

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Cierpienie skóry głowy w postaci mięsakowatych tworów uleczonych za pomocą wewnątrznie i podskórnie stosowanego arseniku. Opisał Dr. B. Tetz. (Dokończenie). O t. zw. rozszanem zapaleniu nerwów. Podał S. Goldflam. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 40. Przypadek uleczonej przewlekłej niedrożności kiszek. 41. Związek chorób żołądka z przemieszczeniem nerki prawej. — **Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 7 Czerwca r. b. — **Krytyka i Bibliografia.** Wykład chorób dzieci. Przez D-ra W. Kosmowskiego. Ocenił J. Kramsztyk. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Cierpienie skóry głowy w postaci mięsakowatych tworów (*granuloma fungoides?*) uleczone za pomocą wewnątrznie i podskórnie stosowanego arseniku.

Opisał Dr. **B. Tetz** lekarz szpitala starozakonných w Lublinie.

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 24).

Pozostaje mi obecnie zanalizować powyższy przypadek pod względem rozpoznawczym. Chorób, mających większe lub mniejsze z nim podobieństwo jest niewiele; przedewszystkiem, na co KOEBNER zwraca uwagę ¹⁾, trzeba tu mieć na względzie *Dermatitis papillomatosa capilliti*, chyba mniej daleko tak nazwane *kerion Celsi* (ani jednej ani drugiej formy zresztą z własnego doświadczenia nie znam). Wyłączamy te cierpienia skóry, nietylę ze względu na kliniczne cechy naszego przypadku, npkd. szybki jego rozwój i t. d., jak przedewszystkiem opierając się na wyniku drobnowidzowego badania. Lecz z drugiej strony, właśnie trzymając się ściśle określenia drobnowidzowego guzów jako mięsaków, koniecznie z natury rzeczy musimy zadać sobie pytanie czy mamy tu do czynienia z przypadkiem t. zw. *Granuloma vel Mycosis fungoides*; Nie mogąc, powtarzam, dać na to stanowczej odpowiedzi, uważam za właściwe podać przynajmniej, dla bliższego wykazania o co tu rzecz idzie, ogólny rzut oka na kwestyę w mowie będącą według obecnego stanu naszej o niej wiedzy. W końcu dopiero postaram się wykazać co w tym przypadku za i przeciw każdej z konkurujących z sobą dwóch form chorobowych przemawia.

Choroba przewzana przez ALIBERT'A *Mycosis fungoides* w r. 1864 po raz pierwszy została przez KOEBNERA do literatury wprowadzoną, jako choroba samodzielna. Liczbę do obecnej chwili obserwowanych przypadków KOEBNER podaje na mniej więcej 40. Zgodne zapatrywanie KOEBNERA, VIRCHOWA i GEBERA co do natury choroby znajduje wyraz w określeniu jej przez ostatniego, jako „zapalno-grzybowatej formy guzów“. Według tego więc poglądu, o ile się zdaje, najbardziej usprawiedliwionego i najliczniejszych mającego zwolenników, nie należy *granuloma* zaliczać do właściwych nowotworów skóry, a uwa-

¹⁾ Deutsche Med. Woch. Nr. 40 z r. 1886.

zać za wynik sprawy zapalnej głębszych jej warstw. PORT, a za nim KAPOST biorą *Mycosis* za *Sarcomatosis universalis*; w oczach zaś nowszych francuskich i włoskich lekarzy choroba ta uchodzi za „*lymphadénie cutanée*“.



Fig. 1.

RINDFLEISCH wreszcie upatruje w mikrokokach przyczynę choroby. Wielu zwolenników pochodzenia zapalnego tego cierpienia przyznaje również zakaźną naturę choroby (stąd nazwa *Mycosis* u KOEBNERA jako zwolennika, *Granuloma* zaś u NEISSERA, GEBERA jako przeciwników zakaźnego pochodzenia). Że granice dzielące *granuloma* od *sarcoma* nie są dostatecznie określone, na to nie brak dowodów. I tak, na posiedzeniu sekcji dermatologicznej i syphilidologicznej podczas zeszłorocznego zjazdu w Berlinie, KOEBNER kładzie nacisk na możliwość i potrzebę odróżniania *granuloma* od *sarcomatosis universalis*, co wskazuje, że przekonanie o takiej możliwości lub potrzebie jeszcze nie wszędzie się przyjęło. LESSER, omawiający obie formy razem, powiada że „w każdym razie *granuloma* jest tworem nadzwyczaj zbliżonym do mięsaków“ i że „drobnowidzowe badanie tych guzów daje obraz nader podobny do mięsaków“. W tem miejscu wolno

przytoczyć ²⁾ zarazem jako przykład godny naśladowania oględności rozpoznawczej, postępowanie uczniów AUSPITZA, którzy ogłaszając odnośny, przypadek ze spuścizny literackiej swego mistrza, nie wahają się zaopatrzyć nagłówka „*granuloma fungoides*“ znakiem zapytania. Zresztą, sam KOEBNER twierdzący, że wprawny badacz potrafi odróżnić obrazy drobnowidzowe właściwe każdemu z tych dwóch cierpień, więcej zdaje się przywiązywać znaczenia do klinicznych objawów i całego przebiegu niż do wyniku drobnowidzowego badania. W rzeczy samej, w wyżej przytoczonym przypadku, uczniowie AUSPITZA rozpoznając granuloma, chociaż drobnowidz w tym razie wcale zastosowania nie znalazł. Dalej KOEBNER powiada: „przyznać należy, że już nie jeden raz słusznie według przebiegu rozpoznający klinicysta został w błąd wprowadzony przez anatoma konkludującego o sarcoma na podstawie oderwanego (*abstract*) mikroskopowego obrazu, za zwyczaj wziętego z jednego w szczególnie wysokim stopniu rozwiniętego guza.“ I tak rozpoznanie drobnowidzowe Heitzmana „*Fibro-sarcoma cutis*“ skłoniło DUHRINGA (we francuskim przekładzie jego dzieła przez BARTHÉLEMY i COLSON) do określenia w mowie będącą choroby jako *sarcoma*. Podobnie niedawno SIREDEY w jednym z przypadków VIDAL'A i BROCC'A rozpoznał „*sarcoma globocellulare lymphadenoides*“, skutkiem czego ci klinicyści uważają *granuloma* jako coś pośredniego pomiędzy *sarcoma* i „*lymphadenie*.“

Przystąpmy teraz do wykazania, co w naszym przypadku przemawia za i przeciw *granuloma*. Na korzyść mięsaka jesteśmy niejako z góry uprzedzeni, a tylko dodatnio za *granuloma* przemawiać mogące objawy potrafiłyby nas zniewolić do odrzucenia mikroskopowego rozpoznania. Nowsi autorowie odróżniają dwie formy *granuloma*, o wiele rzadszą umiejscowioną i ogólną daleko częstszą. Zwłaszcza ogólnej formie właściwe są 4 okresy przebiegu.

Na początku występuje w różnych miejscach skóry *erythema*, *eczema* lub *urticaria* (*st. eczematiforme*). Następnie idzie *st. lichenoides* francuzów, *st. płaskich infiltratów KOEBNERA*. Cechą tego okresu, rozmaicie długiego i nie zawsze dostatecznie rozwiniętego, jest znikanie infiltratów i zjawianie się takowych na nowych miejscach. Podczas *st. mucofungoides, periode de tumeurs fungoides*, powstają w miejscach nacieczenia lub na skórze zajętej wypryskiem etc. rzadziej na zupełnie zdrowej, pękate, wielokształtne guzy, zwykle ciemno-czerwone kształtu pomidorów lub w formie grzybowatej, zrazikowatej, które właściwie cechują tę chorobę. Czwartym okresem charaktera.

Przechodząc do rozbioru pojedynczych objawów cechujących *granuloma*, wyrazić muszę żal, że niektóre z nich, mogące mieć znaczenie pod względem rozpoznawczym, uszły mojej uwagi, głównie dla tego, że odnośna literatura, której rozmiary zwłaszcza w ostatnim czasie bardzo wzrosły, na razie w części tylko była mi znana. Cechującymi *granuloma* objawami są: nagły rozwój, czasem w ciągu kilku dni—zwykle na miejscu skóry już zapaleniem zajętej, daleko rzadziej na zdrowej—mocne swędzenie, łatwe łuszczenie się cienkiego naskórka—okoliczność, że guzy łatwo dają się ścisnąć, zdolność do częściowego lub całkowitego wessania się, jednocześnie z powstawaniem nowych, nakoniec,

2) Auspitz's Schüler w Viertelj. für Dermat. u. Syph. XIII Jahrg. 1886 III Heft.

w razie wyjątkowego tworzenia się głębszych owrzodzeń, zdolność do stosunkowo prędkiego, dającego się wywołać sztucznie formowania ziarniny i zablizniania się. Ciemno-czerwony zaś kolor guzów nie zdaje się być koniecznym objawem dla *granuloma*, gdyż przynajmniej młode twory tego rodzaju często są podawane jako mające kolor jasno-czerwony. Również obrzmiewanie gruczołów nie może być uważanem za objaw mówiący na korzyść *granuloma*, chociaż BILLROTH podaje, że przy *sarcoma* takie obrzmiewanie nie miewa miejsca; w opisach bowiem *sarcomatois universalis* skóry ten objaw jest notowany. Z wyliczonych objawów mieliśmy w naszym przypadku nagły rozwój guzów (na tyle głowy, gdzie na początku kuracyi widać było niemal codziennie występujące nowe lub zwiększające się dawne), mocne swędzenie, sączenie się płynnej wydzieliny i dodam, kształt grzybowaty guzów. To są jedyne objawy, mówiące wprost na korzyść *granuloma*, gdy tymczasem wynik badania drobnowidzowego i uleczałość za pomocą arszeniku odnieść można tak do mięsaka jak i do *granuloma*. Niektórych objawów nie sprawdzono, jak łatwości zmniejszania się objętości skutkiem naciskania, najważniejszego zaś nie było t. j. dobrowolnego znikania któregośkolwiek guza w części lub w całości. Objaw ten, według COHNHEIMA nigdy nie zdarzający się przy mięsakach, KOEBNER uważa za najbardziej cechujący *granuloma*; uczniowie zaś AUSPITZA twierdzą, że według doświadczenia wszystkich prawie badaczy nawet rozwinięte narośle mięsakowate zdolne są do inwolucyi, utrzymują, że cechującym „*granuloma*“ jest tylko c z ę s t e naprzemian znikanie i tworzenie się guzów. Czy przeciwnie brak tego objawu, wobec zwłaszcza krótkiego trwania cierpienia, zawsze i stanowczo każe wykluczyć *granuloma*, na to odpowiedzieć nie zdołam. Gdybym mógł napewno twierdzić, że cierpienie z jakim chora zgłosiła się do mnie w końcu Marca była przyczyną, bardzo by to przemawiało za *granuloma*, gdyż przyczyna nigdy tworzenia się mięsaków nie poprzedza.

Pominąwszy więc ten objaw, jako niedostatecznie stwierdzony, przypadek nasz najbardziej jeszcze mógłby być podprowadzony pod odmianę postaci miejscowej nazwaną przez VIDAL'A i BROEQ'A „*Mycosis fungoide d'emblée*“, gdzie o d r a z u na zdrowej skórze ma występować 3-ci okres czyli formowanie się guzów grzybowatych. Nawet brak głównego objawu, mniejby wtedy raził, gdyż znikanie jednych powstawanie innych guzów głównie jest właściwem drugiemu okresowi.

Gdyby przypadek ten mógł się zakwalifikować jako *granuloma*, zajęłby bardziej zaszczytne miejsce, bo figurowałby jako trzeci znany dotychczas przypadek uleczenia tej choroby (obok przypadku KOEBNERA i GEBERA; są to również przypadki należące do postaci miejscowej)³⁾ gdybyśmy nawet uznali opisane guzy za mięsaki to i wówczas zasługiwałyby na uwagę jako nie częsty jeszcze przykład uleczenia takowych za pomocą leku wewnętrznego. W każdym więc razie nasz przypadek ilustruje rzadki przykład zwycięzkiego wkraczania medycyny wewnętrznej w dziedzinę chirurgii, która codziennie swe tryumfy na polu należącym do tamtejszej święci.

3) Przypadki zaś należące do ogólnej formy zdaje się miały zawsze niepomysłne zejście.

O T. ZW. ROZSIANEM ZAPALENIU NERWÓW

(*Neuritis multiplex, disseminata, polyneuritis*).

Podał S. Goldflam.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 24).

L...r E...stera, lat 30, introligatorka, przybyła do kliniki wewnętrznej prof. LAMBLA 8/X 85 roku, skarżąc się na osłabienie i skrzywienie palców rąk, na niemożność poruszania stopami i chodzenia, na brak czucia w stopach, na bóle od kostek do palców i w kolanach. Zachorowała przed 5 blisko miesiącami w następujących okolicznościach: wyszła na miasto podczas niepogody dla odniesienia dużej paki książek, wstąpiła następnie do kąpieli, a powróciwszy do domu dostała silnego bólu głowy i wymiotów. Tych ostatnich dostali tegoż dnia w kilka godzin po śniadaniu, składającym się z kawy i bułek z masłem, wszyscy domownicy; bułka tego dnia miała gorzki smak. Na tydzień jeszcze przed tym wypadkiem, chora zbudzona krzykiem wyskoczyła z łóżka boso do sieni. Po wymiotach przez kilka dni czuła się dobrze, ale wkrótce spostrzegła obrzmienie koło kostek i palców rąk, które zaczęły drętwieć i słabnąć coraz bardziej, tak że po paru tygodniach nie mogła palcami dobrze ujmować przedmiotów. Wtedy i twarz zaczęła brzmieć, głównie z nocy, nogi słabnąć, brzuch to się wzdymał, to opadał. Temperatura nie była mierzona, ale chora miewała bóle głowy, język jej zasychał i miała pragnienie. Chora z coraz większą trudnością mogła chodzić, powlókzyła stopami, a gdy jeszcze wystąpiły bóle, zmuszona była przed 6 tygodniami położyć się do łóżka na stałe, gdy poprzednio pokładała się na dzień jeden, to znowu wstawała. Bóle te były strzelające i kłujące, w obu stopach od kostki do palców, trwające z półgodzinnymi przestankami dniem i nocą i tak gwałtowne że chora jęczała; później nerwobóle te się zmniejszyły, a wystąpiło szczypanie, darcie i uczucie zimna w stopach, obecnie zaś doznaje uczucia palenia od kolan do palców, często kłucia w palcach i kolanach. W łóżku obrzmienie stóp, palców rąk, twarzy, brzucha zaczęło powoli schodzić i wtedy chora spostrzegła znaczne schudnięcie goleni i dłoni; ilość moczu zaś, która się znacznie zmniejszyła jednocześnie z wystąpieniem obrzęków, teraz znacznie wzrosła. Jeszcze przed ostatecznym położeniem się do łóżka potworzyły się samoistnie na skórze dłoniowej powierzchni prawych stawów członkowych i na dłoni owrzodzenia, które się po 8 dniach zagoiły. Przed 3 tygodniami cierpiała przez parę dni na bóle głowy i wymioty nawet po mleku; w tym czasie pokazały się na prawym policzku pryszcze, dotąd trwające. Chora czując się coraz gorzej, zdecydowała się wstąpić do kliniki. Lekarz który chorą miał w opiece, był w kłopotcie co do rozpoznania; znalazłszy minimalne (jak się wyraża) ilości białka, i zwiększenie dobowej ilości moczu, przypuszczał cierpienie nerkowe międzyzrazikowe (*nephritis interstitialis*). Najbardziej zwracały jego uwagę bóle w łydkach i podszwach, odrętwienie, silne osłabienie, rozstrój nerwowy ogólny, i brak odruchów kolanowych, tak że przypuszczał, oprócz tego, chorobę nerwową, wiąd.

W 7 r. życia chora miała odrę, w 10 ospę naturalną (pomimo szczepienia),

w 13 tyfus trwający 2 miesiące. Od 17 r. prawidłowo miesiączkuje, od 2 lat miewa upławy. Przed 11 laty wyszła za mąż, miała jedno dziecko, które zmarło na zapalenie płuc w 4 r. życia; przed 1/2 rokiem, a więc na krótko przed wybuchem choroby, wyszła drugi raz za mąż. Pracowała ciężko, żywiąc siebie i męża, od 6 rano do 2 często w nocy, najbardziej męczyło ją odnoszenie dużych pak książek. Od 4 lat zajmuje wilgotne i duszne mieszkanie, w którym często dostawała od swędu bólu głowy. Żywiła się dobrze, nie nadużywała trunków. Syfilisu nie było.

Matka jej zmarła w 40 r. życia na zapalenie płuc, ojciec w 43 r. przy objawach niedrożności kiszek. Usposobienia dziedzicznego do chorób w rodzinie nie ma.

Miernego wzrostu i budowy, skóra blada, odżywianie liche. Stan bezgorączkowy, tętno 90. Narządy piersiowe i brzuszne zboczeń nie przedstawiają. Ilość moczu koło 1000 sz. ctm., c. g. 1018, przezroczysty, białka, ani cukru nie zawiera. Część pochwowa stoi nisko, zgrubiała, ruchoma, otwór zewnętrzny jest poprzeczny, przepuszcza palec, tylna warga nierówna, sklepienia są wolne, dna wymacać przy podwójnem badaniu nie można, wydzielina obfita, ropna (*endometritis chronica*).

Chora przyjmuje prawie stale położenie grzbietowe, łóżka nie opuszcza. Kończyny dolne są wyprostowane, oddalone od siebie i skręcone na zewnątrz, tak że zewnętrzne brzegi i powierzchnie grzbietowe stóp są zwrócone na dół i na zewnątrz, wewnętrzne zaś brzegi do góry; niekiedy prawa dolna kończyna skręcona jest mocno ku wewnątrz, a wtedy podszwa i wewnętrzny brzeg stopy dotykają się pościeli, zewnętrzny zaś brzeg zwrócony jest do góry. W stawach skokowych stopy ciężarem swoim opadają i są zgięte plantarnie, palce są łukowato zakrzywione ku podszwie, nie przedstawiając zwykłego zagłębienia śród-członkowego i wyniosłości 1 stawu członkowego. Zależy to w części od obrzmienia zajmującego stopy wraz z podszwami i dolną część goleni i szczególnie wydatnego w okolicy stawu golenio-stopowego lewego. W obrzmieniu tem, palec z trudnością wyciska płytki dołek. Skóra powierzchni podszwowej jak również całych stóp, zwłaszcza palców jest wygładzona, bardzo cienka, na podszwach i palcach często ciemno-fioletowej barwy, na powierzchni grzbietowej z widoczną siatką podskórnych żył; łuszczy się ona, zwłaszcza na podszwach. Paznogie, szczególnie dużych palców są poprzecznie popękane z poprzecznymi również zgrubieniami. Kończyny są wychudłe, zwłaszcza golenie: na 15 ctm. poniżej rzepki objętość obu goleni wynosi 23 ctm.; 15 ctm. powyżej rzepki objętość ud 33 ctm.

W stawach stopo-goleniowych ruchy bierne są nadmiernie obszerne, bez żadnego oporu (*Schlottergelenk*), przy zgięciu grzbietowym chora odczuwa bardzo silny ból pod kolanami. W innych stawach istnieje przy ruchach biernych prawidłowe napięcie. Ruchy czynne w stawach skokowych i palcowych zupełnie zniesione. W stawach kolanowych zgięcie i wyprostowanie jest możliwe, ale z bardzo małą siłą, mniejszą w lewym niż prawem kolanie; przy zginaniu chora odczuwa ból w obrębie czworogłowego uda. W stawach biodrowych wszystkie ruchy są możliwe, z większą wprawdzie niż w kolanach siłą, ale ze zmniejsz-

szoną w stosunku do odżywiania mięśni. Odruchy kolanowe i ścięgien Achillesa są zniesione. Chora opuszcza dolne kończyny z łóżka przy pomocy mięśni biodrowych, ale stać ani chodzić nawet z pomocą drugiej osoby nie może. Drżenia włóknikowego, ani innych skurczów mimowolnych się nie spostrzega, uderzanie mięśni młotkiem kurezenia się ich nie powoduje, natomiast lekki nawet ucisk mięśni obu łydek, powierzchni grzbietowych i podeszwowych stóp wywołuje niezmiernie dotkliwy ból; inne okolice mięśniowe są mniej na ucisk bolesne. Pnie nerwowe nie są wyczuwalne, a ucisk jamki podkolanowej również jest bardzo bolesny.

Czucie dotykowe jest zniesione na palcach, stopach i goleniach, dopiero koło kolan zaczyna wracać dla obszernych dotknięć; słabych dotknięć końcem palca nie odczuwa na dolnej $\frac{1}{4}$ uda, a nie wszystkie powyżej. Czucie bólowe dla średnich ukłuc jest prawie zniesione na grzbietowych powierzchniach stóp i palców, na podeszwie zaś prawej jest spotęgowane, znacznie opóźnione i z długim trwaniem bardzo dotkliwego wrażenia, na podeszwie lewej istnieje także hyperalgesia, bo chociaż wyraźnego opóźnienia nie ma, to jednak chora odczuwa takie ukłucie bardzo dotkliwie i wielokrotnie. Dla mocnych ukłuc istnieje na powierzchniach grzbietowych palców i stóp opóźnienie i długie trwanie wrażenia bólowego, a po stronie lewej także jego wielokrotność. Na goleniach istnieje znieczulenie dla średnich ukłuc, mniejsze na wewnętrznej powierzchni i blisko kolana, a zwłaszcza po stronie lewej; dla mocnych zaś ukłuc tylko opóźnienie wrażenia, chociaż często i takich ukłuc na powierzchniach zewnętrznych i tylnych (mniej na lewej kończynie) nie odczuwa. Na zewnętrznej i przedniej powierzchni obu kolan jest analgesia, na wewnętrznej czucie bólowe zachowane, na udach jest również zachowane i bez opóźnienia. Uszczypnięcie fałdy skóry powierzchni grzbietowych stóp sprawia nadzwyczaj silny ból. Czucie temperatury w granicach koło 37° C. nie odczuwa na stopach i goleniach, a dopiero temperatury wyższe i po dłuższem ich działaniu, a na podeszwach jako żar; począwszy od kolan czucie temperatury wraca nawet dla małych różnic. Temperatury niższe koło 15° odczuwa jako zimno dopiero po dłuższem działaniu, a i to nie wszędzie, zwłaszcza nieczule są powierzchnie grzbietowe stóp. Na powierzchniach grzbietowych i podeszwowych obu stóp czucie farado-skórne (elektroda Erba) przy nasuniętych nawet cewkach jest zniesione; na goleniach zaś i udach ból występuje przy odległości cewek wynoszącej 5 do 6 ctm. O położeniu stóp w stawach golenio-stopowych i palcowych chora nie ma pojęcia, w stawach zaś kolanowych i biodrowych zmysł mięśniowy jest zachowany. Z objawów odżywczych należy jeszcze wspomnieć o obfitem poceniu się podeszwowych powierzchni stóp (chora przypomina sobie że kilka razy w ciągu choroby obficie się pocila). Odruchy podeszwowe są zniesione: po silnem ukłuciu podeszwy następuje po 3 do 5 sekundach usunięcie kończyny od drażniącego ją bodźca (*Abwehrbewegung*). Chora skarży się na palenie i darcie od kolan do palców, pojawiające się przedewszystkiem w nocy, na uczucie mrowienia w stopach, na uczucie jakby szybko przemijającego szczypania w palcach i koło kostek i na swędzenie w całej kończynie. Podczas badania, chora często wykrzykuje wskutek krótkotrwałego, ale silnego bólu to w jednej, to w drugiej stopie. Funkcya kiszki stolcowej i pęcherza prawidłowa, odleżyn nie ma.

Badanie pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów (elektrodjagnostyka) ³⁵⁾
dało następujące wyniki:

	Strumień faradyczny	Strumień galwaniczny
	Odległość cewek wynosząca	
N. ischiadicus dexter et sin.	nie są pobudliwe	przez dostępne strumienie
N. tibialis posticus dex. et sin.	" "	" "
N. peroneus dex. et sin.	" "	" "
M. gluteus magnus sin.	13 ctm.	Przy 30 El (5 MA) KaSZ chwilowy
" " dex.	16 ctm.	35 El (7 MA) KaSZ
M. biceps fem (caput longum et breve) dex. et sin.	nie są pobudliwe	nie są pobudliwe
M. semitendinosus dex. et sin.	" "	" "
M. soleus sinister	nie jest pobudliwy	Przy 45 El (12 MA) słabiutki przeciągły AnSZ. Mięsień tak prędko się wyczerpuje, że w następstwie silniejsze nawet strumienie skurczu nie dają.
" dexter	" "	Przy 60 El (12 MA) KaSZ > AnSZ, oba słabe, robaczkowe; po pewnym czasie drażnienia skurczu wcale nie ma.
M. gastrocnemius sin. caput ext	" "	Przy najsilniejszym strumieniu b. słabe i leniwe AnSZ.
" caput int.	nie jest pobudliwy	nie jest pobudliwy
M. gastrocnemius dex.	" "	" "
M. tibialis ant. dex.	nie jest pobudliwy	Przy 45 El (9 MA) KaSZ słabe, leniwe, długotr.
" " sin.	nie jest pobudliwy	nie jest pobudliwy
M. extensor dig. com. dex. et sin.	nie są pobudliwe	W dolnej zewnętrznej części prawej nogi (w punkcie ruchowym dla wyprostnego palucha) otrzymuje się przy działaniu silnych galwanicznych strumieni powolny i słaby KaSZ
M. extensor hallucis longus dex et sin.	nie są pobudliwe	nie są pobudliwe.
M. peroneus longus dex. et sin.	" "	" "
M. peroneus brevis dex. et sin.	" "	" "
M. extensor digit. com. brev. sin.	" "	" "
M. " " dex.	nie jest pobudliwy	Przy 50 El (7 MA) KaSZ słaby robaczkowy, prędko się wyczerpujący.
M. interossei pedis dorsales	nie są pobudliwe	Przy silnych strumieniach KaSZ typowo-powolny i długotrwały. W mięśniach robaczkowych przy działaniu silnych galwanicznych strumieni AnSZ leniwy długotrwały. Skurcze te prędko się wyczerpują.
N. obturatorius dex. et sin.	6 ctm.	Przy 20 El (4 MA) KaSZ.
M. adductor magnus dex.	4 ctm.) Nie można zastosować silniejszych strumieni z powodu gwałtownego bólu przez to powodowanego.
" " sin.	6 ctm.	
M. tensor fasciae latae sin.	2 ctm.; słaby skurcz	Przy 40 El słaby KaSZ.
M. sartorius dex. et sin.	nie są pobudliwe	nie są pobudliwe.

³⁵⁾ Dla lepszego zrozumienia znaków pozwolę sobie kilka słów objaśnienia. Nerwy ruchowe i mięśnie przy działaniu na nie strumieni elektrycznych ulegają podrażnieniu wyrażającemu się skurczem. Przy drażnieniu strumieniem faradycznym (przerwanym) skurcz występuje przy pewnej sile strumienia, którą wyrażamy oddaleniem od siebie cewek w centymetrach (im cewki są bardziej na siebie nasunięte, a więc im odległość między nimi jest mniejsza, tem

Mięśnie czworogłowe w zwykłych punktach ruchowych nie są pobudliwe na strumienie faradyczne; w punkcie ruchowym dla m. krawieckiego prawego otrzymuje się skurecz 4 głowego przy działaniu silnego strumienia. Pobudliwości galwanicznej wypróbować nie można z powodu silnego bólu jaki przy użyciu silnych strumieni się sprawia. To jest także powodem, że dokładnie określić pobudliwości nerwów udowych nie mogłem, wiem tylko że jest ona bardzo zmniejszoną.

Kręgosłup zboczeń nie przedstawia, na ucisk nie jest bolesny. Wszystkie

siła strumienia jest większa). Przy drażnieniu strumieniem galwanicznym skurecz jest chwilowy i powstaje przy zamknięciu strumienia (Z) lub otwarciu (O); przy zamknięciu strumienia drażni przeważnie biegun ujemny (Katoda, Ka), przy otwarciu—biegun dodatni (Anoda, An); skurecz powstający przy zamknięciu strumienia od drażnienia Katodą jest większy, aniżeli przy otwarciu od drażnienia Anodą. Przy drażnieniu więc strumieniem galwanicznym nerwu lub mięśnia otrzymany naprzód skurecz od drażnienia katodą przy zamknięciu strumienia, co się wyraża formułą KaSZ (Ka=Katoda, S=skurecz, Z=zamknięcie), przy zwiększaniu siły strumienia KaSZ będzie coraz silniejsze, wystąpi także skurecz od drażnienia Anodą przy otwarciu strumienia, co się wyraża przez AnOS (An=Anoda, O=otwarcie, S=skurecz), lub też (zależnie od tego lub innego nerwu i mięśnia) skurecz od drażnienia Anodą przy zamknięciu strumienia, co się wyraża przez AnSZ; na koniec bardzo rzadko i przy działaniu bardzo silnych strumieni, obok wznagania się siły poprzednich skureczów, wystąpi skurecz od drażnienia katodą przy otwarciu strumienia. Jest to prawo skureczów (*Zuckungsgesetz*) Brennera, które tak brzmi:

<i>Słabe strumienie</i>	<i>Średnie strumienie</i>	<i>Silne strumienie</i>
KaSZ	KaS'Z (S'=silniejszy skurecz)	KaTeZ (Te=tetanus)
	AnSZ (<i>nervus facialis, ulnaris</i>), lub AnOS (<i>nervus radialis</i>)	AnOS'
		AnS'Z
		KaOZ

W przypadkach patologicznych prawo to ulega zmianie ilościowej i jakościowej. W pierwszym wypadku pobudliwość mięśni i nerwów może być wzmoczoną (potrzeba słabszych aniżeli normalnie strumieni dla wywołania skurczu), lub zmniejszoną (potrzeba silniejszych aniżeli normalnie strumieni do wywołania skurczu). O wiele ważniejszą jest zmiana jakościowa oddziaływania elektrycznego, jest to tak zwany odczyn zwyrodnienia. Nerw ruchowy traci zupełnie swą pobudliwość na strumienie faradyczne i galwaniczne, w mięśniu również znika pobudliwość faradyczna, galwaniczna zaś w mięśniu jest z początku wzmoczona, potrzeba słabszych aniżeli prawidłowo strumieni do wywołania skurczu. Ten ostatni nabiera bardzo ważnej cechy, mianowicie nie jest chwilowy, ale długotrwały, leniwy, robaczkowy, słaby. Formuła skureczów się odwraca, KaSZ traci swą przewagę, staje się równy, nawet mniejszy od AnSZ lub AnOS. Po mniej lub więcej długim czasie, pobudliwość galwaniczna się zmniejsza, KaSZ znika zupełnie i pozostaje tylko AnSZ. Doświadczenia na zwierzętach i klinika wykazały, że odczyn zwyrodnienia jest wyrazem znacznych zmian zaszyłych w budowie nerwu i mięśni. Oprócz zupełnego odczynu zwyrodnienia spotykamy częściowy, w którym oddziaływanie nerwu na strumienie faradyczne i galwaniczne jest tylko zmniejszone, mięsień oddziaływa również słabiej na strumień faradyczny, na galwaniczny zaś w sposób powyżej podany, to jest, że skurecz jest leniwy, długotrwały, skurecz od drażnienia anodą wysuwa się naprzód i jest równy, nawet większy aniżeli skurecz od drażnienia katodą. Przy t. zw. faradycznym odczynie zwyrodnienia Remaka, skurecz od drażnienia nerwu i mięśnia tym strumieniem jest leniwy, słaby. Są jeszcze inne odmiany zmienionej pobudliwości elektrycznej, a wszystkie są wyrazem większego lub mniejszego zwyrodnienia nerwu i mięśnia.

Badanie poniższe robione było przy pomocy aparatu Hirschmana, którego strumień faradyczny jest zasilany 3 elementami Leclanché, strumień stały składa się z 60 elementów Siemens-Halske (modyfikacja Meidingera), galvanometr zaś jest pomysłu Hirschmana (*Absolutes Galvanometer*) z podziałką na *Milli Ampères* (MA).

ruchy tułowia są prawidłowe, a czucie skóry zachowane. Odruchy podżebrne istnieją, brzusznych wywołać nie można.

Kończyny górne są wychudłe w stosunku do ogólnego odżywiania; 16 cm. nad wyrostkiem rylcowym oba przedramiona mają 16,5 cm.; 13 cm. nad kłykiem wewnętrznym oba ramiona 18 cm., Na powierzchniach grzbietowych rąk widać zagłębienia przestrzeni międzykostnych, zwłaszcza pierwszych, kłęby paluchów i małych palców są spłaszczone. Powierzchnie dłoniowe rąk bardzo wychudłe, w środku zagłębione z rysującymi się przez skórę ścięgnami zginaczy; skóra tutaj jest cienka, lśniąca, czerwona, a jeszcze bardziej na powierzchni dłoniowej palców i wyprostnych ostatnich członków, gdzie skóra jest oprócz tego pofalowana; dłonie są często spocone. Ręce są lekko zgięte w stawach napiętkowych, w stawach śródrečno-palcowych i palcowych, palce zbliżone do siebie, oprócz dużego, który jest wyprostowany i odwodzony, a także lewego wskaziciela, znajdującego się w abdukeyi. Biernie wyprostowanie łukowato zgiętych palców napotyka na znaczny opór ze strony ścięgien zginaczy. Ruchy czynne w stawach barkowych i łokciowych prawidłowe i o niewielkiej sile, odpowiadającej odżywianiu mięśni, zwłaszcza zginanie w stawach łokciowych jest słabe. W stawie napiętkowym zginanie jest słabe, wyprostowanie ograniczone i bardzo słabe, boczne ruchy są wcale niemożliwe. W stawach śródrečno-palcowych wyprostowanie i zginanie jest możliwe, w stawach członkowych ostatnich 4 palców wyprostowanie niemożliwe, zginanie prawidłowe, ruchy ksobne i odsiebne palców są słabe i ograniczone, a lewy wskaziciel addukcji wykonać nie może. W paluchach wyprostowanie i abdukcja są niemożliwe, inne ruchy słabe. Ruch przeciwstawny i odsiebny małych palców jest zniesiony.

Na prawej górnej kończynie badanie czucia wykazało, że na powierzchni grzbietowej I i II palca chora słabych dotknięć nie odczuwa, na ostatnich 3 palcach czucie dotykowe jest przytępione. Zmiany te zmniejszają się w kierunku do śródrečna (*metacarpus*) na którym czucie dotykowe jest prawidłowe, jak również na przedramieniu i ramieniu. Na powierzchni dłoniowej palucha, wskaziciela, średniego palca i odpowiadającej im części dłoni zmiany czucia dotykowego są znaczne, na 2 pozostałych palcach i terytorjum dłoni do nich należącym zmiany te są o wiele mniejsze. Na palcach słabych ukończone chora nieraz nie odczuwa, średnie są bardzo bolesne i często zauważyć się daje opóźnienie wrażenia; na przedramionach i ramionach czucie bólowe jest prawidłowe. Czucie temperatury w granicach koło 37° jest zmniejszone tam, gdzie i dotykowe jest zmienione; wyższe ciepłoty koło 50° i niższe koło 15° odczuwa dobrze. Czucie farado-skórne jest zniesione (nasunięte cewki) na paluchu; na wskazicielu i średnim, przy tak silnym strumieniu doznaje tylko uczucia drętwienia, na obrączkowym i małym powstaje ból przy odległości cewek 3½ cm, na dłoniowej powierzchni ręki dopiero przy nasuniętych cewkach, na grzbietowej przy odległości 4 cm., na przedramieniu 6½ cm. Ruchy bierne paluchem i wskazicielem przy oczach zamkniętych do świadomości chorej nie dochodzą; w innych stawach zmysł mięśniowy jest zachowany. Ucisk miękkich części dłoni, przedramion, ramion jest bardzo bolesny. Nerw pośrodkowy z obu stron wyczuwa się na całej przestrzeni w rowku mięśnia dwugłowego jako twardy okrągły powrózek grubości

pióra gęsiego, jest bolesny przy ucisku, przy czym ból rozpromienia się na dłoń. Nerw promieniowy również się wyczuwa w rowku i na zewnętrznej powierzchni ramienia na dużej przestrzeni, jest nierówny, zgrubiały, jeszcze bardziej aniżeli poprzedni bolesny, nawet przy słabym ucisku. Nerw łokciowy koło wewnętrznego kłykcia rozpromienia przy ucisku ból na wewnętrznej powierzchni dłoni. Odruchów ścięgniętych nigdzie na górnych kończynach wywołać się nie udaje. Przy słabej perkussji mięśni wzbudza się w nich ból, przy czem widać falisty leniwy skurcz, jak przy odczynie zwyrodnienia, a przede wszystkim odnosi się to do mięśnia trójgłowego ramienia, mniej do dwugłowego i naramiennego, a najmniej do mięśni wyprostnej powierzchni przedramienia

Na lewej górnej kończynie stosunki czucia skórniego przedstawiają się prawie tak samo jak na prawej, to jest, że czucie dotykowe jest zmniejszone (może nieco słabiej) na stronie promieniowej ręki, a bólowe jest trochę opóźnione. Na paluchu nawet przy nasuniętych cewkach bólu nie ma, tylko drętwienie ostatniego członka, na małym palcu ból występuje przy odległości $4\frac{1}{2}$ ctm., na dłoni przy 2 ctm. na grzbiecie ręki przy 6 ctm. na powierzchni wyprostnej przedramienia przy 7 ctm. na zgięciowej przy 6 ctm. Chora sama utrzymuje, że 3 palce łokciowe są mocniejsze, aniżeli 2 promieniowe. Zmysł mięśniowy jest zniesiony w paluchu i wskazicielu. Odruchu ścięgniętego wywołać nie można. Nerw pośrodkowy przedstawia się, jak i na prawej kończynie, w kształcie twardego i grubego powrózka, rozpromieniającego przy ucisku ból na dłoń; nerw promieniowy, wyczuwalny na dużym przebiegu, jest grubszy niż normalnie, bolesny na ucisk, nerw zaś łokciowy jest najmniej zmieniony i najmniej bolesny. Samoistnie chora doznaje uczucia skurczenia się skóry dłoni obu rąk. Dłoń, przedramię i ramię, zwłaszcza masy mięśniowe są na ucisk bardzo bolesne. Przy słabej nawet perkussji dwugłowego, trójgłowego i naramiennego otrzymuje się falisty skurcz jak przy odczynie zwyrodnienia; pobudliwość ta mechaniczna w mięśniach powierzchni wyprostnej przedramienia jest mniejsza. Ani na górnych, ani na dolnych kończynach drżenia włókienkowego nie widać.

Na prawym policzku skóra zaczerwieniona, pokryta strupami po pryszczach, które przed 5 tygodniami bez towarzyszenia bólu wystąpiły. Ze strony mięśni twarzy, języka, zmysłów, mowy, pamięci, intelligencji żadnych zbocezeń nie ma.

Badanie elektrodjagnostyczne mięśni i nerwów górnych kończyn dało następujące wyniki:

	Strumień faradyczny	Strumień galwaniczny
Nervus medianus dexter (na przedramieniu).	$8\frac{1}{2}$ ctm. (zgięcie 4 ostatnich palców).	KaSZ przy 30 El (2 MA)
„ „ sinister	$6\frac{1}{2}$ (zgięcie napięstka i palców).	KaSZ przy 40 El (4 MA) w tychże mięśniach.
„ radialis dexter (na przedramieniu).	$6\frac{1}{2}$ (skurcz odsiebne-go i wyprostnego palucha długiego).	KaSZ przy 35 El (4 MA) w tychże mięśniach.

Strumień faradyczny

Nervus radialis sinister	5 (słaby skurecz wywrotnego długiego, odsiebne-go, wyprostnego palucha długiego i palców wspól.)
„ ulnaris dexter et sinister (nad wewnętrznym kłykciem ramienia).	7 1/2 (zgięcie napięstka i ostatnich palców).
Musculus biceps brachii dext.	7 1/2
„ „ sinister	7 1/2
„ triceps dexter	6
„ „ sinister	6 (skurecz nie jest toniczny, ale składa się z kilku coraz słabszych skureczów)
„ deltoideus dexter	7
„ „ sinister	7
M. extensor digit. com dex.	6 1/2 ctm. (słaby skurecz obrączkow. i śred. palca)
„ „ sin.	5 1/2 (słaby skurecz średniego i małego palca).
M. supinator longus sin.	5 1/2 (skurecz leniwy).
„ „ dex.	nie pobudliwy.
M. flexor digit. prof. sin.	6 1/2 (obraczkowego i średniego).
„ „ dex.	7 1/2
M. radialis exter. longus dex.	nie jest pobudliwy.
„ „ sin.	„ „
M. ulnaris exter. dex.	7
„ „ sin.	7
M. supinator brevis dex.	5 1/2
„ „ sin.	nie udało się
M. abductor poll. lon. dex.	5
„ „ sin.	6 1/2
M. extensor poll. l. dex.	5 1/2
„ „ sin.	6
M. opponens poll. dex.	5, słaby robaczkow. skurecz
M. opponens poll. sin.	nie pobudliwy
M. abductor poll. br. dex.	„ „
„ „ sin.	3 1/2 skurecz słaby i robacz.

Strumień galwaniczny

KaSZ przy 30 El (2 MA) w tychże mięśniach.
KaSZ przy 25 El (2 MA).
KaSZ przy 25 El (1 MA).
KaSZ > AnSZ przy 20 El (2 MA).
KaSZ > AnSZ przy 20 El (3 MA).
KaSZ przy 25 El (3 1/2 MA) chwilowy, ale nieenergiczny.
KaSZ przy 20 El (2 MA).
KaSZ przy 15 El (1 1/2 MA).
KaSZ > AnSZ przy 25 El (3 MA) w tychże palcach i wskaźnicu. Skurecz jest leniwy, długotrwały.
KaSZ przy 25 El (3 1/2 MA) w tychże palcach, skurecz toniczny, słaby.
KaSZ przy 15 El (1 3/4 MA) długotrwały. Przy silniejszych strumieniach KaSZ > AnSZ oba leniwe.
nie pobudliwy.
KaSZ przy 25 El (3 1/4 MA) długotrwały w tychże palcach.
KaSZ przy 25 El (2 1/2 MA) chwilowy. nie jest pobudliwy
„ „
KaSZ przy 25 El (3 MA) dług. leniwy. Przy 30 El (3 3/4 MA) KaSZ chwilowy. Z powodu bólu silnych strumieni zastosować nie można.
odsukać.
Przy 35 El (4 1/2 MA) KaSZ > AnSZ, oba robaczkowe.
30 El (4 MA) KaSZ chwilowy.
35 El (7 MA) KaSZ > AnSZ bardzo słabe i robaczkowe.
30 El (4 MA) KaSZ robaczkowy.
30 El (2 MA) występuje pierwszy AnSZ typowo-robaczkowy i długotrwały. Przy silniejszych strumieniach AnSZ > KaSZ; mięsień szybko się wyczerpuje, tak że dla wywołania skurczu potrzeba użyć coraz silniejszych strumieni.
30 El (2 MA) AnSZ > KaSZ, skurcze słabe, typowo-robaczkowe.
30 El (2 MA) KaSZ = AnSZ typ.-rob.
40 El (2 1/4 MA) AnSZ > KaSZ typowo-robaczkowe i słabe; skurecz trwa tak długo jak długo działa strumień.

Strumień faradyczny		Strumień Galwaniczny	
M. adductor poll. br. dex.	nie pobudliwy.	40 El (3 MA) AnSZ > KaSZ, typowo robaczkowe, prędko się wyczerpujące.	
„ „ sin.	„ „	40 El (3 1/4 MA) AnSZ > KaSZ typowo-robaczkowe, słabe.	
Mm. hypothenaris dextri	7 ctm.	25 El (2 MA) KaSZ > AnSZ robaczkowe. Po pierwszym skurczu przy KaSZ następuje zaraz drugi słabszy, trwający tak długo jak zamknięcie strumienia.	
M. abductor dig. min. sin.	5 1/2 d. leniwy.	25 El (2 1/2 MA) KaSZ > AnSZ, skurcz robaczkowy trwający tak długo jak działanie strumienia.	
M. opponens dig. min. sin.	nie pobudliwy.	35 El (2 1/2 MA) AnSZ typow. rob.	
M. Interosseus I dex.	„ „	25 El (2 1/2 MA) KaSZ > AnSZ skurcze słabe długotrwałe.	
„ II	5	20 El (3 MA) KaSZ > AnSZ skurcze słabe długotrwałe.	
„ IV	6 1/2	25 El (2 1/2 MA) KaSZ długotrwałe. Przy 30 El KaSZ > AnSZ oba długotrwałe, leniwe.	
„ I sin	nie pobudliwy.	25 El (2 1/4 MA) KaSZ > AnSZ leniwe i długotrwałe.	
„ II	4 1/2	25 El (2 MA) KaSZ robaczkowe.	
„ III	6	25 El (3 1/2 MA) KaSZ.	
„ IV	4 1/2	25 El (2 1/2 MA) KaSZ leniwe dług.	(d. c. n).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

40. HONIGMANN. Przypadek uleczonej przewlekłej niedrożności kiszek.

W rzedzie różnych kwestyi, dotyczących zachowywania się treści żołądkowej w stanach patologicznych, doniosłe znaczenie posiada brak kwasu solnego przy raku żołądka. Po raz pierwszy fakt ten stwierdził van den VELDEN, a następnie RIEGEL i inni. Obecnie można z wszelką pewnością zgodzić się na zdanie RIEGEL'A, który powiada: Stały brak odczynu na kwas solny w zawartości żołądka przy użyciu metylu fijołkowego, tropeoliny i czerwieni Kongo, oraz niezdolność trawienna soku żołądkowego przemawia za rakiem wówczas nawet, gdy w danym przypadku nie ma innych ważnych objawów; odwrotnie, obecność kwasu solnego i zachowana zdolność trawienna pozwalają wykluczyć rak, pomimo istnienia guza, rozszerzenia żołądka, wymiotów krwawych i charactwa. Wprawdzie COHN i MERING za pomocą destylacji wykazali kwas solny w soku żołądkowym u dotkniętych rakiem, lecz nie dowiedli wcale, czy był to wolny kwas, a powtórnie nie sprawdzali przebiegu trawienia za pomocą dodania pepsyny.

Niemniej wszelako istnieją prócz raka i inne sprawy chorobowe, przy których sok żołądkowy wymienione posiada własności; do tych należą: zwyrodnienie mączkowate błony śluzowej żołądka, zanik takowej po *Gastritis toxica*, rak przelyku i dwunastnicy, gorączka, dopływ żółci do żołądka. Są to w ogóle przypadki niezmiernie rzadkie i dla tego na zaznaczenie zasługują.

Autor opisuje w dalszym ciągu spostrzegany przez siebie przypadek, dotyczący 14-letniego chłopca, u którego treść żołądkowa stale pozbawioną była kwasu solnego oraz zdolności trawiennej, a pomimo to rak żołądka z całą pewnością wykluczonym został. Chory, bardzo wyniszczony, miewał od kilku miesięcy gwałtowne bóle brzucha oraz wymioty. Brzuch mocno napięty, z roz-

szerzonemi żyłami podskórnemi; ruchy robaczkowe żołądka wyraźne i połączone z bólami. Wymiociny obfite, zabarwione żółcią, o odczynie słabokwaśnym, a niekiedy obojętnym, nie zawierały kwasu solnego i nie trawiły białka nawet po upływie 24 godzin. Stolec skąpe, odbarwione zupełnie. Stan taki trwał bez zmiany przez 16 dni; w wydobytej z żołądka treści znajdowano zawsze obfitą ilość żółci. Nagle 17-go dnia chory uczuł znaczną ulgę; zawartość żołądkowa była niewielką, okazywała wyraźny odczyn na kwas solny i trawiła białko już po 45 minutach.

Co się tycze rozpoznania, autor główną zwrócił uwagę na obecność żółci w żołądku, zarówno czezym, jakoteż napełnionym. Żółć dopływała do żołądka skutkiem jakiejś przeszkody w dwunastnicy lub jelicie czezym, czego dowodem były stolce odbarwione. Od czego jednak niedrożność owa zależała, wyjaśnić niepodobna.

Żółć często przenika do żołądka, lecz w małej ilości nie wpływa na przebieg trawienia. Natomiast większa jej ilość działa na sok ujemnie, ponieważ strąca pepsynę, a głównie tworzy z ciałami białkowemi związki, opierające się trawieniu żołądkowemu. Z drugiej strony alkaliczny sok trzustkowy, zobojętniając kwas żołądkowy, niszczy zarazem wpływ pepsyny.

Po usunięciu przeszkody w jelitach czynność żołądka nagle powróciła do stanu prawidłowego. Widzimy przeto, iż brak kwasu solnego nie zawsze bywa dowodem zaniku błony śluzowej żołądka, która może zachowywać się normalnie bez względu na dłuższy czas trwający czynnik szkodliwy, jakim była w tym razie żółć.

(Berl. Kl. Woch. 1887 N. 18). Henryk Pacanowski.

41. LITTEN. Związek chorób żołądka z przemieszczeniem nerki prawej. (Odczyt na Zjeździe dla medyc. wewn. w Wiesbaden r. b.).

Od niedawna dopiero przy oględzinach pośmiertnych zwraca się baczniejszą uwagę na położenie nerek; przekonano się w ten sposób o ciekawym fakcie, a to że przemieszczenie istnieje w 22%-ach wszystkich dokonywanych sekcij. Niekiedy bywa ono tak znacznem, iż nerka leży jakby w wypukleniu otrzewnej i posiada własną krezkę (*mesonephron*). Częściej wszelako mamy tylko średni stopień przemieszczenia, gdzie nerka mieści się wprawdzie po za otrzewną, lecz z łatwością zstępuje ku dołowi. Obok takiego położenia nerki prawej zauważono jednocześnie rozszerzenie żołądka, które daje się w najprostszym sposobie objaśnić uciskiem mechanicznym odźwiernika.

Autor zwrócił uwagę swą na pewną okoliczność, dotychczas wcale prawie nie uwzględnianą, t. j. na przemieszczenie nerki prawej nie ku dołowi, lecz przeciwnie ku górze; i tu również często rozszerzenie żołądka spostrzedz można. Jednakże w tym razie podług LITTEN'A cierpienie żołądka bywa sprawą pierwotną, położenie zaś nerki wtórną; żołądek bowiem, uciskając nerkę, posuwa ją ku górze. Łatwo się o tem przekonać na trupie: nerka o wiele łatwiej daje się usunąć w górę, niż ku dołowi, w czem jej przeszkadza więz wątrobowo-nerkowy (*Lig. hepatorenale*). Przemieszczenie nerki ku górze stosuje się do długości naczyń.

Henryk Pacanowski.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 Czerwca r. b.

Posiedzenie zaszczycił obecnością swoją Prezes Krakowskiej Akademii Umiejętności JÓZEF MAJER, którego powitali odpowiednimi przemowami koledzy: GEPNER, SZOKALSKI i FABIAN. Następnie czcigodny gość zajął miejsce Przewodniczącego *honoris causa*.

Kol. GEPNER zawiadomił że ś. p. Dr. WILCZYŃSKI zapisał testamentem 2,000 rs. na rzecz pracowni biologicznej istniejącej przy Towarzystwie lekarskiem i ofiarował cenny mikroskop.

Kol. GOLDFLAM przedstawia 42-letnią osobę, pannę, pochodzącą ze wsi, gdzie się gospodarką przy ojcu, następnie przy bracie, zajmowała. Początek swego obecnego cierpienia chora odnosi do wypadku, zaszłego przed 15 laty: wracając mianowicie w ciemną noc upadła na wznak dolną częścią kręgosłupa na kamieniu. Zrazu poczuła silny ból, ale była w stanie o własnych siłach zejść do domu. Nazajutrz wstać z łóżka nie mogła, z powodu bólu krzyża, osłabienia nóg i zawrotu głowy; w łóżku chora leżała wtedy kilka tygodni. Chociaż później mogła chodzić do roboty w pole, to jednak już zupełnie zdrową nie była, czuła się słabszą aniżeli dawniej, miała bóle krzyża i zawroty. Taki stan trwał przez 13 lat. Przed dwoma laty nastąpiło znaczne pogorszenie wszystkich objawów, zawroty zwłaszcza stały się bardzo dokuczliwymi, przyłączył się szum w głowie, doszło do tego, że wieczorem chora nie mogła przejść z jednej stancyi do drugiej, że przestała chodzić w pole i mogła zajmować się tylko gospodarstwem domowym. W tym też czasie dostała kaszlu. Przed rokiem chora zauważyła trudność w polykaniu twardych zwłaszcza pokarmów, które ją w gardle dławiały i do kaszlu pobudzają.

Chora od czasu przybycia do kliniki, to jest od końca Maja r. b. nie gorączkowała, tętno ma stale przyspieszone, koło 100, jest dobrze zbudowana, przedstawia niewielkie przewlekłe zmiany w prawym wierzchołku (wydech oskrzelowy, nieliczne rżenia wilgotne, skąpa płwocina śluzowa, łaseczników nie zawierająca). Zwraça uwagę wielka niemoc chorej, nie leująca ani z jej stanem odżywiania, ani ze zmianami w wewnętrznych organach: najmniejszą wysilek, jak rozmowa, trochę dłuższe siedzenie, nawet badanie powoduje wielkie osłabienie, bladłość twarzy, przyspieszenie oddechu.

Objawy, na które kol. GOLDFLAM chce głównie zwrócić uwagę, należą do sfery nerwowej. Przedewszystkiem chód chorej jest zmieniony i przedstawia wszystkie cechy chodu kurezowego (*démarche spastique*); jest on powolny, kroki małe, kończyny są sztywne i słabo się zginają, podeszwa dotyka podłogi tylko przednią swą częścią i palcami, co szczególnie dobrze widać na lewej stopie, podeszwy jakby trudno się odrywały od podłogi, po której się suwają. Siła ruchów czynnych osłabiona i chora długo chodzić nie może. Przy ruchach biernych napotyka się na znaczny opór, odruchy kolanowe są znacznie wzmożone i można z łatwością wywołać długotrwały odruch stopowy. Czucie jest niezmienione, nie ma zaburzeń czynnościowych pęcherza i kiszki stołcowej. Moc nie przedstawia zmian ilościowych ani jakościowych. Ze strony kręgosłupa i tułowia zбочzeń nie ma. W górnych kończynach istnieją też same objawy niedowładu kurezowego ze wzmożeniem odruchów ścięgniętych z większym tak jak i na dolnych kończynach upośledzeniem lewej.

W twarzy spostrzega się niewielką asymetryę, wyrażającą się głębszą fałdą nośo-wargową prawą, ale porażenia, nawet niedowładu lewej połowy twarzy nie ma. Przy ruchach gałek ocznych spostrzega się drżenie (*nystagmus*), źrenice są umiarkowanie wąskie, oddziałują na światło, zbieżność i współczulność (*consensus*). Oftalmoskop zmian nie wykrywa. Wzrok i inne zmysły zadržnych zбочzeń nie przedstawiają. Polykanie w czasie pobytu chorej na klinice znacznie się poprawiło, podniebienie kureczy się prawidłowo. Pomimo że głos chorej jest niezmieniony, to jednak ze względu na ową szczególną niemoc, którą tylko przy objawach opuszkowych się spotykał kol. GOLDFLAM wspólnie z kol. OLTUSZEWSKIM zbadał krtani. Znaleziono porażenie prawej połowy krtani (*paralysis n. recurrentis dextr.*): prawa struna znajduje się prawie w linii środkowej i nie porusza się przy oddechu i wydobywaniu głosu, czasem nawet zbliża się ku linii środkowej przy głębokim wdechu. Czucie jest w krtani zachowane. Nakoniec, prawa połowa języka znajduje się w zaniku, jest mniejsza, pomarszczona, wiotka, drżąca; oddziaływanie mięśni i nerwu podjęzykowego na strumienie elektryczne jest tylko ilościowo zmniejszone. Na dnie jamy ustnej język kieruje się na lewo, wysunięty zaś na prawo.

Rozpoznanie tego przypadku przedstawia pewne trudności. Cierpienie obwodowe niewątpliwie się wyklucza na zasadzie braku bólów kończyn, porażenia zanikowego, istnienia zwiększonych odruchów ścięgnistych, całego wreszcie postępującego przebiegu i t. d. Wszystkie natomiast objawy, zwłaszcza zawroty głowy, objawy opuszkowe, większe zajęcie lewej połowy ciała, przemawiają za óśrodkowym cierpieniem. Rozpoznanie może się wahać między stwardnieniem bocznych pęczków zanikowym (*selérose latérale amyotrophique*) i rozszanem stwardnieniem mózgo-rdzeniowym (*selérose en plaques*). Bo chociaż w obu cierpieniach mamy stwardnienie, to jest rozrost neuroglii i powolny zanik pierwiastków nerwowych, ta wszakże ważna zachodzi między nimi różnica, że pierwsze jest cierpieniem systemu, to jest takim, które dotyka pewnych pierwiastków nerwowych pod względem fizyologicznym lub anatomo-embryologicznym odrębnych, a jak w *selérose latérale amyotrophique* całego pęczka ruchowego od jego początku w zawojach ruchowych kory mózgowej, aż do pierwotnego włókna mięśniowego, wraz ze znajdującymi się na przebiegu komórkami ruchowymi rogów przednich rdzenia i na dnie 4 komórki. W *selérose en plaques* ogniska stwardnienia nie zajmują wyłącznie tego lub owego systemu włókien lub komórek, a są rozrzucone, zda się bezładnie, po całej osi mózgo-rdzeniowej. Klinicznie, objawy które chora przedstawia, mogą być spostrzegane tak w jednym jak i drugim cierpieniu. Za *selérose latérale amyotrophique* przemawia wiek chorej, przeciwko temu przypuszczeniu długie trwanie cierpienia, brak zaniku mięśni górnych kończyn, *nystagmus*. Kol. GOLDFLAM skłania się zatem do przyjęcia *selérose en plaques*, bo chociaż chora ma obecnie lat 42, to jednak początek cierpienia był o wiele wcześniejszy. Drżenie palców (*tremblement intentionel*), klasyczne dla typowych przypadków rozszanego stwardnienia, jest objawem którego bardzo często brak, gdyż nie wszystkie przypadki mogą być typowymi ze wszystkimi rozwiniętymi cechami cierpienia; toż samo się odnosi do skandowanej mowy. Za *selérose en plaques* przemawiają zawroty, które były tak ważnym objawem w ciągu całego przebiegu cierpienia i nystagmus, który semiotycznie ma może większe znaczenie aniżeli drżenie dowolne, tak często w innych chorobach napotykanie. Co do połowiczności objawów opuszkowych, mianowicie porażenia krtani i zaniku języka, to dowodzi ona tylko umiejscowienia ognisk stwardnienia po jednej stronie linii środkowej na dnie 4 komórki.

Kol. KOSIŃSKI zapytuje, jaki może zachodzić związek między urazem w anamnezie wspomnianym, a rozszanem stwardnieniem mózgo-rdzeniowym. Kol. GOLDFLAM odpowiada, że właśnie ta przyezyna urazowa popiera jeszcze bardziej rozpoznanie rozszanego stwardnienia, w którego etyologii uraz, wtrząśnienie często się napotyka. Pośrednie ogniwa między urazem i powstaniem ognisk stwardnienia są najzupełniej nieznanne.

Kol. MATLAKOWSKI opisał przypadek aneuryzmatu tętnicy szyjowej, operowany przez siebie według metody dawniejszej z modyfikacją Syme'a. Przypadek ten dotyczył 41 l. kobiety, która od dwóch lat miała guzik na szyi z prawej strony poniżej kąta szczęki. Przed kilku tygodniami jeden z lekarzy za pomocą szprycki PRAVAZ'A wyciągnął 15 c.c. płynu przezroczystego, poczem celem wywołania zapalenia zlepnego zastrzyknął rozczyń chlorku cynku 10%. Zaraz potem chora poczuła mocny ból, wkrótce zaś potem guz zaczął się powiększać bardzo prędko, po tygodniu, przypuszczając ropienie, guz nacięto — trysnęła krew; ranę zeszyto; chorą odesłano do Warszawy. Przy badaniu znalazł kol. M. guz b. wyraźnie tętniący, sięgający od kąta żuchwy prawie do samego obojczyka; skóra zcieńczona a od mięśnia kapturowego aż do krtani, która nieco na lewo przesunięta była groziła pęknięciem. Wobec takiego stanu rzeczy kol. M. przystąpił do operacji według metody wyżej wspomnianej ponieważ żadna inna nie była w danym razie możliwa. Po zachlorformowaniu chorej M. przeciął guz szeroko i w tej samej chwili palcem w głębi rany za-

zisał światło tętnicy. Następnie po zrobieniu drugiego cięcia na krzyż i wygarnięciu skrzepów okazało się, że tętniak utworzony był z rozszerzenia tętnicy szyjowej wspólnej oraz jej rozdwojenia t. szyjowej zewnętrznej i wewnętrznej. Podwiązano trzy te wielkie tętnice oraz dwie gałęzie (*art. thyroïd. superior et pharyngea asc.*) i wycięto częściowo o ile się dało ścianę guzu. Ranę zeszyto bez drenu. Zaraz po operacji wystąpiła hemiplegia, zajmująca całą lewą stronę ciała z wyjątkiem gałęzi górnej nerwu twarzowego. W trzecim tygodniu rana się zagoiła pod wilgotnym skrzepem bez ropienia i oddzielenia ligatur. Obecnie chora może już chodzić; czucie wróciło. W końcu swego obszernego i interesującego odczytu kol. M. przytoczył 6 przypadków podobnych z literatury dawniejszej i nowszej, oraz wypowiedział wnioski, że metoda starożytna jest najwłaściwszą przy tętniakach urazowych a także przy pęknięciu worka tętniakowego.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Dr. ADOLF BĄGIŃSKY. *Wykład chorób dzieci*. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z roku 1883, dokonany przez D-ra Wiktoryna KOSMOWSKIEGO. Ocenił Julijan Kramsztyk.

Postępy wielu bardzo umiejętności lekarskich w ciągu ostatnich kilku lat są tak ważne, pojęcia nasze o wielu postaciach chorobowych do tego stopnia zmieniające, że wszyscy prawie autorowie więcej używanych podręczników pediatrycznych uznali za konieczne wydanie nowych uzupełnionych wydań dzieł swoich. W samej rzeczy już w bieżącym roku, w ciągu ostatnich kilku tygodni wyszły z druku: drugie wydanie dzieła BĄGIŃSKIEGO, trzecie wydanie wykładu chorób dzieci HENOCH'A, dziewiąte wydanie VOGELA znacznie rozszerzone i uzupełnione przez BIEDERTA i trzecie wydanie dzieła RILLET'A i BARTHEZ'A.

Brak dobrego podręcznika chorób dzieci w języku polskim oddawna czuć się dawał. Stare tłumaczenia dzieł VOGELA, HÜTENBRENNERA i STEINERA nie odpowiadają obecnym potrzebom lekarzy i studentów polskich. Wydanie podręcznika chorób dzieci było więc bardzo na czasie. Kolega KOSMOWSKI wybrał w tym celu dzieło BĄGIŃSKIEGO, docenta chorób dzieci w Uniwersytecie Berlińskim.

Pierwszy tom polskiego tłumaczenia wyszedł jeszcze w początku zeszłego roku, tom trzeci przed kilku tygodniami, już po ukazaniu się nowego wydania oryginału niemieckiego. Wielka szkoda, że kol. KOSMOWSKI, mając zamiar przetłumaczyć na język polski dzieło BĄGIŃSKIEGO, nie dowiedział się od autora o nowem wydaniu i nie przeczekał kilku miesięcy, aby odrazu przystąpić do tłumaczenia tego wydania. Tłumacz stara się obecnie zrównać przekład ze świeżem wydaniem niemieckim przez dodanie zeszytu dodatkowego, który obejmować będzie wszelkie dopelnienia, przypiski i zmiany, jakie autor pomiescił w drugim wydaniu. Dodatek ten będzie wprawdzie rozesłany bezpłatnie wszystkim nabywcom przekładu, ale nie zrównoważy w zupełności tych korzyści, jakie by czytelnicy mieli z tłumaczenia nowego wydania. Autor, uwzględniając szybki postęp umiejętności lekarskich, ważne niezmiernie badania, zmieniające zupełnie pojęcie nasze o wielu chorobach, wykazanie mianowicie roli niższych organizmów, jakie w ostatnich kilku latach dokonane zostały, uzupełnił wiele działów, zmienił klasyfikację niektórych chorób, a nawet zupełnie przerobił niektóre i dodał nowe rozdziały. Obok uzupełnienia części ogólnej (nowe badania nad ilością krwi u dzieci, nad składem żółci, nad mlekiem krwi i kościcem itp.) znajdujemy liczne uzupełnienia w części szczegółowej tak pod względem anatomo-patologicznym, jak pod względem leczenia. Róża, zaliczona w pierwszym wydaniu do chorób skórnych, umieszczoną została między chorobami zakaźnymi. Żółty, gruźlica i przymiot stanowią już osobny dział chorób

zakaźnych przewlekłych, podczas gdy w poprzednim wydaniu zaliczone były do chorób ogólnych przewlekłych. W dziale chorób organów trawienia wstęp do chorób żołądka i kiszki uległ zupełnej zmianie pod wpływem nowych prac ESCHERICH, uwzględniających udział bakterji w tych najczęstszych cierpieniach dzieci, a cały ten rozdział został inaczej opracowany tak pod względem klasyfikacji chorób, ich nomenklatury, jak i zmian anatomicznych i leczenia. Dział ten chorób jest bardzo dobrze obrobiony według obszernej monografii samego autora, przed dwoma laty wydanej o chorobach kanału pokarmowego u dzieci.

Wszystkie te zmiany i uzupełnienia dodane będą przez tłumacza w zeszyt dodatkowym, w ten sposób zeszyt ten stanowić będzie pewną całość, przedstawiającą postępy w nauce o chorobach dzieci w ciągu ostatnich lat pięciu.

Dzieło BAGINSKIEGO posiada wszelkie zalety dobrego podręcznika, obok dokładności i zwięzłości wykładu, autor nie pominął nic, co rzetelną wartość posiada, tak że czytelnik znajdzie tu wszystko, co jest godnym uwagi. W całym opracowaniu dzieła, znać doświadczonego, naukowego praktycznego lekarza, wiedzącego na co zwrócić należy szczególniejszą uwagę, jak objawy ważniejsze od mniej ważnych odróżnić. Terapia i dyagnostyka chorób oparta jest na gruncie naukowym fizjologiczno patologicznym. Szczególniej choroby specjalnie wieku dziecięcego, jak wysypkowe, krup i błonica, krzywica, choroby kanału pokarmowego są bardzo dokładnie i samodzielnie opracowane. Dziwne się nam tylko wydaje zapatrywanie autora na ospę. Osipy naturalnej prawdziwej nie widział już BAGINSKY od r. 1871, choroba ta od czasu wprowadzenia ogólnego szczepienia ospy ochronnej straciła, zdaniem autora, tak dalece na ważności, że wcale jej nie opisuje. Podaje tylko opis ospy złagodzonej, wietrznej i krowianki. Niestety, u nas nie znajdzie się chyba lekarz, któryby, mniej mając praktyki niż BAGINSKY, mógł nie widzieć tej ciężkiej choroby. W obecnym zwłaszcza czasie tak często daje się spostrzegać ospa o przebiegu tak gwałtownym, z tylu różnorodnymi powikłaniami u dzieci nieszczepionych, a nawet dosyć silna u szczepionych, że brak dokładnego opisu tak częstej choroby w podręczniku za wielki błąd autorowi poczytać należy. Wszakże nie tylko dla lekarzy berlińskich książka ta jest przeznaczoną, a czyż autor zaręczy, że i w Berlinie nie może pojawić się epidemia ospy prawdziwej. Uważalbyśmy nawet za właściwe, a dla czytelników bardzo korzystne, aby tłumacz w zeszyt dodatkowym umieścił jako dopełnienie obszerniejszy opis tej choroby, według innego podręcznika opracowany.

Tłumaczenie dzieła jest w ogóle dobre. Tłumacz trzyma się ściśle oryginału, ale przez odpowiedni układ zdań i skracanie nieraz zbyt długich określeń książka daje się czytać z łatwością. Tłumacz używa przeważnie terminologii warszawskiej, niektóre nazwy łacińskie zmuszony był zapewne zastąpić mniej szczęśliwemi, nie utartemi u nas wyrazami, głównie według słownika terminologii lekarskiej polskiej. Tu zaliczyłbyśmy np. *invaginatio* z *agłoba* (lepiej wgłobienie lub wPOCHWIENIE jelit), *obstipatio* — zatrzymanie stolca (lepiej zaparcie)—*herpes*—o pryszczki (lepiej wyprysk), *stomatitis aphthosa* — zapalenie ust aftowe (lepiej pryszczkowe). Niewłaściwem wydaje mi się tłumaczenie *spina bifida* — puchlina wrodzona rdzenia kręgowego, gdyż nazwa ta odpowiada raczej pojęciu *hydromyelus*. *Hustenmerc?* — nerwka szlutowy! (str. 163 T. I). Niekiedy napotykamy również wyrazy cudzoziemskie, dające się doskonale zastąpić przez polskie, a nawet zwroty językowi polskiemu niewłaściwe. Przytoczę np, *dekubitalny* (str. 144 T. I) zamiast odleżynowy, *nekrotyczny* (str. 120 T. I) zamiast zgorzelinowy, *proliferujący* (str. 205) zamiast bujający i zwroty jak „jest choroba dotykająca wiek dziecienny” (str. 163 T. I), „język dostaje biały osad” (str. 144 T. I), „dzieci robią się niespokojnemi” (str. 201 T. I). Na str. 144

T. I znajdujemy: dane te są zakwestyowane przez HERZOG'A CARLA, ma to oznaczać księcia KAROLA BAWARSKIEGO. Sądzę również, że po wyrazach tak powszechnie znanych, jak uciskanie, zatrucie wysokokowe, tętnienie, spiączka, uraz itp., jak również po nazwach mięśni, nerwów, powszechnie znanych środków lekarskich niepotrzebnie dodaje tłumacz stale w nawiasie nazwę łacińską (*compressio, alcoholismus, pulsatio, coma, trauma, acidum hydrochloratum* itp.)

Nie wiem w jakim celu podzielił tłumacz całe dzieło jednotomowe w oryginalne na trzy tomy, do których obecnie jeszcze czwarty dodatkowy ma przybyć. Wszak daleko wygodniej jest dla czytelnika mieć dzieło jednotomowe, przez co uniknęłoby się również niepotrzebnego umieszczenia treści dzieła w trzech miejscach, na końcu każdego tomu, co musi wpłynąć na utrudnienie znalezienia szukanego działu.

Kol. KOSMOWSKI oddał literaturze naszej lekarskiej prawdziwą przysługę, przyswajając dzieło, którego brak w polskim języku bezwątpienia uczuwać się dawał. Żałować wszakże należy, że w czasie rozpoczęcia polskiego tłumaczenia nie pojawiły się jeszcze wspomniane wyżej nowe wydania podręczników pedyatrii, tłumacz wybrałby może wtedy bardziej na przetłumaczenie, zdaniem moim, zasługujące dzieło VOGELA, w doskonałym opracowaniu BIEDERTA, albo klasyczny prawdziwie podręcznik HENOCHA.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Sprawozdanie z kolonii letnich dla biednych słabowitych dzieci urządzonych w Warszawie w r. 1886 wyszło z druku i zawiera następujące szczegóły. Przez pięć lat istnienia kolonii letnich w Warszawie wysłano dzieci obu płci 721, która to liczba na lata rozkłada się w następujący sposób.

W r. 1882	wysłano	dzieci	52
„ 1883	„	„	84
„ 1884	„	„	137
„ 1885	„	„	204
„ 1886	„	„	245

Postęp zatem jest znaczny. Korzyści z czterotygodniowego pobytu takich dzieci na wsi są dla ich zdrowia znaczne. Dzieci rekrutujące się z najbiedniejszej klasy mieszkańców Warszawskich słabowite i wynędzniałe, dotknięte rozmaitemi postaciami żolży, bezkrwistości, nieżyty dróg oddechowych, upośledzonego trawienia etc. powróciły w znacznie lepszym stanie zdrowia. Wazenia dzieci i mierzenie ich siły przed wyjazdem i po powrocie z kolonii wykazały znaczne na korzyść kolonii różnice. Pobyt trwał zawsze 4 tygodnie, a koszta utrzymania były w roku sprawozdawczym o wiele mniejsze niż w latach poprzednich, gdyż wynosiły średnio po 14 rs. 78 kop. Składki na kolonie letnie w roku bieżącym już się rozpoczęły, chociaż pieniądze o wiele mniej niż lat poprzednich napływają.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 21 Czerwca 1887 r. o god. 6^{1/2} wieczorem.

I. Dyskussya nad odczytem kol. MATLAKOWSKIEGO „O tętniaku art. carotidis, podwiązanie sposobem Syma'a.

II. ZAGÓRSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra SZTEYNERA.

III. DRZEWIECKI. Demonstracya aparatu do inhalacji chlorku amonu *in statu nascenti*.

IV. KRAJEWSKI. Demonstracya sześciu chorych po laparotomiach.

Zagraniczne. Towarzystwo lekarskie w Bolonii ogłosiło konkurs na następujące tematy:

I. Wartość leków przeciwgorączkowych. II. Antyseptyka w chirurgii i wartość środków antyseptycznych. Nagrodę w ilości 500 franków otrzyma najlepsza praca nadesłana przed dniem 31 Grudnia 1888 roku.

— Pruski minister oświaty Gossler zajął się kwestyą urzędzenia t. zw. izb lekarskich w Niemczech, których zadaniem ma być obrona i popieranie interesów lekarskich w najszerszym zakresie. W każdej prowincyi lekarze wybierają z pomiędzy siebie dwunastu członków. Izbowi służyć będzie również prawo wykluczania kolegów, wykraczających przeciw etyce, z grona wyborców i t. d. Corocznie mają się odbywać zjazdy ogólne z wszystkich prowincyi.

— Wielkie wrażenie w lekarskich kołach wiedeńskich wywołała interpelacya deputowanego do parlamentu Pernerstorfera w kwestyi urzędzeń słynnego szpitala powszechnego w Wiedniu (*Allgem. Krankenhaus*). Pernerstorfer zwracał uwagę na panujące tam nieporządki, brak dostatecznej usługi i pomocy lekarskiej, złe pożywienie i t. p. Kwestya ta dotychczas nie została jeszcze załatwioną; mówią o dymissyi dyrektora szpitala Hoffmann'a.

— Czasy swobodnego wyboru professorów przez Wydziały Lekarskie w Austrii widocznie minęły, czego dowodem dwa świeże, nader rażące fakta. Oto na katedrę akuszerki i ginekologii na wydziale czeskim w Pradze po zmarłym prof. Strengu, minister Gautsch, wbrew życzeniu wydziału, zamianował docenta wiedeńskiego Karola Pawlika, zniemczającego zupełnie człowieka, na katedrę zaś chirurgii w Krakowie po Mikuliczu ma być mianowanym doc. Maydl.

— Billroth, przebywszy bardzo ciężkie zapalenie płuc powraca zwolna do zdrowia; zastępuje go przez czas semestru letniego asystent jego Hacker.

— Rząd pruski wydał surowe przepisy, wzbraniające nadal okazywania publicznie muzeów anatomicznych à la Präuscher, które zgubnie na fantazyę ogółu, a zwłaszcza młodzieży, działają.

— Prof. Henoch, słynny pedyatra w Berlinie, usunął się na czas jakiś od wykładów z powodu choroby; zastępuje go prof. Senator.

Zmarli. W Pradze znany prof. Hamernik, w 77 roku życia; w Paryżu chemik Boussingault w 86 r. życia oraz sławny patolog Vulpian w 61 r. życia; w Meranie Friedländer, proktor szpitala miejskiego, w Berlinie były asystent Virchow'a, redaktor „*Fortschritte der Medicin*” i znany badacz na polu bakterjologii; w Freiburgu Hack, jeden z wybitniejszych rinologów, autor poważnej pracy o związku duszności z cierpieniami nosa.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 22. RYDYGIER. Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedrożności jelit. CYBUŁSKI. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyologicznego (c. d.) TRZEBICKY. O obecnym stanie chirurgii żołądka (dok.). W N-rze 23. RYDYGIER. Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedrożności jelit (dok.). CYBUŁSKI. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyologicznego (c. d.). PESZYŃSKI. Przypadek plamicy krwotocznej Werlhofa piorunującej. W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne w Persyi (c. d.).

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 23: T. HERYNG. O chirurgicznym leczeniu suchót krtani i ich wyleczalności (c. d.). L. KRAUSE. Dwa przypadki ciężcia podbrzusznego (dok.). List otwarty do Redakcyi. W N-rze 24. T. HERYNG. O chirurgicznym leczeniu suchót krtani i ich wyleczalności (c. d.). J. GARBOWSKI. Uwagi o mięsieniu czyli massażu, oparte na własnym doświadczeniu klinicznym.

W Wiadomościach lekarskich. W zeszytcie 11. BLUMENSTOK. Nagła śmierć w szkole. COCHEN. O krwotokach kiszkowych wśród przebiegu duru brzuszego.

W Zdrowiu. W N-rze 21: A. MALINOWSKI. Rys historyczny rozwoju instytucyi dobroczynnych szpitali w Królestwie, Galicyi i Poznaniu.— Prawodawstwo fabryczne w Szwajcaryi.

Do dzisiejszego Numeru dołącza się prospekt c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy.

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N. 80.