

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z pracowni chemicznej szpitali Warszawskich
D-ra L. Nenckiego.

Kilka szczegółów analitycznych dotyczących chemii żołądka.

Podał

Albert Mizerski.

Wiadomą jest powszechnie rzeczą, jak ważną rolę, obok pepsyny, odgrywa kwas solny w sprawie trawienia. To też kwestyja wynalezienia odpowiedniej metody klinicznej dla oznaczenia zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym była i jest dotąd przedmiotem ciągłych badań i doświadczeń. Świadczy o tem liczny już dziś szereg podanych w tym celu metod.

Przed dwoma laty wspólnie z D-rem L. Nenckim poddaliśmy wyczerpującym doświadczeniom porównawczym przedewszystkiem te metody, które są dziś najwięcej używane w pracowniach klinicznych.

Szczegóły i wyniki naszych badań ogłosiliśmy we właściwym czasie w odnośnych pismach naukowych. Dziś wypadnie mi tylko nadmienić w tym względzie, iż w rezultacie wszystkich badań szczególnie dwie metody wyróżniliśmy przed innymi, jako względnie najściślejsze oraz najdogodniejsze dla badań klinicznych. Mam tu na myśli *metodę alkalimetryczną*, oraz *metodę chlorometryczną*.

Dla łatwiejszego zrozumienia dalszego wątku mego komunikatu pozwolę sobie opisać w kilku słowach zasadę jednej i drugiej metody.

1) Metoda alkalimetryczna polega na zalkalizowaniu danej

ilości (10-cm) soku pewnym nadmiarem węglanu sodu w postaci jego normalnego roztworu, w celu związania kwasu solnego, oraz na odparowaniu zalkalizowanego soku do suchości i wyżarzeniu suchej pozostałości aż do zupełnego rozłożenia ciał organicznych w celu przeprowadzenia wytworzonych przy zobojętnieniu soku soli organicznych na węglan sodu. Wyprażona pozostałość rozpuszcza się w wodzie lub w pewnym nadmiarze mianowanego kwasu solnego, aby następnie w otrzymanym roztworze oznaczyć ilość nierozłożonego węglanu sodu za pomocą $\frac{1}{10}$ HCl, w razie rozpuszczenia pozostałości w wodzie, lub też za pomocą $\frac{1}{10}$ KHO w razie rozpuszczenia pozostałości w mianowanym kwasie.

Według owej metody zawartość kwasu solnego w soku żołądkowym oznacza się zatem z różnicy *dodanej* dla zalkalizowania soku ilości węglanu sodu, oraz *nierozłożonej* jego ilości, wykazanej w roztworze wyżarzonej pozostałości tego soku.

Przykład: jeśli do zalkalizowania 10-cm. sz. soku
 użyto 20, cc $\frac{1}{10}$ Na₂CO₃
 a następnie w roztworze wyżarzo-
 nej pozostałości wykazano 14,2 " "
5,8

wówczas iloczyn z różnicy powyższych cyfr 5,8, oraz z cyfry 0,00365 (miano $\frac{1}{10}$ HCl) będzie wyrażał zawartość (w tym przykładzie 0,021) kwasu solnego w 10-csz. badanego soku.

2) Druga metoda chlorometryczna polega na dwóch oznaczeniach chloru resp. HCl. za pomocą $\frac{1}{10}$ roztworu AgNO₃ w jednakowych ilościach żołądkowego soku, raz w lekko wyżarzonej suchej pozostałości soku, *zalkalizowanego uprzednio* nadmiarem węglanu sodu, drugi raz w lekko wyżarzonej suchej pozostałości tego soku, *bez uprzedniego* dodania Na₂CO₃.

Otrzymana różnica ilości zużytych przy obu oznaczeniach centymetrów sześć. $\frac{1}{10}$ roztworu AgNO₃ będzie oczywiście odpowiadała zawartości kwasu solnego w danej ilości soku.

Przykład: jeśli przy pierwszym oznaczeniu
 użyto dla 10-cc soku 12,6-cc $\frac{1}{10}$ AgNO₃
 a przy drugim 6,8 " "
5,8 " $\frac{1}{10}$

wówczas iloczyn z różnicy powyższych cyfr = 5,8 oraz 0,00365

będzie wyrażał zawartość (0,021) kwasu solnego w użytej ilości soku.

Obie powyższe metody, względnie proste i łatwe w wykonaniu, mają jednak, niestety—sit venia verbi—swoją piętę achillesową. Takim jest przynajmniej mniemanie niektórych fizyologów-analityków. Twierdzą oni, iż znajdujące się stale w soku żołądkowym kwaśne fosforany zamieniają się podczas prażenia suchej pozostałości soku, tak przy jednym jak przy drugim postępowaniu, na obojętne ortofosforany sodu, w jednym razie kosztem dodawanego węgla sodu, w drugim zaś kosztem znajdującego się stale w soku żołądkowym chlorku sodu, i że wskutek tego obie metody wykazują błędnie zawsze pewien nadmiar kwasu solnego, który się istotnie nie znajduje w badanym soku.

Kwas fosforowy znajduje się w soku żołądkowym najprawdopodobniej w postaci kwaśnego pierwszorzędowego fosforanu wapnia i magnezu według wzoru $\text{COH}_4(\text{PO}_4)_4$ i $\text{MgH}_4(\text{PO}_4)_2$.

Przemiana owych kwaśnych fosforanów na fosforany obojętne odbywałaby się zatem według następujących równań:

Przy stosowaniu metody alkalimetrycznej $\text{CaH}_4(\text{PO}_4)_2 + 3\text{Na}_2\text{CO}_3 = 2\text{Na}_3\text{PO}_4 + \text{CaCO}_3 + 2\text{CO}_2 + 2\text{H}_2\text{O}$, przy stosowaniu metody chlorometrycznej $\text{CaH}_4(\text{PO}_4)_2 + 6\text{NaCl} = 2\text{Na}_3\text{PO}_4 + \text{CaCl}_2^*) + 4\text{HCl}$. Według powyższych równań, przy stosowaniu metody alkalimetrycznej, obecność jednej cząsteczki P_2O_5 w soku powodowałaby stratę dwóch cząsteczek Na_2CO_3 w wyżarzanej suchej pozostałości soku, odpowiadających nadmiarowi czterech cząsteczek HCl w wynikach oznaczenia, czyli 1 część P_2O_5 w soku równałaby się nadmiarowi 1,02 części HCl w wynikach oznaczenia; natomiast, przy stosowaniu metody chlorometrycznej, 1-a cząsteczka P_2O_5 rugowałaby 6 cząsteczek HCl z chlorku sodu, czyli 1 część P_2O_5 powodowałaby stratę 1,54 części HCl w wyżarzanej pozostałości soku, a zatem także sam nadmiar kwasu solnego w wynikach oznaczenia.

Chcąc się przekonać o istotnej doniosłości popełnianego błędu przy oznaczeniach zapomocą powyższych metod, czyli chcąc określić wielkość owego błędu cyframi bezwzględniemi, pod-

*) Zwraca się uwagę na to, iż wytworzony CaCl_2 rozkłada się przy żarzeniu na CaO i HCl .

dałem badaniu na zawartość kwasu fosforowego 10 prób soku żołądkowego, pochodzącego od różnych ludzi zarówno zdrowych jak chorych. Próby były mi uprzejmie dostarczone przez D-ra Józefa Zawadzkiego, ordynatora kliniki szpitala Ś-go Ducha. Były onebrane w jednakowych warunkach fizjologicznych t. j. w półtorej godziny po spożyciu, przez wytwórcę soku, t. zw. śniadania Ewalda, składającego się z przepisanej ilości mleka i pszennej bułki.

Zawartość kwasu fosforowego w owych próbach oznaczałem w następujący sposób: 15, 20, 30 lub 50 centymetrów sześć. soku żołądkowego, zależnie od dostarczonej ilości, odparowywałem do suchości w porcelanowej parownicze, suchą pozostałość prażyłem, z dodatkiem saletry, na wolnym ogniu, aż do zupełnego spalenia ciał organicznych, następnie rozpuszczałem w gorącej wodzie, lekko zaprawionej kwasem azotowym, i z takiego roztworu strącałem kwas fosforowy zapomocą molybdenianu amonu, zebrany osad fosforo-molybdenianu amonu po przemyciu, rozpuszczałem w amoniaku i dopiero z amoniakalnego roztworu strącałem ponownie kwas fosforowy w postaci fosforanu magnezoo-amonowego, ważąc go ostatecznie jako pyrofosforan magnezu.

Wyniki owych oznaczeń wyszczególnione w załączonej tabelicy:

	Ilość soku w ctm.	Kwaśność ogólna w $\text{cm}^{\frac{3}{1000}} \text{KHO}$	% kw. solnego	% P_2O_5	% CaO
Nr. 1	20	65	—	0,021	0,024
Nr. 2	30	69	—	0,014	0,022
Nr. 3	20	65	0,226	0,009	—
Nr. 4	14	80	—	0,021	—
Nr. 5	50	66	0,229	0,012	—
Nr. 6	50	50	0,171	0,017	—
Nr. 7	25	66	0,240	0,011	—
Nr. 8	20	116	—	0,009	—
Nr. 9	50	82	0,310	0,012	—
Nr. 10	50	92	0,320	0,006	—

Zawartość P_2O_5 , jak to pokazuje tablica, waha się w obrębie cyfr 0,021 i 0,006. Przeciętna z owych 10-u oznaczeń równa się 0,013% kwasu fosforowego; jestto cyfra zupełnie się zgadzająca z tą, która została podana przed 40 laty przez Biddera i Schmidta, jako przeciętna dwóch pełnych oznaczeń ludzkiego

soku żołądkowego, i która też do dzisiejszego dnia figuruje po wszystkich podręcznikach fizjologii.

Mnożąc ową przeciętną z 10-u oznaczeń zawartość kwasu fosforowego przez obliczone poprzednio współczynniki 1,02 oraz 1,54 otrzymamy iloczyn, który będzie wyrażał owe *plus* kwasu solnego, błędnie wykazywanego przez obie metody w soku żołądkowym.

Wypadająca z owych obliczeń cyfra dla oznaczeń zapomocą metody alkalimetrycznej, równająca się całej zawartości kw. fosforowego, nie przekraczałaby jeszcze granicy dozwolonego błędu przy oznaczeniach ilościowych; natomiast większa już o $\frac{1}{3}$ cyfra nadmiaru kwasu solnego dla oznaczeń zapomocą metody chlorometrycznej obniżałaby już istotnie praktyczną wartość rzecznej metody.

Nasuwa się tu jednak pytanie, czy podczas żarzenia suchej pozostałości soku żołądkowego przy stosowaniu metody chlorometrycznej kwaśne fosforany wapnia i magnezu zamieniają się istotnie na obojętne ortofosforany kosztem chlorku sodu? Przemiana ta *nie została stonowczo udowodnioną*.

Co do mnie, to opierając się na tym fakcie, iż w większości licznych oznaczeń kwasu solnego w soku żołądkowym różnego rodzaju wykonanych przezemnie jednocześnie zapomocą jednej i drugiej metody, widziałem stale, sprzecznie z wywodem poprzednich równań, pewne plus w wynikach metody alkalimetrycznej, skłaniam się do przypuszczenia, iż przy żarzeniu suchej pozostałości soku żołądkowego kwaśne fosforany wapnia i magnezu nie rozkładają znajdujących się w soku chlorków w myśl podanego wyżej równania, lecz że prawdopodobnie ulegają przemianie w innym kierunku.

Kwestyja ta mogłaby, mojem zdaniem, łatwo być rozstrzygnięta przez dodanie pewnej ilości kwaśnego fosforanu $\text{CaH}_4(\text{PO}_4)_2$ do soku o wiadomej zawartości chlorków i przez ponowne oznaczenie chloru w wyżarzonej suchej pozostałości takiego soku.

Jeśli zawartość chloru okaże się identyczną zarówno w jednym jak w drugim soku będzie to dowodem, że kwaśne fosforany podczas żarzenia suchej pozostałości soku żołądkowego zamieniają się na pyrofosforany wapnia i magnezu, związki niezmiernie trwałe w wysokiej temperaturze i prawdopodobnie nie

rozkładające się pod wpływem chlorków w danych warunkach odczynu.

Żałuję, iż brak czasu oraz inne okoliczności nie dozwoliły mi przeprowadzić zamierzonego doświadczenia w wymienionym kierunku. Dobrzeby jednak było, aby ci z kolegów, którzy mają pracownie i dla podobnego rodzaju zagadnień nie są obojętni, zechcieli zająć się ostatecznym rozstrzygnięciem, w ten lub ów sposób, poruszonej tu przezemnie zasadniczo ważnej kwestyi naukowej, podejmowanej dotąd, niestety! prawie wyłącznie przez niedostatecznie wyćwiczone w technice analitycznej sity.

Rozpoznawanie i leczenie rzeżączki w obecnym stanie nauki.

Opisał

M. Misiewicz.

I. O rozpoznawaniu rzeżączki

(ze szczególnem uwzględnieniem metod używanych w szpitalu Necker'a w Paryżu).

Studya, czynione nad metodami, zalecaniami w celach rozpoznawczych i leczniczych w rzeżączce, wykazują taki chaos formuł i bezskutecznych, a nawet niebezpiecznych zabiegów, iż pomimo woli nastęrcza się zwątpienie o jakimbądź związku tych procedur z dokładną znajomością anatomii i fizjologii cewki.

Pierwsze światło rzucone zostało na sprawy rzeżączkowe przez Guyona i jego szkołę, w której odznaczyli się Boisseau, Jamain, Guiard i Janet. Klasyczne niemal prace powyższych autorów, ich studya nad anatomiją i fizjologiją cewki, zwróciły uwagę świata naukowego lekarskiego, Guyon zaś i Lancereaux posunęli naprzód histologiję i bakteryologiję cewki i pęcherza. Rozumie się, iż oparta na takich podstawach nauka o rzeżączce zrobić musiała ogromne postępy, z wielkim pożytkiem nietylko dla nauki teoretycznej, ale i w kierunku praktycznym. Epigoni Ultzmanna porzucili dawny podział tej choroby oraz poglądy swego mistrza, i zwrócili całą uwagę na prace, ze szpitala Neckera wychodzące, Finger zaś Gueterbock i Fürbringer przenieśli te prace na grunt niemiecki. Lwia część

zastęg należy się niezaprzeczenie Guyonowi, który oparł swą naukę na danych, czerpanych z olbrzymiego materiału klinicznego oraz z nowszych odkryć w dziedzinie bakterjologii i histologii; pod jego też kierunkiem i z jego natchnienia Albarran i Hallé posunęli naprzód studia drobnowidzowe i drobnoustrojowe w cierpieniach pęcherza, wreszcie Boisseau i Janet uczynili to samo dla cewki.

W ten sposób posunęliśmy się znacznie naprzód w wyjaśnieniu ciemnej kwestyi uporczywych, przewlekłych rzeżączek, których wyleczenie przestało być mrzonką, jeśli tylko rozpoznanie będzie ścisłym i dokładnym. Zamiast więc powierzchownego i nic nie mówiącego rozpoznania „tryper chroniczny“, blenorhoea“ i t. p. określić raczej należy z możliwą ścisłością: umiejscowienie choroby, zbadać jej rozległość i głębokość, oraz oznaczyć jakość drobnoustrojów. Wprawdzie traci się na to dużo czasu, ale się ta strata stokrotnie nagradza prędkimi i świetnymi wynikami leczniczymi.

Zapalenia rzeżączkowe podzielić można, z różnego punktu widzenia zapatrując się, w następujący sposób:

I. Z punktu widzenia natężenia zapalnego na a) ostry, b) podostry, c) przewlekły, d) skryty.

II. Z punktu widzenia stosunków anatomo-patologicznych: a) ropny, b) ropośluzowy, c) ropośluzowy i nabłonkowy, d) nabłonkowo-śluzowy, e) śluzowy, powikłany kroczołotkiem (prostatorrhoea) lub nasieniotołkiem (spermatorrhoea).

III. Z punktu widzenia rozległości sprawy: a) zajmujący cewkę do opuszki, b) przechodzący za opuszkę, przytem każdy może być: rozlany lub ograniczony do pewnych miejsc lub odcińków.

IV. Co do głębokości: a) powierzchowny z poddziałami (urethritis succulens i xerosis), b) głęboki czyli podśluzowy, z poddziałami (infiltration embryonnaire Guyon'a i sclerosis).

V. Z punktu widzenia pierwiastków drobnoustrojowych: zapalenia wywołane: a) gonokokami, b) bacterio coli i innymi mikroorganizmami, c) bez drobnoustrojów chorobotwórczych dotąd znanych. Pozwala nam to rozróżnić: a) fazę pierwotną rzeżączki, czy gonokokową, b) fazę wtórną różnych innych mikroorganizmów, c) fazę jałową (aseptique), d) fazę zmian troficznych i chemicznych, wywołanych przez drobnoustroje.

VI. Z punktu widzenia powikłań: a) rzeżączka przedopuskowa powierzchowna, może być uznana za niepowikłaną *), b) rzeżączka powikłana, do której należą: rzeżączki głębokie, ropnie obokcewkowe, zapalenia prostaty, naczyń wywodzących, (defferentitis) pęcherzyka nasiennego, gruczołu Cowpera, przyjądrza, pęcherza, miedniczek, wsierdzia, stawów i t. d.

Rozpoznanie ścisłe odpowiedzieć powinno dokładnie na każdy z powyższych punktów. Rozumie się, iż wśród tych kombinacyj rozpoznawczych jedne są ważniejsze, inne bliższe, każda jednak z nich posiada pewne szczegóły i charakter, wymagający specjalnego leczenia, korzystnego dla danego przypadku, a szkodliwego dla przypadków pozornie bardzo zbliżonych. Zadaniem dyagnostyki *ścisłej* będzie więc rozpoznanie tych różnych odmian i odpowiedni wybór, wśród nader licznych metod, takiego sposobu leczenia, który najlepiej odpowie danej fazie, danemu stanowi chorobowemu. Ażeby takiemu zadaniu podołać, musimy przypatrzeć się bliżej różnym odmianom choroby, tudzież zmianom drobnowidzowym wydzielin cewkowych.

A więc: w *rzeżączce ostrej* wydziela się obficie żółta ropa, która zostawia zielone plamy na bieliźnie i składa się prawie z samych leukocytów. Od domieszki takiej ropy mocz mętnieje, nadto pływają w nim kłaczkki i strzępy, nigdy zaś niema nitek rzeżączkowych.

W *rzeżączce podostrej*, będącej zejściem stanu ostrego, wydziela się dosyć duża kropla biała lub żółta, plamy zaś na bieliźnie żółte. Zmieszana z moczem, powoduje lekkie zmętnienie i tworzy kłaczkowate nitki, szybko osadzające się na dnie naczynia. Badanie osadu wykazuje leukocyty, tudzież małe, okrągłe komórki nabłonkowe oraz śluz.

W *postaci przewlekłej* kropla ropy występuje tylko z rana, jest ona białą, cokolwiek opalizującą. Zmieszana z moczem tworzy liczne podługowate nitki, prędko opadające na dno, pewna jednak ich liczba zostaje na powierzchni w stanie zawieszonym. Pierwsze składają się wyłącznie z pierwiastków ropnych, drugie zaś z nabłonków. Tak ropa, jakoteż i nitki zawierają znaczne ilości śluzu oraz pewną ilość nader nierównomiernie rozmiesz-

*) W literaturze naszej pogląd ten wypowiedział kol. Trzeciński już przed kilku laty.

czonych leukocytów i nabłonków płaskich, daleko większych, niż w fazie podostrej *).

Powikłania rzeżączek przedopuszkowych w niczem nie wpływają na stosunki histologiczne wydzielin; nie posiadamy też dotąd żadnych specjalnych pierwiastków, któreby dozwalały z charakteru wydzielin wnioskować i sprawę w cewce podopuszkowej rozróżnić od tylnej. Ani z charakteru ropy lub śluzu, ani z nabłonka, leukocytów lub mikrobów wnosić nie można, czy pochodzą one z przedniej lub tylnej części cewki, są bowiem w obydwóch zupełnie jednakowe. Mowa tu o sprawach powierzchownych, w głębokich bowiem, z chwilą zajęcia gruczołu kroczonego, wydzielina nabiera charakteru specjalnego, w takich razach nasieniok, kroczołok, azoospermatorrhoea lub t. p. upoważniają nas do rozpoznania rzeżączki zaopuszkowej, głębokiej. Bliższem opracowaniem wydzielin zajął się Fürbringer (Die inneren Krankheiten d. Harn u. Geschl. org. Berlin 1890) i nazwał *kroczołokiem* wydzielinę, zawierającą sok prostatyczny (succus prostaticus) bez żadnej domieszki płynu z pęcherzyków nasiennych. Wyciek ten bywa albo stale, albo też jedynie podczas stolca i mikcyi, w ilości bardzo skąpej, zapachu mdłego, przypominającego płyn nasienny, koloru białawego z lekką opalizacją, zależną od śluzu i leukocytów, skąpo z płynem prostatycznym zmieszanych. Prócz tego znajdujemy pod drobnowidzem: *komórki nabłonkowe*, złuszczone z kanalików wyprowadzających prostaty i ułożone w krążki lub rzędy; dalej, bardzo ważnym składnikiem są *ziarna skrobiowate* (granulations amyloides) i *ciałka skrobi*, oraz *ciałka lecytyny*, wreszcie *kryształki Böttchera*. Te ostatnie, zwane też *kryształkami nasiennymi*, tworzą się według Schreiner'a, z połączenia kwasu fosforowego z zasadą, zawartą w płynie prostatycznym, która nadaje temu płynowi oraz sokowi nasienne mu właściwy zapach. Ażeby je otrzymać dość dodać do któregośkolwiek z powyższych płynów roztworu ($1^0/0$) fosforanu amonu i mieszaninę wysuszyć na szkiełku **). Nie potrzebują chy-

*) Szczegóły co do rozróżnienia pierwiastków ropnych od śluzowych znajdzie czytelnik w mej pracy: „Rozpoznawanie i leczenie zapaleń cewki etc. z oddziału prof. Ultzmanna“. Medycyna, T. IX z r. 1883.

***) Próba ta nie udaje się w obecności moczu.

ba dodawać, że w *nasieniotoku* wydzielina posiada wszystkie cechy płynu nasiennego, i że *azoospermatorrhoea* jest połączeniem nasieniotoku z *aspermaturyją*, to znaczy, że w tym ostatnim razie płyn nasienny jest pozbawiony ciałek nasennych. Nasieniotok odróżnia się od kroczołotu znaczną obfitością wydzieliny oraz osadem kłaczkowatym, jaki się tworzy przez dodanie do kwestyonowanego płynu kilku kropel mocnego roztworu potasu gryzącego.

Nie można pominąć milczeniem *sposobu rozprzestrzeniania się rzeżączki*. Zwykle ogranicza się ona do części prąciowej, rozszerzenie zaś za opuszkę uważać należy już za powikłanie, które przy rozpoznawaniu starannie uwzględniać należy. Dawniej zalecano choremu zatrzymać mocz przez czas dłuższy w pęcherzu, aby zebrane w cewce wydzieliny miały możność zebrać się w większej ilości i wyraźniej się zmanifestować.

W szpitalu Neckera wprowadzają przez cewnik świeczkę oliwkową do odcinka zaopuszkowego i badają otrzymane z tamtąd produkty. Tłuszcz jednakże, użyty do nasmarowania zgłębnika próbnego łatwo się emulsjonuje i tworzy płyn białawy, naśladowujący ropę, należy więc używać do badania gliceryny. Prócz tego wprowadzanie cewników próbnych może spowodować przeniesienie mikrobów z cewki przedniej do jej odcinka tylnego. Jeżeli jednak mimo bardzo nieostrożnych sondowań tak rzadko spostrzegamy zakażenie cewki, to z tego powodu, iż mikroby nie przyjmują się na błonie śl. cewki, pęcherza i jego szyjce bez przygotowania do tego gruntu, bez pewnego usposobienia i wrażliwości (*receptivité Guyon'a*), czynników wielce zmiennych. Łatwo zrozumieć, iż odporność ta odnosi się jedynie do zakażeń wtórnych, gonokoki bowiem nigdy nie oszczędzają zdrowej cewki.

Obecnie dla rozpoznania sprawy zaopuszkowej polecamy: *przemycanie cewki przedniej i następnie badanie moczu*. Jeżeli wymycie było zrobione dokładnie, wtedy zmętnienie moczu, oraz nitki w nim wskazywałyby na sprawę w odcinku tylnym. Ponieważ trudno jednak otrzymać zupełne wymycie cewki przedniej, a tem samem uzyskać pewność co do pochodzenia nitek, radził Kromayer wstrzykiwać do cewki przedniej *roztwór pyoktaniny*, zabarwiający niebiesko wydzielinę przedopuszkową.

Dalej, radzono sposób oddania moczu *do 2-ch próbnich szklanek*, po dłuższem zatrzymaniu takowego w pęcherzu. Do

pierwszej szklanki oddaje chory większą część zawartości pęcherza, która obmywa całą cewkę i unosi wszystkie wydzieliny. Jeżeli pęcherz zawiera mocz zupełnie czysty, wtedy w drugiej szklance wolnym on będzie od mętu i osadów, co ma też miejsce w rzeźączce przedniej; że zaś ropa i wydzieliny cewki zao-puszkowej, pod działaniem warstwy mięśniowej cewki cofają się z niej do pęcherza, nitki więc i męt w drugiej szklance dowodzą zajęcia tylnego odcinka cewki. Teoryja ta, polegająca na regurgitacyi z tylnego odcinka do pęcherza różnych płynów, które osadzają się na dnie jego i wydalają dopiero razem z ostatnim skurczem i ostatnimi kroplami moczu, zwałoną została przez Fürbringera, który nie przyznaje możności takiego cofania się płynów, a męt w drugim naczyniu uważa za oznakę nieżyty pęcherza. Guyon jednakże jest zdania, iż zżymacz pęcherza jest do pewnego stopnia przedłużeniem muskulatury cewkowej, że mocz przy parciu napelnia cewkę tylną i wraca do pęcherza, jeżeli potrzebie urynowania nieuczyniono zadość. Jeżeli więc chory przez czas dłuższy nie oddawał moczu, mięsza się on z wydzielinami cewki.

Jedną z dokładniejszych metod jest metoda 3-ch szklanek Jadassohna i *5-u szklanek* Kohlmanna (Verhandl. d. Deutsch. dermat. Gessel. I Congr. 1889 p. 172). Zrana, przy pełnym pęcherzu robi się pierwsze wymycie cewki irrygatorem lub 100 gramową strzykawką, przy słabem ciśnieniu, aby wydzielin przedniej cewki nie zapędzić za opuszkę. Przemywania te robi się tak długo, aż płyn będzie wyciekać zupełnie czysty, aby się o tem przekonać zbiera się płyn ten w jedno naczynie, z wyjątkiem ilości użytej do napelnienia ostatniej szprycki, potrzebnej do porównania z moczem (druga szklanka), który chory oddaje kolejno w trzy szklanki; (3, 4 i 5-a szklanka), pierwsza odnosi się jesze do przedniej cewki, druga zaś i trzecia do tylnej cewki i pęcherza. Badając w ten sposób, Oberländer przyszedł do przekonania, iż rzeźączka tylna jest daleko rzadszą, niż to dotychczas sądzono, oraz iż przeważna część nitek pochodzi z cewki przedniej.

W ciągu mej wieloletniej na tem polu pracy przekonałem się, iż i te badania zawodzą, wyrobiłem więc sobie inny rękoczyn, polegający na *wyciskaniu gruczołu krokowego przez rectum*, i następnem badaniu wydzieliny. Że zaś ten sposób nie zawsze

był możliwym do wykonania z braku wydzieliny kroczonej, polecam choremu odbyć „coitus“ w kondomie, przyczem prócz spermy znajdowałem wszystkie składowe części ejakulatu, oraz wydzielinę typową z zaopuzkowej tylnej cewki, odzwierciadlającą doskonale jej stan chorobowy. Łatwo zrozumieć, iż sposób ten nie zawsze jest możliwym do wykonania. Dla ścisłości dodam tu, iż nie należy gardzić badaniem wziernikowem, jeśli tylko nie ma obawy przeniesienia gonokoków z cewki przedniej.

Rozumie się, iż wybór jednej z powyższych metod badania zależy od danego przypadku, oraz iż w wielu razach rozpoznanie ułatwionem zostaje wskutek obecności powikłań funkcjonalnych, właściwych cewce zaopuzkowej. Do takich należą zbroczenia nieżytowe w pęcherzu, parcie na mocz, białkomocz powstający z zastojów i tenezmów, bolesność i obrzęk prostaty i t. d. Gdy już ściśle określonym zostało umiejscowienie rzeźączki, polecam choremu od czasu do czasu przynosić mocz ranny w 2-ch flaszeczkach, tudzież badać wziernikiem lub zgłębnikiem próbnym dokładniej pojemność i stosunki anatomo-patologiczne cewki. Wziernik jest w wielu razach nieoceniony *), wykazuje bowiem zmiany w verumontanum, szczeliny, nadżerki, ukleje; powtóre, rozstrzyga pytanie, czy sprawa zajmuje całą przeopuzkową połowę błony śluzowej, czy tylko pewne odcinki. np. część mosznową lub prąciową, dołek łódkowaty, kąć prącio-mosznowy (ang. penioscrotalis) lub wejście do opuszki. Ułatwia on również rozróżnienie: przekrwienia, obrzęku, ziarniny, uchyłków, kieszonek w zatokach gruczołów Littré'a i torebek Morgagni'ego, zwyrodnień nabłonka, epaississement epithérial Guyona i t. d.

Przejdźmy teraz do sposobu przenikania spraw rzeźączkowych w głąb tkanek. Oznaką wszelkich spraw powierzchownych jest zachowanie normalnego kalibru cewki oraz właściwej błonie śluzowej sprężystości, o czem przekonywa nas badanie cewkomierzem. W pierwszej fazie zapalenia cewka jest wilgotną, elementy komórkowe zachowują właściwą objętość i stosunek do protoplazmy, później jednak, wskutek przedłużenia się sprawy

*) Wyniki badań wziernikowych znaleźć można w pracy: „Nerwice narządu moczopłciowego, wywołane cierpieniem cewki“. Skreślił M. Misiewicz. Przegląd Lek. 1888 Nr. 38—46, oraz tegoż „Ukleje cewki“ Nowiny Lek. Nr. 4, z r. 1893.

i zbyt częstych przyżegań lapisowych (argyria) ciała nabłonkowe stają się płaskimi, blaszkowatymi, twardziej, układają się warstwowato i przedstawiają we wzierniku charakterystyczny biało matowy odcień (Xerosis urethralis). Tak bywa w sprawach powierzchownych, w głębokich zaś rozwija się *naciek* warstwy *podśluzowej* i obrzęk tejże z zajęciem nieraz ciał jamistych skojarzony, który jednakże niebawem ustępuje, w przeciwnym bowiem razie powstaje *infiltracja drobnokomórkowa* (infiltration embryonnaire), prowadząca niebawem do *ograniczonych stałych nacieków* (zone), oraz do *twardzieli okołocewkowej* (sclerosis periurethralis), *zwyrodnień i zaniku*, słowem do *zwężeń cewki*. Łatwo zrozumieć, jak ważnem jest wczesne rozpoznanie głębokich rzeźączek. Badanie zapomocą zgłębnika, dostateczne w zwężeniach ustalonych, będzie tu niedostatecznem, gdyż z powodu oliwkowatego zakończenia, zastosowanego do ujścia, jest się w możności rozpoznać tylko miejsca zwężone. Zgłębnik np. Nr. 24 Charriera przejdzie przez ujście zewnętrzne dość lekko i wskaże nam zwężenia w cewce prąciowej, lecz nie da nam choćby przybliżonego pojęcia o opuszcze, która odpowiada Nr. 35 lub 40, (70—80 Beniqueta), może więc być bardzo zwężoną i podlegać sprawie głębokiej, choć przepuszcza zgłębnik 24-ty. Uciekamy się więc w cierpieniach podśluzowych i szerokich zwężeniach do innego przyrządu, t. j. do *cewkomierza*; za pomocą którego możemy rozpoznać najmniejsze nacieki podśluzowe, utratę sprężystości tkanek i dokładny kaliber danego odcinka. Składa on się ze zgłębnika, zakończonego oliwką, o dowolnie zmiennej objętości, z drugiej zaś strony opatrzonego cyferblatem i miarką, na której strzałka wskazuje stopnie Charriera. Jest to *uretrometr Weira*, oparty na idei Otisa, którego cewkomierz zupełnie podobny, z tą tylko różnicą, iż zamiast 2-ch ruchomych półoliw u Weira, Otis poleca oliwkę złożoną z 6-u ruchomych półkolistych ramion, stopniowo się rozszerzających. Ażeby nie zacisnąć błony śluzowej w ramionkach rozszerzadła, zakłada się na nie kauczukową pochewkę, którą łatwo wyjąławiać i stosować u innych chorych z zachowaniem względów przeciwgnilnych. Następnie wprowadza się przyrząd do opuszki i obraca krążek rozszerzający oliwkę umieszczony nad cyferblatem, aż do nieprzyjemnego uczucia parcia w cewce. Przytem zanotować trzeba cyfrę, wskazaną przez wskazówkę cyferblatu. Następnie wyciągamy cewkomierz do części

wiszącej, tak daleko, jak to się okaże możliwem, a gdy w jakim miejscu napotkamy na opór, zwięzamy oliwkę o tyle, o ile to będzie niezbędnem do dalszego jej wysuwania, i tę cyfrę ponownie notujemy. W dalszym ciągu postępujemy tak samo coraz dalej, aż do ujścia zewnętrznego, i oznaczamy w punkcie każdej przeszkody właściwą cewki. W ten sposób otrzymujemy dokładny obraz kalibru i rozszerzalności cewki. Badając w tym celu 12 chorych, znalazłem następujące cyfry przeciętne.

a) u zdrowych:	opuszka	40 mm.
	krocze	33 „
	część mosznowa	31 „
	kąt penio-scrotal.	29 „
	pars pendula	27 „
	ujście zewnętrzne	24 „

b) cewka zajęta rzeźączką głęboką:

	opuszka	26 mm.
	krocze	27 „
	część mosznowa	28 „
	kąt penio-scrotal.	20 „
	pars pendula	22 „
	ujście zewnętrzne	19 „

Guyon, opierając się na bardzo dużym materyjale, podał następujące cyfry:

40—32—25	opuszka
35—30—28	krocze
32—30—28	część mosznowa
30—25—21	angle penio-scrotal.
27—24—23	pars pendula penis
24—20—20	méat

Przejdźmy teraz do *badania bakteriologicznego*. Daje ono bardzo odmienne wyniki, względnie do różnych okresów choroby, podzielił je Guyon jednakże na 4 fazy:

- 1) faza zakażenia pierwotnego;
- 2) faza zakażeń wtórnych wczesnych;
- 3) faza wolna od mikrobów, t. z. zmian troficznych i chemicznych (phase non microbienne trophique ou chimique);
- 4) faza zakażeń wtórnych późnych (infections tardives).

Zapalenie cewki zaczyna się zwykle jako zakażenie pierwotne, do którego jednak łatwo przyłącza się infekcja wtórna;

pod wpływem leczenia giną niebawem wszystkie drobnoustroje, lecz pozostają poważne zbroczenia w tkankach. Zbyt czynne leczenie, częste przypalania, wybryki dyjetetyczne, wysiłki i spółkowanie, zmieniając warunki unaczynienia cewki i skład chemiczny moczu, wzmagają te zbroczenia anatomiczne i podtrzymują obfitą ropną lub śluzo-ropną wydzielinę. Ta ostatnia przy najmniejszym powodzie dostać się może z otworu do głębszych odcinków cewki, bądź za pomocą strzykawek i cewnika, bądź przez wykonanie spółkowania i t. p. Nawet coïtus z osobą pozornie zdrową i stanowczo wolną od gonokoków jest wstanie spowodować zakażenie wtórne, gdyż pochwa i macica kobiet zdrowych zawiera liczne mikroby, a tembardziej w niezycie macicy.

Faza zakażenia pierwotnego zależy jedynie od ziarnowców, których zbadanie dokładne rozstrzyga nie tylko kwestyję wyboru leczenia, ale i możliwość lub niemożliwość wprowadzenia jakiegobądź przyrządu do cewki. O ile łatwym jest odkrycie tych drobnoustrojów w rzeźączce ostrej i podostrej, o tyle często trudnym bywa w t. zw. *peryjodzie skrytym*. W pierwszym razie są one liczne, typowo ugrupowane względem siebie i względem leukocytów, w drugim zaś pojedyncze, rozsiane, często zupełnie niemożliwe do odkrycia. W postaciach ostrych łatwo odkryć gonokoki i odróżnić je od zwykłych dipkoków, od których, prócz warunków hodowli, różnią się zgrupowaniem w ósemki, mniejszą szczelinką, oddzielającą 2 osobniki teje pary, łatwym wnikaniami do wnętrza leukocytów i t. d. W przypadkach wątpliwych próbować należy metody Gramma. W postaciach skrytych, kiedy żadną metodą nie będziemy wstanie znaleźć gonokoków, z powodu małej ich ilości, robimy iniekcją do cewki z 1% lapisu lub sublimatu (1 : 2000) po której występuje nazajutrz obfite ropienie z licznymi gonokokami.

Jak już nieraz wspominałem, z początku znajdujemy w cewce tylko gonokoki, niebawem jednak występują inne mikroby ropotwórcze (streptokoki, staphylococcus pyogenes albus et aureus, bacillus pyogenes, bacterium coli etc.), które w odpowiednich warunkach wywołać mogą zapalenie gruczołów chłonnych, ropnie okołocewkowe, niezyt pęcherza, coowperitis, ropne zapalenia stawów i t. d. Zwykle prócz wymienionych drobnoustrojów znajdujemy i gonokoki, nie mają one jednak w powyższych powikłaniach wielkiego znaczenia, z wyjątkiem niezytu gruczołów Tyzona i torebek śluzowych cewki; Rebland i Wasserman

nie przypisują im też możności wkraczania do naczyń bądź krwionośnych, bądź chłonnych, jak to czynią gronowce i łańcuszkowce, *bact. coli* i inne będące powodem *wczesnych zakażeń wtórnych* (Reblaud). Jeżeli w fazie zakażeń wykonane będzie leczenie wyjaławiające i częste a długie instylacje z lapisu, to u osobników, będących na wyleczeniu, nie można znaleźć gonokoków w wydzielinie, nawet po próbie przemywań sublimatowych i lapisowych. A jednak chorzy w tem stadyjum „phase non microbienne“, nie są wyleczeni z rzeżączki, grozi im bowiem powrót choroby, *na tle zakażenia wtórnego spóźnionego*, „phase d'infection secondaire tardive“. U takich chorych, ku końcowi rzeżączki, cewka jest bardzo wrażliwą z powodu głębokich zbroceń, jakim podlega nabłonek cewki, który traci powierzchnią warstwę nabłonka cylindrycznego, pokrywa się zaś kilkoma warstwami nabłonka płaskiego. Wytworzenie się pokrycia cylindrycznego powinno się odbywać nader powolnie i jest tem niedokładniejsze, im dłużej trwa rzeżączka. Takiej przewlekłej sprawie towarzyszy zwykle mniej lub więcej obfita wydzielina, będąca znakomitem podłożem dla mikrobów. W śluzoropie tych chorych znajdujemy typowe ciała nabłonkowe obok różnych mikrobów, powoli jednak wydzielina staje się ropną i prócz leukocytów zawiera jeden przeważnie rodzaj mikrobów, np. gronowce. Aby uniknąć powrotów, *należy ujście cewki, żołądź i napletek utrzymywać w stanie aseptycznym* (wata nasyciona w $\frac{1}{2000}$ sublimacie), *zachować przy rękoczynach ściśle warunki przeciwnilne, stosunek zaś odbywać w kondomie*.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć słów kilka o *rzeżączce powikłanej*. Prócz zwężenia, łatwego do rozpoznania, najczęściej napotykaemy zapalenie żołądź i ropnie okołocewkowe, powstające ze zropienia kieszonek Morgagni'ego, uchyłków Tyzona, krypt napletkowych. Podobne sprawy ropne prowadzą do *przetok obok-cewkowych*, bardzo nieraz trudnych do odnalezienia i ważnych z tego względu, iż mogą zawierać gonokoki i powodować ciągłe wtórne samozakażenia; szczególnie przetoki kręte, otwierające się tylko jednym końcem w cewce, bardzo są uporczywe i wyleczyć je należy przed przystąpieniem do właściwego leczenia rzeżączki *).

*) Vide: Kazyistyka chorób moczopłciowych, M. Misiewicza, Przegl. Lek. 1890, Nr. 25—32.

Najczęstszymi powikłaniami rzeżączki zaopusztkowej bywa nieżyt krocza i pęcherza, zapalenie miedniczek i przyjądrzy. Najmniej zbadanem jednak jest zapalenie wzgórką nasiennego, t. n. *colliculitis*. Cierpienie to, łatwe do rozpoznania we wzierniku, polega na porażeniu składników elastycznych we wzgórką i w otworach i w przewodach wypryskowych. Wskutek tego przy wzmóženem parciu w jamie brzusznej, przy stolcach lub oddawaniu moczu, wydziela się zawartość pęcherzyków nasiennych. Jeżeli w dalszym ciągu ostra sprawa zapalna przedłuży się na przewody wytryskowe, a z nich na tkankę prostaty, może powstać zarosnięcie i zupełna obliteracja tychże przewodów. To samo może mieć miejsce po zapaleniach ropnych gruczołu krokowego, oraz przypalaniu galwanokaustycznych wzgórką (*verumontanum*), obustronna zaś obliteracja prowadzi do zupełnego aspermatyzmu. Rzadziej już spotykamy nieżyt kanałów wyprowadzających (*defferentitis*), oraz ropień tychże, prowadzący do ich zatkania, a względnie do *oligospermii* lub *azoospermii*. Do bezpłodności prowadzi też *zapalenie przyjądrzy*, lecz może ona mieć miejsce i niezależnie od niego, to jest od głębokich zmian w tylnej cewce. Fürbringer bowiem dowiódł, iż zmiany te wpływają na stan płynu nasiennego, powodując, w sposób bliżej niezbadany, t. zw. *nekrospermia*, oraz bezwładność ciałek nasiennych. Podług niego ciałka nasienne, *nieruchome zwykle podczas przebywania w pęcherzyku*, potrzebują pewnego bodźca do ruchu, a tym jest zetknięcie się ich z *kwaśnym płynem prostaty*. Jeżeli jednak płyn ten wskutek zmieszania się z chorobowymi wydzielinami cewki tylnej *stanie się alkalicznym*, powstaje wtedy nekrospermia. Poszukiwania te, bardzo ciekawe, potrzebują jednak jeszcze bliższego zbadania.

Oto w krótkim rysie sposób badania rzeżączki, oraz klucz ułatwiający nam kłopotliwą nieraz odpowiedź na pytanie, czy chory zupełnie jest wyleczony, czy może się żenić? Odpowiadamy wtedy twierdząco, jeśli chory okaże brak 4-ch głównych objawów, t. z. *desideratów Guyona*:

- 1) brak gonokoków nawet po próbnem wymyciu lapisem;
- 2) brak pierwiastków ropnych w nitkach i strzępkach w osadzie;
- 3) brak wszelkich powikłań w narządzie rodnym i moczowym;

4) brak zwiężeń zwykłych i obszernych.

Podobne paragrafy stawia i Finger; Guyon jednakże w następstwie uznał *obecność leukocytów za nieszkodliwą*, szczególnie w przewlekłych rzeżączkach mogą one występować ad infinitum, pomimo zupełnego wyleczenia. Poszukiwania, czynione w szpitalu Neckera na chłopcach i ludziach zdrowych, wykazały w ich moczu rannym strzępki śluzowe przezroczyste, a w nich wglębiane leukocyty, niby ciałka tkanki chrzęstnej w jednolitej bezkształtnej masie. U zdrowych zwiększa się też ilość leukocytów po nadużyciach w jedzeniu, piciu lub spółkowaniu. W wielu przypadkach przy odpowiednim leczeniu leukocyty giną zupełnie z nitek i osadu; w przeciwnym jednak razie nie mamy prawa rozpoczynać na nowo leczenia, jedynie z powodu nielicznych nici śluzowych, zawierających leukocyty, jeśli pod innymi względami uznamy chorego za wyleczonego.

Nim przejdziemy do leczenia, jeszcze słówko o rozpoznawaniu czasu trwania rzeżączki. Oto kilka charakterystycznych przykładów z kliniki Guyona, opartych na bardzo ścisłej statystyce:

1) Zapalenie cewki z gonokokami, podostre lub ostre, powierzchowne, nie powikłane, u osobników pierwszy raz na rzeżączkę zapadłych—trwa zwykle sześć miesięcy.

2) Zapalenie cewki bez drobnoustrojów, sprawa przewlekła, przedopuszczkowa, z zajęciem głębokich tkanek, drugi tryper—odpowiadają terminowi półtorarocznemu.

3) Zapalenie przewlekłe przednie i zaopuszczkowe głębokie w towarzystwie t. z. drobnoustrojów wtórnych, powikłane nasieniotokiem (de défécation), pierwsza rzeżączka—trwają zwykle 3—4 lat.

4) Zapalenie przedopuszczkowe przewlekłe i kroczone głębokie, powikłane przetokami obokcewkowymi, w towarzystwie gonokoków skrytych, trzeci tryper—odpowiadają peryjodowi dwuletniemu.

5) Zapalenie przednie powierzchowne na drodze do wyleczenia, wobec drobnoustrojów wtórnych, drugie zakażenie rzeżączkowe, datują się zwykle od 10-u miesięcy.

Formułki te, pozornie małej wartości, ułatwiają jednak bardzo bliższe rozpoznanie, a nadto dają możliwość logicznego rozpatrzenia się w wyborze skutecznego sposobu leczenia.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

82. F. SIEGERT (Genewa). **Przyczynnik do etiologii pierwotnego raka pęcherzyka żółciowego.** (*Zur aetiologie der primären Gallenblasenkrebs*). Virchow's Arch. T. 132. Z. 2.

Cały szereg większych prac lub też krótszych notatek z ostatnich dwóch dziesiątków lat poruszał sprawę rozwoju raka w pęcherzyku żółciowym. I, podczas gdy klinicyści obstają przy twierdzeniu, że rak pęcherzyka żółciowego, stwarzając odmienne warunki miejscowe, przyczynia się do powstawania w tym narządzie kamieni żółciowych, anatomo-patolodzy przeciwnie widzą w kamieniach najistotniejszą przyczynę raka, zgodnie z teorią Virchow'a o przewlekłym drażnieniu.

Autor, ogłaszając siedem przypadków pierwotnego raka pęcherzyka żółciowego, stwierdzonych na autopsjach i zbadanych drobnowidzowo, rzuca jeszcze jeden promień światła na tę sporną kwestyję.

Siódmy tylko przypadek przytaczam w streszczeniu, jako wysoce pouczający: sekcyję wykonano na 74-letniej kobiecie, której wątroba i pęcherzyk żółciowy napozór zdawały się prawidłowe; po otwarciu pęcherzyka widać w nim, prócz żółci, kamienie—w ilości sześciu, wielkości małych wiśni; tkwią one na dnie pęcherzyka, którego ściany, makroskopowo prawidłowe, na dnie tylko wykazują zgrubienie na nieznacznej przestrzeni. Badanie drobnowidzowe stwierdziło brak jakichkolwiek zбочeń w budowie histologicznej ścian pęcherzyka na całej ich rozciągłości, prócz wymienionego wyżej małego odcinka na dnie; tutaj stosunki uległy znacznym zmianom: na całej przestrzeni brak nabłonka; brodawki błony śluzowej nacieczone drobnymi komórkami, pęczki mięśni gładkich przerosłe, ściany naczyń zgrubiałe i światło ich zwężone, a niekiedy nawet zarośnięte. Pomiedzy brodawkami znajdują się znaczne zagłębienia, wyłożone wysokim nabłonkiem walcowatym. W najgłębszych warstwach błony śluzowej, a jeszcze obficie w błonie podśluzowej, widać liczne ciała rakowe, otoczone nacieczoną tkanką łączną i wypełnione wielokątnymi komórkami; nigdzie autor nie zdołał wykazać związku pomiedzy komórkami rakowatymi i nabłonkiem walcowatym, Wreszcie w otocze surowiczej pęcherzyka żółciowego stwierdzono tylko zgrubienie ścian naczyńowych.

W przypadku opisanym mamy przed sobą rak pierwotny pęcherzyka żółciowego, w samym jego zarodku (cały bowiem

guz miał długości i szerokości około $\frac{1}{2}$ ctm., grubości 1 mm.); rak ten rozwinął się dzięki obecności kamieni żółciowych, które tkwiąc na dnie pęcherzyka drażniły jego ściany i spowodowały zapalenie przewlekłe błony śluzowej i surowiczej, oraz zapoczątkowanie raka w błonie podśluzowej. Taką samą jest, według autora, geneza raków w pozostałych sześciu jego przypadkach. Z drugiej strony, zmiany anatomiczne w pęcherzyku żółciowym (przyp. 7) są zbyt małej wagi, by im przypisywać rolę bodźców w sprawie wytworzenia się kamieni żółciowych.

Autor zatem jest stronnikiem poglądu, że kamica żółciowa jest sprawą pierwotną, rak zaś następczą. Słuszność powyższego dowodzi autor i na drodze statystycznej, dając odpowiedzi na dwa pytania: 1) W ilu przypadkach pierwotnego raka pęcherzyka żółciowego znajdowano kamienie żółciowe? 2) Jak zachowują się pod tym względem raki pęcherzyka wtórne, przerzutowe?

Ad I. Zebrano 99 przypadków (w tej liczbie 7 autora); czternaście przypada na mężczyzn, 83 na kobiety, w dwóch zaś przypadkach płeć nie podana. Kamienie żółciowe znaleziono 94 razy (t. j. 95%), trzy razy ich nie było, w dwóch wreszcie przypadkach istniały przetoki pęcherzykowo-kiszkowe, nieobecność przeto kamieni podczas sekcji nie świadczy o ich braku uprzednim.

Ad II. Literatura pod tym względem jest uboga; zestawiono dwa przypadki cudze i jednaście własnych. Z 13-tu zatem przypadków 10 dotyczyły mężczyzn, 3 kobiet; kamienie żółciowe znaleziono tylko dwa razy t. j. w 15%.

Następujące wnioski wyprowadza autor ze swej pracy: w raku pierwotnym pęcherzyka żółciowego spotykamy kamienie prawie bez wyjątku, we wtórnym zaś tylko wyjątkowo; innemi słowy rak pęcherzyka żółciowego stosunkowo rzadko przyczynia się do wytwarzania kamieni, podczas gdy te ostatnie, wytworzywszy się raz pod wpływem tych lub innych czynników, jako ciało obce, stale drażniące ściany pęcherzyka, są najczęstszą przyczyną złośliwego nowotworu w tymże narządzie.

Nieproporcjonalnie wielka odsetka kamieni żółciowych i raków pierwotnych pęcherzyka u kobiet zdaje się być skutkiem noszenia sznurówek, wywierających stały ucisk i drażniących miejscowo; przewaga natomiast raków wtórnych pęcherzyka żółciowego u mężczyzn zależy od większej odsetki raków przewodu pokarmowego, spotykanych u tej płci. *W. Zurawski.*

83. Prof. L. OSER. Kilka słów o rozpoznawaniu i leczeniu zamknięcia światła i zwężenia kiszek. (*Wien. M. Pr. Nr. 8. 1894.*)

Ścisłe rozpoznanie umiejscowienia zamknięcia światła kiszek napotyka niejednokrotnie na nieprzewyżnione trudności, i gdybyśmy chcieli czekać na rozwinięcie się całego obrazu choroby,

należałoby czekać śmierci chorego, a w każdym razie przeoczyć chwilę, kiedy racjonalna pomoc jest wskazana. Dziś, kiedy chirurgia wkroczyła w terapię tych cierpień, żądają od nas szybkiego rozpoznania i dla tego rozpoznanie nasze opierać się musi nie na wszystkich objawach, ale na objawach pierwotnych i bardziej wydatnych. W każdym przypadku należy dobrze umieć rozpatrywać się w objawach szybko, oceniać ich wartość rozpoznawczą i pamiętać, że klasyczne objawy rzadko kiedy możemy spotykać w praktyce.

Przystępując do chorego zawsze przedewszystkiem winniśmy mieć w pamięci, że wiele z objawów zamknięcia światła kiszek spotykamy w takich cierpieniach, jak kolka wątrobiania, nerkowa, ołowiana, skręcenie moczowodów nerki wędrującej, zapalenie kątnicy i około kątnicze, skręcenie nóżki guza jajnika, a nawet niekiedy zapalenie opon mózgowych, cholere, otrucie arszenikiem i histeryczne wymioty kałowe, wreszcie, co najważniejsza, zapalenie rozlane otrzewny.

Jakież są według Ösera najbardziej patognomiczne objawy?

Objawem, który wiele innych za sobą pociąga, jest przedewszystkiem zamknięcie światła kiszek, skutkiem czego ich siła mięśniowa wzmacnia się dla przezwyciężenia przeszkody; jeśli to wzmocnienie jest dostateczne, równowaga wraca, jeśli nie, zostaje zniszczoną i wywołuje cały szereg następujących objawów:

1) *Pluskanie albo chelbotanie w położonym nad przeszkodą odcinku kiszek.* Objaw ten, częstszy w przypadkach przewlekłych, niż ostrych polega na wysięku do kiszek, o czym przekonać się można z tego, że ilość płynu zwracanego jest większą, niż wprowadzanego. Badanie tego objawu jest trudne i wymaga dość długiego czasu. Przy dokładnem badaniu powyżej przeszkody widzimy go dość często, ponieważ jednak objaw ten istnieje w wielu innych cierpieniach, ma tylko znaczenie przy uwzględnieniu pewnych okoliczności. Jeżeli, mianowicie, znajdziemy go na dużej przestrzeni kiszek aż do miejsce przypuszczalnej przeszkody, przemawiać może za zamknięciem światła kiszek. Częstość nastrocza się trudność w rozpoznaniu czy pluskanie zależy od żołądka czy kiszek, do odróżnienia służą następujące dane: a) jeśli położymy chorego na lewym boku, a mimo to otrzymamy na prawej stronie pluskanie możemy je śmiało umiejscowić w kiszce; b) odgłos opukowy będzie inny jeśli płyn będzie w żołądku a gaz w kiszce, niż wtedy gdy i płyn i gaz mieścić się będą w jednej jamie. Istnienie pluskania na dużej przestrzeni jest dla autora tak wybitnym objawem, że w jednym przypadku nie wahał się zalecić operacyi, mimo że prócz tego objawu innych nie było. Operacyja dowiodła, iż się nie mylił. Objaw ten w przewlekłych zamknięciach światła jest stały i trwa bardzo długo.

2) Drugim objawem są *zaburzenia w ruchach robaczkowych*. Zaburzenia te zrozumieć łatwo wobec tego, że mięsień kiszki, kurcząc się, natrafia na przeszkodę. Skutkiem tak szybkiego przerwania ruchu postępującego kiszek następuje *tęzec kiszki* (Darmtétanus), któremu autor również ważną rozpoznawczą przypisuje rolę. Już samo stwierdzenie istnienia tego objawu rozstrzyga kwestyję, a między ostrem zapaleniem ostrzewny i omawianem cierpieniem stanowi rozstrzygająco na korzyść tego ostatniego. Objaw ten wymaga dość długiego badania chorego szczególnie wtedy, gdy stosujemy makowiec, który objaw ten maskować może zupełnie.

3) Trzeci objaw to *wymioty*. Nie są one jednak signum pathognomicum dla omawianego cierpienia, a nawet rodzaj ich nie jest w możności wskazać nam umiejscowienia przeszkody, gdyż przy umiejscowieniu w cienkich kiszkach możemy mieć wymioty kałowe, a niejednokrotnie przy zagięciu Sromanum mamy zwykle tylko wymioty połkniętymi płynami. Nigdy natomiast nie brak nudności i pobudzenia do wymiotów.

4) *Wzdęcie brzucha* zasługuje na baczniejszą uwagę. Pochodzi ono skutkiem zniesienia wchłaniania powyżej przeszkody, może go braknąć, jeśli gazy odchodzą przy odbijaniu i wymiotach. Znalezienie miejsca najbardziej rozszerzonego gazami może nam rozpoznanie ułatwić.

5) *Ból* pierwotny niekiedy również ułatwia rozpoznanie, wtórny jest objawem zwodniczym.

To są objawy, zależne od dążenia kiszek do przezwyćieżenia przeszkody. Inny szereg objawów daje sama przeszkoda. *Znalezienie guza* przy powyższych objawach znacznie ułatwia rozpoznanie, a niektórzy, jak Wahll, Israel, w pierwszym już okresie wspominają o *wyczuwaniu rozdętej pętli kiszek*.

Zaparcie stolca ma znaczenie, pamiętać jednak należy, że brak jego niezawsze przemawia za zniknięciem niedrożności, gdyż kał pochodzić może z odcinka poniżej przeszkody. Odchodzenie gazów również może być zwodnicze, gdyż pochodzić mogą z powietrza wprowadzonego przy ławatywach. Stolce krwawe przy innych objawach przemawiają za skręceniem lub wpochwieniem.

Objawy ogólne mają znaczenie niewielkie, gdyż większe, małe tętno, zapaść, indygo w moczu zdarzają się w innych cierpieniach.

Tyle o rozpoznaniu. Co się tyczy leczenia, to autor przede wszystkim rozbiera znaczenie środków czyszczących i, naturalnie, jest ich przeciwnikiem, zaleca natomiast ławatywy i podnosi ich mechaniczne działanie. Należy używać nieznacznego ciśnienia, gdyż przy użyciu wysokiego niejednokrotnie występuje zaciśnięcie kiszek i płyn wylewa się na zewnątrz. Niekiedy ławatywy dają nam nawet wskazówki rozpoznawcze: jeżeli wprowadzamy 2 litry to przeszkoda jest powyżej colon descendens.

Poświęca dalej autor słów kilka wprowadzeniu powietrza per rectum i pomocy operacyjnej, która w większości przypadków jedyną stanowi deskę ocalenia.

Józef Zawadzki.

84. H. TELEKY. O leczeniu niedrożności kiszek. (*W. Med. Pr. Nr. 9, 1894*).

Mimo że autor, jak i wogóle wszyscy terapeuci jest zwolennikiem szybkiej pomocy operacyjnej tam, gdzie żadne środki wewnętrzne nie są w możności przewyciężyć przeszkody, ostrzega przed zbyt pośpiesznem składaniem broni na korzyść chirurgów i przytacza cały szereg przypadków, rozpoznanych niewątpliwie, gdzie zdawało się, iż nic prócz operacji nie jest w możności zbawić chorego, gdy tymczasem niespodziewanie pod wpływem li tylko leczenia wewnętrznego wystąpiło wyzdrowienie. Niektóre przypadki dotyczyły osób, które nie zgodziły się na operację mimo zaleceń lekarzy i również wyzdrowiały. Jako środki wewnętrzne wymienia autor: 1) *Makowiec*, który podaje po 0,03—0,05 grm. co godzinę aż do 0,5—1,0 grm. na dzień, lub w razie silnych wymiotów morfinę podskórnie po 0,01—0,02 grm. 3—4 razy dziennie aż do zupełnego prawie zatrucia chorego. 2) *Lawatwy* z wody lub wody sodowej, sądząc, że woda może przechodzić przez zastawkę Bauchina. 3) Zupełne wstrzymanie się od pokarmów i napojów, podawanie li tylko lodu. Niekiedy można, idąc za radą Kussmaala, robić przeplókiwania żołądka.

J. Zawadzki.

85. Dr. R. v. JAKSCH. O leczeniu duru brzuszego za pomocą laktofeniny. (*Centrbl. f. inn. Med. Nr. 11*).

Laktofenina jest fenetidyną, w której grupa amoniakalna została zastąpioną przez kwas mleczny. W wodzie nie rozpuszcza się, jest krystalicznym białym proszkiem, nieco gorzkawego smaku. Schmiedeberg zaznacza jego kojące działanie. Autor stosował laktofeninę w 18-tu przypadkach duru brzuszego w dawkach 0,5—1 grm. *pro dosi*, a do 6 grm. *pro die* i z działania jego jest nader zadowolony. Ani jednego z owych objawów, jakie cechują środki przeciwgorączkowe z grupy anilinowej, nie widział. W jednym tylko przypadku po 0,5 grm. dawce wystąpiły wymioty, które jednak nie powtarzały się po następnych dawkach. W dwóch przypadkach wystąpiło tętno nieregularne, nie przypisuje jednak autor tego działaniu środka.

Do dodatkich stron środka zaliczyć należy szybkie obniżenie ciepłoty, trwające bardzo długo, głównie jednak podnosi Jaksch jego uspakajające i kojące działanie. Bredzenie ustaje, przytomność wraca, chory czuje się doskonale i wszystko to w takim stopniu, w jakim dotąd nie udało się widzieć autorowi po żadnym środku. Z tego względu autor gorąco poleca stosowanie środka w durze, naturalnie, kierując się współcześnie i innymi wskazaniami leczniczymi.

J. Zawadzki.

86. M. BANHOEZER. **Działanie lecznicze ferratyny.** (*Cent. f. inn. Med. Nr. 4, 1894*).

Prof. Schmiedeberg pod nazwą ferratyny opisuje połączenie białka z żelazem, którego preparat zawiera do 6^o/_o. Działanie dodatnie autor przypisuje temu, iż żelazo jest tu w połączeniu takim jak w zwykłych pokarmach, z tą tylko różnicą, że wprowadza go się znacznie więcej, niż z pokarmami.

Autor niniejszej pracy robił badania na klinice prof. Eichhorsta w Zurychu i podawał środek ten po 0,5 grm. dziennie w rozmaitych cierpieniach, połączonych z bezkrwistością, a więc po ciężkich chorobach zakaźnych, w blednicy, w chorobach wyniszczających etc. Badania te, kontrolowane przez obliczanie ilości hemoglobiny oraz ilości czerwonych ciałek krwi i wagą ciała, doprowadziły go do wniosku, iż powyższy środek jest nieocenionym w leczeniu powyższych chorób, szybko sprowadza poprawę ogólnego stanu, zwiększa ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, a nadto poprawia łaknienie i nie wywołuje żadnych zaburzeń w trawieniu. Z tego względu poleca go do stosowania w praktyce szczególnie tam, gdzie inne preparaty żelaza zawodzą.

J. Zawadzki.

II. Choroby nerwowe.

87. Prof. F. JOLLY. **O hypnotyzmie i zaburzeniach umysłowych.** (*Ueber Hypnotismus und Geistesstörung. Archiv. f. Psychiatrie. 1893. Bd. XXV, H. 3*).

Autor w zasadzie nie jest przeciwnikiem stosowania hipnozy w celach leczniczych, owszem uznaje pożyteczność tego zabiegu w wielu zarówno nerwowych jak i umysłowych cierpieniach. Często jednak hypnotyzm działa szkodliwie, gdyż u ludzi umysłowo zdrowych ale dziedzicznie obciążonych może wywołać na jaw ukryte dotąd histeryczne usposobienie, w kształcie ataków lub innych objawów histerycznych. U 19-letniej umysłowo zdrowej i ze zdrowej rodziny pochodzącej dziewczyny, która cierpi na dystrophia musculorum progressiva, hypnotyzer usiłował przez usypianie i wmówienie podnieść siłę zanikłych mięśni. Chora nie była dobrze uspiona i sugestycja nie miała wcale wpływu na siłę rąk, ale gdy znużona powróciła do domu dostała po raz pierwszy w życiu ataku histerycznego z drgawkami i przez dłuższy czas ataki takie codziennie się powtarzały.

W innych przypadkach zaburzenia umysłowe istniały już przed stosowaniem hipnozy, lub też ta ostatnia miała na celu ich usunięcie, ale zamiast tego przyczyniła się do wzmożenia wszystkich objawów i dała nowe pole do fantastycznych wi-

dziadeł i błędnych idei. Kobieta 57-letnia, wyrobница, dostała prawdopodobnie wskutek climacterium różnych neurastenicznych objawów, stała się rozdrażnioną, skłoną do hypochondrii, słabą na umyśle. Dla usunięcia tych objawów lekarz stosował hypnotyzm, w początku codziennie, potem rzadziej w ciągu lat 3. Wkrótce po pierwszym uspieniu chora zaczęła twierdzić, że hypnotyzer zdala na nią wpływa. Zatrzymywała się w toku rozmowy, niby na rozkaz hypnotyzera, który wyraźnie słyszała, popelniała różne niedorzeczności, twierdziła, że zegar się zatrzymał z jego rozkazu, że synowa jej również mu podlega i musi umrzeć. Przytem była silnie wzburzoną. Zdaniem autora jest to typowy przypadek obłąkania hysteryczno-hypochondrycznego w climacterium z postępującem osłabieniem władz umysłowych i z przejściem w ostry obłęd (paranoia acuta). Stosowanie hypnotyzmu z pewnością nie było przyczyną obłąkania, ale przyczynić się mogło do przyspieszenia rozwoju sprawy.

Zdarzają się jednak przypadki, w których związek między hypnotyzmem a cierpieniem umysłowem bywa tylko pozorny. Chory nigdy nie był hypnotyzowany, a jednak utrzymuje, że ktoś go uspił i wpływa na jego czyny. Tak np. 34-letnia chórzystka teatru twierdziła, że hypnotyzuje ją jakiś pan, którego widywała przy swym stole w restauracyi, z którym jednak zaledwie słów parę zamieniła; wszystko co „on“ jej każe, ona musi zrobić—listy pisać, kwiaty kupować etc. Razu jednego z jego rozkazu w nocy źle ubrana pobiegła do jego mieszkania. Policya ją zatrzymała i zaprowadziła do kliniki. Tu przez długi czas nie chciała nic mówić, tłómacząc gestami, że „on“ jej tego zabronił. Później oświadczyła, że hypnotyzowanie odczuwa, jako głos wewnętrzny, różniący się od głosów słyszanych w otoczeniu. Jestto przypadek paranoiae, powstałej na gruncie hysterii. Wszyscy chorzy tej kategorii usiłują przez wpływy zewnętrzne objaśnić swoje chorobliwie zmienione samoczucie. Zależnie od stopnia wykształcenia chorego i jego stanowiska społecznego wpływy te bywają różne: elektryzacyja, magnetyzacyja, zadanie czarów, zaklęcie, tajemne podawanie trucizn etc. Nic dziwnego, że i hypnotyzm zajął między nimi miejsce, zwłaszcza wobec tego, że prasa ogólna ciągle się nim zajmuje, że widowiska hypnotyczne nie wszędzie jeszcze są zabronione i że nawet w zebraniach prywatnych hypnotyzowanie praktykuje się często jako miła rozrywka.

W dalszym ciągu swego zajmującego odczytu przechodzi autor do oceny zjawisk hypnotycznych z punktu widzenia psychologicznego. Przedewszystkiem nie może on się zgodzić na to, że, jak mówi Forel, „każdy umysłowo zdrowy człowiek daje się mniej lub więcej łatwo hypnotyzować“. W minutę słabości (in einer schwachen Stunde) może się udać zahypnotyzować nawet takich, którzy zazwyczaj nie ulegają, ale w tych razach ma

się do czynienia z najlżejszym stopniem hypnozy. Ten stan jednak, w którym osobnik na rozkaz, za jednym słowem hypnotyzera wpada w głęboką hypnozę, uważa autor za stanowczo chorobliwy. Stan psychiczny w tych razach jest bardzo zbliżony do hysterii. W obu widzimy nadmierną suggestibilitas i zdolność przenoszenia się w różne sytuacje w jednym przypadku wmówione, w drugim przez samego chorego zmyślane i nieświadomie jako rzeczywistość przyjęte. Zresztą często kłamstwo w hysterii bywa zupełnie świadome, większa część „cudów“ przy niej opisanych na nim polega. Co się tyczy hypnotyzmu, to i tu, przy ocenie spostrzeżeń, zrobionych na hypnotyzowanych, zaleca się wielka ostrożność. Zwłaszcza twierdzenie o braku wszelkiego wspomnienia z fazy hypnotycznej wymaga ścisłej kontroli, tembardziej, że, jak utrzymuje nawet Forel, istnieją wszystkie możliwe przejścia od zupełnego zachowania pamięci do zupełnej jej utraty. Ta ostatnia spotyka się w rzeczywistości bardzo rzadko.

Wreszcie zwraca się autor ku ocenie doświadczeń opisanych przez Krafft Ebinga (zob. następ. referat). Wbrew opinii, wzgłoszonej przez tego ostatniego autora, sądzi Jolly, że tym sposobem nie otrzymuje się wcale wiernej reprodukcji stanów świadomości z minionych epok życia. Osoba, którą demonstrował w klinice i z którą nigdy poprzednio podobnych doświadczeń nie robiono, pod wpływem sugestyi również dobrze przedstawiała 7-letnie dziecko, jak i 70-letnią staruszkę.

Krafft-Ebing nie mógł złożyć dowodu, że niektóre zdania, wygłoszone przez jego medyjum jako 7-letnią dziewczynkę (np. uwaga o bogatych i biednych ludziach) odpowiadały w istocie inteligencji jej z owego wieku, a nie były wyrazem pojęć późniejszej nabytych. Zjawiska te równie jak dużo innych zjawisk hypnotycznych są podobne do tego, co ma miejsce we śnie. Tu też wspomnienia z lat dawnych grają wielką rolę. Niektórym ludziom przez całe życie śni się szkoła i egzamina. Czasem też i we śnie występują rzeczy, którychby osobnik na jawie nie mógł sobie przypomnieć. Ale nigdy sen nie bywa wierną reprodukcją dawnych zdarzeń i myśli, te ostatnie przeplatane bywają zawsze faktami wcześniejszemi lub późniejszemi. Kobieta rozbija we śnie swoją lalkę i niepokoi się tem, co na to powiedzą jej dzieci. Podobnie bywa i w niektórych przypadkach *dementiae senilis*, w których na skutek przewagi wspomnień z lat dziecinnych, chorzy uważają się za małe dzieci. 70-letnia staruszka np. utrzymywała, że ma lat 10, opowiadała różne zdarzenia szkolne, podawała adres swój z owego czasu etc. Pytana, czy ma dzieci, oburzała się, że dziecku można zadawać tak nieprzyzwoite pytania i zaczynała przytem wymyślać na niegodziwość mężczyzn wcale nie jak dziecko, a jak bardzo dojrzała kobieta.

E. Bregman.

88. Prof. KRAFFT EBING. **Doświadczenia hypnotyczne.** (*Hypnotische Experimente. Stuttgart 1894.*)

Doświadczenia, opisane przez autora w tej pracy, demonstrowane były towarzystwu psychiatrów i neurologów w Wiedniu w czerwcu r. z. i wywołały żywą dyskusyjną i dość gwałtowne napaści na autora nietylko w fachowej ale zwłaszcza i w ogólnej prasie. Ażeby dać każdemu możliwość ocenienia sprawy bezstronnie, autor zdecydował się ogłosić wszystkie swe spostrzeżenia, do niej się odnoszące. Istotą doświadczeń jest przeniesienie osoby zahypnotyzowanej w minione epoki jej życia, a więc wmówienie jej, że jest 7-letniem dzieckiem, lub 15-, 19-letnią panią etc. Przytem medyjum zachowuje się odpowiednio do umówionego wieku, a przy powtórzeniu z nim tych samych doświadczeń występuje zawsze z tym samym charakterem sobie właściwym. Jako 7-letnia dziewczynka medyjum Krafft-Ebinga panna P., mająca lat 33, jest swawolną, klęka między nogami eksperymentatora, kąsa go w palec, bawi się z lalką, ubiera i rozbiera ją, chrzci ją, robi sobie czółno z papieru, stawia krzesło na krzesło i wspina się na nie. Opowiada różne zdarzenia i swój tryb życia z danej epoki, sylabizuje z trudnością, rachuje na palcach. Pieniądże poznaje ale z trudem i prosi żeby je jej podarowano do skarbonki. Na pytanie, który rok piszemy, odpowiada bez namysłu: 1867. Chwilami jednak daje dowody większej nieco inteligencji. Np. oblicza dobrze, że za guldena można dostać 50 bułek (matka ją w tym wieku często posyłała po małe zakupy do sklepiku). Zastanawia się nad tem skąd bogaci ludzie biorą pieniądze, a na uwagę Krafft-Ebinga, że je zarabiają, odpowiada: „Mój Boże, tyle ludzi nic nie robi i są bogaci, a moja matka pracuje i jest biedna“. Przemieniona nagle przez werbalną sugestyję w 15-letnią panią wstydzi się położenia, w którym ją zaskoczono, na klęczkach między nogami profesora, prędko się podnosi i w całym zachowaniu się podobną do stanu, w którym była przed 18-tu laty. Pamięta wszystko, co się wtedy działo, wszystko co się później stało nie istnieje dla niej, szkołę już skończyła, deklamuje wiersze, które wtedy umiała na pamięć. Po wmówieniu, że ma lat 19, zachowanie panny P. staje się odpowiednie i podczas trwania tej sugestyi żyje ona w zupełności życiem swem z owej epoki.

Autor odrzuca możliwość oszustwa ze strony swojego medyjum. Jestto osoba bezpretensjonalna, spokojna, która zresztą w normalnych warunkach nie posiada wcale talentu aktorskiego. Dla przeniesienia jej w minione epoki jej życia trzeba ją uspić (wprowadzić w stan II) i w tym stanie uśpienia wmówić, że po przebudzeniu się stanie się tem, czem jej każą być. Wtedy budzi ją się i wmawia, że ma lat 7 lub 14 etc. Po słabym oporze przyjmuje ona tę sugestyję i wpada w stan III, odpowiadający

jednej z minionych epok jej życia. Z tego trzeciego stanu przez suggestyę słowem i nacieraniem czoła można ją znowu wprowadzić w stan II, t. j. stan uśpienia. Zarówno w tym stanie jak i po przebudzeniu jej t. j. w stanie I, nie pamięta ona wcale co robiła, będąc w stanie III.

Pod względem systemu nerwowego panna P. jest zupełnie zdrowa. Jedyne czasami cierpi na migrenę. Stigmata hysteryi nie istnieją u niej. Hypnotyzowano ją dość często i wszelkie intra i posthypnotyczne wmówienia udawały się doskonale. Reprodukcję minionych epok życia można uważać za odtworzenie pewnego idealnego typu, a więc typu 7, 15 lub 19-letniej panny, jak on się przedstawia w jej pojęciach. Doświadczenia opisane nie miałyby w takim razie żadnego zgoła znaczenia, stałyby bowiem na równi z innymi post-hypnotycznymi wmówieniami, np. przemienieniem się w zwierzęta etc. Albo też mamy przed sobą reprodukcję rzeczywistą, wierną stanu umysłowego, indywidualności psychicznych (Ichpersönlichkeiten), ukrytych zazwyczaj przed samowiedzą, a sztucznym sposobem w stanie wyjątkowym do świadomości przywołanych. Autor przyjmuje ostatnie tłumaczenie i sądzi, że dla tego właśnie doświadczenia jego mają dla psychologii ogromne znaczenie. Zachowanie się panny P. tak zupełnie odpowiadało wmówionej epoce życia, było tak prawdziwe i plastyczne, że odtworzenie tego li tylko jako typu wymagałoby wielkiego talentu aktorskiego, którego P. nie posiadała. Zresztą próba wmówienia w nią, że jest 70-letnią staruszką wypadła słabo. Matka jej, obecna raz przy doświadczeniach, była do łez wzruszona, widząc ją jako 7-letnią dziewczynkę i stwierdziła identyczność zachowania się jej w czasie doświadczeń i w odnośnej epoce życia. Kiedy P., bawiąc się wesoło jako 7-letnie dziecko, obejrzawszy się zobaczyła swoją matkę, poznała ją natychmiast, ale była przerażona zmianą, która z nią zaszła, dowód, że w danej chwili w umyśle jej tkwi obraz matki z przed 26-u lat. Wreszcie w tym samym sensie świadczy też i porównanie pisma jej z różnych epok pisane w czasie doświadczeń pod wpływem suggestyi, że ma lat 19, zarówno pod względem charakteru pisma jak i pisowni odpowiadają prawie zupełnie notatkom jej z 19-go roku życia. *E. Bregman.*

III. Chirurgija.

89. SCHLANGE. Osteoplastyczna rezekcja przy wysoko położonym raku odbytnicy. (*Zeit. f. klin. Chr. L. 45. H. 3*).

Przy wysoko umiejscowionym raku odbytnicy zazwyczaj postępujemy według metody Kocher'a, lub według Kraske'go.

Pierwsza polega na wyłuszczeniu kości ogonowej, druga—na usunięciu dolnego końca kości krzyżowej. Obiedwie metody noszą cechy operacyj przedwstępnych, ułatwiających z jednej strony dostęp do pola operacyjnego i całkowite wycięcie guza, a z drugiej—dają możliwość zeszywania pozostałych odcinków kiszki. Sposoby te jednakże mają, podług autora, tę wspólną wadę, iż przy nich organizm traci część szkieletu, przeznaczoną fizyjologicznie do podtrzymywania narządów, zawartych w miednicy i służącą jednocześnie jako miejsce przyczepu ważnych mięśni, lewator et sphincter ani. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż znaczne rozszerzenie się po takiej operacji ujścia miednicy wlecze za sobą przykre następstwa, zwłaszcza u kobiet, a następnie mięśnie, pozbawione stałego punktu przyczepu, słabną na tyle, że pacyjerki operowani według powyższych metod, nie są w stanie utrzymać wiatrów i płynnych stolców. Fakta te dawno już zwrócili na siebie uwagę chirurgów i dla tego też proponowano inne sposoby operacyjnego leczenia nowotworów odbytnicy (Wölfler, Zuckerkadl, Hegar, Kocher). Sposoby te jednak nie znalazły szerszego zastosowania z racyi nader skomplikowanej techniki i niedostatecznego uwzględnienia wymaganych tutaj warunków operacji.

Mając to wszystko na względzie, autor wykonał osteoplastyczną rezekcyję przy raku odbytnicy według metody teoretycznie opracowanej przez Lewy'ego w roku 1888. Od poprzecznego cięcia, przechodzącego przez dolny odcinek ossis sacri i dążącego aż do kości poprowadził on dwa drugie, które w kierunku wzbieżnym szły z obydwóch stron kości ogonowej i kończyły się w pobliżu i na wysokości otworu stolcowego. Cięcia te u dołu dążyły tylko w skórę, w kierunku zaś ku górze stopniowo pogłębiały się, tak, że przecinały włókna mięśnia pośladkowego, lig. sacro-tuber. et soero-spinosum, przez całą grubość aż do kości. Następnie w kierunku poprzecznego cięcia przepiłowano kość krzyżową i okrojony w ten sposób skórno-kostny płat odwrócono na dół. Pole operacyjne przy tym sposobie jest nader dostępne, tak że autor wyrezekował do 25 ctm. kiszki, a odcinki jej z ła-twością zeszył. Skórno-kostny płat, z obawy puszczenia szwu kiszkowego, ustawiono w odchyłonym położeniu, a przestrzeń między nim a kiszką wytamponowano gazą jodoformową. Przy ściąganiu się blizny płat powrócił na swoje miejsce.

Autor 4 razy wykonał operacyję powyższą metodą z dodatnim rezultatem, i na mocy zdobytego doświadczenia przypuszcza, iż obawa co do żywotności kości w płacie i co do komplikacyi pooperacyjnego przebiegu rany nie ma, jak dotąd, żadnej podstawy.

Metoda zaś sama ma niezaprzeczone zalety:

1) Prostą technikę i brak przy niej uszkodzeń organów sąsiednich.

2) Utworzenie nader dostępnego pola operacyjnego.

3) Zachowanie całości szkieletu, a tem samym stałego przyczepu dla mięśni krocza, których innerwacja (nerv. haemorrhoidalis inferior) przy dokładnem podług opisu wykonaniu operacyi pozostaje zupełnie nienaruszoną.

4) Wykluczamy przy tym sposobie możność formowania się zgięcia kiszki (Knickung) na miejscu rezekcyi kości. Spostrzeżono bowiem, że po operacyjach Kocher'a lub Kraske'go tworzy się zagięcie kiszki wskutek zrastania się jej ściany tylnej z dolną powierzchnią rezekowanych kości i następnego kurczenia się bliznowatych tkanek, ciągnących tą ścianę ku tyłowi. Obecność tego rodzaju zgięcia odbytncy wśród twardej i niepodatnej blizny często bywało powodem powstawania objawów niedrożności kiszki.

M. Korzeniowski.

90. L. HUISMANS (Heidelberg). **O wynikach leczenia gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.** (*Beitr. z. Clin. Chir. T. VIII. Zeszyt I.*)

Autor zdaje sprawę ze 128 przypadków zapalenia stawu biodrowego, leczonych pomiędzy 1877—1886 w klinice Heidelberskiej, a sprawdzonych, co do zejścia wogóle i co do rezultatu czynnościowego, co najmniej w 4 lata po wyjściu chorego z kliniki. Zestawiając wyniki, otrzymane po leczeniu zachowawczem z wynikami, otrzymanymi po wypiłowaniu główki kości udowej, autor dochodzi do wniosku, że pierwszy sposób leczenia stanowczo na pierwszeństwo przed drugim zasługuje, albowiem daje on nietylko mniejszy $\%$ śmiertelności, ale, co jest rzeczą bardzo ważną, leczenie sposobem zachowawczym daje pod względem czynnościowym (chodzenia) o wiele pomyślniejsze wyniki, niż wypiłowanie. Wniosek ten dotyczy zarówno dzieci jak i dorosłych; w przypadkach, spostrzeganych przez autora, dorośli po wypiłowaniu główki kości udowej wszyscy poumierali, leczenie zaś zachowawcze dało 66,6 $\%$ śmiertelności. Z 64 pacjentów, leczonych sposobem zachowawczym (opatrunek gipsowy, aparat wyciągowy, także przecięcie i wyskrobanie ropni okołostawowych, a w 2-ch nawet przypadkach wyskrobanie kości chorej przez przetokę), pozostało przy życiu, podczas sprawozdania autora, 138 ($\%$ śmiertelności więc była 40,6). Z tych u 18-tu zanotowano wynik „dobry“ (żadnych nieprawidłowości prócz nieuniknionego skrócenia), u 9-u wynik „niezły“ (ruchy w stawie ograniczone, zdolność do pracy warunkowa), a u 11-tu wynik „zły“ (przetoki lub gruźlica innych narządów).

Wypiłowanie główki kości udowej dokonane było na 42 chorych, z tych umarło aż do czasu sprawozdania 25-u (59,5 $\%$ śmiertelności). 25 razy wypiłowanie dokonane było pod krętarzem wielkim, 12 razy w szyjce kości udowej, 2 razy pomiędzy krętarzami, w 3-ch przypadkach nie podano miejsca wypiłowania.

Najlepsze stosunkowo wyniki pod względem czynnościowym otrzymano po wypielowaniu w szyjce kości udowej.

Do wypielowania główki kości udowej przy zapaleniu stawu biodrowego radzi autor uciekać się tylko w ostateczności, t. j. wtedy, kiedy obfite ropienie, znaczne zniszczenie kości i wysoka gorączka zagrażają już wprost życiu chorego.

M. Wołkowicz.

91. Prof. A. POUCKET i M. JABOULEY. **Leczenie wola przez wyłożenie na zewnątrz.** (Traitement des goîtres par l'exothyropexie). *Mémoires à l'Académie de Med. Séance du 6 Février 1894.* Gaz. de Hopitaux. Nr. 17, 1894.

Exotyrokepsyją nazywają Poucet i Jabouley operację, polegającą na wypreparowaniu, wywichnięciu i wyłożeniu na zewnątrz części lub całego przerosłego gruczołu tarczowego, w celu osiągnięcia w ten sposób zaniku części przerosłych. W przeciągu ostatniego roku mieli autorowie okazję wykonać tę operację 14 razy (u 8 kobiet i 6 mężczyzn), zawsze z najlepszym skutkiem. Chorzy byli w wieku od lat 12 do 40. Wszystkie przypadki były tak zwane wola chirurgiczne, t. j. takie, w których stosowane już uprzednio leczenie wewnętrzne nie odniosło pożądanego skutku. W 5-u przypadkach były wola mięszkowe (rozłany całkowity przerost gruczołu), którym towarzyszyły objawy ucisku części sąsiednich, a w niektórych pomiędzy nimi zaburzenia ogólne, w rodzaju tachykardyi, kretynizmu lub choroby Basedowa. Zanik gruczołu występował po operacji dość prędko, w przeciągu 5 do 8 tygodni; w tym czasie następowało i zabliznienie rany; jednocześnie z zanikaniem gruczołu znikaly i objawy zarówno zależne od miejscowego ucisku, jak i zaburzenia ogólne. U 9 chorych wola miało charakter torbielowaty. Takie wola zanikaly mniej lub więcej prędko, stosownie do charakteru torbieli. Gdzie torbieli było dużo, małych, z cienkimi ściankami (goitre polycystique, hypertrophie nucléaire de parenchym thyroïdien), tam zanik występował równie prędko, jak przy wolach mięszkowych. Przy torbielach zaś w ścisłym tego słowa znaczeniu, t. j. większych, ze ściankami grubszymi, trzeba było czekać na rezultat daleko dłużej. Kilka razy probowano przy exothyropexii stosować na wyłożony gruczoł i inne jeszcze zabiegi miejscowe, jakoto ognipunkturę, częściowe ekscyzyje przy pomocy żegadła, smarowanie jodyną, skrobania etc., aby w ten sposób przyśpieszyć zanik. Wszystkie te zabiegi były jednak źle znoszone. Powodują one ropienie, a ropiejące wola zanikają powolniej, oprócz tego po takich manipulacjach często występuje gorączka. Pod ostatnim względem gruczoł tarczowy jest szczególnie delikatny

W obec tego zabiegi te więcej stosowane być nie powinny, typowa exothyropexia jest najlepsza i zupełnie wystarcza. Przy wykonywaniu tych zabiegów przekonano się, że tkanka gruczołu

tarczowego jest zupełnie nieczuła, żaden z powyższych zabiegów bólów nie wywoływał. Pewną bolesność zauważono tylko przy przypalaniu gałązek tętnicznych.

Zaraz po wyłożeniu gruczołu na zewnątrz zaczyna się wydzielać obficie płyn surowiczy, który jak rosa pokrywa powierzchnię całego gruczołu, za wyjątkiem tylko naczyń, których pochewki podsychają wciąż coraz więcej. Płyn ten surowiczy można zbierać, przykładając bibułę, wielka jego ilość zmusza do częstej zmiany opatrunków, a nawet i pościeli. Płyn ten Poucet i Jabouley uważają za normalną wydzielinę gruczołu, która się wciąż odbywa, i z gruczołu, leżącego na swoim miejscu. Tam płyn wylewa się w tkankę łączną okołogruczołową, z kąd przechodzi do naczyń chłonnych. Naczynia chłonne są więc niejako przewodem, odprowadzającym wydzielinę dla gruczołu tarczowego. Wiadomo jest, że zatkanie lub przewiązanie przewodu odprowadzającego jakiegokolwiek gruczołu prowadzi często do zaniku, może być więc, że zanik wola obserwowany niejednokrotnie po częściowych rezekcjach, enukleacjach torbieli, czasami nawet zwykłej tracheotomii, jak również i po exothyrapexii, jest właśnie skutkiem uszkodzenia tych odprowadzających naczyń chłonnych. „Sokotok“ ten bardzo obfity trwa zwykle od 3 do 4 dni.

Z innych zmian, występujących przy exothyropexyi, trzeba jeszcze zaznaczyć wielkie przekrwienie żyłne, które występuje również zaraz po operacji, zwiększa się przez kilka do kilkunastu godzin, przyczem cały gruczoł puchnie. Przekrwienie to żyłne zależy od napięcia, przegięcia lub ucisku żył gruczołu, prowadzi w końcu do zupełnej prawie stazy; od drugiego dnia po operacji nabrzmiałe żyły zaczynają opadać, formują się w nich aseptyczne skrzepy, wreszcie ulegają one zanikowi, cały ten przebieg można śledzić, mając go ad oculos. Zanik żył jest drugim momentem, wyjaśniającym zanik gruczołu; być może, że oprócz tych dwóch momentów, jak to zanik żył i przewodów chłonnych odprowadzających, grają pewną rolę i wpływy odruchowe, zależne od podrażnienia tkanki gruczołu przy incyzji, preparowaniu etc.

W dalszym przebiegu cała powierzchnia gruczołu pokrywa się ziarniną, ziarnina ta zlewa się z ziarniną płatów skórnych; jeżeli operowano przez jedno tylko cięcie podłużne, to brzegi skóry ulegają w pewnych przypadkach zawrotowi ku wewnątrz (entropion), czego nie bywa przy cięciach poprzecznych lub krzyżowych. W ostatnim razie płaty skóry przyrastają do gruczołu prędzej.

W dwóch przypadkach mieli autorzy okazję zbadać zmiany w gruczole po exothyropexyi po dłuższym przebiegu czasu przy powtórnej operacji. Znaleźli, że weny i arteryje rekonstruuują się według typu normalnego, są jednak znacznie węższe. Zrosty ze skórą okazują tendencję do rozluźnienia i formacji

woreczka maziowego, zawartego w luźnej tkance łącznej. Co do samego wola, to zanika ono zupełnie, lub też podlega zmianom w kierunku torbieli lub ograniczonych guzów, co autorowie uważają za objaw pomyślny.

Zdaniem Poucet'a i Jabouley'a exothyropexia powinna zastąpić miejsce innych operacyj, praktykowanych na gruczole tarczycowym, jak to strumektomii, rezekcyi etc., może ona być w pewnych przypadkach operacją radykalną, w innych zaś operacją przedwstępną, gdyż po exothyropexyi wyluszczenie oddzielnych torbieli i guzów jest o wiele łatwiejsze, gdyż robi się zupełnie á sec, bez żadnego krwotoku, następnie zupełnie nazewnątrz, nawet więc w razie nieudanej antyseptyki nie ma obawy o zacieki ropne w przestrzenie międzyaponeurotyczne szyi. W razie wola duszającego (goître plongeant) exothyropexia jest operacją ratującą życie, gdyż momentalnie uwalnia tchawicę od ucisku. Łatwość i prostota jej wykonania nie potrzebują dowodzeń. Przy struma vasculosa exothyropexia daje się wykonać bez obawy o krwotok, która to ewentualność stanowi główne niebezpieczeństwo przy wyluszczeniu takiego wola. Następnie przy struma cystica lub nodosa exothyropexia może być uważana jako doskonała operacja przedwstępna.

Co do choroby Basedowa, to autorzy przypuszczają, że zależy ona od sklerozy naczyń chłonnych wewnątrzgruczolowych; zmiany takie stwierdzono niejednokrotnie na gruczolach wyciętych; prócz tego chorzy nieraz wspominają o tem, że przyczyną choroby było u nich li ropienie gruczolów chłonnych szyi. Wydzielina gruczolowa dostaje się w takich razach wprost do naczyń chłonnych okołotarczycowych z pominięciem gruczolów chłonnych, nie przeszedłszy tego filtru, ztąd właśnie jej szkodliwość i zaburzenia ze strony serca. Dobry skutek exothyropexyi w chorobie Basedowa daje się dobrze wytłómaczyć tą właśnie eliminacją wydzieliny na zewnątrz. U jednej dziewczyny z wolem i objawami Basedowa wystąpiła poprawa zaraz po wyłożeniu gruczolu na zewnątrz; gdy gruczoł pokrył się na nowo skórą objawy Basedowa powróciły; ponowna exothyropexyja znowu sprowadziła poprawę. Można przypuszczać, że exothyropexia dobrze może zrobić i w chorobie Basedowa bez wola.

Dzierżawski.

92. J. NEUMANN. Przyczynek do leczenia wodosteku wyrostka pochwowego jądra. (*Fortschritte des Med. T. XI, zeszyt 20. C. f. Chir. Nr. 5, 1894.*)

W 6-u przypadkach zastosował Neumann z najlepszym skutkiem postępowanie następujące: przekłówa worek trójgranicem, wyciąga sztylet, a pochewkę, nim płyn zdąży się wylać, popycha w głąb i tu ją pozostawia á démeure, poczem nakłada lekko uciskający opatrunek. Pochewka trójgranca przez 2 dni po-

zostaje na miejscu; podrażnienie to jest dostateczne dla wywołania zapalenia zlepnego. Wyzdrowienie nastąpiło we wszystkich przypadkach w przeciągu 7—9 dni. *Dzierżawski.*

IV. Ginekologija.

93. Prof. BINZ. O działaniu kwasu salicylowego na macicę. (*Berliner Klinische Wochenschrift, Nr. 41, 1893.*)

Przypadek, spostrzegany w praktyce, w którym po 5 gramach kwasu salicylowego miało nastąpić w ciągu kilku dni poronienie w trzecim miesiącu ciąży pobudził autora do zajęcia się wpływem kwasu salicylowego na macicę i przeprowadzenia w tym kierunku doświadczeń, a to tembardziej, że kwestyja ta, jak to widać z cytowanej przez autora literatury, nie jest wyjaśnioną. Tak spostrzeżenia kliniczne, jak i nieliczne doświadczenia na zwierzętach, dokonane przez Fürbringera i Balletera nie dostarczyły nic pewnego pod tym względem.

Dla wyjaśnienia w mowie będącej kwestyi w pracowni autora przeprowadzone były doświadczenia na królikach, których ciąża, jak wiadomo, trwa 30 do 32 dni. Najprzód stwierdzono, że dawka 1,0—1,50 w postaci zastrzykiwań podskórnych bywa dobrze znoszoną przez króliki, ważące co najmniej 1,150 gramów, że większe dawki zabijają te zwierzęta. Następnie 8 królikom, będącym w różnych okresach ciąży, zastrzykiwano w ciągu szeregu dni po 0,4 do 1,50 kwasu salicylowego. Tylko u jednego zwierzęcia nastąpiło poronienie; inne rodziły żywe płody.

Próby te nie bardzo przemawiały za poronnym wpływem kwasu salicylowego. Autor przeto dla dalszych prób zmienił warunki w następujący sposób. Nieciążarne przez dłuższy czas spostrzegane i na odosobnieniu trzymane samice przez 2 dni umieszczone były z samcami. W ten sposób dzień poczęcia mógł być ściśle określonym. W 8 do 14 dni potem rozpoczynano robić zastrzykiwania podskórne roztworu kwasu salicylowego codziennie do czasu poronienia lub prawidłowego porodu.

W ten sposób przeprowadzono doświadczenia na 7 królikach, a z tych u 4 nastąpiło poronienie, 3 urodziły żywe płody 29 i 30 dnia ciąży. Z 15 zatem prób 5 razy pod wpływem kwasu salicylowego nastąpiło poronienie bez wystąpienia u matek groźnych objawów. Autor przeto sądzi, że w tych 5 przypadkach nie samemu kwasowi salicylowemu przypisać należy winę; dla czego bowiem tylko w 38 $\frac{0}{0}$ przypadkach osiągnięto by tak niepomyślny wpływ. Autor skłonny jest część winy przypisać silnym mrozom, panującym w czasie, gdy były dokonane doświadczenia na tych zwierzętach, które niewątpliwie wpływ

wywierają na macicę królika *) i które, prawdopodobnie, stworzyły grunt dogodny dla działania kwasu salicylowego. Jakkolwiek tak spostrzeżenia kliniczne jak i doświadczenia dotąd przeprowadzone nad wpływem kwasu salicylowego na macicę nie pozwalają na rozstrzygnięcie kwestyi działania kwasu salicylowego, autor na mocy powyżej przytoczonych danych uważa za usprawiedliwione następujące wnioski:

1) Salicylan sodu powinien być próbowany przy bolesnej, opóźnionej i niedostatecznej miesiączce.

2) Gdy z powodu gośćca i podobnych cierpień wskazany jest salicylan sodu, należy go stosować z pewną ostrożnością w przypadkach, w których istnieje skłonność do poronień lub przedwczesnych porodów. To samo dotyczy skłonności nieciężarnej macicy do krwotoków.

Autor w końcu zachęca dla wyjaśnienia kwestyi stosowania kwasu salicylowego w oddziałach kobiecych u różnych chorych dla przekonania się o wpływie kwasu salicylowego na pobudzenie krwotoków z macicy nieciężarnej. Wnioski ztąd dające się wprowadzić mogą być łatwo przeniesione na macicę w ciąży.

Arnstein.

94. Dr. KAYSER. O wpływie salipyriny na krwawienia z macicy. (*Ueber den Einfluss des Salipyrins bei Gebärmutterblutungen. Deutsche Med. Woch. Nr. 43. 1893 r.*)

Pierwszy Dr. Zurhelle z Aachen stosował salipyrinę z dobrym skutkiem w zbyt obfitem miesiączkowaniu. Autor stosował ten środek na klinice Löhlein'a, dobierając materjał o ile możności wybrednie. Przytacza 16 przypadków pewnych, wątpliwe zaś i niedokładnie obserwowane wyklucza. W 4 przypadkach poprawy nie było, w pozostałych 12—skutek pomyślny. Rozpoznanie w tych przypadkach: obfita miesiączka, metritis chronica c. erosionibus (9 przyp.); zapalenie adneksów; retroflexio c. endometritide haemorrhag.; myoma sobmucosum. Stała poprawa była u 4 pacjentek, u 5-u po zaprzestaniu stosowania salipyriny krwawienie wznowione, o 3-ch niema dalszych wiadomości. Wartość tego środka widzi autor w stosowaniu go w krwawieniach poprzedzających clymax. Dawka: 3 razy dziennie po 1,0, stosować go należy dzień przed miesiączkowaniem lub z rozpoczęciem tegoż. Uboczne działanie salipyriny—szum, dzwonięcie—może symulować i sama utrata krwi. *Wł. Staniszewski.*

*) Bunge. Wirkung hoher und niedriger Temperaturen auf den Uterus des Kaninchens und d. Menschens.

95. Dr. S. STOCKER (Lucerna). **Przypadek ciąży w szyjce macicy.** (*Ein Fall von Cervicalschwangerschaft. Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte Nr. 23. 1893 r.*)

Anemiczna 37-letnia pacjentka przed 2-ma miesiącami miesiączkowała prawidłowo, następny peryjod opóźnił się o tydzień i od tego czasu z niewielkimi przerwami ciągle krwawi. Usta maciczne zupełnie drożne dla dwóch palców, w silnie rozszerzonym kanale szyi znajduje się okrągławy, chleboczący twór, dosyć silnie zrośnięty na całej powierzchni ze ścianą szyi; przy oddzielaniu go otrzymywało się wrażenie miernie przylepionego łożyska, szypuły ani też oddzielnych silnych zrostów od strony próżni macicy nie było. Ze względu na krwawienie usunięto guz po oddzieleniu go na obwodzie i zgnieceniu (orif. ext było za wąskie). Żywe krwawienie usunięto przez wytamponowanie szyi gazą jodoformową. Upřednie badanie wykazało: jama macicy zupełnie gładka, ściana szyi nierówna ze znacznymi rozrostami doczesnej, szczególnie z prawej strony. Objętość jaja mniejsza od bardzo małego jaja kurzego, miejscami widoczna na powierzchni kosmówka, zarodek w następstwie krwotoków zmacerowany.

Okres pooperacyjny powikłany gorączką, cuchnącą wydzielina z pochwy i phlebitis prawej v. saphenae ciągnął się cały miesiąc, poczem nastąpiło wyzdrowienie. Ciążę szyjową prawdziwą obserwowano bardzo rzadko, w wielu opisanych przypadkach było poronienie szyjowe: jajo, połączone z macicą za pomocą szypuły (Stiel), wypchnięte przez skurcze macicy do szyi i zatrzymane przez szypułę albo też przez opór ze strony orif. externum, połączenia jaja ze ścianą szyi przez rozrosty doczesnej i kosmówki, umiejscowione z prawej strony w szyi łożyska; wspomniane zrosty przeszkodziły wypchnięciu jaja z szyi i wywołały silne krwawienie po oddzieleniu jaja z powodu braku skurczowej własności szyi.

Wł. Staniszewski.

96. J. WEHLE. **O położeniu zwisłem Walcher'a i o znaczeniu praktycznem tego położenia w operacjach położniczych.** (*Arch. f. Gynäk. Bd. XLV, Ht. II, r. 1893*).

W r. 1889 Walcher wypowiedział twierdzenie, że sprzężna miednicy zwężonej nie jest wielkością stałą, lecz ulega wahanom pod wpływem zmian w położeniu kobiety. Rozszerzenie miednicy następuje wtedy, gdy w zwykłym położeniu kobiety na grzbiecie zwiesimy jej nogi, przeciwnie gdy nadamy kobiecie położenie pośladkowo-grzbietowe z przygięciem do brzucha nogami, sprzężna zmniejsza się—następuje zwężenie miednicy.

Objaw ten tłómaczy się tem, że kości biodrowe mogą się obracać koło kości krzyżowej. Oś tego obrotu przechodzi poprzecznie przez kość krzyżową. Skutek rzeczzonego obrotu jest taki, że wzgórek krzyżowy (promontorium), położony ku przodowi i ku górze od osi obrotu, bądż zsuwa się do miednicy, bądż odsuwa się ku górze i ku tyłowi.

Klein, który spostrzeżenia Walchera potwierdził i uzupełnił drogą poszukiwań na trupach, usiłował obniżyć praktyczną wartość tego spostrzeżenia. Znalazł on przede wszystkim, że ruchomość nie jest tak wielką jak przypuszczał W. (8—13 mm.), lecz wynosi zaledwie 5—6 mm. Różnicę w wynikach powyższych autorów można wytłómaczyć tem, że Klein robił poszukiwania na kobietach nieciążarnych, podczas gdy Walcher badał ciężarne. Wiadomo zaś, że stawy miednicy w końcu ciąży i podczas porodu ulegają rozpulchnieniu, wskutek czego ruchomość w nich może być znacznie większą.

Oprócz tego K. zrobił zarzut, że przy zmianach w położeniu ciała wielkość sprężnej nie powiększa się przypuszczalnie o 1 cm., lecz tylko zmienia się w granicach jednego centymetra. Mając dajmy na to sprężną wynoszącą 7 cm. możemy powiększyć ten wymiar do 7,3 cm. lub zmniejszyć do 6,3 cm. Wahanie w długości sprężnej wynosi tym sposobem rzeczywiście 1 cm., lecz możliwe jej wydłużenie—zaledwie 3 mm. To zaś powiększenie wymiaru prostego miednicy jest, zdaniem K., tak nieznaczne, że w praktyce nie może mieć prawie żadnego znaczenia. Zarzut ten słusznie odpiera Wehle następującem rozumowaniem: w praktyce spożytkowujemy w celu rozszerzenia miednicy całe wahanie w wielkości sprężny. Wszystkie bowiem operacje położnicze były dotychczas wykonywane w położeniu pośladkowo-grzbietowem z przygiętymi do brzucha nogami, gdyż położenie to ułatwia dostęp do dróg rodnych. Tym sposobem miednica zwężona przy operacjach położniczych ulega jeszcze znaczniejszemü zwężeniu. Układając zaś chorą w położeniu zwiślem nie tylko nie skracamy sprężnej, lecz przeciwnie wydłużamy ją.

W porodach dobrowolnych korzyść z położenia zwiślego jest istotnie niewielką, ponieważ wtedy kobieta z położenia normalnego przechodzi w położenie zwiśle. W przypadkach zaś zwężenia miednicy, wymagających wdania się czynnego, znajomość powyższych faktów jest wielce cenną, ponieważ posiadając ją, wiemy, czego w poszczególnym przypadku robić nie należy, a jak postępować trzeba.

W klinice drezdeńskiej położenie zwiśle zaczęto stosować od półtora roku przy wszystkich tych operacjach, w których chodziło o przewyciężenie zwężenia we wchodzie miednicy, a więc przy wszystkich obrotach i wydobyciach płodu (*extractio*), przy wydobyciu główki przedziurawionej i przy zakładaniu kleszczy wysokich, zwłaszcza po uprzedniej symfizeotomij. Po przejściu główki przez miejsce zwężone nadawano rodzącej nanowo położenie z przygiętymi do brzucha nogami, aby tym sposobem przy dalszym przebiegu porodu można było zapobiedz zwężeniu wylotu miednicy, powstającemu przez wsunięcie do niej dolnej części kości krzyżowej i kości ogonowej.

Przy tem postępowaniu stwierdzono wielokrotnie, że położenie zwisłe w cięższych przypadkach zwężenia miednicy ułatwiało znacznie sprawę rozwiązania rodzącej. Korzyść, jaką osiągnięto tą drogą w klinice drezdeńskiej, najlepiej się w tem uwydatniła, że od czasu wprowadzenia metody Walchera, zmniejszała się znacznie ilość gorączkowych zapadnięć położnic po operacjach i śmiertelność dzieci, oraz uległa zredukowaniu ilość innych operacyj stosowanych przy zwężeniu na korzyść obrotu i ekstrakcyi. (Niedawno mieliśmy sposobność wspólnie z kol. Cz. Bitnerem sprawdzić zalety położenia zwisłego w przypadku obrotu przy zwężonej miednicy. Ze swej strony możemy gorąco polecić kolegom sposób Walchera. Przyp. rel.). *A. Karczewski.*

97. Prof. Dr. FRAENKEL (Wrocław). **O nieopisanej jeszcze dotychczas formie chorobowej części pochwowej.** (*Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Erkrankungsform der Vaginalportion. Wiener Medic. Presse Nr. 3. 1894 r.*).

34-letnia wdowa nieco anemiczna, ze słabą formą choroby Basedowa, ostatni raz rodziła przed 12 laty, obecnie peryjody ma prawidłowe, skarży się na upławy. Przy wogóle zdrowych narządach płciowych na obydwóch wargach części pochwowej znajduje się szerokie owrzodzenie, pokryte dobrze przystającym, grubym, ziarnistym, podobnym do *evsio follicularis*, białym nalotem, którego zmyć ani splukać go nie można. Całość robi wrażenie głębokiego przyżegnienia lapisem albo chlorkiem cynku, nawet po wyskrobaniu nalot wkrótce powracał, dopiero po następczem przypaleniu Paquelin'em zjawiał się prawidłowy nabłonek. Badanie pod drobnowidzem wykazuje: nabłonek składa się z 2 równych warstw, górna przebiega falisto, jest jednostajna i nie barwi się, nabłonek płaski z niewyraźnymi jądrami; w jednych miejscach nabłonek uniesiony od podłoża, w innych zupełnie go brak. Tkanka łączna silnie przekrwiona i drobnokomórkowo nacieczona. Mykosis przez badanie wykluczona.

Przypadek ten wyróżnia się od *Colpitis gummosa* Winckel'a, gdzie sprawa była w pochwie w postaci grubego na kilka milimetrów nalotu, który mógł być zdjęty pincetą i robił wrażenie ogromnego krupu pochwy, przytem były objawy *lues*. Wyróżnia się także i od *colpitis gummosa* Birch-Hirschweld'a.

Podług autora jest to izolowane cierpienie części pochwowej, dotychczas nie opisane, jest to przewlekłe zapalne podrażnienie tkanki łącznej części pochwowej z bujaniem i nekrozą leżących nad nią warstw nabłonka płaskiego. Od nomenklatury autor wstrzymuje się.

Wł. Staniszewski.

V. Choroby wieku dziecięcego.

98. Dr. STRASSMANN. **Anatomiczne i fizyologiczne poszukiwania nad krwiobiegiem u noworodków.** (*Anatomische und physiologische Untersuchungen über den Blutkreislauf beim Neugeborenen. Archiv. J. Gynaekologie. 1894. T. XLV. Z. 3.*)

Dotychczas nie posiadamy zadawalniającego objaśnienia warunków, w jakich po urodzeniu dziecka ductus arteriosus staje się niedrożnym.

Ductus arteriosus Botalli zwany tak od nazwiska swego odkrywcy, znany był jeszcze Galenowi i opisany daleko lepiej i dokładniej, niż przez Botallo'a. Harvey w 1628 dokładnie opisuje znaczenie przewodu tętniczego w krążeniu płodu i zaznacza, że u dorosłego pustoszeje on tak jak i żyła pępkowa. Co się tyczy objaśnień dla czego przewód Botallo'a pustoszeje, to przedewszystkiem starano się je sprowadzić do zmiany w położeniu organów piersiowych, zmian w tkankach samego przewodu. Przedewszystkiem co do budowy przewodu to już Langer dowiódł, że w media przewodu znajduje się bardzo mało włókien elastycznych, a dużo mięśniowych. Wolkhoff przyczynę zamknięcia kanału widzi w rozroście tkanki łącznej pod endotelium naczyń, w zmianie położenia organów piersiowych i krzepnięciu krwi. Poglądy Wolkhoffa przeszły do podręczników, pomimo że Thonn, który potwierdził odkrycie Langer'a i Wolkhoff'a dowiódł, że tkanka łączna pod intima rozrasta się nie tylko w przewodzie lecz i w aorcie zstępującej, a więc że ten rozrost nie może być przyczyną zamknięcia przewodu. Inni jak King przyczynę zatkania przewodu widzą w ucisku przez rozszerzone oskrzele główne, inni nawet w ucisku przez n. laryngeus recurrens, lecz większość zwraca tu uwagę na zmienione warunki i ciśnienia w wielkich tętnicach. Podczas gdy różnice w komorach sercowych u dojrzałego płodu w łonie matki są bardzo nieznaczne i ciśnienie w ductus arteriosus, który gromadzi krew od tętnicy płucnej do aorty, musi być nieco większe, niż w tej ostatniej (gdyż inaczej wspomniany kierunek prądu niemógłby istnieć) po urodzeniu stosunki ciśnienia zmieniają się w odwrotnym kierunku i jest ono większem w aorcie zstępującej, niż w tętnicy płucnej. Objasnienie tego zjawiska dał B. Schultze i wywody jego potwierdzone zostały przez Zuntz'a, Cohnstein'a. Najprzód pierwszy oddech obniża ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej i naczyń w niej zawartych. Obniżenie to np. u płodu owcy, ważącego 3200 g., wynosi 46 mm. zamiast 62 mm. rtęci i jest ono stałem w tętnicy płucnej, przechodniem zaś tylko w aorcie. Gdyż jak tylko płuca rozszerzą się po pierwszym oddechu to krew kieruje się ku nim i ductus otrzymuje krwi

mniej. Więszemu napływowi krwi do płuc odpowiada obfitsze napełnienie żył płucnych i lewego przedsionka. Temu towarzyszy zamknięcie się foraminis ovalis i powiększenie ciśnienia w lewej komórce i aorcie. Tak więc wskutek obniżenia ciśnienia w tętnicy płucnej ductus otrzymuje mniej krwi i spada się, jak objaśniają po większej części podręczniki położnictwa.

Pozostaje jednak nie wytłomaczonem, dla czego po urodzeniu nie powstaje prąd przeciwny od aorty przez ductus do tętnicy płucnej. Nie można bowiem przypuścić, aby skurcz mięśni okrężnych przewodu Botallo'a był tak silnym, aby stanowił zaporę dla krwiobiegu. Schultze zwraca na to uwagę i dochodzi do wniosku, że musi koniecznie istnieć jakaś mechaniczna zaporą, która czyni przewód niedrożnym, a Zweifel przypuszcza, że przyczyną tego jest to, że ductus wpada pod ostrym kątem do aorty, tak że przez nacięcie górnego łuku tworzy się rodzaj klapy, zamykającej przewód. Oprócz wspomnianych wyżej istnieją jeszcze dwa objaśnienia zamknięcia światła przewodu: krzepnięcie krwi w przewodzie i zmiana w położeniu tegoż przez oddechanie. Zakrzep krwi w naczyniu łączącym, dwa wielkie naczynia jest nieprawdopodobnym i rzeczywiście Rauch Juss na 1400 sekcij znalazł zakrzep w przewodzie tylko 12 razy; i wtedy powstanie z krzepu dało się objaśnić chorobą noworodka. Przeciw tworzenie się zakrzepu mówi i ta okoliczność, że przewód przez 4 tygodnie po urodzeniu zachowuje swe światło i że nawet u dorosłych można pod mikroskopem widzieć mały otwór w lig. arteriosum. Co się tyczy przemieszczenia albo też przegecia słabo napełnionego przewodu, to autor nie znajduje dokładnych anatomicznych tegoż opisów. Po urodzeniu następuje wprowadzie przerost lewego serca, zmiana kierunku tętnic płucnych, zmiana w wygięciu łuku aorty, lecz te wszystkie zmiany nie mogą powodować ucisku przewodu.

Ostatnią z hipotez, objaśniających zamknięcie się przewodu, jest hipoteza Schantz'a. Podnosi on, mianowicie, fakt, że przewód jest umocowany u swego ujścia do aorty, a wolny u końca drugiego i może być w tym kierunku wyciągnięty przez tętnicę płucną i osierdzie. Rzeczywiście po pierwszym oddechu tętnice płucne oddalają się od kręgosłupa i idą ku środkowi klatki piersiowej; dzięki opuszczeniu się przepony osierdzie jest wciągnięte ku dołowi, a także ku przodowi, gdyż mostek przemieszcza się ku przodowi. Dzięki tym trzem czynnikom zmienia się kierunek przewodu tętniczego, a przytem w przodzie dzięki szarpaniu go przy przemieszczeniu rozrywa się intima i przewód pustoszeje. Hipoteza ta oparta jest na kilku w dodatku błędnie tłomaczonych doświadczeniach nie zgadza się z anatomicznemi poszukiwaniami Thoma'y nad budową drobnowidzową przewodu, według których nie zachodzą żadne zmiany ani rozdarcia w intima przewodu. Przeciwno przemieszczeniu ujścia płucnego prze-

wodu mówią doświadczenia, w których udawało się aż do drugiego tygodnia napelnić przewód przez tętnicę płucną. Osierdzie nie jest twardą błoną, która mogłaby wywoływać ucisk przewodu; przecież nawet przy wysięku w osierdziu krążenie nieraz jest prawidłowe.

Autor w roku 1892 za namową prof. Zuntz'a starał się sprawdzić doświadczalnie, o ile zamknięcie przewodu dla krwi aortalnej zależy od stosunków, jakie zachodzą w jego ujściu aortalnym. Na trupie płodu który nie oddychał, widzimy po rozcięciu osierdzia, przewód Botallo jako naczynie prawie tej samej grubości co aorta. Wychodzi on jako przedłużenie bulbus tętnicy płucnej, równolegle do aorty i wpada w nią pod kątem ostrym nieco niżej od początku tętnicy podobojczykowej, w miejscu, gdzie ta przechodzi w aortę ztępującą. Jeśli otworzymy tętnicę płucną to przekonamy się że przewód tętniczy stanowi przedłużenie pnia tętnicy, nie oddziela się od niej żadnymi fałdami, a właściwe tętnice płucne stanowią jakby boczne gałęzie pnia głównego. Jeżeli przetniemy aortę to parę milimetrów niżej od początku tętnicy podobojczykowej znajdziemy ujście przewodu, formy eliptycznej, podczas gdy ujścia innych naczyń i początek przewodu w tętnicy płucnej mają formę okrągłą. Ta eliptyczna forma pochodzi stąd, że nad ujściem przewodu wydłuża się ściana aorty, tworząc pewien rodzaj zastawki. Te stosunki w aortalnym ujściu przewodu można obserwować u płodów, zarówno u płodu ludzi jak i u zwierząt. Dzięki istnieniu tej zastawki można bardzo łatwo wejść zglębniakiem z aorty do tętnicy płucnej, podczas gdy wejście do aorty od strony tętnicy płucnej jest utrudnieniem. Tworzenie się zastawki nad ujściem aortalnym przewodu można obserwować u płodów ludzkich różnego wieku. U płodu 5-miesięcznego otwór przewodu jest obszerny i rozwarty. Już w 7-m miesiącu około ujścia tworzą się fałdy i ściana aorty coraz bardziej zachodzi na ujście tak że staje się ono węższem od aorty. Jednocześnie przewód zagina się nieco i kieruje ku dołowi. Ku końcowi 8 miesiąca wszystkie te stosunki stają się bardziej wyrażonemi. Ponieważ noworodek od 30 tygodnia może być utrzymany przy życiu, to w sercu i naczyniach muszą zachodzić już wtedy takie zmiany, aby krążenie płucne było możliwe. Jeśli przyjmiemy, czego dowieść autor stara się dalej, że zamknięcie przewodu tętniczego odbywa się przez zastawkę przy ujściu, to ku końcowi 8 miesiąca zastawka ta musi być rozwiniętą. W 9 i 10 miesiącu ciąży stosunki zmieniają się o tyle, że zarówno przewód jak i aorta mają większy rozmiar. Autor wbrew twierdzeniu Hasse'go nie mógł zauważyć by wrost przewodu zatrzymywał się ku końcowi ciąży. Owszem przewód u płodów dojrzałych jest również szeroki jak aorta, a mianowicie naczynie to ma grubość ołówka. Większym się on wydaje u ujścia aortalnego dzięki zastawce. Tak

więc początkowo obszerny otwór aortalny przewodu tętniczego stopniowo zamienia się na szparę, a to wskutek tego, że przewód tętniczy wpada do aorty pod kątem ostrym i że poczynając od 5 miesiąca ciąży otwór aortalny przewodu zwęża się i pokrywa zastawką. Ten rozwój zastawki przewodu można porównać z rozwojem zastawki foraminis ovalis. Według poszukiwań Casp. Frider. Wolff'a, które świeżo potwierdzili Ziegenspeck i Preyer, vena cava inferior u ujścia dzieli się na dwie gałęzie, z których jedna wpada do prawego, druga do lewego przedsionka. Zastawka for. ovalis tworzy się przez boczną ściankę lewej żyły czarnej. Jest ona przy końcu ciąży tak wielką, że zamyka komunikację między prawym i lewym przedsionkiem w chwili, gdy płód zaczyna oddychać.

Zachodzi teraz pytanie, czy zastawka ujścia przewodu tętniczego, która zarówno jak i zastawka for. ovalis ani anatomicznie ani fizjologicznie, nie może być porównaną z zastawkami sercowymi, rzeczywiście jest w stanie zasunąć przewód i przy jakich warunkach ciśnienia wewnątrz naczyń? Dla odpowiedzi na to pytanie robił autor doświadczenia nad zachowaniem się przewodu po iniekcji w różnych kierunkach i pod różnym ciśnieniem. Najprzód badano wpływ iniekcji ze strony aorty. Wstrzykując masę iniekcyjną do carotis communis otrzymujemy w aorcie zstępującej nastrzyknięcie w tym samym kierunku, jak gdyby masa iniekcyjna wpędzana była przez serce, w ten sposób z dwóch doświadczeń przekonał się autor, że u psa 12 i 15 dniowego nastrzyknięcie przewodu ze strony aorty jest niemożliwym. Przeciwnie przewód udaje się napełnić, nastrzykując aortę brzuszłą od dołu t. j. przeciw biegowi krwi. Tak samo nie udało się autorowi napełnić przewodu, wstrzykując masę iniekcyjną pod wysokim ciśnieniem przez tętnicę szyjową pomimo że aorta napełniona była masą aż do najdrobniejszych rozgałęzień. Przeciwnie jeszcze 7 dnia po urodzeniu udawało się napełniać przewód od strony tętnicy płucnej. Jeżeli autor wstrzykiwał do prawej żyły szyjowej błękit pruski pod ciśnieniem 40 mm. rtęci, a do lewej tętnicy szyjowej gipsu pod ciśnieniem 100 mm. rtęci, to w ductus nie było wcale gipsu lecz trochę wody niebieskiej, co wskazuje że przewód napełnia się pod słabem ciśnieniem od strony tętnicy płucnej, a nie napełnia się wcale od strony aorty nawet pod większym ciśnieniem.

Z doświadczeń nad płodami ludzkimi wynika, że u płodów, mających 6 miesięcy skończonych, w początku 7 miesiąca można napełnić przewód zarówno od strony tętnicy płucnej jak i aorty. W tej drożności przewodu dla krwi aortalnej szukać należy jednej z przyczyn niezdolności do życia tych płodów.

Lecz i u zdolnych do życia płodów zastawka w przewodzie może się stać względnie niedomykalną, gdy ciśnienie płynu w aorcie jest zbyt wielkie. Tak udało się autorowi napełnić

przewód u dziecka, które żyło 8 dni. Masa iniekcyjna wstrzyknięta przez tętnicę szyjową dostała się do tętnicy płucnej. Lecz wtedy miało miejsce to co z zastawkami: przednia ściana aortalnego ujścia przewodu została przez prąd odchyłoną ku dołowi i wewnątrz przewodu.

Rezultaty swych poszukiwań streszcza autor w następujących punktach:

1) Dotychczas przyjmowane objaśnienia zamknięcia przewodu Botallo'a są niewystarczające; a) zakrzep ma rzadko miejsce i jest zjawiskiem patologicznym; b) wykluczyć należy skurcz naczynia tak silny, aby się światło zamknęło; c) brak jest anatomicznych dowodów takiego przemieszczenia organów pierśiowych, aby ono mogło sprowadzić zgięcie przewodu; d) zjawiska, jakie zachodzą po urodzeniu w przewodzie (wzrost tkanki łącznej) nie są jemu tylko właściwe, lecz odbywają się i w aorcie zstępującej. Zresztą powstają one stopniowo e) wspomniane pod b i d (ewentualnie c) zjawiska przyczyniają się do zamknięcia przewodu.

2) zamknięcie przewodu powstaje w jednej chwili na drodze mechanicznej.

3) W 5 miesiącu ciąży możemy się na ludzkim płodzie przekonać, że rozwój przewodu odbywa się w ten sposób, że tworzy on coraz bardziej ostry kąt z aortą i przednia jego ściana, stanowiąca zdwojenie ściany aorty wysuwa się w kształcie zastawki ku przodowi; zastawka ta tworzy rodzaj pokrywy nad ujściem przewodu do aorty w miejscu, gdzie łuk przechodzi w aortę zstępującą.

4) Ten stopniowo wytwarzający się rozdział między układem aorty i tętnicy płucnej jest podobnym do tego, jaki ma miejsce przy tworzeniu t. z. *valvula foraminis ovalis*.

5) Aby zamknięcie przewodu doszło do skutku potrzeba, aby płód odetchnął. Przeto ciśnienie w prawem sercu i tętnicy płucnej opada, a podnosi się w lewym sercu i aorcie. Wtedy ujście aortalne słabiej napełnionego przewodu zamyka się mechanicznie.

6) To zamknięcie niema miejsca: a) gdy oddechanie nie jest dostatecznym (*atelectasis*); b) gdy wskutek zbyt wczesnego oddechania krew aspiruje się i przewód zostanie zbyt rozszerzony, tem usprawiedliwia się wskazanie do puszczenia krwi w pewnych formach zaduszenia; c) gdy istnieją nienormalne stosunki ciśnienia w wielkich naczyniach (zniepodobnienia serca, zwężenia tętnicy płucnej lub aorty); d) gdy rozwój przewodu nie jest ukończony (u przedwcześnie urodzonych), albo zatrzymany (niedomykalność zastawki przewodu).

7) Doświadczenia z nastrożeniem mas twardniejących u płodów ludzkich i zwierzęcych potwierdzają skuteczność zamknięcia przewodu. Nie udaje się zastrzyknąć ze strony aorty

wstępującej pod ciśnieniem dochodzącem do 100 mm. rtęci, nawet wtedy, gdy dzięki jednoczesnemu nastrzykiwaniu tętnicy płucnej przewód jest otwarty.

8) Można jeszcze 8-go dnia życia nastrzyknąć przewód ze strony tętnicy płucnej.

9) Można nastrzyknąć przewód od strony aorty ale tylko: a) przy niedostatecznym rozwoju płodu (u ludzi do początku 8 miesiąca); b) przy rozszerzeniu przewodu, gdy płód zaczyna zbyt wczesnie oddychać i krew aspiruje się do naczyń piersiowych; c) wobec nadmiernego ciśnienia w aorcie; d) zawsze można nastrzyknąć przewód, wlewając płyn przeciw prądowi od strony aorty zstępującej.

10) Przy nadmiernem ciśnieniu w aorcie przewód napęlnia się w ten sposób, że najprzód napęlnia się cały układ tętniczy aż do najdrobniejszych rozgałęzień, a potem a) w pierwszych dniach życia otwór przewodu rozszerza się, ścianki rozsuwają się; b) poczynając od drugiej połowy pierwszego tygodnia przednia ściana przewodu, leżąca przed ujściem, zachyla się ku wewnątrz.

St. Kamiński.

99. Dr. Alex. DOKTOR. **O gojeniu się i leczeniu pępka.** (*Ueber Heilung und Behandlung des Nabels. Archiv. f. Gynaekologie, 1894. T. VLV. Z. 3).*

Śmiertelność dzieci, zwłaszcza w pierwszym tygodniu życia, jest ogromną i główną w tym czasie tego przyczyną, według nowszych badań Rungego, Epstein'a, Miller'a i Eröss'a, są choroby zakaźne pępka. Runge pierwszy zwrócił na to uwagę, że gojenie się pępka odbywa się według ogólnych zasad gojenia się ran i dowiódł, jak wielką wagę ma rana pępka dla zdrowia dziecka. Eröss, opierając się na badaniu 1000 noworodków przekonał się, że 45% z niej gorączkuje, i że w 68% powstają zaburzenia w gojeniu się pępka.

U noworodka pępek przedstawia się jako kolumnowe wzniesienie skóry, na którego wysokości wyrasta sznurek pępkowy. Linija ostra, oddzielająca sznurek od skóry, nazywa się obrączką pępkową; odznacza się ona różowem zabarwieniem. W tem miejscu stykają się skóra i pochwa owodna pępowiny. Pod mikroskopem można widzieć jak tkanki pępowiny przechodzą w tkanki stałe: owodna przechodzi w naskórek i skórę właciwą; naczynia—w naczynia, trzęsiny Whartan'a w tkankę łączną podskórną i tkankę okołonaczyńniową. Różową obwódkę obrączki pępkowej tworzą liczne naczynia w skórze i tkance łącznej podskórnej, dochodzą one tylko do łożyska Wharton'a, nie wnikając w nie jednak. Tkanki pępowiny nie posiadają naczyń odżywczych i dla tego żywotność ich nawet wewnątrz macicy jest małą. Gdy po urodzeniu pępowina nie pływa już wodzie płodowej i w jej

naczyniach ustaje krwiobieg, to życie w jej tkankach zamiera, pępowina martwieje i zostaje przez żywe tkanki odrzucona.

Pępek więc jest to fizjologiczna rana na brzuchu noworodka i gojenie się jej nie różni się od gojenia się innych ran. Gdy miejsce przyczepu pępowiny uwolniło się od tkanki martwej, oczyszcza się ono i pokrywa naskórkiem. Co stanowi rzecz charakterystyczną w tym procesie, to topografia rany pępkowej. Mianowicie podczas gojenia kolumna skórna spłaszczają się, skóra tworzy około rany półkolistą fałdę, brzeg jej wciąga się lekko wato ku środkowi, gdyż sama rana wskutek skurczenia się naczyń pępkowych wgłębia się. W ten sposób powierzchnia z początku rana staje się drażącą i ogranicza się nie tylko do skóry, lecz i przechodzi na tkankę łączną podskórną, a nawet na ściankę brzucha, w typowych jednak przypadkach rana ta goi się per primam. Wciągnięte brzegi skóry zrastają się, jama rany zostaje niejako podwiązana, a później pustoszeje. Takim jest proces fizjologiczny gojenia, który ma wtedy miejsce, gdy powierzchnia rany oczyści się od mas trzęsinowych, nie wydzieliła tyle ropy, aby to przeszkadzało zrośnięciu się brzegów. I wtedy rozwija się ziarnina, lecz to ma za zadanie odgraniczenie i wydalanie zmartwiałych tkanek. Drobne naczynka w obrębie pępkowej pomagają wytwarzaniu się ziarniny. Doniosłość rany pępkowej warunkuje się:

1. Tem, że ta rana bardzo łatwo podlega zakażeniu i pochodzącym od tegoż lżejszym i cięższym chorobom: a) jedną z przyczyn usposabiających do zakażenia jest położenie rany, to, że jest ona nie tylko raną skóry lecz i ścianki brzucha, że znajduje się w sąsiedztwie otrzewny bardzo wrażliwej na zakażenie; b) w ranie tej leżą otwory trzech wielkich naczyń, tak, że pod tym względem może być ona porównana tylko z kikutami wielkich członków, lecz i te ostatnie o tyle są w lepszych warunkach, że naczynia ich są podwiązane, gdy zaś sznurek pępkowy odpadnie, to zarówno tętnice jak i żyła pępkowa sterczy swobodnie u ścianki brzucha. Jeżeli pomimo tego niema krwotoku, to dla tego, że wskutek zmiany w krążeniu ciśnienie w naczyniach pępkowych opada do zera i naczynia pępkowe wypełnia zakrzep. Ten ostatni zarówno jak i naczynia limfatyczne ścianki brzusznej stanowią bardzo dogodną drogę dla zarazka; c) trzecim czynnikiem, usposabiającym do infekcji, jest ogromna masa tkanki martwej, a mianowicie przylegająca do rany reszta pępowiny. Świeży sznurek pępkowy stanowi rodzaj żelatyny odżywczej, gdy zaschnie nie jest on tak niebezpiecznym, lecz nie zasycha nigdy aż do powierzchni rany, zawsze znajdziemy wilgotny kawałek długości $\frac{1}{2}$ —1 ctm. u miejsca przyczepu i na tym kawałku mogą osiadać i hodować się bakteryje. Jeżeli zakażenie nie następuje tak często to dla tego, że już w parę godzin po urodzeniu pochwa owodna wysycha i nie przepuszcza bakteryj

do trzęska. Gdy sznurek odpadnie, ziarnina powstrzymuje zarazek.

2. Oprócz skłonności do infekcyi, rana pępkowa odznacza się skłonnością do wytwarzania nadmiernej ziarniny: grzyb pępkowy (fungus umbilici). Rzecz ta nie jest niebezpieczną lecz opóźnia gojenie się rany.

3. Wreszcie przyczyną chorobotwórczą mogą być nieprawidłowości w rozwoju pępka, np. przepuklina pępkowa. Czasami znowu obrączka pępkowa w jednym miejscu wysuwa się ku przodowi, tworząc rodzaj języka wchodzącego na pępowinę. Po odpadnięciu tej ostatniej pozostaje wielka rana, gojąca się już per secundam. Czasami znowu rozrasta się stale tkanka łączna na koszt trzęska Wharton'a, gdy pępowina odpadnie mamy przed sobą mięsny wyrostek, wytworzony w ten sposób grzyb pępka. Rzadziej owodna zajmuje miejsce skóry, tak że pokrywa nie tylko pępowinę lecz i ścianę brzucha. Gdy pępowina odpadnie, mamy znowu niewielką ranę. Jest to t. z. pępek owodny.

Zadaniem leczenia pępka jest zabezpieczenie rany od zakażenia. Nie przychodzi to z taką łatwością jak przy innych ranach, gdyż leczenie to znajduje się w rękach akuszerki. Te ostatnie zwykle postępują w ten sposób: Po urodzeniu podwiązuje się sznurek w odległości 8—10 ctm. od brzucha wążką tasiemką płócienną, umoczoną w roztworze 10/1000 sublimatu, odcina część sznurka, a pozostały zawija w galgan płócienny, zmoczony w oliwie i okręca bandażem. Po każdej kąpieli procedura powtarza się na nowo. Gdy pępowina odpadnie, na ranę nakłada się kawałek waty. Gdy Eröss ogłosił swoje badania, leczenie pępka powierzonom zostało lekarzom, którzy przede wszystkim usunęli maczanie płatków płóciennych w oliwie, gdyż to opóźnia wysychanie pępowiny. Temperaturę mierzono dwa razy dziennie i po kąpieli opatrywano pępek świeżym płatkem płóciennym; gdy pępowina odpadła, przykładano na ranę watę i posypywano ją jodoformem. W ten sposób leczono 420 noworodków. Z tych gorączkowało 122; jeśli od tej liczby odjąć 52 zawczasie urodzonych i ogrzewanych sztucznie, to gorączkowało 33,15%, a w tem w 16% gorączka miała swe źródło w zakażeniu rany pępkowej.

Ponieważ płatki płócienne były sterylizowane, rany dotykano się tylko sterylizowaną pincetą i watą, więc zakażenie musiało następować w kąpieli. Wogóle nie przyjmują, aby kąpiel miała opóźnić zasychanie pępowiny, gdyż wilgoć działa tylko na jej powierzchnię, a ta wysycha wkrótce pod nowym opatrunkiem. W każdym razie rozmięczona w kąpieli powierzchnia pępowiny może stanowić dobrą glebę odżywczą dla drobnoustrojów i tem można objaśnić, że zaschnięta już pępowina po 45-u dniach czazyna się rozkładać, mięknie.

Autor początkowo zmienił postępowanie z pępkiem w ten

sposób, że oddzielił jak można najprędzej pępowinę. Gdy ta ostatnia zaschła po 48 godzinach, odcinano ją, zostawiając trzon długości na $\frac{1}{2}$ —1 ctm. Jeśli ten ostatni był jeszcze miękkim, podwiązywano go nitką. Nie kąpano dziecka i nie zmieniano opatrunku dopóki cała pępowina nie odpadła, t. j. 4—5 dni. W ten sposób postępowano z 462 noworodkami; gorączkowało 107 = 25,83%; zakażenie pępka było przyczyną gorączki w 42 przypadkach = 10,12%. Była więc pewna lecz nieznaczna poprawa. Przytem obcinanie i podwiązywanie dwa razy pępowiny jest postępowaniem zbyt złożonym w ręku akuszerki. Przytem autor przekonał się, że gorączka występowała zawsze po powtórnym obcięciu pępowiny; można więc przypuszczać, że ten rękoczyn był jej powodem. Z drugiej strony przy tym sposobie postępowania rzadko przychodziło do wytwarzania grzyba pępkowego, owrzodzeń i gojenia per secundam.

Następnie autor zastosował opatrunek stały: obwinał resztę pępowiny długą na 8—10 ctm. watą, a potem obandażował płóciennym bandażem. Ten opatrunek pozostawał do czasu aż pępowina odpadła, t. j. najmniej 3 dni. Później kąpano i opatrzywano codziennie. W ten sposób postępował autor z 229 noworodkami. W tem było 17,5% gorączkujących, a zaledwie 6% gorączkujących z powodu zakażenia pępka. Lecz wogóle pępowina odpadała późno, czasami siedziała jeszcze 9-go dnia, gdyż wata opóźniała wysychanie, przytem często zjawiały się zaburzenia w gojeniu pępka i grzyb, gojenie per secundam.

Ostatecznie więc autor postępuje w ten sposób: podwiązuje pępowinę tasiemką na 4 mm. szeroką tak nisko, że pozostaje trzon długości 1 ctm. Tasiemkę sterylizuje się suchą drogą. Nie wielki kawałek pępowiny przykrywa się watą, dopiero 3-go dnia zdejmuje się opatrunek, potem co drugi dzień, aż pępowina odpadnie; waty nie zmienia się, tylko w tym razie, jeśli zbyttno przesiąknie ropą. Gdy pępowina odpadnie, kąpie się dziecko co dzień i codziennie zmienia opatrunek. Rezultat postępowania jest następującym: leczono w ten sposób 230 dzieci. Gorączkowało 11,88%, z tych w 3,46% przyczyną gorączki było zakażenie pępka.

Tak więc leczenie pępka według autora ma dwa zadania: 1) Obciąć jak można najniżej pępowinę. 2) Nie zmieniać bez powodu opatrunku i nie kąpać dziecka. Autor się przekonał, że krótkie obcinanie pępowiny w rękach akuszerki i studentów nie powoduje krwawień z pępka; że te krwawienia jeśli nawet powstaną, łatwo usunąć przez ucisk opatrunkiem. Wreszcie akuszerka łatwo może się nauczyć krótko podwiązywać pępowinę, nie zaszywając jej. Co się tyczy zaprzestania kąpieli, to autor przy troskliwym obchodzeniu się z dzieckiem nie widział, aby ono było powodem wysypek skórnych. Brak kąpieli nie wpływa także źle na odżywianie dzieci i przemianę materij u nich. Wogóle dzieci zyskują na wadze.

St. Kamiński.

100. A. SEIBERT (New-York). Leczenie miejscowe błonicy gardzieli za pomocą wstrzykiwań pod błony rzekome. (*Submembranöse Localbehandlung der sichtbaren Rachendiphtherie. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Band XXXVII Heft I.*)

Idąc za przykładem Taubego, który w leczeniu dyfterytu szkarlatynowego stosował wstrzykiwania płynów antyseptycznych w głąb tkanek, dotkniętych dyfterytem, autor począł stosować takie wstrzykiwania i w błonicy epidemicznej. Skonstruował kaniule szprycki w ten sposób, że koniec jej zaopatrzony jest pięciu igielkami różnej długości w tym celu, ażeby płyny odkazające mogły się dostać tuż na granicę zdrowej i chorej warstwy tkanek. Kaniule posiadają takie skrzywienia, ażeby widoczne w różnych miejscach błony rzekome było można niemi dosięgnąć. (Rysunek tych kaniul jest w oryginale. Tego rodzaju szprycki wyrabia w Berlinie firma Heeht, Pfeiffer et Comp. Ritterstrasse 48). Na podstawie badań Fischer'a, Proskauer'a i Geppert'a, którzy wykazali własności odkazające wody chlorowej, począł autor takową wstrzykiwać w błonicy. Wstrzykiwania te skutecznie, wbijając igłę w miejsca błonicą zajęte. Liczba tych wstrzykiwań zależy od rozszerzenia się sprawy chorobowej. Zwykle po pierwszych paru iniekcjach następuje poprawa, zaburzenia ogólne (gorączka, ból głowy i krzyża) powoli znikają, pierwszym objawem poprawy jest powrót łaknienia. Niekiedy poprawa następuje już po 1—3 godzinach po zastosowaniu wody chlorowej. Błony rzekome zwykle jeszcze zostają 2—3 dni i powoli odpadają.

Jeżeli poprawa nie następuje, to albo zastrzyknięcia nie są dokładnie wykonywane, albo woda chlorowa jest zła, albo sprawa błonicowa szerzy się gdzieś w miejscu niedostępnem dla oka i szprycki. Jeżeli sprawa się rozszerza w miejscu dostępnem należy je niezwłocznie atakować. Woda chlorowa powinna być świeża, zawierać 0,4% chloru, w ciemnym i chłodnym miejscu przechowywana. Śmiertelność na 85 przypadków, leczonych w r. 1891, wynosiła 7,5%. Obecnie zaś autor na 104 przypadki błonicy gardła miał 6 zejść śmiertelnych, a na 22 przypadki dyfterytu szkarlatynowego 1 przypadek śmierci. Szczegóły co do wieku i przebiegu choroby są przytoczone w oryginale. W 2-ch przypadkach zastrzykiwanie nie wywierało żadnego skutku.

Zastrzyknięcia autor wykonywa raz dziennie (2—6 szprycek na raz), w przypadkach groźnych 2 razy dziennie. Obok tego do płókania lub polykania zaleca autor roztwór nalewki jodowej z kwasem karbolowym (T-ra Jodi 2,0, Kali jodat 1,0, Acid carbol gott Y, Aqua distill. 120,0. Co kwadrans pół łyżeczki w ciągu czasu od 6 rano do 12 w nocy).

J. Bączkiewicz.

101. N. MILLER. O zapaleniu płuc u małych dzieci. (*Jahrbuch f. Kinderheilk. T. XXXVII. Z. 2. 1894*).

W nader szczegółowej swej pracy, dotyczącej małych dzieci, leczonych w moskiewskim domu podrzutków, autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Zapalenie płuc jest bardzo częstą postacią chorobową u małych dzieci, albowiem $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków śmierci w rzeczonym domu podrzutków przypada na nie (w ciągu lat 10 14411). Najgorszym pod tym względem jest miesiąc sierpień.

2) Na tak znaczną częstość omawianego cierpienia składa się mnóstwo przyczyn, zależnych bądź od anatomo-fizjologicznych właściwości narządów oddechowych dzieci w tym okresie życia, bądź też od rozmaitych szkodliwych wpływów: klimatycznych, tellurycznych, higienicznych, dziedzicznych i t. p.

3) Ilość postaci zapalenia bywa różnaita; najmniej spostrzegać się dają postaci wrodzone (wskutek syfilitycznych i septycznych zakażeń wewnątrzmacicznych); przeważnie zaś rozwijają się w pierwszych tygodniach życia pozapłodowego.

4) Rozpoznanie wrodzonego zapalenia płuc za życia jest prawie niemożliwe. Zapalenia septycznego pochodzenia bywają często płatowe i rozlane i kończą się zazwyczaj śmiercią już w okresie czerwonego zwałrobienia, syfilityczne zaś przedstawiają się w rozmaitych postaciach jako: pneumonia gelatinosa, alba, gummosa, interstitialis fibrosa, wogólności jednak syfilityczne zapalenia nawet u dzieci, dotkniętych przymiotem, napotykają się nader rzadko.

5) Zapalenia płuc nabyte u małych dzieci bywają pierwotne lub następcze, towarzyszące innym cierpieniom; ostatnie napotykają się dwa razy częściej, aniżeli pierwsze. Zarówno pierwsze jak i drugie przedstawiają się pod postacią zrazikowego lub też zrazikowo-rozlanego zapalenia płuc, podobnego do nieżytowej postaci u dorosłych, znacznie rzadziej autor spostrzegał postać płatową, włóknikową.

6) Pierwotne zapalenia płuc (włóknikowe) bywają po największej części jednostronne, częściej po stronie prawej; towarzyszące im nierzadko zapalenie opłucny ($\frac{1}{3}$ przypadków) bywa zwykle z wysiękiem włóknikowym, nader rzadko ropnym.

7) Zapalenie płuc następcze (zrazikowe) bywa po największej części obustronne, rzadziej jednostronne, przyczem prawe płuco jest dotknięte częściej, niż lewe.

8) Pierwotne zapalenie płuc względnie nieczęsto pozostaje w związku z atelektazą płuc; nader często lecz nie zawsze rozwija się ono z zapalenia oskrzeli, krtani i po grypie. Zapalenie płuc następcze powstaje dość często na tle hypostazy płuc lub też w następstwie nabytej atelektazy płuc.

9) Wrodzone septyczne zapalenia bywają często śródmiąższowe, obustronne i skomplikowane ropnem zapaleniem opłucny.

10) Tak zwane mózgowie zapalenia t. j. takie, którym towarzyszy zapalenie opon mózgowych, napotykają się u małych dzieci nader rzadko, również rzadką jest u nich krwotoczna postać zapalenia płuc.

11) Jako następstwa Zapalenia płuc u małych dzieci, acz nie często, spostrzegano ropnie płucne, zgorzel płuc, przewlekłe zapalenia płuc, oraz postaci gruźlicze z wielkimi jamami i serowatem zwyrodnieniem gruczołów oskrzelowych.

12) Zapalenie opłucny, towarzyszące w tej lub owej postaci zapaleniu płuc, spostrzegał autor w $\frac{1}{5}$ wszystkich przypadków.
Koral.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

102. Müller demonstrował w Tow. lek. w Hamburgu 6-go marca r. b. chorego z **dodatkowym językiem**. U dorosłego pacjenta już od urodzenia na tylnej powierzchni języka można było zauważyć rodzaj narośli. Narośl ta przy bliższym badaniu, jak się okazało, była pokryta błoną śluzową języka, badanie elektryczne wykazało w niej istnienie mięśni, a czucie smaku zachowane na niej było wybornie. Dawniej już podobne przypadki opisali Hajek i Herzfeld. *J. Z.*

103. W opisie **porażenia słonecznego**, podanym przez Sommerville na zapisie 24 przypadków znajdujemy 4 z zejściem śmiertelnem, 9 przypadków przebiegało wśród zapaści i podwyższenia ciepłoty, 5 z maniakalnymi napadami, w pozostałych bóle głowy i nieznaczne podniesienie ciepłoty. Autor radzi szybko oziębiać ciało, spryskując je wodą lodową pod kontrolą ciepłomierza w kiszce prostej, po godzinie ciepłota już jest normalną, a pobudzenie znika. Nawet osłabienie serca nie stanowi przeciwwskazania, a należy tylko zwalczać je przez podawanie digitacyny. *J. Z.*

104. Prof. Picot z Bordeaux zwraca uwagę na **znikanie w przebiegu tyfusu pierwszego tonu serca**, głównie w miejscu wystuchiwania aorty, które ma się zjawiać z powodu znacznych zmian w mięśniu sercowym (zapalenie mięśnia sercowego tyfusowe—myocardite typhique) i ma mieć bardzo ważne znaczenie prognostyczne, a mianowicie po większej części zapowiada śmierć nagłą. Na poparcie swego twierdzenia przytacza dwa przypadki sekcyjne z badaniem mikroskopowem mięśnia sercowego. (*La Semaine médicale* Nr. 8, 1894). *K. Z.*

105. Rzadki przypadek **otrucia amylnitrem** opisuje Schoemaker, dotyczący dorosłego osobnika, który zażył łyżeczkę od kawy tego środka. Już wkrótce potem obok prawie zupełnego braku podmiotowych zaburzeń autor stwierdził zaczerwienienie twarzy, tętno 112. Po środku wymiotnym i podaniu środków nasercowych tętno spadło do 68, stało się przerywanem, oddech powierzchowny, prawidłowy,

przytomność zachowana, nieznaczna senność. Objawy te trwały przez 2 godziny, poczem wszystkie ustąpiły, pozostało tylko niezna czne osłabienie.

J. Z.

106. Otrucie po $\frac{1}{2}$ grm. kodeiny opisuje Spratling. Objawy były następujące po 2 godzinach: wymioty, ogólne pobudzenie, drgawki kloniczne mięśni, przeczulica ogólna, głównie na przedramieniu i plecach, suchość skóry, rozszerzenie źrenic, zwolnienie oddechu, szybka zmiana myśli. Po 24 godzinach wyzdrowienie z lekkim osłabieniem mięśniowym.

J. Z.

107. Otrucie chloralem opisuje Plummer. Przypadek dotyczył 16-letniego chłopca, który zażył 30,0 grm. naczeczko chloral hydratu i zmarł po 40 godzinach. Objawy polegały na głębokiej utracie przytomności, zniesieniu czucia, wzmożeniu odruchów, nastrożeniu spojówek, zniesieniu odruchu źrenicowego oraz rozszerzeniu źrenic, zimnych kończynach, szybkim, nieprawidłowym tętnie, oddech powierzchowny przed śmiercią o typie Cheyne-Stokesa, podniesieniu ciepłoty do 39,4. Leczenie polegało na podaniu środków pobudzających, sztucznym oddechaniu, elektryzacji klatki piersiowej, podawaniu koniaku i kawy i dokonaniu tracheotomii oraz wdechaniach tlenu. Strychnina i nitrogliceryna nie działały.

J. Z.

108. Bókai. Działanie goryczek. Autor badał działanie goryczek na psach, wprowadzając im naczeczko (24 g.) 0,1—0,4 w 40—100 grm. wody kwasu siny lub colombiny i zabijając psy po 3—8 godzinach. Żołądek utrwalano w wysoku i robiono badania porównawcze z żołądkami psów karmionych w tym samym czasie. Badania skrawków, barwionych według Heidenherna bismarkbraunem i macerowanych w ol. gwoździkowym, dowiodły, iż po goryczkach zmiany w gruczołach są też same, co i w okresie trawienia. Kwassina lepiej rozpuszczalna w wodzie działa szybciej niż colombina. Badania, wykonane ze sztucznym trawieniem, wykazały, że środki te na przyspieszenie trawienia in vitro nie działają, nie mają też działania bakterijobójczego, słabe działanie przeciwfermentacyjne posiada kwassina i kolombina. Goryczki mimo to jednak zmniejszają ilość kwasu siarczanego w moczu, co by dowodziło zmniejszania się pod ich wpływem wytwarzania produktów gnicia. Na ruchy robaczkowe kiszek 2—10 ctm. cetraryny, kwassiny, colombiny i absintyny wstrzykniętych do kiszek lub żyły szyjowej dowiodły, iż cetraryna wywołuje przyspieszenie ruchów robaczkowych i silne przekrwienie, kwassina działa nader słabo, nieco silniej colombina, najsilniej działa w tym kierunku absyntina.

(Tak wykonane doświadczenia przemawiałyby niewątpliwie za stosowaniem tych środków w lecznictwie, zwrócić jednak należy uwagę, iż wykonane zostały na psach, co znacznie wartość ich w stosunku do człowieka obniża. *Przyp. spraw.*)

Magyar orvosí Archivum 1893, z. 6. Centr. f. inn. Međ. 1894. Nr. 11.

J. Z.

109. W krztuścu Baron zaleca gorąco chininę, opierając się na 50 spostrzeżeniach. Po kilku dniach natężenie objawów zniknęło i choroba kończyła się pomyślnie. Dawki, stosowane przez autora, były następujące: na każdy miesiąc życia 3 r. dziennie po 0,01, na każdy rok życia 3 razy dziennie po 0,1. Wogóle dzieciom młodszym, niż 5-letnim więcej nad 0,4 dziennie podawać nie należy. Kierować się również należy prócz wieku stopniem odżywiania i wzrostem.

(B. kl. W. 1893).

J.* Z.

110. Corrivaud z Bordeaux stosował w 15 przypadkach rozmaitych chorób wstrzykiwania surowicy krwi psiej pod skórę. Dokładniejszej obserwacji dotyczą trzech chorych kobiet w średnim wieku, u których po poronieniu w gruźliczym zważeniu płuca lub w niedokrewności ze zwężeniem ujścia tętnicy głównej wystąpiło niezmiernie osłabienie i utrata łaknienia. Wstrzykiwania podskórne hemocyny (surowicy psiej) codziennie, a następnie co drugi dzień wkrótce wywołały ogólne polepszenie. Stąd wnioskuje autor, iż metoda ta stosowaną być winna we wszystkich stanach niedokrewności, w neurastenii, początkowych okresach suchot i t. p. Nie należy się tylko, według autora, zniechęcać pojedynczymi niepowodzeniami, ani występującą niekiedy po stosowaniu leku bąblą. Przypomnieć należy, iż pierwszymi twórcami tej terapii byli Richet i Héricourt. (Jour. de méd. de Bordeaux Nr. 49, 1893).

J. Z.

111. Dr. Coley poleca jako środek usuwający nowotwory złośliwe (sarcoma, carcinoma). Szczepienie róży. Na 38 przypadków w 41% otrzymał autor tą drogą zupełne wyliczenie. Ponieważ wszakże sama róża jest chorobą niebezpieczną (około 5% przypadków kończy się śmiercią), radzi przeto autor używać do szczepień sterylizowane hodowle streptokoków, czyli same tylko toksyny.

Fr. G—yć.

112. Dr. Leo Leistikow (Monatsheft. für prakt. Dermat. 1894, Nr. 1), poleca gorąco chryzarobinę w leczeniu alopeciae areatae. Autor używał najpierw środek ten w postaci 5—10% maści, nacierając miejsca dotknięte cierpieniem 1—2 razy dziennie, obecnie używa z większą wygodą a dobrym skutkiem pałeczki składu następującego:

Rp. Chrysarobini	30,0	
Colophonii	5,0	
Cerae flavae	35,0	
Ol. Olivar.	30,0	Mf. Stilus unguinosus.

Pałeczką taką należy raz na wieczór zacierać miejsca pozbawione włosów i następnie przykryć głowę na noc czepkiem; zrana chryzarobinę usunąć zmywając oliwą. Powtarzać należy ten rękoczyn wytrwale i cierpliwie, gdyż przy dłuższem stosowaniu można się zawsze spodziewać dobrego wyniku. Powroty nie są wykluczone. W razie podrażnienia skóry robimy przerwę, smarując przez ten czas miejsca dotknięte cierpieniem maścią cynkową.

Fr. G—yć.

113. Dr. Boltenstern poleca wodę siarkową w leczeniu hemoroidów:

Kalii sulfurati 0,30

Aq. destillatae 30,0

łyżeczkę od kawy w szklance wody wyżyć w ciągu dnia.

Po kilku dniach (1 przypadek) bóle i nieprzyjemne uczucie swędzenia i palenie w otworze stolcowym przeszły, a po upływie 2 tygodni guzy krwawe zginęły zupełnie. (S. M. 13). *H.*

114. Wykrycie białka w moczu. Dr. Ed. Spiegler poleca jako odczynnik na białko płyn następującego składu:

Rp. Hydr. bichlor. corros. 8,0

Acidi tartarici 4,0

Glycerini 20,0

Aq. destillat. 200,0

Do próbówki, napełnionej do połowy tym odczynnikiem, wlewamy mocz kroplami przez pipetkę. W razie obecności białka (nawet przy bardzo małej jego ilości np. 1 : 350000), na miejscu zetknięcia się dwóch płynów powstaje wyraźna biała obrączka. Mucyna daje również tego rodzaju odczyn, należy przeto usunąć ją przez dodanie do moczu kwasu octowego i następne przefiltrowanie. W razie obecności jodu w moczu powstaje serowata żółtawa obrączka wskutek połączenia jodu z rtęcią. *Fr. G—yć.*

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Ostatni międzynarodowy zjazd lekarski należy już do przeszłości, echa jego przepełniają jeszcze dotąd wszystkie pisma lekarskie, bądź to w postaci odczytów oryginalnych, streszczeń, bądź wreszcie feljetonów. Ocena naukowego dorobku tego kongresu naukowego, dostateczna krytyka ogromnego a bardzo różnolitego i rozstrzelonego co do treści materiału może nastąpić dopiero z czasem.

Mówimy „może“, dotąd bowiem ogólna ocena nie była zrobiona odnośnie żadnego z byłych zjazdów, nie można bowiem za taką uważać każdorazowo powtarzanych ogólnikowych i głośliwych haseł i następnego drukowania luźnych sprawozdań. Przyparci do muru zwolennicy kongresów zapewne w trudnem znaleźliby się położeniu, gdyby im kazano wyliczyć, czem się zaznaczyły w postępie nauki poszczególne zjazdy. Dzisiejsza ich organizacja, gdzie każdy czyta o rzeczy, jaka go w danej chwili interesuje (często rzeczy już odczytywane w innych zebrańach, a nawet drukowane), nie wywołując ogólnej dyskusyi ani zainteresowania, nie ma żadnego szerszego celu; pod tym względem odpowiedniejszą jest publikacja przez dzienniki specjalne. Lepszym jest ustrój niektórych zjazdów niemieckich (np. Verein für innere Medicin), dyskutujących podane naprzód kwestyje sporne, będące na czasie.

I tu rezultat zebrań—ustalenie się pewnego poglądu na daną kwestyję jest tylko czasowym i problematycznym, zależy to od rodzaju nauki naszej żywej i ciągle rozwijającej się. Tam, gdzie jeden fakt, dziś wykryty, może podkopać fundamenta dotąd panujących poglądów, nie można ludzię się, aby tezy przyjęte chociażby przez najbardziej liczny kongres mogły kogo obowiązywać, na podobieństwo wyroków w kwestyjach dogmatycznych.

Kongresy lekarskie nie mogą mieć ani powagi, ani znaczenia soborów ekumenicznych, jakieby im chcieli nadać gorący ich zwolennicy. Co się tyczy zbliżenia osobistego w imię tyle nadużywanych wielkich haseł bratania się ludów, to osiągnięcie tego celu na drodze zjazdów lekarskich wydaje się nam czczym frazesem.

Wzajemna ocena powinna opierać się na poznaniu wzajemnej wartości położonych w nauce zasług, do czego zjazdy mało dają sposobności.

Zjechać się na dni kilka massy nieznanym sobie ludzi z różnych końców świata wystarcza zaledwie na poznanie „z widzenia“ wybitniejszych osobistości, znanych już z nazwiska z literatury naukowej. Ludzie jednej narodowości w obcym miejscu trzymają się zwykle razem—i nie szukają obcych.

Wreszcie lekarze, zbierający się na zjazdach, nie są przedstawicielami narodów, u których gwarancją dobrych stosunków jest wypalona wspólnie fajka, ani też wieku, w którym kufel razem wypity na tak zwany „Bruderschaft“ jest drogą do zbratania się.

Pozostawiając do przyszłego numeru recenzję z ważniejszych odczytów mianych na zjeździe, oraz udziału w nim uczonych polskich, ograniczymy się do przedstawienia tu jedynie wrażenia, jakie wynieśliśmy, czytając recenzje odnośnie w różnych pismach zagranicznych.

Co się tyczy zewnętrznej strony kongresu lekarzy w Rzymie, to przedewszystkiem odznaczał się on niebywałą dotąd frekwencją. Liczba członków (wraz z damami) doszła 8,000! Ta ogromna liczba gości przeszła oczekiwania komitetu organizującego, ztąd wynikło wiele nieporządków i zamieszania, które się dało uczestnikom zjazdu we znaki. Podczas jednak gdy anglicy w swych recenzjach odnoszą się do nich ze zwykłą obojętnością, a francuzi z dużą dozą kurtuazyi, niemieccy sprawozdawcy nie szczędzą gorzkich wymówek i przytyków pod adresem komitetu urządzającego i włochów wogóle.

Skargi na wyzysk na każdym kroku, brak mieszkań i oddanie ich w ręce przedsiębiorcy, brak komunikacji między miastem i po za miastem leżącym miejscem zebrań sekcyjnych — powtarzają się powszechnie.

Najwięcej jednak malkontentów było z powodu urządzania zebrań i festynów, w których udział mogła brać tylko część członków kongresu. Niezaproszeni oczywiście musieli nie być w dobrym humorze i czuli się słusznie poszkodowanymi w swych prawach, wszakże jednakowych dla wszystkich. Ten nietakt towarzyski nie powinienby się powtarzać na przyszłych zjazdach.

Niekorzystne wrażenie, jakie zrobiła na wielu zewnętrzna strona ostatniego zjazdu, ochłodzi niewątpliwie niejednego na przyszłość, zwłaszcza z tych, których ona głównie pociąga.

Nie będzie to w gruncie rzeczy wielką dla zjazdów szkodą. Zbyt wielkie bowiem zewnętrzne powodzenie, jak np. ostatniego zjazdu, zbyt tłumny napływ uczestników hamuje prawidłowe funkcjonowanie instytucji i zagraża poważnie możliwości otrzymania z niej jakiegось rzeczywistego pożytku, a nawet grozi wprost przyszłości zjazdów wogóle. Następny zjazd międzynarodowy lekarzy ma się odbyć w Rosyji. Wybór miasta pozostawiono uznaniu rządu.

— Dr. Rothe, naczelny lekarz szp. Jana Bożego w Warszawie, został wybrany na członka honorowego Towarzystwa Psychiatryków Włoskich (*Societa freniatrix italiana*). Dr. R. był również wybrany na honorowego prezesa jednego z posiedzeń sekcji psychiatrii i antropologii międzynarodowego zjazdu w Rzymie. Takie samo odznaczenie (byli wybrani na prezesów sekcji) spotkało z polaków: pr. Cybulskiego z Krakowa, pr. Laskowskiego z Genewy, D-ra Herynga i D-ra Sokołowskiego z Warszawy.

— Kol. W. Kopytowski, członek naszej redakcji, został mianowany ordynatorem szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

— Podczas zjazdu przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie w lipcu (18—21) r. b. nauki weterynaryjne będą miały osobną sekcję, której przewodniczącym jest prof. St. Królikowski. Pod jego adresem (Lwów, ul. Kochanowskiego 33) powinny być adresowane prace, przeznaczone do odczytania w czasie zjazdu.

— 14—16 maja odbędzie się w Wrocławiu IV zjazd Niemieckiego Towarzystwa Dermatologicznego, w którego posiedzeniach mogą zresztą przyjmować udział i nie członkowie. Główne tematy są następujące: 1) Nowoczesne próby systematyzacji w dermatologii. 2) Obecny stan nauki o grzybicach skórnych. Oprócz tego zapisało się wielu autorów z odczytami z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych: Caspary, Doutrelepont, Lesser, Schwimmer, J. Neumann, Mikulicz, A. Neisser i inni.

— Następcą Charcot'a został Dr. Raymond, jeden ze zdolniejszych uczniów zmarłego uczonego. Dr. R., liczący obecnie około 50 lat życia, był pierwotnie weterynarzem; w 1877 r. został asystentem G. Sée. Prace jego z dziedziny neuropatologii dotyczą: tabes, zaniku mięśni, chorea posthemiplegica, ogólnego paraliżu i t. d.

— We Francji skasowano prawo, według którego rząd mógł dozwalać na wykonywanie praktyki lekarzom zagranicznych uniwersytetów. Poddani francuzcy z dyplomami zagranicznymi muszą używać stopnie francuzkie, chociaż mogą mieć wtedy pewne ulgi w egzaminach.

— Nowo wprowadzona u nas w handlu woda mineralna naturalna Borżom, Kaukazkie Vichy, szczawa alkaliczna, źródło Katarzyny, według Webera i Pelca ma posiadać też same własności co i woda Vichy. Zaleca się przytem taniością, gdyż duża butelka jej kosztuje 40 kop., mała zaś 25.

NEKROLOGIJA.

Doszła nas smutna wiadomość o śmierci s. p. **Wład. Wyszyńskiego**, naczelnego lekarza kolei Uralskich w Permie. Zmarły przez czas jakiś praktykował w Warszawie, gdzie zasłużył się wprowadzeniem i spopularyzowaniem kefiru. Ś. p. Wł. Wyszyński odznaczał się zawsze młodzieńczym duchem i zapałem do nauki. Będąc w Warszawie należał do stałych współpracowników naszego pisma. Cześć pamięci zacnego kolegi i obywatela.

15 marca zmarł w Jurjewie (Dorpacie) prof. **Karol Schmidt**, znany ze swych prac z dziedziny chemji fizyjologicznej; ugruntowały one dziś jeszcze utrzymujące się w nauce wiadomości nasze o sokach trawiennych i przemianie materji.

31-go marca zmarł w 77 roku życia sławny francuski fizjolog **Charles Ed. Brown-Séquard**, następca Claude-Bernard'a w Collège de France, założyciel: Archives de physiologie, Journal de physiologie, Archives of Scientific and Practical Medicine. Ostatniemi czasy imię Brown-Sequard'a stało się wiele popularnem z powodu jego doświadczeń nad wpływem soku jądrowego na ustrój ludzki.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Marcu 1894 r.

- 1) Dr. *Fr. Chłapowski*. Choroba Stokes-Adama. (Niesk. Now. Lek. Nr. 3).
- 2) *Drobnik*. O stosunku gruźlicy skóry (wilka) do gruźlicy kości i gruczołów chłonnych. (Now. Lek. Nr. 3).
- 3) *K. Kowalski*. Przyczynek do techniki szczepienia ospy ochronnej. Skarifikator własnego pomysłu. (Now. Lek. Nr. 3).
- 4) *S. Dobrucki*. Przypadek cięcia łonowego podczas porodu. (Med. 8 i 9).
- 5) *W. Kosmowski*. O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie. (Med. 7, 8 i 9).
- 6) *Wł. Ottuszewski*. Psychofizylogija mowy. (Med. 10).
- 7) *J. Brunner* i *A. Zawadzki*. O ilościowem badaniu drobnoustrojów. (Med. 10, 11 i 12).
- 8) *K. Zagórski*. Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika. (Med. 11 i 12).
- 9) *Wł. Biegoński*. Uwagi nad dusznicą bolesną. (Med. 13. Niesk.).

- 10) *A. Groslik*. Przyczynki do fizjologii zrazów czółowych. (Med. 13. Niesk.).
- 11) *St. Popławska*. Podwinięcie powiek i wzrost rzęs. (Gaz. Lek. 9).
- 12) Dr. med. *A. Sokołowski*. Przyczynek do kazuistyki i terapii ciężkich dyfterytów gardzieli. (Gaz. Lek. 9).
- 13) *J. Neufeld*. Parniki odkażające. (Gaz. Lek. 8, 9, 10 i 11).
- 14) *A. Elsenberg*. Leczenie wilka parachlorfenolem. (Gaz. Lek. 10).
- 15) *W. Bajerkiewicz*. O leczeniu zanikowej marskości wątroby. (Gaz. Lek. 10).
- 16) *E. Biernacki*. W kwestyi wzajemnego stosunku czerwonych ciałek i osocza we krwi krążącej. (Gaz. Lek. 11).
- 17) *F. Neugebauer*. Rzadki preparat anatomiczny jaja płodowego etc. (Gaz. Lek. 11).
- 18) *L. Nencki* i *J. Karpiński*. Kilka słów o oczyszczaniu wody. (Gaz. Lek. 12 i 13).
- 19) *J. Szmurło*. Przyczynek do klinicznego stosowania niektórych związków grupy aromatycznej. (Gaz. Lek. 12).
- 20) *J. Rosenthal*. Przypadek utworzenia się kamienia w jamie pęcherzo-pochwowej po zupełnem zasyciu przewodu pochwowego. (Gaz. Lek. 12).
- 21) *J. Luxenburg*. Przypadek jam w rdzeniu kręgowym. (Gaz. Lek. 13, referowane, patrz Nr. 1 Kroniki, str. 66).
- 22) *O. Bujwid*. W kwestyi hodowania prątków błonicy na agarze moczowym. (Gaz. Lek. 13).
- 23) *Sz. Bronowski*. Błękit metylowy przy suchotach płucnych. (Gaz. Lek. 13).
- 24) Prof. *Rydygier*. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej. (Przeg. Lek. 9, 10 i 12. Niesk.).
- 25) *K. Szadek*. Kiła dziedziczna i wrodzona. (Przeg. Lek. 8 i 9. Niesk.).
- 26) *G. Toepfer*. Nowy sposób miareczkowego oznaczania najglówniejszych czynników kwasoty żołądkowej. (Przeg. Lek. 10, 11 i 12).
- 27) *L. Wachholz*. O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologii kryminalnej. (Przeg. Lek. 10, 12 i 13, odczyt).
- 28) *M. Cercha*. Przypadek porodu, powikłanego włókniakami i tężcem macicy. (Przeg. Lek. 8—10, 11, 12).
- 29) Prof. *Obaliński*. O nowych wskazaniach do salpingotomii. (Przeg. Lek. 13).
- 30) *Rościszewski*. Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy przy równoczesnem stosowaniu kąpieeli w solankach jodobromowych. (Przeg. Lek. 13. Niesk.).

2. Dr. Drobnik. O stosunku gruźlicy skóry (wilka) do gruźlicy kości i gruczołów chłonnych. Autor zwraca uwagę na te postaci wilka skóry, występujące wtórnie, jako skutek gruźlicy w sąsiednich kościach lub gruczołach chłonnych. Pod słowem gruczoły sąsiednie, należy rozumieć tu gruczoły, które do danego odcinka skóry najbliższej przylegają. Zależność takich wilków od cierpienia pierwotnego przed operacją rozpoznać trudno, podczas operacji nawet łatwo przeoczyć, gdyż otworek w powięzi, łączący oba ogniska bywa bardzo mały. Wilki takie mają zwykle skłonność do tworzenia wielkiej ilości ziarniny, wydzielającej w porównaniu do innych wilków stosunkowo dużo ropy. Wyleczenie wilków takich osiągnąć można tylko na drodze operacyjnej (wyłyżeczkowanie), przyczem rzecz niezbędna wykryć i usunąć również i ognisko pierwotne. Zdarzają się najczęściej tego rodzaju wilki na szyi w miejscach przylegających do dolnej szczęki i systemu głębokich gruczołów podszczękowych, na karku, przedramieniu, ramieniu i na łydce, obecność ich jest możliwa i na innych okolicach skóry. Wilki, towarzyszące cierpieniu kości zdarzają się na mostku, grzbiecie stopy, ręki i przedniej stronie goleni. W okolicy wielkich stawów nigdy Dr. wilka nie spotykał. Co do patogenyzy, to ponieważ skóra zwykle przy sprawach gruźliczych, odbywających się pod nią, ma wygląd zupełnie inny i będąc wreszcie wciągniętą w proces ulega przedziurawieniu prawie biernie, nie ulegając przytem cierpieniu gruźliczemu, w przypadkach wyżej wzmiankowanych należy przypuścić specjalną skłonność skóry do przyjęcia zarazka gruźliczego. Skłonność ta specjalna polega zapewne na zaburzeniach w odżywianiu (hypertrofia, dystrophia). Kilka przypadków wilka tego rodzaju przytacza autor w końcu artykułu.

H. Dzierżawski.

3. Dr. Karol Kowalski. Przyczynek do techniki szczepienia ospy ochronnej [Skarifikator własnego pomysłu]. Rozebrawszy pokrótce różne metody szczepienia, nacinanie lancetem uważa za najdogodniejsze, tylko że używany zazwyczaj lancet posiada pewne wady: 1) jest za krótki i z tego powodu rękę się męczy przy dużej ilości szczepień; 2) używany zwykle lancet nie może jednocześnie służyć do weierania limfy. Autor podaje opis i rysunek własnego pomysłu lancetu, który ma być wolny od powyżej wskazanych wad.

B.

4. Sta. Dobrucki. Przypadek cięcia łonowego podczas porodu. Po krótkim wstępie historycznym autor opisuje przypadek własny: Chora do 5 r. życia wcale nie chodziła z powodu krzywicy; przybyła do szpitala w stanie gorączkowym w 4 doby od rozpoczęcia porodu, a w 2 doby po odejściu wód. — Wymiary miednicy DS 25 ctm. DC—26, DT.—29, CE—17,5, CD—9, CV.—7 ctm. Położenie płodu czaszkowe pierwsze, tętno płodu słyszalne. — Ujście macicy = 6 ctm. w przecięciu; główka nieruchoma u wejścia do miednicy. — Cięcie łonowe wykonano w sposób następujący: Cięcie skóry poczynając się na 3 ctm. ponad spojeniem i nie dochodzące do łechtaczki na 1 ctm. Po poprzecznym nacięciu mięśni prostych brzucha wprowadzono palec wskazujący ręki lewej pomiędzy tylną ścianę spo-

jenia i pęcherz moczowy i pod kontrolą palca wykonano przecięcie spojenia od góry do dołu nożem guzikowatym, nie naruszając wiązadła dolnego.—Kości spojenia rozeszły się na 1 ctm. Po nałożeniu kleszczy przy pociąganiach *więzadło pękło* i kości rozeszły się na 3 ctm. przy następnych pociąganiach dał się słyszeć trzask w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego (pęknięcie więzów stawu krzyżowo-biodrowego) i kości spojenia rozeszły się na 6 ctm; wtedy dopiero główka zaczęła się opuszczać. Dziecko w pozornej śmierci.—Z powodu krwawień, wypełnienie całej macicy gazą jodoformową wedł. met. Duvysena. Przy ucisku na krętarze rana zeszyta 4 głębokimi szwami jedwabnymi, chwytającymi i okostną oraz kilkoma szwami powierzchownymi.—Opatrunek przeciwnilni i opaska, elastyczna.—Po 4-ch dniach 1-y opatrunek i w dolnym końcu rany ropienie, a po wyjęciu sęczka wydzieliło się nieco moczu—przetoka moczowa.—5-go dnia ciepłota spadła do normy. Mocz stale wydzielal się do 20-go dnia po operacji.—W 4 tygodnie chodziła po schodach nie odczuwając bólu.—W spojeniu łonowem nie wyczuwano ruchomości kości przy staniu na jednej nodze i przy zmianie nóg.—Dziecko umarło po upływie doby.
Grzankowski.

5. Dr. Wiktoryn Kosmowski. *O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie.* Na podstawie materiału, zgromadzonego w biurze kolonij letnich, autor opracował dane, dotyczące wzrostu i wagi dzieci klas biednych między 8—15 rokiem życia. Na podstawie tego materiału (3438 dzieci) otrzymane wyniki autor zestawia z podobnymi wynikami badań, dotyczącymi dzieci amerykańskich, szwedzkich i włoskich, Równolegle zestawia autor swe wyniki, dotyczące dzieci chrześcijańskich i żydowskich w Warszawie. Praca opatrzona licznymi tablicami cyfrowymi i graficznymi.
J. Bączkiewicz.

6. Dr. Wład. Ołtuszewski. *Psychofizjologia mowy.* Autor w krótkich słowach stara się wyjaśnić w pierwszej części swojej pracy, jaki stosunek zachodzi między rozwojem języka u dziecka i władzami duchowymi tegoż i przychodzi do wniosku, jaki przedtem wyprowadzili inni, że bez słów masę wyobrażeń i pojęć dziecko może kojarzyć, że minami i pantominami dziecko zdradza swoje pojęcia daleko wcześniej, niżeli zdołają się utworzyć właściwe ośrodki mowy.

Z ośrodków mowy wytwarza się najpierw ośrodek pamięci słownej, następnie ośrodek pamięci ruchowej i wreszcie mowa samodzielna. Schematyczne rysunki ułatwiają zrozumienie słów autora.

Na zasadzie teoretycznych kombinacyj, wypływających z poprzednio przytoczonych rozumowań, stara się autor w drugiej części swojego odczytu wyjaśnić od czego może zależeć t. zw. afazyja amnestyczna, jaka jest patogeneza niemoty wrodzonej funkcyjnalnej i bełkotania funkcyjnalnego, ośrodkowego pochodzenia i przychodzi do wniosku, że dzieci z wrodzoną funkcyjnalną niemotą posiadają tylko 2 pierwsze ośrodki mowy (pamięć słowna i ruchowa), że bełkotanie funkcyjnalne ośrodkowego pochodzenia polega na niewłaściwym uży-

ciu dróg, idących od ośrodka pamięci słów przez ośrodki ideacyi do ośrodka ruchowego mowy.

K. R.

7. J. Bruner i A. Zawadzki. **O ilościowym badaniu drobno-ustrojów.** Zestawiwszy elementarne z tego zakresu wiadomości o różnych metodach liczenia bakteryj, autorowie poddają każdą swojej ostrej krytyce i następnie opisują swój sposób liczenia bakteryj na płytce Petri'ego. Polega on na tem, że pod płytkę podkłada się kawałek czarnego papieru wielkości samej płytki, podzielony na 64 równych części. W tym celu w koło o promieniu r wpisuje się 3 inne w promieniu $\frac{r}{2}$, $\frac{r}{4}$ $\sqrt{2}$ i $\frac{r}{2}$ $\sqrt{3}$ i nadto całe koło dzieli się na 16 części przez przeprowadzenie odpowiedniej ilości promieni. Obliczywszy ilość bakteryj w kilku takich płaszczyznach, bierze się z otrzymanej ilości przeciętną i mnoży się ją przez 64. W ten sposób otrzymuje się dokładnie obliczoną ilość bakteryj w 1 ctm. wody lub innego płynu, podczas gdy przy liczeniu przyrządem Wolffhügel'a dane są tylko przybliżone. Inne szczegóły, podawane przez autorów, są powszechnie znane.

W. J.

8. Zagórski Karol. **Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika.** Pomimo wielkich postępów chirurgii jamy brzusznej, leczenie operacyjne raków odźwiernika dużo jeszcze bardzo pozostawia do życzenia. Wyleczenia radykalnego nie daje ani resectio pylori, ani gastroenterostomia. Obie te operacje mają tylko palliatywny charakter (pierwsza przedłuża życie średnio o 12 miesięcy, druga o 9), a w dodatku są bardzo niebezpieczne (res. pylori nawet w rękach doświadczonych chirurgów daje średnio 57% śmiert., gastroenterostomia 42). Operacja Bernays'a, wyłyżeczkowanie zwężonego odźwiernika, aczkolwiek kilka razy z pomyślnym skutkiem przez samego inicjatora stosowana, uważana jest powszechnie za bardzo ryzykowną i nie znalazła naśladowników, toż samo stosowane przez Mollière'a i Hohn'a rozszerzanie odźwiernika na tępo. Langenbuch, Southam próbowali gastrostomię i gastroenterostomię zastąpić duodeno—resp. jejunostomią, lecz po tej operacyi wszyscy chorzy ginęli bardzo prędko w skutek utraty żółci i soku trzustkowego przez nowowytworzoną fistulę. Z tych to względów operację tę dzisiaj już zupełnie zarzucono. Dopiero Maydl w r. 1892 wymyślił taką modyfikację jejunostromii, która nie mając wyżej wyluszczonej złych stron i będąc łatwą w wykonaniu zasługuje, zdaniem Zagórskiego, na najszersze zastosowanie. Maydl postępuje tak: na 20 ct. poniżej plica duodenojejunalis przecina jelita na poprzek, w odległości 10 ct. od poprzecznego przecięcia na odcinku dolnym robi podłużne nacięcie i w ten otwór wszywa odcinek górny, otwór zaś poprzeczny odcinka dolnego wszywa do rany brzusznej. W ten sposób żółć i sok trzustkowy ani też wlewane przez ranę pokarmy na zewnątrz wylewać się nie mogą. Zagórski raz miał okazję zastosować rękoczyn Maydla; chora wprawdzie zmarła w kilka dni po operacyi (operowano in ultimis, ponieważ wcześniej chora na operację się nie zgadzała), mógł jednak na niej sprawdzić Z. prawdziwość wywodów Maydla zarówno

co do łatwości wykonania, jak również i dobrego funkcjonowania przetoki.

Maydl jest zdania, że operacyjna jego może zastąpić resectio pylori i przy zwięzieniu odźwiernika pochodzenia nie rakowatego, proponuje wykonywać ją również przy wrzodzie żołądka okrągłym, aby dać żołądkowi bezwzględny funkcjonalny spokój, co może dobrze wpłynąć na przyspieszenie zablźnienia wrzodu. Pod ostatnim względem Z. podziela najzupełniej zdanie Maydla.

Dz.

11. Stanisława Popławska. Podwinięcie powiek i wrost rzęs. Powstawanie i leczenie. Przejrzawszy pokrótce anatomiją wolnego brzegu powiek, P. przystępuje najprzód do wyjaśnienia okoliczności, jakie mogą być przyczyną wrostu rzęs i do najgłówniejszych zalicza przewlekłe sprawy zapalne na łącznicy powiek. Te ostatnie, wskutek zwyrodnienia bliznowatego błony łącznicowej i zmian powstających w tkance chrząstki powiekowej i w gruczołach. Mejbom'a, wspólnie z następczem cierpieniem błony rogowej i skurczem mięśnia okrężnego, prowadzą niechybnie do stanu chorobowego brzegów powiek, wyrazem którego służy podwinięcie i wrost rzęs. Następnie przez autorkę przejrzane zostały główne zasady sposobów operacyjnych, jakie w ostatnich czasach zyskały sobie prawo obywatelstwa w okulistyce. Z nich autorka dochodzi do wniosku, że tylko zrozumienie prawdziwej przyczyny podwinięcia powiek, polegającej na starciu tylnej krawędzi brzegu, mogło doprowadzić do odkrycia racjonalnej podstawy zabiegu operacyjnego. Według zdania autorki tylko marginoplastica mucosa van Millingen'a (wszczepienie w rozpołowiony brzeg powiekowy płatu błony słuzowej, wyciętej z dolnej wargi) ma racją bytu. Nakoniec P. opisuje, w jaki sposób powyższa metoda stosowaną jest na oddziale D-ra Kramsztyka, ku czemu K. używa podwójnego noża własnego pomysłu.

W. Garliński.

12. Dr. med. A. Sokołowski. Przyczynę do kazuistyki i terapii ciężkich dyfterytów gardzieli. Ciężki przypadek błonicy gardzieli ze znacznym białkomoczem (do 80/00), powikłany zapaleniem ucha średniego prawego i następczem ropieniem w okolicy wyrostka sutkowego, w końcu z objawami klasycznej choroby Werlhofa, pomimo tych wszystkich komplikacyj jednak zakończony zejściem pomyślnem, posłużył autorowi za punkt wyjścia do uwag krytycznych nad patogenezą błonicy oraz miejscowym leczeniem błonicy gardzieli wogóle; podstawą leczenia błonicy jest leczenie ogólne, terapija zaś miejscowa energiczna, jak to praktyka wykazała jest szkodliwą, drażniącą, autor zaleca tylko wziewanie i płókanie antyseptyczne, unika wszelkich pędzlowań.

J. Bączkiewicz.

14. A. Elsenberg. Leczenie wilka parachlorofolem. Z porady prof. Marc. Nenckiego autor rozpoczął próby leczenia wilka przez zewnętrzne stosowanie parachlorofenu.

Parachlorofenol, formuły $C_6H_4Cl(OH)$, posiada najsilniejsze działanie antyseptyczne i dezynfekcyjne ze wszystkich znanych dotychczas środków grupy aromatycznej. Jest on krystaliczny w temperatu-

rze pokojowej, topi się przy 38° , w wysoku i eterze łatwo się rozpuszcza, w wodzie mało.

Stosował autor ten środek w sposób następujący: po starannem obmyciu ognisk wilkowatych wyskokiem, a następnie eterem, wcierał mocno i to kilkakrotnie parachlorofenol pędzelkiem z waty, a później puszczał na te same miejsca jeszcze kroplę płynu, na powierzchnie zaś owrzdzone wprost kładł tamponik z waty, obficie zmoczony w chlorofenolu. By odczyn wzmocnić i przedłużyć, nakładał jeszcze na 10—12 godzin maść, zawierającą ten środek w równych ilościach z lanoliną, wazeliną i krochmalem. Po kilku szybko po sobie następujących odczynach do czasu usunięcia śladu ich stosował przez 1—1½ tygodnia jakąkolwiek maść obojętną, albo plaster salicylowomydlany. Miejsca, posmarowane lub natarte parachlorofenolem, po kilku godzinach tracą swą mleczną białość, stają się natomiast mocno zaczerwienione i obrzmiałe, jednocześnie z powierzchni ich zaczyna się sączyć kroplami surowica. Po 12—21½ godzinach przesączenie surowicy ustaje i wytwarza się strup, który po 8—10 dniach łatwo się daje zdjąć. Po kilkakrotnem zastosowaniu leku powierzchnia wilkowatych tworów jest już równa, gładka, na całej przestrzeni pokryta naskórkiem, nasięk w dalszym ciągu coraz bardziej się zmniejsza, wreszcie u obwodów skóra zaczyna powracać do normalnego stanu, lub też, jeżeli zmiany w niej były głębsze, przybiera własności tkanki bliznowatej.

Wpływ środka jest wogóle powolny, a do przykrych objawów przy jego stosowaniu należy silny ból: palenie, jakie wywołuje, nadto przy stosowaniu na twarzy — podrażnienie łącznicy oka. Nie wywołuje natomiast ogólnych objawów, nadżarć i owrzdzeń.

Badanie drobnowidzowe skóry w różnych okresach leczenia dowodzi, że parachlorofenol niszczy powierzchowne części tkanki wilka, w głębszych zaś wywołuje dosyć silne zapalenie, po ustąpieniu którego wraz ze świeżo powstałymi produktami zapalnymi ulegają wessaniu rozpadu i zwyrodniające się wskutek sprawy zapalnej pierwiastki, wchodzące w skład tkanki wilka.

Czy środek ten prowadzi do zupełnego wyleczenia, trudno dziś jeszcze powiedzieć, pożytek wszakże jego jest niezaprzeczony.

Fr. G-yc.

15. W. Bajerkiewicz. O leczeniu zanikowej marskości wątroby. W trzech przypadkach tej choroby autor podawał kalomel w dawkach moczo-pędnych i zauważył: stałe zwiększanie się moczu (do 4 litr.). Jednoczesne jednak występowanie zapalenia dziąseł, utrudniające żucie pokarmów, a także i upadku ogólnego sił, skłaniają autora do potępienia kalomelu, nad który w takich razach przekłada wypuszczenie płynu przez przekłócie brzucha.

H.

16. Edmund Biernacki. W kwestji wzajemnego stosunku czerwonych ciałek i osocza we krwi krążącej. Przy badaniu kropli osadu, składającego się z czerwonych krążków krwi, a otrzymanego przy sedymentacji tejże, zauważył autor, że: 1) ciałka czerwone były wybitnie

mniejsze, 2) nie były zupełnie ułożone w rulony, ale tworzyły mniej lub więcej wyraźną, mało lub zupełnie nieruchomą mozaikę. Jeśli kroplę osadu badał autor w kropli osocza lub surowicy ściągniętej z nad osadu, lub też jeśli zmieszał napowrót dokładnie osad z surowicą w stosunku wykazanym przez sedymentację i kroplę tej mieszaniny oglądał pod drobnowidzem, to widział obraz całkowitej krwi, a przynajmniej obraz bardzo do niej zbliżony i ciała przedstawiały wielkość, czyli wymiar prawidłowy i szybko układały się w rulony. Taki powrót do normalnego wyglądu najszybciej i najłatwiej dał się spostrzec przy badaniu osadu z krwi odwłóknionej; natomiast przy krwi nieodwłóknionej obok „Geldrollen” z krążkami o prawidłowej wielkości spotykał autor prawie stale jeszcze bardzo znaczną liczbę mikrocytów, leżących zupełnie swobodnie i nie łączących się w rulony. Mikrocyty te spostrzegał autor w preparatach zupełnie świeżych, a więc te ich własności nie były zależne od utraty wody. Natomiast przy badaniu kropli krwi rozcieńczonej fizjologicznym (0,6%) roztworem soli kuchennej, zauważył autor przedewszystkiem rozluźnienie się rulonów, tak, że coraz to więcej krążków leżało swobodnie; krążki te zmieszały swój wymiar poprzeczny i przemieniały się w bardzo charakterystyczne, silnie okonturowane ciała, którym nadał autor nazwę „ciałek fizjologicznego roztwornu”. Zjawiska powyższe spostrzegał on na całym szeregu prób krwi ludzkiej, prawidłowej i patologicznej; we krwi psiej i króliczej mikrocytoza była jeszcze wyraźniejszą, tylko po dodaniu osocza krążki nie wracały do normalnej wielkości i nie układały się w rulony; również i we krwi świeżej psa i królika nie wszystkie krążki leżały w rulonach. Fakty powyższe dadzą się, zdaniem autora, wytłomaczyć, skoro powrócimy do teorii, którą przed 70 laty postawili Prevost i Dumas, a mianowicie że w krwi całkowitej krążki czerwone zawierają w sobie osocze.

W stanach patologicznych ilość „wolnej” plazmy, w krwi krążącej, może być zwiększoną lub też zmniejszoną; również i względem czerwonych krążków należy, zdaniem autora, przyjąć, że w jednych razach zawierają one w sobie więcej osocza, a w innych—mniej, niż prawidłowo.

J. W.

17. F. Neugebauer. Rzadki preparat anatomiczny jaja płodowego poronionego w 8-m tygodniu ciąży w sposób niezwykły. — N. opisuje przypadek poronienia w końcu 2-go miesiąca ciąży ukończony bez wprowadzenia narzędzi do jamy macicy; najprzód wyszedł worek owodnej, zawierający liquor amnii i płód, później zaś worek kosmówki bez żadnych braków z otworem $1\frac{1}{2}$ ctm. średnicy. Niesklejenie się owodnej z kosmówką w tym okresie ciąży może być nie chorobliwe, zwykle stan ten wywołuje chorobę endometrii (endometritis membranacea decid. verae, hydrorrhoea uteri gravidi). Eliminację jaja w podobny sposób N. obserwował 3 razy, najpóźniej w 6 mies. ciąży, ostatni przypadek również przytoczony, przyczyną była kąpiel rzeczna; wydzielenie się łożyska i pozostałych błon nastąpiło samowolnie w 3 dni po wydzieleniu się owodnej. N. jest zwolennikiem terapii wyczekującej w leczeniu poronienia.

Wł. Stan.

19. J. Szmurło. Przyczynę do klin. stosow. związków grupy aromatycznej. Parachlorofenol. Ciało to, o własnościach żrących, stosowano bądź to w stanie czystym (w cierpieniach przerostowych), bądź w roztynach 25—50⁰/₀ (w owrzodzeniach gruźliczych), w różnych sprawach w nosie, gardzieli i krtani. Parachlorofenol nie posiada własności znieczulających fenolu, zapach zaś jego i smak budzą odrazę. Wyniki stosowane zaś wogóle ustępowały wiele rezultatom, otrzymywanym przy użyciu innych środków dotąd stosowanych. *H.*

20. J. Rosenthal. Przypadek utworzenia się kamienia w jamie pęcherzo-pochwowej po zupełnym zasyściu przewodu pochwowego (colpocleisis). U 42-letniej, u której z powodu przetoki pęcherza pochwowego przed 5 laty dokonano colpocleisis, uformował się kamień w jamie pęcherzo-pochwowej wskutek zastoju moczu i dolegał chorej od 1½ roku. Kamień wagi 28 grm po przerwaniu sklejenia pochwy i częściowem skruszeniu usunięto. Autor znalazł w literaturze 3 przypadki kamieni po kolpokleizie; odmawia rację bytu temu zabiegowi, stawiając natomiast coeliotomię celem zeszczenia pęcherza moczowego albo episiokleisis po uprzedniem otworzeniu przetoki odbytnico-pochwowej, gdzie mocz wraz kałem przeprowadza się przez odbytnicę. *Wl. Stan.*

22. O. Bujwid. W kwestyi hodowania prątków błonicy na agarze moczowym. Zdaniem autora laseczniki błonicy rozwijają się na agarze moczowym (2 części zwykłego na 1 część moczu) i zwykłym gorzej, niż na glicerynowym: formy inwolucyjne zjawiają się na tym ostatnim później, niż na pierwszych. Najlepiej rosną omawiane pasorzyty na surowicy krwi lub z wysięków. Hodowle płytkowe lasecznika błonicy najlepiej otrzymywać na zwykłych płytkach żelatynowych przy 24° C. Po 3—5 kolonije są już typowe, a formy inwolucyjne znajdujemy przy badaniu mikroskopowem. *W. J.*

23. Szcz. Bronowski. Błękit metylenowy przy suchotach płucnych: Autor idąc za Althen'em podawał błękit metylenowy 8 suchotnikom w różnych okresach choroby. Wyniki leczenia tego nie były zachęcające. W jednym tylko przypadku świeżej sprawy w czasie podawania środka gorączka spadła, ogólny stan się powrwił. Błękit metylenowy podawano w ilości 2 — gr. na dawkę 3 razy dziennie; znoszony był dobrze; ujemnego działania nie zauważono. *H.*

26. G. Toepfer. Nowy sposób miareczkowego oznaczania najgłówniejszych czynników kwasoty żołądkowej. Po rozpatrzeniu znanych dotychczas metod oznaczania ilościowego kwasu solnego wolnego i utajonego w treści żołądkowej autor zaznacza, iż cała trudność polega na znalezieniu indykatora, który by tylko na nieorganiczne oddziaływał kwasy.

Barwnikiem takim jest dymetylamidobenzol, który wykazuje, jak się na mocy odpowiednich doświadczeń autor przekonał, tylko obecność wolnego kwasu solnego. Autor postępuje w sposób następujący w jednej części płynu oznacza całą kwasność, używając fenolfaleiny, do mianowania drugiej części używa alizaryny, do trzeciej dymetylamidobenzolu. Z różnicy oznacza kwasność ogólną ilość związanego i wolnego kw. solnego, wreszcie inne kwasy. *J. Z.*

28. Dr. M. Cercha. **Przypadek porodu powikłanego włókniami i tężcem macicy.** Włókniaki macicy przedstawiają podczas ciąży i porodu wielkie niebezpieczeństwo dla matki i płodu, zależne od wielkości i usadowienia się włóknika. Szczególniej włókniaki usadowione w szyi macicy i uwięzione w małej miednicy wytwarzają niestosunek porodowy, łatwe bywają pęknięcia macicy, tężec albo niedowład (atonia); sam guz wywołuje zapalenie otrzewny, liczne zrosty, które w razie przerwania się dają nieraz śmiertelny krwotok i następcze zmiany również nie są obojętne, zależą one od przemiany wstecznej w guzach, krwotoków porodowych i t. d. — C. przytacza przypadek porodu na czasie u pierwiastki ze zmianami krzywicowemi: położenie płodu nóżkowe I, płód nieżywy, ścieśnienie bezwzględne miednicy wynikłe z powodu zaklinowania się włóknika podsurowiczego, z tylnej ściany macicy wychodzącego, w zatoce Douglasa, niestosunek porodowy znacznego stopnia (wymiar prosty wchodu 5 ctm.), zapalenie wnętrza macicy posokowate z powodu gnicia płodu, tężec macicy.

W uśpieniu chloroformowem odprowadzono guz do małej miednicy i płód udało się wyciągnąć po wymóżdżeniu na ostatek idącej główki. Po rozwiązaniu macica się skurczyła, krwotoku nie było. Połóg bez gorączki, tętno jednakże zawsze było około 120 na minutę, brzuch wzdęty i bolesny w okolicy umiejscowienia włóknika, niekiedy czkawka; 6-go dnia wśród objawów zapadu chora zmarła. Sekcja wykazała: zapalenie otrzewny i krwotok do jamy brzusznej z rozdartych zrostów. Autor więc zwraca uwagę na możliwość krwawienia, a ztąd na konieczność bacznego śledzenia objawów krwotoku wewnętrznego; energiczna interwencyja w razie rozpoznania może uratować od niechybnej śmierci.

Wł. Stan.

29. Prof. Dr. A. Obaliński. **O nowszych wskazaniach do salpingotomii.** Do niedawna jeszcze zatrzymanie krwi w przewodzie rodowym wskutek wrodzonego zarośnięcia otworu tegoż przewodu, leczono przywróceniem drożności naturalnej, konstatowano jednak wielką odsetkę śmiertelności po tym zabiegu wskutek pęknięcia jajowodu. Od czasu Kehrera zmienione postępowanie przez uprzednie wycięcie worka jajowodowego. Autor przytacza przypadek krwisteku pochwy, macicy i lewego jajowodu wyleczony zupełnie przez usunięcie lewej trąbki (leparosalpingotomia) i następnie przez przywrócenie drożności naturalnej. Jest to 10-ty przypadek w ten sposób operowany, wszystkie zaś zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem.

Wł. Stan.

Nadesłano do Redakeyi.

H. Bocquillon - Limousin: Fourmulaire des Médicaments Nouveaux et des Médications Nouvelles. Paris 1893. J. B. Baillièreet fils.

P. Le Gendre et B. Broca: Traité de therapeutique infantile médico-chirurgicale. Paris 1894. G. Steinheil. éditeur.

J. Sędziak: Przyczynek do leczenia gruźlicy krtani, zap. płuc zapomocą podskórnych wstrzykiwań tiozynaminy. Odb. z Pam. Tow. Lek. War.

Sprawozdania ze szpitali powszechnych w Galicyi z Krakowem za rok 1892. Lwów 1893.

M. Jakowski: Contributions à l'étude des processus chimiques dans les intestins de l'homme. Odb. z Archiv. Biologischeschik Nauk. T. I. Wyp. 4.

M. Jakowski: Beitrag zur Frage über die sogenannte Mischinfektionen der Phtisiker. Untersuchungen des Blutes der Phtisiker in der hektischen Periode. Odb. z Centralbl. f. Bakter.

M. Jakowski: Zur Aetiologie der Brustfellentzündung. Odb. z Zeitschr. f. Kl. Med.

M. Jakowski: Beiträge zur Lehre von den Bakterien des blauen Eiters. Odb. z Zeitschr. f. Hygiene.

M. Jakowski: Przyczynek do badań nad sprawami chemicznymi w kiszkach u człowieka. Odb. z Pam. Tow. Lek. War.

21-e sprawozd. Tow. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z r. 1893.

OD WYDAWCÓW.

Z dniem 1 kwietnia r. b. *Kronika Lekarska* przeszła na własność Ottona Hewelke, Konstantego Sierpińskiego i Józefa Zawadzkiego, którzy na mocy koncesyi Głównego Zarządu Prassy, wydanej dnia 8-go marca 1894 roku st. st. za Nr. 1398 podpisywać będą odtąd pismo jako wydawcy. *Redaktorami* pozostają i nadal: Otton Hewelke i Józef Zawadzki, sprawami *wydawniczymi i administracyjnymi*, jak i dawniej, zajmować się będzie Konstanty Sierpiński. Kierunek pisma i jego format nie ulegnie zmianie.

Wydawcy.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.