Jeżeli dać wiarę opowiadaniu chorego, zakażenie przymiotem nastąpiło przypadkowo w razurze wskutek użycia nieczystej brzytwy lub pędzla do mydlenia. Szankry na członku nie były, rozumie się, w żadnym związku z główną chorobą. *Puł.*

Wychowski. Niezwykły przebieg pierwszego okresu przymiotu. *Gazeta lekarska* str. 515.

30 letni mężczyzna zaraził się syfilisem podczas nieprawidłowego spółkowania (*sucette*). W cztery tygodnie potem na żołędzi zjawily się 3 owrzodzenia z dnem, twardawem miedzianej barwy. W ośm tygodni po zarażeniu wystąpiła różyczka. *Saw.*

Eisenberg. Zapobieganie szerzeniu się syfilisu. *Gaz. Lek.* str. 815, 840, 879, 916, 938, 961.

Podawszy krótko przepisy o zapobieganiu indywidualnem, autor zastanawia się następnie nad znaczeniem kontroli państwowej nad prostytucją, przyznając tejże kontroli wielkie znaczenie. Nader obszernie uwzględnia autor prostytucję w Warszawie i działalność komitetu lekarsko - policyjnego. Ważniejsze wnioski i żądania autora są następujące: należy ściślej określić sposoby zachowania czystości u prostytutek, przy ich badaniu zwracać uwagę na skórę, błony śluzowe, wprowadzić badanie pochwy za pomocą wziernika i stale badać wydzielinę na gonokokki. W tym celu domaga się autor zwiększenia odpowiedniego personelu lekarsko-policyjnego. Dalej żąda on otwarczenia oddziałów szpitalnych i ambulatoryjów dla syfilityków przy wszystkich szpitalach, a nadto izolowanie prostytutek w ciągu lat 2 po wyjściu ich ze szpitala. *Saw.*

Finger. Kilka uwag o ostrem zatruciu jodowem i jego niebezpieczeństwo przy leczeniu syfilisu. — *Gaz. Lek.* str. 461.

(Patrz dział Farmakol. i Toksykologii).

Watraszewski. O wartości metod zagobiegawczych w le-
czeniu przymiotu. Med. str. 49 i 65.

W niniejszym referacie rozbiera W. znaczenie zabiegów zapo-
biegających rozwijaniu się objawów wtórnych u chorych dotkniętych
objawem pierwotnym, oraz wartość tej metody przy przymiocie ogólnym,
w celu zabezpieczenia chorych od nowych objawów syfilitycz-
nych.

Ekscyzja objawu pierwotnego odnośnie do przebiegu choroby
przynosi bardzo wątpliwą korzyść, na 15 bowiem przypadków, w któ-
rych autor zabieg ten zastosował, w 14-tu wystąpiły ogólne objawy
przymiotu. Wszelkiego rodzaju leczenie zapobiegawcze (ekscyzja,
woda chromowa) przy objawie pierwotnym, choć przydatne do szyb-
kiego usunięcia szankra, nie jest w stanie nie tylko usunąć, lecz na-
wet i złagodzić dalszego przebiegu choroby; przytaczane zaś w staty-
stykach dobre wyniki ekscyzji mają swe źródło albo w złym rozpo-
znawaniu, albo w charakterze zakażenia, które niezawsze sprawia
ukazanie się objawów późniejszych.

Środki jodowe nie posiadają wartości zapobiegawczej, a zbyt
wczesne merkuryjalizowanie w okresie objawu pierwotnego i drugiej
inkubacji, jako wpływające nie tylko na opóźnienie lecz i na więcej
przewlekłe i rozrzucone występowanie objawów, do celu nie prowadzi.
Przyjmując dwie formy zarazki odnośnie do okresu utajonego i ja-
wnego, z których pierwszy używanymi dotychczas środkami zwalczyć
się nie da, drugi zaś ustępuje przy użyciu rtęci, leczenie zapobiegają-
ce wystąpieniu objawów widocznych uważać należy za szkodliwe, a te-
rapię swoistą tylko przy rozwiniętej sprawie można zalecać.

Gdyby nawet udało się złagodzić przebieg późniejszych okre-
sów syfilisu, to zawsze trzeba mieć na względzie zaburzenia powa-
żniejsze, gdyż łagodny przebieg syfilisu poprzedza najczęściej przy-
miotowe porażenie układu nerwowego. Statystyka FOURNIER'A, który
stosując energicznie rtęć poczynawszy od najpierwszych okresów cho-
roby, obserwował w 31,6% przypadków syfilis sfery nerwowej, by-
najmniej na korzyść metody nie przemawia, tembardziej, że rtęć przy
długotrwałem użyciu, jak wiadomo, sama przez się jest w stanie wywo-
łać poważne zaburzenia w układzie nerwowym.

Prus.

Finger. Rzut oka na obecny stan nauki o rzeżące męskich
narządów płciowych i na jej stosunek do impotencji i niepłodności u
mężczyzn. Przegl. Lek. str. 141 i 153

Do impotencji męskiej (pomijając impotencję psychiczną) za-
licza F. przypadki: 1) mechanicznej czyli organicznej niemocy płcio-
wej; 2) t. zw. „pobudliwe osłabienie“; 3) porażenną impotencję.
Niepłodność męska przy nienaruszonej *potentia coeundi* powstaje:
1) gdy nie następuje ejakulacja lub też nasienie nie dostaje się do
pochwy, 2) gdy istnieją zmiany ilościowe lub jakościowe nasienia:
azoospermia, *oligospermia*, *necrospermia*. Do objawów wreszcie poprze-
dzających, towarzyszących lub wywołujących impotencję i niepłodność

należą: *a*) *p o m a z a n i a n o c n e* (objaw odruchowy z mózgu lub bodziec obwodowy, np. przy zapaleniu wzgórk nasiennego); *b*) *n a s i e n i o t o k*, występujący najczęściej przy oddawaniu kału i moczu, jako następstwo rozszerzenia przewodów wytryskowych.

W przebiegu ostrej rzeżączki przedniej części cewki zdolność zapładniania po większej części bywa nienaruszoną, czasami występuje jednak czasowe osłabienie lub zniszczenie zdolności życiowej plemników, prawdopodobnie wskutek domieszki ropy tryprowej; *urethritis posterior* wywołać może o wiele wybitniejsze objawy podrażnienia, które znikają zazwyczaj po upływie okresu ostrego.

Daleko poważniejsze znaczenie dla czynności płciowych posiada przewlekła rzeżączka. Przodowa tylko, w błonie śluzowej umiejscowiona z następsem zgrubieniem błony śluzowej, żadnych zaburzeń w sferze płciowej nie sprawia; przy przejściu procesu na ciało jamiste cewki może powstać zagięcie i zboczenie naprężonego prącia, co przy znaczniejszym przeobrażeniu łącznotkankowem nacieku zapalnego nie tylko stanowi przeszkodę do spółkowania lecz i, wskutek utraty ruchów robaczkowych w wiszącej części cewki moczowej, doprowadza do niemożności ejakulacji.

Przy zwężeniach znaczniejszego stopnia z powodu utraty siły propulsyjnej ejakulacja nie ma miejsca, nasienie wskutek ruchów wstecznych powraca do pęcherza i natenczas występuje t. zw. *aspermatus relatiuus*.

Przewlekła rzeżączka tylna, gdy nie ogranicza się na błonie śluzowej lecz zajmuje gruczoły przyprątne i wzgórek nasienno, wywołuje zaburzenia w sferze płciowej zrazu z odcieniem pobudzenia, następnie z objawami pobudliwego osłabienia, które powoli przechodzi w porażenie niedołęztwo męskie. Sprawie tej towarzyszą zazwyczaj nasieniotoek i sterczotok (*prostatorrhoe*). Jeżeli przy nasieniotoku nie ma wydzieliny gruczołu krokowego, natenczas plemniki są pozbawione ruchu, jeżeli zaś sprawa dotyczy gruczołu krokowego, to zmienione oddziaływanie jego wydzieliny (słabo-kwaśne lub obojętne) sprawia nekrospermię.

Cavernitis anterior w końcowych okresach doprowadza do stałej impotencji, przy przebiegu zaś ciała jamistego w *angulus penoscrotalis* lub w międzykroczu przyjsć może do pewnego rodzaju *aspermatus*. Takie same zboczenia wywołuje często ostre zapalenie gruczołów COOPER'A.

Przy przejściu ostrego zapalenia gruczołu krokowego w stałe stwardnienie tego narządu powstaje najczęściej sterczotok; znaczenie zaś ropnego zapalenia gruczołu krokowego bywa rozmaitem, względnie do siedliska, rozległości ropienia i przebiecia się ropni. Otworzenie się ropnia w odbytnicę bywa dla czynności płciowych obojętnem, przebiecie się natomiast ropni do cewki moczowej okolicy ujścia jednego lub obydwóch przewodów wytryskowych do cewki, z następczem wciągnięciem ich w bliźnę, wywołać może oligospermję lub brak nasienia.

Podobne znaczenie dla zdolności spółkowania posiada również zrazikowe zapalenie gruczołu krokowego.

W ostrych przypadkach zapalenia pęcherzyków nasiennych, nasienie żadnych albo martwe tylko zawiera plenniki; przewlekłe zaś zapalenie w końcowych okresach przy jednostronnej lokalizacji wywołuje oligospermiję, przy obustronnej—aspermiję.

Ostre jednostronne zapalenie przyjądrza sprawia czasową oligospermiję, dwustronne czasową również aspermiję. Jeżeli w procesie przewlekłym wytworzą się zgrubienia w głowie przyjądrza, przejście nasienia jest jeszcze możliwem, jeżeli zgrubienie znajduje się w części końcowej, natenczas przeszkoda bywa zupełną. Zapalenie sznurka nasiennego doprowadzić może do zupełnego zarośnięcia tego przewodu, które przy obustronnej sprawie wywołuje aspermiję.

Przy zajęciu jednego tylko przyjądrza może powstać trwała oligospermija, a nawet azospermija, jeżeli sprawa ta powikłaną jest zapaleniem pęcherzyka nasiennego strony przeciwnej.

W różnorodny więc sposób męzka rzeżączka doprowadzić może do impotencji i niepłodności, a najlepszą ilustracją tego zjawiska jest statystyka KEHRER'A, który w 96 niepłodnych małżeństwach znalazł 29 razy azospermiję, 11 razy oligospermiję, w $\frac{2}{3}$ zaś wszystkich przypadków stwierdził poprzedzającą rzeżączkę u mężczyzn, która niezawsze doprowadzała do zapalenia przyjądrza, co naprowadza na myśl, że nie tylko samo *epididymitis* sprawia niepłodność. Prusz.

Borzęczki. O leczeniu rzeżączki u kobiet. Przegląd Lekarski str. 178.

Autor w niniejszym artykule przedstawia poglądy na umiejscowienie rzeżączki w częściach rodnych u kobiety, rozpoznawanie, oraz leczenie tej choroby, jakie stosuje się na klinice prof. NEISSER'A we Wrocławiu.

Głównem siedliskiem rzeżączki u kobiet bywa cewka moczowa i szyjka maciczna, zmiany zaś w pochwie są następczemi, wywołane mi wyciekami z wyżej wymienionych miejsc. O rozpoznaniu więc choroby decyduje obecność gonokoków w wydzielinie błony śluzowej cewki moczowej lub szyjki macicznej, a nie pochwy. Ta ostatnia stanem swoim może wcale nie budzić podejrzania na obecność choroby, gdy tymczasem w wydzielinie tamtych miejsc są swoiste mikroby i kobieta taka zaraża przy spółkowaniu. Z drugiej znow strony częstokroć, mimo rzekomo charakterystycznego wyglądu wydzieliny pochwy, najskrupulatniejsze poszukiwania gonokoków dawały wynik ujemny. Jeżeli tryper usadowił się w szyjce macicznej i, co jest naturalnem, w wydzielinie błony śluzowej pochwy wykrywamy gonokoki, to po zatkaniu ujścia macicznego już po 24-ch godzinach gonokoków w pochwie wykazać nie można.

Stosownie do tego i przy leczeniu radzi autor uwzględnić tylko cewkę moczową i szyjkę maciczną, gdyż, jak doświadczenie poucza, po ustąpieniu choroby z tych miejsc, zmiany chorobowe na

blonie śluzowej pochwy ustępują same przez się. Leczenie rzeżączki cewki moczowej, stosownie do nasilenia choroby, polega na kilkukrotnym obmyciu jej błony śluzowej $\frac{1}{2}$ — 10% roztworem azotanu srebrowego, z następnym założeniem na pół godziny paska wyjałowionej gazy, umoczonej w tymże roztworze. Po 2 — 3 takich zabiegach przechodzi się do przestrzykiwań $\frac{1}{2}\%$ roztworem lapisu. Leczenie trwa 4—5 tygodni. Przy leczeniu trypra szyjki i trzonu macicy, po uprzednim rozszerzeniu kanału szyjki przeciekami *Tupelo* lub blaszkownicy, przestrzykuje się jamę macicy zapomocą cewnika najprzód roztworem węglanu sodowego, a potem sublimatu 1 : 2000 z dodatkiem małej ilości wysokoku. Wyniki leczenia kontroluje się badaniem mikroskopowem wydzieliny cewki moczowej i szyjki macicznej na gonokoki. Czas potrzebny do wyleczenia rzeżączki szyjki wynosi 5—6 tygodni, a czasem i dłużej. Wykazanie gonokoków w ostrej i podostrej rzeżączce jest łatwe, w przewlekłej zaś bardzo trudne, a czasem i niemożliwe. Zatem o ile obecność tychże napewno świadczy o chorobie, brak (szczególnie w chronicznej postaci) jeszcze nie wyklucza takowej.

Wydzielinę do badania otrzymuje autor zapomocą łyżeczki o tępych brzegach (podobnej do FOLKMAN'owskiej).

Statystyka lokalizacji rzeżączki, według NEISSER'A, przedstawia się tak, iż na 126 przypadków sprawa chorobowa gnieździła się 49 razy w cewce moczowej, 43 w szyjce macicy, a 34 w obu. *Świąt.*

Giedroyć. Wykaz statystyczno-lekarski, dotyczący chorych, leczonych w szpitalu Św. Łazarza w Warszawie w ciągu roku 1890. *Med.* str. 769 i 785.

(Patrz dział Szpitalnictwa).

XVI. DERMATOLOGIJA.

Sprawozdawca

Wł. Janowski.

Halpern. Przyczynek do sprawy powstawania barwnika w naskórku człowieka. *Gaz. Lek.* str. 996 i 1023.

Zaznaczywszy, że z pomiędzy poprzednich autorów jedni uważają barwnik skóry za wytwarzający się w naskórku, drudzy za przeniesiony tam z głębszych warstw skóry, autor przystępuje do bardzo dokładnego opisu, znalezionych przez siebie na skórze murzyna i białych, danych. W skórze murzyna napotykały pierwsze komórki barwnikowe (chromatofory) na wysokości gruczołów tłuszczowych. Jest ich tam niedużo, leżą one przeważnie wzdłuż naczyń krwionośnych i zawierają bardzo niewiele bardzo drobnych, złocisto-żółtawych ziare-

nek barwnika. Ilość ich i wielkość znajdujących się w nich ziarenek barwnika wzrasta w miarę posuwania się ku powierzchni skóry, tak, że w brodawkach znajduje się ich bardzo dużo, a barwnik w nich jest grubo ziarnisty (niekiedy dochodzi do wielkości czerwonego krążka krwi), ciemno-żółty lub brunatno-czerwony. Barwnik nie leży nigdzie swobodnie. W jądrach komórek nie ma go też nigdy. Nie widać też nigdzie nic takiego, co by wskazywało na pochodzenie barwnika z czerwonych ciałek krwi (zastój żylny, wylewy krwawe). Komórki barwnikowe w częściach głębszych skóry, w *stratum subpapillare*, a nawet w samych brodawkach niczem się od normalnych nie różnią; przeciwnie, w warstwach najbardziej powierzchownych są one więcej, wskutek obfitej ilości zawartego w nich barwnika, wydatte i mają grube i długie wypustki, nadające im kształt pająkowaty lub podobny do parasola. Wyrostki te rozmaicie długie i grube, czasami paciorkowate, przewyższają 10 — 15 razy długość odpowiednich komórek i przenikają czasami aż między 4—5 warstw komórek MALPIGHI'EGO. Same ciało komórki, przylegającej do warstwy podstawowej naskórka, jest znacznie zmniejszone; jądro jej barwi się mocno. Czasami same komórki leżą między 1 — 2 rzędem warstw MALPIGHI'EGO, a wyrostki ich tworzą sieć między komórkami naskórka. Gdzie tylko widać wyraźnie tę sieć, tam występuje wyraźnie zabarwienie *strati Malpighii*, przyczem ziarenka barwnika bywają od najdrobniejszych aż do grubych. Barwnik zebrany jest przeważnie w części „dystalnej“ komórki, t. j. w bliższej ku powierzchni, jako bardziej poddanej wpływowi słońca. Tworzy on tu czapeczki, w których można czasami dostrzedz końce wyżej opisanych rozgałęzień. W samej warstwie MALPIGHI'EGO barwnik jest w komórkach warstw wyższych drobnoziarnisty, skupiony naokoło jądra, zebrany również w części dystalnej komórki, lecz spotykamy nadto we wszystkich jej warstwach komórki z barwnikiem gruboziarnistym, bez rozgałęzień, z jądrem czasami widocznym, czasem znów zupełnie przez wielką ilość barwnika zamaskowanym. Komórki z rozgałęzieniami spotykają się tu rzadko, nie mają tu jednak konturów protoplazmatycznych, jak komórki na granicy naskórka. Znajdujące się w nich ziarenka są bardzo grube. W warstwie rogowej barwnika jest też sporo w postaci drobniejszych i grubszych ziarenek.

W skórze osobników białych zachodzą stosunki zupełnie te same, tylko słabiej wyrażone. Barwnik rozgrupowany jest w ten sam sposób, lecz wszędzie jest go mniej, ma on kolor jasno-żółty, jest zupełnie drobnoziarnisty. Tylko w zaamionach widzieć go można w większej ilości w postaci ziarenek grubszych. W warstwie rogowej znajdujemy bardzo nieliczne i drobnutkie jego ziarenka.

Z badań swoich autor wnosi, że barwnik zostaje doprowadzony do *rete* z głębszych warstw skóry, a to dwiema drogami: 1) drogą pochłaniania barwnika powstałego z rozpadania się komórek wędrujących i ich wyrostków; 2) drogą pochłaniania kawałków protoplazmy komórek wędrujących, a może nawet zlewania się ich z komórkami

naskórka. Nie wszystkie komórki zostają w naskórku pochłonięte. Ruchy ich są bierne; zależą one od ruchu soków pod wpływem ciśnienia tkanki. Barwnik powstaje w postaci drobniotkich ziarenek, zlewa się następnie w większe, a przy rozplywaniu się protoplazmy znowu rozpada się na drobniejsze, które też zostają pochłonięte; czasami rozpad ten następuje dopiero w komórkach *retis*. Mniej znaczna pigmentacja wyższych warstw *retis* u murzyna i pozorny jej brak w białej skórze mogą zależeć albo od, nielicznie w dużych komórkach rozsianych, ziarenek barwnika, albo od zużycia jego. Do ostatniej kwestyi, autor obiecuje wkrótce powrócić.

Świątkiewicz. Leczenie wilka skóry limfą Koch'a. Przegl. Lek. str. 130.

Z pomiędzy leczonych przez siebie płynem KOCH'A przypadków wilka autor opisuje w krótkości pięć. W pierwszym z nich nastąpiło pogorszenie; w drugim guzik na twarzy znikł, ale owrzodzenie pod uchem zostało. W tym przypadku dziwnie prędko wygoiły się podczas tej kuracji, niczem innem nie leczone, lepieże płaskie na migdałkach i wargach sromych. W przypadkach trzecim, czwartym, a szczególnie piątym poprawa była w czasie leczenia znaczną, ale już pod koniec jego występowały świeże zmiany w sąsiedztwie z podgojonemi staremi. S. twierdzi, że już od samego początku nie miał zaufania do płynu KOCH'A, że więc wspomniane wyniki nie były dla niego żadnym przykrem rozczarowaniem. Dopóki inni nie otrzymają lepszych wyników, nie będzie on nowych prób robił.

Eisenberg. Leczenie wilka metodą Koch'a. Gaz Lek str. 100 i 121—Pam. Tow. Lek. Warsz. Z. I.

Odczyn ogólny i miejscowy były w opisywanych przez autora 17-tu przypadkach zmienne, co zależało, być może, od ilości stosowanego środka, rozległości zmian oraz indywidualności chorego. Czasami ciepłota spadała po zastrzyknięciu o cały stopień. Odczyn ogólny występował w 3—8 godzin po zastrzyknięciu i trwał czasami 3, a nawet 7 dób. Wielkość jego zależała od powyżej przytoczonych warunków, nie była jednak zawsze u tego samego chorego, w jednakowych pozorach warunkach, jednakowa. Po każdym zastrzyknięciu chorzy byli osłabieni, cera ich stawała się bladą, tętno zaś — przyspieszonym, drobnem, nawet przepuszczającym. U pewnej chorej nastąpiło już po drugim zastrzyknięciu wydzielanie w moczu wałeczków oraz łaseczników gruczołowych ze krwią; widocznie więc cierpiała ona na ukrytą gruźlicę nerek. Reakcyja mogła, zdaniem autora, doprowadzić albo do eliminacji mas zmienionych, albo przyprowadzić chorą o rozlaną gruźlicę dróg moczopłciowych. Uwydatniają się też przy tem niedostrzegalne dotąd zmiany na błonie śluzowej nosa, jamy ust i podniebienia miękkiego. Na skórze występują czasami podczas odczynu ogólnego wysypka szkarlatynowa, odrowa, a nawet podobna do pokrzywki. Pierwsze 2 rodzaje znikają bez śladu już po 2—3 dniach.

Co do odczynu miejscowego, ten również waha się w granicach bardzo rozległych. Najsłabszy polegał na występującym w kilka godzin po zastrzyknięciu obrzmieniu i zaczerwienieniu guziczków, po którym następowało w 24 godziny słabe łuszczenie się naskórka, tworzącego, wraz z bardzo nieznacznią ilością płynu surowiczego, cieniutkie strupy na samych guziczkach i ich otoczeniu. Odczyn bardzo silny trwał do dwóch tygodni, a polegał w takim razie na znacznym zaczerwienieniu i obrzmieniu guziczków i ich otoczenia, na bardzo znacznym powiększeniu się guziczków, głębiej w skórze leżących, tworzeniu się pęcherzyków wielkości od ziarnka prosa do orzecha laskowego i więcej. Pęcherzyki te pękały, zawartość ich wraz z naskórkiem tworzyła grube, rozmaitej barwy strupy. Niektóre ogniska mogą ulegać przy tak silnym odczynie zgorzeli. W ciągu tego czasu cała okolieczna skóra jest bardzo bolesna. Po odpadnięciu strupów znajdujemy pod niemi skórę gładką. Wmiarę następnych zastrzykiwań odczyn miejscowy coraz bardziej słabnie, tak, że chcąc go mieć mniej więcej jednakowym, należy dawkę zastrzykiwanego płynu coraz bardziej podnosić.

Autor wyciął dwóm chorym obrzmiałe po zastrzyknięciu i znacznie powiększone guziki i poddał je badaniu drobnowidzowemu. Okazało się, że skóra naokoło ogniska była bardzo zgrubiała; brodawki w niej wydłużone i rozszerzone, w części środkowej mocno nacieczone, w obwodowej zaś obrzękle. W głębszych warstwach, naokoło naczyń, gruczołów potowych i *m. errectores pilorum* występowało nacieczenie drobnokomórkowe. O zmianach w samych guziczkach wilka sądzić jest dość trudno, a to ze względu, że już normalny taki guziczek składa się z części środkowej nekrobiotycznej i obwodowej bardzo silnie nacieczonej. Trudno więc ocenić czy owe bardzo silne nacieczenie powiększyło się jeszcze, czy też nie. Cechującymi zmianami części środkowych guziczków są: bardzo znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych; wylewy krwawe, nacieczenie drobnokomórkowe cieniutkich beleczek łączno-tkankowych między ogniskami nekrobiotycznymi, składającymi się z komórek epiteloidalnych i pewnej ilości olbrzymich, nacieczenie drobnokomórkowe samych tych ognisk z przenikaniem białych ciałek krwi między komórki epiteloidalne, znacznie powiększone, słabiej się barwiące i rozpadające się na drobne ziarenka. Gdy burza przejdzie, znajdujemy w wyciętych zmałych guziczkach beleczki łączno-tkankowe między ogniskami serowatymi, znacznie zgrubiałemi; same ogniska są bardzo małe, a może ich i wcale nie być. Autor sądzi na tej zasadzie, że wyleczenie następuje w ten sposób, iż przy redukowaniu się powstałego ostrego zapalenia skóry ma miejsce wessanie mas serowatych, wraz z rozpadłemi komórkami epiteloidalnemi.

Nie każdy wilk lecz się tą drogą z jednakową łatwością. Najmniej nadają się do niego wilki, w których guziczki otoczone są tkanką bliznowatą zbitą (*l. serpiginosus*), gdyż ta ostatnia zawiera zbyt mało naczyń na to, aby zastrzyknięcie wywołało w niej dostatecznego natężenia zapalenie. Z przyczyn odwrotnych *lupus tumidus* bardzo na-

daje się do leczenia tą drogą; gdyby kombinować zastrzykiwania z łyżeczkowaniem w końcowym okresie, wyleczenie byłoby chyba zupełne. Bez łyżeczkowania jednak do takiego stanu rzeczy doprowadzić się nie dały. Dobrze się też leczą wilki wrzodziejące na palcach, na błonie śluzowej. Pewien przypadek *otitis mediae* został zupełnie wyleczony, a *lupus erythematosus* — prawie zupełnie; ostatni fakt jest potwierdzeniem, że cierpienie to jest rzeczywiście gruźlicą skóry. Przy *lupus vulgaris* na twarzy, skrzydłach nosa i t. d. odczyn bywa tak gwałtowny, że przerwy między oddzielnymi zastrzykiwaniami wypada robić długie. Tymczasem zaś stare guziki wracają do pierwotnej wielkości, a nawet zjawiają się nowe.

W końcu autor twierdzi, że kochina może być tylko ważnym środkiem pomocniczym przy stosowaniu leczenia chirurgicznego, gdyż, rozpuszczając części chore, wskaże nam, gdzie mamy skrobać. Należy ją podawać w bardzo małych dawkach, powtarzając każdą dotąd, aż przestanie wywoływać odczyn miejscowy. Wtedy oceniamy skutek tej dawki i postępujemy tak samo nadal. Rozległe zmiany w organach wewnętrznych są przeciwwskazaniem do tego leczenia. Wstrzykiwania należy robić w 8—10 dni, ażeby chory od jednego do drugiego mógł odpocząć i siły odzyskać.

Wicherkiewicz. Skuteczny środek przeciw wypryskowi jodoformowemu. Now. Lek. str. 99.

Przeciw wypryskowi, po stosowaniu jodoformu, z dobrym skutkiem używał autor roztworu taniny w glicerynie, w stosunku 1 : 3.

XVII. MEDYCYNĄ SĄDOWA.

Sprawozdawca

Wł. Świątecki.

Blumenstock. Śmierć ze zduszenia. Morderstwo czy samobójstwo. Przegl. Lek. str. 301 i 315.

Piotr X., lat 40, mieszkający przy bracie swym Iwanie, któremu mogło zależeć na tem, aby P. nie żył, został znaleziony bez życia zsiniały, rozebrany do koszuli; na szyi miał skreconą szmatę na węzeł zawiązaną, a między szmatą i szyją wetknięty był klucz. Ciało znaleziono na słomie na strychu, gdzie P. nocowywał. O morderstwo posądzono brata. Przy sekcji, prócz charakterystycznych oznak śmierci z uduszenia, znaleziono na zsiniałej szyi denata smugę błądą, leżącą

tuż pod grdyką, a końcami biegnącą równolegle do obojczyków ku tyłowi gubiącą się na karku; smuga była nieco wklęsła, miejscami 2 cm. szeroka, o brzegach nie dość wyraźnych; nacięcia w miejscu smugi wykazały prawie zupełny brak krwi w tkance podskórnej. Na kończynach górnych i dolnych znajdowało się 6 sińców. Lekarze, którzy dokonali oględzin pośmiertnych orzekli: że P. zmarł wskutek strangulacyi za pomocą chustki, znalezionej na szyi denata; możliwość samobójstwa nie jest wykluczona; obrażenia ciała znalezione na trupie powstały za życia, może przed samą śmiercią, albo zaraz po śmierci. Sąd, z powodu ważności przypadku, przesłał akta do Wydziału lekarskiego, żądając wyjaśnienia.

Orzeczenie wydziału lekarskiego było: P. X. umarł wskutek zduszenia (strangulacyi). Jak wogóle trudnem, tak w danym razie niemożliwem jest rozstrzygnięcie, z czem mamy do czynienia, samobójstwem czy morderstwem. W podobnych razach za ostatniem przemawiają ślady walki i obrony na zwłokach. Znalezione przez obducentów sińce niewątpliwie powstały za życia denata i pochodzą z obcej ręki, ale mogły powstać tak w ostatnich chwilach życia, jako też i na kilka lub nawet kilkanaście godzin przed śmiercią. Jeżeli za pomocą śledztwa da się wykluczyć wcześniejsze ich powstanie (wskutek np. bitki, nie będącej w związku z ostatecznem zajściem), to są one śladami walki i obrony i przemawiają za morderstwem. Powstanie ich wskutek drgawek przedśmiertnych, przyczem ciało uderza się o podstawę, wyklucza się ze względu na umiejscowienie sińców i tę okoliczność, że ciało znalezione na słomie.

Do powyższego autor dorzucił kilka uwag, czem lekarz sądowy ma się kierować przy rozstrzyganiu wątpliwości w podobnych powyższemu przypadkach. Wątpliwość, jaka spotyka się często w przypadkach śmierci z uduszenia, może być usunięta przez uwzględnienie okoliczności ubocznych. Powieszenie w zasadzie przemawia za samobójstwem, zduszenie—za morderstwem. Jednakowoż kilka przypadków, ostatniemi czasy ogłoszonych, dowodzi możliwości samobójstwa przez strangulację, czyli samozaduszenie się zapomocą narzędzia długiego i podatnego, lub też samozadławienia się ręką.

W wątpliwych razach należy oglądać się za okolicznościami ubocznymi, bardziej przemawiającymi za działaniem własnej lub cudzej ręki. Najważniejszą dla lekarza sądowego jest możliwość oglądania zmarłego *in situ*, a zwłaszcza przekonanie się, w jaki sposób narzędzie dławiące do szyi jego przylegało. Wogóle w przypadkach gwałtownej śmierci z uduszenia, radzi autor być bardzo ostrożnym w orzeczeniu.

Blumenstock. Śmierć z uduszenia. Przegl. Lek. str. 577.

Powracający do domów rekruci bili się między sobą po drodze, w następstwie czego jeden z nich G. zginął. O zbrodnię morderstwa

podejrzany został towarzysz jego Ł. Po zniknięciu G. ciało jego znaleziono dopiero na 3-ci dzień, twarzą zwrócone do ziemi, z ust toczyła się krwawa piana.

Przy sekcji sądowej znaleziono obrażenia ciała w postaci sińców i zdrapań na twarzy i szyi denata, oraz charakterystyczne objawy śmierci z uduszenia. Na szyi między innymi po stronie prawej znaleziono cztery smugi ze strupami krwi, po stronie lewej dwie smugi, również ze strupami zaschłej krwi. W żołądku znaleziono alkohol. Orzeczenie brzmiało: Denat zginął śmiercią gwałtowną przez zduszenie ręką lewą osoby drugiej. Indywiduum obwinione było w stanie śmierci tego rodzaju zadać.

Niektórzy świadkowie zeznali, iż zdrapania na szyi G. widzieli na kilka godzin przed śmiercią jego. Mimo to lekarze obducenci obstawali przy swoim zdaniu na tej zasadzie, że nie wszyscy świadkowie, którzy widzieli równocześnie z tamtymi G., dostrzegli owe zdrapania na szyi, a z drugiej strony były silne poszlaki, że Ł. dokonał zbrodni. Sąd zasięgnął zdania dwóch innych lekarzy sądowych miejscowych, którzy na podstawie aktów orzekli, że nie mogą oznaczyć, jakie były następstwa pobicia G. przez Ł. do chwili, kiedy ostatni raz pierwszego widzieli świadkowie, że jednak G. zmarł wskutek zagardlenia.

W 2 miesiące po tem ciż sami lekarze miejscowi, na podstawie aktów sądowych, przez ten czas uzupełnionych, orzekli powtórnie: 1) że G. do chwili, kiedy ostatni raz go widziano przed śmiercią, nie odniósł żadnego takiego uszkodzenia, któreby wywołało skutki ciężkie; 2) że w protokóle sekcji są opisane zmiany świadczące o śmierci gwałtownej z uduszenia, mianowicie zagardlenia prawą lub lewą ręką, na co wystarczyła jedna osoba.

Prokuraturyja zażądała orzeczenia ścisłego od Wydziału lekarskiego. Wydział lekarski na podstawie przesłanych mu aktów orzekł co następuje: Przyczyną śmierci G. było stanowczo uduszenie. Ślady obrażeń na twarzy i szyi denata są zadane ręką i palcami ręki cudzej, świadczą że denat został chwycony ręką za szyję, nie są atoli dowodami, że gwałt ten stał się przyczyną uduszenia. Ślady te, jak to dowodnie zostało przez świadków stwierdzone, istniały jeszcze za życia G., a przy sekcji nie okazały się jako typowe otarcia połączone z podbiegnięciem, jakie pozostają po dławieniu palcami; nie mogą więc dowodzić, że G. umarł z zagardlenia. Śmierć G. z uduszenia musiała powstać przez zatkanie ust i nosa skutkiem powalenia go na ziemię twarzą na dół.

Autor zaznacza, że przypadek powyższy był bardzo trudnym do rozwikłania. W końcu przytacza również dla wyjaśnienia inny przypadek z własnej praktyki sądowo-lekarskiej, gdzie wyraźniejsze niż w danym razie były ślady zduszenia szyi, a jednak zeznania świadków wykazały, że denat wyrwał się duszącemu go prześladowcy i uciekał, a dopiero dognany i uderzony przez napastnika jakimś tępem narzędziem w głowę padł i natychmiast skonał. Denat więc nie-

wątpliwie był duszony, ale umarł wskutek wstrząśnienia mózgu. Mogło więc i w danym przypadku być coś podobnego. Zresztą nie można tu było wykluczyć też i śmierci bez udziału drugiej osoby.

Blumenstock. Morderstwo, samobójstwo czy przypadek.
Przeg. Lek. str. 590.

D. został posadzony o zamordowanie swej bratanicy, którą po zamordowaniu miał wrzucić do odległego o milę jeziora.

Ciało wydobyte z wody było ubrane w koszulę i spódnicę rozdartą i poszarpaną w kilku miejscach, na szyi znaleziono 6 sznurków paciorków czerwonych, które wpiły się w ciało szyi, a prócz tego pod pachami zwinięte chustkę i sznurek, utrzymywane wyprostnem ułożeniem kończyn górnych.

Przy oględzinach sądowo-lekarskich znaleziono w okolicy prawej skroni podbiegnięcie krwią powłok miękich kształtu owalno-okrągłego, zajmujące całą skroń i dochodzące do kąta oka, do szwu strzałkowego, aż po za guz ciemieniowy i do wyrostka sutkowego za uchem; kości w tem miejscu nie były uszkodzone; zmiana ta uznana została za powstałą za życia, wskutek zadziałania urazu narzędziem tępem i twardem, np. kijem lub pięścią. Dalej znaleziono rowkowato-rynienkowate zagłębienie na przodzie szyi, poniżej chrząstek krtańowych, biegnące ku tyłowi pod kąty zuchwy, ponad tym rowkiem zauważono czarniawy pergaminowy przeczos, będący powierzchownem uszkodzeniem skóry—obie zmiany, zdaniem obducentów, miały powstać również za życia. W organach wewnętrznych — przekrwienie znacznego stopnia; w drogach oddechowych i żołądka—brak piasku mułu i wogóle płynu pogrążnego; krew—płynna; serce—w stanie rozkurczu, wypełnione również płynną ciemną krwią.

Treść orzeczenia brzmiała: Denatka zmarła śmiercią gwałtowną z obcej ręki, najprawdopodobniej wskutek wstrząśnienia mózgu, które mogło powstać przy uderzeniu w głowę narzędziem tępem, kijem lub pięścią. Objawy śmierci z uduszenia istnieją, ale nie są niezbitym klasycznym dowodem tego. Zwłoki zabitej zostały wrzucone do wody, gdzie przeleżały dni kilka. Nie można wykluczyć śmierci przez t. zw. zagardlenie obcą ręką. Wspomniany przeczos na szyi jest bez znaczenia.

W obec ważności przypadku sąd zasięgnął zdania Wydziału lek., który na podstawie aktów sądowych orzekł:

Z powodu znacznej zgnilizny ciała przyczyny śmierci wykazać nie można. Żadna ze zmian w protokole opisanych przyczyny śmierci nie wykazuje. Niema żadnego dowodu, jakoby denatka zmarła ze wstrząśnienia mózgu, ponieważ to uszkodzenie na skroni jest zmianą pośmiertną, powstałą wskutek leżenia ciała, przechylonego głową na stronę prawą. Niema dowodu jakoby denatka zmarła wskutek zadławienia, gdyż przeczos który mógłby przemawiać za tem, nie cechuje zadławienia, zresztą mógł powstać dopiero po śmierci. Rowek na

szy, który przemawiałby za strangulacją, jest z pewnością zmianą pośmiertną, która powstała przez ucisk paciorków wciskających się w grabiejną wskutek zgnilizny szyi. Za utopieniem, względnie utonięciem, nie przemawia nic, jakkolwiek i wykluczyć go nie można, ponieważ rozpoznanie utonięcia na trupie mocno gnijącym prawie absolutnie jest niemożliwym, jeśli, prócz znalezienia zwłok w wodzie, niema jeszcze innych ważnych okoliczności, usuwających stanowczo wątpliwość.

Samobójstwa lub śmierci z przypadku nieszczęśliwego w danym razie żadną miarą wykluczyć nie można, a tak samo i uzasadnić ostatnie się nie da, gdyż wogóle przyczyna śmierci wykazać się nie daje. Tylko podarcie spódnicy mogłoby tu świadczyć o gwałcie zadany denatce za życia, lub o pasowaniu się jej z prześladowcą. Jednakże to poszarpanie ubrania mogło nastąpić wśród wydobywania zwłok z wody.

K a d y i. Wątpliwości w orzeczeniach sądowo-lekarskich. Przegl. Lek. str. 651.

Artykuł nie nadający się do streszczenia na tem miejscu. Autor przytacza i analizuje niektóre wątpliwości, jakie mu się zdarzyły we własnej praktyce sądowo-lekarskiej, mianowicie przy orzekaniu o uszkodzeniach ciała (§ 152 i 155 lit. a, i b, ustawy karnej austriackiej).

Schaitter. Otrucie główkami zapalek, śmierć w 10 godzin. Badanie chemiczne po 2 miesiącach. Przegl. Lek. str. 325 i 339.

Przypadek dotyczy 2—3 miesięcznej dziewczynki, a o zbrodnię otrucia jej posądzoną została własna matka, która przyznała się na śledztwie, że podała dziecku w mleku główki dziewięciu zapalek, jako środek leczniczy przeciw suchotom.

Sekcja sądowo-lekarska na zwłokach dziecka wykazała ostre zapalenie żołądka i kiszek, oraz w żołądku obecność ciała w postaci żółtawo-zielonych cząsteczek, które, już po woni i świeceniu się w ciemności przy rozcieraniu między palcami, okazało się resztkami zapalek zawierających fosfor. Za przyczynę więc śmierci obducenti uznali otrucie fosforem. Objawów tak zwanych suchot dziecięcych nie znaleziono przy sekcji.

Badanie świadków i podsądnej wykazało, że dziecko było przed tem zupełnie zdrowe; po wypiciu mieszaniny spało spokojnie, dopiero na 2 godziny przed śmiercią zaczęło gwałtownie krzyczeć i rzucać się, co trwało aż do zgonu; w przebiegu zaś choroby, ani bezpośrednio przed śmiercią dziecko nie wymiotowało. Śmierć nastąpiła w 10 godzin po otruciu. Po 2 miesiącach autor otrzymał do zbadania chemicznego trzewia i treść żołądka tego dziecka. Ilość fosforu w badanej treści, mimo że upłynęło już 2 miesiące od sekcji i mimo nieodpowiedniego opakowania, wystarczyła jednak do oznaczenia nawet ilościowego. Sposobów do tego użyto znanych. Prysłana do badania treść zawierała 0.01 gramów fosforu, co odpowiada 20

główkom zapalek. (Stosownie do nowszych wyników badań DRAGENDORFFA i HAGER'A, podług którego główka jednej zapalki zawiera 0.5 miligram. fosforu).

Otrucie fosforem jako morderstwo rzadko zdarza się spotykać, najczęściej bowiem jest to samobójstwo; z drugiej znów strony najrzadziej zdarza się sposobność obserwowania tego otrucia u niemowląt. W odnośnej literaturze autor znalazł tylko 2 analogiczne przypadki. Otrucie w danym przypadku przebiegało zupełnie inaczej, niż zazwyczaj u dorosłych. Wymiotów wcale nie było, dzięki czemu w żołądku znaleziono resztki zapalek; śmierć nastąpiła bardzo szybko, bo w 10 godzin.

Schaitter. Wątpliwe połamanie żeber u dziecka. Przegl. Lek. str. 435.

Przy oglądaniu zwłok 6 miesięcznego dziecka, które będąc jakoby poprzednio zdrowe, nagle zmarło w nocy, zauważono na nich podejrzané ślady. Zarządzono śledztwo, a ciało poddano sekcji sądowo-lekarskiej.

Lekarze, którzy dokonali oględzin pośmiertnych znaleźli objawy śmierci z uduszenia, ogólne wyniszczenie i wygłodzenie, kilka sińców na skroni, oraz symetryczne zgrubienia na żebrach wzdłuż okolicy sutkowej, po stronie lewej w dwóch szeregach na żebrze 3, 4, 5, 6 i 7-em, a po stronie prawej tylko na 5, 6, 7-em i tylko w jednym szeregu; wszystkie te guzy były stwardniałe, prawie skostniałe. Na podstawie powyższego obducenci orzekli, że dziecko zmarło wskutek uduszenia najprawdopodobniej takim narzędziem, które nie pozostawiło śladów zewnętrznego gwałtu. Wywnioskowali też dalej, że owe zgrubienia kostne żeber są śladami złamań niezupełnych, powstałych oczywiście przez „ugniatanie członkami złożonych palców pięści”. Tak to, jak sińce na skroni i wyniszczenie dziecka, zdaniem ich świadczą przeciw matce, która niejednokrotnie musiała w ten sposób czynić usiłowania w celu pozbawienia życia dziecka.

Dzięki temu prokuraturyja postawiła matkę pod zarzutem morderstwa własnego dziecka. Ponieważ atoli nasunęły się pewne wątpliwości co do istoty czynu, przeto sąd przesłał akta dwóm drugim lekarzom, aby orzekli stanowczo o przyczynie śmierci dziecka, oraz znaczeniu i przyczynie powstania zmian na żebrach.

W odpowiedzi na to wezwanie lekarze ci, na podstawie aktów, dali orzeczenie tej treści. Dziecko zmarło wskutek uduszenia, które nastąpiło najprawdopodobniej wskutek „zatkania ust i nosa przedmiotem podatnym, który nie pozostawił śladów swego działania na powłokach zewnętrznych, a przedmiotem takim mógł być sutek kobiety karmiącej, zwłaszcza gdy ta we śnie pogrążoną była; tak więc uduszenie najprawdopodobniej nastąpiło przy-

padkowo". W ten sposób giną dzieci przy piersi zupełnie zdrowe, a tem łatwiej mogło zadusić się to, gdyż było wyniszczone przez biegunkę i cierpiało na krzywicę. Zmiany bowiem na żebrach w postaci symetrycznych zgrubień w miejscach spojenia żeber z chrząstkami są zwykłemi zmianami krzywcowemi, bynajmniej więc nie muszą świadczyć o złamaniach.

Schaitter. Śmierć z porażenia serca czy z innej przyczyny. Przegl. Lek. str. 447 i 461.

Wśród sprzeczki wzajemnej syn przewrócił ojca swego, 70-letniego starca, na łóżko i gniotł go tam kolanami w piersi, przyćmem stary mocno stękał. Wkrótce potem uderzył ojca motyką oburącz w głowę, aż ten upadł na ziemię i zaraz życie zakończył.

Przy sekcji sądowej znaleziono wybroczynę krwistą na czole i nosie, takąż na lewym łokciu i grzbiecie lewej ręki, tudzież złamanie 5 i 6-go żeber po stronie lewej. Żadne z tych uszkodzeń nie mogło być, zdaniem obducentów, bezpośrednią przyczyną gwałtownej śmierci denata. Ważniejszymi wydały im się zmiany patologiczne w organach wewnętrznych, jak: stłuszczenie serca, przekrwienie i obrzęk płuc, a także stłuszczenie wątroby i nerek. Sekcyi dokonano na trupie zmarzniętym. Organy te były kruche, a na krążącym nożu widać było kulki stłuszczone. Na podstawie wyników sekcji obducentoi orzekli, że ostateczną przyczyną śmierci było porażenie serca, obrażenia zaś ciała tylko pośrednio do tego się przyczyniły. Orzeczenie takie wydało im się tembardziej uzasadnionem, że denat był notorycznym pijakiem od młodości. Złamanie żeber uznali oni za obrażenie ciężkie samo przez się; zaś inne obrażenia — za lekkie same przez się, ale ciężkie ze względu na ich ilość, wiek poszkodowanego, oraz narzędzie, którem zostały zadane.

Prokuratoryja, nie zupełnie zadowolona z tego orzeczenia, zawezwała dwóch innych lekarzy, aby na podstawie aktów i przesłuchania świadków wydali orzeczenie co do przyczyny śmierci, nadmienając przytem, że wiadomości co do nałogu pijaństwa denata są wątpliwe.

Przedewszystkiem z zeznań świadków okazało się, że denat przez zajęciem był zdrów dotyla, iż mimo podeszłego wieku zajmował się zwykłą pracą; dalej, że w czasie zajścia, po uprzednim gnieceniu kolanami, gdy stary wyszedł na dwór syn ugodził go motyką w czoło u nasady nosa, a gdy ojciec upadł na ziemię, jeszcze kilkakrotnie uderzył go w głowę ciężką skrzynką, i dopiero potem nastąpiła śmierć.

Jak widać z aktów sekcya robioną była na zmarzniętych zwłokach, a wiadomo, że zmarznięty mięsień serca a także zmarznięte organy są kruche, tłuszcz zaś na nożu przy krajanu narządów może pochodzić z powłok; tylko mikroskopowe badanie, które w danym razie nie było stosowane, mogłoby napewno wykazać miąższowe stłuszczenie narządów. Uwzględniając to wszystko nowi rzeczoznawcy orzekli, że

przyczyną śmierci starca było wstrząśnienie mózgu wskutek uderzenia ciężką skrzynką. Uderzeniem motyki w ożoło u nasady nosa stary został powalony na ziemię, a uderzenia skrzynką dokonały reszty. Każde z tych obrażeń z osobna było dostatecznem do spowodowania śmierci wskutek *commotio cerebri*. Brak uszkodzenia kości czaszkowych wcale nie przemawia przeciw temu rodzajowi śmierci, a płynność krwi (zannotowana w protokole sekcji) przemawia właśnie za tem, że śmierć była gwałtowną i szybką. Sińce uznali ostatni rzeczoznawcy za lekkie obrażenia ciała; zaś złamania żeber, zgodnie z pierwotnem orzeczeniem za uszkodzenia ciężkie, najpierw wobec wieku denata, a potem dla tego, „iż zazwyczaj spowodują upośledzenie do pracy zawodowej przez więcej niż 20 dni.”

Schaitter. Leczenie przez konofała - chirurga ¹⁾. Przegl. Lek. str. 566.

Parobek 20-letni uległ zwichnięciu przedramienia lewego w stawie łokciowym, i z powodu tego cierpienia zasięgnął porady lekarskiej u miejscowego konofała (konowała), mającego w całej okolicy sławę zręcznego naprawiacza złamań i zwichnięć. Ten narazie nie odprowadził zwichnięcia, ale ułożył kończynę w łubki, dzięki czemu nastąpił zrost w nieprawidłowej pozycji i kończyna pozostała sztywną. Gdy po paru miesiącach tenże człowiek stłukł sobie tę samą kończynę i przyszedł poradzić się dawnego swego „lekarza”, ten siłą złamał mu ją w miejscu stawu i, unieruchomiwszy w pozycji zgiętej, kazał choremu tak nosić. Zrost nie nastąpił — a natomiast zjawiała się zgorzel i chory, który i tak był wogóle wynędzniały i kaszlący, wśród znacznego wyniszczenia zmarł.

Urząd gminny zapozwał konowała do sądu, który zarządził sekcję sądową zmarłego. Sekcji dokonali lekarz i t. zw. chirurg. Treść orzeczenia ich była następująca: Denat doznał za życia zwichnięcia ku tyłowi obu kości przedramienia lewego w stawie łokciowym; wskutek nieprawidłowego leczenia wystąpiło zniekształtnienie kończyny. Niedługo przed śmiercią chory doznał złamania obu kości lewego przedramienia poniżej miejsca zrośnięcia się ich z kością ramieniową; złamanie to było powikłane uszkodzeniem części miękkich około stawu, następstwem czego było zapalenie ropne w otwartym stawie łokciowym i obumarcie tak skóry jak powierzchownej warstwy kości łokciowej na ograniczonem miejscu. Chory cierpiał też na gruźlicę płuc, daleko posuniętą. — Ponieważ obducenci nie orzekli wyraźnie, co było najbliższą przyczyną śmierci i czy zejście śmiertelne stało w związku z leczeniem, przeto sąd zażądał orzeczenia od dwóch innych lekarzy sądowych. Ci ostatni stwierdzili: 1) Najbliższą przyczyną śmierci

¹⁾ Pisownia oryginału — prz. Spraw.

denata była gruźlica płuc, która już przed zejściem dosięgła wysokiego stopnia rozwoju. 2) Było zwichnięcie w lewym stawie łokciowym, które leczono nieprawidłowo. 3) Konował złamał przez gwałt obie kości przedramienia, zginając kończynę w stawie łokciowym, którego zwichnięcie nie było odprowadzonym. 4) Złamanie takie, które w danym przypadku było skomplikowanym, jest uszkodzeniem ciężkim, spowodującym upośledzenie zdrowia i niezdolność do pracy zawodowej przez więcej niż 30 dni. 5) Sprawa ropienia w miejscu złamania przyspieszyła zgon chorego na gruźlicę. 6) Całe postępowanie konowała dowodzi wielkiej nieznajomości rzeczy i jeszcze większej zuchwałości.

Na podstawie tego obwiniony konował został uznany winnym występku przeciw bezpieczeństwu ciała i nieprawnie zajmującym się leczeniem, za co został skazany na 6-cio miesięczne więzienie.

XVIII. HYGIJENA, EPIDEMIOLOGIJA, STATYSTYKA I SZPITALNICTWO.—SPRAWOZDANIA.

4).

Sprawozdawca

J. Bączkiewicz.

L. Nencki i J. Zawadzki. Przyrząd do domowego wyjąłania mleka. Gaz. Lek. str. 974.

Budując przyrząd własnego pomysłu do domowego wyjąłania mleka, autorowie starali się uniknąć błędów swych poprzedników na tem polu SOXLETH'A i ESCHERICH'A i zastosować warunki, wskazane przez naukę.

Przyrząd przedstawia blaszany kociołek z pokrywą, zapomocą blachy metalowej z otworami podzielony na dwie kamery: górną i dolną. Dolna zawiera wodę do wytwarzania pary, górna służy do umieszczenia buteleczek, napełnionych mlekiem. Buteleczki te są wyrabiane podług modelu, obmyślanego przez autorów; posiadają objętość 250 cc. postać stożka spłaszczonego, wewnątrz nie posiadają żadnych kątów, na zewnątrz mają oznaczoną zawartość podług skali ESCHERICH'A; szyjka butelki jest szlifowana, aby zamknięcie było szczelniejsze. Po napełnieniu buteleczki mlekiem czystym lub odpowiednio rozcieńczonym, obwiązuje się szyjkę papierem pargaminowym, zmoczo-

nym uprzednio w wodzie wrzącej, i utwierdza takowy drucikiem. Buteleczkę myje się wodą wrzącą i wyjaławia w przyrządzie przy 100°C . Woda do rozcieńczenia winna być sterylizowana. Każda buteleczka służyć tylko powinna na jedno ssanie.

Ponieważ badania wielu autorów wykazały, że bakterie chorobotwórcze i niechorobotwórcze giną przy dwukrotnem ogrzaniu do 70° , z wyjątkiem laseczników siennych i fermentacji masłowej, które i przy 100° nie giną, nadto ponieważ mleko ogrzane do 70° nie traci swego właściwego smaku i zapachu, co bywa przy ogrzaniu do 100°C ., autorowie, zaopatrzwszy swój przyrząd w termometr, radzą dwukrotnie po pół godziny ogrzewać mleko do 70° w odstępie 2 godzin, zamiast jednokrotnego ogrzewania do 100°C .

Karpiński. Mikroskopowe badanie wody. Wiadomości farmaceut. str. 103.

Dla oceny dobroci wody pod względem higienicznym nie dość jest znać skład chemiczny wody, lecz należy ją zbadać bakteriologicznie i mikroskopijnie.

W osadzie wody, dłuższy czas stojącej w spokoju, wykrywamy mikroskopowo różnego rodzaju ciała nieorganiczne, jak cząsteczki krzemianki, glinę, muł, cząsteczki kredy, związki żelaza; uorganizowane ciała, spotykane w osadzie, podzielić należy na nieszkodliwe, jak części owadów, roślin i t. p. oraz szkodliwe, jak resztki potraw, ścieki stajenne, kloaczne i t. p. Wody z ostatniego gatunku zanieczyszczeniami zawierają: mączkę, cząstki włókien mięsnych, jajeczka tasiemców i glist kiszkowych. Autor opisuje dość szczegółowo charakterystykę mikroskopową ciał wyżej wymienionych.

Przechodząc do bakteriologicznego badania wody, podaje autor krótką charakterystykę bakterij i ich morfologiczny podział, następnie opisuje szczegółowo sposób badania wody pod względem bakteriologicznym; opisuje więc sposób czerpania wody, rozsiewania na żelatynie (w próbówce sposobem ESMARCH'A), obliczania ilości kolonij. W końcu podaje opis najczęściej zdarzających się drobnoustrojów jak: *Beggiatoa*, *Leptothrix*, *Crenothrix dichotoma*.

Z bakterij chorobotwórczych dowiedzionem zostało, że mogą się znajdować zarazki tyfusu, karbunkułu i cholery, tej ostatniej podczas epidemii. Wykrycie tych zarazków w wodzie wymaga dokładnej znajomości bakteriologii; opis cech charakterystycznych bakterij tyfuszowych i karbunkułowych stanowi uzupełnienie tego działu.

Seifman. Wpływ perlicy bydła rogatego na wywiązanie się gruźlicy u ludzi ze wskazaniem środków policyjno-sanitarnych. Przegląd Weterynarski str. 201.

Rzecz przedstawia elaborat komisji, wyznaczonej na V Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie celem wypracowania projektu środków policyjno-sanitarnych przeciw perlicy u bydła. Autor, jako inicjator wymienionej kwestyi i członek rzecznej komisji, przedstawia

rezultaty jej prac, dla uchwały na VI Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie.

Opierając się na faktach nankowych, dotyczących istoty gruźlicy, identyczności gruźlicy i perlicy, ich zaraźliwości dla zwierząt i ludzi bądź drogą wdychania rozpylonych zeschłych wydzielin, bądź drogą spożywania produktów od zwierząt chorych pochodzących, bądź też drogą dziedziczności, sposobu szerzenia się gruźlicy w organizmie (*generalisatio*), wytrzymałości zarazki (porae), a w końcu trudności w rozpoznawaniu początku choroby (nawet zapomocą płynu KOCH'A), komisja wypracowała szereg (14) przepisów policyjno-sanitarnych, z których głównejsze są (w streszczeniu):

a) Zabronić spożywania mięsa i wnętrzności bądź z całych sztuk, bądź tylko niektórych części zwierzęcia, stosowanie do rozległości procesu gruźliczego w danej sztuce.

b) Mleko (i produkty z takowego) od zwierząt chorych na perlicę wykluczyć z użycia.

c) Krowiankę do szczepienia ospy badać bakteriologicznie (na obecność las. KOCH'A); sztuki dostarczające krowiankę poddawać sekcji.

d) Zwierzęta dotknięte gruźlicą, i gdy w danym rodzie gruźlica dostrzeżoną zostanie, wykluczyć od rozrodu.

e) Sztuki gruźlicą dotknięte zabijać, zakopać w ziemi na 2 metry głęboko lub ogniem zniszczyć.

f) Obory po zwierzętach chorych na gruźlicę poddać dezynfekcyi, jak to wskazano dla węglika.

Elsenberg. Zapobieganie szerzenia się syfilisu.

(Patrz dział Syfilidologii).

Krówczyński. W sprawie uregulowania prostytutki. Referat przedłożony c. k. Radzie zdrowia. Przegl. Lek. str. 9, 27.

W referacie tym na wstępie dowodzi autor konieczności dozoru nad prostytutką. Nim przepisy międzynarodowe w sprawie chorób kiłowych zostaną wprowadzone, co już niejednokrotnie na kongresach lekarskich było podnoszone, należy całą uwagę zwrócić na środki lokalne, dotyczące prostytutki. Obowiązkiem Państwa jest czuwać nad zdrowiem obywateli, a zatem i nad prostytutką, która jest złem koniecznym. Statystyka d-ra BARTHELEMY'EGO, dotycząca Paryża, wykazuje, że daleko szkodliwszą jest prostytutka tajna niż jawna i kontrolowana. Toż samo dotyczy i m. Lwowa. Ilość leczonych w szpitalu lwowskim prostitutek tajnych co rok wzrasta, podczas gdy leczonych zarejestrowanych z każdym rokiem się zmniejsza; nadto statystyka wykazuje, że ilość zarejestrowanych prostitutek z każdym rokiem się zmniejsza z powodu usuwania się zarażonych prostitutek z pod kontroli i emigracji do miast prowincjonalnych, czego dowodzą wykazy urzędowe. Nic też dziwnego, że pod względem rozprzestrzenienia cho-

rób wenerycznych i kiłowych Galicyja w monarchii rakuskiej zajmuje pierwsze miejsce. Statystyka TÖPLY'EGO, dotycząca chorób wenerycznych w armii austriacko-węgierskiej wykazuje, że Polakom po Węgrach i Rumunach niestety pierwsze należy się miejsce. Sprawozdania szpitalne wykazują, że choroby weneryczne i kiłowe szerzą się głównie w miastach, posiadających załogi wojskowe, i w centrach przemysłu, stąd też należy przeprowadzać ściślejszą kontrolę w wojsku i, przy pomocy lekarzy kas chorych, dokładniejszy nadzór nad chorymi robotnikami. Szpitale, które we Lwowie i Krakowie wiele pozostawiają do życzenia, powinny być tak urządzone, aby nie tylko prostytutki w nich leczyć się mogły.

Leczenie winno być bezpłatne nie tylko w szpitalach, lecz i w ambulatoriach szpitalnych, w których by bezpłatnie wydawano leki. W ambulatoriach takich mogliby się kształcić lekarze specjaliści. Ponieważ okres, w którym kiła, choć starannie leczona, jest zaraźliwą, trwa trzy lata, prostytutki w ciągu tego okresu winny być umieszczane w specjalnych schroniskach, aby nie szerzyły zarazy. Ponieważ kiła się szerzy i drogą karmienia noworodków, i w tym względzie konieczne są przepisy, zapobiegające złemu.

Wynikające z powyższych uwag desideraty, formuluje autor w końcu swego referatu w szeregu 20 paragrafów.

Stella Sawicki. Potrzeba kontroli sanitarnej nad zakładami naukowymi. Przegl. Lek. str. 45

Obecny system nauczania dzieci jest bardzo szkodliwy, czego dowodem są, często spotykane u uczniów, objawy silnego podrażnienia systemu nerwowego, zmęczenia umysłowego, apatii, osłabienie pamięci, czasem nawet pomieszanie zmysłów, prowadzące do samobójstwa.

Źródła szkodliwego wpływu szkoły są następujące: 1) programy szkół są zbyt obszerne, nie odpowiadają wiekowi i siłom uczniów, 2) liczba godzin pracy umysłowej jest zbyt wielka, 3) ci, co uczą, słabe mają pojęcie o prawidłowym rozwijaniu władz umysłowych dziecka.

Największą szkodę przynosi przeciążenie umysłowe dzieci. Komisja Towarzystwa lekarzy angielskich, po zbadaniu 5,344 uczniów znalazła że 1 na 20, a w klasach wyższych 1 na 7 przedstawiał objawy podrażnienia ośrodków nerwowych.

Układ książek dla dzieci często jest bardzo wadliwy i nieodpowiedni do wieku. W rozkładzie lekcji należy najtrudniejsze przedmioty umieszczać na pierwszych lekcjach. Żadna lekcja dłużej nad 3 kwadrans trwać nie powinna. Nauczanie powinno być urozmaicone. Pamięć nie powinna być wyzyskiwana, natomiast należy kształcić zmysły i zdolności spostrzegawcze. W wymaganiach swoich od uczniów nauczyciel winien się kierować indywidualnością dziecka. Nagrody w szkołach są niebezpieczne, gdyż często pobudzają dzieci do wysiłków w pracy. Nauka powinna odpowiadać rozwojowi umysłu dziecka i jego siłom fizycznym, dla tego też lekarze, posiadający specjalne hygiene

niczne wykształcenie, powinni mieć wpływ na układanie programów w szkołach i zajęcia uczniów.

Drecki. Dane o ospie i jej szczepieniu w powiecie Kaliskim za ostatnich 13½ lat. Gaz. Lek. str. 932

Na wstępie autor przedstawia statystyczne dane podług lat, dotyczące ilości chorych na ospę, zmarłych na tę chorobę, ‰ śmiertelności i liczbę zaszczipionych dzieci. Na zasadzie tych danych dochodzi do wniosków, że w powiecie rocznie zapada na ospę przecięciowo 121 osób, umiera 32, procent śmiertelności wynosi 26‰; na ogólną ilość mieszkańców powiatu (99,324) wypada jeden chory na ospę na 1,000 i jeden zmarły na nią na 4,000.

W ciągu pierwszych lat 4-ch wyłącznie była używana limfa humanizowana, w latach następnych sprowadzał autor do szczepienia bądź detryt cielecy (od d-ra POLAKA, z Instytutu szczepienia ospy Cesarskiego wolno-ekonomicznego Towarzystwa w Petersburgu i przeważnie od d-ra STEPNIEWSKIEGO). Przy szczepieniu limfą humanizowaną wyniki były dobre, lecz częste i niekiedy groźne powikłania (dwa przypadki śmierci wskutek zakażenia krwi); przy szczepieniu limfy cielecy procent przyjęcia mniejszy, lecz przebieg łagodniejszy, powikłania rzadziej występowały. W roku 1889 dokonano w powiecie u 4,000 dzieci szczepienia detrytem cielecym od d-ra STEPNIEWSKIEGO, najlepszy rezultat otrzymano w Maju (70—82‰ przyjęć), później w Czerwcu i Wrześniu (50 — 70‰), zaś w Lipcu i Sierpniu najmniej (33 — 50‰) (widocznie skutkiem upałów detryt się psuje). W r. b. postanowił D. wszystkim dzieciom w powiecie szczepić detryt z tegoż źródła w Kwietniu i Maju. Na 1,207 dzieci kontrolowanych przez lekarzy, tylko u 93 detryt się nie przyjął, co wynosi 98‰ przyjęć. Autor kończąc dochodzi do wniosków, że limfa humanizowana powinna być zarzucona, że szczepienie dokonywać najpomyślniej w miesiącach chłodniejszych, Kwietniu, Maju, Wrześniu i Październiku. Oblicza autor, że istniejące już 4 Instytuty hodowania limfy mogą dostarczyć potrzebną ilość limfy i detrytu na cały kraj. Pożądanem byłoby aby produkcja limfy cielecy na tyle u nas się rozwinęła i była tańsza, żeby mogła zastąpić detryt.

Beck. Sprawozdanie z VI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, od 16-do 21-go Lipca 1891 r. Przegl. Lek. str. 388, 406, 416, 429, 439, 450, 464, 476, 488, 500, 510.

Treściwy opis posiedzeń i referaty prac komunikowanych oraz dyskusyj. Do streszczenia na tem miejscu się nie nadaje.

Giedroyc. Wykaz statystyczno-lekarski, dotyczący chorych, leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w ciągu roku 1890. Medycyna str. 769, 785.

Na wstępie są cyfrowe dane, dotyczące ruchu chorych wogóle i podług rodzaju chorób oraz śmiertelności. Liczba chorych leczonych

w szpitalu co rok wzrasta. Przedstawiając w cyfrach szczegóły, dotyczące chorób wenerycznych, zwraca autor uwagę na tak zw. *oedema indurativum* i opisuje obraz kliniczny tego stosunkowo rzadko występującego objawu, który jednak w szpitalu obserwowany był 14 razy. — Jako pocieszący objaw uważać należy zmniejszenie się liczby kobiet, zarażonych syfilisem przez dzieci z domu podrzutków. W jednym przypadku chory przez nieostrożność zaszczepił sobie *ulcus venererum* na łącznicy oka, co wywołało *prolapsus iridis in ulcere corneae*; w drugim przypadku u prostytutki *ulcus venereum* trwało lat 3, dopiero wycięcie owrzodzenia doprowadziło do zabliźnienia. Ilość leczonych prostytutek wzrosła o 125.

W końcu sprawozdania przytoczone są cyfrowe dane, dotyczące chorób skórnych, zwyrodnień rakowatych i ruchu chorych w ambulatorjum.

Łuszczkiewicz. Sprawozdanie z czynności lekarskich w szpitalu powszechnym imienia Gizeli w Sokalu za lata 1888, 1889 i 1890. str. 385, 404.

Krótki rys dziejów szpitala, jego pozycja, warunki sanitarne, opis wewnętrznego urządzenia, wykaz przyrządów i utensyliów lekarskich poprzedzają dane, dotyczące chorych i czynności lekarskich. Szpital zadość czyni potrzebom 3-ch sąsiednich powiatów, oraz po części ziemi Hrubieszowskiej i Wołynia: dzienna cyfra chorych waha się między 50 a 80, a zimą 100 i więcej. W roku 1889 procent śmiertelności wynosił $5,16\%$, średni pobyt chorego 16,9 dni, ilość dni leczenia 25,953. Liczebnie pierwsze miejsce zajmują chorzy chirurgiczni; w ciągu lat 3-ch operacji większych wykonano sto kilkadziesiąt (wyłuszczenie nowotworów 22 razy, rhinoplastica 1, tracheotomieje 3, amputacji kończyn 8, herniotomij 9).

Chorych wenerycznych (przymiot, rzeżączka) było w ciągu lat 3-ch 203. Szpital, działając w porozumieniu ze starostwem, stara się o wykrycie źródła choroby wenerycznej i ograniczenie szerzenia takowej. Doniosłość takich usiłowań i trudności spotykane w tym względzie ilustruje autor kazuistyką.

Świerzb i jaglica zajmują ważne miejsce w szpitalu.

Z chorób wewnętrznych, dur brzuszny przeciętnie spotyka się po 80 wypadków rocznie, śmiertelność $5,5\%$. Zapalenie płuc w ciągu lat 3-ch było 198, śmiertelność wynosiła $8,6\%$; inne choroby zakaźne sporadycznie zjawiają się w szpitalu. Warunki klimatyczne powiatu, złe żywienie się ludności sprzyja rozwojowi gruźlicy; w ciągu lat 3-ch w szpitalu było z górą 100 chorych tej kategorii. Stosowano prawie wszystkie proponowane metody, z wyjątkiem met. KOCH'A.

W choroby kobiece i położnictwo szpital nie był bogaty. Raz rozpoznano *lithopaedion* po przebytej ciąży zamacicznej (sprawdzone rozpoznanie sekcją). 15 rodzącym udzielono pomoc.

Dobrzycki. Sławuta. Zakład kumysowy oraz klimatyczna stacja leśna. Sprawozdanie z działalności lekarskiej za rok 1890. Medycyna str. 129, 145, 161, 177.

Właściwe sprawozdanie poprzedzają uwagi, odnoszące się do leczniczych czynników klimatycznych, jakie chorzy, dotknięci przewlekłymi cierpieniami dróg oddechowych, w Sławucie znajdują. Ogółem liczba chorych wynosiła osób 634, w tem leczących się w zakładzie 85, externów 549. Przeważającą ilozbę stanowili chorzy dotknięci cierpieniami dróg oddechowych, mianowicie 516, pozostali 118 dotknięci byli innemi cierpieniami (nieżyt dróg pokarmowych, *anaemia*, *scrophulosis* i t. p.); u ostatnich otrzymano lepsze wyniki leczenia, niż u pierwszych. Chorych z cierpieniami dróg oddechowych natury niegruźliczej było 35 (*emphysema*, następstwa zapaleń płucnej i t. p.). Chorych gruźliczych (481) autor dzieli na 4 grupy: 1) przewlekłe lub ponawiające się nieżyty dróg oddechowych umiejscowione lub rozlane — przypadków 51; 2) zmiany mięszu płuc, bez dających się badaniem stwierdzić, zniszczeń — przypadków 237; 3) obok zmian dwóch pierwszych grup zniszczenia mięszu bez wybitnego podkopania stanu ogólnego — przypadków 170; — 4) obok zmian, wykazanych w powyższych grupach, objawy bądź uogólnienia gruźlicy, bądź upadku odżywiania — przypadków 23.

Do grupy pierwszej mimowoli muszą być zaliczeni chorzy nie dotknięci jeszcze gruźlicą, a tylko nieżytem; pochodzi to ztąd, że niezawsze można oznaczyć granicę, gdzie się już zaczyna gruźlica, powtórę przewlekłe nieżyty właśnie torują drogę do gruźlicy i stanowią mogą niejako pierwsze stadyum tego cierpienia. W połowie tego rodzaju przypadków znalazł autor laseczники. Wyniki leczenia u chorych należących do grupy 1 i 2 były lepsze, niż u należących do dwóch ostatnich grup, choć pacjenci z 3-ciej grupy opuszczali zakład w stanie względnie pomyślnym; za to kategoria 4-ta chorych, których nie należałoby wysyłać, przeważnie daje wyniki śmiertelne. Wogóle wyniki lecznicze nie były tak korzystne, jak w latach dawnych; winić należy w tym względzie influenzę, którą chorzy piersiowi w znacznej liczbie przed przybyciem do Sławuty przebyli, a która taki niepomyślny wpływ wywiera na przebieg gruźlicy płucnej.

Chorych dotkniętych cierpieniami krtani było 35, z tych 32 z gruźlicą krtani; u tych ostatnich obok leczenia ogólnego stosowano leczenie miejscowe (łyżeczkiwanie, kw. mleczny, *bals. peruvian.*).

W końcu autor zastanawia się nad środkami zapobiegawczemi przeciwko gruźlicy w uzdrowiskach, poświęca słów kilka pożyteczności spławaczki DETWEILER'a i trudności w jej rozpowszechnieniu, następnie omawia kwestyję dezynfekcyi mieszkań w uzdrowiskach, poruszoną przez GÜNTHER'a z MONTREUX. Odnosnie terapii gruźlicy krytycznie rozberra autor znaczenie metody KOCH'a.

Majkowski. Sprawozdanie lekarskie o chorych, leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i letnim szpitalu Św. Mikołaja w Busku podczas pory kąpielowej 1890 r. Medycyna, str. 193, 209, 225.

W roku sprawozdawczym leczyło się chorych w Busku 1887 (w zakładzie 1685, w szpitalu 252). Załączone tablice przed-

stawiają cyfrowe dane co do miejsca zamieszkania stałego i wyznania chorych, oraz jakości i ilości wydanych kąpiei. Spostrzeżenia meteorologiczne, notowane przez dra DORZĄŃSKIEGO, przedstawia oddzielna tablica.

Podług wykazów, złożonych przez lekarzy praktykujących w Busku, ułożona tablica przedstawia ogólny ruch chorych i wyniki leczenia. Następnie autor podaje uwagi i spostrzeżenia nad poszczególnymi działami chorób spotykanych u własnych pacjentów, leczonych w szpitalu i praktyce prywatnej. Więcej szczegółowo są opisane dwa przypadki przyniotu złośliwego czyli galopującego, oraz jeden przypadek obrzmienia uda po połogu (*phlegmasia alba dolens*).

Dymnicki. Krótki wyciąg z XXXIII sprawozdania dra Dymnickiego, lekarza zdrojowego w Busku, z czynności lekarskiej w czasie pory kąpielowej 1890 roku. Medycyna str. 273.

Przedstawia autor wyniki leczenia i spostrzeżenia nad poszczególnymi działami chorób, obserwowanych u własnych pacjentów (724) leczonych w Busku.

Grünbaum i Centnerszwer. Kilka słów sprawozdawczych o ruchu chorych w lecznicy chirurgicznej. Medycyna, str. 615.

W ciągu 14-u miesięcy leczono 64 chorych, którzy przebyli 1032 dni. Przypadków z zejściem śmiertelnem było 2. Z 51 chorych operowanych nikt nie umarł. Załączona tablica przedstawia wykaz rodzaju chorób leczonych, wykonanych operacji i wyników leczenia.

Chłapowski. Słowno o homeopatii z powodu broszurki dra Józefa Drzewieckiego: „Homeopatia, jej podstawy i prawo ze stanowiska naukowego traktowane“. Nowiny Lekarskie, str. 365.

Ch. rozbierając krytycznie treść wspomnianej broszurki, doszedł do przekonania, że: „istotnej obrony zasad homeopatii, jakichś nowych poglądów ku rozszerzeniu lub utwierdzeniu tej metody leczenia na mocy własnych obserwacji lub nowych poglądów — w książce tej absolutnie nie ma“.

Drzewiecki. Z powodu słownka o homeopatii Nowiny Lekarskie, str. 513.

Treść tego feljetonu przedstawia odpowiedź D. na zarzuty, poczynione mu przez autora artykułu pod tytułem: „Słowno o homeopatii“.

T. Stosunki sanitarne w Rosyi. Przegląd Lekarski, str. 12.

W korespondencji tej autor donosi pobieżnie o wielu kwestyjach, dotyczących świata lekarskiego w Rosyi, jako to: o stosowaniu kochiny w Petersburgu i Moskwie, o niektórych wydawnictwach lekarskich, o sporach między lekarzami w Petersburgu, o założeniu lecznicy ocznej w Krymie.

Jabłonowski. Przyczynki do epidemiologii Wschodu. Przegl. Lekarski, str. 11, 29, 44, 58, 71, 89, 101, 112, 523, 547, 560 i 585.

W części pierwszej autor opisuje rozwój, przebieg i charakter ponownej epidemii cholery na wschodzie tureckim, oraz te środki policyjno-sanitarne, jakie rząd turecki przedsięwziął wobec istnienia cholery w Mezopotamii, nad morzem Czerwonym i w Hiszpanii. Znajdujemy tu opisy urządzeń sanitarnych i treść regulaminów, obowiązujących na posterunkach sanitarnych, ustanowionych dla pielgrzymów, podążających do miejsc świętych Islamu i ztamtąd powracających. Skuteczność przedsięwziętych środków policyjno-lekarskich jest względna, racjonalne bowiem nieraz usiłowania są niweczone często przez tradycyjne wschodnie niechlujstwo i fanatyzm.

Wadliwa organizacja urzędów sanitarnych, brak ludzi fachowych w sferach decydujących i wykonawczych, opieszałość tych ostatnich stanowią niemalą przeszkodę w rozwoju higieny ogólnej w miastach i w prowincjach Turcji.

W części drugiej autor, opisując powstanie w miesiącu Lipcu tegorocznej zarazy na półwyspie arabskim, zaznacza racjonalniejsze i energiczniejsze środki zaradcze, przedsięwzięte przez rząd turecki. Epidemiję w Aleppo uważać należy za odnowioną zarazę z roku przeszłego, do prowincyi zaś Hedżan cholera mogła być przeniesioną drogą lądową (karawany), lecz prawdopodobniej drogą morską przez pielgrzymów.

Następnie opisuje autor charakter cholery na wschodzie tureckim, zaznaczając wpływ warunków klimatycznych na powstawanie i natężenie epidemii w różnych miejscowościach. Zastanawia się autor nad wpływem wieku i płci na nasilenie choroby, nad śmiertelnością (61,7%), współczesnem panowaniem innych chorób, środkami przeciw szerzeniu się zarazy podczas epidemii, w końcu nad leczeniem.

B).

Sprawozdawca

W. Szumlański.

Polak. Stan sanitarny miasta Warszawy w 1890 r. Zdrowie str. 218 i 289.

W pracy przedstawione są czynności i ulepszenia sanitarne, wykonane w Warszawie w roku 1890. Obejmuje ona statystykę chorób zakaźnych, działalność komitetu sanitarnego i ulepszenia w mie-

ście, zaprowadzone według wskazówek tegoż komitetu; dalej, wykaz rozbiórów chemicznych, dokonanych w pracowni miejskiej (ilość ich wynosiła 652), działalność stacyj szczepienia ospy (15,728 szczepień bezpłatnych) i stacyj szczepienia wścieklizny (ilość leczonych 448); sprawozdanie komitetu sanitarno-policyjnego (domy publiczne, protestytutki), wreszcie wykaz liczbowy lekarzy, felczerów, akuszerów, dentystów, aptek i zakładów leczniczych, jakie w roku sprawozdawczym funkcjonowały w Warszawie.

S z p i l m a n. Próby oczyszczania wód z crenothrix i cladothrix zapomocą wapna niegaszonego. Zdrowie str. 223.

Grzybki powyższe, aczkolwiek dla zdrowia nieszkodliwe, znajdują się często w tak znacznej ilości w wodach zarówno stojących, jak bieżących, że nadając im wygląd bardzo wstrętny, czynią je niemożliwymi do użytku. Autor z polecenia zarządu m. Lwowa wykonywał próby nad oczyszczeniem wody z tych grzybków i przekonał się, że najlepszym w tym celu środkiem jest wapno niegaszone, które wysypywać należy do zbiorników w stosunku 0,5 kg. sproszkowanego, lub 2 kg. w kawałkach, na 100 litrów wody.

Merunowicz. Pogląd na postępy w sprawach zdrowia w Galicyi w ostatnich trzech latach. Zdrowie str. 262.

Główny krok na drodze postępu stanowi zatwierdzenie ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach; ustawę tę autor szczegółowo rozpatruje i przedstawia dodatnie jej strony. Zatwierdzoną również została ustawa, regulująca stosunki w zdrojowiskach krajowych. Dalej pobudowano i otwarto, dzięki ofiarności prywatnej, w Krakowie i we Lwowie zakłady dla nieuleczalnych i ozdrowieńców; powiększono ilość parowych aparatów dezynfekcyjnych (z 3-ch do 36-iu), urządzono pracownię higieniczną, wprowadzono ulepszenia pod względem sanitarnym w targowiskach i rzeźniach bydłych; w Krakowie rozszerzono, a we Lwowie rozpoczęto budowę przytułku dla ubogich; wreszcie zwiększono w całej Galicyi ilość posad lekarzy rządowych.

L. Nencki i J. Zawadzki. Wyjaławianie mleka i sztuczne karmienie niemowląt. Zdrowie, str. 127, 179, 223.

Pracę swą zaczynają autorzy od skreślenia własności chemicznych i fizyologicznych mleka, podnosząc jego znaczenie jako pokarmu nader pożywnego i taniego; dla niemowląt jest ono jedynym pokarmem, a jeśli matka nie może karmić dziecka własną piersią, zapewnić mu winna pokarm dobry sztuczny. Mleko krowie może być takim pokarmem, ale tylko jeśli umiejętnie będzie przygotowane. Trudno nam tu podawać wszystkie wywody autorów co do sztucznego karmienia, zaznaczymy tylko, że rozbiegają szczegółowo warunki trawienia mleka krowiego przez dzieci i podają sposoby, za pomocą których można skład chemiczny mleka krowiego upodobnić mleku matki. Po za

składem chemicznym, mleko krowie nie tylko dla dzieci, ale i dla dorosłych może się okazać trującym, jeśli zawiera drobnoustroje. Autorzy rozpatrują szczegółowo wszystkie formy chorobowe, udzielające się za pośrednictwem mleka, dzieląc je na 2 odłamy: choroby bezpośrednio udzielające się od bydła i choroby, powstałe wskutek zakażenia mleka już po udoju.

Usunąć jednak drobnoustroje szkodliwe z mleka nie jest zbyt trudnym zadaniem. Próbowano licznych środków, najodpowiedniejszym jednak okazało się wyjaławianie za pomocą gorąca. Pierwszeństwo należy się PASTEUR'OWI; sposób przez niego podany nazwano pasteryzacją, polegał on na ogrzaniu mleka do 80°C . i natychmiastowem oziębieniu. Sposób ten nie okazał się dostatecznym, zwrócono się więc do sterylizacji właściwej. W dalszym ciągu autorzy zajmują się kwestyją, przy jakiej temperaturze wyjaławiać mleko należy i wobec tego, iż mleko traci swój smak i zapach powyżej 70° , starają się określić *minimum* ciepłoty, przy której można wyjałowić mleko. Według badań autorów i innych, ogrzewanie do 70°C . przez 35 minut, oziębienie mleka do $+ 8^{\circ}\text{C}$. i powtórne ogrzanie wystarcza. W następnym rozdziale zajmują się autorzy przyrządami do wyjaławiania mleka w centralnych zakładach i po wykazaniu braków w dotychczasowych przyrządach, opisują przyrząd swego pomysłu, nagrodzony na VI Zjeździe lekarzy w Krakowie. Po opis ten odsyłamy do oryginału. Mleko jednak, aby dobrze wyjałowionem być mogło, musi być przede wszystkim aseptycznie udojonem i utrzymanem; autorzy na fakt ten silny kładą nacisk. W rozdziale o wyjaławianiu mleka dla niemowląt stanowczo domagają się, aby mleko wyjaławiać i rozcieńczać w zakładach specjalnych, które dokładniej wyjaławiania dokonać mogą. Rozpatrując następnie surrogaty mleka, znajdujące się w sprzedaży, przeciw wszystkim oświadczają się stanowczo; żaden nie jest dość dobrym dla niemowląt pokarmem. Stwierdzeniem faktu, iż mleko warszawskie nie jest lepszem od innych i życzeniem rozpowszechnienia się myśli o wyjaławianiu mleka, kończą autorzy swą pracę.

Górecki. Opis łazienek dla robotników i oficjalistów przy kopalni węgla „Kazimierz“. Zdrowie, str. 47.

Nie mogąc streścić nader szczegółowego opisu budynku kąpielowego, ograniczamy się na wzmiankę, iż urządzony on został pod każdym względem wzorowo. Szczegóły urządzenia w oryginale.

Polak. Ankieta sanitarna w sprawie mieszkań warszawskich. Zdrowie, str. 89.

Autor przedstawia organizację ankiety, szemat kartek do wypełniania odpowiednich rubryk i podział miasta na rewiry, zostające pod nadzorem kierowników z grona lekarzy i obywateli, którym do pomocy przeznaczeni zostali studenci uniwersytetu.

Troicki. O stanie sanitarnym Warszawy. Zdrowie, str. 427 i 462.

Ogólne wyniki pracy ankiety powyższej przedstawia Inspektor urzędu lekarskiego m. Warszawy. Wyniki, jako przedstawione w lizbach, do streszczenia się nie nadają.

Danielewicz. Warszawska śmiertelność w 1890 r. według przyczyn śmierci. Zdrowie, str. 390.

Praca szczegółowa, oparta wyłącznie na lizbach—do streszczenia nie nadaje się.

Fedecki. Trychiny w mięsie z krajowej trzody chlewnej. Zdrowie, str. 94.

(Patrz dział Bakteryjologii i pasorzytów zwierzęcych).

XIX. HISTORYJA MEDYCYNY I ŻYCIORYSY.

Sprawozdawca

H. Dobrzycki.

Minkiewicz. Literatura medyczna gruzińska, Karabaddin vel Karabaddim Dzanosa (Jana). Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom LXXXVII Zeszyt III str. 549.

Jest to jeden z rozdziałów pracy p. t. „Porównawcze badania medycyny ludowej na Kaukazie“. Bardzo dawny rękopis, dotyczący medycyny w Gruzji, odszukał niedawno cenniony historyk Gruzji, Bakradze. Książk katolicki Gwaramadze w 1882 roku odszukał również bardzo stary rękopis z medycyny gruzińskiej, który odnieśćby należało do IV-go stulecia. Atoli spożytkowanie źródeł tych jest prawie niemożliwe, z powodu, że nazwy środków ówczesnych, są dzisiaj całkiem niezrozumiałemi. Dzieło, tytuł którego podano w nagłówku, jest popularnem wśród ludności gruzińskiej, i z niem to M. zapoznaje w swym artykule czytelnika. Przełożonem ono zostało na język rossyjski przez M. BEREZNOW'A; opisy chorób, ich leczenie, zabobony i przesady, które do dziś jeszcze przetrwały, wykazy leków, modlitwy, zamawiania, exorcyzmy i zaklęcia składają się na omawiane dzieło, będące podręcznikiem medycyny ludowej w Gruzji. Autor, posiłkując się znanem dziełem HAESER'A, stara się rzucić światło na znaczenie księgi, którą omawia; z uwagi jednak, że narzecza niezbędne dla zrozumienia oryginału są mu niezbrane, cała praca nabiera tylko komentatorskiego znaczenia. Pomimo to, praca czyta się z wielkiem zajęciem, traktuje bowiem o najważniejszych poglądach

z dziedziny normalnych a potem patologicznych spraw ustroju, choć te tworzą bezładną mozaikę. W liczbie ciekawości, jest wzmianka o Janie POLAKU (*Owanes Polonus*), który za Zygmunta III-go był w Polsce i w ciągu lat 4-ch zajęty był przekładem dzieła RAZEJA na języki turecki i ormiański, które to dzieło znalazł w Padwie. W pracy M. mieści się wiele szczegółów do których ciekawego czytelnika odśladamy.

- 1) Wicherkiewicz. Prof. Wiktor Feliks Szokalski (wspomnienie pośmiertne). Nowiny Lek. Nr. 2.
- 2) Redakcja Przeglądu Lekarskiego. Dr. Wiktor Feliks Szokalski. N. 2.
- 3) Kramsztyk Z., ś. p. Wiktor Szokalski. Gaz. Lek. Nr. 2.
- 4) Fritsche G., ś. p. Wiktor Szokalski. Medycyna Nr. 3.
- 5) Redakcja Kroniki Lekarskiej. Pamięci prof. Szokalskiego. Zeszyt 1.
- 6) Redakcja Zdrowia. Ś. p. dr. Wiktor Feliks Szokalski. N. 64.—

Długi żywot prof. SZOKALSKIEGO (ur. r. 1811) i jego w różnych kierunkach działalność naukowa, społeczna, nauczycielska, organizatorska, autorska i t. d. wreszcie na polu wykonawstwa lekarskiego, stanowiły bardzo bogaty materiał dla piszących wspomnienia pośmiertne o tym tytanie pracy i obywatelu-lekarzu. Stosownie do indywidualności piszących, zasługi SZOKALSKIEGO z różnych punktów widzenia przez autorów rozbiegane i oceniane były. To też w każdym z tych wspomnień, spotykamy się niekiedy z jednymi i temiż samymi wynikami. Wiele spotykamy poglądów, które lubo zasadniczo się nie różnią między sobą, jednak wzajemnie się uzupełniają. Ztąd pochodzi, że dopiero wspólne ich zestawienie, wytworza pojęcie o pięknej całości, jaką był ś. p. prof. SZOKALSKI. Dokładna jednak ocena zasług S. ściśle naukowych, a mianowicie stosunek ich do fizjologii i filozofii przyrody, dotąd jeszcze oczekuje na kompetentnego krytyka.

Wrześniowski. Izidor Kopernicki, wspomnienie pośmiertne. Gaz. Lek. Nr. 45.

KOPERNICKI Izidor mąż wielce zasłużony nauce, autor mnóstwa prac specjalnych, w plejadzie pierwszorzędných antropologów, jak BROCA i VIRCHOW, bardzo wydatne zajął miejsce. Aczkolwiek i na polu medycyny nie mało cennych prac pozostawił, atoli największe położył zasługi w antropologii i etnografii, opracował ze ścisłością dotąd niebywałą metodykę mierzenia czaszek, a prace jego, dotyczące porównawczego przedstawienia pomiarów czaszkowych, zjednały mu poważne stanowisko. Liczebnie ilość prac jego dochodzi do półsetki, a cecha ich wspólną jest ścisłość i sumiennosc bez zarzutu, co do prac tych obudza wielkie zaufanie. Prace swe autor ogłaszał w kilku europejskich językach, a wiele z nich z obcych na obce również tłumaczono języki. Najlepszy i najwięcej materiału naukowego zawierający życiorys

KOPERNICKIEGO, napisał A. WRZEŚNIEWSKI. Jest to treściwy, lecz niemniej kompletny obraz działalności znanego antropologa. Z obrazu tego łatwo przekonać się można, w ilu kierunkach K. pracował, i jak gruntownie każdą kwestyję traktował. Prawie wszystkie pisma przyrodnicze, lekarskie oraz poważniejsze tygodniki lub miesięczniki podały bardzo starannie poopracowywane nekrologi K., dając tem dowód, że umiały oddać hołd mężowi rzetelnej nauki i w sposób godny uznać jego zasługi.

XX. NOWE KSIĄŻKI.

1. Biegański Wł. Dyjagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej w Warszawie

(Patrz streszczenie w dziale Dyjagnostyki lekarskiej).

2. Braun. O operacjach położniczych. Wydawnictwo dzieł lekarskich w Krakowie.

(Patrz streszczenie w dziale Akuszerii).

3. Harajewicz. O metodzie Thure-Brandt'a. Wydawnictwo dzieł lekarskich w Krakowie.

(Patrz streszczenie w dziale Gynekologii).

SPIS RZECZY

zawartych w sprawozdaniu

Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

za rok 1891.

I. Anatomija i Histologija.

Sprawozdawca E. Zieliński.

	Str.
1. Wołkowicz. O przygotowywaniu i przechowywaniu przekrojów ciała ludzkiego	1
2. Ciągliński A. Przyczynek do techniki mikroskopowej rdzenia i nerwów peryferycznych	1

II. Fizjologija i chemija fizjologiczna.

Sprawozdawca E. Zieliński.

3. Święcicki. Przyczynek do prawa peryodyczności w przyrodzie i życiu	2
4. Biernacki. Działanie wysokiej ciepłoty na fermenty trawienne	2
5. Dogiel. Następstwa upustu krwi.	3
6. Beck. Oznaczenie lokalizacji w mózgu i rdzeniu zapomocą zjawisk elektrycznych	3
7. Flaum. Wpływ niskich temperatur na czynność żołądka	4
8. Koppf. O własności chłonniczej skóry ludzkiej	4
9. Macfadyen, Nencki M. i Sieberowa. Badania nad zjawiskami chemicznymi w kiskach cienkich u człowieka	5
10. Mintz. O metodzie Winter-Hayem'a i stosun-	

ku wolnego kwasu solnego do utajonego w soku żołądkowym	7
11. D m o c h o w s k i. Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka według Sjöquist'a	8
12. M i z e r s k i i L. N e n c k i. Oznaczenie zawartości wolnego kw. solnego w soku żołądk.	8
13. N e n c k i M. Merkaptan metylowy w ludzkim moczu po spożyciu szparagów	9
14. N e n c k i M. Kwasy mleczne izomeryczne, jako środek rozpoznawczy poszczególnych grzyb. rozszczepkowych	9
15. Z a w a d z k i J. Uroerozyna i jej pochodzenie	9
16. Z a w a d z k i J. O wpływie mięsienia na szybkość wchłaniania	9
17. P r u s z y ń s k i. O rozkładzie białka pod wpływem bakteryj	10
18. F l a u m. Białko, albumoza i pepton	11
19. J a w o r o w s k i. Odczynnik na białko, pepton i mucynę	11

III. Anatomija patologiczna.

Sprawozdawca K. Chelchowski.

20. B r o d o w s k i. Sprawozdanie ze spostrzeżeń, czynionych w Warszawie nad leczeniem chorych gruźliczych met. Koch'a	12
21. C z e p u r k o w s k i. Wrodzone zupełne zarośnięcie przełyku. Brak języka	12
22. D u n i n i Dą b r o w s k i. Badanie histolog. płuc w jednym przypadku leczonym met. Koch'a	12
23. F e i g e l. Pierwotny rak kości goléniowej, wytworzony w jamie kostnej po zapaleniu szpiku	13
24. J a n o w s k i. O zmianach anatom. w pęcherzyku żółciowym pod wpływem kamieni	13
25. M a t l a k o w s k i. O szczególnej kulkowej zawartości torbieli skórzastych	14
26. M o n s i o r s k i. Przypadek nieprawidłowego rozwoju narządów moczopłciowych	15
27. O b r z u t. O zwyrodnieniu koloidowem	15
28. P a ń s k i. O barwniku w śledzionie zastoinowej.	15
29. R a b e k. Przypadek postępowego kostnienia mięśni.	16
30. R y c h l i ń s k i. Przyczynek do anatomii patologicznej amencji	16

IV. Patologija ogólna.

Sprawozdawca K. Chelchowski.

31. A d a m k i e w i c z. Dalsze spostrzeżenia nad jadowitością nowotworów złośliwych	17
--	----

32. A d a m k i e w i c z. O jadzie i o komórkach nowotworów złośliwych	17
33. A d a m k i e w i c z. Zasady racjonalnego leczenia nowotworów złośliwych	17
34. B i e r n a c k i. O gniciu w jelitach przy zapaleniu nerek i żółtaczce, z uwagami o normalnem gniciu kiszkowym	17
35. B i e r n a c k i. O znaczeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka	18
36. C h e ł c h o w s k i. Obliczanie ciałek ropnych w ropie	19
37. H o y e r. Pogląd teoretyczny na przeciwgruźliczy środek Koch'a	19
38. N u s s b a u m. O „natężeniu” w zjawiskach patologicznych	20
39. O b r z u t. O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych	21
40. P r u s z y Ń s k i. O zatruciach ustroju przez zasady organiczne zwierzęce	23
41. R o s n e r. Badanie doświadczalne nad odrastaniem wątroby po odcięciu tejże	23
42. H e m p e l. O zmianach w narządach wewnętrznych w przebiegu narkozy chloroformowej	23
43. S z p a n b o k. O zmianach pobudliwości kory mózgowej przy podwiązaniu moczowodów	24

V. Bakteryjologija i pasorzyty zwierzęce.

Sprawozdawca K. Chęłchowski.

44. B u j w i d. Sprawozdanie ze spostrzeżeń, czynionych w Warszawie, nad leczeniem chorych gruźliczych metodą Koch'a	24
45. B u j w i d. Tuberkulina i jej przygotowanie	25
46. B u j w i d. Doświadczenia na zwierzętach z tuberkuliną	25
47. C i ą g l i ń s k i A. Przyczynek do nauki o grzybnicach pleśniowych	25
48. D u n i n. Kilka słów o tak zw. zakażeniu mieszanem	27
49. F e d e c k i. Trychiny w mięsie z krajowej trzody chlewnej	27
50. F e i g e l. Nieopisane dotychczas zmiany w prątkach gruźliczych po wstrzyknięciach płynu Koch'a	27
51. F l a u m. O chemizmie bakteryj	28
52. H e i l p e r n. Bijologiczne własności bakteryj	28
53. K a r l i ń s k i. Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi	28
54. K a r l i ń s k i. Poszukiwania nad podnoszeniem się ciepłoty podczas gnicia narządów ustroju, uległego chorobom zakaźnym	28
55. K a r l i ń s k i. Poszukiwania nad przyrodą zimnicy	29

56. K r y ń s k i. Przyczynek do zachowania się łaseczników gruźliczych w lupus pod wpływem płynu K o c h 'a . . .	30
57. L e ś n i k. Łaseczniki smegmy w moczu ludzkim. . .	30
58. N o n i e w i c z. W sprawie samouleczalności nosacizny u koni	30
59. O p i e ń s k i. O przyczynach wywołujących zmiany w kon-systencji moczu	31
60. S t ę p n i e w s k i. Tani termostat, ogrzewany naftą lub benzyną z regulatorem eterowym, wodnym lub powietrz-nym	31
61. W a l e n t o w i c z. O walce pasorzytów w przewodzie pokarmowym konia	31

VI. Farmakologija i Toksykologija.

Sprawozdawca J. Z a w a d z k i.

62. P i o t r o w s k i. Błękit metylenowy, jako środek uśmie-rzający ból.	32
63. W o j t a s z e k. O sulfaminolu	32
64. S r e b r n y. Objawy odczynu ogólnego u chorych leczy-nych metodą K o c h 'a	32
65. B r u n e r. O działaniu oreksyny	33
66. S z n a b l. Zależność działania leków od ich budowy che-micznej.	34
67. S c h e l l e r. Chlorek etylu, nowy środek do znieczulań miejscowych	34
68. S z n a b l. Silne własności napotne rośliny, zwanej ba-gnem, albo dzikim rozmarynem	35
69. P o l i k i e r. O poszukiwaniach B r o w n - S é q u a r d 'a nad działaniem płynu jądrowego	35
70. C h e ł c h o w s k i. O leczeniu gruźlicy płynem K o c h 'a	36
71. A r n s z t e i n. Przyczynek do leczenia gruźlicy met. K o c h 'a	36
72. C h e ł c h o w s k i. Przypadek otrucia benzyną. . .	36
73. B ą k o w s k i. Otrucie nasieniem bielunia dzięzderla-wego	
74. T r z e b i c k y. Przypadek zatrucia kokainą	37
75. F i n g e r. Kilka uwag o ostrem zatruciu jodowym i je-go niebezpieczeństwie przy leczeniu syfilisu	38
76. W a c h h o l z. Sposoby wykrycia związków sinu w cia-łach temіз zatrutych	39

VII. Dyjagnostyka lekarska.

Sprawozdawca J. P r u s z y ń s k i.

77. B i e g a ń s k i. Dyjagnostyka różniczkowa chorób wewn. . .	39
--	----

78. Biernacki. O wartości nowych sposobów badania treści żołądka	40
79. Buzdygan i Glużyński. Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowej	41
80. Dmochowski. Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka, według Sjöquist'a	41
81. Mintz. O metodzie Winter-Hayem'a i o stosunku wolnego kwasu solnego do utajonego w soku żołądkowym	42
82. Mizerski i L. Nencki. Oznaczanie zawartości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym	43

VIII. Terapia ogólna.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

83. Piotrowski. O działaniu fizyologicznem i leczniczem elektryczności statycznej	44
84. Puławski. Spostrzeżenia kliniczne nad zastrzykiwaniem soku jądrowego (met. Brown-Séquard'a)	47
85. Surzycki. O nowszych środkach nasennych	48

IX. Patologija i terapia szczegółowa.

A) Choroby ogólne — Przemiany materji.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

86. Buzdygan. Myxoedema	49
87. Buzdygan i Glużyński. Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrwistości, a szczególnie w blednicy, oraz kilka uwag leczniczych	51
88. Chełchowski. Reumatyzm ostro-jednostawowy	52
89. Pruszyński. Przyczynek do kwestyi dyjatezy oksalurycznej	52
90. Stockman. Kilka uwag nad sprawami chorobowemi natury żółzowej	53
91. Zawadzki Wł. Przyczynek do patologii wylewu mleczka do jam surowiczych	54

B) Choroby zakaźne.

Sprawozdawca A. Puławski.

92. Bronowski. Influenza w Czerdyniu w r. 1890	56
93. Chelmoński. O wpływie ostrych gorączek na przebieg suchot płucnych	56
94. Klejn. Leczenie róży	57
95. Lubliner. Przypadek zaniku twardzieli nosa po tyfusie wysypkowym	57
96. Przedborski. Wyniki stosowania płynu Koch'a w szpitalu starozakonnym w Łodzi	58
97. Szwaјcer. Przyczynek do zaraźliwości zapalenia płuc włóknikowego	58

98. Kijewski. Promienica u człowieka	59
99. Grabowski. Kwas karbolowy w leczeniu czarnej krosty	59
100. Bujwid. Sprawozdanie z ochronnego leczenia wodo- wstrętu według metody Pasteur'a	60
101. Rybicki. O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny met. Pasteur'a	60
102. Wyszomirski. Influenza za r. 1889—1890 w pow. węgrowskim	62
103. Zawadzki J. Przyczynę do zaraźliwości zapal. płuc włóknikowego	62
104. Sierpiński. Nowy przyczynek do zaraźliwości zapal. płuc włóknikowego. Pyopneumothorax jako zejście zapalenia płuc włóknikowego	62
105. Hewelke. W kwestyi powikłań płucnych przy malaryi	63
106. Sierpiński. Cztery przypadki influenzy powiklanej wysypkami skórnymi na podobieństwo t. z. „dengue“	63
107. Lechowicz. Kokaina w leczeniu ospy	63
108. Pisarzewski. O leczeniu czarnej krosty	64
109. Serkowski. O leczeniu róży i tkanki podskórnej wysokiem bezwodnym	64
110. Pisarzewski. Przypadek błonicy powikłany różą	64
111. Widmann. O zapaleniu płuc włóknikowem ze sta- nowiska klinicznego	64
112. Chłapowski. Teleologiczne znaczenie zmian pato- logicznych występujących w gruźlicy etc.	66
113. Chrzaszczewski. Śmierć skutkiem ukąszenia muchy	66
114. Czajkowski. O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego nieżyty gardzieli etc.	67
115. Ciągliński K. W kwestyi zakażeń mieszanych .	67

C) Choroby narządów oddechowych.

Sprawozdawca J. Zawadzki.

116. Józefowicz. Przyczynę do kazuistyki zapalenia włóknikowego oskrzeli	68
117. Sokołowski. Kilka słów o działaniu kantarydynia- nu potasu etc.	69
118. Jaworski. O używaniu wolnego powietrza w prze- biegu gruźlicy narządu oddechowego	69
119. Barącz. Przypadki promienicy płuc i klatki piersiowej	70
120. Hewelke. Przyczynę do leczenia zgorzeli płuc. .	71
121. Bojasiński. O potach w gruźlicy płucnych . .	72
122. Pohorecki. O wpływie kali telluricum na poty .	72
123. Baranowski. Sprawozd. zespostrz. czyn. w Warsz. nad lecz. chorych gruźl. płynem Koch'a etc.	73

124. Dunin i Dąbrowski. Badanie histolog. płuc w jednym przyp. leczonym met. Koch'a 74
125. Korczyński i Adamkiewicz. Kilka uwag tymczasowych o sposobie w jaki zdrowi i podejrzeni o gruźlicę płuc oddziaływają na środek Koch'a 74
126. Korczyński. O zmianach przelotnych, jakie powstają mogą w płucach osób niegruźl. pod wpływem płynu Koch'a 74
127. Korczyński. Wyniki dotychczas. dośw. nad działaniem szczep. Koch'a etc. 75
128. Strojnowski. Jeszcze w sprawie leczenia zapal. opł. zapomocą przetworów salicylowych 76

D) Choroby serca, naczyń i nerek.

Sprawozdawca Wł. Bruner.

129. Dąbrowski W. O nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej 76
130. Biegański. O stwardnieniu tętnic 77
131. Bronowski. Kilka myśli dotyczących leczenia tętniaków aorty 79
132. Bierański. Spostrzeżenie nad trawieniem żołądkowym w zapaleniu nerek 80
133. Zawisza. Kilka uwag z powodu spostrzeganych 3-ch przypadków t. z. puchliny nerek przepuszczającej 81

E) Choroby narządów trawienia.

Sprawozdawca Wł. Bruner.

134. Buzdygani Gluziński. Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrwistości, a szczególnie w blednicy, oraz kilka uwag leczniczych 82
135. Buzdygani Gluziński. Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowej 83
136. Pacanowski. Czy i o ile najnowsze zdobycze w dziedzinie dyagnostyki chorób żołądka wpłynęły na postęp w leczeniu tychże chorób? 83
137. Mintz. Przypadek gastritidis phlegmonosae diffusae w przebiegu raka żołądka 84
138. Bronowski. Usuwanie tasiemca 84
139. Świderski. Słów kilka o kamieniach żółciowych 84
140. Rejchman. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej 85

F. Choroby układu nerwowego i Psychiatria.

Sprawozdawca R. Radziwiłłowicz.

141. Goldflam. Przyczynek do etjologii obwodowego porażenia nerwu twarzowego 86

142. Gajkiewicz. Przypadek wylewu krwi w rdzeniu przedłużonym	86
143. Gajkiewicz. O obrzęku pochodzenia histerycznego.	87
144. Gajkiewicz. O akromegalii	87
145. Higier. Pseudotabes v. tabes peripherica.	88
146. Jasiński. Przykurczenie stawów histeryczne u dzieci	89
147. Wizel. Z dziedziny histeryi, Astazja-abazja	89
148. Kohn. Przyczynek do nauki o umiejscowieniach zbo- czeń mowy.	90
149. Rembieliński. Przyczynek do sympt. neurasth.	90
150. Heryng. Zapalenie gruźlicze opon mózgowych za- kończono nagłą śmiercią.	91
151. Pawiński. Przyczynek do rozpoznania guzów wzgó- rów czworaczych.	91
152. Goldflam. Kliniczny przyczynek do etjologii wią- du rdzeniowego	91
153. Adamkiewicz. Postrzelenie mózgu	91
154. Adamkiewicz. O uleczalnej formie „tabes”	92
155. Adamkiewicz. O napadzie apoplektycznym	93
156. Goldflam. Przypadek polioencephalitis superior inferior i poliomyelitis anterior po influenzy z zejściem śmiertelnem, drugi niewiadomego pochodzenia z zejściem pomysłnem.	93
157. Goldflam. O niezwyklej postaci poryjodycznego rodzinnego porażenia, powstałego prawdopodobnie na tle samozatrucia	94
158. Goldflam. O przymiocie rdzenia	94
159. Żuławski. O urojeniach	95
160. Biegański. Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach urazowych	95
161. Chłapowski. O nasieniotoku i jego leczeniu . . .	95

G). Pediatria.

Sprawozdawca J. Bączkiewicz.

162. Godlewski. Kilka uwag o zaopatrywaniu resztki pępowinowej u noworodków	96
163. Kramsztyk J. Epidemija różyczki i odry w bezpo- średniem po sobie następstwie	97
164. Arnstein. Przyczynek do rozpoznawania zimnicy u dzieci etc.	98
165. Koral. O zaburzeniach płciowych u dzieci	99
166. Arnstein. O biegunce letniej czyli cholerze dzie- cięcej	100
167. Pomorski. Przyczynek do etjologii czarnej choro- by noworodków	101

X. Laryngologija, Rhinologija i Otiatryja.

Sprawozdawca W. Szumlański.

168. Wróblewski. Przyczynek do kwestyi wyrosli adenoidalnych etc. 102
169. Sokołowski. Przyp. owrzodz. gruzł. wargi dolnej, leczony zapomocą wstrzykiwań płynu Koch'a 103
170. Jakubowski. Porównanie wyników leczenia dławca zapomocą tracheotomii a intubacyi 104
171. Wróblewski. Sprawozdanie za r. 1890 z ambulat. dla chorych z cierpieniem nosa, gardła i krtani etc. . . . 104
172. Lubliner. Sposób ułatwiający wprowadzenie cynowych ciopków Schröttera etc. 105
173. Puterman. Przyp. grzybicy włosowcowej gardzieli. 105
174. Kraszewski. Przyczynek do leczenia dyfterytu gardzieli i dławca 105
175. Sokołowski i Dmochowski. Przyczynek do patol. i klin. spraw zapalnych migdałów 105
176. Sokołowski. Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałów 105
177. Kochler. Ciało obce w uchu 106
178. Heryng. Sprawozd. ze spostrz. czynionych w Warsz. nad lecz. chorób gruzł. pł. Koch'a.—Lecz. such. krtani . 107
179. Sędziak. O zboczeniach przegrody nosa 107

XI. Chirurgija.

A. Sprawozdawca Wł. Szteyner.

180. Rydygier. O leczeniu ran 108
181. Wachholz. Spostrz. nad narkozą chloroformową na podstawie 4,057 przyp. 109
182. Schram. Doświadczenia z limfą Koch'a w oddz. chirurg. szpit. Św. Zofii we Lwowie 110
183. Kraus. O pykctaninie 110
184. Barącz. W sprawie nowego sposobu zakładania szwów pomysłu prof. Obalińskiego 111
185. Bednarski. Niezwykły przypadek zranienia 111
186. Szymkiewicz. O wyjmowaniu zębów 111
187. Obaliński. Z zakresu chirurgii nerek 111
188. Rydygier. Pomysł dorabiania moczowodu. 113
189. Idziński. Równoczesne wycięcie tętnicy i żyły udowej etc. 114
190. Ziembicki. Przyczynek do leczenia tętniaków 114
191. Szuman. Kilka słów o użyciu lyzolu (Lysolum purum) przy dezynfekcyi ran 115
192. Talko. Wypadek wycięcia nerwu nadoczodołowego. . 115
193. Krysiwicz. O narkozie eterowej 115

194. Drobni k. Dwadzieścia tracheotomij, wykonanych w je- sieni 1890 r. w Poznaniu etc.	116
195. Matlakowski. Wycięcie żyły podskórnej ołgolenio- wej przy żylakach i wrzodach goleni	116
196. Salutryński. Przyrządy do ustalenia kończyn przy złamaniach i ranach stawowych	117
197. Lachowicz. O wynikach leczenia operacyjnego gru- żlicy stawów	117
198. Bossowski. Przypadek tętniaka art. carot. intern.	118
199. Bossowski. Dwa przypadki ileo-colostomii	118
200. Kosiński. Podskórne rozdarcie nerki. Wycięcie tejże	119
201. Radziszewski. Czyrak i węglik	120
202. Dzierżawski. O t. zw. periostitis albuminosa	120

B) Sprawozdawca B. Sawicki.

203. Barącz. Tracheocele mediana	121
204. Gabszewicz. Przypadek trepanacji jamy czołowej.	122
205. Gabszewicz. Przyp. gastrostomii przy zwężeniu prze- łyku rakowem	122
206. Jasiński. Leczenie gruźlicy kości płynem Koch'a.	123
207. Jasiński. Pierwsze wyniki leczenia gruźlicy kostnej metodą Koch'a	123
208. Sawicki. Obecny stan wiedzy o przepuklinie przedo- trzewnowej etc.	123
209. Leszczyński. Rzadki przypadek wgłobienia jelit operowany podług nowej metody	124
210. Rydygier. Przyczynę do rzadszych chorób języka	124
211. Obaliński. Nowa metoda resekcji stępu	124
212. Gabryszewski. Przyp. cierpienia neuropatyczne- go stawu kolanowego.	125
213. Sawicki. Przyczynę do nauki o plastyce warg	125
214. Bohosiewicz. Trzy przypadki guza wrodzonego w okolicy krzyżowej	125
215. Jonszer. Kłęb włosów wydobyty z kieszki odchodowej.	125
216. Kraszewski. Nowy sączonek metalowy przy torako- tomii.	125
217. Leszczyński. Przyp. zranienia pęcherza moczowego przy herniotomii	126
218. Leszczyński. Kilka spostrzeżeń nad plantacją zębów	126
219. Matlakowski. Kilka myśli w przedmiocie chirur- gii dróg żółciowych	126
220. Obaliński. O surowicznych torbielach zaotrzewno- wych etc.	127
221. Oderfeld. Nowe uciskadło kiszkowe	127
222. Barącz. Uciskadło kiszkowe H. Oderfelda, a uci- skadło G. H. Makins'a	127

223. O d e r f e l d. O niedrożności jelit wskutek obecności w jamie brzusznej t. zw. divert. Meckeli 127
224. S a w i c k i. O nadwichnieniach ku przodowi główki kości promieniowej u dzieci. 128
225. S z u m a n. Kilka słów o użyciu lyzolu w chirurgii operacyjnej 128
226. W r ó b l e w s k i J. W kwestyi sztucznych przepuklin. 129
227. S e e m a n. Płyn K o c h' a w chorobach chirurgicznych. 129
228. Ł e p k o w s k i. O leczeniu miejscowej gruźlicy jodoformem i balsamem peruwiańskim 129
229. S a w i c k i. O krwistych torbielach szyi 130
230. R y d y g i e r. Przypadek promienicy u człowieka . . . 130
231. W e h r. Przypadek promienicy brzusznej 130

XII. Okulistyka.

Sprawozdawca B. G e p n e r.

232. M u t e r m i l c h. Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy 130
233. R u m s z e w i c z. Przyczynek do onkologii spojówki . 132
234. S r o c z y ń s k i. O leczeniu jaglicy. 133
235. W i c h e r k i e w i c z. Krótki pogląd na operacyjne leczenie jaglicy, ze szczególnem uwzględnieniem własnego postępowania 133
236. W i c h e r k i e w i c z. Słów kilka o lekowym leczeniu jaglicy 134
237. W i c h e r k i e w i c z. O znaczeniu antypiryny jako środka leczniczego w okulistyce 134
238. Z i e m i ń s k i. Antyseptyka w oftalmologii. Trójęchlorek jodu jako środek przeciwnalny. 135
239. R u m s z e w i c z. O szklistem i skrobiowatym zwyrodnieniu spojówki 135
240. M a c h e k. O gruźlicy tęczówki 136
241. R u m s z e w i c z. O nieprawidłowych szparach tęczówki. 137
242. T a l k o. Przypadek rozdziwienia n. wzrokowego wraz z czerniakiem wyrostka rzęskowego. 137
243. G e p n e r. Przyczynek do patologii torebki soczewki i błony Descemet'a 137
244. S r o c z y ń s k i. Kilka uwag o prowadzeniu cięcia pławowego etc. 138
245. W i c h e r k i e w i c z. O niezwyklej przypadłości po prawidłowem wydobyciu zaomy starczej 138
246. R u m s z e w i c z. Jeszcze o t. zw. rzęsowo-siatkówkowych naczyniach 138
247. R u m s z e w i c z. O wrzekomych glejakach siatkówki. 139
248. S z u l i s ł a w s k i. Przypadek kilkakrotnie powracającego urazowego odcepienia siatkówki 139

249. Ziemiński. Objawy oftalmoskop. przy gruźl. cierpieniach opon mózgowych 139
250. Kramsztyk Z. Z kazuistyki okulistycznej. 140

XIII. Gynekologija.

Sprawozdawca J. Rogowicz.

251. Święcicki. O wtórny moczocięku wskutek owrzodzeń cewki moczowej u kobiety 141
252. Boryssowicz. Siodełkowate odjęcie części pochwowej macicy 141
253. Święcicki. O operacjach celem usunięcia tyłozgięć macicy 142
254. Mars. Przypadek tętniaka tętnicy macicznej. 143
255. Bąkowski. Wielki ropień macicy z przebiegiem się do jamy tejże 144
256. Matlakowski i Przewoski. Przyczynę do lepszego poznania t. zw. torbielomięsaków macicy. 144
257. Harajewicz. Gimnastyczne leczenie chorób niewieściich według met. Thure-Brandt'a 146
258. Targoński. Metoda Thure-Brandt'a przy leczeniu zastarzałych zapaleń macicy 146
259. Wygodzki. Przyczynę do leczenia włókniaków i mięśniaków macicy 147
260. Jerzykowski. O leczniczej wartości ichtyolu. 148
261. Strojnowski. O wpływie cukrzycy na części płciowe kobiety 149
262. Panecki. Kilka słów o stosunku tyłozgięcia do nerwicy żołądka 149
263. Starkman. Coitus reservatus 150

XIV. Akuszeryja.

Sprawozdawca J. Rogowicz.

264. Święcicki. Gdzie powstaje szmer pępowinowy? 150
265. Arnstein. Przypadek daleko posuniętego poronienia etc. 151
266. Święcicki. W jaki sposób dopomaga sobie nieraz organizm przy poprzecznych lub skośnych położeniach 151
267. Braun. O operacjach położniczych. 152
268. Cereha. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu z powodu wodogłowia płodu 152
269. Thiem. Cięcie cesarskie z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka 153
270. Rosenthal. Cięcie cesarskie metodą Saenger'a 153
271. Święcicki. Cięcie cesarskie z powodu eklampsji przy końcu ciąży 154

272. Braun.	O rozmięczeniu kości (osteomalacia) u rodzących etc.	154
273. Święcicki.	O zbutwiałych płodach i ich wpływie na przebieg porodu	155
274. Mars.	Powikłanie położu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do jamy Douglass'a.	156
275. Święcicki.	Przyczynek do leczenia zakażeń położowych	157
276. Święcicki.	Kilka słów o leczeniu gorączki położowej	157
277. Drzewiecki.	O wpływie wrażeń na ukształtowanie się płodu etc.	158

XV. Choroby weneryczne.

(Syfilidologija).

278. Biegański.	Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci	158
279. Kopytowski.	W kwestyi wycinania pierwotnego objawu przymiotu	159
280. Kopytowski.	Przyczynek do kazuistyki zewnątrz-płciowego zarażenia przymiotem	160
281. Wychow ski.	Niezwykły przebieg pierwszego okresu przymiotu	160
282. Elsenberg.	Zapobieganie szerzenia się syfilisu	160
283. Wątraszewski.	O wartości metod zapobiegawczych w leczeniu przymiotu	161
284. Finger.	Rzut oka na obecny stan nauki o rzeżączce męzkich narz. płciowych etc.	161
285. Borzęcki.	O leczeniu rzeżączki u kobiet	163

XVI. Dermatologija.

Sprawozdawca Wł. Janowski.

286. Halpern.	Przyczynek do sprawy powstawania barwnika w naskórku człowieka.	164
287. Świątkiewicz.	Leczenie wilka skóry limfą Koch'a.	166
288. Elsenberg.	Leczenie wilka metodą Koch'a.	166
289. Wicherkiewicz.	Skuteczny środek przeciw wypryskowi jodoformowemu	168

XVII. Medycyna sądowa

Sprawozdawca Wł. Świątecki.

290. Blumenstock.	Śmierć ze zduszenia. Morderstwo czy samobójstwo	168
-------------------	---	-----

291. Blumenstock.	Śmierć z uduszenia.	169
292. Blumenstock.	Morderstwo, samobójstwo czy przy- padek	171
293. Kadyi.	Wątpliwości w orzeczeniach sądowo-lekar- skich.	172
294. Schaitter.	Otrucie główkami zapalek etc.	172
295. Schaitter.	Wątpliwe połamanie żeber u dziecka	173
296. Schaitter.	Śmierć z porażenia serca czy z innej przyczyny	174
297. Schaitter.	Leczenie przez konofałę-chirurga	175

XVIII. Hygijena, Epidemijologija, Statystyka i Szpitalnictwo.— Sprawozdania.

A) Sprawozdawca J. Bączkiewicz.

298. L. Nencki i J. Zawadzki.	Przyrząd do do- mowego wyjąławiania mleka	176
299. Karpiński.	Mikroskopowe badanie wody	177
300. Seifman.	Wpływ perlicy bydlę rogatego na wywią- zanie się gruźlicy u ludzi etc.	177
301. Króweżyński.	W sprawie uregulowania prosty- tucyi.	178
302. Stella Sawicki.	Potrzeba kontroli sanitarnej nad zakładami naukowemi.	179
303. Drecki.	Dane o ospie i jej szczepieniu w powiecie Kaliskim etc.	180
304. Beck.	Sprawozdanie z VI zjazdu lekarzy i przyrodni- ków polskich etc.	180
305. Giedroyć.	Wykaz statystyczno-lekarski, dotyczący chorych, leczonych w Szpitalu Ś-go Łazarza etc.	180
306. Łuszczkiewicz.	Sprawozd. z czynności lekar- skich w szpit. powsz. im. Gizelli w Sokalu etc.	181
307. Dobrzycki.	Sławuta. Zakład kumysowy oraz sta- cyja klimat.-leśna etc.	181
308. Majkowski.	Sprawozd. lek. o chorych, leczonych w zakładzie kąpiel. i w szpitalu w Busku etc.	182
309. Dymnicki.	Krótki wyciąg z XXXIII sprawozda- nia etc.	183
310. Grünbaum i Centnerszwer.	Kilka słów sprawozd. o ruchu chorych w lecznicy chirurgicznej.	183
311. Chłapowski.	Słowo o homeopatyi etc.	183
312. Drzewiecki.	Z powodu słówka o homeopatyi etc.	183
313. T.	Stosunki sanitarne w Rossyi	183
314. Jabłonowski.	Przyczynek do epidemiologii Wschodu.	184

B) Sprawozdawca W. Szumlański.

315. Polak.	Stan sanitarny miasta Warszawy 1890 r.	184
-------------	--	-----

316. Szpilman.	Próby oczyszczania wód z crenothrix i cladothrix etc.	185
317. Merunowicz.	Pogląd na postępy w sprawach zdrowia w Galicyi etc.	185
318. L. Nencki i J. Zawadzki.	Wyjaławianie mleka i sztuczne karmienie niemowląt.	185
319. Górecki.	Opis łaźniok dla robotników i oficjalistów przy kopalni węgla „Kazimierz“.	186
320. Polański.	Ankieta sanitarna w sprawie mieszkań warszawskich.	186
321. Troicki.	O stanie sanitarnym m. Warszawy.	186
322. Danielewicz.	Warszawska śmiertelność w r. 1890 według przyczyn śmierci.	187

XIX. Historyja medycyny i życiorysy.

Sprawozdawca H. Dobrzycki.

323. Minkiewicz.	Literatura medyczna gruzińska, Karabaddin vel Karabaddim Dzanosa.	187
324. Wicherkievicz.	Prof. Wiktor Feliks Szokalski	188
325. Red. Przegl. Lekarskiego.	Dr. Wiktor Feliks Szokalski	188
326. Kramsztyk Z.	Ś. p. Wiktor Szokalski	188
327. Fritzsche.	Ś. p. Wiktor Szokalski.	188
328. Red. Kron. Lek.	Pamięci prof. Szokalskiego	188
329. Red. Zdrowia.	Ś. p. Wiktor Feliks Szokalski	188
330. Wrześniowski.	Izydor Kopernicki, wspomnienie pośmiertelne	188

XX. Nowe książki.

SPIS IMIENNY AUTORÓW,

których prace streszczono w Sprawozdaniu z piśmien-
nictwa lekarskiego polskiego za rok 1891

Adamkiewicz str. 17, 74, 91, 92. Chrzaszczewski str. 66.

93.

Ciagliński A str. 1, 25.

Arnstein F. str. 98, 100, 151.

Ciagliński K. str. 67.

Arnsztein str. 36.

Czajkowski str. 67.

Czepurkowski str. 12.

Baranowski str. 73.

Danielewicz str. 187.

Barącz str. 70, 111, 121, 127.

Dąbrowski str. 12, 74, 76.

Bąkowski str. 37, 144.

Dmochowski str. 41, 105.

Beck str. 3, 180.

Dobrzycki str. 181.

Bednarski str. 111.

Dogiel str. 3.

Biegański str. 39, 77, 95, 158.

Drecki str. 180.

Biernacki str. 2, 17, 18, 40, 80.

Drobnik str. 116.

Blumenst. ck str. 168, 169, 171.

Dzierżawski str. 120.

Bohosiewicz str. 125.

Drzewiecki str. 158, 183.

Bojasiński str. 72.

Dunin str. 12, 27, 74.

Bossowski str. 118, 118.

Dymnicki str. 183.

Boryssowicz str. 141.

Elsenberg str. 160.

Borzęcki str. 163.

Fedecki str. 27.

Brodowski str. 12.

Feigel str. 13, 27.

Bronowski str. 56, 79, 84.

Finger str. 38, 161.

Bruner str. 33.

Flaum str. 4, 11, 28.

Braun str. 152, 154.

Fritsche str. 188.

Bujwid str. 24, 25, 60.

Buzdygan str. 41, 49, 51, 82, 83.

Cercha str. 152.

Gabszewicz str. 122, 122.

Centnerszwer str. 183.

Gabryszewski str. 125.

Chelchowski str. 19, 36, 52.

Gajkiewicz str. 86, 87, 87.

Chelmoński str. 56.

Gepner str. 137.

Chłapowski str. 66, 95, 183.

Giedroyć str. 180.

- Gluziński str. 41, 51, 82, 83. **L**achowicz str. 63, 117.
 Godlewski str. 96. Leśnik str. 30.
 Goldflam str. 86, 91, 93, 94, 94. Leszczyński str. 124, 126, 126.
 Górecki str. 186. Lubliner str. 57, 105.
 Grabowski str. 59.
 Grünbaum str. 183. **Ł**epkowski str. 129.
 Halpern str. 164. Łuszczkiewicz str. 181.
 Harajewicz str. 146.
 Heilpern str. 28.
 Hempel str. 23.
 Heryng str. 13, 91, 107.
 Hewelke str. 63, 71.
 Higier str. 88.
 Hoyer str. 19.

Idziński str. 114.

Jabłonowski str. 184.
 Jakubowski str. 104.
 Janowski str. 13.
 Jasiński str. 89, 123, 123.
 Jaworski str. 69.
 Jaworowski str. 11.
 Jerzykowski str. 148.
 Jonszer str. 125.
 Józefowicz str. 68.

Kadyi str. 172.
 Karliński str. 28, 29.
 Karpiński str. 177.
 Kijewski str. 59.
 Klejn str. 57.
 Koehler str. 106.
 Kopff str. 4.
 Korczyński str. 74, 74, 75.
 Kohn str. 90.
 Koral str. 99.
 Kopytowski str. 159, 160.
 Kosiński str. 119.
 Kramsztyk J. str. 97.
 Kramsztyk Z. str. 140, 188.
 Kraus str. 110.
 Kraszewski str. 105, 125.
 Krówczyński str. 178.
 Kryński str. 30.
 Krysiewicz str. 115. **M**achek str. 136.
 Macfadyen str. 5.
 Majkowski str. 182.
 Mars str. 143, 156.
 Matlakowski str. 116, 126, 144.
 Merunowicz str. 185.
 Minkiewicz str. 187.
 Mintz str. 42, 84.
 Mizerski str. 43.
 Monsiorski str. 15.
 Mutermilch str. 130.

Nencki L. str. 30, 43, 176, 185.
 Nencki M. str. 5, 9, 9.
 Noniewicz str. 30.
 Nussbaum str. 20.

Obański str. 111, 124, 127.
 Obrzut str. 15, 21.
 Oderfeld str. 127, 127.
 Opieński str. 31.

Pacanowski str. 83.
 Panecki str. 149.
 Pański str. 15.
 Pawiński str. 91.
 Piotrowski str. 32, 44.
 Pisarzewski str. 64.
 Pohorecki str. 72.
 Polikier str. 35.
 Pomorski str. 101.
 Polak str. 184, 186.
 Przewoski str. 144.
 Przedborski str. 58.
 Pruszyński str. 10, 23, 52.
 Puławski str. 47.
 Puterman str. 105.

Rabek str. 16.

- Rejchmann str. 85.
 Rembieliński str. 90.
 Rodziszewski str. 120.
 Rosenthal str. 153.
 Rosner str. 23.
 Rybicki str. 60.
 Rychliński str. 16.
 Rydygier str. 108, 113, 124, 130.
 Rumszewicz str. 132, 135, 137,
 138, 139.
 Salutryński str. 117.
 Sawicki str. 123, 125, 128, 130.
 Scheller str. 34.
 Schram str. 110.
 Seemann str. 129.
 Seifman str. 177.
 Serkowski str. 64.
 Sędziak str. 108.
 Sieberowa str. 5.
 Sierpiński str. 62, 63.
 Sokołowski str. 69, 103, 105,
 105.
 Srebrny str. 32.
 Sroczyński str. 133, 136.
 Stockman str. 53.
 Stępniewski str. 31.
 Strojnowski str. 76, 149.
 Starkman str. 150.
 Stella Sawicki str. 179.
 151, 155, 157, 157.
 Surzycki str. 48.
 Sznabl str. 34, 35.
 Szpanbok str. 24.
 Szaitter str. 172, 173, 174, 175.
 Szpilman str. 185.
 Szulislowski str. 139.
 Szuman str. 115, 128.
 Szwajcer str. 58.
 Szymkiewicz str. 111.
 Świątkiewicz str. 166.
 Świdorski str. 84.
 Święcicki str. 2, 141, 142, 150,
 151, 155, 157, 157.
 T. str. 183.
 Talko str. 115, 137.
 Targoński str. 146.
 Thieme str. 153.
 Troicki str. 186.
 Trzebicki str. 37.
 Wachholz str. 39, 109.
 Walentowicz str. 31.
 Watraszewski str. 161.
 Wehr str. 130.
 Widman str. 64.
 Wizel str. 89.
 Wicherkiewicz str. 133, 134, 134,
 138, 168, 187.
 Wołkiewicz str. 1.
 Wojtaszek str. 32.
 Wróblewski str. 102, 104.
 Wróblewski J. str. 129.
 Wrześniowski str. 188.
 Wychowski str. 160.
 Wygodzki str. 147.
 Wyszomirski str. 62.
 Zawadzki J. str. 9, 10, 30, 62,
 176, 185.
 Zawadzki Wł. str. 54.
 Zawisza str. 81.
 Ziembicki str. 114.
 Ziemiński str. 135, 139.
 Żuławski str. 95.



463 John. carne M



Biblioteka Akad. Med. Gdańsk

1096

Infarmacja

Bibliotek