

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Spostrzeżenia z kliniki prof. Lamblla. Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych. Podał Dr. S. Goldflam. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 20. O wskazaniach i sposobach wykonania laparotomii przy ciąży zamocicznej i opis przypadku wycięcia torbiela płodowego razem z dojrzałym płodem. 21. Badania nad fizyologicznym działaniem bromoformu. — **Odcinek.** Pierwsze sprawozdanie komitetu berlińskiego towarzystwa medycyny klinicznej w przedmiocie zbiorowego badania dziedziczności, zaraźliwości i wyleczalności suchót. O liczbie chorych nieprzyjętych w szpitalach Warszawskich w ciągu r. 1884. — **Wiadomości bieżące.** — **Odpowiedzi od Redakcyi i Administracyi.** — **Ogłoszenia.**

Spostrzeżenia z kliniki prof. Lamblla.

Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych

Podał **S. Goldflam**, ordynator kliniki.

I. Niemota ruchowa i zmysłowa.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 9).

Sekcya wykonana nazajutrz wykazała: Trup mężczyzny, lat kolo 25, średniego wzrostu, złego odżywiania, stopy obrzękle, mięśnie blade. Po otwarciu jamy brzusznej wypływa obfita ilość (funt 1) mętnego brudno-żółtego płynu. Otrzewna ścienna i trzewiowa zgrubiała, zwiotezała, o powierzchni niegładkiej, przedstawia liczne wynaczynienia krwi, wielkości łebka od szpilki do grochu, niezmywające się. Osierdzie na znacznej przestrzeni odkryte, zawiera mętny ze strzępkami włóknika zmięszany płyn w umiarkowanej ilości. Serce znacznie powiększone, długość jego wynosi kolo 20 ctm. szerokość 17 ctm. Powiększenie to dotyczy głównie lewego serca, którego ścianka wraz z warstwą mięśni brodawkowych wynosi 2½ ctm. Pojemność lewej komórki stosunkowo umiarkowanie tylko powiększona i wypełniona odbarwionym galaretowatym skrzepem, przedłużającym się z jednej strony do aorty, z drugiej do lewego przedsionka. Ten ostatni znakomicie rozszerzony. Zastawka dwudzielna, szczególnie jej brzegi i w mniejszym stopniu powierzchnia przedsionkowa, pokryta skrzepami odbarwionymi, lub jeszcze zabarwionymi, przedstawiającymi się w kształcie małych, licznie usianych brodawek, dających się oderwać i pozostawiających powierzchnię nierówną, owrzodziłą. Struny ścięgnowe tej zastawki złane ze sobą na całej długości, a więc i przy przyczepie zastawkowym, wierzchołki mięśni brodawkowych na znacznej przestrzeni ścięgnowo zwyrodniałe. Barwa mięśnia sercowego brunatna, przedstawia w niektórych miejscach szarawe plamy, nieregularnej formy (*myocarditis callosa*); mięsień suchy, dość twardy.

Zastawki półksiężycowe aorty zgrubiałe, szczególnie ich brzeg, który się przedstawia w kształcie wałka, pokrytego sterczącymi wyrosłami odbarwionego włóknika, pozostawiającymi po oderwaniu nierówny, wyzę-

biony brzeg; zastawki zrosłe ze sobą w miejscach zetknięcia. Wewnętrzna powierzchnia nierozszerzonej aorty gładka, z wyjątkiem ograniczonego owrzdzenia, pokrytego skrzepem w lewej zatoce Valsalvy (*sinus Valsalvae*); ścianka jej cienka, elastyczna. Zmian zresztą żadnych ani w łuku, ani w aorcie piersiowej i brzusznej nie ma. Prawe serce przerosłe (grubość ścianki $\frac{1}{2}$ ctm.), pojemność komórki zwiększona. Zastawka trójdzielną i tętnicy płucnej zmian żadnych nie przedstawiają.

Lewe płuco uciśnięte w dolnej części i przyrosłe do zewnętrznej powierzchni osierdzia; w górnym płacie nacieczone surowiczo. Przesięk również przedstawia prawe płuco, którego brzeg dotknięty jest rozedmą. W dolnych zrazach obu płuc spotyka się po kilka ograniczonych stwardnień, dochodzących do powierzchni, na przekroju ciemno-czerwonych i wystających (*infarctus*).

Błona śluzowa żołądka i cienkich kiszek blade, obrzękła i pokryta znaczną ilością śluzu. Błona śluzowa zaś kiszek grubych jest ciemno-czerwona i przedstawia miejscami drobne, płaskie owrzdzenia; zawartość płynna. Wątroba dość duża, brzeg ostry, z przecięcia wypływa dość dużo krwi, budowa zrazikowa wyraźna, środek zrazika ciemniejszy. Śledziona długości 20 ctm. przedstawia na powierzchni i brzegach zagłębienia, odpowiadające starym zawałom klinowatym, z podstawą ku powierzchni zwróconym, suchym i żółtym na przecięciu; oprócz trzech większych powierzchownych zawałów jest 5 mniejszych, nieregularnych, położonych w głębi śledziony. Nerki duże, blade-żółte, istota korowa mało się odróżnia od rdzeniowej, otoczką zrywa się łatwo, powierzchnia przedstawia bliznowate zagłębienia po zawałach.

Kości czaszki dość cienkie, przeświecające w miejscach odpowiadających granulacyom Pacchiona. Z przestrzeni podpajęcznej wylewa się znaczna ilość płynu mózgo-rdzeniowego. Opona twarda na wewnętrznej powierzchni gładka, lśniąca. Opona miękka w stanie znacznego surowiczego obrzęku, większe jej naczynia są umiarkowanie krwią wypełnione i wzdłuż nich ciągną się smugi zgrubiałej tkanki. Granulacye Pacchiona rozwinięte. Przeświecające zawoje mózgowie blade.

Wzdłuż lewej szczeliny Sylviusza (*fissura Sylvii sinistra*) ciągnie się żółte ognisko rozmięczenia (*m* figura 5), zagłębione w stosunku do otaczających zdrowych zawojów, od których jest dość ostro odgraniczone, prawie rozplywające się, wązkie ku przodowi, rozszerzające się ku tyłowi, którego kierunek odpowiada przebiegowi szczeliny Sylviusza, a więc od dołu i przodu ku tyłowi i górze, pozostawiając tylko najbardziej ku przodowi położoną część szczeliny Sylviusza wolną. Największa długość tego rozmięczenia wynosi 7 ctm., największa szerokość 3 do 4 ctm. Ognisko to obejmuje przede wszystkim zawój skroniowy I, gdyż z wyjątkiem części najbardziej ku przodowi położonej jest on cały rozmięczony, górną wargę zawoju skroniowego II, dolną część zrazika ciemieniowego dolnego (*gyrus supramarginalis*) najbliższej tylnogórnego końca szczeliny Sylviusza położoną, prawie cały zawój kątowy (*gyrus angularis*). Ściany jamy Sylviusza i w jej głębi

położona lewa wysepka Reila objęte są rozmiękczeniem. Zawoje rozmiękczeniu uległe zarysów swych nie zachowały.

Na tejże lewej półkuli mózgowej widać ku przodowi od poprzedniego drugie, mniejsze ognisko żółte m^1 (*plaque jaune*), którego spójność jest znacznie większą od poprzedniego, które kontury zawojów zachowało i na wypukłej powierzchni półkuli nie ma związku z pierwszym rozmiękczeniem, ale z niem łączy się od podstawy, w głębi jamy Sylviusza. Jest to zawój czołowy dolny, czyli I (według francuzów III), czyli BROCA, który jest dotknięty na całej wysokości w części środkowej tak, że górną granicę rozmiękczenia stanowi rowek między dolnym i średnim zawojem czołowym (*Sulcus frontalis longitudinalis inf.* MEYNERT), tylna nie dochodzi rowka przedśrodkowego (*sulcus präcentralis*), dolną stanowi zewnętrzno-dolny brzeg płata czołowego, gdzie ognisko to przechodzi na powierzchnię oczodołową (orbitalną) dolnego zawoju czołowego. W tem ostatnim miejscu rozmiękczenie jest największe ku tyłowi, w sąsiedztwie zrazu skroniowego; ku przodowi, zaś, żółte zabarwienie blednie, spójność się zwiększa.

Na zewnętrznej powierzchni prawej półkuli znajduje się w zawoju czołowym dolnym daleko mniejsze ognisko rozmiękczenia m (fig. 5) formy trójkątnej, którego podstawa stanowi szczelina Sylviusza, wierzchołek dosięga połowy wysokości zawoju czołowego dolnego, a boki utworzone są przez wargi *sulcus präcentralis*. Ku tyłowi, więc, rozmiękczeniem dotknięty jest zawój czołowy wschodzący (*gyrus frontalis ascendens s. centralis anterior*) w części najbardziej dolnej i przedniej. Ognisko to łączy się w głębi jamy Sylviusza z *plaque jaune* znajdującem się na powierzchni oczodołowej prawego zawoju czołowego I, zajmującem część najbardziej zewnętrzną i najbliższą zrazu skroniowego położoną. Prawa wysepka REILA rozmięczoną jest tylko w przedniej swej części.

Co się tycze istoty białej półkul mózgowych (*centrum ovale Vieusseni*), to okazała się ona tylko na niewielkiej przestrzeni dotkniętą rozmiękczeniem, mianowicie rąbek przylegający do istoty korowej ¹⁾.

Co do tętnic jamy Sylviusza, to sam pień ich zmian żadnych nie

¹⁾ Cięcia prostopadłe a równoległe do rowka środkowego (*sulcus Rolando*), wykonane metodą PITRESA wykazały: 1) *Coupe préfrontale* (na 5 ctm. ku przodowi od rowka środkowego) na prawo—bez zajęcia istoty białej, na lewo—pęczki istoty białej (*faisceau préfrontaux*), leżące najbliżej zawoju czołowego dolnego rozmięczone. 2) *Coupe pédiculo-frontale* (przez tylną część, czyli stopę zawojów czołowych) po obu stronach—rozmiękczenie *faisceau pédiculo-frontal inférieur* i istoty białej, graniczącej z wysepką Reila. 3) *Coupe frontale* (przez zawój czołowy wschodzący) po stronie prawej—rozmiękczenie *faisceau frontal inférieur* w dolnej części, po stronie zaś lewej—*faisceau sphénoïdal* (zawoju skroniowego I) i istoty białej blisko wysepki Reila. 4) *Coupe pariétale* (przez zawój ciemieniowy wschodzący) na prawo bez zajęcia istoty białej, na lewo rozmiękczenie pęczka I skroniowego zawoju (*faisceau sphénoïdal*) i istoty białej przylegającej do wysepki Reila. 5) *Coupe pédiculo-pariétale* (przez zawoje ciemieniowe) tylko po stronie lewej rozmiękczenie pęczka ciemieniowego dolnego (*faisceau parietal inférieur*) przy istocie korowej i pęczka skroniowego w górnej części. 6) Na *Coupe occipitale* (na 1 ctm. przed *fissura parieto-occipitalis v. scissure perpendiculaire externe*) zmian żadnych nie ma.

przedstawiał, lecz tylko gałęzie, mianowicie po stronie prawej znaleziono za-
tkaną małym, przez ściankę wystającym i do niej przylegającym skrze-
pem gałąź tylną tętnicy czołowej dolnej, która zakresła przednią grani-

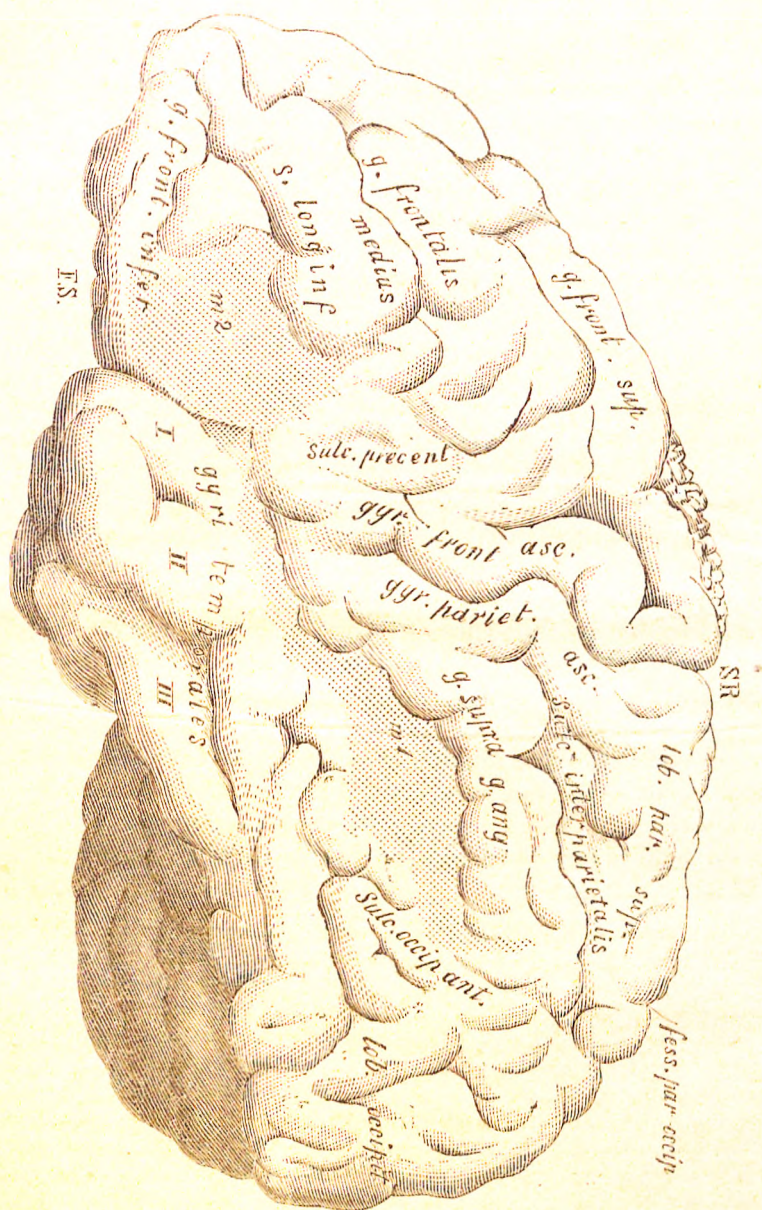


Figura 4 przedstawia lewą półkulę mózgową, zdjętą z natury. m^1 pierwsze ognisko rozmiękczenia; m^2 drugie ognisko rozmiękczenia; SR rowek środkowy (sulcus Rolando); FS szczelina Sylwiusza (fissura Sylvii).

cę rozmiękczenia; po stronie zaś lewej były zatkane odbarwionemi i do ścianki mocno przylegającemi skrzepami tętnica czołowa dolna i skronio-ciemieniowa (gałęzie tętnicy Sylviusza). Niedrożność zatkanych naczyń była zupełna i wstrzyknięta woda nie przechodziła. Inne tętnice zmian żadnych nie przedstawiały. Nie było też zmian w jądrze ogoniastem, soczewicowatym, wzgórkach wzrokowych, torebce wewnętrznej, ani śladu zwyrodnienia wtórnego w odnogach mózgu, moście i rdzeniu przedłużonym.

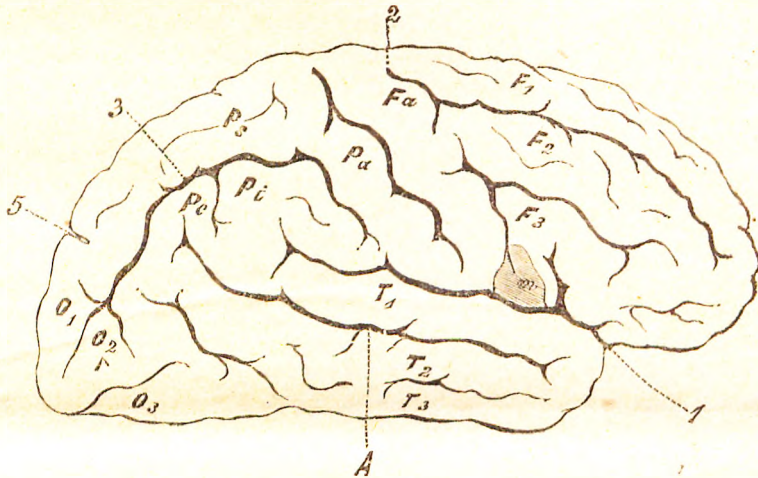


Figura 5 przedstawia schematyczny rysunek prawej półkuli, według *Feuilles d'analyse pour l'étude des localisations cérébrales* RICHÉRA. *m* ognisko rozmiękczenia; 1 szczelina Sylviusza, 2 rowek środkowy, 3 rowek między ciemieniowy (*sulcus interparietalis*), 4 szczelina równoległa (*fissura parallela*), 5 *fissura parieto-occipitalis v. scissura perpendicularis externe*; F₁, F₂, F₃ I, II, III zawój czołowy; Fa zawój czołowy wschodzący; Pa zawój ciemieniowy wschodzący; P₃ zrazik ciemieniowy górny; P₁ zrazik ciemieniowy dolny (*gyrus supra-marginalis*); Pc zawój kątowy (*lobule du pli courbe*); T₁, T₂, T₃ I, II, III zawój skroniowy; O₁, O₂, O₃ I, II, III zawój potyliczny.

Sekcyja więc wykazała zmiany w korze mózgowej i przylegającej do niej istocie białej, ograniczone do pewnej części lewego zawoju czołowego dolnego, do lewego zawoju skroniowego I, części zawoju kąтового i zrazika ciemieniowego dolnego (*gyrus supramarginalis*) strony lewej; w korze zaś prawej półkuli zmiany znacznie mniejsze w tylnej części zawoju czołowego dolnego i przednio-dolnej czołowego wschodzącego. Inne okolice kory mózgowej, w szczególności jej t. zw. sfera ruchowa okazały się nieznaruszone. Brak też za życia zbroceń w sferze ruchu i czucia, a istnienie natomiast objawów mózgowych, będących w związku z władzą wyrażania myśli i pojmowania mowy cudzej, pozwala postawić zmiany znalezione

w mózgu w związku przyczynowym z objawami niemoty, postrzeżanemi za życia. Co do samych zmian w mózgu, zauważyć należy, że małe ognisko rozmiękczenia w prawej półkuli, dotykające zawoju czołowego dolnego i czołowego wschodzącego, na wywołanie zaburzeń mowy wpływu nie miało. Przemawia za tem powszechnie stwierdzone prawo, że u ludzi praworęcznych (posługujących się do czynności prawą ręką) władza mowy zawisła jest od lewego dolnego zawoju czołowego, następnie to, że prawe ognisko znajduje się w przedniej, czyli ruchowej części mózgu, nie mogło, zatem, wywołać niemoty zmysłowej, którą chory nasz był dotknięty. Zajęcie, zaś, sfery ruchowej i zmysłowej znajdujemy w lewej półkuli, do której też niemotę postrzeżaną u chorego odnieść należy. Ognisko, natomiast, w prawej półkuli jest doniosłe dla objaśnienia innego objawu w historii choroby wzmiankowanego. Przy badaniu okazało się, że prawa fałda noso-wargowa jest głębsza od lewej, że ta ostatnia jest wygladzona i że różnica ta występuje wyraźniej podczas robienia grymasów; nie było to porażenie, ale osłabienie dolnych gałęzi lewego nerwu twarzowego w tak niewielkim stopniu, że notując ten objaw, nie przypuszczałem wcale, że znajduję jego wyjaśnienie anatomiczne. Zdaje mi się, bowiem, wielce prawdopodobnem, że tę różnicę unerwienia obu połów twarzy, że tę parę dolnych gałęzi lewego nerwu twarzowego spowodowało małe ognisko w prawej półkuli, o którym mowa, a które, jakśmy widzieli, dotknęło zawój czołowy wschodzący w części najbardziej dolnej i przedniej. Doświadczenie kliniczne i na zwierzętach zgodnie wykazały, że ośrodkiem ruchowym twarzy jest dolny koniec zawoju czołowego wschodzącego. HITZIG ¹⁾ i FERRIER ośrodek ruchowy dla dolnej części nerwu twarzowego (*Mundfacialis*) znaleźli w dolnej części zawoju czołowego wschodzącego. MUNKA ²⁾ okolica głowy (*Kopfregion*), obejmująca także dolną gałąź nerwu twarzowego, zajmuje u małpy $\frac{1}{3}$ część dolną obu zawojów środkowych, zawój zrazu czołowego, graniczący z jamą Sylwiusza. Badaczowi temu nie udało się jeszcze jego *Kopfregion* rozdzielić na pojedyncze terytoryja. W klinice porażenie nerwu twarzowego pochodzenia korowego oddzielnie, bez powikłania z porażeniem kończyn, szczególnie górnej, spotyka się bardzo rzadko. Taki przypadek ogłosił HITZIG ³⁾, tem od naszego różniący się, że oprócz lewego porażenia twarzy, istniało porażenie lewej połowy języka; sekeya wykazała ropień w dolnej części prawego zawoju czołowego wschodzącego. W przypadku BALLETA ⁴⁾ istniało porażenie lewej połowy twarzy i języka i lekkie osłabienie lewej górnej kończyny, po czem wystąpiło zбочenie głowy i karku na prawo; znaleziono wynaczynienie krwi w dolnej części zawoju czołowego wscho-

¹⁾ Untersuchungen über das Gehirn 1874.

²⁾ *l. c.*, 44 i 66.

³⁾ Ueber einen interessanten Abscess der Hirnrinde. *Arch. f. Psychiat.* Bd. III 1872 p. 231.

⁴⁾ Nouveau fait relatif aux localisations cérébrales. Du centre psychomoteur de la face. *Progrès médical.* Tome VIII 1880 str. 762.

dzącego prawego. Z przytoczonych dwóch przykładów, najcharakterystyczniejszych z pomiędzy wszystkich, odnośnie do umiejscowienia ośrodka korowego mięśni twarzowych, pokazuje się, że nasz przypadek jest najmniej powikłany, bo z objawów porażeniowych przedstawiał osłabienie mięśni tylko jednej strony twarzy, zmiany zaś anatomiczne były tak ograniczone, że pozwalają na wniosek o umiejscowieniu ośrodka mięśni twarzowych w przednio-dolnej części zawoju czołowego wschodzącego.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

20. SUTUGIN. O wskazaniach i sposobach wykonania laparotomii przy ciąży zamacicznej i opis przypadku wycięcia torbiela płodowego razem z dojrzałym płodem. Przeciwny sposób operowania i leczenia ran do tyłu zmniejszył niebezpieczeństwo ciężkich obrażeń, że można teraz śmiało wykonywać operacje, które przed 10 jeszcze laty były słusznie uważane za bezwarunkowo śmiertelne. Do takich operacji należy niezaprzeczenie wycinanie nowotworów z jamy brzusznej, a tem bardziej wydobycie torbiela płodowego z łożyskiem i dojrzałym płodem. Taką operację właśnie wykonał niedawno w Petersburgu docent SUTUGIN z pomyślnym skutkiem. LIEZMANN w 1880 r. wykonywając operację z powodu ciąży zamacicznej, podług starej metody, zasadzającej się na wydobyciu płodu z torbiela i zaszcyciu brzegów ostatniego z brzegami powłók brzusznych, zmuszony był z przyczyny wiotkości ścian torbiela, przystąpić do zupełnego wycięcia takowego; chora wyzdrowiała. Drugą i trzecią taką operację wykonał dr. KUZNIECKIJ; pierwszy raz nie podejrzewając istnienia ciąży pozamacicznej, a drugi raz już po jej rozpoznaniu, więc w tym razie operacja była wykonaną podług planu z góry ułożonego. Nie bez interesu będzie opis operacji wykonanej przez D-ra SUTUGINA. Anna Liwa z gub. Grodzieńskiej 20 lat mająca, zgłosiła się do autora 16 Lutego b. r. z prośbą, żeby ją uwolnił od guza znajdującego się w jamie brzusznej. Liwa w 16 roku życia po raz pierwszy dostała miesiączki, która prawidłowo odbywała się co 4 tygodnie, bez bólów. Przed dwoma laty odbyła pierwszy poród. Cięża i poród były zupełnie prawidłowe. W Styczniu 1883 r. wstrzymała się miesiączka, a w Marcu zauważyła pacjentka pierwszy raz w dolnej części prawej strony brzucha guz, wielkości dużego jabłka. W Maju poczuła silne bóle w brzuchu połączone z wymiotami i gorączką. Choroba ta zmusiła ją do przeleżenia w łóżku około miesiąca. W tymże samym czasie poczuła pierwszy raz ruchy płodu i odtąd sądziła, że w odmiennym jest stanie. W Sierpniu tegoż roku po silnym dreszczu zjawiała się gorączka z wymiotami, silnymi bólami w brzuchu i uczuciem jakoby przewrócenia płodu z dołu do góry (wyrażenie pacjentki). Z organów płciowych wypadł tego samego dnia kawał „mięsa”, poczem silny nastąpił krwotok. Ruchy płodu od tego czasu zupełnie ustały. Chora i tym razem musiała przeleżeć cały miesiąc w łóżku i od tego czasu do obecnej chwili t. j. przez ciąg 5 miesięcy już więcej nie miesiączkowała. Badanie przedmiotowe: brzuch znacznie powiększony, okrągławy i zaostrzony na samym pępku. Pod powłokami brzuszными wyczuwa się guz znacznych rozmiarów, okrągławy, niejednostajnie gładki, niewyraźnie chleboczący i ruchomy w kierunku poprzecznym. U góry dochodzi do środkowego punktu pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem, z boków nie dochodzi na 3 poprzeczne palce do przednio górnych kołców biodrowych; osada jego

znajduje się w małej miednicy. Przy opukiwaniu odgłos na całej przestrzeni, zajmowanej przez guz, tępy. Przy wysłuchiwaniu nie słychać żadnych szmerów. Macica podniesion w górę i przechylona ku przodowi zewnętrzny otwór ust macicznych zwrócony prosto ku dołowi. Zgłębnik pochodzi w jamę maciczną do głębokości 10 centm. Przez tylne sklepienie pochwy wyczuwa się guz twardy i mało ruchomy, oddzielony od ciała macicy głębokim rowkiem. Przy powtórnym badaniu guza, można było bardzo wyraźnie wyczuć u góry, po lewej stronie, drobne twarde części płodu, a po prawej, u dołu, dosyć twarde okrągłe ciało, podobne do główki płodu. Chora ma się jak najlepiej, sen i łaknienie dobre, kiszki i pęcherz moczowy funkcjonują prawidłowo. Rozpoznanie. Wszystkie dane otrzymane z wywiadów i badania przedmiotowego przemawiały za tem, że guz ten składa się z torbiela zawierającego martwy płód w peryodzie butwienia (*maceratio*) powstałego wskutek ciąży pozamacicznej. Rozpoznanie to potwierdził prof. KRASOWSKI który zachęcił autora do wykonania laparotomii w celu wydobycia torbiela razem z płodem. Operacja wykonana była tak samo, jak wycinanie torbielów jajnikowych ze zlepzeniami. Zlepienia te zresztą w danym przypadku były dosyć słabe, tak że oddzielenie worka od otrzewnej brzusznej, kiszki, macicy i pęcherza moczowego nie przedstawiało żadnych trudności, krwawienie przytem było bardzo nieznaczne. Przyczepy zaś do tylnej powierzchni prawego szerokiego więzła, między jajnikiem i jajowodem, były bardzo mocne. Wiąz ten podzielono na 8 oddzielnych pęków, z których każdy oddzielnie podwiązywano i torbiel razem z jajnikiem i jajowodem odcięto tuż przy samej macicy; naczyń krwionośne o większem świetle podwiązano oddzielnie i szypułę wpuszczono do jamy brzusznej. Dla uniknięcia następczego nagromadzenia się wysięku surowiczego w przestworze DOUGLAS'A, przeprowadzono dren przez tylne sklepienie pochwy, przestwór DOUGLAS'A i dolny koniec rany brzusznej. Brzegi rany zaszyto 9 głębokimi i 9 powierzchownymi szwami, poczem nałożono opatrunek LISTER'A, a do pochwy wprowadzono tampon z gazy jodoformowej. Wydobyty płód był dobrze rozwinięty i ważył 1550 gram. Torbiel płodowy wraz z łożyskiem ważył 820 gram. Przebieg pooperacyjny był zupełnie aseptyczny. Wieczorem pierwszego dnia i w przeciągu drugiego dnia były kilka razy wymioty i nieznaczne bóle w brzuchu. Cięplota tylko raz podniosła się do 38°. Opatrunek zmieniono 4 razy. Na zasadzie swego jednego i trzech wyżej przytoczonych szczęśliwych przypadków całkowitego wycięcia torbiela płodowego przy ciąży zamacicznej, autor stawia następujące wskazania dla danej operacji: należy ją mianowicie wykonywać: 1) dopóki płód żyje, przypuszczając, że dobrze jest rozwinięty, a) jeśli ciąża dosięgła prawidłowego kresu, a łożysko nie znajduje się przed przednią ścianką torbiela i b) po pęknięciu torbiela, 2) skoro płód obumarł, a) jeśli przebieg ciąży był dosyć dobry i jeśli przy wysłuchiwaniu można stanowczo orzec, że krążenie krwi w łożysku ustalo, a objawy zapalenia otrzewnej znikły i b) w razie zjawienia się niebezpiecznego zakłócenia wskutek pęknięcia torbiela lub tworzenia się w nim ropni: 3) jeśli rozpoznanie torbiela jajnikowego po przecięciu powłók brzusznych, pokazało się mylnie, a w miejsce jego znajdujemy torbiel z płodem, to należy takowy wyciąć nawet wtedy, gdyby płód jeszcze żył: 4) istnienie ciąży prawidłowej jednocześnie z zamaciczną nie jest przeciwwskazaniem do wykonania danej operacji, ale owszem należy przystąpić do niej jeszcze w pierwszej połowie ciąży i nakoniec 5) przy otorbicieniu płodu masami wysiękowymi należy wydalic go razem z torbielem, jeśli zaś uformowały się ropnie, to należy operować podług starego sposobu.

(Wracz Nr. 25 i 26—1884). A. Grünbaum,

21. **Badania nad fizyologicznem działaniem bromoformu.** Dr. FREIHERR VON HOROCH asystent prof. ALBERTA (*Separ. Abdr. aus den medic. Jahrbüchern. Wien. Braunmüller 1884*). Bromoform chemicznie podobny do chloroformu, i jodoformu był stosowany najprzód w formie wdechań. W 18 doświadczeniach udawało się tą drogą zwierzęta i ludzi (4 doświadczenia) usypiać, sen był dłuższy i spokojny i nie było żadnego następczego złego działania. Drugi szereg doświadczeń robiono z podskórnem wstrzykiwaniem bromoformu (0,5—1,00). U zwierząt (morskich świnek, kotów, królików i psów) po 5—36 minutach następowało odurzenie zupełne, trwające 15 minut do 47 godzin. Wewnętrznie bromoform był podawany w kapsułkach gelatinowych; 0,1 odurzała kota przez 1½ godziny; 0,3 przez 3 godziny; 1,00 przez 7 godzin. Jedno z 11 zwierząt po 1,0 już się więcej nie obudziło, inne po obudzeniu okazywały pewne ogłuszenie i chwiejność w ruchach przez krótki czas. W innym szeregu doświadczeń na małpach i psach po uspieniu ich bromoformem drażniono prądem elektrycznym półkule mózgu, m. trzewiowy, błędny, kulszowy. Z doświadczeń tych okazało się, że oddechanie i bicie serca przy odurzeniu nie zmienia się, obwodowe zakończenia nerwów zachowują swoją pobudzalność; ciśnienie krwi zniża się, odruchowa pobudzalność znika zupełnie. Ciężota spada powoli o 3,5°—4,5°.

J. P-i.

ODCINEK.

Pierwsze sprawozdanie komitetu berlińskiego towarzystwa medycyny klinicznej w przedmiocie zbiorowego badania dziedziczności, zaraźliwości i wyleczalności suchót.

Czytelnicy Medycyny przypominają sobie, iż przed kilkoma laty lekarze angielscy wybrali z pośród siebie komisyją dla zbiorowego badania chorób, oraz że opracowanemi zostały odpowiednie schematy, które do wypełnienia lekarzom w całym kraju praktykę wykonywującym rozesłanemi zostały. Za przykładem stowarzyszenia brytyjskiego poszło towarzystwo medycyny klinicznej w Berlinie oraz Wiedniu. Na początek postanowiono zebrać odpowiednie dane dotyczące się suchót, a w tym względzie jak wiadomo i nasze Warszawskie Tow. Lek. opracowało schemat kwestyi zaraźliwości suchót dotyczący wraz z motywami, dla czego inne pytania pomija i na badaniu kwestyi zaraźliwości się ogranicza (patrz Medycyny Nr. 20 z r. 1884). Otóż, w obecnej chwili mamy przed sobą nadzwyczaj interesujące sprawozdanie przez członków komisji berlińskiej ułożone, które przekonywa, że na tej drodze można zebrać bardzo cenny materiał. Sprawozdanie to rozpada się na cztery części mianowicie: pierwsza ma za przedmiot dziedziczność suchót, druga zaraźliwość, trzecia wyleczalność, czwarta wreszcie, przejście zapalenń płucnych w suchoty. Część pierwsza: **Dziedziczność.** (Sprawozdawca dr. OLENDORFF). Badanie dziedziczności *resp.* stwierdzenie jej w danym przypadku, należy może do najtrudniejszych, najwięcej ostrożności oraz uwzględnienia licznych warunków wymagających zadań. Jedynym bowiem sprawdzianem (*criterium*) w tym względzie, jest nietylko zbadanie stanu zdrowia i przeszłości rodziców, bliższego rodzeństwa lub rodziny danego osobnika, lecz wykluczenie wszelkich innych wpływów, które punktem wyjścia dla rozwoju choroby stać by się mogły. Chociaż bowiem stwierdzimy, że rodzice danego suchotnika ulegali suchotom, to jeszcze z tego nie wypada aby choroba tego osta-

tniego była koniecznie natury dziedzicznej, jeżeli współcześnie nie wyłączymy przyczyn, które i bez dziedziczności suchoty wywołać mogą. Jak w tym względzie postępowano ostrożnie, dowodzi tego to, że z 44 wypełnionych schematów tylko 24 uznano jako materiał do wyjaśnienia danej kwestyi służyć mogący; gdy 20 odrzucone zostały z powodu, że w nich inną drogą t. j. nie drogą dziedziczności choroba do skutku przyjść mogła. W powyższych 24 przypadkach okazało się, iż z rodziców danego osobnika schematem objętego w ośmiu przypadkach chorowała na suchoty wyłącznie tylko jedna osoba pary małżeńskiej, mianowicie w 3-ch przypadkach ojciec, a w 5-ciu matka. W jednym, chorowała matka pacjenta oraz rodzeństwo tejże; w sześciu, chorowało jedno z rodziców i rodzeństwo chorego; w jednym, jedno z rodziców, rodzeństwo tegoż, oraz rodzeństwo pacjenta; w jednym, chorowało jedno z rodziców pacjenta oraz własne dziecko tego ostatniego; w jednym, tylko rodzeństwo pacjenta ulegało chorobie; w dwóch przypadkach oboje z rodziców pacjenta ulegli chorobie; w jednym, chorowali na suchoty rodzice oraz familia rodziców pacjenta; w dwóch, choroba dotknęła obojga rodziców pacjenta oraz rodzeństwo tegoż; wreszcie, w jednym przypadku chorobie ulegli rodzice, ich rodzeństwo oraz rodzeństwo pacjenta. Widzimy, że powyższe przypadki dadzą się rozdzielić na 10 kategorii przedstawiających szereg kombinacyj pomiędzy badanym osobnikiem a jego rodzicami, rodzeństwem rodziców, rodzeństwem pacjenta oraz jego własnymi dziećmi. Co do płci osób dziedziczności uległych to było: 16 m. a 8 k.; co do wieku: do roku 10 osób dwie; od lat 11 do 20: 4; od 21 do 40: 16; od 41 do 60: 2. Co do stanu cywilnego: wolnych 12, w stanie małżeńskim 11, nieoznaczono 1. Ze względu na warunki życiowe oraz przyzwyczajenia, jak również i budowę ciała (*constitutio*) było: mieszkańców miast wielkich: 8, małych: 6; wsi: 10; w 20 przypadkach mieszkania były zdrowe, *resp.* zdrowiu nie szkodliwe; w 3-ch niezdrowe, a w jednym: nieokreślono. W 22 przypadkach, pożywienie było dostateczne, w 2-ch niedostateczne. W 10 przypadkach zaznaczono, iż dane osobniki nie używały ani napojów wysokokowych, ani tytoniu; z umiarkowaniem używano w 11-stu przypadkach; w dwóch przypadkach używano tylko napojów wysokokowych, w jednym było nadużycie i wysokoku i tytoniu. Co do budowy ciała: silnej budowy było osobników 5; słabej: 5; słabo zbudowanych i zarazem przedstawiających t. z. *habitus phthisicus* 13; wreszcie 1 przedstawiający *hab. phth.* Co do przebywanych przedtem chorób, to u 8-miu kobiet dziedziczności uległych zanotowano: blednicę i nieżyty w 2-ch przypadkach; żoły i nieżyty w 3-ch; nieżyt jamy bębenkowej w 1-ym; żoły, blednicę i nieżyty w jednym; u 16 mężczyzn zanotowano: żoły raz; żoły i nieżyty 3, nieżyty 4 razy; nieżyty i przymiot raz; zapalenie opłucnej 2; zapalenie płuc 3. Z dwóch pozostałych przypadków, jeden dotyczył 12 tygodniowego dziecka a drugi robotnika w polu i lesie pracującego, który poprzednio był zupełnie zdrowym, lecz stale na uczucie braku powietrza się skarżył. Ze względu na umiejscowienie pierwszych zmian, to zaznaczono: zajęcie szczytu prawego płuca w 12 przypadkach; szczytu lewego w 6-ciu; obu szczytów w 1-ym; w dolnej części płuca prawego w 1-ym; bez umiejscowienia (gruźlica prosówkowa) w jednym; nieoznaczono umiejscowienia w 3-ch przypadkach. Na pytanie, w ilu przypadkach miał miejsce krwotok? odpowiedź brzmiała twierdząco w 10-ciu przypadkach; przecząco w 9-ciu; w 5-ciu zaś, pytanie pozostało bez odpowiedzi. Zmiany w krtań miały miejsce w 11-stu przypadkach; w 11-tu krtań była niezajęta, w dwóch zaś, nieoznaczono. Wyleczenie z suchót dziedzicznych nastąpiło w jednym przypadku; zmarło 9, pozostało w le-

czeniu 14. Czas trwania samej choroby był bardzo rozmaity. W przypadkach zakończonych śmiercią czas trwania był od 3-ich miesięcy do lat pięciu; w przypadkach zaś będących przedmiotem kuracyi, do lat 15-stu. Żołty w rodzinie danego osobnika miały miejsce w 8-miu przypadkach; wykluczono je w 11-stu; w dwóch zaś na pytanie pod tym względem nie dano odpowiedzi. Co do wystąpienia pierwszych objawów choroby to u 13 matek danych pacjentów które chorobie uległy, w jednym przypadku się one pojawiły przed pójściem za mąż; w dwóch przed urodzeniem się pacyenta; w czterech po urodzeniu, w jednym, przed urodzeniem się dwojga na suchoty zmarłych do rodzeństwa matki pacyenta należących osobników; w pięciu przypadkach początek choroby nie dał się oznaczyć.

W liczbie 24 pacjentów schematami objętych jeden tylko urodził się po śmierci ojca. Co do wieku rodziców rzeczonych 24 pacjentów będących przedmiotem badania, to osoby płodzące były średniego wieku. Co do życia i zdrowia rodziców to: w 3-ich przypadkach rodzice danego osobnika w czasie rozwinięcia się choroby tego ostatniego byli przy życiu; w pierwszym przypadku, ojciec dawniej miał krwotoki płucne, matka zaś była suchotnicą; w drugim, ojciec suchotnik matka zdrowa; w trzecim, oboje rodzice w wysokim stopniu byli suchotnikami. W 10-ciu przypadkach oboje z rodziców zmarli. W przypadkach tych następne były kategorie: w trzech przypadkach oboje z rodziców zmarli na suchoty; w jednym, oboje na inne choroby; w trzech, ojciec zmarł na suchoty, matka na inną chorobę; w trzech przypadkach matka zmarła na suchoty, ojciec na inną chorobę. Ojciec zmarł, matka żyje: 8 przypadków; w ośmiu tych przypadkach albo jedno albo drugie chorowało lub zmarło na suchoty. Matka zmarła, ojciec żyjący: 3 przypadki.

Stosunek przebytych chorób oraz blizkiego pokrewieństwa między osobami płodzącymi do dziedziczności, bliżej oznaczyć się nie da; natomiast nadużycie wysokokowych napojów (przypadków 4) gra pewną rolę w tym względzie.

Szczegółowy rozbiór dostarczonego materiału przekonał, iż osoby chorobie uległe powiększej części znajdowały się w dobrych warunkach, że zatem prawdopodobnie pojawienie się choroby znajdowało się w przyczynowym związku z dziedzicznością. Ze względu na „odziedziczenie usposobienia” przedstawia interes ciałoskład badanych osobników. Znacznie większa ich część przedstawiała słabą budowę oraz współcześnie *habitus phthisicus*; pięć zaś osobników dotkniętych dziedzicznością, przedstawiało budowę silną, co dowodzi, że dziedziczność nie jest wyłącznie związana z wadą ciała budową.

Na zakończenie części pierwszej, winniśmy podać przypadek wyleczenia suchót dziedzicznych u osobnika nędznej budowy. Przypadek ten jako w najwyższym stopniu interesujący zamieszczamy w całości. Dotyczył on studenta z Pesztu lat 22 mającego, który od r. 1873 aż do 1880 znajdował się pod obserwacją PICHLEA w Meranie. Ojciec pacyenta zmarł na suchoty przewlekłe; brat zaś jego dobrej budowy, uległ gruźlicy z ostrym przebiegiem, która go w ciągu kilku tygodni zgładziła. W r. 1868 pacjent miał nieznaczny krwotok płucny bez żadnych dalszych następstw; w r. 1870 przechodził lewostronne od tyłu i dołu zapalenie opłucnej i miał się nieźle aż do r. 1873 w którym pojawił się krwotok płucny. Krwotok powtórzył się razy dziewięć poczem wystąpiła gorączka, poty nocne, i biegunka, a pacjent zmuszony był 3 miesiące leżeć w łóżku. Latem był w Vöslau pod Wiedniem i poprawił się znacznie. Z przybyciem jego do Meranu jesienią, gorączka, poty i rozwolnienie ustało. Pacjent był bardzo wychudły i miał nadzwyczaj krótki oddech;

po stronie prawej od przodu klatki piersiowej stępienie z wydatnym odciśnięciem tympanitycznym pod obojczykiem, rżerzenia dźwięczne (jama). Po stronie prawej od góry i tyłu aż do połowy łopatki stępienie z rżerzeniami współdźwięcznymi, w dole nadgrzebieniowym teje łopatki oddech częścią oskrzelowy częścią nieokreślony. Ku dołowi od tyłu po stronie lewej pozostałości sprawy pleurytycznej. Nader szybka i znaczna poprawa: dnia 14 Listopada odgłos tympaniczny we wspomnianem miejscu zniknął, rżerzenia współdźwięczne bardzo nieliczne, uczucie braku powietrza znacznie mniejsze, odżywianie również lepsze. Na zimę, udał się chory do Mentony. Dnia 26 Maja r. 1874 po stronie prawej od góry stępienie pod obojczykiem tylko do drugiego żebra sięga z rżerzeniami nie współdźwięcznymi, okolica nadgrzebieniowa i podobojczykowa nieco zapadnięta; oddychanie o wiele łatwiejsze. Dnia 15 Września r. 1875 zapadnięcie od przodu i góry większe; od przodu i tyłu nieliczne rżerzenia; 9 Października stępienie jak dawniej, rżerzeń żadnych, zaostrzony oddech pęcherzykowy, wydech nieoznaczony, zapadnięcie znaczne, kaszel nie częsty. Dnia 9 Listopada 1879 rżerzeń żadnych, wydzielanie płwociny ustało, zapadnięcie jak wyżej, lecz rozszerzalność klatki w tem miejscu dokładniejsza jak przedtem, stan ogólny b. zadawalniający, pacjent bez utrudzenia mógł na nieznaczne góry wchodzić. W końcu tegoż miesiąca, stępienie jak wyżej, w okolicy nadgrzebieniowej słyszalny oddech pęcherzykowy, odżywianie dobre, chory chodzi po górach, kaszel i odpłwanie ustało. W jesieni roku 1880 badał dr. PICHLER chorego po raz ostatni, i znalazł stan zupełnie taki jak w roku poprzednim. Pacjent od tego czasu brał bez najmniejszego utrudzenia udział w zabawach i balach, i o ile powyższemu lekarzowi od osób blizkich pacjentowi wiadomo, pacjent ma się bardzo dobrze zamieszkuje swoje dobra pod Debreczynem.

Część druga. Zaraźliwosc gruźlicy. Materyjałem dla opracowania kwestyi zaraźliwosci gruźlicy było 46 spostrzeżeń, z których jednakoż sprawozdawca (dr. MEYERHOFF) wyłączył 6, ponieważ po szczegółowem rozpatrzeniu, można było je uważać za następstwo innych przyczyn. Z pozostałych 40 przypadków, zarażeniu się uległo: mężczyzn 19, kobiet 21. Co do wieku, to do lat dziesięciu wieku uległa zarażeniu 1 osoba; do lat dwudziestu osób 2; do trzydziestu osób 9; do czterdziestu 11; do pięćdziesięciu 8, do sześćdziesięciu 6; wreszcie, 3 osoby miały wiek wyżej lat sześćdziesięciu. Uderzającą rzeczą stanowi to, że wpływ warunków życiowych okazał się bardzo nieznaczny. Ze względu na nałogi a mianowicie, na nadużycie alkoholu i palenie tytoniu, tylko w pięciu przypadkach nadużycie alkoholu zaznaczeniem zostało; co się zaś tyczy tytoniu, to wpływ jego w żadnym z tych przypadków wykazać się nie dał. Również ujemne wyniki dało badanie wpływu miejsca zamieszkania; 31 osób zamieszkiwało w mieście; w dwóch tylko przypadkach z tych, zaznaczono mieszkanie nizkie i wilgotne; u pozostałych 9 mieszkańców wsi w pięciu przypadkach mieszkania były niezdrowe. Co się tyczy warunków umożliwiających zarażenie się, to w tym względzie pożycie małżeńskie ważną gra rolę. W jedynastu przypadkach mężowie suchotnicy, udzielili choroby swym żonom i odwrotnie, w dwunastu przypadkach z ogólnej liczby czterdziestu, żony zarażyły suchotami swych mężów. W pierwszej grupie zarażeń po dokładnem rozpatrzeniu danych jakie w odpowiednich schematach rozmieszczone były, okazało się, że ojcowie zarażonych przez mężów żon nigdy gruźlicy nie ulegali, również i matki ich suchotom nie ulegały. Co się tyczy dalszego rodzeństwa, to w jednym przypadku siostra matki czyli ciotka zmarła na suchoty, w dwóch zaś, siostry suchotom uległy, na bliższych wszelako danych pod tym względem zbywa. W grupie drugiej

mieszczącej zarażonych przez żony mężów, ani ich ojcowie lub dziadowie, ani też ich matki lub bliższe rodzeństwo, nigdy chorobie piersiowej nie ulegali. Choć w tych 23 przypadkach wzajemnego zarażenia się małżonków, zaznaczonem jest 3 razy, iż i dzieci uległy gruźlicy, wszelako ponieważ niema bliższych danych pod tym względem (w jakim okresie była choroba rodziców w chwili przyjścia na świat dziecka, jak długo choroba ta tychże rodziców trwała, która osoba pary małżeńskiej była chorą lub czy obie uległy chorobie) nie można więc oznaczyć czy gruźlica u dzieci była dziedziczną czy też od rodziców nabytą. Czas trwania choroby zarażonych osób w większości przypadków wynosił około lat czterech, chociaż były i przypadki z szybkim przebiegiem po kilka miesięcy trwające, i przeciwnie jeden lat jedenaście się ciągnący. W większości przypadków zarażenie nastąpiło na czas nie długi przed śmiercią osoby zarażającej; przeciętnie na rok, czasami na kilka miesięcy przed śmiercią; spostrzeżono i wcześniejsze zarażenie się. We wszystkich przypadkach w których zarażenie się miało miejsce małżonkowie mieli wspólny pokój sypialny i przeważnie jedno tylko wspólne łóżko. Przebieg przypadków w zarażeniu się źródło biorących, był bardzo szybki, wszyscy, którzy się zarazili zmarli w niedługim czasie. W niektórych przypadkach objawy zarażenia się wystąpiły dopiero po śmierci osoby zarażającej. Bezpośrednio po pożyciu małżeńskim które jako warunek usposabiający do udzielenia zarazy od osoby do osoby w 23 przypadkach zaznaczono, postawić należy pielęgnowanie suchotników. W czterech z pozostałych siedemnastu przypadków zaznaczono zarażenie się rodziców od dzieci. Jaką drogą dzieci choroby nabyły, nie jest w schematach podanem. W czterech innych przypadkach zarażenie się przyszło do skutku pomiędzy rodzeństwem. Były to przypadki w których brat pielęgnował siostrę i odwrotnie. W siedmiu innych przypadkach w których żadnego pokrewieństwa nie było, miało miejsce dogładanie osób gruźlicy uległych przez zdrowe zupełnie osobniki. W kilku przypadkach, zetknięcie się ze źródłem zarazy nastąpiło albo za pośrednictwem pielęgnowania chorych, albo sypiania w miejscach poprzednio przez suchotników zajmowanych, lub też wreszcie, noszenia rzeczy po suchotnikach. W szeregu tych przypadków brały udział bardzo złożone warunki; istota tych ostatnich jednakże polegała na ściśle zetknięciu się z osobami chorobie uległymi, a im ściślejsze było to zetknięcie, tym szybciej zarażenie się przychodziło do skutku. W przypadkach tych osoby zarażeniu się uleżdz mające były w ogóle zupełnie zdrowe dopóty, dopóki się z osobami choremi nie zetknęły. W jednym przypadku, zarażenie się przyszło do skutku za pośrednictwem mleka pochodzącego od krowy gruźliczej. W czterech powyżej wspomnianych przypadkach zarażenia się rodziców od dzieci, matka uległa zarażeniu się w trzech przypadkach, ojciec w jednym, co się tłumaczy tem, że matka przeważnie pielęgnowaniu chorego dziecka się oddaje. (d. n.)

O liczbie chorych nieprzyjętych w szpitalach Warszawskich w ciągu roku 1884.

Wiadomo iż od dwóch lat istnieją w Warszawskich szpitalach t. zw. księgi odmowy. Ile razy ktoś zgłaszający się do szpitala, dla jakichkolwiek powodów przyjętym do niego nie zostanie, imię i nazwisko jego zostaje do owej księgi wpisane z wymienieniem powodu, dla którego odmówionem zostało przyjęcie. W końcu roku powstają skutkiem tego nadzwyczaj wymowne liczby statystyczne, z których bardzo doniosłe i daleko

sięgające wnioski wyprowadzać można. Mamy przed sobą liczby odmowy ze szpitali Warszawskich za rok 1884. W roku tym odmówiono przyjęcia

W szpitalu Dzieciątka Jezus (500 łózek)	1241	zgłaszającym się chorym
„ S-go Ducha (188 łózek)	1266	„ „
„ S-go Rocha (100 łózek)	887	„ „
„ w domu przyt. i pracy (60 łózek)	370	„ „
„ ewangelickim (60 łózek)	130	„ „
„ na Pradze (60 łózek)	125	„ „
„ starozakonnym (400 łózek)	234	„ „
razem 4253		

Przedewszystkiem zaznaczyć trzeba iż liczba ta 4253 znacznie przewyższa takąż liczbę z roku 1883, gdyż wtedy tylko 3600 chorym odmówiono przyjęcia do Warszawskich szpitali. Przyczyną tego może być większa liczba chorych, większa bieda pomiędzy ludnością, lub wreszcie powiększenie ludności miejskiej. Na którąkolwiek z tych przyczyn się przechylimy, w każdym razie już ten jeden fakt dowodzi potrzeby znakomitego powiększenia liczby łózek rozporządzalnych w naszych szpitalach.

Nieznana nam jest liczba przyjętych chorych do szpitali Warszawskich w roku 1884, ale jeżeli dla zestawienia weźmiemy liczbę tę z roku 1883, mianowicie 16,816 to przekonamy się iż z liczby leczonych chorych w szpitalach przeszło 25% zostało nieprzyjętych!

W pojedynczych szpitalach tak się te liczby przedstawiają: w szpitalu S-go Rocha liczba nieprzyjętych chorych wynosi 51% liczby chorych leczonych, w szpitalu S-go Ducha 47,4%, w szpitalu Dzieciątka Jezus 18% a w szpitalu starozakonnym 5%.

Liczby odmowy rozkładają się miesiące w następujący sposób: Odmów było:

w Styczniu	559
w Lutym	499
w Marcu	380
w Kwietniu	252
w Maju	194
w Czerwcu	348
w Lipcu	397
w Sierpniu	254
w Wrześniu	253
w Październiku	360
w Listopadzie	430
w Grudniu	327

razem 4253

Najwyższa cyfra wypada zatem w Styczniu, a najniższa w Maju. Powiększenie się tej liczby w Czerwcu i w Lipcu tem się tłumaczy iż wszystkie szpitale w owym czasie są odnawiane i dlatego liczba łózek rozporządzalnych jest mała. Ztemu temu należałoby zapobiedz przez postawienie odpowiedniej liczby barakowych szpitali, które obecnie posiada jeden tylko szpital Dzieciątka Jezus. Brak takich barak lub rezerwowych szpitali sprawia, iż odnowienie szpitali musi być szybko wykonane, przez co jest droższe, a może i nie dostatecznie dokładne. Zmniejszenie się powyższej liczby w Grudniu tłumaczy się przypadającymi w owym czasie świętami, w czasie których wszyscy lżej chorzy starają się wyjść ze szpitala *resp.* opóźniają się z wstąpieniem do niego.

Biorąc przybliżoną cyfrę 4000 chorych, których rocznie pomieścić nie możemy w szpitalach Warszawskich i biorąc średni pobyt 22 dni

każdego chorego w szpitalu, wypadnie nam brak 88,000 dni instytucyjnych rocznie, co podzielone przez liczbę dni roku da nam przybliżoną cyfrę łóżek szpitalnych, których nam brak w Warszawie, a mianowicie 240. Ale liczba ta o wiele jest mniejszą od istotnego braku, gdyż jeżeli weźmiemy pod uwagę miesiące, w których liczba chorych w mieście jest większą, rozmaite specyalności (choroby wewnętrzne, zewnętrzne, ospowe etc.), chrześcijańskie i żydowskie etc. to śmiało powiedzieć można iż dla zaspokojenia wszystkich potrzeb, liczba łóżek szpitalnych powinna być w Warszawie powiększoną o 400.

W pozostałych szpitalach liczby odmów w roku 1884 były następujące: w szpitalu Ś-go Jana Bożego 115 w Instytucie oftalmicznym 158 w szpitalu Ś-go Łazarza 80, w szpitalu dzieciennym starozakonnym 35.

Fr.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Z powodu braku miejsca w szpitalach Warszawskich jaki się okazał w ostatnich czasach postanowiono w bieżącym tygodniu otworzyć szpital zapasowy za rogatką Wolską. Szpital ten urządzony jest na 50 łóżek, tymczasowo jednak zajętych będzie tylko połowa, a poradę lekarską udzielać będzie lekarz miejscowy, mieszkający w samym szpitalu. Gdyby liczba chorych miała się powiększać szpital zapasowy musiałby w całej objętości swej być zajęty.

— Projektowano wybudowanie 2'ch barak, po 32 łóżka w których pomieszczono by chorych na wypadek wybuchu cholery w Warszawie. Jako miejsce najodpowiedniejsze na ten cel wybrano obszerne ogrody w szpitalu Ś-go Łazarza. Plany już są wygotowane. Życzyliby należało iżby projekt ten jak najprędzej wykonany został, gdyż choćby Warszawa nie była nawiedzona epidemją baraki takie przydadzą się, bądź na pomieszczenie chorych w zimie w razie przepełnienia szpitali, bądź w lecie dla tem swobodniejszego wykonywania corocznych odnowień.

Zagraniczne. W Berlinie uzyskał dyplom lekarski niejaki SCHULTHEISS liczący sobie 74 lat wieku. Był on dawniej misjonarzem w Afryce południowej, a obecnie udaje się tamże w charakterze lekarza.

Zmarli. Ś. p. Adam PRAŻMOWSKI były professor fizyki Akademii medycznej a następnie Szkoły Głównej Warszawskiej umarł w Paryżu d. 5 Lutego roku bież. Urodzony w Warszawie d. 15 Marca 1821 r. ukończył t. zw. kursa dodatkowe w 1837 r. Natychmiast też potem mianowany został adyunktem Obserwatorium Warszawskiego. Powoli w młodym pracowniku rozwijała się niepospolita zdolność ścisłych obserwacji i pierwszorzędną talent do konstrukcyi i udoskonalenia precyzyjnych narzędzi astro-fizycznych. Kolosalną pracą swoją i świetnymi rezultatami, do jakich wtedy dochodził zdumiewał wszystkich a sława jego już wtedy szeroko rozchodzić się zaczęła gdyż w r. 1852 i 1853 powierzono mu zarząd nad ekspedycją południkową astronomiczną, mającą na celu pomiary południka na Wołyniu, Podolu i w Bessarabii przechodzącego przez Petersburg, a ciągnącego się od morza Łodowatego do Dunaju. Odnosiła praca jego, drukowana w Sprawozdaniach Akademii nauk Petersburskiej rozniósła po świecie sławę młodego uczonego. Wkrótce też potem widzimy go w Paryżu w towarzystwie pierwszorzędnych owego czasu uczonych, którzy go ze szczególnem przyjmowali odznaczeniem. Proponowali mu też wtedy zaszczytne miejsce, którego on jednakże przyjąć nie chciał, pragnąc w kraju własnym zdolności swoje spożytkować. Z mnóstwa narzędzi jego pomysłu na szczególniejszą uwagę zasługują: heliostat, narzędzie do poznawania dokładności w wyszlifowaniu soczewki, nowy sposób szlifowania soczewek z matematyczną dokładnością etc.

W roku 1860 udał się kosztem Rządu do Hiszpanii celem obserwowania zaćmienia słońca, a świetne sprawozdanie o tem zjawisku wydał w *Comptes rendus* tomie 51 p. t. *Observations de l'éclipse totale de soleil du 18 Juillet 1860.*

W tymże roku 1860 powołany został PRAŻMOWSKI na katedrę fizyki w byłej Akademii medycznej, który to przedmiot wykladał następnie i w b. Szkole głównej aż do roku 1863, w którym okoliczności zniewoliły go do opuszczenia swego kraju rodzinnego. Udał się on wtedy do Paryża, natychmiast wstąpił jako dzielny pracownik do fabryki mikroskopów i lunet Hartnaeka i tu zaczyna się drugi okres niemniej zaszczytnej działalności naszego nieodżałowanego ziomka. Przez lat 20 swojej działalności w Paryżu, PRAŻMOWSKI bardzo dużo na polu udoskonalenń optycznych, a niemniej na polu ścisłej obserwacji naukowej działał. Z początku był on tylko wspólnikiem fabryki Hartnaeka ale po wojnie niemiecko-francuzkiej, gdy ten ostatni powrócił do swej ojczyzny (zamieszkał w Poczdamie), stał się wyłącznym właścicielem fabryki i podniósł ją na tak wysoką stopę, iż zewsząd napływały obstalunki, którym nawet poddać nie mógł. Był też sownie za swoją pracę wynagrodzany. Wystawy odznaczały go pierwszymi medalami, Towarzystwa uczone wybierały go na swojego członka, sztab generalny francuzki u niego tylko narzędzia swoje zamawiał a narzędzia jego do takiej doszły sławy, iż Uniwersytety, towarzystwa naukowe etc. angielskie tak wielkie nadsyłały obstalunki, iż wyroby dla Anglików, mistrzów pod względem wykonywania wszelkiego rodzaju narzędzi, stanowiły już w roku 1872 połowę produkcji jego fabryki.

Że obok mozolnej pracy w fabryce, nie zapominał o kierunku naukowym dowodzą piękne prace jego: *Sur l'achromatisme chimique 1874*, *Sur la polarisation de la lumière des comètes 1881*, *De la constitution des comètes 1881*.

Jeżeli pierwszorzędne zdolności, genialne błyski i niezmiordowana praca nieboszczyka zjednały mu tak niespożyta u obcych i swoich sławę, iż śmiało postawić Go możemy w rzędzie ludzi, przynoszących chlubę naszemu społeczeństwu, to osobiste przymioty Jego nieustępowały wysokim zdolnościom. Życie jego było całym szeregiem dowodów nieposzlakowanej jego uczciwości, szlachetnego sposobu myślenia, szerokiego poglądu na sprawy społeczne i poświęcenia swoich zdolności i swojego mienia w ofierze dla współbraci swoich. Od półtora roku złożony był ciężką, trudno dającą się określić chorobą mózgową, która go prawie do łóżka przykuła. Gdy piszący te słowa w Październiku roku zeszłego często go odwiedzał, z rozrzewnieniem wspominał o swoim kraju rodzinnym, a wszystkie najdrobniejsze szczegóły tyjące się jego i ludzi z którymi go serdeczne stosunki łączyły Izy rozrzewnienia z oczu jego wyciskały. Mając pamięć i przytomność umysłu w zupełności zachowaną, a nieczując groźnego stanu w jakim się znajdował, marzył o powrocie do swego miasta rodzinnego i zastanawiał się nad stanowiskiem, któreby mógł najpożyteczniejszym zajmować. Fatalna choroba prędzej niż się tego spodziewano położyła kres tym Jego marzeniom.

Poszedł w krainę wieczności Brat miły i kochany, Obywatel zaeny i szlachetny, Badacz naukowy pierwszorzędny, Uczony, przed którym świat cały uchylił czoła! Zstąpił do grobu człowiek, który żywot swój zaznaczył całym szeregiem pięknych i szlachetnych czynów. Oby przyświecały one nam jak najdłużej i oby zagrzewały nas do naśladowania pięknego przykładu jaki nam przedstawił!

Spoczywaj w Bogu cieniu szlachetny i niechaj Ci lekka będzie obca ziemia w której Cię złożono!

Fr.

— Ś. p. Dr. Ignacy CHURZANOWSKI lat 46 liczący zmarł dnia 20 Lutego r. b. w Lublinie gdzie blisko lat dwadzieścia jako lekarz szpitala wojskowego przesłużył. Nauki lekarskie ukończył w r. 1861 w Petersburgu otrzymawszy tamże w r. 1865 doktorski stopień. Brał udział w kampanii wschodniej w r. 1877 i przebył czas jakiś w Rumunii. Zmarły tak w gronie kolegów jako i licznych pacjentów potrafił sobie wyrobić imię gruntownie wykształconego lekarza i zacnego kolegi. Cześć jego pamięci!

Sprostowanie. W Nr. 9 Medycyny str. 159 wiersz 8 od góry po wyrazie *Stenosis* należy dodać *ostii aortici*.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. FRITSCHÉ.

Дозволено Цензурою. Варшава 21 Февраля 1885. Друк Зiemkiewicza Krak.-Przedm. N. 15.