

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 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 „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynę do kwestyi ciąży śródmiaższowej. Podał H. Raszk. (Dokończenie). — Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa. Napisał A. Wizel. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 79. O chirurgicznym leczeniu puchliny brzusznej w marskości wątroby. 80. Trudności i pomyłki w rozpoznawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. 81. O wynikach leczenia suchotników w uzdrowiskach. 82. Wstrzymywanie krwotoku płucnego. 83. Przyczynę do rozpoznawania pentozuryi. 84. Badania doświadczalne nad antyseptykami. — Z TO-WARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 16 września r. b. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. Terapia ogólna chorób skóry. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Raszk — Contribution à la question de la gravidité intermusculaire. 2) D-r A. Wizel — Une imbécille comme calculatrice extraordinaire.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Raszk — Ein Beitrag zur Frage der intermusculären Gravidität. 2) D-r A. Wizel — Ein ausserordentliches Rechentalent in einem Falle von Imbecillität.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA J. ROSENTHALA I Z PRACOWNI PATOLOGICZNEJ
D-RA J. STEINHAUSA W SZPITALU ŻYDOWSKIM W WARSZAWIE.

PRZYCZYNEK DO KWESTYI CIAŻY ŚRÓDMIAŻSZOWEJ.

Podał

D-r H. RASZKES asystent oddziału.

(Dokończenie—Zob. Nr. 42).

E. Jajnik.

Wycięty jajnik nie zawierał świeżego ciała żółtego. Jajo, które u naszej pacjentki zostało zapłodnione, pochodzić musiało z drugiego jajnika — mieliśmy więc przypadek wędrówki jaja.

Zestawiając obecnie wyniki naszego badania drobnowidzowego, zaznaczamy przede wszystkim fakt, że w jajowodzie aż do miejsca przejścia jego w legowisko jaja płodowego błona śluzowa nie zmieniła swego charakteru. Jedynie w miejscu przejścia w legowisko jaja, tam gdzie pod fałdą, należącą już do legowiska, znaleźliśmy ostatnie resztki normalnej błony śluzowej jajo-

wodu z jej walcowatym nabłonkiem, w tkance łącznej podnabłonkowej wystąpiły wysepki tkanki decydualnej. Fakt ten stoi w zgodzie z badaniami ZEDEL'a ²²⁾, I. VEIT'a ²³⁾, DOBBERT'a ²⁴⁾ i innych. ZEDEL i VEIT przypuszczają nadto, że w dalszym przebiegu ciąży błona doczesna prawdziwa może rozwinąć się w znaczniejszym stopniu w jajowodzie, a nawet zająć miejsce błony śluzowej na całej przestrzeni. Potwierdzeniem tego ma być przypadek v. BOTH'a ²⁵⁾. Zdaje nam się, że wiązanie większego lub mniejszego rozwoju doczesnej po za legowiskiem jaja w ciąży jajowodowej z okresem ciąży nie jest zupełnie słuszne. W naszym przypadku mieliśmy początek czwartego miesiąca ciąży, a rozwój doczesny po za legowiskiem był bardzo ograniczony, nie większy, niż w przypadku VEIT'a ²⁶⁾, w którym płód mierzył zaledwie 3,8 ctm. Słuszniejszym nam się też wydaje pogląd LANGE'go ²⁷⁾, który na podstawie zbadanych 20 przypadków ciąży jajowodowej uważa większy lub mniejszy rozwój doczesny za rzecz niezależną od okresu ciąży; z dwóch przypadków, identycznych co do okresu ciąży, w jednym można wcale nie znaleźć doczesny po za legowiskiem, w drugim zaś cała błona śluzowa może być przekształcona w doczesną prawdziwą.

Legowisko jaja oddziela się, jak to widzieliśmy, od jajowodu fałdą. Jeśli pod fałdą przy ujściu trąbki rozwój doczesny był tylko nieznaczny, to w samej fałdzie i przy jej nasadzie obraz już był zupełnie inny. Tutaj doczesna — już *decidua serotina*, ponieważ do niej przyczepiają się kosmki — jest obfita, stanowi grubą warstwę, dochodzącą do mięśnia. Znalezienie jej w tem miejscu jest faktem ważnym. Zdania bowiem badaczy co do istnienia *deciduae serotinae*, ew. co do stopnia jej rozwoju w ciąży trąbkowej są bardzo rozmaite. Jedni, jak WEBSTER ²⁸⁾, ZEDEL ²⁹⁾, LANGE ³⁰⁾, I. VEIT ³¹⁾ i t. d. przyznają jej istnienie, inni, jak ULEZKO-STROGANOWA ³²⁾, KREISCH ³³⁾, LINDENTHAL ³⁴⁾, HEINSIUS ³⁵⁾, i t. d. zaprzeczają temu.

LANGE mówi tak samo, jak o *decidua vera*, że ona bywa, ale nie zawsze być musi. I. VEIT znajdował w miejscu przyczepu jajauczastki, przekształcone w *decidua serotina*, inne zaś, gdzie kosmki przyczepiały się wprost do mięśnia, i objaśnia to zjawisko na podstawie swojej teoryi „deportacyi“ kosmków do żył. WEBSTER i ZEDEL zawsze i we wszystkich przypadkach znajdowali *decid. serot.*; ostatni znajdował różnicę w grubości jej zależnie od miejsca: na końcach jaja, gdzie ciśnienie ma być mniejsze, grubość *deciduae* jest jakoby większa, w środku zaś mniejsza do tego stopnia, że niekiedy wydawać się może, jakoby kosmki przyczepiały się wprost do mięśnia.

22) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVI. p. 110.

23) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XLIV. Hft. 3, p. 494.

24) Archiv f. Gyn. Bd. LXVI. Hft. 1. p. 76.

25) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX. Hft. 6, p. 788.

26) L. c. p. 468.

27) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV. Hft. 1, p. 65.

28) Ectopische Schwangerschaft, deutsch v. Eiermann 1896.

29) L. c. p. 112.

30) L. c.

31) L. c.

32) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XII. Hft. 6. p. 711.

33) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX. Hft. 6.

34) Centralbl. f. Gyn. 1902, Nr. 3. p. 75.

35) Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV. Hft. 3, p. 319.

W naszym przypadku nasada opisanej wyżej fałdy była miejscem, gdzie *decidua serotina* była najgrubsza i najlepiej zachowana. W innych miejscach warstwa jej była cieńsza, nadto sama doczesna podlegała zmianom wstecznym, pod których wpływem zmieniała się nie do poznania.

Już przy samej nasadzie słabe stopnie tych zmian dają się spostrzegać. Między komórkami występuje włóknista i ziarnista masa, w której komórki stopniowo jakby toną, tracąc kontury i zlewając się z nią. Wreszcie jądra znikają, i cała tkanka przekształca się w masę włóknisto-ziarnistą, a miejscami nawet zupełnie jednolitą. Proces powyższy zawsze rozpoczyna się od swobodnej wewnętrznej powierzchni doczesny i stopniowo idzie wglęb', aż ogarnie całą jej grubość do samego mięśnia.

Analogiczne zmiany widział WEBSTER (l. c.); uważa on je za charakterystyczne dla późniejszych miesięcy ciąży, począwszy od 3-go, i opisuje je pod nazwą „koagulacyjnej nekrozy“. Tak samo ZEDEL (l. c.), który nadto sądzi, że „kanalizowany włóknik“ autorów, znajduwany na wewnętrznej powierzchni *deciduae serotinae* jest właśnie skutkiem przemian wstecznych samej doczesny.

Barwienie WEIGERT'a nie daje tu wszakże odczynu na włóknik, więc nie możemy uważać tych mas za włóknik, chyba tylko za produkt dalszych przemian włóknika. Barwienie metodą v. GIÉSSON'a daje barwę pomarańczową lub brunatnoczerwoną.

Ten odczyn barwny ³⁶⁾, morfologia i umiejscowienie warstwy, które tu omawiamy, każą przypuszczać, że t. zw. przez NITABUCH'ową „pasek włóknikowy“ (*Fibrinstreifen*), wyściełający wewnętrzną powierzchnię legowiska płodowego jest identyczny z naszą zmienioną, znekrotyzowaną *decid. serotina*. Istotnie ULEZKO-STROGANOWA ³⁷⁾ opisuje i rysuje na wewnętrznej powierzchni legowiska „pasek włóknikowy“ NITABUCH'owej i nazywa go „warstwą nekrotyczną“. Autorka ta sądzi ³⁸⁾, że warstwa ta powstaje wskutek nekrozy komórek LANGHANS'owskich *syncytium* i elementów decydualnych. Ale ani komórki LANGHANS'a, ani *syncytium* nie tworzą nigdy takich grubych warstw na powierzchni, by mogły być uważane za źródła „warstwy nekrotycznej“. Komórki LANGHANS'a tylko przy nasadzie kosmków podstawowych tworzą „słupy komórkowe“, w innych miejscach zaś są rozsiane; *syncytium* stanowi wąski rąbek na powierzchni. Pozostaje więc jako najprawdopodobniejsze źródło „warstwy NITABUCH'owej“ przemiana wsteczna doczesny, która mniej lub bardziej grubą warstwą wyścieła wewnętrzną powierzchnię legowiska jaja. Różne okresy tej przemiany wstecznej widzimy na naszych preparatach: w jednych miejscach tylko część komórek zginęła, inne są jeszcze dobrze zachowane, w innych — proces zajął już większą część tkanki, w innych — tylko zaledwie jeszcze trochę jąder ocalało, wreszcie w innych już nie znajdujemy żadnego śladu dawnej budowy. Nierównomierność tej warstwy tłumaczyć się może mniej lub bardziej daleko posuniętym okresem wsysania produktów przemiany wstecznej, w części zaś także oderwaniem się częściowym jej od powierzchni po pęknięciu legowiska i skurczeniu się jego.

Dalej zachodzi pytanie, za co uważać fałdę, o której tyle już wyżej mówiliśmy. Z budowy podobna ona jest do *decidua reflexa*, jak ją ZEDEL (l. c.),

³⁶⁾ Por. u MERTIENS'a, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXX p. 52.

³⁷⁾ Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XII. Hft. 6, p. 710 i Fig. 1, 2, 3.

³⁸⁾ Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. V, p. 102.

WEBSTER (l. c.) i inni opisują przy ciąży trąbkowej. Ale ze względu na to, że w początku 4-ego miesiąca już *reflexa* nie powinna nieść na swej wewnętrznej powierzchni kosmków i powinna już być zlana z *decidua vera*, wreszcie ze względu na to, że fałda ta nie otacza całkowicie jaja, sądzę, że mamy tu do czynienia z fałdą błony śluzowej trąbki, do której również przyczepiło się jajo. Fałda ta z wzrostem całego legowiska też urosła, powiększyła się i stanowi część *deciduae serotinae*.

Z którejkolwiek części legowiska jaja płodowego robione były skrawki, we wszystkich prawie znajdujemy na wewnętrznej powierzchni przyrośnięte albo do mriej lub więcej zmienionej doczesnej, albo miejscami nawet bezpośrednio do błony mięsnej kosmki, które po pęknięciu legowiska i skurczeniu się jego oderwały się od łożyska. Dowodzi to, że łożysko w naszym przypadku, tak samo, jak w przypadku ARJE'go³⁹⁾ i kilku innych, przyczepiło się do całej prawie powierzchni wewnętrznej legowiska.

Same kosmki były doskonale zachowane

Opisaliśmy wyżej szczegółowo komórki „wędrujące“, pochodzące z warstwy LANGHANS'a, specjalnie ze słupów podstawowych, i rolę, jaką odgrywają przy ścięciu ścian legowiska jaja płodowego. Ścięczała w ten sposób ściana pod wpływem nieznacznych nawet bodźców mechanicznych z łatwością może zostać rozerwaną. Na tę czynność komórek „wędrujących“ w ciąży jajowodowej zwrócili uwagę w ostatnich latach v. BOTH (l. c.), ULEZKO-STROGANOWA (l. c.), KREISCH (l. c.), LINDENTHAL (l. c.), HEINSIUS (l. c.). ULEZKO-STROGANOWA na podstawie własnych badań idzie jeszcze dalej⁴⁰⁾ i twierdzi, że w każdej ciąży macicznej komórki „wędrujące“ również otwierają naczynia i powiększają w ten sposób przestrzeń międzykosmkowe. Ale w ciąży macicznej działają one prawie wyłącznie tylko w doczesnej, której grubość jest wystarczająca, i która wskutek tego dostatecznie ochrania warstwę mięsną. Inaczej w ciąży trąbkowej. Tutaj doczesna jest cienka, naczynia jej są niedostatecznie rozwinięte, zresztą cała doczesna bardzo szybko podlega nekrozie, więc działalność komórek „wędrujących“ rozprzestrzenia się i na mięsień, który ze swojej strony przyjmuje na siebie czynności, w zwykłych warunkach spełniane przez doczesną, mianowicie dostarczanie pożywienia. Istotnie, naczynia rozwijają się tu w mięśni w ten sposób, że wprost przekształcają się w lakuny, krwią wypełnione.

ULEZKO-STROGANOWA pisze⁴¹⁾, że wzdłuż tkanki łącznej międzypęczkowej mięśnia kosmki w ciąży trąbkowej wrastają w głąb i mogą dochodzić do błony surowiczej. Myśmy nigdzie nie mogli dostrzedz obrazów, któreby usprawiedliwiały przypuszczenie wrastania kosmków w głąb. Wszędzie kosmki trzymały się warstwy powierzchniowej. Przy ścięciu ściany legowiska kosmki dochodziły do błony surowiczej, ale nie wskutek wrastania czynnego (aktywnego), lecz wskutek zaniku mięśnia i otwierania naczyń. Zdaje się, że źródłem twierdzenia ULEZKO-STROGANOWEJ były te obrazy w preparatach, gdzie kosmki siedziały pomiędzy wyrostkami mięśniowymi w zagłębieniach na wewnętrznej powierzchni legowiska. Ale łatwo się przekonać, że zagłębienia takie powstają wskutek skurczenia się preparatu. Jeśli pod miejscem przyczepu kosmka większe pęczki zanikły pod wpływem ko-

³⁹⁾ Żurn. akusz. i žen. bol. 1902. Luty, p. 164.

⁴⁰⁾ Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. V. p. 12 i 95.

⁴¹⁾ Żurn. akusz. i žen. bol. 1899. Listopad p. 1348 i Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XII. Hft. 6. p. 710.

mórek „wędrujących“, a w sąsiedztwie do zaniku nie doszło, to przy kurczeniu się legowiska po pęknięciu pogrubienie ściany nastąpi tam, gdzie jest mięsień, pozbawione zaś włókien mięsnych miejsca pozostaną cienkimi — w ten sposób powstają na powierzchni wewnętrznej wyrostki mięśniowe, a pomiędzy nimi wgłębienia z kosmkami.

Na wstępie, mówiąc o klasyfikacji ciąży śródmiążsowej, wypowiedzieliśmy zdanie, że terminu *graviditas intramuralis* — ciąża śródmięśniowa — należałoby unikać, gdyż istnienie jej nie jest udowodnione.

Teoretycznie J. ROSENTHAL (l. c.) na zasadzie swego przypadku stawia następującą hipotezę przejścia ciąży śródmiążsowej w śródmięśniową: „Jajo zapłodnione zatrzymało się w części jajowodu, przebiegającej w mięszu macicy, a rozwijając się dalej, wydostało się przez pęknięcie ściany górnej jajowodu z tegoż, rozparło mięsz i spowodowało zanik mięśni dna macicy“.

Ze stanowiska histologicznego trudno się zgodzić z taką genezą tych przypadków, które klinicyści zaliczają do ciąży śródmięśniowej.

Mikroskopowe badania objaśniły nam, w jaki sposób następuje uzura mięśnia i rozszerzenie legowiska jaja płodowego, symulujące przejście jaja do mięśnia macicy. Klinicznie intramuralna ciąża jest więc histologicznie interstycjalną bez względu na to, czy znajdziemy doczesną, czy nie, albowiem wiemy już, że rozwój doczesny w ciąży trąbkowej często bywa minimalny, i z postępowaniem ciąży istniejąca już doczesna może zniknąć zupełnie, wskutek czego możemy mieć pozory pierwotnego przyczepu jaja do mięśnia.

Miejsce przejścia trąbki w legowisko jaja zasługuje też na uwagę. W naszym przypadku, tak samo jak w przypadku ROSENTHALA, przejście to znajdowało się w dolnym odcinku legowiska. ROSENTHAL sądził, że takie umiejscowienie będzie patognomiczne dla ciąży śródmięśniowej, ewentualnie śródmiążsowej; istotnie, rozszerzenie śródmiążsowej części trąbki w ciąży w stronę dna macicy, t. j. ku górze musi, znaleźć mniej przeszkód, niż rozszerzenie w innym kierunku. Na tę kwestyę wartoby przy odpowiednich spostrzeżeniach zwracać baczną uwagę.

Co się tyczy etiologii, to w naszym przypadku dwa momenty mogły odegrać rolę przyczynową: 1) w wywiadach odnotować mogliśmy w ostatnich latach przed opisaną tu ciążą śródmiążsową nieprawidłowe miesiączkowanie i obfite upławy — więc zapewne zapalenie błony śluzowej macicy, które mogło wpłynąć na zwężenie ujścia macicznego trąbki, dostateczne do zatrzymania jaja, lecz niedostateczne do zatrzymania ciałek nasiennych; 2) do lewej trąbki jajo przywędrowało z prawego jajnika, mogło więc być zapłodnione jeszcze w jamie brzusznej i po drodze urosnąć na tyle, że już przez ujście wewnętrzne nie mogło się przedostać do macicy. Że momenty te są dostateczne do wywołania ciąży pozamacicznej, nawet przy zupełnie zdrowych trąbkach, jakie widzieliśmy w naszym przypadku, to rzecz niewątpliwa ⁴²⁾. Który z nich w danym przypadku odegrał rolę ważniejszą lub jedyną, czy oba w równej mierze przyczyniły się do powstania ciąży śródmiążsowej, to są pytania, na które stanowczej odpowiedzi dać nie można.

Szefowi mojemu Sz. D-rowni J. ROSENTHALOWI za udzielenie mi materiału, a zarządzającemu pracownią patologiczną Sz. D-rowni J. STEINHAUSOWI za po-

⁴²⁾ Fr. v. Winekel. Lehrbuch d. Geburtshülfe, 1893 p. 265 i KLEINWÄCHTER, Real. Encyklop. (porsku). Tom II, p. 143.

moc i wskazówki przy jego opracowaniu składam niniejszem raz jeszcze serdeczne podziękowanie.

Objaśnienia rysunków na tablicy.

Fig. I. Makroskopowy wygląd wyciętego preparatu z schematycznym oznaczeniem jego stosunku do macicy.

- U* — macica.
- A* — Wewnętrzna powierzchnia legowiska jaja płodowego.
- B* — przekrój ściany legowiska.
- C* — miejsce odcięcia legowiska od macicy.
- D* — odcięta i odchylona przednia ściana legowiska.
- ov* — jajnik lewy.
- T.s.* — trąbka lewa.
- lig. ov.* — więz maciczno-jajnikowy.

Fig. II. Z miejsca przejścia trąbki w legowisko jaja. Nasada fałdy.

- M* — mięsień.
- B* — błona śluzowa trąbki.
- E* — nabłonek walcowaty.
- D* — doczesna.
- C* i *F* — przemiany wsteczne w doczesnej.
- L* — nacieczenie drobnokomórkowe.
- Z* — kosmki.

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYŚLOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

PRZYPADEK FENOMENALNYCH ZDOLNOŚCI RACHUNKOWYCH U GŁUPTASA.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 42).

Ze wszystkiego, cośmy powyżej rzekli, wypada, że chora posiada ogromny materiał pamięciowy w zakresie mnożenia, czyli, mówiąc innymi słowami, posiada ona wydłużoną tabliczkę mnożenia, poczynając od 2×2 aż do 100×100 . W tabliczce tej oczywiście są u niej znaczne luki: wielu iloczynów nie pamięta (i w tych razach musi na nowo rozpoczynać robotę), ale, bądź co bądź, pamięta ona dużo, zwłaszcza pamięta dobrze mnożenie liczb identycznych (podnoszenie do drugiej potęgi) oraz mnożenie przez 16.

Zaznaczyliśmy wyżej, że BINET dla wytłomaczenia szybkich rachunków INAUDI'ego i DIAMANDI'ego, uwzględnił między innymi hipotezę wydłużonej tabliczki mnożenia, lecz przypuszczenie to odrzuca ze względu na to, iż badani przezeń rachmistrze utrzymywali, jakoby znali tylko zwyczajną tabliczkę mnożenia. O ile mnie się zdaje, to do zeznań tych osób nie można

przywiązywać zbyt wielkiej wagi, w interesie ich bowiem leży osłaniać się jaknajwiększą tajemniczością i budzić jaknajwiększy podziw. Jabym bardzo chętnie przypuścił, że właśnie ci dwaj rachmistrze umieli doskonale na pamięć tabliczkę mnożenia do 100×100 , co przy ich fenomenalnej pamięci cyfr nie byłoby bynajmniej rzeczą zbyt trudną. Sam BINET powiada: „W Anglii uczą w szkołach rezultatów mnożenia aż do 12×12 ; nie byłoby, zdaje się, zbyt trudnem nauczyć uczniów aż do 20×20 ; w każdym razie rachmistrze zawodowi odnieśliby wielką korzyść z wyuczenia się tabliczki, któraby zawierała w sobie produkty mnożenia aż do 100×100 . Dowód tego mamy na MONDEUX, który umiał na pamięć przynajmniej część tej tabliczki wydłużonej“. Istotnie, MONDEUX, jak to stwierdziła komisya, umiał na pamięć kwadraty prawie wszystkich liczb aż do 100.

Jeżeli my umiemy na pamięć tabliczkę mnożenia tylko do 10×10 , wynika to ztąd, iż nas dłuższej tabliczki w szkołach nie uczono, nie znaczy to jednak, abyśmy nie byli zdolni do wyuczenia się dłuższej. Dość uprzytomnić sobie, jakiej masy liczb uczymy się na pamięć w szkołach, aby zrozumieć, że pamięć nasza jest w stanie wchłonąć o wiele więcej. Uczymy się mnóstwa dat chronologicznych, uczymy się rozmaitych danych liczbowych z zakresu geografii, matematyki i t. d., i gdyby zebrać ten cały materyał liczbowy, jaki pamięć nasza w latach dzieciennych w siebie wchłania, to z pewnością otrzymalibyśmy pokaźny rezultat. Jeżeli więc nasza normalna pamięć jest zdolna do objęcia dużej ilości cyfr, cóż dopiero pamięć cudownych rachmistrzów, która właśnie odznacza się tą specjalną zdolnością przyjmowania i zachowywania cyfr i która jest pod tym względem niemal sto razy lepsza, jak mówi BINET, aniżeli pamięć człowieka zwykłego.

Że człowiek normalny jest w stanie wyuczyć się dłuższej tablicy mnożenia, przekonałem się o tem dowodnie na koledze TAŁAŁOWSKIM, asystencie oddziału psychiatrycznego szpitala, który, biorąc nader żywy udział w badaniach chorej, zainteresował się sprawą i postanowił nauczyć się wydłużonej tabliczki mnożenia, i oto kol. TAŁAŁOWSKI w przeciągu dwóch tygodni, ucząc się tylko po pół godziny dziennie, nauczył się tabliczki mnożenia do 20×20 . A nie należy zapominać, że pamięć w starszym wieku jest słabsza, i że to, czego z łatwością uczymy się w dzieciństwie, w starszym wieku przedstawia często dla pamięci nieprzewyciężone trudności.

Tu dodamy jeszcze jeden szczegół, na który zwraca uwagę i BINET. Cudowni rachmistrze nie tylko posiadają wrodzoną pamięć cyfr, ale jeszcze nieustannie ćwiczą ją.

Że pamięć odgrywa niezmiernie doniosłą rolę w rachunkach cudownych rachmistrzów, dowodzi tego między innymi fakt, o którym mówi sam BINET. Na pytanie, ile sekund znajduje się w 39 latach, 3 miesiącach i 12 godzinach, INAUDI odpowiedział trafnie w przeciągu 3 sekund. Gdy mu jednak zaproponowano, aby analogiczne zadanie rozwiązał przy warunku, iż dzień ma tylko 23 godziny, a godzina 50 minut, INAUDI spotrzebował dla rozwiązania zadania więcej czasu, aniżeli zwykle. Oczywiście INAUDI wiedział uprzednio, ile sekund mieści się w dniu, miesiącu, roku (do czego zresztą, wobec oczywistości faktu, przyznać się musiał).

Przyjąwszy zasadę, że pamięć odgrywa bardzo wielką rolę w rachunkach cudownych rachmistrzów, że rachmistrze operują ogromnym zasobem pamięciowym, do którego przyznać się otwarcie nie chcą, łatwo wytłomaczyć będziemy mogli te zadziwiające na pozór rachunki, które bez powyższego

przypuszczenia trudno objaśnić. O Henryku MONDEUX komisya powiedziała, między innymi, co następuje: „gdy chodzi o pomnożenie przez się liczb całych, MONDEUX często dzieli je na odcinki dwucyfrowe. Sam doszedł on do zrozumienia, że w tych razach, gdy mnożnik i mnożna są równe, operacya staje się prostszą, i że prawidła, jakich używa wówczas dla otrzymania żądanego rezultatu albo raczej żądanej potęgi, są identyczne z tem, jakie daje formuła, znana pod nazwą dwumianu NEWTON'a. Wsparty temi regułami, może on w jednej chwili powiedzieć kwadraty i sześciiany mnóstwa liczb, np. kwadrat 1204 lub sześciian 1006. Ponieważ umie on na pamięć prawie wszystkie kwadraty liczb całych poniżej 100, to dzielenie liczb znaczniejszych na odcinki dwucyfrowe pozwala mu z większą łatwością otrzymywać ich kwadraty“⁸⁾).

Tyle mówi komisya o doniosłości pamięci dla operacyi rachunkowej mnożenia większych liczb. Pogląd ten komisyi musimy tu jaśniej wytłomaczyć. Gdy MONDEUX miał podnieść do 2-iej potęgi liczbę czterocyfrową, postępował on prawdopodobnie w sposób następujący. Przypuśćmy, że liczbą tą było 2435. Otóż przedewszystkiem MONDEUX dzieli tę liczbę na dwa odcinki dwucyfrowe 24 (00) i 35, zaś $\{24(00) + 35\}^2 =$

$$2400^2 + 2 \cdot 2400 \cdot 35 + 35^2$$

Aby zadanie to rozwiązać na pamięć, trzeba wiedzieć, ile wynoszą: 24^2 , 24×35 , i 35^2 . Przypuściwszy, że rachujący dane te dobrze pamięta, cała operacya redukuje się wówczas do dodania trzech iloczynów, co już nie jest bynajmniej rzeczą trudną.

Znajomość tablicy mnożenia do 100×100 ogromnie ułatwia, zdaniem mojem, mnożenie liczb czterocyfrowych i w tych wypadkach, gdy liczby te nie są identyczne. Weźmy dla przykładu mnożenie: 2435×3648 . Podzieliwszy, według metody MONDEUX, liczby te na odcinki dwucyfrowe, otrzymamy: $\{24(00) + 35\} \times \{36(00) + 48\}$, i cała ta operacya zredukuje się do następujących momentów:

- 1) $24(00) \times 36(00)$
- 2) $24(00) \times 48$
- 3) $35 \times 36(00)$
- 4) 35×48

Znając na pamięć iloczyny, wynikające z powyższych czterech mnożeń, nie pozostaje nam nic innego, jak tylko dokonać w pamięci aktu dodania czterech liczb. Widzimy więc, że i taka trudna na pozór operacya, jak mnożenie liczb czterocyfrowych, sprowadza się ostatecznie do pracy przeważnie pamięciowej.

Ale wróćmy do naszej chorej. Podając sposoby, za pomocą których wykonywa ona mnożenia, zaznaczyliśmy, że prócz metody rozkładania na czynniki stosuje ona jeszcze inną metodę, a mianowicie: $83 \times 83 = (80 \times 80) + (80 \times 3) + (83 \times 3)$. Metody tej używał także jakoby INAUDI, jakeśmy rzekli wyżej.

Metoda dobra, ale powiedzieć o niej musimy to samo, co i o metodzie rozkładania na czynniki. Sabina posługuje się nią tylko w tych razach, gdy nie pamięta iloczynu, wypadającego z danego mnożenia, w tych zaś wypadkach, gdy iloczyn pamięta, mówi go odrazu, bez uciekania się do jakichkol-

⁸⁾ Op. cit. str. 17.

wiek operacji rachunkowych. Dowodem tego fakt następujący. Na pytanie, ile wynosi 79^2 , chora, jakśmy wyżej rzekli, odpowiedziała prawie momentalnie 6241, a zapytana o metodę, za pomocą której zrobiła mnożenie, rzekła:

$$70 \times 70 = 4900$$

$$9 \times 70 = 630$$

$$79 \times 9 = \dots \text{nie wiem, ale razem będzie } 6241.$$

Znamienne to, iż chora, nie mogąc powiedzieć, ile wynosi 79×9 , dała jednak dokładną odpowiedź co do ostatecznego rezultatu, a więc rozumie się, nie robiła ona w danym razie tym sposobem, jaki nam podaje. Liczbę 6241 miała gotową już w pamięci, zdobyła ją kiedyś za pomocą rachunku i w pamięci utrzymała.

Jeżeli przyjmiemy hipotezę, iż cudowni rachmistrze dzięki fenomenalnej pamięci cyfr przechowują w umyśle olbrzymi materiał pamięciowy, gotowe produkty licznych mnożeń, to w takim razie szybkość, z jaką wykonywają swe zadania rachunkowe, przestanie być dla nas tajemniczą. Sama znajomość tablicy mnożenia do 100×100 już nadzwyczajnie ułatwia wszelkie mnożenia i dzielenia, a nie jest bynajmniej wyłączone, iż cudowni rachmistrze umieją na pamięć znacznie więcej.

Jeżeli wejrzymy w życie psychiczne cudownych rachmistrzów, to łatwo się przekonamy, jak dogodne przedstawia ono warunki do wyuczenia się na pamięć licznych produktów rozmaitych działań arytmetycznych.

Charakterystyczną cechą cudownych rachmistrzów jest wczesne ukazywanie się u nich zdolności rachunkowych. Zdolności te, jak mówi BINET, budzą się wcześniej od wszystkich innych, wcześniej, aniżeli talent rysunkowy, a nawet muzyczny. SCRIPTURE, który się tą kwestyą bliżej interesował, ułożył następującą listę cudownych rachmistrzów według wieku: Gauss — 3 lata, Whateley — 3 lata, Ampère — między 3-im a 5-ym rokiem, Safford — 6 lat, Colburn — 6 lat, Prolongeau — $6\frac{1}{2}$ lat, Bidder — 10 lat, Mondeux — 10 lat, Mangiamele — 10 lat.

„Wielu cudownych rachmistrzów, mówi BINET, rozpoczęło rachować jeszcze przed wyuczeniem się czytania i pisania, a co jeszcze ciekawsze, przed wyuczeniem się pisania cyfr. Dzieci te robiły swe rachunki w myśli, nie mogąc pojąć znaczenia pisanych cyfr. Niektóre z nich, jak np. Ampère, Mondeux, Bidder i t. d., ćwiczyły się przy pomocy małych kamyków, które łączyły w kupki dla robienia dodawań lub układały w postaci kwadratów dla robienia mnożeń“. (Podobnie jak nasza chora).

Godnym dalej zaznaczenia jest fakt, iż większość cudownych rachmistrzów pochodzi ze sfery chłopskiej lub robotniczej i nie otrzymała żadnego wykształcenia. INAUDI był w dzieciństwie pastuszkim. Około 6-go roku życia zjawiała się w nim namiętność do cyfr. Strzegąc trzód, jednocześnie kombinował w głowie cyfry.

Wyobraźmy sobie teraz małego pastuszka z fenomenalną pamięcią cyfr i z niezwykłą namiętnością do rachowania. Cyfry — to cały świat jego; po zatem nic go nie interesuje, niczego się nie uczy, żadnych innych wiadomości nie nabywa. Party żywiołową namiętnością do cyfr, ciągle tylko rachuje, mnoży, dzieli, podnosi do drugiej potęgi i t. p. Do tych operacji ma niezwykle zamiłowanie, żyje cyframi. Czy może dziwnem się wydać wobec tego, że taki mały rachmistrz dochodzi powoli do zapamiętania ogromnego szeregu liczb, będących produktem mnóstwa dokonanych przez siebie dzia-

łań? I jeżeli po kilku latach takich nieustannych ćwiczeń odkryjemy przypadkowo takie cudowne dziecko, które zdala od świata i w cichości ducha ciągle tylko rachowało i żyło cyframi, ogarnia nas podziw i zdumienie, gdy tymczasem rzecz, z bliska rozważana, traci bardzo wiele na swej niezwykłości.

Z tego wszystkiego, cośmy rzekli, wynika, iż cudowni rachmistrze szybkość rachowania zawdzięczają w olbrzymiej mierze pamięci, owej zdolności, dzięki której przechowują oni w umyśle niezliczone produkty najrozmaitszych działań, tysiączne gotowe już formułki. Do tego oczywiście żaden z zawodowych rachmistrzów nie przyzna się. Jeżeli jednak uwzględnimy z jednej strony ich fenomenalną pamięć cyfr, a z drugiej fakt nieustannego ćwiczenia się i wyłącznego oddania się rachunkom (jak to bywa u cudownych rachmistrzów, włączając i naszą Sabinę), to możliwość wyuczenia się i przechowywania w pamięci ogromnego materiału rachunkowego zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości. Twierdząc w ten sposób, nie chcemy jednak przez to powiedzieć, iż cudowni rachmistrze wszystko zawdzięczają pamięci: prócz specjalnej pamięci cyfr jest tam oczywiście jeszcze zdolność szybkiego rachowania w myśli, w każdym jednak razie przeważającą i decydującą zdolnością jest pamięć. Gdyby nie pamięć, żaden z rachmistrzów nie umiałby tak szybko rachować. I Sabina, rachując szybko, zawdzięcza to głównie dobrej pamięci, dzięki której potrafiła ona nagromadzić w umyśle swym mnóstwo liczb i gotowych formułek i materiałem tym, w razie potrzeby, doskonale operuje.

Wypowiadając myśl podobną, zbijam się do poglądu BINET'a, który, jakeśmy wyżej rzekli, uważa także pamięć za zasadniczy rys cudownych rachmistrzów. Podzielając jednak to zdanie, posuwam się dalej od francuskiego autora i twierdzę, iż dzięki pamięci owi rachmistrze posiadają na pewno olbrzymi materiał pamięciowy w umyśle, i ta właśnie okoliczność niesłychanie ułatwia im rachowanie w myśli. Gdyby nie ten materiał pamięciowy, nie byłoby owej cudownej szybkości rachowania.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

79. H. KUEMMEL. O chirurgicznem łączeniu puchliny brzusznej w marskości wątroby. Między *venae cavae* i układem żyły wrotnej są, jak wiadomo, i normalne połączenia oboczne, dzięki którym organizm jest do pewnego stopnia w możności przeszkodzić zastojom w żyłę wrotnej i wystąpieniu puchliny brzusznej. W sąsiednich splotach żylnych tworzą się wtedy rozszerzenia, przez które krew, zatrzymująca się w żyłę wrotnej, może być z ominięciem wątroby doprowadzona do dolnej lub górnej *vena cava*. Czasami na sekcji można znaleźć typowy ziarnisty zanik wątroby, jakkolwiek za życia brak było odpowiednich objawów. W tych razach jednak, kiedy rozszerzenia tych obocznych połączeń nie wystarczają, tworzy się *ascites* ze swojemi ciężkimi następstwami. Terapia jest wówczas bezsilna i ogranicza się na powtarzanej kilkakrotnie aż do śmierci chorego punkcyi.

Dawno już wiadomem było, że w zrostach otrzewny, tworzących się w jamie brzusznej naokoło nowotworów lub owrzodzeń zapalnych, lub też nawet i w takich zrostach sieci, jakie niekiedy występują po laparotomiach, ma miejsce nadzwyczaj

obfite tworzenie się naczyń. TALMA i DRUMMOND niezależnie jeden od drugiego naprowadzeni zostali tym faktem na myśl wywoływania sztucznie zrostów między siecią i otrzewną w nadziei, że w ten sposób organizm zyska nowe połączenia oboczne między *venae cavae* i żyłą wrotną, które zapobiegą tworzeniu się puchliny.

W przypadkach marskości wątroby, połączonych z puchliną brzuszną, w których jednak funkcya komórek wątrobowych nie była jeszcze zniesiona, przyszywał TALMA wątrobę lub *omentum majus* do ściany brzusznej.

Pominąwszy wiele niepewnych z opisanych przez niego przypadków, należy w każdym razie uwzględnić trzy, które świadczą o powodzeniu operacji. Wkrótce i inni autorowie zajęli się tą sprawą. W literaturze opisanych jest do tychczas z górą 60 przypadków, z których w 25 nastąpiło wyleczenie, t. j. trwałe zniknięcie puchliny brzusznej. W dwóch przypadkach powodzenie operacji zostało stwierdzone w dwa lata później przez sekcyę: okazało się, że utworzył się nadzwyczaj obszerny krwiobieg oboczny. Wartości tej operacji dowiódł również TILMANN doświadczalnie na zwierzętach.

Co się tyczy własnych spostrzeżeń autora, to obejmują one 7 przypadków, z których jednak tylko 4 można wziąć pod uwagę z powodu dość długotrwałej obserwacji. W przeciwieństwie do TALMA'y, który uważa żółtaczkę, acholię lub hipocholię stolca za przeciwwskazanie do interwencji chirurgicznej i poczytuje za nieodzowny warunek dobrą funkcję wątroby, autor stosował zabieg chirurgiczny i w dalej posuniętych przypadkach. Wogóle autor przekłada szerokie otwarcie jamy brzusznej dla usunięcia zebranego w niej płynu nad punkcyę. Nie raz już wskazywano, że za pomocą laparotomii można usunąć *ascites*, wywołany nietylko przez gruźlicę, lecz także i przez nowotwory złośliwe. Dzięki laparotomii i związanym z nią zabiegom, jako to: usunięciu płynu, toalecie otrzewny, nieuniknionym manipulacyom na wnętrznościach, powoduje się silne przekrwienie narządów, a wskutek tego i obszernie tworzenie się zrostów, którego nigdy nie zdoła się osiągnąć za pomocą punkcyi, i któremu właśnie autor przypisuje brak nawrotów puchliny. Operacyę wykonywał autor podług sposobu TALMA'y, t. j. wszywał sieć do przedniej ściany brzucha. Operowane przypadki miały wyniki następujące: W pierwszym przypadku chory w ciągu trzech lat po operacyi był zdolny do pracy; dalszy los jego jest niewiadomy. W drugim i trzecim prawie beznadziejnym przypadku chorzy zmarli wkrótce po operacyi, jeden wskutek *vitium cordis*, drugi wskutek *ileus*. W czwartym przypadku chora, której już sześć razy robiono punkcyę, dzięki laparotomii oswobodzona została od puchliny brzusznej, po pięciu tygodniach jednak zmarła wskutek innych chorób. W piątym — chory w ciągu roku po operacyi był wolny od *ascites* i zmarł wskutek róży twarzy. Najbardziej uderzające powodzenie osiągnięto w szóstym przypadku, gdy prawie umierający człowiek stał się zdolnym do pracy i mógł opuścić szpital. W 7-ym również osiągnięto powodzenie.

Autor nie sądzi, aby możliwem było osiągnąć za pomocą operacyi TALMA'y wyleczenie marskości wątroby. W każdym razie w wielu przypadkach udaje się przez wytworzenie dróg obocznych usunąć na długi czas zastoje w układzie żyły wrotnej i przede wszystkim związany z nimi dla chorych najcięższy objaw puchlinę, dać impuls do rozwoju wstecznego obrzmiałej wątroby i śledziony i przez to dać choremu na krótszy lub dłuższy czas znowu możliwość pracy i zarobkowania.

80 Charles CUMSTON (z Bostonu). **Trudności i pomyłki w rozpoznawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego.** Nieprawidłowe położenie wyrostka robaczkowego może być wynikiem trojakich przyczyn: 1) może zależeć od zrostów, powstałych u płodu, kiedy ślepa kiszka jest jeszcze w prawym podżebrzu, pod wątrobą. Zrosty te mogą łączyć wyrostek z wątrobą, pęcherzykiem żółciowym, nerką i dwunastnicą. Zapalenie takich wyrostków powoduje *peritonitis subhepatica*, *peri* lub *para nephritis*. Wyrostek może być też zrosnięty z jądrem lub jajnikiem. Przy *descensus testiculi* może być pociągnięty ku dołowi i tym sposobem znaleźć się w przepuklinie pachwinowej u mężczyzny i tam uleść zapaleniu. U kobiet zaś wyrostek, zrosnięty z jajnikiem, może powodować *pelvioperitonitis*, które ze względu na położenie będzie rozpoznawane, jako *salpingitis*, *perimetritis* i *haematocoele*. 2) Zatrzymanie w rozwoju *ampullae coeci* lub wędrująca ślepa kiszka mogą powodować położenie wyrostka pod wątrobą lub w jamie miednicy. Wędrującą ślepą kiszkę wraz z wyrostkiem znajdowano w prawym i lewym dole biodrowym, w miednicy małej i nawet w lewym podżebrzu. 3) Najczęściej nieprawidłowe położenie wyrostka zależy od stosunku jego do ślepej kiszki, od której może odchodzić dośrodkowo, ku górze i ku dołowi. Czasami znajdujemy wyrostek zewnątrz otrzewny, podwinięty pod ślepą kiszkę. Oprócz różnic indywidualnych w umiejscowieniu sprawy przy zapaleniu wyrostka, trudności rozpoznawcze nastęrcza zmienność objawów, w tej chorobie spostrzeganych. Autor zwraca uwagę na trudność dokładnego wyczucia granic guzów zapalnych przy znacznem napięciu i grubych powłokach brzusznych. Gorączka bezwzględnego znaczenia rozpoznawczego niema. Autor operował chorych z ciepłotą prawidłową i tętnem 80, z ropniami w otrzewnie. Niektóre przypadki zapalenia wyrostka, spowodowane przez anaeroby, mają przebieg bezgorączkowy. Ból często umiejscawia się koło pępka wyłącznie. Natężenie objawów podrażnienia otrzewny może być bardzo różne. Niewątpliwie niektóre przypadki zapalenia wyrostka nie dają w przebiegu ani jednego objawu, na którym możnaby było z pewnością oprzeć rozpoznanie.

Autor przytacza opis 8 przypadków z własnej praktyki o nietypowym przebiegu. W jednym przypadku zapalenie wyrostka nastąpiło po poronieniu w 4 tygodnie i spowodowało wytworzenie się ropnia otrzewnowego, którego przednią ścianę tworzyła macica. U młodej panienci spostrzegął autor przewlekłe zapalenie nieżytowe wyrostka bez objawów ostrych i bez gorączki, z bólami; koło macicy wyczuwał się guz wielkości cytryny. W jednym przypadku autor przy operacji rozpoznanego zapalenia wyrostka znalazł w okolicy ślepej kiszki jądro. Skręcenie powrózka nasiennego spowodowało w tym przypadku początkowy okres zgorzeli jądra wewnątrz jamy brzusznej. U chorej 40-letniej sprawa, rozpoznawana jako zapalenie wyrostka, po usunięciu jego okazała się rakiem kiszki ślepej. U chłopca 6-letniego operacja, wykonana z powodu przypuszczanego zapalenia wyrostka, wykazała gruźlicę *coeci et ilei*.

Autor przypomina, że TUFFIER w jednym przypadku początkowego okresu duru brzuszego otworzył jamę brzuszną, szukając *appendicitis*. Takie same rozpoznania były robione w przypadkach ruchomej nerki, *pyelonephritis*, *psoitis*, *pyosalpinx*, *occlusio intestinorum*, *enterocolitis* (u dzieci!) *colica saturnina*, *peritonitis tuberculosa*.

Wiadomo, że oddziaływanie otrzewny na podrażnienia może być bardzo różne. QUÉNU opisał chorego, który tańczył noc całą z przedziurawionym wyrostkiem.

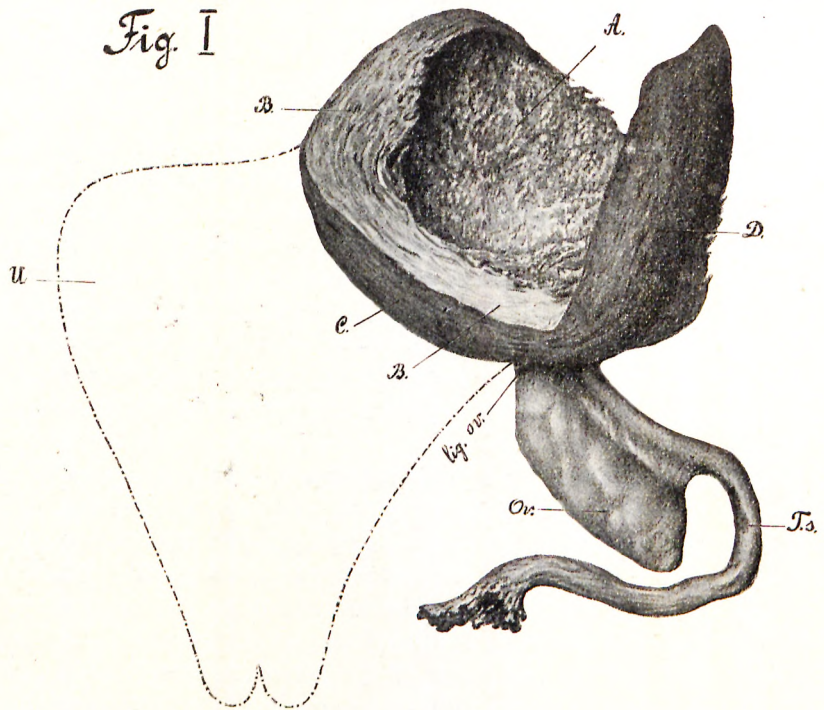
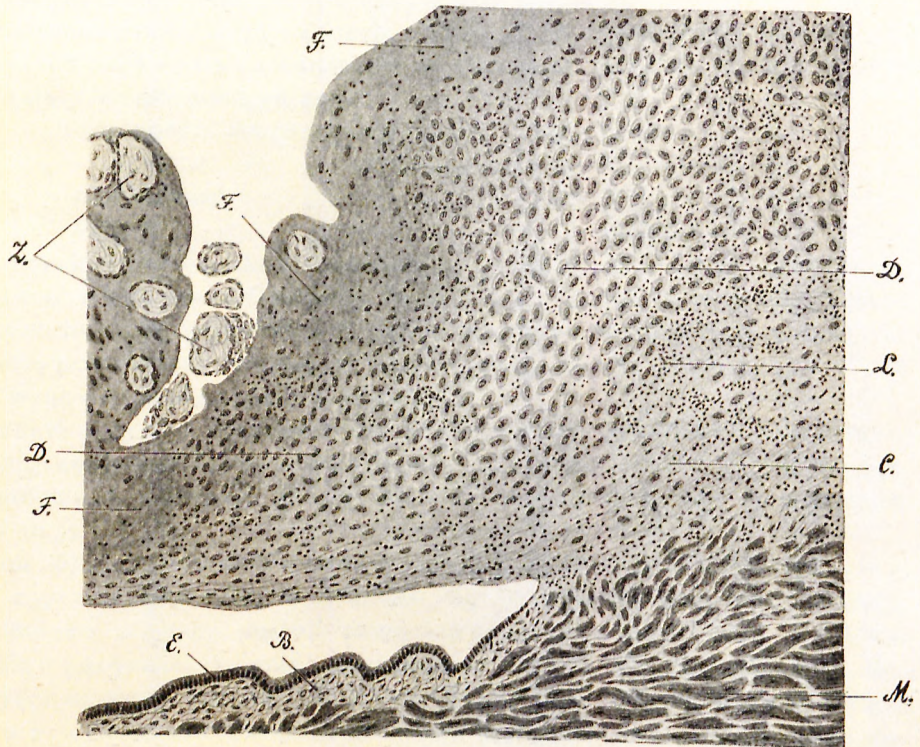


Fig. II.



Pacjent autora pracował 5 dni w sklepie pomimo ropnia otrzewnowego, z którego podczas operacji wylało się około kwarty ropy. Mała lub wielka wrażliwość chorego na ból często może w znacznym stopniu utrudniać rozpoznanie.

Zdarzają się przypadki skręcenia wyrostka robaczkowego i zgorzeli następczej po niezwykle wysiłkach fizycznych. Autor operował chorych, którzy przy prawidłowej ciepłocie i tętnie skarżyli się na ciągnący ból w prawym dole biodrowym, powstałym od niedawna po znacznym wysiłku fizycznym, i znajdował wyrostek ciemny, zgrubiały, bliski zgorzeli.

Objawy zapalenia wyrostka zlewej strony mają często przebieg nie typowy. Przypadki, w których wyrostek znacznej długości przechodzi na lewą stronę, nie są rzadkością. Sprawa, umiejscowiona w końcu wyrostka, da wtedy objawy z lewej strony; zapalenie zaś całego narządu obustronne objawy.

W trzech z przytoczonych wyżej przypadków autor usunął wyrostek z dodatnim wynikiem nie *à froid*, lecz podczas burzliwych objawów.

(*The American Journal of the medical sciences August 1902 P. 243 — 262*).

Hotub.

81. F. REICHE. **O wynikach leczenia suchotników w uzdrowiskach.** Spostrzeżenia i statystyka stwierdziły niezawodnie, że leczenie gruźlicy płuc w sanatoriach sprowadza u chorych znaczną poprawę. Nic to zresztą dziwnego, wiadomo bowiem, że gruźlica płuc miewa skłonność do wyleczenia, a materiały statystyczne opierały się na chorych, przez dłuższy czas leczonych.

Niezmiernej wagi rodzi się pytanie, jak długo utrzymuje się uzyskana poprawa zdrowia wśród chorych klas niezamożnych, czyli takich, którzy wracają do swych poprzednich niepomyślnych warunków. Odnosny materiał opiera się na statystyce rządowych i prywatnych instytucji ubezpieczeniowych oraz takichże sanatoriów. Szczególna uwaga zwrócona została na dane tych zakładów, które poddają chorych oględzinom powtórny po pewnym czasie od daty opuszczenia zakładu, a co najmniej po upływie 12 miesięcy.

Autor osobiście zbadał 2273 chorych, z których 1571 osób przebyło kurację 4 tygodniową (188 osób — dwukrotnie, 7 — trzykrotnie). A zatem udzielono 1773 kuracyi, które dały wynik następujący:

zdolność do pracy zupełna u	1364 osób
„ „ ograniczona	342 „
niezdolność „	66 „
śmierć	1 osoba

Trwałość tych wyników, kontrolowanych przez okres 5-letni, zestawiona została w cyfrach, z których wyjmujemy tu niektóre. Z pośród wszystkich chorych, poddanych kuracyi, jedynie u 118 znikły obiektywne zmiany płucne w zupełności; z racyi powtórnych badań w późniejszych latach stwierdzono u 60% z teje liczby wznowienie się objawów płucnych.

Upośledzenie większe zdolności do pracy przed poddaniem leczeniu — u 1614 osób, ograniczenie teje — u 658 osób, co stanowi stosunek 71% do 29%. Dość wielu chorych z ostatniej grupy doznało pogorszenia, tak że stosunek zmienił się do 59,5% i 40,8%.

Przeciętna długość trwania choroby wynosi 43 miesiące, najkrótsza — 3, najdłuższa — 257 miesięcy. Na utrwalenie się osiągniętej poprawy okazują wpływ bodaj daleko większy, aniżeli sama kuracja w sanatorium — osobiste warunki każdego pacyenta, zajęcie, mieszkanie, odżywianie, nawyknięcia, dawniejsze wpływy ujemne i później szkodliwie działające. Wśród chorych autora często figuruje w wywiadach alkoholizm, wielu mężczyzn podlegało przymioto-

wi. Co do kobiet — ważne jest zamążpójście i znany powszechnie wpływ ciąży na kobiety gruźlicze.

Pierwszy zapał do nowego sposobu leczenia suchot płucnych w sanatoriach już minął; czas wskazać na okoliczność, że pomimo dodatnich wyników ekonomicznych, jakie się z sanatoryów otrzymuje, prawdziwe wyleczenie należy do wyjątków — i z tego punktu widzenia korzyści z sanatoryów przeceniać nie należy. W sprawie usunięcia i zmniejszenia gruźlicy okazują sanatoria wpływ jedynie warunkowy, raczej pośredni, a rzeczą terapii będzie szukać nowych dróg w tym kierunku. (Ramy streszczenia nie pozwalają na przytoczenie wielu szczegółów tego nader interesującego i ważnego artykułu, na który ref. zwraca uwagę czytelników).

(*Münch. Med. Wochenschr.* N. 33. 1902).

L.

82. O. NIEDNER. **Wstrzymywanie krwotoku płucnego.** Autor obserwował przypadek bardzo silnego krwotoku płucnego, który trwał już 8 dni i nie dawał się niczem uspokoić. Dopiero po zastrzyknięciu w prawą stronę klatki piersiowej (krwotok pochodził z prawego płuca) 60 cm. sz. 2,5% roztworu żelatyny krwotok ustał natychmiast i więcej już nie pojawiał się w ciągu długotrwałego przebywania chorego w szpitalu.

Roztwór żelatyny napełnił mocno tkankę podskórną i nadzwyczaj wolno się wysysał. Widocznym było, że ta strona klatki piersiowej, w którą było zrobione zastrzyknięcie — prawdopodobnie wskutek przeszkody, którą okazywało napięcie mocno napełnionej tkanki podskórnej, — po zastrzyknięciu prawie zupełnie nie przyjmowała udziału w oddechaniu. Spostrzeżenie to naprowadziło autora na myśl, czy właściwie pomyślnego rezultatu zastrzyknięcia żelatyny nie należy wytłomaczyć tym najważniejszym czynnikiem przy każdym krwotoku: uspokojeniem krwawiącego narządu. Powodowany tą myślą, autor począł czynić próby, czy nie dałoby się otrzymać dobrych rezultatów w przypadkach krwotoków płucnych przez mechaniczne unieruchomienie chorej strony za pomocą opaski.

Opaska taka powinna być nałożona szybko i wygodnie bez wstrząśnienia pacjenta, powinna silnie uciskać chorą stronę nigdzie przytem nie uciskając, wreszcie powinna być trzymana przez cały szereg dni lub lepiej jeszcze tygodni.

Do opasek używany był plaster kauczukowy Helfenberski, pocięty na paski o 3 ctm. szerokości i około 60 ctm. długości. Naprzód unieruchomiano wierzchołek płuca w sposób następujący: Kręgosłup i mostek uważane były za punkty stałe; paski nakładano przy silnem naciąganiu od kręgosłupa na wysokości 3 lub 4 wyrostka kręgowego grzbietowego nad wierzchołkiem płuca do mostka; każdy następny pasek pokrywał połowę poprzedniego. Wgłębienia, znajdujące się około *clavicula* i *spina scapulae* zapełniano odpowiedniej wielkości twardymi gałkami waty. Przy ucisku bocznych części płuca paski nakłada się poziomo, poczynając od kręgosłupa na wysokości 3 lub 4 wyrostka kręgowego grzbietowego, i, silnie naciągając, prowadzi się je pod pachą, aż do mostka, przy czem poprzednio nałożona serya częściowo się pokrywa. Każdy pasek i tutaj powinien zachodzić na dolną połowę poprzedniego. Dołek pachowy i mamilla pokrywa się małymi gałkami waty; sutka musi być ominięta.

Cała opaska składa się mniej więcej z 12 pasków; nałożyć daje się szybko; pacjent powinien siedzieć w łóżku, będąc podtrzymywany przez służbę. Przed nałożeniem każdy pasek plastru należy przeprowadzić przez płomień. Opaski takie nakładał autor przy krwotokach u chorych gruźliczych. W jednym przypadku zastosowanie jej okazało się wyraźnie pomocnym, w pięciu zaś rezultat

był zadziwiająco pomyślny, zwłaszcza, że do leczenia wybierano przypadki uparte, na które używanymi dotychczas środkami nie można było podziałać.

Które płuco krwawi, można określić przez wysłuchiwanie; badanie takie chorego nie męczy. Zresztą większość chorych posiada jasne wyobrażenie o miejscu krwawienia. Wyższość opaski nad zastrzykiwaniem roztworu żelatyny stanowi brak bolesności, łatwość i dogodność wykonania, wreszcie brak powikłań, które niekiedy występują po zastrzykiwaniach (ropienie, zgorzel).

(*Deutsche medic. Woch.* 1902 Nr. 23).

Janczurowicz.

83 M. BIAL. **Przyczynę do rozpoznawania pentozuryi.** Pod mianem pentozuryi należy pojmować takie stany patologiczne, w których mocz posiada własności, redukujące płyn FEHLING'a i roztwór NYLÄNDER'a, t. j. zachowuje się zupełnie tak, jak mocz dyabetyczny, jakkolwiek cukru gronowego nie zawiera. W moczu takim znajduje się bliżej niezbadany węglowodan o pięciu atomach węgla w cząsteczce, czyli jakaś pentoza. Pentozurya w postaci chronicznej spotyka się rzadziej i nie jest tak niebezpieczna, jak heksozurya, czyli zwykły cukromocz. Mimo to posiada ona duże znaczenie dla praktyki, a to dla tego, że wszystkie przypadki tego rodzaju były dotychczas rozpoznawane jako cukromocz, i nieraz ludzie skądinąd najzupełniej zdrowi zupełnie zbytecznie byli mordowani przepisami dyetetycznymi jedynie dlatego, że mocz ich redukował płyn FEHLING'a.

Rozpoznanie pentozuryi stawia się na podstawie odczynu orcynowego. SALKOWSKI i BLUMENTHAL polecają w tym celu gotować badany mocz z dymiącym kwasem solnym i orcyną przez pół minuty: w obecności pentozy tworzy się zielone zabarwienie. Reakcja idzie w kierunku następującym: kwas solny rozkłada pentozę, tworząc furfurol, który z orcyną daje barwnik zielony. Barwnik ten łatwo daje się oddzielić przez wstrząsanie z alkoholem amyłowym. Wyciąg amyłowy, rozpatrywany w spektroskopie, daje pewne charakterystyczne linie absorpcyjne.

Próba ta ma jednak swoje niedogodności, jak np. wydzielanie się duszących gazów przy gotowaniu kwasu solnego, przytem. w razie małej zawartości pentozy daje ona często niepewne rezultaty. Autor podaje własną modyfikację tego odczynu, — mianowicie, dodaje on jeszcze nieznaną ilość chlorku żelaza; dzięki temu odczynnik znacznie zyskuje na czułości. Skład odczynnika (puszczonego w handel przez firmę Klönne i Müller, Luisenstrasse, w Berlinie) jest następujący: 1 — 1,5 grm. orcyny na 500 grm. dymiącego kwasu solnego z dodaniem 25 — 30 kropel 10% roztworu chlorku żelaza; odczynnik jednak musi być dokładnie wypróbowany z roztworami próbnymi. 4 — 5 ctm. sz. tego odczynnika miesza się z 2 — 3 ctm. sz. badanego moczu i ogrzewa na płomieniu, dopóki w płynie nie zaczną się pokazywać pierwsze pęcherzyki gazu. Wówczas albo natychmiast wypada z płynu zielony barwnik w formie kłaczków, lub też przy mniejszej zawartości pentozy w moczu płyn w 15 — 20 sekund po odstawieniu z ognia zielenieje; w podobnych razach odczyn SALKOWSKI'ego i BLUMENTHAL'a nie daje zupełnie lub tylko bardzo niepewny rezultat.

Zabarwienie zielone przy próbie orcynowej może jednak pochodzić nie tylko od pentozy, ale i od wolnego kwasu glikuronowego. Kwas ten, znajdujący się w bliskim pokrewieństwie chemicznym z pentozami, wydziela się w moczu w połączeniu z innymi ciałami, jak fenol, indol, kamfora i t. d. W warunkach próby autora związany kwas glikuronowy odczynu orcynowego bezwarunkowo nie daje, gdyż nie ulega rozkładowi na swe części składowe. Dla wykrycia zaś nawet minimalnych jego ilości, jakie np. znajdują się w moczu normalnym, należy

wziąć nieco więcej chlorku żelaza i dłużej gotować; wówczas kwas glikuronowy oswabada się ze swych połączeń i daje odczyn orcynowy. Sposób wykonania próby jest następujący: do 2 — 3 ctm. sz. moczu dodaje się na końcu noża orcyny, 4 — 5 ctm. sz. dymiącego kwasu solnego i 1 — 2 krople 10% roztworu chlorku żelaza; gotując w ciągu $\frac{1}{2}$ minuty, otrzymamy zielone zabarwienie.

(*Deutsche Med. Wochenschrift* Nr. 15. 1902.)

Janczurowicz.

84. O. SACHS. **Badania doświadczalne nad antyseptykami moczowymi.** Tak zwane antyseptyki moczowe stosują się już to w celu profilaktycznym, już to terapeutycznym. Przystępując np. do katetyzacji pęcherza lub moczowodów, cystoskopii, sondowania, lub też pozostawiając kateter na czas dłuższy w cewce moczowej, powinniśmy zawsze pamiętać, że przy tych zabiegach instrumentalnych grozi niebezpieczeństwo zawleczenia bakterii do którejkolwiek z dróg moczowych. Przy częstem wprowadzaniu tych narzędzi błona śluzowa podlega podrażnieniu, wskutek czego zwiększa się jej sekrecja, i wprowadzone bakterie znajdują wszystkie warunki pomyślnego rozwoju. Toż samo stosuje się i do operacji chirurgicznych, jak: litotrypsji, cystotomii i operacji BOTTINI'ego nawet wtedy, jeżeli zachowana była najstaranniejsza aseptyka. W celach terapeutycznych środki te znajdują obszernie zastosowanie w rozmaitych postaciach *cystitis*, *pyelitis*, *pyelonephritis*, u prostatyków, przy bakteriurji i t. p.

O wartości zastosowanego środka trudno jest sądzić z wyników klinicznych: wiadomo, że choroby dróg moczowych bardzo często mają przebieg nieprawidłowy. Wiemy dalej, że choroby takie, jeżeli tylko uda się trzymać chorych w spokoju, często bez żadnej interwencji lekarskiej dają zadziwiające polepszenia. Wobec tego pojęcie o wartości poszczególnych antyseptyków moczowych można sobie wyobrazić jedynie na drodze doświadczalnej. Przedmiot ten był już badany przez wielu autorów; badaniom ich można nieraz zarzucić bądź niezupełnie odpowiednią metodykę, bądź to, że badali oni tylko jeden lub parę środków, z czego więc trudno wyciągnąć dane porównawcze.

Autor wykonał badania w klinice prof. NEISSER'a we Wrocławiu, poczęści na moczu zakażonym, po części na moczu normalnym, do którego dodawał hodowle *bac. typhi abd.*, *staphyl. pyogen alb. et aur.* Wpływ moczu, zebranego po podawaniu przez pewien czas jednego z antyseptyków moczowych na zawierające się w nim lub dodane doń bakterie, badany był przy temperaturze ciała za pomocą metody płytkowej.

Z doświadczeń wynikło co następuje: Mocz, oddany po użyciu urotropiny (4,0 i więcej *pro die*), okazuje wyraźne zabójcze działanie na zawierające się w nim lub dodane doń bakterie. Urotropina okazała się środkiem, najsilniej działającym z antyseptyków moczowych. Do urotropiny zbliża się *acid. salicyl.*, który jednak w koniecznych dużych dawkach częściej powoduje nieprzyjemne działanie uboczne. *Ol. santali ostindici*, błękit metylenowy, *salol*, *bals. copaivae*, *acid. camphoricum* i czasami *ol. therebinthinae*, podawane w dużych dawkach, okazały wyraźne powstrzymujące rozwój bakterii działanie; *kali chloricum*, *acid. boricum*, *folia uvae ursi* nie okazały żadnego widocznego działania.

(*Wiener klinische Woch.* 1902. N. 17).

Janczurowicz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia z dnia 16 września 1902 r.

TREŚĆ: 1) A Kozerski — przedstawienie chorej z *mycosis fungoides*; 2) A. LANDAU — „Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w stanie normalnym i patologicznym“.

1) Kol. A. KOZERSKI przedstawił chorą, lat 52, dotkniętą cierpieniem, zwanem *mycosis fungoides*. U chorej tej kol. KOZERSKI spostrzegał wszystkie stadya tego cierpienia, a więc *stadium erythematosum*, *stadium lichenoides*, *st. psoriasisiforme* i *st. tumorum*. Najpierw przelotnie ukazywały się czerwone plamy, niektóre z wypukłościami, przypominającymi pokrzywkę. Następnie zjawily się w okolicach pachwin guzy wielkości fasoli, wychodzące z mięszu skóry, płasko wypukłe, stopniowo gubiące się na obwodzie. Po kilku tygodniach guzy te same zginęły. Przed kilku miesiącami nagle całe kończyny górne i dolne oblał ciemno-purpurowy rumień, a po powolnem jego zniknięciu skóra pozostała twarda, nacieczona, brózdkowana, drobną łuską pokryta. Liczba guzów w okolicy pach, na obojczykach, w górnej części klatki piersiowej stale wzrastała. Chora czula się mocno rozdrażniona, nie mogła spać. Jodek potasu okazał się bezskutecznym. Obecnie chora otrzymuje 0,02 *Natrii arsenicosi* codziennie pod skórę. Rumień znikł, pozostawiając brunatne zabarwienie na całych kończynach. Na wyprostnych powierzchniach kończyn znajduje się zgrubiała, twarda, głęboko brózdkowana, zlekka łuszcząca się skóra (*stadium lichenoides*). Guzików najwięcej w jamach pachowych i na przedniej powierzchni klatki piersiowej.

Przedstawiony skrawek wyciętego guza wykazuje obfite nacieczenie nokoło naczyń krwionośnych tkanki nowotworowej, którą szkoła niemiecka uważa za rodzaj tkanki mięsakowej, francuzi zaś za tkankę pokrewną tkance limfatycznej. Badanie krwi (kol. F. MALINOWSKI) wykazało leukocytozę i hiperglobulię

2) Kol. A. LANDAU odczytał pierwszą część swej pracy p. t. „Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu w stanie normalnym i patologicznym“.

Wskazawszy, że molekuly ciał rozpuszczonych obdarzone są zdolnością wykonywania w rozpuszczalniku ustawicznych ruchów, które stanowią istotę dyfuzji i osmozy, mówca przechodzi do ciśnienia osmotycznego. L. wyklada teorye tego ciśnienia i prawa, niem rządzące. Dalej rozpatruje metodę kryoskopową, polegającą na wymierzaniu ciśnienia osmotycznego roztworu pośrednio przy pomocy jego punktu zamarzania.

Następnie autor rozpatrzył ciśnienie osmotyczne krwi u ludzi zdrowych, u których punkt zamarzania krwi odwłóknionej i utlenionej wynosi zazwyczaj — 0,56°, wahania w granicach — 0,55° — 0,58° uważane są za leżące w granicach normy. Następnie, zatrzymawszy się nad kwestyą, o ile ciśnienie osmotyczne krwi zależy od poszczególnych składników surowicy, mówca poddaje drobiazgowej analizie czynniki, normujące w warunkach fizyologicznych ciśnienie osmotyczne krwi; do tych czynników mówca zalicza oddychanie, przemianę materyi i czynność nerek.

St. Kopczyński.

BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.

D-r P. G. UNNA (Hamburg).

TERAPIA OGÓLNA CHOROÓB SKÓRY.

Z upoważnienia autora przełożyli z niemieckiego b. asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Warsz. D-r Józef Grabowski i D-r Henryk Żukowski.

Warszawa. Nakładem D-ra Józefa GRABOWSKIEGO. 1902.

W literaturze naszej rzadko zjawia się praca z dziedziny nauki o chorobach skórnych. Na prace oryginalne poprostu nas nie stać, gdyż prawie że nie posiadamy odpowiedniego miejsca, gdzieby specjalność chorób skórnych mogła być naukowo uprawiana. Oprócz szpitala dla starozakonnych i szpitala św. Łazarza, w którym znajduje się jeden tylko oddział skórny, t. j. klinika dermatologiczna uniwersytecka, żaden szpital warszawski nie posiada specjalnego oddziału dla chorych skórnych. Rzec nawet można, że u nas nie odczuwa się jeszcze potrzeba prawidłowego leczenia chorób skórnych, skoro i nowo zbudowany i największy w kraju szpital Dzieciątka Jezus nie zdobył się na urządzenie oddziału dermatologicznego. Nic więc dziwnego, że dorobek nasz na polu dermatologii jest skąpy. Lecz i w tłumaczenia z dzieł obcych również nie obfitujemy. Ostatnim większym przekładem było dzieło prof. J. NEUMANN'a z Wiednia, które weszło w skład „Biblioteki umiejętności lekarskich”, zbiorowego wydawnictwa ś. p. prof. GIRSZTOWTA, p. t. „Nauka chorób skóry“ (Dermatologia) — przekład A. STOCKMANNNA, 1870 r. Wobec tego — zjawienie się, w przekładzie polskim dzieła jednego z najznakomitszych dermatologów społecznych — d-r P. G. UNNA'y (Hamburg) p. t. „Terapia ogólna chorób skóry“, uważać należy za fakt niezwykle — a bardzo pożądany.

Ogólnie dotąd praktykowana zasada objawowego leczenia większości chorób skórnych domagała się oddawna opracowania podręcznika ogólnej dermatoterapii, a to tem bardziej, że dział ten bywał w najlepszych podręcznikach albo zupełnie pomijany, albo też traktowany bardzo pobieżnie i według systemu, przyjętego w farmakologii — a polegającego na wyliczaniu poszczególnych środków i metod leczniczych i wskazaniu ich działania na pewne choroby skórne. Że system ten, będący właściwie powtórzeniem terapii szczegółowej, wcale nie ułatwiał oryentowania się w zawyłych kwestyach dermatoterapii — a przeciwnie zniechęcał i — że tak rzeknę — demoralizował niespecjalistę i początkującego dermatologa, o tem chyba nikt, co przeszedł te trudy, nie wątpi¹⁾.

Tymczasem autor świeżo przyswojonego nam dzieła przyjął całkiem inne zadanie, a mianowicie: wynaleźć zasadnicze podstawy dla dermatoterapii ogólnej — nie w oddzielnych środkach lekarskich, ani w oddzielnych chorobach skóry, lecz w poszczególnych składnikach (tkankach) anatomicznych skóry oraz w jej sprawach fizyologicznych i patologicznych, a zatem w tych zjawiskach, które zwykle nazywamy objawami choroby w obszernem znaczeniu kliniczem tego

¹⁾ Miałem tu na myśli dwa najnowsze i bodaj najwięcej u ras rozpowszechnione podręczniki, t. j. KAPOSI'ego — Pathologie u Therap. d. Hautkrankheiten 5-te Auflage 1899 — i NEISSER'a — Krankheiten der Haut. 1901., stanowiące część składową wydawnictwa EBSTEIN'a p. t. Handbuch der praktischen Medicin. III Band. — 2 Theil. 1901.

wyrazu. Ponieważ dla usunięcia objawów choroby należy zrobić odpowiednie wskazania lecznicze, przeto „prawdziwą podstawę terapii ogólnej składają poszczególne wskazania, związane ze zmianami anatomicznymi, fizyologicznymi i patologicznymi pierwiastków skóry“. System więc przyjęty w dziele omawianym jest systemem wskazań.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że system wskazań jest dla lekarza praktycznego najkorzystniejszy i najpożądany, gdyż wdraża go do trafnego ocenienia pojedynczych objawów i wynikających ztąd wskazań leczniczych i do odróżnienia głównych i pilnych od podrzędnych. Na tej drodze da się osiągnąć racjonalny wybór środków leczniczych, i to nie tylko w przypadkach prostych i niepowikłanych, ale i w tych, w których naukowe rozpoznanie nie jest na razie możebne i do czasu musi pozostać w zawieszeniu. I tu bowiem otrzymuje — nawet nie specjalista — na podstawie ogólnych wskazań skuteczną broń w rękę, za pomocą której mocen będzie, przez usuwanie pojedynczych objawów, przynieść choremu ulgę w cierpieniu, sprawić polepszenie — a może nawet i zupełne wyleczenie.

W obszernym wstępie omawianego dzieła znajdzie czytelnik zajmujące wywody: o własności elektywnej środków naskórnych, o znaczeniu zarówek (*vehicula*), o sprawie chłonięcia przez zdrowy, uszkodzony i chory naskórek oraz rozwiązanie pytania: czy w ogóle należy leczyć choroby skóry; poczem autor przystępuje do szczegółowego opracowania swego systemu wskazań, przyjmując za podstawę układ anatomiczny — jako najodpowiedniejszy, gdyż do niego dadzą się bardzo łatwo włączyć wskazania fizyologiczne i patologiczne.

Ponieważ zadaniem niniejszej wzmianki bibliograficznej nie może być ani krytyczna ocena pracy autora, ani też jej streszczenie, a jednak zachodzi potrzeba poznamienia czytelnika z bogactwem treści i praktycznością układu dzieła, przeto ograniczę się do przytoczenia tytułów pojedynczych rozdziałów książki.

A. Wskazania, dotyczące skóry wogóle.

tu są rozpatrywane:

1. Środki pokrywające — w celu zabezpieczenia:

a) od zimna, b) od chemicznych promieni widma, c) od powietrza, d) od tarcia i ucisku, e) od wpływu chemikaliów, f) od leków, g) od wydzielin błon śluzowych, h) od zarodków organicznych. Dalej omawia: i) tymczasowe zastępstwo warstwy rogowej i sprawę werniksowania.

2. Środki uciskające.

3. Środki unieruchamiające.

4. Środki ochładzające.

5. Środki ogrzewające.

6. Środki znieczulające — Nerwobóle skóry — Dermatalgie.

7. Środki do usunięcia swędzenia (*Antipruriginosa*).

8. Środki przyżegające (*Escharotica*).

9. Środki wytwarzające błonkę (*Pagotica*).

10. Środki do przypalania (*Cauteria*).

11. Środki swoiste (*Specifica*).

12. Środki zapobiegawcze: utrzymywanie skóry w czystości, usuwanie wydzielin skóry. O dyecie w chorobach skóry, o leczeniu klimatycznym w chorobach skóry.

B. Naskórek.

13. Środki do otłuszczenia warstwy rogowej: *a)* Tłuszcze jako środek do zastąpienia brakującego skórze tłuszczu, *b)* tłuszcze, jako środek pokrywający, *c)* tłuszcze jako mazidła (zaróbki), *d)* tłuszcze, jako środki lecznicze.
14. Środki do pęcznienia i macerowania warstwy rogowej.
15. Środki do rozmiękczenia warstwy rogowej.
16. Środki do wygładzenia warstwy rogowej.
17. Środki, niszczące substancję rogową (*Keratolytica* w znaczeniu najobszerniejszem): *a)* środki, rozpuszczające substancję rogową (*Keratolytica* w znaczeniu ściślejszem, *b)* środki łuszczące (*Lepismatica*), *c)* środki, powstrzymujące rogowacenie (*antikeratoplastica*).
18. Środki do tępienia pasorzytów warstwy rogowej.
19. Środki do odkażania warstwy rogowej.
20. Środki do usuwania barwnika warstwy rogowej.
21. Środki do odtłuszczania warstwy rogowej.
22. Środki do usuwania odczynu chemicznego warstwy rogowej.
23. Środki do osuszania warstwy rogowej.
24. Środki, wytwarzające warstwę rogową (*Keratoplastica*).

II. Warstwa kolczasta.

25. Środki do wywołania mitoz, t. j. rozradzania się komórek nabłonkowych (*Akanthoplastica*).
26. Środki, niszczące warstwę kolczastą (*Akantholytica*).
27. Środki do usuwania wysięków w warstwie kolczastej.
28. Środki, odbarwiający warstwę kolczastą.

III. Przydatki naskórka.

29. Środki, niszczące torebki włosowe.
30. Środki do zwężania torebek włosowych.
31. Środki, usuwające gruczoły tłuszczowe.
32. Środki do usuwania włosów.
33. Środki, zabijające pasorzyty torebek włosowych.
34. Środki, odbarwiający włosy.
35. Środki do pobudzania porostu włosów:
a) usuwanie pasorzytów pryszczycy i łojotoku, *b)* usuwanie zgrubienia nabłonka pokrywowego, *c)* usuwanie zgrubienia podskórnej tkanki tłuszczowej, *d)* usuwanie powiększonych gruczołów łojowych, *e)* pobudzenie mitozy w nabłonku torebek włosowych.
36. Środki przeciw nadmiernemu wydzielaniu się tłuszczu stałego (łoju)
37. Środki przeciw nadmiernemu wydzielaniu się tłustego potu (*hyperidrosis oleosa*).
38. Środki do wywołania nadmiernego wydzielania się tłustego potu.

C. Skóra właściwa i tkanka podskórna.

39. Usuwanie małopłytkowości skóry.
40. Usuwanie napływowego przekrwienia skóry (*hyppaemia congestiva*).
41. Usuwanie zastojowego przekrwienia skóry.
42. Leczenie nerwic naczyńniowych (*angioneuroses*).
43. Usuwanie obrzęku niezapalnego skóry.
44. Usuwanie krwawień w skórce.

45. Wyrównanie braku skóry
46. Usuwanie ostrego przekrwienia zapalnego i obrzęku.
47. Usuwanie ropienia.
48. Usuwanie zapalenia włóknikowego.
49. Usuwanie zgorzeli.
50. Usuwanie pasorzytów skóry.
51. Usuwanie przewlekłego nacieczenia komórkowego.
52. Usuwanie przerostu tkanki klejorodnej.
53. Usuwanie małych nowotworów.
54. Usuwanie barwnika skóry właściwej.
55. Usuwanie tkanki tłuszczowej podskórnej.
56. Powiększanie ilości tłuszczu podskórnego.

Wszystkie powyższe rozdziały są obrobione krytycznie i wyczerpująco. Czytelnik znajdzie tu więcej, niż w praktyce prywatnej, (w naszych warunkach, prawie jedynie wykonywanej), będzie mógł zastosować.

Po tem, co wyżej powiedziano, zbytecznymby się zdawało przyznanie rzetelnej zasługi, jaka się należy tłumaczom za obdarzenie nas użyteczną książką. Być może, że dzieło UNNA'y utonąłoby w powodzi licznych wydawnictw specjalnych i pozostało dla wielu nieznanem. Tymczasem tłumacze, wyprowadzając je na światło dzienne naszego horyzontu naukowego, podają tak specjalistycznie, jak i lekarzowi ogólnemu, skuteczną broń przeciw szablonowi, obdarzając go prawdziwą „filozofią dermatologii“. Jest to opinia, wygłoszona przez jednego z kompetentnych znawców, przytoczona w przedmowie — i na nią każdy bezstronny czytelnik zapewne się zgodzi.

Jeszcze słówko o wykonaniu tłumaczenia i o zewnętrznej stronie książki.

Jeżeli uwzględnimy, że język UNNA'y jest ciężki, a wykład miejscami zawily — iście niemiecki, to wypadnie przyznać tłumaczom, że pokonali trudności nia małe i wyszli z nich zwycięsko, z wyjątkiem bardzo nielicznych miejsc, w których zawilość tekstu odbiła się i w tłumaczeniu.

W słownictwie zasługuje na wzmiankę: niewłaściwe używanie na pierwszych stronicach dzieła terminu „mazidło“ na oznaczenie „zaróbki“ (*Vehiculum*) czyli podstawy maści (*Salbengrundlage*), gdyż mazidło oznacza łacińskie „*linimentum*“ i jest synonimem „smarowidła“. Zaś „*vehiculum*“ (dosłownie: wóz, nosidło, przemośnik), użyte w znaczeniu *constituens medicamentorum* (podstawa leków ewent. maści) najlepiej się tłumaczy wyrazem „zaróbka“, jak to zresztą i sami tłumacze, spostrzegłszy swój błąd, na dalszych stronicach książki czynią.

Język tłumaczy jest poprawny. Wydanie książki staranne. Cena rb. 1 kop. 80 — za przeszło 15 arkuszy dużej ósemki — niewygórowana. Dołączone w końcu dzieła dwa skorowidze — jeden według chorób, drugi według leków — bardzo pracowicie i dokładnie przez tłumaczy ułożone, wielce ułatwiają korzystanie z dzieła i czynią je bardzo dogodnym podręcznikiem. Słowem — wydawnictwo niniejsze, podjęte nakładem jednego z tłumaczy, dobrze świadczy o naszej ofiarności — nie tylko pracy, ale i grosza na cele publiczne. Oby i ogół czytelników polskich podtrzymał tę opinię!

J. Majkowski.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 1 listopada r. b. otwarte zostanie w Zakopanem sanatorium dla chorych piersiowych. Bywając od kilku lat corocznie w Zakopanem, mogliśmy naocznie przekonać się, z jaką starannością i rozważą odbywała się przez szereg lat budowa mającego niebawem zacząć funkcjonować sanatorium. Istotnie cel został osiągnięty, posiadamy bowiem w Zakopanem zakład leczniczy, odpowiadający pod każdym względem wymaganiom chwili obecnej, przy obecnym stanie naukowych zapatrywań na sprawę leczenia gruźlicy. Sanatorium, jak wiadomo, nie leży w samym Zakopanem, lecz na uboczu o 3 kilometry od Zakopanego. Do zakładu prowadzi droga bita (własność Stowarzyszenia sanatoryjnego), posiadłość sanatorium wynosi 14 morgów austriackich, połowę tej posiadłości stanowi las świerkowy. Sam zakład stoi na wysokości 1050 m. Główny gmach 4 piętrowy zwrócony jest na południe, liczne zaś skrzydła na południe - wschód i na południe-zachód. Budynek zawiera tylko jeden szereg sonecznych frontowych pokoi dla chorych, od strony zaś północnej — korytarz. Każde piętro posiada swoje łazienki, waterklozety i pokój służbowy. Między poszczególnymi piętrami komunikacja odbywa się za pomocą windy. Oddzielna winda służy do przewożenia potraw. Na dole znajduje się przedsionek, szatnia, biura i t. p. Pokoi dla chorych jest 70, kilkanaście z nich na dwie osoby. Pojemność jednoosobowych pokoi wynosi 55—70 m. sz., dwuosobowych 100—120. Każdy pokój posiada oddzielną wentylację. Podłogi z belek gipsowych pokryte są linoleum. Oświetlenie elektryczne, ogrzewanie centralne. Sanatorium posiada salę zebrań, salę forte-

pianową, czytelnię, poczekalnię dla chorych, gabinet lekarski, pracownię chemiczno-bakteryologiczną, aptekę oraz salę operacyjną. W oddzielnym pawilonie gospodarczym znajdują się: kuchnie, kredensy, sala jadalna oraz kaptica. Przed gmachem głównym znajduje się obszerna leżalnia. Zakład przyjmuje chorych na gruźlicę w pierwszych jej okresach, dalej osoby, usposobione dziedzicznie lub skłonne do gruźlicy, osoby, dotknięte przewlekłymi katarami oskrzeli, rozedmą płuc i t. p. Metody lecznicze stosowane będą w całej rozciągłości, jak zwykle przy leczeniu klimatyczno-higieniczno-dyetycznym w sanatoriach, przyczem szczególnie zwrócona również będzie uwaga na obfitą, zdrową, a nawet wykwiwną kuchnię. Zakład otwarty będzie przez rok cały. Całkowite utrzymanie, z wyjątkiem mieszkania, kosztować będzie w zakładzie 9 koron dziennie (3 rb. 60 kop.). Ceny pokoi wraz z opałem i oświetleniem wynoszą od 2 koron do 8 koron dziennie (80 kop.—3 rb. 20 kop.). Cena utrzymania obejmuje oprócz pożywienia jeszcze stałą opiekę lekarską, analizy, kąpiele, nacierania i natryski. Dyrektorem zakładu jest kol. Kazimierz DŁUSKI, zamieszkały w samym sanatorium.

Bliższe więc szczegóły wprost od kol. DŁUSKIEGO otrzymywać możemy.

— D-r MATTISON z Brooklynu wyznaczył 400 dolarów nagrody za najlepszą pracę na temat: „Czy wstrzykiwania podskórne morfiny wywołują zmiany organiczne, a jeżeli tak, to jakie?“ Praca może być napisana w jakimkolwiek języku. Rękopisy należy przesyłać przed dniem 1 grudnia 1903 r. do d-ra T. D. CROTHERS'a (Hartford Coun, wydawca „Journal of Inebriety“).

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów tablicę do pracy d-ra RASZKESA oraz prospekt „Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem“.

SPROSTOWANIE. W N-rze 37, na str. 774, wiersz 23 od góry wydrukowano „niepomyślnie“, powinno być „pomyślnie“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою Варшава, 10 Октября 1902 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;
(alkohol 2^oo).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetgowane!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zołzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy organizmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafalszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafalszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycyi: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂ unoyi) l r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

SANATOGEN

Środek wzmacniający
Działanie tonizujące
Zupełnie nie drażni.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel**,
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie**,
Berlin, S. O. 16.

URZĄDZENIA KĄPIELOWE

poleca

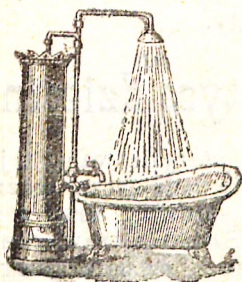
FABRYKA

Adolf Witt

ul. Leopoldyny 11.

Skł. fabryczny

Elektoralna 21.



Ezystuje od 1082 r.

Największy skład naczyń

APTECZNYCH CHEMICZNYCH I DOKTORSKICH

oraz

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

E. CH. SZEDROWICZA

Warszawa, ulica Zimna № 6.

Towar wyborowy

CENY UMIARKOWANE.

NAŁĘCZÓW

Zakład leczniczy dla chorych z chorobami wewnętrznymi (z wyłączeniem gruźlicy i zakaźnych) i nerwowymi (z wyłączeniem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (utrzymanie wraz z leczeniem od 3 rb. 50 kop dziennie). Szczegółowe prospekty na żądanie gratis i franco.

Dyrektor **Dr. A. Puławski**.

Lekarz zakładu **Dr. B. Malewski**.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny

PRACOWNIA PRZYRZĄDÓW ORTOPEDYCZNYCH

D-ra Reichsteina

Warszawa—Leszno 31.

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk
2) Ligatury

Składy Główne materiałów
opatrunkowych

Sterylizowanych
z Pracowni D-ra Bo-
rzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia
Sterylizacyjna

2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar.
Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze
i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr.
24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spless).

w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.

w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.

w Kielcach: Apteka W-go Wierzbity.

w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza
hygroskopijna po 0, 5 i 1 m

6) Gaza jodoformowa po 0,25; 0,5 i 1 m. 7) Banda-
że 5—10—20 ctm. szer. 6 m. dług.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp

Chorych na uszy od 12—2 pp.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

D-r S. EBEL

lekarz polak ordynuje jak w zeszłych latach w zimie w **Abbazyi** (Villa Petra), w lecie w **Gräfenbergu**.