ed. Gdańsk

II. 1096

PRZEGLĄD
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
POLSKIEGO

za rok 1896,

wydany staraniem Tow. Lek. Warszawskiego

pod redakcyą M. Jakowskiego.

Ordyn. Szp. Dzieciątka Jezus.

opracowany przez

W. Brunera, K. Chełchowskiego, A. Ciechomskiego, H. Dobrzyckiego, K. Dobrskiego, W. Dąbrowskiego, J. Grabowskiego, B. R. Gepnera (syna), M. Jakowskiego, St. Kamieńskiego, W. Kopytowskiego, T. Korzona, L. Kozickiego, J. Landsteina, J. Pruszyńskiego, A. Puławskiego, R. Radziwiłłowicza, B. Sawickiego, W. Szteynera, W. Szumlańskiego, W. Świąteckiego, J. Świeżyńskiego, S. Zaborowskiego, E. W. Zielińskiego, i M. Zweigbauma.

ROK XX.

(Odbitka z Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom XCIII. Zesz. II).

E. B.

WARSZAWA.
Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

1897.

II 1096.

Дозволено Цензурою
Варшава 12 Августа 1897 г.



1950. k. 213/4/n. XX.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO.

za rok 1896.

I. ANATOMIA, HISTOLOGIA i EMBRYOLOGIA.

Sprawozdawca

E. W. Zieliński.

Eismond J. Niektóre uwagi nad znaczeniem mostków międzykomórkowych. Wszechświat T. XV Nr 20, str. 319.

Dokładniejsze zbadanie struktury mostków międzykomórkowych, jakoteż rozpatrzenie samego procesu dzielenia komórki, w związku z powstawaniem ciałek międzykomórkowych (Zwischenkörper), doprowadza autora do wniosku, że domniemana ścisła łączność między komórkami nabłonka nie istnieje; daje się zaś w tych razach zauważyć tylko kontakt komórek za pomocą cieńszych lub grubszych wypustek. Spotykanym zaś łącznikom w postaci delikatnych i niekiedy rozgałęziających się niteczek, niemożna innego przypisywać znaczenia, jak tylko mechaniczne; są to istotne wiązadła międzykomórkowe łącznotkankowe.

Eismond J. Przyczynek do poznania karyokinezy. Wszechświat T. XV, Nr 2, str. 31.

Po szczegółowem rozpatrzeniu chromozom jąder w komórkach blastodermicznych jaj Aksolotla, E. przekonał się, że obserwowany w wielu razach obraz rozszczepionej wzdłuż chromozomy częstokroć jest tylko iluzyą optyczną, mającą wytłómaczenie w tem, że chromozomy bywają uformowane na podobieństwo rurek, których intezywnie zabarwione ścianki, widziane w optycznem przecięciu sprawiać mogą wrażenie podwójnych linij. Budowa jednak rurkowata chromozom nie jest zupełną; nie posiadają one bowiem wewnątrz kanału, lecz zawarta w nich masa przedstawia piankowatą strukturę z większemi i mniejszemi wodniczkami, co też naturalnie może wpływać na taki lub inny obraz mikroskopowy chromozom.

Faytt T. O stosunkach topograficznych moczowodów do pęcherza i macicy. Pam. T. L. W. Tom XCI, str. 111 i 434. Tablic V.

Praca powyższa co do treści składa się z trzech części:

W pierwszej autor zaznajamia nas szczegółowo z materyałem literackim co do odnośnej kwestyi, a więc przytacza to, co napisali Freund i Joseph, Luschka, Sappey, Holl, Henle, Halle, Tourneur, Perez, Gueterbock, Hasse, Waldeyer i Pantaloni.

W części drugiej podaje własny opis anatomo-topograficzny moczowodów, od ich wyjścia począwszy aż do wniknięcia w pęcherz, uwzględniając w opisie tym stosunek moczowodów do naczyń, kręgosłupa, kiszki grubej, macicy i jajowodów. Przytem rozpatrzenie się w tych to właśnie stosunkach wzajemnych pozwala autorowi wyprowadzić kilka następujących wniosków: 1) Największa odległość lewego moczowodu od boku szyi macicznej waha się pomiędzy 1,5 — 2 ctm., a najmniejsza 6—8 milm., największa zaś odległość prawego moczowodu od szyi macicznej waha się pomiędzy 2 — 3 ctm. 2) Odległość ta zwiększa się ku górze, tak że na wysokości przesmyku (*isthmus*) waha się pomiędzy 2—2,5 (dla lewego), 2 — 3 ctm. (dla prawego). 3) Przy wyłuszczeniu macicy przez pochwę bezpieczniej prowadzić cięcie poprzeczne, niewiększe nad 4 do 5 ctm. bliżej szyi przy położeniu macicy normalnem; przy opuszczeniu zaś należy rozpoczynać cięcie od sklepienia bocznego pochwy. 4) Stosunki topograficzne moczowodu do macicy są o tyle bliższe, o ile macica jest więcej opuszczoną i pochyloną do boku. 5) Lewy moczowód biegnie zawsze bliżej macicy, niż prawy. 6) Zranienie moczowodu podczas cięcia więzu szerokiego jest mniej niebezpieczne, niż podczas cięcia sklepienia pochwy. 7) Nakładając podwiązki na więz szeroki, idąc przez boczne sklepienie pochwy na 1 lub 2 ctm. od boku szyi, chwyta się w ligaturę lewy moczowód częściej, niż prawy. 8) Odłączać moczowody na tępo można, dla pozyskania większej odległości moczowodu od macicy, lecz tylko w pewnych granicach. 9) Moczowód odsuwa się palcem, lecz tylko do przedniego listka więzu szerokiego; część moczowodu przebiegająca w splocie żylnym okołomacicznym odłuszcza się bardzo ciężko; jestto „*punctum fixum*“ moczowodu i odpowiada wysokości przejścia szyi macicznej w jej ciało 10) Jeżeli się uda odłuszczyć moczowód na tępo od splotu żylnego i więzu szerokiego, to przy b. dużym poprzecznym wymiarze miednicy (13 do 13,5 ctm.) zyskujemy przestrzeń pomiędzy moczowodami względnie niedużą. (Odległość pierwotna (6 — 6,5 ctm.) wzrasta do 7 ctm.). 11) Przy ściąganiu macicy do boku miednicy moczowody względnie poruszają się niewiele z miejsca, trzyma je dolna część (podstawa) więzu szerokiego, jest-to również „*punctum fixum*“ moczowodu. 12) Odłuszczenie moczowodu na tępo od splotu żylnego okołomacicznego należy robić ostrożnie, trzeba się trzymać bliżej macicy, przerwanie bowiem splotu żylnego i tętnicy macicznej tuż przy ścianie moczowodu

może zmusić nas, dla powstrzymania krwotoku, do wciągnięcia w podwiązkę jednocześnie i moczowodu.

Część trzecią i ostatnią pracy stanowią protokóły sekcyjne dwudziestu sześciu trupów kobiecych; uwzględniające wyłącznie stosunek moczowodów do narządów sąsiadujących. Pięć tablic chromolitografowanych, demonstrujących te stosunki, uzupełniają pracę.

Flatau E. Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien — wydał Dr. Edward Flatau, przedmowę napisał prof. Dr. E. Mendel, Berlin 1895. 4-o kart nieliczbowanych 5, str. 26. Tab. (photogravure) VIII. Nakładem S. Kargera,

Na tablicy pierwszej szematycznie przedstawiono przebieg włókien nerwowych w mózgu i rdzeniu na podstawie najnowszych wiadomości w tej dziedzinie neuropatologii. Na następnych tablicach mamy znakomicie wykonane zdjęcia fotograficzne mózgu zarówno powierzchni jego, jak też i przecięć poprzecznych i podłużnych. Jasno napisany tekst objaśniający uzupełnia atlas.

Flaum M. Ciało człowieka. Wykład poglądowy anatomii człowieka z tekstem objaśniającym D-ra M. Flauma i 10 drzeworytami. Warszawa 1896. Nakładem księgarni Teodora Paprockiego i S-ki str. 16. 8-o.

Dziełko to z tablicami, przypominającemi warstwowym swym układem atlasy francuskie Witkowskiego, przeznaczone zostało tylko dla szerokich kół publiczności, chcącej zaznajomić się w ogólnych zarysach z budową organizmu ludzkiego.

Hoyer H. Poglądy naukowe na czynniki, kierujące kształtowaniem się ustrojów. Wszechświat T. XV. Nr 17, 18 i 19, str. 256, 278, 295.

Praca powyższa jest streszczeniem i krytycznem zestawieniem zapatrywań na sprawy formacyjne w tworach żyjących — Darwin'a, Haeckl'a, Naegele'go, a szczególniej Weissmann'a oraz zwolenników i przeciwników tego ostatniego badacza. Nadzwyczaj ciekawy przegląd ten wykazuje, że większość biologów w usiłowaniach wyjaśnienia zasadniczych spraw życiowych staje na gruncie dotychczasowych poglądów mechanicznych; zjawiają się jednak coraz częściej głosy, domagające się przynajmniej częściowego powrotu biologii do porzuconych od połowy wieku poglądów witalistycznych; konieczność takiego zwrotu uzasadniają twierdzeniem, że pogląd mechaniczny żadną miarą nie może wyjaśnić ani zjawisk psychicznych, ani spraw formacyjnych, ani pobudzalności żywej substancyi organicznej, ani też celowości, która tak fundamentalne ma znaczenie, w świecie organizowanym.

Kadyj M. O zastosowaniu parafiny do sporządzania trwałych preparatów anatomicznych. Pamięt. VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Lwów 1895, str. 80.

Przekroje, otrzymane przez przecięcie części ciała w stanie zamrożonym, K. odwadnia w wyskoku, potem przenosi je do benzyny, a następnie do roztopionej parafiny (w termostacie przy 50 — 60° C). Tak nasycone parafiną preparaty zatrzymują wygląd, kształt i objętość, jaką miały po stwardnieniu w wyskoku i nie zmieniają się już w ciągu czasu, a nawet tak stają się twardymi, że wszystkie tkanki razem z kośćmi można przecinać piłką i otrzymywać równe i gładkie powierzchnie przekroju. Do takiegoż nasycenia również dobrze nadają się i celloidynowe preparaty korrozyjne. Po dokonanej korrozyi preparat opłukany w wodzie, wkłada się do wyskoku, stąd do benzyny, a w końcu do parafiny. Preparaty tą drogą otrzymane też zachowują pierwotną objętość i kształt, nie zsychają się, a nadto odznaczają się jaskrawemi barwami.

Kadyj M. „Os trigonum tarsi" u konia. Pam. VII Zjazdu lek. i przyr. pol. Lwów 1895, str. 92.

K. sądzi, że dodatkową kostkę, znajdywaną u konia między guzem kości skokowej a *sustentaculum tali*, należy uważać jako odpowiadającą kostce dodatkowej stępu, zdarzającej się u człowieka, a przez Bardeleben'a oznaczonej nazwą „*os trigonum*", chociaż u człowieka kostka ta leży po stronie lateralnej rowka, w którym przebiega ścięgno *m. flexoris hallucis longi*, podczas gdy u konia kostka nadliczbowa leży po medialnej stronie tegoż rowka.

Kadyj M. O grzebieniu biodrowym u zwierząt domowych. Pam. VII. Zjazdu lek. i przyr. pol. Lwów 1894, str. 94.

Różnica między końską i innych zwierząt domowych a ludzką kością biodrową zasadza się na tem, że u człowieka część wentralna tej kości, a więc i grzebień biodrowy (*crista ossis ilei*) jest znakomicie rozrośnięta, natomiast część dorsalna obejmuje tylko *tuberositas ossis ilei et spina posterior inferior*, — u konia odwrotnie: dorsalna część jest rozwinięta potężnie, a wentralna tak słabo, że stanowi ledwie cokolwiek więcej niż połowę płaskiej części kości biodrowej i posiada tylko krótki grzebień biodrowy. Ten brzeg kości biodrowej u zwierząt domowych, który dotąd przyjmowanym był za homologiczny do grzebienia kości biodrowej u człowieka, t. j. brzeg przedni jest homologiczny tylko z *incisura iliaca posterior* u człowieka, a górny przedni kąt kości biodrowej końskiej odpowiada *spina ossis ilei posterior inferior* człowieka.

Kostanecki K. Badania nad zapłodnionemi jajkami jeżowców (z tabl. I). Rozpr. Akad. Umiejętn. wydz. Mat. przyrod. Ser. II. Tom XII. Ogólnego zbioru tom 32. Kraków 1896, str. 1.

Zaznajomiwszy czytelnika z kwestyami spornemi i streściwszy metody badania, autor kolejno podaje drobiazgowy opis: wnikania i skręcania się plemnika w jajku, powstawania w tem ostatniem po zapłodnieniu promieni protoplazmatycznych, aż do stadyum dwubieguno-

wego, wreszcie redukcyi chromozom i archoplazmy. Na zasadzie badań samodzielnych nad zapłodnionemi jajkami jeżowców, oraz na podstawie krytycznej oceny materyału naukowego odnośnie do kwestyi zapłodnienia, K. przypuszcza, że podczas zapłodnienia uzupełniają się dwie pod względem protoplazmy pod odrębnym względem wyosobnione komórki płciowe dla wytworzenia komórki żywotnej. Zdaniem K-go, w protoplazmie samej szukać należy pierwotnych zmian i następnie uzupełnienia podczas zapłodnienia, a nie, jak chce Boveri, we władzy centrozomu nad protoplazmą. Wyosobnienie protoplazmatycznych części komórek płciowych tem najbardziej uderza, że w jajku gromadzi się jaknajwiększa ilość materyałów odżywczych dla mającego powstać zarodka, gdy natomiast plemniki dla większej ruchliwości pozbywają się wszelkich jako-kolwiek zbytecznych, a zachowują jedynie konieczne, zasadnicze części. Otóż w tem nagromadzeniu tak niezmiernie wielkich ilości materyałów odżywczych tkwi powód, dla którego jajko zatraciło właśnie możność samodzielnego podziału. Archoplazma, przeładowana produktami deutoplazmatycznymi niezdolna jest do przeprowadzenia sprawy wymagającej tak żywego i energicznego z jej strony udziału, jakim jest podział komórki. Jajko niedojrzałe zdolność tę posiadało, bo zdolne było przez dwukrotny, szybko po sobie następujący podział karyokinetyczny wydzielić ze siebie dwa ciałka kierunkowe, które mogą być uważane za jajka szczątkowe, powstałe przez podział komórki macierzystej. Przy podziale tym jedna tylko komórka tworzy dojrzałe jajko, zabierając dla siebie całą nagromadzoną deutoplazmę kosztem innych. Analogiczny podział widzi się na komórce macierzystej plemników; i z niej przy podziale powstają 4 plemniki, tylko że powstające komórki wszystkie są sobie równe; podział ten zarówno jajek jak plemników dla tego tak stale powtarza się zarówno u zwierząt, jak i u roślin, że z procesem tym złączony jest i proces redukcyi chromozom. Lecz przy procesie redukcyi chromozom, przez to że wraz z nimi przeszła i część archoplazmy do komórek nowo-powstałych, ostatecznie w jajka pozostaje archoplazmy mniej, aniżeli w normalnej komórce, w każdym razie za mało w stosunku do olbrzymiej ilości deutoplazmy. W ten sposób jajko przez nagromadzenie w sobie deutoplazmy utraca główną funcyę komórki t. j. zdolność do samodzielnego podziału. Przeciwnie rzecz się ma z plemnikiem. Ten dla większej swobody ruchów pozbywa się wszystkich części, któreby mu przeszkadzać mogły, zachowuje jedynie kurczliwą nitkę i w pasemku łącznem około centrosomu nader zgęszczoną masę archoplazmy. Ta ostatnia, niczem nieobciążona, wnikając do wnętrza jajka, może rozwinąć energiczną czynność, rozpościera się w kształcie promieni, które asymilując protoplazmę jajka wciąż rosną i cały mechanizm zapłodnienia przeprowadzają. Ztąd wynika, że dla pobudzenia jajka do podziału, a więc dla zapłodnienia, jest koniecznem wniknięcie pasemka łącznego plemnika zawierającego skupioną archoplazmę. Czy w jajku i plemniku zawiera się tylko połowa tej ilości archoplazmy, jaka powinna być w nor-

malnej komórce, tego rozstrzygnąć niemożna; że jednak redukcya pewna zachodzić musi, nie ulega wątpliwości wobec dwu szybko po sobie postępujących podziałów komórek macierzystych jajka i plemników. A dopiero podczas zapłodnienia następuje uzupełnienie się komórek płciowych, zarówno co do zespolenia się chromozom, jak i archoplazmy w jedną całość.

Mars A. i Nowak J. O budowie i rozwoju łożyska ludzkiego. Pam. VII Zjedn. lek. i przyr. pol. Lwów 1895, str. 274 — 277. Osobno: nakładem Akad. Umiejęt. w Krakowie 1895, str. 49. Tab. III.

Po rozejrzeniu się w blizko 2000 skrawków, otrzymanych przez autorów z łożysk ludzkich w liczbie 13, Mars (zajmujący się badaniem błony doczesnej i treści międzykomórkowej) przyszedł do następujących wniosków: 1) przestrzeń łożyskowa powstaje już w pierwszych dniach rozwoju jaja ludzkiego; 2) w przestrzeni łożyskowej w tym okresie znajdują się kosmki, krew, wydzielina gruczołowa i komórki, które pochodzą częścią z przybłonka błony śluzowej macicy, częścią zaś z powierzchownych warstw zmienionej warstwy doczesnej; 3) komórki te ulegają pewnej przemianie, częścią zlewają się z treścią przestrzeni łożyskowej, częścią zaś wędrują do kosmków; 4) powierzchnia łożyskowa doczesnej, we wczesnych okresach ciąży, jest pokryta warstwą istoty klejkiej, okazującej podobieństwo do skrzepłego włókienka, w której ujęte są resztki zmienionych komórek doczesnej i ciałka białe; istota ta jest kleisto przeobrażoną, powierzchowną warstwą tkaniny doczesnej; 5) w późniejszych okresach ciąży istota ta przybiera wejrzenie tkaniny włóknistej; 6) doczesna, we wczesnych okresach jej rozwoju składa się a) z dużych komórek, t. zw. doczesnowych, b) z małych komórek o dużem jądrze, między poprzedniemi ułożonych i przez nie wciśniętych, tak, że ciało ich tworzy niejako wypustki, c) z skąpej ilości tkanki łącznej międzykomórkowej, d) z niezmienionych ciałek białych i czerwonych krwi; 7) rozmieszczenie powyższych komórek w doczesnej jest tego rodzaju że komórki doczesnowe leżą w jej warstwie powierzchownej t. j. wewnętrznej, ku łożysku zwróconej, podczas gdy reszta mięści się w warstwach głębszych, zewnętrznych, ku ścianie macicy zwróconych; 8) pierwoszcze komórek doczesnowych okazuje rysunek siatkowaty, który zależy od budowy pierwoszcza, nie ma zaś nic wspólnego z ciałkami czerwonemi krwi; 9) we wczesnych okresach ciąży znajduje się w doczesnej wiele gruczołów blizko siebie ułożonych, zawierających drobnoziarnistą, brunatno się barwiącą zawartość, którą napotyka się w przestrzeniach międzykosmkowych; 10) przybłonek gruczołowy częścią jest niezmieniony, częścią znajduje się w rozmaitych okresach przeobrażenia wstecznego; 11) we wczesnych okresach rozwoju łożyska światła gruczołów nie komunikują nigdzie z przestrzenią międzykosmkową; 12) przybłonek gruczołowy nie bierze udziału w wytworzeniu się doczesnej; doczesna powstaje z bujającego utkania błony śluzowej macicy z współudziałem zewnętrznej błonki naczynio-

wej.—W dalszym ciągu Nowak, badający sprawę budowy kosmków i krążenia łożyskowego, streszcza wyniki swych dociekań w następujących słowach: 1) komunikacya naczyń doczesnowych z przestrzenią łożyskową powstaje skutkiem kleisto-włóknikowego przeistoczenia i rozluźnienia powierzchownych warstw doczesnej; 2) szerokie naczynia matczyne leżą tuż pod powierzchnią doczesnej, ściany ich składają się tylko ze śródbłonka, a wielka ich część już wcześnie jest w związku z przestrzenią łożyskową; 3) ujścia tych naczyń matczynych po połączeniu się z przestrzenią łożyskową, bywają parciem krwi i wzrostem macicy rozszerzone, rozciągnięte, i częściowowo wynicowane, przez co ich światło wchodzi w skład przestrzeni łożyskowej; 4) kosmki bujają w otwarte już ujścia naczyń krwionośnych matczynych; 5) śródbłonek wynicowanych ujść naczyniowych pokrywa powierzchnię naczyniową w pobliżu ich wylotu; 6) nierówności doczesnej i wypustki doczesnowe, sterczące do przestrzeni łożyskowej, pochodzą z rozszerzenia i częściowego wynicowania naczyń matczynych; 7) kosmki wychodzące z kosmówki, są podczas całej ciąży pokryte warstwą pierwoszcza, która zawiera szereg jąder, nie okazuje jednak żadnych granic komórkowych; warstwa ta tworzy przybłonkowe pokrycie kosmków; 8) warstwa ta pochodzi z przybłonkowego wyścielenia błony śluzowej macicy, chociaż do jej budowy przyczyniają się i komórki warstwy podprzybłonkowej i ciałka białe krwi matczynej; 9) resztki wyścielenia przybłonkowego błony śluzowej macicy zamieniają się w warstwę podobną do poprzedniej, pokrywającą czas jakiś doczesną i tworzą w przestrzeni łożyskowej rozsiane twory, podobne do komórek olbrzymich; 10) pod warstwą pierwoszcza pokrywającą kosmki, znajdują się w pierwszej połowie ciąży komórki, które należą do utkania kosmka samego i w przybłonkowe jego pokrycie przechodzą; komórki te są pochodzenia płodowego i mają cechę komórek tkankołącznowych; nie są one jednostajnie ułożone pod przybłonkiem kosmkowym, i niema wcale podstawy do uważania ich za drugą warstwę przybłonkową kosmków; 11) w miejscach gdzie komórki te leżą pod warstwą przybłonkową kosmków, widać jądra podwójnie leżące, barwią się one jednak na skrawkach odmiennie; 12) komórki, leżące pod warstwą przybłonkową kosmka, przyczyniają się do wytwarzania wtórorzędnych kosmkowych wypustek; 13) we wczesnych okresach ciąży kosmkówka bez przybłonka przylega bezpośrednio do przybłonka, pokrywającego doczesną; przybłonek ten buja następnie i przechodzi wsteczne przeobrażenia; 14) tym sposobem powstają przestwory między doczesną a kosmkówką, w które wlewa się krew matczyna i tym sposobem powstaje przestrzeń łożyskowa, w którą kosmki sterczą.

Nowak J. Dalsze badania nad budową i rozwojem łożyska ludzkiego. Kraków 1895. Nakładem Akad. Umiejęt., str. 32. Tab. II.

Dalsze badania nad budową łożyska doprowadziły autora do następujących wniosków: 1) w gruczołach doczesnej z biegiem ciąży przy-

błonek z wałeczkowego zamienia się zwolna na kubiczny; w niektórych zaś łuszczy się i czasem rozpada na drobnoziarnistą masę; 2) gruczoły przez cały czas ciąży nie komunikują z przestrzenią łożyskową; wobec tego i kosmki nie wrastają wcale w światło gruczołów; 3) z biegiem ciąży gruczoły doczesnej ulegają rozszerzeniu, tworząc w późniejszych okresach szerokie przerwy w doczesnej, wypełnione stłuszczonym przybłonkiem; 4) gdzieniegdzie zanikają przegrody międzygruczołowe, a do powstałych w ten sposób przerw doczesnej otwierają się niekiedy sąsiednie naczynia; takie duże przestrzenie gruczołowe mogą, ale nader rzadko, komunikować z przestrzenią łożyskową, nie mają jednak tego znaczenia, jakie im nadaje Gottschalk; 5) do gruczołów nieuszkodzonych dostają się niekiedy „*per diapedesin*“ składniki morfologiczne krwi; 6) w późniejszych okresach ciąży leżą gruczoły zazwyczaj w powierzchowniejszych warstwach doczesnej, niż naczynia; bywa jednak i odwrotnie; 7) naczynia doczesnej, zazwyczaj głębiej położone, najobficiej gromadzą się na granicy doczesnej i mięśnia; 8) warstwa gąbczasta jest więc utworzoną tak przez porozszerzane gruczoły, jak i naczynia, a należą do niej i przylegające warstwy mięśnia ze względu na utkanie gąbczaste; 9) pod warstwą gąbczastą leży miejscami warstewka zbitej tkaniny doczesnej, grubiejąca znacznie z biegiem ciąży; 10) przy niedokładnem badaniu łatwo wziąć za gruczoł ze złuszczonym przybłonkiem naczynia zapchane komórkami doczesnowemi, uniesionemi prądem krwi z rozluźnionych powierzchownych warstw doczesnej i naodwrót wziąć za naczynie przekrój gruczołów, w którym przybłonek się spłaszczył, a w świetle leży przypadkiem krew. Co się tyczy stosunku kosmków do doczesnej, autor zaznacza: 1) że kosmki przyklejają się plazmą swego przybłonka do rąbka kleisto-włóknistego doczesnej przy udziale białych ciałek krwi matczynej i resztek „*syncitium*“, przyczepiają się one także do rąbka kleisto-włóknikowego za pomocą swych wypustek przybłonkowych plazmatycznych, które przylgnąwszy do doczesnej na znaczniejszej przestrzeni cieńczeją i naśladują śródbłonek; wreszcie mogą także nagie trzony kosmków zrastać się z doczesną; 2) że bardzo ważny udział w tej sprawie bierze t. zw. warstwa Langhans'a t. j. komórki przybłonkowe kosmków zrastając się szerszą warstwą na powierzchni doczesnej, tworzą drugą jej warstwę płodową; 3) że doczesna zatem w późniejszych okresach ciąży składa się z dwu warstw: głębszej gąbczastej i powierzchownej zbitej, oddzielonych od siebie rąbkiem włóknikowym, gdzieniegdzie jednak znikającym; 4) że na powierzchnię warstwy płodowej doczesnej przechodzący z kosmków przybłonek przebiega po niej na pewnej przestrzeni, a cieńczejąc może naśladować śródbłonek; 5) że wobec tego wszystkiego nie uzasadnionem jest twierdzenie, jakoby kosmki w celu przytwierdzenia łożyska wrastały do gruczołów i naczyń doczesnej.

Krysiński. Kilka uwag nad słownictwem anatomicznem. Przegl. Chir. Zesz. II. T. III.

Patrz dział XXIII—Varia.

Dogiel J. Przyczynki do anatomii i fizyologii moczowodów. Gaz. Lekar., str. 1213.

Patrz dział II—Fizyologia.

II. FIZYOLOGIA i CHEMIA FIZYOLOGICZNA.

Sprawozdawca

E. W. Zieliński.

Baurowicz A. O ośrodkach i nerwach krtaniowych ze względu na fonacyę (wykład habilitacyjny). Przegl. Lek. Nr 29, 30 i 31 str. 397, 411 i 422.

Opierając się na danych, zdobytych przez naukę, B. skłania się do przyjęcia ośrodka korowego dla krtani u człowieka prawdopodobnie poniżej końca *sulcus centralis*, między nim a zatoką Sylwiusza, a poza zwojem Broca. Ośrodek ten przy operacyi nie odgrywa jednak żadnej roli. Właściwego ośrodka dla tej ostatniej czynności dotąd napewno nie znaleziono; umiejscawianie go w obrębie ciałek czworacznych (jak to twierdzi Onodi) nie może być uważanem za nieulegające wątpliwości. Wreszcie ruchy strun głosowych zależą wyłącznie od n. błędnego, bez współudziału n. dodatkowego Villiz'a.

Bączkiewicz J. Przyczynek do nauki o trawiących własnościach chimozyny. Pam. T. L. W. T. XCII, z. IV, str. 1128.

B. zauważył, że jeżeli mleko ścięte podpuszczką zostawić przez czas dłuższy w ciepłem miejscu, to ilość twarogu stopniowo się zmniejsza; zmniejszanie się to daleko prędzej jeszcze występuje w termostacie: tu twaróg po 12 godzinach prawie zupełnie się rozpuszcza, a przetrawiony płyn oddziaływa kwaśno. Kwaśność tę warunkuje kw. mleczny, rozwijający się prawdopodobnie pod wpływem bakteryi. Że jednak rozpuszczanie się twarogu zależy w danym razie od działania lub fermentu, a nie trawienia pepsynowego, mogącego zachodzić wobec kwaśnej reakcyi, B. przekonał się, alkalizując mleko sodą; bowiem i przy odczynie alkalicznym twaróg ulegał rozpuszczeniu. Doświadczenia te uzupełniają dane o działaniu labfermentu, zauważone przez Hammersten'a, Artus'a i Pages'a, a znajdywanie się fermentu tego w żołądku ssawców, każe przypuszczać, że ten ferment ma głębsze znaczenie w fizyologii trawienia mleka.

Beck A. O śnie i jego przyczynach. Kosmos r. XXI-szy, str. 233.

W wykładzie, mianym na walnem zgromadzeniu Towarzystwa przyrodników, B. rozwinął obraz stopniowego zmniejszania się świado-

mości ustawania lub zmodyfikowywania się pewnych funkcyi naszego organizmu, dał następnie porównanie snu nocnego ze snem zimowym zwierząt, streścił co ważniejsze teorye powstawania snu, zdał wreszcie sprawozdanie z badań swych, dokonanych w celu sprawdzenia teoryi autointoksykacyjnej Bouchard'a. Z badań tych okazało się, że wogólności injekcye moczu ludzkiego rannego lub wieczornego do ustroju wywierają wpływ na pobudliwość kory mózgowej: najczęściej przeważa wpływ ujemny t. j. występuje obniżenie się pobudliwości kory mózgowej. Co się wszakże tyczy różnicy w zachowaniu się moczu wieczornego od rannego, to ta wypadła stanowczo na niekorzyść twierdzenia Bouchard'a: mocz ranny stale powodował zmniejszanie się pobudliwości kory mózgowej, gdy wieczorny wywoływał z początku chwilowe podwyższenie jej przed ostatecznem obniżeniem. Również i w pojawianiu się drgawek B. nie mógł zauważyć tej różnicy, jaką podaje Bouchard.

Beck A. i Cybulski N. Dalsze badania zjawisk elektrycznych w korze mózgowej (z tabl. I 17 rysunkami w tekście). Rozpr. Ak. Umiejęt. Wydz. Mat. przyr. Ser. II. T. XII (ogólnego zbiorn tom 32), str. 174—257.

Celem badań tym razem było: 1) zbadać dokładniej samoistne wahania prądu elektrycznego, które obserwować się dają podczas zupełnego spokoju zwierzęcia, a które ustają niekiedy podczas drażnienia niektórych nerwów dośrodkowych, a znikają zupełnie u zwierząt pozostających w głębokiej narkozie; 2) zbadać o ile mają podstawę teoretyczne zarzuty Horsley'a, że prądy obserwowane przez autorów, są rozgałęzieniami prądów, powstających w mięśniach czaszki skutkiem ich uszkodzenia i skurczów dowolnych; 3) oznaczyć dokładnie o ile zmiany elektryczne, towarzyszące podrażnieniom nerwów dośrodkowych, są dokładnie zlokalizowane i na jakich obszarach dają się wykazać; 4) zbadać przebieg tych zmian elektrycznych w czasie oraz ich zależność od stanu zwierzęcia (narkoza i znużenie). Całe szeregi doświadczeń w celach tych dokonane przekonały autorów, że: 1) częstość i rytm samodzielnych wahań koło pierwotnego wychylenia nie zostaje w związku ani z tętnem, ani z oddychaniem; są one w wysokim stopniu nieprawidłowe tak co do czasu trwania, jako też co do wielkości i kierunku; w miarę zwiększania się narkozy lub trwania doświadczenia wahania te stopniowo się zmniejszały, aż do zupełnego zniknięcia; prawdopodobnie więc zależą od stanów czynnych, które powstają w korze mózgowej nieśpiącego zwierzęcia wskutek odbierania przez niego wrażeń, których pewna część dochodzi do kory mózgowej i tu i owdzie budzi szeregi asocyacyjne; 2) że gdyby nawet w otoczeniu czaszki rzeczywiście powstawały pewne źródła siły elektrobodźczej (jak przypuszcza Horsley) wskutek wytwarzających się różnic potencyałów w tkankach, to wyrównywanie się tych różnic odbywałoby się poza korą mózgową, w samych tkankach otaczających, jak to przekonały doświadczenia,

w których użyto stosu Daniela, gdy doświadczenia z termostosem świadczą, że gdyby nawet takie źródła powstały w samej korze mózgowej, nie w miejscach, od których się prąd odprowadza, to i tak elektrodom odprowadzającym mógłby się udzielać prąd tylko w tym przypadku, gdyby te źródła były dość znaczne lub leżały bardzo blizko tych miejsc, od których prąd odprowadzano; tem się tłomaczy też, dlaczego uszkodzenie powierzchni kory mózgowej, które sprawia że miejsce uszkodzone staje się bardzo znacznie elektroujemne, objawia się wysępowaniem ujemności nie tylko w samem miejscu uszkodzenia, ale; trozszerza się na większą powierzchnię kory w otoczeniu tego miejsca 3) że zmiana w stanie elektrycznym danej okolicy kory mózgowej w tych granicach, w których ona występuje pod wpływem podrażnienia słabym prądem indukcyjnym jest zmianą lokalną tak, że nie oddziaływa na części sąsiednie o $1\frac{1}{2}$ ctm. odległe, i zmiany wywołane w korze mózgowej pod wpływem zadrażnienia nerwów dośrodkowych, przynajmniej w pierwszych chwilach, występują ściśle lokalnie zawsze w jednych i tych samych miejscach, czyli że w korze mózgowej istnieje dość dokładna lokalizacya; stanom świadomym towarzyszą materyalne zmiany w korze mózgowej. Fizyologiczne drażnienie zakończeń nerwowych, jeżeli jest dość silne, przytłumiając inne stany wywołuje odpowiedni stan świadomości w postaci czuć lub odpowiedniego wyobrażenia; to się odbywa w pewnem określonem miejscu kory mózgowej przeciwnej półkuli i to miejsce staje się elektroujemnem. 4) W sąsiednich okolicach, jeżeli one były przedtem w stanie czynnym, czynność chwilowo ustaje i dla tego okolice te mogą stać się elektrodostatniemi; w symetrycznem zaś polu tej samej okolicy drugiej półkuli z początku prawie zawsze występuje wahanie dodatnie, które następnie zmienia się w ujemne; jeżeli zaś występuje odrazu ujemne, to w porównaniu z polem odpowiedniem przeciwnej półkuli ujemne wahanie występuje zawsze później, niż w polu odowiedniem; zależnienie od stanu mózgu, od stopnia narkozy drażnienie powierzchni czuciowej może wywołać tylko zahamowanie czynności w korze mózgowej i wtedy ono najsilniejniej występuje w polach odpowiednich po stronie przeciwnej, przyczem zaznaczyć wypada, że zmiany elektryczne nie występują u zwierząt zachloroformowanych lub zbyt silnie zeteryzowanych.

Cybulski N. Fizyologia człowieka.

Wydanie I-e uskutecznione zostało w Warszawie in 8-o (staraniem St. Markiewicza z zapomogi kasy pomocy Dr. J. Mianowskiego) i zawiera str. 906 i XXIV, oraz 222 rycin w tekście. Wyszło w czterech częściach w następującym chronologicznie porządku: Część I-a (krew, limfa, mięśnie, układ nerwowy) w r. 1891 — część II-a (krążenie krwi i limfy, oddychanie i trawienie) w r. 1892; — część III-a (wydaliny, charakter spraw chemicznych, statyka i dynamika ustroju, zmysły (oko) w r. 1893; wreszcie część IV-a (dalszy ciąg zmysłów: ucho, powonienie, smak, czucie. szczegółowa fizyologia układu nerwowego centralnego,

fizyologia rozmnażania się i rozwoju) w r. 1896. W wydaniu drugiem, uskutecznionem przez autora w Krakowie, ukazały się dotąd część I-a i II-a znacznie powiększone, w r. 1895, obejmujące sobą str. VIII. 540 i rycin 136 w tekście.

Książka ta z natury rzeczy, jako podręcznik, nie nadaje się do streszczenia; na tej więc notatce bibliograficznej ograniczyć się musimy wobec wykluczenia ocen w przeglądzie.

Cybulski N. Przyczynek do zmian elektrycznych w mięśniach i nerwach podczas stanu czynnego. Pamiętnik VII Zjazdu lek. i przyr. polskich. Lwów 1895, str. 62.

Teoryi Herman'a, głoszącej że w mięśniu i nerwie, pozostającym w spoczynku, żadnych prądów elektrycznych niema, a prądy te mogą być wywołane albo wskutek uszkodzenia tkanki, albo podczas stanu czynnego,—C. nie uważa za dostatecznie ugruntowaną. Ku temu skłania go fakt, że jeżeli zamiast jednego mięśnia, jak to zwykle w doświadczeniach robiono, weźmiemy obadwa mięśnie łydkowe żaby i połączymy je za pomocą niepolaryzujących elektrod z galwanometrem, to zwykle nie znajdujemy żadnych prądów, jeżeli jednakże podrażnimy jeden z tych mięśni przez nerw, to w tej chwili zjawia się prąd, którego kierunek wskazuje, że mięsień podrażniony jest biegunem dodatnim, mięsień zaś, w spoczynku zostający biegunem ujemnym, co wręcz sprzeciwia się (zdaniem C.) teoryi Herman'a. Przytem, w mięśniu drażnionym zawsze powstaje prąd zstępujący bez względu na to, czy odprowadzamy od górnego, czy od dolnego końca mięśnia, czy od powierzchni podłużnej, czy też nawet od poprzecznego przekroju, co znów zostaje w sprzeczności z teoryą Du-Bois-Reymond'a —Podobnież, badając zachowanie się mięśnia sercowego, C przekonał się, że mięsień ten w stanie czynnym staje się biegunem dodatnim, zamiast być ujemnym, jak tego wymaga teorya Herman'a. Również i prawo, podane przez Bernstein'a i Herman'a, w doświadczeniach C. rzadko się sprawdzało; częściej obserwował on zjawisko odwrotne t. j. elektroda, odprowadzająca prąd z miejsca bliższego od punktu drażnienia, w pierwszej chwili stawała się dodatnią, a tylko następnie ujemną. W końcu C. zaznacza, że i samo wahanie wsteczne występuje tylko przy zachowaniu pewnego warunku, o którym zwykle niema mowy w pracach dotychczasowych, a mianowicie, wtedy kiedy stan czynny nie objawia się maksymalnym skurczem mięśnia.

Cybulski N. Oznaczenie za pomocą mikrokalorymetru ilości ciepła w mięśniach podczas ich skurczu. Pam. VII Zjazdu lek. i przyr. polsk. Lwów 1895, str. 66.

Wobec małych ilości ciepła, które wywiązują się podczas skurczu, szczególniej w mięśniach żaby, nad którymi przeważnie eksperymentowano, zachodziła potrzeba wynalezienia tak czułego kaloryme-tru, któryby te kilka lub kilkanaście mikrokaloryi mógł wykazać z pe-

wną chociażby dokładnością. Potrzebie tej obecnie zadość czyni skonstruowany przez C. nowy przyrząd, zbudowany na wzór przyrządu Rosenthal'a, D'Arsonwal'a i Neesen'a, lecz odeń czulszy; daje bowiem możność oznaczyć ilość ciepła, która się wywiązuje w mięśniu nietylko podczas tężca, trwającego np. 3 sekundy, ale nawet podczas pojedyńczego skurczu. Co się tyczy opisu owego przyrządu i jego stosowania w praktyce odesłać musimy czytelników do oryginału.

Dogiel J. Przyczynki do anatomii i fizyologii moczowodów. Gaz. lek., Nr 45, str. 1213.

Z pracy ucznia swego Protopopowa prof. Dogiel podaje w artykule tym ważniejsze fakty, dające się streścić w następujących słowach. W moczowodzie królika istnieją anastomozy tętnicze między tętnicą pęcherzową i nerkową. W błonie śluzowej moczowodów tętnice tworzą gęstą sieć naczyń włosowatych, pokrytą tylko nabłonkiem. W tej że błonie u królika i żaby można wykazać obecność gęstego splotu włókien nerwowych, rozpadających się pod nabłonkiem na włókienka z widocznemi, częstokroć zgrubieniami wrzecionowatemi. Liczniejsze i większe zwoje nerwowe leżą w pęcherzowym końcu moczowodu.

Przy duszeniu zwierzęcia w ciągu pierwszych 1,5—2 minut skurcze moczowodów stają się częstszymi, poczem następują rzadziej aż do zniesienia wszelkiego ruchu. Przerwa w dostarczaniu krwi tętniczej do nerki (przez zaciskanie tętnicy) i górnej części moczowodu powoduje zmniejszenie częstości skurczów tegoż lub nawet ich zupełne zniesienie; zamknięcie żyły nerkowej po zaciśnięciu tętnicy nie wpływa na częstość skurczów moczowodu. Ostra niedokrwistość moczowodów, wywołana uciskiem na aortę, powoduje ich rzadsze kurczenie się, a nieraz i zupełny brak skurczów; po powrocie do prawidłowego krwiobiegu skurcze stają się częstszymi. Ucisk na żyłę czczą dolną sprowadza zwiększenie ilości skurczów moczowodu, które po przejściu ucisku znowu stają się wybitnie rzadszymi. W czasie przechodzenia płynu (wlewanego w moczowód od strony nerki) moczowód kurczy się częściej. Pomimo zupełnego braku moczu skurcze moczowodu występują wyraźnie choć nieco rzadziej; są więc niezależne od wydzielania się moczu. Drażnienie końca obwodowego nerwu przeciętego (*n. splanchnicus major*) sprowadza zwiększenie częstości skurczów: przytem stają się one energiczniejszymi. Atropina z początku zwiększa częstość skurczów, potem zmniejsza ją stopniowo aż do zupełnego zniesienia ruchów moczowodu. Dyuretyna nie działa w tym kierunku wyraźnie, kofeina w małych dawkach również nie działa, w większych może wywołać zmniejszenie częstości skurczów.

Dogiel J. Nowe badania nad udziałem nerwów w zmianach wielkości źrenicy. Gaz. lek., Nr 39, str. 1045.

Z najnowszych badań prof. D. wynika, że zwężenie źrenicy po jednej stronie podczas drażnienia odcinka głowowego nerwu współczul-

nego po stronie przeciwnej występuje i po usunięciu wpływu światła na oko po tej ostatniej stronie, a więc niezależnem jest od wpływu światła. Zmiany te w źrenicach są zjawiskiem nie tak prostem, jak sądzą Schenk i Fuss. Biorą tu udział nietylko nerw wzrokowy, współczulny i ruchowy, ale i inne nerwy np. błędny i wogóle nerwy czuciowe, tak, iż odczyn tęczówki występuje dzięki rozmaitym stosunkom wszystkich wspomnianych nerwów oraz wpływowi tego ustosunkowania na zakończenia nerwowe w mięśniach tęczówki Zmiany zaś światła naczyń siatkówki i naczyniówki nie odgrywają w danym razie żadnej roli.

Drabczyk T. O sposobach ilościowego określania kwasu moczowego, oraz przyczynek do teoryi powstawania kwasu moczowego. Gaz. lek., Nr 19 i 20, str. 511, 539.

Uważając, że niema dotąd metody ilościowego określenia kw. moczowego — bez zarzutu, autor przeprowadził porównawcze badania nad rozmaitymi sposobami ilościowego określenia, kw. moczowego proponowanymi przez różnych autorów. Badania te przekonały go, że sposób Ludwig-Salkowskiego daje najmniejszy procent niewykrytego kwasu moczowego, mianowicie 1,46%, gdy tymczasem sposób Heitze'go 6,4%, Fokker'a 7,6%, Fokker-Salkowskiego 4,2%, Salkowskiego 1,64%. Wobec tego sposób Ludwig-Salkowskiego D. uznał za najwłaściwszy, a metodą tą dokonane określenia kw. moczowego w stanach patologicznych, pozwoliły autorowi sprawdzić dokładność teoryi Horbaczewskiego co do źródeł powstawania kw. moczowego. Istotnie, D. przekonał się, że zwiększone wydzielanie się kw. moczowego idzie w parze z wzmożoną leukocytozą. W cierpieniach, gdzie niema miejsca szybkie mnożenie się i rozpadanie leukocytów, (np. w chronicznym reumatyzmie, zapaleniu przewlekłem nerek i t. p.) ilość kw. moczowego okazała się prawidłową lub mniejszą niż normalnie.

Flaum M. O albumozach (z protokółu posiedzeń). Pam. T. L. W. T. XCII. Zesz. IV, str. 1131.

Dotychczas znane i zbadane albumozy dają się podciągnąć pod 4 grupy: proto-, deutero-, hetero-, i dys-albumoza. Wszystkie te ciała poczynają wytwarzać się jednocześnie już na początku trawienia. Oddzielenie ich [jedno od drugiego] w chemicznie czystym stanie jest b. trudnem. Acidalbumin daje się wydzielić przez ścisłe z obojętnienie roztworu, wszystkie inne pośrednie produkty trawienia udaje się tylko w części oddzielić za pomocą dyalizy, działając rozmaitymi odczynnikami przy rozmaitej ciepłocie. Ilość albumin zawartych w środach odżywczych [ekstrakcie Liebig'a, somatozie i t. p.] stanowi o istotnej wartości tych przetworów, jako odżywek. Im więcej albumoz, a mniej peptonu, tem przetwór—za pożywniejszy uważać należy.

Flaum M. O życiu i śmierci (odczyt publiczny). Wszechświat, Nr 13 i 14, str. 193 i 214.

Odczyt ten, przeznaczony dla szerokich kół publiczności, zawiera szereg znanych poglądów o życiu i śmierci, przyodzianych niekiedy w poetyczną szatę.

Hołowiński A. O fotografowaniu dwóch tonów serca, współcześnie z innemi falami fizyologicznemi. Gaz. lekars., Nr 30 i 31, str. 793 i 826.

Bezpłodność dotychczasowa grafiki fal fizyologicznych polega na niedokładności metod dla zapisywania dwóch tonów serca, t. j. niepewność określenia chwil, odpowiadających zamykaniu dwóch par zastawek sercowych. Trudność ta znakowania dwóch tonów serca opiera się na nikłości częstszych drgań dźwiękowych, które im odpowiadają. Niemożność ztąd wypływająca bezpośredniego znakowania dwóch tonów serca zniewoliła fizyologów do posługiwania się nader niedokładną metodą t. zw. „*akustische Markir-Methode.*“ Oczywiście wyniki stosowania tej metody dały rezultaty najsprzeczniejsze. Trzeba więc było wynaleść metodę dokładniejszą. Autorowi udało się to osiągnąć przez zastosowanie odpowiednie mikrofonu i telefonu do skonstruowania przyrządu, zupełnie automatycznie fotografującego dwa tony serca, na wszelkich falach wykreślonych współcześnie. Chcących zaznajomić się z metodą fotografowania odsyłać musimy do oryginału. Na otrzymanych tą metodą fotografiach stwierdzić można liczne szczegóły, po części już znane, przeważnie jednak dotychczas tylko uważane za prawdopodobne. I tak np. przekonać się można, że ton pierwszy wyprzedza zawsze początek uderzenia wierzchołka serca o klatkę piersiową, a nawet szczyt t. zw. skurczu przedsionka (wbrew dotychczasowym teoryom) o 4 do 5½ setnych sekundy. Wyprzedzenie to jest większem przy końcu wdechu niż przy końcu wydechu. Zamknięcie zatem zastawek ujść żylnych następuje jeszcze przed chwilą zetknięcia wierzchołka serca z klatką piersiową.

Jaworska E. i Jaworski W. Kalorye i wartość cieplikowa pokarmów. Przegl. lekars., Nr 9, str. 107.

W artykule tym, przeznaczonym do kuchni higienicznej dla chorych, znajdujemy znane określenie co to jest kalorya, ile kaloryi wytwarza się z 1 grm. tłuszczu, wyskoku, wodników węgla i białka, jakim sposobem obliczamy wartość kalorymetryczną pokarmów oraz ilość białka, tłuszczu i mączki, potrzebnych dorosłemu mężczyźnie dla utrzymania równowagi ciężarowej.

Moraczewski W. D. O doniosłości znaczenia soli mineralnych dla ustroju. Przegl. lek., Nr 50, str. 659.

W pracy swej M. zebrał najrozmaitsze zdania różnych badaczy w kwestyi znaczenia soli mineralnych dla ustroju zarówno w stanie

fizyologicznym, jak i patologicznym tegoż. Wszystkie te mniemania dowodzą istotnie ogromnego znaczenia tych składników ciała. Również i własne badania M., do tegoż go skłaniają, a nawet pozwalają żywić nadzieję wykrycia doniosłego ich znaczenia w leczeniu chorób, w których utrata ich lub zatrzymywanie przez ustrój są widocznymi. Do tego skłania M. to, że np. w blednicy zatrzymywany zostaje chlor, i że dodawanie go do praparatów żelaza podnosi ich skuteczność; podobnież dodawanie soli wapiennych w pokarmach przy cukrzycy, przy której ustrój traci ich znaczne ilości, podnosi odżywianie i zmniejsza ilość wydzielanego cukru.

Nencki M. O stosunku barwnika krwi do chlorofilu. Wszechświat Nr 42, str. 669.

Różnica pomiędzy barwnikiem krwi, a chlorofilem zasadza się na tem, że pierwszy jest czynnikiem rozkładu, utlenienia, i wytwarzania dwutlenku węgla, gdy drugi jest czynnikiem redukcyi, syntezy i odbudowy ciał organicznych z dwutlenku węgla. To jednak nie wyklucza ich pokrewieństwa chemicznego. Z chlorofilu przez działanie stopniowe zapomocą kwasów można otrzymać filoporfirynę wzoru $C_{16}H_{16}N_2O$. Ze krwi zaś udało się otrzymać hematoporfirynę wzoru $C_{16}H_{18}N_2O_3$. Oczywiście obadwa te ciała (produkty rozkładu hemoglobiny i chlorofilu) wzorami chemicznymi niewiele się różnią, przytem i widma ich bardzo są do siebie podobne. Pokrewieństwo więc chemiczne między obu barwnikami musi być blizkiem.

Ołtuszewski W. O stosunku rozwoju mowy dziecka do jego inteligencyi. Medycyna 121, 150.

Patrz dział XF — Choroby nerwowe.

Popiel W. Przyczynek do badań nad ciężarem gatunkowym krwi. Pam. T. L. 718.

Patrz dział VI — Patolog. ogólną.

Korniłowicz. Tablice szematyczne mechanizmu woli. P. T. Lek. 550.

Patrz dział XF — Choroby nerwowe.

Heinrich W. Zmysł powonienia. Wszechświat, str. 81, 89.

Patrz dział XF — Choroby nerwowe.

Heinrich W. Klasyfikacya zapachów. Wszechświat, str. 249.

Patrz dział XF — Choroby nerwowe.

Heinrich W. Zmysł statyczny. Wszechświat, str. 801.

Patrz dział XF — Choroby nerwowe.

Dyskusya nad odczytem Sobierańskiego: „O czynności nerek."

Patrz: Pam. VII Zjazdu lek. i przyr. polsk. Lwów 1895, str. 61.

III. ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Sprawozdawca

L. Kozicki.

Browicz T. O nieprawidłowych nitkach ścięgnistych w sercu i możebnem ich znaczeniu. Medycyna Nr 27, str. 621.

W prawidłowych sercach ludzkich spotykamy kilka kategoryi nitek ścięgnistych. Stale widzimy nitki ścięgniste przyzastawkowe, łączące mięśnie brodawkowe z brzegami, jakoteż powierzchnię komorową płatów zastawek ujść komorowo-przedsionkowych. W tej kategoryi istnieją nierzadko liczne odmiany nitek, łączących brzegi płatów zastawkowych lub powierzchni komorowej tychże, czy to z dodatkowymi mięśniami brodawkowymi, czy wprost ze ścianą komór sercowych, np. przy płacie wewnętrznym zastawki trójdzielnej.

Do drugiej kategoryi należą nitki napotykane niestale, nitki pozastawkowe, przyścienne, przylegające do ściany w kierunku bardzo zmiennym, będące w związku z siecią beleczek mięsnych (*trabeculae carneae*), jakie na wewnętrznej powierzchni komór sercowych, w przedsionkach, głównie w obrębie uszek, istnieją. Nitki trzeciej kategoryi rozpięte w obrębie jamy głównie lewej, rzadziej prawej, rozmaitej długości i grubości, leżą zwykle blizko części koniuszkowej jamy komory, rzadziej więcej w części jej środkowej; są one wogóle rzadkie, przebiegają poprzecznie lub skośnie przez środek komory i łączą przeciwległe mięśnie beleczkowe przyścienne, lub dwa punkty ścian przeciwległych komory. Wreszcie do czwartej kategoryi należą spotykane wyjątkowo nitki ścięgniste Biesiadeckiego i Feigelet; górne końce tych nitek przyczepione są do przedniego brzegu zastawki otworu owalnego niezrośniętej z jego przednim brzegiem, zaś dolny koniec nitki, wchodzącej z przedsionka lewego przez ujście żylne do jamy komory lewej przyczepia się w przypadku Biesiadeckiego trzema cienkiemi niteczkami do jednej z nitek ścięgnistych przyzastawkowych płatu tylnego zastawki dwudzielnej, a w przypadku Feigel'a do brzegu tegoż samego płatu zastawki powyżej przyczepu nitek przyzastawkowych na powierzchni przedsionkowej płatu. Nitki ścięgniste zarówno prawidłowe jak i niestałe wytwarzają się z beleczek mięsnych, z jakich ściana serca rozwijającego się jest złożona. Co do nitki kategoryi czwartej autor sądzi wbrew Biesiadeckiemu i Feigelowi, iż powstaje ona przez zanikanie mięśnia beleczkowego nieprawidłowego. Z wymienionych niestałych nitek znaczenie przypisać można tylko nitkom pozazastawkowym wśród komory lewej w środkowej części jamy tejże komory rozpiętym; mogą one podług Huchard'a być powodem pewnych szmerów wywołanych drganiem takich nitek pod wpływem prądu krwi śródko-

morowego, skierowanego ku ujściu tętniczemu, co zresztą zależeć może od kierunku przebiegu takich nitek ścięgnistych, ich grubości, długości i siły skurczu serca.

Ciągliński A. O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego. Gaz. Lek. Nr 10 i 11.

Zaznajomienie z wynikami badań własnych, nad zwyrodnieniami wtórnemi układu nerwowego autor poprzedza przytoczeniem wiadomości podstawowych w tej sprawie. Dotychczas brakowało dokładniejszych poszukiwań nad zmianami wtórnemi we włóknach nerwowych substancyi szarej. Pomimo znanych technicznych trudności, udało się autorowi wykazać u psa następujące zmiany w rdzeniu, w 4 doby po zaciśnięciu ligaturą bezpośrednio ponad miejscem przewiązania zwyrodnienie zupełne pęczków tylnych Burdach'a i Goll'a, oraz części prawego rogu tylnego, poczynające się od tyłu i szerzące się aż do linii, przebiegającej w kierunku poprzecznym przez tylne spoidło rdzenia prócz tego, w spoidle szarem rdzenia, poza tylną granicą kanału centralnego istniało miejsce zwyrodniałe kształtu trójkątnego, wierzchołkiem swym zwrócone ku uciśniętemu kanałowi środkowemu. Zwyrodnienie to, ze względu na rozlane i niesystematyczne kontury, zalicza autor do zwyrodnień rozlanych pasa urazowego lub obok—urazowego. Dalsze badanie wykazało zwyrodnienie wtórne wstępujące pęczka włókien nerwowych [białych], umiejscowionego w substancyi szarej między przednimi końcami tylnych pęczków i tylną ścianą kanału centralnego. Pęczek powyższy, położeniem swem i przebiegiem nie odpowiada żadnemu ze znanych nam pęczków, ile że w substancyi szarej żadnych długich dróg nerwowych nie wykazano. Badanie kontrolujące na drugim psie, dało wyniki zgodne z poprzednimi.

Co do fizyologicznego znaczenia owego pęczka, autor skłania się do przypuszczenia, że należy on do grupy pęczków czuciowych i służy do przewodnictwa wrażeń bólowych i temperatury.

Dydyński L. Przyczynek do kwestyi zmian anatomo-patologicznych w rdzeniu, rozwijających się pod wpływem ucisku. Gaz. Lek. Nr 15, 16, r. 1896.

Olivier i Louis pierwsi wypowiedzieli zdanie, że cierpienie rdzenia w razie ucisku zależnem jest od mechanicznego wpływu samego ucisku. Wkrótce potem Michaud stworzył teoryę, objaśniającą zmiany przy ucisku na rdzeń sprawami charakteru zapalnego. Badania doświadczalne na zwierzętach Kahler'a, następnie Rosenbach'a, Szczerbak'a i Blumenthal'a, wreszcie prace Kudrewieckiego wykazały, że pod wpływem ucisku w rdzeniu rozwijają się zmiany czysto degeneracyjne, bez żadnego śladu zapalenia.

W przypadku podanym przez Dydyńskiego ucisk był wywołany przez masę nowotworową na wysokości 7-go i 8-go kręgu, która przedostała się przez ciała tych kręgów do kanału kręgowego i okrążała na

owej wysokości rdzeń zewsząd.—Badanie drobnowidzowe i makroskopowe danego przypadku wraz z uwzględnieniem prac wyżej wymienionych doprowadziło autora do następujących wniosków:

1) Niepowinno już ulegać wątpliwości, że zmiany w rdzeniu, rozwijające się pod wpływem li tylko samego ucisku, polegają na pierwotnej sprawie degeneracyjnej w elementach nerwowych i wtórnym dopiero rozroście komórek neuroglii. W przypadkach tych ucisk sam przez się powoduje zmiany w elementach nerwowych z jednej strony drogą bezpośrednią, z drugiej drogą pośrednią, doprowadzając do zakłócenia swobodnego obiegu krwi i limfy—skutkiem czego następuje upośledzenie w odżywianiu, a w końcu rozpad i powolny zanik elementów nerwowych w miejscu ucisku.

2) Wyjątek stanowią przypadki choroby Pott'a, gdyż sprawa zapalna może przenieść się z brzegów drogą korzeni nerwowych na substancyę rdzenia. Nazwa przeto *myelitis e compressione* winna być zarzucona. Substancya szara rdzenia jest bardzo czułą na ucisk, być może nawet czulszą niż biała.

Grodecki F. Przypadek braku macicy i przydatków. Gaz. Lek. Nr 43.

F. Grodecki opisuje przypadek zupełnego braku macicy i przydatków u 25 letniej kobiety, przy stosunkowo nieźle rozwiniętej pochwie i cokolwiek upośledzonych narządach płciowych zewnętrznych. Pochwa ku górze przechodziła w ślepy worek. Chora nigdy nie miała miesiączki, ani *mollimina menstrualia*, popędu płciowego doznawała, lecz spółkowanie nie sprawiało jej żadnej przyjemności, często zaś budziło odrazę. Wzgórek łonowy był pozbawiony owłosienia.

Krokiewicz A. Sprawozdanie prosektora szpitala powszechnego we Lwowie za rok 1895, (oddzielne wydanie).

W 1895 r. w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie wykonano sekcyę naukową w 948 przypadkach. Z tej liczby stwierdzono jako przyczynę śmierci: 1) w 232 gruźlicę, przyczem u dorosłych pierwotnym punktem wyjścia były płuca w 157 przypadkach, w 1-m krtań, w 2-ch jelita, w 11 kości i stawy, w 1-m jedynie gruczoły i otrzewna, w 6-ciu narządy moczopłciowe. U dzieci na 42 przypadki gruźlicy 17 razy pierwotne zmiany serowate wystąpiły w gruczołach chłonnych.

2) Zapalenie płuc włóknikowe w 97.

3) Rozedmę płuc w 32 u osób, w wieku od 26—77 l.

4) Dur brzuszny w 17 u osób, w wieku od 15—44 l.

5) Dur osutkowy (*Typhus exanthematicus*) w 20 u osób, w wieku od 24—69 lat.

6) Różę w 4-ch, z tej liczby w 3-ch zajęta była głowa.

7) Błonicę w 3-ch u dorosłych i 16 u dzieci, przyczem 1 raz u mężczyzny 25 letniego znaleziono w przebiegu oczyszczonych owrzo-

dzeń na migdałkach świeże ropnie w śledzionie i zapalenie ropne otrzewnej.

8) Dławca w 7 u dzieci.

9) Płonicę w 30. Jako ważniejsze powikłania stwierdzono 13 razy zapalenie płuc włóknikowe i 24 razy zapalenie nerek.

10) Posocznicę—ropnicę (*Septicaemia—Pyaemia*, w 89 w tej liczbie 20 kobiet z zakażenia połogowego.

11) Zapalenie opon mózgordzeniowych w 17 przypadkach—we wszystkich okazywało ono przebieg ostry, epidemiczny.

12) Udar mózgowy w 9; w tem — 2 razy u noworodków stwierdzono wybroczyny rozległe na oponach skutkiem aktu rodowego.

13) Zapalenie ostre, ogniskowe mózgu i móżdżku w 10.

14) Zapalenie nerek: zmiany chroniczne pierwotne w 34, zapalenie nerek wybroczynowe w 3-ch i w 6-ciu zapalenie przyostre (*nephritis subacuta*).

15) Wrzód okrągły żołądka w 1.

16) Ostry nieżyt żołądka i kiszek w 23, przyczem w 2-ch zakażenie jadem cholery azyatyckiej i w 2-ch otrucie grzybami jadowitymi; w 24 nieżyt przyostry i w 25 nieżyt przewlekły żołądka i kiszek (u dzieci).

17) Czerwonkę (*dysenteria*) w 31 przyp., przyczem w 20 stwierdzono zapalenie dyfterytyczne w jelicie grubem.

18) Zapalenie mieszkowe jelit (*enteritis follicularis*) w 14.

19) Zapalenie kiszki ślepej (*Typhlitis ulcerosa*) w 4-ch.

20) Owrzodzenia dyfterytyczne w odbytnicy (*Proctitis diphteritica*) w 2-ch.

21) Grypa (influenza) w 7, we wszystkich można było stwierdzić obrzęk ostry śledziony i zwyrodnienie ostre narządów miąższowych. W 5 zauważono ogniskowe zapalenie płuc, w 1-m zapalenie włóknikowe płuca i w 1-m prosówkę.

22) Zejście śmiertelne z powodu zaburzeń w narządach krążenia w 44. Zmiany ostre, zakaźne, wywołane obecnością jadu ropnego w 7, przyczem zawsze znajdywano przedziurawienie zastawek na wylot; zmiany chroniczne na śródsierdziu zastawkowem aorty bez charakteru infekcyjnego w 3-ch; zmiany chroniczne na śródsierdziu zastawki dwudzielnej w 9. W 2-ch przypadkach powodem śmierci był tętniak aorty, infarkty w płucach skonstatowano w 9.

23) Raki w 53, mianowicie: 27 raków żołądka, 11 macicy, 6 przełyku (*oesophagi*), 2 odbytnicy, 1 trzustki, 1 wątroby, 1 pęcherza moczowego, 1 krtani i 3 sutki u kobiet.

24) Nowotwór mięsakowy (*sarcoma*) w 6. Czterokrotnie pierwotna lokalizacya miała miejsce pośród gruczołów lymfatycznych, już to pośród gruczołów pozaotrzewnowych. W jednym przypadku nowotwór wychodził z opon mózgowych i w jednym z gałki ocznej. We wszystkich uderzał przy oględzinach pośmiertnych niezwykły stopień niedokrewności.

25) 1 zejście śmiertelne u 3 miesięcznego dziecka, spowodowane uciskiem przez powiększony gruczoł grasicy (*gl. thym.*) i w 2-ch przypadkach ropnie rozległe w gruczole grasicowym obok świeżego zapalenia płuc włóknikowego obustronnego u bliźniąt, żyjących 1 ½ 1 godzinę.

26) *Lymphadenitis supp. bronch.* 1.

27) *Noma* 1.

28) *Malleus* 1.

29) *Tetanus* 1.

30) *Lyssa* 1.

31) *Morbus Werlhofi* 1.

32) *Cirrhosis hepatis* 2.

33) *Intoxicatio c. ac. nitrico c. chloroformio* 1.

34) *Suicidia (Strangulatio)* 2.

35) *Lues* 14.

36) *Marasmus senilis* 12.

37) *Debilitas infant* 18.

Oprócz wymienionych dokonano sekcyi sądowych 49. Rozbiorów mikroskopowych rozmaitych tkanek i guzów nadesłanych z oddziałów szpitalnych wykonano 60, tudzież 210 rozbiorów bakteryologicznych treści jelit z przypadkow podejrzanych o cholerę azyatycką w laboratoryum C. K. krajowej Rady Zdrowia.

Neugebauer Fr. Kilka słów o męzkiem owłosieniu u kobiet oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego. Gaz. Lek. Nr 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51.

Nieprawidłowości uwłosienia, pomijając sprawy chorobowe, dotyczą albo liczby i stopnia rozwoju włosów, jako *atrichia* i *hypertrichia*, albo nadmiernego owłosienia w miejscu niezwykłem — *heterorotopia*, w niezwykłem okresie życia—*heterochronia*, dalej w zjawianiu się owłosienia heteroseksualnego—*heterogenia*, wreszcie spotykają się przypadki kombinacyi różnych nieprawidłowości, oraz *heteromorphia* t. j. nieprawidłowości co do kształtu, barwy, kierunku włosów i t. d.

Najbardziej uderzającem jest ogólne nadmierne owłosienie *hypertrichosis universalis*), polegające na przeroście puchu (*lanugo*),—owłosienie to przypomina szerść zwierzęcą; dotyczy ono całej powierzchni skóry, lub tylko pewnych części. Ciekawem jest owłosienie okolicy lędźwiowej i krzyżowej, objaw któremu niektórzy autorowie przypisują patognomoniczne znaczenie przy rozpoznaniu *spinae bifidae occultae*. Przytoczywszy liczne spostrzeżenia z piśmiennictwa od czasów najdawniejszych, autor przechodzi do rozpatrzenia sprawy przedwczesnego owłosienia przy przedwczesnym zwykle rozwoju narządów płciowych. Znane są przypadki w których owłosienie sromów występowało jeszcze przed pierwszą zmianą zębów, a nawet istniało już przy porodzie; opisywano też 6 letnich chłopców z bogatem owłosieniem bródki, klatki piersiowej i sromu—często u takich chłopców spostrzegano zmazy noc-

ne, u dziewcząt zaś miesiączkowanie jeszcze w wieku niemowlęcym. Jako spostrzeżenie wprost przeciwnej natury napotykamy oligotrichię, atrychię i opóźnione owłosienie (Eble). Kwestya opóźnienia wystąpienia fizyologicznego owłosienia i rozwoju narządów płciowych uwzględnioną jest obszerniej dopiero w nowoczesnem piśmiennictwie o infantilizmie, feminizmie i wirylyzmie.

Infantilizm spostrzeganym bywa zwykle u osobników o zatrzymanym rozwoju narządów płciowych, przy ich wrodzonym zaniku, lub nabytym wskutek choroby, czy też trzebienia (kastracyi). Osobnik taki zachowuje fizyczne i psychiczne cechy dziecka, pomimo nawet wysokiego wzrostu. Infantilizm zdarza się w połączeniu z wszelkiemi chorobami dystroficznemi, z chorobami zależnemi od wrodzonej perturbacyi układu nerwowego.

Feminizm polega na wystąpieniu wtórnych własności płci odmiennej (żeńskiej) przy zatrzymanym rozwoju narządów płciowych. Przedwczesne trzebienie, t. j. przed wiekiem dojrzałości płciowej—dystrophia płciowa wywołać może nietylko infantilizm, lecz i feminizm u chłopców, wirylizm u dziewcząt. Feminizm bywa chwilowym, lub pozostaje na całe życie: szkielet nie przyjął kształtów, jak u mężczyzny, owłosienie sromu kobiece, zarost na twarzy, kroczu, kończynach i desce piersiowej marny, głos pozostaje dziecięcy, prącie i jądra szczupłe, brak popędów płciowych, najbardziej zaś uderza u nich kształt sutek (*gynekomastia*), zależny od przerostu i przypominający sutki kobiece. Gynekomastia spotykaną bywa jednak i niezależnie od feminizmu, kazuistyka heterogenicznej czynności gruczołów piersiowych u mężczyzn jest bardzo bogatą.

Maskulizm lub wirylizm jest syndromem morfologicznym, spostrzeganym u kobiet o własnościach seksualnych prymoidalnych, prawidłowych, lub nieprawidłowych: składa się zaś z charakterów seksualnych sekundarnych, do płci męzkiej należnych. Wogóle istnieją w naturze konformacye ciała, w których charaktery morfologiczne męzkie łączą się z kobiecymi u jednego i tego samego osobnika; cechy omawianych 3-ch kategoryi mogą być przejściowe, lub stałe, częściowe lub ogólne. Jednym z częstszych objawów wirylizmu u kobiet, nb. wirylizmu niepołączonego z niedorozwojem ich narządów płciowych, jest uwłosienie męzkie, szczególniej twarzy, przeważnie u brunetek; w piśmiennictwie znanem jest wiele przypadków kobiet brodatych. Nieprawidłowości patologiczne miesiączki często wywołują obfite wyrastanie włosów na bródce i wargach, i lekarz, mający do czynienia z pacyentką brodatą powinien pamiętać o tem; z drugiej znów strony może zupełne ostrzyżenie włosów wywołać krwotok peryodowy (Eble). Rozpatrzenie infantilizmu, feminizmu i wirylizmu, o ile kwestye te posiadają łączność z kwestyą owłosienia właściwego płci jednej lub drugiej przekonywa, że owłosienie heteroseksualne nie należy do rzadkich objawów częściowego wrzekomego obojnactwa w szerszem tego słowa znaczeniu.

Objawy wirylizmu i feminizmu wystąpić mogą już po dojściu do wieku dojrzałości płciowej, czasami wskutek wycięcia jajników u kobiet, stale po wycięciu jąder u mężczyzn, czasami zaś występują one z zanikiem dotychczasowej płciowości i rozwojem ukrytej dotąd płciowości odmiennej (Kraft-Ebing). Przytoczywszy poglądy Kraft-Ebing'a i innych co do ustroju narządu płciowego u ludzi prawidłowych, jakoteż i co do rozwoju zboczeń od przeciętnego typu, autor kończy swą pracę zaleceniem, aby zwrócono baczniejszą uwagę na sprawdzenie wpływu operacyjnego trzebienia, lub chorobliwego zaniku narządów płciowych, oraz ich czynności na ustrój zewnętrzny pacyenta. lub pacyentki co do wystąpienia zjawisk heteroseksualnych. Co do samych zboczeń w owłosieniu, to główną ich przyczyną jest dystrofia pochodzenia centralnego, czasami zaś stan patologiczny samej skóry, połączony z przekrwieniem wskutek stale powtarzanych drażnień chemicznych, termicznych lub mechanicznych. Dodać należy, że u suchotników mężczyzn kol Zieliński zauważył niemal bez wyjątku owłosienie wzgórka łonowego takie, jak u kobiet, co zalicza do objawów t. zw. degeneracyi u suchotników, którą autor skłonny jest zaliczyć do cech niedorozwoju.

Przewoski E. Nadmiernie długie mięśnie brodawkowate serca. Pam. Tow. Lek. T. XCII. z II, str. 427.

Za nadmiernie długie mięśnie brodawkowate serca uznać możemy tylko te, które wierzchołkami dochodzą przynajmniej do zastawki dwu- i trójdzielnej, nie biorąc tu w rachubę małych mięśni brodawkowatych podzastawkowych, których włókna nierzadko wnikają do samej tkanki zastawkowej. Nadmiernie długie mięśnie brodawkowate widział autor tylko 4 razy. W 3-ch przypadkach napotkał on postacie więcej znane, mianowicie przedłużenie mięśni dotyczyło tylko jednej głowy mięśnia, dochodzącej aż do samej zastawki; pod jej dolną powierzchnią głowa ta przechodziła bezpośrednio w płaskie ścięgno, które przyczepiało się do dolnej powierzchni tej zastawki jak zwykła struna ścięgnista. Zdaje się rzadszym, a przeto ciekawszym jest przypadek 4-ty: mięsień brodawkowaty przedni lewej komórki w $^1/_3$ swej grubości był znacznie dłuższy. Od krótszej jego części poczynały się zwykłym sposobem struny ścięgniste, idące następnie do wolnego brzegu zastawki dwudzielnej zaś dłuższa głowa wznosiła się wprost ku górze do brzegu wolnego większej działki zastawki dwudzielnej, zlewała się z dolną powierzchnią tego płatka i, idąc po niej dalej ku górze aż do przyrosłego brzegu zastawki, kończyła się tam, gdzie i mięsień ściany komórkowej, t. j. na *circulus calosus* Halleri. Wogóle należałoby sądzić, że nadmiernie długie mięśnie brodawkowate częściej bywają w komórce lewej, znaczenie ich dla działalności serca jest najprawdopodobniej bardzo małe. Mięśnie takie stanowią niezawodnie pozostałość siatkowatej budowy zarodkowego serca; krokiewki mięsne, które

prawidłowo ulegają zanikowi, pozostały nadal w pierwotnym swym stanie.

Przewoski E. Anomalae chordae tendineae cordis humani. Valvula venae cavae superioris. Pam. Tow. Lek. T. XCII z. II, str. 400.

Za nieprawidłowe struny ścięgniste uważać należy:

I. Struny ścięgniste, idące od wierzchołków mięśni brodawkowatych do brzegów zastawek dwudzielnej i trójdzielnej, przyczem a) struny jednego mięśnia brodawkowatego, przebiegając skośnie przed innemi strunami, przyczepiają się w terytoryum innego mięśnia brodawkowatego [nieprawidłowość częsta]; b) struna, pochodząca od wierzchołka mięśnia brodawkowatego, przyczepia się na przedsionkowej powierzchni zastawki, na linii zamykania—taką strunę widział autor tylko raz jeden.

II. Struny ścięgniste, idące od mięśni brodawkowatych nie do zastawek, lecz do ściany komórkowej. Spotykają się one dosyć często, poczynają się od samego wierzchołka mięśni brodawkowatych, lub też poniżej na przebiegu, aż do jego osady na ścianie komórki, kończą się zaś albo na górnej części *septi ventriculorum*, lub na wewnętrznej powierzchni mięśnia komórkowego, przeważnie w pobliżu jego osadzenia na kółku ścięgnistem Haller'a. Grubość bywa od 0,3—1 milim., rzadko grubsze. Szczególniej stałą okazuje się jedna struna tego rodzaju w lewej komórce, idąca od tylnego mięśnia brodawkowatego do górnej i tylnej części *septi ventriculorum*. Oprócz dłuższych spotykają się takiego rodzaju i krótsze, najczęściej w szczelinie pomiędzy pniem mięśnia brodawkowatego, a przylegającą doń częścią ściany komórki—łączą się one ze sobą często w rodzaj siatki. Zaliczamy tu jeszcze i struny, idące od jednego mięśnia brodawkowatego do drugiego, stanowiące przejście od tej grupy strun, do strun, przebiegających poprzecznie przez jamę komórki.

III. Struny ścięgniste idące od brzegu zastawek nie do mięśni brodawkowatych lecz do ściany serca.

Autor rozdziela je na: 1) idące od brzegu zastawki w kierunku wstecznym do jamy przedsionkowej, niezmiernie rzadkie i 2) idące w kierunku zwykłym do jamy komórki, i przyczepiające się zbyt nizko w okolicy wierzchołka serca, albo też w takiem miejscu, gdzie normalnie przyczep strun nigdy się nie obserwuje. Spotyka się ostatnie struny prawie wyłącznie w jamie prawej komórki.

IV. Struny ścięgniste, przebiegające od ściany do ściany jam serca, spotykane zarówno w komórkach jak i przedsionkach. W jamie komórki lewej bywają one rozmaitej długości; najkrótsze, łączące sąsiednie mięśnie grzebieniaste od $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ ctm., dłuższe, przeważnie przylegające do ściany komórki, trafiają się nierzadko przy wierzchołku, dosięgając $2\frac{1}{2}$ ctm. Wreszcie bywają tu i analogiczne większe, przebiegające przez samo światło jamy komórki. Tego rodzaju struny widział autor 6 razy, w tem jedną długości 4,5 ctm.

W jamie prawej komórki struny tej grupy przedstawiają się jak w lewej, najczęściej bywają krótkie.

c) W lewym przedsionku struny nieprawidłowe widział autor 4 razy;

d) w prawym przedsionku, prócz małych, przyściennych, łączących sąsiednie mięśnie grzebieniaste, widział autor dwa razy po długiej strunie, przebiegającej poprzecznie przez światło przedsionka.

V. Struny ścięgniste na miejscu zastawek tętniczych i żylnych serca. Są to właściwie twory podobne do strun ścięgnistych.

Przy brzegach zastawek półksiężycowych aorty występują one przy t. zw. *fenestratio valvularum*; przy brzegach zastawek półksiężycowych tętnicy płucnej występuje to samo, tylko rzadziej, mianowicie wytwarzają się w zastawce otwory rozmaitej wielkości i ilości, nadające jej wygląd siatki; wreszcie spotykamy toż samo na miejscu zastawki Thebezyusza i Eustachiusza.

VI. Struny ścięgniste i siatki przy ujściu *v. cavae superioris*. Blizko u połowy trupów w sercach spostrzega się przy ujściu wzmiankowanej żyły sierpowate zgrubienie *intimae*, na miejscu i w kierunku którego nierzadko widać omawiane twory. Jeżeli porównać je z siatkami i strunami, opisanemi wyżej na miejscu zmienionych zastawek Thebezyusza i Eustachiusza, to przyznać trzeba, że podobieństwo jest wielkie i autor przypuszcza, że stanowią one szczątek zastawki analogicznej z zastawkami Thebezyusza u Eustachiusza.

VII. Struny ścięgniste i siatki z nich powstałe w okolicy *fossae ovalis* pojawiają się: a) z prawej strony nad *sinus venosus fossae ovalis* i b) przy samej blaszce *fossae ovalis*. Jeżeli często spotykane przedziurawienia blaszki *fossae ovalis* dosięgają znacznego stopnia, to ścianka między niemi pozostała przedstawia się w postaci nitek podobnych do strun ścięgnistych; struny przy samej blaszce przedstawiają się rozmaicie, najczęściej jest jedna struna skośna (przy zarośnięciu dołka owalnego). W razie niezarośnięcia dołka, blaszka niekiedy przybiera postać przypominającą jeden płatek zastawki dwudzielnej lub trójdzielnej. Znaczenie strun nieprawidłowych nie jest jasne; autor nigdy nie widział na nich żadnych spraw patologicznych, sądzi jednak że mogą one niekiedy zanikać i rozrywać się.

Najprawdopodobniej wszystkie struny powstają drogą zaniku, i to albo pęczków mięsnych serca zarodkowego, albo też już wykształconych błon łączno-tkankowych takich jak zastawki.

Przewoski E. Torbiel na miejscu zastawki półksiężycowej aorty. Flebolit przedsionka prawego serca. Zatoka żylna dołka owalnego. Pam. Tow. Lek. T. XCII, z. II, str. 390.

Przypadek dotyczył osobnika zmarłego skutkiem ostrego prawostronnego zapalenia płuc, powikłanego przez zwężenie i niedostateczność zastawek aorty z objawami zastoju krwi we wszystkich prawie organach. Nadto znaleziono zmiany ateromatyczne w aorcie, zaś w pra-

BIBLIOTEKA AKADEMII LEKARSKIEJ w Gdańsku

wym przedsionku serca, w ścianie przegrody flebolit. W niezwykły, rzadki sposób nastąpiło w danym przypadku zrastanie się zastawek półksiężycowych, gdyż brzegi zastawki wewnętrznej przyrosły całkowicie do ścianki aorty, poczem krew, która była w zatoce zastawkowej uległa przemianom wstecznym: wszystkie jej morfologiczne części składowe uległy wessaniu, i pozostała tylko ciecz przezroczysta, podobna do surowicy krwi, co nadało zmienionej zastawce charakter torbieli surowiczej o średnicy 17 milim.

Omówiony flebolit znajdował się w cienkościennym błoniastym woreczku, wśród skrzepu krwi na przegrodzie, zaraz za dołkiem owalnym. Spotkawszy już 3-ci raz ukazywanie się flebolitów w oznaczonem miejscu, autor wpadł na myśl, że w tej okolicy muszą się znajdować jakieś szerokie żyły, lub sploty żylne, gdyż takie tylko przy rozstroju w krążeniu krwi dają najodpowiedniejsze warunki do powstawania flebolitów. Wyjaśniły to liczne injekcye żył w ścianach prawego przedsionka, potwierdzając wyniki otrzymane przez Lannelongue'a, a powtóre wykazały, że w tylnej części brzegu dołka owalnego (*limbus foveae ovalis*) znajduje się rozmaicie ukształtowana zatoka żylna, która może dać warunki do wykształtowania się w niej flebolitów; mianowicie jest to, pominięty w pracy Lannelongue'a dosyć stały kanał, który w tylnej części dołka owalnego (*fossa ovalis*) ulega mocnemu rozszerzeniu w formie nieprawidłowego księżyca; dalej kanał ten znów się zwęża, otwierając się na górnej ścianie *v. coronariae magnae* w odległości 4—8 ctm. od jej ujścia, rzadko zaś cokolwiek powyżej. Leży zatoka czasami głębiej — między włóknami mięsnemi, czasami bezpośrednio pod *endocarium*; w tym razie ścianka zatoki ulega zanikowi w formie przedziurawienia: pod wpływem dwustronnego ciśnienia krwi, przez co powstają otworki różnej wielkości — od nieznacznych do takich, które mają średnicę ziarnka konopnego. Wreszcie do tej zatoki, jako też do całego kanału żylnego ze wszech stron wpadają drobne żyłki od otaczających części przegrody międzyprzedsionkowej.

Przewoski E. Fibroma pulmonum. Pam. Tow. Lek., T. XCII, z. III, str. 696.

Guzowaty włókniak płuc należy do najrzadszych nowotworów tego organu. Duży włókniak płuc znalazł autor na trupie 13 letniej dziewczynki: górny i średni zraz prawego płuca były zrośnięte w jedną całość i zmienione w guz twardy, jak chrząstka, miejscami jak kość, w najtwardszych zaś miejscach zwapniały. Barwa guza była niejednostajna: perłowo-biała z połyskiem ścięgna, biało-różowa, szaroszyfrowata, lub więcej ciemna; ostatnie miejsca odpowiadały resztkom tkanki płucnej. Na rozkroju guz prawie wszędzie miał budowę włóknistą i włókna zdawały się krzyżować i splatać we wszystkich kierunkach. Na powierzchni zewnętrznej guza, tu i owdzie wznosiły się okrągławe garbki, dochodzące niekiedy do wielkości kasztana. Guz nie po-

siadał granic ostrych, lecz stopniowo przechodził w coraz mniej zmienioną tkankę płucną.

Badanie drobnowidzowe wykazało, że składa się on z twardej, zbitej tkanki łącznej włóknistej, z nieobfitą ilością komórek. Prócz komórek stałych znaleziono cokolwiek leukocytów. Badanie resztek tkanki płucnej w miejscach przejściowych wykazało, że nowotwór powstał drogą rozrostu ścianek pęcherzyków płucnych, a następnie tkanki łącznej międzyzrazikowej. Opisany nowotwór przedstawia podobieństwo do rozrostu (*hyperplasia*) tkanki łącznej pochodzenia zapalnego i pod tym względem należy mu się miejsce w jednym szeregu z analogicznym guzowatym włókniakiem piramid nerkowatych (*Fibroma tuberosum renum*).

Przewoski E. Kostniak płuc i słowo o staczaniu się ciałek mączkowatych w płucach. Pam. Tow. Lek. T. XCII, z. III, str. 704.

Obserwowany przez autora kostniak pochodził od 66 letniego emfyzematyka. Dolne zrazy obu płuc odznaczały się szczególną sztywnością i przy uciskaniu wydawały chrzęst niezwykły. Na przekroju w wielu miejscach sterczały twarde igiełkowate twory, od boków i końców których prawie stale odchodziły liczne cienkie rozgałęzienia. W beleczkach grubszych zauważono kanalik, zapełniony mięką czerwonawą, lub nieco twardszą, szaro-białawą tkanką (szpik kostny). Najwięcej stwardnień było w zewnętrznej części dolnego zraza prawego i tylnej części dolnego zraza lewego płuca. Badanie drobnowidzowe wykazało że omówione stwardnienia składały się z prawdziwej tkanki kostnej, pokrytej tkanką analogiczną do okostnej, prócz tego miejscami spotykano tkankę identyczną z kostniną. Punktem wyjścia dla nowotworu były ścianki pęcherzyków płucnych; zaczątki zaś pojawiały się prawie zawsze w postaci tkanki kostnej. Na tkankę łączną międzyzrazikową sprawa przechodziła przy dalszem rozrastaniu się kostniaków. Kostniak ów należy uważać za *osteoma conjunctivale* [Klebs], i zaliczyć do grupy beleczkowato-gałęzistych.

W opisanym przypadku spostrzeżono w świetle pęcherzyków płucnych ciała mączkowate, szczególniej obficie nagromadzone przy podstawie płuc. Fakt podobny zauważył autor w ostatnich czasach parę razy przy rozedmie. Ciałka te, odkryte przez Friedreich'a zdaniem Przewoskiego nagromadzają się głównie u podstawy płuc skutkiem staczania się ku dołowi ze zrazów górnych, co ułatwiają im liczne komunikacye, wytwarzające się wskutek zanikania miąższu płucnego. Przemieszczalność ciałek mączkowatych potwierdza fakt, że kilkakrotnie znajdował je autor w plwocinie.

Przewoski E. Nieprawidłowe czarne zabarwienie osierdzia. Pam. Tow. Lek. T. XCII z. II, str. 427.

Przypadek 1-szy dotyczył suchotnika zmarłego skutkiem krwotoku płucnego. Osierdzie tego osobnika uderzało swem szyfrowatem,

miejscami prawie czarnem zabarwieniem, najsilniej przy podstawie serca i około wielkich pni naczyniowych, gdzie występowało w postaci czarnych plam okrągławych, lub owalnych. Zabarwienie listka ściennego było słabsze niż trzewiowego.

W wielu miejscach, i zwłaszcza przy wierzchołku serca widać było liczne gruzełki wielkości ziarnka piasku do małego ziarnka konopnego (*pericarditis tuberculosa*). Zabarwienie osierdzia zależało od nagromadzenia się znacznej ilości czarnego lub brunatnego, ziarnistego barwnika w protoplazmie śródbłonka, tak, iż niektóre komórki były wprost zmienione w rodzaj ciemnych ziarnistych blaszek, na których nie widać już wcale jądra. Zależnie od stopnia napełnienia barwnikiem komórek śródbłonkowych i stopień zabarwienia osierdzia był różny. Mieliśmy więc do czynienia z wylewami krwi do jamy osierdzia skutkiem *pericarditis tuberculosa*; o pochodzeniu barwnika świadczyła obecność w nim żelaza.

Ciemnym etyologicznie jest przypadek II-gi. Przy sekcyi trupa 32 letniego mężczyzny, prócz wrzodu okrągłego w części odźwiernikowej żołądka, stwierdzono ciemnoszyfrowatą barwę osierdzia, miejscami również w postaci plam prawie czarnych. Badanie drobnowidzowe wyjaśniło, iż zabarwienie to pochodzi od nagromadzenia się wielkiej masy drobnoziarnistego, czarnego i rdzawego barwnika w protoplazmie komórek śródbłonka—barwnika w którym wykryto żelazo. Nagromadzenie się barwnika również zależeć musiało od wylewów krwi. Serce o takim wyglądzie osierdzia możnaby nazwać „czarnem sercem "

W piśmiennictwie autorowi nie udało się odnaleść podobnych spostrzeżeń.

Święcicki H. Wrzekomy obojniak męzki. (Pseudohermaphroditismus masculinus). Nowiny Lekarskie Nr 4, str. 176.

Przypadek ten dotyczył osobnika, uważanego do 23 lat życia za kobietę. Przy badaniu stwierdzono u niego haczykowato ku dołowi skrzywione prącie długości 4 ctm., z wyraźnym przesuwalnym napletkiem i dobrze rozwiniętą żołędzią. Z prawej strony znaleziono silnie zwiększoną wargę sromową dużą, a wewnątrz wymacano w niej wyraźnie jądro z przyjądrzem prawidłowego kształtu i sznurek nasienny. Pod żołędzią cewka moczowa okazała się rozczepioną na 3 ctm. ku odbytnicy. Gruczołu krokowego nie stwierdzono. Z lewej strony znajdował się wodniak pochwy jądrowej, po wypuszczeniu zaś około 2 filiżanek wodnistego płynu stwierdzono i tu jądro, przyjądrze i sznurek nasienny. Osobnik ten, posiadający wogóle budowę męzką, okazywał wyraźne skłonności płci męzkiej. Wodniak był przyczyną zwrócenia się o poradę do lekarza i sposobnością do określenia płci.

Święcicki H. O morfologicznem badaniu krwi w ginekologii. Nowiny Lekarskie Nr 10, str. 581.

Postępy w badaniu krwi dla celów rozpoznawczych w ciągu osta-

tnich lat 10-ciu dosięgły już znacznego stopnia; dotąd wszakże stale pomijano zmiany krwi w chorobach narządu rodnego. Prace w tym kierunku mogłyby niewątpliwie rozjaśnić wiele stron ciemnych i dla nauki niejedną dać korzyść. Potrzebną jest jednak wielka skrupulatność metody, ażeby nie popaść w błąd fałszywych wniosków. Tylko bez zarzutu przeprowadzone drobnowidzowe badanie upoważnia do wyprowadzania pewnych wniosków; żąda też autor, aby pracujący nad hematologią, opisując swe spostrzeżenia, zawsze we wstępie nadmienił, w jaki sposób krew morfologicznie badał.

Talko I. Wrodzone zabarwienie łącznicy. Now. Lek. Nr 5, str. 243, r. 1896.

Wrodzone zabarwienie łącznicy oka u malajczyków opisał Steiner; występuje ono u nich często w postaci plam, nawet po kilka w jednem oku, na łącznicy powieki lub gałki ocznej wielkości od łebka szpilki do ziarnka grochu. Przyczyną ich jest nagromadzenie się barwnika w podnabłonkowej warstwie, w komórkach i między niemi, w postaci złogów i grudek rozmaitej wielkości, między któremi leżą ziarenka barwnikowe w przestrzeni komórkowej. Autor spostrzegał podobne przypadki u młodego somalijczyka i u dahomejczyków. U pierwszego łącznica była zabarwioną w postaci plam na powiekach, w okolicy mięska łzowego, a nawet w wewnętrznym kącie oka, na powierzchni gałki.

U dahomejczyków zabarwienie łącznicy [oglądano tylko powiekę dolną] było szczególniej silne u brzegu powieki i w sąsiedztwie punkciku dolnego łzowego, gdzie popielata barwa przechodziła prawie w czarną. Wogóle najsilniejsze zabarwienie widać było na miejscach więcej odkrytych, słusznem więc jest zdanie Steiner'a, iż czynnikiem przyczynowym są promienie słoneczne. Na zdrowie oczu zabarwienie to nie wywiera ujemnego wpływu. Przypadki nabytego zabarwienia łącznic spotykają się zwykle w połączeniu ze sprawą nowotworów.

IV. PATOLOGIA OGÓLNA i DOŚWIADCZALNA.

Sprawozdawca

K. Chełchowski.

Biernacki E. Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1895, z. III i IV, I. str. 535, 723; 1896 z. I, str. 11.

Dotychczasowe prace nad pneumatologią krwi dokonywano prawie wyłącznie na zwierzętach. Co się tyczy krwi ludzkiej, mianowicie anemicznej, której B. poświęcił swą pracę, do ostatniego czasu przypuszczano, że ilość tlenu luźnie związanego w takiej krwi idzie ściśle

w parze z ilością hemoglobiny, zmniejszając się odpowiednio jej ubytkowi. Dopiero niedawno Kraus znalazł normalną ilość tlenu w takiej krwi i tłómaczył to kompensacyjnem energiczniejszem krążeniem w płucach i energiczniejszą wentylacyą płuc.

B. badania swoje przeprowadzał metodą nową, bo na krwi nieodwłóknionej, a wyniki otrzymane tą drogą porównywał z wynikami na krwi odwłóknionej. Krew otrzymaną z wenesekcyi arteryalizował, kłócąc ją z powietrzem, lub przepuszczając przez nią tlen na krótko przed badaniem. Badanie gazów miało miejsce w 1 godzinę, w 8 godz., i po upływie 1—2 dób po wenesekcyi. Systematyczne uwzględnianie w ten sposób wieku badań krwi po raz pierwszy zostało zastosowane przez B. Gazy wydobywał ze krwi pompą rtęciową Geissler—Pfluegera i rozbierał je metodą Bunsen—Geppert'a.

Dla powstrzymania krzepnięcia krwi nie nadawał się tu szczawian sodu, bo pod jego wpływem hemoglobina zmienia się (krew przy kłóceniu z powietrzem nie czerwienieje] a ilości tlenu i kwasu węglanego w takiej krwi bardzo się zmniejszają. Natomiast całkiem odpowiednim dla powstrzymania krzepnięcia okazał się fluorek sodu w odsetce 0,2 [5 centm. sześć. 5%-wej zawiesiny tego ciała na 95 ctm. krwi]. Krew z dodatkiem fluorku sodu okazuje uderzające zjawisko: przy kłóceniu z powietrzem z ciemnej żylnej w parę chwil staje się jasno-czerwoną. Mogłoby to poniekąd dawać wyobrażenie o tem, jak się utlenia krew żylna w płucach. Ze krwią odwłóknioną nigdy tego nie widziano. To tętnicze zabarwienie znika jednak bardzo szybko. Przy dłuższem staniu w spokoju i krew fluorkowana zbliża się coraz bardziej do krwi odwłóknionej: arteryalizacya jej staje się coraz trudniejszą, ale za to raz osiągnięta trwa dłużej.

Dla badań nad gazami krwi trzeba ją trzymać przy trze 0°; przy wyższej trze, nawet 2°—4°, własności jej pneumatologiczne zmieniają się. Zmiana ta nie zależy od rozpadu krążków, lub rozkładu hemoglobiny [bo ilość tych składników we krwi nie zmienia się], ale od spraw utleniania, zachodzących w samej krwi.

Azot krwi, według panującego dziś przekonania, ma być pochłonięty przez nią wprost fizycznie, nie zaś związany z nią chemicznie, i ilość jego ma odpowiadać współczynnikowi absorpcyjnemu krwi, t. j. wynosić 1,5% objętości krwi. Wprawdzie analizy różnych badaczy często wykazywały cyfry znacznie wyższe, ale różnice te składano na błędy w doświadczeniu, na wciskanie się powietrza do pompy. B. kwestyonuje taki pogląd. Przy zachowaniu największych ostrożności otrzymywał zwykle azotu 2,5%, niekiedy 4% i 6% objętości. Najwyższe cyfry znajdywał w ciężkich kacheksyach, choć właśnie tutaj ze względu na małe porcye krwi brane do badania wciskanie się powietrza mogło się łatwiej uwydatnić. Wreszcie w różnych próbach krwi branych od tego samego chorego dawała się zauważyć pewna stała prawidłowość w zboczeniach azotu od cyfry uznawanej za normę. Wszystko to skłania B. do przypuszczenia, że nadmiar azotu nie zależy od niedo-

kładności doświadczeń, ale od wywiązywania się azotu ze krwi podczas wypompowywania. Wiadomo że przy rozkładzie mocznika powstaje wolny azot. Może więc powstaje on i z mocznika krwi lub z innego ciała azotowego w niej zawartego. W skutek rozkładu krwi w próżni powstają kwasy wydzielające wolny CO_2 z węglanu i dwuwęglanu sodu; może te same kwasy rozkładają i część mocznika krwi z wydzieleniem wolnego azotu. Jest to kwestya poniekąd pokrewna kwestyi nadmiaru azotu w wydechanem powietrzu.

Co się tyczy tlenu krwi, B. zwraca przedewszystkiem uwagę na to, że dotychczasowe nasze zapatrywania na stosunek oksyhemoglobiny do hemoglobiny, na granicę pomiędzy uiemi, na ilości tlenu wiązanego luźnie z hemoglobiną czyli służącego do utleniań, w wielu punktach są jeszcze chwiejne. Badania B. doprowadziły go do następujących wniosków:

Na ogół krew nieodwłókniona daje więcej tlenu, niż odwłóknionа. Krew nieodwłókniona najczęściej tem więcej zawiera tlenu, im wcześniej po wenesekcyi będzie badaną. Krew odwłókniona przeciwnie tem więcej wykazuje tlenu, im później będzie badaną. Nieodwłókniona krew anemiczna pomimo zmniejszonej ilości hemoglobiny może pochłaniać prawidłowe ilości tlenu. Dopiero przy najwyższych stopniach rozwodnienia krwi ilość pochłanianego przez nią tlenu zmniejsza się, nie w tym stopniu jednak, jakby należało oczekiwać z ubytku hemoglobiny. Krew odwłókniona a taką dotąd używano do badań, zachowuje się inaczej: tu z ubytkiem hemoglobiny zmniejsza się i ilość wypompowywanego ze krwi tlenu. A że krew nieodwłókniona tem więcej ma tlenu, im jest świeższa, to w zupełnie świeżej krwi [branej wprost z tętnicy] należałoby oczekiwać jeszcze większych ilości tlenu. Bardzo więc jest prawdopodobnem, że nawet w najcięższych przypadkach hydremii krew tętnicza zawiera prawidłową ilość tlenu.

Co do kwasu węglanego, krew nieodwłókniona dawała go zawsze więcej, niż odwłókniona. I tu w miarę dłuższego stania ilość CO_2 we krwi nieodwłónionej zmniejszała się, w odwłóknionej zaś zwiększała. Tlen więc i kwas węglany zachowują się bardzo podobnie w obu rodzajach krwi. Dodając do krwi 15% kwasu siarczanego, B. znajdywał znaczne zmniejszenie nietylko tlenu [co widzieli i inni po dodaniu kwasów], ale i kwasu węglanego.

Już wyżej powiedziano, że w jednej i tej samej krwi ta sama ilość hemoglobiny może wiązać większe lub mniejsze ilości tlenu: większe, jeśli krew jest nieodwłókniona, nieskrzepnięta, mniejsze—po odwłóknieniu, po utracie włóknika. Innemi słowy: dopóki we krwi są jeszcze fibrynogeny, krew zawiera tlenu dużo; skoro zaś z fibrynogenów powstanie włóknik, ilość tlenu we krwi znacznie spada; widocznie tlen zużył się tu na jakieś utlenianie, prawdopodobnie właśnie owych fibrynogenów. Wynika ztąd ścisły związek krzepnienia krwi ze sprawami utleniania we krwi.

Fakty zgodne z tą hypotezą odnalazł B. i w pracach Pflueger'a. Na potwierdzenie swego poglądu powołuje się B. na analizy gazów z kilku doświadczeń, w których udało się chwycić krew wprost z żyły do próżni zbiornika. Otóż w tych doświadczeniach pomimo fluorkowania krwi powstawały w niej b. wcześnie wiotkie skrzepy włóknika; okoliczność ta stale zmniejszała ilość tlenu dającego się wykazać we krwi.

Rozważając w myśl swej hypotezy znaleziony przez siebie fakt, że przy dłuższem staniu krew nieodwłóknionа zbliża się do odwłóknionej pod względem pojemności tlenu, B. wnosi, że we krwi nieodwłóknionej, na pozór zupełnie płynnej, krzepnienie jednak odbywa się także po pewnym czasie, tylko niewidocznie, bo powstający tu włóknik musi być płynnym. Natomiast we krwi odwłóknionej po jakimś czasie muszą powstawać na nowo fibrynogeny, o czem zresztą świadczy dowodnie wtórne krzepnienie raz już odwłóknionej krwi. Już A. Schmidt i inni uznali za konieczne przypuścić istnienie płynnego włóknika dla wyjaśnienia sprawy krzepnienia. Obecnie konieczność ta wypływa i z nowych faktów znalezionych przez B. Wspomniane wyżej powstawanie wiotkich skrzepów we krwi pomimo jej fluorkowania jest ważnym dowodem dla twierdzenia Schmidt'a, że nadmiar wszelkich soli [nie wyłączając nawet i wapiennych] a więc i fluorku sodu, hamuje krzepnienie, ale go nie znosi.

Krew więc względem tlenu zachowuje się nie jako chemiczny tylko roztwór hemoglobiny, ale podobnie do żywych tkanek. Jak protoplazmie komórek przyznajemy żądzę tlenu, chwytanie go i wiązanie, tak samo i krew pochłania tyle tlenu, ile go potrzebuje, nie zaś ileby wypadało z odsetki hemoglobiny. Ta regulacya pojemności tlenu utrzymuje się póty, póki fibrynogeny we krwi są jeszcze niezmienione, przypisywać więc ją trzeba fibrynogenom, które B. uważa za ciała białkowe w pierwszych okresach utleniania.—W myśl tego zawartość włóknika we krwi może służyć za miarę utleniania ciał białkowych w ustroju. Z rozbiorów własnych B. przyjmuje dla krwi prawidłowej 1,9‰ włóknika. W różnych stanach chorobowych znajdował go 0,98 — 6,38‰. Wogóle w stanach zapalnych, gdzie zużycie azotu w ustroju jest wzmożone, i w stanach hydremicznych ilość włóknika była zwiększoną. Mniejsza ilość włóknika, niż należałoby oczekiwać, jest objawem prognostycznie niepomyślnym, zdarzała się w przypadkach wkrótce zakończonych śmiercią, wskazuje na upadek utleniania w ustroju, obumieranie ustroju. Zgadza się to z dawnemi pojęciami o *hypinosis sanguinis* w gorączkach adynamicznych.

Zachodzi jakiś ścisły związek pomiędzy tlenem krwi z jednej strony a hemoglobiną krążków i fibrynogenami osocza z drugiej. Przemawia to poniekąd za znanym poglądem B. na krew krążącą, w której osocze ma być częścią składową samych krążków.

Fibrynogenom przypisuje wreszcie B. ważny wpływ na zasadowość krwi, uważając je za główną zasadę organiczną krwi. Pogląd ten jest konieczny w obec znacznej a stałej różnicy w ilości CO_2, czyli tem

samem i w zasadowości jednej i tej samej krwi przed odwłóknieniem i po odwłóknieniu. Ilość CO_2, a więc i zasadowość krwi, po odwłóknieniu znacznie spada. Sądząc po ilościach CO_2 we krwi, B. nie widział z wyjątkiem mocznicy w stanach chorobowych [gorączkach, *hydremii*] zmniejszenia zasadowości krwi, często nawet przeciwnie powiększenie jej. Dzisiejsze badania zasadowości krwi poddaje on ostrej krytyce: oznaczają one razem i zasady organiczne, i nieorganiczne [węglany i dwuwęglany], i alkolialbuminaty; wykazują one razem i zasadowość faktyczną, i potencyalną [wytwarzającą się podczas miareczkowania]. Tymczasem różne zasady niewątpliwie odgrywają całkiem różną rolę fizyologiczną. Kiedy np. fibrynogeny są zasadą ulegającą utlenianiu, to węglan sodu, jakby wynikało z kilku rozbiorów B., wzmaga utlenianie, sprzyja utlenianiu fibrynogenów. Dla prawidłowego przebiegu spraw utleniania składniki te [fibrynogeny i węglan sodu] powinny się znajdywać w pewnym, ściśle określonym stosunku ilościowym względem siebie.

Przy wykonywaniu streszczonej tu pracy B. powtarzał swe znane badania nad ilością żelaza we krwi anemicznej i znowu znajdywał względne jego powiększenie, jeżeli nie w każdym przypadku anemii, to w większości ich przynajmniej. Szczególniej wybitnem było to w anemii gruźliczej. Wnosząc zaś z ilości żelaza o ilości hemoglobiny, wypadnie, że krew anemiczna usiłuje utrzymać prawidłową ilość hemoglobiny i ubożeje raczej w inne składniki, inne ciała białkowe, niż w hemoglobinę. Oznaczanie żelaza we krwi mianowanym nadmanganianem potasu [Salkowski] stanowczo daje za nizkie cyfry; daleką ściślejszą jest metoda wagowa.

W różnych stanach zastoinowych z zaburzeniem konpensacyi B. bardzo często znajdywał zwiększoną ilość wody we krwi, a ani razu zubożenia krwi w wodę, nawet przy znacznem zwiększeniu liczby krążków czerwonych. Wielkość obrzęków nie idzie w parze ze stopniem rozwodnienia krwi. Wogóle rozwodnienie krwi w tych stanach nie dosięga wysokiego stopnia z wyjątkiem jednej mocznicy. Zdawałoby się, że w tych stanach przy zatrzymaniu wody w ustroju, ustrój jakby się bronił przed zatrzymaniem wody w naczyniach, jakby nadmiar jej wyrzucał do tkanek.

Biernacki E. „Zatrucie kwasem" i zasadowość krwi, jako wskazania terapeutyczne. Med. Nr 15, 16 i 17, str 340, 364, 396.

W ostatnich latach zjawiły się liczne prace nad zasadowością krwi, którą w wielu stanach [gorączki, blednica, zapalenie nerek] znajdywano obniżoną. W związku z tem są i liczne prace kliniczne z ostatniego czasu o samozatruciu kwasem. W śpiączce dyabetycznej kwas taki [oksymasłowy β] wykazano w moczu, po napadach epileptycznych kwas mleczny, w podagrze — moczowy. W innych razach wnoszono o zatruciu kwasem jedynie ze zmniejszonej zasadowości krwi lub z powiększenia ilości amoniaku w moczu. Zasadowość krwi oznaczano bądź

miareczkowaniem, bądź z ilości CO_2, zawartego we krwi. Otóż miareczkowanie najnowszą metodą—po zniszczeniu krążków czerwonych—podkopało pewność dawniejszych wyników: zmniejszenie zasadowości rzadko udawało się wykazać tą metodę, przeciwnie częściej spostrzegano wzmożoną zasadowość.

Te same wyniki dają i badania B., dokonane metodą Mayera, polegającą na oznaczeniu we krwi CO_2, który jako wydzielany z węglanu i dwuwęglanu sodu, ma wskazywać ilość zasady mineralnej we krwi. Metodą tą we krwi odwłóknionej Kraus znajdywał często obniżenie zasadowości. B. zaprzecza tym wynikom i wyjaśnia źródło błędu. W badaniach swoich B. porównywał i krew nie odwłóknioną i odwłóknioną, oraz krew różnego wieku [patrz referat poprzedni o pneumatologii krwi] i przekonał się, że czynniki te wyraźnie wpływają na zawartość CO_2. Krew odwłókniona dawała mu te same wyniki, co i Krausowi. Za to nieodwłókniona wyjątkowo tylko okazywała zasadowość obniżoną, a dość często wzmożoną. Oczywiście za bliższe prawdy trzeba uznać dane na krwi nieodwłóknionej jako mniej zmienionej, podobniejszej do krwi żywej. Im później krew badać, tem mniej znajdzie się w niej CO_2, tem niższa wypadnie jej zasadowość.

Nie można mieszać dwóch pojęć: zasada i zasadowość krwi. Na ostatnią składa się nie tylko zasada mineralna [węglan i dwuwęglan sodu], ale i alkalialbuminaty, i zasady organiczne [według B. fibrynogeny, patrz referat poprzedzający]. Zasadowość krwi możnaby porównywać z kwasotą treści żołądkowej. Jak w żołądku z ogólnej kwasoty nie można wnosić o ilości HCl, tak i we krwi z ogólnej zasadowości o ilości zasad mineralnych. Jak w żołądku różne kwasy, tak i we krwi różne zasady mają różne znaczenie. Zasadą organiczną krwi są fibrynogeny—utleniające się ciała białkowe; zasadą mineralną — węglan i dwuwęglan sodu, ciała niezbędne dla sprawy ulenienia. I w żołądku i we krwi konieczny jest pewien określony stosunek, tam dla prawidłowego trawienia między HCl a mającem się strawić białkiem, tu dla prawidłowego utleniania między zasadą mineralną a fibrynogenami.

Co do „samozatrucia kwasem", B. wykazuje, że nawet najstaranniej uzasadniona, z pomiędzy zaliczanych tu stanów, śpiączka dyabetyczna nie wytrzymuje jednak krytyki; innym zaś stanom chorobowym obejmowanym tą nazwą brak wszelkich dowodów. Największe nadużycia dzieją się z acetonem, który powstając przy zaburzeniach w trawieniu, ma wywiązywać z siebie kwasy oksymasłowy i inne a przez to sprowadzać przeróżne sprawy chorobowe: śpiączkę, padaczkę, astmę. Już sama rozmaitość tych spraw każe wątpić, by je mogła wywoływać jedna i ta sama trucizna—aceton, który w dodatku, zadawany do wewnątrz, nie sprowadza żadnych zaburzeń. Obecność więc acetonu, kwasów, lub nadmiaru amoniaku w moczu nie dowodzi zatrucia temi ciałami, ale wskazuje tylko na zaburzenia w utlenianiu.

Te zaburzenia zaś w utlenianiu zależą nie od wahań ogólnej zasadowości krwi, ale od wahań, którym podlega ilość zasady mineral-

nej—sodu. Do takich wahań sód jest bardzo skłonnnym, jak to wykazały badania B. Wzmożenie ilości sodu we krwi zdarza się często; zubożenie jej w sód bezwzględne jest wprawdzie b. rzadkiem, za to względne [w porównaniu z innemi częściami stałemi krwi] nie jest zjawiskiem wyjątkowem.

Zadając kwas mleczny do wewnątrz, B. widział wybitne zwiększenie potasu i sodu w moczu: ciała te zobojętniały kwas mleczny we krwi, spalały się z nim na dwuwęglany i przechodziły do moczu. Za to po odstawieniu kwasu mocz zawierał mniej tych alkaliów, niż prawidłowo; widocznie ustrój, zubożony poprzednio w alkalia, zatrzymywał je dla pokrycia ubytku. Wnosić ztąd trzeba, że i fermentacye mleczna i tłuszczowe przy rozszerzaniu i niedowładzie żołądka mogą sprowadzić zaburzenia w ilości krążącej zasady, tem samem i w sprawach ogólnego utleniania.

W przypadku *gastritis atrophica* obok braku HCl w żołądku B. znalazł i obniżenie zasadowości krwi, i wzmożoną utratę zasad z moczem. Wyglądało to, jak gdyby HCl, nie wydzielony w żołądku, nagromadzał się we krwi. W nadmiernem wydzielaniu HCl, przeciwnie, ilość zasad w moczu bywała zmniejszona. Zaburzenia więc żołądkowe mogą się odbijać na zapasie alkaliów we krwi, a przez to na sprawach utleniania.

To też oceniając wartość leczniczą alkaliów w zaburzeniach trawienia, lepiej się trzymać empiryi, niż badań zwróconych wyłącznie na trawienie żołądkowe. Poza wyrównywaniem zboczeń w trawieniu żołądkowem leczenie alkaliami może mieć ważniejszy wpływ na sprawy utleniania przez pokrycie braku alkaliów w ustroju. Taką rolę mają np. alkalia przy braku HCl w żołądku, gdzie na pozór podawanie ich wydawałoby się zbytecznem.

Bruner W. Badania nad zachowaniem się zawartości wody i metali alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek (z 2 tablic.). Pam. Tow. Lek. Warsz., Z. IV, str. 799.

Badania te przeprowadzone w 33 przyp. zapalenia nerek, stale wykazywały zmniejszenie we krwi substancyi suchej czyli tem samem rozwodnienie krwi. Kiedy u zdrowych B, znajdywał przeciętnie we krwi 22% części stałych, to w zapaleniu nerek cyfra ta spadała najczęściej do 17 — 19%, niekiedy do 13%. Zjawisko to mogłoby zależeć albo od zmniejszenia ilości krążków czerwonych, albo od ich rozwodnienia, albo wreszcie od rozwodnienia surowicy. Otóż to ostatnie powtarza się stale i b. wybitnie: procent części stałych w surowicy spada w zapaleniu nerek niekiedy do połowy. Rozwodnienie krążków zdarza się rzadko i w słabym stopniu. Zmniejszenie ich ilości [mniejsza liczba krążków w ctm. sześć. krwi i mniejsza objętość osadu czerwonego przy sedymentacyi] jakkolwiek częste, nie było jednak stałem. A zatem rozwodnienie krwi właściwe zapaleniu nerek zależy przedewszystkiem od rozwodnienia surowicy.

Pomiędzy stopniem rozwodnienia krwi a białkomoczem lub puchliną, nie można było zauważyć stałego związku. Prędzej już możnaby przypuszczać, że rozwodnienie krwi wzrasta z czasem trwania choroby. Natomiast związek rozwodnienia krwi z mocznicą tak był stały i wyraźny, tak obydwa te zjawiska razem występowały i razem znikały, bez względu na stopień obrzęków, ilość moczu, procent białka, że B. nie waha się uznać rozwodnienia krwi za charakterystyczną cechę mocznicy, rozstrzygającą w wątpliwych przypadkach, czy uznać je za mocznicę, czy też nie. Podczas mocznicy jednak surowica nie okazuje zbyt znacznego rozwodnienia, ale przedewszystkiem wzmaga się zawartość procentowa jej we krwi, a za to znakomicie spada ilość krążków czerwonych.

Dane powyższe B. tłomaczy w ten sposób, że w zapaleniu nerek po za mocznicą rozwodnienie krwi, właściwie zaś surowicy, zależy od zubożenia jej w białko; nadmiar zaś wody w ustroju nie zatrzymuje się we krwi, ale przesiąka do tkanek i jam. Podczas mocznicy—przeciwnie mamy nadmiar surowicy t. j. nagle powstające zatrzymanie wody [limfy] we krwi.

Co się tyczy alkaliów we krwi, to B. znajdywał ilości potasu prawidłowe lub zmniejszone odpowiednio ubytkowi krążków czerwonych. Co do sodu, to właściwie należałoby z góry oczekiwać powiększenia jego ilości we krwi w zapaleniu nerek, bo przy zubożeniu krwi w białko zjawia się odpowiedni równoważnik wody, ale z solą. To też w różnych stanach anemicznych znajdywano wzmożenie ilości sodu we krwi. W zapaleniu nerek B. znalazł wprost przeciwne zjawisko: ilość sodu we krwi albo spada tu, [zamiast normalnych 0,200—0.216 na 100 krwi—zdarzało się 0,143, 0,151 i t. p.] albo zbliża się do normy zamiast żeby ją przewyższać. Ten ubytek sodu bezwzględny lub względny prawdopodobnie nie dotyczy chlorku sodu, bo jak wiadomo procent tegoż we krwi jest stałym, ale węglanu sodu, dwuwęglanu i przypuszczalnie białkanu sodowego. To było pewnie powodem że wielu autorów badając zasadowość krwi, znajdywało obniżenie jej w zapaleniu nerek.

Ze znalezionych przez siebie faktów B. próbuje dać nowy pogląd na istotę mocznicy. Krew w zapaleniu nerek ubożeje w węglan i dwuwęglan sodu, których ogromny wpływ na sprawy utleniania dobrze jest znany. A więc w cierpieniu nerek utlenianie zapewne odbywa się nieprawidłowo i daje nieprawidłowe produkty, pod wpływem których naraz może się zjawić zatrzymanie wody we krwi, obrzęk niejako krwi, stanowiący istotę mocznicy.

Dokładny przegląd odnośnej literatury.

Chełmoński A. O zaziębieniu, jako przyczynie chorób. Gaz. Lek. Nr 12 i 13, str. 310, 345.

Nie wyjaśniono dotąd istoty zaziębienia, uważanego za tak częstą przyczynę chorób. Nieliczne doświadczenia i przypuszczenia w tym względzie przytacza Ch. W doświadczeniach tych wprowadzano w grę długi wpływ b. nizkiej temperatury [0^0 i niżej]. W życiu zwykłem wyż-

sze stopnie zimna mniej powodują chorób. gdyż łatwiej sprowadzają reakcyę, częściej zaś choroby z zaziębienia są skutkiem działania średnich stopni zimna, po których reakcya występuje późno lub nie występuje wcale.

Głównym więc warunkiem zaziębienia zdaje się być brak reakcyi — czynnik często indywidualny, właściwy osobom wydelikaconym „skłonnym do zaziębienia.“ Czynnik ten sprowadza się do zaburzeń w krążeniu, sam przez się choroby [zapalenia] wywołać nie może, ale gra rolę momentu usposabiającego, przyczyną zaś najbliższą choroby są zwykle pasożyty.

W myśl powyższego Ch. sądzi, że skłonność do zaziębienia u różnych osób można określać, mierzyć niejako, stopniem reakcyi ich skóry na zimno. W tym celu zanurzał łokieć danej osoby w wodę 7° R. i oznaczał liczbę minut, po upływie których zjawiało się zaczerwienienie. Pół minuty nazywa reakcyą wczesną, 2 min.—średnią, 3 min.—późną.

Z badań takich wynika, że nawet u tej samej osoby reakcya zjawia się to wcześniej, to później; u osób młodszych w ogóle wcześniej, niż u starych; w zapaleniu nerek i w gorączkach zdaje się ulegać opóźnieniu. Szybkość reakcyi nie zależy ani od stanu odżywiania, ani od wykształcenia czucia termicznego u danej osoby.

Ogół przecenia doniosłość zaziębienia, a co gorsza wystrzegając się go zbyt lękliwie, lekceważy przez to najważniejsze przepisy hygieny powietrza i skóry, czem naraża się na poważne niebezpieczeństwa. Obok tego zbytnie wydelikacenie powiększa jeszcze skłonność do zaziębienia. Uchronić się od niego można nie unikaniem, ale hartowaniem t. j. wykształceniem reakcyi na bodźce termiczne.

Ciągliński A. O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego. Gaz. Lek. Nr 10 i 11, str. 254, 282.

Po zwięzłym i treściwym przeglądzie naszych wiadomości o zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego i teoryj ich powstawania C. podaje wyniki swych doświadczeń, prowadzące do wniosków ważniejszych, bo wskazujące przebieg pewnych włókien nerwowych w substancyi szarej rdzenia. Dotyczasowe dane o zwyrodnieniach wtórnych w rdzeniu dotyczyły tylko substancyi białej rdzenia, chociaż wiadomo było, że i substancya szara zawiera bardzo wiele włókien nerwowych i z góry można było oczekiwać, że zmiany wtórne winny się i na nie rozszerzać.

O takich właśnie zwyrodnieniach donosi C. Po przewiązaniu psu mocną ligaturą rdzenia w części lędźwiowej i po zabiciu go w 4 dni potem, znalazł C. w rdzeniu tuż ponad miejscem przewiązania zmiany zależne od urazu: zwyrodnienie pęczków tylnych Burdach'a i Goll'a, częściowe zwyrodnienie prawego rogu tylnego oraz szarego spoidła. Na skrawkach branych z coraz wyższych miejsc rdzenia, zwyrodnienie pęczków Burdach'a oraz rogu tylnego coraz bardziej się zmniejszało, w pęczkach Goll'a przybierało znaną formę klina zwyrodnień wstępu-

jących Natomiast nieoczekiwanem było zwyrodnienie w spoidle szarem, które dawało się wykazać aż do najwyższych przecięć rdzenia w postaci czworoboku [rombu] pomiędzy kanałem centralnym a pęczkami tylnemi. Zwyrodniały pęczek uległ napęcznieniu: cylindry osiowe jego włókien i ich myelina były zgrubiałe a otaczająca substancya szara uciśnięta, światło kanału centralnego zamknięte, albo sprowadzone do szczeliny wygiętej łukowato ku przodowi.

Pęczek ten nigdzie dotąd nie był opisywany. Nie można go uważać za anomalię, bo w następnem doświadczeniu [zmiażdżenie części lędźwiowej rdzenia, badanie w 5 dni potem] taki sam pęczek znalazł się w tem samem miejscu. W późniejszych okresach zwyrodnienia [2—3 tygodni po uszkodzeniu rdzenia] pęczka tego nie można już było wykazać—musiał już uledz wessaniu. W jednem tylko doświadczeniu po 23 dniach znalązła się w odpowiedniem miejscu substancyi szarej niewielka jama. Często także w późniejszym okresie zwyrodnienia można było odnaleźć pojedyńcze zwyrodniałe włókna nerwowe wnikające z pęczków tylnych koło linii środkowej do substancyi szarej w miejscu odpowiadającem owemu pęczkowi. Dowodzi to związku tego pęczka z drogami czuciowemi. I w normalnym rdzeniu psim w odpowiedniem miejscu substancyi szarej, widać b. liczne drobniutkie włókna nerwowe, ułożone w prawdziwy pęczek.

Zastanawiając się nad możliwem znaczeniem odkrytego przez siebie pęczka i zestawiając jego miejsce ze zmianami znajdywanemi przy syringomyelii C. wypowiada przypuszczenie, że pęczek jego służy do przewodnictwa wrażeń bólowych i temperatury. Fizyologia oddawna wskazuje, że przewodniki takie muszą istnieć w substancyi szarej rdzenia, a badania nad syringomyelią wykazały zniesienie tego przewodnictwa przy powstawaniu jam w substancyi szarej w sąsiedztwie kanału centralnego.

Czajkowski. Grzybki drożdżowe przyczyną nowotworów złośliwych. Przegl. Lek. Nr 15, str. 200.

W soku miąższowym i krwi raków i mięsaków C. znajdywał drożdże—*saccharomyces*. Szczepiąc hodowle z nich zwierzętom, znalazł raz u gołębia powiększony gruczoł krezkowy, który pod drobnowidzem okazał się mięsakiem.

Dunin T. i Nowaczek S. O wydzielaniu kwasu moczowego w przebiegu krupowego zapalenia płuc. Gaz. Lek. Nr 18 i 19, str. 476, 517.

Przegląd prac z ostatniego czasu, które wykazały, że kwas moczowy powstaje z nukleiny, t. j. z jąder rozpadających się komórek ustroju, przedewszystkiem zaś z leukocytów. W myśl poglądu Horbaczewskiego, że ilość wydzielanego kw. moczowego zależy od stopnia leukocytozy, należałoby oczekiwać w zapaleniu płuc włóknikowem, że ilość tego kwasu wzrośnie znacznie podczas wsysania wysięku, kiedy

rozpad leukocytów ma miejsce w olbrzymich rozmiarach. I rzeczywiście z codziennych rozbiorów moczu w 5 przyp. zapalenia włóknikowego okazało się, że ilość kw. moczowego wzrasta już w przeddzień przełomu, po przełomie bardzo się wzmaga, niekiedy w trójnasób, co trwa 2—4 dni, przez następne 3—4 dni stopniowo się zmniejsza i dopiero na 7, 8 dzień od przełomu staje się znowu prawidłową.

Kwas moczowy oznaczano metodą Haycraft'a [amoniakalnym roztworem srebra], wypróbowawszy przedtem jej przydatność do celów klinicznych, na roztworach czystego kwasu moczowego.

Gluziński A. Zarys ogólnej patologii terapii, gorączki. Kraków w 8-ce, str. 120.

Są to wykłady uniwersyteckie prof. Gl., przedstawiające treściwie dzisiejszy stan wiedzy o gorączce. Odznaczają się one wysokiemi zaletami pedagogicznemi, podając stanowcze wnioski, gdzie to tylko było możliwem, podkreślając rzeczy główne, pomijając podrzędne. W wielu miejscach G. powołuje się na własne doświadczenie i badania. Między innemi kwestyę leukocytozy w różnych chorobach zakaźnych, omawia na podstawie własnych badań. Stopień leukocytozy w zapaleniu płuc włóknikowem nie idzie w parze ani z nasileniem choroby, ani gorączki, ani rozległością nacieku. W przypadkach śmiertelnych liczba ciałek białych znacznie opadała na krótko [1—2 godz.] przed śmiercią. Przy ustępowaniu gorączki *per lysin*, leukocytoza trwała jeszcze kilka dni. Zapaleniu opon mózgordzeniowych nagminnemu towarzyszy stale znaczna leukocytoza wielojądrzasta, ze zniknięciem komórek eozynofilnych, nieodpowiadająca swym stopniem ani nasileniu choroby ani gorączki, trwająca długo jeszcze w okresie bezgorączkowym, zagrażająca zawsze nawrotem choroby. Zapalenie opon mózgowych gruźlicze przebiegało bez leukocytozy. Leukopenia w tyfusie brzusznym przeciąga się długo w okresie zdrowienia.

G. uznaje gorączkę nerwową, [po kolce żółciowej, nerkowej, wprowadzeniu cewnika] i na jej dowód podaje własne doświadczenia: drażniąc prądem indukcyjnym nerw kulszowy królikowi przez pół godziny, znalazł znaczny spadek ciepłoty podczas i bezpośrednio po drażnieniu, a natomiast w 8—12 godzin potem wybitne podniesienie temperatury.

Gluziński A. W sprawie działania jadu błoniczego. Przegl. Lek. Nr 25, str. 349.

Doświadczenia Becket i Słapy w zakładzie G. [patrz rocznik z r. 1895, str. 42] wykazały, że toksyny błonicze wprowadzone do ustroju wywołują nagłe porażenie serca, ale dopiero po upływie pewnego czasu na krótko przed śmiercią. Zapewne zatem działają one na serce nie same przez się, ale za pośrednictwem trucizn sercowych, pod ich wpływem nagle powstających w ustroju po upływie pewnego czasu. Trucizny te należało wykazać.

W tym celu właśnie G. wypróbował wyciągi wodne i wodnoglicerynowe z mięśni tułowia, serca, ze rdzenia, mózgu i t. d. od królików świeżo zabitych taksynami błoniczemi. Wyciągi te wstrzykiwał do żył zdrowym królikom. We wszystkich (10) jednak doświadczeniach wypadły wyniki ujemne: ciśnienie tętnicze nie zmieniało się, żaden królik nie zdechł, choć niektóre gorączkowały.

Szukane trucizny znalazły się za to we krwi. Zatrutym toksynami królikom G. wypuszczał krew z tętnicy, odwłókniał ją lub przygotowywał z niej surowicę, a następnie jednę lub drugą wprowadzał do żył królikom zdrowym w ilości 10—15 cent. Otóż w 7 — 20 godzin po zatruciu toksynami błoniczemi krew i surowica nie miały jeszcze zabójczych własności i nie zmieniały ciśnienia tętniczego. Dopiero w 36 godzin po zatruciu krew i surowica okazywały działanie zabójcze i porażały serce: zabijały zdrowe króliki w 4—40 godzin i b. szybko obniżały ciśnienie tętnicze do $^2/_3$ a nawet $^1/_3$ pierwotnego.

Króliki padłe po wstrzyknięciu takiej krwi lub surowicy okazywały za życia niedowład kończyn tylnych—znaczne obniżenie ciepłoty. Na zwłokach ich znajdywano przekrwienie tkanki podskórnej i narządów wewnętrznych oraz przesięki do jam opłucnych. Wszystko to spostrzegano i u żwierząt, zatrutych jadem błoniczym, ale tu wspomniane objawy występowały dopiero pod koniec życia.

Potwierdza się więc przypuszczenie Becket i Słapy. W ustroju zwierząt zatrutych toksynami błoniczemi pod koniec ich życia rzeczywiście powstają trucizny sercowe. W tym właśnie okresie krew i surowica zatrutych zwierząt stają się zabójczemi i zaszczepione zdrowym wywołują u nich te same objawy, ale już odrazu.

Ze względu na surowicę przeciwbłoniczą wyniki te mają b. ważne znaczenie praktyczne i nasuwają cały szereg pilnych pytań.

Jakowski M. W kwestyi t. zw. zakażeń mieszanych u suchotników. Pam. Tow. Lek. Warsz., z. I, str. 1.

W 1893 r. J. ogłosił wyniki swych badań nad obecnością drobnoustrojów ropotwórczych we krwi suchotników. Strauss doszedł do odmiennych wyników i tłomaczył to wyższością własnej metody [wyciąganie krwi z żyły szpryczką] nad stosowaną przez Jak., który krew do badania brał z palca.

Obecnie J. poddał badaniu bakteryologicznemu jedną i drugą metodą 5 przypadków suchot płucnych w późniejszym okresie, i obu metodami w 4 przypadkach otrzymał wyniki dodatnie, w jednym zaś ujemne. Dwa razy znalazł tylko paciorkowce, dwa razy i gronkowce, [raz złocisty, raz biały].

Wniosek więc Strauss'a, że w suchotach nie bywa zakażenia mieszanego [właściwie wtórnego] jest błędny.

Kamieński St. O wylewach mleczka do jam surowiczych ciała. Kr. Lek. Nr 1—4, str. 1, 49, 97, 144.

Opierając się na ogłoszonych dotąd spostrzeżeniach klinicznych, na wynikach sekcyi, na pracach dotyczących krążenia limfy i mleczka, wreszcie na pracach o chłoniakach, K. rozbiera krytycznie teorye obecne, mające tłomaczyć puchlinę mleczną (*hydrops chylosus*).

Według dzisiejszych poglądów, wylew mleczka zależy albo od pęknięcia naczyń mlecznych, albo od przesiąkania z nich mleczka. Pęknięcie naczyń mlecznych niewątpliwe opisywano nadzwyczaj rzadko. Naczynia chłonne wogóle pękają niezmiernie trudno, a krążenie oboczne powstaje tu b. łatwo. Rany naczyń chłonnych goją się łatwo a wywołane doświadczalnie dają nieznaczne tylko wylewy mleczka. Pęknięcie więc naczyń mlecznych wyjątkowo może być powodem opisywanego cierpienia.

To samo i z przesiąkaniem mleczka. Wprawdzie doświadczenia wskazują, że jest to możliwe, ale przesięk mleczny doświadczalny różni się bardzo od puchliny mlecznej klinicznej. Przesięk doświadczalny jest względnie skąpy i szybko krzepnie, puchlina mleczna kliniczna odznacza się obfitością i małą zdolnością krzepnięcia.

Puchlina mleczna zapewne ma to samo pochodzenie co i t. zw. limfotoki skórne — *lymphorrhea* — pękanie chłoniaków (*lymphangiomata*). Już dziś znajdzie się dość spostrzeżeń puchlin mlecznych, w których sekcya wykazała chłoniaki naczyń mlecznych. Taki sposób powstawania opisywanego cierpienia tłomaczyłby obfitość takich wylewów, uporczywość tego cierpienia, przypadki z zejściem w wyzdrowienie, oraz wylewy mleczka peryodyczne.

Co do leczenia, to częste wypuszczanie mleczka K. uważa za szkodliwe, zalecałby raczej otwarcie jamy brzusznej dla odszukania pękniętego chłoniaka.

Własne spostrzeżenie, stanowiące punkt wyjścia dla streszczonej tu pracy, dotyczyło 5 tygodniowego dziecka z wylewem mleczka do jamy brzusznej—zapewne wrodzonym. Po wypuszczeniu 750 cent. sześć. płynu kilkudniowe pogorszenie [upadek sił, wymioty, biegunka) potem powolna poprawa, wreszcie płyn zniknął zupełnie z jamy brzusznej. Płyn o cięż. wł. 1007, zawierał b. drobne ziarenka i nieco większe kulki tłuszczowe, b. nieliczne leukocyty, tłuszczu 4,756, białka 2,297, chlorków 0,195.

Klecki K. O t. zw. shoku czyli wstrząsie nerwowym. Przegl. Lek. Nr 11, str. 129.

Wykład habilitacyjny.

Klecki K. O roli nerek w zakażeniu krwi. Przegl. Lek. Nr 45, str. 593.

K. powtórzył doświadczenia Biedl'a i Krause'go, którzy po wprowadzeniu do krwi drobnoustrojów już w kilka minut wykrywali je w mo-

czu. I rzeczywiście wprowadzając psom do krwi prątki błękitnej ropy i gronkowce złociste, K. znajdywał je w moczu już po upływie kilku minut, i to bez względu na ilość użytych do tego drobnoustrojów. Po wprowadzeniu ich do krwi w wielkiej ilości wydzielanie ich z moczem trwało długo; przy użyciu zaś małej ich ilości znikały one z moczu już po 20—30 min., choć jeszcze można było je znaleść we krwi, i w wątrobie, śledzionie, nerkach.

Mocz w tych doświadczeniach przenoszono z moczowodów do hodowli aseptycznie odpowiednim przyrządem. Jedno ramię Towatej rurki zbiera mocz z moczowodu, drugie — wciąga mocz ku górze a u dołu ma koniec zaostrzony. Probówki do hodowli zamiast waty zakryte są dwiema warstwami papieru. Po usunięciu górnej warstwy dolną przebija się ostrzem Towatej rurki i wylewa mocz na glebę, poczem probówkę znowu zakrywa się górną warstwą papieru.

Korczyński E. Znaczenie limfocytów w surowiczych wysiękach zapalnych opłucnej i otrzewnej. Przegl. Lek. Nr 17 i 18, str. 221, 237.

Ze szczegółowego przeglądu odnośnej literatury wynika, że składniki morfologiczne wysięków i przesięków nie zostały jeszcze dotąd dokładnie zbadane. W obec tego K. w całym szeregu wysięków i przesięków przeprowadził badania drobnowidzowe nowszemi metodami składników morfologicznych, strącając je centryfugą i przygotowując niezwłocznie z nich preparaty jeszcze przed krzepnięciem płynu.

Otóż wysięki surowicze, które nie miały dążności do przejścia w ropienie i nie polegały na tle nowotworowem, okazywały przez cały czas swego istnienia znakomitą przewagę limfocytów nad ciałkami neutrofilnemi—osad składał się tu prócz z krążków czerwonych prawie wyłącznie z limfocytów. Natomiast wysięki z przewagą w osadzie leukocytów neutrofilnych albo w dalszym przebiegu przechodziły w ropne, albo też były przyrody rakowej. Wysięki rakowe często miały wygląd mleczny i zawierały komórki śródbłonkowe wielokształtne, często zlepione w gromadki, stłuszczone, zawierające wakuole i okazujące obrazy dzielenia się jąder pośredniego i bezpośredniego.

Znaczenie powyższego w rokowaniu samo przez się jest widoczne, tembardziej, że do dziś nawet badanie wysięku na drobnoustroje nie pozwalało ściśle orzec, czy dany wysięk surowiczy przeobrazi się w ropny, czy też nie.

W wysiękach od początku do końca surowiczych limfocyty małe z silnie barwiącem się jądrem i b. wązką obwódką protoplazmy przeważają nad większymi. W świeżych wysiękach jądra barwią się silniej, niż w starszych. W starszych wysiękach zdarzają się wakuole i kulki chromatynowe w protoplazmie limfocytów, daleko rzadziej jednak, niż w leukocytach neutrofilowych. Limfocyty małe, barwione eozyną i błękitem metylowym, miewają niekiedy wyraźną obwódkę różową, co może dać powód do mylnego uznania ich za normoblasty. Ciałka

neutrofilowe zdarzają się ledwie w liczbie jednego na kilkaset limfocytów; protoplazma ich rychło ulega zwyrodnieniu. Równie rzadkiemi są i ciałka eozynofilne, które tu częściej niż we krwi mają jedno tylko jądro. Ilość limfocytów dochodzi zazwyczaj do 700 w mm. sześć..

Krążki czerwone znajdują się w każdym wysięku w ilości dochodzącej nawet do 2 i 5 tysięcy w 1 mm. sześć. Znaczenia w rokowaniu nie mają.

Korczyński L. Doświadczenia nad wpływem surowego szpiku kostnego i jego wyciągów na ustrój ludzki i zwierzęcy. Kraków w 8, str. 43.

Psy, żywione szpikiem kostnym, zyskiwały na wadze i okazywały leukocytozę oraz znaczny przyrost krążków czerwonych i hemoglobiny we krwi, trwający dłuższy czas i po odstawieniu szpiku. Przyrost ciałek białych i czerwonych następował i po każdem jednorazowem spożyciu szpiku: białych w 3—4 godz., czerwonych w 4—8.

Wyciągi szpiku wodne i glicerynowe, wstrzyknięte podskórnie psom lub królikom sprowadzały także już w 15—40 min. wybitny przyrost ciałek czerwonych i hemoglobiny, który jednak wkrótce znikał— najpóźniej w 80—120 minut.

Co do ciałek białych, to po wstrzyknięciu wyciągu wodnego ilość ich zrazu zmniejszała się, niekiedy o połowę, potem dopiero wzrastała. Wyciąg glicerynowy daleko uboższy w białko od wodnego, wcale prawie nie wpływał na ilość ciałek białych. K. wnosi ztąd, ze szpik kostny zawiera jakiś składnik białkowy, wywierający wpływ hemotaktyczny i na ciałka białe, i na czerwone.

Z szeregu innych doświadczeń okazało się, że po spożyciu szpiku kostnego ilość kwasu węglanego, wydzielanego przez zwierzę, wzmaga się, natomiast ilość azotu, wydzielanego z moczem, przy karmieniu szpikiem zmniejsza się. K. wnosi ztąd, że pod wpływem szpiku w ustroju wzmaga się utlenianie ciał bezazotowych a białko się zaoszczędza.

Na ośrodki krążenia i oddechowe szpik nie wykazał żadnego wpływu.

Próby na 4 chorych z niedokrwistością, blednicą i białaczką wykazały także wzrost ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny, w białaczce pomimo postępu choroby ku gorszemu.

Ludwik. O występowaniu czerwonych ciałek krwi z jądrami w krwi obwodowej. Pam. VII Zj., str. 173.

Ciałka te zjawiają się po wprowadzeniu do ustroju trucizn, zwłaszcza tych, które wywołują methemoglobinemię i methemoglobinurę [nitrobenzol, pyrogalol, pyrodyna, toluylendiamina]. Dalej po zatruciach chloranem potasowym, arsenem i ołowiem.

Zmiany krwi przy rakach przemawiają za zatruciem ustroju. I niedokrwistość przy anchylostoma duodenale—nie ma cech anemii pokrwotocznej, raczej odpowiada zatruciu toksynami [wzmożenie ciałek

eozynofilowych we krwi, obecność tych ciałek oraz kryształków Charcot'a w stolcach].

Niedokrwistość po krwotokach, zwłaszcza w drugim tygodniu jest nader podobną do blednicy.

Zmiany krwi w krwotokach kiszkowych tyfusowych, mają znaczenie prognostyczne. Zmiany jej w sprawach ropnych, wskazują często rodzaj zarazka (*diplococc. pneum.*).

Nowak J. Badania nad etiologią skrobiawicy. Rozpr. i Spraw. Ak. Um. Wydz. Przyr. Mat. Ser. II. tom. XI [XXXI].

Birch-Hirschfeld i Charrin wywoływali zwyrodnienie mączkowate, zastrzykując królikom ropę, Condorelli hodowlami *bacter. termo*, Krawkow — nietylko u królików, ale przedewszystkiem u kur hodowlami gronkowca złocistego. Lubarschowi jednak doświadczenia te nie udawały się, to też wątpi on o słuszności tych wyników. Tak samo podano w wątpliwość powstawanie zwyrodnienia mączkowatego w skutek ropienia aseptycznego przy wstrzykiwaniach ol. terpentynowego [Czerny].

Dla wyjaśnienia tych wątpliwości N. przedsięwziął szereg doświadczeń na królikach i kurach, wstrzykując im pod skórę przez czas dłuższy hodowle drobnoustrojów ropnych [gronkowce złociste, prątki błękitnej ropy, paciorkowce, *bacter. coli*] w coraz większych ilościach. W innym szeregu doświadczeń wstrzykiwał wyjałowione hodowle tych drobnoustrojów—toksyny, oraz tuberkulinę. W innym jeszcze—olejek terpentynowy. Wreszcie próbował wpływu ropy sterylizowanej, oraz bulionu zakażonego kałem z kiszek osób, u których znaleziono zwyrodnienie mączkowate bez widocznej racyi.

Okazało się, że zwyrodnienie mączkowate daleko łatwiej można wywołać u kur, niż u królików. Doświadczenia z paciorkowcami nie udawały się, z *bacterrum coli*– tylko u kur. Gronkowce złociste i prątki błękitnej ropy sprowadzały często to cierpienie, nawet i wtedy, gdy do ropienia nie dochodziło. Hodowle żywe były skuteczniejsze od wyjałowionych, choć zdaje się, że dużo tu zależy od tego, czy toksyny powstaną w żywym ustroju, czy też w probówce. Hodowla wyjałowiona np. gronkowca, przygotowana na surowicy ludzkiej, skuteczniejszą była od wyjałowionej hodowli bulionowej; ropa sterylizowana sprowadziła dość znaczne zmiany. Tuberkulina dała wyniki ujemne. Olejek terpentynowy wstrzykiwany podskórnie sprowadzał zwyrodnienie mączkowate nawet i tam, gdzie do ropienia nie dochodziło. Doświadczenia z ol. krotonowym nie udawały się.

Z powyższego widać, że ani ropienie, ani drobnoustroje, ani ich toksyny nie są koniecznym warunkiem zwyrodnienia mączkowatego; wywołać je mogą nawet czynniki czysto chemiczne. I wychudnienie, choć zwykle towarzyszy tej sprawie, nie jest od niej nieodłączne: zwyrodnienie zdarza się i bez wychudnienia. Przypuszczenie Krawkowa, że przyczyczyną tej sprawy może być nieprawidłowa fermentacya

w przewodzie pokarmowym, ma dużo prawdopodobieństwa. Przemawia za tem skuteczność wstrzykiwań bulionu zakażonego kałem.

Zwyrodnienie mączkowate rozwijało się szybko, niekiedy już po 9,10 dniach. Najczęściej i najwybitniejszym zmianom ulegała śledziona, następnie wątroba; nerki i kiszki cierpiały rzadko. W niektórych doświadczeniach zmiany dochodziły do wysokiego stopnia: cały np. miąższ śledziony bywał zwyrodniały prócz wielkich naczyń.

Piotrowski J. Przyczynek do nauki o zmianach krwi przy organicznych wadach serca. Gaz. Lek. Nr 27 i 28, str. 713, 749.

We krwi chorych z wadami serca często widziano zwiększenie liczby krążków czerwonych. Przypuszczenie Naunyn'a, że chodzi tu o nadprodukcyę krążków w skutek duszności t. j. niedostatecznego nasycania się ich tlenem, i że to samo źródło ma polycytemia na wyżynach, nie potwierdza się. W ostatnim czasie wielu autorów stawia tę polycytemię w związku z zaburzeniami gospodarstwa wodnego w ustroju chorych na serce, t. j. z zagęszczeniem krwi.

Chcąc się o tem przekonać, P. u kilku chorych na serce z niestałą kompensacyą przez dłuższy czas zwracał uwagę, czy wahaniom w kompensacyi to zwichniętej, to wyrównanej, odpowiadają wahania w ilości krążków czerwonych. Zmiany liczby krążków bywały dość znaczne [od niespełna 6 np. do 8 przeszło milionów w 1 mm. sz.], ale niemożna było dostrzedz stałej zgodności pomiędzy temi wahaniami a znikaniem lub zjawianiem się puchliny. Niekiedy rzeczywiście po zwiększeniu diurezy liczba krążków wzrastała, świadcząc niejako o zagęszczeniu krwi. Innym razem za to mimo ubytku 25 kilo skutkiem zniknięcia puchliny liczba krążków raczej się zmniejszyła. W innych jeszcze razach nie zmieniała się mimo znikania puchliny. Spostrzeżenia te nie przemawiają więc za wspomnianą hypotezą.

Niektóre doświadczenia wskazują, że obniżonemu ciśnieniu krwi towarzyszy jakby jej rozcieńczenie, podniesionemu zaś — zagęszczenie. W myśl tego P. zalecał chorym na serce pewne wysiłki cielesne i zwracał uwagę, czy wywołane w ten sposób zmiany ciśnienia [zwiększenie po małych wysiłkach, obniżenie po większych] odbijają się na liczbie krążków. I rzeczywiście różnice o $^1/_2$ — 1 miliona krążków bywały i zgadzały się z powyższemi doświadczeniami. Wbrew temu jednak po wstrzyknięciu królikom do żyły substancyi z nadnercza, która bardzo wzmaga ciśnienie krwi, liczba krążków nie zmieniała się. Również przy faradyzacyi pod narkozą dośrodkowego odcinka nerwu kulszowego nie otrzymywał P. stałych wyników: liczba krążków to wzrastała, to zmniejszała się.

Popiel W. Przyczynek do badań nad ciężarem gatunkowym krwi. P. T. L. W., str. 718.

Szereg doświadczeń nad wahaniami ciężaru właściwego krwi u królików i psów pozbawionych pokarmu i napoju. Otóż ciężar ten

oznaczany metodą Hammerschlag'a podczas głodzenia wzrastał u królików stopniowo a stale niemal z dnia na dzień, u psów słabiej i nie tak regularnie. U królików przeciętny ciężar wł. krwi przed głodzeniem wynosił 1,045, podczas głodzenia 1,053. U psów 1,048 i 1,051. Różnice oczywiście wypadną daleko większe przy porównywaniu ostatnich dni głodzenia ze stanem zdrowia.

Przyczynę odmiennego zachowania się ciężaru krwi u królików i psów P. widzi w tem, że królik zwierzę roślinożerne podczas głodzenia żyje własnem ciałem, staje się więc naraz mięsożernem; u mięsożernego a raczej wszystkożernego psa niema podczas głodzenia tej nagłej a zasadniczej zmiany. Przy odkarmianiu zagłodzonego zwierzęcia nadmierny ciężar krwi spadał do normy; przy ponownem głodzeniu znowu się podnosił i to silniej i prędzej niż za pierwszym razem. Zawartość hemoglobiny we krwi głodzonych zwierząt wzrastała równomiernie z ciężarem jej właściwym.

W innym szeregu doświadczeń zagłodzonym już do pewnego stopnia zwierzętom P. podwiązywał moczowody i pozostawiał je nadal bez pokarmu i napoju. Po tej operacyi ciężar krwi u królików przestawał wzrastać, przeciwnie spadał, niekiedy niżej normy, [zwiększona wodnistość krwi]. U głodzonych psów przeciwnie ciężar krwi pomimo podwiązania moczowodów, wznosił się dalej.

Wreszcie P. zwraca uwagę, że wahania c. wł. krwi u jednego i tegoż samego nawet zwierzęcia, pomimo jednakowych warunków życia bywają dość znaczne, z czem badający powinni się liczyć.

Prus J. O przyczynach leukocytozy. Pam. Zjazdu, str. 178. Stwierdziwszy, że maleina sprowadza leukolizę, leukopenię, wreszcie leukocytozę i to u zwierząt zdrowych jednojądrową, u nosaciznowych zaś wielojądrzastą, P. nie może pogodzić tych faktów z żadną z bieżących teoryi leukocytozy. Rozbiór krytyczny tych teoryi doprowadza go do wniosku, że wszystkie ciała, wywołujące najprzód leukopenię a potem leukocytozę, posiadają właściwie dwie własności: 1) niszczą ciałka białe, 2) przyśpieszają krążenie limfy, przez co do krwi napływa wkrótce nadmiar ciałek białych. Własności te tłomaczą zjawiska leukocytozy lepiej od dotychczasowych teoryi. [Patrz rocznik z 1894 r., str. 28].

Prus J. O ciałkach Russell'a. Rozpr. i Spr. Ak. Um. Wydz. Prz. Mat. Ser. II t. [XXXII], str. 99.

Ciałka te, zwane też fuksynowemi, uważał R. za pasożyty wywołujące raka. Są to twory kuliste, błyszczące, barwiące się czerwono karbolowym roztworem fuksyny, często zebrane w otoczone osłonką gromadki. Twory te wkrótce znaleziono w różnych innych stanach chorobowych i uznawano je to za powiększone ziarenka Altmann'a, to za szczególne zwyrodnienie jądra, to protoplazmy komórek, to za zwyrodnie szkliste krzepnącej krwi.

P. znalazł te ciałka w t. zw. tyfusie końskim [nazywanym też wybrocznicą, chorobą Werlhof'a], cechującym się wybroczynami i guzami krwawymi skłonnymi do przejścia w zgorzel [patrz referat z pracy P. o wybrocznicy w dziale bakteryologii). Otóż badając kiszki, zawsze mocno dotknięte tą chorobą, P. znalazł w nich liczne twory, odpowiadające wyglądem i reakcyami ciałkom Russell'a. Są to kuleczki od najdrobniejszych do wyrównywających ciałkom czerwonym, leżące albo wolno w tkance pomiędzy komórkami, albo najczęściej w komórkach tkanki łącznej lub naczyń krwionośnych i chłonnych. Komórki takie zawierają po kilka do 30 — 40 kulek, wypełniających szczelnie prawie całe ich wnętrze i wypierających jądro słabo barwiące się ku obwodowi.

W okresie choroby początkowym—przekrwienia—twory te widać w znacznej ilości w tkance śluzowej i podśluzowej dokoła naczyń i gruczołów Brunner'a, między gruczołami Lieberkuehn'a, w kosmkach i wewnątrz naczyń krwionośnych zwłaszcza w drobnych żyłach niekiedy niemal wypchanych temi komórkami. W drugim okresie—zwyrodnienia szklistego naczyń, R. zamiast tych ciałek znajdywał inne, i opis ich ma ogłosić później. W trzecim wreszcie okresie—zgorzeli i wrzodów, znowu zjawiają się te ciałka, a mianowicie w wielkiej ilości w ogniskach nekrotycznych, w mniejszej—w naciekach drobnokomórkowych oraz w siatce włóknika w tkance podśluzowej. W ogniskach nekrotycznych kulki te wydają się zmienionemi; niektóre są obrzmiałe, inne zlewają się z sobą w większe grudki, inne barwią się tylko u obwodu, przybierając przez to kształt pierścieni, inne jeszcze tracą zdolność barwienia się fuksyną karbolową, albo nawet nie przyjmują żadnych zgoła barwników.

Opisane kulki dawały wszystkie reakcye właściwe ciałkom Russel'a: podwójne barwienie fuksyną karbolową i zielenią jodową, hematoksyliną i eozyną, metodą Gram'a, Weigert'a i t. p.

Po dokładnem porównaniu tych kulek z ziarnami komórek eozynochłonnych u konia, P. uznaje jedne i drugie za jedno i to samo. Pod względem morfologicznym co najwyżej komórki eozynochłonne są nieco większe. Pod względem chemicznym jedne i drugie barwią się kwaśnymi barwnikami anilinowymi, nie barwią się wodnymi i wyskokowymi roztworami barwników zasadowych, w mieszaninie barwnika kwaśnego i zasadowego pochłaniają kwaśny, w mieszaninie barwników o różnym stopniu kwasoty pochłaniają kwaśniejszy. Wprawdzie ciałka Russell'a barwią się i barwnikami zasadowymi, o ile te będą zaprawione wodą karbolową lub anilinową, jednak P. przekonał się, że ziarna eozynochłonne konia tak samo się zachowują.

A więc ciałka Russell'a są to ziarna eozynochłonne. Podobnież i komórki t. zw. kulkowate, opisywane przez Touton'a i Goldmann'a są komórkami eozynochłonnemi. A jednak trzeba zastrzedz, że ciałka te o ile byłyby zawarte w komórkach niewątpliwie rakowych, musiałyby mieć inne znaczenie; bo komórka nabłonkowa nie może być jednocześnie eozynochłonną.

Przewoski E. Miejscowa eozynofilia w raku i kilka słów o znaczeniu komórek eozynofilowych wogóle. Gaz. Lek. Nr 34 i 35, str. 905, 941.

W ciągu 2 lat P. 4 razy znalazł obfite nagromadzenie komórek eozynofilowych w owrzodzonym raku części pochwowej macicy. Musi więc zachodzić jakiś bliższy związek tego cierpienia z eozynofilią, bo w rakach innych narządów niemożna było tego dostrzedz. W silnie nacieczonem podścielisku łącznotkankowem raka komórki eozynofilowe były b. liczne, do 20—30 na polu drobnowidzowem, ale i w ciałach rakowych było ich dość dużo — po kilka i kilkanaście w każdem. Przeważnie były to komórki wielojądrowe lub z jądrem fragmentowanem. Obok takiej komórki nieraz widać było szereg wolnych ziaren eozynochłonnych. i to w głębi preparatu, gdzie o uszkodzeniu komórki nożem nie mogło być mowy. Wyglądało to, jak gdyby taka komórka, przeciskając się przez szczelinę tkanki łącznej, pozostawiała za sobą ogon ze swych ziaren. Świadczyłoby to, że komórki nie powstały na miejscu w tkance, ale przywędrowały do niej z zewnątrz. Byłby to więc rodzaj chemotaksy eozynofilowej. We krwi chorych żadnych zmian nie było.

Miejscową eozynofilię napotkał także P. w przewlekłem zapaleniu ślinianki podżuchwowej skutkiem kamienia w przewodzie Warton'a. Liczne komórki eozynochłonne były tu obecne w nacieczonem podścielisku, przedewszystkiem zaś w zgrubiałych nacieczonych ścianach przewodów.

Spostrzeżenia te skłoniły P. do gruntowego opracowania kwestyi eozynofilii i dokładnego opisu tych komórek według własnych badań.

Jądra ich zwykle leżą ekscentrycznie; jąderek w nich nigdy nie widać. Skąpa chromatyna jąder ma postać nieregularnych grudek z odrostkami. Zdarzają się jednak i jądra bogatsze w chromatynę, ułożoną wtedy w gęste grudki lub siatkowato. W szpiku kostnym przy *anaemia perniciosa* trafiały się komórki o jednem jądrze bogactwem chromotyny nieróżniącem się od hematoblastów.

Protoplazma tych komórek ma budowę niezmiernie delikatną włóknistą lub siateczkowatą. P. widywał w niej centrozomy w postaci drobniutkich kulek niekiedy pałeczek. W rozchodzącej się promienisto od centrozom archoplazmie można dostrzedz budowę włóknistą. Niekiedy archoplazma nie przylega do centrozomy, pozostawiając dokoła niej jakby wązką jasną szczelinę niezabarwioną barwnikiem.

Ziarna eozynochłonne w różnych komórkach różnią się bardzo wielkością, w jednej — mniejwięcej są równe. Niekiedy skupiają się bliżej obwodu lub jądra. Po zabarwieniu mają kształt kulek pełnych, ale duże ziarna czasem wydają się jakby pustemi wewnątrz. U ptaków b. często przypominają kształtem kryształy: pałeczki z zaokrąglonymi końcami.

Dowody mikrochemiczne, przytaczane przez Erlicha, przeciwko naturze białkowej tych ziaren nie są przekonywające. Rzeczywiście ziarna te w suchych preparatach barwią się nawet w tak wysokiej temperaturze, przy której hemoglobina i białko komórkowe przestają się już barwić; dowodzi to jednak tylko większej nieco trwałości. Rozpuszczalność ich w 8% roztworze glicerynowym fenolu także nie może jeszcze wykluczać ich natury białkowej. P. powtórzył i potwierdził badania Scarpateti'ego nad rozpuszczalnością tych ziaren w kwasach mineralnych i octowym. Przekonał się też o niestosowności do ich badania płynu Fleming'a z powodu obecności w nim kwasu octowego.

P. szukał reakcyi dowodzących wprost natury białkowej tych ziaren, ale daremnie. Natomiast udały się reakcye na żelazo: żółty cyanek z kwasem solnym, barwił te ziarna na niebiesko, choć daleko trudniej, niż hemoglobinę; również i od siarku amonu ciemniały one przybierając odcień zielonkawy. A więc ziarna eozynochłonne zawierają żelazo, i to bardzo mocno związane z ich substancyą; zapewne składają się z jakichś albuminatów żelaza.

Oddawna zwracano uwagę na podobieństwo ziaren eozynochłonnych z hemoglobiną, a nawet je z nią utożsamiano. P. przekonał się, że ciała te barwią się wprawdzie podobnie, ale nie jednakowo. Kwaśne barwniki anilinowe i hematoksylina barwią ziarna mocniej, niż hemoglobinę, a często i z innym odcieniem. Mocno kwaśne barwniki (np. *aurantia*) przeciwnie barwią silniej hemoglobinę. Ziarna te zatem z hemoglobiny się nie składają, zawsze jednak z jakiegoś pokrewnego ciała. W myśl tego próbował P. otrzymać kryształki heminy Teichmann'a z bogatej w komórki eozynochłonne ropy tryprowej, wybierając na to preparaty wolne od krążków czerwonych. Wyniki całkiem zadawalającymi nie były.

Jakkolwiekbądź ziarna te trzeba uznać jeżeli nie za derywat hemoglobiny, to za niższy stopień syntezy białka z żelazem. Zasługuje na uwagę podobieństwo ich z hematogenem Bunge'go w żółtku jaj kurzych z którego zarodek wytwarza hemoglobinę krążków czerwonych. Podobieństwo to dotyczy ntetylko kształtu, ale jak się przekonał P. i reakcyi z barwnikami.

Co do pochodzenia tych ziarek, to P., jak i inni, uważa je za wyrób lub wydzielinę protoplazmy leukocytów. Wątpi natomiast, żeby one powstawały z ziarek neutrofilowych. Prócz różnicy w barwieniu, zwraca uwagę na obecność w szpiku drobniutkich ziarenek eozynochłonnych, widocznie świeżo powstałych, a jednak od samego już początku eozyno a nie neutrofilowych. Wreszcie rzadko bardzo zdarzają się komórki z ziarnami mieszanemi, a byłoby to pospolitem — gdyby jedne ziarna przeistaczały się w drugie.

Ziarna eozynochłonne nie mogą być resztkami hemoglobiny z rozpadłych erytrocytów, pochłoniętemi przez ciałka białe, jak chcą niektórzy. Istota ich różni się od hemoglobiny, i zbyt są one regularne, zbyt typowo rozmieszczone, żeby je można było uważać za rozpad.

P. zrazu poczytywał komórki eozynofilowe za hematoblasty powstrzymane na pewnym niższym stopniu rozwoju. Dziś sądzi, że są to komórki pomocnicze do wytwarzania zaczątków hemoglobiny. Wyrabiają one ziarna eozynofilowe, które rozpuszczając się w osoczu krwi, służą krążkom czerwonym do wyrobu hemoglobiny. U zarodków P. nie spotykał komórek eozynochłonnych: może tam właśnie krążki czerwone młodsze, energiczniejsze, z jądrami, nie potrzebują takiej pomocy w swych czynnościach. I anatomia porównawcza dostarcza licznych przykładów przemawiających za istnieniem takich niższych stopni hemoglobiny:

Komórki eozynofilowe ze szpiku najczęściej mają jedno tylko jądro, są większe, bogatsze w chromatynę i mniej ruchliwe, niż we krwi. P. przypuszcza, że młodsze, mniejsze i ruchliwsze komórki krew łatwiej unosi ze szpiku.

W szpiku młodych królików i gołębi kilka razy P. widział w opisywanych komórkach figury karyokinetyczne (*monaster* i *dispirema*).

Raczyński J. Wpływ jadów pochodzenia drobnoustrojowego (toksyn) na narząd krążenia. Kraków, str. 46.

Sprawozdanie z tej pracy odkładamy, bo nie nadesłano jej redakcyi Rocznika i nie mogliśmy jej znaleść w Warszawie. W Przeglądzie Lekarskim czytamy, że R. szukał przyczyn porażenia serca w chorobach zakaźnych, że odpowiedniemi doświadczeniami [trwającemi 27 dni!] wyklucza wpływ podniesionej ciepłoty na porażenie serca. Natomiast jad paciorkowca, *bacterium coli* i błoniczy okazały wybitny wpływ na krążenie: jad paciorkowca działał na aparat naczynioruchowy, jad *bacterium coli* sprowadzał zwyrodnienie mięśnia sercowego, jad błoniczy porażał ośrodki nerwowe samego serca.

Sterling S. Epersalgia, t. z. naderwanie się. Med. N ry: 43—45, str. 1003, 1025 i 1052.

Protest przeciwko zupełnemu lekceważeniu tego czynnika chorobotwórczego. Określając eparsalgię jako stan chorobowy wskutek jednorazowego nadmiernego wysiłku, głównie przy podźwiganiu ciężarów, S. rozbiera warunki fizyologiczne, zachodzące podczas wysiłku i liczne tegoż następstwa chorobowe. I tak: w mięśniach zdarza się nadmierne rozciągnięcie, rozdarcie, oderwanie, wynaczynienia, pęknięcie powięzi. Skargi chorych, że im „żyła przeskoczyła“ nie mogą wskazywać na zwichnięcie mięśnia właściwe, ale zależą zapewne od ucisku wywieranego przez rozciągnięty mięsień na sąsiednie tkanki. Dalej podaje S. przykłady z literatury niedomogi serca i przerostu tegoż, pęknięcia zastawek aorty, tętniaków, wynaczynień w oku, krwotoków żołądkowych [z następczym wrzodem żołądka] i płucnych po wysiłku, omawia powstawanie przepuklin, wypadnięcie odbytnicy, pęknięcie kiszek, wypadnięcie macicy, poronienia, enteroptozę skutkiem wysiłku.

Z własnych spostrzeżeń przytacza wypadnięcie odbytnicy i dwa przypadki pęknięcia kiszki. W jednym z nich pęknięcie podłużne jeli-

ta czczego na wolnej powierzchni w blizkości dwunastnicy nastąpiło po obfitem jedzeniu przy podnoszeniu 400-funtowego wieprza.

Wasserzug D. O bólu i jego wartości rozpoznawczej. Odczyty Kliniczne. Zesz. 11 i 12, str. 86.

Zestawienie nowszych prac w tym przedmiocie. Istota bólu, ściśle lub fałszywe jego umiejscawianie, badanie bólu za pomocą ucisku. Znaczenie komórek zwojowych zwojów międzykręgowych przy powstawaniu bólu, fizyologiczna analgezya wyższych nerwów zmysłowych, stan algetyczny i hyperalgetyczny komórek zwojowych rdzenia. Strefy hyperalgetyczne skóry, odpowiadające cierpieniom różnych narządów. Sposób promieniowania bólu właściwy różnym cierpieniom. Bóle samoistne mózgowe i rdzeniowe, bóle tabetyczne. Różne właściwości i charakter bólu. Przyczyny bólu, bóle hysteryczne. Wpływ bólu na inne czynności ustroju, udawanie bólu.

Wernicki Józef. Przyczynek do hematologii, nauki o klinicznem badaniu krwi. Część I. **Anatomia i fizyologia krwi normalnej** [z tabl. chromolitograf.]. Lwów 1895, 4-o; str. 16. Toż w Pam. VII Zjazdu lekarzy i przyrod. p.

Nowa teorya powstawania i znaczenia fizyologicznego morfologicznych składników krwi, wypowiedziana stanowczo, niestety nie poparta żadnymi dowodami.

Krążki krwi czerwone rosną i rozmnażają się jak inne komórki. Krążek krwi jest to komórka zawierająca jądro, powleczona warstewką hemoglobiny, którą można oddzielić maceracyą 12 godzinną w 2% kw. bornym lub rozwodniowym kwasie azotnym. Warstewka ta hemoglobiny sciera się z krążków czerwonych w naczyniach włosowatych: uwolniona z hemoglobiny komórka, odzyskuje ruch amebowaty, przenika do otaczającej tkanki, tam rośnie, nabiera ziarnistości i staje się komórką eozynofilową, wreszcie pęka, a rozsypane jej ziarenka szybko rosną, w śledzionie powlekają się otoczką białkowatą, która w wątrobie zamienia się na hemoglobinę, dając gotowe młode ciałka czerwone. Ciałka te powstają więc we wszystkich tkankach, najłatwiej jednak w szpiku kostnym.

Ciałka białe powstają z granulacyi neutrofilowych, które rosnąc przechodzą w t. zw. płytki Bizzozer'a, potem w małe i wielkie limfocyty, wreszcie w leukocyty wielojądrowe z ziarnistością neutrofilową. Po rozpadzie leukocytów uwolnione ziarenka neutrofilowe dają początek nowym ciałkom białym. Leukocyty, mianowicie najmłodsze ich formy, służą za pokarm dla innych komórek, żyją bardzo krótko, najwyżej 2—3 godzin.

II-gą część swej pracy [patologię krwi] autor obiecuje wkrótce wydać.

Wernicki K. Przyczynek do histologii klinicznej krwi. Przegl. Lek. N-ry: 10, 11 i 12, str. 117, 136 i 147.

W klinice krakowskiej oddawna zwracano uwagę na błyszczące ruchliwe kuleczki znajdowane w świeżej krwi. Wobec wielkiego rozpowszechnienia zimnicy w Krakowie i jego okolicy W. zrazu podejrzywał w nich zarodniki pasożyta zimniczego, tembardziej, że na preparatach pozostawianych na dobę w trzo 37° liczba tych kuleczek wybitnie się powiększała. Kuleczki te jednak barwią się odmiennie od znanych zarodników, rozpuszczają się w wyskoku [nie widać ich wcale na preparatach ustalonych w wyskoku bez uprzedniego ogrzania], obecne są we krwi nietylko w zimnicy, ale i w różnych innych chorobach, zwłaszcza w białaczce, wreszcie prawie zawsze i we krwi zdrowych. Wobec tego trzeba je uznać za stały składnik histologiczny krwi.

Nie są to płytki Bizzozera, bo te nie błyszczą, nie rozpuszczają się w wyskoku i inaczej się barwią. Poikilocyty ubogie w hemoglobinę mogą mieć także podobny wygląd, ale na barwionych preparatach charakter ich uwidocznia się.

Twory te znalazł W. i we krwi różnych zwierząt, gdzie wielkością, kształtem i zachowaniem się względem barwników zupełnie odpowiadały granulacyom leukocytów danego zwierzęcia. A więc we krwi kurzej twory są nieco większe, przypominają kształtem ziarna owsa, barwią się eozyną, rozpuszczają się w wyskoku. Takie same ziarenka można znaleść w leukocytach krwi kurzej. Udawało się nawet prześledzić, jak takie ziarenka w oczach odrywały się od leukocytu i stawały się ruchliwemi. We krwi świnek morskich twory te są drobne, rozpuszczalne w wyskoku, barwią się zupełnie podobnie do ziarniny neutrofilowej. Krew ludzka zawiera takie same drobniutkie granulacye neutrofilowe, a obok nich większe eozynochłonne nierozpuszczalne w wyskoku.

Opisywane więc kuleczki są granulacyami leukocytów. Ilość ich na preparacie będzie większa, jeżeli silniejszym uciskiem przy rozcieraniu narazić leukocyty na uszkodzenie. Wzrastanie ich liczby w termostacie, zależy także od rozpadu leukocytów. W takich właśnie dłużej przechowywanych wilgotnych preparatach można się naocznie przekonać o odrywaniu się ruchliwych ziarenek neutro i eozynofilowych od ciałek białych. Twory te opisywano już często, poczytując je za drobnoustroje. Właściwie ocenił ich naturę pierwszy J. Wernicki [patrz referat poprzedzający].

Na zakończenie opisuje W. płyny używane przez siebie do barwienia krwi.

Winiarski J. Znaczenie leukocytów w wysiękach i przesiękach. Kron. Lek. N-r 12, str. 599.

Chcąc znaleść różnice między wysiękami a przesiękami do jam surowiczych W. rozpatrywał pod drobnowidzem osad strącony z płynu centryfugą i odpowiednio barwiony i obliczał ilość ciałek białych w badanym płynie.

I przesięki i wysięki surowicze do jamy opłucnej lub otrzewnej z pomiędzy ciałek białych zawierały prawie wyłącznie limfocyty. Leukocytów wielojądrowych albo wcale w nich nie było, albo bardzo nieliczne. Płyn z takimi składnikami nie przeistaczał się w ropny nawet wtedy, gdy zawierał dużą ilość ciałek białych.

Wysięki ropne do jamy opłucnej zawierały prawie wyłącznie leukocyty wielojądrowe;—do jamy otrzewnej—w znacznej większości. W przypadku *pleuritidis metapneumonicae* płyn zrazu surowiczy i względnie ubogi w ciałka białe, ale z przewagą między niemi leukocytów wielojądrowych, w dalszym przebiegu choroby przeobraził się w wysięk ropny. Zgadza się to zupełnie z poglądem E. Korczyńskiego na prognostyczne znaczenie składników morfologicznych płynu (patrz wyżej).

W przypadkach zapalenia rakowego otrzewnej przeważały to limfocyty, to leukocyty wielojądrowe; płyn zawierał bardzo dużo śródbłonków.

I w wysiękach surowiczych, i w przesiękach limfocyty małe z silnie barwiącem się jądrem przeważały nad większymi. Ciałka eozynofilowe, zawsze wielojądrowe, zdarzały się rzadko.

Czerwone krążki krwi obecne są w każdym przesięku lub wysięku. Wysięki krwawe nie mają znaczenia prognostycznego, ani nawet rozpoznawczego: zranienie naczynia krwionośnego przy przekłuciu może nadać jasnemu płynowi pozór krwawy.

Wysięki surowicze do jamy opłucnej najczęściej zawierały 1500—3000 ciałek białych w 1 mm. sz. chociaż wahania w tym względzie bywały bardzo znaczne [270—9,270]. Przesięki do jamy opłucnej zawierały tylko 60 — 300 ciałek białych. Takież nizkie cyfry wykazywało kilka przypadków *hydropneumothorax tuberc.* pomimo wysokiego ciężaru właściwego i dużego procentu białka w płynie. W przesiękach do jamy otrzewnej zwykle bywa 200 — 350 ciałek białych [wahania od 40—600]. W nielicznych przypadkach zapalenia surowiczego otrzewnej znalazło się tych ciałek 500—800 w 1 mm. sz.

A zatem wysięki, mianowicie opłucnowe różnią się od przesięków dalcko wyższą liczbą ciałek białych.

W miarę wsysania wysięku ilość w nim ciałek białych zwiększa się. Im więcej płyn surowiczy zawiera ciałek białych, tem łatwiej krzepnie. Krzepnienie zawsze bez wyjątku znakomicie zmniejsza ilość ciałek białych zawieszonych w płynie, często o połowę i więcej. Szczególnie wybitnie widać to w płynie z pęcherzów po wezykatoryi, gdzie po utworzeniu skrzepu czasem zaledwie piątej części ciałek białych doliczyć się można.

Płyn wezykatoryjny zawiera 80—1300 ciałek białych z przewagą wielojądrowych nad limfocytami i z bardzo licznemi komórkami eozynofilowemi.

Białokur J. O stosunku niedokrwistości złośliwej do zaniku błony śluzowej żołądka, Gaz. Lek., str. 821, 855, 885.

Patrz dział X — Chor. narz. traw.

Drabczyk T. O sposobach ilościowego określania kwasu moczowego oraz przyczynek do teoryi powstawania kwasu moczowego. Gaz. Lek. Nr 19 i 20, str. 511, 539.

Patrz dział VII — Dyagnostyka.

Dydyński L. Przyczynek do kwestyi zmian anatomo-patologicznych w rdzeniu, rozwijających się pod wpływem ucisku. Gaz. Lek., str. 394, 429.

Patrz dział X F. — Chor. nerwowe.

Korczyński L. Rozwój i obecne stanowisko hematologii klinicznej. Med. Nr 32 i 33, str. 739, 765.

Patrz dział VII — Dyagnostyka.

Obaliński A. Jeszcze w sprawie zupełnego wykluczenia kiszki grubej. Przegl. Lek., str. 433.

Patrz dział XII — Chirurgia.

Dyskusya na VII Zjeździe lek. i prz. p. nad działaniem gazów gnilnych z jelita grubego wprowadzonych do jamy otrzewnej. Pam. Zjazdu, str. 75. [Patrz Przegl. Piśm. za r. 1895, str. 22].

Dyskusya na VII Zjeździe nad badaniem krwi w górach. Pam. Zjazdu, str. 171.

Dyskusya na VII Zjeździe nad znaczeniem komórek eozynofilnych we krwi, płwocinie i moczu. Pam. Zjazdu, str. 175.

V. BAKTERYOLOGIA i PARAZYTOLOGIA.

Sprawozdawca

K. Chełchowski.

Kowalewski M. Studya helmintologiczne. III Bilharzia polonica, sp. nov. z tablicą. Rozp. i Spr. Ak. Um. Wydz. Prz. Mat. Ser. II, tom XI [XXXI].

Bardzo dokładny opis nowego gatunku przywry rozdzielnopłciowej (*trematodes*), który K. znalazł w kiszkach ptaka krzyżówki (*Anas boschas*) i we krwi cyraneczki (*Anas crecca*). Nowy ten gatunek różni się znakomicie od innych gatunków rodzaju Bilharzia, które może nawet wypadnie uznać za odmiany tylko. Ze względu na kształty ciała i organizacyę wewnętrzną nowy gatunek zajmuje pośrednie miejsce między Bilharzia *haematobia Cobb.* [znajdywaną często u ludzi w Egipcie] a rodzajem *Distomum.*

Krzyżówka z tym pasożytem zabita była w okolicy Dublan w marcu podczas długiej i śnieżnej zimy. Zapewne pasożyta przyniosła z sobą z cieplejszych krajów poprzedniej zimy a ostatnią zimę spędziła w kraju.

Nowak Julian. Badania błony śluzowej gardła ze względu na mikroby znajdujące się w przypadkach błonicy. Now. Lek. Nr 12, str. 735.

W 16 przypadkach błonicy właściwej oraz t. zw. *angina necrotica* poszkarlatynowej N. badał na drobnoustroje skrawki z błon dyfterytycznych oraz z błony śluzowej gardzieli, krtani i tchawicy. Na błonie śluzowej zdrowej z zachowanym nabłonkiem-drobnoustrojów albo nie było wcale. albo zdarzały się na powierzchni nabłonka lub wrośnięte pomiędzy pojedyńcze komórki nabłonkowe. Przeciwnie błona śluzowa owrzodzona, obumarła, pokryta nalotem lub pozbawiona nabłonka zawsze zawierała paciorkowce lub prątki błonicze, rzadziej gronkowce.

Prątki błonicze znajdują się zwykle na powierzchni błony śluzowej owrzodzonej lub na powierzchni błon dyfterytycznych, często w znacznej ilości, niekiedy pod postacią zbitych pokładów. W samem utkaniu błony śluzowej ani też wewnątrz komórek nie bywa ich wcale.

W głębszych warstwach błon dyfterytycznych, ilość ich coraz bardziej się zmniejsza. Niekiedy znajdują się one jednocześnie i na powierzchni błon dyfterytycznych i między temi błonami a błoną śluzową; czasami znowu, prątki te tworzą w błonach dyfterytycznych kilka warstw odpowiadających jakby odkładaniu się tych błon jednych na drugie.

Prątkom błoniczym zawsze towarzyszą paciorkowce. To też błonicę trzeba uznać za zakażenie mieszane. Stanowczo dotyczy to przynajmniej wszystkich przypadków ciężkich, prowadzących do śmierci i badania pośmiertnego. Paciorkowce, zajmują przeważnie głębsze warstwy błon dyfterytycznych, oraz samą błonę śluzową, docierają miejscami aż do mięśni, przenikają do naczyń krwionośnych i chłonnych i do ogólnego krwiobiegu.

W niektórych przypadkach błonicy stwierdzonej niewątpliwie za życia — po śmierci znalazły się tylko paciorkowce. Widocznie prątki błonicze istniały tu z początku, później jednak ustąpiły miejsca paciorkowcom.

Prus J. O etyologii i patogenezie wybrocznicy czyli gorączki wybroczynowej (morbus vel febris petechialis) z tablicami litog. Przegl. Weter. Nr 1 i 2, str. 1 i 33.

Chorobę tę cechują liczne wybroczyny oraz naciek i guzy krwawe łatwo ulegające owrzodzeniu i zgorzeli, zajmujące skórę, błony śluzowe, zwłaszcza dwunastnicy i okrężnicy, mięśnie i narządy wewnętrzne. Prus, w badanych przez siebie przypadkach tej choroby w tkankach dotkniętych cierpieniem, wykrył obok bakteryi gnilnych drob-

niutkie laseczniki, które uważa za przyczynę tej choroby. Barwią się one podobnie do prątków gruźliczych — zmienioną nieco metodą Ziehl Neelsen'a, [roztwór fuksyny w 2 a nie 5% wodzie karbolowej: odbarwianie słabym kwasem azotnym — na 100 cent. sześć. wody 5 kropel kwasu]. Są one znacznie krótsze i cieńsze od gruźliczych, często zawierają 2 i więcej ziarenek podobnych do zarodników. Znaleźć je można w komórkach śródbłonkowych naczyń krwionośnych, w komórkach tkankowych, w krążkach krwi wynaczynionych, wreszcie wolne pomiędzy komórkami. Niemożna ich uznać za identyczne z żadnymi z tych drobnoustrojów, które spostrzegano w wybrocznicy lub w chorobie Werlhof'a u ludzi, choćby już ze względu na cechy morfologiczne. Ani hodowli ani szczepień zwierzętom P. nie przedsiębrał. Sądzi jednak że znaleziony przezeń prątek jest przyczyną wybrocznicy. W ogniskach chorobowych znajdywał P. stale zwyrodnienie szkliste [właściwie szkliste, nie zaś koloidalne] naczyń krwionośnych. Otóż przypuszcza on, że prątki jego wywołują to zwyrodnienie i skutkiem tegoż pękanie tętniczek i powstawanie wybroczyn, które albo ulegają wessaniu albo krzepną, albo obumierają. W ostatnim razie rozwijają się w nich bakterye gnilne i powodują zgorzel.

Weber J. Badania nad etyologią ospy. Med. Nr 14 i 20, str. 317, 471 z tablicą.

We krwi chorych na ospę, płonicę i odrę w okresie kwitnienia W. znajdywał ciałka bezbarwne, przezroczyste, nieco mniejsze od krążków czerwonych, zawierające w swem wnętrzu ruchliwe błyszczące ziarenka. Obok nich widział ziarenka wolne, ziarenka połączone nićmi ze sobą lub z ciałkami, ciałka z wklęśnięciami. Obrazy te poczytuje W. za różne okresy rozwoju pierwotniaka, i nadaje mu nazwę syreny. Krew od ospowych szczepiona na agarze płynnym, daje biały osad złożony z takich samych tworów. W zawartości mętniejących pryszczów ospowych, prócz powyższych tworów opisuje W. wielkie ciałka z jądrami i ruchliwemi ziarenkami, mające być dojrzałymi pierwotniakami. Drobnoustroje te mają się i przez podział mnożyć i wyrastać z ziarenek. Ziarenka i jądra ciałek barwią się i błękitem metylenowym i eozyną.

Przy szczepieniu ospy ochronnej niektóre porcye detrytu mają tę własność że choć ospa się nie przyjmie, jednak u osób szczepionych mogą się zjawić ciemnoczerwone plamki lub guziczki trwające 2—4 tyg.

We krwi wyciśniętej z takich guziczków W. widywał bardzo liczne ruchliwe ameby, niekiedy obok tworów, które W. nazwał dojrzałą syreną. Wspomniane ameby zdaniem W. zostają zaszczepione z detrytem.

Żupnik L. Przyczynek do przygotowania agaru. Kosmos, str. 108.

Uproszczenie przygotowywania agaru. Do bulionu zupełnie przezroczystego Ż. dodaje potrzebną ilość agaru w proszku, gotuje przez godzinę nad łaźnią wodną i filtruje na gorąco przez cienką

warstwą waty odtłuszczonej na sączku ogrzewanym zlanym uprzednio gorącą wodą destylowaną. Agar sączy się wtedy nie kroplami, lecz pełnym strumieniem, jest przezroczysty i odpowiada wszelkim wymaganiom.

Grostern W. Nosacizna czy zakażenie posocznico ropnicowe. Gaz. Lek. str. 271.

Patrz dział XB — Choroby zakaźne.

Jakowski M. W kwestyi t. zw. zakażeń mieszanych u suchotników. Pam. T. L. W. z. I, str. 1.

Patrz dział IV — Pat. ogólna i dośw.

Janowski W. Przypadek obecności balantidii coli w stolcach oraz wpływ tego pasożyta na zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Gaz. Lek. str. 683, 711.

Patrz dział XE — Chor. narz. traw.

Janowski W. O flogelatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego. Gaz. Lek. str. 765, 800, 829, 860, 890, 919.

Patrz dział XE — Chor. narz. traw.

Janowki W. O etyologii dysenteryi. Gaz Lek. str. 933, 965. 1003, 1021, 1057, 1084.

Patrz dział XB — Chor. zakaźne.

Nencki L. i Pruszyński J. W sprawie zakażenia nosacizną Gaz. Lek. str. 219.

Patrz dział XB — Choroby zakaźne.

Orłowski W. Nowy przyrząd do aseptycznego zlewania płynów. Med. str. 488.

Patrz dział XXIV — Nau. przyrod.

Rutkowski L. Przyczynek do działania surowicy Viquerata na świnki morskie.

Patrz dział VIII — Terapia ogólna.

Żurkowski A. Wyniki badania bakteryologicznego wody filtrowanej w Warszawie. Med. str. 646, 667.

Patrz dział XIX — Hygiena.

Dyskusya na VII Zjeździe lek. i prz. p. nad rozpoznawczem znaczeniem malleiny. Pam. Zj. str. 413. [Patrz. Przegl. Piśm. za r. 1894, str. 27].

Dyskusya na VII Zj. nad ochronnemi szczepieniami wąglika. Pam. Zj. str. 428. [Patrz. Przegl. Piśm. z. r. 1894, str. 27].

Dyskusya na VII Zj. nad promienicą u zwierząt. Pam. Zj. str. 431. [Patrz Przegl. Piśm. z r. 1894, str. 30].

VI. FARMAKOLOGIA i TOKSYKOLOGIA.

Sprawozdawca

J. Świeżyński.

Bregman i Grużewski. Obrzęk, zgorzel, znieczulenia po zaczadzeniu. Pam. Tow. Lek., str. 260.

B. w imieniu swojem i G. przedstawia chorą, która przed tygodniem uległa zaczadzeniu. Chora odurzona, przebudziwszy się w nocy, poczuła silny ból w prawej ręce, na której leżała nieżyjąca już bratowa; dopiero nad ranem udało się chorej wyciągnąć rękę z pod nieżywej towarzyszki. Kończyna aż do barku zbrzękła, palce były zgięte, z powodu bólu nie dawały się wyprostować. Na przedniej powierzchni przedramienia w dwóch miejscach zgorzel. Anestezye na ręce w okolicy unerwionej przez *nervus ulnaris* i *medianus*, a także na tylnej powierzchni uda, odpowiadającej unerwieniu *n. cutanei femoris posterioris*.

Zaburzenia te tłomaczy B. działaniem zaczadzenia i ucisku.

Bronowski S. Mleczan strontu w chorobie Bright'a. Pamiętnik T. L., z. IV, str. 861 z 2 tab.

Autor badał na zwierzętach i chorych działanie mleczanu strontu. Wyniki klinicznych obserwacyi są następujące:

1) Mleczan strontu działa moczopędnie w wielu postaciach choroby Bright'a. O tym pomyślnym skutku działania można napewno wyrokować tylko w przypadkach ostrego miąższowego zapalenia nerek.

2) W znacznej większości przypadków zmniejsza mleczan strontu ilość wydzielanego na dobę białka.

3) Środek ten zupełnie pozostaje bez wpływu na ciśnienie krwi, na działalność serca, na sprawę oddechania, i na dobową ilość zawartych w moczu etero-siarczanów.

4) Mleczan strontu w dawkach umiarkowanych (6,0 — 8,0 *pro die*) i w rozczynie zupełnie dobrze znoszonym bywa przez chorych.

Z doświadczeń na zwierzętach wyprowadza B. następujące wnioski:

1) Mleczan strontu, wprowadzony do krwiobiegu zwierząt, nie podnosi ogólnego ciśnienia krwi, lecz przeciwnie spada ono pod wpływem tego środka.

2) Wprowadzony do krwi w nadmiernych ilościach w stosunku do wagi zwierzęcia [więcej niż 0,07 na kilo] drażni nerki.

3) Działanie moczopędne zależy według wszelkiego prawdopodobieństwa od rozszerzenia naczyń nerkowych. Rozszerzenie to, a co zatem idzie i działanie moczopędne jest w związku z nerwami nerkowymi.

4) Zwiększenie diurezy nie jest zależnem od bezpośredniego działania na nabłonek nerkowy.

Z doświadczeń bakteryologicznych dokonanych w pracowni M. Jakowskiego wynika, że mleczan strontu nie ma działania antyporazytornego. Badano wpływ jego na bakterye kiszkowe otrzymane z przetoki kiszki grubej i na innych bateryach chorobotwórczych.

Ciągliński A. Przypadek zatrucia wyciągiem paproci. Gazeta Lekarska Nr 6, str. 156.

Panna G. lat 18-tu tęgo zbudowana i dobrze rozwinięta, nerwowo nieobciążona, dostała w 4 godziny po wyżyciu ostatniej porcyi *capsulae contra taeniam* boleści, nudności i napadu, który z opisu zupełnie przypominał napad epileptyczny. Chora napadów podobnych nigdy dawniej nie miewała. Pacyentka po paru dniach przyszła zupełnie do siebie, ale tasiemiec nie został wydalonym. Autor znalazł w Wiadomościach farmaceutycznych wzmiankę o 3 podobnych wypadkach, które zakończyły się śmiercią. W końcu mówi C. o książce Lewin'a (Die Nebenwirkungen der Arzneimittel), w której wyczytał kilka interesujących szczegółów, tyczących się zatrucia paprocią. Według Lewin'a przypadki śmiertelne do rzadkości nie należą.

Dzierżawski B. Eukaina—nowy środek miejscowo znieczulający i zastosowanie jego w dentystyce. Medyc. Nr 51,52, str. 1285, 1309.

Eukaina, nowy alkaloid, otrzymany drogą syntezy, w budowie chemicznej różni się od kokainy tem, że zawiera w sobie kilka grup metylowych więcej. Czysta eukaina przedstawia się pod postacią szkliście lśniących kryształów, rozpuszczających się w wodzie bardzo trudno. Chlorek eukainy krystalizuje się z wodą w lśniące listki lub tabliczki, zawierające jedną drobinę wody krystalicznej i rozpuszczające się w wodzie przy ciepłocie pokojowej w stosunku 10 — 100. Eukaina jest znacznie tańszą, aniżeli kokaina; rozczyny odznaczają się trwałością, nawet po kilku miesiącach nie mętnieją. Gotowanie rozczynu eukainy nie wywołuje rozkładu, gdy tymczasem kokaina przy gotowaniu ulega rozkładowi.

Vinci pierwszy zbadał eukainę pod względem farmakologicznym na zwierzętach, a także i w praktyce okulistycznej. Autor wylicza dalej okulistów i dentystów, którzy stosowali nowy ten środek w praktyce i swe spostrzeżenia ogłosili. D. stosował eukainę krystalizowaną z wody w praktyce dentystycznej prywatnej u 83 pacyentów. Objawów otrucia ogólnego pod postacią omdlenia, mrowienia w kończynach, ściskania w gardle, jak to się zdarza przy kokainie, nie spostrzegał w żadnym przypadku. Raz tylko u pacyentki, której zastrzyknięto prawie dwie strzykawki Pravaz'a [1 strzykawka=0,1 eukainy] zjawił się stan pewnego odurzenia ogólnego, później ból głowy i wymioty — wszystkie te objawy po dobrze przespanej nocy przeszły zupełnie. Na podstawie doświadczeń swych dochodzi D. do następujących wniosków:

1) W eukainie zyskaliśmy bardzo cenny środek do znieczulania miejscowego, a to ze względu na brak ogólnego działania w potrzebnych w praktyce dawkach i doskonałą siłę znieczulającą.

2) Niepotrzeba i nie należy używać rozczynów silniejszych nad 5%; dawki 0,05 przekraczać nie należy, mając na względzie małą jeszcze znajomość środka.

3) 5% rozczyn eukainy znieczula znacznie silniej, niż 1% rozczyn kokainy. Za pomocą wstrzykiwań 5% roztworu daje się osiągnąć doskonałe znieczulenie nawet przy rwaniu zębów z ostrem zapaleniem ozębnej.

4) Przed zastrzyknięciem eukainy należy zawsze chorego uprzedzić o możliwości nieszkodliwego zresztą obrzmienia policzka.

5) Przy posuniętych zapaleniach ozębnej, gdzie dziąsło na znacznej przestrzeni jest nacieczone, wstrzyknięcie eukainy jest bardzo bolesne, skutek zaś więcej niż wątpliwy.

W końcu mówi D. o technice wstrzykiwań śródzbiąsłowych wogóle.

Jodkiewicz F. Chininum muriatico-phosphoricum. Gazeta Lekarska Nr 14, str. 382.

Chlorofosforan chininy zbadany w instytucie Medycyny doświadczalnej przez D-ra Dzierzgowskiego posiada następujące własności: krystalizuje się w duże graniasto słupy, rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie zimnej (1 : 2), oddziaływa kwaśno, wody krystalicznej zawiera 8,79%, kwasu solnego 6,01, kwasu fosfornego 32,04, reszta przypada na alkaloid. Autor przypuszczał *apriori*, że środek ten może być użyteczny w praktyce, naprzód dlatego, że ze względu na swą rozpuszczalność łatwo powinien ulegać wessaniu, a powtóre ze względu na dużą ilość kwasu fosfornego, który w chorobach gorączkowych może nie być bez znaczenia. J. stosował 10 i 5 granowe dawki tego środka w 3 przypadkach zimnicy, w dwóch przypadkach bólu głowy nerwowego pochodzenia, z dobrym rezultatem. Dla braku materyału klinicznego nie mógł przeprowadzić systematycznych obserwacyi.

Sobierański W. O wpływie środków farmakologicznych na siłę mięśniową u ludzi. Gazeta Lekarska Nr 4, str. 86.

W początku pracy swej podaje S. historyczny zarys badań siły mięśniowej u ludzi. Rozebrawszy szczegółowiej prace Angela Mosso'a przechodzi autor do opisania ergografu, aparatu podanego przez Mosso'a, umożliwiającego systematyczne badanie siły mięśniowej u człowieka. Wspomniawszy o rezultatach prac, podjętych w tym kierunku przez Maggiora, Lombard'a, Bogusławskiego, Patrici'ego i Ugolina Mosso'a, zaznacza S. że w doświadczeniach swych posiłkował się ergografem Lombard'a, który jest jedynie modyfikacyą takiegoż aparatu Mosso'a. Autor wprowadził pewne modyfikacye w ergografie, a także zbudował przyrząd umożliwiający łatwiejsze odczytanie pracy mię-

śniowej, wyrażonej w kilogramometrach. Po tym wstępie przechodzi autor do własnych doświadczeń, których streszczać dla braku miejsca nie możemy, odsyłając czytelników do oryginału.

Sterling S. Tannigen i tannalbina. Medycyna Nr 38, str. 885.

Tannigen — związek kwasu octowego z tanniną, i tannalbiną— swoiście przygotowany białkan tanniny, nie rozpuszczając się w kwaśnym soku żołądkowym, lecz dopiero po przejściu do kiszek rozpuszcza się stopniowo w soku zasadowym, wydzielając taninę. Ostatnia działa na błonę śluzową, jako środek ściągający, a także łączy się z toksynami bakteryjnemi w związki nierozpuszczalne. Dawka tannigenu i tannalbiny wynosi u dzieci małych 0,1—0,3 *pro dosi*, *pro die* 1,0, u dorosłych 4,0 — 6,6 *pro die*. Z bardzo dobrym rezultatem stosował S. omawiane środki w przypadkach zwykłego ostrego i podostrego nieżytu kiszek u dzieci i dorosłych, a także w przypadkach nieżytu przewlekłego kiszek i przy biegunkach u suchotników. Mniej dobre wyniki otrzymał S. stosując te środki w ostrych letnich biegunkach u dzieci, a także w *enteritis follicularis*. Radzi S. podawać te środki w godzinę po jedzeniu, u dzieci w małych dawkach z większą ilością wody zmięszanych, ponieważ parokrotnie spostrzegane wymioty i raz skurcz głośni, tłomaczy sobie S. niedostatecznem spłukaniem nierozpuszczalnego proszku z powierzchni gardzieli. Zbyt długie używanie tych środków wywołuje uporczywe zaparcie.

Sterling S. O przeciwwskazaniach do użycia soli bromowych. Medycyna Nr 3, str. 54.

S. powstaje przeciw szablonowemu zalecaniu na prawo i na lewo soli bromowych—środka bynajmniej nie tak niewinnego i obojętnego dla organizmu. Istnieją wyraźnie sformułowane przeciwwskazania do użycia soli bromowych. S. rozbiera przykłady, w których uważa za szkodliwe stosowania tego środka. W stanach niedokrwistości zwalczanie objawów nerwowych za pomocą soli bromowych za szkodliwe uważać należy, ponieważ sole te wpływają niekorzystnie na przemianę materyi. Z tych samych racyi poczytuje A. środek ten za przeciwwskazany w suchotach, a także i dlatego, że brom wywołuje czasami nieżyt dróg oddechowych.

Brom dłużej lub w dużych dawkach używany powoduje czasami utratę łaknienia, odbijanie, palenie lub ucisk w żołądku, wymioty, biegunkę i t. d., a zatem pamiętać o tem należy; stosując brom u chorych na żołądek lub kiszki.

Za przeciwskazane preparaty bromu uważać trzeba u chorych, u których skóra na znacznej przestrzeni w swej czynności upośledzoną została. Brom wolno bardzo wydziela się z ustroju, a zatem w cierpieniach nerek lub dróg moczowych, gdy wydalanie jest wogóle upośledzone, przejawia się częściej i gwałtowniej działanie uboczne bromu. W końcu brom przechodzi do wydzielin—wykazać go można i w mleku karmiących, o czem ze względu na ssawców pamiętać należy.

Sterling S. O dulcynie. Medycyna Nr 11, str. 246.

Dulcyna, krystaliczny, śnieżnej białości proszek, posiada smak przyjemny lecz silnie słodki, rozpuszcza się w 800 częściach wody o ciepłocie 15° C., w 50 częściach wody wrzącej, i w 25 częściach wyskoku 90%. Autor proponuje zastępowanie sacharyny dulcyną. Pierwsza ma smak dla wielu nieprzyjemny—gdy dulcyna ma smak bardziej naturalny, t. j. zbliżony do smaku cukru. Spożywanie sacharyny nie jest dla ustroju obojętne, gdy dulcyna według farmakologów i klinicystów w odpowiednich dawkach używana jest dla ustroju obojętna. Autor stosował dulcynę u czterech chorych na moczówkę cukrową z dobrym rezultatem [nie było przypadłości, któreby dulcynie przypisać można]. Podaje autor dulcynę w pastylkach [po 0,025 w każdej] i w proszku dla słodzenia potraw gotowanych. Stosował S. dulcynę do słodzenia tranu dla dzieci, które chętniej przyjmują tran, w ten sposób podany. Na 100,0 tranu dodaje S. 4,0 czteroprocentowego roztworu dulcyny w wyskoku.

Bychowski. Przypadek myxoedemy leczony tayreoidyną. Przegląd chirurgiczny str. 148.

Patrz dział XA—Chor. przem. mat.

Heryng T. O fenolu sulfo-rycynowym, stosowanym przy gruźliczych i chronicznych cierpieniach gardzieli, krtani i nosa. Gaz. Lek 607, 644, 690, 726.

Patrz dział XI—Laryngologia.

Hewelke O. Nalewka acteae racemosae w ostrym gośćcu stawowym. Kronika Lekarska str. 803.

Patrz dział XA—Chor. przem. mat.

Szadek. Osutki rtęciowe. Nowiny Lekarskie str. 657.

Patrz dział XVII—Syfildologia.

Wachholz L. Doświadczalne przyczynki do nauki o otruciu tlenkiem węgla; pewny sposób do odróżnienia zaczadzenia od zatrucia gazem świetlnym. Przegląd Lekarski str. 223, 240, 253, 271, 286.

Patrz dział XVIII—Med. sądowa.

Łepkowski. Formaldehyd — nowy środek leczniczy w dentystyce. Przegląd Lekarski str. 424.

Patrz dział XII—Chirurgia.

VII. DYAGNOSTYKA LEKARSKA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Biegański Wł. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Wydanie II, opatrzone drzeworytami, ponownie przez autora opracowane i powiększone dodatkiem Części I „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D ra Sokołowskiego. Warszawa, 8-o, str. 898+XIV.

Zjawienie się drugiego wydania dyagnostyki w niespełna 5 lat po pierwszem świadczy wymownie o potrzebie takiego podręcznika i o jego zaletach. W wydaniu tem, znacznie rozszerzonem, opuszczony został wstęp o rozpoznawaniu i różniczkowaniu; myśli, w nim zawarte obszernie rozwinięte zostały w pracy tegoż autora p. t. „Logika Medycyny“ [p. Przegl. piśm. za r. 1894, str. 214]. Część pierwsza „Choroby górnego odcinka dróg oddechowych“, napisana przez A. Sokołowskiego obejmuje rozdziały: dyagnostyka różniczkowa chorób nosa i jamy noso-gardzielowej, dyagnostyka różniczkowa chorób gardzieli, krtani i tchawicy oraz choroby jamy ustnej. Nadto w wydaniu tem dodano choroby przełyku, śródpiersia, nerwice serca; najwięcej jednak zmian znajduje się w dziale chorób nerwowych, do którego wprowadzono krwotoczne zapalenie mózgu, mózgowe porażenia dziecięce, syryngomyelię oraz wiele nerwic ogólnych, których rozpoznawanie w obecnym czasie stało się już możliwem. Oryentowanie się w objawach klinicznych przy porażeniach i newralgiach ułatwiają załączone tablice.

O „Dyagnostyce“ Biegańskiego wyraziliśmy swe zdanie przy I wydaniu [p. Przegl. piśm. za r. 1891, str. —]. Doskonały ten podręcznik napróżno oczekuje wyczerpującej krytyki.

Biernacki E. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc. Odczyty kliniczne, Nr 88 i 89, str. 93, 159.

Dyagnostyka fizykalna wobec nowych metod, opartych na badaniu mikroskopowem i chemicznem, w ostatnich czasach niesłusznie zaniedbaną została. Brak prac w tej dziedzinie mógłby doprowadzić do wniosku, jakoby metody badania fizykalnego doszły do doskonałości. Tymczasem biegły klinicysta nawet nieraz może popełnić błędy dyagnostyczne w przypadkach napozór niewątpliwych. Ważnych nowych odkryć w tej dziedzinie trudno się spodziewać, ale to co już jest należy zachować i ściślej poddać kontroli.

Postać bezwzględnego stłumienia serca, przyjęta przez Weil'a, uległa krytyce ze strony Kroenig'a, Les'a i Mattestock'a, którzy wbrew twierdzeniu Weil'a przenoszą prawą granicę wspomnianej tępo-

ści za lewą linię mostkową w stronę prawą. B. jest zdania, że nawet u zdrowych osobników stłumienie bezwzględne serca niezawsze odgranicza się jednakowo wyraźnie oraz że wynik poszukiwania zależy od sposobu perkusyi. Przy pukaniu palcami, co jest najodpowiedniejszem, w warunkach prawidłowych ton po stronie lewej na mostku bywa mniej jasny, aniżeli po stronie prawej, stłumienie to jednak nie bywa nigdy wyraźnem. Bezwzględne stłumienie serca zależy od nieprzykrytej części prawej komórki, a aczkolwiek płuco nie przykrywa również części tejże komórki, która leży pod lewą połową mostka, stłumienie jednak nie powstaje, gdyż mostek działa przy perkusyi jak wielki plesymetr, wywołujący drgania w odcinkach narządów powietrznych. Działanie plesymetryczne mostka ustaje dopiero wtedy, gdy część podmostkowa serca leży bliżej mostka. U chorych dotkniętych rozedmą płuc powiększona komórka prawa najczęściej nie sprowadza powiększenia wymiaru poprzecznego tępości bezwzględnej, co zależy prawdopodobnie od wypuklenia klatki piersiowej i mostka Tępość na mostku występuje wyjątkowo rzadko; nawet przy zapaleniu osierdzia lub przy wysięku w prawej opłucnej na środku mostka pomiędzy 4 — 6-em żebrem wykryć można tylko lekkie stłumienie. Rozszerzenie stłumienia sercowego na mostek przy zaburzeniach w układzie krążenia, wbrew przyjętemu szematowi, niezawsze dowodzi powiększenia komórki prawej; powstać ono może dzięki rozszerzeniu i powiększeniu komórki lewej bez przemieszczenia serca; na sekcyi okazuje się w tych przypadkach, że prawa komórka przylega tylko do mostka, a brzegi płuc są rozsunięte.

Wysięk w worku osierdziowym niezawsze cechuje się trójkątem stłumienia. W jednym przypadku niewątpliwego zapalenia, stwierdzonego przez próbne przekłócie forma stłumienia sercowego odpowiadała powiększeniu komórki lewej, co zależeć mogło albo od beczkowatej budowy klatki piersiowej albo od zrostów prawej strony osierdzia z sercem.

Przy trudnościach w ocenie rozmiarów serca autor radzi wykonywać opukiwanie w pozycyi stojącej lub na pół naprzód nachylonej. Perkusya palpacyjna Epstein'a nie daje zadawalniających wyników, a termopalpacya, zalecona przez Epstein'a i Meissner'a wobec sprzecznych zdań różnych klinicystów nie może mieć zastosowania w praktyce.

Przy rozpoznawaniu niedomykalności względnej zastawek punktem wytycznym powinien być przebieg kliniczuy, a nie pochodzenie szmeru. Szmer przedskurczowy w wierzchołku serca traci znaczenie patognomiczne dla zwężenia zastawki dwudzielnej w obec tego, że znanym jest szereg przypadków tej wady, w których nie było szmeru przedskurczowego; w tym razie nawet istnienie tętna małego, miękiego, nieregularnego obok rozszerzenia stłumienia na mostek kwestyi nie rozstrzyga. Wogóle rozpoznanie *stenosis mitralis* za życia tylko wyjątkowo pewnem być może.

Szmer skurczowy, słyszalny najlepiej u wierzchołka serca niezawsze pochodzi z zastawki dwudzielnej, często bowiem zależeć może od niedomykalności zastawki trójdzielnej. Rozpoznanie zwężenia ujścia tętniczego lewego również napotyka na pewne trudności: szmer systoliczny obok diastolicznego napotyka się przy niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty, a tętno pod napływem innych powikłań może nie odpowiadać przyjętemu szematowi.

Przy badaniu fizykalnem płuc autor nie zauważył tylu wyjątków co przy badaniu serca; zwraca jednak uwagę na różnorodne objawy ucisku płuc i na trudności przy rozpoznawaniu różniczkowem pomiędzy kolką żółciową a zapaleniem opłucnej przeponowej.

Biernacki W. Odkrycie Roentgen'a Gaz. Lek, Nr 7, str. 194.

Przy przepuszczaniu wyładowań cewki indukcyjnej przez rurkę, zaopatrzoną w dwa elektrody i zawierającą powietrze lub gaz inny nadzwyczajnie rozrzedzony, przestrzeń wewnętrzna rurki Crookes'a pozostaje ciemną, gdy tymczasem ściany szklane rurki, leżące naprzeciw elektrodu, połączonego z katodą fluoryzują światłem, którego barwa zależy od natury szkła. Fluorescencya ta powstaje wskutek działania niewidzialnych promieni, które rozchodzą się po liniach prostych z katody [promienie katodalne]. Wszystkie ciała w postaci nawet cienkich płytek, prócz cienkich blaszek metalicznych, zwłaszcza glinowych, są dla nich nieprzezroczystemi.

Promienie, odkryte przez Roentgen'a, mają tę wspólną własność z promieniami katodalnymi, że rozchodzą się po liniach prostych, różnią się jednak od nich tem, że przenikają przez wszystkie ciała choć nie w jednakim stopniu [co zależy od gęstości ciała, grubości i jego składu chemicznego] i że działają na czułe płytki fotograficzne nawet w większej odległości. Zastosowanie ich praktyczne polega na różnorodnej ich przenikliwości; przy przejściu przez różne tkanki ciała ludzkiego promienie te w różnym stopniu się osłabiają; kości pochłaniają je mocniej, aniżeli skóra, krew i mięśnie. Niezbędnym warunkiem powstawania promieni Roentgen'a w rurce Crookes'a jest wielkie napięcie wyładowań, przebiegających przez rurkę. Okoliczność ta wymaga użycia cewki wielkiej i mocnego prądu; aby czas ekspozycyi o ile możności skrócić, długość iskier wynosić powinna 30 — 40 centymetrów.

Brunner M. O promieniach Röntgena i röntgenografii w zastosowaniu do medycyny. Gaz. Lek. Nr 28, 29 i 30; str. 737, 773, 813.

Dla otrzymania promieni Röntgen'a niezbędnymi warunkami są: 1) odpowiednie źródło prądu o bardzo silnem napięciu, 2) rurki, doskonale opróżnione z powietrza, z odpowiednio zatopionymi elektrodami Cewka Rumkorff'a musi dawać iskry przynajmniej 10—25 ctm. długości. Prąd stały, potrzebny do wzbudzenia prądu indukcyjnego, winien wynosić 10—16 amperów anoda i katoda muszą się wyraźnie ujawniać.

Cewka Rumkorff'a z korzyścią zastąpioną być może większą machiną influencyjną Voss'a, która w suchem powietrzu daje iskry do 30 ctm. długości; wszelkie transformatory dla powiększenia napięcia okazały się zbytecznymi. Najlepsze wyniki otrzymał autor przy użyciu rurek Siemens'a, które jednak są mniej wytrzymałe od rurek, wykonanych w Warszawie przez Trusiewicza.

Streściwszy własności promieni X, Brunner daje wskazówki praktyczne do otrzymania najwyraźniejszych obrazów na podstawie własnych doświadczeń. Sposób wywoływania fotografii na szkle, blasze lub papierze pod wpływem promieni Röntgen'a nie różni się niczem od fotografowania w świetle słonecznem. 15 — 18-centymetrowa odległość rurki od przedmiotu w wielu razach okazała się zbyt blizką i musiała być zwiększoną do 25, a nawet do 30 centymetrów. Zbyt długa ekspozycya ciała ludzkiego nie jest korzystną, gdyż kontury ciał nieprzepuszczalnych zlewają z łatwo przepuszczalnemi, występującymi w zbyt ciemnym tonie. Klisze, używane przy röntgenografii powinny być o ile możności najczulsze; klisze papierowe Istmen'a, zalecone przez komisyę pruskiego ministeryum wojny nie dały dobrych wyników.

Udoskonaliwszy metodę koncentrowania promieni Roentgen'a autor otrzymał wyraźne obrazy ciał prześwietlonych, jak tego dowodzi 20 fotogramów umieszczonych w pracy, które dostatecznie okazują znaczenie röntgenografii dla celów dyagnostyki.

Jaworski W. O użyteczności fonendoskopu Bazzi-Bianci'ego. Przegląd Lekarski Nr 51 i 52; str. 678 i 689.

Wobec sprzecznych zdań co do wartości fonendoskopu Bazzi-Bianci'ego przy osłuchiwaniu i opukiwaniu, autor przeprowadził porównawcze badania z tym przyrządem i słuchawką w klinice krakowskiej, z których wynika że fonendoskop nie może w dyagnostyce zastąpić słuchawki a tem mniej plesymetru. W pewnych jednak przypadkach może on oddać dobre usługi, a mianowicie: a) do ujawnienia słabo słyszalnych rzężeń drobnobańkowych w szczytach płucnych, b) do ujawnienia tonów chropowatych i lekkich podmuchów zwłaszcza nad mostkiem; c) do osłuchiwania serca, d) do wykazania małych ilości płynu w żołądku i do oznaczenia dolnej jego granicy, jeżeli niemożna uskutecznić ani wydymania ani sondowania żołądka.

Jaworski W. Algesimetr Boas'a. Przegląd Lekarski Nr 43, str. 576.

Używając od lat 3 algesimetru Boas'a przekonał się autor, że może on oddać w niektórych przypadkach pewne usługi. Przy nerwicach żołądka ucisk algesimetrem na okolicę żołądka nie wywołuje bólu, natomiast ból w tych samych warunkach występuje przy zmianach anatomicznych [rak, wrzód]. W czasie napadu kamicy żółciowej bolesność mierzona algesimetrem nad żołądkiem i woreczkiem żółciowym jest je-

dnaka, po napadzie zaś tylko w okolicy woreczka można algesimetrem ból wywołać.

Jeż W. Oddziaływanie dyazowe (Diazoreaction) i kliniczne tegoż znaczenie. Nowiny Lekarskie Nr 10, str. 576.

W celu przekonania się o wartości klinicznej oddziaływania diazowego autor przeprowadził w klinice Neusser'a i w oddziale szpitala Wilhelminy w Wiedniu szereg doświadczeń w 200 przypadkach różnych chorób, posiłkując się odczynnikiem podanym przez Fridenwald-Ehrlich'a w rocznikach Charité [1) *Paraamidoacetophenon* 1.0, *Acidi hydroch. conc.* 5.00, *Aq. dest.* 1000.0, 2) *Natrii nitrosi* 0,5, *Aq. dest.* 100.0]. Z doświadczeń tych wynika, że oddziaływanie to stale występuje w przebiegu gruźlicy prosówkowej i tyfusu brzusznego. Przy tyfusie brzusznym zjawia się począwszy od 5—7 dnia choroby, znika na 1 — 2 dni przed spadkiem ciepłoty, słabnie w drugim lub na początku trzeciego tygodnia; jeżeli występuje przez czas dłuższy [np. w czwartym tygodniu] wskazuje na przebieg ciężki choroby, nagłe zniknięcie oddziaływania dyazowego każe obawiać się powikłań. W znaczeniu dyagnostycznem okazuje ono usługi przy odróżnianiu tyfusu brzusznego od *gastroenteritis* i zimnicy; w innych sprawach chorobowych występuje tem wyraźniej, im stan chorego jest groźniejszy, a upadek sił znaczniejszy.

Korczyński L. Rozwój i obecne stanowisko hematologii klinicznej. Medycyna Nr 32 i 33, str. 739 i 765.

W wykładzie habilitacyjnym autor rozpatruje rozwój metod badania krwi oraz wyniki, otrzymane przez różnych badaczy na tem polu, w kwestyi rozpoznawania niedokrwistości, białaczki, blednicy, ostrych chorób zakaźnych i spraw nowotworowych.

Mayzel W. Indiguria. Pam. Tow. Lek., str. 559.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z d. 19/V M. przedstawił mocz chorej lat 45, dotkniętej zniepodobniającem zapaleniem stawów (*arthritis deformans*). W porcyi nocnej tego moczu zebrał się znaczny osad niebieskawego koloru; w osadzie tym wykryto ziarnka i kulki indyga. Podobne zjawisko M. obserwował u 40-letniej neurasteniczki.

Obaliński O zużytkowaniu promieni Röntgen'a w celach dyagnostycznych. Przegląd Lekarski Nr 8, str. 93.

W przypadku urazu stawu łokciowego, którego zbadanie z powodu znacznego obrzmienia całej kończyny było niemożliwem, odbicie łokcia na płytce fotograficznej za pomocą promieni Röntgen'a wykazało zwichnięcie obu kości przedramienia ku tyłowi; ekspozycya trwała 2½ godziny.

Drabczyk T. O sposobach ilościowego określenia kwasu moczowego, oraz przyczynek do teoryi powstawania kwasu moczowego. Gazeta Lekarska Nr 19 i 20, str. 511 i 539.

Patrz dział II — Fizyol, i Ch. fiz.

Jaworski W. Oznaczenie dużej krzywizny żołądka. Przegląd Lekarski Nr 47, str. 617.

Patrz dział XE — Chor. narz. traw.

Peltyn W. O nowych metodach oznaczania czynników kwaśności żołądkowej. (Metody Töpfera i Mierzyńskiego). Gazeta Lekarska Nr 24, str. 657.

Patrz dział XE — Chor. narz. traw.

Popiel W. Przyczynek do badań nad ciężarem gatunkowym krwi. Pam. Tow. Lek., str. 718.

Patrz dział III — Patol. ogólna.

Przewoski E. Miejscowa eozynofilia w raku i kilka słów o znaczeniu komórek eozynofilowych wogólności. Gazeta Lekarska Nr 34 i 35, str. 905 i 941.

Patrz dział III — Patol. ogólna.

Rejchman M. O elektrycznem prześwietlaniu żołądka w celach rozpoznawczych. Gazeta Lekarska Nr 32 i 33, str. 849 i 877.

Patrz dział XE — Chor. narz. traw.

Simon A. O najnowszych zdobyczach na polu gastroskopii. Medycyna Nr 18, str. 420.

Wassercug D. O bólu i jego wartości rozpoznawczej. Odczyty kliniczne Nr 95 i 96.

Patrz dział III — Patol. ogólna.

Winiarski J. Znaczenie leukocytów w wysiękach i przesiękach. Kronika Lekarska Nr 12, str. 559.

Patrz dział III — Patol. ogólna.

VIII. TERAPIA OGÓLNA.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Biernacki E. „Zatrucie kwasem“ i zasadowość krwi jako wskazania terapeutyczne. Medycyna Nr 15, 16 i 17, str. 340, 364 i 396.

Autor poddaje krytyce pogląd na t. zw. zatrucie kwasem, któremu różni klinicyści przypisują groźne objawy, występujące w pewnych chorobach zakaźnych i zaburzeniach przemiany materyi. Aby wykazać zatrucie kwasem, należy wyosobnić dany kwas z moczu, z tkanek oraz ze krwi, oznaczyć zmniejszenie zasadowości krwi wreszcie udo-

wodnić, że stan samozatrucia odpowiada obrazowi, jaki daje wprowadzenie tego kwasu do ustroju normalnego. Badania jednak dotychczasowe ograniczały się przeważnie do jednej z powyżej wskazanych metod; najczęściej oznaczano zasadowość krwi przez miareczkowanie lub przez oznaczenie ilości kwasu węglanego we krwi tętniczej i żylnej. O zatruciu kwasem sądzono nietylko z obecności kwasu w moczu, lecz i ze zwiększonej zawartości w nim amoniaku, wiadomo bowiem, że po zadaniu nawet znacznych ilości kwasu, niemożna go wykryć w moczu; zostaje on w ustroju przez zasady zobojętniony. W braku zasady, odszczepia się od mocznika amoniak.

Przy miareczkowaniu krwi według metody Landois-Jaksch'a, jak to wykazał Loewy, niemożna otrzymać pewnych wyników. Jeżeli chronić krążki krwi od zniszczenia przez zmieszanie krwi z nasyconym roztworem soli kuchennej, kwas trudno łączy się z zasadą krążków i tym sposobem oznacza się tylko zasadowość surowicy. Stąd też możliwem jest tylko oznaczenie zasadowości całkowitej krwi przy zniszczeniu krążków za pomocą gliceryny.

Na podstawie własnych doświadczeń B. dochodzi do wniosku, że zasadowość krwi nieodwłóknionej w stanach chorobowych nie zmniejsza się tak często, jak to przypuszcza wielu autorów, że przeciwnie daleko częściej wzmaga się. Na podstawie wyników z oznaczenia zasadowości krwi niemożna wnioskować o zatruciu kwasem. Na zasadowość krwi składają się: zasada mineralna, alkalialbuminat i ciała zasadowe organiczne, których ważną część stanowią fibrynogeny t. j. ciała białkowe znajdujące się w trakcie utlenienia w obecności zasad. Ponieważ niema dotychczas metod określenia ilości węglanu i dwuwęglanu sodu we krwi, o wahaniach w niej zasad sądzić można w przybliżeniu z ilości Na_2O na tej podstawie, że ilość NaCl we krwi jest stałą. Stąd też zmniejszenie całkowitej ilości Na_2O odnieść należy do dwuwęglanu sądu. Przy bliższym rozbiorze Na_2O w stosunku do stanu krwi, autor dochodzi do przekonania, że wzmożenie zawartości sodu we krwi patologicznej jest tak nierównomierne i tak rzadko idzie równolegle ze stopniem rozcieńczenia krwi, że na sód zapatrywać się można jako na związek krwi, najbardziej skłonny do wahań. Dla prawidłowego utleniania, według zdania autora, powinien zachodzić pewien stosunek między fibrynogenami a zasadą; przy zwiększonej ilości fibrynogenów a stałej lub zmniejszonej ilości zasady występują zaburzenia w utlenianiu. Odnosi się to nietylko do chorób gorączkowych, lecz i do śpiączki dyabetycznej, w której wykrycie we krwi kwasów acetylooctowego i oksymasłowego pozornie dostatecznie istotę sprawy objaśniało.

Rzeczywiste zatrucie kwasem B. upatruje w nadmiernem rozwoju fermentacyi mlecznej i tłuszczowej przy rozszerzeniu i niedowładzie żołądka. U osób zdrowych po zadaniu kwasu mlecznego zwiększa się ilość potasu i sodu w moczu, po odstawieniu zaś kwasu wydziela się mniej zasad, aniżeli w warunkach prawidłowych. Stąd wniosek, że pod wpływem wprowadzonego do ustroju kwasu mlecznego powstaje silne

zaburzenie mineralnej przeróbki materyi ze znaczną utratą zasad, po odstawieniu zaś kwasu ustrój zaoszczędza alkalii, aby wyrównać poprzednie zaburzenie w tych związkach. Też same stosunki zachodzą przy *gastritis atrophica*, natomiast ilość wydzielanych alkalii zmniejsza się przy nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego. Nadmierne lub zmniejszone wydzielanie zasad może być jednak tylko okresowem, ostatecznie wchodzą w grę zdolności wyrównywające ustroju i następuje zatrzymanie lub wydzielanie większych ilości alkalii. Ztąd to w nieżytach z upośledzonem wydzielaniem wskazane są alkalia lub wody alkaliczne w celu uregulowania utleniania w dawkach małych, dawki duże tych środków działają w zupełnie odwrotnym kierunku.

Brunner J. Wyniki leczenia nowotworów złośliwych surowicą krwi zwierzęcej. Medycyna Nr 43, str. 998.

W celu otrzymania surowicy według metody Richet'a i Héricourt'a, zdrowemu baranowi wagi 35 kilo wstrzykiwano mieszanki, otrzymywane z trzech nowotworów złośliwych wolnych od bakteryi (*osteosarcoma molle humeri*, *sarcoma carcinomatodes colloideum ovarii*, złośliwy mięsak podskórny kości stopowych). Część nowotworu rozgniatano, a następnie rozcierano z wyjałowionym roztworem (0,7%) soli kuchennej w stosunku 1:2 lub 1:4; emulsyę w ten sposób otrzymaną przesączano przez sączek Kitasato'a. Przesącz zastrzykiwano w dawkach wzrastających od 1 — 30 ctm. sześć. W 11 dni po ostatniem zastrzyknięciu wypuszczono krew z tętnicy szyjowej; krew z domieszką niewielkiej ilości chloroformu trzymano na lodzie w ciągu 36 godzin. Surowica oddzielona od skrzepu po dodaniu kwasu karbolowego w stosunku 3:1000, przecedzona przez filtr Chamberland'a, stosowaną była w dwóch przypadkach: w mięsaku oczodołu i w raku sutki. Aczkolwiek nowotwory się nie zmniejszały pod wpływem omawianej surowicy, to jednak objawy, będące w związku z nowotworem w obu przypadkach ustąpiły.

Drugą porcyę surowicy B. otrzymał ze krwi psa, któremu zastrzykiwał w przerwach kilkudniowych mieszankę przygotowaną z roztarcia raka sutki z fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. Przy *epitioema faciei ulceratum* i *carcinoma faciei et cavi nasalis*; pod wpływem tego środka bóle ustąpiły w obu przypadkach, a w pierwszym znikło krwawienie z nowotworu, którego powierzchnia znacznie się oczyściła.

Gluziński A. i Lemberger. O wpływie istoty gruczołu tarczykowego na wymianę materyi wraz z uwagami o stosowaniu tego przetworu przeciw otyłości. Przegląd Lekarski Nr 36, 37 i 38, str. 482, 493, 506.

Doświadczenia dokonane zostały w ciągu 27 dni [5 okresów] na mężczyźnie lat 28, ważącym 65 kilo. W pierszym okresie (7 dni) badano przemianę azotową w warunkach prawidłowych i doprowadzono ustrój do równowagi azotowej, w drugim (7 dni) — podawano tabletki

z gruczołu tarczykowego, w trzecim (6 dni)—usunięto tabletki, w czwartym — (4 dni) podawano świeży gruczoł, trzy ostatnie dni stanowiły okres podoświadczalny. Przeciętna ilość pokarmów wynosiła: 20.78 grm. azotu = 120,48 grm. białka [po odjęciu 1,71 grm. azotu ciał wyciągowych], 82,1 grm. tłuszczu, 256,3 grm. wodanów węgla 2283 grm. wody i innych płynów [piwa, mleka, herbaty]. Cała dzienna strawa wyrażała się wartością 2488,5 kaloryi czyli na dzień i kilo wagi przypadało 37,51 kaloryi.

W okresie pierwszym [przeddoświadczalnym] przy doprowadzeniu do równowagi azotowej chory, zatrzymując 1,38 grm. azotu dziennie, zyskał na wadze 600 gramów. W okresie drugim, przy podawaniu tabletek z gruczołu tarczykowego, bilans azotu był dodatni, choć trzy razy mniejszy, niż w pierwszym okresie (+0,51 grm. *pro die*); waga ciała spadła o 400 grm. Okres trzeci [zaprzestanie podawania tyreoidyny] cechował się podniesieniem wagi ciała o 200 grm. i większym dodatnim bilansem azotu (+ 2,10 grm. dziennie). Ztąd autorzy wyprowadzają wniosek, że tyreoidyna u ludzi zdrowych wywiera wpływ na przyśpieszenie rozkładu substancyi białkowych. Wpływ ten uwidocznił się wyraźnie w okresie czwartym, w którym pod wpływem świeżego gruczołu tarczykowego w ciągu 4 dni waga ciała spadła o 600 grm., a ustrój tracił dziennie 1,48 grm. azotu kosztem tłuszczów, wody i tkanek protoplazmatycznych. Nawet w ciągu 3 dni następnych w okresie piątym podoświadczalnym waga ciała spadła jeszcze bardziej, a bilans azotu również był ujemny (—0,10 grm. *pro die*). Doświadczenia te wykazują również, że świeży gruczoł tarczykowy działa nieporównanie silniej aniżeli tabletki tyreoidynowe, wywołując szybką utratę wagi nietylko kosztem tłuszczu i wody, lecz i substancyi białkowych.

Nencki L. O surowicach i toksynach leczniczych. Wszechświat Nr 11, str. 173.

W odczycie, mianym w sekcyi chemicznej N. rozbiera wartość surowicy antydyfterytycznej, streptokokowej, stafilokokowej oraz rtęciowej i arszenikowej [Rekowski] z toksyn omawia toksynę streptokokową, stosowaną przy nowotworach złośliwych, malleinę i tuberkulinę. Wobec tego, że zarazek gruźlicy od bydła przechodzi do ludzi za pośrednictwem mleka N. proponuje, aby Towarzystwo postarało się: 1) o wprowadzenie obowiązkowej asekuracyi bydła, 2) o obowiązkowe badanie [za pomocą tuberkuliny] bydła sprowadzanego do rozpłodu, 3) aby mleczarnie, dostarczające mleka dla dzieci, obowiązkowo zaopatrywały się w świadectwa zdrowotności krów, od ktorych pochodzi mleko sprzedawane.

Prus J. O odporności ustroju przeciw chorobom zakaźnym i o podstawach leczenia surowicami swoistemi. Przegląd Lekarski N. 21, str. 292.

W odczycie, mianym w Towarzystwie lekarzy galicyjskich, P. opi-

suje sposoby uzyskania sztucznej odporności oraz środki jakie posiada ustrój w walce z chorobami zakaźnemi, wreszcie jest zdania, że podstawy, na których opiera się leczenie surowicami swoistemi są zbyt słabe.

Rekowski E. Nowy sposób leczenia niektórych chorób zakaźnych. Gazeta Lekarska Nr 3, str. 57.

Autor przypuszcza, że specyficzne przetwory, stosowane skutecznie przy pewnych zakażeniach [rtęć, kwas salicylowy, chinina] podniecają komórki ustroju do wytwarzania materyi zobojętniających w ten sam sposób, w jaki toksyna dyfterytyczna przeobraża się w odpowiednią antytoksynę. W celu przygotowania środka przeciwko syfilisowi. R. wprowadzał koniowi podskórnie 1—2 razy na tydzień po 0,3 cent. sześć. emulsyi o składzie: *Hydrarg. salyc.* 1,0, *Vaselini* 10,0. Wstrzykiwania te nie wywołały wyraźnych objawów miejscowego podrażnienia; czasami tylko występowało niewielkie ograniczone stwardnienie w tkance łącznej podskórnej, wielkości ziarnka grochu. Rozbiór chemiczny krwi wykazywał obecność tylko śladów rtęci, której ilość wagowo określić się dała. Surowicę, ze krwi konia tego otrzymaną, stosował R. dwa razy na tydzień w dawce 10 ctm. sześć. przy trzeciorzędnych objawach syfilisu; po 3 — 4 injekcyach owrzodzenia goiły się a gumaty ulegały wessaniu.

Fakt, że przetwory arsenu dają doskonałe wyniki przy niektórych chorobach konstytucyonalnych [łuszczycy, gruźlicy, nowotworach i t. d.] oraz właściwość ustroju przystosowywania się do wzrastających dawek trucizn skłania autora do przypuszczenia, że pod wpływem arsenu wytwarzają się w ustroju materye lecznicze, które przechodzą do surowicy krwi. W celu otrzymania surowicy arszenikowej zadawano koniowi *Natrium arsenicosum* w dawkach wzrastających od 0,05 do 0,3 *pro die*. Surowica ta zawierała tylko ślady arsenu; stosowana w dawce 10 ctm. sześć. dwa razy na tydzień w przypadku raka twarzy w ciągu 6 tygodni, wywołała w stanie ogólnym znaczne polepszenie.

Rydygier L. Kilka słów o surowicy przeciwrakowej Emmerich'a i Scholl'a. Nowiny Lekarskie Nr 10, str. 571.

Autor stosował surowicę przeciwrakową Emmerich'a i Scholl'a w trzech przypadkach nowotworów (*sarcoma maxillae superioris c. metastasibus*, *chondrosarcoma pelvis*, *sarcoma pelvis inoperabile*) bez żadnego skutku leczniczego. Co się zaś tyczy wpływu róży na przebieg raka, to autor jest zdania, że może ona znacznie przyczynić się do szybszego wrostu tego nowotworu, jak tego dowodzą przytoczone w pracy przypadki raka sutki i rakowca wargi dolnej. [W dyskusyi nad tą kwestyą w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem przyjmował udział Bossowski, p. Przegląd Lekarski, Nr 17. str. 232].

Świątecki J. Przyczynek do seroterapii raka. Przegląd chirurgiczny, z. II, str. 140.

S. stosował surowicę Richet-Héricourt'a w przypadku regeneracyi raka sutki w 8 miesięcy po operacyi. Regeneracya ta cechowała się twardymi guziczkami, otaczającymi bliznę, która było mocno zrośniętą z żebrami; pod pachą odnośną wymacać można było gruczoł limfatyczny wielkości fasoli, a w jamie nadobojczykowej — dwa gruczoły tejże wielkości. S. wyciął z okolicy dolnej części blizny kawał skóry wielkości dłoni wraz ze znajdującymi się w niej guziczkami i osobno powiększony gruczoł znad mięśnia piersiowego; gruczoł ten rozciął na dwoje i obrawszy z otaczającej go torebki, wszczepił głęboko kilkomiesięcznemu psu pod skórę; gruczoł ten po 4 dniach zniknął bez śladu. Drugie szczepienie dokonone zostało w trzy tygodnie po pierwszem z naciecżenia w okolicy mięśnia piersiowego; defekty w skórze u chorej pokryto płatami Thiersch'a. W 4 dni po drugiem szczepieniu puszczono psu $^1/_2$ szklanki krwi; zebraną na lodzie po 36 godzinach surowicę w małych probówkach, zawierających $1^1/_2$—2 ctm., sterylizowano przez kilka dni z rzędu dwa razy dziennie przez $^1/_2$ godziny przy ciepłocie 59—60°. Ponieważ pomimo nowej operacyi nowotwór się rozrastał, S. w ciągu 11 dni dokonał 6 injekcyi surowicy [za każdym razem po 1 ctm. sześć.] pod skórę, pokrywającą zwyrodniały mięsień piersiowy. Na 12 dzień wystąpiła gorączka przy ciepłocie 38,5 — 39,5°, a w kilka dni potem róża, która przeszła na skórę ramienia i łokcia. Po 7 dniach utworzył się ropień, który następnie się otworzył, wydzielając znaczną ilość zmartwiałej tkanki. Guz na mięśniu piersiowym znikł prawie zupełnie. W miesiąc od ostatniej injekcyi guz na mięśniu piersiowym wzrósł do wielkości pięści, zrósł się z żebrami i rozprzestrzenił się aż pod pachę jako płaskie twarde naciecżenie; nadto powstały liczne przerzuty w skórze i tkance podskórnej oraz w jamie nadobojczykowej po stronie zdrowej. Owrzodzenie rakowate na miejscu defektu skórnego osiągło wielkość rubla srebrnego. Po 12 injekcyach surowicy, dokonanych w ciągu miesiąca, owrzodzenie zagoiło się, guz na mięśniu piersiowym oraz wszystkie inne guziczki zmniejszyły się, wygląd chorej znacznie się poprawił. Następnie dokonano injekcyi pod pachę wobec twardej infiltracyi pokrywającej górne 3—4 żebra. Po 2 dniach S. mógł wyraźniej określić ich granice. Zachęcony znikaniem guziczków rakowych pod wpływem surowicy Richet-Héricourt'a S. jest zdania, że dalsze próby w tym kierunku mogą nie być bezowocnemi.

Nussbaum H. O najgłówniejszych zadaniach terapii i jej sprawności. Gaz. Lekar., Nr 1, 2, 3, 7, 14, 15; str. 12, 41, 69, 184, 377, 408.

Patrz dział XXIII — Varia.

Zabłudowski J. Leczenie cierpień przewlekłych serca za pomocą mies.enia. Gazeta Lekarska Nr 24, str. 6.6.

Patrz dział XD — Chor. serca i naczyń.

IX. KLIMATOLOGIA, BALNEOLOGIA i HYDROTERAPIA.

Sprawozdawca

H. Dobrzycki.

Bichniewicz J. Kolonia lecznicza w Rymanowie. Zdrowie str. 118.

Wzorowo urządzona kolonia lecznicza, funkcyonująca od roku 1887 w którym przyjęto 30 dzieci, gdy liczba ich w roku ubiegłym wynosiła 115, zyskała przed 4-ma laty dwa nowe budynki: jeden dla chłopców, drugi dla dziewcząt. Położoną jest w Galicyi, w ziemi Sanockiej w podkarpackiej dolinie rzeki Taby z dopływem Czarnego Potoku, w Rymanowie, własnością Potockich będącym. Jest to kolonia wyłącznie dla słabowitych dzieci, u których z pożytkiem solanki jodo-bromowe [trzy źródła] rymanowskie mogą być stosowane. Zołzy, przewlekłe nieżyty, blednica, niedokrwistość i niedorozwój ustroju oraz inne cierpienia upadkiem odżywiania się wyróżniające, do kolonii tej się kwalifikują. Pierwotnie otwierano kolonię tylko na jeden 5-cio tygodniowy sezon, co stanowczo okazało się niedostatecznem, tak, iż obecnie już dwa sezony za zasadę przyjęte zostały. Obecnie mowa jest o trzech sezonach w roku, a nawet dążeniem jest zarządu, aby kolonia tu przez cały rok mogła funkcyonować, co stanowczo znaczenie kolonii niezmierniebyzwiększyło. W tym celu zapewne sejm krajowy powiększy dla kolonii tej rozmiary subwencyi dziś 500 złr. wynoszącej. Miasto Lwów daje 600. Ofiar prywatnych napływa corocznie niemało. Rymanów jako wyborna stacya lecznicza dla dzieci środków pozbawionych, w ciągu 9-cio letniego swego istnienia, zyskała zasłużone uznanie i otrzymała: dwa srebrne medale i jeden złoty na polskich wystawach lekarsko-przyrodniczych, oraz uznanie sejmu krajowego.

Biernacki E. Z wycieczki po wybrzeżach niemieckich. Medycyna, str. 920, 945 i 963.

Opierając się głównie na pracy Hillera (Ueber die Wirkungsweise der Seebäder) i na swych spostrzeżeniach wypowiada autor szereg uwag o klimacie morskim, mających praktyczne znaczenie. Kąpiel powietrzna (Seeluftbad) i kąpiel wodna (Seewasserbad), są to dwa czynniki stanowiące siłę leczniczą morza. Klimat morski przedstawia mniejsze wahania ciepłoty niż lądowy. Powietrze morskie jest o wiele wilgotniejsze od lądowego, co bardzo dodatnio wpływa na suche katary nosa i oskrzeli; brak zaś w nim pyłu i ubóstwo mikrobów, stanowi najcenniejszy w niem przymiot. Stąd to wszelkie sprawy mikrobowego pochodzenia [*ozoena bronchitis putrida*, bronchiektazye] stale doznają polepszenia w powietrzu morskiem. Atoli powietrze morskie bywa bar-

dzo często wietrzne, stąd szybki ubytek cieplika, za czem idzie dążność do wyrównania go w ustroju i wzmożone łaknienie. Pomimo jednak dużego apetytu i obfitszego spożywania pokarmów, waga ciała w powietrzu morskiem nietylko się nie zwiększa, lecz najczęściej nawet zmniejsza o jakieś kilka funtów; co dowodzi że zmiana materyi w morskim klimacie daleko żwawiej niż gdzieindziej się odbywa, stąd we wszystkich stanach cechujących się leniwą przemianą materyi jak: w krzywicy, niedorozwoju fizycznym, uporczywej blednicy, zastarzałym przymiocie, wysypkach i gośćcu długotrwałym i t. d. klimat morski sprawia niedwuznaczne skutki.

Działanie kąpieli morskiej, nie różni się w zasadzie od działania kąpieli zimnej zwyczajnej; dodatnie jej skutki jednak potęgują wyborne powietrze i obecność soli działającej sposobem mechanicznym, jako bodziec na nerwy obwodowe. Jeżeli Hiller nie przypisuje uderzeniom fal morskich w czasie kąpieli żadnego znaczenia, to autor bardzo słusznie walczy przeciw temu twierdzeniu; fale bowiem działają na ustrój nietylko mechanicznie lecz i termicznie, odejmując szybciej cieplik, a niżeli woda w spokoju będąca. Wogóle, zdaniem autora, niewszystkie jeszcze wpływy kąpieli morskiej na organizm zostały naukowo zbadane. Pierwsza kąpiel morska trwać winna nie dłużej jak 2—3 minut, co mniej więcej tyluż falom [t. j. dwom lub trzem] odpowiada; dopiero następne mogą trwać 5—6 minut. Dla celów leczniczych w ścisłem znaczeniu, o wiele odpowiedniejszem jest morze Niemieckie (Nordsee); gdy zaś chodzi o wypoczynek, Baltyckie dobrze się nadaje. Szczególniej wyspy morza Niemieckiego (Sylt, Föhr, Amrenn, Helgoland) lub wschodniofryzyjskie (Norderney, Borkum i t. d.) do celów leczniczych się nadają. Są one zarazem doskonałemi „Lufkurortami.“ I zawartość soli w obu morzach tych jest różna: gdy Niemieckie ma do 3%—Baltyk tylko 1% lub mało co więcej. Najwyższa ciepłota morza niemieckiego przypada dopiero na Sierpień, na Baltyku na Lipiec. Po ogólnej charakterystyce klimatu morskiego i obu mórz, podaje autor opis licznych miejscowości, które zwiedził, wypowiadając wiele trafnych uwag pod względem praktycznym. Oczywiście, iż praca bogata w szczegóły z których każdy jednak ma swoją wartość, nie nadaje się do streszczenia.

Chwistek B. Zakopane (korespondencya). — Przegl. Lek., str. 452.

Autor utyskuje, że dotąd wskazania lecznicze do stosowania klimatu zakopiańskiego nie zostały ściśle sformułowane. Twierdzi, że niemożna powiedzieć, aby Zakopane było tylko stacyą zimową dla su-chotników, bo zdarza się, że i pobyt wśród lata daje znaczne polepszenie, gdy tymczasem u tegoż chorego zimą występuje pogorszenie. Wogóle do Z. kwalifikują się chorzy niegorączkujący, z mniej wydatnemi zmianami w narządzie oddechowym. Tam, gdzie krtań jest zajęta, chory gorączkuje stale, zmiany w płucach są rozległe, choroba dąży do sil-

niejszego rozwinięcia i uogólnienia się w ustroju, Z. tylko zaszkodzić może. Takich chorych nie należy raczej ruszać z miejsca i otoczyć ich domową opieką, bo im już nic nie pomoże.

Doborzyński St. [inż. górn.]. **Przyczynek do wyjaśnienia sposobu powstawania źródeł wód żelaznych w okolicach Lublina.** Pamiętnik fizyograficzny. Tom XIV, str. 13.

Autor w pracy swej nie daje wcale ścisłej odpowiedzi dotyczącej wyjaśnienia sposobu powstawania źródeł żelazistych w Lubelskiem, i podaje tylko z hypotezy, przypuszczając albo 1-o że w wapniakach istnieją pokłady bogate w żelazo z których woda czerpie dla siebie związki żelaza, albo 2-o że źródła z ziemi wypływające nasycają się już przy wyjściu na powierzchnię w błotnisto-torfowym gruncie łąk. Pierwsze przypuszczenie nie zdaje się być zgodne z rzeczywistością z uwagi, iż niewyjaśnionym pozostanie fakt zawartości w wodach żelazistych, o których mowa, ciał organicznych stałych, azotu i metanu, które to ciała już na głębokości 50 m. nie dadzą się wykazać. Ze względu, iż źródła żelaziste leżą zwykle bardzo nizko, niżej od wód słodkich, przychyliłby się należało do drugiej hypotezy t. j. że wody żelaziste w mowie będące zawdzięczają swą żelazistość rudom łukowym, inaczej mówiąc, domieszce wód zaskórnych, zawierających je w znacznej ilości.

Dobrzycki H. Zdrojowiska, zakłady lecznicze i stacye klimatyczne w Królestwie Polskiem i najbliższych gub. Cesarstwa oraz prywatne zakłady lecznicze w Warszawie. Z planem chromolitograficznym, 9-ma tablicami i rysunkami i 16 cynkotypami, tudzież 3-ma wykazami. Duża 8-ka, str. XL i 260. Warszawa 1896.

Jestto książka zbiorowa redagowana przez D. i opatrzona przez niego obszernym wstępem przedstawiającym obecny stan naszych środków leczniczych, jakie w kraju posiadamy, wydana z powodu II-ej wystawy hygienicznej w Warszawie. Zawiera opis, następnych miejscowości: Birsztan, Buska, Ciechocinka, Czarnieckiej Góry, Druskienik, Grodziska, Inowłodza, Nałęczowa, Nowego-Miasta, Ojcowa, Otwocka, Pohulanki, Sławinka, Solca i Szepietówki; a nadto opis wszystkich dwudziestu zakładów leczniczych prywatnych w Warszawie, razem 36. Chcąc otrzymać źródłowy, t. j. z pierwszej ręki materyał, rozesłał autor trojakiego rodzaju kwestyonaryusze: a) do lekarzy naszych zdrojowisk oraz zakładów przyrodoleczniczych, b) do lekarzy zakładów leczniczych w Warszawie i do c) zakładów gimnastyczno-ortopedycznych warszawskich. Kwestyonaryusze podane w książce, a wedle których redaktorowi lekarze danych zakładów nadsyłali odpowiedzi, są bardzo szczegółowe, i wyczerpują to wszystko co jakikolwiek ma związek z opisywanemi instytucyami; i tak, w książce mamy przy każdej z miejscowości podane: jak dawno dany zakład istnieje, odległość od najbliższej stacyi Dr. Ż. lub stacyi pocztowej, charakterystykę klimatu, rodzaj wód mineralnych, kąpiele, wodolecznictwo, kąpiele rzeczne, przetwory

mleka, gimnastyka i masaż, ile się rocznie wydaje kąpieli, roczna liczba [średnia z lat 3-ch] leczących się, iloma pokojami rozporządza zakład, a ile jest po za zakładem, średni koszt utrzymania osoby pojedyńczej, i familii, wyszczególnienie wskazań i przeciwwskazań. Co do zakładów warszawskich: przeznaczenie zakładu i środki lecznicze, liczba łóżek, liczba sal operacyjnych, czy jest ambulatoryum, średnia liczba chorych rocznie, koszt dzienny utrzymania chorego: a) w pokoju oddzielnym, b) w pokojach wspólnych; koszt dzienny utrzymania osoby towarzyszącej. Co do instytutów gimnastycznych, kwestyonaryusz obejmował 10 zasadniczych pytań, w których zawarte zostało to wszystko, co właściwość zakładów podobnych stanowi. Nadto, każdy kwestyonaryusz opatrzony był rubryką p. t. „Uwagi“ dla pomieszczenia danych, które w wykazie pytań, nie mogły być uwzględnione. Książka D. przedstawia faktyczny stan naszych środków klimatyczno - leczniczych w chwili obecnej. Ma ona tę wyższość po nad broszurami, dane zdrojowiska i stacye klimatyczne oddzielnie opisującemi, iż nie zawiera w sobie niepotrzebnego balastu, lecz daje odpowiedzi na zasadnicze pytania kategoryczne postawione, jednym rzutem oka dające się porównać we wszystkich miejscowościach; że uwzględnia bardzo wiele kwestyi, których wyjaśnienia w specyalnych broszurach nawet bardzo obszernych, napróżnobyśmy szukali; i wreszcie daje pojęcie o rozmiarach środków jakie w zakresie balneo-klimatycznym w kraju posiadamy. Silny nacisk położył D. na stronę ekonomiczną kwestyi, wykazując, że ulepszywszy nasze zakłady, na co stosunkowo niewielkich potrzeba kapitałów, moglibyśmy co najmniej 2 do 3 razy większą liczbę chorych niż dziś obsłużyć, i tym sposobem rokrocznie wywożone miliony za granicę, na miejscu zatrzymać.

Dukiet. Rymanów (koresp.). Przegl. Lek., str. 381.

Autor na skutek wezwania ze strony redakcyi Przegl. Lek., wylicza szereg ulepszeń przez zarząd tego zdrojowiska w ostatnich czasach dokonany. Ulepszenia te, wygody gości lub przyozdobienia danej miejscowości dotyczące i z niemałemi kosztami połączone, dobrze świadczą o zarządzie. (Redakcya P. L. bardzo doniosłą myśl podjęła, zapytując zarządy zdrojowe, o reformy i ulepszenia corocznie dokonywane i ogłaszająca je w swoim organie. Publiczne instytucye, winny stać pod publiczną kontrolą, winny ciągle iść naprzód a z pewnością liczba leczących się ulegnie zwiększeniu, i dobrobyt kraju wzrośnie. Przyp. Spraw.).

Dymnicki J. Sprawozdanie XXXVIII z czynności lekarskiej zdrojowiska w Busku w czasie pory zdrojowej w r. 1895. Medycyna, str. 388.

Jak dawne sprawozdania, tak i obecne posłużyło autorowi do wypowiedzenia szeregu uwag praktycznego znaczenia, które starał się uzasadnić przytoczonemi spostrzeżeniami. Wogóle leczyło się u D.

443 osoby; z tych dotkniętych przymiotem osób 240; gośćcem i dną 99. zołzami 35, chorobami nerwów 29, różnymi stanami zapalnemi osób 20, Przedmiotem szczegółowego rozbioru był przymiot spostrzegany u 240 osób. Ze względu na postaci choroby wyszczególnił D. 32 odmiany jej, począwszy od stwardnienia pierwotnego, a skończywszy na przymiocie odziedziczonym i formach wątpliwych, leczenia dopełniającego wymagających. Najpokaźniejszą grupę stanowiły wykwity skórne oraz błon śluzowych 49 przypadków; 33 charakteryzowały się prawie wyłącznie obrzmieniem gruczołów chłonnych; 21 przypadków było wiądu rdzenia; 13 przymiotu mózgu; reszta zaś przypadła na mniej licznie występujące postacie choroby. Z powyżej podanej liczby ogólnej, 161 osób wyzdrowiało, 58 doznało polepszenia. W grupie więc przymiotu, wyniki lecznicze były bardzo dobre.

Ze 443 zaś wszystkich chorych wyleczyło się osób 219, doznało znaczniejszego lub mniej znacznego polepszenia 181 osób.

runtowski. Przyczynek do badania krwi w górach mianowicie u ch. ch na piersi. Pam. VII-go Zjazdu Lek. i przyr. polskich we Lwowie, s. 170.

Jest to ta sama praca którą J. pomieścił w Nowinach Lek. z r., 1895, str. 7 i 55, a z której podaliśmy w roku zeszłym referat [patrz. Przegl. piśm. lek. pols. za rok 1895. Pam. Tow. Lek. Warsz. r. 1896, str 63, lub oddzielną odbitkę z tąż paginacyą] pozostaje nam obecnie tylko uzupełnić pracę tę dyskusyą jaka miała miejsce na Zjeździe a w której brali udział: Wernicki, Stachiewicz, Gluziński, Sobierański, Baranowski, Dunin, Bronowski i Eljasz. Jarunt. i wielu badaczy przed nim, stwierdzili, iż ilość ciałek czerwonych krwi, po przybyciu danego osobnika z nizin w góry, zwiększa się, szczególniej w pierwszych kilkunastu dniach, co można objaśnić zmniejszeniem nasączenia krwi tlenem skutkiem zmniejszonego ciśnienia, i powołania tym sposobem do w z m żenia czynności szpiku kostnego, który większą ilość krążków krwi czerwonych i hemoglobiny wytwarza. Wernicki czyni zarzut prelegentowi, iż nie uwzględnił ważnego bardzo w klimacie górskim czynnika: zmniejszonego ciśnienia, powodującego większy przypływ krwi do części obwodowych a stąd rozbudzenia w nich większej sprawności życiowej. Stachiewicz który również robił poszukiwania hemotologiczne na 100 chorych w Gërbersdorfie, nie doszedł do żadnych stanowczych wyników. Gluziński twierdzi, iż trzeba uwzględnić wiele innych okoliczności jak: zmianę w gęstości krwi, bo i w danym razie chodzi nie o względną, lecz bezwzględną ilość ciałek czerwonych, dlatego należy oznaczać ciężar gatunkowy krwi, i wogóle jest zdania, że nie tą drogą wartość klimatu górskiego oznaczać należy. Sobierański zwraca uwagę na niedokładność obecnych przyrządów do badania krwi. Baranowski zwraca uwagę na to, że z powiększenia się ilości czerwonych ciałek krwi w górach, niemożna wyprowadzać wniosku, że sanatorya na równinach są bez wartości, gdyż w leczeniu grają rolę oprócz tego i inne

ważne warunki. Dunin, twierdzi, iż daleko pewniejszą metodą byłoby oznaczenie ciężaru gatunkowego krwi całkowitej, i surowicy, gdyż tą drogą możnaby wykazać, czy tu ma miejsce zagęszczanie krwi, czy nie. Bronowski zapytuje, czy równocześnie z badaniem krwi nie było robione ważenie ciała danych osób, celem wykazania czy istnieje jaki związek po między zmianami krwi a wagą ciała, co stanowiłoby cenną wskazówkę w rokowaniu. Eljasz robi J. zarzut, że o ile tablica wysokości punktów powyżej Goerbersdorfu położonych jest dokładną, o tyle taką nie jest gdy chodzi o miejscowości niższe od Goerb. Radzi w przyszłości badać krew zwierząt, ponieważ doświadczenia z niemi możemy wykonywać w różnych warunkach. Badanie krwi ludności na miejscu osiadłej, również E. uważa za ważne, dla rozwiązania danej kwestyi.

Kopff. Krynica (korespond.). Przegl. Lek., str. 381.

Na skutek pisma wystosowanego do K. przez redakcyę Przegl. Lek., pośpieszył autor z nadesłaniem wiadomości, dotyczących ulepszeń zaprowadzonych w zdrojowiska Krynica. Z ulepszeń tych zawartych przez K. w sześciu punktach, najistotniejszy jest ten, iż w 5-ciu domach skarbowych zniesiono kanał odprowadzający nieczystości do rzeczki Krynicznki, i urządzono system kloaczny wywozowy, beczkowo-pneumatyczny według metody Tulard'a. Ulepszenia te dotyczyły roku 1895; na rok zaś 1896 zaprojektowano i wykonano cały szereg innych z których najważniejsze są: rozprowadzenie wody do domów skarbowych do zmywania klozetów samoczynnych, i rozpoczęto budowę domu izolacyjnego dla chorych zakaźnych.—Ulepszenia te bardzo są chwalebne, ale nie uratują Krynicy, jeżeli nie będzie zaprowadzona skuteczna reforma co do przyjmowania tej kategoryi pacyentów, którzy brudni, obszarpani, chodzący po wszystkich promenadach z wiecznie rozpiętemi spodniami, w literalnem tego słowa znaczeniu zasmrodzający całe uzdrowisko, odstraszają tym sposobem wszystkich do czystości przyzwyczajonych. Niemało osób z tego powodu zaniechało powtórnego udania się do Krynicy, pomimo pomyślnych wyników kuracyi. Jestto fakt, o którym każdy lekarz zaświadczyć może, a jeden, świadomych dobrze tego stanu rzeczy, wprost twierdzi (Przegl. Lek. str. 673, r. 1896), że to Krynicę zabija i prowadzi do kompletnego upadka. Niemożna wymagać od pacyentów aby chodzili wedle ostatniej mody ubrani, lub przywdziewali szaty odświętne; ale C. K. zarząd może i powinien żądać od każdego przyjeżdżającego, aby nie chodził obszarpany, aby zapinał spodnie, nie pluł koło ławek lub na same ławki, i niezostawiał pasożytów w łazienkach.

Majkowski J. Wykaz chorób leczonych u wód mineralnych w Busku podczas pory kąpielowej 1895 roku w szpitalu Ś-go Mikołaja i praktyce prywatnej. Medycyna, str. 313.

Autor podał li tylko liczebne dane bez żadnego opisu, podzieliwszy cały swój materyał obserwacyjny na dwanaście grup. Największą grupę, jak zwykle, stanowili chorzy przymiotowi, gdyż na 621 chorych wogóle: było ich 257 t. j. znacznie więcej niż $^2/_3$. Wyniki były bardzo dobre, gdyż z tej liczby, 144 osób a zatem więcej niż połowa, uznanych zostało przez M. za wyleczonych, z polepszeniem było 90, reszta zaś przypada na przypadki bez polepszenia i z niewiadomym wynikiem. Ze 168 osób cierpiących na przewlekły gościec mięśni i stawów, wyzdrowiało 100. Z 52 zołzowych w różnych okresach choroby, przeszło połowa uznaną została za wyleczoną; reszta opuściła Busko z polepszeniem. Z chorobami układu nerwowego było osób 44, z chorobami skóry osób 38. Wogóle na 621 osób leczonych, uznał autor za wyleczonych osób 306, z polepszeniem 255, zaś bez polepszenia i z tymi u których wyniki były niewiadome dla różnych powodów, było osób 60.

Talko-Hryncewicz J. Przyczynek do klimatologii Azyi wschodniej. Klimat Troickosawska v. Kiachty. Przegl. Lek., str. 577, 601, 625, 655.

Jestto streszczenie obszernej pracy podjętej z polecenia władzy przez autora, zawierającej cały szereg cyfr dotyczącej średniej ciepłoty, ciśnienia barometrycznego, kierunku wiatrów, danych oro—i hydrograficznych, śmiertelności, przyrostu zaludnienia, wpływu jednostek deportowanych na stosunki ludnościowe tubylców i t. d. i t. d.; a więc praca polegająca na podaniu wspomnianych danych w całości, i będąca już streszczeniem, nienadającem się do streszczenia. Zwrócimy tylko uwagę na kilka ciekawszych faktów przez autora stwierdzonych, lub wyświetlanych. I tak: stwierdzono tu zgodnie z uczynionemi już gdzieindziej spostrzeżeniami, że z wycięciem lasów, wysychają źródła i hydrograficzne stosunki się zmieniają na wielką niekorzyść klimatu danej przestrzeni ziemi; że gdy w Europie, ustrój ludzki powyżej 3000 metrów nie może się przystosować [zakonnicy z klasztoru Ś-go Bernarda na wysokości 2474 metrów położonego, muszą się co czas pewien udawać w dolinę Renu, dla odnowy i wzmocnienia swych sił, a rzadko kiedy dłużej nad lat 10 na takiej wysokości wyżyć są w stanie] to tymczasem w Mongolii i Tybecie sąsiadujących z krajem Zabajkalskim [w którym się znajduje Kiachta] ludzie mieszkają nawet powyżej 5000 metrów jak np. w znanym klasztorze budyjskim Hanle w Tybecie 5 tysięcy metrów przeszło wyniesionym; że w miarę zwiększania się liczby deportowanych, ludność miejscowa zamiast przyrastać, wciąż wymiera, na co już wielu badaczy i przyrodników zwróciło uwagę. Z badań autora wykazuje się, iż Azya, a w szczególności kraj przez niego opisywany, przedstawia bardzo wiele właściwości, niemałe różnice *caetris paribus* z klimatem Europy przedstawiającego. Redakcya Przeglądu Lek. dając u siebie miejsce temu interesującemu artykułowi, taką słuszną czyni od siebie uwagę: „Z chwilą połączenia koleją żelazną Syberyi z całą Europą, kraj ten obfitujący w nieprzebraną ilość bogactw przyrody,

nabiera pierwszorzędnego znaczenia dla przeludnionej i ekonomicznie wyczerpanej Europy. Ze względu na niezmierzone obszary ugorem leżącej gleby, Syberya na wzór Ameryki, stać się może regulatorem przeludnienia europejskiego. Z tego stanowiska umiejętne badania klimatu Syberyi nabierają wartości dla wszystkich a autorowi „Przyczynków“ należy się wszelka wdzięczność, że zechciał z własnej obszernej pracy nadesłać nam tak treściwe sprawozdanie.

Zawadzki J. Ważniejsze zdrojowiska. Mała 8-ka, str. 94, nakład E. Skiwskiego r. 1896.

Juk autor w przedmowie zaznacza, praca ta była rok przedtem pomieszczona w Kuryerze Warszawskim. Przez lat szereg M. Zieleniewski corocznie wydawał podobną książeczkę. Dziełko jednak Z. ma tę wyższość, że większość danych w niem zgromadził autor na podstawie wyczerpującego kwestyonaryusza, który w liczbie 250 rozesłał do różnych leczniczych miejscowości. Z. krótko opisał do 132-ch miejscowości zdrojowych, kąpielowych, klimatycznych i t. d. Na końcu grupuje autor cały materyał balneo-terapeutyczny wedle klasyfikacyi naukowej, i takowy zamieścił w XII grupach. Książeczka ta dla publiczności a nawet lekarzy, bardzo pożyteczna jako informacyjna, i łatwo oryentować się dozwalająca.

Zdrojowiska krajowe (galicyjskie). Przegl. Lek. r. 96, str. 673.

W r. 1870 wydana ustawa zalicza do zakresu administracyi państwa nadzór zwierzchniczy nad kąpielami leczniczemi, pomimo wydawania pozwoleń na tworzenie takich zakładów prywatnych. Ustawa ta grzeszy wielce jednostronnością, gdyż sprawy zdrojowe nie są tylko wyłącznie sprawami zdrowotnemi, lecz w znacznej mierze sprawami kultury krajowej, a wpływ władz autonomicznych miejscowych, mógłby o wiele skuteczniej oddziaływać na rozwój zakładów tych i zdrojowisk, gdyby rozszerzyć zasadniczo ich atrybucye. Z tego wychodząc założenia, wydział krajowy przedłożył w r. 1890 sejmowi projekt ustawy zdrojowej, mającej obowiązywać wszystkie uzdrowiska krajowe. Wpływu jednak, o który chodziło, ustawa ta nie zapewniła, gdyż rząd zachował przy sobie kierownictwo temi instytucyami przez swego delegata, od władzy centralnej zależnego, który tejże władzy składa sprawozdania i odbiera od niej wskazówki, władze zaś autonomiczne jak przedtem tak i obecnie stoją na uboczu. Pięcioletni okres czasu wykazał całą bezpożyteczność tej nowej ustawy, a władze centralne nie uczyniły zadość nawet temu wymaganiu, aby corocznie ogłaszać bezstronne i wyczerpujące sprawozdania z działalności uzdrowisk za każdy rok ubiegły, do którego to sprawozdania publiczność miałaby więcej zaufania aniżeli do broszurek przez same zakłady ogłaszanych i często przesadnie na korzyść danej miejscowości rzecz przedstawiających. Postęp zdrojowisk galicyjskich jest prawie żaden. Te same wielkie

braki jakie były takie są, a Galicya, która ze wszystkich prowincyi państwa Austro-Węgierskiego jest najbogatszej w zdroje uposażoną, zamiast stać na pierwszem miejscu pod względem liczby leczących się, stoi dopiero na szóstem (!!), o czem nas zestawienie cyfr przekonywa. I tak: w Czechach leczy się 73 tysiące, w Wyższej Austryi 37, w Tyrolu 31, w Niższej Austryi 25, Styryi 23, w Galicyi 18. Toż samo daje się zauważyć o wysyłce wód i innych przetworów kąpielowych, która się jeszcze w smutniejszem świetle przedstawia; bo gdy ze wszystkich 13 koncesyonowanych zdrojowisk galicyjskich wyekspedyowano (w r. 1894) razem niecałe 160 tysięcy butelek, to jedno takie zdrojowisko jak Heilbrunn, wysyła rocznie do 2-ch milionów butelek. Autor w tej ważnej dla kraju sprawie, nie obwinia bynajmniej rządu, lecz naszą własną nieporadność i bierność i na razie widzi tylko jeden sposób, mogący dać pewien dodatni wynik, a mianowicie: ustanowić posadę informatora zdrojowisk, oczywiście lekarza, odpowiednio przygotowanego, balneologa, człeka sprężystego, którego zadaniem byłoby badać systematycznie wszelkie urządzenia u wód zagranicznych, naszym zdrojom je przyswajać, zwracać uwagę na wszelkie braki, projektować bądź to nowe ulepszenia, bądź klimatyczne miejscowości. Słowem, chodzi o człowieka, któryby był owym łącznikiem między naszemi a zagranicznemi wyżej w kulturze stojącemi instytucyami Informator taki otrzymywałby stałą pensyę od przedsiębiorców i właścicieli uzdrowisk, do czego dostatecznem by było do budżetu każdego uzdrowiska sumę paruset guldenów wprowadzić.

Korespondencya Wszechświatu. Zakopane w Grudniu 1895 r. Wszechświat Nr 1, str. z r. 1896.

Autor ma na celu w danej korespondencyi zaznajomić czytelników z „Muzeum Tatrzańskiem imienia Chałubińskiego“ założonem w r. 1888. Celem muzeum, jest: a) gromadzenie okazów przyrody Tatr polskich przyrodniczych, etnograficznych i archeologicznych; b) wytworzenie przemysłu miejscewego i okolicznego; c) wreszcie, zbieranie książek, rysunków, planów, map i t. d. dotyczących Tatr i Podhala tatrzańskiego. Środki materyalne stanowią: ofiary, wkłady jednorazowe i roczne składki członków „Towarzystwa muzeum tatrzańskiego im. Chał.“, mającego swą ustawę określającą szczegółowo czynności onego. Tow. posiada swój dom wzniesiony na gruncie darowanym mu przez spadkobierców ś. p. Chał., w którym mieszczą się zbiory i stacya meteorologiczna. Zbiory muzeum, liczą już dziś kilka tysięcy okazów, i są zdolne nietylko zainteresować turystów, lecz i specyalistów. Niestety instytucya stoi ofiarnością kilku jednostek, a ogół tak mało ją popiera, że jej byt i rozwój niezbyt pocieszające ma widoki. Z 47 członków rzeczywistych ubyło 44 którzy nie wnoszą należnej składki, w przeciwstawieniu do działalności Węgrów, którzy posiadają podobne muzeum w Szmeksie, i dotrzymują zobowiązań, oraz inaczej niż my pracują dla instytucyi.

X. PATOLOGIA I TERAPIA SZCZEGÓŁOWA.

A) Choroby przemiany materyi.

Sprawozdawca

J. Pruszyński.

Biernacki E. Określenie blednicy. Nowiny Lekarskie Nr 8/9 str. 433.

Rozpoznanie blednicy w przypadkach typowych zwykle nie przedstawia żadnych trudności. Do najstalszych objawów przedmiotowych tej choroby należą: bladość skóry [z żółtawym odcieniem] występująca nagle bez widocznej przyczyny w okresie dojrzewania fizycznego, osłabienie, kongestye, bóle głowy, brak tchu przy forsowniejszych ruchach, silny pociąg do kwasów przy braku łaknienia, zaburzenia w miesiączkowaniu; z objawów przedmiotowych najcharakterystyczniejszymi są: przyśpieszenie tętna, rozszerzenie stłumienia sercowego, szmery sercowe, buczenie w żyłach szyjowych, brak wychudnięcia. O powolnem duszeniu, jak to dawniej przypuszczano, przy blednicy mowy być nie może, gdyż przy tej chorobie ustrój w jednostce czasu przyswaja tyle tlenu i wydziela tyle kwasu węglanego, co w stanie prawidłowym; nadto w spalaniu białka również zboczenia nie występują. Przy forsowniejszych natomiast ruchach przyswajanie tlenu może być upośledzonem.

Wiele objawów przy blednicy jest następstwem nerwicy ogólnej. Bóle głowy, ściskania w gardle, dołku, bladość skóry i t. d. nie są związane z jej istotą, gdyż napotykają się i przy innych chorobach. Szmery sercowe wskazują na wysokiego stopnia hydremię, która niezawsze istnieje przy blednicy; „bruit de diable“ ma znaczenie patologiczne tylko przy silnem natężeniu.

Nie bladość skóry, lecz szybkie zblednienie skóry stanowi cechę charakterystyczną dla blednicy; pamiętać jednak należy, że natężenie objawów zewnętrznych nie idzie w parze z natężeniem zmian, wykrytych przy rozbiorze krwi. Jak przy wybitnej anemii rozwodnienie krwi może być bardzo nieznaczne, tak z drugiej strony przy znacznej hydremii i zubożeniu krwi w barwnik barwa skóry i błon śluzowych może być prawidłową. Wygląd zewnętrzny zależy najgłówniej od samej krwi, a mianowicie od jej koloru, który nie zależy wyłącznie ani od ilości związanego tlenu ani od zawartości hemoglobiny.

Opierając się na badaniach krwi w przypadkach typowej blednicy B. dochodzi do przekonania, że zmniejszenie zawartości hemoglobiny nie jest dla tej choroby stałą, zasadniczą zmianą krwi, lecz prawdopodobnie zależy od powikłań. Gdyby nawet zubożenie krwi w hemoglobinę

występowało u wielu chlorotyczek bez wpływów ubocznych, nie będzie to jednak odosobnione zboczenie, gdyż przy spadku hemoglobiny zmienia się we krwi zawartość potasu, fosforu i t. d., których znaczenie dotychczas dokładnie nie zostało wyjaśnionem. Za zasadniczą zmianę przy blednicy obecnie uważać można tylko rozwodnienie krwi, które nie odpowiada ciężkości obrazu klinicznego. Blednicę rozpoznać można nawet w przypadkach wątpliwych na podstawie objawów empirycznych, okresu ich powstawania i przebiegu. Ze strony krwi dla celów rozpoznawczych najważniejszą jest jej zmiana makroskopowa, którą najlepiej sama chora obserwuje przy miesiączce. Badanie krwi nie daje dotychczas żadnych danych do wyróżnienia pseudochlorozy Stintzing'a wskutek oligemii t j. zmniejszenia ogólnej ilości krwi. Wyróżnianie różnych postaci blednicy na podstawie towarzyszących jej objawów ubocznych nie ma racyi bytu, natomiast uzasadnionym być może podział na formę bardziej ostrą, formę bardziej przewlekłą, i skrytą (zatartą, *formes frustes*). Do tej ostatniej postaci przebiegającej nieraz uporczywie i ciężko, zaliczyć należy przypadki z małą ilością objawów klinicznych, a nieraz z zupełnie prawidłowym wyglądem skóry i błon śluzowych.

Bychowski Z. Przypadek myxoedematu, leczonego tyreoidyną oraz kilka uwag o myxoedemacie wogóle. Przegląd Chirurgiczny T. III, z. 2, str. 147.

Przypadek powyższy dotyczy kobiety lat 52, dziedzicznie pod względem nowotworów złośliwych obciążonej. Chora ta przebyła szczęśliwie 4 porody; miesiączkowanie ustało od 5 lat. Przed kilku laty na lewej okolicy pośladkowej utworzył się ograniczony tłuszczak, który został usunięty na drodze chirurgicznej. Choroba rozpoczęła się przed 6 miesiącami [przed pierwszem badaniem] apatyą, ogólnem osłabieniem tępymi bólami w całem ciele i tyciem. Chora wzrostu średniego (145 ctm.), ociężała, nieruchoma, posępna i milcząca waży 157,5 funta. Skóra w górnej części twarzy błyszcząca, zgrubiała. Błona śluzowa warg sinawa. Włosy na głowie w średniej ilości. Brak wielu zębów, pozostałe zepsute. Szyja nizka i gruba, gruczoł tarczykowy nie wyczuwa się. Brzuch obwisły, pośladki i uda znacznie zgrubiałe. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiały; we krwi zmniejszenie ilości hemoglobiny, leukocytoza i eozynofilia; w sferze psychicznej przytępienie władz umysłowych, przygnębienie, osłabienie pamięci. Stan ten stopniowo pogarszał się, skóra grubiała, włosy i zęby zaczęły wypadać, wreszcie w ciągu 2 lat od początku choroby waga ciała podniosła się do 205 funtów. W ciągu tego czasu chora przyjmowała pastylki tyreoidynowe, pod wpływem ktorych waga ciała spadała i stan ogólny znacznej ulegał poprawie, przy odstawieniu natomiast leku następowało pogorszenie.

Dunin T. Kilka uwag o leczeniu blednicy. Gazeta Lekarska, Nr 42 i 43; str. 1129 i 1159.

Autor jest zdania, że żelazo leczy tylko pewne postacie niedokrwistości, a mianowicie blednicę i t. zw. niedokrwistość traumatyczną. Wynajdywanie odmiennych postaci blednicy w celach terapeutycznych nie ma racyi bytu, a indywidualizowanie w leczeniu blednicy polega na ścisłem jej wyróżnieniu z pośród innych postaci niedokrwistości. Skuteczność żelaza przy tej chorobie nie tyle zależy od jakości preparatu, ile od dawki. D. stosuje zwykle pigułki Blaud'a w dwóch dawkach dziennych po 0,4; do tego dodaje na dawkę po 0,003 *ac arsenicosi*, przy skłonności do rozwolnienia nieco makowca. Żelazo podawać należy przez 4—6 tygodni, a następnie powtarzać z pewnymi odstępami nawet w ciągu 6 miesięcy.

Wszelkie wysiłki fizyczne przy blednicy są bardzo szkodliwe Wprawdzie w blednicy pomimo znacznego ubytku hemoglobiny utlenianie i zależna od tego przemiana materyi mogą się odbywać zupełnie prawidłowo w stanie spokoju, przy pracy natomiast ilość tlenu może się okazać niedostateczną, ilość wydzielanego kwasu węglanego nie wzrasta w odpowiednim stopniu, a wskutek niedostatecznego utleniania, powstają nienormalne produkty, które mogą być powodem samozatrucia ustroju. Ztąd to chorym blednicowym zalecić należy zupełny spokój, najlepiej leżenie w łóżku w przypadkach lekkich przez 3 tygodnie, w ciężkich do 6 tygodni. Klimat górski dla tego rodzaju chorych jest zbyt pobudzający i wystawia ich ustrój na zbyt wielką produkcyę energii, do czego nie są zdolne. Najlepiej chlorotyczki pozostawiać w mieście aż do zupełnego zniknięcia wszystkich objawów. Z użyciem wody zimnej należy zachować wielką ostrożność, napoje wyskokowe powinny być stanowczo wykluczone, użycie herbaty i kawy znacznie ograniczone.

ewelke O. Nalewka acteae racemosae w ostrym gośćcu stawowy . Kronika Lekarska, N. 18, str. 803.

H. stosował nalewkę *acteae racemosae* w 6-ciu przypadkach ostrego gośćca stawowego, powikłanego zaburzeniami w układzie krążenia z pomyślnym wynikiem. Wszystkie te przypadki, szczegółowo w pracy opisane, zakończyły się wyzdrowieniem; w żadnym z nich nie zauważono działania ubocznego. Środek wspomniany stosuje się w dawce dziennej od 40—50 kropel.

Jerzykowski S. Przyczynek do leczenia otyłości gruczołem tarczykowym. Nowiny Lekarskie, N. 1, str. 5.

J. stosował tabletki tyreoidynowe w 10 przypadkach otyłości i w 1 przypadku zastarzałej łuszczycy O ile zachowane były jednocześnie przepisy dyetetyczne, wynik leczenia przy otyłości był dosko-

nałym i cechował się zmniejszeniem drażliwości, utratą tkanki tłuszczowej i obniżeniem wagi ciała. Po 5 tygodniach zażywania tabletek tyreoidynowych łuszczyca ustąpiła prawie zupełnie, jednakże po usunięciu środka powróciła ponownie w pierwotnem natężeniu. Przy powtórnem użyciu leku po 3 tabliczki dziennie przez dwa miesiące, wyrzut ustąpił całkowicie i od 2 miesięcy nie ponawiał się. Ubocznych objawów przy stosowaniu tyreoidyny nawet w przypadkach osłabienia mięśnia sercowego J. nie zauważył.

Klejn St. Kilka uwag o leczeniu blednicy. Medycyna na Nr. 22, 23 i 24, str. 510, 532 i 560.

Autor poddaje krytyce metody leczenia blednicy, zalecane przez różnych klinicystów, przyjmując za kryteryum wyleczenia omawianej sprawy chorobowej nie podmiotowe uczucie poprawy ani przybytek na wadze i rumieniec na twarzy, lecz zawartość hemoglobiny lub ciężar gatunkowy krwi, zauważył bowiem ze przy 75—78% hemoglobiny wygląd takich chorych znacznie się poprawia, a przy 65—60% hemoglobiny miesiączkowanie traci charakter nieprawidłowy. Poprawa taka jest zazwyczaj zwodniczą, wkrótce następuje recydywa. Przed doprowadzeniem przeto ilości hemoglobiny do 100% u każdej chorej dotkniętej blednicą pożądanem jest badanie krwi co 10—14 dni. Przy stosowaniu żelaza, które jest niewątpliwie najskuteczniejszym środkiem przeciwko blednicy, nie chodzi o skład chemiczny samego przetworu ile o zawartość żelaza, którego dawkę dzienną 0,45 grm. uważa K. za wystarczającą w każdym przypadku. Dodatek arszeniku jest zbyteczny, często nawet szkodliwy. Zgadzając się na metodę żywienia, proponowaną przez v. Noorden'a przy blednicy, autor jest zdania, że gra ono w leczeniu blednicy rolę drugorzędną; sprawa ta najforsowniejszem żywieniem wyleczyć się nie daje. Zalecany przez Dunina spokój absolutny nie jest, według zdania autora, koniecznym. Leżenie w łóżku w przypadkach ciężkich nie ma decydującego wpływu na przebieg choroby, a pewna ilość pracy nieraz może przyśpieszyć wyleczenie.

Korczyński L. Kilka uwag o obrzęku śluzakowym (myxoedema). Przegląd Lekarski, Nr. 5, 6, 7, 8, 9; str. 57, 69, 83, 95, 108.

K. opisuje przypadek obrzęku śluzowego, dotyczący kobiety lat 41, u której pierwsze objawy chorobowe (ogólne osłabienie, upośledzenie słuchu, utrata pamięci, otyłość, zgrubienie twarzy, języka) rozpoczęły się przed 2 laty. Od 5 lat nie było regularności. Przy badaniu stwierdzono, co następuje: U chorej dobrze zbudowanej skóra w całości zgrubiała, obrzękła i blada, twarz bez wyrazu, język gruby niekształtny wystaje nieco przez otwarte usta, gruczoł tarczykowy zanikły. Kończyny dolne zgrubiałe, sutki obrzękłe, brzuch nadmiernie wielki, wątroba powiększona, wargi sromne i łechtaczka zanikła. Odruchy mięśniowe słabe, odruchy ścięgniste wyraźne, czucie skórne

i mięśniowe zmian nie przedstawia waga ciała 85,7 kil. W treści żołądkowej brak wolnego kwasu solnego, natomiast zwiększoną była ilość śluzu i ciałek wypocinowych; w moczu ślady białka i wałeczki szkliste; w kale śluz, leukocyty, cylindryczne komórki nabłonkowe. Wydzielina gruczołów mlecznych stanowiła typową siarę. Krew nieco bledsza zawierała ciałek czerwonych w milimetrze sześciennym 3,620,000, ciałek białych 8,420, hemoglobiny 70%, nadto napotykały się w niej mikrocyty i poikilocyty z ruchomemi wypustkami. Ilość ciałek eozynofilowych wynosiła 25%, neutrofilów 40%, limfocytów 33%, myelocytów 2%, ogólnej ilości leukocytów.

Po 10 dniach podawania pastylek z gruczołu tarczykowego stwierdzono w treści żołądkowej ślady kwasu solnego powiększenie ilości czerwonych ciałek o 380,000 w 1 mm. i wzrost ilości hemoglobiny, zmniejszenie ilości ciałek eozynofilowych z 25% na 13%. Po podaniu 31.25 grm. gruczołu tarczykowego w ciągu 2 miesięcy chora nabrała bardziej prawidłowych kształtów, straciła na wadze 12½ kilo.; skład krwi stał się prawidłowym a w moczu znikło białko. Przy zaprzestaniu podawania leku w ciągu 2 tygodni ciężar ciała podniósł się o 4 kilo., ilość ciałek eozynofilowych wzrosła do 18% ,myelocytów do 8%, spadła natomiast ilość ciałek neutrofilowych i limfocytów.

Po powtórnem rozpoczęciu przerwanego leczenia spadek wagi ciała w miesiąc wynosił 17 kilo., skóra z wyjątkiem kilku miejsc obrzękłych, stała się prawidłową; po 6-letniej przerwie zjawiła się po raz pierwszy miesiączka, trwająca 5 dni.

Dalszy przebieg obserwacyi zakłócony został pojawieniem się ostrego zapalenia kiszki ślepej i następczego ograniczonego zapalenia otrzewnej. Po przebyciu tej choroby, która trwała 2 tygodnie chorej znowu podawano pastylki tyreoidynowe w ciągu 3 miesięcy. Po wyżyciu 71,25 grm. suszonego, sproszkowanego gruczołu tarczykowego w pastylkach po 0,25 grm. ogólny ubytek wagi ciała wynosił 26 kilogr., krew zawierała 3,524,000 ciałek czerwonych, 6,250 ciałek białych, 60% hemoglobiny przy braku zupełnym makrocytów i myelocytów. Treść żołądkowa i mocz wykazywały stosunki prawidłowe. W 5 miesięcy potem bez podawania pastylek twarz nieco zgrubiała, waga ciała podniosła się zaledwie o 3 kilogr., krew zawierała prawie jednaką ilość ciałek czerwonych, nieco więcej białych.

Jako przejściowe formy do obrzęku śluzowego autor zalicza objawy nadmiernej otyłości przy niedokrewności i opisuje dwa przypadki, w których leczenie tyreoidyną dało znaczną poprawę. Jeden z nich był podobny do postaci opisanej przez Curschmann'a jako *lipomatosisi perimuscularis circumscripta.*

Kośmiński F. O rozmiękczeniu kości połogowem z uwzględnieniem leczenia fosforem. Przegląd Lekarski, Nr. 46, 47, 48, 49; str. 607, 618, 633, 645.

W 13 przypadkach rozmiękczenia kości połogowego, dotyczących wielorodek 26—40 lat wieku, K. stosował fosfor z tranem. Leczenie rozpoczynano zawsze od podawsnia rano i wieczór po łyżeczce od kawy rozczynu podług wzoru: *Phoshor.* 0,01, *Ol. jecor aselli* 50,0; po tygodniu polecano rano, w południe i wieczór po łyżeczce tego rozczynu, a następnie mniej więcej co dwa tygodnie zwiększano stopniowo dawkę, przepisując forsfor w ilości 0,015—0,035 na 50,0 tranu. Czas leczenia trwał od 4—14 miesięcy; im dłużej jednak stosowano fosfor, tem wynik był lepszym ze względu na czas, przez który osoby dotknięte rozmiękczeniem kości nie doznawały powrotu lub pogorszeuia się sprawy chorobowej. Jeżeli, idąc za zdaniem Winckela, wtedy uważać osteomalacyę za wyleczoną, gdy co najmniej w rok po leczeniu ucisk na kości miednicy nie jest bolesny a kości nie są podatne, to z 11 przypadków, w pracy niniejszej opisanych, tylko trzy, a najwyżej cztery do wyleczonych można byłoby zaliczyć. Aby jednak leczenie było skutecznem, trwać ono winno przez lata całe, z przerwami kilko lub kilkunastomiesięcznemi. Że trzebienie nie jest wcale środkiem niezawodnym w leczeniu rozmiękczenia kości, dowodzą tego dwa przypadki, w których operacya nie zapobiegła nawrotowi, leczenie zaś następcze fosforem dało wyniki doskonałe.

Wiczkowski J. Przypadek ostrej białaczki. Przegląd Lekarski, Nr. 27, str. 879.

W. przedstawił na posiedzeniu Tow. lekarzy galicyjskich przypadek ostrej białaczki, dotyczący kobiety lat 31, dziedzicznie gruźlicą obciążonej, od lat 7 zamężnej, matki trojga dzieci. Ostatni poród połączony był ze znacznym krwotokiem z powodu przyrośnięcia łożyska; po porodzie wystąpiła gorączka, która trwała 10 dni. Od tego czasu chora nie domagała, była niedokrewną, miewała peryody długotrwałe i obfite, nadto doznawała bolów w okolicy serca, które rozpoznano jako rwę międzyżebrową. Wśród takiego stanu ogólnego nagle nastąpił krwotok płucny, następnie krwawienia z dziąseł, wynaczynienia podskórne na jednej kończynie górnej i dolnej, krwotoki z nosa, kiszek i macicy, ciepłota wahała się od 37,2° do 38,4°. Przy badaniu, dokonanem w 10 dni od pierwszych widocznych objawów choroby oprócz wybroczyn na skórze i dziąsłach wykryto: drobne rzężenia w dolnych płatach płuc, rozszerzenie prawej komórki serca, szmery anemiczne, powiększenie wątroby i śledziony, bolesność mostka i kości długich Śmierć nastąpiła po silnym krwotoku macicznym, poprzedzóna śpiączką, wymiotami i objawem Chayne-Stokes'a. Badanie krwi za życia wykazało znacznie zwiększoną ilość leukocytów, między którymi przeważały leukocyty małe o dużem jądrze i myelocyty; mało leukocytów wielojądrzastych, bardzo mało leukocytów eozynofilowych. Wybitna. poikilocytoza Niezwykle liczne białe ciałka krwi jądrzaste, mikro-i megaloblasty.

Wiczkowski J. O skazie moczanowej. Przegląd Lekarski. Nr. 50, 51, 52; str. 661, 677, 587.

Autor podaje w obszernem streszczeniu najnowsze badania, dotyczące istoty skazy moczanowej oraz jej leczenia.

Białokur F. O stosunku niedokrwistości złośliwej do zaniku błony śluzowej żołądka. Gazeta Lekarska, Nr. 31, 32, 33; str. 821, 855, 895.

Patrz dział X E—Chor. narz. traw.

Sędziak J. Zapalenie stawów obrączko-nalewkowych gośćcowego pochodzenia, (arthritis crico-arythenoidea rheumatica). Gazeta Lekarska, Nr. 2, str. 39.

Patrz dział. XI—Laryngologia.

Sterling S. Moczówka cukrowa u dziecka siedmioletniego. Gazeta Lekarska, Nr. 24, str. 630.

Patrz dział X G—Pedyatrya.

Dyskusya nad skazą moczanową w Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem. Przegląd Lekarski, Nr. 4, str. 52.

Dyskusya nad leczeniem blednicy (Tow. Lek. Warszawskie) Pam. Tow. Lek. str. 541.

B) Choroby zakaźne.

Sprawozdawca

A. Puławski.

B_1) CHOROBY ZAKAŹNE WOGÓLE.

Arnstein F. Sporadyczny przypadek zapalenia opon mózgowych (meningitis cerebro-spinalis sporadica) zakończony wyzdrowieniem. Jego natura i pochodzenie. Medycyna Nr 12, str. 270.

8-o letnia dziewczynka dostała nagle dreszczów, bólu głowy, gorączki, wymiotów. 4-go dnia wystąpił *opistotonus*, rozszerzenie źrenic. Od 8 dnia poprawa i powrót do zdrowia. Stosowano salicyl, pijawki, lód na głowę. Jednocześnie w Kutnie panował tyfus brzuszny i zapalenie płuc. Autor przypuszcza, że w jego przypadku przyczyną choroby mógł być pneumokok.

Arnstein F. Przypadek wodowstrętu u ukąszonego przez psa wściekłego a leczonego metodą Pasteur'a. Gaz. Lek Nr. 26, str. 697.

Chory 26-letni w 3 dni po ukąszeniu przez psa wściekłego był leczony przez 2 tygodnie metodą Pasteur'a w zakładzie Bujwida. We 2

miesiące po ukąszeniu zmarł przy objawach wodowstrętu, skonstatowanego tak przez Arnsteina jak i Palmirskiego.

Biegański Wł. O skrytych postaciach zakażenia septycznego (pyo-septicaemia cryptogenetica). Medycyna Nr 5, 6, 7, 8, 9, str. 97, 124, 145, 169, 193.

Rozróżnianie ropnicy od posocznicy upadło wobec postępów bakteryologii. Różnorodność objawów zakażenia septycznego zależy od ilości pasożytów ropnych i ich żywotności. Niekiedy źródło zakażenia wymyka się z pod obserwacyi — ztąd skryte postaci zakażenia septycznego. Autor wylicza niektóre źródła tegoż częściej spotykane, a nieraz niezauważone, ilustrując wykład przez kilkanaście historyi chorób, przez siebie spostrzeganych po większej części bardzo interesujących i pouczających. Jako źródło zakażenia septycznego spotykamy tu zapalenie gardzieli wysiękowe, w przebiegu którego zjawiało się zapalenie wsierdzia, reumatyzm stawowy, gorączka gruczołowa, t. zw. *dermatomyositis*, wysypki skórne podobne do szkarlatyny lub odry. Jako dalsze źródła sprawy septycznej B. opisuje sprawy ropne w płucach, w przewodzie pokarmowym, w nerkach (*pyelitis*), w narządach płciowych kobiecych [2 bardzo pouczające przypadki]. B. stara się nakreślić ogólny obraz kliniczny skrycie przebiegającego zakażenia septycznego. Najważniejszą cechą jest rozmaitość objawów, najstalszą—gorączka, zwykle bez żadnego typu z przestankami i zwolnieniami. Dalsze cechy są: przerzuty i rozmaicie umiejscowione sprawy zapalne na błonach surowiczych [zajęcie stawów, zapalenie wsierdzia, opłucnej i t. d.], obrzmienie śledziony, białkomocz [nieznaczny], wysypki skórne (zwłaszcza *erythema exsudativum*). Badanie krwi często zawodzi.

Rozpoznanie opiera się na ścisłem różniczkowaniu od znanych chorób zakaźnych zwłaszcza jeżeli nie możemy dotrzeć do źródła zakażenia.

Biegański Wł. Symetryczne wysypki przy zakażeniu septycznem. Nowiny Lek. Nr 5, str. 221.

Jestto opis dwóch przypadków. W przypadku 1-szym u 15-letniej dziewczyny po przebyciu bólu gardła zjawiły się plamy czerwone na obu goleniach poprzedzone przez ból. Po zjawieniu się plam ustąpił ból, pozostało kłócie. Następnie takież plamy ukazały się na ramionach i policzkach Chora miała prócz tego szmer w sercu, białkomocz, lekką gorączkę. We krwi B. znalazł gronkowca białego i rozpoznawał ogólne zakażenie septyczne, którego punktem wyjścia była sprawa w gardzieli. Plamy uważa autor za różycę wysiękową, zależną również jak ból od *neuritis* nerwów skórnych W przypadku 2-gim w ciągu skrycie przebiegającej sprawy septycznej zjawiła się czerwoność, obrzęk i ból na dwóch ostatnich palcach obu nóg. Autor przeprowadza tu analogię

między opisanymi objawami a t. zw. erytromelalgią, która jak wiadomo, nie jest specyalną chorobą, tylko syndromem, mogącym zależeć od różnych przyczyn, jak w danym przypadku, od zakażenia septycznego.

Oziedzicki H. Przypadek tężca, leczony wstrzykiwaniem surowicy przeciwtężcowej. Gaz. Lek. Nr 51, str. 1406.

13-letni chłopiec skaleczył się lekko w palec ręki, upadając na ziemię. Ranka szybko się zagoiła. 8 dnia wystąpił ból gardła, nazajutrz zesztywnienie kręgosłupa, potem utrata władzy w nogach i skurcze tężcowe mięśni występujące napadami.

13 dnia choroby zaczęto robić wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej [3 razy po 10 ctm. 3]. Z powodu braku surowicy zaprzestano wstrzykiwania na dni 8. poczem zrobiono jeszcze 4 wstrzykiwania po 10 ctm. 3. Chory wyzdrowiał. Ubocznego działania surowica nie wywoływała.

Grostern W. Nosacizna czy zakażenie posocznico-ropnicowe? (malleus an septico-pyaemia?). Gaz. Lek. Nr 10, str. 271.

Jestto odpowiedź na protest zbiorowy, ogłoszony w Nr 8 Gaz. Lek. przez lekarzy kieleckich: Czaplińskiego, Śmigielskiego, B. Laskowskiego i Warmana, w którym to proteście znajduje się zaprzeczenie, iż ś. p. R. Laskowski zmarł na nosaciznę, jak również zaprzeczenie iżby ś. p. Jawdyński zaszczepił sobie od tego ostatniego jad nosacizny t. j. że ś. p. Jawdyński mógł sobie zaszczepić tylko jad posocznicy; jeżeli zaś zmarł na nosaciznę, to musiał się zarazić gdzieindziej, nie od ś. p. Laskowskiego.

Grostern dowodzi, iż klinicznie i bakteryologicznie choroba ś. p. Jawdyńskiego okazała się nosacizną. Wystąpiła ona w 3 dni po zakłóciu się w palec przy operacyi, którą ś. p. J. wykonywał na ś. p. Laskowskim. Przebieg choroby tego ostatniego sam przez się odpowiada zupełnie obrazowi nosacizny przewlekłej, a smutne doświadczenie na ś. p. Jawdyńskim przypuszczenie to najzupełniej potwierdza. Szczegóły w oryginale.

Gutentag St. O leczeniu krztuśca sublimatem. Medycyna Nr 25 i 26, str. 578 i 608.

Leczenie polega na pędzlowaniu gardzieli a pośrednio i krtani 1‰ rozczynem sublimatu [metoda Raubilschek'a] Autor stosował tę metodę ambulatoryjnie u 22 chorych ambulatoryjnych, jednak bierze w rachubę tylko 26 przypadków, u których pędzlowania były robione najmniej 4 razy. Wnioski dadzą się streścić, jak następuje: 1) metoda R. w niektórych przypadkach łagodzi cierpienie, 2) choroby nie skraca, 3) prawdopodobnie chroni od zarażenia się kokluszem, 4) nie zapobiega

następczym cierpieniom płuc, 5) nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu ubocznego.

Korczyński L. O nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych. Pam. Tow. L. W., T. XCII, Z. II str. 351.

Jestto monografia, przedstawiająca obecny stan wiedzy o danej chorobie, ilustrowana przez liczne opisy przypadków, spostrzeganych w klinice prof. Korczyńskiego w Krakowie. Bardzo starannie zebrany materyał kliniczny do streszczenia się nie nadaje i wymaga przeczytania oryginału.

Nencki L. i Pruszyński J. W sprawie zakażenia nosaciznę Gaz. Lek. Nr 10, str. 268.

Jestto wynik badania bakteryologicznego zawartości jednej z krost, które się zjawiły na trzy dni przed śmiercią na czole ś. p. Jawdyńskiego. Hodowle na agarze wykazały obecność laseczuika nosacizny, szczepienia śwince morskiej dały obraz właściwy nosaciznie [obrzmienie jąder, obecność laseczuika we krwi]. Dodano rysunek hodowli, przedstawiającej mieszaninę laseczuika i kokków.

Palmirski Wł. O leczniczej własności surowicy krwi zwierząt uodpornionych przeciwko wściekliźnie. Medyc. Nr 18 i 19, str. 420 i 442.

Ostatnie prace Tizzoni'ego i Cantani'ego (1894 i 5) przemawiają za wprowadzeniem metody leczenia wścieklizny za pomocą surowicy krwi zwierząt uodpornionych. Autor rozpoczął pierwsze próby leczenia tą metodą [na zwierzętach] jeszcze w r. 1892 w Odessie. Uodparniał wtedy psy, ale doszedł do wniosku, że surowica zamiast leczyć wściekliznę działa raczej szkodliwie [króliki padały wcześniej. P. powrócił do swych doświadczeń w Warszawie. Uodporniał psy silniej [w końcu ś w i e ż y m i rdzeniami] i otrzymał wyniki lepsze t. j. kilka królików uratował. Wreszcie po raz trzeci wziął się do pracy. Tym razem uodparniał kozy wstrzykując im zawiesinę ze rdzeni osłabionych przechodząc do rdzeni świeżych i mózgów króliczych. Kozy znosiły uodparnianie dobrze. Doświadczenia na królikach rozpoczął od surowicy kóz, uodpornianych w ciągu 6 — 12 miesięcy. Ilość jadu stałego (*virus fixe*) oznaczył na 0,00001 grm. [najmniejsza dawka]. W doświadczeniach zastrzykiwał dawkę 10-krotną. Z podanych tablic widzimy, że króliki, którym po zastrzyknięciu do opon 10 krotnej śmiertelnej ilości jadu wścieklizny zastrzyknięto surowicę zwierząt uodpornionych [psa lub kozy] zostawały przy życiu albo padały później [20 dziennie, po 2 miesiącach]. Lepsze wyniki otrzymywano jeżeli do opon zastrzykiwano jad wścieklizny razem z surowicą czyli że surowica przeciwwściekliznana posiada w dość wysokim stopniu siłę zobojętniającą jad wścieklizny. Sprawa ta ma zatem przyszłość i zachęca do dalszych prac, nie zwracając uwagi na poprzednie nieudane próby.

Obtułowicz F. Kilka uwag o surowicy krowiankowej (Serum vaccinicum) i jej wartości pod względem technicznym. Przegl. Lek. Nr. 16, 32 i 33, str. 205, 435 i 447.

Prof. Hlava robił próby nad szczepieniem surowicy cieląt uodpornionych na krowiankę, w celu zastąpienia zwykłego szczepienia limfą. Cielęta uodparniał w ten sposób, że szczepił im krowiankę, pozwalał krostom rozwinąć się i zaschnąć [t. j. nie zbierał limfy] i robił próbę powtórnego szczepienia krowianki. Gdy ta się nie udawała, uważał cielę za uodpornione, wypuszczał mu krew i zbierał surowicę. Jeżeli taką surowicę zastrzykiwał cielętom nieszczepionym i próbował potem tymże cielętom szczepić krowiankę, ta ostatnia nie przyjmowała się zupełnie. To samo doświadczenie wykonane na dzieciach dało wynik ujemny t. j. krowianka przyjmowała się pomimo zastrzykiwań surowicy. Dopiero jeżeli surowica była przygotowaną z ciałkami czerwonemi i gdy do niej dodano szczawianu sody—okazywała się skuteczną dla dzieci. Z tą właśnie surowicą Hlavy autor wykonał w szpitalu Ś. Zofii we Lwowie doświadczenia na trojgu dzieciach z wynikiem ujemnym tj. pomimo wstrzykiwań surowicy krowianka się u tych dzieci przyjęła. Również ujemne wyniki dało szczepienie dzieciom miazgi z gruczołów limfatycznych cieląt uodpornionych. Ztąd wniosek, że skuteczne pierwiastki ochronne krowianki szybko opuszczają surowicę krwi i drogi limfatyczne i przenikają szybko do tkanek. Dodatnie wyniki otrzymane przez Hlavę autor kładzie na karb słabej krowianki lub szczególnej odporności użytych do doświadczeń osobników.

Rabek L. Przypadek tężca przyranego leczony antitetaniną. Wyzdrowienie Kron. Lek., zesz. 24, str. 1065.

6-letni chłopiec skaleczył się w duży palec lewej ręki drzazgą. W tydzień potem objawy tężca.

Wykonano zastrzyknięcie surowicy przeciwtężcowej z Instytutu Pasteur'a 3 razy (po 10, 20 i 20 cent. ³), poczem nastąpiło wyzdrowienie. W miejscu pierwszego zastrzyknięcia na brzuchu utworzył się ropień, który przecięto. W czasie stosowania surowicy innych leków nie używano.

Redakcya Gaz. Lek. Uzupełnienie przypadku opisanego przez dra M. Zawadzkiego w Gaz. Lek. Nr 10. Gaz. Lek. Nr 10, str. 265.

Hewelke i Sawicki motywowali przypuszczenie nosacizny u ś. p. Laskowskiego na następujących faktach: cierpienie rozpoczęło się dreszczami i z przebiegu nie było podobne do żadnego z tyfusów, nacieczenie wystąpiło w pierwszym tygodniu choroby, istniało we środku mięśni, ropa miała wygląd śluzowo-ropny. W zakładzie Solmana prof. Kosiński wyraził się, że nie wyłączyłby w danym przypadku nosacizny, która może miewać przebieg rozmaity, niekiedy przewlekły i długo niejasny. Inne szczegóły mniej ważne pomijamy.

Zawadzki M. Zakażenie septyczne skryte (pyo-septicaemia cryptogenctica). Gaz. Lek. Nr 10, str. 261.

Jestto opis choroby ś. p. Remigiusza Laskowskiego. Choroba zaczęła się nagle w Maju 1895 od dreszczów i wysokiej ciepłoty [więcej 40] 11-go dnia choroby zjawił się naciek w górnej części prawego uda i w prawej łydce. Ropnie otworzono—w ropie Mayzel znalazł niezmiernie mało krótkich bakteryi podobnych do *bac. coli*. Kol. Hewelke i Sawicki przypuszczali możność nosacizny „co prawda bez żadnych danych" [patrz uzupełnienie Gaz. Lek]. Rany po przecięciu ropni trudno się goiły i miały wygląd atoniczny. Chorego przewieziono do Solmana. Tu Jawdyński wyciął brzegi rany i nałożył szew. Badanie tkanki i wydzieliny [Przewoski, Jakowski] dało wynik ujemny pod względem bakteryologicznym. Chory wyjechał na wieś. Tu co jakiś czas miewał wysoką gorączkę, która po kilkunastu godzinach zwolna ustępowała. Prof. Gluziński przypuszczał *endocard. ulcerosa pariet.* W plwocinie nie znajdywano laseczek Koch'a, ani we krwi plasmodyi. Po powrocie do Kielc [Październik] zjawił się naciek w przegubie łokciowym lewym, który się rozszedł prędko. Po 10 dniach gorączka, infarkt w płucach. Od czasu do czasu podnoszenie ciepłoty i spadek tejże. W Grudniu—bóle w okolicy nerki lewej i pseudo-fluktuacya. 8 Grudnia Jawdyński zrobił 2 próbne przekłócia z wynikiem ujemnym. W tydzień potem gorączka, ból w stawie kolanowym lewym, który obrzękł. Próbne przekłócie—płyn bezbarwny rzadki, z dużą ilością ciałek ropnych. 21 Grudnia Jawdyński otworzył staw zropiały posokowato, przy czem ukłół się lekko skalpelem w palec lewej ręki. 24 Grudnia chory zmarł. W przeddzień śmierci na twarzy zjawiło się kilka guziczków, wielkości orzechów.

Autor przypuszcza, że miał do czynienia ze skrytą formą zakażenia septycznego. Punkt wyjścia uważa za ciemny. Lubo ś. p. L. przed chorobą skaleczył się w palec przy sekcyi trupa dziecka, znalezionego w kanale miejskim i kilka tygodni nosił się ze ślimaczącą raną, to jednak rana zagoiła się w połowie Kwietnia, choroba zaś wybuchła w końcu Maja. Przy tem Mayzel nie znalazł w ropie ropnych kokków.

Ciechanowski i Kryształowicz. O trądzie. Nowiny Lek. Nr 11 str. 662.

Patrz dział XVII—Choroby skórne.

Oytel Przyczynek do leczenia kokluszu. Kron. Lek. Zesz. 15 str. 691.

Patrz dział X G—Pedyatrya.

Glück. Trąd w Bośni. Przeg. Lek. Nr 52 str. 692.

Patrz dział XX—Epidemiologia.

Jakowski M. W kwestyi zakażeń mięszanych u suchotników. Pam. T. L. W. T. XCII Z. I str. 1.

Patrz dział IV—Pat. ogól.

Kozerski A. Przypadek promienicy skóry leczony dużemi dawkami jodku potasu. Medyc. Nr 2, 4 i 25 str. 554, 582.

Patrz dział XVII—Choroby skórne.

Puławski A. Pericard. tuberc. et pleur. haemor. sinistra etc. Gaz. Lek. Nr 17 str. 465.

Patrz dział X D.—Choroby serca i naczyń.

Weber. Badania nad etyologią ospy. Medyc. Nr 14. str. 317.

Patrz dział V—Bakteryologia.

Dyskusya w Tow. lek. krak. nad doświadczeniami z surowicą przeciwgruźl. Viquerat'a. Przeg. Lek. Nr 15 str. 200.

Dyskusya nad odczytem Bujwida o gruźlicy i jej rozpoznaniu za pomocą tuberkuliny na zasadzie własnych doświadczeń. Przeg. Lek. Nr 25. str. 356.

Dyskusya na VII zj. nad chorobami nerwowemi wikłającemi tyfus brzuszny. Pam. str. 141.

B_2) BŁONICA I JEJ LECZENIE SUROWICĄ.

Alkiewicz. Przyczynek do leczenia błonicy surowicą Behring'a. Nowiny Lek. Nr 6 str. 291.

Na mocy spostrzeganych przez siebie 20 przypadków błonicy leczonych surowicą Behring'a [obok środków miejscowych i ogólnie wzmacniających] autor wyraża się pochlebnie o tym środku. Powikłań nie zauważył. W jednym tylko przypadku zjawił się w miejscu wstrzyknięcia ropień [igła nie przebiła skóry tylko zrobiła w niej kanał, który uległ zgorzeli].

Drecki F. O wynikach leczenia błonicy surowicą w powiecie Kaliskim. Gaz. Lek Nr 28 str. 745.

W ciągu 10 miesięcy chorych na błonicę było 63, z tych leczono surowicą 52. Z 11 nieleczonych surowicą zmarło 7, z 52 leczonych zmarło 4. Wśród chorych jedno tylko dziecko należało do sfery zamożnej, resztą były to dzieci włościańskie.

Drobnik T. Leczenie dławca za pomocą tracheotomii wobec surowicy Behring'a. Nowiny Lek. Nr 6 str. 294.

Autor w ciągu 5½ lat zrobił z powodu krupu 176 tracheotomii osiągnąwszy 111 wyzdrowień [czyli procent śmiertelności był 37%]. W ostatnich dwóch latach [1894 i 5] procent śmiertelności był mniejszy, jednak, jak pokazuje zestawienie cyfr, nie zależał od surowicy.

D. nie uważa przeniesienia się błonicy na krtań za miarę złośliwości samej choroby, gdyż powikłania takie zdarzają się i w ła-

godnych postaciach tejże. Złośliwą błonica jest wtedy, kiedy odrazu wywołuje ciężkie objawy ogólne, a wtedy właśnie i surowica zawodzi, [podano 2 przykłady]. Łatwości wykrztuszania błon autor również nie stawia w związku z surowicą, bo nieraz nawet bez leczenia błony łatwo odchodzą. Jednem słowem autor uważa surowicę przeciwdyfterytyczną za środek nieszkodliwy wprawdzie ale zbyteczny.

Dukalski Z. Siedm przypadków błonicy leczonych surowicą. Now. Lek. Nr 6 str. 297.

Autor, opisawszy 7 przyp. pomyślnego stosowania surowicy, podnosi jej wartość praktyczną, zwłaszcza w praktyce prowincyonalnej, i radzi stosować ją w każdym przypadku błonicy, rozpoznanej na mocy danych klinicznych.

Kapelski. Przyczynek do leczenia dławca błoniczego surowicą Behring'a. Now. Lek. Nr 6 str. 304.

W 9 przypadkach autor widział wyleczenie bez tracheotomii i bez wszelkiego innego leczenia, prócz stosowanego w kilku przypadkach środka wymiotnego. K. stosował także zapobiegawcze wstrzykiwania surowicy w celu powstrzymania rozszerzenia się epidemii błonicy we wsi Butowie [z dobrym skutkiem].

Kapuściński B. Leczenie dyfteryi surowicą Behring'a. Nowiny Lek. Nr 6 str. 302.

Autor pisał pod wrażeniem śmierci dziecka dr. Langerhans'a, któremu w celach zapobiegawczych zastrzyknięto surowicę Behring'a. Śmierć nie zależała od surowicy, która była dobrą i dawała wyniki pomyślne u innych dzieci. Przypadek ten w żadnym razie nie powinien zniechęcać lekarzy do stosowania tego środka. Autor sam stosował surowicę w 28 przypadkach z wynikiem pomyślnym.

Koral A. Przypadek polyarthritidis acutae po zastrzykiwaniu surowicy przy krupie. Kron. Lek. Zesz 1 str. 13.

5-letniemu chłopcu z powodu błonicy gardzieli i krtani zastrzyknięto w ciągu kilku dni 4000 jednost. uodporniających surowicy i wykonano tracheotomię. Po ostatniem zastrzyknięciu [2000 jedn. uodp. surowicy petersburg.] — zjawiło się obrzmienie stawów kolanowych, a następnie i innych, drgawki, biegunka, a w 3 dni śmierć. Sekcyi nie robiono. Autor przypuszcza, iż przyczyną tego powikłania było zastrzyknięcie zbyt wielkiej ilości surowicy.

Kowenicki W. Przypadek dławca wyleczony tracheotomią i surowicą przeciwbłonicą Behring'a, oraz spostrzeżenia nad szybkiem działaniem tej surowicy w kilku przypadkach błonicy gardła. Przeg. Lek. Nr 44 str. 584.

Przypadek dotyczył dwu letniej dziewczynki z Tarnopola. Surowicę zastrzyknięto przed i po tracheotomii. Prócz tego autor leczył z dobrym skutkiem 4 przyp. błonicy gardzieli.

Lidmanowski K. 18 przypadków błonicy leczonych surowicą przeciwbłoniczną. Gaz. Lek. Nr 52 str. 1416.

Na 18 przypadków obecnych i 3 z r. 1895 autor miał tylko jedno zejście śmiertelne. Używa szprycy Schwabe'go z Moskwy, która się daje łatwo sterylizować.

Perlis. Sprawozdanie z leczenia chorych na błonicę surowicą przeciwbłoniczą w szpitalu Poznańskich. Sprawoz. z posiedzeń Łódzkiego Tow. Lek. w r. 1895. Gaz. Lek. Nr 16 str. 444.

Stosowano surowicę w 28 przyp., z których w 22 znaleziono lasecz. Löffler'a. Zejść śmiertelnych było 2 [obydwa operowane]. Tracheotomię wykonano 20 razy. W roku zeszłym śmiertel. była 46%, obecnie 7,7%, jednak i w r. b. w 16 przyp., nieleczonych surowicą śmiertelność była 13,3%, czyli że epidemia w r. b. była słabszą.

Puławski W. [Radziejów]. 8 przypadków błonicy wyleczonej surowicą. Gaz. Lek. Nr 29 str. 781.

We wszystkich przypadkach wynik leczenia był pomyślny; w dwóch przypadkach wynik był prawie natychmiastowy (*laryngitis dipht*)..

Rosenberg J. Siedm przypadków błonicy leczonych surowicą swoistą. Medycyna Nr 10 str. 221.

W jednym przypadku—śmierć (*laryngitis*), reszta wyzdrowiała.

Rutkowski L. Przyczynek do działania surowicy Viquerat'a na świnki morskie. Przegl. Lek. Nr 27 str. 374.

Jestto surowica osłów lub mułów, którym dla wzmocnienia ich przyrodzonej odporności względem gruźlicy zastrzykiwano pod skórę lub do żył hodowle lasecznika gruźliczego. Taką surowicą miał jakoby wyleczyć jednego suchotnika z bardzo daleko posuniętą gruźlicą płuc (*phthisie galopante*) w ciągu 45 dni, a z 26 innych chorych gruźliczych—13 wyleczył zupełnie [?], 10 doznało znakomitej a 3 przejściowej poprawy. Surowica V. ma wywoływać przekrwienie żylne i zabijać lasecznika gruźliczego, ztąd zasada tego autora, że leczenie gruźlicy streszcza się w 3 słowach *asphyxier les bacilles*. Autor w zakładzie hygienicznym Bujwida stosował surowicę Viquerat'a 3 świnkom morskim, którym poprzednio zastrzyknięto hodowlę lasecznika gruźliczego. Takąż hodowlę zastrzyknięto trzem innym świnkom przeznaczonym do kontroli. Okazało się, że surowica V. okazała się nietylko nieskuteczną, ale nawet szkodliwą dla świnek, gdyż świnki „leczone" pa-

dły wcześniej od nieleczonych. Obszerne nacieki w miejscach zastrzyknięcia surowicy również świadczą na niekorzyść tego środka.

Słapa W. O wynikach leczenia błonicy surowicą w roku 1895 w szpitalu św. Ludwika w Krakowie. Przegląd Lek. Nr 15 i 16, str. 194 i 207.

Sprawozdanie obejmuje przypadki leczone w r. 1895. Ogółem leczono 250 przyp., z których zmarło 37 [22,09%], z tego błonicy gardzieli 93—zmarło 18 [18,2%], krupu 165—zmarło 40 [24,2%] W porównaniu z dziesięcioleciem przedsurowiczem śmiertelność z błonicy w szpitalu św. Ludwika zmniejszyła się o 28%, co się odnosi zarówno do błonicy gardzieli jak i krtani. Podobnie wielka ilość chorych błonicowych zdarzała się i dawniej, mianowicie w r. 1890 [260—zmarło 116]. W latach 1891—94 w cięższych przypadkach krupu wykonywano tracheotomię w lżejszych intubacyę, przy czem z 11 intubowanych trzeba było zrobić następczą tracheotomię u 78, w r. 1895 wszystkie przypadki leczono intubacyą, a tracheot. następczą trzeba było tylko zrobić u 3 dzieci. Śmiertelność w operowanych przypadkach krupu zmniejszyła się o 32%. Wysypka po zastrzyknięciu surowicy wystąpiła 58 razy tj. u $^1/_4$ chorych, zajęcie stawów w 5 przyp. Szczegóły w oryginale.

Garliński. Przypadek zapalenia dyfterytycznego łącznicy wyleczony surowicą przeciwbłoniczą. Kron. Lek. Zesz. 14, str. 659.

Patrz dział XIII—Oftalmologia.

Strzemiński. Przypadek zapalenia krupowego łącznicy wyleczony surowicą Behring'a. Kron. Lek. Zesz. 6, str. 231.

Patrz dział XIII—Oftalmologia.

C) Choroby narządów oddechowych.

Sprawozdawca

M. Jakowski.

Arnstein F. Przypadek włóknikowego zapalenia płuc, przebiegającego bez gorączki. Gaz. Lek. Nr 16, str. 433.

Autor daje krótki opis przypadku, jaki obserwował w Lutym roku sprawozdawczego, od 3 do 7 dnia choroby. Dotyczył on wątłej i niedokrwistej żony robotnika fabrycznego, która po powrocie z roboty dostała bólu głowy i silnego kłócia w prawym boku, a prócz tego skarżyła się na ogólne rozłamanie. Czy ciepłota w początku była podniesioną—niewiadomo. A. widział chorą 3-go dnia choroby z objawami nacieczenia dolnego płatu płuca prawego. Od 3—7 dnia choroby chora nie gorączkowała z pewnością; o plwocinie autor nie wspomina. Siódmego

dnia choroby, po nieznacznych potach, ciepłota spadła do 36,4° a następnego dnia rozpoczęła się rezolucya i szybki powrót do zdrowia.

Miklaszewski W. Przyczynek do kazuistyki promienicy klatki piersiowej. Kron. Lek. Nr 16 i 17, str. 735 i 767.

Opisany przez autora przypadek dotyczył 24-letniej służącej, która przybyła do szpitala 27, XII. 95, chorując już od 3 miesięcy. Kaszlała, miewała bóle między łopatkami, gorączkowała i pluła niekiedy krwią. U obu szczytów z tyłu znaleziono objawy nacieczenia, większe u prawego. Obrzęk na wysokości grzebienia prawej łopatki, dość bolesny. U aorty I ton ze szmerem, II mocno akcentowany; w prawej tętnicy szyjowej i podobojczykowej silne tętnienia. Na prawej stronie szyi [w okolicy gruczołu tarczowego] nieznaczne, rozlane wzniesienie. Przez cały miesiąc Styczeń i początek Lutego 1896 r. chora gorączkowała i chudła stopniowo. Objawy nacieczenia stawały się coraz wyraźniejsze. Obrzęk na prawej łopatce i na prawej stronie szyi wzrastał; na łopatce można było wyczuć chełbotanie. Dołączyły się drętwienia i utrata władzy w prawej kończynie górnej. Z guza chełboczącego na łopatce kol. Ciechomski wyciągnął przy próbnem przekłóciu sporo ropy, w której znaleziono grudki promienicowe a pod mikroskopem stwierdzono obecność charakterystycznych grzybków.—18, II 96 dokonano operacyi przecięcia ropnia. Stan chorej potem nieco się poprawił, szyja ścieniała, ciepłota spadła na parę dni; sama chora czuła się nieco lepiej. Lecz już w 8 dni potem wystąpiło pogorszenie, szyja stała się znacznie grubszą, stwierdzono ropień w okolicy m. sutkowo-obojczykowego prawego; chora na ponowną operacyę zgodzić się nie chciała: 28, II zmarła. Sekcya stwierdziła rozpoznanie, przyczem wykryto że przestrzeń między kostnem sklepieniem gardzieli a tkanką pozaprzełykową wypełniona była ropą, która z tego zbiornika drążyła w rozmaitych kierunkach. Od dolnego brzegu krtani znaleziono znaczny rozrost tkanki łącznej, która spoiła sąsiednie narządy w jedną masę. Ucisk na aortę wywołał jej zwężenie. Zmiany obejmowały górne ustępy obu płuc [zap. śródmiąższowe]; zgrubienie znaczne opłucnej. *Nephritis mixta.* Mięśnie karku i pleców całe zajęte były charakterystyczną sprawą promienicową.

Autor uzupełnia opis zebraniem odnośnej literatury.

Pisarzewski J. Przypadek zapalenia płuc włóknikowego z przebiegiem bezgorączkowym. Gazeta Lek. Nr 43, str. 1178.

Jest to krótki opis przypadku zapalenia płuc, obserwowanego w Grudniu 1895 r.; u 14-letniej panienki, dawniej zupełnie zdrowej. Początek choroby zaznaczył się kaszlem i bólem w boku lewym. Przez cały czas choroby [8 dni] stan był bezgorączkowy, objawy auskultacyjne i perkusyjne typowe i na dość dużej przestrzeni, plwocina przez pierwsze 3 dni rdzawa.—Rezolucya 9-go dnia.

Puterman J. Przyczynek do kazuistyki samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli. Medycyna Nr 28 i 29, str. 652 i 672.

Autor podaje, uzupełniony szczegółowem zebraniem odnośnej literatury, opis przypadku dotyczącego 17-letn. mężczyzny, pochodzącego z rodziny gruźliczej. Raz już miał napad duszności, trwający 15 godzin i zakończony wypluciem zbitych skrzepów. Dnia 12. X, 95 dostał krwotoku z dróg oddechowych, poczem przez 6 dni gorączkował, miał silną duszność i upadek czynności serca. W czasie choroby wystąpił obfity wyprysk (*herpes*) na wargach i w gardzieli. Zmian mięśniowych w płucach przez cały czas nie było, znajdowano tylko objawy silnego bronchitu; wymiary serca były powiększone, tony głuche, tętno częste i drobne. Szóstego dnia choroby wykrztusił duży odlew włóknikowy oskrzeli, wcześniej jeszcze [3 dnia] mały takiż sam odlew. Badanie owego rozgałęzionego skrzepu wykazało, że zawierał on włóknik, ciałka białe, nieco czerwonych krążków krwi i dość sporo bakteryj (*streptobacylle*. koki dość mało); włókien Courschman'a i kryształów Charcot-Leyden'a nie wykryto. Autor uważa swój przypadek za przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli pochodzenia zakaźnego, za czem przemawia przebieg choroby i mikroorganizmy, widziane na preparatach mikroskopowych.

Stachiewicz P. Krwotoki płucne i zapalenie płuc aspiracyjne Przegl. Lek. Nr 24, 25 i 26, str. 333, 352 i 362.

Autor opiera się w swych wywodach na obserwowanych przez się 350 przypadkach krwotoków płucnych u chorych gruźliczych. Jako momenty etyologiczne i usposabiające w takich krwotokach uważa: 1) usposobienie ustrojowe, 2) niski stan barometru w lecie, początek wiosny i jesieni, 3) wdechanie gorącego powietrza [metoda Weigert'a], 4) *abusus in Baccho et Venere*, 5) miesiączkowanie i *climacterium*, 6) istnienie jam zabliźnionych w płucach, w ścianach których są rozszerzone naczynia. Następnie opisuje autor powszechnie znany obraz przebiegu krwotoków płucnych u suchotników i jego możliwych następstw jak *phtisis florida*, *tuberculosis miliaris*, zapalenie płuc aspiracyjne. Badanie krwi po krwotokach wykazywało bezpośrednio po nim: znaczne zmniejszenie % hemoglobiny, zmniejszenie ilości ciałek czerwonych, zmianę kształtu czerwonych ciałek oraz znaczne zwiększenie się ilości ciałek Bizozzer'a; z objawów tych wszystkie dość szybko wracały do normy, jedynie % hemoglobiny długo trzymał się na zmniejszonej stopie i nie wracał do normy obserwowanej przed krwotokiem. Leczenie stosował autor zwykłe, polegające na spokoju, narkotykach, lodowych okładach na serce i t. d.

Co do zapalenia płuc aspiracyjnego po krwotokach to autor wypowiada zdanie że jest to zawsze proces zrazikowy [lobularny] a przyczynę autor upatruje w przenikaniu wraz z krwią tą do płuc pneumokoków. Krew wylana do narządów wewnętrznych, *resp.* płuc, nie wsysa się prędko, lecz pozostaje czas dłuższy i może dać powód do wywoła-

nia stanu zapalnego. Chorzy tacy przeważnie umierali, w różnym czasie po krwotoku [od 30 godzin do 17 dni]. Autor mniema, że najczęściej sprawy takie bywają po krwotokach obfitych, zdarzających się z zabliźnionych jam suchotniczych.

Blumenthal A. Przypadek wpadnięcia rurki tracheotomijnej do płuc. Medycyna str. 49.

Patrz dział XII - Chirurgia.

Dunin i Nowaczek. O wydzielaniu kwasu moczowego w przebiegu krupowego zapalenia płuc. Gazeta Lek. str. 476 i 517.

Patrz dział IV—Patologia ogólna.

Jakowski M. Zgorzel płuc po tyfusie brzusznym. Pamiętnik T. L. W., Z. I, str. 265.

Patrz dział XII—Chirurgia.

Korczyński L. Tętniak tętnicy głównej. Przewlekłe krwawienie płucne. Ropień z zachłystywania się. Gruźlica okołooskrzelowa i zwyrodnienie włóknikowe płuc i opłucnej, naśladujące niedodmę uciskową. Przegl. Lek. str. 173.

Patrz dział X D—Choroby serca i naczyń.

Puławski A. Pericarditis tuberculosa et pleuritis haemorhagica sinistra przy nieznacznem pierwotnem ognisku gruźliczem w płucu prawem. Gazeta Lek. str. 465.

Patrz dział X D—Choroby serca i naczyń.

D) Choroby serca, naczyń, śródpiersia i nerek.

Sprawozdawca

W. Dąbrowski.

Biegański W. Napady padaczkowe w stwardnieniu tętnic jako objaw zaburzeń cyrkulacyjnych. Przegląd Lekarski str. 18 i 32 r. 1896.

Punktem wyjścia dla niniejszej pracy służy przypadek, dotyczący 64-letniej włościanki, która wskutek doznanych zmartwień zaczęła ulegać napadom połączonym z utratą przytomności, poprzedzanej zawsze niepokojem i biciem serca. Przy badaniu uderzało: nieznaczne powiększenie tępości serca w wymiarze podłużnym, twardość i wężykowate zgięcie wszystkich obwodowych tętnic, a przedewszystkiem częstość tętna, które uderzało 29 razy na minutę i było nierytmiczne. W czasie badania chora dostała napadu drgawek, które trwały krótko i w czasie których tętno prawie zupełnie znikło. Po przejściu drgawek, przytomność wróciła bardzo prędko, a tętno wówczas stało się wy-

raźnem i uderzało 36 razy na minutę Napady przez kilka dni powtarzały się bardzo często, wkrótce jednak przy użyciu bromu ustąpiły. Częstość tętna przez cały ten czas wynosiła około 36 uderzeń, jednocześnie wszakże zauważono wówczas obok tak zwolnionego tętna t. z. połowiczny skurcz serca (*hemisystolia*), innym znowu razem tętno było dwojaczkowe (*p. bigeminus*) a nawet naprzemienne (*p. alternans*), słowem autor miał w tym przypadku możność spostrzegania różnych faz allorytmii, która raz występowała w postaci bradycardyi, przerywanej w pewnych odstępach czasu kilkoma, szybko po sobie następującymi skurczami serca, to znowu przechodziła w hemisystolię lub bigemię, zależnie od tego czy podczas drugiego [słabszego] skurczu serca fala krwi dochodziła do tętnic obwodowych, lub też nie. Tego rodzaju bradykardya stanowiąca jedną z faz arytmii musiała zależeć od zmian patologicznych w samym mięśniu serca albo też od pewnych następczych zmian, w znajdujących się tam zwojach nerwowych motorycznych, a nie od podrażnienia nerwu błędnego i ośrodka hamującego w rdzeniu przedłużonym, o czem autor przekonał się także usuwając wpływ nerwu błędnego na serce za pomocą atropiny, która u tej chorej nie spowodowała przyśpieszenia tętna.

Przeglądając literaturę, autor przekonał się także, że ogromnej większości przypadków samoistnej sercowej bradykardyi towarzyszyło cierpienie zmęczenia serca bądź w postaci zwyrodnienia tłuszczowego, bądź też przewlekłego zapalenia serca (*myocarditis fibrosa*), prawdopodobnie więc bezpośrednią przyczyną zwolnienia skurczów serca jest znaczny stopień zwyrodnienia zwojów nerwowych.

Co się tyczy samych napadów padaczkowych, to autor uważa je za następstwo zaburzenia w cyrkulacyi krwi i odrzuca teoryę Charcot'a, który obstawał za tem, że przyczyną bradykardyi i napadów padaczkowych są zmiany zachodzące w opuszce. Przeczy temu brak wszelkich objawów podmiotowych dowodzących anatomicznego cierpienia ośrodkowego układu nerwowego, a z drugiej strony obecność zmian w naczyniach serca, które powodują zaburzenia w czynności tego organu. Wówczas jako następstwo niedokrewności mózgu zjawiają się zawroty głowy, omdlenia, lub też drgawki, które trwają tak długo, jak długą jest pauza lub osłabienie w czynności serca i, wraz z wyrównaniem krążenia, szybko ustępują.

Janowski. W. Przypadek przemijającej niedostateczności nerek (Insufficientia renum transitoria). Gazeta Lek. Nr 27, str. 635.

Autor spostrzegał na oddziale Dunina przypadek dotyczący 32-letniego wyrobnika, który przybył do szpitala z powodu trwających od 6 dni nudności, bólu głowy, duszności oraz obrzęków na nogach i na krzyżu.

Przy badaniu zmian w płucach i w sercu nie znaleziono, uderzało tylko, prócz obrzęków na nogach i na krzyżu, pewne wzmocnienie 2-o

tonu nad ujściem aorty, tętno twarde i wolne [60] oraz bolesność wątroby przy ucisku. Z tym zbiorem objawów podmiotowych i przedmiotowych, rzucających podejrzenie na istnienie ostrego zapalenia nerek, nie licowały rezultaty otrzymane przy badaniu moczu, którego ilość dobowa wynosiła wszystkiego 700 ctm. m., przy ciężarze gatunkowym 1022, a który jednakże nie zawierał ani cukru, ani białka, ani też morfotycznych pierwiastków i wogóle przy centryfugowaniu nawet nie dawał żadnego osadu. Gdy zaś i dalsze, codziennie prowadzone badania moczu wskazywały zawsze na brak w nim białka oraz cylindrów, lub innych pierwiastków przemawiających za odbywaniem się sprawy zapalnej w nerkach, podejrzewanie istnienia podobnej sprawy już po kilku dniach obserwacyi wydawało się zupełnie nieuzasadnionem w danym przypadku. Tymczasem przebieg choroby istotnie odpowiadał klinicznemu obrazowi zapalenia nerek średniego natężenia: przy stosowaniu dyety mlecznej, kąpieli i spokojnem leżeniu w łóżku, chory zaczął oddawać coraz więcej moczu, którego ciężar właściwy zmieniał się prawie że odpowiednio do jego ilości, a w miarę pełniejszej diurezy zaczęły ustępować objawy zatrucia [bóle głowy, nudności, brak apetytu] oraz zaburzenia w krążeniu.

Pomimo to wszakże autor, nie znajdując dowodów odbywania się sprawy zapalnej w nerkach i wskutek tego nie mogąc spostrzeganym w tym przypadku objawom klinicznym nadać podstawy anatomicznej sądzi że będzie najodpowiedniej całą sprawę uważać za cierpienie czynnościowe nerek, cechujące się niedostatecznością ich przemijającą (*Insufficientia renum transitoria*), która w danym przypadku jest samoistną, a nie, jak zwykle, spowodowaną zmianami anatomicznemi w nerkach.

Korczyński L. Tętniak tętnicy głównej. Przewlekłe krwawienie płuc. Ropień z zachłystywania się. Gruźlica okołooskrzelowa płuca lewego i zwyrodnienia włókniste płuc i opłucnej, naśladujące niedodmę uciskową górnego płatu płuca lewego. Przegląd Lek. str. 173. Nr 14.

Autor spostrzegał na klinice E. Korczyńskiego następujący przypadek:

48-letni mężczyzna po przebyciu zapalenia płuc i opłucnej zaczął doznawać napadowych bólów w karku i ramieniu lewem, które się rozprzestrzeniały ku łopatce i ku przedniej części klatki piersiowej; następnie zjawił się kaszel z krwawą plwociną, duszność, chrypka i ból przy łykaniu.

Przy badaniu znaleziono: stan podgorączkowy, odżywianie upośledzone. Ramię lewe szczuplejsze niż prawe. Splot ramieniowy i pnie nerwowe przy ucisku bolesne. Poruszalność górnej części lewej połowy klatki piersiowej zupełnie prawie zniesiona. Opukiwanie wykazywało stłumienie po stronie lewej z przodu od szczytu do 3 żebra, z tyłu zaś do grzebienia łopatki, a prócz tego także w dolnej części płuca.

Oddech nad górną częścią lewego płuca bardzo znacznie osłabiony a z przodu prócz tego dźwięczne rzężenie, stłumienie serca nie powiększone, za to na mostku na miejscu przyczepienia 2-o żebra, wyraźne stłumienie zlewające się z tępością lewego płuca. Tony czyste; 2-i ton tętnicy głównej dźwięczny. Tętno po stronie lewej cokolwiek słabsze niż po prawej. Badanie krtani wykazało niedowład lewej struny głosowej.

W takim stanie chory przebył 17 dni w klinice i nagle w czasie gwałtownego krwotoku zakończył życie.

Rozpoznawano za życia: tętniak aorty zstępującej, niedodmę uciskową górnego płatu płuca lewego, zapalenie płuca lewego (*ex atelectasi*) i zapalenie opłucnej, paraliż n. *recurrentis sin.*, *neuritis brachialis sin* i *endoarteritis acuta.*

Badanie pośmiertne wykazało, że w górny płat płuca lewego wrastał tętniak wychodzący z części zstępującej tętnicy głównej i że płat ten okazywał zupełne zwyrodnienie włókniste. W tak zwyrodniałym górnym płacie znaleziono drobne nacieki gruźlicze, tu i owdzie około oskrzeli rozsiane, a w tylnej części tegoż płatu ropień wielkości orzecha włoskiego. Prócz tego znaleziono tylko wysięk surowiczy w lewej opłucnej i obustronny nieżyt oskrzeli. Sekcya więc wykazała, że przyczyną gorączki był wspomniany ropień w płucu i zamiast spodziewanej niedodmy uciskowej górnego płatu płuca lewego wykazała zmiany włókniste i skąpe, rozsiane ogniska gruźlicze.

Lande A. Przyczynek do kazuistyki zapalenia nerek oraz kilka uwag o t. z. przemijającej niedostateczności nerek. Gazeta Lek. Nr 47, str. 1276.

Autor opisuje następujący przypadek spostrzegany na oddziale A. Chełmońskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

60-letnia kobieta od trzech tygodni chora przybyła do szpitala skarżąc się na obrzęk całego ciała, bóle głowy i brak sił. Choroba miała się rozpocząć od dreszczy i gorączki, a po 2 tygodniach dołączył się obrzęk. Przy badaniu znaleziono stan gorączkowy, tętno częste, drobne i miękie, oraz obrzęk całego ciała, szczególniej kończyn dolnych i górnych, brzucha, okolicy lędźwiowej i twarzy. Obok tego badanie moczu, który chora oddawała w niewielkiej ilości wykazywało ciężar właściwy 1018, brak białka i cylindrów. Po czterotygodniowym przebiegu choroby, przy powiększającym się ogólnym obrzęku, przy wzmagającem się osłabieniu i apatyi, stale przyśpieszonem tętnie i gorączce o typie nieprawidłowym, przy stałym nareszcie braku białka oraz swoistych składników ukształtowanych i przy rozwolnieniu, które się w końcu dołączyło, nastąpiła śmierć.

Za życia rozpoznano: *Nephritis chron. sine albuminaria. Emphysema pulmonum Bronchitis chr. Typhus abdominalis*, zaś przy pośmiertnem badaniu znaleziono: *Hydrothorax sinist.*, *Induratio pulmonis sinistri post pneumoniam cachecticorum*; *Emphysema pulmonum*; *Bronchitis chronica*,

Degeneratio ateromatosa aortae l. gr.; *Hepar moschatum*; *Atrophia et anaemia mucosae intestinorum. Nephritis mixta*; *Anaemia et oedema cerebri.*

W powyższym więc przypadku pomimo braku białka i cylindrów w moczu postawiono rozpoznanie zapalenia nerek i to ostatnie rzeczywiście na autopsyi znaleziono, tak, że jest ono potwierdzeniem poglądu Dieulafoy, który pierwszy ugruntował naukowo kliniczną postać *nephritis sine albuminuria* i uważa białkomocz za objaw niepewny i niestały w chorobie Bright'a. Z tego powodu autor oponuje przeciwko wyłączaniu na zasadzie braku białka w moczu zapalenia nerek w przypadkach, których przebieg kliniczny zresztą całkowicie chorobie Bright'a odpowiada oraz przeciwko oznaczaniu podobnych przypadków nazwą „przemijającej niedostateczności nerek", jak to mianowicie uczynił w swoim przypadku Janowski. Zdaniem autora przemijającej niedostateczności nerek musi odpowiadać trwała, albo też przemijająca sprawa anatomo-patologiczna, której wyłączyć bez badania pośmiertnego, jedynie na zasadzie bad ania moczu, nie można.

J. Pawiński. Napady częstego oddechania (Polypnoë paroxysmal.) ze stanowiska klinicznego. Gazeta Lek. str. 1, 34, 59, 97, 149, 175, 202, 236, 296, 321.

Polypnoë paroxysm. nie jest chorobą *sui generis*, a tylko objawem, który jednakże w pewnych stanach patologicznych ważną rolę odgrywa i nieraz zagraża życiu chorego, przez co cała uwaga lekarza i wszystkie jego zabiegi muszą być skierowane przeciwko temu objawowi. Doniosłość tego objawu skłoniła autora do wyosobnienia go, zgóry wszakże autor zastrzega się, że zadaniem jego pracy nie jest wyczerpujące przedstawienie wszystkich możliwych stanów patologicznych, w których *polypnoë* występuje, lecz było to podanie kilkunastu własnych spostrzeżeń w celu wykazania patogonezy tego objawu i stosunku, jaki zachodzi w tych razach pomiędzy oddechaniem, czynnością serca i ciśnieniem krwi, oraz wskazanie postępowania leczniczego.

Jakkolwiek istotną część tej obszernej pracy stanowi opis przypadków, spostrzeganych przez autora, oraz rozbiór ich, jednakże w streszczeniu, które z natury rzeczy musi być zawarte w szczupłych ramach, zmuszony jestem opis tych spostrzeżeń pominąć i ograniczyć się tylko na streszczeniu wniosków, jakie autor z tych spostrzeżeń wysnuł.

Polypnoë paroxysmale, t. j. napady częstego oddechania, mogą występować samodzielnie jako objaw nerwowy, zależny od pobudzenia ośrodka oddechowego pod wpływem samych tylko wstrząśnień natury moralnej, lub przy współdziałaniu nadmiernych wysiłków fizycznych, albo też u osób ze wzmożoną pobudliwością układu nerwowego wskutek bólu, bóle w towarzystwie innych objawów chorobowych, przeważnie histerycznej natury, albo wreszcie mogą występować bez żadnej widocznej przyczyny przy objawach, wskazujących na pewne zaburzenia w sferze nerwów naczynioruchowych. Oddech w takich przy-

padkach bywa bardzo powierzchowny, lecz, że jest przytem ogromnie częsty, przeto chory nie doznaje wcale duszności, obok tego tętno często wcale nie bywa przyśpieszonem, a w płucach i w sercu, jeżeli tylko napad *polypnoë* nie był wywołany przeciążeniem serca nadmiernymi wysiłkami fizycznymi, zboczeń może nie być żadnych.

Drugą kategoryę przypadków stanowią te, w których napady częstego oddechania, powstające, zdaniem autora, wskutek zatrucia ustroju acetonem (*Polypnoë acetonicum*) i przytacza dwa takie przypadki, w których analiza wykrywała obecność w moczu acetonu. Jeden z tych przypadków dotyczył chorej, u której rozpoznawano: *Arteriosclerosis, Myocarditis et Insufficientia mitralis*; w drugim zaś: *Nephritis mixta praecipue interstitials et hypertropha cordis consecutiva*. Przyczynę napadów duszności u tych chorych autor przypisuje zatruciu ustroju acetonem, który według niego wytwarzał się wskutek zmienionych warunków przemiany materyi i dawał tak typowe objawy zatrucia cechującego się głównie pobudzeniem układu nerwowego, że raz je, widząc, z łatwością można w każdym przypadku rozpoznać.

Nie tylko wszakże produkty nieprawidłowej przemiany materyi, lecz i substancye, dostające się do krwi przy prawidłowej dysasymilacyi komórek mogą stać się powodem samozatrucia ustroju i spowodować napady *polypnoë*. Tu przedewszystkiem odnoszą się napady częstego oddechania, zjawiające się w przebiegu chorób nerek, w dyatezie artrytycznej i w miażdżycy tętnic.

Polypnoë, występujące w cierpieniach nerek jest toksycznego pochodzenia i przejawia się: 1) jako typowe *polypnoë paroxysmale* bez jakichbądź zmian w płucach, 2) jako napady obrzęku płuc (*oedema pulmonum*), 3) w postaci napadów podobnych do t. zw. dychawicy oskrzelowej (*asthma uraemicum*), 4) w postaciach mięszanych.

Toż samo da się powiedzieć o *polypnoë* w dyatezie uratycznej, przy której występują liczne objawy, wskazujące niewątpliwie na zatrucie ustroju bądź to ciałami alloksurowemi, bądź też, jak chcą inni [Nencki] karbaminianem amonu.

Miażdżycy tętnic, występującej w wieku podeszłym należy się wydatne miejsce w szeregu chorób, które wytwarzają warunki, sprzyjające samozatruciu. Jakkolwiek w większości przypadków nie można sobie ściśle zdać sprawy z jakości ciał trujących, krążących we krwi, jednakże łatwo jest przypuścić, że wskutek rozległych zmian w drobnych tętnicach i naczyniach włosowatych sprawa wymiany pierwiastków odżywczych w komórkach nie odbywa się prawidłowo i że powstają ciała trujące, które przy nieprawidłowych warunkach krwi obiegu zostają zatrzymane w ustroju. W przypadkach, gdzie napady częstego oddechania występują na tle pierwotnych zmian patologicznych w małym krwiobiegu, pierwszorzędną rolę odgrywa otrucie kwasem węglanym, w innych zaś, jako to w *polypnoë* towarzyszącem cierpieniom nerek, miażdżycy naczyń i t. p., nie tyle kwas węglany, ile raczej

inne produkty zmienionej przemiany materyi, nagromadzone we krwi, występują na pierwszy plan. We wszystkich tego rodzaju przypadkach, *polypnoë* wywołane nagromadzeniem się toksycznych pierwiastków w organizmie jest, według autora, aktem samopomocy ze strony ustroju, który za pomocą wzmożonej czynności ośrodków mózgowych stara się pozbyć ciał trujących. Co się tyczy wysokości ciśnienia w naczyniach w czasie napadów *polipnoë*, to bywa ono bardzo silnem, lub też małem, zależnie od stopnia pobudzenia ośrodka naczynioruchowego, od sprawności serca i ilości krwi. Przy wysokiem ciśnieniu krwi wskazanem jest zastosowanie morfiny, gdy zaś napadom duszności towarzyszy słabe napięcie w naczyniach wówczas przedewszystkiem należy zalecić środki pobudzające.

Autor kładzie także nacisk na niezbędność stosowania środków, mających na celu zapobieganie napadom częstego oddechania, jako to: dyety, leczenia terenowego, środków czyszczących i t. p.

Puławski A. Pericarditis tuberculosa et pleuritis haemorrhagica sinistra przy nieznacznem pierwotnem ognisku gruźliczem. Gazeta Lek. Nr. 17, str. 465.

Przypadek powyższy dotyczył 17-letniej dziewczyny, która będąc przedtem zupełnie zdrową, dopiero na dwa tygodnie przed udaniem się do szpitala zaczęła doznawać duszności i kaszlu. Przy badaniu znaleziono: bladość skóry, stan gorączkowy, tętno 120 nitkowate, nieregularne, oddech przyśpieszony. W dolnej części klatki piersiowej z tyłu z lewej strony stępienie, oddech bardzo osłabiony, przewodnictwo głosu i drżenie prawie zniesione. Odpowiednio do tego z przodu tępość zaczyna się już na II żebrze i przechodzi na mostek na 3 palce, a na całej tej przestrzeni objawy wysłuchowe takież same jak z tyłu. Próbne przekłucie wykazało obecność w lewej opłucnej krwawego wysięku, w którym zarówno jak i w plwocinie laseczników gruźliczych nie znaleziono.

Po wypuszczeniu 1000 ctm. sz. płynu krwawego chora na razie doznała znacznej ulgi, na drugi jednak dzień nagle zmarła.

Badanie pośmiertne wykazało:

W lewej opłucnej około $^1/_2$ litra krwawego płynu. Lewe płuco mocno przyrośnięte. Worek osierdzia zgrubiały, pokryty na wewnętrznej powierzchni licznymi gruzełkami, zawierał około 400 ctm. sz. krwawego płynu. W prawem płucu w średnim płacie blisko powierzchni znajdowało się ognisko serowate, wielkości ziarnka grochu.

Zastanawiała w tym przypadku wielkość ogniska pierwotnego, które z tego powodu za życia niczem się nie zdradzało, oraz położenie ogniska w płucu przeciwległem do wysięku w opłucnej, na co już wielu autorów zwracało uwagę. Badanie bakteryologiczne dało ujemny wynik, co także, zdaniem wielu autorów, wskazuje na gruźlicze pochodzenie wysięku

Puławski A. Dwa przypadki licznych zatorów (emboli) w przebiegu chorób serca. Kilka słów o tak zwanych prawdziwych polipach serca. Gazeta Lek. Nr. 14 i 15, str. 367 i 404.

Treść niniejszej pracy stanowią dwa przypadki niezwykle rozległej sprawy zatorowej, zasługujące na uwagę zarówno ze względu na przebieg kliniczny, jak i na etyologię tej sprawy. Pierwsze z tych spostrzeżeń dotyczyło 40-letniego mężczyzny, który na 7 lat przed chorobą, o której niżej będzie mowa, przechodził zapalenie płuc włóknikowe i wówczas już miał objawy zwężenia lewego ujścia żylnego, a prócz tego w tym samym mniej więcej czasie chorował na syfilis. Od roku doznaje osłabienia i spowodowanego nadmiarem pracy znużenia, brak snu i łaknienia, a w ostatnich czasach miewa dreszcze i uczuwa osłabienie w nogach. Przy pierwszem badaniu, obok bladości i braku obrzęków, uderzało tętno częste, drobne, arytmiczne i nieznaczne rozszerzenie serca.

Po kilku dniach chory dostał dreszczy i gorączki i zaczął doznawać drętwienia w nogach i bólu, szczególniej w lewej kończynie dolnej, która wkrótce stała się zimną, bladą i bardzo bolesną na dotyk, a na miejscu, gdzie dokonano wstrzyknięcia morfiny zjawiło się sine zabarwienie skóry i rozedma podskórna. Wobec wyraźnych objawów zgorzeli wykonano odjęcie uda w $^1/_3$ górnej części, już jednak w dwa tygodnie potem zaczął doznawać drętwienia, uczucia zimna i bólów w prawej nodze, która również uległa zgorzeli i także została odjętą.

Stan ogólny przez ten czas pogorszył się znacznie, w końcu zjawiły się gwałtowne bóle w brzuchu, wśród których chory zmarł.

Przy badaniu pośmiertnem okazało się, że w prawej półkuli mózgu, część *gyri centr. ant. gyri frontalis inf. i insulae Reilii* były zniszczone i właściwą ich tkankę zastąpiła tkanka łączna. W sercu znaleziono: ogniska tkanki łącznej w mięśniu sercowem, zgrubienie i zrośnięcie się brzegów zastawki dwudzielnej, a w lewem uszku przyżyciowy skrzep krwi, który w kształcie cylindra wystawał do jamy przedsionka i stąd kierował się ku otworowi żylnemu. Prócz tego znaleziona była *embolia arteriae mesentericae sup. et arteriae iliacae sup.* oraz infarkty w śledzionie i nerkach.

W drugim przypadku 58-letni mężczyzna, który w młodości przechodził syfilis, zaczął doznawać w nogach bólu i odrętwienia, a wkrótce potem nastąpiła zgorzel prawej stopy i połowy goleni. Prócz tego przy badaniu znaleziono obrzęki na nogach, sinicę na twarzy, wilgotne rzężenia w płucach, znaczne powiększenie serca w obu wymiarach, u wszystkich ujść zamiast tonów dwa szmery, tętno niemiarowe.

Po odjęciu kończyny stan się stopniowo pogarszał i wkrótce chory zmarł.

Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: zawał w lewem płucu i płyn surowiczy w lewej opłucnej, serce powiększone, ujście żylne lewe zwężone, w lewem uszku skrzep przyżyciowy, brzegi zastawek

aorty zgrubiałe i zrośnięte ze sobą. Tętnica udowa była zatkana starym zatorowym skrzepem krwi.

Z racyi tych właśnie swoich przypadków, w których przyczyną zatorów były zakrzepy w sercu, autor w zakończeniu przytacza zaprowadzony przez W. Hertz'a podział zakrzepów serca, oraz charakterystykę różnego rodzaju zakrzepów.

Rappel. Dextrocardia. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 1160.

Na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 27 Października Rappel przedstawił chorego w średnim wieku, u którego serce znajdowało się w prawej połowie klatki piersiowej, tak że uderzenie wierzchołkowe wyczuwało się poza linią sutkową prawą w V międzyżebrzu. Śledziona i wątroba znajdowały się na swojem miejscu.

Rejchman M. Przypadek przemieszczenia serca i żołądka. Pam. Tow. Lekarsk. Warsz. str. 734.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 2 Czerwca 1896 r., Rejchman przedstawił chorego, u którego większa część tępości serca leży po stronie prawej od linii środkowej ciała, na miejscu zaś, gdzie powinno się znajdować serce, widać zagłębienie, zależne od wciągnięcia żeber wgłąb. Przy prześwietlaniu żołądka łatwo było się przekonać, że leży on głębiej niż zwykle i przesunięty jest nieco na lewo. Rejchman przypuszcza, że podczas życia płodowego musiało tu mieć miejsce zapalenie opłucnej z następczymi zrostami listków tej błony, które znowu wciągnęły ściany klatki piersiowej i wywołały zmiany w położeniu trzewiów.

Sokołowski A. Tętniak aorty brzusznej. Pamiętnik Tow. Lekar. Warsz. str. 736.—Dyskusya tamże str. 739.

Na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego Sokołowski przedstawił preparat, pochodzący od zmarłego wskutek tętniaka aorty brzusznej. Tętniak ten istniał przez lat 8 i za życia wyczuwał się w postaci dużego, bardzo bolesnego guza w okolicy podmostkowej.

Przy sekcyi w tym przypadku znaleziono: serce nieznacznie powiększone, mięsień serca dwa razy prawie grubszy, na zastawkach aorty zmiany ateromatyczne; aorta wstępująca i łuk jej znacznie rozszerzone, ściana zaś jej twarda z wyraźnemi blaszkami.

W jamie brusznej trochę przezroczystego, krwawego płynu. Cała lewa połowa pozaotrzewnowej jamy brzusznej wypełniona masą zbitych skrzepów.

Poczynając od 9 kręgu piersiowego, aorta piersiowa tworzy worek, zrośnięty z kręgosłupem. Worek ten zwęża się na wysokości

przepony, pod którą znowu rozszerza się pod postacią dwóch guzów z obu stron kręgosłupa, z których każdy jest wielkości pięści. W lewym guzie znajduje się pęknięcie w postaci podłużnej szczeliny.

Ciało 12-o kręgu piersiowego, 1 i 2 lędźwiowego w stanie zaniku od ucisku (*usura*).

Widman. Rozpoznawanie tętniaków aorty. Przegląd Lek. Nr. 48, str. 641.

Z powodu chorego, przedstawionego na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, W. mówił o rozpoznawaniu tętniaków aorty, które dzieli na dwie grupy. W jednej korzystne pod względem dyagnostycznym położenie tętniaka czyni rozpoznanie zupełnie łatwem; w drugiej niekorzystne położenie zniewala, w braku klasycznych cech choroby, do uwzględniania mniej znanych objawów. Do tych należy przedewszystkiem duszność i osłabienie szmerów oddechowych po jednej stronie klatki piersiowej, wskazujące na uciśnięcie oskrzela. Ważnym objawem, znamionującym tętniaki tylnej ściany aorty, są bóle rozpromieniające się wzdłuż rozgałęzień *n. accessorii Villisii*.

Co się tyczy szmerów, to, wbrew temu co podają podręczniki, nad tętniakami zwykle ich niema, nie ma tu bowiem właściwie warunków do powstawania szmerów, chyba że jedno z ujść tętniaka ulegnie zwężeniu, lub też szmery powstające u zastawek udzielą się tętniakowi. Mylnem również jest, zdaniem Widmana, dość rozpowszechnione twierdzenie, że tętniaki aorty prowadzą do przerostu serca, ten ostatni bowiem ma najczęściej wspólną z tętniakiem przyczynę, mianowicie sprawę miażdżycową, lub też jest następstwem wady zastawkowej.

Zabłudowski J. Leczenie cierpień przewlekłych serca za pomocą mięsienia. Gazeta Lek. Nr 25, str. 666.

Autor uważa mięsienie za wyborny środek do uspokojenia i zrównoważenia czynności serca i do zmniejszenia oporu, jaki napotyka obieg krwi w częściach obwodowych ciała.

Zwykle dobry skutek mięsienia występuje dopiero w kilka dni po rozpoczęciu kuracyi, nieraz jednak natychmiast po zastosowaniu mięsienia tętno staje się pełniejszem i mniej częstem.

Opisując w jaki sposób należy u takich chorych robić masaż, autor zachwala krótko trwające lecz energiczne mięsienie i radzi nie ograniczać się do pojedyńczych części ciała, lecz uciekać się także do t. z. mięsienia ogólnego, ponieważ zadaniem leczenia w tych razach jest ułatwienie i wyrównanie obiegu krwi wogóle.

Wyniki pomyślne, otrzymane za pomocą takiego leczenia mechanicznego chorób serca tyczą się przedewszystkiem nerwic, stwardnienia tętnic wieńcowych, przerostu naskutek zbyt obfitego używania napojów i potraw; autor wszakże stosował mięsienie z pomyślnym rezulta-

tem i w innych stanach, jako to: w wadach zastawkowych, chorobie Basedowa i t. p.

Bronowski S. O działaniu mleczanu strontu w chorobie Bright'a. Medycyna str. 5.

Patrz dział VI—Farmakologia.

Bruner Wł. Badanie nad zachowaniem się zawartości wody i metali alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek. Kronika str. 799.

Patrz dział IV—Patologia ogólna.

Obaliński. Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnych zapaleń śródpiersia tylnego. Przegląd Lek. str, 675 i 688.

Patrz dział XII—Chirurgia.

Piotrowski J. Przyczynek do nauki o zmianach krwi przy organicznych wadach serca. Gazeta Lek. str. 713 i 749.

Patrz dział IV—Patologia ogólna.

E) Choroby narządów trawienia.

Sprawozdawca

W. Bruner.

Białokur F. O stosunku niedokrwistości złośliwej do zaniku błony śluzowej żołądka. Gazeta Lek. Nr 31, 32, 33, str. 821, 855, 885.

Po rozpatrzeniu zebranych dotąd w nauce danych, tyczących się zaniku błony śluzowej żołądka i stosunku tego cierpienia do niedokrwistości złośliwej, autor przytacza własne swe spostrzeżenia. B. obserwował cztery przypadki nieżytu zanikowego żołądka, z tych dwa wobec zupełnego podobieństwa do przypadku 1-go w opisie uwzględnione nie zostały. Ze spostrzeżeń swych autor wyprowadza następujące wnioski: 1) Zanik błony śluzowej żołądka, rozwijający się najczęściej u ludzi starych, analogicznie do zaniku innych narządów, może się rozwinąć z cierpienia żołądka przewlekłego oraz ostrego. 2) Jeżeli zanik błony śluzowej żołądka spowodowany jest przez cierpienie, przebiegające z uporczywemi wymiotami, to do obrazu chorobowego zaniku błony śluzowej żołądka przyłącza się tak zwana niedokrwistość złośliwa. 3) Niedokrwistość złośliwą powoduje nie sam zanik błony śluzowej żołądka, lecz ciągłe wymioty, towarzyszące sprawom, wywołującym zanik. 4) Wymioty porównać można do ciągłego głodzenia; jeżeli wymioty ustaną, zmieniona patologicznie krew może szybko powrócić do normy. 5) Zanik błony śluzowej żołądka może się wikłać niedokrwistością złośliwą, jeżeli do niego zacznie się przyłączać zanik błony śluzowej kiszek. 6) *Anaemia perniciosa* nie istnieje jako oddzielna jednotka chorobowa, gdyż w miarę trwania wymiotów rozwinęła się w przy-

padku autora niedokrwistość złośliwa, z chwilą zaś ustania wymiotów, zmiany we krwi zaczęły się wyrównywać. 7) Ustrój ludzki nie w jednakowej mierze znosi oligochromenię i oligocytemię; pierwszą postać chora autora bez porownania lepiej znosiła, aniżeli drugą.

Brodowski W. Rak żołądka powstały po wrzodzie okrągłym. Pamiętnik Tow. Lek. Warszaw. Zeszyt II, str. 481.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Warszaws. w dniu 3 Marca 1896 r. prof. Brodowski przedstawił preparat żołądka, pochodzący od osobnika, a którego Dunin, prócz gruźlicy płuc, rozpoznał rozszerzenie żołądka z powodu zwężenia odźwiernika. W cuchnącej zawartości czczego żołądka ilość wolnego kwasu solnego wynosiła 38. Wobec rozpoznania zwężenia odźwiernika i rozszerzenia żołądka chorego zakwalifikowano do operacyi [gastroenterostomii], którą wykonał Cikchomski w Marcu 1892 r. Wynik operacyi bardzo dobry: chory zyskał 25 ℔ na wadze, granice żołądka wróciły do stanu prawidłowego. W 3 lata później wystąpiły bóle w okolicy żołądka i wymioty. Zawartość żołądka zawierała ślady wolnego kwasu solnego. Na początku Lutego 1896 r. chory przybył do szpital znacznie wycieńczony wskutek daleko posuniętej gruźlicy płuc i wkrótce zmarł. Przy badaniu pośmiertnem prócz gruźlicy płuc znaleziono: znaczne zwężenie odźwiernika; komunikacya sztuczna z jelitem cienkiem; blizna gniazdowata po wrzodzie okrągłym, *carcinoma colloideum ventriculi*. B. sądzi, że nowotwór powstał w danym przypadku po zagojeniu się wrzodu, przez bujanie nabłonka dokoła blizny.

Chłapowski F. Rozszerzenie źrenicy przejściowe (mydriasis cransitoria) jednostronne przy cierpieniach kanału pokarmowego. Nowiny Lek. Nr 12, str. 731.

U chorych, przybyłych do Kissingen z powodu cierpień żołądka . kiszek, autor nierzadko wcale spostrzegał nierówność źrenic, które znikało z chwilą ustąpienia zaburzeń w narządach trawienia. Ścisłe badanie dozwalało wyłączyć inne przyczyny nierówności źrenic. Natomiast autor coraz więcej utwierdził się w przekonaniu, że przemijająca *mydriasis* może być objawem chwilowego samozatrucia produktami rozkładu ze strony żołądka lub kiszek.

Dunin T. O leczeniu kamicy żółciowej (cholelithiasis) za pomocą jodku potasu. Gazeta Lek. Nr 22, str. 581.

Na bardzo znacznej liczbie przypadków, bo dochodzącej niemal do 100, autor przekonał się, że jodek potasu jest jednym ze skuteczniejszych środków przeciw kamicy żółciowej. Najlepsze wyniki D. spostrzegał w przypadkach, w których chory nie miewa gwałtownych napadów, lecz całą seryę codziennych lub nawet częstszych napadów, zlewających się z sobą. O wiele mniej widoczne wyniki otrzymywał autor w przypadkach, w których pojedyńcze napady, choćby bardzo

silne, oddzielone były długiemi przestankami zupełnego zdrowia. W postaciach połączonych z żółtaczką i gorączką D. rzadko miał sposobność stosowania jodku potasu, lecz i tu osiągał niekiedy dobre rezultaty.

Ulga po zastosowaniu jodku potasu występuje bardzo prędko i środek ten czyni użycie narkotyków zbytecznem, albo ogranicza znacznie ich używanie.

Jodek potasu stosował D. w dawce 5—10 gr. dwa razy dziennie przez czas kilku [4—5] tygodni i następnie dopiero przechodził do użycia wód karlsbadzkich.

Autor bynajmniej nie twierdzi, aby jodek potasu był niezawodnym środkiem przeciw kamicy żółciowej, w każdym razie rzadko tylko nie spostrzegał choćby przejściowej ulgi.

Co się tyczy sposobu działania jodku potasu na objawy kolki żółciowej, to albo jodek potasu działa wprost na kamienie, ułatwiając ich rozpuszczalność, albo też działa on jako *antispasmodicum*, ułatwiając przez to przejście kamieni żółciowych.

Goldbaum. Przyczynek do elektroterapii w cierpieniach żołądka. O wpływie prądu stałego i przerywanego na wydzielanie soku żołądkowego. Gazeta Lek. Nr 44, str. 1185, 1217.

Przytoczywszy odnośną literaturę, autor opisuje na 2 przypadkach własne doświadczenia nad wpływem strumienia elektrycznego na wydzielanie soku żołądkowego. G. przekonał się u 22-letniej panny z *subaciditas nervosa* i *regurgitatio nervosa*, że działanie strumienia stałego z anodą w żołądku, a katodą na dołku podsercowym nie zmienia ani stopnia ogólnej kwaśności soku żołądkowego, ani jego ilości, ani ilości wolnego HCl. Przy odwrotnym kierunku prądu zauważono bardzo nieznaczną przewyżkę ogólnej kwaśności i ilości wolnego kwasu solnego. Przy stosowaniu prądu stałego zewnętrznie na okolicę żołądka, ani anoda, ani katoda nie wpływały na siłę wydzielniczą błony śluzowej. Przy stosowaniu u 22-letniego mężczyzny faradyzacyi wewnątrz-żołądkowej prawie żadnej różnicy w cyfrach ogólnej kwaśności i wolnego kwasu solnego nie zauważono. Co się tyczy wpływu leczniczego prądu to z 11 przytoczonych przypadków w 9 miały miejsce zwracanie lub wymioty nerwowe i te po stosowaniu wewnętrznem prądu stałego lub przerywanego ustępowały zupełnie, lub przynajmniej na dłuższy czas. Przy nerwicy czuciowej [bóle] poprawa była nietrwała.

Autor nie uważa prądu elektrycznego za jedyny środek przeciw zwracaniom i wymiotom nerwowym, uważa go jednak za jeden z najlepszych.

Grundzach I. Przyczynek do etyologii przetok żółciowych i kilka słów o przetokach żółciowych samoistnych. Medycyna Nr 26, 27, str. 603 i 624.

W pierwszej części swej pracy G. opisuje dwa interesujące własne przypadki przetok żółciowych. W jednym z nich miał autor do

czynienia z wytworzeniem się ropnia w okolicy pęcherzyka żółciowego u 63-letniego mężczyzny. Sprawa chorobowa roz szerzała się naokoło, a następnie posunęła się ku dołowi wskutek ciężaru, jaki wywierała zawartość ropnia otrzewnej, który wraz z pęcherzykiem żółciowym stanowił jamę wspólną, t. z. kloakę pęcherzykowo-otrzewnową. W dalszym ciągu wytworzył się zrost z okrężnicą, przedziurawienie jej, wylanie zawartości ropnia do okrężnicy i wydalenie tej zawartości przez odbytnicę. Czas jakiś jeszcze obok uformowanych stoków wydalała się żółć. Przetoka ta [o ile z objawów sądzić było można] po pewnym czasie samoistnie się zagoiła; pochodz enie jej kamicowe autor w pracy swojej uzasadnił.

W drugim przypadku spostrzegał G. utworzenie się samoistnej przetoki żółciowej skórnej u kobiety 34-letniej. Chora posiadała dwa otwory przetokowe: jeden na połowie przestrzeni między pępkiem a spojeniem łonowem, nieco na prawo od linii pośrodkowej, drugi zaś o $1^1/_2$ ctm. bardziej na prawo. Autor opisał, w jaki sposób wytworzyła się przetoka z długo trwającego guza w ścianach brzusznych, który uległ zropieniu. Przetoka ta po 4 latach jeszcze się nie zagoiła.

Druga część pracy G. zawiera opis przetok żółciowych samoistnych wogóle,—ich patogenezę, objawy, przebieg i zejście. Opis przetok dwujamistych, które się dzielą na 1) dwunastnicze, 2) okrężnicze, 3) żołądkowe, 4) nerkowe, 5) pochwowe, 6) opłucnowo-płucne [w porządku częstości, z jaką występują], autor szczegółowo podaje, gdzieniegdzie wplatając spostrzegane przez siebie przypadki właściwych przetok. W końcu pracy opisuje G. przetoki skórne, [jako jednojamiste] dodając, że częstość ich opisów należy sobie tłomaczyć jedynie tem, że są one dla lekarza sprawą widoczną, bo zewnętrzną, gdy t. z. wewnętrzne pozostają często ukryte dla klinicysty, a często nawet dla anatomopatologa.

Janowski W. Przypadek obecności balantidii coli w stolcach oraz uwagi o wpływie tego pasożyta na zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Gazeta Lek. Nr 26, 27, str. 683, 717.

W kale chorego, skarżącego się na uporczywą biegunkę, wykrył autor olbrzymie ilości *balantidii coli*. Prócz tego kał zawierał nieznaczną domieszkę resztek pokarmowych, bardzo dużo ciałek ropnych, śluz, niezliczone mnóstwo koków, pałeczek i wibryonów. Po kilkudniowem użyciu chininy do wewnątrz i lewatyw z chininy stan chorego znacznie się poprawił; kał zawierał znacznie mniej pasożytów, w końcu zaś balantidia i ropa zupełnie zniknęły, pomimo że chory oddawał 3—4 półpłynnych stolców. W takim stanie chory wypisał się ze szpitala.

Zdaniem autora w przypadku powyższym gruby związek obecności *balatidiorum* w kale z istnieniem biegunki zdaje się być niewątpliwym. Przemawiała za tem duża ilość stolców i obecność w nich ropy i śluzu, dopóki *balantidia* znajdowały się w kiszkach w znacznej ilości

oraz zmniejszanie się ilości wypróżnień, stopniowe zagęszczanie konsystencyi kału i zbliżenie się jego składu drobnowidzowego prawie do stanu prawidłowego, gdy *balantidia* w świeżych stolcach wykazać się nie dały. Autor następnie szczegółowo przytacza spostrzeżenia, w których rola chorobotwórcza *balantidiorum coli* nie da się zaprzeczyć i szereg tych przypadków, w których właściwie rola ich nie jest możliwą do określenia. Z istniejących spostrzeżeń wynika, że obecność omawianego pasożyta w kiszkach człowieka wcale nie jest obojętną, gdyż wywołać on może sam przez się gwałtowną biegunkę, albo przynajmniej w bardzo wysokim stopniu ją podtrzymywać, sprzyjając powstawaniu owrzodzeń w kiszkach. Tam więc, gdzie *balantidia* w kale wykryte zostaną, leczenie powinno być prowadzone w kierunku wytępienia tego pasożyta [chinina, kwas salicylowy], a następnie dopiero stosować należy zwykłe leczenie dyetetyczne i objawowe.

Janowski W. O flagellatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego. Gazeta Lek. Nr 29, 30, 31, 32, 33, 34, str. 765, 800, 829, 860, 890, 919.

Autor pracę swą dzieli na dwie części. W pierwszej podał niektóre dane z klasyfikacyi zoologicznej pierwotniaków i wykazał na zasadzie szczegółowego, krytycznego przeglądu odnośnej literatury, że fauna kiszkowa nie jest pod tym względem tak rozmaita, jakby to się wydawać mogło przy bardziej powierzchownem zapoznaniu się z literaturą, że mianowicie wszystkie spostrzegane dotąd u ludzi wiciowce są tylko albo trychomonodami (*trichomonas intestinalis s. vaginalis*), albo cerkomonodami (*cercomonas hominis*), albo też *megastoma entericum*.

W drugiej części swej pracy J. podał opis 6 spostrzeganych przypadków, w których znajdował w wypróżnieniach zawsze tylko trychomonady. Trychomonady w termostacie utrzymują się przy życiu jeszcze po dobie, w zwykłej ciepłocie szybko giną. Barwienie zaciera niektóre subtelności ich budowy. Hodowli nie udało się otrzymać. Ze spostrzeżeń autora wynika, że niepodobna jest przyznać jednakowej roli trychomonodom. W jednym tylko przypadku autora w kolosalnej ilości znalezione trychomonady były prawdopodobnie jedyną przyczyną biegunki, która ustąpiła po wydaleniu pasożytów za pomocą kolomelu: w jednym zaś przypadku zdawały się one powiększać istniejącą sprawę zapalną. W pozostałych 4 przypadkach J. trychomonadom żadnej wyraźniejszej roli w powstawaniu biegunki przypisać nie mógł. Na zasadzie więc spostrzeżeń autora i danych z literatury uważać należy trychomonady za pasożyty przeważnie dla ustroju obojętne, co też i o innych wiciowcach, cerkomonadach i megastoma powiedzieć można, J. jest zdania, że tylko drogą karmienia zwierząt, poddanych rozmaitym szkodliwym wpływom ogólnym i miejscowym, formami otorbionemi omawianych pasożytów, będzie można wyjaśnić wpływ wiciowców na przewód pokarmowy. Będzie to jednak możliwe z chwilą otrzymaaia czystych hodowli. Ze względu jednakże, że przynajmniej niekiedy nie

można wiciowcom odmówić znaczenia chorobotwórczego, należy w przypadkach biegunek badać świeże stolce starannie pod mikroskopem. Do leczenia nadaje się najbardziej kalomel, niektórzy zalecają jeszcze lewatywy ze słabego roztworu sublimatu, lub chininę do wewnątrz [po 0,5] i w lewatywach [l: 1000]. Dwie tablice illustrują pracę autora.

Janowski W. O etyologii dysenteryi. Gazeta Lek. Nr 35 do 40, str. 933, 965, 1003, 1021, 1057, 1084.

Podczas epidemii desenteryi w Warszawie w latach 1892, 1893 i 1894 oraz w pojedyńczych przypadkach tej choroby w roku 1895, J. systematycznie poszukiwał ameb w wypróżnieniach dysenterycznych.

Poszukiwania te w kilkudziesięciu przypadkach zawsze były bezskuteczne pomimo częstych i starannych badań, oraz dużego doświadczenia w tej kwestyi autora, który jednocześnie zajmował się badaniem wiciowców w kale.

Oczywiście więc przyczyną epidemij naszych nie były ameby.

Wniosku tego nie można jednak rozszerzać na wszystkie epidemie dysenteryi. Krytyczny przegląd całej odnośnej literatury doprowadza J. do następujących poglądów.

W wielu epidemiach dysenteryi istniał niezaprzeczenie jakiś związek przyczynowy pomiędzy tem cierpieniem a amebami (*amoeba coli s. felis*). Epidemie te różniły się od naszych i klinicznie [przebieg bardzo przewlekły, częste nawroty, częste powikłania ropniami wątroby], i anatomicznie [owrzodzenia poczynały się w błonie podśluzowej, zkąd dopiero drążyły ku błonie śluzowej]. W epidemiach tych [egipskie – Koch, Kartulis; w Stanach Zjednoczonych—Councilman i Lafler; w Pradze - Hlava] znajdywano ameby prawie stale, i to nie tylko w wypróżnieniach, ale i w ropie z ropni wątrobowych, i w tkankach w ścianach tych ropni i owrzodzeń kiszkowych, w plwocinie przy ropniach płucnych. Próby szczepienia zwierzętom, mianowicie kotom do odbytnicy, czy to kału zawierającego ameby, czy ropy z amebami z ropni wątrobowych, czy wreszcie niby to czystych hodowli tych drobnoustrojów, dość często się udawały.

Jednakże szczepienia te nie wytrzymują krytyki. Szczepionym zwierzętom bowiem wprowadzono do kiszki nietylko ameby, ale i inne szkodliwe czynniki [bakterye], zawarte w kale dysenterycznym, ropie i zanieczyszczonych hodowlach. I miejsce szczepienia, odbytnica, nie jest odpowiedniem: pełno tam przecież bakteryi nieraz może nie obojętnych; przytem nieraz przy tych szczepieniach trzeba zaszywać zwierzętom odbyt. Do stanowczych wniosków mogą doprowadzić dopiero doświadczenia z hodowlami *amoebae coli* rzeczywiście czystemi Takie hodowle otrzymali właśnie w ostatnim czasie Ogata, Celli i Fiocca, i inni. Plan przyszłych doświadczeń wskazuje J.

We wspomnianych epidemiach dysenteryi amebowej w niektórych przypadkach ameb nie znajdywano. Natomiast znajdywano je i w innych chorobach przewodu pokarmowego i u zdrowych ludzi w kale. Znaleziono je wreszcie w wodzie, ziemi, błocie i t. p. Prócz chorobotwórczych (*amoeba coli s. felis*) wyróżniano i inne niewinne ameby.

Zdawałoby się więc, że znaczenie ameb dla ustroju jest całkiem różne w różnych warunkach. W Europie ameby nie znajdują zazwyczaj w kiszkach tak pomyślnych warunków dla swego rozwoju, jak w krajach podzwrotnikowych. Zapewne chodzi tu o symbiozę ameb z bakteryami sprzyjającemi ich rozwojowi.

W całym szeregu innych epidemij dysenteryi ameb wcale nie znaleziono; za przyczynę choroby uznawano tu przeróżne bakterye, najczęściej może jeszcze *bacterium coli*, które wskutek jakichś warunków [symbiozy z innemi bakteryami] staje się tu nader jadowitem.

J. nie sądzi, żeby przyczyną dysenteryi był jeden tylko swoisty rodzaj bakteryi: prędzej jest to zakażenie skojarzone, przy którem to ten, to ów pasożyt nabywa swoistych własności toksycznych.

Jasiński R. Zwężenie przełyku przez ucisk gruczołów chłonnych. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt II, str. 517.

7-letni chłopiec przybył do szpitala z powodu niemożności przełykania pokarmów, która wystąpiła, według opowieści matki, po wypiciu ługu. Zgłębnik zatrzymywał się na 19 ctm., licząc od zębów i J, zamierzał wykonać gastrostomię. W przeddzień jednak operacyi chłopiec z wielkim apetytem i z łatwością przyjął sam pokarmy. Okazało się z powtórnych wywiadów, że otrucia ługiem nie było wcale, a badanie wykryło u tuberkulicznego chłopca stępienie między kręgosłupem i łopatką. Wobec tych danych J. przypuszczał, że chwilowo zwężenie przełyku wywołane zostało przez ucisk powiększonymi gruczołami, znajdującymi się wdłuż przełyku i kręgosłupa. Badanie pośmiertne przypuszczenie to potwierdziło. Odpowiedni preparat był przedstawiony przez Jasińskiego w Tow. Lek. Warsz.

Jaworski W. Dyspepsia sexualis artificialis u kobiet. Przegl. Lek. Nr. I, str. 3.

W ciągu szeregu lat autor spostrzegał zagadkowe przypadki żołądkowo-kiszkowych przypadłości u kobiet, u których ani w narządach trawienia, ani w narządach rodnych, ani w żadnym innym narządzie zboczeń nie znaleziono. Nudności i kłębowanie w żołądku aż do gardła, czczość i odbijanie się czcze rano, czasowy brak łaknienia, zwłaszcza do śniadania, gniecenie po jedzeniu, ślinienie i zbieranie się na wymioty, dławienie i ściąganie w gardle, zaparcie stolca. Przy badaniu wewnętrznem organów rodnych nieprawidłowości. W 6 przypadkach *coitus interruptus*, a w dwóch *coitus praecipitatus* były przyczyną zaburzeń. Nerwica ruchowa żołądka, zaburzenie ruchu robaczkowego żołądka

i przełyku, nieprawidłowe zamykanie i otwieranie się wpustu i odźwiernika, wywołane drogą odruchu przez niezaspokojenie do najwyższego stopnia podnieconego organizmu narządu płciowego.

Jaworski W. Oznaczenie dużej krzywizny żołądka. Przegl. Lek. Nr. 47, str. 617.

Oznaczanie dolnej granicy żołądka jest w wielu przypadkach bardzo ważne, dotychczasowe zaś metody oznaczania wykazują ujemne strony w większym lub mniejszym stopniu. W Lutym 1896 r. Boas podał sposób postępowania, polegający na tem, że mięki zgłębnik wprowadzony do żołądka, dotknąwszy krzywizny dużej, układa się przy dalszem wsuwaniu prawie zawsze w ten sposób, że jego dolny koniec, zakrzywiając się w kierunku odźwiernika, ślizga się wzdłuż krzywizny dużej, przylegając do niej i dochodzi aż do części odźwiernikowej żołądka. Koniec zgłębnika daje się zwykle [95%] wyczuć przez powłoki brzuszne.

Autor, sprawdzając tę metodę, przekonał się, że przedstawia ona wielkie korzyści, dając możność jednoczesnego otrzymywania zawartości żołądka i rozdęcia go za pomocą balonika, przez co możemy określić przebieg krzywizny małej. Jeżeli się okaże w dalszym ciągu, że metoda ta daje zawsze stałe wyniki, będzie ona dla praktyki bardzo pożyteczną.

Jaworski W. O objawię przeponowym. Przegl, Lek. Nr. 43 str. 576.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Krakows. autor przedstawiał na chorych t. zw. „objaw przeponowy Litten'a, który pozwala wyłącznie za pomocą wzroku, bez uciekania się do innych metod badania oznaczyć dolną granicę płuc.

Jaworski W. O algesimetrze Boasa. Przegl. Lek. Nr. 43, str. 576.

Używając od dłuższego czasu algesimetru, autor przekonał się, że w niektórych przypadkach [odróżnienie nerwic od zmian anatomicznych] można przyrząd ten zużytkować w rozpoznaniu różniczkowem, niekiedy zaś pozwala on do pewnego stopnia kontrolować wyniki leczenia w sprawach chorobowych żołądka.

Korczyński L. Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (cholelithiasis). Medycyna Nr. 13, 14, 16, 17. str. 289, 323, 370, 401.

Autor omawia powstawanie kamicy żółciowej, daje krótki, ogólny pogląd na sprawę ropienia w wątrobie i jej przewodach i przytacza opis dwóch spostrzeżeń z kliniki lekarskiej krakowskiej, które odbiegają od zwykłego typu przebiegu klinicznego. W przypadku 1-ym niepewne bardzo objawy kamicy żółciowej trwały od czasu dłuższego. Po przebytem zapaleniu kiszki ślepej powstało blisko rok trwające

zapalenie dróg żółciowych o charakterze łagodnym warunkowane prawdopodobnie przedostaniem się do przewodów żółciowych posiewów *bacterii coli communis*. Następnie jako wyraz zakażenia wtórnego, z jakiem spotykamy się tak często w licznych chorobach, rozwinęło się ropienie w drogach żółciowych i w miąższu wątroby. Przebieg ropienia był bardzo pomyślny. Po wykonanem przekłuciu próbnem zawartość ropnia wysączyła się przeważnie do jamy otrzewnowej i została ztamtąd wessana, nie wywołując gwałtownych objawów zapalenia otrzewnej, dzięki temu, że zawartość ropnia była już jałową i że ropa znajdowała się w późnym okresie przeobrażenia wstecznego. W przypadku więc tym nastąpiło samowyleczenie się zapalenia ropnego wątroby.

W drugim przypadku, w którym podstawa choroby [kamica żółciowa] została rozjaśniona badaniem pośmiertnem, główne trudności rozpoznawcze właściwego tła choroby polegały z jednej strony na niemożności stanowczego rozpoznania kamicy żółciowej z samych tylko wywiadów, a z drugiej strony na braku żółtaczki.

Peltyn. O nowych metodach oznaczania czynników kwaśności żołądkowej (Metody Töpfera i Mierzyńskiego). Gaz. Lek. Nr. 25, str. 657.

Autor zajął się sprawdzaniem metod Töpfera i Mierzyńskiego i doszedł na zasadzie szczegółowego badania do następujących wniosków:

1) Metoda Toepfera przewyższa wszystkie inne łatwością i szybkością wykonania; z wyjątkiem przypadków ze znaczną ilością kwasu mlecznego, daje przy pewnej wprawie wyniki niezłe, winna zatem znaleść zastosowanie wszędzie tam, gdzie absolutną ścisłość poświęcić można na korzyść łatwości wykonania.

2) Metoda Mierzyńskiego daje wyniki zupełnie pewne; pod względem praktyczności jednak pozostawia wiele do życzenia. Wykonanie metody wymaga nadzwyczaj dokładnej roboty i zabiera bardzo wiele czasu. Dlatego to, zdaniem P., może i powinna ona znaleść zastosowanie nie w rękach lekarza praktyka, ale raczej w pracowni chemika.

Rejchmann M. O elektrycznem prześwietlaniu żołądka w celach rozpoznawczych. Gaz. Lek. Nr. 32 i 33, str. 849 i 877.

Pierwsze próby prześwietlania żołądka wykonał w 1889 r. Einhorn. W roku 1892 Reichmann i Heryng udoskonalili przyrząd do prześwietlania żołądka i wyniki swych badań podali w tymże roku w Gazecie Lekarskiej; następnie autor streszcza wyniki innych autorów (Renvers, Kuttner i Jacobson, Meltzing, Schwartż), zajmujących się tą kwestyą i na zasadzie własnych licznych badań przychodzi do następujących wniosków: 1) prześwietloną być może tylko część przedniej ściany żołądka, niepokryta przez wątrobę, t. j. ta część, którą badamy za pomocą metody opukowej, 2) za pomocą prześwietlania mo-

żemy się przekonać o położeniu i rozciągłości krzywizny wielkiej żołądka, jakoteż o położeniu, postaci i wielkości tej całej części żołądka, jaka jest dla badania fizykalnego dostępną. Jest to wielka bardzo korzyść dla dyagnostyki, gdyż wszystkie inne metody badania dają wyniki bardzo niepewne, 3) za pomocą prześwietlania dają się rozpoznać: opuszczenie żołądka (gastroptosis), wydłużenie, rsp. pionowe położenie żołądka i niedomoga ruchowa, 4) czczy żołądek wcale skurczony nie jest i ukryty w podżebrzu lewem, lecz zajmuje znaczną część okolicy podpępkowej i krzywizną wielką sięga poniżej pępka. W tym stanie i na tej przestrzeni żołądek prawie nigdy opukać się nie daje skutkiem czego za pomocą metody opukowej nie możemy sobie wyrobić najmniejszego pojęcia o granicach czczego żołądka, 5) po napełnieniu żołądka wodą krzywizna wielka nie opuszcza się ku dołowi, jak to dotychczas sądzono, lecz podnosi się do góry i to na kilka czasem centymetrów. Jedynie tylko w żołądkach zwiotczałych dolna granica napełnionego wodą żołądka, znajduje się na jednakowym poziomie albo też niżej, niż dolna granica czczego żołądka.

Simon. O najnowszych zdobyczach na polu gastroskopii. Medycyna Nr. 18, str. 428.

Autor przytacza podstawy, na których opiera się zbudowana przez Rosenheim'a metoda wziernikowania żołądka, podaje opis dwóch modeli gastroskopów używanych przez R. w klinice prof. Senator'a i sposób ich użycia.

Sokołowski. Zwężenie przełyku przez ucisk gruczołów chłonnych. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt III, str. 738.

48-letni mężczyzna od roku zauważył trudność w przełykaniu. od 2 miesięcy może odżywiać się tylko pokarmami płynnymi. Badanie wykryło: znaczne wyniszczenie, zgęszczenie w obu wierzchołkach, zwężenie przełyku, gdyż zgłębnik zatrzymał się w $^1/_3$ dolnej części przełyku. Chory wkrótce zmarł. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: gruźlicę płuc i powiększone gruczoły oskrzelowe i śródpiersiowe. Pakiet takich gruczołów otaczał przełyk na wysokości 2 ctm., poniżej bifurkacyi. Ucisk, jaki gruczoły te wywierały na ściany przełyku, był jedyną przyczyną objawu zwężenia jego. Wobec tego, że zwężenie przełyku istniało w danym przypadku przy nieznacznych jeszcze zmianach w płucach, skłania się S. ku przypuszczeniu, że gruźlica gruczołów oskrzelowych była tu sprawą pierwotną, a gruźlica płuc wtórną.

Winiarski. Dwa niezwykłe przypadki raka żołądka, powstałego z wrzodu okrągłego. Kronika Lek. Nr. 22, str. 979.

Autor podaje historyę choroby dwóch spostrzeganych w oddziale Chełchowskiego przypadków współczesnego istnienia wrzodu okrągłego i raka żołądka o niezwykłym przebiegu.

W przypadku 1, tyczącym się 53-letn. mężczyzny, skarżącego się na zgagę, wymioty, bóle w okolicy żołądka, zmniejszenie łaknienia; badanie wykryło rozszerzenie żołądka, warunkowane zwężeniem odźwiernika [widoczne ruchy perystaltyczne]. Zawartość żołądka zawierała olbrzymią ilość wolnego HCl. Kwasu mlecznego nie było. Zczasem ilość HCl zaczęła się zmniejszać, zjawił się kwas mleczny. Rozpoznanie było bardzo trudne: wiek chorego przemawiał za bliznowatem zwężeniem odźwiernika wskutek raka; jednakże brak charłactwa, ogromne ilości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym przemawiały stanowczo za wrzodem okrągłym, co też ostatecznie rozpoznano. Stopniowe zmniejszenie się ilości wolnego kwasu solnego obok zjawienia się kwasu mlecznego nasuwało podejrzenie przejścia wrzodu okrągłego w raka. Zejście śmiertelne nastąpiło całkiem niespodziewanie, prawie nagle, wśród dobrego jeszcze odżywiania, wskutek tężyczki. Badanie pośmiertne wykryło istnienie w okolicy odźwiernika zabliźniającego się wrzodu okrągłego, a na brzegach tegoż dokoła niewątpliwe naciec-czenie rakowate.

Przypadek 2-i dotyczył 31-letniego mężczyzny, chorego od 9 miesięcy i skarżącego się na nudności, ślinotok, wymioty, bóle w okolicy żołądka, zgagę. Przy badaniu znaleziono: bardzo duże powiększenie wątroby. Wątroba bolesna, guzowata, na jej powierzchni wyczuwała się wypukłość wielkości kurzego jaja. Zawartość żołądka zawierała wolny HCl. Kwasu mlecznego nie było. Chory umarł po 20 dniach pobytu w szpitalu. Rozpoznanie duże przedstawiało trudności. Nierówności na powierzchni wątroby nasuwały podejrzenie nowotworu złośliwego żołądka z przerzutem w wątrobie. Młody wiek chorego i duże ilości kwasu solnego przemawiały za wrzodem okrągłym. Wzrastające wypuklenie wątroby nasuwało podejrzenie ropnia lub bąblowca.

Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: w części odźwiernikowej wrzód okrągły, którego prawa strona przedstawiała charakter raka. Gruczoły chłonne przy krzywiźnie małej powiększone; wątroba usiana mnóstwem guzów miękich okrągłych, mózgowych [wtórne guzy rakowe].

Winiarski I. Gastroenterostomia z powodu guza odźwiernika, znakomita poprawa. Pamiętn Tow. Lek. Warsz. Zeszyt I, str. 248.

68-let. chory przybył do oddziału Chełchowskiego 3/VII 95, skarżąc się na trwające od lat 3, wzmagające się w nocy bóle w brzuchu. Od czasu do czasu wymioty czarnemi masami. Badanie wykryło: znaczne wyniszczenie, miażdżycę tętnic, rozedmę płuc; brzuch bolesny w okolicy pępka; guza wyczuć się nie udało. W zawartości żołądka HCl nie wykryto. Po 2 tygodniach pobytu w szpitalu bóle się wzmogły zjawiły się wymioty czekoladowe, w okolicy żołądka wyczuwał się guz twardy. Dolna granica żołądka poniżej pępka, w wymiocinach *sarcina*

ventricali, drożdże, mnóstwo drobnoustrojów. 21 Sierpnia ś. p. Jawdyński wykonał bez narkozy gastroenterostomię i podczas operacyi stwierdził znaczny stopień zwężenia odźwiernika, który był zajęty przez twardy guz. Radykalnej operacyi stanęło na przeszkodzie wielkie wyniszczenie chorego. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Żadnych zaburzeń w trawieniu chory nie miewa. Wygląd się poprawił, siły wcale niezłe [chory był przedstawiony 21/I 96 r. w Tow. Lek.]. Zawartość żołądka nie zawierała ani pepsyny, ani kwasu solnego. Odczyn na kwas mleczny niewyraźny. Przypadek ten, zdaniem autora, jest wielce interesujący; 1) ze względu na niezmierne trudności dyagnostyczne, 2) ze względu na zadziwiający wynik terapeutyczny. Objawy pozwalały przypuszczać istnienie raka odźwiernika, pomyślny zaś wynik leczenia po 5½ miesiącach czyni bardzo wątpliwem to przypuszczenie. Tylko badanie anatomo-patologiczne, w razie gdyby choroba zakończyła się niepomyślnie, będzie w stanie wyjaśnić prawdziwą naturę cierpienia.

Bączkiewicz. Przyczynek do nauki o trawiących własnościach chimoziny. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt IV, str. 1128.

Patrz dział II.—Chemia fizyologiczna.

Dyskusya w Tow. Lek. Krakowskiem nad oznaczeniem dolnej granicy żołądka. Przegl. Lek. str. 654.

Dyskusya w Tow. Lek. Warszaw. z powodu przedstawionego przez Winiarskiego chorego po gastroenterostomii. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt I, str. 251.

Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad prześwietleniem żołądka w celach rozpoznawczych. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt II, str. 525, 529.

Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad zwężeniem przełyku przez ucisk gruczołów chłonnych. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt III, str. 738.

F) Choroby układu nerwowego i psychiatrya.

Sprawozdawca

R. Radziwiłłowicz.

Biernacki E. Myelopathia endoarteriitica acuta. Pamięt. Tow. Lek. Zeszyt IV, str. 930.

Opis trzech przypadków, które klinicznie przebiegały, jako *myelitis acuta*, a które przy pośmiertnem zbadaniu nie przedstawiały żadnych lub prawie żadnych zmian w rdzeniu—zmiany dotyczyły tylko tętnic i naczyń rdzeniowych — a zmiany rdzeniowe o ile były, były tylko następczemi.

W pierwszym przypadku nie brakowało niczego do klasycznego obrazu tej choroby — bo obok zupełnego porażenia kończyn dolnych i porażenia zwieraczy, które rozwinęły się nader szybko, było i zupełne porażenie czucia.

W drugim obraz kliniczny o tyle był mniej typowym, że czucie w porażonych kończynach nie było zniesione zupełnie, lecz przedstawiało formę częściowego porażenia czucia, opisanego przez autora przed kilku laty jako uciskowe porażenie czucia.

W trzecim przypadku osłabienie kończyn dolnych, porażenie zwieraczy, zgorzelinowa odleżyna — bez zaburzeń czucia. We wszystkich trzech przypadkach śmierć nastąpiła w ciągu 8 — 20 dni, od posocznico-ropnicy, powstałej wskutek odleżyn. Przy sekcyi i zbadaniu rdzenia mikroskopem znaleziono jako stałą i zasadniczą anomalię, obszerne zmiany w naczyniach oponowych w postaci *endoarteriitis et endophlebitis obliterans* — a w rdzeniu w pierwszym przypadku zmiany były nieznaczne, w drugim wybitniejsze, a w trzecim zmian wcale nie było.

Zmiany w naczyniach wywołały bezpośrednio i obraz kliniczny; ogniska zapalne i reakcyjne o ile były, rozwinęły się po zjawieniu objawów klinicznych—dla tego nie jest to *myelitis* lecz *myelopathia*.

Bregman L. O wstępującem zwyrodnieniu nerwu twarzowego. Gazeta Lek. str. 198.

Otitis media, *neuritis nervi facialis*, *degeneratio nevri facialis ascendens* także i w tym odcinku, który leży w moście Warola.

Wstępujący charakter zwyrodnienia jest tylko pozorny. Komórka jest ośrodkiem odżywczym całego *neuronu* — od jej stanu zależy odżywianie całego neuronu. Cokolwiek znaczniejsze uszkodzenia na obwodzie nie pozostają bez wpływu na stan odżywczego ośrodka i sprowadzają częściowy lub całkowity zanik całego neuronu. Czy zwyrodnienie rozprzestrzenia się od środka ku obwodowi lub odwrotnie—jest to kwestyą drugorzędną.

Bregman L. Przypadek myelomeningitis cervicalis et bulbaris wskutek próchnienia kości 7-go kręgu szyjowego. Pamięt. Tow. Lek. str. 239.

Przed 10-u laty bóle w prawym barku z boku, po 2—3 latach podobneż bóle w lewej kończynie górnej, która następnie zaczęła coraz bardziej chudnąć i słabnąć. Tego lata ponowiły się bóle w prawej górnej kończynie, zjawił się szybki zanik mięśniowy i niedowład, który nareszcie przeszedł w zupełny bezwład; jednocześnie zjawiać się zaczął niedowład prawej kończyny dolnej, zaburzenia mowy i łykania. Po 6—8 tygodniach poprawa, następnie znowu pogorszenie. Poczem zanik równomierny i niedowład obu kończyn górnych, zwłaszcza podnoszenie rąk ku górze bardzo utrudnione. Prawa łopatka znacznie odstaje. Prawy bok niżej opuszczony. Drżenie intencyonalne prawej kończyny górnej, niedowład spastyczny prawej kończyny dolnej, wzmo-

żenie odruchów ścięgnistych po stronie prawej. Podłużny pas znieczulenia w lewej górnej kończynie między jej brzegiem promieniowym i strzałkowym, kończący się na 3-im palcu. Płyny wracają się nosem lub też wywołują silne krztuszenie. Podmiotowa trudność przy mówieniu. Język wysuwa się prosto, przy cofaniu stacza na prawo. Drętwienie w prawej połowie twarzy. Niepowstrzymany śmiech i płacz. Wyrostek ciernisty 7-go kręgu bardzo wystaje. Wyrostki cierniste i poprzeczne zwłaszcza ostatnie z prawej strony przy ucisku bolesne. W części grzbietowej skrzywienie kręgosłupa na prawo. Mimowolne oddawanie moczu. Niezupełna sprawność odbytnicy. Przymiotu nie miał, trunków nie nadużywał. W lecie zeszłego roku spadł z wysokości 1-go sążnia.

Bregman L. Porażenie obu nerwów okoruchowych przy wiądzie rdzenia. Pam. Tow. Lek. str. 243.

Porażenie obu nerwów okoruchowych, gałki oczne zbaczają ku zewnątrz i poruszają się tylko ku zewnątrz i nieco ku dołowi i zewnątrz, *v. abducentes* i *trochleares* są nietknięte. Na lewem oku zupełna *ptosis*, na prawem nieznaczna. Źrenice nieruchome, akkomodacya zniesiona. Porażenie rozwinęło się stopniowo 4 lata temu, od 3-ch lat stan bez zmiany. Od 2—3 lat chory miewa *crises enterogastriques* — przez dwa dni rozwolnienie, następnie wymioty, ból brzucha i osłabienie. Strzelające bóle w kończynach dolnych i górnych, w tułowiu i na czole drętwienie, w bokach, zwłaszcza w prawym, nieznaczne zaburzenia pęcherza; brak odruchów kolanowych, zaburzenia czuciowe w obrębie 1-j i 2-j gałęzi nerwów trójdzielnych, zwłaszcza w dziedzinie czucia bólowego i termicznego, podobneż zaburzenia na tułowiu i kończynach dolnych, lekkie odbarwienie tarcz nerwów wzrokowych, zwłaszcza lewego, w części skroniowej; znacznie zmniejszona siła wzroku uzupełnia obraz chorobowy. Na zasadzie tych objawów autor rozpoznaje *tabes dorsalis*, dodając, że jestto jeden z tych przypadków, w którym zaburzenia są najbardziej posunięte w górnym odcinku rdzenia oraz w pniu mózgowym i w których wskutek tego ataksya przez długi czas nie występuje wcale.

Porażenie przejściowe niektórych mięśni gałek ocznych spotyka się w wiądzie rdzenia, zwłaszcza w okresie początkowym dość często, ale tak rozległe i tak długotrwające porażenie jak u przedstawionego chorego jest rzeczą nader rzadką. Chory miał 1882 r. *ulcus molle*, w 1884 r ożenił się; pierwsze dzieci urodziły się nieżywe, następne żyły bardzo krótko, a zatem przywiot jest niewątpliwy, swoiste leczenie jednakże nie było wcale przeprowadzane.

Brodowski W. i Sokołowski A. Wylew krwi do móżdżku. Pamięt. Tow. Lek. str. 491.

Chłopiec lat 16 od ½ roku miewał bóle w prawem uchu i nieznaczne krwawienia. Będąc ostatni raz na ślizgawce, upadł kilka razy

dość mocno; po powrocie do domu czuł się ociężałym i sennym. Pierwsze 3 doby prawie przespał, 4 i 5-go poszedł do zajęcia, 6-go dnia przebudził się z zawrotami i silnym bólem głowy, jednocześnie wystąpił wyraźny stan gorączkowy *opistothonus*, *dysphagia*, brzuch wciągnięty, chory po 8-u dniach umarł. Przed śmiercią był znaczny krwotok z ucha. Sekcya wykazała dosyć znaczny wylew wielkości jaja kurzego do móżdżku wśród półkuli prawej pod robakiem.

Ciechomski A. i Biernacki E. Zanik mięśni po obrażeniu stawu łokciowego. Pam. Tow. Lek. str. 1124.

Chłopiec lat 12; przed 6-ma miesiącami pas od maszyny pochwycił prawą rękę i sprawił poważne uszkodzenie w stawie łokciowym. *Condylus int.* i *epitrochlea* zostały oderwane i zrosły się następnie z *olecranon*, kość zaś promieniowa wywichnięta oparła się na przedniej powierzchni wyrostka. Zaraz po uszkodzeniu chory zauważył chudnięcie ręki i stopniową utratę władzy. Oprócz zmian w stawie łokciowym, znaczny zanik mięśni drobnych dłoni, zginaczy palcy i mięśnia dwugłowego. Zaburzenie czucia dotykowego i bólowego, w obrębie *n. ulnaris* zaburzenie jest najsilniejsze, *n. mediani* bardzo słabe. Pewne stępienie czucia na przednio-wewnętrznej stronie przedramienia.

Dawid Wł. Zasób umysłowy dziecka. Przyczynek do psychologii doświadczalnej. Wydawnictwo „Przeglądu Pedagogicznego“ Warszawa 1896.

Próba systematycznego badania treści umysłowej dziecka. Zawiera: znaczenie badań nad zasobem umysłowym dziecka, rezultaty badań nad dziećmi niemieckiemi i amerykańskiemi, spostrzeżenia nad dziećmi polskiemi, analiza tych spostrzeżeń.

Fajersztejn J. O porażeniu asthenicznem. Gazeta Lek. str. 338, 371, 398.

Nazwą tą określa autor postacie chorobowe opisywane poprzednio pod następującemi nazwiskami: porażenie opuszkowe bez zmian anatomicznych (Oppenheim)—zbiór objawów opuszkowych z udziałem kończyn (Goldflam)—porażenie opuszkowe asteniczne (Strümpell)—wreszcie *myasthenia pseudoparalytica gravis* (Jolly).

Choroba polega na nagłem występowaniu porażenia mięśni—a ściśle wziąwszy na nagłem i głębokiem wyczerpaniu aparatu mięśniowego—zajęte bywają wyłącznie mięśnie prążkowane — gładkie pozostają nietknięte — aparat zmysłowo czuciowy funkcyonuje prawidłowo. Porażenie rozpoczyna się zwykle od mięśni z zakresu działania nerwów czaszkowych i przechodzi zwykle na wszystkie pozostałe mięśnie, ale zawsze mięśnie unerwione przez nerwy śródmózgowe i opuszkowe bywają porażone najsilniej.

Nader charakterystycznym jest objaw szybkiego znużenia substancyi kurczliwej przy drażnieniu pośredniem lub bezpośredniem prą-

dem faradycznym w ciągu kilku sekund, zaobserwowany poraz pierwszy przez Jolly. Autor stwierdził objaw ten w przytoczonym tej choroby przypadku i przedstawił graficznie.

Autor nie uważa za dowiedzione, że siedliskiem choroby są mięśnie, a nie aparat nerwowy, a przyczyną zmieniony chemizm mięśni autointoksykacya [Jolly].

Feuerstein Przypadek nowotworów mózgu. Przegląd Lek. str. 322.

U chorej kilkunastoletniej rozwinął się wśród bólów głowy i wymiotów w ciągu kilku tygodni prawostronny niedowład. Obustronna *neuritis optica*. Prawie zupełna aleksya wyrazowa i głoskowa przy wadliwem kreśleniu zarówno całych wyrazów jak pojedyńczych liter [dowolnie i pod dyktando] i zachowaniu możności przepisywania. Mowa zupełnie prawidłowa, afazyi optycznej ani śladu. Pole widzenia całkowicie zachowane. Luki pamięciowe, chora zapomniała wielu wiadomości, nabytych w szkole, pomiędzy innemi nie może ona odmówić obecnie całego pacierza, wymienić nazw miesięcy i t. d. Po za tymi czysto pamięciowymi brakami inteligencya w zupełności zachowana. Rozpoznanie, nowotwór mózgowia.

Feuerstein. Przypadek choroby pseudomenierowskiej. Przegląd Lek. str. 322.

U trzydziestoletniego mężczyzny wystąpiły nagle objawy, przypominające chorobę Menier'a—szum w [lewem] uchu, zawroty głowy, wymioty. Objawy te powtarzały się napadowo mniej więcej co dwa tygodnie i trwają zwykle 24—36 godzin. Wśród napadu zauważono u chorego poziome drżenie gałek ocznych, zwłaszcza w kierunku na prawo. Badanie narządu słuchowego nie wykazało żadnych zaburzeń chorobowych, nie można było również wykryć żadnych zmian w układzie nerwowym. Autor skłonny jest rozpoznać w tym przypadku chorobę pseudomenierowską.

Gajkiewicz Wł. Przypadek akromegalii. Gazeta Lekarska str. 1066.

Opisany przypadek bardzo typowy akromegalii—obecne wszystkie objawy charakterystyczne, brak tylko zmian w kręgosłupie.

Nadmierny rozwój twarzy, rąk i stóp, języka etc. wykazany dokładnemi pomiarami. Połowiczna ślepota jednostronna, zapewne pozostałość ślepoty połowicznej obustronnej, brak objawów tarczy zastoinowej, jaka powinna byłaby wystąpić, jeśliby ślepota połowiczna zależała od ucisku szlaku nerwów wzrokowych, chorobliwie zmienioną i powiększoną przysadką mózgową (*hypophysis cerebri*).

Gajkiewicz Wł. O leczeniu chirurgicznem idyotyzmu resp. małogłowia. Gazeta Lek. str. 1354 i 1387.

Krytyczny przegląd odnośnych prac. Wynik: większość przypadków operowanych, zwłaszcza przypadki z zejściem pomyślnem należały do idyotyzmu nabytego, w którym usunięcie przyczyny miejscowej ograniczonej mogło wpłynąć dodatnio na ustąpienie objawów chorobowych i przyspieszyć wstrzymany rozwój czynności mózgu.

Niema dowodu, żeby kraniektomia wpłynęła pomyślnie w przypadku właściwego idyotyzmu—głębokie rozległe zmiany mózgowe. Obecnie przynajmniej brak jeszcze danych do wydania sądu o jej dodatniej wartości.

Gajkiewicz Wł. O leczeniu chirurgicznem wodogłowia wrodzonego (hydrocephalus congenitus), i nabytego (hydrocephalus acquisitus, e neoplasmate encephali, e meningitide). Przekłucie kanału kręgowego (punctioo canalis vertebralis). Gazeta Lek. str. 422, 456, 485.

Każde większe nagromadzenie cieczy w jamach mózgowych klinicznie nazwać możemy wodogłowiem—przesięk zarówno jak i wysięk, wywołać mogą objawy wzmożonego ucisku mózgu i spowodować interwencyę chirurgiczną. Wodogłowie jest objawem towarzyszącym wielu cierpieniom. Chirurgicznie z względnie dobrym skutkiem daje się leczyć wodogłowie: 1) wrodzone, 2) zależne od istnienia nowotworu, 3) powstałe wskutek *meningitis tuberculosa*. Ponieważ istnieje stałe połączenie pomiędzy przestrzenią podpajęczą rdzenia, a przestrzenią podpajęczą mózgu i komór mózgowych, zarzucono obecnie wszystkie dawne sposoby wypuszczania płynu mózgordzeniowego [z bocznych komór mózgu, przestrzeni podpajęczych mózgowych, rdzeniowych (szyjowych i lędźwiowych)], a ograniczono się do przekłucia kanału kręgowego jako zabiegu najprostszego, najmniej niebezpiecznego a zupełnie odpowiadającego celom.

Nakłucie robimy niżej 2-go kręgu lędźwiowego, tu bowiem kończy się rdzeń, a zaczyna worek opon miękich, dochodzący do 2—3 kręgu szyjowego, wypełniony płynem mózgowo rdzeniowym; nakłucie pomiędzy 3—4 w żadnym wypadku nie skaleczy rdzenia. Nakłuwamy trochę z boku linii środkowej dla uniknięcia więzu międzyciernistego, głębokość wkłucia 2—2,5 ctm. u dzieci, 4,5—7,5 u dorosłych.

Jeśli ciśnienie jest duże, ciecz wypłynie strumieniem, jeśli ciśnienie małe to kroplami. Operacya jest niebolesna, dokonywa się bez chloroformu. Wszyscy badacze przemawiają przeciw aspiracyi płynu. Używać należy przyrządu z manometrem, jeśli ciśnienie cieczy spadnie do normy [40—60 m. m. wody] należy wypuszczanie płynu przerwać. W przypadkach przewlekłych, ażeby umożebnić odpływanie cieczy, można w miejsce igły wbić lancet i rozedrzeć oponę twardą na kilka milimetrów.

Operacya nie usuwa przyczyny choroby, lecz zmniejszając ilość płynu zmniejsza ucisk wewnątrz czaszkowy, łagodzi zawsze ciężkie i zawsze groźne objawy ucisku mózgu. Przy wodogłowiu wrodzonem osiągnięte dodatnie rezultaty przekłucia kręgowego nie ule-

gają wątpliwości, jeśli operacyi dokonano dosyć wcześnie, dodatni wpływ operacyi występuje bardzo prędko; dziecko staje się przytomniejsze, oddziaływa lepiej na świat zewnętrzny, staje się spokojniejsze, drgawki i wymioty ustają, oddechanie staje się normalne, ciemię zaczyna tętnić, objętość czaszki zmniejsza się.

Przy nowotworach mózgowia wypuszczanie co pewien czas nadmiaru płynu, zmniejsza ciśnienie wewnątrz czaszkowe, usuwa objawy ucisku mózgu, łagodzi dolegliwości chorego, przedłuża życie i jakkolwiek nie usuwa przyczyny choroby jest bardzo pożytecznym paliatywnym środkiem.

Przy zapaleniu opon—najlepsze wyniki daje *meningitis serosa benigna*, bo wyleczenie zupełne. Stosunkowo dobre daje i gruźlicze. Przez zmniejszanie ciśnienia wewnątrz czaszkowego, naczynia krwionośne i limfatyczne zostają uwolnione od ucisku, przez co ułatwia się wessanie produktów chorobowych.

Po za tem przekłucie kanału kręgowego ma dużą wartość rozpoznawczą, daje bowiem możność poddania płynu mózgordzeniowego zbadaniu bateryologicznemu i chemicznemu.

Heinrich Wł. Metody psychologii doświadczalnej i ich zastosowanie do psychiatryi. Wszechświat str. 404.

Sprawozdanie z prac Kraepelin'a i jego uczniów w zakresie wpływu warunków na zmiany reakcyi.

Heinrich Wł. Zmysł powonienia. Wszechświat str. 81 i 99.

Zawiera opis własności fizycznych substancyi woniejących, mechanizm wąchania, olfaktometryę, opis własności psychofizycznych zmysłu powonienia.

Sprawozdanie z prac głównie Zwaardemaker'a.

Heinrich Wł. Klasyfikacya zapachów. Wszechświat str. 249

Sprawozdanie z prac—głównie Zwaardemaker'a; jego klasyfikacyę zapachów uważa autor za najlepszą i jej najwięcej miejsca udziela.

Heinrich Wł. Zmysł statyczny. Wszechświat str. 801.

Sprawozdanie z prac Mach'a, Flourens'a i Kreidl'a o zmyśle statycznym.

Higier. Przypadek encephalitidis pontis Waroli. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego str. 267.

Chłopiec lat 11, w ciągu kilku dni zawroty i bóle głowy, wymioty, zez, dwojenie, chwianie i zataczanie się przy chodzeniu, upośledzenie mowy. Później *hemiparesis sinistra extremitatum et faciei* przy względnie dobrze zachowanem czuciu dotykowem i bólowem. Upośledzenie znaczne zmysłu stereognostycznego lewej nieco ataktycznej ręki, którą

chory absolutnie przedmiotów nie poznaje. Wzmożenie odruchu kolanowego, przeważnie z lewej strony. *Clonus pedis*, chód pijanego *Paralisis nervi abducentis dextri*, *Strabismus convergens*, *Diplopia*, zarówno głowa jak i gałki oczne stale zwrócone w stronę kończyn niedowładnych, źrenice normalne. Brak brodawki zastoinowej, górna gałązka nerwu twarzowego nietknięta, język nie zbacza. Pole i siła widzenia prawidłowe. Ból głowy przemijający, i nie ściśle umiejscowiony. Psyche nienaruszona. Przyłączyły się później zaburzenia w połykaniu, wybitne osłabienie zmysłu termicznego na całej lewej połowie ciała i niełatwo dające się powstrzymać napady płaczu lub śmiechu, znikły natomiast bóle głowy, zawroty, wymioty, bezwład ręki.

Wszystkie objawy wkrótce znikły. Po upływie kilku tygodni choroba wróciła lecz przedstawiała się inaczej. Niedowład prawej strony, szczególnie mięśni i twarzy. Osłabienie czucia dotykowego, bólowego i termicznego po stronie porażonej. Znaczne upośledzenie zmysłu mięśniowego w ręce. Drżenie zamiarowe i ataksya wybitne przy ruchach prawej ręki. Lewa połowa ciała obrzmiała, lekko sinawa i zimna na dotyk. *N. abducens* zupełnie porażony z lewej strony, w prawym ślady byłego porażenia. Chód spastyczno-móżdżkowy, hemiplegiczny. Chory pada w kierunku strony hemiparetycznej. Mowa nosowa, powolna, bez dobitnej akcentuacyi. Połykanie upośledzone. Pochylenie głowy w stronę niedowładnych kończyn. *Incontinentia urinae*. Chory pochodzi z rodziny zdrowej. Autor przypuszcza w tym przypadku pierwotne ognisko encephalityczne w górnej $^1/_3$ części lewej połowy mostu Warol'a, w tem miejscu gdzie lewy *n. abducens* na przebiegu swoim przecina węzeł czepka, kierując się w stronę lewej piramidy. Zabliźnione ognisko dało prawdopodobnie po kilku tygodniach bodźce do wytworzenia nowego ogniska w przylegającej prawej połowie mostu.

Higier. Przypadek odrębnej postaci padaczki. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego, str. 508.

Chłopiec 6 lat miewa niezwykłe, powtarzające się codzień napady: nagłe pojawianie się uczucia swędzenie i łechtania poniżej prawego kolana w tejże chwili noga zostaje bezwładną, o tyle że chory pada, jeżeli go się nie przytrzymuje. Rzadziej towarzyszą temu parestezye w prawym łokciu i osłabienia tejże kończyny. Po 10—15 sekundach, podczas których chłopiec przytomnie odpowiada na wszelkie pytania, władza ruchowa wraca, napad można uważać za skończony. Przedmioty z prawej ręki podczas napadu chory wypuszcza zawsze, z lewej rzadko. Autor przypuszcza, że miał do czynienia z odrębną postacią padaczki.

Higier. Diplegia cerebralis u dziecka czy hysterya. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego str. 497.

4 siostry [lat 24, 20, 18, 17] u wszystkich 4-ch: spastyczne porażenie kończyn dolnych, *pes equinovarus*, *pes cavus*, niezgrabność, osłabie-

nie i swoisty układ rąk i palców. Wzmożenie znaczne odruchów ścięgnistych, zanik nerwów wzrokowych, znaczne osłabienie siły wzroku, postępujące upośledzenie inteligencyi. Zupełny brak drgawek padaczkowych, bólów głowy, zaburzeń czucia oraz zmysłów, nie miesiączkują. U pojedyńczych sióstr zaniki mięśni rozlane, drżenie zamiarowe, zwężenie pola widzenia, mowa nosowa.

Autor przypuszcza: *diplegia cerebralis* rodzinna. Jasiński, który także tę samą rodzinę obserwował i demonstrował w Towarzystwie lekarskiem rozpoznaje histeryę.

Higier. Pseudotetania hysterica. Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego str. 496.

U histeryczki, napady duszności, przypominające zupełnie *angina pectoris*, obawa, *dyspnoë*, ból w okolicy serca; napady powoli znikły, pojawiły się napady codzienne skurczów tonicznych mięśni kończyn i tułowia, cechujące pod wielu względami tężyczkę [tetania]. Liczne stygmata histeryczne.

Higier H. Alexia subcorticalis. Przyczynek do nauki o zaburzeniach ośrodkowych w czytaniu, pisaniu i wzroku: o aleksyi, agrafii, dysleksyi, afazyi optycznej i ślepocie duchowej. Gaz. Lek. Str. 1074, 1138, 1164, 1191, 1247, 1312, 1334, 1364, 1394.

Obszerny wykład o napisanych w nagłówku objawach. Spostrzeżeń dwa: Spostrzeżenie I—chory lat 31, nigdy nie chorował ciężko, rodzice zmarli na apopleksyę, alkoholizm syfilis—zimnicę i ostre cierpienia wtórne wyklucza. Skarży się na silne bóle głowy, które pierwotnie były rozlane, później umiejscowiły się na 3 palce ponad muszlą lewego ucha i stąd rozpromieniały się ku tyłowi; bóle najsilniejsze w nocy. Wzmożenie odruchów kolanowych, brodawka zastoinowa, osłabienie wzroku, *hemianopsia dextra homonyma*, inteligencya prawidłowa, *sensorium* niezajęte. Zaburzeń mowy nie ma, mówi płynnie, poprawnie, chociaż można zauważyć brak pewien wyrazów, mających określić mniej znane lub rzadziej używane przedmioty.

Zaburzenie w czytaniu i pisaniu; chory nie mógł przeczytać nic pisanego lub drukowanego, chociaż treść była mu dobrze zrozumiałą. Bóle głowy wzmogły się, przyłączyły się wymioty, niedowład lewej kończyny, napad zupełnej utraty przytomności, po trzech tygodniach zupełne wyzdrowienie. Rozpoznanie guza syfilitycznego w okolicy *gyrus angularis*.

Spostrzeżenie II—56 lat, alkoholik, w rok po dostaniu syfilisu, osłabienie kończyn, swędzenie, mrowienie; ustąpiły prawie doszczętnie po zastosowaniu leczenia swoistego.

W $1^1/_2$ r. potem podwójne widzenie, po kilku miesiącach osłabienie siły wzroku i obustronne porażenie mięśni ocznych. I te objawy w części ustąpiły. Po upływie roku prawostronna *hemianopsia*, częściowa ślepota duchowa, afazya optyczna i dysleksya. Objawy te to słabną

to pogarszają się; wreszcie występują objawy wzmożonego wewnątrzczaszkowego ucisku, bóle głowy, wymioty, nerwoból nadoczodołowy, objawy zakrzepu zatoki jamistej. Energiczna kuracya usunęła częściowo i te objawy. Rozpoznanie przypuszczalne—rozlane alkoholiczne i syfilityczne porażenie mózgu.

Wnioski autora: 1) Typowy obraz „aleksyi podkorowej" Wernicke'go rozwija się niekiedy stopniowo, poprzedzany przez pojedyńcze, wielce charakterystyczne objawy, zwiastujące zupełną aleksyę.

2) Jako najbardziej rzadkie i ciekawe objawy wymienić należy: z jednej strony t. zw. dysleksyę Berlina [Przyp. II] z drugiej to, co autor nazywa afazyą optyczną wyrazową. [Przyp. I].

3) Przy afazyi optycznej wyrazowej zniesiona jest zdolność czytania przy zachowanej zdolności rozumienia tekstu [Prz. II] przy mniej rzadkiej postaci psychicznej ślepoty wyrazowej [Dejerin-Brissaud], zniesiona jest zdolność rozumienia przy zachowanej zdolności czytania, przy zwykłej aleksyi zniesiona jest zarówno zdolność pojmowania jak czytania.

4) Są niewątpliwie acz rzadkie postacie aleksyi podkorowej bez hemianopsyi. Częstość zaburzenia hemianoptycznego tłómaczy się prawdopodobnie nieznaczną odległością promienistości wzrokowej Gratiolet'a *fasciculi longitudinalis inferioris.*

5) Hemianopsya prawostronna sama przez się nic albo bardzo niewiele wpływa na wywołanie aleksyi, jak to przekonać się można na chorych znających język hebrajski, który się czyta z prawej strony ku lewej [Przyp. I].

6) Zaburzenia zdolności oryentowania się *resp.* zmysłu topograficznego mogą pozostać u chorego wtedy, kiedy wszystkie inne objawy ślepoty duchowej znikają. [Przyp. II].

7) Bywa ślepota duchowa z zupełnem zachowaniem zdolności czytania i pisania i bez zwykłych zaburzeń narządu wzrokowego [obniżenie siły wzroku, zwężenie pola widzenia, dyschromatopsya].

8) Klasyczny przypadek Leube'go, mający wiele cech wspólnych z aleksyą przyp. I, wymaga innego tłumaczenia nie zaś jakie mu pierwotnie dał autor sam.

9) Ażeby pobudzić przy czytaniu niezbędne do artykułowania drogi ruchowe, musi obraz wzrokowy budzący się w pamięci posiadać więcej wyrazistości, ciągłości i żywotności, aniżeli to jest potrzebne do samego zrozumienia tekstu, do wywołania pojęcia o rzeczy. [Przyp. I].

10) Spośród wielu hypotez, silących się tłumaczyć rozmaite odmiany aleksyi (*a. totalis, verbalis, litteralis*), najbardziej odpowiada istocie rzeczy hypoteza Stoelting'a i Bruns'a, uzupełniona w ostatnich czasach przez Bruns'a.

11) Zbiór objawów, niesłusznie dysleksyą nazwany, cechują aleksye peryodyczne, przypominające wielce t. zw. chromanie prze-

stankowe (*claudication intermittente*), parafrazowanie pojedyńczych wyrazów i sylab, polegające na bezładnem wytwarzaniu fałszywych asocyacyi fonetycznych lub myślowych, powtarzanie częste raz użytego wyrazu, czyli t. zw. *psychisches Nachwirken*, będące wyrazem odosobnionego zaburzenia w akcie czytania bez analogicznych zmian w mowie artykułowanej. [Przyp. II].

12) Podział Wernicke'go aleksyi na korową, podkorową i pozakorową nie wytrzymuje głębszej krytyki z punktu anatomicznego, również i podział kliniczny Dejerine'a na ślepotę wyrazową z agrafią i bez agrafii ze stanowiska psychologicznego. Najbardziej odpowiada rzeczywistości teorya Bastian'a, popierana ostatnio przez Freund'a, Charcot'a i Goldscheider'a, która różnice w zachowaniu zdolności pisarskiej przy aleksyi tłumaczy cechami indywidualnemi, mniejszem lub większem wyrobieniem zmysłu cheirokinestetycznego, składającego się ze śladów pamięciowych ruchów, wielokrotnie uskutecznionych. Ślady owe w części należą do zmysłu oporu i ucisku, w części wchodzą w zakres czucia mięśniowego i stawowego [Przyp. I i II].

Kossobudzki S. Przyczynek do kazuistyki przymiotu móżdżku. Medycyna str. 1192 i 1221.

Chory lat 30. Syfilis, przed 8 laty z kilkakrotnymi nawrotami. Przed 2 laty osłabienie wzroku, wymioty i zawrót głowy, przy obracaniu się i chodzeniu upadanie na jedną stronę, po 4-ch tygodniach przy kuracyi swoistej wszystkie objawy ustąpiły.

Obecnie mdłości, wymioty, zawroty głowy, ogólne osłabienie, źrenice rozszerzone słabo oddziaływają na światło i akomodacyę, osłabienie wzroku, brodawki zastoinowe. Leżąc chory nie czuje zawrotu głowy, gdy siądzie po niedługim czasie nudności i zawrót głowy, które się wzmagają, gdy chory wstanie. Stoi z szeroko rozstawionemi nogami, po pewnym czasie zaczyna się chwiać i pada w tył i na prawo. Przy cokolwiek szybszym obrocie zatacza się i pada w tył i na prawo. Podobna dążność do upadku występuje przy szybszym ruchu głowy w bok lub w górę, albo też przy szybszem zwróceniu oczu w górę lub w bok. Rozpoznano guz syfilityczny móżdżku, przy kuracyi swoistej wyzdrowienie.

Korczyński L. Choroba Basedowa. Rozprawa z zakresu medycyny praktycznej. Kraków 1894.

Zawiera: wstęp, etyologię, anatomię patologiczną, symptomatologię, patogenezę, rokowanie i leczenie choroby Bassedow'a.

Krysiewicz. Diplegia spastica infantilis. Nowiny lekarskie str. 270.

Dziewczyna lat 5 na kilka tygodni przed wstąpieniem do szpitala zapadła na nieokreśloną bliżej chorobę gorączkową, która po kilku dniach bez żadnego leczenia przeszła. Po wstaniu z łożka, chód chwiej-

ny, który pogorszał się systematycznie. Przy badaniu: niedowład (*paresis*) kończyn dolnych, obok prawidłowych odruchów i przy zachowanem czuciu.

Po dwóch miesiącach: wzmożenie odruchów kolanowych i stopowych, gorączka 38,4--39,0 epilepsia *spinalis*, wzmożenie odruchów w kończynach górnych.

Luxenburg. Dwa przypadki nowotworów mózgu. Pam. Tow. Lek. str. 1180.

Przypadek 1-y. Mężczyzna lat 50, od dwu lat stałe bóle głowy, czasem z lekkimi zawrotami. W nocy bólu nie było. Oprócz ogólnego wyniszczenia i znacznej sklerozy naczyń obwodowych innych zmian nie znaleziono. Na autopsyi w dolno-zewnętrznej części prawego *nucleus lenticularis cysta* wielkości laskowego orzecha, w której znaleziono pęcherzyk *cysticercus cellulosae*. Takiż pęcherzyk leżał na dnie IV komory.

Przypadek 2-gi. Mężczyzna lat 55; ogólne osłabienie, trudności w połykaniu, senność, niedowład lewych kończyn lewej połowy twarzy. Czucia bólowe i dotykowe zachowane. Brak brodawki zastoinowej. Autopsya: w prawej półkuli mózgowej guz wielkości gołębiego jaja, zajmujący *nucleus lenticularis i capsula interna et externa*. Guz w środku rozpadły, część tylko zewnętrzna dość twarda, biała. Na świeżym preparacie mikroskopowym znaleziono duże wielojądrowe komórki i komórki nerwowe. Oprócz guza znaleziono sklerozę naczyń mózgowych i wodogłowie.

Orłowski. S. O gumatach rdzenia. Gazeta Lek. Nr. 47 i 48 str. 1259, 1300.

Opisany przypadek następujący: L. A. lat 49. Ojciec cierpiał na syfilis, matka umarła na gruźlicę, dwóch braci z pijaństwa. Chory przechodził w 2-m roku życia cholerę, od 6—11 napady konwulsyjne bez utraty przytomności, zapalenie otrzewnej, trzy razy włoknikowe zapalenie płuc, zimnicę, trwającą ½ roku, ischias nadzwyczaj uciążliwą. Życie pędził nieprawidłowe, ciągłe i znaczne nadużycie napojów wyskokowych, *abusus in Venere*. Syfilisem zaraził się przed 8-a laty; objawy wtórne nie były zbyt silne, niewielka ogólna wysypka, lekkie zaczerwienienie w gardle. Leczenie swoiste energiczne—[przeszło 100 wstrzykiwań, wcierania, dużo jodku potasu]. Przed 3-a laty gumat języka—znikł przy swoistem leczeniu. Pierwsze objawy obecnej choroby przed rokiem: bóle z charakterem neuralgii międzyżebrowej. Ból przeszedł pod wpływem swoistego leczenia, lecz po 4-ch miesiącach powrócił; oprócz tego wystąpiły wtedy zaburzenia w chodzeniu, osłabienie dolnych kończyn—nogi męczyły się prędko, szczególniej prawa, podeszwy oniemiały, czynność płciowa, do tego czasu zupełnie prawidłowa, zgasła—znowu znaczna poprawa przy leczeniu swoistem. Przed miesiącem podczas uciążliwej podróży (z Kijowa do Wołogdy) poja-

wiły się: szybko postępujący niedowład nóg, bóle w boku, osłabienie nóg, utrudnione wydzielanie moczu, obrzęk prawej stopy. Objawy te trwały około miesiąca — później przyłączyły się nadzwyczaj bolesne kurcze w mięśniach ściany brzusznej, bóle w boku wzmogły się, wydalanie moczu stało się niemożliwem, wystąpił obrzęk obu kończyn dolnych i zupełne porażenie takowych. Przy badaniu znaleziono: żadnych zmian ze strony nerwów mózgowych, ruchy głowy i kończyn dolnych prawidłowe, silny obrzęk obu kończyn dolnych do pachwiny, głównie na goleniach i stopach — zupełne porażenie prawej kończyny dolnej, tylko w palcach mimowolne ruchy, znaczny niedowład lewej kończyny, *rigiditus musculari*s, drgawki kloniczne przy każdym nieostrożnym ruchu, zwłaszcza w mięśniach *rectus cruris* i *adductores*. Silny ból w prawym boku, w mięśniach skórnych brzucha od czasu do czasu bolesne kurcze, ból zdaje się poprzedzać kurcze i te powstają drogą odruchu— brzuch wówczas zdaje się być przewężonym w okolicy pępka na szerokość pasa. Przy badaniu prądem przerywanym i stałym—mięśnie stóp i goleni niepobudliwe, na udach oddziaływają mięśnie tylko przy silnych prądach. Odruchy ścięgniste na kończynach dolnych znacznie wzmożone — przy osłabionych odruchach kończyn górnych. Odruchy brzuszne i mięśnia dźwigającego jądro, zniesione. Silne bóle neuralgiczne w 6-m przestworze międzyżebrowym z prawej strony – symetrycznie z lewej — słabsze. Ucisk na IV międzyżebrowy pień z przodu bolesny, inne pnie niebolesne. Czucie dotykowe trochę osłabione na kończynach dolnych do pachwin, na tułowiu od V-go do X-go żebra pas silnej nadczułości. Czucie bólu na kończynach dolnych prawie zniesione—z lewej niebolesność zupełna—z prawej niezupełna. Czucie ciepłotne niezmiernie upośledzone na kończynach dolnych—różnicy 25° chory nieodróżnia. *Incontinentia urinae et alvi, anästhesia urethrae et recti Impotentia.* Po pięciu dniach chory zmarł. Autopsya wykazała: w samym rdzeniu i spojonych z nim oponach—dwa guzy—gumaty oba zaczynają się na wysokości 5-go grzbietowego korzenia—a dochodzą prawy do dolnej granicy 6-go korzenia, a lewy do 8-go. Prawy guz mieści się w oponach, uciska rdzeń lecz w substancyę jego nie przenika, Największym jest on w środku 6-go segmentu i tu wielkością przypomina ziarnko słonecznika, guz lewy znajduje się w samej substancyi rdzenia i zaczyna się w postaci skupień drobnych komórek zalegających warstwami pomiędzy włóknami nerwowemi — niżej na wysokości 5-go grzbietowego segmentu te warstwy drobno komórkowe łączą się i tworzą jeden guz gumat, koło środka 7-go grzbietowego segmentu guz dochodzi wielkości dużego orzecha i większą swą częścią leży już nazewnątrz rdzenia.

Opony nacieczone zgrubiałe, im bliżej guzów tem silniej. Korzenie nerwowe otoczone grubą warstwą tkanki łącznej, *perineurium* nacieczone i zgrubiałe. Od opon na całym obwodzie rdzenia w istotę jego przenikają nadzwyczaj liczne septa, grube, faliste, infiltrowane, obficie unaczynione.

Neuroglia w sąsiedztwie tych przegród wybujała. Naczynia zmienione, żyły więcej niż tętnice, mniejsze gałązki więcej niż większe, im bliżej guzów tem zmiany większe.—Ściany naczyń nacieczone, zgrubiałe. Włókna nerwowe wskutek ucisku zwyrodniałe, komórki pokurczone bez wyrostków. *Degeneratio ascendens* w pęczkach Gall'a w całej części szyjowej i w górnych segmentach grzbietowych. *Degeneratio descendes* w pęczkach Turck'a—poniżej guzów.

Ołtuszewski W. Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Medycyna 903, 927, 954, 977.

Sprawozdanie rozumowane z działalności zakładu dla zboczeń mowy za czas od Lipca 1895 r. do Lipca 1896 r. Sprawozdanie obejmuje przypadków 200 w nich niemoty 41 [m 26 k 15] bełkotania z wadliwem wymawianiem 51 [m 32 k 19] mowy nosowej 7 [m 4 k 3] jąkania 101 [m 76 k 25]. Liczne historye chorób ilustrują rozumowania autora.

Niemota czynnościowa i organiczna leczy się przez wyrabianie lub wzmacnianie pamięci słownych, przy pomocy odpowiednich systematycznie prowadzonych ćwiczeń.

Dzieci dostarczają największego kontyngensu pacyentów i leczą się najprędzej; liczba dorosłych zwolna zwiększa się corocznie. Na szczególną uwagę zasługują dobre wyniki leczenia u głuptasów i idyotów lekkiego stopnia. Najlepiej poddaje się leczeniu niemota powstała po urazie. Wyleczenie otrzymać można i u dorosłych.

Głuchota wyrazowa pozakorowa [zależna od zmian w uchu wewnętrznem lub średniem] leczy się na tej samej zasadzie, co i niemota. U dzieci i starszych dotkniętych tą formą głuchoty udaje się przywrócenie zarówno rozumienia mowy, jak i używanie mowy samodzielnej.

Bełkotanie polega na przekształcaniu i zniepodabnianiu wyrazów—dotyka najczęściej dzieci i powstaje na tle ustępującej niemoty, przechodzi najczęściej samo, bez interwencyi lekarskiej.

Bełkotanie, spowodowane przyczynami organicznemi, jest ciężką formą zboczenia mowy ale leczeniu poddaje się także. Rozczep podniebienia miękiego i twardego sprowadzi także bełkotanie.

Przyczyną bełkotania jest najczęściej niedbalstwo otoczenia przy rozwoju dziecka i zły wzór mowy.

Wadliwe wymawianie jednej lub kilku głosek powstaje także na tle ustępującej niemoty czynnościowej lub organicznej — leczyło się w zakładzie osób 6 wszystkie z wynikiem dodatnim.

Mowa nosowa jest także rodzajem bełkotania z brzmieniem nosowem (*rhinolalia aperta*) wskutek braku rozgraniczenia jamy ustnej od jamy nosogardzielowej, powietrze wirujące odbija się o kanały tej ostatniej jamy i wychodzi nosem.

Odcień nosowy zależy od wzmocnionego rezonansu jamy nosogardzielowej przy zatkaniu jej z jakiejbądź przyczyny, co zanieczy-

szcza tylko mowę, zresztą zupełnie zrozumiałą (*rhinolalia clausa*). Leczyło się przypadków mowy nosowej 12—z nich 5 powikłane bełkotaniem, *rhinolalia aperta* 9—*clausa* 3.

Jąkanie — przyczyna najczęstsza — dziedziczność, następnie uraz, naśladownictwo, przestrach, choroby ustrojowe, prędka mowa otoczenia, choroby zakaźne. Wiek tworzenia się mowy jest najczęstszym terminem powstawania jąkania, rzadziej wiek największego przyrostu umysłowego u dzieci (7—8), najrzadziej u dorosłych. Jeden przypadek powstania jąkania obserwował autor w 18-ym r. życia i ten przytacza.

Typ najczęstszy jąkanie głosowo-artykulacyjno-oddechowe—najrzadziej jąkanie oddechowe. Leczenie daje wyniki bardzo dobre. Na 101 chorych leczonych w zakładzie wyleczyli się wszyscy, z wyjątkiem jednej osoby, która doznała znacznej poprawy.

Autor zwraca uwagę lekarzy na ważne znaczenie głuchoty wyrazowej pozakorowej, szczególnie u dzieci i możliwość jej leczenia, na uleczalność wszelkiego rodzaju zboczeń mowy u głuptasów i idyotów lekkiego stopnia, które to zboczenia niewątpliwie przyczyniają się do utrwalenia i tak już upośledzonego ich stanu umysłowego.

Prus J. Przypadek: paralysis spastica acquisita. Przegl. Lek. str. 262.

W dyskusyi w towarzystwie lekarskiem lwowskiem przytoczył autor przypadek, w którym u pacyentki w 15-ym roku życia wystąpiły zwolna typowe objawy *paralysis spinalis spastica*, a mianowicie niedowład obu kończyn dolnych, wzmożenie odruchów kolanowych, drżenie stopowe, chód spastyczny oraz wzmożenie napięcia mięśniowego (*rhigiditas*). Po dwuletniem leczeniu (głównie elektrycznością) choroba ustąpiła w zupełności.

Reiss W. O nerwicach skórnych. Wykład habilitacyjny. Przegl. Lek. str. 361, 375, 387.

Zwięzły wykład kliniczny o nerwicach skórnych—rzecz nie nadająca się do streszczenia.

Rychliński K. Częściowa padaczka mocznicowa. Pam. Tow. Lek. str. 1121.

Dziewczynka lat 7 chorowała na szkarlatynę, miała obrzęk nóg i twarzy przed rokiem. Obecnie pojawiły się drgawki w lewej ręce i wyprężanie w lewej nodze—napadów takich bywało w ciągu doby do 40. Po 2-ch tygodniach zjawił się bezwład lewej ręki. W 3 dni bezwład ręki znikł, drgawki zaś przy napadzie obejmowały lewą połowę twarzy i po napadzie powstawał przez pewien czas niedowład lewego nerwu twarzowego. I ten jednak obraz znikł, zjawiły się natomiast napady trwające 1½ minuty i polegające na tem, że chora wydaje głosy podobne do śmiechu. Przy tych napadach niezawsze bywa utrata

przytomności. Dokonana dwukrotnie analiza moczu wykazała ślady białka i cylindry w osadzie.

Rychliński K. Mięsak opony miękiej w okolicy móżdżku. Pam. Tow. Lek. str. 240.

Chory lat 47 dostał bólu głowy nasilającego się pod wieczór i w nocy, ból nieokreślony, zda się tamować choremu oddech i rozsadzać czaszkę. Drętwienie w palcach lewej ręki. Rozszerzenie prawej źrenicy z zachowaniem reakcyi, nieznaczny niedowład nerwu twarzowego prawego, opuszczenie prawego łuku podniebiennego, zmniejszenie czucia w prawej połowie twarzy i w lewej ręce. Później zez rozbieżny prawego oka i porażenie nerwu błędnego. Śmierć nagła. Sekcya wykazała: mięsak wychodzący z opony mózgu, dążący ku móżdżkowi, który wypełniał bruzdy między dolną i górną powierzchnią prawej półkuli i następnie piął się naprzód, uciskając nerw trójdzielny (z którego pnia pozostały po prawej stronie zaledwie ślady), uciskał bardzo i płaszczył prawą połowę mostu Warola i wychodzące zeń korzonki nerwów czaszkowych, uciskał nieco nerw twarzowy i słuchowy i poniżej wychodzące *n. glossopharyngeus i vagus.*

Strużewski K. Przypadek syringomyelii. Gazeta Lek str. 1378.

Niedowład obu kończyn górnych, częściowe porażenie czucia na kończynach górnych po części na karku, szyi, plecach i piersiach, zachowanie czucia dotykowego przy zupełnem zniesieniu czucia bólowego i termicznego; później niedowład kończyny dolnej lewej z objawami spastycznymi i takież rozszczepienie czucia, ale mniej wyraźne niż w kończynach górnych, zanik mięśni *en masse*, skrzywienie kręgosłupa w szyjowej części. Poprawa czucia i ruchu w kończynach górnych w przebiegu choroby; brak zaburzeń troficznych.

Surzycki J. O nerwicach urazowych. Neurosis traumatica (Railway spine and brain) oraz kilka uwag o przypadkach obserwowanych w klinice. Pam. Tow. Lek. Zeszyt II, str. 277.

Treść: historyczny rozwój nauki o cierpieniach urazowych, etyologia choroby, szczegółowa symptomatologia, terapia i prognostyka oparte na doświadczeniu własnem w klinice prof. Korczyńskiego i we własnej praktyce jako lekarza kolejowego, wreszcie szczegółowe wskazówki jak odróżnić objawy udane od istotnych i szczegółowy rozbiór możliwości tych pomyłek.

Tumpowski A. Przyczynek do etyologii i symptomatologii wiądu rdzenia. Medycyna str. 1290 i 1316.

Zestawienie statystyczne przypadków wiądu rdzenia pod względem etyologicznym i symptomatologicznym. Przypadki pochodziły

z polikliniki i praktyki prywatnej Goldflam'a—przypadków zestawiono 257 z nich 31 kobiet.

Przymiot pewny stwierdzono 100 razy [38,9%] prawdopodobny 51 razy [19,8%] szankier mięki 15 [5,8%]. Przymiot zajmuje pierwsze miejsce—nie wyklucza wcale innych czynników—jak dziedziczność, alkoholizm, przeziębienie, nadużycia płciowe i inne, z któremi może się kombinować. Czas występowania wiądu po zarażeniu się przymiotem 5—10 lat rzadziej w drugiem dziesięcioleciu, najrzadziej przed 5 i po 20-m roku.

Z objawów najczęstszym są bóle 225 razy t. j. [87,5%] charakterystyczne tylko w 112 t. j. [43,3%]. Bóle występują seryami i przeskakują z jednego miejsca na drugie. Objaw Westphal'a w różnych postaciach stwierdzono 220 razy t. j. [85,6%]. Brak obu odruchów [68,4%], brak jednego 5%, osłabienie obu 4,6%, nierówność 6,6%.

Brak odruchu Achillesa przy zmianach w odruchu kolanowym stwierdzono: — z obu stron 97 przypadków, po jednej stronie 6, nierówność odruchu 2, osłabienie 2. Przy prawidłowym odruchu kolanowym stwierdzono brak odruchu Achillesa z obu stron 5 razy, z jednej strony 3, nierówność 1.

Stwierdzono niejednokrotnie powrót brakujących poprzednio odruchów.

Cyfry innych objawów niewiele się różnią od danych Leimbach'a.

Wizel A. O urojeniach wstecznych jako odrębnej postaci urojeń. Przyczynek do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem. Paranoia acuta hallucinatoria. Medycyna str. 217, 241, 265.

Opisany przypadek ostrego obłąkania halucynacyjnego (*Paranoia hall. ac.*), w którym po ustąpieniu wszystkich objawów rozstroju psychicznego, przy zupełnem zachowaniu krytycyzmu teraźniejszości, powstały urojenia o faktach przeszłych—dawne idee prześladowcze. Te urojenia o faktach dawnych przy zupełnie prawidłowem ocenianiu faktów obecnych, uważa autor jako odrębną postać urojeń i nazywa urojeniami wstecznemi.

Zabłudowski J. Przypadek choroby Friedreich'a. Leczenie za pomocą mięsienia. Medycyna str. 1070.

Bezwład, ruchy pląsawicze, drżenie gałek ocznych, brak odruchów ścięgnistych, utrudnione przełykanie i mowa, mdłości. Systematyczne mięsienie, połączone z ruchami czynnymi, biernymi i podwójnymi sprowadziły znaczną poprawę stanu chorej.

Biegański i Wrześniowski. Przyczynek do chirurgicznego leczenia chorób mózgu. Medycyna str. 1021, 1045.

Patrz dział XII—Chirurgia.

Borsuk M. i Wizel A. Przypadek urazowego wylewu krwi do substancyi białej mózgu z następczem zaburzeniem mowy, niedo-

władem połowicznym i padaczką Jackson'a, wyleczony na drodze chirurgicznej. Przegląd Chirurgiczny str. 1.

Patrz dział XII—Chirurgia.

Biegański. Napady padaczkowe w stwardnieniu tętnic jako objaw zaburzeń cyrkulacyjnych. Przegl. Lek. str. 17 i 32.

Patrz Dział X D—Chor. narządów krążenia.

Ciągliński A. O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego. Gaz. Lek. str. 254, 282.

Patrz dział III—Anatomia patologiczna.

Dembowski T. Przypadek meningocele spuria traumatica wyleczony na drodze operacyjnej. Przegląd Chirurgiczny str. 15.

Patrz dział XII—Chirurgia.

Grosglik S. Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego oraz uwagi o leczeniu neurasthenii płciowej. Medycyna str. 177, 200, 223, 248, 273, 294.

Patrz dział XII—Chirurgia.

Dyskusya nad zwyrodnieniem wstępującem po doświadczalnych uszkodzeniach rdzenia, w Warsz. Tow. Lek. Pamiętn. Tow. Lek. str. 492 i 507.

Dyskusya o dziedzicznych i rodzinnych cierpieniach mózgowych i rdzeniowych, w Warsz. Tow. Lek. Pamiętn. Tow. Lek. str. 1150.

Dyskusya nad nowotworami mózgowymi, w Warsz. Tow. Lek. Pam. Tow. Lek. str. 1179.

Dyskusya nad przymiotem mózgu, w Poznańs. Tow. Lek. Nowiny Lek. str. 328.

Dyskusya nad nerwicami urazowemi, w Poznańs. Tow. Lek. Nowiny Lek. str. 329.

G) Pedyatrya.

Sprawozdawca

St. Kamieński.

Dytel E. Przyczynek do leczenia kokluszu. Kronika Lekarska, Nr. 15, str. 691.

Autor próbował przy kokluszu najrozmaitszych środków i zestawia wyniki swego leczenia: 1) Antyspasmina (*narceinum natro-salicylicum*) wogóle nieskraca przebieg u choroby [w 10 przypadkach długość jej trwania wahała się między 9—12 tygodniami], nie wpływa na częstość napadów, lecz łagodzi ich natężenie, nie wywiera ubocznego działania.

2) *Zincum oxydatum album c. extracto belladonae* wywierają wpływ na złagodzenie napadów i zmniejszenie ich częstości. Ten sam mniej więcej wpływ wywiera samo *zincum oxydatum*, prócz tego dobrze ten środek działa, jeżeli równocześnie z kokluszem istnieje *enteritis*. 3) *Terpinum hydratum* dawało autorowi bardzo dobre wyniki zwłaszcza przy powikłaniach kokluszu nieżytem oskrzeli lub płuc; środek ten wywoływał działanie moczopędne; ubocznych działań autor nie obserwował. 4) *Natrum bromatum* zmniejsza znakomicie natężenie napadów. 5) Antipiryna zmniejsza natężenie napadów i ich częstość, lecz chorzy szybko przyzwyczajali się do tego środka i przestawał on na nich działać. 6) Antipiryna z kodeiną działają tak samo jak poprzedni środek. 7) Pędzlowanie gardzieli i krtani sublimatem 1‰ nie dawały autorowi żadnych dodatnich wyników, a nawet napady zaraz po zapędzlowaniu stawały się silniejsze.

Niema więc środka specyficznego przeciwko kokluszowi, lecz niektóre z nich wywierają wpływ dodatni na częstość i natężenie napadów. Autor uważa że dobrze jest nie trzymać się jednego środka, lecz zmieniać je, gdyż prawdopodobnie organizm przyzwyczaja się do nich. Wogóle stosuje autor następujące leczenia. *In stadio convulsivo* zaleca brom w sporych dawkach; gdy natężenie napadów osłabione przechodzi do antipiryny z kodeiną, a przy istnieniu gorączki do antipiryny samej. Przy istnieniu powikłań ze strony oskrzeli lub płuc stosuje autor *terpinum hydratum*. Prócz tego zwracać należy uwagę na przewietrzanie pokoju, zmianę częstą bielizny i wogóle warunki hygieniczne.

Gutentag. O stosowaniu sublimatu przy kokluszu. Protokuły posiedzeń Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego. Gazeta Lekarska Nr 17, str. 470.

Ponieważ początkowem siedliskiem kokluszu jest jama noso-gardzielowa, więc miejscowe środki dezynfekcyjne mają racyę bytu przy leczeniu kokluszu. Autor stosował za radą Raubitschk'a sublimat 1‰, którym smarował łuki podniebienne, migdały, nasadę języka. G. stosował sublimat w 26 wypadkach; otrzymał następujące wyniki: 1) Znaczne zmniejszenie częstości napadów po dwukrotnem pędzlowaniu w 11 przypadkach. 2) Napady w 7-u przypadkach stały się łagodniejszymi; przyczem w 6 przypadkach *stad. convulsivum* znikło po 6 krotnem pędzlowaniu. 3) Częstość wymiotów zmniejszyła się w 5-u przypadkach. 4) Na długość choroby pędzlowania sublimatem nie wywierają wpływu. 5) Pędzlowania zdają się mieć wpływ ochraniający.

W dyskusyi przyjmowali udział: Pincus, Sterling, Lohrer, Bondy.

Fruchtmann A. Badanie mleka kobiecego i mamek. Pamiątka z wystawy hygienicznej 1896. str. 68.

Wymagania jakie stawiać należy przy wyborze mamek. Przedewszystkiem zwracać uwagę na gruźlicę i syfilis. Badanie mleka kobiecego gołem okiem, przy pomocy masłomierza, badanie mikroskopowe. Jest to praca popularna, niedająca żadnych nowych danych.

Kramsztyk J. O karmieniu i sztucznem żywieniu niemowląt. Pamiątka z wystawy hygienicznej 1896 r. str. 541.

Jest to wykład popularny dla szerokiej publiczności o powyżej zaznaczonym przedmiocie. Autor podaje dane statystyczne tyczące się śmiertelności dzieci karmionych przez matki, mamki i sztucznie, przyczyny wielkiej śmiertelności między ostatniemi, przeciwskazania do karmienia przez matkę, dyetetykę karmiącej, przepisy co do częstości karmienia dziecka i kontrolowania rezultatów tegoż przez systematyczne ważenie. Dalej podaje autor przepisy, tyczące się sztucznego karmienia, przygotowywania mleka i o jego surogatach.

Rabek L. Przypadek tężca przyrannego leczony antitetaniną. Wyzdrowienie. Kronika lekarska. Nr 24, str. 1065.

Sześcioletni chłopiec przybył na oddział wewnętrzny z objawami tężca. Mianowicie dwa tygodnie przed przyjęciemdo oddziału wbił on sobie drzazgę w palec u nogi. W tydzień po skaleczeniu zauważono sztywność karku i trudność w otwieraniu rąk, następnie sztywność kończyn i niemożność chodzenia. Po tygodniu dopiero przyniesiono chłopca do szpitala. Tu znalazł autor: objawy krzywicy. Tętno 72, oddech 20 miejsce skaleczenia zabliźnione, *opisthotonus*, szczękościsk, trudność połykania, skurcz mięśni przy silniejszych wrażeniach zewnętrznych. Wstrzyknięto 10 cm³ surowicy. Na drugi dzień stan bez zmiany; zastrzyknięto znowu 20 cm³. Napięcie mięśni niezmniejszyło się, wrażliwość jednak chorego stała się mniej znaczną. Stan taki trwał przez dni 4 i piątego wstrzyknięto znowu 20 cm³ surowicy. Po tem ostatniem wstrzyknięciu napięcie mięśni zmniejszało się stopniowo, sztywność kończyn zmniejszała się i objawy tężca znikły po trzech dniach. Zastrzyknięcie surowicy wywołało ropień podskórny, który musiał być przecięty. Tężec trwał w szpitalu dni 8; w domu również koło 8 razem dni 16. Autor obawiał się wstrzykiwać większych ilości antitoksyny, dla tego że dziecko było osłabione. W innych wypadkach należałoby, zdaniem autora, odrazu uciekać się do dawek większych.

Raczyński J. O zapaleniu płuc powstającem u dzieci na tle chorób przewodu pokarmowego. Przegląd Lekarski. Nr 40, str. 529 i Nr 41 str. 548.

Zapalenia płuc bywają pierwotne i następcze. Te ostatnie rozwijają się między innemi na tle chorób kanału pokarmowego, i nieraz jako t. z. *pneumonia terminalis* bywają ostatecznem zejściem tych chorób. W tego rodzaju zapaleniach uwzględniano przy leczeniu, tylko stan przewodu pokarmowego i wraz z poprawą stanu tego ostatniego

otrzymywano poprawy objawów ze strony płuc. Dopiero bakteryologia odkryła związek, jaki zachodzi między chorobami przewodu pokarmowego a zapaleniem płuc. Pierwszy baczniejszą na ten związek zwrócił uwagę Sévestre, po nim Eptein, Czerny, Moser i inni.

Choroba rozpoczyna się od zwykłych objawów nieżytu żołądka i kiszek; dopiero po paru dniach dołącza się do nich kaszel, duszność, przyśpieszenie oddechu. Badanie przedmiotowe klatki piersiowej wykazuje odgłos bębenkowy, czasami gdy ogniska są liczne, odgłos krótki, nigdy prawie niema stłumień; oddech szorstki lub osłabiony, nieliczne drobne pęcherzykowe lub dźwięczne rzężenia. Zwykle w początkach niema objawów nieżytu oskrzeli, co dowodzi, że sprawa poczyna się od pęcherzyków płucnych. W dalszym przebiegu choroby ogniska zapalne zlewają się i kaszel staje się bardziej uporczywym, występują również objawy rozległych zmian w płucach, sinica *orthopnoe*, oddechanie skrzydłami nosa i t. d.

Zmiany anatomiczne są trojakiego rodzaju: 1) Zwyrodnienie nabłonka pęcherzyków, który oddziela się i wypełnia światło tych ostatnich; 2) oprócz powyższego jeszcze nacieczenie komórkowe; 3) wypocina zapalna z ciałek białych i włóknika. Także obserwujemy zawsze mnóstwo drobnoustrojów.

Sprawa w płucach jest objawem samozakażenia wskutek wessania chorobowej zawartości jelit. Że takie wessanie ma miejsce, dowód w tem, że choroby przewodu pokarmowego działają na układ nerwowy, wywołując u dziecka nieprzytomność, senność, osłabienie odruchów, upośledzenie ssania i połykania; czasami zaś stan wprost przeciwny — podniecenie (drgawki). Dalej widzimy, że chorobom przewodu pokarmowego towarzyszą objawy ze strony naczyń i skóry (zmiany w mięśniu sercowym, wysypki skórne). Dalej gdy do krwi dostają się już nie toksyny lecz drobnoustroje powstać może ropień (*furunculosis*), zaburzenia ze strony nerek. Czerny i Moser znajdowali we krwi dzieci chorych na gastroenteritis: *bacillus coli*, *pyocyaneus*, *lactis aërogenes* i t. d. Zmiany więc w płucach uważać należy za sprawę przerzutową, sprawę zakażenia krwi drobnoustrojami. Ponieważ płuca są najczęściej siedliskiem tych zmian, więc widocznie drobnoustroje dostają się z kiszek do naczyń chłonnych, a z nich przez żyłę bezimienną do płuc. Najczęstszym lasecznikiem, jaki spotykamy w zawartości tych ostatnich jest *bacterium coli commune*, jak tego dowiodły badania Gaston'a i Renard'a.

Sterling S. Moczówka cukrowa u dziecka siedmioletniego. Gazeta Lekarska Nr 24, str. 640.

Autor obserwował dziecko 7-letnie słabo rozwinięte, które wogóle od urodzenia było wątłe i dość często chorowało; między innemi przechodziło dwukrotnie dyfteryt, ropienie w szczęce i jakąś sprawę nerwową. Z początku u dziecka istniały tylko objawy zapalenia oskrzeli, które autor uważał za objawy rozpoczynającej się gruźlicy. Później

wystąpił obrzęk twarzy i kończyn dolnych, suchość błon śluzowych, przykry zapach z ust, duszność. Ilość moczu była zmniejszoną. Mocz miał ciężar gatunkowy 1031, autor znalazł w nim białko i 6% cukru. Z wywiadów dalszych dowiedział się autor że dziecko po ostatnio, dwa lata temu przebytym dyfterycie, skarżyło się zawsze na suchość w ustach, miało nadmierne pragnienie i oddawało znaczne ilości moczu. Przez ten cały czas istniał przykry zapach z ust. Autor w następstwie badał mocz codziennie i badanie to wykazywało stopniowe zmniejszanie się ciężaru gatunkowego z 1032 do 1021, ilości cukru do 1%, a powiększanie się ilości białka, przytem mocz dawał wyraźny odczyn na aceton i kwas acetooctowy. Dobowej ilości moczu zebrać autor nie mógł. Podczas choroby obrzęki powiększały się, dziecko było bardzo niespokojne, miewało halucynacye. Na dwa dni przed śmiercią zjawiły się wymioty i drgawki kończyn górnych. W dzień śmierci: śpiączka *ascites*. Leczenie ograniczało się do dyety mlecznej, kąpieli i środków przeczyszczających.

Za przyczynę choroby uważać należy dyfteryt. Białkomocz uważa autor za objaw zatrucia ustroju a nie choroby organicznej nerek Objawy śpiączki można przypisywać zarówno mocznicy jak i *coma diabeticum*; autor na zasadzie przebiegu choroby [braku wymiotów do ostatniej chwili, tętna szybkiego, niepokoju dziecka] przechyla się raczej do rozpoznania śpiączki cukrzycowej.

Kamieński. O wylewach mleczka do jam surowiczych ciała.
Patrz dział: VIII — Patologia ogólna.

XI. LARYNGOLOGIA, RHINOLOGIA i OTYATRYA.

Sprawozdawca

W. Szumlański.

A) Laryngologia i rhinologia.

Baurowicz A. Rzadki przypadek złamania chrząstki obrączkowej. Przegl. Lek. Nr 4, 5, 7, str. 48, 60, 82.

Chory 36-letni, przechodząc przez płot, upadł i uderzył się w okolicę krtani od strony prawej; wystąpiło krwioplucie, chrypka i duszność, wskutek czego w 2 dni po wypadku chory zgłosił się do ambulatoryum. Tu wobec stale zwiększającej się duszności, powodowanej obrzękiem krtani, 4-go dnia po urazie wykonano przecięcie tchawicy; w dwa dni później po ustąpieniu obrzęku skonstatowano na tylnej ścianie krtani przedarcie części miękich i pęknięcie tylnej części chrząstki obrączkowej;—27-go dnia po wypadku wystąpiły objawy zapalenia ochrzęstnej prawej chrząstki nalewkowej, które przeszło w ro-

pienie i zakończyło się wykrztuszeniem kawałka chrząstki, poczem ropienie ustało. Rurki jednak i teraz jeszcze nie można było usunąć z powodu prawostronnego zgrubienia podgłośniowego; zgrubienie to wycięto po dokonaniu operacyi przecięcia krtani i po zagojeniu rany oraz otrzymaniu dostatecznie szerokiego otworu głośni, kaniulę usunięto. Głos powstał nieco ochrypły,

Blumental A. Przypadek wpadnięcia rurki tracheotomijnej do płuca. Medycyna Nr 3, str. 49.

Chory, 21-letni, po operacyi laryngotomii, nosił 2 lata rurkę metalową, nie wyjmując i nie oczyszczając rurki zewnętrznej, która skutkiem tego rdzewiała i wreszcie tak się zużyła, że dolny koniec oderwał się i wpadł do tchawicy. B. widział chorego w 3 dni po wypadku, gdy objawy fizykalne ze strony płuc pozwalały przypuszczać dostanie się rurki do lewego głównego oskrzela, które było prawie zupełnie zatkane. Wkrótce wystąpiły objawy uszkodzenia ścianki oskrzela i jednego z większych naczyń krwionośnych [obfite krwawienia] i nieżyt oskrzelowy ropny. Stan taki trwał tydzień, poczem zwolna zaczęła powracać drożność w zatkanem oskrzelu; 17-go dnia po wypadku krwawienia ustały i wkrótce potem duszność ustąpiła. W 2 miesiące po katastrofie czynność w obydwóch płucach prawidłowa.

Tak względnie szczęśliwe zejście autor objaśnia w ten sposób, że rurka, przebiwszy ścianę oskrzela, przedostała się do miąższu płucu, wgoiła się weń zupełnie i przez wytworzenie tkanki łącznej uległa otorbieniu.

Heryng T. O fenolu sulfo-rycynowym, stosowanym przy gruźliczych i przewlekłych cierpieniach gardzieli, krtani i nosa. Gazeta Lek. Nr 23, 24, 26, 27, str. 607 i 644, 690, 726.

Po szczegółowym opisie własności chemicznych i farmakologicznych omawianego leku, którego skuteczność zależy przedewszystkiem od sposobu przygotowania [pierwszeństwo przed innymi ma preparat Berlioz'a] oraz po streszczeniu uwag Ruault'a, odnoszących się do działania fenolu sulfo-rycynowego, techniki stosowania, wskazań i przeciwskazań, autor opisuje niektóre z własnych spostrzeżeń, przedewszystkiem gruźlicy krtani. Wyniki lecznicze były wogóle zadawalniające; w niektórych przypadkach osiągnięto zupełne zabliźnienie, w większości znaczną poprawę z ustąpieniem objawu tak dla chorych dolegliwego, jak trudność i bolesność przy łykaniu. Najłatwiej ustępowały zmiany, usadowione na tylnej ścianie krtani, na więzach bocznych oraz nasięki chrząstek Santorini'ego; przy cierpieniu nagłośni najlepsze wyniki otrzymywano w formach nasięków ograniczonych, jednostronnych, przewlekłych z małą skłonnością do rozpadu. Wyleczenia takiego, jakie H. otrzymywał przy stosowaniu metody chirurgicznej, przy tem leczeniu nie spostrzegał, nie uważa też fenolu sulfo-rycynowego za środek specyficzny przy gruźlicy krtani, ponieważ jednak zmniejsza

on objawy zapalne, towarzyszące nasiękom i owrzodzeniom gruźliczym, przyśpiesza wessanie nasięków, doprowadza do zaniku produkty gruźliczego zapalenia i usuwa szybko dysfagię, jest więc lekiem. który w pewnych przypadkach wytwarza najlepsze warunki, przywracając krtani jej czynności i dla tego zasługuje na polecenie i stosowanie, zwłaszcza przez lekarzy niespecyalistów, którzy nie mają wprawy w stosowaniu leczenia chirurgicznego, oraz u chorych, którzy się tego leczenia obawiają.

Z pomiędzy cierpień niegruźliczych stosował H. z wynikiem zadawalniającym fenol sulfo-rycynowy w przypadkach przewlekłego przerostowego nieżytu nosa; dalej przy twardzieli nosa i krtani, przy t. zw. *pharyngitis lateralis hypertrophica i pharyngitis lateralis luetica.*

Stosuje się zwykle roztwór 30—40%, u osób wrażliwszych zaczynać należy od słabszych rozczynów po uprzedniem zapędzlowaniu 10%-owym rostw. kokainy.

Jaruntowski A. Krótki pogląd na obecny stan nauki o ropieniach w jamie Highmora. Nowiny Lek. Nr 1, str. 10.

Jest to streszczenie zbiorowe, obejmujące etyologię, symptomatologię i sposoby leczenia ropotoku w jamie Highmora —w końcu pracy podaje autor własny pogląd na metody lecznicze, radząc rozpocząć leczenie od przepłukiwań jamy przez otwór naturalny za pomocą cewnika Jurasza, a gdy to nie skutkuje przystąpić do operacyi. Z trzech znanych metod, za najpraktyczniejszą uważa przebicie jamy z zębodołu; jeżeli z jakiejkolwiek przyczyny tego wykonać nie można, radzi przebicie ściany z dolnego przewodu nosowego, najlepiej dwójgrańcem Jurasza; w przypadkach zaś zastarzałych, gdzie istnieje przypuszczenie, że wytworzyły się granulacye w jamie oraz nekroza ścian bocznych, należy przystąpić do otworzenia przedniej ściany jamy metodą Küster'a.

Jaruntowski A. Zwężenie przymiotowe gardzieli. Nowiny lek. Nr 4, str. 192.

Na posiedzeniu wydziału lekarskiego Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu autor przedstawił 13-letnią dziewczynkę ze znacznem zwężeniem w dolnej części gardzieli powyżej *aditus laryngis*;; zwężenie wytworzone zostało częściowo przez wał, znajdujący się na tylnej ścianie gardzieli, częściowo przez zrosty tejże ściany z podstawą języka i było tak wielkie, że zaledwie mały palec mógł przejść przez otwór. Przypuszczając dziedziczną formę przymiotu, zastosowano odpowiednie leczenie [szaruchę i jodek potasu], które uwieńczone zostało jaknajlepszym wynikiem, nastąpił częściowy rozpad wału, powodującego zwężenie, tak że otwór stał się znacznie większym i można było skonstatować zmiany w krtani: nacieczenie lewej struny fałszywej i zniszczenie środkowej części nagłośni; w gardzieli pozostał zrost bocznych

części podniebienia miękiego z tylną ścianą, oraz podstawy języka ze ścianą gardzieli.

Koehler. Autoskop Kirsteina. Now, Lek. Nr. 4, str. 193.

Doświadczenia, dokonywane przez K. z omawianym przyrządem doprowadziły go do wyniku ujemnego; użyć go można tylko przy badaniu głębiej położonych części gardzieli, krtań zaś udaje sie zbadać tylko w nader rzadkich przypadkach.

Pieniążek T. Zwężenie krtani, leczone pozostawieniem w niej na stałe rurki. Przegl. Lek. Nr. 15, str. 200.

Przy zwężeniu krtani po zapaleniu ochrzęstnej wykonano laryngofissurę z wycięciem części zwężających światło, przyczem usunięto struny prawdziwe; następnie stosowano systematyczne rozszerzania. Zabiegi te nie wydały pożądanego wyniku. Po powtórnem przecięciu krtani i usunięciu części bliznowatych, autor założył giętką rurkę, obleczoną drenem, własnego pomysłu, zaszywając po nad nią brzegi rany, powstałej przy laryngofissurze, oraz okrwawione brzegi otworu w tchawicy; rurka ta umocowana została na grubej nici jedwabnej; wyprowadzonej przez usta i górnym swym brzegiem opierała się o zatoki Morgagni'ego, tak że więzy fałszywe przykrywały boczne części brzegów rurki. W innym przypadku zwężania syfilitycznego autor tą samą drogą otrzymał pomyślny wynik, który od roku trwa bez zmiany. Rurkę po pewnym czasie należy usunąć, a w razie potrzeby (t. j. w razie istnienia jeszcze zwężenia) założyć ją ponownie przez usta.

Przedborski L. Przyczynek do nauki o ostrych, zakaźnych, ropnych zapaleniach gardzeli i krtani. Gazeta Lek. Nr. 34, 35, 36, 38, str. 912, 948, 970, 1030.

Autor opisuje trzy postacie tego cierpienia, a mianowicie: 1) samodzielne, ostre, głębokie zapalenie krtani, 2) pierwotną różę gardzieli i krtani i 3) ostre, zakaźne, ropne zapalenie gardzieli i krtani Senator'a. Skrzętnie zebrana literatura, przedstawiająca różnorodność poglądów, jaka ciągle jeszcze w danej kwestyi panuje, zwłaszcza odnośnie do etyologii sprawy, oraz spostrzeżenia własne, uzupełnione krytycznym rozbiorem przypadków, stanowią przedmiot obszernej pracy, nie nadającej się do streszczenia.

Sędziak J. Zapalenie stawów obrączkonalewkowych gośćcowego pochodzenia. Gazeta Lek. Nr. 2, str. 29.

Chora 18-letnia, w 3 tygodnie po porodzie prawidłowym, lecz przedwczesnym, zaczęła gorączkować, narzekać na chrypkę i ból w gardle przy mówieniu lub łykaniu oraz na ból w stawach kończyn dolnych i górnych. Badanie krtani: tylna ściana, zwłaszcza okolica chrząstek nalewkowych mocno zaczerwieniona i obrzmiała; w przestrzeni międzynalewkowej nieco brudnawego śluzu na obrzękłej i zaczerwienionej błonie śluzowej, ruchy w stawach obrączko-nalewko-

wych prawie zniesione; szpara głosowa zwężona. Krtań bolesna na ucisk od zewnątrz. Przy zwykłem leczeniu przeciwgośćcowem nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Sędziak J. Przyczynek do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosowej. Kronika Lek. Nr. 3, str. 105.

U mężczyzny 34-letniego, miewającego od pół roku obfite krwotoki z prawej nozdrzy, znalazł S. w prawej połowie nosa guz, wielkości orzecha włoskiego, miękki, bardzo unaczyniony, koloru ciemno czerwonego; przyczep guza dosyć szeroki, znajdował się na przegrodzie na wysokości średniej muszli. Na dwóch posiedzeniach usunięto guz za pomocą pętli galwanokaustycznej, miejsce przyczepu przypalono płaskiem żegadłem. Badanie histologiczne guza wykazało—*angioma cavernosum sarcomatodes.*

Sędziak J. Nowotwory złośliwe krtani (raki, mięsaki) ich rozpoznawanie oraz leczenie. Przegląd Chirurgiczny T. III, str. 173 i 390.

Obszerna monografia, oparta na 645-u pracach, dotyczących danej kwestyi, oraz na własnych spostrzeżeniach autora. Do streszczenia nie nadaje się.

Sokołowski A. Przyczynek do patologii i terapii przewlekłego zapalenia przerostowego krtani i tchawicy. Gazeta Lek. Nr. 17 i 18 str. 450 i 481.

Opisany przypadek dotyczy mężczyzny 19-letniego, który po zaziębieniu dostał silnej chrypki, a wkrótce potem duszności, stale wzmagającej się, która po roku wreszcie zniewoliła go do szukania pomocy w szpitalu. Badanie wykazało sprawę przerostową podgłośniową; w narządach wewnętrznych oraz w nosie i gardzieli zmian chorobowych nie było. Leczenie operacyjne: przecięcie krtani i wycięcie wałków podstrunowych. W miesiąc po usunięciu rurki wystąpiły objawy ostrego nieżytu i duszność, która wzmagając się stale, doprowadziła do zejścia śmiertelnego. Badanie pośmiertne wykazało: struny głosowe nieco zgrubiałe, gładkie, poniżej strun, na przestrzeni około 8 ctm. błona śluzowa mocno zaczerwieniona, zgrubiała, nierówna; zgrubienie dotyczyło całej ściany krtani i tchawicy, tak, że zwężenie miało kształt pierścienia i sięgało do 4-ej chrząstki tchawicy; poniżej błona śluzowa zgrubiała, czerwona, twardsza niż zwykle; na ścianach bocznych i tylnej wysepkowate wyniosłości, miękie, soczyste. W oskrzelach również zgrubienie i zaczerwienienie błony śluzowej z wyraźną prążkowatością poprzeczną i podłużną. Przy badaniu drobnowidzowem błony śluzowej nosa, stropu i gardzieli zmian wyraźnych nie znaleziono; w dolnej części krtani i w tchawicy nabłonek był zmieniony na wielowarstwowy płaski; wszędzie widoczne w nim były leukocyty; błona śluzowa również mocno nacieczona leukocytami, miejscami twarda, mocno włóknista; komórek wrzecionowatych w niektórych miejscach było

mało, w innych natomiast tak dużo, że błona śluzowa przybierała wygląd tkanki ziarninowej. Naczyń krwionośnych było wogóle dużo; gruczoły śluzowe miejscami powiększone; ochrzęstna nacieczona była leukocytami; pasożytów nigdzie nie wykryto.

Na podstawie powyższego oraz 6-u, poprzednio opisanych przypadków [1]) autor wyprowadza następujące wnioski: 1) Cierpienie o jakiem mowa, uważać należy za przewlekłe zapalenie rozrostowe okolicy podgłośniowej krtani, pochodzenia bliżej nieznanego; *bacillus rhinoscleromatis* nie zawsze bywa czynnikiem w etyologii spraw podgłośniowych. 2). Pogląd Störk'a na to cierpienie, jako zależne od przewlekłego ropotoku z jamy noso-gardzielowej nie zawsze tłomaczy powstawanie powyższej sprawy i dlatego tam, gdzie niema wydzieliny z jamy noso gardzielowej należy sprawę i klinicznie i etyologicznie wyodrębnić. Sprawa zależna od *b. rhinoscleromatis*, wywołuje zmiany, pozornie przypominające sprawy, o jakich mowa.

3). W opisanym tu przypadku sprawę w tchawicy należy uważać za dalszy ciąg sprawy podgłośniowej. Wogóle sprawę tę należy uważać za sprawę natury specyficznej, o momencie etyologicznym dotychczas nieznanym.

4) Chirurgiczne leczenie tych spraw przewyższa wszystkie dotychczas stosowane metody.

Wróblewski W. Kilka uwag o późnym syfilisie nosa. Gazeta Lek. Nr. 19—22 str. 503, 534, 561, 593.

Syfilis nosa stanowi prawie połowę wszystkich przypadków syfilisu górnych dróg oddechowych: na 120 odnośnych spostrzeżeń były 42 przypadki syfilisu nosa, 6 nosa i gardzieli, 8 nosa i jamy nosogardzielowej.

Na 31 opisanych przypadków największa liczba (18) przypada między 30 a 40 rokiem życia; chorzy byli przeważnie mężczyzni – 22, kobiet było 9. W 14 tylko przypadkach były niewątpliwe wrzody pierwotne z objawami wtórnymi, leczonymi swoiście, najczęściej pomiędzy 3 a 10 rokiem przed wystąpieniem objawów ze strony nosa; w 4 przypadkach była forma syfilisu dziedzicznego, w 6 objaw pierwotny, na prąciu uważany był za *ulcus molle*. Trudności rozpoznawcze przedstawia forma syfilisu nosa, przebiegająca w postaci jednostronnego ropnego kataru, który zależeć może od ciała obcego, lub od ropotoku jam bocznych nosa, oraz postać, w której nacieczone muszle pokryte są grubemi szaro-perłowemi błonami, przypominającemi *rhinitidem crouposam* lub *rh. artificialem*, jako następstwo przypalania galwanokaustycznego. Objawy subjektywne podobne są zupełnie do objawów przy zwykłym katarze, tak że właściwe rozpoznanie postawić można jedynie na podstawie badania za pomocą wziernika nosowego i zgłębnika; obecność nacieków twardych, nie ustępujących po zakokainowaniu i łatwo krwawiących, pokrytych niekiedy owrzodzeniami, a szczegól-

[1]) Streszczenie—patrz Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego polskiego r. 1894 str. 101.

niej wykrycie szorstkiej, obnażonej kości przemawia stanowczo za syfilisem. Rokowanie z wyjątkiem przypadków syfilisu złośliwego, bywa przeważnie pomyślne. Leczenie winno być ogólne i miejscowe; ogólne mieszane, energiczne, a więc wcierania szaruchy i jodek potasu, lub kombinacya rtęci i jodu wewnętrznie w postaci np. mikstury Ricord'a. Leczenie miejscowe ma na celu utrzymanie możliwej czystości jam nosowych za pomocą przestrzykiwań roztworem sody, kwasu bornego, chlorku potasu, nadmanganianu potasu lub t. p.; owrzodzenia i naciekj należy przypalać kwasem chromnym, który autor uważa za środek swoisty przy uporczywym syfilisie górnych dróg oddechowych. Martwaki kostne radzi W. usuwać wtedy dopiero, gdy leżą swobodnie i dają się z łatwością wydostać zwykłymi kleszczykami, nie uciekając się nigdy do operacyi energicznych krwawych.

Baurowicz. A. O ośrodkach i nerwach krtaniowych ze względu na fonacyę. Przegląd Lek. Nr. 29—31, str. 397, 411, 422.

Patrz dział II—Fizyologia.

Dziembowski. Przyczynek do nauki o kilakach w tchawicy. Nowiny Lek. Nr. 7, str. 351.

Patrz dział XVII—Choroby weneryczne.

Nowak J. Badania błony śluzowej gardła ze względu na mikroby, znajdujące sie w przypadkach błonicy. Nowiny Lek. Nr. 12, str. 735.

Patrz dział V—Bakteryologia.

Rosenthal S. Przyczynek do anatomii chirurgicznej ropni pozagardzielowych. — Anatomo-doświadczalne badania przestrzeni zatrzewiowej na szyi i przedłużenia jej w klatce piersiowej. Przegląd Chirurgiczny T. III, str. 34.

Patrz dział XII—Chirurgia.

Srebrny Z. Figówka wargi górnej, jako skutek cierpienia nosa. Medycyna Nr. 41—42, str. 951, 974.

Patrz dział XVI—Choroby skórne.

Dyskusya nad odczytem. „O polipach jamy nosogardzielowej". Now. Lek. Nr. 3, str. 132.

Dyskusya nad leczeniem raków krtani. Pam. Warsz. Tow. Lek Zeszyt II, str. 502.

Dyskusya nad przewlekłem przerostowem zapaleniem krtani i tchawicy. Pam. Warsz. Tow. Lek. Zeszyt II, str. 519.

B) Otyatrya.

Barącz R. Plastyka własnego pomysłu przy doszczętnej operacyi przewlekłego ropotoku ucha środkowego. Przegl. Lek. Nr. 12, str 152.

Po operacyi Stacke'go i dokładnem wyskrobaniu jamy bębenkowej przy oświetleniu elektrycznem, wyciął B. płat szypułkowy ze skóry

szyi i wysłał nim jamę operacyjną w kości; po wrośnięciu płata przyszył małżowinę. Nastąpiło zupełne wyleczenie; jama bębenkowa była w miesiąc po zagojeniu zupełnie sucha, wysłana prawidłową skórą. W drugim przypadku u dziecka zołzowego B. dokonał transplantacyi skrawków skórnych na jamę kostną sposobem Thiersch'a; wynik nie był tak pomyślny, co B. czyni zależnem od upośledzonego stanu ogólnego.

Bolewski T. O percepcyi wyższych tonów w nieurazowych chorobach ucha wewnętrznego. Nowiny Lek. Nr. 4 i 5, str. 170 i 239.

Po krytycznym rozbiorze zdań różnych autorów co do wartości rozpoznawczej wyników badania za pomocą strojników o różnej wysokości, oraz co do zmniejszonej percepcyi tonów wysokich w chorobach ucha wewnętrznego autor przytacza własne wyniki badania u chorego, dotkniętego wiądem rdzenia i prawie całkowitym zanikiem nerwów wzrokowych. Przy niezmienionem uchu środkowem, chory ten mowy, choćby najgłośniejszej, nie słyszał zupełnie; nie słyszał również strojników C, c, c', c^2 i a^2; c^4 słyszał po prawej stronie przez 5 sekund [zamiast 25—30], po lewej krócej; słyszał natomiast dobrze wszystkie tony piszczałki Galton'a, słuchomierz Politzer'a prawem uchem w odległości 5, lewem—1-go metra; szmer piszczącego pióra—prawem w odległości 3-ch, lewem 1-go metra, zegarek — prawem w odległości 5 ctm. [zamiast 180], lewem przy samem uchu. Wynik badania wskazuje na cierpienie ucha wewnętrznego, mianowicie nerwu słuchowego, przypuszczalnie jego zanik.

Co się tyczy wogóle wartości rozpoznawczej percepcyi tonów, to jakkolwiek w większości przypadków cierpienia ucha wewnętrznego percepcya tonów najwyższych jest zniesiona, lub w porównaniu z innymi tonami najbardziej osłabiona, bywają jednak wypadki wyjątkowe, w których słuch na wysokie tony jest względnie najlepszy.

Bolewski T. O operacyjnem leczeniu cholesteatomatu ucha średniego. Nowiny Lek Nr. 4, str. 194.

Chłopcu 7-letniemu przy wypływie ropnym z ucha lewego, od lat kilku trwającym, który wywołał wytworzenie się ropnia za uchem oraz polipów w samem uchu, autor po usunięciu polipów i rozpoznaniu cholesteatomatu, wykonał radykalną operacyę metodą Zaufal'a. Ranę pooperacyjną zaszyto od góry i od dołu z pozostawieniem w środku otworu dla tamponu z gazy jodoformowej. Ze względu na to, że jama cholesteatomatu nie była zbyt duża, nie pozostawiono na stałe otworu za uchem, lecz zagojono ranę całkowicie. Wynik leczenia zupełnie zadawalniający.

Guranowski L. a) Przypadek cholesteatomatu ucha średniego. b) Błony cholesteatomowe wydobyte przez przewód zewnętrzny. Pam. Warsz. Tow. Lek. Zeszyt IV, str. 1175.

a) G. przedstawił chorego 32-letniego, który od dzieciństwa cierpiał na ropne zapalenie ucha średniego; w 10-m roku życia wytworzył się za uchem ropień, który przecięto, poczem przez długi czas istniała przetoka; obecnie w miejscu przecięcia widać wciągniętą bliznę. Przed 7-u laty G. operował polipy wyrastające z jamy bębenkowej, poczem ropienie zmniejszyło się. Chory zgłosił się ponownie; rozpoznano cholesteatomat, który wypełnił jamę bębenkową, *recessus epitympanicus i aditus ad antrum*. Po usunięciu cholesteatomatu widać, iż jama bęb., *atticus i aditus ad antrum* połączone są w jedną wspólną jamę, jaką wytwarzamy sztucznie przy operacyi Stacke'go.

b) 40-letni chory miał cholesteatomaty w obydwóch uszach, usunięto je przez przewody zewnętrzne. Na powierzchni wewnętrznej, grubej błony naskórkowej widać dwa małe guziczki cholesteatomowe które wnikały do jamy bębenkowej; preparat z drugiego ucha wielkości fasoli składa się z błon naskórkowych, ułożonych cebulowato.

Heiman T. Ropień móżdżku pochodzenia usznego. Medycyna Nr. 8 i 9, str. 173 i 197.

H. opisuje przypadek, w którym przy sekcyi chorego, zmarłego wskutek gruźlicy ogólnej znaleziono ropień w prawym zrazie i górnym robaku móżdżku. Na podstawie objawów przyżyciowych przypuszczano istnienie ropnia i na tej zasadzie wykonywano trzykrotnie operacye: *a*) otworzenie prawego zrazu skroniowego, *b*) trepanacya wyrostka sutkowego, *c*) w rok potem trepanacya czaszki z poszukiwaniem ropnia w móżdżku. Wynik tych operacyi był zawsze ujemny—ropnia nie znaleziono. Sekcya oprócz ropnia wykazała gruźlicę płuc, kiszek i uszu; H. sądzi, że gruźlica ogólna była następstwem cierpienia ucha. Prócz tego, przytacza autor 3 przypadki powikłań śmiertelnych ucha, z których w 2 przypuszczano za życia ropień mózgu, a na sekcyi znaleziono ropne zapalenie opon, w 3 m naodwrót, sekcya wykazała ropień tam, gdzie go za życia nie podejrzewano; przypadki te dowodzą trudności rozpoznawczych przy ropniach mózgowych. H. jest zwolennikiem metody operacyjnej ropni przez ucho, nie zaś przez zdrową kość skroniową i jako jedną z zalet tej metody uważa możność przystępowania do operacyi bez szkody dla chorego nie tylko przy pewnem lub bardzo prawdopodobnem rozpoznaniu ropnia, lecz nawet wtedy, kiedy mamy tylko podejrzenie ropy w jamie czaszkowej.

Szumlański W. Ropnica pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej. Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich str. 150.

Cierpieniu temu podlegał chłopiec 11-letni, któremu Krajewski w odstępach kilkotygodniowych (pomiędzy 20/XII i końcem Stycznia) wykonał obustronne wydłutowanie wyrostków sutkowych, otworzenie ropnia w stawie goleniostopowym prawym i rezekcyę prawego stawu biodrowego. Jakowski, który stale chorego leczył, wykrył w odpiło-

wanej głćówe kości biodrowej pod chrząstką streptokoki. Czas trwania choroby przeszło 6 miesięcy; zejście pomyślne; zaburzenia czynnościowe w kończynie ustąpiły stopniowo pod wpływem mięsienia.

XII. CHIRURGIA.

A.

Sprawozdawca

A. Ciechomski.

Ciechomski A. Przypadek spastycznego zwężenia przełyku. Wypadnięcie ściany żołądka przez przetokę żołądkową. Gaz. Lek. 1152.

W końcu Lutego 1894 r. zgłosił się do szpitala 25-letni robotnik, uskarżający się na niemożność przełykania nawet płynów; podczas kilkakrotnych badań najcieńszy nawet zgłębnik nie dochodził do żołądka; wobec zagrażającej choremu głodowej śmierci zrobiono gastrostomię. Przebieg pooperacyjny był zadawalniający i chory, którego początkowo żywiono przez przetokę żołądkową po dwóch tygodniach zaczął łykać swobodnie, 44 dnia po operacyi nastąpiło znaczne utrudnienie w połykaniu, które powtórzyło się następnie po raz drugi. Chory wypisał się ze szpitala w obawie, ażeby mu nie zaszyto przetoki; przez półtora roku odżywiał się zwykłą drogą, 1. III, 1896 ponownie zapisał się do szpitala w stanie bardzo ciężkim; brak wypróżnień, wymioty, czkawka; tętno słabe, w lewem podżebrzu duży czarny guz. Stwierdzono, że choremu wypadła wskutek dźwignięcia ciężaru ściana żołądka przez przetokę żołądkową po gastrostomii. Nazajutrz, pomimo odprowadzenia żołądka—chory zmarł. Sekcya wykazała między innemi zgorzel wypadniętej części żołądka, a co najważniejsza nie znaleziono żadnych zmian w przełyku. Autor zwraca uwagę na długotrwałość spastycznego zwężenia przełyku i wyprowadza wniosek, że zwężenie wątpliwej natury, szczególniej u osobników młodych należy stanowczo badać pod chloroformem za pomocą zgłębnika.

Grodecki F. Rana cięta nadbrzusza, wypadnięcie śledziony, wyzdrowienie. Gazeta Lek. 521.

Dnia 21 Lutego z. r. autor wezwany został do włościanina Antoniego Tom., ranionego w bójce nożem; zastał jamę brzuszną otwartą, opatrzoną przez felczera brudnymi gałganami. Przez otwór w kształcie litery S., z lewej strony, między 8—9-tem żebrem, o $1\frac{1}{2}$ palca od łuku żebrowego wydobyła się śledziona, w kształcie języka [$5\frac{1}{2}$ ctm. długości, $4\frac{1}{2}$ ctm. szerokości, 1 ctm. grubości], różowa, pokryta szczególniej w grubszej części szarym nalotem i bardzo obrzmiała; przy

unoszeniu w górę ból mały i krwawienie. Pierwsza próba odprowadzenia śledziony po dokładnem obmyciu rany wodą przegotowaną nie udała się; dopiero po rozszerzeniu rany lewą ręką i jednoczesnem zmiękczeniu śledziony za pomocą masażu wprowadzenie śledziony udało się w zupełności. Autor nałożył 1 szew i zatamponował ranę. W dwa dni później przywieziono chorego do miasteczka [po uprzedniem obejrzeniu przez władze sądową]. Ciepłota prawidłowa, tętno 84, rana czysta. Po starannem przemyciu dwujodkiem rtęci autor nałożył opatrunek. Po dwukrotnem przebandażowaniu chory 2 Marca zdrów powrócił do domu. Godnem uwagi jest to, że pomimo zwłoki w leczeniu [autor widział chorego dopiero w dwa dni po zadaniu rany] i braku środków antyseptycznych nie nastąpiło podrażnienie otrzewnej.

Grużewski A. Przypadek strzaskania czaszki, przebiegający bez objawów mózgowych. Wyzdrowienie. Gazeta Lek. str. 95.

Autor badał 2 Lipca 1895 r. w szpitaliku dziecinnym dziesięcioletniego Wacława P., z czaszką zgniecioną między bramą i ładownym wozem; rany nie było, głowa i lewa część twarzy obrzmiała, w oczach krwawy wylew; kąt ust posunięty na prawo; pacyent przytomny. Odłam kostny składający się z kawałka kości czołowej, a głównie z lewej kości ciemieniowej przedstawia czworokąt. Brzeg wewnętrzny, [powstały z rozejścia się szwu strzałkowego] i przedni, mające po 6 ctm. długości tworzą kąt prosty, pozostałe brzegi schodzą się w połowie czaszki, pod kątem ostrym. Tylny koniec odłamu zagłębiony, przedni silnie wysunięty nad płaszczyznę czaszki. W 10 dni, po ustąpieniu obrzmienia, ukazała się szczelina kości czołowej, ciągnąca się od ciemienia do dołu klinoszczękowego, mająca 9 ctm. długości, 0,4—0,5 ctm. szerokości. Odłam przyjął normalniejszy kierunek, stan ogólny dobry, objawów mózgowych niema, skrzywienie twarzy znikło. Do dnia 27 Grudnia, w którym chłopiec zdrów zupełnie opuścił szpital, odłam unieruchomiły wałkowate zgrubienia kości, które też zwęziły szczelinę czołową.

Autor, opierając się na analogicznym przypadku Bergman'a, twierdzi, że prócz złamań widocznych zachodziło bezwarunkowo uszkodzenie podstawy czaszki, za czem przemawiają wylewy krwawe w oczach.

Veil pod nieuszkodzonemi powłokami znalazł przy sekcyi 3-letniej dziewczynki czaszkę zgruchotaną na 40 kawałków. Liman opisuje liczne przypadki rozejścia się szwów pod wpływem zgniecenia, prawie wszystkie zakończone śmiercią. Autor wreszcie zwraca uwagę na szczególną okoliczność, że w danym przypadku mózgowie nie zostało uszkodzone pomimo bardzo ciężkich obrażeń czaszki, i na bujanie tkanki kostnej brzegów odłamanych.

Jasiński R. Listy o opatrywaniu ran. Gazeta Lekarska str. 1243, 1280, 1307.

Autor porównywa doniosłość aseptyki i antyseptyki i przyznaje wyższość tej ostatniej, zważywszy, że pierwsza stosowną być może jedynie przy bardzo pomyślnych warunkach materyalnych, nigdy zaś w przypadkach nagłych, w ubogich szpitalach, a przedewszystkiem na wojnie. Po opisaniu licznych doświadczeń, robionych w celu zastosowania metalów do antyseptyki, przytacza dosłownie opis wyników pracy Crédé'go, wyrażony przez Beyer'a asystenta szpitala Carolahaus w Dreznie.

Oto na czem polegają właściwości antyseptyczne srebra: srebro, rozpuszczając się w kwasie mlecznym, którego ilość w hodowlach sięga 0,66%, tworzy mleczan tlenku srebra, który istniejące już stafilokoki niszczy i zapobiega tworzeniu się nowych. Ponieważ w przypadkach nagłych działanie srebra metalicznego byłoby zbyt powolnem, Crédé stosuje sole srebra [np. cytrynian srebra], które w minimalnych ilościach rozpuszczają się w surowicy krwi. W dalszym ciągu pracy opisuje autor sposób stosowania aktolu i itrolu u Crédé'go: operacye odbywają się w idealnych warunkach czystości narzędzi, opatrunków, lekarzy i chorych; w czasie operacyi ranę polewają obficie wodą wyjałowioną; ligatury i katgut są srebrzone sposobem Crédé'go, który to sposób autor opisuje, nadmieniając że zastosowanie tych opatrunków jako też gazy srebrzonej z fabryki Max Arnolda w Chemnitz dało mu bardzo ujemne wyniki. Przy ścisłem zbadaniu opatrunki Crédé'go wykazały zupełną prawie nieobecność srebra; autorowi samemu udało się silnie nasrebrzyć opatrunki sposobem, którego opis podaje. Po szczegółowem objaśnieniu stosowania opatrunków srebrnych przy ranach głębokich lub płaskich u Crédé'go, przytacza autor kilka interesujących przypadków z własnej praktyki, które przebiegały i zakończyły się bardzo pomyślnie. Mimo to jednak zwraca uwagę na konieczność przekonania się, czy każda rana wydziela kwas mleczny oraz czy mleczan srebra nie traci swych własności w zetknięciu z siarkowodorem lub alkaliami, ponieważ zaś materyał badany dotąd jest niedostateczny, wyciągnięcie stanowczych wniosków odkłada do zebrania bogatszej statystyki. Nadmieniwszy wreszcie, że Crédé używa roztworu aktolu do płukania jam nosa, opłucnej, pęcherza i t. d.; pałeczek itrolowych do jam i przetok macicy, pigułek z *bolus albus* do przewodu słuchowego, wyraża autor życzenie, aby jaknajszersze koło kolegów zajęło się ścisłem badaniem wyników stosowania antyseptyki srebrnej.

Jasiński R. Oczyszczanie kawerny w trzonie kręgowym. Związanie wyrostków ciernistych. Pam. Tow. lek. Warsz.

Trzyletnia dziewczynka miała przez 4 tygodnie zupełny bezwład kończyn dolnych. Skoro znikły objawy porażenia, po obu stronach wystających wyrostków ciernistych wytworzyły się bolesne guzy, z tych zaś po 8 tygodniach ropnie zimne. Wobec tego autor przypuszczał, że porażenie nie zależało od zmian patologicznych w oponach i samym

rdzeniu, lecz od zmian ciśnienia naczyniowego i obrzęku, spowodowanych sąsiedztwem ropnia. W celu wykrycia ogniska próchnienia w kręgu wykonał cięcie w kształcie litery U tak, aby dwa ramiona tego cięcia przechodziły wzdłuż podłużnego wymiaru obu ropni, po opróżnieniu i wycięciu ścian obu ropni, autor kierując się szlakiem ziarninowym, wyrezekował i wyłuszczył ze stawu żebrokręgowego duży kawał żebra a przedostawszy się do śródpiersia tylnego, znalazł jamę w trzonie kręgowym wielkości orzecha laskowego, po starannem oczyszczeniu tejże, idąc za radą Chipault'a, nałożył na trzy sąsiadujące ze sobą wyrostki cierniste szew ósemkowaty z grubego jedwabiu, a to w celu powstrzymania zapadania się trzonów kręgowych. W dwa tygodnie po operacyi autor wykrył drogę do trzonu z drugiej strony, kanał rozszerzył i wyskrobał, wreszcie zalewał ją gliceryną jodoformową lub balsamem peruwiańskim, po upływie 6 tygodni od czasu operacyi dziecko wyzdrowiało zupełnie.

Kijewski F. Przyczynek do leczenia wola tak zwaną tyreoidyną. Gazeta Lek. str. 987.

Autor powstaje na nieoględne stosowanie tyreoidyny przy leczeniu wola i otyłości, które pociągnęło za sobą liczne przypadki śmierci, jako też na ułatwienie publiczności nabywania tyreoidyny w formie niemieckich lub angielskich tabletek; twierdzi, że pomyślne wyniki leczenia spostrzegano tylko przy wolu miąższowem, nigdy zaś przy torbielowem; usilnie poleca zwracanie uwagi na tętno i wydzielanie moczu podczas leczenia tyreoidyną oraz na częste przerwy i zmniejszanie dawek lekarstwa w razie pojawienia się bądź najmniejszych zaburzeń. Dalej przytacza ciała otrzymane dotychczas z gruczołu tarczowego, mianowicie: *thyreoproteid Notkina* ciało białkowate, jadowite; *tyreoantitoksyna* Fraenkl'a, ciało krystaliczne, tyrojodyna Bauman'a [związek 9,3% jodu z połączeniem kwasu fosfornego], która działa, jak gruczoł tarczowy, a otrzymana chemicznie jest czystą, o składzie dokładnie znanym i nie zawiera trujących ptomain [Grostern]. Stosowano proszek, wyciągi oraz zastrzykiwania podskórne z tyreoidyny, najwięcej rozpowszechniły się jednak tabletki, na których też autor przytacza dawkowanie przez lekarzy zagranicznych w różnych cierpieniach; wiek młody chorego przyczynia się znacznie do poprawy przy leczeniu gruczołem tarczowym. Autor zwraca uwagę na konieczność zbadania czy thyreoidyna ma własności kumulacyjne, a jako dowód przeciwko bezwzględnemu stosowaniu lekarstwa przytacza ujemne wyniki leczenia chorej na wole 15-letniej wieśniaczki w klinice profesora Kosińskiego. Chora w przeciągu 45] dni brała tyreoidynę w dawkach od 4—15 gr. i z przerwami wywołanemi nadmierną ilością moczu (2200 ctm. na dobę) lub przyspieszeniem tętna (120). Pod wpływem lekarstwa chora doszła do takiego rozdrażnienia, że musiano nałożyć jej kaftan; stan ogólny był zły, a wole nie zmniejszyło się.

Obecnie stan ogólny dobry, wole nie powiększa się, ale też i nie zmniejsza się wcale.

Kijewski F. Z kazuistyki stłuczeń brzucha, powodujących przedziurawienie kiszek. Gazeta Lek. str. 1382.

Autor opisuje dwa następujące przypadki: 15 stycznia 1896 roku przywieziono na klinikę chirurgiczną 22-letniego robotnika, Władysł. H., który przed 4-a dniami uległ silnemu uderzeniu w brzuch przez odłam rury: chory wymiotował, stan ogólny bardzo zły. Po otworzeniu jamy brzusznej przez prof. Kosińskiego i starannem oczyszczeniu znaleziono otwór w kiszce cienkiej, lecz z powodu osłabienia chorego nie robiono resekcyi, a tylko wydobyto kiszkę na zewnątrz; w ciągu następnych dni obfita wydzielina z otrzewnej, wymioty, czkawka, ropienie w ranie, róża na głowie; po zrobieniu resekcyi osłabienie coraz większe—21 lutego chory zmarł.

Do tejże kliniki przywieziono 13 Października 30-letniego Józefa T., z brzuchem zgniecionym między murem a kołem maszyny. Ran niema; po paru dniach wymioty, zmniejszenie ciepłoty do 35,6°; po otworzeniu jamy brzusznej znaleziono pęknięcie jelita biodrowego w pobliżu kiszki ślepej, w innem miejscu pęknięcie błony surowiczej i mięsnej, w trzecim tylko błony surowiczej; zrobiono resekcyę i pozakładano szwy; zapaść wzmagała się nadzwyczaj szybko; następnego ranka chory zmarł.—Autor opierając się na powyższym przypadku, w którym powodem śmierci było zapewne spóźnione rozpoznanie, twierdzi, że w wątpliwych przypadkach zgniecenia kiszek, należy do operacyi przystępować jaknajwcześniej, ponieważ operacya przy rozwiniętem zapaleniu otrzewnej prawie nigdy się nie udaje. Kładzie również nacisk na oszczędne używanie chloroformu, którego działanie sprzyja zapaści, jaka zwykle towarzyszy przedziurawieniu kiszek.

Niedzielski K. O t. zw. suchem próchnieniu barku. Gazeta Lek. Nr. 5, str. 1.

Autor po wymienieniu ważniejszych autorów, którzy się zajmowali próchnieniem barku, przechodzi do opisu samego cierpienia. Tu odróżnia on 3 okresy. W pierwszym okresie zjawiają się dość silne bóle, które ograniczone początkowo do samego ramienia, rozszerzają się następnie na całą kończynę górną. Ruchy, szczególniej odsiebne stają się coraz trudniejszymi; w okresie tym główka i okolice szyjki anatomicznej i obu wzgórków już uległa owrzodzeniu; w okresie drugim spostrzegać można spłaszczenie stawu ramieniowego; wyrostki sterczą wyraźnie; kończyna robi wrażenie zwichniętej, z czasem główka zanika zupełnie, tworzy się wklęsłość łopatkobarkowa; ruchy wykonywane być mogą tylko ze współdziałem łopatki; w okresie trzecim następuje zrost ramienie z panewką, ruchy stają się niemożliwemi, ażeby jednak po pewnym okresie powrócić. Opierając się na statystyce autor twierdzi, że suche próchnienie barku bywa zawsze pochodzenia gruźliczego;

w wielu przypadkach znajdowano lasecznik, w innych było to niemożliwem z powodu braku ziarniny. Jako ważne czynniki rozpoznawcze uważa autor młody wiek chorego, bezskuteczność środków wewnętrznych, brak obrzmienia, wreszcie spłaszczenie barku. Proces chorobowy kończy się zwykle wyleczeniem samoistnem, połączonem z unieruchomieniem stawu; operacya w większości przypadków ułatwia choremu ruchy, niekiedy jednak sprowadza wybuch ostrej prosówki; przebieg pooperacyjny jest tem pomyślniejszy im operacyi dokonano wcześniej; prócz umożliwienia ruchów usuwa ona ognisko chorobowe, bóle, a w małej liczbie przypadków po rezekcyi ruchy zostały odzyskane w zupełności; rezekcya jest niemożliwą wobec innych objawów chorobowych np. jam w płucach it p.; u dzieci wyskrobuje się główkę łyżeczką, nie usuwając jej. Z licznych sposobów operowania autor poleca sposób Ollier'a, który szczegółowo przytacza; następnie zaś przechodzi do opisania przypadku suchej gruźlicy, operowanego na oddziale chirurgicznym Jawdyńskiego. Chora 18-letnia, wątłej budowy z zajętym prawym wierzchołkiem płuc, zresztą zdrowa, uskarżała się na trwające od 5-ciu tygodni utrudnienie w ruchach i bóle w ramieniu. Zmian powierzchownych prócz obniżenia główki niema zupełnie, ból podczas badania, ruchy prawie żadne. Po otwarciu stawu znaleziono główkę w części zniszczoną, w części zmienioną, torebkę zmienioną również i zgrubiałą, oraz małą ilość mętnej cieczy; zaszyto ranę, założono dren, przebieg pooperacyjny był zadawalniający, 10-go dnia usunięto szwy, po stosowaniu przez 4 tygodnie mięsienia chora wyglądała wybornie, bóle ustały, zagojenie zupełne, ruchy o wiele swobodniejsze i rozleglejsze niż przed rezekcyą. Autor zwraca uwagę na rzadko zdarzającą się przy suchem próchnieniu barku obecność cieczy w stawie.

Obaliński A. Obecny stan chirurgii nerek. Gazeta Lek. str. 961, 998, 1050, 1077, 1113.

Autor podaje przegląd historyczny chirurgii nerek, [pierwszego wycięcia dokonał Simon r. 1869], wymienia pracujących w tym kierunku, opisuje dokładnie anatomię nerki, szczególne własności torebki tłuszczowej, poczem wylicza zabiegi operacyjne w chirurgii nerek, począwszy od trojakiego sposobu nefrektomii [za-przy-i śródotrzewnowy] i opisuje nacięcia nerki, nefrolitotomią i wszczepianiem oczowodów [4 sposoby: do ścian jamy brzusznej, do ścian jelita, do miedniczki nerkowej i do pęcherza; ten ostatni wykonywano metodą Nowaso lub Mackenvot'a], a wspomniawszy o pomniejszeniu miedniczki nerkowej podaje dwa sposoby przyszywania nerki: śródotrzewnowny Rosenberg'a i zaotrzewnowny Guyon'a i Riedel'a. Zakończywszy w ten sposób opis zabiegów chirurgicznych, rozpatruje autor sprawy patologiczne nerek. Po nadmienieniu o ranach zadanych ostrą lub palną bronią oraz o zwichnięciach nerki, przechodzi do zranień podskórnych, wskutek uderzeń, które poleca usuwać za pomocą nefrektomii; opisuje sposób badania nerki wędrującej prostej lub powikłanej i potrójny sposób leczenia

opaską, wycięciem lub przyszyciem nerki. Jako najważniejszy objaw kamicy nerkowej uważa bóle ostre i krwawe moczenie; występuje ostro przeciw kateteryzowaniu moczowodów oraz przyznawanie wyższości bądź to nefrektomii bądź nefrolitotomii, poczem opisuje ściśle związane z kamicą otoki ropne, ropnie nerki, ropnie około-nerkowe, które poleca operować szybko, zwłaszcza wobec występującego bezmoczu; objaw ten powstaje zwykle w nerce powstałej po nefrektomii, wskutek odruchowego zatrzymania moczu, czasem zaś wskutek zatkania moczowodu kamieniem, co należy jaknajprędzej usuwać. Przetoki nerkowe bywają ropne i moczowe; pierwsze usuwają się wycięciem lub rezekcyą nerki, drugie wycięciem kanału przetoki. Puchlina nerkowa powstaje wskutek nagromadzenia moczu; bywa stałą, chwilową lub powolną, stosownie do stanu drugiej nerki robi się nefrektomia lub zakłada przetokę nerkową. Prócz wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek, które usuwa się wycięciem ściany torbieli, bywają jeszcze torbiele surowicze i wodankowate, które wymagają całkowitego lub częściowego usunięcia nerki. Przy gruźlicy, gdzie śmiertelność jest nader małą i raku nerek [śmiertelność dosięga 66%] autor zaleca nefrektomię w jaknajobszerniejszym zakresie.

Syfilis nerki można odróżnić od gruźlicy tylko za pomocą mikroskopu. Jako przyczynę rzadkich bardzo krwotoków nerkowych uważa autor hemofilię, zaś jako objaw urazu moczowodów, chełboczący obrzęk oraz brak krwawego moczu. Zranienia moczowodów, zdarzające się podczas operacyi usuwa się za nałożeniem szwu lub przetoki moczowodowej; przetoki moczowodowe usuwają się za pomocą nefrektomii o ile są skórne, zeszyciem o ile są pochwowe lub maciczne. Po przytoczeniu 25 przypadków z własej praktyki autor przychodzi do następujących wniosków.

1) Na zasadzie objawów zewnętrznych można prawie zawsze rozpoznać która nerka jest chorą.

2) Rodzaj cierpienia ściśle określić można dopiero po odsłonięciu nerki.

3) Nefrektomię bezwzględnie powinno się wykonywać tylko w przypadkach raka lub gruźlicy nerki, w innych przypadkach postępowanie powinno być zachowawcze.

4) Jako dowód drożności drugiej nerki wystarcza samo pozostawanie pacyenta przy życiu; nerka chora bowiem w chwili badania jest prawie zawsze twardą i niedrożną.

5) Kateteryzowanie moczowodów jest stanowczo bezużytecznem i szkodliwem.

6) Wobec najmniejszych wątpliwości należy usiłować ratować nerkę za pomocą nefrotomii, nie nadużywając całkowitego wycięcia.

Wołkowicz M. Pomysły do nowych zabiegów chirurgicznych, mające na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha. Gazeta Lek.

Pracę swą autor podzielił na 3 części. W pierwszej podaje dwa nowe sposoby operacyjnego doszczętnego leczenia przepuklin brzusznych środkowych, w 2-ej projekt operacyjnego leczenia obwisłego brzucha, wreszcie w 3 ej sposoby wykonywania laparotomii, zapobiegające wytwarzaniu się w następstwie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha. Omówiszy na początku łatwość i częstość nawrotów przepuklin brzusznych środkowych pomimo licznych i dokładnych sposobów operowania, autor uważa za niedostateczne zeszywanie mięśni prostych brzucha i proponuje wzmacnianie blizny smugi białej a to przez nakrycie jej odpowiednio ułożonymi i przytwierdzonymi płatami, które wycinamy z mięśni prostych brzucha. Płaty te albo krzyżujemy albo nasuwamy na linię środkową. W celu krzyżowania na odpreparowanych wewnętrznych połowach mięśnia prostego robimy 2 nacięcia poprzeczne, odpowiadające mniej więcej środkowi przyszłej podłużnej blizny w smudze białej, w ten sposób otrzymujemy 2 płaty mięśniowe w mięśniu prostym prawym i 2 w lewym; górny płat lewy łączymy z dolnym prawym, górny zaś prawy z dolnym lewym. W celu nasuwania mięśni prostych jeden na drugi na odpreparowanym podobnie jak poprzednio m. prostym robimy nie jedno lecz dwa poprzeczne nacięcia z każdej strony, od wewnętrznego brzegu mięśnia aż do jego zewnętrznej połowy lub nawet nieco dalej na zewnątrz, nacięcia te odpowiadają górnej i dolnej granicy wrót przepuklinowych; w ten sposób w każdym m. prostym mamy po 3 płaty, środkowy czworokątny 2 trójkątne t. j. górny i dolny. Każdy płat czworokątny przeciągamy na przeciwną stronę i brzegi jego górny i dolny przyszywamy do górnego i dolnego płata trójkątnego strony przeciwnej.

W 2-ej części swej pracy autor, zastanowiwszy się nad znaczeniem brzucha obwisłego, radzi operacyjne leczenie tegoż, a to przez skrócenie mięśni prostych brzucha wraz z ich skrzyżowaniem. W tym celu ze skóry wycina płat owalny w linii środkowej, sięgający wyrostka mieczykowatego ku górze, a ku dołowi—niżej połowy odległości pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem; po oddzieleniu mięśn prostych otwieramy ich pochwę i obnażamy z każdej strony mięsień zarówno z przedniego jak i tylnego listka pochwy.

W celu zwężenia nadmiernie rozciągniętej smugi białej autor fałduje ją skośnie i z góry ku dołowi biegnącymi ściegami, poczem przystępuje do najważniejszego momentu operacyi t. j. do skrócenia i skrzyżowania mięśni prostych. Mniej więcej na wysokości pępka pomiędzy dwiema smugami ścięgnistemi przecina mięsień poprzecznie przez całą szerokość każdego z nich, zewnętrzne połowy dolnych płatków nasuwa wprost ku górze na zewnętrzne połowy górnych płatków i do nich przyszywa, wewnętrzne zaś połowy obu mięśni prostych krzy-

żuje ze sobą, starając się przytem dolne płaty również nasunąć, o ile możności wyżej, na przeciwległe górne.

W 3 ej części swej pracy autor mówi o sposobach wykonywania laparotomii, zapobiegających wytworzaniu się w następstwie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha. Jeżeli ściana brzuszna nie jest nadmiernie rozciągnięta przez guz, a po usunięciu tegoż łatwo będzie mogła skurczyć się należycie, wówczas otwieramy brzuch cięciem przez mięsień prosty w prawo lub w lewo od linii środkowej i zeszywamy go następnie szwem dwupiętrowym. Jeżeli zaś, przystępując do laparotomii, mamy przed sobą brzuch o ścianach mocno rozciągniętych przez duży guz lub wielką ilość płynu, albo też jeżeli przy niewielkim guzie istnieje już oddawna obwisły brzuch, wówczas otwieramy jamę brzuszną cięciem w smudze białej, a dopiero potem zależnie od tego, czy guz został usunięty, czy też skończyło się na laparotomii próbnej, dokonywamy w pierwszym razie skrócenia ze skrzyżowaniami mięśni prostych, w drugim zaś razie tylko krzyżowania ich.

Tym sposobem zapobiegając wytwarzaniu się obwisłego brzucha po laparotomiach, zapobiegamy zarazem powstawaniu przepuklin smugi białej, a to dzięki skróceniu w podłużnym i poprzecznym wymiarze przedniej ściany brzusznej.

Gajkiewicz W. O leczeniu chirurgicznem wodogłowia wrodzonego i nabytego Przekłócie kanału kręgowego. Gazeta Lekarska str. 422, 456, 485.

Patrz dział X F—Choroby nerwowe.

Gajkiewicz W. O leczeniu chirurgicznem idyotyzmu i małogłowia. Gazeta Lek. 1354, 1387.

Patrz dział X F—Choroby nerwowe.

B)

Sprawozdawca

W. Szteyner.

Bogdanik. O operacyach na woreczku żółciowym. Przegląd Lek. str. 1 i 19.

Podawszy w treściwym zarysie obecny stan chirurgii dróg żółciowych, opisuje autor przypadek, dotyczący 30-let. mężczyzny, chorego od miesiąca na kolkę żółciową; przy badaniu stwierdzono dość znaczną bolesność w okolicy pęcherzyka żółciowego i żółtaczkę. Z powodu znacznych bólów wykonał B. cholecystostomię, wypłynęło sporo gęstej ciemnej żółci i śluzu ropiastego, kamienia nie znaleziono. Przebieg

pomyślny, bóle i żółtaczka ustąpiły; chory usilnie prosił, aby go uwolnić od przetoki żółciowej. Po czterech tygodniach wykonał B. cholecystoenterostomię, zaszywszy ranę w ścianie brzusznej całkowicie, Pomimo powikłania ropieniem i przetoką żółciową rana zabliźniła się całkowicie po upływie miesiąca.

Dobrowolski A. Rana przeszywająca powłoki brzuszne z wypadnięciem trzewów. Przegląd Lek. str. 508.

U dziewczynki pięcioletniej rana zadana kawałkiem szkła długości 1,5 cm.; przez ranę wyszedł na zewnątrz odcinek jelita cienkiego wraz z siecią, jelito w otworze rany skręcone. Po opatrzeniu przeciwgnilnem jelito odkręcono i odprowadzono; szew rany, wyzdrowienie.

Drobnik T. Leczenie dławca za pomocą tracheotomii wobec surowicy Behring'a. Nowiny Lek. str. 294.

W przeciągu 5½ lat zrobił D. 176 tracheotomii przy dławcu, z tej liczby 111 dzieci wyzdrowiało, umarło 65 [37%]: operował nawet w tych razach, gdy chorzy leżeli bez czucia, gdyż przekonał się niejednokrotnie, że nawet wtenczas jeszcze można życie uratować. Chociaż śmiertelność tak w tych jak i w przypadkach powikłanych zapaleniem płuc lub ciężkim zapaleniem nerek jest bardzo znaczną; na 65 przypadków śmierci 27 chorych zmarło w 5—12 godzin po operacyi; W roku 1894 i 95 ogólna śmiertelność operowanych znacznie się zmniejszyła [z 52,6% w 91 i 43,5% w 93 na 30% w 94 i 25,9% w 1895 roku]; lecz na to nie wpłynęło zdaniem D. zastosowanie surowicy Behring'a, ale łagodny charakter choroby w dwóch ostatnich latach W roku 1894 do końca Maja operowano 8 razy [zmarło 5], od Czerwca do Września wyzdrowieli wszyscy 6 operowani. Od Października zastosowano we wszystkich przypadkach surowicę Behringa i umarło na 15 operowanych trzech. W roku 1895 stosował D. surowicę tylko 5 razy na początku roku aż do Kwietnia w 5 przypadkach, z których 3 ostatnie zakończyły się śmiercią; w 22 pozostałych przypadkach surowicy nie stosowano, zmarło tylko 4. Dławiec wogóle jest powikłaniem poważnem błonicy nietylko złośliwej ale i łagodnej. W przypadkach złośliwych, gdzie przeważają objawy ogólnego zakażenia tracheotomia nie może uratować chorego, ale i surowica Behring'a w tych razach zdaniem D. stanowczo nie pomaga. Nie widział też D. nigdy żadnego skutku, by surowica zapobiegała rozszerzeniu się błon dyfterytycznych. Powrót choroby spostrzegał D. dwa razy, w 8—10 dni po ustąpieniu błonicy leczonej dużemi dawkami surowicy. Jednem słowem D. uważa surowicę Behring'a za środek jeżeli nie szkodliwy, to zbyteczny; w praktyce prywatnej na życzenie rodziców można użyć i tego środka, ale nie należy zaniedbywać nigdy wypróbowanych już sposobów leczenia.

Gabryszewski. O operacyach upiększających. Przegl. Lek. str. 189.

Kilka rażących zeszpeceń operował G. i przedstawił w rysunkach przed i po leczeniu. W jednym przypadku wielkich uszu (*macrotia*) wykroił rodzaj półksiężyca wchodzącego swymi rogami naprzód i na tył muszli, przyczem odpadła cała górna część ucha, a z przodu i z tylu zostały brzegi, które następnie z pozostałem uchem i ze sobą połączono. W drugim przypadku bardzo dużego, brzydkiego skutkiem *acne rosacoa*, czerwono fiołkowego i brodawkami pooranego nosa wyciął G. dwa kliny, jeden pionowy, drugi poziomy, następnie przypalił nos igłami galwanokaustycznemi. W przypadku mocno zadartego nosa założył rodzaj kolczyka w przegrodę nosową, który przyciągał koniec nosa ku dołowi a przez to przedłużał i prostował grzbiet nosa Nakoniec w przypadku grubej bardzo wargi górnej wyciął G. dwa kliny odpowiadające dwom listwom na *filtrum* i trzeci klin ze środka i przez całą grubość wargi dolnej.

Kasprowicz St. O połkniętych zębach sztucznych. Nowiny Lekarskie str. 59.

Coraz częściej zdarzają się przypadki połknięcia sztucznych zębów; aby temu zapobiedz należy zachowywać następujące ostrożności. Zęby sztuczne winny być do zdrowych zębów jak najmocniej przytwierdzone a płyta powinna ściśle przylegać. Na noc należy zęby sztuczne wyjmować, gdy się zepsują, nie wkładać aż po naprawieniu. Epileptycy, skoro czują zbliżający się napad, powinni wprawione zęby wyjąć, a jeżeli u nich napady nagle przychodzą najlepiej niech zębów używają tylko podczas jedzenia. Przed narkozą wypada zawsze zęby sztuczne z ust wyjąć, również przy badaniu jamy ustnej i gardzieli. Dentyści baczyć na to winni, aby płyty robić nie za małe, a unikać wszelkich ostrych haczyków.

Łepkowski. Zastosowanie formaldehidu w dentystyce. Przegląd Lek. str. 119, 134, 161.

Na podstawie całorocznego doświadczenia w 536 przypadkach, wskazania określa Ł. do użycia formaldehidu w sposób następujący: w *pulpitis*, gdzie z jakiejkolwiekbądź przyczyny do wyjęcia pulpy przystąpić nie można; po wyjęciu pulpy czy to zabitej arsenem, czy kokainą znieczulonej; tam gdzie miąższ zęba przemienił się w zgniłą i cuchnącą masę, w rozpoczynającem się zapaleniu okostnej; tam, gdzie okostna kilkakroć podlegała zapalnym objawom a nawet i tam, gdzie przyszło do utworzenia się przetok na dziąsłach. Rozczynu używa takiego, jak go otrzymuje z handlu t. j. 40%. Procent przypadków nieudałych zaledwie do 5 dochodzi; powodem niepomyślnych wyników są słabe rozczyny formaliny, zły dostęp, zbyt wielki i wysokopołożony ropień ponad szczytem korzenia, zbyt spróchniałe i cienkie korzenie.

Syropa. Formaldehyd, nowy środek leczniczy w dentystyce Przegląd Lek. str. 424.

Wogóle S. miał wyniki pomyślne; przy stosowaniu formaliny w zapaleniu ostrem miazgi zębowej chorzy skarżyli się na bóle nie do wytrzymania. Dla tego woli S. poprzednio zastosować ciasto arszenikowe. Największe usługi oddała formalina S-ie w przypadkach powikłanych przetokami i ropniami.

Misiewicz M. Przyczynek do anatomii zapaleń przypęcherzowych. Przegląd Lek. str. 581 i 594.

Wszelkie cierpienia okołopęcherzowe zależą albo nad zmian w samym pęcherzu, albo od zaburzeń szerzących się z narządów sąsiednich. Przypadek pierwszy dotyczył mężczyzny 26-letniego, który przed kilku laty otrzymał postrzał w okolicy pęcherza moczowego, od paru lat cierpiał na bóle okresowe występujące wraz z mętnym moczem. Zdaniem M. kula, przebiwszy tylną część lewej bocznej ściany pęcherza uwięzła w ścianach miednicy. W drugim przypadku rozpoznano klinicznie: *pericystitis chronica lateroposterior ex pelvio-prostatitide chr.*; w trzecim *pericystitis et cystitis dolorosa (tuberculosa?)*.

Obaliński A. Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnych zapaleń śródpiersia tylnego. Przegląd Lek. str, 675 i 688.

Autor spostrzegał pięć przypadków ropnego zapalenia śródpiersia tylnego; w czterech przypadkach ropienia przewlekłego operacya [wycięcie 2 lub 3 żeber w okolicy ich kątów] miała zejście pomyślne, pomimo że w 2 przypadkach nastąpiło otwarcie worka opłucnowego, W piątym przypadku ropienia ostrego, posokowatego chory zmarł przed operacyą, otwarcie śródpiersia tylnego sposobem Quénu-Hartmann'a wykonał O. na trupie. Opłucna dała się odsunąć bez nadwerężenia; w ogóle opłucną obrażono 3 razy na 13 przypadków.

Obaliński A. Jeszcze w sprawie zupełnego wykluczenia kiszki grubej. Przegląd Lek. str. 433.

Wykluczenie pętli jelitowej z zupełnem jej zaszyciem w czterech przypadkach użyte było z dobrym skutkiem, w dwu z nich stwierdzono naocznie, że dobry ten wynik nie pochodzi od fikcyjnego jakiegoś połączenia się tej pętli z głównym przewodem pokarmowym, lecz że pętla pozostaje w stanie zupełnej bierności; gdy nadto okazało się, że pozostawienie przetoki, wydzielającej śluz na brzuchu nie jest dla pacyentów rzeczą obojętną, przeto twierdzi O. że wykluczenie pętli kiszkowej w zakresie prawidłowej kiszki grubej, z zupełnem jej zaszyciem jest postępowaniem usprawiedliwionem i polecenia godnem, a to tem bardziej, jeżeli się uwzględni, że nic łatwiejszego, jak zabezpieczyć się przeciw możliwym niepowodzeniom, wszywając górny koniec wykluczonej pętli w kąt rany laparotomijnej.

Oświecimski. Przypadek ropnego zapalenia błon stawu kolanowego przy zrazowem zapaleniu płuc. Nowiny Lek. str. 367.

Mężczyzna 31-let. chory na zapalenie płuc w 4 dni później zapadł na zapalenie ropne stawu kolanowego. Po tygodniu otworzono staw cięciem szerokiem, wypłynęło około pół litra ropy nie zbyt gęstej, żółtawej z strzępkami błoniastymi; kości i chrząstki były niezmienione, tylko nieco przekrwione. Badanie drobnowidzowe i hodowle wykazały pneumokoki Friedlaender'a. I w tym przypadku sprawdziła się niezłośliwość podobnych przerzutowych zapaleń stawu po zapaleniu płuc, skoro przy tak wielkiem ropieniu ani chrząstkowe, ani kostne części nie były naruszone. Leczenie również nie trwało długo [sublimat i gaza jodoformowa] tak że pacyent już po 5 tygodniach był zupełnie wyleczony.

Rydygier L. Przyczynek do techniki doszczętnego wycinania raków. Przegl. Lek. str. 31.

Mając na względzie stosunkowo częste nawroty po wycięciu raka wargi, chociaż najmniejsze gruczołki były usunięte, takież same nawroty przy raku prącia; skoro przy wycinaniu sutki usuwamy gruczoły pachowe w związku z guzem, skoro podobnie postępujemy przy wycinaniu raka języka metodą Kocher'a, powinniśmy zdaniem R-a wycinać zawsze i z zasady naczynia limfatyczne i tkankę otaczającą. W ten sposób operował R. 3 razy raka wargi 1 raz raka prącia. Dokładne zbadanie przebiegu i rozgałęzienia naczyń limfatycznych pozwoli utworzyć stałe podstawy dla techniki operacyjnej.

Rydygier L. Kilka krótkich uwag o nowych sposobach splenopeksyi. Przegl. Lek. str. 197.

Sposób splenopeksyi Bardenheur'a: otwarcie jamy brzusznej od tyłu, wyciągnięcie przez stosunkowo mały otwór śledziony i przymocowanie poza otrzewną w okolicy lędźwiowej, nie może być odpowiedni z następujących względów. Rozpoznanie śledziony ruchomej jest nieraz w ogóle trudne, jeszcze trudniejsze, a często niemożliwe rozpoznanie skręcenia około szypułki (w przypadku autora); nadto nierzadko bywają zrosty przesuniętej śledziony z macicą, jelitami lub innymi narządami. Z tego powodu autor uważa nadal swój sposób operowania za najodpowiedniejszy i najpewniejszy. W końcu R. dodaje, że u chorej przeszło rok temu operowanej pozostaje śledziona stale na miejscu przymocowaną.

Rydygier L. O leczeniu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego. Przegląd Lek. str. 517 i 531.

Autor opisuje szczegółowo sposoby bezkrwawego odprowadzenia zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego podane przez Paci'ego i Lorenz'a i radzi u małych dzieci postępować przy odprowadzaniu

główki do panewki sposobem Paci'ego, a dopiero gdyby się odprowadzenie odrazu nie udało należy stosować wyciąganie albo według Lorenz'a jego przyrządem, albo ułożywszy dziecko na kilka tygodni do łóżka, zwyczajnym sposobem Volkmann'a. Leczenie następne stosować radzi R. stanowczo według Lorenz'a, cała trudność bowiem niekrwawego postępowania polega na utrzymaniu raz odprowadzonej główki kości udowej w panewce. Dopomaga w tem rzeczywiście i znakomicie założenie opatrunku gipsowego w dostatecznej abdukcyi kończyny, a mniej doświadczonym radzi R. w początku lepiej zanadto odwodzić kończynę niż zamało, łatwo bowiem główka odprowadzona wyskakuje na nowo.

Główka, raz odprowadzona do panewki, winna się tam utrzymywać uciskiem, działającym w należytym kierunku, a nie wyciąganiem, które może jej tylko ułatwić wyskoczenie z płytkiej panewki. W przypisku do wykładu wygłoszonego na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dodaje autor, że odprowadzenie bezkrwawe zwichnięcia, w przypadku przedstawionym na zjeździe, udało się zupełnie sposobem Paci'ego i wszyscy obecnie przekonali się, jak główka z pewnym szmerem wskakuje do panewki. Tak samo udało się i krwawe odprowadzenie zwichnięcia wykonane na drugi dzień zrana sposobem Hoffa-Lorenz'a.

Schramm. Gruźlica kręgów. Nowiny Lek. str. 159, 231, 307.

W ciągu 9-u lat miał S. w oddziale chorób chirurgicznych szpitala Ś-ej Zofii we Lwowie 709 dzieci dotkniętych gruźlicą kości i stawów, z tej liczby 110 przypadało na gruźlicę kręgów (15,5%). Najwięcej dotkniętych było dzieci do 4-go roku życia. Pod względem częstości zajęcia sprawą chorobową poszczególnych kręgów było: gruźlicy kręgów szyjowych 10 przypadków, piersiowych 66, lędźwiowych 21, krzyżowych 3 (razem 100). W większej części przypadków rodzice podawali, ze choroba dziecka rozwinęła się po upadnięciu lub stłuczeniu. W przypadkach, w których dziedziczność dała się napewno wykazać, przebieg choroby był znacznie złośliwszy niż u dzieci, których rodzice byli zdrowi.

W 25 historyach choroby zanotowano, że cierpienie kręgów miało powstać po innych chorobach—mianowicie 12 razy po kokluszu, 8 razy po odrze, a reszta po innej, nieznanej bliżej chorobie gorączkowej. Rozpoznanie nie ulegało prawie nigdy żadnej trudności, tylko u dwojga dzieci poniżej dwóch lat schorzały kręg wystawał tak mało, że mogła zachodzić wątpliwość co do krzywicy, lecz i tu bolesność przy ucisku a wreszcie brak wyrównania krzywizny przez położenie dziecka na równym stole rozstrzygało sprawę. W jednym tylko przypadku u 6-letniego chłopca z ropniem biodrowym badanie kręgosłupa nie wykryło żadnego zboczenia, nawet dość silny ucisk na wyrostki kolczaste nie był bolesny. Po otwarciu ropnia okazało się jednak, że powodem ropienia była gruźlica górnych kręgów lędźwiowych, których przednia

powierzchnia, o ile się dało wymacać palcem, była nie równa, jakby ponadgryzana (*spondilitis superficialis*). W 46-u przypadkach były rozwinięte już ropnie lub przetoki [13]. Co do częstości ropni, to przy gruźlicy kręgów szyjnych występowały one w 40%, przy piersiowych 30%, przy lędźwiowych 70%, a w trzech przypadkach gruźlicy kości krzyżowej zawsze było ropienie.

Ropnie od kręgów piersiowych wychodzące muszą stosunkowo dłuższą przebiegać drogę, zanim się dostaną na powierzchnię ciała.

Droga, jaką sobie obierały ropnie, była rozmaita i tak: wychodzące od kręgów szyjnych wystąpiły dwa razy jako ropnie pozagardzielowe, raz w dole nad obojczykiem, raz na karku [2 i 3 krąg]. Przy zajęciu kręgów piersiowych 12 razy z [25] ropienie szerzyło się wzdłuż przedniej ściany kręgów, raz jeden ropień z śródpiersia tylnego pękł do obu jam opłucnej z zejściem śmiertelnem w ciągu jednego dnia. W innych przypadkach szerzyło się dalej ku dołowi biodrowemu [4 p.] a nawet w 15 przypadkach ropienie zajęło przestwory międzymięśniowe w samem udzie, 8 razy ropień znajdował się z tyłu tuż obok lub nieco poniżej chorego kręgu. Przy zajęciu kręgów lędźwiowych 12 razy [na 16] ropnie znajdowały się w pachwinie, 2 razy z tyłu obok chorego kręgu, 2 razy ropień wystąpił przez dziurę kulszową na pośladek. W trzech przypadkach gruźlicy kości krzyżowej ropienie wystąpiło zawsze po tylnej stronie. Co się tyczy współcierpienia mlecza pacierzowego, to w jednym przypadku u dziecka 7-letniego, garbatego od 6-u miesięcy po upadnięciu ze stołka nagle nastąpiło zupełne porażenie kończyn dolnych, pęcherza i odbytnicy [zwichnięcie rozmiękczonego kręgu i nagły ucisk na rdzeń]. Przypadków zajęcia rdzenia było 13 [blisko 12%] prawie wszystkie porażenia występowały przy gruźlicy kręgów piersiowych, zwłaszcza górnych, tylko raz wystąpiło ono jako następstwo choroby kręgu szyjnego i raz przy kręgach lędźwiowych. Rokowanie zależy od warunków otoczenia i zamożności, od dziedziczności, od ogólnego stanu zdrowia i zajęcia innych kości lub narządów wewnętrznych.

Na 110 leczonych ogółem przypadków było 34 wyleczeń, 21 dzieci opuściło szpital ze znacznem polepszeniem, 35 wyszło nieuleczonych, a 14 zmarło w szpitalu. Z pomiędzy 13 dzieci dotkniętych gruźlicą kręgów i innych narządów ani jedno nie wyzdrowiało w szpitalu, dwoje wyszło z polepszeniem, 5 nie uleczonych, a 6 zmarło w szpitalu. Gruźlica kręgów szyjnych daje wyleczenie najczęstsze 50%, piersiowych 32%, lędźwiowych 25%. Rokowanie przy już rozwiniętem ropieniu jest przynajmniej podwójnie gorsze, niż gdy leczenie właściwe rozpoczęto przedtem; jeszcze gorsze wyniki otrzymał S. przy zajęciu rdzenia pacierzowego [3 wyleczenia na 13 przypadków].

Obok leczenia miejscowego stosowano staranne leczenie ogólne: dobre odżywianie, leki wzmacniające, pobyt o ile można na świeżem powietrzu do czego obszerna werenda i ogród, a w lecie filie szpitalne w Iwoniczu dobrze się nadawały. Niejednokrotnie, gdy choroba pogar-

szała się podczas pobytu w szpitalu, dzieci odzyskiwały szybko zdrowie i sprawa miejscowo się goiła, jeżeli dziecko zostało wysłane do Iwonicza.

Bardzo dobre usługi oddawało S-wi t. zw. łóżko gipsowe Lorenz'a i Hoff'a; u 2 mniejszych dzieci zmienił S. łóżko na odlew gipsowy w skrzynce. W łóżku takiem pozostawały dzieci 3—4 tygodni; przy objawach ze strony rdzenia stosowano wyciąganie od strony głowy na twardym materacu pochyłym.

Staniki gipsowe cienkie robiono wprost na dziecku lub z organtyny podwójnie krochmalonej w odlewie gipsowym bez szyu i wkładek; dzieci znoszą je dobrze [gdy są zdejmowane] z powodu lekkości i trwają w dobrym stanie przez 8 do 10 miesięcy. Przy schorzeniu kręgów wyższych od 7 piersiowego konieczne jest założenie przyrządu i na głowę. Zakładano staniki ogółem u 70 chorych, z tych 25 wyszło uleczonych, 23 z polepszeniem; 3 razy widział S. wessanie ropni; 10 razy przekłówał ropnie i po przemyciu kwasem bornym zastrzykiwał jodoform z gliceryną [1 : 15] i 3 razy miał wyleczenie; 5 razy stosował sposób Billroth'a i 2 razy nastąpiło wyleczenie; w 14 przypadkach rozcięto ropień szeroko i wypełniono gazą jodoformową [2 razy wyleczenie] Wogóle radzi S. o ile można zwlekać z otwieraniem ropni, ale nie czekać ścieńczenia skóry, lecz wstrzyknąć zawiesiny jodoformowej. W pięciu przypadkach stosowano wyskrobanie lub wydłutowanie chorego kręgu [2 razy wyleczenie], S. radzi stosować zabiegl krwawe jako *ultimum refugium*, bo przy gruźlicy kręgów postępowanie i leczenie zachowawcze jest jaknajbardziej wskazane.

Szuman L. Leczenie przerostu gruczołu krokowego u starców za pomocą operacyi Ramm'a, przez Isnardi'ego zmodyfikowanej. Nowiny lekarskie str. 1 i 55.

Przypadek pierwszy dotyczył starca 77-letniego, wdowca cierpiącego od lat 7 na dolegliwości pęcherzowe. Chory przybył do kliniki z zatrzymaniem moczu, cewnika nie udało się przeprowadzić nawet w uśpieniu chloroformowem. S wykonał cięcie pęcherza nadłonowe, znalazł kamień [5 ctm.], oraz guz wielkości dużej gruszki do pęcherza wystający (*prostata*), w środku guza znajdował się lejkowaty otwór cewki moczowej. Po usunięciu kamieni pęcherz zeszyto w dwie warstwy, rana pęcherza zagoiła się doraźnie. Wprowadzanie cewnika było niezmiernie trudne Chory miał mocz zawierający dużo ropy i białka, w 10 dni po operacyi pierwszej przechodził ciężki stan uremiczny, miał cztery napady eklampsyi, ogromne poty, osłabienie znaczne, kilkakrotne wymioty i tętno przez 7 dni przy ciepłocie prawidłowej tak zwolnione, że ilość tętna w ciągu tygodnia wynosiła najmniej 26—28, najwyżej 34—36 uderzeń na minutę. W takim stanie zaproponował S. choremu operacyę Isnardi'ego jako ostateczne uwolnienia go od męczarni kateterowych. Obustronne podwiązanie przewodów nasiennych i przecięcie, wykonał S. bez żadnego znieczulenia, rany zeszyto i opa-

trzono kolodyonem jodoformowym. 22-go dnia po podwiązaniu przewodów chory oddał po raz pierwszy sam nieco moczu, a następnie mógł się obywać bez cewnika. W przyszłości w analogicznym przypadku wykonać by należało, zdaniem S-a, obie operacye odrazu, gojenie było by lepsze, łatwiejsze i krótsze.

Drugi przypadek dotyczył też 77 starca, wdowca, który przed 2-ma laty miał poraz pierwszy zatrzymanie moczu, potem to przeszło, lecz powtarzało się.

Nowe zatrzymanie moczu do dni czterech; gruczoł krokowy wielkości pomarańczy, operacya w uśpieniu chloroformowem rany zagoiły się szybko pod kleiną jodoformową, 4-go i 5-go dnia jądra opuchnięte i bolesne. Po tygodniu chory już cały mocz sam oddawał, wprowadzenie cewnika bardzo łatwe, gruczoł jeszcze powiększony.

O ile słuszną i zbawienną jest tu operacya u starców, o tyle byłoby rzeczą potępienia godną, gdyby ją chciano wykonywać u młodszych mężczyzn.

Trzebicky R. W sprawie leczenia zgorzeli kończyn. Przegląd Lek. str. 557, 572.

Zaznaczywszy różne zdania chirurgów co do wczesnego odejmowania kończyny zgorzelą dotkniętej powiada T., że w przypadkach, w których czy to z powodów społecznych, czy też ustrojowych, długie leczenie chorego np. w szpitalu i t. p. jest niemożliwe, albo gdzie szalone bóle podkopują organizm, albo gdzie mimo przeciwgnilnego leczenia części chorej, objawy zagrażające życiu a zwłaszcza objawy zatrucia gnilnego lub cukrzycowego się utrzymują, wczesna amputacya bezwątpienia będzie wskazaną. Jeżeli jednak tych okoliczności niema, to dopóki statystyka nie wykaże niezbicie, że jedynie pewnym środkiem leczniczym jest wczesna amputacya, póty myśl leczenia wyczekującego zawsze, zarówno choremu jak i lekarzowi, uśmiechać się będzie, gdyż po ograniczeniu się zgorzeli pozwoli chociaż w pewnej liczbie przypadków uratować część goleni, a bodaj czasami i stopę. Wszelkie próby leczenia zachowawczego winny być przedsiębrane przy zachowaniu ścisłej antyseptyki. Spostrzeżenia własne autora dotyczą 12 przypadków zgorzeli samoistnej kończyny dolnej [wszystkie bez cukrzycy]. W 7 przypadkach, leczono zachowawczo; z tych 2 umarło, 3 wyleczyło się z utratą palców lub części stopy, a 2 razy wykonano odjęcie goleni z pomyślnym skutkiem; 5 razy wykonał T. amputacyę w okresie względnie wczesnym, a mianowicie 2 razy na udzie [1 śmierć] 3 razy na goleni [2 wyleczenia, 1 zmarł].

Rydygier. Kilka słów o surowicy przeciwrakowej Emmerich'a i Scholl'a.

Patrz dział VIII— Terapia ogólna.

C)

Sprawozdawca

B. Sawicki.

Barącz. Operacya kontraktury Dupuytren'a. Demonstracya. Przegl. Lek. Nr. 12, str. 152.

Autor w dwóch przypadkach kontraktury Dupuytren'a jeden operował metodą Kocher'a [wycięcie zgrubiałej powięzi dłoniowej], drugi zaś podług sposobu Adams'a [podskórna tenotomia powięzi dłoniowej]. Sposób Kocher'a daje wynik lepszy.

Biegański W. i Wrześniowski W. Przyczynek do chirurgicznego leczenia chorób mózgu. Medycyna Nr. 44, 45, str. 1021, 1045.

I. Rana głowy z wgnieceniem kości, *alexia*, *hemianopsia hononyma dextra*, wyleczenie po trepanacyi. Robotnik lat 50 został ugodzony w głowę sztabą żelaza, przyczem powstała rana z wgnieceniem kości na lewej stronie głowy, na granicy okolicy ciemieniowej i potylicowej. W dni kilka potem u chorego wystąpiły: apatya, osłabienie, ból głowy, i zamęt w czynnościach umysłu. W trzy tygodnie po uderzeniu zjawiła się gorączka, nieprzytomność, bredzenie, wskutek czego chorego pomieszczono w szpitalu. Tu przy badaniu, obok wyżej wspomnianej niewiele ropniejącej rany i obok wgniecenia kości, znaleziono: częściową utratę pamięci nazw, zupełną utratę zdolności czytania z zachowaniem zdolności czytania liczb i bez niemoty wzrokowej, nakoniec półwzroczność połowiczną prawą bez utraty poczucia barw. W 26 dni po obrażeniu wykonano operacyę, podczas której znaleziono wgniecone dwa odłamki kości, odpowiadające tylnemu zewnętrznemu kątowi kości ciemieniowej. Odłamki te usunięto, poczem chory zaczął się szybko poprawiać. Najprzód powróciła pamięć, a następnie zdolność czytania; zaburzenia wzrokowe wyrównały się także i pacyent opuścił szpital w dwa miesiące po operacyi jako zupełnie wyleczony.

II. Guz mózgu [sarcoma]—wyjęcie guza. Śmierć po 12-u dniach wskutek zapalenia opon mózgowych. 34-letni włościanin zachorował przed rokiem na mocny ból głowy, przyczem równocześnie prawie pojawiły się drgawki w prawej nodze. W parę miesięcy potem wystąpiły drgawki w prawej ręce, a następnie w prawej stronie twarzy. Wślad zatem ból głowy zaczął się zmniejszać. Od kilku miesięcy drgawki w prawej nodze ustąpiły, a w ostatnich czasach i w prawej ręce oraz nodze stały się rzadszemi. Chory nadto od paru miesięcy czuje osłabienie w prawej ręce i nodze. Przed laty kilkoma chory otrzymał

silne uderzenie w głowę. Przy badaniu znaleziono: zanik mięśni w obudwu prawych kończynach, znacznie posunięte, choć niezupełne porażenie ruchów, w mniejszym stopniu porażenie czucia dotykowego i mięśniowego. Prawa strona twarzy porażona w niewielkim stopniu w zakresie dolnej gałęzi nerwu twarzowego. Mięśnie prawej strony tułowia wyraźnie zanikłe, przy ruchach oddechowych prawa strona mniej się porusza, aniżeli lewa. W ciągu trzech dni dwukrotnie występowały drgawki w prawej ręce i w prawej stronie twarzy. Obustronny zanik nerwów wzrokowych. Rozpoznano guz złośliwy, umiejscowiony w okolicy *zonae motoriae* i postanowiono go usunąć za pomocą operacyi, wykonanej sposobem l'Oirier'a. Po odchyleniu płata kostnoskórnego oraz po przecięciu i odchyleniu opony twardej, zrośniętej z mózgiem, znaleziono na powierzchni tegoż mózgu guz biało-żółtawy, całą swą masą tkwiący w głębi tkanki mózgowej, na powierzchni zaś zajmujący przestrzeń około 3 do 4 ctm. kwadratowych. Guz był wyraźnie odgraniczony, wskutek czego dość łatwo udało się oddzielić go za pomocą podważki i po uprzedniem rozkawaleniu, całkowicie usunąć.

Przebieg pooperacyjny w ciągu pierwszych trzech dni był zupełnie dobry. W czwartym dniu zauważono znaczne wypadnięcie tkanki mózgowej przez otwór trepanacyjny, a nadto wystąpiła gorączka i apatya. Chory zmarł w 12 dni po operacyi. Sekcya wykazała zapalenie opon mózgowych. Dno jamy, powstałej po usunięciu guza, oddzielone było od komory bocznej warstwą tkanki 2 mm. grubą. Guz usunięty miał wielkość małej pięści i okazał się mięsakiem.

Bogdanik J. Postępowanie w przepuklinach zgorzelinowych Zjazd Chirur. Przegl. Lek. Nr. 32, str. 442.

B. radzi po przecięciu skóry oraz części miękich i po dojściu do worka przepuklinowego, wyciąć najprzód wszystko, co uległo zgorzeli i wtedy, naciąwszy bramę przepuklinową, wyciągnąć pętlę jelita na zewnątrz. Wyrezekowawszy teraz pętlę zmienioną, B, nakłada szew, kiszkę odprowadza do brzucha, poczem raz jeszcze oczyszcza powierzchnię rany z części uległych zgorzeli.

Borsuk M. Dwie herniotomie. Demonstracya. Przegl. Tow. Lek. Warsz str. 480.

Pierwszy przypadek herniotomii zasługuje na uwagę ze względu że podczas operacyi naderwano krezkę kiszki uwięźniętej. Rozerwanie miało kształt litery T, którego jedno ramię na przestrzeni 4 ctm. przebiegało tuż przy kiszce, drugie zaś ramię miało długości 8 ctm. i przebiegało prostopadle do pierwszego. Na całej przestrzeni krezkę przyszyto; wynik był dobry. W drugim przypadku, operowanym w parę dni po uwięźnięciu, znaleziono worek pusty, przez otwór zaś przepuklinowy wylewał się z jamy brzusznej płyn szary, cuchnący. Zrobiono laparotomię i znaleziono pętlicę kiszki zgangrenowaną. Wykonano rezekcyę; chory wyzdrowiał.

Borsuk M. Hernia Littré incarcerata. Resectio intestini. Demonstracya. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. str. 529.

Kiszka uwięźnięta jedną ścianą, zgorzel na niewielkiej przestrzeni, laparotomia, wycięcie dość znacznej części jelita, założenie worka Mikulicza, wyzdrowienie.

Borsuk M. Urazowe wtłoczenie nosa. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 1176.

12-letni chłopiec, spadłszy z drzewa, uderzył się nosem o kamień, przyczem tenże nos uległ zupełnemu wtłoczeniu w *foramen pyriforme*. Po zachloroformowaniu chorego, B. wyciągnął kleszczykami nos na zewnątrz, przeciął na jego grzbiecie skórę i powięź, zgruchotane kości ułożył należycie, nozdrza napełnił gazą jodoformową i nałożył opatrunek. Zagojenie zupełne z zachowaniem kształtów nosa.

Borsuk M. i Wizel A. Przypadek urazowego wylewu krwi do substancyi białej mózgu z następczem zaburzeniem mowy, niedowładem połowicznym i padaczką Jackson'a, wyleczony na drodze chirurgicznej. Przegląd Chirur. T. III; Zeszyt 1, str. 1.

21-letni mężczyzna otrzymał uderzenie kamieniem w lewą połowę czaszki, poczem natychmiast stracił przytomność, lecz wkrótce ją odzyskał. Przywieziony do szpitala chory na drugi dzień po wypadku żadnych wybitniejszych objawów, oprócz niejakiego odurzenia nie przedstawiał. Na lewej kości ciemieniowej, niedaleko szwu wieńcowego, znaleziono nieduża powierzchowną ranę stłuczoną. W trzecim dniu po uderzeniu wystąpiła afazya, niedowład nerwu twarzowego i podjęzykowego. W obec tych objawów B. przeciął na miejscu urazu powłoki czaszki i znalazł strzaskanie przedniej części kości ciemieniowej i górnej części kości skroniowej; odłamy były wepchnięte wgłąb czaszki. Po wyjęciu tych odłamów B. znalazł znaczną ilość krwi skrzepłej, która pochodziła z rozerwanej gałązki tętnicy oponowej średniej. Opona twarda była nienaruszona i wszędzie równomiernie pulsowała.

Po usunięciu strzaskanych kości okazał się brak w czaszce wielkości dłoni dorosłego człowieka. Operacyę zakończono zeszyciem powłok miękich. Na drugi dzień po operacyi stan chorego nie zmienił się, w trzecim zaś dniu wystąpił niedowład prawej kończyny górnej, oraz napady padaczki Jackson'a, które rozpoczynały się od twarzy i przechodziły na prawą rękę. Piątego dnia po operacyi padaczka rozszerzyła się na prawą nogę, szóstego zaś—wystąpił zupełny bezwład prawej strony ciała, napady zaś padaczkowe stały się bardzo częstymi. Wobec tego wykonano powtórnie operacyę, lecz tym razem bez chloroformu. Wykonawszy kilka próbnych przekłóć przez oponę, B. znalazł w jednem miejscu w głębi istoty mózgowej płyn krwawy. Rozciąwszy oponę, przekonał się on następnie, że miejsce to leżało na 1 ctm. poza bruzdą Roland'a i odpowiadało mniej więcej ośrodkowi nerwu twarzo-

wego. Szara substancya mózgu była w tem miejscu zupełnie prawidłowa. B. rozciął ją i wówczas wylało się z białej substancyi około dwóch łyżeczek krwawo zabarwionego płynu razem ze skrzepami krwi. Wygarnąwszy za pomocą łyżeczki jeszcze kilka innych skrzepów, B. wprowadził do opróżnionej w ten sposób jamy w substancyi mózgowej kawałek gazy jodoformowej, poczem oponę twardą i powłoki zeszył wypuszczając gazę na zewnątrz. Nazajutrz po operacyi ustąpił bezwład i chory zaczął mówić niewyraźnie. Przytomność wróciła zupełnie. Następnych dni mowa stopniowo się poprawiała. Najdłużej trwał niedowład nerwu twarzowego, lecz po paru tygodniach i to ustąpiło. Chory wyzdrowiał zupełnie. Na miejscu braku kości zastosowano blaszaną ochronkę. Omawiając powyższy przypadek, Wizel widzi w nim dowód, że i podrażnienie białej substancyi mózgowej może wywołać padaczkę Jackson'a. Na poparcie tego twierdzenia W. przytacza z własnej obserwacyi jeszcze dwa inne przypadki, z których drugi nigdzie dotąd nie był ogłaszany. Dotyczył on 60-letniego mężczyzny, u którego napady padaczki Jackson'a powtarzały się od lat kilkunastu. Na sekcyi znaleziono substancyę szarą mózgu prawie niezmienioną, w substancyi zaś białej w okolicy *gyri centr. ant. et poster. sin.* znacznej wielkości naczyniomięsak.

Bossowski A. Meningocele spuria traumatica. Demonstracya. Przegl. Lek. Nr. 45, str, 600.

Autor demonstruje preparat przepukliny mózgowej, urazowego pochodzenia. Szczyt guza był owrzodzony i groził pęknięciem; B. przypuszczał, że ma do czynienia z *meningocele* wrodzonem, szerokim otworem z czaszką połączonem; otworzył więc guz i próbował plastyki. Wynik wskutek zapalenia opon był niepomyślny. Przy sekcyi okazało się, że dno guza podczepcowego jest kostne i że na pozór niema otworu, łączącego guz z jamą czaszki. Pęknięcie czaszki było zarośnięte i tylko w jednem miejscu pozostał niewielki otwór, zarośnięciu którego przeszkadzała wypadnięta opona twarda.

Ciechanowski. O przeroście gruczołu krokowego i anatomicznych podstawach niedomogi pęcherza u starców. Zjazd chirurg. Przegl. Lek. Nr. 34, str. 464.

Badania, które autor przeprowadził na materyale sekcyjnym, doprowadziły go do następujących wniosków: towarzysząca przerostowi *prostatae* niedomoga pęcherza nie zależy od tętnic, jak chce Guyon. Podstawę anatomiczną tej niedomogi stanowi zmiana stosunku mięśni pęcherzowych do tkanki łącznej; zmiana ta nie jest ani analogiczną, ani współczesną ze zmianami w nerkach i w gruczole krokowym, jakie tam zachodzą. Zmiana w ścianie pęcherza wogóle jest w pewnym stosunku do wieku; przeszkoda mechaniczna spowodowana przerostem *prostatae*, a jeszcze bardziej powikłania zapalne mogą te zmiany w ściankach pęcherza potęgować. Badania mikroskopowe przerosłych gruczo-

łów krokowych wykazały, że przerost ten nie ma nic wspólnego ze sprawą nowotworową, lecz że zawsze polega na bardzo przewlekłych sprawach zapalnych w samym miąższu gruczołu lub w podścielisku łączno-tkankowem, lub wreszcie w obu razem.

Ciechomski A. Odcięcie przepukliny mózgowej. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. W. str. 1161.

19-letniemu chłopcu ś. p. Jawdyński przy zapaleniu ucha średniego wykonał trepanacyę wyrostka sutkowego, obnażył zatokę poprzeczną i usunął skrzep zropiały. Otwór w czaszce miał średnicy 3—4 ctm. Wprędce potem przez ten otwór począł się mózg wypuklać, a w 2 miesiące po operacyi wytworzyła się już przepuklina mózgowa wielkości jaja kurzego. C. nożem odciął wypuklającą się istotę mózgową, oszczędzając przy tem oponę twardą u podstawy przepukliny, poczem nałożył opatrunek lekko uciskający. Rana się zabliźniła, w 2 lata przeszło potem poza uchem znajdowano bliznę, wśród której wypuklał się guzik wielkości orzecha włoskiego, dość mięki, nietętnicy. Chory czuł się zupełnie dobrze i ciężko pracował.

Dembowski T. Przypadek meningocele spuria traumatica, wyleczony na drodze operacyjnej. Przegląd chirurgicz. T. III, Zesz. 1 str. 13.

Chłopczyk, mający rok i cztery miesiące, wypadł przed 3 miesiącami z kołyski. W parę dni potem zauważono guz na prawej stronie głowy dziecka. Guz ten rósł z dniem każdym. Przed miesiącem jeden z lekarzy zapomocą aspiratora opróżnił guz z płynu, lecz już w 3 dni potem zebrał się płyn na nowo. Przy badaniu dziecka znalazł D., że cała prawa połowa czaszki była pokryta olbrzymim guzem chełboczącym, pokrytym cienkiemi, przeświecającemi częściami miękiemi. Za pomocą dwóch cięć, z których jedno szło pionowo, drugie zaś było poziome i łączyło się ze środkiem pierwszego, D. otworzył worek guza i znalazł co następuje: wielki czworoboczny odłam kostny, złożony z części kości czołowej i prawie z całej kości ciemieniowej był wbity w głąb w ten sposób, że tylko u dołu łączył się z kośćmi czaszki. Twocząca tylny brzeg braku kostnego pozostała część kości ciemieniowej była mocno odchylona na zewnątrz i ku tyłowi. Przez szczelinę, powstałą pomiędzy tym brzegiem i wklinowanym odłamem, wydostają się z głębi na zewnątrz zwoje mózgowe, pokryte tylko oponami miękiemi. Twarda opona na miejscu uszkodzenia zniszczona. Dla przywrócenia wklinowanemu odłamowi pozycyi prawidłowej, D. przeciął go poziomo w pobliżu jego połączenia z kośćmi czaszki. Po uskutecznieniu tego udało się za pomocą haków tępych wgłębiony odłam kości wydobyć nazewnątrz i ułożyć w jednym poziomie z otaczającemi zdrowemi częściami czaszki, jednocześnie z podniesieniem odłamu kostnego znikło wypuklanie się zwojów mózgowych przez opisaną wyżej szczelinę. Sama szczelina jednakże pozostała niepokryta, ponieważ odwinięty tyl-

ny brzeg braku nie dosięgał do tylnego brzegu odłamu. Wobec tego D. wytworzyi płat z okostnej, pokrywającej odrośniętą kość, i płatem tym przykrył szczelinę. W końcu operacyi D. miękie części zaszył, wprowadziwszy cienki sączek w dolny kąt rany. Przebieg pooperacyjny powikłany był gorączką, która wystąpiła w trzecim dniu po operacyi i trwała trzy dni, ustąpiła zaś po wyrżnięciu się trzech zębów Wyzdrowienie zupełne.

Dembowski T. Dwa przypadki złamania kości ramieniowej. Przegl. chir. T. III, Zesz. 1, str. 21.

Autor jest zwolennikiem leczenia złamań rzepki za pomocą wczesnego nakładania szwów kostnych [sam dwukrotnie operował z dobrym wynikiem]. Przy złamaniach innych kości należy szew zakładać wówczas, gdy nastąpiło zrośnięcie ze znacznem przesunięciem odłamów lub też gdy się odłamy wcale nie zrosły. Autor w podobnych warunkach nakładał szew kostny w dwóch przypadkach złamania kości ramieniowej. Pierwszy przypadek dotyczył 41-letniego mężczyzny, który uległ złamaniu ramienia pomiędzy trzecią częścią dolną i średnią. Gdy w ciągu 6 tygodni zrost nie nastąpił, D. wykonał cięcie na zewnętrznej powierzchni ramienia, wyseperował nerw ramieniowy, w bliznę wciągnięty, i nałożył z drutu srebrnego dwa szwy w płaszczyznach, do siebie prostopadłych. Gojenie przy niewielkiem ropieniu trwało siedm tygodni, w ciągu których ręka leżała w przyrządzie pomysłu autora. Wyzdrowienie z powrotem czynności. W drugim przypadku autor miał do czynienia z 16-letnim chłopcem; który przed 7 tygodniami uległ złamaniu kości ramieniowej w górnej części. Dolny odłam przedziurawił mięsień naramienny, wywołał zapalenie skóry i groził przedziurawieniem tejże. Wobec tego autor wykonał cięcie od wyrostka barkowego wzdłuż kości ramieniowej i, doszedłszy do kości, przekonał się, że powierzchnia złamania w zewnętrznej swej połowie szła poziomo i odpowiadała powierzchni kostnienia, na wewnątrz zaś szła skośnie ku dołowi przez sam trzon. Po oddzieleniu obudwu zrośniętych już odłamów za pomocą dłuta, D. nałożył szew kostny na ich część zewnętrzną, poczem na około kości oprowadził pętlę drutu, łącząc w ten sposób ze sobą skośne części odłamów. Rękę D. unieruchomił za pomocą swego aparatu. Gojenie z niewielkiem ropieniem, wydzieleniem się drutu i małego martwiaka kości. Po 6 tygodniach D. rozpoczął gimnastykę kończyny, którą po czterech niespełna miesiącach chory mógł podnosić do linii poziomej; inne ruchy ręki były swobodne.

Dembowski T. Poprawka do metody rhinoplastyki Königa israela. Przegl. Chirurg. T. III. Zeszyt 1, str. 27.

24-letni chłopiec, przeszedłszy przed 8-u laty jakieś owrzodzenie na twarzy [prawdopodobnie wilk], został silnie zeszpecony wskutek bliznowatego skurczenia górnej wargi i nosa. Ażeby poprawić kształt nosa, D. użył zmienionego nieco przez siebie sposobu Königa-Izraela.

W tym celu poprzecznem cięciem oddzielił nos mięki od dolnego brzegu zapadłych kości nosowych. Następnie D. wyciął na czole płat romboidalny, osadzony na dość długiej wązkiej szypule, składający się ze skóry, okostnej i powierzchownej blaszki kości. Odwróciwszy ten płat okrwawioną powierzchnią na zewnątrz, D. wszył romboidalną część jego w brak wrzecionowaty, powstały po odcięciu części miękich od części kostnej nosa. Szypuła płata leżała swobodnie na górnej części nosa. Gdy wszyta romboidalna część płata przyrosła, D. oddzielił skórę, grzbiet nosa pokrywającą, wytwarzając z niej dwa płaty, których podstawy leżały wzdłuż boków nosa. Podniósłszy teraz te płaty na kształt drzwi podwójnych, D. wgłębił mostkowato nad grzbietem nosa wiszącą szypułę płata czołowego i pokrył ją wspomnianymi płatami skórnymi. Operacya dała wynik zupełnie zadawalniający. Szczegóły patrz w oryginale.

Drobnik T. O radykalnej operacyi wrodzonych przepuklin pachwinowych u dzieci. Now. lek. Nr 2, str. 88.

Autor operował 25 przypadków i uważa operacyę za jedyną racyonalną terapię przy większych przepuklinach. Podczas operacyi D nie otwiera wcale worka. Szew bramy uskutecznia on srebrnym drutem, a do tego posługuje się osobnym przyrządem, przeprowadzającym szew bez naruszenia worka nasiennego.

Drobnik F. Rezekcya wola zamostkowego. Nowiny Lek. Nr 11, str. 694.

53-letnia kobieta zauważyła pierwsze objawy wola po dziecku przed 19 laty. Od 5 lat utrudnienie w oddechaniu, od roku wyraźny świst, chodzenie po wschodach niemożliwe. Od dwóch dni silny brak tchu. D., wobec osłabienia serca, zalecił kamforę, a następnego dnia wykonał operacyę. Wyrezekował najprzód część prawej połowy wola, następnie przystąpił do rezekcyi lewej połowy. Tu zauważył on, że dolna część lewego płatu gruczołu tarczowego zstępowała jako wole znacznej objętości poza mostek do śródpiersia. Wydobycie tej części okazało się bardzo trudnem; chorej groziło zaduszenie na stole operacyjnym. D., nie mogąc palcem średnim dosięgnąć dolnego końca guza, wtłoczył czubek tegoż palca w miąższ kruchego guza i tym sposobem go podważył. Dopiero wtenczas udało się drugim palcem pochwycić dolny brzeg wola i wydobyć go ze śródpiersia, chorej sprawiło to natychmiastową ulgę tak, że dalszy ciąg operacyi mógł się odbyć spokojnie. Po 3 tygodniach wyzdrowienie zupełne. Autor przy rezekcyi wola podwiązuje naczynia masowo i wykonywa częściową tamponadę rany.

Drobnik T. Wrodzone zniekształcenie goleni. Demonstracya. Nowiny lek. Nr 2, str. 87.

Dziecko trzytygodniowe miało od urodzenia tak zgięte kości w dolnej trzeciej części goleni, że palce stopy dotykały przedniej powierzchni goleni. D. objaśnia to wewnątrzmacicznem złamaniem goleni.

Dzierżawski B. Przypadek przykurczenia mięśnia skrzydlastego zewnętrznego na skutek choroby zęba. Kronika lekarska Zesz. 5, str. 165.

Mężczyzna lat 33, urzędnik, rano wstawszy, zauważył, że ma twarz skrzywioną i nieco opuchniętą. Przy badaniu D. znalazł, że dolna szczęka była przesuniętą na lewo i nieco wysunięta ku przodowi. Zwarcie i rozwieranie szczęk było możliwe, choć trochę ograniczone. Okolica przyuszna i pozażuchwowa prawa była lekko obrzęknięta, na ucisk cokolwiek bolesna. Górny prawy ząb mądrości przedstawiał znaczne zniszczenie, a dziąsło na stronie policzkowej tegoż było mocno zaczerwienione i obrzęknięte. Po odchyleniu dziąsła wydzieliło się z pod tegoż kilka kropel cuchnącej ropy. Autor zboczenie dolnej szczęki w danym przypadku objaśnia zapaleniem mięśnia skrzydlastego wewnętrznego, na górny przyczep którego przeszła sprawa zapalna, zębem zepsutym wywołane.

Gabryszewski. O rozległych wypiłowaniach klatki piersiowej. Pamiętnik VII zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie 1895, str. 254.

Autor wykonywał na psach doświadczenia, chcąc się przekonać o znaczeniu rozleglejszych rezekcyi na klatce piersiowej. Wynik tych doświadczeń następujący: płuco w miejscu ubytku ściany klatki piersiowej przylepia się wprędce do skóry, która również, jak i krawędzie ściany klatki piersiowej, pokrywa się ziarniną. Płuco tylko w miejscu, bezpośrednio sąsiadującem ze zlepem, ulega atelektazie i częściowemu zbliznowaceniu, przyczem zmniejszenie płuca stoi w prostym stosunku do ubytku w ścianie klatki piersiowej. Przy samej operacyi należy baczyć, by płat skórny był znacznie większy od ubytku i aby klatkę piersiową otwierać powoli. Autor zaleca nadto postępowanie Witzl'a, który wypełnia jamę opłucnej wodą, a potem ją wyciąga i przez to płuco rozszerza.

Gabryszewski. O unaczynieniu wola. Zjazd chir. Przegląd lek. Nr 35. str. 477.

30-letniej kobiecie z powodu wola podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczykowe. Guz początkowo zmniejszył się, lecz wkrótce począł rosnąć na nowo i doszedł do znacznych rozmiarów, G. wyciął wole podług sposobu Kocher'a. Po 2 tygodniach chora umarła wśród objawów *tetaniae* i podniesionej ciepłoty. G. nastrzykiwał naczynia na trupie i przekonał się, że unaczynienie wola pochodziło z gałązek, odchodzących od *arteria lingualis i cervicalis profunda*.

Gabryszewski. W sprawie leczenia wrzodów goleniowych. Zjazd chir. Przegl. lek. Nr 35. str. 477.

G. poleca przy leczeniu wrzodów goleni żylakowych zamiast opasek Martinowskich używać opaski elastyczne trykotowe, które są lżejsze i porowate.

Gabszewicz A. Rezekcya kości stępu, metodą Obalińskiego wykonana. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. W. str. 733.

20-letniej dziewczynie, chorej na gruźlicę stępu i kilkakrotnie już operowanej, G. wykonał resekcyę podług sposobu Obalińskiego [cięcie pomiędzy 3 i 4 kością śródstopia]. Podczas operacyi G. usunął: kość sześcienną, 3 klinowe, czółenkową, piętową i $^2/_3$ skokowej. Zagojenie zupełne po roku z zachowaniem czynności.

Gabszewicz A. Doszczętna operacya przepukliny sposobem Mac Ewen'a. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. W str. 1173.

40-letniemu mężczyźnie, mającemu olbrzymią przepuklinę pachwinową lewostronną, G. wykonał operacyę radykalną podług metody Mac Even'a. Pomimo że rana skórna zagoiła się rychłozrostem, w głębi powstało ropienie wskutek zgorzeli worka. Po usunięciu ropy i tkanek zgorzelinowych, a następnie po wydzieleniu się podwiązki jedwabnej, użytej do sfałdowania worka, rana się zagoiła. Od tego czasu chory czuł się zupełnie dobrze i mógł oddawać się ciężkiej pracy.

Gabszewicz A. Niedrożność jelita spowodowana torbielą krezki. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. W. str. 1178.

24-letni mężczyzna w ciągu niespełna roku trzykrotnie zapadał na objawy niedrożności jelit, które to objawy ustępowały jednakże po 5—6 dniach. Za czwartym razem niedrożność trwała 8 dni. Operacya była wykonana w stanie chorego bardzo groźnym. Podczas operacyi G. przekonał się, że jelito cienkie było kolankowato zgięte i ściśnięte przez dwie torbiele, leżące po obu jego stronach i łączące się między sobą sznurem, który przebiegał pod jelitem. Na miejscu zgięcia jelito uległo zgorzeli. Po uprzedniem nakłuciu i wypuszczeniu płynu surowiczego, wycięto obiedwie torbiele wraz z kawałkiem jelita, 20 ctm. długim; w końcu założono odbyt sztuczny. Chory nazajutrz umarł, a sekcya wykazała, że odbyt sztuczny znajdował się w odległości niecałego metra od dwunastnicy.

Grosglik S. Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego oraz uwagi o leczeniu neurastenii płciowej. Medycyna, Nr 8, 9, 10, 11, 12, 13. str. 177, 200, 223, 248. 273, 294.

Jestto wykład kliniczny, przedstawiający dzisiejszy stan wiedzy o patologii i terapii przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, oparty na literaturze bieżącej i na osobistej obserwacyi autora.

Grosglik S. Traumatyczne zwężenie cewki moczowej. drogą resekcyi wyleczone. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. W. str. 1175.

Mężczyźnie w średnim wieku po uderzeniu w krocze pękła cewka moczowa w blizkości opuszki. Spowodowało to wytworzenie blizny, zwężenie cewki i zatrzymanie moczu, który wydzielał się zaledwie kroplami. G. wyrezekował zwężoną część cewki i usunął polipa z górnego odcinka tejże. Po założeniu cewnika na stałe G. obadwa odcinki cewki zeszył. Po pięciu dniach cewnik wypadł i wytworzyła się niewielka przetoka, która jednakże, po ponownem założeniu kateteru, zagoiła się zupełnie. Przez cewkę przechodzi kateter Nr 23.

Herman M. O leczeniu przerostu gruczołu krokowego przez trzebienie z uwzględnieniem innych sposobów leczniczych tegoż cierpienia. Przegl. Lek. Nr 14 i 16, str. 179 i 210.

Jestto streszczenie zbiorowe, omawiające dzisiejszy stan wiedzy o leczeniu przerostu gruczołu krokowego.

Jakowski M. Zgorzel płuca po tyfusie brzusznym; pomyślne wydobycie sekwestru płucnego. Demonstracya. P. T. L. W. str. 265.

17-letnia panna zapadła na tyfus, który trwał 3 tygodnie, poczem gorączka ustąpiła, i chora poczęła się poprawiać. Po 4 dniach bezgorączkowych, po silnym dreszczu ciepłota znowu się podniosła, i wystąpiły objawy zapalenia w lewem płucu. W tydzień potem zaczął się zbierać płyn w jamie lewej opłucnej. Za pomocą aparatu Potain'a wypuszczono około $^1/_3$ litra surowiczo-krwawego płynu. Ciepłota pomimo to spadła tylko na trzy dni, poczem obok gorączki wystąpiło tarcie opłucnej, a wprędce potem zjawił się znowu surowiczo-krwawy wysięk. Na początku 6 tygodnia choroby zauważono nieprzyjemną woń przy kaszlu, a w kilka dni później chora zaczęła wypluwać znaczną ilość bardzo cuchnącej plwociny. Pomiędzy łopatką i kręgosłupem wystąpiły objawy rozpadu, a płyn w opłucnej okazał się ropnym, cuchnącym. Dr. Ciechomski, po wyrezekewaniu części IX żebra, otworzył opłucną, poczem wylało się około 300 ctm cuchnącej, brudnej ropy. W ropie tej pływał zupełnie oddzielony zmartwiały kawałek płuca, mający 10 ctm. długości, 5 szerokości i około 1,5 grubości. Okazało się, że objawy, symulujące obszerny rozpad między łopatką i kręgosłupem, zależały od pneumotoraksu, a ognisko zgorzelinowe było z boku dolnego płata na linii pachowej. Po operacyi zaraz ciepłota opadła i ropa straciła woń nieprzyjemną.

Jezierski F. Torbiel rozplemna brodawkowa jajnika. Owarjotomia. Pozbawienie kiszki esowatej i okrężnicy zstępującej krezki na znacznej przestrzeni. Wyzdrowienie. Przegląd Chir. T. III, Zesz. 1, str. 126.

46-letnia kobieta przed 7 laty zauważyła guz w dole brzucha po stronie lewej. Przy badaniu znaleziono w jamie brzusznej, obok zna-

cznej ilości wolnego płynu, wielki guz, zajmujący prawie całą jamę brzuszną, sięgający z lewej strony aż do podżebrza, z prawej zaś na 3 palce powyżej pępka. Guz był twardy, nieruchomy, o nie równej, guzowatej powierzchni. Macica przesunięta ku górze i ku przodowi, zlewała się z guzem. Lewe sklepienie bardziej płaskie, niż prawe. Postawiwszy rozpoznanie złośliwego nowotworu jajnika lewego, dr Krajewski wykonał laparotomię, przyczem okazało się, że guz stanowiła ogromna torbiel wielokomorowa. Na przedniej powierzchni guza przebiegała kiszka esowata i okrężnica zstępująca, w której krezkę guz wrastał. Dolnym swym odcinkem guz był nieruchomo umocowany w lewym dole biodrowym i w małej miednicy. Po częściowem opróżnieniu guza z płynnej zawartości, K. przeciął na nim otrzewnę, a następnie począł go wyłuszczać sposobem zaotrzewnowym. Po wytoczeniu guza z małej miednicy, połączenie tegoż z macicą przecięto nożem. Po usunięciu torbieli okazało się, że cała lewa połowa miednicy wraz z dołem biodrowym była pozbawiona otrzewnej, a kiszce esowatej i części okrężnicy zstępującej brakło krezki na przestrzeni 30 ctm. Wobec tego pozbawioną krezki pętlicę K. wydobył na zewnątrz przez środkową część rany brzusznej, której górną część zeszył, a przez dolną część której wprowadził worek Mikulicza. Przebieg pooperacyjny prawie bezgorączkowy. Z wyprowadzonej na zewnątrz pętlicy kiszki grubej ocalało około 5 ctm. jelita przy końcu doprowadzającym; reszta uległa zgorzeli. Wytworzony w ten sposób odbyt sztuczny K. zamknął w 3 miesiące po pierwszej operacyi za pomocą szwu po uprzedniem zniszczeniu przegrody za pomocą eperonotomu Dupuytren'a. Wyzdrowienie zupełne. Badanie usuniętej torbieli wykazało *cystoma ovarii proliferum papillare.*

Kader. O technice gastrostomii. Zjazd chir. Przegląd Lek Nr 34, str. 466.

K. opisuje podany przez siebie sposób gastrostomii, który 10 razy stosował z dobrym wynikiem. Jamę brzuszną otwiera niewielkiem cięciem pionowem przez mięsień prosty strony lewej, poczem, wyciągnąwszy przednią ścianę żołądka, robi na niej mały otwór, przepuszczający zaledwie dren grubości ołówka. Wprowadziwszy dren do otworu, przyszywa go do ściany żołądka. Następnie dwoma szwami Lambert'a ponad drenem i dwoma poniżej drenu zaciąga się dwie fałdy, które zaciskają otwór wraz z drenem, na zewnątrz zaś od nich w podobny sposób tworzy się dwie nowe fałdy, które wzmacniają i pokrywają poprzednie. Za pomocą kilku szwów przyszywa się ścianę żołądkową do otrzewnej ściennej wraz z tylną blaszką pochwy mięśnia prostego, wreszcie zeszywa się ranę w powłokach brzusznych szwem mięśniowym i skornym.

Kader. O operacyach, wykonanych w klinice prof. Mikulicza na żołądku z powodu chorób natury łagodnej. Zjazd chir. Przegląd Lek. Nr 34, str. 467. oraz Nr 32, str. 441.

Na 177 operacyi, wykonanych ogółem na żołądku, 32 były spowodowane chorobami natury łagodnej. Z tej liczby wykonano: 3 razy rezekcyę odźwiernika, 9 razy gastroenterostomię, 2 razy gastroplastykę, 12 razy pyloroplastykę, 6 razy gastrorafię. Śmiertelność po operacyach żołądkowych wynosiła 25%, podczas gdy w innych klinikach statystyka wykazuje 40%. Mikulicz zawdzięcza lepsze wyniki swemu postępowaniu podczas i po operacyi. Wycina on bardzo dokładnie tkanki chorobowo zmienione. Przy nowotworach, oprócz guza w ścianie żołądka, wycina on gruczoły chłonne, leżące wzdłuż obu krzywizn żołądka, nadto koło trzustki i dwunastnicy. Bardzo rzadko M. zamyka jamę brzuszną zupełnie; zwykle po rezekcyach wprowadza do jamy otrzewnowej worki z gazy jodoformowej, które umieszcza na miejscu operowanem oraz w innych okolicach, dochodząc jak najgłębiej pod wątrobę, do nerek i t. d. W ten sposób zabezpiecza się przeciwko zakażeniu w razie, gdyby któryś szew puścił. Tampon taki pozostaje tydzień i dłużej, a ostatnie jego części wyjmuje się dopiero po 15—16 dniach. Dla zapobieżenia zapaści M. przed operacyą daje chorym środki podniecające (*strophantus*, *digitalis*), podczas zaś samej operacyi wlewa do jelita cienkiego do 2 litrów bulionu z peptonem i solą. Znaczną część operacyi, a zwłaszcza gastroenterostomie, M. wykonywa bez narkozy, tylko w znieczuleniu powłok brzusznych sposobem Schleich'a.

Kader. Przyczynek do kazuistyki nowotworów wątroby i techniki operacyi tychże. Zjazd chir. Przegl. Lek. Nr 35, str. 478.

K. demonstrował preparat wielkiego gruczolaka wątroby, operowanego w klinice wrocławskiej i pokazał sposób prawie bezkrwawego operowania na wątrobie przy użyciu igieł Kuzniecowa i Pęskiego. Są to grube, zagięte, tępo zakończone igły, któremi z łatwością wyczuwa się i obkłuwa grubsze pasma tkanki łącznej z naczyniami, poczem można dany odcinek rezekować bezpiecznie.

Kosiński J. Wycięcie nerki rakowatej. Demonstracya. P. T. L. W. str. 516.

36-letni mężczyzna przed 15 laty miał zatrzymanie moczu i krwawienie z moczem. Objawy te przeszły, i dopiero przed 8 miesiącami wystąpiły boleści oraz krew w moczu. 4 tygodnie temu boleści tak się wzmogły, że morfina nie przynosiła ulgi. Z powodu powiększenia wątroby niemożna było wyczuć nerki. Dopiero pod chloroformem wykryto powiększenie tej ostatniej. Badanie moczu nie wykazało elementów nowotworowych. Wycięta nerka okazała się rakowato zwyrodnioną w swej górnej części.

Kosiński J. Przypadek wycięcia śledziony. Demonstracya. P. T. L. W. str. 1124 i 1161.

Młoda kobieta od dłuższego czasu skarżyła się na bóle w okolicy brzucha. Przed rokiem już zasięgała rady K., który rozpoznał śledzio-

nę ruchomą i z powodu ciąży odłożył wszelką interwencyę na później. Obecnie nagle wystąpiły objawy ostrego zapalenia otrzewnej. W jamie brzusznej wyczuwano guz, wchodzący w miednicę i wypełniający zagłębienie Douglas'a. Rozpoznano torbiel jajnika ze skręconą szypułą. Podczas operacyi K. znalazł zrosty sieci ze ścianą brzucha i z guzem; po oddzieleniu tych zrostów przekonano się, że guz był powiększoną śledzioną, która wypełniała miednicę małą i dużą, oraz część jamy brzusznej. Śledzionę usunięto; przebieg był bez powikłań; chora wyzdrowiała. Istota cierpienia w danym razie pozostała niewyjaśniona. Chora miała wprawdzie wygląd leuhemiczny i cierpiała na krwawienia z nosa i z dziąseł, a pomimo to badanie krwi na leukemię nie wskazywało. Odczyt swój autor uzupełnił krótkim rysem historyczuym splenektomii oraz statystyką, opartą na 162 dwóch przypadkach operowanych, z których 79 wyzdrowiało, a 83 zmarło.

Kosiński J. i Rejchman N. Rak poprzecznicy, przetoka żołądkowo-okrężnicza. Anastomosis colo-colica. Demonstracya. P. T. L. W. str. 507.

Chory przed 10 laty cierpiał na żołądek; po przemywaniach doznał ulgi. W 8 lat później wystąpiły objawy niedrożności niezupełnej: były wymioty, lecz i stolce bywały. Przy przepłukiwaniu żołądka znajdowano kał i trychocephalus. K. wykonał laparotomię i przekonał się, że w poprzecznicy z lewej strony znajduje się rak, zrost ze ścianą żołądka i komunikacya z ostatnim. K. połączył kiszkę grubą, leżącą powyżej nowotworu, z S. Romanum (*anastomosis colo-colica*). Obecnie kał w żołądku zjawia się tylko przy irygacyi, kiszki jednakże wciąż są rozdęte. Dany przypadek zasługuje na uwagę ze względu na tolerancyę żołądka na obecność kału, a także ze względu na znaczenie sondowania żołądka w celach rozpoznawczych.

Kozłowski. O krwawem odprowadzaniu zastarzałych zwichnień w stawie barkowym. Zjazd chir. Przegl. Lek. Nr 35, str. 478.

W 4 przypadkach zastarzałych zwichnień w stawie barkowym wykonano artrotomię podług sposobu Hueter-Ollier'a i odprowadzenie główki. Przebieg pooperacyjny dobry, poprawa czynności stawu widoczna, pomimo że leczenie jeszcze nie ukończone. Po nieudanej próbie nastawienia należy wyczekać co najmniej tydzień, zanim się przystąpi do artrotomii.

Kozłowski. O leczeniu guzów krwawnicowych. Pamiętnik VII zjazdu lekarzy i przyrodników pols. we Lwowie 1895, str. 244.

W klinice krakowskiej z dobrym wynikiem operowano 17 przypadków hemoroid, stosując stale metodę Esmarch'a. Sposób ten polega na tem, że po gwałtownem rozszerzeniu odbytu, chwyta się każdy oddzielny guz w kleszczyki, przez jego podstawę zakłada szew materacowy, podobnie, jak do obkłucia, nie zawiązując go jednak na razie;

następnie odcina się nieco klinowato nożyczkami cały guz, poczem, zawiązawszy wspomniany wyżej szew, tamuje się tym sposobem krwotok, a zarazem zbliża do siebie brzegi rany. Przy tem uważać należy, aby kierunek rany, względnie przyszłej blizny, przebiegał promienisto do otworu stolcowego.

Krusche. Rana nerki. Nephrectomia. Gazeta Lek. Nr 15, str. 417.

18-letni chłopiec otrzymał pchnięcie nożem z tyłu przez 11 międzyżebrze. Z moczem wydzieliła się znaczna ilość krwi. Za pomocą cięcia tylnego obnażono nerkę; zranienie znajdowało się w górnym jej końcu; ranę wytamponowano. Gdy krwawienie nie ustawało, i ciepłota ciała podniosła się, usunięto nerkę. Okazało się, że kielichy nerkowe były zranione. Z powodu nagromadzenia skrzepów krwi w pęcherzu trzeba było przez długi czas przemywać pęcherz.

Kryński L. O leczeniu przerostu gruczołu krokowego za pomocą trzebienia i przecinania przewodu nasiennego. Zjazd chir Przegl Lek. Nr 35, str. 476.

K. stosował operacyę w 4 przypadkach przerostu gruczołu krokowego z towarzyszącymi objawami trudności oddawania moczu u chorych w wieku od 62—84 lat. W jednym przypadku, w którym wykonano po jednej stronie wycięcie przewodu nasiennego, po drugiej zaś kastracyę, nastąpiła poprawa czynności pęcherza i zmniejszenie gruczołu. Drugi chory umarł w 8 dni po operacyi z powodu zapalenia płuc. W trzecim i czwartym przypadku stan pozostał prawie bez zmiany. Autor przytacza jeszcze piąty przypadek, w którym prof. Rydygier przeciął *vas deferens*, a w którym poprawa trwała dotąd, dopóki chory siedział w domu. Opierając się na powyższych danych, K. zapatruje się na wartość samej operacyi dość sceptycznie. Przypuszcza on, że w tych tylko przypadkach omawiana operacya może dać poprawę, w których mamy do czynienia z gruczołem dużym, lecz miękim [przerost samej substancyi gruczołowej], i w których czynność pęcherza jest mało upośledzona.

Kryński L. O chłoniakach (lymphangiomata). Badania kliniczne i histologiczne. Część druga. Kraków 1896, str. 27 i 2 tab.

Ocena tegoż przez Ciechanowskiego Przegląd Lekarski Nr 44, str. 585.

Leśniowski A. Przyczynek do operacyjnego leczenia spinae bifidae cysticae. Kronika Lek. Zeszyt 7 i 8, str. 271 i 327.

Po omówieniu dzisiejszego stanu wiedzy odnośnie symptomatologii i terapii tarni dwudzielnej L. przechodzi do opisu przypadku, operowanego przez ś. p. Jawdyńskiego. Przypadek dotyczył 22-letniej

dziewczyny, która od najmłodszych lat miała na krzyżu guz wielkości jabłka. Od roku guz począł się szybko powiększać i ciężarem swoim sprawiać chorej dolegliwości. Ponieważ guz zwisał i opierał się stale o górną część ud, w odpowiednich miejscach na skórze, guz pokrywającej, jako też na skórze ud powstały owrzodzenia. Przy badaniu znaleziono guz, wielkości głowy dorosłego człowieka, osadzony na grubej szypule w okolicy krzyżowej. Uciskanie guza wywoływało nieprzyjemne uczucie, a następnie ból w karku i potylicy. Obmacywanie wykazywało, że w górnej części kości krzyżowej, na miejscu przyczepienia szypuły guza znajdowało się rozszczepienie w linii pośrodkowej, i że prawa połowa górnych łuków krzyżowych była odcięta ku górze i ku tyłowi, tworząc wyraźny występ. Kość ogonowa znajdowała się na swem miejscu prawidłowem, lecz była słabo rozwinięta. Na goleniach sinica pod postacią plam. Mięśnie na dolnych kończynach słabo rozwinięte; chora chodzi chwiejnie, stąpa całą stopą; stopy przypominają *pedes vari*. Operacyę poprzedzono wypuszczeniem około 1.500 grm. płynu przezroczystego, poczem odseparowano całą torbiel aż do otworu kostnego, który miał 7 cm. długości i 3 cm. szerokości i tworzył rozszczep górnych łuków krzyżowych. Na stronie prawej łuki te były odgięte, tworząc klin kostny, przebiegający od dołu ku górze i na zewnątrz. Zacisnąwszy szypułę klampem, rozcięto torbiel i znaleziono w niej tylko nici, przebiegające od jednej ściany do drugiej. Szypułę podwiązano, torbiel usunięto. Naciskając teraz klinowaty występ w kierunku do szczeliny, zdołano go złamać i pokryć nim szczelinę w kości krzyżowej. Miękie części i skórę spojono ponad kością kilkuwarstwowymi szwami. Przebieg pooperacyjny zakłócony był niewielkiem ropieniem i wydzielaniem się podwiązek. Od czasu do czasu z głębi wypływała pewna ilość płynu rdzeniowego i wówczas chora bywała osłabiona, gdy wypływ się zatrzymywał, chora bywała mocniejszą, lecz dostawała bólów głowy i stawała się apatyczną. W pięć tygodni po operacyi wszelkie wypływanie ustało i chora zupełnie wyzdrowiała.

Majewski A. O przepuklinie pęcherza moczowego. Zjazd Chirurg. Przegl. Lek. Nr. 35, str. 437.

Podczas operacyi przepukliny wargowej u kobiety nacięto pęcherz moczowy, wchodzący do worka przepuklinowego i ściśle z nim zrośnięty. Chora wyzdrowiała.

Miklaszewski W. Przypadek złamania prącia. (Fractura penis). Kronika Lek. Zeszyt 23, str. 1028.

40-letni mężczyzna w chwili silnego pobudzenia płciowego przygiął mocno prącie do uda, przy czem usłyszał głośny trzask i poczuł silny ból w prąciu. Napięcie prącia szybko ustąpiło, natomiast pojawiło się obrzmienie tegoż i sinica. Na drugi dzień po wypadku znaleziono: prącie mocno obrzmiałe, zgięte w kształcie odwróconej w prze-

ciwną stronę litery S; skóra na prąciu mocno sina. Przy obmacywaniu i poruszaniu chory doznaje silnego bólu na prawej i grzbietowej stronie $^1/_3$ górnej prącia. W miejscu tem, zdaniem autora powstało złamanie. Mocz oddawał chory bez bólu i wysiłku. W ciągu dni dziesięciu po wypadku stan chorego nie poprawiał się. Po upływie tego czasu wylewy krwawe zaczęły się wsysać, jednocześnie wystąpiły niezupełne lecz bardzo bolesne erekcye. Po dniach 15-u od chwili złamania wylewy się wessały, prącie przyjęło swą postać prawidłową, naprężenie prącia bywało jednakże wciąż bolesne.

Neugebauer F. Torbiel krezkowa. Demonstrancya. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 274.

54-letnia kobieta przed 5 u miesiącami zauważyła guz i zaczęła doznawać uczucia ucisku i ciężaru w prawej połowie brzucha. Przy badaniu znaleziono guz, który w pozycyi siedzącej i stojącej opadał na wejście miednicy, w pozycyi zaś leżącej pozwalał się z łatwością unosić do góry; przytem stwierdzono, że ściąganie macicy na dół zupełnie nie przeszkadzało przesuwaniu guza do góry. Ten ostatni objaw naprowadził na rozpoznanie torbieli krezkowej. Jakoż rzeczywiście podczas laparotomii znaleziono pomiędzy listkami krezki kiszki cienkiej torbiel wielkości głowy noworodka. Wyłuszczenie guza okazało się łatwem. Torbiel miała ścianę z tkanki łącznej, wysłanej od wewnątrz nabłonkiem płaskim jednowarstwowym i pochodziła prawdopodobnie z naczyń chłonnych. Na ogólną ilość wykonanych przez siebie laparotomii (75) N. spotkał 3 razy torbiele krezkowe. Z tych dwa guzy wychodziły z krezki kiszki cienkiej i jeden z grubej.

Neugebauer F. Kamień moczowy, ligaturą wywołany. Demonstrancya. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. str. 514.

U chorej, której przed 14-u miesiącami wykonono laparotomię z powodu ciąży zamacicznej przez cewkę moczową wydzielił się kamień wielkości ziarnka grochu. Kamień ten wytworzył się na wolnych końcach pętli ligatury jedwabnej, podczas gdy sam krążek ligatury pozostał wolny. Taką niezwykłość drogi, przebytej przez wydzielającą się ligaturę, N. objaśnia tem, że przy operacyi założył worek Mikulicza do jamy brzusznej.

Neugebauer F. Ropień przedotrzewnowny, wywołany kamieniami żółciowymi Demonstrancya. Pamiętn. Tow. Lek. Warsz. str. 522.

U 62-letniej kobiety wytworzył się przed 4-a miesiącami guz w ścianie brzusznej. Rozpoznawszy w nim ropień, N. go otworzył, przyczem oprócz ropy znalazł 5 kamyków żółciowych. Widocznie kamyki te, pierwotnie w pęcherzyku żółciowym pomieszczone, po zrośnięciu się tegoż pęcherzyka z otrzewną ścienną, zostały eliminowane po-

między otrzewną i ścianą brzuszną i tam wywołały ropień. Pierwotne połączenie ropnia z pęcherzykiem żółciowym musiało się zamknąć po wyjściu kamieni z tego ostatniego.

Niecuński. Nowy sposób leczenia ropnych wysięków opłucnej. Zjazd Chirurg. Przegl. Lek. Nr. 34, str. 466.

Autor przy ropnych wysiękach opłucnej radzi postępować podług metody Revilliod'a, polegającej na wypuszczeniu wysięku przez nakłucie, na przemyciu jamy opłucnej płynem antyseptycznym i na wstawieniu do rany na stałe sączka. Zewnętrzny koniec tego sączka zakończony jest balonikiem, który stanowi zbiornik dla ropy. N. zmienił tę metodę o tyle, że zamiast sączka stosuje własnego pomysłu trójgraniec *à double courant*. Jeden z zewnętrznych końców trójgrańca łączy się z naczyniem, zawierającem płyn antyseptyczny, a drugi ze zbiornikiem dla ropy.

Niedzielski K. Rak odbytnicy. Kronika Lek. Zeszyt 19 20, 21 i 22, str. 846, 891, 929, 986.

Treść artykułu stanowi semiotyka i terapia raków odbytnicy, do czego dodano opis sześciu przypadków, operowanych na oddziale ś. p. Jawdyńskiego. W jednym z tych przypadków przed rokiem wykonano kolostomyę sposobem Madelun'ga, a następnie w tydzień później usunięto nowotwór, zajmujący przednią ścianę odbytnicy i przenikający do pochwy. Chora dotąd niema powrotu. W drugim przypadku wykonano czasową rezekcyę kości krzyżowej poniżej dziur trzecich, poczem usunięto nowotwór. Podczas operacyi wypadło otworzyć otrzewnę. Chora zmarła wskutek osłabienia piętnastego dnia po operacyi. W trzech następnych przypadkach nowotwór zajmował dolny odcinek odbytnicy. Operacya polegała tu na usunięciu zajętego rakiem odcinka za pomocą metody Lisfranc'a [dwa razy] lub też wycięcia części przegrody pochwowoodbytnicowej [raz jeden]. We wszystkich tych wypadkach chorzy wyzdrowieli, przyczem jeden z nich niema recydywy w ciągu lat 3-ch, drugi w ciągu lat 2-ch, o losach zaś trzeciego nic nie wiadomo. Szóste spostrzeżenie autora dotyczy przypadku, w którym z powodu znacznej rozległości sprawy nowotworowej wykonano zwyczajnym sposobem odbyt sztuczny, poczem nastąpiło polepszenie. Do powyższych sześciu spostrzeżeń, zaczerpniętych z kazuistyki szpitalnej, autor dodaje kilka słów o siódmym chorym, operowanym prywatnie za pomocą kolostomii Madelung'a, bez usunięcia nowotworu. Chory żyje przeszło rok, odbyt sztuczny działa bardzo dobrze, a nowotwór w odbytnicy wyraźnie podlega zanikowi.

Niemczynowski i Wehr. Uciskadło przy rezekcyi żołądka i jelit. Demonstracya. Przegl. Lek. 26, str. 367.

N. przedstawia wzór proponowanego przez siebie uciskadła; W. omawia różne rodzaje uciskadeł, oraz warunki, jakim dobre uciskadło odpowiadać winno.

Nowak J. Rak cewki moczowej. Demonstracya. Przegląd Lek. Nr. 17, str. 232.

Nowotwór zajmował część błoniastą i tylny odcinek opuszki cewki. Spowodował on wytworzenie przetok na zewnątrz, oraz wywołał przerost mięśni pęcherza. Mikroskop wykazał budowę raka skórnego z ciałami Waldeyer'a.

Obaliński A. Nephrotomia z powodu kamienia nerki. Demonstracya. Przegl. Lek. Nr. 45, str. 601.

Chory od 7-u lat cierpiał nieznośne bóle w boku prawym; przed 3-a laty przebył silną żółtaczkę. Rozpoznanie wahało się pomiędzy kamicą wątrobową i nerkową. Wobec tego O. otworzył otrzewnę cięciem wzdłuż łuku żebrowego i przekonawszy się, że pęcherzyk żółciowy i wątroba są prawidłowe, prawa nerka zaś powiększona, jamę brzuszną zaszył i cięcie przedłużył do okolicy lędźwiowej. Oddzieliwszy nerkę, O. przeciął ją aż do miedniczki, usunął znaleziony tu kamień, wreszcie nerkę katgutem zeszył, nie wiążąc szwów zbyt mocno. Wynik dobry.

Obaliński A. Mięsak nerki. Demonstracya. Przegl. Lek. Nr. 45, str. 601.

30-letniemu choremu, mającemu guz nerki. O. wykonał nephrektomię. Podczas operacyi okazało się, że guz sięgał daleko pod przeponę i ku kręgosłupowi. Badanie guza wykazało mięsak nerki. Silniejszych krwawień przed operacyą chory nie miewał.

Obaliński A. Przedstawienie żołądka wyrezekowanego, wraz z przylegającą częścią poprzecznicy. Zjazd Chirurg. Przegląd Lek. Nr. 32, str. 443.

Przypadek dotyczył kobiety, mającej w brzuchu dużych rozmiarów guz, który rozpoznano jako raka sieci. Przy operacyi okazało się, że był to rak odźwiernika, który przeszedł na poprzecznicę. O. zrobił rezekcyę prawie połowy żołądka i zajętej części poprzecznicy, poczem zeszył pozostałą część żołądka z dwunastnicą, zaś obadwa brzegi okrężnicy poprzecznej ze sobą. Wyzdrowienie.

Oderfeld H. Przypadek wpochwienia jelit. Laparotomia. Wyleczenie. Medycyna Nr. 5, str. 103.

Chora [wiek nie podany] na miesiąc przed wstąpieniem do szpitala zapadła na krwawą biegunkę, która trwała dwa tygodnie; następnie biegunka ustała, lecz wystąpiły natomiast silne bóle w brzuchu,

Po dniach kilku bóle się wzmogły, a w wypróżnieniach poczęła się znowu krew pokazywać. Przy badaniu w szpitalu znaleziono w lewej połowie brzucha guz niebolesny podługowaty, rozpoczynający się powyżej pępka i ginący w okolicy lewego więza Poupart'a. Bóle w brzuchu, w krzyżu i w prawej nodze; parcie na stolec i rozwolnienie. Palec, wprowadzony do odbytnicy, wyczuwa wysoko dolny odcinek jelita wgłębionego. W 2 tygodnie po wstąpieniu chorej do szpitala O. wykonał laparotomię. Stwierdzono, że część jelita biodrowego, kątnica i jelito grube wstępujące wpochwiły się w poprzecznicę, tworząc w ten sposób guz nieruchomy, leżący głęboko na dnie jamy brzusznej u podstawy kiszek. Chcąc operować według planu Leszczyńskiego, O. przedewszystkiem obszył szyję wgłobienia kilkunastu szwami, a następnie na kilka ctm. poniżej szyi rozciął jelito wgłobiające cięciem podłużnem. Teraz przystąpił O. do przecięcia jelita wgłobionego; w tym celu przeciął wpoprzek połowę obwodu tegoż jelita i nałożył na tej przestrzeni kilka szwów. Pozostałą część wraz z krezką przeciął po uprzedniem nałożeniu uciskadła. Ponieważ uciskadło ześliznęło się, naczynia krezki połapał i podwiązał. Wprowadziwszy teraz palec do jelita wgłobionego, O. przekonał się, że przechodzi nim do jamy brzusznej, t. j. że nałożony na początku szew na szyję wgłobienia nie spoił dostatecznie części wgłobionej z wgłabiającą. Wobec tego O. zmienił plan operacyi i wykonał resekcyę szyi, zaszywając odcinek doprowadzający z odprowadzającym. Odcięte jelito wgłobione pozostawił w świetle jelita wpochwiającego. Ranę brzuszną zaszył, pozostawiając w dolnej jej części mały otwór, przez który wprowadził kawałek gazy. W trzecim dniu po operacyi wydobyto z odbytnicy odcięty kawał jelita wgłobionego, 40 ctm. długi. Gojenie powikłane było przez wydzielanie się przez otwór, w ranie brzusznej pozostawiony, dwóch kawałków zmartwiałej tkanki z podwiązkami i wytworzenie się przetoki kałowej, która zresztą wprędce się zagoiła.

Orzeł K. Kilka doświadczeń na psach z przyrządem Murphy'ego. Kronika Lek. Zeszyt 13, str. 619.

Autor podaje wyniki doświadczeń z guzikami Murphy'ego, wykonanych na 10-u psach, z których 8 wyzdrowiało, 1 zdechł wskutek niedokładności technicznej przy operacyi i 1 z powodów niezależnych od metody operacyjnej. Wnioski autora w streszczeniu są następujące:

1) Procedura zakładania przyrządu Murphy'ego trwa około 10 minut.

2) Technika rękoczynu jest bardzo prosta.

3) W tem miejscu, gdzie przyrząd był stosowany, nie znajdowano nigdy zwężenia jelita, a przeciwnie, często dość znaczne rozszerzenie.

4) Nekrotyzacya tkanek często ogranicza się tylko do tej wązkiej cząstki jelit, która się dostaje pomiędzy dwie połowy przyrządu, nie przechodzi nigdy poza granice tego ostatniego.

5) Perforacya nastąpiła tylko w tym przypadku, gdzie zrobiono zbyt wielkie cięcie w jelicie i gdzie z tego powodu musiano nałożyć dodatkowy szew.

6) Im więcej zbliżyć obie połowy przyrządu, tem większy wywiera się ucisk na tkanki, tem szybciej następuje nekrotyzacya i ewentualnie tem szybciej następuje wydalenie przyrządu.

7) Dodatkowy szew Lembert'a na powierzchnie surowicze jest zupełnie zbyteczny, jeżeli podczas operacyi trzymać się ściśle przepisów autora.

8) Psy już bezpośrednio po operacyi mogły przyjmować twarde pokarmy.

9) Psy daleko lepiej znosiły operacye, wykonane sposobem Murphy'ego, niż innemi metodami.

Orzeł K. Kraniotom Delgraln'a. Demonstracya. Przegl. Tow. Lek. Warsz. str. 1131.

1) Przyrząd działa z szybkością 5 cm. na minutę; 2) otrzymana w czaszce szczelina jest zaledwie na 1 mm. szeroka; 3) brzegi szczeliny są zupełnie równe; 4) przyrząd sam odsuwa oponę i nie uszkadza jej; 5) nawet czaszka o 1 ctm. grzebości da się z łatwością krajać. Autor zalety te wypróbował na trupach, a Ciechomski stwierdził to w jednym przypadku na chorym.

Pisarzewski G. Przypadek rany postrzałowej serca, zakończony po 7 godzinach śmiercią. Medycyna Nr. 31, str. 721.

30-letni mężczyzna strzelił do siebie z rewolweru średniego kalibru w okolicę serca, poczem w ciągu 7-u godzin czuł się na tyle dobrze, że wstawał, chodził, rozmawiał. Życie zakończył nagle, leżąc na łóżku. Sekcya wykazała, że przednia część górnego płata lewego płuca była przebita nawylot, że opłucna zawierała około 3 litrów krwi i że worek sercowy był przebity w dwóch miejscach. Pozatem mięsień lewej komory serca był przebity nawylot w górnej swej części pod *sulcus atrio-ventricularis*. Wytworzony przez kulę kanał oddzielony był od jamy komory przez cienką, ponadrywaną ścianę. Kula uwięzła w trzonie 8-go kręgu. P. przypuszcza, że rana serca odrazu łączyła się za pomocą niewielkiej szczeliny z komorą i że krew pomału sączyła się z komory do worka sercowego, a ztamtąd do opłucnej.

Raczyński. Liczne exostozy. Demonstracya. Przegl. Lek. Nr. 31, str. 428.

10-letni chłopiec posiadał na żebrach, a także na kościach długich w okolicy chrząstek nasadowych liczne twarde. z kości wychodzące wyniosłości. Badanie krwi wykazało: ilość ciałek białych eozynochłonnych znacznie zwiększona, dochodzi 10%; znaczna ilość wielojądrzastych i jednojądrzastych ciałek; brak myelocytów.

Rosenthal S. Przyczynek do anatomii chirurgicznej ropni pozagardzielowych. Przegl. Chirurg. T. III. Zeszyt I, str. 34.

Omówiwszy literaturę danego przedmiotu dotyczącą, autor przechodzi do własnych doświadczeń. Doświadczenia te polegały na wstrzykiwaniu do okolicy pozagardzielowej masy Rüdinger'a, gipsu, wosku i masy Teichmana. Z doświadczeń tych wynika, że jama zatrzewiowa na szyi przedstawia się pod postacią wązkiej szczeliny, zawierającej luźną tkankę łączną. Szczelina ta zaczyna się u podstawy czaszki, przebiega całą długość szyi i przenika do śródpiersia tylnego, gdzie dolny koniec jej dosięga IX lub X-go kręgu grzbietowego. Wstrzyknięta do powyższej jamy masa odtwarza obrzmienie zatrzewiowe; masa ta rozsuwa luźną tkankę łączną, wskutek czego powstaje rodzaj torebki łącznotkankowej, której ściany ulegają mniejszemu lub większemu rozciąganiu i naprężaniu, zależnie od ilości wstrzykniętej masy. Wytworzona tym sposobem ze szczeliny zatrzewiowej jama zawsze zachowuje ten sam kierunek, nigdy nie łączy się z pochwami mięśni lub naczyń, ani też ze szczeliną przedtrzewiową lub innemi szczelinami; zarówno także niema połączenia pomiędzy śródpiersiem tylnem i przedniem. Jeżeli masa, tworząca obrzmienie, rozchodzi się przez całą długość szyi i przedostaje się do śródpiersia tylnego, to na wysokości granicy szyi z klatką piersiową powstaje na obrzmieniu rodzaj przewężenia, wskutek czego postać całego obrzmienia jest zbliżona do klepsydry.

Rutkowski. Uwagi nad przypadkami ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanymi w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego. Zjazd Chirurg. Przegl. Lek. Nr. 32, str. 442.

Autor przedstawia wyniki spostrzeżeń nad 31 przypadkami zapalenia wyrostka robaczkowego, przyczem trzyma się klasyfikacyi Sonnenburg'a. Pod względem wskazań do operacyi autor twierdzi, że w przypadkach *appendicitis simplex* przy częstych nawrotach z wzmagającem się natężeniem, należy operować w okresie wolnym od napadu. W przypadkach *appendicitis perforativa purulenta* należy operować zawsze i to jaknajprędzej. Za jedną z najważniejszych części operacyi uważa R. odszukanie i wycięcie wyrostka robaczkowego.

Rydygier L. Przypadek włóknistego pozaszczękowego polipa operowany za pomocą tymczasowego wypiłowania szczęki górnej. Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1895 r. str. 200.

14-letni chłopiec w jamie gardłowej miał guz, który nieco zapuszczał się w nozdrza; gałka oczna po tej stronie była wysadzona, skroń więcej wypełniona. Ażeby utorować sobie drogę do guza, R. wykonał czasowe wypiłowanie szczęki górnej podług sposobu O. Webera. Sposób ten daje blizny na twarzy mniej szpecące i nie wywołuje porażenia

licznych gałązek nerwu twarzowego, jak to się zdarza przy operowaniu sposobem Langenbeck'a. Przebieg pooperacyjny u danego chorego był zupełnie prawidłowy.

Rydygier L. Gruczoły zaotrzewnowe, nerkę naśladujące. Pamiętnik VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1895 r. str. 247.

R. wykonał laparotomię choremu, u którego rozpoznano *pyonephrosis tuberculosa*. Okazało się, że sprawa chorobowa dotyczyła nie nerki, lecz gruczołów chłonnych pozaotrzewnownych: stanowiły one guz ruchomy, wielkości głowy dorosłego człowieka, wewnątrz w wielu miejscach zropiały. Po przyszyciu guza do brzegów rany brzusznej, R. ścianę jego otworzył i części zropiałe wyskrobał. Chory poprawił się znakomicie i guz sam po upływie 3-ch miesięcy zmniejszył się do wielkości pięści.

Sawicki B. Osteoplastyczna operacya na czole. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 491.

19-letni chłopiec z powodu rozerwania strzelby uległ strzaskaniu kości czołowej. W następstwie tego wytworzył się znaczny brak kości nad prawym oczodołem, przez który to otwór mózg wysuwał się nazewnątrz. S. pokrył brak kości za pomocą płata, składającego się ze skóry, okostnej i powierzchownej blaszki kości [sposób Müller-König'a]. Zagojenie zupełne.

Śmiechowski A. Aneurisma arterioso-venosum arteriae femoralis. Wyłuszczenie. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 506.

25-letniemu choremu wbił się $2^1/_2$ lat temu nóż w górną wewnętrzną $^1/_3$ część prawego uda. Wystąpił nadzwyczaj obfity krwotok, który starano się zatamować obwiązaniem kończyny chustką. Chory leżał dwa tygodnie z przygiętą kończyną; kiedy po upływie tego czasu próbował wstać, poczuł słabe trzaśnięcie i w tejże chwili wyskoczył w miejscu zranienia guz tętniący, wielkości jaja kurzego. W rok potem wystąpiły wrzody atoniczne na goleni, co zmusiło chorego zapisać się na oddział prof. Tauber'a; tu mu podwiązano tętnicę udową ponad tętniakiem. Gdy pomimo to guz nie zniknął i wrzody się nie goiły chory w rok później zapisał się na oddział Krajewskiego. Tu znaleziono: cała prawa noga obrzmiała, żyły podskórne znacznie rozszerzone, na goleni dwa wrzody atoniczne, na przednio-wewnętrznej stronie uda guz tętniący, wielkości jaja kurzego, tętnienie guza po uciśnięciu nad nim tętnicy udowej, zmniejsza się lecz nie ginie zupełnie. Wykonano wyłuszczenie tętniaka, co połączone było z obfitem krwawieniem. Przedewszystkiem wypreparowano tętnicę i żyłę poniżej guza, podwiązano je i przecięto, poczem oddzielono sam tętniak i wreszcie

podwiązano żyłę i tętnicę ponad guzem. Wyłuszczony guz przedstawiał sobą worek, łączący się małym otworem z tętnicą, której przeciwległa temuż otworowi ściana posiadała także dziurę, za pomocą której tętnica komunikowała się z żyłą. Po operacyi obrzęk kończyny znikł, wrzody się pogoiły i chory wyzdrowiał zupełnie.

Stankiewicz W. Nephrectomia. Demonstracya. P. T. L. W Str. 537.

Guz w okolicy nerki, wyczuwalny wyraźnie; nieznaczne domieszki krwi w moczu; bóle. Nephrectomia. Wyjęta nerka okazała się zdrową, tylko około niej niepomiernie się rozwinęła warstwa tłuszczu. Początek temu nienormalnemu rozwojowi, o ile się zdaje, dało nadnercze. Chory zmarł, i na sekcyi okazało się, że podobny proces zaczął się tworzyć i na drugiej stronie.

Stankiewicz W. Przetoka pęcherzyka żółciowego. Demonstracya. P. T. L. W. Str. 246, 257, 483.

20-letnia panna przed 7 laty doznała nagle silnych bólów w prawem podżebrzu z gorączką i wymiotami. Po upływie dni kilku bóle poczęły słabnąć, a po 2 tygodniach ustały zupełnie. Od tej pory chora zauważyła tworzenie się wypukłości na brzuchu. W 7 lat potem chora pokazała się S. i wówczas miała w ścianie brzusznej guz wielkości pomarańczy, leżący pomiędzy pępkiem i *spina ilei ant. sup. dex.* Guz ten zawierał płyn przezroczysty, klejkowaty, i był pokryty skórą niezmienioną. S. usunął ten guz, który się okazał torbielą, zrośniętą z powięzią mięśnia skośnego zewn. Nastąpiło zrośnięcie bezpośrednie, jednakże w kilka dni potem w środku blizny wytworzył się niewielki otworek, z którego zaczął się wydzielać w niewielkiej ilości płyn żółtawy. Stan taki trwał kilka miesięcy. Wówczas S., wykrywszy zgłębnikiem, że płyn wydziela się z przetoki, prowadzącej do jamy brzusznej, rozciął ścianę brzuszną do otrzewnej; straciwszy dalszy ślad przetoki, ranę wytamponował. Badając ranę dni następnych, S. odnalazł przetokę i wykrył tkwiący w jej głębi kamień. Po rozszerzeniu przetoki udało się kamień wydobyć. Miał on wielkość ziarnka agrestu, kształt owalny, barwę białą, powierzchnię drobnoziarnistą, spoistość wosku i układ koncentryczny. Ściana jamy, w której siedział kamień, była zrośnięta ze ścianą brzuszną. Z głębi przetoki wylało się nieco żółci. S. całą sprawę objaśnia cierpieniem pęcherzyka żółciowego, powstałem wskutek zatkania przewodu tegoż pęcherzyka.

Stankiewicz W. Spina bifida cervicalis. Operacya radykalna. Demonstracya. P. T. L. W. Str. 243.

8-miesięczne dziecko posiadało guz wielkości orzecha włoskiego, wychodzący z szyjowej części kręgosłupa, na linii środkowej tegoż. Guz był nieprzezroczysty, a skóra na jego wierzchołku miała sine plamy. S. obciął eliptycznie skórę w dolnej części guza i doszedłszy do

szypuły tegoż, oddzielił i podwiązał tę ostatnią, a następnie, po usunięciu guza, skórę zaszył. Zagojenie rychłozrostem.

Szteyner W. Dwa przypadki doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych. Demonstracya. P. T. L. W. str. 238.

I. Mężczyznie, posiadającemu z obu stron wolne przepukliny pachwinowe wewnętrzne wielkości dużej pięści, Sz. wykonał na jednem posiedzeniu obustronnie operacyę radykalną podług metody KOCHER'a. Dla uniknięcia zgorzeli worka, tenże usunął. Zagojenie rychłozrostem.

II. 25-letni mężczyzna od 3 dni miał uwięźniętą przepuklinę pachwinową, leżącą w samym kanale pachwinowym. Haerniolaparotomia. Worek przepuklinowy, mający dwa przewężenia, usunięto, szyję zaś jego wszyto w ścianę brzuszną na kilka ctm. powyżej i nazewnątrz od otworu wewn. Zagojenie rychłozrostem.

Szteyner W. Wycięcie kiszki zwężonej. Demonstracya. P. T. L. W. str. 238 i 254.

54-letniemu mężczyznie, zdradzającemu objawy przewlekłej niedrożności jelit [od czasu do czasu napady bolesne z wymiotami kałowemi i wzmożoną perystaltyką] Sz. wykonał laparotomię. Zwężenie zajmowało miejsce otworu biodrowo-kątniczego i musiało stanowić następstwo przebytych zapaleń okołokątniczych. Wyrostek robaczkowy był skręcony, stwardniały i zupełnie zarośnięty, Sz. wyrezekował 15 ctm. kiszki biodrowej i 10 kiszki grubej, poczem obadwa odcinki ze sobą zeszył. Wyzdrowienie zupełne.

Szteyner W. Kostniak centralny, wydobyty z kości czołowej. Demonstracya. P. T. L. W. str. 483.

20-letniemu mężczyznie Sz. usunął ze środka czoła kostniak centralny. Rozpoznanie istoty guza było trudne ze względu na to, że część kostniaka obumarła. Operacya przedstawiała dużo trudności technicznych z powodu nadzwyczajnej twardości guza.

Szymkiewicz K. i Łepkowski W. W sprawie zastosowania formaldehydu w dentystyce. Przegl. Lek. Nr 28 i 32, str. 389 i 436.

Jestto polemika, spowodowana artykułem ŁEPKOWSKIEGO w Przegl. Lek. 1896, Nr 10, 11 i 13.

Wehr. O wartości opatrunków srebrnych. Zjazd chir. Przegl. Lek. Nr 31, str. 431.

Na mocy dokonanych przez siebie doświadczeń W. twierdzi, że zalecane przez CRÉDE'go dwa rodzaje gazy ze srebrem ani wybitniejszych własności antyseptycznych, ani dodatniego wpływu na ranę nie posiadają. Natomiast *actol* i *itrol* działają przeciwgnilnie. Dawkę trującą dla królika stanowi 0,05 itrolu, wprowadzonego do żyły.

Weisblat J. Przypadek tak zwanego „złamania prącia". Medycyna, Nr 4, str. 78.

27-letni służący naprężone prącie przegiął silnie ku dołowi, przyczem poczuł ból i usłyszał, że coś w prąciu trzasło. Wprędce wystąpiło mocne obrzmienie prącia i ciemno-fioletowe zabarwienie skóry na niem. Przy nasadzie prącia po stronie lewej można było wyczuć zgrubienie, na ucisk bolesne. Mocz był czysty. Pod zimnymi okładami w ciągu dni kilku obrzmienie przeszło, a w sześć tygodni po wypadku powróciła prąciu zdolność naprężania się.

Wołkowicz M. Operacya torticollis własnym sposobem. Demonstracya. Pam. Tow. Lek. Warsz. Str. 1160.

6-letniej dziewczynce, cierpiącej na skręcenie głowy, W. wykonał przecięcie i zeszycie mięśnia w sposób następujący: za pomocą cięcia, idącego ukośnie od przodu i od góry do tyłu i na dół, przeciął on powłoki i mięsień mostko-sutko-obojczykowy. Długość cięcia równała się mniej więcej różnicy długości pomiędzy obudwoma mięśniami [na stronie zdrowej i chorej]. Uwolniwszy teraz obadwa odcinki przeciętego ukośnie mięśnia od połączeń z otaczającemi tkankami i przeciąwszy wszystkie pasma, utrzymujące głowę w nieprawidłowem położeniu, W. zeszył ze sobą końce obudwu odcinków mięśnia. W ten sposób zeszyty mięsień wydłużył się, otrzymując pożądaną prawidłową długość. Wynik operacyi zupełnie był zadawalniający.

Wołkowicz M. Przyczynek do techniki nakładania szwów zwalniających. Kron. Lek. Zesz. 4. str. 139.

W razie znacznego napięcia brzegów rany, zamiast uprzedniego nakładania szwów zwalniających, a następnie dodania szwów spajających, autor radzi nakładać obadwa rodzaje szwów odrazu. W tym celu rozpoczyna on szycie przeprowadzeniem jednego szwu zwalniającego i jednego spajającego; podczas gdy sam obwija i ściąga szew zwalniający, asystent czyni to samo ze szwem spajającym Gdy ściągnięcie brzegów rany okaże się dostatecznem, operujący wiąże na supeł szew zwalniający, a asystent czyni to samo ze szwem spajającym, poczem nakładają dwa następne szwy w ten sam sposób.

Zagórski K. O cięciu nadłonowem. Medycyna, Nr 1, 2, str. 1, 29.

Omówiszy różne sposoby postępowania z pęcherzem po dokonaniu cięcia nadłonowego, Z. zastanawia się głównie nad sposobem Antal'a. Sposób ten polega: 1) na skombinowaniu szwu pęcherzowego z otwartem leczeniem pozostałych warstw rany, w ścianie brzusznej, i 2) na skośnem ścięciu brzegów rany w pęcherzu, celem wytworzenia szerszej powierzchni koaptacyjnej. Z. zastosował ten rękoczyn z dobrym wynikiem w dwóch przypadkach kamienia pęcherza. Jeden z tych przypadków dotyczył 3-letniego, drugi zaś 4-letniego chłopca. W pierw-

szym przypadku gojenie było powikłane niewielką krótkotrwałą przetokę, w drugim zaś—brzegi rany pęcherza zrosły się bezpośrednio bez powikłań.

Zaleski A. Leczenie doszczętne przerostu starczego gruczołu krokowego. Kron. Lek. Zesz. 10, 11 i 12. str. 451, 511 i 567.

Jestto bardzo sumiennie napisane streszczenie zbiorowe, omawiające różne sposoby leczenia przerostu starczego sterczu (*prostatae*).

Zoll. Demonstracya uproszczonego przyrządu wyciągowego. Zjazd chir. Przegl. Lek. Nr 35, str. 478.

Z. zmienia ekstenzyę Volkmanowską w ten sposób, że na goleń zakłada dobrze przystosowany kamasz, połączony z prętem żelaznym, który wśrubowuje w dolną poręcz łóżka. Pręt ten za pomocą odpowiedniej śruby może być skracany lub wydłużany.

Barącz. Operacya Stakego z dodaniem plastyki pomysłu autora przy przewlekłym ropotoku ucha średniego. Przegl. Lek. str. 152.

Patrz dział XI B— Otyatrya.

Bolewski. O operacyjnem leczeniu cholesteatomu ucha średniego. Nowiny Lek. str. 194.

Patrz dział XI B — Otyatrya.

Bossowski A. O działaniu surowicy przeciwrakowej. Przegląd Lek. str. 233.

Patrz dział III — Terapia ogólna.

Brunner M. O promieniach Roentgen'a i o roentgenografii w zastosowaniu do medycyny. Gaz. Lek. str. 737, 773, 813.

Patrz dział VII — Dyagnostyka.

Brunner J. Wyniki leczenia nowotworów złośliwych surowicą krwi zwierzęcej. Medycyna str. 998.

Patrz dział VIII — Terapia ogólna.

Dziedzick H. Przypadek tężca, leczony wstrzykiwaniami surowicy przeciwtężcowej. Gaz. Lek. str. 1406.

Patrz dział X B— Choroby zakaźne.

Heiman T. Ropień móżdżku pochodzenia usznego, Medycyna str. 173, 197.

Patrz dział XI B — Otyatrya.

Karczewski A. Przyrząd do chloroformowania przy operacyach w jamie ustnej. Kron. Lek. 1061.

Patrz dział XXIV — Przyrządy.

Klecki K. O t. zw. skoku czyli wstrząsie nerwowym. Przegląd Lek. str. 129.

Patrz dział III — Patologia ogólna.

Kozerski A. Przypadek promienicy skóry, leczony dużemi dawkami jodku potasu. Medycyna 554, 582.

Patrz dział XVI — Choroby skórne.

Miklaszewski W. Przyczynek do kazuistyki promienicy klatki piersiowej. Kron. Lek. str. 735, 767.

Patrz dział X C — Choroby dróg oddechowych.

Obaliński A. O zużytkowaniu promieni Röntgen'a w celach dyagnostycznych. Przegląd Lek. str. 93.

Patrz dział VIII — Dyagnostyka.

Rabek L. Przypadek tężca leczony antitetaniną. Kron. Lek. str. 1065.

Patrz dział X B — Choroby zakaźne.

Rydygier. Kilka słów o surowicy Emmerich'a i Scholl'a. Przegląd Lek. str. 430.

Patrz dział VIII — Terapia ogólna.

Świątecki J. Przyczynek do seroterapii raka. Przegl. chir. str. 139.

Patrz dział VIII — Terapia ogólna.

Zoll J. Z kazuistyki obrażeń czaszki i mózgu. Przegląd Lek. str. 518, 531 i 546.

Patrz dział XVIII — Med. sąd.

Dyskusya nad przypadkiem Stankiewicza: przetoka pęcherzyka żółciowego. P. T. L. W. str. 246, 257, 483.

Dyskusya nad odczytem Jasińskiego: o operacyach chirurgicznych na mleczu. P. T. L. W. str. 510.

Dyskusya nad odczytem Jasińskiego: srebrna antyseptyka Crede'go, P. T. L. W. str. 1122.

Dyskusya nad odczytem Orła: doświadczenia nad guzikami Murphy'ego. P. T. L. W. str. 260.

Dyskusya nad splenektomią. P. T. L. W. str. 1163.

Dyskusye w Tow. Lek. Pozn. nad znaczeniem promieni Röntgea w chirurgii. Nowiny Lek. 135.

Dyskusya w Tow Lek. Krak. nad pracą Kryńskiego o przyszywaniu szczytu pęcherza do przedniej ściany brzucha. Przegląd Lek. Nr 50, str. 670.

Dyskusya nad leczeniem gruźlicy stawów. Pamiętnik VII zjazdu lek. i przyr. pol. we Lwowie 1895, str. 257.

XIII. OFTALMOLOGIA.

Sprawozdawca

B. R. Gepner (syn).

Ballaban T. Demonstracya instrumentaryum okulistycznego, zestawionego podług najnowszych zasad aseptyki. Pam. VII Zjazdu Lek. i Przyr. Polskich str. 361.

Treść w tytule.

Burbo B. Wypaproszenie gałki (exenteratio, evisceratio bulbi). Now. Lek. Nr 5, 6, str. 226, 312.

B. zestawia zdania różnych autorów o tej operacyi, polegającej na usunięciu rogówki, tęczówki, ciała rzęskowego i całej wogóle zawartości oka z pozostawieniem białkówki, która zabliźnieniu się rany operacyjnej daje dobry kikut ruchomy, jako podstawę do oka sztucznego. Operacya ta stosowana jest głównie przy szerokich ranach oka nie dających nadziei na zachowanie wzroku, ropniach ciała szklistego i *panophthalmitis*, zamiast wyłuszczenia całej gałki i ma zabezpieczać chorego przeciwko zakaźnemu zapaleniu opon mózgowych, zdarzającemu się po wyłuszczeniu, choć i po „wypaproszeniu" zaznaczono zejście śmiertelne. Stosują ją i przy współczulnem zapaleniu drugiego oka, choć znany jest przypadek zapalenia współczulnego po tej właśnie operacyi, B. podaje sposób postępowania podczas i po operacyi oraz w krótkości 22 przypadki Poznańskiej kliniki Wicherkiewicza

Cetnarowicz S. Przypadek wrzodów łącznicy pochodzenia ospowego z powikłaniem ze strony rogówki. Kron. Lek. Nr 9. str. 387.

Początek choroby przypominał ostry katar łącznicy, po tygodniu, przy podniesionej ciepłocie ciała obrzęk twarzy z prawej strony, i powiek, obrzmienie gruczołów chłonnych; dwa owrzodzenia wielkości prosa na brzegach powiek, owrzodzenie łącznicy gałkowej; trzy guziczki wielkości soczewicy na powiece dolnej. Chora doglądała syna chorego na ospę. W następstwie owrzodzenie rogówki. Wyzdrowienie. W drugim przypadku owrzodzenie brzegu powiekowego u piastunki dziecka chorego na ospę. Dane z literatury.

Chłapowski F. Rozszerzenie źrenicy przejściowe jednostronne przy cierpieniach kanału pokarmowego. Now. Lek. Nr 12, str. 731.

Autor miał sposobność wielokrotnie stwierdzić jednostronne rozszerzenie źrenicy u osób z chorobami kanału pokarmowego, ustępujące wraz z poprawą sprawy zasadniczej, i tłomaczy je samozakażeniem wytworami rozkładu w żołądku i kiszkach.

Gałęzowski Ks. O limfatycznych cierpieniach oka. Spraw. z pam. Tow. Lek. Warsz. Pam. Tow. Lek. str. 1037.

Tłómaczenie, że jaskra jest to surowicze zapalenie naczyniówki, i podział postaci jaskry na *glaucoma acutum*, *chronicum* i *simplex*, niezadawalnia autora; przyszedł on raczej do przekonania, że jaskra jest-to „*lymphangoitis*" oka. Dawniejsi autorowi przypuszczali tylko istnienie naczyń chłonnych w rogówce, Rarvier dowiódł słuszności tego przypuszczenia. O krążeniu limfy G. ma takie pojęcie: z *circulus ciliaris limfa* przechodzi do tylnej, potem do przedniej komory oka, zasilając naczynia rogówki i kanał Schlemm'a. Dalszy bieg nie jest znany ale G. uważa za niewątpliwe, że płyn wchodzi przez liczne kanaliki pod

torebkę Tenon'a a ztamtąd do oka za pośrednictwem licznych naczyń, przecinających białkówkę. Płyn kieruje się ku przedniej powierzchni brodawki nerwu, odżywiając ją i *lamina cribrosa*. Jeśli z jakiegoś powodu dopływ limfy ustaje, odżywianie się przerywa, nerw poczyna zanikać, włókna *laminae cribrosae* wysychają, kurczą się ku tyłowi— stąd *excavatio nervi*. Przypuszczenie to popierają badanie anatomiczne oczu jaskrowatych, w których główne zmiany są w przednim odcinku oka. Istnieje jeszcze zanik glaukomatyczny nerwu wzrokowego bez ekskawacyi, postać podobna do zaniku przy wiądzie rdzenia. Oznaki tej postaci jaskry są następujące: 1) częstokroć jedno oko jest zajęte, drugie zdrowe przez długi czas, 2) obrzęk tarczy nerwu, 3) źrenica rozszerzona a nie zwężona, jak przy tabes. 4) chory rozpoznaje kolory do ostatniej prawie chwili, 5) naczynia przedniej części białkówki rozszerzone, 6) zwężenie pola widzenie od wewnątrz. Tu G. przedstawia własny perymetr, do badania zmian pola widzenie. Leczenie polega na sklerotomii w czterech południkach za pomocą odpowiedniego przyrządu. Oddzielenie siatkówki jestto także „*lymphangoitis*" oka: limfa dostaje się między naczyniówkę i siatkówkę i odrywa ją. Dla leczenia tej choroby G. stosuje oftalmotomię przednio-tylną za pomocą odpowiedniej igły. Dalej G. przedstawia opatrunek hermetyczny, którego używa po operacyach na oku.

Garliński W. Przypadek zapalenia dyfterytycznego łącznicy wyleczony surowicą przeciwbłoniczą. Kronika Lekarska, Nr 14, str. 659.

U pięcioletniego dziecka obrzęk powiek oka lewego, skóra ich mocno rozciągnięta, barwy czerwonofioletowej; odwrócenie powiek bolesne i utrudnione; na gładkiej, blado różowej łącznicy wysepki zaklęsłe brudno żółte; wydzielina surowicza nie obfita. Rozpoznano dyfterytyczne zapalenie łącznicy i zastrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Nazajutrz oko lewe bez zmiany, na prawem zaś obrzęk powiek; błon tu nie było. Na trzeci dzień dziecko swobodnie otworzyło oczy. Okres ropienia trwał 3 miesiące. Badanie drobnowidzowe wykazało obecność laseczników Louffler'a, co potwierdziły i hodowle.

Gepner B. R. (syn). Dwa przypadki jaskry u osób młodych Nowiny Lek. Nr 3, str. 121.

U dwóch sióstr bliźniąt G. spostrzegał na prawym oku jaskrę przewlekłą; jedna z chorych w czasie zachorowania liczyła lat 24, druga 25. Żadnej skazy nie znaleziono. W obu przypadkach wykonano irydektomię, po której objawy jaskry ustąpiły , wzrok pozostał jednak bardzo upośledzony.

Gepner B. R. (syn). O leczeniu krótkowzroczności wysokiego stopnia za pomocą usuwania soczewki. Medycyna Nr 30, str. 691.

G. mówi o skutkach wysokiej krótkowzroczności dla oka i wzroku, opisuje metodę Fukali leczenia krótkowzroczności przez usunięcie soczewki, głosy za i przeciw różnych autorów, wskazania i przeciwwskazania, wreszcie opisuje dwa przypadki operowane w Instytucie Oftalmicznym, pierwszy Gepnera ojca, drugi własny.

Gepner B. R. (syn). O ciałach obcych metalicznych w oku. Medycyna Nr 37, 38, 39, 40, str. 856, 880, 907, 931.

Charakterystyka rodzajów ciał obcych metalicznych, częstość ich w stosunku do ogólnej liczby chorych przychodnich w Instytucie oftalmicznym, częstość podług zajęć zranionych; sposób wydobywania, i konieczność bezwzględnej czystości przyrannej przy wydobywaniu mniejszych i większych ciał obcych; skutki dla oka, zależnie od rodzaju zranionej tkanki i wielkości ciała obcego; sposoby rozpoznania obecności ciała obcego w głębi oka; elektromagnes; wyniki operowania nim; jak należy postępować w obec oka zranionego, opis jedenastu własnych przypadków; ochrona oczu od wypadków; okulary ochronne; ich braki opis dobrych okularów ochronnych.

Gepner B. R. (syn). Przedstawienie chorego z rozedmą powieki. Spraw. z pos. W. T. Lek. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 747.

Rozedma powieki pochodzenia urazowego.

Kamocki W. O tłuszczowem drobnowidowo stwierdzonem zwyrodnieniu rogówki. Pam. VII Zjazdu Lek. i Przyr. Polskich. str. 374.

Ogniska zwyrodnienia tłuszczowego wśród blaszek rogówki, klinicznie 7 badanych przypadków przedstawiało się w postaci plamek kredowo białych, przypominających złogi wapienne. K. wypowiada przypuszczenie, że znaczna część mniemanych złogów w rogówce jest właśnie zwyrodnieniem tłuszczowem.

Kamocki W. W sprawie plastycznych operacyi na brzegach powiek. Nowiny Lek. Nr 8, str. 117.

Jeżeli dla usunięcia podwinięcia powieki i nieprawidłowego wzrostu rzęs wszczepimy w brzeg powiekowy pasek skóry, a zniszczenie tylnej krawędzi lub postęp kurczenia się bliznowego łącznicy wywoła podwinięcie się dalsze wszczepionego płata, który moknie we łzach, na powierzchni jego ukazuje się biały mazisty nalot mocno drażniący oko. Badanie drobnowidzowe wyciętego takiego przeszczepionego płata skórnego pozwoliło K. stwierdzić że wbrew twierdzeniu Czermaka jego tkanka nie zmieniła wcale cech skóry, a nalot mazisty był rozpulchnioną warstwą rogową naskórka. K. radzi ograniczyć przeszczepianie płatów skórnych do przypadków lekkich, a z dobrze zachowaną krawędzią powiekową, w cięższych zaś używać błony śluzowej z jamy ust lub z pochwy.

Kamocki W. O szerzeniu się nowotworów śródocznych przez inplantacyę. Spraw. z odczytu w Tow. Lek. Warsz. w Pam. Tow. Lek. str. 1150.

Przedstawienie preparatów mięsaka naczyniówki, który powstał w górnym przednim jej odcinku, zwyrodnił tęczówkę u podstawy, przeszedł do komory przedniej i rozsiał się po przedniej powierzchni tęczówki, tak w górnej jak i w dolnej jej części.

Kępiński M. Przedstawien'e choréj z buphthalmus i nowotworem złośliwym tęczówki. Spraw. z pos. Tow. Lek. Warsz. w Pam. Tow. Lek. str. 1175.

Wrodzony i rodzinny *buphthalmus*; od 4-ch tygodni szybko rosnący i samodzielnie krwawiący nowotwór wewnątrzoczny.

Koliński. Przypadek anophthalmus bilateralis congénitus. Spraw. z pos. Łódz. Tow. Lek. za r. 1895. Gaz. Lek. Nr. 17, str. 474.

U 4-letniego dziecka gałek ocznych nie było, a tylko za dolną powieką obu oczu pęcherzyk wielkości pestki wiśni.

Kramsztyk Z. O przyzwyczajeniu w czynnościach oka. Pam. VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. str. 373.

Jeżeli choremu z osłabionym wzrokiem każemy określać ilość pokazywanych mu palców, otrzymamy wynik odmienny zależnie od tego, czy badanie rozpoczynamy blisko chorego i stopniowo się oddalamy czy na odwrót; również przy badaniu za pomocą tablic otrzymamy większą siłę widzenia, przechodząc od liter większych ku mniejszym, niż postępując odwrotnie. Zasadę ogólną K. wyraża w ten sposób: „każda nerwowa i mięśniowa czynność zdolną jest do większego wysiłku, jeżeli natężenie jej świadomie, stopniowo wzrasta.“ Krótkowzroczny nie noszący nigdy szkieł widzi lepiej, niż ten, który przy tym samym stopniu krótkowzroczności zruci na chwilę okulary, stale noszone.

Kramsztyk Z. O sposobach dążących do usunięcia jaglicy. Pam. VII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich str. 365.

K. radzi zawiązać towarzystwo, mające na celu zwalczanie jaglicy i wydawać pismo, poświęcone tej chorobie z szerokiem uwzględnieniem kazuistyki.

Kramsztyk Z. Metody optometryi objektywnej. Now. Lek. Nr. 3, str. 110.

Przejrzawszy po szczególe dane, na których można opierać sposoby przedmiotowego określenia łamliwości oka, K. dłużej rozbiera metodę polegającą na badaniu cienia obrazu wziernikowego, skiaskopia, która w ostatnich czasach dość szerokiego doczekała się rozgłosu i dochodzi do wniosku, że jest ona trudniejszą i mniej ścisłą, niż badanie w obrazie prostym.

Langie A. Kilka uwag o szwie rogówkowym przy operacyi zaćmy schyłkowej na podstawie czterech przypadków klinicznych. Przegl. Lek. Nr. 19, 21, 22, str. 255, 289, 302.

Przeciwko wypadaniu tęczówki po operacyi zaćmy bez irydektomii zalecano wiele sposobów zapobiegawczych, a między innemi zakładanie przed wydobyciem zaćmy szwu na rogówkę. Gdy jedni zabieg ten stosują we wszystkich operacyach zaćmy, inni uważają go za zbyteczny lub nawet wprost niebezpieczny z powodu możności zakażenia ran od szwów. W klinice ś. p. Rydla zakładano szwy na rogówkę 4 razy, ale nie przed lecz po wydobyciu zaćmy przy operacyi z irydektomią, z powodu znacznej utraty ciała szklistego i odwinięcia się płatu rogówkowego i to 2 razy podczas operacyi i 2 razy w parę dni po niej, gdy prawidłowe ułożenie płata nie udało się i zagojenie rany bez zbliżenia jej brzegów za pomocą szwu było niemożliwe. Gojenie nastąpiło bez zaburzeń we wszystkich przypadkach. Zakładano jeden tylko szew u wierzchu rogówki. Zakładanie szwu na rogówkę we wszystkich przypadkach uważa L. za zbyteczne, choć nieszkodliwe, a tam gdzie grozi wypadnięcie tęczówki uważa za właściwsze wykonanie zawczasu irydektomii, niż uciekanie się do innych zabiegów. Za wskazane uważa L. założenie wczesne szwu na rogówkę tam, gdzie z różnych powodów należy się obawiać wypłynięcia ciała szklistego. Jako ważny czynnik zapobiegawczy przeciwko utracia ciała szklistego uważa L. operowanie bez roztwórki powiekowej.

Langie A. Dr. Gałęzowski i jego klinika. Przegl. Nr. 50, 51, str. 671, 683.

Wrażenia autora po zwiedzeniu kliniki paryskiej Gałęzowskiego i uwagi o jego poglądach na różne sprawy chorobowe, metodach leczniczych i używanych narzędziach i przyrządach.

Likiernik. Przypadek retinitidis syphiliticae. Sprawozdanie z pos. Łódzkiego Tow. Lek. za r. 1895 Gaz. Lek. Nr. 17, str. 472.

Przedstawienie chorego; treść w tytule.

Machek E. Nowe cięcie rogowkowe przy operacyi zaćmy bez irydektomii. Pam. VII zjazdu lek. i przyr. polskich, str. 369.

W celu zabezpieczenia się od wypadnięcia tęczówki przy operacyi zaćmy bez irydektomii, M. proponuje cięcie lekko płatowe, zaczynające się i kończące w białkówce w odległości 1—1,5 mm. od brzegu rogówki, a 1,5 mm. powyżej równika oka ku górze łukowato wygięte, z wierzchołkiem łuka oddalonym o 2,5 mm. od górnego brzegu rogówki. W 30-u w ten sposób operowanych przypadkach nie było wypadnięcia tęczówki.

Machek E. Statystyka jaglicy w Galicyi i w ks. Krakowskiem według dat urzędowych. Pamięt. VII. Zjazd Lek. i Przyr. Polskich str. 349.

Dla skutecznego zwalczania jaglicy ważna jest znajomość miejscowości, głównie nią dotkniętych oraz dróg, któremi się rozszerza. Statystyka odpowiednia jest trudna, choć możliwa. M. określił szerzenie się jaglicy w Galicyi. W ks. Krakowskiem na mocy danych urzędów poborowych, przedstawił je graficznie na mapce. Gdy w Pow. Nowo-Tarskim między popisowemi nie było ani jednego jaglicowego, w Trembowelkim 76,6 na tysiąc, wogóle na wschodzie znacznie więcej niż na zachodzie. Wywody i obfite dane liczbowe nie nadają się do krótkiego streszczenia.

Machek E. O nowym sposobie przemieszczania rzęs. Przegl. Lek. Nr. 51, str. 682. Spraw. z pos. sekc. Lwow. Tow. Lek. Gal.

Odczyt który ma być drukowany w całości w Przegl. Lek.

Mutermilch j. O znaczeniu uprzedniej atropinizacyi oka przy operacyi zaćmy. Gaz. Lek. Nr. 9, str. 226.

Powołując się na swą pracę z przed 2 lat, w której radzi atropinizowanie oka przed operacyą zaćmy, autor podaje obecnie uwagi nad wartością tego postępowania na mocy 170 przypadków. Atropina jest niezbędna po wydobyciu soczewki dla zapobieżenia tworzeniu się zrostów tęczówki lub dla ich rozerwania, ale dla jej wpuszczenia trzeba zbyt wcześnie i zbyt często odsłaniać oko, przy czem można wywołać otworzenie się komórki lub zakażenie rany nie pewnym roztworem atropiny. Używanie atropiny przed operacyą ułatwia rozpoznanie charakteru zaćmy, ważne przy wyborze sposobu operacyi. Przy rozszerzonej źrenicy łatwiej władać cystotomem i szczypczykami torebkowemi. Po otwarciu komórki źrenica zwęża się nieco, a bardzo silnie po wydobyciu zaćmy, rozszerzając się następnie, a po czterech dniach dochodzi do największych rozmiarów. Zapobiega to tworzeniu się zrostów. Pierwszą zmianę opatrunku M. robi dopiero po czterech dniach. Zmniejsza się częstość zapalnego podrażnienia oka i wypadnięcia tęczówki [4% przy atropinizacyi, 15% bez niej]. Przy badaniu warunków powstawania wypadnięcia tęczówki, M. dochodzi do wniosku, że zdarzają się one tam, gdzie zwieracz tęczówki uległ choćby nieznacznemu urazowi podczas operacyi i przez to traci częściowo swą kurczliwość. Operując przy rozszerzonej źrenicy, łatwiej uniknąć takiego urazu. M. kończy wnioskiem: „każda operacya zaćmy bez względu na metodę, jaką lekarz stosuje powinna być wykonywana na oku atropinizowanem".

Nowicki W. Ociemniali i zakłady dla ociemniałych. Zdrowie Nr. $^{128}/_{130}$, str. 275.

Ślepota wrodzona i nabyta, przyczyny tej ostatniej, środki zapobieżenia ślepocie, statystyka ociemniałych, zakłady dla ociemniałych w różnych krajach, oraz instytucye walczące przeciwko ślepocie.

Rumszewicz K. Przyczynek do patologii odwinięcia mięsakowego powieki dolnej. Now. Lek. Nr. 3, str 106.

Na mocy szczegółowo opisanego badania anatomicznego trzech przypadków odwinięcia powieki dolnej, R. za przyczynę jego uważa: nabrzmienie łącznicy w okolicy brzegu oczodołowego chrząstki i fałdu przejściowego, które odsuwa dolną część chrząstki od gałki, ucisk wybujałej tkanki adenoidalnej na mięsień Müllera, powstrzymujący jego działanie, wreszcie wpływ wewnętrznej warstwy wyrostka, powięzi mięśnia prostego dolnego oraz pęczków mięśnia okrężnego, z których pierwszy pociąga ku dołowi brzeg rzęsowy chrząstki, a drugi naciska na jej brzeg oczodołowy.

Rumszewicz K. O utworach torbielowych w spojówce gałki ocznej. Przegl. Lek. Nr. 28, 29, 30. str. 385, 398, 409.

We wstępie R. przegląda literaturę danego przedmiotu, robiąc przy tem wzmiankę o spostrzeganej przez się torbieli wśród skrzydlika. Następnie opisuje przypadek torbieli wielokomorowej, usadowionej na nieprawidłowo rozwiniętej gałce ocznej, którą wyłuszczył i zbadał mikroskopowo. Wyniki badania opisane szczegółowo kończą pracę.

Rumszewicz K. Przyczynek do onkologii spójówki i powiek. Przegl. Lek. Nr. 43, 44, 45, str. 569, 583, 596.

1) Ziarniniak łącznicy gałkowej, powstały w okolicy maleńkiego odłamka pistona. 2) Brodawczak łącznicy, usadowiony w wewnętrznym kącie powiek, budową przypominał mięsak naczyniowy. 3) Włókniak łącznicy. 4) Gruczolak gruczołów łojowych skóry powiek, przypominający klinicznie t. zw. jęczmień stwardniały. 5) Naczyniak jamisty górnej powieki. 6) Znamię barwikowe [właściwie skórzak] fałdu półksiężycowego. Wszystkie te nowotwory były przez R. operowane i badane mikroskopowo; wyniki badania szczegółowo opisane; przegląd odpowiedniej literatury.

Rumszewicz K. O jaskrze po operacyach zaćmy. Przegl. Lek. Nr. 4, 6. 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, str. 45, 72, 97, 105, 120, 193, 208, 224, 238.

49 przypadków jaskry w oczach, z których wydobyto zaćmę, zebrał R. w literaturze, dwa własne opisuje szczegółowo; w pierwszym na obu oczach w drugim na jednem wystąpiła jaskra po operacyi zaćmy z irydektomją. 21 przypadków jaskry po rozcięciu zaćmy wtórnej, z tych jeden autora, dopełniają materyjał faktyczny niniejszej monografii. Prace innych autorów i ich poglądy poddane są rozbio-

rowi. Dalej R. zastanawia się nad tem, czy jaskrę powstającą po operacyi zaćmy uważać należy za następczą, od powikłań operacyjnych zależną, czy też za pierwotną, i dochodzi do wniosku, że z „35 dokładniej opisanych przypadków jaskry powstałej niezwłocznie lub wkrótce po wydobyciu zaćmy w 6 tylko mogła ona być następową, w 29 zaś przypadkach była pierwotną"; w przypadkach jaskry powstającej po dłuższym upływie czasu od operacyi, z 6 przypadków powikłanych, tylko w czterech można było uznać jaskrę za następczą. Również i jaskra występująca po rozcięciu torebki nie jest następczą. Mniej więcej 1% operowanych z powodu zaćmy ulega jaskrze która występuje najczęściej po 50 roku życia i w postaci ostrej głównie; leczenie nie różni się w niczem od stosowanego w ogóle przeciwko jaskrze. Że sama operacya wpłynąć może na powstanie jaskry, stwierdzają to fakty, ale w jaki sposób, określić nie podobna, nie ulega jednak wątpliwości, że potrzebne jest do tego usposobienie do jaskry.

Sroczyński Fr. W sprawie racyonalnego przepisywania szkieł w nierównej refrakcyi ócz. Pam. VII Zjazdu Lek., Przyr. Polskich str. 367.

Porównaj Przegl. Piśmiennictwa Lek. Polsk. za rok 1895.

Sroczyński Fr. Zez zastępczy w porażeniach mięśniowych oka. Now. Lek. Nr. 3, str. 114.

Mężczyzna 45 letni uległ porażeniu m. prost. zewn. oka lewego jednocześnie oko prawe, mające mięśnie zdrowe, zboczyło ku nosowi. Badanie wykazało, że oko porażone ma prawidłową ostrość widzenia, zezujące znacznie upośledzoną. Oko porażone przyjęło pracę patrzenia na siebie, a wskutek znacznego zużycia siły nerwowej dla utrzymania go w położeniu prostem, oko prawe wykonało ruch sprzężony ku nosowi. W imię tego rozumowania wykonano na oku lewem przesunięcie ku przodowi m. pr. zewn. i przecięcie prost. wewn. i zez oka prawego ustąpił a jednocześnie i silne bóle głowy które istniały poprzednio. Tę postać zeza S. nazywa zastępczym. Zez taki może również wystąpić na tle zeza towarzyszącego, jeżeli stosunek ostrości widzenia zmienił się na niekorzyść oka, które dotąd przyjmowało główny udział w czynności patrzenia, np. skutkiem utworzenia się w niem zaćmy.

Strzemiński I. Oftalmologia na Litwie w pierwszem 25 leciu XIX wieku. Now. Lek. Nr. 3, str. 123.

Praca historyczna, w której autor wspomina o profesorach Uniwersytetu Wileńskiego, wykładających okulistykę, o pracach okulistycznych różnych autorów, i streszcza okulistyczną część podręcznika chirurgii Szymkiewicza, wydanego w r. 1806, porównywając niektóre ówczesne pojęcia naukowe z dzisiejszemi.

Strzemiński I. Przypadek zapalenia krupowego łącznicy uleczonego surowicą Behringa. Kron. Lek. Nr. 6, str. 231.

„Obustronne krupowe zapalenie łącznicy w dość ciężkiej postaci“ nie ustępowało pod przemywaniem sublimatem i wcieraniem maści Pagensteckera. Badanie błon wykazało obecność laseczników Löffler'a; wstrzyknięto surowicę Behring'a; już nazajutrz znikły prawie wszystkie błony rzekome; po dwóch dniach zastosowano azotan srebra, w tydzień wyzdrowienie. Następuje rozbiór literatury.

Strzemiński I. Cierpienie oczu przy akromegalii. Now. Lek. Nr. II, str. 649.

1. Przyp. Oddziaływanie źrenic na światło osłabione; ślepota połowiczna skroniowa obustronna. Zanik nerwów wzrokowych. Siła wzroku 0,2 — 0,3. 2. Przyp. Początek zaniku nerwów wzrokowych, rozszerzenie źrenic, upośledzenie oddziaływania na światło, znaczne zwężenie pola widzenia. Ost. widz. 0,3. 3. Przyp. Źrenice oddziaływają na światło leniwo; pole widzenia zwężone; rozpoznawanie barw prawidłowe; tarcze nerwów zamglone, tętnice wąskie, żyły rozszerzone. Ostr. w. 0,9. Powikłanie ze strony oczu przy akromegalii spowodowane jest przez przerost przysadki mózgu, która przez to uciska skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Przegląd literatury przedmiotu.

Strzemiński I. Cierpienia syfilityczne dziedziczne oczu w drugiem pokoleniu. Gaz. Lek. Nr. 49, str. 1327.

Ojciec przechodził w 16 roku życia zapalenie rogówki obustronne, uważane w swoim czasie za skutek przymiotu odziedziczonego i leczone wcieraniami szaruchy i jodkiem potasu; przymiotu nabytego nie miał, ożenił się z osobą zdrową i miał dwoje dzieci, z których chłopiec dwunastoletni przebył miąższowe zapalenie rogówki i *chorioiditis areolasis*, typowego charakteru przymiotowego, a dziewczynka w 9 roku życia *hyalitis* i *chorioiditis*. Leczenie przeciwprzymiotowe w obu przypadkach sprowadziło wyleczenie.

Szulisławski A. O operacyjnem leczeniu jaglicy. Pam. VII Zjazdu Lek., Przyr. Polskich, str. 363.

Porównaj Przegląd Piśmiennictwa Polskiego za rok 1895.

Szulisławski A. Przyrząd przenośny do odkażania narzędzi okulistycznych. Przegl. Lek. Nr. 12, str. 153. [Spraw. z Sekc. Lwow. Tow. Lek. Galic.].

Blaszana puszka z pokrywą, służąca jako étui i zbiornik do wody; w niej ruszcik do narzędzi, widełki do wyjmowania z ukropu, lampka spirytusowa z dwoma palnikami. Wszystko niklowane.

Szulisławski A. Przypadek zaniku nerwów wzrokowych z niezwykłą poprawą bystrości wzroku. Przegl. Lek. Nr. 12, str. Spraw. z pos. Sek. Lwow. Tow. Lek. Galic.

Dziewczynie 15 letniej z wodogłowiem i zanikiem wstępującym nerwów wzrokowych [o. p. ostr. widz.=0, o. l. liczy palce na metr] przepisano jodek potasu i szaruchę na to. W pięć tygodni Wzr. o. pr.= palce na 1 m. o. lewe ostr. widz. $^6/_{12}$. Sz. zaznacza w obec tego, że należy być ostrożnym w rokowaniu w rozpaczliwych nawet przypadkach.

Szulisławski A. Przyczynek do leczenia stożkowatego wydęcia rogówki [Keratocouus]. Gaz. Lek. Nr. 38, str. 1017.

Elschnig podał następującą zmianę sposobu leczenia rogówki stożkowej: przypala szczyt stożka niezbyt rozpaloną pętlą galwanokauteru, uważając by rogówki nie przebić, a następnie łączy przypalone miejsce dwoma wąziutkimi paskami [również przez przypalenie] z rąbkiem rogówki dla ułatwienia drogi naczyniom. S. stosował ten sposób w dwóch przypadkach rogówki stożkowej, powstałej na tle łuszczki jaglicowej. Rogówka spłaszczyła się w obu przypadkach, w jednym wzrok poprawił się z liczenia palców na $1^1/_2$ metra, do liczenia ich 5 do 6 m., w drugim pozostał bez zmiany z powodu zbyt wielkich zmian w rogówce.

Szulisławski A. Przeszczepienie mięsaka barwikowego z rogówki na spojówkę. Przegl. Lek. Nr. 44, str. 587. Spraw. z pos. Sekc. Lwow. Tow. Lek. Galic.]

W cztery miesiące po usunięciu mięsaka barwikowego z rogówki, nastąpił nawrót w postaci guza na łącznicy powieki górnej, w miejscu odpowiadającem pierwotnemu guzowi rogówki; guz wycięto. Sz. uważa, że nastąpiło tu przeszczepienie nowotworu, a nie przerzut.

Talko J. Melanotyczne zabarwienie białkówki, przy melanozie miękiej opony (pia mater) i mózgu po tejże stronie. Nowiny Lekarskie Nr 3, str. 118

Przy badaniu zwłok pewnego gruzina znaleziono ciemno popielate, miejscami czarne zabarwienie białkówki oka prawego, tęczówkę prawie czarną, białkówka oka lewego zwykłej barwy, tęczówka jasno brunatna. Opona miękа na dolnej przedniej części lewej półkuli mózgu, nerw węchowy i czaszkowa część nerwu wzrokowego zabarwiona ciemnopopielato, a oprócz tego istniały plamy tej samej barwy i na prawej półkuli. Miejscami były złogi ziarnistego barwnika. W innych narządach zabarwienia takiego nie znaleziono.

Talko J. Przerostowe zapalenie łącznicy obu powiek. Blepharoplastyka dolnej powieki. Zastąpienie melanotycznej łącznicy błoną śluzową ust i wargi a także skórą powiekową. Nowiny Lekarskie, Nr 8, 9 str. 458.

T. spostrzegał w ciągu kilku miesięcy u młodego zdrowego zresztą żołnierza guzik na brzegu dolnej powieki, barwy czarnej, który stopniowo się powiększał i krwawił; jednocześnie czarne zabarwienie

zajęło skórę znacznej części dolnej powieki i jej łącznicy, a po pewnym czasie okazało się i na łącznicy górnej powieki, zajmując tam i chrząstkę. Przestrzeń zajęta przez czarne zabarwienie coraz się zwiększała, oraz ukazywały się oddzielne plamki w różnych miejscach łącznicy w postaci przerzutów. T. wyciął zajętą część dolnej powieki wraz z łącznicą, brak zapełnił sposobem Dieffenbach'a, łącznicę zastąpił błoną śluzową z jamy ust. Zabarwioną łącznicę górnej powieki wyciął wraz z chrząstką, zastępując brak skórą z tejże powieki. Pojawiające się w ciągu następnych 5 miesięcy nowe ogniska były wycinane, wypalane lub wyłyżeczkowywane. Badania mikroskopowego wyciętych części dokonali Ewetzky i Mitvalsky, pierwszy przyjmuje sprawę za *carcinoma melanodes*, drugi za *melanosis hypertrophica*.

Wynik operacyi pod względem kosmetycznym doskonały, w 9 miesięcy po ukończeniu leczenia nawrotu nie było.

Wicherkiewicz B Exophthalmus pulsatorius; podwiązanie tętnicy szyjowej wewnętrznej. Now. Lek. Nr 1, str. 39. [Spraw. z Pos Tow. Prz, N. w Poznaniu].

Exophthalmus pulsatorius powstał u młodej osoby wskutek urazu; podwiązanie tętnicy szyjowej wewnętrznej nie usunęło sprawy, W. postanawia podwiązać *carot. intern.* i po drugiej stronie.

Wicherkiewicz B. Przedstawienie przypadku odczepienia się ciała rzęskowego od twardówki z częściowem zrośnięciem tęczówki z rogówką i zwichnięciem soczewki wskutek urazu. Now. Lek. Nr 1- str. 39, [Spraw. z Pos. Tow. Prz. N. w Poznaniu].

Treść w tytule.

Wicherkiewicz B. Przyczynek do etiologii i leczenia jaskry. Nowiny Lek. Nr 2, str. 49.

Jaskra może powstać na tle przymiotu i w takim razie tylko leczenie przeciwprzymiotowe jest skuteczne. I inne skazy mogą prowadzić do wybuchu jaskry, w każdym przypadku należy to uwzględniać. W. opisuje przypadek objawów jaskry, bez zmian na dnie oka, nieustępujących nawet po irydektomii; znaleziono tyłozgięcie macicy, po założeniu wianka Thomas'a nastąpiła ogólna poprawa i zmniejszenie objawów jaskry. Autor przypisuje tu ten przypadek histeryi. W ogóle jaskra występuje daleko częściej u kobiet niż u mężczyzn, powstając na drodze zwrotnej przy chorobach narządów płciowych kobiecych, W jednym przypadku spostrzegał W. napady jaskry przy powtarzającem się zaparciu stolca. Leczenie przyczynowe powinno być koniecznie stosowane niezależnie od objawowego. Ezerynę stosuje W. w maści 1% w ostrych przypadkach, w podostrych i przewlekłych pilokarpinę. Gdy pomimo to napady się powtarzają w przypadkach ostrych należy wykonać obwodową lecz nie wielką irydektomię. Nie uważa za właściwe wykonywanie irydektomii w ostrej jaskrze zbyt wcześnie, a radzi zmniej-

szyć podrażnienie środkami zwężającymi źrenicę [przy użyciu erezyny jednocześnie wstrzykuje pod skórę morfinę] mięsieniem oka i środkami przeczyszczającymi. Niżej 40 roku życia w jaskrze podostrej z różnych rodzajów operacyi [tam gdzie ona potrzebna] wykonywa sklerotomię, którą robi za pomocą dwóch noży lancowatych. Irydektomię stosuje: 1) przy nawrotach jaskry ostrej, 2) u osób wyżej 40 lat, 3) gdy *myotica* nie działają, 4) gdy grozi wytworzenie się zaćmy i 5) tam, gdzie sklerotomia nie wystarczyła. W jaskrze przewlekłej uważa irydektomię zwykłą za przeciwwskazaną, zamiast niej robi sklerotomię lub wycina tylko obwodową część tęczówki, zostawiając zwieracz jej na miejscu.

Wicherkiewicz B. Odmiana perimetru Schweigger'a. Nowiny Lek. Nr 3, str. 136, [Spraw. z Pos. Tow. Przyj. N. w Poznaniu].

Łuk podzielony na dwie części, składające się jedna na drugą; zewnętrzna strona łuku trójścienna z podziałką na każdej ścianie; podpórka wspierająca oko i rękojeść, utrzymująca przedmiot wzrokowy, zmienione, łatwo dają się składać. Wielkość tarczy przedmiotowej da się zwiększać lub zmniejszać.

Wicherkiewicz Bol. Oftalmologia na usługach nauk lekarskich. Przeg. Lek. Nr. 20, 21, 23, 24. str. 269, 285 317, 334.

Wykład wstępny przy objęciu katedry okulistyki we Wszechnicy Jagiellońskiej. W krótkości podaje, czem jest oko dla fizyjologii i patologii całego ustroju, jak ważnemi są objawy oczne przy rozpoznaniu wielu chorób mózgu, krwi i narządów wewnętrznych, otruciach i t. d.

Zajdeman M. Niezwykle powikłany przypadek pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego Gaz. Lek. Nr 5, str. 133.

16-letnia dziewczyna zdrowa i nieźle odżywiona po lekkim bólu głowy i widzeniu zasłony przed okiem prawem zaniewidziała na nie, wśród następujących objawów: całkowite opadnięcie powieki górnej, naprężenie skóry twarzy po prawej stronie, lekkie łzawienie, wysadzenie gałki ku przodowi i całkowita jej nieruchomość, obrzęk łącznicy gałkowej od dołu, rozszerzenie i nieruchomość źrenicy. Stan bezgorączkowy, żadnego bólu. Sprawa obwodowa, umiejscowiona w oczodole. Podejrzywając pochodzenie przymiotowe, zalecono wcieranie szaruchy i jodek potasu. W sześć tygodni objawy ustąpiły z wyjątkiem rozszerzenia źrenicy i ślepoty; zanik nerwu. Z. zaznacza mylne rozpoznanie i leczenie, a wiążąc chorobę z codziennem od półtora miesiąca nocowaniem chorej w słomianym szałasie, uważa tę sprawę za pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, pochodzenia reumatycznego i przypuszcza, że w porę zalecone leki napotne dały by lepszy wynik.

Szawelski I. Cytryna, jako środek zapobiegawczy ropnemu zapaleniu oczu noworodków. Gaz. Lek. Nr 38, str. 1037.

Patrz dział XV—Akuszerja.

Talko I. Wrodzone zabarwienie łącznicy oka. Now. Lek. Nr. 5, str. 243.

Patrz dział III — Anatom. patolog.

Dyskusya w Sekc. Lwowskiej Tow. Lek. Galic. nad przeszczepianiem się nowotworów. Przegl. Lek. Nr 44.

Dyskusya w Sekc. Lwowskiej Tow. Lek. Galic nad nowym sposobem przemieszczania rzęs. Przegl. Lek. Nr 51.

Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad leczeniem krótkowzroczności przez usuwanie soczewki. Pam. Tow. Lek. Warsz., str. 475.

Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad limfatycznemi cierpieniami oka. Pam. Tow. Lek. Warsz., str. 1142.

Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad szerzeniem się nowotworów śródocznych przez inplantacyę. Pam. Tow. Lek., str. 1150.

XIV. GYNEKOLOGIA.

Sprawozdawca

St. Zaborowski.

Bogdanik J. Przypadek pękniętego torbiela jajnika wskutek urazu. Now. Lek. Nr. 8, str. 453.

Chora 22-letnia dziewczyna skierowaną zostaje do szpitala dla sztucznego ukończenia rozpoczętego jakoby porodu. Przed ośmiu miesięcami miewała krwotoki maciczne poczem, przy zatrzymaniu się peryodu i krwawień, przy ciężkich dolegliwościach, brzuch powiększał się stale od pięciu miesięcy. Lekarz którego radziła się wówczas rozpoznawał ciążę.

Upadłszy na brzuch, dostała silnych bólów które uważała za porodowe. Wezwany lekarz odesłał ją do szpitala. Brzuch silnie powiększony. Obwód przez pępek 126 ctm. Ściany napięte; na całej przestrzeni odgłos tępy i wyraźnie chełbotanie. Macica prawidłowa mała.

Po wypuszczeniu trójgrańcem 20 litrów płynu [gęstego, lepkiego, barwy ciemnoczerwonej] wyczuć można było guz duży, ruchomy wychodzący z lewego jajnika. Wykonana w 4 dni po nakłuciu laparatomia pozwoliła na usunięcie guza, będącego dużą grubościenną torbielą jajnika, pękniętą poprzednio. Do wewnętrznej strony pękniętej torbieli przyrośnięta była druga, wielokomórkowa torbiel, o podobnej jak wypuszczona trójgrańcem zawartości. Szypułę podwiązano catgut'em, opatrunek sposobem Mikulicza. Po dwóch miesiącach chora opuściła szpital zdrową.

Wyjątkowo długie zabliźnianie się rany, spowodowane wydzielaniem się niewessanych podwiązek, B. przypisuje katgutowi chromowemu, którego przez pomyłkę użył w miejsce karbolowego.

Pierwotne błędne rozpoznanie tłómaczy B. trudnem badaniem, spowodowanem nadmierną ilością płynu, napinającą ściany brzucha.

Boryssowicz. T. Cztery przypadki operacyi mięśniaków macicy. Pam. Tow. Lek., str. 545.

W pierwszym przypadku guz nieco mniejszy od główki noworodka, zajmując małą miednicę, wypuklał nieco lewe sklepienie pochwy i stanowił jedną całość z macicą. B. wyłuszczył guz przez pochwę, przeciąwszy lewe spojenie warg macicy i lewe sklepienie. Dolne części guza wyłuszczyły się z miąższu macicy łatwo, guz był jednak zadużym, aby go przeprowadzić przez otwór w sklepieniu. Dopiero rozkawalanie guza doprowadziło do celu, wyprowadzono pozostałe górne części nazewnątrz, przyczem okazało się, że górna powierzchnia pozbawioną jest otoczenia mięśniowego i pokryta tylko błoną łącznotkankową. Usunąwszy guz ostatecznie, jamę powstałą wytkał B. gazą jodoformową, a przecięte sklepienie pochwy zaszył tymczasowo, dla lepszego ucisku i hemostazy zupełnie. Przebieg pomyślny.

W drugim przypadku B. usunął z powodzeniem, sposobem Doyen'a macicę z rozlanym mięśniakiem trzonu, wielkości pomarańczy. Guz rozwijał się prawdopodobnie od czterech lat. Piętnastego dnia chora wstała.

W trzecim przypadku wycięto macicę z guzem wielkości dwóch pięści, w miąższu macicy rozwiniętym.

Podwiązawszy wprzódy tętnice maciczne, B. rozciął górną i dolną wargę macicy przez co udostępnił guz wypuklający niższą częścią błonę śluzową jamy macicy. Guz wycinano częściowo przez rozkawalenie. Zmniejszony wydobyto na zewnątrz wraz z macicą przyczem ta ostatnia wynicowała się, co ułatwiło podwiązanie więzów szerokich.

Czwarty przypadek ciekawy był silnymi objawami przy nieznacznej wielkości guza, który rozwinął się w przedniej ścianie części pochwowej a rozmiarami sięgał śliwki francuskiej. Chora od lat 7 zamężna roniła w początkach trzy razy. Cierpiała na silne objawy hystero-epileptyczne i obfitą miesiączkę. Najdokuczliwszym wszakże objawem było parcie na pęcherz i częste oddawanie moczu. Po usunięciu guza objawy ze strony pęcherza i nerwowe ustały.

Boryssowicz T. Wycięcie torbeli międzywięzadłowej. Pam. Tow. Lek., str. 1133.

Chora 32-letnia kobieta od pierwszej miesiączki w 14 roku cierpiała na niezmiernie uciążliwe objawy poprzedzające i towarzyszące miesiączce. Rodziła 2 razy. Miesiączkowanie odbywało się co 20 lub 60 dni i trwało 6—7 dni.

W odstępach między perjodami objawy były mniej gwałtowne nie znikały jednakże zupełnie nigdy. Najwięcej uskarżała się chora na bóle w pachwinie prawej, promieniujące do ramienia i uda. Oprócz bólów liczne objawy hysteryczne. Badając wykrył B. guz wielkości głowy noworodka, wypełniający prawą połowę miednicy i prawy dół biodrowy, nieruchomy.

Usunięty przez laparotomię nowotwór był torbielą, międzywięzadłową a stwardnienie i guzowatość na dolnej części guza, wyczute już podczas operacyi, tkanką jajnika.

Boryssowicz T. O wartości częściowych operacyi przy raku macicy. Med. Nr. 18, 19, str. 422, 446.

Opierając się na przytoczonej odnośnej literaturze i na własnem doświadczeniu autor roztrząsa odnośną wartość częściowej amputacyi części pochwowej w porównaniu z całkowitem wycięciem macicy przy ograniczonych ściśle do części pochwowej, nowotworach złośliwych. Zdaniem B. wycięcie całkowite organu jest dziś zabiegiem tak mało ryzykownym, a dodatnie strony utrzymania okaleczonej amputacyą częściową macicy tak małe, że wszędzie gdzie do czynienia mamy z najściślej choćby ograniczonym rakiem szyi macicy usuwać powinniśmy nie tylko część pochwową, lecz organ cały. Za operacyą zupełną przemawia i ta okoliczność, że nigdy nie jesteśmy w stanie orzec napewno jak daleko wgłąb sięga nowotwór. Na dowód że próbne skrobanie i drobnowidz nie zawsze dać mogą wystarczające dane, przytacza B. operowaną przez siebie z powodu raka szyi chorą, u której przy ściśle na pozór w szyi macicy umiejscowionym nowotworze, znaleziono po wycięciu narządu obszerne pełzające w ścianie a nie na powierzchni jamy macicy odnogi nowotworu.

W tym więc razie przy daleko posuniętej sprawie patologicznej ani próbne skrobanie, ani mikroskop nie dałyby wskazania co do wyboru racyonalnego zabiegu.

Grodecki F. Przypadek braku macicy i przydatków. Gaz. Lek. Nr 43, str. 1179.

Chora 25-letnia, dobrze zbudowana, uskarża się na bóle w krzyżu i w prawym barku. Od lat trzech zamężna, bezdzietna.

Nie miesiączkowała nigdy, spółkowanie sprawia jej odrazę.

Szczegółowe badanie wykazało niedorozwój części płciowych zewnętrznych i zupełny brak przydatków macicy.

Pochwa względnie dobrze wykształcona mieści dwa palce.

Piersi słabo rozwinięte. *Mons Veneris* pokryty delikatnym puszkiem.

Wymiary miednicy nie notowane.

Fenomenow N. [Kazań]. W sprawie sposobów zaszywania przetok moczopłciowych u kobiet. Przegl. Lek. Nr. 41, 42, 43 str. 545, 560, 570.

Zaznaczając duży materjał przetok jakim rozporządza [przeważnie muzułmanki] F. podaje i zachwala swój sposób operowania przetok.

Różni się metoda F. od stosowanych dotąd, głównie dwupiętrowym szwem, nakładanym z osobna na rozdzielone ściany pochwy i pęcherza. Cięcie w pochwie prowadzi F. poprzecznie do osi pochwy, przez środek przetoki. Przecina tylko ścianę pochwy, poczem rozszczepia ściany pęcherza i pochwy na rozmaitej odległości od brzegu przetoki. Ścianę pęcherza szyje katgutem nie tykając błony śluzowej, pozostawia natomiast dowolny wybór do szycia ściany pochwy. Operuje zawsze w położeniu grzbietowo-pośladkowem, w narkozie. Cewnika nie zakłada, zachęcając chore do oddania moczu bez pomocy. Rezultaty otrzymywał dobre w takich nawet przypadkach, gdzie inne sposoby zawodziły.

Jasiński. Pyosalpinx duplex, retroversio uteri fixata. Pomyślna operacya. Gaz. Lek. Nr. 15, str. 419.

Przypadek głębokiej rzeżączki u kobiety która nie rodziła. Z objawów: upławy i bóle podczas miesiączki i przy spółkowaniu.

Znaleziono oba jajowody znacznie zgrubiałe, od strony jajników chełboczące. Wobec bezskutecznie probowanych innych sposobów leczenia J. z powodzeniem usuwa przez pochwę oba jajowody i lewy zwyrodniały jajnik, poczem sposobem Mackenrodt'a przytwierdza macicę do pochwy.

Pomimo zupełnie pomyślnego wyniku operacyi, po której chora bez bólów miesiączkuje prawidłowo, J. postanawia, z powodu wielkich trudności operacyi przez pochwę, wszystkie przypadki, gdzie napotykane są zrosty i stan zapalny jajników i jajowodów operować przez laparotomię.

Jaworski J. Mors sub menstruatione ex anaemia. Kron. Lek. Nr. 19—20, str. 843, 885.

Tak tytułuje J. opis przypadku śmierci chorej, przedstawiającej objawy silnej niedokrwistości, zmarłej podczas ciągnącej się od dni szesnastu miesiączki. Chora 25-letnia dziewica od lat sześciu cierpiała na coraz silniejszą blednicę, której ważnym przejawem były między innymi powtarzające się za często i za obficie perjody.

Badanie pośmiertne stwierdziło stawiane za życia rozpoznanie. Znaleziono anatomiczne oznaki b. silnej niedokrwistości przy mało zmienionej błonie śluzowej wnętrza macicy, krwawienie której było jednakże bezpośrednią, jak się zdaje, przyczyną śmierci. Z anatomicznych zmian najważniejszemi były: stwierdzona za życia mała ilość czerwonych ciałek, oraz wyraźny niedorozwój (*hypoplasia*) naczyń znaleziony przy sekcji.

Jordan. Wycięcie macicy z włókniakami miąższowymi metodą Doyen'a i wycięcie nowotworu o utkaniu włóknistem. Roczn. Tow. Gin. Krak., str. 18.

W pierwszym przypadku macicę usunięto z powodu obfitych krwawień, kiedy skrobanie nie pomagało. Macica była powiększona, w niej włókniaki miąższowe, podsurowicze. Błona śluzowa wybujała.

W drugim przypadku nowotwór galaretowaty o budowie zrazowatej, wycięty u kobiety 32-letniej osłabionej i anemicznej.

Kasprzak. Przypadek włókniaka więzadła szerokiego macicy. Medycyna Nr. 30, str. 697.

Guz wielkości dwóch pięści, umiejscowiony w podstawie lewego więzu szerokiego, bez związku z macicą ani z przydatkami, zamknięty w oddzielnej torbie, usunięty został po rozkawaleniu przez pochwę. Otwarto tylne sklepienie a naczynia lewego więzu podwiązano, poczem dopiero wyłuszczenie guza stało się możebnem. Przypadek opisany uważa K. za interesujący ze względu na pochodzenie guza, nie będącego w związku ani z macicą, ani z przydatkami i na sposób, w jaki został usunięty. Preparat nie opisany bliżej.

Kaufman. O chirurgicznem leczeniu tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy. Gazeta Lek. Nr. 16, str. 443.

Ścieśniając granice niekrwawego leczenia tyłopochylenia i zgięcia, K. względną skuteczność przyznaje wiankom i massażowi o ile macica jest ruchomą, a massaż, któremu samoistnego znaczenia K. przyznaje niewiele, poprzedza założenie wianka.

Z pomiędzy stosowanych tu trzech operacyi najszersze pole przyznaje K. wentrofiksacyi [Olshausen-Czerny], którą stosować można zawsze bez względu na zrosty.

Przeciw waginofiksacyi [Duehrssen-Mackenrodf] przemawia nieprawidłowe położenie macicy po operacyi i duża ilość nawrotów. Operacyę Aleksander-Adams'a [skrócenie więzów obłych], dającą położenie najwięcej do prawidłowego zbliżone, stosować można tylko przy macicy ruchomej zupełnie.

Kończy K. przytaczając chorą, u której wentrofiksacya dała rezultat dobry.

Kraków. W sprawie otwierania jamy brzusznej przez sklepienie pochwy. Medycyna Nr. 33, 34, 36, str. 762, 789, 833.

Choć nie nowy sposób otwierania jamy brzusznej przez pochwę mało był stosowanym i rozpowszechniać się począł dopiero ostatnimi czasy, w miarę jak doskonaliła się technika. Zaletami operacyi dokonywanych w jamie brzusznej przez pochwę są: szybkość, krótki peryod pooperacyjny i uniknięcie przepuklin, zdaniem K. „zwykle“ występujących po laparotomiach. Zebrawszy odnośne zdania różnych autorów, które mianowicie sklepienie należy otwierać, przednie czy tylne, kwestyę uważa K. za sporną i niewyjaśnioną. Opierając się na 11 przypadkach, które opisuje obszernie, wnioski swe streszcza K. w następujących tezach.

Zabiegi przez pochwę są mniej niebezpieczne niż laparotomje, skracają okres pooperacyjny, są łatwiejsze technicznie, nie narażają na przepuklinę, dokonywanymi być mogą w celach rozpoznawczych.

Za ujemne strony operowania przez pochwę uważa K. przypadki, w których operować trzeba na ślepo pod kontrolą palca.

Dalej nie wszystkie przypadki nadają się do omawianego sposobu. Niepodobna np. usuwać przez pochwę guzów, sięgających poza linię pępkową, albo guzów unieruchomionych przez liczne i silne zrosty. Przeciw operowaniu przez pochwę przemawia również, zdaniem K. trudna dezynfekcya pochwy i niezawsze aseptyczne pole operacyjne.

Krause L. Wrodzone wypadnięcie macicy; spina bifida. Pamięt. Tow. Lek. str. 1149.

Dziecko 4-dniowe z wrodzonem wypadnięciem macicy i błony śluzowej odbytnicy, przy prawidłowym sromie, błonie dziewiczej i cewce moczowej.

Prócz wypadnięcia macicy *spina bifida* z guzem chełbocącym, mającym 16 ctm. obwodu i uwłosienie nadmierne poniżej guza i głowy.

Mars A. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym: Przegl. Lek. Nr. 31, str. 421.

Powołując się na odczyt swój [Przegl. Lek. Nr. 22, 23] M. opisuje chorą, operowaną proponowanym przez niego sposobem. Przyczyną świądu było nieprawidłowe uwłosienie sromu, którego wielkie wargi wywiniętemi były w ten sposób do środka, że włosy porastające ich brzegi sięgały małych warg i łechtaczki. Golenie sromu świąd czasowo usuwało.

Równolegle do brzegów wielkich warg, autor wyciął 10 ctm. długie i 2—2,5 szerokie półksiężycowate paski skóry. Rany zeszył następnie, zwężając i odwracając w ten sposób nazewnątrz wielkie wargi. Włosy porastające brzegi przestały stykać się z błoną śluzową.

Skutek zupełnie pomyślny.

Mars A. Przyczynek do etyologii chorobliwego świądu sromu u niewiast. Przegl. Lek. Nr. 22, 23, str. 301, 318.

Rozpatrując dane odnośnie świądu sromu i rozbierając szczegółowo pracę Sänger'a, autor nie odrzuca wprawdzie całkiem teoryi często nerwowego pochodzenia świądu, przyznaje jednak w etyologii tego cierpienia obszerne miejsce i przyczynom bądź ogólnego, bądź miejscowego pochodzenia.

Na dowód, z własnych spostrzeżeń przytacza chorą, u której nieżyt pęcherza i zmiany zaszłe w składzie moczu sprowadzały świąd sromu i trzy przypadki, w których nieprawidłowo, ku błonie śluzowej skierowane włosy sromu były przyczyną cierpienia. O ile włosy pochodzą z wielkich warg wywróconych ku wewnątrz, autor proponuje, wycinać wzdłuż warg paski skóry i zaszywać powstałe w ten sposób

rany. Wargi zostają odwinięte nazewnątrz, a włosy przestają drażnić błonę śluzową.

Neugebauer F. 40 własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych. Medycyna Nr. 49, 50, str. 1243, 1268.

Przytaczając 40 spostrzeganych osobiście przypadków, po bliższe dane odnośne etyologii i badań drobnowidzowych torbieli pochwowych odsyła N. do pracy Zweigbauma i Warszawskiego [Gazeta Lek. 1895 r. Nr 14].

Zdaniem N. torbiele pochwy rzadko wywołują ważniejsze objawy; w pewnych razach jednakże stać się mogą przyczyną bezpłodności wskutek niemożebnego spółkowania. Operował N. sposobem Schroeder'a, rezekując częściowo ściany torbieli i obszywając brzegi.

Neugebauer F. Dwa przypadki wycięcia macicy z powodu raka. Pam. Tow. Lek. str. 533.

W pierwszym przypadku u kobiety 34-letniej, która odbyła 7 porodów i 5 poronień, szeroko rozrosły rak szyi macicy. Nowotwór wyskrobano, poczem brzegi rany zeszyto dla lepszego zabezpieczenia pola operacyjnego od przeszczepienia. Macicę wycięto wraz z przydatkami; N. obawia się, zważywszy młodość chorej, wczesnego nawrotu. Dalej zaznacza N. wpływ częstych porodów, poronień, a także nieprawidłowych stosunków płciowych.

Na dowód przytacza rzadkość stosunkową raka u żydówek, żyjących hygienicznie pod względem płciowym.

W drugim przypadku nowotwór umiejscowionym był w trzonie macicy, a rozpoznanym został tylko dzięki sondzie i próbnemu łyżeczkowaniu. Chora czterdziestokilkoletnia panna pochwę miała tak wązką, że wypadło zrobić boczne nacięcia dò ułatwienia dostępu.

Dla zabezpieczenia pola operacyjnego ujście macicy zaszyto długiemi nićmi jedwabiu, któremi posługiwano się następnie w miejsce kulociągów. Zauważone przy operacyi chełbotanie w trzonie powiększonego organu wyjaśnionem zostało po wycięciu i otwarciu organu jako pyometra.

Dalej uderzyła N. niezwykła twardość podwiązywanych przy operacyi naczyń i kruchość jajowodów, przecinanych nakładanemi podwiązkami. N. na zasadzie ostatniego przypadku zaznacza ważną rolę jaką odgrywa próbne badanie wnętrza i powierzchni jamy macicy.

Neugebauer F. Kamień moczowy wytworzony dokoła ligatury jedwabnej. Pam. Tow. Lek. str. 514.

Nitka pochodziła od operacyi ciąży zamacicznej, dokonanej przed 14 miesiącami. Ściany pęcherza nie były obrażone podczas operacyi. Worek Mikulicza, którego użyto wówczas, przyczynił się do ropienia. Kamień chora wyjęła sama z cewki.

Neugebauer F. Pyosalpinx, jajnik i 3 torbiele w worku haermiae inguinolabialis. Pam. Tow. Lek. str. 482.

Przepuklina *inguinolabialis* dostrzeżona przed 16-u laty. Rozpoznanie wahało się między *hydrocele muliebris*, *haernia inguino-labialis i haematocele muliebris*. W *haernia* przypuszczano nie kiszki a ciało twarde (*omentum*?) Jajnik obrzęknięty ale normalny, jajowód grubości małego palca o ścianach nacieczonych i zgrubiałych. Torbiele pochodzące, zdaje się, z *paraovarium* zawierają płyn klejowaty zielonkawy. Liczne zrosty.

Przydatki wypadnięte amputowano, szypułę wszyto do worka.

Neugebauer. F Macica wycięta z powodu raka trzonu. Pam. Tow. Lek. str. 514.

44-letnia panna. Skrobanie eksploracyjne przedsiębrane z powodu krwawień nie dało rezultatów, bo miąższ był tak twardym, że nic nie wyskrobano. Guz umiejscowionym był w ścianie ciała macicy. Z powodu ciasnoty dokonano przed wycięciem macicy episiokolpotomii obustronnej. Przebieg pomyślny.

Neugebauer F. Prolapsus uteri; Resectio fundi; Ventrofixatio. Pam. Tow. Lek. str. 515.

N. przedstawia chorą, u której przed 2½ laty wycięto wypadniętą macicę z powodu raka. Dziś chora wolna jest zupełnie od nawrotu, a zajmująca tem, że przy braku macicy przedstawia całkowite wynicowanie pochwy.

Przy tej sposobności zaznacza N. jak mało wierzyć można metodom operowania wypadniętej macicy i wynicowanej pochwy, skoro nawet usunięcie macicy nie zabezpiecza od dalszego wypadnięcia pochwy. Przytacza dalej chorą, której przed paru dniami z powodu zupełnego wypadnięcia macicy zrobił *ventrofixatio*, usunąwszy wprzódy jajniki i jajowody i wyciąwszy klin z trzonu macicy.

Zwykle w podobnych zdesperowanych przypadkach stosuje N. sposób Girardin'a.

Neugebauer F. Operacya włókniaka jajnika. Pam. Tow. Lek. str. 482.

Guz wielkości i formy nerki, czysty włókniak zlany z miąższem jajnika i mesoovarium, usunięty drogą celiotomii u 50 letniej chorej. Drugi jajnik torbielowaty.

Piotrowski J. Przypadek wydobycia się glisty (ascaris lumbricoides) przez ranę po wypuszczeniu ropnego wysięku okołomacicznego.

Przed rokiem chora przechodziła dur brzuszny. Przed 9-u tygodniami poród ,po którym dostała zaraz bólów i gorączki. Stwierdzo-

ny ropny wysięk okołomaciczny wypuszczono przecięciem tkanek. W 11 dni po przecięciu przy zmianie opatrunku, pod gazą wyścielającą ranę znaleziono glistę, która dostać się tam mogła bezwarunkowo tylko od strony jamy brzusznej, może przez otwór w jelicie stojący w związku z przebytym durem.

Pomorski. O pęknięciu macicy. Nowiny Lek. Nr. 2, str. 86.

Dwa przypadki pęknięcia macicy przy obrocie. Tamponowane gazą jodoformową zmarły na 5 i 8 dzień, wskutek rozkurczu macicy i krwawienia. Nauczony doświadczeniem zamierza P. wykonywać laparotomię, a tam gdzie to niemożliwe tymczasowo tamponować.

Rosner. Dwa przypadki patologii dróg moczowych niewieścich. Rocznik Tow. Gin. Krak. str. 4.

Przetoka kleszczowego pochodzenia operowana dwa razy bez powodzenia. Za trzecim razem zamknięto przetokę, po roku jednakże z pęcherza odchodzić poczęły kamienie i przetoka otwarła się na nowo. Cewka nie istnieje. Pochwa i pęcherz mają wspólny otwór przepuszczający palec. Drugi otwór z pęcherza do pochwy głębiej, otoczony bliznami.

Operowana sposobem Ott'a, a przedstawiana zawcześnie, żeby o ostatecznym wyniku można było orzec ostatecznie.

W drugim przypadku istnieje rozprucie cewki przy onanii, dokonywanej za pomocą wielkiego klucza. R. ma zamiar zeszyć cewkę plastycznie.

Rosner. 5 nowych przypadków wad rozwojowych. Rocz. Tow. Gin. Krak.

Chora z *uterus didelphys et cum vagina septa* leczy się w klinice od lat 10-u. Lewa połowa macicy lepiej wykształcona, odpowiada lewej połowie pochwy, również lepiej zbudowanej i otwartej. Prawa połowa pochwy i macicy niewykształcone. Pierwotnie przy prawidłowej miesiączce z lewej macicy, w prawej zauważono *haematometra* i *haematocolpos*, które usunięto przez nakłucie.

Po roku przy gorączce wystąpiły objawy *pyocolpos* zawsze po prawej stronie. Ropę zebraną obficie i cuchnącą wypuszczono przez nacięcie.

W jakiś czas potem rozpoznano *abscessus parauterinus dexter*, *paravaginitis dissecans*. Otwór rozszerzono i wyskrobano. Wyszedłszy za mąż poroniła w 7-m miesiącu. Łożysko usunięto na 3 dzień sztucznie. Odchody ropne bywają wciąż. Przegrodę międzypochwową wycięto, macicę prawą, z której wydziela się ropa, wyskrobano.

Drugi przypadek dotyczy kobiety ciężarnej, u której ciąża rozwinęła się w *uterus unicornis cum vagina unilateralis*. Z obawy pęknięcia macicy nóżkę dziecka, leżącego w pośladkowem położeniu sprowadzono. Dziecko urodziło się częścią siłami natury, częścią z pomocą, nieżywe.

W trzecim przypadku robiono laparotomię z powodu *fibroma subserosum*. Podczas operacyi dopiero rozpoznano, że guz jest rogiem macicy dwurożnej, z którego górnej powierzchni wychodzi jajowód. Guz wraz z jajowodem usunięto.

Czwarty przypadek odnosi się do *graviditas in cornu dextro uteri bicornis, partus*. Podczas ciąży róg niezajęty przez płód rozwijał się i powiększał również. W połogu uległ zwinięciu prędzej, niż róg, w którym był płód.

Piąta chora 54-letnia, nigdy nie miesiączkowała. Uskarża się na guz w okolicy żołądka. Znaleziono macicę dwurożną, z rogiem lewym słabiej, z prawym silniej rozwiniętym. Jajników nie wyczuwano.

Rosner. Przetoka moczowa niezwykłego pochodzenia. Rocznik Tow. Ginek. Krak. str. 9.

Przetoka wielkości grochu w prawej stronie pochwy ze sterczącą wynicowaną błoną śluzową cewki, powstała wskutek upadnięcia chorej na twardy brzeg cebrzyka.

Rosner. O używaniu płynu Walthard-Tavel'a przy laparotomiach. Rocznik Tow. Gin. Krak. str. 80.

Przypominając odczyt Schiffer'a „O niedrożności przewodu pokarmowego po laparotomiach z urządzeniem suchej i mokrej aseptyki jamy brzusznej", R opisuje 50 przypadków, w których użyto rostworu. Walthard-Tavel'a. (*Natr. carb. calc.* 2,5 *natr. chlorat* 7,5 *aq. dest.* 1000). Rezultaty, szczególniej w porównaniu ze statystyką 50 innych przypadków w których używano rostworu kwasu bornego były bardzo zadawalniające. Podczas kiedy w grupie 59 laparotomii z kw. bornym spostrzegano w 10 przypadkach objawy wyraźnej niedrożności zakończone 2 razy śmiercią, w grupie z rostworem Walthard-Tavel'a przypadku cięższej niedrożności nie było żadnego. Użycie płynu W—T. zaleca R. gorąco.

Rosner. Przypadek wyłuszczenia macicy przez laparotomję metodą Freund'a w niezwykłych warunkach. Rocznik. Tow. Gin. Krak. str. 13.

Z powodu *fibroma gangraenosum submucosum et septicaemia* przystąpiono do usunięcia macicy. Przy istniejącej obustronnej *ankylosa vera* stawów biodrowych możliwą była tylko laparotomia. Zabieg był niezmiernie trudnym przy małej podatności ścian brzucha, bardzo obszernych zrostach macicy i przypadków z jelitami i z powodu chorobliwie zmienionych przydatków. W ciągu operacyi nieostrożnie użytym cewnikiem przebito pęcherz. Mimo założonego worka Mikulicza okres pooperacyjny był ciężki z gorączką. Zaszyty pęcherz nie zrosł się a powstałą w ten sposób przetokę pochwowo-pęcherzową R. ma zamiar zamknąć za pomocą *colpocleisis*.

Rosner. W sprawie przeszczepialności raka. Rocznik Tow. Gin. Krak. str. 55.

Przytoczywszy zebraną skrzętnie i bezstronnie literaturę R. z góry oświadcza, że jest zdecydowanym zwolennikiem teoryi przeszczepialności raka, dostatecznie stwierdzonej odnośnemi spostrzeżeniami, w klinice i laboratoryum zebranemi. Z własnego doświadczenia przytacza R. dwa przypadki, w których rak zaszczepionym został w ranach pochwy lub sromu, zadanych podczas wycięcia rakowatej macicy. Odpowiednio do powyższej teoryi proponuje R. zastosować i technikę operacyjną, a rozpatrzywszy modyfikacye, proponowane przez innych ginekologów, mające na celu zapobiegać możliwemu zaszczepieniu nowotworu w rany w biegu operacyi powstałe, pierwszeństwo przyznaje thermokauterectomii Jordana.

Rosner. Usunięcie guza w stanie rozpadu i wycięcie macicy. Rocznik Tow. Gin. Krak. str. 87.

Chora rodziła trzy razy. Od lat trzech, od ostatniego porodu wystąpiły monorrhagie z bólami, które przybrały wkrótce charakter nieprawidłowych zupełnie co do czasu krwotoków. Bliższe badanie wykazało istnienie guza, leżącego w pochwie przed ujściem zewnętrznem. Guz w stanie częściowego rozpadu, kruchy i rwący się, osadzony był na szerokiej szypule wychodzącej z dna macicy. Z obawy przedziurawienia wynicowanej częściowo macicy guz ściągnięto i poczęto wyłuszczać z nasady, co się udało w zupełności. Ogólny stan chorej [anemia i dreszcze] a szczególniej rozpad torebki guza i zmiany ropne miąższu macicy skłoniły do zupełnego usunięcia tej ostatniej. Ostateczny wynik nie podany.

Stankiewicz W. Hydrocele muliebris. Pamiętnik Tow. Lek. str. 499.

Guz znaleziono przy herniotomii w worku przepukliny pachwinowej u kobiety, przedstawiającej od dni 4 objawy uwięźnięcia kiszek. Otworzywszy worek znaleziono zgrubiałą i stwardniałą błonę, po przecięciu której ukazała się narośl, przechodząca w miękki sznurek, który wchodził do otworu przepuklinowego. Kiszek nie było. Sznurek przecięto i odprowadzono do jamy brzusznej w pozostałej części odszukać było można nerw i naczynie. Wykluczając jajnik, wyrostek robaczkowy i więz obły, S. przypuszcza *hydrocele muliebris.*

Stępkowski F. Puchlina jajowodowa obustronna. Wycięcie. Pam. Tow. Lek. str. 516.

Guz lewego jajowodu powiększony do wielkości dwóch pięści dorosłego człowieka, guz prawego jajowodu, jak jedna pięść. Rozmiary guzów, ich mała ruchomość i umiejscowienie przemawiały za torbielami jajników. Z tem rozpoznaniem przystępowano do operacyi. Ujście maciczne jajowodów były niezmienione.

Stępkowski F. Przyczynek do krwawień i krwotoków macicznych wątpliwego pochodzenia. Gaz. Lek. Nr 46 50, str. 1329 i 1361.

Opisawszy trzy spostrzegane przez siebie przypadki, w których przerost błony śluzowej i krwawienia macicy spowodowane były cierpieniem jajników i jajowodów oraz z podobnych wypadków zebranych z literatury, wyprowadza S. ogólniejsze wnioski co do pochodzenia i leczenia krwawień macicznych wogóle. Przypomniawszy związek w jakim stoją krwotoki wewnętrznych narządów płciowych kobiecych z zaburzeniami natury ogólniejszej, jak *haemophilia*, *purpura*, *scorbutus*, *leucaemia chlorosis*, otrucie fosforem i t. d. S. zaznacza, że nieprawidłowe typy miesiączki oraz krwotoki właściwe są przedewszystkiem cierpieniem samej macicy [gruźlica błony śluzowej, *lupus*, pochylenia] i przydatków.

W przypadkach w których źródło cierpienia tkwi głębiej, skrobaniu i środkom przyżegającym przyznaje S. tylko działanie uśmierzające. Skrobanie wykonywać należy w celu rozpoznawczym. Wreszcie ostrzega S. przed możliwością przejścia *endometritidis fungosae* w raka ciała macicy.

Święcicki H. 1) Torbiel lewego jajnika i ropień lewego jajowodu. 2) Torbiel retencyjna warg małych. 3) Torbiel lewego jajnika ze skręconą dwa razy szypułą. Now. Lek. Nr 2, 3, str. 86, 132.

W pierwszym przypadku laparotomia, pomimo ulania się znacznej ilości ropy do otrzewnej szczęśliwa. Drugi przypadek nie opisany. W trzecim przypadku skręcenie szypuły i nagłe objawy nastąpiły wskutek uderzenia w brzuch.

Świtalski L. Uwagi dotyczące raka szyi macicy na podstawie spostrzeżeń poczynionych w klinice. Przegląd Lek. Nr 48, 49, str. 629, 650.

Na zasadzie 363 spostrzeżeń raka szyi macicy, [3,94% ogólnej liczby chorych Krak. ginek. klin. i poliklin.] zebranych w ciągu ostatnich 13 lat, Ś. wyprowadza wnioski co do pochodzenia, rozpoznania, przebiegu i leczenia raka szyi macicy. Z naciskiem zaznacza Ś. późne zasięganie porady lekarskiej, oraz wadliwe rozpoznania we wczesnych okresach cierpienia. Okoliczności te pogarszają znakomicie rokowanie a spowodowane są niskim poziomem oświaty chorych i niewystarczającem wykształceniem lekarzy i akuszerek. Stanowczy stronnik całkowitego usuwania macicy nawet przy zmianach bardzo mało posuniętych, zaleca Ś. kleszczową hemostazę Richelot'a i thermo-kauterectomię Jordana.

Świtalski L. O wyłuszczeniu macicy pochwowem, z powodu groźnego krwotoku macicy. Roczn. Tow. Gin. Krak, str. 83.

Chora miesiączkowała zawsze bardzo obficie. Rodziła raz jeden przed 10 laty. Od sześciu miesięcy miesiączka poczęła nabierać cha-

rakteru niepokojącego swą obfitością. Wyskrobanie macicy polepszyło stan chorej czasowo tylko, postanowiono uciec się więc do zabiegu radykalniejszego. Rozpoczęto od rozszerzenia ujścia macicy w celu zbadania palcem. Zabieg ten sprowadził zakażenie, które objawiło się wysiękiem, najpierw z lewej następnie i z prawej strony macicy w okolicach nadpachwinowych. Wobec coraz groźniejszego krwawienia przystąpiono do wyłuszczenia macicy, poczem z małemi wahaniami stan chorej polepszył się. W okresie pooperacyjnym otwarto cięciem Bardenheuer'a ropień w prawej okolicy nadpachwinowej, poczem chora dość szybko wróciła do zdrowia. Pochodzenie krwawienia pozostało niewyjaśnionem.

Świtalski L. Wypadek wady rozwojowej macicy. Rocznik Tow. Ginekol. Krak. str. 8.

Początkowo peryody prawidłowe. Od pewnego czasu nie miesiączkuje a cierpi na *molimina menstrualia*. Części rodne zewnętrzne i pochwa prawidłowa, część pochwowa dziewicza szeroka a w niej dwa ujścia zewnętrzne w postaci dołków. Trzon macicy rozdzielony niezbyt głębokim dołkiem na dwa rogi. Sonda przechodzi przez oba ujścia zewnętrzne na 7 ctm. *Uterus bicornis septus.*

Wawelberg G. Dwa przypadki nieprawidłowego rozwoju narządów płciowych kobiecych. Gaz. Lek. Nr 5, str. 135.

Przytoczywszy krótko odnośne dane z literatury ostatnich lat, W. podaje dwa spostrzegane przez siebie przypadki nieprawidłowego rozwoju narządów płciowych kobiecych.

W pierwszym przypadku kobieta 24-letnia, od lat sześciu zamężna uskarżała się na brak miesiączki i ból w czasie peryodów. Badanie wykazało: brak zupełny macicy, jajowodów i jajników. Pochwa sztuczna wytworzona spółkowaniem.

W drugim przypadku, chora skarży się na niepłodność i bolesne, obfite miesiączki.

Znaleziono: *vagina septa* przy prawidłowej macicy, jajnikach i jajowodach. Nieoperowano.

Ziemacki [Charków]. W sprawie operowania przetok pęcherzowo-pochwowych. Przegląd Chirurg. T. III. str. 98.

Zalecając gorąco sposób operowania przetok pęcherzowo-pochwowych przez rozdzielanie brzegów przetoki, t. j. przez odseparowywanie błony śluzowej pęcherza od błony śluzowej pochwy i osobne szycie dwóch warstw, Z. przytacza trzy operowane przez siebie z powodzeniem przypadki. Dwa pierwsze były łatwiejsze, trzeci przypadek z dużą przetoką i ze zniszczonym częściowo zwieraczem pęcherza, w którym robiona 4 razy dyscyzya zawiodła, na szczególniejszą zasługuje uwagę. Z. zamknął wreszcie przetokę, zrobiwszy wprzódy cięcie nadłonowe, a zamknął ją plastycznie w ten sposób, że od-

preparował dwa płaty błony śluzowej po dwóch stronach przetoki, które odwrócił następnie i przyszył do brzegów przetoki tak, że strony śluzowe błony odwróconemi zostały do pęcherza i do pochwy a okrwawione stykały się ze sobą. Brzegi płatów przyszytymi zostały dokładnie do brzegów przetoki.

Kilkakrotnie obserwował Z. złogi moczowe w pęcherzu dokoła wydzielających się nici.

Ziembicki. Olbrzymi włókniak macicy. Hysterektomia. Przegląd Lek. Nr 21, str. 292,

Guz wielkością przenoszący dwukrotnie głowę człowieka, zajmujący przestrzeń między listkami lewego więzu szerokiego, wyłuszczony wraz z macicą, odpowiadającą wielkością siódmemu miesiącowi ciąży

Rezultat pomyślny.

Ziembicki. O francuskiej metodzie wycinania macicy przez pochwę z trwałą kleszczową hemostazą następczą. Przegl. Lek. Nr 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, str. 29, 46, 58, 71, 145, 159, 176.

Stanowczy zwolennik kleszczowej hemostazy przy wycinaniu macicy przez pochwę, Z. szczegółowo opisuje sposób Doyen'a, którego widział operującego i od którego uczył się metody. Dla lepszego stwierdzenia wyższości francuskiego sposobu przytacza Z. statystyki: Richelot'a, Doyen'a. Landau'a, Ségoud'a oraz swoją własną [ostatnia 16 oper. z 1 śmiercią]. Wyższość metody polega zdaniem autora na szybkości rękoczynu, małej utracie krwi, małej możliwości przeszczepienia raka na otrzewną.

Drugą część swej pracy poświęca Z. usuwaniu włókniaków przez pochwę metodą Péan'a t. j. przez kawałkowanie, przy której również zaleca hemostazę kleszczową. Rozbierając wskazania kiedy można i należy operować przez pochwę, metodę Péan'a porównywa Z. z innymi sposobami, stosowanymi przy włókniakach, przyznając jej bezwarunkową wyższość. Przytacza osobiste doświadczenia i statystykę ośmiu operowanych i uzdrowionych chorych. Zakończa swą pracę następującymi wnioskami:

1. Hemostaza kleszczowa ułatwia zabieg wycięcia rakowatej macicy przez pochwę pod względem szybkości, dokładności i bezpieczeństwa.

2. Łącznie z metody kawałkowania umożliwia usuwanie przez pochwę włókniaków, sięgających linii pępka.

3. Zaletą operacyi pochwowych jest uniknięcie blizn brzusznych i przepuklin.

4. Statystyki Péan'a 1—3% śmiertelności, wymownie przemawiają za wczesnem operowaniem.

Jezierski. **Torbiel rozplenia brodawkowa jajnika. Owaryotomia. Pozbawienie kiszki esowatej i okrężnicy zstępującej krezki na znacznej przestrzeni.** Przegl. Chirurg. str. 98.

Patrz dział XII — Chirurgia.

Neugebauer. **Kilka słów o męskiem owłosieniu u kobiet oraz niektórych innych anomaliach owłosienia i rozwoju ogólnego.** Gaz. Lek. str. 1101, 1144, 1173, 1191, 1223, 1254, 1316, 1339, 1370, 1398.

Patrz dział III — Anatomia patol.

Święcicki. **Hematomorfologia w ginekologii.** Now. str. 581.

Patrz dział III — Anatomia patol.

Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad operowaniem mięśniaków macicy. Pam. Tow. Lek. str 548.

Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad torbielą międzywięzadłową. Pam. Tow. Lek. str. 1135.

Dyskusya w Tow. Ginek. Krak. nad użyciem kleszczyków Richelo'ta. Rocznik Tow. Gin. Krak. str. 7.

Dyskusya nad wycięciem macicy i nowotworem o utkaniu włóknistem. Rocznik Tow. Gin. Krak. str. 19.

Dyskusya nad wycięciem macicy metodą Freund'a. Roczn. Tow. Gin. Krak. Nr 77.

XV. AKUSZERYA.

Sprawozdawca

M. Zweigbaum.

Bylicki W. **Ochronne postępowanie w położnictwie. (Aseptyka położnicza).** Lwów 1896. Stronic IX i 137.

Treściwy wykład tak zwanej aseptyki położniczej zawiera 3 rozdziały. W pierwszym stanowiącym wstęp, streszcza autor naukę Semmelweiss'a o etiologii, o pojęciu gorączki połogowej i sposobie zapobiegania jej i podaje zasady antyseptyki Lister'a; wreszcie omawia różnice między antyseptyką i aseptyką. Rozdział drugi traktuje o obecnych poglądach na istotę gorączki połogowej i o jej odmianach, o źródłach zakażenia i drogach jego szerzenia się. Rozdział zaś 3-ci zajmuje się właściwą aseptyką, dzieląc ją na aseptykę podmiotową czyli osobistą, aseptykę narzędzi, przyrządów i opatrunków położniczych i aseptykę ciężarnych, rodzących, położnic i noworodków.

Bylicki W. **O postępowaniu wobec zatrzymania się łożyska w macicy po poronieniach.** Przegl. Lek. N. 10. str. 125.

Wrazie zatrzymania się łożyska wskutek zbyt wązkiego kanału szyi macicy radzi B. przez pierwsze 2—3 dni podawać chorej do wewnątrz *secale cornutum* i wytamponować lekko jamę macicy gazą jodoformową. Najczęściej po kilkunastu lub kilkudziesięciu godzinach łożysko samo odchodzi. Jeśli to jednak nie nastąpi, należy przystąpić bezzwłocznie do wydobycia łożyska, ku czemu posługuje się silnymi kleszczykami, którymi chwyta się dostępną część łożyska i odkręca. W ten sposób po kawałku wydobywa całe łożysko. B. tą metodę wydobywania łożyska po kawałku (*morcellement*) poczytuje za pewniejszą i bezpieczniejszą aniżeli wydobywanie palcem.

Odczyt ten wygłosił B. na posiedzeniu naukowem sekcyi Lwow. Tow. lek. galic., dnia 7 Lutego.

Cohn M. Pęknięcie macicy podczas porodu. Gaz. lek. N. 17 str. 471.

U kobiety 24-o letniej, po raz drugi rodzącej, stwierdził C. przy objawach upadku sił i ostrej anemii rozdarcie poprzeczne przedniej ściany macicy z wyjściem tułowia płodu z kończynami i łożyska do jamy brzusznej. Wymiary miednicy: D.S. = 24; D.C. = 28; D.T. = 30 C.E. = 19; C.d. = 9,5.

Po przecięciu ściany brzusznej i wydobyciu płodu, łożyska i skrzepów z jamy brzusznej, zeszył autor ranę macicy 25-cm. szawami i nad linią szwów umieścił worek Mikulicza, który wyprowadził w dolnej części rany brzusznej. Chora po przebyciu zapalenia płuc wyzdrowiała.

Jest to wyciąg ze sprawozdania z posiedzeń Łódzkiego Tow. lek. w r. 1893.

Czarkowski L. Całkowite wypadnięcie wynicowanej macicy podczas porodu. Gaz. lek. N. 52 str. 1423.

Jestto przypadek szybkiej śmierci (w niespełna godzinę) po porodzie wskutek ostrego wynicowania i wypadnięcia macicy wraz z przyklejonem łożyskiem, pomimo że macicę w $^1/_2$ godziny po porodzie odprowadzono na miejsce. Przypadek dotyczył 34-o letniej wielorodki.

Ehrlich M. Kilka uwag o postępowaniu przy ciąży pozamacicznej jajowodowej. Med. N. N. 31, 32, str. 715 i 743.

Autor, opierając się na spostrzeganych 20-u przypadkach ciąży jajowodowej, z których 4 obszerniej w artykule przytacza, przychodzi w kwestyi leczenia ciąży jajowodowej do wniosku, że trudnoby mu było określić dla jakich przypadków ciąży jajowodowej mógłby znaleść wskazanie do interwencyi chirurgicznej, gdyż w praktyce swojej z podobnymi przypadkami nie spotkał się ani razu. Wszystkie jego chore wyzdrowiały bez operacyi. „Czytając zaś opisy setek świetnie wykonanych salpingektomii za ostatnie dwa lata ogłoszone, ani u jednego ich autora — powiada Ehrlich — nie znalazłem niezbitych dowodów, ażeby

wspomniana operacya rzeczywiście przyczyniła się do uratowania życia kobiet operowanych".

Ehrlich M. Postępowanie lekarskie przy poronieniach. Med. N. N. 21, 22, 23, str. 493, 514, 536.

Artykuł ten, ze względu na liczne szczegóły, do streszczenia się nie nadaje.

Jako zasadę przy leczeniu poronień stawia autor metodę wyczekiwania. Tam zaś, gdzie zachodzi potrzeba, ze względu na silny krwotok, wydobycia jaja płodowego, autor, zwłaszcza w pierwszych trzech miesiącach ciąży radzi posługiwać się „zgłębnikiem łyżeczkowym" swojego pomysłu.

Endelman Z. Przypadek całkowitego pęknięcia macicy u pierwiastki podczas porodu. Gaz. lek. N. 20, str. 530.

Pęknięcie macicy u pierwiastek wydarza się nadzwyczaj rzadko. Przypadek dotyczył 23-letniej pierwiastki z bardzo małem zwężeniem miednicy (C. v. = 10 ct.). Pęknięcie macicy nastąpiło nieznacznie, gdy główka znajdowała się już w cieśni miednicy. Bóle porodowe nie ustały nagle, lecz stopniowo słabły. Stan gorączkowy (38.8), tętno— średniego natężenia, bardzo częste. Wymiotów, zapaści jako też krwawienia nie było. Główkę wydobyto kleszczami, wydobycie barków było dość trudne z powodu ich znacznych rozmiarów (42½ wynosił ich obwód).

Leczenie pęknięcia macicy wyczekujące, objawowe. Po 3-ch dniach bezgorączkowych, wystąpiła gorączka, objawy zapalenia opłucnej, następnie krwotoki maciczne i chora 13-go dnia zmarła. Sekcya zwłok wykazała między innemi: *Peritonitis universalis purulenta, pleuritis dextra purulenta.*

Jako przyczynę pęknięcia macicy uważa autor głównie bardzo znaczne wymiary tułowia, zwraca też uwagę na dziwnie małą wyrazistość objawów pęknięcia macicy. W kwestyi leczenia pęknięcia macicy autor nie sili się rozstrzygnąć, która z metod jest lepszą (operacyjna, czy wyczekująca).

Gaszyński S. Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny u noworodków. Med. N. N. 34, 35, str. 786 i 809.

Pępowinę podwiązywać należy w chwili, gdy tętno zaczyna w niej już wyraźnie upadać, czyli po upływie mniej więcej 3 ch minut od urodzenia się dziecka. Wtedy nie narazimy dziecka na utratę tej ilości krwi, którą by utraciło, gdybyśmy pępowinę podwiązali zaraz po urodzeniu się dziecka, ani też nie przyczynimy się do wywołania ciężkiego stopnia żółtaczki, która zjawia się zwykle, gdy zbyt późno pępowina podwiązaną została.

Do podwiązywania pępowiny radzi autor używać zwyczajnej ligatury jedwabnej średniej grubości. Przewiązywać należy tuż przy

pępku skórnym, następnie, nieco odstąpiwszy, odciąć resztę sznurka pępkowego, nie dalej jednak jak na 1—1½ ctm. od przewiązki.

Aby pępowina jak można najprędzej zaschła i odpadła, należy postarać się, aby uległa t. z. suchej zgorzeli czyli mumifikacyi. W tym celu należy ją traktować antyseptycznie i do tego takimi środkami, które działają osuszająco (hygroskopijnie) i przeciwgnilnie. Najlepszym pod tym względem okazał się autorowi *airol* (związek dermatolu z jodem), którym posypywał pępowinę i pępek, a następnie zawijał pępowinę w watę hygroskopijną. Opatrunek zmieniał codziennie. Dzieci przez ten czas aż do chwili zagojenia się pępka nie kąpał. Mumifikacya następowała już po upływie 1½—2 dni a odpadnięcie—około 6-ego dnia po urodzeniu się dziecka.

Jordan. Spostrzeżenia nad przypadkami ciąży zamacicznej, operowanymi w klinice ginekologicznej w r. 1895/6. Przegl. lek. N. 34, str. 465.

Na posiedzeniu VII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie J. jako *curiosum* przedstawił przypadek ciąży brzusznej z płodem donoszonym, który dopiero na 15 dni przed przybyciem chorej do kliniki żyć przestał. Cięcie brzuszne wykonano dopiero po upływie 10-ciu tygodni od śmierci płodu. Płód leżał swobodnie między jelitami, jajowody i jajniki były zupełnie całe. Łożysko zaś było przyrośnięte w całości do wewnętrznej powierzchni macicy. Z obawy krwotoku, który mógłby powstać przy oddzielaniu łożyska, J. wyciął całą macicę wraz z łożyskiem. Chora wyzdrowiała.

Powstanie w danym przypadku ciąży brzusznej J. tłómaczy sobie w ten sposób, że z początku była to maciczna, wskutek jednak pęknięcia macicy, jajo płodowe wystąpiło do jamy brzusznej, łożysko zaś występujące z macicy, osiadło na zewnętrznej jej powierzchni.

Jordan. Ciężarna z kolpohyperplasia cystica. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 4.

U ciężarnej znalazł J. na ścianie pochwy liczne pęcherzyki sinawe, które przy przekłuciu dawały dosyć wyraźny charakterystyczny szelest. Jestto t. z. *kolpohyperplasia cystica.*

Jordan. O przedwczesnem odklejeniu łożyska podczas ciąży. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 104.

J. spostrzegał pięć przypadków przedwczesnego odklejenia łożyska podczas ciąży. Trzy z nich odnosiły się do pierwszych miesięcy, dwa do środkowych. Co do przyczyny, to w jednym przypadku przyczyną mogło być pijaństwo, w jednym — upadnięcie, w jednym — kopnięcie, w dwu przypadkach przyczyny nie można było określić. Rozpoznanie odklejenia łożyska może być nieraz bardzo trudne. Co się tyczy rozwiązania, to kierować się należy skurczami macicy. Pęcherz przerwać można wtedy tylko, gdy skurcze są silne.

Jordan. Dwa przypadki ciąży zamacicznej. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 17.

Były to dwa przypadki *graviditatis extrauterinae sub abortu tubar*, oba przez laparotomię i wycięcie guza wraz z jajowodem pomyślnie zakończone.

Według J. ciąża zamaciczna, a względnie *abortus tubarius*, zdarza się stosunkowo dosyć często.

Jordan. 4 przypadki cięcia łonowego. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt. VI, s. 79.

Cięcie łonowe wykonano albo z powodu bardzo znacznego zwężenia miednicy albo z powodu nadmiernego rozwoju płodu przy położeniu czaszkowem, zawsze po uprzedniem nałożeniu kleszczy. Po wykonaniu cięcia łonowego dzieci wydobywano za pomocą kleszczy. Zejście w I-ym przypadku ropienie w ranie i cystitis — wyleczenie, w II-gim: wyleczenie, w III-cim: rozkład w ranie i wyniszczenie, w IV-ym: śmierć z powodu *endometritis septica*.

Jordan. Preparat ciąży trąbkowej pękniętej. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 78.

Preparat ten pochodził od ciężarnej, u której J. rozpoznał ciążę zewnątrz-maciczną pod postacią guza wrażliwego, nie bardzo ruchomego, który leżał na lewo od powiększonej macicy. Skoro wystąpiły objawy zapaści, dokonał laparotomii, przyczem znalazł w jamie brzusznej dużo krwi płynnej i skrzepłej i jajowód lewy pęknięty, poszarpany, a jajo częściowo wyszło do jamy brzusznej. Salpingectomia. Chora zmarła.

Jordan. O leczeniu tyłozgięcia uwięźgniętej macicy ciężarnej metodą Grelich — Hewith'a. Rocznik Tow. Ginek. Krak. Zeszyt VI, st. 91

Metodę tę, polegającą na zakładaniu balonu Braun'a do kiszki stolcowej, zastosował J z bardzo dobrym skutkiem u pacyentki z objawami uwięźgniętej ciężarnej macicy wskutek zrostu prawostronnego, utrzymującego macicę w tyło-pochyleniu. Balon leżał na miejscu przez 10 godzin z przerwą 3-godzinną.

Jasiński. Przypadek ciąży jajowodowej. Medycyna N. 4, s. 73.

U kobiety 29-o letniej, poraz drugi w ciąży będącej, rozpoznał autor ciążę jajowodową, którą usunął z zejściem pomyślnem, wyciąwszy guz jajowodu wraz z prawym jajnikiem, torbielowato zwyrodniałym. Wycięty guz składał się ze znacznie zgrubiałej ściany jajowodu, w jednem jednak miejscu, mianowicie na brzegu górnym, ścieńczałej, wypuklonej lecz nie pękniętej. Zawartość guza była gąbczasta, ciemno czerwona i składała się z ciałek krwi i rozpadu drobnoziarnistego. Płodu nie znaleziono.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na niezwykłe zejście ciąży jajowodowej. Zamiast zwykłego pęknięcia jajowodu i wy-

stąpienia jaja płodowego do jamy brzusznej, nastąpiło tu wczesne obumarcie płodu wskutek krwotoku do wnętrza jaja płodowego, jajo zaś samo rozwijało się nieco dłużej i zamieniło się w krwistek. Prócz tego do wyjątków należy, spostrzegane w danym przypadku, dalsze trwanie objawów ciąży zamacicznej pomimo obumarcia płodu: mianowicie krwotoków macicznych, silnych bólów brzucha, które skłoniły chorą do poddania się operacyi.

Jasiński. Graviditas tubaria, operatio, sanatio. Gaz. lek. N. 15, str. 418.

Jestto streszczenie wyżej opisanego przypadku w sprawozdaniu z posiedzeń Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego w r. 1895.

Kosiński. Przypadek makromastyi. Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom. XCII, str. 265.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. dnia 25 lutego K. przedstawił ciężarną, 28 lat liczącą, z olbrzymio rozwiniętymi gruczołami piersiowymi i z piersią dodatkową po prawej stronie. Podczas 3-ch poprzednich ciąży piersi rozrastały się tak samo. K. ma podejrzenia czy nie jestto nowotwór rozlany.

Kośmiński F. Przypadek łożyska wynicowanego. Rocznik.Tow. Ginekologicznego Krakowskiego. Zeszyt VI, str. 1.

K. zwrócił uwagę na dziwny kształt łożyska, które na pierwszy rzut oka wydawało się albo macicą albo nowotworem; przy bliższem zbadaniu okazało się, że to jest tylko wynicowane łożysko.

Kośmiński F. O krwotoku śmiertelnym po porodzie. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 91.

Przypadek dotyczył dotkniętej mierną żółtaczką położnicy, która w stanie nieprzytomnym i z krwawieniem macicznem przywieziona była do szpitala niedługo po urodzeniu płodu 7-io miesięcznego, nieżywego, i która zmarła w godzinę po tem wskutek krwotoku, nie dającego się niczem zatrzymać. Sekcya wykazała ostry zanik wątroby.

Krajewski W. H. Nowy przyczynek do chirurgicznego leczenia pęknięcia macicy podczas porodu. Przegl. chir. Tom III, str. 103.

W przypadku niezupełnego rozdarcia macicy, t. j. takiego, gdzie otrzewna nie uległa rozdarciu, lecz tylko odwarstwieniu przez obszerny wylew krwawy, a pęknięcie dotknęło tylko część pochwową i szyję macicy, sklepienie pochwy i *parametrium*, zastosował autor cięcie zewnątrzotrzewnowe Bardenheuer'a celem powstrzymania krwotoku z rozdartej macicy. Po przeprowadzeniu cięcia na brzuchu na 2 palce powyżej więzu Poupart'a i równolegle do niego, po przecięciu wszystkich warstw mięśniowych ściany brzusznej i dojściu do otrzewnej, autor odseparował ją palcem i drążąc nim coraz głębiej, przedo-

stał się do dołu biodrowego, do małej miednicy i wreszcie w głębi jamy zaotrzewnowej do brzegów rozdartej macicy. Wtedy podwiązał w ranie krwawiącą stale, rozdartą *arteriam uterinam* i całą jamę wytamponował gazą jodoformową (paskami i workami Mikulicza). Chora rychło wyzdrowiała.

W przypadkach pęknięcia macicy, jeśli interwencya chirurgiczna jest konieczna, autor za racyonalne poczytuje 3 tylko rękoczyny:

1) Laparotomię i zeszycie rozdarcia, wskazane w przypadkach zupełnego rozdarcia macicy przy aseptycznym przebiegu porodu, jeśli rozdarcie nie przeszło na więzy szerokie.

2) Laparotomię i całkowite wycięcie macicy, wskazane w przypadkach zupełnego rozdarcia macicy, w których podejrzewamy zakażenie, a także w tych częstych przypadkach rozdarcia macicy, w których brzegi rozdarcia tak są poszarpane, iż się dokładnie zeszyć nie dadzą, lub jeśli rozdarcie przechodzi na więzy szerokie.

3) Cięcie zewnątrzotrzewnowe Bardenheuer'a, wskazane w przypadkach niezupełnego rozdarcia macicy.

Mars A. Angioma myxomatodes disseminata placentae. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 92.

Łożysko to pochodziło od pierwiastki 24-o letniej, u której rozpoznano ciążę bliźniaczą przy *hydramion acutus* i która w 8-ym miesiącu wsród gorączki urodziła, w przerwie 20-o minutowej między jednem a drugiem dzieckiem, bliźnięta płci męzkiej. Przebieg połogu prawidłowy.

Łożysko bliźniacze, posiadające w przegrodzie dwie blaszki kosmówki i dwie owodni, zawierało w części należącej do płodu nieżywego, pomiędzy rozchodzącymi się kolisto pod owodnią naczyniami pępowiny, guz ciemno-wiśniowo zabarwiony wielkości orzecha włoskiego rozpłaszczonego, na przekroju zbity, lśniący, zrazikowaty. Prócz tego w obu łożyskach znaleziono jeszcze liczne guziczki od wielkości prosa do wielkości orzecha laskowego, leżące już to pod owodnią już też pod zewnętrzną powierzchnią łożyska, już wreszcie w samym miąższu łożyska.

Badania drobnowidzowe skrawków, wziętych z guza i z guzików wykazało, że w łożysku całym, a raczej w kosmówce rozwinęła się sprawa nowotworowa mianowicie naczyniakowa. Guz każdy był zlepem nadmiernie zgrubiałych, naczyniakowato zmienionych, kosmków, które na brzegu okazywały tylko warstwę bezpostaciową, powstałą wskutek przeobrażenia *sincytium* i warstwy Langhans'a przez sprawę zapalną. Komórki nowotworowe miały cechę zwyrodnienia śluzakowego.

Neugebauer F. 58 cięć cesarskich, dokonanych z powodu zwężenia i częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy. Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom XCII, str. 156.

Między tymi 58 operacyami przypada: I. 22 na cięcie cesarskie połączone z usunięciem macicy i jajników, czyli na operacyę Porro; jeden z tych przypadków stanowi własne spostrzeżenie autora, który

razem ze Solmanem dokonał operacyi Porro na karlicy przy drgawkach porodowych i wobec znacznego zwężenia pochwy. (Zob. Przegl. piśm. lek. polsk. za rok 1894 str. 169 Solman).

II. 36 przypadków cięcia cesarskiego zachowawczego, albo klasycznego.

Z działu I śmiertelność dla matek = 22.7%, dla dzieci = 14.3%. z II: dla matek = 41.9%, dla dzieci = 28%.

Przyczyna zwężeń pochwy była rozmaita. Główną z nich stanowiły uszkodzenia przy porodach poprzednich, następnie blizny po owrzodzeniach (szkarlatyna i tyfus); kilka razy poczytywano zwężenia za wady wrodzone i t. d.

Neugebauer F. „Missed abortion" sub graviditate gemellina. Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom XCII, str. 271.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. 20 lutego przedstawił N. łożysko, odpowiadające 16-emu lub 17-emu tygodniowi ciąży, na płodowej powierzchni którego siedział pęcherz (podobny do torbieli), piątą część powierzchni pokrywający. Po otworzeniu pęcherza znalazł N. nieco płynu brunatnego i zbutwiały płód, odpowiadający 5-temu tygodniowi ciąży. Był to więc „*missed abortion*" sub graviditate gemellina z heterochronicznem obumarciem płodów. Pierwszego płodu, odpowiadającego, jak się zdaje, 4-emu miesiącowi N. już nie widział, chora bowiem przybyła już po odejściu płodu, szukając porady z powodu krwotoku macicznego, zależącego od zatrzymania się łożyska w macicy. Łożysko i *chorion* były wspólne, *amnion* podwójne.

Neugebauer F. Graviditas tubaria. Exstirpatio. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. XCII, str. 522.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 21 kwietnia przedstawił N. preparat jajowodu, zawierającego wśród krwistku jajo płodowe. Guz wycięto z powodu krwawień i silnych bólów brzucha.

Podziemski Z. Przypadek zapalenia około i przymacicznego połogowego, wyleczony za pomocą sposobu Fochier'a. Med. N. 7, s. 153.

W przypadku prawostronnego zapalenia około i przymacicznego, które wystąpiło u 30-o letniej położnicy z objawami zakażenia septycznego i podrażnienia otrzewnej, zastosował autor leczenie metodą Fochier'a polegające na wywoływaniu ropnia za pomocą zastrzyknięcia 1 ctm. sześć. olejku terpentynowego pod skórę zewnętrznej powierzchni uda, Leczenie to zostało uwieńczone skutkiem pomyślnym. Gorączka spadła a wysięk uległ wessaniu; chora wyzdrowiała.

Pomorski. Wskazania do porodu przedwczesnego. Nowiny Lek. N. 12, str. 756.

Sprawozdanie z posiedz. wydz lek. Tow. Przyj. Nauk pozn. z dnia 6 listopada.

Wymieniwszy wskazania do wywołania poronienia resp. porodu przedwczesnego, P. przytoczył 4 przypadki, w których 3 razy wywołał poród przedwczesny metodą Krause'go.

Pomorski. Dwa przypadki pęknięcia macicy. Nowiny Lek. N. 2, str. 86.

Sprawozdanie z walnego zebrania czł. wydz. lek. Tow. Przyj. Nauk pom. z dnia 21 grudnia 1895.

Na podstawie doświadczenia P. radzi zaraz po stwierdzeniu pęknięcia macicy wytamponować macicę i rozdarcie gazą jodoformową, na drugi zaś lub trzeci dzień należy koniecznie, chociażby nawet na razie nie groziło niebezpieczeństwo, wykonać laparotomię i zeszyć miejsce pęknięte. Przekonał się bowiem w dwu przypadkach śmiertelnych, że przez zaniedbanie zeszycia rany macicy chorym grozi wielkie niebezpieczeństwo wskutek krwotoku następczego.

Pomorski. Przyczynek do ułatwienia dekapitacyi przy położeniach poprzecznych zaniedbanych. Nowiny Lek. N. 7, str. 364.

W przypadkach zaniedbanego poprzecznego położenia płodu, zamiast posługiwania się do dekapitacyi hakiem Braun'a, często bardzo niebezpiecznym, radzi autor przeciąć nożycami szyję wraz z kręgami do połowy, a następnie przepołowić klatkę piersiową, w osi prostopadłej, podczas gdy jednocześnie pomocnik pociągać będzie za wypadłą rączkę. W ten sposób udaje się bardzo łątwo ściągnąć razem z ramieniem połowę przeciętej klatki piersiowej, a za nią i pośladki, do pochwy i na zewnątrz, a następnie wydobyć resztę tułowia i razem z nim, wiszącą jeszcze na części szyi, główkę płodu. Przez ten zabieg unika się niebezpiecznego rozciągnięcia dolnego odcinka macicy i często bardzo trudnego (po dekapitacyi) wydobycia oddzielonej od tułowia główki.

Autor raz jeden z dobrym skutkiem zastosował ten sposób.

Rapczewski G. Całkowite wypadnięcie wynicowanej macicy po porodzie. Gaz. lek. N. 52, str. 1425.

Przypadek śmierci w 1 1/2 godziny po porodzie w następstwie wypadnięcie wynicowanej macicy. Przyczyną wynicowania i wypadnięcia było nieumiejętne i forsowne traktowanie macicy w okresie łożyskowym.

Rosenthal J. Przypadek ciąży zamacicznej śródściennej. Gaz. lek. N. N. 41, 42, str. 1109 i 1134 (z rysunkiem).

Jestto opis przypadku ciąży jajowodowo-macicznej albo śródmiąższowej (*graviditas interstitialis*) w rzadkiej bardzo odmianie, mianowicie ciąży śródściennej (*graviditas intramuralis*), t. j. gdzie jajo płodowe, rozwijąc się w części jajowodu, otoczonej miąższem macicy, wydostaje się z jajowodu pękniętego do miąższu macicy, otaczającego ten ostatni i wdraża w warstwę mięśniową macicy. Przypadek dotyczył kobiety 28-letniej po raz 3-ci ciężarnej, u której w 7-ym tygodniu

od chwili wstrzymania się miesiączki wystąpił silny ból brzucha przy objawach zapaści, a więc wylew krwawy wewnętrzny. Autor badając chorą dwuręcznie po 7-iu tygodniach wyczuł guz dość duży w jamie brzusznej po stronie lewej, tuż obok macicy, nieco powiększonej, leżący, niedający się od niej oddzielić i będący z nią w związku za pomocą dość szerokiej płaskiej szypuły. Z macicy nieznaczne krwawienie. Autor rozpoznał ciążę zewnątrzmaciczną i przypuszczał, że ma do czynienia z ciążą brzuszną, powstałą w następstwie pęknięcia przed 7 iu tygodniami ciąży jajowodowej lub śródwięzowej.

Po przecięciu ściany brzusznej przekonał się autor, że worek płodowy, będąc ściśle z macicą połączony, stanowił z nią jedną całość i siedział w lewej górno-bocznej jej ścianie. W worku znajdowała się jasna woda płodowa i 4½ miesięczny płód, który dawał oznaki życia Łożysko było przyczepione na dnie worka i przylegało do macicy. Między łożyskiem a błoną śluzową dna macicy znajdowała się warstwa mięśniowa grubości 3-ch milimetrów. Ściana worka płodowego składała się z błony płodowej i otaczającej ją otrzewnej, pokrywającej macicę.

Guz został wycięty wraz z macicą (*hysterectomia supravaginalis*). Chora po 2 miesiącach wyzdrowiała.

Przy dość wczesnem rozpoznaniu a nawet podejrzewaniu ciąży śródmiąższowej, radzi autor natychmiast przystąpić do operacyi, albowiem krwotok wewnętrzny zagrażać może życiu tego rodzaju chorych

Rosner. Przypadek ciąży zamacicznej. Rocznik Tow. Gin.. Krak. Zeszyt VI, str. 100.

U wieloródki 42-u letniej rozpoznał R. *haematocele retrouterina (graviditas extrauterina?)*. Przy operacyi okazało się, że guz elastyczny, wyczuwany przedtem w jamie DOUGLASS'a, był rozszerzonym jajowodem, zawierającym dużo skrzepów i płód dobrze zachowany. Pęknięcia nie było.

Rosner. Preparat łożyska bliźniaczego. Rocznik Tow. Gin Krak. Zeszyt VI, str. 103.

Błony jednego jaja wpukliły się w drugie; według R. podobne stosunki świadczyć by mogły o „superfetacyi".

Rosner. Ciężarna z torbielem jajnikowym. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 20.

R. przedstawił wieloródkę, która obok 4-o miesięcznej ciąży posiadała torbiel jajnika lewego na długiej szypule, wielkości głowy. Według R. pacyentkę tę należało poddać natychmiast owariotomii.

Rosner. Zatrzymanie się jaja płodowego w macicy przez 3 miesiące. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 72.

Przypadek dotyczył wieloródki, która utrzymuje, że jest od 7-iu miesięcy w ciąży i że dziecko od 3 miesięcy umarło. Objawy i badanie

przemawiają rzeczywiście za ciążą wczesną. R. sądził, że należy w tym przypadku zachować się wyczekująco.

Rundo H. Przypadek położenia twarzowego, zamienionego na czaszkowe Gaz. lek. N. 30, str. 807.

W przypadku położenia twarzowego I u pierwiastki 22-u letniej bez zboczeń w kośćcu, autor dokonał zmiany ustawienia główki na II położenie czaszkowe za pomocą rękoczynu Baudelocque'a. Dwoma palcami prawej ręki, wprowadzonymi do szyi macicznej, odepchnął twarz i czoło ku tyłowi; jednocześnie zaś lewą ręką od zewnątrz zepchnął tył głowy zgóry na dół. Po dwu godzinach urodziło się siłami natury dziecko żywe, donoszone. Ponieważ twarz nie była jeszcze mocno ustalona we wchodzie miednicy, zmiana ta ustawienia główki udała się łatwo. Obfitość wód płodowych i zupełne zwolnienie mięśnia macicy w przerwach między bólami — ułatwiły zadanie.

Następnie autor opisuje rozmaite metody postępowania przy położeniach twarzowych i czołowych i w końcu wyprowadza wniosek, że tam gdzie wyczekiwanie może stać się niebezpiecznem i gdzie wyjątkowo zachodzi potrzeba interwencyi, najbardziej zasługuje na uwzględnienie wyżej opisany rękoczyn Baudelocque'a lub też metoda Schatz'a (wyłącznie za pomocą rękoczynów zewnętrznych).

Rundo H. Jaki powinien być mechanizm porodu przy zakładaniu kleszczy. Gaz. lek. N. 52, str. 1411.

Wnioski autora są następujące:

1) Należy starać się dokładnie określić ustawienie główki przez odmacywanie szwów i ciemion, ponieważ od tego zależnym jest sposób nakładania kleszczy.

2) Nakładamy kleszcze w zwykły sposób, t. j. w wymiarze poprzecznym miednicy, gdy największy wymiar poprzedzającej części głowy znajduje się w jamie lub na dnie miednicy w wymiarze prostym lub skośnym. Odnosi się to zatem do położenia potylicowego, ciemieniowego, twarzowego i czołowego z bródką *resp.* twarzą ku przodowi. Przy ekstrakcyi wykonywamy tu tylko 3-ci obrót, który należy modyfikować, stosując się do położenia potylicowego lub ciemieniowego.

Tak samo nakładamy kleszcze, jeżeli nastawienie głowy jest niewiadomem.

3) Nakładamy kleszcze w wymiarze ukośnym gdy największy wymiar poprzedzającej części głowy znajduje się głęboko w miednicy w wymiarze jej poprzecznym. Stosuje się to do położenia czaszkowego i twarzowego. Przy ekstrakcyi wykonywamy najprzód 2-gi obrót, potem 3-ci. Jeżeli się ten sposób nałożenia kleszczy nie udaje, nakładamy je tak samo, jak poprzednio, t. j. w zwykły sposób.

4) W położeniu twarzowem i czołowem z bródką *resp.* z twarzą ku tyłowi nie należy w ogóle używać kleszczy, a tem samem nie należy

dokonywać nimi obrotu główki. W tych przypadkach w razie potrzeby wykonywamy perforacyę.

Tylko zatem przy głębokiem poprzecznem ustawieniu główki nakładamy kleszcze w wymiarze ukośnym miednicy i tylko przy tem położeniu używamy kleszczy do wykonania obrotu główki około osi podłużnej.

5) Przy wysoko stojącej główce uciekamy się do kleszczy tylko w ostateczności, nakładamy je w sposób zwykły w poprzecznym wymiarze i jeżeli w ogóle uda się ściągnąć główkę na dno miednicy, nakładamy kleszcze powtórnie, mianowicie w wymiarze skośnym, ze względu na mające tu miejsce poprzeczne ustawienie główki.

Rymsza A. Przyczynek do leczenia ciąży pozamacicznej przy wylewie krwi wolnym, wypełniającym całą jamę brzuszną. Kronika lek. Zeszyt 10, 11, 12, str. 443, 501, 564.

Autor przemawia za czynną terapią przy ciąży zamacicznej, albowiem leczenie operacyjne daje lepsze wyniki aniżeli wyczekiwanie.

Przypadki ciąży zamacicznej z krwotokiem wolnym do jamy brzusznej nie należą do rzadkich. Autor w ciągu 3-ch lat spostrzegał w szpitalu Obuchowskim w Petersburgu 18 tego rodzaju przypadków, z tych 6 przytacza szczegółowo wraz z opisem operacyi. We wszystkich tych przypadkach po odcięciu pękniętego jajowodu razem z zawartością, oczyszczano jamę brzuszną ze krwi, lecz, wbrew postępowaniu Zweifel'a, tylko częściowo, usuwając duże skrzepy w dolnej części brzucha leżące a także tylko część krwi płynnej. Resztę pozostawiono wessaniu. Po operacyi wstrzykiwano pod skórę 300—600 cct. płynu fizyologicznego.

W przypadkach ciąży zamacicznej z wylewem krwi do jamy brzusznej, radzi autor operacyi nie odkładać. Wyczekiwanie bowiem zatrzymania się krwotoku naraża chore na wielkie niebezpieczeństwo; 1) krwotok może się w każdej chwili powtórzyć, 2) chora może uledz zakażeniu, 3) liczne zaś zrosty, wytwarzające się w następstwie między jajowodem i pętlami kiszek, sprawią chorej wiele dolegliwości. Operacya więc może być wielce utrudnioną. Autor idzie jeszcze dalej i sądzi, że nawet chore, będące w wielkiem niebezpieczeństwie z powodu nadmiernej utraty krwi, należy poddać bezwłocznie operacyi. I tu wyniki są o wiele lepsze, aniżeli przy wyczekiwaniu. Z 18-tu tego rodzaju chorych *in extremis* wyzdrowiało 16.

Wniosek autora jest następujący: skoro przy ciąży zewnątrzmacicznej stwierdzono wolny wylew krwi do jamy brzusznej, trzeba w każdym przypadku niezwłocznie przystąpić do operacyi.

Saks J. Przypadek całkowitego wypadnięcia wynicowanej macicy pochodzenia porodowego. Gaz. lek N. 48, str. 1297.

U pierwiastki 22-u letniej, która przed chwilą rodziła, znalazł autor między udami wynicowaną i wypadłą na zewnątrz macicę, pokry-

tą jeszcze błonami płodowemi. Chora, znajdowała się w stanie silnej zapaści wskutek ostrej anemii. Autor, po oddzieleniu błon płodowych, macicę wprowadził do pochwy a odnicowanie nastąpiło samowolnie. Chora jednak drugiego dnia zmarła, jak sądzi autor wskutek silnego wstrząsu nerwowego.

Jako przyczynę ostrego wynicowania macicy w danym przypadku u pierwiastki, podaje autor wzmożone ciśnienie brzuszne (nadymanie się, dmuchanie w butelkę, zalecane przez babkę w celu wydalenia łożyska).

Starzewski. Leczenie pęknięcia macicy porodowego za pomocą worka Mikulicza. Przegląd Lek. Nr 21, str. 292.

Na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. dnia 24 Kwietnia S., po przedstawieniu historyi choroby, zastanowił się nad działaniem gazy w przypadkach uszkodzenia otrzewnej i przychodzi do wniosku, że: 1) gaza, wprowadzana do jamy otrzewnej, drenuje ją najlepiej ze wszystkich znanych środków, 2) odgranicza już w przeciągu kilkunastu minut tę część otrzewnej, z którą się styka od reszty jamy otrzewnej, 3) czyni tę wykluczaną część otrzewnej, którą możemy zrobić dowolnie wielką, nadzwyczaj wytrzymałą na wszelkie zakażenia.

Świtalski L. Cztery pęknięte macice podczas porodu. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI, str. 104.

S. przedstawił 4 preparaty anatomiczne macic, które pękły podczas porodu i dwie miednice kostne, pochodzące z przypadków pęknięcia macicy.

Świtalski L. Graviditas in cornu dextro uteri bicornis. Partus. Rocz. Tow. Gin. Krak. Zeszyt VI. str. 14.

Podczas ciąży w X miesiącu stwierdzono u 32-u letniej wieloródki istnienie guza wielkości dwóch pięści, ściśle do macicy ciężarnej po lewej stronie przylegającego i podejrzewano że to włókniak podsurowiczy; po porodzie, zresztą zupełnie prawidłowym, rozpoznano, że guzem tym był róg lewy macicy dwurożnej; palcem, wprowadzonym do szyi macicy, można było wybadać na wysokości $1\frac{1}{2}$ centimetra przegrodę, a po jej bokach dwa ujścia wewnętrzne.

Świtalski L. O zastosowaniu baloników kauczukowych w położnictwie. Przegl. Lek. 34 i 35, str. 457 i 471.

Mowa tu o wprowadzaniu baloników kauczukowych [Barnes'a, rzadziej Braun'a] do szyi macicy celem przerwania ciąży lub przyśpieszenia porodu. Autor z korzyścią zastosował baloniki do przerwania ciąży w 3-ch przypadkach, które szczegółowo przytacza. Wskazaniem do przerwania ciąży była zawsze silna anemia i osłabienie ogólne, spowodowane krwotokami macicznymi, których niczem nie można było powstrzymać. Powodem krwotoków było przedwczesne odklejenie się łożyska: w dwu pierwszych przypadkach prawdopodobnie wskutek sil-

nego wstrząśnienia przy upadku, w trzecim zaś z przyczyny nieokreślonej.

Z korzyścią też stosował autor baloniki kauczukowe celem przyśpieszenia porodu, np. w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, przy położeniach pośladkowych lub poprzecznych, i przy znacznych krwotokach wskutek przedwczesnego odklejenia się łożyska.

W ostatnich czasach i przy łożysku przodującem bywają z dobrym skutkiem stosowane baloniki śródmaciczne i jak się zdaje, lepsze oddają usługi aniżeli balony pochwowe.

Szawelski J. Cytryna jako środek zapobiegawczy ropnemu zapaleniu oczu u noworodków. Gaz. Lek. Nr 38, str. 1037.

Autor zaleca wpuszczanie kilku kropli soku z cytryny do oczu dziecka zaraz po jego urodzeniu, przekonał się bowiem, że środek ten działa zapobiegawczo przeciwko ropnemu zapaleniu oczu u noworodków (*blenorrhoea neonatorum*). Jestto zresztą środek nie szkodliwy i ma tę wyższość nad azotanem srebra, zalecanym przez Crédé'go, że jest prawie zawsze pod ręką.

Szymański Br. Przypadek cięcia cesarskiego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka. Medycyna Nr 49, str. 1253.

Cięcie cesarskie klasyczne według metody Sänger'a wykonał Rogowicz na ciężarnej 25-letniej karlicy, która już odbyła 2 porody, ukończone wymóżdżeniem. Długość ciała 111 ctm. Wymiary miednicy (D. S. = 21, D. cr. = 23, D. T. = 26, C. ex. = 15, C. d. = 6,5, C. v. = 5) wykazały ogólne jej zwężenie w wysokim stopniu, a więc wskazanie bezwzględne do cięcia cesarskiego. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy. Dziecko wydobyto żywe, wagi 2600 grm. Położnica karmiła je sama.

Kośmiński. O rozmiękczeniu kości połogowem z uwzględnieniem leczenia fosforem. Przegląd Lek. Nr 46, 47, 48, 49. str. 607, 618, 633, 645.

Patrz dział X A — Chor. przem mot.

Mars A. i Nowak J. O budowie łożyska ludzkiego. Rozprawy Krakowskiej Akademii Umiejętności.

Nowak J. Dalszę badania nad budową i rozwojem łożyska ludzkiego. Rozprawy Krakowskiej Akademii Umiejętności.

Patrz dział I. — Anatomia.

Neugebauer i Warszawski. Wynicowanie macicy. Odczyt kliniczny. Kronika Lekarska Zeszyty 6, 7, 8, 9, str. 237, 277, 333 i 393.

Patrz dział XIV — Ginekologia.

XVI. CHOROBY WENERYCZNE (SYFILIDOLOGIA).

Sprawozdawca

J. Grabowski.

Biron J. Kilka uwag z powodu zarażenia przymiotem w późnym jego okresie. Medycyna, Nr. 2, str. 25.

Autor opisuje przypadek świeżej grudkowej wysypki przymiotowej (*syph. cutanea papulosa lenticularis*) u pacjentki, mąż której 11 lat temu przechodził łagodnie przebiegające zakażenie przymiotowe, a później pomimo bardzo starannego badania żadnych objawów nawrotowych nie okazywła. Obecnie zaś, t. j. w okresie wystąpienia objawów u żony, stwierdzono u niego objawy podejrzane: nierównomierność źrenic i napady zawrotów głowy, które ustały po przeprowadzeniu leczenia swoistego.

Zarażenie w tym okresie przymiotu i tak późno należy do wyjątków, i autor zgodnie z Hardy'm i Finger'em przypuszcza, że nasienie, które posiada niezaprzeczoną zdolność do dziedzicznego przekazywania przymiotu, może zarażać w pewnej liczbie przypadków nawet przy zdrowych narządach wydzielniczych.

Borzęcki E. Leczenie rzeżączki u mężczyzn metodą Janet'a. Przegl. Lek. Nr. 33 i 34, str. 445, 459.

Sposób Janet'a polega na przepłókiwaniu cewki moczowej mniej więcej litrową ilością nadmanganianu potasu w rozczynie od 1 : 4000 do 1 : 500, o ciepłocie około 40° C. Pacyent leży na sofie lub stole urologicznym, rozczyn $KMnO_4$ wypływa z irygatora, umieszczonego na wysokości 120—150 ctm. ponad poziomem cewki; odchodząca od irygatora rurka gumowa jest zakończona przyrządem, zaopatrzonym w oliwkę i kran, aby można było dowolnie puszczać lub zatrzymywać strumień płynu. Dalsze szczegóły techniki tego sposobu za wieleby zajęły miejsca w stre szczeniu; dodać tylko należy, że zabieg ten wykonywa się co 12 lub co 24 godziny w ciągu 10 dni przecięciowo.

Zadaniem metody Janet'a jest usunięcie gonokoków, a nie leczenie zmian anatomicznych, wywołanych przez rzeżączkę. Nie można tą drogą osiągnąć celu w wypadkach rzeżączki u szczytu ostrego jej okresu, dalej w powikłaniach ze strony narządu gruczołowego cewki, które poprze dnio należy usunąć, lub ze strony sznurków nasiennych i przyjądrzy.

Pomyślne skutki lecznicze tłomaczyć należy swoistem poniekąd działaniem stosowanego płynu. Wyrazem tego działania jest przesiąkanie tkanek surowicą, wobec czego marnieją i giną gonokoki. Rzeczywiście, w ten sam sposób stosowane odpowiednie rozczyny innych

środków, np. kwasu karbolowego, sublimatu, już po kilku godzinach zwiększają wydzielinę ropną z cewki, kiedy tymczasem pod wpływem rozczynów $KMnO_4$ ropna wydzielina tryprowa ustępuje miejsca obfite surowiczej.

Obrzęk zapalny ujścia cewki, często zajmujący i napletek, jest nadto dowodem, że ten odczyn surowiczy—*sit venia verbo*—sięga jeszcze w głąb tkanki śluzowej i podśluzowej.

Janet otrzymywał tą drogą 90% wyleczeń, statystyka jego naśladowców waha się pomiędzy 50 a 90%, sam zaś autor na podstawie 41 spostrzeganych przypadków dochodzi do wniosków, że metoda Janet'a:

1° stale usuwa w 70% przypadków gonokoki z błony śluzowej cewki, a tem samem rzeżączkę, w ścisłem znaczeniu, jako chorobę zakaźną;

2° nie wywiera ani ujemnego, ani dodatniego wpływu na zmiany patologiczne, zależne od gonokoków;

3° stosowana ściśle według wskazówek Janet'a nie wywołuje żadnych powikłań.

Dziembowski. Przyczynek do nauki o kilakach [gummata] w tchawicy. Nowiny Lekarskie, str. 351.

Obraz kliniczny tego cierpienia poprzedza autor szkicem anatomo-patologicznym.

Prawie wyłącznie w dolnym odcinku tchawicy tuż ponad jej rozdwojeniem, rozwijają się pod nabłonkiem szarawe wyrostki, okrągłe lub owalne, podobne do lepieży płaskich na skórze, pokryte brodawkami. Dochodzą nieraz do tak znacznych rozmiarów, że zamykają więcej niż połowę światła tchawicy. Szybko ulegają rozpadowi, tworząc głębokie owrzodzenia; szerząc się jeszcze głębiej wywołują *perichondritis* pierścieni chrząstkowych, ich obnażenie, częściowe lub całkowite wypadnięcie [najczęściej podczas silnego kaszlu] Powstała ztąd blizna znacznie zwęża światło tchawicy: niekiedy pióro gęsie trudno przeprowadzić. Obrączka zwężenia, zwykle kilka centymetrów długa, rzadko bywa zupełnie gładka; częściej opatrzona licznemi bliznowatemi brodawkami w rodzaju beleczek, niby szczeble drabiny w zwężonej tchawicy.

Ztąd daje się spostrzegać trzy kliniczne okresy tego cierpienia.

Przedewszystkiem objawy nieżytu: kaszel, zwykle wieczorem, początkowo suchy, potem z plwocina śluzową, dalej śluzowo-ropną, coraz obfitszą. Badanie fizykalne dróg oddechowych nie wykazuje żadnych zmian.

Następnie, w okresie rozpadu kilaka, występuje gorączka, kaszel się zwiększa, plwocina coraz obfitsza nabiera szarawej barwy; chorzy wciągają wydzieliny. Badanie fizykalne stwierdza nieżyt oskrzeli, niekiedy jednostronny, zależnie od umiejscowienia kilaka. Po kilku dniach następuje krótkotrwały, pozorny powrót do zupełnego zdrowia, po czem objawy nieżytu w miarę zwiększania się guza występują cora

otkliwiej i dołącza się do nich: obniżenie tonu głosu [Gerhardt], wysoka gorączka, zrazikowate zapalenie płuc zwykle jednostronne, wreszcie nieobfite, a dość częste krwioplucie. — Taki kliniczny obraz gruźlicy płuc [bez laseczników w plwocinie] w różnych odstępach czasu powtarza się stale na przemian z objawami doszczętnego wyleczenia.

Wreszcie występuje okres trzeci—coraz dłuższe i coraz częstsze napady duszenia się, objawy „cieśni tchawicy", częstsze nawroty zapalenia płuc, wyniszczenie, śmierć śród objawów uduszenia.

O ile nie ma innych objawów przymiotu lub kilaków w górnym odcinku tchawicy, zwykle nie pomoże do rozpoznania i wziernik; oprzeć je więc wypada na całkowitym obrazie klinicznym, niekiedy (*ex juvantibus*), przyczem lepiej nie używać jodku potasu, a poprzestać — również jak i w celu leczniczym — na samych tylko wcieraniach szaruchy.

Jako leczenie wreszcie oprócz swoistego: przyrząd Waldenburg'a, intubacya, a w ostateczności tracheotomia z założeniem kanki Roser'a.

Grosglik S. Gumat gruczołu krokowego. Przegl. chirurg. str. 89.

Gumat gruczołu krokowego należy do rzadkości. Dotychczas wiadomo zaledwie o paru przypadkach, przyczem rozpoznawano je „*ex juvantibus*."

Autor przytacza swój przypadek: chory, 43 l., blady, tętno przyspieszone, stan bezgorączkowy. Skarży się na częste parcia na mocz, ból przy urynowaniu. Oddawanie twardego kału utrudnione, bolesne. Z cewki można wycisnąć kroplę krwawo-ropnej wydzieliny, bez gonokoków. Mocz kwaśny, mętny od ciałek ropnych i czerwonych krążków krwi. *Per anum* daje się wyczuć guz nieruchomy, wielkości pięści, chrząstkowato-twardy, nierówny, bardzo bolesny, położeniem odpowiadający gruczołowi krokowemu. Chełbotania w guzie nie zauważono. Cewka nie zwężona.

Pierwotne rozpoznanie raka gruczołu krokowego odwołano, wobec tego, że chory przyznał się do typowego przebiegu przymiotu co narazie usiłował zataić.

Po czterotygodniowem leczeniu swoistem stwierdzono: zupełny brak obrzmienia gruczołu krokowego, brak zaburzeń ze strony cewki i pęcherza, urynowanie prawidłowe, mocz czysty.

Po kilku miesiącach wystąpiła recydywa w tej samej formie; leczenie mieszane dało również znakomity i stały już skutek.

W związku z przytoczonym opisem autor zaleca wielką oględność w diagnostyce guzów gruczołu krokowego i radzi przed rozpoznaniem raka przeprowadzać leczenie przeciwprzymiotowe próbne.

Krysiewicz. Kilaki wątroby u ośmiomiesięcznego dziecka. Demonstracya w Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu. Now. Lek. str. 398.

Za życia stwierdzono znacznie powiększoną wątrobę, sięgającą poniżej pępka, o powierzchni guzowatej; wysięk surowiczy w jamie

brzusznej, charłactwo. Rozpoznanie kliniczne początkowo wahało się pomiędzy mięsakiem wątroby a gumatami.

Po dłuższej obserwacyi przeważyło przypuszczenie mięsaka (*sarcoma hepatis*), ponieważ leczenie przeciwprzymiotowe okazało się bezskutecznem, a matka pacyenta nie miała dotąd żadnych pewnych objawów przymiotu [na sześcioro dzieci, z których troje zmarło przed dojściem do lat trzech, było jedno poronienie w 2-im miesiącu ciąży]. Badanie pośmiertne wykazało liczne gumaty, różnej wielkości — aż do jaja kurzego — i w rozmaitych okresach rozwoju.

W związku z powyższym przypadkiem K. wyraża przekonanie, że matki, pozornie zdrowe a rodzące dzieci syfilityczne, uważać należy za dotknięte przymiotem w okresie długiego utajenia.

Elsenberg A. W kwestyi profilaktyki chorób wenerycznych. Gazeta Lekarska, str. 494, 523, 544, 565, 597, 619, 670, 698, 730, 755, 1065.
Patrz dział XXIII — Varia.

Jaruntowski. Zwężenie gardzieli syfilityczne [Demonstracya]. Nowiny Lekarskie, str. 192.
Patrz dział XI — Laryngologia.

Majkowski J. W sprawie nierządu publicznego i zapobiegania chorobom wenerycznym. Medycyna, str. 43, 65, 90, 114, 141.
Patrz dział XXIII — Varia.

Orłowski S. O gumatach rdzenia. Gaz. Lek. str. 47 i 48.
Patrz dział XF — Char. układu nerw.

Szadek K. Osutki rtęciowe. Nowiny Lekarskie str. 657.
Patrz dział XVII — Dermatologia.

Strzemiński J. Cierpienia syfilityczne dziedziczne oczu w drugiem pokoleniu. Gazeta Lekarska Nr. 49, str. 1327.
Patrz dział XIII — Oftalmologia.

Wróblewski W. Kilka słów o syfilisie nosa. Gazeta Lekarska, str. 503, 534, 561, 593.
Patrz dział XI — Laryngologia.

Dyskusya w Tow. Lek. Krakowskiem z powodu odczytu Mayzla „O prostytucyi w Galicyi." Przegląd Lekarski, str. 40.

Dyskusya w Tow. Lek. Krak. z powodu odczytu Borzęckiego „O leczeniu poronnem rzeżączki u mężczyzn metodą Janett'a." Przegl. Lekarski, Nr. 43, str. 576.

XVII. CHOROBY SKÓRNE (DERMATOLOGIA).

Sprawozdawca

W. Kopytowski.

Biro M. O sklerodermii. Medycyna r. 1896, Nr. 46—50.

W źródłowo opracowanej monografii autor opisuje swoje przypadki, które obserwował w poliklinice Goldflama i dochodzi do wniosku, że tylko przyjmując zmiany anatomiczne w rdzeniu lub mózgu przedłużonym, możemy objaśnić tak różnorodną w swych przejawach klinicznych chorobę, jak sklerodermia. Zmiany w krążeniu jak i zmiany odżywcze w tkankach wskazują nam na to, że najprawdopodobniej należy szukać przyczyny choroby tam, gdzie te ośrodki są blisko siebie umiejscowione. W zupełności warunkom tym odpowiada rdzeń przedłużony, zmiany którego autor uważa za przyczynę choroby.

Przypadki B. są następujące.

1) Dziewczynka 7-letnia. Zmiany w budowie skóry na prawej goleni nad całą strzałką i na tylnej powierzchni prawej stopy. Skóra sucha, połyskująca, twarda. Noga prawa lekko zgięta w kolanie.

2) Dziewczynka 8-letnia. Zmiany skóry na twarzy i na nogach. Dolne kończyny zgięte w kolanach pod kątem 150. Skóra na nogach jakby obrzękła, lecz nie daje się ująć w fałdę; na twarzy skóra gładka; ust chora nie może dobrze roztworzyć.

3) Dziewczyna 18-letnia. Od lat trzech do żadnej pracy niezdolna z powodu zajęcia stawów łokciowych i stawów na rękach, zmiany skóry na odnogach i tułowiu. Wskutek zmian skóry na tułowiu chora z trudnością może oddychać. Autor u chorej tej stosował metodę Roentgen'a, fotografując okolicę łokcia.

4) Kobieta lat 24, zamężna. Choroba zaczęła się w 15-m roku życia. Cierpienie dotyczy palców, rąk i twarzy. Zmiany barwnika na karku [plamy].

5) Kobieta lat 37. Zmiany na prawej dolnej kończynie, która jest cieńszą od lewej; skóra na niej mocno obciągnięta. Peryodyczne bóle w prawej nodze, skurcze palców i drganie mięśni uda. Plamy barwnikowe na tejże nodze, prawej ręce i brzuchu.

Ciechanowski S. i Krysztalowicz F. O trądzie. Nowiny Lek. Nr. 11, str. 662.

Przyczyna trądu wyjaśniła się przez wykrycie swoistego prątka w 1880 r. przez Hansen'a. Choroba bardzo często komplikuje się gruźlicą, a formy kaleczące trądu (*l. mutilans*) drobnoustrojami ropotwórczemi. Swoiste bakterye trądu leżą przeważnie w wielkich komórkach

opisanych przez Virchow'a pod nazwiskiem „Laprazellen" i barwią się podobnie jak i laseczniki gruźlicy farbami anilinowemi, lecz łatwiej je pochłaniają. Olbrzymie komórki, występujące niekiedy w tkance guzów trądu, uważane są przez niektórych autorów jako dowód powikłania trądu przez gruźlicę. Hodowle prątków miały się tylko raz udać Bordoni-Uffreduzzi'emu jeszcze w 1887 r.

Odkrycie Hansen'a, potwierdzone wkrótce przez Neisser'a i wielu innych badaczy wskazuje na zaraźliwość trądu i potrzebę izolacyi trędowatych; okres wylęgania się choroby ma być bardzo długi, 4—8 lat.

Klinicznie trąd rozmaicie rozdzielano, obecnie najwięcej jest przyjęty podział, ustanowiony przez Kaposi'ego na trąd plamisty, guzkowy i nerwowy. Choroba często zaczyna się od wysypki plamistej, nieregularnej, przypominającej osutkę przymiotu. Plamy przechodzą po upływie dość znacznego czasu w guzki, co najczęściej przytrafia się na twarzy i kończynach; wreszcie guzki zlewają się ze sobą i przechodzą w nacieki. Zmiany te na twarzy powodują często wspominaną „twarz lwią", chorych trędowatych.

Wewnętrzne organy też ulegają zmianom. Doutrelepont i Wolters w ostatnich czasach opisali zmiany w płucach przy trądzie.

Nerwowa postać trądu występuje to samodzielnie, to łączy się z innemi postaciami tej choroby, początek choroby zazwyczaj stanowią znieczulenia, rzadziej nadczułości skóry. Przy całkowitym rozwoju choroby mięśnie i skóra zanikają; otrzymujemy wtedy charakterystyczne położenie ręki, jak to widzimy przy syringomyelii.

Rozpoznanie trądu w początkach przedstawia znaczne trudności, badanie jednak krwi z wykwitów trędowych wykazuje prątki.

Rokowanie niepomyślne, chociaż niektórzy autorowie wspominają o zupełnem zatrzymaniu się choroby, której przebieg wogóle trwa całe lata.

Zmiana klimatu w początkowym okresie choroby wiele oddziałać może; swoistego środka dotychczas na chorobę tę niema. Z farmakologicznych środków polecano jako specyficzne leki ol. choulmoogra, hura brasiliensis, madar i wiele innych. W ostatnich czasach zalecano ichthyol, kreosot, sublimat, wreszcie surowicę [Luca].

Kozerski A. Przypadek promienicy skóry, leczony dużemi dawkami jodku potasu. Medycyna Nr. 22, r. 1896.

Chora wieśniaczka 45-letnia, dobrze odżywiana, zapisała się na oddział Wartraszewskiego 21/X 95 r. z powodu cierpienia skóry, umiejscowionego na lewej stronie twarzy. Skóra w tem miejscu była ciemno-czerwona, przesuwalna z kilkoma przetokami, kończącemi się w częściach miękich policzka. Wydzielina ropna badana pod drobnowidzem nie wskazywała w początkach ziarnek charakterystycznych dla promienicy. Chora rozpoczęła leczenie mieszane [wcierania i jodek potasu]. W następstwie jednak autor, badając ropę metodą Gram'a,

znalazł w niej grzyba promienicy, a kol. Żurakowski otrzymał z niej czyste kultury. Wskutek tego leczenie mieszane chorej zostało przerwane, w następstwie zaś autor stosował u chorej duże dawki jodku potasu [od 4,0—16,0]. Chora znacznie podleczona wypisała się ze szpitala 12/II 96 r. na własne żądanie.

Reiss W. O nerwicach skórnych (wykład habilitacyjny). Przegl. Lek. Nr. 26, 27, 28.

Istnieje cały szereg chorób skórnych, zależnych od działalności nerwów. Hebra w swej klasyfikacyi pomieścił je w jedną grupę. Bulkley i Auspitz zaliczyli do grupy *angioneuroses* wszystkie choroby skóry, przy których zjawiają się zaburzenia w krążeniu obwodowem z przyczyn nerwów. Schwimmer przyjął prawie całkowicie podział nerwic skórnych Auspitz'a; system ten obecnie prawie wszędzie przyjęto w dermatologii. Odróżniamy: 1) nerwice naczynioruchowe, 2) nerwice odżywcze, 3) nerwice bez zmian anatomicznych (*Idioneuroses*).

Do grupy pierwszej należy zaliczyć: 1) rumień nawałowy (*Erythema congestivum*) 2) pokrzywkę, 3) rumień wypocinowy (*Eryth. multiforme angioneuroticum*).

Rumień wypocinowy należy uważać za najważniejszą postać kliniczną tej grupy. Choroba ta niekiedy przebiega pod postacią choroby zakaźnej. Do tej grupy według autora zaliczyć należy tak zwane osutki zwiastunowe (*np. eryth. variolosum*) i osutki lekarstwiane, względnie truciznane.

Drugą grupę nerwic dzielimy na nerwice odżywcze miejscowe i ogólne. Do nerwic miejscowych zaliczamy: *erythema trophoneuroticum*, *herpes* [liszaj] i *pemphigus* [pęcherzyk]. Niektóre nerwice miejscowe sprowadzają znaczne zniszczenie tkanek, jak odleżyna ostra (*decubitus acutus*) zgorzel symetryczna (*gangraena symetricum*) i wrzód przeszywający stopę (*malum perforans pedis*).

Do nerwic ogólnych należą: twardziel skóry (*sclerodermia*), zanik skóry samoistny (*atropia cusis idiopatica*) i nerwice barwnikowe. Jeszcze dotychczas niektórzy dermatolodzy uważają twardziel skóry za chorobę spowodowaną zaburzeniami w krążeniu chłonicznem, inni za przykładem Liveing'a przypisują tej chorobie pochodzenie neuropatyczne. Rozróżniamy twardziel umiejscowioną *sclerodermia partialis v. Morphea* Alibert'a i twardziel ogólną.

Zanik skóry występuje to pod postacią zaniku częściowego skóry jak np. pod postacią pasem i plam bliznowatych, to pod postacią starszych zmian skóry.

Zmiany w zabarwieniu skóry spotykamy to pod postacią braku pigmentu, to pod postacią jego nadmiaru. Tu się odnoszą formy kliniczne *ephelides*, *lentigines*, *chloasma uterinum* i t. d.

Do ostatniej grupy (*neurosis idiopatica*) zaliczamy wszystkie nerwice bez zmian anatomicznych w skórze; z bardziej znanych form

klinicznych odnieść tu należy *pruritus cutaneus*, a według Cazenave i świerzbiączkę (*prurigo*).

Srebrny Z. Figówka (sycosis) wargi górnej, jako skutek cierpienia nosa. Medycyna Nr. 41 i 42.

Wydzielina z nosa może spowodować cierpienie wargi górnej, nazwane figówką (*sycosis*). Autor lecząc zwykłymi sposobami cierpienie nosa zauważył, że często figówka nie ustępowała. Badając u ostatnich czterech chorych jamę nosową bardziej szczegółowo znalazł to martwicę kości klinowej, to komórek sitowych. Usunięcie zmartwiałych części za pomocą wyskrobania usunęło doszczętnie i figówkę.

Kliniczne objawy cierpienia nosa w danych przypadkach nie przedstawiały nic charakterystycznego: jeden z chorych narzekał na suchość nosa, drugi na wzmożoną wydzielinę; jeden z chorych miał polipa w nosie.

Zabieg usunięcia zmartwiałych części kości ostrą łyżeczką nie przedstawia wielkich trudności, wymaga tylko ostrożności. Pomimo pendzlowania kokainą skrobanie jest bolesnem; krwotok łatwo przy tamponowaniu ustępuje.

Szadek K. Osutki rtęciowe. Nowiny Lek. Nr. 11, str. 657.

W krótkiej monografii autor w chronologicznym porządku przytacza szereg autorów, którzy opisali pojedyńcze przypadki osutek, spowodowanych użyciem rtęci, bądź to pod postacią wcierań, wstrzykiwań, wreszcie wewnętrznego jej użycia. Zmiany skóry, występujące pod postacią osutek, można podciągnąć pod 4 postacie: 1) osutkę rumieniowo-płonicową, 2) wyprysk rtęciowy, 3) *folliculitis mercurialis*, 4) osutkę pęcherzowo-bąblicową, niekiedy krwotoczną.

Osutki rtęciowe występują zazwyczaj w samych początkach stosowania rtęci, trwają krótko i nie pociągają za sobą ważniejszych zaburzeń, skoro użycie rtęci zostanie natychmiast przerwane.

Szadek K. Osutka balsamiczna. Kronika Lek. Zeszyt 23, str. 1021.

Środki lekarskie, używane przy leczeniu rzeżączki wywołują niekiedy zmiany na skórze pod postacią osutek. Po raz pierwszy osutkę przy użyciu balsamu kopajowego opisał Montegra, przy santalu Morton.

Osutka przy balsamie kopaiwy występuje najczęściej pod postacią plam, grudek lub bąbli, rzadziej pod postacią pęcherzy lub plam krwotocznych. Osutka przy stosowaniu kubeby jest zazwyczaj wielopostaciowa i zaczyna się podniesieniem ciepłoty; przy tej osutce swędzenie skóry ma być bardzo silne. Niekiedy terpentyna i santal wywołują też zmiany na skórze.

Rozpoznanie tych osutek jest łatwe, rokowanie pomyślne, leczenie—odstawianie leku—zakończa chorobę.

Przyczynę osutek balsamicznych niektórzy [Lewin] upatrują w drażniących skutkach terpenów, wydzielanych przez gruczoły skóry, przy wewnętrznem użyciu balsamów, większość zaś osutki te przypisuje porażeniom nerwów naczyń krwionośnych (*angioneuroses*).

Krysiewicz. Przypadek bąblicy. Nowiny Nr. 1.

K. przedstawił 4-letniego chorego chłopczykan a b o m b l i c ę; choroba występowała na całem ciele; dziecko znajdowało się na kuracyi w szpitalu Ś-go Józefa w Poznaniu. Chłopczyk ten przechodził *polimyelitis*.

Uhma. Przypadek lichen exudativus ruber. Przegl. Lek. Nr. 23, str. 322.

U. przedstawił dziewczynę wiejską lat 16 *lichen exudativus ruber*. Choroba zaczęła się na twarzy zaczerwienieniem i łuszczeniem i wkrótce prawie całe ciało chorej zostało pokryte guziczkami pierzchnicy. Autor zaznacza, że różniczkowania dyagozzy między *pityriasis rubra pilaris i lichen exudativus ruber* przeprowadzić nie można.

Biegański W. Symetryczne wysypki przy zakażeniu septycznem. Nowiny Lek. Nr. 5, str. 221 i następne.

Patrz dział X B—Chor. zakaźne.

Noiszewski K. Tricho aesthesiometr.

Patrz dział XXIV—Nowe przyrządy.

XVIII. MEDYCYNA SĄDOWA.

Sprawozdawca

W. Świątecki.

Jasilkowski M. Z praktyki sądowo-lekarskiej. Przegl. Lek. Nr. 35, str. 473.

Wieśniaczka, 35 lat, zdradzająca przedtem głupkowatość, została uderzoną kołem w głowę, wskutek czego powstała rana 7 ctm. długa, drążąca do kości. Na razie uderzona nie straciła przytomności,

tylko lekko gorączkowała. Po 12 dniach dostała obłędu, uznanego w zakładzie dla obłąkanych za *delirium acutum*, a prócz tego zauważono u niej różę na tułowiu. Po tygodniu chora zmarła.

Na sekcyi znaleziono w miejscu owej rany bliznę zrośniętą z kością, przekrwienie mózgu i opon; zwyrodnienie mięśnia sercowego i ostry obrzęk śledziony. Za przyczynę śmierci uznano różę.

Autor wraz z drugim rzeczoznawcą, na podstawie akt doręczonych przez sąd, orzekli: że uraz w głowę spowodował obłęd u osobnika z nieprawidłowym już przedtem mózgiem; zanieczyszczona rana głowy była punktem wyjścia róży złośliwej wędrującej, która spowodowała śmierć.

Neugebauer F. Przetoka pochwowo-odbytnicza, powstała wskutek zgwałcenia. P. T. L., str. 1174.

N. na posiedzeniu T. L. Warszawskiego w d. 17 Listopada przedstawił 10 letnią dziewczynkę, która przed 10 tygodniami została zgwałconą. *Sub cohabitatione* nastąpiło przerwanie przedniej ściany odbytnicy, połączone z rozerwaniem *hymenis*, wskutek czego dziś istniejąca przetoka kałowa (*fistula stercoralis intestini recti vulvo-vaginalis*). Kał nazajutrz po zgwałceniu już w pochwie się okazał. Na razie miało miejsce znaczne krwawienie, bóle i w następstwie obrzęk znaczny Autor nie podaje czy ten przypadek podlegał dochodzeniu sądowemu.

Piotrowski E. O nowym sposobie wykrycia krwi. Przegl. Lek. Nr. 13, 14, str. 157 i 178.

W pracy tej autor przerobił i krytycznie ocenił próbę badania krwi podaną przez Roncoroni'ego, który przypuszczał, iż udało mu się znaleźć sposób odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej.

Próba R. polega na zmianie krystalizacyi w roztworach mieszaniny niektórych barwników anilinowych, jaka następuje po dodaniu do nich krwi lub ciał zawierających jej części składowe.

Jeżeli przyrządzić rozczyny kwaśnej fuchsyny i barwnika pomarańczowego [Orange g.] w stosunku 1 : 20 wody przekroplonej zmieszać 2 części takiej fuchsyny z 4 cz. oranżu i nieco tej mieszaniny rozprowadzić na szkiełku przedmiotowem, to przy powolnem parowaniu wytworzą się mikroskopowe równoległościany żywo-czerwone nazwane przez R. *a* kryształami. Dodawszy zaś do nadmienionej mieszaniny barwników grudkę krwi zasuszonej, otrzymamy prócz tamtych, jeszcze kryształki kanarkowo-żółte, drzewiasto się rozgałęziające, długie, którym R. nadał miano *b* kryształów. Po pewnym czasie kryształy *b* stają się mniej wyraźne, nikną, a po 20 godzinach zjawiają się na ich miejscach małe tabliczki z granatowym odcieniem.

Kryształy *b* najwyraźniej powstają natychmiast po dolaniu krwi lub płynów krew zawierających. Atoli tworzą się też po dodaniu mle-

ka, białka, płynu z hydrocele, moczu zobojętnionego białkiem, nasienia, żółtka i kału. Jednakowoż w tym razie kryształy *b* są mniej wyraźnie ukształtowane, węższe i jakby szczątkowe. R. nazywa je kryształami *b* zmodyfikowanymi. Dalej kryształy *b* powstają też przy dodaniu krwi zwierzęcej.

Ściślejsze badania doprowadziły R. do wniosku że globulina, wchodząca w skład hemoglobiny krwi, jest przyczyną powstawania rzeczonych *b* kryształów.

Wynalazca metody twierdzi, że nadaje się ona w medycynie klinicznej do wykrycia krwi w płynach patologicznych, białka w moczu, a także kwasu solnego w soku żołądkowym. Albowiem powyższa mieszanka po dodaniu kropli zieleni metylowej wobec kwasu solnego wolnego daje małe *b* kryształki. W medycynie zaś sądowej ma służyć do łatwego i pewnego wykrycia krwi, chociażby takowa była w minimalnej ilości, zasuszona lub zanieczyszczona rosą.

Przerabiając doświadczenia R., autor używał prócz krwi płynnej, świeżo i dawno zasuszonej, także kryształków czystej heminy, krwi zgniłej, zwęglonej oraz zasuszonej na płycie i ogrzanej w ciągu godziny do 180° C. W ostatnich trzech próbach wynik był ujemny, a zatem próba Roncoron'iego okazała się gorszą od widmowej próby Kratter'a na haematoporfirynę

Na podstawie swoich badań autor odmawia próbie Roncoroni'ego stanowczego i wyłącznie dla krwi charakterystycznego znaczenia, stawiając ją niżej pod tym względem od innych prób, używanych dotąd w medycynie sądowej, a już najmniej nadaje się ona do odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej.

W medycynie klinicznej natomiast może być z pożytkiem stosowana.

Sieradzki W. Uwagi o sekcyi zwłok rozkawałkowanych. P. L. Nr. 46, 47, 48 i 49, str. 605, 620, 631 i 648.

S. w pracy swej rozpatruje różne przyczyny rozkawałkowania zwłok ludzkich, a także rozstrząsa zagadnienia, na które w tych razach lekarz sądowy winien odpowiedzieć; dla wyjaśnienia podaje opis kilku cechujących przypadków. Są dwa działy owych przyczyn. Z jednej strony stają różne siły przyrody, działające bez udziału ręki ludzkiej; z drugiej człowiek sam z różnych powodów i dla różnych celów ćwiartuje zwłoki na części. Do pierwszej kategoryi należą ciała wybuchające, gazy kopalniane, pęknięcia kotłów, maszyny w ruchu, wypadki na kolejach, uszkodzenia ciała w wodzie, rozszarpanie przez dzikie zwierzęta. Tu lekarz sądowy ma za zadanie stwierdzenia przedewszystkiem tożsamości osoby denata, co czasem jest niepodobieństwem, bo, jak n. p. przy wybuchach ciał eksplodujących, częstokroć ciało jest rozdrobnione na najdrobniejsze cząsteczki.

W drugim dziale, kiedy człowiek rozkawałkowywa zwłoki ofiary w celu ukrycia zbrodni, lekarz sądowy ma następujące zagadnie-

nia stawiane przez sąd: 1) Identyczność zwłok. 2) Rodzaj i przyczyna rozkawałkowania. 3) Przyczyna śmierci denata. 4) Jaki czas upłynął od śmierci denata. 5) Identyczność sprawcy, w wypadkach kryminalnych. Nad każdym z wymienionych punktow zastanawia się autor szczegółowo, podając rady, jak ma się zachować rzeczoznawca w każdym poszczególnym razie, na co głównie powinien uwagę swoją zwrócić, aby godnie zadaniu odpowiedzieć.

Wachholz L. Uwagi nad oceną sądowo-lekarską t. zw. „błędów w sztuce." P. L. Nr. 36, 37 i 38, str. 484, 496 i 505.

Przez „błąd w sztuce" ogólnie rozumie się nierozmyślne uszkodzenie ciała, lub pozbawienie życia człowieka chorego, dokonane przez osobę upoważnioną do leczniczej działalności, a to wskutek nieświadomości zasad sztuki, lub zaniedbania.

Rozpatrzywszy po krótce przedmiot ten w historyi i w obecnych ustawodawstwach różnych narodów, autor zastanawia się ściślej nad odnośnymi paragrafami kodeksów niemieckiego i austryjackiego, a także projektu do nowego kodeksu austryackiego. Dalej wypowiada szereg uwag i wskazówek dla znawcy sądowego, mającego orzekać o błędzie w sztuce, aby mógł godnie odpowiedzieć temu trudnemu i przykremu zadaniu.

Błędy w sztuce można zebrać w następujące grupy: 1) błędy polegające na niewłaściwem leczeniu skutkiem pomyłki w rozpoznaniu, 2) wybitne błędy w leczeniu chorób należycie rozpoznanych, 3) błędy w dawkowaniu leków i ztąd wynikające zatrucia, 4) błędy polegające na nieoględnem zachowaniu się wobec chorób zakaźnych i następowem ich rozwlekaniu, 5) błędy zasadzające się na zaniechaniu stosownego i w danym razie koniecznego zabiegu, 6) błędy polegające, na niesumiennem wykonywaniu doświadczeń na chorych.

Autor analizuje szczegółowo każdą z powyższych grup, przytaczając znane w literaturze przypadki tu należące.

Sąd domaga się zazwyczaj odpowiedzi na następujące pytania:

1) Czy uszkodzenie zdrowia, względnie śmierć pozostają w związku przyczynowym z zastosowanem leczeniem?

2) Czy te niepomyślne następstwa nie były, lub nie mogły być wynikiem innych przyczyn?

3) Czy jest pewnem, że inne leczenie nie byłoby sprowadziło podobnych następstw?

4) Czy nie można przyjąć, że i w tem, chociaż oskarżonem leczeniu, można byłoby uniknąć szkodliwych następstw w więcej sprzyjających i korzystnych warunkach.

Przy dawaniu odpowiedzi rzeczoznawca „powinien na podstawie dokładnego zbadania i sumiennego przygotowania materyału danego przypadku, wydawać ocenę zgodzą ze stanem nauki, z poczuciem ludzkości, a wolną od stronniczości, na korzyść lub niekorzyść obwinionego towarzysza zawodu."

Wachholc L. Przyczynek do kazuistyki rzadszych przypadków samobójstwa. Nowiny Lek. Nr. 7, str. 356.

Samobójca zazwyczaj wybiera najłatwiejszy i najdogodniejszy sposób odebrania sobie życia. Czasami atoli, jakby pragnąc zasłynąć w tym względzie, używa sposobu wyszukanego. Autor podaje właśnie opis trzech przypadków tego rodzaju, które były badane w zakładzie medycyny sądowej w Krakowie.

1) Samobójstwo przez rozcięcie powłok brzusznych. Mężczyzna 80-letni, według zeznań świadków, rozpłatał sobie brzuch scyzorykiem. Oględziny pośmiertne wykazały trzy rany powłok brzusznych. Pierwsza szła pod pępkiem na $^1/_2$ ctm. poprzecznie, 20 ctm. na długość i przenikała wszystkie powłoki w brzuchu wraz z otrzewną; przez nią wyszły kiszki cienkie i znajdowały się na zewnątrz. Druga rana 15 ctm. długa, biegła równolegle do pierwszej na wysokości pępka, koniec jej prawy wznosił się nieco ku górze i okrążał od strony lewej pierścień pępkowy; rana ta przenikała tylko skórę i tkankę podskórną. Trzecia rana, 7 ctm. długości, stanowiła przedłużenie drugiej na prawo, przenikała tylko skórę i kończyła się na podżebrzu prawem rysą skórną. Końce wszystkich ran i brzegi były ostrocięte i krwią podbiegnięte. Wybitna ogólna niedokrewność. Orzeczenie brzmiało: Denat zmarł z krwotoku, wywołanego ranami powłok brzusznych, ale i ochłodzenie otrzewnej mogło przyczynić się do śmierci. Okoliczność, że ubranie nie było uszkodzone, dalej kształt i kierunek ran pozwoliły przyjąć, że zadane zostały własną ręką denata. Sposób zadania sobie śmierci u nas rzadki.

2) Samobójstwo za pomocą naboju dynamitowego. Według zeznań policyi, robotnik 27 lat wieku liczący, zabił się przez zapalenie naboju dynamitowego, włożonego do lewej kieszonki kamizelki.

Przy oględzinach sądowo lekarskich znaleziono kolosalne uszkodzenie lewej połowy tułowia wraz z organami tu leżącymi; od lewego obojczyka do talerza biodrowego ogromna szeroka jama o brzegach i dnie mocno postrzępionych; obojczyk i górna część kończyny górnej zmiażdżone; klatka piersiowa w tem miejscu rozszarpana, to samo płuco lewe i lewa połowa serca z górną częścią aorty; przepona, żołądek i śledziona rozdarte i zmiażdżone, wątroba pęknięta. Odpowiednia część ubrania poszarpana, w strzępach jego kawałek naboju dynamitewego; w prawej utrzymanej kieszonce kamizelki znaleziono nieużyty nabój dynamitowy bez lontu. Prócz tego znaleziono obrzęk prawego płuca oraz krwawe podbiegnięcia i wynaczynionki w organach nawet dalej od miejsca uszkodzenia położonych. Orzeczono, że denat zmarł śmiercią gwałtowną, w następstwie obrażenia narządów niezbędnie do życia potrzebnych, wywołanego wybuchem naboju dynamitowego. Nic nie przemawiało przeciwko przypuszczeniu samobójstwa.

Szczególnem w danym przypadku były owe podbiegnięcia krwawe w sąsiednich narządach i obrzęk płuca prawego. Przeczyło by to

twierdzeniu Maschki, że przy wybuchu dynamitowym, wskutek szybkiego nastąpienia śmierci, powyższe zmiany wystąpić nie mogą. Otóż w opisanym przypadku dzięki utrzymaniu prawego serca w całości, po wybuchu czynność tego organu jeszcze czas pewien się utrzymywała.

3) Samobójstwo przez przebicie szpadą. Dochodzenie policyjne wykazało, że, znaleziony nieżywym pomocnik handlowy, 26 lat, zdradzający przed tem smutek i przygnębienie — oparł rękojeść szpady o kąt między piecem i ścianą i rzucił się lewą połową klatki piersiowej na ostrze. Obok trupa znaleziono zakrwawioną szpadę. Na sekcyi znaleziono w okolicy serca ranę na trzy centymetry długą, przechodzącą w kanał wgłąb drążący przez mięśnie i przeciętą chrząstkę 5 żebra, dalej przechodzący przez językowaty płat płuca i worek osierdziowy; nakoniec serce nawylot przebite. Ubranie w odnośnem miejscu nieuszkodzone. Orzeczenie brzmiało, iż denat zmarł wskutek rany kłutej serca. Wywiady, brak uszkodzenia ubrania, oraz usadowienie obrażenia przemawiały za samobójstwem, a zadana rana już z natury swej jest w ogólności śmiertelną.

Przy każdym z opisanych przypadków autor rozpatruje odnośne przypadki z literatury i wypowiada szereg uwag i praktycznych wskazówek dla znawcy sądowego.

Wachholz L. Doświadczalne przyczynki do nauki o otruciu tlenkiem węgla; pewny sposób do odróżnienia zaczadzenia od zatrucia gazem świetlnym. P. L. Nr. 17, 18, 19, 20, i 21, str. 223, 240, 253, 271 i 286.

Przerobiwszy wszystkie próby, stosowane w medycynie sądowej w celu wykrycia otrucia tlenkiem węgla, W. przychodzi do wniosków takich:

1) Najlepsze i najdokładniejsze są próby widmowe Hoppe-Seyler'a i Szigeti'ego. 2) Próby chemiczne zaś polegające na różnicy zabarwienia strątów krwi zwykłej i zawierającej CO—mogą być tylko pomocnicze.

Z ostatnich najlepsza jest tanninowa i sodowa. Dobrą jest też podana przez autora próba z formaliną. Mieszając krew czystą z handlową formaliną, zawierającą 40% formaldehydu, otrzymuje się strąt ciemnobronzowy; badając zaś w ten sposób krew zawierającą CO—otrzymujemy strąt mocno czerwony.

Prace Szigeti'ego i Schulz'a były punktem wyjścia badań autora, które doprowadziły go do wynalezienia sposobu odróżniania na stole sekcyjnym otrucia gazem świetlnym od zaczadzenia. Próbę swoją autor nazwał próbą methemoglobinową. Zasada jej polega na różnicy zachowania się methemoglobiny względem gazu świetlnego i CO. Oto przepuszczając gaz świetlny przez rozczyn methemoglobiny zmieniamy żółte jej zabarwienie na czerwone, a po wysyceniu gazem zmienia się widmo methemoglobiny.

Gaz CO nie zmienia natomiast ani barwy żółtej ani widma methemoglobiny. choćby był użytym w nadmiarze.

Badania swoje autor robił na królikach, trując je na śmierć czystym gazem świetlnym lub czystym gazem CO w zamkniętej przestrzeni.

Z krwi tych zwierząt odwłóknionej, sporządzał 5% rozczyn i dodawał równe ilości nadżelasinku potasu. Rozczyn krwi królika otrutego gazem świetlnym, utrzymywał barwę czerwoną; rozczyn zaś krwi królika otrutego CO, stawał się żółtym rozczynem zwykłej methemoglobiny.

Zastanawiając się nad przyczyną zaczerwienienia rozczynu methemoglobiny, działaniem gazu świetlnego i badając w tym względzie składniki tegoż zosobna, przyszedł do przeświadczenia, że wywołują je w pierwszej linii acetylen i etylen.

Gaz świetlny przepuszczony przez rurę gumową 4 metry długą dawał zaczerwienienie rozczynu Mthb. chociaż nieco słabsze, niż czysty, którego ilość 4,66% ciężkich węglowodanów zmniejszyła się do 0,69%.

Pracę swoją streszcza autor w następujący sposób:

1) „Rozczyn Methb. stanowi czuły odczynnik dla wykrycia gazu świetlnego.

2) Zaczerwienienie się rozczynu Methb. pod wpływem gazu świetlnego nie pochodzi od zawartego w nim CO, lecz od ciężkich węglowodorów i od innych domieszek gazu.

3) Mimo zubożenia gazu w ilości węglowodorów przez przepuszczanie go przez 4 metry grubą warstwę ziemi, zaczerwienia on jeszcze rozczyn Methb. w przeciwstawieniu do tlenku węgla.

4) W przypadkach, w których zachodzi podejrzenie otrucia gazem świetlnym, należy krew badanego rozpuścić w wodzie destylowanej i dodać do rozczynu małą grudkę nadżelasinku potasu, albo też kilka kropli jego rozczynu a to w takiej ilości, aby rozczyn ten w widmie przestał dawać smugi COHb. Jeśli wówczas rozczyn, mimo dodanego nadżelasinku, zachowa barwę czerwoną, we widmie przedstawia smugę w pasie zielonym podobną do smugi Hb. odtlenionej, przy większem zgęszczeniu rozczynu absorbcyę światła w widmie wyjąwszy pas czerwony, lub przedstawia nawet smugę Methb., to nie ulega wątpliwości, iż czynnikiem trującym był gaz świetlny, a nie tlenek węgla, względnie czad.

5) Rozczyn Methb. wysyconej gazem daje albo zacienienie zupełne widma, wyjąwszy pas czerwony przy znacznem zgęszczeniu rozczynu, lub smugę w pasie zielonym podobną do smugi odtlenionej Hb przy rozcieńczeniu rozczynu.

Rozczyn Methb. napawany mniejszemi ilościami gazu świetlnego jest czerwonym w porównaniu z rozczynem zwykłej Methb, a przedstawia widmo zwykłej Methb. t. j. złożone ze smugi w pasie czerwonym koło linii Fraunhofer'a C.

6) Wybitniejsza czerwoność krwi otrutych gazem świetlnym w porównaniu z czerwonością krwi otrutych czystym CO, względnie czadem, zdaje się pochodzić od tych samych składników gazu t. j. ciężkich węglowodorów i innych zanieczyszczeń.

Te same składniki są przyczyną, iż próby chemiczne jak próba sodowa, taninowa i t. d. wypadają dobitniej i wyraźniej w krwi otrutych gazem, niż w krwi zaczadzonych."

Zoll J. Z kazuistyki obrażeń czaszki i mózgu. P. L. N. 39, 40, 41; str. 518, 518 i 546.

Z obszernego działu uszkodzeń wyż wymienionych autor wybrał zadane narzędziem tępem i zestawił kilkanaście odnośnych przypadków, czerpiąc materyał z kazuistyki Zakładu medycyny sądowej w Krakowie, po części też z literatury.

Artykuł nastręczył mu sposobność do wypowiedzenia kilku uwag w tej kwestyi.

Częstokroć ciężkie uszkodzenia czaszki bywają znoszone i nie pociągają za sobą trwałych następstw. Uszkodzenia czaszki są wtedy groźne, gdy wywołują pęknięcie naczyń śródczaszkowych z wylewem krwawym, powodującym ucisk mózgu. Objawy ucisku mózgowego występują później, nieraz w kilka lub kilkanaście godzin. Objawy wstrząśnienia mózgowego zaś zjawiają się bezpośrednio po urazie. Należy być ostrożnym w rozpoznawaniu tego ostatniego uszkodzenia, jeżeli się samemu nie widziało poszkodowanego i tylko zna przypadek z opowiadania. Za wstrząśnieniem przemawia objaw niepamięci wstecznej co do zdarzeń, na krótki czas poprzedzających uderzenia w głowę. Atoli pamiętać trzeba, iż objaw ten zdarza się też u powieszonych lub otrutych CO.

Wstrząśnienie mózgu często trudno odróżnić od upojenia wyskokiem.

Jeżeli powierzchnia uderzająca narzędzia nie przekracza 4 ctm. kwadratnych, to powstają t. zw. włamania kości czaszki. Kształt włamania w blaszce zewnętrznej zależy od: kształtu i brzegów narzędzia działającego, od grubości kości, od powłok miękich czaszki, zarostu na głowie, wreszcie od nakrycia głowy w danej chwili. Włamania można w pierwszej chwili wziąć za uszkodzenia wskutek procesów chorobowych na tle gruźlicy lub syfilisu. Różniczkowe rozpoznanie łatwe. Jeśli powierzchnia uderzająca narzędzia przekracza wyżej podane rozmiary, powstają wielokrotne złamania kości czaszki, strzaskania albo wgniecenia większych powierzchni kości czaszki, nie będące już właściwie „włamaniami".

W kwestyi pęknięć podstawy czaszki nadmienia autor, iż częstokroć leczą się dobrze samoistnie, ale często za to prowadzą do następczych zboczeń umysłowych.

XIX. HYGIENA.

Sprawozdawca

J. Landstein.

Bukowski A. O herbacie i jej fałszowaniu w Warszawie. Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego, Nr 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

Na wstępie autor omawia sposoby zbioru i przyrządzania herbaty w Chinach, na Ceylonie i Jawie. Zbiór w Chinach odbywa się cztery razy do roku [Marzec, Maj, Czerwiec, Lipiec]; najważniejszym pod względem jakości towaru jest zbiór wiosenny t. j. pierwszy, który dostarcza t. z. herbaty kwiatowej. Zebrane liście poddają naprzód więdnięciu, poczem przystępują do ich zwijania lub skręcania, które w dużych fabrykach uskutecznia się rękami, w mniejszych zaś bosemi nogami; tak sporządzone liście podlegają następnie fermentacyi, jaka się odbywa w specyalnych płaskich bambusowych koszach. Na Ceylonie zbiór liści herbacianych odbywa się w przeciągu całego roku co 10—14 dni; przyrządzanie w głównych momentach mało odbiega od powyższego.

Badanie herbaty podzielił autor na chemiczne i botaniczne *resp.* mikroskopowe, przy pierwszem określał on ilość ekstraktu, popiołu i jego części rozpuszczalne w wodzie, oznaczanie procentowości teiny i ciał garbnikowych ma w tych badaniach znaczenie drugorzędne. Przy analizie mikroskopowej liści herbacianych zwracać należy uwagę na następujące własności: *a*) na rozgałęzienia głównego nerwu, *b*) na obecność gruczołków na ząbkach liścia oraz ich budowę, *c*) na kształt włosków, *d*) na obecność gwiazdkowatych gruzełków szczawianu wapniowego i głównie *e*) na obecność t. z. idioblastów. Do fałszowania herbaty używają obecnie liści herbaty już wymoczonej, liści obcych roślin, jak również domieszek mineralnych, jak np. piasku, gliny, opiłek mosiężnych i t. p. w celu powiększenia wagi; posiłkują się także fałszerze i różnymi barwnikami, jak karamel, wyciąg kampenowy, katechu, indygo i błękit pruski, które nadają herbacie odpowiednią do gatunku barwę. Prócz tego spotyka się w Warszawie jeszcze jeden rodzaj fałszerstwa, polegający na opakowywaniu licznych gatunków herbaty, lub też silnie fałszowanej herbaty w etykiety, łudząco zbliżone rysunkiem i napisem do etykiet znanej firmy K i C Popowych, jako bardzo popularnej. Dość liczne próbki herbaty, wzięte przez autora z różnych składów, przekonały, że prawie połowa była zafałszowaną.

Buszek J. Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające miasta Krakowa za rok 1385. Zdrowie N. 132 i 132, str, 366 i 417.

Praca ta obejmuje następujące działy:

A) Stosunki sanitarne: 1) ruch ludności, 2) chorobliwość i śmiertelność, 3) ogólne zarządzenia profilaktycze, 4) służba zdrowia, 5) zakłady sanitarne i dobroczynne.

B) Sprawy zdrowotne: 1) asanacya, 2) pokarmy, napoje i pożywki.

Cybulski N. Próba badań nad żywieniem się ludu wiejskiego w Galicyi. Kraków, r. 1897.

Pracę swą autor oparł na szeregu komunikatów, jakie otrzymał w odpowiedzi na licznie rozesłane kwestyonaryusze do różnych miejscowości kraju. Jakkolwiek nie wszyscy spieszyli z odpowiedzią, lub szablonowo i formalnie ważną tę sprawę traktowali, jednakże większość sprawozdawców sumiennie wywiązała się ze swego zadania, pozwalając autorowi z otrzymanego materyału wyciągnąć już pewne, pozytywne wnioski. Kwestyonaryusz zawierał 37 pytań, które mniej więcej obejmowały całokształt żywienia się ludu wiejskiego w Galicyi i dotyczyły następujących kwestyi: 1) Ile razy na dzień jadają w lecie i w zimie. 2) Co jadają na śniadanie w lecie i w zimie, w dnie zwykłe i postne. 3) Z czego składa się zwykle obiad w lecie i w zimie, w dnie zwykłe i postne. 4) Co jadają na wieczerzę w lecie i w zimie, w dnie zwykłe i postne. 5) Chleb. 6) Inne pieczywa. 7) Sposób wypiekania chleba. 8) Jakie wogóle potrawy są w użyciu, ich nazwy i sposoby przyrządzania. 9) Czy używają mleka. 10) Czy wyrabiają sery na własny użytek i z jakiego mleka. 11) Czy używają masła i czy robią na zimę dla siebie zapasy i w jakiej formie. 12) Czy używają jaj osobno i do potraw. 13) Czego używa się jako omasty. 14) Jak często spożywają mięso. 15) Jakie mięso jadają. 16) Jak przyrządzają mięso. 17) Czy używają drobiu. 18) Ile przeciętnie wypada zjedzonego mięsa w roku na dorosłego człowieka. 19) Czy używają ryb i śledzi. 20) Czy używają miodu i w jakiej formie. 21) Czy robią zapasy na zimę z ogrodowizn i w jakiej formie. 22) Czy są używane i w jakiej formie groch, bób, fasola, soczewica, kukurydza. 23) Krupy i kasza, jakich używają, czy sami wyrabiają, lub gdzie kupują. 24) Mąki, [jakich używają, czy robią zapasy, gdzie kupują]. 25) Czy używają grzybów, jakich i w jakiej formie. 26) Czy robią zapasy ziemniaków. 27) W jakiej formie spożywają ziemniaki, czy ich używają jako domieszki do chleba, czy wypiekają z nich placki, kręgle. 28) Czy piją kawę i herbatę. 29) Czy robią z owoców i jagód konserwy i jakie. 30) Ile razy palą w piecach celem gotowania jadła. 31) Jakie trunki piją przeważnie. 32) Ilość roczna wódki [w przybliżeniu] na osobę. 33) Czem się raczą podczas dni uroczystych. 34) Ile jest dni postów w tygodniu zwykłym, adwentowym i w czasie wielkiego postu. 35) Czy używają w post nabiału, 36) Stosunek procentowy ludzi trzech kategoryi [zamożnych, mniej zamożnych i najuboższych]. 37) Czem się żywią w czasie głodu i przednówku.

Szczegółowe zestawienie otrzymanych przez autora sprawozdań dowodzi naprzód, że znaczna część ludności wiejskiej, którą sprawoz-

dawcy zaliczali do klasy uboższej, niewątpliwie żywi się niedostatecznie; stale pozostaje niejako w stanie półgłodu. Drugim faktem, wynikającym z tychże źródeł, jest to, że ludność wiejska żywi się prawie wyłącznie tylko pokarmami roślinnymi. Co gorsza, prawie wszyscy sprawozdawcy zgodnie utrzymują, że formy pokarmów, które z produktów roślinnych bywają sporządzane, są wogóle bardzo grube, mało strawne, a przez to i mniej pożywne, niżby być mogły. Czynniki te naturalnie bardzo zgubnie odbijać się muszą nie tylko na fizycznej, lecz i na duchowej stronie galicyjskiego wieśniaka; tem też w znacznej części da się tłomaczyć nieudolność, pewna apatya i brak inicyatywy u ludu. Aby opłakany stan taki zmienić i los ludu, który zawsze i wszędzie stanowi siłę narodu, poprawić, należy naprzód podnieść dobrobyt klasy wieśniaczej; ze względu na charakter gleby w Galicyi i warunki klimatyczne w niej, zdaniem autora za ważniejsze źródła polepszenia bytu ludu poczytywać trzeba podniesienie ogrodnictwa, jak również wydajności ziemi. Co się zaś tyczy niezwykłej rzadkości spożywania pokarmów mięsnych, to główną przyczynę tego autor upatruje w stosunkowo wysokich cenach mięsa, wobec czego obowiązkiem władz i społeczeństwa jest dążenie do możliwego obniżenia tych cen.

W końcu autor podaje spis wszystkich potraw w swej pracy wymienionych wraz ze sposobami ich przyrządzenia.

Drecki F. Hygiena powiatu kaliskiego. Zdrowie Nr 134, str. 440.

Wodę do picia mieszkańcy powiatu kaliskiego czerpią ze studzien, których ilość w przybliżeniu podać można na 2000; jak wykazała analiza, dokonana 1893 roku, woda pod względem czystości pozostawia wiele do życzenia. Domy mieszkalne są przeważnie drewniane, ilość powietrza w mieszkaniach niedostateczna, ustępy znajdują się tuż przy domach i składają się z budki drewnianej nad dołem, niczem nie wylanym i zazwyczaj nie dezynfekowanym. W całym powiecie niema ani jednej łazienki z wyjątkiem kilku żydowskich mykw. Ludność, przeważnie do klasy rolniczej należąca, żywi się prawie wyłącznie pokarmami roślinnymi i nabiałem, mięso zaś należy do świątecznych przysmaków. Ogólna ilość szkółek na cały powiat wynosi 34, urządzenie ich bardzo prymitywne, warunki hygieniczne zaniedbane. Śmiertelność w okresie ostatnich 13 1/9 lat wynosi 22,2%. Specyalny komitet sanitarny czuwa nad dobrocią produktów spożywczych, czystością w piekarniach, jadłodajniach i t. p. zakładach.

Grodecki F. Kilka słów o warunkach zdrowotnych początkowych szkół miejskich i chederów w Prenach, gubernii Suwalskiej. Zdrowie Nr 124 i 125, str. 16 i 60.

W miasteczku znajdują się dwie szkółki chrześciańskie jednoklasowe ogólne i tyleż żydowskich. Wszystkie szkółki pod względem hygienicznym pozostają w bardzo opłakanym stanie. Pokoje małe

i niskie, na jedno dziecko przypada przestrzeni 2,72 m³, podłoga brudna, niedostateczne lub wadliwe oświetlenie [z prawej strony], zupełny brak wentylacyi, częsta wilgoć, ławki najohyduiejsze wcale nie odpowiednie do wieku i wzrostu dzieci, blizkość wychodków i śmietników— oto obraz szkółki prenskiej. Badając stan rozwoju fizycznego dzieci, do szkółek i chederów uczęszczających, autor zauważył, że jest on gorszym u dzieci żydowskich, niż chrześciańskich. W końcu pracy autor podaje następujące wnioski i wskazówki, mające złemu zaradzić: 1) wypracować typ domu szkolnego, 2) określić maksymalną liczbę uczni w jednej szkółce, 3) urządzić wszędzie wentylacyę, 4) wprowadzać stopniowo hygieniczne meble szkolne, 5) urządzić odpowiednie miejsca ustępowe, 6) zaprowadzić kubełki z wodą i kubki, 7) zwiększyć pięciominutowe pauzy do dziesięciu minut, 8) raz w tygodniu urządzać rekreacye, 9) dzieci do lat 10 nie powinny dłużej przebywać w szkole nad 4 godziny, 10) określić minimalny wiek uczni szkółek początkowych i chederów, 11) wymagać od wstępujących do szkółek świadectwa szczepienia ospy, 12) zobowiązać mełamedów do rozpuszczania dzieci na letnie wakacye [obecnie to miejsca niema], 13) urządzić posadę lekarza szkółek.

Jaworska E. Kuchnia hygieniczna dla chorych. Przewodnik Hygieniczny Nr 1, rok 1896.

Dyetetyka w wielu bardzo chorobach jest ważnym czynnikiem terapeutycznym, to też umiejętność wybierania i przygotowywania potraw, jak również zachwalania ich przed chorym często przyjmowania pokarmów odmawiającym, jest ważną zaletą otaczających chorego. Przepisy i rady, jakie autorka w swym artykule podaje, są uastępujące; 1) wszystkie składniki, wchodzące do potraw i napojów, powinny być najlepszego gatunku, 2) powinny odznaczać się absolutną świeżością, 3) żywienie ma być o ile możności proste t. j. ilość składowych części, jak również ilość potraw na jedno danie w miarę możności ograniczać należy, 4) pokarmy chorym podawać trzeba w sposób powabny, 5) przestrzegać należy, aby osoby, dotknięte chorobami gorączkowemi lub zakaźnemi, miały oddzielne naczynia, 6) chorym nigdy wyboru potrawy pozostawiać nie powinniśmy, lub też zdradzać tajemnice ich przyrządzania, 7) ściśle przestrzegać należy czystości jamy ustnej przez płukanie takowej przed i po jedzeniu.

Merkel J. Hygiena miasta gubernialnego Kalisza. Zdrowie Nr. 126, str. 78, rok 1896.

Stan sanitarny miasta Kalisza, pomimo złego topograficznego swego położenia ze względu na bagnisty grunt, za względnie dobry poczytywać należy; Prawie wszystkie ulice miasta i podwórza domów są wybrukowane i utrzymywane w należytej czystości. Mieszkańcy miasta zaopatrują się we wodę do picia ze studzien, jakich Kalisz liczy 134; ponieważ analiza zaledwie w 30 studniach wykazała wodę zdatną

do picia, w roku 1894 wywiercono studnię artezyjską, która dostarcza zdrowej i czystej wody ilość dostateczną. Stałych mieszkańców Kalisz posiada 16364, dla odpoczynku i spaceru których miasto ma prócz ładnie zadrzewionych ulic trzy skwery i podmiejski wspaniały i pięknie utrzymywany park. Pomyje kuchenne odprowadzane bywają rynsztokami do rzeki, inne odpadki składają się w śmietnikach, na każdem podwórzu umieszczonych, zkąd następnie wywożone zostają za miasto; nieczystości z miejsc ustępowych również za miasto wywożone bywają w specyalnie zbudowanych beczkach, poczem już okoliczni włościanie zabierają je na swoje grunty. Ulice i rynsztoki utrzymywane są w należytej czystości: dwa razy dziennie po uprzedniem polewaniu zamiatają je stróże domowi. Ulice miasta, gmachy publiczne, fabryki, a także wiele domów prywatnych, oświetlone są gazem.—Od roku 1890 miasto Kalisz posiada wzorową bydłobójnię, gdzie miejscowy weterynarz stale odbywa przegląd zabijanej trzody, jak również poddaje mikroskopowej analizie mięso zabitych świń na obecność w niem trichin.—4 szkółki elementarne i 2 ochronki, jakie miasto utrzymuje, pod względem hygienicznym mało pozostawiają do życzenia.—Lecznictwo reprezentują dwa szpitale: szpital św. Trójcy i szpital żydowski. Do użytku ludności miasta służą trzy prywatne zakłady kąpielowe i jedna t. z. mykwa żydowska; wszędzie znajdujemy czystość i porządek.—Zmarłych swych kaliszanie grzebią na sześciu cmentarzach, które w dostatecznej odległości od miasta są położone na gruntach przeważnie piaszczystych. Wszystkie domy w Kaliszu [w ilości 604] są murowane z dość obszernemi zabrukowanemi i czysto utrzymywanemi podwórzami; lokale dość widne i obszerne, kuchnie zaopatrzone są w zlewy, zkąd nieczystości kuchenne spływają do rzeki lub jej kanałów. Nadzór sanitarny miasta spoczywa w rękach komisyi, w skład której wchodzą organy policyjne, lekarze, weterynarz i obywatelstwo miejskie.

Nusbaum H. Kobieta w społeczeństwie ze stanowiska przyrodniczego. Odczyt na korzyść Osad rolnych.

Kwestya kobieca—to głucha walka z niesprawiedliwością mężczyzny względem niewieściej połowy ludzkości, to świadomy protest przeciw pogwałceniu jej praw i dążeń życiowych. Czy słuszne jest żądanie kobiet uznania ich za istoty pod każdym względem równe mężczyznie, oto pytanie, rozwiązanie którego kwestyą kobiecą rozjaśnić może. Jak dowodzą liczne bardzo badania i pomiary, kobieta w porównaniu z mężczyzną przedstawia dość znaczne różnice w budowie swej, że pominiemy już narządy płciowe; w układzie kostnym, mięśniowym, naczyniowym i nerwowym widzimy wszędzie przewagę mężczyzny już nawet u progu życia jego. Zestawienie pomiarów czaszek, jak również wagi mózgu dowodzą, że ta ostatnia znajduje się w prostym stosunku do uzdolnienia umysłowego, że zawsze i u wszystkich narodów, na różnych szczeblach kultury, pozostających, przewaga mózgu jest po stronie mężczyzn i, co ważniejsza, różnica ta w miarę

rozwoju cywilizacyi wzrasta na niekorzyść kobiet. Lecz mniejsza pojemność czaszki kobiecej, lub mniejsza objętość mózgu *resp.* kory mózgowej, którą za siedlisko, narzędzia duszy poczytujemy, nie może jeszcze, zdaniem autora, służyć niezaprzeczonym dowodem niższości intelektualnej kobiet; zupełnie słusznie przypuszczać możemy, że kora mózgu niewieściego, jakkolwiek mniejsza objętością, subtelniejszej być za to może budowy, czyli że w każdym razie jest ona inną, niż kora mózgu męskiego, i jako taka przeznaczoną być musi do spełniania innych, niż ta ostatnia zadań. Górującą cechą umysłowości kobiecej jest uczuciowość, męskiej—rozum; lecz własności te, o ile oddzielnie występują, nie wielką rolę w rozwoju ludzkości odegrać mogą, tylko połączenie rozumu i miłości, czyli synteza męzkości i kobiecości w tym pochodzie potęgę stanowić może. Wobec powyższego usiłowania zrównać sprawność intelektualną obu płci jest dążeniem przeciw woli przyrody, przeciw prawom idei twórczej świata. Z biegiem czasu postępuje i rozwój umysłowości kobiecej i męskiej, lecz każdy inną drogą, w innym kierunku, co nie zmniejszać, lecz raczej zwiększać musi różnicę pomiędzy budową czaszki obu płci. Naturalnie cechy te umysłowości najbujniej i najrozkoszniej rozwijać się mogą w atmosferze światła wiedzy i nauki: oświata przeto jest tak niezbędną dla kobiety, jak i dla mężczyzny. Aby rzeczywiście postępy kobiet na tej drodze były możebne i widoczne, jasnem jest, że stosunki prawno-ekonomiczne, prawno-społeczne odnośnie do kobiet winny ulegać stopniowym przemianom, wsparte na humanitarnych podstawach.

Nussbaum H. Piękno w naturze ze stanowiska hygieny duszy i ciała. Odczyt, wypowiedziany w Zakopanem na korzyść Muzeum imienia dra Tytusa Chałubińskiego. Odbitka.

Stany duchowe wywierają potężny wpływ na czynności fizyologiczne człowieka dzięki wzajemnemu oddziaływaniu między wielkiemi półkulami mózgu, a resztą organizmu. O ile wszelkie wzruszenia moralne dodatnie [jak zadowolenie, wesołość i t. p.] wpływają pomyślnie na procesy fizyologiczne, o tyle wzruszenia moralne ujemnej natury [jak smutek, przygnębienie i t. p.] procesy te w wysokim stopniu upośledzają; stąd jasnem się staje, jak ważną rolę odgrywają w życiu jednostki czy też całego społeczeństwa różne czynniki, mogące jakąkolwiekbądź drogą chwile radości i rozkoszy moralnych człowiekowi dostarczyć. Najbardziej wszakże hygienicznemi, jeśli się tak wyrazić można, są wzruszenia, płynące z urzeczywistnienia się ideału piękna. Wszelkie płody geniuszu ludzkiego w sferze sztuki i artyzmu są nieskończonem źródłem rozkoszy, krzepiącej duszę i ciało człowieka, lecz niestety nie dla wszystkich są one dostępne. Jest zato jedno źródło, pełne najszczytniejszych może wzruszeń i dla każdego zawsze dostępnych, a tem źródłem jest otaczająca nas natura. Stosowne wychowanie i kształcenie młodocianego umysłu wiele wpłynąć może, aby człowiek

mógł ją należycie rozumieć i wyrobić w sobie wrażliwość na to wszystko, co jest w niej wzniosłem i pięknem. Ze stanowiska tedy hygieny rozwój poczucia piękna odnośnie do zjawisk przyrody, niemal codziennych, powszechnie przystępnych, spotęgowania wrażliwości naszej na piękno natury—jest walnem zadaniem pedagogii. Wrażliwość ta ze swej strony opartą być powinna na gruntowej wiedzy, jaka często zjawiska, zwykle uczucie brzydoty wywołujące, może uczynić bodźcami, sprowadzającymi uczucie piękna; wszak wiadomo każdemu, z jaką nieraz odrazą i wstrętem patrzy człowiek niewykształcony na pewne owady, które u naturalisty tylko podziw i zachwyt wzbudzić mogą dzięki zrozumieniu właśnie tej doskonałej zgody form i harmonii, jaka we wszechświecie panuje. Widzimy stąd, jaką doniosłość posiada w wychowaniu i wykształceniu wykład nauk przyrodniczych, które, rozwijając w młodzieńcu zmysł spostrzegawczy, uczą go jednocześnie poznawać czary natury i należycie je odczuwać: nic tak nie wpływa na szlachetność i łagodność charakteru, jak obcowanie z naturą, jak rozumienia i ukochanie jej. Poznając gruntownie różne zjawiska natury, jej nieustanne napięcie energii i nieprzepartą dążność do rozwoju i doskonałości, nabieramy sami energii do pracy, dążymy do coraz szerszego poznania i postępu, występujemy energicznie do walki o ideały. Kto dzięki umiejętnemu wychowaniu posiada dostateczną wrażliwość na to, co jest pięknem i wzniosłem, temu nieraz w chwilach smutku i niedoli jest ona najlepszym balsamem kojącym. Znanym dalej powszechnie jest fakt, że w wielu formach rozstrojonego zdrowia piękno natury staje się prawdziwym czynnikiem: leczniczym; są choroby nerwowe dla których jedynym prawie środkiem leczniczym jest pobyt wśród malowniczych miejscowości, które krzepiąco i kojąco na organizm oddziaływują. Stąd każdy zrozumie, jak ważną rolę w życiu społeczeństwa odgrywać mogą instytucye, ułatwiające podróże międzynarodowe dla poznania wielkiego dzieła natury.

Pamiątka z wystawy hygienicznej. Warszawa 1896 r.

W celu upamiętnienia wystawy hygienicznej redakcya „Zdrowia“ wydała zbiorową książkę, gdzie znajdujemy 20 artykułów, różne kwestye hygieny omawiających. Spotykamy tu następujące prace:

1) Myślmy o zdrowiu, J. Polak.

2) Przyczynek do badań antropologicznych nad ludnością Królestwa Polskiego, K. Daniłowicz-Strzelbicki.

3) O karmieniu i sztucznem żywieniu niemowląt dr. J. Kramsztyk.

4) Badanie mleka kobiecego i mamek, dr. A. Fruchtman.

5) Zabawki, A. Szyc.

6) Budynek szkolny, M. Rudakowski.

7) Kanalizacya małych miast, E. Sokal.

8) Domy bez dachów i piwnic, E. Goldberg.

9) Ochrony, E. Konopczyński.

10) Domy sierot, Wł. Połkotycki.

11) Warszawski dom sierot po robotnikach, K. Horoszewicz.

12) Krótkie wskazówki tyczące się hygienicznego urządzenia warunków szkolnych, S. Kühn.

13) Ociemniali i zakłady dla ociemniałych, Wł. Nowicki.

14) Głuchoniemi i zakłady dla głuchoniemych, Wj. Nowicki.

15) Kilka słów w sprawie zapobiegania zboczeniom mowy, dr. W. Ołtuszewski.

16) Kolonie karne, prof. Miklaszewski.

17) Domy moralnie zaniedbanych dzieci, A. Moldenhawer.

18) Statystyka pożarów w Warszawie w okresie czasu 20-letnim [1875—1894] M. Ciemniewski.

19) Badania bakteryologiczne wypróżnień przy durze brzusznym, S. Sterling.

20) Wyrażenia znakomite dotyczące zdrowia.

Pawlikowski A. O stosunkach zdrowotnych w m. Lwowie 1895. Przewodnik Hygieniczny, str. 129.

Na wstępie autor podnosi fakt poprawy zdrowotności miasta. W roku sprawozdawczym w porównaniu z latami ubiegłemi epidemie chorób zakaźnych były znacznie słabsze, jak również przebieg tych ostatnich okazał się łagodniejszym. Ogólna śmiertelność wynosiła 30,65 na 1000 mieszkańców; nagminny charakter miały tylko dwie choroby szkarlatyna i tyfus plamisty, które stosunkowo znaczną liczbę ofiar pochłonęły. Na szczególną uwagę zasługuje znaczne zmniejszenie się procentu śmiertelności od dyfterytu, co przypisać należy znakomitym własnościom surowicy antydyfterytycznej. Ilość miejsc w szpitalach, jak również zakładach dobroczynnych i przytułkach znacznie zwiększoną została dzięki założenia nowego zakładu położniczoginekologicznego i otworzeniu domu podrzutków i przytuliska dla kobiet bez dachu. W końcu autor wspomina, że dwie wielce doniosłe sprawy dla miasta, jak budowa wodociągów i centralnej rzeźni, znacznie postąpiły na drodze urzeczywistnienia się,

Pawlikowski A. O potrzebie elementarnej hygieny w szkołach ludowych i rzemieślniczych. Pamiętnik VII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, str. 107.

Potrzeba obowiązkowego wykładu hygieny w seminaryach nauczycielskich i duchownych, w akademiach technicznych, szkołach wydziałowych i przemysłowych, rzemieślniczych, średnich i ludowych uznawaną była przez wszystkie dotychczasowe zjazdy lekarzy i przyrodników polskich. Szerzenie wiadomości o zachowaniu zdrowia i rozwijaniu sił fizycznych nabiera coraz większego znaczenia wobec faktu, że nowoczesna cywilizacya stworzyła mnóstwo potrzeb i czynników już to fizycznych, już to psychicznych, które szkodliwie działają na

zdrowie człowieka. Już w najmłodszych przeto latach należy wskazywać dzieciom, na jakie szkodliwości człowiek jest w życiu narażony i jak skutecznie z niemi walczyć powinien. Jeżeli niezbędnem jest wszczepianie w młodociane umysły zasad religii celem umoralnienia jednostek, a co zatem i społeczeństwa, to niemniej ważnem poczytywać należy rozwijanie w nich zasad ochrony zdrowia, pomnąc, że w zdrowem ciele zdrowa dusza. Wobec doniosłości hygieny w życiu wszystkich społeczeństw i wszystkich ich warstw, zasady ochrony zdrowia i walki ze szkodliwościami w życiu powinny być wszczepiane już w najmłodszych latach we wszystkich rodzajach szkół, bez względu na zakres ich nauczania. Należy tylko naturalnie uwzględnić wiek i rozwój umysłowy uczącego się i dla tego w innej formie i w innym zakresie powinny być podawane wiadomości z hygieny w szkołach początkujących i ludowych, niż w średnich lub wyższych zakładach naukowych.

Na szczególną uwagę, zdaniem autora, zasługują tutaj szkoły rzemieślnicze, t. j. uczęszczane przez uczniów rzemieślniczych, a to ze względu na zawodowe szkodliwości i konieczność rozumienia ich unikania. Przy opracowywaniu podręczników i prowadzeniu wykładów hygieny prócz powyższych warunków ogólnych autor zwraca uwagę i na konieczność uwzględniania płci.—Otworzona nad żywotną tą kwestją dyskusya zakończoną została uchwaleniem wsiosków prelegenta, które streszczają się w dwóch postulatach: 1) Zjazd lekarzy i przyrodników polskich uznaje potrzebę wydania podręcznika, obejmującego hygienę z uwzględnieniem anatomii i fizyologii ciała ludzkiego w granicach odpowiednich poziomowi wykształcenia uczących się, 2) Zjazd lekarzy i przyrodników polskich uznaje potrzebę zaprowadzenia nauki hygieny na kursach dopełniających i rzemieślniczych.

Podolski. Bydłobójnia w Węgrowie. Zdrowie, Nr. 131, str. 338.

Miasto Węgrów wybudowało w roku 1895 nową bydłobójnię w odległości $^1/_4$ wiorsty od rogatek miejskich. Jest to budynek drewniany na podmurówce z cegły, kryty gontem; podzielono go na 3 nierówne części: na oddzielny szlachtuz dla bydła, oddzielny dla rzezi nierogacizny i na mieszkanie dla stróża. Podłoga, wylana wszędzie asfaltem, zaopatrzoną została w dwa spore otwory, którymi krew i płyny spływają do zbiornika, umieszczonego w suterynie; ten ostatni przedstawia basen wyłożony wszędzie cementem. Wewnątrz rzeźni umieszczono 2 pompy, za pomocą których czerpie się wodę studzienną dla łatwego spłukiwania podłogi. Ze zbiorników stróże nocą wywożą nieczystości kubłami na sąsiednie pola. W odległości 20 kroków od bydłobojni urządzono ogrodzenie, gdzie odbywa się rewizya weterynaryjna; za bydłobojnią mieści się szopa dla postoju bydła, podejrzanego o chorobę.

Polak J. Stan sanitarny miasta Warszawy za rok 1895. Zdrowie. Nr. 132, str. 387.

W pracy swej autor podaje ruch ludności miasta Warszawy za rok 1895, urządzenia hygieniczno-sanitarne, dokonane w tym roku, ilość szczepień ospy i wścieklizny, stan szkolnictwa i plantacyi, ruch w szpitalach i ambulatoryach płatnych i bezpłatnych i wreszcie liczbę lekarzy, aptek, felczerów i t. p.

Ponikło. Przyrząd dezinfekcyjny w szpitalu Św. Łazarza. Przegląd Lekarski, Nr. 44 i 45, str. 590 i 604, r.

Autor podaje opis i rysunek szematyczny przyrządu dezynfekcyjnego, za pomocą którego szybko i dokładnie odbywa się dezynfekcya największych nawet przedmiotów szpitalnych. Przyrząd ten systemu prof. Böhma znakomicie funkcyonuje od roku 1891 w kilku szpitalach wiedeńskich, a między innymi we wzorowym szpitalu Franciszka Józefa.

Serkowski. O potrzebie ustawy budowlanej dla gmin wiejskich i mniejszych miasteczek w Galicyi. Pamiętnik VII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, str. 101.

Odmalowawszy w żywych barwach kardynalne wady w budowie chat wiejskich, które urągają najelementarniejszym wymaganiom hygieny i dzięki temu niezmiernie utrudniają po wsiach walkę z chorobami zakaźnemi, dziesiątkującemi nieraz ludność miejscową, autor mniema, że sprawą tą powinien jaknajrychlej się zająć sejm krajowy, wydając odpowiednią ustawę budowlaną dla wsi i mniejszych miasteczek. Ustawa ta, uwzględniając niezbędne potrzeby hygieniczne, powinna jednak się liczyć z warunkami materyalnymi, aby nie zwiększać nadmiernie kosztów budowy. W dyskusyi nad tą kwestyą większość członków zjazdu podziela słuszne żądania prelegenta, poczem powzięto uchwałę, aby Zjazd przekazał tę sprawę specjalnej Komisyi, ktoraby opracowała projekt ustawy budowlanej i Wysokiemu Sejmowi Krajowemu przedłożyła.

Sonenberg M. Zgierz ze stanowiska sanitarnego. Zdrowie NN, 124, 125, 126, str. 3, 47, 86.

Miasto Zgierz, położone na wyżynie łódzko-zgierskiej w gubernii piotrkowskiej, jest ogniskiem przemysłu sukienniczego. Ulice dość szerokie w znacznej części nie są zabrukowane, w miejscach zaś, gdzie bruk ułożono, spotykamy głębokie doły i wyboje w porze słotnej błotem obficie wypełnione. Domy w dzielnicach przeważnie przez biedną ludność zamieszkałych mają podwórza niezabrukowane; tutaj zlewają się wszystkie nieczystości z mieszkań, odbywa się pranie bielizny i t. p. Dzięki małej ilości latarń (60 naftowych) miasto wieczorem zalegają ciemności. Mieszkania uboższej ludności, składające się przeważnie z jednej izdebki, są ciasne, wilgotne, brudne i chłodne; przy objętości 25—35 metrów sześc. znajduje pomieszczenie 5—7 osób. Tutaj spełniane bywają wszystkie czynności, wzakres gospodarstwa wchodzące (pranie

gotowaniei t. p.), co czyni powietrze niezmiernie ciężkiem i smrodliwem. Kilka razy otwierana łaźnia utrzymać się nie mogła, gdyż mało kto korzysta z kąpieli: ludność na punkcie czystości ciała jest bardzo opieszałą. Studnie, jak niedawno dowiodły bakteryologiczne i chemiczne poszukiwania, pozostają w bardzo opłakanym stanie, z 236 studzien zaledwie w 36 uznano wodę za możliwą do użytku. Urządzenia kloaczne i wywózka nieczystości pozostają w bardzo pierwotnym stanie: nocą zawartość dołów kloacznych wybieraną bywa kubłami i w niehermytycznie zamkniętych wozach wywożoną za miasto. Ludność, szczególniej rzemieślnicza odznacza się wielkiem opilstwem; jedno miejsce sprzedaży napojów wyskokowych przypada na 310 mieszkańców. Prostytucya szczególnie potajemna bardzo rozgałęziona; wśród robotnic fabrycznych syfilis zajmuje dość znaczną pozycyę w szeregu chorób. Przytułek dla starców i nieuleczalnych kalek, ochronka dla dzieci, stowarzyszenie czeladzi sukienniczej, kasa oszczędności, straż ogniowa ochotnicza i żydowskie stowarzyszenie niesienia pomocy współwyznawcom— oto instytucye filantropijno-ochronne. Felczerstwo i znachorstwo w mieście i okolicach zapuściło bujne i głębokie korzenie. Rodność miasta w ostatnich latach przewyższa smiertelność; ilość ślubów wynosi 4,7 na 1000 mieszkańców.

Tchórznicki, Sokal, Markiewicz i Polak. O łaźniach ludowych w zastosowaniu do naszych potrzeb. Pamiętnik VII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, str. 115.

We wstępie swej pracy autorzy podają rys historyczny kąpieli począwszy od czasów rzymskich z charakterystyką różnych rodzajów kąpieli, poczem omawiają sprawę od kilku lat projektowanych kąpieli ludowych w Warszawie. Założenie tych ostatnich posiada pierwszorzędną wagę i powinno być uważane za sprawę społeczną, której rozwiązanie ciąży na miastach i gminach, z kolei następnie niezbędnemi są kąpiele dla szkół publicznych i dla robotników, którzy z zawodu najwięcej podlegają wpływom, skórę zanieczyszczającym. Zakłady kąpielowe należy uczynić bardzo przystępnymi, naznaczając możliwie niską cenę; co się zaś tyczy rodzaju kąpieli, to dla celów ludowych autorzy uważają za najodpowiedniejsze natryski i łaźnie. Pracę dr. Szumlański zreferował i powyższe wnioski przedstawił na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

Tchórznicki J. i Wojnicz. R. Mieszkania dla robotników. Odbitka ze „Zdrowia".

Mieszkania biednej klasy robotniczej w Warszawie pozostają w najgorszych warunkach hygienicznych, nie mało przyczyniając się do szerzenia występków i niemoralności. Aby zebrać dane, jak mieszka u nas biedna klasa robotnicza, autorzy przeprowadzili badania w jednym z domów, położonym w bardziej oddalonej dzielnicy miasta. Dom ten o większej ilości izb ma charakter koszar dla robotników i najja-

skrawiej maluje warunki hygieniczne mieszkań klasy ubogiej. 207 znajdujących się w nim pokoików zajmuje 1235 osób, licząc 2 dzieci do lat 12 za jedną osobę dorosłą. Piece w izbach ceglane z kuchenkami angielskiemi, podłogi wszędzie drewniane, w suterenach zgniłe; bez wszelkiej wentylacyi jest 167 pokoi a i reszta nie odpowiada wymaganym tu warunkom. Skupienie ludności jest straszne, gdyż wypada 5.83 osob przeciętnie na izbę; ilość powietrza, przypadająca na jednego osobnika, średnio wynosi 0,73 sążnia kubicznego [minimum powinno być 1 sążeń kubiczny], w suterenach wypada 0,54, na facyatach zaś zaledwie 0,33 na indywiduum. Pokoiki są małe i w znacznej swej części [60%] mają objętość mniejszą od lokali jednoizbowych w innych dzielnicach miasta przy względnej drożyznie, gdyż tylko dziesięć procent lokali odznacza się umiarkowaną ceną. Określając w stosunku do ilości powietrza autorzy znaleźli, że jeden sążeń kubiczny powietrza kosztuje tu rs. 20 kop. 24, w suterenach rs. 22, a na facyatach dochodzi nawet do rs. 32 Z zestawienia powyższych cen z cenami za mieszkania w innych dzielnicach Warszawy, widzimy, że izby dla robotników są droższe, niż pokoiki w śródmieściu i że najdroższe wogóle są poddasza. Przepełnienie mieszkań przy braku elementarnych warunków hygienicznych idzie w parze ze śmiertelnością, sprzyjając rozwojowi chorób zakaźnych. Sutereny, jako pomieszczenia najgorsze, prawie zawsze wilgotne, bez powietrza i światła powinny być, zdaniem autorów, zupełnie zamknięte i mieszkanie w nich zabronione; co się zaś tyczy poddaszy, to te, jako mniej szkodliwe, do czasu mogą zostać, jakkolwiek w domach nowych budowane być nie powinny. Wogóle system koszarowy mieszkań jest niepraktyczny i uznany być może jedynie tylko przy zostosowaniu bezwarunkowem kanalizacyi, wind i ogólnych pralni. Ideałem prawdziwie hygienicznego mieszkania dla klasy ubogiej jest domek pojedyńczy z przyległym ogródkiem, zbliżony do typu chaty wiejskiej, Urzeczywistnienie tego ideału nie było by trudnem, gdyby się zawiązało „Towarzystwo budowy tanich mieszkań w okolicach podmiejskich" które by dawało domki te na własność robotnikom, otrzymując amortyzacyę długu i pewien procent w postaci komornego przez pewien przeciąg lat.

Wojciechowski B. Hygieniczne warunki gimnazyum męskiego w Kaliszu. Zdrowie N. 125, str. 42.

Gimnazyum męskie w Kaliszu [dawniej szkoła wyższa realna] mieści się w budynku murowanym w kształcie podkowy, której wklęsła część zwróconą jest ku południowi. Składa się on ze środkowogo i dwóch bocznych pawilonów; w pierwszym mieści się biblioteka i kancelarya, w drugich klassy. Przewietrzanie klass odbywa się zapomocą dwóch systemów wentylatorów, którym z pomocą podczas pauzy przychodzi jeszcze otwieranie lufcików. Klasy ogrzewane bywają węglem do t. 12°—15° R. We wszystkich klasach światło pada z lewej strony siedzących; ławki, z wyjątkiem klasy wstępnej, systemu pierwotnego; średnia przestrzeń na każdego ucznia wynosi 3 m³. Miejsce

ustępowe, jakkolwiek dotyka odtyłu lewego pawilonu, dzięki starannej dezynfekcyi i częstemu przewietrzaniu, na stan powietrza w klasach wcale nie wpływa. Stan zdrowotny uczniów bardzo dobry; zakaźnych chorób w roku 1895 prawie nie notowano. Dwa razy [1887 r. i 1894 r.] dokonane było zbiorowe szczepienie ospy.

Żurakowski A. Wyniki badania bakteryologicznego wody filtrowanej w Warszawie w r. 1895. Medycyna N. 28 i 29 rok 1896.

Stawiane przez Kocn'a wymagania ścisłego określania maximum ilości bakteryi [100 w 1 ctm³] w przefiltrowanej wodzie, jaka idzie na użytek mieszkańców miasta, w praktyce spełnione być nie mogą ze względu na różnorodne czynniki, jakie zawsze we wzorowych nawet filtrach na czystość wody wpływają. Naprzód obserwacye przekonały autora, że w miarę przybierania Wisły woda mętnieje, czemu znów zawsze towarzyszy powiększenie ilości bakteryi w 1 ctm³. Woda, spływająca z osadników do filtrów, w roku ubiegłym zawierała o 21,4% mniej bakteryj, niż woda surowa do osadników z Wisły pompowana. Na własności bakteryologiczne wody czystej wpływają następujące czynniki: ciśnienie, pod którem się woda filtruje, dosypywanie świeżego piasku do filtru i zanieczyszczanie wody surowej podczas przyborów rzeki. Prócz tych normalnych przyczyn zaburzenia filtracyi, zdarzają się jeszcze przypadkowe zaburzenia w samej mechanice filtracyi, jak np. pęknięcie kominków w filtrze i t. p.; w końcu i wiek filtru jest często przyczyną nadmiernej ilości bakteryi w wodzie przefiltrowanej. Statystyczne dane, wynikające z badań autora, dowodzą, że przeciętna ilość bakteryi w wodzie wiślanej, przychodzącej do osadników, wynosiła w roku ubiegłym 2785, liczbę więc tę należy uważać za normę; dni, w których ilość bakteryi w 1 ctm³ wody przefiltrowanej nie przekraczała 100, t. j. normy Kocn'a było 329. Usiłowania określenia zależności ilości bakteryi w filtracie od ilości bakteryi w wodzie surowej pozwoliły autorowi wykryć prawo, według którego bakterye w filtracie pochodzą z dwóch źródeł: z wody surowej i z materyału filtrującego i że ilość bakteryi w filtracie jest w warunkach prawidłowych wprost proporcyonalna do ilości bakteryi w wodzie surowej.

Żurakowski A. Kilka spostrzeżeń nad kolektorem bielańskim. Medycyna N. 4. rok 1896.

W celu przekonania się, czy we własnościach wody kanałowej podczas jej biegu zachodzą jakie wahania pod względem bakteryologicznym, autor brał próbki z trzech różnie oddalonych od siebie punktów kanału: dokładność analizy wymagała czerpania z jednego i tego samego słupu wody, co uskutecznionem było za pomocą pływaka drewnianego, który, unoszony prądem, dawał znać rozstawionym w tych punktach badaczom, w jakiej chwili próbę zaczerpnąć należało. Hodowle na płytkach żelatynowych z tej wody wykazały, że poważniejszych wahań w zawartości bakteryi na przestrzeni całego kanału zauważyć nie

można, co, zdaeiem autora, tłomaczyć należy brakiem światła i roślinności zielonej; za to ruch wody i dostęp powietrza utrudniają rozmnażanie się bakteryi.

Elsenberg A. W kwestyi profilaktyki chorób wenerycznych. Gazeta Lekarska, str. 494, 523, 544, 565, 597, 619, 670, 698, 730, 755, 1065, rok 1896.

Patrz dział XXIII—Varia.

Majkowski J. W sprawie nierządu publicznego i zapobiegania chorobom wenerycznym. Medycyna, str. 43, 65, 90, 114, 141.

Patrz dział XXIII—Varia.

Sakowicz. Materace szpitalne. Pamiętnik Towarzystwa Lakarskiego Warszawskiego. Zeszyt II, str. 557.

Patrz dział XXI—Szpitalnictwo.

Dyskusya w Tow. Lek. Krak. nad mlekiem w Krakowie i nad sposobami zapobiegania jego fałszowaniu i zanieczyszczeniu. Przegl. Lekarski, Nr. 31, str. 429, r. 1896.

Dyskusya w Tow. Lek. Warszawskiem nad badaniem bakteryologicznem wody wiślanej. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Zeszyt II, str. 556, rok. 1896.

XX. EPIDEMIOLOGIA.

Sprawozdawca

T. Korzon.

Ciechanowski. Struma i cretinisums. Przegląd. Lek. str. 625. Autor na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego w dniu 21 Pazdziernika 1896 roku przedstawił mapę i tablice graficzne, przedstawiające rozpowszechnienie wola w Galicyi i stosunek jego do kretynizmu. Wynika ztąd, że kretyni stanowią $^1/_{10}$ część dotkniętych wolem. W dyskusyi D-r Mars zaznaczył, że endemie wola przywiązane są do pewnych miejscowości. W celu dalszego badania tej kwestyi D-r Mars proponuje rozesłanie odpowiednich kwestyonaryuszów do lekarzy powiatowych, duchowieństwa i lekarzy praktykujących.

Margulięs B. Walka z epidemią błonicy w powiecie Kozłowskim gubernii Tambowskiej.

Sprawozdanie obejmuje czas od d. 6 września do 6 stycznia 1896 r. Przypadków błonicy miał autor 568 w 8 wioskach. Na zasadzie obserwacyi wypowiada autor zdanie, że zarazek błonicy przenosi się tylko przez zetknięcie. Kulminacyjnego punktu dosięgła epidemia błonicy w listopadzie, co, według autora, tłómaczy się atmosferycznymi warunkami, które najbardziej mogą z jednej strony sprzyjać rozwojowi samego zarazka, z drugiej zaś, powodują zaziębienia, utrudniają zachonie czystości ciała i skupiają ludzi po chatach — wytwarzają w organizmie mniejszą odporność przeciw zarażeniu.

Sądząc z przebiegu klinicznego i odsetki śmiertelności, uważa autor wspomnianą epidemię za dosyć ciężką.

Przytacza autor dość drobiazgową statystykę obserwowanych przypadków, wykazującą, że lecznicze działanie surowicy przeciwbłoniczej (Behring'a i Aronson'a) daje bezwarunkowo bardzo dodatnie wyniki. U dzieci, leczonych surowicą, zejść śmiertelnych przed 6-ym dniem choroby było 30.25% u nieleczonych zaś 60.12% Jeżeli wziąć pod uwagę liczbę zejść śmiertelnych po 8 dniach choroby, to u leczonych śmiertelność wynosi 14%, a u nieleczonych 7% — z czego wyprowadza autor wniosek, że przy stosowaniu surowicy śmierć następuje później gdyż wyższa liczba śmiertelności idzie w danym wypadku na karb większej siły zakażenia i życie przedłużono do 8 dni tylko dzięki surowicy.

Cyframi dowodzi autor twierdzenia, że im później od początku choroby stosować surowicę, tem bardziej powiększa się odsetka śmiertelności. Na zasadzie cyfrowego materyjału wypowiada również zdanie, że najbardziej usposobione do błonicy są dzieci od 2 — 12 lat, najtrudniej zaś walczą z jadem błonicy dzieci od 1 — 7 lat włącznie

Do najbardziej ciężkich zalicza autor te przypadki w których zajętą była krtań — śmiertelność bowiem wynosiła 61,54%, Autor zbija zdanie, jakoby po wstrzyknięciu surowicy objawy choroby się wzmagały — twierdzi natomiast, że działanie surowicy na drugi dzień po wstrzyknięciu jeszcze się nie uwidocznia i rozwój choroby wskutek tego jeszcze postępuje naprzód. Śmierć, podług obserwacyi autora, następowała przy objawach zakażenia ogólnego lub też przy objawach porażenia serca. Surowicę przeciwbłoniczną uważa autor za środek, leczący większość przypadków, poddanych leczeniu we właściwym czasie, lecz bynajmniej nie za cudowny, wyrywający chorego, stojącego prawie u grobu z objęcia śmierci.

Zastrzykiwania zapobiegawcze mogą, zdaniem autora, oddać nieocenione usługi w walce z epidemią błonicy, nie mogą jednak służyć za podstawę do tej walki, nie wyrugują zatem przedsiębranych w czasie epidemii dezynfekcyi i izolacyi.

Podniesienie zaś poziomu oświaty ludowej i rozpowszechnienie zasad hygieny również potężną może stanowić ochronę przed zniszczeniem, zrządzonem przez epidemie, a błonicę w szczególności.

Rundo H. O epidemii cholery azyatyckiej w Łodzi w r. 1894. Medycyna str. 130.

Cholera azyatycka przeniesioną została do Łodzi z jej najbliższych okolic. Grasowała prawie wyłącznie w dwóch dzielnicach: na Starem Mieście i na Bałutach, gdzie warunki sanitarne były opłakane. Ludność, zamieszkująca obie dzielnice, należy do najuboższej klasy i w znacznej części składa się z żydów. Brak wodociągów w Łodzi znacznie się też przyczyniał do rozwoju epidemii; niemałą rolę w rozszerzaniu się cholery grało również ukrywanie chorych przed władzą i lekarzami. W ciągu 2 miesięcy trwania epidemii chorowało 400 osób. Dokładnych danych co do liczby chorych i zmarłych na cholerę niema. Szpitali cholerycznych czynnych pod czas epidemii było 4.

Na zasadzie klinicznego przebiegu choroby autor dzieli wogóle przypadki cholery na 4 kategorje. Pierwsze 2 przebiegały bez okresu zamartwiczego i różniły się tylko natężeniem zwykłych objawów. W 3-ej kategoryi znajdowano okres zamartwiczy, trwający od 1 — 3 dni, ale nie spotykano cholera-tyfoidu i innych powikłań. Przypadki tej kategoryi były bardzo częste, zwłaszcza na wysokości rozwoju epidemii. W przypadkach 4-ej kategorji okres zamartwiczy trwał dłużej; były powikłania cholera-tyfoidu i inne.

Powikłania cholery, obserwowane przez autora podczas epidemii, były następujące: cholera tyfoid, erythema, krwawe wypróżnienia, poronienia, zapalenia rogówki z owrzodzeniem, zapalenie łącznicy i wynaczynienia podłącznicowe na skutek silnych wymiotów, róża, krwotoki z nosa, krwioplucie, haematuria, angina diphteritica i odleżyny.

Pod względem terapii autor obserwował dobre skutki z morfiny, zastrzykiwanej podskórnie przeciw wymiotom.

XXI. SZPITALNICTWO, STATYSTYKA, SPRAWOZDANIA I ZJAZDY.

Sprawozdawca

T. Korzon.

Alberti. Sprawozdanie chemika miejskiego Krakowskiego z czynności za rok 1895. Przewodnik Hygien. N. 4.

Znajduje się tu wyszczególnienie różnych produktów spożywczych i użyteczności publicznej, jakie poddawane były analizie i rezultaty przy tem otrzymane.

Buszek J. Sprawozdanie ze Zjazdu higienistów niemieckich odbytego w Kolonii. Przegląd Lek. str. 525, 540, 553.

Członków liczył zjazd 291. Radca budownictwa Thiem i prof. higieny Fischer mówili o „zaopatrywaniu w wodę gruntową, ze szczególnem uwzględnieniem uwalniania jej od żelaza“. Obaj referenci zalecają wodę gruntową zamiast powierzchownej rzecznej, jako zupełnie czystą pod względem bakteryologicznym i podają łatwo wykonalne sposoby, jakie nawet są już w zastosowaniu, do uwolnienia wody od związków żelaza.

D-r Brenneke referował w kwestyi urządzania przytułków położniczych. Mówca gorąco podnosił korzyści, jakie społeczeństwo z tych instytucyj mieć będzie, jeżeli kobiety ubogie będą mogły przebywać w nich poród i połóg pod umiejętną opieką.

Prof. D-r Fränkel mówił o zwalczaniu błonicy, proponując urządzenie stacyi centralnych, któreby bakteryologicznie rozpoznawały błonicę, i specyjalnych stacyi dla rekonwalescentów w myśl faktu, że w gardzieli takich osób przez dłuższy czas znajdowano żyjące prątki Löfler'a. Odosobnienie chorych uważa referent za jeden z najważniejszych zabiegów profilaktycznych — zaleca również zapobiegawcze stosowanie surowicy Behring'a.

D-r Merkel mówił o współdziałaniu lekarzy przy wykonywaniu higieny przemysłowej, a prof. Busley o stosunkach zdrowotnych w marynarce handlowej i na nowoczesnych okrętach.

Flaum M. Druga wystawa hygieniczna w Warszawie. Gazeta Lek. str. 1070.

Sprawozdanie to z wystawy jest dalszym ciągiem artykułu o wystawie Szumlańskiego — i zawiera rozbiór działu fizyczno-chemicznego. Autor wytyka temu działowi brak uwzględnienia strony czysto hygienicznej ale chwali opracowanie z punktu widzenia fizyki i chemii.

Kongres hygieniczny międzynarodowy. Zdrowie, str. 482.

W artykule o IX kongresie hygienicznym międzynarodowym wyrażony jest pogląd na znaczenie kongresów naukowych w ogólności, a lekarskich w szczególności. Zdanie autora jest takie, że kongresy lekarskie mogą przynosić korzyść, o ile obejmują pewien ściśle określony dział nauk lekarskich; o ile spotykają się ze sobą i omawiają osobiście ważniejsze kwestyje naukowe wybitni specyaliści, którzy znają się już wzajemnie ze swych prac. Bezpośrednie praktyczne znaczenie dla społeczeństwa mają kongresy hygieniczne, których wnioski zawsze stanowią ważne karty w dziejach hygieny; rządy zaś, z obowiązku przyjmujące protektorat na kongresami i miasta, w których się te ostatnie odbywają — będą zawsze w pewnym stopniu pod ich wpływem.

Wyliczywszy miasta w których się dotychczas międzynarodowe kongresy hygieniczne odbywały, przytacza autor skład komitetu, a w ogólnych zarysach program i warunki kongresu Madryckiego w październiku 1897 roku.

Ogólny pogląd na rozwój szpitali w Galicyi. Przegląd Lekarski str. 323.

W artykule tym zaznacza autor, że dotyka tylko sprawy szpitalprowincjonalnych. Znajdujemy tu szczegółowy pogląd zmian, jakie zachodziły w administrowaniu szpitalami prowincyonalnymi — z czego okazuje się, że administracya i urządzenie szpitali prowincyonalnych znacznie się poprawiły z chwilą przejścia zarządu nimi w ręce Wydziału Krajowego. Marszałkowanie Zyblikiewicza spowodowało znów upadek szpitali, ponieważ Zyblikiewicz był wielkim przeciwnikiem wydatków na szpitale i dopiero podwyższenie taksy leczenia przez Wydział Krajowy przyczyniło się do ponownego podniesienia się szpitali. Stwierdza autor niedostateczną liczbę szpitali w stosunku do ilości mieszkańców — 1 szpital na 237 tysięcy, a jedno łóżko na 1400 mieszkańców.

Słabe strony szpitali prowincyonalnych dadzą się sprowadzić do 3 zasadniczych punktów — mianowicie: 1) do niewiadomości, kto ma obowiązek budować i przebudowywać szpitale; 2) do bezpośredniego zarządu szpitalami przez Rady gminne i powiatowe, co pod wielu względami źle wpływa na stan szpitali; 3) do ogromnej korespondencyi zarządów dla odszukania własności chorych i świadectw ubóstwa tych chorych, którzy oświadczają, że za leczenie płacić nie mogą. Autor wyraża nadzieję, że nowa ustawa, która wezwie do zarządu szpitalami wszystkie czynniki interesowane t. j. reprezentantów gmin, powiatów i Wydziału Krajowego i rozszerzy wpływ lekarza ordynującego — naprawi braki zarządu i administracyi.

Sprawa budowy i przebudowy najlepiej, zdaniem autora, dałyby się rozwiązać w ten sposób, żeby koszta ponosiły miasta i powiaty, w których się szpitale znajdują i żeby pewna kwota była na ten cel użytkowana z funduszu Krajowego.

Ściąganie kosztów leczenia proponuje autor wykonywać w ten sposób, żeby t. z. Kranken-Kassy płaciły na szpitale do funduszu Krajowego corocznie sumę, przypadającą z przecięcia za ostatnie trzechlecie.

Rogowicz J. Przytułki dla biednych rodzących w Warszawie. Medycyna str. 354, 380, 412, 436.

W 4-ech artykułach znajdujemy krytyczny rozbiór zasad, na jakich urządzone są przytułki położnicze w Warszawie, krytykę rozmieszczenia ich w różnych dzielnicach i propozycje autora, mające na celu poprawienie wadliwych stron tych instytucyj.

Pod względem rozmieszczenia przytułków formułuje autor powyższy zarzut tej treści, że przytułki dla biednych rodzących znajdują się skupione w częściach miasta najmniej przez ubogą ludność zamieszkałych. Przytułek zaś dla żydówek po wielu peregrynacyjach z Muranowa został przeniesiony na plac św. Aleksandra, wskutek czego żydówki bardzo mało z niego korzystają.

Ostro krytykuje autor urządzenie przytułku dla mamek przy przytułku położniczym na placu św. Aleksandra.

Z opisu autora widać, że instytucya ta jest bardzo niedogodną dla publiczności, korzystającej z takiego niby ułatwienia w znalezieniu mamki, a celu, w jakim była urządzona (przysporzenie dochodu przytułkom położniczym) wcale nie osiąga. Urządzenie przytułku dla mamek dało tylko możność, zdaniem autora, różnym stręczycielkom mamek dogodniejszego prowadzenia swych interesów.

Uważa autor za bardzo nieodpowiednie zarządzenie skarbonek z początku przeznaczonych dla ofiar dobrowolnych, ale później z modyfikowanych w ten sposób, że wymagano od kobiety przybywającej w bólach porodowych, opłaty rubla pod groźbą nieprzyjęcia jej do przytułku.

Oponuje również autor przeciwko urządzeniu nadetatowych płatnych ózek w przytułkach, że nawet materyjalnej korzyści z nich niema, a moralna strona dobroczynnej w zasadzie instytucyi cierpi na tem.

Żąda autor zniesienia zupełnego przytułku dla mamek, skarbonek, a tembardziej, przymusowej opłaty w kwocie 1 rubla — natomiast zaleca ułatwienie publice poszukiwania mamek w przytułkach położniczych za opłatą 5 rs. od każdej znalezionej tam kandydatki. Żąda dalej rozszerzenia zakresu działalności przytułków, powiększenia ilości łóżek bezpłatnych i założenia specyalnego przytułku dla żydówek w odpowiedniem na to miejscu.

Rymarkiewicz J. Szpital starozakonnych w Kaliszu. Zdrowie, str. 125.

Opis zawiera w sobie historyę powstania i rozwoju stopniowego szpitala dla żydów w Kaliszu. Obecnie szpital posiada 55 łóżek. Szpital składa się z domu frontowego, oficyny, bóżnicy i trupiarni.

W domu frontowym są 43 łóżka: 22 dla mężczyzn i 1 dla kobiet, tamże znajduje się sala operacyjna.

W oficynie jest 12 łóżek. Oświetlenie szpitala jest po części gazowe, po części naftowe. Najwięcej przyczynił się do podniesienia i utrzymania szpitala opiekun jego p. Mamroth, który dużo pieniędzy na ten cel ofiarował. Od założenia szpitala do czasu obecnego lekarzami ordynującymi byli kolejno: Morgenstern, Redlich, Antoni Rymarkiewicz, Stopieżyński, a teraz jej Józef Rymarkiewicz.

Sakowicz. Materace dla szpitali. Zdrowie, str. 128.

Autor podnosi ważność dobrej pościeli dla chorych, szczególniej dla takich, którzy z natury swego cierpienia przez długi czas muszą pozostawać w łóżku.

Pościel, będąc dogodną dla chorych, powinna nadawać się do łatwej i skutecznej dezynfekcyi.

Wypróbowawszy materace rozmaitych rodzajów, doszedł autor do przekonania, że najlepiej odpowiadają wszystkim wymaganiom materace jego pomysłu—składające się ze słomy w snopach. Słoma układa się

w kilkanaście warstw w ten sposób, że jedna warstwa leży w kierunku podłużnym materaca, a druga w poprzecznym. W materacu, który autor umieścił na wystawie hygienicznej w Warszawie, znajdowało się 22 takich warstw. Tworzą one rodzaj resorów lub siatki elastycznej, niełamiącej się, zawierającej dużo powietrza i łatwej do przewentylowania. Materace te były kilkakrotnie nagradzane medalami.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1894. Przegląd Lekarski Nr. 46, 47, 48.

Znajdujemy tu szczegółowe cyfrowe dane, dotyczące ruchu ludności: t. j. ilość zaślubin, urodzeń, śmierci; dalej idzie śmiertelność szczegółowa z następującymi rubrykami: 1) ilość dzieci zmarłych w 1-szym roku życia z braku sił żywotnych, 2) choroby zakaźne, 3) przypadki gwałtownej śmierci.

Trzeci dział stanowią zakłady lecznicze i humanitarne: 1) szpitale, 2) zakłady położnicze, 3) zdrojowiska.

Czwarty dział—ułomni, pomieszczeni w zakładach: 1) obłąkani 2) kretyni, 3) głuchoniemi, 4) ciemni, 5) nałogowi pijacy.

Piąty dział—szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.

Prócz tego znajdujemy liczbowe dane co do ilości służby zdrowia według wszelkich jej rodzajów i wyszczególnienie ilości dezynfekcyjnych przyrządów w różnych instytucyach.

Sprawozdanie ze szpitali krajowych w Galicyi za r. 1894. Nowiny Lek. str. 381. Przegląd Lek. str. 110.

Sprawozdanie stanowi książkę o 400 stronach i wykazuje istnienie 28 szpitali w Galicyi. Pierwsze miejsca zajmują szpitale Krakowski i Lwowski, każdy o 700 łóżkach.

Pensye prymaryuszów wynoszą 1500 guldenów, a sekundaryuszów 500—600 guldenów. Szpitale Krakowski i Lwowski odpowiadają wszelkim nowoczesnym wymaganiom. W opłakanym stanie znajdują się szpitale prowincyonalne. Sprawozdania tych szpitali grzeszą bardzo pod względem naukowym. Tak np. figurują jako samodzielne postacie chorobowe: *Haemoptoe*, *hydrops universalis*, a *Variola*, *Morbilli* należą do rzędu chorób skórnych.

Ciekawem jest sprawozdanie szpitala dla umysłowych chorych w Kulparkowie.

Większość chorych stanowili mężczyźni 410; kobiet było 313.

Wśród przyczyn wywołujących choroby umysłowe najwięcej spotykano: 1) dziedziczność, 2) alkoholizm, 3) syfilis, 4) samogwałt, niedokrewność i wyniszczenie ogólne.

Ze sprawozdania tego widać, że obchodzenie się z chorymi jest bardzo dobre, bo były tylko dwa przypadki uszkodzenia chorych przez służbę. Obaj winowajcy ulegli karze.

Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie. Przegląd Lek. str. 201.

W sprawozdaniu znajdujemy wymieniony personel lekarski szpitala dla dzieci, szczegółowy wykaz ilości dzieci, leczonych w szpitalu z klasyfikacyą co do wieku i rodzaju choroby. Lwią część w statystyce przypadków chorób zakaźnych zajmuje błonica.

Szumlański W. Druga wystawa hygieniczna w Warszawie. Gaz. Lek. str. 578, 680, 959.

Artykuły o wystawie zawierają krótki rys powstania wystawy. skład zarządu wystawy i związły przegląd kilku ważniejszych działów, jako to: bakteryologicznego i farmaceutycznego.

Szwajcer J. O ruchu chorych w szpitalu zapasowym. Medycyna N. 94, 189, 309, 415. 508, 618, 712, 806, 923, 1018, 1212, 1329.

Sprawozdania o ruchu chorych w szpitalu Zapasowym w Warszawie obejmują czas od Grudnia r. 1895 do Listopada r. 1896 włącznie. Autor przytacza ogólną liczbę chorych, pozostających na każdy miesiąc w szpitalu; liczbę biletów odmownych, danych zgłaszającym się chorym liczbę chorych na każdą chorobę zakaźną w szczególności, wraz z ilością zejść śmiertelnych. Prócz tego autor przeprowadza porównanie pod względem ilości chorych zakaźnych z każdym poprzedzającym miesiącem i z takimże miesiącem roku poprzedniego. Przy chorobach zakaźnych, występujących epidemicznie, autor podaje dzielnice i ulice miasta skąd dany chory przybył.

Ze sprawozdań tych widać, w jakich miesiącach jakie choroby zakaźne najliczniej w szpitalu zapasowym figurowały. Wykaz ten przedstawia się w sposób następujący: ospa najsilniej wystąpiła we Wrześniu, przypadków 26; tyfus brzuszny w Sierpniu przyp. 12; odra w Styczniu i Kwietniu po 14 przyp.; tyfus wysypkowy w Styczniu i Lipcu po 4 przyp. róża w Styczniu i Wrześniu po 23 przyp.; dysenterya w Sierpniu przyp. 71; *angina follicularis* we Wrześniu przyp. 12; szkarlatyna w Listopadzie przyp. 26; błonica w Lutym przyp. 4; zapalenie płuc włóknikowe w Styczniu przyp. 6.

Z innych chorób zakaźnych spotykano w szpitalu następujące: zimnicę, gruźlicę płuc, ostrą gróźlicę prosówkową, zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, ospę wietrzną, wąglik, tężec, cholerynę.

Wniosek Komitetu Towarzystwa Lekarskiego w sprawie przeniesienia szpitala Dz. Jezus. Pam. Tow. Lek. str. 1176 r. 1896.

Na posiedzeniu klinicznem z dnia 17 Listopada 1896 r. D-r Markiewicz odczytał wniosek komitetu, wybranego na posiedzeniu 20 Października, w sprawie przeniesienia szpitala następującej treści:

1) Budowa szpitala lub domu wychowawczego na Folwarku S-to Krzyzkim jest niewłaściwa z powodu a) bliskiego sąsiedztwa stacyi filtrów, b) przecięcia folwarku przez dwie ulice, c) hałaśliwego sąsiedztwa

tychże ulic i stacyi dr. żel. Warszawsko-Wiedeńskiej, d) z powodu niewygodnej figury placu, e) ze względu na położenie w dzielnicy zabudowanej i do dalszego zabudowania nadającej się.

2) Plac po wystawie hygienicznej uznano za niewłaściwy do budowy szpitala, ponieważ w niedalekiej przyszłości znajdzie się w środku zabudowanej dzielnicy.

3) Uznano za konieczne oddzielenie domu wychowawczego od szpitala.

4) Za najwłaściwsze uznano wybudowanie szpitala po za obrębem miasta, do czego niezbędnem jest: a) stała i regularna komunikacya tramwajowa, b) urządzenie centralnej stacyi przyjęć w śródmieściu, zkąd-by chorzy w każdej porze bezpiecznie i szybko dostawać się mogli do szpitala, c) zaopatrzenie terytoryum szpitalnego w kanalizacyę i wodociągi.

5) Uznano za pożądane umieszczenie domu wychowawczego za miastem, na wsi.

6) Komisya uznaje, że zadrzewianie miasta, zakładanie parków, przystępnych dla wszystkich sfer ludności stanowi jedno z najważniejszych wymagań ochrony zdrowia publicznzgo.

Sekretarz Stały prof. Brodowski pragnął, by komisya powiadomiła sfery decydujące o swych wnioskach—Krysiński uważał za możliwe tylko wydrukowanie tych wniosków w protokóle posiedzenia.

Prof. Brodowski obstaje przy tem, żeby komisya powiadomiła sfery decydujące o swych wnioskach przynajmniej za pomocą pism codziennych lub tygodników lekarskich.

Co do budowy szpitala na placu wystawy, robi prof. Brodowski uwagę, że przyległe pola, własność zarządu wojskowego, prawdopodobnie nie będą zabudowane.

Wystawa hygieniczna. Medycyna str. 875, 897, 918, 943, 960, 988, 1011, 1034, 1059, 1256, 1235, 1301.

W szeregu artykułów o wystawie znajdujemy kolejny rozbiór krytyczny różnych jej działów.

Pierwszemu z kolei działowi pasożytniczemu robi autor zarzut co do niezupełnego kompletu bakteryi chorobotwórczych; chaotycznego rozstawienia ich; co do braku większej ilości okazów anatomo-patologicznych, przedstawiających *ad oculos* rezultat działalności pasorzytów w organizmie. Chwali autor dokładne i racyonalne przedstawienie seroterapii; natomiast dziwi się umieszczeniu w tym dziale okazów różnych gatunków mięsa, grzybów, warzyw i ryb, które kwalifikuje do do działu hygieny ludowej.

W dziale fizyczno-chemicznym i farmaceutycznym znajduje autor brak ekspozycyi pokarmów właściwych, a za to szczegółowe przedstawienie hygieny używek. Wogóle zaś uderza autora w urządzeniu tego działu przewaga punktu widzenia czystej chemii i fizyki na niekorzyść hygieny pokarmów, oświetlenia i t. p.

Z kolei autor rozpatruje oddział hygieny przemysłu, chwali wiele okazów, zaznacza jednakże, że dział ten ilościowo przedstawia się bardzo skromnie, co sobie tłómaczy współczesnem odbywanie m się wystawy w Niższym-Nowogrodzie.

Omawiając oddział szpitalny zaznacza autor we wstępie rozbrat, jaki panuje pomiędzy zdobyczami nauki, a zastosowaniem ich w naszych szpitalach i konstatuje, że nawet ten postęp, jaki uwidocznił się w ciągu paru lat ostatnich w naszem szpitalnictwie, nie odźwierciedlił się na wystawie hygienicznej. Szczególniej narzeka autor na brak dokładnie wykończonych modeli—tak np. najlepiej urządzone u nas szpitale, jak Św. Ducha i Tworki, wystawiły tylko plany i rysunki. Z uznaniem podnosi autor w tym dziale mapę okręgów szpitalnych w gub. Królestwa Polskiego D-ra Dobrzyckiego i tablicę statystyczną szpitalów Królestwa Polskiego D-ra Dunina. Znajdujemy też szczegółowy przegląd eksponatów naszych zdrojowisk, wśród których na wystawie prym trzymał Nałęczów.

Najobszerniej omawia autor dział wychowawczy. Żadnemu z działów nie przypadło w udziale tyle zarzutów, co wychowawczemu. Przedewszystkiem więc spotykamy zarzut, powtarzany przy każdym dziale—chaotycznego ustawienia okazów; szczególniej zaś w tym dziale uwidoczniło się, zdaniem autora, pewne niedbalstwo w przyjmowaniu okazów, nie kwalifikujących się do wystawy; uwidoczniła się następnie znaczna przewaga strony pedagogicznej nad hygieną właściwą wieku dziecięcego i młodzieży szkolnej.

Zarzuca autor wystawie, że taka np. wzorowa izba szkolna—jest tylko składem utensyliów szkolnych, mogących służyć za wzór, ale sama izba nie uwidocznia wcale postulatów, jakie stawiamy tego rodzaju pomieszczeniom. Niektóre okazy zakładów, gdzie dziewczęta zajmują się wykonywaniem różnych ręcznych robót: haftu, szycia—są, zdaniem autora, okazami tego, co być nie powinno. Należało, podług autora, na wystawie hygienicznej uwzględnić raczej to, o ile wykonywanie zmudnych i misternych robótek ujemnie wpływa na wzrok, a siedzące życie zajmujących się tem dziewcząt o ile odbija się na ich odżywianiu i sprawności całego organizmu?

Dokonawszy szczegółowego przeglądu wyżej wymienionych działów wystawy—formułuje autor ogólne wnioski i zastanawia się nad tem, czy osiągnęła wystawa cel, z jakim była urządzana. Wnioski te dadzą się streścić w sposób następujący:

Dydaktyczny cel wystawy, jaki sobie zakładali organizatorowie jej, został osiągnięty li tylko w bardzo małym stopniu—na poparcie tego twierdzenia przytacza autor cały szereg motywów. Żeby zaś cel ten przynajmniej w znacznej części mógł być osiągnięty, trzebaby było, zdaniem autora, znacznie większych nakładów a to na wykonanie specyalnie *ad hoc* olbrzymiej ilości okazów, modeli, a w ugrupowaniu ich, uczynieniu zrozumiałymi dla ogółu należałoby kierować się tylko względami dydaktycznymi. Biorąc zaś pod uwagę, że miniona wystawa pochłonęła

duże kapitały, nie osiągnąwszy celu w takim stopniu, jak należało— przeto dochodzi autor do wniosku, że lepiej byłoby użyć tych samych pieniędzy na założenie stałego muzeum hygienicznego, składającego się na początek choćby z jednego tylko działu, np. hygieny szkolnej—ale opracowanego z całą dokładnością—i to więcej by odpowiadało celowi, aniżeli paromiesięczna wystawa, obfitująca w poważne braki, mało zrozumiała dla ogółu z powodu bałamutnego ustawienia okazów, niedostatecznego uprzystępnienia ich, wadliwego umieszczenia rzeczy ważnych w niewidocznych miejscach na korzyść galanteryi lub pierników. Konstatując zupełną ciemnotę ogółu u nas na punkcie hygieny, widzi autor możność naprawienia złego nie przez urządzanie raz na lat kilka efemerycznych, wadliwych wystaw, lecz przez powołanie do życia odpowiednio urządzonych, choćby nielicznych szkółek, warsztatów lub innych zakładów, których wychowańcy przez pobyt w nich nasiąkliby pojęciami hygienicznemi i mogli być pionierami hygieny wśród swego otoczenia i społeczeństwa, w którem żyć będą.

Zawadzki J. Gdzie umieścić szpital? Kron. Lek. 796, 835.

Autor zastanawia się nad kwestyą ważności i potrzeby nowego szpitala dla Warszawy, podając obliczenie, wykazujące, że na 600,000 mieszkańców posiada Warszawa tylko 2000 łóżek. Autor wolałby 2—3 mniejsze szpitale, niż jeden ogromny ze względu na łatwiejszą administracyę a zatem i większą korzyść chorych. W razie, jeżeli zgodzić się na jeden wielki szpital, odpowiadający wymaganiom i potrzebom, to przedewszystkiem należy, zdaniem autora, uprzytomnić sobie rozmieszczenie dotychczasowych szpitali i ilość ich łóżek. W zestawieniu tego wynika, że miejsca na szpital trzebaby szukać na przestrzeni pomiędzy rogatkami mokotowskiemi, jerozolimskiemi i wolskiemi Za utworzeniem zaś szpitaala po murami miasta przemawiają oczywiście wszelkie względy sanitarne tak dla samego miasta, jak i dla chorych, będących w szpitalu. Umieszczenie zaś szpitala za miastem pociąga nieodzownie za sobą urządzenie dobrej i regularnej komunikacyi z miastem i takich udogodnień, jak kanalizacya, wodociągi, oświetlenie, wobec czego oddalenie od miasta nie może być duże. Folwark Ś-to Krzyzki, jako miejsce, które niedługo zapewne dookoła zostanie otoczone budowlami, nie nadaje się na budowę nowego szpitala. Autor tymczasem osobiście nie podaje projektu, w jakiem mianowicie miejscu ma być szpital zbudowany, to tylko zaznacza, że połączony dotychczas ze szpitalem Dzieciątka Jezus instytut położniczy mógłby pozostać po stosownem przebudowaniu na dawnem miejscu, gdyż musi on pozostać w środku miasta.

Kliniki powinny być oddzielone od szpitala i oddzielnie pobudowane. Dom zaś wychowawczy dla podrzutków powinien być od szpitala oddzielony i przeniesiony w dalsze okolice miasta. Na zakończenie znajdujemy przytoczony dokument z rozporządzeniem rady Państwa, gdzie także jest mowa w § 3 o przeniesieniu szpitala po za mury miasta.

Zawadzki J. Druga wystawa hygieniczna w Warszawie. Kronika Lekarska str. 760.

Autor podaje historyę powstania wystawy, podnosi zasługi w tym względzie D-ra Polaka, wymienia skład zarządu i podział na różne sekcye.

Omawiając pokrótce wszystkie działy wystawy, wytyka brak jednolitości, na czem ucierpiała dydaktyczna strona wystawy; zarzuca brak uwzględnienia hygienicznego punktu widzenia w urządzeniu wielu działów, jakoto: oświetlenia, powietrza, odzieży, pokarmów. W końcu opisuje plan urządzenia wystawy i wymienia wszystkie na niej znajdujące się pawilony. Na uznanie autora zasłużyło urządzenie grup sądzących, które, jego zdaniem, lepiej odpowiadały celowi, niż na poprzedniej wystawie.

Eliasz-Radzikowski. XVII zjazd Towarzystwa balneologicznego w Bernie. Przegl. Lek. str. 417.

Eliasz-Radzikowski. VIII zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Przegl. Lek. str. 429, 441, 453, 464, 476.

Spira. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu. Przegl. Lek. str, 501, 513.

XXII. HISTORYA MEDYCYNY I ŻYCIORYSY.

Sprawozdawca

H. Dobrzycki.

A) Historya Medycyny.

Giedroyć Fr. Rys historyczny szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie (praca nagrodzona na konkursie im. Koczorowskiego). Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 207, 561 i 1023 z r. 1896.

Ogłaszając pracę powyższą, autor zapełnił brak, jaki w „Rysie hist. statyst. szpitali i innych zakładów Dobroczynnych w Królestwie Polskiem“ przez Girsztowta w r. 1872 wydanym, uderzał. Pominięto w niem bowiem historyę tego najstarszego z naszych szpitali. Z inicyatywy niezapomnianego w dziejach naszych księdza Piotra Skargi, zostały założone bractwa miłosierdzia: w r. 1584 w Krakowie a 1590 w Warszawie. Autor podaje akt fundacyi, od którego datuje początek istnienia szpitala Św. Łazarza, powinności Bractwa, oraz jego szczegółową organizacyę, przytacza źródła dochodu, dalszy rozwój szpitala i zmiany jakim on podlegał i wreszcie w ostatniej (3-ej) części podaje przypiski. Jeżeli całość budzi wielki interes, to przypiski budzą jesz-

cze większy. Mamy tu bowiem w przyp. IV podaną historycznie całą sprawę nierządu od najdawniejszych czasów.

W przypisku tym zawarł autor ogrom źródeł zarówno krajowych jak i obcych, przytoczył wszelkie odnośne prawa i środki ku stłumieniu nierządu, przytoczył wyniki dochodzeń sądowych i kar stosowanych na nierząd. Sprawy o bigamię, stręczenie do nierządu, wiadomości o sodomii również autor podaje. Ostatni przypisek, poświęcony jest wyliczeniu prac lekarzy szpitala drukiem ogłoszonych, począwszy od r. 1880 po dziś dzień. Tę jedną z najlepszych prac historycznych G., polecamy usilnie, odczytać w oryginale.

Giedroyć Fr. Ekspertyza lekarska w dawnych sądach polskich (do końca XVIII stulecia). Kron. Lek. r. 1896 str. 311, 365, 425, 483, 541, 595.

Obszerna, na źródłowem badaniu oparta praca, stanowi nadzwyczaj interesujący przyczynek nie tylko pod względem stanu wiedzy lekarskiej w czasach dawnych, w których dana ekspertyza lekarska dokonywaną była, lecz i pod względem prawnym, obyczajowym, etycznym, słowem, pod względem bardzo licznych stosunków i pojęć ówczesnych. Obrazuje ona w sposób niemal poglądowy, jak się zapatrywano w swoim czasie na rozmaite społeczno-prawne kwestye. Autor przytoczył w odpisie i zestawieniu siedmdziesiąt rozmaitych spraw. Przed przytoczeniem każdej sprawy dosłownie [ze źródeł] podaje G. treść każdej z nich i gdzie niegdzie swoje uwagi lub wyjaśnienia. Niezależnie od tego, grupuje autor cały materyał stosownie do natury faktów i następnie przez przytoczenie odnośnej kazuistyki grupę tę rozjaśnia.

Tak np., jedna grupa traktuje o procesach dotyczących ran i uszkodzeń ciała, oraz o wysokości kar i opłat za ich zrządzenie wyznaczonych; druga, o sprawach rozwodowych i niezdolności płciowej do spełniania aktu; inna o morderstwach i gwałtach, inna o ocenie stanu umysłowego danych jednostek; inna o cudzołóztwie i t. d. Autor spożytkował do swej pracy 37 źrodeł, a mianowicie 20 źródeł prawnych, począwszy od *Volumina legum*, 7 z zakresu historyi medycyny i 10 źródeł dotyczących kazuistyki z różnych archiwów pochodzących. Rzecz godna odczytania.

Jubileusz Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie. Nowiny Lek. N. 1 str. 40, r. 1896.

Lat 90 upłynęło w dniu 24 Grudnia 1896 roku, gdy grono lekarzy wileńskich w którem byli: Bécu, Braun, Frank, Lobenwein, Matusewicz, Wolfgang, Szymkiewicz, Jędrzej Śniadecki i inni, założyło Tow. Lekarskie w Wilnie, które było pierwszem w Państwie Rosyjskiem. Towarzystwo mając w pośród siebie tylu znakomitych mężów, przeżyło uniwersytet, przeżyło akademię medyczną, przeżyło wiele ciężkich chwil razem ze społeczeństwem, z którego łona wyszło, i dotrwało do czasów dzisiejszych. Pomijamy opis uroczystości, która wobec warunków w ja-

kich się Towarzystwo znajduje, miała urzędowy charakter. Odczytano ukaz pierwotny o otwarciu Tow. w r. 1806, telegramy i zaszczycono różnych krajowych i zagranicznych lekarzy tytułem członków honorowych. Właściwą uroczystość stanowiło odczytanie przez D ra Józefa Bielińskiego pracy o pierwszej klinice w Wilnie, która powstała w r. 1805 a nie kiedyindziej, jak to błędnie niektórzy historycy podają. Józef Frank, Wincenty Herberski, Jędrzej Śniadecki i Feliks Rymkiewicz, oto mężowie, ktorzy w klinice tej nauczali Po Bielińskim. zabrał głos Sekretarz Towarzystwa Władysław Zahorski i w dwugodzinnem przemówieniu skreślił historyę Towarzystwa, podzieliwszy cały czas bytowania Towarzystwa na 3 okresy: od r. 1805 do 1831 okres najważniejszy, najciekawszy i najpłodniejszy w owoce naukowe, okres który miał jeszcze swobodne ręce, aby działać dla społeczeństwa, drugi do r. 1864, trzeci zaś od r. 1864 do czasów obecnych, w którym to okresie, z polskiego Towarzystwa polski usunięto język. D-r Ignacy Strzemiński przedstawił stan sanitarny Wilna w pierwszem dwudziestoleciu istnienia Towarzystwa; poczem mówił o oftalmologii w Wilnie z tegoż okresu czasu; wreszcie D-r Bagieński mówił o zasługach Tow. w sprawie upowszechnienia szczepienia ospy, które było jedną z pierwszych instytucyi, co z całą energią popierała Jennera.

Uroczyste posiedzenie skończyło się około północy. [Szczegółowe dane dotyczące działalności Towarzystwa, znajdzie czytelnik w wybornem dziele Józefa Bielińskiego p. t. Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej 1889 r:

Minkiewicz J. Porównawcze badania nad henną lub chną, używaną na Kaukazie. Nowiny Lek. str. 34.

Hennę albo chną, zowie się barwnik pochodzący z rośliny zwanej *Lausonia inermis* [Lin.], służący do barwienia włosów lub różnych części ciała. Zwyczaj ten u najrozmaitszych plemion się zachowuje i bądź to w celach leczniczych, bądź kosmetycznych, bądź innych bywa obserwowany. Praca M. bardzo jest szczegółowa i wielki poczet różnych źródeł spożytkowywa, przytaczając całe szeregi faktów, nazw miejscowości, a z tego względu nienadaje się do streszczenia.

Szwajcer I. Edward Jenner. W setną rocznicę szczepienia krowianki. Med.

Skreśliwszy wymownemi słowy obraz straszliwych spustoszeń ospą spowodowanych przed upowszechnieniem się metody Jennera, czyni autor wzmiankę o „variolacyi", t. j. o szczepieniu ospy ludzkiej, czyli przenoszeniu ospy z człowieka na człowieka w celach ochronnych, do Europy ze wschodu w XVIII wieku przeniesionego; opisuje autor szczegółowiej przebieg doświadczeń przez Jennera najprzód na Phippsie dokonywanych, ich dalszy rozwój, krytyczne zestawienie danych z pierwszych lat pochodzących z późniejszemi, a następnie jego pierwsze przed uczonym światem wystąpienie ze swem odkryciom. Historya wiekopom-

nych odkryć, ma tę właściwość, że zawsze interesuje i nigdy niepowszednieje. Z prawdziwem też zadowoleniem i zainteresowaniem czytamy w pracy S. o dalszych tryumfach Jennera, o niecnych knowaniach jego przeciwników i walkach, które z nimi musiał staczać, wreszcie, o utrwaleniu się i przyjęciu jego metody przez wszystkich.

Po raz pierwszy szczepił J. krowiankę w dniu 14 Maja 1796 roku w obec lekarzy i publiczności, mając za sobą kilkunastoletnie doświadczenie. Na przeciwnikach szczepienia tak krowianki jak i t. zw. ospy humanizowanej nie zbywało za naszych czasów nawet. Jeszcze na III międzynarodowym zjeździe lekarskim w r. 1873 w Wiedniu, rozrzucano w tysiącznych egzemplarzach broszury, dowodzące jakoby cyframi, że ze szczepienia ospy ludzkość więcej strat, niż korzyści odnosi, że wraz z ospą przenosimy liczne zarazki rozmaitych chorób z osoby na osobę, że się rasa ludzka tą drogą stopniowo zwyradnia i t. d. Ściśle biorąc, Pasteur dopiero oparłszy naukę o uodpornianiu na szerszych podstawach zadał raz na zawsze cios przeciwnikom szczepienia. Ze swej strony dodamy, że instytucyą, która może najwcześniej zrozumiała doniosłość odkrycia J. i współcześnie z nim bo na początku obecnego wieku szczepienie jennerowskie propagowała, był Uniwersytet Wileńskie, a wkrótce potem i Tow. Lek. Wileńskie.

Wojciechowski B. Stanisław Wosiński, lekarz XVII stulecia Przyczynek do dziejów oświaty w Polsce. Rzecz oparta na nieznanych dotąd źródłach. Pamiętnik Towarz. Lek. Warsz. Zeszyt IV, st 979—1022.

W., korzystając z nieznanego dotąd rękopisu, który mu się udało czas pewien mieć na swój użytek, dał nam bardzo interesującą biografię Wosińskiego zajmującego w swoim czasie wybitniejsze stanowisko w kraju; a lubo o osobistości tej posiadaliśmy dotąd nieco wiadomości [Gąsiorowski, Majer, Kośmiński], to jednak dopiero teraz zawdzięczając W. mamy pełny obraz tej postaci.

Rękopis, z którego autor czerpał swe wiadomości, stanowi księgę in folio o 331 liczbowanych kartach i zawiera w sobie cztery całkiem różne charaktery, zatem przez różne cztery osoby musiał być pisany Drugą z tych osób był Wosiński. Rękopis ten to prawdziwa *silva rerum* zawierająca w sobie i traktująca o najróżnorodniejszych kwestyach. Język rękopisu przeważnie jest łaciński, w małej tylko części polski. Zawiera on następne działy: lekarski, historyi polskiej, notaty do historyi kościoła katolickiego, notaty do dziejów ówczesnych m. Krakowa, poezya, rozmaitości. Data urodzenia Woś. dotąd odnalezioną nie została. Wiadomo tylko, że w r. 1661 uzyskał godność bakałarza nauk w Akademii Krakowskiej. Z rękopisu się okazuje, że Woś., tak pod względem działalności towarzyskiej jako i obywatelskiej wpływowe zajmować musiał stanowisko. Jako rajca m. Krakowa, jako sekretarz królewski oraz historyk biskupa krakowskiego, wreszcie jako lekarz królewski i biskupi, musiał być w swoim czasie osobistością cenioną i wysoko pod

względem naukowym stojącą, aczkolwiek działalność jego przypada na okres największego upadku nauki w akademii krakowskiej. Woś. musiał się z zamiłowaniem poświęcać anatomii patologicznej, jak nas o tem jedenaście protokułów sekcyjnych przez niego spisanych przekonywa. W dalszym ciągu, po podaniu rzeczonych protokułów przedstawia nam autor: patologię i terapię Woś., oraz farmakologię, farmakopoę i recepturę. Woś. dostarczył też materyałów do historyi medycyny w Polsce, spisując nazwiska mężów znakomitych akademii krakowskiej przed nim żyjących, jak również profesorów sobie współczesnych i doktorów medycyny przez akademię promowanych.

Wykaz drukowanych prac Wosińskiego, oraz autorów, którzy o nim pisali, kończy tę wielce interesującą i sumienną pracę kol. Wojciechowskiego.

Wierzbowski M. B. Kto jest twórcą nauki o ewolucyi i transformiźmie organizmów. Str. 8 w 8-ce. Bukareszt r. 1898, wyd. 2.

Krótka rozprawka napisana niezmiernie gorąco w obronie zasług Lamarck'a, tego jedynego i istotnego twórcy teoryi stopniowego rozwotu czyli ewolucyi organizmów. Twierdzenie, iż to Darwin jest teoryi jej twórcą, jest tendencyjnem oszustwem, popełnionem głównie przez pruskich uczonych, z nienawiści rasowej do francuzów. Teorya ewolucyi Lamarck'a, w sposób obszerny i jasny jest rozwinięta w szeregu dzieł ogłoszonych przez tego uczonego od r. 1800 do 1820. Gdy Lamarck starał się uzasadnić, iż organizmy podległe są sprawom stopniowego rozwoju, to Darwin twierdził, iż z doborem naturalnym czyli z kształtowaniem się form, nie koniecznie stoi w związku rozwój, czyli ewolucya, a nadto twierdził, iż jego [t. j. Darwina] teorya, wyłącza wszelkie prawa stopniowego rozwoju, czyli, że D. odrzuca prawo ewolucyi. Darwin zatem różni się zasadniczo od Lamarck'a, któremu autor przyznaje wyższość pod każdym względem, twierdząc, że jedynie ewolucya wyjaśnia wszelkie zasadnicze pytania z dziedziny filozofii i biologii. Dalej, autor twierdzi, że niemcy wprowadzili zamęt do obydwu tych teoryi biorąc jednę za drugą, lub łącząc je ze sobą i podnosząc przytem Darwin'a kosztem genialnego Lamarck'a. Na czele fałszerzów niemieckich stawia autor profesora wiedeńskiego C. B. Brühl'a, który całkiem przewrotnie rzecz przedstawia, podając iż to Darwin jest twórcą nauki o transformizmie [descendencyi] organizmów, a Lamarck teoryi o przystosowywaniu się, gdy rzecz ma się wręcz przeciwnie. W Darwin'ie, zdaniem W. to tylko jest coś warte, co jest wzięte z Lamarck'a; wreszcie W. gromi surowo Wł. M. Kozłowskiego. autora rozprawy p. t. „Następcy Darwina i losy darwinizmu“ [Bibl. Warsz. Lipiec. 1895], że identyfikuje transformizm z darwinizmem, czyli nie wie, że co innego jest transformizm wraz z ewolucyą, a co innego selektyzm. Rozprawka zawiera krótką biografię Lamarck'a i wylicza prace tych niemieckich autorów, którzy w imię prawdy wykazali oszustwa popełniane przez swych ziomków, chcących o Lamarck'u zamilczeć, lub jego usługi sprowadzić

do zera. Zwraca także uwagę na dzieło Herbert-Spencer'a z r. 1893, który wystąpił przeciw twierdzeniom Darwin'a.

Zaremba W Uzupełnienie do szkicu historyj sztuki lekarskiej w Rosyi. Nowiny Lek. str. 37.

Autor jako nie mieszkający w Rosyi. nie zawsze miał możność zaczerpnięcia niektórych wiadomości u źródła, które tylko na miejscu zebrać się dadzą; z tego powodu w jego poszukiwaniach historycznych Rosyi dotyczących, zakradły się pewne omyłki, które w artykule zatytułowanym w nagłówku obecnej notatki prostuje. I tak. w roku 1755 otworzony był w Moskwie pierwszy uniwersytet rosyjski [t. j. blizko we 400 lat po krakowskiem]. W r. 1757 ustanowione zostały pierwsze szkoły dla akuszerek w Petersburgu. W r. 1799 utworzono medyko-chirurgiczną akademię w Petersburgu; zaś uniwersytet w r. 1819 tamże. Inne mniej ważne niedokładności, pomijamy.

B) Życiorysy.

Flaum M. Ludwik Pasteur, jego życie i działalność naukowa [przedruk z Bibl. Warsz., jako oddzielna broszura str. 68. Warszawa 1896. Nakład M. A. Wizbeka].

Ludwik Pasteur urodzony w r. 1822 w Dôle, zmarły w r. 1895 w Paryżu, stanowi jednę z najpotężniejszych indywidualności naukowych obecnego stulecia, a historya działalności P. jest zarazem historyą rozwoju biologii, chemii i wielu różnego rodzaju gałęzi wiedzy, stosowanej do celów czysto praktycznych, będących niezmiernie doniosłego znaczenia pod względem ekonomicznym Trudno znaleść w dziejach drugiego uczonego, któryby świat dowodniej przekonał o tej wielkiej prawdzie, że nauka nie jest zbiorem jakichś suchych i oderwanych wiadomości, lecz że z niej bezpośrednie dla dobrobytu wypływają korzyści, że odkrycia naukowe i badanie przyrody daje ludzkości zarówno moralne jak i materyalne korzyści. W tym sposobie pojmowania zadań uczonego, i w tej całość ogarniającej działalności szukać należy wytłumaczenia tego zjawiska, że zarówno uczeni i różni specyaliści, jak i maluczcy, tylko z punktu utylitarnego na każdą rzecz się zapatrujący, ze czcią wymawiają imię Pasteur'a i z głębokiem przekonaniem cześć tę mu oddają. Zasługi i kierunek prac jego są tak liczne i samoistne, że chcieć je podać na tem miejscu choćby w streszczeniu i wykazać ich stosunek do różnych gałęzi wiedzy z jakiemi one pozostają, jest zadaniem niemożebnem do spełnienia. Zadaniu temu podołał autor w sposób wysoce zadawalający, na 68 stronicach ścisłego druku, do której to pracy odsyłamy czytelnika. Tu tylko podamy najogólniejszy rys, tej monumentalnej postaci. P. był przedewszystkiem chemikiem· Nauka ta utorowała mu drogę do biologi i stworzenia nowego działu wiedzy biologicznej—bakteryologii; z tej znowu konsekwentnie wypłynął zdrój światła na poglądy, istotę chorób zakaźnych wyjaśniające. Zdumiewające, niebywałe nigdy dotąd wyniki

jakie chirurgia operacyjna otrzymała, rdzenne przeobrażenie w urządzeniach hygienicznych, cały nowy dział wiedzy dotyczący walki z zarazkami, cały system uodporniania ustrojów i cała dzisiejsza seroterapia, wszystko to swój początek, bądź to bezpośredni, bądź pośredni Pasteur'owi zawdzięcza. Na tablicy przy ulicy Ulm w Paryżu czytamy: Tu była pracownia Pasteur'a; i lata: 1857 fermentacya, 1860 samorództwo, 1865 choroby wina i piwa, 1881 jad i szczepienie, 1885 zapobieganie wściekliźnie. Aczkolwiek tych pięć działów, pracy P. nie wyczerpuje, dają one jednak przechodniowi pojęcie o wielostronności tego olbrzyma wiedzy, i doniosłości praktycznej jego umiłowań. Praca F. dzieli się na X rozdziałów, stosownie do rodzajów działalności wielkiego badacza-myśliciela. Pomimo ściśle naukowego sposobu traktowania, rzecz dostępna dla każdego wykształconego czytelnika

Solman T. Ś. p. Franciszek Jawdyński. Medycyna r. 1896, str. 118. **Jasiński R. Ś. p. Franciszek Jawdyński. Wspomnienie pośmiertne. Leśniowski A. Franciszek Jawdyński jako ordynator szpitalny. Wołkowicz M. Franciszek Jawdyński jako przyjaciel Orłowskiego i Matlakowskiego.** Gaz. Lek. Nr. 5 z r. 1806 str. 113, 116, 120. **Karczewski A. Franciszek Jawdyński. Wspomnienie pośmiertne.** Przegl. Chirurg. Tom III. Zeszyt 2, str. 1. **R. D-r Franciszek Jawdyński.** Przegl. Lek. r. 1896, str. 53.

Jeden ze zdolniejszych i wytrawniejszych naszych chirurgów, zdobywszy sobie naukowe stanowisko, rozległą praktykę, pełen zapału do pracy zgasł w sile wieku bo w 45 roku życia. Pierwotnie asystent prof. Kosińskiego, w ciągu lat sześciu praktyki w klinikach wyrobił się na bardzo dobrego operatora. Po upływie tego czasu otrzymał miejsce chirurga w szpitalu prazkim, a potem salę 16 w Szp. Dz. Jezus po Matlakowskim. Niezależnie od 28 prac jakie w Gaz. Lek., w Przegl. Chir. i Pam.Tow. Lek.Warsz. ogłosił, J. żywy brał udział w pracach tutejszego Tow. Lek., komunikując często pełne wysokiego interesu naukowego swe spostrzeżenia i wyniki operacyi.

Jako ordynator szpitalny, J. był pod każdym względem wzorem: biegły dyagnostyk i operator, z największą sumiennością prowadził leczenie pooperacyjne, służąc za przykład godny naśladowania swoim asystentom, których również na sumiennych lekarzy wykształcił, a oddział jego w niedługim czasie dorównał świetnej opinii, jaką mu nieodżałowany Matlakowski wyrobił. Lubo jako ordynator szpitala prazkiego rozporządzał J. pokaźnym materyałem, częstym jednak bywał gościem w szpitalu Dzieciątka Jezus, gdzie podówczas wrzało naukowe życie, żądza pracy, energicznego podążania z postępem, wprowadzania wszelkich ulepszeń technicznych i t. d.

Tu to J., wraz z Orłowskim, nieco już starszym, lecz w dobrej szkole kształconym chirurgiem i wraz z Matlakowskim, pełnym wiedzy i nigdy niegasnącego zapału, rwącym się do czynu, stanowili razem uzupełniające się *trinum perfectum*. Dyskusye nad najważniejszemi zada-

niami chirurgii, rozbiór ważniejszych przypadków, gromadzenie materyału naukowego, z którego ci trzej ludzie umieli dla własnej i innych korzyści pouczające wysnuwać wnioski, były ich chlebem powszednim. Do tego kółka z czasem przyłączyli się młodsi koledzy, asystenci tych trzech dzielnych ludzi, przyswajając sobie piękne przymioty w jakie ich przewodnicy obfitowali. Było to jakby jakieś familijne kolegium chirurgów, których cel wspólny a piękny zbliżył między sobą do tego stopnia, że w gromadce ludzi tych wyrobił się stosunek niemal braterski. Niedziwota też, że ostatni z tych trzech przewodników, przez śmierć swoją przedwczesną, głęboko zasmucił swych towarzyszy pracy i na czas długi żal po sobie zostawił.

Od Tow. Lek. Warsz. należy się J-mu wielkie uznanie, za 6-cio letnie a doskonałe redagowanie Pamiętnika [rd r. 1886—1891], który J. znakomicie rozwinął i interesującym uczynił.

Kadyi H. D-r Ludwik Teichmann [wspomnienie pośmiertne]. Kosmos, str. 562.

Jestto treściwy życiorys wraz z wyszczególnieniem wszystkich prac i kierunków działalności zmarłego anatoma. Nazwisko Teichmanna stało się głośnem w całym świecie z chwilą odkrycia przez niego kryształków heminy, stanowiących charakterystyczny odczynnik na hemoglobinę, gdy chodzi o wykazanie obecności krwi w danym preparacie, tkaninie lub przedmiocie. Był to jeden z najznakomitszych wirtuozów na polu preparacyi anatomicznych, a może nie wszystkim jest wiadomo, że tablice anatomiczne w Atlasie Henle'go wedle preparatów przez T. przygotowanych były rysowane. To wyjątkowe mistrzowstwo w dysekcyi nawet najdelikatniejszych części ustroju, zawdzięczał T. nie jakimś wyjątkowym zdolnościom, lecz niezmordowanej pracowitości i pedantycznej ścisłości i sam w tym względzie mawiał „od pierwszej chwili, gdym się anatomii poświęcił, zwracałem całą moją uwagę na technikę anatomiczną w tem przekonaniu, że tylko za jej pomocą postęp anatomii jest możebny". Nic też dziwnego, że preparaty jego budziły podziw powszechny i wielokrotnie nagradzane były. Jemu też oprócz wielu dzieł kapitalnych (Das Saugadernsysthem) zawdzięcza technika anatomiczna wiele ścisłych metod badania, mianowicie na injekcyi różnych narządów ciała odpowiedniemi masami polegających. T. jednem słowem, zajmował jedno z pierwszych miejsc pomiędzy współczesnymi anatomami. W przeglądzie polskiego piśmiennictwa za r. 1895, podaliśmy w streszczeniu wszystkie biografie T. w pismach peryodycznych pomieszczone.

Kwaśnicki A. D-r Antoni Rosner. Przegl. Lek. r. 1896, str. 481. **Obtułowicz.** Koresp. Przegl. Lek. str. 512.

R. urodził się w r. 1831 w Tarnowie, zmarł 1897 w Krakowie Profesor kliniki chorób skórnych i wenerycznych w Uniw. Jagiel., członek Akad. Um., b. prezes Tow. Lek. Krak. Wydział lekarski kończył we Wiedniu, kształcił się pod okiem Ulrich'a, Sigmund'a, Helmy, Hebry

i Dumreicher'a, przyswoiwszy sobie wielki zapas wiedzy naukowo-praktycznej. W r. 1862 docent w Krakowie, w 1867 prof. nadzw., w 1887 prof. zwyczajny tamże. Ogłosił sześć prac w Przegl. Lek. z zakresu swej specyalności. Wogóle nie pisał wiele lecz był wybornym pedagogiem, wszechstronnie wykształconym, czego dał najlepszy dowód objąwszy czasowo klinikę wewnętrzną po śmierci Gilewskiego, którą z wielkiem zadowoleniem słuchaczy prowadził. R. nie należał do sceptyków wyjaławiających mózgi młodzeży, lecz przeciwnie, nie osłabiał w nich wiary w skuteczność metod leczniczych, ale przezorność i niełudzenie się zbyteczne zalecał.

Też same zasługi oddaje mu b. uczeń R. a następnie jego asystent d-r O., który zaznacza, iż zmarły zachęcał do samodzielnej pracy swych słuchaczy, silnie popierał ich w badaniach naukowych, a nadto jako prawdziwy ich opiekun, dopomagał do stawiania im pierwszych kroków na polu życia praktycznego i nie szczędził im rad zbawiennych

Majkowski J. Ś. p. Karol Kaczkowski. Medycyna str. 110 Nr. 5.

Urodzony w r. 1827, a zmiarły w 1896, wychowaniec wszechnicy dorpackiej, starszy ordynator szpitala św. Łazarza, był wziętym bardzo w swoim czasie praktykiem w zakresie syfilidologii, którego to przedmiotu zmarły był gruntownym znawcą. Zanim mu się poświęcił, nabył biegłości jako internista, pracując w szpitalu ewangielickim i tą drogą zyskał na wszechstronności nie mało. Gruntowna praca jego „O rzeżączce u kobiet" pomieszczona w LII tomie Pam. Tow. Lek. Warsz. [od str. 3 do 166], zjednało mu zasłużone uznanie. Od r. 1870 K. zaczął pracować na roli, dążąc z nieustającą energią do poprawy stanu ekonomicznego pracowników rolnych i na tem polu zostawił niemało prac wartościowych, jako to: „Badania nad drogami ratunku rolnictwa krajowego", „Jak prowadzić gospodarstwo" [uwieńczone nagrodą]. Zmarły, należał jako stały współpracownik do wydawnictwa „Wielkiej Encyklopedyi Rolniczej" i pomieścił w niej cały szereg nader starannie, zdaniem fachowców, opracowanych artykułów. Był to w całem znaczeniem tego słowa lekarz-obywatel, gorąco kraj swój kochający.

Majkowski J. Ś. p. Michał Zieleniewski. Medycyna. str. 416. **R. Dr. Michał Zieleniewski.** Przegl. Lekar. str. 233.

Nestor balneologów polskich, wieloletni lekarz w Krynicy, który dla podniesienia tegoż zdrojowiska olbrzymie położył zasługi, autor licznych dzieł z zakresu zdrojownictwa jakoto: Rysu balneologii powszechnej, rysu balneoterapii, słownika bibliograficzno-bałneologicznego zdrojów polskich, całego szeregu monografii o „Krynicy" po polsku i po niemiecku, autor bardzo licznych artykułów z zakresu zdrojownictwa po różnych pismach rozrzuconych i t. d., był niestrudzonym orędownikiem i opiekunem zdrojów krajowych. Przez lat 5 wydawał czasopismo zdrojowe „Krynica" i był jednym z założycieli Przeglądu Le-

karskiego. Urodzony w r. 1821 w Krakowie, zmarł tamże w r. 1896. Liczba prac przez niego ogłoszonych dochodzi niemal do 200. Zostawił znaczny majątek, który całkowicie przeznaczył na cele dobroczynne i cele użyteczności publicznej, między innemi 100000 reńskich na fundacyę p. t. Zasiłek dla wodociągów miasta Krakowa, 10000 dla akademii umiejętności i wiele innych. Cześć jego pamięci!

Baranowski I. Pamięci Ludwika Natansona. Pam. Tow. Lek. Warszaw. r. 1896, str. 740 (w protokule). **Szwajcer J. Ludwik Natanson. wspomnienie pozgonne.** Medycyna, r. 1896, str. 598. **Kramsztyk Z. Ludwik Natanson. Wspomnienie pośmiertne.** Gaz. Lek r. 1896, str. 631. **Hoyer H. Ludwik Natanson. Wspomnienie pośmiertne** Wszechświat r. 1896, str. 385.

Ludwik Natanson należał do liczby ludzi, którzy pozostawili po sobie niezatarte wspomnienie, pracując dla społeczeństwa owocnie w bardzo wielu kierunkach. Wychowaniec uniwersytetu Dorpackiego który podówczas słynął z ludzi głębokiej nauki, zachował przez całe życie dążność do badań naukowych, i dociekań filozoficznych. Przedewszystkiem obywatel N. czuł potrzebę obywatelskiej działalności. Ogromny zapas wiedzy encyklopedycznej oraz niezmierna wytrwałość sprawiały, iż wszystko do czego N. rękę przyłożył miało byt trwały, i sięgało do dna kwestyi. Słusznie utrzymuje K. iż chcąc należycie działalność N. ocenić trzeba by do tego powołać wielu ludzi. Natanson pracował bez przerwy, a że pracował lat wiele, nic dziwnego, iż z tego powstał cały poczet jego różnorodnych czynów, które w rysie biograficznym zaledwie z nazwy zaznaczyć się dają. Działalność swą rozpoczął N. bardzo wcześnie, gdyż mając zaledwie lat 25 założył pismo Tygodnik Lekarski, które było pierwszem pismem tygodniowem lekarskiem w naszym, biedniejszym wówczas, niż dziś kraju. Redagował je wytrwale lat dwadzieścia i kilka krzewiąc postępowe pojęcia w swem piśmie i idąc ręka w rękę ze współczesną nauką. On to pierwszy zaczął zbierać tygodniowe buletyny epidemiologiczne i zachęcać do regestrowania danych w tym kierunku. Zdolności, wytrwała praca i gorąca miłość nauki utorowały mu drogę do zajęcia stanowiska prezesa w tutejszem Towarzystwie lekarskiem w r. 1863 cim, na którem to stanowisku szereg lat pozostawał. Autor dzieła Hygiena praktyczna zajmował się bardzo gorliwie sprawami uzdrowotnienia, będąc przez szereg lat przewodniczącym w komitecie sanitarnym przy tutejszem Towarzystwie, a jako gruntowny znawca rzeczy szpitalnych, był duszą nowoprojektowanego szpitala, jaki staraniem gminy izraelskiej się wznosi.

Nauki lekarskie nie mogły tak rozległemu jak N. umysłowi wystarczyć, pracował on też nie mało po za medycyną; widziemy go bowie jako założyciela i twórcę Szkoły rzemiosł w Warszawie; nadto nie mały miał N. udział w przyprowadzeniu do skutku budowy wielu gmachów, że tylko wspomnimy tu, o świątyni izraelskiej na

Tłomackiem. Prace naukowe N. dotyczyły przeważnie fizyologii. Do rzędu licznych zasług N., należy jego wielka dbałość o czystość języka i głęboka owego znajomość w najdelikatniejszych odcieniach. N. tak pięknie władał językiem polskim, iż pismo jego śmiało na wzór dzisiejszym pokoleniom podać możemy. To głębokie jego znawstwo w języku uwydatniło się zarówno w jego Anatomii w r. 1858 wydanej, jak i w jego późniejszem dziele filozoficznem p. t. O istotach idiodynamicznych. N. był jednym z filarów komisyi, która pod wodzą Szokalskiego przez lat kilka się zbierała celem opracowania naszego słownictwa przyrodniczo-lekarskiego. O N. możemy bez przesady powiedzieć, iż był to mąż, który zasadę, *nulla dies sine linea* aż do ostatnich chwil życia wyznawał i według niej postępował.

Dobrzycki H. Ś. p. Jakób Rogowicz. Medycyna r. 1896, str. 1238. **Zweigbaum. Ś. p. Jakób Rogowicz.** Gaz. Lek. r. 1896, str. 1325. **Ś. p. Dr. Jakób Rogowicz.** Przegl. Lek. r. 1896, str. 657.

Wszyscy autorowie zaznaczają wielce pożyteczną działalność zmarłego i płodną w następstwa inicyatywę jego. Urodzony w Kaliszu w r. 1839 zmarł R. nagle w Warszawie w dniu 25 XI. 1896 r. Całe swoje życie jako lekarz, był czynnym w Warszawie, gdyż zaraz po skończeniu b. Akademii medycznej w Warsz. w r. 1862-im, działalność swoją tu rozpoczął. Pracował: 1) jako asystent kliniki akuszeryjnej. 2) założył pierwszą w kraju naszym lecznicę dla kobiet, celem zapewnienia nawet mniej zamożnym, racyonalnej pomocy. 3) był inicyatorem przytułków dla biednych rodzących; instytucye te funkcyonują z wielkim dla biednego zaludnienia pożytkiem już rok 15. 4) był: członkiem zarządu i wiceprezesem, Warsz. Tow. Lek. i lat 2 redaktorem. Pamiętnika tegoż Towarzystwa. 5) zarządzającym kasą wdów i sierot po lekarzach, którą do niebywałego dotąd rozwoju doprowadził. 6) podał w r. 1882 projekt zabezpieczenia kapitału pośmiertnego dla wdów i sierot po lekarzach. 7) był współredaktorem czasopisma „Klinika“ a następnie redaktorem i wydawcą „Medycyny“ lat dziesięć. 8) wreszcie był inicyatorem wydawnictwa, które lat 10 prowadził p. t. Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego, który obecnie stale przy tutejszeszem Tow. Lek. wychodzi, dobiegłszy już roku 20-go. Do powyższego wykazu działalności R. żadnych nie potrzeba komentarzy, gdyż widać z niego, iż ś. p. Rogowicz szeroko pojmował zadanie lekarza-obywatela, wytworzywszy tyle pożytecznych, przenikniętych na wskroś najlepszemi dążeniami instytucyi; a myśl wydawania rocznego przeglądu naszego piśmiennictwa, aby rodzinne prace od zatracenia uchronić, na zawsze pamięć o Nim wśród lekarzy polskich utrwali. Cześć Mu!

Roż.... J. Maurycy Schif. Przeg. Lek. str. 566.

Znany fizyolog, urodzony w r. 1823 we Frankfurcie nad M. zmarł w Genewie w r. 1896. Powołany w r. 1854 na katedrę anatomii porównawczej do Bernu, po latach 19 przeniósł się do Florencyi, a w r. 1876 do Genewy, gdzie w obu wykładał fizyologię. Ogłosił cały szereg prac po niemiecku, francusku i włosku z zakresu fizyologii, które mu wyrobiły wielką popularność jako genialnemu badaczowi. Najcenniejsze są: o fizyologii trawienia, o układzie mózgu rdzeniowego, badania nad układem nerwowym, fizyologia mięśni i nerwów, poszukiwania nad wytwarzaniem się cukru w wątrobie i wpływem nerwów na powstawanie słodkomoczu. Badał również czynność gruczołów. On pierwszy wykazał, że po wycięciu gruczołu tarczowego można czynność jego zachować przez sztuczne przeniesienie go do jamy brzusznej, co dziś ma takie znaczenie w leczeniu obrzęku śluzowego, i *cachexiae strumipriwae.*

Rychliński K. D-r Romuald Pląskowski. Medycyna, r. 1896 str. 644. **Kornilowicz. Ś. p. prof. D-r Romuald Pląskowski.** Gaz. Lek. r. 1896, str. 710. **A. K. Ś. p. Pląskowski.** Przegl. Lek. r. 1896, str. 383.

Lubo P. na lat kilka przed śmiercią, z powodu podeszłego wieku i słabości zdrowia usunął się całkowicie z widowni, jednakże o nim nie zapomniano, i umiano ocenić jego wielkie zasługi: jako pisarza niepospolitego i znawcy swego przedmiotu, jako profesora i niezmiernie sympatycznego przewodnika młodzieży, wreszcie jako lekarza najzawikłańszych zboczeń, t. j. lekarza chorób umysłowych, lekarza psychiatry. Ta trudna, i chyba najtrudniejsza gałęź madycyny, szczególniejszych wymaga od lekarza przymiotów, bo oprócz wiedzy specyalnej, tak do zdobycia trudnej, wielkiej jeszcze cierpliwości, i prawdziwej miłości bliźniego. Te piękne, godne zawsze uwielbienia przymioty, posiadał w wysokim stopniu P., jak to słusznie Korniłowicz zaznaczył.

P. urodził się w r. 1821 w Lipnowskiem, studyował medycynę w Dorpacie, ukończywszy studya w r. 1850, poczem wkrótce był zamianowany ordynatorem w szp. Św. Rocha, a równocześnie w szp. Ujazdowskim. W r. 1857—9 bawił za granicą, gdzie był delegowanym dla zwiedzenia znaczniejszych zakładów dla obłąkanych. Zająwszy posadę ordynatora w szp. Jana Bożego, otrzymał posadę adjunkta w b. szkole Głównej i wykładał policyę lekarską w r. 1862-im; w 1864 zamianowany profesorem nadzw., a następnie w 1869 po przekształceniu Szkoły Głównej na uniwersytet, zamianowany docentem psychiatryi po 25 latach opuścił zawód nauczycielski. P. był pierwszym w naszym kraju, który naszych lekarzy zaznajomił z tą trudną gałęzią medycyny praktycznej. Wykładał również medycynę sądową i był honorowym członkiem Rady Lekarskiej w Królestwie Polskiem. Wykładał również czas pewien hygienę, a lubo jak widzieliśmy, zajęcia P. były różnorodne, jednak każdy z wykładanych przedmiotów znał on grunto-

wnie, czytał i pracował niezmiernie dużo, w czem mu znajomość wielu języków nie mało dopomagała. Z kilkunastu [do 20] prac P., najważniejszą jest jego Psychiatrya w dwóch częściach [str. 224 i 689]. Dzieło obszerne i jak na owe czasy bardzo cenne, bo kompletny obraz współczesnej wiedzy w zakresie psychiatryi przedstawia. Dodać należy, iż P. nie był tylko echem cudzych poglądów; przeciwnie, był to umysł samodzielny, dążący do objęcia całości i rozumiejący wybornie zadania współczesnej nauki. W historyi medycyny polskiej P. zawsze będzie w psychiatryi stał na pierwszem miejscu, jako pierwszy profesor psychiatryi i jako autor, który pierwszy napisał systematyczne dzieło w tym trudnym przedmiocie w języku polskim.

XXIII. VARIA.

(policyja lekarska, sprawy zawodowe i t. d.).

Sprawozdawca

K. Dobrski.

Biegański W. Medycyna i filozofia. Medycyna str. 730, 755, 779.

Zastanawiając się nad stosunkiem medycyny do filozofii, autor zaprzecza poglądom filozofów o możliwej zgodzie między tymi dwoma tak zasadniczo różnymi kierunkami. Teorye metafizyczne, dążące do wyjaśnienia zjawisk przyrody na drodze abstrakcyjnego rozumowania, muszą być wyłączone z dziedziny nauk przyrodniczych; te ostatnie pozostają w zakresie faktów rzeczywistych i metod ścisłego badania.

Idee prawdy, dobra i piękna w przeciwstawieniu do walki o byt, do siły brutalnej i braku podniosłych pojęć o życiu, stanowią niezaprzeczenie ożywcze prądy dla myśli ludzkiej, strzedz się jednak należy przewagi idealizmu, któryby powstrzymywał rozwój i postęp nauki.

Medycyna wiele zawdzięcza filozofii, od której czerpała metody badania i wielokrotnie posługiwała się jej teoryami. Kiedy w połowie 19-go stulecia, po walce stoczonej z filozofią natury, nauka otrząsła się, ze spekulacyi filozoficznej, nastała doba reakcyjnego kultu faktów i doświadczenia; zacięty spór między przedstawicielami dwu kierunków, ujawnił w metodzie empirycznej słabe jej strony, wiodące do dogmatyzmu i kultu powag osobistych.

Fakty, którym empiryja przypisuje znaczenie pewników, posiadają wartość bardzo względną i w większości przynajmniej przypadków nie mogą podlegać sprawdzeniu. Znamy właściwie nie rzeczywistość tylko wrażenia nasze i przy ocenie spostrzeganych zjawisk nie jesteśmy w stanie wyłączyć pierwiastku subjektywnego. Układ wszechświata nie daje się ująć w stosunki ilościowe a determinizm matematyczno mechaniczny, którym się posługuje nauka w zakresie biologii, przedstawia rzeczy

zbyt jednostronnie, ograniczając je do punktu widzenia mechaniczno-ilościowego; nie uwzględnia jakości zjawisk, których treść pozostaje równie zagadkową jak i przed wykryciem praw mechanicznych.

Oparta wyłącznie na zasadach determinizmu mechanicznego, fizyologia współczesna, wyłącza pojęcie celowości, podczas kiedy sama logika zniewala do przyjęcia go i narzuca celowość jako fakt, w każdym niemal ustroju organicznym.

Obydwa pojęcia przyczynowości i celowości, mają wspólną genezę psychologiczną i jedynie tylko przy pomocy racyonalnych czynników naszego umysłu, możemy przybliżyć się do zrozumienia praw w przyrodzie. Wszelkie wyniki spostrzegania i doświadczenia winny podlegać ścisłej krytyce rozumowej, czyli posługiwać się sposobem filozoficznym; lekarz zaś i przyrodnik muszą być zarazem i filozofami, t. j. posiadać krytyczne wyrobienie umysłu, znajomość jego praw i logiki wraz z teoryą poznania i psychologią.

Wieczysty spór z filozofią nie pozostał bez korzyści dla nauk ścisłych, wykształcił bowiem krytykę metod i materyału, nauczył oględnego wnioskowania i wskazał przyrodoznawstwu właściwe mu cele i zadania. Spółczesna wiedza przyrodnicza nie dąży do poznania przyczyn ostatecznych, lecz zatrzymuje się na badaniu przyczyn bezpośrednich w ich związku przyczynowym i ilościowym; posługuje się determinizmem matematyczno-mechanicznym, jako metodą najbardziej odpowiednią i, w dzisiejszych warunkach, jedyną zasadniczą metodą poznania.

Biegański W. Spółczesna kazuistyka lekarska przed sądem logiki. Medycyna str. 523, 548.

Autor ubolewa nad małą wartością całej spółczesnej literatury kazuistycznej, której smutny stan, szczególniej w kazuistyce terapeutycznej, na jaw występuje.

Spostrzeżenia pozbawione ścisłości i pewności naukowej, zamiast być sprawdzeniem poglądów teoretycznych, stały się środkiem do dowodzenia subjektywnych pojęć autorów, wielokroć nie zasługują na wiarę, a często tylko tendencyjnie, w celach reklamy bywają ogłaszane.

Zastanawiając się nad warunkami poprawnego opisu przypadków klinicznych autor żąda:

1) Dokładności w badaniu i przedstawianiu czynności ustroju, zwłaszcza zaś tych, które zawierają w sobie jakieś zboczenia od normy.

2) Jasności w opisywaniu objawów, pewnego porządku logicznego, układu całości, któryby zwracał uwagę czytelnika na najcharakterystyczniejsze cechy przypadku, przyczem unikać należy często popełnianego przez autorów błędu logicznego, polegającego na wprowadzeniu do opisu wniosków zamiast przesłanki określaniu objawów przez ich domniemaną przyczynę (jak n. p. „zmiany gruźlicze“ i t. p.).

3) Największej możliwej objektywności w opisie czynionych spostrzeżeń. Nie łatwo jest uniknąć złudzeń i błędów z uprzedzenia wynikających; można jednak ograniczyć do minimum udział pierwiastku

wnie, czytał i pracował niezmiernie dużo, w czem mu znajomość wielu języków nie mało dopomagała. Z kilkunastu [do 20] prac P., najważniejszą jest jego Psychiatrya w dwóch częściach [str. 224 i 689]. Dzieło obszerne i jak na owe czasy bardzo cenne, bo kompletny obraz współczesnej wiedzy w zakresie psychiatryi przedstawia. Dodać należy, iż P. nie był tylko echem cudzych poglądow; przeciwnie, był to umysł samodzielny, dążący do objęcia całości i rozumiejący wybornie zadania współczesnej nauki. W historyi medycyny polskiej P. zawsze będzie w psychiatryi stał na pierwszem miejscu, jako pierwszy profesor psychiatryi i jako autor, który pierwszy napisał systematyczne dzieło w tym trudnym przedmiocie w języku polskim.

XXIII. VARIA.

(policyja lekarska, sprawy zawodowe i t. d.).

Sprawozdawca

K. Dobrski.

Biegański W. Medycyna i filozofia. Medycyna str. 730, 755, 779.

Zastanawiając się nad stosunkiem medycyny do filozofii, autor zaprzecza poglądom filozofów o możliwej zgodzie między tymi dwoma tak zasadniczo różnymi kierunkami. Teorye metafizyczne, dążące do wyjaśnienia zjawisk przyrody na drodze abstrakcyjnego rozumowania, muszą być wyłączone z dziedziny nauk przyrodniczych; te ostatnie pozostają w zakresie faktów rzeczywistych i metod ścisłego badania.

Idee prawdy, dobra i piękna w przeciwstawieniu do walki o byt, do siły brutalnej i braku podniosłych pojęć o życiu, stanowią niezaprzeczenie ożywcze prądy dla myśli ludzkiej, strzedz się jednak należy przewagi idealizmu, któryby powstrzymywał rozwój i postęp nauki.

Medycyna wiele zawdzięcza filozofii, od której czerpała metody badania i wielokrotnie posługiwała się jej teoryami. Kiedy w połowie 19-go stulecia, po walce stoczonej z filozofią natury, nauka otrząsła się, ze spekulacyi filozoficznej, nastała doba reakcyjnego kultu faktów i doświadczenia; zacięty spór między przedstawicielami dwu kierunków, ujawnił w metodzie empirycznej słabe jej strony, wiodące do dogmatyzmu i kultu powag osobistych.

Fakty, którym empiryja przypisuje znaczenie pewników, posiadają wartość bardzo względną i w większości przynajmniej przypadków nie mogą podlegać sprawdzeniu. Znamy właściwie nie rzeczywistość tylko wrażenia nasze i przy ocenie spostrzeganych zjawisk nie jesteśmy w stanie wyłączyć pierwiastku subjektywnego. Układ wszechświata nie daje się ująć w stosunki ilościowe a determinizm matematyczno-mechaniczny, którym się posługuje nauka w zakresie biologii, przedstawia rzeczy

zbyt jednostronnie, ograniczając je do punktu widzenia mechaniczno-ilościowego; nie uwzględnia jakości zjawisk, których treść pozostaje równie zagadkową jak i przed wykryciem praw mechanicznych.

Oparta wyłącznie na zasadach determinizmu mechanicznego, fizyologia współczesna, wyłącza pojęcie celowości, podczas kiedy sama logika zniewala do przyjęcia go i narzuca celowość jako fakt, w każdym niemal ustroju organicznym.

Obydwa pojęcia przyczynowości i celowości, mają wspólną genezę psychologiczną i jedynie tylko przy pomocy racyonalnych czynników naszego umysłu, możemy przybliżyć się do zrozumienia praw w przyrodzie. Wszelkie wyniki spostrzegania i doświadczenia winny podlegać ścisłej krytyce rozumowej, czyli posługiwać się sposobem filozoficznym; lekarz zaś i przyrodnik muszą być zarazem i filozofami, t. j. posiadać krytyczne wyrobienie umysłu, znajomość jego praw i logiki wraz z teoryą poznania i psychologią.

Wieczysty spór z filozofią nie pozostał bez korzyści dla nauk ścisłych, wykształcił bowiem krytykę metod i materyału, nauczył oględnego wnioskowania i wskazał przyrodoznawstwu właściwe mu cele i zadania. Spółczesna wiedza przyrodnicza nie dąży do poznania przyczyn ostatecznych, lecz zatrzymuje się na badaniu przyczyn bezpośrednich w ich związku przyczynowym i ilościowym; posługuje się determinizmem matematyczno-mechanicznym, jako metodą najbardziej odpowiednią i, w dzisiejszych warunkach, jedyną zasadniczą metodą poznania.

Biegański W. Spółczesna kazuistyka lekarska przed sądem logiki. Medycyna str. 523, 548.

Autor ubolewa nad małą wartością całej spółczesnej literatury kazuistycznej, której smutny stan, szczególniej w kazuistyce terapeutycznej, na jaw występuje.

Spostrzeżenia pozbawione ścisłości i pewności naukowej, zamiast być sprawdzeniem poglądów teoretycznych, stały się środkiem do dowodzenia subjektywnych pojęć autorów, wielokroć nie zasługują na wiarę, a często tylko tendencyjnie, w celach reklamy bywają ogłaszane.

Zastanawiając się nad warunkami poprawnego opisu przypadków klinicznych autor żąda:

1) Dokładności w badaniu i przedstawianiu czynności ustroju, zwłaszcza zaś tych, które zawierają w sobie jakieś zboczenia od normy.

2) Jasności w opisywaniu objawów, pewnego porządku logicznego, układu całości, któryby zwracał uwagę czytelnika na najcharakterystyczniejsze cechy przypadku, przyczem unikać należy często popełnianego przez autorów błędu logicznego, polegającego na wprowadzeniu do opisu wniosków zamiast przesłanki określaniu objawów przez ich domniemaną przyczynę (jak n. p. „zmiany gruźlicze“ i t. p.).

3) Największej możliwej objektywności w opisie czynionych spostrzeżeń. Nie łatwo jest uniknąć złudzeń i błędów z uprzedzenia wynikających; można jednak ograniczyć do minimum udział pierwiastku

subjektywnego przez zastanowienie się, rozumową krytykę wrażeń i kontrolowanie jużto za pomocą przyrządów, jużto jednego zmysłu przez drugi, n. p. opukiwania przez wymacywanie albo osłuchiwanie i t. p.

Cybulski N. W sprawie reformy studyów lekarskich. Przegląd Lekar. str. 357, 369, 381, 394, 404.

Sprawę reformy nauczania lekarskiego poruszyło, przed kilku laty, austryackie ministeryum oświaty. Opinje o niej wyraziły jedynie organy powołane przez ministerjum, t. j. przedstawiciele wydziałów, izb lekarskich i referenci sanitarni.—Czasopisma lekarskie, z krzywdą dla sprawy, nie zabierały głosu; w ten sposób zbrakło publicznej krytyki, bo i wyniki narad organów ministeryalnych, acz ogłoszone drukiem, do wiadomości podanemi nie zostały. Autor, nie naruszając tajemnicy urzędowej, sprawę omawia w ten sposób, jak gdyby rozprawy nad nią dopiero zaczynały się.

Ostatnia reforma studyów lekarskich w Austryi, sięga r. 1872; od tego czasu medycyna zrobiła wielkie postępy i porządek rzeczy ówczesny, dziś, po latach 25, nie odpowiada potrzebom W braku określonych wskazówek i ustaw, wydziały lekarskie przystosowywały się do postępów wiedzy i sztuki w sposób przypadkowy, niesystematyczny a wynikiem tego, ogólne dziś wyrzekanie, że studenci kończący fakultet są o wiele mniej niż dawniej, przygotowani do wykonywania lekarskiego zawodu.

Przyczyny stanu o którym mowa, a któremu autor nie przeczy, pochodzić mogą z trojakiego źródła. Albo młodzież przychodzi za mało przygotowana, albo za mało się uczy, albo jest źle uczona.

Przewaga humanizmn w wychowaniu klasycznem, które otwiera wstęp do uniwersytetów, bardzo niekorzystnie się odbija w czasie studyów lekarskich. W młodzieży nie wyrabiają zupełnie umiejętności myślenia obrazowego t. j. wyobrażania kształtu przedmiotów, których się nie widzi lub poznaje tylko optyczne przekroje. Brak teoretycznej a zwłaszcza praktycznej znajomości fizyki, nieobycie się z przyrządami, stanowią wielką trudność nietylko w badaniach fizyologicznych ale w całej nauce lekarskiej, w której rękoczyny rozmaitego rodzaju i przeznaczenia są co chwila w użyciu. W ciągu 2 lat, przy dostatecznej pilności, młodzież wyrównywa te braki.

Że młodzież za mało się uczy, przyczyny szukać należy nietylko w braku w niej pilności, ale i w świętowaniu nadmiernem. Na wydziale lek. praca trwa zaledwie 6 miesięcy w roku. Ścisłości w wykonywaniu obowiązków wymagać należy przedewszystkiem od profesorów i tych ministeryum powinno rozporządzeniami do tego skłonić. Gdyby choć 2 miesiące zyskano rocznie równałoby się to rokowi studyów więcej.

Obszar nauki lekarskiej jest bez porównania większy niż dawniej, i nie podobna, żeby kończący fakultet umiał już wszystkie specyalności i wiedział wszystko. Trzeba jednak określić co jest rzeczą zasadniczą,

co koniecznie umieć winien student, czego się w ciągu 3 czy 4 lat nauczyć może.

Zdaniem autora powinien student kończący fakultet: 1) mieć wyrobiony ogólny naukowy pogląd na sam przedmiot swych studjów i posiąść gruntownie zasady metod badania ustroju ludzkiego, oraz zrozumieć wszystkie zasadnicze jego funkcye; 2) musi posiąść gruntowną znajomość wszelkich tych postaci chorobowych, z jakiemi w danym kraju i wśród danych warunków może najczęściej się spotkać; 3) powinien mieć wyrobioną w sobie tę sumienność, tę moralną śmiałość, ażeby w przypadkach dla siebie wątpliwych, o ile to jest możliwe, uważał za swój obowiązek odwołać się do pomocy kolegów specyalistów.

Nie dość wskazać które przedmioty mają być obowiązkowe, z których mają być egzamina, ale zastanowić się trzeba co w każdym dziale stanowczo i bezwzględnie umieć musi a co tylko w zarysach. Zatem przed reorganizacyą studyów, należałoby na naradach specyalistów, ułożyć najodpowiedniejszy program studyów z oznaczeniem zakresu wymagań od kończących studja.

Zdaniem autora, z programu nie należy wykluczać studyów przyrodniczych, które, jeżeli w odpowiedni sposób prowadzone, są nieocenioną podstawą nauk właściwie lekarskich. Powinny więc pozostać: zoologia z anat. porównawczą, botanika, chemia, fizyka — jedynie bez. mineralogii obyć się można zupełnie. Wykład teoretyczny anatomii powinien być zamknięty w dwóch półroczach; kurs histologii ogólnej i szczegółowej z embryologją powinien być obowiązkowy a ćwiczenia rozszerzone. Należy też rozszerzyć ćwiczenia fizyologiczne.

Sposób nauczania na klinikach powinien być z gruntu zmieniony; poprzedzić je należy djagnostyką, patol. ogólną i szczegółową, chorych przedstawiać nie kazuistycznie lecz działami chorób. Dziś kliniki istnieją więcej dla użytku profesorów i asystentów, niż słuchaczy. Bez kursów płatnych u asystentów i t. d. nikt nie wytrzyma egzaminu. — Do liczby przedmiotów obowiązkowych należałoby zaliczyć psychjatryę, chor. nerwowe, hygienę, chor. weneryczne i choroby dzieci.

Wolność uczenia się i nauczania należy zostawić dla przedmiotów dodatkowych i specyalnych. To co potrzebne koniecznie, powinno być obowiązkowe i uczone koniecznie we właściwym po sobie porządku. Tu wolność uczenia się ustąpić winna miejsca prawdziwej potrzebie.

Kwestja egzaminu, na którą zwykle w programach studyów kładą wielki nacisk, jest drugorzędną. Autor uważa za pożyteczne kolokwia z przedmiotów przygotowawczych, po 1 i 2 kursie. Skutkiem takiego urządzenia, młodzież zaczynałaby studya właściwie lekarskie, z lepszem faktycznie przygotowaniem, a pewna liczba nie dość zdolnych czy pilnych cofnęłaby się zawczasu i wzięła do innych zawodów. Egzamina po każdym z 3 lat ostatnich i końcowe ze wszystkich przedmiotów wykładanych na fakultecie, autor uważa za szkodliwe.

Na zakończenie podaje autor szczegółowy, według swego rozumienia, rozkład studyów lekarskich, w ciągu 10 półroczy. Zwraca też

uwagę, że służba wojskowa podczas studyów uniwersyteckich, uniemożliwia racyonalny rozkład nauki na wydziałach lekarskich.

Daniłło S. W sprawie walki z alkoholizmem. Przegl. Lek. str. 662 i 679.

Artykuł jest streszczeniem odczytu, jaki autor wygłosił na zjeździe sanitarnym lekarzy ziemskich w Petersburgu. W dzisiejszym stanie wiedzy opilstwo nałogowe należy uważać za objaw chorobliwy. Podlega więc ono, na równi z innemi chorobami, leczeniu które w 30% do 50% przypadków, daje znaczną poprawę, jeśli leczenie dokonywa się w odpowiednich warunkach. Przedewszystkiem trzeba zmiany trybu życia, otoczenia, dozoru, obok leczenia fizycznego. W Europie zachodniej, a zwłaszcza w Stan. Zjedn. Ameryki, sprawa ta zorganizowana jest dobrze. Istnieje tam od dawna dziesiątki odpowiednich lecznic— a Rosyja niema dotąd ani jednej odpowiedniej instytucyi.

Obowiązkiem zawodowym lekarzy jest postawienie sprawy alkoholizmu chronicznego na porządku dziennym i pilnowanie, by z niego, bez załatwienia nie zeszła. Urządzenie lecznic dla nałogowych pijaków nie powinno być uważane za sprawę filantropii lecz potrzebę państwową, tak jak zakłady dla obłąkanych. Nie wyklucza to lecznic prywatnych.

Samo urządzenie lecznic, typy ustaw dla takich zakładów, to sprawy dość powikłane, bo z punktu widzenia klinicznego są różne kategorye alkoholizmu; ale przedewszystkiem chodzi o uznanie zasadnicze potrzeby zakładów.

Niezmiernej doniosłości w życiu praktycznem, są kwestye sądowopsychiatryczne, z alkoholizmem związane. Dr. Crothers, amerykański badacz, pierwszy zwrócił uwagę na automatyzm pochodzenia alkoholicznego, t. zw. trens (*trance*). Chory postępuje na pozór świadomie, ale potem nie wie, co czynił. Przyjmuje zobowiązania pieniężne, popełnia zbrodnie, zwierzęce gwałty, a potem nie wie, że to czynił. Poza tymi napadami bez świadomości, sfera umysłowa i moralna pijaka, ulega zwyrodnieniu, zapomina obowiązków, sprowadza ruinę rodziny.

Z powyższych faktów wynika pytanie czy pijak nie powinien być ograniczony w przysługujących mu prawach obywatelskich? odpowiedź musi wypaść twierdząco, a podniesienie tej sprawy jest rzeczą pilną. Tu autor podaje wskazówki, jaką drogą, ze względu na istniejące instytucye samorządu, należy postępować, by postulaty, o których mowa, zyskały sankcyę. W Anglii już od r. 1894 ograniczono swobodę pijaków. We Francyi inicyatywę podjęto w r. 1896.

W końcu autor streszcza pracę M. N. Kołpakowa, podjętą z jego inicyatywy, a mająca za przedmiot badanie alkoholizmu w Petersburgu. W tem mieście, w ostatnich 10 latach, ludność wzrosła o 10% a liczba pijaków o 400%. Liczba przestępstw spowodowanych pijaństwem, podwoiła się. Samobójstw liczono już 14% ogólnej liczby wypadków śmierci gwałtownej. W niższych klasach społeczeństwa

mężczyzn pijaków jest 95% — kobiet 5%; w wyższych — kobiet 20% ogólnej liczby. W ciągu ostatnich lat 10, zamknięto w areszcie, dla wytrzeźwienia, przeszło 400,000 pijaków a z nich 14,000 należało do stanów uprzywilejowanych.

Z pomiędzy 12 tez streszczających pracę Dr. Kołpakowa, przytaczamy ważniejsze: 1) Pijaństwo nałogowe jest chorobą umysłową; 4) lecznice dla pijaków powinny być zakładane oddzielnie od innych zakładów leczniczych; 5) statystyka wykazuje, że w Petersburgu pijaństwo się wzmaga; 9) upaństwowienie sprzedaży napojów wyskokowych [monopol] jest dziś środkiem koniecznym; 10) prawodawstwo musi koniecznie zwrócić baczną uwagę na pijaków chronicznych, aby drogą odnośnych ustaw zapobiedz szkodzie, jaką wyrządzają rodzinie i społeczeństwu; 12) różne metody lecznicze nałogowego pijaństwa, nie dają wyników zadawalniających, jeśli nie są stosowane w odpowiednich zakładach leczniczych.

Elzenberg A. W kwestyi profilaktyki chorób wenerycznych Gazeta Lek. str. 494, 523, 544, 565, 547, 619, 670, 698, 730, 755, 1065.

W Listopadzie 1896 r. odbył się w Petersburgu kongres syfilodologów, dla narad nad zapobieganiem szerzeniu się chorób wenerycznych. Przygotowaniem materyałów na zjazd ten zajmowała się, między innemi. i komisya o składzie mieszanym przy urzędzie lekarskim m. Warszawy. Autor, jako członek komisyi, podaje streszczenia protokułów, niekiedy tylko przytaczając referaty w całej rozciągłości i to przeważnie własne. Wielka różnorodność poruszanych kwestyi i nie zawsze systematyczne, raczej przygodne ich traktowanie, czyni niemożebnem dokładne streszczenie i tak już w streszczeniu podawanych zapatrywań członków komisyi. Ograniczamy się też na zaznaczeniu wybitniejszych [z jakiego bądź powodu] ustępów dyskusyi.

Człon. Kom., urzędnik do szczeg. poruczeń przy warszaw. Oberpolicm. przedstawił projekt kar, które mają być stosowane do prostytutek, naruszających regulamin szpitalny. Przewiduje między innemi: ścisłą dyetę, zamknięcie w areszcie podczas pobytu w szpitalu, wreszcie kary, wymierzać się mające „drogą administracyjną.“ po opuszczeniu szpitala. Komisya wyraziła przekonanie, że kary takie „są niezbędnemi.“ Autor założył energiczny protest przeciw stosowaniu kar w szpitalu, wskazując sposoby postępowania, które, przy dobrej woli, kary wszelkie mogą uczynić niepotrzebnemi. Proponowane kary, tak drogą wpływów psychicznych jak i fizycznych, psuć będą wyniki leczenia.

Prof. Trautvetter proponuje, by, wrazie żądania osób, najmujących mamki, odsyłano je do szpitala Św. Łazarza, gdzie za opłatą badanoby owe mamki.

Dr. Puszkin przedstawił przepisy, wydawane w celu śledzenia, kto jest dotknięty chorobą weneryczną [§§ 13—15 instrukcyi dlakomi-

sarzy cyrkułowych z r. 1874, § 4 i 5 obowiązków Naczel. Lek. szpitala Św. Łazarza, przepisy komitetu policyjno-lekarskiego i t. d.)

Dr. Żera proponuje [str. 599] aby „spis mamek leczonych z syfilisu znajdował się w domu podrzutków i w urzędzie lekarskim dla wiadomości kantorów mamek i osób prywatnych!“

Dr. Kopytowski [str. 621] jest zdania, że „chorzy, dotknięci chorobami wenerycznemi, a przedewszystkiem syfilisem, powinni się obowiązkowo leczyć w szpitalach lub prywatnie.“ Jest zdania, że potrzebne jest „przedstawienie w swej parafii przez każdego mężczyznę, chcącego zawrzeć związek małżeński, świadectwa lekarskiego o stanie jego zdrowia [w zakresie chorób wenerycznych]“.

Dr. Elzenberg rozwija projekt kolonii izolacyjnej dla prostytutek, w którejby przebywać musiały przez cały okres, w którym syfilis jest zaraźliwy [2—3 lat].

Dr. Puszkin w pracy, dotyczącej kontroli prostytucyi w Warszawie, proponuje między innemi: przechowywanie w komitecie paszportów prostytutek t. j. utrudnianie im wyjazdu z Warszawy, a prof. Trautv. żąda nadto by listę prostytutek, które z pobytu są niewiadome rozsyłać corocznie innym komitetom lekarsko-policyjnym. Dr. P. proponuje dalej fotografowanie prostytutek oraz powrót do rozporządzenia z r. 1851 i przystosowanie do niego Ukazu Senatu z r. 1893, który bierze w obronę kobiety o prostytucyę przez policyę posądzone i zapisanie do kontroli prostytutek czyni zależnem od zgodzenia się ich na to.

Komisarz komitetu p. Jeleniew, wobec zdania prof. Trautv. chciałby wyłączyć przynajmniej guwernantki, bony, szwaczki i t. p. kategorye kobiet, od przymusu składania pasportów w komitecie, ta bowiem procedura ujawnia całą sprawę w domu, w którym mieszka dana osoba.

Z dyskusyi nad syfilisem u żołnierzy okazuje się, że żołnierze są karani jeśli nie mogą [resp. nie chcą] wskazać kobiety, od której się zarazili.

Dr. Mikulski żąda wydania postanowienia, aby prostytutki syfilityczne leczono albo wcieraniami albo podskórnemi wstrzykiwaniami. W odpowiedzi dr. Elz. twierdzi, że „lekarzy nie można tak krępować i zmuszać do szablonowego leczenia jedną ze znanych dziś metod wprowadzania rtęci do ustroju. Lekarzowi należy zostawić zupełną swobodę działania“.

Wymiana jaskrawo różniących się między sobą poglądów nad kwestyą wyleczalności trypra u kobiet i płynących ztąd postulatów praktycznych, zakończyła posiedzenia komisyi.

IIg F. Ze wschodu. Korespondencya. Ser. II. Przegl. lek. str. 536.

Budowa linii syberyjskiej zwiększyła liczbę lekarzy w Syberyi. W obwodzie Zabajkalskim, liczba lekarzy kolejowych dochodzi do 20. Pensyi biorą 3200 rs. rocznie, lecz przy miejscowej drożyznie a braku

praktyki prywatnej, kwota to mała, kilkakroć mniejsza od pensyi inżynierów oddziałowych, od których lekarze zależą, co daje powód do ustawicznych kolizyi.

Zaznacza autor brak koleżeństwa między lekarzami w Syberyi i ustawiczne zajścia w towarzystwach lekarskich. W Krasnojarsku, wskutek wykluczenia z liczby członków kolegi, skazanego sądownie za pastwienie się nad wychowanicą, wynikły niesnaski wskutek których ustąpili założyciele i dotychczasowy zarząd, którzy Towarz. tamtejsze znakomicie rozwinęli i zyskali mu zupełne uznanie u mieszkańców.

Podobne nieporozumienia zaszły w Tow. Irkuckiem z powodu dyskusyi nad chłostą dla więźniów i roli lekarza wobec niej, oraz w Czycie, z powodu wykluczenia jednego z członków.

Jakubowski. Obecny stan sprawy ubezpieczenia lekarzy i ich rodzin. Przegl. lek. str. 203, 308 310, 358, 684.

Izba lekarska Morawska, w r. 1894, podjęła inicyatywę zjazdów delegatów izb lekarskich austryackich, dla omawiania spraw zawodowych ogólniejszej natury. Projekt przyjęto z ogólnem uznaniem, a pierwszy zjazd odbył się w Wiedniu, w r. 1894. Na nim, między innemi, zajmowano się sprawami lekarskich kas wsparcia itp. instytucyi dobroczynnych, oraz powzięto myśl utworzenia instytucyi ubezpieczeniowej i emerytalnej, przeznaczonej wyłącznie dla lekarzy. Autor kreśli szczegółowo dzieje narad, jakie toczyły się nad tym przedmiotem w galicyjskich izbach i towarzystwach lekarskich. Nie doprowadziły one do praktycznego rezultatu, gdyż ci lekarze, którzy sami, lub których rodziny najbardziej korzystaćby potrzebowali z instytucyi emerytalnej, nie byliby w stanie ponosić takich ciężarów, jakieby ponosić musieli, gdyby projektowanej instytucyi chcieli trwały byt zapewnić. Objaśnienia fachowych rzeczoznawców, matematyków pracujących na niwie ubezpieczeń, przekonały, że zwłaszcza zapewnienie emerytur i rent na wychowanie dzieci, wymagają tak poważnych nakładów, że ich sami lekarze ponieść nie byliby w stanie. Bez zapewnienia racyonalnej, finansowej podstawy, władze kontrolujące instytucye asekuracyjne nie pozwoliłyby na ich otwarcie.

Wobec tego szukano sposobów, aby najznaczniejszą część niezbędnych ciężarów przenieść na osoby trzecie, obciążając np. małym podatkiem recepty. Bliższe rozpatrzenie każdego z ujawnionych pomysłów wykazywało ich niepraktyczność i małe prawdopodobieństwo uzyskania sankcyi prawnej. Sprawa rostrzygniętą nie została.

Karczewski A. Kilka słów w sprawie dyskrecyi lekarskiej Kronika Lek. str. 35.

D-r E. Sonnenberg, ogłosił w r. 1890 w Medycynie, str. 674, artykuł p. n. „Dyskrecya lekarska ze stanowiska prawnego i etycznego.“ Dał on d-rowi A. K. powód do uwag, pod tytułem wymienionym w nagłówku.

D-r S., przejęty chwalebną dbałością o zdrowie ogółu, gotów jest bezwzględnie stosować wszelkie pomysły, zdrowie to mające na celu i sądzi, że w takim razie cel uświęca środki. Więc doradza lekarzom nie zanadto subtelne obchodzenie się z zasadą dyskrecyi lekarskiej, jeśli przez jej niezachowanie ochronić można osoby trzecie [np. kobietę mającą iść za mąż za syfilityka, mamkę mającą karmić syfilityczne dziecko i t. p.] od choroby. Pochopny jest do proponowania ryczałtowych, przymusowych oględzin całych kategoryi osób i wogóle zbyt mało ufa uczciwości ludzkiej, a zbyt wielką przypisuje doniosłość nadzorowi policyjno-lekarskiemu. Nie ma powodu przypuszczać, aby ludzie stojący na nieco niższym poziomie rozwoju umysłowego, już przez to samo pozbawieni byli zgoła zasad moralnych. Jeśli dla zapobieżenia szerzeniu się syfilisu felczerzy mają być poddawani przymusowym oględzinom, to konsekwentnie należy to stosować i do lekarzy. D-r S. chce, aby do zawarcia małżeństwa między osobami „sfer niższych“ potrzebne były świadectwa lekarskie, stwierdzające stan ich zdrowia. Trudno pojąć, dla czego te wymagania odnosić się mają jedynie do osób „podlejszej kondycyi“, skoro doświadczenie uczy, że właśnie zarażenie w małżeństwach świeżym przymiotem lub rzerzączką, dzieje się częściej w sferze t. zw. inteligentnej. D-r S. „nie liczy się z wymaganiami ludzkości, etyki i poszanowania godności ludzkiej, z wymaganiami, które stanowić powinny kardynalny warunek racyonalnej profilaktyki chorób zaraźliwych.“ „Przez rzucanie niepotrzebne projektów i t. d. możemy pozyskać niezaszczytne miano... morticole'ów.“

Sonnenberg E. Odpowiedź na powyżej streszczony artykuł dr. A. K. Kron. Lek. str. 217.

Autor stara się zbijać wywody D-ra K. a niektóre wydają mu się wprost niepojętymi. Przymusowe pozostawianie w bezżeństwie „pewnej garści luetyków, suchotników i t. p.“ nie wydaje się wcale autorowi trudnem ani złem. Jako na silny argument w dowodzeniu, powołuje się na rozporządzenie ministra komunikacyi z 20. VI. 1893 co do poddawania przymusowym oględzinom całych kategoryi ajentów dróg żelaznych obojga płci. W zakończeniu cierpki protest przeciw końcowym ustępom pracy dr. K.

Karczewski A. W zakończeniu polemiki. Kronika Lekarska str. 220.

Dosadna odpowiedź na powyższe dowodzenie dr. E. S., który między innemi powołuje się na poparcie swych poglądów na „jednego z poważnych przedstawicieli naszego dziennikarstwa“. Krytyka skuteczności proponowanych środków policyjno-lekarskich. „Uprzednia dyspensa nie jest przecież bezwarunkowo konieczna do płodzenia potomstwa“. Taką drogą [czynienia małżeństw zawisłemi od świadectw zdrowia] mogłyby się mnożyć jeszcze więcej związki „niedyspensowe“.

Karczewski A. Pogotowie ratunkowe. Kronika Lekarska, str. 872, 918, 972.

Wzór pogotowia ratunkowego, przedstawiony na 2-ej wystawie higienicznej w Warszawie, skłonił autora do wypowiedzenia zasadniczych uwag nad zakresem działania projektowanej instytucyi i środkami do osiągnięcia odpowiednich dla pogotowia celów; wzór wystawiony ocenia z punktu widzenia wyrozumowanych postulatów.

Ogół t. zw. przypadków „nagłych", to zbyt obszerne pojęcie, w którem mieszczą się tak dobrze przypadki wymagające jedynie środków farmaceutycznych, jak akuszeryjne, jak wreszcie traumatyczne. Zdaniem autora, te ostatnie są jedynie właściwem polem działania dla pogotowia, jak również otrucia, które pod wielu względami podobne są do traumatyzmów. Ale i w tych przypadkach, zadaniem pogotowia powinno być jedynie udzielenie pomocy doraźnej, jest również przewiezienie, resp. przeniesienie chorego w sposób właściwy, czyto do szpitali czy do mieszkań, t. j. do warunków, odpowiednich dla wykonywania operacyi i dalszego leczenia. Nie należy chorego przenosić najprzód do stacyi, dla wykonania tam operacyi a później dopiero do szpitala—lecz raczej dostawić go odrazu na oddział chirurgiczny w szpitalu.

Autor porównywa pogotowie ratunkowe z t. zw: stacyami opatrunkowemi na wojnie—w których udzielana bywa pomoc doraźna a ztąd chorzy dostają się do szpitali polowych.

Doraźna pomoc w przypadkach traumatycznych, powinna mieć na celu:

1) uchronienie ranionego od zakażenia, 2) zatamowanie krwotoku, 3) unieruchomienie uszkodzonego członka, 4) przeniesienie chorego.

W myśl wymagania pierwszego, stacya powinna być w możności dostawienia na miejsce wypadku, nie tylko narzędzi i materyałów opatrunkowych w stanie aseptycznym, lecz sprzętów i naczyń niezbędnych do odkażenia rąk i pola operacyjnego.

Co do tamowania krwotoków, to podwiązywanie głębokich naczyń, nie może być właściwem polem działania pogotowia, choć i to zdarzać się może jeśli wielkich trudności nie przedstawia. W kufrze, który lekarz zabiera ze stacyi, powinny się więc znajdować i kleszczyki i aseptyczny materyał do podwiązywania.

Unieruchomianie powinno dokonywać się szybko. Najodpowiedniejszu są specyalne przyrządy D-ra Dembowskiego. Zastąpienie zwykłego sposobu dostawiania poranionych do szpitali, w trzęsących dorożkach, będącego najczęściej barbarzyńską dla chorych męczarnią—powinno być jednem z głównych zadań pogotowia.

Następuje opis wzoru stacyi ratunkowej znajdującego się na wystawie i szczegółowy spis przedmiotów wchodzących w skład stacyi, tak zostających stale w jej lokalu jak i przenośnych, do zabierania na miejsce wypadku oraz środków transportowych.

Opisany wzór stacyi, nie zupełnie odpowiada wymaganiom postawionym przez autora.

Kleszcze porodowe każą przypuszczać, że i pomoc akuszeryjną wciągnięto do zakresu działania stacyi. Niezrozumiałą jest rzeczą w jakim celu zgłębniki cewkowe Beniqué'go, mają się znajdować na stacyi ratunkowej. Po co kleszcze do zębów, różne wzierniki? Stacya ratunkowa nie może liczyć ani na chorych którzyby się kwalifikowali, na miejscu do poważniejszych operacyj, ani na lekarzy, którzyby takie zabiegi w sposób właściwy wykonywali [obsługiwać ją będą albo początkujący lekarze albo studenci wyższych kursów], więc właściwszem byłoby mniej kosztowne urządzenie sali operacyjnej. Bogactwo narzędzi i przyrządów jest jednostronne bo sterylizator jest tylko do narzędzi. W ogóle, zawiele dbano o salę operacyjną a za mało o środki przenośne, potrzebne przy doraźnej pomocy, o możność aseptycznego od początku postępowania. Brak np. naczynia do mycia rąk. Przyrządy do unieruchomiania, zwłaszcza kończyn górnych, nie zadawalniają autora.

Środki transportowe stacyi czynią zadość bodaj wybrednym wymaganiom. Zdaje się jednak, że przeznaczone są także dla przewożenia chorych zaraźliwych, co zdaniem autora stanowczo nie powinno wchodzić w zakres t. zw. pogotowia ratunkowego, gdyż wymagałoby to osobnego personelu lub przynajmniej kamery dezynfekcyjnej przy stacyi.

Uwagi jakie autor poczynił, nie zmniejszają, jego zdaniem doniosłości zamierzonej instytucyi, która oddać może poważne usługi. Dlatego inicyatorom należą się słowa szczerego uznania.

Krysiński St. Kilka uwag nad słownictwem anatomicznem. Przegl. chirurgiczny, Tom. III, zesz. 2, str. VII do XIV.

Po przedstawieniu wad słownictwa anatomicznego ogólnego i zasad obecnego słownictwa powszechnego, które zostało opracowane przez grono członków Towarz. anatomicznego w Niemczech. autor zastanawia się nad dowolnością i niestałością naszego słownictwa i przedstawia następujące zasady, które mu przyświecały przy opracowywaniu słownictwa anatomicznego polskiego, które oparł na obecnem słownictwie powszechnem:

1. Wszystkie nazwy muszą być czysto polskie i z duchem języka zgodne.

2. Nazwy zasadnicze, rzeczownikowe, o ile nie są powszechnie znane i ogólnie przyjęte, powinny być dokładnym przekładem nazw słownictwa powszechnego a w razie niemożności przekładu powinny być ściśle rzeczowe.

3. Nazwy nie powinny być świeżo urobione lecz muszą być odszukane pomiędzy najwłaściwszemi z dotąd używanych lub w skarbcu języka zawartych.

4. Każda część ciała ma mieć tylko jedną nazwę naukową i każdej części ciała ma odpowiadać odrębna lecz tylko jedna nazwa naukowa.

5. Każda nazwa poska ma odpowiadać tylko jednej nazwie łacińskiej i każdej różnej nazwie łacińskiej ma odpowiadać tylko jedna nazwa polska.

6) Nazwy przymiotnikowe pochodne muszą być, stosownie do rozmaitych względów które wyrażać mają, rozmaite, ale dla każdego pojedyńczego względu muszą być wszystkie według jednej i tej samej modły wytworzone.

W dalszym ciągu wyjaśnia autor, jak, dzięki bogactwu języka polskiego, dadzą się te rozmaite względy np. podobieństwa, składu, przynależytości i t. d. wyrażać końcówkami i wskazuje, kiedy mianowicie nazwy przymiotnikowe mają mieć końcówki: ny, aty, awy, owy.

W końcu mówi:

Przy przejściu ze słownictwa dowolnego do jednolitego, każdy musi złożyć coś ze swoich upodobań na ołtarzu spólnego dobra i wzajemnego porozumienia, każdy z nas musi się przyzwyczajać i oswajać z tem nowem słownictwem; mam jednak nadzieję, że dbałość o czystość i ścisłość języka, którym mówimy, trud ten nam osłodzić i do poniesienia go skłonić nas potrafi.

Natanson L. Z życia i z praktyki. Medycyna, str. 184, 211, 235.

Nie czując się powołanym do pisania odczytów klinicznych, autor, w luźnej pogawędce omawia niektóre warunki kształcenia się lekarzy.

Cała wartość realna lekarza zawisła od jego zdolności leczenia. Potrzeba mieć talent i wiele zdrowego rozsądku, żeby stać się biegłym terapeutą, ale zalety te nie wystarczają same przez się. Szkoła musi wrodzony talent ucznia wykształcić, zdrowemu rozsądkowi nadać właściwy kierunek, wprawić go w praktyczne postępowanie i wzbudzić w nim zaufanie do nauki. Rzadko który z kierowników klinicznych odpowiada powyższym zadaniom; o ile bowiem klinicyści zgadzają się pod względem badania, rozpoznawania i określania chorób, o tyle znów różnią się co do wyboru środków i metod leczenia.

Zasady głoszone w klinice odbijają się w działalności całych pokoleń lekarzy a nieliczni tylko zdołają otrząsnąć się z nabytych w szkole uprzedzeń.

Terapia była i jest zbiornikiem najsprzeczniejszych poglądów profesorskich, które stawały się dogmatami dla uczniów i utrwalając błędy, sprzeciwiały się postępom terapii.

Dla przykładu autor przytacza cały szereg metod leczenia, które po mniej lub więcej krótkiem trwaniu, uległy zmienności losu. Empiryków przeciwstawia zwolennikom terapii racyonalnej, którzy wyrzekają się stosowania znanych ze skuteczności środków jak n. p. chininy w zimnicy albo rtęci w przymiocie, dlatego, że działanie tych środków nie ma racyonalnego uzasadnienia. Podnosi zasługę klinicytów wiedeń-

skich, którzy najdzielniej przyczynili się do ograniczenia nadużyć metody przeciwzapalnej; zarzuca jednak ich zasadzie nieinterwencyi, że doprowadziła do nihilizmu terapeutycznego.

Wspomina o systemie Rademacher'a któremu hołdowano w Warszawie między 1850–1860 rokiem. Pewien *genius epidemicus* miał stanowić treść wszystkich, panujących w danym czasie chorób; szukano środka przeciw niemu, a znalazłszy, jednym specyfikiem leczono wszystkie choroby. I tak były epoki malaryi, influenzy, które mylnie odnajdywano w najrozmaitszych stanach chorobowych. Jedni terapeuci szukali zbawienia chorych w zwolnieniu tętna i stosowali naparstnicę we wszystkich stanach gorączkowych inni dążyli wyłącznie do obniżenia ciepłoty ciała mnożąc do nieskończoności ilość środków antipyretycznych.

Największe jednak korzyści przyniosła nauce antyseptyka a szczególniej zapobieganie sprawom septycznym przez dezynfekcyę i aseptyka, t. j. zwrot od terapii ku hygienie prewencyjnej.

Czystość ciała i czystość otoczenia, oto prawdziwe palladium zdrowia.

Z natury rzeczy lekarze winni być i nauczycielami hygieny, za mało ją jednak znają a szkoła nie stara się rozbudzić w nich zamiłowania do tej ważnej gałęzi nauki.

Jako studenci przywykają badać i obserwować chorych szpitalnych w jednych i tych samych warunkach hygienicznych, a później gdy jako lekarze, przechodzą do praktyki prywatnej zaniedbują zwracać uwagę na otoczenie chorego i płynące zeń szkodliwości; częstokroć większy nacisk kładą na receptę, niż na warunki hygieniczne w jakich chory pozostaje.

Konieczność szerszego stosowania zasad hygieny sprawi, że uniwersytety kształcić będą specyalnych urzędników zdrowia na wydziałach hygienicznych, z programem obejmującym nauki techniczne, ogrzewanie, wentylacyę, hygienę profesyonalną, fabryczną, szkolną, towaroznawstwo, technikę mikroskopową i chemiczno-rozbiorową, statystykę, demografię i t. p. Istniejące w Petersburgu i Moskwie instytuty hygieniczne, zarówno jak Reichsgesundheitsamt w Berlinie nie odpowiadają celom praktycznym mając głównie badania naukowe na względzie.

Lekarze, jako czoło inteligencyi społecznej, powinni odznaczać się nietylko nauką ale i wyższą kultnrą obyczajową i towarzyską.

Klinika ma być dla nich szkołą praktyczną, gdzie stosunki koleżeńskie zwłaszcza zaś przykład przewodników, nauczy ich umiejętnego postępowania z chorymi, złagodzi szorstkość i rubaszność w obejściu i wskaże, że nie należy lekceważyć niedoli i nieszczęść ludzkich.

Nie wolno lekarzom odmawiać porady bezpłatnej chorym biednym którzy w naszych stosunkach nie korzystają w tej mierze jak zagranicą z opieki państwa, miasta, gminy, stowarzyszeń dobroczynnych lub kas zawodowych.

Po za obrębem pracy zawodowej, lekarze powinni poczuwać się do obowiązku współdziałania w sprawach dobra publicznego, przez krzewienie zdrowych zasad hygieny, tępienie przesądów, popieranie urządzeń sanitarnych, przez czynny udział w działalności zakładów dobroczynnych i społecznych, przez popieranie literatury i sztuki.

Nussbaum H. O najgłówniejszych zadaniach terapii i jej sprawności. Gazeta Lek. S. II. Tom. XVI, str. 12, 41, 69, 184, 377, 408.

Autor pragnie „ułatwić przedewszystkiem studyującym medycynę oryentowanie się w pojmowaniu zakresu, zadań i sprawności terapii.“ „Główne zadanie terapii“ wyraża autor w 6-u punktach następujących: 1) odwracanie zagrażającej śmierci, 2) przedłużanie życia, 3) usuwanie cierpień, 4) usuwanie choroby, 5) podnoszenie sprawności ustroju, 6) zapobieganie powikłaniom i następstwom chorób.“ Z zadań powyższych autor wyprowadza 3 „zadania negatywne“: 1) nie przyczyniać się do skracania wątka życia, 2) nie przyczyniać cierpień, 3) nie przynosić uszczerbku sprawności ustroju.“

W rozwinięciu tak nakreślonego planu, autor mówi obszernie o każdem z owych poszczególnych zadań głównych terapii, o metodach, sposobach postępowania i środkach prowadzących do ich spełnienia w praktyce lekarskiej. Praca autora skończoną nie jest. Opracowane są dotychczas tylko trzy pierwsze z pomiędzy sześciu pomienionych wyżej zadań.

Mówiąc o zadaniu pierwszem [odwracanie zagrażającej śmierci] autor wymienia 4 kategorye niebezpieczeństw: 1) uszkodzenia urazowe, 2) wpływy toksyczne, 3) zaburzenia mechaniczne patologicznego pochodzenia, 4) fizyologiczne wpływy [jak: wyczerpanie energii serca i t. d.], poczem szczegółowo wykłada w czem leżeć może istota niebezpieczeństwa i jakimi zabiegami skutecznymi terapia wobec owych rozlicznych niebezpieczeństw rozporządza. Część szczegółowa tego rozdziału jak i następnych do streszczenia się nie nadaje.

Rozdział pierwszy autor kończy wyrażeniem dezyderatów, mogących przyczynić się do „do powiększenia sprawności” terapii odnośnie do zadania pierwszego. Pragnie więc: wzmocnienia wykładu toksykologii, wprowadzenia oddzielnego kursu teoretyczno-praktycznego dotyczącego rękoczynów, mających na celu oddalanie bezpośrednio grożącej śmierci, stworzenia licznych stacyi ratunkowych. Wreszcie zwraca uwagę, że „lekarze w chorobach ostrych zbyt obojętnie przyjmują rozpoczynający się okres bliskiego konania”. Autorowi chodzi „o odwracanie śmierci dziś, bez względu na trwałość dalszą, ocalonego na razie życia.“

W rozdziale drugim [przedłużania życia] autor mówi o „hygienoterapii”, zastanawiając się obszernie nad jej wielką doniosłością w chorobach przewlekłych, nieuleczalnych, [moczówka cukrowa, zapalenie nerek miąższowe przewlekłe i t. d.] Szczegółowo też autor mówi

o dyetetyce w chorobach przewlekłych, a wreszcie i o roli terapii chirurgicznej, odnośnie do zadania, o które tu chodzi.

Rozdział trzeci obejmuje wykład o usuwaniu cierpienia. „Lekarz musi znać życie na wskróś... więc i cierpienia; musi znać ducha... choroby, czuć sam tak prawie, jak chory czuje" a dojść powinien do tego, „przez samoobserwacyę własnych cierpień przygodnych" i „przez analizę orzeczeń chorego." Autor podaje „klasyfikacyę bólów" [1. od ukłucia ostrym końcem, 2. od nacisku tępym klinem, 3. od ukłucia tępym klinem i t. d.] i rozróżnia sposoby działania rozlicznych „bólotworczych" wpływów, według tego jak one rażą powierzchnię skóry, całość skóry, skórę i mięśnie i t. d. Zdaniem autora „fatalnem jest pojmowanie zadania terapii" ze strony lekarza, jeżeli tenże, przekonawszy się, iż ma do czynienia z „bólem nerwowym pochodzenia obwodowego, ośrodkowego lub co gorsza, tylko korowego [histerya, neurastenia] czuje się zupełnie uspokojonym i... zaleca środek obojętny, boć choremu nic nie grozi." Przechodząc do szczegółów, autor mówi o tem, co obejmuje „arsenał terapii w sprawie walki z cierpieniem" i tu zastanawia się nad znaczeniem: *positionis accomadatoe*, zabiegu operacyjnego, metod leczenia miejscowego, pryszczydeł, deplecyi miejscowej, elektryczności a w końcu, mówiąc o środkach przeciwbólowych farmakodynamicznych, stawia wymaganie, iżby tam, gdzie „cierpienia zależą od procesów, które wprawdzie dają się usunąć, lecz po dłuższym dopiero czasie... przedewszystkiem same cierpienia usunąć." Tu autor obszernie a wymownie polemizuje z „wielu lekarzami, którzy tej potrzeby nie uznają."

Pomoc lekarska. Nowiny Lek. str. 139.

Oddawna poruszony projekt zawiązania kasy wsparcia dla lekarzy polaków, w obrębie Ces. niemieckiego, wznowił prof. Wicherkiewicz, przed opuszczeniem Poznania. Projekt statutu przyjęto 20 Stycznia a zebranie ogólne odbyte w d. 14 Lutego, stwierdziło, że z pośród 220 lekarzy polaków w obrębie cesarstwa, 67 przystąpiło już do Towarzystwa, które pod nazwą „pomoc koleżeńska", będzie czynne z siedzibą w Poznaniu.

W dziale VI statutu, § 2 brzmi: fundusz żelazny zebrany przy zakładaniu Pomocy koleżeńskiej aż do 1 Lipca b. r., nosić będzie nazwę: imienia Bolesława Wicherkiewicza.

Rogowicz J. Oględziny lekarskie kobiet, wobec obowiązującego u nas prawa. Medycyna Nr. 1 (W odbitce: Warszawa, 1896. str. 6—razem z pracą J. Majkowskiego. W sprawie nierządu publicznego itd.

Z powodu rozmaitych rozporządzeń władz administracyjnych, które nakazywały poddawanie obowiązkowej rewizyi sanitarnej całych kategoryj kobiet pracujących (fabryki, wszelkie zakłady publiczne, słu-

żba na drogach żelaznych), autor zestawił z jednej strony teksty wzmiankowanych rozporzedzeń, z drugiej, na podstawie decyzyi ogólnego zebrania Rządzącego Senatu z r. 1892 wskazał, właściwy kres słusznych wymagań policyi itp. władz, w sprawie o której mowa.

Zestawienie powyższe wykazuje dowodnie, że do oględzin lekarskich, wbrew własnemu życzeniu pociągane być mogą te tylko kobiety, które w myśl art. 155 ustawy o zapobieganiu przestępstwom, trudnią się nierządem t. j. te które kupczą własnem ciałem, proponując stosunek płciowy lub zgadzając się na takowy z każdym, kto tego zechce, za wynagrodzeniem. Osoby tej kategoryi, proceder swój prowadzić mogą jawnie lub potajemnie. W pierwszym przypadku, kobiety otrzymują pozwolenie na zajmowanie się nierządem i od tej chwili podlegają nadzorowi specyalnych komitetów policyjno-lekarskich oraz obowiązane są stosować się do przepisów wydawanych w drodze administracyjnej dla osób tej kategoryi. Do tych przepisów należy i obowiązek poddawania się peryodycznej rewizyi lekarskiej, dla ewentualnego stwierdzenia choroby wenerycznej. Kto obowiązku tego nie spełnił podlegając mu, ten karany być może z art. 44 Ustawy o karach. Zanim jednak prostytutka potajemna, może zacząć podlegać obowiązkowi rewizyi, musi zostać jawną a stać się to może albo wskutek dobrowolnego jej o to starania, albo na żądanie władzy na którą włożony jest nadzór nad prostytucyą. I w tym ostatnim przypadku, kobieta podpisać dobrowolnie powinna deklaracyą, że się zgadza na wciągnięcie jej do listy prostytutek i że przyjmuje obowiązki stąd wynikające. Jeśli oddając się nierządowi, deklaracyi podpisać nie chce, to do rewizyi lekarskiej pociągnąć jej nikt nie ma prawa, a już najmniej z użyciem środków przymusowych. Może być tylko karaną z tego samego art, 44 za nierząd tajny a nie za niewykonanie przepisów o nadzorze.

Powyższe wyjaśnienie Senatu, zdawało się, że położy kres nieporozumieniom ale już w roku następnym (1893) minister komunikacyi wydał rozporządzenie nakazujące poddawanie ryczałtowe niższej służby dróg żelaznych obowiązkowym oględzinom.

Wskutek motywowanej odpowiedzi jednej z dróg żelaznych w naszym kraju, wskazującej na brak prawnej podstawy do wykonania rozporządzenia ministra, nastąpiła modyfikacya rozporządzenia, w tym mianowicie kierunku, że rewizye dokonywane mają być u osób, które ściągnęły na siebie pod tym względem podejrzenie lekarza, albo zarządu albo żandarmów kolejowych. Stałym, obowiązkowym oględzinom podlegają mężczyzni, kawalerowie, należący do służby niższej. Jeśli nie chcą im się poddawać, powinni być bezzwłocznie ze służby wydaleni.

Majkowski J. W sprawie nierządu publicznego (prostytucyi) i zapobieganiu chorobom wenerycznym. Medycyna Nr. 2.. (W odbitce: Warszawa, 1896, str. 16.—razem z pracą J. Rogowicza: Oględziny lekarskie kobiet itd.).

Praca, w sposób szkicowy, dotyka różnych kwestyj z prostytucyą związanych. Określenie nierządu zaczerpnięte (autor się z niem zgadza) z pracy J. M. Kamińskiego, O prostytucyi, II wyd. r. 1875. Po jego przytoczeniu, podaje autor wiadomości o zwolennikach policyjnego regulowania prostytucyi i nadzoru nad nią i o przeciwnikach t. zw. abolicyonistach, oraz wymienia kraje, w których zapatrywania jedne lub drugie znalazły wyraz w obowiązującem prawie i przepisach administracyjnych. W rozdz. III mieści się krótka wzmianka o prostytucyi w Polsce w ubiegłych wiekach a bardziej szczegółowo obznajmia czytelnika z labiryntem przepisów i rozporządzeń, na który złożyły się zmiany, uzupełnienia itd. wydanych w Król. Polsk. poraz pierwszy w r. 1842, przepisów policyjno-lekarskich, dla usunięcia choroby przymiotowej. Wymienia obecny skład t. zw. Warszawskiego komitetu policyjno-lekarskiego i obecnie przyjęty podział i nomenklaturę różnych kategoryi zakładów służących dla celów nierządu i osób nierządowi się oddających. W rozd. IV. wskazuje, że skutecznym, łatwym w wielu razach a przedewszystkiem sprawiedliwym byłby przepis zmuszający mężczyzn przychodzących do domów publicznych, do podlegania rewizyi. W rozdz. V, określa dla Warszawy, liczbę prostytutek jawnych na 2 a tajnych na 10 tysięcy i podaje cyfry odnoszące się do chorych wenerycznych, w szpitalach cywilnych i wojskowych oraz lecznicach.

Wiadomości porównawcze co do innych krajów, nie nadają się do streszczenia, jako już do możliwych granic treściwe.

Autor uważa za główne zadanie komitetu polic.-lek., „aby jak największą liczbę kobiet, zajmujących się nierządem tajnym, pociągnąć do obowiązkowej stałej rewizyi". Na zasadzie przepisów z r. 1842 działo się to na podstawie doniesień tajnych ajentów komitetu, z decyzyi jego członków. Rok 1876, wprowadzenie nowej ustawy o karach i nowej procedury sądowej oraz orzeczenie Senatu (patrz Rogowicz: Oględziny itd.) położyły kres poprzedniemu, arcy prostemu sposobowi. Już niemożna wbrew woli kobiety, zaliczyć jej do liczby nierządnic—na to trzeba jej zgody, trzeba oskarżenia przed sędzią pokoju jeśli się nie zgadza, trzeba skazania na karę za nierząd tajny. Nie dość na tem, jeśli oskarżenie nie będzie poparte dowodami, to odpowiedzialność spaść może na oskarżyciela. Nie dziwi się autor, że odnośna władza spraw nie wytacza a tylko zadaje sobie pytanie, jakim sposobem, Komitet zdołał zarejestrować w Warszawie 2 tysiące kobiet publicznych. Jako główną przyczynę uważa: „nieświadomość prostytutek o przysługującem im prawie zapisywania się lub niezapisywania do kontroli, z czego prawdopodobnie umie zręcznie korzystać komitet".

Autor wskazuje na sprzeczność jaka istnieje między orzeczeniami Senatu w sprawie prostytucyi a przepisami komitetu i twierdzi że „należy raczej ograniczyć nadmierną swobodę niebezpiecznych dla zdrowia jednostek, niż wystawiać na szwank zdrowie publiczne". Ze sceptycyzmem wyraża się o skuteczności proponowanych oględzin ryczałtowych kobiet pracujących w fabrykach itd.

W konkluzyi, autor wskazuje jedynie skuteczne sposoby zapobiegawczego działania przeciw szerzeniu się chorób wenerycznych a mianowicie te, których podstawą są nie policyjne i karne, lecz humanitarne zasady i oświata.

Wskazuje na potrzebę takich reform w szpitalnictwie, któreby równouprawniały chorych wenerycznych z innemi, któreby przyciągały chorych do szpitali i ambulatoryów a nie odstręczały od nich. Do dziedziny pobożnych życzeń autora należą także postulaty: aby zarządzającym komitetem był lekarz syfilodolog i aby, gdy przy szpitalach ogólnych, otwarte zostaną bezpłatne oddziały dla chorych wenerycznych i bezpłatne ambulatorya, w tychże ambulatoryach odbywać się mogły bezpłatne rewizye lekarskie kobiet oddających się tajnemu nierządowi.

Sonnenberg E. (Zgierz). Przyczynek do sprawy partactwa lekarskiego na prowincyi. Zdrowie str. 408, 445.

Materyał kazuistyczny zebrany przez autora pochodzi z okolic Zgierza. Dzieli go na zabiegi dokonywane przez osoby nie zaaprobowane i przez niższy personel lekarski t. j. felczerów i akuszerki. W każdej z tych kategoryi odróżnia zabiegi wprost zdrowiu szkodliwe i praktyki oszukańcze, obojętne dla organizmu, których jedynym celem jest wyłudzanie pieniędzy. Kazuistyka do szczegółowego streszczenia nie nadaje się. W okolicy Zgierza szczególnie pospolite są zabiegi przy cierpieniach oczu, podcinanie języczków, kładzenie ciał drażniących do uszu lub nosa, bezmyślne stosowanie pijawek oraz używanie ludzkich lub zwierzęcych wypróżnień, w różnej formie do zewnątrz a nawet do wewnątrz. W wypadkach, w których znachorzy sami zupełnie nie wierzą w działanie zaleconych przez nich środków, starają się zawsze, aby przepis był tak trudny do wykonania, że prawie zawsze liczyć można, iż uda im się wytłumaczyć pacjentowi, że tylko niedokładne wykonanie przepisu było powodem jego bezskuteczności.

Wśród felczerów wielu jest uczciwych i pracowitych ludzi, lecz ciągłe zacieśnianie się pola ich zarobkowania sprawia, że jednostki bez wartości moralnej, w walce o chleb powszedni, nie cofają się przed wszelkiemi środkami i rzucają cień na stan felczerski. Z uznaniem wspomina autor fakt, że łódzcy felczerzy, pod koniec 1895 r., obradowali w swem zgromadzeniu nad postępowaniem jednostek czyniących ujmę korporacyi i powzięli inicyatywę w zwróceniu uwagi władz administracyjnych, na wzmagające się złe.

Fakt, że pomoc babek i akuszerek, często przekracza dozwolone granice, to jest obsługę normalnych porodów, a wchodzi na pole operacyjne i tą drogą dużo przynosi szkody rodzącym i noworódkom, objaśnia autor brakiem oświaty u babek i akuszerek oraz u tych warstw ludności z któremi mają do czynienia, z jednej strony, a warunkami ekonomicznemi z drugiej. Ludności wiejskiej się zdaje, że akuszerka powinna

umieć dać całkowitą pomoc; gdy wezwie lekarza, który operacyę wykona, to robią jej wyrzuty, że naraziła na kilkorublowy wydatek na rzecz którą łatwo zrobić można. Pod tym względem, akuszerka jest pod naciskiem opinii sfery w której praktykuje i stara się sama załatwiać wszystko.

Autor nie zupełnie podziela zdanie tych, którzyby sprawę partactwa lekarskiego chcieli zostawić własnemu losowi, bez interwencyi władz, bez nadawania partaczom aureoli prześladowanych, która im tylko sprawę dalszej fuszerki ułatwia. Sądzi, że praktyka życiowa i przykład Stan. Zjedn. Ameryki wskazują, że na tej drodze zadaleko zajść można i cofać się z niej trzeba. Sądzi jednak, że najskuteczniej przeciwdziałać można skutkom braku oświaty—skrzętnem jej szerzeniem. W danej kwestyi, lekarze wiele zrobić mogą, przez pilne krzewienie literatury popularnej, hygieniczno-lekarskiej. Ludzie mniej oświeceni wierzą drukowanemu słowu jak ewangelii a rzeczą jest lekarzy, by takie, dostępne dla tych warstw ludności drukowane słowo było, by dostawało się łatwo i obficie między tych, którzy ofiarą wyzysku padają zwykle nie z niechęci do zdrowej rady lecz z jej braku.

Sprawozdanie izby lekarskiej zachodnio galicyjskiej z r. 1895.

Obejmuje skład izby i jej wydziału, sprawozdanie z ich czynności w kwestyach odnoszących się tak do stosunków miejscowych, jak i do czynności ogólnej natury, obejmujących wspólne interesy wszystkich izb w Austryi.

Z pierwszych wylicza sprawozd. czynności administr., regulamin dla Izby, ogłoszenia czynności Izby i wydziału, biuro informacyjne itd. Z pomiędzy drugich, urządzenia dobroczynne dla lekarzy, zniesienie gremiów chirurgów, etykę lekarską, nowellę do procedury karnej, reformę studyów i egzaminów lekarskich.

Wołkowicz M. D-r. Jak stanowisko swoje i obowiązki względem czytelników i piszących, pojmuje jedno z naszych pism lekarskich. Bez karty tytułowej, w 8-ce, str. 3.

Jestto list otwarty rozesłany do redakcyi pism lekarskich i do wielu kolegów. Z powodu artykułu treści polemicznej, wywiązała się między autorem, a red. Medycyny korespondencyja prywatna, w której D-r W. użył zwrotu retorycznego, w formie pytania, gdzieby red. Med. pomieściła „parę słów“ w sprawie np. t. zw. specyfików. W N. 18 Med., pomieszczoną została publiczna odpowiedź, z wymienieniem całkowitego nazwiska autora przytoczonego listu, z której zdawać się mogło, że autor nadesłał do red. Med. jakąś zamaskowaną reklamę i że taż red. daje mu zasłużoną odprawę, objaśniając że „podobny artykuł“ mógłby znaleźć miejsce jedynie w dziale ogłoszeń płatnych. Autor, kołacząc napróżno do red. Med. o wydrukowanie objaśnienia od red., któreby z posądzenia, w jakie podany został, uwolnić go mogło, objaśnienie całej sprawy wy-

drukował oddzielnie, poddając pod sąd kolegów procedurę do niego zastosowaną.

Zieliński J. Dr. Lekarz we Francyi. Kronika lekar. str. 726.

Autor, jak twierdzi, poznał dokładnie nasze stosunki a praktykując obecnie we Francyi, może słusznie porównywać warunki zawodowe lekarskie u nas i we Francyi.

Dyplom we Francyi bynajmniej nie wydaje się łatwiej niż u nas. Stadyja trwają od lat 5—8. Egzaminów jest 11, trwają po parę godzin dla grupy z 5 lub 6 studentów, przed trzema sędziami; pytania są zadawane dowolnie, nie ciągnione. Protekcyja odgrywa pewną rolę. Przeciętny lekarz fakultetu Paryzkiego wie i umie więcej niż kończący wydział lek. w Warszawie, bo studjował wolniej, zdaje egzamina w większych odstępach czasu a w pracowniach i klinikach uczy się więcej niż u nas.

Zamożniejsi, którzy mogą czekać na dochód, osiedlają się w dzielnicach centralnych, pracują dalej nankowo, w praktyce do pospolitych reklam się nie uciekają ale chirurdzy, poważną część swego honorarjum oddają lekarzowi który ich wzywał; od ortopedystów biorą 20 — 25% ich zarobku.

Wielu, osiedlając się na prowincyi, a i w większych miastach kupuje klijentelę. Sprzedający przedstawia nabywcę swoim stałym pacjentom i obowiązuje się sam w danej miejscowości nie praktykować. Dochód lekarza na wsi, dochodzi najwyżej 15 tysięcy fr. rocznie.

W Paryżu jest lekarzy stosunkowo za wiele. Pracy zarobkowej ubywa im w skutek mnożących się bezpłatnych klinik, ambulatoryjów dobroczynnych lub organizowania taniej pomocy lekarskiej przez stowarzyszenia wzajemnej pomocy.

Cała falanga osób bez lekarskiego przygotawania, wszelkie odmiany znachorów, czynią lekarzom bardzo poważną kunkurencję. W dzielnicy którą autor zamieszkuje, dochód jednego z takich *rebouteur* oceniają na 80000 fr. rocznie.

Aptekarz stanowi dla publiczności wyrocznię. On decyduje o wyborze lekarza, którego los jest zawisłym od dobrej woli farmaceuty. Ztąd konieczność przepisywania drogich recept, jednanie sobie prezentami i objadami dobrej woli i opinii w aptece.

Winę, że tak jest, że publiczność paryzka, inteligentniejsza od naszej, szuka przedewszystkiem wskazówek w aptece, przypisuje autor w znacznej części lekarzom, rozwielmożnionym między niemi, nieuczciwym sposobom starania się o praktykę i pospolitemu obdzieraniu chorych bodaj z ostatniego grosza. W klinikach bezpłatnych, urządzenia są takie, że chory kupować musi lekarstwa i środki rozmaite, pod wskazanym adresem, po drogich cenach. Stosunki się wciąż pogarszają, w skutek warunków ekonomicznych. „Z wyższym rozwojem kapitalizmu u nas, takiż sam los czeka i naszych lekarzy, pocieszać się jedna

wszyscy możemy, że jak dziś we Francyi, tak z czazem u nas, będzie to okres przejściowy, poczem nastąpi nowa era, której słabe kontury już się dziś zarysowywują—upaństwowienia służby lekarskiej."

X. Y. Z. Z Wilna. Nowiny lek. str. 97.

Autor opisuje stosunki koleżeńskie w Wilnie, upatrując rażące przeciwieństwo między przechowywaną z pietyzmem dobrą tradycyją szkoły Wileńskiej a warunkami, jakie wyrobiły się mniej więcej przed ośmiu laty, z przybyciem młodych lekarzy w liczbie znaczniejszej. Opowiada o trudnościach z jakiemi połączone jest dalsze kształcenie się, chętnych wiedzy lekarzy, w czem kwestyja wyznaniowa (katolicyzm) stanowi ważną przeszkodę, o ile się tyczy uczęszczania do szpitali.

Oblicza że w samem Wilnie 1 lekarz wypada na 860 mieszkańców, w gubernii zaś 1 na 63 tysiące. Dwudziestu lekarzy włościańskich, przybyłych z gubernii wschodnich Cesarstwa, nie zna ani języka litewskiego ani polskiego i z pacjentami porozumiewać się, bez trudności, nie może.

Kalendarz lekarski na rok 1896 pod redakcyją J. Polaka. Warszawa, 1896.

Zawiera, oprócz części kalendarzowej: niektóre daty i liczby z dziedziny nauk lekarskich; badanie ucha p. W. Szumlańskiego; taksę aptekarską; spis środków lekarskich i listę lekarzy praktykujących w Królestwie Polskiem.

XXIV. NOWE PRZYRZĄDY.

Sprawozdawca

W. Świąteçki.

A. Karczewski. Przyrząd do chloroformowania przy operacyach w jamie ustnej [wziewnik klinowaty], Kr. lek. N. 13 str. 1061.

Oceniwszy krytycznie powszechnie dziś używane przyrządy do chloroformowania, autor podaje opis i rysunek swego przyrządu. Jest on właściwie kombinacyą klinu gumowego Pitha z zasadniczym pomysłem przyrządu Mason-Hewitta. Kawałek gumy, z dwoma rowkami na przeciwległych bokach [na zęby szczęki górnej i dolnej], posiada podłużny kanał, w którym tkwi rurka metalowa, której część nazewnątrz wystająca zagięta jest łukowato i zakończona zgrubieniem. Ten zewnętrzny koniec rurki za pomocą rurki gumowej łączy się z flaszką do chloroformu, a ta z balonem Richardson'a,

Użycie przyrządu proste. Rozwieradłem Roser'a otwiera się szczęki chorego i wsuwa pomiędzy nie klin gumowy. Uciskając ręką na balon wpędzamy do jamy ustnej chloroform zmieszany z powietrzem. Flaszkę z chloroformem zawieszamy uprzednio za pomocą haczyka na na dziurce tużurka.

Zdaniem autora przyrząd jego nadaje się właściwie do podtrzymania narkozy w czasie operacyi w jamie ustnej u chorego, zachloroformowanego przedtem maską Esmarch'a lub przyrządem Junker'a.

Zalety: 1) przyrząd autora utrzymuje się sam pomiędzy zębami, 2) zajmuje mało miejsca i 3) jest tani [około 5 rs.].

Noiszewski K. Trichoaesthesiometr. Now. Lek. N. 6 str. 306.

Jest to przyrząd do badania czucia skóry dotykiem włosa. Przyrząd pomysłu autora przedstawia linijkę z podłużną szczeliną i podziałką na centymetry i milimetry przy niej. Na końcach linijki są słupki połączone górnym i dolnym pręcikami, wzdłuż których może być przesuwaną cewka z włoskiem. Ten ostatni jest tak w niej umocowany, iż wystaje z dolnego końca i sterczy do szczeliny.

Przy badaniu ustawiamy przyrządna skórze i przesuwamy cewkę z włoskiem wzdłuż szczeliny, zapytując badanego o długość i kierunek zrobionej włoskiem kreski. Okazuje się, że wrażliwość skóry pod tym względem jest proporcyonalną do ilości jej włosków, a polega na wrażeniu zależnem od skurczu mięśni przywłoskowych (*erectores pili*). Odruch ten jest bardzo czuły. Najwrażliwszą jest gładyszka (*glabella*), najmniej czułymi końce palców.

Obtułowicz F. Kieszonkowy aseptyczny przyrząd do szczepień zbiorowej ospy. P. L. N. 42 str. 558

W pudełku drewnianem 14 ctm. długiem, 7 ctm. szerokiem i 3 ctm. wysokiem, mieści jeden lancet ze stalowemi okładzinami, dwie długie igły [Haya] do skaryfikacyi, jedna długa igła z lancetowatym tępym końcem zaokrąglonym — do rozcierania limfy na szkle i do wcierania w skórę, nożyczki. II Flaszeczka ze spirytusem hermetycznie zamykana, dająca się zamienić na lampkę spirytusową przez dodanie korka z knotem [spirytus służy do obmywania miejsca skóry do szczepienia, a w płomieniu lampki sterylizuje się narzędzia]; wata wyjałowiona w papierze pergaminowym; flaszeczka z pastylkami sublimatowemi do mycia rąk; mały balonik do wydmuchiwania limfy z rurek; mała tafelka szklana z zagłębieniem w środku i z nakrywką okrągłą, służąca do pomieszczenia limfy wydmuchiwanej ze słoiczka lub fijolek; nakoniec dwie flaszeczki z limfą [na 200 porcyi]. Spodnia część szkatułki oddziela się od wierzchniej tafelką szklaną, na której w czasie szczepienia kładą się narzędzia.

Z powyższego opisu łatwo wyrozumieć zalety i zupełną odpowiedniość celowi tego sztućca pomysłu autora. Cena 5 złr. 50 centów.

Orłowski W. Nowy przyrząd do aseptycznego zlewania płynów. Med. Nr. 21, str. 488.

Znane dotychczas przyrządy tego rodzaju mają rozmaite wady. Autor zbudował swego pomysłu przyrząd, w którym postarał się usunąć braki tamtych.

Pomysł autora miał głównie na względzie uniknięcie zanieczyszczeń z powietrza. Przyrząd zbudowany jest na zasadzie syfona. Składa się z lejka, zwróconego szerokim końcem ku dołowi t. j. ku kolbie, z której ma być płyn zlewanym. Przez szyjkę lejka, zatkaną watą, przechodzi rurka szklana, połączona z gumową idącą ku dołowi łączącą się z rodzajem biurety szklanej, za pośrednictwem bocznego jej ramienia; to ostatnie zaopatrzone jest w kran systemu Maassen'a [nie pozwalającego na przerastanie bakteryi i pleśni przez szczeliny krana]. Taki sam kran posiada dolny koniec biurety, wylot której pokryty jest zwróconym ku dołowi kloszykiem, stanowiącym z nim całość Kloszyk w czasie wyjaławiania przyrządu zatyka się watą. Górny koniec biurety jest zatkany watą i posiada odprowadzającą rurkę gumową z szklaną nasadą.

Wszystko to za pomocą odpowiednich klamr umocowane jest na statywce metalowej.

Po odpowiedniem wyjałowieniu przyrządu [1]) [bez statywy i klamer] przytwierdzamy go do statywy, naczynie z płynem do rozlania podstawiamy pod klosz na klamrą umocowanej podstawce, wyżej niż górna podziałka biurety, i opuszczamy w nie rurkę szklaną czyli górny koniec syfona. Przez rurkę w górnym końcu biurety wyciągamy powietrze, aż zacznie płyn automatycznie przelewać się do niej. Po napełnieniu zamykamy kran boczny i otwierając dolny, odlewamy do podstawionego naczynia dowolną według podziałek ilość płynu. Dzięki powyższej budowie unika się w możliwy sposób zanieczyszczeń z powietrza.

XXV. NOWE KSIĄŻKI.

Bylicki W. Ochronne postępowanie w położnictwie (Aseptyka położnicza) — Lwów, 1896, str. IX i 137.

Patrz dział XV — Akuszerya.

Cybulski N. Fizyologia człowieka—4 części, Warszawa, 1896.

Patrz dział II — Fizyologia

---

[1]) W autoklawie lub przyrządzie Kocha.

Cybulski N. Próba badań nad żywieniem się ludu wiejskiego w Galicyi — Kraków, 1897.

Patrz dział XIX — Hygiena.

Dobrzycki H. Zdrojowiska, zakłady lecznicze w Królestwie Polskiem i najbliższych gub. Cesarstwa, oraz prywatne zakłady lecznicze w Warszawie. Warszawa, 1896, str. XI i 260.

Patrz dział IX — Klimatologia etc.

Flatau E. Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien — Berlin, 1895, str. 26, tabl. 8.

Patrz dział I — Anatomia.

Gluziński W. A. Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki — Kraków, 1896, str. 120.

Patrz dział IV — Patolog. ogólna.

Krakiowicz A. Sprawozdanie prosektora szpitala powszechnego we Lwowie za rok 1895 — Lwów, 1896.

Patrz dział III—Anat. patol.

Pamiątka z Wystawy hygienicznej — Warszawa, 1896.

Patrz dział XIX—Hygiena.

SPIS RZECZY

zawartych w przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego

za rok 1896.

I. Anatomia, histologia i embryologia.

Sprawozdawca E. Zieliński.

1. Eismond J. Niektóre uwagi nad znaczeniem mostków międzykomórkowyoh 1
2. Eismond J. Przyczynek do rozpoznania karyokinezy . 1
3. Faytt T. O stosunkach topograficznych moczowodów do pęcherza i macicy 2
4. Flatau E. Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien 3
5. Flaum M. Ciało człowieka 3
6. Hoyer H. Poglądy naukowe na czynniki, kierujące kształtowaniem się ustrojów 3
7. Kadyj M. O zastosowaniu parafiny do sporządzania trwałych preparatów anatomicznych 3
8. Kadyj M. „Os trigonum tarsi“ u konia 4
9. Kadyj M. O grzebieniu biodrowym u zwierząt domowych 4
10. Kostanecki K. Badania nad zapłodnionemi jajkami jeżowców 4
11. Mars A. i Nowak J. O budowie i rozwoju łożyska ludzkiego 6
12. Nowak J. Dalsze badania nad budową i rozwojem łożyska ludzkiego 7

Fizyologia i chemia fizyologiczne.

Sprawozdawca E. W. Zieliński.

13. Baurowicz A. O ośrodkach i nerwach krtaniowych ze względu na fonacyę 9
14. Bączkiewicz J. Przyczynek do nauki o trawiących własnościach chimozyny 9
15. Beck A. O śnie i jego przyczynach 9
16. Beck A. i Cybulski N. Dalsze badania zjawisk elektrycznych w korze mózgowej 10
17. Cybulski N. Fizyologia człowieka 11
18. Cybulski N. Przyczynek do zmian elektrycznych w mięśniach i nerwach podczas stanu czynnego 12
19. Cybulski N. Oznaczenie za pomocą mikrokalorymetru ilości ciepła w mięśniach podczas ich skurczu 12
20. Dogiel J. Przyczynki do anatomii i fizyologii moczowodów 13
21. Dogiel J. Nowe badania nad udziałem nerwów w zmianach wielkości źrenicy 13
22. Drabczyk T. O sposobach ilościowego określania kwasu moczowego, oraz przyczynek do teoryi powstawania kwasu moczowego 14
23. Flaum M. O albumozach 14
24. Flaum M. O życiu i śmierci 15
25. Hołowińsk A. O fotografowaniu dwóch tonów serca, współcześnie z innemi falami fizyologicznemi 15
26. Jaworska E. i Jaworski W. Kalorye i wartość cieplikowa pokarmów 15
27. Nencki M. O stosunku barwnika krwi do chlorofilu . . 16
28. Dyskusya nad odczytem Sobierańskiego „O czynności nerek“ 16

III. Anatomia patologiczna.

Sprawozdawca L. Kozicki.

29. Browicz T. O nieprawidłowych nitkach ścięgnistych w sercu i możebnem ich znaczeniu 17
30. Ciągliński A. O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego 18
31. Dydyński L. Przyczynek do kwestyi zmian anatomo-patologicznych w rdzeniu, rozwijających się pod wpływem ucisku 18
32. Grodecki F. Przypadek braku macicy i przydatków . 19
33. Krokiewicz A. Sprawozdanie prosektora szpitala powszechnego we Lwowi za rok 1895 19

34. Neugebauer Fr. Kilka słów o męzkiem owłosieniu u kobiet, oraz niektórych innych anomaliach i t. d. . . . 21
35. Przewoski E. Nadmiernie długie mięśnie brodawkowate serca 23
36. Przewoski E. Anomalae chordae tendineae cordis humani. Valvula venae cavae superioris 23
37. Przewoski E. Torbiel na miejscu zastawki półksiężycowej aorty. Flebolit przedsionka prawego serca. Zatoka żylna dołka owalnego 25
38. Przewoski E. Fibroma pulmonum 26
39. Przewoski E. Kostniak płuc i słowo o staczaniu się ciałek mączkowatych w płucach 27
40. Przewoski E. Nieprawidłowe czarne zabarw. osierdzia 27
41. Święcicki H. Wrzekomy obojnak męzki (Pseudohermaphroditismus masculinus) 28
42. Święcicki H. O morfologicznem badaniu krwi w ginekologii 28
43. Talko J. Wrodzone zabarwienie łącznicy 29

IV. Patologia ogólna i doświadczalna.

Sprawozdawca K. Chełchowski.

44. Biernacki E. Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych 29
45. Biernacki E. Zatrucie kwasem i zasadowość krwi, jako wskazania terapeutyczne 33
46. Bruner W. Badania nad zachowaniem się zawartości wody i metali alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek . . 35
47. Chełmoński A. O zaziębieniu, jako przyczynie chorób 36
48. Ciągliński A. O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego 37
49. Czajkowski. Grzybki drożdżowe przyczyną nowotworów złośliwych 38
50. Dunin T. i Nowaczek S. O wydzielaniu kwasu moczowego w przebiegu krupowego zapalenia płuc 38
51. Gluziński W. A. Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki 39
52. Gluziński W. A. W sprawie działania jadu błoniczego 39
53. Jakowski M. W kwestyi t. zw. zakażeń mieszanych u suchotników 40
54. Kamieński St. O wylewach mleczka do jam surowiczych ciała 40
55. Klecki K. O t. zw. shoku czyli wstrząsie nerwowym . . 41
56. Klecki K. O roli nerek w zakażeniu krwi 41

57. Korczyński E. Znaczenie limfocytów w surowiczych wysiękach zapalnych opłucny i otrzewny 42
58. Korczyński L. Doświadczenia nad wpływem surowego szpiku kostnego i jego wyciągów na ustrój ludzki i zwierzęcy 43
59. Ludwik. O występowaniu czerwonych ciałek krwi z jądrami w krwi obwodowej 43
60. Nowak J. Badania nad etyologią skrobiawicy 44
61. Piotrowski J. Przyczynek do nauki o zmianach krwi przy organicznych wadach serca 45
62. Popiel W. Przyczynek do badań nad ciężarem gatunkowym krwi 45
63. Prus J. O przyczynach leukocytozy 46
64. Prus J. O ciałkach Russell'a 46
65. Przewoski E. Miejscowa eozynofilia w raku i kilka słów o znaczeniu komórek eozynofilcwych w ogóle . . . 48
66. Raczyński J. Wpływ jadów pochodzenia drobnoustrojowego (toksyn) na narząd krążenia 50
67. Sterling S. Epersalgia, t. zw. naderwanie się 50
68. Wasserzug D. O bólu i jego wartości rozpoznawczej 51
69. Wernicki J. Przyczynek do hematologii, nauki o klinicznem badaniu krwi 51
70. Wernicki K. Przyczynek do histologii klinicznej krwi 51
71. Winiarski J. Znaczenie leukocytów w wysiękach i przesiękach 52
72. Dyskusya na VII Zjeździe lek. i prz. p. nad działaniem gazów gnilnych z jelita grubego wprowadzonych do jamy otrzewnej 54
73. Dyskusya na VII Zjeździe nad badaniem krwi w górach . 54
74. Dyskusya na VII Zjeździe nad znaczeniem komórek eozynofilnych we krwi, plwocinie i moczu 54

V. Bakteryologia i parazytologia.

Sprawozdawca K. Chełchowski.

75. Kowalewski M. Studya helmintologiczne 54
76. Nowak J. Badania błony śluzowej gardła ze względu na mikroby znajdujące się w przypadkach błonicy . . . 55
77. Prus J. O etyologii i patogenezie wybrocznicy czyli gorączki wybroczynowej (morbus vel febris petechialis) . . 55
78. Weber J. Badania nad etyologią ospy 56
79. Żupnik L. Przyczynek do przygotowania agaru . . . 56
80. Dyskusya na VII Zjeździe lek. i prz. p. nad rozpoznawczem znaczeniem malleiny 57
81. Dyskusya na VII Zj. nad ochronnemi szczepien. wąglika . 57
82. Dyskusya na VII Zj. nad promienicą u zwierząt 57

VI. Farmakologia i toksykologia.

Sprawozdawca J. Świeżyński.

83. Bregman i Grużewski. Obrzęk, zgorzel, znieczulenia po zaczadzeniu 58
84. Bronowski S. Mleczan strontu w chorobie Bright'a . . 58
85. Ciągliński A. Przypadek zatrucia wyciągiem paproci 59
86. Dzierżawski B. Eukaina—nowy środek miejscowo znieczulający i zastosowanie jego w dentystyce 59
87. Jodkiewicz F. Chininum muriatico-phosphoricum . 60
88. Sobierański W. O wpływie środków farmakologicznych na siłę mięśniową u ludzi 60
89. Sterling S. Tannigen i tannalbina 61
90. Sterling S. O przeciwwskazaniach do użycia soli bromowych 61
91. Sterling S. O dulcynie 62

VII. Dyagnostyka lekarska.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

92. Biegański Wł. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych 63
93. Biernacki E. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc 63
94. Biernacki W. Odkrycie Röntgen'a 65
95. Bruner M. O promieniach Röntgen'a i röntgenografii w zastosowaniu do medycyny 65
96. Jaworski W. O użyteczności fonendoskopu Bazzi-Bianci'ego 66
97. Jaworski W. Algesimetr Boas'a 66
98. Jeż W. Oddziaływanie dyazowe (diazoreaction) i kliniczne tegoż znaczenie 67
99. Korczyński L. Rozwój i obecne stanowisko hematologii klinicznej 67
100. Mayzel W. Indiguria 67
101. Obaliński. O zużytkowaniu promieni Röntgen'a w celach dyagnostycznych 67

VIII. Terapia ogólna.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

102. Biernacki E. „Zatrucie kwasem" i zasadowość krwi jako wskazania terapeutyczne 68

103. Brunner J. Wyniki leczenia nowotworów złośliwych surowicą krwi zwierzęcej 70
104. Gluziński A. i Lemberger. O wpływie istoty gruczołu tarczowego na wymianę materyi wraz z uwagami o stosowaniu tego przetworu przeciw otyłości 70
105. Nencki L. O surowicach i toksynach leczniczych . . 71
104. Prus J. O odporności ustroju przeciw chorobom zakaźnym i o podstawach leczenia surowicami swoistemi . . . 71
107. Rekowski E. Nowy sposób leczenia niektórych chorób zakaźnych 72
108. Rydygier L. Kilka słów o surowicy przeciwrakowej Emmerich'a i Scholʼa 72
109. Świątecki J. Przyczynek do seroterapii raka . . . 73

IX. Klimatologia, balneologia i hydroterapia

Sprawozdawca H. Dobrzycki.

110. Bichniewicz J. Kolonia lecznicza w Rymanowie . 74
111. Biernacki E. Z wycieczki po wybrzeżach niemieckich 74
112. Chwistek B. Zakopane 75
113. Doborzyński St. Przyczynek do wyjaśnienia sposobu powstawania źródeł wód żelaznych w okolicy Lublina 76
114. Dobrzycki H. Zdrojowiska, zakłady lecznicze i stacye klimatyczne w Królestwie Polskiem i najbliższych gub. Cesarstwa oraz prywatne zakłady lecznicze w Warszawie 76
115. Dukiet. Rymanów 77
116. Dymnicki J. Sprawozdanie XXXVIII z czynności lekarskiej zdrojowiska w Busku w czasie pory zdrojowej w r. 1896 77
117. Jaruntowski. Przyczynek do badania krwi w górach mianowicie u chorych na piersi 78
118. Kopff. Krynica 79
119. Majkowski J. Wykaz chorób leczonych u wód mineralnych w Busku podczas pory kąpielowej 1895 r. w szpitalu ś-go Mikołaja i praktyce prywatnej 79
120. Talko-Hryncewicz J. Przyczynek do klimatologii Azyi wschodniej. Klimat Troickosawska v. Kiachty . . 80
121. Zawadzki J. Ważniejsze zdrojowiska 81
122. Zdrojowiska krajowe (galicyjskie) 81
123. Korespondencya Wszechświatu 82

X. Patologia i terapia szczegółowa.

A) Choroby przemiany materyi.

Sprawozdawca J. Pruszyński.

124. Biernacki E. Określenie blednicy 83
125. Bychowski Z. Przypadek myxoedematu, leczonego tyreoidyną oraz kilka uwag o myxoedemacie wogóle . . . 84

126. Dunin T. Kilka uwag o leczeniu blednicy 85
127. Hewelke O. Nalewka acteae racemosae w ostrym gośćcu stawowym 85
128. Jerzykowski S. Przyczynek do leczenia otyłości gruczołem tarczykowym 85
129. Klejn S. Kilka uwag o leczeniu blednicy 86
130. Korczyński L. Kilka uwag o obrzęku śluzakowym (myxoedema) 86
131. Kośmiński F. O rozmiękczeniu kości połogowem z uwzględnieniem leczenia fosforem 87
132. Wiczkowski J. Przypadek ostrej białaczki 88
133. Wiczkowski J. O skazie moczanowej 89
134. Dyskusya nad skazą moczanową w Tow. Lek. Krak. . . . 89
135. Dyskusya nad leczeniem blednicy 89

B) Choroby zakaźne.

Sprawozdawca A. Puławski.

B_1) Choroby zakaźne wogóle.

136. Arnstein F. Sporadyczny przypadek zapalenia opon mózgowych (meningitis cerebro-spinalis sporadica) zakończony wyzdrowieniem. Jego natura i pochodzenie 89
137. Arnstein F. Przypadek wodowstrętu u ukąszonego przez psa wściekłego a leczonego metodą Pasteur'a . . . 89
138. Biegański Wł. O skrytych postaciach zakażenia septycznego (pyo-septicaemia cryptogenetica) 90
139. Biegański Wł. Symetryczne wysypki przy zakażeniu septycznem 90
140. Dziedzicki H. Przypadek tężca, leczony wstrzykiwaniami surowicy przeciwtężcowej 91
141. Grostern W. Nosacizna czy zakażenie posocznico-ropnicowe? (malleus an septico-pyaemia?) 91
142. Gutentag S. O leczeniu krztuśca sublimatem . . . 91
143. Korczyński L. O nagminnem zapaleniu opon mózgordzeniowych 92
144. Nencki L. i Pruszyński J. W sprawie zakażenia nosacizną 92
145. Palmirski Wł. O leczniczej własności surowicy krwi zwierząt uodpornionych przeciwko wściekliźnie 92
146. Obtułowicz F. Kilka uwag o surowicy krowiankowej (Serum vaccinicum) i jej wartości pod względem technicznym 93
147. Rabek L. Przypadek tężca przyrannego leczony antitenaniną. Wyzdrowienie 93

148. Redakcya Gaz. Lek. Uzupełnienie przypadku opisanego przez d-ra M. Zawadzkiego w Gaz. Lek. Nr. 10 93
149. Zawadzki M. Zakażenie septyczne skryte (pyo-septicaemia cryptogenetica) 94
150. Dyskusya w Tow lek. krak. nad doświadczeniami z surowicą przeciwgruźliczą Viquerat'a 95
151. Dyskusya nad odczytem Bujwida o gruźlicy i jej rozpoznaniu za pomocą tuberkuliny na zasadzie własnych doświadczeń . 95
152. Dyskusya na VII Zj. nad chorobami nerwowemi, wikłającemi tyfus brzuszny 95

B_2) Błonica i jej leczenie surowicą.

153. Alkiewicz, Przyczynek do leczenia błonicy surowicą Behring'a 95
154. Drecki F. O wynikach leczenia błonicy surowicą w powiecie Kaliskim 95
155. Drobnik T. Leczenie dławca za pomocą tracheotomii wobec surowicy Behring'a 95
156. Dukalski Z. Siedm przypadków błonicy leczonych surowicą 96
157. Kapelski. Przyczynek do leczenia dławca błoniczego surowicą Behring'a 96
158. Kapuściński B. Leczenie dyfteryi sur. Behring'a . . 96
159. Koral A. Przypadek polyarthritidis acutae po zastrzykiwaniu surowicy przy krupie 96
160. Kowenicki W. Przypadek dławca wyleczony tracheotomią i surowicą przeciwbłoniczą Behring'a, oraz spostrzeżenia nad szybkiem działaniem tej surowicy w kilku przypadkach błonicy gardła 96
161. Lidmanowski K. 18 przypadków błonicy leczonych surowicą przeciwbłoniczą 97
162. Puławski W. 8 przypadków błonicy wyleczonej surowicą 97
163. Rosenberg J. Siedm przypadków błonicy leczonych surowicą swoistą 97
164. Rutkowski L. Przyczynek do działania surowicy Viquerat'a na świnki morskie 97
165. Słapa W. O wynikach leczenia błonicy surowicą w roku 1895 w szpitalu św. Ludwika w Krakowie 98

C) Choroby narządów oddechowych.

Sprawozdawca M. Jakowski.

166. Arnstein F. Przypadek włóknikowego zapalenia płuc, przebiegającego bez gorączki 98
167. Miklaszewski W. Przyczynek do kazuistyki promienicy klatki piersiowej 99

168. Pisarzewski J. Przypadek zapalenia płuc włóknikowego z przebiegiem bezgorączkowym 99
169. Puterman J. Przyczynek do kazuistyki samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli 100
170. Stachiewicz P. Krwotoki płucne i zapalenie płuc aspiracyjne 100

D) Choroby serca, naczyń, śródpiersia i nerek.

Sprawozdawca W. Dąbrowski.

171. Biegański W. Napady padaczkowe w stwardnieniu tętnic jako objaw zaburzeń cyrkulacyjnych 101
172. Janowski W. Przypadek przemijającej niedostateczności nerek (insufficientia renum transitoria) 102
173. Korczyński L. Tętniak tętnicy głównej. Przewlekłe krwawienie płuc. Ropień z zachłystywania się. Gruźlica okołooskrzelowa płuca lewego i zwyrodnienia włókniste płuc i opłucnej naśladujące niedodmę uciskową górnego płatu płuca lewego 103
174. Lande A. Przyczynek do kazuistyki zapalenia nerek oraz kilka uwag o t. zw. przemijającej niedostateczności nerek 104
175. Pawiński J. Napady częstego oddechania (Polypnoë paroxysmale) ze stanowiska klinicznego 105
176. Puławski A. Pericarditis tuberculosa et pleuritis haemorrhagica sinistra przy nieznacznem pierwotnem ognisku gruźliczem 107
177. Puławski A. Dwa przypadki licznych zatorów (emboli) w przebiegu chorób serca. Kilka słów o t. zw. prawdziwych polipach serca 108
178. Rappel. Dextrocardia 109
179. Rejchman M. Przypadek przemieszczenia serca i żołądka 109
180. Sokołowski A. Tętniak aorty brzusznej 109
181. Widman. Rozpoznawanie tętniaków aorty 110
182. Zabłudowski J. Leczenie cierpień przewlekłych serca za pomocą mięsienia 110

E) Choroby narządów trawienia.

Sprawozdawca W. Bruner.

183. Białokur F. O stosunku niedokrwistości złośliwej do zaniku błony śluzowej żołądka 111
184. Brodowski W. Rak żołądka powstały po wrzodzie okrągł. 112

185. Chłapowski F. Rozszerzenie źrenicy przejściowe (mydriasis transitoria) jednostronne przy cierpieniach kanału pokarmowego 112
186. Dunin T. O leczeniu kamicy żółciowej (cholelithiasis) za pomocą jodku potasu 112
187. Goldbaum. Przyczynek do elektroterapii w cierpieniach żołądka. O wpływie prądu stałego i przerywanego na wydzielanie soku żołądkowego 113
188. Grundzach I. Przyczyne k do etyologii przetok żółciowych i kilka słów o przetokach żółciowych samoistnych . . 113
189. Janowski W. Przypadek obecności balantidii coli w stolcach oraz uwagi o wpływie tego pasożyta na zaburzenia w przewodzie pokarmowym 114
190. Janowski W. O flagellatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego 115
191. Janowski W. O etyologii dysenteryi 116
192. Jasiński R. Zwężenie przełyku przez ucisk gruczołów chłonnych 117
193. Jaworski W. Dyspepsia sexualis artificialis u kobiet . . 117
194. Jaworski W. Oznaczenie dużej krzywizny żołądka . 118
195. Jaworski W. O objawie przeponowym 118
196. Jaworski W. O algesimetrze Boas'a 118
197. Korczyński L. Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (cholelithiasis) . . 118
198. Peltyn. O nowych metodach oznaczania czynników kwasności żołądkowej (Metody Töpfera i Mierzyńskiego) . . 119
199. Rejchmann M. O elektrycznem prześwietlaniu żołądka w celach rozpoznawczych 119
200. Simon. O najnowszych zdobyczach na polu gastroskopii 120
201. Sokołowski. Zwężenie przełyku przez ucisk gruczołów chłonnych 120
202. Winiarski. Dwa niezwykłe przypadki raka żołądka powstałego z wrzodu okrągłego 120
203. Winiarski. Gastroenterostomia z powodu guza odźwiernika znakomita poprawa 121
204. Dyskusya w Tow. Lek. Krakowskiem nad oznaczeniem dolnej granicy żołądka 122
205. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. z powodu przedstawionego przez Winiarskiego chorego po gastroenterostomii 122
206. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad prześwietlaniem żołądka w celach rozpoznawczych 122
207. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad zwężeniem przełyku przez ucisk gruczołów chłonnych 122

F) Choroby układu nerwowego i psychiatrya.

Sprawozdawca R. Radziwiłłowicz.

208. Biernacki E. Myopathia endoarteriitica acuta . . . 122
209. Bregman L. O wstępującem zwyrodnieniu nerwu twarzowego 123
210. Bregman L. Przypadek myelomeningitis cervicatis et bulbaris wskutek próchnienia kości 7 kręgu szyjowego . . 123
211. Bregman L. Porażenie obu nerwów okoruchowych przy wiądzie rdzenia 124
212. Brodowski W. i Sokołowski A. Wylew krwi do móżdżku 124
213. Ciechomski A. i Biernacki E. Zanik mięśni po obrażeniu stawu łokciowego 125
214. Dawid Wł. Zasób umysłowy dziecka. Przyczynek do psychologii doświadczalnej 125
215. Fajersztejn J. O porażeniu astenicznem 125
216 Feuerstein. Przypadek nowotworów mózgu . . . 126
217. Feuerstein. Przyp. choroby pseudomenierowskiej . 126
218. Gajkiewicz Wł. Przypadek akromegalii 126
219. Gajkiewicz Wł. O leczeniu chirurgicznem idyotyzmu, resp. małogłowia 126
220. Gajkiewicz Wł. O leczeniu chirurgicznem wodogłowia wrodzonego (hydrocephalus congenitus) i nabytego (hydrocephalus aequisitus, e neoplasmate encephali, e meningitide). Przekłucie kanału kręgowego (punctio canalis vertebralis) 127
221. Heinrich Wł. Metody psychologii doświadczalnej i ich zastosowanie do psychiatryi 128
222. Heinrich Wł. Zmysł powonienia 128
223. Heinrich Wł. Klasyfikacya zapachów 128
224. Heinrich Wł. Zmysł statyczny 128
225. Higier. Przypadek Encephalitidis pontis Waroli . . 128
226. Higier. Przypadek odrębnej postaci padaczki 129
227. Higier. Diplegia cerebralis u dziecka czy histerya . . 129
228. Higier. Pseudotetania hysterica 130
229. Higier H. Alexia subcorticalis. Przyczynek do nauki o zaburzeniach ośrodkowych w czytaniu, pisaniu i wzroku: o aleksyi, agrafii, dysleksyi, afazyi optycznej i ślep. duch. . 130
230. Kossobudzki S. Przyczynek do kazuistyki przymiotu móżdżku 132
231. Korczyński L. Choroba Basedowa 132
232. Krysiewicz. Diplegia spastica infantilis 132
233. Luxenburg. Dwa przypadki nowotworów mózgu . . 133

234. Orłowski S. O gumatach rdzenia 133
235. Ołtuszewski W. Czwarty przyczynek do nauki w zboczeniach mowy 135
236. Prus J. Przypadek paralysis spastica aequisita 136
237. Reiss W. O nerwicach skórnych. Wykład habilitacyjny 136
238. Rychliński K. Częściowa padaczka mocznicowa . . 136
239. Rychliński K. Mięsak opony miękkiej w okolicy móżdżku 137
240. Strużewski K. Przypadek syringomyelii 137
241. Surzycki J. O nerwicach urazowych. Neurosis traumatica (Railway spine and brain) oraz kilka uwag o przypadkach obserwowanych w klinice 137
242. Tumpowski A. Przyczynek do etyologii i symptomatologii wiądu rdzenia 137
243. Wizel A. O urojeniach wstecznych jako odrębnej postaci urojeń. Przyczynek do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem. Paranoia acuta hallucinatia 138
244. Zabłudowski J. Przypadek choroby Friedreich'a. Leczenie za pomocą mięsienia 138
245. Dyskusya nad zwyrodnieniem wstępującem po doświadczalnych uszkodzeniach rdzenia, w Warsz. Tow. Lek. 139
246. Dyskusya o dziedzicznych i rodzinnych cierpieniach mózgowych i rdzeniowych, w Warsz. Tow. Lek. 139
247. Dysk. nad nowotworami mózgowymi w Warsz. Tow. Lek, . 139
248. Dyskusya nad przymiotem mózgu w Poz. Tow. Lek. . . . 139
249. Dyskusya nad nerwicami urazowymi w Poz. Tow. Lek. . . 139

G) Pedyatrya.

Sprawozdawca Kamieński St.

250. Dytel E. Przyczynek do leczenia kokluszu 139
251. Gutentag. O stosowaniu sublimatu przy kokluszu . . . 140
252. Fruchtmann A. Badanie mleka kobiecego i mamek . 140
253. Kramsztyk J. O karmieniu i sztucznem żywieniu niemowląt 141
254. Rabek L. Przypadek tężca przyrannego leczony antitetaniną 141
255. Raczyński J. O zapaleniu płuc powstającem u dzieci na tle chorób przewodu pokarmowego 141
256. Sterling S. Moczówka cukrowa u dziecka 7-letniego . 142

XI. Laryngologia, rhinologia i otyatrya.

Sprawozdawca W. Szumlański.

A) Laryngologia i rhinologia.

257. Baurowicz A. Rzadki przypadek złamania chrząstki obrączkowej 143

258. Blumental A. Przypadek wpadnięcia rurki tracheotomijnej do płuca 144
259. Heryng T. O fenolu sulfo-rycynowym, stosowanym przy gruźliczych i przewlekłych cierpien. gardzieli, krtani i nosa 144
260. Jaruntowski A. Krótki pogląd na obecny stan nauki o ropieniach w jamie Highmor'a 145
261. Jarutowski A. Zwężenie przymiotowe gardzieli . . 145
262. Koehler. Autoskop Kirsteina 146
263. Pieniążek T. Zwężenie krtani, leczone pozostawieniem w niej na stałe rurki 146
264. Przedborski L. Przyczynek do nauki o ostrych, zakaźnych, ropnych zapaleniach gardzieli i krtani 146
265. Sędziak J. Zapalenie stawów obrączko-nalewkowych gośćcowego pochodzenia 146
266. Sędziak J. Przyczynek do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosowej 147
267. Sędziak J. Nowotwory złośliwe krtani (raki, mięsaki) ich rozpoznawanie oraz leczenie 147
268. Sokołowski A. Przyczynek do patologii i terapii przewlekłego zapalenia przerostowego krtani i tchawicy . . 147
269. Wróblewski W. Kilka uwag o późnym syfilisie nosa 148
270. Dysk. nad odczytem „O polipach jamy nosogardzielowej" . 149
271. Dyskusya nad leczeniem raków krtani 149
272. Dysk. nad przewlekłem przerostowem zap. krtani i tchawicy 149

B) Otyatrya.

273. Barącz R. Plastyka własnego pomysłu przy doszczętnej operacyi przewlekłego ropotoku ucha środkowego 149
274. Bolewski T. O percepcyi wyższych tonów w nieurazowych chorobach ucha wewnętrznego 150
275. Bolewski T. O operacyjnem leczeniu cholesteatomatu ucha średniego 150
276. Guranowski L. a) Przypadek cholesteatomatu ucha średniego. b) Błony cholesteatomowe wydobyte przez przewód zewnętrzny 150
277. Heiman T. Ropień móżdżku pochodzenia usznego . . 151
278. Szumlański W. Ropnica pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej 151

XII. Chirurgia.

A)

Sprawozdawca A. Ciechomski.

279. Ciechomski A. Przypadek spastycznego zwężenia przełyku. Wypadnięcie ściany żołądka przez przetokę żołądkową 152
280. Grodecki F. Rana cięta nadbrzusza, wypadnięcie śledziony. Wyzdrowienie 152

281. Gruźewski A. Przypadek strzaskania czaszki, przebiegający bez objawów mózgowych. Wyzdrowienie . . . 153
282. Jasiński R. Listy o opatrywaniu ran 153
283. Jasiński R. Oczyszczanie kawerny w trzonie kręgowym. Związanie wyrostków cierniastych 154
284. Kijewski F. Przyczynek do leczenia wola tak zwaną tyreoidyną 155
285. Kijewski F. Z kazuistyki stłuczeń brzucha, powodujących przedziurawienie kiszek 156
286. Niedzielski K O t. zw. suchem próchnieniu barku . 156
287. Obaliński A. Obecny stan chirurgii nerek. 157
288. Wołkowicz M. Pomysły do nowych zabiegów chirurgicznych, mające na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha 159

B)

Sprawozdawca W. Szteyner.

289. Bogdanik. O operacyach na woreczku żółciowym. . . 160
290. Dobrowolski A. Rana przeszywająca powłoki brzuszne z wypadnięciem trzewów 161
291. Drobnik T. Leczenie dławca za pomocą tracheotomii wobec surowicy Behring'a 161
292. Gabryszewski. O operacyach upiększających. . . . 162
293. Kasprowicz St. O połkniętych zębach sztucznych . . 162
294. Łepkowski. Zastosowanie formaldehidu w dentystyce. 162
295. Syropa. Formaldehyd, nowy środek leczniczy w dentystyce 163
296. Misiewicz M. Przyczynek do anatomii zapaleń przypęcherzowych 163
297. Obaliński A. Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnych zapaleń śródpiersia tylnego 163
298. Obaliński A. Jeszcze w sprawie zupełnego wykluczenia kiszki grubej 163
299. Oświecimski. Przypadek ropnego zapalenia błon stawu kolanowego przy zrazowem zapaleniu płuc 164
300. Rydygier L. Przyczynek do techniki doszczętnego wycinania raków 164
301. Rydygier L. Kilka krótkich uwag o nowych sposobach splenopeksyi 164
302. Rydygier L. O leczeniu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego 164
303. Schramm. Gruźlica kręgów 165
304. Szuman L. Leczenie przerostu gruczołu krokowego u starców za pomocą operacyi Ramm'a, przez Isnardi'ego zmodyfikowanej. 167
305. Trzebicky R. W sprawie leczenia zgorzeli kończyn . . 168

C)

Sprawozdawca B. Sawicki.

306. Barącz. Operacya kontraktury Dupuytren'a 169
307. Biegański W. i Wrześniowski W. Przyczynek do chirurgicznego leczenia chorób mózgu 169
308. Bogdanik J. Postępowanie w przepuklinach zgorzelinowych 170
309. Borsuk M. Dwie herniotomie 170
310. Borsuk M. Hernia Littré incarcerata. Resectio intestini. 171
311. Borsuk M. Urazowe wtłoczenie nosa 171
312. Borsuk M. i Wizel A. Przypadek urazowego wylewu krwi do substancyi białej mózgu z następczem zaburzeniem mowy, niedowładem połowicznym i padaczką Jackson'a wyleczony na drodze chirurgicznej 171
313. Bossowsk A. Meningocele spuria traumatica 172
314. Ciechanowski. O przeroście gruczołu krokowego i anatomicznych podstawach niedomogi pęcherza u starców . . 172
315. Ciechomski A. Odcięcie przepukliny mózgowej . . . 173
316. Dembowski T. Przypadek meningocele spuria traumatica, wyleczony na drodze operacyjnej 173
317. Dembowski T. Dwa przypadki złamania kości ramieniowej 174
318. Dembowski T. Poprawka do metody rhinoplastyki Königa Izraela 174
319. Drobnik T. O radykalnej operacyi wrodzonych przepuklin pachwinowych u dzieci 175
320. Drobnik T. Rezekcya wola zamostkowego 175
321. Drobnik T. Wrodzone zniekształcenie goleni 175
322. Dzierżawski B. Przypadek przykurczenia mięśnia skrzydlastego zewnętrznego na skutek choroby zęba . . . 176
323. Gabryszewski. O rozległych wypiłowaniach klatki piersiowej 176
324. Gabryszewski. O unaczynieniu wola. 176
325. Gabryszewski. W sprawie leczenia wrzodów goleniowych. 177
326. Gabszewicz A. Resekcya kości stępu, metodą Obalińskiego wykonana 177
327. Gabszewicz A. Doszczętna operacya przepukliny sposobem Mac Ewen'a 177
328. Gabszewicz A. Niedrożność jelita spowodowana torbielą krezki 177
329. Grosglik S. Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczoła krokowego oraz uwagi o leczeniu neurastenii płciowej 177

330. Grosglik S. Traumatyczne zwężenie cewki moczowej, drogą resekcyi wyleczone 178
331. Herman M. O leczeniu przerostu gruczołu krokowego przez trzebienie z uwzględnieniem innych sposobów leczniczych tegoż cierpienia 178
332. Jakowski M. Zgorzel płuca po tyfusie brzusznym; pomyślne wydobycie sekwestru płucnego 178
333. Jezierski F. Torbiel rozplemna brodawkowa jajnika. Owarjotomia. Pozbawienie kiszki esowatej i okrężnicy zstępującej krezki na znacznej przestrzeni. Wyzdrowienie . . 178
334. Kader. O technice gastrostomii 179
335. Kader. O operacyach, wykonanych w klinice prof. Mikulicza na żołądku z powodu chorób natury łagodnej . . . 179
336. Kader. Przyczynek do kazuistyki nowotworów wątroby i techniki operacyi tychże 180
337. Kosiński J. Wycięcie nerki rakowatej 180
338. Kosiński J. Przypadek wycięcia śledziony 180
339. Kosiński J. i Rajchman M. Rak poprzecznicy, przetoka żołądkowo-okrężnicza. Anastomosis colo-colica . . . 181
340. Kozłowski. O krwawem odprowadzaniu zastarzałych zwichnień w stawie barkowym 181
341. Kozłowski. O leczeniu guzów krwawnicowych . . . 181
342. Krusche. Rana nerki. Nephrectomia 182
343. Kryński L. O leczeniu przerostu gruczołu krokowego za pomocą trzebienia i przecinania przewodu nasiennego . 182
344. Kryński L. O chłoniakach (lymphangiomata). Badania kliniczne i histologiczne 182
345. Leśniowski A. Przyczynek do operacyjnego leczenia spinae bifidae cysticae 182
346. Majewski A. O przepuklinie pęcherza moczowego . . 183
347. Miklaszewski W. Przypadek złamania prącia. (Fractura penis) 183
348. Neugebauer F. Torbiel krezkowa 184
349. Neugebauer F. Kamień moczowy, ligaturą wywołany 184
350. Neugebauer F. Ropień przedotrzewnowy, wywołany kamieniami żółciowymi 184
351. Niecuński. Nowy sposób leczenia ropnych wysięków opłucnej 185
352. Niedzielski K. Rak odbytnicy. 185
353. Niemczynowski i Wehr. Uciskadło przy rezekcyi żołądka i jelit 185
354. Nowak J. Rak cewki moczowej 186
355. Obaliński A. Nephrotomia z powodu kamienia nerki. 186
356. Obaliński A. Mięsak nerki 186

357. Obaliński A. Przedstawienie żołądka wyrezekowanego, wraz z przylegającą częścią poprzecznicy 186
358. Oderfeld H. Przypadek wpochwienia jelit. Laparotomia. Wyleczenie 186
359. Orzeł K. Kilka doświadczeń na psach z przyrządem Murphy'ego 187
360. Orzeł K. Kraniotom Delgrain'a 188
361. Pisarzewski G. Przypadek rany postrzałowej serca, zakończony po 7 godzinach śmiercią 188
362. Raczyński Liczne exostozy 188
363. Rosenthal S. Przyczynek do anatomii chirurgicznej ropni pozagardzielowych 189
364. Rutkowski. Uwagi nad przypadkami ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanymi w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego 189
365. Rydygier L. Przypadek włóknistego pozaszczękowego polipa operowany za pomocą tymczasowego wypiłowania szczęki górnej 189
366. Rydygier L. Gruczoły zaotrzewnowe, nerkę naśladujące 190
367. Sawicki B. Osteoplastyczna operacya na czole . . . 190
368. Śmiechowski A. Aneurisma arterioso-venosum arteriae femoralis. Wyłuszczenie 190
369. Stankiewicz W. Nephrectomia 191
370. Stankiewicz W. Przetoka pęcherzyka żółciowego . 191
371. Stankiewicz W. Spina bifida cervicalis. Operacya radykalna 191
372. Szteyner W. Dwa przypadki doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych 192
373. Szteyner W. Wycięcie kiszki zwężonej 192
374. Szteyner W. Kostniak centralny, wydobyty z kości czołowej 192
375. Szymkiewicz K. i Łepkowski W. W sprawie zastosowania formaldehydu w dentystyce 192
376. Wehr. O wartości opatrunków srebrnych 192
377. Weisblat J. Przypadek tak zwanego „złamania prącia“ 193
378. Wołkowicz M. Operacya torticollis własnym sposobem 193
379. Wołkowicz M. Przyczynek do techniki nakładania szwów zwalniających 193
380. Zagórski K. O cięciu nadłonowem 193
381. Zaleski A. Leczenie doszczętne przerostu starczego gruczołu krokowego 194
382. Zoll. Demonstracya uproszczonego przyrządu wyciągowego 194

383. Dyskusya nad przypadkiem Stankiewicza: przetoka pęcherzyka żółciowego 195
384. Dyskusya nad odczytem Jasińskiego: o operacyach chirurgicznych na mleczu 195
385. Dyskusya nad odczytem Jasińskiego: srebrna antyseptyka Créde'go 195
386. Dyskusya nad odczytem Orła: doświadczenia nad guzikami Murphy'ego 195
387. Dyskusya nad splenectomią 195
388. Dyskusya w Tow. Lek. Pozn. nad znaczeniem promieni Röntgena w chirurgii 195
389. Dyskusya w Tow. Lek. Krak. nad pracą Kryńskiego o przyszywaniu szczytu pęcherza do przedniej ściany brzucha . 195
390. Dyskusya nad leczeniem gruźlicy stawów 195

XIII. Oftalmologia.

Sprawozdawca B. R. Gepner (syn).

391. Bałłabau T. Demonstracya Instrumentaryum okulistycznego zestawione podług najnowszych zasad aseptyki . 195
392. Burbo B. Wypaproszenie gałki (exenteratio, evisceratio bulbi) 196
393. Cetnarowicz S. Przypadek wrzodów łącznicy pochodzenia ospowego z powikłaniem ze strony rogówki 196
394. Chłapowski F. Rozszerzenie źrenicy przejściowe jednostronne przy cierpieniach kanału pokarmowego 196
395. Gałęzowski Ks. O limfatycznych cierpieniach oka . 196
396. Garliński C. W. Przypadek zapalenia dyfterytycznego łącznicy wyleczony surowicą przeciwbłoniczą 197
397. Gepner B. R. (syn). Dwa przypadki jaskry u osób młodych 197
398. Gepner B. R. (syn). O leczeniu krótkowzroczności wysokiego stopnia za pomocą usuwania soczewki 197
399. Gepner B. R. (syn). O ciałach obcych metalicznych w oku 198
400. Gepner B. R. (syn). Przedstawienie chorego z rozedmą powieki 198
401. Kamocki W. O tłuszczowem drobnowidzowo stwierdzonem zwyrodnieniu rogówki 198
402. Kamocki W. W sprawie plastycznych operacyi na brzegach powiek 198
403. Kamocki W. O szerzeniu się nowotworów śródocznych przez inplantacyę 290
404. Kępiński M. Przedstawienie chorej z buphophalmus i nowotworem złośliwym tęczówki 199

405. Koliński. Przypadek anophthalmus bilateralis congenitus 199
406. Kramsztyk Z. O przyzwyczajeniu w czynnościach oka 199
407. Kramsztyk Z. O sposobach dążących do usunięcia jaglicy 199
408. Kramsztyk Z. Metody optometryi objektywnej . . . 199
409. Langie A. Kilka uwag o szwie rogówkowym przy operacyi zaćmy schyłkowej na podstawie czterech przypadków klinicznych 200
410. Langie A. Dr. Gałęzowski i jego klinika 200
411. Likiernik. Przypadek retinitidis syphiliticae . . . 200
412. Machek E. Nowe cięcie rogówkowe przy operacyi zaćmy bez irydektomii 200
413. Machek E. Statystyka jaglicy w Galicyi i w ks. Krakowskiem według dat urzędowych 201
414. Machek E. O nowym sposobie przemieszczania rzęs . . 201
415. Mutermilch J. O znaczeniu uprzedniej atropinizacyi oka przy operacyi zaćmy 201
416. Nowicki W. Ociemniali i zakłady dla ociemniałych . 201
417. Rumszewicz K. Przyczynek do patologii odwinięcia mięsakowego powieki dolnej 202
418. Rumszewicz K. O utworach torbielowych w spojówce gałki ocznej 202
419. Rumszewicz K. Przyczynek do onkologii spojówki i powiek 202
420. Rumszewicz K. O jaskrze po operacyach zaćmy . . 202
421. Sroczyński Fr. W sprawie racyonalnego przepisywania szkieł w nierównej refrakcyi ócz 203
422. Sroczyński Fr. Zez zastępczy w porażeniach mięśniowych oka 203
423. Strzemiński Ig. Oftalmologia na Litwie w pierwszem 25 leciu XIX wieku 203
424. Strzemiński I. Przypadek zapalenia krupowego łącznicy uleczonego surowicą Behring'a 204
425. Strzemiński I. Cierpienie oczu przy akromegalii . . 204
426. Strzemiński I. Cierpienia syfilityczne dziedziczne oczu w drugiem pokoleniu 204
427. Szulisławski A. O operacyjnem leczeniu jaglicy . . 204
428. Szulisławski A. Przyrząd przenośny do odkażania narzędzi okulistycznych 204
429. Szulisławski A. Przypadek zaniku nerwów wzrokowych z niezwykłą poprawą bystrości wzroku 204
430. Szulisławski A. Przyczynek do leczenia stożkowatego wygięcia rogówki [Keratoconus] 205
431. Szulisławski A. Przeszczepienie mięsaka barwikowego z rogówki na spojówkę 205

432. Talko J. Melanotyczne zabarwienie białkówki, przy melanozie miękiej opony (pia mater) i mózgu po tejże stronie 205
433. Talko J. Przerostowe zapalenie łącznicy obu powiek. Blepharoplastyka dolnej powieki. Zastąpienie melanotycznej łącznicy błoną śluzową ust i wargi a także skórą powiekową 205
434. Wicherkiewicz B. Exophthalmus pulsatorius; podwiązanie tętnicy szyjowej wewnętrznej 206
435. Wicherkiewicz B. Przedstawienie przypadku odczepiania się ciała rzęskowego od twardówki z częściowem zrośnięciem tęczówki z rogówką i zwichnięciem soczewki wskutek urazu 206
436. Wicherkiewicz B. Przyczynek do etiologii i leczenia jaskry 206
437. Wicherkiewicz B. Odmiana perimetru Schweigger'a 207
438. Wicherkiewicz B. Oftalmologia na usługach nauk lekarskich 207
439. Zajdeman M. Niezwykle powikłany przypadek pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego 207
440. Dyskusya w Sekc. Lwowskiej Tow. Lek. Galic. nad przeszczepianiem się nowotworów 208
441. Dyskusya w Sekc. Lwowskiej Tow. Lek. Galic. nad nowym sposobem przemieszczania rzęs 208
442. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad leczeniem krótkowzroczności przez usuwanie soczewki 208
443. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad limfatycznemi cierpieniami oka 208
444. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad szerzeniem się nowotworów śródocznych przez inplantacyę 208

XIV. Gynekologia.

Sprawozdawca St. Zaborowski.

445. Bogdanik I. Przypadek pękniętego torbiela jajnika wskutek urazu 208
446. Boryssowicz T. Cztery przypadki operacyi mięśniaków macicy 209
447. Boryssowicz T. Wycięcie torbieli międzywięzadłowej. 209
448. Boryssowicz T. O wartości częściowych operacyi przy raku macicy 210
449. Grodecki F. Przypadek braku macicy i przydatków . 210
450. Fenomenow N. (Kazań). W sprawie sposobów zaszywania przetok moczopłciowych u kobiet 210
451. Jasiński. Pyosalpinx duplex, retroversio uteri fixata. Pomyślna operacya 211
452. Jaworski I. Mors sub menstruatione ex anaemia . . . 211

453. Jordan. Wycięcie macicy z włókniakami miąższowymi metodą Doyen'a i wycięcie nowotworu o utkaniu włóknistem 211
454. Kasprzak. Przypadek włókniaka wiązadła szerokiego macicy 212
455. Kaufman. O chirurgicznem leczeniu tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy 212
456. Kraków. W sprawie otwierania jamy brzusznej przez sklepienie pochwy 212
457. Krause L. Wrodzone wypadnięcie macicy; spina bifida. 213
458. Mars A. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym 213
459. Mars A. Przyczynek do etyologii chorobliwego świądu sromu u niewiast 213
460. Neugebauer F. 40 własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych 214
461. Neugebauer F. Dwa przypadki wycięcia macicy z powodu raka 214
462. Neugebauer F. Kamień moczowy wytworzony dokoła ligatury jedwabnej 214
463. Neugebauer F. Pyosalpinx, jajnik i 3 torbiele w worku haerniae inguinolabialis 215
464. Neugebauer F. Macica wycięta z powodu raka trzonu 215
465. Neugebauer F. Prolapsus uteri; Resectio fundi; Ventrofixatio 215
466. Neugebauer F. Operacya włókniaka jajnika. . . . 215
467. Piotrowski J. Przypadek wydobycia się glisty (ascaris lumbricoides) przez ranę po wypuszczeniu ropnego wysięku okołomacicznego 215
468. Pomorski. O pęknięciu macicy 216
469. Rosner. Dwa przypadki patologii dróg moczowych niewieścich 216
470. Rosner. 5 nowych przypadków wad rozwojowych . . . 216
471. Rosner. Przetoka moczowa niezwykłego pochodzenia . 217
472. Rosner. O używaniu płynu Walthard-Tavel'a przy laparotomiach 217
473. Rosner. Przypadek wyłuszczenia macicy przez laparotomię metodą Freund'a w niezwykłych warunkach . . . 217
474. Rosner. W sprawie przeszczepialności raka. 218
475. Rosner. Usunięcie guza w stanie rozpadu i wycięcie macicy 218
476. Stankiewicz W. Hydrocele muliebris. 218
477. Stępkowski F. Puchlina jajowodowa obustronna. Wycięcie 218
478. Stępkowski F. Przyczynek do krwawień i krwotoków macicznych wątpliwego pochodzenia. 219
479. Święcicki. 1) Torbiel lewego jajnika i ropień lewego ja-

jajowodu. 2) Torbiel retencyjna warg małych. 3) Torbiel lewego jajnika ze skręconą dwa razy szypułą 219
480. Świtalski L. Uwagi dotyczące raka szyi macicy na podstawie spostrzeżeń poczynionych w klinice 219
481. Świtalski L. O wyłuszczeniu macicy pochwowem, z powodu groźnego krwotoku macicy 219
482. Świtalski L. Wypadek wady rozwojowej macicy. . . 220
483. Wawelberg G. Dwa przypadki nieprawidłowego rozwoju narządów płciowych kobiecych 220
484. Ziemacki (Charków). W sprawie operowania przetok pęcherzowo-pochwowych 220
485. Ziembicki. Olbrzymi włókniak macicy. Hysterektomia. 221
486. Ziembicki. O francuskiej metodzie wycinania macicy przez pochwą z trwałą kleszczową hemostazę następczą . . 221
487. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad operowaniem mięśniaków macicy 222
488. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad torbielą międzywięzadłową 222
489. Dyskusya w Tow. Ginek. Krak. nad użyciem kleszczyków Richelot'a 222
490. Dyskusya nad wycięciem macicy i nowotworem o utkaniu włóknistem 222
491. Dyskusya nad wycięciem macicy metodą Freund'a 222

XV. Akuszerya.

Sprawozdawca M. Zweigbaum.

492. Bylicki W. Ochronne postępowanie w położnictwie. (Aseptyka położnicza) 222
493. Bylicki W. O postępowaniu wobec zatrzymania się łożyska w macicy po poronieniach 222
494. Cohn M. Pęknięcie macicy podczas porodu 223
495. Czarkowski L. Całkowite wypadnięcie wynicowanej macicy podczas porodu 223
496. Ehrlich. Kilka uwag o postępowaniu przy ciąży pozamacicznej jajowodowej 223
497. Ehrlich M. Postępowanie lekarskie przy poronieniach 224
498. Endelman Z. Przypadek całkowitego pęknięcia macicy u pierwiastki podczas porodu 224
499. Gaszyński S. Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny u noworodków 224
500. Jordan. Spostrzeżenia nad przypadkami ciąży zamacicznej, operowanymi w klinice ginekologicznej w r. 1895/6 . 225
501. Jordan. Ciężarna z kolpobyperplasia cystica 225
502. Jordan. O przedwczesnem odklejeniu łożyska podczas ciąży 522

503. Jordan. Dwa przypadki ciąży zamacicznej 226
504. Jordan. 4 przypadki cięcia łonowego 226
505. Jordan. Preparat ciąży trąbkowej pękniętej 226
506. Jordan. O leczeniu tyłozgięcia uwięźgniętej macicy ciężarnej metodą Grelich—Hewith'a 226
507. Jasiński. Przypadek ciąży jajowodowej 226
508. Jasiński. Graviditas tubaria, operatio, sanatio 227
509. Kosiński J. Przypadek makromastyi 227
510. Kośmiński F. Przypadek łożyska wynicowanego . . . 227
511. Kośmiński F. O krwotoku śmiertelnym po porodzie . 227
512. Krajewski W. H. Nowy przyczynek do chirurgicznego leczenia pęknięcia macicy podczas porodu 227
513. Mars A. Angioma myxomatodes disseminata placentae . 228
514. Neugebauer F. 58 cięć cesarskich, dokonanych z powodu zwężenia i częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy 228
515. Neugebauer F. „Missed abortion" sub graviditate gemellina 229
516. Neugebauer F. Graviditas tubaria. Exstirpatio . . 229
517. Podziemski Z. Przypadek zapalenia około i przymacicznego połogowego, wyleczony za pomocą sposobu Fochier'a 229
518. Pomorski. Wskazania do porodu przedwczesnego . . 229
519. Pomorski. Dwa przypadki pęknięcia macicy 230
520. Pomorski. Przyczynek do ułatwienia dekapitacyi przy położeniach poprzecznych zaniedbanych 230
521. Rapczewski G. Całkowite wypadnięcie wynicowanej macicy po porodzie 230
522. Rosenthal J. Przypadek ciąży zamacicznej śródściennej 230
523. Rosner. Przypadek ciąży zamacicznej 231
524. Rosner. Preparat łożyska bliźniaczego 231
525. Rosner. Ciężarna z torbielem jajnikowym 231
526. Rosner. Zatrzymanie się jaja płodowego w macicy przez 3 miesiące 231
527. Rundo H. Przypadek położenia twarzowego, zmienionego na czaszkowe 232
528. Rundo H. Jaki powinien być mechanizm porodu przy zakładaniu kleszczy 232
529. Rymsza A. Przyczynek do leczenia ciąży pozamacicznej przy wylewie krwi wolnym, wypełniającym całą jamę brzuszną 233
530. Saks J. Przypadek całkowitego wypadnięcia wynicowanej macicy pochodzenia porodowego 233
531. Starzewski. Leczenie pęknięcia macicy porodowego za pomocą worka Mikulicza 234
532. Świtalski. Cztery pęknięte macice podczas porodu . . 234

533. Świtalski L. Graviditas in cornu dextro uteri bicornis. Partus 234
534. Świtalsk L. O zastosowaniu baloników kauczukowych w położnictwie 234
535. Szawelski J. Cytryna jako środek zapobiegawczy ropnemu zapaleniu oczu u noworodków 235
536. Szymański Br. Przypadek cięcia cesarskiego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka 235

XVI. Choroby weneryczne (syfilidologia).

Sprawozdawca J. Grabowski.

537. Biron J. Kilka uwag z powodu zarażenia przymiotem w późnym jego okresie 236
538. Borzęcki E. Leczenie rzeżączki u mężczyzn metodą Janet'a 236
539. Dziembowski. Przyczynek do nauki o kilakach [gummata] w tchawicy 237
540. Grosglik S. Gummat gruczołu krokowego 238
541. Krysiewicz. Kilaki wątroby u ośmiomiesięcznego dziecka 238
542. Dyskusya w Tow. Lek. Krakowskiem z powodu odczytu Mayzla „O prostytucyi w Galicyi“ 239
543. Dyskusya w Tow. Lek. Krak. z powodu odczytu Borzęckiego „O leczeniu poronnem rzeżączki u mężczyzn metodą Janet'a“ 239

XVII. Choroby skórne (dermatologia).

Sprawozdawca W. Kopytowski.

544. Biro M. O sklerodermii 240
545. Ciechanowski S. i Krysztalowicz F. O trądzie 240
546. Kozerski A. Przypadek promienicy skóry, leczony dużemi dawkami jodku potasu 241
547. Reiss W. O nerwicach skórnych (wykład habilitacyjny) 242
548. Srebrny Z. Figówka (sycosis) wargi górnej, jako skutek cierpienia nosa 243
549. Szadek K. Osutki tręciowe 243
550. Szadek K. Osutka balsamiczna 243
551. Krysiewicz. Przypadek bąblicy 244
552. Uhma. Przypadek lichen exudativus ruber 244

XVIII. Medycyna sądowa.

Sprawozdawca W. Świątecki.

553. Jasilkowski M. Z praktyki sądowo-lekarskiej . . 244
554. Neugebauer F. Przetoka pochwowo-odbytnicza, powstała wskutek zgwałcenia 245

555. Piotrowski E. O nowym sposobie wykrycia krwi . 245
556. Sieradzki W. Uwagi o sekcyi zwłok rozkawałkowanych 246
557. Wachholz L. Uwagi nad oceną sądowo-lekarską t. zw. „błędów w sztuce“ 247
558. Wachholz L. Przyczynek do kazuistyki rzadszych przypadków samobójstwa 248
559. Wachholz L. Doświadczalne przyczynki do nauki o otruciu tlenkiem węgla; pewny sposób do odróżnienia zaczadzenia od zatrucia gazem świetlnym 249
560. Zoll J. Z kazuistyki obrażeń czaszki i mózgu 251

XIX. Hygiena.

Sprawozdawca J. Landstein.

561. Bukowski A. O herbacie i jej fałszowaniu w Warszawie. 252
562. Buszek J. Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające miasta Krakowa za rok 1885 252
563. Cybulski N. Próba badań nad żywieniem się ludu wiejskiego w Galicyi 253
564. Drecki F. Hygiena powiatu kaliskiego 254
565. Grodecki F. Kilka słów o warunkach zdrowotnych początkowych szkół miejskich i chederów w Prenach, gubernii Suwalskiej 254
566. Jaworska E. Kuchnia hygieniczna dla chorych . . . 255
567. Merkel J. Hygiena miasta gubernialnego Kalisza . . . 255
568. Nusbaum H. Kobieta w społeczeństwie ze stanowiska przyrodniczego. 256
569. Nusbaum H. Piękno w naturze ze stanowiska hygieny duszy i ciała 257
570. Pamiątka z wystawy hygienicznej 258
571. Pawlikowski A. O stosunkach zdrowotnych w m. Lwowie 1895 259
572. Pawlikowski A. O potrzebie elementarnej hygieny w szkołach ludowych i rzemieślniczych 259
573. Podolski. Bydłobójnia w Węgrowie 260
574. Polak J. Stan sanitarny miasta Warszawy za rok 1895. . 260
575. Ponikło. Przyrząd dezynfekcyjny w szpitalu św. Łazarza 261
576. Serkowski. O potrzebie ustawy budowlanej dla gmin wiejskich i mniejszych miasteczek w Galicyi 261
577. Sonenberg M. Zgierz ze stanowiska sanitarnego . . 261
578. Tchórznicki, Sokal, Markiewicz i Polak. O łaźniach ludowych w zastosowaniu do naszych potrzeb . 262
579. Tchórznicki J. i Wojnicz R. Mieszkania dla robotników 262

580. Wojciechowski B. Hygieniczne warunki gimnazyum męzkiego w Kaliszu 263
581. Żurakowski A. Wyniki badania bakteryologicznego wody filtrowanej w Warszawie w r. 1895 264
582. Żurakowski A. Kilka spostrzeżeń nad kolektorem bielańskim 264
583. Dyskusya w Tow. Lek. Krak. nad mlekiem w Krakowie i nad sposobami zapobiegania jego fałszowaniu i zanieczysz. 265
584. Dyskusya w Tow. Lek. Warsz. nad badaniem bakteryologicznem wody wiślanej 265

XX. Epidemiologia.

Sprawozdawca T. Korzon.

585. Ciechanowski S. Struma i cretinismus 265
586. Margulies B. Walka z epidemią błonicy w pow. Kozłowskim gub. Tambowskiej 266
587. Rundo H. O epidemii cholery azyat. w Łodzi w r. 1894 267

XXI. Szpitalnictwo, statystyka, sprawozdania i zjazdy.

Sprawozdawca T. Korzon.

588. Alberti. Sprawozdanie chemika miejskiego krakowskiego z czynności za rok 1895 267
589. Buszek J. Sprawozdanie ze Zjazdu higienistów niemieckich odbytego w Kolonii 267
590. Flaum M. Druga wystawa hygieniczna w Warszawie . 268
591. Kongres hygieniczny międzynarodowy 268
592. Ogólny pogląd na rozwój szpitali w Galicyi 269
593. Rogowicz J. Przytułki dla biednych rodz. w Warsz. 269
594. Rymarkiewicz J. Szpital starozakon. w Kaliszu . 270
595. Sakowicz. Materace dla szpitali 270
596. Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1894 271
597. Sprawozdanie ze szpitali krajowych w Galicyi za r. 1894 . 271
598. Sprawozdaoie Tow. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie 272
599. Szumlański W. Druga wystawa hygien. w Warsz. 272
600. Szwajcer J. O ruchu chorych w szpitalu zapasowym 272
601. Wniosek Komitetu Towarzystwa Lekarskiego w sprawie przeniesienia szpitala Dz. Jezus 272
602. Wystawa hygieniczna 273
603. Zawadzki J. Gdzie umieścić szpital? 275
604. Zawadzki J. Druga wystawa hygien. w Warszawie . 276
605. Eliasz-Radzikowski. XVII zjazd Towarzystwa balneologicznego w Bernie 276

606. Eliasz-Radzikowski. VII zjazd chirurgów polskich w Krakowie 276
607. Spira. Zjazd austr. Tow. otologicznego w Wiedniu . . 276

XXII. Historya medycyny i życiorysy.

Sprawozdawca H. Dobrzycki.

A) Historya medycyny.

608. Giedroyć Fr. Rys historyczny szpitala ś-go Łazarza w Warszawie 276
609. Giedroyć Fr. Ekspertyza lekarska w dawnych sądach polskich 277
610. Jubileusz Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie 277
611. Minkiewicz J. Porównawcze badania nad henną lub chną, używaną na Kaukazie 278
612. Szwajcer J. Edward Jenner. W setną rocznicę szczepienia krowianki 278
613. Wojciechowski B. Stanisław Wosiński, lekarz XVII stulecia. Przyczynek do dziejów oświaty w Polsce . . . 279
614. Wierzbowski M. Kto jest twórcą nauki o ewolucyi i transformizmie organizmów 280
615. Zaremba W. Uzupełnienie do szkicu historyi sztuki lekarskiej w Rosyi 281

B) Życiorysy.

616. Flaum M. Ludwik Pasteur, jego życie i działalność naukowa 281
617. Solman T. i inni. Ś. p. Franciszek Jawdyński 282
618. Kadyi H. D-r Ludwik Teichmann 283
619. Kwaśnicki A. D-r Antoni Rosner 283
620. Majkowski J. S. p. Karol Kaczkowski 284
621. Majkowski J. Ś. p. Michał Zieleniewski 284
622. Baranowski I. i inni. Pamięci Ludwika Natansona . 285
623. Dobrzycki H. i inni. Ś. p. Jakób Rogowicz 286
624. Roż..... J. Mauycy Schiff 287
625. Rychliński K. i inni. D-r Romuald Pląskowski . . . 287

XXIII. Varia.

Sprawozdawca K. Dobrski.

626. Biegański W. Medycyna i filozofia 288
627. Biegański W. Spółczesna kazuistyka lekarska przed sądem logiki 289
628. Cybulski N. W sprawie reformy studyów lekarskich 290

629. Daniłło S. W sprawie walki z alkoholizmem 292
630. Elzenberg A. W kwestyi profilaktyki chorób wenerycznych 293
631. Iłg F. Ze wschodu 294
632. Jakubowski Obecny stan sprawy ubezpieczenia lekarzy i ich rodzin 295
633. Karczewski A. Kilka słów w sprawie dyskrecyi lekarskiej 295
634. Sonnenberg E. Odpowiedź 296
635. Karczewski A. W zakończeniu polemiki 296
636. Karczewski A. Pogotowie ratunkowe 297
637. Krysiński St. Kilka uwag nad słown. anatomicznem 298
638. Natanson L. Z życia i z praktyki 299
639. Nussbaum H. O najgłówniejszych zadaniach terapii i jej sprawności 301
640. Pomoc lekarska 302
641. Rogowicz J. Oględziny lekarskie kobiet, wobec obowiązującego u nas prawa 302
642. Majkowski J. W sprawie nierządu publicznego (prostytucyi) i zapobieganiu chorobom wenerycznym 303
643. Sonnenberg E. Przyczynek do sprawy partactwa lekarskiego na prowincyi 305
644. Sprawozdanie izby lekarskiej zachodn. galicyjskiej z r. 1895 306
645. Wołkowicz M. Jak stanowisko swoje i obowiązki względem czytelników i piszących pojmuje jedno z naszych pism lekarskich 306
646. Zieliński J. Lekarz we Francyi 307
647. X. Y. Z. Z Wilna 308
648. Kalendarz lekarski na rok 1896 pod redakcyą J. Polaka . . 308

XXIV. Nowe przyrządy.

Sprawozdawca W. Świątecki.

649. Karczewski A. Przyrząd do chloroformowania przy operacyach w jamie ustnej 308
650. Noiszewski K.. Trichoaesthesiometr 309
651. Obtułowicz F. Kieszonkowy aseptyczny przyrząd do szczepień zbiorowych ospy 309
652. Orłowski W. Nowy przyrząd do aseptycznego zlewania płynów 310

XXV. Nowe książki.

SPIS IMIENNY AUTORÓW,

których prace streszczono w Przeglądzie piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1896.

Liczby przy nazwiskach oznaczają stronę, na której praca została streszczoną.

Alberti 267.
Alkiewicz 95.
Arnstein F. 89, 89, 98.

Bałłaban T. 195.
Baranowski I. 285.
Barącz R. 149, 169.
Baurowicz A. 9, 143.
Bączkiewicz J. 9.
Beck A. 9, 10.
Białokur 111.
Bichniewicz J. 74.
Biegański W. 63, 90, 90, 101, 169, 288, 289.
Biernacki E. 29, 33, 63, 68, 74, 83, 122, 125.
Biernacki W. 65.
Biro M. 240.
Biron J. 236.
Blumental A. 144.
Bogdanik 160, 170, 208.
Bolewski T. 150, 150.
Borsuk M. 170, 171, 171, 171.
Boryssowicz T. 209, 209, 210.
Borzęcki E. 236.
Bossowski A. 172.
Bregman L. 58, 123, 123, 124.
Brodowski W. 112, 124.
Bronowski S. 58.
Browicz T. 17.
Brunner M. 65.
Brunner J. 70.
Bruner W. 35.
Bukowski A. 252.
Burbo B. 196.
Buszek J. 252, 267.
Bychowski Z. 84.
Bylicki W. 222, 222.

Cetnarowicz S. 196.
Chełmoński A. S. 36,
Ciągliński A. 18, 36, 37, 59.
Ciechanowski S. 172, 240, 265.
Ciechomski A. 125, 152, 173.
Chłapowski F. 112, 196.
Chwistek B. 75.
Cohn M. 223.
Cybulski N. 10, 11, 12, 12, 253, 290.
Czajkowski 38.
Czarkowski L. 223.

Daniłło S. 292.
Dawid Wł. 125.
Dembowski T. 173, 174, 174.
Dobrowolski ɣ. 161.
Doborzyński S. 76.

Dobrzycki H. 76, 286.
Dogiel J. 13, 13.
Drabczyk T. 14.
Drecki F. 95, 254.
Drobnik T. 95, 161, 175, 175, 175.
Dydyński L. 18.
Dymnicki J. 77.
Dytel E. 139.
Dukalski Z. 96.
Dukiet 77.
Dunin T. 38, 85, 112.
Dziedzicki H. 91.
Dziembowski 237.
Dzierżawski B. 59, 176.

Ehrlich M. 223, 224.
Eismond J. 1, 1.
Elzenberg A. 293.
Endelman Z. 224.

Fajerstein J. 125.
Faytt T. 2.
Fenomenow N. 210.
Feuerstein 126, 126.
Flatau E. 3.
Flaum M. 3, 14, 15, 268, 281.
Fruchtman A. 140.

Gabszewicz A. 177, 177, 177.
Gabryszewski 162, 176, 176, 177.
Gajkiewicz W. 126, 126, 127.
Gałęzowski K. 196.
Garliński W. 197.
Gaszyński S. 224.
Gepner B. R. (syn) 197, 197, 198, 198.
Giedroyć F. 276, 277.
Gluziński A. 39, 39, 70.
Goldbaum 113.
Grodecki F. 19, 152, 210, 254.
Grosglik S. 177, 178, 238.
Grostern W. 91.
Grundzach J. 113.
Grużewski 58, 153.
Guranowski L. 150.
Gutentag S. 91, 140.

Heiman T. 151.
Heinrich W. 128, 128, 128, 128.
Heryng T. 144.
Herman M. 178.
Hewelke O. 85.
Higier H. 128, 129, 129, 130, 130.
Hołowiński A. 15.
Hoyer H. 3.

Ilg F. 294.

Jakowski M. 40, 178.
Jakubowski D. 295.
Janowski W. 102, 114, 115, 116.
Jaruntowski 78, 145, 145.
Jasilkowski M. 244.
Jasiński 211, 226, 227.
Jasiński R. 117, 153, 154.
Jaworski W. 15, 66, 66, 117, 118, 118.
Jaworski J. 211.
Jaworska E. 15, 255.
Jerzykowski S. 85.
Jezierski F. 178.
Jeż W. 67.
Jodkiewicz F. 60.
Jordan 211. 225, 225, 225, 226, 226, 226, 226.

Kader 179, 179, 180.
Kadyi H. 3, 4, 4, 283.
Kamocki W. 198, 198, 199.
Kapelski 96.
Kapuściński B. 96.
Karczewski A. 295, 296, 297, 308.
Kasprowicz S. 162.
Kasprzak 212.

Kaufman 212.
Kępiński M. 199.
Kijewski F. 155, 156.
Klein S. 86.
Koehler 146.
Koliński 199.
Kopff 79.
Koral A. 96.
Korczyński L. 67, 86, 92, 103, 118, 132.
Kosiński 227.
Kosiński J. 180, 180, 181.
Kośmiński F. 87, 227, 227.
Kossobudzki S. 132.
Kostanecki K. 4.
Kowalewski M. 54.
Kowenicki W. 96.
Kozerski A. 241.
Kozłowski 181, 181.
Krajewski W. H. 227.
Kraków 212.
Kramsztyk Z. 199, 199, 199.
Kramsztyk J. 141.
Krause L. 213.
Krokiewicz A. 19.
Krusche 182.
Kryński L. 182, 182.
Krysiewicz 132, 238, 244.
Krysiński S. 298.
Kryształowicz F. 240.
Kwaśnicki A. 283.

Lande A. 104.
Langie A. 200, 200.
Lemberger 70.
Leśniowski A. 182.
Lidmanowski K. 97.
Likiernik 200.
Luxenburg 133.

Łepkowski 162, 192.

Machek E. 200, 201, 201.
Majewski A. 183.
Majkowski J. 79, 284, 284, 303.
Margulies B. 266.
Markiewicz S. 262.
Mars A. 6, 213, 213, 228.
Mayzel W. 67.
Merkel J. 255.
Miklaszewski W. 99, 183.
Minkiewicz J. 278.
Misiewicz M. 163.
Moraczewski W. D. 15.
Mutermilch J. 201.

Natanson L. 299.
Nencki M. 16.
Noncki L. 71, 92.
Neugebauer F. 21, 184, 184, 184, 214, 214, 214, 215, 215, 215, 215, 228, 229, 229, 245.
Niecuński 185.
Niedzielski K. 156, 185.
Niemczynowski 185.
Noiszewski K. 309.
Nowaczek S. 38.
Nowak J. 6, 7, 55, 186.
Nowicki W. 201.
Nussbaum H. 256, 257, 301.

Obaliński A. 67. 157, 163, 163, 186, 186, 186.
Obtułowicz F. 93, 309.
Oderfeld H. 186.
Ołtuszewski W. 135.
Orłowski S. 133.
Orłowski W. 310.
Orzeł K. 187, 188.
Oświecimski 164.

Palmirski W. 92.
Pawiński J. 105.
Pawlikowski A. 259, 259.
Peltyn 119.
Perlis 97.
Pieniążek T. 146.
Piotrowski J. 215.

Piotrowski E. 245.
Pisarzewski G. 188.
Pisarzewski J. 99.
Podolski 206.
Podziemski Z. 229.
Polak J. 260, 262.
Pomorski 216, 229, 230, 230.
Ponikło 261.
Prus J. 55, 71, 136.
Pruszyński J. 92.
Przedborski L. 146.
Przewoski E. 23, 24, 25, 26, 27, 27.
Puławski A. 107, 108.
Puławski W. 97.
Puterman J. 100.

Rabek L. 93, 141.
Raczyński 1, 50, 141, 188.
Rapczewski G. 230.
Rappel 109.
Reiss W. 136, 242.
Rejchman M. 109, 119, 181.
Rekowski E. 72.
Rogowicz J. 269, 302.
Roż 287.
Rosenberg J. 97.
Rosenthal S. 189.
Rosenthal J. 230.
Rosner 216, 216, 217, 217, 217, 218, 218, 231, 231, 231, 231.
Rumszewicz K. 202, 202, 202, 202.
Rundo H. 232, 232, 267.
Rutkowski L. 97, 189.
Rychliński K. 136, 137, 287.
Rydygier L. 72, 164, 164, 164, 189, 190.
Rymarkiewicz J. 270.
Rymsza A. 233.

Sakowicz 270.
Saks J. 233.
Sawicki B. 190.
Schramm 165.
Serkowski 261.
Sędziak J. 146, 147, 147.
Sieradzki W. 246.
Simon 120.
Słapa W. 98.
Sobierański W. 60.
Sokal 262.
Sokołowski A. 109, 120, 124, 147.
Solman T. 282.
Sonenberg E. 296.
Sonenberg M. 261, 305.
Srebrny Z. 243.
Sroczyński F. 203, 203.
Syropa 163.
Stachewicz P. 100.
Stankiewicz W. 191, 191, 191, 218.
Starzewski 234.
Sterling S. 50, 61, 61, 62, 142.
Steyner W. 192, 192, 192.
Stępkowski F. 218, 219.
Strużewski K. 137.
Strzemiński I. 203, 204, 204, 204.
Surzycki J. 137.
Szadek K. 243, 243.
Szawelski J. 235.
Szulisławski A. 204, 204, 204, 205, 205.
Szuman L. 167.
Szumlański W. 151, 272.
Szymański B. 235.
Szymkiewicz K. 192.
Szwajcer J. 272, 278.
Śmiechowski A. 190.
Świątecki J. 73.
Świtalski L. 219, 19, 220, 234, 234, 234.
Święcicki H. 28, 28, 219.

Talko J. 29, 205, 205.
Talko-Hryncewicz J. 80.
Tchórznicki J. 262, 262.
Trzebicky R. 168.
Tumpowski A. 137.

Uhma 244.

Wachholz L. 247, 248, 249.
Wasserzug D. 51.
Wawelberg G. 220.
Weber J. 56.
Wehr 185. 192.
Wernicki K. 54.
Wernicki J. 51.
Weisblat J. 193.
Wicherkiewicz B. 206, 206, 206, 207, 207.
Wiczkowski J. 88.
Widmann 110.
Wierzbowski M. B. 280.
Winiarski J. 52, 120, 121.
Wizel A. 138, 171.
Wojciechowski B. 263, 279.
Wojnicz R. 262.
Wołkowicz M. 159, 193, 193, 148, 306.
Wróblewski W. 169.
Wrześniowski W. 169.
X. Y.Z. 308 .

Zabłudowski J. 110, 138.
Zagórski K. 193.
Zajdeman M. 207.
Zalewski A. 194.
Zaremba W. 281.
Zawadzki J. 81, 275, 276 .
Zawadzki M. 94.
Zieliński J. 307.
Ziemacki 220.
Ziembicki 221, 221.
Zoll J. 194, 251.

Zupnik L. 56.
Żurakowski A. 264, 264.

BIBLIOTEKA AKADEMII LEKARSKIEJ w Gdańsku

Biblioteka Akad. Lek. Gdańsk

II 1096
Informacja