

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija i Medycyna wewnętrzna.

29. M. KASSOWITZ. **Leeczenie krzywicy fosforem.** *Die Phosphorbehandlung der Rachitis.* (*Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VII. Hft. I und II.*)

Wegner w swej pracy „O wpływie fosforu na organizm” (1872), wykazał, że przy użyciu fosforu podawanego w małych dawkach rosnącym zwierzętom, tworzy się na trzonach kości (diaphyses) nowa tkanka kostna, nie przedstawiająca obszernych przestrzeni szpikowych, jakto bywa normalnie, lecz mająca charakter tkanki kostnej, zbitej z wążkami kanałkami kostnymi. Przyjęta ogólnie wówczas teoria o istocie krzywicy, a mianowicie o zależności jej od zbyt małego użycia lub obfitego wydzielania soli wapiennych z organizmu, była przyczyną, że fosfor już wtedy nie otrzymał zastosowania w leczeniu tego cierpienia. Dopiero prace autora o normalnem kostnieniu, pozwoliły mu wyprowadzić nowy pogląd na istotę krzywicy. Nie zależy ona od zubożenia krwi w sole wapienne, lecz od przekrwienia i wzmożonego unaczynienia tkanki kościotwórczej, wskutek czego powstają niepomysłne warunki dla odkładania się soli wapiennych w chrząstce. Jeżeli więc fosfor w normalnej kości jest w stanie wywołać tworzenie się tkanki zbitej zamiast gąbczastej, albo inaczej wypełnić istniejące przestrzenie szpikowe tkanką kostną, musi w takim razie wpływać bezpośrednio na rozgałęzione w tych miejscach naczynia krwionośne. Zadaniem obecnej pracy autora jest dowieść, że i w krzywicy fosfor wywołuje podobne zmiany, że jest bezpośrednio, prędko i

niezawodnie działającym środkiem w leczeniu krzywicy i jej objawów.

W pierwszej części swej pracy: „O wpływie fosforu na szkielet rosnących zwierząt”, podaje autor doświadczenia, wykonywane na królikach, w celu sprawdzenia rezultatów Wegnera. W tym celu podawał królikom czysty fosfor w pigułkach, zawierających $1\frac{1}{2}$ decimiligrm., pojednej dziennie, następnie po dwie, w przeciągu 12 do 42 dni. Po upływie tego czasu na przecięciu podłużnem kości zabitych królików, spostrzegał między chrząstką i substancją gąbczastą trzonów kości zależnie od czasu podawania fosforu i od energii wzrostu danej kości niejednakowo szeroką, białą warstwę zwapniałej chrząstki, dochodzącej, jak na dolnym końcu uda, do 5 mm., podczas gdy normalnie wynosi ona najwyżej 1 mm.

Przed opisem mikroskopowych zmian tej warstwy, autor podaje krótki opis przebiegu normalnego kostnienia.

W chrząstce, znajdującej się między epifizą i diafizą, długich kości i składającej się z małych komórek, następnie bujanie tych komórek w kierunku osi podłużnej kości. Każda nowa komórka rośnie znowu w tymże samym kierunku, w skutek czego tworzą się wiadome słupy komórkowe. Między zupełnie wytworzonymi komórkami, przylegającymi do kości istota międzykomórkowa chrząstkowa, ulega [zwapnieniu. W tę zwapniałą część chrząstki wnikają z wewnątrz trzonu końcowe gałązki naczyń; tworzą one pierwotne przestrzenie szpikowe, wchodząc w oddzielne słupy komórkowe, przy czem sole wapienne się rozpuszczają, a włóknienka chrząstkowe nikną, ich zaś miejsce zajmuje miękka tkanka szpikowa. Wszystkie

więc komórki chrząstkowe stają się pierwotnymi przestrzeniami szpikowemi, między którymi pozostają tylko zwapniałe beleczki chrząstkowe. Wówczas następuje tworzenie się kości w skutek przemiany istoty międzykomórkowej chrząstkowej na kostną. Beleczki chrząstkowe stają się coraz węższe, z powodu postępującej *metaplazy* chrząstki nareszcie nikną. W warstwach leżących bliżej kości, tworzy się nowa kość z zawartości przestrzeni szpikowych, przez *neoplastyczne* narastanie warstw kostnych na beleczki powstałe wskutek *metaplazy*. Współcześnie większa część *metaplastycznie* powstałych beleczek, ulega rozmiękczeniu i tworzą się wielkie wtórne przestrzenie szpikowe. Pozostałe więc beleczki kostne tworzą się od środka w skutek *metaplazy* beleczek chrząstkowych, a na obwodzie przez narastanie nowotwórczych warstw kostnych.

Cała ta sprawa jest w ścisłej zależności od naczyń krwionośnych, rozgałęziających się w kości, ponieważ wraz z tworzeniem się nowych naczyń, następuje znikanie beleczek kostnych, a zwężanie przestrzeni szpikowych przez blaszkowate kostne warstwy, jest następstwem znikania tychże.

Obraz ten zmienia się znacznie, jeżeli go badać będziemy na królikach, karmionych dłuższy czas małymi dawkami fosforu: górna warstwa kości takich królików, w której zwapniała chrząstka nie zawiera wcale przestrzeni szpikowych, jest znacznie szerszą niż normalnie. Następne warstwy przedstawiają zwapniałą chrząstkę, przerzniętą wydłużonemi, wązkami nie rozgałęzionemi przestrzeniami szpikowemi. Zajmują one (warstwy) znaczną przestrzeń i nie widać w nich wcale ani rozmiękczenia beleczek, ani nowotwórczego narastania. Na poprzecznym przecięciu zamiast obszernych przestrzeni szpikowych znajdują się tutaj oddzielne, okrągłe, niewielkie przestrzenie, okrążone rozgałęzionemi we wszystkich kierunkach

beleczkami chrząstkowemi. Ponieważ naczyń krwionośne, wraz z odpowiadającymi im przestrzeniami szpikowemi zajmują mało miejsca i są od siebie znacznie oddalone, mała więc ilość komórek chrząstkowych ulega rozmiękczeniu, a natomiast wraz z otoczką przemieniają się w istotę kostną, przez co otrzymują się kuliste twory, spostrzegane tylko u ptaków (globuli ossei). Za tą warstwą znajdują się obszerniejsze przestrzenie szpikowe, przedstawiające na ściankach *neoplastyczne* narastanie kostnych blaszek, które przechodzą następnie we właściwą tkankę gąbczastą, utworzoną przed użyciem fosforu. Wszystkie te zmiany można określić jako opóźnienie i powstrzymanie tworzenia się przestrzeni szpikowych, przez powstrzymanie rozwoju naczyń.

Przy zadawaniu królikom większych dawek fosforu, a mianowicie 4 decimiligr. dziennie przez 20—60 dni obraz otrzymany w kościach był zupełnie inny. Już gołym okiem jama szpikowa przedstawia się ciemnoczerwona. Badanie drobnowidzowe wskazuje znacznie wzmocnioną sprawę bujania komórek chrząstkowych, rozszerzenie przestrzeni szpikowych, wypełniających się krwią i pęczniejących, tudzież znikanie beleczek substancji gąbczastej. Szpik kostny pozbawiony jest tłuszczu, składa się z przezroczystej substancji i nielicznych komórek gwiaździstych, otoczonych licznymi krwią wypełnionymi naczyniami. Mamy więc do czynienia z objawami podrażnienia zapalnego, analogicznymi ze zmianami przy krzywicy. Jeszcze ciekawsze były rezultaty otrzymane na młodych kurczętach, karmionych przez 35—44 dni dawkami 0,0002 fosforu. Jedno kurczę, które dostawało przez 20 dni po 0,0004 fosforu siódmego tygodnia nie mogło wcale utrzymać się na nogach. Po zabiciu okazało się, że prawie wszystkie nasady (epifizy) długich kości dolnych kończyn oddzieliły się od trzonów. Mikroskopowe badanie wykazało w danym

wypadku proces zapalny w wysokim stopniu rozwoju ze wszystkimi objawami ciężkiej krzywicy, dochodzącej do zupełnego rozmiękczenia tkanki między chrząstką i kością się znajdujących. Inne zaś kurczęta karmione małymi dawkami fosforu (1 decimiligr.) nie przedstawiały objawów zapalnego podrażnienia, natomiast w kościach znajdowano wyraźną szeroką warstwę chrząstki zwapniałej. Karmiąc kurczęta dłuższy czas—(70 dni—3—4 miesięcy)—coraz większymi dawkami (od 1—3 decimiligr. pro die) obok objawów podrażnienia otrzymywał wypełnienie jamy szpikowej nowoutworzoną bardzo bogatą w naczynia krwionośne tkankę kostną, której beleczki miały charakter plecionkowej tkanki; tkanka ta jest widocznie wytworem kostniejącego zapalenia szpiku kostnego (osteomyelitis ossificantis). Te doświadczenia wystarczają autorowi, by wygłosić zdanie, że większe dawki fosforu same przez się są w stanie wywołać w kościach, kostniejącej chrząstce, okostnej i szpiku kostnym, zapalną sprawę, zupełnie analogiczną z krzywicą.

Objasniając teoretycznie działanie fosforu na kostnienie, autor odrzuca mniemanie, jako by wpływał on na powiększenie ilości fosforanów w ustroju, a zwraca uwagę na: a) zmniejszanie się wsysania soli wapiennych i rozmiękczenia kości, zachodzące przy użyciu fosforu, a także b) na tożsamość objawów wyżej opisanych z objawami, otrzymanymi przez Giesa, przy podawaniu małych dawek arsenu. Zależność pierwszego czynnika od rozwoju naczyń prowadzi do wniosku, że arsen i fosfor wpływają na powstające w zwapniałej chrząstce naczynia krwionośne, ograniczając ich rozwój i rozgałęzienie. Ponieważ zaś wszystkie zmiany w kostniejącej chrząstce pod wpływem fosforu odbywają się przeważnie w najmłodszych ich warstwach, gdzie naczynia krwionośne pozbawione są jeszcze ścianek, utrzymuje więc autor, że fosfor krążący we krwi, wywiera działanie draż-

niące bezpośrednio na protoplazmę otaczającą naczynia i wywołuje kurczenie się tejże. Że takie kurczenie się protoplazmy jest możebne, dowodzą ruchy ameby, białych ciałek krwi, a nadto doświadczenia Strickera nad kurczliwością naczyń włosowatych, które to doświadczenia mają w danym wypadku znaczenie i pod tym względem, że Stricker wykazał znacznie większą wrażliwość na podrażnienie naczyń młodych zwierząt, niż starych.

Następne doświadczenia autora miały na celu wykazać, że fosfor działa bezpośrednio na ścianki naczyń, a nie za pośrednictwem układu nerwowego. W tym celu podawał go królikom, przecięwszy im przedtem nerw kulszowy z jednej strony. W tym wypadku otrzymywał podobną warstwę chrząstki zwapniałej, jak i bez przecięcia nerwu, chociaż ciężar gatunkowy i ilość popiołu otrzymanego była mniejszą, a układ naczyniowy porażonej strony był więcej rozszerzony, niż po stronie przeciwnej. Również po użyciu większych dawek fosforu przecięcie nerwu kulszowego nie wstrzymało objawów podrażnienia zapalnego.

W większych dawkach fosfor i arsen działają jako substancje drażniące, zdolne wywołać objawy zapalne w chrząstce i kości, przypominające podobne objawy charakteru przymiotowego. Są one wówczas truciznami dla organizmu, powiększając rozpad substancji białkowej. Rozpad ten poczyną się w tych elementach, które bezpośrednio stykają się z drażniąciami we krwi krążącymi substancjami t. j. w ściankach naczyń. W skutek tego przepuszczalność tych ścianek się zwiększa i powstaje właściwy stan zapalny.— Z tego widzimy, że zapalne podrażnienie jest niczem innym, jak *laesio continui* najdrobniejszych cząstek tkanki, które w danym wypadku powstaje wskutek wpływu chemicznego. Jeżeli nie dawać młodemu królikowi przez kilka dni żadnego pożywienia, kości jego przedstawiają takie same zmiany, jak przy większych

dawkach fosforu. Tkanki organiczne zużywają się, nie odradzają się; ścianki naczyń stają się więcej przepuszczalnemi, powstają w pewnych miejscach silniejsze prądy, które przez przemianę włóknistej substancji kostanej i chrząstkowej na miękką tkankę szpikową prowadzą do utworzenia nowych przestrzeni szpikowych i nowych naczyń krwionośnych. Ta idencjonalność objawów przy głodzeniu i użyciu fosforu dowodzi prawdziwości objaśnienia objawów zapalnych, wywołanych przez fosfor.

Że zmiany te przeważnie występują w kościach, i to w miejscach narastania (Appositionsstellen) rosnących kości, zależy od tego, że w tych miejscach bywa największy dowóz krwi i soków, zawierających fosfor. Do tego przyczyniają się znajdujące się tam w wielkiej ilości naczynia bez ścianek lub z bardzo cienkimi ściankami. Fosfor wywiera wpływ i na inne organy, jak na wątrobę, żołądek, oskrzelę i opłucną, lecz tylko przy użyciu większych dawek.

W celu rozstrzygnięcia pytania, dla czego ta sama substancja w małych dawkach wywołuje zwężenie, a w większych rozszerzenie naczyń, odwołuje się autor do znanego faktu fizjologicznego, że wszystkie bodźce, wywołujące skurcz mięśni lub tylko ruch protoplazmy, w większym natężeniu prowadzą do porażenia i śmierci organicznej substancji.

Jeżeli więc przy użyciu większych dawek fosforu elementy tkanek giną, nie odnawiając się, to przy mniejszych dawkach drobne cząstki żyjącej substancji rozpadają się, ale w tak nieznacznym stopniu, że odrodzenie ich nie tylko jest możliwe, lecz nawet przez rozpad pobudzone zostaje. Autor nie stara się bliżej objaśnić tej sprawy, ale wskazuje na fakt, że wszystkie bodźce, które w silnym stopniu użyte wywołują zupełny rozpad istoty organicznej, w słabym zaś — przejściowe porażenie części kurczących się — w jesz-

cze większym zmniejszeniu ich natężenia prowadzą do kurczenia się tych części.

W drugiej części swej pracy autor rozbiera *wpływ fosforu w małych dawkach na dzieci, cierpiące na krzywicę*.

Ilość dzieci, którym podawał fosfor wynosi 560; najmłodsze miało 2 miesiące. Po długim poszukiwaniu najlepszą okazała się dawka — $\frac{1}{2}$ na 1 grm. pro die jednakową dla wszystkich dzieci, użyta w formie następującej emulsji:

Phosphori 0,01
Solve in ol. amygd.
dulc. 10,0
Pulv. gummi arab.
Syr. simpl. aa 5,0
Aq. destill. 80.

S. Codziennie od jednej do 4-ch łyżeczek od kawy. Równie dobrem jest użycie fosforu w tranie rybim, która to mieszanina dobrze była znoszona nawet przez bardzo młode dzieci. Oprócz tego zalecano zawsze czystość, kąpiele, przewietrzanie mieszkań, a niekiedy zmianę pokarmu.

We wszystkich opisanych przez autora przypadkach krzywicy z przeważającymi objawami czaszkowymi w krótkim czasie przy użyciu małych dawek fosforu miękkie, błoniaste prawie miejsca czaszki twardnieją, a ciemiączka znacznie się zmniejszają. Objasnia się to tem, że nawet zupełnie miękkie części czaszki, zawierają cienką warstwę tkanki kostnawej, mającej wszystkie cechy kostnej, lecz nie zawierającej soli wapien. Tkanka ta jest bardzo bogatą w naczynia krwionośne, a w przestrzeniach szpikowych nie ma jeszcze wcale blaszeczki tkanki. Pod wpływem fosforu naczynia te się zwężają, sole wapienne osadzają się, a tkanka kostna staje się twardszą. Współcześnie na brzegach ciemiączek postępuje prędkie narastanie nowych części kostnych. — W wielu przypadkach zarośnięcie ciemiączek nastąpiło u dzieci starszych, przed tem już od 1 — 2 i więcej lat, leczonych różnemi innymi sposobami. W 95 przy-

padkach stwardnienie miękkich części czaszki nastąpiło w pierwszych tygodniach leczenia fosforem.— W każdym przypadku, jeżeli fosfor podawanym był przez 3 — 4 tygodni ciągle, badanie objawów krzywicy na czaszce dawało wyniki dodatnie, a w najcięższych nawet przypadkach po dwumiesięcznym leczeniu następowało zupełne ich usunięcie.

W 77 przypadkach autor spostrzegł prędkie i zupełne wyleczenie skurczu głośni u dzieci rachitycznych,—co następowało niekiedy przed stwardnieniem części miękkich czaszki. Nie było ani jednego przypadku, by po użyciu fosforu kurcz głośni nie ustąpił, chociażwczesne przerwianie leczenia wywoływało powrót tegoż. I inne objawy nerwowe, zależne od krzywicy, jako to: wzmożona wrażliwość odruchowa, prowadząca często do drgawek, niespokojność dzieci, bezsenność i obfite poty głowy, prędko ustępują pod wpływem fosforu, co stwierdzają 52 przypadki, podane przez autora. W jednym przypadku po użyciu fosforu bardzo prędko wyleczonym został skurcz głośni z napadem tęcza.

Wszystkie te objawy zależą od przekrwienia zapalnego kości czaszkowych, a szczególnie ich okostnej, co prowadzi do przekrwienia opon mózgowych i samego mózgu. Ponieważ fosfor usuwa nadmierny przyływ krwi do kości czaszki, zmniejsza się więc przekrwienie otaczających je części i ustępują zależne od tego objawy.

Najwięcej znanym objawem krzywicy, jest opóźnienie wyklówania się zębów mlecznych. I ten objaw pod wpływem fosforu ustępuje, chociaż nie tak prędko, jak inne. W 135 przypadkach wpływ ten był bardzo widocznym; w niektórych tylko opóźniał się; ząbkowaniu zaś nie towarzyszyły żadne objawy chorobowe. Wyklówanie zębów poprzedza ustąpienie przekrwienia w szczęce, które to przekrwienie jest główną przeszkodą stwardnienia korzenia zębowego.

Również i na krzywicę przejawiającą

się objawami ze strony klatki piersiowej i kręgosłupa, użycie fosforu wywierało wpływ zbawienny. Wkrótkim czasie ustępowały wszelkie nieprawidłowości kształtów, zależne od zbyt wielkiej podatności i elastyczności żeber. Ponieważ żebra stawiają teraz większy opór zewnętrznemu ciśnieniu, płuca lepiej rozszerzają się; wskutek czego ustępują objawy duszności i nieżyttowe cierpienia błon śluzowych oskrzeli, często wiktające krzywicę.

W wielu przypadkach wyrównywały się skrzywienia kręgosłupa, co dawało możliwość utrzymania prostej postawy ciała. Pochodzi to stąd, że miękkie kostne i chrząstkowe części twardeją, a wtórne cierpienia więzów ustępują. Ponieważ skrzywienia kręgosłupa, powstające w okresie dojrzałości płciowej zależą od takich samych anatomopatologicznych spraw w kościach, chrząstkach i więzach, powinno więc użycie fosforu i w tych wypadkach dawać dobre rezultaty. Rzeczywiście w wielu podobnych przypadkach autor zastosował fosfor, obok odpowiedniego higienicznego i ortopedycznego leczenia, z pomyślnym skutkiem.

Dzieci rachityczne zaczynają siedzieć i chodzić znacznie później, niż zdrowe, które już między 5 i 7 miesiącem siedzą, między 7 i 11 -ym stoją, a między 8 i 10 -ym chodzą. U dzieci, które z powodu krzywicy przez całe lata nie mogły stać i chodzić, przy użyciu fosforu wkrótkim czasie nogi nabierały dostatecznej mocy, by utrzymać ciężar ciała. Podobne wyniki zauważone były w 187 wypadkach, a w 22 dotyczyły się one dzieci, starszych nad 3 lata. Ujemnych rezultatów nie otrzymano ani razu; jednakże w niektórych wypadkach leczenie przeciągało się do 10 miesięcy; a ilość użytego fosforu dochodziła do 22 ctgr. Z większej części spostrzeżeń widocznym [było, jak wielkie znaczenie mają więzy przy staniu i chodzeniu, które to czynności z powodu rozluźnienia i bolesności tychże były prawie zupełnie znie-

sione. Pod wpływem fosforu naprzód ustępuje bolesność, a współcześnie z zanikiem rozszerzonych naczyń chrząstki prędko znika następcze przekrwienie części włóknistych, t. j. więzów. Nie tak prędko odradzają się mięśnie kończyn dolnych, które bywają często w stanie znacznego zaniku. Co się tyczy zniepodobnień stawowych, ustępują one pod wpływem fosforu tylko wtedy, jeżeli zależą od rozluźnienia więzów stawowych lub od miękkości i giętkości kości i chrząstek.

I ogólne odżywianie dzieci rachitycznych ulega zmianom pod wpływem fosforu. W 117 wypadkach po użyciu 1—2 ctgrm., fosforu łaknienie poprawiało się, waga wzrastała, wesołość wracała. — Łączy się to po części z ustąpieniem bólów przy ruchach kończyn i kręgosłupa z poprawieniem czynności oddechowych, a tem samem z polepszeniem przemiany materji, chociaż nie wyklucza autor i wpływu fosforu na układ nerwowy. Odrzuca zaś zupełnie twierdzenie, niedawno na zasadzie czysto teoretycznych dowodzeń wypowiedziane przez Buchnera, że fosfor zarówno jak i arsen mogą przy dłuższem użyciu w małych dawkach wyrobić w organizmie odporność przeciw chorobotwórczym organizmom.

W końcu wyprowadza autor następujące wnioski:

1) wszelkie objawy rachitycznego szkieletu, wynikają z chorobliwie wzmózonego unaczynienia tkanki kościotwórczej.

2) małe dawki fosforu wywołują opóźnianie rozmiękczenia normalnej kości i chrząstki, a więc opóźnianie normalnego unaczynienia tych tkanek.

3) też same małe dawki fosforu usuwają w krótkim czasie rozmiękczenie kości powstałe w skutek krzywicy.

Co się tyczy wskazania, to łżejsze stopnie krzywicy, które przejawiają się w pierwszym roku życia nabrzmieniem przednich końców żeber, wstrzymaniem zarośnięcia ciemiączek, nie wymagają leczenia fosforem, ponieważ ustępują pod

wpływem różnych higienicznych środków.—Najlepszy skutek osiąga się w późniejszych okresach choroby przy znacznem rozmięczeniu kości czaszkowych znależnymi zбочzeniami nerwowymi kurczem głośni, skrzywieniem i nadłamaniem kości i t. p. Zastrzega się jednak dłuższe stosowanie tego środka, aby uniknąć powrotu choroby. *M. Hopfenblum.*

30. Henry BUTLIN. **Teoryja pasożytna w zastosowaniu do nowotworów złośliwych.** — *Malignant tumours and Parasitism. (British Medical Journal, 12-go stycznia 1884).*

Autor poprzednio już na jednym z posiedzeń Pathological Society wypowiedział zdanie, iż nowotwory złośliwe okazują pewne cechy pozwalające na poważne przypuszczenie, iż początek ich jest pochodzenia pasożytnego. Teoryja pasożytna w zastosowaniu do guzów, utrzymywała się setki lat u chirurgów, albowiem na żadnej drodze sprawy te nie dadzą się tak łatwo wyjaśnić. Ostatniemi czasy wszakże teoryja ta została zachwiana, gdy wykazano, iż guzy są w mniejszym lub większym stopniu derywatami tkanek prawidłowych. Świeże jednak odkrycia mikroorganizmów i studja nad ich znaczeniem w genezie chorób, podały autorowi myśl powyższą i skłoniły do ściślejszego badania tej kwestyi.

Dwie są główne cechy nowotworów, które nakazują przypuszczać ich pasożytny początek: podobieństwo sprawy chorobnej do pewnych chorób zależących lub podejrzanych o zależność od pasożytów i udział układu chłonnego, oraz disseminacja. Co do pierwszego, zauważa autor, iż podobieństwo gruźlicy płucnej do niektórych postaci raka, lub mięsaka tegoż organu, bywa niekiedy tak uderzającym, że trudno jest dopatrzeć się różnicy; zresztą wszakże i gruźlicę odnoszono przez długi czas do liczby nowotworów. Podobnież *actinomycosis* uważano, niegdyś jako sprawę sarkomatyczną.

Co do drugiego, idzie przedewszyst-

kiem o określenie natury czynnika zakaźającego (infective agent). — Przypuszczano, że są to komórki lub ich jądra oderwane od pierwotnych guzów, inni przyjmowali płynną postać zarazka; ujemne wyniki badania krwi i limfy nie potwierdzają wszelkich wniosków w tej mierze.

Cząsteczki opisane przez Clausel'a, Hubaerta i Gussenbauera, różnią się pod pewnymi względami od produktów rozpadu, za jakie je uważać chciano; ich ilość, rozprzestrzenienie, obecność w płynach przy przrzucaniu malanozy, nakazują mniemać, że przyjmują one czynny udział w disseminacji; wielkość zaś i postać cząsteczek zradzają podejrzenie, iż są to mikroorganizmy, lub zarodniki mikroorganizmów guza, sposób ich przenikania do tkanek przemawia też na korzyść takiego przypuszczenia. Wreszcie barwa nowotworów (chlorosis melanosis), lepiej da się wytlómaczyć tą hipotezą, niż wszelką inną.

Niektóre fakta odnoszące się do wpływu miejscowości, na rozwój chorób przemawiają, zdaniem autora za pasożytną naturą gruźlicy. Haviland wykazał, iż śmiertelność raka największą jest w miejscowościach wysoko położonych, suchych, o przepuszczalnym gruncie. Podobne fakta obserwował Arthur Henry w okolicach Wrocławia, Hesse opisuje, iż robotnicy w minach kobaltowych pod Schneebergiem dostają często limfo-soakomatów pierwotnie rozwijających się w płucach.

W dalszym ciągu autor stara się obalić zarzuty, jakie mogły by być poczynione pasożytowej teorii guzów złośliwych, atoli dowodzenie jego jest podobnie, jak i przytoczone powyżej rozumowania, czyisto teoretycznym.

J. Polak

31. L. LANDOUZY i H. MARTIN. **Przyczynę do dziedziczności gruźlicy.** — (*Revue de Médecine* Nr. 12—1883).

Zdanie, że dziedziczność bywa jedną z pierwszorzędných przyczyn gruźlicy jest obecnie przyjętem powszechnie. Wszys-

cy też dzisiaj zgadzają się na to, że gruźlica przechodzi z ustroju rodziców na ustrój dziecka nie bezpośrednio, w naturze, jak np. zarazek syfilityczny—lecz, że dzieci rodzą się tylko z usposobieniem do tej choroby (onⁿe naît pas tuberculeux, mais tuberculisable" Peter"), z ciałotworem i temperamentem sprzyjającemi jej rozwojowi (Bouchard).

Autorzy stawiają pytanie, czy nie jest możebną i bezpośrednią drogą, t. j. czy ustrój dziecka nie może otrzymywać od rodziców gotowych zawiązków choroby, podobnie jak to bywa przy dziedzicznym przymiocie i ospie?

Rzadkość, a nawet wyjątkowe zdarzenie się gruźleń na zwłokach jednolatków, nie przeczy bynajmniej powyższemu przypuszczeniu, jak również i powolny rozwój tej choroby; sprawa może tu bowiem przebiegać inaczej, niż jak to widzimy zwykle, nie tak wyraźnie i widocznie, ale pomimo to ustrój zarodka i dziecka może już zawierać czynne pierwiastki choroby.

Rozwiązanie pytania, postawionego przez autorów, może nastąpić tylko drogą badania soków i tkanek rodziców i dziecka, odnośnie ich własności gruźliczych. — Przyczynę do takich badań, stanowi właśnie niniejsza praca.

W pierwszej jej połowie autorzy opisują swe wyniki nad badaniem własności tkanek i soków płodów (2 przypadki: płód 7½ i 5 miesięczny), pochodzących od matek zmarłych na suchoty.

Zarówno gołem okiem, jak i za pomocą drobnowidza nie można było w nich wykryć żadnego ze zwykłych przejawów gruźlicy, inaczej wypadły wyniki szczepienia, oto ich treść:

1) kawałek zdrowego płuca zarodka, zaszczepiony świnie morskiej (do jamy otrzewnej), dał po upływie 4 miesięcy ogólną gruźlicę.

2) kawałek łożyska (zdrowego na oko) zaszczepiony świnie morskiej, wywo-

łał takąż samą sprawę w ciągu dni 40-tu.

3) nieco krwi z serca zarodka—wywołało gruźlicę u m. świnki w 2 miesiące po zaszczepieniu.

Jedna z zaszczepionych świnek morskich, okazująca widoczne objawy gruźlicy (co nieco później sprawdziło badanie pośmiertne), urodziła młode. Tkanki ostatniego przy sekcji przedstawiały się jak najprawidłowej, tymczasem po zaszczepieniu kawałka płuca i wątroby otrzymano bardzo wyraźną gruźlicę u dwóch zwierząt.

Z tych badań widzimy, że tkanki płodu są w stanie wywoływać gruźlicę i, że są więc same gruźliczemi. Jeżeli zaś gruźlica u płodu i noworodków nie rozwija się tak jak zwykle, to pochodzi to, być może, ztąd, że zarodek gruźliczy musi przy przejściu z ustroju matki do ustroju płodu podlegać pewnym zmianom, albo też oczekiwać jakichś przemian w tkankach swego nowego siedliska—(gruźlica ukryta), dopóki te nie staną się gruntem sprzyjającym jego rozwojowi.

Autorowie uważają oddziedziczenie gruźlicy od matki za bezpośrednie zarażanie podobnie, a nawet tak samo, jak to ma miejsce przy przymiocie, ospie etc.

Dalej nasuwa się pytanie, jaką drogą odbywa się oddziedziczenie omawianej choroby od ojca; czy przez pośrednictwo matki, która uprzednio zostaje zarażoną, czy też bezpośrednio, t. j. czy zarodek gruźlicy dostaje się wprost z soków ojca do zdrowego uprzednio jajka?

Spostrzeżenia kliniczne potwierdzają ostatnią możliwość. Autorzy podają opis przypadku, gdzie ojciec, przedstawiający najwyraźniejsze cechy gruźlicy, miał czworo dzieci, które wszystkie zmarły na tę chorobę. Matka zaś ich jest zupełnie zdrową.

Fakty temu podobne każą przypuszczać, że nasienie suchotników nosi już w sobie zawiązek gruźlicy, autorzy dają im potwierdzenie drogą doświadczalną.

Zaszczepienie mięszu zdrowego na oko jądra morskiej świnki (samca), zdechłej na gruźlicę, innej morskiej śwince wywołało po upływie 68 dni ogólną gruźlicę.

Zaszczepienie (2 przypadki) gotowego nasienia wziętego z pęcherzyków nasennych morskiej świnki, przedstawiającej widoczne gruźlicze zmiany, do jamy otrzewnej innej morskiej świnki, wywołało po upływie około trzech miesięcy ogólną gruźlicę, którą została stwierdzona dodatnio przez powtórne zaszczepienie już w przeciągu 9 dni.

W obec tych faktów autorzy sądzą się w prawie utrzymywać, że obok powszechnie przyznawanego dziedziczenia gruźlicy, wypływającego z pewnych własności tkanek (her. par terrain), należy przyjąć i bezpośrednie odziedziczenie — w naturze (hered. de la graine), które dotąd zupełnie nie było uwzględnianem.

O. Hewelke.

32. Dr. ALBRECHT (Neuchâtel). — **Zołyzy i ich leczenie wobec odkrycia gruźliczych laseczników przez Kocha** (*Revue med. de la Suisse R. Nr. 1 — 1884*).

Zołyzy zdawien dawna były uważane za sprawę pokrewną z gruźlicą, dotąd nie było jednak żadnego faktycznego stwierdzenia tego rodzaju związku, oprócz chyba, że zołyzy uspasabiają do suchot; wynikało to w ogóle z braku jakiegoś znamienia, kryterjum dla odróżnienia, które sprawy należy uważać za gruźlicze, a które nie. Taki sprawdzian mamy dzisiaj w obecności gruźliczych laseczników.

Liczne poszukiwania (Cohnheim i Salomsen, Schüller, Kiener, Poulet, Martin, Cornil, wreszcie sam autor) wykazały, że w najrozmaitszych przetworach zołzowych, jak w gruczołach limfatycznych przy zołzach, przy grzybowatych zapale niach stawów, w ziarninie przy „spina ventosa”, wilku i t. p., znajdują się charakterystyczne laseczniki i, że szczepienie zołzowatych pierwiastków wywołuje gruźlicę.

Zołyzy i gruźlica, są więc sprawy nie

tylko pokrewne, ale też same. Czy wobec tego bardzo niewyraźnie określone pojęcie zołzów zostanie wykreślone z patologii, wyrzec trudno, zwłaszcza w obec klinicznej strony tej sprawy. W każdym razie odkrycie to powinno zwrócić bacniejszą uwagę na omawiane cierpienie zwłaszcza na jego leczenie, które dotąd w ogóle bywa traktowane po macoszemu.

Postępowanie lekarza zaznacza się tu bardzo wyraźnie: powinno ono: 1) zapobiegać rozwojowi zołzów i 2) zmieniać, o ile się da, grunt zołzowaty, — aby nie dopuścić do rozwinięcia się gruźlicy. Co się tyczy pierwszego punktu, to autor, jako możliwe drogi wnikania zarazka zołzowego do ustroju dziecka, uważa: szczepienie humanizowanej ospy, złe mleko matek lub mamek, syfilis rodziców. Złemu temu można w znacznej części zaradzić.

Drugiemu wskazaniu, gdy zołzy już istnieją, zadość czynią w znacznej przynajmniej mierze: świeże powietrze, słońce, czystość ciała i odzieży, a zwłaszcza *pożywienie bogate w pierwiastki azotowe*. Objawy zołzów znikają często w miarę zwiększenia się zawartości mocznika w moczu. Z tego względu autor radzi zastępować tran rybi peptonami (pepton Sandersa, czekolada peptonizowana, peptonian żelaza). Dalej należy współdziałać zwiększaniu się rozmiarów wyrobu krwi (haematosi) i pracy oddechowej przez gimnastykę płucną na świeżem powietrzu. Autor wypełniał ostatnie wskazanie (zwłaszcza zimą) za pomocą wdychań tlenu, przy czem łaknienie znacznie się wzmagало i dozwalało do pewnego stopnia na nadżywianie (suralimentation) bez upośledzenia trawienia.

Powyższe leczenie autor już od kilku lat stosuje z bardzo zadawalającymi wynikami.

O. Hewelke.

33. O. HAGER. **Reissnera szczepianka w proszku.** *Ueber das Reissner-*

sche Vaccine-Pulver. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 48—49. 1883).

Ogólnemu rozpowszechnieniu się krowianki, mającej niezaprzeczoną wyższość nad limfą humanizowaną, stał dotąd na przeszkodzie brak dobrego sposobu utrwalenia szczepianki. Trudności te pokonał zupełnie sposób Reissnera. Proszek jego przygotowywuje się w następujący sposób. W 5 dni po zaszczepieniu, kiedy pryszczce u cielęcia są już mocno wypełnione, można przystąpić do zbierania szczepianki. W tym celu, po starannem obmyciu brzucha ciepłym roztworem kwasu salicylowego, wyciera się każdy pryszcz oddzielnie i zdrapuje powierzchowną warstwę nabłonka. Następnie chwytamy pryszcz szczypczykami od spodu, aby zapobiedz krwotokowi, i skrobiemy lancetem tak długo, aż ukaże się płynna limfa, która bywa u cielęcia b. ciągnącą się. — Zeskrobana massa zawiera bardzo wiele komórek z sieci Malpighiego, wydzielających limfę, czemu autor przypisuje b. wielką wagę, na podstawie spostrzeganej wielokrotnej zdolności komórek nabłonkowych zachowywania przez długi czas zarazy (np. przy płonicy).

Tak zebrana massa wysusza się w suszarce nad kwasem siarczanym (przez 2 dni), a potem uciera na proszek, który, pomieszczany w małych buteleczkach szczelnie zatkanym, pozostaje aż do chwili użycia w suszarce; bezpośrednio przed użyciem należy proszek zwilżyć wodą lub gliceryną, najlepiej z dodatkiem środka przeciwnilnego (kw. salicylowy, sublimat 1:2000, 1:1000 (500 wody + 500 gliceryny), 4% roztwór kwasu karbolowego — nie zmniejszają bynajmniej skuteczności tej szczepianki).

Proszek Reissnera ma odcień żółtawy przypominający proszek Nesté'go. Pod drobnowidzem znajdujemy w nim dużą liczbę komórek nabłonkowych zachowanych całkowicie z jądrami i bez, obok tego szczątki komórek i łuszczyki; do drobnowidzowego preparatu najlepiej jest użyć

niec prozku w glicerynie z rozcieńczonym łągiem potasowym.

Świeżo przygotowany proszek działa b. energicznie i wywołuje na około miejsca zaszczepienia różycowe zaczerwienienie, czego nie bywa nigdy przy użyciu nieco starszej szczepianki. Główne zalety proszku Reissnera są: jego pewność i niezawodność w działaniu, a szczególnie łatwa i tania możliwość przygotowania obfitej ilości szczepianki w krótkim przeciągu czasu.

Według Reissnera, z czem autor zupełnie się zgadza, jedno cielę może posłużyć do 2—3000 szczepień, koszta zaś wynajęcia i utrzymania cielęcia — wynoszą 40 marek. Do szczepienia należy brać cielęta dwutygodniowe; po upływie 4—5 dni następuje zdejmowanie ospy, a we 2 dni później można już cielę oddać na rzeź. Ogólny stan zwierząt nie bywa przytem wcale upośledzonym—być może, że waga ich w tym czasie [nie zwiększa się odpowiednio do przyjmowanych ilości mleka; własności mięsa nie przedstawiają najmniejszej różnicy od zwykłej cielęciny.

H.

II. Chirurgija i Oftalmologija.

34. Dr. KÖRTE. Leczenie odbytu nienaturalnego za pomocą cążek kiszkowych (entorotomu). *Ueber die Behandlung des wider natürlichen Afters mittelst der Darmschere.* (Ber. klin. Woch. Nr. 50, 51—1883 r.

Autor, były asystent prof. Wilms'a opisuje 30 przydadków nienaturalnego odbytu, leczonych przez prof. Wilms'a i na zasadzie tych spostrzeżeń stara się rozstrzygnąć następujące dwa pytania:

1) Jak należy postąpić sobie jeżeli przy operacji przepukliny znajdziemy, iż pętlca kiszki uległa już zgorzeli? Czy powinniśmy wtedy zrobić rezekcyję kiszki, zszyć oba zdrowe końce i odprowadzić do brzucha (*pierwotny szew kiszkowy*); czy też na-

leży ograniczyć się tylko do wycięcia części kiszki uległej zgorzeli i utworzyć odbyt nienaturalny?

2) Jeżeli już powstał odbyt nienaturalny, czy to na drodze operacyjnej, czy dobrowolnie, jak należy go leczyć? czy dawnym sposobem za pomocą cążek kiszkowych, czy też wykonać rezekcyję i nałożyć szew kiszkowy (*szew kiszkowy wtórny*)?

Z 30 przypadków odbytu nienaturalnego obserwowanych przez autora, 28 powstało po zaciśnięciu przepukliny częścią dobrowolnie, częścią zaś na drodze operacyjnej; 2 tylko przypadki były pochodzenia urazowego (1 ruptura uteri, 1 rana kłuta brzucha). Z tych 30 chorych umarło 16, wyzdrowiało 12 zupełnie, 2 chorych wypisano z kliniki z małemi przetokami. Z pomiędzy 16 zmarłych: 10 umarło zaraz lub niezadługo po utworzeniu odbytu nienaturalnego częścią w skutek upadku sił częścią zaś w skutek zapalenia otrzewnej istniejącego jeszcze przed operacyją. Z pozostałych 20 chorych umarło jeszcze 6-ciu a mianowicie: 2 na choroby nie mające żadnego związku z cierpieniem kanału kiszkowego (Tuberculosis, Pyelonephritis), 3 na ropnicę wskutek zakażenia rany, 1 chory umarł wskutek ogólnego wyniszczenia.

Z pomiędzy 14 chorych którzy się poprawili, 12 zupełnie wyleczono, 2 wypisano z przetokami. U 9-ciu przy herniotomii znaleziono zgorzel kiszki i utworzono odbyt nienaturalny; 5-ciu przybyło już do kliniki z odbytem nienaturalnym. U 3-ch nie było przeszkody w krążeniu kału, tak, iż całe leczenie ograniczyło się do przyżegania przetoki i nałożenia obturatura; w 1 przypadku (anus vaginalis) usunięto wypadłą część kiszki wraz z krezką za pomocą żelaza rozpalonego, po czem przyżegania wystarczyły do zagojenia przetoki w pozostałych 10-ciu przypadkach użyto *enterotomu Dupuytren'a*. Oprócz tego entorotomu używano u 2-ch chorych, którzy zmarli z innych wikłających chorób

(Tuberculosis, Pyelonephritis). Tak więc z pomiędzy 20 chorych, którzy przeżyli pierwsze niebezpieczeństwo, stosowano enterotom u 12, z których umarło 2-ch i to wcale nie w skutek rękoczynu, lecz w skutek innych wkłajających chorób, nie mających żadnego związku z pierwotnem cierpieniem. Nałożenie enterotomu choroby zazwyczaj znosili doskonale, raz tylko jeden powstały objawy podrażnienia (wymioty i bóle), które natychmiast znikły po zdjęciu narzędzia.

Na podstawie tych spostrzeżeń autor dochodzi do następujących wniosków:

Co do I: znalazłszy się raz w obec kiszki uległej zgorzeli, nie należy nakładać *szwu kiszkowego pierwotnego*. Dotychczasowe doświadczenia przekonały, że pierwotny szew kiszkowy udaje się w wyjątkowych przypadkach; nawet i wtedy, gdy zszywamy kiszkę odciętą w dość znacznem oddaleniu od miejsca uległego zgorzeli, jest ona zapalnie nacieczoną, rozpulchnioną, a wskutek tego nitka lub katgut łatwo ją przerzyna, brzegi się rozsuwają, zawartość wylewa się do jamy brzusznej, tu zaś nawet minimalna jej ilość sprowadza ogólne zapalne otrzewnej i śmierć chorego. Już Bergmann dowodnie zebranemi danemi statystycznymi o tem przekonał i postępowania tego zaniechał.

U chorych, przybywających już ze zgorzelą kiszki i wtedy dopiero poddawanych operacji, znajdujemy zazwyczaj wielki upadek sił, a często i rozwinięte już ogólne zapalenie otrzewnej, nic więc dziwnego, że pewna liczba chorych umiera wkrótce po operacji, bez względu na to jakiej metody użyjemy. Tworząc jednak w takich razach odbyty nienaturalny, nie dodajemy przynajmniej nowych niebezpieczeństw do istniejących już przed operacją. Obecnie, przy zastosowaniu metody przeciwnilnej, przy starannem oddzieleniu wszystkich części uległych zgorzeli lub septycznie nacieczonych, przy

dokładnem zeszytciu kiszki z otaczającą skórą, i leczeniu takich chorych w ciągłych ciepłych wannach, autor mniema, że się jeszcze rezultaty znakomicie poprawią.

Co do II: jeżeli chory przeżył pierwsze niebezpieczeństwo, to naturalnie trzeba pomyśleć o usunięciu odbytu nienaturalnego. Dla dojścia do tego celu mamy dwie drogi: użycie cążek kiszkowych lub zrobienie rezekcyi kiszki i nałożenie wtórnego szwu kiszkowego. Ta ostatnia metoda, rozwinięta dopiero w ostatnich czasach pod wpływem udoskonalonej metody leczenia ran, jest, trzeba jej to przyznać, nader pociągającą. Chory, jeżeli się operacja uda, zostaje wyleczonym ze swego cierpienia w nadzwyczaj krótkim przeciągu czasu, wyleczenie jest przy tem zupełne i zabezpiecza od recydywy i przepukliny, — względy bardzo ważne, które jednak nie wystarczą do wyrugowania starej metody Dupuytren'a, a to z powodu, że niebezpieczeństwo na jakie narażamy chorego przy pierwszej operacji jest większe jak przy drugiej. Chory, leczony enterotomem Dupuytren'a, prawie zawsze może być pewny wyleczenia, a przynajmniej znakomitej poprawy, jak to się okazuje z cyfr przytoczonych powyżej. Stara metoda ma przeciw sobie to, że leczenie trwa długo, jest bardzo kłopotliwe, lecz za to pewniej prowadzi do celu. Dla tego też autor widzi z tylko wskazania dla wykonania rezekcyi kiszki i nałożenia wtórnego szwu kiszkowego, a mianowicie: 1) w przypadkach nader zawiłych w których bez laparotomii nie możemy się dokładnie zorientować w stosunkach anatomicznych, nie możemy odnaleźć doprowadzającego i odprowadzającego końca kiszki i 2) w przypadkach w których w skutek umiejscowienia odbytu w bliskości żołądka, nastąpiło silne wycięnczenie chorego, gdyż w takich razach powinno nam przedewszystkiem chodzić o jak najszybsze przywrócenie drożności kanału kiszkowego. Wszystkie pozosta-

te przypadki powinny być leczone, zdaniem K., za pomocą enterotomu.

Co się tyczy wykonania samej operacji, autor opierając się na spostrzeganych przypadkach podaje następujące pravidła:

Jeżeli można dokładnie wymacać ostrogę (eperon) i oba końce kiszki, to należy wprost przystąpić do nałożenia enterotomu; w przeciwnym razie, co najczęściej ma miejsce, jeśli odbył nienaturalny powstał dobrowolnie, należy nie raz wykonać cały szereg bardzo zmuśnych operacji, jako to: przecięć, rozszerzań etc., aż nareszcie stosunki staną się jasnemi i można przystąpić do nałożenia enterotomu; dla tych przedwstępnych operacji żadnych pravidel podać nie można, gdyż każdy pojedynczy przypadek ma swe odrębności czysto indywidualne... Gdy już za pomocą tych przedwstępnych operacji odkryto oba końce kiszki i ostrogę, natenczas należy przystąpić do założenia enterotomu, przy czem zachować trzeba następujące pravidła:

1) Zakładać enterotom dopiero wtedy gdy przeszły wszystkie objawy podrażnienia, (t. j. od 6 tygodni do 2 miesięcy, po otworzeniu odbytu nienaturalnego).

2) Oba końce kiszki muszą być łatwo dostępne dla badającego palca.

3) Nigdy dużego kawałka ostrogi naraz zaciskać nie trzeba, najwyżej półtora do 2 ctm.

4) Ucisk powinien być z początku nieznaczny, lecz stopniowo trzeba go powiększać, aż do zupełnego odpadnięcia enterotomu, które następuje rozmaicie, 2 — 8 dnia.

5) Po odpadnięciu trzeba znowu nałożyć enterotom i zawsze się z tem rachować, że rana powstała po odpadnięciu enterotomu zawsze zostaje trochę ściągniętą przez bliźnę.

Jak tylko kał odchodzić zacznie przez naturalny odbył, zaraz otwór nienaturalny zaczyna się zmniejszać. Gojeniu się można pomódz przez przypalenie brzegów

rozpalonem żelazem. Niekiedy jednak takie przypalenie nie wystarcza i wtedy należy zamknąć przetokę na drodze operacyjnej, w ten mianowicie sposób, że odzieliwszy brzeg błony śluzowej kiszki od brzegu skóry, zawijamy go do wewnątrz światła kiszki i zszywamy katgutem, brzeży zaś skóry zszywamy oddzielnie. — Czas trwania leczenia w przypadkach obserwowanych przez autora wynosił od 4¹/₂ miesięcy do 1 roku.

W. H. Krajewski.

35. H. Dor. **Kurzoślepię spowodowane niezwykle zwyrodnieniem siatkówki.** — (*Arch. d'ophthalmologie. T. 3. 11^o — 1883.*)

Zestawiwszy obecnie istniejące poglądy na kurzoślepię, według których rozróżniamy postać samoistną, wynikającą z ogólnego osłabienia organizmu i kurzoślepię stały lub postępujące, zależny od barwnikowego zwyrodnienia siatkówki, autor przytacza spostrzegany przez siebie wypadek kurzoślepię, w którym ta wada wzrokowa wywołaną została przez odmienną sprawę patologiczną.

Młody rolnik uskarżał się na kurzoślepię powstały w dzieciństwie. W rodzinie, znacznie starsza siostra chorego ma podlegać tej samej wadzie wzrokowej. Przy jasnym dziennym świetle $S = \frac{20}{30}$, najbliższe jednak zaciemnienie nie oddziałujące na wzrok autora i obecnych badaniu, powodowało upadek wzroku do $\frac{20}{100}$. — Sztuczne światło dawało podobne objawy; chory, przy oświetleniu gazowem, czytał wyraźnie $\frac{1}{2}$ Snellena, najbliższe zaś przykręcenie kurka gazowego, wywoływało tak silny upadek wzroku, że chory z trudnością odczytywał tylko największe znaki Snellena. Czulość na barwy okazała się prawidłowo zachowaną. Podejrzewając udawanie, Dor dla stanowczego i ostatecznego rozstrzygnięcia rzeczywistości twierdzeń chorego zachował badanie kampimetryczne i przekonał się, że w miarę słabnięcia światła, następowało znaczne ścieśnienie pola widzenia, które przy

zwykłym jasnym dziennym oświetleniu okazywało zupełnie prawidłowe granice.— Takie zachowywanie się pola widzenia uważa Dor jako pewną i charakterystyczną oznakę kurzoślepu.

Badanie wziernikowe wykazało szarobiaławy odbłask, obejmujący dno oczne aż do równika, w którym bez wyraźnej granicy, pojawiło się prawidłowe czerwono-żółtawe zabarwienie dna ocznego. Tak naczynia, jako też tarcza nerwu wzrokowego były zupełnie prawidłowe. Zastanawiając się nad tym przypadkiem autor, opierając się na braku właściwego niedoślepu i skotomatów, upatruje anatomiczną przyczynę kurzoślepu i nieprawidłowego zabarwienia dna ocznego w zmianach pokładu barwnikowego (Boł'a), leżącego po za warstwą pręcikowoczołpkową siatkówki.

Hoene.

36. J. VANAUX. Przetrvanie (persistence) tętnicy ciała szklistego i błony żrenicznej, powodujące zmiany wewnątrzgałkowe, pozorujące nowotwór. (*Arch. d'ophthalm. T. 3 11⁰—1883*).

Autor opisuje przypadek, spostrzeżany w klinice prof. Panas'a, dotyczący 7 tygodniowego dziecka, przedstawiającego w lewym oku wszystkie objawy nowotworu, prawdopodobnie siatkówki. Rozpoznanie opierało się na zwiększonej twardości gałki ocznej (stwierdzonej podczas uśpienia), nierównym rozszerzeniu źrenicy, spowodowanem przednimi i tylnymi zrostami tęczówki, żółtawym odbłyśku przy wziernikowym badaniu, pochodzącym jakoby od nieruchomego nowotworu, znajdującego się w ciele szklistem i obejmującego całą tylną powierzchnię soczewki. Skoro oko zostało wyłuszczone i dokładnie zbadane okazało się, że przyczyną powyższych objawów było przetrvanie tętnicy ciała szklistego, która doszedłszy do soczewki przechodzi w nowowytworzoną tkankę, zawierającą w przedniej swej części znaczną liczbę naczyń włoskowatych i przedstawiającą ustrój włókienkowy. Nowowytworzona ta masa wy-

pycha soczewkę ku przodowi, a w części rozrasta się w niejsamej, rozerwawszy środkową część tylnej blaszki worka soczewkowego i doprowadziwszy do zaniku włókien soczewki. Z drobiazgowego opisu badania histologicznego całej gałki ocznej, przytaczamy tu tylko główniejsze dane. Tętnica ciała szklistego otoczona była na wpół przezroczystą pochewką, leżącą w niezmiętnionem ciele szklistem, złożoną z drobniutkich włókienek i wyłożoną na wewnętrznej swej powierzchni komórkami, mającemi prawdopodobnie znaczenie nabłonka. Pomiędzy tą pochewką a tętnicą, znajdujemy pośrednią przestrzeń, zawierającą licznie rozsiane drobne komórki. Sama tętnica składała się ze zwykłych trzech błon składowych tętnicy, Z pozostałych części oka połączenie rogówki z białkową okazało się znacznie zgrubiałem, przedniej komórki prawie nie było, a w obwodzie źrenicznym soczewka prawie przylegała do błony Descemeta. Tęczówka zgrubiła w obwodzie źrenicy przechodziła bezpośrednio w znacznie cieńszą błonę źreniczną, która drobnymi nitkowatemi zrostami była przyczepioną do rogówki. Tylna powierzchnia tęczówki okazała się w $\frac{3}{4}$ częściach zrosniętą z woreczkiem soczewki. Ciało rzęskowe zcieńczone, wypchnięte ku przodowi, wyrostki zaś rzęskowe znacznie zcieńczone i posunięte ku tyłowi, przylegały do tylnej ściany woreczka soczewkowego podczas, gdy wierzchołki ich łączyły się z wyżej opisaną nowowytworzoną masą pozasoczewkową za pośrednictwem drobnych nitkowatych włókienek. Naczyniówka była prawidłową, w okolicy żółtej plamy nieco zcieńconą, a tylko w obwodzie tarczy nerwu wzrokowego w zupełnym zaniku.— Siatkówka, pomijając nieznaczne przemiany niektórych jej warstw składowych, okazała się zupełnie prawidłową.

Stwierdziwszy opisanem badaniem, że w danym wypadku nie było złośliwego nowotworu oka, a znalezione zmiany wywołane były zapalnymi produktami,

wytworzonymi przetrwaniem tętnicy ciała szklatego, autor podaje krytycznemu rozbirowi objawy kliniczne, uważane za patognomiczne dla złośliwych nowotworów wewnątrzgałkowych i dochodzi do przekonania, że one często zawodzą. Każdy z tych objawów, mianowicie żółtawo białawy odbłask oka („oeil de chat amaurotique” Bear¹⁾), nowowytworzone naczynia w oddzielonej siatkówce stwierdzić się dające za pomocą wziernika (Sichelf, Briere) i zwiększenie twardości gałki (Mauthner), pojedynczo wzięte mogą spowodować pomyłkę diagnostyczną, (ablatio retinae, choroiditis parenchymatosa, cysticercus, hyalitis supurativa).

W powyżej opisanym wypadku wszystkie wspomniane objawy dawały się stwierdzić pomimo nieobecności złośliwego śródocznego nowotworu. Autor wspomina też o innym znanym mu przypadku, w którym zamiast rozpoznanege glejaku (glioma) siatkówki, znalazł włóknikowe zwyrodnienie ciała szklatego.

Trudności rozpoznawania złośliwych nowotworów śródocznych, stwierdzają również i przypadki Carrona du Vilar, Sichel'a, Netleshipp'a i Poncet'a. Zestawienie wszystkich wyżej wspomnianych objawów klinicznych razem może mieć pewną wartość diagnostyczną, zupełną jednak pewność daje tylko proponowane przez Panas'a przekłucie próbne gałki ocznej w okolicy równika, które jako zranienie nie może mieć, według autora, poważniejszych następstw. Opór doznawany przez igłę i badanie mikroskopowe jedynie usuwają wszelką wątpliwość diagnostyczną.

Rozbierając następnie rozwojowe znaczenie tętnicy ciała szklatego i błony źrenicznej, autor przytacza przypadki przetrwania tychże, zebrane w literaturze bieżącej i podaje następujące tłumaczenie przemian następczych znajdujących w niektórych z nich. W miejscach rozgałęzienia nazwanej tętnicy wytwarza się zapalenie okołonaczyniowe (Perivascu-

tis), które rozszerzając się stopniowo wywołuje plastyczne zapalenie tęczówki, z całkowitem tylnem przyrośnięciem takowej. Następstwem tego jest powstrzymanie wymiany pomiędzy ciałem szklistem, a cieczą wodnistą przedniej komórki oka, co znowu wywołuje zwyrodnienie przedniej części ciała szklatego i zmienia warunki odżywiania soczewki. Wskutek tego następuje zupełne zwyrodnienie warstwowe włókien soczewki ze spłynieniem środkowych jej części. Objętość soczewki powiększa się, a woreczek soczewkowy nie wytrzymując nacisku, rozrywa się w miejscu najslabszem przy tylnym biegunie. Massy warstwowe występują przez rozerwany otwór i wypychają soczewkę ku przodowi. Następczą zaś blizna ściągająca wyrostki rzęskowe ku tyłowi, przez co promienista blaszka Zinn'a rozrywa się i następuje zupełne zwichnięcie soczewki ku przodowi.

W dalszych następstwach zaćmiona i zmieniona soczewka może podlegać kostnemu zwyrodnieniu.

Ponieważ w podobnych patologicznych przypadkach zanika przednia komórka, przeto autor uważa ten objaw jako potwierdzenie teorii, że ciecz wodnista oka jest wytworem ciała szklatego. Śródkowy kanał ciała szklatego jest pozostałością pochewki limfatycznej otaczającej tętnicę ciała szklatego. Vassaux kończy swą pracę kilku uwagami nad sposobami stwardnienia gałki ocznej w celach badania i radzi, dla przyśpieszenia takowego, dodawać do płynu Müllera kilka kropli kwasu osmowego, (na 100 gram. 4 do 5 kropli 1% roztworu). *Hoene.*

37. EPERON. **Studja kliniczne nad pierwotną gruźlicą jagodówki.** *Tractus wéal.* (*Arch. d'ophtalmologie* T. 3. 11^o — 1883).

Pierwotna gruźlica jagodówki należy do chorób opisywanych dopiero w nowszych czasach, zaledwie bowiem od roku 1869 zaczęły gromadzić się spostrzeżenia nad gruźlicą tęczówki, ciała rzęskowego i

naczyniówki. Nazwę pierwotnej gruźlicy jagodówki ogranicza autor do tych przypadków, w których zmiany gruźlicze przez dłuższy lub krótszy czas mają wyłączne siedlisko w nazwanej błonie ocznej i nie okazują skłonności do szybkiego uogólnienia się w całym ustroju. Wprawdzie, w każdym z tych przypadków istnieją już gdziekolwiek pierwotne gruźlicze zmiany, zajęcie jednak gałki ocznej pozostaje przez długi czas odosobnionem i nie prowadzi koniecznie do rozwoju gruźlicy ogólnej.

Opierając się na dwóch spostrzeżeniach w klinice D-ra Landolt'a i odnośnych przypadkach z literatury bieżącej, autor przyjmuje dwie kliniczne postacie nazwanego cierpienia: pierwsza, z przebiegiem podostрым, właściwą jest wiekowi dziecięcemu i doprowadza do szybkiego zniszczenia gałki ocznej; druga rozwija się dopiero w latach młodzieńczych, przebiega daleko wolniej i może być wyleczoną.— Haab daje podobny podział, różniący się jednak od podziału Eperon'a tem, że nie uwzględnia ważnego czynnika etjologicznego, mianowicie wieku chorego ma zaś na uwadze li tylko przebieg kliniczny, co znacznie utrudnia różniczkową diagnozę.

Przytoczywszy historję choroby 5-10 letniego dziecka, autor kreśli następujący obraz podostrego przebiegu pierwotnej gruźlicy jagodówki. Spostrzegamy ją wyłącznie u dzieci do lat 12, wyjątkowo zaś w 16-ym lub 17-ym roku życia, najczęściej, oprócz obrzmienia gruczołów limfatycznych, nie przedstawiających żadnych widocznych oznak gruźlicy. Wpływ dziedziczności nie zawsze daje się stwierdzić, pierwsze objawy bywają dość nie określone; bez widocznej przyczyny rozwija się nastrzyknięcie okołorogówkowe, ciecz wodnista mętnieje, tęczęwka traci swój prawidłowy wygląd, powierzchnia jej staje się nierówną, pokryta pojedynczemi lub rozsianemi żółto-szarymi ziarninowemi gruzelkami. Gruzelki te pojawiają się najczęściej w obwodowych czę-

ściach tęczęwki, przez co środkowa jej część wydaje się jakby wgłębioną. Wytwarzają się tylne zrosty, wśród mniej lub więcej rozwiniętego miąższowego zapalenia tęczęwki, a wkrótce rozwijają się i objawy zapalenia ciała rzęskowego i następcze zmiany w ciele szklistem, co może dać powód do przypuszczenia, że mamy do czynienia z nowotworem śródocznym. Zmniejszona jednak twardość gałki ocznej przy gruźlicy, daje możność uniknięcia tej pomyłki. W dalszym ciągu choroby ziarninowe gruzelki rozszerzają się i zlewają, rozprzestrzeniając się i po ciele rzęskowym. W tym samym też czasie zaczyna pojawiać się ropa w przedniej komórce oka (hypopyon), czemu Eperon przypisuje szczególniejsze rozpoznawcze znaczenie; ropa ta ma posiadać bardzo wyraźne zakaźne własności. — Ostatecznie wytwarzają się przednie garbniaki, a nawet przedziurawienia błony rogowej. Dla odróżnienia pierwotnej gruźlicy od nowotworów przymiotowych i ziarniaków tęczęwki posługiwać się trzeba wywiadami i ogólnym stanem chorego, przy czem nie należy zapominać, że nowotwory przymiotowe pojawiają się w przedniej komórce, pozostawiając ciało szkliste nietkniętem.

Przewlekłą postać pierwotnej gruźlicy cechują przeważnie objawy przewlekłego zapalenia tęczęwki i ciała rzęskowego. Przebieg jej kliniczny kreśli autor podaniem historyi choroby 17-letniej dziewczyny, rodzina której podległa przypadkom gruźlicy. Chora ma obrzmiałe gruczoły szyjne, które częściowo przeszły w ropienie. Na 2 miesiące przed przybyciem do kliniki D-ra Landolta, powstało zaczerwienienie się prawego oka z bólami nadoczodołowemi, w parę zaś dni później nastąpiło także same zajęcie lewego oka.— Badanie wykazywało na lewym oku nieznaczne złogi na tylnej powierzchni rogówki, głębokie nastrzyknięcie okołorogówkowe; tęczęwka była zmętniałą, o nie równej powierzchni, a jej zgrubiały miąższ

pokazuje rozsiarane szarawe nacieki. Wolny brzeg tęczówki pozrastany z woreczkiem soczewki. Wziernikiem stwierdzić można częściowe zmętnienie ciała szklatego i nieznaczny zanik naczyńcówki.— Prawe oko pokazuje obwodowe zmętnienie rogówki z rozszerzeniem brzegu białkorożowego, tęczówka podobnie zmieniona jak w lewym oku, w brzegu żrenicznym zupełnie zrośnięta. Ciało szkliste zupełnie zmętnione.— Dokonane przez D-ra Landolta wycięcie tęczówek (iridectomy), wstrzymały dalszy rozwój cierpienia, a chora doznała nawet znacznego polepszenia wzroku.

Przytoczony przypadek, należy ze względu na przebieg i rezultat do bardzo łagodnych; zwykle przy rokowaniu należy być bardzo ostrożnym, gdyż oko może uleść zupełnemu zniszczeniu. Jako wskazówki rozpoznawcze autor podaje stan ogólny chorego i wygląd tęczówki, mianowicie na nierówne zgrubienie miąższu i rozsiarane szarawe nacieki przy stosunkowo nieznacznym jej przekrwieniu. Przechodząc następnie do anatomii patologicznej pierwotnej gruczycy jagodówki, autor zaznacza, że w początkach cierpienia rogówka pozostaje niezmienną. Wyjątkowo tylko można w niej znaleźć nacieczenia serowate, zwykle miąższ rogówki jest zlekka obrzmiały, posiada nowo wytworzone naczynia, czasami zdarzają się nacieczenia złożone z okrągłych komórek lub ciałek krwi. Główne siedlisko cierpienia znajdujemy w tęczówce, w ciele rżęskowem i w równikowej części naczyńcówki. Zgrubienie tęczówki i ciała rżęskowego polega na niejednostajnym nacieczeniu miąższu w części komórkami limfatycznymi, w części zaś licznymi, rozrzuconymi pojedynczo lub też zlewającymi się z sobą gruzelkami. Właściwe części składowe miąższu ulegają zanikowi, widzimy w nim niewiele komórek wrzecionowatych i barwnikowych. Naczynia tęczówki pozostają jednak niezmiennymi, zewnętrzna tylko ich błona jest cokolwiek

przerośniętą (hyperthrophia adventitia). Drobnowidzowa budowa samych gruzelków przedstawia zwykły ustrój gruzelkowy, zawierający olbrzymie komórki; w pierwotnych okresach przeważają komórki limfatyczne; czasami też spostrzegać się dają środkowe zserowaciałe rozpadły. W białkówce i siatkówce znajdują się niekiedy nacieczenia komórek limfatycznych, skutkiem czego właściwy miąższ tych błon ulega częściowemu zanikowi. Siatkówka bywa wyjątkowo tylko oderwaną, najczęściej zaś nie widzimy w niej żadnych zmian. Ciecz wodnista przedniej komórki jest zmętnioną i zawiera włóknikowo ropne złoży. W przypadkach szybkiego rozwoju choroby zamienia się ona w zserowaciałą ropę, w przeciwnym razie pozostaje przezroczystą.— W soczewce nie znaleziono dotąd właściwych gruzelków, znajduwane zmiany jej ustroju polegały na nacieczeniu komórkami limfatycznymi, które mogło nastąpić dopiero po zniszczeniu woreczka soczewkowego. Ciało szkliste jest podobnie nacieczone komórkami limfatycznymi przeważnie w okolicy ciała rżęskowego i soczewki, w pozostałych częściach znajdowano ropne ogniska. Niektórzy autorowie (Poncet) twierdzą, że w ciele szklistem mogą się wytwarzać prawdziwe gruzelki; Eperon przypuszcza, że to może mieć miejsce, lecz tylko po poprzednim przejściu ciała szklatego w stan zarodkowy z rozwojem nowowytworzonych naczyń.

Odnosnie do anatomicznego rozwoju gruczycy, autor na zasadzie doświadczeń Haensell'a, Lebera, Costa'y, Prunned'a, jakoteż Deutschmanna i Hosch'a, przypuszcza, że zarazek gruczliczy w jagodówce rozprzestrzenia się po drogach przedniego limfatycznego układu oka, czerpiącego zarazek z cieczy wodnistej przedniej komórki, stanowiącej niejako bezpośrednie zbiorowisko zakaźne. Pierwotne zaś źródło w większości przypadków daje się od-

należć w zserowaciałych nacieczeniach gruczołów limfatycznych.

Eperon kończy swą pracę rozpatrywaniem wskazań leczniczych i w postaciach podostrych, mając na uwadze niebezpieczeństwo rozwoju gruźlicy ogólnej, radzi wczesne wyłuszczenie gałki ocznej. W przypadkach przewlekłych należy stosować leczenie ogólne i wycięcie tęczówki, a w razie bezskuteczności tychże, pozostaje, jako ultimum refugium, wyłuszczenie oka.

Hoene.

III. Syfilidologia i Dermatologia.

38. FOURNIER. *Gangrène foudroyante de la verge.* (*Le Praticien* Nr. 1 1884).

Opierając się na pięciu spostrzeżeniach autor przyjmuje istnienie odrębnej postaci zgorzeli członka. Zgorzel ta wyróżnia się przede wszystkim brakiem jakiegokolwiek znanej przyczyny, wewnętrznej lub zewnętrznej, nagłym wybuchem wśród zupełnego zdrowia i gwałtownym przebiegiem. Wszyscy chorzy byli młodzi i dobrze odżywiani. Przebieg cierpienia jest następujący, zjawia się na pewnym miejscu członka lekkie, nieco bolesne, zaczerwienienie i obrzmienie, które szybko wzrasta; już w ciągu kilku następnych godzin obrzęk przybiera znaczne rozmiary, zajmuje cały członek i worek jądrowy. Jednocześnie bolesność wzmaga się i występują ogólne objawy, dreszcze, wymioty; ciepłota podnosi się do 39° C. i wyżej.— Nagle w jakimkolwiek miejscu członka, barwa skóry, poprzednio różowa lub czerwona, przechodzi w białą, matową, jak papier.

Plama ta rozszerza się szybko, a miejsca zbielałe są nieczułe i oziębione; jest to zgorzel. Od pierwszych objawów choroby do wystąpienia zgorzeli upływa zaledwie 24 do 36 godzin. Zgorzel może ograniczyć się do napletka i żołędzi albo, jak w ostatnim przypadku autora, niszczy prawie cały członek wraz z workiem.—

Dalszy przebieg choroby, ograniczenie, oddzielenie części obumarłych i zagojenie odbywa się tak, jak w zwykłych postaciach zgorzeli.

Objawem godnym uwagi jest częste występowanie *purpurae* na tułowiu i kończynach. Zjawily się też odleżyny. — Wszystkie przypadki autora zakończyły się wyzdrowieniem; zejście jednak niepomysłne jest możliwem, gdyż stan niektórych chorych był rozpaczliwy.

Leczenie w przypadkach autora było skierowane przeciw objawom: wyskok, kawa, chinina; kąpiele kilkogodzinne i głębokie nacięcia w miejscach zagrożonych.

Co do istoty opisanej zgorzeli, autor, po wykluczeniu wszystkich znanych przyczyn zewnętrznych i wewnętrznych, zmuszony jest przypuścić tu działanie miejscowe jakiegoś nieznanego zarazka.

Przyp. spraw. Podobne sprawy zgorzelinowe skóry, z innym tylko umiejscowieniem, są już dawno znane. Tak w wypadku Rooke'a, (*Duhring, Diseases of the Skin* p. 345), u 39-letniej panny po paru dniach niedomagania wystąpiła na sutku duża, nieco bolesna, czerwona plama. Następnego już dnia środek plamy zbielał; była to zgorzel, rozszerzająca się szybko ku obwodowi plamy. W ciągu następnych czterech miesięcy 36 podobnych plam zjawilo się na różnych okolicach ciała i znaczne przestrzenie skóry uległy zgorzeli. Cierpienie było dosyć symetryczne i zakończyło się pomyślnie.

Funk.

39. G. RIEHL. *Przyczynę do nauki o pęcherzycy ostrej (pemphigus acutus).* (*Wiener Med. Wochenschrift.* 1883, N. 51.)

Ostra pęcherzyca występuje, jak wiadomo, przeważnie u *noworodków*, przebiega łagodnie i bez gorączki, rozszerza się nieraz eudemicznie, np. między pewną ilością dzieci pielęgowanych przez jedną akuszerkę.

We wrześniu zeszłego roku przedsta-

wiono w ambulatoryjum kliniki skórnej wiedeńskiej dziecię 14-dniowe, chore od ośmiu dni, którego twarz, tułów i kończyny pokryte były znaczną ilością pęcherzy. Pęcherze te były wielkości od grochu do gołębiego jajka, wypełnione jasno-żółtą, przejrzystą, lub nieco zmętniałą cieczą. Pokrywa pęcherzy, bardzo delikatna, rozrywała się przy najmniejszym ucisku, obnażając jasno-czerwoną sieć Malpighiego. Ciepłota ciała nie była podniesioną. Dziecię miało przytem lekką biegunkę i w ustach od paru dni pleśniawki (aphtae), zresztą było zupełnie zdrowe i dobrze odżywione. Rozpoznano „pemphigus acutus neonati” i zalecono posypanie pudrem, na miejsca zaś pozbawione naskórka okłady z Aq. calcis c. oleo olivarum, przyczem już po trzech dniach prawie wszystkie pęcherze zostały zagojone; zjawiały się jednak pojedynczo nowe. Cały okres wykwitania trwał dwa tygodnie.

W zawartości pęcherzy nie znaleziono pod drobnowidzem nic prócz małej ilości białych ciałek i odłamków komórek nabłonkowych, natomiast badanie *pokrywy pęcherzy* (w glicerynie z dodatkiem amoniaku lub kwasu octowego) wykazało obecność *grzyba*. Grzyb ten znajdował się w znacznej ilości między warstwami naskórkowemi, zwłaszcza dokoła otworów torebek; w wielu miejscach wypełniał aż do zatkania otwory torebek włosowych, jakoteż przewody gruczołów potowych. Były to zarodniki okrągłe, lub owalne, silnie przełamujące światło, wielkości zarodników włosozrostu niszczącego (trichophyton tonsurans), zebrane w grupy po 10 do 100. Zdarzały się też członkowate nitki grzybni (mycelium), lecz w bardzo małej ilości. To ugrupowanie zarodników, jakoteż liczebna przewaga ich nad nitkami grzybni, zbliża grzyb ten raczej do zarodniczka łuszczącego (mikrosporon furfur), być jednak może, że mamy tu do czynienia z odrębnym zupełnie rodzajem grzyba.

Że znaleziony grzyb jest przyczyną

choroby, o tem trudno powątpiewać; przypomniemy tylko w tem miejscu, jak łatwo u dzieci występują pęcherze, np. przy wyprysku (eczema), lub liszaju wyłysiającym (herpes tonsurans).

Przypuszczenie, że inne przypadki opisywanego cierpienia są tej samej grzybkowej przyrody, wyjaśniłoby wiele objawów, w części dotychczas niezrozumiałych. Wytłumaczylibyśmy sobie wtedy brak gorączki, łagodny przebieg, nieznaczny lub żaden wpływ na stan ogólny, obok zaraźliwości nawet dla dorosłych i epidemicznego występowania choroby. Łatwo też byłoby zrozumieć, dlaczego Birch-Hirschfeld, szczepiąc zawartości pęcherzy, otrzymywał wyniki ujemne.

Funk.

IV. Gyniekologia.

40. JUNGBLUTH HERMANN. **Przyczynę do leczenia łożyska przodującego.** *Zur Behandlung der Placenta praevia. Volkmann'sche Sammlung klin. Vorträge Nr. 235.*

Wychodząc z zasady, że przy jakiegokolwiek bądź nieprawidłowości porodowej, rokowanie dla matki i dla dziecka jest tem pomyślniejsze, im bardziej mechanizm porodu nieorawidłowego może się przystosować do naturalnego przebiegu porodowego, autor postanowił przy łożysku przodującym zachowywać się jak można najdłużej wyczekująco, t. j. nie przyspieszać ukończenia porodu przez tak zwane: „*accouchement forcé*”, świeżo przez wielu autorów przy tem zboczeniu zalecane. — Podczas gdy inni jedynie w prędkim opróżnieniu macicy widzą skuteczny ratunek przeciwko krwotokowi, autor sądzi, że nie przeszkadzając naturalnemu przebiegowi porodu, można jednak powstrzymać krwotok maciczny i tym sposobem usunąć najniebezpieczniejsze powikłanie.

Autor tamuje krwotok w miejscu jego powstawania, mianowicie w dolnym od-

cinu macicy, gdzie wskutek częściowego odklejenia się łożyska, następuje rozerwanie naczyń miejsca osady łożyska, jedną lub kilku naraz *gąbkami prasowanemi*, doprowadzanemi przez szyjkę maciczną aż do dolnego ogniska macicy.

Gąbka prasowana prędko pęczniejąc, wywiera skuteczny ucisk na miejsce osady łożyska, a łatwo się przystosowując w kanale szyjki, szczelnie takową zamyka; jednocześnie zaś ochrania pęcherz płodowy od przedwczesnego rozerwania, wzbudza bóle powodowe i stopniowo, a skutecznie rozszerza usta maciczne.

Gąbka prasowana została w ostatnich czasach prawie zupełnie wyrugowaną z praktyki ginekologicznej, jako szkodliwie działająca pod względem antyseptycznym. Hausmann, zawzięty jej przeciwnik, przytacza liczne przypadki zapaleń macicznych, okołomaciczych, otrzewnej, a nawet przypadki śmierci, jakie wydarzyły się po zastosowaniu gąbki prasowanej. Po licznych doświadczeniach J. przyszedł do wniosku, że gąbkę prasowaną można uczynić zupełnie nieszkodliwą, odpowiednio ją tylko przygotowawszy i oczyściwszy. Przestrzeganie zasad antyseptyki przy stosowaniu gąbek nie wystarczy, jeśli sama gąbka nie jest w całym znaczeniu tego słowa *aseptyczną*.

Po licznych próbach udało się autorowi taką gąbkę otrzymać ¹⁾. Zmudną nieco technikę przygotowania czystego preparatu autor opisuje w sposób następujący: „Pewną ilość gąbek rozmaitej wielkości o drobnych oczkach (*spongia marina s. officinalis-Linnée*), ubija się dokładnie w stanie suchym za pomocą drewnianego młotka; skoro nie ma już w nich więcej złogów ziarnistych, należy je wymyć i poddać przez 8 — 10 minut działaniu 2% roztworu nadmanganianu potasu; następnie gąbki, które w skutek tego zabarwi-

ły się na kolor ciemny, brunatno-czerwony, należy ugniatać kilkakrotnie w 2% roztworze kali bioxalicy i wymywać, dopóki nie przyjmą barwy żółto-białej, błyszczącej, nie pozostawiając przytem żadnego osadu w roztworze. Nakoniec wyciska się je w wodzie przekroplonej tak długo, dopóki woda wapiennianie przestanie wykazywać odczynu na kwas szczawiowy”.

„Gąbki w ten sposób wybielone, kładzie się na 2 dni do 5% roztworu najczystszej kwasu karbolowego i kilkakrotnie w takowym ugniata”.

„Gąbki karbolizowane wyciska się za tem każdą oddzielnie 2 do 3-ch razy w 10% roztworze liposoku arabskiego (*gummi arabici albissimi*), i następnie nasadza się je, o ile można w kierunku osi podłużnej, na drut pobielany i mocno uciska; wreszcie każdą z nich okręca się nitką karbolizowaną nadając jej postać walcową i unikając przy tem skręcenia spiralnego samej gąbki. Mniejsze gąbki otrzymują kształt klinowaty. Drut natychmiast się usuwa”.

„Oddzielne sztuki suszy się między bibułą w miejscu umiarkowanie ciepłym.— Po zupełnem ich wyschnięciu, co dla sztuk grubszych trwać może niekiedy 3 do 4 dni, nitkę napowrót się zdejmuje. Większe nierówności usuwa się za pomocą pilnika, umyślnie do tego przeznaczonego. Nie należy jednak robić tego zbyt skrupulatnie, gdyż wygładzenie zupełne jest zbyt szkodliwe, bo gąbka na powierzchni niestartej najlepiej pochłania. Jedynie gąbki cieńsze, stożkowato zastrzone, wymagają gładziej powierzchni”.

„Gąbki w ten sposób przygotowane zaopatruje się w pętlę karbolizowaną, zawija w papier gutaperkowy i przechowuje w pudełkach blaszanych” ²⁾

¹⁾ Gotowe gąbki aseptyczne, sposobem niżej opisanym przygotowane, są do nabycia w Akwizgranie u aptekarza Bückena, właściciela apteki Monheim'a.

²⁾ Podaliśmy tu dosłownie technikę przygotowywania gąbek aseptycznych, uważając gąbkę prasowaną, pomimo licznych jej wad, za najdoskonalsze ciało pęczniejące, oddające w ginekologii znakomite usługi, nawet pod względem leczniczym.

Przestrzegając zasad antyseptyki przy wprowadzeniu gąbek tych do macicy, można je w niej pozostawiać 8 do 12 godzin, bez żadnych złych następstw. Autor przekonał się, że gąbki wyjęte z macicy wcale nie cuchną, lecz wydają woń słabego roztworu kwasu karbolowego.

Przystępujemy teraz do krótkiego opisu sposobu leczenia łożyska przodującego (środkowego i bocznego) sposobem autora. Polega on przede wszystkim na zamocowaniu krwotoku gąbką aseptyczną. W tym celu należy wymierzyć palcem oddalenie zewnętrznych ust macicznych od przodującej części łożyska i stosownie do tego obciąć gąbkę tak, aby długość jej przechodziła długość oddalenia od siebie tych punktów tylko o 2 cent. Przed wprowadzeniem gąbki do kanału szyjki, należy obcięty jej koniec zanurzyć na chwilę w wodzie gorącej na głębokości 1 cent. i następnie prędko go wycisnąć, a to dla łatwiejszego pęcznienia gąbki.— Gąbkę wprowadzoną do macicy przyciska się do powierzchni łożyska, utrzymując ją za pomocą palca w tem położeniu przez 10—15 minut, poczem palec można z pochwy usunąć, gąbka bowiem zdążyła przez ten czas tak napęcznieć, że sama doskonale się utrzymuje w kanale szyjki.

§ Zapychanie wata sklepień i pochwy jest zupełnie zbytecznym. Jeżeli jedna gąbka nie wystarcza do zupełnego wypełnienia kanału, wprowadza się dwie, trzy, a nawet cztery po kolei, według tych samych prawideł. Krwotok natychmiast ustaje; w ciągu 3—8 godzin, podczas których gąbka pozostaje w macicy, rodząca odzyskuje siły, bóle porodowe się wzmagają, usta maciczne się rozszerzają, o czem łatwo się przekonać, paląc śledzący przenika bowiem obok gąbki, aż do wewnętrznych ust macicznych.— Wtedy należy zmienić gąbki. Zamiast jednej wprowadza się obecnie 3 do 4. Sposób wprowadzania gąbek ten sam co i wyżej. Spieszyc się nie należy; lepiej jest po 4—8 godzinach po raz trzeci gąbki odnowić, ani-

żeli poród ukończyć przed tem, zanim macica i pochwa zamieniają się w jeden kanał.

Zwykle jednak do zupełnego osuszenia ust macicznych wystarcza już druga zmiana gąbek. Skoro to nastąpiło, — skoro krwotok zupełnie ustał, siły zaś chorej należy się podniosły, wtedy po usunięciu gąbek, należy przystąpić do ukończenia porodu, kierując się przy tem wskazaniem, jakie mamy przypadek następcza.

Przy wszystkich wyżej opisanych manipulacjach należy ściśle przestrzegać zasad antyseptyki.

Autor próbował leczyć za pomocą gąbek (3—4 nieobciętych), wprowadzonych do jamy macicy, i krwotoki porodowe, zależne od zwiótczenia macicy. Tamowanie doskonale się udawało: po 6—8 godzinach można już było gąbki usunąć, krwotok zaś więcej się nie powtarzał.

W końcu autor podaje 7 przypadków łożyska przodującego (centr. 3 lateralis 4), leczonych dopiero co opisaną metodą z bardzo dobrym skutkiem, tak dla matek jak i dla dzieci.

Metoda powyższa przedstawia następujące korzyści:

„1) Może być stosowaną jako nieszkodliwy i prosty sposób we wszystkich przypadkach łożyska przodującego środkowego i bocznego (z wyjątkiem przypadków poronienia do 4-go miesiąca ciąży)”.

„2) Sprowadza natychmiastowe i trwałe powstrzymanie krwotoku przy jednoczesnym pobudzeniu i wzmacnianiu bólów porodowych aż do zupełnego rozszerzenia się ust macicznych; zabezpiecza od krwotoków poporodowych i 2) przyspiesza (przeobrażenia wsteczne (involutio) macicy)”.

„3) Zabezpiecza pęcherz płodowy od przerwania aż do czasu zupełnego rozszerzenia się ust macicznych; zapobiega rozrywaniu się szyjki macicznej i ułatwia w razie potrzeby obrót i wydobywanie (extractio) z zachowaniem dziecka przy życiu”.

„4) Podtrzymuje i [podnosi siły rodzącej od chwili rozpoczęcia leczenia; zmniejsza niebezpieczeństwa zapadu, tak często przy stosowaniu innych metod zagrożającego rodzącej w chwili ukończenia porodu, a zależącego od niedokrewności mózgu”.

M. Zweigbaum.

Mnie się zdaje, że jakkolwiek korzystać te pięknie się przedstawiają, to jednak doskonałe wyniki, jakie otrzymali w 100 prawie przypadkach łożyska przodującego Hofmeyer i Behm (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. VIII Z. I i T. IX Z. 2), stosując obrót skombinowany według metody Braxton-Hicks'a, bardziej do naśladowania zachęcają. Wprawdzie świetne rezultaty tylko matek dotyczą, bo co do dzieci, to wyniki były daleko gorsze, aniżeli dawniej, gdy stosowano inne sposoby leczenia (tamponowanie pochwy, obrót wewnętrzny, a zwłaszcza przekłucie pęcherza płodowego); jednak połowiczne to niepowodzenie nie powinno odrzucać od stosowania obrót skombinowanego, ponieważ w obec wielkiego niebezpieczeństwa grożącego przy łożysku przodującym, zarówno matce jak i dziecku, należy przedewszystkiem mieć na uwadze życie matki.

(Przyp. syraw.)

V. Hygijena.

41. VALLIN. **Potwierdzenie eksperymentalne teoremy Donkina, Lenza i Herscher'a o współczynnikach wentylacji.** (*Révue d'hygiène et de police sanitaire. Novembre, 1883*).

Przed dwoma laty Herscher, krytykując pracę Layet'a w spółczynnikach wentylacji starał się dowieść, iż obszerność mieszkań posiada podrzędne znaczenie co do wentylacji; obojętną jest rzeczą, czy w pokoju zawierającym 100 metrów sześciennych przestrzeni znajdują pomieszczenie czterech lub 20 ludzi: czystość lub zanieczyszczenie powietrza zależy będzie od ilości powietrza na człowieka i na godzinę.

Profesor Donkin w Oksfordzie na podstawie tegoż twierdzenia podał nader skomplikowany wzór algebraiczny wyobrażający współczynnik wentylacji; stopień czystości powietrza nie zależy bynajmniej—według wzoru tego—od rozmiaru pokoju, tylko od ilości wyziewów i nowo-wprowadzonego powietrza.

Następnie Lenz przedstawił Akademii Umiejętności w Petersburgu nieco odmieniny wzór algebraiczny, wreszcie Herscher otrzymał wzór trzeci prostszy od poprzednich o tyle, iż autor pomija ilość kwasu węglowego przybywającą z powietrzem nowowprowadzonym. Wzór Herscher'a przedstawia się w następującej postaci:

$$y = \frac{v}{V} \left(1 - \frac{1}{\varepsilon an} \right), \text{ przyczem}$$

y —oznacza zanieczyszczenie powietrza w danej chwili i w danym pokoju;

v —objętość (w litrach) kwasu węglowego i pary, wydechanych w ciągu godziny przez każdą osobę;

V —objętość (w litrach) powietrza nowo-wprowadzonego na godzinę i na osobę;

n —ilość godzin pracy;

a —stosunek objętości V i objętości sali odnośnie do jednostki indywidualnej;

$\varepsilon = 2,718$ —podstawa logarytmów Nepera.

Herscher wykazał, iż w trzech pokojach, z których pierwszy posiada 20 metrów sześciennych na osobę, drugi—10 metrów, a trzeci 4 metry, wentylacja zaś dostarcza każdemu 60 metrów sześciennych na godzinę—zanieczyszczenie powietrza odbywa się nieco później oczywiście w sali największej, niż w innych, wszakże w końcu pierwszej godziny już stopień zanieczyszczenia staje się równym. Jako wyraz zanieczyszczenia powietrza przyjmują Layet i Herscher 18—20 litrów kwasu węglowego wydechane go na godzinę, oraz 10 litrów pary wodnej zawierającej miazmaty, Vallin zaś przyjmuje zwykle podawaną objętość zanieczyszczenia—18—20 litrów, biorąc pod uwagę li tylko kwas węglowy. Uczony ten wykonał świeżo doświadczenia kontrolujące wzór Herschera (jedno z salą 20 metrów sześć. pojemności mającą, drugą tylko 4 metry) i wykazał iż takowy jest zupełnie dokładny. Po upływie 15 minut ilość kwasu węglowego wynosiła w sali większej 0,00015828, a w sali mniejszej—0,00029293, po upływie godziny: w pierw-

szej—0,00028119, a w 2-iej—0,000299999, po upływie wreszcie czterech godzin: w pierwszej—0,0002929, a w drugiej—0,0003.

Dla uzmysłowienia twierdzenia Donkina używa autor przyrządu złożonego z dwóch naczyń: pół-litrowego i litrowego, do których przez jednakowe rury kapie woda i atrament, mieszanina zaś ścieka w inne naczynie. Barwa płynu w obydwóch naczyniach po upływie pewnego czasu staje się zupełnie jednakową pomimo różnicy w objętości naczyń.

Nie ulega wszakże wątpliwości, że jakkolwiek teoretycznie i eksperymentalnie twierdzenie to okazuje się prawdziwym, w praktyce nie należy polegać zbyt mocno na niem, rzadko bowiem można stworzyć bez szkodliwych następstw innego rodzaju oraz bez kosztów nadmiernych—wentylację o tyle potężną, iżby zadaniu sprostała; przestrzeń więc pomimo teoretycznej doniosłości twierdzenia Donkina nie traci bynajmniej na znaczeniu. *J. Polak.*

MISCELLANEA.

42 St. MOGILAŃSKI. Spostrzeżenia nad wpływem zimnych natrysków w chorobach gorączkowych.

Praca ta, przeprowadzona w klinice prof. Manajna, opiera się na 80-ciu spostrzeżeniach. Autor przychodzi do następujących wniosków:

- 1) Zimny natrysk deszczowy (16—20° R.), zniża ciepłotę nie gorzej od kąpeli 20-stopniowej trwającej 10 minut.
- 2) 2 natryski i jedna kąpiel wywierają lepszy skutek niż dwie kąpiele i jeden natrysk.
- 3) Czynność serca zwalnia się podobnie i częstość oddechu, choć w mniejszym stopniu.
- 4) Siła mięśniowa zwiększa się.
- 5) Ruchy oddechowe w czasie natrysku, stają się rzadszemi, głębszemi, ale i nieprawidłowemi.
- 6) Stan odurzenia znika po natrysku jednak tylko na krótko.
- 7) Wzmocnienie oddychania ułatwia przewietrzanie płuc i zapobiega powstawaniu ocieków (hypostasis). *(Wrac—1883)*

43 **Przeciw padaczce** poleca Antol KOHN **liquor arsenic. bromatus** w następującej postaci.

Rp. Liquor arsenic. brom. gtts. XII.

Aq. destillatae grm. 100.

Syr. Corl. burant. grm. XX.

MDS. Wyżyć w trzech razach.

Po zużyciu 8-miu flaszek w ciągu 2 miesięcy nastąpiło zupełne wyleczenie.

(Wien. Med. Woch. 51).

44 Dzięki stacyjom zakładanym na brzegach rzek **samobójstwo przez utopienie** staje się coraz więcej utrudnionem; w Paryżu stacje ratunkowe tego rodzaju wydały świetne rezultaty. Znajdują się w nich stoly odpowiednio do ratowania pozornie zmarłych urządzone, wszystkie stacje są połączone telegrafem z centralnem biurem pocztowem,—tak, że pomoc lekarska może być szybko dostarczona. Inicyjatywa i główny kierunek urządzenia, należą do D-ra Poinsin'a z Salpetriere. Od r. 1875 do 1877 istniały tylko trzy takie stacje po nad Sekwaną i przez ten czas praktyka ich wynosiła 91 przypadków, i z liczby tej 4 tylko zakończyły się śmiercią. Od r. 1878 do 1880 udzielono pomocy już 276 tonącym z których liczby zaledwie 15 zakończyło życie. Później liczba stacyi wzrosła do ośmiu, i rocznie podawano pomoc 160 osobom, z których tylko 4 umarło. Dr. Voisin na podstawie obserwowanego obfitego materiału twierdzi, iż trzyminutowy pobyt pod wodą nie usprawiedliwia desperacji co do ratowania, częstokroć przywrócenie życia udaje się jeszcze po pięciu minutach, a nawet niekiedy i po upływie kwadransa.

(The Lancet 22-go grudnia 1883).

45 **Niemota po obrażeniu głowy.** Dr. FLORKIEWICZ podaje krótką notatkę o następującym przypadku, obserwowanym przez niego w szpitalu Ś-tej Joanny w Koniecpolu. Chory 46 lat liczący uderzony będąc tępem żelazem w głowę, upadł stracwszy przytomność i zaniemówił na długi czas od tej chwili, pomimo że przytomność wkrótce wróciła. Oprócz uszkodzenia skóry w okolicy ciemieniowej lewej, żadnych zbroczeń u chorego nie wykryto; jedynym objawem nerwowym była zupełna niemota; pacjent wydawał tylko jednostajny dźwięk niezrozumiały, za pomocą gestykulacji, zresztą, z zupełną przytomnością myśli swe objawiał. Po upływie dni jedenastu chory obudzivszy się rano wymówił po raz pierwszy z trudnością kilka wyrazów i od tej chwili mowa poczęła stopniowo wracać. Po upływie kilku tygodni wróciła zupełnie, odznaczała się jednak brakiem wprawy jakoby „mowa dziecka”.

(Gazeta lekarska 52—)

46 SEMMOLA (Bulet. génér. de Therap.) poleca **przy chorobach ostrych gorączkowych** zamiast kwasów karbolowego lub salicylowego, oraz wysokoku — **glicerynę**, która stanowiąc „materjal zapasowy” przy niszczących własnościach gorączki, i przez długi czas może być przez chorych znoszona.

Przepis autora jest następujący:

Rp. Glycerini puri 30,0
Acidi citrici lub
tartarici 2,0
Aquae fontis 200,0

Co godzina po 1 do 2 łyżki stołowej.

Głównie stosował autor glicerynę przy tyfusie i otrzymał wyniki zadawalniające: ciepłota spadała, a ilość mocznika w urynie zmniejszała się o 6 do 10 gramów dziennie. (*Wien. Med. Blätter.* 1 1884).

Wiadomości bieżące.

— **Kwestyja udziału poznańskiego towarzystwa przyjaciół nauk w ogólnym związku stowarzyszeń lekarskich niemieckich.**— Przewodniczący poznańskiego towarzystwa lekarskiego niemieckiego odniósł się w powyższej kwestyji do wydziału lekarskiego towarzystwa przyjaciół nauk.

Na ostatniem posiedzeniu zeszłorocznem sekcji kwestyja ta została przez sekretarza podniesiona w następujących słowach:

Po dokonaniu politycznego zjednoczenia Niemiec, powstały prawie na wszystkich polach życia społeczno i administracyjnego, a nawet i naukowego dążności unifikacyjne. Temu to przypisać należy, że udało się zabiegom prof. Richtera z Drezna przeprowadzić do skutku zjednoczenie wielu bardzo stowarzyszeń lekarskich niemieckich w ogólny związek (Aerztetag) w Eisenachu. O celach i dążnościach tego połączenia dowiedzieć się panowie z wręczonego sobie statutu. Tutaj nadmieniam tylko, że właśnie w ostatnich latach związek niemieckich postawił sobie za zadanie wyjednać u rządu ordynacyi lekarskiej. Sprawa ta była już poruszoną w sejmie pruskim, a min. Gossler wyrażając się w przychylny sposób o dążnościach Związku towarz. lekarskich nadmienił, że państwowej organizacyi tegoż związku stoi przed wszystkiemi na przeszkodzie nierówny rozwój geograficzny stowarzyszeń lekarskich, których w pewnych częściach Państwa zaledwo drobne istnieją związki. Ażeby brak ten usunąć, Wydział sejmiku lekarskiego upoważniony przez delegatów stowarzyszeń niemieckich lekarskich, zebranych w r. 1882 w Norymberdze, postanowił odpowiednie poczynić kroki i osobną odezwą, którą kolegom niebawem przeczytam, wzywa osoby wpływowe pomiędzy lekarzami, ażeby takowe starały się zawiązywać towarzystwa lekarskie w tych obwodach rejencyjnych, gdzie ich jeszcze nie ma, a następnie starać się o to aby towarzystwa te zarówno z już istniejącemi przystąpiły do związku. Odezwę taką otrzymał radca lekarski Rehfold, jako przewodniczący tutejszego niemieckiego stowarzyszenia lekarskiego i udał się osobiście do mnie z prośbą, abym naszemu

wydziałowi sprawę tę przedłożył wraz z zapytaniem, czyby wydział nasz nie przyłączył się do owego ogólnego Związku towarzystw lekarskich. Rzeczą tę podaje Panom do rozstrzygnięcia”.

Po ozywionej dyskusyi prawie jednomyślny wniosek zgromadzonych przedstawił się w następującej postaci: Towarzystwo lekarskie polskie istniejące w Poznaniu od r. 1866, odrębne zajmuje od niemieckich stanowisko, oparte na podstawie narodowo-polskiej; w razie danym nie powinno jednak zrzec się głosu w sprawach materyjalno-lekarskich, o ile takowe są przedmiotem działania związku stowarzyszeń lekarskich.

Postanowiono ustnie oświadczyć sekretarzowi towarzystwa niemieckiego, iż sekcya lekarska Tow. Przyjac. nauk wstrzymuje się od odpowiedzi dopóki nie dowie się o warunkach i formie wzajemnych stosunków. (*Przegląd lekarski* 5 stycznia 1884).

— **Wybory na rok bieżący w towarzystwie lekarskiem krakowskiem** odbyły się 20-go grudnia r. z. Prezesem wybrany został D. Kwaśnicki, wiceprezesem — Borowicz, sekretarzem dorocznym — Szymkiewicz, redaktorem *Przeglądu lekarskiego* — Blumenstock; członkami komisji redakcyjnej — Korczyński, Obaliński, Oettinger i Pareński, delegatem Tow. lek. w komisji sanitarnej miejskiej — Paszkowski, sekretarzem stałym pozostaje Dr. Jordan. (*Przegląd lekarski* 51—)

— **Według projektu budżetu ministra oświecenia w Austrii**, budżet uniwersytetu krakowskiego na rok bieżący wynosi: wydatki zwyczajne 246100 florenów, wydatki nadzwyczajne 81,600 fl., budżet zaś uniwersytetu lwowskiego wynosi ogółem 177000 florenów. „*Przegląd lekarski*” zwraca uwagę na to, iż suma ta jest niedostateczną w ogólności, a głównie zaznacza smutny fakt, iż nagląca potrzeba urządzenia nowych zakładów klinicznych i patologicznego nie zostanie załatwioną w tym roku, jako nieobjęta budżetem.

(*Przegląd lekarski.* 51—)

— **Wybory w warszawskim towarzystwie lekarskiem.**— Na posiedzeniu wyborczem warszawskiego towarzystwa lekarskiego, odbytem w dniu 8-go stycznia r. b. obrano na urzędników następujących kolegów: na prezesa: D-ra Orłowskiego, na wice-prezesa: D-ra Gepnera, na sekretarza dorocznego D-ra Sokołowskiego. Do komitetu pracowni fizyologicznej otworzyć się mającej 1-go lipca r. b. przy towarzystwie lekarskiem wybrano członków, którzy ułożyli już projekt pracowni: prof. Hoyer, D-rów: Dobrzyckiego, Dunina, Mayzla, Nenckiego, Nussbauma i Przewoskiego. Na kustosa pracowni (pensya 300 rs. rocznie) wybrano D-ra Mayzla. Do komitetu konkursowego (prac naukowych) na rok bieżący wybrano: prof. Hoyer, D-rów: Dobrzyckiego, Dunina, Gajkiewicza, Matkowskiego i Sokołowskiego.

— **Rocznik medycyny polskiej** za r. 1882/3 wyszedł nakładem D-ra Rogowicza. Obejmuje on 284 str. druku 16-ki i zawiera streszczenie 227 prac napisanych przez 115 autorów. Podług przedmiotu ilość prac przedstawia się jak następuje: anatomja—6, fizjologija 7, farmakologija 7, anatomija patologiczna i doświadczalna—15, dyagnostyka—4, terapia ogólna 5, patologija i terapija szczegółowa 42, chirurgija 36, akuszeryja i giniatryja 25, oftalmologija 23, syfilidologija 23, syfilidologija i dermatologija 8, medycyna sądowa 17, balneologija 1, higiena 11, historia medycyny i sprawy społeczne 17, nowe wynalazki—3.

— **Tablica graficzna** dziennej ilości i składu pokarmów niezbędnych dla człowieka w stanie zdrowia i choroby, ułożona z inicjatywy JW. Gubernatora warszawskiego przez komisję składającą się z lekarzy szpitali, intendentów, przy udziale chemika szpitali warszawskich kolegi Nenckiego, (który bardzo ważne usługi okazał przy układaniu tej tablicy), pod prezydencją członka Rady miejskiej W. D. P. Radcy Tajnego Witujewa—została wydrukowana w ostatnim (grudniowym) poszycie „Revue d'hygiène et de Police sanitaire” w Paryżu.

— Prof. F. NAWROCKI rozpocznie 3-go lutego w niedzielę o godz. 1-ej **kurs elektroterapii**.—Wykłady będą się odbywać w pracowni fizjologicznej uniwersytetu, co niedziela od 1-ej do 3-ej po południu i trwać będą do Wielkiej nocy. Opłata wynosi 10 rubli. Zgłaszać się trzeba do prof. Nawrockiego przed 1-ym lutego.

(*Medycyna* 3—1884)

— Na opróżnioną po ustąpieniu kol. Mączewskiego **posadę lekarza miejscowego** Szpitala Dz. Jezus zatwierdzono kol. Polaka.

— W dniu 7-ym b. m. wykonaną została w szpitalu Dz. Jezus rzadka operacja **laparotomii** przy ostrem zamknięciu przewodu pokarmowego, przyczem wycięto 20 cent. jelita. Zejście operacji było niepomyślne. Śmierć nastąpiła tejże doby.

— **Ukoronowanego medyka** już drugiego z rządu wydaje dom bawarski. Książę Ludwik Ferdynand (Bawarski) otrzymał honoris causa stopień doktora medycyny od uniwersytetu w Monachium, za rozprawę o anatomii języka. Rektor uniwersytetu prof. Pettenkofer, doręczając księciu dyplom, zauważył, że praca jego znalazłaby wielkie uznanie nawet wówczas, gdyby autor jej był nieznanym. (*Deut. Med. Zeit.* 14 stycznia 1884).

— **Biblioteka szkoły lekarskiej w Paryżu** cieszy się o wiele lepszymi względami medyków niż nasze księgozbiory. Według świeżo zebranych danych statystycznych korzystało z niej dziennie około 355 czytelników na miejscu, a udzielano do domów po 650 tomów dziennie.

(*Le Praticien* 48—1883).

— **Międzynarodowa wystawa higieniczna** odbędzie się w r. 1884 w Londynie, we wspaniałych zabudowaniach świeżo zamkniętej wystawy rybackiej. Patronat wystawy przyjęła królowa, prezesem obrano księcia Walii. Bardzo wielu przemysłowców zamierza wziąć w niej udział, a także i znani higieniści angielscy.

(*The Lancet*).

— **Pomnik Marionowi Sims** zamierzają postawić w New-Yorku niektórzy współobywatele znakomitego ginekologa, który w mieście tem przepędził ćwierć wieku.

(*The medical Record* 1 grudnia 1883).

— **Amerykańskie towarzystwo rybnologiczne** założone w ostatnich czasach w St. Louis i posiada obecnie dwudziestu członków reprezentujących sześć Stanów. Prezesem obrano D-ra Rumbolda, a sekretarzem—D-ra Marksa.

(*The medical Record*. 1 grudnia 1883).

— Nadesłano do Redakcyi: Dr. Karol SZADEK (z Kijowa): „Przyczynek do kwestyi późnego odziedziczonego przymiotu” (къ вопросу о позднемъ наследственномъ спондиліи).

— „**Wszechświat**” nr. 3. Treść: O znikaniu niektórych gatunków krajowych zwierząt, przez Michała Wierzbowskiego.—Wyprawy do bieguna północnego, przez D-ra Nadmorskiego.—III. Druga wyprawa niemiecka do wschodniej Grenlandji w r. 1869—70.—Nadmorskie stacje zoologiczne, przez A. Wrześnińskiego.—Sztuczne otrzymywanie ciał organicznych, przez Zn. (dokończenie).—Kronika naukowa.—Wiadomości bieżące.—Kalendarz bijograficzny.—Odpowiedzi Redakcyi.—Ogłoszenia.

SPROSTOWANIE.

— W I-ym Numerze „Kroniki” zauważono następujące omyłki na str. 31, wiersz 25 od góry, wyraz: „torrin” ma być wykreślonym; na str. 32, wiersz 21 od góry zamiast „Ewart”. trzeba czyt. „Ewald”.

Wydawca:

Dr. F. Kobylłuski.

Redaktor odpowiedzialny:

Dr. W. H. Krajewski.