

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. B. Chrostowski. Przypadek szkarlatyny i ospy razem przebiegającej. — II. J. Funk. Kilka słów o „*acne agminata*”. — Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie. Sekeyja otyjatryczna. — Przegląd literatury krajowej. Rozwój nowotworów rakowych skórnych, na podstawie przypadków obserwowanych na klinice chirurgicznej krakowskiej od roku 1860—1879, podał H. Schramm. Ocenił W. Matlakowski. — *Dział sprawozdawczy*: — 158. Kolessnikow. O zmianach chorobowych mózgu i rdzenia u psów przy wściekłości. — 159. Breus. Leczenie przepuklin sznurka pępkowego. — 160. B. Fraenkel. O leceniu *anginae catarhalis*. — 161. Thiersch. Okaleczenie samego siebie dość oryginalne, prawdopodobnie w stanie cierpienia umysłowego. — 162. Purjesz. Piłokarpina jako odtrutka przy otruciu atropiną. — Towarzystwo lekarskie Warszawskie. Posiedzenia z d. 22 Listopada, 6-o, 13-o, 20-o i 28-o Grudnia. — Wiadomości bieżące. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia. — Spis rzeczy.

I. PRZYPADEK SZKARLATYNY I OSPY RAZEM PRZEBIEGAJĄCEJ.

Podał D-r med. **Br. Chrostowski.**

W czasie epidemicznego panowania różnych ostrych wysypkowych chorób, przytrafiają się dość często przypadki szybkiego występowania dwóch lub więcej wysypek jedna po drugiej; ma to miejsce szczególnie podczas konwalescencji po wspomnianych chorobach. Do wielkich jednak rzadkości należą przypadki jednoczesnego powstawania i przebiegu u tego samego indywiduum dwóch ostrych chorób wysypkowych. Przejrzawszy odpowiednią literaturę przekonujemy się, iż zachodzą tutaj najrozmaitsze kombinacje odry z ospą, szkarlatyną, lub naodwrot. Do najrzadziej przytrafiających się kombinacyj należy jednoczesne rozwijanie się szkarlatyny i ospy. Pierwszy tego rodzaju przypadek był opisany przez Barthez-Rilliet'a ¹⁾, kilka zaś innych — w rozprawie Fleischmann'a: „*Ueber die Gleichzeitigkeit zweier acuten Exantheme nach neueren Beobachtungen*“ ²⁾, obserwowanych w szpitalu dzieciennym w Wiedniu 1871 r.

Przypadki Fleischmann'a szczegółowiej opisane dotyczą pięciorga dzieci, wieku od 1—3 lat, które w czasie panowania epidemii chorób wysypkowych przybyły do szpitala z ospą naturalną i tam w rozmaitych okresach wysypki ospowej dostawały szkarlatyny. Szkarlatyna objawiała się gwałtownem podniesieniem ciepłoty i charakterystyczną wysypką w miejscach zajętych przez wysypkę ospową, oraz zmianami w gardle i gruczołach limfatycznych. Wszystkie przypadki, z wyjątkiem jednego, zakończyły się śmiercią.

¹⁾ *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* T. II, p. 513. 1843.

²⁾ *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, p. 223. 1872.

Przypadek poniżej opisany, chociaż niezupełnie podobny do dopiero co wspomnianych, powinien być jednakże uważany za mieszaną postać obydwóch tych chorób, jak o tem przekonamy się z przebiegu.

Antoni Nowotka, wieku lat 19, uczeń szewcki, przybył do szpitala Ś-go Rocha do oddziału mego 12 Października 1881 roku.

Chory prawidłowo zbudowany, dobrze odżywiany, silnie gorączkuje. Ciepłota rano 40,4° C., tętno 118, oddechów 28. Przy pierwszym wejrzeniu na chorego uderza rozlane różycowe zabarwienie skóry szyi i całego tułowia, tylko od tyłu, przybliżając się do kręgosłupa, zabarwienie to staje się stopniowo słabszem, wreszcie skóra wzdłuż kolumny kręgowej na szerokości około czterech palców przedstawia prawie normalne zabarwienie. Przyglądając się bliżej temu zabarwieniu skóry, widzimy—na prawie szkarłatnem jednostajnem tle — bardzo liczne wyznaczynienia krwi w postaci kropeczek. Pozostała część skóry, to jest twarz i kończyny mniej więcej prawidłowo zabarwione i nie przedstawiają nic szczególnego. Przy ugniataniu palcem miejsc zaczerwienionych, skóra niezupełnie blednie, gdyż pozostają jeszcze wyraźne, ciemne, wyżej wspomniane wyznaczynienia. Po odjęciu palca, zabarwienie skóry wraca do poprzedniego stanu.

Co się tyczy sfery subiektywnej, to chory użala się na mocne osłabienie, uczucie rozłamania, ból i zawrót głowy, zupełną utratę apetytu, pragnienie, ból gardła, powiększający się przy polykaniu, a nadto — niewielki kaszel. Opowiada dalej, że choroba zaczęła się przed trzema dniami kilkakrotnie powtarzającemi się dreszczami, poczem nastąpiła utrata apetytu i ogólne osłabienie, Wysypka i ból gardła zjawily się drugiego dnia choroby i prawie w jednako-wem nateżeniu pozostają do tej pory. Pacjent nasz nie miał styczności z chorymi dotkniętymi jakąkolwiek ostrą chorobą wysypkową. W dzieciństwie prze-bywał odrę. Ospy zaszczerpionej nie miał.

Przy badaniu obiektywnem znaleziono: klatkę piersiową prawidłową, granice płuc normalne, odgłos przy porównawczem opukiwaniu klatki piersiowej jedno-stajny, oddech pęcherzykowy nieco zaostrzony i nieliczne rozrzucone suche rzę-żenia. Granice tępości serca i tony serca, nic nieprawidłowego nie wykazują. Język grubo obłożony, podsycający. Przy oglądaniu gardła, spostrzegamy jedno-stajne umiarkowane zaczerwienienie podniebienia miękkiego, przeważnie języczka i przednich łuków podniebiennych, migdałki nieco obrzęknięte i również zaczerwienione. Brzuch miernie wzdęty, przy ucisku bolesny w okolicy dołka sercowego, przy opukiwaniu daje ton dosyć wysoki. Śledziona nieznacznie po-większona, górna jej granica sięga do 8-go żebra, w podżebrzu lewem nie wyczuwa się. Granice wątroby normalne. Gruczoły limfatyczne szyjowe, pod-szczękowe, a głównie odpowiadające kątom żuchwy wyraźnie powiększone i na ucisk bolesne. Gruczoły limfatyczne całego ciała nie szczególnego nie przed-stawiają. Mocz steżony nieprawidłowych składników nie zawiera.

Przypadek powyższy rozpoznałem jako szkarłatynę, z mniej więcej prawid-łowym przebiegiem. Zaleciłem olej rycinowy, płukanie gardła i t. d. i t. d. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 40,8° C., tętno 118, oddechów 28. Stan chorego prawie jednostajny. Wypóżnienia obfite.

Dnia 13 Października ciepłota 39,8° C., tętno 106, oddechów 36. Chory czuje się jednakowo, przy oglądaniu skóry szyi i tułowia żadnej widocznej różnicy od dnia wczorajszego nie ma. Natomiast na skórze twarzy i kończyn górnych widać rzadką plamistą i guziczkową wysypkę, na twarzy wysypka ta umiejscowiła się głównie około nosa i na policzkach. W gardle na podniebieniu miękkim zaczerwienienie *in situ quo*, na podniebieniu zaś twardem, dość gęste plamki i guziczki czerwono zabarwione, wielkości soczewicy. Wieczorem tegoż dnia, ciepłota 38,9° C., tętno 116, oddechów 26. Wysypka na tułowiu zdaje się trwać w swoim natężeniu, na szyi i górnej części klatki piersiowej przeciwnie cokolwiek zbladła. Wysypka na twarzy i kończynach górnych znacznie się zwiększyła, a prócz tego, pokazuje się gdzieś i na kończynach dolnych. Wystąpienie tylko co opisanej wysypki skłoniło mnie do przyjęcia, obok szkarlatyny, ospy naturalnej.

Dnia 14 Października, ciepłota 38,2° C., tętno 96, oddechów 22. Chory czuje się lepiej, ból głowy i pragnienie ustąpiły. Język wilgotny. Chory skarży się na nieznaczne palenie skóry twarzy. Wysypka na klatce piersiowej i brzuchu znacznie zbladła. Twarz i kończyny górne obficie usiane wysypką guziczkową, która zaczyna już przemieniać się na pęcherzyki. Na kończynach dolnych występuje obficie wysypka tego samego rodzaju; na tułowiu zaledwo kilka guziczków wzdłuż kręgosłupa na miejscach wolnych od wysypki szkarlatynowej. Na podniebieniu twardem wyraźne pryszcze (*pustulae*), bardzo gęsto usiane. Błona śluzowa podniebienia miękkiego i języczka bledsza jak dnia poprzedniego. Wieczorem ciepłota 38° C., tętno 92, oddechów 22.

Dnia 15 Października, ciepłota 37,8° C., tętno 84, oddechów 20. Chory czuje się znacznie lepiej. Zjawia się apetyt. Język mniej obłożony i wilgotny. Kaszel bardzo lekki. Śledziona sięga tylko cokolwiek nad 9-te żebro. Skóra na tułowiu blada, a wysypka szkarlatynowa pozostała tylko na niektórych miejscach. Skóra szyi i klatki piersiowej zaczyna się łuszczyć w postaci drobnych blaszek (*desquamatio furfuracea*). Wysypka ospowa, która na twarzy jest o wiele obfitsza, aniżeli na kończynach, dojrzewa stopniowo. Na podniebieniu twardem pryszcze (*pustulae*) w pełnym rozwoju zlewają się. Podniebienie zaś miękkie zupełnie blade. Gruczoły szyjowe mniej obrzęknięte i zupełnie niebolesne. Wieczorem ciepłota 37,6° C., tętno 92, oddechów 20.

Dnia 16 Paźdz. ciepłota 37,6° C., Chory czuje się dobrze, uskarża się tylko na uczucie palenia i prężenia skóry na twarzy. Skóra tułowia łuszczy się w postaci drobnych blaszek na całej przestrzeni zajętej przez wysypkę szkarlatynową. Wysypka ospowa na twarzy przedstawia się pod formą pryszczy (*pustulae*), w wielu miejscach zlewających się (*confluentes*); w takim samym stanie znajduje się i wysypka na rękach, szczególnie na grzbiecie i powierzchni dłoni. Na kończynach dolnych wysypka przedstawia się w postaci pęcherzyków, w niektórych miejscach zamieniających się na pryszcze. Na podniebieniu twardem pryszcze giną. Wieczorem ciepłota 38,2° C., tętno 96, oddechów 24. (*Febris suppurativa*).

Następnego dnia ciepłota ciała wieczorem podniosła się tylko do 38° C. a w dalszym przebiegu choroby była prawidłową. Około 18 Października nastąpiło wysychanie, w parę dni później odluszczenie się strupów ospowych, tak,

że około 24 Października, cały process ospowy zakończył się. W dalszym przebiegu choroby nic szczególnego nie zaszło, dla tego wspomniałem o tem pobieżnie; nadmieniam tylko, że łuszczenie się skóry na miejscu wysypki szkarlatynowej trwało około dwóch tygodni — zawsze jako *desquamatio furfuracea*, a gdzie nigdzie na tułowiu złuszczone blaszki były cokolwiek większe (*desquamatio membranacea*), mocz, badany kilkakrotnie w czasie przebiegu choroby, białka nie zawierał. Pacjent wypisał się zupełnie zdrów dnia 10 Listopada t. r.

Że obok ospy, której rozpoznanie z powyższego opisu sądząc nie podlega najmniejszej kwestyi, istniała i szkarlatyna, to co się tyczy tej ostatniej mogła by być pewna wątpliwość, jeżeli porównywać będziemy opisywane przez wielu autorów, a zwłaszcza S i m o n'a, tak zwane wysypki ospowe początkowe zwiastunne — (*erythema variolosum*). Jednakże następujące punkta rozpoznawcze skłaniają mię do stanowczego przyjęcia w powyższym przypadku istnienia szkarlatyny, punkta które i F l e i s c h m a n n w przytoczonej pracy podaje jako rozpoznawcze dla szkarlatyny od wysypki zwiastunnej ospy.

1-o Różycy początkowa ukazuje się w postaci ciemno-szkarlatynych plamek na grzbietowej powierzchni ręki i stopy, na wyprostnych powierzchniach stawu kolanowego i łokciowego; 2-o występuje zwykle na jeden dzień przed ukazaniem się guziczków ospowych; 3-o po wystąpieniu tej wysypki, ciepłota się zmniejsza i słabną objawy podmiotowe; 4-o brak zajęcia gardła i 5-o brak łuszczenia się. Przeciwny przebieg naszego przypadku potwierdza rozpoznanie szkarlatyny. Dalej T h o m a s ¹⁾ /powiada: 1-o ulubionem miejscem wysypki początkowej jest okolica podbrzuszna, części płciowe, powierzchnia wewnętrzna uda, powierzchnie boczne tułowia, powierzchnie wyprostne kończyn na stawach, 2-o dzień drugi uważać w ogóle można za czas, w którym się takowa najczęściej zjawia; 3-o trwa zwykle 12 do 24 godzin. B o h n ²⁾ przytacza jako punkt rozpoznawczy tylko sam wygląd wysypki przy jej występowaniu.

A zatem, opierając się na rozprzestrzenieniu jednostajnem wysypki i braku jej na twarzy, na długim okresie jej trwania, na następczem łuszczeniu się skóry, na zajęciu podniebienia miękkiego i gruczołów chłonnych podszczękowych, dalej na jednostajnem nateżeniu gorączki, uważam wysypkę tułowia za szkarlatynową, a powyższy przypadek za kombinację szkarlatyny z ospą naturalną. Wczesne zmniejszenie się gorączki (z wystąpieniem ospy) jakoteż brak białka w moczu, nie przeszkadza naszemu rozpoznaniu. Szczególne cechy naszego przypadku w porównaniu z opisanymi przez F l e i s c h m a n n'a stanowią: poprzedzanie szkarlatyny, pojawienie się tej kombinacji w wieku starszym i matematyczne prawie unikanie przez jedną wysypkę miejsc, zajętych poprzednio przez inną.

1) Choroby zaraźliwe ostre, przekład dzieła Z i e m s s e n'a. S. 248. Bibl. um. lekarskich. 1876 r.

2) Acute Exanthema v. Bohn. Handbuch der Kinderkrankheiten v. Gerhard. B. II. S. 244.

II. KILKA SŁÓW O „ACNE AGMINATA“.

Podał D-r J. Funk.

W ostatnim zeszycie „*Annales de Dermatologie et de Syphilographie*“ — B a r t h é l e m y ze szpitala „Saint Louis“ podał przypadek „*folliculitidis agminatae*“. Sprawa ta chorobna, dosyć rzadka, zasługuje ze wszech miar na uwagę. Nader prosta w zasadzie, wygląda jednak na pierwszy rzut oka bardzo zastraszająco; nasuwa myśl o jakimś ciężkim bardzo processie. Jest przy tem tak charakterystyczna, że przeczytanie opisu wystarczy dla rozpoznania jej zawsze i wszędzie, co wcale nie o wszystkich chorobach skórnych powiedzieć można.

Podam tu opis choroby, oparty na dwóch przypadkach, które na klinice Wiedeńskiej widziałem. Sądzę jednak, że nie są one zupełnie identyczne z opisanym przez B a r t h é l e m y; zaznaczę też poniżej, w jakich właśnie punktach są od niego różne. Pierwszym okazem był mężczyzna lat 40, nieszczególnie odżywiany, żyjący w złych warunkach, pijak, o skórze brudnawej i wiotkiej. Nad łopatkami i w pasie znaczna pigmentacja skóry, świadcząca o długotrwałej *pediculosis*.

Na skórze piersi, brzucha i pleców, znajdzie się około 30 owalnych *plaques*, wielkości rubla srebrnego, wzniesionych, zwłaszcza w środkowej części nad poziom skóry, koloru brunatno-fioletowego.

Powierzchnia ich nierówna, na niej znajdują się wzniesienia i zagłębienia, przytem jest ona podziurawiona, jak sito. Przy naciśnięciu, z otworów występuje obficie ropa.

Tu i ówdzie parę mniejszych *plaques*, podłużnych, mających tylko 2, 3, 4 otworki. Są to świeższe wykwit. Niektóre *plaques* nie mają wcale otworków. Po przecięciu ich wydobywa się ropa. Inne *plaques* jeszcze nie otworzone, przedstawiają parę miejsc wzniesionych, żółtawych, gdzie skóra ścięczała i naprężona już gotowa jest do pęknięcia.

Na skórze pośladków wyżej opisane *plaques*, zlawszy się w jedno obszerne nacieczenie, zajmują całą ich powierzchnię. W niektórych miejscach widzimy siatkowate blizny z mnóstwem drobnutkich płytkich zagłębień, są bardzo powierzchnowe, miękkie, szaro zabarwione.

Drugi okaz, który zjawił się prawie jednocześnie z poprzednim, był to mężczyzna lat 50, także żyjący w złych warunkach, przedstawiał także same *plaques* na skórze tułowia, ale w znacznie mniejszej ilości.

Rozpoznanie przedstawiało na pierwszy rzut oka znaczne trudności. Mając przed sobą skomplikowaną formę wysypki, musimy dojść, w jaki sposób powstała, musimy szukać pierwotnych wykwitów.

Otóż, w danym przypadku, na tułowiu, jako też na twarzy, znajdujemy nieznaczną ilość wykwitów trądzika, zwykłej *acne disseminata*.

Widzimy dalej, jak kilka podobnych sąsiednich wykwitów zlewa się w jedną *plaque*, a każdy z nich wydziela ropę własnym otworkiem.

Mamy tu zatem *acne*, *folliculitis*, a prawdopodobnie i *perifolliculitis*.

Jeden jeszcze rodzaj *acne* jest niesłychanie podobny do wyżej opisanego — mianowicie: *Brom-acne*. Są to także *plaques*, podziurawione jak sito; prócz nich jednak spotykamy tu rozlane twarde nacieczenia, które następnie ulegają wessaniu od środka, (jak przymiotowe) niekiedy zaś i brodawkowe rozrosty.

Rozpoznanie różniczkowe między *brom-acne* i *acne agminata* zrobić bardzo trudno — rozstrzyga tu jedynie zażywanie, lub niezżywanie przez chorego soli bromowych.

Niekiedy *furunculosis* mogłaby dać obraz podobny do opisanego (*furunculi respaii*). Ale wrzodzianki (*furunculus*) powstają ostro, ze znacznym bólem, a po otworzeniu się wydzielają strzęp obumarłej tkanki łącznej. Tego wszystkiego stanowczo nie było w opisaney tu sprawie chorobnej.

Mamy tu więc process w gruczołach łojowych i torebkach włosowych skóry, prawdopodobnie właściwy osobnikom źle odżywianym, bardzo blizki „*acne calaecticorum*“ — jeden z całego rzędu chorób narządu fiolkularnego skóry, związanych z niedokrwiistością, zolżami, gruźlicą, alkoholizmem, i t. d. Należy tu *seborrhoea*, *acne disseminata*, *a. calaecticorum*, *a. varioliformis*, *a. rosacea*, *lichen scrophulosorum*, a po części i *lupus erythematodes*. Co do leczenia, przecinanie mostków samego nacieczenia, wyciskanie ropy, kilkogodzinne kąpiele znacznie polepszyły chorobę w krótkim czasie.

Przypadek, opisany przez Barthélemy, różni się w paru punktach. Chory jest dobrze odżywianym, silnym, 28-letnim mężczyzną. Nie jest pijakiem. Chorobie ulega od lat dziesięciu, w ciągu których jedne *plaques* znikają bez śladu, a nowe ciągle się zjawiają.

W chwili wstąpienia do szpitala, chory przedstawiał na skórze od pośladków do karku czterdzieści guzików sinych, niebolesnych, okrągłych, lub owalnych, wielkości grochu do orzecha tureckiego. Guziki te są na obwodzie twarde prawie jak chrząstka, w środku zaś lekko chelboczą. Prócz tego widzimy w części środkowej każdego wykwitów pewną ilość punktów żółtych, gdzie skóra mocno jest zcieńczała. Po pęknięciu, z punktów tych wydobywa się płyn, zawierający krew i grudki ropne. Wykwity różnią się między sobą tylko ilością tych pryszczków — małe posiadają po jednym, lub po dwa, większe do osmiu i dziesięciu. Kilka takich samych wykwitów znajduje się na szyi, twarzy i głowie.

Starsze wykwitów blednieją i opadają, posiadając w swej części środkowej tyle zagłębień ile było pryszczków. Nareszcie wszystko zdaje się znikać bez śladu, nie zostawiając blizn. Byłaby to najważniejsza różnica między przypadkiem Barthélemy, a widzianymi przezemnie — ale punkt ten zostaje niepewnym, gdyż Barthélemy wspomina o bliznach, które pozostały na głowie po takichże wykwitach.

Mikroskop w przypadku Barthélemy wykazał zapalenie torebek włosowych, z przejściem ich w zanik, jako też zapalenie dookoła tychże torebek.

Czy mamy tu do czynienia z jedną i tą samą sprawą chorobną? Bardzo być może. Różnica w przebiegu może leżeć jedynie w odżywianiu osobników uległych temu processowi. Gdy w przypadku B. widzimy, że wykwitów szybko prze-

biegają wszystkie okresy rozwoju i znikają samodzielnie, bez śladu, w przypadkach z kliniki wiedeńskiej spotykamy prawie wszystkie wykwity już w ostatnim okresie, w którym też zostają *in statu quo* przez czas nieograniczony, bardzo mało okazując skłonności do samodzielnego zniknięcia.

Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

SEKCYJA OTYJATRYCZNA.

A. Paquet. **Opis zmodyfikowanego przecięcia błony bębenkowej** (*Myringodectomia*) przy **sclerosis ucha**. Sposób podany przez autora jest kombinacją sposobu Weber-Lisla, przy którym wraz z błoną bębenkową przecina się ścięgno *m. tensoris tympani*, cięciem stosowanym przez autora w tylnym odcinku błony bębenkowej, lub też nawet częściowym wycięciem tej błony. W błonie bębenkowej powstaje skutkiem tych cięć płat w kształcie V, z wierzchołkiem obróconym ku dołowi. Operacja ma na celu nie dopuścić zarosnięcia sztucznie powstałego otworu w błonie bębenkowej, co jak wiadomo zwykle ma miejsce i czemu trudno zapobiedz.

James Patterson Cassels. **O przyczynach i nowem operacyjnem leczeniu wyrosła kostnych ucha**. Odróżniają w przewodzie słuchowym zewnętrznym dwojakiego rodzaju guzy kostne: 1-e zgrubienie ścianki kostnego przewodu słuchowego (*hyperostosis*) skutkiem rozrostu kości, 2-e nowotworzenie kostne t. j. *exostosis*. Wyrosła te kostne odróżniają się: powstawaniem, siedliskiem, formą, budową i ilością. Rozpoznanie różniczkowe opierać się musi na następujących danych:

Hyperostosis.

Powstaje tylko po zupełnem skostnieniu kostnego przewodu słuchowego.

Spotyka się tylko w kostnym przewodzie słuchowym zewnętrznym.

Kształt bywa prawie zawsze stożkowaty (*konische*) i nie ma nóżki.

Twarda jak kość słoniowa.

Nieruchoma.

Przy *hyperostosis* nie ma często innych cierpień ucha, lub gdy je się spotyka, to nie są one zależne od *hyperostosis*.

Słuch najczęściej nie cierpi.

Jeżeli słuch cierpi, to jedynie skutkiem mechanicznej przeszkody spowodowanej zgrubieniem kości lub nagromadzeniem w przewodzie naskórka, moszczowiny i t. p. po za zgrubieniem.

Exostosis.

Powstaje przed zupełnem skostnieniem przewodu słuchowego.

Spotyka się na granicy kostno chrzęstnego przewodu słuchowego zewnętrznego.

Kształtu rozmaitego i najczęściej na nóżce.

Dopóki nie nastąpi zupełne skostnienie, daje się nakłuwać do pewnej głębokości.

Nieco ruchoma nawet po skostnieniu.

Exostosis wikła się najczęściej świeżemi lub dawnymi cierpieniami ucha.

Słuch bywa stępiony lub utracony.

Utrata słuchu, chociaż może być także z przyczyny mechanicznej, najczęściej jednak powstaje skutkiem innego cierpienia ucha.

Operacyjne leczenie zgrubień kostnych wtenczas tylko jest wskazanem, gdy mamy pewność, że skutkiem hyperostozy jest głuchota, lub też gdy jednocześnie wypływ z ucha jest zatrzymywany przez zgrubienie kości. Najlepszym sposobem operacyjnym jest użycie świderka takiego, jakiego używają dentyści. Dla wyrosli kostnych (*exostosis*) najlepiej użyć wyżłobionego dłutka, którem nowotwór może być oddzielonym odrazu. Tak *hyperostosis* jak i *exostosis* mogą istnieć jednocześnie w jednym uchu.

L. Turnbull. **Nowotwory ucha i lch leczenia (wraz z kazuistyką).** Autor wylicza wszystkie znane nowotwory, które można spotykać w uchu. Wspomina także o tłuszczowem zwyrodnieniu organu Cortiego, o mięsaku nerwu słuchowego (Moos), o przerodzeniu mączkowatym tegoż nerwu, i o ciątkach mączkowatych (*corp. amylacea*) w kanałach półkulistych (Luca). Leczenie najlepsze jest operacyjne, zwłaszcza nowotworów unaczynionych i wyrosli polipowych, które gdy są drażnione szybko rosną i stają się złośliwymi. Z wewnętrznych środków zaleca Sol. Fowleri przez czas dłuższy.

A. Luca. **Uwagi nad fizykalnem rozpoznaniem przypadków głuchoty przy pozornie normalnym stanie ucha zewnętrznego i wewnętrznego.** Autor radzi w wątpliwych przypadkach postąpić w następujący sposób, aby się przekonać o ile słuch uległ zmianie: kamerton *C* trzymamy na wyrostku sutkowym i obserwujemy kiedy takowy przestaje być słyszany; przenosząc go następnie przed otwór słuchowy zewnętrzny obserwujemy, czy te drgania kamertonu, które na wyrostku sutkowym nie były słyszane, chory słyszy przy przeniesieniu kamertonu przed otwór słuchowy zewnętrzny. Im dłużej drgania kamertonu przez przewód słuchowy będą słyszane, podczas gdy na wyrostku sutkowym przestają być słyszane, tem pewniej możemy wykluczyć powikłania ze strony przyrządu usznego, służącego do przeprowadzania fal głosowych (ucho zewnętrzne i ucho środkowe). Przyrząd ten przeciwnie cierpi, gdy kamerton dłużej bywa słyszany przez chorego po umieszczeniu na wyrostku sutkowym, aniżeli przed uchem. W tym ostatnim przypadku, może jednak zachodzić wątpliwość, czy nie istnieje jednocześnie zajęcie ucha wewnętrznego. Aby to oznaczyć użyjemy kamertonów C^4 i F^4 , które dobrze bywają słyszane nawet przy znacznem zajęciu części ucha przeprowadzających fale głosowe, bardzo zaś słabo, gdy cierpi uszny przyrząd nerwowy (ucho wewnętrzne).

E. Fournié. **Działalność trąbki Eustachijusza.** Autor przyjmuje razem z fizjologami, że główną działalnością trąbki Eustachijusza jest doprowadzanie powietrza do jamy bębenkowej, aby utrzymać w równowadze ciśnienie powietrza zewnętrznego i wewnętrznego, oraz że stanowi ona zarazem kanał odprowadzający dla wydzielin. Autor sądzi jednak, że głównem zadaniem trąbki jest uchronienie od nieprzyjemnego odbrzmiewania (*Resonanz*) szmerów wewnętrznych i zewnętrznych. Ta czynność wymaga, aby trąbka była ciągle otwartą, czego autor dowodzi odpowiednimi doświadczeniami, jak również wykazuje, że mięśnie, które zwykle uważane są za rozszerzające trąbkę Eustachijusza, w rzeczywistości zwiężają takową.

F. M. Pierce. **O wpływie przymiotu na ucho.** Pierwotne wrzody przymiotowe w uchu są bardzo rzadkie, najczęściej występują wysypki wtórne w postaci plam, wybujałości i t. p. Rozpoznanie, oprócz innych znaków ogólnych przymiotu, polegać będzie na uporeczywych objawach kataralnych ucha średniego, wraz z przeważającemi objawami ze strony słuchu. Autor cytuje 40 przypadków przymiotu ucha nabytego. Przymiot wrodzony objawia się między 11—18 rokiem życia, częściej u dziewcząt. Głuchota następuje w ciągu trzech tygodni do 1-o roku, u kobiet w czasie rozwoju płciowego, u mężczyzn nieco później. Błona bębenkowa jest w takich przypadkach mętna, szarawa, wciągnięta, ostrokrąg świetlny duży lecz niejasny, wyrostek młotka zaczerwieniony, spłaszczony.

Przewód zewnętrzny, suchy i blyszczący. Nos nabrzmiący. Głuchotę poprzedza zwykle długotrwałe śródmiąższowe zapalenie rogówki. Autor cytuje 35 przypadków przymiotu wrodzonego. Jako znaki charakterystyczne przymiotu ucha można uważać: 1) Wczesnie występującą bardzo znaczną głuchotę. 2) Powolny bezbolesny postęp choroby. 3) Częste bardzo zatkanie obydwóch trąbek Eustachijusza. 4) Stały szmer syczący w uchu. 5) Częste powikłanie z objawami cierpienia ucha wewnętrznego. 6) Poprawę w cierpieniu oka. 7) Zażęcie gardzieli. 8) Niezupełne wyleczenie.

Thomas Barr. **Złogi serowate w uchu średnim, jako możliwa przyczyna rozwoju gruźlicy.** Autor rozbiera najpierw najnowsze poglądy na gruźlicę, jako chorobę zakaźną, szukając źródła zakażenia w produktach serowatych. Procesy wysiękowe w uchu średnim, z powodu właściwej budowy takowego, szczególnie łatwo mogą się kończyć zatrzymaniem, wysychaniem i zserowaniem produktów zapalenia. Układ naczyń krwionośnych i limfatycznych w uchu średnim ułatwia wessanie tych produktów serowatych, wywołując za pomocą naczyń krwionośnych ogólną — za pomocą limfatycznych miejscową gruźlicę (zapalenie gruźlicze opon mózgowych). Szczególniej łatwo może nastąpić zakażenie u osób usposobionych, t. j. zolżowatych. Autor radzi zwracać baczną uwagę na ucho, gdy niespodziewanie rozwija się u chorego gruźlica.

Sprawozdawca. *E. Modrzejewski.*

PRZEGLĄD LITERATURY KRAJOWEJ.

Rozwój nowotworów rakowych s'órnych na podstawie przypadków obserwowanych na klinice chirurgicznej krakowskiej od r. 1860—1879, podał H. Schramm. (Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1881. Zeszyt IV. od str. 629—724).

Przedmiotem rozprawy są raki skórne w ogóle, jakoteż raki języka i odbytnicy; pracę swoją podzielił autor na trzy części: etyjologiczną, anatomo-patologiczną i kliniczną.

W pierwszej z nich notuje ciekawy fakt, który stwierdzić by się dało statystyką oddziałów chirurgicznych warszawskich, że w porównaniu z innymi krajami, rak w Polsce należy do chorób bardzo rozpowszechnionych. W ciągu 19 lat przyjęto do kliniki w Krakowie 273 chorych z rakiem skórnym, z których rocznie przecięciowo wypada do 14,37—kiedy tymczasem w Lublanie było rocznie 7,02 (Melzer), w Zurichu 8,42 (Billroth), w Dorpacie 9,85 (Bergmann). Z tych 273 chorych było tylko 47 kobiet, reszta (82,8%) mężczyźni. Co do wieku chorzy ci grupują się w następującą tablicę:

między rokiem	22—29	było chorych	7	czyli	0,25%	
"	"	30—39	"	"	29	10,6
"	"	40—49	"	"	75	27,5
"	"	50—59	"	"	78	28,6
"	"	60—69	"	"	62	22,7
"	"	70—79	"	"	21	7,7
"	"	80-letni	"	"	1	0,4

Co do umiejscowienia nowotworu spostrzeżenia rozpadają się w następujący sposób:

Siedziba nowotworu. Płosć przypadków.	Mężczyzn.	Kobiet.	%	
warga dolna	150	141	9	54,9
warga górna	7	4	3	2,5
podniebienie twarde	1	1	—	0,4

Siedziba nowotworu.	Ilość przypadków.	Mężczyzn.	Kobiet.	%
nos	26	13	13	9,5
policzek	18	13	5	6,5
powieki	10	6	4	3,6
skroń	3	3	—	1,0
czoło	2	2	—	0,7
szczyt głowy	1	—	1	0,4
muszla uszna	1	1	—	0,4
język	16	14	2	6,2
tułów	1	1	—	0,4
części płciowe	19	15	4	6,9
kończyny	13	10	3	4,8
odbytlica.	5	2	3	1,8

Podzieliwszy przyczyny na ogólne i miejscowe, rozpoczyna autor rozbiór pierwszych dziedzicznością. Chociaż niektórzy autorowie, jak Follin, Melzer, zaprzeczają wprost wpływu dziedziczności na powstawanie raków skórnych, to jednak większość pisarzy przyjmuje ją, z tem wszelako ograniczeniem, jakie jej nadają Thiersch i Waldeyer, według których nie cały ustrój podlega dyskrazji rakowej, lecz tylko wyłącznie pewna tkanka miejscowa, t. j., że niektórzy ludzie rodzą się np. z wargą dolną usposobioną do rozwoju raka. Wbrew tej teorii Schramm mógł wykazać dziedziczność tylko u 6 chorych = 2,5% co zgadza się z badaniami Moore'a, według którego usposobienie dziedziczne daje się wykazać jedynie u 3% chorych.

Co do wieku—rzeczą to znana, że ogromna większość przypada na lata między 40—70 rokiem życia. Fakt ten starają się wyjaśnić dwie teoryje: Thiersch'a — że zanikająca w podeszłych latach tkanka łączna nie stawia należytego oporu rozrostowi nabłonka, *resp.* naskórka, który zaczyna bujać nieprawidłowo i Waldeyer'a: według której kurcząca się tkanka łączna może zacisnąć w sobie pewną grupkę komórek nabłonka, który, rozrastając się, daje początek rakowi. Na podstawie 12 spostrzeżeń wydawałoby się autorowi prawdopodobniejszem przypuszczenie drugie.

Również donośny, a niemniej cenny jest drugi fakt: rzadkości raka skór nego u kobiet; wedle znacznej statystyki stosunek ten wypada jak 4,2:1, co się zaś tyczy raków wargi, to na 84 mężczyzn, ledwie 6 kobiet posiada ten nowotwór. Przyczyny tego autor upatruje w różnego rodzaju drażnieniach wargi u mężczyzn.

Co do zatrudnienia, powtarza się to samo, cośmy zwykli widzieć w Warszawie, mianowicie ogromną przewagę włościan; z 273 chorych było 187 wieśniaków, 43 wyrobników, 45 rzemieślników, a tylko 3 chorych należało do wyższego stanu. Autor zaznacza po raz pierwszy chyba fakt, poczerpnięty z naszych stosunków, że wśród chorych z rakiem było tylko 15 izraelitów, w tej liczbie 9 kobiet; objaśnia to sobie większą u żydów troskliwością około swego zdrowia i noszeniem zarostu, broniącego od drażnienia skóry na twarzy.

Co się tyczy przyczyn miejscowych, to udało się w bardzo wielu przypadkach wykazać niewątpliwie drażnienie miejscowe; autor opisuje szczegółowo kilka bardziej typowych spostrzeżeń, poczem podaje tablicę, z której okazuje się, że dla raka wargi, twarzy, kończyn i tułowia były przyczyną powstania nowotworu:

rozpadliny (na wargach)	45 razy
zranienie	20 „
brodawka wrodzona	16 „
pęcherzyki liszaju lub wyprysku	17 „
stara blizna	10 „

stare wrzody	2 razy
oparzenie	3 „
stykanie się błony śluzowej z owrzodzeniem rakowatym	2 „

Dla raka języka.

Spróchniałe zęby drażniące	3 razy
Oparzenie	2 „

Dla raka części płciowych.

Wrodzona stulejka	8 razy
-----------------------------	--------

W tej liczbie 1 *paraphimosis, gangraena*, z niej wrzód rakowy; 1 *circumcisio*, rana nieczysto trzymana zamienia się na raka, 1 zatrzymanie moczu, napletek pęka, z rany rozwija się nowotwór.

Wyprysk na wargach sromnych	3 razy
---------------------------------------	--------

Zgniecenie	1 „
----------------------	-----

W 139 przypadkach nie udało się odszukać żadnej przyczyny.

* * *

Na wstępie do drugiej części swej pracy — części anatomicznej — zaznacza S c h r a m m, że badania jego stwierdziły we wszystkich szczegółach zdania W a l d e y e r'a. Idąc za tym autorem, S. dzieli raki skórne na dwie grupy: na raka płaskiego i głębokiego. Ten ostatni bywa daleko częstszy, bo spostrzeżany był w 206 przypadkach (w tej liczbie wszystkie raki wargi górnej i dolnej=158), gdy tymczasem rak płaski tylko w 67 przypadkach, (z tego 55 razy na głowie). Nadto dzieli S. raka głębokiego według jego zewnętrznej postaci na dwa działy: jeden miękki, odznaczający się dnem nierównym, kraterowatym, rozpadłem, brzegami wyniosłymi, wywiniętymi, t. z. *carcinoma granulosum* W a l d e y e r'a; drugi dział stanowi rak głęboki, twardy, suchy, o powierzchni drobnoziarnistej, pokrytej strupem, o skąpej wydzielinie; dno bywa wyniesione nad poziom otaczającej skóry, cały wrzód chrząstkowato zbity. Podział ten ważny jest ze względu na rokowanie. Pierwsza postać—złośliwsza—bywa częstszą (158 przypadków) od drugiej (48 przypadków) Powód do takiej przewagi raka rozpadającego się widzi autor w drażnieniu owrzodzeń rakowych przez lud nasz rozmaitemi środkami nieodpowiedniami.

Co do raka płaskiego to autor przekonał się podobnie jak W a l d e y e r, że punktem jego wyjścia są przeważnie głębsze warstwy pokładu M a l p i g h i e'go (33 spostrzeżeń) rzadziej gruczolę skórne, (13 łojowe, 5 potowe). W 5 przypadkach znalazł S. owe przestworza szczelinowate wśród tkanki łącznej wypełnione drobnymi komórkami nabłonkowymi, różniąciami się wybitnie od komórek wrzecionowatych otaczającej tkanki łącznej, przestworza te uważa autor za W a l d e y e r'e'm za początki naczyń chłonnych, w które wciskają się młode komórki nowotworu.

Rak głęboki znacznie częściej bierze początek z gruczolów skórnych (na 157 przypadków 48 razy łojowe, 5 razy potowe, 54 razy warstwa M a l p i g h i e'go). Główną różnicę pod drobnowidzem tej postaci raka od poprzedniej stanowi naciek nabłonkowy sięgający tu głębiej i niszczący napotykanę po drodze tkanki. Wyniki badań autora stwierdzają rezultaty innych badaczy. Na granicy nowotworu napotykał on nacieczenie drobnokomórkowe, które zdaniem W a l d e y e r'a przysposabia grunt dla nowotworu. Co do zachowania się różnych tkanek to i włókienka mięsne najczęściej rozpadają się drobnoziarnisto i zlewają się z owym nacieczeniem drobnoziarnistym; lub ulegają zwyrodnieniu woskowemu (*glasige Entartung* Weber). Daleko rzadziej prosty zanik mięśni przez miejscowe zastąpienie (*territorielles Einschmelzen* Volkm a n n), przyczem włókienka blade okazują brzegi jakby powyszczerbiane przez

naciskające komórki raka. Najrzadszą jest 4 forma, t. j. zamienianie się mięśnia na rodzaj blizny przez rozszczepianie się jego włókien mięsnych i zamianę ich na łącznotkankowe.

W okostnej rak wywołuje zgrubienie, nacieczenie drobnoziarniste, naokoło wrastających czopów nowotworu; kość bywa sklerotyczną; na szczękach rak draży w kość kanałami H a w e r s'a.

Co do zachowania się nerwów, to autor badał je w 3 przypadkach: w jednym było zupełne przeistoczenie nerwu w kanale żuchwowym; w drugim nerw był tylko obrośnięty przez raka lecz niezmieniony; nie było bólów; w trzecim były straszne nerwobóle.

W 13 przypadkach zauważył S. zmiany w naczyniach, opisane przez W a l d e y e r'a (*ateromatosis*, zatkanie staremi skrzepami); w jednym zaś zatkanie światła naczynia skutkiem zatoru masą rakową.

Co do niesłychanie ważnego udziału gruczołów limfatycznych, autor odróżnia 3 okoliczności; siedzibę nowotworu, jego anatomiczny charakter i czas trwania choroby. Co do pierwszego, to wedle szczegółowej statystyki autora wypada, że w jego spostrzeżeniach znalazł gruczoły zajęte

przy raku warg	w 68,3%
„ „ części płciowych	„ 42,1%
„ „ języka	„ 31,25%
„ „ kończyn	„ 30,7%
„ „ głowy i twarzy	„ 16,8%

Przyczyny tak częstego współcierpienia gruczołów przy raku warg i języka dopatrują autorowie w nadzwyczajnej ruchomości tych organów, a co zatem idzie ciekawy, gdyż powszechnie przyjmują szczególną skłonność raka wpływie włókien mięsnych, które, otaczając czopy rakowe, mogą wciskać komórki rakowe do naczyń chłonnych.

Co do czasu trwania, z tablicy raka wargi widać, że im mniej czasu upłynęło od początku choroby, tem częściej spotyka się gruczoły wolne np. jeśli upłynęło 1—5 miesięcy, były wolne gruczoły w 60% przypadków, jeśli upłynęło 5—10 „ „ „ „ w 54,8% „ „ „ 10—15 „ „ „ „ w 19,4% „

w ogóle na 158 przypadków znalazł S. gruczoły wolne w 50 przypadkach. Po upływie 15 miesięcy częstość to widocznie się nie powiększa. Co do raka języka, to na 16 obserwacji znaleziono gruczoły zajęte tylko w 5 przypadkach, co stanowi fakt ciekawy, gdyż powszechnie przyjmują szczególną skłonność raka języka do szybkiego zajmowania gruczołów limfatycznych. Raki głowy (po wykluczeniu raków wargi), rozwijając się wolniej, będąc wyłącznie prawie płaskimi, czasami nawet częściowo się zablizniają, dają rzadko powód do obrzmienia gruczołów: na 61 przypadków — gruczoły zajęte były tylko 10 razy. Nadto tablica wykazuje, że trwanie choroby nie miało wpływu na gruczoły, a natomiast miała go siedziba nowotworu, gdyż raki policzka najbardziej są skłonne z pomiędzy raków głowy do zajmowania gruczołów.

Wreszcie pod względem charakteru anatomicznego, to takowy posiada wybitny wpływ na cierpienie gruczołów, gdyż przy raku płaskim na 67 przypadków znaleziono gruczoły zajęte tylko w 8, z 206 zaś przypadków raka głębokiego były one zajęte 128 razy. Autor zwraca uwagę, że w rzadkich przypadkach obrzmienia gruczołów limfatycznych nie zależy od nacieczenia rakowatego, lecz być może następstwem prostego drażnienia, jak to zauważył jeszcze L i s f r a n c; fakt ten nie ma wpływu na postępowanie chirurgiczne; nie ma bowiem żadnych oznak do odróżnienia tego rodzaju obrzmiń gruczołów od cierpienia rakowatego. Doświadczenie pokazuje, iż nie należy zostawiać nawet gruczołów miękkich i zupełnie przesuwalnych, zwłaszcza przy raku wargi dolnej, — z 13 bowiem cho-

rych, u których także gruczolę zostawiono, u 8 zaczęły szybko po operacji rozrastać się i chorzy ci wkrótce zginęli z powodu raka gruczolów. U pozostałych 5 obrzmienie gruczolów znikło bez śladu po operacji raka pierwotnego, a chorzy pozostali wolni od recydywy.

Przy badaniu mikroskopowem wyjętych gruczolów, znajdował autor albo jednostajny naciek drobnokomórkowy bez komórek nabłonkowych, albo też, co częściej bywało, wśród tego nacieku spotykało się ogniska komórek nabłonkowych.

* * *

Recydywy i wyniki operacyjne zajmują trzecią, kliniczną część pracy; jako podstawa do rozbioru służy tylko 189 przypadków, o których dalszym biegu można było zasięgnąć wiadomości; w tej liczbie 125 przypadków raka wargi, 8 języka, 37 przypadków raka innych okolic głowy, 11 części płciowych 8 kończyn i tułowia.

Biorąc pod uwagę najprzódowe 125 przypadków raka wargi, znajdujemy że 50 z nich umarło z recydywy, 6 w skutek operacji, u pozostałych 69 rak nie pokazał się dotychczas (w tej liczbie 4 zmarło na inne choroby, nie mające nic wspólnego z rakiem). Przecięciowy czas trwania choroby od chwili pokazania się nowotworu do dnia operacji w owych 69 przypadkach wynosi $1\frac{1}{2}$ roku. Czas zaś ubiegły od dnia operacji, wolny od recydywy w owych 65 przypadkach wynosił: u 1 chorego lat 13, u 1-go— $11\frac{1}{2}$, u 1— $10\frac{1}{2}$, u 3-ch 5 lat z górą, u 10-u—4 lata z okładem, u 12-u—3 lata z górą, u 9-u—2 lata u 10-u więcej niż 1 rok, u 6-u mniej niż 1 rok. Przyjmując za najpóźniejszy okres pokazania się recydywy przy raku wargi lat 3 — (Bergmann), wypadnie 44 uleceń na 125 przypadków operowanych, co $\approx 20\%$.

Jeżeli zaś wziąć pod uwagę chorych operowanych którzy umarli (56 przypadków i obliczyć u nich czas trwania raka od chwili pokazania się do dnia śmierci, wypadnie, że rak wargi przecięciowo (w przypadkach operacyjnych) trwa około 3 lat. Pytanie, czy nawet w razie recydywy, operacja przedłuża życie nieszczęsnym, pozostawia autor bez odpowiedzi dla braku danych.

Co do czasu pokazania się recydywy po operacji istnieje pewnych tylko 26 przypadków (na znanych 50); z zestawienia ich wypada, że najpóźniej wystąpił rak w jednym przypadku po $3\frac{1}{2}$ latach, najwcześniej w 2-óch, bo po 1 tygodniu, przecięciowo zaś recydywa pojawiła się w półzosta miesiąca.

Co do czasu, jaki recydywiści przeżyli po operacji, wypada on w przypadku najpomyślniejszym jednym $5\frac{1}{4}$ roku, w 19 najmniej po mniej niż 1 rok — średnio żyli tacy chorzy 1 rok 3 miesiące.

Na powrót choroby ogromnie wpływa operowanie w późnym okresie, skoro już gruczolę zostały zajęte; z tablicy S c h r a m m a wynika, iż przy wolnych gruczolach ilość recydyw była 3 razy mniejsza niż ilość wyleceń pewnych, natomiast przy zajęciu gruczolów ilość recydyw była 2 razy większa niż ilość wyleceń. I co do miejsca pokazania się recydywy gruczolę dawały daleko częściej powód, niż blizna pooperacyjna na wardze (z 37 przypadków znanych, 11 razy blizna, 26 razy gruczolę). Osobna tablica (str. 695) uwidoczni wpływ formy nowotworu na powrót cierpienia; w formie twardej recydywa była 3 razy rzadziej niż w postaci miękkiej, a wyzdrowienie zupełne (t. j. dłużej niż 3 lata od chwili operacji) 3 razy z górą częściej niż w formie miękkiej.

Raki języka zachowywały się nader rozmaicie; podczas gdy w jednym powrót nastąpił dopiero w 8 lat po operacji, a drugi operowany żyje już 6 lat bez recydywy, w pozostałych 6 przypadkach nowotwór odznaczał się złośliwością, jakiej piętno nosi na sobie rak tego organu; z tych 6 dwóch zmarło wskutek operacji (1 krwotok przeciw któremu niepomogło podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej, 1 ze zgorzeliwego zapalenia płuc).

Co do raków innych okolic głowy, to czas trwania ich jest daleko dłuższy bo średnio wynosi 8 lat, i pod względem recydywy różnią się raki tych okolic od raka wargi i języka: w jednym z przypadków powrót nastąpił dopiero w 4 lata po operacji, w drugim w 5 lat, w trzecim w 11 lat, w trzech zaś innych w ciągu pierwszego roku.

W przypadkach, w których rak nie powrócił po operacji, czas trwania choroby do chwili operacji wynosił średnio $5\frac{1}{2}$ lat, co się zaś tyczy czasu, ubiegłego po operacji, a wolnego od recydywy, w 15 wynosi on więcej niż 3 lata, w 9 mniej od 3 lat. O wynikach operacji raka innych okolic ciała odsyłam do oryginału.

Leczenie raków w klinice krakowskiej było tylko operacyjne, inne sposoby, zresztą rzadko przedsiębrane, okazały się zupełnie bezskutecznymi. Przy wycinaniu trzymano się zasady: ciąć jak najdalej od miejsca zajętego, tem tłumaczy się wysoki procent przypadków wolnych od recydywy. Z zestawienia przypadków wedle operacyj wypada znowu, że tem lepszy był wynik, im operacja była lżejszą, czyli—co na jedno wynosi--im we wcześniejszym okresie chory był operowany.

Raki języka operowano 9 razy odgniataczem, bez operacji pomocniczej; w 4 zaś przypadkach potrzebna okazała się resekcja żuchwy. Z owych 9-ciu przypadków odgniecionych, 4 razy tylko niebyło krwotoku, w 4 innych podwiązano tętnicę językową w ranie, a w 2 z nich po zesunięciu się ligatury trzeba było podwiązać tętnicę *in continuitate*.

Przy rakach nosa brano płyty z czoła; na osobnej tablicy wskazał autor metodę operacyjną, ilość przypadków, ilość recydyw, liczbę bez powrotu raka, dłużej nad 3 lata, mniej niż 3 lata, przeciętny czas leczenia. Niepodobna mi wdawać się w powtórzenie wszystkich cyfr, któremi i tak przeładowane to sprawozdanie. Zauważyć tylko należy tu ciekawy przypadek raka policzka (Królowski Józef), w którym, mimo rozległości nowotworu, po kilkakrotnych obszernych plastykach udało się osiągnąć trwałe wyleczenie.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że celem doszczętnego usunięcia nowotworu 23 razy uskuteczniiono wypilowanie kości (21 żuchwy, 1 szczęki górnej, 1 łuku licowego i oczodołu). Prof. Kosiński przy raku języka lub wargi nadzwyczaj rzadko przystępuje do wypilowania kości. Schramm w pięknej tablicy obejmującej rozmaite dane (siedziba choroby, czas trwania, sposób operacyjny, przebieg, wynik) zestawił wszystkie te 23 krwawych operacyj, ułatwiając niezmiernie przegląd czytelnikowi. Dość jest rzucić okiem by się zorientować w materjale i przyznać jakim operatorem był zmarły prof. Bryk. Z tych 23 ciężkich operacyj umarło 6 chorych: 2 z powodu gnilnego zapalenia płuc, wskutek splywania wydzieliny ran do dróg oddechowych, 1 z przewlekłego zapalenia nerek, 1 z zaduszenia skutkiem zapadnięcia amputowanego języka nocną porą i nacisku na krtań; 1 z krwotoku, powstałego po przeżarciu tętnicy domózgowej przez ropień otaczający.

Zamykając to sprawozdanie, podziękować musimy autorowi za jego piękną pracę. Nietylko zgromadził on wcale pokaźną cyfrę raków, lecz i obrobił swój materjal wzorowo, zestawivszy spostrzeżenia w liczne i pouczające tablice. Chcąc o ile możności uzupełnić swoje dane, rozesał odezwy do proboszczów, prosząc ich o wiadomość o dalszych losach operowanych. Obok tej pilności i troskliwości o sumienne wywiązanie się z pracy tak mozolnej, godną jest uznania staranność w notowaniu rozmaitych szczegółów, jakoteż badaniu mikroskopowem, które tak nieodłącznie winno towarzyszyć istotnie naukowo traktowanemu spostrzeżeniom. Ciekawsze przypadki załączył w szczegółowym odpisie, ważniejsze zestawil w szeregi sposobem europejskim, umieszczając jednoimiennie momenta pod sobą i ułatwiając tem niezmiernie oryjentowanie się w materjale. To też praca ta nie powstydzi się bynajmniej, zestawiona z najnowsze-

mi opracowaniami tego samego tematu. (S. Fischer. *Ueber die Ursachen der Krebskrankheit und ihre Heilbarkeit durch das Messer. Eine Untersuchung nach den Erfahrungen aus der chir. Klinik und der Privatpraxis des Herrn prof. Rose in Zürich. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1881. Pag. 181.* — A. Woelfler. *Zur Geschichte und operativen Behandlung des Zungenkrebses. Arch. f. Chir. 1881. T. II, pag. 314*). Autor, podjąwszy przedmiot obszerny i bogaty w opracowania, wypełnił godnie swoje zadanie; na podstawie cyfr wyciągnął wnioski o wiele ważniejsze od ogólnych, często mglistych „wrażań“ osobistych, jakimi rozprawiają chirurgowie-praktycy. Przyczynił się on datkiem naukowym do rozjaśnienia wielu punktów, choćby np. owego ciągle nasuwającego się pytania, czy wobec raka warto jest operować? Tylko ściśle statystyczne dane są w stanie rozstrzygnąć to pytanie. Wreszcie, zaznaczyć należy mi zasługę, jaką położył prof. B r y k, zmarły w tym roku, który operowaniem, badaniami drobnowidzowymi, nader starannymi i ścisłymi i wreszcie prawdziwie naukowem traktowaniem przedmiotu zasłużył by powinien na szeregółowe opracowanie swojej działalności.

W. Matlakowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

158. Kolessnikow. O zmianach chorobowych mózgu i rdzenia u psów przy wścieklicznie. (*Ueber pathologische Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks der Hunde bei der Lyssa*).

Badania drobnowidzowe układu mózgo-rdzeniowego u 20 psów, dotkniętych wściekliczną, doprowadziły autora do następujących wniosków. Zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych umiejscawiają się stale i przeważnie w ściankach naczyń krwionośnych i polegają na ich rozszerzeniu i wypełnieniu czerwonymi krążkami krwi, oraz na postępowych przeobrażeniach ścianek naczyń. Co do ostatnich to tak jak przy wszystkich ostrych sprawach zapalnych w mózgu, w tym miejsce proliferacja pierwiastków anatomicznych ściany naczyniowej oraz nacieczenie całej grubości ścianki komórkami okrągłymi. Infiltracja drobnokomórkowa ośrodków nerwowych zauważyć się daje także naokoło naczyń, jakoteż naokoło komórek nerwowych zarówno w półkulach mózgowych, jak niemniej w rdzeniu kręgowym i przedłużonym; we wszystkich tych miejscach występuje ona w postaci ognisk. Niejednakowy stopień nateżenia zmian w ściankach naczyń oraz w tkance łącznej K. czyni zależnym od niejednakowej ilości jadu wściekliczny, głównie zaś od trwania i rozwoju choroby w oddzielnych przypadkach.

Opisane zmiany znajdował autor stale i w znacznym stopniu w ciałkach prążkowanych (*corp. striata*), w rdzeniu przedłużonym i kręgowym; w półkulach zaś mózgu występują one nie zawsze w tym stopniu nateżenia. We wszystkich przypadkach wściekliczny autor spostrzegał zarówno w ściankach naczyń jakoteż naokoło nich znaczną ilość mączkowatych lub szklistych bryłek i mass wysiękowych, a niekiedy barwnikowych lub klejowatych. Bryły te i massy powstały częścią z wynaczynionych płynnych części krwi oraz czerwonych krążków, częścią zaś z komórek limfoidalnych naciekających ściany naczyń. Przy zmianie więc postaci owych tworów zmieniają się też i ich własności chemiczne, przybierając charakter już to substancji mączkowatej, już to klejowatej lub barwnikowej. Prócz owych brył i mass spostrzegał K. rzadziej w ściankach niektórych naczyń pierwiastki protoplazmatyczne (komórki *adventitiae vasorum*), które w swej treści zawierały czerwone krążki krwi i barwnik drobnodziarnisty. (*Virchow's Archiv. Bd. 85. Hft. 3*).

A. Rosental.

159. Breus. Leczenie przepuklin sznurka pępkowego.

Po ukończonym porodzie akuszer bada nowonarodzone dziecko, aby się przekonać, czy takowe prawidłowo jest rozwinięte, i czy nie ma jakich potworności. W ostatnim razie, często zbyt pochopnie zdanie swe, co do nieprawdopodobieństwa życia dalszego, wypowiadają lekarze. Popelniają oni przytem błąd niezmiernie ważny, jeżeli się zachowują zupełnie biernie i bezczynnie wobec takich niepodobnień, które drogą operacyjną nietylko w rozwoju powstrzymać, ale nawet i usunąć można. Do takich wad rozwojowych, przy których rokowanie może w rękę chirurga ważnym uleż zmianom, należą rozmaitego stopnia przepukliny pępkowe wrodzone. Powstają one jak wiadomo, wskutek niedokładnego zamknięcia jamy brzusznej podczas życia płodowego, przez co część trzewiów w sznurze pępkowym pozostaje. Na miejscu pierścienia pępkowego znajdujemy wtedy mniejszą, lub większą przerwę ściany brzusznej, od otworu której owodna (*amnios*) sznurka pępkowego odkleja się od tego ostatniego, tworząc worek, wielkością swą odpowiadający ilości wypadniętych trzewiów. Naczynia krwionośne sznurka (zazwyczaj zmienne tu co do ilości), otoczone trochę galeretą *Wharton'a*, przebiegają wtedy w ścianach tego worka i zaledwie na jego sklepieniu łączą się w tak zwany sznur pępkowy, który już w dalszym swym przebiegu owodną jest pokryty. Skład anatomiczny worka bywa rozmaity. Czasami przerwa ścian brzusznych (defekt) dotyczy i otrzewnej, a wówczas ściana worka jest pojedynczą, tworzy ją bowiem tylko owodna; częściej jednak przez otwór w ścianie brzucha wychodzi worek otrzewnej, wyściełając drugą warstwą amniotyczny worek przepuklinowy. Największe przepukliny sznurka pępkowego, ewentracje, znajdujemy zazwyczaj u płodów nieżywo urodzonych, albo z powodu innych wad rozwoju do życia nie zdolnych. Te przypadki, w których jama brzuszna o tyle jest rozwinięta, że odprowadzone do niej wnętrzości pomieścić w sobie może, pozwalają lepsze stawiać rokowanie, chociaż wielkie dla płodu stanowią niebezpieczeństwo. To ostatnie polega na tem, że worek przepuklinowy zwykle żywy bierze udział w zapalnej sprawie oddzielania się resztek sznurka pępkowego, czego ostatecznym wynikiem, przy niezmiernej cienkości ścian worka, bywa ostre śmiertelne zapalenie całej otrzewnej. Zejście to nie bywa bezwzględnie stałym zjawiskiem. *Kocher* (*Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. 6*) przytacza 24 przypadki samowolnego uleczenia. W takich przypadkach, po odpadnięciu resztek sznurka, obnażona powierzchnia otrzewnej zaczyna ziarninować; ztąd powstają mocne, ściągające się potem blizny, które są w stanie powoli wepchać kiszki do jamy brzusznej. Tego rodzaju zejście trwa miesiące całe i koniec końcem rachować nań nie można.

Duża powierzchnia ziarniny ropiejącej stanowi sama przez się dla dziecka źródło niebezpiecznego wycieńczenia. Większość niemowląt z gojącą się powierzchnią worka przepukliny pępkowej z takiego wycieńczenia umiera. Już *Tudichum* (*Illustr. med. Zeitung 1852*) opisał 24 przypadki śmiertelnego zejścia, a że śmiertelne takie zejścia bajecznie rzadko do literatury się dostają, to śmiało można twierdzić, że ilość ich ogromnie przewyższa liczbę samowolnych uleczeń, które za zjawiska wyjątkowe uważać musimy. Jako pomoc czynną *Hey*, *Cooper*, *Thelu* radzili ucisk po uprzednim wprowadzeniu trzewiów, *Hamilton*, *Bérard* i *Bey*, *Bal*, *Cruevilhier*, *Cederskjöld*, *Fear*—odprowadzenie i następnie podwiązanie worka, wreszcie *Treves*, *Giraldès* i *Steek*—hernijotomiję. *Kocher* dla małych przepuklin radzi odprowadzenie i ucisk, dla większych metodę wyczekującą z zastosowaniem opatrunku przeciwniżnego, a na hernijotomiję zgadza się tylko w razie zaciśnięcia przepukliny. Autor operował dziecko, mające przepuklinę wielkości jaja, o ścianach przezroczystych, o zawartości z samych jelit złożonej. Po podwiązaniu przez akuszerkę sznurka w odległości 10 ctm. od pępka, niemowlę przyjmowało

pokarm i oddawało smolkę, przeto innych nieprawidłności przewodu pokarmowego przypuszczać nie miano prawa.

Nie otwierając worka, odprowadzono, zawartość jego do jamy brzusznej unosząc resztkę sznurka pępkowego ku górze. Z powodu wąkości otworu (wrót przepuklinowych), oraz długości dość wąskiej szyi worka, skórą pokrytej, zmuszonym był operator do użycia znacznej siły, tak, że obawiać się można było pęknięcia cienkościennego worka. Po ukończeniu odprowadzenia, ujęto i zaciśnięto szyję worka przepuklinowego w kleszczyki hemostatyczne K o e b e r l é g o tam, gdzie szyja jeszcze skórą była pokryta, a to w celu czasowego zamknięcia jamy brzusznej i tamowania krwotoku z naczyń pępkowych. Worek nad kleszczami obcięto, a pod kleszczami nałożono wskrós skóry mocny jedwabny szew z jednej nici, tak, że tenże szyję na trzy części podzieliwszy, przewiązał. Po zdjęciu kleszczy, pieniek przypalono żegadłem P a q u e l i n'a i opatrzono przeciwnie. W odjętym worku, którego ściany składały się z owodnej i otrzewnej, było już ograniczone zapalenie otrzewnej z włóknikowo-ropnym wysiękiem. Przebieg był aseptyczny, nastąpiło wyzdrowienie w bardzo krótkim czasie, pomimo nieprzyjanych warunków operacji (25 godzin po urodzeniu, oraz obecność wysięków w otrzewnej). Operację należy wykonać jak najspieszniej po urodzeniu, jest ona prostą i łatwą, i stanowi rzecz, którą niemowle zupełnie dobrze znieść może. Zamknięcie wrót przepuklinowych jest najmocniejsze, gdyż następuje na drodze produkcji zrostów zapalnych, ligaturą spowodowanych. Obawy A l b e r t'a (*Lehrbuch der Chirurg. Bd. 3. p. 418*), co do możliwości rozerwania ligatur i zrostu przy krzyku, są teoretyczne i zupełnie płonne, gdyż dobrze dezynfekowany jedwab, pod porządnym opatrunkiem L i s t e r'a, może tak długo leżeć w tkankach, że przez ten czas zrosty nabiorą odpowiedniej mocy i sprawa zablźnienia się ukończy; wreszcie sam opatrunek może wywierać odpowiedni ucisk i zupełnie dostatecznie przeciwdziałać naprężaniu się ścian brzusznych przy krzyku. Ze względu na brak wszelkiego niebezpieczeństwa (przy pedantycznym zachowaniu przepisów L i s t e r'a), operacja ta powinna być stosowaną przy każdej przepuklinie pępkowej wrodzonej. Wrazach nieodprowadzalności jelit, lub zaciśnięcia przepukliny, należy worek otworzyć, zacieśniające miejsce przeciąć (z uwzględnieniem przebiegu naczyń pępkowych), a wrota, w ten sposób rozszerzone, zaszyć taką samą, jak wyżej, przezskórną ligaturą (*percutan*), lub szwem na blaszkach. Operacja, o której mowa, tam się tylko zastosować nie da, gdzie jama brzuszna tak mało jest rozwiniętą, że ogromnej ilości wypadniętych jelit pomieścić w sobie nie może. W tych przypadkach musimy się ograniczyć na założeniu uciskającej, przeciwnie opaski i oczekiwaniu możliwego zresztą, choć wyjątkowo się zdarzającego, samowolnego wyzdrowienia.

(*Wiener medic. Wochenschr. Nr. 1881*)

R. Jasiński.

160. B. Fraenkel. O leczeniu *anginae catarrhalis*.

F. znajduje, że wewnętrzne leczenie *anginae catarrhalis* znacznymi dawkami chininy znakomicie skraca czas trwania choroby (w żadnym z 15 leczonych tym sposobem przypadków przebieg nie był dłuższy nad 45 godzin), oraz łagodzi znacznie miejscowe objawy. Działanie chininy w rzezonych przypadkach autor skłonny jest uważać za swoiste, nie przypisując go ani antytermicznemu, ani przeciwfermentacyjnemu własnościom chininy. Kwas salicylowy, równie jak salicylan sodu, nie okazują żadnego wpływu na przebieg w mowie będącego cierpienia, z drugiej strony, lubo *angina catarrhalis* ze względu na niektóre jej objawy, jako to: dreszcz początkowy, wysoką ciepłotę przy nieznacznych miejscowych objawach, często krytyczny przebieg, tudzież niewątpliwą zaraźliwość zbliża się bardzo do chorób zakaźnych, to jednak wyróżnia się od nich przez to, że raz przebyte cierpienie nie tylko nie znosi usposobienia do następnych zachorowań, lecz przeciwnie, wzmaga je jeszcze.

Przypisując całą wagę leczeniu wewnętrznemu, F. nie zaniedbuje również płukania, jako łagodzącego znacznie podmiotowe objawy chorego; ostrzega również, że leczenie to nie zapobiega wytworzeniu się ropni okołomigdałkowych (*peritonsillitis abscedens*). Zejściu temu przeszkadzać ma *resina guajaci*, podawana do wewnątrz w pastylkach (0,2 grm. co 2 godziny), jak to zaleca **M o r e l l M a c k e n z i e**.

Co się tyczy dawniejszych prób autora miejscowego leczenia wstrzykiwaniami 2% roztworu kwasu karbolowego w tkankę podśluzową migdałków, to takowe okazały się bezskutecznymi.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1881, Nr. 47).

W. Kamocki.

161. Thiersch. Okaleczenie samego siebie dość oryginalne, prawdopodobnie w stanie cierpienia umysłowego.

Cukiernik z Lipska, mający lat 37, wykonał na sobie obrzezanie zupełne z przyczyn niewiadomych, potem — aby zobaczyć co się dzieje w jamie brzusznej, rozplątał sobie brzuch jednym cięciem od spojenia łonowego aż do pępka. Z wypadniętymi kiszkami i siecią brzuszną wstąpił on do kliniki, którą w krótkim czasie jako zupełnie zdrowy opuścił. Rok później znowu wstąpił do tejże kliniki z rozplatanymi mosznami i wypadniętym jądrem. Rana ta zagoiła się w ciągu ośmiu dni. W roku 1880 znowu sobie rozplątał brzuch po raz drugi; po odprowadzeniu kiszki do jamy brzusznej, rana zagoiła się w ciągu dwóch tygodni. Wkrótce potem dokonał on na sobie wycięcia (*castratio*) jednego jądra, poczem nakładał szew zupełnie prawidłowy na mosznach, gdy rana tu się zagoiła, wykonał tę samą operację na drugiej stronie; lecz ligatura powrózka nasienno odpadła i dość silny krwotok na nowo zaprowadził chorego do kliniki, gdzie znowu w krótkim czasie nastąpiło wyzdrowienie.

(*Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Heft 2 u. 3. S. 375—76) *D-r med. A. Rothe.*

162. Pilokarpina jako odtrutka przy otruciu atropiną. Professor **P u r j e s z** w *British medical Journal* przytacza następujące spostrzeżenie: Pewien chory, dotknięty zapaleniem rogówki, w celu samobójstwa wypił roztwór atropiny przepisany mu do oczu. Ilość połkniętej atropiny dochodziła do 5 centigr. Źrenice rozszerzyły się do *maximum*, twarz zbladła, oddechanie stało się przyspieszonym 40—50 razy na minutę, tętno 150. Chory stracił zupełnie przytomność, tylko czucie było zachowane. Prof. **P u r j e s z**, przypomniawszy sobie pracę **L u e h s i n g e r a** o antagonizmie zachodzącym pomiędzy atropiną i pilokarpiną co do działania, zastrzyknął kilkakrotnie pod skórę w odstępach 5—8 minutowych 1% roztwór pilokarpiny. Po 10 zastrzyknięciu chory zaczął mówić, źrenice znacznie się zwęziły; ponieważ jednak ślinotok i poty nie następowały — zrobiono jeszcze jedno zastrzyknięcie. Od tej chwili odpowiedzi chorego stały się jasnymi, tętno spadło do 80, źrenice wróciły do stanu normalnego, oddechanie stało się wolniejszem, skóra wilgotną, a w końcu wszystkie objawy otrucia ustąpiły.

(*Revue de Therapeutique medico-chir.* Nr. 17 1881.)

J. Wigura.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 22 Listopada, 6 Grudnia i nadzwyczajne d. 13 Grudnia. Na porządku dziennym tych posiedzeń było przedstawienie uwag **Markiewicza** o profilaktyce dla chorób zakaźnych i dyskusja nad takowemi. Powodem wystąpienia **M.** była prócz panującej epidemii i potrzeba, aby Towarzystwo, jako najwyższy organ naukowy lekarski w Warszawie, wystąpiło ze swym projektem w obec projektów urzędu lekarskiego, komitetu sanitarnego policyjnego i inspektora szpitali cywilnych. Towarzystwo zajęć się tą kwestyją winno, tem bardziej, iż kilkakrotnie już

w ostatnich latach władza zapytywała Towarzystwo o zdanie w rzeczach medycyny publicznej. M. wyraża życzenie, aby przedewszystkiem sami lekarze ustalili pojęcia, co do pewnych punktów profilaktyki gdyż dotychczasowa różność zdań oddziaływa i na samą publikę; dalej M. żąda, aby lekarze zaznajamiali publikę z potrzebnymi wiadomościami z dziedziny profilaktyki chorób zakaźnych i wreszcie żąda aby Towarzystwo zakomunikowało władzy swe zapatrywanie się eo do meldowania chorych, izolacji, dezynfekcyi, transportu chorych, postępowania ze zmarłymi i wykonywania przepisów policyjno-lekarskich. Rozbierając po szczególe każdy z tych punktów M. wykazuje wadliwość i bezskuteczność dotychczasowego sposobu meldowania o każdym nowym przypadku zakaźnej choroby, przypomina urządzenia w innych krajach (Francyi, Austrii). Co do izolacji chorych, to należałoby wybudować oddzielny szpital i w tej mierze Towarzystwo winno ogłosić konkurs. M. przemawia za kartami ostrzegającymi na mieszkaniach, w których panuje choroba zakaźna i zastanawia się nad jednym z najczęstszych sposobów przenoszenia chorób zakaźnych, a to za pośrednictwem handłów materyjalami spożywczeimi, magazynów, hoteli i t. d. Odnośnie do dezynfekcyi należałoby wydać szczegółowe przepisy o dezynfekcyi domu (co do podwórza, śmietnika, wychodków, zlewów i t. d.) pokoju gdzie leży chory podczas choroby i po śmierci, z najszczegółowszem objaśnieniem eo robić i jak robić z każdą choćby najdrobniejszą rzeczą. M. przemawia za urządzeniem izb dezynfekcyjnych, gdzieby ludność biedna darmo mogła mieć dezynfekowane przedmioty, i za tem, aby lekarz miał prawo podczas epidemii wypisywać środki dezynfekcyjne, któreby bezpłatnie były niezamożnym dostarczane. Co do transportu chorych, należałoby naśladować inne kraje, gdzie istnieje w tym celu osobne wozy, stojące na placach publicznych, łatwo dające się dezynfekować, a za wypożyczenie których płaci się jak za zwykły kurs dorożki. Wreszcie M. żąda, aby organa policyjne, pilnujące wykonywania przepisów policyjno-lekarskich, były liczniejsze, gdyż wtedy dopiero działalność ich będzie pewniejsza. Na posiedzeniu d. 6 Grudnia Markiewicz odczytał wnioski, w liczbie 15, mające być opinią Towarzystwa w przedmiocie profilaktyki chorób zakaźnych. Nad temi to wnioskami wynikła dyskusya, w której jedni zarzucali, iż wiele z nich, jakko-wiek najsluszniejszych teoretycznie, jest niewykonalnych, z powodu wielkich kosztów, drudzy powstawali przeciw temu, aby Towarzystwo zajmowało się profilaktyką chorób zakaźnych dla powodów przez Markiewicza przytoczonych, gdyż przeciwnie powinny one być stałem zadaniem Towarzystwa, inni wreszcie radzili, aby dyskutowano nad profilaktyką pojedynczych chorób zakaźnych, a nie wszystkich razem, gdyż inne są warunki zarażenia się i szerzenia zarazy w dyfteryście, a inne w szkarlatynie. Na wniosek Prezesa Towarzystwa — Towarzystwo ma wybrać oddzielną komisyję epidemiologiczną, której zadaniem będzie opracowywać pojedyncze kwestyje z dziedziny profilaktyki chorób zakaźnych i dopiero w ten sposób powstałe wnioski mają być stawiane na porządku dziennym czynności Towarzystwa.

Na posiedzeniu w dniu 6 Grudnia. Stankiewicz z Władysław odczytał historję chorego, dotkniętego bąblowcem wątroby, a leczonego z pomyślnem zejściem za pomocą ciecicia ścian brzusznych i ścian torbieli. Tenże St. demonstruje preparaty złamania podłużnego kości udowej, złamania szyjki anatomicznej udowej i złamania szyjki chirurgicznej kości barkowej. Jasiński przedstawił dziecko z wrodzonym obustronnem zwielnieniem kości udowej, przypadek analogiczny opisanym przez J. w naszym piśmie.

Posiedzenie d. 20 Grudnia było administracyjnem, Towarzystwo zatwierdziło budżet na rok 1882 i zajmowało się kilku punktami gospodarczymi, (jak publikowaniem w organie Towarzystwa stanu różnych funduszków z prywatnych zapisów, kupnem mikroskopów dla projektowanej pracowni przy Towarzystwie, reformą czytelnii i sposobu rozsyłania członkom pism, do czego wybrano osobny komitet!), których nie opisujemy jako nie przedstawiających dla czytelnika interesu naukowego.

Posiedzenie biologiczne, d. 28 Grudnia. Żórawski mówił o zmianach kości ciemieniowej wywołanych zmianami objętości mózgowia. Ma y z e l demonstrował obserwowany przez niego i innych badaczy fakt wytrzymałości jajek pasorzytów. Jajka *oxyuris mistar* trzymane przez pewien czas w kwasie octowym, a potem w glicerynie, włożone pod szkiełko dalej się dzieliły, do stopnia wytworzenia się zarodka.

Resztę posiedzenia wypełniło sprawozdanie komitetu wyznaczonego do zaprojektowania reform w mających się zaprenumerować na r. 1882 pism lekarskich dla Towarzystwa i sposobie ich rozsyłania. Po dyskusyi Towarzystwo przyjęło odpowiednio postanowienia.

Wiadomości bieżące.

— *Warszawa.* Przed kilku tygodniami p. Inspektor szpitali cywilnych miasta Warszawy zaprosił lekarzy szpitalnych dla wspólnej narady w kwestyi prowadzenia statystyki chorych w szpitalach Warszawskich. Posiedzenie odbyło się w szpitalu św. Duchy. Udział w obradach przyjęli wszyscy lekarze naczelni i wielu lekarzy szpitalnych. Najważniejszą kwestyją obrad stanowiło rozstrzygnięcie pytania, czy obecna statystyka szpitalna opierająca się wyłącznie na raportach dziennych jest odpowiednią, czy też powinna ulec zmianie. Po obszernych rozprawach zebrani przyszli do przekonania: że podług obecnego systemu zbierane dane statystyczne nie odpowiadają celom naukowym, i że najodpowiedniejszym byłoby wprowadzenie systemu kartkowego odpowiednio zmienionego, który oddawna już jest w użyciu w Petersburskim szpitalu Kalikińskim, a który to system proponowali kolledzy R. Chelmiński i T. Dunin, w cennej swej pracy, pomieszczonej roku zeszłego w numerach „Kroniki Lekarskiej“.

System kartkowy polega na zbieraniu danych statystycznych za pomocą kartek, które przy kartkach szpitalnych mają być dołączane. Na kartkach tych najgłówniejsze dane wypełniać ma sam lekarz ordynujący, przy wypisywaniu chorego ze szpitala.

Obecni jednogłośnie uznali za niezbędne wprowadzenie nowego sposobu zbierania statystyki szpitalnej i prosili p. Inspektora, aby odpowiednia decyzja w tym względzie wydana została, co też i było przyrzeczonem. Mamy nadzieję, że projekt tak ważny nie pójdzie w zapomnienie i wejdzie w życie w jak najkrótszym czasie we wszystkich szpitalach Warszawskich. System ten jest już w użyciu od lat trzech w Szpitalu św. Łazarza i od roku w Szpitalu Ujazdowskim.

— Z prawdziwą przyjemnością odwołujemy wiadomość o śmierci D-ra Szpilmana. Kilkodniowa nieobecność jego w Wiedniu — jak to donosi nam w liście — spowodowała mylne pogłoski. Życzymy naszemu Kolledze, aby sprawdziło się na nim znane przysłowie o długowieczności i przedwczesnem uśmierceniu.

— Zmarł D-r Platzer były professor wszechney Jagiellońskiej w Krakowie.

— *Kraków.* W Towarzystwie lekarskiem wybrani zostali na r. 1882 prezesem ponownie: D-r Jordan, wice-prezesem D-r Paszkowski, sekretarzem dorocznym D-r Jan Rosner, bibliotekarzem D-r Murdzieński. Sekretarzem stałym i podskarbin (na 3 lata wybranymi) pozostają nadal D-owi Zarewicz i Obaliński. Również wybrany na nowo dotychczasowy redaktor „Przeglądu Lekarskiego“, a w skład komisyi redakcyjnej weszli D-owie prof. Domański, Kwasiński, prof. Oettinger i Pareński, z ramienia zaś Tow. lekarzy galicyjskich Doc. Grabowski i prof. Rydel. Wreszcie delegatami Tow. lek. krak. w Tow. lek. galicyjskich wybrani D-rowie Krówezyński i Szeparowicz we Lwowie.

— *Berlin.* Obchodzono tu uroczyste w d. 20 Grudnia r. b. 70-letnią rocznicę urodzin profesora Reicherta.

— *Heidelberg.* Professor anatomii patologicznej na tutejszym uniwersytecie D-r Arnold syn znakomitego i żyjącego dotąd anatoma, powołany został na katedrę anatomii patologicznej do Wiednia.

— *Monachium.* Izba lekarska niższej Frankonii, na ostatnim swem posiedzeniu, przyjęła propozycyję, aby uprosić rząd do wydania rozkazu izby corocznie, podobnie jak się to dzieje z lekarzami wojskowymi odnośnie kursów operacyjnych, powoływana została określone koło lekarzy okręgowych dla odbycia ćwiczeń praktycznych w Instytucie higienicznym.

— *London.* Zmarł tu D-r Junod, wynalazca bańki tegoż nazwiska.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r Jankowski, z Bielska, gub. Grodzieńskiej, rs. 3.—D-r Jabłonowski, z Krzyżopola, gub. Podolskiej, rs. 4. — D-r Biegański, z Plochina, gub. Kaługskiej, rs. 2. — D-r Bajkowski, z Kijowa, rs. 3. — D-r Józefowicz, z Kowna, rs. 3. — D-r Przestrzelski, z Łatyczowa, gub. Podolskiej, rs. 4.—Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 73! kop. 6 i 10 franków w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się karta tytułowa Tomu I-o Seryi II-ej, oraz spis rzeczy zawartych w tymże tomie.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 17 Декабря 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.