

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnym pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

W osadzie Baranowie w początkach Lipca 1883 r. została otworzona Apteka brak tylko jest **Doktora** i mieszkańcy w potrzebie o 3 mile drogi muszą się udawać o poradę lekarską, — przeto gdyby który z W.W.P.P. Doktorów zechciał się osiedlić w Baranowie, to o bliższych szczegółach można się dowiedzieć na miejscu u właściciela apteki **J. Peretowskiego**, ost. poczta Nowo-Aleksandryja, gubern. Lubelskiej.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej

Znajduje się w druku i wyjdzie w miesiącu Kwietniu 1884 r. nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawierać będzie około 23-ech arkuszy druku.

Cena dzieła wynosić będzie rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Prenumeratę wnosić można do wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 49.

0—4

D-RA LINK'A EKSTRAKT SŁODOWY (MALZEXTRACT)

wyrabiany przez M. Koch et C. w Stutgardzie.

Jedyna fabryka prawdziwego ekstraktu słodowego Dr. Link'a ponownie nagrodzona na ostatniej wystawie przemysłowo-rolniczej Wirttembergkiej.

Ekstrakt słodowy z chmielem.

Ekstrakt słodowy z żelazem zawiera w jednej łyżce stołowej 0,12 gramm ferri pyrofosforici i ammonii citrici.

Ekstrakt słodowy z wapnem podług przepisu D-ra P. Reich'a, zawierający w jednej łyżce stołowej 0,3 gramm calcariae hypofosforosae, w katarach płuc, skrofutach, chorobie angielskiej, blednicy etc. zalecany.

Ekstrakt słodowy z chiną zawierający w jednej łyżce stołowej 0,3 gramm chinini hydrochlorici.

Dr. Arthur Hill Hassal, lekarz królewskiego narodowego domu zdrowia dla suchotkiców, autor dzieła o pokarmach i ich zafalszowaniach, analizą wykazuje 35% dekstryny 36% cukru 23% wody; jako preparat czysty i bardzo starannie wykonany może być środek ten z pomyslnym skutkiem zalecany.

Skład Główny w Warszawie w Apteczce H. Kucharzewskiego Ul. Senatorska Nr. 11 oraz w aptekach Heinricha, W. Karpińskiego i w Składzie Apt. Mrozowskiego.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpitacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONA), OPATRZONA W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie **PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU**.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonallescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi*.

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów, dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Żążyć regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowo powstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych*.

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki **KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** trawią się przez osoby najwrażliwsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżskich).

Żążyć 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie **KAPSULEK MATHEY-CAYLUS** markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Adamkiewicz. O ucisku mózgu. — II. J. Wisłocki. Dwa przypadki wrodzonego zarośnięcia pochwy u rodzących. — *Dział sprawozdawczy.* 13. T. Riegel. O rozpoznawczem znaczeniu tętna żylnego. — Zjazd IV. lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. O UCISKU MÓZGU.

Wykład miany w Towarzystwie Lekarskiem Wiedeńskiem dnia 9 Listopada 1883 r. ¹⁾

Przez

Prof. D-ra **Alberta Adamkiewicza** (z Krakowa).

Panowie! Temat, który dziś omawiać mam zaszczyt, dotyczy nauki o ucisku mózgu, przedmiotu wielostronnie przez fizjologów i patologów opracowanego, który nie tylko ze stanowiska czysto naukowego zasługuje na uwagę, ale także dla praktycznej medycyny wcale nie małego jest znaczenia i nie podrzędnej doniosłości.

Nim jednak przystąpię do mego właściwego tematu, pozwólcie mi Panowie opisać w krótkości spostrzeżenie kliniczne, którego bliższe szczegóły podałem niespełna przed rokiem w „*Archives de Neurologie*“ ¹⁾, a które właśnie dało pochoy do badań niżej skreślonych. Spostrzeżenie to wskaże Panom, że nieodzownemi się stały nowe poszukiwania w zakresie naszego tematu i odsłoni Panom już teraz właściwy cel, jaki sobie nowe badania wytknąć musiały.

Przed 1½ rokiem nadarzyła mi się sposobność obserwowania chłopca na wściekłą chorego, który, skutkiem znanych następstw tego jadu, wśród kurczów polykowych, ogólnego tężca i ostrego obrzęku płuc, nagle zakończył życie. Było to prawie w tym samym czasie, kiedy Pasteur znalazł, jak mniemał, mikrokokki wściekliczny.

Panowie przypominacie sobie pracę Pasteur'a, w której ogłosił, że mu się udało zatruć zwierzęta śliną chorego na wściekłą dziecięcia i że mógł wykazać jako przyczynę śmiertelnego zakażenia mikrokokki w ich krwi. Pod wrażeniem tego ogłoszenia, nie mogłem lepiej użytkować powyżej opisanego przypadku, jak

¹⁾ Por. Adamkiewicz: „Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression“. (Sitzber. der k. k. Akad. d. Wissensch. Bd. LXXXVIII. III Abth. 1883.

²⁾ Nr. 12. Novembre. 1882.

starając się sprawdzić podanie Pasteur'a. A ponieważ objawy wścieklizny u ludzi wskazują, że najwybitniej sprawą chorobową są zajęte ośrodki nerwowe, rozpocząłem więc moje badania od szukania mikrokoków w mózgu i rdzeniu kręgowym.

Poszukiwania moje nie zostały jednak uwieńczone spodziewanym skutkiem. Nie znalazłem wcale mikrokoków. Natomiast hojnie wynagrodziło mnie nowe nadszkie odkrycie, które wskazało mym badaniom nową zupełnie drogę, prowadzącą mnie do wyników, o których w dzisiejszym wykładzie mam zamiar pomówić.

Odkrycie to odnosiło się do obrazu anatomicznego, jaki mi badany rdzeń w pewnej swej wysokości przedstawił. Właśnie w tem miejscu nabrzmienia barkowego, z którego najsilniejsze korzenie lewego splotu barkowego odchodziły, okazało się podłużne, wrzecionowate zgrubienie. Badanie wykazało, że przyczyną tego zgrubienia był nowotwór, który się wytworzył wśród lewej połowy rdzenia kręgowego. Był to mięsak postaci gruszkii. Szypułką swą wychodził on ze szarego przedniego słupa, a cała jego masa mieściła się w jamie, powstałej oczywiście przez wyparcie włókien nerwowych rdzenia kręgowego. Najwięcej jednak uderzyła mnie ta okoliczność, że masa nowotworowa zajmowała prawie cały przekrój lewej połowy rdzenia, a przecież za życia obecność nowotworu niezem się nie zdradzała. O porażeniu bowiem lub zaniku lewego barku nie było najmniejszej mowy u chorego przed jego zakażeniem. W jaki to sposób być mogło?

Odpowiedź na to, gwałtownie się nam nasuwające, pytanie dało badanie drobnowidzowe małej resztki rdzenia, którą pozostawił obok siebie nowotwór, w lewej jego połowie rozwinięty. Biała istota, zmniejszonej tkanki rdzeniowej, składała się z włókien nerwowych, których przekroje były bardzo znacznie zmniejszone, w porównaniu z odpowiednim miejscem strony zdrowej. A szara istota, z której tylko wązki pasek, otaczający sierpowato nowotwór, rozpoznać można było gołem okiem, straciła zupełnie znaną swą budowę z krzyżujących się włókien i przyjęła wejrzenie, jak gdyby się składała z równoległych pasemek. Pomiedzy temi pasemkami ukrywały się nadzwyczaj wybitnie zmienione zwoje, przedstawiające się w postaci tworów wrzecionowatych, podobnych do włókien mięśni gładkich lub komórek tkanki łącznej, które się ciągnęły wzdłuż pasemek zanikłej szarej istoty. Oprócz eliptycznego kształtu zwojów, zasługiwała jeszcze na szczególną uwagę ich mała pojemność, która, jak to porównawcze mikrometryczne pomiary wykazały, wynosiła zaledwie 25-tą lub 30-stą część pojemności zdrowych zwojów.

Jasną więc było rzeczą, że nowotwór zdobył sobie miejsce dostateczne kosztem pojemności włókien nerwowych i zwojów, tych najważniejszych składników istoty rdzenia, i że zmniejszenie to ich pojemności przebiegało w utajony sposób.

Na pojemności może tkanka stracić z dwóch powodów:

Albo doznaje materyjalnej utraty swej istoty; wtedy zmniejszenie jest zanikiem. Albo też przybliżają się coraz więcej do siebie najdrobniejsze cząstki tkanki, skutkiem jakiegoś ucisku od zewnątrz działającego, jak to np. ma

miejsce przy zgniataniu metalu. Tkanka wtedy nie ponosi żadnej materjalnej straty, lecz staje się zbitszą i zarazem dlatego mniejszą co do swej objętości.

Nie było trudno rozstrzygnąć, który to właśnie rodzaj zmniejszenia pojemności odegrał swą rolę na kawałku rdzenia, zmienionym przez nowotwór. Wiemy wszakże, że tkanka zanikła jest tkanką chorą i że chora tkanka nie funkcjonuje prawidłowo. Gdyby więc zmniejszenie pojemności składników nerwowych rdzenia polegało na zaniku, wtedy musiałoby ono pociągnąć za sobą dwa dające się łatwo wykazać skutki. Zanik zwojów wywołałby uposledzenie funkeyi i odżywiania w zakresie lewego splotu barkowego, zanik zaś nerwów rdzeniowych działałby podobnie jak przerwanie białej istoty, wywołując t. zw. zwyrodnienie wtórne. Nie było jednak żadnego z tych następstw, lewe bowiem ramię było dostatecznie odżywionem i funkcjonowało za życia należycie, istota zaś rdzenia przedstawiała powyżej, jako też poniżej nowotworu, zupełnie prawidłową budowę.

Jeżeli więc odcinek rdzenia kręgowego, tak wyraźnie przez wspomniany miśsak zmieniony, nie uległ zanikowi, ta zmiana kształtu wtedy polegać mogła tylko na rzeczywistem zgęszczeniu tkanki. Z tego zaś wynika nie tylko, że istota nerwowa rdzenia jest ściśliwą, lecz także, że takowa zdolną jest znieść ucisk, bez żadnych zaburzeń w swej czynności.

Był to wniosek bardzo wielkiego znaczenia, że względu że sprzeciwia się wprost głównej podstawie dotychczasowej nauki o „ucisku mózgu“, nauki bardzo ważnej w patologii.

„Istota mózgowa jest nieściśliwą“, oto jest pewnik, na którym się dotychczasowa nauka o ucisku mózgu opiera. Z tego założenia wychodząc, wnioskuje nauka dalej, że każdemu zmniejszeniu się pojemności jamy czaszkowej towarzyszą bardzo ciężkie następstwa dla czynności mózgu, następstwa, które właśnie wywołują „ucisk mózgu“ i wszystkie znane objawy chorobowe, wynikające z tegoż ucisku.

Dotychczasowa nauka w ten sposób stara się to udowodnić:

Czaszka przedstawia, mówi Bergmann, skoro się tylko ciemączka zamknęły, puszkę o niepodatnych ścianach, która nie może się ani rozszerzyć ani zmniejszyć. Puszka ta jest wypełniona swą treścią, składającą się z trzech części: z istoty nerwowej mózgu, z krwi odżywiającej mózg i cieczy mózgo-rdzeniowej (*liquor cerebro-spinalis*). Z tych trzech składników krew jest ilością zmienną, gdyż jej ilość podlega ciągłym wahaniom. Wśród stosunków fizjologicznych ma wpływ na tę ilość każdy oddech i każde uderzenie serca, w stanach zaś chorobowych waha się ona wśród szerokich granic niedokrwistości i przekrwienia mózgu.

Jama jednak czaszkowa musi być zawsze wypełniona przez owe trzy składniki, bo próżnia nie może w niej nigdy powstać. A ponieważ już jeden składnik ulega ciągłym wahaniom, i drugi więc musi zmieniać swą pojemność i regulować ilościowe zmiany krwi. Że masa mózgowa nie może być tym składnikiem, to zdaniem dotychczasowej nauki jest już z góry jasnem, tak bowiem w wodę obfita masa nerwowa musi być również, tak jak sama woda, nieściśliwą. Potrzeba, mówi Bergmann, ciśnienia jednej atmosfery, aby masę nerwową zmniejszyć zaledwie o $\frac{1}{25000}$ część jej pojemności. O regulacyjnych wahaniami w pojemności masy

nerwowej nie może być więc wcale mowy, ucisk zaś wywartu między mózg i czaszkę, musiałby wprzód rozsadzić kostną osłonę, nimby zdołał zmniejszyć pojemność mózgu o część ledwie tylko dostrzegalną.

W ten więc sposób nie pozostaje nic innego, jak przyjąć, że trzeci składnik treści czaszkowej, to jest ciecz mózgo-rdzeniowa jest szukany regulatorem. A jak ona swe zadanie spełnia, łatwo pojąć.

Jama czaszkowa wspólniczy z kanałem kręgosłupa. Dlatego może ciecz mózgo-rdzeniowa swobodnie dopływać i odpływać z jamy czaszkowej do kanału stosu kręgowego. Kanał jednak w mowie będący przedstawia dla cieczy odmienne stosunki, niż niepodatna czaszka. Ściany kanału składają się z wielkiej ilości małych kości, połączonych ze sobą za pomocą elastycznych więzadeł. Opona twarda, otaczająca ciecz rdzeniową, nie jest w kanale kręgosłupa zrośniętą z jego ścianami, jak w czaszce. W jamie, zamkniętej przez kręgi, przedstawia się opona twarda, jak podatny worek, mogący się swobodnie rozszerzać.

Jeżeli się więc ilość krwi w czaszce zwiększa, wtedy ciecz mózgo-rdzeniowa odpływa do kanału kręgosłupa i napina oponę twardą oraz elastyczne więzadła. Jeżeli się zaś zmniejsza ilość krwi w mózgu, wtedy ciecz wraca z kanału do jamy czaszkowej, skutkiem ciśnienia napiętych więzadeł stosu kręgowego.

Regulacja ta ma jednak swe naturalne granice. Odbywa się ona tylko tak długo, dopóki ilość cieczy, odpływającej do kanału kręgowego, odpowiada największej pojemności tegoż kanału, przy najsilniejszym napięciu więzadeł. Otóż jeżeli ciecz zostanie wypartą z jamy czaszkowej nie przez krew, lecz jakiś patologiczny produkt, zmniejszający w większym stopniu pojemność czaszki, niż to zwykła krew czynić, wtedy ciecz ta nie znajduje dostatecznego dla siebie pomieszczenia w kanale wspomnianym i nie może dla tego kompensować ogniska, zmniejszającego pojemność czaszki. Następstwem tego jest, że ciecz mózgo-rdzeniowa zwiększa swe ciśnienie. Ponieważ zaś mózg takowego znieść nie może, powstają więc zaburzenia w jego czynności.

W ten sposób wywnioskowane zwiększenie się ciśnienia cieczy mózgo-rdzeniowej jest kwintessencją tak zwanego „patologicznego ucisku mózgu“. Groźne jego skutki dla mózgu mają się zdradzać objawami, które dotychczasowa nauka oznacza jako „objawy ucisku mózgu“.

Wiadomo Panom, że już oddawna za objawy ucisku mózgu uchodzą: drżenie gałek ocznych (*nystagmus*), zaburzenia czynności serca i oddechania, ogólne kurcze, śpiączka (*coma*) i śmierć i że jako najbliższą przyczynę tych objawów uważają niedokrwistość mózgu, a to z następującego powodu.

Ciecz mózgo-rdzeniowa jest zamknięta między masą nerwową mózgu, a kośćmi czaszki. Pierwsza jest nieściśliwą, a ostatnie niepodatne. Przez powiększenie się ciśnienia cieczy mózgo-rdzeniowej może się tylko ten składnik treści czaszkowej zmienić, który leży między cieczą a mózgiem, względnie kośćmi czaszki. Tym składnikiem są tu i ówdzie przebiegające naczynia krwionośne. W cieczy rozszerza się ciśnienie tylko wśród całej jej masy, dla tego też przy zwiększeniu się parcia wewnątrzczaszkowego cierpi całe krążenie mózgowe, a ponieważ wśród takich stosunków podlegają ugnieceniu najprzód naczynia włosowate kory mózgowej, przeto powstaje ogólna niedokrwistość mózgu.

W jednym miejscu — przyjmuje dotychczasowa nauka — jest niedokrwistość szczególnie wybitną, a mianowicie tam, gdzie ognisko, pojemność czaszki zmniejszające, wprost ugniata mózg i bezpośrednio zamyka naczynia włosowate. W tem to miejscu musi zamknięcie naczyń włosowatych zupełnie porazić czynność mózgu, a w ten sposób powstają, prócz tak zwanych „ogólnych“ objawów ucisku mózgu, jeszcze tak zwane „miejscowe“ objawy, które przedstawiają się najczęściej pod postacią porażań połowicznych.

Wkrótce jednak spostrzeżono, że nie można ująć wszystkich przypadków zmniejszenia pojemności czaszki w określone ramy. Istnieją bowiem ogniska wewnętrzzczaszkowe, które się rozwijają, nie wywołując wcale ani ogólnych, ani miejscowych objawów, które więc jednym słowem przebiegają w utajony sposób. Fakt ten pogodzone, zdaniem wyznawców tej nauki, przyjmując dwojaki rodzaj ucisku mózgu, jeden ostry, a drugi przewlekły. Tylko nagle rozwijanie się ognisk wewnętrzzczaszkowych ma sprowadzać podwyższenie ciśnienia cieczy, wraz z wszystkimi opisanymi następstwami. To nazwano „ostrym uciskiem mózgu“. Natomiast przy powolnem rozwijaniu się ognisk wewnętrzzczaszkowych nie ma żadnych objawów mózgowych, gdyż dwa składniki treści czaszkowej ustępują ognisku na własny koszt miejsca, a mianowicie ciecz przez resorbcyję, a istota mózgowa przez zanik.

Zapoznawszy się z obecnym stanem nauki o ucisku mózgu, zwróćmy się jeszcze do naszego klinicznego przypadku, na wstępie wykładu przytoczonego.

Tam rozwinęło się ognisko, pojemność kanału kręgosłupa zmniejszające. Był to mięsak rdzenia, o przebiegu utajonym.

Ze względu na swobodną komunikacyję między jamą czaszkową a kanałem stosu kręgowego, wpływ ogniska, zmniejszającego pojemność, na ciecz mózgo-rdzeniową oczywiście jest jednaki bez względu na to, czy wspomniane ognisko ma swą siedzibę w jamie czaszkowej czy też w kanale kręgowym. Możemy więc uważać nasz nowotwór za równoznaczny z jakimś ogniskiem wewnętrzzczaszkowem.

Odnosnie więc do dotychczasowej nauki, musiałby nasz przypadek należyć do kategorii tak zwanego przewlekłego ucisku mózgu, przebieg jego bowiem był utajony. Wtedy na podstawie tej nauki, moglibyśmy sobie ten przebieg bez objawów tem wytłómaczyć, że w danym przypadku kompensacyi ogniska podjęła się 1) ciecz mózgo-rdzeniowa kosztem swej resorbcyi, lub też że dopełnił kompensacyi 2) odpowiedni zanik istoty nerwowej.

O resorbcyi cieczy nie możemy tu jednak mówić, gdyż mięsak rozwinął się wśród samej istoty rdzenia, a więc jedynie tylko jej kosztem. Zanik ugniecionego odcinka rdzenia mogliśmy stanowczo wykluczyć, mając na pamięci zupełnie prawidłową jego funkcyję.

A jeżeliby się komu nasunęła myśl, że mylnie nazwano to zanikiem, co uważano za istotne zgęszczenie masy bez zaniku substancyi, to pozwalam sobie przypomnieć, że cała nauka o ucisku mózgu spoczywa na pojęciu o nieściśliwości masy nerwowej. Bergmann się wyraża, jakoby łatwiej poddała się wewnętrzzczaszkowemu ciśnieniu kostna osłona czaszkowa, niż sama istota mózgu.

Widzimy więc z tego, że już proste kliniczne spostrzeżenie daje nam do poznania fakt, który zostaje w ogromnej sprzeczności z dotychczasową nauką o ucisku mózgu. Gdybyśmy nie poszli za tą wskazówką, daną nam przez proste spostrzeżenie kliniczne i nie starali się według umiejętnych zasad wyszukać błędu, który się wkradł do nauki o ucisku mózgu, znaczyłoby to tyle, co zaniedbanie naszego zawodowego obowiązku szukania prawdy.

Znanem to już dobrze było wyznawcom dotychczasowej nauki o ucisku mózgu, że nauka ta nie spoczywa na faktach udowodnionych, lecz na z góry wymyślonym przypuszczeniu, dla poparcia którego dopiero później starano się o potrzebne rusztowanie. Budowniczy, chcący podeprzeć chwiejny budynek, chwytają się nieraz najrozmaitszych środków i przydaje do podpierającego rusztowania często coś, co więcej jest tylko wymuszeniem, niż prawidłem harmonii odpowiada.

Najważniejszą podporę dotychczasowej nauki o ucisku mózgu stanowiły doświadczenia, do których dał Leyden pochop, a które później znaczna liczba badaczy wykonywała. Wszyscy przyjęli w zasadzie metodę Leyden'owską. Ponieważ wyniki ich badań nie wiele się różnią od wyników Leyden'a, wystarczy przeto dla nas roztrząsnąć dokładnie metodę Leyden'a i otrzymane przy jej pomocy wyniki. Leyden wywoływał sztucznie u zwierząt ucisk mózgu, by mógł śledzić objawy tegoż. W tym celu trepanował psy, otwór trepanacyjny łączył z manometrem rtęciowym, do wolnego zaś ramienia przymocowywał długą rurkę gumową. W rurce, będącej między monometrem a czaszką, znajdował się słaby roztwór soli kuchennej i białka, który wciskał się do jamy czaszkowej i wywoływał „ucisk mózgu“, w miarę tego, jak podnoszono lub obniżano rurkę, połączoną z wolnym ramieniem monometru i wypełnioną wodą. Według stanu rtęci w manometrze, odczytywano ucisk wewnątrzczaszkowy, sztucznie wywołany.

Z tych doświadczeń okazało się: 1) że każdej wysokości parcia odpowiada właściwy objaw chorobowy i 2) że przy wzrastającym ucisku powstać miały: drżenie gałek ocznych, zaburzenia w czynności serca i oddechaniu, kurcze, śpiączka, a jeżeli ucisk wewnątrzczaszkowy wynosił 190 mm. rtęci lub więcej i jeżeli się na tej wysokości przynajmniej przez 5 minut utrzymywał, śmierć. Ponieważ ucisk wewnątrzczaszkowy, tak wnioskowano z tych doświadczeń, wynoszący 190 mm., rtęci musi przeważać nad parciem krwi w tętnicy szyjowej, wynoszącym tylko 160 mm. rtęci i musi oczywiście w ten sposób tamować dopływ krwi do mózgu, a powtórze ponieważ bezpośrednia przerwa w dopływie krwi do mózgu przez zamknięcie naczyń szyjowych, jak to okazał Kussmaul i Tenner, sprowadza również kurcze, a jeżeli trwa 5 minut lub dłużej, to nawet i śmierć, było więc już udowodnionem, że drżenie gałek ocznych i inne objawy były rzeczywiście objawami ucisku mózgu i że ucisk działa nie inaczej, jak tylko w ten sposób, że niedokrwistość mózgu wywołuje.

(C. d. n.)

II. DWA PRZYPADKI WRODZONEGO ZAROSNIĘCIA POCHWY U RODZĄCYCH.

Napisał

D-r Jan Wisłocki (z Łodzi).

O przypadkach wrodzonego zarosnięcia pochwy, jako przeszkodzie przy porodach, nie udało mi się w żadnej z dostępnych mi akuszeryj znaleźć dostatecznie wyczerpującego opisu. Tyrchowski np. w swej akuszeryi zajmuje się tylko zarosnięciami pochwy następczemi, bliznowatemi. Schröder (Akuszeryja) i Jerzykowski (Bibl. umiejętności. lek. Akusz. III.) także tylko z punktu teoretycznego i ogólnikowo załatwiają się z tym przedmiotem. Uważam więc za stosowne podać opis dwu przypadków tu należących, które obserwowałem w ostatnich latach, jako przedstawiających pewien charakterystyczny typ, tak co do rodzaju swego, jak i następstw.

I. Kobieta lat 20 licząca, żydówka, silnie zbudowana i dobrze odżywiana, w czasie swego panieństwa miesiączkowała drogą zwyczajną, regularnie i bez bóleści. Przed rokiem wyszedłszy za mąż, odbywała d. 5. IV. 1882 r. poród, do którego zostałem przez kolegę J., z powodu niezwykłości przypadku, zaproszony. Poród odbywał się już od dwóch dni, i gdy pomimo silnych bólów nie następowało rozwiązanie, wezwano lekarza.

Gdyśmy przybyli na miejsce, zastaliśmy rodzącą rzucającą się niespokojnie na poprzecznym łóżku; bóle przychodziły w małych przestankach jeden po drugim, i były znacznego natężenia. Stan brzucha rodzącej pierwiastki oraz jej części rodnych przedstawiał się zupełnie prawidłowym. Przy śledzeniu wewnętrznem, wchodzi się badającym palcem przez prawidłowy otwór sromny, w kierunku prostym ku górze, za spojeniem łonowem, na 5 centymetrów głęboko do worka ślepego, stanowiącego początek pochwy. Górna ściana tego worka wypukłona jest ku dółowi przez napierającą główkę, na której stanowi warstwę mięsistą, około 3 mm. grubą; przez nią wyczuć można kości napierającej czaszki. Cewka moczowa rozszerzona; wszedłszy do niej małym palcem, można również wyczuć główkę, oddzieloną od śledzącego palca nie zbyt grubą warstwą tylnej ściany cewki (*resp.* dna pęcherza) i przedniej ściany pochwy. W przedniej ścianie ślepego worka, reprezentującego pochwę, otworu nie znaleziono, natomiast na wypukłonej przez główkę części tylnej ściany, znajduje się otworek wielkości, przy obecnem rozciągnięciu, lepka od szpilki, od którego to otworu rozpoczyna się właściwie przednia ściana, oznaczona przednią kolumną fałd (*vulgarum*) pochwy. Przez ten otwór wprowadził kol. J. zgłębnik rowkowany i po takowym zrobił cięcie ku tyłowi, następnie otwór zrobiony rozszerzył krzyżowo na boki. Napierająca główka rozciągnęła wnet brzegi zrobionego otworu i wytworzyła tak napiętą obrączkę, że okazały się potrzebnemi dalsze nacięcia, po zrobieniu których przeszkoda znikła i poród nastąpił siłami natury. Zalecono przestrzykiwania pochwy lekkim roztworem kwasu karbolowego.

Dnia 14. IV. widziałem położnicę po raz drugi. Stan bezgorączkowy, odchody nieznaczne, różowe. Śledząc palcem, wyczuć można na ścianach pochwy linię twardą, kolistą, rozpoczynającą się w $\frac{1}{3}$ dolnej, tylnej ściany pochwy i idącą mniej więcej symetrycznie po obu jej stronach, ku górze i przodowi, kończącą się wreszcie na przedniej ścianie na wysokości dolnego końca prawidłowo długiej części pochwowej macicy. Linija ta, za dotknięciem bolesna, przedstawia się w zwierciadle maciecznym jako szereg guziczków ziarninowych, lekko owrzodziałych, ropiejących. Stwardnienia w tkance okopochwowej nie ma. Zalecono dalsze przestrzykiwania lekkim roztworem kwasu karbolowego.

Dnia 10. V. zawezwany znowu do chorej, znalazłem ogólne zapalenie okołomaciczne (*parametritis*), które w następnych dniach, pomimo użytych środków, przeszło w ropienie; 28. V. ropień otworzył się samodzielnie *per anum*, poczem nastąpiło szybkie i stanowcze wyzdrowienie.

II. Junda Neuman, żydówka, 24-o-letnia. W panieństwie miesiączkowała prawidłowo. Od 3-ch lat zameżna zaszła w zeszłym roku (1882) w Lipcu w ciążę, którą przeżyła bez żadnych szczególnych przypadłości. W Kwietniu (1883 r.) została do niej wezwany z powodu opóźniania się porodu.

Przy zewnętrznym badaniu rodzącej, znalazłem kształt jej brzucha prawidłowy, części płciowe zewnętrzne również prawidłowo zbudowane, płód ułożony podłużnie, główka jego znajduje się u wejścia do małej miednicy, bardziej po stronie lewej. Miednica prawidłowa; przy sledzeniu wewnętrznym nie mogłem osiągnąć części przodującej płodu, z powodu znajdującego się — jakoby w tylnej ścianie krótkiej, ślepo zakończonej pochwy — guza, wielkości pięści. Guz ten twardniał podczas często po sobie następujących bólów porodowych, a nawet i w chwilach między bólami przedstawiał znaczną odporność; ściana jego mogła mieć około 5 milimetrów grubości. Ku przodowi pochwa kończyła się na wysokości mniej więcej 7 ctm. jako ślepy worek, położony za spojeniem łonowym, *resp.* cewką moczową i szyjką pęcherza.

Widząc tu drugi przypadek zarośnięcia pochwy i mając wskazanie do zrobienia cięcia, poleciłem, aby z powodu niespokojnego zachowywania się rodzącej, zaproszono drugiego kolegę w celu zachloroformowania jej, a ponieważ nie byłem wprawdy uprzedzonym, iż zostałem wezwany do rodzącej, powróciłem do domu po narzędzia, uprzedziwszy mieszkających niedaleko, aby mi dano znać, gdy kolega przybędzie. Nie wiedząc jak długo im wypadnie takowego szukać w porze południowej, gdy wszyscy na mieście zajęci, przepisałem parę proszków morfiny dla zmniejszenia siły bólów i uspokojenia rodzącej.

W parę dni dowiedziałem się, że przybyły kolega założył kleszcze i dziecko wydobył.

Po trzech tygodniach niewidzenia chorej, zostałem powtórnie do niej wezwany i zastałem ją silnie gorączkującą, w dolnej zaś połowie brzucha znalazłem ogromny wysięk okołomaciczy, dochodzący na dwa palce poniżej pępka, i sięgający po obu stronach brzucha do jednakowej wysokości. Przy sledzeniu wewnętrznym znalazłem macicę powiększoną, bolesną, nieruchomą, jakby wmurowaną w wysięk, który wypełniał sklepienia pochwy. Na tejsze pochwie znalazłem linię chropawą, bolesną, poczynającą się na 3 ctm. nad tylnym kątem sromu (*fossa navicularis*), która, wznosząc się symetrycznie po obu bocznych ścianach ku przodowi i górze, kończy się na sklepieniu przednim, zajmując również przednią powierzchnię wargi przedniej części pochwowej macicy i tworząc w tem miejscu szerokie otwrozdzenie. Jak powiedziano wyżej, stan gorączkowy znacznego natężenia.

W następstwie wytworzył się na przedniej ścianie brzucha ropień ogromnej wielkości, który został otworzony dwoma symetrycznie po obu stronach linii białej idącemi, pionowemi, na 4—5 centymetrów długimi, cięciami. Przez nie wylała się znaczna ilość ropy, strzępów rozpadłych tkanek i zropiałego wysięku, poczem zaprowadzono dren, przestrzyknięto jamę ropnia i założono opatrunek przeciwnylny, pod którym w dwa tygodnie nastąpiło zupełne wyleczenie.

Po wyzdrowieniu swem chora była znowu u mnie i miałem sposobność choć w części ją wy badać. Przy sledzeniu wewnętrznym za pomocą palca, znalazłem macicę ruchomą, wysięk znikł, a owa linia chropawa, stanowiąca szczątki przegrody, w dalszym ciągu bardzo wyraźna, na dotyk twardawa, tworzy na sklepieniu przednim obszerną bliźnę wielkości grosza, w którą wciągnięta jest swą powierzchnią przednią i przednią wargą części pochwowej macicy. Ponieważ chora i w dalszym ciągu była bardzo dziką, tak, że zwierciadłem macicznym badać się

nie dozwoliła, nie mogłem więc sprawdzić, gdzie się znajdował i jak był wielki otworek w przegrodzie, o którego istnieniu świadczyła prawidłowość miesiączki i fakt zapłodnienia.

Powyżej opisane przypadki nasuwają następujące uwagi:

1) Wobec przytrafienia się dwu, prawie jednakowych przypadków tego rodzaju w ciągu jednego roku, należy przypuszczać, że podobne im muszą się nie tak rzadko trafiać, jakby wnosić należało ze szczupłych zaledwie wzmianek jakie mogłem odnaleźć w dostępnych mi akuszeryjach i ginekologijach. Co do pierwszych, wspomniałem o nich na początku. Nie znalazłszy w nich należytego rozjaśnienia kwestyi, zacząłem przeglądać ginekologije, gdzie, w rubryce o wrodzonych zбочzeniach rozwoju pochwy, znalazłem co do powstawania przegród co następuje:

Gorwitz (Patologija i terapija żeńsk. poł. sferi.) jako też T. A. Emmet (w tłóm. Dr. Rothe *Principien und Praxis der Gynaecologie*) wcale nie uwzględniają wrodzonych niezupełnych zarosnięć pochwy, jako przeszkód w porodach — Kivisch-Scanzoni ogranicza się na wzmiance, iż takie zarosty zdarzają się, bywają rozmaitej grubości i przytrafiają się głównie w środkowej lub górnej części pochwy. G. Weit (Ginekologija, polskie tłóm. przy bibliotece Umiejętności lek.) także sumarycznie załatwia się z tą kwestyją, dodając do powyżej u Kivisch'a znalezionej, iż „w niektórych przypadkach oba worki ślepe bywają tak długie, że chociaż oddzielone od siebie, leżą jednak jeden obok drugiego na pewnej przestrzeni, tak, że wydaje się, jakby każdy z nich powstał z innego przewodu“ (Müller'a). Jedynie w Ginekologii Schröder'a, znalazłem na str. 458 i n. w rozdziale o nieprawidłowościach rozwoju pochwy, jak powiedziałem wyżej, teoretyczny pogląd na powstawanie przegród w pochwie, bez uwzględnienia jednak, że przegrody te mogą utrudnić poród i wymagać interwencji lekarskiej. Powiada on: „części kanalików Müller'a, z których wytwarza się pochwa, mogą tylko w pewnej części zaniknąć, i z tego powodu może się znaleźć w części pochwowej macicy ślepy worek, lub też takowy może znajdować się za błoną dziewiczą. W innych jeszcze przypadkach, może być brak pochwy we środku, tak, że istniejące oba końce pochwy mogą być przedzielone błoną rozmaitej grubości, zawierającą niekiedy nawet małe lub większe otworki. Przypadki, w których górny i dolny ślepy worek przebiegają obok siebie pewną przestrzeń bez spotkania się z sobą, należy w ten sposób tłómaczyć, że w tym razie jeden kanalik Müller'a zarósł od góry drugi zaś od dołu“. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, iż ten ostatni sposób powstania przegród bardziej się nadaje do wytłómaczenia znalezionych przez nas faktów. Rzeczywiście w obu razach przodująca część (w pierwszym przypadku główka, w drugim pęcherz) znajdowała się, jakby w tylnej ścianie zanikłej od góry pochwy. Przy ściślejszem rozpatrzeniu tłómaczenie to okaże się jednak mylnem, gdybyśmy bowiem np. przypuścili że lewy kanalik zanikł od dołu, prawy od góry, wtedy mógłby ten ostatni zaniknąć na całej pozostałej przestrzeni, i mielibyśmy macicę jednorożną lewą, lub gdyby zanikł tylko na przestrzeni aż do szyjki macicy, wytworzyłby się krwistek maciczny (*haematometra*) po prawej stronie, bo krew miesiączkowa nie miałaby ujścia. W każdym razie mielibyśmy przegrodę przednio-tylną lub skośną od jednego boku pochwy ku drugiemu, a nie skośnie

poprzeczną, jak w obu opisanych przypadkach. Należy więc przyjąć, że przegrody opisane były pierwiastkowo koliste, a przyjęcie przez nie kształtu owalnego i kierunku od tyłu i dołu ku przodowi i górze można chyba wytłómaczyć w ten sposób, iż gdy z jednej strony rozwijająca się i wypełniająca stopniowo kałem kiszka prosta, wywierając ciśnienie z góry na górną nadprzegrodową część pochwy, wpływała na szybszy rozwój i znaczniejsze wydłużenie się jej, niż części pod przegrodą zostającej, tak znowu od przodu to samo działanie wywierał na dolną podprzegrodową część przedniej ściany pochwy rozwijający się w tym kierunku i wypełniający stopniowo moczem pęcherz. Tłómaczenie to najbardziej nadaje się do znalezionych faktów, i rzuca pewne światło na mechaniczny wpływ w rozwoju sąsiadujących z sobą narządów.

2) Praca porodowa w przypadkach wrodzonego zarośnięcia pochwy jest mocno utrudnioną — lecz silne bóle mogą przewyciężyć opór i przedrzeć zaporę, chociaż takowa bywa niekiedy dość znaczną, bo np. w drugim naszym przypadku $\frac{1}{2}$ ctm. grubą.

3) Pomimo prawie drobnowidzowego otworu w pochwie, zapłodnienie może nastąpić w bardzo krótkim czasie, jak tego daje przykład przypadek 1-szy.

4) W celu oszczędzenia rodzącej zbyt dużego wysiłku i aby osiągnąć prawidłowe rozdzielenie się przegrody, należy w niej zrobić cięcie krzyżowe, i w trakcie porodu, dopokąd nie zaniknie, zapobiegać przez odpowiednie nacięcia brzegów otworu zrobionego, aby przedarcie nie nastąpiło w jednym tylko i niewłaściwym kierunku, w tym bowiem razie nastąpić może przedarcie nie tylko przegrody lecz i ściany pochwy i tkanki łącznej okolopochwowej, o niebezpieczeństwie którego zbyt dużym byłoby mówić.

5) Zachować należy przez długi czas jak największą czystość, gdyż w powstałej ranie znajduje się obszerna pole do zakażenia i bardzo łatwo powstaje tu zapalenie okołomaciczne, które nawet późno (w 1-szym przypadku w 4 tygodnie) może się stać punktem wyjścia zapalenia ropnego, a w dalszym ciągu nie zawsze zakończyć tak szczęśliwie, jak w dwu opisanych przypadkach.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

13. T. Riegel. O rozpoznawczem znaczeniu tętna żylnego. (*Ueber diagnostische Bedeutung des Venenpulses*).

Spostrzeżenia, nad wielu zdrowymi, jak również i chorymi czynione, wskazują, iż rytmiczne ruchy żył szyjowych występują na jaw nie tylko w przypadkach niedomykalności zastawki trójdzielnej. Nawet w razach, w których na pewno można wykluczyć wszelkie zmiany na zastawce trójdzielnej, jak również i w przypadkach, w których nie ma śladu cierpienia serca, zdarza się niekiedy spostrzegać rytmiczne ruchy żył szyjowych. Autor rozbiera w rozprawie swej tylko samodzielne (*autochthone Venenbewegungen*) rytmiczne ruchy żył szyjowych, przypadające jednocześnie z czynnością serca; nabrzmiwanie zaś i opadanie żył, zależne od fazy oddechania, jak również poruszanie żył szyjowych, zawisłe od tętnienia sąsiednich pniów naczyniowych, nie wchodzi w zakres zatytułowanej powyżej pracy.

Dotychczas utrzymywano powszechnie, że w stanie normalnym, żyły w przeciwieństwie do tętnic nie tętnią; tętnienie zaś żył, mianowicie szyjowych, uważano za objaw chorobowy. Większość autorów dzieliła rytmiczne ruchy żył na faliste (*undulatorische Bewegungen*) i na rzeczywiste tętnienie, ścisłego jednak wyróżnienia obu tych objawów w nauce nie było.

Co do rzeczywistego tętna żylnego (*Venenpuls*), to Bamberger uważał je za objaw patognomiczny dla niedostateczności zastawki trójdzielnej, gdy tymczasem Friedreich sądził, że tętnienie żył szyjowych występuje i tam, gdzie niedomykalności zastawki nie ma. Dla wystąpienia tętna żylnego, według zdania Friedreich'a, dostateczną jest niedomykalność zastawek żył szyjowych. Jakkolwiek zdania co do objawów, wyróżniających falowanie żył od tętna żylnego, są różne, mówiąc jednakże o pierwszym, przypuszcza się w ogóle, że zastawki żyłne domykają się, podczas gdy w ostatnim przyjmujemy, że zastawki żyłne są niedostatecznymi. Falowanie ma, według zdania większości autorów, powstawać wskutek skłretzowego wstrząśnięcia komórki, które, przez domykające się zastawki, udziela się słupowi krwi żyłnej, znajdującemu się w przedsionku i żyłach szyjowych.

Co do sposobu tłómaczenia obrazów sfigmograficznych tętna żylnego, brak także zgodności pomiędzy autorami. Jedni uważają pierwszy wzniesienie wstępującego ramienia (anadikrotycznego) jako zależny od skurczu przedsionka, drugi zaś wyprowadzają od skurczu komórki — nawet w przypadku, kiedy serce jest zupełnie zdrowe, a zastawki dobrze domykają się; inni znowu uważają podobne objaśnienie za słuszne tylko w razie niedostateczności zastawki trójdzielnej.

Autor, za przykładem Friedreich'a, nazywa tętnem żylnem współczesne z czynnością serca samoistne ruchy żyły, bez względu na kierunek poruszenia się krwi. Falowanie żyły uważa Riegel tylko za słabszy stopień tętna żylnego. Autor był pierwszym, który wykazał istnienie tętna żylnego u zwierząt w stanie ich prawidłowym. Choćby wykazanie tętna żylnego u ludzi zdrowych przedstawia daleko większe trudności, aniżeli u zwierząt, w każdym jednak razie jest bardzo prawdopodobnem, iż należy ono u nich do objawów normalnych.

Za zasługę Mosso należy poczytać, iż pierwszy przed kilku laty wypowiedział zdanie, iż w stanie fizjologicznym człowieka istnieje t. z. tętno ujemne (*negativer Venenpuls*) w żyłach szyjowych. Jakkolwiek już Friedreich spostrzegł niekiedy tętno żyłne u ludzi zdrowych, u których nie można było wykazać żadnej nieprawidłowości w sercu, jednakże uważał je za objaw patologiczny, zależny od niedomykalności zastawek żył szyjowych. Powstawanie ujemnego tętna żylnego objaśniał Mosso zmniejszeniem ciśnienia w klatce piersiowej w czasie skurczu serca, wskutek czego krew, płynąca z żył do klatki piersiowej, przyływa do serca w większej ilości. Mosso posunął się w swoim zapatrywaniu tak daleko, iż nawet patologiczne tętno żyłne, *resp.* tętnienie wątroby, wyprowadzał z podobnego źródła i uważał je również za ujemne tętno żyłne. Riegel nie zgadza się na tłómaczenie Mossa.

Przystępując do zatytułowanej powyżej pracy, Riegel postawił sobie następujące pytanie do rozwiązania: jakie są cechy tętna żylnego, jeśli takowe w stanie prawidłowym istnieje, czem się ono różni od patologicznego tętna żylnego, a przede wszystkim od tętna, napotykanego przy niedostateczności zastawki trójdzielnej? Autor kładzie główny nacisk na to, iż cała różnica polega nie na odmiennej postaci tętna, lecz na odmiennym stosunku czasu.

Obserwując u zwierzęcia spokojnie oddechającego odseparowaną żyłę szyjową, np. żyłę szyjową zewnętrzną, zauważymy współczesne z czynnością serca napełnianie się (nabrzmiwanie) i opadanie żyły. Niekiedy można się nawet przekonać, iż nabrzmiwanie żyły, odpowiadające jednorazowej czynności serca, odbywa się w przestankach. Uciskawszy żyłę szyjową mniej więcej w połowie jej przebiegu, przekonamy się że takowa powyżej miejsca ucisku nabrzmiwa; zresztą tętnienie poniżej miejsca ucisku nie znika zupełnie, choć napełnienie żyły jest

mniejszym z powodu powstrzymanego dopływu krwi. O istnieniu tętna żylnego u zwierząt można się także przekonać drogą doświadczalną, wprowadzając do żyły szyjowej manometr wodny. Wtedy to odpowiednio do czynności serca zauważymy wahania w słupie wody manometru.

Co się tyczy stosunku czasu, to należy przedewszystkiem rozstrzygnąć, czy tętno żylnę, podobnie jak tętno tętnicze, odpowiada skurczowi serca, czy też przypada w czasie innej fazy czynności serca. Gdyby tętno żylnę odpowiadało skurczowi serca, wtedy podnoszenie się i opadanie słupa cieczy, zawartej w manometrach, umieszczonych w żyłę i tętnicy szyjowej, powinno następować jednocześnie. Bezpośrednia jednak obserwacja nie potwierdza takiego przypuszczenia. Dla ścisłego zaś oznaczenia, jakiej fazy czynności serca odpowiada rozkurcz, a jakiej skurcz żyły, najlepiej uciec się do metody graficznej, kreśląc jednocześnie dwie krzywe na jednym i tym samym walcu, któreby odpowiadały ruchom tętnicy i żyły szyjowej. Postępując w podobny sposób Riegel przekonał się, iż w czasie napelniania się tętnicy żyła opada i na odwrót w czasie kurczenia się (*systole*) tętnicy, żyła napelnia się, nabrzmiewa (*diastole*). Tego rodzaju tętno żylnę odpowiada w zupełności t. z. ujemnemu tętnu *Mosso*. Wyrażenie „ujemne tętno“ nie oznacza nic innego, jak tylko że tętno żylnę zachowuje się inaczej, aniżeli tętno arteryjalne, t. j. że znika podczas występowania tętna arteryjalnego i na odwrót.

Z rysunku graficznego tętna żylnego okazuje się, iż jest ono anadikrotyczne i katamonokrotyczne.

Jakie ma znaczenie anadikrotyzm?

Z rozpatrywania rysunku okazuje się, iż stosunek czasu oddzielnych faz w obu naczyniach jest odwrotny. Ramię wstępujące tętna arteryjalnego, odpowiadające skurczowi serca jest krótkie, gdy tymczasem tętna żylnego jest długie i na odwrót ramię zstępujące pierwszego jest wydłużone, a ostatniego krótkie. Ale nie dość na tem, ramię wstępujące tętna arteryjalnego jest mniej więcej tak długie, jak ramię zstępujące tętna żylnego i odwrotnie, czyli innymi słowy: skurczowi serca odpowiada rozkurcz tętnicy, przy czem jednocześnie żyła opada, rozkurczowi zaś serca odpowiada skurcz, zwężenie tętnicy, żyła zaś wtedy nabrzmiewa, a ramię wstępujące tętna żylnego przedstawia *anadikrotyzm*. Jednocześnie więc ze skurczem tętnicy, nabrzmiwanie żyły odbywa się w dwóch odstępach (*in zwei Absätzen*). Mniej więcej w połowie ramienia wstępującego następuje przerwa. Najwyższy punkt wzgórka, znajdującego się przed tą przerwą, przypada jednocześnie z zamknięciem zastawek półksiężycowych. Tym sposobem upada przypuszczenie, jakoby pierwszy wzgórek ramienia wstępującego tętna żylnego zależał od skurczu przedsionka, przeciwnie, skurczowi, przedsionka odpowiada raczej drugi wzgórek ramienia wstępującego, zatem ten który poprzedza opadanie żyły.

Z kolei zachodzi pytanie, czy tętno żylnę, spotykane u ludzi w prawidłowych warunkach, odpowiada, pod względem swej postaci, a zwłaszcza stosunku czasu, tętnu żylnemu? Odpowiedź brzmi twierdząco. Jeśli za pomocą czułych przyrządów graficznych zdołamy nakreślić, na obracającym się na około swej osi walcu, dwie krzywe, z których jedna odpowiadałaby ruchom żyły, a druga ruchom tętnicy szyjowej, to znajdziemy nie tylko anadikrotyzm i katamonokrotyzm (w tętnie żylnem), jaki się otrzymuje przy wewnątrz-naczyniowem badaniu ruchów żyły, lecz i stosunek czasu będzie ten sam, co u zwierząt. Z rysunków graficznych widać, że rozkurczowi tętnicy odpowiada opadnięcie żyły (skurcz żyły), długie zaś anadikrotyczne ramię żylnę przypada w czasie skurczu tętnicy. Jednocześnie ze skurczem serca, który powoduje rozszerzenie tętnicy, światło żyły się zmniejsza, w czasie zaś rozkurczu serca, który wywołuje kurczenie się tętnicy, żyła znowu nabrzmiewa. W krzywych, wyobrażających ruchy tętnicy i żyły szyjowej człowieka zdrowego, pierwszy

wierzchołek anadikrotycznego ramienia przypada w czasie zamykania się zastawek półksiężycowych. drugie zaś wzniesienie anadikrotycznego ramienia, które jest krótsze i więcej stromo wznosi się ku górze, wyprzedza nieco skurcz serca. Należy więc przypuścić, że drugi wzgórek ramienia wstępującego tętna żylnego odpowiada, pod względem czasu, skurczowi przedsionka. Oczywiście, postać tętna żylnego może uleść pewnej zmianie, stosownie do większego lub mniejszego napełnienia krwią żył, jak również stosownie do większej lub mniejszej siły i szybkości ruchów serca. Niekiedy anadikrotyczne ramię składa się nie z dwóch, lecz z 3 wzgórków, ramię jednak zstępujące pozostaje zawsze monokrotycznym.

Słowem, obliczenia czasu trwania części składowych tętna żylnego doprowadziły autora do wniosku, iż pierwszy wzgórek anadikrotycznego ramienia tętna żylnego nie odpowiada, jak to dotychczas sądzono, skurczowi przedsionka, lecz raczej—początkowi skurczu tętnicy, *resp.* tej fazie czynności serca, która bezpośrednio poprzedza zamykanie się zastawek półksiężycowych. Dopiero drugi wzgórek jest wyrazem skurczu przedsionka. Masso uważał skurcz serca za najważniejszy czynnik w powstawaniu ujemnego tętna żylnego. Sądził on, że z powodu skurczu serca, *resp.* odpływu krwi z klatki piersiowej, powstaje ujemne ciśnienie w tej ostatniej, co znowu wpływa na zwiększenie przyływu krwi z żył do prawego serca. Że tłómaczenie to jest błędem, okazuje się już z tego, iż u zwierząt, nawet po otwarciu klatki piersiowej, tętno żyłne nie znika.

Główny czynnik, jaki przy objaśnieniu powstawania tętna żylnego, w czasie skurczu serca, trzeba mieć na względzie, jest jednocześnie z nim rozkurcz przedsionka. Ten ostatni (rozkurcz) ułatwia nagle dopływ krwi z żył do przedsionka, wskutek czego powstaje nagle odpadnięcie żyły (*collapsus*) podczas skurczu serca. Odwrotnie, skurcz przedsionka wywołuje zastój krwi w żyłach, powstrzymuje odpływ krwi z żył do serca, a nawet przy pewnej sile jest w stanie odrzucić pewną ilość krwi w kierunku żył. Zresztą w prawidłowych warunkach, wsteczny ten strumień krwi nie dochodzi do żył szyjowych, gdyż wielkie pnie żyłne, znajdujące się wewnątrz klatki piersiowej, są w stanie pomieścić w sobie ilość krwi, odpowiadającą fali zwrotnej.

Tym sposobem Riegel ujemne tętno żyłne czyni zależnym od wpływu, jaki wywierają oddzielne fazy czynności serca na przyływ krwi żyłnej do serca.

Przechodząc do tętna żylnego patologicznego, autor ma na myśli tętno żyłne w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, t.j. ruchy żył szyjowych, współczesne uderzeniom serca, powstałe wskutek wstecznej fali krwi, zmierzającej od prawej komórki do żył szyjowych. W takim też znaczeniu pojmował Bamberger pierwotnie tętno żyłne. Friedreich zaś starał się wytłómaczyć powstawanie podobnego tętna żylnego za pomocą niedomykalności zastawek żył szyjowych. Według zdania Riegela, tętno żyłne Friedreich'a należało prawdopodobnie do prawidłowego ujemnego tętna żylnego.

Charakterystyka rzeczywistego tętna żylnego, jakie się spotyka przy niedostateczności zastawki trójdzielnej, nie polega ani na postaci, ani na sile, ani na wielkości tętna, lecz tylko na stosunku czasu.

Przy niedostateczności zastawki trójdzielnej i zastawek żył szyjowych, krew w czasie skurczu komórki płynie nie tylko w kierunku prawidłowym, t.j. ku tętnicy płucnej, lecz część jej zostaje wyrzuconą po za niedomykającą się zastawkę do prawego przedsionka, a nawet do żył szyjowych. U osób zdrowych, skurcz przedsionka tamuje odpływ krwi z żył do serca, rozkurcz zaś przedsionka, przypadający w czasie skurczu komórki, sprzyja odpływowi krwi; ztąd też powstaje tętno do-

datne przedskurczowe (*präsysistolisch positiver Venenpuls*) i tętno ujemne skurczowe (*sysistolisch negativer*). I przy niedostateczności zastawki trójdzielnej, skurcz przedsionka wpływa ujemnie na dopływ krwi do serca, tembardziej, iż przedsionek znajduje się zwykle w takim razie w stanie znacznego rozszerzenia i przerostu. Krew, w czasie skurczu przedsionka, z trudnością odpływa do serca, ztąd też powstaje przedskurczowe nabrzmiewanie żyły, a zwrotny strumień krwi dochodzi dalej, aniżeli w prawidłowym stanie. Z drugiej znowu strony, podczas gdy w prawidłowym stanie u człowieka tętno żyłne staje się ujemnem (t. j. że żyła opada), w czasie skurczu serca (komórki), nie wskutek tego ostatniego, lecz wskutek jednoczesnego rozkurczu przedsionka, to przy niedostateczności zastawki trójdzielnej zachodzą inne warunki. Podczas skurczu komórki pewna część krwi przechodzi z komórki do przedsionka, a jeśli skurcz jest dość silny, układ zaś żylny przepelniony, to w czasie skurczu żyła nie może się opróżnić (opadać), nawet nabrzmiewa, przyjąwszy oczywiście, że jednocześnie zastawki żyły szyjowej nie domykają się należycie. Tętno zatem przy niedostateczności zastawki trójdzielnej cechuje się tem, że jest przedskurczowo-skurczowem, t. j. że żyła nabrzmiewa tak w czasie skurczu przedsionka jak i skurczu komórki. Dopiero w czasie następującego rozkurczu, krew znowu swobodnie odpływa do serca, ztąd rozkurczowe opadanie żyły.

Nadmienić jednak należy, iż tętno żyłne zachowuje przy niedostateczności zastawki trójdzielnej powyższe cechy tylko wtedy, jeśli siła serca jest dość znaczna. W przeciwnym zaś razie, choć w czasie skurczu serca powstanie wsteczny prąd krwi, zmierzającej od komórki do przedsionka, jednakże będzie on słabym i nie dojdzie aż do żył szyjowych. W takim przypadku nie otrzymamy nagłego, silnego skurczowego nabrzmiewania żyły, jak to bywa przy rzeczywistem tętnie żylnem, przy niedostateczności zastawki trójdzielnej. Podobnie nie zauważymy skurczowego opadnięcia żyły, jak to się zdarza u człowieka zdrowego, lub w przypadkach zwykłego zastoju bez niedostateczności zastawki trójdzielnej.

W każdym razie tętno żyłne przy niedostateczności zastawki trójdzielnej odznacza się tem, iż jest przedskurczowo-skurczowem, w przeciwieństwie do tętna żylnego prawidłowego, które jest rozkurczowo-przedskurczowem.

Daleko mniejsze znaczenie, aniżeli powyżej opisane postacie tętna, ma t. z. tętno opuszkowe (*Bulbuspuls*); oznacza ono rzeczywistą falę zwrotną, która dochodzi aż do zastawek opuszki żyły szyjowej, zatem wsteczną falę krwi, która dalej sięga aniżeli w prawidłowych warunkach. Dopóki zastawka trójdzielna domyka się, dopóty zwrotna fala krwi wystąpi tylko w czasie skurczu przedsionka, a jeśli prócz tego i zastawki żył szyjowych nie uległy żadnej zmianie, to odbije się ono o nie — słowo powstanie przedskurczowe tętno żyłne opuszkowe (*Bulbuspuls*). Skoro zaś i zastawki żył szyjowych staną się niedomykalnymi, już to wskutek długotrwałych i częstych uderzeń krwi (*Anpralls*), już to wskutek coraz silniejszego rozszerzenia światła żyły, wtedy może powstać tętno żyłne wsteczne (*rückläufiger Venenpuls*) sięgające dalej, aniżeli zwykle; w każdym jednak razie będzie ono zawsze przedskurczowem tętnem żylnem.

Inaczej rzecz się ma przy niedostateczności zastawki trójdzielnej. Dopóki zastawki żył szyjowych się domykają, dopóty wsteczna fala krwi będzie mogła dojść tylko do zastawek opuszki żyły szyjowej (*Bulbus*) — da więc początek tętnu żylnemu opuszkowemu (*Bulbuspuls*). Lecz w takim razie, powstanie nietylko w czasie skurczu przedsionka wsteczna fala krwi sięgająca aż do zastawek żył szyjowych, lecz i w czasie skurczu komórki wytwarza się fala wsteczna, wskutek wyrzucenia pewnej ilości krwi z komórki do przedsionka. Fala ta dojść może aż do zastawek opuszki żyły szyjowej. Czy to jednak nastąpi lub nie, zależy głównie od siły i energii skurczów serca.

Co się tyczy przypadków, w których zachodzi wątpliwość, czy mamy do czynienia z tętnem tętniczym, które udziela się żyły, czy też z rzeczywistym, samodzielnym tętnem żylnym, to Riegel nie przypisuje uciskowi tętnicy ważnego znaczenia pod względem rozpoznawczym. Często nie udaje się ucisnąć tętnicy, albo też uciska się jednocześnie i tętnicę i żyłę, lub też przez uciskanie tętnicy szyjowej wywołuje się niekiedy tak znaczne przesunięcie żyły, iż niepodobna nic stanowczego powiedzieć, co do jej zachowania się. Autor opiera się na innym kryterjum: tętno arteryjalne wyróżnia się tem, iż rozszerzenie tętnicy następuje bardzo szybko, skurcz jej zaś przeciwnie odbywa się powoli. Tętno zaś żyłne odznacza się wprost przeciwnymi cechami, bez względu na to, czy jest ono prawidłowem, czy też patologicznem, lub ściślej mówiąc — ujemnem lub dodatniem. Rozszerzenie żyły następuje zawsze znacznie wolniej, aniżeli tętnicy, podczas gdy skurcz, opadnięcie żyły (*systole*), przychodzi do skutku w znacznie krótszym czasie, aniżeli skurcz tętnicy. Skurcz żyły (*systole*) trwa mniej więcej tak długo, jak rozkurcz tętnicy, a rozkurcz (*diastole*) żyły zajmuje tyleż czasu, co skurcz tętnicy.

Drugie ważne pytanie, jakie się następuje w praktyce jest: czy tętno żyłne jest ujemnem, czy też dodatniem, t. j. przedskurczowem czy też skurczowem. Dotyczy to także i tętna opuszki żyły szyjowej (*Bulbuspuls*). Poprzednio wspomniano, że prawidłowe tętno żyłne jest dodatniem w czasie przedskurczu (*praesystolisch positiv*), a ujemne podczas skurczu (*systolisch negativ*), tętno zaś przy niedostateczności zastawki trójdzielnej jest dodatniem w czasie skurczu serca. Dla wyróżnienia tętna przedskurczowego od skurczowego należy kierować się następującymi względami: przedewszystkiem dla porównania nie należy wybierać uderzenia serca (*Herzschoc*), lecz tętno tętnicy szyjowej. Dotykając tętnicę szyjową z jednej strony, a z drugiej śledząc zachowanie się żyły szyjowej, zauważymy następujące różnice: przy istnieniu ujemnego tętna żylnego, jak również i wzmocnionego przedskurczowego, żyła zaczyna nabrzmiewać już przed wystąpieniem skurczu przedsionka, t. j. w początku skurczu tętnicy; jednocześnie ze skurczem przedsionka, zatem bezpośrednio przed zjawieniem się tętna arteryjalnego widać powtórne podnoszenie się żyły. Jeśli nawet to ostatnie nie przedstawia się w postaci silniejszej fali, to jednakże rozszerzenie żyły trwa, poczem jednocześnie z pojawieniem się tętna arteryjalnego, ścianki żyły opadają.

Prawda, że kierując się nawet powyższym sposobem badania, często trudno oznaczyć, że powtórne rozszerzenie się żyły, odpowiadające przedskurczowi, wyprzedza nieco tętno arteryjalne. Wtedy może się zdawać, że zjawia się ono jednocześnie z tętnem arteryjalnem. Za kryterjum rozpoznawcze służy ta okoliczność, iż powtórne rozszerzenie żyły trwa zwykle krócej, aniżeli tętno arteryjalne, wyprzedza to ostatnie, ale nigdy nie trwa dłużej niż ono.

Inaczej rzecz się ma z dodatniem (pozytywnem) tętnem żylnym przy niedostateczności zastawki trójdzielnej. Przyłożwszy palec na tętnicę szyjową z jednej strony, a śledząc jednocześnie wzrokiem poruszenie żyły szyjowej drugiej strony szyi, zauważymy powolne rozszerzenie się żyły, lecz to rozszerzenie się jej, nabrzmiewanie, ma miejsce podczas całego skurczu serca, bez względu na to, czy odbywa się od jednego razu, lub też z przerwą (*in zwei Absätzen*). Rozszerzenie to trwa dłużej aniżeli rozkurcz tętnicy (*systole*), przedstawiający się na rysunku graficznym w postaci linii wstępującej i trwa ono jeszcze w chwili opadania tętna arteryjalnego, a kończy się dopiero z wystąpieniem wzgórka, powstającego wskutek zamykania się zastawek półksiężycowych. Ramię wstępujące rzeczywistego tętna żylnego rozpoczyna się później, aniżeli tętna żylnego prawidłowego — to ostatnie rozpoczyna się ze skurczem tętnicy, pierwsze zaś przy

końcu rozkurczu serca, *resp.* skurczu przedsionka — lecz za to trwa w ciągu całego skurczu, podczas gdy ostatnie z początkiem skurczu serca znika. Zapomocą przytoczonego sposobu można odróżnić tętno żyłne dodatnie od ujemnego. To samo tyczy się także przedskurczowego i skurczowego tętna opuszki żyły szyjowej (*Bulbuspuls*).

W końcu swej rozprawy zwraca autor uwagę na to, iż niekiedy dla odróżnienia tętna żylnego dodatniego od ujemnego, może posłużyć ta okoliczność, iż tętno żyłne dodatnie (pozytywne) staje się silniejszym, skoro siła serca wzmaga się, gdy tymczasem tętno żyłne, które występuje wskutek znacznego zastojów w układzie żylnym, przy silniejszych uderzeniach serca, *resp.* przy zmniejszeniu zastojów, traci na swej wyrazistości. Najważniejszym jednak kryterjum pozostaje zawsze metoda graficzna — należy tylko kreślić jednocześnie i tętno żyłne i tętno arteryjne.

Volkmann's Sammlung. klin. Vorträge Nr. 227.

J. Paciński.

ZJAZD IV LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU.

W minionym roku mimo kilku odezw, jakie Wydział gospodarczy wysłał do czasopism tak naukowych jako i politycznych wszystkich dzielnic polskich, a nawet do bardzo wielu osób, nie zbyt liczne nadechodziły zapowiedzi udziału w Zjeździe. Za to w bieżącym roku, po poprzednim wysłaniu imiennego zaproszenia do wielu uczonych lekarzy i badaczy przyrody, w Galicji, Królestwie i Księstwie, jako też za granicą żyjących, tej doznał Wydział przyjemności, że w krótkim czasie, nie tylko zapowiedzi wykładów, ale wszechstronnie prawie odbiera zapewnienie szczerzej sympatii dla Zjazdu wraz ze życzeniem, wpływającym z dobrego zrozumienia rzeczy, by Zjazd jak najświetniej się udał. To też żyjemy nadzieją, że to zajęcie się Zjazdem nie tylko nie ustanie, lecz przeciwnie, coraz szersze obejmie koła, tak, że świetne powodzenie Zjazdowi zapewnionem będzie.

Mamy też to przekonanie, że każdy lekarz i przyrodnik polski, nawet bez odebrania osobistego zaproszenia, a łatwo nie ze złej woli, ale dla nieznajomości dostatecznego adresu, nie jednego uczonego Wydział gospodarczy pominąć może, weześnie, gdy tylko stosunki na to zezwolą, o zamiarze wzięcia udziału w Zjeździe nam doniesie.

Czas Zjazdu, mającego się odbyć od 2—5 Czerwca b. r., może nie dla wszystkich dzielnic Polski równie jest dogodnym. Wydział atoli przekonał się, że dla różnorodnych stosunków w poszczególnych ziemiach Polski niepodobna oznaczyć terminu dla wszystkich zarówno dogodnego, ale raczej do większości stosować się wypada, a zapatrywając to podzielają nawet ci, którzy najwięcej innego terminu sobie życzyli, o czem ponownie nas zapewniamy.

Ilość dotychczas zapowiedzianych wykładów wynosi 31.

Oto nazwiska prelegentów i tytuły wykładów:

1. D-r Wł. A. Głuziński: Poszukiwania nad trawieniem żołądkowem białka w różnych stanach chorobowych w celu rozpoznawczym i leczniczym.
2. Tenże: O sprawach septycznych ze stanowiska medycyny wewnętrznej.
3. Tenże: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka.
4. D-r W. Jaworski: Doświadczenia nad zachowaniem się składników wody karlsbadzkiej w żołądku ludzkim w stanie fizjologicznym i patologicznym, z uwzględnieniem wpływu leczniczego teje w chorobach przewodu pokarmowego.
5. Prof. Browicz: O zapaleniu chronicznem ze stanowiska *porencephalia*.
6. Tenże: *Porencephalia*.
7. D-r Króweżyński: O leczeniu śluzotoku przewlekłego cewki moczowej.

8. Tenże: O wpływie odziedziczania na życie indywidualne i narodowe.
9. Prof. D-r K o r c z y ń s k i: Wpływ mechanicznego drażnienia nerwu błędnego na ruchy oddechowe.
10. Tenże: Znaczenie kliniczne obliczeń ilości ciałek krwi.
11. Tenże. O niedokrwistości złośliwej.
12. Tenże: Przyczynę do statystyki zapalenia płuc.
13. Tenże: Wpływ błedniej ustrojowej na przebieg tyfusu brzuszkiego.
14. D-r Alfred W o l f r a m: O prątkach gruźliczych.
15. Tenże: Wyniki doświadczeń przedsiębranych z kilkoma nowymi lekami.
16. D-r K e m p i ń s k i: (Sosnowice). O stanie zdrowia ludu kujawskiego i kaliskiego — szkice medyczo-etnograficzne.
17. P. S u l i m i e r s k i Filip. (Warszawa): O brakach w naszym krajoznawstwie i o projekcie założenia w Warszawie towarzystwa krajoznawczego.
18. Prof. W o b e r s k i, Tarnopol: *Phytophthora infestans* de By, mające na celu usunięcie zarazy kartoflowej.
19. P. Č e n ě k Z a h á l k a, prof. na real. gymn. v Roudnici v Čechách — O geologicznych poměřech pyropových náplavů v Českém Středochofi.
20. D-r G e p n e r. Warszawa: O skuteczności przecięcia mięśni prostych zewnętrznych przy postępującej krótkowzroczności osób pochodzących z rodziów krótkowzrocznych.
21. P. S y r o c z y ń s k i. Lwów, inżynier wydz. krajowego: O przyzyczeniu się naukowych badań do postępu górnictwa olejów ziemnych w Galicyi.
22. D-r S z u m a n z Torunia: Osteotomija w obec sposobu przeciwnalnego opatrywania ran.
23. Prof. D-r G o d l e w s k i. Dubliny: O teorii ruchu wody u roślin.
24. Tenże: O stosunkach nasiąkliwości tkanek drzewnych.
25. D-r R y d y g i e r z Chelмна: Odczyt pracy eksperymentalnej z demonstracyjami (tytuł później będzie podany).

Dalej zapowiedzieli wykłady bez podania tematu:

26. Prof. M i k u l i e z.
27. Prof. C h a ł u b i ń s k i.
28. Prof. R e h m a n.
29. Prof. S z o k a l s k i.
30. D-r A. S o k o ł o w s k i.
31. D-r F r. C h ł a p o w s k i

Z gotowością podjęcia się referatu do zadań mających się ogólnie rozbiierać w sekeyjach Zjazdu, zgłosiło się łaskawie dwóch panów, a mianowicie:

1. D-r S z u m a n z Torunia do zadania: Jak można sposoby opatrywania ran przeciwnalnie najlepiej zastosować do zwykłej praktyki lekarskiej i do leczenia ubogich chorych?
2. D-r R y d y g i e r z Chelмна do zadania: Jakie są najnowsze sposoby opatrywania ran kooperacyjnych?

Ostatni przyobiecał nadto odpowiednimi okazami objaśnić swój referat.

Wydział gospodarczy z wdzięcznością zapisywać będzie dalsze zgłoszenia się z podjęciem referatów do ogłoszonych już zadań, jako też wszelkie nowe referaty, a niemniej chętnie przyjmie wszelkie życzliwe wskazówki dotyczące przyszłego Zjazdu.

W końcu z przyjemnością zaznaczyć nam wypada, że D-r K o p e r n i e k i, udzielając wydziałowi w obszernym liście zapatrywań swych co do utworzenia sekeyi antropo-archeologicznej, następujące poleca zadania dla tej sekeyi do ogólnego rozbioru.

- A. Z a n t r o p o l o g i i: 1. O doniesłości naukowej spostrzeżeń antropometrycznych na osobach dorosłych żywych wszelkich narodowości, na ziemiach dawnej Polski istniejących.
2. W jaki sposób dalyby się systematycznie zbierać w pojedynczych miejscowościach spostrzeżenia antropometryczne na osobach dorosłych (25—50 letnich) obojej płci ludności wiejskiej oraz żydowskiej?

3. W jaki sposób możnaby spostrzeżenia podobne czynić na więźniach obojej płci, po domach karnych, oraz na młodych ludziach, stawiających się do wojska przy urzędach konskrypcyjnych? i

4. Czy i w jaki sposób możnaby zużytkować księgi konskrypcyjne dla zebrania danych liczebnych o rocznym przybytku wzrostu u mężczyzn, w latach obowiązujących do stawienia się dla konskrypcyi?

5. Czy w krajach, zostających pod panowaniem pruskim i rosyjskim, po urzędach gminnych, miejskich i wiejskich są o tyle dostępnymi księgi metryczne zgonów, aby z nich można było czynić wyciągi potrzebne dla badań statystyczno-antropologicznych o trwaniu życia? i w jaki sposób możność tego wyzyskać należy?

Z *Archeologii* przedhistorycznej: 1. Jakże istnieją podobieństwa lub różnice między zabytkami przedhistorycznymi (grodziskami, osadami, mogiłami, emmentarykami, ciałopalnymi i nieciałopalnymi) dawnych ziem Wielkiej i Małej Polski w porównaniu z tegoż rodzaju zabytkami w sąsiednich krajach zachodniej Słowiańszczyzny, t. j. szlaskimi, czeskiemi i łużyckimi?

2. Co jest cechującego w wyrobach kamiennych i krzemiennych oraz z kości i rogu jeleniego, poznanych dotąd na ziemiach dawnej Wielko i Małopolski i jaki jest ich stosunek archeologiczny do zabytków wyżej wymienionych.

3. Co jest cechującego w wyrobach metalowych, znajdowanych tamże i jaki jest ich archeologiczny stosunek do wyrobów i zabytków wyżej wymienionych?

4. Czem się cechuje ceramika przedhistoryczna tychże ziem Polskich, w porównaniu z ceramiką wyżej wymienioną krajów sąsiednich?

Panowie zajmujący się antropologią lub archeologią, którzyby chcieli podjąć się na Zjeździe referatu do krtogokolwiek z powyższych zadań, raczą donieść o tem niżej podpisanemu przewodniczącemu lub też sekretarzowi (p. D-rowskiemu) wydziału gospodarczego, ile możności w jak najkrótszym czasie.

D-r B. Wicherkiewicz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Bawił tu w ubiegłym tygodniu Dr. Mikulicz (profesor chirurgii uniwersytetu Jagiellońskiego), wezwany był w celu zrobienia owaryotomii.

— D-r. Nencki chemik szpitali Warszawskich został etatowym chemikiem, w skutek czego lekarze szpitalni mogą mu przysłać wszelkie wydzielniny do rozbioru, bez wystawiania zarządów szpitalnych na osobne zapłaty.

— W dziale reklam „Kurjera Warszawskiego” (Piątek d. 8 b. m. wydanie wieczorne) z oburzeniem przeczytaliśmy ogłoszenie następującej treści: „D-r. Wyszynski leczy dyfteryt, szkarlatynę i w ogóle choroby zapalne, specjalnie kefirem i środkami sympatycznymi” przyjmuje i t. d.“.

Oburzenie nasze nie dotyczyło bynajmniej osoby kolegi W., gdyż ani na chwilę nie śmieliśmy przypuszczać, że on sam był autorem tego ogłoszenia, ubliżającego w tak wysokim stopniu równie jemu samemu jak i całemu stanowi lekarskiemu i byliśmy przekonani, że stał się on ofiarą nikczemnej intrygi. To też z prawdziwym zadowoleniem dowiedzieliśmy się już z następnego numeru „Kurjera”, że przypuszczenie nasze było zupełnie słusznem. Redakcyja rzezonego pisma odwołuje ogłoszenie owe, wyrażając przytem nadzieję, że uda jej się wykryć autora owego niecnego ogłoszenia, co ze wszech miar byłoby rzeczą pożądaną, aby można było publicznie skarcić człowieka, który z zapłotu śmie szarpać cześć jednostki i zarazem całego stanu lekarskiego.

Najzapalczywszy **KATAR WYLECZONY**
 SZYBKO I NIEKOSZTOWNIE PRZEZ POŁKNĘCIĘ
 DWÓCH

KAPSULEK GUYOTA

PRZY KAŻDEM JEDZENIU

Dawniej kapsułki te czarne i nieprzyjemne do połknięcia, są
 teraz białe i podobne do cukierka.

Na każdej kapsułce wydrukowany podpis: Guyot.

Smolę w kapsułkach GUYOTA zawartą znoszą najdelikat-
 niejse żołądki.

Uwaga. Dzieci i osoby
 nie umiejące połkać tych
 kapsulek mogą używać

PREPAROWANEGO

CIASTA REGNAUD

19, rue Jacob.

*Na stykcie powinien być
 ten podpis w trzech kolorach*

Znajdują się we wszystkich
 aptekach

FABRYKACJA I RYCZAŁTOWA SPRZEDAŻ: 19 RUE JACOB W PARYŻU.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katar, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
 Znajduje się we wszystkich aptekach.

ZAPALENIE OSKRZELI, KASZEL, KATAR
 KATAR Płuc i osłabienie
 piersiowe, SUCHOTY PŁUCNE, Astma

Wyleczenie szybkie i niezawodne przez użycie

KROPEL LIWONIENSKICH

(GOUTTES LIVONIENNES)

TROUETTE-PERRET

Składających się z Kreozotu bukoowego, Smoły Norwęgskiej i Balsamu Tolutanskiego

Przetwór ten, leczący niezawodnie wszystkie choroby dróg oddechowych, zale-
 canym jest przez znakomitych lekarzy jako jedyny skuteczny środek w tych cho-
 robach; on jeden nie tylko nie obciąża żołądka, ale go wzmacnia, uzdrowia,
 pobudzając przytem apetyt. W przypadkach chorób, nawet najoporeczniejszych,
 dla osiągnięcia dobrego skutku wystarcza użycie dwóch kropel, rano i wieczorem.

Skład główny: TROUETTE-PERRET, 165, rue Saint-Antoine, w PARYŻU
 jak również we wszystkich głównych aptekach. — Dla uniknięcia fałszerstw należy
 uważać na stempel Państwa Francuskiego znajdujący się na każdej flasce.

PROSZKI DO ZĘBÓW · PELLETIER'A

CZEŁONKA PARYŻKIEJ AKADEMII LEKARSKIEJ

ODONTYNA PELLETIER'A

ELIXIR PELLETIER

Nadaje białości zębom bez psucia emalii i wstrzymuje próchnienie.

Wzmacnia dziąsła, usmierza ból zębów, perfumuje usta.



Każde pudełko za-
lepione jest pieczęt-
ką tu wydrukowaną,
w czterech kolorach.

Każdy flakonik ob-
lepiony jest pieczęt-
ką tu wydrukowaną,
w czterech kolorach.



FABRYKA w domu L. FRERE 19 rue Jacob w PARYŻU.
U wszystkich Aptekarzy i w Składach perfum.

CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w enkrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skry-
stalizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie
ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w płynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu
jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon
zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszej wodanu chloralu

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche
w Rossyi we wszystkich główniejszych aptekach, i składach materyjalów aptecznych.

NA 10 PRZYPADKÓW 8 RAZY

Uspakajają się w przeciągu kilku minut **MIGRENY I NEWRALGIE**

przez użycie PEREŁEK ESSENCYI TERPENTYNOWEJ D-ra CLERTAN

Każdy flakonik zawiera 30 perełek, co stanowi kilka kopiejek na każde leczenie.

Jeżeli słaby żołądek lub obstrukcyja jest
powodem migreny, wtedy należy używać

WĘGLA D-ra BELLOC

Podpis
etykiecie

na

Dr. Belloc

Essencya Terpentynowa w pereł-
kach Dr. CLERTAN jest che-
micznie czysta.

Na każdym
flakoniku
jest podpis

Clertan
Dr. Clertan

FABRYKACYA I BYCZALTOWA SPRZEDAŻ
19 rue Jacob w PARYŻU.
ZNAJDUJĄ SIĘ U WSZYSTKICH APTEKARZY

SYROP CHRZANO-JODOWY

SIROP DE RAIFORT IODÉ

Preparowany na zimno przez Grimault.

Jest to ścisłe połączenie ze sokiem z roślin antyskroutycznych: rzerzuchy, chrzanu, warzęchy i wodnej koniczyny, niezłych na działania krochmalu. Nieszkodliwość tego przetworu dla żołądka i wnętrzości powoduje, że jest najwięcej używanym ze wszystkich mieszanin syropowych, składających się z jodku potassu i jodku żelaza i czyni go cennym środkiem dla medycyny w chorobach dzieci, jako to: strupy na ciele niemowląt, limfatyczność i suchoty.

Syrop chrzano-jodowy używanym jest w Paryżu na wielką skalę, jako środek zastępujący tran, wydobywany z wątroby dorsza, nie wywołując najmniejszej nudności.

Każda łyżka stołowa równa się 5 centygramom jodu: dawka przepisywana dla dzieci jest łyżka stołowa rano i wieczór: a dla dorosłych 2—4 łyżek.

Składy: w Paryżu 8 rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

FOSFORAN ŻELAZA

(Pyrophosphate de Fer et de Soude)

LERASA Doktora Umiejętności.

Środek ten w stanie ciekłym jako roztwór przezroczysty, albo też jako syrop bezbarwny, zawsze bez smaku żelaza, nie działa szkodliwie na zęby, nie sprawia ztwardzenia i może być zniesionym przez najdelikatniejsze żołądki, łączy w sobie pierwiastki wyrabiające krew i kości t. j. żelazo i kwas fosforowy.

Jedna łyżka stołowa zawiera 20 centygramów fosforanu żelaza i sody. Skutecznie używanym jest przeciwko bladaczce i w cierpieniach pochodzących z niedokrwiłości.

Składy: w Paryżu 8, rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

SANTAL MIDY

APTEKARZA I-ej KLASY W PARYŻU.

Kapsułki zawierają zupełnie czysty Wyciąg drzewa Santalowego cytrynowego z Bombay. Mnóstwo doświadczeń poczynionych w wielu szpitalach Paryzkich wykazało, iż wyciąg drzewa Santalowego cytrynowego odznacza się działaniem daleko skuteczniejszym aniżeli Kopajwa, Kubeba i olejek terpentynowy. Przy użyciu wspomnianego przetworu leczniczego zastosowanie jakiegobądź środków zewnętrznych staje się zbytecznym, a w ciągu dwóch lub trzech dni ustępują wszelkie cierpienia zaraźliwe, nawet najboleśniejsze i najbardziej zastarzałe, przyczem wszakże moc nie nabiera złej woni. Nie wywołuje odbijania się, wymiotów, bulw brzucha i rozwolnienia; skutecznym również bywa przy katarze pęcherza i krwawieniu z pęcherza.

Skład: w Paryżu 8, rue Vivienne i we wszystkich znaczniejszych aptekach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 49,

oraz w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—3

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa
lekarskiego galicyjskiego.

Rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1884 r. rok dwudziesty trzeci istnienia i wychodzić będzie nadal jak dotąd w Soboty w objętości 1½ arkusza.

Prenumerata Przeglądu lekarskiego z przesyłką pocztową **bezpośrednio** wynosi:

	w Królestwie Pol- skiem i Cesarstwie Rosyjskiem:	w Cesarstwie Niemieckiem	we Francyi i Belgii
rocznie .	8 zlr. 80 ct.	16 Marek	24 franki
półrocznie	4 „ 40 „	8 „	12 „
kwartalnie	2 „ 20 „	4 „	6 „

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie—Administracja, w Warszawie—pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu—p. Adam, rue Clement, 4.

W Przeglądzie Lekarskim zamieszcza się ogłoszenia, po cenie 8 ct. (6 kop.) za wiersz jedne szpaltowy drobnym pismem.—W Paryżu oprócz p. Adam, przyjmuje ogłoszenia p. Dobrowolski Faub. St. Martin, 57.

Wszystkie prace umieszczone w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jako też nieoryginalne są honorowane.

Adres Redakcyi: **Kraków, ulica Szewska 16** (pod toporkiem).

Adres Administraeyi: **Kraków, Sienna 14.**

6—6

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych na piersi, żołądek, bezkrwistych lub mających bladaczkę, najlepszym i najprzyjemniejszym śniadaniem jest **BACAHOUT** des Arabes (Rakatu Arabskie), pokarm pożywny i wzmacniająca, przygotowany przez Delangrentera w Paryżu. Wystrzegać się podrobień.
Składy we wszystkich Aptekach Rossyli.

PRZECIWIW

Katarom, Grypie, Zapaleniu oskrzeli, Sirop i Pâte pectorale de Nafé, Delangrenier'a z Paryża posiadają skuteczność pewną i sprawdzoną przez Członków Francuskiej Akademii Medycznej; niezawierając w sobie ani Opium, ani Morfiny, ani Kodeiny, mogą być bez obawy dawane dzieciom dotkniętym Kaszlem albo Kokluszem.
Składy we wszystkich Aptekach Rossyli.

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

redagowane i wydawane przez **D-ra Gustawa Fritsche'go**

W WARSZAWIE.

Wychodzi w każdą Sobotę i zawiera:

1. Spostrzeżenia kliniczne oraz z praktyki prywatnej.
2. Sprawozdania z prac naukowych zamieszczonych w czasopiśmie lekarskich.
3. Przegląd bibliograficzny ważniejszych dzieł lekarskich tak w kraju jak i zagranicą wydanych.
4. Korrespondencje z rozmaitych ognisk naukowo-lekarskich.
5. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naukowych.
6. Wiadomości z higieny, medycyny publicznej i statystyki lekarskiej.
7. Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.
8. Wspomnienia pośmiertne etc.

PRZEDPŁATA WYNOŚI:

W Warszawie rs. 5 rocznie. Na prowincyi i w Cesarstwie rs. 6 rocznie. Można też przedpłatę półrocznie uiszczać.

Adres Redakcyi w Warszawie **Al. Jerozolimska № 34.**

3—2