

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Henryk Kucharzewski*. O wpływie jadów (toksyn) błoniczego i tężcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i ciężar gatunkowy krwi—str. 525. II. D-r *Czesław Otto*. Kryoskopja i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.)—str. 529.

III. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne i ukł. nerw.* 242. *Thomson*. Ostra rozstrzeń żołądka—str. 533. 243. *Windschied*. O stosunku miażdżycy tętnic do cierpień mózgu—str. 536. 244. *Dichl*. O napadach neurastenicznych—str. 538. II. *Choroby dzieci.* 245. *Hauser*. Śmiertelność niemowląt, jej przycz. i sposoby zwalczania—str. 539. 246. *Troickij*. Pewne sposoby zwalczania chorób i śmiertelności ssawców—str. 540. IV. *Wiadomości pomniejsze:* od № 247—249—str. 541. V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—str. 543. VI. Z Tow. Lek. w Wiedniu—str. 546. VII. Z Tow. Lek. Czeskich—str. 548. VIII. *Bibliografia*—str. 549. Czasopisma polskie w czerwcu—str. 554. *Kronika bieżąca*—str. 555. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 13. I. D-r *H. Kucharzewski*. De l'influence de la toxine diphtérique et tétanique sur la morphologie, l'hémoglobine et le poids spécifique du sang—p. 525. II. *C. Otto*. La cryoscopie dans les maladies du coeur et du reins—p. 529.

I. Z Pracowni Patologii Ogólnej Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu.

O wpływie jądów (toksyn) błoniczego i tężcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i ciężar gatunkowy krwi.

PODAŁ

D-r Henryk Kucharzewski.

Ordynator szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

Wpływ toksyn na zmiany we krwi był dotąd przedmiotem nie-licznych badań. Kwestyę tę opracowywali *Chatenay*¹⁾, *Nicolas*

¹⁾ *Chatenay*. Les reactions leucocytaires vis-à-vis certaines toxines végétales et animales. Thèse de Paris. 1894.

et Courmont¹⁾, Besredka²⁾, Nicolas, Courmont et Prat³⁾, Zargaroff⁴⁾, Werigo⁵⁾, Bianchi-Mariotti⁶⁾.

Badania jednakże tych autorów były bądź jednostronne, bądź oparte na zbyt małym materiale, bądź też grzeszyły brakiem ścisłości i dokładności, wreszcie wnioski, wyprowadzone przez jednego badacza, przeczyły wręcz wynikom, otrzymanym przez innego.

Wobec tego prof. M. Uszyński zaproponował mi, zajęcie się tą kwestyą. Obszerniejsza praca moja nad tą sprawą wyjdzie wkrótce z druku, obecnie w niniejszym artykule chciałbym zapoznać czytelników z ogólnymi wnioskami, jakie na podstawie mych licznych doświadczeń otrzymałem.

Do doświadczeń używałem królików, samców, mniej więcej jednej wagi, około 2 kilo. Królikom tym zastrzykiwałem podskórnie różne ilości jądów, poczem badałem w rozmaitych odstępach czasu krew, otrzymaną przez lekkie nakłucie obwodowej żyły usznej. Badałem ilość czerwonych i białych ciałek krwi (podług Thoma-Zeiss'a), ilość hemoglobiny (podług Gowers'a), ciężar właściwy (podług Hammerschlag'a), wreszcie przygotowywałem suche preparaty krwi na szkiełkach pokrywkowych. Preparaty te barwiłem hemateiną i eozyną, a niekiedy i mieszanymi barwnikami Ehrlich'a dla porównania. Na preparatach określałem stosunek procentowy rozmaitych rodzajów leukocytów, oraz ich absolutną ilość w 1 sześć. mm. krwi. Na każdym takim preparacie, przesuwany pod drobnowidzem za pomocą ruchomego stolika Reichert'a przeliczałem zazwyczaj około 500 białych ciałek krwi, które na 5 oddzielnych typów rozgatunkowałem: Eozynofile, pseudoeozynofile resp. neutrofile, limfocyty, duże jednojądrowe, przejściowe wielojądrowe.

1) Nicolas et Courmont. Étude sur la leucocytose dans l'intoxication et l'immunisation experimentales par la toxine diphtérique. Archives de Méd. Exp. et d'anatom. path. 1897.

2) Besredka. De la leucocytose dans la diphterie. Annales de l'Inst. Pasteur. 1898. Nr. 5.

3) Nicolas, Courmont et Prat. Sur la leucocytose totale et polynucléaire dans l'immunisation expérimentale par la toxine diphtérique. Jour. de phys. et pathol. génér. Paris. 1900. Nr. 6. Novembre.

4) Zargaroff. Krowianaja reakcja pri eksperimentalnom stołbnia-kie. Diss. Peterb. 1899.

5) Werigo. Les globules blancs comme protecteurs du sang. Annales de l'Inst. Pasteur. 1892.

6) Bianchi-Mariotti. Wirkung der löslichen Produkte der Microorganismen auf die Isotonie und Haemoglobingehalt des Blutes. Wien. Med. Presse. 1894. Nr. 36

Każdy królik codziennie był ważony, dwa razy na dzień sprawdzano ciepłotę per rectum.

Przed każdym doświadczeniem badano krew kilkakrotnie, dla zdobycia danych normalnych.

A. *Jad błonicy.*

Jad błonicy, który mi do badań służył, zawdzięczam uprzejmości kol. Palmirskiego. Zwykłą dawkę śmiertelną (podług Ehrlich'a) określiłem dla królika wagi około 2 kilo na 0.1 ccm. Wstrzykiwałem ilości jadu od 0.01 do 4.0, przyczem rozróżniałem dawki małe, średnie i duże.

Wnioski z małych badań wyprowadzam następujące:

1. Jad błonicy w dużych i średnich dawkach wywołuje zmniejszenie ilości czerwonych krążków krwi i hemoglobiny, małe dawki jadu wpływu tego nie wywierają.

2. Duże dawki jadu błoniczego powiększają ciężar właściwy krwi, dawki średnie i małe pozostają w tym kierunku bez wpływu.

3. Jad błonicy wywołuje zawsze hyperleukocytozę, stopień jednakże tej hyperleukocytozy nie stoi w bezpośredniej zależności od ilości wprowadzonego jadu. Hyperleukocytoza ta zwiększa się aż do śmierci zwierzęcia, wyjątek stanowią małe dawki jadu, gdzie pierwotne powiększenie ilości leukocytów ustępuje miejsca obniżeniu, które jednakże zawsze góruje ponad normą.

4. W hyperleukocytozie tej dominującą rolę odgrywają pseudo-eozynofile, których liczba rośnie znacznie, zarówno procentowa, jak też i absolutna. Wzrost ilości pseudo-eozynofiliów występuje bardzo szybko po wstrzyknięciu jadu i w przypadkach śmiertelnych rośnie aż do śmierci. W przypadkach zaś nieśmiertelnych, po zwiększeniu ilości leukocytów, następuje stopniowe obniżenie. Liczba procentowa limfocytów zmniejsza się zawsze, zmniejszenie się to postępuje aż do śmierci—; po małych dawkach, po zmniejszeniu się ilość limfocytów rośnie na nowo. Eozynofile po zastrzyknięciu toksyny w przypadkach śmiertelnych zmniejszają się ilościowo, tak w liczbie bezwzględnej, jako też i procentowej, niekiedy zupełnie nikną ze krwi. W przypadkach nieśmiertelnej intoksykacji zamiast zmniejszenia ilości eozynofiliów otrzymaliśmy wzrost liczby bezwzględnej i procentowej. Duże jednojądrowe i przejściowe stałych zmian ilościowych nie dostarczyły.

5. Ciepłota ciała po wstrzykiwaniach podnosi się, poczem spada stopniowo aż do cyfr subnormalnych przed śmiercią. Waga ciała zwierzęcia obniża się stopniowo aż do śmierci.

6. Doświadczenia kontrolujące (wstrzykiwania jadu zupełnie zneutralizowanego długotrwałym ogrzewaniem do 70° C., buljonu) dowiodły, że zmiany we krwi, spotykane po zastrzykiwaniu jadu błoniczego, nie zależą od tego środowiska, w którym znajduje się on w stanie rozpuszczonym, lecz tłumaczą się wyłącznie działaniem toksycznego pierwiastka.

B. Jad tężcowy.

Jad tężcowy otrzymałem z fabryki chemicznej Meister, Lucius und Brüning z Hoechst nad Menem w oryginalnych, zaplombowanych flaszeczkach z etykietą Tetanus-Testgift V^a. Zwykła śmiertelna dawka tego jadu wynosiła dla królików wagi około 2 kilo podług obliczeń moich 0.15 ccm. Ilość jadu, jaką zwierzętom wstrzykiwałem, wahała się pomiędzy 0.01 a 2.4 ccm.; były dawki małe, średnie i duże.

Doświadczenia doprowadziły do następujących wyników:

1. Jad tężcowy wywołuje zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, stopień zmniejszenia stoi w związku z dawką jadu.

2. Duże dawki jadu tężcowego obniżają ciężar właściwy krwi, dawki średnie i małe stałych wyników nie dają.

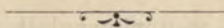
3. Jad tężcowy wywołuje hyperleukocytozę, jednakże nie tak znaczną, jak jad błonicy. Hyperleukocytoza ta nie stoi w prostym związku z ilością wprowadzonej toksyny.

Bezpośrednio po zastrzyknięciu, szczególnie po większych dawkach, występuje naprzód hypoleukocytoza, która następnie przechodzi w hyperleukocytozę, niekiedy dosyć szybko; po małych zaś dawkach jadu, po okresie hypoleukocytozy ilość białych ciałek krwi powraca do normy, po nad którą już się nie podnosi.

4. Ilość pseudoeozynofilów wzrasta. Ilość limfocytów zmniejsza się, szczególnie po dużych dawkach. Eozynofile zawsze podlegają zmniejszeniu ilości. Duże jednojądrowe i przejściowe leukocyty stałych zmian ilościowych nie dają.

5. Waga ciała zwierzęcia stopniowo zmniejsza się. W cieplecie dużych wahań nie zauważyłem.

6. Doświadczenia kontrolujące (wstrzykiwania zobojętnionego jadu) dowiodły, że zmiany we krwi zależą jedynie od toksycznego pierwiastku jadu.



II. Z Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej prof. A. Szczerbakowa
w szpitalu Dz. Jezus.

KRYOSKOPJA

i zastosowanie jej

w chorobach serca i nerek.

Podał

D-r Szesław Otto.

Ordynator Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej U. W.

(Ciąg dalszy).

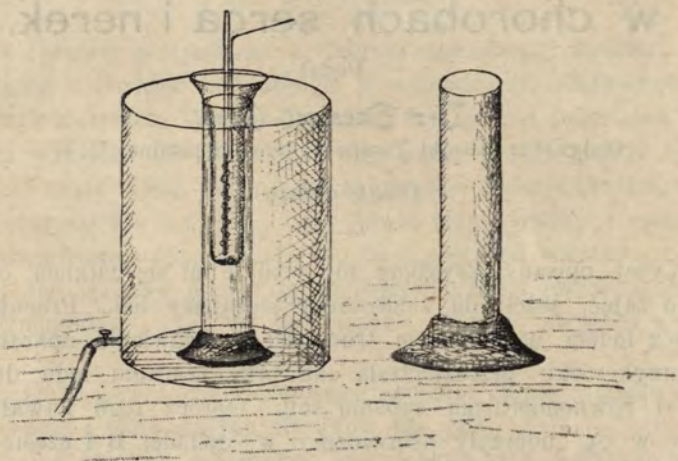
Wyżej opisany kryoskop nie wydaje mi się całkiem odpowiednim do zajęć, jeżeli do zamrażania stosujemy lód. Pracując ustawnie z lodem, napotykałem trudności w ustawieniu aparatu z powodu przykrywki: przeszkadzała ona przy rzucaniu lodu do cylindra A i równomiernemu sypaniu soli. Oprócz tego kawałki lodu, padając w A, uderzały ustawnie w cylinder B i często tłukły go. Jeśli wypadło zrobić około 10 określeń dziennie, to jednego nalożenia cylindra A lodem było zamało i trzeba było też samą uciążliwą robotę nanowo zaczynać. Przyjmując pod uwagę wyżej opisane braki, zmieniłem kryoskop w ten sposób, że zamiast cylindra A używam obecnie trochę większego cylindra z kranem u dołu, przez który odprowadzam wodę (z naczynia) do kubła, ustawionego pod stołem (fig. 2). Przykrywkę odrzucam jako całkiem niepotrzebną. Zamiast cylindra B łatwo tłukącego się, używam cylindra okrągłego, 150 ctm. sześć. objętości, tej samej wysokości, co i cylinder zewnętrzny, z grubymi ścianami, i do tego cylindra wlewam spirytus. Przy tem zmodyfikowaniu kryoskopu bardzo łatwo ustawić przyrząd i uniknąć powtórnego nalożenia przy kilku określeniach.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na prostopadłe ustawienie ciepłomierza oraz na to, aby przy opuszczaniu się rtęci w górnym zbiorniku nie jej nie zostawało, jeżeli używamy normalnego ciepłomierza Celsiusza. Jeżeli bowiem w górnym zbiorniku, lub też w kanale na przestrzeni od górnego zbiornika do dolnego, rtęć pozostaje, ciepłomierz jest zepsuty.

Prawa, według których zmienia się Δ dodanych rozczywnów, mogą być uogólnione, jak następuje:

1) Wszystkie substancje stałe, płynne i gazowe, rozpuszczając się w określonej ilości płynu, który posiada własność przechodzenia ze stanu płynnego w stan stały, obniżają punkt zamarzania roztworów tem więcej, im więcej dany roztwór jest skoncentrowany (Raoult).

Fig. 2



2) Punkt zamarzania danych roztworów jest w stosunku prostym do ilości cząsteczek, zawartych w określonej ilości (Raoult) płynu. Można więc powiedzieć, że cyfra, oznaczająca Δ roztworu, oznacza liczbę cząsteczek (molekuł), zawartych w jednym ctm. sześć. danego roztworu. Dla moczu, np., przy $\Delta=1,58^{\circ}$ możemy powiedzieć że w 1 ctm. sześć. znajduje się 158 cząsteczek, lecz czy tych cząsteczek jest 158 tysięcy, milionów, czy też miliardów, nie możemy określić, nie mając pojęcia o absolutnej wielkości cząsteczki. Jeżeli jednak dwa roztwory marzną przy różnych temperaturach, np. $1,25^{\circ}$ i $0,95^{\circ}$, to możemy powiedzieć, że ilość cząsteczek tych roztworów, zawartych w 1 c. cm., ma się do siebie jak 125 do 95.

3) Jeżeli ciało rozpuszczalne, znajduje się w roztworze z wodą, obniżenie punktu zamarzania tego roztworu Δ jest proporcjonalne do wagi (P) substancji rozpuszczonej, zawartej w stu gramach wody (prawo Raoult'a, nazywane także prawem Błagden'a). A więc można prawo to wyrazić za pomocą formuły: $\Delta=K.P$, gdzie K jest stałe.

Jeżeli $P=1$ grm., Δ podług tejże formuły $=K$; K więc jest obniżeniem punktu zamarzania roztworu, zawierającego 1 grm. substancji na 100 grm. wody.

Rozczyn soli kuchennej 1 grm. na 100 wody ma punkt zamarzania (Δ_2)—0,605.

Znając Δ_2 1% rozczyntu soli kuchennej, możemy na podstawie tylko co przytoczonego prawa określić Δ rozczyntu P% soli kuchennej:

$$\Delta = \Delta_2 P \text{ i } \Delta_2 = 0,605,$$

a więc $\Delta = 0,605 \cdot P$, gdzie P może być większe lub mniejsze od jedności.

4) Jeżeli kilka różnorodnych substancji znajduje się razem w jednym i tym samym rozczyntu, punkt zamarzania Δ tego rozczyntu równa się sumie punktów zamarzania, jaki ma każda z osobna z danych substancji, rozpuszczona w tej samej ilości wody.

Prawa te służą za główną podstawę do zastosowania kryoskopii w biologii. Jednak rozczynty niektórych soli nie podlegają ściśle wyżej wymienionym prawom. Przedewszystkiem wodne rozczynty soli kuchennej nie podlegają drugiemu prawu Raoult'a, odnoszącemu się do proporcjonalności cząsteczek i punktu zamarzania. Obniżenie punktu zamarzania tych rozczyntów w ogóle jest dwa razy większe, aniżeli wymaga prawo. A więc zdawałoby się, że w wodnych rozczyntach soli znajduje się większa liczba cząsteczek, aniżeli to odpowiada formule cząsteczki. Hypoteza Arrhenius'a rozstrzyga w dalszym razie kwestję. Według niej sole w rozczyntach rozpadają się na swoje zasady, czyli tak zwane jony. Cząsteczka soli kuchennej NaCl, rozpadając się na swoje jony Na i Cl, wpływa na obniżenie punktu zamarzania tak, jakby w danym rozczyntu znajdowały się dwie cząsteczki organiczne, nie podlegające już rozpadowi.

Można więc w ogóle powiedzieć, że w płynach organizmu każda cząsteczka mineralna policzona jest 2 razy, odkąd za pomocą kryoskopii określają liczbę cząsteczek, zawartych w danej objętości płynu. Lecz to nie zmienia kwestyi, albowiem z punktu widzenia fizjologicznego, każdy oddzielny jon ma toż samo znaczenie co cząsteczka.

Trzecie prawo Raoult'a, nazywane także prawem Błagden'a, proporcjonalność pomiędzy wagą substancji rozpuszczonej i punktem zamarzania danego rozczyntu, nie jest całkiem ściśle. Mianowicie, różnica pomiędzy punktem zamarzania Δ , wyliczonym ze wzoru i spostrzeganym w rzeczywistości, rzadko przewyższa $\frac{1}{30}$ przy obniżeniu na 1 stopień; dla substancji organicznych różnica ta wogóle nie przewyższa $\frac{1}{60}$. Niżej przytoczony przykład, znaleziony u Bourquet'a, najlepiej objaśni tę sprawę:

Mocz prawidłowy	Δ istotny	Δ_1 obliczony ze wzoru	różnica
	— 0,875		
1 część moczu + $\frac{1}{2}$ wody	— 0,61	0,583	0,027
1 " " 1 " "	— 0,45	0,437	0,013
1 " " 2 " "	— 0,31	0,291	0,019
1 " " 3 " "	— 0,235	0,218	0,017
1 " " 4 " "	— 0,19	0,175	0,015

A więc przy rozcieńczeniu moczu czterema częściami wody, Δ obliczony różni się od obserwowanego mniej, niż o 0,02; błąd w tym przybliżeniu nie przekracza granic możliwości.

Czwarte prawo, głoszące, że Δ kilku substancji równocześnie rozpuszczonych w jednym roztworze, równa się sumie punktów zamarzań, jaki ma każda z danych substancji oddzielnie wzięta, ma bardzo dużo wyjątków. Lecz w zasadzie prawo to sprawdzane bardzo często przez fizyologów, jest całkowicie przyjęte dla płynów organizmu ludzkiego.

Roth, na propozycję Koranyi'ego, przygotował 1% roztwór NaCl i roztwór mocznika 1 na 100. Punkt zamarzania obu roztworów był określony bezpośrednio za pomocą kryoskopu:

$$\Delta \text{ 1\% NaCl} = 0,602$$

$$\Delta \text{ 1\% mocznika} = 0,303.$$

Zmieszano dwa roztwory: jeden zawierający 2,342 grm. NaCl na 100 wody i drugi, zawierający 1,056 grm. mocznika na 100 wody. Δ oznacza punkt zamarzania, określony bezpośrednio, Δ_1 punkt zamarzania, obliczony podług wzoru.

	Δ_1	Δ	$\Delta - \Delta_1$
1 część NaCl + 1 cz. roztw. mocz.	0,86	0,87	0,01
1 " " 2 " " "	0,68	0,70	0,02
1 " " 4 " " "	0,54	0,55	0,01
1 " " 5 " " "	0,42	0,43	0,01
2 " " 1 " " "	0,99	1,00	0,01
4 " " 1 " " "	1,19	1,19	0,00
10 " " 1 " " "	1,31	1,33	0,02

Widzimy więc, że i w tym wypadku różnica pomiędzy określeniem punktu zamarzania na podstawie wzoru i istotnym, nie przekroczyła 0,02; omyłka taka znajduje się w granicach możliwości, możemy więc na nią nie zwracać uwagi.

Po tym krytycznym rozbiore praw Raoult'a przychodzimy do wniosku, że prawa te mogą być całkowicie zastosowane w biologii, albowiem omyłki, jakich się dopuszczamy, posługując się temi prawami, znajdują się w granicach, usprawiedliwianych nawet w matematyce.

(D. c. n.)

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i ukł. nerw.

242. H. C. Thomson. **Ostra rostrzeń żołądka.** (The Lancet, 23. X. 1901, str. 1113.)

Ostra rostrzeń żołądka odznacza się nagłym początkiem, zwracaniem b. dużych ilości płynu i ciężkimi objawami ogólnymi, które w przypadkach opisanych zawsze kończyły się zejściem śmiertelnem w kilka dni po rozpoczęciu choroby. Chorobę tę pierwszy opisał dr. Hilton Fagge (1901 r.), który wyliczył 4 przypadki, z nich dwa z własnej praktyki. Odtąd o 1 przypadku doniósł H. Morris, pozatem przedmiot ten nie zwracał na siebie uwagi lekarzy. Autor w ciągu ostatnich 3 lat robił autopsję 4 przypadków, w których śmierć była spowodowana bezpośrednio ostrą rozstrzenią żołądka; sądzi on, że choroba ta, acz bardzo rzadka, nie jest jednak tak rzadka, jak wielu mniema i że różnica między ciężkimi przypadkami, a postaciami lżejszemi, nieraz towarzyszącymi ciężkim chorobom, jest tylko różnicą natężenia sprawy, a nie że sprawy są różne.

W przypadku pierwszym ostra rostrzeń nastąpiła nagle po rozstrzeni przewlekłej, zależnej od nowotworu odźwiernika.

Chory, mężczyzna lat 48, od 3 miesięcy uskarżał się na nieprzyjemne uczucie po przyjęciu pokarmów i częste wymioty. Przy oględzinach wstępnych okazało się, że żołądek był rozszerzony i rozciągnięty ku dołowi na cał nad pępkiem; nie słyhać było belkotania. Niewyraźny guz dał się wyczuć in epigastrio. Tętno było 84, prawidłowe. Stan chorego wydawał się niezłym i stanowczo narazie nie dawał objawów zatrważających. Po 3 dniach żołądek był prze-
myty w celu zapobieżenia wymiotom, nie różniącym się niczem od zwykłych wymiotów w raku odźwiernika.

Wyciągnięto 1140,0 płynu miękkim zgłębnikiem. Chory uczuł ulgę i zabieg był powtórzony następnego dnia (4-go); w przerwie pomiędzy temi zabiegami wymiotów nie było. Znowu osiągnięto ulgę i chory w południe spożył pół kwarty rosółu i nieco leguminy. Nagle po południu nastąpiło pogorszenie, które się zaczęło od lekkiej czkaw-

ki z pewnym niepokojem i bólem brzucha. Ból się wzmógł, nastąpiły wymioty, po których wystąpiła zapaść. Granice żołądka zarysowały się wyraźnie; zajmowały większą przestrzeń, niż przedtem; nie było stężenia mięśni, ale ściany brzucha nie poruszały się przy oddychaniu. W obec tych ostrych objawów autor sądził, że nastąpiło przedziurawienie żołądka. Następnego dnia (5-ego), chory był senny, lecz na ból się nie uskarżał, tętno było 120, dolna granica żołądka dosięgała pępka i odgłos bębnekowy dawał się wypukać pod lewą pachą na wysokości 4 żebra. Chorego karmiono lawatywami odżywcze i stan ogólny pozostawał jednakowy przez cały dzień, ale ku wieczorowi zapaść się wzmogła, a objętość brzucha się zwiększyła. Śmierć nastąpiła 8-go dnia. Na sekcji okazało się, że żołądek był mocno rozciągnięty przez gazy i zawierał sporą ilość ciemno-brunatnego płynu. Kształt żołądka był cylindryczny, krzywizna mała była wyraźnie załamana, krzywizna duża była zaokrąglona i sięgała nieco poniżej *crista ilei*. U odźwiernika przejście do dwunastnicy było silnie zwężone przez nowotwór. Ten przypadek jest, według autora, przykładem nagłego obostrzenia rozstrzeni przewlekłej; żołądek od dłuższego czasu przewycięzał opór, gdy nagle nastąpiła ostra rozstrzeń. Autor sądzi, że słabe podrażnienie, wywołane przez przemycie żołądka, zachwiała równowagę, albo też—do czego autor bardziej się przechyla—nowotwór zajął jakie sąsiednie twory nerwowe.

Drugi przypadek nastąpił po chirurgicznym zbadaniu nerki.

Mężczyzna lat 26, wykazywał objawy kamienia nerkowego. Prawa nerka została zbadana drogą cięcia lędźwiowego. W parę godzin po dokonaniu rękoczynu wystąpiły wymioty i trwały bezustannie aż do śmierci, która nastąpiła 6-go dnia. Ciepłota nieco się wahała, ale wogóle była niska, dosięgając przed śmiercią 36,7; tętno było bardzo częste od 120 do 140. Na sekcji autor znalazł żołądek ogromnie rozszerzony, kształtu cylindrycznego; brzeg dolny był na poziomie *cristae ilei*; początek dwunastnicy był też rozciągnięty. Żołądek zawierał gazy i sporą ilość gęstego zielonego płynu. Kiszki, z wyjątkiem górnego odcinka dwunastnicy, nieco były zapadnięte. Nie było zwężenia odźwiernika, ani żadnych widocznych zmian w ścianach żołądka. *Nephritis chronica* w słabym stopniu.

Przypadek 3-ci. Kobieta lat 40, z silną żółtaczką. Różniczkowanie między kamieniami żółciowymi a nowotworem było nieco niepewne, wobec czego uznano za stosowne wykonać próbną laparotomię. Okazało się, że główka trzustki była zajęta przez nowotwór i że pęcherz żółciowy był rozciągnięty. Do pęcherza założono sączek, a ranę zaszyto. 4 dnia po wymiotach wystąpiła zapaść, może ponieważ spowodowana—przez znaczny krwotok, który nastąpił w ranie. Wymioty nie ustawały i chora zrzucała wielkie ilości brunatnego płynu. Śmierć na 9 dzień. Autopsya: żołądek silnie rozciągnięty głównie przez gazy, gdyż płynu była ilość niewielka, barwy zielonawej. Żołądek miał ten sam kształt cylindryczny, co i w innych przypadkach, ale nie był tak wielki. W główce trzustki był twardy nowotwór, który jednak nie bardzo wystawał i, o ile autor mógł sądzić, nie powodował zwężenia odźwiernika. Także i podczas

poprzedniego badania brzucha nie zauważono, by żołądek był rozszerzony.

Przypadek 4-ty dotyczy chorej, u której ostra rostrzeń żołądka wystąpiła jako powichłanie zapalenia opłucny i płuc. Kobieta lat 24, z objawami stwardnienia dolnego płata prawego płuca i wyraźnymi oznakami zapalenia opłucnej z tejże strony. Następnego dnia stan chorej poprawił się nieco, gdy nagle chora dostała wymiotów, które z niewielką przerwą trwały do śmierci, która nastąpiła w 36 godzin po wystąpieniu wymiotów. Na sekcji znaleziono żołądek ogromnie rozciągnięty i sięgający do spojenia łonowego. Zawierał on około kwarty ciemno zielonkawego płynu, prócz tego duża ilość płynu wylała się przez usta przy przenoszeniu ciała. Po wypuszczeniu zawartości z żołądka tenże szybko się skurczył i w kilka minut wielkość jego nie przewyższała zwykłej. Autor zarecza, że nikt, ktoby żołądek ten wówczas widział, nie poznałby, że zaledwie przed chwilą był tak ogromnie rozciągnięty; ściany żołądka miały wygląd zupełnie zdrowy. Kiszki były zapadnięte. W płucach pneumonia et pleuritis.

Przeglądając literaturę przedmiotu, autor dochodzi do wniosku, że ostra rostrzeń żołądka może wystąpić bez jakiegokolwiek widocznej przyczyny, tak, że dotknięty nią osobnik wydaje się zdrowym, aż do chwili, gdy już wystąpią ostre objawy choroby. W niektórych przypadkach znajdowano poboczne sprawy chorobowe, towarzyszące rostrzeni, w innych rostrzeń następowała bezpośrednio po rękoźynie chirurgicznym, nieraz mającym związek z narządami brzuszными. W literaturze angielskiej opisano (według autora) 2 przypadki, w których rostrzeń nastąpiła bez widocznej przyczyny i w których po śmierci innych zmian nie znaleziono, dalej—5 przypadków, w których autopsyjnie wykazano zmiany, towarzyszące rostrzeni i 3 przypadki, w których rostrzeń nastąpiła po zabiegu operacyjnym, przyczem po śmierci innych zmian nie znaleziono, wreszcie,—2 przypadki, gdzie zabieg operacyjny łączył się ze zmianami, znalezionymi po śmierci. Co się tyczy objawów i zmian po śmierci znajdujących, to prawie zawsze występuje wzdęcie brzucha, następnie wymioty jako objaw stały. Wymiociny są rzadkie i zrzucane bez wysiłku. Ilość moczu stale się zmniejsza, a w ciągu ostatniej doby przed śmiercią występuje zupełny bezmocz. Z objawów ogólnych stale bywa zapaść, tętno słabe, częste, oddechy częste, ciepłota opada niżej normy. Występuje silne pragnienie, prawdopodobnie wskutek nadmiernego wymiotowania płynów. Przy badaniu pośmiertnym żołądek ma wygląd cylindra zgiętego w kształcie litery V z jednym ramieniem krótszym, drugim dłuższym. Kąt między ramionami—curvatura minor—jest bardzo ostry. Chociaż ściany żołądka są bardzo rozciągnięte, jednak zachowują swoją elastyczność, czego dowodzą wymioty za życia i kuczenie się ścian po śmierci, gdy zawartość żołądka jest wypuszczoną. Kiszki bywają zapadłe, jakby ściśnięte przez rozciągnięty żołądek, to znów część ich może być rozciągnięta, nawet coecum i colon ascendens.

Przyczynę choroby autor widzi w podrażnieniu układu nerwowego i sądzi, że podrażnienie odnośnych nerwów może nastąpić, albo miejscowo wzdłuż ich przebiegu, albo też po wstrząsie całego układu

nerwowego. Przykładem pierwszego sposobu powstania rostrzeni mają być przypadki, gdzie istniała zmiana chorobowa w okolicy żołądka, lub tylko w bliskości (zapalenie opłucny), przykładem drugiego przypadku, wklajające zabiegi chirurgiczne. Autor powołuje się na paralityczną rostrzeń kiszek, która często występuje po ciężkich operacjach brzusznych i przy zapaleniach otrzewny, jako na zjawisko pokrewne.

Co się tyczy terapii, to nie istnieje żadna. Usunięcie zawartości żołądka—coprawda, rzadko stosowane—nie przynosiło ulgi. Odżywianie musi się odbywać przez odbytnicę. Wobec objawów zapaści zastrzykiwanie strychniny. Nakoniec, mając na uwadze, ile płynu wyprowadzają z ustroju nieustanne wymioty, autor zaleca hypodermoklizmy.

Z. Moczarski.

243. Windschied. **O stosunku miażdżycy tętnic do cierpień mózgu.** (Münchener Medicinische Wochenschrift. Nr. 9. 1902).

Wiadomo, że miażdżyca tętnic może być powodem krwotoku mózgowego, zatoru tętnicy mózgowej lub jego tętniaka, że wreszcie istnieje specjalna postać choroby umysłowej, dająca się sprowadzić do miażdżycy tętnic mózgowych. Wiadomo jest także, że rozpoznanie miażdżycy tętnic stawiamy wtedy, jeżeli dostępne dla dotyku naczynia wykazują zmiany wybitne. Objawy, wywoływane przez miażdżycę tętnic są rozmaite, stosownie do tego, w jakim narządzie umiejscowione są zmiany w tętnicach: odróżniamy tedy wraz z Schrotter'em postać sercową, jelitową, nerkową, skórną. Zadaniem niniejszej pracy autora jest nakreślić pokrótce obraz objawów klinicznych, towarzyszących miażdżycy tętnic mózgowych, przyczem wyłączone tutaj takie stany, jak krwotoki, zatory lub tętniaki tętnic mózgowych, wreszcie cierpienia umysłowe, które, według autora należy uważać już za skutek samego cierpienia, a nie towarzyszące mu objawy.

Już przy rozpoznaniu napotykamy trudności w rozstrzygnięciu kwestyi, czy istotnie naczynia mózgowe dotknięte są sprawą miażdżycową, ponieważ naczynia te niedostępne są ani wyczuwaniu, ani oględzinom bezpośrednim, ani badaniu za pomocą promieni Röntgen'a. Nie możemy także kierować się tutaj zasadą analogii przy daleko już nawet posuniętej sprawie w naczyniach obwodowych. Objawy miażdżycy tętnic mózgowych występują początkowo w postaci pewnego zmęczenia i wyczerpania umysłowego. Objaw ten występuje najwybitniej u ludzi, zajmujących się wyłącznie pracą umysłową. Tracą oni prawie nagle zdolność przystosowywania się do wszelkiej nowej czynności. Wkrótce potem występują i inne zaburzenia: bóle i zawroty oraz osłabienie pamięci, zwłaszcza jednoczesne występowanie tych zaburzeń posiada doniosłe znaczenie rozpoznawcze. Ból głowy występuje w postaci ucisku i najeczęściej umiejscowiony bywa w okolicy czołowej—nasila się przy pochylaniu, naprężaniu tłoczni brzusznej

oraz przy wysiłkach fizycznych. Zawrót głowy nigdy nie osiąga silnego natężenia, zaś osłabienie pamięci jest częstokroć pierwszym objawem, zwracającym na siebie uwagę chorego. Jako objaw poboczny występuje czasem także nietolerancja względem alkoholu.

Objaśnienie objawów tych nastęrcza pewne trudności. Jasnym jest, że miażdżyca tętnic musi wywoływać pewne zaburzenia w krążeniu mózgowem. Opór ściany naczyniowej staje się większy, samo naczynie ulega zwężeniu. Skoro więc najmniejsze terytorium naczyniowe ulegnie sprawie miażdżycowej, musi wytworzyć się zmiana w ciśnieniu. Dodać należy, że wszystkie momenty, zwiększające ciśnienie tętnicze w jamie czaszkowej, zwiększają także i dolegliwości chorych. Tu należą wymienione już powyżej wysiłki fizyczne, zbyt silne naprężenie tłoczni brzusznej, np. przy oddawaniu stolca, nagłe przekrwienie mózgu przy przestraczu, gniewie lub wzmożeniu radośnem. Musimy tutaj zwrócić uwagę na fakt, posiadający wielkie znaczenie: otóż częstokroć na sekcji znajdujemy wybitne zmiany w tętnicach, jako zjawisko poboczne, podczas gdy za życia nie było żadnych objawów ze strony mózgu. Istnieją przeto tysiące ludzi z wybitnymi zmianami w tętnicach mózgowych, którzy żyją przez lata całe w zupełnem zdrowiu, dopóki nagle nie wystąpią objawy miażdżycy tętnic mózgowych. Ponieważ niepodobieństwem jest przypuścić, ażeby sprawa miażdżycowa powstawała w sposób ostry, musimy przyjąć tedy obecność jakiegoś mechanizmu regulującego, który jest w stanie przez mniej lub więcej długi przeciąg czasu wyrównywać szkodliwy wpływ miażdżycy tętnic na ciśnienie oraz krążenie krwi. Jakiego rodzaju jest ten mechanizm regulujący, na to trudno jest odpowiedzieć dokładnie. Wiadomo nam jest tylko, że naczynia mózgowe pogrążone są w tkance bardzo miękkiej, tkanka zaś ta otoczona jest twardą powłoką, której zawartość regulowana jest przez ciecz mózgo-rdzeniową, wypełniającą wszystkie szpary. Bądź co bądź, dopóki ten mechanizm regulujący działa dokładnie, sprawa miażdżycowa znajduje się w stanie jakby utajonym. Często jednak mechanizm ten nagle przestaje funkcjonować: czy to wskutek zużycia się w wieku starczym, czy to wskutek nagłego wzmożenia ciśnienia krwi w jamie czaszkowej i przekrwienia mózgu, czy to wreszcie wskutek urazu kośćca czaszkowego. Na ostatni punkt ten zwraca autor szczególną uwagę, gdyż uderzył go fakt, jak często u osobników, które uległy nieszczęsnym wypadkom, występują wybitne objawy miażdżycy tętnic. Chorzy tacy mogli przez długie lata pracować ze swoją miażdżycą, nie odczuwając najmniejszych dolegliwości. Dopiero po urazie głowy—częstokroć natury zupełnie niewinnej i niemającym nic wspólnego z istotnym wstrząsem mózgu (*commotio cerebri*), występują rozmaite objawy nerwowe: wyczerpanie umysłowe oraz szereg objawów histerycznych, właściwych t. zw. nerwicom urazowym. Autor zaznacza tu z naciskiem, że w bardzo wielu przypadkach takich nie chodzi tutaj o pierwotne wystąpienie zmian cząsteczkowych w tkance nerwowej oraz wystąpienie miażdżycy tętnic, jako ich skutku. Przeciwnie: chodzi tu o pierwotne zmiany w ośrodkach naczyniorucho-

wych, w owym mechanizmie regulującym, którego uszkodzenie podczas urazu *wyprowadza na jaw* dawno istniejące już cierpienie miażdżycowe tętnic.

Władysław Sterling.

244. Diehl. **O napadach neurastenicznych.** (Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 9. 1902).

Autor opisuje kilka przypadków ciężkiej neurastenii, podczas których występowały okresy wybitnych zaburzeń w psychice chorych: okresy takie, występujące wybuchowo, nazywa autor „napadami neurastenicznymi“. Napady te nie cechują się żadną peryodycznością, o bezpośredniej przyczynie ich chorzy nie mogą zazwyczaj dać wyjaśnienia; występują one najczęściej w okresie ciężkich zaburzeń nerwowych i znikają przy polepszeniu choroby podstawowej. Chorzy zazwyczaj odczuwają dokładnie czas zbliżania się znanej im już zmiany w psychice. Czas trwania napadu wynosi zazwyczaj kilka godzin—w chwili przechodzenia napadu chorzy odczuwają widoczną ulgę. Podczas napadu spotykamy się z głęboką chorobową zmianą świadomości. Wyobrażenia nie powstają wtedy w sposób normalny, lecz przebiegają w kierunku, który w innych okresach był dla chorego najzupełniej obcy. Nie spotykamy przytem żadnych wybitnych wykroczeń przeciwko logicznemu myśleniu, co daje się spostrzegać przy wyobrażeniach przymusowych. Czynność intelektualna podczas rozwiniętego napadu dla chorego nie stanowi nic nienormalnego; przeciwnie chwala się chorzy tacy, że właśnie w czasie takiego napadu zyskują zdolność rozumnego i jasnego pojmowania rzeczy. Nie uświadomiamy oni sobie zaburzeń w zdolności prawidłowego sądu i nawet najdziwaczniejsze okropności nie naprowadzają ich na myśl o chorobowości ich stanu. Zdaje się także, że na wysokości napadu nie rozporządzają chorzy normalnym zasobem pamięci. Być może także, że właśnie to znikanie ważnych wspomnień stanowi przyczynę wybitnych zaburzeń w zdolności prawidłowego sądenia. Z rozwiniętym napadem połączony bywa pewien nastrój, który zazwyczaj nosi zabarwienie smutne. Nastrój ten nadto związany jest z męczącym uczuciem jakiegoś wewnętrznego napięcia. Napięcie to, według słów chorych, umiejscowione jest nie tylko w głowie, lecz i wogóle w całym ciele. Chorzy tacy opowiadają, że w chwilach takich popełnienie jakiegoś szaleństwa, rozbijanie, tłuczenie i t. d. sprawiło by im znaczną ulgę. O uczuciach i sprawach podczas samego napadu opowiadają oni potem tak dokładnie, że pamięć w stosunku do samego napadu jest, jak się zdaje, całkowicie zachowana. Następuje wtedy jakoby zupełne opamiętanie oraz skorygowanie błędnych wyobrażeń. Być może jednak, że nawet te sprawdzone wyobrażenia podlegają podczas nowego napadu chorobowej przeróbce, gdyż spostrzeżenia autora przemawiają za tem, że wyobrażenia patologiczne mogą powtarzać się z niezwykłą uporczywością podczas rozmaitych napadów.

Czy zaburzenia powyższe są wyrazem neurastenii konstytucyjnej, czy też nabytej, kwestya ta, według autora, nie daje się jeszcze rozstrzygnąć. Kilka przypadków spostrzeganych przez autora wskazuje na to, że przyjmowanie alkoholu podczas napadu działa bardzo zgubnie. Nawet wielkie dawki alkoholu nie wprowadzały chorych w stan odrętwienia: przeciwnie—niepokój zwiększał się i jednocześnie potęgowała się chęć popełniania szaleństw. Opisanych przez siebie napadom przypisuje autor doniosłe znaczenie sądowo-lekarskie: nagle występujące zamroczenie świadomości u osobnika pod względem psychicznym dotychczas normalnego może być powodem zabójstwa i innych czynów agresywnych. Wybuch podobnego napadu może być przytem tylko ogniwem końcowem nieprzerwanego łańcucha pozornie zupełnie niewinnych objawów neurastenicznych.

Władysław Sterling.

II. Choroby dzieci.

245. **H a u s e r.** (Karlsruhe). **Śmiertelność niemowląt, jej przyczyny i sposoby zwalczania.** (Der Kinderarzt. 1901. 7.)

W obszernym odczycie na zjeździe badeńskich lekarzy państwowych autor omawia sprawę śmiertelności niemowląt w zależności od toksyn, zawartych w mleku, używanem do sztucznego karmienia. Przed kilku laty na jednym ze zjazdów lekarskich pedyatra *S o n n e n b e r g e r* zapewniał na mocy własnych spostrzeżeń, że wzmaganie się śmiertelności dzieci nie tyle idzie w parze z działaniem upałów, ile raczej ze spożywaniem zielonej paszy przez krowy, że przeto zabiegi profilaktyczne nie powinny ograniczać się do samego wyjąłowania mleka, które nie zapobiega przenikaniu do tegoż toksyn z roślin, spożywanych przez zwierzęta, dostarczające mleka. Opierając się na tych poglądach i na badaniach przyrodniczo-statystycznych śmiertelności niemowląt w Bawaryi, prof. *B r a u n g a r t* (przyrodnik) dowodzi, że przyczyny cięższych postaci zaburzeń w trawieniu, a tem samem śmiertelności niemowląt szukać należy w zatruciu mleka krowiego alkaloidami roślinnymi, zwłaszcza alkaloidem zimowitu jesiennego (*colchicum autumnale*) t. z. kolchicyną, której najłabsze nawet dawki stanowią niebezpieczeństwo dla dzieci. *B.* opiera się na spostrzeżeniu, że najwyższa cyfra śmiertelności dzieci w Bawaryi przypada na te okręgi, w których najobficiej rośnie zimowit jesienny; ponieważ ostatni najbujniej rozrasta się na gruncie wapiennym, przeto największą śmiertelność mają wykazywać okręgi o pokładzie wapienia (formacyi jurajskiej).

Chcąc przekonać się, czy i w Wielkiem Księstwie Badeńskiem daje się spostrzegać taki sam stosunek śmiertelności niemowląt do obfitości zimowitu jesiennego, jak to *B.* znalazł w Bawaryi, *H a u s e r* zestawił statystykę śmiertelności dzieci do końca 1-go roku życia

w pojedynczych okręgach z urzędowymi danymi geologicznymi tych okręgów pod względem zawartości wapnia w gruncie. Oznaczywszy cyfrą: 0 brak wapnia, jedynką zawartość tegoż w całym okręgu i ułankami dziesiętnymi pośrednie stopnie zawartości, ułożył odpowiednią skalę, którą graficznie zestawił ze skalą śmiertelności niemowląt w ciągu 10-lecia (od r. 1889 do 1899). Otóż załączone 2 tablice w ten sposób ułożone (jedna dla pojedynczych okręgów, druga dla większych obwodów) nie stwierdzają zaznaczonej przez Brauugart'a równoległości między śmiertelnością niemowląt a zawartością wapnia w pokładach ziemi Wielkiego Księstwa Badeńskiego; autor przeto powątpiewa o związku przyczynowym między obfitowaniem łąk w zimowit jesienny a śmiertelnością dzieci. Przeciw takiemu związkowi przemawia też spostrzeżenie najwytrawniejszych gospodarzy wiejskich i weterynarzy, że niezmiernie rzadko rogacizna, czy na łące, czy w woborze spożywa trujące części zimowitu (liście i nasiona), chyba, gdy im drobno je pokrajać i mieszać z paszą; czynią to czasami osobniki młode i nieodświadczone, które przypłacają to chorobą. Prócz tego sezon biegunek letnich u dzieci nie odpowiada porze nieżytyw jelit u krów i cieląt, ani porze karmienia bydła siczką. Ostatecznie, nie zgadzając się z wnioskami Brauugart'a, autor skłania się poniekąd do zdania Sonnenberger'a, dowodząc potrzeby ulepszenia statystyki śmiertelności z uwzględnieniem formacji geologicznej okręgów i proponuje dokonywanie odnośnych doświadczeń fizyologiczno-chemicznych na krowach i kozach, stosownie karmionych w zwierzyńcach higienicznych i to w czasie największej i najmniejszej śmiertelności dzieci, a także badania mleka zwłaszcza na laseczniki gruźlicze i na alkaloidy roślinne oraz wyszczególnianie na schematach przy oznaczaniu śmierci z zaburzeń trawienia *dzieci karmionych piersią i sztucznie karmionych*; do pierwszych winny być zaliczone tylko te, które do samej śmierci nie przyjmowały nic prócz pokarmu kobiecego.

B. Polikier.

246. J. W. Troickij. **Pewne sposoby zwalczania chorób i śmiertelności ssawców.** Mowa na dorocznym zebraniu Kijowskiego Towarzystwa Pedyatrycznego 30. X. 1901. (Wręcz 1. XII. 1901).

Autor występuje ostro przeciw obojętności, z jaką przechodzą do porządku dziennego nad ogromną śmiertelnością niemowląt zarówno osoby prywatne, jak i instytucje dobroczynne, społeczne i rządowe. Według higienisty Fonssagrioes'a, ogólna śmiertelność dzieci w Europie wynosi 8%, z czego maximum przypada na Rosję 75, 7%, minimum na Norwegię 6%. Ogółem umiera niemowląt 22%, od 1-5 lat 4%, od 5-15 lat 1%. Według J. Bertillon'a, we Francji śmiertelność dzieci w 1-ym r. życia jest taka sama, jak starców, którzy doczekali się 80 lat. Jeszcze smutniej przedstawia się śmiertelność w Rosyi, gdzie w większych miastach do końca 1-go roku pozostaje przy życiu zaledwie połowa (Nikotenko). Na zachodzie

umiera około 20%, nieuniknione minimum wynosi 10% (Uffelmann). Przechodząc do przyczyn, autor zastanawia się przedewszystkiem nad chorobami przewodu pokarmowego, powołując się na statystykę belgijską i francuską, według których 33—50% zależy od zaburzeń w trawieniu, które u niemowląt są 5 razy częstsze, niż w okresie od 1—5 lat. Do warunków, usposabiających i wywołujących te cierpienia, należą: niski stan oświaty, ubóstwo w szerszym znaczeniu tego wyrazu, stanowisko społeczne i po części nawyknięcia, tradycje, obyczaje, według Erismana'a, przedewszystkiem niedostateczna opieka i nieprawidłowe żywienie. Wreszcie, autor dowodzi, że w niektórych krajach w porównaniu z wiekami ubiegłymi odsetka śmiertelności zmniejszyła się dzięki postępom nauki i różnym instytucjom dobroczynnym (zwłaszcza we Francji), mającym na celu ochronę niemowląt.

Wnioski autora: 1. Moralnym obowiązkiem zamożnych warstw ludności oraz instytucji towarzyskich i rządowych jest urządzenie przytułków, w których ubogie niemowlęta otrzymywałyby schronienie stałe, lub czasowe, już to bezpłatnie, już to za niską opłatą i do których matki miałyby wolny wstęp i możność przypatrywania się, jak należy karmić i pielęgnować swoje niemowlęta. 2. Instytucje takie powinny odpowiadać wymaganiom higieny, przyjmować ograniczoną ilość dzieci i pozostawać pod ustawicznym i bezpośrednim nadzorem lekarza. 3. Oprócz niezbędnej ilości karmicielek zakład powinien być zaopatrzony w najlepsze środki, służące do sztucznego żywienia, lub dokarmiania dzieci i dla rozdawania ich matkom, posiadającym za mało pokarmu. 4. Przy zakładzie winny istnieć szkoły dla matek, gdzieby lekarz żywym słowem zaznajamiał je z zasadniczymi warunkami karmienia i pielęgnowania dzieci. 6. Niezależnie od tego rodzaju przytułków należy zająć się sprawą udzielania wsparcia tym matkom, którym ciężkie warunki bytu nie pozwalają spełniać obowiązku macieżyńskiego, do którego się poczuwają.

B. Polikier.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

247. (kn) Na drugim Zjeździe chirurgów rosyjskich w Moskwie w Grudniu r. z. prof. Tile z Petersburga wygłosił odczyt o porównaniu **uszkodzeń**, zadawanych przez dawniejsze ołowiane i nowoczesne **kule opancerzone**. Co do własności dodatnich kul tych podnieść należy, co następuje: pociski tegoczesne rzadko kiedy zatrzymują się w tkankach i wywołują wstrząs słabszy; zdradzając mniejszą skłonność do zmian postaci swej, mniej też stwarzają warunków ku powstawaniu ran szarpanych. Rany tkanek nie ważnych dla życia dają rokowanie lepsze, rany płuc przebiegają pomyślniej. W obec zalet tych odsetka wyzdrowień osobników, podniesionych z pola bitwy, wzrosła, w porównaniu z dawniejszemi czasy, wyraźnie.

Nie zbywa jednak pociskom dzisiejszym i na stronach ujemnych

Posiadając daleko większą siłę rozpędu, kule opancerzone zadają danemu osobnikowi uszkodzeń więcej, a nawet mogą powalić od razu 3—4 ludzi; zastawiania się i osłaniania wszelkie tracą tu na wartości, a niezbędne dla życia narządy, jak mózg, serce i trzewa narażonemi są na szwank nawet wtedy, gdy wielki dystans przedziela linie bojowe. Rany brzucha są tu zazwyczaj bardzo ciężkie i większość rannych takich ginie już na pobojowisku, przyczem krwotoki z ran bywają daleko obfitsze, niż spostrzegano to podczas wojen dawniejszych. Na odległości bliskiej kule opancerzone działają niesłychanie morderczo i wybuchowo, a pocisk, idący rykoszetem, nieje zniszczenie, bez porównania większe od używanych niegdyś kul ołowianych. Wreszcie, bezwzględna cyfra rannych i cyfra tychże w daną jednostkę czasu jest dziś wyższą niezaprzeczenie. Pogląd więc, głoszący, że pociski broni nowoczesnej są „bardziej ludzkie“, oparty jest na zupełnej nieznamomości rzeczy; broń ta czyni odsetkę zejść niepomyślnych znacznie większą i stanowczo uznana być winna za daleko więcej szkodliwą, niż karabiny, używane trzy lub cztery dziesiątki lat temu. (Russkij Wracz. Nr. 5. 1902.).

248. (kn) Wrodzona siła **odporna otrzewny** w stosunku do infekcyi polega, jak wiadomo, na niszczeniu zarodków przez komórki śródbłonkowe i bezbarwne ciała krwi. Otóż d-r. Biondi postanowił rozwiązać pytanie, czy siłę tę możnaby powiększyć drogą zastrzykiwania środków pobudzających działalność owych kulek krwi, jak np. roztworu soli kuchennej? Badania odpowiednie autor przeprowadził z nader jadowitymi hodowlami lasecznika okrężnicowego (*bacterium coli*), których krople ośm, zastrzykniętych do jamy brzusznej świnki, morskiej spowodują śmierć nieuchronną. Jeżeli jednak, dniem wprzód, zastrzyknięcie się zwierzęciu 1,0 soli, to ostatnie, po zatruciu kulturami, umiera później; uodporniona 2,0 soli świnka morska, zdycha po zastrzyknięciu 17 dopiero krople hodowli. Jeżeli, wreszcie, używano do iniekcji kultur wyjałowionych lasecznika, zwierzęta znosiły bezkarnie dawkę, zawierającą 21 krople preparatu. (Centralbl. für Chirurgie. Nr. 16. 1902.).

249. (kn) W wydawnictwie W. Roth'a: „Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens“ znajdujemy nie pozbawione niejakiego interesu sprawozdanie wojskowego lekarza hiszpańskiego Aycarta, dotyczące kampanii na Filipinach. Na uwagę zasługuje przedewszystkiem **opis ran**, które nieraz zadawali żołnierzom wojsk rządowych krajowej osobliwszą **bronią, zwaną Bolo**, i stanowiącą coś w rodzaju kombinacji noża i topora. W początkowym okresie walk uszkodzenia tą bronią zadawane stanowiły 60% ogólnej liczby ran, był to zatem fakt niezwykle w stosunku do zasad nowoczesnej taktyki wojennej, która zapasom „maż z mężem“, zrzadka tylko nastęrcza sposobność. Najczęstszem umiejscowieniem ran takich była głowa i szyja, potem — przedramię i ręce; odpowiednio też do tego zauważono niejednokrotnie pęknięcia kości czaszkowych, przepukliny mózgowe, wielkie płatowe rany skóry, wymagające dokonywania licznych operacji wytwórczych. Rany z ręcznej broni palnej odznaczały się rozmaitością wielką, stosownie

do tego, czy pochodziły od karabinów nowszego kalibru, czy od starych skalkówek z 15 mm. okrągłymi kulami z ołowiu. Gdy ostatnie posiadały małą tylko siłę przebijającą i najczęściej pozostawały w ciele, walcowate pociski Remington'a i Freire-Boull'a, o powłoce mosiężnej, działały bardzo zabójczo, a zblizka eksplodowały nawet; w spotkaniach na dystans daleki kule te ulegały rozlutowaniu i w ciele rannego napotymano wówczas kilka otworów wejściowych. Wdzieranie się kawałków ubrania było również częstem, za czem szło ropienie.

W bitwie morskiej pod Cavite pociski artylerji amerykańskiej wzięły górę od razu. Hiszpanie w walce tej utracili 75 zabitych i 281 rannych, gdy po stronie yankesów 9 tylko marynarzy odniosło rany. Ostatnie powstawały nie tylko od uderzeń odłamami pękających granatów, lecz i od działania wybuchowej cieczy, powodującej mniej lub bardziej rozległe oparzenia skóry.

V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 29 kwietnia 1902 r.

I. Rychliński omawia dwa spostrzegane przez siebie przypadki *meningitidis circumscriptae lueticae* i jeden przypadek *encephalitis diffusae*. W 2-eh pierwszych przypadkach R. zwracał uwagę na trudność różniczkowania zmian gruźliczych na podstawie mózgu od zmian przymiotowych; w 3-im przypadku rozlane zmiany zapalne tkanki mózgowej były bez porównania wybitniejsze w jednej półkuli mózgu, aniżeli w drugiej. Wykład swój R. uzupełnił demonstracją preparatów anatomicznych i mikroskopowych.

W dyskusji nad demonstracją Rychlińskiego zabiera głos Stanisław Orłowski. W pierwszym przypadku Rychlińskiego u chorego wystąpiły objawy zajęcia mózgowia i, wzmagając się w sposób gwałtowny, sprowadziły śmierć, tymczasem na sekcji stwierdzono zmiany na podstawie mózgu, które, zdaniem R., w żadnym razie za świeże uchodzić nie mogły: niema więc współmierności pomiędzy objawami klinicznymi a rezultatem badania pośmiertnego; tembardziej, że mają to być zmiany syfilityczne z rozrostem tkanki łącznej, co wskazuje, że tworzyły się one powoli i oddawna, zaś przyczyna burzliwego obrazu klinicznego z ostatnich dni pozostaje niewyjaśnioną. Zdaniem O., uraz otrzymany przez chorego podczas katastrofy kolejowej musiał w danym razie odegrać ważną rolę. W ostatnich czasach zebrało się w piśmiennictwie dość dużo spostrzeżeń, które wykazują właśnie, że obrażenia głowy mogą być niekiedy przyczyną groźnych dla życia objawów mózgowych, występujących nagle dopiero po pewnym przeciągu czasu od chwili urazu. Anatomopatologicznie mamy w takich razach zwykle do czynienia z drobnymi ogniskami rozmięk-

czenia, rozszaniami po całej istocie mózgu, które prowadzą od drobnych, a bardzo licznych krwawień następujących.

W odpowiedzi Rychliński zaznacza, że badanie mikroskopowe wykazało zmiany przymiotowe.

II. A. Sokołowski wygłosił odczyt p. t.: *Czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną powstania suchot płucnych.*

Jako dowód, że rozstrzygnięcie tej kwestyi może nastąpić przy orzeczeniu sądownym prawdziwe trudności, mówca przytacza dwa spostrzeżenia własne. W obu tych przypadkach pozory przemawiały za tem, że uraz był tu bezpośrednią przyczyną wywołującą suchoty płucne. Dopiero dzięki dziwnemu zbiegowi okoliczności sprawa co do pierwszego spostrzeżenia przedstawiła się w świetle właściwym: chory na kilka dni przed śmiercią zapisał się na oddział prelegenta i tu szczegółowo zebrane wywiady wykazały, że kaszlał już od lat kilku i że już przed laty miał krwioplucie, pomimo to był w stanie pracować, a dopiero po urazie wystąpiło stopniowe pogorszenie, zakończone zejściem śmiertelnem gruźlicy płucno-kraniowej. W przypadku 2-im (wstrząs po katastrofie kolejowej) sprawę wyświetliły biuletyny lekarzy kolejowych i karty szpitalne, świadczące o tem, iż chory najmniej przed 2-ma laty dotknięty był chronicznym cierpieniem płuc, prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego.

Mówca podnosi kwestyę nieściśłości orzeczeń w wielu świadectwach lekarskich, a w dalszym ciągu podaje krótki zarys rozwoju nauki o t. zw. urazowej postaci suchot płucnych. Jak się okazuje, pojęcie to jest jednym z najstarszych naszych poglądów patologicznych (pierwszą wzmiankę znajdujemy u Herodota). Całkowitą kazuistykę odnośnej literatury zebrał Stern i wyszukał z ogromnej liczby przypadków tylko 14, w których, podług niego, uraz miał odegrać stanowczą rolę, według mówcy zaś i w tych 14-przypadkach uraz nie stanowi niewątpliwego momentu etyologicznego.

Z kazuistyki własnej, jako też z opisów podobnych przypadków przez innych autorów, a przez mówcę szczegółowo rozpatrzonych, mówca wyciąga wnioski następujące:

1) Ścisły związek etyologiczny między urazem klatki piersiowej, a powstałą w następstwie urazu gruźlicą, nie da się wykazać z pewną ścisłością naukową. W ogromnej większości przypadków uraz prawdopodobnie dołączył się do istniejącej już i rozwijającej się powoli gruźlicy, która była przed lekarzem rozmyślnie utajoną, lub też przebiegała z objawami niewyraźnymi, na które chorzy szczególnie w biedniejszej klasie ludności, nie zwracają uwagi i urazowi dopiero przypisują szybszy rozwój zasadniczego cierpienia.

2) W pewnej bardzo nielicznej grupie przypadków (jak np. w kazuistyce z Görbersdorfu, przytoczonej przez mówcę), możnaby przypuszczać istnienie związku ściślejszego między urazem a gruźlicą, w ten sposób mianowicie, że uraz, wywołując czasami uszkodzenie tkanki płucnej u osobników usposobnionych, a szczególnie pozostających w nieodpowiednich warunkach, może w następstwie być przyczyną gruźlicy. Co się dotyczy pytania, o ile uraz wpłynął na pogorszenie już istniejącego cierpienia gruźliczego płuc, to mówca sądzi,

że na to pytanie w wielu przypadkach można dać odpowiedź twierdzącą. Uraz bowiem, zwłaszcza ciężki, stawia chorych w niezwykle niekorzystne warunki materialne, umożliwiające rozwój szybszy sprę wy gruźliczej, a także przyłączyć się może na skutek urazu zapalenie płucny, które, przybierając w takich razach charakter zapalenia gruźliczego, może spowodować szybki rozwój ogólny sprawy gruźliczej. Orzeczenie ostatniej kategorii jest dla sądu najważniejszym, bowiem ono decyduje o odszkodowaniu.

W dyskusyi nad odczytem Sokołowskiego Stanisław Mankiewicz, przyznając, iż lekarze wogóle bywają zanadto lekkomyślni w kwestyi wydawania świadectw, sądzi jednakże, że sceptycyzm S. w sprawie suchot pourazowych nie jest dość uzasadniony, a szczególnie co się tyczy orzeczeń sądowolekarskich, gdzie chodzi o los człowieka, uległego wypadkowi. Lekarz powinien stwierdzić, czy człowiek taki na skutek otrzymanego urazu jest niezdolnym do pracy zarobkowej bez względu na to, czy osobnik był już przedtem gruźliczym, czy też nie, sceptycyzm S. co do związku urazu z gruźlicą może mieć znaczne czyste naukowe.

Prof. Baranowski uwzględnił dwie kwestye: 1) czy uraz może być bezpośrednią przyczyną sprawy gruźliczej i 2) jakie stanowisko zajmować należy względem tej kwestyi w orzeczeniach sądowolekarskich.

Co do pierwszego pytania prof. uważa wnioski prelegenta za słuszne. Prace doświadczałne Lannelongue'a, Achalde i innych również stwierdziły, że uraz nie może być uważany za istotną przyczynę powstawania gruźlicy. Co do drugiego pytania prof. B. zgadza się z poglądem, wypowiedzianym przez Markiewicza. Jeżeli uraz sprzyja rozwojowi gruźlicy i czyni człowieka niezdolnym do pracy, to orzeczenie lekarskie winno uznać uraz jako sprawcę choroby. W końcu prof. B. z naciskiem podkreśla lekkomyślność lekarzy w wydawaniu świadectw, przynoszącą ujmę powadze i godności stanu lekarskiego.

Następnie zabrał głos prof. Kryński. Dotychczas sprawą związku urazu z powstawaniem gruźlicy zajmowali się głównie chirurdzy. Wszystkie badania w tym kierunku wyszły z klinik i pracowni chirurgicznych. Z dawniejszych badań wymienić należy prace Schüller'a, ogłoszoną jeszcze przed odkryciem laseczników gruźliczych; wprowadzał on zwierzętom do ustroju wydzieliny i tkanki gruźlicze i zaraz potem uszkadzał stawy przez uderzanie. Następstwem tego było w znacznej liczbie przypadków gruźlicze zapalenie stawu. Do analogicznych wyników doszedł później Krause, wprowadzając królikom do żył lub pod skórę czyste hodowle laseczników i poddając potem stawy urazowi. Kiedy sprawa związku urazu z powstawaniem gruźlicy znowu weszła w ostatnich czasach na porządek dzienny, podjęto nowe doświadczenia (Lannelongue i Achard, Friedrich), które wypadły zupełnie odmiennie; ani razu nie udało się wspomnianym badaczom otrzymać typowej gruźlicy stawów i na tej podstawie wyrażają oni zdanie, że uraz nie stwarza

w stawach locus minoris resistentiae, któreby dawało w następstwie początek sprawie gruźliczej.

Spostrzeżenia kliniczne dowodzą natomiast niewątpliwie, że związek pomiędzy urazem a gruźlicą stawów istnieje, co wymienieni autorowie tłumaczą w ten sposób, że uraz ujawnia tylko w takich wypadkach sprawę gruźliczą, istniejącą już w tkance w stanie utajonym.

Teoretycznie więc sprawa ta nie jest dotychczas rozstrzygnięta, zaś co się tyczy orzeczeń lekarskich, to wyrok lekarza co do związku przyczynowego pomiędzy gruźlicą a urazem musi wypaść w sensie potwierdzającym, bowiem niemożliwym jest dowieść ani tego, że staw przed urazem był zupełnie zdrowy, a uraz stworzył w nim tylko ów locus minoris resistentiae, ani tego, że przed działaniem urazu istniały jakieś ukryte ogniska w tkance. W przypadkach zawitych należy zawsze kierować się zasadą: in dubiis—pro aegroto.

M. Bornstein.

VI. Z Towarzystw Lekarskich w Wiedniu.



Gesell. d. Aerzte. Posiedzenie z d. 2/V 1902.

1) Doc. B ü d i n g e r przedstawił 2 chorych, u których pokrył *brak tkanki na powiece dolnej* po usunięciu nabłoniaka, przeszczerpiwszy *płat chrząstkowy z małżowiny usznej*. Płat ten B. przyszył do płatu skór nego, wziętego z czoła, a mającego zastąpić powłokę skórną powieki. Wynik tego zabiegu w obu przypadkach doskonały.

2) Doc. A l t przedstawił chłopca, u którego przyłączył się *do zapalenia ucha środkowego zakrzep zatoki i żyły jarzmowej wewnętrznej, oraz przerzutowa zgorzel płuc*. Chory cierpi od 2 lat na ropne prawostronne zapal. ucha środkowego. Nagle wystąpiła gorączka, sinica, dreszcze, utrata przytomności, obrzęk prawej połowy twarzy i bolesne obrzmienie pod prawym wyrostkiem sutkowym. Prawą żyłę jarzmową wewnętrzną widać było pod postacią twardego sznura. Przewiązano tę żyłę na 2 palce ponad żyłą podobojczykową, otworzono zatokę i usunięto liczne zakrzepy. Na drugi dzień po operacji wystąpiły objawy zgorzeli w dolnym zrazie prawego płuca. Przystąpiono do operacji i usunięto z ogniska cuchnącą ropę w dużej ilości. Po 4-ch tygodniach chory wyzdrowiał. Doc. K o n p f e l m a c h e r również spostrzegł przypadek zgorzeli płuc w następstwie zapalenia ucha w szkarlatynie; ognisko zgorzelinowe otworzyło się do jamy opłucny, gdzie powoli uległo wessaniu.

Posiedzenie z d. 9/V 1902

1) G e r b e r przedstawił preparaty, pochodzące z 87-letniej kobiety, dotkniętej jednocześnie *lepra tuberoso—anaesthetica i syrin-*

gomyelia. Jest to pierwszy przypadek dotychczas jeszcze nie spostrzeganej kombinacji tych 2 cierpień. Chora pochodziła z Trenczyna, nigdy nie przebywała w miejscach, gdzie panuje trąd. Za życia znajdowano objawy tej i drugiej choroby; laseczniki trądu wykryto w wydzielinie nosa i guzach skóry; w rdzeniu lasieczników nie znaleziono. Rozpoznanie różniczkowe tych 2 cierpień za życia jest często niemożliwe.

2) Teleky spostrzegał 2 przypadki *moczówki cukrowej, pochodzenia trzustkowego*. Na kilka tygodni przed śmiercią wystąpiła żółtaczka, a jednocześnie cukier znikł z moczu. W jednym przypadku sekcyja wykryła przewlekłe zapalenie trzustki z rozrostem tkanki łącznej, w drugim—raka trzustki. W obu przypadkach był silny ucisk przewodu żółciowego.

Posiedz. d. 16/V 1902.

1) Frank przedstawił chłopca, któremu przed 4 laty wykonano *wszczepienie moczowodów do flexura sigmoidea* wskutek wypadnięcia pęcherza (ectopia vesicae). Wtenczas chory mógł zatrzymać moczu w ciągu 5 godzin. Obecnie dowolne trzymanie moczu w dzień jest również zadowalniające, w nocy tylko chory jest zmuszony często oddawać urynę. Ten przypadek wykazuje dobre wyniki operacji Maydla i przemawia przeciw obawom powstania wstępującego zakażenia nerek z moczowodów.

2) Joachim tymczasowo donosi o *badaniach swych nad zawartością globuliny i albuminy w* rozmaitych cieczach ciała. J. doszedł do przekonania, że englobulina składa się z różnych rodzajów ciał białkowych. Wysięki i przesięki płucny prawie nie wykazują różnic w zawartości białka. Prześięki w jamie brzusznej w cierpieniach serca wykazały mniejszą ilość białka, niż w marskości wątroby; w raku ilość albuminy jest bardzo wysoka, ilość globuliny mała. W cierpieniach nerek zawartość w moczu englobuliny tylko w bardzo ciężkich przypadkach jest znaczna, natomiast pseudoglobulinę zawsze się wykrywa. W płynie wziętym z hydrocele J. wcale nie znalazł pseudoglobuliny, nieznaczną zaś jej ilość wykrył we krwi pępowiny. Surowica ludzka zawiera pseudoglobulinę w różnej ilości.

3) Biedl doniósł o wynikach swych poszukiwań *nad małymi tworami*, wykrytymi przez Zuckerkanda *poza otrzewną u noworodków* obok aorty na wysokości art. mesenterica sup. Według mówcy, wodny wyciąg tych narządów posiada też samo działanie fizyologiczne, co i wyciąg z nadnerczy: zastrzyknięty do żył wywołuje wzmoczenie ciśnienia krwi i zwolnienie tętna. Działanie to zależy, prawdopodobnie, od obecności i w tworach Zuckerkanda i w nadnerczu komórek wielokątnych, które się barwią na kolor żółty za pomocą kwasu chromnego (komórki „chromafinowe“). B. uważa te twory za nadnercza dodatkowe, gdyż ulegają przerostowi po usunięciu nadnerczy rzeczywistych. Czynność tych narządów dodatkowych ogranicza się tylko do życia zarodkowego: następnie ulegają

zenikowi, a ich miejsce zajmują nadnercza, których działalność trwa całe życie. Główna rola tych narządów polega na regulacji ciśnienia krwi.

T. B.

VII. Z Towarzystw Lekarskich Czeskich.

Spolek ceskych lékařů v Praze. Posiedzenia z d. 21/IV i 5/V 1902.

1. Doc. Pitha przedstawił guz-*fibromyoma interligamentosum*, który był wycięty u 41-letniej chorej wraz z macicą w 5 miesiącu ciąży, per laparotomiam. Operacja wykonana w pozycji Trendelenburga.

2. Hausmann mówił o podobnym przypadku. 39-letnia chora od dwóch lat skarży się na bóle w dolnej okolicy brzucha i na uporczywe krwawienia. Rozpoznano guz macicy twardej, o nierównej powierzchni, wyrastający z małej miednicy i sięgający powyżej pępka. Piersi obrzmiałe, przy ucisku na nie wydobywa się nieco żółtej cieczy. Zewnętrzne części rodne nie miały zabarwienia właściwego ciąży. Z powodu powstałej znów znacznej metrorragii zrobiono laparotomie.

Macica była cała poprzerastana guzami, wyluszczone ją według Doyena. W jamie macicznej znaleziono płód 4-miesięczny.

3. Chalupický—mówił o tak zwanem *słyszeniu barwnem* (l'audition colorée). Polega ono na tem, że wywołane przez podniecie zewnętrzną czucie w dziedzinie jednego zmysłu, wywołuje natychmiast wtórne czucie w zakresie innego zmysłu. Najczęściej występują wtórne czucia świetlne lub barwne (fotyzmy). Niektóre osoby wiążą z pewnemi samogłoskami, spółgłoskami, nazwą dni w tygodniu, nazwami miast, różnemi pojęciami oderwanemi—pewną barwę. Słyszenie barwne występuje wskutek wrodzonej nadezłości szarej istoty mózgowej i stanowi nieznaczne zбочenie od stanu normalnego człowieka.

4. Kutvrt—przedstawił 38-letnią chorą z *twardziłą (scleroma) nosa*. Od trzech lat chora ma katar i zatykanie w nosie. Przerost zajmuje całą błonę śluzową nosa, poczynając od wejścia aż do choan. Zanik błony śluzowej retronasi, krtani. Badanie drobnowidzowe i bakteryologiczne wykazało obecność swoistych łaseczników.

5. prof. Kimla przedstawił preparaty:

a) wrodzonego *nowotworu lewej nerki* u nieżywo urodzonego dziecka—*fibrosarcoma congenitale*. Wymiary nerki— $7 \times 3.5 \times 2.5$ cm.

b) *tętniaka tętnicy głównej*. U 45 letniej chorej z dyagnozą kliniczną: *Endocarditis chron., Insufficiencia v. bicusp. Hypertrophia cordis totius. Hydrops Anasarca*—przy autopsji znaleziono w części wstępującej aorty w miejscu zetknięcia się tejże z tętnicą płuc-

na otwór, wiodący do worka tętniaka. Naprzeciw tego otworu na przeciwległej ścianie aorty—obecność drugiego otworu, wiodącego do drugiego worka tętniaka. Ostatni skutek ucisku na venam cavam descend. powodował obrzęki.

c) Lymphosarcoma malignum tonsillae et linguae u 70 letniego mężczyzny. Jeden guz, wielkości jajka gotębiego, wyrastał w okolicy lewego migdała. Drugi, mniejszy, guz w okolicy prawego migdała, a trzeci, wielkości orzecha, znajdował się na powierzchni języka koło brodawek główkowatych (pp. circumvallatae). Na przekroju guzy koloru szarobiałego. Gruczoły szyjowe powiększone, a w podszczękowych przerzuty.

Z české dermatologické kliniky. Posiedz. d. 28/IV. 1902.

Samberger przedstawił chorego z *pemphigus vegetans*. Neumann w 1886 r. pierwszy skreślił obraz kliniczny tej odrębnej postaci pryszcznia (*pemphigus'a*). U przedstawionego 58 letniego chorego koło części rodnych, w kroczu, koło odbytu znajdowały się wykwyty łepieżowate (*efflorescentiae condylomatosae*), wielkości bobu, pokryte zmacerowanym naskórkiem. Koło łokci i kolan znajdują się jeszcze większe łepieże. Po całym ciele rozrzucone pęcherze różnej wielkości.

A. N.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

Z piśmiennictwa rosyjskiego.

Russkie Archiwum Chirurgiczne. Numer jubileuszowy, wydany ku uczczeniu 25-letniej działalności naukowo-lekarskiej prof. Weljamina.

Jest to ogromny tom (blisko tysiąc stron z kilkunastu tablicami i licznymi rysunkami), składający się z dwóch części: pierwsza zawiera szereg artykułów chirurgicznych, druga zaś prace z oddziału światło—lecniczego w klinice chirurgicznej Akademii Lekarskiej. Wszystko to poprzedza obszerny życiorys profesora-jubilata, skreślony przez docenta Thiele.

Ze względu na obfity materiał podajemy prace ważniejsze w streszczeniu.

Artykuły chirurgiczne są następujące:

1. A. Bogajewski. *Z kazuistyki bąblowca w jajnikach.* Na lewym jajniku przy laparotomii okazała się torbiel, wielkości głowy dziecięcej, wypełniona pęcherzami bąblowca; została ona usunięta. U tej samej chorej w 4 tygodnie później autor usunął, tym razem per vaginam, drugą podobnego rodzaju torbiel umieszczoną w jamie Douglasa. Przypadek rzadki, zasługuje na uwagę i z tego względu, że przed 12 laty tę samą chorą opisał kol. Leszek Popiel (z Ekaterynosławia), rozpoznawszy bąblowca w tkance okołomaciczej.

2. K. Winogradow. *Znaczenie metody bakteriologicznej w rozpoznawaniu chorób zakaźnych.* Autor zadaje sobie pytanie, czy, skonstatowawszy w zwłokach obecność określonych bakterii chorobotwórczych, mamy prawo twierdzić na pewno, że rzeczony bakterye rozwinęły się jeszcze za życia ustroju, że nie dostały się one doń przypadkowo, po śmierci. Chcąc wyświetlić tę sprawę, tak ważną pod względem rozpoznawczym, autor przedsięwziął szereg doświadczeń: szczepił on mianowicie bakterye do narządów, wyjętych z trupa (bądź świeżych, bądź utrwalonych w spirytusie i w formalinie); bakterye rozwijały się zupełnie dobrze, tak że w następstwie otrzymano obrazy mikroskopowe takie, jak w chorobach zakaźnych. Doświadczenia te dowodzą, z jakimi trudnościami połączone jest w pewnych warunkach rozpoznanie danej choroby zakaźnej, jak ostrożnie należy swe wnioski stawiać, szczególnie, jeśli chodzi o ekspertyzę sądowo-lekarską.

3. N. Wołkowicz. *O skrzywieniach kręgosłupa, zależnych wyłącznie tylko od cierpienia mięśni względnie nerwów.* W pracy tej jest mowa przeważnie o skrzywieniach kręgosłupa wskutek rwy kulszowej (scoliosis ischiadica). Autor przytacza kilka własnych przypadków, dość szczegółowo opisanych i ilustrowanych, wreszcie przychodzi do wniosku, że podstawą obrazu chorobowego jest cierpienie mięśni, względnie nerwów, w okolicy lędźwio-krzyżowej i pośladkowej. Innemi słowy: zajęcie wyłącznie tylko n. kulszowego skrzywienia tułowia wywołać nie może, do tego niezbędnym jest udział całego splotu lędźwio-krzyżowego. Autor stanowczo nie zgadza się z twierdzeniem, jakoby scoliosis ischiadica zależała od tego, że chorzy starają się oszczędzać cierpiącą kończynę, uwalniając ją od ciężaru tułowia. Co do terapii, to, zdaniem autora, najwłaściwszem jest nałożenie na tułów odpowiedniego gorsetu (w narkozie chloroformowej).

W końcu swej pracy autor opisuje jeszcze spostrzeżenie przewlekłego unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa (spondylitis ankylotica chronica).

4. I. Hagen-Torn. *O guzach na podstawie czaszki i sposobach ich usunięcia.* Autor przytacza 4 przypadki ogromnych guzów na podstawie czaszki (włókniaki, mięsaki) guzów które zniekształcały nos, niszcząc konchły nosowe, oko odpychały ku zewnątrz. Z wszystkich sposobów usunięcia takich guzów autor uważa za najwłaściwszą metodę Chassaing'a—Bruns'a (do podstawy czaszki dochodzi się przez cięcie z boku nosa), nie raz jednak niezbędną jest czasowa rezekcya kości jarzmowej. Tej metody użył autor w swoich przypadkach z rezultatem zupełnie zadowalniającym.

5. S. Goldberg. *O gastrostomii.* Autor uważa metodę Marwedla za zasługującą na największe uznanie (sącdek zakłada się w kanał, wytworzony sztucznie między błoną śluzową i mięśniową żołądka) i przytacza 3 przypadki, w których ta metoda została zastosowaną.

6. B. Kozłowski. *Metoda pochwowa w operacjach na kiszce prostej.* Zdaniem autora, metoda ta jest u kobiet bezwarunkowo

lepszą od operacji per sacrum, ze względu na wiele łatwiejszy dostęp do kiszki prostej i mniejszy krwotok przy wykonywaniu zabiegu. Oprócz spostrzeżeń z literatury autor przytacza dwa własne, w których stosował rzeczoną metodę.

7. A. Minin. *Przypadek guza mózgowia nie nadającego się do usunięcia.* Autor przytacza spostrzeżenie, w którym dane kliniczne pozwalały na rozpoznanie bardzo dokładne nowotworu mózgowia oraz na ściśle jego umiejscowienie (niedowład spastyczny lewej nogi, napady padaczki Jacksona, rozpoczynające się zawsze od lewej stopy, brodawka zastoinowa i t. d.) Przy trepanacji tkanka mózgowa, odpowiadająca ośrodkowi lewej stopy, okazała się rozmiękczoną; po usunięciu tej warstwy znaleziono pod nią duży nowotwór, dość twardej konsystencji, idący ku podstawie i mocno zrośnięty z zatoką podłużną (sinus longitudinalis). Wobec tych warunków anatomicznych wyłuszczenie nowotworu było niemożliwym; wyskrobano go tylko łyżeczką Volkmanna i ranę zaszyto. Po operacji chorey czuł się znacznie lepiej i przez trzy tygodnie nie było wcale napadów drgawkowych. Później stopniowo wróciło wszystko do stanu dawnego.

8. Prof. Mysz (z Tomska). *Z kazuistyki chirurgii żołądka:* 1) ulcus ventriculi rotundum, gastroenterostomia, wyzdrowienie; 2) ciężka gastralgia—laparotomia, wyzdrowienie. Z pierwszego spostrzeżenia autor wysnuwa wniosek, że obraz chorobowy, właściwy bardzo ciężkiemu, lata całe ciągnącemu się wrzodowi żołądka, wrzodowi nie ustępującemu pod wpływem żadnych środków terapeutycznych, może zniknąć w bardzo krótkim czasie dzięki gastroenterostomii, nawet bez jakichkolwiek zabiegów, dotyczących bezpośrednio samego wrzodu. W drugim spostrzeżeniu dane kliniczne wskazywały także na wrzód żołądka, przy próbnej laparotomii ściany żołądka okazały się normalnymi, sam zabieg chirurgiczny spowodował całkowite wyzdrowienie.

9. Prof. Thiele. *Wiadomości o cechach ran postrzałowych zadawanych kulami pancierzowymi małego kalibru.* Autor zebrał bardzo obszerny materiał o ranach postrzałowych w ostatnich wojnach (kampania chilijska, włosko-abisyńska, grecko-turecka, wreszcie transwalska i chińska), gdy dawne ołowiane kule zostały wyparte przez kule nowego typu zamknięte w pancierz stalowy. Ogólny wniosek wypada dla kul opancerzonych niekorzystnie: czy na bliską, czy na daleką metę, czy nawet odbite (à ricochet) sieją one bezwarunkowo więcej śmierci, niż dawne ołowiane kule. Co się tyczy poszczególnych tkanek i okolic ciała, to przyznać należy, że rany części miękkich skóry i mięśni są przy użyciu kul opancerzonych stanowczo lekkie z przebiegiem pomyślnym; goją się one po większej części przez rychłozrost, zakażenie wtórne rany jest utrudnione. Naczynia krwionośne ulegają zranieniu daleko częściej, tak, że ogromna ilość rannych umiera na polu bitwy wskutek krwotoku, jeszcze przed przybyciem pomocy lekarskiej. Częstszymi są również uszkodzenia nerwów. Wszyscy bez wyjątku zgadzają się na to, że rany czaszki kulami nowego typu są w najwyższym stopniu niebezpieczne; po większej części kończą się śmiercią jeszcze na polu bitwy. Rany przenikające

do jamy piersiowej należą do najłżejszych uszkodzeń, zadawanych kulami pancernowemi, o ile nie są dotknięte duże naczynia. Rany śródpiersia są bezwzględnie śmiertelne. W kościach długich stopień uszkodzenia zależy od umiejscowienia: rany nasad kości oraz stawów, zadane kulami opancerzonymi są bezwarunkowo pomyślniejsze, niż także rany od kul zwyczajnych, ołowianych, rany trzonów wydają się także lżejszemi, mniej bywa, jakoby, strzaskañ kości. Rany jamy brzusznej i zawartych w niej narządów są również groźne przy użyciu kul nowego, jak i starego typu.

Wogóle więc kul nowego typu w żadnym razie nie można nazwać bardziej „ludzkimi“: jeżeli wziąć pod uwagę ogromną stosunkowo ilość ginących zaraz na polu bitwy (krwotoki, rany głowy), to okaże się, że odsetek śmiertelności jest obecnie przy użyciu kul opancerzonych daleko wyższy, niż dawniej.

10. P. Tichow. *Przyczynek do patologii chirurgicznej ściany brzusznej* (aktynomikoza, flegmona z tworzeniem się gazów, urachus). Autor przytacza trzy spostrzeżenia rzadkich cierpień umiejscowionych na ścianie przedniej brzucha. W dwóch miano do czynienia z cierpieniem bezwarunkowo zakaźnym, mianowicie w przypadku pierwszym: obszerne zapalenie tkanki podskórnej wskutek aktynomikozy, w drugim także zapalenie, lecz ze zgorzelą i odmą skórną, wywołane przez bacterium coli commune. Badanie mikroskopowe i bakteriologiczne wykazało charakter zakażenia. W obu przypadkach po operacyi nastąpiło wyzdrowienie. Trzecie spostrzeżenie dotyczy nieprawidłowości w rozwoju, mianowicie t. zw. mozościcku (urachus).

11. N. Trinkler. *Kilku słów o leczeniu chirurgicznym wodogłowia*. Autor zaleca stosowanie w wodogłowiu trepanacyi i wypuszczenie płynu mózgo-rdzeniowego, licząc na wyniki pomyślne tego zabiegu. Opis przypadku, w którym po trzech przekłuciach czaszki nastąpiło znaczne polepszenie; pacjent jednak był w obserwacyi bardzo krótko.

12. W Fomiliant. *O znaczeniu uzdrowisk nadmorskich*. Autor gorąco zaleca urządzenie uzdrowisk dla suchotników na wybrzeżach morza Bałtyckiego, dowodząc, że warunki nie są tam gorsze, niż na wybrzeżach południowych. W ostatnich czasach (Kwiecień 1900 r.) założono podobne uzdrowisko wyłącznie dla dzieci w pobliżu Windawy; autor przytacza wyniki leczenia 53 dzieci, cierpiących po większej części na gruźlicę w kościach (parę dzieci było rachitycznych) i uważa wyniki te za nadzwyczaj pomyślne: na 53 spostrzeżeń—20 uzdrowień zupełnych, w 21 przypadkach znaczna poprawa, w 9-ciu stan bez zmiany, w trzech zaledwie—pogorszenie.

13. W. Horwat. *O nowotworach złośliwych w migdałkach podniebieniowych*. Jest to najobszerniejsza z prac chirurgicznych, umieszczonych w omawianym zbiorze. W ogóle, nowotwory złośliwe w migdałkach nie należą do przypadków częstych. Autor przytacza trzy spostrzeżenia, operowane przez prof. Weljaminowa w lecznicy Maksymilianowskiej: jeden rak i dwa mięsaki. Przy operacyi robiono cięcie wzdłuż dolnego brzegu żuchwy i podwiązywano tętnice:

szcękową zewnętrzną, językową i gardzielową wstępującą; na tętnice szyjowe zewnętrzną i wewnętrzną (*carotides externam et. int.*) nakładano przewiązki prowizoryczne. Jedna z pacjentek umarła w 9 miesięcy po zabiegu, u drugiego chorego po 3¹/₂ latach skonstatowano nawrót cierpienia, wreszcie trzecia chora po czterech latach była zupełnie zdrowa.

Dalej autor przytacza w streszczeniu niezmiernie obfitą kazuistykę z piśmiennictwa, 197 spostrzeżeń nowotworów w migdałkach, mianowicie 71 raków, 61 mięsaków, 30 limfosarkomatów, 13 limfomatów, wreszcie 22 o rozmaitej lub nieokreślonej budowie histologicznej.

14. G. Zeidler. *Cholecystitis acuta purulenta*. W drogach żółciowych rozwijają się dość często sprawy zapalne o cechach zakaźnych. Czynniki chorobotwórcze dostać się mogą bądź drogą odśrodkową: z krwią dochodzą one do wątroby i ztamtąd do dróg kanałów żółciowych włosowatych, bądź też, co się zdarza częściej daleko—zakażenie z dwunastnicy przechodzi do głównego przewodu żółciowego i dalej już posuwa się w kierunku dośrodkowym. Szczególniej często trafia się zapalenie ropne pęcherzyka żółciowego przy cholelithiasis. Autor przytacza w krótkości dwa spostrzeżenia takiego ostrego zapalenia; w jednym cierpienie rozwinęło się na tle typowej choroby, po laparotomii nastąpiło zejście śmiertelne, w drugim przypadku przyczyną zapalenia były kamienie żółciowe.

15. J. Czarnomska. *Genu recurvatum congenitum*. Autorka przytacza spostrzeżenie wrodzonego zniekształcenia kolana u 17-letniej dziewczyny, zniekształcenia, polegającego na tem, że uda ze stron obu tworzą z gołeniami ką otwarty z przodu. Stoi pacjentka na tylnych powierzchniach gołeni—to jest właściwie klęczy, tylko że gołenie ze stopami leżą z przodu.

Terapia ortopedyczna wybitnych rezultatów nie dała. Autorka zebrała ogromną literaturę podobnych przypadków, którą dołącza na paru tablicach: ogółem przytoczono 114 spostrzeżeń, w tej liczbie w 55 przypadkach zniekształcenie kolan było obustronne, w 59—jednostronne. Do określonych wniosków, co do sposobu i przyczyn powstawania takich anomalii rozwoju, autorka nie przychodzi.

16. F. Schlöss. *O wpływie skaz (diatezy) na gojenie się ran*. Nie ulega wątpliwości, że znajdują się osobniki, u których wszelki uraz, każda rana, lub sprawa zapalna łączą się z najrozmaitszemi niespodziewanemi powikłaniami, które zależą jedynie od właściwości ustroju, tak zwanej skazy tego, lub innego pochodzenia. U osobników takich, rany po zabiegach chirurgicznych niewielkich, wykonanych pod względem technicznym bez zarzutu, nie goją się, ciągną się bez końca, przechodząc w obszerne owrzodzenia. Dopiero wykrycie tła chorobowego i leczenie danej skazy, o ile to jest możliwe, prowadzi nieraz do zdumiewająco szybkiego zagojenia się rany. Twierdzenie to autor ilustruje czterema spostrzeżeniami takich ran pooperacyjnych, przechodzących w długotrwałe owrzodzenie; w dwóch przypadkach skazę stanowiło dawne zakażenie syfilityczne, w trzecim

gruźlica, w ostatnim zaś histerya (?). W pierwszym i czwartym spostrzeżeniu odpowiednie leczenie swoiste wpłynęło na zagojenie się owrzodzenia.

Stanisław Orłowski.

Prof. Moritz. **Zasady żywienia chorych.** Przełożył D-r H. Landau. Warszawa. 1902.

Jak zaznacza wydawca, kol. Dunin, przekład niniejszy jest pierwszym z szeregu zamierzonych wydawnictw z dziedziny zaburzeń w przemianie materii.

Podręcznik, wybrany na początek, zyskał sobie w Niemczech powodzenie ze względu na formę dogodną i jasność wykładu. Autor podzielił go na 2 części: Naukę o pokarmach i używkach oraz Naukę o żywieniu chorych.

W pierwszej części rozpatruje przedewszystkiem własności ogólne pokarmów, następnie pokarmy zwierzęce, roślinne, używki i preparaty sztuczne. W drugiej dyetę z uwzględnieniem stanu narządów trawienia, dyetę z uwzględnieniem przemiany materii, dyetę uwzględniającą uboczny wpływ pokarmów na narządy wewnętrzne.

Całość zawarto w 22 ark. druku $\frac{1}{16}$ -ki i opatrzone tablicą graficzną składu pokarmów i tablicą liczbową.

Przekład pracy do wzorowych nie należy, pomijając już stałe używanie „wsysanie“ zamiast „wchłanianie“, znajdujemy na każdym nieomal kroku wadliwe używanie przyimka *przy* zamiast „w“ np. „dyeta *przy* chorobach“ zamiast „w chorobach“ „*przy* rozmiękczeniu kości“ zamiast „w rozmiękczeniu“, a nadto tak niefortunne wyrażenia i zwroty, jak: dawanie dzieciom „pobudzonym“ (!), nerwowym i t. d. (str. 257), lub: każdy lekarz... zgodzi się... że wódka, a zwłaszcza regularne picanie jej powinno być zabronionem (str. 169), lub nawet błędy ortograficzne, jak np. pisanie pasorzytów przez *ż*, gdy wyraz ten nie zawiera w sobie pierwiastku *żyć*, a *rzyć*.

Wogóle, przekład pod względem językowym grzeszy wieloma usterkami, których w następnych książkach z tego cyklu unikać by należało, powierzając kompetentnemu komuś staranną korektę językową wydawnictwa.

Cena książki jest niska—2 rb. 50 kop., należy się więc spodziewać, że wobec istotnego braku podobnego podręcznika, nakład wy-czerpie się szybko.

J. Z.

Czasopisma polskie w Czerweu¹⁾.

Farmakologia. Żeleński. O działaniu wyciągu kaktusa. P. L. 23, 24.

¹⁾ *Skrócenia:* P. L.—Przegląd Lekarski. P. A.—Polskie Archiwum. G. L.—Gazeta Lekarska. P. A.—Przegląd Anatomiczny. N. L.—Nowiny Lekarskie. K. L.—Kronika Lekarska. M.—Medycyna. Z.—Zdrowie. C. L.—Czasopismo Lekarskie.

Anatomia. Dydyński. Przycz. do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia. G. L. 22, 23.

Patologia ogólna. Kuczera. Studium nad morfologią prątka nosaciznowego. P. A. 2. Nussbaum. Studya porównawcze nad regeneracją P. A. 2. Marischler. O wpływie toksyn i wyciągów kałowych na narząd trawienia. P. A. 2. Moraczewski. Znaczenie chemii fizycznej dla medycyny. N. L. 6. Klecki. O cytotoksynach. P. L. 23—25. Otto. Kryoskopia. K. L. 12.

Choroby wewnętrzne. K. Ciagliński. Jakie wody mineralne przynoszą pożytek w skazie moczanowej. G. L. 22. Wąsowicz. O leczeniu chorób serca w Krynicy. M. 22. Bregman. Przyp. limfosarkomata śródpiersia. M. 25.

Choroby dzieci. Brudziński. O wielolicznych kostniakach u dzieci. G. L. 22. Goldflam. O pierwszym objawie władu. M. 23, 24.

Choroby ukt. nerw. Piltz. O znac. rozp. niereg. konturów źrenic. G. L. 23. Męczkowski. W sprawie leczenia tężca surowicą. G. L. 23.

Choroby gardła. Koenigstein. 2 przyp. wilka błony śluz. górn. odcinka dróg oddech. M. 24. Sędziak. O doniostości badania krtani. P. L. 24.

Akuszerya. Breiter. Cięża, poród i połóg i wada serca. P. L. 25. Jaworski. W sprawie embryotonii. G. L. 24.

Chirurgia. Ciechomski. Przyczynek do lecz. zwęż. przełyku. G. L. 25. Bohdanowicz. Wstrzykiwania modyfikacyjne w gruźlicy jądra. M. 25. Rydygier. O leczeniu złośliwych nowotworów odbytnicy G. L. 24.

Choroby skóry. Bernhard. Dalsze 2 przyp. wielolicznych mięsaków skóry. G. L. 24. Stenermark. Leczenie trądzika. P. L. 25.

Hygiena. Legeżyński. Walka z gruźlicą. P. L. 6. Sadowski. Cukiernictwo. Z. 6. Sobolewska. Śpiew w higienie i higiena w śpiewie. Z. 6. Bier. Organizacya dezynfekcyi w miastach większych. P. L. 22.

Weterynarya. Kulezycki. Ectopia cordis u cielęcia. P. A. 2.

Varia. Sterling. O nadużywaniu mleka w dyecie chorych. C. L. 6.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 Lipca 1902 r.

(OH) Starania koło naprawy naszego szpitalnictwa przypominają niekiedy kłopoty i rezultaty zabiegów owego bohatera z bajki, chcącego załatać podarty kaftan. Wiele to już komisji pracowało nad tą kwestyą i ile projektów zostało na papierze. Jako zapewne środek tymczasowy, paliativum, należy uważać postanowienie świeże

Rady Dobroczynności publicznej, mające na celu uwolnienie szpitali warszawskich od chroników, marantyków, starców i innych osób nie nadających się do leczenia szpitalnego.

A mianowicie cyrkularz Rady rozkazuje, aby 1) niestałych mieszkańców m. Warszawy oddawać pod dozór tych gmin i władz, z których pochodzą (biorą paszporty), tych zaś, co z powodu niebezpieczeństwa dla życia nie mogą być odesłani, przenosić przez pośrednictwo Rady miejskiej do przytułku w Górze Kalwaryi (z dodatkiem papierów policyjnych i opinii lekarskiej).

2) Stali mieszkańcy miasta, mający krewnych, którzy według prawa powinni by im dawać opiekę, mają być oddawani tym krewnym. Tych zaś, którzy krewnych nie posiadają, należy posyłać również przez Radę miejską do Góry Kalwaryi.

Przytułek w tem miasteczku ma być rozszerzony do 100 łóżek.

Oddział dla nieuleczalnych na Pradze, który był założony właśnie z celem odciągania od oddziałów szpitalnych chorych nie nadających się do leczenia w szpitalach, ma być zniesiony, ponieważ zadaniu swemu nie odpowiada.

Nie możemy wymiarkować, jakim sposobem przytułek w Kalwaryi lepiej uczyni zadość powyższemu celowi, którego nie mógł spełnić barak dla nieuleczalnych na Pradze. Wiemy z własnego doświadczenia, jak trudno było umieścić tam chorego z oddziału szpitalnego. Zawsze się spotykało z odmową z powodu braku miejsca. Być może, że z powodu różnych okoliczności przyjął on z biegiem czasu charakter zwykłych oddziałów szpitalnych, był zapelniony nie samymi nieuleczalnymi, ale temu można by łatwo zapobiedz, gdyby zabroniono przyjmować tam chorych wprost z miasta, a umieszczać tam tylko przeprowadzonych z innych szpitali. W każdym razie, tak, czy inaczej, oddział ten funkcyonował, a więc wypełniał braki szpitalne i luka, jaka powstanie w razie jego skasowania, da się niebawem odczuć w szpitalach, pomimo nawet nieznacznego dopełniającego zwiększenia przytułku w Kalwaryi.

Postępowanie z nieuleczalnymi z pośród niestałych mieszkańców miasta Warszawy jest może wygodnym a prostym środkiem przysporzenia miejsc w szpitalach z punktu widzenia finansowego ale chyba nie z filantropijnego. Odsyłanie starców i nieuleczalnych do miejsc, które opuścili przed wielu laty, nieraz w dzieciństwie, z którymi oprócz paszportowych wszelkie więzy dawno zostały zerwane, gdzie bliżsi krewni nieraz wymarli, przytułków niema—wydaje się nam nieliczącem z dobroczynnością wielkiego miasta, na usługach którego wszakże ci nieszczęśliwi sterali swe życie i zdrowie. Czyżby Warszawa nie mogła się zdobyć na ten kęs łaskawego chleba?

—z— W Kijowie urządzono nowy teatr anatomiczny z zamrażaniem trupów.

—z— Ruchome oddziały okulistyczne zostały zatwierdzone jako stała instytucja, mająca na celu pomoc okulistyczną w kraju.

—z— W zeszłym miesiącu w Paryżu obchodzono stulecie internatu. Pisma francuzkie przepełnione są opisami tego obchodu i zaznaczają jednozgodnie wielką użyteczność tej instytucji.

—z— Według la Méd. mod., największa śmiertelność (4,1%) panuje w Gwatemali, najmniejsza w Nowej Zelandyi (1,1%).

—z— W Tunisie zawiązano międzynarodowe towarzystwo lekarskie.

—z— W New-Yorku wyznaczono około 6000 dolarów dla walki z komarami.

—z— W Londynie otwarto towarzystwo ubezpieczeń od ospy. Szczepieni płacą mniejsze składki.

—z— Jak zwykle, w d. 14 Lipca odbędzie się zjazd chirurgów w Krakowie. Z powodu nienadesłania wykazu, spisu prac nie podajemy.

—z— Nadesłano nam dwa pierwsze zeszyty *Przeglądu polskiego rozwoju przemysłu, handlu i rolnictwa* pod redakcją Z. Pietkiewicza.

Od Administracji.

Upraszamy sz. prenumeratorów o szybkie uregulowanie przedpłaty za ubiegłe półrocze oraz o odnowienie prenumeraty na półrocze bieżące. Prenumeratę nadsyłać należy pod adresem administracji (Marszałkowska 99).

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 15 Іюня 1902 г.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
naturalna
alkaliczna
SZCZAWA ZDROJOWA

stosowaną bywa z bar-
dzo dobrym skutkiem:

**W chorobach dróg
oddechowych.**

Nieźyście krtani i oskrzeli, nieżytach szczytowych, początkowych naciekach, zapaleniach płuc i opłucnej (w powyższych przypadłościach pije się wodę Giesshübler z mlekiem).

W chorobach nerek i pęcherza.

Następnie nadaje się woda ta znakomicie jako środek wspomagający przy kuracji w Karlsbadzie, Marienbadzie, Francensbadzie, Cieplicach itp., w końcu używanie jej wskazaniem jest w czasie **pojawienia się epidemii** kiedy należy uważać aby woda zwyczajna do picia nie była zakażoną zarazkami epidemicznymi.

W chorobach dziecięcych.

przyznawali pierwszeństwo wodzie Giesshübler znakomici lekarze tych chorób jak profesorowie Löschner, Mauthner, Epstein, Ganghofer i inni. Do nabycia we wszystkich składach wód mineralnych i aptekach.

O j c ó w

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat cały rok otwarty, dwóch stałych lekarzy. Woda. Lecznictwo, gabinet elektryczny, mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne. Poczta i telegraf na miejscu. Odległość od Olkusza stacji kolei Iwangr.-Dąbrowskiej 20 wiorst. Umysłowo chorych Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu **Dr. Stanisław NIEDZIELSKI.**

Lekarze polacy praktykujący w Karlsbadzie:

Hassewicz, Max. Kaufmaun, Oskar Kaufmann, Kołaczkowski, Kostecki, Kretowicz, Kropf, Maleszewski, Moraczewski, Riferes, Rosenzweig, Scharf. Schermant, Süsskind, Toepfer, Wasserthal, Wettlin.