

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Fr. Neugebauer*. *Diphaliae casus Lisbonensis*—str. 723. II. D-r *Aleksander Zawadzki*. Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka (c. d.)—str. 732. III. D-r *Czesław Otto*. Kryoskopja i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.)—str. 737.

IV. **Dział sprawozdawczy:** I. *Chirurgia*. 318. *Lorenz*. Obnażenie serca zranionego—str. 744. 319. *Delagnière*. Chirurgiczna odma piersiowa jej niebezpiecz. i znaczenie z punktu widzenia chirurgii opłucno-płucnej—str. 745. 320. *Crile*. Czasowe zamknięcie tętnicy szyjowej—str. 746. 321. *Gierulanos*. O leczeniu chirurgicznym cierpienia płuca—str. 746. 322. *Tillmann*. Uszkodz. mózgu przez urazy tępe i złamania kości czaszkowych—str. 747. II. *Choroby kobiet i akuszerja*. 323. *Graefe*. Duży kamień pęcherzowy i przyczynek do leczenia zapalenia przewlekłego miedniczki nerkowej—str. 748. 324. *Dütmann*. Zachowanie się b. c. kr. w sprawach ropnych w narz. płciowych kobiety—str. 750. 325. *Budin i Mace*. Wady serca i karmienie—str. 750. 326. *Jakub*. Choroby serca jako wskazanie do sztucznego przerywania ciąży—str. 751. 327. *Schücking*. Wstrzykiwania do żyły pępkowej—str. 751. V. *Wiadomości terapeutyczne*: №№ 328—332—str. 752. VI. XII Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie—str. 753. VII. Sprawozdanie z posiedzeń Lubelsk. Tow. Lek.—str. 759. VIII. Z Tow. lek. zagranicznych—str. 764. IX. *Bibliografia*—str. 767. *Kronika bieżąca*—str. 769. *Zmarli*—str. 771. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 18. I. D-r *Fr. Neugebauer*. *Diphaliae casus Lisbonensis*—str. 723. II. D-r *Al. Zawadzki*. A propos des coups d'arme à feu de l'estomac—p. 732. III. D-r *C. Otto*. La cryoscopie dans les maladies du coeur et des reins—p. 737.

I. *Diphaliae casus Lisbonensis*.

Spostrzeżenie podwojności prącia ogłoszone przez LORTHIOIR'a.

Podał

Franciszek Neugebauer.

Lorthioir w roku 1901 ogłosił rzadkie spostrzeżenie *Didelphalliae* (Extrait du Journal de Chirurgie: 1901, №. 2: „Un cas tératologique rare“), mianowicie rysunek wykonany podług fotografii osobnika, którego sam nie badał, który jednak bardzo go zainteresował. Fotografję otrzymał on od doktora *Lorand'a* w Karolowych Warchach praktykującego, ten zaś otrzymał ją swego czasu od prof. *May*

Figuera w Lizbonie. Fotografie zdjęto około 30 lat temu. Lorthioir listownie dowiedział się niektórych szczegółów dotyczących danego osobnika od prof. Figuera. Fotografia przedstawia dorosłego mężczyznę o istnieniu podwójnego prącia oraz nadliczbowej ja-

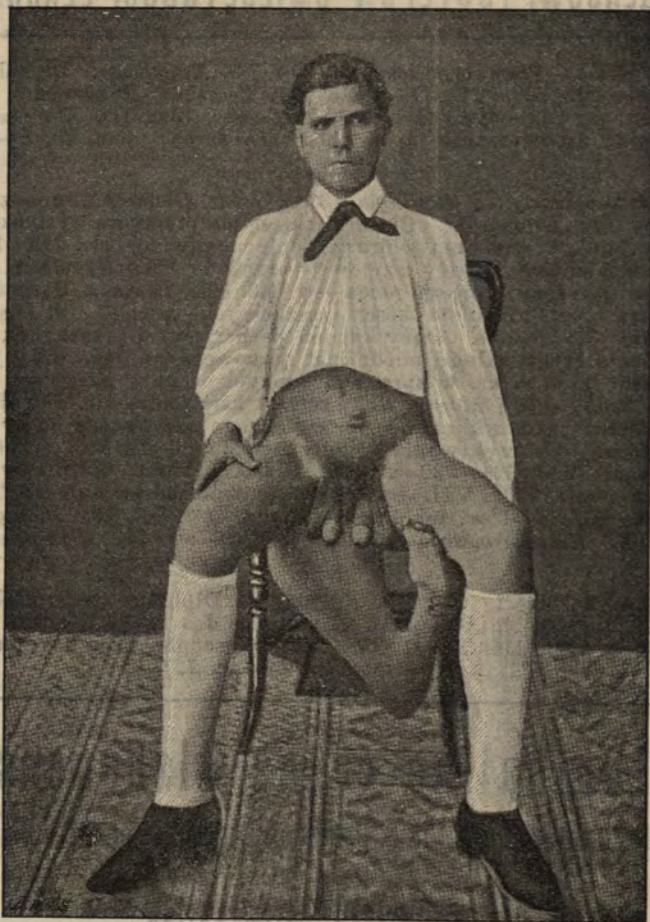


Fig. 1.

Diphalliae casus Lisbonensis.

koby kończyny dolnej jednej, która wszelako odpowiada raczej parze nadliczbowych kończyn dolnych pomiędzy sobą zrosniętych. Osobnik ten oddaje moc równocześnie z jednego i drugiego prącia, równocześnie są też naprężenia członków oraz wytryski nasienia. Osobnik ten znajduje się w okresie dojrzałości płciowej i dla kopulacji

używa prawo- lub lewostronnego prącia bez najmniejszej różnicy. Po zewnętrznej stronie każdego Membrum virile widać jedną połowę moszny o jednym dobrze ukształtowanym jądrze.

Gdy dokładniej przyjrzeć się fotografii, widać, że nadliczbowa kończyna dolna składa się z dwóch kończyn dolnych pomiędzy sobą zrosniętych o 10 palcach, a więc, że ów osobnik posiadał cztery kończyny dolne, (podwójność kończyn dolnych), oraz podwójne prącie przy dwudzielności moszny. Przy obmacywaniu brzucha, jak pisze Lorthioir podług prof. Figuera, można było wymacać w jamie brzusznej części twarde o nieokreślonych konturach i rezystencji różnej, które prawdopodobnie miały należeć do płodu wewnątrz owego osobnika zawartego czyli do owego foetus inclusus, którego istnienie przypuszczał doktor Lorthioir. Dolne kończyny owego foetus inclusus miały sterzyć na zewnątrz, osadzone in regione perinaeali gospodarza pasorzyta.

Cały twór nadliczbowy osadzony jest na kroczu owego mężczyzny pomiędzy moszną a odbytem na nóżce grubości ramienia chłopczyka 4—5 lat liczącego. Innych szczegółów nie udało się Lorthioir'owi zebrać. Swego czasu policya nie pozwoliła na ukazywanie się tego monstrum ze względu na moralność publiczną. Lorthioir przypuszcza, że chodzi o „*Inclusio foetus in foetu*“, podczas gdy oba płody posiadały wspólny pęcherz moczowy „*les deux Embryons étant accolés par la vessie*“.

Jedno membrum virile miało należeć do płodu dojrzałego a drugie do płodu szczątkowo rozwiniętego. Nie mogąc z góry powiedzieć, że takie tłómaczenie embryologiczne tej potworności jest mylnem, jednak osobiście opierając się na danych anatomicznych co do badania przypadków analogicznych, inaczej pojmuję sposób powstania tej potworności, zdaje mi się mianowicie, że w danym przypadku chodzi nie tyle o *foetus in foetu* jak raczej o rozdzielenie dolnej połowy ciała: podwójne kończyny dolne, podwójną miednicę i rozszczepienie dolnego odcinka kręgosłupa, tak że dolny odcinek kręgosłupa jest podwójnym: *Dipygia posterior sive inferior* Ahlfeld'a.

Monstra duplicia zależnie od tego, czy rozdzielenie dotyczy tylko górnej lub tylko dolnej połowy ciała, nazywamy *Terata katadidyma* lub też *anadidyma*. Równomierne podwojenie górnej połowy ciała na drodze tak zwanego rozszczepienia [Doppelbildung durch Spaltung]: *Monstra duplicia aequalia* przy rozszczepieniu górnym podług Ahlfeld'a zdarzają się w czwórnasób częściej u człowieka niż *Monstra duplicia aequalia* przy podwójności przez rozszczepienie nie dolnego końca ciała, natomiast *Duplicitas posterior* o niesymetrycznym roz-

woju, o szczątkowym rozwoju jednej połowy, tak zwana *Duplicitas posterior parasitica* o wiele częstszą jest u człowieka niż *Duplicitas parasitica anterior sive superior*. Podwójność dolnej połowy ciała o zupełnie symetrycznym równomiernym rozwoju obu stron, obu połówek, podług A hlfeld'a u człowieka należy do wielkich rzadkości. W danym przypadku upatruję osobiście to, co nazywamy *Duplicitas posterior, dipygia posterior*.

W roku 1897 opisałem w *Pamiętniku Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego*. [str. 326—362] „34 spostrzeżeń podwójności zewnętrznych organów płciowych“, a cokolwiek później po niemiecku [w czasopiśmie *Monatsschrift fuer Geb. und Gyn.* 1898 pg. 550—564 oraz 645—640] 37 takich przypadków. Tem bardziej mimowoli zainteresował mnie przypadek dziś nas zajmujący. Kazuistyka owa zawierała aż 28 spostrzeżeń podwójności prącia czyli *Diphalliae*. Po zestawieniu 19 spostrzeżeń zebranych przez angielskich lekarzy B a l l a n t y n e'a i Scot Skirwing'a dodałem jeszcze 9 przypadków innych z piśmiennictwa. Dwaj autorowie angielscy w kazuistyce swojej „*Diphallie Terata*“ wykluczyli wszelkie przypadki, w których osobnik posiadał więcej niż dwie kończyny dolne, przedewszystkiem wszelkie *Monstra duplicia aequalia*. Ponieważ nie we wszystkich przypadkach dokonano sekeyi pośmiertnej, a dalej ponieważ pomimo sekeyi nie zawsze można było stanowczo wykluczyć ślady mniej lub więcej uwydatnionej *Dipygiae inferioris*, rozszczepienia, rozdwojenia dolnej połowy ciała, kręgosłupa, miednicy etc. owe kryterium B a l l a n t y n e'a i Skirwing'a, że miała istnieć wyłączna podwójność prącia *sine Dipygia*, nie daje się jednolicie zastosować do wszystkich spostrzeżeń *Diphalliae* a nawet nie do owych 19 spostrzeżeń przez nich zestawionych. Czyli, że istnieją przypadki, gdzie nie sposób określić, czy *Diphallia* jest wynikiem *Dipygiae inferioris* (podwójności dolnej połowy ciała) czy też anomalią *sui generis* niezależną od *Dipygiae*.

Osobiście więc i spostrzeżenie Lorthioir'a zaliczyłbym pomimo obecności czterech kończyn dolnych do kazuistyki *Diphalliae*, dodając że w danym przypadku jest ona wyrazem *Dipygiae*. Czyli wypadaloby odróżniać *Diphalliam przy podwójności dolnego odcinka ciała oraz bez takiej*. Lorthioir, co prawda, wspomina o tem, że pisano mu, że można było wymacać w jamie brzusznej pewne twarde części, prawdopodobnie tworzące resztę ciała foetus inclusi, lecz nie wyklucza to możności, że istniała tutaj *Dipygia inferior*. Dziś kwestyę sporną łatwo możnaby rozstrzygnąć przy pomocy promienj R o e n t g e n'a.

Dajmy na to, że chodzi o *inclusionem foetus in foetu* podług pojmowania Lorthioir'a, to obie kończyny dolne używane przez owego osobnika przy chodzeniu należałyby do gospodarza pasorzyta, dwie zaś kończyny dolne pomiędzy nimi leżące, szczątkowo wykształcone, do pasorzyta, pierwsze należałyby do *foetus includens*, a drugie do *foetus inclusus*. Osobiście inaczej rzecz pojmuję: wskutek rozszczepienia dolnej połowy ciała, podwójności miednicy i dolnej części kręgosłupa powstały dwie pary kończyn dolnych obok siebie leżące. Jedna kończyna dolna z każdej pary pozostała szczątkowo rozwinięta, a druga rozwinęła się prawidłowo. Dwie kończyny po środku leżące szczątkowo rozwinięte zrosły się pomiędzy sobą. Osobnik więc przy chodzeniu na dwóch kończynach peryferycznie leżących używa po jednej kończynie z każdej pary: mianowicie prawostronnej kończyny prawostronnej pary i lewostronnej kończyny lewostronnej pary. Przepuszczenie moje zyskuje na prawdopodobieństwie wobec umiejscowienia dwóch *Membra virilia*. Każde albowiem *Membrum virile* leży pomiędzy dwiema kończynami dolnymi. Można by wtedy podnieść kwestyę, dla czego wtedy nie ma czterech jąder, a istnieją tylko dwa jądra? Odpowiedź byłaby bardzo prostą: Jeśli przy *Dipygia inferior* rozszczepienie nie sięga wyżej, a więc i podwójność organów nie sięga wyżej od dolnego odcinka kręgosłupa, to jakżeby jądra miały być podwójne, gdyż one wytwarzają się w odcinku ciała płodu znacznie wyżej leżącym? U danego osobnika jądra zestąpiły do moshny dopiero znacznie później pod koniec życia płodowego, a wtedy, gdy nastąpiło rozdwojenie zarodka w jego dolnym odcinku, nie mogły wcale brać udziału w owym rozszczepieniu, ponieważ ono nie sięgało aż tak wysoko. Obecność więc li tylko dwóch jąder w danym przypadku mojem zdaniem przemawia właśnie raczej za istnieniem *Dipygiae* niż przeciw.

Gdy spojrzeć na fotografię osobnika z Lizbony, narzuca się jeszcze jedno pytanie. Przy zrośnięciu dolnych kończyn pomiędzy sobą wrodzonym, przy tak zwanej *Sympodia* [Sirenenbildung], gdzie dwie kończyny dolne okazują się zlane w jedną, o 6—10 palcach, zwykle kończyny okazują się skrzyżowane dokoła osi tak, że każde *dorsum pedis* zwrócone jest ku dołowi, a *planta pedis* ku górze jak na przykład w przypadku niedawno przez kol. Ryłkę ogłoszonym w *Medycynie* [Przypadek *Sympodii*]. W przypadku Lorthioir'a dolne kończyny pozrastaly się pomiędzy sobą lecz bez owego skrzyżowania dokoła osi jakie napotykaemy przy tak zwanej *Sympodii*, mianowicie zrośnięte są pomiędzy sobą dwie kończyny dolne ośrodkowym brzegiem: małe palce są pomiędzy sobą zrośnięte, powyżej *fibulae*

etc. lecz zrośnięcie jest takie, że *dorsum pedis uniuscujusque* zwróconem jest ku górze a *planta pedis uniuscujusque* ku dołowi. Z tego wynika że sposób zrośnięcia się pomiędzy sobą dwóch kończyn dolnych w przypadku *Lorthioir'a* różni się zasadniczo od przypadku *Symphodiae* opisanego przez kol. Ryłkę, gdzie chodzi o płód niezkształcony bez podwójności jakiegokolwiek organu.

Fotografia osobnika z Lizbony zdaje się przemawiać za mojem przypuszczeniem. Na fotografii widać, że osobnik w chwili fotografowania siedząc sam poptrzymawał nadliczbowe kończyny dolne swoją lewą ręką, lecz prawdopodobnie wskutek życzenia fotografa, aby lepiej uwidocznic anomalyę.

Dalej widać rodzaj kontraktury obu zrośniętych ze sobą dolnych kończyn w stawach kolanowych na owej fotografii.

Ponieważ przypadkowo znalazłem w zbiorach po ś. p. Ojcu moim fotografię spostrzeżenia analogicznego *dipygiae inferioris*, mianowicie fotografię pokazującą się swego czasu za pieniądze *Blanche Dumasa*, podaję w tem miejscu podobiznę jej. Objasnienie fotografii podaję podług podręcznika *Ahlfeld'a*: „Die Missbildungen des Menschen“, Leipzig 1880 pg. 89. *Blanche Dumasa* urodzoną została w roku 1860 sponte, to jest bez interwencji akuszerskiej przez kobietę po raz trzeci rodzącą. W roku 1866 czyli w wieku lat 6 miała wysokości 105 centymetrów. Głowa i klatka piersiowa były prawidłowo rozwinięte, natomiast brzuch okazał się zarówno jak i miednica nadmiernie szerokim, tak że nie sposób było użyć miernik'a *Baudelocque'a* dla zmierzenia miednicy, tak bardzo powiększonym był odstęp *cristarum ossium ilei*. Rozszerzenie miednicy było w związku z obecnością dwóch nadliczbowych kończyn dolnych. Mianowicie istniały dwie pary kończyn dolnych obok siebie ułożone: peryferycznie leżące kończyny dolne były dobrze rozwinięte, a dwie po środku leżące szczątkowo. Po stronie prawej prawa kończyna dolna była dobrze ukształtowaną, po stronie lewej lewa: z dwóch kończyn leżących pomiędzy kończynami dobrze ukształtowanymi kończyna należąca do lewostronnej pary była stosunkowo znacznie rozwinięta, kończyna zaś dolna należąca do pary prawostronnej tylko bardzo szczątkowo—„nur als ein Stumpf sichtbar“ pisze *Ahlfeld*. Na fotografii widać tylko trzy kończyny dolne, czwarta szczątkowa jest ukryta. Nadliczbowa kończyna znacznie rozwinięta osadzona była bez stawu w okolicy spojenia łonowego i mogła być poruszana tylko biernie. Po każdej stronie pomiędzy dwiema kończynami dolnymi leżały organy płciowe zewnętrzne, krocze oraz ujście odbytnicy. Podług opowiadania osoby towarzyszącej pannie *Dumasa*,

miała ona miesiączkować równocześnie z obu szpar sromowych. Na kończyźnie dolnej nadliczbowej tylko szczytkowo rozwiniętej istniała sutka dosyć wielkich rozmiarów o brodawce widocznej. Tyle wspomina Ahlfeld o pannie Dumas, którą widział w roku 1877, gdy liczyła lat 17. Opis ten niestety jest bardzo krótki. Oprócz Burggraefe'go, Verrier'a i Liebmann'a, których cytuje Ahlfeld, również i Heschl 1877 opisał pannę Dumas. Niestety dotychczas nie udało mi się otrzymać artykułu oryginalnego ani jed-



Fig. 2.

Blanche Dumas. Dipygus tetrapus femininus.

nego z tych autorów, a byłoby dla mnie ważnem posiadać opis szczegółowy, właśnie dla porównania tego osobnika z osobnikiem opisanym przez Lorthioir'a. Jak mnie się zdaje, u Blanche Dumas istniało rozdwojenie dolnego końca ciała. „*Duplicitas inferior, Dipygia inferior*“ z rozdwojeniem w dolnym odcinka kręgosłupa, tak że miednica i zawarte w niej organy musiały być podwójne, a również kończyny dolne. Sądząc z samej fotografii przypuszczam na pewno, że obie kończyny dolne pary lewostronnej wykazywały *pes*

varus wysokiego stopnia. Ahlfeld o tem wcale nie wspomina. Nie wiem czy Blanche Dumas jeszcze żyje, a jeśli nie, czy dokonano necropsiae?

Tak jak u osobnika z Lizbony istniał *penis duplex sub dipygia inferiori* przy istnieniu podwójnych kończyn dolnych tak samo u Blanche Dumas istniał srom niewieści podwójny w tych samych warunkach.

Oba spostrzeżenia posiadają uderzające podobieństwo do siebie i prawdopodobnie też anomalia ustroju polega na jednej i tej samej wadzie rozwojowej w obu przypadkach: główną różnicę upatrywałbym w tem, że prawdopodobnie u Blanche Dumas rozszczepienie kręgosłupa sięga cokolwiek wyżej jeszcze niż u osobnika z Lizbony.

W obu przypadkach wyraźnem jest istnienie dwóch par dolnych kończyn. Jako przykład tego rodzaju podwójności zewnętrznych organów płciowych bez widocznych kończyn dolnych nadliczbowych przytaczam spostrzeżenie Suppiger'a, dotyczące Katarzyny Krescencyi Kaufmann, urodzonej dnia 24 maja 1876 w Winnikon w kantonie Luzern w Szwajcaryi. [Patrz: Ahlfeld 1. c. pg. 88 i 89]. Jest to przykład *Dipygiae inferioris* o podwójności miednicy i organów w niej zawartych przy rozdwojeniu kręgosłupa w części lędźwiowej bez śladu podwójności kończyn dolnych. Vulva duplex, anus praeternaturalis duplex. (Po jednej stronie odbytnica miała ujście *in fossa naviculari*, po drugiej *in vagina*). Mocz wydzieliał się równocześnie z obu cewek moczowych, kał równocześnie z obu odbytnic. Przy sekcji zwłok dziecka zmarłego w roku 1878 znaleziono miednicę o poprzeczniku wejścia aż 9 centymetrów szerokości, jamę aś miednicy przedzieloną przez sagitalną fałdę zdwojonej otrzewnej na dwie połowy obok siebie leżące. W każdej połowie leżał jeden pęcherz moczowy oraz jedna macica jednoróżna o jednym jajowodzie i jajniku. Kiszka gruba była podwójną aż do kiszki ślepej. Istniały zaś tylko dwie nerki. Rozszczepienie czyli rozdwojenie kręgosłupa zaczynało się od trzeciego kręgu lędźwiowego, sięgając aż do końców kości ogonowych pomiędzy którymi istniał odstęp 3,5 centymetrów. Mlecz dzielił się na dwie *partes sacrales*: zamiast spojenia łonowego znaleziono masę chrząstkową szerokości 4,4 centymetrów.

Prawdopodobnie w niejednym z owych 19 przypadków *Diphalliae* zestawionych przez Ballantyne'a i Skirwing'a układ anatomiczny był podobny jak u Katarzyny Krescencyi Kaufmann.

Czy w przypadku Lorthioir'a istniało rozdwojenie kręgosłupa w dolnej części, jak wysoko ono sięgało etc, o tem można tylko wyrazić zdanie przypuszczalne. Jeśli zaliczymy spostrzeżenie Lorthioir'a cum grano salis do spostrzeżeń *Diphalliae*, to możemy również do tej kategorii zaliczyć i kilka innych jeszcze spostrzeżeń, np. spostrzeżenie dotyczące Joan Baptista das Santos: Penis duplex, dwa jądra, trzy kończyny dolne [Patrz: Neugebauer. fuer Geb. und Gyn. 1. c. pg. 557] jak też dawniej już przezemnie do tej grupy zaliczone spostrzeżenie, które opisał Velpeau (Penis duplex, trzy kończyny dolne), przypadek *Diphalliae*, który opisał Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, przypadki, które opisał Acton i Nind w Londynie 1846, Hart 1865, Handyside 1866, Deloroy 1855. Jako najnowsze spostrzeżenie *Diphalliae* przytaczam spostrzeżenie, które opisał niedawno Karol Beck w nowym Yorku: „A case of double penis combined with exstrophy of the bladder and showing four ureteral orifices“. (Reprinted from The Medical News: 21 September 1901). Sciagram Roentgenowski Beck podał w podręczniku własnym: „Die Roentgenstrahlen in der Chirurgie“ [Seitz und Schauer in Muenchen]. Beck opisuje spostrzeżenie swoje jako unikat — prawdopodobnie wobec równoczesnego istnienia exstrophiae vesicae, chociaż nawet pod tym względem spostrzeżenie jego unikatem nie jest, albowiem w spostrzeżeniu Sangalli'ego również znaleziono *penis duplex* przy *pelvis fissa* oraz *exstrophia vesicae*. Beck wogóle zna tylko dwa spostrzeżenia *penis duplex* w piśmiennictwie, jak pisze; spostrzeżenie, które opisał Velpeau a jakoby później William Acton oraz spostrzeżenie nowsze Kuettner'a, podczas gdy kazuistyka przezemnie zestawiona liczy po dodaniu dwóch dziś wyliczonych spostrzeżeń już przeszło 30 spostrzeżeń *Diphalliae*. [W przypadku Kuettner'a pęcherz moczowy był pojedynczy, a podwójność zaczynała się dopiero poniżej gruczołu krokowego u noworodka o penis duplex o jednym jądrze w każdej połowie scroti]. Beck w przypadku swoim na pęcherzu rozszerepionym znalazł cztery ujścia moczowodowe przy *pelvis fissa* u 5-miesięcznego dziecka, którego rodzice niedawno przybyli z Rosyi do Ameryki, oraz przyrzekł dokładniejszy opis spostrzeżenia tego po dokonaniu operacyi w celu plastycznego pokrycia *vesicae fissae*. Ciekawem jest, że pomiędzy przypadkami *Diphalliae* przezemnie zestawionymi istnieje spostrzeżenie jedno, w którym chodzi o podwójność nie dolnej lecz górnej połowy ciała o *duplicitas superior* czyli *anterior* [Terata katadidyma]. Jest to przypadek opisany przez

Stefanisa, dziecko miało li tylko dwie kończyny dolne, lecz za to dwie pary kończyn górnych i dwie głowy [Dicephalus tetrabrachius] oraz *penis duplex*.

Jak wiadomo istnieją zwierzęta, u których fizyologicznie układ organów płciowych wymaga podwójności prącia lub sromu np. Samiec *Opossum* normaliter posiada podwójne prącie, a samica podwójny srom żeński. W kazuistyce patologicznej weterynaryjnej co prawda bez poszukiwań specjalnych znalazłem li tylko jedno spostrzeżenie *Diphalliae*, pomimo że Gurlt przytacza podwójność prącia jako anomalię znaną.

Mianowicie w *Jahresbericht Virchow'a i Hirsch'a* za rok 1886 Tom I. str. 575 znalazłem cytate: Storch: Eine seltene Missbildung mit doppelter maennlicher Ruthe [Diphallus imperfectus—Gurlt] bei einsem erwachsenem Stier (Koch's Revue 1886 pg. 102).

Co do podwójności *Vulvae* niedawno widziałem w Panopticum na Nowym Świecie model doskonale zrobiony nowego spostrzeżenia z Paryża, lecz nie mogłem się dowiedzieć żadnych detali ponieważ właściciel na razie nie był obecny.

Mimochodem przytaczam, że w zbiorach moich w szpitalu Ewangelickim umieszczonych posiadam po jednym egzemplarzu kaczki młodej oraz kureczątka o jednej głowie, lecz podwójności wszystkich kończyn, a więc o czterech nóżkach i czterech skrzydłach. Okazy te otrzymałem w darze od kolegów z prowincyi.

II. PRZYCZYNEK

do

KAZUISTYKI RAN POSTRZAŁOWYCH ŻOŁĄDKA.

(Odczyt wygłoszony na XI Zjeździe Chirurgów Polskich w Krakowie).

PODAŁ

Aleksander Zawadzki.

(Ciąg dalszy).

Jak już wyżej zaznaczyłem, K u k u l a zebrał literaturę ran postrzałowych żołądka do końca 1898 r.; od tego czasu do końca czerwca 1901 r. znalazłem opisy następujących przypadków:

1) Winslow 55). Report of eight cases of penetrating gunshot wounds of the abdomen, with injury to the hollow viscera. Annals of surgery 1898. W jednym przypadku rana postrzałowa żołądka, laparotomia, wyzdrowienie.

2) M. Dubujadoux 56). Plaie de l'abdomen par coup de feu. Dechirure de l'estomac. Plaie du foie. Hemorragie interne. Laparotomie. Guérison. Société de chirurgie de Paris du 5 a. 19 octobre 1898.

Młoda kobieta, alkoholiczka, przybyła do szpitala z objawami krwotoku wewnętrznego. W 8 g. po postrzale autor znalazł wejściowy otwór kuli między 8 i 9 żebrem po linii lewej sutkowej, otworu wyjściowego nie było. Laparotomia. Dziura przedniej ściany żołądka, szew, rozerwanie dolnego brzegu wątroby, tampon. Wlewianie wewnątrzżylne soli, wstrzykiwanie eteru, kofeiny. Wlewianie soli powtarzano w ciągu 6 dni. W dalszym przebiegu choroby pleuritis, albuminuria. Powolne wyzdrowienie.

3) E. Domoulin 57). Société de chirurgie de Paris du 28 juin a 19 juillet 1899. Rana postrzałowa żołądka od kuli rewolwerowej. Laparotomia, szew na ściany żołądka. Kula w trzustce. Wyzdrowienie.

4) Herzfeld 55) 1899 r. Magenschuss (referowany w Centralblatt für Chirurgie r. 1899, str. 494 z Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins).

Chory 38 lat, kula 7 mm., na 4 g. przed postrzałem jadł. W 2 g. po wypadku laparotomia. Jedna dziura w przedniej ścianie żołądka, otworu wyjściowego nie znaleziono; z powodu podbiegów krwawych w bursa omentalis minor pozostawiono w niej pasek gazy jodoformowej i wyprowadzono go na zewnątrz; na ściany brzuszne szew częściowy. W dalszym ciągu okazała się potrzeba wycięcia XI żebra dla opróżnienia ropnia w okolicy śledziony; następnie opróżniono przez tenże otwór empyemat. Chory w ciągu trzech miesięcy gorączkował—ostatecznie wyzdrowiał.

5) C. Marion 59) (Arch. génér. de méd. 1899. Mai. Plaie de la tuberosité de l'estomac par balle de revolver). Po postrzale pacjent zemdlął, wkrótce krwawe wymioty. W 2 godz. po postrzale laparotomia. Wejściowa rana w górnej części przedniej ściany żołądka, naczynia krwawiącego nie znaleziono—wytamponowano. Powyżej leżący w tylnej ścianie żołądka otwór wyjściowy zaszyto. Na 4-ty dzień tampon został zsunięty, po 3 tygodniach—wyzdrowienie.

6) Andrassy 60). Med. korr. Blatt des Würzb. Aerztlichen Landesvereins. Bd. LXX № 40. Rana postrzałowa tylnej ściany

żołądka na 2 palce ponad wielką krzywizną, po 17 godzinach, wyzdrowienie.

7) O. Laurent 60). Revue de chirurgie 1900. № 8. Perforation par arme á feu de l'estomac, du colon et du diaphragme. Suture. Guérison.

Żołnierz l. 22, po 6 g. laparotomia, początki zapalenia otrzewny. Dziura w przedniej ścianie żołądka, druga w tylnej ścianie, dalej przebita poprzecznicą, przepona brzuszna. Po zaszyciu dziur, wskutek słabego tętna chorego, wlewanie roztworu soli pod skórę. Wyzdrowienie.

8) Wiemuth 62). Die Behandlung der Schussverletzungen. Langebeck's Archiv. B. LX Hft. 2. 5 przypadków:

a) postrzał w brzuch, kula 7 mm., leczenie wyczekujące, śmierć na 3-ci dzień—badanie pośmiertne wykazało zapalenie otrzewny, 2 rany żołądka (60-ty przypadek liczby wszystkich ran postrzałowych opisywany przez autora);

b) postrzał w brzuch, laparotomia w 3 godz. później, 2 dziury w żołądku, kula w trzustce. Wyzdrowienie;

c) postrzał w brzuch, po 8 g. laparotomia, „bouchon muqueux“ ani śladu, zawartość żołądka wylewa się, 2 dziury w żołądku, kula w trzustce. Wyzdrowienie;

d) postrzał w brzuch, po 48 g. laparotomia, 2 dziury w żołądku, bouchon muqueux niema, zawartość żołądka w jamie brzusznej. Badanie pośmiertne—ropne zapalenie otrzewny;

e) postrzał w brzuch, po 8 g. laparotomia, 2 otwory w żołądku, bouchon muqueux zamyka światła otworów, 8 dziur w kiszkiach—śmierć.

Jeżeli dodamy te przypadki do liczby zebranych przez Kukulę, otrzymamy, że niepowikłanych, operowanych postrzałów żołądka do tej pory mamy w literaturze 21, a mianowicie 12 zebranych przez wyżej wymienionych autorów oraz 9 zebranych przeze mnie (Winslow'a, M. Dubojadoux, E. Domoulin'a, Herzfeld'a, Marion'a, Andrassy'ego i 3 Wiemuth'a z kliniki Bramann'a).

Do liczby 5-ciu przypadków leczonych wyczekująco dodać należy jeden Wiemuth'a, gdzie przy badaniu pośmiertnym stwierdzono przedziurawienie żołądka. Przypadku Petersen'a nie biorę pod uwagę, gdyż rozpoznanie nie zostało stwierdzone w sposób pewny. Przypadku Wertheim'a 63) nie notuję z powodu powikłania raną wątroby i nerki.

Z liczby 21 operowanych przypadków 3 miały zejście śmiertelne, czyli odsetka śmiertelności 14,3.

Z liczby 6 nieoperowanych, 5 zakończyło się śmiercią, odsetka przeto śmiertelności 83,3.

Jak już wyżej zauważyłem, biore pod uwagę tylko przypadki ran postrzałowych żołądka niepowikłane.

Do liczby 21 operowanych niepowikłanych ran postrzałowych żołądka, znanych do obecnej chwili w literaturze, chcę dodać przypadek, który spostrzegaliśmy z kol. Solmanem; ze względu na swoje cechy może on Szanownych Panów zaciekawić.

Dnia 18 maja 1901 roku uczeń gimnazjum, E. P., lat 14, podczas zabawy otrzymał postrzał z floweru. Pochodzi z rodziny zamężnej, przedtem był zupełnie zdrow, jadł o g. 3 obfity obiad, postrzał otrzymał z odległości 3 kroków, według słów chorego (pierwotnie) z lewej strony ku prawej i z przodu ku tyłowi, później okazało się (jak to przypomniał sobie chory), że wskutek $\frac{1}{4}$ obrotu, jaki wykonał pacjent podczas celowania doń, i wskutek pochylecia ku przodowi, strzał uderzył z prawej strony ku lewej i nieco ku tyłowi. O tem dowiedziliśmy się po operacji. Chory po otrzymaniu rany nie stracił przytomności, uczył silny ból w okolicy żołądka—w głębi, przy pomocy służby wszedł na 2-gie piętro, tam zrobiło mu się słabo. Wkrótce przybyło 3 lekarzy, lekarz Pogotowia Ratunkowego, stałej pomocy lekarskiej i ja. Chorego znaleźliśmy w stanie niezłym; nieco blady, tętno 96—ekscytowane, chory mocno wystraszony, twarz pokryta obficie potem. Rana postrzałowa na lewo od smugi białej, nad pępkiem. Nie badając chorego ściślej, po obmyciu okolicy rany i nałożeniu aseptycznego opatrunku postanowiliśmy przewieźć chorego karetą Pogotowia do zakładu kol. Solmana dla wykonania laparotomii. Po upływie godziny od chwili postrzału przystąpiliśmy z kol. Solmanem do badania chorego: zbudowany dobrze, tkanka podskórna bardzo obfita w tłuszcz, kościec rozwinięty dobrze. Twarz nieco blada, tętno o średnim naprężeniu 82 na minutę, oddech równy 24 na minutę. Przy oglądaniu ubrania zauważyliśmy brak kawałka kamlotu w bluzie, kawałka sukna i podszewki w kamizelce, 3 kawałków koszuli (fałdy) i jednego kawałka koszulki trykotowej, wielkością odpowiadających kuli. Na 10 ctm. ponad pępkiem i na 4 ctm. na lewo od białej smugi wejściowy otwór kuli, o brzegach podbiegniętych krwią, nieco wystrzępionych, średnicy nieco większej niż 6 mm. Z rany przy lekkim ucisku wypływa krwawa ciecz z drobnymi pęche-

ryzkami, nie cuchnącego gazu¹⁾. Brzuch nie wzdęty, stłumienia nie-normalnego niema, granica tępości wątroby nieco posunięta ku górze, bolesna na ucisk tylko okolica postrzału. Po naradzie, przypuszczając zranienie żołądka, postanowiliśmy przystąpić do operacji. Po zwykłym przedoperacyjnym przygotowaniu, w 2 g. od chwili wypadku—laparotomia, którą wykonałem przy pomocy kol. Solmana.

Cięcie równoległe do smugi białej idzie przez otwór wejściowy kuli, zaczyna się na 2 ctm. nad nim, kończy się na 2 ctm. ponad pępkiem.

Cięcie częściowe poprzez kanał kulowy, częściowo w głębi obok.

Po otworzeniu, w miejscach dostępnych dla oka, krwawej zawartości niema. Wprowadziłem rękę do jamy otrzewny, nie jednak godnego uwagi nie znalazłem, wyciągnąłem żołądek, szybko odgrodziłem jamę otrzewny serwetami ze względu na to, że chory zaczął obficie wymiotować miazgą pokarmową, zabarwioną krwią. Przez otwór na przedniej ścianie żołądka (bouchon muqueux nie było) przy tych wymiotach sączył się krwawy płyn. Po zaciśnięciu tego otworu tamponem zaczęliśmy poszukiwać otworu wyjściowego. Przy wielkiej krzywiźnie w linii nieco skośnej ku dołowi na odstępie 5—6 ctm. od pierwszego otworu zauważyliśmy na otrzewny ciemną plamę; po wprowadzeniu zgłębnika do otworu wejściowego okazało się, iż ciemną plamą była otrzewna, pokrywająca kanał, utworzony przez kulę w błonie śluzowej i mięsnej. Otrzewna ta nienaruszona, można było podnosić ją na kształt rozpiętego parasola. Po połączeniu obydwu tych otworów jednym cięciem, wprowadził do żołądka palce kol. Solmana—ani kuli, ani otworu innego nie wyczuł. Żołądek zaszyłem szwem trzykrotnym (według Rydygiera). Po zaszyciu przedniej ściany żołądka zrobiłem otwór w lig. gastro-colicum, obejrzelśmy dokładnie tylną ścianę żołądka—żadnych zmian nie znaleźliśmy. Wobec tych danych mieliśmy prawo przypuszczać, że kula z żołądka do jamy otrzewny nie wyszła. Po oczyszczeniu powierzchni żołądka suchymi tamponami z gazy, po nałożeniu szwu na wiąz żołądkowo-okrężnicowy i podwiązki na jedno z krwawiących naczyń, trzywarstwowy szew na ścianę brzucha, dolna część rany pozostawiona na przestrzeni 1¹/₂ ctm. niezaszytą—wprowadziłem pasek gazy wyjałowionej.

Operacja ze względu na dość uciążliwe i nierównomierne chloroformowanie, wskutek czego chory budził się, wymiotował, napręzał ściany brzucha i t. d., trwała około 2 godzin.

1) Gabszewicz obserwował to przy ranie postrzałowej żołądka. Bryant zwrócił na ten objaw uwagę.

W ciągu 3 dni chory dostawał tylko lód do łykania z małą domieszką wina, następnie mleko kwaśne, po 6 dniach stałe pokarmy. Ciepłota i tętno cały czas prawidłowe, wymioty śluzowe były 2 razy (pierwszego dnia 1 raz w 3 g. po zastrzyknięciu morfiny i drugi raz 2-go dnia, również w 3 godz. po zastrzyknięciu morfiny w ilości 0,005) bóle bardzo nieznaczne pierwszego i drugiego dnia po operacji.

6-go dnia enema opróżniająca, 7-go dnia zdjąłem szwy, w górnej części rany rychłozrost z dolnej, po usunięciu sączka wypływa ropa. Sączek gumowy—opatrunek zwykły. 10-go dnia chory wstał. 14-go poddany został promieniom Roentgen'a w celu otrzymania zdjęcia jamy brzusznej.

Od tej pory minęło 6 tygodni, ja wyjechałem do Wrocławia, chorego opatrywał kol. Solman, który doniósł mi, że po odejściu jednej nitki rana zagoiła się¹⁾; chory czuje się dobrze.

Wniosków żadnych wyprowadzać nie będę, by Szanownym Panom nie zabierać czasu. Zwrócę tylko uwagę na to, co było dla nas wskazówką, że mamy do czynienia zapewne z raną żołądka: krwawa ciecz, zmieszana z pęcherzykami gazów, wypływająca z otworu wejściowego kuli oraz umiejscowienie postrzału wobec braku zapachu w tych gazach.

D. n.

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

KRYOSKOPIA

i zastosowanie jej

w chorobach serca i nerek.

Podał

D-r Czesław Otto.

Ordynator Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej U. W.

(*Ciąg dalszy.*)

Inaczej przedstawiają się wyniki kryoskopowe moczu chorej po przebytem zapaleniu płuc. Mężatka, lat 29, budowy umiarko-

¹⁾ Dandy 3). Kula karabinowa (Mime) odeszła przez prostnicę na 14 dzień po postrzale, 2 przypadki Otis'a—w końcu miesiąca.

wanej, zawsze była zdrowa. Na kilka dni przed przyjściem do kliniki, przebyła zapalenie płuc: znaleziono stłumienie w dolnym płacie prawego płuca, oddech oskrzelowy, bronchofonię, drobne rżenia prawie na całej przestrzeni prawego płuca; granice serca prawidłowe, drugie tony tętnicy głównej i tętnicy płucnej wzmożone; tętno twarde; narządy jamy brzusznej w granicach normy; okolica nerek bolesna na ucisk, nieznaczny obrzęk nóg. W moczu białko, dużo czerwonych ciałek krwi, wałki z nabłonka i wałki gruboziarniste. Na podstawie tych danych rozpoznano ostre zapalenie nerek po zapaleniu płuc. Kryoskopia moczu dokonana dnia 17. X 1901 r. (patrz tablica fig. 8) wykazuje niedosteczną czynność kłębków: $\frac{V\Delta}{P}$ nie do-
 sięga nawet 1500; ilość cząsteczek toksycznych także mała: $\frac{\delta V}{P}$ zale-
 zaledwie przewyższa 1000; $\frac{\Delta}{\delta}$ znacznie przewyższa normę, wskazując
 na stosunkową niedostateczność czynności nabłonka kanalików moczowych. Streszczając wszystko razem, wnioskujemy, że w danym przy-
 padku zajęte i kłębki ($\frac{\Delta V}{P}$ małe) i nabłonek kanalików moczowych
 ($\frac{V\delta}{P}$ także małe), przyczem ten ostatni funkcyonuje niedostatecznie
 w stosunku do ogólnej ilości cząsteczek na 1 kilogram wagi ($\frac{\Delta}{\delta}$ więk-
 sze, niż to odpowiada znaczeniu $\frac{V\Delta}{P}$). Mniej więcej ten sam stan
 trwa do dnia 4. XI 1901 r.; ze strony serca objawy niedostatecznej
 czynności wystąpiły 17. XI i trwały do 22: tętno częste, drobne, od
 czasu do czasu przestanki duszność; 22-go objawy niedostatecznej czynno-
 ści serca znikają na cały czas obserwacji. Niedomoga serca w danym
 razie stosunkowo niewielka, gdyż typ niedomogi nerek wcale się nie
 zmieniła przez cały czas trwania zaburzeń sercowych. Dnia 4. XI kli-
 niczne objawy zapalenia nerek giną niepowrotnie: białka i elementów
 nerkowych nie znajduwano już więcej w moczu. Jednak kryosko-
 powe badania moczu wykazują jeszcze do dnia 15. XI niedostateczną
 czynność i kłębków i nabłonka kanalików moczowych; dnia 16. XI
 kryoskopia moczu wykazuje stan prawidłowy nerek. Do dnia 22. X
 chora skarżyła się ustawicznie na bóle głowy, co, prawdopodobnie,
 było w związku z małą ilością cząsteczek toksycznych, wydzielanych
 przez nabłonek kanalików moczowych. Dnia 16. XI ogólna ilość czą-
 steczek wydzielonych przez kłębki $\frac{V\Delta}{P}$ dosięga 5500, a ilość cząste-

czek toksycznych $\frac{\delta V}{P} \rightarrow 3300$. Tak obfita diureza cząsteczkowa trafia się dość często w zapaleniu nerek w okresie całkowitej ich przepuszczalności.

Co się tyczy punktu zamarzania moczu i wydzielania soli kuchennej, to jak widać z tablicy, zwiększają się one w miarę polepszenia, co mieliśmy możność spostrzegać i w pierwszym przypadku za-

Listopad 1901 r.

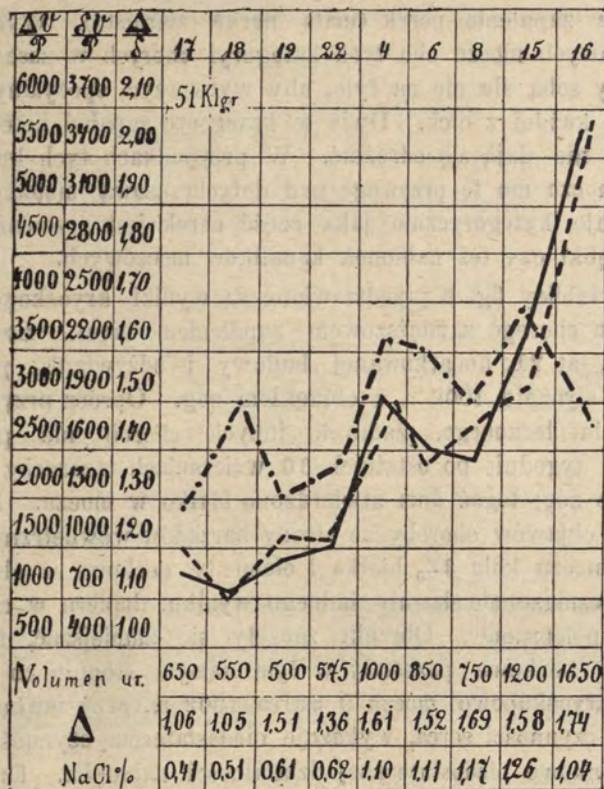


Fig. 8.

palania nerek po płonicy. Co zaś się tyczy dotychczasowych sposobów badania moczu i spostrzeżeń klinicznych, to w pierwszym przypadku są one absolutnie zgodne z kryoskopią, natomiast w drugim znacznie różnią się. W pierwszym przypadku kryoskopia i spostrzeżenie kliniczne wykazują normalny stan nerek dnia 25. X; w drugim przypadku objawy kliniczne zapalenia nerek znikają już dnia 4. XI, gdy tymczasem kryoskopia do 15. XI wykazuje jeszcze niedostateczną

czynność nerek: $\frac{\Delta}{\delta}$ nie odpowiada stosunkowo znaczeniu $\frac{V\Delta}{P}$. Ta niezgodność spostrzeżeń klinicznych z wynikiem badań kryoskopowych uwydatnia się jeszcze wybitniej, jak to zobaczymy później, w przebiegu przewlekłych zapaleń nerek.

Z klinicznego i anatomo-patologicznego punktu widzenia przewlekłe zapalenia nerek dzielimy na dwie kategorie: 1) przewlekłe mięsaszowe zapalenie nerek (duża biała nerka), 2) przewlekłe śródmięsaszowe zapalenie nerek (mała nerka ziarnista). Wyniki badań kryoskopowych moczu obu tych kategorii chorych w zasadzie różnią się między sobą ale nie na tyle, aby wytworzyć specjalny typ właściwy dla każdej z nich. Dwie te kategorie zapaleń nerek niekiedy klinicznie nie dają się odróżnić. W przypadkach tych kryoskopowe badanie moczu ma tę przewagę nad dotychczasową metodą kliniczną, że wskazuje kategoriycznie jaką część nerek jest przeważnie uszkodzona, kłębki czy też nabłonek kanalików moczowych.

Na tablicy fig. 9 przedstawione są wyniki kryoskopowych badań moczu chorego z mięsaszowym zapaleniem nerek. Student uniwersytetu, lat 21, umiarkowanej budowy i odżywiania, przybył do kliniki w styczniu 1902 r. z obrzękiem nóg. Oprócz przymiotu, niedostatecznie leczonego, żadnych innych chorób nie przechodził. W cztery tygodnie po ostatnich 30 wcieraniach szaruchy zauważył obrzęmie nóg; tegoż dnia stwierdzono białko w moczu. Przy braku wszelkich objawów choroby ze strony narządów wewnętrznych stwierdzono w moczu koło 3% białka i elementy nerkowe w obfitej ilości. Zabiegi lecznicze nie dawały żadnego wyniku; dopiero w marcu r. b. nastąpiło polepszenie. Obrzęki zaczęły się zmniejszać, ale białko i elementy nerkowe pozostały w tym samym stopniu co i dawniej. Badanie kryoskopowe moczu 9 marca 1902 r., przy braku objawów osłabionej czynności serea, wykazuje niedostateczną czynność kłębków, przy stosunkowo niedostatecznej działalności nabłonka. Dnia 11. III typ ten znika, wykazując większą niedostateczność nabłonka niż kłębków; od dnia 12 do 28 znaczna niedomoga kłębków. W tym samym czasie nabłonek kanalików moczowych działa prawie prawidłowo: $\frac{\delta V}{P}$ dosięga nawet cyfr normalnych, a niekiedy i więcej niż normalnych. W tym samym czasie bóle głowy przestały dokuczać choremu, co jest całkiem zrozumiałe przy wysokim znaczeniu $\frac{\delta V}{P}$ i białka 3—6%; elementów nerkowych znacznie mniej, niż dawniej. 25. III prze-

waża już typ niedostateczności nabłonka; $\frac{\delta V}{P}$ mniejsze od normy, a $\frac{\Delta}{\delta}$ większe stosunkowo do znaczenia $\frac{\Delta V}{P}$. Typ niedostateczności nabłonka pozostaje i nadal podczas spostrzegania danego chorego, wykazując tendencję do przejścia zapalenia nerek niewątpliwie mięszoowego o przebiegu przewlekłym w zapalenie śródmiąższowe. Punkt zamarzania moczu zachowuje się jak w niedomodze serca. Ogółem biorąc niema żadnych cech charakterystycznych dla danego cierpienia;

Marzec 1901 r.

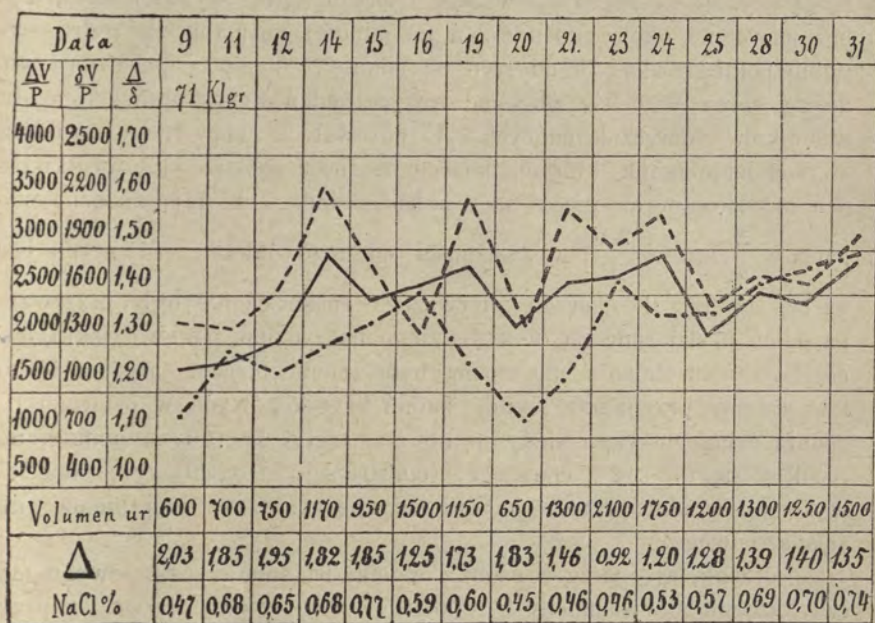


Fig. 9.

wydzielanie soli kuchennej nie podlega widocznym wahaniom. Obfita diureza przy dość znacznym wydzieleniu NaCl nie wykazują zbyt wielkiej zmiany w kłębkach, choć ogólna diureza cząsteczkowa na 1 kilo wagi $\frac{V\Delta}{P}$ jest mniejsza, niż wymaga norma.

W dwóch następnych przypadkach zapalenia nerek pochodzenia skrobiowego, wyniki badań pomimo identyczności samej sprawy są różne. Przy pierwszym spojrzeniu na tablicę fig. 10. I przedstawiającą krzywe badań kryoskopowych moczu chorego na skrobiowe zwy-

rodnienie nerek, możemy wnioskować, że te wyniki badań otrzymano przy niedomodze serca; w drugim przypadku (fig. 10. II) typ niedostateczności nerek występuje wybitnie nawet na kilka dni przed śmiercią, pomimo wystąpienia i wtedy zaburzeń ze strony serca. W pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia z chorym wycieńczonym długotrwałą gruźlicą płuc i stawu kolanowego, w drugim—z chorym, który przechodził ropne zapalenie kości biodrowych i miednicy pochodzenia gruźliczego. Pierwszy był wynędzniały, wychudły, drugi odżywiany był wcale nieźle. W obu przypadkach na podstawie spostrzeżenia klinicznego rozpoznano skrobiowe zwyrodnienie nerek, osłabioną czynność serca u pierwszego chorego (tętno szybkie, małe, drobne, nierówne, około 130 uderzeń na minutę), normalną zaś u drugiego (tętno pełne, równe, 76 uderzeń na minutę). Tylko tą nierówną czynnością serca daje się objaśnić różnice badań kryoskopowych u obu osobników identycznie chorych. U pozostałych chorych na skrobiowe zwyrodnienie nerek, których miałem możność spostrzegać, wyniki badań kryoskopowych więcej są z sobą zgodne, lecz dają znaczne wahania w $\frac{\Delta}{\delta}$ lub w $\frac{\Delta V}{P}$, w zależności od tego jaka część nerek jest więcej zajęta. U chorego pierwszego spostrzeżenie było przerwane na dzień przed śmiercią, a u drugiego na tydzień, ponieważ skutkiem ciągłego rozwolnienia nie można było zbierać moczu. Być może, że i w drugim przypadku wynik badań kryoskopowych w ostatnim tygodniu życia chorego, kiedy tętno dochadziło do 150 na minutę, nie różniłby się tak od pierwszego, tembardziej, że oględziny pośmiertne wykazały w obu przypadkach nieznaczne mięszone zmętnienie mięśnia sercowego.

Przeglądając teraz z osobna wyniki badania kryoskopowego moczu każdego z wymienionych chorych, widzimy w pierwszym przypadku (fig. 10, I) dnia 30 grudnia 1901 r. niedostateczną czynność kłębków ($\frac{V\Delta}{P}$ bardzo małe); ilość cząsteczek toksycznych także niedostateczna: $\frac{\delta V}{P}$ znacznie niżej normy; $\frac{\Delta}{\delta} = 1,00$. Stan ten trwa do samej śmierci.

Wszystko to przemawia za niedomogą serca, lub też za niedostateczną czynnością kłębków. Biało w moczu (od 5% do 8%), wałki szkliste, a niekiedy i drobnoziarniste, przy małym, drobnym tętnie i gruźlica płuc, wykluczają możność rozpoznania li tylko niedomogi serca, wskazując na większe zaburzenia mięszone w nerkach. W tego rodzaju przypadkach spostrzeżenie kliniczne rozstrzyga kwestyę.

II

I

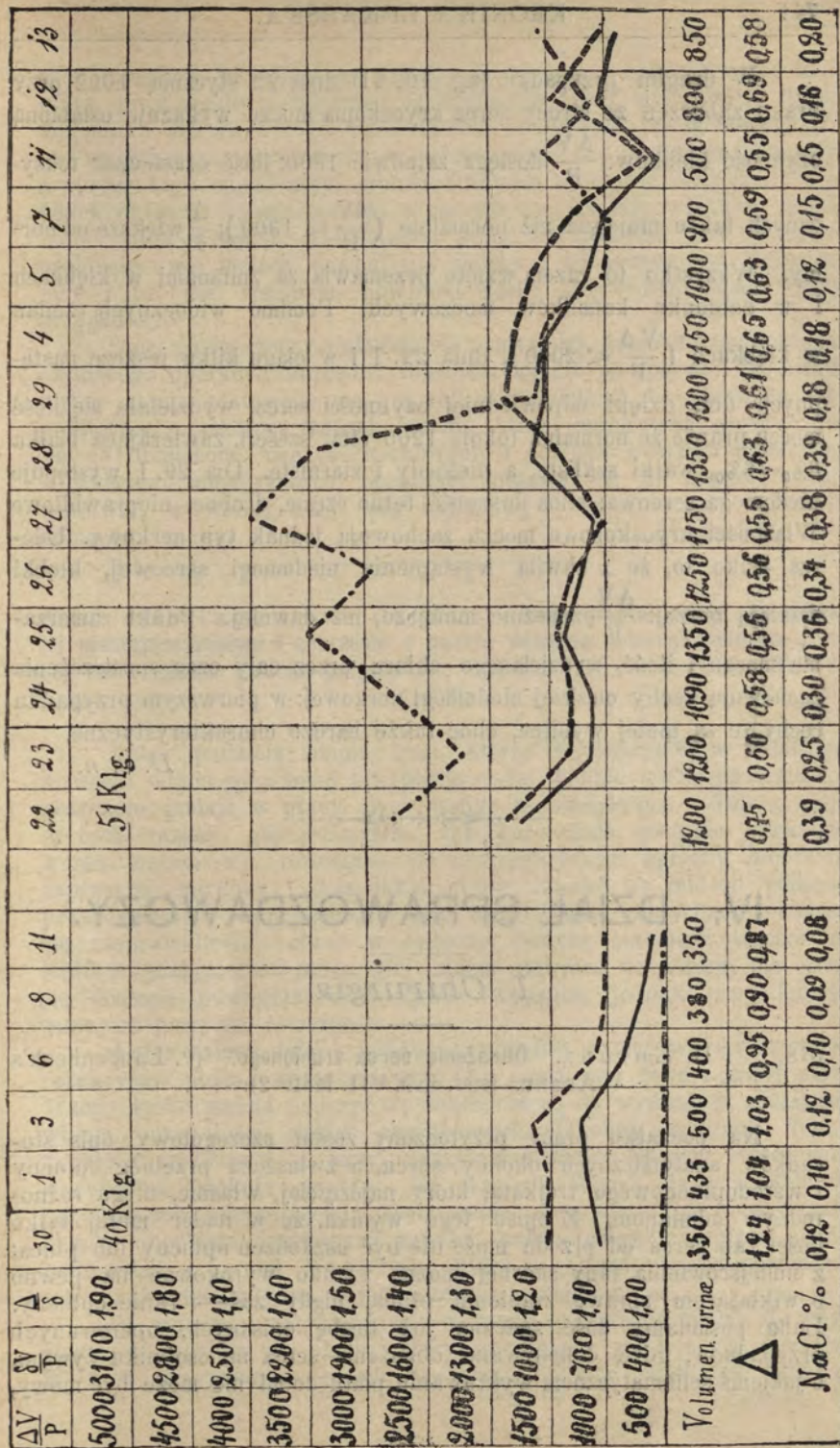


Fig. 10.

W drugim przypadku (fig. 10, II) dnia 22 stycznia 1092 przy braku zaburzeń ze strony serca kryoskopia moczu wykazuje osłabioną czynność kłębków: $\frac{\Delta V}{P}$ dosięga zaledwie 1800; ilość cząsteczek toksycznych także mniejsza niż normalnie ($\frac{\delta V}{P} < 1300$); $\frac{\Delta}{\delta}$ większe od normy. Wszystko to razem wzięte przemawia za zmianami w kłębkach i w nabłonku kanalików moczowych. Pomimo widocznych zmian w kłębkach ($\frac{V\Delta}{P} < 2000$), dnia 22. I i w ciągu kilku jeszcze następných dni, dzięki odpowiedniej czynności serca, wydzielala się ilość moczu prawie że normalna (około 1200 ctm. sześć.), zawierająca białka 3%—6%, wałki szkliste, a niekiedy i ziarniste. Dnia 29. I występuje niedomoga sercowa: silna duszność, tętno częste, drobne, nieprawidłowe. Własności kryoskopowe moczu zachowują jednak typ nerkowy. Uderza tylko to, że z chwilą wystąpienia niedomogi sercowej, kłębki działają gorzej: $\frac{\Delta V}{P}$ znacznie mniejsze, niż dawniej. Punkt zamarzania moczu i ilość wydzielanego chloru przez cały czas spostrzeżenia zachowują cechy ciężkiej niedomogi nerkowej; w pierwszym przypadku cechy te są mniej wybitne, choć także bardzo charakterystyczne.

D. c. n.

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

318. H. Lorenz. **Obnażenie serca zranionego.** (v. Langenbeck's Archiv. Bnd. LXVII. Heft 2).

Na początku pracy przytoczony został szczegółowy opis stotunków anatomicznych okolicy serca, a zwłaszcza przebieg opłucny i wśródopłucnowego trójkąta, który najczęściej, właśnie, ulega różnorodnym odmianom. Z opisu tego wynika, że w nader małej tylko ilości ran serca od przodu może nie być uszkodzeń opłucny lub płuca; z umiejscowienia rany skórnej można rzadko wyrokować na pewno o wkląjącem sprawę zranieniu płuca, nigdy zaś—o ranie opłucny. Lubo posiadamy dość znaczną już liczbę opisanych, operowanych przypadków, gdzie dokonywano obnażenia serca na osobniku żywym, o jakimś schematycznym wykrawaniu płatu dotąd nie może być mowy,

choć sposobów proponowano kilka. Za najlepszy należy uważać taki, który, przy możliwie znacznem oszczędzeniu czasu, pozwalałby, dzięki dokonaniu otworu dużego, na dokładne rozejrzenie się w stosunkach, na wygodne manipulowanie w głębi rany bez nadmiernej asysty, a oprócz tego czynił niemożliwym zranienie zaoszczędzonej przez wypadek opłucny. Tego rodzaju wymaganiom nie odpowiada w zupełności żadna z metod, stosowanych dotąd i wątpliwem jest, w ogóle, urobienie owej metody idealnej, już choćby z tej przyczyny, że operujący i tu, jak wszędzie, powinien ściśle indywidualizować każdy przypadek.

Tam, gdzie rzeczy układają się pomyślniej, gdzie do pogorszenia, czyniącego operację niezbędną, dochodzi dopiero po upływie dni kilku, wybór cięcia płatowego nie gra roli zbyt wielkiej. L. opisuje tu wypróbowaną przezeń na trupach metodę, której osobliwości sprawdzają się do obnażenia naczyń sutkowych i powięzi wewnątrzpiersiowej w trzecim międzyżebżu; operujący posuwa się tu naprzód w tej warstwie, w której udaje się najłatwiej i najbezpieczniej oddzielić opłucnę.

K. Niedzielski.

319. Delagenière (le Mans). **Chirurgiczna odma piersiowa, jej niebezpieczeństwa i znaczenie z punktu widzenia chirurgii opłucno-płucnej na zasadzie sześciu przypadków.** (Archiv. prov. de chir. № 12. 1902).

Autor podziela zdanie tych, którzy występującej w przebiegu operacji odmie piersiowej przypisują nader wielkie niebezpieczeństwo, przyczem podaje w pracy swej środki zapobiegawcze. Należy więc w tych razach, gdy rozmyślnie lub bezwiednie zostanie otwarty worek opłucnowy, rozciągnąć ku zewnątrz brzegi opłucny żebrowej, zaprzestać narkozy i czas jakiś pilnie zważać na oddech podczas przedostawania się powietrza w głąb rany. Jeżeli oddychanie odbywa się nieprawidłowo, otwór w opłucny zamyka się bądź tamponem, bądź przyciągnięciem płuca; gdy oddech powraca do normy, nie broni się dostępu powietrza, zachowywać wypadnie jednak przy tem te same, co powyżej, ostrożności.

Autor zaleca dalej w każdym przypadku wymacywać przez otwór rezekecyjny płuco, wprowadziwszy do jamy całą rękę i przedramię. Wtedy tylko można pouczyć się dokładnie co do wymiarów, umiejscowienia oraz ilości ognisk chorobowych. Okolicę ostatnich trzeba zupełnie wykluczyć z jamy, zeszywając listek opłucny trzewowej z żebrową naokoło ogniska. Ze względu jednak, że w niektórych przypadkach przysunięcie i umocowanie płuca może być niewykonalnem w obec istniejącej tegoż zapaści, należy celem uniknięcia odmę zastosować przyrząd Potain'a, który tak samo wysysa powietrze, jak i zawartość płynną, a jednocześnie rozciąga płuco.

W jednym z przytoczonych w pracy spostrzeżeń miano do czynienia z ropniem w płucu, który opróżniono za pomocą żegadła. W 3-ech przypadkach innych otwierano opłucnę na skutek istnieją-

cych guzów kostnych mostka i żeber; w jednym, wreszcie, przypadku leczono osobnika z raną płuca postrzałową.

K. Niedzielski.

320. G. Crile (Cleveland). **Czasowe zamknięcie tętnicy szyjowej.**
(Annals of surgery. Kwiecień 1902).

Na początek Crile wypróbował metodę czasowego ucisku na 19 psach, stosując tenże rozmaicie od 15 minut do 48 godzin. Po ukończeniu na żywym zwierzęciu doświadczenia, psa zabijano, celem zbadania naczyń ucisniętych i mózgu w kierunku anatomopatologicznych. Wyniki badań tych są następujące:

1) Stopień zmian histologicznych zależał głównie od siły wywieranego ucisku i od aseptycznego przebiegu ran. Naczynie znosiło, zresztą, ucisk bez uszkodzeń widocznych w ciągu 24, a nawet 48 godzin.

2) Jeżeli obie tętnice szyjowe ucisnąć jednocześnie, ciśnienie krwi zrazu wzmagą się wybitnie, wkrótce jednak wraca znów do normy, po wytworzeniu się krążenia obocznego.

3) Zabieg nie wywiera bardziej znacznego wpływu na liczbę oddechów.

4) Po zdjęciu pincet krążenie wyrównywa się bezzwłocznie.

Zachęcony takim rezultatem, autor stosować zaczął metodę swą na chorych. W pracy znajdujemy sprawozdanie z 18 operacji z zastosowaniem czasowego ucisku. Wrażenie z opisu odbiera się bardzo dodatnie. Były to przeważnie rękoczynny rozległe, podejmowane na szyi, języku, w jamie ustnej, lub na szczęcie. Te, tak dotąd krwawe operacje, miały tu przebieg dziwnie gładki, nie prowadziły do znaczniejszej utraty krwi, technicznie więc były daleko łatwiejsze, niż dawniej. Z owych 18 osobników zmarło 3-ch na skutek: krwotoku wtórnego (po dwóch tygodniach), alkoholizmu i zapalenia płuc.

Przyrząd, stosowany przez autora, składa się z zaopatrzonego w śrubę zaciskadła, którego jedna z gałęzi jest dłuższą od drugiej i zagiętą ku wewnątrz, by nie dopuścić do ześlizgiwania się. Obie gałęzie przyrządu, powleczone drenami z gumy, ustawia się w ten sposób, ażeby, po dostatecznym zamknięciu, przebiegały do siebie równolegle. Chory dostaje przed operacją małą dawkę atropiny lub kokainy dla uniknięcia podrażnień nerwu błędnego; po wyszukaniu tętnic delikatnie ujmuje się takowe w kleszczyki. Operację wykonuje się przy zwieszanej głowie pacjenta, powstające bowiem w ten sposób znaczniejsze napełnienie żył zapobiega wytwarzaniu się zatorów powietrznych.

K. Niedzielski.

321. M. Gerulanos. **O leczeniu chirurgicznym cierpień płuca.**
(Deut. Aerzte—Zeitung. № 9—10. 1902).

Przystępując do otwarcia klatki piersiowej, przedewszystkiem nie należy wytwarzać warunków dla powstania rozległej odmy pier-

siowej. Dlatego też należy mieć zawsze na uwadze postawioną przez Koenig'a tezę, że rękoczyn na płucu dozwolony być może wtedy tylko, gdy posiadamy możliwość operowania ściśle na zewnątrz od jamy piersiowej. Aby osiągnąć cel ten, zastosować wypadnie jedną z poniżej przytoczonych metod: a) lub odgraniczyć przeznaczoną dla operacji część płuca serwetkami, lub też b) wyciągnąć ostatnią przez otwór w ścianie klatki piersiowej i przyszyć ją do opłucny ściennej. Metoda pierwsza właściwszą będzie w obec bardziej rozległych zabiegów, druga, t. j. szew — w razie istnienia ognisk ograniczonych. Wszystkie sposoby inne, zmierzające ku wytworzeniu sztucznemu zrostów, są niepewne i zabierają tylko czas daremnie.

Operacja na płucu sama przez się nie jest niebezpieczną, krwotoki nie są tu wielkie i łatwo dają się opanować przez tamponowanie, tem łatwiej nawet, że ciśnienie krwi w obiegu małym dorównywa zaledwie $\frac{1}{3}$ obiegu tętniczego. Tkanki rozcinać należy nożem lub nożyczkami, a nie żegadłem, gdyż ostatnie nie zabezpiecza, bynajmniej, przed krwotokiem z naczyń większych. Po rękoczynie zeszywa się powierzchnie rozcięte, w przypadkach zaś sprawy ropnej — wypełnia gazą. Tu trzeba pamiętać, że warunki dla wygojenia jam w płucu są w dolnych jego częściach lepsze, niż w górnych. Niepodatność ostatnich wymaga unieruchomienia klatki piersiowej, przez co zapobiega się zauważanemu niekiedy powstawaniu złowrogich zatok we wnętrzu płuca, powstających na skutek dośrodkowego kureczenia się blizny.

W części szczegółowej znajdujemy wykład o leczeniu ran płuca, tamowaniu krwotoków, wyciąganiu ciał obcych, o postępowaniu w obec odmy powietrznej lub krwawej, w obec ropni, zgorzeli i rozstrzeni, w przypadkach gruźlicy, bąblowca i promienicy, znajdujemy wreszcie terapię nowotworów płuca i ścian klatki piersiowej.

K. Niedzielski.

322. O. Tilmann. **Uszkodzenia mózgu przez urazy tępe i złamania kości czaszkowych.** (v. Langenbeck's Archiv, Band. LXVI).

Podwójna warstwa kostna, z której składa się pokrywa czaszki jest wielką dla mózgu kłapą bezpieczeństwa. Dzięki płaskiemu ułożeniu blaszki zewnętrznej, wyczerpuje się w wielu razach siła uderzenia w stopniu tak znacznym, że narząd ów nie doświadcza wcale wpływów urazu. Z szeregu ciekawych autora doświadczeń nad wydrażonymi wewnątrz, pełnymi lub próżnymi przedmiotami wynioskować łatwo, że uszkodzenie mózgowia powstaje tylko na skutek uszkodzenia kości, a dalej, że spostrzegane tegoż zgniecenie, przy nieuszkodzonym na pozór czerepie, jest następstwem uderzenia się istoty mózgowej o kość. Drugą dla będącego w mowie narządu prezerwatywą jest ciecz mózgo-rdzeniowa i płyn ten, posiadając niewielką wagę gatunkową, przyjmuje na się prędko wszelakie ruchy głowy i, niby podściółka, zmniejsza siłę wspomnianego powyżej uderzenia. W przypadkach złamań czaszki zniszczenia w mózgu odpo-

wiadają rozległości pęknięć. Podnieść, wreszcie, należy, że t. z. „pośrednie“ złamania kości oczodołowych od postrzału, są, zdaniem autora, wynikiem działania pocisku na mózg; tak samo zachowywać się może w tej kategorii przypadków i uraz tępy.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

323. M. Graefe. **Duży kamień pęcherzowy i przyczynek do leczenia zapalenia przewlekłego miedniczki nerkowej.** (Centralbl. für Gynäkologie 1902, Nr. 13, str. 330).

Kamienie pęcherzowe u kobiet są zjawiskiem rzadkiem. Dzięki krótkości i szerokości cewki kobiecej małe kamyki odchodzą niepostrzeżenie, a większe mogą być wydobyte per vias naturales. Usunięcie kamieni drogą operacyjną o wiele łatwiej się dokonywa u kobiet, niż u mężczyzn. Krótkość i rozciągliwość cewki pozwala na wyciągnięcie za pomocą kleszczyków kamieni wielkości jaja gołębiego. Jeżeli ekstrakcja się nie udaje, to staramy się skruszyć kamień, poczem łatwo usunąć odłamki. Jeżeli ekstrakcja kamienia przez cewkę okazuje się niemożliwą, pozostają nam wtedy dwie drogi operacyjne: sectio alta i kolpocystotomia. Pierwszej operacji, jako trudniejszej i niebezpieczniejszej dla chorej, należy unikać (autor stosował ją przy nowotworze pęcherza moczowego), druga zaś nie przedstawia żadnych trudności. Na dowód autor przytacza następujący przypadek: u 50-cioletniej damy, która przedtem cierpiała na nephritis z nieznacznym białkomoczem, zaczęła krew odchodzić z organów płciowych. Chora nie zdawała sobie sprawy z tego, czy krew odchodzi z macicy, czy z pęcherza. Na korzyść ostatniego przypuszczenia przemawiało częste parcie na moc. Niewątpliwym był katar pęcherza. Badając chorą, autor przekonał się, że macica jest w stanie zaniku i zupełnie prawidłowa; lecz przez pochwę wyczuł zarazem guz w pęcherzu. Za pomocą zgłębnika autor przekonał się, że ma do czynienia z kamieniem pęcherza, wielkości dłoni.

Sprowadziwszy chorą do szpitala, autor rozszerzył cewkę i wprowadził wskaziciel, aby się przekonać o wielkości i kształcie kamienia i upewnić się, że nie ma przed sobą ciała obcego o brzegach ostrych i śpiczastych. Ujawniło się, że był to kamień tej wielkości, iż bez kruszenia nie da się usunąć. Kruszenie się nie udało. Wtedy autor przystąpił do kolpocystotomii. Rozciąwszy pośrodku ścianę pochwową przednią pomiędzy 2 kulociągami, przyczem kamień był unieruchomiony za pomocą cewnika, autor z łatwością wydobyl za pomocą kleszczyków kamień moczowy owalny, długości 6,5 ctm., szerokości 5 ctm. i grubości 2,6 ctm. Przemywszy pęcherz rozezytnym kwasu borowego, zaszył katgutem pęcherz, a pochwę jedwabnym szwem supelkowym. Prima intentio. W ciągu pierwszych 14 dni samoistnie odchodziły drobne kamyczki, a najwięcej przy płukaniu pęcherza.

Po użyciu urycedyny kamyczki przestały się wydzielać. Lecz z powodu podrażnienia nerek autor musiał odstawić ten środek. Pomimo przepłukiwań pęcherza (2 razy dziennie), pomimo użycia wewnętrznego salolu i tak skutecznego środka, jak acid, camphorat. fort., katar pęcherza nie ustąpił. Po 3 tygodniowym pobycie w szpitalu, chorą wypisano do domu, gdzie w dalszym ciągu płukano pęcherz i podawano urotropinę. Ponieważ katar pęcherza się wzmógł, chora po 3 miesiącach wróciła do zakładu. Wtedy wystąpiły kolki nerkowe po stronie lewej, z gorączką do 38° — $38,6^{\circ}$. Lewa nerka była widocznie powiększona, a prawa normalnej wielkości. Stan ogólny chorej się pogorszył. Podejrzewając zapalenie miedniczki nerkowej lewostronnej z tworzeniem się kamieni, autor pomyślał o nefrotomii, ewentualnie o nefrektomii. Zanim się zdecydował na operację, autor chciał się przekonać o stanie drugiej nerki. Za pomocą wziernika cewkowego Rose'go autor wydobyl mocz z każdej nerki oddzielnie. Rezultat był zdumiewający. Mocz z lewej nerki był przezroczysty; pod drobnowidzem nie znaleziono w nim ciałek ropnych, lecz nieznaną ilość białka przy zagotowaniu i dodaniu kwasu octowego. Z prawej nerki otrzymany mocz był mętny, zawierał dużą ilość ciałek ropnych i nablonka nerkowego. Ujawniło się tedy, że była to lewostronna nephritis, a prawostronna pyelitis.

Porzuciwszy myśl o operacji, autor zaczął stosować Methylenblau (Merck). Zalecił chorej 0.1 metylenblau i taką samą ilość gałki muszkatołowej sproszkowanej (nux moschata) dwa razy dziennie w kapsułkach żelatynowych. Po 5—6 dniowym użyciu, lekarstwo odstawiono, dopóki mocz nie był zupełnie odbarwiony; potem autor kazał powtórzyć ten środek. Parcie na mocz ustąpiło, gorączka spadła; ilość ciałek ropnych w moczu znacznie się zmniejszyła. Chora widocznie się wzmocniła na siłach i wypisawszy się, w domu jeszcze od czasu do czasu przyjmowała ten środek. W moczu znajduje się jeszcze trochę białka, jako objaw dawnej nephritis.

O skuteczności tego środka autor przekonał się jeszcze w drugim przypadku, który poniżej podaje.

Młoda, 22-letnia, pierwiastka została rozwiązana za pomocą kleszczy; po porodzie parametritis, wskutek pęknięcia ropnia przymacicznego do pęcherza. Drogą operacyjną usunięto sprawę przymaciczną i gorączkę. Pozostał tylko katar przymacicza, który nie ustępował pomimo przemywań, użycia salolu, kwasu kamforowego i urotropiny. Chora już była wstała z łóżka, gdy po 8 dniach nagle dostała dreszczy, bólu w okolicy prawej nerki i gorączki 40° . Nerka była nieco powiększona i wrażliwa na ucisk. Jednocześnie ilość ropy w moczu znacznie się powiększyła. Spokój w łóżku, lód miejscowo stosowany, salol do wewnątrz podawany usunęły po 3 dniach gorączkę i bóle miejscowe. W ciągu następujących 6 tygodni ataki jeszcze 3 razy się powtórzyły. Przyczem w przerwach obserwowano katar pęcherza. I w tym przypadku metylenblau okazał się zbawiennym. Po dwukrotnem użyciu po 10 kapsulek mocz był wolny od ropy, wrażliwość nerki znikła. Chora dostała jeszcze jednego ataku przy pierwszej miesiączce, która

się zjawiała po 6 miesiącach. Leczą po zażyciu powyższego środka ataki więcej nie powróciły.

M. Warszawski.

324. Max Dützm ann. **Zachowanie się białych ciałek krwi w sprawach ropnych w narządach płciowych kobiety—jako środek pomocniczo-rozpoznawczy w ginekologii.** (Centralblatt für Gynäkol., 1902. Nr. 14, str. 359).

W sprawach chorobowych narządów płciowych kobiecych często bardzo nastęrcza się ważne dla terapii i rokowania pytanie, czy to ropna sprawa, czy nie. Dotychczasowe środki rozpoznawcze (wywiady, krzywa temperatury, punkcya próbna) okazały się w wielu przypadkach niedostatecznymi.

26 Listopada 1901 ukazała się w Münchener med. Wochenschrift praca Curschmann'a, w której autor zwraca uwagę na swoiste zachowanie się białych ciałek krwi w sprawach zapalnych kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego i wskazuje jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu istniejącego ropienia.

Już przed Curschmann'em inni autorzy (Rieder, v. Limbeck, Gravitz i Cabot) poznali się na znaczeniu ilości leukocytów w sprawach zapalnych.

Z przeprowadzonych 60 badań Curschmann wylicza 14 przykładów, gdzie zwiększona ilość leukocytów z największą dokładnością wskazała na obecność ropy. Rozpoznanie sprawdzilo się pod czas operacji, odpowiednio przedsięwziętej. Z polecenia prof. Martin'a autor wziął się do sprawdzenia tego faktu, mając do dyspozycji materyał z kliniki ginekologicznej uniwersytetu Greifswaldzkiego. W każdym badaniu autor przekonał się o prawdziwości teoryi Curschmann'a.

Czy to był wysięk, czy pyometra, czy też inna sprawa ropna, ilość leukocytów była zawsze zwiększoną. Nawet przy istniejącej gorączce ten środek dyagnostyczny nie zawiódł, wskazując zawsze zwiększoną ilość leukocytów (30 - 35000). Spostrzeżenia autora są tem cenniejsze, że każde rozpoznanie potwierdzone zostało przez operację.

Na mocy 40 spostrzeżeń autor przyszedł do następującej konkluzji: obliczanie ilości białych ciałek krwi stanowić będzie niezbędny i niezbitny sposób różniczkowo-pomocniczy w dyagnozie chorób kobiecych.

M. Warszawski.

325. Budin i Macé. **Wady serca i karmienie.** (Centralblatt f. Gynäkol., 1902, Nr. 14, str. 374).

Wbrew mniemaniu ogółu choroby serca nie stanowią przeciwskazania do karmienia. Na dowód autorzy przytaczają dwa przypadki, gdzie matki dotknięte wadą sercową (w jednym przypadku było nawet zaburzenie kompensacyi) same karmiły swoje dzieci bez szkody, a nawet z dobrym skutkiem dla przebiegu choroby.

M. Warszawski.

326. J a k u b. **Choroby serca jako wskazanie do sztucznego przerwania ciąży.** (Russkij Wracz. 1902 № 7 i 8).

Na mocy własnego doświadczenia i danych z literatury autor przyszedł do następujących wniosków:

1) Wada sercowa stanowi poważne i niebezpieczne powikłanie w ciąży.

2) Panny z silnie rozwiniętą wadą sercową, zwłaszcza przy niedostatecznej kompensacji, nie powinny wychodzić za mąż.

3) Kobiety, chorobą serca dotknięte, które już przebyły 1–2 porody, powinny nadal unikać ciąży.

4) Przy pierwszych objawach zaburzenia w kompensacji należy niezwłocznie sztucznie przerwać ciążę.

5) U wieloródek, u których porody poprzednie były powikłane przez objawy ciężkie ze strony serca, należy sztucznie przerwać ciążę, w razie gdyby nawet nie było objawów dyskompensacji.

6) Najwygodniej przystąpić do operacji w ciągu pierwszych czterech miesięcy ciąży, lub na początku 5 miesiąca.

7) Najlepiej wywołać bóle porodowe przez metreuryzę. Naragoza przy tem zbyt dobra.

8) W okresie właściwym porodu należy skrócić czas trwania porodu za pomocą kleszczy, lub innej operacji akuszeryjnej.

9) Użycie sporyszu w okresie połogowym musi być wzbronione.

10) Chora sercowa musi być pod obserwacją lekarską przez czas ciąży, porodu i okresu połogowego.

11) Chora sercowa musi leżeć w łóżku przez 2 tygodnie od chwili porodu.

Fenomenow i Kalabin sądzą, że choroba serca sama przez się nie daje wskazania do przerwania ciąży. Tylko ciężkie zaburzenia w kompensacji mogą dać wskazania do tej operacji. Wada sercowa nie może być absolutnem przeciwwskazaniem do zamążpójścia.

M. Warszawski.

327. A. Schücking. **Wstrzykiwania do żyły pępkowej.** (Centralblatt für Gynäkologie 1902 № 23).

Powołując się na fakt, że noworodki znakomicie znoszą przekrwienia i ciśnienie wysokie w żyłę pępkowej, i opierając się na własnych doświadczeniach nad działaniem fizyologicznem sakcharatów alkaliu i fruktozanów (Archiv für Anat. u. Physiol. Suppl. 1901 — Verhandlung. d. XIX Kongresses für innere Medicin), autor chwycił się środka ostatecznego w przypadku śmierci pozorowanej u noworodka i wstrzyknął do żyły pępkowej roztworu fruktozy sodu (Natriumfructosat).

Była to sprawa tego rodzaju, że, wskutek długotrwałego obrotu przy położeniu poprzecznym, urodził się płód, wagi 3200 grm., u którego autor nie mógł skonstatować bicia serca. Metoda Schück-

t z e'go nie dała żadnego rezultatu. Dziecko było bardzo sine, brak zupełny napięcia mięśni; wszelkie usiłowania docucenia dziecka za pomocą sztucznego oddechu pozostały bez efektu.

Mając przy sobie aparat do wstrzykiwań wśródzylnych i powyższy preparat, autor, nie tracąc ani chwili czasu, przystąpił do infuzji.

Aparat składa się z butelki Mariotta'a, rurki gumowej i kanki.

Przygotowawszy naprędce rozczyn z 0,5 fruktozy sodu i 0,7 soli kuchennej w wodzie przegotowanej i przeciąwszy sznurek pępkowy, autor wstawił kankę w światło żyły pępkowej i mocno związał pępowinę dokoła kanki. Już po wstrzyknięciu 30 grm. powyższego rozczynu czynność serca w oka mgnieniu się podniosła. Zaraz potem autor wstrzyknął jeszcze 20 grm., poczem zauważył pierwsze ciężkie westchnienie samoistne u płodu, po którym wystąpiły liczne ekskursye oddechowe. Za pomocą metody Silvestera'a autor podtrzymywał oddech. Wkrótce znikło wszelkie niebezpieczeństwo; dziecko ożyło. (Dawka fruktozanów sodu 0,5%, a sacharatów 0,3%). Działanie fruktozanów sodu i sacharatów autor tłumaczy pochłonięciem nadmiaru kwasu węglanego, który paraliżował ośrodek oddechowy, znajdujący się w medulla oblongata. W powyższym celu autor proponuje wstrzykiwanie do żyły pępkowej krwi nasyconej tlenem. Wstrzykiwania powyższe autor proponuje w celu ratowania topielców i zaduszonych oraz jako środek specyficzny przeciw otruciu kwasem węglanym.

M. Warszawski.

V. Wiadomości terapeutyczne.

328. (jz) **Pertussis.**

D-r v. Cenek zaleca w kokluszach wdychanie formaliny. Na przestrzeń 20 m. □ wystarcza 1 pastylka rzucona na rozgrzaną płytę, poczem wprowadzić należy do przestrzeni tej chorego na 15 minut. Podobno 1—2 posiedzeń przerywa napady.

(C. lek. cesk. 37).

329. (jz) **Perdynamin.**

Perdynamin jest preparatem żelazno-białkowym, zbadanym przez Lebbin'a i Breslauera'a, pożywność ma być 2 razy większa od jaja kurzego, żelazo wchłania się doszczętnie. Kronheim z Berlina zaleca środek ten w wy-

miotach ciężarnych, które usuwa w krótkim czasie. Preparat jest płynny, podaje się w winie, herbacie, koniaku, lub sam przez się łyżkami 1—2 naraz, dzieciom po 1—2 łyż. kaw.

(D. M. W. 27).

330. (jz) **Serophuelosis.**

D-r Perier w Lernoos therap. (str. 70) podaje następującą mieszankę:

Rp. Natri phosphorici
Kali phosphorici aa 5,0
Spi gentianae 100,0
Vini chinae 500,0
MDS. Łyżeczkę na raz.

331. (jz) **Stypticin.**

Kaufmann stosuje ten śro-

dek jako haemostaticum w 2% roztworach lub w czopkach w krwawieniach z cewki, w krwawieniach z małych narośli po ich usunięciu np. condylomata acumin., verrucae i t. p. stosuje 30% gazą lub watę.

(M. f. pra. Derw. 4).

277. (jz) **Sublamin.**

Sublamin czyli siarczan rtęci etylendyamin używa się zamiast

sublimatu, nad którym tę posiada wyższość, że dobrze rozpuszcza się w wodzie, działa głęboko i nie drażni skóry. Nawet 2% roztwory nie drażnią skóry. Rozpuszczony w spirytusie nadaje się do dezynfekcyi rąk. Do tej pory badali jego działanie Krönig i Blumberg, Schenk i Zaufale. (Th. M. 1902).

VI. XII Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

5. Trzebiecky. „O leczeniu gruźlicy jąder“. Z pomiędzy 50 swoich przypadków gruźlicy jąder, spostrzeganych w ciągu 25 lat ostatnich, zdołał zebrać dokładne wiadomości o losach 47 chorych. Chorych tych dzieli na 4 kategorie: do I-ej należy 1 chory z gruźlicą jąder, bez zmian innych—nieoperowany, do II-ej—3 także przypadki—autor wykonał skrobanie—żyją, zdrowi; do III-ej jednostronna kastracya u 30 chorych, z tych 20 żyje, 10—zmarło; do IV-ej obustronna kastracya u 9 chorych, z tych 6 żyje, 3—zmarło.

Kryński zaznacza, że w gruźlicy jąder bardzo często widzimy jednocześnie gruźlicę pęcherza, moczowodów, nerek, a jak podaje Reclus, na 30 przypadków gruźlicy jądra—w 18 znaleziono gruźlicę płuc. Wobec tego trzeba uważać za iluzję myśl o radykalnem wyleczeniu przez usunięcie chorego jądra. Należy usuwać tylko zniszczone części jądra, stosując jednocześnie ogólne leczenie wzmacniające; nie należy zapominać o roli jąder w organizmie, o t. z. sécretion interne.

Rydygier, zgadzając się z Kryńskim, jednocześnie zaznacza, że Wehr często spostrzegał rozsianie gruźlicy przy małych zmianach miejscowych.

Bogdanik widział parę przypadków, w których rzeżączka usposobiła do gruźlicy jąder.

Szuman. Przypadki trzeba różniczkować, w jednych przetoki same się goją, w innych nie, stosownie do tego należy postępować czynnie, lub leczyc zachowawczo.

Pruszyński. W gruźlicy jąder zawsze znajdował gruźlicę płuc, jest za kastracyą.

Wachtman. W jednym przypadku gruźlicy jądra, więcej dla wyprobowania świeżo otrzymanego cystoskopu, niż dla zbadania pęcherza, gdyż nie było żadnych po temu w wywiadach wskazówek, zbałał pęcherz i ku niemałemu zdziwieniu znalazł w pęcherzu gruzelki.

6. Rydygier pokazuje: 1) guz nerki, usunięty przez cięcie lędźwiowe (Kosińskiego) przy znieczuleniu płynem Schleich'a 2) kamyki wydostane drogą operacyjną, jeden z miedniczki nerkowej i 2-gi z moczowodu, z tych jeden w kształcie stożka zatykał moczowód w pobliżu pęcherza. 3) Kamienie moczowy i cewkowy, wydostane drogą operacyjną—chory z powodu przetoki cewki moczowej operowany był w Wiedniu, gdzie wykonano mu plastykę za pomocą płata skóry, zwróconego uwłosioną powierzchnią do cewki. W worku, który utworzył się na miejscu plastycznej operacji, znajdował się kamień, którego jądro stanowią włosy (ze skórno płata).

W dalszym ciągu Rydygier podnosi zalety źródła Truska-wieckiej Naftusi, nieocenionego w chorobach pęcherza, w piasku nerkowym, po kruszeniu kamieni i t. d., działanie tej wody—silnie moczopędne. Jak do tej pory, pić ją trzeba na miejscu, gdyż można by przysyłać ją jedynie po nasyceniu kwasem węglanym, w przeciwnym razie woda, podobno, ulega szybko zepsuciu.

Kader pokazuje dwa preparaty wyciętych nerek: 1) gruźlica 2) rak. Obadwa przypadki cum exitu bono.

Pruszyński chciałby zapoznać się ze składem chemicznym Naftusi, gdyż nie powinno się stosować wody nieznannej.

Ziembicki, Rydygier, Kozłowski stwierdzają znakomite działanie Naftusi na zasadzie wielkiej ilości spostrzeżeń, Rydygier daje Pruszyńskiemu opis źródła Naftusi wraz z jej badaniem chemicznym.

7. Rydygier. *Leczenie operacyjne ectopiae vesicae*. Pokazuje tablice z rozmaitymi sposobami operowania i dzieli wszystkie te zabiegi na 4 rodzaje:

- a) tworzenie płatów autoplastycznych z podszewką, lub bez takowej,
- b) tworzenie nowych dróg dla odprowadzenia moczu,
- c) przywrócenie normalnych warunków,
- d) tworzenie nowego pęcherza.

Pierwsza operacja niezmiernie trudna i nie daje dobrych wyników; druga—sposób Kryńskiego i sposób Maydla (podobny, lecz lepszy) często prowadzi do zapalenia miedniczek; trzecia—sposób Trendelenburg'a z rozłupaniem stawu kupromiedniczego (parę przypadków z zupełnym wyleczeniem), oraz sposób Freun'd'a, czwartą podaje autor, jako swój projekt: dwoma cięciami wzdłuż brzegów dolnych końców mięśni prostych brzucha z następczem oddłutowaniem ich przyczepu do kości łonowych wytwarza dwa płaty boczne skórno-mięśniowo-kostne, do których przymocowuje uruchomioną, choćby kosztem otrzewnowej jej części, ścianę pęcherza. Wyniki dobre, nie chronią jednak od noszenia zbiornika, gdyż pęcherz jest w stanie utrzymywać mocza zaledwie w ciągu 2 ch godzin.

Rutkowski przypomina swój przypadek, gdzie wytworzył pęcherz z jelita.

Kader robił w klinice Wrocławskiej doświadczenia na psach—wytwarzał pęcherz moczowy z jelit z dobrym wynikiem.

8. Rydygier. *Sectio alta*. Z powodu niedawno ogłoszonych 400 przypadków *sectio alta* przez Fritsch'a z Wiednia autor stawia trzy pytania: a) czy śmiertelność po tej operacji przemawia za nią, czy też za kruszeniem, b) w jakim stosunku są te obie operacje do trwałości wyleczenia, c) czy lepszą jest *sectio alta*, czy mediana.

Statystyki dawne nie mogą być brane w rachubę ze względu na brak ówczesny aseptyki, obecne — ze względu na to, iż chirurdzy operują rozmaite przypadki rozmaicie: lekkie — kruszeniem, ciężkie — *sectio alta*, jako niejednakowe nie mogą być porównywane, np. Guyon podaje dla *sectio alta* 28% śmiertelności; objaśnić to można tem, że taki mistrz kruszenia, jak Guyon tylko wyjątkowo ciężkie przypadki poddaje *sectio alta*; Rydygier po *sectio alta* ma śmiertelność prawie 0.

Trwałość wyleczenia po *sectio alta* jest znacznie większa, chociaż okres zdrowienia dłuższy. Rydygier woli *sectio alta*, niż mediana; pęcherz zaszywa szwem kuśnierskim, nie ujmującym błony śluzowej, ranę powłok zaszywa zupełnie, rzadziej pozostawia niewielki otwór dla sączkowania.

Ziembicki. Woli kruszenie, po *sectio alta* miał dwa razy rychłozrost, zresztą zakłada syfon.

A. Zawadzki zaznacza, że Mikulicz prawie zawsze otwiera odrazu otrzewną, wydostaje ku przodowi znaczną część pęcherza, pokrytego otrzewną, tę ostatnią, odstąpiwszy nieco, dokładnie zeszywa z ościenną otrzewną i w ten sposób zamyka jamę otrzewną. Wówczas cięcie prowadzi poprzez pęcherz w miejscu, pokrytem otrzewną; po zeszytciu bardzo dokładnem, warstwowem, otrzymuje prawie zawsze rychłozrost.

9. Kozłowski. „*O nowem postępowaniu przy znieczuleniu łądzwiowem*“. Przy wstrzykiwaniu kokainy na 14 przypadków miał w 9-ciu bóle głowy, mdłości i inne znane przypadłości, upatrując przyczynę w płynie, używanym do rozpuszczenia kokainy, t. j. w wodzie, zmodyfikował sposób przyrządzania płynu wstrzykiwanego: do 0,04 lub 0,06 tropokokainy suchej, mieszczącej się w wyjąłowanej szklance, zbiera płyn mózgowo-rdzeniowy, sączący się po przekłuciu w ilości 5 ctm. sz. poczem otrzymany roztwór wstrzykuje. Nie miał żadnych powikłań, znieczulenia przebiegały bez poprzednich zaburzeń.

Kader zastrzega się przeciw wstrzykiwaniu roztworów niewyjąłowanych tropokokainy.

Kozłowski zaznacza, że tropokokainę wykryształizują z wrzącego roztworu i preparat fabryczny jest jałowy, zresztą tropokokaina nie rozkłada się przy 150°, można ją przeto wyjąławiać na sucho.

10. Przybylski. „*Kazuistyka znieczuleń sposobem Corning-Bier'a tropokokainą, wykonanych w klinice krakowskiej w 1901/2 r.*“ Wstrzykiwano $\frac{1}{2}$ —1% roztworu tropokokainy (od 0,04—0,06 alkaloidu) po uprzedniem wypuszczeniu 8 ctm. (120 kropel) płynu mózgo-rdzeniowego. Po wstrzyknięciu — położenie Trendelenburg'a przez 5 minut — znieczulenie aż do linii obojczyków trwa od $\frac{1}{2}$ —2 godzin. Na 129 przypadków w 3 nie otrzymano znieczulenia,

w 24 trzeba było już w ciągu operacyi zastosować chloroform, w 122 przypadkach wyniki doskonałe. Tylko w 28 przypadkach nieznaczne bóle głowy, w 18—ciepłota podniosła się ponad 38°, nudności bywały rzadko, tętno często stawało się wolnem; gdy zbliżał się collapsus, zastrzykiwano olejek kamforowy; poczem w 2—3 godziny tętno powracało do stanu zwykłego. Wady serca przeszkody nie stanowią. Czasami spostrzegano porażenie zwieracza odbytu—bezwiedne oddawanie stolca.

W 2 przypadkach przy apnoë trzeba było zastosować sztuczny oddech.

W końcu autor zaznacza, że 1) trzeba zabieg wykonywać z zachowaniem ścisłej aseptyki—w przeciwnym razie grozi zakażenie. 2) Igły winny być w dobrym gatunku, gdyż mogą się złamać (w klinice 2 wypadki—bez złych następstw).

3) Należy uklucie robić w 3 lub 4-ej przestrzeni międzykręgowej dla uniknięcia skaleczenia rdzenia; uklucie nerwu, prócz bólu, trwającego 2—3 dni, nie pociąga za sobą innych zaburzeń.

4) Nie zawsze udaje się otrzymać znieczulenie.

5) Dla odwrócenia uwagi ludzi nerwowych i wrażliwych, należy nakładać im na twarz maskę z gazy i puszczać na nią kroplami spiryтус.

6) Za zaletę danego sposobu poczytywać należy, że zły stan płuc, serca i nerek nie stanowi przeciwwskazania do stosowania go.

7) Operujący może skupić swoją uwagę podczas operacyi, nie zajmując się ogólnym stanem chorego; chory niejednokrotnie może ułatwić operacyę, przyjmując odpowiednie położenie; po operacyi chory może jeść, nie ma nudności i przygnębienia.

W dyskusyi prof. K a d e r zaznacza, że jest wielkim zwolennikiem tego sposobu i bardzo gorąco zaleca go innym.

II. Z i e m b i c k i pokazuje chorego, któremu usunął *nowotwór czaszki*, mięsak olbrzymio-komórkowy, wychodzący z diploë; przy operacyi musiał skrobać oponę twardą, w której pozostał brak 5×8 ctm. Rana zagojona, operowany ma się dobrze.

Posiedzenie d. 15 lipca 1902 r.

12. B o s s o w s k i. „*O nefrektomii u dzieci*“, operuje guzy złośliwe (raki, mięsaki) tylko w razach, gdy niema przerzutów. U dzieci bywają mięsaki płodowe-gruczołowe (do 7-go r. życia spotykane), i t. zw. hypernefromaty—te dają znać o sobie bardzo wczesnie—zjawia się krwiomocz; natomiast mięsaki płodowe gruczołowe nie dają żadnych objawów, rosną szybko i dopiero wielkością swoją zwracają uwagę; nerkę zazwyczaj uciskają i doprowadzają do zaniku, wyrastają z torebki nerkowej.

W hypernefromatach przerzuty częste, w mięsakach płodowych gruczołowych rzadkie (Israel). Śmiertelność po operacyi u dorosłych 18—19% (Israel), 13% Trendelenburg; u dzieci—32,5%. Wyleczeń trwałych po operacyi u dorosłych 38%, u dzieci 5%—6% (Walker). U dzieci w 25% krwiomocz, u starszych w 50—75%.

U starszych w 74% bóle i krwimocz poprzedzają zjawienie się wymacalnego guza, u dzieci w 60% dopiero zjawienie się wymacalnego guza daje znać o chorobie.

Autor radzi przy operacji iść transperytonealną drogą. W końcu pokazuje autor 3 guzy, operowane przezeń w szp. św. Ludwika.

Szramm operował 4 przypadki u dzieci, szedł drogą retroperytonealną; na razie miał dobre wyniki, w następstwie jednak nawroty i przerzuty.

Szuman operował u 3 l. dziecka guz nerki — w 3 miesiące potem nawrót, guz przedstawiał adenocarcinoma.

13. Kryński. „O przyszywaniu pęcherza nadłonowem w przypadkach przerostu gruczołu krokowego“. Opierając się na postaci pęcherza u dzieci i zmianie tej postaci u starszych, stara się objaśnić tą zmianą postaci, przy jednoczesnym przeroście gruczołu krokowego, trudności w opróżnianiu pęcherza moczowego. Rozważając rozmaite sposoby a) cewnikowanie zwykłe lub przez otwór przy *sectio mediana*, b) prostatotomię (Bottini), prostatektomię (Rydiger, Albarran), przypomina swój sposób, dawniej już opisany, przymocowywania pęcherza moczowego do ściany brzucha, przyczem pęcherz otrzymuje niejako młodzieńczą postać. Sposób ten w lżejszych przypadkach, kończy autor, może okazać się wystarczającym.

Rydiger chwali sposób Kryńskiego; powątpiewa jednak o jego skuteczności w przypadkach przerostu tylnego zraza, jednocześnie opisuje swój sposób wyłuszczenia gruczołu krokowego. Cięcie przez raphe między odbytem i bulbus, nacięcie torebki, wyłuszczenie mas na tępo; palcem, gdy się to nie udaje, — zaciśnięcie kleszczykami i obcięcie po pod kleszczykami; należy unikać zranienia cewki, co zresztą nie jest *crimen*, gdyż dawniej leczono w ten sposób prostatyzm. Na drugi dzień przed posiedzeniem Rydiger pokazywał ten sposób operowania, na trupie.

Ziembicki. Chwali pomysł Kryńskiego.

Bossowski. Woli operację Rydiera.

14. Słęk. „O operowaniu krwawnic sposobem *Whitead-Esmarch'a*“. W 14 przypadkach w klinice Lwowskiej nie spostrzegł przy tym sposobie zwiężeń następujących.

15. Chlumsky. „*Przedstawienie chorej po operacji krwawnic sposobem Riedl'a*“. Robi zarzuty sposobowi *Whitead-Esmarch'a*, poleca sposób *Riedl'a* jako niezmiernie łatwy, prosty i niewymagający asystenta; pokazuje chorą operowaną tym sposobem.

Szuman. Operuje sposobem *Langenbeck'a*.

Trzebicki. Również operuje tylko sposobem *Langenbeck'a*.

Oderfeld. Opisuje sposób podwiązywania krwawnic, wprowadzony w użycie w Warszawie przez prof. Kosińskiego.

16. Sawicki Bron. „*Gojenie braków kości goleniowej po częściowej zgorzeli tejże*“. Poddaje krytycznej ocenie wszystkie sposoby, podane przez rozmaitych autorów, dłużej zatrzymuje się na plastycznym sposobie *Schulden'a*: przenoszenie uszypułowanego kawałka

kości lub mięśnia. Przy stosowaniu tego sposobu autor miał dobry wynik w swoim przypadku.

17. Staszewski. „*Badania nad zachowaniem się składników krwi w przebiegu gojenia się ran*“. Autor z wielkim mozolem i nadzwyczajną sumiennością wykonał bardzo wiele badań i obliczeń, których wynik streścić można w sposób następujący: po operacji występuje leukocytoza (badania naczecz), z przewagą neutrofilów; po 3—4 dniach w aseptycznie przebiegającym pooperacyjnym okresie znika on w zupełności, przy ropieniu natomiast trwa dalej, a nawet wzmacnia się. Zmiany we wzajemnym stosunku ilości rozmaitych rodzajów leukocytów dają się spostrzegać w komplikacjach po za raną (pneumonia, bronchitis i. t. d.). Autor przy badaniu podzielił chorych w sposób następujący: 1) wiek, 2) gojenie się przez rychłozrost lub z ropieniem, 3) stan bezgorączkowy, gorączkowy, podgorączkowy 4) kostne operacje, 5) utrata krwi przy operacji, 6) chloroformowanie lub znieczulenie Corning-Bier'a.

18. Rydygier (junior). „*Kryoskopia moczu po narkozie chloroformowej*“. Badał mocz chorych przed uspieniem i po narkozie chloroformowej za pomocą kryoskopu, okazuje się, że po narkozie otrzymuje się cyfry wyższe: punkt marznięcia moczu jest niższy.

W dyskusji Pruszyński zwraca uwagę, że przy badaniu moczu należy stosować i sposób z błękitem metylowym, gdyż dla wykazania sprawności nerek ma on bardzo wybitne znaczenie.

19. Aleksander Zawadzki (Warszawa) pokazuje *trzy przyrządy własnego pomysłu*: 1) pierwszy opisany w Gazecie Lekarskiej w 1901 roku w № 33, dawniej wyrabiany w Niemczech, obecnie w Warszawie przez firmę A. Mann znacznie dokładniej i lepiej.

2) Drugi opisany w Medycynie w № 7, 1902 r., również wyrabiany w Warszawie, chociaż opatentowany i w Niemczech.

3) Trzeci—w połączeniu z drugim zastępuje w zupełności drogi i nieaseptyczny przyrząd Biegelow'a; przyrząd jest bardzo tani i zupełnie aseptyczny.

20. Chlumsky „*O stosowaniu fenolu na rany zakażone*“. Stosuje czysty krystaliczny fenol w połączeniu; 1:1 lub 1:2 z kamforą pędzlu płyn ten nie posiada własności żrących i trujących, stosować gojąc ranę, lub nasycając nim gazę—wyniki prelegent miał dobre; w róży należy, klinika krakowska stosuje wyłącznie ten środek.

21. Blassberg (Kraków). „*O stosunku białych ciałek krwi przy ropieniu*“. Autor wykonał 400 badań u 60 chorych. Przy ostrych ropieniach, badając naczecz, znajdował 10—14 tysięcy białych ciałek krwi, po otworzeniu ropni stopniowo ilość ta spadała do 4—6 tysięcy białych ciałek krwi, ropnie opadowe zimne dają też same wyniki.

Przy appendicitis acuta autor nie znajdował tak znacznych cyfr, jak Curschmann (25 tys.), który dla tej sprawy badanie krwi uważa za wyrokujące.

Przy ropieniu ran leukocytoza wzrasta, przy aseptycznym przebiegu utrzymuje się w normalnych granicach.

22. Pomorski (Poznań). „Wycięcie śledziony z powodu białaczki“. Operował chora, u której wyczuwać się dawał wielki guz, sięgający od pępka do opojenia łonowego. Chora po operacji miała znaczne krwotoki kiszkowe, otrzymywała żelazo, makowiec, arsenik. Obecnie upłynęło 3 m. po speracyi, operowana czuje się zupełnie dobrze. W literaturze polskiej przypadek ten jest unikatem.

Trzebicki y podejmował trzykrotnie operację wycięcia śledziony:

1) z powodu leukemii, chory zmarł na 5-ty dzień po operacyi,
2) z powodu zwykłego przerostu; wyzdrowienie.

3) rozpoznano przed operacją guz nerki i dopiero w przebiegu operacyi rozpoznano śledzionę, chory wyzdrowiał.

W dyskusyi Wehr zapytuje Pomorskiego jaki preparat żelaza podawał swojej chorej; Pomorski odpowiada, że liquor ferri pomati; jako pokarm znaczne ilości mózdzku i arsenik.

Sawicki zapytuje, jak zachowywała się wątroba.

Pomorski: wątroba sięgała do pępka, obecnie wystaje na 2 palce z pod żeber.

D. n.

Aleksander Zawadzki.

VII. Sprawozdanie z posiedzeń Lubelskiego Tow. Lek.

Posiedzenie doroczne d. 4 lipca 1901 r.

Obecni: Arnsztein, Cynberg, Czerwiński, Dobrucki, Jaczewski, Janiszewski, Jaworowski, Kuszelewski, Majewski, Modrzewski, Morozowicz, Michelis, Olechnowicz, Piętkowski, Radomyski, Sachs, Staniszewski, Talko, Tołwiński, Tymiński (gość), Zajdenman.

1) Czerwiński przedstawia materiały opatrunkowe sterylizowane z pracowni kol. Borzymowskiego w Warszawie.

2) Czerwiński przedstawia 35 l. A. D., pannę (virgo intacta), u której przed 2-ma laty z powodu ciągłych bólów i krwawień macicznych, nie ustępujących w przeciągu roku, przy stosowaniu zwykłych zabiegów leczniczych, rozpoznał salpingitis dextra i przy pomocy cięcia brzuszno usunął prawy zgrubiały jajowód i jajnik; lewy jajowód przy oględzinach uznano za zdrowy. Chora wypisała się po miesiącu ze szpitala; bóle i krwawienia ustały zupełnie. W przeciągu roku po zabiegu A. D. czuła się zupełnie dobrze, pracowała (służąca). Peryody bywały regularnie co miesiąc i nieobfite, trwały po 3—4 dni. Po roku zaczęła się uskarżać na bóle w okolicy lewej pachwiny i znów peryody stały się obfite i trwały po 2 tygodnie. Przy badaniu początkowo nie udawało się wyczuć w lew. sklep. nic; później jednak wyraźnie można było określić powiększenie i zgrubienie jajnika. To skłoniło C. do wykonania powtórnej laparotomii (7 czerwea r. b.) i usunięcia lewego jajnika, jajnik ten powięk-

szony do wielkości śliwki daje obraz: degener. cystosa, jajowód znacznie zgrubiał. Cięcie brzuszne poprowadzono w bliźnie po pierwszym zabiegu i następnie nałożono 2 piętra szwów (I-sze otrzewna, mięśnie, powięź i II-ie skóra) z silkwormu. Rana zagojona przez rychłozrost; chora chodzi i czuje się zupełnie dobrze.

Posiedzenie otworzył mową prezes Aleksander Janiszewski, poczem sekretarz Adam Majewski odczytał sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa, a skarbnik Aleksander Staniszewski sprawozdanie kasowe.

Sprawozdanie z działalności L. T. L. za rok 1900—1901.

W końcu czerwca 1901 r. L. T. L. składa się z 9 członków honorowych, 9 członków korespondentów i 43 członków czynnych, pomiędzy którymi jest 34 lekarzy, 7 aptekarzy i 2 lekarzy weterynaryi.

Zarząd składają: prezes S. Janiszewski, wiceprezes Wł. Tołwiński, sekretarze A. Majewski i C. Czerwiński, bibliotekarz St. Radomyski, skarbnik Al. Staniszewski.

Towarzystwo odbyło 15 posiedzeń, z nich jedno roczne i 14 zwyczajnych; na posiedzeniach tych wygłoszono:

1. M. Biernacki: O patologii nefrytów z przedstawieniem chorego na ostrą drgawkową mocznicę, wyleczonego przez wenesekę.

2. M. Biernacki odczyt o nauczaniu lekarskiem.

3. J. Cynberg przedstawił przypadek choroby Parkinsona.

4. Cz. Czerwiński przedstawił chorobę po wyluszczeniu raka łechtaczki wraz z preparatem makroskopowym nowotworu.

5. C. Czerwiński opisał pomyślnie zakończony przypadek drgawek porodowych przy zastosowaniu heroicznym dawek morfiny.

6. Czerwiński opisuje przyp. porodu bliźniaczego powikłanego przez drgawki porodowe.

7. Czerwiński—płód 6 miesięczny z guzem wielkości głowy noworodka, wyrastającym w okolicy kości biodrowej.

8. H. Dobrucki przedstawił i opisał przypadek wyluszczenia torbieli jajnika.

9. Dobrucki przedstawił i opisał przypadek laparotomii z powodu wewnętrznego zamknięcia światła kiszek wywołanego przez zrost uciskający kiszki.

10. Dobrucki przedstawił i opisał przypadek torakoplastyki Schoede.

11. Dobrucki przedstawił chorobę z raną kłutą otrzewny, wyleczoną przez tamponowanie otrzewny workiem Mikulicza.

12. Dobrucki przedstawił dziecko po zabiegu doszczętnego usunięcia przepukliny brzusznej.

13. Dobrucki przedstawił chorobę po zabiegu Pirogow'a.

14. Dobrucki przedstawił chorobę po częściowem odprowadzeniu sposobem niekrwawym zastarzałego zwichnięcia w stawie łokciowym.

15. Dobrucki przedstawił chorą po zabiegu doszczętnego usunięcia wolnej przepukliny pachwinowej skórnej.

16. Dobrucki opisał urządzenie aseptyczne kliniki Mikulicza we Wrocławiu i przedstawił niektóre z używanych tam w tym celu przyrządów.

17. Dobrucki przedstawił dziecko z tarcicą dwudzielną.

18. B. Dziewiszek przedstawił chorą—histeryczkę z objawem kurezu głosowego rytmicznego (bruits laryngéés Charcot'a).

19. K. Jaczewski przedstawił chorego z twardzielą nosa. Jarnuszkiewicz. Rezultaty bezpłatnego szczepienia ospy w Lublinie w r. 1901.

20. A. Jaworowski opisał cztery własne przypadki wikłających się wzajemnie wysypek odry i szkarlatyny.

21. A. Majewski przedstawił i opisał przypadek laparotomii z powodu wewnętrznego zamknięcia światła kiszek, wywołanego przez zrosty po dyzenterji.

22. Majewski przedstawił i opisał przypadek laparotomii z powodu wewnętrznego zamknięcia kiszek, wywołanego przez skręt kiszki.

23. Majewski przedstawił chorego wyleczonego z gruźliczego zapalenia stawu kolanowego przez wstrzyknięcie wewnątrzstawowe mieszanek jodoformowej.

24. Majewski przedstawił chorego po obustronnem wycięciu wola mięższowego sposobem Mikulicza przy znieczuleniu płynem Schleich'a.

25. Majewski przedstawił i opisał chorego po wycięciu stawu łokciowego wykonanem z powodu zastarzałego zwicznienia boczne go zewnętrznego, połączonego z oderwaniem kłykcia wewnętrznego.

26. Majewski przedstawił chorego po wyluszczeniu mięsaka gruczołów pachowych wraz z preparatem makroskopowym guza.

27. Majewski przedstawił chorego po wyluszczeniu wola wraz z preparatem guza.

28. Majewski przedstawił chorego po zabiegu Pirogow'a.

29. M. Seidenmann odczytał: kilka uwag o retinitis albuminurica gravidarum.

30. Wł. Tołwiński odczytał pracę: rozwój fizyczny ludności pow. lubartowskiego gub. lubelskiej. Cz. II. Klatka piersiowa.

31. Wł. Tołwiński przedstawił i objaśnił kartogramy statystyczne, służące do wyjaśnienia pracy o wzroście i wymiarach klatki piersiowej lud. pow. lubartowskiego.

32. Horodyński odczytał szczegółowe sprawozdanie z wycieczki balneologicznej do galicyjskich miejscowości leczniczych.

33. Michelis odczytał opis przypadku kostniako-mięsaka biodra, wyluszczonego przez siebie, ilustruje go fotografiami chorej kończyny.

34. Michelis odczytał opis operowanego przypadku herniae serotanis c. elephantiasis seroti z przedstawieniem preparatu i fotografii.

35. Micheliś odczytał: historię powstania obecnego szpitala w Chełmie i sprawozdanie za lat 7.

36. Morozowicz nadesłał opis przypadku zatrzymania moczu u dziecka jako powikłanie influenzy.

37. Sochacki odczytał I cz. swej pracy: proste, tanie i łatwe do wykonania przyrządy w praktyce lekarskiej.

38. Kaczyński mówił o leczeniu neurastenii według Dornblüth'a.

39. Kaczyński przedstawił obecne poglądy na paralysis progressiva, ilustrując je opisem odnośnych przypadków z domu zdrowia d-ra Olechnowicza.

Przez odbyte następnie balotowanie wybrano do zarządu: na prezesa Aleksandra Janiszewskiego, na wiceprezesa Władysława Tołwińskiego, sekretarza Czesława Czerwińskiego, skarbnika Aleksandra Staniszewskiego, bibliotekarza Stefana Radomyskiego.

Posiedzenie zwyczajne d. 4/IX. 1901 r.

1) Kol. Jaczewski poddał pod dyskusję kwestję urządzenia w Lublinie ambulatoryów bezpłatnych podług wzoru, podanego przez komisję, organizującą bezpłatną pomoc lekarską dla ludności wiejskiej. Po dłuższych naradach zebrani prawie jednogłośnie przysłizli do następujących wniosków:

A) Na przedmieściu Lublina „Piaski“ bezpłatne ambulatoryum jest zbyteczne, gdyż zamieszkuje tam ludność fabryczna i kolejowa, która korzysta z bezpłatnej porady 9-ciu lekarzy (fabrycznych i kolejowych).

B) Przedmieście Kalinowszczyzna korzysta z bezpłatnej porady w ambulatoryach szpitali św. Jana i Żydowskiego i zresztą liczy zamało mieszkańców, aby utworzyć tam oddzielny punkt ambulatoryjny.

C) W samym mieście ubodzy chorzy korzystają z bezpłatnej porady w 4-ch ambulatoryach szpitalnych (św. Wincentego, św. Jana, św. Józefa i Żydowskim), nie są więc pozbawieni pomocy lekarskiej, otrzymują ją jednak kosztem wyzysku pracy lekarskiej.

D) Przeznaczoną na zorganizowanie bezpłatnej pomocy lekarskiej w mieście kwotę należałoby rozdzielić pomiędzy pracujących dotąd w szpitalach lekarzy (nie pobierających pensji), fclcerów i apteki. Byłoby to tem więcej słuszne, że przy wprowadzeniu w życie nowego projektu ludność wiejska napewno powiększy liczbę chorych ambulatoryjnych w mieście. Co się tyczy utworzenia paru nowych posad akuszerek, to, ponieważ już jest jedna z pensją od miasta i mamy dwa oddziały położnicze przy szpitalu św. Wincentego i Żydowskim, które w zupełności zadowolniają potrzeby biednych położnic—utworzenie tych posad jest zbyteczne, a nawet, wobec projektu utworzenia w mieście szkoły dla babek wiejskich, szkodliwem, gdyż zmniejszyłoby materyał naukowy, niezbędny dla prawidłowego funkcyonowania takiej szkoły.

Po sformułowaniu tych wniosków zebrani uprosili kolegów: Tołwińskiego, Cynberga, Janiszewskiego, Dobruckiego i Jaczewskiego, aby wypracowali stosowny referat dla przedstawienia takowego J. E. p. Naczelnikowi Gubernii.

2) Kol. Nowiński (z Bychawy) odczytał odpowiedź swoją na artykuły p. Floss'a w *NM Gaz. Lubelskiej* 188, 189 i 190. Bw

Posiedzenie zwyczajne d. 18/IX 1901 r.

1) Jaczewski przedstawił:

- a) chorobą z ulcus durum port. vaginalis uteri;
- b) chorobą z lupus erythematodes vulvae.

2) Uczęszczone pamięć ś. p. prof. Nenckiego przez powstanie i postanowiono zaproponować p. Tycowi, chemikowi miejskiemu, aby przedstawił Towarzystwu sprawozdanie z działalności naukowej prof. Nenckiego.

3) Biernacki postawił pytanie: dlaczego cyfrowe rezultaty bezpłatnego szczepienia ospy w roku bieżącym wypadły tak niepomysłnie w porównaniu z rokiem ubiegłym. Po dłuższych debatach zebrani przyszli do przekonania, że główną przyczyną tego zjawiska jest z jednej strony niechęć felczerów, którzy po wprowadzeniu w miasteczku naszym bezpłatnego szczepienia stracili część swoich dochodów i dlatego obecnie odradzają publiczności uczęszczania z dziećmi na punkty bezpłatnego szczepienia, z drugiej zaś strony obojętność na tę kwestję organów policji miejscowej. Wobec tego proponowano, aby koledzy, szczepiący bezpłatnie ospę, przedstawili odnośny referat J. E. p. Naczelnikowi Gubernii.

Posiedzenie 4/XI 1901 r.

1) Zajdenman przedstawił przyrząd Nieznamowa-Fingera i objaśnił jego zastosowanie.

2) Radomyski odczytał referat z pracy Białobrzeskiego p. t. „Wartość wód m. Lublina pod względem higienicznym“.

3) Prezes Janiszewski odczytał: „Słów parę ku uczczeniu pamięci zgasłego członka honorowego ś. p. d-ra Nenckiego.“

D. n.

Sekretarz Czesław Czerwiński.

VIII. Z Towarzystw lekarsk. zagranicznych.

a) Z Towarzystw lekarskich francuzkich.

Académie de médecine. (Posiedzenia z 1 i 8 kwietnia.)

1) Poncet (Lyon). *Promienica ludzka we Francji.* Autor zebrał wraz z Bènard'em od r. 1900 — 1 przypadków promienicy u człowieka, z tych 18 z umiejscowieniem na szyi i twarzy (najczęściej w regio buccalis), w 3-ch zaś stwierdzono actinomycosin: thoracopulmonalis, primitiva, ano-rectalis i adneksów. We wszystkich tych przypadkach wyosobniono pasorzyta bądź z ropy, bądź z tkanek, otrzymanych po wyskrobaniu. Do tych przypadków dołącza się 8 spostrzeżeń Thiéry'ego, razem 146 znanych we Francji przypadków, z zajęciem samych tylko trzewów (a. visceralis) w 67.

Według statystyki lekarza wojskowego Duvau, zawierającej wraz z relacjami piśmiennictw innych 257 spostrzeżeń, śmiertelność, w razie skórnej postaci cierpienia, nie przewyższa 3%; w przypadkach głębszego umiejscowienia, w okolicy skroni i szczęki, otrzymano 30% wyników złych, promienica brzuszna dawała 65% zejść niepomyślnych, piersiowo-płucna 85%, promienica wątroby lub mózgo rdzeniowa 100%. Na rezultat taki składają się zakażenia wtórne i niemożność zastosowania doszczętnej kuracji chirurgicznej, zawarunkowana z kolei pełną naturą cierpienia oraz rozległością nacieków.

2) Doyen. *O dziwotworze (xiphopagus) induskim Radica-Doodica.* Operacji rozszczepienia dokonano d. 9 Lutego r. b. Doodica umarła. Żadne twory lub tkanki naddatkowe nie łączyły tu obu ustrojów, a miejscem spójni była przestrzeń od wyrostka mieczykowatego do pępka. Przecinając miejsce to, okrwawiało się jednocześnie obie wątroby; szypuła łącząca była wytworem sztucznym, który powstał kosztem rozciągnięcia tkanek i w pozycji boczno-grzbietowej napinał się najwięcej, przybierając postać trapezoidu, wysokiego na 14, grubego na 5 ctm. Powierzchnia przednia szypuły, węższa u góry (5—6 ctm), stopniowo rozszerzała się ku dołowi, dochodząc do 12 ctm; powierzchnia tylna tworzyła ledwie brózdę pionową, a w środku brzegu dolnego znajdował się pępek, tworzący zespolenie jajowate, gdy ustawiono dziewięcioletą twarz do twarzy.

Co do fizjologii patologicznej owego dwuustroju, za pomocą zaaplikowania błękitu metylowego przekonano się, że obieg następował bardzo prędko w kierunku od D. do R. Obecność trzech dobrze rozwiniętych tętnic w szypule wątrobowej od strony D. i fakt ten, że R. zdawała się rozrastać kosztem D., przemawiają wyraźnie za przypuszczeniem, że pierwsza z nich otrzymywała od drugiej tętniczą krew w obfitości, wywzajemniając się natomiast żylną tylko. Ponieważ R. zdradzała gruczołową gruczołową daleko wcześniej, niż siostra

jej — objawy gruźlicy otrzewnowej, należałoby mniemać, że infekcyja rozszerzyła się tu drogą zatorów z gruczołów szyjowych R-i na otrzewną i jelita D-i. Ta znów gorączkowała przed operacyą wyraźnie (39°), gdy R. nie miała gorączki wcale; zatem podwyższenie ciepłoty stało tu w związku z miejscową sprawą zapalną, a nadto okoliczność ta jest wymownym argumentem, przeczącym co do théorie humorale gorączki.

Rozdzielenie bliźniąt było tu koniecznością dla uratowania jednej, przynajmniej, z dziewczyn; umiarkowany nawet wpływ krwi mógł być tu w skutkach swych złowrogim, to też wielkie usługi oddała autorowi własna jego metoda w przecinaniu i tamowaniu krwotoku z szypuły wątrobowej (méthode d'écrasement extemporané). Bez trudu również obyło się i przyszcycie szpuly każdego dziecka do ściany brzucha oraz założenie pasków gazy.

Na zakończenie mówca pokazywał zdjęcia fotograficzne D. przed i po autopsyi (abscessus stercoralis pelvis et biliacus), jak również zniszczenia, wywołane przez gruźlicze zapalenie otrzewny. Wątroba, żołądek i serce zajmowały u zmarłej miejsce prawidłowe. W tydzień po operacyi D. ważyła 12¹/₂ kilo, R. — 19; obecnie waży ostatnia 25 kilo; zwyrodniałe gruczoły szyjowe i pachowe usunięto i operowana znajduje się na drodze do wyzdrowienia.

Za pomocą prześwietlania wykryto, wreszcie, u R. bardzo wyraźne zboczenie w przebiegu stosu pacierzowego (portio dorso-lumbalis); okoliczność ta czyniła operacyę rozszczepienia bardziej nagłącą jeszcze, jako wskazaną przed zupełnym rozwojem kośćca.

3) Railliet wygłosił odczyt, w którym, wbrew poglądom ogólnie przyjętym, usiłował dowieść, iż mleko niektórych ras kozich jest bardzo, ze swego składu, do kobiecego zbliżone. Próby, których dokonywał nad mlekiem kóz tych in vitro, dowiodły szczególniej łatwości dawania twarogu (coagulum) i znakomitych warunków trawienych. Sądzi zatem R., że mleko to nie powinno być wykluczaniem à priori z arsenału środków odżywczych dziecięcia. K. N.

b) Z Towarzystw lekarskich niemieckich.

Berliner Medizinische Gesellschaft. Posiedz. z d. 4/VI 1902.

C. Hamburger przemawiał o konieczności przerywania ciąży u robotnic, obarczonych gruźlicą. Podczas, gdy w dawnej medycynie panował w tym względzie pogląd, jakoby ciąża wpływała pomyślnie na przebieg gruźlicy, w nowoczesnej ustala się zdanie wręcz przeciwnie, w myśl którego lekarze zaczęli proponować wczesne przerywanie ciąży. Na tem stanowisku stoi Leyden i szczególnie Maragliano, który zaleca przerywanie ciąży u wszystkich bez wyjątku kobiet gruźliczych. Prelegent jest zdania, że kobiety ze sfer zamożnych mogą do pewnego stopnia równoważyć szkodliwy wpływ ciąży dobrem odżywianiem, powietrzem i t. p., natomiast przerywanie ciąży należałoby bezwzględnie stosować u robotnic, żyjących najczęściej w opłakanych warunkach higienicznych.

Prelegent miał w obserwacji przez lat kilka 10 robotnic gruzliczych i u wszystkich stwierdził niezmiernie szkodliwy wpływ ciąży na przebieg gruźlicy.

Wobec tego doradza wywoływać poronienie w pierwszych miesiącach ciąży, unikając porodu przedwczesnego, jako zbyt wyczerpującego siły chorej.

W dyskusyi Kaminer zauważył, że tylko (!) w 66% przypadków ciąży sprowadza pogorszenie w przebiegu gruźlicy, a tylko w 70% sztuczne poronienie zatrzymuje rozwój choroby. „Zresztą, zkałdby król brał żołnierzy, gdyby stosować w pełni żądanie Hamburger'a (!)“

Dührssen zgadza się ze zdaniem Hamburger'a, nie radzi jednak środka tego stosować we wszystkich bez wyjątku przypadkach. Sam on już r. 1895 stosował, dla uniknięcia ciąży u kobiet gruźliczych, przewiązanie, a nawet rezeckę jajowodów.

Medizinische Gesellschaft w Lipsku. Posiedz. z. d. 22/IV 1902.

Krönig wypowiedział odezyt o *prowadzeniu porodu w przypadkach miednicy zwężonej*. Z pomiędzy 3 czynników, które warunkują wynik porodu, tylko o jednym—mianowicie o stopniu zwężenia miednicy, możemy mieć przybliżone pojęcie na mocy wymiaru conjugatae diagonalis.

O 2 innych, t. j. o sile skurczów macicy i o wymiarach główki płodu wnioskujemy tylko z przebiegu porodu.

Prelegent spostrzegał w klinice lipskiej od r. 1891 do 1899 blisko 1000 przypadków zwężenia miednicy (na ogólną liczbę 15000 porodów). Na zasadzie tych danych doszedł do wniosku, że poród może się odbyć *viribus naturae* jeszcze przy 7 cm. conjugatae verae dla miednicy płaskiej, 7,5 dla miednicy ogólnie zwężonej.

Dla miednicy płaskiej prelegent uznaje wraz z Litzman'em 2 stopnie zwężenia: pierwszy, kiedy coniugata v. równa się 9,5—8,5 drugi—8,4 do 7,0. Z pośród 127 pierwiastek I kategorii porodziły bez pomocy 120; z pośród wieloródek—209. Z pośród 42 pierwiastek II kategorii poród odbył się bez operacji u 30, z pośród 84 wieloródek—u 46.

W dalszym ciągu prelegent rozbiera po kolei wartość praktyczną różnych operacji akuszeryjnych.

Obrót na nóżkę, jako operacya, dokonywana przed, albo niedługo po odejściu wód, pozbawia nas możności sądzenia, czy poród nie doszedł by szczęśliwie do końca siłami natury. Porównując wyniki kliniki lipskiej, która czasowo zarzuciła obrót zupełnie, z wynikami kliniki drezdeńskiej, która stosowała go na wielką skalę, prelegent dochodzi do wniosku, że operacya ta nie wpływa na zmniejszenie śmiertelności dzieci, natomiast często powoduje uszkodzenia urazowe u matek. Wysokie kleszcze posiadają jedno wskazanie: kiedy dziecko może być uratowane za pomocą szybkiej ekstrakcyi. Jednakże materiał kliniki lipskiej daje w tym względzie oplakane wnioski: z pośród 12 przypadków ani w jednym nie udało się dziecka ocalić. Po-

zatem uszkodzenia urazowe części rodnych bywają bardzo znaczne, wobec czego prelegent radzi zaniechać zupełnie tej operacyi.

Cięcie cesarskie (dokonywane w Niemczech przed, lub bezpośrednio po odejściu wód) i cięcie łonowe mają tę zaletę, że posiadają ściśle określone wskazania. Cięcie łonowe (symphyseotomia) wszakże przedstawia niezmiernie trudności techniczne, może dać wynik pomyślny tylko przy coniugata v. powyżej 7 ctm. i nie daje rękojmi ocalenia dziecka. Śmiertelność matek przy tej operacyi wynosiła 2—4%. Wreszcie, co do porodu przedwczesnego—na klinice lipskiej zaniechano go na pewien czas zupełnie, na drezdeńskiej—stosowano szeroko: śmiertelność dzieci w obu przypadkach otrzymano mniej więcej jednakową.

Wl. Starkiewics.

IX. BIBLIOGRAFIA.

Czasopisma polskie w Lipcu i Sierpniu ¹⁾.

1. **Anatomia patologiczna.** Czekanowski, Barwienie kanałków żółciowych metodą Weigert'a. P. L. 27. Brudziński. Wrodzone położ. serca na prawo. G. L. 26. Blassberg. O zach. się biał. ciałek krwi przy ropieniach w ustroju. P. L. 34.

2. **Patologia ogólna.** Eisenberg. O nowszych teoriach odporności. P. L. 30—32. Kucharzewski. O wpływie jadu tężcowego i błoniczego na zmiany krwi. K. L. 13. Moraczewski. Przebieg gorączki u czł. w ycz. śledzioną. G. L. 35. Nencki i Wesołowski. Zatrucie pokarmami mięsnymi, G. L. 32. Orłowski W. Wyniki szczepień wściekliczyny. M. 29.

3. **Chemia lekarska.** Majewski i Żebrowski. Przycz. do składu chemicznego żółci u człowieka. G. L. 27. Żebrowski. Przycz. do okreś. ilościowego kwasu mocz. G. L. 27.

4. **Medycyna wewnętrzna.** Czyrniański. O odkażającym działaniu urotropiny. P. L. 33. Dziembowski. Patologia zmian w sercu przy miażdżycy. N. L. 7. Eichler. Przyp. odmy podskórnej u suchotnika. K. L. 14. Kossobudzki. Przycz. do kazuist. urazów klatki piersiowej. M. 30, 31. Rubin. Badania nad czynn. żołądka w różnych okresach syfilisu. G. L. 29. Sokołowski. Czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną powstawania suchot płucnych. G. L. 28. Surzycki. O środkach nasercowych. P. T. L. 2. Szleifsztejn. Anchylostomiasis. P. T. L. 2. Zawadzki A. Drugi przypadek tęgoryjca w Galicyi. P. L. 35. Otto. Kryoskopja w chorobach serca i nerek. K. L. 13, 14, 15, 16.

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. P. T. L.—Pamięt. Tow. Lek. Kr. L.—Krytyka Lek.

5. **Choroby ukł. nerwowego.** Batawja, O elektropsychoforze. M. 35. Higier. Współruchy swoiste w obrębie porażenia zwieracza i dźwigacza powieki górnej. G. L. 33. Męczkowski. Poraż. wielu nerw. obw. po zaccadz. G. L. 29. Malinowski. Pseudo-paralysis luetica. G. L. 32. Puławski A. Zesztywnienie kręgosłupa. G. L. 34. Peltz. O znaczeniu rozpoznawczem niereg. kont. źrenic. G. L. 26. Peltz. O paradoksaln. odr. źrenic. G. L. 33, 34. Pręgowski. Psychiatria jako nauka kliniczna. P. L. 30.

6. **Choroby dzieci.** Brudziński. Przycz. do badań nad enteritis streptococcica. G. L. 34. Raczyński. Kwaśna niestrawność jest u dzieci. P. L. 26—30. Tumpowski. Dwa przypadki drgawek ogólnych. G. L. 35.

7. **Choroby oczu.** Nikołajew. Fotografowanie dna oka u zwierząt. M. 29, 30. Spira. Oko a ucho. P. L. 35.

8. **Choroby weneryczne i skórne.** Grosalik i Weissberg. Ostre zapal. nerwu wzrokowego jako jeden z pierwsz. obj. przymiotu wtórnego. M. 32.

9. **Akuszerya.** Endelman. Przycz. do postępowania przy powikł. ciąży rakiem odbyticy. M. 31. Kossowski. 8 przyp. zakażenia septycznego płogowego leczonych med. Fochier'a. P. L. 30. Szymański. Przypadek 8-mies. ciąży brzusznej. M. 33, 34.

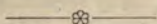
10. **Chirurgia.** Barącz. O przepukl. łądźw. G. L. 31—33. Bossowski. O mięsakach pierwotnych wątroby. M. 28. Bossowski. Leczenie ropni w jamie Douglas'a. P. L. 29, 30. Bernhard. Sarcomaidiopath. multiplex. G. L. 30, 31. Ciechomski. Przycz. do kaz. bliznow. zwężeń przełyku. G. L. 26—31. Halm. O wynikach operacyjnych przepuklin. P. L. 27—29. Fryszman. O mięsakach gr. krokowego. M. 32—35. Kijewski Fr. O wyciananiu płuc. P. T. L. 2. Malherbe. Nowy sposób zniecz. ogólnego. N. L. 18. Trzebicki. O amputacjach w przyp. ropienia kończyn. P. L. 33. Rydygier. Dalsze doświad. nad. lecz. przer. gr. krokowego. M. 27. Zawadzki A. Przycz. do leczenia ran postrzał. żołądka. K. L. 16, 17, 18. Zembrzusi. O szwie nerwów. N. L. 7, 8. Zembrzusi. Przypadek zgorzeli moszny. G. L. 35. Żołądzowski. Zwłóknienie prawej kości skokowej. G. L. 29.

11. **Historia medycyny.** Giedroyć. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w Polsce. P. T. L. 2.

12. **Medycyna sądowa.** Gliński i Horonkiewicz. O zmianach drobnowidz. u podstawy pepowiny. P. L. 32—35.

13. **Higiena.** Kuropatwiński. Błędne stanowisko w sprawie walki z alkoholizmem. Z. 8. A. Łobodziński. O hallach targowych. Z. 7. M. Olszewski. Gimnastyka a gruźlica. Z. 7. Rozenfeld. Higiena pielgrzymek do Jasnej Góry. Z. 7. Rancman. Nieco o higienie zębów. Z. 7. Sokal. Kanał burzowy na Karowej. Z. 8. Wiśniewski. Drogi szerzenia się przymiotu. Z. 8. Rząd austriacki wobec gruźlicy. P. H. 8. W. Sterlecki. Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem. Kr. L. 78. Grodecki. Kilka uwag w sprawie pomocy akuszeryjnej na prowincyi. K. L. 7. Lachs. Medycyna i religia. Kr. L. 6, 7.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 września 1902 r.

—d— Członkami międzynarodowych kongresów lekarskich mogli być dotychczas tylko lekarze i uczeni, przedstawieni przez komitet gospodarczy lub komitety zagraniczne. Otóż, od tej słusznej zasady, zapewniającej międzynarodowym kongresom lekarskim naukową cechę lekarską, odstąpił komitet gospodarczy zjazdu, mającego się odbyć w roku przyszłym w Madrycie, drugi bowiem artykuł regulaminu zjazdów zmienił w ten sposób, że członkami kongresu na prawach równych z lekarzami mogą być także i wszyscy ci, którzy mają jakiś tytuł zawodowy lub naukowy tudzież reprezentanci prasy w ogóle. Tak przeto członkami kongresu mogą być i osoby, nie mające nic wspólnego z zawodem lekarskim, a kongresy międzynarodowe ze zebrań ściśle lekarskich staną się zgromadzeniami ludzi różnych zawodów. Co się stanie w takim razie z cechą naukową zjazdów, nie trudno przewidzieć, jeżeli w kwestyach lekarskich będą przemawiać, rozprawiać, a może nawet i głosować osoby nauce lekarskiej zupełnie obce. *Semaine médicale*, zwracając w ostro napisanym artykule uwagę na to niebezpieczeństwo dla strony naukowej zjazdów, dodaje, iż komitet gospodarczy przyszłego zjazdu madryckiego nie miał żadnego prawa czynienia wyłomu w regulaminie przez poprzednie zjazdy przyjętym, że do niego należało tylko urządzić zjazd na zasadach już uchwalonych. *Semaine médicale*, kończąc swe trafne wywody, przewiduje, iż najbliższy międzynarodowy kongres w Madrycie będzie płodem nieżywo urodzonym.

—d— Przed niedawnym czasem przyniosły dzienniki wiadomości, że po dwudziestu przeszło latach przymusowego pobytu w Kaledonii wrócił do Paryża aptekarz *Danval*, skazany w Maju r. 1878 za otrucie swej żony na dożywotne galery, pokazało się bowiem, iż zaszła pomyłka sądowa i że go skazano niewinnie.

Oto szczegóły sprawy. W roku 1878 umarła żona *Danvala* a ponieważ przy sekcji zwłok znaleziono w trzewach, lubo w bardzo małej ilości arszenik, który, według poglądów zaproszonych do udziału w rozprawie znawców lekarzy, nie znajduje się w prawidłowych ilościach w ustroju ludzkim, przeto mimo uroczystych i ciągle powtarzanych zapewnień oskarżonego o niewinność skazano go na dożywotnie roboty przymusowe w Kaledonii. Z ogłoszonych niedawno badań chemika francuskiego *Armanda Gautier'a* wypada, że w ustroju ludzkim znajduje się już w stanie prawidłowym, chociaż w nadzwyczaj małej ilości arszenik w gruczole tarczowym, skórze i włosach. Dalsze badania pokazały, że arszenik znajduje się także i w mięsie, w życie, marchwi, ziemniakach i kapuście, a nawet podobno i w mleku. Z tych poszukiwań nie ulegałoby przeto wątpliwości, że arszenik może znajdować się już w stanie fizyologicznym

w ustroju, że zatem z wykazania go w małej ilości nie można wnosić o otruciu. I na tej podstawie adwokat Danvala postarał się o wznowienie procesu, które, oczywiście, skończyło się uniewinnieniem i zupełną rehabilitacją skazanego. Zdaje się wszakże z innych poszukiwań, iż arsenik nie jest stałym składnikiem ciała ludzkiego, że znajduje się w niem tylko przypadkowo, jeżeli mianowicie pokarmy roślinne pochodzą z gruntu, w którym jest arsenik. W każdym razie, przypadek Danvala jest nauką, iż nie samo wykazanie arszeniku w ustroju, lecz dopiero wykazanie go w ilości dostatecznej do otrucia powinno decydować w sprzyjających, zresztą, okolicznościach o zbrodni, o czem tem bardziej pamiętać należy, iż arszeniku używa się często w celach terapeutycznych.

—*s*— Kol. Cz. Stankiewicz uzyskał koncesyę na miesięcznik p. t. *Ginekologia*, a współpracownik nasz kol. Jerzy Brunner na pismo popularno-lekarskie p. n. *Lekarz*.

—*d*— Wiadomo dobrze tak lekarzom, jak i leczącej się publiczności, iż Krynica, jakkolwiek nazywa się słusznie perłą zdrojowisk galicyjskich, ma bardzo wiele jeszcze braków, pochodzących w znacznej części z ciągłego wzrostu frekwencyi. By obmyśleć sposoby zaradzenia im, odbyła się w końcu sierpnia na miejscu w Krynicy wielka komisya z udziałem władz rządowych i reprezentantów stanu lekarskiego w rzezonem zdrojowisku. Po długich i gruntownych rozprawach uznano potrzebę jak najrychlejszego powiększenia łazienek borowinowych bądź przez dobudowanie piętra na istniejącym już budynku, bądź przez wybudowanie nowego pawilonu na 20 waniach; uznano dalej potrzebę wybudowania nowego zakładu hydropatycznego i upatrzone stosownie dla niego miejsce w myśl propozycyi architekta miejskiego z Krakowa, p. Jana Zawieskiego powyżej Janówki naprzeciw hotelu warszawskiego. Nakoniec, zajmowano się sprawą rozszerzenia wodociągów i kwestyą zaradzenia dotkliwemu już teraz brakowi wody mineralnej w obec dzisiejszej frekwencyi. Nad tym ostatnim punktem zastanawiano się długo i wyrażono życzenie sprzedawzenia wód żelazistych ze Słotwinki tudzież wiercenia na próbę w celu przekonania się, czy tym sposobem nie da się uzyskać więcej wody mineralnej.

Jeżeli propozycye komisji przejdą szczęśliwie przez wszystkie instancye rządowe i uzyskają od ministerjum skarbu potrzebny kredyt, można mieć nadzieję, iż na wiosnę roku 1904 rozpoczyna się roboty w celu zaradzenia najpilniejszym potrzebom Krynicy.

W ostatnich czasach rozeszła się pogłoska, iż pewne Towarzystwo francuskie zamierza wydzierżawić od rządu Krynice i przeistoczyć ją zupełnie na modę wielkich zdrojowisk zagranicznych. Warto by zastanowić się nad tem, czyby nie było lepiej postawić Krynice odrazu na stopie odpowiadającej dzisiejszym wymaganiom, niż „kapaliną“ łątać jej braki. Pogłoska, jak się zdaje, uzasadniona, polega atoli jeszcze widocznie dopiero tylko na projekcie pewnych kapitalistów, rząd bowiem nie otrzymał dotychczas żadnej propozycyi co do wydzierżawienia Krynicy.

—d— D-r Gustaw Neusser, dyrektor szpitala dla obłąkanych w Kulparkowie pod Lwowem, przeniesiony został na emeryturę z powodu ciężkiej choroby. Na następcę po nim rozpisano konkurs. Opinia publiczna zajmuje się żywo sprawą obsadzenia stanowiska naczelnika tak wielkiego i tak ważnego dla kraju zakładu, jakim jest szpital dla obłąkanych w Kulparkowie.

—d— Dyrektorem głównego szpitala lwowskiego po bardzo długim *interregnum* zamianowany D-r Józef Ostoja Starzowski, wychowaniec niegdyś i jeden z najzdolniejszych uczniów uniwersytetu Jagiellońskiego, do niedawna dyrektor szpitala tarnowskiego. Jestto lekarz młody, pełen energii i dążności naukowych. Opinia publiczna i koła lekarskie przyjęły bardzo dobrze tę nominację.

—z— Od 22—26 października odbędzie się międzynarodowy kongres dla walki z gruźlicą. Komitet składa się z ministra Althoff'a i prof. Fränkla i Leyden'a.

—z— W Turcyi wydano prawo przymusowego szczepienia ospy ochronnej.

—z— W Wiedniu noszą się z zamiarem ufundowania pomnika dla Priessnitz'a, na czele stoją: Ludwig, Chrobak i Winternitz.

—z— Według Marchand'a z Marburga (1173 pomiarów) mózg mężczyzny waży przecięciowo 1400 gm., kobiet 1275. Ku końcowi 3-go roku waga mózgu potraja się odnośnie do wagi u 7-dniowego noworodka, dalszy wzrost jest powolny, maximum między 19—20 r. ż. Stopniowe obniżenie wagi następuje u 80 letnich mężczyzny, i 70-letnich kobiet.

—z— Według Gazetta degli Osped., ze 100 ludzi tylko 40 dożywa 70 lat; według zajęć księża zajmują 1-sze miejsce—dożywa ich dotego wieku—57, rolników 53, marynarzy 56, lekarzy 43, zecerów 19%, robotników 24, urzędników prywatnych 25, cyrulików 28, kucharzy 29, robotników fabrycznych 30.

—z— Dyrektorem dep. lekarskiego mianowano W. Anrepa—dyrektorem instytutu med. doświadczalnej S. Winogradzkiego—inspektorem wojskowo-lekarskim N. Sperańskiego.

—z— W Troicko-Siergiejewskiej Ławrze wstąpił do zakonu lekarz, który ma prowadzić szpital klasztorny.

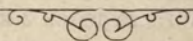
—z— Według Rusk. Wracza jedna z mieszkank Łodzi skupowała od służby watę zużytą ze szpitali i przerabiała ją na nowo. Pomysłową spekulantkę oddano pod sąd, Wracz nie pisze jednak, czy ten sam los spotkał i winnych niedozoru.

Z M A R L I.

Rudolf Virchow, prof. wszechnicy w Berlinie, zmarł w d. 5 b. m. Sylwetkę tego wielkiego uczonego podaliśmy z okazji jego jubileuszu, dziś więc ograniczamy się do suchych dat.

Virchow jest pochodzenia pomorskiego, urodził się w Schivelbein w d. 13 października 1821 r. W r. 1843 po ukończeniu wszechnicy berlińskiej został lekarzem szpitala Charité. W 4 lata później założył istniejące do dziś później *Archiv. f. pathol. Anat., Physiol. u. klin. Med.* Rok następny spędził na badaniu duru wysypkowego ua Szlązku, w r. 1849 rozpoczął wydawnictwo *Die med. Reform.* W rewolucyi czynny przyjmował udział, za co znosił przez czas długi prześladowania władz naczelnych w Prusach, którym liberalizm Virchow'a był solą w oku. W r. 1849 objął katedrę anatomii patologicznej w Würzburgu, a w r. 1856 w Berlinie, gdzie świeżo powstał instytut patologiczny, któremu nauka pod przewodem Virchow'a zawdzięcza teraźniejszy swój postępek i rozwój. Niezależnie od medycyny Virchow był jednym w największych antropologów współczesnych, założył T-wo antropologiczne niemieckie, w r. 1879 uczestniczył w pracach Schlie-mann'a nad wykopaliskami Troi, w r. 1881 badał Kaukaz pod względem antropologicznym, a w r. 1888 Egipt wraz ze Schlie-mannem. W życiu praktycznym górował potężnym swym umysłem i wiedzą oraz doświadczenie oddawał na usługi kraju, czy jako poseł do sejmu pruskiego od 1862 r., czy jako poseł do parlamentu 1880—1893, czy organizując pociągi sanitarne w czasie wojny 1870/1 roku, czy wydając z Holzen-dorff'em monografie naukowo-popularne—wszędzie wielki ten człowiek kładł niestarte piętno na swoich dziełach, wszędzie znać było jego niezłomną wolę i wielki umysł i serce.

—d— W dniu 28 sierpnia r. b. zmarł we Lwowie po dłuższej chorobie Dr Ludwik Switalski, docent położnictwa i ginekologii w uniwersytecie Jagiellońskim, lekarz bardzo sympatyczny, gruntownie wykształcony w swej specjalności, dobry i uczynny kolega, zostawiający po sobie jak najlepszą pamięć.



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Сентября 1902 г.