

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z KLINIKI CHOROÓB NERWOWYCH UNIW. WARSZ. PROF. SZCZERBAKA.

Przyczynek kliniczny

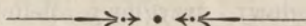
DO POSTĘPUJĄCEGO

ZANIKU MIĘŚNI.

PODAŁ

Dr. med. Ludwik E. Bregman.

Ordynator kliniki.



(Dokończenie).

Przypadek VI. Kladyusz G., 24 lat, subiekt handlowy, zgłosił się do Lecznicy II-ej 13 listopada 1897 r. Ojciec chorego zdrowy, matka bardzo otyła i od wielu lat źle chodzi, jak powiadają, wskutek reumatyzmu, dokładniejszych jednak wiadomości udzielić nie może, ponieważ rodzice kilka lat temu wyemigrowali do Ameryki, a do niego nie pisują. Starszy brat mieszka w Łodzi, jest zdrowy: w 12 roku miał konwulsje, które więcej się nie powtórzyły. Dwie młodsze siostry zdrowe.

Chory jako dziecko był zdrowy, rozwijał się prawidłowo. Początku obecnego cierpienia nie może dokładnie określić: dopiero dwa lata temu poczuł wyraźne osłabienie nóg, ale już przedtem znajomi zwracali uwagę, iż przy chodzeniu powłóczy nieco lewą nogą. Będąc zmuszony, jako subiekt, cały dzień niemal stać na nogach, czuł się bardzo zmęczony i, kiedy tylko mógł, przysiadł. Dawniej odznaczał

się wielką siłą kończyn dolnych, ulubioną jego rozrywką było skakanie przez rowy. Osłabienie wyraziło się najpierw w lewej, następnie w prawej nodze. W ciągu ostatnich 2-eh lat niedowład zwolna się powiększa, lecz obecnie jeszcze lewa noga jest słabszą od prawej. Od roku chory nie może już pełnić obowiązków subiekta.

Chodzenie po schodach męczy go najbardziej. Kończyny dolne znacznie schudły, zwłaszcza powyżej kostek. Mięśnie uda zachowały swą siłę, niedawno jeszcze bowiem chory podnosił człowieka wyciągniętą (w kolanie) nogą.

Parestezyi w nogach nie doznawał. Oddawna miewa, najczęściej w nocy, w łydkach lub niekiedy na przedniej powierzchni uda kurcze bardzo bolesne, tak, że zmuszony jest nogi na ziemię spuścić, co mu ulgę przynosi; przy zmianie pogody uczuwa często darcie w nogach, szczególnie w goleniach.

Ogólnie czuje się zdrow, rzadka miewa bóle głowy. W ostatnich latach ubyło mu znacznie wagi ciała.

Żadnej choroby zakaźnej nie przechodził. Napojów wysokowych nie nadużywał. Pali dużo. Miał trypra i ulcus molle. Przymiotem się nie zaraził. Poważniejszego urazu nie było.

Status praesens. Chory wysokiego wzrostu, stan odżywiania mierny. Skóra i błony śluzowe blade. W narządach wewnętrznych i nerwach mózgowych zaburzeń niema. Poruszenia palców, uścisk dłoni — słabe, pozostałe mięśnie kończyn górnych — wyprostne i zginacze napiętka, dwugłowy, trzygłowy, deltoideus i inne obdarzone siłą dość znaczną. Zarówno w przedramionach, jak w drobnych mięśniach dłoni, brak widocznego zaniku.

Kończyny dolne. Podudzia, zwłaszcza w części dolnej, w stanie zaniku. Mięśnie podudzia wiotkie, napięcie (tonus) ich zwłaszcza po stronie lewej znacznie zmniejszone. Ruchy bierne w stawach skokowych, szczególnie w lewym, wykonać się dają z niezwykłą łatwością (Schlottergelenk). Kształt nogi prawidłowy, przykurców niema. Ruchy czynne palcami i stopą bardzo ograniczone, szczególnie po stronie lewej, wyprostne palców i stopy (przy oporze) zupełnie bezsilne, zginacze zaś bardzo słabe. Mm. quadricipites mają siłę dość znaczną.

Drgan włośnikowych nie zauważono. Pobudliwość faradyczna w niektórych mięśniach zmniejszona lub zniesiona.

	praw.	lew.
N. peroneus	oddziaływa przy 8.5 odl. cewek	8.0 cm.
N. tibialis post.	„ „ 7.5 „ „	7.0 „

N. cruralis	oddziaływa przy 8.0 odl. cewek	6.5 cm.
M. peroneus	" " 7.5 " "	7.5 "
M. tibialis ant.	" " 6.5 " "	0 (b. słabo)
M. extensor hallucis br.	" " 5.0 " "	nie oddziaływa
M. extensor digit. com. br.	nie oddziaływa	nie oddziaływa
M. gastrocnemius	" " 6.5 " "	7.5 cm.
N. medianus	" " 10.0 " "	9.5 "
N. ulnaris	" " 8.5 " "	9.5 "
N. radialis	nie oddziaływa	nie oddziaływa
M. extensor dig.	" " 8.5 " "	8.5 cm.
M. opponens poll.	" " 10.0 " "	9.0 "
M. interosseus III	" " 8.5 " "	9.0 "
M. flexor carpi uln.	" " 10.5 " "	9.5 "
N. facialis	" " 10.0 " "	10.5 "
M. orbicul. oris	" " 10.0 " "	10.5 "

Przy badaniu galwanicznym M. tibialis ant. oddziaływa dopiero przy 10 MA., przytem skurecz jest bardzo słaby, nieco powolny, ale formułka skureczowa prawidłowa ($Ka Zs > An Zs$). N. peroneus i N. popliteus odpowiadają przy 8 MA. (W kończynach górnych i twarzy badanie galwaniczne, niestety, nie mogło być skutecznione).

Czucie dotykowe, uciskowe i ciepłkowe, czucie powierzchni i położenia na całym ciele zachowane.

Czucie bólowe w kończynach dolnych słabsze, aniżeli w górnych i na tułowi.

Odruchy kolanowe umiarkowane, stopowe słabe. Odruchy ścięgna Achillesa zniesione. Nerwy i mięśnie przy ucisku niebolesne.

Streszczając w krótkości ten przypadek, mamy zanik mięśni, który, pomimo kilkoletniego trwania, ograniczył się do obwodowych odcinków kończyn. Głównie dotknięte są kończyny dolne, a zwłaszcza mięśnie unerwione przez nerw strzałkowy, w mniejszym zaś stopniu dziedzina nerwu goleniowego tylnego. Lewa noga najpierw zanikowi uległa, obecnie jeszcze jest znacznie słabszą od prawej. W kończynach górnych zanik nie jest wyraźny, mamy jednak już dość znaczne zmniejszenie władzy w mięśniach poruszających palce, w pozostałych zaś częściach siła jest zachowaną. Drgań włókienkowych brak, pobudliwość elektryczna w mięśniach dotkniętych zmniejszona, w goleniowym przednim niewyraźna reakcja zwyrodnienia. W sferze czucia podmiotowo kureze w kończynach dolnych, niekiedy darcie, przedmiotowo — lekka hypalgesia tych kończyn. Początek

cierpienia przed kilkoma laty (3 — 5), dokładnie niewiadomy, bez jakiegokolwiek znanej przyczyny. Dziedziczność cierpienia bardzo prawdopodobna.

Nie ulega wątpliwości, że mamy przed sobą zanik postępujący mięśni. Przewlekłe zapalenie nerwów (*Neuritis multiplex chronica*) wobec tak powolnego i stale postępującego rozwoju cierpienia można wykluczyć, tembardziej, że nerwy obwodowe przy naciskaniu nie były wcale bolesne. *Poliomyelitis anterior chronica* daje wprawdzie umiejscowienie zaniku podobne do naszego (choć zwykle kończyny, górne bywają bardziej dotknięte), ale przebiega nierównie szybciej. Zaburzenia czucia, choć wprawdzie dość liczne, również przemawiają przeciw przewlekłemu zapaleniu przedniej istoty szarej.

Co się tyczy postaci zaniku, to, zdaniem naszym, w przypadku tym najbardziej usprawiedliwione jest rozpoznanie t. zw. zaniku neurotycznego. Umiejscowienie w obwodowych odcinkach kończyn, najwcześniej w dziedzinie nerwu strzałkowego (postać ta najpierw opisana nawet była przez Torstha pod nazwą „peroneal type of progr. muscular atrophy“), wiek chorego, powolny rozwój cierpienia, dziedziczność, zmiany pobudliwości elektrycznej, lekkie zaburzenia czuciowe — jest to całościowy objawów, odpowiadający prawie w zupełności opisowi tej postaci podanemu przez Hoffmanna, a nie łatwy do wytlómaczenia w przypuszczeniu zaniku myopatycznego lub rdzeniowego.

Kazuistyka zaniku neurotycznego nie jest dotąd bardzo liczna. Prócz Hoffmanna (1889), podobne przypadki opisali jeszcze Sachs, Dähnhardt, Hänel, Hühemann, Laehr, Schmelzer, Dubrenihl, Bernhardt, Stude, Sacki, Marinesco i Reinhard, Rzecz prosta, że przypadki te nie są we wszystkich szczegółach zgodne z typem, przez Hoffmanna nakreślonym, niektóre zaś dość daleko nawet od obrazu typowego odbiegają. Autor ten sam zresztą w pracy późniejszej (1891) rozszerzył nieco ramki swego cierpienia, podając, iż niekiedy ręce najpierw zostają zanikiem dotknięte. W innych przypadkach zanik występuje równocześnie w nogach i w rękach, lub też u jednego członka rodziny umiejscawia się w rękach, u drugiego zaś w nogach. Zdarza się wreszcie, że w samym początku zostają dotknięte mięśnie twarzowe (Dubrenihl). Początek zaniku w kończynach górnych podali Hänel, Dubrenihl, Dähnhardt, Laehr i Schmelzer.

Jak dalece powolnym może być rozwój zaniku w omawianej postaci, dowodzi przypadek Bernhardta: 43-letnia kobieta, u której już w 6 roku wystąpił zanik kończyn dolnych, powodując powstanie stopy końsko-szpotawej; kończyny zaś górne obecnie jeszcze są w bardzo

małym stopniu zajęte, wyraźny mamy zanik tylko w pierwszych 2-ch międzykostnych. W innych przypadkach cierpienie rozprzestrzenia się szybciej na cały niemal układ mięśniowy. Najdalej posunięty w tym względzie jest przypadek Hülsemanna: we wczesnem dzieciństwie zanik kończyn dolnych, w 15-ym roku po influenz'y cierpienie przeszło na kończyny górne. Przy badaniu znaleziono: zanik mięśni w podudziach, ramionach, przedramionach, rękach i stopach, oraz w pasie barkowym; twarz nieruchoma, język w stanie zaniku, mowa zmieniona; reakcyja zwyrodnienia zarówno w mięśniach kończyn i tułowia, jak i w dziedzinie nerwów twarzowego i podjęzycznego.

Co się tyczy zmian pobudliwości elektrycznej, to na uwagę zasługuje okoliczność, wymieniona już przez Hoffmanna, że znaczne zmniejszenie jej znajduje się niekiedy w częściach pozornie zdrowych. U naszego chorego zanotowaliśmy brak reakcyi ze strony nerwów promieniowych, przy zachowanej pobudliwości bezpośredniej mięśni, a pomimo braku zaniku i względnie małych zaburzeń czynnościowych.

Zaburzenia czucia w rozpoznaniu różniczkowem między postacią neurostyczną a innemi postaciami zaniku mają znaczenie dość ważne, nie są one jednak w większości przypadków bardzo znaczne, a wobec poważnych objawów ruchowych zajmują zwykle miejsce dosyć podrzędne. W niektórych przypadkach (Hänel, Stude, Schmelzer) brak ich było zupełnie. W przypadku Eulenburga czucie było również niezmienione, ale w 5 lat później Laehr u tegoż samego chorego stwierdził wyraźne zaburzenie czucia dotykowego, bólowego, a nawet czucia położenia, zwłaszcza w palcach u nóg. Z drugiej strony niezwykle wybitne zmiany czucia, wszelkiego rodzaju, znalazł Marinesco w przypadku badanym już poprzednio przez Charcota i Marie. Przypadek ten stanowi poniekąd przejście do bardziej powikłanych, spisanych przez Déjerine'a i Sotassa pod nazwą „Névríte interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance“: u kilkorga rodzeństwa rozwija się w wieku dziecięcym postępujący zanik mięśni, najpierw w obwodowych odcinkach kończyn; pobudliwość elektryczna zmniejszona, bóle strzelające, znaczne zaburzenia czucia; prócz tego ataksya, kyphoskoliosa, myosis i słabe oddziaływanie źrenic. Zdaniem Burhardta i Marinesco, przypadki te, pomimo kilku rysów odrębnych, zaliczyć należy do postaci neurotycznej zaniku postępującego: zachodzi tu tylko, jak się wyraża ostatnio wymieniony autor, „une question de degré“. Oppenheim również potwierdza bliskie pokrewieństwo tych postaci.

Uzupełniając symptomatologię zaniku neuropatycznego, dodać musimy, że w niektórych przypadkach spostrzegano zaburzenia troficzne (glossy fingers“ Hänel, Laehr, Schmelzer). Sacki zaznacza bolesność nerwów obwodowych, Hänel w jednym przypadku przerost *M. tricipitis*, Dähnhard niezwykłą objętość ramion i pośladków; o niezwykłej otyłości pisze Eulenburg, to samo, jak widzieliśmy, opowiadał o swej matce nasz chory. W niektórych przypadkach (Marinesco, Laehr, Hülsemann, Schmelzer i Sacki) cierpienie nie było ani dziedzicznym, ani rodzinnym. Początek zaniku w późnym wieku (40-ym roku) spostrzegał Laehr.

Czy pomimo tak znacznych różnic klinicznych, wszystkie wymienione przypadki, zaliczone przez autorów do zaniku neurotycznego, istotnie doń należą, trudno rozstrzygnąć, tem bardziej, że wszystkie prawie były badane klinicznie, a nie anatomicznie.

Jak łatwo w tych warunkach rozpoznanie okazać się może mylnem, dowodzi pouczający bardzo przypadek opisany niedawno przez Oppenheima i Carsivera: 42-letni robotnik chory od lat 2-eh; zanik najdalej posunięty w dziedzinie nerwu strzałkowego, później uległy mu mięśnie unerwione przez n. gołeniowy tylny, drobne mięśnie rąk, trzylkowy i wywrotny długi (supinator longus), a z mięśni twarzowych *Mm. orbiculares palpebrarum*; pobudliwość elektryczna w niektórych mięśniach zniesiona, w innych częściowa reakcyja zwyrodnienia; odruchy ze ścięgien zmniejszone; rozwój sprawy powolny. Pomimo braku zaburzeń czuciowych, późnego wieku, w którym zanik wystąpił, pomimo że sprawa nie była ani dziedziczną, ani rodzinną, autorzy, spierając się głównie na umiejscowieniu zaniku oraz na zmianach w pobudliwości elektrycznej, rozpoznali zajęcie nerwów obwodowych, pozostawiając nierozstrzygniętem, czy mają do czynienia z *Neuritis multiplex chronica*, czy też z postacią neurotyczną zaniku postępującego mięśni. Chory zmarł wskutek przypadkowej infekcyi, a oględziny pośmiertne zadały kłam rozpoznaniu klinicznemu, gdyż zarówno nerwy obwodowe, jak i rdzeń, okazały się zdrowymi, a w mięśniach znaleziono zmiany właściwe zanikowi pierwotnemu, czyli dystrofii.

Z drugiej strony liczba przypadków, w których patogeneza, podana przez Hoffmanna, została potwierdzoną przez badanie pośmiertne jest bardzo nieznaczną. Hoffmann sam przytacza jeno dwa przypadki z dawniejszej literatury (Virchowa i Friedreicha), a w drugiej pracy dodaje jeszcze nowszy przypadek Dubrenihl'a. Z późniejszych autorów sekcyci dokonali tylko Marinesco oraz Déjerine i Sottas, których przypadki zresztą, jak widzieliśmy, pod względem klinicznym

od typowych bardzo się różnią. Wyniki są dość zgodne: we wszystkich bowiem przypadkach znaleziono zwyrodnienie nerwów, najbardziej wyrażone w odcinkach obwodowych, coraz słabsze w kierunku ośrodkowym. Korzenie przednie zdrowe, tylne — w stanie zwyrodnienia. W rdzeniu stale zmienione tylne pęczki, zwłaszcza pęczki Golla. W przypadkach Marinesco i Déjerine'a zwyrodnienie to było tak silne, że przypominało wiać rdzenia. Marinesco prócz tego stwierdził zmniejszenie liczby komórek rogów przednich, a Dubrenih! lekkie zwyrodnienie pęczków bocznych (odruchy ze ścięgien były wzmożone).

W jakim stosunku zmiany w rdzeniu stoją do cierpienia nerwów obwodowych, orzec trudno. Zdaniem Hoffmanna są one wtórne, Bernhard zaś przyznaje im większą niezależność i postać naszą proponuje nazwać rdzeniowo-nerwową (spinal-neuritisch). Marinesco mniema, iż sprawa chorobowa działa równocześnie na ośrodki neuronów i na ich zakończenia obwodowe: tym sposobem nerwy obwodowe zostają dotknięte podwójnie, bezpośrednio i pośrednio przez zanik ich ośrodków troficznych.

Jakkolwiek zresztą tłumaczyć będziemy wyniki powyższe, samodzielność postaci, wyodrębnionej przez Hoffmanna, nie może być podawaną w wątpliwość. Nie ulega również wątpliwości, iż między postacią tą a innymi postaciami zaniku mięśniowego istnieć muszą przypadki przejściowe, których znaczenie tem łatwiej się wyjaśni, im większą będzie kazuistyka ich i im dokładniejszą znajomość postaci typowej.

Na zakończenie tej naszej pracy dodać winniśmy słów kilka. Liczba naszych spostrzeżeń jest zbyt niewielka, ażebyśmy na tej podstawie podjąć mogli skreślenie klinicznego obrazu zaniku postępującego mięśni. Nie będąc jednak upoważnieni do rozpatrzenia tego tak ciekawego i z wielu względów jeszcze zagadkowego cierpienia z ogólniejszego punktu widzenia, dla dwóch powodów uważaliśmy za właściwe ogłosić te kilka spostrzeżeń, zebranych w ciągu lat ostatnich: raz dlatego, że z przyczyn już we wstępie wymienionych i wobec zachwiania ustalonych już niejako w nauce o zanikach mięśniowych poglądów, pomnożenie kazuistyki nowymi spostrzeżeniami wydaje nam się bardzo pożądane; powtóre zaś, zestawiając te spostrzeżenia, przypadkowo w rękach naszych zgromadzone, przekonywamy się, jak różnorodne bywają postaci, w które się zanik mięśniowy przyobleka, jak, rzecz można, każdy niemal przypadek jest odrębny, do drugiego niepodobny; rozumiemy więc, dlaczego wszelki podział tego

cierpienia na grupy, osnuty na pojedynczych rysach, jak np. umiejscowienie sprawy, wiek, dziedziczność i t. d., podział dotąd jeszcze w podręcznikach i w pracach specjalnych ściśle przeprowadzany, w praktyce na każdym kroku napotyka przeszkody i okazuje się zbyt szematycznym. Czy przynajmniej da się utrzymać podział na trzy główne grupy: zanik myo-, myelopatyczny i neurotyczny, według miejsca, stanowiącego punkt wyjścia sprawy, przyszłość dopiero pokaże, i tu bowiem spotykamy przypadki, które nie bez wahania do jednej lub drugiej z tych grup zaliczone być mogą. Do takich, jak dotąd, wyjątków jeszcze należy nasz pierwszy przypadek: powolny rozwój sprawy, brak reakcji zwyrodnienia, wczesne zajęcie pasa barkowego na jednej stronie zdawały przemawiać za zanikiem pierwotnym, myopatycznym, z drugiej strony jednak początek w wieku późniejszym, lekkie drżenia włókienkowe, a w części i umiejscowienie zaniku w drugiej kończynie wskazywały na pochodzenie rdzeniowe zaniku. Powikłanie objawem Argyll-Robertsona, bez innych objawów organicznego cierpienia ośrodków, czyni przypadek ten jeszcze bardziej niezwykłym. Następne 4 przypadki należą do wielkiej grupy zaników pierwotnych, myopatycznych. W 2-im i 3-im miesiącu twarzowe zostały prawdopodobnie zajęte w wieku dziecięcym, mięśnie kończyn i tułowia dopiero w wieku młodzieńczym. Drugi odznacza się niezwykle szybkim rozwojem i rozprzestrzeniem się zaniku mięśni kończyn i tułowia, w 3-im natomiast ograniczył on się dotychczas do jednej kończyny górnej i odnośnej połowy pasa barkowego, 4-ty i 5-ty przypadek przedstawiają zanik dziecięcy (w pierwszych, resp. w 8-ym roku życia): w 5-ym towarzyszy zanikowi wrzekomy przerost niektórych mięśni, w 4-ym przerostu brak; w obu cierpienia występuje jako rodzinne, u kilkorga rodzeństwa i, co najważniejsza, u wszystkich w jednej i tej samej postaci. Dziedziczność zaniku w prostej linii zanotowaliśmy u naszego 2-go chorego, którego ojciec od dzieciństwa przedstawiał te same objawy zaniku mięśni twarzowych, lecz pomimo to dożył do lat 67, nie doznawszy innych zaburzeń. Dziedzicznym również jest nasz 6-ty przypadek, który, zdaniem naszym, odnieść należy do grupy zaników neurotycznych.



Fig. 1. Wasili Szum.



Fig. 2. Wasili Szum.



Fig. 3. Teofil Skot.



Fig. 4. Teofil Skot.



Fig. 5. Małka Szen.



Fig. 6. Małka Szen.



Fig. 7. Aleksander Mot.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Chirurgia.*

412. Prof. Talma (Utrecht). **Chirurgiczne wytworzenie nowych dróg ubocznych dla krwi żyły wrotnej.** (Berl. Klin. Wochschrift, № 38, 1898 r.).

Marskość wątroby zanikowa może przebiegać bez żadnych objawów chorobowych, tak że dopiero anatomo-patolog znajduje ją podczas oględzin pośmiertnych. Niekiedy jedynym jej objawem jest wodna puchlina brzucha (ascites), która, wobec niezakłóconej czynności komórek wątroby, musi być zależną od niedostatecznych dróg okolnych dla krwi z żyły wrotnej. Złagodzenie zaś cierpienia lub nawet wyleczenie jest skutkiem dostatecznego rozwoju krwi obiegu okólnego. Autor w przytoczonym poniżej przypadku z zupełnie dobrym wynikiem wytwarza operacyjnie takie nowe drogi dla odpływu krwi z żyły wrotnej.

9-letni chłopiec zachorował ciężko na ostre zapalenie nerek; oprócz zwykłych objawów tego cierpienia, zanotowano puchlinę wodną brzucha, powiększenie wątroby i śledziony. W półtora miesiąca potem objawy zapalenia nerek prawie zupełnie znikły, a stan chorego ogólny poprawił się. Jednak pomimo pięciokrotnego przez ten czas wypuszczania płynu z jamy brzucha przez przekłucie i raz przez cięcie brzuszne, ciecz znów w przeciągu krótkiego czasu zbierała się w jamie; wątroba była mniejszą i twardszą, z powierzchnią ziarnistą; śledziona duża i twarda: jej brzeg dolny leżał na linii poziomej pomiędzy obu kołcami przedniogórnymi kości biodrowej. Rozpoznano wtedy cirrhosis hepatis atrophica; hydrops ascites i powiększenie śledziony postawiono w zależność od zastojów krwi żyłnej. Że puchlina brzuszna nie była skutkiem choroby Brigh'ta, jak obrzęki innych części ciała, lecz skutkiem zastroju w żyłę wrotnej, przemawia za tem to, że pozostawała ona wtedy, gdy obrzęki w innych miejscach już znikły i stan nerek chorego poprawił się znacznie; przemawia za tem i mały ciężar właściwy cieczy (1009—1010). Wykonano więc operację, polegającą na wszyciu dużej sieci w ścianę brzucha i umocowaniu do tejże ściany pęcherza żółciowego, w celu wytworzenia nowych dróg obocznych przez ścianę brzucha dla krwi żyły wrotnej. Podczas operacji zauważono grubsze, niż zwykle żyły w więzie okrągłym wątroby. Po operacji w dni kilka już widać było grube żyły podskórne, przebiegające od blizny w okolicy wątroby do góry — do żył międzyżebrowych, a podczas następnej laparotomii w warstwach głębszych widziano jeszcze grubsze żyły, wokoło miejsca operacji. Puchlina brzucha ustąpiła bezpowrotnie. Wątroba była jeszcze twardą i powiększoną: jej brzeg dolny leżał na

lin. mamillaris — na 6 cm. pod łukiem żebrowym i na takiejże linii przechodził przez łuk żebrowy lewy. Śledziona dosięgała do więz. Poupart'a. Przypisując tak znaczne powiększenie śledziony zastojowi krwi w r. lienalis, w dni dziesięć po pierwszej laparotomii, przyszyto śledzionę do torby między mięśniami i skórą ściany brzucha, w celu wytworzenia nowych dróg przez ścianę brzucha dla odpływu krwi z v. lienalis. Po zagojeniu rany, śledziona zmniejszyła się znacznie: już nie dosięgała linii poziomej pomiędzy kolcami kości biodrowej. Natomiast od bliżny w okolicy śledziony do góry, a jeszcze więcej — na dół — ku żyłce udowej widać było przebiegające pod skórą grube żyły. Stan ogólny pacjenta bardzo dobry. Po dwóch latach u pacjenta żyły te podskórne jeszcze wyraźniej zgrubiały. Brzeg dolny twardej wciąż, jak kamień, wątroby po dwóch latach leżał na lin. mamillaris dextra na 5 cm. poniżej łuku żebrowego, na lin. mediana na $6\frac{3}{4}$ cm. poniżej wyrostka mieczykowatego, a z lewej strony na lin. mamil. podchodził pod łuk żebrowy; dolna granica śledziony znajdowała się na lin. axillaris na 7 cm. poniżej lewego łuku żebrowego. Pacjent zupełnie zdrow.

Autor więc zaleca, by wobec wyraźnego zastojowi krwi w żyłce wrotnej przyszywać sieć dużą, a nawet śledzionę do ściany brzucha.

Wskazaniem do zabiegu będzie przeszkoda w odpływie krwi z żyły wrotnej przez wątrobę, jednak czynność komórek wątroby winna być koniecznie zachowana, by zabieg był skuteczny. Rozpoznanie marskości wątroby zanikowej jest wogóle bardzo trudne. Wobec surowiczego zapalenia otrzewny, po każdym przekłuciu ciecz wolniej zbiera się w jamie brzucha, ciężar właściwy cieczy jest mniejszy od 1.014, mniej znajdujemy w niej białych ciałek krwi. Nie są to jednak cechy pewne; najpewniejszym w celu rozpoznawczym będzie obejrzenie dokładne otrzewny, niekiedy jednak zmianom podlega nieznaczny obszar otrzewny, który przeoczyć łatwo.

Pewne znaczenie rozpoznawcze może mieć krwawienie z przełyku, żołądka lub kiszki, lecz i krwawienie to niekiedy ma inną przyczynę, niż zastój krwi. Gdy wytworzy się *caput medusae*, wtedy najprawdopodobniejszym jest zwężenie dróg krwioobiegu w wątrobie lub jej wrotach, lecz *caput medusae* bardzo rzadko się widuje.

Nadmienić należy, że i mocno rozszerzona żyła w więzie okrągłym wątroby może bardzo dużo krwi odprowadzić z żyły wrotnej do ściany brzucha i dalej do żył międzyżebrowych i udowych, bez rozszerzenia widzialnych przez skórę żył wokoło pępka.

Rozszerzenie vv. epigastricae superficiales ma zupełnie inne znaczenie, niż *caput medusae*: występuje ono nawet u wielu osobników zdrowych i chudych.

Przeciwwskazaniem do zabiegu będzie zakłócona czynność komórek wątroby: urobilinuria, icterus, acholia lub hypocholia faecium, xanthoma i t. p.

Pewne niebezpieczeństwo wyniknąć może po operacji wtedy, gdy zawiele krwi z jelit odpływa w inne części ciała, omijając wątrobę. Jednak gdzie występuje zjawisko to po operacji, podczas

życia, tam i bez operacji przeszkoda tak duża w krwi obiegu szybko musi doprowadzić do zejścia śmiertelnego. Zrośnięcie sieci ze ścianą brzucha może być powodem ileus lub innych cierpień (np. nerwowych), lecz możliwość takiego następstwa, zdaniem autora, nie powinna być przeciwwskazaniem dla zabiegu chirurgicznego.

St. Stanisławski.

413. Prof. Berger. **Amputacja międzyłopatkowo-piersiowa wobec guzów złośliwych, powstałych w odcinku górnym ramienia.** (Revue de chirurgie, № 10, Octobre, 1898).

Dla uniknięcia nawrotu i konieczności wtórnego wycinania łopatki po dokonaniem uprzednio wyluszczeniu ramienia (desarticulatio scapulo-humeralis), zwyrodniałego przez nowotwór coraz częściej w czasach ostatnich wykonywać zaczęto t. zw. amputację międzyłopatkowo-piersiową (amputatio interscapulo-thoracica), przyczem operuje się tu już po części na tułowiu. Zabieg ten, jak pouczają otrzymane zeń wyniki, ma wyższość niezaprzeczoną nad wyluszczeniem w stawie łopatkowo-ramieniowym, a już równać się z nim nie mogą, co do skuteczności, operacje tego rodzaju, jak rezekcja głowy kości ramieniowej lub wycięcie guzów z zachowaniem kończyny, które żadnej, co do powstrzymania nowotworu w dalszym jego rozwoju, nie mogą dać rękoma. O ile zresztą, co do trwałości następstw, rękoczyn, w mowie będący, działa dodatnio, przekonywa najlepiej następujący własny a. przypadek. Operowany był tu mężczyzna 28-letni, który bez żadnej przyczyny widocznej doznawać zaczął przed laty dwoma bólów oraz drętwienia w ramieniu prawem; z upływem mniej więcej dwóch miesięcy to ostatnie w części swej górnej spuchło wyraźnie, z dalszym zaś czasu postępem w kończynie chorej wystąpiły: znaczne ograniczenie ruchów oraz uczucie bezsilności zupełnej. Podczas badania piątego od początku choroby miesiąca, prócz zachowanych nieźle mięśni kończyny górnej prawej, stwierdzono rzucające się w oczy, duże jak jajo indyjskie, obrzmienie na wysokości mięśnia naramiennego (m. deltoideus), występujące w postaci guza, którego oś większa przebiegała poprzecznie, a przestrzeń, dosyć szeroka, oddzielała gnieżdżącą się u przyczepów mięśnia guzowatość ową od sklepienia kruczo-barkowego; w przestrzeni tej można było wyczuć koniec górny ramienia, którego guzowatości nie zdawały się być powiększone. Guz sam, rozlany więcej, niż ograniczony ściśle, o spistości niezbyt twardej i powierzchni nierównej nieco, na ucisk dość wrażliwy i uczucie lekkiego trzeszczenia dający, sięgał ku przodowi do przyczepów większego mięśnia piersiowego i od tyłu zlewał się z wielkim mięśniem grzbietu oraz z wąłkowym większym (teres maior). Dno pachy zajęte było również przez guz jakiś nierówny i miękki, odpychający ku górze tętnicę pachową, który, bez granic określić dających się wyraźnie, stanowił jedno z głową kości ramieniowej i z guzem poprzednim; ruchy odsiebne upośledzone były naj-

bardziej, nadto na powierzchni ramienia zewnętrznej stwierdzono przestrzeń znieczulenia, wywołanego zapewne przez ucisk gałęzi skórnej nerwu zagiętego (n. circumflexus). Od dni kilku guz stał się siedliskiem bólów, występujących całkiem samoistnie i dokuczliwych do tyła, że chory nie mógł sypiać, przyczem już podczas jego pobytu w szpitalu nowotwór rósł w oczach niemal; prócz tego, na wysokości dołu podgrzebieniowego łopatki wytworzył się obrzęk, przemawiający za szerzeniem się w tym kierunku sprawy chorobowej. Prześwietlenie za pomocą promieni X nie określiło bliżej stosunków guza do graniczących z tymże tkanek; wykryto drogą tą jedynie, że ciemna masa jakaś okala głowę kości ramieniowej, maskując jej zarysy niemal zupełnie.

Ze względu na złośliwą, bez kwestyi, naturę cierpienia przystąpiono do operacji, którą zaczęto od cięcia próbnego, poprowadzonego na guzie w okolicy mięśnia naramiennego; po wygarnięciu z otrzymanej stąd rany wydzielającej się obficie papki czerwonej i wprowadzeniu palca w głąb stwierdzono tamże zniszczenie rozległe powierzchni kostnej. Ranę zatamponowano i przystąpiono bezzwłocznie do zabiegu właściwego, który polegał przedewszystkiem na wykonaniu na brzegu przednim obojczyka cięcia, długiego na 15 ctm., zaczętego nieco na wewnątrz od przyczepu głowy zewnętrznej mięśnia nstko-sutko-obojczykowego i poprowadzonego aż do stawu obojczyko-barkowego. Po zdjęciu z obojczyka okostny, tenże przepiłowano skośnie z góry ku dołowi i z wewnątrz na zewnątrz; odcinek kości zewnętrzny, pochwycony ku górze, odcięto w odległości 2 — 3 palców od przyczepu barkowego, dalej zaś — wycięto mięsień podobojczykowy i jego powięź. Tętnicę podobojczykową, pulsującą wyraźnie na żebrze pierwszym wycięto łatwo, wskutek czego łatwym było i nałożenie na nią podwiązki, jak również i na nazwy tej żyły. W ciągu dalszym poprowadzono cięcie nowe, rozpoczynające się od części środkowej poprzedniego i przebiegające nieco na zewnątrz od mięśnia naramiennego na wysokości brzegu dolnego większego ścięgna mięśnia piersiowego; cięcie to zajmowało skośnie skórę jamy pachowej i od brzegu tylnego zbaczało ku dołowi aż do kąta dolnego łopatki. Po rozcięciu obu mięśni piersiowych ramię odsunięto od tułowia, pnie splotu barkowego przecięto, jak również naczynia piersiowe i sutkowe zewnętrzne, po uchwyceniu wreszcie w klamp mięśnia najszerszego grzbietu rozcięto tenże tuż u kąta łopatki, dokąd właśnie przedłużone zostało cięcie tylne; skórę, pokrywającą łopatkę, oddzielono bisturem, odseparowano dalej mięsień kapturowy od obojczyka i grzebienia łopatki, ramię pociągnięto mocno na zewnątrz, poczem kończynę górną odcięto od tułowia zupełnie. Zatrzymaniem dość obfitego krwawienia, wyluszczeniem gruczołów zwyrodniałych na mięśni piersiowym mniejszym, oraz nałożeniem na ranę szwów ukończono rękoczyn; przed nałożeniem opatrunku zaopatrzone kąty rany górny i dolny w dreny, samą wreszcie ranę uciśnięto umiarkowanie. Okres pooperacyjny przebiegał nader pomyślnie, piątego dnia po zabiegu operowany mógł już podnosić się z łóżka i wstawać,

po trzech tygodniach wypisał się ze szpitala z zagojoną raną do-
szczętnie.

Badanie części usuniętych wykryło przedewszystkiem, że miało się do czynienia z nowotworem o wymiarach małej pomarańczy, o zaokrąglonej postaci i nierównej powierzchni, dającym rzekomego chęłbotania uczucie. Prócz stwierdzonego jeszcze w przebiegu operacji stoczenia częściowego kości ramieniowej zauważono zmiany chorobowe w głowie długiej mięśnia trójgłowego i w mięśniu wałkowym mniejszym, z których pierwszy zwłaszcza u swego przyczepu do łopatki przestoczony był w masę kulistą, tworząc jak gdyby jeden ze zrazów guza, do brzegu dołu stawowego (cavitas glenoidalis) przyrośły. Nowotwór ów był śluzakiem o domieszce wyraźnej tkanki włóknistej i chrzęstnej. Operowanego zaopatrzono na drogę w sztuczną kończynę górną, spojoną z obejmującym klatkę piersiową pan-
cerzem skórzanym i mającą tamże swój stały punkt oparcia; co do następstw dalszych, dodać należy, że stan osobnika ogólny, jak dotąd, nie pozostawia nic do życzenia i nawrotu sprawy nowotworowej, pomimo ubiegłych od rękoczynu miesiący 18 niema dotąd ani śladu.

Jest to już druga w praktyce autora tego rodzaju operacja, w roku bowiem 1882-im tenże autor wykonał ją również w sposób powyższy u pewnego mężczyzny, który do chwili obecnej, w ciągu 16 lat zatem po zabiegu, cieszy się zdrowiem niezłym, pełniąc bez przerwy swe zajęcie listonosza.

Dwa tak pomyślnym wynikiem uwieńczone przypadki w połączeniu z danemi, które wysnuć sobie można ze statystyki Adelmanna'a i Schultz'a, obejmującej 40 spostrzeżeń, czynią możliwą uzasadnioną amputacji międzyłopatkowo-piersiowej ocenę. Dane te pouczają przedewszystkiem, że operacja, w mowie będąca, podjęta wcześniej i przeprowadzona z należnem wymagań aseptyki uwzględnieniem nie może być uważana za niebezpieczną, w dwóch bowiem tylko razach (przypadki Kennet'a 1867 r. i v. Bergmann'a 1889 r.) zejście niepomyślnie przypisać wypadło naturze rękoczynu samego; w pozostałych 44 przypadkach otrzymywano zawsze wyzdrowienie czasowe lub stałe, jakkolwiek walczone tu nieraz z powikłaniami dla operowanego mniej lub więcej ciężkiemi, a więc z pooperacyjnym wstrząsem, krwotokiem wtórnym z tętnicy podobojczykowej (przyp. Chavasse'a), z ropieniem wreszcie niekiedy dosyć obfitem i t. p. Operacja ta, którą autor proponuje nazywać całkowitą amputacją doraźną jest mniej nawet dla chorego niebezpieczną, niż wtórna amputacja obojczyka oraz łopatki, podejmowana zwykle wskutek powstałego nawrotu w czas jakiś po wyluszczeniu ramienia. Podwójny zabieg ten daje odsetek śmiertelności większą, z 23 bowiem tego rodzaju spostrzeżeń stwierdzono w 4-ch wynik niepomyślny, który od rękoczynu samego zależny był tylko. Ważniejszą jeszcze jest kwestya większej porównywanych zabiegów skuteczności, którą, i pod tym względem, rozwiać można najlepiej z orzeczeń statystyki odnośnej. Pomijając 13 przypadków „amputacji doraźnej“, co do których brak wiadomości o wynikach ostatecznych, w spostrzeżeniach 14 stwierdzono nawrót po upływie mniej lub więcej dłuższego okresu czasu, z tych

w 6 powstawały przerzuty w narządach wewnętrznych, jak np. w płucu. Okres wystąpienia recydywy najpóźniejszy nie przewyższał miesięcy 15, przyczem we wszystkich prawie przypadkach tych już podczas operacji stwierdzano zwyrodnienie nowotworowe mięśni, okalających staw łopatkobarkowy lub do łopatki przyległych. Dalej, u osobników 17 osiągnięto wyzdrowienie trwałe, stwierdzone po upływie 2 lat (przyp. Roth'a), 3-ch (przyp. Houzel'a), 3^{1/2} (przyp. Bergmann'a) i 15 latach wreszcie (przyp. Berger'a); biorąc pod uwagę choćby te tylko przypadki, w których trwałość wyzdrowienia wynosi lata, otrzymuje się 10 spostrzeżeń pomyślnych, co stanowi odsetkę wyzdrowień 33 niemal. Nie bez znaczenia jest również wyszczególnienie rodzaju guza w razach, przebiegających pomyślnie: otóż, u 4-ch osobników zoperowano chrzestniaki, w przypadku, opisanym powyżej chodziło, jak już wiadomo, o wycięcie śluzaka, w pozostałych miano do czynienia z mięsakami, przykostnymi najczęściej. Jeżeli teraz porówna się wyniki te z następstwami wycięcia łopatki, które podejmowano na skutek recydywy nowotworu, usuwanego poprzednio drogą wyluszczenia ramienia ze stawu, to z liczby ogólnej 23 tego rodzaju spostrzeżeń (amputations pathologiques consecutives) w 3 otrzymano zejście niepomyślne niebawem, co do 6-ciu — brak wiadomości późniejszych, w 10 znowu stwierdzono nawrót w ciągu 3 do 25 miesięcy, z pozostałych 4-ch wreszcie — o dwóch nie da się powiedzieć pewnego ze względu na krótki nader okres, ubiegły od operacji, w przypadkach zaś Rigaud'a i Conant'a, w których rzeczywiście stan pomyślny osobników operowanych trwa lata całe, nie natrafiono na szczęście na nowotwory złośliwe. Widzimy zatem, że wyluszczenie ramienia ze stawu, wykonane wobec sprawy nowotworowej górnego końca barku nie jest rękojmnią, zabezpieczającą od nawrotów, jak świadczy o tem wymownie tak pokaźna cyfra wtórnych łopatki amputacji, że więc wyluszczenie w stawie zastąpione być musi przez rękoczyn, bardziej rozległy. Niektórzy z chirurgów, jak Gensoul, Gilbert, Humphry i inni, powodowani względami natury powyższej, wykonywali też, oprócz dezartykulacji ramienia, mniej lub więcej rozległą rezekcyę kąta zewnętrznego łopatki, dołu stawowego oraz wyrostków barkowego i kruczego, mijając się zresztą z celem zupełnie, najczęściej bowiem mięśnie łopatkowe właśnie są punktem wyjścia nawrotu. To też jedynie doraźna łopatki całej, prócz kończyny górnej, ablacja wraz z całkowitem należnych doń mięśni wycięciem uważaną być może za powstrzymanie, dostatecznie trwałe rozrostu guza, z czem nieuzasadnionem byłoby ociągać się do chwili, aż mięśnie łopatki ulegną przeistoczeniom naoicznym. Uwzględnienia też wymagań powyższych zawdzięcza Bergmann ostatnie swe trzy spostrzeżenia o zadawalniającym zupełnie wyniku trwałym; dalej: amputacja międzyłopatkowo-piersiowa, torując do jamy pachowej drogę szeroką, ułatwia tem samem wyszukanie i wyluszczenie zajętych przez nowotwór gruczołów, które, w razie przeciwnym, mogłyby zostać przeoczone. Niewątpliwie, zabieg powyższy posiada również i ujemne swe strony, jak: trudność nałożenia protezy lub wystawienie na szwank względów natury estetycznej, lecz różnica co do roz-

ległości kalectwa uwarunkowanegoⁿ dwiema, wziętemi pod uwagę operacyami, nie jest bynajmniej zbyt wybitną, a z drugiej strony są to przecie względy uboczne, nie brane w rachubę tam, gdzie chodzi o zadośćuczynienie wskazaniom wagi pierwszorzędnej.

K. Niedzielski.

414. Hagman (z kliniki Bobrowa). **Dwa przypadki rezekcji czaszki** (Chirurgia, t. 3, № 18, lipiec, 1898).

48-letni włościanin, pracując przed ośmiu laty przy budowie młyna, upadł z pewnej wysokości do wody i uderzył się głową o kamień; przyniesiony dopiero do młyna stracił przytomność; natychmiast odwieziono go do szpitala, gdzie w stanie bezprzytomnym pozostawał przez dni trzy. Gdy oprzytomniał, stracił władzę w prawej ręce i nodze i niewyraźnie mówił. W szpitalu pod koniec pierwszego miesiąca, odzyskał wyraźną mowę, a później i władzę w ręce i nodze. Napadów padaczki w ciągu półrocznego pobytu w szpitalu nie miał wcale. Dopiero w 8 miesięcy po urazie miał pierwszy napad padaczki, w 2¹/₂ miesiąca potem — drugi. Z początku napady powtarzały się co miesiąc, później co tydzień, w końcu zaś codzien i nawet parę razy dziennie. Leczone go bromkiem i jodkiem sodu. W wywiadach był dawny przymiot (w 26 roku życia), leczony wcieraniami rtęciowemi. Obecnie u chorego znaleziono, co następuje: w okolicy lewej połowy kości czaszkowej nad guzem czaszkowym ruchoma blizna podłużna, długości 5 ctm., leży w kierunku skośnym od przodu i wewnątrz do tyłu i nazewnątrz; czuciowość jednakowa na obu połowach ciała; odruchy zwiększone na prawej połowie; prawy nerw twarzowy nieco porażony; siła prawej ręki i nogi (mierzona dynamometrem) mniejsza, niż lewej; w lewym oku chorioiditis disseminata, staphyloma post. i retinitis; w prawym oku to samo w mniejszym stopniu; krótkowidztwo. Rozpoznano padaczkę korową, wywołaną urazem głowy. Na podstawie powyższego przypuszczano zrosty lub zgrubienie błon mózgowych, albo nawet ślady krwotoku i torbiel w okolicy trzeciego zwoju czołowego, powiększającą się stopniowo. Przypuszczenie gumatu odrzucono ze względu na bezskuteczność leczenia jodem.

W znieczuleniu chloroformowem wykrojono do kości płat z podstawą zwróconą do ucha i arcus zygomaticus, szerokości u podstawy 4¹/₂ ctm., a w najszerszem miejscu 8 ctm. Świdrem elektroruchowym zrobiono 4 otwory, u brzegów płata i z boków podstawy. Piłą Krause'go wypilowano kość przez całą jej grubość od jednego otworu do drugiego i w ten sposób dotarło do jamy czaszki. Tęgówka okazała się mało zmieniona, gdzieniegdzie zaledwie zgrubiała. Po jej rozcięciu nożyczkami ostrokończastemi, miękka opona mózgowa okazała się zgrubiałą i zlekka mętną; zmian widzialnych na powierzchni mózgu nie znaleziono. Trzy przekłucia próbne szprycą Pravatz'a nie wykazały żadnego guza, żadnej torbieli. Zeszyto więc tęgówkę

cieniutkim jedwabiem, płat skórno-kostny przszyto szwami kostnemi, w kątach rany zostawiono wąskie paski gazy do pierwszego opatrunku. Napadów padaczki w ciągu 84 dni po operacji było tylko dwa i to względnie w słabym stopniu: pierwszy dnia 13-go, drugi—46-go po operacji. Doskonały wpływ wywarła operacja na stan chorego duchowy: przed operacją melancholijny, smutny, poważny, obojętny; teraz chory stał się żywszym, weselszym, chętnym, współczującym.

Za umiejscowieniem sprawy z przodu bruzdy Roland'a (w którym to miejscu otwarto czaszkę) przemawiał uraz, powodujący natychmiastową niemotę i porażenie połowiczne ciała, wreszcie i lekkie porażenie nerwu twarowego. Choć większych zmian anatomicznych tutaj nie znaleziono, to jednak przypuszczać należy, że i w innych miejscach mózgu zmian tych niema; w przeciwnym razie operacja nie wywarłaby żadnego wpływu na stan chorego, który jednakowoż po operacji poprawił się. Przypadek ten wykazuje, że i byłe porażenia nie mogą być dowodem dużych zmian anatomicznych w korze mózgowej, jak również, że i wobec braku tych grubych zmian, otwarcie czaszki nie pozostaje bez korzyści, zmieniając, prawdopodobnie, warunki ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Przypadek drugi. 25-letni dyakon wiejski, cierpiący często na katar nosa, przed półrokiem na początku ostrej choroby (z dreszczami, gorączką, bredzeniem i kluciem w bokach), uderzył się prawą stroną czoła o ścianę. W jakiś czas potem w miejscu stłuczenia zauważył guz, powoli zwiększający się i ku dołowi odpychający gałkę oczną. Bywały krwotoki z nosa i lekkie bóle w okolicy for. supraorbitalis. Obecnie widać nad prawą brwią i okiem guz okrągławy, wypukłością swą przypominający szkiełko zegarkowe, na 1 ctm. wysoki, 4 i 5 ctm. w średnicy. Oko prawe nawpół zamknięte; gałka oczna odcisnięta guzem ku dołowi; górna ściana oczodołu (orbitae) znajduje się na wysokości lewej źrenicy. Dno oka i wzrok normalne. W jamie nosa zewnętrzna ściana kanału odcisnięta nawewnątrz i na dół; muszla również odepchnięta ku dołowi; prawe nozdrze zamknięte; śluzówka rozpalniona, łatwo krwawi. Guz przy dotyku dość twardy. W górnej części czoła wyczuwa się jakby chębotanie przez ścięńczalą ścianę zatoki czołowej; także uczucie sprężystości przechodzącej otrzymujemy z czoła na górną część oczodołu. Nad guzem wyczuwa się lekkie obrzmienie głębokich warstw i okostny. Rozpoznanie wahało się pomiędzy ropniem zatoki czołowej (empyema — równomierne rozpieranie zatoki, prawidłowa okrągła postać guza, początek choroby, jednoczesny z gorączką i dreszczami, częste zapalenia śluzówki nosa) i nowotworem (brak mocnej bolesności). Przekłucie próbne i cięcie wykazało nowotwór, mianowicie mięsак okrągło-komórkowy.

Rozcięto części miękkie do kości po linii środkowej od górnej trzeciej grzbietu nosa do uwłosionej części głowy; drugie cięcie poprowadzono po brwi prawej i złączono z pierwszym; na skroni od końca drugiego cięcia do góry nad proc. zygomaticus poprowadzono cięcie trzecie tak, że wszystkie trzy cięcia przedstawiają cyfrę 4. Za pomocą raspatorium oddzielono płat skórno-okostnowy, a okostną w miejscu

guza wystrzyżono. W celu powiększenia pola operacyjnego usunięto cały prawie gruczoł łzowy. Świdrem elektroruchowym zrobiono otwory, a piłą elektryczną Krause'go i dłutem oddzielono połowę kości czołowej wraz z guzem. Mocne krwawienia z diploë kości tamowano serwetką uciskającą, a krwawienie z żył tęgówki specjalnymi kleszczykami Fiedorow'a i obkluciem igłą. (Kleszczyki Fiedorow'a są to zwyczajne pensetki hemostatyczne, lecz z tęnym szerokim nosem, a każda warga ma na swych brzegach po dwa małe ostre ząbki, które chwytają tkanę z obu stron naczynia; autor gorąco zaleca nowe te kleszczyki w celu tamowania krwawienia z tęgówki i wogóle twardej tkanki włóknistej, gdzie zwykle kleszczyki nie mogą schwycić rozciągniętego i nie spadającego się na naczynia). Tęgówka była niezmienną. Nałożono szwy, w kątach rany pozostawiono wazkie paski gazy jodoformowej. Guz, jak się okazało, zajmował prawą zatokę czołową, miał postać wypukłej soczewki, lecz nie wypełniał całej rozciągniętej zatoki. Przez przednią ścianę zatoki przerósł prawie nawskroś, lecz i tylną mocno przedziurawił, nie uszkadzając jednak jeszcze tęgówki. Przebieg pooperacyjny dobry (rychłozrost); 20-go dnia po operacji chory już wstał i chodził; zalecono mu nosić protezę z aluminium.

St. Stanisławski.

415. Dr. M a a s. **Przyczynek do leczenia mechanicznego zapalenia kręgosłupa.** (Zur mechanischen Behandlung der Spondylitis. Deutsche med. Wochschr., № 36, 1898 r.).

Wobec zniechęcenia, które nastąpiło po zachwytach nad operacją Calot'a, leczenie wczesne zapalenia kręgosłupa, czyli zapobieganie tworzeniu się garbu od najwcześniejszych okresów choroby, zyskuje znaczenie pierwszorzędne. Środkiem najodpowiedniejszym jest unieruchomienie dokładne kręgosłupa, idealnym zaś unieruchamiającym aparatem jest taki, który, usuwając ciśnienie wzajemne kręgów, pozostawiałby swobodę innym członkom. W rzeczywistości dalecy jesteśmy od tego ideału i musimy dbać głównie o należyte stałe rozciągnięcie kręgosłupa. Początki omawianego cierpienia spotykamy prawie wyłącznie u dzieci 3 — 4 letnich. W tym wieku tułów posiada jeszcze kształty prawie cylindryczne, dzięki wazkości miednicy i brakowi więzcia talii; oparcie dolne dla gorsetu znaleźć można tylko nad udami rozkraczonych. Choć opatrunek taki uniemożliwia siedanie, zabezpiecza jednak gilzy aparatu od ześlgiwania przy ruchach kończyn dolnych, usuwa szkodliwą działalność mięśnia lędźwiobiodrowego (m. iliopsoas); nie dopuszcza do tak częstych jego przykureżeń wskutek nagromadzenia ściekającej ropy. Dzieci szybko przyuczają się chodzić, pokręcając miednicą.

Dla zwalczania dążności kręgosłupa do przykureżeń, należy umocować go w jaknajwiększym rozciągnięciu, t. j. przodozgięciu (lordosis).

Dla zdjęcia formy gipsowej, układamy chorego na brzuchu, otaczając poduszkami tak, aby kręgi cierpiące były możliwie odsunięte ku przodowi, uda rozkraczymy, ręce umieszczamy przy tułowiu, głowę asystent odciąga cokolwiek ku tyłowi. Odlew zajmuje powierzchnię tylną ciała od połowy czaszki do stawów kolanowych i boki do linii pachowych przednich, ramiona objęte są w $\frac{2}{3}$ obwodu. Gorset przygotowuje się z celluloidyny z dodatkiem chlorku magnezyi dla pozbawienia go palności. Jest on lekki, tani i z łatwością może być zdejmowany.

L. Kozicki.

II. Choroby weneryczne i skórne.

416. Dr. Rille. O wcieraniach kalomelowych w przymiocie.
(Archiv. f. Derm. u. Syph., 44 B.).

Wielokrotnie zalecano w przymiocie wcierania kalomelowe w postaci maści lub mydeł. Autor w celu zbadania działania tej metody, codziennie stosował wcierania maści w ilości od 1.0 — 3.0 według recepty podanej przez Bavero:

Rp. Calomel. vapore parat.	0.5 — 1.0
Lanolini	3.0
Butyri Cacao	1.0

Na 16 chorych leczonych w ten sposób, u 1-go był przymiot w okresie pierwszym, u 5-ciu — pierwsze wykwity skórne w połączeniu ze stwardnieniem pierwotnym, u 10-ciu zaś — objawy starszego wtórnego przymiotu. Na mocy doświadczeń powyższych, autor dochodzi do wniosku, że leczenie przymiotu wcieraniem kalomelowe jest całkiem nieskuteczne, ponieważ:

1) W 5-ciu tylko przypadkach autor mógł leczenie wcieraniem temi doprowadzić do końca; z tych w 3-ch objawy były bardzo lekkie, dwa zaś pozostałe wymagały stosunkowo znacznej ilości wciezań, skutkiem czego zniknięcie objawów w tych ostatnich należy wziąć na karb raczej zniknięcia samowolnego, niż — działania środka leczniczego. W 11 przypadkach autor musiał po jakimś czasie przejść do innych metod leczniczych, gdyż przy wcieraniach kalomelowych objawy zniknęły bardzo powoli lub też pozostawały bez zmiany.

2) W 5-ciu przypadkach podczas stosowania wciezań kalomelowych wystąpiły silniejsze objawy chorobowe; przy umiejętnem wykonywaniu wciezań szaruchy zwykle tego nie bywa.

3) Objawy zatrucia rtęcią nie wystąpiły ani razu; przemawia to również za brakiem wpływu leczniczego.

Jak wytłómaczymy sobie bezskuteczność wciezań kalomelowych? Według nowego poglądu (Welander i Merget) działanie wciezań zadaje się na tem, że rtęć wchodzi do organizmu w postaci pary prze-

ważnie drogą płuc. Rtęć metaliczna paruje już przy zwykłej temperaturze, kalomel zaś niema tej własności, skutkiem czego wessanie jego nie jest możliwe ani przez skórę, ani też drogą płuc.

H. Uliński.

417. Doc. dr. Alfred L a n z (Moskwa). **O barwieniu wydzieliny tryprowej mieszaną barwników anilinowych.** (Deutsch. Med. Woch., № 40, 1898).

Do podwójnego barwienia wydzieliny tryprowej zaleca autor mieszaninę fuksyny i thioniny (Lauts's Violet). Thionina należy do tej samej grupy chemicznej, co i błękit metylu, zalecał go już przedtem Nicolle do barwienia gonokokków w skrawkach. Metoda d-ra Lanza daje bardzo wyraźne zabarwienie różniczkowe, thionina zabarwia drobnoustroje resp. gonokokki, fuksyna protoplazmę komórek, jądra barwią się jednocześnie obydwoma barwnikami. Wskutek tego na niebiesko zabarwione gonokokki wyróżniają się bardzo wyraźnie od tła czerwonego. Nabłonki barwią się na jasno-czerwony kolor, gdy tymczasem ich jądra przyjmują barwę niebiesko-czerwoną. Czerwone ciała krwi barwią na ceglasto-czerwony kolor i odróżniają się w ten sposób wybitnie od pozostałych elementów morfologicznych. Jeżeli w preparacie znajdują się jeszcze inne drobnoustroje, wtedy barwią się zazwyczaj także na niebiesko.

Wogóle zabarwienie tak drobnoustrojów, jak i komórek, występuje nadzwyczaj wyraźnie i gonokokki dają się bardzo łatwo odróżnić od jąder komórek, wskutek czego wykrycie pasorzytów jest bardzo ułatwione, szczególnie w tych przypadkach, gdzie ilość ich jest nieliczna. Za dodatnią stronę tego sposobu poczytuje autor i to, że zarówno gonokokki wewnątrzkomórkowe, jak i wewnątrz jądrowe, oraz te, które przykryte są przez jądra, występują bardzo wyraźnie.

Co się tyczy samej techniki barwienia, to jest ona nader prostą. Dla przygotowania mieszaniny fuksyny i thioniny, używa się nasyconego roztworu fuksyny i thioniny w 2% wodnym roztworze karbolu. Rozczyny te utrzymują się bardzo długo, nie ulegając zepsuciu. Mieszanina jednakże musi być *ex tempore* przygotowana, ponieważ przy dłuższym staniu traci swą siłę barwienną. Stosunek thioniny do fuksyny powinien wynosić 4:1. Barwienie trwa bardzo krótko od $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ minuty, następnie opłukuje się preparat w wodzie i rozpatruje pod drobnowidzem podług przyjętych zasad. Dla otrzywania pięknego i wyraźnego zabarwienia, trzeba wydzielinę rzeżączkową rozetrzeć na szkiełku, w cienkiej i równomiernej warstwie.

W preparatach, barwionych w ten sposób, występuje również bardzo wyraźnie tworzenie się wakuoli w protoplazmie komórek ropnych, na okoliczność tę zwrócono uwagę w ostatnich czasach (Schäffer, E. von Hibler).

H. Kucharzewski.

418. Dr. Hecker. Przyczynki do histologii i patologii przymiotu wrodzonego i anatomii normalnej płodu i noworodków. (D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 61, H. 1 i 2, 1898).

Autor w ciągu 21 lat zbadał mikroskopowo, a po części drobnowidzowo narządy, pochodzące z 100 przypadków sekcyjnych w instytucie patologicznym prof. Bollingera. Z pomiędzy nich 92 odnosi się do dzieci martwo urodzonych, a 8 do takich, które czas pewien żyły; ponieważ autor poszukiwania swe chciał oprzeć na danych niezawodnych, więc przypuszczał istnienie syfilisu wtedy tylko, jeżeli kilka naraz narządów wykazywało zmiany charakterystyczne. Więc przypadków takich znalazło się 21, w 7 można było na pewno wykluczyć przymiot, reszta należała do wątpliwych. Wyniki badań autor streszcza w sposób następujący.

Obrzmienie wątroby jest zjawiskiem prawie stałym w syfilisie niedojrzałych i dojrzałych płodów, podczas gdy często brak go u dzieci, które czas pewien żyły. W wątrobie płodu znajdujemy pewne nagromadzenia komórek: jedne z nich stanowią wytwór proliferacyi nabłonka, t. j. właściwego mięszu, drugie zaś autor uważa za skupienia nowoutworzonych młodych ciałek krwi, posiadających jeszcze jądra; oba rodzaje znikają tuż przed- lub zaraz po urodzeniu się płodu. Ten rozrost nabłonka w syfilisie znacznie się wzmacnia. Wątroba w życiu płodowym jest organem krwiotwórczym wysokiej doniosłości; wspomniane młode ciała krwi powstają z wewnątrzłonka ścian naczyń, a znajdują się obficie w wychodzących niż w wchodzących do wątroby naczyniach.

Nerki wskutek przymiotu zyskują na wadze u płodu, tracą na niej u noworodków donoszonych lub czas pewien żyjących. Udział nerek w zmianach patologicznych, cechujących pewien przymiot, jest zjawiskiem stałym. W przypadkach małego natężenia cechuje się on przeważnie nacieczeniem ścianek naczyń w substancyi korowej u płodów, u dzieci donoszonych i żywych — zmianami natury zanikowej i degeneracyjnej w nabłonku kanalików moczowych i kłębków. U ssawców przymiotem dotkniętych klinicznie dają się stale zauważyć zaburzenia w czynnościach nerek (nephritis parenchymatosa, albuminaria). Prawdopodobnie i nerki, jakkolwiek w małym stopniu, przyjmują udział w płodowym tworzeniu się krwi.

Obrzmienie śledziony przymiotowe jest zjawiskiem stałym u płodu, przyczem prawie zawsze widzimy drobnokomórkowe nacieczenie średnich i dużych naczyń.

Trzustka u płodu przymiotowego staje się cięższą. W trzustce płodów niedojrzałych znajdują się zazwyczaj wysepki tkanki limfoidalnej, którą należy pożytywać za pozostałości wcześniejszych okresów rozwoju.

W naczyniach sznura pępkowego w syfilisie prawie zawsze znajdujemy nacieczenie drobnokomórkowe, tak iż wynik dodatni z badania tych naczyń może pomódz w rozpoznaniu za życia.

Przymiot grasicy może wystąpić pod postacią ropni rozsianych (choroba Dubois), lub w formie zgrubienia przegródek tkanek łącznych z uciskiem na części mięszowé.

Z trzech postaci luetycznych cierpień płuca, autor rzadko widział gumat, znacznie częściej t. zw. pneumonia alba i interstitialis w powikłaniu wzajemnem; zmiany w naczyniach płucnych autor spostrzegwał względnie rzadko.

Syfilityczne cierpienie kości, czyli t. zw. choroba Wegner'a (osteochondritis długich kości, przeważnie górnej epifyzy biodra) nie jest co prawda stałym, ale dla większości przypadków charakterystycznym objawem; brak go zawsze u dzieci niesyfilitycznych.

Asymilacya cukru mlecznego i gronowego u ssawców, przymiorem dotkniętych, jest, prawdopodobnie, upośledzona.

A. Lande.

III. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

IV.

Kraków, w listopadzie.

Mgła gęsta, panująca w Krakowie i skracająca dzień i tak już bardzo krótki, przypomina mi, że to już późna jesień, — a że ostatni raz pisałem do was, o ile pamiętam, w sierpniu, więc uczuwam wyrzuty sumienia i śpieszę z wami pogawędzić.

Za przykładem układającej się do snu natury i w naszym świecie ruch niewielki, — ale to tylko pozornie. Wre tam cicho, chociaż powoli; a czasem nawet zakipi... Już chociażby sam Lwów, a raczej jego nowy wydział lekarski, chociaż z odległości, wywiera ciągły wpływ na ruch między nami. Z początkiem zeszłego miesiąca, jak to wam już zapewne wiadomo, pożegnaliśmy z prawdziwym żalem prof. Marsa, który objął we Lwowie katedrę położniczo-gynekologiczną. Co prawda, to dziwnie wygląda objęcie kliniki, której jeszcze do tej chwili niema gdzie postawić. Na razie rozpoczął więc nowy profesor wykłady teoretyczne gdzieś „kątem“, a tymczasem na gwałt robi starania, by klinikę mu przecież urządzić i do użytku oddano. Rzecz naturalna, że mimo najszczerzej chęci i najgorliwszej pracy profesora, nie wyjdą dobrze na tem, niezem się nie dajęcem usprawiedliwić opóźnieniu, słuchacze, którym według naszych ustaw, jedno tylko półroczcie pozostaje do słuchania tych wykładów.

Druga nominacya lwowska, to mianowanie d-ra Macheka, byłego docenta naszego uniwersytetu, profesorem okulistyki we Lwowie.

A że już o Lwów zaczęliśmy, to wspomnę wam o IV-ym wiecu Izb lekarskich austriackich, który się tam odbył 10 października. Wzięło w nim udział kilkunastu przedstawicieli izb, bo prawie

wszyscy prezydenci izb austriackich. A chociaż tam może i nie wiele stanowczych zapadło decyzji, to przecież z całego przebiegu obrad wieceu wynika, że bieda wielka panuje między lekarzami, że ogólnie skarżą się oni na wyzysk, na konkurencyę partaczy, — a wszystko to razem zmusza ich do skupiania się i szukania jakichś środków obrony. Wyrazem tych skarg ma być memoriał, przedstawiający „obraz obecnej niedoli lekarzy i wzywający rząd do usunięcia przyczyn upadku stanu lekarskiego.“

Właściwie uchwalono opracować w tym duchu dwa memoriały: treściwszy dla prezydenta ministrów i obszerniejszy do rozesłania wszystkim ciałom prawodawczym i lekarzom.

Uchwalono postarać się o upaństwowienie kas chorych, postanowiono ograniczyć przymusową pomoc lekarską, poruszono sprawę opodatkowania lekarzy, sprawę świadectw lekarskich i taks lekarskich. Następny wiec odpędzie się w Baden, w Austrii niższej.

I jeszcze jedna wiadomość ze Lwowa.

W ankiecie, zwołanej z końcem z. m. przez wydział krajowy, w sprawie reformy szkół średnich, w której brał udział zaproszony lekarz, jako delegat Towarzystwa lekarzy galicyjskich, poruszono sprawę lekarzy szkolnych. Instytucja ta właściwie we Lwowie już istnieje, ale dotąd tylko w szkołach miejskich, a wprowadzono ją z początkiem roku bież. szkolnego na zasadzie uchwały delegatów rady miejskiej z dnia 30 sierpnia r. b.

Miasto całe dzieli się na 7 okręgów sanitarnych; każdy tedy lekarz miejski ma w myśl regulaminu nadzór nad szkołami ludowymi, znajdującymi się w jego okręgu. Na początku roku szkolnego winien lekarz zbadać każdego ucznia i uczenicę z osobna i sprawdzić stan zdrowia, siłę wzroku, słuchu i t. d., tudzież choroby zakaźne i zapisać swe spostrzeżenia w protokóle. Chorowite i słabo rozwinięte dzieci może uwolnić od uczęszczania do szkoły, nadto może uwolnić od nauki pewnych przedmiotów, jak rysunków, robót ręcznych i t. p. Prócz tego ma lekarz szkolny obowiązek co miesiąc zwiedzać szkoły swojego okręgu, w celu sprawdzenia ogólnego stanu zdrowia dzieci, tudzież czystości i porządku w budynku szkolnym. Z końcem roku szkolnego każdy lekarz ma złożyć magistratowi sprawozdanie z uczynionych spostrzeżeń. Na szkoły i zakłady naukowe prywatne nakłada magistrat równocześnie obowiązek, ażeby na własny koszt ustanowiły lekarzy szkolnych. W razie panującej nagminnie choroby, do lekarzy szkolnych należy uczynić wnioszek zamknięcia klasy, lub całej szkoły.

I u nas w Krakowie myślą już o tem.

Krakowska komisya sanitarna postanowiła także w zasadzie wprowadzić w szkołach miejskich instytucyę lekarzy szkolnych, na razie przynajmniej drogą próby. Opracowaniem szczegółowego projektu i regulaminu zajmuje się radca miejski, prof. dr. Ponikło, dyrektor szpitala Św. Łazarza.

O zawiązaniu się u nas komitetu do wzięcia udziału w XIII międzynarodowym kongresie lekarzy w Paryżu już wiecie. Pierwszego listo-

pada na zebraniu zaproszonego grona ludzi zaufania wybrano już prezydium tego komitetu. Prezesem został prof. dr. Korczyński, wiceprezesem prof. dr. Wicherkiewicz, a sekretarzem dr. Kwaśnicki, redaktor naszego „Przeglądu lekarskiego“. Na temże zebraniu poruszono sprawę Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który ma się odbyć w Krakowie i wyrażono życzenie, by Zjazd ten odbył się w drugiej połowie lipca 1900 r. Mówiono wreszcie o zapomnianym już, a wiecznie się przypominającym słowniku...; postanowiono odszukać członków komisji słownikowej i przypomnieć im tyle razy powtarzaną przez nich obietnicę — wzięcia się do roboty. A że członkowie ci żyją i cieszą się nawet, o ile mi wiadomo, dobrem zdrowiem, miejmy więc nadzieję, że niebawem zbiorą się na posiedzenie...

Tymczasem będziemy mieli, prawdopodobnie w grudniu, zjazd balneologiczny w Krakowie, urządzony staraniem komisji przemysłowej naszego Towarzystwa lekarskiego. Rzecz to bardzo ważna i bardzo na czasie. Zjazd ten ma „zapewnić zdrojowiskom krajowym dalsze poparcie ze strony lekarzy, poznać ich braki, potrzeby i życzenia, a mianowicie zasięgnąć fachowej opinii lekarzy zdrojowych“. Zaproszeni mają być wszyscy właściciele zdrojowisk krajowych i lekarze zdrojowi. Organizację oddano w ręce doc. dr. L. Korczyńskiemu.

Wspomniałem wam wyżej o nowych nominacjach na katedry lwowskie, gdy tymczasem o obsadzeniu naszej katedry chirurgicznej, osieroconej przez śmierć prof. Obalińskiego, nie wam pewnego jeszcze donieść nie mogę. Wydział lekarski, a właściwie komisja z jego łona w tym celu wybrana, nie ułożyła, zdaje się, jeszcze do tej chwili „terna“. Najpoważniejszymi kandydatami, jak to wam już w poprzednim liście pisałem, są Trzebicki i Kader. Wahanie się i zwlekanie tej komisji świadczy w każdym razie, że zupełnie odpowiedniego kandydata niema, na któregooby się jednomyślnie zgodzić musiano. Tymczasem mianował wydział lekarski zastępcę dyrektora kliniki, asystenta ś. p. profesora, d-ra M. Rutkowskiego, i ten z początkiem bieżącego roku szkolnego rozpoczął wykłady. Kierownikiem szkoły położnych, po odejździe prof. Marsa do Lwowa, na razie został doc. dr. A. Rosner.

Jeżeli pisałem o klinice chirurgicznej, to nie mogę pominąć milczeniem nowiny radosnej, nie wspomnieć o nowej klinice okulistycznej, wzniesionej na obszernem podwórzu po za kliniką chirurgiczną. Dzisiaj właśnie, t. j. 28 listopada, obchodziły krakowskie sfery akademicko-lekarskie niezwykle święto otwarcia i poświęcenia nowego przybytku nauki. Po nabożeństwie, odprawionem w kościele św. Łazarza, udali się uczestnicy uroczystości do nowej kliniki, gdzie odbył się właściwy akt otwarcia. Wzięli w nim udział przedstawiciele władz rządowych z namiestnikiem Galicyi, hr. L. Pinińskim na czele, był obecnym książę biskup Puzyna, prezydent miasta Friedlein, dziekani i profesorowie wszystkich wydziałów w togach, lekarze szpitala św. Łazarza i liczne zastępy młodzieży akademickiej.

Ze Lwowa przyjechał, jako delegat wydziału lekarskiego, nowo mianowany profesor okulistyki, dr. Machek. Nowy gmach mieści łóżek 40, a zbudowany jest według wszelkich wymagań nowoczesnej wiedzy i postępu. Oświetlony jest elektrycznością. Budowa kosztowała 140 tysięcy złr., z czego na urządzenie wewnętrzne przypada koło 30 tysięcy. A więc z ubytkiem słuchaczy, których zapisało się na r. b. szkolny (na 1 kurs), zaledwie 20, przybywa naszemu uniwersytetowi nowy gmach, wygodnie urządzony i stosunkowo bardzo obszerny. Cieszyć się nam jednak z tego należy, że, chociaż zwolna, ale idziemy ciągle naprzód. Prof. Wicherkiewicz, dyrektor nowej kliniki, postanowił wydawać miesięcznik okulistyczny polski, co także przyczyni się do rozwoju tej tak ważnej gałęzi wiedzy lekarskiej. A chociaż pismo takie, w naszym języku drukowane, nie może liczyć na wielką liczbę prenumeratorów, to przecież stanowić będzie tem większą właśnie zasługę redaktora.

Nie chodzi tu bynajmniej o jakieś wyosobnianie się w nauce, która winna być kosmopolityczną. Ale w tym kierunku zmieniają się stosunki, nadechodzą dziwne czasy! Minister oświaty postanowił znieść z dniem 1 stycznia 1899 r. istniejące dotąd równouprawnienie dyplomów lekarskich w obu częściach monarchii rakuskiej. Może więc nadejść chwila, gdzie lekarz, dyplomowany np. na jednym z uniwersytetów galicyjskich, nie będzie miał prawa leczyć w Czechach, lub Tyrolu.

Już to z Wiednia, często przychodzą nie wesołe nowiny. Nie dawno przecież zaalarmowano nas stamtąd dzuma, która się koniecznie z pod zamknięcia na świat wydostać chciała. Nie pozwolono jej na to, lecz w tej walce padło kilkoro ludzi. Teraz już, jak wiecie, spokój, lecz sprawa ta nabrała takiego rozgłosu, tyle wywołała niepowołanych napaści na świat lekarski, że celem obrony ma być zwołany niebawem wiec lekarzy austriackich. Wiec ten będzie epilogiem dzumy.

Dr. B. Zgoda.

IV. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Dnia 8-go listopada 1898 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Rychliński* przedstawia 38-letniego rolnika, który zaczął doznawać od roku kurczów początkowo w paluchu nogi lewej, potem reszty palców przy każdym usiłowaniu wykonania ruchu, wskutek czego chory może stapać tylko na pięcie. Przez tego chory miewa napady duszniczej sercowej, ma niemiarowe

tętno, powiększenie wymiarów serca, nierówne źrenice (prawa szersza), ma wzmożone odruchy kolanowe (lewy bardziej); palce nogi lewej są wstanie silnego skurczu; siła lewych kończyn jest zmniejszona. Chory nigdy nie przechodził cięższych cierpień, wyjąwszy jakąś chorobę serca (?) przed dwoma laty. *B.* przypuszcza zatkanie naczynia mózgowego, odpowiadającego zwojowi środkowemu przedniemu w górnej jego części, gdzie znajdują się ośrodki ruchowe kończyny dolnej i prosi o dyskusję, czy nie należałoby przedsięwziąć trepanacji.

Gajkiewicz uważa przedstawiony przypadek za histeryę. Na opozycję *R.* odpowiada, że histerya bywa przecież i monosymptomatyczna, a ujemny wynik leczenia wodą nie dowodzi niczego. Operacja niema celu; pożyteczną byłaby hipnoza.

Prof. *Brodowski* podziela przekonanie *R.* co do rozpoznania, nie jest jednak za operacją, ponieważ nie wiadomo, jaką jest rozległość ogniska chorobowego i czy po zabiegu nastąpiłaby poprawa.

Krajewski przemawia przeciwko operacji.

2) *Krajewski* przedstawił dwa przypadki operacji doszczętej z powodu przepuklin, powstałych po cięciu brzuszem. 1) 8-letnia dziewczynka, operowana przed dwoma laty z powodu zapalenia otrzewny gruźliczego, wyzdrowiała dość szybko; po zabiegu pozostała wielka blizna, która zaczęła wyciągać się i sprowadziła zupełnie obwiśnięcie ścian brzucha i opuszczenie trzewiów. *K.* wyciął bliznę, zszyl otrzewną z ścianami pochwy mięśni prostych i otrzymał zupełne wyzdrowienie. — Drugi przypadek tyczy się kobiety, która była operowana przed 8-ma miesiącami z powodu ciąży zamacicznej; po operacji powstała przepuklina, bolesna blizna, którą *K.* usunął przez ponowną operację.

3) *Sawicki Br.* przedstawił chorą, u której dokonał plastyki nosa, policzka i połowy wargi górnej przy pomocy płatu wędrującego, wziętego z prawej strony szyi. Do wytworzenia nosa *S.* użył sposobu Hackera, czyli wziął płat z czoła z kawałkiem kości. Wynik operacji jest dobry.

Na porządku dziennym *Ottuszewski* przedstawił przypadek mowy nosowej pochodzenia korowego i mówił o tem cierpieniu. Przy zbooczeniach mowy mamy najczęściej do czynienia z mową nosową otwartą (rhinologia aperta), polegającą na niezupełnem oddzieleniu jamy ustnej od nosogardzielowej, wskutek czego szereg głosek nie może być wytwarzany lub staje się bardzo niejasny. Mowa nosowa zamknięta (rhinologia clausa), zależna od spraw, zmniejszających drożność nosa, nie daje zaburzeń artykulacji, lecz jedynie odcień nosowy. — *O.* spotykał przypadki mowy nosowej, której nie można było sprowadzić na przyczyny obwodowe, tyczą się one przeważnie dzieci z zaburzeniami korowemi. Przypadki takie były spostrzegane i u dorosłych. — Chora, przedstawiona przez *O.*, ma 17 lat, urodziła się z pępownią w koło szyi, rozwijała się umysłowo bardzo powolnie i późno, zaczęła mówić bardzo niewyraźnie. Chora ma głowę małą, w przedniej części zwężoną, podniebienie twarde łukowate i skrócone, wymiar jego przednio-tylny wynosi zaledwo 5 ctm.; przez środek podniebienia do nasady rozdwojonego języczka przebiega linia biała.

Przy wokalizacji podniebienie miękkie podnosi się leniwie ku górze i nie zamyka jamy nosogardzielowej. Mowa samodzielna prawie niezrozumiała z powodu brzmienia nosowego i niedokładnej artykulacji poprawiła się bardzo znacznie po 5-ciomiesięcznym leczeniu.

Dnia 22-go listopada 1898 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Ciechomski* przedstawił chorego, u którego rozwinął się na lewym migdałku guz znacznej wielkości, utrudniający łykanie i mowę. Choroba trwała około 4-eh miesięcy, w ciągu których guz powiększał się nieustannie i zaczął wrzodzić, a gruczoły podżuchwowe stwardniały nieco. Pomimo że chory utrzymywał, że nie przechodził przymiotu, jednak *C.*, pamiętając o przypadku *Maisonneave'a*, gdzie wycięto migdałek, dotknięty przymiotem, zastosował leczenie jodkiem potasu i zastrzykiwaniami sublimatu. Po ośmiu zastrzyknięciach guz migdałka znikł prawie doszczętnie.

2) *Gepner* (syn) przedstawił chorą, która od paru tygodni widzi źle okiem lewym. Badanie wykazało obecność w ciele szklistem węgry, który nie wywołał jeszcze zmętnienia przezroczystych warstw oka, zatem pozostawał w niem niedawno.

Na porządku dziennym: 1) *Solman* mówił o przypadku niedrożności jelit. Chora 49-letnia zapadła od 3 dni na bóle w okolicy pępka i w prawym dole biodrowym, nudności, wymioty kałowe i zaparcie stolca z zatrzymaniem wiatrów. Wywiady wykazały, że już poprzednio występowały niejednokrotnie bóle: nudności i zaparcia po nadużyciach jedzenia: przed dwoma laty wystąpił nawet podczas takiego napadu guz bolesny w dole biodrowym prawym. Przy badaniu znaleziono: ciepłota 37°, tętno 90, oddech powierzchowny, sinica kończyn, brzuch wzdęty, ruchy robaczkowe kiszki bardzo silne, silny ból przy ucisku w podbrzuszu prawem oraz zapaść. Rozpoznano niedrożność kiszki, umiejscowioną prawdopodobnie w dolnym odcinku kieszki cienkiej, za czem przemawiał szybki początek choroby, wczesne zjawienie się wymiotów kałowych, szybka zapaść, głównie zaś wzmoczony ruch robaczkowy wielkiej ilości pętlic kieszki cienkiej przy braku wzdęcia kieszki grubej. Operacja wykazała zaciśnięcie jelita biodrowego w odległości 4 cm. od kieszki ślepej tworem powrózkowatym, powstałym z wyrostka robaczkowego, okalającego jelita i przyrośniętego do kieszki. *S.* oddzielił wyrostek robaczkowy od zrostów, lecz nie usunął go, by nie przedłużać operacji; po tym zabiegu jelito wypełniło się kałem i gazami. Po 3 tygodniach chora wyzdrowiała. Przyrośnięcie wyrostka musiało istnieć dawno i objawy niedrożności przemijającej, które występowały dawniej, zależały pewno od tego przyrośnięcia. Zaciśnięcie jelita przez wyrostek robaczkowy zdarza się rzadko, objawy nie różnią się w takich przypadkach od objawów przy zaciśnięciu tworami powrózkowatemi innego pochodzenia. Jedynie przemijające objawy niedrożności i poprzednie bóle w dole biodrowym prawym mogą przemawiać za takim rozpoznaniem. Wczesne wystąpienie ruchu robaczkowego i wymiotów kałowych przema-

wia za przeszkodą raczej w kiszce cienkiej, niż grubej. Pomyślny wynik leczenia zależy od szybkiego zastosowania operacji.

W dyskusji *Stankiewicz* zaznacza, że wzmoczony ruch robaczkowy spotyka się nie tylko w ostrej, lecz i przewlekłej niedrożności kiszki. Co się tyczy operacji, to należało usunąć wyrostek robaczkowy, dla uniknięcia nawrotów.

Bronowski widział silny ruch robaczkowy kiszki w zwięzieniu odbytnicy.

Solman odpowiada, że ruch robaczkowy wzmoczony jest ważnym objawem niedrożności ostrej, gdy kiszka gruba jest pusta. Wyrostka nie uciął, bo nie chciał przedłużać operacji u chorej w stanie zapaści.

2) *Heiman* mówił o chorobie Ménière'a, starając się wskazać, że zbiór objawów tej choroby zdarza się w różnych cierpieniach ucha. Z pośród dziewięciu przytoczonych przypadków tylko w dwóch miała miejsce istotnie choroba Ménière'a. Objawy tej choroby, polegające na zawrocie głowy, wymiotach, nudnościach, szumie w uszach, zaburzeniach w równowadze ciała i większej, lub mniejszej utracie równowagi ciała zależą nie tylko od cierpienia błędnika, lecz zdarzają się także w cierpieniach ucha zewnętrznego, środkowego i nerwu słuchowego w jamie czaszkowej; obraz kliniczny analogiczny ma podstawę anatomiczną bardzo różnorodną. Omawiana choroba, opisana w r. 1861 przez Ménière'a, bywa czasem poprzedzana przez zwiastuny w postaci świstu w uszach; napady trwają od kilku minut do 2 — 3 dni. Najprzód znikają wymioty, potem zawroty; szum pozostaje najdłużej, utrata słuchu jest nieuleczalna. Za przyczynę choroby Ménière'a należy przyjąć: wiał rdzenia, białaczkę, przymiot, dnę, bezwład postępujący, uraz, nadużycie kwasu salicylowego i t. d. Rokowanie dla słuchu jest niepomyślne, dla innych objawów — pomyślniejsze. W okresie ostrym wskazany jest spokój, lód, pijawki i środki czyszczące. W przewlekłych postaciach pożyteczną jest chinina w małych dawkach i jodek potasu.

W. Miklaszewski.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4-go maja 1898 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Rychliński* (gość), komisarz zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, zawiadamia Towarzystwo o mających mieć miejsce na zjeździe odczytach. Wyszczególnia sekcye, na które zjazd został podzielony, i główną uwagę Towarzystwa zwraca na sekcję pra-

sowa, prosząc o zmodyfikowanie lub dodanie jakichś szczegółów do programu obrad tejże sekcji, gdyż obrady te mogą mieć ważny wpływ na dalszy kierunek polskiej prasy lekarskiej.

II. *Majewski* przedstawia serce samobójcy S. Kula rewolwerowa weszła przy mostku w piątę międzyżebro, przybrała dalej kierunek skośny zgóry ku dołowi i od strony prawej ku lewej przebiła osierdzie i serce nawylot. W sercu rana drażąca przenika do prawej komory u podstawy mięśni zastawkowych, przy przegrodzie serca, w odległości 5 ctm. od wierzchołka; nieco niżej na wysokości 4 ctm. znajduje się w tylnej ścianie prawej komory otwór wyjściowy kuli. Zgłębnikiem rowkowanym swobodnie przechodzimy przez serce na wylot, przyczem część zgłębnika długości 3 ctm. znajduje się w jamie prawej komory. Po wyjściu z serca kula przebiła osierdzie, przeponę, otokę (omentum), kreskę i utkwiała w trzonie 1-go kręgu lędźwiowego.

Chory przybył z objawami wewnętrznego krwotoku i upadku działalności serca, blado-siny, prawie bez pulsu, z powierzchownym oddechem; w przypuszczeniu haemopericardium *M.* rezekował przy mostkową część 5-go żebra; osierdzie okazało się jednak wypełnionem krwią.

Stan chorego dnia następnego na tyle się poprawił, że przytomnie rozmawiał, pytał się o los kobiety, którą zranił, śmiał się, sam świadomie oddawał mocę i kał; polepszenie to trwało dwie doby. Puls w tym czasie był niezły, z intermisyjami jednak. Ku końcowi drugiej doby chory począł zdradzać silny niepokój; bledłość cery i sinica błon śluzowych szybko się wzmagaly; upadek pulsu stopniowo wzrastał; chory w 63 godzin po zadaniu sobie rany umarł. Przy autopsji osierdzie okazało się wypełnionem ogromną ilością płynnej krwi; nasączyła się ona tam z serca powoli w przeciągu 63 godzin; powstałe stąd haemopericardium spowodowało śmierć.

Następnie *Majewski* przedstawia po raz drugi dwie chore, będące na wyleczeniu po zasiewaniu naskórka na wrzodach goleni metodą *Maugoldt'a*.

III. *Dobrucki* przedstawia chorą z rozległymi bliznami na kończynach ze zgrubieniem tychże i drażącym wrzodem na dłoni, będącemi wynikiem przymiotu (*sypylis hereditaria*).

W dyskusji *Rychliński* zaznacza, że widział podobny przypadek w szpitalu kol. *Biegańskiego* w Częstochowie. Choroba zaczęła się od pęcherzy i mrowienia w rękach. Badanie czucia było nadzwyczajnie utrudnione przez tkankę bliznowatą; jednak można było wywnioskować, że czucie bólowe i mięśniowe było obniżone. Ciekawym był wynik autopsji: w rdzeniu naczynia krwionośne zwyrodniałe — *Heubner'owska* postać zwyrodnienia z obfitą bujającą tkanką łączną (*peri — et endoarteriitis luetica*). Komórki nerwowe przednich rogów wykazywały niewielkie zmiany; tylko ku rogom piramidalnym przednim i kolumnom *Clark'a* znajdowała się szpara, nie otoczona tkanką łączną, jak w *syringomyelii*, lecz tkanką, jak po świeżym wylewie. A więc sam proces luetyczny, długotrwały, a szpara przedstawia się jako wytwór świeży. Skąd powstaje ta

szpara — pytanie nierozstrzygnięte. Autorzy przypuszczają, że przy zmianach naczyń wytwarza się obrzęk wśród elementów nerwowych. Następnie przez utrudniony obieg limfa czyli liquor cerebro-spinalis rozpuszcza myelinę i jamę wytwarza. Skład limfy w takim razie musiałby być znaczni zmieniony, co nie zostało jednak dowiedzionem. Jak objaśnić długotrwałe objawy — blizny, elephantiasis, drażący wrzód na dłoni w przypadku kol. Dobruckiego? musimy przyjąć istniejącą wspomnianą teorię. Wypadki te szczególnie są ciekawe post mortem dla anatomo-patologicznego badania.

IV. *Dziewiszek* przedstawia chorego z neuritis multiplex, którego obserwował w szpitalu Ś-go Wincentego. Następnie odczytuje szczegółowy opis tego i drugiego podobnego przypadku, obserwowanego przez siebie w szpitalu zamojskim. Odczyt w oryginale wydruwany został w zeszytcie 12 „Kroniki Lekarskiej“ z dnia 15-go czerwca roku bież.

W dyskusyi *Rychliński* zaznacza, że przypadki te, opisane przez kol. Dziewiszka nie są identyczne co do istoty cierpienia, należy mianowicie ściśle odróżniać poliomyelitis od neuritis multiplex. Przy wielogniskowych porażeniach, t. j. w neuritis multiplex, muszą być konieczne zmiany czuciowe, zaś w porażeniu jednego pnia nerwu czucie może nie być zmienione. Wskutek tego I przypadek kol. Dziewiszka winien być zaliczony do poliomyelitis, gdyż brak w nim objawów ze strony czucia, elektrycznie nie był badany, osobnik nerwowo obciążony. Ciekawy jest ten przypadek z tego względu, że z powodu przemijającego procesu w komórkach nerwowych podobny jest do neuritis. II przypadek par excellence neuritis multiplex ciekawy jest wskutek etyologii — po zapaleniu płuc, co się rzadko spotyka (częściej po tyfusie); tak samo jak leptomeningitis jest zależny od diplokoków.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Janiszewski*.
Sekretarz *St. Radomyski*.

Posiedzenie z d. 18 maja 1898 r. poświęcone zostało załatwieniu spraw administracyjnych Towarzystwa.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 czerwca r. 1898-go.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Majewski* przedstawia chorą kol. Karpińskiego z obustronną wargą zajęczą, powikłaną rozczepem wyrostka zębodołowego i podniebienia (wilcza paszcza); dziecko 3-tygodniowe: silne wystawanie filtrum; projektowaną jest obustronna plastyczna operacja z podcięciem filtru sposobem Bardelebena.

II. *Biernacki* przedstawia przypadek epilepsyi, ciekawy pod względem sądowo-lekarskim.

Ambulatoryzm padaczkowy. Trudno w to doprawdy uwierzyć, że nie wszyscy ludzie, chodzący z otwartemi oczami po ulicy, są zu-

pełnie przytomni i że podlegają oni właśnie wtenczas zmienionemu napadowi padaczkowemu, a więc zupełnie nie wiedzą, co czynią. Otóż takiego osobnika, który podległ napadowi, trwającemu przez 3 doby, przedstawiam sz. panom. Chory Z., młodzieniec 23-letni, niema zbyt wybitnej historii dziedziczności, gdyż pochodzenie ojca jego jest wątpliwem; — z matki chorób nerwowych nie odziedziczył. Przechodził szkarlatynę, odrę i krup i był kompletnie zdrow aż do 4 maja r. b. Historia, która się z nim zdarzyła w tym dniu i następujących 5 i 6 maja jest następująca:

W środę d. 4 maja r. b. był w Kijowie i bez określonych pobudek postanowił wrócić do Lublina, pamięta doskonale moment kupowania biletu, pamięta, iż miał 40 rubli w portmonetce, walizkę i zegarek. Od tego czasu nic nie wie, co się z nim dalej stało, nie pamięta całej drogi, przesiadania w Kowlu i wysiadania w Lublinie, musiał się jednak zachowywać dość dobrze, kiedy nie zwrócił niczyjej uwagi. Przyjechał do Lublina w nocy z czwartku na piątek 6 maja i kazał się odwieść nie do domu, gdzie mieszkała jego matka, ale do domu, w którym się za młodu wychowywał. Wszedłszy do kamienicy, dał stróżowi zegarek na piwo, mówił w języku rosyjskim, wszedł do obcego mieszkania, zostawił walizkę (było to mieszkanie dawne jego matki), wyleciał napowrót na ulicę i kazał dorożkarzowi jechać po mieście. Po bezcelowej 2-godzinnej jeździe dorożkarz odstawił go do policyi, gdzie go poznano i odprowadzono do domu matki, sądząc, że mają z pijanym do czynienia. Ledwie policya odeszła, on wyruszył na nową wędrowkę i poszedł wraz z wszystkimi ludźmi rano o godz. 7 na majowe nabożeństwo do kościoła Misyjonarskiego. Ponieważ przerywał nabożeństwo krzykami, iż on nie winien, iż chce widzieć się z biskupem dla spowiedzi, wyprowadzono go z kościoła, wtedy Z. wrócił do domu swej matki, po drodze potrafił jakiegoś żyda, wszedł na podwórze, pokreślił się kilka razy w koło, wszedł po schodach na 2-gie piętro i stamtąd skoczył przez okno. Jednakowoż mimo to nie obudził się wcale i gdy przywieziono go do szpitala Jana Bożego, w piątek w południe zdradzał przed nami nadzwyczajną obawę, prosił, żeby go nie zabijać, że on nie winien; mówił już po polsku. D-ra Janiszewskiego, znanego mu od dzieciństwa, w którego kamienicy mieszkał i gdzie się wypadek ten zdarzył, poznał, lecz trwało to tylko krótki moment. Ponieważ był bardzo niespokojny, postanowiliśmy go dla nastawienia złamanej kości ramieniowej zachloformować i wtenczas miał na stole dwa napady epileptyczne, po których odniesiony na salę, zasnął twardo i spał aż do soboty rano. W sobotę d. 7-go maja był już najkompletniej przytomnym i wyrażał swe zdziwienie z pobytu w Lublinie i do tego w szpitalu.

Wszystkie szczegóły jego peregrynacji są pozbierane od matki, dorożkarzy, policyi i ludzi, którzy go podczas napadu widzieli; on zaś pamięta tylko moment leżenia na bruku po upadku, lecz tylko jak przez sen.

Przypadki podobnego rodzaju są znane w literaturze i po mistrzowsku nakreślone przez Charcot'a w jego lekcjach wtorkowych;

jednakowoż z uwagi na praktyczne znaczenie tych peregrynacji pod względem sądowo-lekarskim, opisy szczegółowe nie są w tym względzie bez znaczenia. Wypadki te wszystkie są prawie takie same: bezcelowa podróż koleją lub na piechotę, zakończona zwykle katastrofą, wywołaną samowolnie, zupełne zapomnienie o całym napadzie, z pozostawionym na tyle automatyzmem, iż człowiek wykonywa podczas napadu wszelkie najprostsze funkcje, do których socjalnie jest przyzwyczajony. Kompletna bezcelowość i utrata pamięci odróżnia tę formę od podróżomanii, spotykanej w rodzinach nerwowych. Jednakowoż w kilku wypadkach zwykłej podróżomanii udało mi się skonstatować, iż w rodzinie zdażały się napady epileptyczne,—wskutek czego rzucam tutaj następującą myśl: w wypadkach podróżomanii (mianowicie zaś rodzinnej podróżomanii) powinno się myśleć o epilepsji i uważać ten objaw, jako pozostałość właściwą usposobieniu duchowemu epileptyków, jako odbłysek tego prawdziwie epileptycznego ambulatoryzmu, którego tak wybitny przykład sz. panom przedstawiam.

III. *Dobrucki* przedstawia dwie torbiele, wydobyte w dwóch laparotomiach, dokonanych przez siebie w szpitalu Ś-go Wincentego.

I przypadek. Przed 8 miesiącami pierwszy poród na czasie zupełnie zdrowego dziecka. Przy badaniu zewnętrznem wyczuwa się guz wielkości głowy ludzkiej, guz zupełnie twardy, trochę nierówny. Przy badaniu skombinowanem rozpoznano torbiel jajnika (skórzastą), na długiej szypule bez żadnych zrostów. Wobec powiększającego się upadku sił chorej, wobec objawów objawów zapalenia otrzewny z wysiękiem i gwałtownych bólów, *D.* rozpoznał skręcenie szypuły torbieli i natychmiast przystąpił do laparotomii. Po przecięciu powłok wyszła spora ilość płynu, mocno krwią zabarwionego ze skrzepami włókniaka. Otrzewna bardzo zgrubiała, matowego koloru. Guz bez zrostów z łatwością dał się wyłuszczyć. Szypuła okazała się długą, grubą około 5 ctm. w średnicy, — przy bliższem rozpatrzeniu jest to jajowód bardzo zgrubiały, obrzękły, koloru mocno siniego z rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi. Przebieg pooperacyjny normalny; cała rana zagoiła się przez rychłozrost, prócz jednego głębokiego szwu zgóry, który widocznie wskutek zbyt mocnego zawiązania przeciął tkanki i wywołał nieznaczną reakcję, mianowicie: ciepłota przez dwa dni podniosła się do 38°, następnie spadła do normy. W danym wypadku *D.* miał do czynienia z guzem jajnika na długiej szypule, który w czasie ciąży wykonał trzykrotny obrót około swojej osi, wywołując silne bóle. Po badaniu zaś skutkiem pociągania guz skręcił szypułę mniej więcej na 45°, co wywołało zamknięcie światła naczyni, krwotok z samego guza do jamy otrzewny i surowiczo-włóknikowe zapalenie otrzewny.

II przypadek. 6 tygodni po porodzie. Przy badaniu brzuch olbrzymi, jak pod koniec ciąży, równomiernie powiększony. Chęłbotanie w całym brzuchu. Rozpoznano torbiel jajnika jednokomorową. Po przecięciu powłok i otrzewny w jamie brzusznej zupełnie płynu nie znaleziono. Po zrobieniu przekłucia trógrańcem wypusz-

czono z guza około 1 $\frac{1}{2}$ wiadra żółto-zielonkowego, zupełnie przezroczystego płynu. Poczem guz bardzo łatwo udało się wyciągnąć przez ranę. Szypuła niezbyt szeroka (jajowód). Zaraz po operacji przez 6 dni ciepłota podniosła się i wahała się od 37.5 — 38.8°. Tętno przytem przyśpieszone, nieregularne (arythmia). Objawy bronchitis diffusa. Poczem wszystko wróciło do normy. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Wobec kilku przypadków influenzy w szpitalu stan gorączkowy chorej wytłómaczyć można przypadkowym zakażeniem tą chorobą. Zmiana zaś tętna zależy może od tego, że influenza, jak to często bywa, zaatakowała locus minoris resistentiae, t. j. serce zmienione przez narkozę choroformową.

W dyskusyi *Czerwiński* zaznacza, że, jak wiadomo, ciąża i poród powodują wzrost guzów, z drugiej zaś strony najczęściej bywają guzy u kobiet, które nie miały dzieci, a znowu przy karmieniu ma następować zanik jajników, przez co się zmniejsza się usposobienie do guzów. Panuje więc w tej kwestyi różnica zdań i nie wyjaśnia niczego. Co zaś do skrętów szypuły, to w guzach jajników nie przechodzących po za linię pępkową, skręty są zawsze.

Biernacki sądzi, że opisana przez koł. Dobruckiego w II przypadku gorączka mogła nie być influenżą, lecz prosto reakcją septyczną pooperacyjną. Gorączka, trwająca 6 dni, niepodobną była do influenzy, która musi być przytem dowiedziona pozytywnie przez badanie bakteryologiczne.

Czerwiński. Co znaczy jednak, że odrazu zaczynają gorączkować wszystkie położnice, czego nigdy nie widział przez 4 lata prowadzenia oddziału położniczego?

Dziewiszek. W przypadku koł. Dobruckiego był niezbyt oskrzeli rozlany, a nie było żadnego nacieczenia, więc nie mogło być i zakażenia septycznego.

Dobrucki. Jeżeli było zakażenie septyczne, to rodzi się pytanie, dlaczego 140 puls, arythmia i rozlane rżenia?

Biernacki. Operowane dostają gorączki, a ponieważ nieoperowane nie dostają, więc jest jakież zakażenie X, które niekoniecznie należy nazywać influenżą.

Dobrucki przypomina, że gorączka aseptyczna może być po złamaniach kończyn, wewnętrznych krwotokach, a więc w zasadzie nie można jej wykluczyć, niekoniecznie więc należy przyjmować zakażenie przyranne.

IV. Biblioteka Towarzystwa otrzymała w darze od d-ra Lasockiego rozmaite dzieła treści lekarskiej. Prezes wnosi, ażeby d-rowsi Lasockiemu zostało przesłane piśmienne podziękowanie od Towarzystwa.

V. Przewodniczący odczytuje zawiadomienie od komitetu zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu, że termin zjazdu został zmieniony i że zjazd odbędzie się w d. 1, 2 i 3 sierpnia r. b. Z pomiędzy kolegów, jadących na zjazd do Poznania zostało wył.anych pięciu na delegatów Towarzystwa.

VI. *Jaczewski* przypomina, że w roku przyszłym Towarzystwo ma obchodzić 25-ciocielecie swego istnienia, proponuje urządzić na dzień

4 lipca 1899 r. uroczyste doroczne zebranie, na które możnaby w myśl ustawy zaprosić osoby, stojące po za Towarzystwem. Sam J. chce na ten dzień opracować „Historję medycyny w Lublinie i gub. Lubelskiej“ i prosi kolegów o współudział w tej pracy. Towarzystwo do tego wniosku się przychyliło i postanawia na przyszłych posiedzeniach kwestyę tę obszerniej omówić. *Majewski* podejmuje się opracować historję Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

VII. *Cynberg* przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiąc maj r. b.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *A. Janiszewski*.
Sekretarz *St. Radomyski*.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go grudnia 1898 r.

—b.— Jak wiadomo, majątek szpitali warszawskich składa się z kapitałów i nieruchomości, miejskich i ziemskich. O ile wysokość pierwszych zawsze może być dokładnie wiadoma, jak również dochody z nich łatwo określić, ponieważ sumy te muszą być lokowane w papierach państwowych, dających wiadomy procent, o tyle zarówno wartość majątku nieruchomego, jak i płynące stąd dochody, są wielkościami względniemi i zależą od sposobu administrowania niemi.

Ilustruje to dobrze fakt następujący. Należący do szpitala Ś-go Rocha folwarku Rakowiec znalazł kupców, którzy go chcą nabyć w szacunku do miliona rubli. Tymczasem folwark ten od wielu lat znajduje się w dzierżawie, przynoszącej szpitalowi kilkanaście tysięcy rubli rocznie, t. j. procent, który rzeczywiście nie odpowiada wielkości kapitału. Niema kwestyi, że wartość folwarku podskoczyła w ostatnim czasie tak znacznie, ale wzrastała i stopniowo równolegle do podnoszenia się wartości ziemi w okolicach Warszawy wogóle, a z nią powinien był się odpowiednio podnosić i płynący stąd dochód.

Sądzimy, że w obecnej dobie, kiedy ciągle się mówi o potrzebach szpitalnictwa, należałoby przedewszystkiem oszacować wszelki majątek szpitalny według cen bieżących (ilustracyę taką powtarzałyby należało w regularnych odstępach czasu), aby przedewszystkiem wiedzieć, jakimi się rozporządza środkami.

Nieświadomość tych danych okazała się jawnie przed niedawnym czasem, kiedy komisya, mająca na celu powiększenie liczby łóżek w szpitalach, utknęła o brak środków i na przeprowadzenie swych planów proponowała nowe podatki.

Prawdopodobnie przy oszacowaniu majątków szpitalnych według cen współczesnych i przeprowadzeniu odpowiednich tranzakcyi, znalazłyby się środki i pozwoliłyby na wprowadzenie w życie reform, których potrzeba jest wprost rażąca.

Podobno szpital Ś-go Rocha, stawszy się niespodzianie (!) posiadaczem wielkiego majątku, myśli o przeniesieniu się na miejsce odpowiedniejsze, niż w zacieśnionym środku miasta, a zarazem o rozszerzenie swej ciasnej objętości. Komisya ad hoc, złożona z d-ra Wasiljewa, lekarza naczelnego szpitala, i d-ra Troickiego, inspektora szpitali warszawskich, obrata już miejsce na przyszły szpital. Jest niem plac, stanowiący przedłużenie ogrodów szpitala Ś-go Łazarza i liczący około 42,000 łokci kwadratowych. Podobno szpital ma być powiększony do 300 łózek.

—bp.— Z powodu opatentowania w Stanach Zjednoczonych wyrobu surowicy przeciwbłoniczej (z Höchster Farbwerke), niektóre czasopisma lekarskie w Ameryce występują z surową krytyką i ostrą filipiką przeciw Behringowi. Przedewszystkiem zarzucają mu, że niesłusznie przypisuje wyłącznie sobie odkrycie własności uodporniających surowicy przeciwbłoniczej, gdyż zasady, na których opierają się, są własnością i duchową spuścizną całego szeregu uczonych z Pasteur'em na czele. Następnie w postępowaniu Behringa upatrują motywy natury materialnej, nie licujące z godnością męża nauki. W tym duchu wyrażają swoje oburzenie pisma: „*Medicale Age*“ i „*Archives of Pediatrics*“. Redakcyja tego ostatniego powiada: „Przyznając Behringowi patent za jego technikę, należałoby także przyznać patenty za odkrycie, izolowanie i hodowanie laseczników, które stanowiły podwalinę jego prac.“ W „*Medical Age*“ czytamy: „Gdyby Simpson opatentował usypianie chloroformem, albo Lister antyseptykę, świat zyskałby dwa środki empiryczne, ale straciłby dwóch szermierzy nauki.“

Oburzenie, wywołane rzeczonem opatentowaniem, jest tem większe, iż środek omawiany nie uzyskał patentu w Niemczech i -- jak zapewnia Joseph Helfman w „*Bulletin of Pharmacy*“ — w samej Ameryce 5 razy spotkał się z odmową.

Nadesłano do Redakcyi.

Wydawnictwa z zapomogi Kasy im. d-ra J. Mianowskiego:

1) Wydawnictwo podręczników chirurgicznych: Zeszyt VII. Huetter-Lossen. „Wykład chirurgii szczegółowej“.

2) *Dr. St. Krysiński*. „Słownictwo anatomiczne“. Część I i II.
T. Stepnicki. „Hygiena podróży“. Odb. ze „*Zdrowia*“. Warszawa, 1898.

M. Weiss. „Behandlung der Fettleibigkeit mit Schilddrüsen Präparaten“. Odb. „*Wien. Med. Woch.*“, 1891.

Dr. J. W. Abel. Kujalnickij (Andrejewskij) Liman. Odesa. 1892 r.

Sonnenburg (Łódź). „Ein Fall von Verunstaltung d. Haare bakter. Ursprungs.“ Odb. z „*Monatsh. f. Dermat.*“

Od Redakcyi.

Coraz szerszym korytem płynące życie wysuwa coraz to nowe zagadnienia na plan pierwszy. Dzieje się to zarówno w ogólnem życiu społecznem, jak i w stanie lekarskim.

To też, wierni naszemu programowi, w roku bieżącym poświęciliśmy wiele miejsca zagadnieniom społeczno-lekarskim, drukując i omawiając różne projekty reformy lekarskiej w gminach i ściśle badając różne przejawy życia lekarzy.

Kwestye te nie są wyczerpane, w roku więc przyszłym czytelnicy „Kroniki“ dział ten pierwszorzędnej wagi znajdą również obfity.

Odezwa nasza do towarzystw prowincjonalnych odniosła skutek, byliśmy bowiem w możności drukowania protokołów Towarzystw prowincjonalnych i przekonania ogółu czytających, że treść ich jest pouczająca.

W roku przyszłym, korzystając z uprzejmości kolegów sekretarzy Towarzystw prowincjonalnych, również w dalszym ciągu sprawozdania umieszczać będziemy.

Rozszerzymy również w roku przyszłym dział korespondencyi zagranicznej, z konieczności wobec nawału materiału ograniczony w r. b.

Po za tem wszystkie inne działy pozostaną bez zmiany.

Wobec jednak wyraźnych życzeń naszych czytelników, począwszy od roku przyszłego cały dział terapeutyczny zgrupujemy w osobnym *dziale terapeutycznym*, który w miarę napływu materiału podawać będziemy *co miesiąc* lub częściej.

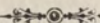
Dział ten w końcu roku stanowić będzie przegląd postępów na polu terapii, dający dokładny obraz tego, co na tem polu działośano.

Dział ten obejmować będzie zarówno *środki wewnętrzne nowe*, jak i *nowe metody lecznicze, nowe przyrządy* i t. d., a w miarę potrzeby *dodawane będą rysunki objaśniające*. Stosując się również do życzeń czytelników, podawać będziemy *formuły recepturalne nowych leków wraz z ich ceną*.

Mamy nadzieję, że czytelnicy nasi zechcą uwzględnić stałe usiłowania redakcyi i pomogą nam do rozwoju pisma.

Od administracyi:

Upraszamy Szanownych prenumeratorów o uiszczenie prenumeraty za-
ległej, oraz o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok przyszły do admini-
stracyi naszego pisma (Marszałkowska, 99).



SPIS RZECZY
zawartych w XIX-ym roczniku
Kroniki Lekarskiej.

I. PRACE ORYGINALNE.

A. Medycyna wewnętrzna.

	<i>Str.</i>
1. Beatus E. O tętnie zwolnionem	472
2. Bregman E. L. Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni	939, 983, 1024
3. Brunner J. Najnowsze prądy w nauce o odporności	721, 763, 821, 860
4. Dziewiszek R. Dwa przypadki rozsianego zapalenia nerwów	507
5. Goldscheider A. i Flatau E. O celach najnowszych badań nad komórkami nerwowymi	295, 347
6. Higier. Przypadek obustronnego zapalenia ostrego nerwów wzro- kowych, z trwającą cztery tygodnie ślepotą i następczem wyzdrowieniem	1
7. Polikier B. Przypadek tęcza noworodków, zakończony wyzdro- wieniem	807
8. Rabek L. Przyczynek do leczenia ospy naturalnej	467
9. Trzebiński S. Przypadek ostrego wstępującego porażenia	553

B. Chirurgia, choroby gardła, nosa i krtani, okulistyka, choroby kobiet, choroby weneryczne.

1.	Drabczyk T. Elektroliza i jej zastosowanie w chorobach nosa	339
2.	Jaworski J. Przypadek niedorozwoju przewodu rodowego	383
3.	Kopytowski W. Poszukiwanie gonokoków w wydzielinie ropnej z organów płciowych kobiet publicznych	257
4.	Neugebauer F. Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy	51, 95, 155
5.	Noiszewski K. Bezwład wzrokowy i jednooczne wielowidzenie	427
6.	Sędziak J. Przyczynek do rozpoznawania oraz leczenia ropnego zapalenia migdałka podniebiennego oraz językowego	144, 221
7.	Sędziak J. Z kazuistyki laryngo-rynologicznej	645, 687, 727
8.	Świątecki W. Przypadek zatrzymania moczu wskutek uwężnienia kamyka w cewce	771
9.	Strzeмиński J. Rozmięczenie samoistne gałki ocznej	852, 899
10.	Warszawski M. Przypadek XVI miesięcznej ciąży zamacicznej śródwjędzłowej. Plód donoszony, od VI miesiący nieżywy. Koeliotomia. Wyzdrowienie	213

C. Medycyna sądowa.

1.	Domański S. prof. Z dziedziny ubezpieczenia od wypadków	605
2.	Kucharzewski H. Czy uraz może wywołać ostre zapalenie nerek?	685
3.	Zawadzki J. Śmierć naturalna czy gwałtowna, utopienie czy uduszenie	815

D. Historia medycyny.

1.	Jaworski J. Szpital wolski, kartka historyczno-prawna	110
----	---	-----

E. Odcinek (sprawy zawodowe).

1.	Biernacki M. Projekty organizacji służby zdrowia w gminach Królestwa Polskiego	300
2.	— Projekt ustawy służby zdrowia w gminach i miastach gubernii Lubelskiej	368, 388
3.	Hewelke O. W sprawie zamierzonego rozszerzenia szpitali warszawskich	544
4.	Klarner S. Organizacja pomocy lekarskiej w gm. Bełżyce	844, 881
5.	Krzyżakowski A. Kasa pogrzebowa	328
6.	Łaski B. Kilka słów o medycynie ziemskiej w Rosyji	39

7.	Łazarowicz K.	Parę uwag z powodu projektów organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Królestwa Polskiego	795
8.	Polikier B.	Kilka słów o warunkach utrudniających rozwój medycyny	84
9.	Zawadzki J.	Kasa zaliczkowo-wkładowa dla lekarzy	200
10.	—	Pierwszy rok stacyi ratunkowej	677
11.	—	Organizacya pomocy lekarskiej w gubernii Warszawskiej	888, 920

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne, patologia, bakteriologia, farmakologia.

1.	Askanazy S.	O zawartości wody we krwi i surowicy w zaburzeniach krwioobiegu, chorobach nerek, anemiach i gorączce, oraz uwagi o metodach badania i o danych fizjologicznych	392
2.	Askanazy.	Przyczynę anatomo-patologiczną do znajomości choroby Basedowa z uwzględnieniem występującego w niej cierpienia mięśni	999
3.	Béclère J.	O znaczeniu promieni Röntgena dla rozpoznawania gruźlicy	729
4.	Bernaud H.	O powikłaniach wrzodu dwunastnicy	237
5.	Bettmann.	O komórkach eozynowych w pęcherzach skóry	906
6.	Burghart.	O Pyrosolu i Phenosolu	1005
7.	Carle A. i Fantino G.	Stosunek zwężeń odźwiernika do nadmiernej kwasności soku żołądkowego	14
8.	Chadbourne T. L.	O leukocytonie podczas trawienia u chorych na żołądek	255
9.	Cohn H.	O leczeniu otyłości metodą Schweningera	313
10.	Courmont P.	Nowa postać gruźlicy paciorkowcowej u człowieka	475
11.	Dieballa Leza i L. v. Ketly.	O stosunku wzajemnym białkomoczu, hydremii i obrzęku u osób, dotkniętych cierpieniem Bright'a	1001
12.	Dielafoy.	De la toxicité de l'appendicite	1003
13.	Ehret H.	O symbiozie w gruźlicy płuc u diabetyków	312
14.	Eichhof J.	O Captolu nowym antiseborrhoicem i środku lekarско-kosmetycznym na włosy	316
15.	Etienne G.	O zapaleniach wsierdzia w gruźlicy i w szczególności o zapaleniach wywołanych przez lasecznik Kocha	476
16.	Feichenfeld L.	O wyczerpaniu serca	396
17.	Fröhlich A.	Wykrycie cukru w moczu za pomocą błękitu metylenowego	315

	<i>Str.</i>
18. Georgiowsky K. O działaniu przetworów gruczołu tarczowego na nstrój zwierzęcy	12
19. Glax. O wpływie rozmaitych zabiegów wodolecznych na wydzielenie moczu	398
20. Hasenfeld. O przeroście serca w stwardnieniu tętnic w zapaleniu nerek śródmiąższowym	122
21. Hirschfeld F. O stosunku między otyłością a cukromoczem	398
22. Hoffmann. O wchłanianiu i wydzieleniu żelaza w ustroju ludzkim i zwierzęcym	476
23. Kolisch. O wadliwej przemianie materji w zaburzeniach czynności wątroby	400
24. Klink Wilh. Doświadczenia, dotyczące się skutków przedostawiania się moczu do jamy otrzewny	310
25. Kojin M. L. Przypadek białaczki pochodzenia urazowego	1004
26. A. von Korányi. Badania fizjologiczne i kliniczne nad ciśnieniem osmotycznym płynów zwierzęcych	653
27. Kuhn Franz. O sondowaniu kiszki grubej	237
48. Kundrat i Schlesinger. Przyczynek do rozpoznawania zrostów pomiędzy nowotworami odźwiernika a wątrobą	483
29. Langenhagen Maurice. Nieżyt kiszek śluzowo-błoniasty, objawy, etiologia i leczenie	118
30. Lemoine C. Leczenie duszności mocznicowej dużemi dawkami eteru	402
31. Lesage i Thiercelin. Przyczynek do nauki o zapaści cholelitycznej	659
32. Leube. O spastycznej niedrożności kiszek	1005
33. Levaszew. Nowa oznaka rozpoznawcza tętniaka aorty piersiowej	314
34. Lilienfeld L. Synteza peptonów	732
35. Mołdawski J. Przypadek przedziurawienia wrzodu dwunastnicy	908
36. Müller i Bieger. O samozatruciu pochodzenia kiszkiowego i o antyseptyce kiszek	481
37. Carl v. Noorden. W sprawie leczenia nieżytu kiszek	121
38. Pick Aloizy. Sprawozdanie z przypadków dżumy zaszłych w Wiedniu	1006
39. Posner C. O zmętnieniu moczu	19
40. Praetorius. Autointoksykacja i albuminuria	479
41. Radziejewski. Stan współczesny nauki o nadnerczach i ich działalność	906
42. Rawnicki. Urticaria po zażyciu antypiryny	909
43. Rezolucye ostatniego zjazdu międzynarodowego higieny i demografii w Madrycie	733
44. Ribbert. O pasorzytnictwie	399
45. Rieder H. Działanie promieni Röntgena na bakterye	232
46. Robin i Ronet. Studya kliniczne nad chemizmem oddechania. Wymiana gazowa w diabecie	1000
47. Mesnil de Rochemont. O stosunku stanów anemicznych do kwaśności soku żołądkowego i do wrzodu okrągłego żołądka	236
48. Salter A. Wydalanie jądów bakteryjnych przez skórę	394
49. Schlack Ern. O zwężeniu górnego odcinka dróg oddechowych	311

50.	Schmidt Adolf. O wydzielaniu śluzu i jego znaczeniu dyagnostycznym w zapaleniach błon śluzowych	477
51.	Schreiber i Waldvogel. Sanosa nowy preparat białkowy	316
52.	Schwersenski G. Validol, nowe analepticum i antihystericum	317
53.	Singer G. Nietypowe postaci ostrego gośca stawowego	395
54.	Sonnenburg E. O rozpoznawaniu różniczkowym zapaleń i guzów w okolicy kiszki ślepej ze szczególnem uwzględnieniem prawostronnych cierpień przydatków macicy	17
55.	Steckel W. Współczesna patologia i terapia migreny	233
56.	Stendel i Krönlein. Operacye na żołądku	1003
57.	Straus. Wzdęcie brzucha pochodzenia histerycznego u mężczyzny	1002
58.	Teichmüller W. Obecność i znaczenie komórek eozynofilowych w płwocinie	903
59.	Wassermann A. O nowym rodzaju sztucznej odporności	116
60.	Wassermann A. i Takaki T. O własnościach antitoksycznych normalnego ośrodkowego układu nerwowego względem tężca	117
61.	Willgerodt H. Zachowanie się otrzewny wobec moczu, sztucznie do jamy brzusznej wprowadzonego, oraz wywołanie doświadczone uremii	308
62.	Winternitz. O mechanicznem leczeniu otyłości	123
63.	Velich. Wpływ wyciągu nadnercza na krwiobieg	907

II. Choroby nerwowe.

1.	Benedikt. O bólach głowy	737
2.	Bergmann. Leczenie chirurgiczne guzów mózgu	239
3.	Bloch i Bielschowsky. Przypadek głuchoty wyrazowej po złamaniu podstawy czaszki	916
4.	Boryszpolski. O zaburzeniach krążenia w mózgu podczas napadów padaczki	664
5.	Bruce. Wartości kliniczne termometrii w rozpoznawaniu umiejscowień wylewów krwawych wewnątrzczaszkowych	829
6.	Campos. Uwagi z powodu objawu, opisanego niedawno w obwodowym porażeniu m. twarzowego	321
7.	Czermak. Korowe zakończenie tylnych pęczków	484
8.	Darkszewicz. Przyczynek do kwestyi porażień przy szczepieniu wściekliczyny	405
9.	Eichorst. Obłąd pochodzenia toksycznego u chorych sercowych	667
10.	Erben. Przyczynek do leczenia porażień połowicznych	22
11.	Eulenburg. Przeszczepianie ścięgien w przypadku paraplegii spastica cerebrials czyli t. zw. choroby Litle'a	743
12.	Facklam. Przyczynek do nauki o istocie płasawicy Huntingtona	241
13.	Fere. W kwestyi potomstwa osobników dotkniętych spaceniem popędu płciowego	661
14.	Gilles de le Tourette. Rozpoznawanie i rokowanie w krwotokach mózgowych	910

	<i>Str.</i>
15. Hirschberg. O nerwicach ruchowych wydarzających się epidemicznie i o środkach zwalczania ich	242
16. Hirschhoff. O ośrodkach odżywczych oraz o przebiegu włókien odżywczych bólowych i innych bliżej nieokreślonych w mózgu	320
17. Jakobsohn. Przypadek migreny, porażenia jednostronnego szyjowego n. sympatycznego i choroby Basedowa	406
18. Jürgens. O etyologii wieloogniskowego stwardnienia mózgu	485
19. Kattwinkel. O zaburzeniach odruchu gardzielowego, mowy i polykania w porażeniach połowicznych	243
20. Kadane. O chorobach układu nerwowego w rzeźączce	407
21. Köster. Przyczynek do Dermatomyositis	741
22. Levillain. Cierpienia nerwowe wyrostka robaczkowego	409
23. Lübbbers. Przyczynek do nauki o zmianach ocznych, występujących przy rozsiażanem wieloogniskowem stwardnieniu	25
24. Maraudon de Monlyel. Walka przeciw „Opendoor“	830
25. Marinesco. Paraplegia z brakiem odruchów w skutku ucisku	487
26. Mendel. O ideach natrętnych	569
27. Meyer. Przyczynek do kazuistyki „Tic rotatoire“	244
28. Neubürger i Edinger. Brak półkuli mózdzka, varix oblongatae, porażenie serca przez drażnienie n. accessoris	318
29. Nonne. Dwa przypadki kliniczne i anatomiczne zbadanego porażenia przymiotowego rdzeniowego	24
30. Rosenthal i Mendelssohn. O torach odruchowych w rdzeniu oraz miejscu powstawanie odruchów	404
31. Sokołow. O wpływie warunków meteorologicznych na napady padaczki	666
32. Teuscher. O poceniu się jednej połowy ciała	571
33. Ullmann. Przyczynek do terapii cierpień stawów w władzie rdzenia	827
34. Wertheim-Salomonsen. Przyczynek do elektrodiagnostyki porażen n. gałko-ruchowego	572
35. Voss. Badanie anatomiczne i doświadczenie nad zmianą w rdzeniu w niedokrwiłości	20

III. Choroby dzieci.

1. Antonelli. Przyczynek do przymiotu dziecięcego	734
2. Baginsky. Dalsze przyczynki do leczenia błonicy surowicą	493
3. Behla Robert. W kwestyi etyologii krztuśca	578
4. Comby. Gruźlica płuc u dzieci	577
5. Dant. O stosunku t. zw. status lymphaticus do błonicy	669
6. Filatow. Przypadek wrzekomego zapalenia opon mózgowych	125
7. Froelich. Klasyfikacja i leczenie skrzywień goleni pochodzenia krzywicowego	836
8. Fronz. Rozpoznawanie ciał obcych w drogach oddechowych	575
9. Heidenhein. Śmierć 14-letniego chłopca wskutek mięsaka grasicy	27
10. Heubner. Odżywianie ssawców i szpitale dla niemowląt	667

11.	Hilbert. Dlaczego możliwie wcześniej winniśmy wykonywać wstrzykiwanie surowicy w błonicy	735
12.	Kissel. O odczynie Ehrlicha u dzieci	491
13.	Kühner. O pielęgnowaniu niedonoszonych noworodków	246
14.	Kossel. Przyczynę do statystyki błonicy	736
15.	Liokumowicz. Przypadek gorączki gruczołowej	832
16.	Marfan. Dyeta wodna w nieżytych żołądka i kiszki u ssawców	833
17.	Miwa i Stoeltzner. Czy leczenie krzywicy fosforem jest naukowo uzasadnione	579
18.	Moizard. Leczenie przetrachu nocnego	573
19.	Netter. Rozpoznawanie zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Objawy Kerniga.—Przekłucie łądźwiowe	837
20.	O'Dwyer. Wrodzone zwężenie krtani	323
21.	Perier. Drgawki u dziecka, spowodowane używaniem wysokości przez matkę karmiącą	838
22.	Ranke. O przekłuciu łądźwiowym w przypadkach wodogłowia	323
23.	Repault. O ropniach rozsiianych skóry	413
24.	Ritter. O leczeniu dzieci skrofulicznych	127
25.	Sebileau. Ciężkie zarażenia ze strony zębów	575
26.	Siegel Ernest. O patologii grasicy	26
27.	Soltan Fenwick. Nadmierna kwasność żołądka występująca okresowo u dzieci z objawami, zbliżonymi do migreny	322
28.	Spronck. Praca doświadczalna nad działaniem surowicy przeciwbłoniczej na białkomocz pochodzenia błoniczego dawniej istniejący	124
29.	Sztejn. Przypadek śmiertelnego krwotoku z vena jugul commun, w przebiegu płonicy	835
30.	Tribaulet. Przyczynę do etiologii śluzowego lub błoniastego nieżyty kiszki u dzieci	490
31.	Wertheimer. Leczenie ksztuśca	494
32.	Vergely. Nieżyt żołądka i kiszki z acetonurią u dzieci	412

IV. Chirurgia.

1.	Abraźanow. Przyczynę do zamieszczenia braków czaszkowych sposobem Müller-könig'a	960
2.	Assmuth. O przemywaniach pęcherza moczowego: stosowanie w praktyce, nadużycia oraz przeciwwskazania	189
3.	Baron. Szczególna postać uwężnienia przepukliny	697
4.	Berger. Amputacja międzyłopatkowo-piersiowa wobec guzów złośliwych w odcinku górnym ramienia	1037
5.	Borchardt. Zamknięcie szerokich wrót przepuklinowych drogą operacji kostno-wytwórczej	615
6.	Brackel. O gruźlicy przepuklinowej	181
7.	Brigel. O leczeniu jodoformem gruźlicy stawu napięstkowego i trwałości otrzymanych drogą tą wyników	524
8.	Ehrlich. Przyczynę do nauki o zgorzeli trzustki	617

9.	Grekoſſ.	O pokrywaniu braków czaszki kością wypaloną	959
10.	Hagman.	Dwa przypadki rezekcyi czaszki	1041
11.	Heintze.	O wpływie rezekcyi żyły zaskórnej goleni na zagojenie się owrzdzeń tejże	352
12.	Hildebrandt.	Przyczyny leczniczego wpływu laparotomii na zapalenie gruźlicze otrzewny	693
13.	Hofmann.	O przepuklinie, zawierającej wyrostek robaczkowy	695
14.	Holländer.	Wycięcie całkowite pęcherzyka żółciowego i przewodu pęcherzykowego wraz z rezekcją wątroby poprzeczną z przyczyny raka i powstrzymaniem krwotoku drogą kauteryzacji powietrznej	774
15.	Köhler.	O szczepieniu naskórka na owrzdzeniach według Tiersch'a bez usuwania ziarniny	433
16.	Kozłowski.	Endotelioma diploë, błon i mózgu, usunięta za pomocą wiercenia	961
17.	Lavisé.	Przyczynek do amputacji języka metodą Whiteheada	957
18.	Lemander.	Cięcie brzuszne przez powięź mięśni prostych brzucha z odchyleniem ich wewnętrznego lub zewnętrznego brzegu	269
19.	Lieblein.	Przypadek tętniaka głowy groniastego, wyleczonego za pomocą zastrzykiwań wysokich	435
20.	Link.	Zgniecenie podskórne nerki prawej uderzeniem kopyta końskiego	520
21.	Maas.	Przyczynek do leczenia mechanicznego zapalenia kręgosłupa	1043
22.	Menge.	O przygotowaniu rąk do operacji aseptycznych	264
23.	Moullin.	Leczenie rozpaczliwych przypadków mięsaka płynem Coley'a	779
24.	Murphy.	Rezekcja tętnic, uległych urazowi i zespolenie końców ich szwem	351
25.	Rieder.	O leczeniu chirurgicznym przy próchnieniu spojenia krzyżo-biodrowego	355
26.	Rimini.	O wskazaniach do wiercenia wyrostka sutkowego	522
27.	Schech.	Przyczynek do patologii próchnienia kości klinowej	874
28.	Senn.	Podział i leczenie chirurgiczne ostrego zapalenia otrzewny	184
29.	Slantenay.	O leczeniu choroby Basedow'a	266
30.	Sudeck.	O znieczuleniu miejscowem	359
31.	Surmay.	Nabłoniak ręki, istniejący od lat sześciudziesięciu	357
32.	Talma.	Chirurgiczne wytworzenie nowych dróg dla krwi żyły wrotnej	1035
33.	Tuffier i Dujarier.	O całkowitem wycięciu zajętego przez nowotwór pęcherza moczowego	515
34.	Vulpis.	Przeszczepienie ścięgien w przypadkach porażen i wołanych przez nie zniekształcen nogi, a szczególnie ręki	954
35.	Wormser.	Operacje wola na klinice chirurgicznej w Bernie	776
36—58.		Wyciąg ze sprawozdania 27 zjazdu chirurgów niemieckich	781 i 867

V. Choroby kobiece i położnictwo.

1.	Ahlfeld. O rozszerzalności jajowodów aż do przepuszczalności większej objętości zglębników	67
2.	Bakofen. O działaniu styplicyny w krwawieniach macicznych	444
3.	Ballantyne. Wrodzone wypadnięcie macicy	701
4.	Baruch. Zanik zupełny macicy po zastosowaniu waporyzacji	275
5.	Clemenx. Cięcie cesarskie zachowawcze z otwarciem poprzecz- nem dna macicy podług Fritscha	442
6.	Dirmoser. Hyperemesia gravidarum	274
7.	Fehling. Wiadomości o ciąży i porodzie w przypadkach raka szyi macicznej	702
8.	Flatau. Parę uwag o przyczynach nagłej śmierci intra partum	442
9.	Franz. Laparotomia w celu wyprostowania macicy ciężarnej w tył pochylonej i uwięźniętej	270
10.	Gottschalk. O wpływie okresu połogowego na torbiel jajnika	439
11.	Graefe Max. O wpływie moczołki cukrowej u kobiet na organy płciowe i ich czynności	272
12.	Kahlden. Apoplexia uteri	441
13.	Kessler. O raku pochwy i ekstyrypacji pochwy	967
14.	Kleinhaus. O wewnątrzmacicznym stosowaniu kolpeurynteru	621
15.	Lechmann. Przyczynek do terapii rzeżączki przewlekłej szyi macicznej	360
16.	Mandl. O kierunku ruchu migawkowego w macicy u ludzi	438
17.	Medanié. Wypadnięcie sieci po wydaleniu przez pochwę macicy i jej przydatków	700
18.	Piering. Przypadek zwiężenia pochwy po oparzeniu kwasem szczawiowym	69
19.	Pincus. Dalsze doniesienia o waporyzacji i waporokauteryzacji	623
20.	Prochownik. Uwagi w kwestyi stosowania zabiegów leczniczych w gorączce połogowej	699
21.	Reckmann. Przyczynek do całkowitego wyluszczenia ciężarnej i dotkniętej rakiem macicy przez pochwę	68
22.	Schmidt. Położenie litotomijne podczas porodu	72
23.	Voswinckel. O obecności we krwi komórek eozynoflowych i myelocytów w cierpieniach wewnętrznych organów płcio- wych kobiet	788
24.	Zweifel. O otwarciu otrzewny przez przednie sklepienie pochwy	790

VI. Choroby gardła, nosa, krtani i ucha.

1.	Breitung. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w nosie	74
2.	Ferreri. Kreozot w ozenie	78
3.	Frankenberger. Ostre zapalenie krtani po wewnętrznym użyciu jodku potasu	78

4.	Gelle. Przyczynek do nauki o zaburzeniach usznych u chorych na podagrę	75
5.	Gleitsmann. O postępach w leczeniu gruźlicy krtani od czasu ostatniego kongresu międzynarodowego	75
6.	Gradenigo. O chirurgii nosowej	80
7.	Lichtwitz. Oświetlenie acetylenowe w laryngologii, rynologii i otologii	77
8.	Simoni. O drobnoustrojach w ozenie	79
9.	Stein. Przypadek Bezoldowskiego zapalenia wyrostka sutkowego podczas róży z badaniem czynnościowym	80
10.	Uchermann. Laryngitis acuta rheumatica circumscripta	73
11.	Ziem. O stosunku chorób nosa do psychiatrii	76

VII. Choroby oczne.

1.	Darier A. O leczeniu ropnego zapalenia łącznicy za pomocą proteinau srebra	531
2.	Guibert. Tenonitis rheumatica	966
3.	Gałęzowski. Cierpienie oczu jako następstwo grypy i jej zarazka	361
4.	Goldzieher W. Zmiany chorobowe Hutchinson'a na dnie oka	527
5.	Horstman C. O przebiegu samoistnego odklejenia siatkówki	528
6.	Kenjuro Goh. Przyczynek do nauki o zmianach w oku w ogólnych sprawach gnilnych, t. zw. gnilne zapalenie siatkówki, dobrotliwe zapalenia przerzutowe, obustronna uwiądowa sprawa zakrzepowa	196
7.	Lagrange Felix. O stosowaniu wyciągu z ciała rzęskowego i szklistego w terapii ocznej	964
8.	Moissonnier. Leczenie łzawienia spowodowanego cierpieniem nosa	965
9.	Ostfalt F. Środek przeciwko zakażeniu oka po operacji	529
10.	Panas. Leczenie chirurgiczne krótkowzroczności	195
11.	L. de Wecker. Stosowanie surowicy jako środka leczniczego w oftalmologii	964
12.	Wagenman. Nieco o chorobach oczów w dnie	196
13.	Walter O. Organizacya pomocy okulistycznej w niektórych miastach niemieckich i uwagi, dotyczące teje pomocy w Rosyi	362
14.	Zimmerman. Przyczynek do nauki o wpływie silnego światła na zmiany w narządzie wzroku	427

VIII. Choroby weneryczne i skórne.

1.	Baeltz. Przyczynek do nauki o trądziku i jego leczeniu	190
2.	Behaegel. O przemysłach w rzeźniczości	632
3.	Burwinkel. O zaszczepieniu przymiotu za pomocą lapisu	446

4.	Drobny. Znaczenie dla rokowania i leczenia rzeżączki ostrej umiejscowień gonokoków wewnątrz i zewnątrz komórek ropnych	878
5.	Finger. Dane kazuistyczne, świadczące o znaczeniu nieżytu rzeżączkowego gruczołu krokowego	632
6.	Hecker. Przyczynki do histologii i patologii przymiotu wrodzonego i anatomii normalnej płodu i noworodków	1048
7.	Jadassohn. O odporności i zakażeniu od zewnątrz w przewlekłej rzeżączce	631
8.	Jamieson. Leczenie pryszczycy dłoni i podeszew	194
9.	Jumon. Wysypki ropnicowe	192
10.	Kahane. O cierpieniach narządu nerwowego w przebiegu rzeżączki	628
11.	Kornfeld. Przyczynek do objawów klinicznych cierpień gruczołu krokowego	446
12.	Kornfeld. Doświadczenia z larginą	792
13.	Kümmel. Leczenie porównawcze wilka promieniami Röntgena i światłem skupionem	876
14.	Lanz Alfred. O barwieniu wydzielin tryprowej mieszaniną barwników anilinowych	1045
15.	Leredde. Leczenie zewnętrzne pryszczycy	194
16.	Mulert. Endoteliony na skórze głowy pokrytej włosami	194
17.	Neisser. Leczenie wcieraniami	704
18.	Niels R. Finsen. Leczenie wilka za pomocą promieni chemicznych ześrodkowanych	445
19.	Rille. O wcieraniach kalomelowych w przymocie	1044
20.	Róna. O objawach całkowitego zapalenia cewki moczowej	878
21.	Rosenthal O. O leczniczym stosowaniu wody gorącej w szczególności w cierpieniach skóry	703
22.	Scatolari. Leczenie ostrej rzeżączki kwasem pikrynowym	879
23.	Sibut. Wysypki przymiotowe mieszane, wywołane świerzgą	193
24.	Szurygin. O zmianach anatomicznych prącia w wieku starszym	630
25.	Tassier i Roux. Rozpoznanie różniczkowe przymiotu arteryi, opon mózgowych i mózgowia	876
26.	Waelsch. Przyczynek do poronnego leczenia dymieniem	791
27.	Welander. O leczniu rzeżączki protargolem	880
28.	Wilms. Leczenie reumatyzmu rzeżączkowego ciepłem	881
29.	Zeissl M. W sprawie leczenia przymiotu	81

IX. N o w e l e k i .

1.	Aether jodatus	497
2.	Argentum sulfophenylicum	277
3.	Camporoxol	28
4.	Colchicum salicylicum	277
5.	Ergotinol seu Liquor ammonii ergotini	541
6.	Ferro-somatos	249

	<i>Str.</i>
7. Ferrosol	278
8. Glandulae parotis sic. pulv.	745
9. Ichthalbin	452
10. Kryofin	376
11. Lacto-somatosa	249
12. Menthol	28
13. Mammae siccatae	705
14. Naphtoxol	28
15. Orexinum tannicum	326
16. Salolum tribromatum	542
17. Thyrogladina	919
18. Tripheninum	794

X. Wiadomości pomniejsze.

1. Aiolu ujemne strony	249
2. Antyseptyka jedwabiu	581
3. Argonu i protargolu działanie	633
4. Arseniku stosowanie przez kiszkę prostą	635
5. Arthridis deformantis przypadki	674
6. Atropina w dychawicy	1009
7. Bacillus cariei dentium	918
8. Badanie krwi w zapaleniu wyrostka robaczkowego	451
9. Białkomocz z samozatrucia	670
10. Biegunek u dzieci leczenie	277, 367
11. Blednicy leczenie kąpielami gorącymi	542
12. Bólu umiejscowienie	130
13. Bólów żołądka leczenie korą condurango	580
14. Chloroformu rozkład w ustroju	29
15. Chiny sposób podawania	635
16. Chyluryi leczenie	30
17. Cirrhosis hypertrophica peritonei	671
18. Czkawki histerycznej leczenie trionałem	277
19. Distoma haematobium, jako przyczyna owrzodzeń pęcherza moczowego	451
20. Enteroptoza	130
21. Eucalyptus przeciwko dławcowi	919
22. Euchinina w zimnicy	198
23. Exophthalmus pulsatillis	451
24. Figówka wargi	706
25. Fotografowanie przełyku	130
26. Funkeya przydatku mózgowego	747
27. Gazów przemiana u cyklistów	673
28. Gorączka trawienna u dzieci	543
29. Gojenie się ran pod działaniem pary wodnej	449
30. Gośca stawowego leczenie	198
31. Gruźlica pochodzenia urazowego	198

	<i>Str.</i>
32. Guz odźwiernika natury skurczowej	672
33. Gymnema sylvestre stosowanie	634
34. Hemoroidów leczenie	365
35. Heroina w zapaleniach oskrzeli	1009
36. Hodowli gronokowca szczepienie	367
37. Hydrastyny działanie	581
38. Hysterya i zapalenie wyrostka robaczkowego	672
39. Ictus laryngis 2 przypadki	970
40. Ictrol w ostrym tryprze	544
41. Jacksonowskiej padaczki 2 przypadki operowane	248
42. Jadowitość moczu rakowatych	248
43. Jajników badanie	581
44. Jodoformu wpływ na rozwój komórek olbrzymich	365
45. Kamicy żółciowej operacja	671
46. Kiedy przecinać sznurek pępkowy	968
47. Kreozotal w przewlekłych zapaleniach oskrzeli u dzieci	747
48. Krwi własności agglutynacyjne	29
49. Krwawienie z nosa podczas tyfusu brzuszego	198
50. Krwi upust u dzieci	747
51. Krypton, nowy składnik powietrza	580
52. Krzywica w Norwegii	839
53. Koklusu leczenie trionałem	277
54. Komórki eosynoflowe w płwocinie suchotników	635
55. Kuli rewolwerowej z mózgu wyjęcie	366
56. Kwasu salicylowego stosowanie w kombinacyi z sulfonalem	970
57. Ławatywy z wody gorącej w krwotokach	918
58. Leczenie dróg moczowych	635
59. Lniane nitki do ligatur	705
60. Malarya, sinek metylenu	673
61. Masażu z kwasu salicylowego stosowanie	706
62. Mięsak pierwotny wątroby	130
63. Migrenator	1008
64. Mimowolne moczenie	327
65. Moczówki cukrowej rozpoznanie	129
66. Mocz wstrzykiwanie	580
67. Nadmierna kwaśność, stan chorych w	130
68. Naphtalonu użycie i działanie	582, 919 969
69. Natrum salicylicum podawane par rectum	794
70. Niedomogi sercowej leczenie	839
71. Niedokrewności złośliwej powstawanie	131
72. Niezwykłe zбочenie popędów płciowych	745
73. Obrażeń wpływ na skórę	29
74. Odczyn zawartości kiszek cienkich	499
75. Odkazanie mieszkań formaliną	5819
76. Ogniska tuberkuliczne	248
77. Oparzeń leczenie	28
78. Ospy leczenie czerwonym światłem	916
79. Otrucie ołowiem	748
80. Otrucie dzieci morfiną	917

	<i>Str.</i>
81. Padaczki leczenie	129
82. Padaczka urazowa	919
83. Parcha leczenie bez epilacyi	919
84. Parotitis epidemiczne	543
85. Polyadenomat żołądka	130
86. Promienie Röntgena w goścu stawowym u dzieci	83
87. Promienica skóry	633
88. Poty nocne, octan talium przeciw	367
89. Przymiotu ciężkich postaci leczenie	82
90. Przymiotu przekazanie trzeciemu pokoleniu	366
91. Przymiotu leczenie	543
92. Przymiot bez wykwitów skórnych	369
93. Protargol w rzeżączce	248
94. Przyczynę do aseptyki	447
95. Przetoka pęcherza pochwowa	451
96. Przypadek porodu w 13 ¹ / ₂ roku życia	327
97. Przybory higieniczne z papieru japońskiego	581
98. Przyrząd zatykający otwór cewki	634
99. Przypadek przedziurawienia kiszki w 11-tu miejscach	970
100. Rak przelyku	450
101. Raków macicy statystyka	673
102. Rezekcja nerwu współczulnego w chorobie Basedowa	1008
103. Salodantolu użycie	582
104. Serca cierpienie u ciężarnych	582
105. Skaryfikacya w psoriasis i eczema	634
106. Ślina chorych na padaczkę	29
107. Ślinotok w przebiegu mocznicy przewlekłej	580
108. Śluz nosowy	129
109. Solutio anaestheticum Schleich'a	448, 541
110. Sposób rozróżniania laseczników błonicowych	327
111. Sprawozdanie z przypadków szkarlatyny	498
112. Środek przeciw wymiotom	840
113. Surowica w zapaleniu płuc	326
114. Symulowanie wrzodu żołądka	840
115. Uchwały zjazdu przeciw gruźlicy	793
116. Wada serca wskutek urazu	969
117. Wpływ kamieni żółciowych na cukrzyce	794
118. Wpływ przetworów nadnercza	840
119. Wpływ gór na skład krwi	367
120. Wpływ narodowości na choroby umysłowe	82
124. Wola przypadek u dziecka	634
125. Wrzody dwunastnicy	131
126. Wrzodu żołądka leczenie bismutem	499
127. Wyciąg wody z laseczników gruźliczych	326
128. Wycięcie śledziony w zimnicy uporzeczywej	1008
129. Wyjałowienia łatwy sposób	197
130. Wysypki po zastrzyknięciu surowicy przeciw-błonicowej	706
131. Zaburzeń trawienia leczenie	276
132. Zakaz związków małżeńskich między epileptykami	746

	<i>Str.</i>
133. Zanik połowiczny twarzy	128
134. Zastrzykiwania podskórne w zapaleniu płuc	82
135. Zębów psucie się, wpływ gruntu na	277
136. Złamanie eminentiae capitatae	365
137. Żołądka przymiot	705
138. Żółciowych barwników badanie	671
139. Żółci wołowej stosowanie	389
140. Żywotność naskórka	365

XI. Bibliografia.

1. K. E. Wagner. Jak się ustrzedz od chorób zaraźliwych. Ocenił K.	84
2. Nowe pisma. Ocenił J. Z.	131
3. W. Tyrchowski. Instytut położniczy w Warszawie. Ocenił J. Jaworski	372
4. G. Kosiński. Kilka słów z powodu artykułu E. Biernackiego. Nasz ogół lekarski	416
5. Mackenrodt. Das Studium d. Frauenheilkunde. Ocenił H.	422
7. Dr. G. Gellhorn. Ueber die Resultate der Radical-Behandlung des Gebärmutter. Ocenił J. Mucha	500
8. Lenné. Wesen, Ursache u. Behandlung der Zuckerkrankheit	809
9. A. Grzewishki. Kilka słów w sprawie słownictwa	884
10. Jaworski W. Podręcznik chorób żołądka, ocenił J. Zawadzki	1015
11. Nothnagel. Die Erkrankungen des Darms und Peritoneum, ocenił J. Zawadzki	1016
12. Boas. Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten, ocenił J. Zawadzki	1007

XII. Korespondencje.

1. Flatau E. Międzynarodowy zjazd w Berlinie dla badania trądu	30
2. —r.— Głos w sprawie wędrownych oddziałów okulistycznych	33
3. W. Garliński. Głos w sprawie wędrownych oddziałów okulistycznych	35
4. K. Noiszewski. W sprawie Elektroftalmu	250
5. Dr. Zgoda. Listy z Krakowa 278, 538, 744,	1047
6. Dr. Bugiel. Listy z Paryża 452, 588,	756
7. Dr. S. Klarner. Organizacya pomocy lekarskiej w gminach	460
8. Dr. S. Klarner. W sprawie wyborów lekarzy gminnych	591
9. Dr. W. Rodziewicz. W sprawie wyborów lekarzy gminnych	593
10. Dr. Reiman. O pomocy lekarskiej w gminach	715

XIII. Sprawozdania z posiedzeń Tow. lekar.

1. Sprawozdania z posiedzeń Tow. lekar. warszawskiego przez Mi- klaszewskiego	133, 134, 199, 200, 251, 282, 283, 331, 374, 455, 456, 457, 501, 637, 638, 639, 640, 641, 675, 886, 925, 926, 929, 1009, 1011, 1013, 1050, 1051
2. Sprawozdanie ze szpitala S-tej Olgi w Moskwie —R.—	333
3. Tow. lekarskie w Kaliszu	374
4. Tow. lekarskie lubelskie	533, 534, 535, 536, 582, 585, 706, 707, 748, 840, 930, 933, 934, 1053, 1055

XIV. Polemika.

1. W kwestyi słownictwa w podręcznikach chirurgicznych	970
--	-----

Kronika bieżąca.

1. Artykuły wstępne.

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
J. Zawadzki. Trwarzystwa le- karskie prowincjonalne	47	J. Zawadzki. Miejsca dla le- karzy	760
— Ambulatorya w Towar- zystwie dobroczynności warszawskim	89	O. Hewelke. Ogłoszenia lekar- karskie	805
— Odprawa Przegląd. far- maceutycznemu	134	J. Zawadzki. Ekspertyzy w są- dzie	848
— Towarzystwo balneologi- czne	252	— Dyżury nocne	893
— W sprawie internatów w naszych zakładach zdro- jowych	285	— Projekt organizacyi po- mocy lekarskiej w gub. Kieleckiej	849
— Pisownia błędna	335	— Sanatorium w Otwocku	936
— Tow. opieki nad chorymi nieuleczalnymi	379	O. Hewelke. Majątki szpitalne	1059
O. Hewelke. Wybór lekarzy gminnych	423		
J. Zawadzki. Kasa dla lekarzy	463	2. Kwestye bytu lekarzy.	
O. Hewelke. Towarzystwo hy- gieniczne w Warszawie	548	Organizacya służby zdrowia w starożytnym Rzymie	49
J. Zawadzki. Kwestyonaryusz w sprawie reorganizacyi pomocy lekarskiej	602	Sprawa lekarza	90
H. Kuchárzewski. Żywienie chorych w szpitalu	717	Etyka lekarska	91
		Leczenie w Saksonii	92
		Służba zdrowia na kolejach	209
		Cudotwórca-onanista	209
		Lekarze w Paryżu	254
		Czy należy donosić władzy o sa- mobójstwach?	254

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
Kobiety-lekarze w Ameryce	464	Uniwersytet Warszawski	896
Partactwo lecznicze w Niem- czech	465	Rys hist. katedry histologii	977
Lekarze zdrojowi-polacy	504	5. Towarzystwa lekarskie, zjazdy, wystawy.	
Tow. pomocy w Wiedniu	504	Kongres higieniczny w Ma- drycie	49, 253
Dyplomy lekarskie w Prusach	550	Zjazd w Wiesbaden	287
Honorarya w Paryżu	550	Zjazd w Poznaniu 380, 464, 503, 596, 642,	680
Kasa lekarzy	643, 717	Towarz. neuropat. w Kijowie	464
Związek lekarzy wojskowych	806	Zjazd balneologów	761
Tajemnica a ciąża	806	Tow. lek. w Moskwie	762
Towarzystwo dla lekarzy w Pe- tersburgu	897	Zjazd w Paryżu	976
Dyplom przeszkodą w praktyce	977	VII zjazd lekarzy rosyjskich	977
Liczba lekarzy we Francyi	978	Towarz. higieniczne	1017, 1018
Pomoc lekarska w gub. płoc- kiej	1020		
3. Szpitale i zakłady lecznicze.		6. Piśmiennictwo.	
Zwiększenie liczby łóżek w War- szawie	49	Zeitschrift für Schulgesundheits- pflege	92
Ulepszenie żywności w szpita- lach	135	The Philad. med. Journ.	92
Dostawa produktów spożyw- czych do szpitali	136	Dermatolog. Centrbl.	136
Oddział w szpitalu Ś-go Rocha	335	Die Medicin den Gegenwart	136
Budowa szpitala Ś-go Rocha	464	Formulaire des méd. nouv.	209
Szpital w Berlinie	504	Arch. de med. de l'enfance	288
Podatek szpitalny w Odesie	550	Pisma w Ameryce	381
Szpital na okrętach	806	Zeitschrift für Diät. u. Phys. Behandl.	504
Suchoty we Francyi	806	Wraczk.-sanit. swied.	550
Apteki w ziemstwach	896	Russkij med. wiestnik	550
Konkurs w szpitalu żydow- skim	976, 1018	Prenumerata pism niemieckich	550
Reformy w szpitalach odeskich	977	Pam. Tow. Lek.	682
Biuro wywiadowcze dla szpi- tali warszawskich	1020	Les actualites méd.	978
		Kalendarz lekarski	1019
4. Uniwersytety i zakłady naukowe.		7. Rozmaitości.	
Uniwersytet paryski	336	Leczenie garbów w w. XVII	49
Muzeum Evansa	337	Farmakopea chińska	50
Uniwersytety w Odesie	464	Szkodliwość podania ręki	209
Historya medyc. w uniw.	465	Palenie ciał	287
Szkoły lek. w Ameryce	465	Bezplodność	337
Uniwersytet Moskiewski	682	Rewizya mieszkań	549
Uniwersytet Krakowski	717	Ludność Krakowa	550
		Trucizny w aptekach	550
		Miesięczka i struny	603

	<i>Str.</i>		<i>Str.</i>
Fartuchy dla lekarzy	718	Lebediew	1021
Ucho Mozarta	718	Łukasiewicz	287
Ubezpieczenia życiowe	762	Machek	806
Świątynia Eskulapa	762	Mars	838
Walka z gruźlicą	850	Moritz	92
Dżuma w Wiedniu	936	Rappel	503
Przystupcyca i rzeźączka	937	Sadowski	503
Ortoform	978	Sieradzki	806
Monopol na surowiec	1060	Sinolecki	1019
8. Osobiste.		v. Taschenbrock	806
<i>a) Jubileusze i odznaczenia.</i>		Wagner	209
Biernacki	717	Witwiński	1019
Gepner	642	Wizel	136
Heinrich	642	Zaborowski	136
Kosiński	642	Żuławski	92
Krassowski	464	<i>c) Zmarli.</i>	
Luksenburg	717	Baczyński	381
Rokitansky	503	O'Dwyer	337
J. Śniadecki	976	Erlich	210
J. Stanisławski	936	Fubini	980
Skoda	503	Karo	139
<i>b) Nominacye.</i>		Kleinenberg	93
Abelons	92	S. Kondratowicz	937, 979
Barszczewski	1019	Kostiurin	980
Botkin	806	Minkiewicz	138, 139
M. Brunner	364	Müller M.	93
Dehuel	1019	W. Narkiewicz-Jodko	1021
Frenkiel	287	A. Obaliński	683
Gabszewicz	838	Rotwand	604
Jakimiak	838	Rozenzweig	93
Knol	000	Titius	381
Z. Kramsztyk	335	Toscani	980
Klecki	503	Wasserzug	424
		Zacharjin	139
		Zagórski	137