

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 45.

Warszawa d. 25 Października (7 Listopada) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Ś. p. Włodzimierz Brodowski (1823 — 1902). Wspomnienie pośmiertne. Napisał J. Steinhaus. — Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnectwa z praktyki własnej. Podał Fr. Neugebauer. Sposób aseptycznego wprowadzania cewników miękkich Podał Jan Świątecki. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 129. O białkomoczu. 130. Przyczynę do przyszycia jelita przy wypadnięciu odbytnicy (poza otrzewnowe przymocowanie kiszki). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO W ARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 29 września r. b. — Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych. Protokoły z d. 1 i 29 października 1902 r. — KRONIKA. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w październiku 1903 r. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Fr. Neugebauer —
Quatre cas rares de hermaphrodisme. 2) D-r J. Świątecki —
Un moyen d'introduction aseptique des bougies molles.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Fr. Neugebauer —
Vier seltene Beobachtungen des Scheinzwittertumes aus
eigener Praxis. 2) D-r J. Świątecki — Eine Art aseptischen
Einführens weicher Katheter.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Ś. P.

WŁODZIMIERZ BRODOWSKI

(1823 — 1903).

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Dnia 27 października r. b. zmarł w 80 roku życia Włodzimierz Brodowski. Urodzony 6 grudnia 1823 roku w guberni Mińskiej, szkoły kończył w Mińsku, a medycynę studiował w Moskwie, gdzie 21 czerwca 1848 roku otrzymał dyplom lekarski.

Po kilku latach praktyki w Białej Cerkwi zmuszony był z powodu zapalenia stawu biodrowego rok prawie przeleżeć (w Kijowie). Po przyjeździe do zdrowia krótki czas jeszcze praktykował na wsi, poczem w 1855 roku udał się w podróż naukową po Europie. Wkrótce po powrocie do kra-

ju osiedlił się w Warszawie, gdzie otrzymał posadę ordynatora Szpitala ujazdowskiego. Na tem stanowisku uzyskał bardzo prędko uznanie kolegów i mógł się spodziewać, że aspiracye Jego do katedry znajdą wśród ogółu poparcie. Głęboka wiedza, szeroka inteligencya i pracowitość zalecały Go istotnie, jako najwybitniejszego kandydata, na posadę profesorską w Akademii medyczno-chirurgicznej; istotnie też otrzymał katedrę anatomii patologicznej i 7 lutego 1862 roku rozpoczął ś. p. Wł. BRODOWSKI wykłady wstępną lekcją „o zadaniach anatomii patologicznej“.

Od tej chwili rozpoczęła się szeroka działalność Jego, jako profesora, a obok niej działalność, jako uczonego.

Anatomia patologiczna jest niewątpliwie najobszerniejszym z przedmiotów, wykładanych na wydziale lekarskim, i ze strony profesora wymaga najszerszego, najwszechstronniejszego przygotowania. Ale nie tylko z tego względu wykład anatomii patologicznej jest trudny: przedmiot jest zawily, a czasu słuchacze mają mało; nie wystarcza wobec tego znajomość przedmiotu, trzeba nadto posiadać talent pedagogiczny, umieć dostroić się do poziomu słuchacza i pośród kolosalnego materiału wybrać istotnie ważne rzeczy i oświetlić je należyte.

W Austrii, Francyi i we Włoszech, gdzie obok katedry anatomii patologicznej istnieje w każdym uniwersytecie katedra patologii ogólnej, profesorowie anatomii patologicznej wykładają tylko szczegółową anatomie patologiczną już to w formie kursu systematycznego, już to przy stole sekcyjnym w formie kazuistyki, pozostawiając patologii ogólnej zaznajomienie słuchaczy z podstawami ogólnymi, z nauką o zwyrodnieniach, zapaleniach i nowotworach.

W Niemczech, gdzie specjalnych katedr patologii ogólnej niema, na profesorach anatomii patologicznej ciąży obowiązek wykładania również i tych ogólnych podstaw. Zdawałoby się mogło, że wobec istnienia u nas w Warszawie oddzielnej katedry patologii ogólnej ś. p. Wł. BRODOWSKI mógł ograniczyć się do wykładów szczegółowej anatomii patologicznej. Tymczasem okoliczności tak się złożyły, że, postępując w myśl tego, krzywdziłby swoich słuchaczy.

Kiedy ś. p. Wł. BRODOWSKI rozpoczął swoje wykłady, kształtowała się dzięki inicjatywie genialnego Rudolfa VIRCHOW'a nowa patologia — cellularna patologia, która wywołała istną rewolucyę, do podstaw wzniosła stare gmachy systemów patologicznych i zmuszała do budowy nowych od fundamentów. Przedstawicielei nowej szkoły było na świecie jeszcze nie wielu; u nas ś. p. BRODOWSKI był jedynym. Tylko od niego mogli się słuchacze nauczyć ogólnych podstaw nowej, cellularnej patologii, więc też zastosował ś. p. BRODOWSKI do tych warunków swój plan wykładowy i na pierwszym miejscu postawił ogólną anatomie patologiczną z ekskursyami w dziedzinę etiologii ogólnej, patogenezę i fizjologii patologicznej. Zajmowało to dużo czasu, który w innych warunkach mógłby być poświęcony na wykład szczegółowej anatomii patologicznej. Żeby zaradzić złemu, ś. p. BRODOWSKI zmienił nieco system wykładu tej ostatniej — zamiast wykladać systematyczny kurs, w którym z natury rzeczy kolejnoby musiał rozbierać i codzienne objawy i rzadko natykanne, nacisk największy położył na kazuistykę, w której w miarę nadarżającego się materiału zaznajamiał swoich słuchaczy na tle pojedynczych przypadków z najczęściej spotykanymi i najważniejszymi zmianami patologicznymi różnych narządów. Kurs systematyczny był stawiany na drugim planie, ograniczał się do jednej grupy narządów (przewód pokarmowy, narządy oddechowe, układ kostny i t. d.), ale co rok do innej.

Obok powyższego wykładana była również dyagnostyka anatomo-patologiczna, zaznajamiająca słuchaczy z metodami badania i rozpoznawania.

Że wykłady zajmowały słuchaczy i zadawały im, tego najlepszym dowodem był natłok, jaki panował na nich, a że wydawały doł re owoce, dowodzi ta okoliczność, że pomimo bardzo wielkich wymagań ś. p. BRODOWSKIEGO, który zawsze należał do surowych egzaminatorów, rzadko się zdarzało, by słuchacze Jego kompromitowali się nieznaną zasadą wykładanej im nauki, często zaś uderzał duży w porównaniu z wychowawcami innych szkół ich zasób wiadomości.

Przyzwyczajenie — to druga natura.

Kiedy w roku 1885 katedra patologii ogólnej przeszła do rąk młodego przedstawiciela nowej szkoły i zbytecznym poniekąd stał się obszerny wykład podstaw ogólnej patologii cellularnej i bakterjologii, ś. p. BRODOWSKI nie mógł już wyrzec się systemu wykładowego, z powodzeniem stosowanego tyle lat, i pozostał mu wiernym do końca. Trudnoby mu było, zresztą, czynić z tego zarzut, choćby dlatego, że tak pięknie wykladał, tak zajmująco umiał przedstawiać historyczny rozwój każdej kwestyi, że powtórne usłyszenie w tej formie znanych już skądinąd rzeczy tylko na korzyść słuchaczom wyjść mogło. Umiłowawszy sobie wykłady, ś. p. BRODOWSKI wkładał w nie wiele pracy, śledził za każdym postępem w nauce i dzielił się ze słuchaczami zdobywaną wiedzą; kurs jego co rok się zmieniał, zależnie od osiągniętych w anatomii patologicznej postępów; a że w epoce, w której ś. p. BRODOWSKI wykladał, postępy te były nieustanne i wielkie, w jego wykładach co rok też znaleźć można było dużo zmian i uzupełnień. Jednakże nigdy nie wprowadzał on do kursu swego wyników nowych badań, nie sprawdziwszy ich osobiście, o ile materiał miejscowy na to pozwalał, i dla tego sąd, który wydawał o tych badaniach, nie był gołosłowny.

Ta okoliczność odsłania nową stronę działalności ś. p. BRODOWSKIEGO — był niezmordowanym pracownikiem laboratoryjnym.

Ile to pokoleń lekarzy widziało Go w ciągu 40 lat, które przepracował w swoim gabinecie przy ul. Zgoda, dzień w dzień nachylonego nad mikroskopem lub przyrządzającego preparaty.

Nie tylko wiedział wszystko, co się robiło na świecie całym, ale również i widział niezmiernie wiele i dzięki swej pamięci rzeczy raz widzianej nie zapominał nigdy.

Pomimo wszystkich tych zalet wyniki naukowej działalności ś. p. BRODOWSKIEGO są znacznie mniej doniosłe od wyników pracy profesorskiej, pedagogicznej.

Było to już właściwością Jego umysłu, że odtwarzał znakomicie i chętnie, tworzył zaś mniej chętnie, jakby bez wewnętrznego popędu.

Na spuściznę Jego naukową składa się obok licznych drobnych notatek kazuistycznych, stanowiących sprawozdania z demonstracji preparatów w Tow. Lek., kilkanaście większych prac kazuistycznych (o limfomatach, o nowotworach gałki ocznej, o zimnicy złośliwej, o mięsach śluzowych, o ostrym zaniku wątroby i t. d.), dwie większe rozprawy (o powstawaniu komórek olbrzymich i przyczynę do anatomii patologicznej wątroby), kilka wykładów treści ogólniejszej (wykład wstępny, o nowotworach patologicznych wogóle, stosunek anatomii patologicznej do anatomii i medycyny praktycznej) i jedna część podręcznika anatomii patologicznej.

Przy obfitym materiale, przy ogromnem doświadczeniu i wielkiej wiedzy, które Mu każdy przyznać musi, indywidualność ś. p. BRODOWSKIEGO zarysowałaby się w nauce niewątpliwie daleko wyraźniej, gdyby wewnętrzny popęd pchał Go do samodzielnej pracy twórczej. Również i działalność pracowni, której był kierownikiem, byłaby niewątpliwie owocniejsza. Prace, które z niej wyszły, nie noszą na sobie cechy Jego indywidualności, lecz są płodem wysiłków samodzielnych tych pracowników, którzy posiadali dość zdolności, wytrwałości i energii, by, pomimo braku inicjatywy ze strony szefa, pomimo biernego zachowania się jego, zwalczyć trudności i doprowadzić prace

swoje do końca. Słabsi, mniej zdolni, którzyby w sprężystej szkole jednakże z korzyścią pracować mogli, tutaj wyrzec się szybko musieli wszelkich aspiracji, porzucali pracownię i rozpoczęte badania.

Żałować tego tem bardziej należy, że pracownia ś. p. BRODOWSKIEGO była przez bardzo wiele lat jedyną u nas pracownią patologiczną.

Jakkolwiek zajęcia profesorskie zabierały BRODOWSKIEMU, przy wybitnej Jego sumienności w spełnianiu podjętych obowiązków, bardzo wiele czasu, umiał on jednak znaleźć jeszcze i na inne prace trochę czasu. Nie mówiąc już o obowiązkach dziekana i członka sądu uniwersyteckiego, które trzymały Go jeszcze w ciasnych ramach życia uniwersyteckiego, spełniał On nadto obowiązki członka Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, prezesa oddziału lekarskiego W. T. D. i wreszcie Prezesa Towarzystwa Dobroczynności; działalność Jego na tych stanowiskach obejmowała już szersze kręgi życia społecznego, a zawsze była gorliwa i pożyteczna.

Cześć Jego pamięci.

J. Steinhaus.

C z t e r y ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z praktyki własnej.

Podał

Franciszek Neugebauer.

W roku 1882, jako wolontaryusz w klinice ś. p. profesora SCHROEDER'a, po raz pierwszy na własne oczy widziałem wrzekomego obojnaka, 16-letnią pannę o nowotworach w jamie brzusznej oraz wszelkich pozorach zewnętrznych płci męskiej. Ponieważ na cięcie brzuszne chora się nie zgodziła, płeć jej pozostała wątpliwą. W dziesięć lat później (1892 r.) po raz pierwszy miałem do czynienia z mylnem określeniem płci w praktyce własnej. Kwestya ta, szczególnie przypadki płci wątpliwej oraz embryologiczna strona kwestyi obojnactwa, żywo mnie zainteresowała. Przypadek chciał, że coraz częściej trafiały mi się w praktyce tego rodzaju spostrzeżenia, tak że obecnie liczę spostrzeżeń własnych, bądź dzieci, bądź dorosłych osób dotyczących, już 38. Dawniejsze spostrzeżenia opisałem swego czasu w „Przeglądzie chirurgicznym“ oraz w „Gazecie

Lekarskiej“, w „Kronice“ i w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego“. Ogółem zebrałem dotychczas z piśmiennictwa całego świata 930 spostrzeżeń. Łatwo zrozumieć, że, wobec tak olbrzymiego materiału kazuistycznego, łatwiej jest dojść do pewnych wniosków, niż, gdy się ma do czynienia ze spostrzeżeniem pojedynczem. Wnioski, do których doszedłem, ogłosiłem w całym szeregu artykułów w różnych pismach polskich, francuskich i niemieckich.

„Przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie czyli wrzekomej dwupłciowości“. Przegląd chirurgiczny 1894—1896. (Przyczynek ten zawiera spostrzeżeń 432).

„Pomyłki w określeniu płci, ujawnione drogą operacyjną; operacje, dokonane u wrzekomych obojnaków oraz osobników płci wątpliwej. Rzut oka na rozwój organów moczopłciowych u człowieka“. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. 1899.

„Cinquante cas de mariage conclus entre des personnes du même sexe avec plusieurs procès de divorce par suite d'erreur de sexe“. Revue de Gyn. et de Chirurgie Abdominale. Paris. 1899. Avril.

„Une nouvelle série de 29 observations d'erreur de sexe“. Tamże. 1900.

„Hermaphroditisme et pratique journalière du médecin. Notions sur l'hermaphroditisme indispensables pour le praticien“. La Gynécologie. Paris. 1903. Janvier.

„Nowy przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie, zawierający 35 przypadków“. Gazeta Lekarska. 1900.

„19 przypadków koincydencji zbieżności umysłowych z wrzekomem obojnactwem; cztery przypadki samobójstwa wrzekomych obojnaków oraz 57 spostrzeżeń sądowo-lekarskich, dotyczących wrzekomych obojnaków“. Kronika Lekarska. 1900.

„Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. (De pseudohermaphroditismo hereditario)“. Kronika Lekarska. 1902.

„Ueber Vererbung von Hypospadie und Scheinzwitterthum“. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. 1902.

W roku 1902 wydałem obszerną pracę synoptyczną w „Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen“ pod tytułem „Interessante Beobachtungen aus dem Gebiete des Scheinzwitterthumes“. Lipsk. 1902 r., oraz w roku bieżącym drugą pracę ważną „Chirurgische Ueberraschungen auf dem Gebiete des Scheinzwitterthumes“. Ibidem. Lipsk. 1903. W tej ostatniej pracy, która ma wielkie znaczenie czysto praktyczne, zestawilem 38 herniotomii, u kobiet dokonanych, z ujawnieniem płci męskiej, cztery herniotomie, dokonane u wrzekomych obojnaków żeńskich, 13 herniotomii, dokonanych u mężczyzn lub też wrzekomych obojnaków męskich z ujawnieniem macicy lub jajowodów *in hernia*, oraz 45 spostrzeżeń pojedynczych innego rodzaju: 32 przypadki koincydencji nowotworów łagodnych lub złośliwych z wrzekomem obojnactwem, 29 cięć brzusznych, dokonanych u wrzekomych obojnaków, jedna nefrolitotomia, dokonana u wrzekomego obojnaka, jedna operacja *pyosalpin-*

gis u mężczyzny i t. d. Owe 45 spostrzeżeń zawierają nie mniej, niż 20 przypadków mylnego określenia płci. 9 razy płeć pozostała wątpliwą, pomiędzy nimi 5 razy pomimo cięcia brzuszego, dwa razy tylko znaleziono w gruczole płciowym jakoby i tkankę właściwą jajnikowi i tkankę, odpowiadającą jąderu. Dodałem 23 przypadki bądź żądanych, bądź dokonanych innych operacji, pomiędzy nimi np. amputacji bądź prącia szczątkowego, bądź lechtaczki prze-rostej.

Ktokolwiek przejrzy chociażby tylko tę ostatnią pracę wyczerpującą, przestanie upatrywać we wrzekomem obojnactwie jakieś rzadkie *curiosum*, a przyzna ważność praktyczną gruntownej znajomości tej kwestyi dla chirurga i akuszera, również jak i dla lekarza sądowego i psychiatry, dla embryologa i anatomopatologa. Już po wydrukowaniu tej ostatniej pracy miałem znów sposobność zbadania całego szeregu takich osobników, i trzy razy wypadło mi użyć noża bądź w celach leczniczych, bądź w celu rozpoznania płci dla mnie wątpliwej. Wszystkie te spostrzeżenia należą do kazuistyki mojej szpitalnej z roku 1903. Po części demonstrowałem tych osobników, bądź preparaty, od nich pochodzące, na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego.

Pierwsze spostrzeżenie dotyczy 35-letniej kobiety, zamężnej bezdzietnie od 3 lat. Osoba ta zgłosiła się do szpitala wskutek silnej bolesności brzucha i guza w jamie brzusznej. Wzrostu wysokiego, budowy ogólnej raczej męskiej, o brzuszny typie oddychania, wystającej silnie krtani, niedorozwoju sutek i t. d., odrazu we mnie budziła podejrzenie, czy nie chodzi tutaj o mylne określenie płci. Peryodów osoba ta nigdy nie miała, również nie odczuwała nigdy żadnych popędów płciowych i nigdy nie doznawała żadnej przyjemności przy stosunku z mężem, nie było również nigdy żadnych t. zw. „*molimina menstrualia*“. Srom kobiety, ale w stanie niedorozwoju. *Mons Veneris* prawie bez tłuszczu podskórnego, płaski; owłosienie sromu bardzo skąpe. Istnieją

ślady *hymenis*, pochwa na wysokości kilku centymetrów ślepo zakończona, bez wymacalnej szyi macicznej. Brzuch znacznie powiększony i chełboczący wskutek *ascites*. Wygląd ogólny marny wskutek silnego schudnięcia i wycieńczenia. Chora w ostatnich czasach schudła raptownie. Bóle w brzuchu powstały przed rokiem i coraz się wzmagają; równocześnie rozwinęło się charłactwo. W jamie brzusznej wymacano duży guz przesuwalny, o powierzchni nierównej wielkości przeszło głowy noworodka. W zatoce DOUGLAS'a można było wymacać odnogę guza więcej miękką, *in hypogastrio* części więcej twarde. Macicy *per rectum* nie wymacano. Rozpoznałem guz złośliwy wewnętrznych narządów płciowych, pozostawiając otwartą kwestyę — czy narządów męskich, czy żeńskich? Z podejrzeniem więc, które i asystenci moi podzielali, przystąpiłem dnia 2. III. do cięcia brzuszego. Z jamy brzusznej wylało się dużo ascytycznej cieczy, krwawo zabarwionej, a po odseparowaniu sieci, z guzem powierzchownie pozrastanej, od guza, udało się guz w całości wyłonić z jamy brzusznej. Guz poniekąd zrazikowaty, o odnodze jednej miękkiej, a w innych częściach twardej, na przekroju czynił wrażenie mięsaka, osadzony był na szerokiej podstawie, składającej się z dwóch listków otrzewny; podstawa ta ginęła w głębi miednicy za pęcherzem moczowym. Na guzie przebiegał powróż, makroskopowo wyglądający, jak *vas deferens*. Centrypetalny koniec tego powrózka, mającego około 12 ctm. długości i przebiegającego poziomo nad guzem w zdwojeniu otrzewny zarzynał się nagle w rodzaj wnęki guza, jakby pomiędzy dwoma „gyri“ — czyli guz obrósł centrypetalny koniec powrozu zupełnie, peryferyczny koniec zaś ginął bez śladu na gładkiej zewnętrznej powierzchni guza. Guz ten był nowotworem złośliwym lewego gruczołu płciowego; prawostronnego gruczołu nie znalazłem nigdzie, ani w kanale pachwinowym, ani w małej miednicy, natomiast spostrzegłem jakiś powróżek biały, przebiegający od tylnej powierzchni

pęcherza moczowego podotrzewnowo ku górze ku okolicy lędźwiowej i krzyżujący się powyżej *linea innominata* z moczowodem lewym. Prawdopodobnie prawostronny gruczoł płciowy w stanie silnego niedorozwoju pozostał na wysokości drugiego lub trzeciego kręgu lędźwiowego, czyli że nie nastąpił *descensus* gruczołu do małej miednicy lub też moszny, jeśli chodzi o jądro. Powróżek ten prawostronny uważać musiałem za *vas deferens dextrum*. Lewostronny guz posiadał rodzaj kreski, ze zdwojenia otrzewny, którą przy usunięciu guza musiałem przeciąć, i ranę zaszyłem szwem ciągłym, a przy peryferycznym końcu kreski podwiązałem osobno tętnicę. Miałem wrażenie, gdy guz wyłoniłem z jamy brzusznej na zewnątrz, unosząc go ku górze, jakby istniała przegroda jamy małej miednicy poprzeczna, jakby jama pomiędzy odbytnicą a pęcherzem była podzielona na dwie jamy, nie byłem zaś w stanie wymacać dokładnie w tem jakby zdwojeniu otrzewny chociażby śladu macicy. W pierwszej chwili zdawało mi się, że mam do czynienia z jednoróżną szczątkową macicą o rogu lewym, i że powróż, na guzie przebiegający może należy uważać za jajowód lewy, lecz przypuszczenie to okazało się nieprawdopodobnem. Gruczołu krokowego nie wymacałem. Płeć osoby tej pozostała na razie wątpliwą pomimo cięcia brzuszego: wszelkie jednak prawdopodobieństwo przemawiało za tem, że guz ten był zwyrodniałem jądrem kryptorchicznym. Kolega STEINHAUS po zbadaniu guza oraz powrozu, w nim ginącego, określił guz jako *sarcoma fusicellulare* bez śladu zarówno tkanki jajnika, jak i jądra specyficznej, mianowicie, właśnie tego rodzaju sarkomat, jaki najczęściej się przytrafia w jądrze, a bardzo rzadko w jajniku, powróż zaś na przekroju okazał się *vas deferens* o charakterystycznym świetle torebkowatym. Rezultat więc drobnowidzowego badania przemawia więcej za płcią męską przy *kryptorchismus duplex* i *hypospadiasis penoscrotalis*, przy szczątkowym rozwoju zewnętrznych narządów

pleciowych. Bardzo zajmującym szczegółem jest koincydencya wrzekomego obojnactwa ze złośliwym zwyrodnieniem gruczołu pęciowego jędnego. Wiadomo ogólnie, że kryptorchizm stanowi predyspozycyę dla złośliwego zwyrodnienia jąder. Chora zaraz po operacyi doznała wielkiej ulgi, bóle zginęły odrazu, rana brzuszna szybko się zamknęła *per primam intentionem*, i chora już po dwóch tygodniach wypisała się do domu. Ciekaw jestem, czy nastąpi recydywa mięsaka i jaka — i czy drugi gruczoł pęciowy nie będzie umiejscowieniem takiej recydywy? Preparat pooperacyjny demonstrowałem w Towarzystwie Lekarskiem. Drobnowidzowe preparaty kolegi STEINHAUSA były wtedy przez niego demonstrowane.

(C. d. n.)

Z oddziałów d-rów KRAJEWSKIEGO i KARCZEWSKIEGO
w szpitalu Dziec. Jezus w Warszawie.

S p o s ó b

aseptycznego wprowadzania cewników miękkich,

Podał

JAN ŚWIĄTECKI.

(Demonstracya w Warsz. Tow. Lek. d. 20.X 1903 r.)

Jedną z najważniejszych niedogodności cewnika miękkiego (NÉLATON'a) jest ta, że, aby go wprowadzić do cewki, musimy ująć go w palec blisko dzioba, t. j. za część mającą się bezpośrednio zetknąć z pęcherzem cewką. Wprawdzie teorya wymaga, aby uprzednio dokładnie umyć i odkazić ręce — wiemy jednak bardzo dobrze, jak się to dzieje w praktyce: nie mówiąc już o chorych, zmuszonych po kilka razy na dobę opróżniać sobie cewnikiem pęcherz, przyznać musimy, że nawet najbardziej postępowy chirurg nie jest w stanie myć się przed każdym cewnikowaniem tak samo, jak przed laparotomią, zwłaszcza, że nie zawsze i nie wszędzie można

mieć warunki, do których się przywykło w salji operacyjnej.

Otóż pragnę podać do szerszej wiadomości sposób, używany od lat paru przeze mnie i kolegów oddziałowych, sposób absolutnie uniemożliwiający przeniesienie infekcyi z rąk do cewki moczowej. Rzecz streszcza się w paru słowach: my wprowadzamy cewnik przy pomocy zwyczajnych szczypczyków (pince-ty), które wygotowujemy jednocześnie z cewnikiem. Oto wszystko.

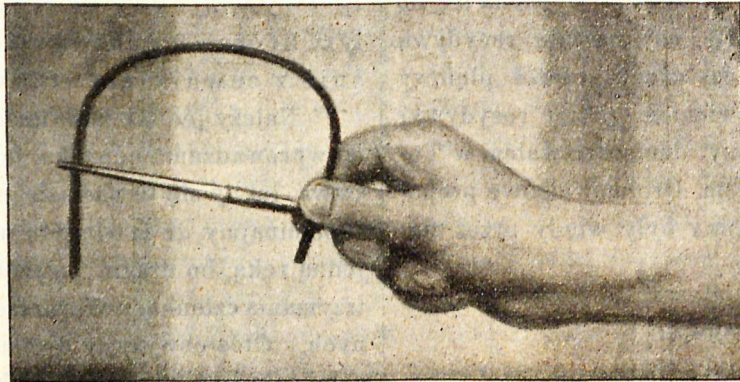
Należy jednak poświęcić słów parę technice wprowadzania cewnika, bo rzecz to nie tak łatwa, jakby się to na razie zdawać mogło. Nie zapominajmy, że musimy tu manewrować tylko jedną ręką, bo druga potrzebna nam jest do trzymania członka, *resp.* rozszerzania warg sromnych. Otóż chwytamy dwoma lub trzema palcami ręki lewej cewnik za koniec pawilonowy, t. j. za część, która nie bywa w cewce; unosimy cewnik ku górze, szczypczykami, trzymanymi w ręce prawej, nabieramy sterylizowanej (wygotowanej w wodzie) waseliny i rozsmarowujemy ją po cewniku; następnie chwytamy szczypczykami cewnik w bliskości dzioba i uwalniamy rękę lewą, przekładając koniec pawilonowy cewnika do ręki prawej w ten sposób, że wkładamy go pod palec wielki, podtrzymujący szczypczyki. Cewnik przybiera wtedy kształt litery C, a wraz ze szczypczykami litery D, jak to widać na załączonym rysunku.

Jeszcze jedna uwaga. Jeżeli szczypczyki są krótkie, a cewnik mało sztywny, co, jak wiemy, następuje po wielokrotnem gotowaniu, to przy układaniu może on przybrać kształt 8-ki, przegiąć się i powalać o palec — dlatego też lepiej brać szczypczyki długie, t. zw. ginekologiczne. Ostatni akt, wprowadzenie cewnika, nie przedstawia już żadnych trudności: lewą ręką, jak zwykle, obejmujemy członka i wprowadziliśmy dziób cewnika do otworu cewki, popychamy go dalej, chwytając szczypczykami coraz to wyższą część rurki; w końcu wypadnie wypu-

ścić koniec, pawilonowy z pod palca; teraz jednak część niewprowadzona jest już tak krótka, że niema obawy, aby mogła powalać się o przedmioty otaczające.

Te same prawidła obowiązują chorego, jeśli ma sam sobie opróżniać pęcherz, i, jakżeśmy się

Jak więc widzimy, sposób nasz jest bardzo prosty i, być może, przez innych również gdzieś stosowany – nie znaleźliśmy wszakże w piśmiennictwie o tem wzmianki; podajemy go więc, ponieważ, zdaniem naszym, zasługuje na szerokie rozpowszechnienie: zasada, obowiązu-



przekonali, chorzy bardzo łatwo uczą się odpowiednich manipulacji, wykonywać je jednak muszą w pozycji siedzącej lub stojącej, gdyż inaczej łatwo zawadzić cewnikiem o ubranie, kolana i t. p.

jąca w chirurgii, [niedotykania, o ile można, palcami rany oraz wszystkiego, co z nią wchodzi w styczność, powinna obowiązywać i w urologii.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

129. M. CLOETTA. O białkomoczu.

W przypadku białkomoczu znajdujemy w moczu 3 rodzaje białka: serumalbuminę, serumglobulinę i nukleoalbuminę. Im ostrzej przebiega zapalenie nerek, tem więcej znajdujemy w moczu globuliny i nukleoalbuminy. Np. przy ogólnej ilości białka 3‰, znajdujemy mniej więcej 1,8‰ serumalbuminy, globuliny 0,6‰, nukleoalbuminy 0,6‰. W marskości nerek dominuje serumalbumina, globulina występuje w nieznacznej

ilości, nukleoalbuminy zaś wcale nie znajdujemy lub nieznaczne jej ślady. Np. przy tej samej ilości białka 3‰ w marskości nerek mocz zawiera 2,7‰ serumalbuminy, 0,3‰ globuliny, nukleoalbumina zaś ilościowo określić się nie daje.

Dla określenia warunków, od których zależy jest wydzielanie różnego rodzaju białka, autor sztucznie wywoływał u królików ostre zapalenie nerek i, badając przytem krew, doszedł do wniosku, że iloczyn białkowy krwi (stosunek albu-

miny do globuliny) nie równa się takiemuż iloczynowi moczu i że wogóle między temi dwiema liczbami niema żadnego związku. Następnie na mocy własnych badań autor nie zgadza się ze zdaniem CSATARY'ego, jakoby wzmożone wydzielanie serumalbuminy zależało od wzmożonego ciśnienia krwi i przyspieszonego krążenia. Podług autora różnica między iloczynem białkowym krwi i moczu powstaje wskutek pewnych zmian anatomicznych w samej nerce. Nerkę możemy sobie przedstawić jako pewnego rodzaju przeponę, która w normalnych warunkach weale nie przepuszcza białka, przy pewnych zaś zmianach staje się dlań przepuszczalną.

Przeprowadzając badania w tym kierunku, autor doszedł do wniosku, że przy pewnej porowatości przepony wszystkie rodzaje białka przedostają się przez nią z jednakową łatwością, natomiast wraz ze zgęszczeniem przepony zmniejsza się przepuszczalność globuliny. Otóż wracając do obrazów klinicznych, możemy sobie przedstawić schematycznie, że w ostrem zapaleniu nerek mamy do czynienia z przeponą, która łatwo przepuszcza różnego rodzaju białka, a w marskości nerek ze zgęszczeniem przepony. Dlatego też w pierwszym przypadku iloczyn białkowy krwi mało różni się od iloczynu białkowego moczu. Co się tyczy nukleoalbuminy w moczu, to ta pochodzi nie z surowicy krwi, lecz wskutek znacznego rozpadu komórek nerkowych: rzeczywiście, jeżeli nerkę, znajdującą się w stanie ostrego zapalenia, rozetrzemy w wodzie słabo alkalicznej, otrzymamy sporą ilość nukleoalbuminy, czego przy zdrowej nerce nie otrzymamy.

W końcu autor rozpatruje stosunek między czynnością nerek i ilością wydzielanego przez nie białka i dochodzi do wniosku, że nie zawsze istnieje tu ścisły związek. (Sprawność nerek autor określa punktem zamarzania krwi). Ma to dla kliniki bardzo ważne znaczenie. Przywykliśmy uważać zmniejszenie się ilości białka w moczu lub też zupełne jego zniknięcie, jako objaw pomyslny w przebiegu ostrego zapalenia nerek, jeżeli zaś wraz z tem nie poprawia się, co więcej, pogarsza się sprawność nerek, natenczas, pomimo nieobecności białka w moczu, zrobimy rokowanie niepomyślne, ponieważ chory może zginąć wskutek mocznicy.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte.
Nr. 8. 1903 r.). Springer.

130. ROTTER. Przyczynek do przyszcicia jelita przy wypadnięciu odbytnicy (poza otrzewnowe przymocowanie kiszki).

W leczeniu znacznych wypadnięć odbytnicy drogą operacyjną dwa sposoby w powszechnem są użyciu: wycięcie kiszki według MIKULICZA i *colopexia*. Wycięcie jest niebezpieczne, nierzadko pozostawia zwężenie i nie zabezpiecza od nawrotu. Natomiast *colopexia* należy do rękoczynów nie niebezpiecznych. Z 33 przypadków, zebranych przez BACKES'a, ani jeden nie zakończył się niepomyślnie, a EISELSBERG z 12 operowanych stracił jednego chorego, któremu z powodu bardzo długiego *S-Romanum* wyciął część kiszki. Co się tyczy wyleczenia doszczętnego, to BACKES na 33 przypadki miał 26 wyleczeń doszczętnych i 7 nawrotów, EISELSBERG zaś zdołał stwierdzić na 4 przypadki wyleczenie doszczętne 3 razy jeszcze po 1¹/₄ do 1³/₄ roku, raz jeden nastąpił nawrót.

Jak wiemy, *colopexia* zasadza się na przyszcyciu *flex. sign.* do otrzewny ściennej; w ten sposób powstaje zrost między kiszką a ścianą brzuszną. Wiemy jednakże, że zrosty takie nie są mocne, ani trwałe, i po pewnym czasie następuje rozluźnienie. Jeżeli zaś kiszka, otrzewną nie pokryta, przyrasta do otrzewny ściennej, wówczas zrost jest tak silny, że na tempo rozciąć go niemożna.

Z tego więc powodu autor zmodyfikował w mowie będący rękoczyn w ten sposób, że przyszył kiszkę, pokrytą otrzewną, nie do otrzewny, lecz do powierzchni, pozbawionej otrzewny, aby otrzymać mocny i trwały zrost. Sposób ten zastosował w dwóch przypadkach z bardzo dobrym wynikiem. W jednym przypadku przyszył brzeżki otrzewny ściennej do kiszki w ten sposób, że pas kiszki szerokości 2 ctm., a długości 9 ctm., znajdował się po za otrzewną; w drugim przypadku poprowadził cięcie blisko górnego kolca biodrowego przedniego, oddzielił otrzewnę od mięśnia biodrowego na szerokość trzech palców i na tej powierzchni, pozbawionej otrzewny, przyszył kiszkę na przestrzeni 7 — 8 ctm.

(*Deutsche Medic. Wuchensch.* 1903. N. 32).

L. Krauze.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 września r. b.

TREŚĆ: 1) J. BORZYMOWSKI — przedstawienie chorego po wyjęciu ciała obcego z oczodołu. 2) St. KOPCZYŃSKI — przedstawienie chorej z porażeniem nerwów promieniowego, pośrodkowego i łokciowego wskutek ucisku. 3) RZĘTKOWSKI — „Działania katalityczne i zaczynowe“.

1) Kol. Jan BORZYMOWSKI — przedstawił chorego, któremu nóż przebił górną szczękę i sterczał ostrzem swem w nozdrzach tylnych (*choanae*). Przy uderzeniu przecięta została spojówka oka. Długość odłamka noża, tkwiącego w oczodole, wynosiła 8½ ctm., a szerokość 2 ctm. Chory o tem obcym ciele nic nie wiedział. Pomimo wypięcia gałki ocznej siatkówka pozostała nie uszkodzoną, i chory widzi dobrze.

2) Kol. Stanisław KOPCZYŃSKI przedstawił chorą, dotkniętą zupełnem porażeniem nerwów promieniowego, pośrodkowego i łokciowego w następstwie ucisku.

Chora, piorąc, wbiła sobie igłę w okolicę stawu napięstkowego. Ażeby wyjęcie jej uczynić niebolesnem i możliwie bezkrwawem, chirurg nałożył na ramię rurkę gumową. Po zdjęciu jej chorej odrazu „rękę odjęło“. W 10 dni potem K. stwierdził zupełne porażenie wszystkich mięśni kисти i przedramienia, unerwionych przez trzy wspomniane wyżej nerwy. W obrębie nerwów pośrodkowego i łokciowego wyraźne osłabienie pobudliwości na ból i dotyk i różne parestezye. Brak odczynu zwyrodnienia; jedynie zwiększenie pobudliwości nerwów i mięśni na prąd elektryczny. Drażnienie nad obojczykiem punktu Erb'a nie wywołuje żadnego efektu w mięśniach przedramienia i kисти. Po 24 dniach stwierdzono jedynie minimalne ruchy w końcowych stawach palców, jednocześnie wyraźny zanik mięśni na ramieniu i przedramieniu. K. podnosi rzadkość zupełnego porażenia wszystkich

trzech nerwów po ucisku chirurgicznym, przyjmuje t. zw. „urazowe zwyrodnienie nerwów“ w okolicy ucisku, powodujące nawet zupełną przerwę w przewodnictwie prądu elektrycznego, wobec jednak braku wyraźnego odczynu zwyrodnienia w porażonych mięśniach uważa za możliwe *restitutio ad integrum*. Stosuje masaż, wanny słone i elektryzację.

3) Kol. K. RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p.t. „Działania katalityczne i zaczynowe“.

Autor najpierw przedstawił bardziej typowe sprawy katalityczne pod wpływem kwasów, zasad i metali koloidalnych, zaznaczył analogie i różnice, jakie zachodzą pomiędzy sprawami katalitycznymi *in vitro* a zaczynowymi *in vivo*, określił zaczyny, jako katalizatory koloidalne pochodzenia protoplazmatycznego i przedstawił pod postacią przykładów niektóre rzadziej spotykane w literaturze codziennej zaczyny (oksydazy, lipazy, plazmazy i t.p.). W końcu R. poruszył stosunek nauki o ciałach uodparniających do nauki o katalizie i działaniach zaczynowych.

W dyskusyi kol. PRUSZYŃSKI zaznaczył, że pojęcie cząsteczki w ostatnich czasach uległo zasadniczym zmianom; że te same własności, jakimi obdarzone są fermenty roślinne i zwierzęce, posiadają również koloidalne związki złota, platyny i innych ciężkich metali; dalej P. przypomniał o t. zw. czynnościowych ciałach białkowych (NENCKI) i zaznaczył, że twierdzenie PASTEUR'a, jakoby fermenty były produktami komórki żywej, utrzymać się nie da.

St. Kocyński.

Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych.

Protokół z dnia 1 października 1902 r.

1) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił chłopca lat 8, syna wyrobnika ze Skierniewic. W kwietniu r. b., według słów matki, zaczął z trudnością oddychać przez nos, od maja we śnie silnie chrapie, od miesiąca zaś nie może spać, gdyż w czasie snu dusi się i natychmiast się budzi. We dnie oddycha dosyć swobodnie, łaknienie ma dobre, trudności w połykaniu nie ma. Przed kilku laty przechodził zapalenie płuc i ospę. Przy badaniu znalazł kol. S. guz, wychodzący z jamy nosogardzielowej, sterzący z poza podniebienia miękkiego i mający pozór włókniaka. Guzy takie u dzieci zdarzają się stosunkowo rzadko.

Kol. DOBROWOLSKI zwraca uwagę, że w przypadku tym są i polipy nosa, takie przypadki należą do częstszych.

2) Kol. GURANOWSKI przedstawił: a) chorego lat 50, u którego na wyrostku sutkowym znalazł duży okrągły otwór, wypchany tamponami z waty. Po usunięciu tamponów ukazały się masy cholesteatomatyczne, które zostały wyjęte, z tylnego górnego kąta wyrastał guz ziarninowy, który kol. G. usunął. Jama przedstawia się tak, jak po dokonaniu operacji radykalnej. Operacja ta zrobiona była przez kol. Wł. STANKIEWICZA w szpitalu św. Rocha przed 32 laty. Prawdopodobnie część uzury zrobił sam cholesteatomat, ale rozległość cięcia i blizny dowodzą, że i operacja zrobiona była radykalnie. Mamy tu zatem przypadek operacji radykalnej na uchu średnim i wyrostku sutkowym, wykonanej o wiele przed podaniem przez KÜSTER'a i STACKE'go ich metod operacyjnych, a nawet kilka lat przed ogłoszeniem sposobu trepanacji wyrostka sutkowego przez SCHWARTZE'go.

b) Przypadek operacji radykalnej, po której został otwór stały na wyrostku sutkowym. Otworu tego kol. G. nie zamknął dlatego, że ziarnina w okolicy *promontorium* wskazywała na głę-

boką sprawę próchnicową. Istotnie po upływie 1½ roku od operacji wydzieliła się część ślimaka. Obecnie zabliźnione jest wszystko w jamie bębnekowej i na wyrostku sutkowym. Chory życzy sobie zamknięcia otworu na wyrostku, co można zrobić metodą krwawą albo przez zastrzyknięcie parafiny w okolicę obu brzegów otworu, wskutek czego wytworzą się dwie poduszki, zbliżające owe brzegi do siebie. Jeżeliby po tem zbliżeniu brzegów zamknięcie otworu jeszcze nie było zupełne, to zeszyć je będzie łatwiej, niż obecnie. Kol. G. wybiera w tym razie metodę GERSUNY'ego i obiecuje przedstawić chorego po dokonaniu zastrzyknięcia.

Kol. DOBROWOLSKI z powodu pierwszego przypadku przypuszcza, że sam cholesteatomat już mógł zrobić radykalną operację. Co do drugiego przypadku, to sądzi, że jama jest zbyt wielka, aby się zastrzyknięcie parafiny na coś zdało, plastyczna operacja jest też nie pewna, ale daje lepszą szansę.

Kol. SZUMLAŃSKI co do pierwszego przypadku podziela zdanie kol. DOBROWOLSKIEGO. Byłoby rzeczą bardzo ciekawą odnalezienie karty szpitalnej z czasów, kiedy chory był operowany, dałoby to możność przekonania się, czy istotnie już w 1870 roku była u nas zrobiona operacja radykalna na wyrostku sutkowym i jamie bębnekowej.

Kol. GURANOWSKI oświadcza, że chory mówi, iż, mając lat 18, miał ropień za uchem, z powodu którego zrobiono mu rozległą operację. Istotnie blizny dowodzą, że operacja była rozległa. Miejsce blizn i otworu odpowiada ściśle typowemu miejscu operacji. Zapewne, trzeba przyznać, że cholesteatomat sam zrobił pewne zniszczenie, ale trudno przypuścić, aby cała uzura była przezzeń zrobiona, uzura, która równa się tutaj zniszczeniu całej kości skalistej.

Co się tyczy uwagi, że jama w drugim przypadku jest zbyt duża dla pomyślnego wykonania zastrzyknięcia parafiny, to kol. G. zdania tego nie podziela.

3) Kol. WRÓBLEWSKI odczytał rzecz o powikłaniach po wycięciu migdałków. Rzecz ta drukowana była *in extenso* w „Gazecie Lekarskiej“.

Protokół z dnia 29 października 1902 r.

1) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił preparat drobnowidzowy guza, usuniętego przez kol. ŁOGUCKIEGO z jamy nosogardzielowej chłopca, przedstawionego na poprzednim posiedzeniu. Badanie drobnowidzowe wykazało włókniak.

2) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił 30 letniego mężczyznę, któremu po przecięciu ropnia okółomigdałkowego, zwyczajem swoim, założył w otwór cięcia kawałek gazy sublimatowej. Nazajutrz, gdy stan chorego był zadawalający, gazę usunęto. W kilkudziesięciu przypadkach ropni okółomigdałkowych, gdzie ropienie wytwarzało się powoli, głęboko, gdzie istniały znaczne obrzęki, silne bóle, a było przypuszczenie, że rana po zrobionem cięciu prędko się zamknie, kol. D. szeroko ropień przecinał i do rany wkładał mały pasek gazy sublimatowej lub jodoformowej. Gaza służy jako sączek, po którym ropa spływa. Sposób taki dawał kol. D. dobre wyniki, złych następstw nie było nigdy; jedynie osobniki wrażliwe w ciągu kilku godzin po założeniu gazy mają uczucie obcego ciała w gardle; koniec gazy winien znajdować się na miejscu cięcia i musi być widoczny. Chory powinien na drugi dzień zgłosić się do wyjęcia gazy.

Kol. WRÓBLEWSKI widział przed kilku miesiącami chorego z ropieniem w okolicy okółomigdałkowej. Chory opowiedział, że przed 4 miesiącami kol. D. przeciął mu ropień w gardle, i że od tego czasu z gardła nieustannie ropieje. Kol. WRÓBLEWSKI zrobił cięcie w miejscu, skąd ropa się wydobywała, następnie wyciął migdał, ale bez skutku, ropienie wciąż trwało. Po pewnym czasie chory przybył z wiadomością, że wychodzą mu z gardła nitki, zaczęto więc badać dokładniej, i okazało się, że w głębi przetoki leży pasek gazy. Teraz dopiero chory przypomniał sobie, że kol. DOBROWOLSKI włożył mu do rany po cięciu gazę i że nie mógł jej

wydostać. Wprowadzanie gazy po przecięciu ropnia okółomigdałkowego jest zbyt skuteczne, należy robić cięcie szerokie.

Kol. LUBLINER uważałby za usprawiedliwione wprowadzanie gazy do ropni opadowych w gardzieli, chociaż i w tym razie nie na wiele się ono przyda. W przypadkach ropni okółomigdałkowych zabieg ten jest stanowczo zbyt skuteczny, a może nawet tamuje odpływ ropy.

Kol. SREBRNY przyznaje, że po wczesnem przecięciu ropnia brzezi rany wkrótce zlepiają się, i odpływ ropy jest wstrzymany, co wywołuje powrót bólu. Dla uniknięcia tego należy w kilka godzin po cięciu wprowadzić pomiędzy brzezi rany zgłębnik. Tamponady rany zmuszony był użyć raz jeden z powodu wtórnego krwotoku.

Kol. ŁOGUCKI nie widział nigdy potrzeby wprowadzania gazy — należy robić cięcie duże i nie przecinać za wcześnie.

Kol. SOKOŁOWSKI zdanie powyższe potwierdza, zachwalając cięcie krzyżowe.

Kol. SIOŁĘCKI zapytuje, czy wogóle wolno wprowadzać do rany pasek gazy ze względu na bezpieczeństwo chorego: tampon siedzi luźno i łatwo może dostać się do krtani chorego.

Kol. DOBROWOLSKI odpowiada, że nie zauważył, aby mały kawałek gazy tamował odpływ ropy, że wyjęcie gazy jest łatwe, a wypadania jej z rany nie widział. Jeżeli chory, pomimo uprzedzenia go o tem, nazajutrz nie zgłosi się do wyjęcia gazy, jak to musiało być w przypadku, przytoczonym przez kol. WRÓBLEWSKIEGO, to odpowiedzialność w tym razie nie spada na metodę leczniczą. D. stosuje zakładanie gazy od lat kilku w wyjątkowo ciężkich postaciach ropni okółomigdałkowych, w takich przypadkach sposób ten dawał mu lepsze wyniki, niż sondowanie, cięcie krzyżowe i t. p.

3) Kol. WRÓBLEWSKI przedstawił okaz wyciętej nożyczkami u kobiety 50 letniej muszli dolnej (odcięty kawałek mierzył 6,5 ctm.) oraz pęcherza kostnego muszli średniej, usuniętego u tejże chorej z tego samego nozdrza. Wewnątrz pęcherza był płyn gęsty, śluzoropny, w ścianie zaś jego, przylegającej do przegrody — otwór, zatkany sekwestrem.

4) Kol. WRÓBLEWSKI pokrótce zrekapitulował odczyt swój: „o powikłaniach tonsillotomii“, nad którym dyskutowano punkt po punkcie.

Kol. GANTZ (w imieniu nieobecnego kol. MEYERSON'a) odczytał, co następuje:

Co się tyczy ropni peritonsillarnych, wklajających tonsillotomię, to M. widział jeden raz ropień na 2 dni po wycięciu migdałka. Dotyczył on chorego, który często zapadał na ropnie w gardle i z tego powodu poddał się operacji. Bliższe jednak badanie wykazało, iż przed operacją chory miał już lekkie dolegliwości, wskazujące na rozwój ropnia, lecz nie zwrócił na nie należytej uwagi. Wogóle, zbierając dane statystyczne co do powstawania ropni po tonsillotomii, należałoby rozsegregować te przypadki (przeważnie u dorosłych), w których rękoczyn bywa wykonywany z powodu właśnie częstego zapadania na ropnie, od tych przypadków (u dzieci), gdzie migdałki usuwamy z powodu przeszkód mechanicznych, jakie stawiają oddychaniu. W pierwszych bowiem istnieje już skłonność do ropni, i łatwiej one mogą powstawać bądź od urazu operacyjnego, będzie to, że tak powiemy, ostatni ropień u chorego, bądź też, jak w przypadku M., gdzie ropień znajdował się w stadium utajenia.

Kol. SOKOŁOWSKIEMU zdarzył się raz wypadek pęknięcia tonsillotomu przy wycinaniu twardego migdałka, była to jednak wina złego tonsillotomu.

Kol. WRÓBLEWSKIEMU pękł raz tonsillotom przy wycinaniu migdałka, w którego wnętrzu znajdował się kamień. Powikłanie to zdarzyć się może także przy złem złożeniu tonsillotomu.

Kol. SOKOŁOWSKI przy wycinaniu dużego migdałka poczuł opór — szarpnął więc mocno narzędzie i wyłuszczył w ten sposób migdałek całkowicie, co złych następstw za sobą nie pociągnęło.

Kol. ŚWIĄTECKI wspomina o niewłaściwym założeniu tonsillotomu widelkami na zewnątrz.

Kol. LUBLINER wspomina o możliwości zranienia łuków podniebiennych i języzka.

Kol. DOBROWOLSKI spostrzegł przy operowaniu pętlą galwanokaustyczną oparzenia łuków i podniebienia. Przy operowaniu tonsillotomem MATTHIEU'go, zranienie łuków może się zdarzyć tylko w przypadkach zrośnięcia migdałka z łukami.

Kol. WRÓBLEWSKI, chcąc wyświetlić sobie pytanie, czy zranienie łuku grozi poważniejszym niebezpieczeństwem, przejrzał odpowiednie preparaty w muzeum anatomicznym i w jednym tyl-

ko preparacie znalazł nieco grubszą tętnicę. W takim przypadku powikłanie powyższe może grozić poważnym krwotokiem.

Kol. LOGUCKI nadmienia, że dla uniknięcia zranienia łuków należy je odseparować.

Kol. DOBROWOLSKI przypomina, że DMOCHOWSKI w pracy swojej o leczeniu przewlekłego mieszkowatego zapalenia migdałków radzi przecinać łuk przedni bez obawy wywołania krwotoku.

Kol. SREBRNY w sprawie nalotów po tonsillotomii sądzi, że wymienianie ich w liczbie powikłań jest niewłaściwe. Naloty te są zjawiskiem tak nieuniknionem, że możnaby je prawie nazwać fizyologicznymi, na każdej bowiem błonie śluzowej, uległej zapaleniu i pozbawionej nabłonka, musi się nalot utworzyć. Co innego zupełnie przedstawiają naloty dyfterytyczne, które są następstwem zakażenia swoistego.

Kol. DOBROWOLSKI pogląd powyższy podziela.

Kol. GANTZ (w imieniu nieobecnego kol. MEYERSONA):

Naloty po tonsillotomii bywają nie tylko bezpośrednio na miejscu operacji, ale i na częściach sąsiednich, jak podniebieniu miękkim, języzku, większe daleko po operacji galwanokaustyką, niż tonsillotomem. Naloty te dają często powód do niepokoju, a w jednym przypadku M. u dziecka zaalarmowani rodzice, nie zastawszy M. w domu, wezwali innego lekarza, który, przyjmując nalot za błonicy, natychmiast zastrzyknął choremu surowicę. M. też zwykle uprzedza chorego lub jego otoczenie, by nalotów tych się nie lękali. Powikłania rany operacyjnej błonicą M. nie spostrzegł.

Kol. LOGUCKI i SOKOŁOWSKI przy odróżnianiu nalotów fizyologicznych od błonicych zwracają uwagę na odczyn ogólny.

Kol. DOBROWOLSKI w sprawie zakażenia dyfterytycznego po tonsillotomii zgadza się z poglądem prelegenta, aby nie operować podczas epidemii domowej.

Kol. LUBLINER sądzi, że w ambulatoriach szpitalnych, gdzie zbierają się różni chorzy z chorobami zakaźnymi, nie należy robić tonsillotomii.

W sprawie krwotoków po tonsillotomii zaznacza kol. DOBROWOLSKI, że widział je trzy razy u dzieci.

Kol. LUBLINER widział raz krwotok u dorosłego mężczyzny 8 dnia po operacji pętlą galwanokaustyczną — krwotok zatamowano przy pomocy tamponady — w przypadku tym migdałek był całkowicie wyluszczoney —, drugi raz u dziecka po wycięciu nożem z powodu zranienia nasady języka.

Kol. ŚWIĄTECKI wspomina o przypadku bardzo obfitego krwotoku u 18 letniego młodzieńca, w którym żadne zabiegi nie pomagały, ostatecznie przy łykaniu lodu krwotok ustał. W przypadku tym utrata krwi była tak wielka, że jeszcze po 3 tygodniach uderzał wysoki stopień anemii chorego.

Kol. GANTZ (w imieniu kol. MEYERSONA):

Co się tyczy krwotoków, to M. dawniej, gdy operował tonsilotomem, miał ich dosyć dużo, t.j. około 10 przypadków, i to zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Krwotoki te były zarówno pierwotne, t.j. bezpośrednie lub wkrótce po operacji, jak i wtórne, t.j. na 4 — 5 dni po operacji. Krwotoki były mięsaszowe i tętnicze. W jednym przypadku M. uchwycił tętniące naczynie kleszczykami i ścisnął, poczem krwawienie ustało, w innych z dobrym skutkiem stosował przyżeganie perełką kwasu chromnego, które też kolegom poleca. Wobec anemizującego działania adrenaliny wartoby w podobnym przypadku próbować zalecanego przez niektórych autorów stosowania tego środka. Od czasu stosowania ekstyrpacji migdałków za pomocą galwanokaustyki, t.j. od lat 4, M. nie miewa wcale krwotoków bezpośrednich, a i krwotoki następcze nie są wcale częstsze, niż przy stosowaniu tonsillotomu, tak iż M. nie uważa, ażeby wyjęcie migdałków za pomocą galwanokaustyki bardziej usposabiało do krwotoków następczych, niż operacya za pomocą tonsillotomu.

Kol. SREBRNY sądzi, że w dyskusji nad tym punktem nie idzie o to, ile razy komu zdarzyło się widzieć krwotok po tonsillotomii, lecz — jak sobie w danym przypadku radzić. Przewidzieć, kiedy nastąpi krwotok, nie jesteśmy w stanie (oprócz przypadków notorycznej hemofilii), żadnej więc korzyści z wyliczania przypadków tych krwotoków nie osiągniemy. Pożyteczniej zatem będzie mówić o środkach leczniczych. Jeżeli widzimy naczynie krwawiące, radzić sobie

powinniśmy skręceniem go, podwiązaniem, przypalaniem, uciskiem — daleko trudniejsze zadanie mamy w razie krwotoku mięsaszowego lub gdy nie jesteśmy w stanie znaleźć krwawiącego naczynia: w takich razach, jeżeli ucisk lub kauteryzacya nie pomaga, wypada uciec się do podskórnego zastrzyknięcia żelatyny lub w ostateczności do podwiązania tętnicy szyjowej.

Kol. WRÓBLEWSKI w razie niemożności znalezienia krwawiącego naczynia przypala całą powierzchnię azotanem srebra, wówczas na białym tle uwydatnia się łatwiej krwawiące miejsce. Dalej wspomina jeszcze raz kol. WRÓBLEWSKI o metodzie przeprowadzenia przez łuki przednie dwóch ligatur, które się związują nad krwawiącym kikutem, dla pewności można jeszcze pomiędzy kikut a ligatury wprowadzić tampon z gazy, nad którym dopiero ligatury zostają związane.

Kol. SOKOŁOWSKI miał raz przypadek straszającego krwotoku u młodego człowieka w pół godziny po operacji tonsillotomem MATTHEU'go. Krwotok pochodził z tętnicy, położonej tak nisko, że uchwycić jej było niepodobna. Gdy wszelkie sposoby zatamowania krwotoku, który trwał 8 godzin, zawodziły, zrobiono ligature en masse, poczem dopiero krwawienie ustało. O drugim przypadku krwotoku po tonsillotomii, przez siebie dokonanej, dowiedział się kol. S. od kol. HEIMANA. W przypadku tym krwotok był wtórny.

Kol. DOBROWOLSKI widział raz po tonsillotomii u suchotnicy krwotok płucny.

Kol. SINOŁĘCKI zapytuje kol. SOKOŁOWSKIEGO, czy w jego przypadku ustania krwotoku nie należałoby przypisać silnej anemii po 8 godzinnym krwotoku.

Kol. SOKOŁOWSKI zaznacza tylko fakt, że po podwiązaniu krwotok ustał natychmiast.

Kol. SINOŁĘCKI widział raz krwotok po wyluszczeniu migdałka — krwawienie, ustało po zastosowaniu lodu i przypaleniu cynkiem.

Kol. ŁOGUCKI w sprawie pomocy w razie krwotoku radzi po amputacji migdałka pozostały kikut schwyć kleszczykami, po wyluszczeniu zastostować przypalenie lub dłuższy ucisk.

Zygmunt Srebrny.

K R O N I K A.

Głodomory.

Warszawę czeka sensacya: przybył do nas słynny pan Succi, aby na ołtarzu pełnej kieszki złożyć pusty żołądek. Przez szyby „szklanego domku“ będziemy mogli podziwiać człowieka, który w ciągu dni 40 obiecuje żywić się jedynie wodą Vichy. Ma on podobno i jakiś tam cudowny swego wynalazku eliksir, ale czy korzystać będzie tym razem z jego życiodajnej siły, dotychczas nie wiadomo. W jakich warunkach ma się ów post odbyć, jaka będzie kontrola nad Succi'm rozciągnięta, pozostaje również jeszcze tajemnicą. I wszystko byłoby w porządku, boć od czasów TANNER'a nieraz już podobne ofiary składane były złotemu cielecowi, bo zresztą i nauka potrafiła ofiary te nakorzyć swoją wyzyskać, wszystko więc byłoby dobrze, gdyby nie pewna tajemniczość, jaką Succi swą osobę otoczył się stara. Albowiem owe konszachty z fakirami, a zwłaszcza zażyłość z siłami astralnymi, z którymi Succi ma być za pan brat, podkopują nieco wiarę w powagę jego doświadczeń i budzą niejaki co do osoby jego podejrzenie. Po co tu tajemniczość, kiedy wiadomo, że zdrowy człowiek dorosły może przy zupełnym głodzeniu się, t. j. przy wyrzeczeniu się nie tylko pokarmów, ale i wody, przeżyć około 12 dni, a przy jednoczesnym spożyciu cielesnym, jak uczą spostrzeżenia nad melancholikami, pogrążonymi w letargu i zasypianymi — do 20, a nawet 40 dni, zaś przy użyciu wody człowiek przeciągnąć może post do 70 dni.

Jeżeli by wspomniane liczby co do długości postu u ludzi mogły budzić niedowierzanie wśród sceptyków, to badania, w tym kierunku dokonane na zwierzętach, nie ulegają już żadnej wątpliwości. A z badań tych dowiadujemy się, że zagłodzony przez BIDDER'a i SCHMIDT'a kot żył dni 18, pies LUCIANI'ego — 34 dni, drugi pies LUCIANI'ego i BUFFALINI'ego — 43 dni, pies

FALK'a — 60 dni, a jeden z czterech głodzonych psów AWROROW'a — 66 dni! Prym jednak pod względem wytrzymałości na głód trzymać ma wspomniana przez HANTELL'a zasypiana w chlewie świnia: wydobyto ją żywą na 160 dzień!

Gdy zwykle u zwierząt śmierć następuje po stracie 40% pierwotnej wagi ciała, jeden z psów AWROROW'a stracił 55%, drugi — 61,6%, trzeci — 62%, a wspomniana wyżej świnia aż 75%, ważyła bowiem przed zasypaniem 160 funtów, po odkopaniu zaś 40. Im bardziej utuczone jest głodzone zwierzę, tem dłuższy post wytrzymać może, gdyż przy braku pożywienia ustroj żyje przeważnie kosztem tłuszczu: kot, zagłodzony przez VOIR'a, stracił 97%, psy AWROROW'a od 94 do 98% tłuszczu. A więc im większą ilość tłuszczu zwierzę posiada, tem dłużej bez pokarmów żyć może, a im dłużej żyje, tem więcej traci na wadze.

Zapasy białka zużywa się w znacznie mniejszej ilości, strata jego wynosi nie całe 50%.

Z narządów ustroju, według VOIR'a, śledziona traci 66,7%, wątroba 53,7, jądro 40, mięśnie 30,5, krew 27, nerki 25,9, skóra 20,6, kiszki 18, płuca 17, trzustka 17, kości 13,9, układ nerwowy ośrodkowy 3,2, a serce 2,6% pierwotnej wagi. Najważniejsze zatem narządy — serce i ośrodki nerwowe — bez których życie byłoby niemożliwe, tracą najmniej na wadze.

Ciepłota ciała zachowuje się prawidłowo do ostatnich dni, w doświadczeniach AWROROW'a dopiero w ostatnim tygodniu spadła niżej 37°, a w wigilię śmierci psa niżej 34°; u człowieka w ostatnim dniu przed śmiercią głodową spostrzegano spadek ciepłoty ciała do 30°, a nawet do 22°.

Tętno i oddech stają się rzadszemi, ilość moczu zmniejsza się wybitnie: u głodzonego kota VOIR'a wynosiła pierwszego dnia 98 gram., ostatniego 13 gram. U ludzi, zupełnych

abstynentów, już po kilku dniach postu ilość moczu spada do 250—300 ctm. sz. Mocznik w pierwszych 2—3 dniach postu wydziela się w ilości większej, w późniejszych wykazuje cyfry małe. Objasnia się to w ten sposób, że z początku ustroj rozkłada zapas białka, dostarczony za pośrednictwem pokarmów, gdy się zaś ten wyczerpie, przechodzi kolej na białko narządów. Ponieważ jednak ustroj stara się utrzymać niezbędne mu części składowe, więc trudniej oddaje białko, zawarte w narządach, niż krążące w sokach. Ale te małe ilości mocznika widzimy tylko u głodzonych osobników z dużym zapasem tłuszczu: jak tłuszcz pokarmów oszczędza rozpad białka pokarmów, tak i tłuszcz ustroju sprawia, że rozpad białka narządów słabnie, i dla tego osobnik tłusty zużywa w czasie postu mniej białka, niż chudy. Tem się tłumaczy, że głodomór CETTI, człowiek szczupły, wydzielał w przeciągu 11 dni postu 29—20 grm. mocznika, gdy u dobrze odżywianych, dosyć tłustych abstynentów chorych umysłowo wydzielenie mocznika spadało do 9 a nawet 6 grm. dziennie.

Zmiany w układzie nerwowym zwierząt głodzonych wyrażają się ociężałością, zmęczeniem, apatją, która od czasu do czasu tylko przechodzi w stan pobudzenia. Nagłe silne podrażnienie nerwów czuciowych wywołać może u nich ustanie czynności serca.

U ludzi spostrzegano zmęczenie, omdlenie, drażliwość, osłabienie pamięci, brak woli, skłonność do czynów wybuchowych, brak snu, marzenia senne, iluzje i halucynacje aż do kompletnego bredzenia.

W ośrodkach nerwowych zagłodzonych zwierząt znajdowano zmiany w komórkach przednich rogów szarej substancji rdzenia, w mózdzku oraz w komórkach kory mózgowej.

Śmierć poprzedza zupełny upadek sił oraz drgawki.

Odporność głodzonych zwierząt względem trucizn (kurare, strychnina), jak również względem zarazków chorobotwórczych słabnie w wysokim stopniu, gojenie się ran i złamań kości postępuje wolniej, niż w warunkach prawidłowych.

Mniej subtelne czynności duchowe u ludzi w czasie głodzenia się pozostają niezakłóconymi. LONGET powiada: *La faim est une fonction toute animale, dans laquelle l'esprit ne joue aucun rôle.*

Niektóre jednak funkcje psychiczne ulegają niewątpliwie upośledzeniu.

Badacz Afryki NACHTIGALL, znalazłszy się w puszczy bez wody, tak opisuje swój stan psychiczny: „Powoli znikło wszystko: teraźniejszość i przeszłość, grożące niebezpieczeństwo śmierci i nigdy nie zamierająca nadzieja, i oświadczył mój stan, o którym nie wiem, czy był półśnem, czy rozpoczynającym się brakiem świadomości bliskiego końca. Nie wiem, jak długo trwał ten stan, w którym wrażenia zmysłowe, pomimo zachowanej zdolności ujmowania ich, do świadomości mojej jednak nie dochodziły“.

WEYGANDT, badając wpływ głodu na sprawność psychiczną kilku młodych lekarzy, zauważył u nich osłabienie pamięci, lekką drażliwość i niepokój, które po 24—36 godzinach ustępowały miejsca apatji, niechęć do skupiania uwagi i rozluźnienie związku pojęciowego podczas myślenia kojarzeniowego. Badani doznawali najsilniejszego uczucia głodu w ciągu pierwszego dnia, po 60 godzinach występowały bóle kłujące w brzuchu, miewali marzenia senne, których treścią były przeważnie głód i jego zaspokojenie. Po przebudzeniu się czuli się dobrze, byli rzeźcy, ale ruch wywoływał uczucie lekkiego zmęczenia. Post w spostrzeżeniach WEYGANDT'a trwał od 24 do 72 godzin.

Z głodomorów MERLATI odbył post 50 dniowy, TANNER i SUCCI doszli do 40 dni, CETTI do 11, a niemiecki robotnik BREITHAUPT wytrzymał w poście 6 dni. Badania nad CETTI'm przeprowadzone zostały w r. 1887 przez grono uczonych niemieckich pod bardzo ścisłą kontrolą. CETTI, mężczyzna szczupłej budowy, lat 26, miał się produkować w Berlinie za pieniądze, gdy jednak napotkał trudności ze strony municypalności miasta, zrezygnował z zarobku i zaoferował się do badań VIRCHOW'owi i SENATOR'owi, którzy jego bezinteresowności i uczciwości najchlebniejsze wystawili świadectwo. Uczucia i wrażenia swoje CETTI opisał w następujący sposób: „Od samego początku do przedostatniego dnia postu nie czulem zupełnie głodu, gdy mi jednak powiedziano, że nazajutrz dostanę jeść, i zapytano, co bym zjadł, pół nocy przepędziłem bezsenność. Przed tem nie czulem, byłem rzeźki, grałem, śpiewałem, od owej zaś chwili nie mogłem się pozbyć myśli, że będę jadł. I od tej chwili zaczął mi głód dokuczać, tak, że, gdy mi

zapropozowano jeszcze jeden dzień postu, trudno mi było zgodzić się na to, jednak zgodziłem się“.

CETTI przez czas 11 dniowego postu pił wodę czystą i palił papierosy. Przed rozpoczęciem postu ważył 57 kilo, po skończeniu zaś 50650. Stan ogólny przez cały czas był zadawalający; ciepota ciała trzymała się w granicach prawidłowych — 36,4 — 36,8°, tylko 7 i 8 dnia postu podniosła się do 37,4°. W te dwa dni właśnie CETTI czuł się najgorzej: skarżył się na kłucie w brzuchu i odbijanie i był pobudliwszy, niż zazwyczaj. Tętno było prawidłowe, najłżejsza jednak ekscytacja wystarczała, szczególnie w ostatnich dniach, do znacznego wzmożenia jego częstości. Dalej sprawozdanie lekarskie z wyników próby głodowej CETTI'ego zawiera badania nad zachowaniem się poszczególnych narządów, przemiany materii, oddychania i wymiany gazów.

Nad interesującym nas obecnie SUCCI'om dokonał ścisłych badań LUCIANI we Florencji w r. 1888. SUCCI pościł wówczas 30 dni już nie po raz pierwszy, w r. 1886 bowiem poddał się takiemuż postowi w Medyolanie, a we dwa miesiące później w Paryżu. Przez cały czas obserwacyi LUCIANI'ego SUCCI czuł się zupełnie zdrowym, dla zaspokojenia uczucia głodu i bólu w brzuchu przed rozpoczęciem postu i przez pierwszy jego dzień zażywał nalewki z makowca, potem żadnych dolegliwości nie doznawał. 12 dnia postu jeździł konno przez godzinę i 40 minut, a prócz tego biegał i fechtował się. 23

dnia SUCCI był na uroczystości ludowej, gdzie przyjmował udział w fechtunku. Wydzielina soku żołądkowego zupełnie ustala, ciekawe jest jednak, że SANSONI, który badał zawartość żołądka SUCCI'ego w r. 1893 po spożyciu przezeń śniadania próbnego EWALD'a, jakoteż pokarmu mięsnego, nie znalazł w niej ani śladu kwasu solnego, ani pepsyny. SANSONI stawia ten brak kwasu solnego w związku z nawykowym postem SUCCI'ego, przypuszczając, że żołądek wskutek częstego braku czynności stracił sprawność wydzielniczą. Możliwe tu jest jednak i pierwotne zboczenie żołądka, które wpływa na brak wszelkiego uczucia głodu, co znowu SUCCI'emu ułatwiałoby post. Przypuszczenie to jest tem prawdopodobniejsze, że SUCCI nie doznaje wcale uczucia sytości, spożywa bowiem olbrzymie masy pokarmu mięsnego bez żadnego wrażenia.

Zdaje się, że i pod względem psychicznym SUCCI nie jest człowiekiem zupełnie zdrowym: przemawiają za tem jego bezwzględna wiara w cudowny eliksir własnego wynalazku, pewne dziwactwa w czasie głodzenia się, jak noszenie fraka i ostróg, dosiadanie konia w stroju ryceza oraz kilkakrotnie stwierdzone u niego drgawki, a podobno i obłąd. Być może, że i wynurzenia SUCCI'ego, dotyczące obcowania z siłami nadprzyrodzonymi, wypadnie położyć nie na karb błagi, lecz nienormalnego stanu umysłu.

Zygmunt Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Że muchy mogą rozprzestrzeniać tyfus, już dawno przypuszczano; jednakże dopiero FICKER'owi udało się wyhodować swoiste laseczniki z much pewnego domu, w którym było 8 przypadków tyfusu. Muchy, karmione lasiecznikami tyfusu, mogą przechowywać je przez 2—3 dni i przenosić na inne przedmioty. W ich przewodzie pokarmowym F. znajdował po 9 dniach żywe laseczniki. (Arch. f. Hyg. T. 46).

= Podług badań SIMON'a i KURPIUWEIT'a ograniczone roztwory dwuwęglanu sodu posiadają w znacznym stopniu własności przeciwnie. W roztworze 2% przy 62° lasiecznik błonicy i paciorkowiec giną po 1 minucie, lasiecznik gruzliczy po 5 minutach, gronkowiec po 15; jeszcze wrażliwsze są lasieczniki kiszkowe: tyfusu i biegunki krwawej, gdyż giną po 5 minutach w 2% roztworze sody, ogrzany do 50°. (Z. f. Hyg. T. 43).

Wiadomości bieżące.

— Pogrzeb ś. p. prof. Włodzimierza BRODOWSKIEGO odbył się d. 29 października przy licznych udziałach publiczności, wśród której przeważali przedstawiciele stanu lekarskiego oraz młodzież uniwersytecka. Nad grobem w serdecznych słowach pożegnali szczątki doczesne nieodżałowanego profesora kol. Teodor DUNIN w imieniu Towarzystwa Lekarskiego oraz redaktor LIBICKI ze strony Towarzystwa nad nerwowo i umysłowo chorymi.

— Zmarły w miesiącu zeszłym ś. p. d-r Adolf RUCKER zapisał testamentem, sporządzonym w dniu 10 kwietnia 1900 r.: 1) 5000 rb. na szpital dziecięcy przy ul. Aleksandrya na utworzenie łóżka imienia Ferdynanda i Maryi małżonków RUCKERÓW; 2) 1000 rb. na instytut oftalmiczny w Warszawie; 3) 1000 rb. na kasę wsparcia wdów i sierot po lekarzach pozostałych.

— Redaktor „Zdrowia“ kol. Władysław JANOWSKI, powtórnie wybrany na to stanowisko na czas od 1904 do 1906 roku włącznie przez Radę Tow. Higienicznego, w d. 10 października r. b. został mianowany prywatnym docentem chorób

wewnętrznych przez Akademię Wojskowo-lekarską w Petersburgu. Stanowisko to nie wymaga stałego pobytu kol. JANOWSKIEGO w Petersburgu, i dlatego kol. JANOWSKI nadal pozostaje w Warszawie i nie opuszcza posady ordynatora w szpitalu Dz. Jezus.

— W dniu 1 b. m. kol. Henryk KUCHARZEWSKI po obronieniu rozprawy p. t. „O wpływie jądów (toksyn) błoniczego i tężcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i ciężar gatunkowy krwi“ otrzymał w Uniwersytecie tutejszym stopień doktora medycyny.

— D-r REISS na zasadzie odpowiedniego pozwolenia ministerjum otwiera prywatną szkołę akuszerów w Warszawie.

— ZMARLI. D-r Seweryn ZALESKI, były lekarz naczelny szpitala św. Ducha w Warszawie, ostatnio emeryt.

— D-r Adam GLISZCZYŃSKI, b. prof. b. Szkoły Głównej i Uniwersytetu w Warszawie.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w październiku 1903 r.

Gazeta Lekarska.

N. 40. 1) J. PAWIŃSKI. Dusznica bolesna przy zakażeniu septycznym.

2) Wacław HANICKI. O wartości ilościowego określania kwasu moczowego metodą RHEMANN'a.

3) Alfons MALINOWSKI. O działaniu Renadenu w zapaleniu nerek po płonicy.

N. 41. 1) Mieczysław HALPERN. O wpływie zaczynu autolitycznego na trawienie trzustkowe.

2) W. RÓBIN. O wartości klinicznej nowej metody SAHLI'ego badania czynności żołądka.

3) August KOSIŃSKI. Trzydzieści osiem przypadków, leczonych surowicą przeciwpaciorkowcą.

4) J. PAWIŃSKI. Dusznica bolesna przy zakażeniu septycznym. (Dok.).

N. 42. 1) Anastazy LANDAU. O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych.

2) Mieczysław HALPERN. O wpływie zaczynu autolitycznego na trawienie trzustkowe. (Dok.).

3) W. RÓBIN. O wartości klinicznej nowej metody SAHLI'ego badania czynności żołądka. (Dok.).

N. 43. 1) Wacław ŁAPIŃSKI. Bezkrwawe leczenie zwiechnień wrodzonych w stawach biodrowych.

2) Anastazy LANDAU. O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych. (C. d.).

N. 44. 1) Wł. STARKIEWICZ i T. GRYGLEWICZ. Ze statystyki gruźlicy płuc w oddzia-

le wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

2) Wacław ŁAPIŃSKI. Bezkrwawe leczenie zwichnięć wrodzonych w stawach biodrowych. (Dok.).

3) Anastazy LANDAU. O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych. (Dok.).

Kronika Lekarska.

Zeszyt 19. 1) N. HALLÉ i B. MOTZ. O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających.

2) L. BREGMAN. Porażenie urazowe gałęzi głębokiej dłoniowej nerwu łokciowego. (Dok.).

3) H. FIDLER. Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej. (C. d.).

4) L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psychofizjologicznej teorii histeryi. (C. d.).

Zeszyt 20. 1) N. HALLÉ i B. MOTZ. O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających.

2) L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psychofizjologicznej teorii histeryi. (C. d.).

3) H. FIDLER. Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej. (C. d.).

Krytyka Lekarska.

N. 10. 1) Kazimierz RZĘTKOWSKI. Cele i widoki farmakologii nowoczesnej.

2) A. W. W sprawie podręczników lekarskich polskich.

3) Zygmunt KRAMSZTYK. Ekonomiczne warunki leczenia.

4) Józef BIELIŃSKI. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie.

5) Ktoś. Uwagi luźne o języku lekarskim.

Zdrowie.

Zeszyt 10. 1) J. PEŁCZYŃSKI. W sprawie uporządkowania ochronnego szczepienia ospy.

2) B. ZIENKIEWICZ. Przeszłość i przyszłość kanalizacji miasta Płocka.

3) J. WEINZIEHER. Higiena, jako medycyna przyszłości.

4) J. MILEWSKI. Kołtun na wsi.

5) ŚLASKI. Ochrony warszawskie.

Przegląd dentystyczny.

W. ZIELIŃSKI. O wybuchu wulkanizatora.

Przegląd Felczerski.

N. 19. 1) D-r E. L. O zwichnięciach.

2) D-r B. Higiena życia codzienne.

N. 20. 1) D-r E. L. O zwichnięciach.

(C. d.).

2) A. A. O leczeniu i rozpoznawaniu pokrzywki.

3) ŁUCZAK. Zacieki ropne prącia i moszny. Czasopismo Lekarskie.

N. 9. 1) Seweryn STERLING. Dwa przypadki promienicy płuc.

2) Józef KOLIŃSKI. O leczeniu operacyjnym całkowitego podwinięcia powieki górnej.

3) Ant. J. GOLDMAN. Przypadek gruczolo-mięsaka nerki.

N. 10. 1) Seweryn STERLING. O prognostycznym znaczeniu stałego przyśpieszenia tętna w przebiegu gruźlicy płuc. Zarazem przyczynę do klasyfikacji tego cierpienia.

2) Alfred KRUSCHE. Przypadek postępowego kostnienia mięśni (*Myositis ossificans progressiva*).

3) K. LIDMANOWSKI. O plamach KOPLIK'a, jako środka rozpoznawczym we wczesnych okresach odry.

4) Witold PIASECKI. Atropina w niedrożności jelit.

5) A. ŻÓŁTOWSKI. O trzech przypadkach niedrożności jelit, wyleczonych atropiną.

Przegląd Lekarski.

N. 40. 1) A. MARS. Przypadek rzekomego obojnactwa, leczony operacyjnie.

2) M. W. HERMAN. Mięsak sieci czy żołądka? (Dok.).

3) Rafał SPIRA. O lokalizacji ośrodków mowy. (C. d.).

N. 41. 1) M. W. HERMAN. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie.

2) Rafał SPIRA. O lokalizacji ośrodków mowy. (Dok.).

N. 42. 1) Aleksander BAUROWICZ. Wrodzone obustronne zamknięcie nozdrzy przednich.

2) Lud. FLIMOWSKI. Topografia wyrostka robaczkowego.

3) M. W. HERMAN. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie. (C. d.).

N. 43. 1) S. PIĄTKOWSKI. Nowa własność prątków gruźliczych i innych bakterii kwasoodpornych.

2) Adolf WĄTOREK. Mechanizm III okresu porodu.

3) M. W. HERMAN. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie. (C. d.).

N. 44. 1) Prof. Wł. REISS. O postaci zanikowej pierzchnicy płaskiej.

2) Kazimierz RZĘTKOWSKI. Punkt zamarzania wysięków i przesieków.

3) Adolf WĄTOREK. Mechanizm III-go okresu porodu. (C. d.).

4) M. W. HERMAN. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie. (Dok.).

Nowiny Lekarskie.

Zeszyt 10. RAKOWSKI. O leczeniu gorączki pługowej wogóle i o wynikach leczenia tejże za pomocą metody FOCHIER'a.

Postęp okulistyczny.

N. 9. 1) P. GEISLER. O wpływie ciepłoty i pory roku na częstość przypadków ostrej jaskry.

2) K. RUMSZEWICZ. O utworach szklistych w komorze przedniej oka. (Dok.).

3) B. WICHERKIEWICZ. Kilka słów w sprawie t. z. wiosennego zapalenia spojówki.

Przegląd Higieniczny.

N. 10. 1) S. BĄDZYŃSKI. O potrzebie ścisłego stosowania izolacji i odkażania w celu zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych w kraju.

2) Waleryan SERBEŃSKI. O naglącej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych.

Przegląd Weterynaryjny.

N. 10. 1) Mieczysław GRABOWSKI. Cholera drobiu.

2) Henryk MANKOWSKI. Stosunki hodowlane w W. ks. Badeńskim.

3) Jan KOWALEWKI. Wystawa weterynaryjna na I-ym wszechrosyjskim kongresie weterynarzy w Petersburgu. (C. d.).

Głos Lekarzy.

N. 7. 1) Rozmieszczanie lekarzy w Galicji.

2) Drakoński projekt.

3) Uboczne zajęcia lekarzy.

4) Z izb lekarskich.

5) Komentarze do reskryptu prezydenta ministrów w sprawie tłumienia epidemii.

6) W ważnej sprawie.

7) Korespondencye.

8) Kronika.

N. 8. 1) Praca lekarzy w Sejmie.

2) Reorganizacya Tow. Samopomocy lekarzy.

3) Położenie materialne lekarzy powiatowych.

4) W sprawie emerytury lekarzy okręgowych.

5) W sprawie szczepienia ospy ochronnej.

6) Dyskusya w sprawie szczepienia.

7) Odpowiedź Wydziału Krajowego na interpelacyę p. d-ra S. BEDNARSKIEGO.

8) Wiec izb lekarskich w Lincu.

9) Korespondencye.

10) Z niwy dziennikarskiej.

11) W ważnej sprawie.

12) Kronika.

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.