

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{ rocznie..... rs. 5 kop. — półrocznie..... „ 2 „ 50 kwartalnie..... „ 1 „ 25	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{ rocznie..... rs. 6 półrocznie..... rs. 3

TREŚĆ: Rozprawy. Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia. Skreślił dr. St. Kościński; (c. d.) — **Spostrzeżenia.** Ze szpitala św. Aleksandra w Kielcach. Przepuklina pachwinowa skóra wewnętrzną zaciśniętą. Podał dr. J. KAHL, lekarz tegoż szpitala. — **Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego.** J. SCHNITZLER'A: O cierpieniu przymiotowem płuc. Podał dr. E. KLING. (dok.) — **Streszczenia i wyciągi.** O zmianach, jakim ulegają odwapnione cewki kościane w ranach, i o trwałym opatrunku przeciwnieżylnym. O gruźlicy niemowląt. O zmianach macicy w skutek ciąży i ich rozpoznawczem znaczeniu. Dane statystyczne, odnoszące się do raka gruczołu piersiowego. — **Kronika miejscowa** Zdanie „*Sewreniennoy Meditsiny*” o zarządzie szpitali. Konkurs. — **Korrespondencyja** Redakcyi i Administracyi. — **Ogłoszenia.**

Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia.

Podług E. LANDOLT'A, skreślił dr. Stanisław Kościński.

(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 4).

Wpływ wieku na siłę nastawczą.

Wiadomo, że nastawczość oka zależy z jednej strony od kurczenia się mięśnia rzęskowego, z drugiej od sprężystości soczewki.

Z postępem wieku mięsień rzęskowy traci na swej kurczliwości, a soczewka na swej sprężystości. Dwa te czynniki: osłabienie mięśnia rzęskowego i twardnienie soczewki muszą wywierać zgubny wpływ na nastawczość oka.

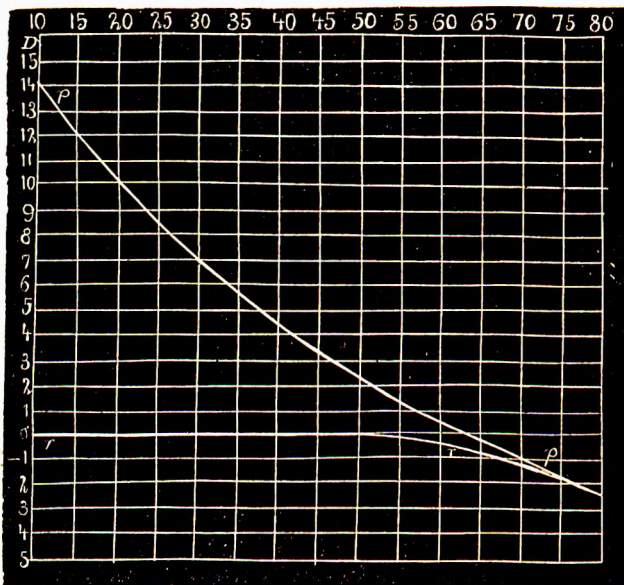
Owe zmniejszanie się siły akomodacyjnej nie następuje dopiero w starości, ale poczyna się już w tym wieku, w którym jeszcze ustrój nie przestaje się dalej rozwijać. Siła nastawcza zaczyna słabnąć już w 10 roku życia.

DONDERS pierwszy wykrył ten fakt, a zarazem oznaczył jego prawa i podał je w diagrammacie, który tu załączamy. (W pierwszym diagrammacie DONDERS'A P i R były wyznaczone w calach paryżkich; nowy diagrammat, jaki był przedstawiony na kongressie oftalmologicznym w Heidelbergu 1875, daje wartość r i p t. j. równoznaczną ilość dioptryj) (fig).

Liczby nakreślone u wierzchu figury (str. 210) oznaczają wiek, liczby z lewej strony — dioptryje. Krzywa rr oznacza refrakcyję oka w stanie spoczynku t. j. najmniejszą łamalność jaką oko posiada. Jak widzimy, refrakcyja ta pozostaje bez zmiany do 50 roku życia, ale począwszy od tego wieku zmniejsza się; oko prawidłowowzroczne staje się nadwzrocznem, oko nadwzroczne powiększa swą wadliwość, a oko krótkowzroczne traci na swej krótkowzroczności, a nawet stosownie do stopnia swej wadliwości stać się może prawidłowowzrocznem albo też i nadwzrocznem.

Krzywa pp przedstawia refrakcyją oka przy największem napięciu siły akomodacyjnej. Refrakcyja ta zmniejsza się stopniowo a nawet od 65 roku życia staje się mniejszą od tej, jaką posiadało oko pozbawione siły akomodacyjnej. Zawsze atoli akomodacyjna w pewnym stopniu istnieje a mianowicie dotąd, dopóki dwie krzywe są oddzielone; ustaje w 75 roku życia, gdy dwie krzywe zlewają się z sobą.

Szerokość akomodacyjną przedstawia dla każdego wieku liczba dioptryj zawarta między dwiema krzywami na linii prostopadłej odpowiadającej danemu wiekowi. Wedle tego diagrammatu wielkość siły akomodacyjnej (a) przedstawia się w dioptryjach jak następuje:



Wiek Szerokość nastawczości w dioptryjach.

10 lat.	. . . . .	14
15	. . . . .	12
20	. . . . .	10
25	. . . . .	8,5
30	. . . . .	7
35	. . . . .	5,5
40	. . . . .	4,5
45	. . . . .	3,5
50	. . . . .	2,5
55	. . . . .	1,75
60	. . . . .	1
65	. . . . .	0,75
70	. . . . .	0,25
75	. . . . .	0,00

Szerokość akomodacyjna jest zupełnie taka sama przy zdroźnowzroczności jak przy prawidłowowzroczności i liczby podane w powyższej tabelce, zarówno się stosują do wszelkiej postaci jako i do każdego stopnia zdroźnowzroczności. Szerokość akomodacyjna a pozostaje bez zmiany. Ale p t. j. siła załamująca dodatnia oka nie jest jednakowa; równa się ona sile refrakcyi, jaką posiada oko w stanie spoczynku (r) z dodatkiem tej, jaką może nabyć mocą swej szerokości akomodacyjnej, $p = r + a$.

Tylko w oku prawidłowowzrocznem siła załamująca dodatnia oka równa się szerokości akomodacyjnej ($p = a$) i to tylko dopóki $r = 0$.

W oku nadwzrocznem r jest ujemne, więc $p = a - r$, gdyż część szerokości akomodacyjnej zużywa się do poprawienia nadwzroczności.

W oku krótkowzrocznem przeciwnie r jest dodatne, takie bowiem oko już w stanie spoczynku przedstawia pewną refrakcyję dodatnią; całkowita więc refrakcyja dodatnia $p = a + r$.

Odległość punktu bliży od oka równa się odległości ogniskowej odpowiadającej całkowitej sile refrakcyjnej dodatniej (p).

Ztąd wynika że, pomimo jednakowej szerokości akomodacyjnej, punkt bliży przy różnych stanach refrakcyi w rozmaitej od oka znajduje się odległości. Przy jednakowej szerokości akomodacyjnej punkt bliży jest więcej oddalony w oku nadwzrocznym niż prawidłowowzrocznym, — więcej w oku prawidłowowzrocznym niż krótkowzrocznym.

Odległość punktu bliży odpowiada w oku wymiernem odległości ogniskowej soczewki przedstawiającej siłę akomodacyjną takiego oka. Odległość ta w różnych latach prawidłowowzrocznego jest następująca:

	szerok. akomod.	odległość punktu bliży
10 lat	14 D	7 cm.
15	12	8
20	10	10
25	8,5	11,7
30	7	14
35	5,5	18
40	4,5	22
45	3,5	28,6
50	2,5	40,5

W 55 roku życia oko prawidłowowzroczne staje się nadwzrocznym, a chociaż jeszcze w 60 r. posiada siłę akomodacyjną równą 1 D, to jednak jego punkt bliży nie znajduje się w odległości 100 cm. gdyż część siły akomodacyjnej musi być zużyta dla poprawienia nabytej nadwzroczności, która wynosi 0,5 D; pozostaje więc tylko 0,5 D siły akomodacyjnej do nastawiania oka do punktu bliży; ten zatem punkt znajduje się w odległości

$$\frac{100}{0,5} = 200 \text{ cm.}$$

Aby oznaczyć położenie punktu bliży w oczach zdrożnowzrocznych, trzeba odnaleźć p wedle prawideł już wyłożonych, a odległość ogniskowa tej siły refrakcyjnej daje odstęp punktu bliży. Pamiętać należy że przy oznaczeniu siły załamującej dodatniej oka nadwzrocznego należy od p oka prawidłowowzrocznego odjąć liczbę dioptryj przedstawiających nadwzroczność, lub też do p dodać nadmiar refrakcyi, jeżeli mamy do czynienia z okiem krótkowzrocznym. Np. gdzie się znajduje punkt bliży oka nadwzrocznego 3 D w 30 roku życia? p oka prawidłowowzrocznego w tym wieku wynosi 7 D, w naszym więc przypadku $p = 7 - 3 = 4$ D, co przedstawia odległość ogniskową 25 cm. czyli szukany odstęp punktu bliży. Oko nadwzroczne w 30 roku życia posiada też samą szerokość akomodacyjną 7 D jak i oko prawidłowowzroczne; ale pierwsze musi zużyć z tej ilości 3 dioptryje dla zobojętnienia braku swej refrakcyi, pozostaje mu więc tylko 4 D refrakcyi dodatniej.

Jaka jest odległość punktu bliży oka krótkowzrocznego 2 D w 30 roku życia?

Oko w tym stopniu krótkowzroczne posiada już w stanie spoczynku refrakcją dodatnią 2 D; tę więc ilość należy dodać do 7 D t. j. do szeroko-

kości akomodacyjnej odpowiadającej wiekowi lat 30 ($7 + 2 = 9 D$); a odległość szukana punktu bliży będzie $\frac{100}{9} = 11$ ctm.

To posuwanie się punktu bliży jest tak prawidłowe, że daje nam możliwość oznaczenia z większą lub mniejszą dokładnością wieku osoby, nb. przy uwzględnieniu stanu refrakcyi danego oka.

ZE SZPITALA Ś-go ALEKSANDRA w KIELCACH.

Przepuklina pachwinowa skośna wewnętrzna (pęcherzo-pępkowa) zaciśnięta.
[*Hernia inguinalis obliqua interna (vesico-pubica) incarcerata*].

Podał J. Kahl, lekarz tegoż szpitala.

W dniu 28 Czerwca 1879 r. przybył do szpitala starozakonny Szaja Kimelman z objawami zaciśnięcia jelit. Przy badaniu, w okolicy łonowej nieco z prawej strony linii białej można było zauważyć guzowatość postaci półkulistej, wielkości połowy dużej pomarańczy; dolna granica wyniosłości wspierała się na łuku udowym (*lig. Pouparti*) pochylając się nieco przezeń górną swą połową, ku dołowi. Guz cały był pokryty skórą zaczerwienioną, napiętą; nieruchomy, bolący przy dotyku, dawał przy opukiwaniu odgłos tępy; podstawy guza z powodu znacznego napięcia pokryw domacać się było niemożliwem.

Stan w chwili przybycia do szpitala był następujący: chory wieku lat 46 prawidłowo zbudowany, dobrze odżywiany, z tkanką tłuszczową miernie rozwiniętą, ciepłota $37^{\circ}C$, tętno 78 na minutę, skóra blada, chłodny pot na twarzy i policzkach. Brzuch miernie wzdęty, w okolicy guza bolący, odbijanie ciągle gazami cuchnącemi, od czasu do czasu wymioty śluzem zabarwionym żółcią. Chory pomimo środków wewnętrznych i enem od pięciu dni stolca nie oddawał. Z opowiadania dowiedzieliśmy się iż Kimelman pięć dni temu, będąc w stanie zupełnego zdrowia, odbywał podróż bryczką z której zeskoczywszy uczył ból w stronie prawej podbrzusza, niezważając nań szedł dalej pieszo, zwiększająca się jednak dolegliwość zmusiła go do powrotu na bryczkę, gdzie przekonał się o wystąpieniu nagle guza w okolicy pachwinowej. Wieziony w tym stanie jeszcze trzy mile po bocznej drodze przybył do miasteczka, gdzie niezwłocznie posłano po bardzo wziętego feleczera, który po długich mniej i więcej gwałtownych rękoczynach zawyrokował iż „to samo przejdzie“. Otaczający niezadowolniejszy się tём przywołali również sławną akuszerkę, drugiego, trzeciego feleczera, gdy jednakże praktyki tychże okazały się również bezskutecznemi, wezwano na koniec na trzeci dzień lekarza mieszkającego w tymże miasteczku, ten wykonawszy bezowocnie próbę odprowadzenia, polecił zawieść natychmiast chorego do szpitala dla wykonania operacyi. Przeważyło jednak zdanie pierwotnego feleczera, gdyż upłynęło jeszcze dwa dni na gniecieniu, natrząsaniu i t. p.; dopiero wymioty i ogólny upadek sił wpłynęły na przewie-

zienie (znów siedm mil bocznej drogi) do Kiele nieszczęsnego chorego. Po rozpoznaniu choroby niezwłocznie przystąpiliśmy do operacyi.

Zachloroformowawszy chorego wykonano cięcie rozdzielające skórę i powięź na guzie równolegle do faldy pachwinowej, poczem ukazał się worek przepuklinowy ciemnobrunatny, bez połysku, z przebiegającemi nań ciemniejszymi naczyniami skrzepem wypełnionemi. W ścianach niezwykle grubych worka dawały się wyczuć zraziki tłuszczu; naciąwszy wymieniony worek oddzieliliśmy zgłębnikiem warstwę na półtora milimetra grubą, sądząc że mamy do czynienia ze zlepionemi z kiszka ścianami, powtórzyliśmy Jednak trzy razy podobne oddzielenie warstw zostając ciągle w niepewności zanim udało nam się wewnątrz worka wyczuć mniejszą guzowatość; uznawszy tę ostatnią za pętlę kiszki rozciąśliśmy do reszty worek, z którego natychmiast wylało się około dwóch łyżek płynu brunatno-krwistego. Ściany worka nasiąkłe, uległe poczynającej się zgorzeli, przedstawiały grubość około półtora centimetra. Pętla uwięzionej kiszki cienkiej około dwóch cali długości przedstawiała się również ciemno-czerwono zabarwioną z zachowaniem jednak połysku. Szyja worka, idąca w kierunku z góry ku dołowi i od wewnątrz do zewnątrz, tak silnie zaciskała kiszkę, iż pociągając ją ku sobie zaledwo od strony zewnętrznej parę jej linii udało nam się wysunąć, wprowadzenie jednak herniotomu okazało się niemożliwem. Już byliśmy zdecydowani na przecięcie od strony skóry zacieśniającego pierścienia, gdy powtarzając nasze usiłowania udało się wejść od strony zewnętrznej, t. j. w tym przypadku wzbronionej, paznokieć i koniec noża,—zrobiwszy następnie dwa linijnej głębokości nacięcia udało nam się kiszkę odprowadzić. Odcinawszy następnie całą wystającą część stanowiącą ściany worka, założyliśmy szew w górnej części rany skórnej i zaleciliśmy mleczankę naprzemian z małemi dawkami kalomelu z morfiną. Następnego dnia t. j. 29 Czerwca stan chorego zadawalniający, oddał dwa stolce obrzednie, brzuch wzdęty miernie nie bolący; — dnia 30, brzuch bolący wzdęty, kalomel naprzemian z mleczanką; d. 1 Lipca stan jak poprzednio; były dwa wypróżnienia. D. 2 stan nieco gorączkowy: 38,8°C., tętno słabe 100 na minutę, język obłożony, okolica rany nabrzękała, zaczerwieniona, bolesna, brzegi zlepione; zdjęliśmy szew i zaleciliśmy zimne okłady z *Aq. saturni cum acido carbolico* na okolicę rany, mleczankę; d. 3 ciepłota 38°C. tętno 98, język czystszy, trzy wypróżnienia rzadkie, z rany rozklejonej do połowy dobywa się wydzielina czerwona ropna; d. 4. ciepłota zwykła, tętno 80, wydzielina z rany obfita, ropna, przy tem wydobyliśmy duże strzępy obumarłej tkanki; opatrunek skubanką z kwasem karbolowym. Do dnia 14 Lipca rana się oczyszczała i pokrywała dobrą ziarniną, w brzuchu zaś w okolicy rany wyczuwało się stwardnienie wywołane przyrostami; dnia 15 Lipca z rany wydobywała się ciecz żółta zapachu kałowego, zaleciliśmy ściągnięcie plastrem lepkiem. Wydzielina kałowa dobywała się do 19 Lipca, którego to dnia rana zupełnie się zablźniła, przyczem ogólny stan chorego zupełnie zadawalniający; d. 21 Lipca chory wypisany przy względnie zupełnem zdrowiu.

Przypadek powyższy uznaliśmy za stosowne podać do wiadomości kolegów, jużto z powodu rzadkiego napotykania podobnych przepuklin, jużto z powodu niezwyklej postaci. Szukając w dziełach które mamy pod ręką, nie znajdujemy właściwej nazwy dla opisanej przepukliny. VOLPEAU w prawdzie ją nazywa „*hernie inguinale oblique interne*“ (*Ann. de Chir.* t. 1. str. 257) łatwo ją jednak pod tą nazwą wziąć za przepuklinę HASSELBACH'A, którą CLOQUET i inni nazywają także „*interne*“, a która przechodzi przez zagłębienie otrzewni średnie (*fovea inguinalis media*), dla tego sądzimy iż nie popełnimy błędu biorąc nazwę od właściwego zagłębienia otrzewni, dolka pęcherzo-lonowego, (*fovea vesico-pubica*) (HIRSCHFELD, RICHET). Wzmiankę o paru podobnych spostrzeżeniach spotkaliśmy u VELPEAU (l. c.) i w „Chirurgii Operacyjnej“ wyszłej przy Bibliotece umiejętności lekarskich, gdzie jest mowa o przypadkach A. COOPER'A, WILMER'A, GOYRAND'A i LINHART'A. Przypadki te były sprawdzone po śmierci; nasz choć spostrzegany za życia z pewnością może być załączony do ich liczby, gdyż umiejscowienie, kierunek od wewnątrz (jak chce mieć VELPEAU i RICHET) w zupełności pozwalają wnosić o właściwem rozpoznaniu. Rozpoznanie to powinno posłużyć do wykonania w odpowiednim kierunku cięcia oswobodzającego; w naszym przypadku jednak z powodu silnego zaciśnięcia i ponieważ nie spodziewaliśmy się blizkiego sąsiedztwa tętnicy nabrzuszej, dla środkowego prawie położenia przepukliny, zrobiono nacięcia w stronę wspomnionego naczynia. Grubość i własności ścian worka przepuklinowego pozwalają wnosić, iż mieliśmy do czynienia z siecią większą (*omentum majus*) zlepioną z otrzewnią ścienną i zdaje się że ta niezwykle grubość wpłynęła na oszczędzenie całości кишки. (GOSSELIN: *Leçons sur les hernies*) gdyż przy zwykłych warunkach nie była by w stanie wytrzymać tyle razy ponawianych, nieumiejętnych rękoczynów; wprawdzie następowe objawy wykazały jakieś częściowe uszkodzenie, w każdym razie musiało ono być nieznaczne, gdy z taką łatwością nastąpiło zablźnienie.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O cierpieniu przymiotowem płuc

przez prof. J. SCHNITZLER'a z Wiednia.

Podał w streszczeniu E. Klink, ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 12 i 13).

Rozpoznanie. Rozpoznanie cierpienia przymiotowego płuc opiera się na następujących momentach: na zmianach funkcjonalnych i fizykalnych ze strony płuc, na przebiegu choroby przy leczeniu swoistem, na wywiadach i jednoczesnem istnieniu innych objawów choroby przymiotowej.

Zmiany funkcjonalne nie są dostatecznie charakterystyczne, aby można opierając się na nich stanowcze uczynić rozpoznanie. Wszystkie powyżej wymienione objawy (kaszel, ból piersi, trudność oddychania, gorączka i t. d.) napotykamy i przy nieżytach oskrzeli, przy zapaleniu płuc nieżytowem i krupowem, a mianowicie przy suchotach płucnych. Te same uwagi odnoszą się i do zmian wykazanych przy pomocy opukiwania i wysłuchiwania.

Tymczasem jednakże pilne i dokładne rozważanie pojedynczych objawów naprowadza nas na stanowcze rozpoznanie.

Jeżeli u osobnika zdrowego i dobrze wyglądającego, znajdujemy dosyć znaczne zmiany funkcyjne ze strony narządów oddechowych, a także i pewne zmiany fizyczne, wówczas zawsze prawie powinno postawić się zapytanie, czy chory nie był dotknięty chorobą przymiotową.

Jeżeli nadto osobnik ten zrodzony jest z rodziców zupełnie zdrowych, mianowicie co do narządów oddechowych i u badanego chorego napotykaemy objawy przymiotu wtórnego, lub cierpienia kości i t. d. wówczas mamy pewne *prawdopodobieństwo*, że cierpienie płucne jest natury przymiotowej. To *prawdopodobieństwo* będzie tem większe, jeżeli zajęcie płuc będzie umiejscowione w zrazie średnim lub dolnym. Nakoniec zyskujemy zupełną *pewność*, jeżeli obok cierpienia płuc, znajdujemy i zmiany w krtań.

Niektórzy autorowie, jak: FOURNIER, GRANDIDIER, ROLLET i inni, kładą szczególny nacisk, przy rozpoznawaniu choroby przymiotowej płuc, na umiejscowienie się sprawy chorobowej w płacie średnim i na *jednostronne* zajęcie płuc.

Mianowicie GRANDIDIER w większości przypadków przez siebie spostrzeganych cierpienia przymiotowego płuc, bo 27 razy na 30, zauważył sprawę chorobową tylko w płacie średnim płuca prawego. GRANDIDIER nawet posuwa się tak daleko, że skoro znajdzie zajęcie płuc w miejscu podanem, bez względu na to czy są inne objawy ze strony przymiotu czy nie uznaje zmiany w płucach napotkane jako przymiotowe. SCHNITZLER podaje, że wprawdzie i on spostrzegł zmiany w oścach u chorych przymiotowych w płacie średnim, ale niewyjątkowo, owszem napotykał nawet i zajęcie przymiotowe płuc u wierzchołka. Podobny przypadek w ostatnich czasach cytuje i FOURNIER, który spostrzegł zajęcie przymiotowe płuc lewego wierzchołka. W przypadku tym z powodu znacznego wyniszczenia chorego i gorączki, w pierwszej chwili rozpoznano cierpienie jako suchoty płucne, a zalecono leczenie rżęciowe z powodu bardzo wielkiego wrzodu ropadowego na goleni, jako objawu trzeciorzędnego przymiotu. Wówczas dopiero przekonano się, że cierpienie płuc jest pochodzenia przymiotowego, gdy pod działaniem swoistego leczenia nastąpiło wyleczenie objawów ze strony płuc.

Jednostronne zajęcie płuc, również ma wartość względną przy rozpoznawaniu cierpienia przymiotowego płuc, ponieważ bardzo często i suchoty płucne tylko po jednej stronie płuc mogą się umiejscowiać, a nadto, ponieważ spostrzegano zmiany natury przymiotowej w obu płucach; w ogóle jednak najczęściej przymiot płuc bywa *jednostronny*, gdy tymczasem suchoty płucne zwykle w obu płucach się umiejscowiają. To samo odnosi się i do ograniczonego ogniska chorobowego, którego obecność dla FOURNIER'A jest bardzo ważną wskazówką przy rozpoznaniu przymiotu płuc.

Istotnie zdawałoby się, że skoro w płucach rozwija się ograniczony gummat, zapomożą badania fizycznego klatki piersiowej, będzie można go oznaczyć. W niektórych przypadkach daje się to wykonać, a często niemożna wcale rozpoznać gummatu w płucach, z powodu że mięsz płuc otaczający owo ognisko chorobowe, przyjmuje także udział, co maskuje rozpoznanie choroby.

Są jednakże pojedyncze przypadki jak np. VECCHIE'GO, gdzie udało się oznaczyć przy pomocy opukiwania i wysłuchiwania, ograniczony gummat w płucach i gdzie leczenie swoiste sprowadziło wyleczenie.

Daleko mniej ważne są przy rozpoznaniu różnicowem objawy funk-

cyjonalne ze strony płuc. Kaszel, płwocina, ból piersi, trudność oddechania są tak często napotymane przy suchotach płucnych jako też i przy przymiotach.

SACHARJIN podaje, że brak kaszlu, płwociny, krwawienia i gorączki, są objawami ważnemi dla rozpoznania różnicowego między zapaleniem przymiotowem płuc a suchotami zwykłemi. SCHNITZLER przeciwnie utrzymuje, że prawie we wszystkich przypadkach przez niego spostrzeganych, chorzy uskarżali się na kaszel, obfitą płwocinę, lecz zaznacza, że w ogóle krwioplucie przytrafia się bardzo rzadko. Zarówno i gorączki niezawsze brakuje, jak utrzymuje SACHARJIN i inni autorowie; wykazał to mianowicie BAUMLER.

Najważniejszym momentem dla rozpoznania przymiotu płuc, pozostaje jednoczesne istnienie objawów choroby przymiotowej na skórze, w kościach, jądrach, wątrobie, mózgu, a przedewszystkiem w gardle i krtani.

SCHNITZLER zwraca uwagę, jako na rzecz szczególną, że dotychczas autorowie opisujący pojedyncze przypadki choroby przymiotowej płuc, nie wzmiankowali o jednoczesnem zajęciu krtani, gdy tymczasem we wszystkich przypadkach przez niego spostrzeganych, z a w s z e b y ł o j e d n o c z e s n i e c i e r p i e n i e k r t a n i. SCHNITZLER nawet posuwa się tak daleko, że w przypadkach uznanych za cierpienie przymiotowe płuc, gdzie niebyło jednoczesnego zajęcia krtani, rozpoznanie uważa za wątpliwe, pomimo że leczenie swoiste może przynieść pewną poprawę w cierpieniu płuc.

SCHNITZLER zwraca uwagę, że wielu autorów zdaje się zapominać, że suchotnicy mogą być dotknięci chorobą przymiotową i że chory ten niekoniecznie i cierpieniem przymiotowem płuc musi być dotkniętym, a zarówno zdają się i o tem zapominać, że chory przymiotowy może być dotknięty zwykłemi suchotami.

Zdaje się nieulegać wątpliwości, że osobniki skłonni do nieżyków oskrzeli i do suchot płucnych, skoro dotknięci zostaną chorobą przymiotową, łatwiej uleżą mogą cierpieniu przymiotowemu płuc i naodwrot: chorzy przymiotem dotknięci i którzyby w innych warunkach nigdy suchot niedostali, mogą uleść suchotom płucnym, właśnie wskutek zarażenia się przymiotem. Autor zauważył, co nawiasem mówiąc dobrze było już znane, że chorzy skłonni do zwykłych nieżyków krtani, skoro zarazili się chorobą przymiotową, daleko częściej i silniej ulegali cierpieniu przymiotowemu krtani, aniżeli ci, którzy nigdy nieulegali cierpieniu krtani i odwrotnie: autor zauważył przy ogólnym przymiotcie, rozwinięciem się suchot krtaniowych i płucnych dla których niemożna było wynaleźć innej przyczyny jak tylko przymiot, nakoniec autor spostrzegł i takie przypadki, gdzie u jednego osobnika były objawy krtaniowe gruźlicze i przymiotowe. Takie właśnie przypadki pozwalają przyjąć, że i cierpienie płuc u takiego chorego może być i gruźliczej i przymiotowej natury.

Leczenie. W przypadkach przymiotowego cierpienia płuc, leczenie powinno rozpocząć się n a t y c h m i a s t i e n e r g i c z n i e, jak tylko nasze rozpoznanie staje się stanowczem. Środki nasze są: rtęć i jod. Kiedy podawać pierwszy z tych leków, a kiedy drugi, niemoże być mowy na tem miejscu. SCHNITZLER radzi zacząć od jodu, a gdy ten nieprzynosi pożytku, przystąpić do podawania rtęci; naszym zdaniem, gdy niema wyraźnych przeciwwskazań, najlepiej połączyć oba te środki i prowadzić leczenie tak zwane mieszane (*cura mixta*). U osobników niedokrzwistych S. poleca j o d e k ż e l a z a.

Przy cierpieniu umiejscowionem w krtani, należy przeprowadzić leczenie miejscowe.

Kąpiele siarczane są o tyle pomocne, o ile są połączone z jednoczesnym leczeniem rtęciowym.

Starać się powinniśmy i o dobre odżywianie chorego.

Wnioski. 1. Cierpienie przymiotowe płuc w ogóle, napotyka się daleko częściej niż to dotychczas przyjmują. Jest ono, jak się samo przez się rozumie, następstwem ogólnej choroby przymiotowej i występuje najczęściej w późniejszych okresach, chociaż może się rozwinąć i przy tak zwanych objawach wtórnych. Nigdy przymiotowe cierpienie płuc nie jest pierwszym i jedynym objawem, lecz występuje zawsze po objawach występujących na skórze, błonie śluzowej, kościach i t. d.

2. Objawy cierpienia przymiotowego płuc, są w ogóle takie jak i suchot płucnych i z trudnością dają się stanowczo za życia rozpoznać; nawet badanie pośmiertne niezawsze może stanowczo orzec, czy mamy do czynienia z gruźlicą czy z przymiotem płuc.

3. Rozpoznanie opiera się na zmianach funkcjonalnych i fizykalnych ze strony płuc, na przebiegu i wpływie leczenia, na wywiadach i obecności przymiotu w innych narządach.

4. Rokowanie jest stosunkowo pomyślne, mianowicie gdy wcześniej nastąpiło rozpoznanie i leczenie; nawet w przypadkach zadawnionych wyliczenie jest możliwe.

5. Jeżeli przymiot płuc nie jest dosyć wcześniej rozpoznany jako taki i leczenie jest niewłaściwe, to prowadzi on do suchot płucnych z śmiertelnym zejściem.

6. Leczenie musi być przeciwprzymiotowe. Jod i rtęć powinny być zalecane wcześniej i stosowane energicznie.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

O zmianach, jakim ulegają odwapnione cewki kościane w ranach i o trwałym opatrunku przeciwnilnym.

Podał **Neuber**, docent prywatny w Kielu.

Ciągle zmiany i ulepszenia, jakim ulegał opatrunek przeciwnilny miały głównie na celu zastąpienie materiału dawnego nowszym odpowiedniejszym i doprowadzenia do zupełnego odcięcia rany od otaczającej atmosfery. W tym celu zastąpiono dawne nitki jedwabne katgutem, który rozpuszcza się sam w ranie i niewywołuje ropienia. W tym też celu NEUBER stara się zastąpić dotychczasową dreny kauczukowe—cewkami toczonemi z kości, a następnie pozbawionemi soli wapiennych. W ten sposób zapewnia się dokładny odpływ z głębi rany na powierzchnię pod opatrunek, następnie osiąga się wchłonięcie i rozplynięcie tego kościanego sączka, a tem samem unika się zmiany opatrunku połączonego z kosztem, pracą i niebezpieczeństwem zakażenia, przeciwko któremu walczy opatrunek przeciwnilny. Praca N. dzieli się na dwie części: w 1-ej zastanawia się nad losami tkaniny kostnej pozbawionej soli i pozostawionej w ranie, a następnie w 2-ej podaje wyniki osiągnięte przy zastosowaniu opatrunku trwałego.

Wiadomo, że wchłanianie (*resorptio*) żywej kości w okresie jej wzrostu odbywa się za pośrednictwem komórek zwanych osteoklastami; taka sama zmiana zachodzi przy zmianach chorobowych jak *ostitis granulosa*, *osteomalacia*, przy wzroście nowotworów kostnych.—Wiadomo jest również, że w ten sposób ulegają wchłonięciu martwaki (*sequestra*), a doświadczenia DIEFFENBACH'A i BILLROTH'A dowiodły, że takiemu losowi ulegają kawałki kości

słoniowej wbijane przy stawach wrzekomych (*pseudarthroses*); szybkość wchłaniania jest proporcjonalna do stopnia odżywiania osobnika, a warunkiem niezbędnym jest blizkie zetknięcie z ziarniną kości, która ma wytwarzać kwas, pozbawiający kość jej soli, poczem pozostała chrząstka ulega wchłonięciu warstewka po warstewce. Zachodziło pytanie: czy taką samo własność posiada ziarnina (*granulationes*) części miękkich. TRENDELENBURG i NEUBER stwierdzają tę własność drogą doświadczenia. Faktem jest że kość odwapniona po pewnym czasie znika, co można wytlumaczyć dwojako: albo kość zostaje wchłoniętą, albo też rozplywa się na masę śluzowato-klejowatą, wypływa przez otwór i wsiąka w opatrunek.—To ostatnie zdarza się wtedy, gdy wydzielina z rany jest bardzo obfita i gdy dłuższy czas styka się z odwapnioną cewką kościaną i jej światło wypełnia. Ponieważ jednak przy ranach aseptycznie utrzymywanych i dobrze przedrenowanych, prawie nigdy nie bywa znacznego zebrania ropy, przeto daleko częściej ma miejsce wchłanianie. A mianowicie w takiej ranie z początku przesiąka przez taką cewkę odwapnioną nieco krwi i wydzieliny surowiczo-krwistej pierwszego dnia po operacji; w tymże celu służy ona na przypadek ropienia. Następnie cewka zostaje otoczona przez ziarninę, która wywiera na nią swoje działanie: stopniowo nadgryza ściankę tu płycej, tam głębiej, wnika w okienka, przeżera ściankę, wreszcie po zdjęciu opatrunku znajdujemy pod nim końce cewki kościanej odpadłe, pod niemi rany pogojone, a w byłym kanale bynajmniej nieczuć by się został kawałek kościanego drenu, co dostatecznie przekonywa o tem, że dren został wchłonięty. N. badał pod drobnowidzem takie sączki i znalazł to samo, co bywa w sprawach patologicznych kości. W końcu streszcza swoje poszukiwania w 4 punktach:

1^o Jeśli taka cewka znajduje się dłuższy czas w ranie z wydzieliną ropną lub nieczytową, następuje galaretowate jej napęcznienie, rozpad na drobne cząsteczki i rozpuszczenie

2^o W zwykłych ranach aseptycznych kość zostaje wchłoniętą.

3^o W razie zetknięcia z częściami tkanek obumarłemi (*necrosis*) cewka kościana pozostaje długo bez zmiany, a odpowiednio do stopnia wilgoci, jaką posiada część zgorzelinowa, powoli postępuje rozmięczenie powierzchniowej warstwy cewki.

4^o Sączek taki pozostaje bez zmiany pod względem kształtu i twardości jeśli zewsząd otoczony jest skrzepem krwi.

Na 200 przypadków, w których taki dren był użyty, w jednym tylko kawałek kości odwapnionej zarósł i pozostał w chorym, bez żadnej szkody dla jego ustroju—w innych przypadkach uległ wchłonięciu.

W 2-jej części N. zastanawia się nad opatrunkiem „trwałym“ (*Dauerverband*). Pod tem mianem rozumie N. opatrunek przeciwnilny, który bez zmiany pozostaje aż do zagojenia rany—zatem jeden opatrunek wystarcza do całkowitego wygojenia. By przekonać czytelnika o użyteczności podobnego opatrunku, kładzie mu przed oczy spis 191 operacyj—w których 143 razy nastąpiło zagojenie pod jednym opatrunkiem, który leżał najdłużej dwa tygodnie—w 45 zaś przypadkach trzeba było opatrunek zmienić. Żeby zaś przekonać czytelnika, że operacje były niemałe, dość przytoczyć że w ich liczbie było: 3 odjęcia uda, 1 wyluszczenie w kolanie, 6 amputacji goleni, 1 ramienia, 4 herniotomie i t. p. bez gorączki i bez ropienia, pod jednym opatrunkiem (!) Wreszcie było 3 razy zejście śmiertelne (1 amput. uda z posocznicy, 1 rak muszli usznej z pneumonii hypostatycznej i 1 *Resectio coxae* w 6 godzin po operacji z *collapsus*).

Powodem wczesniejszego zdjęcia i zmiany opatrunku było raz krwawienie i skurez cewki moczowej, 2 razy silne bóle, 3 razy zawałanie oprawy moczem lub śliną; 5 razy ograniczone *phlegmons*, wreszcie w innych przypadkach

zmieniano opatrunek, celem zbadania położenia kończyny po wypilowaniu i t. p. Wogóle są przypadki, w których z góry można przewidzieć, że zagojenie nie nastąpi pod jednym opatrunkiem: tu należą, *Neerotomia*, *Eridements* i obszerne wypilowanie stawowe. W tych razach po kilku dniach zmienia się opatrunek z zachowaniem wszelkich ostrożności przeciwnilnych. Opatrunek, który leżał na chorym parę tygodni zazwyczaj posiada właściwy zapach kleju lub sera, zwłaszcza u osób łatwo potniejących. Najbardziej na zawałanie wystawione są opatrunki w sąsiedztwie otworów ciała, ztąd też częściej wymagają odmiany przynajmniej warstw zwierzchnich. Zresztą wszędzie, gdzie zachodzi choćby najmniejsza wątpliwość o naturze zapachu (rozkład septyczny) należy natychmiast zmienić opatrunek.

Opatrunek taki przedstawia znaczne korzyści: choremu oszczędza się trwogi i bólu, lekarzowi i posłudze pracy i czasu. Każdemu z asystentów chirurgicznych nasuwają się mimowolnie owe opatrunki nudne, wiecznicie powtarzające się, całemi godzinami trwające. Dalej robi się znaczne oszczędności na materyjale. Nadto N. utrzymuje iż w ten sposób jest więcej widoków uniknięcia przypadkowych powikłań przyrannych z jednej, a skraca się czas gojenia z drugiej strony. Gorączka aseptyczna zdarza się rzadko, bo w 12 na 100 przypadków operowanych kiedy tymczasem VOLKMAN i GAUSMER ¹⁾ obliczają na 60%. Wydzielina jest nader skąpa.

Ta ostatnia okoliczność prowadzi do pytania: czyby nie można było zupełnie bez drenów obejść się? N. na zapytanie to odpowiada przecząco. W większości przypadków, przy ranach małych powierzchownych, w przypadkach, gdzie krew całkowicie jest zatamowana, a operacja połączoną była z niewielkim tylko drażnieniem części, tam przy opatrunku LISTER'A, można się obejść bez drenów; w razach przeciwnych drenaży są konieczne, gdyż one zapewniają swobodny odpływ wydzieliny, lub krwi w razie krwotoku, któreby zostając w ranie przeszkadzały gojeniu się *per primam*, a powtórę tworzyły wyborny ośrodek dla rozwoju i życia zarodników spowodujących gnicie, co zawsze należy mieć na uwadze. Niech bowiem ścisłem będzie, jak chce, nasze opatrywanie, bez błędu, z największą dokonane ostrożnością, nigdy bieżwzględnie pewni być nie możemy, czy nie wkradła jakaś pomyłka, choćby z powodu, iż posługa szpitalna mogła się do tego przyczynić. Wreszcie N. przypuszcza możliwość dostania się do ustroju owych zarodników przez drogi oddechowe, z przewodu pokarmowego lub z jakiejś nieznacznej ranki na skórze—zarodniki te następnie napotkawszy w ranie zebraną surowicę mogłyby dać powód do rozkładu.

Co się tyczy samego materyjału, N. używał zamiast zwykłych warstw z gazy karbolowej—poduszeczek z muslinu karbolowego napchanych karbolową watą; takie poduszeczki pozwalają wyrzucić jednostajny, delikatny nacisk na ranę, nacisk, który odgrywa istotną rolę przy gojeniu *per primam*. Zamiast bandaży lnianych, używa N. pasów z kauczuku wulkanizowanego szerokości 10—12 ctm., a długości 3—5 metr., które odznaczają się nadzwyczajną sprężystością, a bardzo łatwo mogą być oczyszczone. Największe trudności napotyka trwały opatrunek przy wyjmowaniu martwaków przy *evidement*, gdyż w tych razach bardzo trudno jest zdezynfekować jamę, a powtórę trudno zapobiedz krwawieniu do jamy, bez pomocy tamponu. N. radził sobie w ten sposób: zeszywał brzegi rany katgutem, na to kładł poduszeczkę, wyżej wspomnianą, następnie kulki waty karbolowej, na to warstwy muslinu karb.—a wreszcie ścisłał bandażem kończynę ułożoną wysoko na grubem podestaniu.

(*Laugenbeck's Archiv. XXV Band, I Heft. str. 116—139*). *Mallakowski*.

0 gruźlicy niemowląt bardzo ważną pracę ogłosił A. ERSTEIN (*Frag. Viert. jahrschr.* XXXVI, 2 str. 103—1879), asystent kliniki chorób dziecięcych w zakładzie podrzutek w Pradze. Autor wykazuje że przyczyną gruźlicy u niemowląt nie jest, jak to powszechnie dotąd sądzono, usposobienie dziedziczne, lecz najczęściej zetknięcie się z otoczeniem gruźliczym, a w szczególności mleko matki gruźliczej. Dane z piśmiennictwa poczerpnięte, a przez autora przytoczone, pouczają nas, że przypadki gruźlicy wrodzonej i w pierwszych miesiącach życia rozwiniętej są dosyć rzadkie, lecz że już w drugiej połowie pierwszego roku życia przypadki tej choroby są częste.

Autor podaje bardzo ważny fakt, że w 100 przypadkach dokonywane ważenie dzieci matek gruźliczych i przez nie karmionych wykazało, że nie gruźlica sama przez się, lecz przez nią wywołana upośledzona zmiana materji jest przyczyną wrodzonego wjadu takich dzieci. Jeżeli takie dziecko będzie karmione przez zdrową mamkę, a tem samem pozbawione zetknięcia z matką gruźliczą, to szybko ono wzrasta w zadziwiający sposób. Wykazuje to linija krzywa wagi jednego słabo rozwiniętego noworodka, którego ważono aż do siedmiu pierwszych tygodni jego życia. Otóż doświadczenie to wykazuje, że dopóki matka gruźlicza go karmiła, dopóty ciężar jego ciała się zmniejszał, szybko jednak wzrastał jak tylko zdrowa mamka go karmiła.

Najczęstszymi cierpieniami płuc w pierwszych miesiącach życia niemowląt są: niedodma płuc (*atektasis*), zapalenie oskrzeli (*bronchitis*) i nieżytowe zapalenie płuc (*pneumonia catarrhalis*); ostatnie bardzo często spostrzega się w domach podrzutek. Nigdy jednak w tych przypadkach autor nie mógł wykazać zserowacenia ognisk płucnych wątrobiałych albo gruźliczych, nawet u dzieci niewątpliwie z matek gruźliczych rodzonych. Przeciwnie zaś w 200 rozbiorach zwłok niemowląt zmarłych w 1-ej połowie pierwszego roku ich życia znalazł autor 9 przypadków w gruźlicy. Wszystkie te 9-ro dzieci pochodziły nie z instytutu położniczego, lecz z miasta do kliniki przybyły i miały 10 tygodni do 10 miesięcy życia.

Te przypadki autor mając na uwadze stara się odpowiedzieć na pytanie: czy oprócz nasienia i jajka nie ma nadto innej drogi, którą choroba rodziców przechodzi na ich dzieci i tych ostatnich potomstwo. Od czasu jak przez zaszczepianie wytworów gruźliczych zdołano wywoływać wybuch gruźlicy ogólnej, od czasu poznania takich przypadków, w których wyciąganie śluzu z ust noworodka i wdychywanie mu powietrza ustami w wysokim stopniu gruźliczej akuszerki (REICH zob. MEDYCYNY T. VI Nr. 47 str. 751) droga ta jasniej nam się przedstawia, na której także i klinicznie zaraziliwość gruźlicy może być udowodnioną. Według wszelkiego prawdopodobieństwa drogą (*modus*) nabycia gruźlicy jest karmienie niemowlęcia piersią osoby gruźliczej. Rozbiór zwłok 3-miesięcznego dziecka, karmionego przez matkę dotkniętą gruźlicą płuc wykazuje, że rozprzestrzenienie się gruźlicy u tego dziecka nastąpiło z przewodu jelitowego (owrzodzenie jelit i serowate gruźle kreskowe), tymczasem płuca stosunkowo mało były gruźlicą zajęte. W tym to przypadku już za życia spostrzegano rozprzestrzenienie się sprawy gruźliczej na przebiegu naczyniach chłonnych

Gruźlica niemowląt zostających jeszcze przy piersi i małych dzieci od piersi odstawionych, głównie wyróżnia się od gruźlicy dorosłych zajęciem gruźleczół chłonnych, a w szczególności gruźleczół chłonnych jelita cienkiego. To zdaje się również zależy od tego, że osoby dorosłe i starsze dzieci gruźlicę wdychają, kiedy niemowlęta piersią karmione lub nieco starsze ssą lub spożywają ją z mlekiem lub innem pożywieniem. Nadto prawdopodobnie dzieci wątłe od urodzenia mniej są odporne i na najdrobniejsze przyczyny silnie oddziałują i częściej podlegają zakażeniu gruźliczemu. Dla tego też nie należy zaraz uważać gruźlicy występującej po szczepieniu ospy ochronnej, za zaszczepioną. Uważanie gruźlicy za chorobę zakaźną, przy rzeczywistem wyłączeniu dziedziczności, ma bardzo wielkie znaczenie pod względem zapobiegawczym dla dzieci rodziców gruźliczych. Trzeba wtedy unikać wszystkiego co mogłoby wywołać zarażenie, a w szczególności dziecko gruźlicze należy wyłączyć z towarzystwa, a przedewszystkiem nie dopuszczać spania z niem innymi dziećmi.

Z podanych przez autora 7 historyj choroby i rozbioru zwłok wynika, że całkiem

brakuje 3-ch najważniejszych objawów dla rozpoznania gruźlicy u niemowląt, a mianowicie: płucia krwią, cechującej płwociny i potów nocnych. Gruźlica w tym okresie życia więcej niż u dorosłych ujawnia się jako cierpienie ogólne (cierpienie wielu narządów i układu naczyń chłonnych). Płuca zaś albo zupełnie nie są zajęte tą chorobą albo w niewielkim tylko stopniu i dopiero później chorobie podlegają; zwłaszcza też wierzchołki płucne u niemowląt całkiem są nie zajęte. Bardzo ważnem jest to co autor podaje o opukiwaniu i osłuchiwaniu klatki piersiowej niemowląt. Ostrzega on, aby nie czynić przedwczesnego rozpoznania ze stopienia odgłosu, albowiem ten objaw ze strony klatki piersiowej u niemowląt bardzo szybko może się zmienić; zatkane śluzem grubsze oskrzele, albo mocniejsze przepelnienie krwią tkanki płucnej może dawać stępienie przy opukiwaniu. Toż samo stosuje się do osłuchiwania, które daje powód do uważania szmerów tchawiczych za oddech oskrzelowy. Obok gruźlicy płuc zawsze istnieje zapalenie oskrzeli włosowatych (*bronchitis capillaris*), które do *bronchophonii* prowadzi. Kaszel jest nieraz całkiem nieznaczny, czasami jest podobny do kaszlu krztuscowego. Niekiedy spostrzega się wychudnienie w najwyższym stopniu, jednakże i nie przybywanie na wadze pomimo to, że dziecko jest karmione przez zdrową mamkę, już jest bardzo ważnem. Nakoniec występuje obfita niczem nie dająca się powstrzymać biegunka. W 3-ch przypadkach autor spostrzegł gruźelki w skórce (węzłowate nasięki z przejściem w owrodzenie), które w niektórych przypadkach anglicy uważają za *gummata* skórne, a w szpitalach rozpoznają takowe jako czyraki (*furunculosis*). (Ref. w *Schmidl's Jahrbücher* 1879—11). J. R.

O zmianach macicy w skutek ciąży i ich rozpoznawczem znaczeniu. Stanowczo orzeczenie z samej macicy, czy kobieta do której ona należy rodziła lub nie, nie jest tak łatwem jakby się to na pozór zdawało. Przypominamy tu bardzo ciekawy pod tym względem przypadek, wydarzony w Londynie w r. 1876 (Zob. *Medycyna* T. IV Nr. 19 str. 314). Najbiegłsi lekarze sądowi i akuszerowi nie mogli stanowczo orzec, czy przedstawiona im macica całkiem nie rodziła, czy też przeciwnie. Z tego powodu wyznaczono wówczas z grona towarzystwa położniczego komitet, z najpierwszych powag naukowych złożony, dla zbadania wymienionego zagadnienia. Otóż obecnie jeden z członków tego komitetu, John WILLIAMS podaje bardzo ważne wiadomości (*Transactions of the Obstetrical society of London* vol. XX za r. 1878. London 1879), przedmiotu tego dotyczące, które tu w streszczeniu przytoczamy. Ponieważ tego rodzaju cechy aż do zupełnego zwinienia się (*involutio*) macicy po porodzie są powszechnie znane, przeto autor uwzględnia te tylko, jakie macica przedstawia po ukończeniu się jej zwinienia połogowego. Zwykle podawane objawy: zgrubienie ścian macicy, wydłużenie przewodu jej szyi, mocne wypuklenie jej dna, zmieniony kształt szyi macicznej i ujęcia nie mogą być bezwarunkowo jako cechy przebytej ciąży uważane, albowiem takowe zmiany mogą być także wynikiem chorób nieciężarnej macicy. W. już dawniej zwracał uwagę na to, że takowych cech szukać należy w naczyniach ścian macicznych. Mocno powiększone w świetle tętnice wraz z przerosniętymi ich ścianami, po rozwiązaniu, jak wszelkie inne tkanki macicy, zmniejszają się tak co do obwodu jak i grubości, jednakże tętnice tej sprawie wstecznej w mniejszym podlegają stopniu aniżeli inne tkanki mięszsu macicy w ogólności. Na poprzecznem przecięciu zupełnie zwinętej macicy, wystają tętnice ponad powierzchnię, przedstawiają one grube, żółto-białe ściany, ciemniejsze od otaczających je tkanek, a światło ich stoi otworem. Te zjawiska widzialne prawie na wszystkich częściach macicy, są jednakże najwyraźniejsze na zewnętrznej warstwie jej ściany, tymczasem na wewnętrznej są prawie zatarte. Przy badaniu drobnowidzowem znajdujemy tkankę łączną około tętnic ilościowo zwiększoną, warstwa mięśniowa ścian tętnic jest mocno przerosła, a warstwa wewnętrzna znacznie zgrubiała. Naczynia są liczniejsze niż w macicy dziewiczej, zjawisko, które autor pozostawia nie rozwiązaniem: czy to polega na ilościowym powiększeniu naczyń, czy też jest tylko wynikiem wyraźniejszego uwydlatniania się powiększonych naczyń.

Pod względem rozpoznawczem znaczenie wymienionego zjawiska zyskałoby niesłychaną ważność gdyby: 1) miało miejsce w każdej macicy która poprzednio rodziła; 2) gdyby było ono stałem i 3) nie spotykało się także przy cierpieniach macicy.

Pomijając te rzadkie przypadki, w których sprawa zwijania się macicy ponad zwykły okres czasu się przeciąga, autor od lat 5 t. j. od czasu w którym zwracał uwagę na te zjawiska, znajdował takowe 5, wyraźnie w każdej macicy, która poprzednio rodziła,

Trwałość tych objawów stwierdza obecność ich u 55-letniej kobiety, która na 15 lat przed śmiercią ostatni raz rodziła i u której macica już od lat 8-miu podlegała była zanikowi starczemu. Nakoniec W. opisanych stosunków nigdy nie spostrzegał w macicach które nie rodziły, aczkolwiek dodaje, że nie miał dotąd sposobności spostrzegać macicy po wydobyciu z niej za życia włókniaka lub innego guza. Bądź co bądź opisany stan tętnic znalezionej w danej macicy daje wiele uzasadnione domniemanie że takowa macica już poprzednio rodziła. Pewne zmiany spostrzegane przez autora w żyłach mniejszego są znaczenia, gdyż nie są trwałe.

(Ref. w *Schmidt's Jahrbücher* 1879—11) J. R.

Dane statystyczne odnoszące się do raka gruczołu piersiowego podług spostrzeżeń z kliniki Wrocławskiej. A. HENRY w wymienionej rozprawie inauguralnej przedstawia 196 przypadków raka gruczołu piersiowego, spostrzeganych od roku 1871—1876 na klinice chirurgicznej we Wrocławiu. Przypadki te zebrane są w 6-u tablicach, z tych 1-a zawiera 28 przypadków w których do połowy zeszłego roku nie było powrotu choroby; 2-a 59 przypadków śmierci skutkiem powrotu choroby; jako dodatek podanych jest 11-e przypadków w których śmierć nastąpiła z innej przyczyny, lub też w których ostateczny wynik jest niewiadomy; 4-ta tablica zawiera 30 przypadków śmierci wkrótce po operacji, skutkiem takiej, lub też innych chorób, albo raków wtórnych; 5-ta tablica obejmuje 35 przypadków które zakończyły się śmiercią bez operacji; 6-ta zawiera przypadki nieoperowane, lecz chore jeszcze żyją i dodatkowo podanych jest 7-m przypadków nieoperowanych, o losie których nie wiadomo.

Z tych 196 osób było 4 mężczyzn. Wiek chorych wynosił od 21 do 78; ilość przypadków chorobnych powiększa się do 50 roku życia, potem zmniejsza; najczęściej było chorych między 45—50 rokiem życia, a mianowicie 38 przypadków. Ustanie miesiączkowania nie stoi w związku, jak to by można przypuszczać, z powstawaniem nowotworu. Na 191 chorych kobiet było 142 zamężnych, 25 panien, 24 wdów. Z kobiet zamężnych i wdów 96 rodziło więcej niż 6 razy, z tych 80 karmiło. Przypuszczenie LÜCKE'GO i VOLKMANNA że w czasie ciąży i wytwarzania mleka (*lactation*) powstają nowotwory, sprawdziło się u 5-u chorych, z tych 4-y były w dość młodym wieku i przebieg choroby był ostry, złośliwy. W bezpośrednim związku z karmieniem rozwinęło się 4-y razy części ostre, części długotrwałe zapalenie rakowate gruczołu. Przeciwnie temu co utrzymuje WINIARTER, znalazł autor tylko kilka razy, że dawniejsze stwardnienie pozapalne było punktem wyjścia raka.

Co do usposobienia i dziedziczności, to na 48 przypadków, w których główną na to zwrócono uwagę, można było tylko w 6-u wykazać stanowczo usposobienie do rozwoju raka. W warunkach ustrojowych i zewnętrznych nie można było wynaleźć przyczyn powodujących rozwój nowotworu. Częstszego rozwoju nowotworu w jednej piersi nie zauważano; kilkakrotnie rak był w obydwóch piersiach. Co do rozwoju raka od uderzenia, to chociaż w 33-ch przypadkach istniała ta przyczyna; w wielu jednak razach można było z pewnością wykazać że między uderzeniem i powstaniem raka związek był tylko przypadkowy.

Guzy były badane drobnowidzem. Większa ich część była rakiem twardym (*scirrhus*) mniejsza miękkim (*C. medullaris*); *cancer en cuirasse* zdarzył się tylko 4 razy; w 3 przypadkach mięsaka torbielowego (*cystosarcoma*) powrót choroby wykazał guzy rakowe. Ze wszystkich chorych u 35 skóra była zrosnięta z nowotworem, w $\frac{1}{5}$ przypadków było owrzodzenie; u 118 były zajęte gruczoły chłonne.

Żadne leczenie wewnętrzne jak jodem, rcięcią, wstrzykiwaniami i t. p. nie przynosi pożądanego skutku. Autor stawia pytanie: czy operacja rzeczywiście przynosi korzyść i daje na takowe potwierdzającą odpowiedź, gdyż ze wszystkich operowanych 28 nie miało powrotu choroby, z tych 14 było operowanych przed $2\frac{1}{4}$ lub $8\frac{3}{4}$ latami. Lecz i u innych operowanych, u których nie osiągnięto tego wyniku, w większości przypadków operacja okazała się pożyteczną, gdyż pomijając już to, że po wycięciu nowotworu wstępowała moralna otucha w chore, operacja sama usuwała wraz z nowotworem nieznośne bóle i przedłużała życie chorych (około 6 miesięcy). Śmiertelność po operacji wynosiła 30, z tych 17 skutkiem chorób przyranych, 3 skutkiem innych chorób przypadkowych.

(Ref. w *Centralblatt für Chirurgie*. Nr. 52—1879). E. Modrzejewski.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Zdanie „Sowremiennoj Medicyny” o zarządzie szpitali. W Nr. 3 *Sowr. Med.* we wstępnym artykule znajdujemy uwagi nad ciekawą pracą d-ra GORALEWICZA p. t. Szpital miejski w Tyflisie 1869—1879. Z powodu szczególnych właściwości szpitala Tyfliskiego „*Sowr. Med.*” pisze: „W szpitalu zarząd jest jednolity w osobie starszego lekarza który posiada dwa rodzaje władzy. Nadzorca szpitala podlega zwierzchności starszego lekarza, tak jak tego gorąco pragną liczni tegocześni rzecznicy w sprawie szpitalnej opierając się na logice i na przykładzie niektórych szpitali zagranicznych. Że zwierzchnictwo lekarza f. j. medycyny nad częścią gospodarczą zarządu jest logicznem, temu zaprzeczać niepodobna ale czy takie zwierzchnictwo wszędzie jest praktycznem to jest rzeczą wątpliwą. Ogi, jeśli się niemylimy w szpitalach naszych istniała jedna władza, ale istniała też i odpowiedzialność naczelnego lekarza za wszystkie grzechy i braki zarządu. Skutkiem tego naczelnik lekarze dostawali się pod sąd (?! gdzie?) z winy innych osób. Dla ocalenia i o h (!) od niezasłużonej kary obmyślanym został dualizm przynajmniej w szpitalach cywilnych. Dualizm władzy spotykamy i w niektórych szpitalach zagranicznych i byłby on nie tak dotkliwie przykrym, gdyby bezpośrednia zwierzchność nad szpitalem była zwierzchnością lekarską. Ale ponieważ zwierzchność ta zazwyczaj jest jedynie administracyjną, przeto część gospodarza zarządu bezustannie wkracza w zakres zarządu lekarskiego”.

— Czytamy w Nr. 1 *Sowromien. Med.* że czasowo zostało wstrzymane przyjmowanie chorych do oddziału chirurgicznego szpitala Ś-go Rocha z powodu licznych przypadków ropnicy (*pyemia*), które się tam zdarzyły. Higijeniczne warunki szpitala Ś-go Rocha mają być tak oplakane iż rozważaniem jest pytanie: czy nie należało by w nim całkiem zamknąć oddziału chirurgicznego. Ponieważ ropnica zdarzała się i zdarza dotąd po szpitalach warszawskich, a jednak o czasowem a tembardziej stałem zamykaniu oddziałów chirurgicznych dotąd niesłyszeliśmy, zatem niewyda się dziwną ciekawość nasza co do szczegółów przebiegu ropnicy u Ś-go Rocha i co do owych oplakanych warunków higijenicznych w porównaniu z warunkami higijenicznymi szpitala Dzieciątka Jezus, Żydowskiego i innych warszawskich.

Konkurs. Wkrótce ma być ogłoszony konkurs na posadę lekarza w szpitalu starozakonnych do mającego się utworzyć oddziału chorób nerwowych i leczonych elektrycznością.

Korrespondencyja Redakcyi i Administracyi.

W-mu d-rowi S. P. w Machnowce. Polecamy VOGEL'A: *Pediatryja* (przekład uzupełniony d-ra SOMMERA). Cena 6 rs. SCHUCHARD'A i POSNER'A: *Farmakologija i Receptura* (Przekład d-ra WYRZYKOWSKIEGO) Tomów 2 wydanie drugie uzupełnione. Cena 10 rs. ZIELENIEWSKIEGO: *Balneologia*. Cena 3 rs. Na koszt przesłania należy dodać 1 rs. a wszystkie wymienione dzieła podejmujemy się dostarczyć. Co do hydroterapii, to takowej dotąd w języku polskim nie ma. Obecnie wychodzi w Petersburgu tłumaczenie rosyjskie znakomitego dzieła WINFERNITZ'A i takowe dostarczy księgarnia K. L. RIKKRR'A (Newski prospekt Nr. 14).

W-mu d-rowi F. M. w Sugacie. Na żądane książki i środki lecznicze wydatkowaliśmy 23 rs. 48 kop. z nadesłanych zatem 35 rs. pozostaje u nas 11 rs. 52 kop. Żądanego przyrzędu nie mieliśmy odwagi kupić i wysłać jako głównie ze szkła złożonego, aby podczas tak dalekiej drogi nie uległ uszkodzeniu, co pomimo najstaranniejszego opakowania bardzo łatwo następuje, jak tego mieliśmy przykłady z ciepłomierzami. Z tego powodu nie podejmujemy się pośrednictwa w kupnie i wysyłce przedmiotów szklanych.

W-cj H. K. w Pińsku. Ponieważ książka jubileuszowa KRASZEWSKIEGO została wysłana, przeto MEDYCYNĄ za bieżące półrocze nie jest opłaconą. Za pozostałe 3 rs. wysłaliśmy „Braci Zmartwychwstańców” powieść ta kosztuje 3 rs., przeto należy nam się

jedynie zwrot kosztów przesłania 30 kop. Z innych żądanych książek wyszły dotąd w całości następujące: Zamek Kaniowski 12 kop. Wybór poezyj 12 kop. i Zoologia obrazowa 1 rs. 50 kop. Pojedynczych N-rów naszego czasopisma z r. 1876 i 1877 nie posiadamy w zapasie, dla tego przesłać ich niemożemy.

W-mu d-rowsi S. P. w Tiumieniu. Z nadesłanych 30 rs. wydatkowaliśmy 29 rs. pozostaje zatem u nas 1 rs.

W-mu d-rowsi K. w Humanu. Niewysłanie 52 N-ru z r. z. znaczy, że przedpłaty za II półrocze 1879 r. dotąd nie otrzymaliśmy.

OGŁOSZENIA.

Staraniem Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie wyszły następujące dzieła:

1) D-ra **Pawła Guttmanna**. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. KREMERA i Docenta D-ra St. PAREŃSKIEGO. Warszawa 1877. Cena 3 zlr. 75 c. = 2 rs. 50 kop. Skład główny w drukarni J. Ungra w Warszawie.

2) D-ra **Jana Steinera**. Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. JAKUBOWSKIEGO i J. ORTINGERA. Kraków 1877. Cena 4 zlr. = 3 rs. 70 kop.

3) D-ra **Antoniego Jurasa**, Profesora w Heidelbergu. Laryngoskopia, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 zlr. 25 c.

4) D-ra **Oskara Widmanna** prymar. szpitala powszechn. we Lwowie. Choroby serca i tętnic. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 zlr. 85 c.

5) D-ra **A. Rothego** naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. Psychopathologia Forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Do druku przygotowane są następujące dzieła oryginalne:

1) Nauka położnictwa przez D-ra H. JORDANA.

2) Syfilidologia przez D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO.

3) Choroby krtani przez prof. D-ra A. JURASZA.


Sławuta (gub. Wołyńska).

Stacyja drogi żel. Brzesko-Kijowskiej, 17 godzin drogi z Warszawy. Pośród sosnowego lasu rozległości około 60,000 dziesięcin, urządzonej,

Zakład Kumysowy.

Kumys z czystego mleka kobyłego, kuracyja mleczna, wody mineralne, aparaty inhalacyjne, leczenie elektrycznością, urządzone kąpiele w Horyniu. Pomieszczenie i całkowite utrzymanie tak w zakładzie jakoteż w oddzielnych domkach i prywatnych mieszkaniach w miasteczku, gdzie znajduje się restauracyja, poczta, telegraf. Przy zakładzie kursal z werendą, czytelnia, muzyka. Cena pokoju umeblowanego w zakładzie od 1 rs. na dobę. Kurs kumysu 6-cio tygodniowy, 50 rs. Bliższa wiadomość u D-ra PRZESMYCKIEGO w Sławucie i D-ra ZEJDOWSKIEGO w Warszawie ul. Bracka Nr. 1.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

 Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20.

Доводжене Цензурою. Варшава, 20 Марта 1880 г. — Czcionkami M. Ziemkiewicza i W. Noakowskiego.
Krak. Przed. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop 15 (złp. 1)