

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

OD REDAKCYI.

W roku 1883 Kronika Lekarska wychodzić będzie jak dotąd co 2 tygodnie z tym samym co dawniej programem. Jedyną zmianę stanowić będzie rozszerzenie działu wiadomości bieżących.

Adres Redakcyi: Nowy-Świat Nr. 19.

Adres Administracyi: Czysta Nr. 4.

I. Anatomija Patologiczna.

1. CHIARI. Śmiertelny krwotok żołądkowy z żyły podśluzowej. Tödliche Magenblutung in Folge von Arrosion einer submucosen Vene innerhalb einer nur hanfkorngrossen Schleimhauterosion. (Prag. med. Woch. 1882 Nr. 50).

Łatwo wynaleść u trupa źródło krwotoku żołądkowego, jeżeli on zależy od wrzodu okrągłego, od pęknięcia do żołądka tętniaka, lub od raka uległego rozpadowi. Są jednak wypadki, w których pomimo znacznego krwotoku żołądkowego, źródło jego bardzo trudno odnaleźć. W przypadku Ch. chory zmarł wskutek nadzwyczaj silnych wymiotów krwawych. Przy badaniu pośmiertnem okazało się: wątroba zmniejszona, stwardniała, poprzerzynana przez liczne bliznowate pasma; śledziona powiększona; w jamie brzusznej przesięk

surowiczy, w żołądku krew czerwona, w kiskach krew barwy czarnawej; błona śluzowa żołądka równomiernie zgrubiła, lekko zaczerwieniona, pokryta śluzem, miejscami barwy szyfrowej, nigdzie nie przedstawia znaczniejszej utraty substancyi. Początkowo w przewodzie pokarmowym nie można było odnaleźć źródła krwotoku. Dopiero przy nadzwyczaj dokładnem badaniu wewnętrznej powierzchni żołądka Ch. wykrył w części odźwierniczej, na tylnój ścianie, w bliskości małej krzywizny, na 2 ctm. ku tyłowi za odźwiernikiem, pomiędzy 2 podłużnemi fałdami, okrągłą utratę błony śluzowej wielkości ziarnka konopi, a na dnie tej utraty ujrzał żyłę podśluzową przeżartą na przestrzeni 1-go mil. kw. Brzeg utraty substancyi był gładki i ściśle ograniczony, okoliczna błona śluzowa nie różniła się w niczem od innych części tej błony. Wszystkie żyły i gałązki tętnicze były znacznie rozszerzone. Silne nateżenie krwotoku zależało tutaj bezwątpienia od nadmiernego rozszerzenia przeżartej żyły, którego przyczyną był zastój krwi w stwardniałej wątrobie. W jaki sposób wytworzyło się nadżarcie (erosio) błony śluzowej w opisywanym przypadku? Forma, wyraźny brzeg, brak innych zmian w częściach okolicznych przemawiają za peptycznem pochodzeniem tego nadżarcia. Mogło to przyjść do skutku z powodu nacieku krwistego (infiltratio haemorrhagica) tej cząstki błony śluzowej — jak to się zazwyczaj przyjmuje. Autor jednak ani w miejscach sąsiednich ani w częściach oddalonych nie znalazł nigdzie śladów nacieku krwistego. Ch. przypuszcza więc inny sposób powstania w tym przypadku nadżarcia peptycznego: wskutek ucisku wywieranego przez rozszerzo-

ną żyłę, pokrywająca ją część bł. śluzowej stała się anemiczną, łatwo podlegającą działaniu soku żołądkowego. W ogóle autor sądzi, że nadżarcia peptyczne bł. śluzowej żołądka powstają nie tylko wskutek nacieku krwistego, ale także skutkiem każdej miejscowej niedokrewności w jakikolwiek sposób powstałej.

Reichman.

2. H. CHIARI. **Przyczynę do nauki o ziarniniakowym zapaleniu szpiku kości długich.** Zur Kenntniss der gummösen Osteomyelitis in den langen Röhrenknochen. (*Vierteljahrsschrift f. Dermat. und Syphilis IX Jahr. 3 Heft. 1882*).

Zdania autorów dotyczące pojawiania się ziarniniaków w szpiku kości długich były dotąd podzielone. RICORD, VOLKMANN, SIGMUND, JULLIEN i inni opisują pojedyncze przypadki; VIRCHOW na zasadzie obserwacji RICORD, A przyjmuje istnienie takich ziarniniaków, chociaż przyznaje, że się sam z nimi ani razu nie spotkał; BIRCH—HIRSCHFELD i HESCHL przyjmują, że wszystkie zapalenia kości syfilitycznej natury zaczynają się od okostnej. W każdym razie zgadzano się, że ziarniniaki szpiku kości długich pojawiają się nadzwyczaj rzadko. Pierwsi ORTH i LANCERAUX zwrócili uwagę na to, że ziarniniaki te pojawiają się daleko częściej, niż dotąd mniemano.

Autor zbadał pod tym względem 27 trupów syfilytów i doszedł do przekonania, że ziarniniaki szpiku kości długich pojawiają się daleko częściej, niż to wprzód przypuszczano, że bywają najczęściej wieloliczne w jednej i tej samej kości, że podczas życia pozostają zwykle w ukryciu i tylko przypadkowo można je znaleźć przy sekcji. Ziarniniaki te przedstawiały się pod postacią ograniczonych galaretowatych albo włóknisto-galaretowatych ognisk których środek uległ serowatemu zwyrodnieniu. Wielkość od ziarna grochu dochodziła do orzecha laskowego. Liczba ognisk bardzo rozmaita, tak np. w jednym

przypadku autor znalazł w 2 piszczelach 20 ognisk. Co do częstości pojawiania się w oddzielnych kościach, to zdaje się, że najczęściej można je znaleźć w kościach udowych i piszczelach. Zewnętrzna powierzchnia kości bywa czasami pokryta naroślami kostnymi (hyperostoses), są jednak przypadki, w których ona jest zupełnie niezmieniona. Klinicznych objawów w większości przypadków nie było żadnych, w jednym tylko przypadku były bóle wierzące (dolores osteocopi). Ostateczny los tych ziarniniaków może być bardzo rozmaity. Ogniska takie mogą długo pozostawać bez żadnej zmiany, lub też mogą wywołać sklerozę, lub uleść regresyjnym zmianom, pozostawiając na swym miejscu charakterystyczną bliznę. Ziarniniaki takie są zapewne częstą przyczyną złamań kości (fracturae spontaneae), jak tego dowodzi jeden z przytoczonych przez autora przypadków, nakoniec mogą być przyczyną wywołującą centralne martwienie kości. G.

II. Patologija doświadczalna.

3. FUBINI. (Palermo). **Wpływ prądów indukcyjnych, soli kuchennej oraz tincturae opii crocatae na szybkość ruchów кишки cienkiej.** (*Centrbl. f. d. med. Wiss. 1882 — N. 39*).

Dla swych badań autor użył sposobu operowania, stosowanego przez THIRYÉGO celem otrzymania czystego soku kiszki. Sposób ten zmodyfikowany w roku zeszłym przez VELLA w Bolonji, polega na wycięciu kawałka kiszki, pozostawionego przy kręzce, górny i dolny koniec kiszki zeszywa się, a otrzymany odcinek przyszywa się do ściany brzusznej. W ten sposób urządza podwójną przetokę kiszki, gdyż tymczasem cały, skrócony tylko nieco, przewód pokarmowy pełni dalej swą funkcję.

Przy takim sposobie badania autor znalazł u psa, po zagojeniu wszystkich

ran, iż kulka laku, przez jeden z otworów wyciętego kawała kiszki wprowadzona, posuwała się o 1 centym. w ciągu 55 minut, pestka zaś odbywała w pozostałym zamkniętym przewodzie jelitowym tęż samą drogę w przeciągu 57 minut.

Pod wpływem prądu indukcyjnego (bieguny przykładano do otworów przetoki) gałka lakowa posuwała się na 1 ctm. w przeciągu 10 minut. — Sól kuchenna, wprowadzona do izolowanego odcinka kiszki w 10 minut po umieszczeniu tamże gałki, wcale ruchów robaczkowych nie przyśpieszała, lecz tylko wywoływała obfitsze wydzielanie się soku kiszkowego. Wreszcie autor wprowadzał nalewkę makowcową do odcinka kiszki po 10 minutach pozostawiania w nim gałki, przy czém ta ostatnia zjawiała się w drugim otworze przetoki dopiero po upływie kilku godzin, a zatém na odbycie sześciocentymetrowej drogi potrzebowała znacznie dłuższego czasu, niż w zwykłych warunkach.

P.—i.

4. AUFRECHT. Wrzód okrągły żołądka w następstwie wstrzykiwań kantarydyny. (*Centrbl. f. med. Wiss.* N. 31 — 1882).

Robiąc doświadczenia z podskórném wstrzykiwaniem kantarydyny w innym zupełnie celu, autor przypadkowo znalazł w żołądku królików znaczną ilość ograniczonych plamek, wielkości soczewicy, które na pierwszy rzut oka podobne były do wynaczynień w błonie śluzowej żołądka, po dokładniejszym jednakże zbadaniu okazało się, iż są to skrzepy krwi, wypełniające odpowiedniej wielkości wrzody, których brzegi gdzieśgdzie występowały po nad poziom błony śluzowej. U jednego zwłaszcza królika, któremu przez 10 dni z rzędu wstrzykiwano po 2 $\frac{1}{2}$ mgrm. kantarydyny, znaleziono oprócz zmian powyższych, jeszcze sześć miejsc, ściśle od otoczenia odgraniczonych, matowych, lecz nie pokrytych wynaczynianiami. Badając drobnowidzem zauważył autor, iż nabłonek

gruczołów był bledszym i mniej ziarnistym, przestrzenie między gruczołami rozszerzone, jak gdyby wypełnione jasną bezpostaciową masą; naczynia włosowate były tu obficie krwią wypełnione, czego na innych miejscach nie spostrzegano. Komórki gruczołowe leżały nieprawidłowo, nawet w najgłębszych warstwach gruczołów; tu i owdzie utworzyły się luki skutkiem odpadnięcia nabłonka. Tak samo przedstawiały się miejsca, pokryte skrzepami, z tą tylko różnicą, iż układ komórek gruczołowych był jeszcze bardziej nieprawidłowym, niektóre zaś zatoki były zupełnie próżne. Wylewy krwi nie tworzyły jednéj całości, lecz składały się z pojedynczych drobnych punkcików.

Reasumując znalezione zmiany, wnieść musimy przedewszystkiem, iż wynaczynienia owesają już drugim okresem zmian w błonie śluzowej, ponieważ obok owrzodzeń, pokrytych skrzepami, były inne bez takowych, w których naczynia włosowate były krwią przepelnione. Prócz tego w miejscu wrzodu nie istnieje jedno ograniczone ognisko krwotoczne, lecz liczne smugi krwiste dokoła głównego ogniska, odpowiadające kierunkowi rurek gruczołowych.

Z tego powodu autor wnioskuje, iż przy tworzeniu się wrzodu żołądka mamy do czynienia z zapaleniem gruczołów, przekrwieniem naczyń włosowatych i zmianami w ścianach takowych, skutkiem których pojawiają się wynaczynienia. Jedném słowem jest to *Gastradenitis circumscripta primitiva*. P.—i.

5. Dr. ARTHUR IRSAL i VICTOR BALE-SIN. przyczynek do nauki o wpływie układu nerwowego na chorobowe zmiany skóry. Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Einfluss des Nervensystems auf die pathologischen Veränderungen der Haut (*Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph.* IX. Jah. 3 H. p 431).

Liczne i sumienne obserwacje TESTUT'A DOWSE'A, LEWIN'A, CHARCOT'A i innych wykazały, że zachodzi ścisły stosunek

między chorobami skóry i ośrodków nerwowych. Autorowie niniejszego artykułu zadali sobie pytanie, czyby związek ten nie dał się wykazać na drodze doświadczalnej. W tym celu wykonali cały szereg doświadczeń na psach, którym wstrzykiwali do mlecza paciierzowego kilka kropel olejku gorczycowego lub też drażnili mlecz wprowadzając igłę kataraktalną lub tenotom. W 3-ch przypadkach otrzymali rezultat dodatni t. j. wystąpiła wysypka w odpowiednich odcinkach skóry. Wnioski do jakich doszli są następujące:

1) Traumatyczne obrażenie mlecza paciierzowego lub wstrzyknięcie płynu drażniącego wywoływały odpowiednie porażenia, nigdy jednak nie występowała zaraz od początku żadna choroba skórna.

2) Dopiero po upływie dni kilku, wraz z odczynem zapalnym w mleczu, pojawiała się liszajowa wysypka na skórze z tej samej strony z której istniało obrażenie, wysypka ta przechodziła i na drugą stronę, jeśli zapalenie dalej się rozprzestrzeniało. Zgadza się to zupełnie z twierdzeniem CHARCOT'A, że samo obrażenie nie wystarcza do wywołania wysypki, lecz że do tego niezbędnym jest wystąpienie zapalenia mlecza (myelitis).

3) Wysypka taka znika zwykle dość szybko—po upływie 3 do 5 dni.

4) Ten sam odcinek skóry, na którym się pojawiła wysypka ulega zwykle postępowemu zanikowi.

5) W 6 do 10 tygodni po obrażeniu mlecz przedstawiał wybitny obraz sklerozy; oprócz tego we wszystkich przypadkach znaleziono powyżej miejsca które obrażono, po tej samej stronie, małe jamki w odpowiednim rogu przednim.

6) Jamy te powstały z rozpadu miąższu otoczonego gęstą siecią neuroglii, prawdopodobnie pod wpływem zmian w naczyniach—nie zaś w skutek ropienia.

7) Zwyródnienie włókien nerwowych wyrażało się z początku obrzękiem myeliny i występowaniem w niej swoistych

mass szklistych (hyalin),—barwiących się hematoksyliną na niebiesko; następnie występowały: przerost lub zanik cylindra osiowego (Axencylinder), jego rozpad, przemiana myeliny w jednorodną masę szklistą i ostatecznie zupełnie jej zniknięcie.

8) Obok zwyrodnienia znaleziono początki nowotworzenia miąższowego.

9) Obrażenie zwojów nerwowych (ganglia) i ich nerwów, bez obrażenia mlecza, nie wywoływało wysypki.

Autorowie nie podejmują się rozstrzygnąć pytanie, czy zmiany napotymane w skórze są skutkiem zaburzeń naczynioruchowych czy też troficznych.

Takie same doświadczenia wykonane w celu wyjaśnienia stosunku zachodzącego między chorobami nerwu sympatycznego i skóry nie dały dotąd żadnych dodatnich rezultatów. P.

6. E. FISCHER. **O przeszczepianiu ciał i tkanek organicznych.** Ueber Transplantation von organischem Material. (*Deut. Zeit. f. Chir. Bd. 17. H. 1, 2, 3 u. 4 — 1882.*)

Doświadczenia ZAHN'A wykazały, że dla otrzymania dodatnich rezultatów przy przeszczepianiu tkanek trzeba zadosyć uczynić dwom następującym warunkom: 1. Tkanki użyte do przeszczepiania muszą się znajdować w stanie zarodkowym. 2. Grunt użyty do wszczepienia powinien być dobrze unaczyniony. ZAHN wybrał w tym celu za grunt do przeszczepiania nerki i płuca.

Autor przystępując do powtórzenia tych doświadczeń i widząc całą niewygodę postępowania ZAHN'A z powodu trudności kontroli, postanowił wykonywać przeszczepiania na grzebienie i pod gardzielką kogutów, których powierzchowne położenie umożliwia ciągłą obserwację. F. wykonał długi szereg doświadczeń, rezultaty zaś otrzymane zgrupował stosownie do użytego dla przeszczepiania materiału w 4 następujące działy:

A. Przeszczepianie tkanek roślinnych.

B. Przeszczepianie ciał i tkanek zwierzęcych, martwych, jednolitych.

C. Przeszczepianie ciał i tkanek zwierzęcych, martwych, dziurkowatych.

D. Przeszczepianie tkanek zwierzęcych żywych, nieunaczynionych (chrząstki) i opatrzonych naczyniami (okostna, kość, nowotwory).

A. Przeszczepianie tkanek roślinnych. Za materiał służyły kawałki korka i rdzenia bzu. Po pewnym przeciągu czasu występują następujące odczynowe objawy ze strony tkanek żywych otaczających. 1. Jeśli przy przeszczepianiu były zranione naczynia, to przedewszystkiem pojawia się krwotok. Prawie jednocześnie naokoło zaszczepionego ciała zbiera się pewna ilość płynu limfatycznego, takiego jaki się wydziela z każdej świeżej rany. Tak więc wkrótce po zaszczepieniu ciało obce pływa w różowawym płynie, którego ilość zależy: od okolicy, w której odbywa się przeszczepianie i od wielkości wytworzonej jamy. 2. Następnie komórki zwierzęce otaczające rozmnażają się, około ciała obcego wytwarza się otoczek, która w 1 lub 2 tygodnie po przeszczepieniu przedstawia następujące warstwy:

a) Warstwa plastycznego nacieku (plastische Infiltration) najbardziej od przeszczepionego ciała oddalona, utworzona przez tkankę obrażoną przy przeszczepianiu, przepelnioną częścią płynnym i włóknikowym wysiękiem, częścią zaś czerwonymi i białymi ciałkami krwi.

b) Bardziej na wewnątrz nowowytworzona warstwa tkanki podobnej do ziarniny, składająca się z kilku warstw komórek, z których zewnętrzne warstwy zawierały małe komórki, wetrzne zaś oprócz małych zawierały wielką ilość dużych okrągłych komórek.

c) Jeszcze bardziej na wewnątrz warstwa zarodkowej tkanki śluzowej, grubość której jest zmienna.

Obie warstwy *b* i *c* opatrzone są

licznymi nowowytworzonymi naczyniami.

d) Nakoniec następuje najczęściej jednowarstwowy pokład komórek olbrzymich. Warstwa ta stanowi właściwą granicę tkanek żywych, wszystko co leży na wewnątrz od warstwy komórek olbrzymich stanowi materiał martwy, składający się z wszczepionego ciała, oddzielonego od komórek olbrzymich warstwą obumarłego materiału zwierzęcego, na którą się złożyły czerwone i białe ciałka krwi i włóknik — autor nazwał ją *martwinową warstwą włóknikową* (nekrotische Fibrinschicht).

Rdzeń bzu lub korek przeszczepiony przedstawiają na brzegach niejake zmętnienie, zależące od napełnienia otwartych przestrzeni komórkowych substancją, w której mikroskopowe badanie wykrywa obecność ciałek krwi, które jednak wkrótce podlegają ziarnistemu rozpadowi. — W przypadkach, w których brakuje martwinowej warstwy włóknikowej, warstwa komórek olbrzymich przylega bezpośrednio do ciała obcego, niekiedy nawet komórki olbrzymie wdrażają się do otwartych przestrzeni ciała obcego. Nigdy jednak nie ma miejsce zrośnięcie tkanek zwierzęcych z roślinnymi, warstwa komórek olbrzymich otacza przeszczepiony kawałek jak czepiec, z którego zawsze łatwo go wyłuszczyć.

B. Przeszczepianie ciał zwierzęcych, martwych, jednolitych. Materiał użyty do przeszczepiania: воск biały, klej zwierzęcy, ścięte białko kurze, niebieska masa iniekcijna. Objawy ze strony tkanek koguta były te same, co przy wszczepianiu tkanek roślinnych; ze strony zaś przeszczepionego materiału autor zauważył, że kawałki kleju i białka zmniejszały się w objętości.

C. Przeszczepianie tkanek zwierzęcych, martwych, dziurkowatych. Materiał użyty do przeszczepiania: kawałki wątroby macerowane kilka tygodni w spirytusie, katgut, świeże kawałki tkanek wziętych z tru-

pa (skóra, mięśnie itd.), tkanki zawierające sole wapienne, jak kawałki kości słoniowej, dreny NEUBER'A itd. We wszystkich doświadczeniach odczyn ze strony tkanek żywych był ten sam co przy przeszczepianiu tkanek roślinnych i ciał zwierzęcych jednolitych t. j. wokoło przeszczepionej tkanki wytwarzała się kapsuła złożona z 4 warstw wyżej opisanych. Co się tyczy materiału przeszczepianego, to tkanki świeżobrane z trupa zwykle traciły zawartą w nich wodę i stawały się twarde. Kość słoniowa przedstawiała dawno już obserwowane nadżarcia, dowodzące rozpuszczania się soli wapiennych. Pod względem praktycznym bardzo są interesujące rezultaty otrzymane przy przeszczepianiu katgutu i drenów kostnych NEUBER'A. Autor przeszczepiał pojedyncze nitki katguta i całe jego pęczki; zawsze tworzyła się kapsuła, składająca się z 4-ch warstw wyżej wymienionych, często nawet wytwarzała się martwinowa warstwa włóknikowa, nie można było jednak nigdy zauważyć wnikiwania komórek do oddzielnych nitek, lub do pęczka pomiędzy nitki. Że katgut po dłuższym pobycie wchłania się nie ulega żadnej wątpliwości, ulega on na miejscu najprzód rozpadowi drobnoziarnistemu, a potem przemienia się w masę zupełnie płynną i dopiero wtedy bywa wessanym. Autor jednak znajdował w 2 i 3 miesiące po wszczepieniu nitki katguta nie wessane, — potwierdzają to liczne obserwacje, w których znajdowano nitki katgutu zupełnie nie zmienione po upływie 6 do 7miu miesięcy. Wypadki, w których zanotowano szybkie wessanie katguta można objaśnić tem, że katgut wydany został niepostrzeżenie wraz z wydzieliną rany. Co się tyczy drenów NEUBER'A, to rezultat w 4 tygodnie po wszczepieniu był następujący:

a) brunatne zabarwienie przeszczepionego kawałka wskutek pozbawienia wody; b) brak jakiegobądź stałego połączenia z tkankami otaczającymi; c) kawałek przeszczepiony stał się kruchszym, widocznie

jeszcze wielka ilość soli wapiennych pozostała w drenach i dopiero podczas trwania wszczepienia została z nich wydalona; d) układ blaszkowaty stał się daleko mniej wyraźny; e) pomiędzy blaszkami najbardziej zewnętrznymi znajduje się drobno-ziarnista różowo-żółta masa (nekrotisches Fibrin), która też zapelnia najbardziej na zewnątrz położone kanały HAVERS'A; f) w wielu kanałach HAVERS'A znajdują się liczne kolonje mikroorganizmów, które, jak tego dowodzi ścisła kontrola preparatów, dostały się tam podczas maceracji, nie zaś po przeszczepieniu.

Rezultaty autora dotyczące przeszczepiania ciał dziurkowatych stoją więc w sprzeczności z dotychczas otrzymanymi; gdyż autor nie mógł nigdy zauważyć wnikiwania białych ciałek do przeszczepionego ciała, nigdy nie widział wrastania żywych tkanek w głąb jego, nigdy nie znalazł opisywanych przez innych autorów drobnych cząstek ciała przeszczepionego, zaciągniętych w głąb żywych tkanek.

D. Przeszczepianie żywych tkanek zwierzęcych.

I. Chrząstki. Autor przeszczepiał chrząstki dojrzałych osobników z zachowaniem lub bez zachowania ochręstnej, a oprócz tego przeszczepiał tkankę chrzęstną zarodkową. Rezultaty otrzymane dają się streścić jak następuje:

1. W kilka dni po przeszczepieniu chrząstki można już zauważyć cały szereg zmian proliferacyjnych najęj powierzchni, jako to: podział komórek—kapsuły wypełniają się młodemimi komórkami, podobnymi do ziarniny, rozciągają się, tworzą liczne wypuklenia wnikaające w głąb substancji międzykomórkowej. Wypuklenia te coraz bardziej się do siebie zbliżają, w końcu bezpośrednio się z sobą łączą. Dochodzi nareszcie do tego, że cała prawie zewnętrzna powierzchnia przeszczepionego kawałka chrząstki przeistacza się w tkankę ziarninową.

2. Bardziej na wewnątrz zjawiska roz-

mnazania komórek nie są tak energiczne, lecz zupełnie takie same, jak na powierzchni. Przez połączenie wyrostków kapsuł tworzy się cała sieć kanałów wypełnionych komórkami ziarninowemi. Kanały te mają różną szerokość; z początku tylko pojedyncze, a potem podwójne kontur, w tym jednak peryjodzie rozwoju nie są jeszcze w żadnym związku z naczyniami części otaczających chrząstkę. Nie można w nich znaleźć ani czerwonych ciałek, ani form przejściowych od białych do czerwonych.

3. Proliferacja nie obejmuje całego przeszczepionego kawałka chrząstki, lecz pojedyncze ogniska, pooddzielane od siebie tkanką, w której żadnych zjawisk rozmnażania zauważyć nie można; w miarę powiększania się ognisk tkanka rozdzielająca je zanika. Ogniska proliferacji mają formę ostrokregów, których wierzchołki zwrócone są do środka chrząstki, a podstawy do jej powierzchni. Zjawisko to zdaje się polegać na różnym przyplywie materiału odżywczego do różnych części chrząstki, co ze swjej strony może zależeć od niejednakowej zbitości chrząstki w różnych miejscach, lub od nieprzylegania chrząstki w niektórych miejscach do tkanek otaczających.

4. Nawet w jednym i tym samym ognisku proliferacyjnym nie wszystkie komórki się rozmnażają, przeciwnie wiele ulega rozpadowi, a miejsce ich zajmują rozmnażające się komórki.

5. Podczas tych zmian w komórkach substancja międzykomórkowa zachowuje się dość biernie. W tych miejscach, gdzie nie ma proliferacji, pojawia się w substancji międzykomórkowej cały systemat cienkich linii, częścią równoległych, częścią krzyżujących się; w starych zaś chrząstkach dochodzi nawet do wytworzenia prawdziwych szczelin, które nigdy, a przynajmniej nadzwyczaj rzadko, znajdują się w bezpośredniej komunikacji z kapsułą komórek i nigdy tych ostatnich nie zawierają.

Walcowate kanały napotykać się w

istocie międzykomórkowej tylko w ogniskach proliferacji, są to wyrostki kapsuł łączące je między sobą; kanały te po odpowiednim rozszerzeniu napełniają się komórkami, które się wewnątrz kapsuły znajdowały.

6. Że istnieje krążenie soków odżywczych wewnątrz przeszczepionego kawałka chrząstki, tego dowodzi żółtawe lub różowawe zabarwienie chrząstki, wskutek przenikania otaczającego płynu. Krążenie soków ma miejsce bez względu na to czy przeszczepiono kawałek martwej czy żywej tkanki chrząstnej; w pierwszym razie umożliwia ono wessanie przeszczepionego kawałka, w drugim jest warunkiem niezbędnym dla proliferacji. Krążenie soków nie odbywa się za pomocą kanałów, lecz oparte jest na prawach przenikania (*diffusio*).

7. W tkankach otaczających chrząstkę odczyn na drażnienie, wywołane obecnością tej ostatniej, wyraża się nowotworzeniem tkanki granulacyjnej, która się ściśle zlewa z warstwą ziarniny powstałą na powierzchni przeszczepionej chrząstki. Złanie to bywa tak ściśle, że granicy między przeszczepioną chrząstką a tkanką otaczającą przeprowadzić nie można.

8. Jeśli przeszczepiony kawałek chrząstki był dobrze unieruchomiony w ranie za pomocą szwów, to już w 6 do 8 dni przychodzi do takiego bezpośredniego złania się ziarniny chrząstki z ziarniną tkanek otaczających. Przeciwnie, jeśli chrząstka nie jest dobrze unieruchomiona, to od strony tkanek otaczających wytwarza się warstwa tkanki śluzowej (tak jak to opisano przy przeszczepianiu ciał martwych) i ta dopiero pośredniczy w złaniu się. Warstwa komórek olbrzymich nigdy się nie wytwarza. Autor proponuje nazwać pierwszy sposób złania się „*Greffé primaire directe*“, a drugi „*Greffé primaire indirecte*“.

9. Chrząstka wszczepiona bez ochrzęstnej z czasem cała przemienia się w ziarninę, czyli przestaje zupełnie istnieć jako chrząstka. Na jej miejscu ostatecznie po-

jawia się, unaczyniona ziarnina, a potem tkanka bliznowa. Jeśli przy przeszczepianiu zachowano ochręstną, to takowa wchodzi w bezpośrednie połączenie z otaczającymi tkankami i wtedy chrząstka może dalej istnieć, — zjawiska proliferacyjne ograniczają się tylko do tych powierzchni chrząstki, które są nie pokryte ochręstną, i nie przenikają w głąb. Trzeba jednak, aby nie zachodziła wielka różnica wieku między zwierzęciem, z którego bierzemy chrząstkę i zwierzęciem, na które przeszczepiamy, w przeciwnym bowiem razie cała przeszczepiona chrząstka znów się zamieni w ziarninę.

10. Nigdy autor nie spotkał zjawisk, któreby pozwalały przypuszczać, że naczynia wytworzyły się samodzielnie w przeszczepionej chrząstce. Naczynia zjawiają się dopiero po upływie kilku tygodni, rozwijają się zawsze z naczyń tkanek otaczających i przenikają do chrząstki w tych miejscach, w których ta ostatnia najbardziej zmieniona została.

11. Jeśli wraz z kawałkiem chrząstki zupełnie młodych zwierząt przeszczepimy kawałek kości, to wszczepienie się udaje, kość jednak bardzo prędko traci sole wapienne; zostaje zupełnie rozmiękczoną i na jej miejsce zjawia się ziarnina. Chrząstka pozostaje daleko dłużej niezmienną niż kość.

12. Przeszczepianie tkanki chrzęstnej zarodkowej dało następujące rezultaty:

a) Znakomity wzrost przeszczepionego kawałka, powierzchnia jego zlewała się prawie zawsze bezpośrednio z tkankami otaczającymi (primäre Greffe). Części miękkie otaczające wytwarzają warstwę ziarniny bardzo bogatej w naczynia. Chrząstka wciąż rośnie i dalej się rozwija, czego następstwem jest wytworzenie nowej młodej tkanki chrzęstnej, szpiku kostnego z naczyniami i kości.

b) Wzrost i rozwój chrząstki, szczególnie tworzenie się z niej szpiku i naczyń, pomimo przeszczepienia, odbywa się tak samo jak w stanie normalnym.

c) Wzrost i rozwój ten jest jednak ograniczony, trwa najwyżej kilka miesięcy; następuje okres status quo, a potem w przeszczepionym kawałku powstają takie zmiany jak przy przeszczepianiu chrząstki niezarodkowej, których ostatecznym rezultatem jest przemiana w ziarninę, a następnie w tkankę bliznową.

d) Wzrost chrząstki zarodkowej jest też energiczniejszy im staranniej pozabawiono ją przed przeszczepieniem części miękkich, a to dla tego, że tym łatwiejszy jest przyływ materiału odżywczego.

Pomimo wielkich różnic jakie zachodzą przy przeszczepianiu chrząstki zarodkowej i niezarodkowej, pomimo, że doświadczenia te rzucają niezaprzeczenie niejakie światło na etiologię nowotworów, autor nie przypuszcza, żeby już teraz można było uważać kwestyję etiologii guzów za rozstrzygniętą, jak to się zdaje twierdzić LEOPOLD. Przypuściwszy nawet, że przy udoskonaleniu sposobów przeszczepiania dojdziemy do tego, że będziemy mogli otrzymać prawdziwy chrzęstniak z kawałka chrząstki zarodkowej, i tym sposobem dowiedzimy dłań powstawania z zależyn zarodkowych (embryonale Anlage), to nie da nam to jeszcze prawa zastosować tego do wszystkich guzów, a szczególnie do guzów, w skład których wchodzi nabłonek, gdyż doświadczenia wykazały, że nabłonek zarodkowy przeszczepiony zmienia się wkrótce, pod wpływem proliferacji, na tkankę podobną do ziarniny, która następnie się kurczy i tworzy formalną bliznę, gdy tymczasem w przypadkach przeszczepiania nabłonka niezarodkowego możemy z wszelką łatwością obserwować wzrost jego samodzielny i rozmnażanie się komórki.

Dalej autor wykonał cały szereg doświadczeń nad przeszczepianiem chrząstek różnych zwierząt i ludzi na kury. Rezultat był następujący: objawy proliferacji i unaczynienia występowały z początku, lecz po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu następował drobnoziarnisty rozpad

wytworzonej ziarniny, jądra w komórkach znikają i ostatecznie komórki zlewają się wraz z substancją międzykomórkową w masę jednorodną, która zachowuje się tak jak martwa chrząstka t. j. wywołuje cały szereg zmian proliferacyjnych w tkankach otaczających, skutkiem czego pojawiają się opisane już wyżej warstwy, z których najbliższą ciała obcego jest warstwa komórek olbrzymich, chrząstka zaś ostatecznie rozplywa się i ulega zupełnemu wessaniu. Oprócz tego przy przeszczepianiu chrząstek różnych gatunków występują jeszcze następujące odrębności, nie spotykające się przy przeszczepianiu chrząstek jednego i tego samego gatunku:

1. Wytwarzanie się walcowatych kanałów bez wnikania do nich komórek ziarniny.
2. Zjawiska proliferacji w przeszczepionej chrząstce bez zlania się jej z otaczającą tkanką.
3. Żółtawe zabarwienie komórek przeszczepionej chrząstki, które jednak autor obserwował tylko przy przeszczepianiu chrząstek świnki morskiej.

Przeszczepianie chrząstniaków dało też same rezultaty co przeszczepianie chrząstek t. j. następowało zlanie się z otaczającymi częściami, lecz wkrótce (po 6—8 tygod.) można było już zauważyć znakomite zmniejszenie przeszczepionego kanałka.

II. Kości. We wszystkich przypadkach, w których wraz z chrząstką przeszczepiano kości z zachowaniem okostnej, następowało wessanie soli wapiennych, zmięknienie i wessanie kości, a na jej miejsce jawiała się tkanka bliznowa. Doświadczenia z przeszczepianiem okostnej nie pozwoliły ani razu obserwować wytworzenia kości po upływie 4—7 tyg., pomimo, że zlanie się okostnej z tkanką otaczającą nastąpiło; trzeba tu jednak dodać, że wszystkie przeszczepione kawałki okostnej bardzo się pokurczyły po transplantacji, co podług OLLIER'A jest przeszkodą do wytworzenia się kości.

III. Nowotwory. Wnioski dotyczące przeszczepiania nowotworów autor opiera na 112 doświadczeniach (18 przeszczepie-

pień raka skóry; 24 raka błony śluzowej; 24 raka sutki; 4 bardzo złośliwego raka sutki; 8 bardzo złośliwego raka wyciętego z okolicy żuchwy; 16 mięsaka sutki, jądra i ścian krwawej torbieli sutki; 18 melanosarcomatis).

Rezultaty: przeszczepianie na kury kawałków nowotworów wziętych z człowieka udaje się na tyle, że przeszczepione kawałki dalej żyją, że można w nich zauważyć zjawiska proliferacji, że czerpią swój materiał odżywczy z otaczających tkanek, że nakoniec może nastąpić bezpośrednie zlanie się z gruntem, do którego zostały przeszczepione. Zlanie to odbywa się w ten sam sposób, jak to było opisane dla chrząstek żywych, tutaj trzeba tylko dodać, że zjawiska proliferacji dają się zauważyć jedynie ze strony podścieliska przeszczepionego nowotworu, tak np. przy przeszczepianiu raka zjawiska proliferacyjne są widoczne tylko w rusztowaniu łączno-tkankowym, gdy tymczasem gniazda nabłonkowe podlegają rozpadowi drobnoziarnistemu. Naczynia przeszczepionego kawałka okazują się już w kilka dni po transplantacji napelnionymi krwią, pochodzącą z naczyń tkanek otaczających; krew ta jednak nigdy nie przenika aż do środka przeszczepionego kawałka i dla tego w środku znajdujemy zwykle ognisko zserowociałe. Tak więc, między przeszczepionym kawałkiem a tkankami otaczającymi może nastąpić tak zwana „Grefte primaire“; nie jest ona jednak długotrwałą, zawsze po upływie kilku tygodni przeszczepiony kawałek martwieje, a w koło niego rozwijają się z tkanek otaczających także same warstwy, jak około każdego ciała obcego t. j. (postępując od wewnątrz na zewnątrz) warstwa komórek olbrzymich, tkanki śluzowej zarodkowej, warstwa ziarniny i plastycznego nacieczenia. Ostatecznie następuje zupełne rozplynięcie i wessanie przeszczepionego kawałka, lub też jego wydalenie z warstwy komórek olbrzymich, wytwarza się ziarnina i ostatecznym rezultatem będzie blizna.

Przerzutów w żadnym doświadczeniu, pomimo najskrupulatniejszych oględzin post-mortemnych, autor znaleźć nie mógł.

Autor uważa się upoważnionym do wygłoszenia dwóch następujących twierdzeń, na zasadzie swoich doświadczeń:

1. Przy przeszczepianiu ciał martwych tkanki otaczające wytwarzają zawsze warstwę komórek olbrzymich, bezpośrednio do tego ciała przylegającą.

2. Przy przeszczepianiu żywych tkanek ma miejsce dokładne zlanie się przeszczepionych tkanek z otaczającymi, któreby nie mogło przyjść do skutku bez czynnego udziału samych przeszczepionych tkanek; udział zaś, jaki te ostatnie w zlaniu się przyjmują, dowodzi najdobitniej, że twory komórkowe oddzielone od gruntu macierzystego i postawione w dogodnych warunkach są zdolne samodzielnie się rozrastać.

W. Krajewski.

III. Medycyna wewnętrzna.

7. Prof. QUINCKE. **O puchlinie brzusznej.** Ueber Ascites. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 30 str. 569*).

Zebrańnię się płynu w jamie brzusznej, o ile nie jest w związku z ogólną puchliną ciała np. przy chorobie BRIGTA, zależy według przyjętych obecnie zapatrywań od utrudnionego krążenia krwi w obiegu żyły wrotnej, albo od przewlekłego zapalenia otrzewnej. Zdarzają się wszakże często przypadki puchliny brzusznej, które nie dają się za pomocą jednej z powyższych przyczyn objaśnić. Q. podaje krótki opis siedmiu przypadków chorób, dotyczących przeważnie młodych dziewcząt, w których zebrańnię się znacznej ilości płynu w jamie brzusznej nie można było odnieść do tych zaburzeń. Bez widocznej przyczyny i bez znacznych dolegliwości, u dziewcząt dobrze odżywianych, w okresie płciowego rozwoju, powstaje zwolna puchlina brzuszna, dosięgająca nieraz wysokiego stopnia. Po kilkumiesięcznym lub dłuższym

trwaniu choroby, wraz z wystąpieniem pierwszej miesiączki wysięk w krótkim stosunkowo czasie, nieraz przy objawach gorączkowych znika. Autor przypuszcza, że ta postać puchliny brzusznej zdarza się przy fizjologicznym wystąpieniu funkcji płciowych daleko częściej, aniżeli to dotąd było spostrzeganym, ale już to z powodu nieznacznych dolegliwości, jakie sprawia, już też z powodu, że rzadko przyjmuje znacznie większe rozmiary, na zaburzenie to mało dotąd zwracano uwagi. Objawów zapalnych ze strony otrzewnej zauważyć przy tym nie można, ale jest bardzo prawdopodobnym, że wraz z rozwojem jajników w sąsiednich częściach otrzewnej powstaje przekrwienie i obfitsze przesiąkanie, na drodze naczynio-ruchowej, które po pęknięciu pierwszego pęcherzyka Graafa wraca do stanu normalnego. W ten sposób również dają się wytłomaczyć obfite wysięki, powstające w jamie brzusznej przy torbielach jajnika lub nowotworach łagodnych jamy brzusznej, które prędko po wycięciu guza znikają; otrzewna często żadnych zmian zapalnych przy tym nie przedstawia. Podobne wysięki w jamie brzusznej zdarzają się wszakże niekiedy i u kobiet starszych, rzadziej u mężczyzn.

Jak wiadomo otrzewna posiada w wysokim stopniu własności wydzielania i chłonięcia płynów. Obok naczyń krwionośnych i limfatycznych przyjmuje również udział i właściwa działalność śród-błonka (*endothelium*). Oprócz tego istnieją tu otwarte drogi limfatyczne RECKLINGHAUSENA, przez które tak cząstki stałe jak i sama limfa znajdują bezpośrednią drogę z jamy brzusznej do wielkich naczyń limfatycznych. Bez wątplenia przy znacznych nawet zaburzeniach, wywołujących nadmierne przesiąkanie płynu do jamy otrzewnej, takowy znajduje sobie łatwy upływ za pomocą licznych dróg limfatycznych, jakie w tej błonie surowiczkiej znajduje; jak wiadomo przy wysoko nieraz posuniętym zaniku wątroby, gdzie istnieją wszelkie

warunki dla obfitego przesiąkania do jamy otrzewnej, nie znajdujemy częstokroć zupełnie puchliny brzusznej. Dopiero jeżeli z postępującym rozwojem marskości wątroby przesięk przyjmuje rozmiary, których już najlepsze warunki chłonięcia wyrównać nie mogą, zbiera się prędko płyn w jamie brzusznej, a wtedy już puchlina zniknąć, ani zmniejszyć się nie może.

Trudniej daje się objaśnić powstawanie puchliny, w skutek zaburzenia w krążeniu limfy, z wyjątkiem, jeżeli z powodu zamknięcia wielkich dróg limfatycznych n. p. przewodu piersiowego (ductus thoracicus) samo mleczko (chylus) zbiera się w jamie brzusznej. Bezwątpienia jednakże tak obrzmienia gruczołów krezkowych, jak i zaburzenia w ruchach przepony i t. p. powodują niejednokrotnie nieprawidłowości w krążeniu limfy, wywołujące obfitsze przesiąkanie do jamy otrzewnej. Nakoniec zmiany w śródbłonku otrzewnej, z powodu zwiększonego przesiąkania, do zebrania płynu w jamie brzusznej doprowadzić mogą, z drugiej strony zgrubienie otrzewnej i zamknięcie naczyń limfatycznych mogą utrudnić chłonięcie limfy. Zresztą dla wywołania obfitszego przesiąkania z naczyń limfatycznych nie potrzeba grubszych zmian w samej tkance, wiadomo, że w gruczołach limfatycznych i błonach śluzowych sam wpływ nerwowy wystarcza do wywołania obfitej wydzieliny.

Jul. Kramczyk.

8. WOLFF. **O chłonnicy zdolności błony śluzowej ludzkiego żołądka w warunkach fizjologicznych i patologicznych.** Ueber die Resorptionsfähigkeit der menschlichen Magenschleimhaut unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen (Centbl. f. klin. Med. N. 29. 1882).

Idąc za przykładem PENTZOLD'A i FABER'A (*) autor badał zdolność chłonnicy żołądka w stanie zdrowia i przy rozmaitych chorobach tego organu. Tak samo

jak powyżsi autorowie, W. dawał do połknięcia zdrowym lub chorym 0,2 grm. jodku potasu w kapsułce żelatynowej, i określał chwilę w której jod zaczynał się ze śliną wydzielać. Wyniki tych doświadczeń są następujące:

1) U człowieka zdrowego chwila w której ślina zaczyna pokazywać ślady reakcji na jod jest zawartą w granicach daleko większych od granic, podanych przez P. i F., mianowicie od 6 minut do 1 i pół godziny; tak; że jeżeli dopiero w półtoręj godzinie zaczyna się jod w ślinie pokazywać, to okoliczność ta wcale nie przemawia za stanem patologicznym żołądka.

2) Przy przewlekłych nieżytach żołądka jod w ślinie pokazuje się nieco później, lecz w każdym razie nie później jak w 1 g. 42 m. po wprowadzeniu go do żołądka.

3) Przy rakach odzwiernika (z jednoczesnym rozszerzeniem żołądka lub bez takowego), nawet bardzo małych, wchłanianie jodu w żołądku znaczenie się opóźnia: można w tych razach jod w ślinie wykryć dopiero po upływie 3—4 godzin od czasu przyjęcia jodku potasu. Przy rakach wpustu, wielkiej i małej krzywizny opóźnienie to zauważyć się nie daje.

4) Co najwyżej dodatni wynik badania może przemawiać za rakiem, wynik ujemny raka nie wyłącza. Zresztą być może, że w pewnych okolicznościach i przy niezycie jak również przy wrzodzie żołądka wchłanianie może się znacznie opóźnić. Chociaż więc przybywa nam jedna jeszcze metoda badania stanu żołądka, jednak w celach rozpoznawczych nie może być ona obecnie jeszcze użytkowaną.

Rejchman.

9. A. WERTHEIMBER. **Przypadek dziurawiącego wrzodu żołądka.** Fall von Ulcus ventriculi simplex. (*Jahrb. für Kinderheilk. XIX B. I Heft 1882*).

Przytaczamy ten przypadek z powodu rzadkości wrzodu dziurawiącego u małych dzieci. Autor przypadek ten obserwował u dziesięcio-letniej, małokrwistej, słabo rozwiniętej dziewczynki. Cho-

(*) Patrz Kron. Lek. Nr. 12—1882.

roba zaczęła się od objawów niestrawności, które jednak słabo były wyrażone i tylko zły wygląd dziewczynki zwrócił uwagę otaczających na wyżej wspomniane objawy. Pewnego dnia podskoczywszy przy nauce gimnastyki, uczuła silny ból w okolicy nadbrzusznnej (epigastrium). W kilka godzin później, przy silnym bólu w tej okolicy, zwymiotowała nieznaczną ilość czystej, płynnej krwi, poczem nastąpiły też krwawe wypróżnienia. Rozpoznanie źródła krwotoku, ze względu że w tym wieku krwotoki żołądkowe należą do bardzo rzadkich, było utrudnione i tylko zupełny brak objawów chorobowych ze strony narządów oddechowych i jednoczesne zjawienie się wypróżnień krwawych zwróciły uwagę autora na właściwą drogę. — W pierwszym tygodniu choroby krwawe wymioty powtarzały się codziennie, czasami nawet kilka razy na dzień; ilość krwi była zawsze nieznaczną, krew była w części płynną, w części zaś skrzeplą; również kilka razy pokazywała się krew w wypróżnieniach. — Krwawym wymiotom towarzyszył zwykle silny ból w okolicy nadbrzusznnej. Brak apetytu, zaparcie stolca, przy ucisku ból w okolicy nadbrzusznnej. Opisane objawy są tak charakterystyczne dla dziurawiącego wrzodu żołądka, że autor nie wątpił o dyagnozie. Okoliczność że chora dla ulżenia bólu stale ku przodowi się zgięła, kazała przypuszczać, że wrzód znajdował się na tylnej ścianie żołądka. Co się tyczy leczenia, to chorą pozostawiono przez cały czas w łóżku, za pokarm podawano jęj w pierwszych tygodniach mleko ochładzane na lodzie. Pokarm ten znosiła wybornie. Następnie dodał autor trochę bułki, nieco zupy mlecznej z drobną kaszką pszenną, a potem trochę surowej szynki, zimne kurczęta i trochę wina Bordeaux. Ze środków leczniczych chora przyjmowała Karlsbad-Schlossbrunn z dodatkiem soli karlsbadzkiej do pierwszej filiżanki i Bilin, jako napój, po obiedzie i wieczorem. Środki

narkotyczne używane były bardzo rzadko. Polykanie kawałków lodu i lód na okolicę żołądka zalecone były tylko z samego początku. W dość krótkim czasie chora poprawiła się zupełnie. Godnym uwagi w danym przypadku jest ukryty przebieg choroby, która objawiła się dopiero poskoku. Autor przypuszcza, że gdyby dłużej przebieg był ukryty, to wrzód mógłby doprowadzić do przedziurawienia.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na wiek chorób. Wrzód bowiem w pierwszych 10 latach a nawet i późniejszych niezmiernie rzadko się zdarza; przeciwnie zaś naciek krwawy ścianek żołądka prowadzący do nadżarć a nawet do owrzodzeń, z ostrym przebiegiem, jest dosyć częstym zjawiskiem u dzieci. Dla czego te małe owrzodzenia prawie nigdy nie przechodzą w przewlekłe wrzody? na to nie mamy dostatecznego objaśnienia, ponieważ nie można przyjąć że u dzieci nie dostaje koniecznych do tego warunków: miejscowej niedokrwiłości i kwaśnej zawartości żołądka BUDD powiada, że przed szesnastym rokiem życia znalazł jeden raz tylko wrzód dziurawiący. ROKITANSKY przed 14 rokiem życia ani razu go nie obserwował. Według BRIKTON'A na 226 sekcjach w których stwierdzonym został wrzód dz. tylko 2 przypadki były pomiędzy 1 i 10 rokiem życia. *W. Mączkowski.*

10. Dr. WALB. **Błonica przewlekła gardzieli.** Ueber chronische Diphteritis des Rachens. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1882. Nr. 50).

Jak z jednej strony błonica, mająca swe siedlisko w dolnej części gardzieli, łatwo rozpoznać się daje, tak trudno na razie orzec, z czem mamy do czynienia, jeśli proces zajmuje górną część gardzieli oraz przestrzeń zakrytą podniebieniem miękkim, jeśli część dolna żadnego w procesie nie przyjmuje udziału. W takich razach utrudnienie oddzielania się błon, niełatwy dostęp dla środków leczniczych powodują dłuższe zetknięcie się zarazka z częściami

zajętymi, choroba staje się przewlekłą i coraz dalej się rozszerza. Przechodzi ona najczęściej do jamy nosowej i nieraz do organu słuchowego. Postać ta błonicy przewlekłej z obszernymi owrzodzeniami rozwija się najczęściej na gruncie przymiotowym i gruźliczym. W niektórych przypadkach owrzodzenia te dostrzedz można tylko za pomocą wziernika nosowego, gdyż dolna ich granica nie sięga po za podniebienie miękkie. Chorzy skarżą się na silny ból, poczynający się od oka i rozprzestrzeniający się na całą głowę, szczególnie jeżeli owrzodzenie dochodzi do samej podstawy czaszki. Owrzodzenia szerzą się coraz dalej, dochodzą nieraz do przetyka i wtedy ogólny stan chorego znacznie się pogarsza: ból miejscowy bardzo silny, szczególnie przy polykaniu, znaczny upadek sił. Owrzodzenia te są bardzo podobne do owrzodzeń przymiotowych i gruźliczych. Autor skonstatował, że u wszystkich 12 chorych, których spozstrzegał, choroba rozpoczęła się od błonicy gardzieli i sądzi, że u osób z przymiotem dziedzicznym, skrofulicznymi lub gruźliczymi błonica górnej części gardzieli bardzo łatwo przyjmuje formę błonicy przewlekłej w kształcie obszernych owrzodzeń. Tak się rzecz miała u wszystkich chorych z wyjątkiem jednego, u którego ani przymiotu, ani gruźlicy skonstatować nie było można. U chorego tego, cierpiącego na błonicę migdałów, pojawiło się owrzodzenie na tylnej ścianie podniebienia miękkiego z prawej strony, zstępujące coraz niżej aż do języczka. Przyczynę pojawienia się owrzodzenia autor przypisuje szkodliwym wpływom atmosferycznym, którym chory bardzo często ulegać musiał.

Co się tyczy leczenia, to środki żrące i ściągające prawie zawsze są przeciwwskazane, gdy dno owrzodzenia jest jeszcze sadłowatém, a brzegi w stanie nacieczenia, natomiast silne środki przeciwgnilne okazują się skutecznymi. Wydzielina i odzielające się masy powinny być usunięte,

co za pomocą przestrzykiwania nosa i gardzieli łatwo skutecznie można. Jako środki przeciwgnilne zastosować można miejscowo 5—8% roztwór kwasu karbolowego, jodoform z kwasem bornym. Chlorań potasu nie wiele pożytku przynosi. Kiedy dno owrzodzenia oczyszcza się i pokrywa ziarniną, należy stosować środki żrące: przyżegania lapisem, mgłą z mocnego roztworu azotanu srebra. Stosowanie samych tylko środków przeciwgnilnych może doprowadzić do pomyślnego wyniku, lecz wymaga daleko więcej czasu, gdyż ziarnina bardzo wolno występuje. Nie należy także zaniedbywać jednocześnie leczenia, skierowanego ku poprawie ogólnego stanu chorego. *L. Krause.*

11. Prof. SOMMERBRODT. **Bezwład nerwu wstecznego pochodzenia urazowego.** Ueber eine traumatische Recurrens Lähmung. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1882. Nr. 50).

Chora 22-letnia panna, cierpiąca od kilku miesięcy na lekkie obrzmienie gruczołu tarczowego, pewnego dnia zauważyła nagle powiększenie lewego płatu wzmiankowanego gruczołu bez widocznej przyczyny. Wstrzykiwanie nalewki jodowej przez 5 dni (1/2 strzykawki PRAVAZA dziennie) spowodowało znaczne zmniejszenie gruczołu; zbócenia w mowie dotychczas nie spostrzegano. Po óciu wstrzyknięciach chora doznała uczucia ściągania w piersiach i okolicy żołądka i natychmiast utraciła mowę. Po 14. dniowej faradyzacji chora zaczęła mówić chrapliwym, słabym głosem. Badanie laryngoskopijne przedsięwzięte po kilku tygodniach wykazało bezwład lewej części krtani. Pomimo faradyzacji, stosowanej przez kilka jeszcze tygodni, stan chorób coraz się pogarszał.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że do zupełnego bezwładu części lewej krtani przyłączył się wkrótce niedowład strony prawej. Co się tyczy zachowania się prawej strony krtani zaraz po uszkodzeniu nerwu i w pierwszych tygodniach choroby autor jest zdania, że od

samego początku był bezwład obustronny, gdyż natychmiast nastąpiła zupełna utrata mowy, czego nie bywa, jeśli bezwład jest jednostronnym. SCHMIDT na zasadzie swoich doświadczeń dochodzi do przekonania, że u kotów po przecięciu nerwu krtaniowego dolnego z jednej strony, głos staje się cokolwiek chrapliwym, nieczystym, słabszym, co jednak ma tylko miejsce przez pewien czas, gdyż struna głosowa drugiej strony zastępczo pełni funkcje sparaliżowanej. Paraliż prawej struny powstały w naszym przypadku wskutek uszkodzenia nerwu wstecznego lewego, autor uważa jako odruchowy (Reflexparalyse), gdyż tu żadne zaburzenia ośrodków nerwowych natychmiast po uszkodzeniu nerwu powstać nie mogły. Jakie są przyczyny, wywołujące taki bezwład odruchowy dotychczas objaśnić nie jesteśmy w stanie. *L. Krause.*

IV. Chirurgija i Oftalmologija.

12. JAMES ISRAEL. **Operacja przy ropieniu nerki Ein Fall von Operation einer Pyonephrose.** (*Berlin. klin. Woch. Nr. 51. 1882 r.*)

34 letnia kobieta, przed 4-ma tygodniami jeszcze zupełnie zdrowa, uskarża się na silny ból w lewej stronie brzucha; przy rozpytywaniu okazało się, że od bardzo dawna uczuwała nieznaczne bóle w lewej okolicy lędźwiowej i mocz był zawsze mętny. Obecnie w lewej połowie brzucha znajduje się wielki guz sięgający od podżebrza do przedniego górnego kolca kości bezimiennnej i rozprzestrzeniający się na prawo po za linię środkową na 5 ctm., konsystencya guza twarda (w środku tylko wyczuwa się jasne chelbotanie), odgłos opukowy tępy. Przez pochwę można wyczuć dolny odcinek guza, macica ruchoma, pochylona ku przodowi—jajniki nie wyczuwalne. Ilość dzienna moczu 1800—1900 sześć ctm., mocz mętny, amoniakalny, osad ropy obfity, przy badaniu mikroskopowem widać: duże płyty nablon-

ka, pochodzącego prawdopodobnie z miedniczek nerkowych, masy rozpadowe, ciółka ropne i liczne bakterye. W moczu wiele białka. Organy jamy piersiowej zupełnie normalne, przerostu mięśnia sercowego niema. Rozpoznano Pyonephrosis, przy czem należało przypuszczać, że połączenie między chorą nerką i pęcherzem nie zupełnie zostało przerwane, gdyż inaczej nie możnaby objaśnić zmian spostrzeganych w moczu—trzeba by chyba przyjąć chorobę drugiej nerki, do czego jednak nic nie upoważniało. J. postanowił nie wycinać nerki, lecz wytworzyć przetokę moczową przyszywszy rozszerzoną miedniczkę do ściany brzusznej. Operacją wykonał intraperytonealnie, prowadząc cięcie od wierzchołka 11-go żebra do środka linii przeprowadzonej od kolca kości bezimiennnej do pępka; doszedłszy do torbieli, przekłuł ją trójgrańcem, po wypuszczeniu wielkiej ilości bardzo cuchnącego płynu, otwór rozszerzył na 3 ctm. i przemył jamę roztworem tymolu. Wprowadziwszy palec przekonał się, że część otworzona nie jest wcale rozszerzoną miedniczką, lecz tylko jednym z kielichów, który doszedł do ogromnych rozmiarów i łączył się z miedniczką za pomocą dość wąskiego otworu. Po przyszyciu ścian kielicha do brzegów rany brzusznej wprowadził dren i nałożył opatrunek jodoformowy. Przebieg w przeciągu 2-ch pierwszych dni był wyborny, w nocy 3-go dnia chorą zastrzyknięto morfinę (0,01 grm) dla zmniejszenia bardzo nieprzyjemnych, a częstych parć do oddawania stolca. Na drugi dzień rano puls znacznie częstszy, nitkowaty, oddech częsty, powierzchowny—senność, bladeść twarzy i upadek sił, ilość moczu w ciągu doby 200 ctm. Śmierć 4-go dnia. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: płuca blade, obrzękłe; serce małe, muskulatura wiotka, ściany cienkie; lewa nerka przemieniona w wielki guz, kapsuła jej ściśle zlana z otaczającą tkanką łączną; miedniczka nie wiele powiększona, ale za to wszystkie kielichy znacz-

nie rozszerzone, tak, że cała nerka ma porządek torbieli wielokomorowej; moczowód otwiera się na przedniej ścianie miedniczki, tylna jego ściana przylega do przedniej ściany miedniczki— żadnych mechanicznych przeszkód objaśniających powstanie roponercza w moczowodzie nie znaleziono. Nerka prawa bardzo zmniejszona, w stanie znacznie posuniętego zaniku ziarninowego (Granularatiophie); miedniczka rozciągnięta, moczowód normalny. Inne organy nie przedstawiają nic godnego uwagi.

W przypadku wyżej opisanym nigdzie nieznaleziono przyczyny zastojomoczu, autor objaśnia go sobie nienormalnem ustawieniem moczowodu. Ustawienie takie moczowodu powstało w skutek utraty elastyczności przez ściany miedniczki, spowodowanej dawno trwającym zapaleniem miedniczki (pyelitis). Mocz zbierający się w miedniczce cisnął na tylną ścianę moczowodu i zamykał jego światło, z tego powodu zbierało się co raz więcej moczu w miedniczce, a im bardziej się ciśnienie w tej ostatniej powiększało tem szczelniej był zamknięty moczowód.

Godną też uwagi jest przewaga rozszerzenia po stronie kielichów nerkowych. Żeby się można było w opisanym przypadku dostać do miedniczki trzeba by cięcie poprowadzić jeszcze bardziej na wewnątrz, autor jednak utrzymuje, że chociaż przy podobnej operacji powinno się zawsze dążyć do otworzenia samej miedniczki, to jednak otworzenie jednego z kielichów może być też uwiecznione pomyslnym skutkiem wtedy mianowicie, jeśli komunikacja istniejąca między kielichem i miedniczką jest dość obszerna, lub w przeciwnym razie po rozszerzeniu tej komunikacji termokauterem. Co do zachowania się drugiej nerki, to autor zwraca uwagę jak dalece zmiany drugiej nerki nie przedstawiają za życia żadnych objawów. W opisywanym przypadku brakło zupełnie przerostu serca, a pomimo to ilość wydzielanego moczu była

bardzo znaczną, chociaż przeszkody w krążeniu w nerkach były niezaprzeczenie ogromne. Ten to właśnie niestosunek siły muskularnej serca do przeszkód krążenia w nerkach stał się dla chorób fatalnym. Potrzeba było tylko małej przyczyny aby nadwzrężyć istniejącą równowagę! Za taką przyczynę uważa autor zastrzyknięcie morfiny zrobione chorób w noc, po której nastąpiło pogorszenie. Wnioski autora: 1) Przy rozpoznawaniu jednostronnego wodo- lub roponercza trzeba zawsze mieć na uwadze możliwość choroby drugiej nerki, chociażby nawet ilość wydzielanego moczu była normalną i brakło zupełnie przerostu serca.— 2) Z tego też powodu trzeba przekładać utworzenie przetoki nad wycięcie nerki. — 3) Jeśli kielichy są głównie rozszerzone nie zaś miedniczka, to może się okazać koniecznem zranienie otrzewnej; w takim razie najlepiej całą operację wykonać odrazu, nie zaś naprzód wyczekiwać zrostów guza z ścianą brzuszną, a potem go dopiero otwierać.— 4) Środki narkotyczne obniżające siłę serca są przeciwwskazane przy chorobach nerek, połączonych ze znacznymi przeszkodami w krążeniu. *W. Krajewski.*

13. GLUCK. **O przeszczepianiu mięśni i ścięgien.** Ueber-Muskel und Sehnenplastik. (*Arch. f. klin. Chir. v. Langenbeck Bd. 26. H. 1.*)

14 HELFERICH. **O przeszczepianiu mięśni u ludzi.** Ueber Muskeltransplantation beim Menschen. (*Arch. f. klin. Chir. v. Langenbeck Bd. 28 H. 3.*)

Jeszcze w 1881 roku pojawiła się w Arch. Langenbecka doświadczalna praca Gluck'a o przeszczepianiu mięśni, ponieważ jednak pozostawiała wiele punktów nierozjaśnionych (tak np. nie wyjaśniała zachowania się nerwów względem przeszczepionego mięśnia) i ponieważ autor zapowiedział bliższe pojawienie się wyczerpującej pracy w tym kierunku, woleliśmy więc ze streszczeniem się wstrzymać. Tymczasem G. nigdzie zapowiedzianej pracy dotąd drukiem nie ogłosił, a Helferich w

Monachium zrobił już pierwszą próbę przeszczepiania mięśnia u człowieka i próba ta pomyślnym została uwieńczona skutkiem. Ta próba wyciągnięcia praktycznych korzyści z przeszczepiania mięśni skłania nas do zreferowania obu prac, chociaż jak to już wyżej powiedzieliśmy praca GLUCK'A wiele kwestyj, rozstrzygnąć się dających tylko na drodze doświadczałnej, pokrywa głębokiem milczeniem. G. przeszczepiał kawałki mięśni królika (wielkości 5-cio markówki) kurom, u których wycinał poprzednio odpowiedni kawałek m. tensoris fasciae latae capitis longi bicipitis femoris, przy czym zszywał dokładnie przeszczepiany kawałek z końcami mięśnia przeciętego, lub też odpreparowawszy mięsień dwugłowy łydki (gastrocnemius) u jednej kury wycinał kawałek mięśnia wraz ze ścięgnem i przeszczepiał na inną kurę, którą wprzód pozbawił odpowiedniego kawałka tegoż mięśnia, ranę skórą zaszywał i nakładał na wszystko opatrunek przeciwnilny. Na zasadzie tych doświadczeń G. przychodzi do następujących wniosków:

a) Transplantacja mięśni wraz ze ścięgnami, lub bez takowych, zawsze się udaje przy użyciu szwu katgutowego i opatrunku przeciwnilnego.

b) Sprawy regeneracyjne występują w przeszczepionym kawałku tylko wtedy jeśli nastąpi połączenie per primam intentionem.

c) Jeśli pojawiło się silne zapalenie to przeszczepiony kawałek mięśnia zamienia się na tkankę łączną, a w ten sposób mięsień, do którego wszczepiano przyjmuje wygląd mięśnia półbłoniastego (semimembranosus).

d) Nawet w tego rodzaju wypadkach, mięsień powraca do swjej czynności, którą za pomocą elektryczności i odpowiednich starań można doprowadzić do normy.

HELFERICH postanowił spróbować przeszczepiania mięśni, opierając się na pracy GLUCK'A, w następującym przypadku:

36-cio letnia panna zauważyła już od 2-cho lat guz wyrastający w górnej połowie prawego ramienia. Guz ten znakomicie się powiększył w przeciągu ostatnich dwóch miesięcy. Przy badaniu okazało się, że guz ten wyrasta z mięśnia dwugłowego ramienia i że prawie cała grubość mięśnia jest nim zajęta, zginanie i rozginanie przedramienia ograniczone. Przy operacji okazało się, że tylko bardzo wąski pasek mięśnia dwugłowego (jak ołówek) pozostał niezmienny, ten też kawałek pozostawiono, a resztę mięśnia wycięto wraz z guzem. Brak który w ten sposób powstał w mięśniu dwugłowym miał 11 ctm. długości. Podczas gdy autor operował, odpreparowano u psa mięsień dwugłowy biodra, przyczem jednak zostawiono wokoło mięśnia dość znaczną ilość tkanki łącznej otaczającej. Po wycięciu guza autor wyrównał końce mięśnia pozostałe w ranie, i wyciąwszy u psa kawałek odpreparowanego mięśnia dwugłowego, trochę większy od braku, który trzeba było zapelnąć—umieścił go w ranie i zszył z końcami mięśnia dwugłowego chorój trzema rzędami szwów katgutowych. W przeciągu kilku pierwszych dni temperatura była trochę podniesioną, ale potem stała się zupełnie normalną; w 8 dni po przeszczepieniu wydzielił się mały kawałek przeszczepionego mięśnia. Dalej gojenie miało przebieg zupełnie aseptyczny, w miesiąc po operacji rana zupełnie zagoiła się, wówczas rozpoczęto faradyzację. We 3 miesiące po operacji autor przedstawiał chorą prof. Ziemssen'owi, którego badanie wykazało, że mięsień reaguje zupełnie normalnie na oba rodzaje prądów elektrycznych. Przypadek ten dowodzi więc, że można przeszczepiać mięśnie innych zwierząt na człowieka z nadzieją dobrego rezultatu.

W. Krajewski.

15. DELBASTAILLE. **Leczenie nowotworów za pomocą mięszowych wstrzykiwań kwasu osmowego.** Ueber parenchymatöse Injectionen von Ueber-

smiumsäure bei Geschwülsten. (*Chr. f. Chir. N. 48 1882 r.*)

D. robił na klinice prof. WINIWARTER'A w Lüttich próby wstrzykiwać kwasu osmowego przy nowotworach, których wycięcie było niemożliwe. Dotąd zastosował ten sposób leczenia w kilku zaledwie przypadkach, rezultat jest bardzo zachęcający. I tak, w przypadku mięsaka szyi, w którym nie można było dokończyć rozpoczętej operacji z powodu ścisłego zlania się nowotworu z głównymi naczyniami, wystarczyło 14 wstrzykiwań kwasu osmowego (codziennie po 3 krople 1-procentowego roztworu) do zupełnego zniszczenia nowotworu. Skóra pozostała niezmienną — i stan ogólny w niczym nie ucierpiał. Tego sposobu leczenia, zawsze z powodzeniem, użyto jeszcze w następujących przypadkach: recydywa mięsaka w ranie po wyluszczeniu ramienia, przy licznych gruczolakach limfatycznych i przy żółtym zapaleniu gruczołów chłonnych szyi. Przy raku próbowano wstrzykiwać, ale bez skutku. Główna przewaga kwasu osmowego nad dotychczas używanymi lekami zdaje się polegać na tem, że kwas osmowy nie wywiera żadnego wpływu na tkanki zdrowe otaczające. D. zapowiada, że wkrótce ogłosi rezultaty doświadczeń, które rozpoczął na zwierzętach. *W. K.*

16. Dr. DESALLÉS. **Najlepszy sposób leczenia traumatyzmu rogówki wskutek uszkodzenia kolcem kłosa.** (*Recueil d'Ophthalmologie. Lip. 1881*).

Wiadomo jak często rogówka ulega w podobnych razach ropnemu zapaleniu u źniwiarzy. Autor podaje 23 obserwacje. Zaleca: wyjęcie kolca, pijawki, atropinę, ciepłe okłady i pigułki dra. GNÉVINA następującego składu: Rp. Sulf. chinini, ext. hyoscyami aa 1 grm., div in 20 pil. aeq. Co godzinę po jednej. Przy owrzodzeniu rogówka rozcina się. W 9 przypadkach otrzymano doskonały rezultat.

Dr. Talko.

17. Dr. WILLIAMS. **Kazuistyka oftalmiczna: kryształ cholestearyny w**

przedniej komórce oka. (*Brit. Med. Journ. 4 Lutego 1882*).

34-letni mężczyzna, cierpiący 10 lat temu na iritis, został mocno uderzony w lewe oko. Przednia komórka wypełniona była płynem przypominającym syrop, w którym pływały kryształki cholestearyny w niezliczonej ilości. *Dr. Talko.*

18. Dr. GOLDZIEHER. **Lymphadenitis conjunctivae.** (*Centralbl. f. Augenh. Nov. 1882*).

U 14-letniego chłopca, mającego obrzmiałe gruczoły na szyi i pod szczęką, jednocześnie pojawił się obrzęk przedusznego gruczołu i téjże strony powiek. Pod dolną powieką na przechodowej fałdzie łącznicy siedział guz, wielkości orzecha bardzo przypominający grzeź tuberkuliczny. Przy zbadaniu części odciętej z guza, przekonano się, że takowy posiadał budowę chłonnego gruczołu guzik ten prawdopodobnie pochodził z rozrostu istniejącego w łącznicy woreczka gruczolowego (Drüsenfollikel). *Dr. Talko.*

19. Dr. MAGNUS. **Dwa lata i 3 miesiące uwięziony w rogówce kawałek szkła.** (*Zehender's Monatsbl. Nov. 1882*).

Wskutek zranienia pękniętą butelką w wewnętrzno-dolnej części rogówki utworzyła się twarda i gładka wyniosłość, uwydatniająca się 1/2 mm. nad jęj powierzchnią, przy zupełnym braku zapalnych objawów. Ponieważ częstkami niepodobna było téj wyniosłości uchwycić, przeto dr. M. ostróżnie oddzielił naokoło rogówkę za pomocą kataraktalnego nożyka, i wtedy tylko udało się wydobyć częstkami ciało obce: był to kawałek szkła wielkości 2 mm. Wzrok pozostał nieuszkodzonym. Obserwacja ta stwierdza zdanie LEBER'A, że obojętne ciała, czyste i nieposiadające septycznych materij, znajdując się w oku nie wywołują spraw zapalnych. *Dr. Talko.*

20. Dr. MOYNE. **Ophthalmia purulenta artificialis wywołana użyciem Jequirity.** (*Bolletino d'oculistica Nov. 1882*).

21. Dr. SIMI. **Jequirity** (*tamże Dic. 1882*).

M. używał nastoju ziarn Jequirity u trojga dzieci cierpiących na granulacje łącznicy, które w dość krótkim czasie zostały uleczone. M. spodziewa się, że ten środek okaże się użytecznym przy chronicznym katarze łącznicy. W naszej mocy jest wywołać silne lub słabe ropienie łącznicy, dozując podług życzenia moc nalewki, która z początku zwykle bywa przezroczystą, wkrótce jednak poczyna opalizować.

Do przeciwnych wyników przyszedł Dr. SIML. Środek próbowany na dwóch chorych okazał się prawie bezużytecznym: granulacje mało się zmieniły, pannus pozostał taki sam jak przedtém, chociaż chory twierdził, że widzi lepiej.

Przyp. spraw. Czerwone, czarne, centkowane ziarenka Jequirity, o których pisaliśmy w N. 20 Kron. Lek., o których pisały wszystkie oftalm. pisma, w naszych doświadczeniach nie sprawdziły nadziei w nich pokładanych. Próbowaliśmy je na czterech chorych w szpitalu, cierpiących na follik. jaglicę (jeden z łuszczką) i u jednej panienki w prywatnej praktyce (pannus trach.)—przy użyciu nawet w mocniejszych dozach, jak podawał WECKER, przekrwienie łącznicy zwiększało się, wydzieliny stawały się nieco ropiastemi, u jednego nawet łącznica tarsalna przedstawiała niby krupowe wypociny, lecz ani u jednego nie rozwinęła się klasyczna ophth. purulenta. A ztąd i rezultat użycia Jequirity w naszych przypadkach był ujemny, jaglice pozostały w takim samym stopniu jak przed tém. Wszyscy chorzy uskarżali się przy używaniu Jequirity na ból głowy, a nawet na nudności.

Dr. Talko.

22. SCHLENKER. **Skostnienie miązdry zębowej.** (Zjazd dentystów w Berlinie 1882 r.)

Nim ukończoną zostanie obszerna praca SCHLENKERA o skostnieniu miązdry zębowej w następnym zeszytach *Viert. f. d. Zahnärzte*, podam krótkie sprawozdanie z demonstracji S. na zjeździe dentystów ber-

lińskich b. r. odnoszącej się również do skostnień miązdry.

S. demonstrował fotografie preparatów drobnowidzowych przygotowanych ze szlifowanych zębowych blaszek. S. rozdziela nowotwory zębowe na swobodne, przyrosłe i śródmiąższowe.

Swobodne nowotwory poczynają się zwykle wytwarzać w części kanału zębowego odpowiadającej koronie, aby następnie stopniowo osadzać się w kierunku wierzchołka korzenia — zwykle warstwami. Wytwory te kostne doszedłszy do pewnej wielkości i kształtu, są umiejscowione albo każdy z osobna, lub też zlewają się niektóre z sobą, wytwarzając w ten sposób podługowate dentinoidy. (Triple-dentinoid).

Przyrosłe nowotwory kostne (tak zwana zębina zastępcza) osadzają się zwykle w kanale zębowym na miejscach odpowiadających punktom wywieranego drażnienia. Niekiedy jednak napotykamy je na zupełnie przeciwnym drażnieniu stronie, lub też z obu stron.

Za przyczynę powstawania tych nowotworów S. uważa próchnienie (caries), mechaniczne obrażenia, plomby metalowe, zużycie zęba, starcze przemiany w zębie, zatrzymanie (niewyrznięcie się) w zębdole zęba, zapalenie ozębnej.

Często swobodny dentinoid osadza się stale na ścianie, aby dać początek wytwarzaniu się dalszych przyrosłych nowotworów.

Czasem nie bacząc na wywierane drażnienie lub zużycie zęba, nie znajdujemy dentinoidów.

Przy mechanicznych obrażeniach zęba, kiedy ozębna znajduje się w stanie zapalnym, dentinoidy się wytwarzają; lecz jak tylko przyjdzie do znaczniejszego zapalenia miązdry, wytwarzanie się tych nowotworów ustaje.

Od dawna znany jest fakt zmniejszania się z wiekiem przestrzeni miązdrawej zęba; na bezwzględne zaś zmniejszenie się przestrzeni miązdrawej, raz tylko znacznie-

sze a drugi raz mniej znaczne, w zębach stałych, niewyrzniętych z zębodołu pierwszy dopiero S. zwrócił uwagę i wykazał na swych preparatach.

Na szkliwie zębów (osobliwie siecznych górnych) często dostrzegać się daje rodzaj fałd, które na zębinę przechodzą— otóż w zębach takich, jak również w zębach niedokształconych znajdujemy zwykle część koronową przestrzeni zębowej zarośniętą. Zarośnięcie to S. objaśnia wadą pierwotnego tworzenia się zęba, gdyż w miejscach tych widzimy niedorozwinięte kanaliki zębinowe i rozrzucone komórki międzykanalikowe. *Kobyliński.*

23. STAAR. **Porcelanowe zatyeczki przygotowane do plombowania zębów spróchniałych.** (*Viertj. f. d. Zahnärzte 1882 r.*)

Wiadomem jest, że plomby tak zwane cementowe, emaljowe lub porcelanowe, a właściwie powiedziawszy cynkowe, pod wpływem śliny, a tém bardziej śliny kwasno oddziaływającej, czasem bardzo szybko się rozpuszczają. Ząb w ten sposób plombowany, po zaniku masy wypełniającej otwór zębowy, szybkiemu ulega psuciu. Tam więc, gdzie nie można plombować złotem, czy to ze względów estetycznych np. na powierzchniach przednich zębów siekaczy, czy też skutkiem niewytrzymałości zęba, a chodzi nam o wstawienie trwałej plomby, posługiwano się i dawniej kawałkami zębów sztucznych, przyszlifowując takowe stosownie do wielkości i kształtu otworu zębowego, który miał być zaplombowanym. Kawałki takie porcelanowe umocowywano w otworze zębowym za pomocą folji złotej lub gutaperchy.

STAAR używa w tym celu kawałków porcelany, umyślnie już przygotowywanych, różnej wielkości, kształtu i zabarwienia. Zatyeczki te posiadają z tylnej strony rodzaj świeczków. Chcąc więc takowych zatyekadeł używać do plombowania, należy odpowiednio do koloru zęba wybrać zatyekadło, zastosować je do wielkości o-

tworu a następnie wypełnić otwór w zębie masą cynkową i dopóki ta nie wyschnie, wgnieść w takową zatyekadło porcelanowe. Przy wgniataniu część zbyteczna miękkiej masy cynkowej zostanie wypartą na zewnątrz. Przeczekawszy aż masa cynkowa dobrze uschnie, za pomocą kamieni szmerglowych należy przyszlifować plombę równo z pozostałą powierzchnią zęba. Plomba w ten sposób osadzona jest stosunkowo bardzo trwałą, gdyż na masę, z której zatyekadło jest przyrządzone, ślina wcale nie wpływa, a masa cynkowa wypełniająca wewnątrz otworu zębowego silnie trzyma zatyekadło za świeczki z tyłu takowego umocowane.

Oprócz w ten sposób przyrządzonych porcelanowych zatyekadeł pojawiły się w handlu zatyekadła również porcelanowe bez świeczków, lecz przewężonego kształtu, podobne nieco do spinek od koszuli. Tęj formy zatyekadła umocowujemy w zębie również za pomocą masy cynkowej obchwytyjącej ścielnie miejsca przewężone.

Plomby tego rodzaju imitując barwę zęba, bardzo dobrze się nadają do plombowania części widocznych zęba, a będąc przytém trwałymi i nieulegającymi wpływowi śliny służyć mogą do plombowania otworów zębowych umieszczonych pod dziąsłem, lub też na powierzchniach gryzących zębów trzonowych.

Kobyliński.

V. Gyniekologija.

24. G. E. HERMAN. **Kliniczny podział zbocezeń macicy ku tyłowi.** The classification of backward displacements of the uterus. (*The Lancet Nr. 23 i 24. Tom II. r. 1882*).

Tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy przedstawiają liczne odmiany, które należy zawsze mieć w pamięci, chcąc je skutecznie leczyć. Zboczenia te często różnorodne wywołują objawy, niekiedy jednak obecności swojej niczém nie zdradzają.

W niektórych razach objawy ustępują w zupełności i nadzwyczaj szybko przy leczeniu mechanicznym, które znowu w innych przypadkach żadnej nie przynosi ulgi. Z tych więc powodów zбочenia, o których mowa powinny być dokładnie rozklasyfikowane.

Dotychczasowy podział tych zбочeń opiera się głównie na postaci, na zgięciu i stopniu zgięcia macicy. Autor utrzymuje, że podział ten nie jest wcale praktyczny. Często bowiem widzimy, że objawy, napotymane ustępują w zupełności, pomimo że samo zбочenie nie uległo zmianie; z drugiej znowu strony bardzo często skutkiem leczenia mechanicznego tyłozgięcie lub pochylenie może być zupełnie usunięciem, co jednak żadnego nie ma wpływu na objawy mu towarzyszące, które pozostają w stanie niezmiennym.

HERMAN proponuje zupełnie inny podział zбочeń macicy, oparty na następującym rozumowaniu:

Najważniejszą przyczyną powstawania tyłopochyleń i tyłozgięć jest osłabienie i większa podatność części, wyściełających miednicę, t. j. mięśni, więzów, tkanki łącznej i tłuszczowej, które wzięte razem tworzą grubą przeponę, zamykającą z dołu jamę brzuszną. Skutkiem tego osłabienia ruchomość macicy się powiększa, a opuszczając się swym ciężarem nachyla się ona ku tyłowi lub przodowi. Im ruchomość ta będzie większą, tym większe będzie nachylenie. Jeżeli macica przytém będzie nieco sztywną, wówczas w miarę opuszczenia się i przechylenia dna macicy w jedną stronę, szyjka jej podniesie się ku górze w kierunku przeciwnym. Tym sposobem powstaje przodo- i tyłopochylenie. Często jednak szyjka macicy, która ze względu na stosunki anatomiczne mocniej aniżeli ciało jest w swém miejscu utwierdzoną, mało tylko się przesuwają, ciało zaś macicy przechylając się pod kątem, mniej lub więcej ostrym, wytwarza przodo- i tyłozgięcie.

Zбочenia więc ku tyłowi uważane być winny za następstwo i oznakę osłabie-

nia części zawartych w miednicy (yreliding of the pelvic floor).

To osłabienie jest ze swój strony następstwem często przebywanej ciąży i porodów. Po porodzie części zawarte w miednicy powinny właściwie wraz z macicą wrócić do *status quo ante*, co jednak nie zawsze ma miejsce i dla tego to zбочenia macicy ku tyłowi najczęściej spotykane są u kobiet, które porody już odbywały, rzadko zaś u dziewic i kobiet nierodzących.

Poród uspasabia kobiety nie tylko do zбочeń macicy, ale również do rozmaitych cierpień organów płciowych. Nikogo więc dziwić nie powinno, że spotykane są przypadki tyłopochyleń lub zgięć wraz z objawami, których na karb tych ostatnich kłaść nie można, i które od nich są całkiem niezależne.

Przy zбочeniach ku tyłowi ważną rolę odgrywa stan więzów maciczno-krzyżowych. Jeżeli więzy te będą twarde i niepodatne, wówczas dno macicy, opuszczające się w jamę DOUGLASA, może być wystawione na mocny ucisk; powrót krwi żyłnej z macicy zostaje utrudniony i w ten sposób powstaje jej przekrwienie bierne.

Na zasadzie powyższego rozumowania wszystkie przypadki tyłopochyleń i tyłozgięć autor podprowadza pod 4 działy:

1. Tyłopochylenia i tyłozgięcia, przebiegające bez żadnych objawów chorobowych.
2. Tyłopochylenia i tyłozgięcia, cechujące się objawami, które należy przypisać tym zбочeniom.
3. Tyłopochylenia i tyłozgięcia, cechujące się objawami przekrwienia macicy
4. Tyłopochylenia i tyłozgięcia; powikłane niezależnymi od nich cierpieniami organów płciowych.

Każdemu z tych działów autor poświęca kilka słów:

1. Trudno oznaczyć częstość tyłozgięć i pochyłeń, nie nacechowanych żadnymi objawami. Że jednak tak być może, dowodzą przypadki znajdowania tych zбочeń u kobiet, które się na żadne dolegli-

wości nie uskarżają. VEDELER, badając 414 zdrowych dziewcząt, znalazł tyłopochylenie w 45 przypadkach (11%), a tyłozgięcie w 13 (3%). Cyfry HEWITTA i HERMANA nie wiele się różnią od cyfr powyższych.

W przypadkach zbroceń, przebiegających bez żadnych objawów, nie powinniśmy się uciekać do leczenia mechanicznego.

2. Objawami drugiej kategorii są bóle w okolicy krzyża, mniejsze lub większe, a które przy spokojnym leżeniu poziomym przechodzą. Tu leczenie mechaniczne oddaje najlepsze usługi.

3. Do trzeciej kategorii należą przypadki powikłane biernym przekrwieniem macicy. Tu ból w krzyżu jest daleko większy i nieznośniejszy i nie tak szybko przemija przy spokojnym leżeniu w łóżku. Oprócz bólu są krwotoki: miesiączka ilościowo jest większą, trwa dłużej i bardzo szybko wraca; ciało macicy jest obrzmiałe i wrażliwe na ucisk; ból pałący przy oddawaniu moczu, jak również przy oddawaniu stolca. W tych przypadkach, jeżeli przekrwienie jest następstwem tyłozgięcia, leczenie mechaniczne również wyborne daje rezultaty: oswobadzając bowiem dno macicy od ucisku, tym samym znosi przyczyny przekrwienia żylnego i objawy chorobowe nadzwyczaj szybko mijają.

Autor w tych razach nie radzi używać krążków macicznych HODGEGO, które, jako wyrabiane ze zbyt twardego materiału, za mocny ucisk wywierają na bolesną macicę i więcej przynoszą szkody, aniżeli pożytku.

Najodpowiedniejsze w tych razach są wianki okrągłe gumowe, które przede wszystkim lepiej poprawiają położenie macicy i daleko mniejszy wywierają ucisk.

Jeżeli przekrwienie macicy nie jest następstwem, lecz przyczyną zbroczenia, leczenie mechaniczne daleko słabsze oddaje usługi, a nawet często pozostaje bez skutku.

4. Również w przypadkach do osta-

tniej kategorii zaliczonych, leczeniem mechanicznym nie osiągamy zbyt pomyślnych rezultatów, ponieważ objawy chorobowe tu spotykane nie zależą od tyłopochylenia lub tyłozgięcia, a raczej od cierpień zbroczenia te wikłających.

H. Goldblum.

MISCELLANEA.

25. W. JOHNSTON. **Leczenie suchot płucnych.** (*The Lancet* Nr. 23. Tom II. r. 1882).

Opierając się na wyniku z doświadczeń KOCHA, że suchoty są chorobą pasożytną, zależną od swoistego pasożytu, JOHNSTON proponuje leczenie suchot środkami przeciw pasożytnymi.

Ponieważ kwas karbolowy lub salicylowy, stosowane w odpowiedniej ilości, wywierają wpływ szkodliwy na organizm i ponieważ sole kwasu salicylowego działają zbyt słabo, przeto J. używa w tym celu salicyny. Środek ten według jednych autorów zamienia się w ustroju na kwas karbolowy, według zaś innych na kwas salicylowy. Autor uważa tę kwestyę za nierozwiązaną. W każdym zaś razie salicyna jest środkiem przeciw pasożytnym i ma tę przewagę nad innymi, że może być zadawaną w dość znacznych ilościach. Autor cytuje jeden przypadek suchot płucnych, w którym działanie salicyny okazało się arcyzbawienne.

H. Goldblum.

26. Prof. SEMMOLA. **Jodoform przeciwko kataralnemu zapaleniu płuc — (broncho-pneumonia et broncho-alveolitis casoidea).** (*Allgem. Wien. Medic. Zeit.* 1882. Nr. 30).

Autor, stosując jodoform w powyższych cierpieniach, doszedł do następujących wniosków:

1) Wydzielina zmniejsza się, w niektórych przypadkach bardzo szybko. Kaszel staje się mniejszym, napady krztuszenia ustępują, prawdopodobnie skutkiem zmniejszającej własności w mowie będącego środka.

2) Zawartość oskrzeli i jam płucnych dezynfekuje się.

3) Gorączka opada, co autor przypisuje dezynfekcyi zserowaciałych mas, oraz zmniejszeniu się ich ilości.

4) Zauważyć także można skuteczny wpływ jodoformu na sprawę miejscową. W niektórych razach spostrzedz nawet można zwrot do stanu normalnego.

5) Ogólny stan chorego znacznie się polepsza a przy stosowaniu tego środka w pierwszym okresie serowatego zapalenia płuc nawet może nastąpić zupełne wyzdrowienie. Środek ten autor zadaje w postaci pigulek od 5—50 cgr. dziennie zależnie od stanu kanału pokarmowego i układu nerwowego. W razie nienormalnego stanu kanału pokarmowego

autor ucieka się do wziewań z jodoformu rozpuszczonego w terpentynie, 3—4 razy dziennie.

K—e.

27. Leczenie błonicy za pomocą sublimatu.
Prof. KAULICH przedstawił na posiedzeniu lekarzy niemieckich w Pradze wyniki spostrzeżeń swoich nad użyciem *sublimatu* przy błonicy. Wychodząc z zasady, że według doświadczeń KOCHA, sublimat nawet w bardzo znacznym rozcieńczeniu wstrzymuje rozwój bakteryj, KAULICH stosuje go przy błonicy, tak zewnętrznie, jak i wewnętrznie, w następującym stosunku: do pędzlowania gardła, nosa i jamy ustnej 1—1½ gran. na 3 uncje wody, do przemywania rany po tracheotomii ⅓ gr. na 3 uncje, do przemywania samej tchawicy 1 gr. na 3 uncje; do wewnątrz u małych dzieci ⅛ gr. u starszych ⅓ na 3 uncje, w emulsyi z żółtkiem jaja do wyżycia w ciągu 24—36 godzin. Oprócz tego stosuje co godzina wziewania ciepłego roztworu sublimatu, ⅓ gr. na 3 funty wody a na szyję stosuje ciągle ciepłe okłady. Wyniki okazały się nadszpodziewanie dobre: błony prędko odpadają, rana szybko się zmniejsza, gorączka opada i w ogóle choroba trwa daleko krócej, niż przy innym sposobie leczenia. W ten sposób leczyl KAULICH 9 ciężkich bardzo przypadków błonicy, we wszystkich było wskazanie do tracheotomii. Z tych w 2 przypadkach udało się obejść bez tracheotomii, zdaniem autora, jedynie dzięki temu leczeniu, z pozostałych 7 zmarło tylko dwoje dzieci, jedno 11-to miesięczne, drugie 16 miesięczne.

K

28. Dr. Hagens poleca Chinoideum citricum jako lek skuteczny przy świeżych i zadawnionych formach *zimnicy*, nawet w przypadkach gdzie chinina okazała się bezskuteczną. Natomiast wątpliwem jest działanie tego środka przy zimnicy o nieregularnym przebiegu, lub gdy nastąpiło znaczne wycieńczenie, i nie stwierdzono działania przeciwgorączkowego przy innych chorobach. (*Zeitschrift für klin. med.*) Przy **powiększeniu śledziony** po przebytej zimnicy Dr. WINOGRADOW stosuje z dobrym skutkiem **ergotyne** w dawce od ½ do 2-ch gran. cztery razy dziennie.

29. Dr. KLOMANN. Diabetes mellitus decipiens. (*Deutsche med. Zig.* N. 47). Autor opisuje przypadek cukrzycy u kobiety 50-cio letniej, u której nie zauważono objawów głodu, pragnienia lub zwiększonej ilości moczu. Choroba rozpoczęła się nie zupełnym porażeniem i znieczuleniem prawej dolnej kończyny, później w dolnej trzeciej części takowej spostrzeżono pęcherzyk o twardej podstawie, który zamienił się na owrzodzenie, zwiększające się stopniowo ku obwodowi, pokryte zgorzelinowym strupem. Wykonany wtedy rozbiór moczu wykazał znaczny procent *cukru*, i w krótkim czasie chora umarła wśród objawów posocznicy.

C. Stiche.

30. Przy tyfusie brzuszny Dr. DUBOVÉ używa z korzyścią **sporyszu**, uważając, iż przez podanie tego środka, zostaje złagodzony przebieg cho-

roby i procent śmiertelności znacznie się zmniejsza (na 36-ciu chorych, umarło 2-ch), przytem nigdy nie występują objawy zatrucia.

Najodpowiedniejszą formę stanowi proszek w dawce 4-ch gran 6—8-ju razy dziennie przed użyciem pokarmu, podawany w chlebie, opłatku, winie, mleku, buljonie lub ulepku.

W początku powstają czasem nudności i wymioty, które ustępują po parudniowym użyciu, jeżeli preparat był dobry.

Dla dorosłych autor oznacza średnią dawkę: 1 skrupuł na raz, 2 skrup. dziennie.

Dla dzieci 6-ciu 12-tu lat—7 gran. na raz i 15 gran. dziennie.

W wymienionej dawce sporysz może być podawanym bezkarnie przez ciąg 14-tu dni, lecz kobiety nie noszą go tak dobrze.

C. Stiche.

31. Prof. MASCHKA. Przypadek nagłej śmierci u 8-io letniego chłopca. (*Prager med. Woch.* Nr. 47).

M. S. wieku lat 8, wąty i blade, od pięciu miesięcy uskarżał się na klucie w lewym boku, krótki oddech przy gwałtowniejszych ruchach, i nieznaczny kaszel, zresztą był wesół, i ciągle uczęszczał do szkoły. Dnia 27/IX b. r. powrócił ze szkoły rzeźwy i zdrów, zasiadł do obiadu, i zaledwie przełknął parę łyżek strawy, krzyknął: słabo mi! i padł bez życia. Podejrzowano uszkodzenie w bójce z kolegami.

Sekcja wykazała: w lewej jamie opłucnej—bąblowiec (*Echinococcus*) wielkości głowy dziecka, przyrośnięty do listka żebrowego opłucnej, i uciskający górny i dolny zraz płuc, a w części pokrywający serce. Lewe płuco na przekroju twarde i suche, nie zawierało powietrza. W innych narządach nic nieprawidłowego. Sekcja zatem wykazała iż M. S. umarł naturalną śmiercią w skutek bąblowca, który uciskał serce i większe naczynia.

Przypadek powyższy należy do rzadkich, najprzód z powodu siedliska bąblowca, powtóre iż takowypamimo wielkości, nie powodował żadnych groźniejszych objawów, które by zmusiły chorego szukać porady u lekarza.

C. Stiche.

32. Nagła śmierć od wyładowania stosu elektrycznego. (*Brit. med. Journ.* 21 (1881). *Lö Sperimentale. Fasc. I.* 1882. *Vierteljahrschrift für gerichtl. Med. und öffentl. Sanit.* XXXVII Bd. 1882).

W Hatfield House, zamku markiza Salisbury, zabity został 22 letni młodzieniec przez dotknięcie się drutów stanowiących przewodniki przyrządu oświetlającego pałac. Znajdowało się tam 117 lamp systemu Brush'a i machina parowa o sile 16 koni służąca do produkowania elektryczności. Prawdopodobnie denat pośliznąwszy się chwycił się drutów, które ani zabezpieczone nie były od dotknięcia ani nawet izolowane i znajdowały się przy parkanie w odległości trzech stóp od ziemi. Wstrząśnienie było tem bardziej zabójcze, że młodzieniec był zupełnie deszczem

zmoczony.—Śmierć nastąpiła tu jak w wielu wypadkach uderzenia piorunem, skutkiem porażenia serca pochodzenia mózgowego. Na ciele żadnych śladów wpływu elektryczności nie wykryto.

Przypadek ten dowodzi, że udoskonalenie oświetlenia elektrycznego sprowadza pewne niebezpieczeństwa zagrażające życiu ludzi, lubo i gaz oświetlający nie jest wolnym od tego zarzutu. Policja lekarska powinna więc używać środków zabezpieczających. Z drugiej strony czy nie byłoby praktycznie zabijać elektrycznością skazanych na śmierć?

33. Porody w wieku podeszłym. John KENNEDY obserwował w r. 1880 poród u kobiety 62 lat wieku liczącej, która od dwudziestego roku życia urodziła 21 dzieci (jeden poród bliźniętami), oprócz poronienia które poprzedziło poród ostatni. Miesiączkowanie odbywało się zawsze prawidłowo (od 13 roku życia). Poprzednie porody przypadały na 47, 49, 51, 53 i 56 rok życia. Autor przytacza następującą kazuistykę porodów odbytych w podeszłym wieku: w „Taylor's Med. Jurispr.“ zanotowano 12 przypadków porodu w wieku lat 50—54, 1 w roku 60, w 63 i 65 (ostatnie dwa cokolwiek wątpliwe). TAYLOR opowiada nadto o kobiecie, która pierwszy poród odbyła w wieku lat 47, a siódmy w 60 roku życia. HALLER opisuje porody odbyte w 63 i 70 r. ż. ORFILA podaje przypadek miesiączkowania, które trwało do 99 roku ż. Sam KENNEDY opisuje obserwację, z praktyki znajomego swego dotyczącą dwóch kuzynek, z których każda porodziła 24 dzieci (w tej liczbie pokilkakroć bliźnięta); inna pacjentka urodziła w ciągu 14 lat 10 dzieci, pomimo, że wszystkie sama karmiła.

(Wien. med. Blätter. 50—82.)

34. Trychiny zabija zimno równie dobrze jak gorąco, według doświadczeń BOULEY'A i GIBIER'A. Autorowie ci poddawali pięciofuntowy kawał szynki, zawierający trychiny, działaniu zimna (-12° do -15° l) w przeciągu pięciu godzin, i przekonali się, że po upływie tego czasu szynka stawała się nieszkodliwą (Med. Record—V. 22, N. 25—82).

Wiadomości bieżące.

Poznań w Grudniu 1882.

LIST OTWARTY

do Redakcyi Kroniki Lekarskiej.

Uchwałą zapadłą na III zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przekazano dzielnicy Wielkopolski zašczytne zadanie urządzenia przyszłego zjazdu, który ma się odbyć w roku 1883. Wydział gospodarczy postanowił zwołać zjazd ten w pierwszej połowie Lipca w tem przekonaniu i nadziei, że tenże czas najwięcej będzie się nadawał tak lekarzom jako też

i przyrodnikom, by w dniach względnie najwolniejszych nieść wiedzę i doświadczenie do wspólnego roju rodzimego.

Bliższe szczegóły co do dnia i porządku dziennego ogłoszone będą później. Stósownie do zwyczaju przyjętego przez zjazdy krajowe i zagraniczne uprasza niżej podpisany wydział nie tylko o wczesne zgłoszenie się wszystkich tych, którzy zamierzają brać w zjeździe udział, ale nadto o podawanie treści wykładów tak na posiedzenia ogólne jako też sekcyjne. Nadto pożądaną jest rzeczą, ażeby wydział wczesnie mógł być powiadomionym za pośrednictwem niżej podpisanego sekretarza o zadaniach najodpowiedniejszych do wspólnego rozbioru czyli rozpraw w poszczególnych sekcjach.

Wydział gosp. IV zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Przewodniczący Dr. *Teofil Kaczorowski.*

Sekretarz Dr. *Bol. Wicherkiewicz.*

Z Uniwersytetu. Wydział lekarski w Warszawie liczy w r. b. 598 studentów (przy ogólnej liczbie studentów 1185). Farmaceutów uczęszczających na kursa jest 59, na 1-szym, i 30 na drugim kursie. W zeszłym roku wydział liczył 509 studentów (w całym uniwersytecie było 1006).

Towarzystwo lekarzy galicyjskich postanowiło urządzić bal we Lwowie, 3 lutego, na rzecz wdów i sierot po członkach tegoż towarzystwa.

Kursa lekarskie dla kobiet mają, według zapewnienia Wrac. Wied., istnieć w dalszym ciągu ale w zmienionej postaci.

Dr. **K. Chodounsky**, redaktor Časopisu lek. čes obrany został wiceprezesem koła polskiego w Pradze. (Przeł. lek. 48—82).

Palenie zwłok. Francuzkiej Izbie deputowanych przedstawiono projekt artykułów prawa dotyczących palenia ciał. Artykułów tych podano 5, których treść jest następująca: każdy obywatel ma prawo objawić ostatnią wolę, aby ciało jego zostało spalonym po śmierci. Prawo przysługiwać ma i rodzinie, która życzyła by sobie spalić ciało zmarłego jęj członka. Sprawy sądowe mogące wyniknąć z tego powodu muszą być rozstrzygnięte przez sędzię pokoju w ciągu 24 godzin. W przypadkach podejrzenia o zbrodnię, której ofiarą mógł się stać zmarły, palenie musi być poprzedzone sądowno-lekarskiem badaniem zwłok. (Wien, med. Blätter. 50—82).

W Moskwie rozpoczyna się wydawnictwo czasopisma „Lekarz Weterynaryj“ („Wieterynarnyj Wracz“) pod redakcją p. Jewsiejenko.

(Medicinsk. Wiestnik 48—82)

Ruch ludności w Paryżu. W pierwszym tygodniu grudnia r. z. ruch ludności w Paryżu przedstawia się jak następuje (przy 2,225,910 mieszkańców włączając 18,380 wojska). Porodów było 1201 (płci męskiej: prawych 469, niepr. 163;—żeńskich: prawych 405, niepr. 164). Umarło 1135 (płci męskiej 593, żeńsk. 542); najwięcej (62) umarło z durzycy.

(*Le Progrès Medical.* 50—82).

W Hiszpanji rozpoczęte zostały dwa nowe wydawnictwa peryodyczne lekarskie: *Revista de terapeutica y farmacologia*, miesięcznik redagowany przez D-ra ANGEL de LARRA y CEREZO (Atocha 96 z Derecha, Madrid) i *Revista Estremena de medicina, chirurgia y farmacia* — również miesięcznik, redagowany przez D-rów: Jose MARIA, Alberto MARTIN i Francisco ROBERO (Empedrada. 10 Coceres, Madrid).

(*Le Progrès Medical.* 50—82).

Rada Akademicka w Paryżu na posiedzeniu 8 grudnia. Na skutek wniosku wydziału lekarskiego stolicy, odrzuciła projekt stopnia lekarskiego „docteur ès sciences medicales“. (*Le Progrès Med.* 50—82).

Liczba obłąkanych starców w Anglii zwiększa się znacznie: w ciągu lat 10 urosła ona z 48,506 do 63,524; z tych 39,128 znajdują się w przytułkach dla obłąkanych, 1458—w szpitalach, 16811—w warsztatach i 6127—bez stałego miejsca pobytu.

(*Brit. med. Journ.* Octob 28—82).

Nocna służba zdrowia w New-Yorku. Dr. EWING urzędnik nocnej służby zdrowia w New-Yorku złożył raport z czynności téj instytucji, założonej przez D-ra Henryka NACHTEL z Paryża. Raport dotyczy okresu, od 1-go września r. 1880 do 31 grudnia 1881. Ze sprawozdania pokazuje się, że instytucja ta, o tyle mało kosztów pociągająca, iż niektórzy z lekarzy pobierali tylko 100 dolarów rocznie, nieocenione okazuje usługi nie tylko dla biednych, ale i dla zamożniejszych klas. O ile w istocie, przeciętnie biorąc, pomoc natychmiastowa bywa niezbędną w wielu nagłych wypadkach, wnosić można z faktu, iż z liczby 573 pacjentów, którzy w wymienionym okresie czasu wzywali lekarzy dyżurujących, 10 zmarło przed przybyciem takowych. Wprowadzono już nocną służbę zdrowia w Brooklinie i Washingtonie, (*Brit. Med. Journ.* Oct. 28—82).

Z Wszechnicy praskiej. Collegium profesorów niemieckiego wydziału lekarskiego w Pradze na posiedzeniu odbytem 14 grudnia r. z. postanowiło prosić ministerjum, o jak najszybsze otwarcie czeskiego wydziału lekarskiego. Nadto postanowiono prosić ministerjum, ażeby wykład histologii stanowiąc profesurę zwyczajną. Jako kandydata proponują dotychczasowego prof. nadzwyczajnego, D-ra Zygmunta MATER'A. (*Wien. med. Presse.* 51—82).

Nekrologija.

T. Bischoff. W Monachium umarł 5 grudnia r. z. znakomity embryolog, Prof. Teodor BISCHOFF B. urodził się w Hanowerze r. 1807; w r. 1832, po ukończeniu studjów objął posadę asystenta przy klinice położniczej w Berlinie; rok później został docentem anatomii w Bonn, a w r. 1836—profesorem nadzwyczajnym Heidelberskiego uniwersytetu—pozostawał tam do r. 1843, kiedy został powołany przez uniwersytet w Giessen i otrzymał tamże posadę prof. zwyczajnego anatomji i fizjologii. W r. 1855 takżę posadę objął w Monachium i tu najbardziej rozwinął uczoną działalność. B. wydał wiele prac z dziedziny anatomji i fizjologii, ale największy rozgłos zyskały mu rozprawy embryologiczne jak: „Entwickelungsgeschichte des Kanincheneies“, „Entwicklungsgeschichte der Säugethiere und des Menschen“, „Entwicklungsgeschichte des Hundeeies“, „des Meerschweinchens“, „Historisch-kritische Bemerkungen zu den neuesten Mittheilungen über die erste Entwicklung der Säugethiereier“ (wydane przed 5 laty) i t. p.

(*Wien. med. Blätter.* 50—82).

— **Fryderyk Woehler**, Nestor chemików, umarł w Gietyndze, 23 Września, po krótkiej chorobie, w 83 roku życia.

— Dnia 16 Listopada r. b. umarł *Dyonizy Wielobycki*, w wieku lat 69. — Nieboszczyk po rewolucji w 1831, (w którym to czasie otrzymał ranę) opuścił kraj, i więcej już doń nie wracał. Przez krótki czas bawił w Niemczech, później udał się do Anglii, w Edyburgu powtórzył studya lekarskie (poprzednio studyjował w Bonn i w Berlinie) i otrzymał stopień Doktora Medycyny. W mieście tém spędził pozostałe 40 lat życia, zyskał ogromną klientelę i sympatyję ogółu, emigracja polska w Anglii miała w nim radę i wsparcie, a dziennik edyuburski nazywa go „entuzjastą-polakiem“. — Nieboszczyk zostawił wdowę, córkę weterana z 1830 roku i kawalera orderu „virtuti militari“ którym i sam s. p. Dyonizy był zaszczycony.—Pogrzeb odbył się z niezwykłą uroczystością, pod przewodnictwem arcybiskupa, przy licznej zgromadzeniu duchowieństwa: kościół był żałobnie ubrany, katafalk ozdobiony gołdami kraju i rodziny.

W Marburgu umarł po 48-godzinnem cierpieniu **Beneke**; drugą stratę poniósł świat lekarski przez śmierć prof. **Hecker'a**, w Monachium.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. Szmigiro z Tuły nadesłał rubli 3 na pomnik Mickiewicza.

Wydawca:

Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor:

Dr. Kazimierz Filipowicz.